



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

มณฑลแพทย์ศิริราช
มอบให้ห้องสมุด
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๙ กันยายน ๒๕๐๑ Volume 10, Number 9, September 1958.

ฟีโอมโรโมซัยโคมา

รายงานผู้ป่วย ๒ ราย

เกษียร ภัทธานนท์
พ.บ.

และ

เปรม บรี
M.B., B.S. (Lond.), F.R.C.S. (Eng.)

(แผนกศัลยศาสตร์)

ฟีโอมโรโมซัยโคมาเป็นเนื้องอกชนิด
โอมโรมฟีน, มักจะเกิดแก่ส่วนเนื้อในของ
ต่อมหมวกไต, ทำให้มีการทำงานเกินปกติ.
เราวินิจฉัยโรคได้จากการที่มันทำให้มีความ
ดันเลือดสูงชนิดที่รักษาให้หายได้ โดยการ
ผ่าตัด. ความดันเลือดสูงนี้เกิดจากเหตุที่
เนื้องอกขับสารขับหลอดเลือดออกมา และ
สารนั้นเข้าสู่ระบบไหลเวียน. ในปีที่ล่วงๆ
มานี้ มีผู้รายงานเนื้องอกชนิดนี้ค่อนข้างจะ
บ่อย. ในรายงานกล่าวว่าก้อนเนื้องอกมัก
ไม่ทำให้เจ็บปวดและไม่ก่ออวัยวะใกล้เคียง,
แม้ในบางคราวก้อนอาจมีขนาดใหญ่มาก.

แต่ตามธรรมดาก้อนมีขนาดเล็กจนไม่สา-
มารถคล้ายพบได้. ฟีโอมโรโมซัยโคมา
เกิดในหญิงได้บ่อยเท่ากับชาย, และเกิดได้
ในทุกอายุ. เคยมีผู้รายงานอายุต่ำสุด ๒
ปี^(๒) และสูงสุด ๘๒ ปี.^(๓) แต่ที่พบบ่อยๆ
นั้นอยู่ในระหว่าง ๒๐ ถึง ๕๐ ปี.

พยาธิวิทยา. ลักษณะที่เห็นด้วยตาเปล่า
ฟีโอมโรโมซัยโคมา มีขนาดแตกต่างกันได้
มาก, คือกตั้งแต่ ๑ ซม. ถึง ๑๘ ซม. น้ำ
หนักอาจมากถึง ๒๐๐๐ กรัม.^(๔) มีสี
เหลืองปนน้ำตาล. ก้อนเนื้องอกมักจะแข็ง.

บางตอนอาจมีลักษณะหย่นเป็นงน้า. ถ้าใช้
มดผ่าลงไปตรงก่อนจะรู้สึกผด, รอยผ่าขน,
เนอมีกปกขนมายนหน้าคคของเนอทผ่า. อาจ
พบจุดของ เนอถูก ทำลายและบางแห่งอาจมี
รอยเล็ดออก.

ลักษณะที่เห็นทางจุดที่คืน เซลล์เรียงกัน

แน่น. มีลักษณะคล้ายคอม. ขนาดต่างกัน
ได้มาก. รูปร่างเป็นหลายเหลี่ยมหรือรูปกระ
สวย. อาจพบเซลล์รูปกลมและรูรวมอยู่ด้วย.
บางเซลล์ใหญ่, มีชัยโคพลาสมีมาก. ขอบ
เขตของเซลล์ไม่ชัดเจน. ชัยโคพลาสมีค
สีชมพูอ่อนและมีเมล็ดสีน้ำตาลซึ่งพิสูจน์ว่า
มีแอกทีนระลินได้โดยการย้อมสี.(5) นเคลียส
อาจอยู่ตรงกลางหรือเอียงไปทางข้างหนึ่ง,
มักจะมีใหญ่และกลมหรือรูปไข่. ลักษณะการ
แบ่งตัวพบได้น้อย,(6) แม้จะพบนเคลียส
หลายอันในเซลล์เดียว. การลกลามไปตาม
หลอดเล็ดอาจพบได้, เช่นเคียวกขการ
แพร่กระจายชนิดไม่ร้ายของเนองอกของต่อม
ธัยรอยด์.(5) บางแห่งเนอถูกทำลายและมี
เล็ดออก. การพบเซลล์ของเนองอกหลุด
เข้าไป หลอดเล็ด ไม่แสดงว่าเป็นเนองอก
ชนิดร้าย.

เนอพีโอไมโรโมชัยโคมีปฏิบัติกริยาต่อ
เกล็ดโอไมโรเมียม. เมอแซในน้ำยาของเกล็ด

นจะคคสีน้ำตาล. ความมูรอนใช้เป็นรากฐาน
ในการวินิจฉัยโรคทางพยาธิวิทยา. เนอ
ที่เกี่ยวกับในน้ำยาฟอร์มาลีน อาจทดสอบ
ปฏิบัติกริยาโอไมโรเมียมได้โดยเอาแซในน้ำยา
โคหินอีกครั้งหนึ่ง, ซึ่งประกอบด้วยเกล็ด
โปแตสเซียมไดโอไมโรเมท ๓.๕ ปซ. ใน
ฟอร์มาลีน ๑๐ ปซ.

อาการ อาการเกิดจากผลทางสรีรวิทยาของ
สารสองชนิดคือแอกทีนระลินและนอร์-แอกที-
นระลิน.

ความคันเล็ดสูงเป็นอาการสำคัญและ
อาจเป็นรุนแรงมาก. กลไกของอาการนี้
ไปสู่คคที่ว่าแอกทีนระลินหรือนอร์-แอกทีนระลิน
หลัง ออกมา มากกว่า.(7) แอกทีนระลิน ทำ
ให้ความคันเล็ดสูงโดย ออกฤทธิ์โดยตรง
ต่อหัวใจ, ทำให้หัวใจเต้นเร็ว. จำนวนเล็ด
หัวใจขออกหนึ่งครั้งเพิ่มมากขึ้น. ส่วน
นอร์-แอกทีนระลินออกฤทธิ์ทางส่วนปลาย,
โดยทำให้ หลอด เล็ดแดง เล็กและหลอด
เล็ดฝอยยับตัว, เป็นการเพิ่มความต้าน
ส่วนปลาย. โดยทั่วๆ ไปสารทั้งสองชนิด
ถูกหลั่งออกมาร่วมกันและออกฤทธิ์ร่วมกัน,
จึงทำให้ความคันเล็ดสูงได้มาก. ผลของ
มันคืออาการปวดศีรษะ, ซึ่งพบได้บ่อย ๆ.
อาการนี้มักจะปวดทุบ ๆ บริเวณท้ายทอย,

ซึ่งบ่งชี้ว่าเป็น อาการ ปวดท มี สาเหตุจาก หลอดเลือด.

อาการหัวใจเต้นเร็วและเมตะบอลิซึมสูง เกิดจากแอดรีนาลินเช่นเดียวกัน. แอดรีนาลินเป็นสารชนิดเดียวกัน, นอกจากขับออกขึ้น, ที่ทำให้เกิดอาการเช่นนี้ได้. ในบางราย อาการทำให้เราแยกออกจากโรคคอพอก เป็นพิษไคยาก.

โดย มากระดับ น้ำตาล ในเลือด สูงขึ้น. อาจสูงมากจนกระทั่งล้นออกมาทางปัสสาวะ. มีผู้รายงานอาการของโรคเบาหวานร่วมกับ พิไอโชมโธซัยโตมาไว้หลายราย. (8,9,10) คำอธิบายการเกิดโรคเบาหวานร่วมกับโรคนี้ คือ (๑) ฤทธิ์ของแอดรีนาลินที่เปลี่ยนแปลงโดยโคโรนินในตับให้เป็นน้ำตาลโดยตรง, (๒) มีการขับซอร์ โมน ของเปลือกต่อมหมวกไต ความเข้มข้นน้ำตาลในเลือดร่วมด้วย, (๓) แอดรีนาลินทำให้แอดรี โนคอร์ติโคโทรปิน มากขึ้น, และกระตุ้นเปลือกของต่อมอีกที หนึ่ง. อาจมีกลไกอื่นที่สลับซับซ้อนมากกว่า นี้. Blacklock⁽⁵⁾ พบมีไอส์เลตของลัน-เกอร์ฮานส์ขยายตัวใหญ่โตขึ้นด้วย. เมื่อ ผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกแล้วอาการของ โรคเบาหวานก็หายไป.

อาการมอดัน, เหงื่อออกมาก, ชัก, เจ็บบริเวณยอดอกและรุ่ม่านตาขยายใหญ่

อาจพบได้เสมอ ๆ. มีผลแบ่งผู้ป่วยโรคพิ-ไอโชมโธซัยโตมาออกเป็นพวกใหญ่ ๆ ได้ ๓ พวก, คือ (11)

- (๑) มีอาการความดันเลือดสูงเป็นครั้งคราว. ในระหว่างอาการสงบ. ผู้ป่วยสยหาย.
- (๒) มีอาการของความดันเลือดสูงอยู่ตลอดเวลา, ไม่มีเวลาพัก.
- (๓) ไม่มีอาการอะไรเลย.

ในพวกที่หนึ่งอาการอาจมีอยู่นานเพียง ๒-๓ นาทีแล้วหายไป, หรืออาจอยู่นานติดต่อกันหลาย ๆ ชั่วโมง. ความถี่ของการเกิดอาการก็มีเปลี่ยนแปลงได้มาก. อาจเป็น ๑๕ ถึง ๒๐ ครั้งในหนึ่งวัน. หรืออาจห่างกันมากจนถึงปีละครั้ง. อาการมักจะเกิดในขณะที่ย่อยพักผ่อนอย่างสงบ, เช่นในเวลา กลางคืนขณะนอนหลับผู้ป่วยมีอาการตกใจคน, รู้สึกหัวใจเต้นเร็วและแรงผิดปกติ, มือเท้าเย็น, หนาวผิ, เวียนศีรษะเป็นต้น. บางรายอาจมีเหงื่อออกมาก. ผู้ป่วยบางคน บอกว่าอาจทำให้ อาการดังกล่าวเกิดขึ้นได้ โดยเปลี่ยนอิริยาบถเช่นก้มตัวมาก ๆ, บิดตัวไปมา, ใสหรือจาม, การร่วมทางเพศ, การคล้ำหรือเคลื่อนไหว กอน เนื้องอก จาก ภายนอก. อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนคือย หายไปเอง. แล้วผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย, ตก



ใจง่าย, และหมกมุ่น. อาการอาจเกิด
ซ้ำจนออกได้บ่อย ๆ. อาการแทรกซ้อนที่
เป็นอันตรายได้แก่เลือดออก ภายในสมอง,
กล้ามเนื้อหัวใจหมกมุ่นอย่างปัจจุบัน, หัว
ใจล้ม, และปอดขวมมา.

ควิณเฒ่าผู้ช่วยเหล่านี้คล้ายกับพวกจิตตา
พาธิ (ปัสัยโชนิวโรสิส) เพราะอาการต่างๆ
ไม่ข้งไปถึงฟีโอโชมโรซัยโตมา. มีผู้แนะ
หลักที่ยังถึงโรคฟีโอโชมโรซัยโตมา, ซึ่ง
พิสูจน์ต่อไปได้ โดยการตรวจ ทางห้องทดลอง,
ดังต่อไปนี้: (12)

(๑) ผู้ช่วยที่มอาการปวดศีรษะ, เหงื่อ
ออกมาก, อาจมีเจ็บหน้าอกหรือมีอาการ
แน่นในท้อง.

(๒) คนไข้ที่มีประวัติของความดันเลือด
ขึ้น ๆ ลง, และรูปร่างขอบบาง.

(๓) คนไข้ที่มีความดันเลือดสูงในวัย
หนุ่ม (๖๔ ปี. ของฟีโอโชมโรซัยโตมา
พบในคนอายุต่ำกว่า ๔๐ ปี.) (12)

(๔) ผู้ช่วยที่เมตะบอลิซึมสูงชนิดไม่
เกี่ยวข้องกับต่อมธัยรอยด์.

(๕) ผู้ช่วยที่เริ่มมีความดันเลือดสูง.

(๖) ผู้ช่วยที่มีปฏิกิริยาขวางต่อยาสะ-
กิดแกงเกลยอนซัยมพะเรติก.

(๗) คนไข้ที่มีความดันเลือดสูงชนิดที่
หลังจากให้ยาสลย.

วิธีตรวจที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค. ใน

สมัยก่อนที่เภสัชวิทยาจะก้าวหน้ามากจน
ถึงขั้นปัจจุบันเราไม่มีวิธีที่จะบอกว่าเป็นฟีโอ
โชมโรซัยโตมาได้อย่างแน่นอนก่อนการผ่า
ตัดเลย.

การฉีกอากาศเข้ารอบ ๆ ใต้แล้วถ่าย
รูปรังสี, มีประโยชน์บ้าง, แต่อันตรายจาก
เอ็มโบลิสต์มีอากาศมีอยู่เสมอ. (14)

การทำอินตราเวนัสพัยอ โลกวาพยช่วย
ได้ในบางราย. แต่ ๑๐ ปี. ของเนื้องอก
ชนิดนี้อาจเกิดตอนนอกไปจากที่ต่อมหมวก
ไต. ในระหว่างสืบกว่าย ทลวงมาในความรั
ทาง เภสัชวิทยา ได้ทำให้เร็ว มีหนทางที่จะ
วินิจฉัยโรคฟีโอโชมโรซัยโตมาที่สะดวก,
แม่นยำและปลอดภัย. ยาที่นำมาใช้แบ่งได้
เป็น ๒ พวกใหญ่ ๆ, คือ:

(๑) ยาที่ทำให้มีการหลั่งแอดรีนาลิน
และนอร์แอดรีนาลิน.

(๒) ยาที่ออกฤทธิ์ต่อต้านแอดรีนาลิน
และนอร์แอดรีนาลิน.

ยาพวกแรกที่ใช้กันมากก็มี (๑) ซิส-
เตมีน, (๒) เตควาเอธิลด์ แอ้มโมเนียม
ผลอไรด์, (๓) เมโผลิย์ล.

ยาพวกหลังได้แก่ (๑) เรจิติน, (๒)
บีเปอร์อกซาน, (๓) ไคเบนะมีน.

การเลือกไขมันในการทดสอบ, เราพิจารณาความดันเลือด เบซัล ของ ผู้ป่วย. หลังจากได้นอนพักอย่างสงบแล้ว ๓๐ นาที, ถ้าเขามวัดความดันเลือดเป็นปรกติหรือสูงกว่าปรกติเพียงเล็กน้อย, เราอาจใช้ยาพักหลัง. การแปลผลผลึกมีได้เสมอ. การเตรียมผู้ป่วย ก่อนการ ทดสอบ นั้นว่าสำคัญ ต่อการแปลผลอยู่มาก. ในรายที่เคยได้รับยาลดความดันเลือดอยู่, ควรต้องงดเสียก่อนทำการทดสอบ ๒๔ ชั่วโมง. ถ้ายาชนิดนั้นเป็นพวกออกฤทธิ์นาน, เช่นพวกไฮโดรซัยอะเนดหรือเซอโรปราซิล, ก็ควรจะหยุดยานานกว่านั้น. นอกจากนี้อาจตรวจหาสารพวกเปรสเซอร์อะมีนในปัสสาวะ, ซึ่งพบว่าได้ผลแม่นยำมากและไม่รบกวนผู้ป่วยแต่อย่างใด. อาจกล่าวอย่างย่อ ๆ ไปตามหัวข้อดังต่อไปนี้.

ก่อนการทดสอบด้วยยาเหล่านี้ เราต้องทำการสอบโคลด์ เปรสเซอร์ (Cold pressor test) ไว้เป็นหลักสำหรับการพิจารณาเสียก่อนทุกราย. โดยทั่ว ๆ ไปผู้ป่วยที่เป็นฟิโอสโตรโมซัยโตมาจะมีความดันเลือดขึ้นสูงเล็กน้อยหลังจากทำการทดสอบโคลด์เปรสเซอร์. แต่การทดลองด้วยยาจะทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น หรือต่ำลง มากกว่าของค่า

เปรียบเทียบกับ ๕๐ มม. ปรอท., หรืออาจมากกว่านั้น.

ก. ยาที่ทำให้เกิดอาการความดันเลือดสูง

(๑) การทดสอบโดยใช้ฮีสตามีน

ใช้เป็นครั้งแรก โดย Roth และ Kvale⁽¹⁴⁾ โดยใช้ฮีสตามีน ๐.๐๕ มก. ฉีดเข้าหลอดเลือดเร็ว ๆ. แล้ววัดความดันเลือดทุก ๆ ๓๐ วินาทีตลอดระยะเวลา ๕ นาที. ต่อไปวัดทุกนาทีอีก ๕ นาที.

การแปลผล "ผลบวก" คือการที่ความดันเลือดขึ้นสูงกว่าค่าเปรียบเทียบกับโคลด์เปรสเซอร์ตั้งแต่ ๕๐ มม. ปรอทขึ้นไป.

(๒) การทดสอบโดยใช้เตตราเอธิลดีแอมโมเนียมคลอไรด์ (TEAC)

La Due, Morrison และ Pack⁽¹⁵⁾ นำมาใช้เมื่อปี ๑๙๔๗, โดยใช้ TEAC ๓๐๐-๕๐๐ มก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำเร็ว ๆ ใน ๑๐๐ มก. แรก. ต่อไปฉีด ๑๐๐ มก. ต่อนาที. ความดันเลือดมักไม่สูงขึ้นชัดเจนและรวดเร็วอย่างการใช้ฮีสตามีน. ข้อเสียคือมักให้ผลผิดปกติได้มาก. หลังจากฉีดยาแล้วควรนอนราบอยู่เฉย ๆ ประมาณ ๑ ชม. เพื่อไม่ให้เกิด ความดันเลือดต่ำจากการเปลี่ยนแปลงปริมาตร.



(๓) การทดสอบโดยใช้สารเมไนด์ยัล

ใช้ครั้งแรก โดย Guarneri และ Evans. (16) เขาใช้เมไนด์ยัล ๑๒.๕-๒๕ มก. ฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือเนื้องอกตาม. วิธีนี้มีความแม่นยำน้อย. อาการแทรกต่าง ๆ เช่น น้ำลายไหล, เหงื่อออกมาก, น้ำตาไหล, ตะคริวของท้อง, อากาศถ่ายออกจากระบบทางเดินหายใจ, จะรบกวนผู้ป่วยทำให้หายใจไม่สะดวกตลอดเวลา. การแปลผลก็ยาก. ความผิดพลาดจากการแปลผลจึงมีได้บ่อย.

ข. ยากลุ่มต่อคานแอดรีนาลีน

ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ทำลายแอดรีนาลีนและนอร์-แอดรีนาลีนที่อยู่ในระบบไหลเวียน, เหมาะสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนแล้ว. เมื่อทำการทดสอบผู้ป่วยต้องงดยาที่ลดความดันโลหิตทุกชนิด, ตลอดจนพวกยารักษาโรค, ล่วงหน้า ๒๔ ชั่วโมง, และหาความดันโลหิตเฉลี่ยก่อน.

(๑) เวจิติน. Grimson และพวก (17)

ได้แนะนำให้ใช้เวจิติน (G-7337) ในการทดสอบพิสัจน์ฟีโอโซรโมซัยโตมาเมื่อปี ๑๙๕๕, ต่อมา Emler และพวก, (18) Grifford และพวก (19) ได้ทำการทดลองเปรียบเทียบ, พบว่าได้ผลดีมาก.

เขาทำโดยฉีดเวจิติน ๕ มก. เข้าหลอดเลือดเร็ว ๆ. แล้ววัดความดันโลหิตทุกนาทีอยู่ ๕ นาที. ความดันโลหิตจะเริ่มลดลงใน ๕ นาที. ในรายที่มีสารบีบหลอดเลือดในกระแสโลหิตมาก, อาจต้องใช้เวจิตินมากกว่านั้น. อาจถึง ๑๕ มก. ก็ได้.

การแปลผล ถ้าความดันโลหิตซัสโตลิกต่ำกว่า ๕๐ มม.ปรอท, แสดงว่าน่าจะใช่ฟีโอโซรโมซัยโตมา. การแปลผลผิดพลาดได้, ซึ่งมักเกิดจาก (๑) การให้ยากระตุ้นก่อนทำการทดสอบ, (๒) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเครียด, (๓) มีความดันโลหิตเฉลี่ยสูงอยู่แล้ว (๔) เหตุที่ไม่สามารถอธิบายได้.

ในคนที่เบนเอสเช่นเซย์ลซัยเปอร์เทนชันจะให้ผลบวกจากการทดสอบ เวจิตินถึง ๖๖ ปี. แต่ในผู้ป่วยเหล่านี้ความดันซัสโตลิกมักจะไม่ต่ำกว่า ๓๕ มม.ปรอท, และไดแอสโตลิกมักไม่ต่ำกว่า ๒๒ มม.ปรอท.

(๒) การใช้สารบีเปอร์อกซาน

Goldenberg และพวก (20) นำวิธีนี้มาใช้เป็นพวกแรก, โดยฉีดเข้าหลอดเลือด ๑๖-๒๐ มก. (ใช้น้ำยาที่มีความเข้มข้น ๒ มก. ต่อ ล.ซม.). กินเวลาฉีดทั้งหมด ๔ ถึง ๕ นาที.

การแปลผล เช่นเดียวกับเวจิติน.

(๓) การใช้ไคเบนะมัน

ไคเบนะมันเป็นสารทำลายฤทธิ์แอดรีนาลิน ซึ่งให้ผลช้าและอยู่นานกว่าเวจิติน หรือ บีเปอร็อกซาน. Spear และ Griswold (21) ให้นำมาใช้ในการทดสอบโรคนี้, แต่ไม่สู้จะได้รับความนิยมนัก, เพราะยาออกฤทธิ์ช้าและอยู่นาน.

ในยาจำพวกที่ออกฤทธิ์ต่อต้านแอดรีนาลินนี้ เวจิติน ได้รับความนิยมนักที่สุด, เพราะได้ผลเร็วและมีความแม่นยำพอใช้ได้, ปลอดภัยและปราศจากผลแทรกซ้อน.

การทดสอบสารคาเทคอลในปัสสาวะ

ในคนปรกติสารพวกคาเทคอล (catechol) จะถูกขับออกมาในปริมาณเพียง ๑๕-๓๐ ไมโครกรัมต่อวัน. อาจมากขึ้นได้ในคนที่ออกกำลังกายหนัก, ถึง ๑๘๕ ไมโครกรัม. แต่ในคนที่เห็นฟิโคโนโมซัยโตมาสารคาเทคอลจะถูกขับออกมามากถึง ๘,๐๐๐ ไมโครกรัม หรือมากกว่านั้น.

Hingerty (22) แสดง การ ตรวจ วัดปริมาณของคาเทคอลในปัสสาวะโดยวิธีง่าย ๆ และไม่เสียเวลาและไม่ต้องการเครื่องมือพิเศษอะไรมากนัก, โดยอาศัยความรู้ที่ว่าสาร

คาเทคอลจะให้แสงเรืองกับเฟอรียซ์อะไนต์, โดยการเทียบแสงเรืองกับน้ำยามาตรฐานที่ทราบปริมาณของคาเทคอล, อาจบอกปริมาณใกล้เคียงของคาเทคอลในปัสสาวะได้. การแปลผลก็มีความแม่นยำมากกว่าวิธีอื่น.

การรักษา

การรักษาที่ไคผลดีที่สุด คือ การตัดเอาต่อมครีเนลเมคูลาส่วนที่เป็นของอกออกเสีย. เคยมีผลใช้รังสีในการรักษาโรคนี้แต่ไม่พบว่าผลดีอย่างไร. การผ่าตัดก็จะเป็นวิธีเดียวที่สามารถรักษาโรคนี้ได้. แต่จนกระทั่งปี ๑๙๕๑ ยังมีผู้รายงานว่าอัตราตายมีสูงถึง ๒๖ ٪. สาเหตุของการตายส่วนใหญ่เกิดจากการไหลเวียนล้ม, ปอดขวมน้ำ, หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอขณะให้ยาสลบนำ, หรือจากความดันเลือดตกต่ำมากหลังผ่าตัดในระยะแรก ๆ.

การใช้ ยาเวจิตินและบีเปอร็อกซานในขณะผ่าตัดเพื่อลดความดันเลือด, และการใช้ไนอร์-แอดรีนาลินเพิ่มความดันเลือดหลังผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออก, ทำให้ลคอัตราตายลงไปได้มาก.

การวัดความดันเลือดทุก ๑ หรือ ๒ นาทีตลอดระยะเวลาของการผ่าตัดนับว่าสำคัญมาก. ในขณะผ่าตัดความดันเลือดจะ

ขึ้น ๆ ลง ๆ อย่างมาก. ในขณะที่เริ่มให้ยา
 คมสลับ, ความดันเลือดมักขึ้นสูง, และจะ
 สูงสุดเมื่อก่อนเนืองอกถกตงหรือคืนโดยมอ
 ของคลื่นแพทยขณะจะเขาออก. เมื่อเขาออก
 เนืองอกออก, ความดันเลือดมักลดต่ำลง
 ทันที่จนถึงระดับซ็อก, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
 ในผู้ป่วยที่มีความดันเลือดสูงชนิดถาวรมา
 ก่อน, ซึ่งจะพบว่าความดันเลือดลดต่ำลง
 ชัดเจนยิ่งขึ้น. ในขณะที่ความดันเลือด
 ยังไม่ลดต่ำลงมาเท่าที่ควร, ควรจะนึกว่า
 อาจมีเนืองอกชนิดเคียวกันนอก. เพื่อ
 พิสูจน์ข้อนี้มีผู้แนะนำให้ฉีกเฟินโทลามีน
 (Phentolamine) โดยความดันเลือดจะลด
 ลงทันทีภายหลังการฉีดอย่างมีเนืองอกหลง
 อยู่. (24)

การบีบเข้าไป เขาออกเนืองอก ออกมีผู้
 ทำกันหลายทาง, คือทางหน้าท้อง, ทาง
 ค้านหลัง, หรือผ่านช่องอก. แต่การบีบ
 ความขวาง ของช่องท้อง ส่วนบนนั้นว่า สะดวก
 มากที่สุด, เพราะมีทมาพอที่จะสำรวจได้
 โดยทั่ว, นอกเหนือไปจากต่อมแอดรีนัล
 ทั้งสองข้าง. บริเวณอื่นที่อาจพบเนืองอก
 ชนิดนี้ได้อีกบ่อย ๆ ได้แก่สองข้างของเอออร์
 ต้าและขวของเมเช่นเตอริย์. เมื่อตกเขา
 ก่อนเนืองอกออกแล้วควรระวังความดันเลือด
 ให้อีก. ต้องจับระดับความดันเลือดให้สูง

พอที่ไตจะทำงานได้, คือประมาณ ๕๐—
 ๑๐๐ มม.ปรอท. ทงนอาจใช้อร์-แอก-
 วัลลิน ๔ มก. ในกลโคส ๕ ปรช. ๑ ลิตร.
 ถ้ามีความจำเป็น, อาจให้ยานมากถึง ๖๔
 มก. ในกลโคส ๕ ปรช. ๑ ลิตรก็ได้. (23)
 หลังผ่าตัด ควรจะ ทดสอบ อีกครั้ง หนึ่ง
 เพื่อดูความแน่ใจว่าไม่มีก่อนเนืองอกถกตงแล้ว
 เหลืออยู่อีกเลย.

เคยมีประมาณว่าอัตราตายของการผ่า
 ตัด ในราย ที่วินิจฉัยโรคไตตั้งแต่เริ่มแรกมี
 ประมาณ ๒๕ ปรช. แต่ถ้าไม่ทราบมาก่อน,
 เช่นผู้ป่วยได้รักษา การผ่าตัด โดยเข้าใจ ว่าเป็น
 โรคอื่นและยังเิญไปพบเข้า, อัตราตาย
 เพิ่มขึ้น ไปถึง ๕๐ ปรช. (26) หรือกว่านั้น.
 การเตรียมตัวล่วงหน้าจึงนับว่ามีความสำ-
 คัญมาก.

อันตรายของการผ่าตัดมีอยู่ ๓ ตอนด้วย
 กัน. แต่ละตอนอาจหาวิธีป้องกันและแก้ไข
 ดังนี้:

๑. ระยะเวลาที่ยาสลบ. วิธีให้ยาสลบ
 นั้นมีความสะดวกและปลอดภัยมากที่สุด
 ได้แก่การใส่ท่อหายใจเข้าไปในหลอดคอ
 (เอ็นโดเทรACHEL). อันตรายจากการดมยา
 สลบบมีอยู่ ๒ อย่างคือ:

- (๑) จากความดันเลือดขึ้นสูง.
- (๒) จากยาสลบเอง.

ความคืบเลือกขึ้นสูงแบบวิกฤตอาจเกิดจากสาเหตุต่อไปนี้, คือ:-

(๑) การเปลี่ยนอิริยาบถ. การเปลี่ยนท่าทางของผู้ช่วยทันทีทำให้ความคืบเลือกพุ่งขึ้นสูงได้. ทั้งนี้เนื่องจากมีสัญญาแพทย์บางคน(27)แนะนำให้วางยาสลบในขณะที่ผู้ช่วยสบายที่สุดและอยู่ในท่าที่สบายที่สุด. คือเมอสลบไปแล้วจึงเปลี่ยนท่าทางตามแพทย์ผู้แพทย์พอใจ.

(๒) การที่ผู้ช่วยอยู่ในระยะแรก (ระยะต้นต้น) ของการวางยาสลบนานเกินไป. การข้อมก้นก็โดยที่พยายามให้ผู้ช่วยผ่านระยะนี้ไปโดยเร็ว, เช่นให้ยาระงับบางอย่างมากเกินไป(27)

(๓) การขาดออกซิเจน. ภาวะแอนออกเซียจะกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตหลังแอตรินรีนออกมามาก. สาเหตุของแอนออกเซียมีหลายอย่าง รวมทั้งการให้ยากมากเกินไป, ช่องทางหายใจไม่สะดวกหรือมีการอุดตัน, และการหายใจเกินหรือหายใจไม่ปกติ. ภาวะแอนออกเซียจะทำให้หัวใจเต้นเร็วอย่างคุมไม่อยู่ และ ความคืบเลือกสูง, ซึ่งอาจเป็นผลให้เกิดการไหลเวียนล้มได้.

การให้ยาสลบทาง สิ้นหลัง หรือทำให้มีความคืบเลือกต่ำมากเกินไปก็อาจทำให้เกิด

ภาวะดังกล่าวได้.

ยาสลบที่ ใช้บ่อย ที่สุด ได้แก่อีเธอร์และ ไทรโบรโมเอธานอล (อะเวอร์ติน). อย่างหลังนี้อาจใช้อย่างเคียวหรือใช้ร่วมกับอีเธอร์. เคยมีผู้ทำการให้ยาสลบทาง สิ้นหลัง, ให้เอธิลีน, ไวนิลอีเธอร์และโรโอเฟินทาตุซึ่งไม่ได้กล่าวว่า มีผลดีหรือไม่ดีกว่าอีเธอร์อย่างใด. (27)

ซัยโคลโปรเป็นมักไม่นิยมใช้, เพราะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความไวต่อการกระตุ้นมาก, และมักจะทำให้เกิดอาการหัวใจเต้นเร็วอย่างเสียดังหระ.

มีผู้เคย แนะนำ ให้ใช้ หลอดพลาสติกเล็ก ๆ ใส่เข้าไปในหลอดเลือกคำสองแห่งแยกกัน, เพื่อความสะดวกในการให้ยาสดหรือเพิ่มความ คืบเลือกในทันที หรือในเวลาทีใดก็ได้.

๒. ระยะที่เลาะเอาออกนอนออก. การพยายามเลาะเอาออกนอนออกจะเป็นการกระตุ้นต่อออกนอนออกโดยตรง, ทำให้ความคืบเลือกพุ่งขึ้นไปได้มาก. วิสัญญีแพทย์ควรจะใช้วิธีการ บอกแล้วล่วงหน้า เพื่อที่จะได้เริ่มให้ยาสดความคืบเลือก. การที่จะให้มากขึ้นเท่าใด ก็ตัดสิน จาก ความคืบเลือกที่เปลี่ยนแปลงไป.



๓. ระยะที่เอกอนเนองออกแล้ว เมื่อเราตัดการไหลเวียนที่ติดต่อกับต่อมออกหมด, สารคาเทคอลจะลดลงอย่างรวดเร็ว, ทำให้ความดันเลือดที่สูงลดต่ำลงมาทันทีและอาจถึงศูนย์. การเปลี่ยนแปลงอย่างกระทันหันนี้ย่อมเกิดผลไม่ช้าหลายประการ, เช่นอาจทำให้เกิดการเสียหน้าที่ของศูนย์ควบคุมหลอดเลือดจนไม่มียาอะไรจะทำให้หลอดเลือดขยายตัวเพื่อให้ความดันเลือดกลับสู่ปรกติได้. ดังนั้นก่อนจะตัดการติดต่อกับการไหลเวียนของต่อมควรบอกให้วิสัญญีแพทย์ทราบ, เพื่อจะได้เตรียมให้ยาเพิ่มความดันเลือดให้ทันที่.

เคยมีผลเนื้องอกที่ตัดก่อนตัดการไหลเวียนของต่อมจากร่างกาย. (27) การกระทำสำคัญหลักว่าต่อมหมวกไตมีหลอดเลือดมาเลี้ยง ๓ ทาง, คือ: ทางใกล้กลางมาจากเวนาคาวาและเอออร์ตา, ทางด้านบนมาจากเฟรนิก, ทางด้านล่างมาจากรีนัล. เขาเลาะก่อน แยก ออกจาก เวนาคาวา และ เอออร์ตา ก่อน. แล้วใช้เข็มแอนิวรีสม์สอดเข้าไปผูกไว้ที่หลอดเลือดดำ และ หลอดเลือดแดงที่ติดต่อกันระหว่างเอกอนเนองอกกับเวนาคาวาและเอออร์ตา. โดยทำนองเดียวกันเขาตัดการ

ไหลเวียนทางหลอดเลือดเฟรนิกและรีนัลได้ก่อนจะผูกมัด ควรจะบอกวิสัญญีแพทย์ให้ทราบ, เพื่อจะได้ให้ยาเพิ่มความดันเลือดทันทีที่ความดันเลือดตก. วิธีนี้ดีกว่าวิธีแรก เพราะขณะทำความดันเลือดของผู้ป่วยไม่สูงมาก. ดังนั้นถึงควรวางท่อไม่ลัดชวยซ้าย. วิธีนี้ได้สำหรับเอกอนเนองอกที่โตปานกลางเท่านั้น. ถ้าโตมากไม่ได้ผลและหลีกเลี่ยงไม่พ้นที่จะจับคองเอกอนเนองอกขณะเลาะ.

ระยะหลังผ่าตัด. หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีความดันเลือดต่ำต่อไปอีกหลายวัน. ตามปรกติถ้าความดันเลือดคงอยู่ขนาด ๕๐/๕๐ มม. ก็ควรพอใจแล้ว. โดยมากต้องให้เลือดเพื่อชดเชยนานถึง ๕ วันหลังผ่าตัด. หลังจากนั้นก็ไม่จำเป็นต้องให้อีก.

รายงานผู้ป่วย

รายที่หนึ่ง หญิงไทย, อายุ ๓๖ ปี,

รับไว้ที่แผนกอายุรศาสตร์ เมื่อ ๑๗ ส.ค. ๒๔๕๕ ด้วยอาการสำคัญว่ามีระดูมากผิดปกติมา ๑๒ วัน. หลังจากนั้นอนเพลีย, หน้ามืด, วิงเวียน, เหงื่อออกมาก, ใจสั่น, มือสั่น, ปวดศีรษะเสมอ. เมื่อประมาณ ๓ วัน คลำก้อนโตที่ชายโครงซ้ายโตขนาดกำขี้, ไม่มีอาการเจ็บปวด.

ผู้ช่วยมีอาชีพทำงานบ้าน. เคยมีอาการปวดศีรษะเป็นบางครั้ง, แต่ไม่รุนแรง. ไม่เคยมีอาการมากเช่นนั้นมาก่อน.

การตรวจร่างกายแรกพบ อัตราชีพจร ๑๖๐. อัตราหายใจ ๒๖. ความดันเลือด ๒๒๐/๑๖๐. ผู้ช่วยมีอาการคลุ้มเคลือบ, พกเพื่อ, หนาวสั่น, เหงื่อออก, ตัวชื้นเย็น. คลำพบก้อนที่บริเวณ ชายโครง ซ้าย ขนาด ๗x๖ ซม., เคลื่อนไหวไปมาได้, ผนังก้อนเรียบ. ก้อนอยู่ลึกจนขอลักษณะอะไรจากการคลำไม่ได้ชัดเจน. ระบายอนไม่แสดงสิ่งผิดปกติ.

ในแผนกอายุรศาสตร์ผู้ช่วยได้รับการรักษาสำหรับความดันเลือดสูง. แต่ความดันเลือดของผู้ช่วยแกว่งมาก (ภาพที่ ๑). แพทย์จึงสงสัยว่าจะเป็นฟีโอโครโมซัยโตมา. จึงทดสอบโคลด์เพรสเซอร์ (ภาพที่ ๒) และเวจิติน (ภาพที่ ๓), และได้ย้ายมารับการรักษาด้วยการผ่าตัด.

การรักษา ได้ผ่าตัดเปิดหน้าท้องตามแนวขวางส่วนบนด้านซ้าย. พบก้อนเนื้องอกอยู่บนเยื่อออร์ตาหลัง เยื่อช่องท้อง, ประมาณระดับกระดูกสันหลังที่ ๒-๓ ของเอว. การเลาะเอาออกทำได้ลำบากเพราะมีเลือดออก

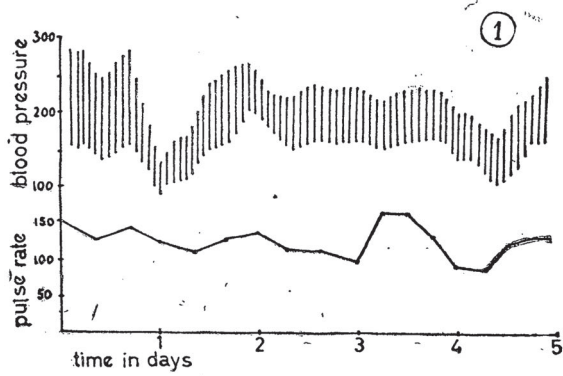
เสมอ. ก้อนมีลักษณะเป็นถุงน้ำ. ข้างหนึ่งมีปุ่มปม. ระหว่างผ่าตัดความดันเลือดของผู้อยู่ระหว่าง ๕๐-๑๕๐ ซีสโตลิก, และ ๖๐-๑๐๐ ไดแอสโตลิก. ไม่ได้ให้ยาขับหรือขยายหลอดเลือดเลยตลอดการผ่าตัด.

หลังการผ่าตัดผู้ช่วยพบเป็นปกติ. ความดันเลือดลดลงเป็นปกติ. ได้มาให้ตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อเดือนสิงหาคม ๒๕๐๐ ไม่พบอาการอะไรผิดปกติเลย.

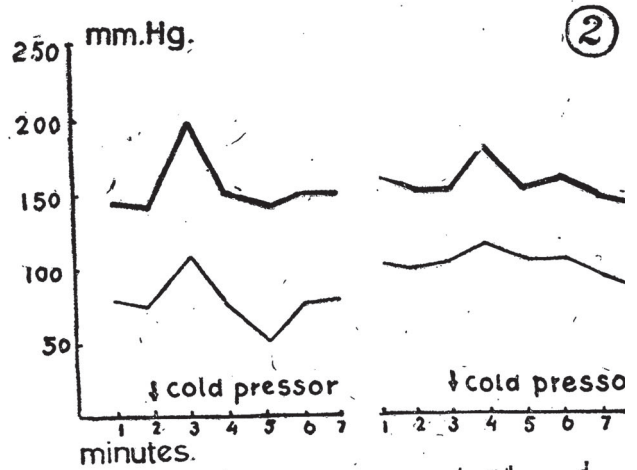
การวินิจฉัยโรคทางพยาธิวิทยา: โพร-มัลฟีโนมา. สังกสัย Zuckerkandl's organ (ภาพที่ ๕, ๖, ๗)

รายที่สอง ชายไทย, อายุ ๖๐ ปี, อาชีพทำนา, มีอาการเจ็บท้องทางด้านซ้ายติดต่อกันมาประมาณสิบปี. เริ่มเจ็บบริเวณบนเอวข้างซ้าย. เป็น ๆ หาย ๆ. ต่อมาอีก ๒ ปีมีอาการร้อนวูบวาบเป็นบางครั้ง, ใจเต้น, ปวดศีรษะ. มักหอบเหนื่อยเวลาออกกำลังกาย. ผู้ช่วยประกอบอาชีพตามปกติไม่ได้, ต้องอยู่กับบ้านเฉย ๆ. เริ่มคลำก้อนใต้ตรงระดับสะดือก่อนมาทางข้างซ้ายเมื่อประมาณ ๕ ปีมาแล้ว. เมื่อคลำทกอนก็มีอาการร้อนวูบวาบเกิดขึ้นที่, ใจเต้นแรง. อาการค่อย ๆ หายไปเอง. ก้อนโตขึ้นช้า ๆ จนกระทั่งตน. ย่างคงอาการปวดศีรษะเป็นมากจนตาลาย.

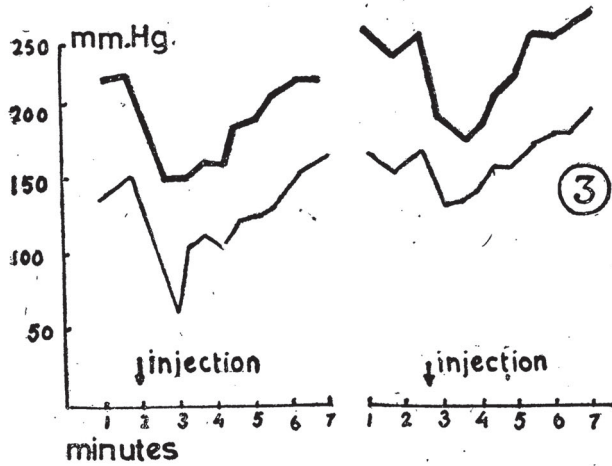
สารศิริราช



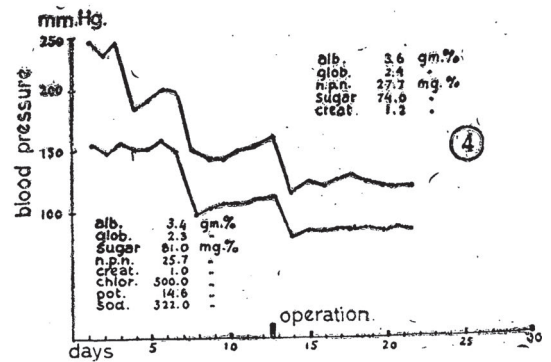
ภาพที่ ๑ แสดงความเปลี่ยนแปลงของความดันเลือดและชีพจรในผู้ป่วยรายที่ ๑



ภาพที่ ๒ ผลของการทดสอบโคลด์เพรสเซอร์ (ผู้ป่วยรายที่ ๑)



ภาพที่ ๓ ผลของการทดสอบเรจิดิน (ผู้ป่วยรายที่ ๑)



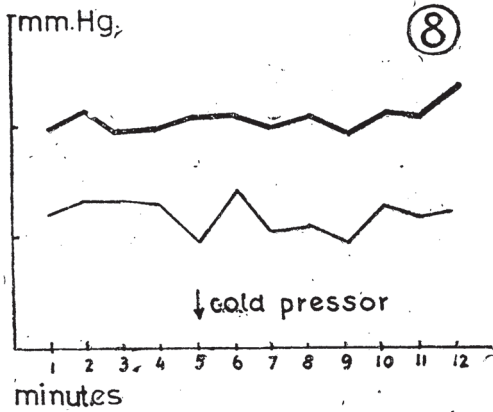
ภาพที่ ๔ แสดงผลของการผ่าตัดในผู้ป่วยรายแรก

อาการต่าง ๆ ถิ่นและเย็นนานเข้า, จึงมาโรงพยาบาล.

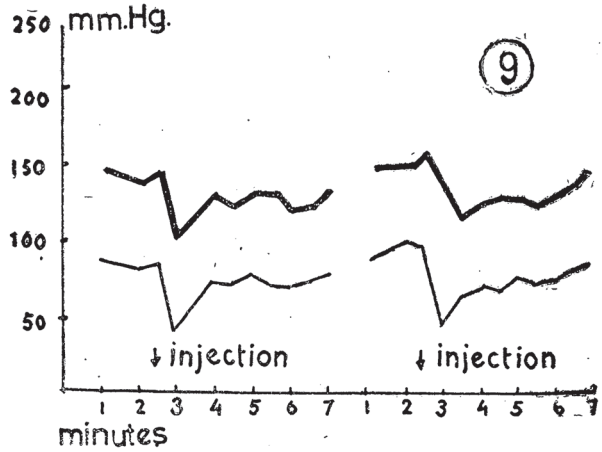
การตรวจร่างกายแรกรับ. ผู้ป่วยผอมบาง. เดินไปเดินมาเช่นคนปรกติ. ไม่มีไข้, อัตราชีพจร ๕๖. ความดันเลือดแรกรับ ๑๔๖/๕๐. คลำก้อนไตที่ไตซ้ายโครง

ซ้าย, รูปร่างคล้ายเกือกม้า, ขนาดยาวประมาณ ๖ ซม. ขอบและผิวเรียบ. การตรวจระบบอื่นไม่พบข้อผิดปกติ.

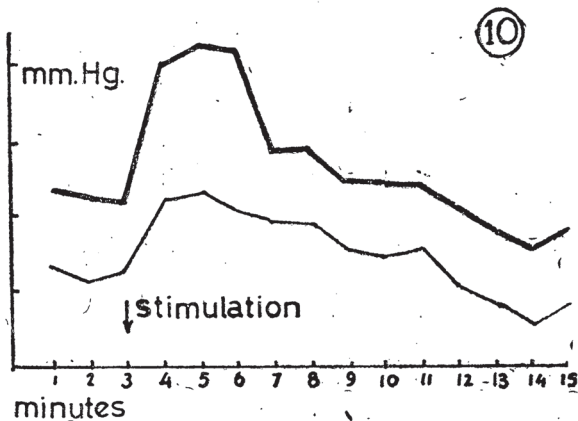
ความดันเลือดสูงและค่อนข้างจะคงที่. ได้รับการทดสอบโคลด์เพรสเซอร์ (รูปที่ ๒) และเรจิดิน (รูปที่ ๓). การกระตุ้นที่บริเวณ



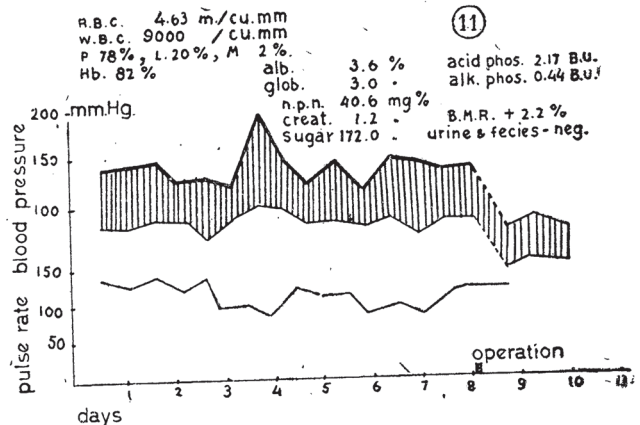
ที่ ๘ ผลการทดสอบโกลด์เพรสเซอร์ (ผู้ป่วยรายที่ ๒)



ภาพที่ ๘ ผลการทดสอบเรจินิน



ภาพที่ ๑๐ แสดงผลการกระตุ้นที่ก่อนโดยตรงจากภายนอก



ภาพที่ ๑๑ แสดงสภาพของผู้ป่วยรายที่ ๒ ก่อนและหลังผ่าตัด

ก่อนทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น (รูปที่ ๑๐).
ผลสันนิษฐานว่าเป็นพ.ไอโซเรโมซีโตเมีย.

การรักษา ผ่าตัดโดยเปิดช่องท้องตามแนวขวางส่วนบน. พบก้อนอยู่ประมาณระดับกระดูกสันหลังที่ ๓-๔, เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๑๒ ซม. มีหลอดเลือดใหญ่ ๆ มาเลี้ยงมาก. เลาะก้อนออกได้ง่าย, เลือดไม่ออกมากนัก. ตลอดจนการผ่าตัดความดัน

เลือดขึ้น ๆ ลง ๆ และได้ควบคุมโดยให้เรจินินและลิโวเฟกเข้าหลอดเลือด. ขณะที่ยังมีชีวิตของก้อนเนื้องอกเพศคตออก, ความดันเลือดลดต่ำลงทันที, และแม้จะให้ยาขับหลอดเลือดในขนาดสูงก็ไม่สามารถทำให้ความดันเลือดสูงกว่า ๖๐/๔๐ มม.ปรอทได้. ผู้ป่วยถึงแก่กรรม ๓ วันภายหลังการผ่าตัด

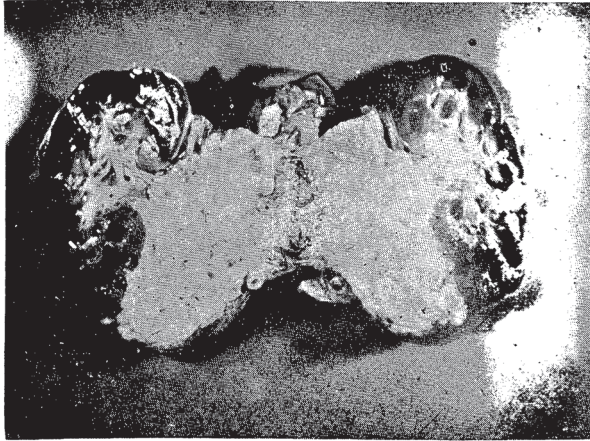
การวินิจฉัยโรคทางพยาธิวิทยา: พ-
ไอโซรโมซัยโตมา (รูปที่ ๑๑).

วิจารณ์

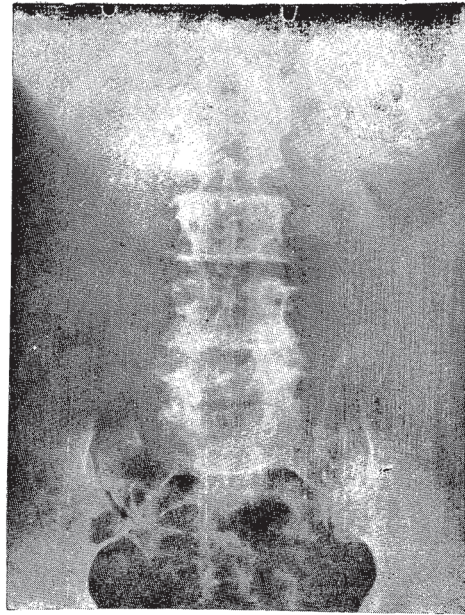
คนไข้สองรายนี้ได้รับเข้าไว้ในแผนก
ศัลยศาสตร์ในเวลาใกล้เคียงกัน. ทั้งสองมี
อาการแรงแและอาการแสดงแตกต่างกันมาก.
ในรายแรกก่อนเนื้องอกไม่โตเกิดขึ้นในตำแหน่งที่ควรจะพบได้บ่อย, กล่าวคือที่ต่อม
หมวกไต. ก่อนโตพอที่จะคลำพบทางหน้า
ท้องได้และมีแคลเซียมจับซึ่งเห็นได้ชัดใน
ภาพรังสี. ใ้มีผู้ให้ความเห็นว่าเนื้องอกที่
ไม่ได้เกิดในต่อมหมวกไตแท้ ๆ, ควรจะ
เรียกว่า "พาราแก๊งกลีโอมา" และควร
เก็บคำว่า "ฟีโอโครโมซัยโตมา" ไว้
สำหรับใช้เรียกก้อนที่เกิดขึ้นที่ต่อมหมวกไต.
แต่ก็มีผู้ขัดแย้งว่าพาราแก๊งกลีโอมาเป็นคำ
ที่แสดงให้เห็นว่าก้อนไม่มีฤทธิ์เดชอะไร,
ควรจะใช้ว่า "ฟีโอโครโมซัยโตมานอก
ต่อมหมวกไต" (Pheochromocytoma of
extra-adrenal site) ซึ่งคิด ๆ คุกเป็นคำยัก
ยาดไม่ค่อยจะสั้สรรวยเท่าไรนัก.

รายที่สองมีลักษณะทางคำณั้บพิศ
ถว่าธรรมดาอก้อนโตมากจนคลำพบที่หน้า
ท้องและมีแคลเซียมเห็นได้ในภาพรังสี. นำ
เสียดายยงที่คนไข้เสียชีวิตไปในวันที่สาม

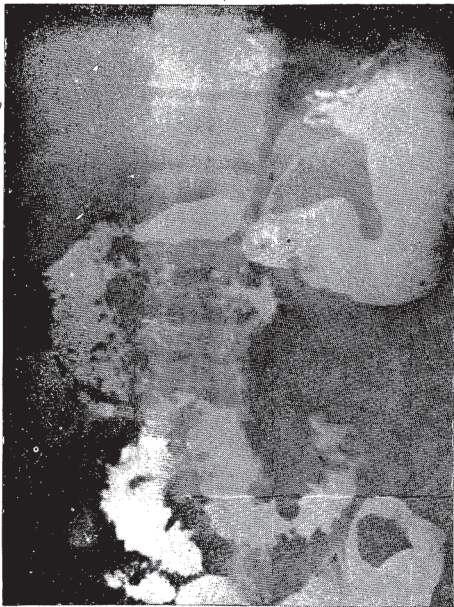
หลังการผ่าตัดโดยที่เราไม่สามารถจะทำให้
ความดันโลหิตตกต่ำลงเลย. ที่จริง
การเสียเลือดระหว่างผ่าตัดก็มีเพียงพอประ
มาณ, อาการทั่วไปของคนไข้พร้อมกับความ
ดันโลหิตในตอนต้นและจำนวนเลือดที่ตอง
ให้อยู่ก็ไม่ถึงกับเป็นที่น่าวิตก. ความดัน
โลหิตมาตกเอามากจนไม่สามารถจะวัดได้
ก็เมื่อตอนจับขงก้อนด้วยแคลมป์. หลัง
จากนั้นพวกยากระตุ้นความดันและฮอร์โมน
ของต่อมหมวกไตที่ใส่ให้ไปก็ไม่ทำให้ความ
ดันโลหิตขึ้นสูงเกิน ๖๐/๔๐ ได้. การที่
เป็นไปเช่นนี้อาจจะเป็นเพราะก้อนเนื้องอกได้
ทำหน้าที่มาเป็นเวลานานแล้ว, จนระบบ
หลอดเลือดและหัวใจได้รับความเคยชินต่อ
ระดับอันสูงของสารพวกแอดรีนาลีนและนอ-
แอดรีนาลีน, จนมีระดับการทำงานประจำส
ณั้ธรรมดาได้. เมื่อสารกระตุ้นพวกนี้ถูก
ตัดไปโดยกระตุ้นหันตอนทขวของก้อนเนอ
งอกถูกบีบ, ระบบหลอดเลือดและหัวใจไม่
สามารถจะทนทานต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ได้,
ความดันโลหิตจึงตกไปและไม่ฟื้นตัว. ความ
เห็นนี้คล้าย ๆ กับความเห็นของท่านเซอร์
เจมส์แม็คเค็นซีย์ที่กล่าวเป็นเชิงติเตียนวิ
รักษาคความดันโลหิตสูงโดยการตัดเส้นประ
สาทรระบบซัยมพะเรติก. รายที่สองของ



ภาพที่ ๑๓. รูปถ่ายก้อนเนืองอกที่ผ่าครึ่ง (ผู้ป่วยรายที่ ๒)



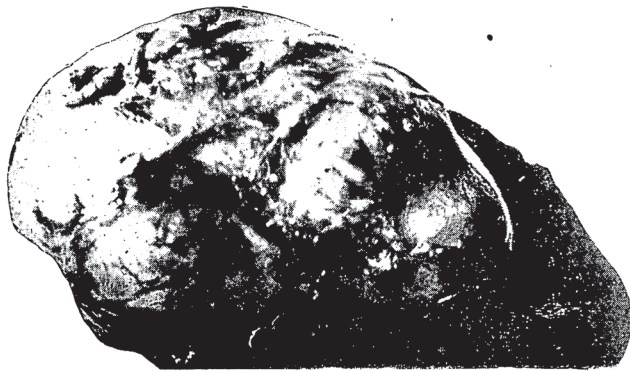
ภาพที่ ๑๔. ภาพรังสีของผู้ป่วยรายที่ ๒



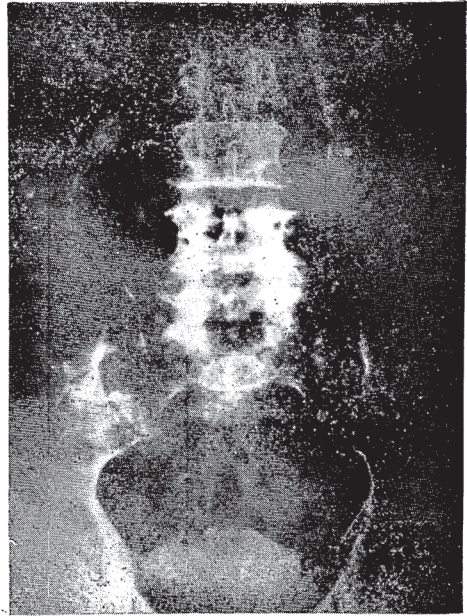
ภาพที่ ๑๕. ภาพรังสีทางเดินอาหาร
(ผู้ป่วยรายที่ ๒)



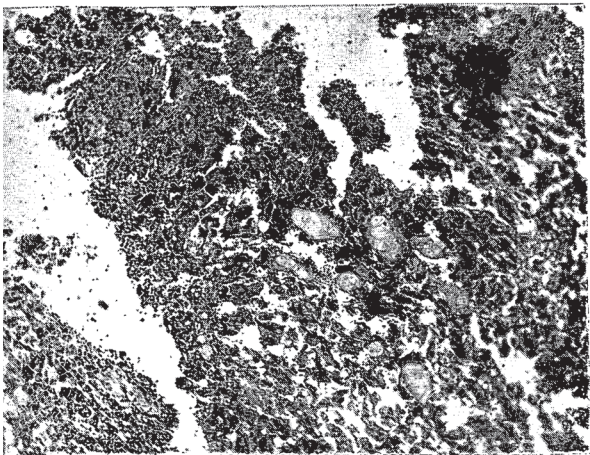
ภาพที่ ๑๖. ภาพรังสีแสดงความสัมพันธ์
ของก้อนเนืองอกกับลำไส้ใหญ่ส่วนกลาง



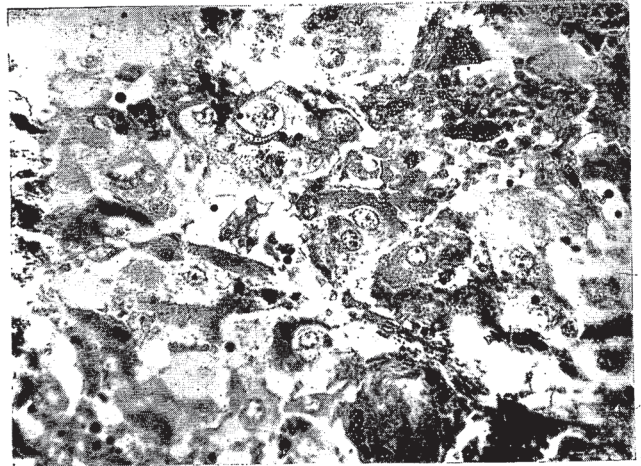
ภาพที่ ๕. แสดงก้อนเนื้ออกที่ตัดออกมาแล้ว



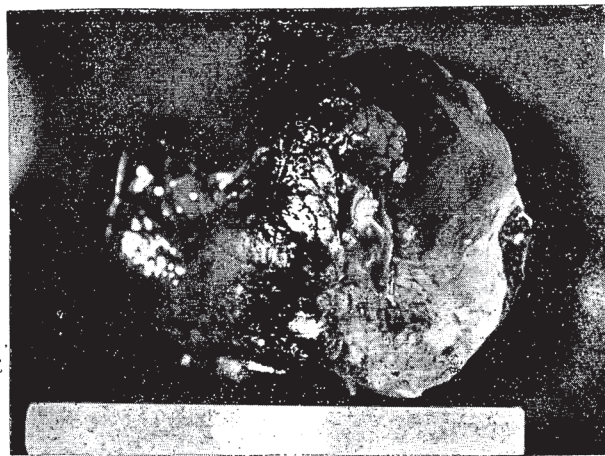
ภาพที่ ๖. ภาพรังสี I.V.P. (ผู้ป่วยรายที่ ๑) →



ภาพที่ ๗ ก. ลักษณะที่พบทางจุลทัศน์ (ผู้ป่วยรายที่ ๑) (X๑๕)



ภาพที่ ๗ ข. ลักษณะที่พบทางจุลทัศน์ (ผู้ป่วยรายที่ ๑) (X๓๐๐)



ภาพที่ ๑๒. รูปถ่ายก้อนเนื้อออกจากภายนอก (ผู้ป่วยรายที่ ๒)

เราในใตทาการตรวจศพ, แต่ก็ไม่พบสาเหตุ ถึงการเสียชีวิตของคนไข้. ต่อมหมวกไตอีกข้างหนึ่งก็มีอยู่เป็นปรกติและไม่มีโลหิตซึ่งข้างที่ผิดปกติเลย.

สรุป

ฟีโอโฆรมโฆชัยโตมาเป็นเนื้องอกโฆรม- มัพพินท์พบใตทกหนทกแห่งของร่างกายทม เนอชนิกโฆรมมัพพินอย. อากการทเกทชนจาก การมีแอกทีนระลัน และนอร์-แอกทีนระลันใน เลือดมากกว่าปรกติ, ทำให้เกิดคววม คั้นเลือดสูงและอากการอน ๆ เนอจกน. นอกจกนนี้อาจมีอากการวะสัษกะระสาย, นำ หนักตัวลด, เห่งออออก, อ่อนเพลีย, ฯลฯ.

คววมสำคัญของฟีโอโฆรมโฆชัยโตมา อยุ่ที่การวินิจฉัยโรคเสียแต่เนิ่น ๆ, ซึ่งไม่สั ยากนักและอาจทำได้หลายวิธี. วิธีที่ปลอดค ภัยที่สุดและได้ผลพอใช้ได้แก่การใซ้สาร เวจิติน. การตรวจหาปริมาณของคาเตซมอล ในข้สสารเน่นน่าจะดีกว่าอย่างอื่นทงหมด, แต่เรายังไม่เคยใตททดลองทำค้เลย.

การรักษาโรคเนื้องอกชนิกน, จะเป็ นเนื้องอกธรรมดาหรือเป็นมะเร็ง, ก็ใตย การผ่าตัดเอาออกทงสน. กอนเนอชอก อาจจะเกิดทงสองข้างซึ่งทำให้การผ่าตัด

ยากขึ้นไปอีก, เพราะต้องระวังไม่ค้ค้เอา เปลือกของต่อมออกไปค้ค้ ซึ่งจะทำให้เกิด อากการของโรคแอกทีนสนนค้ค้. การมีเนอ ชอกของต่อมหมวกไตทงสองข้างควรมถถึง คววมโน้มเอียงทงกรรมพนธ์. อาจพบโรค น้ไตในควอยควรวัดก้กันอีก (๑๑-๒๕). การใซ้ยาเพิ่มและลดคววม คั้นเลือดท สามารถออกฤทธิใตททท, ช่วยให้อัตราตาย จากโรคคนตาลงไปมาก.

ผู้รายงานได้เสนอผู้บ่วยสอง รายซึ่ง แผนกพยาธิวิทยาณันนการวินิจฉัยโรคคว่า เป็นฟีโอโฆรมโฆชัยโตมา. ทังสองรายได้ รมการผ่าตัดเพื่อรักษา. รายแรกหายและ ปรวค้จากอากการจนกระทั่งขค้คน. รายที่สอง เสียชีวิตหลังผ่าตัดเนอจกคววมคั้นเลือด ตก. การวินิจฉัยโรคนี้ไม่ยากนักหากนถถึง ไร่ใสมอ ๆ.

ผู้รายงานขอขอบคุณค้ศาสตราจารย์หัว- หนาแผนกค้ลย ค้สค้ทกรณาอนุญาตให้ เสนอรายงานน, อาจารย์ น.พ. สังก ภาณจนกฤษชว, และอาจารย์ น.พ. ทินรค้ค้ สติถย นิมาน การ ที่ให้คำแนะนำเกยวค้ พยาธิวิทยา, และศาสตราจารย์ น.พ. สุก แสงวิเชียร ทกรณาถายภาพจุลทค้ค้.

เอกสาร

- (1) J.B. Graham: Surg. Gynec. & Obst. 92: 105, 1951.
- (2) F.C. Neff, G.M. Tice, G.A. Walker and N. Ockerblad: J. Clin. Endocrinol. 2: 125-127, 1941.
- (3) L.M. Hurxthal, N. Musulin: Clin. Endocrinol. (J.B. Lippincott, Phil.) 1: 737, 1953.
- (4) L.J. Soffer: Diseases of The Adrenals, 2nd ed. (Lea and Febiger, Phil.) 1948.
- (5) J.W.S. Blacklock, J.W. Ferguson, W.S., Mark, J. Shafar and T. Symington: Brit. J. Surgery 35: 179-197, 1947.
- (6) T.H. McGavack, J.W. Benjamin, F.D. Speer and S. Klotz: J. Clin. Endocrinol. 2: 332-339, 1942.
- (7) M. Goldenberg, M. Faber, E.J. Alston and E.C. Chargaff: Science. 109: 534-535, 1949.
- (8) L.E. Duncan, J.H. Semans and J.E. Howard: Ann. Int. Med. 20: 815-821, 1944.
- (9) M.G. Goldner: J. Clin. Endocrinol. 7: 716-723, 1947.
- (10) E.C. Bartels and R.B. Cattell: Ann. Surg. 131: 903-916, 1949.
- (11) G.M. Roth, N.C. Hightower, N.W. Barker and J.T. Priestley: Arch. Surg. 67: 100-109, 1953.
- (12) W.F. Kvale, G.M. Roth, W.M. Manger and J.T. Priestley: J. Amer. Med. Ass. 164: 854-861, 1957.
- (13) G.F. Cahil: J. Urol. 34: 238, 1935.
- (14) G.M. Roth and F.W. Kvale: Am. J.M. Science 210: 653-660, 1945.
- (15) J.S. La-Due, J.P. Morrison and J.T. Pack: Amer. J. of Med. 3: 118, 1947.
- (16) V. Gueneri and J.A. Evans: Amer. J. Med. 4: 806-813, 1948.
- (17) K.S. Grimson, F.H. Longino, C.E. Kermodle and H.B. O'Rear: J.A.M.A. 140: 1273-1274, 1949.
- (18) R.W. Grifford, G.M. Roth and W.F. Kvale: J.A.M.A. 149: 1628-1634, 1952.
- (19) J.R. Emlet, K.S. Grimson, D.M. Bell and E.S. Orgain: J.A.M.A. 146: 1383-1386, 1951.
- (20) M. Goldenberg, C.H. Snyder and H. Aranow: J.A.M.A. 135: 971-976, 1947.
- (21) H.C. Spear and D. Griswold: New Engl. J. Med. 239: 736, 1948.
- (22) D. Hingirty: Lancet. 272: 766-767, 1957.
- (23) W.C. Brawn, W.G. Puryear and R.R. Landes: J. Urol. 76: 114, 1956.
- (24) J.E. Conley, M.D. Daniels, E.L. Belknap and E. End: Surg. Gynec. & Obst. 98: 177-185, 1954.
- (25) J.A.C. Calston: J. Urol. 59: 1036-1060, 1948.
- (26) V. Apgar and E.M. Papper: A.M.A. Arch. Surg. 62: 634-646, 1951.
- (27) G.F. Cahil and E.M. Papper: J. Urol. 76: 467-477, 1956.
- (28) E.M. Lance, W.R. Cate, G.W. Liddle and H.W. Scott: Surg. Gynec. & Obst. 106: 25-37, 1958.

(Summary of the fore-going Report)

PHEOCHROMOCYTOMA

Report of Two Cases

Kasien Panganondh
M.B.

and

Prem Buri
M.B., B.S. (Lond.), F.R.C.S. (Eng.)

(Dept. of Surgery)

The paper reports two first recorded cases of pheochromocytoma in Thailand. The first case was that of a woman 36 years of age, admitted on the 17th August 1956 with complaints of profuse monthly bleeding for 12 days, with weakness, giddiness, sweating, palpitation, tremor and frequent headache. A painless mass about the size of a fist had been discovered in the left abdomen 3 days before admission. The patient was found to be dull and delirious, with pallor and cold, clammy sweat. A mobile, smooth-surfaced mass about 6×7 cm. in size was palpable deeply in the left hypochondrium. The blood pressure was elevated (146/90) and fluctuating. Cold pressor and regitin tests were positive. At operation the extra-peritoneal mass was found on the aorta at L2-L3. It was cystic and nodular, and could be removed only with difficulty. The post-operative course was smooth. When seen one year later the patient was symptom-free. Pathological report on the specimen read: Chromaffinoma; Zuckerkandl's organ?

The second patient was a sixty-year old man from the country with chief complaint of pain in the left abdomen

for ten years. This symptom was followed after several years by hot-and-cold sensations, palpitation, headache, and easy fatigue. Five years ago a palpable mass appeared in the mid-abdomen, slightly on the left side. Handling the mass ushered in hot-and-cold sensations and palpitation. The patient was emaciated but active. The pulse rate was 96, blood pressure 146/90. A horse-shoe shaped, smooth tumour was found below the left costal margin. Cold pressor test and regitin test suggested pheochromocytoma. On laparotomy the tumour was located at L3-L4 level. It measured 12 cm. in diameter and was highly vascular, but could be removed fairly easily. The arterial blood pressure dropped suddenly to 60/40 on clamping the hilum and remained low until death of the patient on the third day post-operative. This fatal outcome was believed to be due to the long-standing dependence of the cardio-vascular system on the abnormally high blood level of the hormones concerned. Anatomical diagnosis was "Pheochromocytoma".

(Twenty-eight references. Eleven figures.)

การไหลเวียนเลือดที่บริเวณจักษุตาเมตลารีย์ของไต

สุต แสงวิเชียร

พ.บ., พ.ด.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

อันตรายที่ร้ายแรงและกระทบกระเทือนทางจิตอย่างมากในบางครั้ง ทำให้มีสัตว์หายากไหล. ความจริงข้อนี้ได้รับความเอาใจใส่ในระหว่างสงครามโลกครั้งที่สอง, โดยการศึกษาค้นคว้าอยู่ในเคหะหินและเหล็กของตกที่ตกทำลายโดยลูกขอมบ. ได้พบว่าผู้เคราะห์ร้ายเหล่านี้บางคน ที่ขาแตกเนื่องจากถูกนำหนักมาก ๆ พังทึบอยู่, มักเสียชีวิตใน ๒-๓ วัน ต่อมาเนื่องจากไม่มีสัตว์, เป็นลักษณะที่เรียกว่า "crush syndrome". อาการที่กล่าวแล้วทำให้ Trueta และพวกเกิดสนใจ. ผลของการค้นคว้าแสดงให้เห็นว่ารีเฟล็กซ์ของประสาทจากบางส่วนของร่างกาย เช่น จากบริเวณที่เกิดอันตราย, ถึงอันตรายนั้นจะไม่ได้เกิดขึ้นที่ใดก็ตาม, จะมีผลสะท้อนไปสู่ไตได้โดยทางเส้นใยของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการไหลของเลือดที่ผ่านไต.

หลอดเลือดแดงนำออก (เอ็ฟเฟอเรนต์) จาก กลอเมอรูล์ ใน ส่วน ต่าง ๆ ของ คอร์

เท็กซ์ ของไต มีทาง ให้ เลือด ผ่าน ต่อ ไป ไม่เหมือนกัน. จากกลอเมอรูล์ของส่วนนอกของ คอร์ เท็กซ์ จะ ผ่าน เข้าสู่ บริเวณ หลอดเลือดฝอย (แคปิลลารีย์เขต) ของคอร์เท็กซ์ลาบีร์นธ. แต่หลอดเลือดแดงนำออกจากกลอเมอรูล์ที่อยู่ใกล้กับเมตลารีย์ของไตที่ Trueta เรียกว่า juxtamedullary glomeruli จะผ่านเข้าไปเป็น arteriae rectae spuriae เข้าสู่บริเวณ หลอด เลือดฝอย ของเมตลารีย์ของไต.

งานของ Trueta และพวกได้แสดงให้เห็นว่าในรายที่ขาเกิดอันตราย, จะเกิดรีเฟล็กซ์มีผลให้หลอดเลือดบางหลอดของไตมีการหดเกร็ง ซึ่งมีมากที่ส่วนปลาย ๆ ของหลอดเลือดแดง ระหว่าง กลีบ เล็ก (interlobular arteries) ทำให้กลอเมอรูล์ใน ส่วน ของ คอร์ เท็กซ์ มี เลือด น้อย หรือ ไม่มี เลือดเลย, คงมีแต่เลือดผ่านเข้าสู่กลอเมอรูล์ที่ทอดอยู่ใน ส่วนลึกของไตคือ ทบบริเวณจักษุตาเมตลารีย์. โดยการเปลี่ยนแปลงในบริเวณ หลอดเลือดฝอย ในส่วน ของ คอร์

เท็กซิมเลอกไปสู่นอยเพราะบริเวณเหล่านี้
 ไตรบเลอกจากหลอกเลอกนำออกของกลอ
 เมอรไลซึ่งอยที่ส่วนนอกของคอวเทกซ์เท่า
 นน. แต่ส่วนของเมคัลลาคงมีเลอกไปสู
 ไคเพราะ วยเลอกจาก หลอกเลอกนำออกซึ่ง
 เป็น arteriae rectae spuriae; หนาทของ
 ไทจถกรวยกนอยมาก. ตามความเห็น
 ของ Trueta เชอวจากชตาเมคัลลารียกลอ
 เมอรไล มีหนาท ผกขย ส่วนของ คอวเทกซ์.
 ฉะนั้น นอกจาก ยัสสวาระจะมีลักษณะ ผกไป,
 จำนวน ของ ยัส สวาระ ก็ นอย ไป ค้วย เพราะ
 เนพرونส่วนใหญ่ของไคไม่สามารถทำงาน
 ไค.

งานของ Trueta นทำให้เกกการสนใจ
 การไหลเวียน ของเลอกท บริเวณ จกชตาเม
 คัลลารียของไคยงชน. มีทงานทสันยสนุน
 และคคคาน.

โดยอาศัยสฤตมแสงเรือง, Vasoflavine
 ซึ่งเป็นอนพนรของ Thioflavine S. ฉค
 เข้าไปจนสฤตคกขณงของหลอกเลอก, แล้ว
 คค้วยแสงอลตราไวโอเลต, ถึงสฤจะมี
 จำนวน นอย เพียงไรก็ตาม ก็อาจเห็น รูปร่าง
 และลักษณะของหลอกเลอกไค. Moses และ
 Schlegel (๑๕๕๒) ไคทำการทคลงกย
 ฤคถ่ายคคคไคไปน: ผกหลอกเลอกคาง

วันล หลอก ซ้าย ห่าง จากตำแหน่ง ทหลอก
 ออกจากเอออร์ตา ๑ นว. ฤคถ่ายทคค
 ไคถก ตรวจคแล้ววว่า ไม่มี แชนง ของหลอก
 เลอกวันลหรือหลอกเสวิม (accessory) ท
 ไม่ได้ผก. หลังจากผกแล้วเป็นเวลานาน
 แตกต่างกนตงแต่ ๓๐ นาทีถึง ๑๘ วันไค
 ใช้เวไซฟลาวิน ๐.๕ ล.ชม. ต่อหน้าหนักค
 ๑ กก. ฉคเข้าไปในหลอกเลอกคาคของห.
 ๑๐ ถึง ๑๕ วันาทหลังจากตงคฉคสฤคคค
 เอาไคออก. ไคชวชงหลอกเลอกไม่ได้
 วยกนถูกคคคออกก่อนและใช้เป็นคคคนโทรล.
 แชนงไคออกตามยาว. แชนงคคคชนในกลลย
 เซอวริน. แล้วตรวจคค้วยกลลยช่าแหละ
 สฤคตาโดยอาศัยแสงอลตราไวโอเลต.

ฤคถ่ายท ถคฉคค หลังผกไค ๓๐-๔๕
 นาที ปรากฏวว่า ไม่มี เลอก ทคอวเทกซ์ส่วน
 นอก, คงมีแคทจกชตาเมคัลลารีย. เห็น
 หลอกของกลอเมอรไลและ vase rectae ไค
 ชคเจน. ในเซคชนอนนงมหลอกชนาค
 กลางทคคผ่าน เยอหุ่มและ คอวเทกซ์เข้าไป
 คคคคอกยหลอกเลอกคางอารคเอต. สฤค
 ท ถคผกหลอก เลอก นาน กว่า นน จะ มการ
 เหยวแพย ของคอวเทกซ์ และ บาง ส่วนของ
 เมคัลลาค, แคทบริเวณจกชตาเมคัลลารีย
 คงเป็นปรกค.

การค้นคว้าไตแสดงให้เห็นไตว่าใน
กระต่าย, เลือดที่ไปสู่วิวบริเวณจกซตาเมคด
ลารีย์ไม่ได้มาจากหลอดเลือดแดงวี นัลเท่า
นั้น, แต่ไตอาศัยเพิ่มเติมทางการไหลเวียน
คู่เคียง (คอดละเตอร์ล) จากหลอดเลือด
ของเนอทอยูรอปไตและทเยอหุ่มไต, ไต
จากการติดต่อกับแขนงของหลอดเลือดแดง
สเปอรมาติคที่ทอกร่วมกับทอไต, แล้วส่ง
แขนงเข้าทางขั้วของไต. ขอนพสจันไตโดย
การทดลองต่อมาจากการลอกเยอหุ่มออก.

การค้นคว้าของ Moses และ Schlegel
(๑๙๕๒) ไม่ได้ทำให้คำอธิบายของ Trueta
ในสาเหตุของ crush syndrome เปลี่ยน
แปลงไป. เป็นแต่แสดงให้เห็นว่าการท

หลอดเลือดทบริเวณจกซตาเมคดลารีย์ ยัง
คงมีอยู่ไตนั้นอาจไม่ใช่เนื่องจากหลอดเลือด
แดงระหว่างกลีบเล็กซี่คไม่หมด, แต่ไต
อาศัยการไหลเวียนช่วยตามที่ถูกกล่าวแล้วเข้า
มาช่วยขณะที่ไตมีความต้องการเกิดขึ้น.

ผลที่ไตในกระต่ายนี้ยังไม่แน่ว่าจะเกิด
ขึ้นในสัตว์อื่นและในคนหรือไม่.

เอกสาร

A.W. Ham : Histology, J.B. Lippin-
cott Co., Philadelphia. 1950.

J.B. Moses and J.U. Schlegel:
Preservation of the juxtamedullary
circulation following ligation of the
renal artery in the rabbit. Anat. Rec.
Vol. 114, 149-156, 1952.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บทความนิติเวชวิทยา

การตรวจโรคเพื่อเข้ารับราชการ

สงกรานต์ นิยมเสน

พ.บ., ๒.บ., Dr. med. (Hamburg)

(แผนกพยาธิวิทยา)

ในการเข้ารับราชการเป็นข้าราชการพลเรือนนณฑลสมัครเข้ารับราชการต้องมีร่างกายปรกติ, ไม่เป็นผู้ทพพลภาพ, ไร้ความสามารถหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ, และยังคงปราศจากโรคที่กำหนดไว้อีกด้วย.

กฎหมายเกี่ยวกับข้าราชการพลเรือนเรียกว่า "พระราชบัญญัติข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๔๗๕" ซึ่งบัญญัติคุณสมบัติของข้าราชการพลเรือน, แบ่งเป็นหลักใหญ่ดังนี้:

๑. มีร่างกายปรกติ, ไม่เป็นผู้มีกายทพพลภาพ.
๒. ไร้ไร้ความสามารถ, จิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ.
๓. ไม่เป็นโรคที่กำหนดไว้ตามกฎหมาย. ผู้ขาดคุณสมบัติอย่างหนึ่งอย่างใดก็ไม่สามารถสมัครเข้าเป็นข้าราชการพลเรือนได้. หรือข้าราชการพลเรือนผู้ใดขณะรับราชการ

การดำรงตำแหน่งไคอยู่, ถ้าขาดคุณสมบัติหรือป่วยเป็นโรคอย่างหนึ่งอย่างใดก็ต้องถูกออกจากราชการ. ฉะนั้นการตรวจข้าราชการพลเรือนในทางแพทยจึงมีความสำคัญอันแพทยจำเป็นต้องทำการตรวจอย่างถูกต้องและสัตย์. ถ้าแพทยตรวจและให้ใบรับรองแพทยอันเป็นเท็จมีโทษทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา ๒๖๕, มีระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปีหรือปรับไม่เกินสี่พันบาท, หรือทั้งจำทั้งปรับ.

การตรวจร่างกาย เนื่องจากข้าราชการต้องปฏิบัติงานหนัก, จึงจำเป็นต้องมีร่างกายปรกติและไม่เป็นทพพลภาพ. แต่กฎหมายไม่ได้จำกัดความไว้ว่าอย่างไรเพียงใดจึงเป็นทพพลภาพ. ขอนทนกับข้าราชการทหารและตำรวจ, ซึ่งบังคับไว้ว่าร่างกายต้องสูง ๑๕๖ เซนติเมตรและวัครอบ

หน้าอกได้ ๗๖ เซนติเมตร. อาจมีปัญหา
ว่าเท้าขาข้างหนึ่งเป็นทพพลภาพ, หรือนว
ขาคนวหนึ่งเป็นทพพลภาพหรือไม่. ทงน
ต้องแล้วแต่ความ เหมาะสมกับตำแหน่งที่
นั้นจะเข้ารับราชการ. เช่นข้าราชการ
ตำแหน่งเสมียนเพียงแต่นั่งทำงานที่โต๊ะ,
นมอช่ายขาตขงเขียนหนังสือมอชวาได้ก็
รับราชการได้. ถึงอย่างไรก็แพทย์ควรลง
หมายเหตุว่าตรวจพบนมอช่ายขาตและสรย
ความเห็นไว้ว่ารับราชการได้, อันแสดงว่า
แพทย์ได้ตรวจพบ, หาได้ยกพระองค์ละเลย
เสียไม่.

การตรวจทางจิต การตรวจทางจิตก็
มีความสำคัญเท่ากับทางกายเช่นกัน, เพราะ
คนเป็นโรคจิตก็ไม่สามารถจะปฏิบัติงานได้.
ตามหลักกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ฝ่ย
โรคจิต อาจ ถูก ศาลสั่งให้ เป็นคนไร้ ความ
สามารถได้, และเมื่อศาลได้สั่งแล้วหากไป
ทำการอันใดก็เช่นโมฆะ. ปัญหาว่าเป็น
โรคจิตเพียงใดจึงจะเข้าตามข้อนี้. ทงน
แล้วแต่การตรวจพบเป็นราย ๆ ไป.

เป็นโรคที่กำหนดไว้ นอกจากร่าง
กายและจิตใจปรกติแล้วยังต้องปราศจากโรค
๕ อย่างที่จะได้กล่าวต่อไปด้วย, จึงจะมีคุณ
สมบัติเพียงพอ สำหรับเป็นข้าราชการพล-

เรือน. แต่เดิมคณะกรรมการข้าราชการ
พลเรือนหรือที่เรียกว่า ก.พ. ได้ออกกฎ ก.พ.
ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๔๕๗) กำหนดโรคไว้
๔ โรคคือ (๑) โรคเรื้อน (๒) วัณโรคใน
ระยะอันตราย (๓) โรคยาเสพติดให้โทษ
อย่างร้ายแรง (๔) โรคพิษสุราเรื้อรัง. ต่อมา
ได้มีการเปลี่ยนแปลงโดยออกกฎ ก.พ. ฉบับ
ที่ ๑๕๕ (พ.ศ. ๒๕๐๐) กำหนดโรคเพิ่ม
ขึ้นอีกรวมเป็น ๕ โรคคือ (๑) โรคเรื้อน
(๒) วัณโรคในระยะอันตราย (๓) โรคเท้า
ช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่
สังคม (๔) โรคยาเสพติดให้โทษอย่าง
ร้ายแรง (๕) โรคพิษสุราเรื้อรัง

(๑) โรคเรื้อน. กฎ ก.พ. ไม่ได้บ่งไว้
ว่าเป็นชนิดใด, ชนิดผิวหนังหรือประสาท,
และมากน้อยเพียงใด. ฉะนั้นเพียงแต่เป็น
โรคเรื้อนเท่านั้นก็เข้าหลักเกณฑ์แล้ว,
แพทย์ไม่ต้องวินิจฉัยต่อไปว่าติดต่อกหรือไม่,
หรือรักษาหายได้เพียงไร. อนึ่งนอกจาก
เข้าตามพระราชบัญญัติข้าราชการพลเรือน
แล้วยังมีกฎหมายอีกฉบับหนึ่งคือพระราช
บัญญัติโรคเรื้อน พ.ศ. ๒๔๖๖ ซึ่งให้
อำนาจเจ้าพนักงานที่จะสั่งให้เข้าไปอยู่ใน
นิคมเพื่อรักษาและเพื่อผลทางสาธารณสุข.

(๒) วัณโรคในระยะอันตราย. คำว่า

โรคในระบะอันตรายหมายความว่าอันตรายต่อตนเอง, หรืออันตรายต่อผู้อื่น. เมื่อพิจารณาด้วยสามัญสำนึกควรเป็นอันตรายต่อผู้อื่น, ไม่ใช่อันตรายต่อตนเอง, เพราะถ้าแปลความหมายว่าอันตรายต่อตนเองแล้วก็ไม่จำเป็นต้องขังไว้. ถ้าเป็นอันตรายต่อตนเองก็แสดงว่าเจ็บมากจะมาสมัครทำงานต่อไปไม่ได้. ฉะนั้นจึงต้องหมายความว่าอันตรายต่อผู้อื่น, คือ ผู้อื่นอาจได้รับอันตรายจากการติดเชื้อโรค. การตรวจจึงหนักไปทางขั้วเคมีวิทยาโดยทำการกวาดจากคอและป้ายเพื่อตรวจเชื้อ.

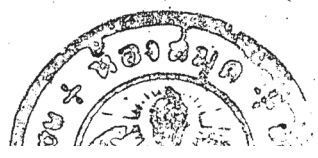
(๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นทรงเกลี้ยงแก่สังคิม. โรคคนเข็นโรคที่เพิ่มเติมขึ้นมาใหม่, ซึ่งแพทย์หลายท่านอาจยังไม่ทราบ. ผู้เขียนเองก็ไม่ทราบว่าเหตุใดจึงเพิ่มโรคคนเข็นมาในกฎ ก.พ. ทั้งที่โรคนี้มีอยู่ในประเทศไทยหลายปีแล้ว, และกฎ ก.พ. ฉบับแก้ไขล่าสุดถึง ๒๐ ปีแล้ว. ถ้าตีความตามตัวอักษรควรเป็นโรคเท้าช้างในระยะที่มีอาการออกมามากและอาการนี้ปรากฏให้เห็นได้ชัดเจนเป็นทรงเกลี้ยงแก่สังคิม. ถ้าเป็นน้อยๆ หรือเป็นในที่ๆ ไม่เป็นทรงเกลี้ยง

ก็ไม่เข้าตามกฎหมายกำหนด.

(๔) โรคยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง. คำว่ายาเสพติดให้โทษหมายรวมถึงฝิ่น, กัญชา, มอร์ฟีน, โคเคอิน, ซึ่งภายหลังการใช้แล้วทำให้เกิด. โรคนี้ขึ้นทอน ความสมบูรณ์ของร่างกาย และเป็นที่ยังเกี่ยวแก่สังคิม, และทางราชการกำลังปราบปรามอย่างเต็มที่. ฉะนั้นข้าราชการจึงติดยาเสพติดไม่ได้. การตรวจผู้ติดเชื้อสังเกตได้จากลักษณะร่างกายทั่วไปพอสมควร. แต่ถ้าไม่สบายให้เห็นกันชัดๆ ไม่ได้. ฉะนั้นจึงต้องตรวจหาอัลกาลอยด์ทางขั้วสังคิม. คนติดเชื้อต้องสูบบุหรี่และมีอัลกาลอยด์เหลืออยู่ในร่างกายจนขับถ่ายออกมาทางขั้วสังคิม.

(๕) โรคพิษสุราเรื้อรัง. หมายถึงผู้ติดสุราจนเกิดอาการเป็นพิษอย่างเรื้อรังขึ้น, เช่นมีอาการทางจิตหรือทางประสาท. ขอนรวมถึงผู้ทกนเหล้าเมาทุก ๆ วัน, แต่ไม่มีอาการเกิดขึ้น.

ตามกฎหมาย ก.พ. ฉบับใหม่ประกาศใช้แต่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๐๐. ไขว้ร่องแพทย์ต้องเป็นแบบฟอร์มที่ทางราชการสั่งให้ใช้ เป็นแบบเดียวกันดังตัวอย่างต่อไปนี้.



สารศิริราช
ใบรับรองของแพทย์

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ก) เป็นแพทย์ซึ่งได้ขออนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขา
เวชกรรม ตำแหน่งหน้าที่หรือสถานที่ยังประจำอยู่.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้วปรากฏว่า (ข).....

ไม่เป็นผลปรากฏว่า ไร้ความสามารถ จิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และปราศจากโรคเหล่านี้

(๑) โรคเรื้อน

(๒) วัณโรคระยะอันตราย

(๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๔) โรคยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง

(๕) โรคพิษสุราเรื้อรัง

(ค) เห็นว่า.....

.....แพทย์ผู้ตรวจ

หมายเหตุ (ก) เป็นแพทย์ได้ขออนุญาตประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน
ชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม

(ข) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็น
เหตุต้องให้ออกจากราชการ (ถ้าเคย)

(ค) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายเหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ราชการ.

บทความพิเศษ

ศิริราชที่ถูกละทิ้งหรือมองข้ามครั้งแรก

อวย เกตสิงห์⁽¹⁾

“โรงศิริราชพยาบาล” หรือที่เรียกกันโดยสามัญในสมัยก่อนว่า “โรงพยาบาลวังหลัง” ได้สถาปนาขึ้นด้วยพระมหากรุณาธิคุณของสมเด็จพระปิยมหาราช, พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว, เนื่องด้วยทรงพระราชดำริเห็นความทุกข์ยากของราษฎรในความเจ็บไข้และไม่มีทุนทรัพย์เพียงพอสำหรับการรักษาโรค. ณ วันที่ ๒๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๒๕ ได้ทรงประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการจัดการโรงพยาบาลขึ้น, มีพระเจ้าอนงยาเธอ กรมหมื่นศิริราชสังกาศเป็นองค์ประธาน และมีกรรมการอื่นอีก ๘ ท่าน, ให้มีหน้าที่จัดตั้งสถานสำหรับรับคนไข้เข้าไว้รักษาโดยไม่คิดมูลค่าใดๆ. พระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์เป็นเงิน ๑๖,๐๐๐ บาทเพื่อให้ทำการก่อสร้างโรงเรียนขึ้นตามจำเป็นในบริเวณวังหลังเดิม.

ต่อมาในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๔๓๐ สมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ได้ประชวรพระโรคบิดสิ้นพระชนม์ลง. พระบาทสมเด็จพระพุทธเจ้าหลวงได้ทอดพระเนตรความทุกข์ยากของพระองค์นั้น ทรงทรงพระมานกทรงเล็งเห็นความลำบากของผู้ยากจนที่ไม่มีหมอรักษาอย่างสิ้น ทรงพระราชดำริจะประกอบกิจการพระกุศลเป็นการใหญ่. จึงได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้จัดสร้างพระเมรุสำหรับถวายพระเพลิงพระเจ้าลูกยาเธอเจ้าฟ้าศิริราชฯ เป็นพิเศษ, โดยออกแยะเป็นโรงเรียนตั้งที่จะใช้ในโรงพยาบาลได้, และสร้างด้วยเครื่องไม้จริงทั้งหมด. เมื่อเสร็จการพระเมรุแล้วก็ให้ขอมาก่อสร้างในโรงพยาบาล. เมื่อการก่อสร้างเสร็จลงได้พระราชทานนามว่า “โรงศิริราชพยาบาล” เพื่อเป็นอนุสรณ์ถึงพระราช

(1) เรียบเรียงจากเรื่องหม่อมเจ้าพันธุ์เกษม เกษมศรี, อดีตคณบดีคณะแพทยศาสตร์, ทรงเล่าประทาน.

โอรส, และได้ประกาศเปิดให้การสงเคราะห์แก่ประชาชนทั่วไปเมื่อวันที่ ๒๖ เมษายน พ.ศ. ๒๔๓๑ โดยบ่งไว้ในประกาศว่า “โรงพยาบาลเป็นส่วนพระราชกฤษฎีกา, ทรงสละพระราชทรัพย์ให้ตั้งขึ้นเป็นทานในการรักษาโรคและป้องกันความทุกข์ยากของชนทั้งหลายที่จะเกิดจากพยาธิ, มิให้หมอหรือคนพยาบาลเรียกค่ายาค่ารักษาแก่คนไข้เลยเป็นอันขาด.” ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๔๓๒ ก็ได้ตั้ง “โรงเรียนแพทยากร” ขึ้นสำหรับทำการสอนและอบรมแพทย์ไว้ใช้ในราชการเป็นโอกาสแรก. นับแต่นั้นมาทั้งศิริราชพยาบาลและโรงเรียนแพทยากรก็ได้คลี่คลายใหญ่กว้างขึ้นมาเป็นลำดับ, ผ่านระยะต่าง ๆ, ที่เป็นการก้าวหน้าน่าภูมิใจ, การหยุดชะงักก็มี. ในตอนต้น ๆ การดำเนินการก็ต่าง ๆ ทั้งในด้านการศึกษาพยาบาลและการสอนวิชาแพทย์ก็ทำได้โดยยากยิ่ง, เนื่องด้วยหาผู้มีความรู้ที่ได้น้อย. แต่อาศัยความสนพระทัยของ พระมหากษัตริย์ ประกอบกับการเอาพระทัยใส่ของ พระบรมวงศานุวงศ์ และความเอาใจใส่ของข้าราชการบางท่าน, โรงพยาบาลและโรงเรียนแพทยากรก็สามารถเจริญก้าวหน้ามาได้เป็นอย่างดี. จนกระทั่ง

ถึงสมัยที่สมเด็จพระราชบิดา, เจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์ ทรงเข้ามาช่วย, รั้งเป็นพระภักดีในกัณฑ์คือขอความช่วยเหลือจากมูลนิธิร็อกคิเฟลเลอร์ให้ช่วยปรับปรุงกิจการให้ทันสมัย, และพระองค์เองก็ได้ประทานความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ทั้งในด้านการสาธารณสุขวิริยะ, พระสตีชัยญาและพระราชทรัพย์, ทั้งโรงพยาบาลและโรงเรียนแพทยากรก็ได้คลี่คลายขึ้นอย่างรวดเร็ว นำปลายปลม. พระกรณียกิจของสมเด็จพระราชบิดา ในด้านนี้เป็นที่ชดช้อยอย่างแพร่หลายและเป็นเหตุให้พระองค์ได้รับความยกย่องเป็นองค์คุณปดิมภักยิ่งใหญ่ของศิริราช. สารศิริราชได้เคยบันทึกพระกรณียกิจที่ทรงโปรดไว้แล้วโดยละเอียด,⁽²⁾ และได้เคยบรรยายต้นเหตุที่ชักจูง “ทูลกระหม่อม” ของสารศิริราช ให้หันมาประทานความเอาพระทัยใส่แก่โรงเรียนแพทยากรไว้แล้วโดยสังเขป.⁽³⁾ ในทันทีที่จะขยายเรื่องต้นเหตุที่ทำให้ทูลกระหม่อมฯ ตัดสินพระทัยมาช่วยศิริราช, และวาทภาพภาวะของโรงพยาบาลศิริราชและโรงเรียนราชแพทยาลัยในขณะนั้น, เพื่อจะได้เปรียบกับสภาพในปัจจุบันให้เห็นได้ชัดว่าพระกรณียกิจของทูลกระหม่อม

(2) สารศิริราช ๑:๑๘-๑๙, ๒๔๕๒ (ทูลกระหม่อมฯ, ร็อกคิเฟลเลอร์มูลนิธิ, กับโรงเรียนแพทย)

(3) สารศิริราช ๒:๑๓๘-๑๔๘, ๒๔๕๓ (ศิริราชระลึก, หลักหินในทางก้าวหน้าของศิริราช. ๑. เสด็จในกรมฯ)

ได้เป็นเหตุให้อะไรเปลี่ยนแปลงไปบ้าง.

ขณะนั้นอยู่ระหว่าง พ.ศ. ๒๔๖๐ กับ ๒๔๖๑, เป็นรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว. พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นชัยนาทนเรนทร (ในขณะนั้น) ทรงดำรงตำแหน่งผู้บัญชาการราชการแพทยาลัยซึ่งสังกัดอยู่ในกระทรวงธรรมการ. เมื่อเสด็จในกรมเสด็จมารับตำแหน่ง, ทรงพิจารณาเห็นว่า โรงเรียนแพทย์ อยู่ในฐานะลำบากมากเมื่อเทียบกัยโรงเรียนที่ได้เคยทอดพระเนตรมาในทวีปยุโรป, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในค่านักวิทยาศาสตร์. ทรงตกลงพระทัยที่จะปรับปรุงเป็นการใหญ่. แต่ทรงประสงค์ขอปลักรวค คือหาคนมีวิชามาเป็นอาจารย์ไม่ได้. ได้ทรงพยายามสืบเสาะชักชวนผู้ที่มีความรู้พอจะสอนนักเรียนแพทย์ได้ให้เข้ามาช่วย, โดยไม่ทรงคำนึงถึงชาติชนวรรณะ. เพราะฉะนั้นในโรงเรียนแพทย์จึงมีอาจารย์ทั้งชาวอังกฤษ, ฝรั่งเศส, อเมริกัน, เยอรมัน, อิตาลี, อินเดีย, แคนาดา, เกียน, เค็นมารุค, และไทย.⁽⁴⁾ พอหม่อมเจ้าพนครโกษม เกษมศรี เสด็จกลับจากการศึกษาวิชาพฤกษศาสตร์ และเคมีที่ประเทศอังกฤษ ก็ทรงชวน มาเป็น อาจารย์

ด้วย. มีพระประสงค์ส่วนใหญ่จะให้ช่วยปรับปรุงในค่านักวิทยาศาสตร์ ให้ทันสมัย, เพราะเสด็จในกรมเอง ทรงศึกษามาในค่านักปรัชญา. หม่อมเจ้าพนครโกษมก็ได้รับสนองพระประสงค์อย่างเต็มกำลังและต่อมา ก็ได้เป็นคึกคักของเสด็จในกรม. ในการแก้ไขข้อบกพร่องและกำจัดอุปสรรคต่าง ๆ ให้กิจการดำเนินไปด้วยดี.

ทั้งสองพระองค์ทรงคุ้นเคยกับสมเด็จพระราชบิดา, เจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์เป็นอย่างดี. โดยเฉพาะอย่างยิ่งเสด็จในกรมได้เคยรับพระราชอุปถัมภ์จากพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า, พระราชมารดาของทูลกระหม่อม, มาตั้งแต่ทรงพระเยาว์, ทรงเป็นที่สนิทสนมของสมเด็จพระราชบิดาเป็นอันมาก. วันหนึ่งเสด็จในกรมและหม่อมเจ้าพนครโกษม. เสด็จไปเฝ้าทูลกระหม่อมทิวังสระประทุม, ไปพยกำลังทรงนำหนังสือตำราของใหญ่ออกไปเฝ้าที่สนามหญ้าหน้าตำหนัก. เมื่อทูลถามก็ทรงชี้แจงว่าพระองค์ทรงพระอุตสาหะเสด็จไปเล่าเรียนวิชาทหารเรือถึงประเทศเยอรมันจนสำเร็จได้เป็นนายทหารของกองทัพเรือเยอรมัน. มีพระปณิธานที่จะนำวิชาความรู้ที่ทรงนมาไว้ใช้

(4) เวชนิสิต ๒๔๘๒. (หลวงไตรภพยานการ)

ประเทศชาติอย่างเต็มที่. แต่ถึงคราวปฏิบัติจริง ๆ เขาก็ไม่สามารถจะใช้วิชาให้เป็นประโยชน์อย่างไรได้. ทรงเห็นว่าเรียนมาเสียเปล่า, จึงทรงเผด็จการเสียให้หมดกังวล. เสด็จในกรมและหม่อมเจ้าพนศรีเกษมฯ ทรงสังเกตว่าทรงมีความกตัญญูพระทัยมาก. ภายหลังจึงทรงทราบว่าทูลกระหม่อมได้เสนอความเห็นเกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์ และการปรับปรุ่่งกองทัพเรือที่เป็นหลักใหญ่ ๆ ของประการ, แต่ไม่เป็นที่ถูกใจของผู้นำนายทหารเรือ. ถึงแม้พระองค์จะเป็นเจ้าฟ้าและสมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอในขณะนั้น, แต่ที่ทรงระลึกว่าเป็นนายทหารชั้นผู้น้อย, ไม่สามารถจะผนึกกระทำไปตามพระดำริได้. จึงทรงสลดพระทัยมาก. เสด็จในกรมฯ กับหม่อมเจ้าพนศรีเกษมทรงปรึกษากันว่าขณะนั้นโรงเรียนแพทย์กำลังต้องการปรับปรุ่่งอย่างเข้มแข็งและรีบร้อน, สมควรจะหาผู้อุปถัมภ์ที่มีอิทธิพลทั้งในฝ่ายบ้านเมืองและฝ่ายพระศาสนสักท่านหนึ่ง. ทรงเห็นพ้องต้องกันว่าทูลกระหม่อมฯ เป็นบุคคลที่เหมาะสมกับความต้องการอย่างยิ่ง, เพราะดำรงพระอิสริยยศเป็นสมเด็จพระเจ้าฟ้าพระราชอนุชา, เป็นที่เคารพนับถือและยำเกรงทั่วแผ่นดิน, ทรงพระองค์เองก็ทรงจำรวบและนำพระทัย

มากด้วยเมตตา. เห็นว่าถ้าหาวิธีอะไรสักงให้เกิดความสนพระทัย ในโรงเรียนแพทย์ขึ้นได้, ก็คงจะได้ผลดีอย่างแน่นอน. เสด็จในกรมฯ จึงได้ทรงออกอธิบายเชิญเสด็จทูลกระหม่อมให้ประทับเรือยนต์ประพาสทางน้ำเพื่อให้เกิดความกตัญญูพระทัย. ทรงขมเรือยนต์เล็ก ๆ ไล่ล่าหึ่งและบรรพทกของเสวยไปด้วย. แล่นเรือไปตามคลองบางกอกใหญ่, ผ่านเข้าคลองบางกอกน้อย, และจอดพักเสวยพระกระยาหารตามใต้ร่มไม้ริมคลอง. สังเกตว่าค้อยทรงสำราญพระหฤทัยขึ้น. พอเรือออกปากคลองบางกอกน้อยเสด็จในกรมจึงได้ทูลเชิญขอให้ทรงแวะที่ศิริราชพยาบาลซึ่งเป็นที่ทำงานของพระองค์และหม่อมเจ้าพนศรีเกษมฯ. ทูลกระหม่อมฯ ก็ทรงยินยอมรับคำเชิญและได้เสด็จขึ้นเหยียบศิริราชเป็นครั้งแรก.

ในสมัยนั้นที่หน้าของโรงพยาบาลศิริราชมีแม่น้ำเป็นระยะทางยาวประมาณหนึ่งเสน. ทางด้านขวาเป็นโรงเรียนสตรีวังหลังหรือโรงเรียนหม่อมโคล. (ต่อมาเป็นโรงเรียนวัฒนาวิทยาลัย.) ทางด้านซ้ายเป็นหมู่บ้านราษฎร. ท่าน้ำของโรงพยาบาลเป็นสะพานไม้และมีโบริงยื่นออกไป. พวกนักเรียนแพทย์ชอบไปนั่งรออยู่ที่สะพานนี้เพื่อชมรับคนไข้ที่มาจากเรือเขาไปรักษาเป็นคนไข้ของตัว (ต่าง

กษัตริย์มาก), มิฉะนั้นก็ไม่ค่อยมีคนใช้สำหรับผูกคอตาย. บนหลังห่างจากริมแม่น้ำประมาณเจ็ดแปดความ เรือนไม้สองชั้นหนึ่งหลัง; กว้างประมาณหกวา, ยาวประมาณแปดวา. มีระเบียงรอบ. ชั้นบนเป็นที่พักของแพทย์. ชั้นล่างเป็นที่เก็บยาและสมิภาระ. (ต่อมาใช้เป็นหอพักนักเรียนสมัยหนึ่ง.) ข้างหลังเรือนนี้มีทวาร เล็กน้อยและมียานเล็ก ๆ สำหรับแพทย์ผูก. ต่อมากองระบั้งกระต๊อซึ่งกันเขตโรงพยาบาล ตอนริมแม่น้ำจากทางเดินจากบ้านขมขึ้นไปสถานีรถไฟบางกอกน้อย (ตรงกับถนนหน้าศาลาอำนวยการในปัจจุบัน). ทางปากตะวันตกของทางเดินนี้มีระบั้งกระต๊อซึ่งกันเขตของโรงพยาบาลตอนใน. (ทราบสัปดาห์ของวรรณพงษ์ไปหมกเมื่อไม่กี่เดือนมานเอง.) มีประตูใหญ่เข้คเข้าไป. ในเวลานั้นศาลาอำนวยการคณะแพทยศาสตร์ยังไม่ได้สร้าง. เมื่อเข้าประตูไปแล้วก็มีถนนสายกลางตรงออกไปทางบ้านหลัง, เรียกว่าถนนจักรพงษ์ (คือถนนระหว่างศาลาอำนวยการกับตึกรังสิตวิทยา). เขตของโรงพยาบาลบ้านหลัง (ตะวันตก) ตรงกับบริเวณปัจจุบัน. ส่วนเขตบ้านเห็นอยู่ระหว่างศาลาคัลยกรรม (จักขุฯ) กับแนวตึกกายวิภาคศาสตร์. ในที่ว่างหน้ากำแพงเก่า (ซึ่งยังมีทวารหลังอยู่หลังโรงสัตว์ของแผนกสัตววิทยา

เล็กน้อย.) มีบ้านราษฎรปลูกอยู่หลายหลัง, อาณาเขตด้านใต้ตกหลังตึกมหิตลวราณสรณ์ในเวลา. โดยรอบโรงพยาบาลตั้งบ้านมีระบั้งกระต๊อ. ภายในบริเวณมีตึกเล็ก ๆ อยู่สองหลัง. หลังหนึ่งอยู่ตรงสนามหน้าตึกคัลยกรรมหนึ่ง, เป็นตึกสำหรับคนไข้พิเศษผูก, ซอกตึกวัดโคกเรือ, กว้างประมาณสามวา, ยาวประมาณสี่วา. ใช้ผูกไว้แต่ชั้นบน, พอสำหรับตั้งเตียงเดี่ยว. ชั้นล่างเป็นที่เก็บของ. อีกหลังหนึ่งซอกตึกเสาวภาคย์, เป็นตึกสองชั้น, กว้างประมาณสามวา, ยาวประมาณห้าวา. ใช้เป็นสถานตรวจเช็ด, อยู่ตรงสนามหญ้าหน้าตึกมหิตลขำเพณ. (สมัยหลังใช้เป็นหอพักนักเรียนแพทย์หญิงระหว่าง พ.ศ. ๒๔๗๒-๘๐.) ตึกใหญ่ที่สุดในโรงพยาบาลคือตึกสัทธิกรรม, ตั้งอยู่ตรงกับตำแหน่งของตึกรังสิตวิทยาในปัจจุบัน, ตอนหนึ่งสองชั้น, อีกตอนหนึ่งชั้นเดียว. เนื้อที่กว้างยาวประมาณหนึ่งในสี่ของตึกรังสิตวิทยา. อาคารนอกจากนี้เป็นเรือนไม้หลังคามุงจากทั้งนั้น. โดยทั่วไปปลูกเป็นโรงขาว, กว้างประมาณสี่ศอก, ยาวหกวาข้าง, แปดวาข้าง. ยกพื้นสูงจากดินประมาณศอกเศษ. ส่วนมากไม่ได้ทาสี. มีถนนลูกรังเล่นคัตต้อถึงกัน. ที่แปลกกว่าเพื่อนคือที่เรียกว่า "โรงกระโจม", เป็น

ศาลาศัลยกรรม, สร้างควยไม้เป็นรูปแปดเหลี่ยม, มีฝากระจก, หลังคาสอบขึ้นไป และมีช่องระบายอากาศข้างบนยอด, ตั้งอยู่ตรงตึกจุฑาธุชในขณะนั้น. เรือนคนไข้ที่สำคัญ ๆ ได้แก่ โรงคลอดบุตร, โรงกามโรค, โรงคนไข้หญิง, และโรงคนไข้ชาย. นอกจากคนไข้ศัลยกรรมยังไม่มี การแบ่งแยกคนไข้แผนกอื่น ๆ. ห้องจ่ายยาอยู่ตรงกลางโรงพยาบาล, แถวหน้าตึกอำนวยการ. เมื่อทลกระหม่อมเสด็จขึ้นจากเรือแล้ว, ทรง พระดำเนิน ผ่าน เข้า ไปสู่ โรง พยาบาล ตอน ในกัใด เห็นคนนั่ง ย่างนอนข้าง อยู่เป็นกลุ่ม ๆ ความโศกนระฆามซึ่งมีปลุกไว้มาก. ทรงถามว่าเป็นใครมาทำไมกัน. เสด็จในกรมก็ทรงตอบว่าเป็นคนไข้ที่มาให้รักษาตัวแล้วไม่มีที่ให้พัก. ต้องมาคอยอยู่เช่นนั้น. ต่อไปก็เสด็จเข้าไปภายในเรือนคนไข้. ทอดพระเนตร แล้วทรง ประจักษ์ ว่าที่ พัก อาศัยก็เหมือนกัโรงม้า, แต่แม้กระนั้นแล้วกัยังมีไม่พอให้คนไข้อยู่เสียบอก. ก็เสด็จทอดพระเนตรห้องยา, ซึ่งสมัยนั้นจ่ายทั้งยาไทย (แผนโบราณ) และยาฝรั่ง (แผนปัจจุบัน). แล้วทอดพระเนตรห้องคลอดบุตร, ซึ่งมีสภาพเป็นเรือนไม้โกโรโกโส, ผนังกระดานห่าง ๆ, ไม่สม่ำเสมอและมีร่องโศก ๆ. คน

ไข่นอนเรียงกันอยู่อย่างอัดแอ. ทรงแสดงพระกริยาการว่ามีความสลดพระทัยเป็นอันมาก. เสด็จในกรมและหม่อมเจ้าพนครภิเกษม ๆ ทรงเห็นว่าพระองค์ซาบซึ้งในความยากและขาดแคลนของศิริราช ค้แล้วจึงถือโอกาสช่วยกันทูลเชิญให้โปรดประทานพระอนุเคราะห์. ทรงรับสั่งว่าพระองค์เป็นทหารเรือ, ไม่มีความรู้ทางแพทย์, จะช่วยได้อย่างไร. เสด็จในกรม ๆ ก็ทูลว่าพระองค์เองก็ไม่ใช้แพทย์, มีความรู้แต่ทางการศึกษา, ส่วนหม่อมเจ้าพนครภิเกษม ๆ ก็เรียนมาแต่ทางเคมีและพฤกษศาสตร์, แต่ก็ได้พยายาม ช่วยอย่าง เต็มทเพราะ เห็นความจำเป็นและคิดว่าถึงอย่างไรก็คิดว่าไม่มีใครช่วยเสียบเลย. ทลกระหม่อมมิได้ตรีสประการใด. แต่เมื่อเสด็จกลับไปแล้วคงจะได้ทรงครุ่นคิดเรื่องนี้เป็นอันมาก. ต่อมาภายหลังอีกหลาย วันจึง ได้ ทรงแจ้ง ให้ทราบดีว่าตกลง พระทัยที่จะมาช่วยงาน ทางโรงเรียนแพทย์, แต่จะต้องเสด็จออกไปศึกษาวิชาเฉพาะเสียบก่อน. ในที่สุดได้ตกลงพระทัยที่จะศึกษาวิชา สาธารณ สุขเพราะ ทรงเห็นว่าเวลานั้น บ้านเมืองกำลัง มีความ ต้องการ มาก.(2)

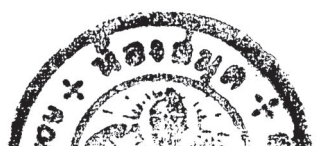
นับแต่บัดนั้นมา, เวลาที่ใดล่วงไปก็ว่าสลับขยับแล้ว. สภาพของศิริราชได้เปลี่ยนแปลง

ไปอย่างมาก. อาณาเขตกว้างขวางมากขึ้น
ทั้งในค่านึกเห็นอ (ขยายเข้าไปในเขต
เดิมของสถานีรถไฟลพบุรีประมาณ ๒ เส้น),
ทิศใต้ (ขยายถึงถนนพรานนก) และตะวัน
ออก (ขยายจตุรมแม่น้ำโดยตลอด, รวม
เนื้อที่โรงเรียนวังหลังและหมู่บ้านราษฎรวิ
นา). ภายในบริเวณก็เต็มไปด้วยตึก. ถ้า
จะวัดพื้นที่ใหญ่ในเวลานี้ก็ถึง ๓๕ หลัง.
มีคนไข้มามากถึงพันเตียง, มากกว่า
คนนอนตงสียเท่า. คนไข้มากจน
รายสัปดาห์, ผ่าคควนละกว่าสี่
เย. คนไข้ในแผนกตรวจโรคก็มีวันละ
กว่าพันคน. นักเรียนแพทย์มีหรือยกว่า
คน. นักเรียนพยาบาลเกือบร้อยคน. ถนน
หนทางก็สะอาดกว้างขวาง. เวียนตรีขัง
คนไข้วันละหลายสิบเที่ยว. รถยนต์ก็แล่น
เข้าออกขวกไขว้. ภาพเหล่านี้เกินกว่าใคร
ในสมัยสี่สิบปี ที่แล้วมาจะนึกเห็นได้แม้ใน
ความฝัน.

แต่ที่ว่าเรอนไม่ก็ยังมียอกหลายหลัง,
โดยเฉพาะทางค่านโรงเรียนแพทย์. จำนวน
เตียงก็ยังไม่พอสำหรับคนไข้อยู่ตนเอง. คน
ไข้มองต้องรอทวางกันเป็นเคอน ๆ เพื่อที่จะ
เข้ารับการรักษา. สถานทีเล้าเรือนก็ยังคง
แอ. อุปกรณ์ส่วนมากก็อยู่ในสภาพเก่าแก่.
จำนวนอาจารย์ก็ยัง ไม่มีส่วนกับจำนวนนัก

เรียน, โดยเฉพาะในค่านวิทยาศาสตร์,
เช่นเคียวกษัตริย์โนน. ภายหลังที่ทลกระ
หม่อมไค้สิ้นพระชนม์ไปแล้วไค้ สามสิบปี,
การก้าวหน้าของศิริราชนับแต่ครั้งสุดท้ายที่
ไค้ทรงทอดพระเนตร, ไค้เป็นไปโดยสม
บรมสมคังทพระองค์ไค้ทรงคาดคะเนไว้ใน
พระทัยหรือไม่, สัมกับที่ไค้ทรงเสียสละ
ทั้งพลังกาย, สมองและทรัพย์เพื่อเกอกล
หรือไม่. ถ้าหากสามารถเสด็จมาทอดพระ
เนตรศิริราชในขณะนอกครองหนง, จะทรง
รู้สึกอย่างไร. จะทรงอมเอบด้วยปีหรือจะ
ยังทรง สึงเวสสลด พระทัยเหมือนเอนอกร
ระโนน. เหล่านลวนเป็นขัญหาทนาคค.

ทลกระหม่อมจะทรงรู้สึกอย่างไรก็ตาม,
ทุกคนของชาวศิริราชทอยากเห็นความเจริญ
ก้าวหน้า, คงจะร่วมกันในความรู้สึกของ
การบคคดอย่างทลกระหม่อมอีกสักค่นหนึ่ง,
ผู้อยู่ในฐานะทควรจะบันคาลอะไร ๆ ไค้ข้าง,
ผู้จะเล็งเห็นความขจรขระของความยากลำ
ยากในส่วนล็กไค้ผิวเรี่ยแห่งความเจริญ,
และผู้จะบันคคคททก ๆ อย่างเพื่อความก้าว
หน้าของโรงเรียนแพทย์แห่งแรก, ซึ่งไค้
ผลิต กระตูก สิ้นหลังให้แก่การ แพทย์ ของ
ประเทศในปัจจุขนน, คงเช่นที่ทลกระหม่อม
ไค้ประทานทวอย่างไว้แล้ว.



บทบรรณาธิการ

โดยรอยพระยาคลบาท หน้าทม ไทบกพร่อง

ทุก ๆ คนย่อมมีหน้าที่. บางอย่างก็เป็นหน้าที่ต่อตัวเอง, เช่นการทำมาหาเลี้ยงตน. บางอย่างเป็นหน้าที่โดยประเพณี, เช่นการสนองคุณบิดามารดา. บางอย่างเป็นหน้าที่ตามใจสมัคร, เช่นการสมัครทำงานเพื่อประโยชน์สาธารณะ. การปฏิบัติหน้าที่เหล่านี้โดยอย่างไร - ครบถ้วนหรือบกพร่อง, คดีหรือไม่ดี - เป็นเครื่องแยกแยะระหว่างคนดีกับคนเลว, คนดีมากกว่าคนดีน้อย, คนเลวมากกว่าคนเลวน้อย. การปฏิบัติหน้าที่นั้นเป็นเรื่องสำคัญมาก. ในการอบรมเด็กและการเตือนสติผู้ใหญ่จึงมีการนำเอาเรื่องจากประวัติศาสตร์, ชีวิตประวัติของบุคคล, หรือนิยายสุภาษิตมายกเป็นอุทาหรณ์อยู่เสมอ ๆ.

บุคคลผู้หนึ่งในชีวิตอายุขัยปัจจุบันที่ได้อุบัติปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างเต็มเปี่ยมควรแก่การยกย่องเป็นตัวอย่างได้แก่สมเด็จพระราชบิดา, เจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช, กรมหลวงสงขลานครินทร์, “ทูลกระหม่อม” ของ

ชาวศิริราช. ถ้าหากจะลองพิจารณาเพียงอย่างสังเขปก็จะเห็นได้โดยง่ายว่าค่านิยมแห่งผลเพียงใด. ในตำแหน่งที่ตนเองควรอ้างการทูลพระองค์ใดทรงชวนชวนศึกษาหาความรู้อย่างมิได้เห็นแก่เห็นคเห็นอຍ, ยากที่จะหาใครเหมือน. หลังจากเรียนวิชาสามัญแล้วพระองค์เสด็จไปศึกษาวิชาทหารเรือที่ประเทศเยอรมนี. ศึกษสำเร็จแล้วกลับเข้ามาประเทศไทยไม่เท่าไรก็เสด็จไปศึกษาวิชาสาธารณสุขที่สหรัฐอเมริกา, ซึ่งเป็นวิชาคนละแนวกับครั้งแรก.(1) แต่ที่ทรงเรียนจนสอบได้ประกาศนียบัตร. หลังจากนั้นแล้วเสด็จกลับเข้ามาประเทศไทย. อีกไม่ช้าก็เสด็จกลับไปศึกษาวิชาแพทย. วิชาของทรงศึกษาตั้งแต่ต้นจนจบ, เป็น การเสียแรงและเสียเวลามาก. แต่ที่ทรงพยายามจนสอบได้ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตด้วยคำชมเชย. เพียงเรื่องเหล่านี้ก็เห็นจะพอแล้วที่จะทำให้รับฟังได้ว่าทูลกระ

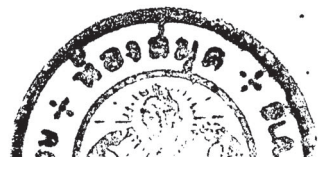
(1) ดูบทความพิเศษในสารศิริราชฉบับนี้

หม่อมไค้ทรงปฏิบัติหน้าที่ต่อพระองค์เองอย่างสมบรมสมทัจะเป็นแบบอย่างสำหรับคนอื่น ๆ ได้ดียิ่ง.

ในการศึกษาวิชาแต่ละวิชาทุกกระหม่อมทรงเพ่งเล็งอยู่เสมอที่จะไม่ยอมให้พระองค์เองถูกขยี้เป็นผู้น้อยใครบดขยี้. จะเป็นงานปฏิบัติทดลองกัก, การฝึกหัดกัก, หรือการสอบต่าง ๆ กัก, พระองค์ทรงปฏิบัติเหมือนคนธรรมดาอื่น ๆ โดยทั่วไป. เมื่อใกล้จะสอบไล่ชั้นปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตพระโรคได้ตั้งอีกเสียดังให้แพทย์ผ่าตัด. คณะอาจารย์พิจารณาจากผลงานที่ไค้ทรงปฏิบัติไว้แล้วเห็นว่าสมควรให้รับปริญญาได้โดยไม่ต้องสอบไล่, แต่ก็ไม่ทรงยินยอม. มีพระประสงค์จะผ่านการสอบเสียก่อนเช่นเดียวกับคนทั้งหลาย. ในที่สุดคณะกรรมกรกักจากองคมนตรีตาม. ในระหว่างที่ทรงศึกษาวิชาทหารเรืออยู่ในประเทศเยอรมนีกไค้ทรงปฏิบัติหน้าที่ของนักเรียนนายเรือเช่นเดียวกับเพื่อนนักเรียนคนอื่น ๆ, มีไค้ทรงย่อท้องอ่านหนังสือหน้าเห็นคเห็นอและมิได้ทรงถือพระองค์เป็นเจ้านายชั้นสูงเลย. เมื่อทรงสอบไล่ได้จับตามหลักสูตรแล้วยังได้ทรงสมัครเข้ารับราชการในกองทัพเรือเยอรมันทำหน้าที่ตั้งแต่ว่าทนายเรือตรีจนกระทั่งได้รบเลื่อนยศจนถึงชนนายเรือโทในกองเรือดำ

น้ำ, ซึ่งเป็นหน่วยที่ทันสมัยและก้าวหน้าที่สุดในสมัยนั้น, ก่อนที่จะเสด็จนิวัตสู่ประเทศไทย.

เกี่ยวกับการทรงศึกษาวิชาที่ประเทศเยอรมันเมเกรททเห็นสมควรบันทึกไว้ในหนังสือ. เมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๑, ระหว่างที่ผู้เขียนศึกษาวิชาเคมีอยู่ที่มหาวิทยาลัยฮัมเบอร์ก, ประเทศเยอรมัน, ได้มีโอกาสไปทททำการไปรษณีย์คลังการเพื่อรับเครื่องดนตรีไทยชิ้นหนึ่งทางบ้านจัดส่งไปให้. เจ้าหน้าทผู้รับภาระค้นหาของมาให้เป็นชายอายุประมาณสี่สิบถึงห้าสิบ. เมื่อเขาทราบว่าผู้เขียนเป็นคนไทย, เขาก็ถามฉันว่า "รู้จักปรีนส์มัททิลไหม." ผู้เขียนไม่ได้คาดฝันเลยว่าคนเยอรมันชนสามัญเช่นเจ้าหน้าทผู้นั้นจะรู้จักทลกระหม่อมของเรา, จึงขออนถามว่าเขารู้จักหรือ. ชายผู้นั้นยืนยันอย่างภาคภูมิใจว่ารู้จักและเล่าว่าเขาเคยเป็นทหารเรือมาก่อน. เมื่อก่อนสงครามโลกครั้งที่หนึ่งเขาได้ทำงานอยู่ในเรือดำน้ำลำเดียวกับทลกระหม่อมระหว่างประจำอยู่ ณ สถานีพทเมืองคิล. แต่ตัวเขาเองเป็นเพียงจำเ้านน. เขาบอกว่า ปรีนส์มัททิลเป็นนายทหารทคมาก. เมื่อผู้เขียนบอกว่าพระองค์ได้สิ้นพระชนม์เสียแล้วเขาก็ออกปากแสดงความเสียใจอย่างจริงใจ. เหตุการณ์นั้นทำให้ผู้เขียนรู้



สักมีความปลายนปลมและภูมิใจเป็นอันมาก
ที่เจ้านายของเรา, โดยเฉพาะอย่างยิ่งทล
กระหม่อมของชาวศิริราช, ได้ทรงแสดง
พระเกียรติคุณให้ปรากฏเป็นที่ยกย่องแก่ชาว
ต่างประเทศแม้ในชั้นคนธรรมดา, จนถึงกับ
อุส่าหระลกลดพระนามและจำเรื่องราวไว้ได้
ตลอดเวลาตงยสยกว่าย.

ในคานหนาทตามประเพณีทลกระหม่อม
ก็มีไคทรงปฏิบัติด้วยความย่อหย่อนแต่ประ
การไค. แม้จะงควนกล่าวถึงเรื่องราวอัน
อันเป็นส่วนพระองค์, ด้วยความเคารพและ
เทอคทนในพระเศษานภาพ, ก็ยังมีตัวอย่าง
ที่จะยกขนอ้างอย่างคเณไคอย, คอการท
พระองค์ไคทรงประกอยพระกรณยกยพมพก
ให้ศิริราชไคเจริญรุ่งเรืองขนอย่างทนตาเห็น
ในระหว่างเวลาชวไมกย, อันเป็นพระภารกิจ
ทชายชงเซผงอยในจิตใจของคนทวไป, ทง
ไทยและเทศ, ทงแพทย์และมีใช้แพทย์,
ทววจนทกวัน. ไม่คองสงสัยเลยว
หากพระชนมายุไคยขบวาคอมาจนลงข
จยนี้, สภภาพของศิริราชจะคองแตกต่าง
จากทเป็นอยในขจยขนอย่างเปรียบกันไมค
ทเคียว. อนการปฏิบัติของพระองค์ในขอน
กเทากยเป็นการวย ทอค พระราชภาระ ของ
พระบาทสมเ็จ พระพทจเจ้าหลวง, พระ
บยุมหาราช, พระผู้ไคไปรคเกล้าฯ พระ

ราชทานกานะไคให้เกศิริราชขนเอง. บค
ทคมนาทคางไว ชงวงษคระกถ, รักษา
ความคทพอแม่ทาวไว้ให้คองยู่คองไป, หรือ
สร้างเสรมิหิมโหพารขงข. ทลกระหม่อม
ทรง วย พระภาระใน การชวยศิริราชให้
สามารถคคคลายใหญ่คองขนไค. ศิริราช
เจริญขนเพียงไค, ไมเพียงแต่พระเกียรติ
คุณของพระองค์เองจะขงใหญ่ ตามขนเพียง
นี้, พระมหากรณาคคของพระราชบค
ของ พระองค์ ย่อมจะ ขยาย ใหญ่ ขงขนไป
ด้วยเชนกัน. พระราชบคทวงกอเริ่ม,
พระราชโอรสทรงสานตาม. นคคตัวอย่าง
การปฏิบัติ หนาทของทลกระหม่อมใน คานท
เกยวกับประเพณี.

ในส่วนหนาทไคด้วยความสมคระใจ, หาก
จะยกพระกรณยกย เกยว กย ศิริราช ขน อ้าง
อค, ก็ยอมจะคองอย่างไมคองสงสัย, แต่
ว่าจะทำให้คเผอไปและ อาจ จะค ประหนึ่งว
ไมมีตัวอย่างอนอคแล้ว. ความจริงนพระ
กรณยกยมีมาก มายทไคทรง กระทำไปด้วย
ความสมคระพระทัย, แต่จะขอเลอคยกขน
กล่าวเฉพาะทคน ส่วนมากขงเห็น และเฉพาะ
เวองเคียว, คอการประทานทนให้เกยคคค
โดยทวไป, เพอให้มีโอกาสไคคศึกษา
เล้าเวยขงขน, ทงภายในและภายนอก

ประเทศ. การประทานนั้นไม่ได้จำกัดตัวบุคคลว่าเป็นใคร, ไม่ได้จำกัดวิชาที่เรียน, และไม่ได้จำกัดวงเงินที่จะต้องใช้จ่าย. หากว่าเหตุผลที่ขอเป็นทักทวยพระทัย, ก็ประทานให้. เท่าที่พอสังเกตได้, เหตุผลสำคัญก็คือวิชา. นั้น ๆ เป็นคุณแก่บ้านเมืองและผู้ใดที่ใครรับทวนจะสามารภใช้วิชาอันทำประโยชน์ได้อย่างจริงจัง. การประทานทวนนั้นไม่มีข้อเรียกร้องเพื่อตอบแทนแต่อย่างใด, เช่นการให้เปล่าอย่างแท้จริง. ทวนเช่นการกระทำด้วยความสมัครพระทัยของพระองค์เอง, ไม่มีผู้ใดมอบหมายหรือบังคับ. แต่ทรงปฏิบัติประหนึ่งว่าเป็นหน้าที่. มีพระดำรัสเป็นเชิงว่าเงินทองได้มาจากไพร่ฟ้าข้าแผ่นดิน, เมื่อมีทางใด ๆ ที่จะทรงกระทำให้เงินทองนั้น ๆ กลับไปทำประโยชน์ให้แก่เจ้าของเดิมได้, ก็ทรงยินดีที่จะกระทำ. ขอที่ใครจะยกขึ้นข้างเพื่อให้เห็นว่าทลกระหม่อมได้ทรงปฏิบัติหน้าที่ที่ทรงเลือกเอง น อย่าง ดี ใน ขน ทหาเปรียบได้ยากยิ่งก็คือผู้ใดที่ใครรับทวนของพระองค์นั้นมิได้ถูกทอดทิ้ง, หากแต่ทรงเอาพระทัยใส่ติดตามถามถึงผลการเรียนและสถานะการเงินอยู่เสมอ. หากมีความซึกซึ้งของก็ทรงช่วยแก้ไข, หากเงินไม่พอใช้ก็ประทานเพิ่มเติม. เมื่อเรียนจบแล้วก็ทรง

เป็นพระธุระในการหางานให้ทำ และ อำนวยความสะดวกต่าง ๆ, เช่นประทานอนุญาตให้ใช้ห้องสมุด ส่วน พระ องค์ เป็น ต้น. สำหรับบางคนถึงกับทรงเซ็นสัญญาประทานไว้ว่าเมื่อเรียนจบแล้วจะต้องมีรายได้อ่างต่ำเท่านั้น ๆ. หากทางการตั้งอัตราเงินเดือนให้ไม่ถึง, ก็ทรงพระกรุณาจ่ายเพิ่มเติมจากเงินส่วนพระองค์ให้ออกจนครบที่กำหนด. จะมีผู้ให้ทวนเล่าเรียนสักกี่คนก็ปฏิบัติเช่นนั้น. ตัวอย่างที่ใครยกขึ้นมา เป็น อทาหรณ น น่าจะพอเพียงสำหรับทำให้ผู้ที่ไม่ค่อยทราขเรื่องราวมาก่อนได้ทราบว่าทลกระหม่อมของศิริราชได้ทรงปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ของพระองค์อย่างครบถ้วนและด้วย พระ อสุหาหะวีริยะเพียงใด. พระองค์มิได้เพียงแต่ประทานดีกรวมหรือเงินทวนให้แก่พวกเราเท่านั้น, หากแต่ได้ประทานตัวอย่างในค่านความดีความงามไว้ อีกหลายต่อหลายประการ, ดังที่ยกขึ้นกล่าวไว้หน่งประการในคราวนี้. ทางทิศยังทางหน่งที่จะแสดงความกตัญญูพระคุณของพระองค์คือ การเทอดทูนพระจริยวัตร, และวิถิตยงสำหรับเทอดทูนพระจริยวัตรก็คือการพยายามปฏิบัติตาม, ดำเนินตามรอยพระยุคลบาทของพระองค์, เพื่อบริกาแบบอย่างที่ดีไว้ให้คงอยู่ตลอดไป.



แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้ : ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ., ปรีชา เจตนะศิลป์ พ.บ., โสภณ คงสำราญ พ.บ.,
ประไพศรี ทรศาสตร์ปรีชา พ.บ., วรวิทย์ วงศ์ทองศรี พ.บ., ชวเตดี รัตพงษ์ พ.บ., Dr. med.,
สุด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด., กาญจนา อรุณลักษณ์ พ.บ., โชติ ธรรมาสถิตย์ พ.บ., กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ.,
ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๑. A.W. Johnson, A.E.M. McLean,
R.W. Morris, E.J. Rose : เอ็นเซฟาไล-
ทิสจากฮัยเปอรัพเพอเรชันในสัตว์ทดลอง
เรอรัมเบีย. Lancet 2 : 670-671, 1958.

ผู้ช่วยสมอง อักเสบ มีการพยากรณ์โรค
ไม่แน่นอน. ข้อที่สำคัญคือการขยายของ
และรักษาโรคแทรกซ้อนของภาวะหมด
ความรู้สึก. สาเหตุที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง
ของการตายก็คือไข้สูงมาก. ผู้รายงานได้
รักษาผู้ป่วย ๑ ราย, เป็นสมองอักเสบ
ปัจจุบันและไข้สูง. ได้ลดไข้ด้วยยาและการ
รักษาพยาบาล, รักษาให้อุณหภูมิต่ำไว้จน
พ้นไข้. ผู้ป่วยชายอายุ ๓๐ ปี. ได้รับความ
วินิจฉัยว่า สมอง อักเสบปัจจุบัน ชนิดระลอก
ประปราย. ไข้สูงมากถึง ๑๐๖.๕ ฟ. ทาง
ทวารหนัก. ได้ลดไข้ โดยให้ความเย็นและ
ผลอร์โปรมาซีน ขนาด ๕๐ มก. ๒ ครั้ง.
อุณหภูมิกลับสูงขึ้น, เนื่องจากผู้ป่วยตื่น.
จึงได้ให้เพอริคีน ๒๕ มก. เข้าหลอดเลือด

๓ ครั้ง. อุณหภูมิลดลงถึง ๙๗.๕ ฟ. เมื่อ
เอาผ้าแข็งและเครื่องทำความเย็นออก,
อุณหภูมิก็ลดลงไปถึง ๙๖ ฟ. แล้วก็กลับ
ขึ้นขึ้นมาอีก. ได้ใช้ความเย็นอีก ๒-๓
ครั้ง. ผู้ป่วยกวนและต่อมาก็ตายเป็นปรกติ.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๒. Rita Guttman, Samuel M. Ross :
ผลของอิออนต่อการสนองของกล้ามเนื้อ
เรียบต่อการทำให้เย็น. J. Gen. Physiol.
42 : 1-8, 1958.

Guttman และพวกปี ๑๙๕๖, ๑๙๕๗
พบว่าทำให้เย็นอย่างรวดเร็วทำให้เนื้อ
กล้ามเนื้อของหอย Mytilus มีการหดสนอง.
ในการทดลองเขาได้ใช้เนื้อกล้ามเนื้อของหอย
นี้ เนื่องจากว่ามีใยเนื้อกล้ามเนื้อยาวขนาด
ตลอดความยาวเนื้อกล้ามเนื้อ, และการหดรัด
เข้าไปทำให้สะดวกต่อการวัดระยะแผ่ง
ก่อนหดรัด. ก่อนการทดลองได้นำเนื้อกล้ามเนื้อ

เข้าในน้ำยาเย็นขึ้น, ซึ่งมีฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของเนอกเลียมและประสาท, เพื่อยับยั้งการหดตัวของเนอกเลียมจากความเย็น.

เขาสรุปผลการทดลองว่าการทำให้เย็นอย่างรวดเร็วทำให้เกิดมีศักย์ไฟฟ้าแตกต่างขึ้นในเนอกเลียม, แต่ความเย็นอย่างเฉยๆไม่ทำให้เนอกเลียมหดตัว, เพราะไม่ทำให้ค่าศักย์ไฟฟ้าต่างมากพอ ถึงระดับต่ำสุด ที่ให้ผล. แต่ความเย็นช่วยให้เนอกเลียมหดตัวได้, ถ้ามีปริมาณของโปแตสเซียมไอออนต่ำกว่าระดับต่ำสุดที่ให้ผลร่วมด้วย.

ผลของโปแตสเซียม ทำให้เกิดการตีโปลาไรส์ โดยอาศัยการทำให้เย็นรวดเร็ว. นับว่าเป็น ปรากฏการณ์แสดง ความไว ต่อโปแตสเซียม.

สำหรับโซเดียมไอออน, แคลเซียมไอออน, แม้มัน ในความเข้มข้นต่าง ๆ กันก็ไม่มีผล ทำให้ ศักย์ไฟฟ้าแตกต่าง เปลี่ยนแปลง, และอะเซทิลโคลีนในปริมาณต่ำกว่าระดับต่ำสุดที่ให้ผล มีผลต่อศักย์ไฟฟ้าแตกต่างที่ ผิดแผกไป จากโปแตสเซียมและความเย็น, โดยที่ออกฤทธิ์ต่อปลายประสาท.

ปรีชา เจตนะศิริปิ่น พ.บ.

๓. D. Wynne Davies, Byron Evans :
ผลยับยั้งสภาวะของผลอโรโรอะซิด. B.M.J.
967-969, 1958.

ในโรคหัวใจล้ม การใช้กิงกิดาลิสกัยยา ขยับยั้งสภาวะพวกปรอทได้ผลดีตามที่ทราบกันแล้ว. ได้มีผู้ทดลองเปรียบเทียบผลทาง ขยับยั้งสภาวะ ระหว่างยาขยับยั้งสภาวะพวกปรอท กับชนิดอื่น ๆ ที่ใช้กัน, เป็นต้นว่าอะมิโนเมทราคีน, อะเซทอะโซลอะไมด์. ปรากฏว่าไม่มีชนิดใดให้ผลเทียบเท่ายาขยับยั้งสภาวะพวกปรอทที่ใช้กัน.

โนเวลโลกัยสปรีคว (๑๕๕๗) ได้สังเคราะห์ ผลอโรโรอะซิด (๖-ผลอโร-๗-ซัลฟานีล ๑-๒-๔ เป็นโซโรอาโคอะซีน, ๑-๑-โคอีอ็อกไซท์) ซึ่งขยับยั้งสภาวะ โดยเพิ่มการขับถ่ายโซเดียม และผลอโรโร ในจำนวนเท่า ๆ กัน.

ผู้เขียนได้ทดลองเปรียบเทียบผลของผลอโรโรอะซิด บริหารโดยวิธีกิงกัยยา ขยับยั้งสภาวะพวกปรอทบริหารโดยวิธีฉีดในผู้ป่วย ๒๐ ราย ที่มีอาการรวมจากโรคหัวใจล้มด้วยสาเหตุต่าง ๆ กัน.

ได้วัดจำนวนน้ำตาล, บัสสภาวะในรอบ ๒๔ ชั่วโมง, จำกัดจำนวนเกลือ, เปรียบเทียบการ ขยับยั้งสภาวะ ครั้ง หนึ่ง ๆ ในเวลา

๔๘ ชั่วโมง.

ขนาดที่ใช้เมอร์แคปโตเมอริน ๒ ล. ชม. นึกเขากล้ามครั้งเดียวโดยไม่ใช้แอมโมเนียมซัลไฟต์.

ผลลดโรโธอะซิติ์ให้กิน ๑ กรัมวันละ ๒ ครั้ง เวลา ๑๐ และ ๑๔ น.

ให้เจาะเลือดตรวจหาฮีโดรไลติกก่อน และหลังการทดลอง.

ในการทดลองชนิดนี้ปรากฏว่าผลลดโรโธอะซิติ์ เป็นยาขับยีสต์สภาวะที่ใช้กินและได้ผลเท่ากับ ยาขับยีสต์สภาวะ พวกปรอทโดยวิธีนี้.

ผลแทรกซ้อนที่สำคัญคือระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ (เบย์ลิส, ๑๙๕๘). จาก การทดลองนระยะเวลาที่ใช้ผลลดโรโธอะซิติ์ ครั้งละ ๒ วัน, จำนวน ๒ ถึง ๑๐ ครั้ง, ระดับโปแตสเซียมในเลือดไม่ต่ำกว่า ๓.๓ มิล. อีคว. ต่อลิตร และไม่มีอาการของโปแตสเซียมในเลือดต่ำ. การทรมาระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำเล็กน้อย ทำให้ผลของกิจดาลีติคขึ้นด้วย.

ผู้เขียนแนะนำว่า ขนาดผลลดโรโธอะซิติ์ ที่ใช้ไม่ควรเกินวันละ ๒ กรัม, และไม่ควรรักษาต่อเนื่องกันเกิน ๔ วันในระยะหนึ่ง.

โสภณ คงสำราญ พ.บ.

๔. Charles Rupp, Jr.: การขีรยาลโรค ลมขีรยาล. J.A.M.A. 166: 1967-1970, 1958.

การขีรยาลในลมขีรยาลแบ่งได้เป็น ๔ แบบ: (๑) กรังคีมาล. ผู้ขีรยาลหมคสตี, ขักแข็งและขักกระตักท่วท่ว. อาจมีการกดกลนหรือไม่มีก็ได้. ถ่ายอุงจวาระขีรยาลสวาระ. อาจมีอาการล่งหน้ามาก่อน. บางรายมีอาการม่นง, ปวดคัรยะหรือง่วงนอน. (๒) โฟคัล หรือ แจกโซเนี่ยน. มีการแผ่ขยายของการขักกระตัก ๆ, ตงตนจากโยหน้าหรือส่วนของแขนขาข้างหนึ่ง ไปจน เป็นตลอด หรือเกือบตลอด แดขหนึ่งของร่างกาย. จากการกระตักเฉพาะแห่งนี้อาจ จะ ลก ลาม มาก จนจน ถึง ขนกรังคีมาล, และผู้ขีรยาลหมคสตีไป. (๓) เปอติคีมาล. หมคสตีไปขีรยาล, ร่วมหรือไม่ร่วมกับการกระตัก ของ กล้าม เนื้อเคยว ๆ. (๔) แมยซ์ซัยโซโมเทอ์. แมยซ์ซัยโซโมเทอ์เปลี่ยนแปลงได้มาก. ชนิดเป็นอ่อน ๆ คล้ายเปอติคีมาล, แต่ท่วเป็นนานกว่า. มีการเคลอนไหวของกล้ามเนื้อมาก, เช่นมีริมฝักยักเคยว, มีการขีรยาลอลำท่วหรือแขนขา, พคไม่เป็นภาษา. เมอหยาแล้วกัจำเหตุการณขณะเป็นไม่ได้. หลักใหญ่ ๆ ที่สำคัญ ส่วหรับค้นหา สาเหตุ และรักษาผู้ขีรยาล

ลมบ้าหมูมคังนคิอ : (๑) ถ้ามประวัตักโดย
 ละเอียคเกยวกับการชัก, และประวัติครอบครัว.
 (๒) ตรวจร่างกายโดยละเอียค. (๓) ตรวจทางประสาทอย่างละเอียค. (๔) การตรวจตา, โดยเฉพาะเกยวกับความเห็นชัด, ลักษณะก้นตาและลานสายตา. (๕) ถ่ายภาพรังสีของ กระโหลก คีระษะ และอก. (๖) ตรวจ ทาง ห้อง ทดลอง เกยว กัยการ นัยเม็ค เลอค, การตรวจขั้วสัวระ, หานาคาลและยเรียในโครเจ็นในเลอค, ทลอคจนซีโรโดยีย. (๗) เจาะสันหลัง, นอกจากในรายทมขอห้าม. ต้องมีความละเอียคในการวัดความคั้นและสั่งน้ำไขสัน หลังตรวจ ทางห้อย ทดลองโดยละเอียค. (๘) ตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง. ถึงแม้จะไม่จำเป็นนัก, แต่กมประโยชน์ในการ ช่วยช่วว่าคนไข้ ชักจริงหรือไม่, โดยเฉพาะในรายที่ไคประวัติไม่ละเอียคพอ. (๙) ตรวจทางห้อยทดลองและถ่ายภาพรังสีเพิ่มเติม, ถ้ามเหตสงสัย (๑๐) ทำเอ็นโมเอ็นเซฟาโลกราฟีย, เว้น-ทริคูโลกราฟียและแองจิโอกราฟีย ในรายที่เหมาะสม.

การระวังชักจะมุ่ง แต่รักษาสาเหตุของโรคอย่างเฉียวไม่เพียงพอ, ต้องรักษาเกยวกับอาการด้วย. การรักษาส่วนใหญ่เกยวกับทางยา. ส่วนการผ่าตัดจำเป็นเฉพาะใน

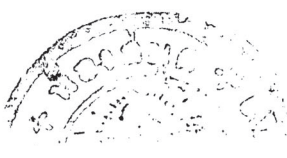
รายทมกอนในกระโหลกคีระษะ, เช่นเนองอกในสมอง, ฝูและลิมเลอคไตคัว. สำหรับ การให้ยาต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป, โดยยึดหลักกว่า ไซยา ให้น้อย ที่สัดแต่ ไคผลกัคข้อคนไข้โดยปราศจากการเกิดพิษและผลแทรกแซง.

ข้อแนะนำเกยวกับสัขวิทยาทั่ว ๆ ไปคือ:
 (๑) นอนให้เพียงพอ. (๒) ไม่จำเป็นต้อง รัยประทานอาหารพิเศษ, (๓) ไม่ต้องจำกัด นาคม. (๔) แอลกอฮอล์ทกชนิดควรงค, เพราะช่วยกระตุ้นให้เกิดการชัก. (๕) หลีก เลียง กีฬา ทกชนิด ที่ทำให้เกคอินทรายต่อ คีระษะไค่ง่าย.

ประไพศรี ศรศาสตร์ปรีชา พ.บ.

๕. Herman H. Pinkerton. Jr., Thomas E. Van Melne; Jr. : การรักษาหอบหืด ขั้จุน้อยอย่างรีบด่วน. New Engl. J. Med. 258 : 363-366, 1958.

ขั้จยสำคัญในการรักษาโรคหืดคัคการ ขำยค อาการ หอบ หืด ให้ทุ เลาสง โดย เร่ว. ไค้มการ คักษา ผลของ การรักษา โรคคนคัวย แอควี เนะ ลิน และ เบร์ค นี โซ โลโน ใน ร.พ. จอห์น ฮอปกินส์ ในปี ๑๙๕๖-๑๙๕๗. การคักษาผลของยาไค้อาคัยการตามอาการ



ผู้ช่วย, การตรวจร่างกายและการวัดไวัดัล
แคแปชิตี. ผู้รายงานพบว่าผู้ช่วยโรคหัด
๑๓ คนที่ได้รับวัคซีนแอดวอร์สันเชากุลาม
นั้น, การหอบหืดที่เลาชนทนททงอาการ
และไวัดัลแคแปชิตี. ผู้ช่วย ๑๓ คนที่
ได้รับการฉีดเปรีคินโซโลนเข้าหลอดเลือด
(๓๓.๕ มก.) ส่วนใหญ่อาการดีขึ้นภายใน
หลังฉีดยาแล้ว ๓ ชั่วโมง, ไวัดัลแคแป-
ชิตีก็ดีขึ้นด้วย. ผู้ช่วย ๑๔ คนที่กินเปรีคิน
โซโลน (๓๓.๕ มก.) มีอาการและ
ไวัดัลแคแปชิตีค่อย ๆ ดีขึ้นภายใน
๓ ชั่วโมง. ส่วนผู้ช่วยที่ได้รับการฉีด
เปรีคินโซโลนมาก่อนแล้ว ๒-๓ ชั่วโมง,
เมื่อได้รับการฉีดแอดวอร์สันเชากุลาม
ก็ดีขึ้นทันที.

จากการศึกษา จึง พอสรุปได้ว่าแอดวอร์-
สันสามารถบรรเทา อาการหอบหืดได้รวด
เร็วกว่าเปรีคินโซโลน, และการรักษาโรค
หัดด้วยเปรีคินโซโลนนั้น มีผลไม่แตกต่าง
เลยในการใช้ฉีดหรือกิน.

รววิทย์ วงศ์ทองศรี พ.บ.

๖. D.N. Walder: ผนังชั้นมัสคิวลาเรียสมุ-
โคซาของกระเพาะอาหารมนุษย์. J. Phy-
siol: 365-372, 1953.

ในการทดลองโดยใช้เยื่อชั้นมัสคิวลาเรียส
มูโคซา สก ๆ จากกระเพาะอาหารของคน,
พบว่าโดยปรกติกระเพาะอาหารมีการหดตัว
ที่แข็งหวัและเป็นไปเอง. ส่วนต่าง ๆ
ของกระเพาะอาหารหดตัวไม่เหมือนกัน.
ส่วนใหญ่มีการหดตัวไม่แรง. ช่วงของการ
หดตัวน้อย. แต่บางแห่งโดยเฉพาะที่บริเวณ
พิลอร์สและ “โค้งน้อย” (เลสเซอร์เคอร์-
เวเจอร์) มีการหดตัวอย่างรุนแรง.

ผลการสนองตอบต่อฤทธิ์ยา

อะเซทิลโคลีน, ความเข้มข้น ๑ : ๓ x
๑๐^๗ ทำให้มีการหดตัวสูงขึ้นในทุกส่วน.

อะโทรปีน, ความเข้มข้น ๑ : ๓ x ๑๐^๕ ทำ
ให้มีการหย่อนตัวของเยื่อชั้นมัสคิวลาเรียส
มูโคซา, และยังสามารถกั้นฤทธิ์ของอะเซ-
ทิลโคลีนได้.

แอดวอร์สัน, ความเข้มข้น ๑ : ๓ x ๑๐^๕
ได้ผลต่างกันไปตามส่วนของกระเพาะ. บริเวณ
โค้งน้อยทำให้มีการหย่อนตัว; บริเวณ
ผนังหน้าของกระเพาะอาหาร, มีการหย่อน
ตัวก่อนแล้วจึงมีการหดตัว; บริเวณโค้ง
ใหญ่, มีการหดตัวแต่อย่างเดียว.

เออร์โกทอกซีนจะกั้นการออกฤทธิ์ของ
แอดวอร์สันได้.

นอร์แอดวอร์สัน, ความเข้มข้น ๑ : ๓ x
๑๐^๕ ครั้งแรกทำให้หย่อนตัว, ต่อมาทำให้

หคทัวและมีช่วงการหคทัวสูงขน.

ปีเทรส์ลิน (๐.๐๓ หน่วยต่อ ล.ชม.) ทำให้มีการหคทัวสูงขนเพียงเล็กน้อย, แต่ทำให้เสียจังหวะ.

อีส์ตะมัน, ความเข้ม ๑:๓ x ๑๐^๕ ทำให้เยื่อชั้นมัสคลาริส มีโคซ่า ของกระเพาะอาหาร มีการหคทัวคขนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น.

นิโคติน, ความเข้ม ๑:๖ x ๑๐^๕ ให้ผลแตกต่างกันตามส่วนของกระเพาะและออกฤทธิ์คล้ายแอดรีนาลีน. แต่เออร์โก-ท็อกซินออกฤทธิ์กการกระตุ้นของนิโคตินไม่ได้. ต้องใช้เอะโตรปน์ร่วมกับเออร์โก-ท็อกซินจึงจะได้ผล.

เย็กซามเอโซเนียม, ออกฤทธิ์กการออกฤทธิ์ของนิโคตินได้ทั้งสองอย่าง (ทั้งอย่างกระตุ้นและอย่างกด).

จากนแสดงให้เห็นช้ว่าการสนองตอยต่าง ๆ นเกิดขนเนองจากการกระตุ้นของแกงเกลยขนเซลล์และแกงเกลยขนเซลล์เหล่านมสองชนิด, คอ พวกทเป็นโซลิเนอริจิกและพวกแอดรีเนอริจิก.

ชะวดี รัตพงษ์ พ.บ., Dr. med.

๗. Frank N. Low : เซลล์ยงลมในสัตว์และในคน. Anat. Rec. 117 : 241-263, 1953.

เพื่อเคลขปัญหาที่ยังไม่ตกลงกันเกี่ยวกับเซลล์ยงลมของปอด, ผู้ศึกษาได้ตัดปอดทเจริญเต็มทแล้วจากสัตว์และคนซึ่งไม่ใ้ถูกวางยาสลบโดยวิธีให้ดม. ทำเซ็คชันแล้วศึกษาทวยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน. กล้องนนอกจากขยายใ้ใหญ่โตมากแล้วยังมีควมลึกของส่วนซ้คใ้ถึง ๑ ไมครอน (กล้องจุลทรรศน์ธรรมดาใ้เพียง ๐.๒ ไมครอน) ทำให้การตรวจใ้ตลอดควมหนาของเซ็คชันซึ่งหนาเพียง ๐.๑ ไมครอน. พบว่ามีเซลล์ยงลมในสัตว์ทกชนิดทศึกษา. ซึ่ใ้โดยพลาสติกบนเคลือบของเซลล์ขางลงทันททขอบของนเคลือบ, ปรากฏเป็นแผ่นขางมาก (๐.๑-๐.๒ ไมครอน) ซึ่งทำให้ไม่เห็นทวยกล้องธรรมดา. แผ่นขางนวางอยู่บนเบสเม้นท์เมมเบรน. ผนังของยงลมทอยบนหลอดเลือดฝอยขางมากจนเกือบไม่สามารถแยกออกจากกันใ้ได้. แต่คงยืนยันใ้ได้ว่าระหว่างลมในยงลมกับเลือดในหลอดฝอยขนนมีขนขาง ๒ ชั้นกันอยู่, ชั้นหนึ่งจากเซลล์ยงลม, อีกชั้นหนึ่งจากเอนโดธิ-

เล่มที่ ๗ หลอดเลือดฝอยฐานของแผ่นบาง
ทั้งสองตกแน่นกับเยสเม้นท์เมมเบรน.

สุต แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

๘. R.M.I. Mackay: ข้อเคลอนเกิดขึ้น
เองที่กระดูกคอ. Arch. Dis. Child. 32;
505 - 507, 1957.

รายงานเด็ก ๑๐ คนที่มีข้อเคลอน
(คิสโตเคชั่น) เกิดเองที่กระดูกคอจากรอยปลี
ซอสบัตเลอร์ซาคคิสเคเร็น. เด็กมีอายุตั้งแต่
๑ ปี ถึง ๑๐ ปี. ใน ๘ รายมีเซอร์-
วิคัลอะคิโนคิส และ ๑ รายมีฟาร์ริงไฮทิส.
สาเหตุของข้อเคลอนเชอวามฮยเปอร์มียของ
เนื้อส่วนหลังคอหอยและเวอร์คิบรลิกามันต์
ทำให้เกิดการอ่อนแอ, เป็นเหตุให้ข้อเคลอน
เกิดขึ้นได้.

ทั้ง ๑๐ รายนี้ เด็กไม่มีการผิดปกติ
ภายนอกอื่น ๆ ใดๆ, นอกจากมีประวัติ
ปวดคอ, คอแข็ง, และคอเอียง, ระยะเวลา
ต่างๆ กันตั้งแต่ ๑ วันจนถึง ๓ สัปดาห์.
จากการเอกซเรย์กระดูกคอไม่พบพยาธิสภาพ
ของตัวกระดูก. ใน ๘ รายพบว่ามีการกด
คอสันที่ ๒ เลื่อนไปทางข้างหน้าขั้วสันที่ ๓,
๑ รายมีสันที่ ๓ ไปที่ขั้วสันที่ ๔, อีก ๑ ราย
มีซบดกเซชันของกระดูกแอตลาส.

การดึง กระดูก กลีบ ที่ใด ทำโดย ให้เด็ก
นอนหงาย, ไซ้หมอนหนุนใต้หลังและดึงหัว
ไว้ด้วยน้ำหนัก ๑ ปอนด์, จนกระทั่งการเกร็ง
ของกล้ามเนื้อและความเจ็บปวดทเลาลงมาก,
จึงยอมให้เคลอนไหวไต่เล็กน้อย ในรายที่มี
อาการน้อย. ส่วนรายอื่นให้ใส่คอสลาร์ที่ข้อ
ไปจนอาการต่างๆ หายไปหมด. ปรากฏผล
ว่าทุกรายหายก็ไม่มีอาการกลับของโรค.

กาญจนา อรุณลักษณ์ พ.บ.

๘. Boy D.H. Maxwell; James W. Paterson; เมโปรยามेतในการรักษาอาการกิด
ข้าง, B.M.J. 873, 1958.

ไต้ที่ทดลองใช้เมโปรยามेतในคนกิดข้าง
๑๘ ราย. ในผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ ๑๘ ถึง ๕๐
ปี ซึ่งมีอาการทนกลวประหมา, ทำให้การ
หัดพูดอย่างเคียวไม่ไต้ผลทพอใจ, ไต้ไต้ยา
๔๐๐ มก. ต่อ ๑ เม็ต, ให้วันละ ๓ ครั้ง
ร่วมไปกับการหัดพูด. ทรรวสอมผลของยา
สัปดาห์ละครั้งในระยะแรก. ต่อไปทุกคนใช้
เดือนละครั้ง.

พบว่าไต้ผลค้มากใน ๖ ราย, ค้ชน ๘
ราย, ไม่ค้ชน ๔ ราย. ๑๔ รายที่ไต้ผลพบ
ว่าการประหมาและทนกลวในผู้วัยเหล่านัน
ลดลง, ทำให้การยับยั้งการพูดค้ถ้อยลง

ควย, คนไข้จึงพักคน และเพิ่มความมั่นใจคนให้แก่คนไข้เอง. เป็นผลให้การหักพุกได้ผลดี.

ทุกรายไม่ปรากฏว่ามีอาการแพ้ยาแต่อย่างใด.

กาญจนา อรุณลักษณ์ พ.บ.

๑๐. W.S. Holden, G.M. Ardran : การเคลื่อนไหวของหลอดคอ และหลอดลมใหญ่ในคน. J. Fac. Radiol. 4 : 267-275, 1957.

ทำการศึกษากากคนไข้ ๔๐๐ คน, อายุ ๑๒ ถึง ๖๕ ปี, โดยฉีดโคโอโนสตีลเข้าหลอดคอ (เทอร์เมียบ) ผ่านเยื่อครีโคทรียรอยด์ แล้วถ่ายเอกซเรย์ภาพยนต์ ในขณะที่ยืนและนอน, เวลาหายใจปรกติและไอ. ผลการหายใจปรกติ: เวลาหายใจเบาๆ หลอดคอและหลอดลมยักยาวออกเล็กน้อย, กล้องเสียงไม่เคลื่อนไหว. หายใจแรงลึกๆ กล้องเสียงเคลื่อนไหวลง, หลอดคอกว้างออกราว ๑/๕ โทออก ๑/๑๐, หลอดลมใหญ่ยาวขึ้น ๑/๔ ขยาย ๑/๓, แขนงเล็กๆ เปลี่ยนแปลงน้อยมาก, ลมเต็มปอด. หลอดลมทางตัวออกจากขั้วของมัน. พอหายใจออกจึงหุบเข้าดั้งเดิม. ยาทใส่ไว้เรียงตัว

แบบทรงกระบอก, เข้าไปลึกๆ ได้ดีโดยความถ่วงและเมื่อยหายใจลึกๆ จะขึ้นสู่ปอดกลับขึ้นได้มาก.

การไอ: ระยะเวลา, ไอซ้ำๆ, และไอแรงมีลักษณะคล้ายกัน. แบ่งเป็น ๔ ระยะ:

(๑) ระยะแรก, หายใจเข้านำก่อนไอ, กระจกปลมลดต่ำลงมาก, หลอดคอและหลอดลมขยายยกออก. (๒) ระยะกล้องเสียงยัก เมื่อยหายใจเข้าลึกแล้วกลัมนอหายใจออกขยับตัว, กระจกปลมยกขึ้น, คาร์นิยาขุ่นและหลอดลมเริ่มหดตัวแคบลงรวมกลุ่ม. หลอดคอทั้งในและนอกช่องอกยุบและสั้นลง. ยากลับมาเข้าในหลอดคอ. ระยะนี้กล่าวสั้นมาก. กล้องเสียงจะยักในเวลา ๐.๑ วินาที. การยักนี้ไม่สำคัญเลยเพราะคนที่คัดออกแล้วยังไอได้. (๓) ระยะกล้องเสียงเข้ตื้นที่ทันใด, หลอดคอขยายออก, หลอดลมย่อยแคบและสั้นลงอย่างรวดเร็ว, กระจกปลมและคาร์นิยาขุ่นเร็วทันที่ทันใด. หลอดคอสั้นเข้าและเคลื่อนไหวไปข้างหน้าเข้าไปในเมดิแอสทีนัมบนและโค้งมาทางหน้า, กล้องเสียงลงตามเล็กน้อย. ในระยะนี้ยอดปอดยกเข้าไปในต้นคอชัดเจน. ยาทเข้ามาเข้าหลอดคอในระยะนี้นจะถูกกั้นขึ้นมาอยู่ในปาก. การเปลี่ยน



แปลงใช้เวลา ๔๐ มิลลิเซกันต์. หลอด
ลมใหญ่เล็กลง ๓/๔ ถึง ๑/๒, แขนง
ย่อยเล็กตามราว ๑/๘ ถึง ๑/๔, หลอด
คอรราว ๑/๒ ถึง ๑/๓. ทุกส่วนคืนตัวใน
เวลา ๐.๑ วินาที. (๔) ระยะพัก. ส่วน
ต่าง ๆ คืนตัวเป็นปรกติ. เมอไอซ้า ๆ ก็ไม่
เปลี่ยนแปลง. ยาไหลกลับคืนเข้าที่เดิม.
ไม่พบว่าไปเข้าอีกข้างหนึ่ง, ซึ่งพบในขณะ
ใช้ยามาก ๆ.

โชติ ธรรมมาสถิตย์ พ.บ.

๑๑. Carl L. Ebnother, Herbert L. Abrams : กลุ่มอาการไอเช่นเม็งเกอร์จาก
แ่งรังสีวิทยา. Am. J. Roentgen. Rad.
Ther. Nuclear Med. 2 : 248-260. 1957.

กลุ่มอาการไอเช่นเม็งเกอร์ คือมีช่อง
เยื่อคอกคอรระหว่างเว็นทรีเคิลโต, การคว่อม
ขนาดต่าง ๆ ของเอออร์ต้า, ความคันส้งใน
หลอดเลือดพัลโมนารีย์และมเลือดจากเว็น-
ทรีเคิลขวาสู่อเอออร์ต้า. ใน ๔ ปีมี ๑๒
ราย. ทุกรายทำการสวนหัวใจ, วัตถุประสงค์
กันในห้องและหลอดเลือดพัลโมนารีย์ซึ่งมี
ความคันส้งร่วมกัยในเว็นทรีเคิลขวา, ไม่
พบพัลโมนารีย์คัย. ทุกรายตรวจเอ็กซเรย์
โดยละเอียด. อายุ ๔ ถึง ๓๔ ปี. ทุกราย

มีอาการเขียว, เคิบโตซ้า, หายใจขัดและ
มีเสียงหัวใจรัว. ข้อตรวจพบมีปลายนิ้วมือ
โป่งมนราวครึ่งของทั้งหมด, ซึ่ย์ส์โตลิค-
เมออร์เมออร์ส่วนมากตรงช่องโครงที่ ๔ ข้าง
กระดกสันอก. ธริลล์คล่าไม่ได้. เสียงสอง
ของพัลโมนารีย์ ค้ง กว่าปรกติ ราวครึ่งหนึ่ง.
ค้านหน้าโป่งออก. ได้ตรวจโลหิตทั้งจำนวน
และเม็กเลือดพบปรกติ. ทำ อี. เค. จี. มี
มคสันเปลี่ยนแปลง. ทุกรายมีช่องทะลุ
ของเว็นทรีเคิลและออกซัยเงินมาก กว่า ราว
๘๔ ป.ศ. (ก) ทางเอ็กซเรย์ขนาดหัวใจ
ไม่โตเกินไป, ครึ่งหนึ่งขนาดปรกติ, ยก
เว็นเว็นทรีเคิลโตมาก ๑ ราย. (ข) เว็น-
ทรีเคิลซ้ายโตเล็กน้อย ๓ ราย, ปานกลาง
๒ ราย. (ค) ช่องเอทรีอัมขวาโตราว ๒
ใน ๓. (ง) เอทรีอัมซ้ายปรกติ, มีโต
เล็กน้อย ๑ ราย. ได้ติดตาม ๒ ราย ใน
๔ ปีหัวใจโตขึ้นซัคเงินตามอายุ. มี ๑ ราย
หัวใจโตมากขณะอายุ ๘ เดือน แล้วเล็กลง
เมื่ออายุ ๔ ปี. การคขนาดหลอดเลือดแดง
พัลโมนารีย์แบ่ง ๔ พวก, พบจากพัลโมโต
มาก ๑๒ ราย โดย การ แบ่ง ขนาด ของ กิ่ง
ย่อยเป็นโซนกลาง, และโซนริมเพื่อนำไป
ใช้แยกโรคความคันส้งพัลโมนารีย์. ขนาด
ของเอออร์ต้าพบเล็กลง ๓ ใน ๔ ของทั้งหมด,

มคโค้งเออร์ติกข้างขวา ๑ ราย, เออร์ติก
คร่อม ๒ ราย.

การตรวจด้วยสารทึบรังสีฉีดเข้าหัวใจ
ช่วยในการวินิจฉัยมาก. เออร์ติกามสัท
ก่อนเวลาเพราะการมีเออร์ติกคร่อม. ความ
คันเลือดพลโมนารีย์ส่งโรคจากการพังเสียด
ของพลโมนารีย์, อี. เค. จี. พบเว้นตรีเคิล
ขวาโต. ผู้รายงานกล่าวถึงพลโมนารีย์
ความคันส่งในหัวใจไมทรัลสเตโนสิส. พบ
ว่าหัวใจโตไม่สัมพันธ์กับการเพิ่มความคัน
พลโมนารีย์. พบเส้นซิกเคอร์เลย์ไคย่อย
ในไมทรัลสเตโนสิส และ ความคันส่งพล-
โมนารีย์จากภาพเอกซเรย์ ซึ่ง เกิด จากการ
ขยายตัวของหลอดน้ำเหลือง อยู่ตรงมุม
กระบังลม.

การแยกโรคมี (๑) พลโมนารีย์ความ
คันสูง. (๒) พี. ที. เอ. จะมีหลอดเลือด
พลโมนารีย์โต, เสียงฟังไตเฉพาะ. (๓)
วี. เอส. ที.

โชติ ธรรมาสถิตย์ พ.บ.

๑๒. N.E. Williams, H.G.T. Bridge:
กลุ่มอาการเนโฟรติก หลังทาบซิงปรอท.
Lancet 2: 602, 1958.

วิไลลักษณ์พวก (๑๕๕๒) รายงานผู้ป่วย

๕ รายที่เป็นโรคไตอันเกิดจากคาโลเมิล.
สโตนแมน (๑๕๕๘) ใ้รายงาน "pink
disease" ในผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้ซิงค์
เข้าปรอททาบบริเวณรอบทวารหนัก.

ผู้เขียนรายงานผู้ป่วย ๑ รายเป็นกลุ่ม
อาการเนโฟรติก ภายหลังการใช้ยาซิงค์
ประกอบด้วยปรอท, ทาร์, และซาลิซิลेट
เป็นเวลาหลายปี. การทาบปรอทถูกขับออก
ทางขี้ส้วมเป็นจำนวนมากและมีการสนอง
ต่อการรักษาอย่างทันทีเมื่อให้ไคเมอร์คา-
ปรอล, ซึ่งให้ทราบถึงสาเหตุของโรคว่าเกิด
จากพิษของปรอท. ระบบประสาทไม่มีการ
เปลี่ยนแปลง. ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางไต
นั้นสามารถกลับสู่สภาพปกติไคเมื่อไ้รับ
การรักษาดังกล่าว.

เนื่องจากการใช้เกลือของปรอทกัน
อย่างกว้างขวาง, จึงควรระวังอยู่เสมอว่า
อาจเกิดอาการแทรกซ้อนดังกล่าวนี้ได้.

กรงไกร เจนพานิชย์ พ.บ.

๑๓. Rose C. Kroy, Robert A. Pribek,
Richard O. Sternlieb: การเปรียบเทียบคุณ
ค่าของแอสบรินระดับของอะมิโนพอลลินใน
ฐานเป็นยาขยายหลอดลม. Am. Rev.
Tuberc. Pulm. Dis. 77: 729-735, 1958.

รายงานเปรียบเทียบผลของยาทั้งสอง เพื่อขยายหลอดลมในผู้ป่วยที่ทำการหัดเกร็งของหลอดลมเพราะโรคหืด, เอ็มพัยซม่า, และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง. ใช้วิธีวัดปริมาตรของอากาศหายใจ. ทุกคนไม่เคยใช้ยาแอดรีนาลีน, อะมิโนไพลลีน, คอรัทีโคไทรบิน, หรือแอดรีนาลีนคอร์ติโคอยด์เลย.

ได้วัดไวกัลแคปแซซิติลและปริมาณหายใจสูงสุด (แมกซิมัมบริงกแคปแซซิติล) ในผู้ป่วยแต่ละคน, แล้วต่อมาให้แอดรีนาลีน ๐.๓ มก. เข้าไต่ผิวหนัง, หรืออะมิโนไพลลีน ๐.๕ ก. เข้าหลอดเลือด. แล้วตรวจไวกัลแคปแซซิติลและปริมาณหายใจสูงสุดซ้ำอีกภายหลัง ๑๐, และ ๓๐ นาที. ถ้าได้ผลทำซ้ำเมื่อครบ ๖๐ นาที. ในสัปดาห์ต่อมาได้ตรวจซ้ำโดยเปลี่ยนยาใหม่.

ผลปรากฏว่าแอดรีนาลีนดีกว่าอะมิโนไพลลีน, ทั้งในแง่จำนวนผู้ป่วยที่ไต่รับผลดี และ เปอร์เซ็นต์ของ ไวกัลแคปแซซิติลที่เพิ่มขึ้น. (แต่ไต่ทำเพียงเวลา ๖๐ นาที.) วิธีใช้ก็ง่ายกว่าและผลแทรกแซงกันน้อยกว่า. ผู้เขียนแนะนำต่อไปควรใช้แอดรีนาลีนเป็นมาตรฐานสำหรับเทียบฤทธิ์พวดยาขยายหลอดลม.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๑๔. R.I.S. Bayliss et al.: ยากินซิปัส-สภาวะขนานใหม่ (ผลลอโรไรอะซีค). Lancet 120-124, 1958.

สูตรเคมีคือ 6-chloro-7-sulfamyl 1-1,2,4 benzathiadiazine-1, 1-dioxide.

ได้ทดลองรักษาการขมในผู้ป่วย ๒๔ ราย, ๑๗ รายเนื่องจากโรคหัวใจล้ม, ๗ รายจากสาเหตุอื่น ๆ. ในรายขมจากโรคหัวใจ ๑๑ ราย สันของเลวต่อการให้เมอร์ซาลิลด์.

ได้ให้ผลลอโรไรอะซีควันละ ๒ กรัม. ได้ผลดีใน ๑๔ คน. ๗ คนผลไม่เป็นที่พอใจ. ๓ คนได้ผลเลว. ๑ รายมีอ่อนเพลียและเบื่ออาหาร. นอกนั้นไม่พบอาการเป็นพิษอย่างอื่น.

ยานอาจทำให้เกิดการขาดโปแตสเซียมได้ถ้าให้ติดต่อกันเป็นเวลานาน. ฉะนั้นควรให้โปแตสเซียมซัลเฟตหรือโครมิลโลวไรด์วันละ ๒-๖ กรัม.

ในรายไม่รุนแรงอาจให้เพียงวันละ ๑.๐-๑.๕ กรัมและให้ราวสัปดาห์ละ ๓-๕ ครั้ง.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๑๕. E.R. Cullinan, R.C. King, J.S.

Rivers: ภัยอกเสบเพราะคึกเซ่อ, การ
พยากรณ์โรค. B.M.J. 1315-1317, 1958.

โดยทั่วไปยอมรับว่าโรคภัยอกเสบจากการ
การคึกเซ่อ อย่างปัจจุบัน มักไม่ทำให้เกิด
การพิการของคัยในผู้ช่วยส่วนมาก. แต่ใน
ส่วนน้อยอาจมีการทำลายของเซลล์ของคัย
อย่างมากทำให้เกิดคนโครลีสได้.

ในการระบาดในปี ๑๙๕๒-๑๙๕๓ มี
ผู้ช่วยที่เป็นทหาร ๑,๔๖๕ คน. ๗๘ คนถึง
แก่กรรมในสงคราม. ๔ คนตายในขณะ
อาการของโรครุนแรง. ๖ คนตายจาก
สาเหตุอื่น ๆ. ๖๐ คนมีประวัติได้รับการ
ฉีดสารหนูเพื่อรักษาซัยฟลิสมาก่อน.

๘๕ ปช. ของผู้ช่วยมีอายุ ๑๘-๓๐ ปี.

ในผู้ช่วยที่ตกข้อได้ ๑,๒๕๓ คน, ได้
ถามความรู้สึกถึงความแข็งแรง. ใ้รับคำ
ตอบ ๑,๐๕๒ คน (๘๑.๕ ปช.). ๑,๐๓๐
คนว่าไ้ผลเป็นที่พอใจ. ผู้ช่วยส่วนมากอยู่
ร.พ. ๖ ถึง ๒๕ วัน.

บางรายมีอาการกลับขณะอยู่ใน ร.พ.
๘๕ ปช. กลับเป็นอีกหลังออกจาก ร.พ.
๒๖ ปช. แข็งแรงเป็นปรกติเมื่อออกจาก ร.พ.
๖๘ ปช. แข็งแรง เป็น ปรกติ ใน ๑ เดือน.
๘๗ ปช. แข็งแรง เป็น ปรกติ ใน ๓ เดือน,
๕๕ ปช. ใน ๑ ปี.

๓.๒ ปช. ไม่รู้สึกแข็งแรงก็ ภายหลัง
๗ ปี. ๕ คนมีอาการคัยเช่นครึ่งคราว.

ในการศึกษาที่ ร.พ. ไม่พบการเกิดคัย
แข็งจากการนี้โครลีสของคัยเลย.

ยศวีร์ สุขุมมาลจันทร์ พ.บ

การส่งเงินค่าบำรุง

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



ปกิณกะ

๑. กลไกของการบาดเจ็บที่เกิดแก่หนึ่งศีรษะและกระโหลกศีรษะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะอาจจะเกิดโดยตรงหรือโดยอ้อม. เมื่อเกิดอันตรายแล้วจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ศีรษะแล้วแต่พลังงานที่ได้รับไว้. การเปลี่ยนแปลงที่ศีรษะมีการผิดปกติ (การเปลี่ยนแปลงรูป) และการเร่ง (แอคเซอเรชัน) และการถ่วง (ดีเซอเรชัน) ในอันตรายโดยตรงนั้นศีรษะอาจจะได้รับบาดเจ็บเท่านั้น. แต่ในอันตรายทางอ้อมการที่มีการเร่งเกิดขึ้นทันทีทันใดอาจจะทำอันตรายให้แก่สมองได้. การบาดเจ็บที่ตรงรอยต่อระหว่างศีรษะและกระดูกสันหลัง มีข้อในบาดเจ็บที่ศีรษะ. การที่ศีรษะซึ่งมีความเคลื่อนไหวได้, ถูกเคลื่อนไหวทำให้มีความเครียดเกิดขึ้นแก่ส่วนต่าง ๆ ของคอหอยศีรษะกับตัว. ความเครียดเหล่านี้บางขณะมีความรุนแรงมากจนทำให้เกิดอันตรายต่อลิแกเมนต์และเนื้อกล้ามเนื้อ, กระดูกคอ, ไขสันหลังและสมอง.

กลไกของการบาดเจ็บที่หนึ่งศีรษะ อันตรายต่อหนึ่งศีรษะมักจะเกิดโดยตรงและมักจะเกี่ยวข้องกับลักษณะทางฟิสิกส์ของวัตถุที่

ทำอันตราย. ของที่ทำให้หนึ่งโนหรือทำให้กระโหลกและสมองแตกโดยไม่ปรากฏการเปลี่ยนแปลงที่หนึ่งศีรษะ. ของมีคมอาจทำให้หนึ่งศีรษะเป็นรูหรือขาดวัน. ของเคลื่อนไหวทำให้มีบาดเจ็บลักษณะต่าง ๆ กันแล้วแต่ความเร็ว. ถ้าความเร็วน้อย, ขอบแผลถูกทำลายน้อย, แต่อาจจะขาดกระดูกกระโหลก. ถ้าความเร็วสูง, ขอบแผลจะถูกทำให้ตายไปกว้างได้ตั้งแต่มีลิเมตรจนถึงสองสามเซนติเมตร.

หนึ่งศีรษะปกคลุมด้วยผม. เพราะฉะนั้นการตรวจว่ามีสิ่งผิดปกติจากการตกเลือดภายในจึงลำบาก. เมื่อสมัยก่อนจึงชอบโกนศีรษะเสียให้เรียบร้อยก่อนตรวจและรักษา.

กลไกของการบาดเจ็บจากการเร่ง การบีบ (คอมเปรชัน), การเร่ง (แอคเซอเรชัน) และการถ่วง (ดีเซอเรชัน) ทำให้มีการเปลี่ยนทางความดันในกระโหลกศีรษะพอวัดได้. เมื่อมีการเร่งหรือการถ่วงอาจจะมีอาการเคลื่อนไหวของสมอง, ที่ศีรษะฉีก, ทำ

ให้มีการเปลี่ยนแปลงต่อไปอย่างอื่น, เช่น ตกเลือดหรือมีไฟรงเกิดขึ้นเพราะมีความคั้นน้อยผิดปกติในส่วนหนึ่งของสมอง.

กลไกของการแตกของกระโหลกศีรษะ

การแตกมีหลายชนิด: อาจยุบลงไป, ทะลุ, เป็นแนวและแตกเป็นชั้นย่อย. ความเร็วและรูปร่างของวัตถุที่ทำให้แตกมีส่วนสัมพันธ์กับลักษณะของการแตก. ความเร็วมากทำให้มีการขยและการทะลุ. ความเร็ว น้อย, แต่ถ่วงพอ, ก็ทำให้มีการฉีกไปทั่วและแตกเป็นแนว. ได้มีผู้ทดลองที่กระโหลกศีรษะแห้งแล้วว่าถ้ากระสุนเหล็ก ขนาด ๓/๔ นิ้ว มีความเร็ว ๕๐ ฟุตวินาที จะทำให้มีการแตกเป็นทาง. ถ้าเร็วถึง ๕๐ ฟุต/วินาทีจะมีการทะลุ. มีคนทดลองใช้ แลคเคอร์เรียกว่า "Stress coat". ถ้ามีความเร็ว น้อย จะมีการขยมรอย ๆ จุดที่ถูกระทบ. อาณาเขตที่ขยมลงไปจะกระเจิง กลยถ้าการกระทบไม่แรงนัก. ในเวลาเดียวกันที่มีการขยมีการโป่งออกรอย ๆ ซึ่งจะทำให้เกิดแตกเป็นทางตรง. ในการโป่งออกน จุดที่ถูกกระทบจะคั่งคอกเอารอยแตกเข้ามาหา, เพราะระหว่างที่กระเจิงกลยจะเป็นจุดที่ความเค้นมารวมกันอยู่. การตทท้ายทอย อาจ จะทำให้มีการแตกตามขวางทพประ-

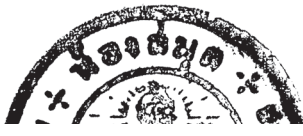
มาณ ๕๐ ปซ. การตทส่วนโค้ง (กระหม่อม) ของศีรษะจะทำให้มีการแตกทพนโดยไม่มี การแตกทส่วนกระหม่อมก็ได้.

กลไกของการแตกโดยความเร็วสูง

ถ้ามีความเร็วสูงพอสมควรจะมีการเร่งออกเป็น รสีมี (เรเคียดแอ็คเซเลอเรชัน) ต่อที่สชท ถูกตอง. ที่สชทเหล่านั้น จะ สลาย ทว. Zuckerman ได้แสดงว่าลกระสุนกลมทมิ ความเร็ว ๓,๐๐๐ ฟุต/วินาทีเมื่อผ่านแท่ง พาร์ฟพินจะทำให้พาร์ฟพินนขวมหลายเท่า. ในสทวทดลองชองที่เกิดจากลกลมนั้นจะมี ขนาด ๕๐ เท่าของลกระสุนหรือมากกว่านั้น. กระสุนอาจจะห่างจากชอยกระตกลหลายเซน- ตีเมตร, แต่ความคั้นจากชองรอย ๆ กระสุนนั้น อาจจะแรงมากจนทำให้กระตกลแตกมากมาย. ที่กระโหลกศีรษะและสมองจะมีการระเบิดเกิด ภายใตชณะที่กระสุนผ่านมา. ชนกระตกล, ผมและหนังจะตามเข้าไป. และสมองหลาย เซนตีเมตรจะถกทำลายเป็นอโมงคี้ยวโดย การเร่งออกเป็นรสีมี.

กลไกของการทำลายของสมอง

ในสุนัข ถ้ามีความคั้นในกระโหลกศีรษะเกิดขึ้นทันที ทันใด, ตั้งแต่ ๑๕-๑๐๐ ปอนต์/ลูกยาคัก นิ้ว, จะมีการทำลายของสมองคั้งแต่สมองไม่



เห็นจนถึงมองเห็นควยคาเปล่า. การทำลาย
นี้เกิดเพราะการเร่ง และการถ่วงของศีรษะ
และการขยับ.

ความสูงของความคั่นและระยะเวลาเป็น
ของสำคัญที่เกี่ยวของกับการทำลายของ
สมอง. สิ่งอื่นที่ช่วยให้สมองถูกทำลาย
มากจนก่อกองเคลื่อนไหวของสมอง,
การชักของทิสซุโดยไม่มี ความคั่นสูงใน
สมอง, และการฉีกของทิสซุเมื่อมีความ
คั่นสูงมากในสมอง, เช่นในการถูกยิงหรือ
ถูกสะเก็ดระเบิด, การเปลี่ยนแปลงรูปกระ-
โหลกศีรษะและสมอง เมื่อถูกของหนักที่
เคลื่อนไหวช้า, หรือเมื่อการขยับและเศษ
กระดูกถูกขยบลงไป.

ในการขาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งไม่มทางเข้,

ส่วนที่ไ้รับการรวมของความแรงคือขั้วสมอง
(brain stem), เพราะความคั่นที่กระแทกลง
มาระหว่างช่องกระโหลกศีรษะและไขสัน-
หลัง. การขาดเจ็บที่ทางเข้คอาจจะไม่
เกี่ยวของกับขั้วสมองเลยก็ได้.

ก้อนคัสชันเป็นภาวะที่เกิดภายหลังขาด
เจ็บ. มีหมกคัสติ, หนาซึกและอาการเหมือน
ช็อค. มีความรุนแรงต่าง ๆ กันตั้งแต่พ่น
และหายสนิทจนถึงโคมาและตาย. ก้อน-
คัสชันเกิดเพราะมีการขยับสันของเวรติคูลู-
ลาร์ฟอรเมชันทขั้วสมอง.

(เรียบเรียงจาก Gurjian and Webster, J.
Neurosurg. 1958.)

อุดม โปษกฤษณะ

พ.บ., Dr. med., Dr. med. dent.

๒. ความสามารถของหญิงในการรับตั้งครรภ์

ความสามารถของหญิงในการรับตั้ง
ครรภ์ (คือเนื้อไข่) ขึ้นอยู่กับลักษณะ
ที่ปรกติและการกระทำหน้าที่ของอวัยวะ
สืบพันธุ์เป็นประการสำคัญ. ในการตรวจหา
สาเหตุของการเป็นหมันในหญิง ๒๖๕ ราย
พบว่าสาเหตุมาจากรังไข่ ๕๐ ปร., หลอดมด

ลูก ๓๒ ปร., ท่วมดลูก ๒๐ ปร., คอมด
ลูก ๑๒ ปร., ช่องคลอด ๒๐ ปร. ไม่พบ
สาเหตุเลย ๕ ปร. มีบางรายที่มีสาเหตุ
มากกว่าหนึ่งอย่างขึ้นไป. นอกจากนั้นยังม
ความพิการของร่างกายส่วนอื่นที่ออกไปจาก
อวัยวะสืบพันธุ์, เช่นความผิดปกติของประ

สภาพและจิตใจ, และการไม่รุดถึงเวลาที่เหมาะ
พร้อมสำหรับการตั้งครรภ์. ส่วนที่เกิดจาก
การผิดปกติของฝ่ายชายมีราว ๓๕-๔๐
ปช.

การที่เขาพบว่ารังไข่ เป็น สาเหตุของ
ความยากในการตั้งครรภ์มากกว่าแต่ก่อน
ก็เพราะวิธีการตรวจชัน, ประกอบกับอายุ
ของหญิงที่ได้รับการตรวจนั้นค่อนข้างมาก,
คือเฉลี่ยถึง ๓๒ ปี ๔ เดือน. ผู้ที่มีอายุ
ใกล้ ๓๕ ปีมักมีการคลาดเคลื่อนของระยะ
ไข่อ้อย, ซึ่งอาจเกิดจากการไม่มีไข่ตกหรือ
ระยะเวลาที่ไข่ตกห่างออกไป, หรือไม่มีการ
ผสมคล้ยกันระหว่างเอสโตรเจนและโปรเจส-
เทอโรน. ความผิดปกติและคลาดเคลื่อน
เหล่านี้มีส่วนไม่น้อยที่เป็นผลสะท้อนมาจาก
จิตใจที่ต้องคร่ำเคร่งในงานบ้าน, ในงาน
อาชีพ, หรือจากการดำเนินชีวิตที่เร้นแค้น
ไม่เหมาะสมต่าง ๆ.

วิธีการตรวจหน้าทของรังไข่และหาระยะ
เวลาของคอร์ปัสลุตคอมที่สำคัญที่สุดคือการ
วัดอุณหภูมิเบซัล. นอกจากนั้นการทำวจิ-
นัลสะเมียร์ก็ช่วยมาก. การหาระยะเวลา
ก่อนไข่ตก (pre-ovulation phase) โดยการ
ทำวจินัลสะเมียร์และการเปลี่ยนแปลงของ
คอมคลก, ควรทำในต้นสัปดาห์ที่ ๒ และ
ตรวจทุกวันตลอด ๖ ถึง ๘ วัน. การขุมต

ลกเพื่อตรวจนั้นเคยวนไม่ค่อยทำกันแล้ว.

การรักษาการคลาดเคลื่อนของการตก
ไข่และระยะคอร์ปัสลุตคอมสัน, ไม่จำเป็นต้อง
ใช้ฮอร์โมนเสมอไป. มีไม่น้อยรายที่หลัง
จากการจัดระเบียบความ เป็น อยู่ เสีย ใหม่,
การผ่อนงานให้น้อยลง, การลดสขบหรือ
เสพยาสูรา, ทำจิตใจให้สบายและได้พักผ่อน
โดยการไปตากอากาศ, ฯลฯ, ระวังกลับมา
เป็นปรกติและตั้งครรภ์กันได้. ควรกำหนด
ให้กลับจากตากอากาศและมาพบสามในวัน
ก่อนจะถึงระยะไข่ตกสักเล็กน้อย. เมื่อไม่
เกิดดังกล่าวแล้วและอวยวะสืบพันธุ์ปรกติจึง
ใช้ฮอร์โมนคงวิธีต่อไปน, คือ: วิธีที่ ๑, ใช้
F.S.H. พวกซีรัมโกนาโดโทรปีนในสัปดาห์
ที่ ๒ ของรอบระยะ, คำนวนที่ ๘, ๑๑, และ
๑๔, นิก ๑๐๐๐ i.u. ในรายที่มีเอสโตร-
เจนเพียงพอแล้วก็ให้ L.H. โชมรีโอนิกโก-
นาโดโทรปีน ๑๐๐๐-๒๐๐๐ i.u. ในวัน
ที่ ๑๒, ๑๓ และ ๑๔.

วิธีที่ ๒ คือการทำให้มี "ฤทธิ์กลับ"
ตามแบบของ Holhweg โดยฉีดเอสตราดิ-
ออลเอสเทอร์ ๒๐ มก. ในวันที่ ๑๒ ของ
รอบระยะ.

วิธีที่ ๓ ให้โปรเจสเทอโรนในสัปดาห์ที่
๒ เช่น Aethinyl-nor-testosterone ๒ เม็ด
ทุกวันจากวันที่ ๘ ถึงวันที่ ๑๒ ของรอบ

ระด.

ความผิดปกติของหลอดมดลูก, เช่น เอ็นโดเมตรีโอสิสหลอดมดลูก, การอักเสบ, และฮัยโปเพลเซีย (ซึ่งมักเกิดร่วมกันไปกับฮัยโปเพลเซียของอวัยวะสืบพันธุ์ทั้งหมด) ก็เป็นสาเหตุให้ตั้งครรภ์ยากขอหนึ่ง. ในฮัยโปเพลเซียหลอดมดลูกมักจะยึดยาวและการเคลื่อนไหวซึ่งช่วยนำไข่เข้าไปในโพรงของหลอดมดลูกก็ผิดปกติ. ในการตรวจว่าหลอดมดลูกยึดตันหรือไม่นั้น มีผู้นิยมทำการเข้าลมเข้าในหลอดมดลูกก่อน, และโดยการทำเช่นนั้นอาจทำให้ตั้งครรภ์ได้. ในรายที่มการอักเสบหรือคลำพบขี้กมดลูกโต, หนา, หรือเคลื่อนไหวน้อย, หรือมีประวัติของการอักเสบมาก่อน, เขาจึงทำซีลิ่ง โทกราฟหรือขางทกผ้าทองและตรวจหลอดมดลูกโดยใช้สีเมธิลีนบลูติก. ก่อนทำการเข้าลมเข้าหลอดมดลูกควรตรวจอัตราเมคเลอิคแกง นอนกันและสีเมยวคอกมดลูกเพื่อยองกันการติดเชอเคลื่อนไหวบน. ต้องระวังเอ็มไบลิสติกาคัดด้วยในรายที่ของขยายปากมดลูกก่อน.

ในการแก้ไขให้หลอดมดลูกกลับคืนคืนขึ้นโดยการผ่าตัดคดแก่ง (ปลัสติก) แขนงต่าง ๆ ที่มีผู้ได้ทดลองมาปรากฏว่าได้ผลน้อยมาก. แม้ที่สุดการนำเอารังไข่ไปฝังไว้

ในมดลูกหรือ การเอาคาร์เทอ์ไปลัยเออียลฝังไว้ในโพสตาลาททำชนทพณงมดลูกก็ไม่ได้ผลเลย. แต่มีบางรายที่เพียงแต่เจาะเนอชคคคขาง ๆ ทบวระณหลอดมดลูกและรังไข่เท่านั้นก็ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ได้.

ความยากลำบากในการตั้งครรภ์ซึ่งเกิดจากตัวมดลูกเป็นต้นเหตุนั้นน้อย. วิโทร-เพล็กชันก็ทำให้ตั้งครรภ์ยาก. มัยโอมาชนิดซิมมคัสหรือทอยไกลคอกมดลูกหลังจากการเจาะปลินเอาออก (อินคูลเอชัน) แล้วก็ตั้งครรภ์ได้. มดลูกที่เคยถูกขยับอย ๆ อาจทำให้โพรงมดลูกเกิดการคยแคบได้. ทำให้มีระคชาคหรือมีระคน้อยลง. ในรายเช่นนี้เขารักษาโดยใช้หลอดสวน (ซาวนด์) หรือเครื่องต่างแบบ Hegar ใส่เข้าไปอย่างระมัดระวัง. แล้วใส่เอสโตรเจนในโพรงมดลูก, ทำให้เยอวมดลูกงอกขึ้นใหม่และกลับมีระคเป็นปรกติได้.

การผิดปกติของปากมดลูก เช่นรูปร่างผิดปกติเพราะมีการฉีกขาดในการคลอด, มีเอ็คโตรเยมหรือไปลัยป็นน, ไม่เพียงแต่ทำให้มีการขยับมาก ชนและมกนนั้น ใสลงเป็นเหตุให้ทำการ สอนาสะเปอ์มาโตชวชนไปยังหลอดมดลูกให้ยกพว่องไปเท่านั้น, แต่ยังทำให้เกิดการอักเสบเป็นเซอรวีไซติสอิก

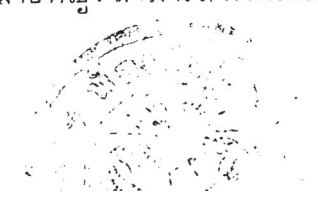
ควย. มุกที่ออกมาจึงมีเลือดขาวปนมากและมีฤทธิ์เป็นกรดแทนที่จะเป็นค่างอย่างปรกติ (ปรกติ pH 7.8), ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของสเปิร์มาโทซัว. การตรวจคอมคอลลกพร้อมทั้งตรวจ มุกวัดปฏิกิริยาโดยใช้กระดาษลิตมัส. ตรวจทางจุลทัศน์คนเมคเลอคขาวซึ่งแสดงถึงการอักเสบ, ตรวจดูความเหนียวและทำ Fern test เพื่อทราบเวลา ระยะไข่ตก, จึงเป็นของจำเป็นยิ่งในการรักษา. นอกจากนี้ยังมีการทำ Sim's Huhner test ควย. ถ้าปรากฏว่ามีตัวสเปิร์มตายมากหรือไม่พบเลยในปากมคอลลก, ก็ตรวจสเปิร์ม ทางฝ่ายชายเสียก่อนที่จะจัดการอย่างอื่นกับฝ่ายหญิง. ถ้าฝ่ายชายมีสเปิร์มาโทซัวปรกติ, และมุกคอมคอลลกมีการเปลี่ยนแปลงตรงระยะเวลาใกล้ไข่ตก, เขาทำ "invasion test" ในแก้วท่อไป, โดยใช้สเปิร์มาโทซัวของชายที่มีอำนาจทำให้ตั้งครรภ์มาหยกใส่บนกระจกให้ติดกับหยดมุกที่มาจากคอมคอลลกของหญิงนั้น, และดูควยกลองจุลทัศน์. ถ้าสเปิร์มาโทซัวไม่เข้าไปในมุกก็แสดงว่าเหตุขัดขวางอยุ่ที่มุก, ซึ่งส่วนมากเกิดเพราะมีเอสโตรเจนน้อยไป. ในรายเช่นนี้การรักษาโดยใช้เอthinyl เอสตราดิออล ๒-๓ เม็ด, ทกวันในสัปดาห์ที่ ๒ ของรอบระยะได้ผลมาก. การใส่น้ำอสุจิเข้า

ไปภายในมคอลลกนั้นมิใช่ว่าควรทำในรายที่ฝ่ายชายมีการผิดปกติ, เช่นไร้สามารถในการร่วมประเวณี (impotentia coeundi) หรือในรายที่มียุโรปาเคียสเท่านั้น.

ส่วนเหตุทางช่องคลอด, ซึ่งได้แก่การผิดปกติ ทางกายวิภาค เช่นเยอฮัย เมันไม่เย็บ, ช่องคลอดคั้นหรือมีเซ็ปตัมกั้น, ไม่เป็นปัญหายากในการวินิจฉัยและการแก้ไข. การอักเสบของช่องคลอดหรือช่องคลอดที่มีทริโมโมนาสมาก, เป็นต้นเหตุที่พบบ่อยกว่าการผิดปกติดังกล่าวแล้ว, เนื่องจากคิสซารจท มีเมคเลอคขาวมากทำลายตัวสเปิร์มาโทซัวหรือทำให้เสื่อมสมรรถภาพในการผสมพันธุ์.

ยังมีสาเหตุของการตั้งครรภ์ยากอีกประการหนึ่ง, คือสาเหตุทางจิตและประสาท. ความต้องการลูกอย่างมากอาจทำให้เกิดนิวโรสิสได้, ซึ่งขัดขวางการตั้งครรภ์, จะเห็นโดยทางฮอว์โมนหรือทางระบบประสาท ฮอโตโนมิคที่ควบคุมหน้าที่ของอวัยวะสืบพันธุ์ได้. Siebke ได้รายงานต่อที่ประชุม โรคเฉพาะสตรีแห่งประเทศเยอรมันถึงผลดีของการรักษาหลายรายโดยให้พักผ่อนและคลายความเครียดทางจิต.

มีส่วนน้อยที่ตั้งครรภ์ยากเพราะไม่รู้จักระยะเวลาที่ฝ่ายหญิงสามารถตั้งครรภ์ได้.



การแก้ไขกระทำได้ โดยแนะนำให้รู้จักวิ
คิดเวลาของการตั้งครรภ์ตามรอบระ
ค.

ก่อนจะสามารถวินิจฉัยเหตุของการตั้ง
ครรภ์ยาก, จำเป็นที่จะต้องตรวจหลายระบบ
และหลายวิธี, เพื่อที่จะมีให้ขาดตกบกพร่อง,
จึงควรวางแผนของการตรวจเป็นลำดับดังนี้ :

๑. การซักประวัติ. เกี่ยวกับอายุ,
ระยะเวลาของการสมรส, ความเป็นอยู่,
อาชีพ, ประวัติระดูอย่างละเอียด (วัยเริ่มระดู,
อาการปวดท้องตอนกลาง ๆ รอบระดูที่เรียก
ว่าการปวดระดู), ประวัติการตั้งครรภ์, การ
คลอด, ระยะเวลาหลังคลอดที่แล้ว ๆ มา.
ประวัติการแท้ง, ประวัติการผ่าตัดหน้าท้อง,
คลอดก่อนระยะเวลาหลังผ่าตัด. (ถ้าเป็นการผ่าตัด
เกี่ยวข้อง ทางอวัยวะสืบพันธุ์ควรได้ทราบถึง
การกระทำนั้นด้วย) ประวัติโรคต่าง ๆ (เช่น
เบาหวาน, ต่อมไทรอยด์, หรือการที่อ้วน
ขึ้น ๆ ซึ่งทำให้มีการตั้งครรภ์ยาก).

๒. การตรวจทาง นรีเวช ๆ โดยละ
เอียด. โดยการคลำอาจบอกได้ถึงความ
เจริญของอวัยวะสืบพันธุ์, การเจริญที่ผิดปกติ,
เนื้องอก, การอักเสบของปากมดลูก,
การเคลื่อนไหวที่น้อยผิดปกติของอวัยวะ
นั้น ๆ. โดยใช้สะพานคลุมปากมดลูกและ
การเปลี่ยนแปลงของผนังช่องคลอด, ของ
ปากมดลูก (เช่นการอักเสบ, เอ็ดโตเซียม,

การอักเสบ). โดยการตรวจสีเมียร์จากคอ
มดลูก และช่องคลอดอาจพบ สอพบปฏิกิริยา
ต่างและผิดปกติด้วย. ในการตรวจหน้า
จำเป็นที่อาจต้องตรวจหลังให้ยาสลย.

๓. การตรวจหน้าท้องของรังไข่. วัด
ปรอทเวลาเบซัล ๑-๓ เดือนแล้วจึงให้การ
วินิจฉัย. ทำสีเมียร์ช่องคลอดเพื่อศึกษา
สัย์โตโลยี, ตรวจมดลูกคอมดลูก. การ
ตรวจเหล่านี้ต้องทำซ้ำ ๆ.

๔. การตรวจสามี. ต้องตรวจหรือบริ
ทราบผลของการตรวจทางฝ่ายสามีและควร
รู้ผลก่อนตรวจฝ่ายหญิง. ทำ Sim's Huhner
test ด้วย.

๕. การตรวจความเย็บโปรงของหลอด
มดลูก. การตรวจควรทำเป็นขั้นสุดท้าย,
เมื่อพบว่ารังไข่ปกติ, ทางฝ่ายสามีก็
ปกติ. ไม่ว่าจะเห็นเพียงการเย็บโปรงเท่านั้น
หรือจะทำซีลซิงโกแกรมด้วย, ก็ไม่ปราศจาก
อันตรายเสียเลยทีเดียว, และยังอาจมีโรค
แทรกได้อีกด้วย.

(เรียบเรียงจาก Bickenbach, Döring,
D.M.W. 1648, 1958.)

ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์
W.U. Dr. med. (Leipzig)

๓. การตรวจศพทางนิติเวชวิทยา

ย่อมเป็นที่เข้าใจกันคืออยู่แล้วว่านิติเวช
วิทยานั่นคือวิชาที่นำเอาความจริง, เหตุผล
และหลักฐานทางการแพทย์ในสาขาต่าง ๆ
เข้าช่วยเหลือ, เพื่ออธิบายและแสดงเหตุผล
แก่กฎหมายและผู้ใช้กฎหมาย. วิชานิติเวช
วิทยาเป็น วิชากว้างซึ่งจะต้อง รวบรวมเอา
ความรู้ทางกายวิภาคศาสตร์, สรีรวิทยา,
พยาธิวิทยา, พืชวิทยาและอื่น ๆ เข้าไว้ด้วยกัน.
ในคดีบางคดีมีความจำเป็นต้องอาศัย
หลักฐานและการพิสูจน์จากหลาย ๆ ทาง,
จึงจะช่วยให้ความกระจ่างได้.

ในยี่หนึ่ง ๆ มีคนเป็นจำนวนมากไม่น้อยที่
ตายลง. ในจำนวนนี้มีมากมายที่ไม่สามารถ
จะทราบเหตุตาย. บางรายก็เป็นการตายจาก
โรคต่าง ๆ (ทางกฎหมายถือว่าเป็นการตาย
โดยธรรมชาติ), ซึ่งในบางครั้งแพทย์ก็
สามารถให้การวินิจฉัยเหตุตายได้. แต่บาง
ครั้งก็ไม่เป็นผล. นอกจากนั้นแล้วยังมีการ
ตายโดยผิดธรรมชาติ(ตามภาษากฎหมาย),
เช่นถูกฆ่าตาย, ฆาตกรรม, และตาย
โดยไม่ทราบสาเหตุแน่นอน, ซึ่งในกรณี
เหล่านี้ต้องอาศัยการตรวจศพจึงจะบอกเหตุ
ตายได้.

การตรวจศพตามปรกติมีความจำเป็น
มากสำหรับแพทย์ และ กระทำ เป็นปรกติใน
โรงพยาบาลและสถานศึกษาทางการแพทย์
ทั่วไป, เพื่อคนควาและศึกษาถึงเรื่องโรค.
แต่การตายที่ผิดธรรมชาติเหล่านี้ทำไมจึง
ต้องใช้แพทย์ เฉพาะทาง นิติเวชวิทยาเป็นผู้
ตรวจ. มีวิธีการและดำเนินการต่างกันอย่าง
ไร. บางรายเช่นถูกยิงตาย, แขนงคอตาย,
ดูจากภายนอกก็ทราบเหตุตายอยู่แล้ว. มี
คนเป็น จำนวนมาก พวกนี้สงสัย และถามอยู่
เสมอว่ารายเช่นนี้จำเป็นอย่างไรจึงต้องตรวจ
ศพ.

ดังนั้นจึงมีความแตกต่างกันบ้างระหว่าง
การตรวจศพทาง นิติเวชวิทยา กับทาง พยาธิ
วิทยาทั่วไป.

ข้อสำคัญก่อนอื่นของแพทย์ทางนิติเวช
วิทยาที่จะต้องคำนึงถึงเมื่อทำการตรวจศพ
ก็คือปัญหาการ พิสูจน์หลักฐาน เกี่ยวกับ
บุคคลซึ่งเป็นปัญหาแรกที่จะต้องทำเมื่อได้รบ
ศพ. คือต้องรู้ว่าผู้ตายคือใคร. ข้อนี้กระทำ
โดยการซักถามประวัติละเอียดจากผู้เกี่ยวข้อง
ของ, ตรวจเอกสารที่ติดตัวผู้ตาย, ร่องรอย
ต่าง ๆ เช่นรอยสัก, ถ้าขอรูไปไว้ระกอบ,

ชละ. เราถือว่า การที่รู้ว่าผู้ตายคือใครก็เท่า สืบสวนคดีนั้น ๆ ไปไต่เกอบ ครึ่ง หนึ่งแล้ว. ในรายศพไฟใหม่, ศพศพถูกคัดเป็นท่อนๆ เหล่านี้ถ้าสามารถรู้ว่าศพนั้น ๆ เป็นใครแล้ว ก็จะไปถึงสาเหตุและหลักฐานอื่น ๆ.

การสังเกตและตรวจพบสิ่งเล็กๆ น้อยๆ ที่ตกมากับตัวผู้ตาย, เช่นสีที่เขยอนตามเสื้อผ้าหรือเขยอนตัวผู้ตาย, รอยถลอกเล็กๆ ตามร่างกาย, ขนาดของรอย, และระยะห่างจากส่วนต่างๆ ของผู้ตาย, เช่นรอยถลอกที่ขา, ห่างจากสันเท้าเท้าใด (ในกรณีถูกรถชน), ความเก่าใหม่ของบาดแผลฟกช้ำ, เหล่านี้ก็เป็นลักษณะเฉพาะออกข้อหนึ่งซึ่งแพทย์ทางนิติเวชวิทยาจะต้องตรวจเพื่อประกอบในการวินิจฉัยสาเหตุที่ทำให้ตาย.

การตรวจหาเวลาตายที่แน่นอนว่าผู้ตายตายมานานเท่าใดแล้ว, มีความสำคัญมาก. การตรวจ ศพทางนิติเวชวิทยาไม่ใช่เฉพาะแต่ตรวจศพสด ๆ ที่ตายใหม่ๆ เท่านั้น. มีบ่อยครั้งที่เราต้อง ตรวจ ศพ ที่ตาย มาแล้วหลาย ๆ วัน. ดังนั้นการตรวจบอกเวลาตาย ก็จะเป็น ประโยชน์แก่การ สืบสวน สอบสวน และช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ ดำรวจไต่อย่าง มาก ในการสืบหาตัวผู้กระทำผิดและใช้เป็นหลักฐานยืนยัน.

ในการผ่าศพ ออก ตรวจ ก็กระทำเช่นเดียวกับ การตรวจศพทางพยาธิวิทยาทั่วไป. ถึงกระนั้นก็ตาม, บางครั้งแม่จะคัดเนื้อตรวจทางกล้องจุลทรรศน์แล้ว, ก็ยังไม่อาจบอกเหตุตายได้. จำเป็นจะต้องนำอวัยวะภายใน, เลือด, และอื่น ๆ ตรวจทางพยาธิวิทยาต่อไป. เราอาจจะพบ ในที่สุดว่าผู้ตายเพราะยาพิษนั้น ๆ. แม้ตรวจพบว่าผู้ตายมีแผลฉีกขาดที่ข้อศอกทั้งสองข้างมาก, ผู้ตายอาจจะไม่ได้ตายจากฉีกขาดที่ข้อศอกได้, แต่ตายจากการกินยาพิษสารหนูเพื่อตัดความทรมาน จากโรคร้าย.

จากที่กล่าวมานี้จะเห็นได้ว่าการตรวจศพทางนิติเวชวิทยา มีความแตกต่างกับทางพยาธิวิทยาปรกติอยู่บ้าง. แพทย์ในกรุงเทพฯ อาจยังไม่เล็งเห็นความสำคัญ, เพราะในกรุงเทพฯ มีแพทย์เฉพาะทางน้อยแล้ว. แต่สำหรับแพทย์ที่เพิ่งจะออกไปทำงานต่างจังหวัด, หรือแพทย์ที่ทำงานอยู่ในต่างจังหวัดแล้วนาน ๆ, มีความจำเป็นจะต้องหาความรู้และสังเกตข้อแตกต่างเพื่อเป็นทางปฏิบัติไว้บ้าง.

เย็นวันหนึ่งนาย ก. เมาส์รามากจนต้อง มีผู้พากลยบ้าน. ต่อมาสักครู่เพื่อนบ้านได้ เห็น นาย ก. กำลัง ปลูกปลาลอยกับ นาย ข. ซึ่งเขยอนพอตา. จึงไปตามตำรวจมาเพื่อจับ

นาย ก. จ्ञานเมาสุรธาธาธาและจะทำร้าย
 ผู้อื่น. เมื่อคำตรวจมาถึงปรากฏว่านาย ข.
 ได้ตายเสียแล้ว. คำตรวจจึงนำนาย ก. ไป
 โรงพักและตั้งข้อหาฆ่าคนตาย. ศพนาย ข.
 ได้ถูกส่งตรวจ. จากการสอบถามประวัติผู้
 อยู่ใกล้เคียงให้กำรว่า นาย ก. ไม่ได้ฆ่า
 นาย ข. แต่ตั้งใจจะให้นาย ข. ซึ่งเป็นพ่อตา
 นอนพัก, เพราะนาย ข. สติไม่ดี. บางครั้ง
 กัด, บางครั้งก็อาละวาดเอะอะ, และวันนั้น
 ก็เอะอะทำลายเข้าของเสียหาย. นาย ก.
 จึงห้ามปรามและจับให้นอนลง. นาย ก.
 ไม่ได้ทำร้ายจริง ๆ. แต่คำตรวจไม่เชื่อและ
 ได้ส่งศพนาย ข. ให้ตรวจทางนิติเวชวิทยา.

จากการตรวจศพปรากฏว่ามีรอยฟกช้ำ
 ตามร่างกายหลายแห่ง. หลายรอยเป็นรอย
 เก่า ๆ มีสีน้ำตาล, เกือบจะหายแล้ว. บาง

รอยเป็นรอยใหม่, มีผิวหนังลอกข้าง. ไม่
 มีบาดแผลรุนแรง. จากการตรวจศพนาย ข.
 ปรากฏว่านาย ข. เป็นโรคเส้นโลหิตของ
 หัวใจโคโรนารีข้างซ้ายอุดตัน, และตาย
 จากเหตุนี้, นาย ก. จึงถูกปล่อยตัวพ้นข้อ
 หาไป.

จากเรื่องจริงที่เล่ามานี้เห็นได้ว่าการค
 บาดแผลภายนอกแต่ผิวหนังไม่สามารถบอก
 เหตุตายได้. การตรวจศพแต่ละเคสจึงจะ
 สามารถช่วยผู้ที่ไม่ผิดให้รอดพ้นจากการ
 กลายเป็นผู้ร้ายฆ่าคนตายไปได้. นิติเวช
 วิทยาจึงมีประโยชน์ไม่เฉพาะแต่ตัวแพทย์
 เอง, ยังมีประโยชน์ต่อผู้บริสุทธิ์ทั้งหลาย
 อีกด้วย.

ทรงฉัตร โดษะยานนท์ พ.บ.

๔. ยาแก้พิษ

การใช้ยาแก้พิษอาจแบ่งเป็นพวก ๆ ดังนี้

๑. ยาฆ่าแมลงและยาพิษจากการ
 กสิกรรม

ก. พวกทรมสารพิษอินทรีย์, เช่น คีตก.
 ไม่มีสารแก้พิษโดยเฉพาะ. ให้ยาระงับชัก.

ห้ามแอดรีนาลีน.

ข. สารฟอสเฟตอินทรีย์, เช่นพารา
 ไธออน, อี ๖๐๕, ที.อี.พี.พี. ใช้อะโทรปีน
 ขนาด ๒ มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก ๑๕-๓๐
 นาทีจนมีอาการผลของอะโทรปีนเห็นได้ชัด.



ค. ยาฆ่าหนู, เช่นธาลเลียม. ใช้ไคเมอร์แคปรอดเขากล้ามและโซเดียมไฮโอซัลเฟต ๑๐ ปช. ๑๐ ล. ซม. เข้าหลอดเล็ก.

สำหรับพิษแบริยม, ใช้เกลือโซเดียม ๑๐ ปช. ๑๐ ล. ซม. เข้าหลอดเล็ก.

สำหรับฟลูออโรอะซีเตท, ใช้โมโนอะซีทีน ๖๐ ปช. ๐. ๑-๐.๕ ล. ซม. คือก.ก. เข้าหลอดเล็ก.

๒. อันตรายจากอุตสาหกรรม

เป็นชั้น, คาร์บอนเตตราคลอไรด์. อย่าให้แอมโมเนียเพราะจะทำให้เกิดแอมโมเนียมไฟฟริลเลชัน.

เมธิลแอลกอฮอล์. ใช้เอธิลแอลกอฮอล์ ๕-๒๐ ล. ซม. ฉีกเข้าหลอดเล็กทุก ๒-๔ ซม. เพื่อดักเมทิลซัลไฟด์ของเมธานอล.

กรท็อกซาลิก. ใช้เกลือแคลเซียม เพื่อดักตะกอนออกซาเลท.

โลหะ, เช่น สังกะสี, พรอท, บิสมีท, นิกเกิล, แคดเมียม. ใช้ไคเมอร์แคปรอดขนาด ๓-๔ มก./กก. สำหรับเหล็ก, ตะกั่ว, ใช้เอคทา (แคลเซียมเอธิลไดอะมิโนเตตราอะซีเตท) ๑ ก. คือน้ำหนักตัว ๒๐ กก.

ซัลเฟอร์ไดออกไซด์. ให้ดมเอมีลในไครท์ทุก

๕ นาทีและฉีดโซเดียมในไครท์ ๓ ปช. ๑๐ ล. ซม. กับโซเดียมไฮโอซัลเฟตเข้าหลอดเล็ก.

คาร์บอนมอนอกไซด์. ใช้ออกซิเจน ๕๕ ปช. ผสมคาร์บอนไดออกไซด์ ๕ ปช. ให้หายใจ. ถ่ายเล็ก.

๓. พิษจากยา

ก. ยาแก้ปวดและยานอนหลับ

มอร์ฟีน. ใช้นาลอร์พีนไฮโดรคลอไรด์ (นัลดีน) ฉีกเข้าใต้ผิวหนังขนาด ๕-๑๐ มก. ทุก ๑๕ นาที.

บาร์บิตูเรต. มีผู้ใช้เบเมกริต (เมจิไมค์) ๕๐ มก. ฉีกเข้าหลอดเล็กทุก ๓-๕ นาที, สลับด้วยเอมีฟีนาโซล ๑ ล. ซม. ๑.๕ ปช. เข้าหลอดเล็ก.

แอนติฮิสตามีน. เมอมการกการหายใจและหมดสติอย่าใช้ยากระตุ้น, ให้ใช้เครื่องช่วยหายใจ.

โบรไมด์. ใช้โซเดียมคลอไรด์ ๑ ก. ให้กิน, หรือน้ำเกลืออนอร์มัล ๑ ล. ทุก ๔ ซม.

ข. ยาระบายอโตโนมิค

สำหรับโปรสติกมिन. ใช้อะโทรปีน. ส่วนยาอย่างอื่นไม่มียาแก้พิษ.

ค. ยาฆ่าเชื้อ
ไอโอดีน. ไซเบ็ง
ฟอร์มูลคีย์ค. ไซแอมโมเนียมคาร์
บอเนต.
เกลือเงิน. ไซเกลือไซเคียมซลลวไรค์.
ง. ยาหัวใจ คีจิทาลิส. ไซโปแทส-
เซียมให้กิน ๒ ก. ทุก ๗.ม. ถ้าไตยังค้อย.
จ. ยาถ่าย แมกนเซียมซลลเฟค. ไซ
แคลเซียมกลูโคเนตเข้าหลอดเลือด

ฉ. ยาอื่น ๆ
แอนตาบส. ไซวิตะมินซี.
ไคเมอร์แคปรอล. ไซอเฟทริน.
๔. พิษจากพิษและสัตว์
พิษเห็ด. ให้อะโตรบีนขนาดมาก ๆ.

รวบรวมจาก (1) Handbook of Poisons, Robert H. Dreisback, 1955. (2) Dictionary of Poisons, Ibert Mellan, 1952. (3) Handbook of Emergency Toxicology, Sidney Kafe, 1954. (4) The Practitioner, 178 : 237-243, 1957.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๑

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u>							
ใหม่	๒,๓๘๑	๑,๔๒๐	๑,๕๗๖*	๑,๓๐๔	๑,๕๐๕	๔๐๓	๘,๕๙๓
เก่า	๓,๗๖๒	๒,๕๕๕*	๒,๕๐๓	๑,๖๕๒	๒,๘๘๑	๖๗๘	๑๔,๐๕๑
รวม	๖,๑๔๓	๓,๙๗๕*	๔,๐๗๙*	๒,๙๕๖*	๔,๓๘๖	๑,๐๘๑	๒๓,๐๘๔
<u>ใน</u>	๒๕๑	๓๕๘	๑,๐๕๗	๑๓๖	๓๘๓	—	๒,๒๒๕*
๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๔๕๘. จักษุฯ ๓๕๕. สูติ - นารีฯ ๒๖๔. รวม ๑,๑๑๗ ราย							
๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๓๘๘, หญิง ๓๘๘, รวม ๗๗๖. คลอดตาย, ชาย ๑๑, หญิง ๔, รวม ๑๕							
๔. ผู้ป่วยตาย ๒๒๘ คน (๑๐.๓ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๕๕ ราย (๒๔.๐ ปช. ของที่ตาย)							
๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๗๒๐* ครั้ง. ข้างนอก - ครั้ง. รวม ๗๒๐* ครั้ง.							
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๓,๐๖๖ คน, รักษาใหม่ ๕๒ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๘๔๗ ครั้ง. รadium, รักษา ๑๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓๗ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีย์, รักษาใหม่ - ครั้ง. รักษาใหม่และเก่า - ครั้ง.							
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๘๗ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๒,๔๐๔ ครั้ง.							
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๕ ราย. ตรวจเนื้อ ๕๔๖ ราย (จากภายนอก ๗๖ ราย). แอ็กกลูตินเนชัน ๑๔๔. วัณโรคแมนและคาห์น ๒,๑๖๘. หมู่เลือด ๓๗๖. นับเม็ดเลือด ๔๖๒. หาเชออบักเทรี ๑๖๕. ตรวจน้ำไขสันหลัง - อูจจาระ ๔๗๖. บัสสาวะ ๓๖๗. เสมหะและอื่น ๆ ๒๖. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๑๑, อูจจาระ ๑๐๗, บัสสาวะ ๖, น้ำไขสันหลัง ๘, เสมหะและอื่น ๆ ๘๐. นีคัสต์ตัวทดลอง ๑. เพาะเชื้อปัส ๕. ตรวจทดลองตัวจิต ๒๓. ตรวจศพนิติเวช ๒๐. ตรวจของกลาง ๑๘.							
๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๒. เจาะน้ำสันหลัง ๗. เจาะตับ ๓, น้ำช่องปอด ๒. อัดลมเข้าช่องปอด ๖. อัดลมเข้าช่องท้อง - . ผ่าตัดผิวหนัง ๕๒*. นีคัสต์ฟิล์ม ๑๔.							
๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๒๐๕. ถอนฟัน ๕๕๕. อดฟัน ๑๘๐. ผ่าตัดช่องปาก ๕๕.							

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเข็ม

“วันมหิดล” ๒๕๐๑ คณะแพทย-
 ศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้กำหนดงาน
 “วันมหิดล” เพื่อเป็นอนุสรณ์และถวาย
 สักการะแก่พระบรมศพสมเด็จพระเจ้าฟ้าฯ พระราช
 บิดา ความปรกติเช่นที่เคยปฏิบัติมาในปี
 ก่อน ๆ เฉพาะวันคณะฯ ได้กำหนดงาน
 และเจ้าหน้าที่ดังนี้ :

๑. การจัดสถานที่ เกยวกับพิธีสงฆ์
 ณ หอประชุมราชแพทยาลัย และจัดสถานที่
 บริเวณพระบรมศพ เป็นหน้าที่ของ แผนก ธุรการ
๒. พิธีสงฆ์และการเลียงพระ ให้เป็น
 หน้าที่ของแผนกพยาบาล-ผดุงครรภ์ และ
 น.พ. โรจน์ สุวรรณสิทธิ์: ๑. นิมนต์
 พระสงฆ์ ๗ รูป ๒. จัดทบชาและอาสน
 พระบนเวทีหอประชุมฯ ๓. เตรียมอาหาร
 และจัดการ เลียงพระโดยร่วมมือกับโรงครัว
๔. จัดของถวายพระและรูปเทียนสำหรับจัด
 ทพระบรมศพ
๓. การจัดรูปเทียน คณะบุคคลเป็นเจ้า
 แทนคณะและแผนกต่าง ๆ ผู้แทนนักศึกษา
 แต่ละชั้น และผู้แทนนักเรียนพยาบาล-
 ผดุงครรภ์เป็นผู้จัดและผู้เลียง นอกนั้นให้
 จัดภายหลังพิธี
๔. เมื่อดวงพวงมาลาหรือถวายความ
 เคารพแล้ว บรรดาอาจารย์และเจ้าหน้าที่

กลับหอประชุมฯ นักศึกษาแต่ละชั้นเดิน
 ผ่าน ไปทาง ด้านหลัง ของ พระบรมศพ แล้วเลี้ยว
 ขวา เดิน แถว กลีบ ระหว่าง ตก คัลย กรรม
 หิมิงและคัมภีร์คัลยาเพ็ญ ออกประตูข้าง
 ด้านเหนือกลับไปนั่งในหอประชุม

๕. การจัดทำหนังสือในหอประชุม ให้เป็น
 หน้าที่ของอาจารย์ผู้ปกครอง, อนุสาสิกและ
 ผู้แทนพยาบาล-ผดุงครรภ์
๖. การรับแขกและดูแลความเรียบร้อย
 ให้หัวหน้าแผนกกิจกรรมฯ เป็นหัวหน้า
 อาจารย์ในแผนกเป็นผู้ช่วย มีหน้าที่รับรอง
 และเชิญแขกเข้าวางพวงมาลา ตลอดจนดูแล
 ความเรียบร้อยทั่วไป
๗. การควบคุมเครื่องขยายเสียง ให้
 เป็นหน้าที่ของอนุสาสิก น.ศ.พ. ฟ แซง
 และ น.ศ.พ. โกมล สายชมพูอินทร์
๘. การรับเชิญผู้บริจาคสมทบ “ทุน
 วันมหิดล” ให้หัวหน้าแผนกการเวช-
 ศาสตร์เป็นหัวหน้า พร้อมด้วยอาจารย์ใน
 แผนกต่าง ๆ รับเงินจากผู้บริจาค และออก
 ใบรับเงินและนำเงินพร้อมกบขัญชีส่งแผนก
 คลังเมื่อเสร็จงาน
๙. การ เลียง นาเยน ที่ เต้นที่ บริเวณ
 พระบรมศพ ให้เป็นหน้าที่ของแผนกพยาบาล-
 ผดุงครรภ์



๒๔๒
บันทึกท้ายสมุด



๑ สารคดีราชฉบับ “วันมหิดล” คราว
นเรศวรเรื่องเกี่ยวกับทลกระหม่อมตามแบบ
ฉบับที่ตีพิมพ์มาตั้งแต่เริ่มพิธีการสำหรับ
“วันมหิดล”. เรื่องที่ลงพิมพ์คราวนี้
 (“ศิริราชที่ทลกระหม่อมทรงเหยียบครั้งแรก”) เราได้จากใบบอกเล่าประวัติของหม่อม
เจ้าพนศรีเกษม เกษมศรี, อดีตอาจารย์และ
คณบดีคณะแพทยศาสตร์และต่อมาเป็นคน
บดีคณะอักษรศาสตร์และวิทยาศาสตร์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ท่านอดีต
อาจารย์พระองค์นี้แม่จะได้ออกจากศิริราชไป
นานแล้วยังมีพระทัยเป็นห่วงใยอยู่กับสถาน
ศึกษาแห่งนี้, ซึ่งเป็นธรรมตาของ “ผู้
สร้าง” วมก็จะนึกถึง “ผู้ก่อสร้าง” มาก
กว่า “ผู้ก่อสร้าง” จะนึกถึง “ผู้สร้าง”. ข้อ
นึกของท่านเองเกี่ยวกับความจริงที่ปรากฏเสมอๆ
ว่าบิดา มารดา ย่อมรักลูกมากกว่าลูกรักบิดา
มารดา. ทุกๆ ปีในวันมหิดลท่านอาจารย์
เฝ้าพระองค์นี้, ซึ่งในปัจจุบันเป็นเจ้าของ
โรงเรียนเซนต์สตีเฟ่นส์, ทรงนำส่งเงิน
จำนวนหกพันบาท หรือกว่ามาสมทบทุนคืน
ความที่ศิริราชเป็นประจำ, และอธิศีลส่วนพระ-
กุศลถวายสมเด็จพระราชาธิบดีฯ. นับว่า

ท่านยังทรงมีเยื่อใยทางจิตทั้งกับศิริราชและ
กับทลกระหม่อม. เราหวังได้ว่าจะได้อาศัย
ท่านอาจารย์พระองค์นี้เป็นคนต่อสำหรับเรื่อง
ราวเกี่ยวกับพระกรณียกิจและพระกรณียคุณ
ของทลกระหม่อมต่อไปอีกเรื่อย ๆ.
๑ เรื่องนำในเล่มนี้ของคุณหม่อมเกษม
ภักดานนท์ และคุณหม่อมเปรม ตรี เป็นการ
รายงานครั้งแรกของโรคซึ่งไม่ค่อยมีใคร
รู้จัก, แต่ความจริงอาจจะน้อยกว่าที่เข้าใจ
ก็ได้. แต่เดิมที่การวินิจฉัยโรคนี้ต้องอาศัย
การวิเคราะห์ปรีมาณของแอตริเนลีนและ
นอร์แอตริเนลีนในเลือดและในปัสสาวะ, ซึ่ง
ทำได้ยากและผลไม่ค่อยแน่. ในสมัยนี้
ได้อาศัยการทดสอบสองอย่างดังที่อ้างใน
รายงาน. แม้จะไม่เป็นการพิสูจน์โดยตรง,
ก็ทำได้ง่ายจนมาก. ในสองรายแรกคนไข้
ถึงแก่กรรมไปหนึ่งคนเพราะการไหลเวียน
ล้มหลังจากที่ตัดการไหลออกจากเนื้องอก
ออกไป. เราหวังว่ารายนี้จะเขียนบทเรียนที่
มีค่าสำหรับการรักษาในรายต่อไป, ซึ่งคงจะ
มีอัตราตายต่ำลงไปกว่าที่รายงานในคราวนี้.
๑ เรื่องของคุณหม่อม สก สว่างวิเชียร
ที่เรานำลงพิมพ์เป็นเรื่องที่สองนั้นท่านเจ้าของ

ได้ส่งมาให้ท่านแล้ว, แต่บังเอิญไปติดอยู่ใน
 แพม ของ เรือท กำหนดจะ พิมพ์ แล้วไม่ได้
 พิมพ์, จึงตกค้างมาจนบัดนี้. เมื่ออ่านแล้ว
 เราเชื่อว่า ทก ท่าน คงเห็นต้งกันว่าเวลาไม่
 ใ้ทำให้เกิดอะไรเปลี่ยนแปลงในค่าของเรื่อง
 ันเลย, เราจึงหวังว่าท่านเจ้าของเรื่องคงให้
 อกยที่เราพวงนำเรื่องของท่านออกเผยแพร่.

๑ บทความนี้วิเคราะห์วรรณคดีเรื่องทมิ
 คุกค่าในค่านปฏิกิริยา. แพทย์ทุกคนคง
 มีโอกาสต้อง ออกหนังสือรับรองการตรวจ
 ร่างกายเพื่อให้เข้ารับราชการได้, ถ้าไม่ใช่
 เพราะมีหน้าทหรือมีอาชีพกคงเพราะมีพรรค
 พวกที่ขดการเรียกร้องไม่ได้. เพราะฉะนั้น
 ทุกคนจึงควรทราขเรื่องน. เราขอขอยคุณ
 คุณหมอสงกรานต์ นิยมเสน และตั้งใจขอย
 บทความสำหรับคราวต่อไปอยู่.

๑ ตามที่ไ้เกริ่นไว้ในบันทึกท้ายสมค
 เล่มที่แล้ว, แผนกปกิณะของเราควรว
 มีเรื่องของศาสตราจารย์สองท่าน (อินทราข
 คอศิระ, ของอุดม โยชะกฤษณะ, กัยการ
 รัชตกรรม, ของ ม.ร.ว. สังกศึร เกตุสิงห์)
 และมีของอาจารย์หนุ่มอีกสองท่าน (ทรงฉัตร
 โทยยานนท์, ชุคคิต เวชแพศย์). รู้สึก
 ว่าทกท่านได้เลือกเรื่องที่น่าจะเป็นประโยชน์
 ึ่งน. สำหรับเรื่องของคุณหมอสงกรานต์,
 ึ่งเป็นผลช่วยของคุณหมอสงกรานต์, แม้จะ
 เป็นเรื่องเกี่ยวกับนิติเวชวิทยา, แต่เห็นได้
 ว่าเขียนไปคนละแนวกับคุณหมอสงกรานต์,
 ไม่เป็นการซ้ำกัน. ความจริงเรื่องนี้ก็
 ทเราอยากรนนมมากมานาน, แม้จะช่วย
 ันเขียนสักสามคนก็คงยังจะอีกหลายขกว่า
 จะหมด. เราจึงหวังว่าคุณหมอสงกรานต์
 คงจะเออเพื่อเร่อีกในโอกาสต่อไป.



โปรดทราบ

- ๑. ทวงหนังสือ
 - ๒. ชำระเงินค่าบำรุง
 - ๓. ขอกรยเป็นสมาชิก
- โปรดติดต่อแผนกจัดการ