



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๐๑	Volume 10, Number 11, November 1958.
------------------------------------	--------------------------------------

กลุ่มอาการทิตเซ่
รายงานผู้ช่วย ๔ ราย
ชาญ สถาปนกุล
พ.บ.
(แผนกอายุรศาสตร์)



กลุ่มอาการทิตเซ่ (Tietze's syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่มีก้อนนูนบริเวณกระดูกอ่อนซี่โครงหรือข้อต่อระหว่างกระดูกสันอกกับกระดูกไหปลาร้า, มีความเจ็บปวดโดยไม่เกิดหนองหรือการอักเสบ, ไม่ทราบสาเหตุหรือไม่ต้นเหตุจำเพาะ, เมื่อโตถึงขนาดหนึ่งแล้วไม่โตขึ้นอีกและคงอยู่ได้เป็นเดือน ๆ บ้าง, ค่อย ๆ ยุบหายไปเองโดยไม่ต้องรักษา, แต่อาจเกิดใหม่อีกได้. ทิตเซ่ (1) ได้บรรยายเรื่องนี้เป็นคนแรกเมื่อ ค.ศ. ๑๙๒๑ และได้รายงานผู้ช่วย ๔ ราย.

Motulsky และพวกเป็นคณะแรกที่บรรยายกลุ่มอาการนี้ในสหรัฐอเมริกาเมื่อ ค.ศ. ๑๙๕๓. (2)

ความจริงกลุ่มอาการนี้พบได้ไม่ยากนัก, ถ้าแพทย์ตั้งใจตรวจค้นกันจริงจัง ๆ ในการตรวจผู้ช่วยทุกคน. แพทย์แทบทุกคนต้องเคยผ่านผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการนี้มาบ้างแล้ว, แต่อาจไม่สนใจหรือไม่ทราบชื่อ, จึงไม่ค่อยมีใครรายงานไว้ในวารสารการแพทย์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ. Benson และ Zavala (4) อ้างว่าพบถึง ๒๓ เปอริเซ็นตของ

ผู้ช่วยทั้งหมดที่เขาตรวจในหนึ่งปี. ระหว่าง พ.ศ. ๒๔๕๗ ถึง พ.ศ. ๒๔๕๘ ข้าพเจ้าเองได้พบเพียงสี่ราย. ในโรงพยาบาลศิริราชยังไม่เคยมีผู้ใดรายงานไว้เลย, จึงเห็นสมควรที่จะรายงานไว้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาต่อไป.

อายุของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง ๑๓—๖๐ ปี. พบในวัยหนุ่มสาวมากที่สุด. พบในผู้หญิงน้อยกว่าผู้ชาย. บางรายงานพบทั้งสองเพศเท่า ๆ กัน. เช่นที่กระดูกอ่อนซี่โครงซี่บน ๆ มากกว่าซี่ล่าง ๆ. ซี่ที่สองพบมากที่สุด. โมทลิสก็ยกกล่าวว่า ๖๐ เปอร์เซ็นต์เป็นซี่ที่สองแห่งเดียว, ๑๕ เปอร์เซ็นต์เป็นซี่ที่สองร่วมกับซี่อื่น, ๒๐ เปอร์เซ็นต์พบซี่ที่สาม, และ ๑๐ เปอร์เซ็นต์พบซี่ที่สี่. เป็นสันและซาวาลาพบที่อื่นที่สามข้างซ้ายมากที่สุด.

อาการตอนแรกมีเจ็บอกบ่อย ๆ, เป็น ๆ หาย ๆ, แน่นหน้าอก, รู้สึกหายใจไม่สุด, ต้องหายใจลึก. บางครั้งรู้สึกเหมือนมีของหนักทับบนอก, ในระยะนี้ยังตรวจไม่พบอะไร. แพทย์อาจวินิจฉัยว่าเป็นอาการของโรคประสาท. ต่อมาบริเวณที่เป็นค่อยนูนสูงขึ้น, กลม, เรียบและแข็ง. ผิวหนังบริเวณก่อนเจ็บเคลื่อนไปมาได้และไม่อักเสบ. แรก ๆ เจ็บและกดเจ็บมากแต่ไม่รุนแรง.

อาการยิ่งมากขึ้นเมื่อทรวงอกเคลื่อนไหวมาก, เช่นไอ, จาม, ก้มตัว, นอนหงาย. อาการเหล่านี้สองสามสัปดาห์. ต่อมาเห็นเหลืองบริเวณนั้นไม่โต. บางรายไม่มีอาการและไม่รู้ว่ามาก่อน.

ไม่มีลักษณะเฉพาะทางชีวเคมีเลือด, และการตรวจทางห้องทดลองอื่น ๆ. ภาพรังสีของกระดูกบริเวณนั้นส่วนมากไม่ปรากฏสิ่งผิดปกติ. บางรายอาจพบหินปูนเกาะมากกว่าปรกติ, หรือเนื้อใต้กระดูกอ่อนซี่โครงหนาขึ้น.

โอกาสที่จะได้ตรวจชิ้นเนื้อและตรวจศพมีน้อยมาก, เพราะไม่ใช่โรคร้ายแรง, ลักษณะของพยาธิสภาพจึงไม่ค่อยมีรายละเอียด. ที่ที่เชื่อพียงว่าเยื่อหุ้มกระดูกอ่อน, กล้ามเนื้อและเอ็นรอบ ๆ หนาขึ้น. บางคนพบฮัยเปอร์เพลเซียและเมตาเพลเซียของกระดูกอ่อนและเกิดการสร้างกระดูกขึ้น. ไม่เคยปรากฏการอักเสบ, เพราะฉะนั้นไม่ควรเรียกกลุ่มอาการนี้ว่า "Costochondritis" ดังที่บางท่านเคยเขียนไว้. ควรเรียกว่า "Costochondral Syndrome". (๔)

สาเหตุของกลุ่มอาการนี้ยังไม่ทราบแน่. เดิมทีที่เชื่อกันว่าวัณโรคและท. โภชนาคเป็นสิ่งสำคัญ, แต่ใช้อธิบายรายอื่น ๆ ในรายงานต่อมาไม่ได้. Gill, Jones และ

Pollak ได้เน้นความสำคัญของการอักเสบ
 ที่คอของระบบทางเดินอากาศหายใจ, โดย
 มีไข้, ใจรนแรงมากหรือเหนื่อย, และเจ็บคอ,
 อาจเกิดนำหรือร่วมกับกลุ่มอาการที่ที่เซใน
 มากมาย. ผู้รายงานต่อ ๆ มาหลายท่าน
 สนับสนุนข้อนี้. ภาวะของสิ่งแวกล็ดอม,
 อากาศเลว, ความอ่อนเพลีย, ความกังวล
 และกระวนกระวาย, จะทำให้กลุ่มอาการนี้
 กำเริบได้. โมติลิสคีย์และพวก รายงานกลุ่ม
 อาการที่ที่เซที่รวมกับโรคของจิตใจของปอด
 สองราย. การชอกช้ำเชื่อว่ามขบยาที่สำคัญ
 ที่จะทำให้เกิดโรคนี้, เช่นออกถูกกระแทก,
 การเคลื่อนไหวทรวงอกอย่างรวดเร็วทันที,
 เช่นการทำงานบางอย่าง, การเปลี่ยนอิริยา
 ะพล, ใจหรือจามอย่างรุนแรง. การชอกช้ำ
 แม้เล็กน้อยก็อาจทำให้เอ็นระหว่างกระดูก
 อ่อนชไ้โครงและกระดูกสันนอกฉีกขาด, กระ
 ดูกเคลื่อนไหวมาข้างหน้า. โมติลิสคีย์และ
 พวก สนับสนุน สมมุฐานนี้โดยอ้างกายวิ
 ภาคศาสตร์ของข้อระหว่างกระดูกสันอกและ
 กระดูกอ่อนชไ้โครง, ว่ามันเอนยค่อนสำคัญ
 อยุ่ที่ทั้งสอง, ซึ่งเช่นตำแหน่งที่เราพบโรคนี้
 บ่อยที่สุด.

รายงานผู้ช่วย

รายที่ ๑. หญิงไทย, โสค, อายุ ๑๖

๗, เป็นนักเรียน, รัยไว้ในโรงพยาบาลเมอ
 ๑๔ ค.ค. ๒๔๕๗ ด้วยอาการสำคัญว่า
 หอบหืดมา ๔ วัน.

ประวัติการป่วยเจ็บคอ เป็นหวัด

บ่อย ๆ. ทุกครั้งมีเจ็บคอ, ไข้, และไอ, มี
 เสมหะ. ในระยะ ๕ ปีมานี้ไม่เคยได้รักษาความ
 กระทบกระเทือนบริเวณอก.

ภายใน๗ครั้งมานี้ไอและหอบหืดแทบทุก
 เดือน. มักเริ่มด้วยคัน, คันจมูก, และจาม.
 มักเป็นเมื่อดอกฝนละอองและอากาศเย็น. มี
 เสมหะมากบางน้อยบ้าง, ก้อนเล็กบ้าง, ก้อน
 โตบ้าง. หายใจมีเสียงดังซด ๆ. เป็นกลาง
 คืนบ่อยกว่ากลางวัน. อาการเหล่านี้เคยหาย
 เองภายใน ๒-๓ วัน. บางครั้งก็ต้องไปหา
 หมอ. หมอเคยบอกว่าค่อมที่อนซิลโตและ
 อักเสบ. ไม่เคยเห็นมีพยาธิในอจจาระ.

ประวัติการป่วยเจ็บจุกขึ้น ๕ วันก่อน

มา ร.พ. เวรมีนามากไหล, จามบ่อย, คันคอ,
 ไอแห้งเป็นพัก ๆ. เย็นวันรุ่งขึ้นปวดคันแขน
 ทั้งสองข้าง. บริเวณที่ปวดขวมเล็กน้อย. ๗
 วันก่อนมา ร.พ. มีจุดแดงเล็ก ๆ กระจาย
 เต็มฝ่ามือทั้งสองข้างและหายเองใน ๓ วัน.

๔ วันก่อนมา ร.พ. ไอมากจน. เสมหะ
 เหนียว, ออกยาก, ก้อนโต, สีเหลืองปน
 เขียว. มีไข้. อ่อนเพลียมาก. หายใจไม่

สะดวกและมีเสียงซึก ๆ ตลอดเวลา. ไม่ได้รักษาอย่างใด. รุ่งขึ้นไอรุนแรงและถชน. เสมหะออกวันละประมาณ ๕ แก้วน้ำหนักชวรมคา. เจ็บอกส่วนบนมาก. รู้สึกว่าบริเวณคอขวม, กตเจ็บ, และมีความรู้สึกกรอชมกรวมบริเวณคอข้างซ้าย.

๑. วันก่อนมา ร.พ. นอนรายไม่ได้เพราะไอมากและหายใจไม่ออก. ได้มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก. ภาพรังสีของปอดไม่ปรากฏสิ่งผิดปกติ.

ตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิ ๓๖.๔° ซ., ชีพจร ๘๐ ต่อนาที, หายใจ ๒๔ ต่อนาที, ความดันเลือด ๑๑๒/๖๔ มม.ปรอท (ท่านอน).

ร่างกายเก็บโตสมอายุ. ไม่ปรากฏความพิการ. นิ้วไม่มีลักษณะ ขวม. ไม่หอบ. ทรวงอกเท่ากันสองข้าง. ที่บริเวณกระดูกอ่อนซี่โครงที่สองและสาม ข้างซ้ายปรากฏก้อนนูนกลมขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางราว ๑ นิ้วฟุต. ก้อนทกระดูกอ่อนที่สามเล็กกว่าเล็กน้อย. ผิวหนังบริเวณก้อนเรียบ, ไม่อักเสบ, ไม่มีสีหรือเส้นเลือดคิ้วผิดปกติ. ก้อนไม่ติดผิวหนัง, กตเจ็บเล็กน้อย, จับเคลื่อนไหวไม่ได้, แข็งเหมือนกระดูก, กตเจ็บเล็กน้อยทั่วไปบนกระดูกอกส่วนบน.

บริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าทั้งสองข้างกตเจ็บและคลำได้กรวมกรวม, แสดงว่ามีฟองอากาศอยู่ใตหนัง บริเวณนั้นจนถึงสองข้างคอ. ข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา. มีเสียงร้องไหมทกชนิดทั่วบริเวณ ปอดทั้งสองข้าง. มีเสียงเบี่ยงเบนขึ้นบนห้อยม ๆ, มากที่ชายปอดซ้ายค้ำหลัง. ไม่ได้ยินเสียงกรวมกรวมในบริเวณเมคัสติคัม. คลำไม่พบต่อมน้ำเหลือง. ระบบอนไม่พบสิ่งผิดปกติ.

ตรวจทางห้องทดลอง ซีโมโกลบิน

๑๒.๕ กรัมเปอร์เซ็นต์. เม็ดเลือดแดง ๔.๕ ล้านต่อ ล. มม. เม็ดเลือดขาว ๑๐,๓๐๐ ต่อ ล. มม., โปลียมอร์ฟ ๗๓ เปอร์เซ็นต์, ลิมโฟไซต์ ๒๖ เปอร์เซ็นต์, อีโอสิโนฟิล ๑ เปอร์เซ็นต์. ค่าหันให้ผลลบ. การทดสอบทูเบอร์คูลิน (๑ : ๑๐๐๐) ๓ +.

เสมหะก้อนโต, ค้อนข้างเห็นขาว, สีเหลืองปนเขียวเป็นบางส่วน, ลอยน้ำ, ไม่มีค, ขวมดีแกรมพยสะตาฟัยโลค็อกไค, สะเค์ปโคค็อกไคและทีโพลค็อกไค. ไม่พบแอซิคฟาสต์บาซิลไล.

อุจจาระและขี้สวะ ไม่พบสิ่งผิดปกติ. ภาพรังสีทรวงอก แสดงปอดปกติ, ไม่มี การเปลี่ยนแปลงของกระดูกซี่โครง และกระดูก

ทุกข้อนี้โครง, มีฟองอากาศใต้ผิวหนัง บริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้า ทั้ง สองข้าง. ให้การวินิจฉัยขั้นต้นว่า แอสมาติกบรู๊องไม คิส, เอ็มพัยซัมาใต้ผิวหนังเหนือไหปลาร้า ทั้งสองข้าง.

การดำเนินของโรค อาการเจ็บกระดูก ออกและบริเวณก่อนมีอยู่เล็กน้อย. ได้ปรึกษา รังสีแพทย์ (น.พ. โรจน์ สุวรรณสถิต) เพื่อใช้ภาพรังสีช่วยวินิจฉัยแยกโรค. ท่าน ได้ตรวจและวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่ม อาการ ที่ที่เซ่.

สัปดาห์ หลังจาก รัย ไว้แพทย์ อนุญาต ให้ กลับบ้านได้. สัปดาห์ต่อมาผู้ป่วยได้มาติดต่ออีก. ก็บันทึกกระดูกอื่นที่สามแยกหายไปหมด, ที่กระดูกอื่นทั้งสองขยับเล็กน้อยลงครึ่ง หนึ่ง. จากนั้นผู้ป่วยมิได้มาติดต่ออีกเลย.

รายที่ ๒ นักเรียนพยาบาล, ไทย, อายุ ๑๕ ปี, รัยไว้ใน ร.พ. เมอ ๕ ส.ค. ๕๕ เนื่องจากสงสัยวัณโรคปอดซ้ายกลับ ขน. (พบในการตรวจสุขภาพประจำปี.)

ผู้ป่วย ไม่เคย ถูก กระ แทะก บริเวณอก, ไม่เคยเจ็บอกผิดปกติ, นอกจากเวลาเป็น หวัด. ไม่เคยไอรุนแรง. ในครอบครัวไม่มีใครเป็นวัณโรค.

ก่อนรัยไว้ ใน ร.พ. ไม่มีอะไรผิดปกติ. ไม่เบื่ออาหาร. ไม่ไอ. ไม่มีเสมหะ. นำหนัก

ไม่ลด. การทดสอบทเซอร์คูลิน(๑:๑๐๐๐) ได้ผลบวกเมอบกลาย. รู้สึกมุกอนนุนทอก ซ้ายซีกกระดูกออกมาราว ๑ ปี. ค่อย ๆ โต ขึ้นใน ๖ เดือนแรก. ต่อจากนั้นก็นค่อย ๆ ขยลงเรื่อยมา. ไม่เคยเจ็บบริเวณก่อน. ไม่ เคยปรึกษาแพทย์เรื่องนี้.

เมอรัยไว้, อุดมภูมิ, การหายใจ, ซี่พจร, ความดันเลือดเป็นปรกติทุกอย่าง. ร่างกาย เติบโตสมอายุ, ไม่พิการ. ที่บริเวณกระดูก ข้อนี้โครงทั้งสองข้างซ้าย มีกอนนุนซัดเจน, เส้นผ่าศูนย์กลางราว ๑ นิ้วฟุต, กดไม่เจ็บ, ไม่ติดผิวหนัง, ไม่อักเสบ, แข็งเหมือน กระดูก.

การตรวจอย่างอื่นไม่พบสิ่งผิดปกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง ซีโมโกลบิน ๑๐ กรัมเปอร์เซ็นต์, เม็ดเลือดแดง ๓.๘ ล้านต่อ ล.มม., เม็ดเลือดขาวอยู่ในเกณฑ์ ปรกติ. การตกกันของเม็ดเลือด (แก๊แล้ว) ๑๕ มม. ใน ๑ ชม. แคลเซียมในเลือด ๑๓.๖ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์. ค่าหินได้ ผลลบ.

อุจจาระและปัสสาวะไม่พบสิ่งผิดปกติ. ขี้ายคอกหอยไม่พบแอซิคฟาสต์บะซิลไล. ใน ภาพรังสีปรากฏ ๆ ในปอดซ้าย กลับ ขน, ลักษณะคล้ายวัณโรค. ไม่ปรากฏการ

เปลี่ยนแปลง ของ กระดูก ข้อนิ้ว โคนง และ
กระดูกซี่ โคนง.

รายที่ ๓ เป็นนางพยาบาล, ไทย, โสติก,
อายุ ๒๓ ปี. ได้พบกลุ่มอาการที่ทศโคโดย
บังเอิญในการตรวจสุขภาพประจำเดือนเดือน
กรกฎาคม พ.ศ. ๒๔๙๙. สุขภาพทั่วไปดี.
ไม่ปรากฏสิ่งผิดปกติอื่น นอกจากตรงข้อต่อ
ของกระดูกไหปลาร้า และ กระดูกสันอกข้าง
ขวามีก้อนกลมมนขนาดเงิน, ขนาดเส้นผ่า
ศูนย์กลางเกือบถึง ๑ นิ้วฟุต, กดไม่เจ็บ,
ไม่ติดผิวหนัง, ไม่อักเสบ, แข็งเหมือน
กระดูก, จับเคลื่อนไหวไม่ได้.

ก่อนนึ่งเริ่มปรากฏเมื่อ ๖ เดือนก่อน.
ไม่เคยเจ็บตรงก้อนเลย. ไม่เคยปรึกษา
แพทย์. รู้สึกว่าใน ๑ เดือนมานอกนูนลง
ไปบ้าง. ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยอื่นที่สำคัญ,
นอกจากโรคผิวหนัง ที่มอเป็น ๆ หาย ๆ มา
๒ ปี.

การตรวจซีโมโกลบิน และเม็ดเลือดไม่
มีผลผิดปกติ. ค่าหินไตผลลบ.

ในภาพรังสีไม่พบการเปลี่ยนแปลงของ
กระดูกในบริเวณนั้น.

๓ เดือน ต่อ มาก่อน นูน ขยุลงไป เกือบ
ครึ่ง.

รายที่ ๔ หญิงไทย, คู่, อายุ ๒๕ ปี,

ทำงานบ้านที่ไม่ต้องออกแรงหนัก. มาหา
ข้าพเจ้าเนื่องจากเจ็บอกข้างขวา, และมีก้อน
นูนที่กระดูกซี่ โคนงมา ๑ เดือน.

เมื่อ ๖ เดือนก่อนได้รับการ รักษา อยู่
แผนกผู้ป่วยนอกของ ร.พ. นนทบุรีกับคอพอก
เป็นพิษ, แต่ไม่ค่อยได้ไปติดต่อย่อย ๆ.
แพทย์ได้ให้เม็ดยาลูโธโอโยเรซิลและยาระงับ
ประสาท. โรคทเลาลงมาก, แต่ยังมีใจ
เต้น, ตกใจง่าย, และเหนื่อยง่าย.

๑ เดือนมานูนรู้สึกเจ็บอก ขวา ส่วนบน
ตอนใกล้กระดูกอกบ่อย ๆ, แต่ไม่รุนแรง.
ไม่เคยตกกระแทกอก. ไม่มีลูกอ่อน. คลำ
พบบ่อนนูนบริเวณที่เจ็บ. แรก ๆ ไม่ได้เอา
ใจใส่, เมื่อยังไม่หายจึงมาปรึกษาผู้รายงาน.

การตรวจร่างกายพบว่าอุณหภูมิ
๓๗.๒ ซ., หายใจ ๒๒ ครั้ง ต่อ นาที.
ชีพจร ๘๖ ครั้ง ต่อ นาที. ความดันเลือด
๑๓๐/๘๐ มม. ปรอท.

ต่อมธัยรอยด์โตปานกลาง, ซักขวาโต
กว่าซ้าย, แข็งไม่มาก. ไม่มีอาการแสดง
ทางตา.

ที่กระดูกข้อนิ้ว โคนง ซี่ที่สอง ข้างขวามีก้อน
กลมมนขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางราว ๒
ซม., กดเจ็บเล็กน้อย, ไม่อักเสบ, แข็ง

เหมือนกระดูก, ไม่คิดผิวหนัง.

การตรวจนับเม็ดเลือด, ซีโมโกลบิน, เมซัลเมทาบอไลต์, โนเลสเทอรอลได้ผล ไม่ผิดปกติ. ค่าอื่นให้ผลลบ. ในภาพรังสี ไม่พบสิ่งผิดปกติของกระดูกบริเวณก้อน.

๒ เดือนครึ่ง ต่อมาก้อนยุบเกือบหมด, ไม่เจ็บ.

วิจารณ์

การวินิจฉัยกลุ่มอาการที่ทเซ่ อาศัย

ลักษณะของก้อน ที่นูน ขน มาร่วม กับอาการ และการดำเนินของโรค, จนก้อนเล็กลงไปเอง (หากติดตามได้ตลอดก็จะพบว่าหายไป), ings ทกล่าวไว้แล้วตั้งแต่ต้น, ทั้งนี้โดยหาเหตุของก้อนไม่ได้.

ใน ๔ รายของรายงานนี้, ๓ รายไม่มีอาการรุนแรง, และในภาพรังสีไม่พบสิ่งผิดปกติ. มีเพียง ๑ รายที่มาปรึกษาหมอด้วยอาการของกลุ่มอาการที่ทเซ่.

เพศ เป็นหญิงทั้ง ๔ ราย, อายุระหว่าง ๑๖-๒๕ ปี, ซึ่งนับว่าอยู่ในวัยสาวทั้งสิ้น, เช่นเดียวกับที่กล่าวไว้ในวารสารส่วนมาก.

ตำแหน่งที่เป็น

ที่ขระหว่างกระดูกไหปลาร้าและกระดูกอกข้างขวา ๑ ราย.

กระดูกอ่อนซี่โครงข้างซ้ายซี่ที่ ๒ และ ๓ ๑ ราย.

กระดูกอ่อนซี่โครงข้างซ้ายซี่ที่ ๒ ๑ ราย.

กระดูกอ่อนซี่โครงข้างขวาซี่ที่ ๒ ๑ ราย.

อาการเจ็บ ๒ รายที่เจ็บตรงก้อน, เป็นมาราว ๑ เดือน. อีก ๒ รายที่ไม่เจ็บทกอนเลย, เป็นมา ๖ เดือนและ ๑ ปี.

โรคร่วม ๒ รายเกิดร่วมกับโรคติดเชื้อของระบบหายใจ, โดย ๑ รายไอรุนแรงและหอบหืดมาหลายครั้ง, อาจทำให้เกิดการละลายของเอ็นทัยดกระดูกตรงนั้น.

ข้อนำสนใจ กลุ่มอาการนี้ไม่มีอันตรายอย่างใด, แต่ก็มีผลสำคัญในทางคลินิกอยู่หลายประการ :

๑. แพทย์ที่ไม่รู้จักกลุ่มอาการนี้มาก่อน, อาจไม่ตรวจบริเวณดังกล่าวเลยผ่านก้อนนูนไป.
๒. ในระยะแรก ๆ ที่ยังไม่มีการนูนชัด, มีอาการเจ็บแต่ตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติ, ควรนึกถึงกลุ่มอาการนี้ไว้ข้างในการวินิจฉัย แยกโรค และ คิด ตาม ผู้ป่วยต่อไป.

๓. เมื่อมีก้อนปรากฏชัดแล้วอาจไต่รอยการวินิจฉัยเป็นโรคอื่น, เช่น หนองโครม่า และเพอริออสไตติส.

๔. ก้อนและอาการเจ็บที่เขยื้อนนานๆ ทำให้ผู้ป่วยกังวลกลัวว่าจะเป็นโรคร้ายแรงอื่น ๆ เช่น วัณโรค, มะเร็งเต้านม, มะเร็งปอด, เนื้องอกของกระดูก. เมื่อใจเสียก็ยิ่งรู้สึกเจ็บมากขึ้น. อาจไปเที่ยวรักษาตามที่ต่าง ๆ อีกนาน. แพทย์ควรอธิบายให้ผู้ป่วยไต่ทรายและเข้าใจว่าไม่มีอันตรายและไม่ต้องรักษา.

สรุป

๑. ไต่กล่าวถึงลักษณะและความสำคัญทางคลินิกของกลุ่มอาการที่ททเซ่.

๒. ไต่รายงานผู้ป่วย ๔ ราย, ซึ่งมา

หาหมอกด้วยกลุ่มอาการนี้โดยตรงเพียงรายเดียว, มาด้วยโรคอื่น ๓ ราย, แต่พบกลุ่มอาการนี้ในการตรวจร่างกาย, และอีก ๑ รายสุขภาพสมบูรณ์.

ข้าพเจ้าขอขอบคุณอาจารย์ นายแพทย์ โรจน์ สุวรรณสุทธิ์ ที่ได้ เป็นผู้แนะนำการวินิจฉัยโรคนี้เป็นครั้งแรก, จนข้าพเจ้าเกิดความสนใจขึ้น.

เอกสาร :

1. Tietze: Berl. Klin. Wchenschs. 58: 829-831, 1921. (quoted by 2.)
2. A.G. Motulsky, F.J. Rohn: J.A. M.A. 152: 504-506, 1953.
3. W.H. Wehrmacher: J.A.M.A. 157: 505-507, 1955.
4. E.H. Benson, D.C. Zovala: J.A. M.A. 156: 1244, 1954.
5. E. Shanbrom, A. Feher: Arch. Int. Med. 96: 697-699, 1955.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Report)

TIETZE'S SYNDROME

Charn Satapanakul

M.B.

(Dept. of Internal Medicine)

The author reports four cases of Tietze's syndrome, of which only one case came with the classical symptoms of mass on the chest with pain. In other cases the syndrome was discovered accidentally or during routine physical examination. In no case did the affection cause severe pain or disability. Roentgenography revealed no bone involvement. Concurrent ailments included respiratory infection and asthma. All patients were female, from 16 to 25 years old. The parts involved were sternoclavicular in one case and chondrocostal joints in the other cases. All cases improved under treatment.

(Five references)

ประสาทศัลยศาสตร์

๑. ประวัติ

อุดม โปษะกฤษณะ

W.P., Dr. med., Dr. med. dent. (Leipzig)

(แผนกศัลยศาสตร์)

ประสาทศัลยศาสตร์เป็นวิชาที่เกี่ยวของกับการผ่าตัดสมอง, ประสาทส่วนกลาง และประสาทส่วนปลาย. วิชานี้เป็นวิชาที่ไ้เจริญ มาเป็น วิชาพิเศษ โดยเฉพาะเมื่อศตวรรษที่ ๒๐.

ประวัติ ก่อนที่จะพูดถึงเรื่องประสาทศัลยศาสตร์โดยเฉพาะ, ขอเล่าประวัติของประสาทศัลยศาสตร์โดยสังเขป เพื่อประคยความรู้และเพื่อจะให้ท่าน ทราบว่าใครบ้างที่ไ้ทำให้ประสาท ศัลย ศาสตร์ ก้าว หน้า จนเป็นวิชาพิเศษแขนงหนึ่ง. บทความนี้เป็นเหมือนการบรรยายตามประเพณีโบราณของไทยเรากว่การระลึกถึงพระคุณของอาจารย์ทั้งหลายที่ไ้สร้างรากฐานในวิชาไว้.

๑. การผ่าตัดสมัยหิน การทำผ่าตัดเกี่ยวกระโหลกศีรษะนั้นไ้ทำกันมานานกว่าการผ่าตัดชนิดอื่น, เพราะกระโหลกศีรษะครึ่งสมัยหิน (neolithic period) ที่ไ้พบ

หลายแห่งในโลก, บางกระโหลกไ้มีการเจาะไว้ เป็นอย่างค้.

Tello แห่งมหาวิทยาลัย ฮาร์วาร์ด ไ้รวบรวม กระโหลกศีรษะของมนุษย์ ก่อนประวัติศาสตร์เหล่านี้ไว้ไ้ถึง ๔๐๐ กระโหลก. กระโหลกเหล่านี้มรอยเจาะที่บน, และกระโหลก ๒๕๐ อันแสดงว่าไ้มีการผ่าตัดมานานก่อนตาย, ซึ่งยังถึงความสำเร็จอย่างค้ในการรักษา. เทลโลไ้สรุปเหตุของการรักษาเหล่านี้เป็น ๔ พวก:

๑. กระโหลกศีรษะแตก.
๒. ขาดเจ็บ เล็กน้อย ที่กระโหลก และทำให้มีหรือไ้มีการอักเสบที่กระโหลก.
๓. เพอริออกส์ไตติสหรือออกส์ไตโอเพอริออกส์ไตติส.
๔. ซัยพลิส.

การเจาะ กระโหลกศีรษะ นั้นใช้เครื่องมือที่เป็นค้ลา, โดยใช้โคเคนเป็นยาชา. วิชาเจาะนั้นมหลายแบบ:

๑. ตัดเป็นช่อง ๔ เหลี่ยม (รูป ๑).

๒. ขดกระดูกออกจนถึงคร่า (รูป ๒).

๓. เจาะรูเล็ก ๆ ตัดกัน เป็น แถวเพื่อ
เอากระดูกตรงกลางออก (รูป ๓).

Osler เชื่อว่า การ ผ่าตัด เหล่านี้ ทำเพื่อ
รักษาเอมัลเล็ปซี่, การชักในทารก, ปวด
ศีรษะ, และโรคต่าง ๆ ของสมองที่เชื่อว่า
เกิดเพราะธาตุค้ำ. เมื่อเจาะแล้วค้ำ
เหล่านี้จะไต่หน่อออกไป. นอกจากนั้น

Courville ยัง คิดว่า สมอง ก็ เป็น เหตุ
สำคัญของการเจาะกระดูก, เพราะกระดูก
ของพวก อินคา ที่พบใน ข้อม ปรวการ
ต่าง ๆ มีรอยเจาะ มากกว่าพวก ที่อยู่ ตามที่
เพาะปลูก (รูป ๔, ๕).

นอกจาก การเจาะ กระโหลก แล้ว ยัง ได้
พบกระดูก ศีรษะ ของชาว เปรู ซึ่ง ชัด คับ
แผ่นเงิน ซึ่ง แสดงว่า ได้ มีการ ทำ เครื่องมือ
ปลาสตียกในหมู่ชนเหล่านี้แล้ว (รูป ๖).

๒. การผ่าตัดสมัยอียิปต์ จาก Edwin
papyrus แห่งอียิปต์ซึ่งเขียนไว้ ประมาณ
๕๐๐๐ ปีมาแล้ว (๒๕๐๐-๓๐๐ A.D.)
มีการสอนเรื่องอันตรายต่อศีรษะ. การ
รักษาขาเจ็บ ที่สมอง ขณะนั้น แบ่ง ออกเป็น
๓ พวก, คือพวกที่รักษาได้ผล, พวกที่
รักษาได้ผลปานกลาง, พวกที่รักษาไม่ได้.
การรักษานั้นว่า สอดคล้องกับ สมัย ปัจจุบัน

คือการสอนให้เอากระดูกที่แตกยุบลงไปออก.
สิ่งที่พิสูจน์ว่า ได้ มีการเจาะ กระโหลก ศีรษะ
กันนั้น มีอยู่สิ่งเดียว, คือกระดูกศีรษะ
ของชาวอียิปต์ที่พบโดย Hrdlicka. Mumford
คิดว่าการ เจาะกระดูก ศีรษะ นั้น ได้ ทำกัน
เสมอเพื่อรักษา ไมเกรนและ เอ็มัลเล็ปซี่ เมื่อ
๑๐๐๐ ปีก่อนคริสตศักราช.

สมัยกรีกหรือสมัยอียิปต์โบราณ (๕๐๐
B.C. ถึง ๕๐๐ A.D.) สมัยอียิปต์โบราณ

(๔๖๐-๓๗๖ B.C.) เป็นสมัยที่เล็กใช้
ปรัชญาที่ใช้การคาดคะเน, แต่ใช้ความ
จริงที่พบ, ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการรักษา
โรคแผนปัจจุบัน (Osler).

อียิปต์โบราณ แบ่ง การ บาด เจ็บ ที่ศีรษะ
ออกเป็น:

๑. แยกธรรมดา.
 ๒. ค้อนทุบ (ของสมอง), ไม่มีแตก.
 ๓. กระโหลกศีรษะแตกยุบ
 ๔. การขาด เป็น ร่อง ของ กระ ดก ชัน
นอกจากนี้ หรือไม่รวม กับการแตก หรือค้อน-
ทุบ.
 ๕. ค้อนทุบ (Contre-coup)
- อียิปต์ โบราณ สอน ให้ เจาะ กระ โหลก
ศีรษะตามค้อนทุบและมีการขาดแยก. กระ

โหราศาสตร์และเทคนิคมรรวมกันไม่ต้องเจาะกระโหลกศีรษะ, นอกจากนี้ฮิปโปเครติสยังสอนถึงเทคนิคของการเจาะกระโหลก, การทำแผลและพินแผล, และการถ่ายยา. ท่านรู้จักอาการที่เกิดขึ้นในลำคอตรงกันข้ามกับตำแหน่งขาดเจ็บที่สมอง. เครื่องมือในการเจาะมีลักษณะเหมือนเครื่องมือช่างไม้.

(รูป ๗).

จากสมัยฮิปโปเครติส, ศูนย์การศึกษาลูกศิษย์ฮิปโปเครติส, เป็นอภิชาตศิษย์, ทำการผ่าตัดโรคกว่าอาจารย์. การสอนและวิธีผ่าตัดของท่าน ดำรงอยู่จนถึงสมัยก่อนเรอเนสซังส์ (pre-Renaissance). การเจาะกระโหลกของท่านมีหลายแบบ, ซึ่ง

Galen (ประมาณ ค.ศ. ๑๓๐-๒๐๑), ลูกศิษย์ฮิปโปเครติส, เป็นอภิชาตศิษย์, ทำการผ่าตัดโรคกว่าอาจารย์. การสอนและวิธีผ่าตัดของท่าน ดำรงอยู่จนถึงสมัยก่อนเรอเนสซังส์ (pre-Renaissance). การเจาะกระโหลกของท่านมีหลายแบบ, ซึ่งขางแบบก็คล้ายวิธีของพวกอินคาในสมัยหิน, และขางแบบก็เหมือนในสมัยปัจจุบัน, คือเจาะเป็นรูเล็กก่อน, แล้วจากรนกละกระโหลกให้กว้างออกไปอีก โดยใช้สิ่วและค้อน. กระโหลกศีรษะที่แตก, กาเดินมักใช้เส้นด้ายหรือไหมฟอสเฟตเอาออกแทน

เจาะรู. การทำแผลกาเดินให้ใช้น้ำมันกหลายปีคนออกกว่าและห้ามใช้การกด. ในพวกสมองทะเล้น (เฮอริเนชัน) นั้นไม่มีวิธีรักษา. กาเดินเป็นคนแรกที่ได้อาการผ่าตัดไขสันหลัง.

๓. การผ่าตัดสมัยกลาง (ประมาณ ค.ศ.

๕๐๐ ถึง ๑๕๐๐) สมัยกลางนั้นนับตั้งแต่การถอด Romulus Augustulus (ค.ศ. ๔๗๖) จนถึงการแตกของกรุงคอนสแตนติโนเปิล (ค.ศ. ๑๔๕๓) ซึ่งกินเวลาประมาณหนึ่งพันปี. ในสมัยกลางนี้ไม่มีอะไรเกิดใหม่ในทางประสาท ศัลยศาสตร์, นอกจากเรียนตามแบบกรีกและอาหรับ. ในสมัยนี้คนที่เจาะกระโหลกศีรษะได้หาไม่เลย. Avicenna แยกอาหารยวมซอเสียงมากในทางการแพทย์, ก็ได้แต่ทำตามอย่างกาเดิน. ในขั้นปลายของสมัยนี้ (ค.ศ. ๑๑๗๐.) มีคนสำคัญเกิดที่ซาเลอร์โนในอิตาลีหลายคน, อาทิ Roger ที่รู้จักการแตกแบบคองเตรอะคีย์และการตกลูกคนออกกว่า. เขาแนะนำว่าศัลยแพทย์ต้องรักษาความสะอาดอย่างเคร่งครัดในการผ่าตัด. คนที่สองคือ Lanfranc ซึ่งแนะนำให้เย็บประสาทที่ขาด. ในสมัยเดียวกับฝรั่งเศส วิธีรักษาประสาทที่ถูกตัดคือเอา

The possible military significance of the trephines suggested by the frequency of trephining the skulls found in the burial grounds of the

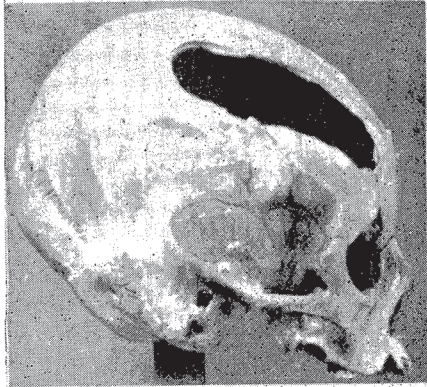


Figure 1. Trephined prehistoric Peruvian skull, in which cranioplasty had been practiced by the use of a silver plate. (From Cushing, H., in Keen's *Surgery*, Vol. III, 1908.)

๑. กระโหลกศีรษะชาวเปรูสมัยก่อนประวัติศาสตร์, แสดงรอยเจาะซึ่งใช้แผ่นเงินปิดไว้

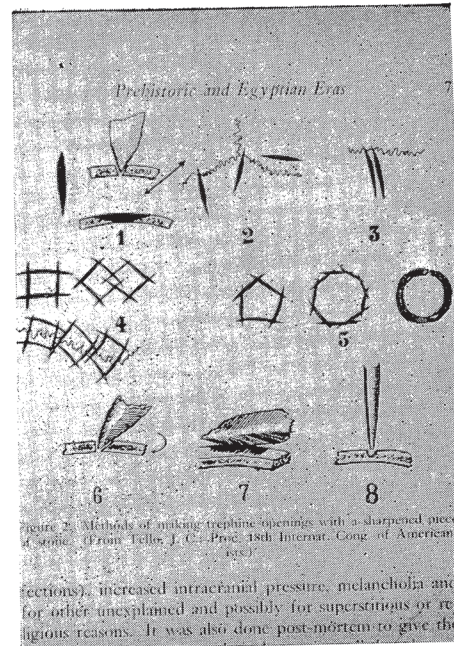


Figure 2. Methods of making trephine openings with a sharpened piece of stone. (From Tello, J. C., Proc. 18th Internat. Cong. of Americanists.)

๒. วิธีทำช่วงเจาะรูปต่าง ๆ โดยใช้หินที่ตีฝนให้คม



Figure 4. Trephine hole made by scraping the bone down to the dura. (After Tello.)

Leaving conjectures aside, we have at least certain objective evidence. In the Tello collection of trephined prehistoric crania in the Warren Museum of the Harvard Medical School there are some 400 specimens. A large number of these show obvious fractures or signs of inflammatory disease, or near the site of the operative opening

๓. กระโหลกศีรษะที่ได้เจาะเป็นรอยรูปสี่เหลี่ยมแล้วตัดเอาชิ้นกระดูกตรงกลางเบ็ดออก

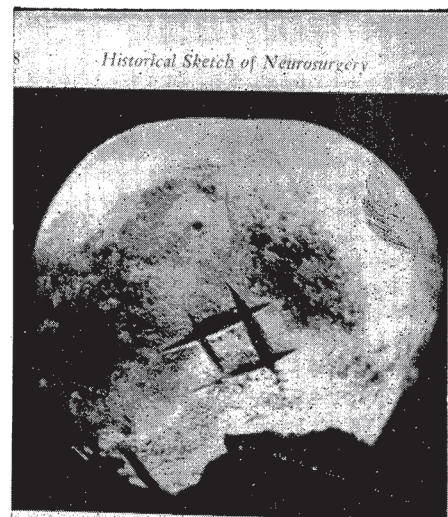
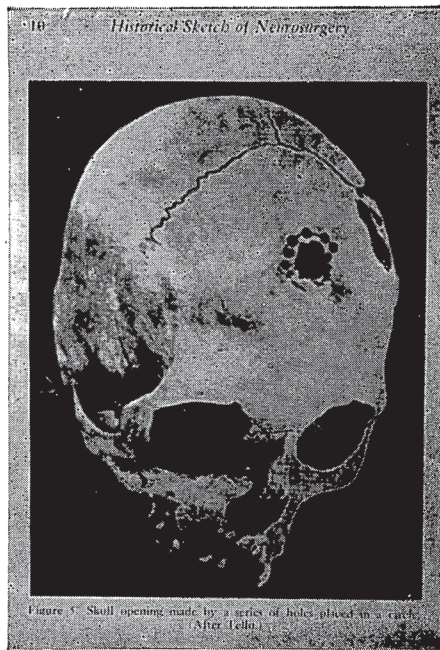


Figure 3. Skull trephined by four cross-cuts after which the section in the center was removed. (After Tello.)

says in part: "Probably the operation was most often performed as a religious or thaumaturgic rite applied to cases of epilepsy with a view to releasing imprisoned evil spirits. The view is supported by the fact that the

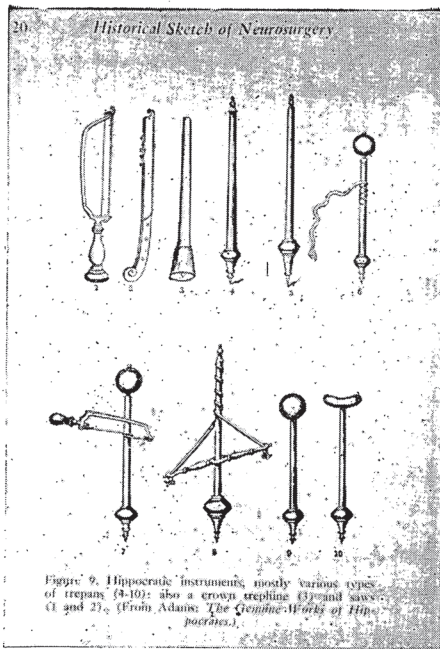
๔. รุเจาะ ทำขึ้นโดยขุดกระดูกออกจนถึงเยื่อ dura



๕. แสดงการเจาะ กระโหลกศีรษะโดยเจาะรูเล็ก ๆ เป็นวงรอบก่อน แล้วเอาชิ้นกลางออก



๖. กระโหลกศีรษะสมัยหินแสดงการเจาะใกล้ๆ ตำแหน่งที่มีรอยแตกร้าว



๗. เครื่องมือเจาะกระโหลกศีรษะสมัยฮิปโปเครติส



๘. การเจาะกระโหลกศีรษะในศตวรรษที่ ๑๖ ศัลยแพทย์กำลังเจาะด้วยเครื่องมือแบบสว่าน, หมุนด้วยมือทั้งสอง

ไล่เคื่อน้ำลงในน้ำมัน, ขึ้นน้ำมันให้ร้อน, แล้ววางลงบนแผ่นสามสี่ตรง. คนที่สามคือ Guy de Chauliac (ค.ศ. ๑๓๐๐-๑๓๖๘) ซึ่งเป็นผู้ที่ได้อธิบายว่า "บิครแห่งศัลยศาสตร์สมัยใหม่." ท่านผู้แยกประเภทการแตกของศีรษะออก คล้ายสมัยปัจจุบัน, ก็รักษายาไฮโดรเซฟาลัสโดยเอาไฟ, และเป็นคนแรกที่คิดสมองส่วนหนึ่งออกได้โดยผลึก. คนสุดท้ายคือ Berengarius, เป็นคนที่ได้ตรวจต่อมไพเนียลไว้อย่างละเอียด (รูปที่ ๘).

สมัยเฟื่องฟูหรือเรอแนซซังส์ (ประ-

มาณ ค.ศ. ๑๕๐๐ ถึง ๑๖๐๐) Ambroise Paré (ค.ศ. ๑๕๑๐-๑๕๘๐) เป็นคนสำคัญที่สุดในสมัยนี้ที่ทำให้เทคนิคการผ่าตัดของสมองถึงขนาด. Hildanus ได้ทำการผ่าตัดในสมองในผู้ป่วยที่มกระโหลกศีรษะแตกรายหนึ่ง.

ในสมัยต่อมาได้มีคนหลายคนที่น่าจะได้รับการยกย่อง, เช่น Jean Louis Petit (ค.ศ. ๑๖๗๔-๑๗๕๐) ผู้ซึ่งเห็นว่าการแตกของกระโหลกศีรษะควรจะเปิดกว้าง

เข้าไปเพื่อจะทราบว่าข้างในนั้นมีเลือดและหนองขงอยู่หรือเปล่า. Percival Pott (ค.ศ. ๑๗๑๓-๑๗๘๘) ไม่เชื่อว่าโลหิตที่ขังอยู่ในกระโหลกศีรษะจะกลายเป็นหนองได้.

Baron Larrey (๑๗๖๖-๑๘๔๒) ศัลยแพทย์ประจำกองทัพที่ไปเลียน, เจาะกระโหลกศีรษะเพื่อจะเอาสิ่งผิดปกติออก, และรักษาสมองทะเล้น (เฮอริเนีย) โดยการกด.

John Abernathy (ค.ศ. ๑๗๖๔-๑๘๓๑) เป็นคนแรกที่ใช้นวมอกคหนึ่งศีรษะในการห้ามเลือดขณะตัดคหนึ่ง.

การค้นพบฮีเรอร์ (ค.ศ. ๑๘๔๖) และโบลโรฟอร์ม (ค.ศ. ๑๘๔๘) และการใช้ยาระงับเซอ (แอนติเซ็ปติก) โดย Lister (ค.ศ. ๑๘๖๗) และการทดลองหาหนทางส่วนต่าง ๆ ของสมอง โดย Fritsch และ Hitzig (ค.ศ. ๑๘๗๐) เป็นหลักฐานสำคัญซึ่งนำมาสู่ "ศักราชของประสาทศัลยศาสตร์." หัวสะพานอันแรกที่นำมาสู่ศักราชนี้ คือความสำเร็จของ Sir Richman Godlee (ค.ศ. ๑๘๘๔)^(๑) ในการตัดเนื้องอกของสมองออกได้. ก้อนเนื้องอกนั้นได้วินิจฉัยและบอกตำแหน่ง ถูกต้อง โดยการตรวจทางประสาทโดย Bennett.

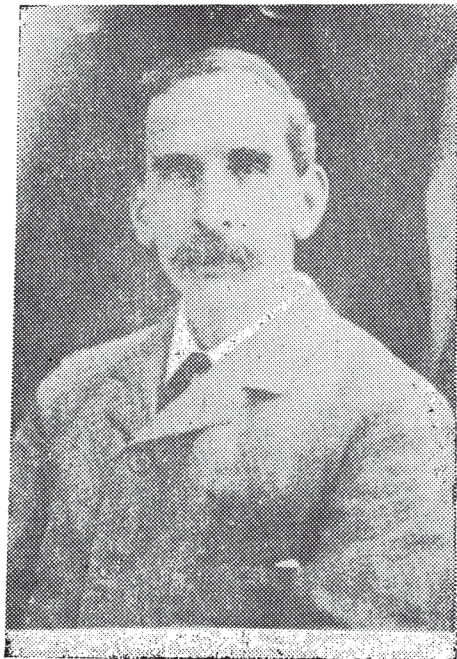
(๑) Dandy เรียกว่าวันที่ ๒๕ พ.ย. ๑๘๘๔, คือวันที่ Godlee เอาเนื้องอกของสมองออกสำเร็จ, ว่าเป็นวันเกิดของประสาทศัลยศาสตร์ปัจจุบัน.



แดนดี้

หิวสะพาน อันทสอง คอการ ผ่าตัดเขา
 ก่อน เนืองอกของ ไช สัน หลัง ออก มา โดย
 Horsley เมอบ ค.ศ. ๑๘๘๗. เนืองอก
 ก่อน นน วนจลย ทาง คลินิก โดย Gowers.
 Macewen ก็จะ เป็นคนอาภพสัคนอยทมคน
 พดถนอย, ทง ๆ ทเขนคนแรกทผ่าตัดเขา
 เนืองอกในสมองอก (ค.ศ. ๑๘๗๕) และ
 เขาเนืองอกของไชสันหลังอก (ค.ศ. ๑๘๘๓).
 Von Bergmann (ค.ศ. ๑๘๘๕) ได้เขียน
 "Monograph on Cerebral Surgery", ซ่ง
 นยวาคทสคในสมยนั้น. แบริกมันน์ และ
 ฮอรัสลย มีความเห็นตองกัน, และต่อมา

Cushing เขียนไว้ว่า: "ในทำนองเดียวกัน
 มันได้กลายเป็นหน้าที่ของเราคือแพทย์ที่
 จะเอาใจใส่กับโรคต่าง ๆ ของระบบประสาท
 กลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ชนกว่าแต่ก่อน
 เพื่อที่เราจะได้เห็นและได้เรียนเพื่อบริการโรค
 เหล่านั้นด้วยวิจรรณญาณของเราเอง. ถ้า
 ปล่อยให้การวินิจฉัยโรคและคัมประโยชน์
 ของการผ่าตัดกเป็นหน้าที่ของอายุรแพทย์,
 คัลยแพทย์ก็จะตกลงสู่ฐานะของช่างฝีมือใน
 สมัยก่อนน."



วิกเตอร์ ฮอรัสลีย์

ในสมัยนั้น (ค.ศ. ๑๘๘๕) การตรวจ
 ทางประสาทเจริญสุดขีด, เพราะจากจำนวน

สมัย ๒๓ รายที่ไ้รับการผ่าตัดโดยวินิจ-
ฉยวามเนองอก, ๒๐ คนพบเนองอก. มี ๓
คนเท่านั้นที่ไม่พบ. นับตั้งแต่ ค.ศ. ๑๘๔๖
ศัลยแพทย์ได้ถูกกระตุ้นเตือนโดยนักประ-
สาทวิทยาให้ทำการตัดเอาเนองอกของสมอง
และไขสันหลังออก, แต่การกระทำดังนั้รู้สึก
ว่าศัลยแพทย์กระทำด้วยจำใจ, มิได้เกิดขึ้น
โดยน้ำใจจริง, ศัลยแพทย์จึงเขียนไว้หลายปี
ต่อมาว่า ศัลยแพทย์ ต้อง สนใจ มาก ๆ ใน
ปัญหา, โดยฝึกให้คนมีความชำนาญกับโรค
สมอง, หรือว่าประสาทแพทย์จะต้องเรียน
ศัลยกรรมให้มาก ๆ เพื่อจะได้ผ่าตัดเอง.
Victor Horsley เป็นคนแรกที่เลือกทางแรก,
และศัลยแพทย์เป็นคนที่ได้ทำให้เกิดมีการเรียน
ประสาทศัลยศาสตร์ทั่วโลก.

๔. สมัยประสาทศัลยศาสตร์ Horrax,
เรียกเซอร์วีกเตอร์ฮอรัลลีย์ ว่า "บิดรแห่ง
ประสาทศัลยศาสตร์." ที่จริงท่านผู้นี้
มิใช่คนแรกที่ผ่าตัดเนองอกของสมองสำ-
เร็จ, แต่เป็นคน ๆ คนเดียวที่ได้ทำงานโดย
ไม่เห็นคเหนอยในการทดลองสัตว์วิทยาและ
ส่งเสริมทางคลินิกและพยาธิวิทยา. นอก
จากนั้น เป็นคนแรกที่ปลุกตัวมาทางประ-
สาทศัลยศาสตร์ (ทำถึง ๖๐ ปีช.). ฮอรัล-
ลีย์เกิดปี ๑๘๕๗ และถึงแก่กรรมเพราะภัย

ความร้อนสง (อีสสะโตรัค) ในเมโสโปเต-
เมีย. ในปี ๑๘๘๖ ฮอรัลลีย์ ได้ถูกตั้งให้
เป็น ศัลยแพทย์แห่ง โรงพยาบาลแห่งชาติ.
ข้ตนเอง ศัลยแพทย์เรียกว่าเป็นยุคของศัลย-
ศาสตร์ทางประสาทสมัยปัจจุบัน. ท่านได้
กล่าวว่าการวินิจฉัยโรค ของ ระบบประสาท
กลาง จำเป็น จะต้องอาศัยความรู้ที่เกี่ยวกับ
สัตว์วิทยาและพยาธิวิทยา. ความหวังอันน
ควร จะกระจายไปในหมู่ประสาทศัลยแพทย์
ทั่วไป. นอกจากนั้นท่านยังขอรับรองบรรดา
อายุรแพทย์มิให้หันวงรักษาพวกทสงสัยว่ามี
เนองอกในสมองไว้นานจนเกินควร, เช่น
ลองรักษาด้วยไอโอไดค์เป็นเวลาสามถึงหก
เดือนเพราะสงสัยว่าเป็นซีสฟิลล์. ฮอรัลลีย์
พักไว้เมื่อย ค.ศ. ๑๘๘๗, ต้องกินเวลาถึง
๒๐ ปีกว่าจะมีคนเชื่อถือในสหรัฐ ฯ. คำพูด
ของข้ยังไม่กระจายมาถงเมืองไทย. เพราะ
ขณะนั้นในเวลานั้นคนไข้ที่เนองอกในสมอง
ถูกรักษาโดยอายุรแพทย์ซึ่งมิได้รับกา
รฝึกฝนทางประสาทวิทยาและไม่ทราบถึงการ
ก้าวหน้าทางประสาทศัลยศาสตร์เลย. ผล
ที่สุดคือการตายโดยปราศจาก การวินิจฉัย
โรคที่แน่นอน.

ในภาคพญยุโรป Krause แห่งเบอร์ลิน
ได้ขอว่าเป็นผู้นำที่เทียบมกับ ฮอรัลลีย์ และ
มาเซเว่น. อนุสาวรีย์ที่ยงนของท่านคือ

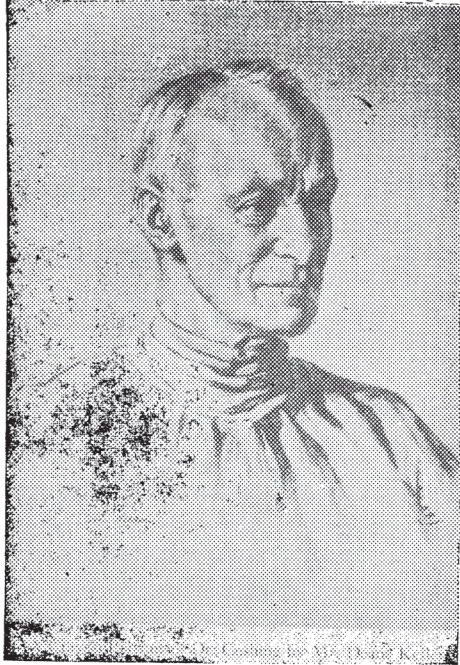
การเอาแก๊สเสื่อเวียนแกงเกลยบน ออกในการรักษาการปวดประสาทไตรเจมินัล.

ในปี ๑๘๘๕ Wagner ได้คิดเทคนิคใหม่, คือการเขี่ยกระดูก (Osteoplastic bone flap). ก่อนหนานการเขี่ยสมองใช้เย็บสองของกาเลนคือเจาะรหนึ่งรแล้วใช้ส่วและหมอนหรือคัมกระดูกเขี่ยให้กว้าง. วิธีใหม่มีประโยชน์ที่เขี่ยกระดูกให้กว้าง ๆ โดยไม่มีช่องโหว่, และทำให้แควนไอซริบรลโตไปกรวพยซึ่งกำลังนิยมค่อยๆหายไป. Toison (๑๘๘๑) แนะนำให้ใช้เลื่อยแบบ Gigli คัดระหว่างรเจาะ. วิชาเขี่ยนวทใช้แพร่หลายอยู่จนทกวณน. ฮอวส์ลีย์มผมอคามาก. ในจำนวนเนองอก ๔๔ รายที่ผ่าตัดคมตาย ๑๐ ราย. ท่านแนะนำให้รักษาเนองอกชนิดแทรกซึม ด้วย การคักอย่าง ถอน ราก. เครื่อง ใช้ ที่ ออกแบบ โดย ฮอวส์ลีย์ เช่น rougeur และ bone wax ก็ใช้กันอยู่จนเดยวนี้. ฮอวส์ลีย์ และ Krause เป็นคนเริ่มทำเนองอกที่ต่อตารัยโดยเขาทางหน้าผาก. ในระหว่าง ๒๐ ปี, คือตั้งแต่ ค.ศ. ๑๘๕๐ ถึง ๑๘๑๐, การก้าวหน้าในทางเทคนิคมีน้อยกว่าการก้าวหน้าในความรู้เกี่ยวกับตำแหน่งและลักษณะของโรคซึ่งต้องการการผ่าตัด.

การผ่าตัดเนองอกของสมองแม้จะมีการกระทำกันมากจนทกวณกก็ตามแต่ก็ไม่น่าชื่นชมนัก. หากพิจารณาตามรายงานจากหลายแห่ง, เช่น Knapp (๑๘๐๖) ได้รวบรวมไว้ ๘๒๘ ราย, มีที่เอาออกได้ไม่หมดนัก ๔๗๑ ราย, ออกไม่ได้ ๓๕๗ ราย, ตาย ๒๖๕ ราย (๓๒ ปร.). ที่หายจริงๆ มี ๕-๑๐ ปร. นอกนั้นมีอุบัติเหตุ, ชักหรือตายอก.

ในระหว่างที่ประสาทคล้ายแพทย์กำลังที่ถอยนก็มีคัสซิงก์ปรากฏขึ้น. ด้วยเทคนิคอันวิเศษและการค้นคว้าอันเลิศได้ทำให้เกิดระบบแห่งประสาทคล้ายศาสตร์, ซึ่งท่านได้นำอยู่ในเวลากว่า ๒๕ ปี, จนท่านออกไปเมื่อปี ๑๘๓๒.

การที่ ระบบแห่ง ประสาท คล้ายศาสตร์ที่คัสซิงก์ได้วางรากไว้แล้วสร้างขึ้นเจริญรุ่งเรืองงอกงาม, จนในสหรัฐ ฯ เวลานั้นมีประสาทคล้ายแพทย์อยู่ถึง ๕๐๐ คน, โดยไม่มีศิษย์ของคัสซิงก์ในทอน ๆ ทั่วโลก, ทั้งนี้เป็นเพราะคัสซิงก์ได้โหมกำลังทงสันตมอยู่มาใช้ในคล้ายศาสตร์แขนงใหม่นี้. มีแพทย์บางคนคัดค้านไม่เห็นชอบด้วย. แต่คัสซิงก์พูดว่า "I do not see how much particularisation can be avoided if we wish more surely and progressively to



คุสซิงก์

advance our manipulative therapy. Are practice of hand and concentration of thought to go for nothing?" คุสซิงก์ได้นำเทคนิคนี้ไม่ถ่วงมาใช้ในการประสาทสัมผัสศาสตร์, เช่นการทำคิคมเปรสชันในรายชัษบรลชีมาโตมาซังจัน, เคนนีโอโตมียในเด็กเกิดใหม่ ที่มีเลือดออกในกระโหลกศีรษะ (อินตราเครเนียล) และเลือดออกในเนอสมอง (อินตราซัรบริล) บางราย. การผ่าตัดเนองอกบัตือตารีย์ ๔๗ รายทางทรานส์พอนอยคัลและทางฟรอนตัลที่คุสซิงก์เขียนไว้เมื่อปี ๑๘๑๒ เป็นหลักสำคัญใน

ทางสรีรวิทยาและทางผ่าตัด. ในปี ๑๘๑๔ คุสซิงก์ได้รวบรวมสถิติการตายจากการผ่าตัดโดยศัลยแพทย์ที่มีชื่อในสมัยนั้น: Horsley มี ๔๔ ปช., Küttner ๔๕ ปช., Krause ๕๐ ปช.: (สองคนหลังเป็นเยอรมัน), Eiselberg (เวียนนา) ๓๘ ปช. ส่วนคุสซิงก์เองมีอัตราตายเพียง ๘.๔ ปช. ต้นเหตุของความแตกต่างนี้คือ คุสซิงก์ทำแต่ประสาทสัมผัสศาสตร์อย่างเคียว, มมอคและสมอง, และคั้นความาก. การผ่าตัดของคุสซิงก์เกี่ยวข้องกับศัลยศาสตร์เมอริกเป็นมาตรฐานใหม่ที่จะกระจายไปทั่วโลก.

สงครามโลกครั้งที่หนึ่ง (ค.ศ. ๑๙๑๔-๑๙๑๘) เป็นเครื่องกระตุ้นประสาทสัมผัสศาสตร์, เพราะศัลยแพทย์ทั่วไปจำเป็นต้องทำการผ่าตัดเกี่ยวกับสมอง. เมื่อสงครามสงบลงท่านเหล่านั้นก็เห็นว่าคนไข้พอที่จะนำความชำนาญที่ตนได้รับมาจากสงครามนั้นมาทำต่อไปได้. นอกจากนั้นสงครามยังทำให้มีโรคเกิดขึ้นมากมายซึ่งต้องศึกษาค้นคว้า, เช่นไข้ในสมอง, ปวดศีรษะ, และชัก.

เมื่อเริ่มสงครามใหม่ ๆ อันตรายจากกระสุนทำลายสมองมีถึง ๕๐ ปช. คุสซิงก์ได้ลดอัตราตายลงมาเป็น ๒๘.๘ ปช. เครื่อง

ใช้คลื่นกรรมไฟฟ้า (อิเล็กโทรเซอรัจิกัล-
 ยูนิต) ซึ่งนำมาใช้โดยคัสซิงก์เมื่อปี ๑๙๒๗
 ช่วยให้หามโลหิตโคกัจฉินในตำแหน่งทลค ๆ
 ในสมองทำได้โดยไม่ต้องกลัวโลหิตออก.
 เครื่องไฟฟ้านี้, ประกอบกับเครื่องกดและ
 แอนติไฮโอติก, ได้ช่วยให้การเลาะเนอคาบ
 ในแผลที่ทะลุออกสมองสำเร็จได้ค. จนน
 สงครามโลกครั้งที่ ๒ อันตรายลดลงมาถึง
 ๑๐ ปร. ในเวลา ๒๕ ปี. คัสซิงก์ได้ทำการ
 ผ่าตัดสมอง ๒๐๒๓ ราย. ผลของการคั้น
 คว่าจากเนอออก เหล่านี้ ได้ทำ ประโยชน์อัน
 ใหญ่ยิ่งให้แก่แพทยศาสตร์, เพราะคัสซิงก์
 และเบลีย์ได้เป็นผลแยกประเภทเนอออกของ
 สมองไว้ (ค.ศ. ๑๙๓๕) ซึ่งยังถือเป็นหลัก
 อยู่จนทุกวันนี้. แม้จะมีผลพยายามจะค้ดแปลง
 ไป, เนอแทกก็ยังอยู่เช่นเดิม. จากตัวอย่าง
 มหิมาของ คัสซิงก์เมื่อปี ๑๙๓๕ กรมผู้
 พยายามเลียนแบบกันมาก. เช่นในเยอรมนี
 ทคณินคของ Tonnis จนถึงปี ค.ศ. ๑๙๕๖
 ได้มีการผ่าตัดถึง ๔๐๐๐ ราย. Olivecrona
 แห่งสต็อคโฮล์มมีสถิติยอดเยี่ยม, ทำได้
 ถึง ๕๒๕๐ ราย (ค.ศ. ๑๙๕๕)

เมื่อสงครามโลกครั้งที่หนึ่งใกล้จะจบลง.
 การตรวจที่ปฏิวัติ ประสาท คัลย. ศาสตร์ ก
 ปรากฏขึ้นโดย Dandy. การตรวจนคอกการ

ใส่อากาศเข้าเว้นทริเคลของสมอง, ซึ่ง
 เรียกว่าเว้นทริคโลกกราฟย (ค.ศ. ๑๙๑๘).
 การตรวจจวฉิน นอกจากจะ ช่วยบอก ตำแหน่ง
 เนอออกในสมอง, ซึ่งไม่สามารถจะบอกได้
 ด้วยการตรวจทางประสาทวิทยาแล้ว, ยัง
 บอกตำแหน่งของ เนอออกและขนาดอย่างแน่
 นอนด้วย. ทั้งยังเผยตำแหน่งของเนอออก
 เพิ่มขนออกอย่างน้อย ๓๐ ปร. หมายความว่า ๓๐-๔๐ ปร. ของผู้วยทมเนอออก
 ในสมองมี โอกาส ที่จะรับการ รักษาด้วยการ
 ผ่าตัดได้. นอกจากนั้นการตรวจด้วยอากาศ
 นี้ยังช่วยทายโรคอื่น ๆ ในสมองได้, เช่น
 ชรบรลอะโทรฟย.

แต่นคย เป็น คน เค้นที่ สักคน หนึ่ง ทาง
 ประสาทคัลยศาสตร์. เขาได้ค้ดเทคนิค
 การผ่าตัดอย่างพิศดารไว้มาก, ทคนอนแม่
 แต่คัสซิงก์ก็ทำไม่ได้, เช่นการเอาเนอออก
 อะคัสติคออกโดยไม่ผ่าแค่ปฐล (Extracapsular
 removal of acoustic tumours), การ
 ตัด ราก วัช วัช วัช ของ ประสาท ทห้จาก ทาง
 โปสทเรอวรฟอสซ้, การคั้นคว่าและผ่าตัด
 เกยวคยชยโคโรเซฟาลัส. หนังสือ "Sur-
 gery of the Brain" ที่ท่านแต่งไว้เป็นเรออง
 รวของเทคนิคของท่านเองทงน, เป็น
 หนังสือซงเวลานยังไม่มีใครเขียนเทียมได้.

Egaz Moniz ชาวปอร์ตุเกสได้นำอาร์เตอร์ไอกรอพยเข้ามาใช้ใน ค.ศ. ๑๙๒๗. ผู้ที่เป็นนักประสาทวิทยาคนแรกที่ท่านค้นพบ เพราะท่านเป็นผู้ที่นำปร็ฟรอนคลีวโคโตมียเข้ามาใช้รักษาโรคจิตบางจำพวก เมื่อปี ๑๙๓๖. โมนิสใช้การผ่าตัดเพื่อจะเข้าไปถึงหลอดเลือดแดงคาโรติก. เพราะฉะนั้นจึงมีผลนัยมกนน้อยจน Shimidzu นำเพอร์คเทเนยส์อาร์เตอร์ไอกรอพยเข้ามา, จึงได้แพร่หลายมาจน. อาร์เตอร์ไอกรอพยเป็นเครื่องช่วยวินิจฉัยโรคต่าง ๆ ในสมองได้ที่ไม่แพร่การฉีกอากาศและยังดีกว่าที่วินิจฉัยโรคต่าง ๆ เกี่ยวกับกการผิดปกติของเส้นโลหิต เช่นอาร์เตอร์โอวินส์แอนิวริสม์ หรือการวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกเช่นเมเนนจิโอมาหรือกลีโอบลาสโตมามัลติฟอราเมไต.

ท่านผู้สร้างรากฐานไว้ในประสาทศาสตร์ที่ยิ่งมอกมาก, ชัน Helmholtz ผู้ประดิษฐ์ออปติคโมสโคป (๑๘๕๐), Berger ผู้พยากรณ์ทกคลื่นไฟฟ้าสมอง, ผู้แยกประเภทเนื้องอกของสมอง, Frazier, Peet และ Penfield ผู้เชี่ยวชาญทางโรคลมบ้าหมู.

ตามประวัติท่านจะเห็นว่าผู้ที่ได้นำมิต

ประสาทศาสตร์ ชัน มิไซ ชอร์สลีย์ หรือคัสซิงก์, แต่เป็นท่านเมอีนซ์จำนวนไม่ถ้วนที่ได้กล่าวนามและมีได้กล่าวนามมาในท่าน. เพราะฉะนั้นการให้วิชาองอกงามแตกตอกออกช่อไสวในเมืองไทย, ก็จำเป็นจะต้องรวมกันเป็นขั้วแผ่นปรึกษาหารือกันเป็นนิจ, พยายามค้นคว้าหาความจริง, ทำงานด้วยความอดสาหะพยายามถึงที่ Ambroise Paré พบไว้ว่า “ข้าพเจ้าได้ทำงานหนักมากกว่าสัสขบเพื่อยังความกระจำงแจ้ให้บังเกิดขึ้นในศิลปะของศัลยกรรมและสังเสริมขจรจนถึงชนสมุขรณ.” หากช่วยกันระสมควมร้ต่าง ๆ ไว้, ถ้ายเทควมร้, และฝึกฝนศิษย์ให้มีจำนวนเพิ่มขึ้น, วิชาประสาทศาสตร์ จะรุ่งเรืองแน่นอน.

เอกสาร :

1. G. Horrax : Neurosurgery : an Historical Sketch. Charles C. Thomas, Springfield. 3.
2. L. Schönbauer : Das medizinische Wien. Urban und Schwarzenberg. Berlin u. Wien.
3. Harvey Cushing's Seventieth Birthday Party. Charles C. Thomas. Springfield. 3.

บทความนิติเวชวิทยา

แพทยกับพินัยกรรม

สงกรานต์ นิยมเสน

พ.บ., ฐ.บ., Dr. med. (Hamburg).
(แผนกพยาธิวิทยา)

พินัยกรรมคืออะไร. พินัยกรรมคือคำสั่งครั้งสุดท้ายเกี่ยวกับทรัพย์สิน. เรื่องพินัยกรรมนี้มีบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ ๖ ลักษณะ ๓. แพทย์มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการทำพินัยกรรม หรือที่เรียกกันตามภาษาชาวบ้านว่า การนั่งพินัยกรรม. สมควรที่แพทย์จะรู้เรื่องพินัยกรรมไว้บ้างเพื่อจัดการให้เป็นที่ไปตามกฎหมาย.

“มาตรา ๑๖๔๖. บุคคลใดจะแสดงเจตนาโดยพินัยกรรม, กำหนดการเผอศพในเรื่องทรัพย์สินของตนเอง, หรือในการต่าง ๆ อันจะให้เกิดเป็นผลบังคับได้ตามกฎหมายเมอตตายก็ได้.”

“มาตรา ๑๖๔๗. การแสดงเจตนา กำหนดการเผอศพนั้น, ย่อมทำได้ด้วยคำสั่งครั้งสุดท้ายกำหนดไว้ในพินัยกรรม.”

ทุกคนทำพินัยกรรมได้หรือไม่.

กล่าวโดยทั่วไปแล้ว คนทุก ๆ คนน่าจะทำได้. แต่กฎหมายจำกัดความสามารถไว้, เช่น บุคคลอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี, หรือบุคคลวิกลจริต.

“มาตรา ๑๖๐๓. พินัยกรรมซึ่งบุคคลที่มีอายุยังไม่ครบ สิบห้า บริบูรณ์ ทำขึ้นนั้นเป็นโมฆะ.”

“มาตรา ๑๖๐๔. พินัยกรรมซึ่งบุคคลผู้ถูกศาลสั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถทำขึ้นนั้นเป็นโมฆะ.

พินัยกรรมซึ่งบุคคลผู้ถูกอ้างว่าเป็นคนวิกลจริต, แต่ศาลยังไม่ได้สั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถ, ทำขึ้นนั้น, จะเป็นอันเสียเปล่าถ้าแต่เมื่อพิสูจน์ได้ว่าในเวลาที่ทำพินัยกรรมนั้นผู้ทำวิกลจริตอยู่.”

บางครั้งอาจเป็นหน้าที่ของแพทย์ผู้ตรวจ
ต้อง แสดงต่อ ศาลว่า บุคคล ผู้นั้น มีอายุ เกิน
๑๕ ปีแล้ว.

ปัญหา บุคคล วิกต จริต ทำ ฟินัย กรรม,
กฎหมายแบ่งออกเป็นสองตอน. คือตอนแรก
วิกต จริต แต่ศาลยังไม่ได้สั่ง, และตอนหลัง
วิกต จริต ซึ่งศาล ได้สั่ง ให้เป็นบุคคล ไร้ความ
สามารถแล้ว. สำหรับตอนแรกที่บุคคล วิกต
จริต ทำขึ้น โดยศาลยังไม่ได้สั่งนั้น, กฎ-
หมายให้ข้อสันนิษฐานไม่เกิดขาดไว้, คือ
ฟินัยกรรมนั้น จะไม่เป็นผลก็ต่อเมื่อพิสูจน์ได้
ว่าขณะทำ, บุคคล วิกต จริต. ตรงกันข้ามถ้า
ขณะปรกติ แล้วฟินัยกรรมนั้น เป็นอันใช้ได้.
ส่วนตอนสองถ้าศาลได้สั่งแล้วว่า บุคคลนั้น
ไร้ความสามารถเพราะวิกต จริต, ฉะนั้น
ฟินัยกรรมที่ทำขึ้นจึงไม่เป็นผลตามกฎหมาย,
และถึงแม้ว่าบุคคลนั้นจะได้หายวิกต จริต แล้ว
ก็ตาม, ถ้าศาลยังไม่ได้เพิกถอนคำสั่งนั้น
ฟินัยกรรมนั้นก็ใช้ได้. ทั้งนี้เป็นเรื่อง
แปลกที่ คนคิดแล้ว กฎหมาย ยังถือ เป็นคนบ้า
อยู่.

บุคคลไว้, หูหนวก, หรือพูดไม่ได้,
ก็ทำฟินัยกรรมได้ บุคคลที่เป็นใบ้, ห
ูหนวก, หรือพูดไม่ได้, ก็ทำฟินัยกรรมได้,
ถ้ารู้ความประสงค์ และมีเจตนา จะยกทรัพย์สิน

สมบัติให้ใครโดยทางฟินัยกรรม.
“มาตรา ๑๖๖๑. ถ้าบุคคลผู้เป็นทั้ง
ใบ้และหูหนวก, หรือผู้พูดไม่ได้, มีความ
ประสงค์จะทำฟินัยกรรมเป็นแบบเอกสารลับ,
ให้ ผู้นั้นเขียน ด้วยตนเอง บนซองฟินัยกรรม
ต่อหน้ากรรมการอำเภอและพยาน ซึ่งขอ
ความว่าฟินัยกรรมที่ตนนั้นเป็นของตนแทน
การ ให้ ถ้อย คำ สั่ง ที่ กำหนด ไว้ ใน มาตรา
๑๖๖๐ (๓), และถ้าหากมีผู้เขียนก็ให้
เขียนชอกกษัตริย์นามของผู้เขียนฟินัยกรรม
นั้นไว้ด้วย.

ให้กรรมการอำเภอ จดลงไว้บนซองเป็น
สำคัญว่าผู้ทำฟินัยกรรมนั้นได้ปฏิบัติตามข้อ
ความในวรรคก่อน, แทนการจดถ้อยคำของผู้
ทำฟินัยกรรม.”

หน้าที่แพทย์ ในกรณีขอถกเถียง
กันว่าผู้ทำฟินัยกรรมมีสติความรู้สึกผิดชอบ
และมีเจตนาทำฟินัยกรรมเช่นนั้นหรือ, หรือ
ผู้ทำฟินัยกรรมหมดสติความรู้สึกเสียแล้ว,
ไม่ว่าตนได้ พักหน้าหรือ ลงลายมือชื่อไป
ในฟินัยกรรม, หรือมือสั่นจนลงชื่อไม่ได้
จึงได้กดพิมพ์ลายนิ้วมือลงไป, ปัญหาเหล่านี้
ผู้ทบทวนคดีที่ศาลคือแพทย์.

หน้าที่ แพทย์อาจเกิดได้ หลายประการ,
เช่นอาจเป็นแพทย์ประจำบ้านอยู่ในโรงพยาบาล

ขาดแล้วช่วยหรือญาติขอร้อง ให้เป็นพยาน ในการทำพินัยกรรม, หรือช่วยในความดูแลของคนขอร้องให้เป็นพยาน, หรือผู้ช่วยซึ่งไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบขอ ร้องมา ครองเคียวเพื่อเป็นพยานเท่านั้น. ดังนั้นหน้าที่ของแพทย์จึงต้องตรวจให้แน่ชัดว่าขณะนั้น ผู้ทำพินัยกรรมมีความรู้สึกดี. ถึงแม้ว่าผู้ช่วยนั้นหนักมากแต่อาจมีระยะหนึ่งผู้ช่วยมีความรู้สึก คนมา พอเข้าใจ เนื้อความของ พินัยกรรมได้.

ในกรณีฉุกเฉินทำพินัยกรรมด้วย

ปากก็ได้ ในกรณีฉุกเฉินบุคคลอาจทำพินัยกรรมด้วยปากก็ได้โดยกฎหมายมีบัญญัติไว้เป็นพิเศษ :

“มาตรา ๑๖๖๓. เมื่อมีพฤติการณ์พิเศษซึ่งบุคคลใดไม่สามารถจะทำพินัยกรรมแบบขันทกาหนดไว้ได้, เช่นตกอยู่ในอันตรายใกล้ ความตาย หรือเวลา มีโรค ระบาด, หรือสงคราม, บุคคลนั้นจะทำพินัยกรรมด้วยวาจาได้.

“เพื่อการณ, ผู้ทำพินัยกรรมต้องแสดงเจตนา กำหนด ข้อพินัยกรรม ต่อ หน้าพยานอย่างน้อยสองคนซึ่งอยู่พร้อมกัน ณ ที่นั้น.

“พยาน สองคนนั้น ต้องไปแสดง คนต่อกรรมการอำเภอโดยมีชกษา, และแจ้งข้อ

ความตพทาพินัยกรรมใดส่งไว้ควยวาจานั้น, ทงต้องแจ้งวณเคอนข, สฎานทททาพินัยกรรม, และพิฤททกาลพิเศษนั้นไว้ควย.

“ให้กรรมการอำเภอจดข้อความตพยานแจ้งนั้นไว้, และพยานสองคนต้องลงลายมือชื่อไว้, หรือมีฉะนั้นจะให้เสมอกับการลงลายมือชื่อใดกแต่ควยลงลายพิมพ์นวมชื่อโดยมีพยานลงลายมือชื่อรับรองสองคน.”

ในภาวะสงครามผู้ทำพินัยกรรม

แจ้งแก่แพทย์ในโรงพยาบาลก็ได้ กฎ-

หมาย ใต้บัญญัติเพิ่มเติมไว้อีกต่อไปว่าถ้าเกิดสงครามทหารผู้ช่วยในโรงพยาบาลอาจทำพินัยกรรมด้วยปากกับแพทย์ก็ได้ :

“มาตรา ๑๖๖๕. ในระหว่างเวลาที่ประเทศ ตกอยู่ ในภาวะการรบ หรือการสงคราม, บุคคลที่รับราชการทหารหรือทำการเกี่ยวกับราชการทหาร, จะทำพินัยกรรมตามแบบที่ บัญญัติ ไว้ ใน มาตรา ๑๖๕๘, มาตรา ๑๖๖๐ หรือมาตรา ๑๖๖๓ ก็ได้. ในกรณีเช่นว่านั้นให้นายทหารหรือข้าราชการฝ่าย ทหารชั้นสัญญาบัตร มีอำนาจ และหน้าที่เช่นเดียวกับกรรมการอำเภอ.

“บทบัญญัติวรรคก่อนให้นำมาใช้บังคับแก่กรณีบุคคลที่รับ ราชการทหาร หรือ ทำการเกี่ยวกับราชการทหารทำพินัยกรรม

ในต่างประเทศในระหว่างที่ปฏิบัติกรรมาเพื่อ
ประเทศในภาวะการรบ, หรือในการสงคราม
ในต่างประเทศโดยอนโถม, และในกรณี
เช่นว่าน ให้ นายทหาร หรือ ข้าราชการ ฝ่าย
ทหารชั้นสัญญาบัตรมีอำนาจ และหน้าที่เช่น
เดียวกับพนักงานทูตหรือกงสุลฝ่ายไทย.

“ถ้าผู้ทำพันธกรรมตามความในสอง
วรรคก่อนนั้นช่วยเจ็บหรือบาดเจ็บและอยู่ใน
โรงพยาบาล ให้แพทย์แห่งโรงพยาบาลนั้น
มีอำนาจและหน้าที่เช่นเดียวกับกรรมการอำ-
เภอ, หรือพนักงานทูต, หรือกงสุลไทย,
แล้วแต่กรณีด้วย.”

พันธกรรมเสียเปล่า มีคดีตัวอย่างที่

เกิดขึ้นในโรงพยาบาลศิริราช, ซึ่งศาลฎีกา
ที่ ๕๕๑-๕๕๒/๒๕๐๐ คดีสินไม่เชื่อพันธ
กรรมนั้น. คือมีผู้ช่วยเข้มารักษาคืออยู่ใน
โรงพยาบาลศิริราช, และฝ่ายหนึ่งอ้างว่าทำ
พันธกรรมฉบับใหม่ให้แก่คนโดยวิธีกลาย
มือลงใน พันธกรรม ต่อหน้า พยาน สองคน.
ในการทำ พันธกรรม ครองนี้ ไม่มีแพทย์ ของ
โรงพยาบาลเข้าเกี่ยวข้องด้วย. แต่ปรากฏ

ว่าผู้ช่วยได้ทำพันธกรรมไว้ก่อนแล้วโดยถูก
ต้องตามกฎหมายทุกประการ. ปัญหาจึงเกิด
ขึ้นว่าพันธกรรมฉบับหลังซึ่งทำในโรงพยาบาล-
บาลศิริราช จะ ลบล้าง พันธ กรรม ฉบับ แรก
เพียงใดหรือไม่. ทางฝ่ายพันธกรรมฉบับ
แรก อ้างว่า พันธกรรม ฉบับ หลัง ไม่สมบูรณ์
เพราะทำโดยกลฉ้อฉล, อาจหลอกลวงผู้
ช่วยซึ่งกำลังเจ็บหนักไม่รู้สึกตัว, หรือแอบ
กลายมือลงขณะไม่รู้สึกตัว, หรือแอบ
กลายมือลงเมือตายแล้วก็ได้. (วิทยาการ
ตำรวจทางการพิมพ์ลายมือไม่สามารถแยก
ได้ว่าลายมือนกคเมอของมีชีวิตหรือเมือตาย
แล้วใหม่ ๆ.) ทางฝ่ายพันธกรรมฉบับหลัง
อ้างว่าขณะนั้นผู้ช่วยรู้สึกตัวแต่มีสนเขียน
หนังสือไม่ได้จึงกลายมือโดยมีพยานรับรอง
สองคนเช่นอนตตองตามกฎหมาย. ศาล
ฎีกาคดีสินไม่เชื่อพันธกรรมฉบับหลัง และ
คดีสิน ให้ฝ่าย พันธกรรม ฉบับ แรก ชนะคดี.
ในคดีนี้ ถ้าการทำพันธกรรม ฉบับ หลัง ได้ ให้
แพทย์ผู้รักษาเป็นพยานแล้วก็จะทำให้หลัก-
ฐานแน่นอนขึ้นอีก.

ปกิณกะ

๑. การศึกษาแพทย์ในมหาวิทยาลัยปารีส.

ภายหลังที่ไทยเข้าร่วมสนธิสัญญาของกันเอเซียตะวันออกเฉียงใต้, นับวันประเทศเรากลับฝรั่งเศสจะมีความสัมพันธ์ทางการทูตและวัฒนธรรมยิ่งขึ้น. ประกอบกับฝรั่งเศสได้พยายามที่จะช่วยเหลือทางวิชาการแก่ประเทศไทยมากขึ้นไม่ให้น้อยไปกว่าประเทศอื่น, ผู้เขียนจึงเห็นว่าเรองนี้น่าจะมีประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจในวงการแพทย์บ้างตามสมควร. มหาวิทยาลัยปารีสมีแห่งเดียว. เป็นที่รวมของ คณะต่าง ๆ ซึ่ง สอนทุก แขนงวิชา, รวมทั้งกฎหมายและอักษรศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์จัดเป็นคณะที่ใหญ่และเก่าแก่ที่สุด, ตั้งอยู่ในใจกลางมหานครปารีส.

คณะแพทยศาสตร์นี้รับนักศึกษาทุกชาติทุกภาษา, ทมคุณสมบัติอันเป็นหลักใหญ่ ๆ ดังต่อไปนี้ :

๑. ผู้ที่จบชั้น Baccalaureat ของโรงเรียนมัธยมฝรั่งเศส (เทียบเท่าเตรียมอุดมศึกษาของประเทศเรา).

๒. คุณสมบัติที่คิดของคณะอื่น ๆ ในมหาวิทยาลัยอื่น ๆ รวมทั้งบรรดาศักดิ์ทางกฎหมาย

และอักษรศาสตร์. (ขอสังเกตกับประเทศเราที่ไม่อนุญาตให้นักศึกษาอักษรศาสตร์เข้าศึกษาวิชาแพทย์เลย.)

๓. ผู้ที่ศึกษาจบชั้น ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญาวิทยาศาสตร์ชีววิทยาของคณะวิทยาศาสตร์.

๔. นักศึกษาต่างชาติที่ฝรั่งเศสเทียบความรู้ให้เท่า.

๕. นักศึกษาแพทย์หรือแพทย์ต่างชาติจากมหาวิทยาลัยอื่น.

คุณสมบัติที่ปลุกย่อยอื่น ๆ อันเป็นระเบียบการภายใน มีลักษณะคล้าย มหาวิทยาลัยทั่วไป.

เนื่องจากฝรั่งเศสเป็นชาติใหญ่ที่เก่าแก่, มีขนบธรรมเนียม, ภาษาและอักษรศาสตร์เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป, จึงมีนักศึกษาจากกลุ่มของประเทศที่พูดฝรั่งเศสเข้าไปศึกษามาก. อาจจะเป็นปัญหาในการอนุญาตประกอบโรคศิลป์ในดินแดนฝรั่งเศสเอง, ทางทางจึงแยกปริญญาทางแพทย์ออกเป็น ๒ ชนิด. แต่นักศึกษาทั้ง ๒ ประเภทนั้นคงเรียนหลัก

สูตรเดียวกันและสถานที่เดียวกัน.

๑. ปริญญา "Diplome d'Etat" ประสาทแก่นักศึกษาที่ผ่านชั้น Baccalaureat ของฝรั่งเศสหรือดินแดนส่วนหนึ่งส่วนใดใน อาณาจักรโพ้นทะเล. ปริญญานี้เป็นเช่นเดียวกับปริญญาแพทย์ของมหาวิทยาลัยของเรา, คือมีสิทธิในการประกอบโรคศิลป์ตามกฎหมายในทกดินแดนที่ฝรั่งเศสปกครองอยู่. ฉะนั้นโดยพฤตินัยแล้วปริญญา นี้นจึงให้แก่นักศึกษาสัญชาติฝรั่งเศส. ถึงจะมีนักศึกษาชาติอื่นปนอยู่บ้างก็ส่วนน้อย, เพราะโดยทั่วไปนักเรียนมักจะเรียนชั้นมัธยมในประเทศบ้านเกิดของตนก่อนที่จะไปศึกษาต่อที่อื่น.

๒. ปริญญา "Diplome del' Universite'" ประสาทแก่นักศึกษาต่างชาติที่ไม่ผ่านโรงเรียนมัธยมของฝรั่งเศส. ปริญญานี้ถือเป็นเครื่องวัดวิทยฐานะเท่านั้น, ไม่มีสิทธิประกอบโรคศิลป์ในอาณาจักร.

หลักสูตรการศึกษามีระยะเวลา ๖ ปี นับจากวัยเริ่มตน, ซึ่งเท่ากับประเทศของเรา. ข้อปลีกย่อยในการจัดตารางสอนวิชาแตกต่างกับประเทศอื่นบ้าง. แต่หลักสูตรรวมกันบรรจวิชาที่ทนแข็งแรงเพื่อที่จะให้แพทย์ที่จบมาเป็นผู้มีวุฒิเช่นเดียวกับแพทย์จากมหา-

วิทยาลัยมาตรฐานทั่วโลก. ที่น่าสังเกตคือนักศึกษามีโอกาสเข้าคลุกคลีกับคนใช้ตั้งแต่อยู่ในชั้นต้นๆ และการสอนในห้องป้าจุกถากพยายามสอนให้หมกหลักสูตรใน ๕ ปีแรก. ถึงปีที่ ๖ นักศึกษาเกือบไม่ต้องฟังป้าจุกถากเลย. คงใช้เวลาในบัสสุดท้ายของเขาทำงานตามโรงพยาบาลต่างๆ ที่ทางมหาวิทยาลัยควบคุมการสอนอยู่. โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยรวมทั้งหมกในป้ารัสมี ๓๖ แห่งด้วยกัน. บางแห่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป. บางแห่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะโรค, ซึ่งมีการศัลยกรรมของมหาวิทยาลัยเป็นหัวหน้าแผนก.

นักศึกษาแพทย์ที่ป้ารัสชั้นหนึ่งๆ อาจจะไม่ไ้เรียนกับเพื่อนร่วมชั้นไปตลอดชีวิต. ถึงที่สุดแต่แต่ทางมหาวิทยาลัยจะจัดสรรให้เข้าศึกษาที่โรงพยาบาลไหน. เมื่ออายุยบท ๓ อาจจะไปเรียนอยู่กับศาสตราจารย์ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. ถึงปลายอายุอาจจะต้องย้ายแผนกไปเรียนอยู่อีกโรงพยาบาลหนึ่งจนครบหลักสูตร. แต่นักศึกษาทั้งหมดเมอศึกษาจบแล้วคงผ่านการสอบไล่ครั้งสุดท้ายด้วยข้อสอบเดียวกัน, และก็ได้ชื่อว่าศึกษาจากมหาวิทยาลัยเดียวกัน, ไม่มีความรู้สึกแย่งแยก คณะ หรือ แย่งแยกโรงพยาบาลแต่

อย่างใด.

ระหว่างทศักรษาตงแต่ยท ๒ ดงยท ๖
 นักรศักรษามัโอกาสสอยเข้าทำงานในโรง
 พยาบาลค่ายลต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัย
 (Externat et Internat) ซึ่งมนกรศักรษาเข้า
 สอยแข่งขันกันมากเกินกว่าค่าแห่งที่มอຍ.
 ผู้ทสอยไค่นขว่าเป็นผู้ทชัคคัเป็นพิเศษคือ
 ไค่ทงเกยรศักรศึณ, ความชำนาญงานและ
 ฝนเคอนระหว่างททำงานมอຍ. ขณะเค่ย
 กัน ทาง มหาวิทยาลัย กั จัคตาราง สอนให้
 สามารถเข้าฟังปาฐกถาไปพร้อม ๆ กันคัวย.
 (ราย ละเค่ยค การ สอยเข้าทำงานใน ร.พ.
 ของปารัสันจะปรากฏในยทความค่อนค่อไป).

นักรศักรษาที่ สอย ไค่ไค่แล้ว ยัง ไม่ ไค่
 ปรวิญญา, คัองทำงานในความควบคุมของ
 ศาสตราจารยัหัวหน้าแผนกท สังกค อຍในย
 สุกทาย เพอเสนอเป็นวิทยานพนธั เพอ
 ปรวิญญาคัษภูบฉทค, ตามแบะคยบยทรศักรษา
 กันมาแต่คิงเคิม. วิทยานพนธั นสคแทแต่
 เรองทศักรษา. บางเรองกัเสยเวลามอຍ.
 บางเรองกัเสยเวลามาก. ทง นสคแทแต่
 ความขยันขันแข็งของนักรศักรษาคัวย. ตาม
 ปกรทวิทยานพนธั นกัเกย รวย รววมไว้ท หอ
 สมุคมหาวิทยาลัย, ไม่ทำการคัพิมพ์แพร
 หลาย.

นักรศักรษาบางคน ที่ สอยไค่แล้ว และรอ
 เสนอวิทยานพนธั นถอโอกาสเข้าคักรษาวิชา
 เฉพาะโรคหลังปรวิญญา, ซึ่ง มีประมาถ
 ๒๕ แขนงวิชาให้เลอกรเรียน. มีหลกสัศตร
 ตงแต่ ๓ เคอน ดง ๓ บ. ทง นสคแทแต่
 วิชาทเรียน, เช่นโรคหัวใจ, โรคประสาท,
 จักรวิทยา, รังสีวิทยา, โรคเมือรออน ฯลฯ.

สำหรัการคักรษาวิชาศัลยศาสตราขนง
 หนึ่งขนงไค่นนไม่มีหลกสัศตรวางไว้. ผู้ท
 จะตงตนเป็นศัลยแพทยัจะตองพยายามสอย
 เข้าเป็นแพทยัประจำยানเฉพาะศัลยศาสตรา.
 โอกาสทจะสอยนั ไม่เค่ยให้ชาวต่างประเทศ
 (นอกจากขางกรณั). ฉะนนชาวต่างประเทศ
 ที่สนใจในวิชาศัลยศาสตราจะมีโอกาส กัค่อ
 เมอศาสตราจารยัขอมรับเขาฝกงานมอຍคัวย
 เป็นส่วนคัวโดยตองออกคัาใช้จ่ายเอง. จะ
 เขาฝกงาน มอຍ นานเท่าใด กั ไค่ สคแต่ ทน
 ทรพยัของผู้ทไปคักรษา. การคักรษาเขยขน
 ดง แมจะ เป็นการ คักรษาวิธั การ และ ผลงาน
 อย่าง ไกลชัคคัของศาสตราจารยัท ม ขอเสยง
 ของประเทศ, คนทัว ๆ ไปมกัจะมอຍผ่าน
 ความสำคัณและมกัไม่นิยม, เพราะภาย
 หลังทอออกจากสำนกรศักรษาแห่งนั้นแล้ว, จะ
 ไม่มีประกาคันยบัตว หรือปรวิญญาบัตรเสคค
 ความสามารถในการเข้าสมักรทำงาน ณ ท

ปกิณกะ

๑. การศึกษาแพทย์ในมหาวิทยาลัยปารีส.

ภายหลังที่ไทยเข้าร่วมสนธิสัญญาป้องกันเอเชียตะวันออกเฉียงใต้, นับวันประเทศเรากลับฝรั่งเศสจะมีความสัมพันธ์ทางการทูตและวัฒนธรรมยิ่งขึ้น. ประกอบกับฝรั่งเศสได้พยายามที่จะช่วยเหลือทางวิชาการแก่ประเทศไทยมากขึ้นไม่ให้น้อยไปกว่าประเทศอื่น, ผู้เขียนจึงเห็นว่าเรองนี้น่าจะมีประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจในวงการแพทย์บ้างตามสมควร. มหาวิทยาลัยปารีสมีแห่งเดียว. เป็นที่รวมของ คณะต่าง ๆ ซึ่ง สอนทุก แขนงวิชา, รวมทั้งกฎหมายและอักษรศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์จัดเป็นคณะที่ใหญ่และเก่าแก่ที่สุด, ตั้งอยู่ในใจกลางมหานครปารีส.

คณะแพทยศาสตร์นี้รับนักศึกษาทุกชาติทุกภาษา, ทมคุณสมบัติอันเป็นหลักการใหญ่ ๆ ดังต่อไปนี้ :

๑. ผู้ที่จบชั้น Baccalaureat ของโรงเรียนมัธยมฝรั่งเศส (เทียบเท่าเตรียมอุดมศึกษาของประเทศเรา).

๒. คุณสมบัติที่คิดของคณะอื่น ๆ ในมหาวิทยาลัยอื่น ๆ รวมทั้งบรรดาศักดิ์ทางกฎหมาย

และอักษรศาสตร์. (ขอสังเกตกับประเทศเราที่ไม่อนุญาตให้นักศึกษาอักษรศาสตร์เข้าศึกษาวิชาแพทย์เลย.)

๓. ผู้ที่ศึกษาจบชั้น ประกาศนียบัตรหรือ อนุปริญญาวิทยาศาสตร์ชีววิทยาของคณะวิทยาศาสตร์.

๔. นักศึกษาต่างชาติที่ฝรั่งเศส เทียบความรู้ให้เท่า.

๕. นักศึกษาแพทย์หรือแพทย์ต่างชาติจากมหาวิทยาลัยอื่น.

คุณสมบัติที่ปลุกย่อยอื่น ๆ อันเป็นระเบียบการภายใน มีลักษณะ คล้าย มหาวิทยาลัยทั่วไป.

เนื่องจากฝรั่งเศสเป็นชาติใหญ่ที่เก่าแก่, มีขนบธรรมเนียม, ภาษาและอักษรศาสตร์ เป็นที่คงคณานาชาติ, จึงมีนักศึกษากลุ่มของประเทศที่พูดฝรั่งเศสเข้าไป คึกคักมาก. อาจจะเป็นปัญหาในการอนุญาตประกอบโรคศิลป์ในดินแดนฝรั่งเศสเอง, ทางทางจึงแยกปริญญาทางแพทย์ออกเป็น ๒ ชนิด. แต่นักศึกษาทั้ง ๒ ประเภทนั้นคงเรียนหลัก

สูตรเดียวกันและสถานที่เดียวกัน.

๑. ปริญญา "Diplome d'Etat" ประสาทแก่นักศึกษาที่ผ่านชั้น Baccalaureat ของฝรั่งเศสหรือดินแดนส่วนหนึ่งส่วนใดใน อาณาจักรโพ้นทะเล. ปริญญานี้เป็นเช่นเดียวกับ ปริญญาแพทย์ ของ มหาวิทยาลัยของเรา, คือมีสิทธิในการประกอบโรคศิลป์ ตามกฎหมายในทกดินแดนที่ฝรั่งเศสปกครองอยู่. ฉะนั้นโดยพฤตินัยแล้วปริญญา นี้นจึงให้แก่นักศึกษาสัญชาติฝรั่งเศส. ถึงจะมี นักศึกษาชาติอื่นปนอยู่บ้างก็ส่วนน้อย, เพราะโดยทั่วไปนักเรียนมักจะเรียนชั้นมัธยมในประเทศบ้านเกิดของตนก่อนที่จะไปศึกษาต่อที่อื่น.

๒. ปริญญา "Diplome del' Universite'" ประสาทแก่นักศึกษาต่างชาติที่ไม่ผ่านโรงเรียนมัธยมของฝรั่งเศส. ปริญญานี้ถือเป็นเครื่องวัดวิทยฐานะเท่านั้น, ไม่มีสิทธิประกอบโรคศิลป์ในอาณาจักร.

หลักสูตร การศึกษา มีระยะเวลา ๖ ปี นับจากวัยเริ่มตน, ซึ่งเท่ากับประเทศของเรา. ข้อปลีกย่อยในการจัดตารางสอนวิชาแตกต่างกับประเทศอื่นบ้าง. แต่หลักสูตรรวมกันบรรรวิชาทุกแขนงเพื่อที่จะให้แพทย์ที่จบมาเป็น ผู้มีความรู้เช่นเดียวกับแพทย์จากมหา-

วิทยาลัยมาตรฐานทั่วโลก. ที่น่าสังเกตคือ นักศึกษามีโอกาสเข้าคลุกคลีกับคนใช้ตั้งแต่อยู่ในชั้นต้นๆ และการสอนในห้องป้าจุกถากพยายามสอนให้หมกหลักสูตรใน ๕ ปีแรก. ถึงปีที่ ๖ นักศึกษาเกือบไม่ต้องฟังป้าจุกถากเลย. คงใช้เวลาในบ้สัปดาห์เขาทำงานตามโรงพยาบาลต่างๆ ที่ทางมหาวิทยาลัยควบคุมการสอนอยู่. โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย รวมทงหมกในป้ารัส มี ๓๖ แห่งด้วยกัน. บางแห่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป. บางแห่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะโรค, ซึ่ง มี ศาสตราจารย์ ของ มหาวิทยาลัย เป็นหัวหน้าแผนก.

นักศึกษาแพทย์ที่ป้ารัส ชั้นหนึ่งๆ อาจจะไม่ไ้เรียนกับเพื่อนร่วมชั้นไปตลอดขย. ทงนสัปดาห์แต่ทางมหาวิทยาลัยจะจัดสรรให้เข้าศึกษาที่โรงพยาบาลไหน. เมออยู่ยบท ๓ อาจเรียนอยู่ กับ ศาสตราจารย์ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. ถึงปลายขยอาจจะต้องย้ายแผนกไปเรียนอยู่ อีกโรงพยาบาลหนึ่งจนครบหลักสูตร. แต่นักศึกษาทงหมกเมอศึกษาจบแล้วคงผ่านการสอบไล่ครั้งสัปดาห์ด้วยข้อสอบเดียวกัน, และก็ได้ชื่อว่าศึกษาจากมหาวิทยาลัยเดียวกัน, ไม่มีความรู้สึกแย่งแยก คณะ หรือ แย่งแยกโรงพยาบาลแต่

อย่างใด.

ระหว่างที่ศึกษาตั้งแต่ปีที่ ๒ ถึงปีที่ ๖ นักศึกษามีโอกาสสอบเข้าทำงานในโรงพยาบาล ตำบลต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัย (Externat et Internat) ซึ่งมีนักศึกษาเข้าสอบแข่งขันกันมากเกินกว่าตำแหน่งที่มีอยู่. ผู้ที่สอบได้คนขว้จะเป็นผู้ที่โชคค้เป็นพิเศษคือได้ทั้งเกียรติคุณ, ความชำนาญงานและเงินเดือนระหว่างที่ทำงานอยู่. ขณะเดียวกันทางมหาวิทยาลัยก็จัดตารางสอนให้สามารถเข้าฟังปาฐกถาไปพร้อม ๆ กันด้วย. (รายละเอียดการสอบเข้าทำงานใน ร.พ. ของปารีสจะปรากฏในบทความตอนต่อไป).

นักศึกษาที่สอบไล่ได้แล้วยังไม่ได้ปริญญา, ต้องทำงานในความควบคุมของศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกที่สังกัดอยู่ในที่สุดท้ายเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เพื่อปริญญาตรีบัณฑิต, ตามแบบขลบบทวิทยานิพนธ์มาแต่ดั้งเดิม. วิทยานิพนธ์นี้สัคแท้แต่เรื่องทศศึกษา. บางเรื่องก็เสียเวลานานอยู่ บางเรื่องก็เสียเวลามาก. ทงนี้สัคแท้แต่ความขยันขันแข็งของนักศึกษาค้ด้วย. ตามปกติที่วิทยานิพนธ์นี้ก้เกยรวบรวมไว้ที่หอสมุดมหาวิทยาลัย, ไม่ทำการตีพิมพ์แพร่หลาย.

นักศึกษาบางคนก็สอบไล่แล้วและรอเสนอวิทยานิพนธ์นี้ถือโอกาสเข้าศึกษาวิชาเฉพาะโรคหลังปริญญา, ซึ่งมีประมาณ ๒๕ แขนงวิชาให้เลือกเรียน. มีหลักสูตรตั้งแต่ ๓ เดือน ถึง ๓ ปี. ทงนี้สัคแท้แต่วิชาที่เรียน, เช่นโรคหัวใจ, โรคประสาท, จักษุวิทยา, รังสีวิทยา, โรคเมื่องร้อน ฯลฯ.

สำหรับการศึกษาระดับศาสตราจารย์แขนงนี้แขนงใดน้ไม่มีหลักสูตรวางไว้. ผู้ที่จะตั้งตนเป็นค้ลยแพทย์จะต้องพยายามสอบเข้าเป็นแพทย์ประจำบ้านเฉพาะค้ลยศาสตร์. โอกาสที่จะสอบนี้ไม่เคยให้ชาวต่างประเทศ (นอกจากชาวกรณ้). ฉะนั้นชาวต่างประเทศที่สนใจในวิชาค้ลยศาสตร์จะมีโอกาสก็ต่อเมื่อศาสตราจารย์ยอมรับเขาฝากงานอยู่ด้วยเป็นส่วนตัวโดยต้องออกค่าใช้จ่ายเอง. จะเข้าฝากงานอยู่นานเท่าใดก็ได้สัคแต่ทุนทรัพย์ของผู้ไปศึกษา. การศึกษาแบบนี้ถึงแม้จะเป็นการศึกษาวิธีการและผลงานอย่างใกล้ชิดของศาสตราจารย์ที่ม้ชื่อเสียงของประเทศ, คนทั่วไปมักจะไม่มองผ่านความสำคัญและมักไม่นิยม, เพราะภายหลังท้อออกจากสำนักศึกษาแห่งนี้แล้ว, จะไม่มีประกาศนียบัตรหรือปริญญาบัตรแสดงความสามารถในการเข้าสมัครทำงาน ด้ ท

หนังสือที่ตีพิมพ์การแข่งขัน. โดยเฉพาะเมื่อ
คณะ กรรมการ คัดเลือกไม่ได้พิจารณาถึง
เกียรติคุณของสถานศึกษาและคุณประโยชน์
ที่จะได้เป็นเกณฑ์แล้ว, ผู้ที่ไปศึกษาเขบน
จะอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบ และ ต้อง ท้อถอย
ในที่สุด.

แพทย์จากต่างประเทศ ที่จะไป ศึกษาต่อ
ในปารีสนั้นอาจจะเลือกเรียนวิชาเฉพาะโรค
แขนงใดแขนงหนึ่งใน ๒๕ วิชา ที่กล่าวมา,
หรือ อาจจะขอทำปริญญาคุณวุฒิพิเศษของ
มหาวิทยาลัยก็ได้. แต่ในกรณีหลังนี้จะต้อง
เรียนซ้ำที่ ๔, ๕ และ ๖ โดยไม่มีการยก
เว้น.

สำหรับนักศึกษาแพทย์ที่กำลังศึกษาอยู่
อาจจะไปศึกษาติดต่อกันได้, ไม่ต้องเสีย

เวลาเรียนซ้ำ. ทั้งนี้ก็นำผลการสอบและ
วิชาที่เรียนจากคณะค้ไปแสดง.

คณะแพทยศาสตร์ปารีส ใจว่า เก้าแก่ที่
สศแห่งหนึ่งของโลก, เคยมีเกียรติคุณอัน
ดั่งาม. ถ้าเราจะมุ่งศึกษาวิชาบางอย่างที่
ฝรั่งเศสมีส่วนเขบนตนคคแล้ว, มหาวิทยาลัย
ลยแห่งนั้นยังมีอะไร ๆ ที่น่าศึกษาอีกมาก.
ถึงแม้ภาษาฝรั่งเศสจะยาก, แต่ในจำนวน
๓๒ ภาษาที่ใช้ในเอกสาร ทาง แพทย์นั้น,
ภาษาฝรั่งเศส ก็ยังใช้บ่อยที่สุด ภาษาหนึ่ง.
ถ้าได้ศึกษาไว้บ้าง ก็คงจะเป็นประโยชน์แก่
วง การ แพทย์ ประเทศ ของ เรายัง ไม่ มาก
ก่น้อย.

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

๒. วิชาการกับปฏิบัติการ

๒๕ ก.ค.

ท่านบรรณาธิการที่เคารพที่ทราบ
หม่นสวรศิริราชของท่านมีเรื่องน่าอ่าน
หลายเรื่อง. ทผมสนใจมากคือเรื่องศิระ
ษอกชำในกัฟ้าชีวิตวของคุณหมออกม, ซึ่ง

เขียนให้อ่านได้สั้นก. นอกจากนั้นก็มีท
บรรณาธิการเรื่องการเขียนทศพทคำวิชา
การ, และบทบรรณาธิการพิเศษเรื่องศพท
กายวิภาคสากลของอาจารย์หมออกศ. (เล่ม
นั้นดูเหมือนท่านจะเขียนเสียคนเคยวเกือบ

ทงเดิม.) เล่มสุดท้ายก็ชื่อ “นักถึงคนไข้
ไว้อย่าง” ของท่านบรรณาธิการเอง. เรืองน
ทำให้ผมต้องเขียนจดหมายมาถึง. จะมาหา
ด้วยตนเองก็รู้สึกว่าจะกวนเวลาโดยใช้เหตุ.

เรื่อง “นักถึงคนไข้ไว้อย่าง” นึกใจ
ผมมาก, เพราะเป็นเรื่องที่ตัวเองเคยรั
สึกเมื่อเป็นนักเรียนอยู่. เคยนึกกลับเอาตัว
เองไปเป็นคนไข้ที่ถูกนำมานอนหรือนั่งตาก
หน้าเปลือยในห้องประชุมใหญ่อย่างนั้นบ้าง.
แล้วเราจะรู้สึกอย่างไร. ก็คอยตัวเองคิดว่า
ที่แรกเราคงอาย, แล้วก็ไม่สบายใจ. บาง
ทีจะพาลหงุดหงิดเอาเสียด้วย. เมื่อเห็น
ท่านบรรณาธิการเขียนออกมาอย่างนั้นจึงคิด
ใจมากที่มันคิดและเห็นความสำคัญใน
เรื่องนี้. ตอนนั้นผมไม่เคยเล่าเรื่องที่ตัวเอง
คิดกลับ ๆ อย่างนี้ให้ใครฟัง, กลัวจะโดน
หาว่าคิดอะไรไม่เข้าเรื่อง, ไม่เห็นเป็น
“วิชาการ”. ใคร ๆ มุ่งแต่วิชาการจน
ไม่เหลียวมองถึงหัวใจของคนอย่างที่เรา
บ้าน ๆ เขานึกกัน.

มอกเรื่องหนึ่งที่ผมเห็นว่าควร “นักถึง
คนไข้ไว้อย่าง” เหมือนกัน. คือการเร่งรัด
นักเรียนเจ้าของคนไข้ในห้องรักษาให้เขียน
รายงานให้เสร็จใน ๒๔ ชั่วโมง. ผมขอ
สารภาพเสียในคราวนี้เลยว่าบางรายเราทำ
ไม่ได้. ไม่สามารถจะทำให้สัมบูรณ์ได้จริงๆ

ในเวลาที่กำหนดไว้ให้, และมีข้อ ๆ ที่ผม
จำต้องเหลือท้วงไว้หลายบันทึก, โดย
เฉพาะที่เกี่ยวข้องประวัติอดีตและประวัติครอบ
ครัว. ถ้าเกี่ยวกับการตรวจร่างกายและตรวจ
ทางห้องทดลองละก็พอจะทำให้เรียบร้อย
ได้. แม้กระนั้นการตรวจทางห้องทดลอง
บางอย่างก็ยังไม่ทำไม่ได้. เห็นใจคนไข้ว่าเขา
เพิ่งเข้ามาอยู่โรงพยาบาลวันแรกก็โดนซัก
นั่นซักนั่น, ตรวจโน้นตรวจจนจนเหนื่อย. บาง
คนก็ขงนกรอเรื่องราวความเจ็บป่วยครั้งเก่า ๆ
ของตนไม่ได้. แต่พอเขาค้นกับสถานที,
ค้นกับผู้คนในโรงพยาบาลชน, เราก็คง
ประวัติทีละเอี๊ยดขึ้น. โดยที่บางทีเราไม่ต้อง
ไปนั่งซักนั่งจกเลย. อย่างช้าในวันที่สองที่
สามเท่านั้นเองที่เขารู้สึกเป็นกันเองกับเรา.
ตอนนั้นแหละที่ผมกลับไปติดตามบันทึกท้วง
เผื่อเอาไว้. ผมไม่ชอบการจู่โจมในวันแรก,
ซึ่งคนไข้บางคน (ที่จริงส่วนมาก) ยังคิดถึง
บ้าน, ยังหวนกลับในการอยู่โรงพยาบาล,
ยังไม่สู้เต็มใจที่มันคน มารบกวนถามซัก-
แซก. แต่บางคนก็, ให้ความร่วมมือกับ
นักเรียนเจ้าของไข้อย่างเต็มใจ. ผมคิดว่า
คงมีนักเรียนแพทย์ใช้วิธีนี้แบบเดียวกับผม
อยู่ไม่น้อยเหมือนกัน.

ด้วยความรักและเคารพ

ณ.พ.ภ.

๓. ปราชญ์ต่อปราชญ์

ครึ่งหนึ่ง จวงสี่ไปเดินเล่นกับสหยาซอ
ยู่สี่และพากันเดินข้ามสะพานแห่งหนึ่ง.

จวงสี่พูดขึ้นว่า “คุณปลาพวกนั้นซี.
ช่างว่องไวเสียจริง ๆ, ทงกระโดดและแล่น
ได้กันเล่นน่าสนุก. น้แหละเป็นความสุขของ
ปลาละ.”

ยู่สี่ท้วงขึ้นว่า “ท่านไม่ใช่ปลา. ทำ
อย่างไรจึงรู้ได้ว่าปลาเป็นสุข.”

จวงสี่ “ท่านก็ไม่ใช่ข้าพเจ้า, ทำ
อย่างไรท่านจึงรู้ว่าข้าพเจ้าไม่อาจรู้ถึง
ความสุขของปลา.”

ยู่สี่ว่า “ข้าพเจ้าไม่ใช่ท่าน. เพราะ
ฉะนั้นข้าพเจ้าย่อมมีเรื่องของท่านอย่างหมด
สิ้นไม่ไ้. แต่เป็นท่ประจักษ์จริงแท้ที่เคย
ว่าท่านไม่ใช่ปลาและเพราะฉะนั้นก็ไม่มีญ-

หว่า ท่านย่อม จะไม่อาจรู้ถึงความสุขของ
ปลา”.

จวงสี่ตอบว่า “เราขออนไปพดกันถึง
ตอนต่งตนใหม่เถอะ. ท่านถามว่าข้าพเจ้า
ไ้ไ้อย่างไรว่าปลามีความสุข. แต่ที่จริงนั้น
ท่านกรออยู่ก่อน แล้วว่าข้าพเจ้าหรือไม่รู้,
ก่อนที่ท่านจะถามเสียอีก. ข้าพเจ้ารู้ว่าปลา
มีความสุขเพราะว่าข้าพเจ้าเองรู้สึกเป็นสุข
ขณะทมของคมันเล่นกันจากบนสะพาน.”

(จวงสี่มีชีวิตอยู่ระหว่าง ๓๖๕ กับ
๒๘๖ ปก่อนคริสตกาล.)

(จากขุนเวอริตาส เล่ม ๒, ๑๘๕๘ แปลจากภาษา
จีนโดย ฮันส์ สตังเง่)

อ.ก.

หน้าสำหรับนิสิต

๑. เฟร็ดเดอริก กาวแลนด์ ฮ็อปกินส์
ผู้ได้รับรางวัลโนเบล ปี ๑๙๒๙

งานสำคัญของท่านผู้นี้คือ การที่พบว่า นอกจากโปรตีน, ไขมัน, คาร์โบไฮเดรต และเกลือแร่แล้ว, ยังมีอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายอีกอย่างหนึ่ง, คือวิตามิน. เมอร่างกายขาดวิตามินชนิดใดชนิดหนึ่ง, จะไม่เจริญเติบโตและเกิดเป็นโรคขึ้น.

ชีวประวัติ เฟร็ดเดอริก กาวแลนด์ ฮ็อปกินส์

(Frederick Gowland Hopkins) เกิดเมื่อวันที่ ๑๐ มิถุนายน ๑๘๖๑ ณ ตำบลฮิลท์บอร์น, เมืองซัสเซกซ์, ประเทศอังกฤษ. ภายหลังที่เขาเกิดมาได้ไม่นานบิดาก็ตาย. จึงอาศัยอยู่กับแม่. ได้เข้าเรียนหนังสือที่โรงเรียนเล็กๆ ใกล้บ้านเมื่ออายุได้ ๖ ขวบ. เมื่ออายุได้ ๘ ขวบก็เริ่มสนใจกับกล้องจุลทรรศน์ของบิดา. ในปี ๑๘๗๑ ได้ย้ายไปอยู่กับลุง — เจมส์ กาวแลนด์ที่เมืองเชนฟีลด์ และได้ศึกษาที่ซคตย์ฮอพลอนคอนสกูล. เมื่อ

อายุได้ ๑๗ ขวบเขารับเข้าเรียนหนังสือ, จึงเข้าทำงานที่บริษัทประกันภัยแห่งหนึ่ง. แต่ทำอยู่ได้เพียง ๖ เดือนก็ลาออก, และสมัครทำงานกับนักเคมีวิเคราะห์แห่งหนึ่ง. ขณะเดียวกันก็ได้เข้าเรียนที่รอสเวลล์สกูลออฟไทม์ที่เซาท์เคนซิงตัน. ภายหลังที่ใคร่ปรารถนาจะนิยัตินักเคมี, ค็อคเตอร์ (ต่อมาเป็นเซอร์โรมส์) สตีเวนสันได้ชวนให้ไปช่วยทำงานในห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลกายส์อนมิลล์. ระหว่างที่ทำงานอยู่นี้ก็ได้สอบและรับปริญญาจาก มหาวิทยาลัยลอนดอนในปี ๑๘๘๘. จึงได้เข้าศึกษาวิชาแพทย์ที่โรงพยาบาลตนเองและได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตในปี ๑๘๘๙. แล้วสมัครเป็นอาจารย์อยู่ที่นั่น. ในปี ๑๘๘๘ ได้ย้ายไปเป็นอาจารย์อยู่ที่เคมบริดจ์ตามคำเชิญของไมเคิล ฟอสเตอร์. ณ ที่นเองเขาได้ทำงานอยู่จนกระทั่งถึงแก่กรรมและมีชื่อเสียงเลื่องลือว่าเป็นนักสรีรเคมีชั้นแนวหน้าของ

อังกฤษ. เขาได้ก่อตั้งแผนกขนควยลำพอง
 ตนเอง, กบทั้งไครยเกยรตมากมาย, รวม
 ทั้งไครยแดงตงเป็นเซอร์เมอช ๑๕๒๕, ไคร
 วยเหวียนคอปลอย ปี ๑๕๒๖, รวงวัลโน-
 เบิ้ล ปี ๑๕๒๘, ได้เป็นนายกราชยัตย
 สถาน ปี ๑๕๓๑, และได้รับประกาศนียบ
 ัตรยกย่องคุณความดีในปี ๑๕๓๕. ได้ลา
 ออกจากงานเมอช ๑๕๔๓ และถึงแก่กรรม
 ปี ๑๕๔๗. นอกจากผลงานศึกษากบวกับ
 วิตะมินและวิชาโภชนาการแล้ว, ยังมีขอ
 เลียง โค้ง คัง เกี่ยวกับเรื่อง กลตาไอออน,
 กรตยวิค, เคมีของกลามเนอ, และการ
 ออกซิเตชันของทิสซิวอีกด้วย.

เรื่องที่ได้รับรางวัลโนเบิ้ล "...เมื่อ
 ข้าพเจ้าเริ่มเข้าทำงานใหม่ ๆ ข้าพเจ้ารู้สึก
 ว่าการสอนในวิชาโภชนาการนั้นยังไม่เป็น
 การเพียงพอ, และขณะที่เข่นนการศึกษา
 แพทยเมอช ๑๘๕๐ นั้นยังเห็นว่าสอน
 ก็น้อยเหลือเกิน. การสอนเรื่องโรค
 ลักกะขี้ลักกะเข็ดและโรคกระดูกอ่อนกรัสก
 ว่าเพิกเฉย ต่อความ สำคัญ ของการ สังเกต
 เก่า ๆ ที่ไครยบทกไว้. ข้าพเจ้าจึงมีความ
 ประารถนาอย่างยิ่ง ที่จะศึกษา โรค เหล่านั้น
 จากแง่ของโภชนาการ. แต่โชคไม่ช่วย
 โดยที่ข้าพเจ้าไม่มีโอกาสได้ติดต่อกับผู้ช่วย,

จึงจำต้องใช้ ตัวของข้าพเจ้าเอง สำหรับทดลอง
 ในเรือน. ข้าพเจ้าจึงได้สำนึก, เช่น
 เคยพบกับคนอื่น ๆ ที่ได้ประสบมาก่อน, ว่า
 การที่จะเข้าใจเรื่องโภชนาการดี, มิใช่เพียง
 แต่ต้องมี ความรู้ และ ความ เข้าใจ ในสาขา
 ช่วเคมีให้ดีกว่าคนอื่น, ยังต้องมีความรู้ใน
 เรื่องโปรเทอนให้ดีกว่าคนอื่นด้วย. ฉะนั้น
 เมอ ข้าพเจ้า ได้ วย เหวียน ให้ ไป ร่วม งาน ที่
 มหาวิทยาลัยเคมบริดจ์, ข้าพเจ้าจึงได้เริ่ม
 วยงานชนนทนนท....."

"จาก การ ทดลองของ ข้าพเจ้า เกี่ยวกับ
 ความ สำคัญ ของ กรตยะ มิโน แต่ ละ ชนิด
 ข้าพเจ้าได้พบความ สำคัญ ถึงการ ให้อาหาร
 อุดมประเภทหนึ่งนอกเหนือไปจากอาหารอื่น ๆ
 ที่เราทราบกันดีแล้ว, และในปี ๑๕๐๖—
 ๑๕๐๗ ข้าพเจ้าจึงแน่ใจว่าหน้ดักจรไม่
 สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้, เพียงแต่ได้อาหาร
 โปรเทอน, ไขมัน, และคาร์โบฮัยเดรตที่
 บริสุทธิเท่านั้น. ข้าพเจ้าจำได้ว่าเคชอนซึ่ง
 ใช้เป็นอาหารโปรเทอนเลี้ยงหน้ดักจร, บาง
 ครั้งก็ได้ผลแต่บางครั้งก็ไม่ได้. แต่ถ้า
 หากเอา มา ล้าง ด้วย น้ำ และ แอล กอ ฮอล
 เสียก่อนแล้ว, จะหมคคณสมข้ติในการช่วย
 ให้หน้ดักจรเคยโต. ข้าพเจ้าพบว่าหน้ดักจร

นำสกัดยีสต์สกัด ให้ผลดีกว่า นำ สกัดเคซอเนน
เสียบอก. ขอนแสดงว่า นานมนำสกัดยีสต์,
หรือ นำ สกัดเคซอเนน คง มีสาร สำคัญ ที่ช่วย
ให้หนูเจริญเติบโตได้. ข้าพเจ้าเรียกมันว่า
“วัตถุช่วยอาหาร” (accessory factors)

ซึ่งถ้าหากร่างกายขาดไปก็จะมีเกิด “โรค
ขาดธาตุอาหาร” (deficiency diseases)
ชนิดได้. ข้าพเจ้าได้ทรงรอกำนำเอาชนิดที่ผล
ได้ออกเผยแพร่เงิน ๔ ปีต่อมาภายหลัง.”

สนอง อุณาภูล พ.ด., M.S.

๒. คริสเตียน ไอคแมน

ผู้ได้รับรางวัลโนเบล ปี ๑๙๒๙

งาน สำคัญของ ท่าน ผู้ คอการ ค้นพบ
วิตามินที่ขงกันและรักษาโรคเหน็บชา, ซึ่ง
จัดว่าเป็นวิตามินชนิดแรกที่ค้นพบ, ทั้ง ๆ
ที่โรค เหน็บชา ได้เป็นกันมา หลายศตวรรษ
แล้ว และ ได้ขุ่น ทอน สุขภาพ ตลอด จน ชีวิต
มนุษย์เสียมากต่อมาก. ฉะนั้นในการ
พิจารณางานชิ้นเยี่ยม ในทาง แพทย์ประจำ
๑๙๒๙ ท่านผู้นี้จึงได้รบเลือกให้เป็นผู้
รับรางวัลโนเบลร่วมกับเฟร็ดเคอริค กาว-
แลนค์ ฮ็อปกินส์.

ชีวประวัติ คริสเตียน ไอคแมน (Chris-
tiaan Eijkman) เป็นบุตรของครูผู้หนึ่ง,
เกิดเมื่อวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๑๘๕๘, ที่

เมืองนิชเชอวอค, ซึ่งเป็นเมืองเล็ก ๆ ใน
ประเทศเนเธอร์แลนด์. เมื่ออายุ ๑๘ ปีได้
เข้าเรียนที่มหาวิทยาลัย อัมสเตอร์ดัม. เมื่อ
จบแล้วก็ได้สมัคร เป็นอาจารย์ ในแผนกสัตว-
วิทยา. ในปี ๑๘๘๓ ได้ถูกเกณฑ์เป็น
แพทย์ทหารและถูกส่งตัวมาอยู่ชวา ๒ ปี.
ได้สนใจใน วิชายุคเตร และภายหลัง ทดลอง
กินสุ มาดภูมิได้. เพียงปี เดียวก็ ถูกส่งตัวมา
ชวาอีกครั้ง เพื่อคนควาเรื่องโรคเหน็บชา,
ซึ่งในขณะนั้นเขา ใจกันว่า สาเหตุ เนื่องจาก
เชื้อโรค. เขาได้ดำรงตำแหน่งเป็นผู้ช่วย
การสถาปนาศูนย์วิทยาและ วิทยายุคเตรซึ่ง
เพิ่งสร้างขึ้นใหม่ในกรุงชัตเวีย, จึงได้มี
โอกาส ศึกษาเรื่อง โรค เหน็บ ชาและ โรค

“เลือดจางแห่งตะวันออก” และมีส่วนในการแสดงว่าเมตะบอลิซึมของร่างกายเปลี่ยนแปลงได้ตามอุณหภูมิของอากาศ. นอกจากนี้ยังได้ศึกษาที่ทดสอบยาซิลลิคโคไลในน้ำ (Eijkman's test) ด้วย. ในปี ๑๘๙๖ ได้ล้มช่วยลงจึงกลายชุกุมิ, และดำรงตำแหน่งเป็นศาสตราจารย์สาธารณสุขที่มหาวิทยาลัยอุเทรคท์จนกระทั่งปี ๑๙๒๘ และถึงแก่กรรมในปี ๑๙๓๐.

เรื่องที่ได้รับรางวัลโนเบล “.... อธิบายเหตุได้นำให้ข้าพเจ้า ไปสู่จุดหมายขณะอยู่ที่กรุงชัตเวย์, ไก่ที่เลี้ยงไว้ที่คลองจำนวนมากเกิดป่วยขึ้น, มีอาการคล้ายโรคเหน็บชาในคน, คือเดินเซย่องเซย่ง, กล้ามเนื้ออ่อนกำลัง. หกล้มบ่อย. ในที่สุดเป็นอัมพาตของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ. หน้าและหงอนเขียวคล้ำ, ซึม, อุณหภูมิของร่างกายลดต่ำและตาย. จากลักษณะอาการที่ปรากฏและยืนยันด้วยการตรวจโดยกล้องจุลทรรศน์, แสดงว่ามีการอักเสบของประสาททั่ว ๆ ไป”

“เมื่อคำนึงถึงสาเหตุ ในชั้นต้นเข้าใจว่าคงเป็นโรคกระษาศิว. จึงได้ทดลองการกักต้อกับสัตว์ที่ตายและสัตว์ที่กำลังป่วย. ก็พบว่าหามีการติดต่อกันได้ไม่. ตรงกันข้าม,

พวกไก่ที่ เกษแยก ไว้ต่างหาก สำหรับเปรียบเทียบกับเกิดเป็นโรคขึ้น. เชื้อโรคและพาราสิตก็หาไม่พบ.”

“จะนับว่าโรคร้ายหรือโรคดีก็แล้วแต่, โอกาสที่จะทำการค้นคว้าต่อไปได้สิ้นสุดลงอย่างยับยั้ง, โดยที่โรคนี้ได้อันตรธานหายไปเสียแล้ว. พวกไก่ที่กำลังเจ็บอยู่ก็ค่อย ๆ หายเป็นปกติ. ไก่ที่ตกไม่ช่วยอีกต่อไป. เพราะเหตุที่เกิด ความสงสัย ในเรื่องอาหาร, และเผอิญก็เป็นการถูกต้องในที่สุด.”

“โดยที่สถานีของเราเพิ่งสร้างขึ้นเป็นการชั่วคราว และปลูก สร้างอยู่ในโรงพยาบาลทหาร, แม้ว่าอยู่ใต้การปกครองทางฝ่ายพลเรือนก็ตาม. จากการสอบสวนปรากฏว่าคน เลี้ยง ไก่ได้เอาข้าวที่เหลือจากโรงครัวของโรงพยาบาลทหารเลี้ยงไก่. ต่อมาพ่อครัวของ โรงพยาบาล ทหารได้ลาออกไป และพ่อ ครัวคน ใหม่ใน ชั้น ต้น ไม่ยอมให้อาหาร ของ โรง พยาบาล ไป เลี้ยง ไก่. คน เลี้ยง ไก่ จึงจำ ต้อง หง ข้าว เลี้ยง ไก่เอง ระหว่างวันที่ ๑๐ มิถุนายน ถึงวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน. ไก่เกิดเป็นโรคขึ้นในวันที่ ๑๐ กรกฎาคม และหายก่อนปลายเดือน พฤศจิกายน.”

“จากปรากฏ การณ์ ที่เกิด ขึ้น แสดงว่าอาหารมี ความสัมพันธ์กับการป่วย ของ ไก่.

จึงได้ทำการทดลองเลี้ยง ไก่ด้วยข้าวทสแล้ว
 ภัยข้าวซ้อมมือที่ใช้เลี้ยงพวกทหาร, และ
 ได้ผลแน่ชัดว่าไก่ที่กินข้าวขาวจะเกิดเป็นโรค
 ขนภายหลัง ๓-๔ สัปดาห์. ส่วนไก่ที่กิน
 ข้าวแดงปรกติ, ทั้งที่เคยป่วยภายหลังที่ให้
 ไก่ช่วยกินข้าวแดงก็กลับหายเป็นปรกติได้.”

“โดยที่ ข้าวแดง และข้าวขาว แตกต่าง

กันที่ผิวข้าว (“ซิลเวอร์สกิน” หรือ เพอร์
 คาร์ป) ฉะนั้นสารที่มีคุณสมบัติของมันและ
 วิทยาโรคนี้คงมี อยู่ที่เปลือกข้าวเอง,
 ซึ่งข้าพเจ้าพิสูจน์ว่าเป็นเช่นนั้นจริงโดยสกัด
 ด้วย น้ำ หรือ แอลกอฮอล์ แล้วเอา ไป ให้ไก่ที่
 เป็นโรคกินก็หายป่วยได้.”

สนอง อุณาคุล พ.ด., M.S.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๐๑

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u>							
ใหม่	๒,๕๐๗	๑,๓๐๘	๑,๕๖๔	๑,๓๑๗	๑,๘๔๔	๓๘๗	๘,๙๒๗
เก่า	๔,๐๖๘*	๒,๔๒๕	๒,๕๕๓	๑,๗๓๔	๒,๖๒๐	๖๕๘	๑๔,๐๕๘
รวม	๖,๕๗๕	๓,๗๓๓	๔,๑๑๗*	๓,๐๕๑	๔,๔๖๔	๑,๐๔๕	๒๒,๙๘๖
<u>ใน</u>	๓๒๑	๓๘๘*	๑,๐๘๘	๑๐๓	๔๓๘	—	๒,๓๕๐

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๕๐๗.* จักษุ ๔๓๒. สูติ - นารี ๒๕๘. รวม ๑,๑๙๗* ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๓๕๗, หญิง ๓๗๒, รวม ๗๒๙. คลอดตาย, ชาย ๘, หญิง ๓, รวม ๑๑.

๔. ผู้ป่วยตาย ๒๑๑ คน (๘.๐๒๕. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๘๘ ราย (๔๒.๒๑๕. ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๖๗๒ ครั้ง. ข้างนอก ๗ ครั้ง. รวม ๖๗๙ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๓,๘๑๕* คน, รักษาใหม่ ๘๑* คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๒๘๗ ครั้ง. รังสีบำบัดรักษา ๒๐ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓๘ ครั้ง. โคอะเธอรัมมี่, รักษาใหม่ ๑ ครั้ง. รักษาใหม่และเก่า ๖ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๘๕ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๕,๕๓๖ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๘๘ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๖๐๒ ราย (จากภายนอก ๑๘๖ ราย). แอ็กกูติ เนชั่น ๖๘. วัสดุเซอร์แมนและคาห์น ๒,๖๕๘.* หมู่เลือด ๕๗๒. นั้บเม็ดเลือด ๑๕๑. หาเชื้อบักเตรี ๖๐. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๑๕. อูจจาระ ๑๘๖. บัสสาวะ ๑๘๘. เสมหะและอื่น ๆ ๒๒. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๑๕. อูจจาระ ๔๒๘. บัสสาวะ ๘. น้ำไขสันหลัง ๕. เสมหะและอื่น ๆ ๔๐๗.* นิ้ดสต์ตัวทดลอง - เพาะเชื้อ บัก ๑๓. ตรวจทดลองตัวจิต ๓๔. ตรวจศพนิติเวช ๑๖. ตรวจของกลาง ๖.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๔๑. เจาะน้ำสันหลัง ๖. เจาะตับ ๖. น้ำช่องปอด ๑๓. อัดลมเข้าช่องปอด ๘. อัดลมเข้าช่องท้อง ๖. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๖. นิ้ดยาซีฟฟัส ๑๓.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๒๒๖. ถอนฟัน ๖๒๑. อุดฟัน ๑๘๔. ผ่าตัดช่องปาก ๔๔.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม

การประชุมวิชาการประจำเดือน มีการ
ประชุมวิชาการประจำเดือนในวันเสาร์ที่ ๑๘
 ตุลาคม ๒๕๐๑ เวลา ๑๐.๓๐ น. ณ
 ห้องประชุมของแผนกพยาธิวิทยา เรือง
 วัฒนาแสงทอง :

๑. เทคนิคของ ร็อง โฆกราฟฟี ใน
 ผู้ใหญ่. น.พ. สมชัย ขรรค์ทิพย์ แห่งแผนก
 อายูรศาสตร์เป็นผู้แสดง
๒. วิทยุรอยโคติส, การศึกษาทาง
 พยาธิร่วมคลินิกใน ๖๐ กรณี น.พ. ทิน
 รัตน์ สถิตนิมานการ แห่งแผนกพยาธิวิทยา
 เป็นผู้แสดง.

การสอบไล่ วิชา แพทย์ วิทยาลัยการศึกษานักศึกษา
แพทยบทที่ ๒ เมื่อวันเสาร์ ที่ ๒๐ กันยายน
 ๒๕๐๑ เวลา ๙.๐๐-๑๒.๐๐ น. ได้มี
 การสอบไล่ วิชา แพทย์ วิทยาลัยการศึกษานักศึกษา แพทย์
 บทที่ ๒ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย.
 อาจารย์ผู้ควบคุมการสอบคือ : น.พ. เกษม
 ลิมวงศ์ แห่งแผนกคัลยศาสตร์, น.พ.

กรุงไกร เจนพาณิชย์ แห่งแผนกสรีรวิทยา,
 และอาจารย์ ในหน่วยวิชา แพทย์ วิทยาลัยการศึกษานักศึกษา แห่ง
 แผนกพยาธิวิทยา.

การสอบไล่ วิชา พยาธิ วิทยาลัยการศึกษานักศึกษา
แพทยบทที่ ๓ แผนกพยาธิวิทยา ได้ดำเนินการ
 การสอบไล่ วิชา พยาธิ วิทยาลัยการศึกษานักศึกษา, ทั้งภาคปฏิบัติ
 และข้อเขียน, ดังนี้ :

วันอังคาร ที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๐๑
 เวลา ๑๔.๐๐-๑๗.๐๐ น. สอบภาค
 ปฏิบัติ ณ ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาของ
 แผนก. อาจารย์ผู้ควบคุม คือ น.พ. ประ-
 เสวี จู ภาจรัญ.
 วันศุกร์ ที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๐๑ เวลา
 ๑๔.๐๐-๑๖.๐๐ น. สอบข้อเขียน ณ
 หอประชุมราชแพทยาลัย. อาจารย์ผู้ควบคุม
 คือ : น.พ. ศิษย์พงศ์ ชนกำไร แห่ง
 แผนกกายวิภาคศาสตร์, น.พ. กัมพล
 ประจวบเหมาะ แห่งแผนกคัลยศาสตร์ และ
 อาจารย์ในแผนกพยาธิวิทยา.

บันทึกท้ายสมุด

๑ “กลุ่มอาการที่ทเซ” ของคุณหมอชาญ สถาปนกุล, เป็นเรื่องที่ “ตกค้าง” มาจากฉบบัทยาศาสตร์. กลุ่มอาการนี้มีความสำคัญในตำราอนัตตราชจากโรค, แต่อาจมีความสำคัญในตำราอนัตตราชจากการรักษาที่ไม่ถูกต้อง. อาการที่เกกอกอนชนทกระตักส่วนหน้าอกอาจทำให้คนไข้ตกใจ, อาจไปหาหมอที่ไม่ทราบเรื่อง, และอาจได้รับการศึกษาไปในทางหลง, เช่นคิดว่าเป็นวัณโรคหรือเนื้องอกที่กระตักเช่นกัน. ถ้าแพทย์ทราบหรือวินิจฉัยได้ถูกว่าเป็นกลุ่มอาการที่ทเซ, การรักษาก็ง่าย, เพราะแม่ไม่ทำอะไรโรคหายเอง. คนไข้ก็ไม่ต้องลำบากเสียเงินเสียทองและเป็นกังวลในเรื่องโรคของตัว. บทความสั้น ๆ ของคุณหมอชาญมีประโยชน์ดังนี้. สำหรับท่านเจ้าของเรือนนเวลานักกลางศึกษาเพิ่มเติมอยู่ในสหรัฐฯ, แต่จิตใจยังระลกลด “บ้านเก่า” อยู่ และเออเพื่อส่งเรื่องสั้น ๆ มากำนัลแก่สารศิรราชเสมอ. เราขอขอบคุณไว้ในทนด้วย.

๑ เรามีความยินดีที่จะแจ้งให้ทราบทั่วกันว่านอกเหนือจากบทความพิเศษของคุณหมอสงกรานต์ เราได้รับคำมั่นจากท่าน

ศาสตราจารย์ อุตม โยษะภฤษณะว่าจะให้บทความ “ชุด” อีกชุดหนึ่ง, คือ “ชุดประสาทศัลยศาสตร์” ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจสำหรับทุกคน, มีเพียงแต่คล้ายแพทย์ทางสมองเท่านั้น. ที่เรากล่าวจะจริงเพียงใดเห็นได้จากบทความที่หนังสือพิมพ์ในฉบับนี้, ซึ่งว่าด้วยประวัติ “เป็นการไหว้ครู” ตามคำของท่านผู้เขียน. การเขียนของท่านผู้แปลดีกว่าการเขียนของคนอื่น ๆ ในหลายแง่. โดยมากทำให้อ่านเพลิน, ทำให้เรื่องยากตกกลายเป็นง่าย. มีหลักฐานสนับสนุนข้ออยู่ในแผนกพิเศษ. สำหรับบทความประสาทศัลยศาสตร์นี้เราตั้งใจว่าจะนำลงทุก ๆ สองเดือน, เพื่อเหลอหน้ากระตักไว้สำหรับเรื่องอื่น ๆ ที่ไม่ประจำง่าย, เพราะเรามีบทความพิเศษเป็นประจำอยู่หนึ่งเรื่องแล้ว.

๑ คุณหมอสงกรานต์ นิยมเสนอให้บทความที่น่าสนใจแก่ทุกคนอีกครึ่งหนึ่ง. การทำพินัยกรรมมิใช่เป็นเรื่องง่าย ๆ อย่างที่บางคนอาจเข้าใจ. หากปฏิบัติไม่ถูกต้องเรื่องราวทั้งหมดอาจกลายเป็นโมฆะ, และเนื่องด้วยกรเบคพินัยกรรมกระทำต่อเมื่อเจ้าของถึงแก่กรรมไปแล้ว, ย่อมไม่มีทาง

อะไรที่จะกลบมาแก้ไขได้อีก. เพราะฉะนั้น การทำจึงต้องปฏิบัติโดยรอบคอบและต้องหา คนที่มีความรู้เฉพาะมาจัดทำ, คือทนาย ความ. สำหรับแพทย์มีบทบาทพิเศษในเรื่อง นี้, เพราะเป็นผลต่อทำให้การนอนหลับเหลว ใจหมด, เช่นโดยแสดงว่าผู้กระทำผิดนิย- กรรมไม่มีสิทธิ์สมรรถนะเช่นคน. การทำผิดนิย- กรรมนเป็นอีกโอกาสหนึ่งทแพทย์อาจ ทำ หน้าที่เพื่อผลของความยุติธรรมได้. เพราะ ฉะนั้นแพทย์ทุกคนจึงควรทราบ, เพื่อจะได้ ปฏิบัติหน้าที่ของตนได้ถูกต้อง.

๑ ในสมัยเมื่อก่อนการแพทย์, นอก จากในบ้านเราแล้วคนส่วนมากก็มักจะไปดู ที่ในอเมริกาเป็นสำคัญ. แต่ความจริงในประ- เทศอื่น ๆ การแพทย์ก็อาจมีความคึกเป็น

พิเศษและมีความสำคัญเกี่ยวพันถึง การ แพทย์ในบ้านเราด้วยก็ได้. นอกจากนั้นยัง มีความจริงว่าการแพทย์เกี่ยวของกันทั่ว โลก. เราจะมองแต่เพียงบ้านใดบ้านหนึ่ง นั้นไม่สมควร, ควรจะมองไปรอบ ๆ. ด้วย เหตุนี้เราจึงมีความยินดีชมเชยเรื่องเกี่ยวกับ การ แพทย์ในประเทศฝรั่งเศสมาเสนอแก่ท่าน สมาชิกในฉบับนี้, แม้เป็นเพียงส่วนน้อยและ เป็นเรื่องสั้น ๆ เฉพาะด้านการศึกษา, แต่ก็ คงพอที่จะแสดงให้เห็นได้ว่าการแพทย์ ที่อื่น, นอกจากในบ้านเราและในอเมริกา, ก็ มีเรื่องที่น่าสนใจเหมือนกัน. เราหวังว่าจะได้ รับความเอื้อเฟื้อในท่านองนอก, เพื่อช่วยให้ พวกเรามีทิศทางว่างชน.

การส่งเงินค่าบำรุง

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