



สารศิริราช

SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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



ปีที่ ๑๓, ฉบับที่ ๙, กันยายน ๒๕๐๔	Volume 13, Number 9, September 1961.
-----------------------------------	--------------------------------------

ลาวตานตาลัม ๑๘๒ ในการรักษามะเร็ง

ร่มไทร สุวรรณิก พ.บ., M.Sc. Med. (Penn.), F.I.C.S.

กวี หังสุบุตร พ.บ. และ วิสุทธิ์ วุฒิพุกษ์ พ.บ.

(แผนกรังสีวิทยา, หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ น.พ. อำนวย เสมรสชุด)

ลาวตานตาลัม ที่นำมาใช้ที่โรงพยาบาลศิริราชเป็นลาวคทมขนาดเดียวกับที่ใช้ที่ Royal Marsden Hospital ลอนดอน. ลวดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๐.๔ มม., ประกอบด้วยตานตาลัมเคลือบด้วยทองคำขาวหนาโดยรอบ ๐.๑ มม. เส้นผ่าศูนย์กลางทั้งหมดจึงเป็น ๐.๖ มม. มีน้ำหนัก ๐.๐๑๘๒ กรัมต่อ ซม. ของตานตาลัม. ลวดเส้นหนงๆ ยาว ๑๒.๕ ซม., งอทบเป็นรูปลาวคทม. จัดไว้เป็นหน่วยๆ ละ ๘ ชุดในกระป๋องสำหรับส่งไปฉายรังสีที่ซาวเวลล์. ถ้าใช้ pile factor ๓ ประมาณ ๑ สัปดาห์

เรื่องย่อ. สุวรรณิก. ร่มไทร, กวี หังสุบุตร, วิสุทธิ์ วุฒิพุกษ์. ลวดตานตาลัม ๑๘๒ ในการรักษาโรคมะเร็ง. สารศิริราช ๒๕๐๔ (ก.ศ. ๑๕๖๑), ๑๓ : ๔๕๕-๕๐๕.
ตานตาลัม ๑๘๒ ให้รังสีแกมมา เมื่อทำเป็นเส้นลวดแล้วอาจดัดให้มีรูปเหมาะสำหรับสอดเข้าในช่องหรืออวัยวะต่างๆ, หรือใช้ฝัง. ข้อสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติคือต้องคิดขนาดของรังสีให้ถูกต้อง. รายงานนี้เสนอตัวอย่างคนไข้มะเร็ง ๘ ราย, ซึ่งรักษาด้วยลาวตานตาลัม ๑๘๒. มีตัวอย่างการคิดคำนวณขนาดรังสีที่ได้รับโดยละเอียด. ผลการรักษาต่างๆ ไปเป็นที่น่าพอใจ.

จะได้กัมมันตภาพรังสีประมาณ ๐.๗๕ mc ต่อความยาว ๑ ซม. ของตานตาลัม ๑๘๒.

แต่ของเรานี้ได้ข้อร้องทาง A.E.R.E. ให้เขาฉายรังสีให้มันกัมมันตภาพรังสีสูงขึ้นเป็น ๑.๐ mc ต่อ ๑ ซม. ของตานตาลัม ๑๘๒.

คุณสมบัติ ตานตาลัม ๑๘๒ มีเวลาครึ่งอายุ ๑๑๑ วัน. ให้รังสีแกมมาที่พลังงาน ๑.๑๓ MeV. ในระยะห่าง ๑ ซม. จะให้รังสีแกมมา (K factor) ๖.๑๓ / ซม. / ๑ มิลลิกรัม. สำหรับพลังงานเบตาอ่อนมาก, มีเพียง ๐.๑๕ MeV, และทองคำขาวที่หุ้มโดยรอบลดจะกั้นอนุภาคเบตาไว้ได้หมด.

การเทียบอำนาจในการรักษากับราเดียม

โดยไม่คำนึงถึงเวลาครึ่งอายุ ซึ่งยาวเมื่อเทียบกับเวลาของการรักษา, ๑ มิลลิกรัมของ

$$Ta^{182} = \frac{๖.๑๓}{๘.๓} = ๐.๗๔ \text{ มิลลิกรัม ของ}$$

ราเดียม, หรือ ๑ มิลลิกรัมของราเดียม = ๑.๓๕ มิลลิกรัมของ Ta.¹⁸²

ผลดีในการใช้หลอด Ta¹⁸²

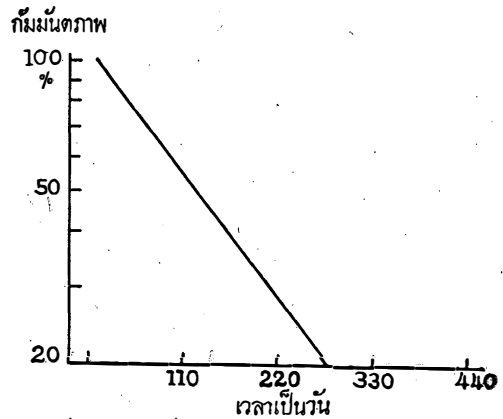
๑. เวลาครึ่งอายุนาน (เมื่อเทียบกับเมล็ดคของกัมมันตภาพรังสี). กว่าจะใช้ขึ้นเลือกถึง คราวเปลี่ยนใหม่, เป็นเวลาประมาณเกือบ ๑ ปี, เพราะใช้โดยทดแทน

ด้วยเวลาได้.

๒. สามารถดัดแปลงตามรูปร่างของอวัยวะที่ได้, ทำให้รักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในที่ ๆ เข้าถึงยากได้สะดวก.

๓. อาจใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยการวาง, การฝังหรือทำเป็นแบบพิมพ์ใส่เช่นเดียวกับราเดียมได้สะดวกและง่ายกว่า เพราะดัดได้ตามรูปที่ต้องการ.

๔. คิดจำนวนของรังสีได้สะดวกตามระบบ Paterson และ Parker, หรือ Quimby, และเวลาของการรักษาอาจร่นเข้ามาโดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเข้าอยู่ในโรงพยาบาล.



ภาพที่ ๑. อัตราเสื่อมของตานตาลัม 182.

รายงานการใช้ในผู้ป่วย ๗ ราย

รายที่ ๑. มะเร็งของกระเพาะปัส-

สาวะ (ระยะ B2) ส่งมาโดย น.พ. ทัชชิววัฒน์. ก่อนนั้นเองออกภายหลังจควัยไฟฟ้ารายลงแล้ว, มีบริเวณเนื้อที่ ๓×๓ ซม. จาก

ตารางของ Paterson และ Parker ต้องใช้ ๒๒๐ มิลลิกรัมชั่วโมงต่อ ๑,๐๐๐ แก้ม-
มาเรนต์เกิน. ต้องการให้ ๗,๐๐๐ แก้มมา
เรนต์เกินต้องใช้ $๗ \times ๒๒๐ = ๑,๕๔๐$ มิล-
ลิกรัมชั่วโมง. ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๐๒,
ถ้าใช้ลวด ๒ อัน ๆ ละ ๒ มิลลิกรัมจะต้องฝังไว้
 $\frac{๑,๕๔๐}{๒๔} = ๖๔$ ชั่วโมง. ให้คำนวณการฝัง

โดยให้ ระยะ ห่าง ของขยับเท้ากับ ๑ ซม.
โดยสม่ำเสมอ. ภายหลังใส่ ๑ เดือน,
ตรวจกระเพาะปัสสาวะ ด้วย ซีบีเอส โคลโคป
(น.พ. สัมพันธ์ คันติวงศ์) พบว่าเยื่อภายใน
ของกระเพาะปัสสาวะมีปฏิกิริยารุนแรง. การ
ตรวจครั้งหลังสุด, ภายหลังใส่ ๒ เดือน,
พบว่าเยื่อของกระเพาะปัสสาวะมีการหดตัว
และเกลี้ยงเข้าและ กำลังรอสังเกตการณ์ว่า
จะมีการเกิดของมะเร็งชนิดใหม่หรือไม่ใน
เวลาต่อไป.

รายที่ ๒. ฮีเม็งจิโอเอ็นโดธรีลิโอมา

ของเพดานแข็ง เพิ่งได้รับการฉายรังสี
เอกซเรย์คลีกทิงจากภายนอกและผ่านกระ-
บอกที่ จอเข้า ภายใน ปาก เป็น จำนวน ถึง
๑,๐๐๐ เรนต์เกินแล้ว, แต่ก่อนที่เพดาน
ปากก็มีไคยบลงเท่าใด. จึงตัดสินใจทำแบบ
ขึ้นด้วยกินทำแบบของทันตแพทย์ (ตราโค-

ทิวาของอังกฤษ) เป็นก้อนสำหรับข้อมพอกก็ยก
ช่องปาก. แล้วตรวจดูตาตามตาลม ๑๘๒
โดยคึกขนาดของรังสีตามแบบของ Paterson
และ Parker สำหรับบริเวณเนื้อที่ ๓×๕ ซม.
ต้องใช้ ๓๑๕ มิลลิกรัมชั่วโมงต่อ ๑,๐๐๐
แก้มมาเรนต์เกิน. ต้องการให้ ๗,๐๐๐
แก้มมาเรนต์เกินต้องใช้ $๗ \times ๓๑๕ = ๒๒๐๕$
มิลลิกรัมชั่วโมง.

๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๐๒, ถ้าใช้ลวด
๓ อัน ๆ ละ ๑๒ มิลลิกรัมจะต้องให้อิม $\frac{๒๒๐๕}{๓๖}$
= ๖๒ ชั่วโมง, หรืออมไว้วันละ ๖ ชม. เป็น
เวลา ๑๐ วัน.

ไคยฝังลวดคึกคึกตามรูปของ มะเร็งไว้
ในคืนขึ้น ซึ่ง ะให้ ห่างจาก มะเร็ง ๑ ซม.
โดยสม่ำเสมอ. หลังใส่ครบแล้ว, ก้อน
ยุบลงมากกว่า ๗๐ เปอร์เซ็นต์และปฏิกิริยา
ของเยื่อในช่องปากมีน้อยมาก. จะได้คึก
ตามคึกการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวต่อไป.

รายที่ ๓. คาร์ซิโนมาของแม่ก-

ซิลลารีย์แอนทรมัลมาเพดานแข็ง
ได้ให้ตามตาลม ๑๘๒ โดยหลักเกี่ยวกับ
กับรายที่สอง. แต่รายนี้ผลไม่ดีเท่ารายก่อน,
เพราะมีการคึกเชื้อ ภายในโพรงกระดูกและ
ที่ส่วนลามของมะเร็งมาก, แม้จะให้ปฏิ-

ชัวนะแล้วก็ตาม. รายงานภายหลังการอม
โมลต์ของทานตาลัมได้กำลึงให้การรักษาท
โพรงกระดูกด้วยโคบอลต์บอมบ์อยู่, และ
ขณะเดียวกัน Caldwell-Luc operation
เพื่อให้หนองไหลสะดวกและถ้าเป็นไปได้จะ
ได้ใส่ขดในแม่กซิลลารีย์แอนทรม. แต่
ผลก็ยังไม่สู้คินัก, เพราะมะเร็งเป็นชั้นมาก.

รายที่ ๔. เบซิลเซลล์คาร์ซิโนมา

ของหัวตาข้างขวา รายงานขนาดของมะเร็ง
เล็ก, เป็นแผลค่อนข้างลึกและอยู่ทผวหนง
ตอนหัวตา. ใช้ลวดทานตาลัม ๑๘๒ สาม
เส้นขดเป็นรูปวงกลมอยู่ภายใน. ในระยะนี้
(ธ.ค. ๐๒) ก็มีมันตาพรังสี เหลือ ๖๐
เปอร์เซ็นต์, เท่ากับ ๑๒×๓×๖๐ เปอร์-
เซ็นต์ = ๒๑.๖ มิลลิกร.

จากตารางของ Quimby สำหรับแบบ
หลอดวางภายนอก, ต้องใช้สำหรับบริเวณ
เนื้อที่เส้นผ่าศูนย์กลาง ๒ ซม. ๕๗๕
แก้มมาเรินต์เกิน ต่อ ๑๐๐ มิลลิกรัม
ชั่วโมง. ต้องการให้ ๗,๐๐๐ แก้มมา-
เรินต์เกิน, ต้องให้ ๑,๑๗๐ มิลลิกรัม
ชั่วโมง. ได้ดำเนินการวางโดยให้ระยะของ
ขดลวดทานตาลัม ๑๘๒ ขดกลม ห่าง จาก
แผลมะเร็ง ๑ ซม. เป็นเวลา ๑,๑๗๐ ÷

๒๑.๖ = ๕๔ ชั่วโมง, หรือ ๕ วัน ๆ ละ
๖ ชั่วโมง. ในการวางได้ใช้ตะกั่วหนา ๕
มิลลิเมตรขดตาเพื่อกันรังสีตกตาด้วย.

ภายหลังการวาง, ผู้ป่วยแสดงปฏิกิริยา
รุนแรงโดยผวหนงก็เจ็บ. แต่กัถงบภาย
หลังรักษาด้วยการให้ กอสซบนำมันบัตเยน
เวลาหนึ่งสัปดาห์และหายเกลี้ยงในเวลาสาม
สัปดาห์.

รายงาน ถ้าคิดขนาดของรังสี ตามตาราง
ของ Paterson และ Parker ก็จะได้ตัวเลข
คือ ๑๔๑ มิลลิกรัม ชั่วโมง ต่อ ๑,๐๐๐
แก้มมาเรินต์เกิน, หรือ ๕๘๗ มิลลิกรัม
ชั่วโมงต่อ ๗,๐๐๐ แก้มมาเรินต์เกิน, ซึ่ง
ก็เป็นตัวเลขที่ให้ผลได้เร็วเกิน.

รายที่ ๕. เรติโนบลาสโตมา ของ

ตาขวา ตัวต้นตอเป็นก้อนเนื้องอกปูดออกมา
มาก, ขนาด ๕×๕×๕ ซม. คิดผังแบบ
ปริมาตร.

$$\begin{aligned} \text{ปริมาตรของทรงกระบอก } & \pi r^2 h \\ \text{หรือ } \pi a.b.h &= \frac{22}{7} \times 2.5 \times 2.5 \times 5 \\ &= ๕๘ \text{ ซม.}^3 \end{aligned}$$

จะได้ ๗๓๕ มิลลิกรัม ชั่วโมง ต่อ
๑,๐๐๐ แก้มมาเรินต์เกิน.

หรือ ๕,๑๕๕ มิลลิกรัม ชั่วโมง ต่อ
๗,๐๐๐ แก้มมาเรินต์เกิน.

ใช้ลวด ๖ เส้น ๆ ละ ๖ mc = ๓๖ มิลลิกรัม. ต้องฝังไว้ $\frac{๕,๑๔๕}{๓๖} = ๑๔๓$ ชั่วโมง.

การจัดตำแหน่งลวดให้อยู่ โดยรอบ ๔ เส้นและตรงกลาง ๒ เส้น.

รายที่ ๖ และ ๗. เป็นมะเร็งของ

ปากมดลูก, ระยะ ๔ รายหนึ่งเป็นมะเร็ง เกิดเป็นขึ้นใหม่ ๑๖ ปี ภายหลังใส่ร่าเคียม. ทั้งสองราย มะเร็ง ลุกลาม ไป ผนัง ของช่อง อังเชิงกราน และ ลามลง มาที่ช่องคลอด ส่วนล่าง, ความประสงค์ต้องการรักษาส่วน ลามที่ช่องคลอด โดย การใส่ แขนง หล่อ เข้า ภายในช่องคลอด นี้ ด้วย ตานตาลัม ๑๘๒ เฉพาะที่แล้วจัด การ รักษา การ ลุกลาม ของ มะเร็ง ไปยังส่วน ข้างที่ ผนัง ของช่อง อังเชิง กราน ด้วยโคบอลต์ขอมป์ต่อไป.

ความยาว ของมะเร็ง ในช่อง คลอดที่จะ ต้องรักษา = ๗.๐ ซม. จะรักษาด้วยตาน ตาลัมภายในแท่งแขนงหล่อซึ่งมีเส้นผ่าศูนย์กลาง ๒.๕ ซม. ในขนาดของรังสีที่ผิว ของแขนงหล่อ = ๑๐,๐๐๐ แก้มม่าเรินต์เกิน ๔ วัน (แบ่งรักษาเป็นสองระยะ ๆ ละ ๒ วัน เว้นระหว่างระยะ ๕ วัน).

จำนวน มิลลิกรัม ชั่วโมงต่อ ๑,๐๐๐

แก้มม่าเรินต์เกิน เมื่อระยะ = ๑.๐ ซม. สำหรับความยาว ๕.๕ ซม. = ๓๒๓. (หมายเหตุ: ตารางนี้ใช้สำหรับร่าเคียมที่มี ทองคำขาวหุ้มหนา ๑ ม.ม. ลวดตานตาลัมแม่จะมีทองคำขาวหุ้มเพียง ๐.๑ ม.ม. กรมพลังงานของ รังสีแก้มม่าต่ำกว่า ร่าเคียม และในทันเราไม่เอา k factor เข้ามาเกี่ยว, จึงหักกลบลบกันไปได้.)

๑๐,๐๐๐ แก้มม่าเรินต์เกิน ต้องการ ๓๒๓ x ๑๐ = ๒,๒๖๑ มิลลิกรัมชั่วโมง.

นั่นคือ $\frac{๒๒๖๑}{๖ \times ๒๔} = ๒๔$ มิลลิกรัมใน

๔ วัน.

เรามีลวดตานตาลัม ๑๘๒ อยู่ ๔ เส้น ๆ ละ ๖ มิลลิกรัม. เส้นหนึ่ง ๆ ยาว ๕.๕ ซม. ขาทั้งสองของลวดขั้วผมห่างกัน ๑ ซม. จึง ใช้ร่วมกันใส่ให้ทัชซ้อนตรงกันพอดีห่างจาก ผิวมะเร็ง ๑.๒ ซม. ในเวลา ๔๘ x ๒ ชั่วโมงก็กล่าว.

รายที่ ๘. มะเร็งภายในโพรงอากาศ

แมกซีลลารีย์ เอาใส่ไว้ตรงกลางของ โพรงอากาศหรือมะเร็ง. ต้องการให้ขนาด ประมาณ ๘,๐๐๐ แก้มม่าเรินต์เกินในระยะ ห่าง ๒ ซม. จากร่าเคียมในเวลา ๘ วัน. ใช้หลอด ๒๕ มก. ซึ่งมีความยาวที่ให้

รังสี = ๑.๕ ซม. กรองด้วย ๑ มม. ของ
ค้ำขาว.

สำหรับความยาวที่ให้รังสี ๑.๕ ซม.
และระยะห่าง = ๒ ซม. จากตารางของ
Paterson และ Parker ได้ ๕๕๔ มิลลิกรัม
ชั่วโมงต่อ ๑,๐๐๐ แก้มมาเรนต์เกิน.

๘,๐๐๐ แก้มมาเรนต์เกิน ต้องการ
๕๕๔ × ๘ = ๔๔๓๒ มิลลิกรัมชั่วโมง.

$$\text{เวลาสำหรับการรักษา} = \frac{๔๔๓๒}{๒๕} =$$

๑๗๗ ชั่วโมง. ถ้าคิดสำหรับตานตาลัมใช้
ขดกลมก็คงจะไม่สะดวก. ถ้าเป็นหลอดขั้ว
ผสม ความยาวที่ให้รังสี ๕.๕ ซม. × ๒ =
๑๑ ซม. ก็ทำไม่ได้. ต้องคิดยาว ๕.๕ ซม.
คิดห่าง ๑.๐ ซม. ได้ ๓๒๓ มิลลิกรัม
ชั่วโมงต่อ ๑,๐๐๐ r. ต้องการ ๘,๐๐๐ r.
ต้องใช้ ๒,๕๘๔ มิลลิกรัมชั่วโมง. ถ้า
ใช้หลอด ๓ เส้น ๆ ละ ๖ มิลลิกรัม = ๑๘

$$\text{มิลลิกรัม, ต้องใส่อยู่นาน} \frac{๒๕๘๔}{๑๘} =$$

๑๔๔ ชั่วโมงจึงได้ขนาดที่ต้องการ.

หลักการใช้ทั่วไป คิดเช่นเดียวกันในการ
ใส่หลอดอาหาร, ท่วมหลอด, ไร่คัม, และ
จ.ก.

การใช้

๑. ใส่ภายในโพรง.

- ก. ช่องปาก
- ข. ช่องคลอด.
- ค. แม็กซิลลารี. แอนทรม.
- ง. จมูก.
- จ. หลอดอาหาร.
- ฉ. ไร่คัม.

๒. ผึ่งหรือวาง.

- ก. เรตินอยลัสโตมา.
- ข. กระเพาะปัสสาวะ
- ค. ไคน์ลิน
- ง. มะเร็งที่ผิวหนัง, เช่น ผิวหนัง หรือ
ปุ่มเมตาสตาติก ที่เป็นแผลแตกขาน.
- จ. ตา, ส่วนเอ็กซ์ซิลยาร์และอินตราโอ
คูลาร์, หรือแม้แต่ไร่คัม.

เอกสาร

1. Sinclair, W.K., Brit. J. Radiol. 1952, 25: 417-419.
2. Wallace, D.M., J.E., Stapleton, R.C. Turner: Brit. J. Radiol. 1952, 25: 421-425.
3. Smithers, D.W., D.M. Wallace, N.G. Trott: Therapeutic Use of Artificial Radioisotopes. New York, 1956. John Wiley & Sons Inc.

(Summary of the fore-going Report)

TANTALUM 182 WIRE IN THE TREATMENT OF CARCINOMATA

Romsai Suwanik, M.B., M. Sc. Med., F.I.C.S.

Kawee Tungsubutra, M.B. and Visoot Vootiprux, M.B.

(Dept. of Roentgenology)

(Head of Dept. : Prof Dr. Amnuey Smerasuta)

This is a concise report on the use of Tantalum 182 wire in the treatment of carcinomata. The brief theoretical description is followed by practical considerations, with short case reports cited

as examples. Method of calculating dosage of radiation is given in detail. Results of treatment are generally satisfactory.

(Three references. One figures)

บทความพิเศษ

ความเห็นเกี่ยวกับการอ้างเอกสาร

สุด แสงวิเชียร, พ.บ., พ.ด.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

ในสมัยนี้วิชาการต่าง ๆ ได้ก้าวหน้าไปมาก, จนแม้แต่ผู้ที่ชำนาญในวิชาของตัวก็ต้องยอมรับว่าวิชาความรู้ที่ตนมียังไม่ได้เกิดจากความสังเกตหรือจากการทดลองสืบค้นโดยตนเองทั้งหมด, ต้องอาศัยความรู้ที่ผู้อื่นได้ทำหรือได้สังเกตแนะนำไว้. ฉะนั้นในการเสนอเรื่องราวต่าง ๆ จะเป็นโดยการพูดหรือการเขียนก็ดี, ถ้าอ้างข้อความใดที่ไม่ได้เกิดจากที่ตัวเราเห็นเอง, หรือถึงแม้จะเกิดจากที่ตัวเราทำเอง, แต่เป็นงานที่ใครทำไว้ก่อนเสนอเรื่องราวนั้น, ธรรมเนียมที่ทากันก็คือต้องอ้างไว้ในเรื่อง หรือ ในตอนท้ายของเรื่องว่าข้อความนั้นได้มาจากที่ใด. นอกจากจะเป็นการยกย่องผู้ทำเรื่องเดิมแล้ว, การอ้างนัยยังเป็นประกันว่าข้อความที่ผิดหรือถูกเหล่านั้นมีแหล่งที่มาแน่นอนไม่ใช่อ้างขงลอบ ๆ โดยผู้เสนอเอง. นอกจากความ

สำคัญเหล่านั้นแล้วประโยชน์ที่สำคัญอีกข้อหนึ่งก็คือเพื่อให้โอกาสผู้อ่านที่สนใจได้ติดตามค้นคว้าศึกษาให้กว้างขวางยิ่งขึ้น.

ฉะนั้นหนังสือทางวิทยาศาสตร์ในสมัยนี้รวมทั้งจดหมายเหตุทางวิทยาศาสตร์ที่พิมพ์ออกเป็นรายเดือน, รายักษ์, จึงถือการอ้างเอกสารเป็นลักษณะสำคัญประการหนึ่งในการวินิจฉัยคุณค่าหนังสือหรือเรื่องราวที่พิมพ์. ในต่างประเทศผู้ที่ต้องการจะส่งเรื่องไปลงพิมพ์ในจดหมายเหตุทางวิทยาศาสตร์ที่มชอเสียง, การที่เรอองนั้นจะได้รับการพิมพ์หรือไม่ อาศัยการอ้างเอกสารที่ถูกต้องตามแบบฉบับเป็นข้อตัดสินประการหนึ่ง. วารสารบางฉบับก็มีแบบฉบับพิมพ์ไว้ ซึ่งผู้เสนอเรื่องจะต้องใช้ตามโดยเคร่งครัด. บางฉบับก็ถือแบบที่ฉบับอื่น ๆ ใช้เหมือนกัน.

สำหรับประเทศไทยก็มีการสนใจกันบ้างเหมือนกัน. จดหมายเหตุทางแพทยที่เก่า

แก่อธิบายหนังสือได้แสดงความจำนงออกมาแล้ว, แต่ก็ยังมีการเกรงใจผู้แต่งเรื่องมาก. แต่ที่ไม่แสดงการสนใจหรือเข้าใจ ความสำคัญของเอกสารอ้างอิงก็ยังมีอีกมาก. ผู้เขียนเคยส่งเรื่องทศวรรษผู้จิตพิมพ์แห่งหนึ่งขอมาไปส่งพิมพ์เกี่ยวกับประวัติของอาจารย์ผู้หนึ่ง. เมื่อได้รับหนังสือตอบแทนเขาคอออกต้องกบ่งไปหมด เพราะปรากฏว่าเอกสารที่อ้างถึงเรื่องทุกเรื่องซึ่งมีอยู่ด้วยกัน ๑๑ เรื่องนั้น, เขาไปรวมอยู่เป็นกระจุกเดียวกันทั้งหมดไว้ที่ท้ายเล่ม, โดยใช้คำว่า "บรรณานุกรม". เลยไม่รู้ว่เอกสารที่อ้างถึงนั้นอ้างเกี่ยวกับเรื่องของผู้ใดใน ๑๑ เรื่องนั้น. จะพูดว่าเป็นความสะดวกของผู้จิตพิมพ์ก็อาจอ้างได้. แต่ผู้เขียนเข้าใจว่าความประสงค์ของการพิมพ์หนังสือนั้นตกคนคงไม่ต้องการให้หนังสือที่พิมพ์แล้วเก็บเข้าตู้ไว้เฉยๆ เป็นแน่. แต่คงต้องการให้มีคนเอาไปอ่าน. เขาไปศึกษาต่อ. พักง่าย ๆ ว่าหนังสือสมัยนี้ต้องง้อคนอ่าน. เพราะหนังสือที่อยากอ่านเพื่อความเพลิดเพลิน, หนังสือที่อยากศึกษาให้ละเอียดลึกซึ้งมีมากเกินกว่าเวลาและความสามารถของผู้ใดคนหนึ่งในโลกนี้ที่จะอ่านให้สมอยากในชีวิตจริงของตัว. โดยเหตุนี้จึงจะเป็นหนังสือ

คืออย่างไรก็ต้องพิมพ์ให้อ่านง่าย. ให้อ่านง่าย, หยิบเอามาใช้สรวอยอ้างอิงต่อไปได้สะดวก. ตัวอย่างง่าย ๆ ในบทวิจารณ์ของชาวอังกฤษที่มีต่อตำราเคมีหนังสือแต่งโดยชาวอเมริกันก็คือหลังที่บรรยายความดีของหนังสือแล้วก็บอกว่าหนังสือมีข้อดีอยู่อย่างหนึ่ง คือใหญ่และหนักเกินไปที่จะอ่านบนที่นอน. จะมองดูในแง่อื่น ๆ ก็ได้. แต่เวลา ๑๐-๑๕ นาทีก่อนจะหลับสนิทารวมกันหลาย ๆ คนก็พออ่านหนังสือได้เป็นอันมาก. เช่นเดียวกับการมีหนังสือที่ดีตัวอยู่เสมอในการเดินทางไม่ว่าไปไหน. บางครั้งอาจมีอุปสรรคขึ้นในการเดินทาง สิ่งที่จะช่วยให้พลิกพลิกและเป็นการหาความรู้ไปด้วยก็คือหนังสือ. ข้อความบางตอนขณะที่อ่านในเวลาเหล่านั้นในบางครั้งก่อให้เกิดความคิดที่จะนำไปศึกษาและค้นคว้าต่อยุ่กว้างขวางชนกม. ฉะนั้นหนังสือหรือบทความทางวิชาการถ้าสามารถทำให้มีคนอยากอ่านอยากศึกษาต่อได้ ก็เห็นจะเป็นจุดประสงค์ของผู้แต่งหนังสือทุกคน. การอ้างอิงเอกสารในด้วยบทความเอง หรือท้ายของบทความจึงมีความจำเป็นเพื่อการศึกษาค้นคว้าที่กล่าวแล้ว.

เอกสารอ้างอิงนี้ในภาษาอังกฤษใช้ชื่อ

หลายคำเช่น References, References Cited, Literature cited. ภาษาไทยใช้ “เอกสาร”, “เอกสารที่อ้าง”, “เอกสารอ้างอิง”, และ “บรรณานุกรม”. การอ้างมักทำกันเป็น ๒ แบบ. แบบหนึ่งอ้างปนอยู่กับข้อความ, โดยพิมพ์เครื่องหมาย “*” หรือใช้ตัวเลขบนชื่อผู้แต่ง, แล้วเอาชื่อเอกสารพิมพ์อยู่ท้ายของหน้านั้น. แบบที่เรียกว่า “ฟุตโน้ต” หรือพิมพ์อยู่ในหน้าต่อไป ถ้าหน้าเดิมมีเนื้อที่ไม่พอ. รายการที่อ้างรายการหนึ่งอาจมีเอกสารมากกว่า ๑ ก็ได้. ในฐานะที่ผู้เขียนเกี่ยวข้องกับงานเกี่ยวกับการพิมพ์หนังสือไม่ทราบว่าวิธีนี้จะทำให้การเรียงพิมพ์ง่ายแก่ไหน. แต่ผู้อ่านได้รับความสะดวกอย่างยิ่ง คือเหลือขดตาลงมาเอกสารที่อ้างอิงใต้หน้า. อีกแบบหนึ่งรวมรายชื่อ เอกสารไว้ท้ายเรื่อง หรือท้ายเล่ม. แขนงเข้าใจว่าจะเรียงพิมพ์สะดวก, แต่ไม่สะดวกแก่ผู้อ่าน, เพราะต้องพลิกไปหารายการเอกสารที่อ้างอิงเสมอ. จดหมายเหตุทางแพทยทัมซอเสียงเช่นจดหมายเหตุของสมาคมแพทยอเมริกา. สมาคมแพทยอังกฤษและแลนเซตคงใช้แบบที่หนึ่ง. หนังสืออื่น ๆ มากใช้กันเป็นแบบที่สอง.

การแนะนำว่าข้อความที่อ้างนั้นอยู่

ตรงกับเอกสารฉบับไหนก็ใช้กันเป็น ๒ แบบ เช่นเดียวกัน. เมื่อเอียงชื่อผู้แต่งหรือผู้ให้หลักฐานแล้ว, แบบหนึ่งก็ใช้ตัวเลขใส่ให้ตรงกับตัวเลขของรายการเอกสาร. อีกแบบหนึ่งอ้างให้ผู้ให้หลักฐาน แล้วก็ใส่ที่เอกสารพิมพ์ไว้ในวงเล็บท้ายชื่อ. การค้นยากขึ้นเล็กน้อยคือต้องไปให้ตรงกับชื่อที่อ้าง. แต่ได้ประโยชน์คือไม่ต้องอ้างเอกสารซ้ำกัน และการเรียงเอกสารมักเรียงตามลำดับตัวอักษร. แบบแรกมักใช้กับข้อความหรือเอกสารที่รวมอยู่ท้ายเล่มก็ได้, แบบสองมักใช้กับเอกสารที่รวมไว้ท้ายเล่มเท่านั้น.

ต่อมาถึงตอนที่ยากก็คือวิธีอ้างเอกสาร. ถ้าได้ชักตัวอย่างมาให้ดูเสียก่อนบางที่จะทำให้เข้าใจง่ายขึ้น. เช่นจะอ้างถึงหนังสือ Human Helminthology, แต่งโดย Ernest Carrol Faust, พิมพ์ครั้งที่ ๓ ใน ค.ศ. ๑๙๔๙, พิมพ์โดยบริษัท Lea and Febiger, เมือง Philadelphia. ข้อความที่อ้างอยู่ในหน้า ๒๕๕-๒๖๗.

แบบ ๑. ที่บรรณาธิการจดหมายเหตุทางแพทยของแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยแนะนำ, คือ:

Faust, E.C. : Human Helminthology. Third Ed. pp. 258-267. Lea and Febiger, Philadelphia (1949).

แบบ ๒. แบบ American Medical Association.

Faust, E.C. : Human Helminthology Ed. 3, Philadelphia, Lea and Febiger. 1949 p. 258.

แบบ ๓. แบบ Wistar Institute of Anatomy and Biology.

Faust, E.C. 1949 Human Helminthology, 3rd ed. Lea and Febiger, Philadelphia.

แบบ ๔. แบบสารศิริราช

E.C. Faust : Human Helminthology, 3rd ed. (p. 258-267) 1949, Philadelphia (Lea and Febiger).

แบบ ๕. แบบ Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

Faust, E.C. : Human Helminthology. 3rd edition. Lea and Febiger, Philadelphia, Pa., 1949.

ขอยกมาเพียงเท่านี้เพื่อจะไต่สวนโรคใดสักคน.

๑. ข้อผู้แต่ง. ทบทวนเอาไว้น. ๔ แบบเอาข้อสกลชนก่อน. คงมีแต่แบบของสารศิริราชเอาชอยก่อน.

๒. หลังชอย : ยกเว้นแบบของ Wistar Institute เพราะตามทบทวนบทพิมพ์.

๓. ข้อหนังสือคงทรงกันเป็นส่วนใหญ่. มีหน้าสังเกตคอกของ Wistar Institute มักชอยตัวพิมพ์เล็ก เช่น A text-book of pathology. ไม่ค่อยชอยใช้เป็น A Text-book of Pathology. แต่บางครั้ง Wistar ก็

ยังคงใช้ Textbook of Histology.

๔. ครองบทพิมพ์ใช้น ๔ แบบ, Third Ed. (1), 3rd edition (1) 3rd ed. (2), ed. 3(1). ตามตักชอยหนังสือทุกแบบ.

๕. บริษัทพิมพ์, กยเมืองพิมพ์, Lea & Febiger, Philadelphia (3) ของ Johns Hopkins กล่าวว่ามีของ Philadelphia ไม่แน่ชัดจึงเติมชอย (Pa) ลงด้วย, Philadelphia, Lea and Febiger (1), Philadelphia (Lea and Febiger) (1).

๖. บริษัทพิมพ์ตามชอยบริษัท (๓). แบบ Wistar Institute เอาไว้ติดกยชอยผู้แต่ง, สารศิริราช ตามหน้าหนังสือและชอยหน้าบริษัทพิมพ์.

๗. หน้าหนังสือ. ขอกเติมที่ตรงแต่หน้าต้นลงหน้าท้าย (pp. 258-267) (2). ขอกแต่หน้าต้น (p. 258) (1), ไม่ขอกหน้าหนังสือ (2).

การอ้างเอกสารพิมพ์เป็นเรื่อง ๆ ในจดหมายเหตุที่ออกเป็นรายเดือน, รายปีก็ยุ่งยากกว่ามาก. ขอยกตัวอย่างดังต่อไปนี้. เช่นจะอ้าง The Brain and Mental Retardation ที่แต่งโดย L. Crome ซึ่งลงพิมพ์ใน British Medical Journal Vol. 1, No. 5177, หน้า ๔๕๗-๕๐๔, พิมพ์วันที่ ๒๖ เดือน มีนาคม ค.ศ. ๑๙๖๐.

แบบ ๑. ที่บรรณาธิการจดหมายเหตุ

ขอสรุปการเรียงตามลำดับ

ชื่อหนังสือที่อ้าง	๑	๒	๓	๔	๕	๖	หมายเหตุ
จดหมายเหตุทางแพทย์ (ไทย)	ชื่อผู้แต่ง	ชื่อหนังสือ	ครั้งที่พิมพ์	หน้าที่อ้างถึง	บริษัทที่พิมพ์, เมือง	ปีที่พิมพ์	
J.A.M.A.	"	"	"	เมืองตามด้วยบริษัทที่พิมพ์	ปีที่พิมพ์	หน้าที่อ้าง	
Wistar	"	ปีที่พิมพ์	ชื่อหนังสือ	ครั้งที่พิมพ์	บริษัทที่พิมพ์, เมือง		ไม่มีหน้าหนังสือที่อ้าง
สารศิริราช	" (เอาชื่อย่อขึ้นก่อน)	ชื่อหนังสือ	ครั้งที่พิมพ์	หน้าที่อ้างถึง	ปีที่พิมพ์	เมืองที่พิมพ์, บริษัทที่พิมพ์ไว้ในวงเล็บ	
Bull Johns Hopkins Hosp.	"	"	"	บริษัทที่พิมพ์, เมือง	ปีที่พิมพ์		ไม่มีหน้าหนังสือที่อ้าง

แห่งประเทศไทย แนะนำคือ Crome, L: B.M.J. 1:897-904 (1960).

แบบ ๒. แบบ American Medical Associate. Crome, L: The Brain and Mental Retardation B.M.J. 1:897 (March 26) 1960.

แบบ ๓. แบบ Wistar Institute of Anatomy and Biology. Crome, L. 1960 The brain and mental retardation. B.M.J. 1:897-904.

แบบ ๔. แบบสารศิริราช L. Crome: B.M.J. 1:897-904, 1960.

แบบ ๕. แบบ Bulletin of the Johns Hopkins Hospital. Crome, L.: The brain

and mental retardation B.M.J. 1960, 1: 897-904.

แบบ ๖. ที่จัดพิมพ์โดย Academic Press Inc., New York. Crome, L. 1960 B.M.J. 1, 897.

แบบ ๗. แบบบรรณานุกรม "B.M.J." The brain and mental retardation (1960) 1, 897-904. ไม่มีชื่อผู้แต่ง นับว่าค่อนข้างแปลกกว่าเพื่อน

จากตัวอย่างทั้ง ๗ จะเห็นว่าข้อที่แตกต่างกันมากที่สุดคือ ๓ แบบไม่พิมพ์ชื่อเรื่อง ๔ แบบพิมพ์ชื่อเรื่อง. ทั้ง ๒ แบบมีทั้งชื่อ

ข้อเสีย. แยกไม่พิมพ์ชื่อเรื่องประหยัการพิมพ์ได้มาก. แยกพิมพ์ชื่อเรื่องหมดเปลืองมากกว่า ๆ เท่าตัว, เพราะบางเรื่องอาจมีชื่อยาวมากก็ได้. แต่ถ้าคิดถึงประโยชน์, แยกพิมพ์ชื่อเรื่องได้ประโยชน์ในการงใจผู้อ่านมากกว่า, เพราะหัวข้อเรื่องในบางครั้งได้เป็นเหตุชักจูงให้ทำการศึกษาคือต่อไปให้ละเอียด, และจากหัวข้อนั้นเองผู้อ่านบางคนก็อาจทำยตรคณินจำแนกหัวข้อเรื่องเพื่อศึกษาให้ลึกซึ้งต่อไปได้ทันที. แต่ถ้าไม่มีหัวข้อเรื่องผู้อ่านจะต้องย้อนกลับไปห้องสมุดค้นทีละเล่ม ๆ, ไม่อาจวางแนวการอ่านต่อไปได้. ยิ่งห้องสมุดของประเทศไทยหย่อนทั้งบริการและการครบถ้วนของจดหมายเหตยอื่นหลังบางครั้งก็ทำให้ผู้อ่านกิดลังเลไม่กล้าศึกษาหรือติดตามต่อไปได้.

ข้อยากข้อที่สองก็คือการขอรายชื่อหนังสือให้เขียนแบบย่อสากล. เช่น *American Journal of Digestive Diseases and Nutrition* จะย่อลงมาเพียง *Am. J. Digest. Dis. & Nutrition*. เท่าที่ทราบรายการทั้งหมดของชื่อย่อจะหาได้จาก *Catalogue of the Army Medical (Surgeon - General's) Library* และที่ *Quarterly Cumulative Index Medicus* ที่จัดพิมพ์โดยสมาคมแพทย์ของอเมริกา.

ข้อปลุกย่อยอื่น เช่น ขัพิมพ์, หนาที่พิมพ์, ขอม่านไปเพราะคล้าย ๆ กับที่ใดแยกแยะให้คแล้วในการอ้างเอกสารจากหนังสือพิมพ์.

การทศเขียนเสนอเรื่องนชนกเนองจากเห็นวิธีอ้างเอกสารของจดหมายเหตต์ต่าง ๆ ที่พิมพ์ในประเทศไทยนั้นยังสับสนกันอยู่, เป็นเหตุให้หนักคักรุ่นหลัง ๆ ไม่กล้าอ้างเอกสารหรือเมออ้างแล้วก็ไม่ระอ้างอย่างไรรถเพราะไม่มีแบบแผนที่แน่นอน. นอกจากนั้นการอ้างเอกสารในประเทศไทยยังจะต้องคคเคอไปถึงวิธีอ้างเอกสารที่พิมพ์ชนเป็นภาษาไทยโดยคนไทยด้วย, ว่าควรจะเป็นแบบไหน. ตามที่ทราบมาแล้วเรื่องบางเรื่องพิมพ์ในประเทศไทยก็มีคคค่าคคพอสมควรที่จะใช้เป็นเอกสารอ้างอิงได้. แต่เมื่ออ้างแล้วควรจะสอดแทรกไว้ที่ใดหรือเป็นแบบไหนยังไม่เห็นมีการจคกันแน่นอน. ถ้ายรรณาธิการ (ตอนนขอเฉพาะบรรณาธิการที่เกยวคยเรื่องแพทย์) จะลองพยปริกษาหารือกนค, อาจจะให้แบบที่ค, ง่าย, ใช้เป็นสากล, วางเป็นแนวทางให้ทุกคนได้ใช้เหมือน ๆ กันต่อไปก็คจะคคปัญหาเรื่องนลงได้มาก, และเรื่องพิมพ์ในประเทศไทยจะมีมาตรฐานเข้าชนสากลได้คชน, คจะ

เว้านายแพทย์รุ่นหลัง ๆ ให้สนใจศึกษาค้น
คว้ามามากยิ่ง ๆ ขึ้น, ซึ่งเป็นแนวทางเดียวกัน
จะทำให้การแพทย์ของเราทัดเทียมกับประ-
เทศอื่น ๆ.

เอกสารทางภาษาอังกฤษเกี่ยวกับเรื่องน
ี้มาก แต่ที่เขียนไว้เป็นคู่มืออยู่เสมอคือ:

๑. Fishbein, M. 1938 Medical wri-

ting. Press of Amer. Med. Ass., Chicago.
(ขณะนั้นฉบับพิมพ์ใหม่ ๆ แล้ว)

๒. The Wistar Institute style brief.
The Wistar Institute Press, Philadelphia
1934 (ไม่มีชื่อผู้แต่ง).

(หมายเหตุของบรรณาธิการ: เราได้รับต้นฉบับ
เรื่องนี้หนึ่งเดือนเศษหลังจากการปรับปรุงวิธีอ้างเอกสาร
ของสารศิริราชเป็นแบบปัจจุบัน).

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บทความนิทเวชีววิทยา

การตรวจผู้ช่วยคดี

วิทยุ อังประพันธ์ พ.บ.

(แผนกพยาธิวิทยา, หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประดิษฐ์ ดัณสุรัตน์)

การตรวจผู้ช่วยคดีนั้นความจริงก็คือ การตรวจผู้ช่วยตามธรรมดาของแพทย์เวลานั่นเอง, หากใดมีวิพเศษนอกเหนือจากตำราแพทย์ที่เขียนไว้แต่ประการใดไม่ หากแต่ผลที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังนั้นหลายประการด้วยกัน. ในผู้ช่วยธรรมดาอันเมื่อแพทย์ได้ตรวจรักษาไปแล้ว, ผู้ช่วยจะหายหรือไม่ ก็เป็นความผูกพันระหว่างผู้ช่วยกับแพทย์นั้นเท่านั้น, ไม่มีบุคคลอื่นมาเกี่ยวข้อง. แต่ในผู้ช่วยคดี, แพทย์จะต้องติดต่อกับพนักงานสอบสวนและศาลที่เกี่ยวข้องกับคดีนั้นในภายหลัง, โดยการไปให้การเป็นพยานต่อบุคคลดังกล่าว. นอกจากนี้, ความเห็นของแพทย์ บางคราวก็มีผลต่อคดีเป็นอย่างมาก, ซึ่งจะสะท้อนไปสู่ความฝ่ายตรงข้ามกับผู้ช่วยของแพทย์ด้วย. ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผลที่เกิดขึ้นภายหลังการตรวจรักษาผู้ช่วยคดีนั้น, เป็นเรื่องมีใช้น้อย.

ซึ่งยังเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ได้เสียของบุคคลอื่นด้วย. จึงเห็นว่าแพทย์ผู้ตรวจผู้ช่วยคดีก็เป็นผู้มีส่วนในการดำรงความยุติธรรมเป็นอย่างมาก. ดังนั้นการที่แพทย์ทั่วไป จะทราบเรื่องราวของการตรวจผู้ช่วยคดี, ตลอดถึงผลที่เกิดขึ้นในภายหลังในแง่ของนิติเวชวิทยาไว้บ้างนั้น, คงจะเป็นประโยชน์ในทางปฏิบัติบ้าง.

ผู้ช่วยเช่นไรจึงจะเป็นผู้ช่วยคดี

การที่จะทราบว่าผู้ช่วยประเภทไหนเป็น ผู้ช่วยคดีนั้นมีใช้ของยาก. แต่บางรายผู้ช่วยที่ มาหาแพทย์ อย่างธรรมดาอัน อาจจะกลายเป็นคดีขึ้นได้โดยคาดไม่ถึง. ถ้าแพทย์ผู้ตรวจมิได้เฝ้าระวังและเตรียมตัวที่จะรับผลซึ่งอาจจะเกิดขึ้นภายหลัง, ก็อาจจะเกิดผลเสียหายได้ทั้งต่อแพทย์เอง และต่อผู้ช่วย, เพราะคนไข้ประเภทนั้นเมื่อมาหาแพทย์

ยังไม่เกิดกคชช. ต่อมาภายหลัง, ซึ่ง อาจจะเป็น เวลาห่าง จากเวลาที่ ผู้ช่วย มาหา แพทย์ ในตอนแรก นานจนแพทย์เอง ก็ลืมไป แล้ว, จึงได้เกิดฟ้องร้องเป็นคคชช. ผู้ช่วย ประเภทนี้ นับว่าทำความ ยุ่งยาก มีใช้น้อย. แต่อย่างไรก็ตามเราพอจะแบ่งผู้ ช่วยคคชช ออก เป็น ๓ พวกด้วยกัน, คือ:

ก. ผู้ช่วยที่ยังไม่เกิดคคชช, แต่อาจ เป็นคคชชภายหลัง.

ข. ผู้ช่วยที่เกิดคคชชแล้ว, พนักงาน สอบสวนส่งตัวมาให้แพทย์ตรวจ.

ค. ผู้ช่วยที่ศาลสั่งให้แพทย์ไปตรวจ.

ในผู้ช่วยสามจำพวกข้างต้น, พวก ก. นับว่ายุ่งยากที่สุด, และผู้ช่วยพวกนี้อาจ เป็นได้ทั้ง ผู้ต้องหาและ ผู้เสียหาย (ผู้ถูก ทำร้าย).

ในประมวลกฎหมาย วิจารณ์ความ อาญาได้บัญญัติหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการ ชนัสตรพลิกศพไว้ว่า “เมื่อ ปรากฏแน่ชัด หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดย ฆัตกรรมชาติหรือตายในระหว่างอยู่ในความ ควบคุมของเจ้าพนักงาน, ให้มีการชันสตร พลิกศพ, เว้นแต่การตายโดยประหารชีวิต ตามกฎหมาย.” นอกจากนี้ยังได้บัญญัติ เรื่องการตายโดยฆัตกรรมชาติไว้ ๕ ประการ

คือฆ่าตัวตาย, ถูกผู้อื่นทำให้ตาย, ถูก สัตว์ทำร้าย, ตายโดยอุบัติเหตุ, และตาย ยังมีปรากฏเหตุ.

เจตนารมณ์ของกฎหมายมาตรานี้ ที่ให้ มีการชันสตรพลิกศพในกรณี ที่ตายโดยฆัต กรรมชาติ ทั้งหมด ดัง กล่าว ก็เพราะว่าการ ตายโดย อุบัติเหตุ หรือ อติวินิบาตกรรม นั้น อาจกลายเป็นฆัตกรรมชนได้.

อาศัยเทียบเคียงกับหลักดังกล่าว, การ ที่จะนถถึงว่าผู้ช่วยประเภทใดเป็นผู้ช่วยที่อาจ จะเกิดคคชช, ก็น่าจะนถถึงผู้ช่วยพวกที่เกิด จากเหตุฆัตกรรมชาติ ทั้งหมด เช่นเดียวกัน. แต่แก่ผู้ช่วยที่มีใ้มี สมมุติฐาน มาจากโรค หนึ่งโรคใด, ซึ่งพอจะแยกได้ดังนี้ :

(๑) ผู้ช่วยที่พยายามฆ่าตัวตายโดย วิธีต่าง ๆ, เช่นแขวนคอ, กินยาพิษ, ใช้ อาวุธต่าง ๆ มีมีด, ไม้, ปืน, กระโถก จากที่สูง, กระโถกให้รถทับ.

(๒) ผู้ช่วยที่ไ้รับอันตรายโดยอุบัติเหตุ, เช่นหกล้ม, ตกจากที่สูง, ถูกสัตว์ ทำร้าย, รถชน, รถคว่ำ, ถูกอาวุธต่าง ๆ.

(๓) ถูกผู้อื่นทำร้าย, ซ้อม, ช่มช้น, ถูกอาวุธต่าง ๆ.

(๔) ในรายที่สงสัย (ว่าจะถูกทำร้าย) ควรจะจัดการเช่นเดียวกับผู้ช่วยคคช.

การที่ ต้องรวม ผู้ช่วย ทพยายาม ฆ่าตัว
 ตายและอุบัติเหตุ, ซึ่งไม่น่าจะมีคดีเกิดขึ้น
 เข้าไว้ในผู้ช่วยคดีความนั้น, ก็เพราะผู้ช่วย
 คงกล่าวแล้วถาดงแก่ความตายก็ต้องมี การ
 ชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย, โดยกฎ-
 หมายบังคับให้ แจงความ แก่ พนักงาน สอบ
 ส่วนแห่งท้องที่ที่คนผู้นั้นอยู่, และแพทย์ก็
 อาจจะต้องถูกสอบสวน เช่นเดียวกับ ผู้ช่วยมี
 คดีเหมือนกัน. บางรายก็อาจจะกลายเป็น
 คดีฆาตกรรมได้. หรือถ้าผู้ช่วยหายเรียบร้อย,
 ก็ไม่แน่ว่าจะไม่มีคดีเกิดขึ้น, ไม่ว่าจะเป็
 นคดีแพ่งหรืออาญา. ตัวอย่างเมื่อเร็วๆ นี้ผู้
 ช่วยรายหนึ่งถูกกระสุนปืนที่หน้าท้อง, เขา
 รับ การ รักษาที่โรงพยาบาลศิริราช, โดย
 ให้ประวัติว่าทำขี้นลนตกตนเอง. แต่แพทย์
 ผู้ รักษาได้ ตรวจ บาด แผล แล้ว เห็น ว่า วิถี
 กระสุนตามบาดแผลนั้น ไม่น่า จะเกิด จากผู้
 ช่วยทำเอง, แม้จะเป็นอุบัติเหตุก็ตาม. ทง
 ขันกระบอกที่ลนก็มี ไซ้ของผู้ช่วย. ประกอบ
 กับมพบเหตุการณ์ที่น่าสงสัย หลายประการว่า
 ผู้ช่วยจะไม่ได้ทำตนเอง. เมื่อแพทย์ได้
 พยายามถามความจริงจากผู้ช่วย, ในที่สุด
 ก็ได้ความจริงว่าเพื่อนผู้ช่วยเข้ทำขี้นลน,
 แต่ผู้ช่วยไม่ต้องการให้เพื่อนผู้นั้นมีความผิด,
 จึงปกปิดเรื่องไว้ มิ ให้ ถึงพนักงาน สอบสวน.

เมื่อผู้ช่วยรายนี้หายออกจากโรงพยาบาลไป
 แล้ว, เรื่องจึงเงียบไปไม่เกิดคดีขึ้น. แต่
 อย่างไรก็ตาม, จะถือว่าผู้ช่วยรายนี้มีไซ้ผู้
 ช่วยคดีเสียเลยนั้นมิได้. เพราะถ้าหากผู้
 ช่วยเกิดกลับใจจะดำเนินคดีต่อเพื่อนผู้นั้นช
 มา, โดยไปแจ้งความต่อพนักงานสอบสวน
 ให้ดำเนินคดีอาญา หรือ ตัวผู้ช่วยเองจะพอง
 ร้องเรียกค่าเสียหายเป็นคดีแพ่ง. โดยมีใ้
 ดำเนินคดีอาญา, หรือภายหลังพนักงาน
 สอบสวนฟ้องคดีอาญาแล้วก็ชอบที่จะทำได
 อยความ พองร้องในคดีนี้ มีกำหนด ๑ ปี.
 (ผู้ช่วยอยู่ โรงพยาบาลไม่ถึง ๒๐ วันจึงไม่
 ถือว่าเป็นอันตรายสาหัส). เมื่อมีคดีช
 แพทย์ผู้ตรวจรักษาผู้ช่วยรายนี้ก็ต้องไ้รับ
 การสอบสวนจากพนักงานสอบสวน และต้อง
 ไปเป็นพยานศาลอย่างไม่มีปัญหา. ดังนั้น
 จะเห็นได้ว่าผู้ช่วย คดีนั้น ต้องรวม พวก ที่ยัง
 ไม่มีคดี (ซึ่ง อาจมี ชนภายหลัง) คงกล่าว
 ไว้ ๔ ข้อข้างบนนี้ด้วย.

สำหรับพวก ข. ไม่มีปัญหาอะไร, เพราะ
 มิใช่ สังคว์ ของ พนักงาน สอบสวน มาช่วย,
 แสดงว่ามคดีเกิดขึ้นแล้ว. การตรวจของ
 แพทย์ในกรณีเช่นนี้ ก็เพื่อ เป็นหลักฐาน แก่
 คดี. แต่คดีเหล่านี้ไม่จำเป็นจะต้องพอง
 ศาลทุกเรื่องไป. ส่วนมากมักปรับเปรียบเทียบ

เทียบที่สถานตำรวจแล้วเลิกกันไป.

ในพวก ค. ไต่แกผู้ ทม ส่วน เกยว กย กระทบวิวิพิจารณาของศาล, ซึ่งศาลมี อำนาจสั่งให้แพทย์ไปตรวจได้. มีอยู่ ๒ กรณีด้วยกัน, คือ:

(๑) ในประมวลกฎหมายวิพิจารณา ความแพ่ง มาตรา ๔๑ ให้ศาลมีคำสั่งตั้ง เจ้าพนักงานและแพทย์ไปทำการตรวจ ผู้ป่วย ที่ไม่สามารถไปศาลได้, เมื่อความฝ่าย หนึ่งฝ่ายใดร้องขอต่อศาล. (เจตนารมณ์ ของกฎหมายมาตรานี้เพอมีให้คู่ความถ่วง การพิจารณาคดีโดยอ้างความเจ็บป่วย.) ผู้ บ่วยจำพวกนี้ เมื่อแพทย์ ตรวจแล้ว กฎหมาย บังคับให้ต้องทำรายงานการตรวจและต้องไป เป็นพยานศาล, เช่นผู้ บ่วยคดีอื่น ๆ เหมือน กัน.

(๒) ใน ประมวล วิพิจารณา ความ อาญา มาตรา ๑๔ ให้อำนาจพนักงานสอบสวน หรือ ศาลสั่งให้พนักงาน แพทย์ ตรวจผู้ ต้องหาหรือจำเลย, ทมเหตุควรเชื่อว่าเป็น ผู้วิกลจริต, ไม่สามารถสู้คดีได้. เมื่อ ตรวจแล้ว, ในกฎหมายให้อำนาจพนักงาน สอบสวนหรือศาลแล้วแต่กรณี, เรียกพนักงาน แพทย์ผู้นั้นมาให้ถ้อยคำหรือให้การว่า ตรวจได้ผลประการใด. ผู้ บ่วยจำพวกนี้จะ

จะเห็นว่าเกี่ยวกับจิตแพทย์ โดยตรง. แต่ ผลที่เกิดขึ้นคือ ต้องไป เป็นพยาน ต่อศาล หรือให้การต่อพนักงาน สอบสวน เช่น เดียว กัน.

แพทย์ประเภทใดบ้าง จะเป็น ผู้ตรวจ ผู้ บ่วยคดี.

ผู้ บ่วยใน ประเภท ก. นั้น จะเห็นว่า ไต่ แก่ผู้ บ่วยทไปหาแพทย์เป็นประจําวันนั่นเอง. ผู้ บ่วยอาจ จะไป หาแพทย์ คนใด คนหนึ่งได้ ตามความพอใจ, ไม่ว่าตามสำนักงาน ส่วน ทั่ว หรือสถานพยาบาล หรือ โรงพยาบาลใด. เมื่อเป็นเช่นนั้น แพทย์ ทุกคนไม่ว่าผู้ อำนาจ ทางแขนงใด, หรือแพทย์ทั่วไปที่รับรักษาผู้ บ่วย, ก็มีโอกาสดำเนินผู้ บ่วยคดีทั้งนั้น. ยิ่งในปัจจุบันนี้ ผู้ บ่วยคดี ดังกล่าว มีแต่จะทวี จำนวน มาก ขึ้น ตามลำดับ ความ เจริญของ บ้านเมือง. แพทย์ทุกคนจึงมีโอกาสดำเนิน ผู้ บ่วยคดีบ่อยขึ้น.

สำหรับใน ประเภท ข. โดยทั่วไป พนักงานสอบสวนมักจะส่งตัวผู้ ต้องหา หรือผู้เสียหาย ไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐบาล หรือสถานอนามัย. แต่ในชนบทที่ ห่างไกลจากสถานดังกล่าว, พนักงาน สอบสวนอาจส่งผู้ บ่วยคดีไป ยังแพทย์ เหยย

คดีในท้องถื่นนั้นก็ได้.

สำหรับพวกที่ศาลสั่งให้ตรวจ, ในกฎหมายมิได้บ่งไว้ว่าให้ศาลตั้งพนักงานแพทย์จากแพทย์จำพวกใด, และในขณะนั้นก็ยังไม่มียุทธศาสตร์ฝ่ายตุลาการของศาลวางไว้ให้ศาลตั้งพนักงานแพทย์จากแพทย์ของโรงพยาบาลหรือสถานอนามัย. ดังนั้นศาลก็อาจตั้งแพทย์คนใดคนหนึ่งเห็นสมควรก็ได้. แต่ในทางปฏิบัติศาลก็คงจะตั้งแพทย์ของสถานราชการมากกว่า. ส่วนในเรื่องตรวจจำเลยที่วิกลจริตนั้น, ศาลคงจะตั้งจากจิตแพทย์ซึ่งเหมาะกว่าแพทย์ทั่วไป. แต่ในท้องถื่นที่ไม่มีจิตแพทย์, แพทย์ทั่วไปอาจถูกแต่งตั้งให้รับหน้าที่ก็ได้. ในขณะนั้นคงจะไม่เป็นข้อวิตกสำหรับแพทย์ทั่วไปที่จะให้ความเห็นเกี่ยวกับผู้ช่วยโรคจิตดังแต่ก่อน, เพราะจิตแพทย์ได้เพิ่มปริมาณขึ้นมาก. และในต่างจังหวัดก็มีใช้ห้ามมิได้เสียทีเดียว, ประกอบกับการคมนาคมก็สะดวก. อย่างไรก็ตามเสียศาลก็ต้องการความเห็นของจิตแพทย์มากกว่าความเห็นของแพทย์ทั่วไปเป็นแน่.

ความจำเป็นที่ต้องตรวจผู้ช่วยคดี.

เนื่องจากผู้ช่วยคดีมีเรื่องที่จะต้องปฏิบัติ

มากกว่าผู้ช่วยธรรมดาตั้งกล่าวแล้ว, ถ้ามิใช่ความจำเป็นคงไม่มีผู้ใดอยากตรวจ. แต่ความจำเป็นนั้นมีอยู่.

การตรวจผู้ช่วยในทางแพทย์ก็เพื่อผลที่จะประกอบ การวินิจฉัยโรค และรักษาโรคเป็นสำคัญ. เมื่อตรวจแล้วอาจจะไม่ต้องทำการรักษาก็ได้, ถ้าเห็นว่าไม่มีความจำเป็น. แต่ก่อนที่เราจะรู้ว่าจำเป็นต้องรักษาหรือไม่เราต้องตรวจเสียก่อน, อย่างน้อยก็โดยการต. เมื่อเป็นเช่นนี้การปฏิเสธการตรวจผู้ช่วย, ก็มีผลเท่ากับปฏิเสธการรักษาด้วย.

สำหรับผู้ช่วยคดีในพวก ก. และ ข. ดังกล่าวมาแล้ว, ถ้าแพทย์ที่ไต่ถามผู้ช่วยผู้ใดปฏิเสธการตรวจ, ซึ่งก็มีผลเท่ากับปฏิเสธการรักษาด้วยนั้น, อาจจะได้รับผลข้อใดข้อหนึ่งดังข้างล่างนี้.

(๑) กฎกระทรวงมหาดไทย, ออกตามความในพระราชบัญญัติ ควบคุม การประกอบโรค ศิลปะ พ.ศ. ๒๔๗๕ ข้อ ๒๖ บัญญัติว่า:

“นอกจากจะต้องรักษามารยาทตามข้อ ๒๕ แล้ว ผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขาเวชกรรมหรือสาขาทันตกรรม ต้องไม่ประพฤติหรือกระทำการดังต่อไปนี้:

(๑) ปฏิเสธ การ ช่วย คน เจ็บ ใช้ ใน ระหว่าง อันตราย เมื่อ ได้รับ คำ ร้อง ขอ, และ ตน อยู่ ใน สถานะ ที่ จะ ช่วย ได้.”

กฎ ภาวะ ทรวง ข้อม อยู่ ใน หมวด ที่ ว่า ด้วย มารยท แห่ง วิ ชา ชี พ, ซึ่ง ผู้ ภา ระ ทำ ผิ ตอ ภา ถก คณะ กรรวม การ ควบคุม การ ประ กอบ ไร ค์ คี ล ประ สั ง พัก หรือ ถอน โย น ญา ต ได้.

(๒) ถ้า ผู้ บั ย มี อากา ร มาก ซึ่ง อาจ ได้ รั บ อัน ตรา ย ถึง ชี วิ ต, ประ มวล กฏ หมา ย อาญา มา ตรา ๓๗๔ บัญ ญา ต ไว้ ว่า:

“ผู้ใดเห็นผู้อนตกอยู่ในภยันตรายแห่งชีวิต, ซึ่งตนอาจจะช่วยได้โดยไม่ควรกลัวอันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่น, แต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น, ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน ๑ เดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท, หรือทั้งจำทั้งปรับ.”

(๓) ถ้า แพทย์ ที่ ปฏิเสธ การ ตระ วร ภา ภา ภา นัน รั บ ภา ภา ภา ใน โรง พยา ภา ภา ของ รั ภา ภา หรือ เทศ ภา ภา หรือ รั บ ภา ภา ภา ออ น, ประ มวล กฏ หมา ย อาญา มา ตรา ๑๕๗ บัญ ญา ต ไว้ ว่า:

“ผู้ใดเป็นเจ้าพนักงาน, ปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ, เพื่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด, หรือปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยทุจริต ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งถึงสิบปี,

หรือปรับตั้งแต่สองพันบาทถึงสองหมื่นบาท, หรือทั้งจำทั้งปรับ.”

โรงพยาบาลบางแห่งไม่ยากให้แพทย์ของโรงพยาบาลต้องยุ่งยากกับผู้ป่วยคดี; จึงได้ออกเป็นกฎของโรงพยาบาลไว้ว่าโรงพยาบาลนั้นๆ ไม่รับตรวจรักษาผู้ป่วยคดี. เมื่อเป็นเช่นนั้น, แพทย์ของโรงพยาบาลซึ่งปฏิเสธการตรวจรักษาผู้ป่วยคดีนั้น, ก็ไม่มีความผิดตามข้อ (๑) และ (๓) ข้างบน: ถ้าหากผู้ป่วยที่แพทย์ปฏิเสธไปนั้นนับว่าเป็นผู้ป่วยที่ตกอยู่ในภยันตรายแห่งชีวิตตามข้อ

(๒) ข้างบนที่แพทย์ก็ยังต้องรับผิดชอบ, แต่ในประมวลกฎหมายอาญานั่นเองมาตรา ๗๐ บัญญัติยกโทษไว้ว่า “ผู้ใดกระทำความผิดซึ่งหน้าที่, แม้คำสั่งนั้นจะมีชอบด้วยกฎหมาย, ผู้กระทำความผิดหรือ

เชื่อโดยสุจริตว่ามีความผิดตามกฎหมาย, ผู้นั้นไม่ต้องได้รับโทษ, เว้นแต่จะรู้ว่าคำสั่งนั้นเป็นคำสั่งซึ่งมิชอบด้วยกฎหมาย.” ดังนั้นจึงเห็นว่าแพทย์ของโรงพยาบาลนั้นยอมรับผิดชอบแต่มีปัญหากฎหมายเกิดขึ้นว่ากฎของโรงพยาบาลดังกล่าวเป็นคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายหรือไม่, ตามหลักกฎหมายทั่วไปคำสั่งที่มิชอบด้วยกฎหมายนั้นหมายความว่าถึงคำสั่งที่ไม่มีกฎหมายให้อำนาจผู้ออก

คำสั่งนั้นๆ, และตามที่โรงพยาบาลจะออกกฎดังกล่าวผู้เขียนเห็นว่าไม่มีกฎหมายขบขันใดให้อำนาจผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่จะออกกฎเช่นนั้น, จึงเห็นว่ากฎของโรงพยาบาลที่ไม่รับตรวจรักษาผู้ช่วยคดีนั้นเป็นคำสั่งที่ขัดกับกฎหมาย นอกจากนั้นคำสั่งหรือกฎของโรงพยาบาลเหล่านั้น เป็นคำสั่งที่ทำให้บุคคลละเว้นการกระทำที่กฎหมายบังคับให้ทำ. หรือจะกล่าวอย่างง่าย ๆ ก็ว่าเป็นคำสั่งที่ทำให้ผู้ปฏิบัติตามอาจทำผิดกฎหมายได้, ซึ่งนับว่าเป็นคำสั่งที่ละเมิดสิทธิของบุคคล. เพราะฉะนั้นถ้าโรงพยาบาลใดมีกฎดังกล่าวก็ควรจะยกเลิกเสีย, และแพทย์ผู้ใดอ่านเรื่องนั้นแล้วไม่สามารถจะยกประโยชน์แห่งมาตรา ๑๐ ขึ้นเป็นข้อแก้ตัวอีกต่อไป.

นอกจากผลที่เห็นได้ชัดเจนน ๓ ประการดังกล่าวมาแล้วแพทย์ผู้ปฏิเสธการตรวจรักษาผู้ช่วยคดีดังกล่าวอาจต้องรับผิดชอบในทางแพ่งอีก, ซึ่งแล้วแต่พฤติการณ์เป็นราย ๆ ไป.

สำหรับผู้ช่วยในประเภท ค. นั้น ในกฎหมายใช้คำว่า “พนักงานแพทย์” อยู่แล้วไม่ว่าจะเป็นแพทย์ทนายราชการหรือไม่, ถ้าใครรับแต่งตั้งให้ตรวจผู้ช่วยดังกล่าว, ก็

ถือว่าเป็นเจ้าพนักงานตามกฎหมาย, ถ้าไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ตามคำสั่งศาลหรือพนักงานสอบสวน, ก็มีความผิดตามมาตรา ๑๕๗ (ข้อ (๓) ข้างบน).

การตรวจและการบันทึก

การตรวจผู้ช่วยคดีนั้นก็ได้แตกต่างจากการตรวจอย่างธรรมดา, หากแต่เพียงแจ้งในแง่ของนิติเวชวิทยาให้ละเอียดลออขึ้นเล็กน้อย, โดยเฉพาะเพื่อประโยชน์แก่รูปคดีนั้นๆ, และรวมทั้งการตรวจคนอื่นๆ เพื่อประกอบการวินิจฉัยด้วย.

(๑) การถามประวัติมีความจำเป็นที่จะต้องถามให้เป็นประโยชน์แก่การที่เราจะให้ความเห็น. เช่นผู้ช่วยบอกว่าถูกตีศีรษะมา ๑ ชม. เลือดออกมาก. นอกจากเราจะต้องถามอาการต่างๆ ตามหลักวิชาแพทย์, เช่นขณะถูกตีหมดสติหรือไม่, มีน้และปวดศีรษะมากไหม, มีอาการอาเจียนหรือไม่, จำเหตุการณ์ขณะเกิดเหตุและก่อนเกิดเหตุได้หรือไม่, เป็นต้น, ความสำคัญทางนิติเวชวิทยาที่จะถามต่อไปก็คือรู้หรือไม่ว่าถูกอาวุธอะไร, เพื่อเราจะไปเปรียบเทียบอาวุธที่ผู้ช่วยบอกกับลักษณะของบาดแผลว่าเป็นไปได้หรือไม่. นอกจากนั้นเราควรจะถาม

ถึงท่าทางที่ถกทำร้ายว่าเป็นไปเช่นไร. ไม่
การต่อสู้กันหรือไม่, ตลอดจนถามถึง
สาเหตุแห่งการถกทำร้าย, เพื่อทราบภาวะ
ทางจิตใจและเจตนาของผู้ร้ายด้วย. คำ
อย่างคำถามดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อ
แพทย์เป็น อย่าง มาก ใน เวลาไป เป็น พยาน
ศาล, ซึ่งก็นับว่าเป็นประโยชน์แก่คดีด้วย.

(๒) การตรวจร่างกายทั่วไป, ไม่มี
อะไรพิเศษ. ควรจะสังเกตความสมบูรณ์
ทั่วไปของร่างกายด้วย.

(๓) การตรวจขาดแผลเฉพาะที่, ควร
ปฏิบัติโดยละเอียดเช่นเดียวกับที่กล่าวไว้ใน
ตำราศัลยศาสตร์ทั่วไป. ไม่ควรรวบรัด,
เพราะจะทำให้ขาดรายละเอียดที่สำคัญไป.

ชนิดของขาดแผลควรจะบอกไว้ว่าเป็น
ชนิดใด, รอยถลอก, รอยข้ำ, แผลถก
ของแข็ง, แผลถกของมีคม.

จำนวนและขนาด, ทั้งหมดมีกี่แผล.
แต่ละแผลกว้างยาวลึกโดยประมาณ ซม.

ที่ตั้ง, แผลนั้นๆ อยู่ในตำแหน่งใดบ้าง.

ลักษณะของแผล, สีอากาศหรือสกปรก,
มีสิ่งแปลกที่อะไรติดที่แผลบ้าง, ขอบเรียบ
หรือกระรุ่งกระริ่ง, แผลเก่าหรือใหม่, ประ-
มาณเป็นมาากวัน, การรักษาก่อนที่จะมาหา
แพทย์.

(๔) การตรวจคนอย่างอื่นเช่นเอ็กซ-
เรย์, เป็นต้น.

(๕) เมื่อได้ทำการตรวจโดยละเอียด
ดังกล่าวแล้วต้องบันทึกไว้. การบันทึกมี
ความจำเป็นมาก เพราะคดีส่วนมากกว่าจะ
ขึ้นศาลนั้นห่างจากเวลาเกิดเหตุมาก. ถ้า
มิได้บันทึกไว้เวลาไปเป็นพยานศาลอาจจะ
จำรายละเอียดไม่ได้, และการให้การไม่ตรง
กับข้อเท็จจริงนั้นอาจทำให้เสียรูปคดีได้ซึ่ง
นับว่าเป็นการเสียหายแก่ทั้งแพทย์เองและผู้
ป่วย. สำหรับในโรงเรียนแพทย์นั้นมีการ
บันทึกรายงานผู้ป่วยโดยละเอียดอยู่แล้ว.
ในผู้ป่วยคดีถ้าผู้เขียนรายงานได้นึกถึงความ
สำคัญทางนิติเวชวิทยาดังกล่าวและเขียนไว้
ในรายงานด้วย, จะทำให้รายงานผู้ป่วยมี
ความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น. ส่วนในโรงพยาบาล
ทั่วไปและแพทย์เซลยศกคดีควรนึกถึงความ
จำเป็นดังกล่าวไว้บ้าง.

การเขียนและออกรายงาน

ในโรงพยาบาลใหญ่ๆ มักจะมีแบบ
ฟอร์มการเขียนรายงานการตรวจผู้ป่วยคดี
ไว้อยู่แล้ว, ซึ่งแพทย์ผู้ตรวจกรอกข้อความ
ต่างๆ ลงไปได้ทันที. แต่ถ้าไม่มีแบบของ
โรงพยาบาลหรือเป็นแพทย์เซลยศกคดี, หน้า

หลังในใบส่งตัวผู้ป่วยของพนักงานสอบสวน จะมีแบบฟอร์มไว้ให้แพทย์เขียนรายงานการตรวจอยู่แล้ว, ใสได้ทันที. มีข้อควรปฏิบัติอยู่บางประการในการเขียนรายงานการตรวจดังต่อไปนี้.

(๑) ต้องใช้ภาษาไทย. มีกฎหมายบังคับไว้ว่าเอกสารที่ใช้ในศาลทั้งหมดต้องทำเป็นภาษาไทย. ถ้ามีภาษาอื่นอยู่ด้วยต้องแปลเป็นภาษาไทย. ถ้าแพทย์เขียนภาษาต่างประเทศปนเข้าไปด้วยก็มีความยุ่งยากในเรื่องแปล. หากไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงศัพท์เฉพาะใดควรเขียนทับศัพท์เป็นภาษาไทย. ข้อความที่ใช้ควรใช้ภาษาง่ายๆ ซึ่งคนทั่วไปที่มิใช่แพทย์พอจะเข้าใจได้.

(๒) ต้องเขียนรายละเอียดที่ตรวจพบทั้งหมด, รวมทั้งการตรวจค้นด้วย (โดยเฉพาะเอกซเรย์), เช่นเขียนว่า “มีบาดแผลถูกของแข็งที่หน้าแข้งขวาขนาดประมาณ ๑๐×๕ ซม., ลึกถึงกระดูก, เอกซเรย์พบกระดูกหน้าแข้งหัก”, เป็นต้น.

(๓) ในการให้ความเห็นตอนสุดท้ายนั้นในรายที่ไม่น่าจะมึโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น, ก็ควรเขียนลงไปเลยที่เดียวว่าประมาณกวันหาย. ในรายที่อาจจะมีโรคแทรก

เกิดขึ้นได้, ก็ควรเขียนว่าถ้าไม่มีโรคแทรกจะหายภายในประมาณกวัน.

ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา ๒๕๖ (๘) บัญญัติไว้ว่าอันตรายสาหัสคือการเจ็บป่วยด้วยอาการทุกขเวทนาเกินกว่ายี่สิบวัน, หรือจนประกอบกรณีก็ตามปรกติไม่ได้เกินกว่ายี่สิบวัน.

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัญหาที่ว่าสาหัสหรือไม่ นั้นเป็นปัญหากฎหมาย, ไม่ใช่ปัญหาข้อเท็จจริง. จึงมีบางครั้งที่แพทย์ผู้ออกความเห็นในการตรวจพบบาดแผลจะวินิจฉัยว่าบาดแผลนั้นๆ จะเป็นสาหัสหรือไม่, และบางที่ความเห็นของแพทย์อาจไม่ตรงกับกฎหมายก็ได้. ในรายงานการตรวจของแพทย์จึงไม่ควรมีความว่าสาหัสอยู่. นอกจากนั้นการประมาณวันดังกล่าวก็ไม่ควรใช้เวลา ๑๕ หรือ ๒๑ วัน, เพราะเป็นการแสดงถึงความไม่สุจริตใจของแพทย์.

การออกรายงานนั้นความจริงไม่มีกฎหมายฉบับใดบังคับให้แพทย์ต้องออกรายงานการตรวจ. ฉะนั้นถ้าแพทย์ผู้ใดจะไม่ออกรายงานการตรวจก็ได้, เพราะการออกรายงานการตรวจนั้นถือว่าเป็นการออกความเห็นเป็นหนังสือตนเอง, และในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งและวิธี

พิจารณาความอาญาทั้งสองเล่มก็บัญญัติไว้ตรงกันว่าผู้ชำนาญหรือผู้เชี่ยวชาญอาจให้ความเห็นเป็นหนังสือหรือท่วยวาจาก็ได้. ทั้งนี้จะเห็นว่าถ้าแพทย์ไม่ออกรายงานการตรวจให้, แพทย์จะต้องถูกสอบสวนทุกรายที่ทำการตรวจ, ซึ่งจะเป็นการไม่สะดวกอย่างยิ่งทั้งฝ่ายแพทย์เองและฝ่ายพนักงานสอบสวน.

การให้การเป็นพยานต่อพนักงานสอบสวน

เมื่อแพทย์ได้ออกรายงานการตรวจให้ไปแล้ว, ส่วนมากมักเป็นเรื่องเล็กน้อยซึ่งตกลงกันได้ซึ่งพนักงานสอบสวน. เจ้าพนักงานสอบสวนจะเปรียบเทียบที่สถานตำรวจ, โดยใช้รายงานการตรวจของแพทย์เป็นเครื่องประกอบ. เสร็จแล้วคดีก็เป็นอันเลิกกันไป. แต่ถ้าบางรายตกลงกันไม่ได้, เพราะเจ้าทุกข์ไม่ยินยอมมาก, เพราะเป็นเรื่องร้ายแรงซึ่งอยู่นอกอำนาจเปรียบเทียบของพนักงานสอบสวนคดีคดีเหล่านี้ก็ต้องมีการฟ้องร้องยังศาล, ในรายเช่นพนักงานสอบสวนก็ต้องสอบปากคำจากแพทย์เพิ่มเติมจากรายงาน. ในทางปฏิบัติพนักงานสอบสวนจะมาสอบปากคำ

แพทย์ที่โรงพยาบาลเอง, ซึ่งนับว่าเป็นการให้ความสะดวกแก่แพทย์เป็นอย่างมาก, และแพทย์ก็ควรจะให้ความสะดวกแก่พนักงานสอบสวนเป็นการตอบแทนตามสมควร, เพราะประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา ๑๓๓ ให้อำนาจพนักงานสอบสวนที่จะออกหมายเรียกบุคคลใด, ซึ่งมีเหตุอันควรเชื่อว่าถ้อยคำของเขาอาจเป็นประโยชน์แก่คดี, ให้มาตามเวลาและสถานที่ในหมาย. แต่พนักงานสอบสวนไม่เคยใช้อำนาจตามมาตรานักขแพทย์เลย.

ถ้าพนักงานสอบสวนจะใช้อำนาจตามมาตรานี้จริงๆ แล้ว, แพทย์จะได้รับความยุ่งยากอีกมิใช่น้อย, และการไม่ไปตามหมายนั้น มีกฎหมายอาญามาตรา ๑๖๘ บัญญัติลงโทษไว้, ให้ระวางโทษจำคุกไม่เกินสามเดือน, หรือปรับไม่เกินห้าร้อยบาท, หรือทั้งจำทั้งปรับ.

การให้การต่อพนักงานสอบสวนนั้นอันโดยคล้ายกับการเป็นพยานศาล, แต่ไม่ต้องมีพิธีอะไรมาก, และตอบคำถามต่อพนักงานสอบสวนเพียงผู้เดียว. (ที่ศาลต้องตอบทั้งอัยการ, ทนาย, และศาล, หรือคู่ความ.) เริ่มต้นพนักงานสอบสวนจะถามชื่อ, อายุ, ที่อยู่, อาชีพ, ซอยตามารดา. แต่ก่อนที่

เริ่มข้อความเจ้าพนักงานสอบสวนจะเขียนลงไปว่า พยานได้สำเนาแล้ว (ตามกฎหมายบังคับให้ต้องสำเนาแล้ว, เช่นเดียวกับการเป็นพยานศาล.), แล้วจึงเริ่มถามข้อความซึ่งส่วนใหญ่ก็มักเพื่อประโยชน์แก่ฝ่ายตน. การตอบคำถามหลักเช่นเดียวกับการให้การต่อศาล. เมื่อเสร็จแล้วผู้สอบสวนจะอ่านข้อความทั้งหมดให้เราฟัง, ซึ่งถ้าผิดพลาดที่ใดเราก็ทักท้วงได้. จบแล้วจึงเซ็นชอกลงในช่องพยาน, นับว่าเสร็จ.

อาจจะมีคนสงสัยว่าถ้าเราไม่ให้การต่อพนักงานสอบสวนจะมีผลเช่นไร, ประมวลกฎหมายอาญามาตรา ๑๖๕ บัญญัติลงโทษไว้ให้ระวางโทษจำคุกไม่เกินสามเดือน, ปรบยไม่เกินห้าร้อยบาท, หรือทั้งจำทั้งปรับ, ซึ่งนับว่าไม่น้อยเลย.

ที่กล่าวมาทั้งหมดค่อนข้างยาว, ส่วนใหญ่เป็นวิธีการในคดีอาญาซึ่งพนักงานอัยการเป็นโจทก์. ถ้าเป็นคดีแพ่งทนายอัยการเป็นโจทก์, อาจจะไม่ต้องยุ่งยากดังกล่าว.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บทบรรณาธิการ

โดยรอยพระยาคลบาท
อาจารย์โดยสมบรรณ

ความรู้เป็นของมีค่า. ข้อนั้นคงไม่พอก
ต้องพิสูจน์. คำนี้เกิดจากประโยชน์ซึ่งได้
รับจากการมีความรู้. สำหรับบางคนความรู้
เป็นเหตุให้ใคร่ร้ายวายเป็นเศรษฐี, สำหรับ
บางคนความรู้ทำให้มีผู้เกิดความเคียดแค้น
หรือเมื่อนำผลร้ายมาสู่ก็ได้. ทงนเกี่ยวกับ
การใช้ ความรู้ว่าได้เป็นไป โดยถูกต้องหรือ
ผิดทาง. บุคคลพวกหนึ่งที่มีโอกาสใช้
ความรู้ของตน ทำประโยชน์ อยู่ตลอดเวลา
และด้วยคุณค่าที่ สมบูรณ์ คือพวก อาจารย์,
เพราะ บุค คล พวก นี้ ใช้ ความ ร้ สร้าง คน
จำนวนมากหลาย ให้กลายเป็น ผู้มี ความรู้
ต่อไปอีก. แล้วพวกหลังนั้นก็ใช้ความรู้
ที่เขาได้ รับนั้นให้เป็น ประโยชน์ เป็นทอดๆ
ต่อไปอีก. เพราะเหตุนี้อาจารย์โดยทั่วไป
จึงเป็นผู้ที่ใคร่ความยกย่องนับถือ. ยิ่งผู้
ทำประโยชน์มาก, คือ แจกความรู้ ด้วยดี
และโดยสมบูรณ์, ก็ยิ่งใคร่ยกย่องและ
ความสรรเสริญมากจน. ส่วนผู้ที่ทำประ-
โยชน์น้อยคือทำหน้าที่ โดยไม่สมบูรณ์ก็ได้

ผลก็น้อยลงไปตามส่วน. ผู้หนึ่งซึ่งพองกเป็น
แบบฉบับในด้านความสมบูรณ์คือ สมเด็จพระราชาธิบดี เจ้าฟ้าฯ กรมหลวงสงขลานครินทร์, ทูลกระหม่อมของชาวศิริราช.

ทูลกระหม่อมฯ ทรงประกอบพระกรณียกิจในฐานะพระอาจารย์ให้แก่นักเรียนเตรียมแพทย์อยู่เสมอหนึ่งก่อนที่จะออกไปทรงศึกษาวิชาแพทย์ในสหรัฐอเมริกา. ในตอนนั้นพระองค์ได้ทรงศึกษาสำเร็จวิชาทหารเรือจาก ประเทศเยอรมนี และวิชา สงครามสุขศาสตร์จากประเทศอเมริกาไว้แล้ว. ทรงพระดำริเห็นว่าโรงเรียนแพทย์, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชั้นเตรียมแพทย์, ยังขาดแคลนอาจารย์ผู้ทรงความรู้และเป็นอันมาก, จึงทรงพระ อดสาหะ เสด็จไปช่วย ทรงสอนวิชาชีววิทยาให้. การสอนของพระองค์ประกอบด้วยการประทานความรู้ ทั้งในด้าน ทฤษฎีที่ทันสมัย และด้าน ปฏิบัติที่ทำให้เห็นจริงเห็นจัง, เป็นที่ประทับใจแก่บรรดาศาสนิกษย์ทั้งหลายอย่างยิ่ง, แต่พระองค์มิได้ทรงหยุด

ยังเพียงแต่การสอนวิทยาศาสตร์, ได้ทรงปฏิบัติเลยไปถึงการอบรมอุปนิสัยใจคอที่เหมาะสมกับภาวะและประธานความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับประเทศบ้านเมืองและประชาชน. มีทั้งภูมิศาสตร์, ประวัติศาสตร์, ศิลปกรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีตลอดจนกระทั่งจรวยาและศีลธรรมไปพร้อมกันโดยสมบูรณ์. เป็นการนำเสียดายที่ทรงปฏิบัติพระภารกิจในค่าน้อยช่วงเวลาอันสั้นก็ต้องเสด็จไปทรงศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ต่อไปที่สหรัฐอเมริกา. การสอนและอบรมแบบสมบูรณ์ที่ได้ชะงักลงและไม่ได้มีผู้ใดสนใจรับทำต่อมา.

ความรู้สึกของนักเรียนแพทย์ที่เคยได้รับพระกรุณาธิคุณจากทูลกระหม่อมฯ มีเด่นเป็นพิเศษอยู่สองประการ. ประการที่หนึ่ง, นอกเหนือจากความรู้วิชาการโดยเฉพาะ, รู้สึกว่าพระองค์ท่านช่างทรงมีความรู้รอบพระองค์เป็นอย่างดี. ประการที่สอง, รู้สึกว่าทรงพยายามอย่างเต็มที่ในอันที่จะผลักดันให้ศิษยานุศิษย์ของพระองค์รับความรู้นั้นๆ เข้าไว้ในสมองของตนบ้าง, มากน้อยตามส่วนแห่งสมรรถภาพ. สำหรับความรู้วิชาการนั้นย่อมเป็นไปตามวิชาที่พระองค์ได้ทรงศึกษามาโดยตรง.

ส่วนความรู้ในด้านอื่นๆ นั้น ก็อาศัยการที่ได้ทรงพบเห็นอะไรๆ มาก, ประกอบกับความสนพระทัยในประวัติศาสตร์, สังคมศาสตร์, ศิลปะ, วัฒนธรรม ทั้งของไทยและของเทศ. แต่สิ่งที่ได้ทรงอุตสาหะพยายามอย่างยิ่งที่จะประธานให้แก่บรรดาศิษย์ของพระองค์เป็นพิเศษคือ ความรู้เกี่ยวกับประเทศไทย และ ขนบธรรมเนียมของไทย. ทั้งนี้ คงจะเป็นด้วยทรงยึดหลักว่าบุคคลจำเป็นต้องเรียนรู้จักตนเองก่อน, จึงจะสามารถเข้าใจและประมาณคุณค่าของผู้อื่นได้. คนไทยที่ไม่รู้จักขนบธรรมเนียมไทยย่อมไม่อาจทราบได้ว่าขนบธรรมเนียมฝรั่งที่โต้พบได้เห็นนั้นเป็นของจริง หรือเหมาะสมกับภาวะของตนเองหรือไม่. แม้เรื่องวิชาการก็เช่นเดียวกัน. ผู้ที่จะได้ประโยชน์จากการศึกษาในต่างประเทศย่อมต้องรู้จักภาวะการของความรู้ที่นั่นๆ ในประเทศของตนเองเสียก่อน, จึงจะสามารถเลือกเรียนและเลือกรับสิ่งที่ประโยชน์มาได้. โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับแพทย์, มีความจำเป็นจะต้องซาบซึ้งในจิตใจและแนวความคิดของคนไข้. การที่จะทำเช่นนั้นได้จำเป็นต้องรู้จักขนบธรรมเนียม, ขอบคอกและความเชื่อต่างๆ ของเขาเป็นอย่างดี.

การที่หยิบยก ^{๒๕๕}สอนชนบรยาย อย่าง ^{๒๕๖}ยก
ยวาก็เพื่อแสดง ให้เห็นว่า ทลกรระหม่อมทรง
เอาพระทัยใส่ ในพระกรณียกิจ ของ พระองค์
ในฐานะอาจารย์ โดยครบถ้วนเพียงใด. พระ
องค์มิได้ทรงสนพระทัยแต่เพียงการให้วิชา
เท่านั้น, แต่ทรงมุ่งมั่นที่จะให้ศิษย์ของ
พระองค์ เพียบพร้อม ไปด้วยความรู้ และการ
อบรมที่ครบถ้วนโดยสมบูรณ์ด้วย. เพื่อ
การนี้ ได้ทรง พระอตุลาหะพานักเรียนแพทย์
ไปศึกษาณอกสถาน, ทั้งแต่สถานวิทยา
การต่าง ๆ จนกระทั่ง พิพิธภัณฑสถานแห่ง
ชาติ, พระที่นั่ง, และแม่พระบรมมหาราช-
วัง. ทุกครั้งเสด็จนำนักเรียนและทรงชี้แจง
เรื่องต่าง ๆ ด้วยพระองค์เอง. มิได้ทรงเห็น
แก่เห็นคเหนอเลย. มีพระทัยเพ่งเล็งใน
การที่จะทรงสอนคนทั้งหลายให้ ใ้รับความรู้
ที่เป็นประโยชน์. ทรงปรารถนาที่จะให้คน
อื่น ๆ รั้เทียบเท่า หรือเกือบเทียบเท่ากับพระ
องค์. มิได้ทรงหวงแเหนความรู้ของพระองค์
เองอย่างใดเลย. ในการสอนทุกครั้ง, จะ
เป็นวิทยาการก็ดี, หรือความรู้ประกอบ

ต่าง ๆ ก็ดี, ก็ได้ทรงแสดงให้ปรากฏแก่
พระเมตตากรณาและ นำพระทัยอันโอบเออ,
ทั้ง ๆ ที่ทรงเคร่งครัดใน ระเบียบและ หน้าที่
ของบุคคล, มิใช่หย่อนเนียบนาจนเสี้ยววินัย.

เพราะคุณธรรมเหล่านี้, เพราะทรง
รอบรู้อย่างแท้จริง, เพราะทรงพระเมตตา
กรณา, เพราะทรงพระอตุลาหะ, เพราะ
ทรงปรารถนาแจกจ่าย ความรู้ โดย สุจริต,
ไม่ทรงบีบบัง, ไม่ทรงตระหนั, ผู้ที่เคยได้
รับพระกรณาจึงมีความซาบซึ้งด้วยกตัญญู-
ตา, และเทอภทลพระองค์ตลอดมาชวกาล
นานว่าทรงเป็น อัจฉริยะบุคคลซึ่ง ยากที่จะหา
ใครเสมอเหมือน.

ใน โอกาส คล้ายวันสิ้น พระ ชนม์ชาว
คณะศิรีราชทั้งเก่าและใหม่, ที่ได้รับผล
เลิศแห่งพระกรณียกิจ, ทั้งโดยทางตรงและ
ทางอ้อม, พร้อมใจกันน้อมเกล้ารำลถถถึง
พระกรณาธิคุณ และตั้งปณิธาน ที่จะประกอบ
ภารกิจของตน ๆ ด้วยความมุ่งมั่นวิริยะ,
เสมือน ดำเนิน โดย รอย พระยุคลบาท โดย
ตลอดกาล.

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ขอในฉบับนี้ : ประหยัด ทัศนการณ์ พ.บ., ประเสริฐ กังสดาลย์ M.B., Ch.B., พ.ด., F.C.C.P.
โสภณ คงสำราญ พ.บ., มานี วิสกุล พ.บ., กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ., พนอจิตร จริยา พ.บ.
มุกดา ตฤณณานนท์ พ.บ., M.P.H., สลิต ศุขโรจน์ พ.บ.
สมชัย บวรภักดี พ.บ., D.T.M. & H., T.D.D., F.C.C.P.

๑. McKean, Charles M.: การทดสอบ
การตั้งครรภ์ด้วยแอนติซีรัม. Am. J.
Obst. Gynaec. 1960, 80 : 596.

ผู้รายงานได้ทำการทดลองใช้แอนติซีรัม
ของไมริโอนิกโกนาโตโทรปีคเซอร์โมน, ที่
ทำได้จากการเอาเซอร์โมนนี้มาทำให้บริสุทธิ์
แล้วฉีดเข้ากระต่ายแล้วจะได้แอนติซีรัม
เกิดขึ้นในซีรัมของกระต่าย. เขาแอนติซีรัม
นี้มาทำปฏิกิริยากับซีรั่มสภาวะของหญิงตั้ง
ครรภ์จะเกิดปรีซีตีคเนร์แอกชันขึ้นมา. ได้
ทดลองทำเปรียบเทียบกัวิธีมาตรฐานของ
ฟริคแมน. พบว่าวิธีใช้เวลาในการอ่าน
ผลเพียง ๒ ชม. และได้ผลแม่นยำพอๆ กั
วิธีใช้สัตว์ทดลองอื่นๆ เช่นกัน. แต่มีข้อ
ยุ่งยากอยู่ตรงที่เซอร์โมนที่จะใช้เป็นแอนติ-
เจนต้องทำให้บริสุทธิ์เสียก่อน.

ประหยัด ทัศนการณ์ พ.บ.

๒. Harris, L.J.: วิธีง่าย ๆ ในการกำจัด
ทริชตามห้องเลี้ยงเด็กใน ร.พ. ต่าง ๆ. Am.

J. Obst. Gynaec. 1960, 80 : 30.

โรคทริชพบได้บ่อย ๆ ในปากคอทารก
ตามห้องเลี้ยงเด็กทั่วไป, จากรายงาน
ทั่วโลกพบว่ามีอยู่ ๔ เปอร์เซ็นต์เสมอ. ตาม
ปรกติมันไม่เกิดอันตรายร้ายแรงแก่ทารก,
แต่มีไขมันที่มันแผ่กระจายเข้าทางเดิน
อาหารและระบบการหายใจทำให้ถึงตายได้.
ผู้รายงานจึงเสนอว่าควรทำการป้องกันทารก
จากโรคนี้ให้เป็นกฎประจำเสียเหมือนกับ
การปฏิบัติหยอดตาทารกด้วยเกลือเงินเมื่อ
คลอดออกมาใหม่ๆ. เขาได้ศึกษาทารก
๔,๒๔๓ ราย. แบ่งออกเป็นสองพวก.
พวกหนึ่งเอาไว้เปรียบเทียบและอีกพวกหนึ่ง
เขาพยายามใช้น้ำยานิสตาติน (หรือไมโค-
สตาติน) ๑๐๐,๐๐๐ หน่วย หยอดลงใน
ปากทารกทุกคน, ในวันที่ ๒ หลังเกิด,
และซ้ำอีกครั้งหนึ่งในวันที่ ๕. เขาพบว่าทุก
รายไม่มีทริชเกิดขึ้นเลย. สำหรับราย
เปรียบเทียบมีเป็นโรค ๔ ๒๕. เท่ากับที่เคย
มีรายงาน. ผู้รายงานพบว่าไม่มีอาการ

แทรกซ้อนหรือแพ้ยาเลย, การทำกัสะตวก
ไม่สิ้นเปลืองมาก.

ประหยัด ทัศนากรณ์ พ.บ.

๓. ปรีชยานนท์ บัญญัติ, สุนทร คณท-

นันทน์: โอบีสมิทธิเอสิสทลกลามถึงปอด
Ann. Int. Med. 1961, 54:795-799.

รายงานผู้ป่วยหนึ่งรายด้วยโรคพยาธิใบ
ไม้ของตับซึ่งมีพยาธิสภาพเกิดต่อเนื่องเข้า
ในเนื้อปอด, ผู้ป่วยเป็นชายไทยภาคอีสาน
อายุ ๓๗ ปี, รัยไว้รภษาใน ร.พ. ศิริราช
เนื่องด้วยอาการตัวเหลือง, ตาเหลืองมาก.
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันเริ่มเมื่อ ๔ เดือน
ก่อนมา ร.พ. ด้วยอาการไข้หนาวสั่นและ
อ่อนเพลีย. หนึ่งเดือนต่อมามีอาการตัว
เหลือง, ตาเหลือง, บัสสาวะสีเข้มจัด, ไอ
มีเสมหะขาวใส. เมื่อไอแรง ๆ มีเจ็บบริเวณ
หัวไหล่ขวา. หนึ่งเดือนก่อนรัยไว้รภษาในโรง-
พยาบาลไอบ่อยขึ้น, เสมหะประมาณ ๑๐๐
ถึง ๒๐๐ ล.ซม. ต่อวัน, สีเขียวอ่อน,
เหนียว, มีรสขม, แต่ไม่มกลิ่นเหม็น,
เวลานอนรำบไอบามากขึ้น. ผู้ป่วยสังเกตุว่ามี
ก้อนที่หน้าท้องบริเวณชายโครงขวา, กต
เจ็บ. การตรวจร่างกายแรกรัยพบผู้ป่วยมีตา
เหลือง, ตัวเหลืองจัด, มีไข้ต่ำ, เห็นก้อน

โย่งที่บริเวณหน้าท้องส่วนบน. คลำได้ตบต่ำ
จากชายโครงขวา ๓ นิ้วมอ, กตไม่เจ็บ.
ตรวจอกซีกขวาเคลอนไหวนน้อยลง, เคาะ
ที่ขั้วค้เงินบริเวณในกระตอกสะบักขวาเข้าไป
และใต้มุล่าง. ฟังไตเสียงเปรียะและโว-
คัลเรโซแนนซ์ดังเพิ่มขึ้น. ภาพรังสีของ
ทรวงอกแสดงเงาทบหนอปอดขวา กลบล่าง,
การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเม็ดเลือดขาว
๑๕,๑๐๐ ต่อล.ซม. นิวโทรฟิล ๗๒ ปรศ.,
ลิมโฟซัยต์ ๑๕ ปรศ., อีโอสิโนฟิล ๔ ปรศ.,
ตรวจพบนาดีในบัสสาวะ. พบไข่พยาธิใบไม้
ในอุจจาระ. เสมหะเบอนนาดี, แต่ไม่พบ
ไข่หรือตัวพยาธิในเสมหะเลย. ผลททดสอบ
เซฟาลินฟลอคคูละชันสองขวก. ผลททดสอบ
ไอโอดีนสีขวก. แอลคาไลน์ฟอสฟาเทส
๒๓ หน่วยโเบแคนล็กย์.

เจาะตบไตนาสเขียวอ่อนแถมเหลือง ๒๐
ล.ซม. ตรวจไม่พบไข่หรือตัวพยาธิ. หลัง
เจาะใส่พัยโลซิล ๕๐ ปรศ. จำนวน ๔๐ ล.
ซม. แล้วตรวจโดยฟลโโรสโคบขบพบมีลิ
อะรัยคาแนลพองและพยสารทบรังสีเข้าไป
ในส่วนล่างของทรวงอกเห็นอระคัยส่วนโค้ง
ของกะบังลม. ผู้ป่วยถึงแก่กรรมเมื่ออยู่ใน
ร.พ. ได้ ๓ สัปดาห์.

การตรวจศพพบถุงพยาธิในเนื้อปอดขวา

ซึ่งเข้าใจว่ามีทางติดต่อกับบริเวณพยาธิ-
สภาพในตับกลีบขวา. การตรวจทางจุล-
พยาธิวิทยาพบไขพยาธิใบไม้ฝังอยู่ในเนื้อ
ปอดหลายแห่ง. ไม่พบตัวพยาธิในเนื้อปอด,
แต่พบในท่อน้ำคินตับ.

การวินิจฉัยโรคในทางคลินิกของผู้ป่วย
รายงานอาศัย:

(๑) การตรวจพบไขพยาธิใบไม้ใน
อุจจาระประกอบกับการพบพยาธิที่ตับ, และ
การพบตัวแบบนมมอของหลอดน้ำคินภายใน
เนื้อตับ.

(๒) การตรวจพบเสมหะเขื่อนน้ำคิน,
และพบการติดต่อบริเวณพยาธิสภาพในตับ
และเนื้อปอดโดยการตรวจทางรังสีวิทยา.

(๓) การตรวจพบไขพยาธิใบไม้ของตับ
ในเนื้อปอด, จากการศึกษาทางจุลพยาธิ-
วิทยา.

ประเสริฐ กังสดาลย์

M.B., Ch.B., พ.ด., F.C.C.P.

๔. Baum, G.L.: ความสำคัญของคันติคา
อิลิบัคินส์ในเสมหะมนุษย์ *New Engl. J.*
Med. 1960, 263 : 70-73.

ในระยะที่มีการใช้สเตรปโตมัยซินและแอนติ

ไบโอติกกันอย่างกว้างขวางในขณะนี้, มีผู้
กล่าวว่าทำให้พบบังคัส (รวมทั้งยีสต์และรา)
ในลำคอมากขึ้น. ผู้รายงานได้สนใจเกี่ยว
กับพบบังคัสพวกคันติคา, โดยเฉพาะคันติคา
อิลิบัคินส์ซึ่งเชื่อว่าเป็นชนิดที่อาจจะทำให้
เกิดโรคได้, ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่าง
ใดภายหลังทำให้สเตรปโตมัยซินและแอนติไบ-
โอติก. เขาได้พยายามแยกเชื้อออกจาก
เสมหะของผู้ป่วยที่เขามารักษาใน ร.พ. ด้วย
โรคต่างๆ ที่ต้องให้แอนติไบโอติกและสเตร-
ปโตมัยซินรวม ๕๕ คน, รวมทั้งคนงาน
ของ ร.พ. ๓๔ คนและนักศึกษาแพทย์ ๓๐
คน. ผลปรากฏว่าใน ๕๕ ปช. ของผู้ป่วย
๓๖ ปช. ของคนงานและ ๒๐ ปช. ของ
นักศึกษาแพทย์แยกได้เชื้อพวกคันติคา,
และประมาณครึ่งหนึ่งของพวกนี้เป็นคันติคา
อิลิบัคินส์, ซึ่งไม่ได้ทำให้เกิดโรคอะไรใน
ระบบทางเดินหายใจ. จากรายงานนี้ทำให้
การวินิจฉัยคันติคาเฮลิซของปอดจะกระทำได้
ต่อเมื่อสามารถแยกเชื้อได้จากชั้นเนื้อที่ตัด
ออกมาจากปอดหรือพบเนออนในเซลล์ชั้นเท่า
นั้น.

โสภณ คงสำราญ พ.บ.

๕. Lancet, M., A. Cohen: บั๊กมดลูก
อีกเสบยัจุบันในระบะท่ายของการตั้งครรรภ์.
J. Obst. Gynaec. Brit. Emp. 1960:343.

มีคนใช้ ๓ ราย, ให้การวินิจฉัยว่าเป็น
การอีกเสบเยอบชองท้องใน อังเชิงกรร
ระหว่างตั้งครรรภ์. ๒ รายใน ๓ รายนม
ประวัติดังใจทำให้แท้งโดยไม่เป็นผลสำเร็จ.
การอีกเสบของบั๊กมดลูกระหว่างตั้งครรรภ์มัก
มาจากการทำให้แท้ง. ผุ่ทรงไขและผุ่ท
บั๊กมดลูกมักไม่ไ้เกิดจากการทำให้แท้ง
เสมอไป. สาเหตุอื่น ๆ มักมาจากการ
อีกเสบหลังแท้ง, หลังคลอด, การกระจาย
ของเชื้อโรคตามกระแสโลหิต, จาก
ตำแหน่งอื่น, การกระจายทางกระแสน้ำ
เหลือง, จากการอีกเสบที่ปากมดลูก, และ
การอีกเสบของถุงน้ำทรงไข.

ผู้รายงานกล่าวว่า การอีกเสบบั๊กมดลูก
ปัจจุบันจากเชื้อโกโนค็อกคัสหรือการกำริบ
ขึ้นใหม่ของการติดเชือโกโนค็อกคัสเรอริง
พบน้อยมากในระหว่างตั้งครรรภ์.

มานี้ วิสกุล พ.บ.

๖. Pachter, M.: คุณค่าทางคลินิคของ
การรักษาท้วยผลอร์โปรมาซีน ในการ
รักษาผู้บ่วยโรคซิโซพรีเนียเรอริง. Am. J.
Psychiat. 1957, 113: 931.

ไ้รักษาผู้บ่วย ๑๕๐ รายท้วยผลอร์
โปรมาซีนเป็นเวลา ๒๘ เดือนโดยใช้ขนาด
น้อยที่สุด ๒๐๐ มก. มากที่สุด ๑๕๐๐
มก. ต่อวัน, คิคเฉลี่ย ๘๐๐ มก. ผู้บ่วย
เป็นชายทงสิ้น. อายุต่ำสุด ๒๒ ปี อายุ
สูงสุด ๖๒ ปี. ๑๕๐ รายอายุต่ำกว่า ๕๐
ปี, ๓๕ ราย อยู่ระหว่าง ๕๐-๖๐ ปี. อีก
๕ รายสูงกว่า ๖๐ ปี เวลาที่บ่วยต่ำสุด ๑
ปี และมากที่สุด ๓๗ ปี ผู้บ่วย ๘๔ ราย
บ่วยอยู่ระหว่าง ๑๐-๑๕ ปี. ทุกคนไ้รับ
ผลอร์โปรมาซีน เริ่มแรก ๕๐ มก. วันละ
๔ ครั้ง, แล้วเพิ่มจน ๑๐๐ หรือ ๒๐๐
มก. ต่อสัปดาห์จนกระทั่งมีอาการดีขึ้น
มากที่สุด. ๕๐ ปี.ช. ของผู้บ่วยไม่อาจเพิ่ม
ขนาดยาตังกกล่าวไ้เพราะมีอาการง่วงเหงา
หาวนอนและอ่อนเพลียจึงให้คงอยู่ในขนาด
ที่จะทนยาอยู่ไ้.

เมื่อไ้ผลเป็นที่พอใจ, ให้ยาต่ออีก ๓
เดือนกว่าแล้ว ค่อยลดขนาดยาลง จนเลิกยา
ในที่สุด. ถ้าระหว่างมีอาการไม่ดีขึ้นเพิ่ม
ยาอีก. ๓๐ รายยังคงไ้รับยาอยู่อีกภาย
หลังการศึกษาสิ้นสุดแล้ว. ไม่ได้ใช้ยาอื่น
ร่วมกับผลอร์โปรมาซีนเลย.

ผู้บ่วย ๘๘ รายไ้รับการรักษา ๖ เดือน
หรือน้อยกว่า, ๖๘ ราย รักษาอยู่ ๗-๑๒

เคอน, ๒๕ รายอยู่ระหว่าง ๑๓-๑๘ เดือน และ ๘ รายระหว่าง ๑๕-๒๘ เดือน.

ผลปรากฏว่า ๑ รายหาย (๐.๕ ป.ช.), ๘ ราย (๔.๒ ป.ช.) ทเลามาก, ๖๖ ปช. ทเลา, ส่วน ๒๕ ป.ช. ไม่คชนเลยแม้จะให้ขนาดมากและเป็นเวลานาน.

พวก คาทาโทนิค และพารานอยด์มี ป.ช. ของการคชนมากที่สุด, ส่วนมาก ชนิตกรรมคาได้ผลต่ำสุด, ได้ผลดีที่สุดใ ผู้บวระยะที่มี agitation หรือเวลาทมการ คชน, ถ้ามีอาการ depress อย่างมากจะ ไม่คชน.

มีโรคแทรกชอนจากยาคือ ไชนิส แพทย์คารเคย ๒ รายและบัสสาวะคิง ๒ ราย ชงหายไปเมื่อหยุดยา.

กรุงไกร เจนพานิชย์ พ.บ.

๗. Gnerrero, L., J., Holguin, D. Botero: การใช้ไตโธอะซานินในการรักษาพยาธิลำ ใต้ในคนหม่มาก. Am. J. Trop. Med. Hyg. 1960, 9 : 38-39

ผู้รายงานได้ศึกษาผู้บว ๓๖๒ รายซึ่ง ตรวจพบพยาธิในลำใต้ ๓๑๖ ราย (๘๗.๒ ป.ช.) ได้เลอกเขา ๒๗๓ รายอายุคิงแต่ ๑๘ เดือน ถึง ๖๘ ปี, ทำการรักษาค้วย

ไตโธอะซานิน ไอโอโคค้. ให้กินยาใน ขนาดต่อไปนี้ : น้ำหนักตัวน้อยกว่า ๑๕ กก., ให้ ๒๐๐ มก./วัน, ๑๖-๓๐ กก., ให้ ๔๐๐ มก./วัน, มากกว่า ๓๐ กก., ให้ ๖๐๐ มก./วัน.

แย่งยาให้วันละ ๒-๓ มื้อ, ให้คคคต่อกันนาน ๘ วัน. ผู้บวแต่ละคนมีพยาธิมากกว่า ๑ ชนิต, ได้แก่ แอสคาริส ลมบริคอยเคส, ทริชมริส ทริชมูร่า, สตรองกีเยลอยเคส สะเคอร์โคราลิส, และเนเคาคอร์อะเมริคานิส. รวมแล้วทั้งหมดมีการคคคเชื้อ ๕๐๘ อย่างปรากฏว่าได้ผลหายขาด ๓๗๒ อย่าง (๗๓.๒ ปช.) ที่เหลือ ๑๓๖ อย่าง พยว่าใช้ในอุจจาระลดลงจาก ๕๖,๓๗๐ เหลือ ๒,๒๘๐/น้ำหนัก อุจจาระ ๑ ก. (๗๖.๔ ปช.). รายที่ทนทานต่อการรักษามี ๔๓.๕ ป.ช. อาการแทรกชอนของยามีข้างเล็กน้อย, เช่น ปวดท้อง, คลื่นไส้, อาเจียน, ท้องร่วง, ปวดศีรษะ ชงหายไปค้เองหรือภายหลังให้ยา.

รายงานนี้แสดงว่าไตโธอะซานิน ไอโอโคค้มีผลดีในการรักษาพยาธิลำใต้หลาย ชนิต.

พนอจิตร จริยา พ.บ.

๘. สมชัย ขวรกิตติ, พัชรา วิสคกุล,
ประเสริฐ กังสกาลย์: ชีวิตโปรเทอโนใน
ผู้สุขภาพปรกติซึ่งมีปฏิกิริยาทเบอร์คูลินลบ
และขวก. Am. Rev. Resp. Dis. 1961, 84 :
93-94.

ได้ทำการศึกษาลายภาพโปรเทอโนใน
ชีวิตโดยวิธีอิเล็กโตรโฟรีสิสบนกระดาษ
ในนักเรียนมัธยมชายจำนวน ๑๑๒ คนซึ่ง
คัดจากนักเรียนอาสาศึกษาทั้งหมด ๒๑๕
คน. การคัดเลือกอาศัยการซักประวัติ,
การตรวจร่างกายและการตรวจทางรังสี
วิทยา. การศึกษาได้แยกทำเป็นสองหมู่,
คือพวกให้ปฏิกิริยาทเบอร์คูลินทางผิวหนัง
“ลบ” จำนวน ๔๒ รายและพวกให้ปฏิกิริยา
ทเบอร์คูลิน “บวก” ๗๐ ราย. ผล
ของการศึกษาไม่แสดงการแตกต่างที่สำคัญ
ในทางสถิติระหว่างค่าเฉลี่ยของลายภาพ
โปรเทอโนในชีวิตของผู้สุขภาพสมบรณ์
ที่ให้ปฏิกิริยาทเบอร์คูลินทางผิวหนัง “ลบ”
และบุคคลสุขภาพสมบรณ์ที่ให้ปฏิกิริยา
ทเบอร์คูลินทางผิวหนัง “บวก” และต่อ ค่า
รวมทั้งหมด. จึงทำให้สรุปและอธิบายได้
ดังต่อไปนี้:

(๑) บุคคลสุขภาพสมบรณ์ที่ให้ปฏิกิริยา
ทเบอร์คูลินทางผิวหนัง “บวก” ซึ่ง

โดยทั่วไปถือว่ามี “ฮัยเปอร์เซนซิทีฟิตี”
และมี “ภูมิต้านทานจากความชิน” ต่อ
การติดเชื้อวัณโรค ไม่แสดงการเปลี่ยนแปลง
ของลายภาพโปรเทอโนในชีวิตไปจาก
ปรกติ.

(๒) ผลการศึกษาให้การสนับสนุน
ทางอ้อมถึงผลงานที่ทำมาแล้วของผู้วิจัย
อื่น ๆ ที่ว่า “การเปลี่ยนแปลงของลาย
ภาพโปรเทอโนในชีวิตผู้ช่วยวัณโรค เกิดขึ้น
คู่ขนานกับภาวะการดำเนินของโรค, กับ
ความรุนแรงและความกว้างขวางของบริเวณ
พยาธิสภาพ”, โดยถือว่า บุคคลสุขภาพ
สมบรณ์ที่ให้ปฏิกิริยาทเบอร์คูลินทางผิว
หนังบวกที่ศึกษาในรายงานนี้ เคยผ่านการ
เป็นวัณโรคไพรมารีย์มาแล้ว, แต่ขณะรับ
การศึกษาริวิจัยไม่มีการดำเนินโรค, จึงไม่
มีการเปลี่ยนแปลงของลายภาพโปรเทอโนใน
ชีวิต.

มุกดา ตฤณานนท์ พ.บ., M.P.H.

๘. Persellin, R.H., F.R. Schmid: ประ-
โยชน์ของซิลฟีน พัยราโซน ในการรักษา
โรคเก๊าท์. J.A.M.A. 1961, 175:971-975.

ซิลฟีนพัยราโซน (แอนทเรน) เป็น
ซิลฟีนออกไซด์ของไฮโอเอเธอร์ เป็น สาร ที่

คล้ายกับเพนัยลิตทาโซน แต่ซัลฟีนพัยราโซน ไม่ทำให้เกิดการ คั่ง ของ โซเดียม ใน ร่างกาย, และยังมีฤทธิ์ต้านการอักเสบ อย่างอ่อน. ผู้รายงานได้ใช้ซัลฟีนพัยราโซน รักษาผู้ป่วยโรคเก๊าท์ ๑๗ ราย, อายุ ระหว่าง ๒๘ ถึง ๗๘ ปี, ในระยะนานต่างๆ กันตั้งแต่ ๕ ถึง ๒๐ เดือน. โดยให้ผู้ป่วย กินยาในระยะเริ่มแรก ๒๐๐ มก. ต่อวัน ต่อไปจึงให้ขนาดคงไว้ ๕๐๐ มก. ต่อวัน โดยแบ่งให้เป็น ๔ ครั้ง. ปรากฏว่าได้ ผลดี, กล่าวคือ ระดับกรดยูริก ในเซรัม ลดลง, อาการ ช้ำเจ็บ บวม กลดลงทั้งจำนวน ครั้งและความรุนแรง, และสามารถที่จะ ให้กินได้เป็นเวลานาน. สำหรับพิษกพบว่า มีน้อย. มีอยู่ ๑ รายที่เป็นผื่นชนิดมาคโล ปาปลาร์เกิดขึ้นแต่เมื่อหยุดยาชั่วคราวหายไปเอง. ๔ รายมีอาการแน่นท้องหลังกินยา, แต่ เมื่อ เปลี่ยน มา กิน ยา พร้อม กับ อาหาร อาการก็น้อยลง. นอกจากนั้ผู้รายงานยัง ได้เน้นรายละเอียดของการรักษาผู้ป่วยที่น่าสนใจรวม ๒ รายไว้ด้วย.

สลิต สุขโรจน์ พ.บ.

๑๐. Hirsch, J.G., A.B. Church: ผลของ

คอร์ติโซนต่อหน้าของเมคเลอดชาวโปลัยมอร์โฟเนเคลียร์ และอ็อปโซนิส กับ บัคเทรี-

ซินในเซรัม. J. Clin. Invest. 1961, 40: 794-798.

จากผลการ ทดลองเพื่อ แสวงฤทธิ์ ของ คอร์ติโซน ต่อกลไก ของ ระบบภูมิ ต้านทาน ในร่างกาย ที่ เกี่ยวข้อง เมคเลอด ชาวโปลัยมอร์โฟเนเคลียร์และบัคเทรีซินัส และ อ็อปโซนิส พบว่าการให้คอร์ติโซน ขนาด สูงในกระต่ายไม่ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ สำคัญ ของรูปร่าง เมค เลอดชาว โปลัยมอร์ โฟเนเคลียร์, ของคุณสมบัติฟาโกไซติก, ของคุณสมบัติ ฆ่าเชื้อหรือของ ปริมาณสาร ค่านจุลินทรีย์ ซึ่งอยู่ ภายใน เมค เลอดชาว, และไม่ให้ปริมาณของแอนติบอดี (บัค เทรีซินัส และอ็อปโซนิส) ในเซรัมลด น้อยลงด้วย.

คณะผู้รายงานให้ความเห็นว่าการที่ไคยาพวกสเตอร์รอยด์ฮอร์โมนแล้ว, มนุษย์ หรือสัตว์เกิดการติดเชื้อง่าย, เป็นผล จากฤทธิ์ ของฮอร์โมน ไปกดการ อักเสบ ซึ่ง เป็นปฏิกิริยา ต่อโต้ของร่างกาย ต่อการติดเชื้อ, และอาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลง ในเมตะบอลิซึมของร่างกายทำให้ภาวะแวดล้อม ทางเคมี ของ ทิสซิวเหมาะสม กับ การ เจริญงอกงามของเชื้อโรค.

สมชัย บวรภักดี

พ.บ., D.T.M. & H., T.D.D., F.C.C.P.

ปกิณกะ

๑. เส้นอศัพทเพื่อเลือกใช้ (ตอนพิเศษ)

สำหรับ "ฉบับวันมหิดล" เราขออัญเชิญบันทึกบางตอนจากสมุดจดงานปฏิบัติวิทยาบัคเตรียของสมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้าฯ กรมหลวงสงขลานครินทร์ระหว่างที่ทรงศึกษาที่มหาวิทยาลัยบอสตัน, มาลงพิมพ์เป็นต้นเรื่อง, แล้วเสนอคำแปลเป็นพากย์ไทยคู่กันไป, เพื่อแสดงศัพท์บางคำ (ที่พิมพ์ด้วยตัวเอน) และแสดงการใช้คำนั้น ๆ ในประโยคด้วย. ทั้งนี้ด้วยความระลึกถึงพระกรุณาธิคุณของทุกกระหม่อมพระองค์นั้นด้วยความกตัญญูและความเคารพอย่างสูงยิ่ง.

นอกจากเพื่อการเสนอศัพท์, บันทึกที่อัญเชิญมาตีพิมพ์นี้จะแสดงให้เห็นความละเอียดลออ, การทำงานจริงจัง, และความมีระเบียบในพระจริยวัตรของทุกกระหม่อมด้วยโดยชัดเจน.

ขอขอบคุณศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุขุม ภัทรารามที่อนุญาตให้คัดข้อความจากสมุดบันทึก ซึ่งอยู่ในความครอบครองของท่าน.

อ.ก.

Exercise 6

1. No. 2 has a larger and more *diffuse* growth, because the *dilution* was smaller in both *cases*.

There are three kinds of colonies present:

1. *Radiating* branches
2. Yellow circular dot, *elevated* from the *surface*: *Granules* are very fine.
3. Larger white dot, fairly flat, somewhat rough, star-like granules.

No growth was found on the gelatine *plate* on the second day.

บทฝึกหัดที่ ๖

๑. เลขที่ ๒ มีการเจริญมากกว่าและแผ่กระจายมากกว่า, เพราะการเจือจางน้อยกว่าทั้งสองกรณี.

มีโคโลนีปรากฏสามชนิด:

๑. กิ่ง แยกเป็นแฉก.
 ๒. จุดกลมเหลือง. นูนขึ้นจากพื้นผิว. มีเมล็ดละเอียดมาก.
 ๓. จุดขาวใหญ่กว่า, ค่อนข้างแบน. เมล็ดค่อนข้างหยาบ, คล้าย ๆ ดาว.
- ไม่มีอะไรงอกบนจานเพาะดินในวันที่สอง.

Bacteria seem to grow more on the surface indicating that they need oxygen.

2. Three streaks were made on the first tube. The growth was dense along the line and two of these ran into each other at the bottom of the tube. The growth was too dense to be observed clearly; however, the colonies that are elevated can be counted.

In the second tube, three kinds of colonies grow:

1. Yellow elevated spots; round.
2. Larger, flatter, white spots; also round.
3. Star-like branching colonies which at the bottom run into each other.

Microscopic examination discloses:

The micrococci originate from colony 2, the round yellow spot.

The gram positive bacillus comes from the radiating white colony 1.

The gram negative bacillus probably arises from the white spot, colony 3.

But the two kinds of bacilli seem to be equally distributed in both colonies, so that we can only say that we are able to

ดูเหมือนแบคทีเรียจะออกมาที่พื้นผิว, แสดงว่ามันต้องการ ออกซิเจน.

๒. ได้ปลูกแบคทีเรียเส้น สามเส้นบนบนหลอดที่หนึ่ง.

การงอกหนาแน่นตามเส้นและสองเส้นลามไปรวมกันที่ส่วนกันหลอด. การงอกหนาแน่นมากกว่าที่จะสังเกตได้ชัดเจน; อย่างไรก็ตาม, โคโลนีที่นูนขึ้นนั้นอาจจะนับได้.

ในหลอดที่สอง, มีโคโลนีงอกสามชนิด.

๑. จุดนูนสีเหลือง, กลม.
๒. จุดขาว, แบนกว่า, ใหญ่กว่า, กลมเหมือนกัน.
๓. โคโลนีมีกิ่งก้านคล้ายดาวซึ่งลามเข้ารวมกันในส่วนกัน.

การตรวจทางจุลทัศน์ แสดงว่า:

ไมโครค็อกคัสเกิดขึ้นจากโคโลนีเลขที่ ๒, คือจุดเหลืองกลม.

บาซิลลัสแกรมบวกมาจากโคโลนีขาวแรก ๆ เลขที่ ๑.

บาซิลลัสแกรมลบน่าจะมาจากจุดขาว, โคโลนีเลขที่ ๓.

แต่บาซิลลัสทั้งสองชนิดดูเหมือนจะกระจายอยู่เท่าๆกันในโคโลนีทั้งสอง, ดังนั้น

separate the cocci but not the two kinds of bacilli.

III. Culture of Human TB on Agar.

Growth, moderate. Form, dry and coarsely granular. Elevation, very high. Surface, granular and dry. Colour, *yellowish*. The colonies look like grains of dextrose equally distributed on the very dry surface. No water of condensation, no *liquefaction*. The colonies are fatty and insoluble in water and *clump* very much together; it is difficult to spread them on a *cover glass*.

Bovine TB looks very much like the human in culture. But the granules are perhaps even coarser and colour more brown than yellow.

The avian is quite different. Growth, rapid; form, *spreading* and *vermiform contour*. Colour, redder; *elevation, ridges*; surface, rough and moist; consistency, sticky; *lustre, dull* on surface, but white

กล่าวไว้แต่เพียงว่าสามารถแยก ค็อคโค ออกจากได้ แต่ไม่อาจแยกยาสีไลโลทั้งสองชนิดได้.

๓. การเพาะเลี้ยง เชื้อวัณโรค มนุษย์ บน อะการ์ (วัน)

การงอก, ปานกลาง. รูป, แห้งและเป็นเม็ดหยาบ. รูปตั้ง, สูงมาก. พนผิว, เป็นเม็ดและแห้ง. สี, อมเหลือง. โคโลนิย์ เหล่านี้คล้ายๆ เมล็ดเกสรโตรสกระจายอยู่โดยสม่ำเสมอบนพื้นผิวที่แห้งมาก. ไม่นำจากการค้อนเค้นส์, ไม่มี การกลายเหลว. โคโลนิย์เป็นมันๆ และไม่ละลายในน้ำ และจับกลุ่มกันแน่นที่เคียว, เป็นการยากที่จะเกลี่ยมัน ออกบน แผ่นกระจกครอบ.

เชื้อวัณโรควัวคล้ายกับเชื้อ (วัณโรค) มนุษย์มากที่สุดในการเพาะเลี้ยง. แต่เมล็ดคนเหมือนจะหยาบกว่าขึ้นไปอีกและสีค่อนข้างไปทางน้ำตาลมากกว่าเหลือง.

เชื้อ (วัณโรค) นกแตกต่างไปมากที่สุดที่เคียว. การงอก, เร็ว; รูป, แผ่ขยายและลักษณะรอบๆ คล้ายหนอน. สี, แดงกว่า; รูปตั้ง, เป็นสัน; พนผิว, หยาบและชื้น; ลักษณะเนื้อ, เหนียวหนืด; ความเป็นมัน,

and *glistening* beneath. Emulsifies easily in water and spreads well.

All are *acid-fast* and cannot well be distinguished from each other under the microscope, except that the avian is easily spread upon the glass surface.

ขุ่นมัว ทพนผิว, แต่ขาวและ เป็นเงามัน ข้างล่าง. ทำเป็นอิมัลชันใต้ง่ายในน้ำและเกลี่ยกระจายได้ดี.

ทั้งหมดมีลักษณะ ทนกรด (แอซิดฟาสต์) และไม่อาจ แยก จากกัน ได้ดีด้วยกล้องจุลทัศน์, นอกจากว่าเชื้อ (วัณโรค) นกนั้นเกลี่ยกระจายบนหน้ากระจกใต้ง่าย.

๒. คำปราศรัยในวันเปิดภาคการศึกษา พ.ศ. ๒๕๐๔-๐๕*

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อรุณ เนตรศิริ
(หัวหน้าแผนกวิชากุมารเวชศาสตร์)

ท่านคณบดี ท่านศาสตราจารย์ ท่านอาจารย์ และนักศึกษาทั้งหลาย

ข้าพเจ้าได้รับหน้าที่อันเป็นเกียรติที่ได้มาปราศรัย ต่อบรรดานักศึกษาในโอกาสเปิดภาคเรียนการศึกษาพ.ศ. ๒๕๐๔-๒๕๐๕ ซึ่งเป็นประเพณีที่ใคร่ปฏิบัติสืบต่อกันมาทุก ๆ ปีหลายปีมาแล้ว. สำหรับนักศึกษาที่มิใช่คดี, ได้เข้ามาอยู่ในสังคมของเรา, ข้าพเจ้าทราบว่าท่านได้ใช้ความอดสาหะวิริยภาพมาแล้วมากมายเพียงใดกว่าจะบรรลุดังจุดนี้, คือได้เข้ามาเรียนแพทยที่คณะแพทยศาสตร์

และศิริราชพยาบาล, ข้าพเจ้าออกฝั่งหนึ่งขอแสดงความยินดีด้วยและขอต้อนรับท่านทุกคนด้วยไมตรีจิต และความปรารถนาดีทุกประการ.

ข้าพเจ้าเชื่อว่านักศึกษาทั้งหลายคงจะตระหนักดีว่าสถาบันการศึกษาแห่งนี้ เป็นสถาบันการศึกษาวินิจฉัยที่เก่าแก่ที่สุดของประเทศ, ได้มีวิวัฒนาการเป็นอย่างดีเรื่อยมาและในขณะเดียวกันก็ได้รับการไว้วางเกียรติประวัติและชื่อเสียงอันเป็นที่ยอมรับของของปวงชนทั่วไป. การที่เป็นได้เช่นนี้

* วันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๐๔ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย.

and *glistening* beneath. Emulsifies easily in water and spreads well.

All are *acid-fast* and cannot well be distinguished from each other under the microscope, except that the avian is easily spread upon the glass surface.

ขุ่นมัว ทพนผิว, แต่ขาวและ เป็นเงามัน ข้างล่าง. ทำเป็นอิมัลชันใต้ง่ายในน้ำและเกลี่ยกระจายได้ดี.

ทั้งหมดมีลักษณะ ทนกรด (แอซิดฟาสต์) และไม่อาจ แยก จากกัน ได้ดีด้วยกล้องจุลทัศน์, นอกจากว่าเชื้อ (วัณโรค) นกนั้นเกลี่ยกระจายบนหน้ากระจกใต้ง่าย.

๒. คำปราศรัยในวันเปิดภาคการศึกษา พ.ศ. ๒๕๐๔-๐๕*

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อรุณ เนตรศิริ
(หัวหน้าแผนกวิชากุมารเวชศาสตร์)

ท่านคณบดี ท่านศาสตราจารย์ ท่านอาจารย์ และนักศึกษาทั้งหลาย

ข้าพเจ้าได้รับหน้าที่อันเป็นเกียรติที่ได้มาปราศรัยต่อบรรดานักศึกษาในโอกาสเปิดภาคเรียนการศึกษาพ.ศ. ๒๕๐๔-๒๕๐๕ ซึ่งเป็นประเพณีที่ใคร่ปฏิบัติสืบต่อกันมาทุก ๆ ปีหลายปีมาแล้ว. สำหรับนักศึกษาที่มิใช่คดี, ได้เข้ามาอยู่ในสังคมของเรา, ข้าพเจ้าทราบว่าท่านได้ใช้ความอดสาหัสวิริยภาพมาแล้วมากมายเพียงใดกว่าจะบรรลุดังจุดนี้, คือได้เข้ามาเรียนแพทยที่คณะแพทยศาสตร์

และศิริราชพยาบาล, ข้าพเจ้าออกฝั่งหนึ่งขอแสดงความยินดีด้วยและขอต้อนรับท่านทุกคนด้วยไมตรีจิตและความปรารถนาดีทุกประการ.

ข้าพเจ้าเชื่อว่านักศึกษาทั้งหลายคงจะตระหนักดีว่าสถาบันการศึกษาแห่งนี้ เป็นสถาบันการศึกษาวินิจฉัยที่เก่าแก่ที่สุดของประเทศ, ได้มีวิวัฒนาการเป็นอย่างดีเรื่อยมาและในขณะเดียวกันก็ได้รับการไว้มติเกียรติประวัติและชื่อเสียงอันเป็นที่ยอมรับของปวงชนทั่วไป. การที่เป็นได้เช่นนี้

* วันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๐๔ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย.

นักศึกษาทงหลายควรจจะทราบายว่าข้อสำคัญ
เพราะทก ๆ คนในสถายันนต่างได้กระทำ
หน้าทของตนเป็นอย่างดีตลอดมาทกสมัย,
ไม่ว่าจะเป็นอาจารย์, เจ้าหน้าท, หรือนัก
ศึกษาเอง. ฉะนนในเมื่อท่านทงหลายมีโชค
ดีได้เข้ามาอยร่วมในสถายันนด้วยกันแล้ว,
ในฐานะนักศึกษาท่านก็ยอมจจะต้องระลิกถึง
กรณยกิจของท่านทงจจะต้องปฏิบัติต่อไป
ด้วย, เพื่อจะได้ช่วยกันค้ำรงรักษาไว้ซึ่งชื่อ
เสียงและเกียรติคุณอันดีของสถายันนต่อไป.

ข้าพเจ้ามความเห็นว่าหน้าทของนักก-
ษาทจจะต้องปฏิบัติมีอยเพียง ๒ ประการเท่า
นั้นคือ.

๑. นักศึกษาจจะต้องศึกษาวิชาแพทย-
ศาสตร์ตามหลักสตรซึ่งมหาวิทยาลัยได้
กำหนดไว้ให้โดยลคทสท.

๒. นักศึกษาจจะต้องปฏิบัติตนตาม
ระเบียบข้อบังคับแบบแผนและประเพณีนิยม
ต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัย.

สำหรับระเบียบวินัย, ซึ่งนักศึกษาจจะ
ต้องปฏิบัติกันนทางคณะแพทยศาสตร์และ
ศิริราชพยาบาล ได้พิมพ์แจกให้นักศึกษา
ใหม่ทกคนแล้ว, ข้าพเจ้าไม่ประสงค์จจะ
กล่าวอะไรเพิ่มเติมอีก, นอกจากจะขอเตือน
ท่านให้อ่านเสียให้เข้าใจโดยละเอียด,

เพราะหากมีกรณเคอตรอนเกิดขึ้นท่านจจะว่า
ไม่ทราบาย่อมไม่ได้. ข้าพเจ้าขอให้นักศึกษา
สนใจเป็นพิเศษในหัวข้อเกี่ยวกับกรเรียน
และการปฏิบัติงาน. ควรจจะทราบายเสียตงแต่
เคยวนว่าผู้ใดขาดเรียนโดยไม่มเหตุผลสม-
ควรหรือบกพร่องในการปฏิบัติงาน, ผู้นั้น
อาจไม่ได้รับสิทธิให้เข้าสอบไล่เลอนชั้นเลย.

เกี่ยวกับความประพฤติและระเบียบวินัย,
ขอให้สังเกตด้วยว่าคณะต้องการให้นักศึกษา
ทกคนเป็นผุ้ทมความประพฤติดี, มีระเบียบ
วินัยอนดี, เพื่อให้เหมาะสมกับกรทจจะเป็น
แพทย์ต่อไป, และด้วยเจตจำนงนคณะ
จึงใช้คะแนนความประพฤติประกอบการ
พิจารณาผลของการสอบไล่เลอนชั้นนอกด้วย.
ความผิดทางค้ำนความประพฤติและวินัย
อาจได้รับการพิจารณาลงโทษอย่างหนักท
สท, ถึงให้ออกจากการเป็นนักศึกษาก็ได้.
เหล่านี้ข้าพเจ้าขอให้สังเกตไว้จทกกัน.

สำหรับการศึกษาวิชาแพทยันน, หลัก
สตร ๗ ปีทมมหาวิทยาลัยกำหนดไว้ได้เป็นแต่
เพียงกรเตรียมตัวท่านเพื่อให้เป็นแพทย์ได้
เท่านั้น. วิชาแพทย์เป็นวิชาทมการก้าวหน้
และมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ. ความเห็น
บางอย่างซึ่งในปัจจุบัณถือว่าลคต้อง, ในบั
ต่อไปอาจเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างอนไปแล้ว.

ฉะนั้นนักศึกษาจึงควรตระหนักเสียแต่ต้นว่า การเรียนแพทย์เป็นการเรียนตลอดชีวิต. ท่านจะต้องศึกษาต่อไปอีกเรื่อยๆ, ถึงแม้จะจบหลักสูตรและได้รับปริญญาบัตรแล้ว. อนึ่ง, โดยทวิสาขาแพทย์เป็นวิชาที่กว้างขวางมาก นักศึกษาจะต้องใช้ความอดทนและวิริยภาพเป็นอย่างยิ่ง. ท่านจะต้องขยันอยู่เรื่อยๆตลอดหลักสูตร. การเกียจคร้านมาตลอดแล้วจะมาขยัน “ม” เอาเมื่อจบจะสอบนั้น, เป็นวิถศึกษาที่ผิด, ท่านจะไม่มีโอกาสสอบเลื่อนชั้นได้เลย. บางที่ท่านอาจไม่มีโอกาสได้สอบเสียด้วยซ้ำ. นักศึกษาควรจะให้ทัศนียภาพโน้ตของตนให้เรียบร้อยเป็นประจำวันจากสิ่งที่ได้เรียนหรือได้เห็นมาในวันหนึ่งๆ. สิ่งใดที่ไม่แจ่มแจ้งควรหัดค้นตำราในห้องสมุดหากำอธิบาย, หรือมีฉะนั้นก็ไปตามอาจารย์ตามโอกาส. การเรียนแพทย์นั้นจะเรียนจากการอ่านตำราแต่อย่างเดียวย่อมไม่ได้. แต่นักศึกษาก็จำเป็นต้องมีตำราเป็นหลักคัมมืออย่าง. ข้าพเจ้าทราบว่าตำราแพทย์มีราคาแพงเอาการอยู่. แต่ข้าพเจ้าก็ใคร่จะแนะนำให้นักศึกษาเพาะนิสัยสะสมตำราสำคัญๆ เท่าที่กำลังทุนทรัพย์จะอนุญาตได้. เมื่อมีตำราแล้วก็ควรฝึกตนเองให้เกิดนิสัยชอบอ่านตำราเป็น

งานประจำวันด้วย. การอ่านตำราทบทวนอีกเมื่อนักศึกษาได้รู้จักผู้ป่วยโรคหนึ่งโรคใดมาแล้ว, จะเป็นการส่งเสริมให้เข้าใจและจดจำโรคชนิดใดดียิ่งขึ้น. นักศึกษาแพทย์ที่มีนิสัยอยากรู้ อยากเห็นและช่างสังเกต, มักจะเป็นแพทย์ที่สามารถในเวลาต่อไป. การช่างสังเกตสำคัญมากสำหรับการศึกษาจากผู้ป่วย. เมื่อสังเกตแล้วจดจำไว้เมื่อเห็นมาก ๆ ขึ้น, ต่อไปก็จะกลายเป็นความชำนาญทำให้มี Clinical eyes. เพียงแต่มองผู้ป่วยเท่านั้น. ท่านก็จะสามารถตัดสินใจอะไร ๆ ที่สำคัญในการวินิจฉัยโรคได้หลาย ๆ อย่าง. ด้วยเหตุนี้นักศึกษาจึงควรพยายามดผู้ป่วยให้มากที่สุด, ไม่ใช่แต่เฉพาะผู้ป่วยของตนที่ได้รับมอบหมายเท่านั้น. ข้าพเจ้าเคยผ่านนักศึกษาซึ่งแม่แต่ผู้ป่วยของตนเองที่ได้รับมอบหมายก็ยังไม่สนใจ, ซึ่งเป็นที่น่าเสียดาย. ถ้านักศึกษาผู้ใดมีความรู้สึกหรือมีอาการของท่านเองตั้งที่ว่าหรือว่าไม่รู้สึกสนุกในการเรียนเสียเลยตั้งแต่ต้น, ไม่ว่าจะเรียนสรีรวิทยา, กายวิภาคศาสตร์, หรือพยาธิวิทยา, ข้าพเจ้าว่านักศึกษาผู้นั้นควรจะพิจารณาตัวเองได้ว่า จะเลือกอาชีพอื่นเสีย, จะไม่ดีกว่าหรือ. ประชญาที่ว่าอ่านนิคตหนอยก็พอเอาตัวรอด

ไต่เนน, หมกสมัยเสียแล้ว. ปัจจุบันนี้เป็นสมัยแห่งการแข่งขัน. นักศึกษาแพทย์ควรมีคติพจน์ประจำใจว่า "อ่านมาก ๆ คิดมาก ๆ และทำมาก ๆ" จึงจะเหมาะสมกับสมัยและเหตุการณ์, นักศึกษาควรจะทราบเสียด้วยว่าในการศึกษาแพทยศาสตร์ปัจจุบันนี้จะต้องเสียเงินให้นักศึกษาแต่ละคนปีละประมาณ ๒๘,๐๐๐ บาท, เป็นจำนวนเงินมีใช้น้อย.

นักศึกษาควรจะจัดเวลาของตนในวันหนึ่ง ๆ ให้เหมาะสม. นอกจากเรียนตามตารางสอน, ทำโน้ตประจำวันและอ่านตำราประจำวัน, ควรจะมีเวลาเหลือไว้สำหรับพักผ่อนหย่อนใจและการกีฬาบ้าง. งานอดิเรกต่าง ๆ, การอ่านวรรณคดีหรือนวนิยายที่มชอเสียง, การติดตามสารคดีข่าวบ้านการเมืองเหล่านี้, นอกจากจะช่วยให้เกิดความผาสุกทางค่านอารมณ์, จะช่วยให้นักศึกษามีทัศนะกว้างขวางยิ่งขึ้นด้วย และมีประโยชน์ในค่านสังคมมากขึ้น.

สำหรับนักศึกษาแพทย์ที่ต้องคร่ำเคร่งทำงานมากเช่นนั้น, การเล่นเกมกีฬาเพื่อออกกำลังกายย่อมสำคัญที่สุด. สมองจะได้ทำงานได้ดี, ถ้าวางกายเป็นปรกติสุข, อย่างที่ว่า mens sana in corpore sano. ฉะนั้น

นักศึกษาคควรจะสละเวลาเพื่อบำรุงให้ร่างกายแข็งแรงด้วย, ควรจะเล่นเกมกีฬาอย่างใดอย่างหนึ่งที่ตนถนัด. ข้าพเจ้าทราบว่าในปัจจุบันนี้เนื่องจากความคับแคบของสถานที่นักศึกษายังไม่ได้รับความสะดวกอย่างสมบูรณ์ในการเล่นกีฬาต่าง ๆ. แต่ถึงกระนั้นข้าพเจ้าเชื่อว่าอย่างน้อยท่านก็มีกีฬาที่จะเลือกเล่นได้หลายอย่าง, เช่น บิงปอง, เทนนิส, แบดมินตัน, หรืออย่างน้อยที่สุดก็เดินเล่น.

ถ้านักศึกษาปฏิบัติภารกิจของตนได้ตามหัวข้อที่แนะนำอย่างสิ้น ๆ น, ปริญาแพทยศาสตร์บัณฑิตจะต้องเป็นของท่านอย่างแน่นอน. แล้วอีก ๔ ปี ในตอนบ่ายวันหนึ่ง, ซึ่งตรงกับวันจักรีคือวันที่ ๖ เมษายน, ท่านก็จะสวมเสื้อครุยปริญญาอยู่ ณ สถานที่แห่งเดียวกันนี้, แต่จะอยู่ในระหว่างญาติมิตรและผู้มีเกียรติอื่น ๆ อีกมากมาย. จากพระราชหัตถ์ของพระบาทสมเด็จพระอยู่หัวท่านจะได้รับพระราชทานปริญญาแพทยศาสตร์บัณฑิต. เป็นวันหนึ่งในยอดความสุขของท่าน. วันประสาทปริญญานี้ทำให้ข้าพเจ้านึกถึงมรดกมีค่าชิ้นหนึ่งของชิปโปแครทส์, ซึ่งตกทอดมาถึงแพทย์ปัจจุบัน. มรดกชิ้นนั้นคือคำปฏิญาณแบบชิปโปแคร-

ตัส, เป็นคำสาขานซึ่งบรรดาศาสนคัมภีร์ให้
 สัตย์ไว้แก่อียิปโตร์ตัสก่อนที่จะไปประกอบ
 อาชีพแพทย์. คำปฏิญาณมีอายุ ๒,๓๐๐
 ปีมาแล้ว. ในปัจจุบันก็มีมหาวิทยาลัย
 หลาย ๆ แห่งปฏิบัติอยู่และได้ถูกนำมาใช้
 ในการกระทำพิธีประสาทปริญญาแพทย-
 ศาสตร์บัณฑิตเป็นครั้งแรกในประเทศไทย
 ในปี ๒๔๗๓. โดยเหตุที่เป็นคำสัตย์สาขาน
 ต่อหน้าพระพุทธรูป, พระธรรม, พระสงฆ์, ต่อ
 พระพิภคร์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและ
 สมเด็จพระนางเจ้า ฯ พระบรมราชินีนาถรวม
 ทั้งต่อหน้าคณะอาจารย์ของมหาวิทยาลัย,
 คำปฏิญาณ จึงควรมีความศักดิ์สิทธิ์ซึ่ง
 ข้าพเจ้าใคร่จะเตือน ให้บรรดานักศึกษาสัง-
 วรณไว้ด้วย. ท่านควรมีความเจริญรุ่ง
 เรืองแน่นอนถ้าท่านบำเพ็ญตามคำปฏิญาณ
 นี้.

แพทย์นั้นไม่ว่าจะอยู่ที่ใดย่อมเป็นที่ยก
 ย่องนับถือของปวงชนหมั่น. หลายท่าน
 กล่าวว่าแพทย์จะไม่มีวันถึงกับช็อคตาย. แต่

ท่านจะหวังร้ายร้ายเพียงพ่อค้าหรือนักธุรกิจ
 อุตสาหกรรมยอมเป็นไปไม่ได้. ถ้าท่านมี
 โชคและมีความสามารถ, ท่านจะต้อง
 เห็นคเหนื่อย, และจะต้องอดทนอย่างมาก.
 แต่ชีวิตของท่านจะเป็นประโยชน์ต่อเพื่อน
 มนุษย์. แล้วท่านจะเป็นสุขและพอใจในผล
 งานของท่าน. แต่ในขณะที่เดียวกันท่านก็จะ
 ต้องไม่ลืมพิจารณาสภาพของหลอกล้อค
 โคนารีย์ที่หัวใจของท่านอยู่เสมอ ๆ ด้วย.

ในที่สุดคนข้าพเจ้าขออวยพรให้นักศึกษา
 ทุกคนสำเร็จการศึกษาด้วยดีสมดังมโน
 ความปรารถนา, และขอให้จงมีความ
 สามารถประกอบคุณงามความดีน่าเกียรติ-
 ยศชื่อเสียงมาสู่หมั่น, เพื่อเป็นการ
 เทอคเกียรติคุณแห่งสถาบันการศึกษาอัน
 เป็นที่รักของเรา. กุยกษ์ขอให้ทุกท่านจง
 ประสพความสุขศิริสวัสดิ์พิพัฒน์มงคล,
 สมบูรณ์พูนผลด้วยสิ่งอันพึงปรารถนาจงทุก
 ประการ.

๓. แผนใหม่ของการรักษาผู้ป่วยถูกไฟไหม้

เมื่อมีแผลถูกไฟไหม้, น้ำร้อนลวก.
 หรือถูกกรรตกใหม่จะมีแอนติบอดีที่มันถูก

ปล่อยออกมาเล็กน้อยตามความกว้างของ
 บริเวณแผลและทำให้เกิดพิษร้ายต่อร่างกาย

ตัส, เป็นคำสาขานซึ่งบรรดาศาสนคัมภีร์ให้
 สัตย์ไว้แก่ชีพโยเครตัสก่อนที่จะไปประกอบ
 อาชีพแพทย์. คำปฏิญาณนั้นมีอายุ ๒,๓๐๐
 ปีมาแล้ว. ในปัจจุบันก็ยังมมหาวิทาลัย
 หลาย ๆ แห่งปฏิบัติอยู่และได้ถูกนำมาใช้
 ในการกระทำพิธีประสาทปริญญาแพทย-
 ศาสตร์บัณฑิตเป็นครั้งแรกในประเทศไทย
 ในปี ๒๔๗๓. โดยเหตุที่เป็นคำสัตย์สาขาน
 ต่อหน้าพระพุทธรูป, พระธรรม, พระสงฆ์, ต่อ
 พระพิภคร์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและ
 สมเด็จพระนางเจ้า ฯ พระบรมราชินีนาถรวม
 ทั้งต่อหน้าคณะอาจารย์ของมหาวิทาลัย,
 คำปฏิญาณ จึงควรมีความศักดิ์สิทธิ์ซึ่ง
 ข้าพเจ้าใคร่จะเตือน ให้บรรดานักศึกษาสัง-
 วรณไว้ด้วย. ท่านควรมีความเจริญรุ่ง
 เรืองแน่นอนถ้าท่านบำเพ็ญตามคำปฏิญาณ
 นั้น.

แพทย์นั้นไม่ว่าจะอยู่ที่ใดย่อมเป็นที่ยก
 ย่องนับถือของปวงชนหมั่น. หลายท่าน
 กล่าวว่าแพทย์จะไม่มีวันถึงกับช็อคตาย. แต่

ท่านจะหวังร้ายร้ายเพียงพ่อค้าหรือนักธุรกิจ
 อุตสาหกรรมยอมเป็นไปไม่ได้. ถ้าท่านมี
 โชคและมีความสามารถ, ท่านจะต้อง
 เห็นคเหนื่อย, และจะต้องอดทนอย่างมาก.
 แต่ชีวิตของท่านจะเป็นประโยชน์ต่อเพื่อน
 มนุษย์. แล้วท่านจะเป็นสุขและพอใจในผล
 งานของท่าน. แต่ในขณะที่เดียวกันท่านก็จะ
 ต้องไม่ลืมพิจารณาสภาพของหลอกเลือก
 โคนารีย์ที่หัวใจของท่านอยู่เสมอ ๆ ด้วย.

ในที่สุดคนข้าพเจ้าขออวยพรให้นักศึกษา
 ทุกคนสำเร็จการศึกษาด้วยดีสัมฤทธิ์ม โนรถ
 ความปรารถนา, และขอให้จึงมีความ
 สามารถประกอบคุณงามความดีน่าเกียรติ-
 ยศชื่อเสียงมาสู่หมั่นคณะ, เพื่อเป็นการ
 เทอศเกียรติคุณแห่งสถาบันการศึกษาอัน
 เป็นที่รักของเรา. กยทั้งขอให้ทุกท่านจง
 ประสพความสุขศิริสวัสดิ์พิพัฒน์มงคล,
 สมบูรณ์พูนผลด้วยสิ่งอันพึงปรารถนาจงทุก
 ประการ.

๓. แผนใหม่ของการรักษาผู้ป่วยถูกไฟไหม้

เมื่อมีแผลถูกไฟไหม้, น้ำร้อนลวก.
 หรือถูกกรรตกไฟไหม้จะมีแอนติฮิสตามีนถูก

ปล่อยออกมาเล็กน้อยตามความกว้างของ
 บริเวณแผลและทำให้เกิดพิษร้ายต่อร่างกาย

นานาประการ, เช่นทำให้เกิดข้อคจากการที่
 หลอดเลือดขยายตัวและเสียของเหลวจาก
 แผลมาก, หรือมีเลือดออกจากแผลในกระ-
 เพาะ. นอกจากนี้ยังเกิดการเป็นพิษเนื่อง
 จากมีการสลายตัวของเนื้อตายและถูก
 ดกกลีบเข้าสู่ร่างกาย, และมีอันตรายจาก
 การติดเชื้ออีกด้วย. ทั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยที่มี
 แผลไหม้บริเวณกว้างรอดตายได้ยาก. การ
 พยายามรักษาด้วยยาแอนติฮิสตามีนไม่ได้
 ผลดี. การฉีดแคลเซียมสามารถช่วยกั้นพิษ
 ของฮิสตามีนได้บ้าง. ผู้รายงานได้เริ่ม
 ทดลองใช้เอ็นไซม์ฮิสตามีนเนส (สลายฮิส-
 ตามีน) ร่วมกับการรักษาวิธีธรรมดา ๑๐
 กว่าวันในเด็กที่ช่วยหนักด้วยบริเวณที่ถูกไฟ
 ใหม้กว้าง ๖๐ ปช. ของพื้นผิวกาย. เขา
 สามารถรักษาชีวิตเด็กไว้ได้นาน ๔๔ วัน.
 เด็กตายเนื่องจากการเสื่อมไขมันขนาดหนัก
 ของตับและเนฟโรซิส. เขาใจว่าเนื่องจาก
 หยตให้โทแรนติลเร็วเกินไปประกอบกับพิษ
 จากเนื้อตายมีมากด้วย. หลังจากนั้นได้ใช้
 วิธีรักษาผู้ป่วยที่ถูกไฟไหม้ทั้งที่สาหัสและ
 ไม่สาหัสเป็นเวลาพร้อมสองปี (ได้จำนวนประ-
 มาณ ๑๕๐ คนเศษ), ปรากฏว่าได้ผลดี
 มาก. ในระยะหลังไม่มีผู้ป่วยถูกไฟไหม้ที่
 เข้าไว้รักษาต้องเสียชีวิตเลย. แผลหาย

เร็วข้อย, มักไม่มึคลอขค้. พวกที่แผล
 กว้างมาก, แผลมักหายไ้เองโดยเกือขไม่
 ต้องใช้วิธีค้ลยกรรม.

ผู้รายงานได้แนะนำแผนการรักษาผู้ป่วย
 ถูกไฟไหม้ไว้ดังนี้ :-

๑. แผลไหม้น้อยจนถึง ๓๐ ปช. ของ
 พื้นผิวกาย: ให้โทแรนติล (ฮิสตามีนเนส)
 ๒ หน่วยเข้ากล้ามเนื้อวันละ ๒ ครั้ง. ให้ยา
 แก้อืด, ยาระงับประสาท, ยาบำรุงการ
 ไหลเวียนเลือดตามต้องการ. ให้สารน้ำให้
 เพียงพอโดยให้กิน, นอกจากในรายที่ผู้
 ช่วยกินไม่ได้จากสาเหตุต่างๆ.

๒. แผลไหม้ตั้งแต่ ๔๐ ถึง ๕๐ ปช.
 ของพื้นผิวกาย: การรักษาโดยทั่วไปเช่น
 กัน, แต่เพิ่มโทแรนติลเป็นอย่างน้อยวันละ
 ๑๐ หน่วยเข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดพร้อม
 กับสารน้ำที่ต้องการ. ต้องให้สารน้ำหยุด
 เข้าหลอดเลือดเรื่อย ๆ เป็นการทดแทนส่วน
 ที่เสียไปเพราะพวกมันมักเสียสารน้ำมากกว่า
 พวกแรก. ไม่ควรให้สารที่ใส่แทนเลือด
 เพราะมักทำให้พิษสารที่เป็นพิษต่อตับมาก
 ขึ้น. ผู้รายงานใช้สารน้ำคาร์บของคาร์โรว
 ซึ่งประกอบด้วยโปแตสเซียมมอลลิไรด์ ๐.๓
 ปช. และโซเดียมมอลลิไรด์ ๐.๖ ปช. ค่า-
 นวณปริมาณของสารน้ำที่ต้องการโดยวิธี

ของอ้วน (ใช้จากค่าสีมาโตคริต). นอก
 จากนี้ให้แคลเซียม, การให้สารน้ำหยด
 เข้าหลอดเลือดเรื่อย ๆ นานเท่าใดแล้วแต่
 อาการ, อาจเป็น ๒ ถึง ๓ วันหรือนานกว่า
 ในรายที่ต้องการให้อาหารด้วยก็ให้พลาสมา
 ปนกลูโคสหรือเลือดปนกลูโคส. ให้โท-
 แรนต์ลไปจนกว่าถึงระยะหายโดยค่อย ๆ
 ลดขนาดลงเหลือประมาณวันละ ๒ หน่วย.
 ต้องไม่หยดโทแรนต์ลเร็วเกินไปเพราะเอ็น-
 ซัยมันช่วยให้แผลหายโดยไม่มีคัลลอสต์
 ด้วย.

๓. แผลใหม่เกิน ๕๐ ถึง ๖๐ ปช.
 ของผิวหนัง: ให้การรักษาแยกแยะกันแต่
 ต้องให้สารน้ำหยดเข้าหลอดเลือดเสมอ.
 สารน้ำที่ดีที่สุดคือพลาสมาปนกลูโคสรวม
 กับยาที่รักษาตามอาการที่ต้องการทั้งหลาย.

การใช้โทแรนต์ลก็ตามแต่ความลึกของ
 ของการไหม้. อาจให้ได้โดยไม่ต้องคิดเลย
 ประมาณ ๑๐ หน่วยต่อวัน. ในเด็กและเด็ก
 เล็ก ๆ โทแรนต์ลให้ผลคืออย่างเห็นได้ชัด
 และแม้ในทารกก็อาจให้ได้ถึงวันละ ๑๐
 หน่วยโดยไม่มีผลเสีย. แอนติฮิสตามีนใน
 พวกฟีโนไรอะซินห้ามใช้เพราะทำให้ความ
 ตันเลือดคลก. แนะนำให้ใช้แคลเซียมและ
 แอนติฮิสตามีนที่มีฤทธิ์ระงับประสาทร่วม

ด้วย. โทแรนต์ลให้ผลดีมากเมื่อใช้ทันทีหลัง
 จากถูกไหม้โดยการฉีด ๕ หน่วยเข้ากล้ามเนื้อ.
 เขาแนะนำว่าควรมีโทแรนต์ลไว้ประจำค้ำยา
 สำหรับภาวะฉุกเฉิน.

สำหรับการรักษาเฉพาะที่: ใช้ผ้าซับ
 Rivanol ๑:๑๐๐๐, แล้วไม่นานต่อ
 ด้วยขผึ้งรวานอล ๐.๕ ปช., ต่อไปอาจให้
 ขผึ้งซิลโฟเน่ไม้ค้ำหรือขผึ้งแอนติไบโอติก.
 ผ่าพ่นหรือส่งพ่นที่คานาและขผึ้งทำให้มีการ
 ขยับสารที่เป็นพิษต่อร่างกายออกมา, ซึ่งต่าง
 กับยาพวกที่เป็นพลุ่มปกคลุมหรือพวกยา
 สمان (แทนนิน). การขยอกันการติดเชือ
 ในร่างกายก็เริ่มให้แอนติไบโอติกในวันที่
 สองหรือที่สามหลังการไหม้. ห้ามใช้
 สเตอโรยด์ไฮโดรคอร์ติซันและมาร์ฟานิลเพราะเป็นตัว
 ขัดขวางการทำงานของฮิสตามีน. เตะระ
 ชัยคลินให้ผลดี. ต้องสำรวจการขาดแยก-
 ที่เรื้อรังประจำถ้าได้, ซึ่งถูกทำลายด้วย, โดย
 ดูจากภาพเลือดเสมอ ๆ. เมื่อขาดก็อาจหา
 ซ้อมาทดแทนจากท้องตลาดได้.

การรักษาทางศัลยกรรมเกือบไม่ต้องใช้
 เว้นแต่การเบ็ดคุ่มพองแล้วก็ไม่ทำอะไรอีก
 นอกจากรอให้แผลสะอาดโดยวิธีธรรมชาติ
 และมีการลอกหลุดของเนื้อตาย. เพื่อให้
 การลอกหลุดนั้นเร็วขึ้น, ซึ่งจะทำให้โอกาส

ทรงกายวิบสวาทที่เป็นพิษจากแผลน้อยลง, ใช้เอ็นไซม์พวกทริปซินและเปปซิน (ยาใหม่ Trypure) ช่วยย่อยด้วย. ในระยะท้ายๆ ผู้รายงานมักใช้ซิงก์ออกไซด์ของ Pfab. ขาผงทมิติกอกรตินอยด์ช่วยใช้โตผลดีในการกำจัดซัยเปอร์โทรฟิคแกรนเลชัน. การปลูกหนังกำพร้ากับแผลกว้าง, ภายหลังการใช้โทแรนติล, เกือบไม่มีความจำเป็นเหลืออยู่.

การพยากรณ์โรคสำหรับแผลใหม่ถึง ๕๐ ปช. ต่ำ, เกิน ๕๐ ปช. นากลัว, แต่ถึง ๖๐ ปช. ก็ยังพอใช้, ถ้าเกิน ๖๐ ปช. ไม่น่า.

การรักษาด้วยซิสเทอมีเนสโทแรนติลทำ

ให้ภาวะเป็นพิษลดลงและทำให้แผลหายได้ อย่างประหลาด. ข้อนี้ยังไม่อาจอธิบายได้ จากการทดลองที่กำลังทำอยู่. ในที่สุดผู้รายงานเพิ่มเติมว่าซิสเทอมีเนส นอกจากจะใช้รักษาแผลใหม่และป้องกันการเกิดแผลซ้ำก็กล่าวแล้ว, ดูเหมือนว่าจะใช้รักษาแผลเก่า, สะเคลอโรเตอริมา, และพลาสติกอินทรชันขององคชาติโตผลด้วย. ใช้ยาคือยาคือเก่าๆ ก็ยังได้ผลบ้าง.

(จาก Dtsch. med. Wschr. 1961. โดย Schreus, H. Th., แผนกโรคผิวหนัง วิทยาลัยแพทย์, ดิสเซลดอร์ฟ, เยอรมนี. มีภาพแสดงการหายของแผลประกอบ ๑๘ ภาพ).

บุญเรือง นิยมพร W.B., Dr. med.

๔. การรักษาน้ำนมออกยากโดยใช้ออกซัยโทซินทางจมูก

ในปี ๑๙๑๐ Ott และ Scott ได้พบว่า การฉีดฮอร์โมนจากกلبหลังของต่อมฮัยโปฟิซีสเข้าหลอดเลือดและซึ่งกำลังอยู่ในระยะให้นม, ทำให้จำนวนน้ำนมออกมากขึ้น. ในคน, ฤทธิ์ของฮอร์โมนต่อมคดกลไกมีผู้ศึกษากันมาก, แต่ฤทธิ์ต่อต้านยังมีผู้ศึกษากันน้อย. นิวตันและนิวตันในปี

๑๙๔๘ ได้พิสูจน์ว่าฮอร์โมนนมฤทธิต่อเต้านมของคนด้วย และส่วนที่ออกฤทธิ์ก็คือออกซัยโทซิน. ในเวลานั้นเราทราบกันแล้วว่าการกดนมทำให้ปลายประสาทสัมผัสที่หัวนมถูกกระตุ้น, ทำให้เกิดพลังกระตุ้นไปที่สปร้าออปติก นเคลียสและนิวโรซัยโปฟิซีส. ฮัยโปฟิซีสหลังออกซัยโทซินออก

ทรงกายวิบสวาทที่เป็นพิษจากแผลน้อยลง, ใช้เอ็นไซม์พวกทริปซินและเปปซิน (ยาใหม่ Trypure) ช่วยย่อยด้วย. ในระยะท้ายๆ ผู้รายงานมักใช้ซิงก์ออกไซด์ของ Pfab. ขาผงทมิติกอกรตินอยด์ช่วยใช้โตผลดีในการกำจัดซัยเปอร์โทรฟิคแกรนเลชัน. การปลูกหนังกำพร้ากับแผลกว้าง, ภายหลังการใช้โทแรนติล, เกือบไม่มีความจำเป็นเหลืออยู่.

การพยากรณ์โรคสำหรับแผลใหม่ถึง ๕๐ ปช. ต่ำ, เกิน ๕๐ ปช. นากลัว, แต่ถึง ๖๐ ปช. ก็ยังพอใช้, ถ้าเกิน ๖๐ ปช. ไม่น่า.

การรักษาด้วยซิสเทอมีเนสโทแรนติลทำ

ให้ภาวะเป็นพิษลดลงและทำให้แผลหายได้ อย่างประหลาด. ข้อนี้ยังไม่อาจอธิบายได้จากการทดลองที่กำลังทำอยู่. ในที่สุดผู้รายงานเพิ่มเติมว่าซิสเทอมีเนส นอกจากจะใช้รักษาแผลใหม่และป้องกันการเกิดคีลอยด์ ก็กล่าวแล้ว, ดูเหมือนว่าจะใช้รักษาคีลอยด์, สะเคลอโรเคอริมา, และพลาสติกอินทรชันขององคชาติโตผลด้วย. ใช้กับคีลอยด์เก่าๆ ก็ยังได้ผลบ้าง.

(จาก Dtsch. med. Wschr. 1961. โดย Schreus, H. Th., แผนกโรคผิวหนัง วิทยาลัยแพทย์, ดิสเซลดอร์ฟ, เยอรมนี. มีภาพแสดงการหายของแผลประกอบ ๑๘ ภาพ).

บุญเรือง นิยมพร W.B., Dr. med.

๔. การรักษาน้ำนมออกยากโดยใช้ออกซัยโทซินทางจมูก

ในปี ๑๙๑๐ Ott และ Scott ได้พบว่า การฉีดฮอร์โมนจากกلبหลังของต่อมฮัยโปฟัยสิสเข้าหลอดเลือดและซึ่งกำลังอยู่ในระยะให้นม, ทำให้จำนวนน้ำนมออกมากขึ้น. ในคน, ฤทธิ์ของฮอร์โมนต่อมคดกลไคมีผู้ศึกษากันมาก, แต่ฤทธิ์ต่อต้านยังมีผู้ศึกษากันน้อย. นิวตันและนิวตันในปี

๑๙๔๘ ได้พิสูจน์ว่าฮอร์โมนนมฤทธิต่อเต้านมของคน ด้วย และ ส่วนที่ออกฤทธิ์ก็คือออกซัยโทซิน. ในเวลานั้นเราทราบกันแล้วว่าการดนมที่มากเกินไปอาจประสาทสัมผัสที่หวนมดกกระตุ้น, ทำให้เกิดพลังกระตุ้นไปที่สปร้าออปติก นเคลียสและนิวโรซัยโปฟัยสิส. ฮัยโปฟัยสิสหลังออกซัยโทซินออก

มา. ฉะนั้นการที่นานมออกมาจึงเป็นปฏิกิริยานิวโรฮอร์โมนัล, มิใช่เป็นผลของการกระตุ้นประสาทแต่อย่างใด. ซึ่งจะเห็นได้จากการทดลองของลควิก, เปเตอร์และคณะ. เขาได้นำเอาเลือดของววนมที่ถูกรีดนมออกหมดและก่อนจะฆ่ามันมาให้ไหลผ่านเข้าไปในเต้านมวัวที่ถูกตัดออกมาจากตัว. เต้านมมันสามารถขยายนานมออกมาได้. แสดงว่าฮอร์โมนที่มากับเลือดมาแสดงฤทธิ์ที่เต้านม, ทำให้มีการหดตัวของมัยโอซัยบิลเลียล เซลล์หรือบาสเซลล์ เซลล์เกิดความคันสงขึ้นในแอลวอไลและท่อของเต้านม. นานมซึ่งมีอยู่ในแอลวอไลจึงถูกบีบให้ออกมา. เมลเลอร์ได้ทดลองฉีดออกซัยโทซินเพียง ๐.๐๑ หน่วยสากลเข้าหลอดเลือดหญิงที่อยู่ในระยะให้นมบุตรก็ปรากฏว่ามันนานมออก. ฤทธิ์ของออกซัยโทซินต่อเต้านมเป็นฤทธิ์เฉพาะเช่นเดียวกับฤทธิ์ต่อการหดตัวของมดลูกเหมือนกัน. ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นนั้นแน่นอนจนเราใช้วัดความคันท่อนานมของกระต่ายที่อยู่ในระยะให้นมเป็นวิธีการทดลองหาปริมาณของฮอร์โมนนี้ได้. ออกซัยโทซินมีฤทธิ์ช่วยในการบีบเต้านมในแอลวอไลให้ออกมา, แต่จะมีฤทธิ์โดยตรงต่อการสร้างนานมด้วยหรือไม่ยังมี

ใครอธิบาย. จากการศึกษาใหม่ ๆ พบว่าออกซัยโทซินมีฤทธิ์กระตุ้นโดยทางอ้อมให้ออกซัยโทซินหลังไฮรแล็คตินและฮอร์โมนอื่น ๆ ซึ่งมีความสำคัญในการสร้างนานมด้วย. อย่างไรก็ตามการที่นานมออกมาโดยการให้แตกคตหรือการบีบออกก็ตาม, เป็นการกระตุ้นโดยทางอ้อมให้เต้านมหลั่งนานมมากขึ้น.

จากผลของการศึกษาดังกล่าวได้มีผู้นำเอาออกซัยโทซินมาใช้รักษาผู้ที่นานมออกยาก. Varangot และ Ybert ได้ฉีดออกซัยโทซินเพียง ๓ หน่วยสากลเข้ากล้ามเนื้อแมลงอ่อน. หลังฉีด ๑๐ นาทีได้บีบเต้านมออก, ใ้เต้านมเป็นจำนวนมาก. ในรายที่นมไม่ค่อยออกและรายที่นมคืดมาก. ยานทำให้เต้านมออกคชชและการคืดหายไปโดยรวดเร็ว. Stewart Slezak และ Hollenbach ได้ทดลองใช้ออกซัยโทซินอย่างหนึ่งชื่อ Syntocinon ฉีดก็ไ้ผลดีเช่นเดียวกัน. แต่การใช้ฉีคนั้นไม่สะดวกและทำให้เจ็บตัวมากไม่มีใครชอบ, ทั้งความเจ็บ, ความกลัว, ความอายนักมีอิทธิพลเหนือจิตใจและประสาท, อาจทำให้เกิดการห้ามการหลั่งนานมได้. เวลานี้ได้มีออกซัยโทซิน (ซัยนโทซินอน) ทำเป็นแบบ

ยาฟันเข้างมกซึ่งนับว่าสะดวกในการใช้มาก และมีผลเป็นที่น่าพอใจ. Baumgarten และ Hofhansl, และ Hollenbach ก็ได้รายงานผลการใช้ชัชนีโทซิน่อนว่าได้ผลดีมากในการป้องกันอาการอักเสบของเต้านมด้วย.

Richter และ Pöschel ได้ทดลองใช้ชัชนีโทซิน่อนฟันงมกหญิงปรกติในระยะให้นม, โดยให้แตกคอกแล้วใช้เครื่องขบเขานานมที่เหลือออกให้หมดแล้วฟันชัชนีโทซิน่อนเข้างมก. ภายหลังจากนั้น ๕ นาทีคอกเขานานมออกได้อีกคอกเฉลี่ยแล้วได้ประมาณ ๒๕ ปช. ของจำนวนนานมที่คอกออกมา. เขาได้นำวิธีนี้มาใช้รักษาผู้คลอดที่มนมคค, มีการอักเสบของเต้านมจริง ๆ และที่ม้นานมไหลน้อยรวม ๗๐ รายด้วยกัน. ฟันชัชนีโทซิน่อนเพียงครึ่งเดียว, ซึ่งเท่ากับออกชัชนีโทซิน่อนประมาณ ๔-๕ หน่วยสากล, เข้าในงมก ๕ นาทีก่อนให้นม. หลังจากลูกกินนมแล้วใช้เครื่องขบเขานานมที่ค้าง อยู่ออกจนหมด. ในรายที่นมกำลังอักเสบมีไข้ใช้ชัชนีโทซิน่อนด้วยความเย็นด้วย. ทำเช่นนั้นจนอาการอักเสบและนมคคหายไปใน การให้ยาหลายครั้งเช่นนี้ยังไม่ปรากฏอาการของการแพ้ยาเลย, และไม่มีผลต่อมลูกด้วย. อันตรายจากการใช้ยาจำนวน

มากไม่มีเพราะยาที่มากไปจะไหลเข้าคอกและลงไปในกระเพาะซึ่งมีเอ็นชัชนีน้อยโยรเทอนทำให้ยาหมดฤทธิ์.

ในจำนวนคนไข้ที่กล่าวมานั้น ๔๖ คนซึ่งมีนมคคมาก, ไม่มีไข้, และนานมออกน้อยนั้น ๓๕ คนหายคอกและม้นานมออกได้สะดวกสามารถเลี้ยงลูกต่อไปได้ตามปรกติ. อีก ๓ คนไม่ได้ผลเพราะเต้านมมีขี้ไปปลาเซี่ยและหลังนานมไค่น้อยเอง.

๑๐ ในอีก ๑๑ คนที่มีอาการเต้านมเริ่มอักเสบ, มีไข้ ๓๘.๕° ซ. นนหายหลังจากใช้ยาฟันนานตั้งแต่ ๑ ถึง ๑๔ วัน. อีก ๑ รายต้องใช้รังสีเอกซ์ช่วย. ๒ ใน ๑๓ รายซึ่งมีอาการลงชนอักเสบมาก, มีเต้านมแดงเป็นหย่อม, แข็งและเจ็บ, และมีไข้สูงนั้น, มี ๕ รายหลังจากใช้ชัชนีโทซิน่อนฟันเข้างมกอยู่ตลอด ๑๔ วันอาการอักเสบหายเป็นปรกติ. แต่อีก ๓ รายเป็นฝี, ต้องผ่าและให้แอนติไบโอติก. อีก ๑ รายเพียงแต่ใช้รังสีเอกซ์ช่วยและร่วมกับแอนติไบโอติกก็หาย.

เขาได้แนะนำว่าพวกที่เป็นโรคเต้านมอักเสบจริง ๆ ควรรักษาในโรงพยาบาลเพื่อว่าจะได้ใช้วิธีอื่นร่วมด้วยในเมื่อใช้ชัชนีโทซิน่อนอย่างเดียวไม่ได้ผล.

ในจำพวกที่เต้านมอักเสบเกิดเพราะมีห
นมแตกเป็นแผลจนเป็นการอักเสบที่เนื้อ
แทรก (อินเตอร์สติกเซิลคอนเนคตีฟ ทัส
ชีว), การรักษาด้วยซีเอ็นโทซีนอันจึงไม่ได้
ผล. ต่างกับการอักเสบที่มเกิดเพราะนมค
ซึ่งเป็นการอักเสบที่พารานิมมาคอกที แอล
ว็โไฮโลและท่อของเต้านม, ในพวกนี้เมื่อเอา
นมที่ขังอยู่ออกให้หมดโดยการดูดออก-

กรรมคาหรือใช้ออกซัยโทซีนช่วยด้วยแล้ว,
นานมที่มพิษและมีเชือกถกขยออกไปหมด,
อาการอักเสบจึงหายไต่ค้และรวดเร็ว.

(จาก Richter. F., T. Pöschel: "Die
Behandlung von Stillschwierigkeit mit
nasaler Oxytocin-Gabe". Dtsch. Med.
Wschr. 1960, 85:1974-1976.)

ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์ P.M., Dr. med.

๕. ศูนย์การคนควาเรองมะเร็งของอินเดีย

ในโอกาสที่ข้าพเจ้าได้เดินทางไปทำงาน
ทางสรวเคมีของ อินเดียระหว่างวันที่ ๒๕
พฤศจิกายนถึง ๑๔ ธันวาคม ๒๕๐๓ ด้วย
ความอนุเคราะห์ของสำนักงานส่วนภูมิภาค
เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์การอนามัย
โลก, ข้าพเจ้าได้ไปแวะเยี่ยมมคงานที่ศูนย์
การคนควาเรองมะเร็งของอินเดียด้วย, จึง
ขอถือโอกาสบรรยายเรองนี้, โดยหวังว่า
คงจะเป็นประโยชน์บ้างไม่มากก็นอย.

ครอบครัว Tata ซึ่งเป็นตระกูลใหญ่ที่
มชื่อเสียงตระกูลหนึ่งของ อินเดีย ได้ร่วมมือ
กัน สละเงิน สร้าง โรงพยาบาลสำหรับรักษา

โรคมะเร็ง โดยเฉพาะชนที่ เมืองบอมเบย์,
ให้ชื่อว่า "ตาต้า เมมอเรียล ฮอสปิตัล",
ซึ่งได้ทำพิธีเปิดเมื่อวันที่ ๓ มีนาคม ค.ศ.
๑๙๕๑. มีเตียงรับผู้ป่วยได้ ๖๐ คน และ
มีเรเคียมสำหรับใช้รักษา มะเร็งด้วย. ต่อมา
ในปี ๑๙๕๘ รัฐบาลได้เห็น ความสำคัญ
ของโรคมะเร็งซึ่งได้คร่าชีวิตประชาชนของ
อินเดียบละกว่าสองแสนคน, จึงได้สนับสนุน
ให้มีการคนควาในเรองนี้, โดยอนุมัติเงิน
สองล้านสี่แสนบาท สำหรับสร้าง ตกต่อกับ
โรงพยาบาล, ให้เป็นสถานที่สำหรับทำการ
คนควาเรองมะเร็ง โดยเฉพาะ, พร้อมทั้ง

* บทความกระจายเสียงครั้งที่ ๒๘ ของสถาบันมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ๑๗ กพ. ๐๔

ในจำพวกที่เต้านมอักเสบเกิดเพราะมีห
นมแตกเป็นแผลจนเป็นการอักเสบที่เนื้อ
แทรก (อินเตอร์สตีเชียลคอนเนคทีฟ ทัส
ชีว), การรักษาด้วยซีเอ็นโทซีนอันจึงไม่ได้
ผล. ต่างกับการอักเสบที่มเกิดเพราะนมค
ซึ่งเป็นการอักเสบที่พารานิมมาคอกที แอล
ว็โไฮโลและท่อของเต้านม, ในพวกนี้เมื่อเอา
นมที่ขังอยู่ออกให้หมดโดยการดูดออก-

กรรมคาหรือใช้ออกซัยโทซีนช่วยด้วยแล้ว,
นานมที่มพิษและมีเชือกถูกขยออกไปหมด,
อาการอักเสบจึงหายไต่ค้และรวดเร็ว.

(จาก Richter. F., T. Pöschel: "Die
Behandlung von Stillschwierigkeit mit
nasaler Oxytocin-Gabe". Dtsch. Med.
Wschr. 1960, 85:1974-1976.)

ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์ P.M., Dr. med.

๕. ศูนย์การคนควาเรองมะเร็งของอินเดีย

ในโอกาสที่ข้าพเจ้าได้เดินทางไปทำงาน
ทางสรรเคมีของ อินเดียระหว่างวันที่ ๒๕
พฤศจิกายนถึง ๑๔ ธันวาคม ๒๕๐๓ ด้วย
ความอนุเคราะห์ของสำนักงานส่วนภูมิภาค
เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์การอนามัย
โลก, ข้าพเจ้าได้ไปแวะเยี่ยมมคงานที่ศูนย์
การคนควาเรองมะเร็งของอินเดียด้วย, จึง
ขอถือโอกาสบรรยายเรองนี้, โดยหวังว่า
คงจะเป็นประโยชน์บ้างไม่มากก็นอย.

ครอบครัว Tata ซึ่งเป็นตระกูลใหญ่ที่
มชื่อเสียงตระกูลหนึ่งของ อินเดีย ได้ร่วมมือ
กัน สละเงิน สร้าง โรงพยาบาลสำหรับรักษา

โรคมะเร็ง โดยเฉพาะชนที่ เมืองบอมเบย์,
ให้ชื่อว่า "ตาต้า เมมอเรียล ฮอสปิตัล",
ซึ่งได้ทำพิธีเปิดเมอวันที่ ๓ มีนาคม ค.ศ.
๑๙๕๑. มีเตียงรับผู้ป่วยไต่ ๖๐ คน และ
มีเรเคียมสำหรับใช้รักษา มะเร็งด้วย. ต่อมา
ในปี ๑๙๕๘ รัฐบาลได้เห็น ความสำคัญ
ของโรคมะเร็งซึ่งได้คร่าชีวิตประชาชนของ
อินเดียบละกว่าสองแสนคน, จึงได้สนับสนุน
ให้มีการคนควาในเรองนี้, โดยอนุมัติเงิน
สองล้านสี่แสนบาท สำหรับสร้าง ตกต่อกับ
โรงพยาบาล, ให้เป็นสถานที่สำหรับทำการ
คนควาเรองมะเร็ง โดยเฉพาะ, พร้อมทั้ง

* บทความกระจายเสียงครั้งที่ ๒๘ ของสถาบันมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ๑๗ กพ. ๐๔

ทรงขบประมาณประจำปี ให้สำหรับเป็นค่าใช้จ่าย ในเรือนทวย.

การก่อสร้าง ได้ดำเนิน ไป อย่าง รวดเร็ว พร้อมทั้งการเสี่ย สละ ของ บริษัท ทริบิเอมา และผู้อำนวยการ, ซึ่งได้พยายามสร้างให้ เป็นอย่างคทสที่สุดเพื่อเป็นการกุศลโดยไม่คิด กำไรจากการก่อสร้างเลย, เป็นเหตุให้ได้ มตกใหญ่สามหลังสามชั้นติดต่อกันเป็นรูป เกอกรม้า, และกระทำพิธีเปิดได้เมื่อวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๑๙๕๒, โดยได้รับชื่อว่า "อินเดียน แคนเซอร์ รีเสิร์ช เซ็นเตอร์."

ในระยะเวลาเพียง ๘ ปีที่บรรดาแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ของศูนย์ แห่ง นี้ ได้พยายาม ปฏิบัติงาน อย่างมิได้เห็น แก่ เหน็ด เหนื่อย, สามารถช่วยให้สถานที่แห่งนี้มีชื่อเสียงรุ่งโรจน์ทัดเทียม กับศูนย์คนควา เรอง มะเร็งที่มีชื่อเสียงอื่น ๆ ของต่างประเทศ, ก็ทั้งได้ ขยายสาขาไปเปิดที่คลีคลิตาและมัตราส, นอกจากนี้ยังได้ให้ความร่วมมือกับโรงเรียน แพทย์และสถาบันการแพทย์ต่าง ๆ ทั้งของ อินเดียและของต่างประเทศเป็นอย่างดีด้วย.

ที่ศูนย์การ คนควา มะเร็งแห่งนี้มี Dr. V.R. Khanolkar เป็นผู้อำนวยการมาตั้งแต่ เริ่มต้น. ได้จัดแบ่งแยกแผนกต่าง ๆ ออกไปดังนี้, คือ:

๑. แผนกพยาธิวิทยา
๒. แผนกสรีรเคมี
๓. แผนกทดลอง การทำให้เกิดและรักษา มะเร็ง.
๔. แผนกศัลยกรรมพันธุ
๕. แผนกสถิติ
๖. แผนกห้องสมุด
๗. แผนกถ่ายภาพ

แผนกพยาธิวิทยา แบ่งออกเป็นสาขาต่าง ๆ หลายสาขาด้วยกัน, มีพยาธิวิทยา, เอ็กซโฟลิเอคัพ ชัยโตโลยี, ประสาทพยาธิวิทยา, และโรคเรื้อน. แผนกนี้ทำหน้าที่โดยตรงในการตรวจวิเคราะห์ ชิ้นส่วนของ มะเร็งว่าเป็นชนิดใด และ เป็น มาก น้อย แค่ไหน. นับว่ามีส่วนสำคัญในการช่วยแนะนำการรักษาว่าสมควรผ่าตัดมากน้อยแค่ไหน, ก็ทั้งช่วยในการพยากรณ์โรคว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตยืนยาวอีกได้นานเพียงใด. นอกจากนี้ยังช่วยตรวจ Rh แฟคเตอร์ เพื่อวินิจฉัยโรคของเม็ดเลือดแดงผิดปกติในทารก และ ศึกษาพยาธิสภาพ ของ ประสาท ที่มี การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรคขาดอาหาร, โรคเรื้อน, และโรคอื่น ๆ ด้วย.

แผนกสรรเคมี แข่งออกเป็นสาขาต่าง ๆ หลายสาขาเช่นเดียวกัน, มีชีวเคมีทั่วไป, ชีวเคมี ฝ่ายคลินิก, ชีวเคมีของเซลล์. มีหน้าที่สำคัญในการช่วยวินิจฉัยมะเร็ง โดยการหาปริมาณของสารและเอนไซม์ต่าง ๆ ในเลือด, ในปัสสาวะ, และในน้ำส่วนอื่นๆ ของร่างกาย. มีการวิเคราะห์เอนไซม์ช่วยโตโมรมอ็อกซิเดสในเซลล์มะเร็ง, ศึกษาการสังเคราะห์ ดีเอ็นเอของเซลล์มะเร็งเมื่อถูกยับยั้งในโตรเจนมีสคาร์ค. มีการวิเคราะห์กรดอะมิโนของโพร โม โสุมที่เป็นมะเร็ง, และวิเคราะห์แยกสารเคมีจากยาสูบซึ่งปรากฏว่าแยกได้ถึง ๑๐๒ ชนิด และพบว่าหลายชนิดสามารถทำให้เกิดมะเร็งขึ้นได้ในหนู. นอกจากนี้ยังมีส่วนช่วยในการทำนายต่าง ๆ สำหรับใช้คัดทดลองด้วย.

แผนกทดลองทำให้เกิดและรักษามะเร็ง

งานของแผนกนี้มากมาย, ที่สำคัญๆ คือ:

๑. ศึกษาถึงสารต่างๆ ว่ามีอะไรบ้างที่ทำให้เกิดมะเร็งขึ้นได้ในหนู.
๒. ทำการเลี้ยงและเพาะเซลล์มะเร็งและไตทดลองทำให้เกิดมะเร็งในหนู จนที่ไตมีหนังภายใต้กระโหลกครอบ, สามารถมองเห็นการเปลี่ยนแปลงของมะเร็งได้ด้วย

ตาเปล่า (Transplant chamber technique). นับว่าเป็นวิธีทดลองที่ใหม่มาก.

๓. ทดลองว่า สารเคมี ชนิดใดบ้างสามารถทำให้มะเร็งลดขนาดได้.
๔. ศึกษาการโยธัยเทรทเมตะบอลิสม์ของเซลล์มะเร็ง, ซึ่งผิดกับเซลล์ปกติ.
๕. ศึกษาการเรียงตัวของอนุคลีโอโปรตีนในเซลล์ปกติว่าแตกต่างกับของเซลล์มะเร็งอย่างไร.

แผนกศึกษาเรื่องกรรมพันธุ์ ปัญหาใหญ่

ที่ทั่วโลกยังไม่ทราบแน่นอนก็คือ มะเร็งเป็นเรื่องของกรรมพันธุ์จริงหรือไม่, การที่คนในครอบครัวเป็นมะเร็งกันหลายคน, มีจำเป็น ต้อง เป็นเฉพาะกรรมพันธุ์เสมอไป, แต่อาจเนื่องมาจากอาหารการกิน, หรือสถานการณ์แวดล้อมต่างๆ คล้ายคลึงกันก็ได้. การศึกษาเรื่องกรรมพันธุ์จึงเป็นเรื่องใหญ่เรื่องหนึ่งในวงการมะเร็ง. สถานที่แห่งหนึ่งจึงได้ส่งขอหนังสือพิมพ์หลายพันฉบับด้วยกันจากยุโรปและอเมริกา, อาทิเช่นชนิดที่ตัวผู้มักเป็นมะเร็งของปอด ก็อีกชนิดหนึ่งที่ตัวเมียมักเป็นมะเร็งของเต้านม. ได้นำมาเลี้ยงในห้องปรีชอากาศและบำรุงรักษาขยายพันธุ์เป็นอย่างดี. ก็ทั้งไตเลี้ยงปลาและกบ

สำหรับไว้ใช้ทดลองด้วย.

ในการศึกษาถึงกรรมพันธุ์มีหัวข้อที่
ต้องศึกษาถึงคือ:

๑. เกยวกับหมู่เลือด, โดยที่ Johann-
sen ชาวเดนมาร์กได้รายงานในปี ๑๘๖๖
ว่าคนที่มีเลือดหมู่ เอ มีโอกาสเป็นมะเร็ง
มากกว่าคนที่มีเลือดหมู่ โอ, หมู่บี, หรือ
หมู่เอบี.

๒. เกยวกับยีนหรือโครโมโซม, ซึ่ง
เป็นตัวสำคัญที่ทำให้รูปร่างหน้าตาและ
อุปนิสัยใจคอคล้ายพ่อคล้ายแม่. ฉะนั้น
การศึกษาเรื่องยีนจึงเป็นเรื่องสำคัญอีกเรื่อง
หนึ่ง.

แผนกสถิติ แผนกนี้ทำการค้นคว้าเพื่อ
ให้ทราบว่าประชาชนชาวอินเดียตายด้วย
โรคมะเร็งปีละเท่าใด และชาวอินเดียเป็น
มะเร็งมากหรือน้อยกว่าชาวยุโรป, มะเร็ง
ชนิดต่างๆ ที่เห็นในอินเดียเป็นแบบเดียวกัน
ในประเทศอื่น ๆ หรือเปล่า. เหล่านี้เป็นเรื่อง
ของสถิติที่ช่วยแสดงให้เห็นความสำคัญ
ของแผนกนี้ว่าไม่ด้อยกว่าแผนกอื่น ๆ.
นอกจากนั้นสถิติยังมีความสำคัญช่วยให้
ทราบปรากฏการณ์ที่แท้จริงอันอาจนำไปประ-
ยุกต์ให้ยังเกิดความสำเร็จได้โดยง่าย. เช่น

พบว่ามะเร็งที่โตขึ้นเป็นบ่อยในพวกกจริต-
อินค, แต่มะเร็งที่ผนังแกมเป็นมากก็พวก
เค็คคานินค, มะเร็งเต้านมของผู้หญิงชาว
ปาร์ซัสพบบ่อยกว่าเค็คคานินค, ซึ่งมัก
เป็นมะเร็งของปากมดลูกมาก. นอกจากนี้
จากสถิติแสดงว่าคนอินเดีย เป็น มะเร็งของ
ปาก, คอ, และกล่องเสียงมากกว่ามะเร็ง
ชนิดอื่น ๆ. ขอนทำให้ได้มีการค้นคว้าเรื่อง
มะเร็งของปาก, และพบว่าที่สลับขหรือจ
เป็นมะเร็งของลิ้นง่าย, ส่วนพวกทกนหมาก
หรืออุมยาคนมักจะเป็นมะเร็งของผนังแกม.
เหล่านี้เป็นสถิติที่ค้นพบในอินเดีย, อันจะ
นำมาซึ่งการศึกษาต่อไปว่าทำไมจึงเป็นเช่น
นั้น. ทั้งนี้โอกาสที่จะค้นพบบ่อยง่าย.

แผนกห้องสมุด คงไม่เป็นปัญหาเช่น
เคยกันว่าวารสารและตำรับตำรามีส่วน
ช่วยเป็นอย่างมากในการศึกษาและค้นคว้า
เรื่องต่างๆ. มีตัวอย่างมากมายแล้วที่การ
อ่านวารสารใหม่ๆ เพียงเรื่องสองเรื่อง ช่วย
ให้ยังเกิดความคิด และการกระทำที่ยังเกิด
ผลสำเร็จจนกระทั่งได้รับรางวัลโนเบล.
ฉะนั้นสถาบันแห่งนี้จึงได้พยายามรวบรวม
หนังสือตำรับตำราและวารสารทางโรค
มะเร็งจากสถาบันต่างๆ เป็นจำนวนมาก. มี

เจ้าหน้าที่ดำเนินการอย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย ค้นหาได้ง่าย, และมีห้องอ่านหนังสือที่ทันสมัยด้วย.

แผนถ่ายภาพ เซลล์มะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงและโตขึ้นอย่างรวดเร็ว. เมื่อได้รับการรักษาอาจเล็กลงจนหายไปได้. ฉะนั้นการบันทึกภาพ ระยะต่างๆ ของมะเร็งไว้ จึงเป็นเรื่องสำคัญเรื่องหนึ่งที่จะละเลยไม่ได้. นอกจากนี้แผนกนี้ ยังช่วยในการทำไมโครฟิล์มและโฟโตสแตต ของเรื่องราวที่มีประโยชน์เก็บเอาไว้ หรือ ส่งแจกจ่ายไปยังที่อื่น ๆ ด้วย.

ในที่สุดนี้, เนื่องจากมะเร็งเป็นโรคที่พบบ่อย, ทรมานที่สุดและมีอันตรายที่สุดโรค

หนึ่ง, และมักเป็นกับคนที่มีอายุเกินสี่สิบขึ้นไป, อันจึทออยู่ในวัยที่จะช่วยทำความเจริญรุ่งเรืองให้กับชาติบ้านเมืองเป็นอย่างมาก, การที่มีโรงพยาบาลเฉพาะสำหรับรักษาโรคน ก็ยังมีสถานที่สำหรับทำการวิเคราะห์และวิจัย, พร้อมทั้งเจ้าหน้าที่ชำนาญโดยเฉพาะ, จึงนับว่าเป็นเรื่องสำคัญที่น่าจะไ้มีการส่งเสริมกันอย่างเป็นลำดับขั้น. หวังว่ารัฐบาลและประชาชนจะใ้พร้อมใจกัน ช่วยเหลือ ให้โรงพยาบาลสำหรับ โรค มะเร็ง และ คนัย คั้น คว่าโรค มะเร็งของประเทศไทยใ้ขยับขึ้นในอนาคตอันใกล้.

สนอง อุณาคุล พ.ด., M.S. (Minn.)

๒. อะซิดอรัซียเตรียมกับอะนิเมย

ความคิดเห็นแต่ดั้งเดิมในความสัมพันธ์ระหว่างไลหิต จาง และอะซิดอรัซียเตรียมกำลังเป็นที่ถกเถียงกันอย่างมาก, สืบเนื่องมาจากวิวัฒนาการของการศึกษาการหลังของกระเพาะและการตรวจดูกระเพาะโดยตรงด้วยเทคนิคใหม่ ๆ. เทคนิคการตรวจ

แบบเดิมเช่นการตรวจสอบการหลังของกระเพาะโดยกระตุ้นด้วยอาหารข้าวต้ม หรือด้วยซิสเตมีนอย่างธรรมดาใ้เปลี่ยนแปลงไป. การตรวจสอบโดยกระตุ้นด้วยซิสเตมีนแบบใหม่, โดยฉีดยาขนาดมาก ๆ (๐.๐๕ มก. ของซิสเตมีน แฮซิดฟอสเฟตก่อนนำ

เจ้าหน้าที่ดำเนินการอย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย ค้นหาได้ง่าย, และมีห้องอ่านหนังสือที่ทันสมัยด้วย.

แผนถ่ายภาพ เซลล์มะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงและโตขึ้นอย่างรวดเร็ว. เมื่อได้รับการรักษาอาจเล็กลงจนหายไปได้. ฉะนั้นการบันทึกภาพ ระยะต่างๆ ของมะเร็งไว้ จึงเป็นเรื่องสำคัญเรื่องหนึ่งที่จะละเลยไม่ได้. นอกจากนี้แผนกนี้ ยังช่วยในการทำไมโครฟิล์มและโฟโตสแตต ของเรื่องราวที่มีประโยชน์เก็บเอาไว้ หรือ ส่งแจกจ่ายไปยังที่อื่น ๆ ด้วย.

ในที่สุดนี้, เนื่องจากมะเร็งเป็นโรคที่พบบ่อย, ทรมานที่สุดและมีอันตรายที่สุดโรค

หนึ่ง, และมักเป็นกับคนที่มีอายุเกินสี่สิบขึ้นไป, อันจึทออยู่ในวัยที่จะช่วยทำความเจริญรุ่งเรืองให้กับชาติบ้านเมืองเป็นอย่างมาก, การที่มีโรงพยาบาลเฉพาะสำหรับรักษาโรคนี้ ก็มีสถานที่สำหรับทำการวิเคราะห์และวิจัย, พร้อมทั้งเจ้าหน้าที่ชำนาญโดยเฉพาะ, จึงนับว่าเป็นเรื่องสำคัญที่น่าจะไ้มีการส่งเสริมกันอย่างเป็นลำดับขั้น. หวังว่ารัฐบาลและประชาชนจะใ้พร้อมใจกันช่วยเหลือให้โรงพยาบาลสำหรับโรค มะเร็ง และศูนย์ค้นคว้าโรคมะเร็งของประเทศไทยได้อุบัติขึ้นในอนาคตอันใกล้.

สนอง อุณาคุล พ.ด., M.S. (Minn.)

๖. อะซิดอรัซียเทียบกับอะนิเมย

ความคิดเห็นแต่ดั้งเดิมในความสัมพันธ์ระหว่างไลหิต จาง และอะซิดอรัซียเตรียมกำลังเป็นทลถถเถียงกันอย่างมาก, สืบเนื่องมาจากวิวัฒนาการของการศึกษาการหลังของกระเพาะและการตรวจดูกระเพาะโดยตรงด้วยเทคนิคใหม่ ๆ. เทคนิคการตรวจ

แบบเดิมเช่นการตรวจสอบการหลังของกระเพาะโดยกระตุ้นด้วยอาหารข้าวต้ม หรือด้วยซิสเตมีนอย่างธรรมดาได้เปลี่ยนแปลงไป. การตรวจสอบโดยกระตุ้นด้วยซิสเตมีนแบบใหม่, โดยฉีดยาขนาดมาก ๆ (๐.๐๕ มก. ของซิสเตมีน แฮซิดฟอสเฟตก่อนนำ

หนักตัว ๑ กก.) แล้วยกจนผลข้างเคียงที่ไม่ต้องการโดยให้ยาแอนติฮีสตามีนฉีดเข้าหลอดเลือดดำ, ทำให้กระตุ้นการหลั่งกรดออกมาได้มากขึ้น.

ปัญหาข้อหนึ่งที่สนใจกันมากก็คือการหลั่งกรดในกระเพาะมีหรือไม่ในผู้ป่วยที่เป็นอะนิเมียชนิดร้าย. โดยทั่วไปการทดสอบกรดมักเป็นวิธีทดสอบโดยการเปลี่ยนสีของน้ำยาเท็อฟเฟอร์ (Töpfer's) ซึ่งจะเปลี่ยนสีที่ pH 3. ถ้าสีของน้ำยาไม่เปลี่ยนก็จะรายงานว่าเป็น "ไม่มีกรดเสีย" เลย. แต่ในการตรวจที่ละเอียดกว่าโดยวิธีอเล็กโตรเมตริก พบว่าการตรวจโดยการเปลี่ยนสีของน้ำยานั้นอาจผิดไปได้. Jacobs ได้ตรวจการหลั่งกรดในกระเพาะของผู้ป่วยเป็นโรคอะนิเมียชนิดร้าย ๑๕ รายโดยวิธีอเล็กโตรเมตริก, พบว่า ๓๕ ราย pH ลดลงมากกว่า ๑ หน่วย. Witts แนะนำว่าอะมัลอรัซึนจะเกิดขึ้นเมื่อ pH ของน้ำย่อยไม่ต่ำกว่า ๓.๕, จะเปลี่ยนแปลงไปทางด้านเป็นกรดไม่เกิน ๑ หน่วย หลังกระตุ้นด้วยฮีสตามีน, ถ้าน้ำย่อยในกระเพาะแสดงการเป็นกรดมากขึ้นเป็นกว่า ๑ หน่วย pH ภาวะนั้นควรเรียกว่าฮัยโปอามัลอรัซึน, แม้ว่า pH จะไม่ต่ำกว่า ๓.๕ ก็

ตาม. โดยการตรวจที่มประสิทธิภาพกว่าที่ใดแสดงว่าอะมัลอรัซึนเครียดน้อยกว่าความคาดหมายที่มาแต่ดั้งเดิมเป็นอย่างมาก และอาจเป็นไปได้ที่จะกล่าวว่าถ้าพบแล้วแสดงถึงพยาธิสภาพเสมอ. ในปี ๑๙๒๑ Bennett และ Ryle ได้ตรวจสอบการหลั่งของกระเพาะโดยลำดับด้วยอาหารกระตุ้น, พบว่ามีอะมัลอรัซึนเครียดถึง ๔ ปช. ในนักศึกษาแพทย์. ในปี ๑๙๕๐ Doiz และพวกได้กระตุ้นการหลั่งของกระเพาะด้วยฮีสตามีนอย่างธรรมดา, พบมีเพียง ๑ ในนักศึกษาแพทย์ ๑๓๔ ราย และได้ตัดเอาชิ้นเนื้อส่วนกระเพาะมาตรวจพบว่ามีอะโทรฟี่ของเซลล์ที่หลั่งกรดและน้ำย่อย. Card และพวกใช้การตรวจ สอดด้วยการกระตุ้นด้วยฮีสตามีนแบบขนาดมากตรวจผู้ป่วยในโรงพยาบาล ๕๐๐ ราย. พบว่ามีอะมัลอรัซึนเครียดในกระเพาะผู้ป่วยที่มีโรคอะนิเมียอย่างร้ายเท่านั้น. นอกนั้นการตรวจกรดในกระเพาะแบบใหม่ยังทำได้โดยไม่ต้องใส่คูนน้ำย่อยจากกระเพาะและไม่ต้องใส่หลอดคายลงไป. หลักการก็คือกรดเสรีในกระเพาะจะทำปฏิกิริยากับควินินีม (Quininium), ให้สีจะคูดซึมโดยระบบทางเดินอาหารแล้วขับถ่ายทางขั้วสวาระ ทำให้

มีสีในยีสต์สภาวะ. ระยะเวลาสูงสุดคราว ๒ ช.ม.
หลังให้ยา.

ปัญหาต่อไปคือถ้าอะมัลอร์ซีย์เตรียม
สภาพที่ไม่ดีจะพบบ่อยจริง, จำเป็นเสมอ
ไปหรือไม่ที่เมื่อพบแล้วเป็นเครื่องบ่งแสดง
ถึงโรค. การตัดชิ้นเนื้อส่วนกระเพาะและ
การตรวจหาอินทรินสิคแพคเตอร์ของกระ-
เพาะโดยอาศัย-เรติโอ-แอคทีฟ-วิตามิน
บี ๑๒ จะช่วยมาก. Wood และผู้ร่วมงาน
ได้แสดงให้เห็นโดยการตัดชิ้นเนื้อในกระ-
เพาะมาตรวจว่ากระเพาะอักเสบหรือ อะโทร-
ฟีย์ เป็นภาวะที่บ่อยพอใช้และการหลังของ
กระเพาะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความ
รุนแรงของพยาธิสภาพ. Witts ได้อ้างถึง
การค้นคว้าของ Retief ผู้ซึ่งพบว่าผู้ป่วย
๒๔ รายมีอะมัลอร์ซีย์เตรียมอย่างสมบูรณ์,
แต่ไม่มีอาการโลหิตจาง ๑๐ ราย, มีการ
กดซิมัวตามินบี ๑๒ น้อยกว่า ๕๐ ปช.
ของขนาดทดสอบ. ชิ้นเนื้อของกระเพาะที่
ตัดออกมาทดสอบพบว่ามีการอักเสบและ
อะโทรฟีย์. Pedersen และพวกได้ตรวจไข
กระดูกในผู้ป่วยสูงอายุ ๔๖ ราย ที่มีอะ-
มัลอร์ซีย์เตรียมและมีโลหิตจางเพียงเล็กน้อย
ซึ่งไม่ใช่ลักษณะของ Pernicious anemia
พบว่า ๗ รายเล็กน้อยมีการเปลี่ยนแปลงเป็น

แบบเมกะโลบลาสติค.

การขาดเหล็กและอะมัลอร์ซีย์เตรียม
จะไม่มีความสัมพันธ์กันมากนัก. Witts
ตรวจผู้ป่วย ๗๐ รายเป็นโรคโลหิตจางแบบ
ซีย์โปโชมิก พบว่ามีอะมัลอร์ซีย์เตรียม
เพียง ๑๖ ปช. และซีย์โปอัมัลอร์ซีย์เตรียม
เพียง ๗ ปช. ตามรายงานที่แล้ว ๆ มา
เหมือนว่าถ้าว่าการที่ไม่มีการกดหลังหลังการ
กระตุ้นแสดงพยาธิสภาพเสมอ.

ปัญหาต่อไปคืออะมัลอร์ซีย์เตรียมพร้อม
กับโลหิตจางชนิดขาดเหล็ก, หรือเป็น
สาเหตุให้เกิดการขาดเหล็กขึ้น. Witts สัน-
นิษฐานมากถึงการออกกลับของเซลล์ในทางเดิน
อาหาร, เฉลี่ยประมาณวันละ ๕๐ กรัม
ของเยื่อเมือกที่ตองออกมาทดแทนและเชอ
ว่าการขาดเหล็กทำให้เกิดการพิการในการ
งอกของเยื่อชั้นเดียว, โดยอาศัยจากการ
สังเกตเยื่อเมือกที่ทนและการพิการที่เล็ย.
การพิการของอวัยวะทั้ง ๒ นสามารถกลับ
เป็นปกติได้หลังการให้เหล็ก. Leonard พบ
โลหิตจางเกิดจากการขาดเหล็กในเด็กหนุ่ม
ที่มีอะมัลอร์ซีย์เตรียมและรับสนองคดีต่อการ
รักษา. ๑๑ ใน ๑๗ รายของผู้ป่วยมีการ
หลังกรดของกระเพาะที่ขึ้นหลัง การรักษา.
แต่ในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้หญิงอะ-

ผลอธิบายเตรียมมากไม้คั้น. Wood และ Taft เห็นว่ากระเพาะอักเสบเกิดหลังจากโลหิตจางเพราะขาดเหล็ก, แล้วส่งเสริมอาการโลหิตจางโดยการเสียเลือดและการเข็ดอาหาร. Lees และ Rosenthal ได้ทำการตัดชิ้นเนื้อส่วนกระเพาะในผู้ป่วยเป็นโลหิตจางแบบขาดเหล็กมาตรวจก่อนและหลังจากการรักษาแล้ว ๑ ปี. พบว่าเยื่อเมือกมีการอักเสบและอะโทรฟีย์. พยาธิสภาพไม้คั้นเลยหลังการรักษา. บางรายกลับเลวลงไปอีก. Rawsar และ Rozen ได้ตรวจคลำไส้เล็กในผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้พบว่าเป็นปกติ. แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงในทางพยาธิสภาพของผู้ป่วยไม่ใช่จากการขาดเหล็ก.

ปัญหาอื่น ๆ ที่ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่คือโรคอะนิเมียอย่างร้ายชนิดที่พบในเด็กและผู้วัยรุ่นซึ่งสันองคืคือการให้วิตามินบี

๑๒ และกระเพาะมักยังหลังกรดได้. การตรวจด้วยเรดิโอแอคทีฟ วิตามินบี ๑๒ แสดงว่าการหลังกรดของกระเพาะในพวกนี้ยังเป็นปกติ, แต่การหลังอินทรินสิคแพคเตอร์ฟิการไป. Mollen และพวกได้ทดสอบผู้ป่วยอายุ ๑๘ ปี ซึ่งมีประวัติเป็นอะนิเมียอย่างร้ายมาตั้งแต่อายุ ๑๒ เดือนและมีการหลังกรดอย่างปกติ. การตัดชิ้นเนื้อส่วนกระเพาะมาตรวจพบว่าปกติ. แต่ไม่คคี่วิตามินบี ๑๒ นอกจากจะให้อินทรินสิคแพคเตอร์ร่วมด้วย. โดยทั่วไปโดยจากการติดตามผู้ป่วยเหล่านี้จะยอมรับกันว่า การขาดอินทรินสิคแพคเตอร์เป็นการขาดอย่างถาวรในผู้ป่วยทุกราย.

(เรียบเรียงจาก The Lancet ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๐๓ หน้า ๒๗-๒๘.)

ยศวริช สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๗. แนะนำหนังสือ

๑. หนังสือ Orthopedic Surgery in Infancy and Childhood.

ผู้แต่ง Albert Barnett Ferguson, Jr., B.A., M.D., Silver Associate Professor

of Orthopedic Surgery, University of Pittsburgh; Chief of Orthopedic Service, University of Pittsburgh Medical Center.

โรงพิมพ์ The Williams and Wilkins Co., Baltimore, Ed. 1, 1957.

ผลอธิบายเตรียมมากไม้คั้น. Wood และ Taft เห็นว่ากระดูกอักเสบเกิดหลังจากโลหิตจางเพราะขาดเหล็ก, แล้วส่งเสริมอาการโลหิตจางโดยการเสียเลือดและการเข็ดอาหาร. Lees และ Rosenthal ได้ทำการตัดชิ้นเนื้อส่วนกระดูกในผู้ป่วยเป็นโลหิตจางแบบขาดเหล็กมาตรวจก่อนและหลังจากการรักษาแล้ว ๑ ปี. พบว่าเข็ดเมือกมีการอักเสบและอะโทรฟีย์. พยาธิสภาพไม้คั้นเลยหลังการรักษา. บางรายกลับเลวลงไปอีก. Rawsar และ Rozen ได้ตรวจดูลำไส้เล็กในผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้พบว่าเป็นปรกติ. แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงในทางพยาธิสภาพของผู้ป่วยไม่ใช่จากการขาดเหล็ก.

ปัญหาอื่น ๆ ที่ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่คือโรคอะนيمياอย่างร้ายชนิดที่พบในเด็กและผู้วัยรุ่นซึ่งสันองคืคือการให้วิตามินบี

๑๒ และกระดูกแข็งหลังกรดได้. การตรวจด้วยเรดิโอแอคทีฟ วิตามินบี ๑๒ แสดงว่าการหลังกรดของกระดูกในพวกนี้ยังเป็นปรกติ, แต่การหลังอินทรินสิคแพคเตอร์ก็หายไป. Mollen และพวกได้ทดสอบผู้ป่วยอายุ ๑๘ ปี ซึ่งมีประวัติเป็นอะนيمياอย่างร้ายมาตั้งแต่อายุ ๑๒ เดือนและมีการหลังกรดอย่างปรกติ. การตัดชิ้นเนื้อส่วนกระดูกมาตรวจพบว่าปรกติ. แต่ไม่คดวิตามินบี ๑๒ นอกจากจะให้อินทรินสิคแพคเตอร์ร่วมด้วย. โดยทั่วไปโดยจากการติดตามผู้ป่วยเหล่านี้จะยอมรับกันว่า การขาดอินทรินสิคแพคเตอร์เป็นการขาดอย่างถาวรในผู้ป่วยทุกราย.

(เรียบเรียงจาก The Lancet ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๐๓ หน้า ๒๗-๒๘.)

ยศวริช สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๗. แนะนำหนังสือ

๑. หนังสือ Orthopedic Surgery in Infancy and Childhood.

ผู้แต่ง Albert Barnett Ferguson, Jr., B.A., M.D., Silver Associate Professor

of Orthopedic Surgery, University of Pittsburgh; Chief of Orthopedic Service, University of Pittsburgh Medical Center.

โรงพิมพ์ The Williams and Wilkins Co., Baltimore, Ed. 1, 1957.

ขนาด ๑๗ x ๒๕ ซม. x ๔๕๒ หน้า มี
ดัชนี ภาพ ๕๐๔ ภาพ, ราคา ๓๒๐ บาท.

กล่าวถึงเฉพาะโรคกระดูกในทารกและ
เด็กเล็ก (ไม่รวมโรคกระดูกหักและข้อ
เคลอน). แต่ละข้อมือภาพประกอบสวยงาม.
โดยเฉพาะบทที่เกี่ยวกับโรคตะโพกของเด็ก
และกระดูกสันหลังของเด็กได้กล่าวไว้อย่าง
ละเอียด, รวมทั้งแนวทางที่จะรักษาในความ
คิดเห็นปัจจุบันด้วย.

เกี่ยวกับทารกและเด็กเล็ก, นอกเหนือ
ไปจากกระดูกหักข้อเคลอนธรรมดาแล้ว, มี
โรคที่เกี่ยวกับอวัยวะแขนขา ซึ่งส่วนมาก
เนื่องมาจากภาวะผิดปกติจากกำเนิดและภาวะ
การเสียศูนย์ของการเจริญเติบโต, ซึ่งผู้
เขียนพยายามที่จะรวบรวมผู้ป่วยในแต่ละ
โรค, มีภาพประกอบ, ที่ได้อธิบายตาม
แต่เด็กเล็กจนกระทั่งเติบโต. นับว่าเป็นงาน
ที่มีคุณค่าในการศึกษาอย่างยิ่ง.

เกี่ยวกับการรักษาของแต่ละโรคผู้เขียน
พยายามให้แนวทางกว้างๆพร้อมทั้งเอกสาร
อ้างอิงที่ทันสมัย.

โดยสรุปแล้วจากหนังสือเล่มนี้, นอก
จากจะได้ความรู้ในวิชาที่เกี่ยวกับทารกและ
เด็กเล็กทุกแห่งทุกมุมแล้ว, ผู้อ่านจะได้
ประสพกับความจริงด้วยตนเองว่า วิชาออร์-

โธปีคิส นั้น ยิ่งนับวันจะมี แนวทางกว้าง,
ซึ่งในอนาคตจะต้องแยกแขนง, และแต่ละ
แขนงวิชา ออศัลยกรรม วิทยาศาสตร์,
สรีรวิทยา และ พยาธิวิทยา เป็นหลักในการ
ศึกษา.

๒. ขอหนังสือ Office Orthopedics

ผู้แต่ง Lewis Cosen M.D., F.A.C.S.;
Attending Orthopedic Surgeon, Veterans
Administration General Medical and
Surgical Hospital, Los Angeles, Assistant
Professor of Orthopedic Surgery, College
of Medical Evangelists, Los Angeles.

โรงพิมพ์ Lea & Febiger. Philadelphia.
3rd Edition, 1959.

ขนาด ๘ x ๖" ๔๓๐ หน้า, ๓๒๑ ภาพ.
มีดัชนีและเอกสารอ้างอิง, ราคา ๑๕๐
บาท.

(หนังสือเล่มนี้ มี ในห้องสมุด คณะแพทย-
ศาสตร์, ศิริราช)

เมื่อพูดถึงวิชาออร์โธปีคิส, มักจะ
เข้าใจกันไปในแง่ที่ว่า เป็นวิชาที่กล่าวถึงการ
รักษากระดูกหัก, อัมพาต, และโรคที่ก่อ
ให้เกิดการพิการแก่อวัยวะแขนขาเป็นใหญ่,
ซึ่งในการรักษาแต่ละโรคแพทย์จะต้องมีวิ
การและอุปกรณ์มากมาย จนไม่อาจจะรักษา

นอกโรงพยาบาลได้. แต่ที่เป็นจริงนั้น, วิชา
ออร์โทปิดิกส์ เป็นวิชาที่กว้าง แยกออกเป็น
แขนงอายุรศาสตร์ออร์โทปิดิกส์. ศัลย-
ศาสตร์ออร์โทปิดิกส์, และอายุรศาสตร์
กายบำบัด. แต่ละแขนงมีความสัมพันธ์กัน
ใกล้ชิด. ศัลยศาสตร์ออร์โทปิดิกส์ก็เช่น
เกี่ยวกับวิชาศัลยศาสตร์ทั่วไป, ซึ่งประกอบ
ด้วยศัลยกรรมใหญ่ที่จำเป็น ต้อง กระทำใน
โรงพยาบาลและศัลยกรรมย่อยซึ่งแพทย์ทั่วไป
ไปอาจจะทำได้นอกสถานที่ทั่ว ๆ ไป.

ในหนังสือเล่มนี้ ผู้เขียน จากดวง เฉพาะ
ศัลย ศาสตร์ ย่อย ทาง ออร์ โธปิดิกส์ และ
อายุรศาสตร์ออร์โทปิดิกส์ ซึ่ง หนังสือ กล่าว
ถึงการ รักษาโรค กระดูกและข้อนอกโรง
พยาบาล, ที่แพทย์ทั่วไป ไปทำอุปกรณการ
รักษาน้อย, อาจทำได้. นับว่าเป็นตำรา
เล่มแรก ที่กล่าว ถึง การรักษาปลัด ย่อย
ที่จะพบเห็นเสมอ ๆ ในชีวิตประจำวัน.

ผู้เขียนเริ่มบทนี้ ๆ ด้วยการให้รายการ
ละเอียดของ อุปกรณ และ เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่
ควรมีสำหรับการรักษาโรคทางนี้ ได้เห็น
ถึงวิธีใช้, ข้อดีข้อเสียของเครื่องใช้และ
เผื่อแก่ละชนิด ซึ่งถึงแม้จะเป็นความรู้ที่

ปลัดย่อย, แต่ก็มีความประโยชน์มากสำหรับ
แพทย์ที่จะ ออกไปอยู่ ในหัวเมืองหรือผู้ที่จะ
เริ่มตั้งสถานพยาบาลของตนเอง.

ในภาคที่กล่าวถึงการรักษาโรคได้กล่าว
ถึงโรคกระดูกเกือบทุกชนิด, หลักสำคัญ ๆ
ในการ วินิจฉัย และ การ ถ่าย ภาพรังสีเท่าที่
จำเป็น. ทงนค่านึงถึงการเปลี่ยนแปลงของคน
ไปเป็นเกณฑ์. ส่วนการรักษาผู้เขียนแนะนำ
วิธีรักษาพร้อมทั้ง เอกสารอ้างอิง ที่ใช้อยู่ใน
ปัจจุบันอันเป็นเอกสารที่ทันสมัย.

สำหรับโรคข้อ นั้นได้กล่าว ถึง การ ฉีก
ชัยโครคอร์ติโซนละเอียด เป็นพิเศษทางมรป
ภาพแสดงวิธีและตำแหน่งที่จะฉีดตามข้อใน
แต่ละส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอีกด้วย.

โดยสรุปแล้ว, หนังสือเล่มนี้เหมาะแก่
นักศึกษาแพทย์ในชั้นปฏิบัติงาน, เป็นคู่มือ
ที่เล่มหนึ่ง ที่ไม่แต่จะเหมาะ สำหรับศัลย-
แพทย์เท่านั้น หากสำหรับอายุรแพทย์ทั่ว ๆ
ไป, โดยเฉพาะผู้ที่ประกอบโรคศิลปะนอก
โรงพยาบาล, และจะมีประโยชน์ที่สุด
สำหรับแพทย์ที่อยู่ต่างจังหวัด.

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๔

	จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก	ใหม่	๒,๘๕๒	๑,๖๘๕	๑,๗๔๓	๑,๗๓๖	๑,๗๗๐	๖๔๐	๑๐,๔๖๖
	เก่า	๕,๑๕๔	๒,๘๕๓	๓,๖๘๑	๒,๖๐๑	๓,๔๘๓	๑,๑๖๕	๑๘,๕๘๑
	รวม	๘,๐๐๖	๔,๕๓๘	๕,๔๒๔	๔,๓๓๗	๕,๒๕๓	๑,๘๐๕	๒๙,๐๔๗
ใน		๒๕๒	๔๔๑	๑,๔๘๐	๒๕๕	๓๗๘	—	๒,๘๐๖

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๕๒๒. จักษุฯ ๖๕๘. สูติ-นารีฯ ๖๒๒. รวม ๑,๘๐๒ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๕๘๐, หญิง ๔๘๕, รวม ๑,๐๖๕. คลอดตาย, ชาย ๗, หญิง ๑๑, รวม ๑๘.

๔. ผู้ป่วยตาย ๒๐๒ คน (๗.๐๘ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๕๘ ราย (๒๘.๗๑ ปช. ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๑๖ ครั้ง. ข้างนอก ๑๕ ครั้ง. เจาะจากญาติ - ครั้ง, เจาะจากโลหิต ๒๖๔ ครั้ง, รวม ๖๘๕ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๔,๗๐๕ คน. รักษาใหม่ ๖๑ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๘๔๕ ครั้ง. รักษาเดิมรักษา ๑๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๔๒ ครั้ง. ไดอะเทอร์มี, รักษาใหม่-ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า-ครั้ง. ราดิโอไอโซโทป. รักษาใหม่ ๗๘ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๒๓๔ ครั้ง. โคบอลต์ ๖๐, รักษาใหม่ ๔๒ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๗๘๘ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๐๕ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๖,๒๕๖ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๘ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๑๒๓ ชิ้น. ตรวจเนื้อจากการผ่าตัด ๑,๑๐๑ ราย (จากภายนอก ๒๘๐ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๖๕ ราย. แอ็กกลูตินเนชั่น วัตเซอร์แมนและ-คาร์สัน ๒,๑๐๘. ตรวจซีรัมวิธีกาล ๘๕ ราย. หมู่เลือด ๒๕๒. น้บเม็ดเลือด —. วัตสันโกลบิน —. ตรวจความเปราะของเม็ดเลือด —. หาเชื้อบักเตรี —. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๒๐, อุจจาระ ๓, ปัสสาวะ ๖. เสมหะและอื่น ๆ —. เพาะเชื้อจากเลือด ๓๐๒. อุจจาระ —. ปัสสาวะ —. น้ำไขสันหลัง ๔๗, เสมหะและอื่น ๆ ๓๘๒. เพาะเชื้อวัณโรค ๓๒. น้ดัสต์ตัวทดลอง ๒. เพาะเชื้อปิต ๑๖. ตรวจทดลองตัวจิต ๓๑. การทดสอบเซ็นซิทีฟิตี ๑๔. ตรวจศพนิติเวช ๔๐. ตรวจของกลาง ๑๑. ตรวจวิเคราะห์ ๑๔.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๑. เจาะน้ำสันหลัง ๑๘. เจาะตับ ๑๐.

เจาะน้ำช่องปอด ๒๖. อัดลมเข้าช่องปอด ๒๔. อัดลมเข้าช่องท้อง ๔. ผ่าตัดผิวหนัง ๕. ฉีดยาทั่วไป ๑,๖๐๖. ฉีดยาซีฟาลี ๓. เบาหวาน ๑,๒๑๕. คลินิกวัณโรค ๒๕๒.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๑๖๕. ถอนฟัน ๕๔๓. อุดฟัน ๔๑๕. ผ่าตัดช่องปาก ๖๑.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน และสิ่งของบำรุงคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่า ๑๐๐ บาท ขึ้นไป) คือ:

๑. พลเรือตรี จง ทังสุบุตร บ้านเลขที่ ๑๐๐๒ ถนนพระเจ้าตากสิน ตำบลยุคโคก อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช บริจาคเงินจำนวน ๒๔,๐๐๐ บาท ซื้อเครื่องเฟอร์นิเจอร์ สำหรับห้องผู้ป่วยพิเศษ ตึก สติกรรมสร้างใหม่]

๒. นายทวี เหมยฉวีระวี บริจาคกล้องจุลทรรศน์ ชนิดสเตอริโอของบริษัทคาร์ไรส์ จำนวน ๑ กล้อง พร้อมตัวไฟ ๑ ชุด และอุปกรณ์สำหรับใช้ต่อกับกล้อง ถ่ายรูป คิดเป็นเงิน ๑๖,๕๑๐ บาท ให้แก่หน่วยพยาธิวิทยาในแผนกจักษุวิทยาฯ

๓. นางพรหม ไชยพร บริจาคเงินจำนวน ๑๓,๑๕๓ บาท ings เป็นทุน “ไชยพร” เพื่อเก็บดอกผลช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์ที่ขาดแคลน ของ คณะ แพทย ศาสตร์ และศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์

๔. นายขัติย์ ขัติมสถาน บ้านเลขที่ ๓๕ ซอยพิพัฒน์ ตำบลสี่ลม อำเภอบางรัก พระนคร บริจาคเงินจำนวน ๑๐,๐๐๐ บาท บำรุงหน่วยโรคเลือด แผนกอายุรศาสตร์

๕. พระธรรมวราภรณ์ เจ้าอาวาสวัดบวรนิเวศวิหาร บริจาคเงินของวัดบวรนิเวศวิหาร จำนวน ๕,๐๐๐ บาท จัดซื้อเครื่องใช้ประจำห้องผู้ป่วยอาพาธ (ตึกสงฆ์) โรงพยาบาลศิริราช อุทิศส่วนกุศลถวายแก่ท่านเจ้าคุณพระพรหมมุนี อดีตเจ้าอาวาสวัดบวรนิเวศวิหาร

๖. หม่อมเจ้าชัชวลิต เกษมสันต์ ประทานเงินนวมานุกรราชวิทยาลัย จำนวน ๕,๐๐๐ บาท จัดซื้อเครื่องใช้ประจำห้องผู้ป่วยอาพาธ (ตึกสงฆ์) โรงพยาบาลศิริราช

๗. พระยาปรีชานุสาสน์ บ้านเลขที่ ๒๓ ซอยชิตลม ถนนเพลินจิต พระนคร บริจาคเงินจำนวน ๔,๓๕๐ บาท สมทบทุน “ปรีชานุสาสน์ บันยารชน” เพื่อเก็บดอกผลอุดหนุนบรรดาอาจารย์ ซึ่งทำการสอนในแผนกที่ไม่ได้บำนาญผู้ช่วย ของ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

แผนกข้าว

559

คำสั่งที่ ๒๑/๒๕๐๔

เรื่อง กำหนดหน้าที่ใน วันมหิดล พ.ศ. ๒๕๐๔

โดยมติกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๐๔ ได้กำหนดหน้าที่ในวันมหิดล ดังนี้

๑. การจัดสถานที่ เกี่ยวกับพิธีสงฆ์ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย และจัดสถานที่บริเวณพระรูป ให้เป็นหน้าที่ของแผนกธุรการ

๒. พิธีสงฆ์และการเลี้ยงพระ ให้เป็นหน้าที่ของนายแพทย์โรจน์ สุวรรณสุทธิ และแผนกพยาบาล ฯ

(๑) นิมนต์พระสงฆ์ ๓ รูป

(๒) จัดที่บูชาและอาสนสงฆ์

(๓) เตรียมอาหารและจัดการเลี้ยงพระ

(๔) จัดของถวายพระ และรูปเทียนสำหรับจุด

โดยร่วมมือกับแผนกอาหาร

ที่พระรูป

๓. การจัดที่นั่งในหอประชุม ให้เป็นหน้าที่ของอาจารย์ผู้ปกครอง อนุสาสก์ และผู้แทนแผนกพยาบาล ฯ ล ฯ

๔. การรับแขกและดูความเรียบร้อย ที่บริเวณพระรูป ให้หัวหน้า แผนกคัลยศาสตร์ เป็น หัวหน้า อาจารย์ในแผนก เป็นผู้ช่วย มีหน้าที่รับรองแขกและเชิญแขกเข้ามาวางพวงมาลา ตลอดจนดูความเรียบร้อยทั่วไป

๕. การรับเงินผู้บริจาคสมทบ “ทุนวันมหิดล” ให้ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาล ฯ เป็นหัวหน้า พร้อมด้วยอาจารย์ในแผนกต่าง ๆ รับเงินจากผู้บริจาค ออกใบรับเงินพร้อมบัญชีส่งแผนกคลังเมื่อเสร็จงาน

๖. ดนตรีที่กระโจมบริเวณพระรูป ให้เป็นหน้าที่ของสโมสรนักศึกษาแพทย์

๗. การเลี้ยงน้ำที่บริเวณกระโจมพิธี ให้เป็นหน้าที่ของโรงเรียนพยาบาล ฯ

๘. เครื่องขยายเสียงที่กระโจมพิธีและหอประชุม ฯ นายแพทย์ดำรง เพ็ชรพลช

น.ศ.พ. ประสิทธิ์ ศรีสมบูรณ์ และ น.ศ.พ. เมฆยน เพื่อนปฐม

๙. หน้าที่เฝ้า ข้าราชการในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

๑๐. รับส่งเสด็จ ฯ นักศึกษาแพทย์ และนักศึกษาพยาบาล

๑๑. การจัดแถว รับ - ส่ง เสด็จ ฯ อาจารย์ผู้ปกครอง ฯ ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาล ฯ, อนุสาสก์

(การแต่งกาย ดูหมยกำหนดการรับเสด็จพระราชดำเนิน)

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

สั่ง ณ วันที่ ๔ กันยายน ๒๕๐๔

ชัชวาล โอสถานนท์

คณบดี

การประชุมทางวิชาการ คณะแพทย-
ศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้มีการประชุม
 ทางวิชาการในเดือนสิงหาคม ๒๕๐๔ ดัง
 ครึ่ง :

ครั้งที่ ๑ วันศุกร์ ที่ ๔ สิงหาคม เวลา
 ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยาย พยาธิวิทยา
 เรื่องที่น่าสนใจคือ (๑) การรักษาทางคลี-
 นิกกรรมของโรคปอดหลังเรอริง ซึ่ง
 เนื่องมาจากการปล่อยของลิมบาร์คัลคินใน
 บัวยส์อายุ น.พ. เฉลิมชาติ รัตนเทพ แห่ง
 แผนกคลีคัลศาสตร์เป็นผู้เสนอ. (๒) ผู้ไ้
 กะบังลม น.พ. ธีระ ลิมศิลา แห่งแผนก
 คลีคัลศาสตร์เป็นผู้เสนอ.

ครั้งที่ ๒ วันศุกร์ ที่ ๑๔ สิงหาคม
 เวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยาย พยาธิวิทยา
 เรื่องที่น่าสนใจคือ (๑) ข้อสังเกตการทำงาน
 ของรังไข่ที่ปลูกในหนูขาวต่างพันธุ์และพันธุ์
 เดียวกัน พ.ญ. อรุณ สันตคุสิต แห่งแผนก
 กายวิภาคเป็นผู้เสนอ (๒) รายงานกะเทย
 แท้ ๑ ราย (เป็นรายที่ ๒ ที่พบในวงการแพทย์
 ของไทย) คณะผู้เสนอมี: น.พ. ลิม
 คุณวิศาล แห่งแผนกคลีคัลศาสตร์, ศาส-
 ตราจารย์ น.พ. สุก แสงวิเชียร แห่งแผนก
 กายวิภาคศาสตร์ และ น.พ. วิจารณ์ พัทธมน-
 ยินดี แห่ง ร.พ. พทธรชินราช พิษณุโลก

การบรรยายพิเศษ เมื่อวันที่ ๑๑ สิงหาคม
 ๒๕๐๔ เวลา ๑๕.๑๐ น. ได้มีการบรรยาย
 พิเศษเรื่อง “การอบรมศึกษาแพทยศาสตร์”
 ณ ห้องบรรยาย พยาธิวิทยา คณะผู้บรรยาย
 ประกอบด้วย นายแพทย์ สังกดิ์ เปล่งวานิช
 ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ศาสตราจารย์
 น.พ. ฝน แสงสิงแก้ว รองอธิบดีกรมการ
 แพทย์ และ นายแพทย์สมบุญ ผ่องอักษร
 รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

ในการบรรยายพิเศษครั้งนี้ ปรากฏว่า
 ได้มีผู้สนใจเข้าฟังพอสมควร.

แต่งตั้งผู้รักษาการ ด้วยนายแพทย์ สร
 เมตคดียวงศ์ อาจารย์เอกแผนกอายุรศาสตร์
 และผู้รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าแผนก
 เภสัชกรรม ได้รับอนุมัติให้ไปศึกษาและค
 งาน ณ สหรัฐอเมริกาและยุโรปมีกำหนด ๗
 เดือน อธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์
 จึงได้มีคำสั่งแต่งตั้งให้ นายแพทย์ เสนอ
 อินทรสุขศรี อาจารย์เอกแผนกคลีคัลศาสตร์
 และเลขานุการคณะแพทยศาสตร์และศิริราช
 พยาบาลเป็นผู้รักษาการในตำแหน่งหัวหน้า
 แผนกเภสัชกรรมอีกตำแหน่งหนึ่ง ทั้งนี้
 ตั้งแต่วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๐๔ เป็นต้นไป.

ข่าวห้องสมุด

หนังสือที่ไต่รับใหม่ (1) Medical Examination Review Book: Vol. 6 Public Health & Forensic Medicine Vol. 7 Internal Medicine, Current Journal Review. (2) Gordon ed.: Clinical Cardiopulmonary Physiology, 2nd. ed. 1960. (3) Keele & Neil: rev.: Samson Wright's Applied Physiology, 10th. ed. 1961.

ไต่รับหนังสือใหม่ (1) Medical Examination Review Book: Vol. 6 Public Health & Forensic Medicine Vol. 7 Internal Medicine, Current Journal Review. (2) Gordon ed.: Clinical Cardiopulmonary Physiology, 2nd. ed. 1960. (3) Keele & Neil: rev.: Samson Wright's Applied Physiology, 10th. ed. 1961.

บำรุงห้องสมุด ๑. บริษัท Lange Medical Publications

ได้ส่งหนังสือตำรามาให้ห้องสมุด ๕๕ เล่ม คือ General Urology 2nd. ed. 1959 ๑๕ เล่ม. ๒. Handbook of poisoning diagnosis and treatment 2nd. ed. 1959 ๑๐ เล่ม. ๓. Handbook of pediatrics. 3rd. ed. 1959 ๒๐ เล่ม. ๔.

น.พ. วิเชียร ทิลกสัมพันธ์ แผนกกายวิภาคศาสตร์ ได้มอบวิทยานิพนธ์เพื่อปริญญาแพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิตเรื่อง (๑) ผลของเอชทีเอส, คอร์ทีโซนและฮัยโครคอร์ทีโซนขนาดต่าง ๆ ต่อการเจริญของกระดูก และต่อมหมวกไต และ (๒) ผลของฮอร์โมนการเติบโตและนอร์แอนโดรสเตโรนต่อการเจริญของกระดูกและต่อมหมวกไต ฯ, ๑ ฉบับ. ๕. น.พ. เฉลิมชาติ รัตนเทพ แห่งแผนกศัลยศาสตร์ ได้บริจาคเงิน ๑,๐๐๐ บาทให้ห้องสมุดเพื่อจัดซื้อหนังสือหรือดำเนินการตามแต่จะเห็นสมควร.

ผลงานของบรรณารักษ์ เมื่อบรรณารักษ์

ไปปฏิบัติงานห้องสมุดตามสถานที่ต่าง ๆ ได้ติดต่อขอหนังสือและวารสารจากสถาบันเหล่านี้, บคททางห้องสมุดไต่รับอีก ๒ แห่ง คือ ๑. Mayo Clinic Library จำนวน ๑๒ หีบซึ่ง Asia Foundation เป็นผู้จัดส่งมาให้ ๒. Univ. of California Medical Center ให้วารสาร ๑๐ รายการจำนวน ๑๕๑ เล่ม. ๓. สมิทโซเนียนอินสติทิวชันส่งมาให้ ๗๓ เล่ม.

ไปประชุมต่างประเทศ

(๑) น.พ. ภูเก็ท วาจานนท์ ออกเดินทางไปร่วมประชุม แพซิฟิก คองเกรสส์ ครั้งที่ ๑๐ โดยคำเชิญของกรมการจัดการประชุม เมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๐๔. เรื่องที่เสนอเกี่ยวกับการศึกษาทางนิวโรโลยี. ขากลับอาจคงงานที่ประเทศญี่ปุ่นเกี่ยวกับงานในสาขา.

(๒) น.พ. อวย เกตุสิงห์ ได้ออกเดินทางไปประชุม เมื่อวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๐๔ ณ กรุงสตอกโฮล์ม ในการประชมนานาชาติว่าด้วยเภสัชวิทยา. เรื่องที่นำไปแสดงคือ "วิธีง่าย ๆ สำหรับทดสอบฤทธิ์เอสโตรเจนโดยใช้ปลากัดไทย". ต่อจากนั้นจะได้ทุน

สารศิริราช

ในทางศิริวิทยามีกำหนดรวมทั้งสิ้น ๓๐ วัน.

(๓) เมื่อวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๐๔

น.พ. สมบัติ สุกคนธพันธ์ ไปร่วมประชุม International Congress of Neurology ที่กรุงโรม และเลยไปศึกษาและดูงานการตรวจคลื่นสมองด้วยเครื่องไฟฟ้าที่กรุงลอนดอน.

เลออนฮัน น.พ. วิจิตร พานิช, น.พ. สมบัติ สุกคนธพันธ์ และ น.พ. มุกดา ตฤณานนท์ อาจารย์ประจำแผนกอายุรศาสตร์ พ.ญ. สุกสาคร คุ้มจินดา อาจารย์ประจำแผนก

กุมารเวชศาสตร์ ทั้งที่นานไกลเลออนฮันขึ้นเป็นอาจารย์เอก.

อาคันตุกะ เมื่อวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๐๔ ดร. แฟรงค์ คอนเนลล์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการไซนาเมติกัลบอร์คแห่งนครนิวยอร์ก ได้แวะเยี่ยมคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ทั้งน เพื่อศึกษาการใช้ประโยชน์เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่องค์การได้ให้ไว้แก่แผนกต่าง ๆ ในโอกาสที่ท่านผู้มาเยือนได้สัมภาษณ์อาจารย์ด้วย.

ข่าวพยาบาล

กลับจากต่างประเทศ น.ส. สมลวี ทับแสง ผู้ช่วยครูผู้ตรวจการแผนกคล้ายศาสตร์ หน่วยงานบำบัด กลับจากงานค่านกายบำบัด ณ สหรัฐอเมริกาและยุโรปแล้วเมื่อวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๐๔.

สมรส น.ส. วนิดา เศรษฐวิภาคิ พยาบาลประจำตึก ชาวไทย ๑ เข้าพิธีสมรสกับ น.พ. ทิเรก บุญโสภณ วันที่ ๗ กันยายน ๒๕๐๔ ณ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย.

ศิษย์เก่า

ทุนสันต์ สันติสุข ตามที่ได้มีการรวบรวมเงินทุน "สันต์ สันติสุข" เพอระลัดถึงคุณความดีของนายแพทย์ สันต์ สันติสุขนั้น,

ปรากฏยอดเงินทั้งสิ้น จากคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ๓,๐๐๕.๐๐ บาท, กรมอนามัย ๒,๒๔๑.๐๐ บาท, คณะ

สาธารณสุขศาสตร์ ๑,๗๒๐.๐๐ บาท,
 กรมการแพทย์ ๑,๕๖๒.๐๐ บาท, จาก
 สหายนชกรราชการ ๑,๒๐๕.๐๐ บาท. จาก
 คณะแพทยตำรว ๖๘๕.๐๐ บาท, และ
 เงินเหลือจากการพาณิชย์ ๒,๐๕๕.๐๐
 บาท, รวมเป็นเงิน ๑๒,๔๗๓.๐๐ บาท.
 เงินทั้งหมดนี้ได้ออกการมอบให้บุคคลบุคคล
 สาธารณสุขศาสตร์, เพื่อเก็บทอดกฐนบำรุง

ห้องสมุดเรียบร้อยแล้ว.

ทุนเวชภัณฑ์รุ่น ๖๓

น.พ. ทิเรก ลิ้มจิตติ ผู้แทนแพทย์รุ่น
 ๖๓ พ.ศ. ๒๕๐๐-๐๑ ได้บริจาคเงิน
 สมทบทุน "เวชภัณฑ์รุ่น ๖๓ พ.ศ.
 ๒๕๐๐-๒๕๐๑" จำนวน ๒๖๐ บาท.
 เงินทุนเดิมมีอยู่ ๕,๑๕๐ บาท รวมครัง
 ใหม่นี้เป็น ๕,๔๑๐ บาท.



การส่งเงินค่าบำรุง

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

สารศิริราช

ในทางศิริวิทยามีกำหนดรวมทั้งสิ้น ๓๐ วัน.

(๓) เมื่อวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๐๔

น.พ. สมบัติ สุกคนธพันธ์ ไปร่วมประชุม International Congress of Neurology ที่กรุงโรม และเลยไปศึกษาและดูงานการตรวจคลื่นสมองด้วยเครื่องไฟฟ้าที่กรุงลอนดอน.

เลื่อนชั้น น.พ. วิจิตร พานิช, น.พ. สมบัติ สุกคนธพันธ์ และ น.พ. มุกดา ตฤณานนท์ อาจารย์ประจำแผนกอายุรศาสตร์ พ.ญ. สุกสาคร คุ้มจินดา อาจารย์ประจำแผนก

กุมารเวชศาสตร์ ทั้งที่ทานนโคเลอนชั้นชั้น เป็นอาจารย์เอก.

อาคันตุกะ เมื่อวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๐๔ ดร. แฟรงค์ คอนเนลล์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ไซน่าเมติกัลบอร์คแห่งนครนิวยอร์ก ได้แวะเยี่ยมคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อศึกษาการใช้ประโยชน์เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่องค์การได้ให้ไว้แก่แผนกต่าง ๆ ในโอกาสที่ท่านผู้มาเยือน ได้สัมภาษณ์อาจารย์ด้วย.

ข่าวพยาบาล

กลับจากต่างประเทศ น.ส. สมลวี ทับแสง ผู้ช่วยครูผู้ตรวจการแผนกคล้ายศาสตร์ หน่วยงานบำบัด กลับจากงานค่านกายบำบัด ณ สหรัฐอเมริกาและยุโรปแล้วเมื่อวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๐๔.

สมรส น.ส. วนิดา เศรษฐวิภาคิ พยาบาลประจำตึก ชาวไทย ๑ เข้าพิธีสมรสกับ น.พ. ทิเรก บุญโสภณ วันที่ ๗ กันยายน ๒๕๐๔ ณ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย.

ศิษย์เก่า

ทุนสันต์ สันติสุข ตามที่ได้มีการรวบรวมเงินทุน "สันต์ สันติสุข" เพอระลัดถึงคุณความดีของนายแพทย์ สันต์ สันติสุขนั้น,

ปรากฏยอดเงินทั้งสิ้น จากคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ๓,๐๐๕.๐๐ บาท, กรมอนามัย ๒,๒๔๑.๐๐ บาท, คณะ

สารศิริราช

ในทางศิริวิทยามีกำหนดรวมทั้งสิ้น ๓๐ วัน.

(๓) เมื่อวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๐๔

น.พ. สมบัติ สุกคนธพันธ์ ไปร่วมประชุม International Congress of Neurology ที่กรุงโรม และเลยไปศึกษาและดูงานการตรวจคลื่นสมองด้วยเครื่องไฟฟ้าที่กรุงลอนดอน.

เลออนฮัน น.พ. วิจิตร พานิช, น.พ. สมบัติ สุกคนธพันธ์ และ น.พ. มุกดา ตฤณานนท์ อาจารย์ประจำแผนกอายุรศาสตร์ พ.ญ. สุกสาคร คุ้มจินดา อาจารย์ประจำแผนก

กุมารเวชศาสตร์ ทั้งที่งานนอกเรือนชั้นบน เป็นอาจารย์เอก.

อาคันตุกะ เมื่อวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๐๔ ดร. แฟรงค์ คอนเนลล์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ไซน่าเมติกัลบอร์คแห่งนครนิวยอร์ก ได้แวะเยี่ยมคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อศึกษาการใช้ประโยชน์เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่องค์การได้ให้ไว้แก่แผนกต่าง ๆ ในโอกาสที่ท่านผู้มาเยือน ได้สัมภาษณ์อาจารย์ด้วย.

ข่าวพยาบาล

กลับจากต่างประเทศ น.ส. สมลวี ทับแสง ผู้ช่วยครูผู้ตรวจการแผนกคล้ายศาสตร์ หน่วยงานบำบัด กลับจากงานค่านกายบำบัด ณ สหรัฐอเมริกาและยุโรปแล้วเมื่อวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๐๔.

สมรส น.ส. วนิดา เจริญรุ่งโรจน์ พยาบาลประจำตึกชาวไทย ๑ เข้าพิธีสมรสกับ น.พ. ทิเรก บุญโสภณ วันที่ ๗ กันยายน ๒๕๐๔ ณ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย.

ศิษย์เก่า

ทุนสันต์ สันติสุข ตามที่ได้มีการรวบรวมเงินทุน "สันต์ สันติสุข" เพอระลัดถึงคุณความดีของนายแพทย์ สันต์ สันติสุขนั้น,

ปรากฏยอดเงินทั้งสิ้น จากคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ๓,๐๐๕.๐๐ บาท, กรมอนามัย ๒,๒๔๑.๐๐ บาท, คณะ

สาธารณสุขศาสตร์ ๑,๗๒๐.๐๐ บาท,
 กรมการแพทย์ ๑,๕๖๒.๐๐ บาท, จาก
 สหายนชกรราชการ ๑,๒๐๕.๐๐ บาท. จาก
 คณะแพทย์ตำรวจ ๖๘๕.๐๐ บาท, และ
 เงินเหลือจากการพาณิชย์ ๒,๐๕๕.๐๐
 บาท, รวมเป็นเงิน ๑๒,๔๗๓.๐๐ บาท.
 เงินทั้งหมดนี้ ได้จัดการมอบให้บุคคลที่คณะ
 สาธารณสุขศาสตร์, เพื่อกำหนดผลบำรุง

ห้องสมุดเรียบร้อยแล้ว.

ทุนเวชภัณฑ์รุ่น ๖๓

น.พ. ทิเรก ลิ้มจิตติ ผู้แทนแพทย์รุ่น
 ๖๓ พ.ศ. ๒๕๐๐-๐๑ ได้บริจาคเงิน
 สมทบทุน "เวชภัณฑ์รุ่น ๖๓ พ.ศ.
 ๒๕๐๐-๒๕๐๑" จำนวน ๒๖๐ บาท.
 เงินทุนเดิมมีอยู่ ๕,๑๕๐ บาท รวมครุ
 ฑ์เป็น ๕,๔๑๐ บาท.



การส่งเงินค่าบำรุง

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

ของแถม

ผ้าทอง

เราได้ทราบข่าวว่าเมื่อวันที่ ๒๖ เดือน ที่โรงพยาบาลศิริราช ได้มีการตัดผ้า
อำแดงเรณู อายุ ๗๒ ปี ซึ่งเป็นโรคมารนาทขมถลก เกิดเป็นงูได้ขี้ขามาประมาณ ๘ ปี
แล้ว แพทย์ได้ตัดของโตสค้อยาวประมาณ ๓ นิ้ว เมื่อผ่าพอกลามเนื้อหน้าของขาดก
เห็นงูหน้า แพทย์ได้เจาะเอางูออกประมาณ ๑ แคลลอน นานนมส้เหลง คลายนา
เขา เจอส้เซยวียงเล็กนอย เมื่อเจาะเอางูออกหมดแล้ว แพทย์จึงได้เอางูออกมา
จากท้องนอยแล้วตัดทวารของงูไว้เช่นอันสำเร็จเรียบร้อยไม่เป็นอันตราย เวลาทำการตัด
ผ่านประมาณ ๓๐ นาทีเท่านั้น แพทย์ที่ทำการตัด หมอข้วเป็นประธาน ขนเวชสิทธิลาศ
กับขนเวชกิจพิศาล เป็นผู้ช่วยทำการเป็นที่ยินค้แห่งชาวเราเป็นอันมาก ที่ได้เห็นแล
ได้ทราบว่าแพทย์คนไทย ๆ เรามีความสามารถทำการตัดผ้าได้ เกือบค้เท่าคนต่างประเทศ
แล้ว แลเราเชื่อค้ไปว่าการตัดผ้าหรือการรักษาโรคต่าง ๆ แพทย์ไทยเราคงจะมีความ
ชำนาญแลสามารถทำเทียมค้กับแพทย์ฝรั่งได้เป็นแน่.

(จากสยามออบเซอร์เวอร, ร.ศ. ๓๓๐ ซึ่งมูลนิธิ ฯ คนตาบอด พิมพ์ในงานเมตตาคับนึ่ง "กรุงเทพ ฯ เมื่อ
๕๐ ปี", ๖ พ.ย. ๒๕๐๓)