



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๔, ฉบับที่ ๑๒, ธันวาคม ๒๕๐๕

Volume 14, Number 12, December 1962.

ลำไส้ใหญ่ส่วนคดทงเพราะเมลิคสมอ

รายงานคนไข้หนึ่งราย

ทองนอก นิตยสุทธิ พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์นายแพทย์ อุดม โปษะกฤษณะ)

การกลืนเอาวัตถุบางอย่างเข้าไปทำให้ลำไส้ทะลุเป็นร่องพบได้ไม่ยากนัก. คาร์ป (Carp) รายงานไว้ ๔๘ รายซึ่งได้กลืนเอาเข็มหมุด, เล็บ, เข็มเย็บผ้า, กระดุกปลา และตะปูควงเข้าไป. เขาพบว่า ๘๓ ปช. ของสิ่งของนั้นๆ เคลื่อนผ่านลำไส้ไปได้โดยไม่ทำอันตรายใด ๆ ต่อลำไส้เลย. เหลือเพียง ๑๗ ปช. เท่านั้นที่วัตถุแปลกที่เหล่านั้นไปตกอยู่ที่ส่วนหนึ่งส่วนใดของลำไส้แล้วทำให้ส่วนนั้นทะลุโดยทันทีหรือต่อภายหลัง. มีบางรายที่ผู้รายงานพบว่าวัตถุแปลกที่ทำให้

เรื่องย่อ นิตยสุทธิ. ทองนอก: ลำไส้ใหญ่ส่วนคดทงเพราะเมลิคสมอ. รายงานคนไข้หนึ่งราย. สารศิริราช ๒๕๐๕ (ค.ศ. ๑๙๖๒), ๑๔: ๑๓๘-๑๔๔.

คนไข้หญิงจีนอายุ ๖๒ ปีมีอาการปวดท้องได้หนึ่งวันเศษหลังจากกินชาถ่าย. เริ่มด้วยปวดท้องและแน่นภายหลังกินชา. ไม่อาเจียน. อาการปวดมากขึ้นและกระจายไปทั่วท้อง. คนไข้อยู่ในสภาพช็อค. ตรวจพบลักษณะบ่งไปในทางเยื่อช่องท้องอักเสบทั่วไป. มีส่วนบ่งในก้นช่องท้องน้อย. เมื่อดูเลือดขาว ๑๘๐๐ ต่อล.ชม. เอ็กซเรย์พบแก๊สในช่องท้อง. ผ่าตัดพบรอยทะลุยาว ๒ ซม. ที่ลำไส้ใหญ่ส่วนคด. มีอาจารย์และเมลิคสมอ ๔ เมล็ดอยู่ในช่องท้อง. เยื่อช่องท้องอักเสบรุนแรงทั่วไป. คนไข้ถึงแก่กรรม ๘ ชั่วโมงหลังรับไว้.

ถ้าใส่ในส่วนใส่เลือนทะเล. อายุของคนไข้
ที่ช่วยด้วยโรคนี้อยู่ระหว่าง ๓๐ กับ ๖๐ ปี.
ที่อายุต่ำกว่า ๑๐ ปีมีเพียง ๑๘ ปช. มีเพียง
หนึ่งรายเท่านั้นที่ประวัติว่าคนไข้รู้ตัวว่าได้
กลืนเอาสิ่งแปลกที่เข้าไป. นอกนั้นไม่ได้
ประวัติการกลืนสิ่งต่าง ๆ เข้าไปเลย. ๕๕
ปช. ของคนไข้เป็นชาย, ๔๑ ปช. เป็นหญิง.

สิ่งผิดที่ซึ่งถูกกลืนเข้าไปนั้นแบ่งออกได้
เป็นสามพวกใหญ่ ๆ คือ :

๑. วัตถุที่เป็นโลหะ, เช่น เข็มหมุด,
เข็มเย็บผ้า, ลวด.

๒. กระดกสัตว์, เช่น ก้างปลา, กระดก
ไก่, ซโครงกระต่าย, ฟันสัตว์.

๓. ไม้, เช่น กิ่งสนค้ำ, ไม้จมน้ำ,
ไม้กลัด.

ในกรณีที่จะเสนอในรายงานนี้วัตถุแปลก
ที่เป็นเมล็ดส้ม, คือเมล็ดหน้าเตย, ซึ่ง
พบในประเทศจีนและประเทศเราและไม่เคย
มีปรากฏในรายงานใด ๆ มาก่อน.

โดยมากส่วนของทางเดินอาหารที่เกิด
ทะเลเป็นกระเพาะอาหาร, คอไคินัม และ
เรอูนัม ๑๒ ปช., ที่อิลิมมี ส่วนปลาย ๔๐
ปช., ที่โคลลอน ๒๘ ปช., ที่เร็คตัม ๖
ปช., ในอีก ๑๔ ปช. พบสิ่งแปลกที่อยู่ใน
โพรงหนองในช่องท้องโดยหาคำแหน่งทะเล

ไม่ได้.

มีอยู่ ๑๔ ปช. ของคนไข้ของ คาร์ป
ที่ระยะเวลาของอาการ. ในจำนวนนี้ ๗๐
ปช. มีอาการมาตั้งแต่ ๓ ช.ม. จนถึง ๒
สัปดาห์, ส่วนอีก ๓๐ ปช. มีอาการมาตั้งแต่
๒ สัปดาห์จนถึง ๑๒ ปี.

อาการที่ปรากฏแบ่งออกได้เป็น ๒ แบบ,
คือ :

๑. อาการเริ่มด้วยปวดท้องอย่างมาก
ในทันทีทันใด, ปวดอยู่เรื่อย ๆ และมากขึ้น,
มักมีอาการเจียนร่วมด้วย. ต่อไปมีอาการของ
เย็บช่องท้องอีกเสียทั่วไป. บางคนมีอาการ
ช็อค ซึ่งเกิดขึ้นในระยะแรก ๆ ของการ
ทะเลของกระเพาะอาหารหรือถ้าใส่ส่วนต้น.

๒. มีอาการปวดท้องที่เริ่มขึ้นทีละ
น้อย ๆ, มีไข้ต่ำ ๆ, กลืนใส่อาเจียนและ
กดเจ็บเฉพาะส่วนที่มักก้อนอีกเสียอยู่ภายใน
ช่องท้อง. ในรายที่เร็คตัม ทะลุมักมีการ
ปวดเบ่ง, ท้องร่วง, และอุจจาระเป็นเลือด
ด้วยเสมอ. บางรายก็มีการติดเชื้อรอบ ๆ
เร็คตัม ด้วย.

ลักษณะพยาธิในคนไข้ที่มีการทะเลของ
ทางเดินอาหารเนื่องจากวัตถุแปลกที่แบ่งออก
ได้เป็น ๕ อย่างคือ :

(๑) มีการอักเสบของช่องท้องเฉพาะ

แห่งในระยะสั้น,

- (๒) มีกลิ่นอึกเสบแข็ง,
- (๓) มีโพรงหนองในช่องท้อง,
- (๔) มีการอึกเสบของช่องท้องทั่วไป,
- (๕) มีการตกเลือด.

อัตราการตาย ใน คน ไข้พวกนี้ ประมาณ ๒๕.๕ ปรส. เหตุของความตายได้แก่ท้องอืด, ขาดน้ำ, เสียโปรตีน, เสียเกลือแร่, ไตรลิคท์ และขาด วิตามิน.

คนไข้รายที่จะเสนอต่อไปนั้นถือว่าเป็นรายที่สองในพวกที่มีการทะเลของลำไส้เนื่องจากกลืนสิ่งแปลกที่ในอาหาร. รายแรกนั้นนายแพทย์โอกาศ พลังกร ได้รายงานไว้, มีการทะเลที่ส่วนปลายของอิลเลียม เนื่องจากถูกแทงด้วยไม้กลัดหลังจากกินขนมแข็งเข้าไป.

รายงานคนไข้

คนไข้เป็นหญิงจีน, หม้าย, อายุ ๖๒ ปี. มีอาการสำคัญคือปวดท้องทั่ว ๆ ไปมาได้หนึ่งวันเศษ ๆ. สามวันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยสังเกตว่าท้องผูกมาได้ ๒ วันจึงได้กินยาถ่ายซึ่งเป็นยาจีน. ไม่ทราบว่าในนั้นมีอะไรข้าง. ประมาณห้าหกชั่วโมงหลังจากนั้น, เวลาสี่วันเศษ, รู้สึกปวดท้องและแน่นท้องในบริเวณสะดือ. ปวดเป็นพัก ๆ.

ไม่มีอาการอาเจียน. ปวดท้องมากขึ้นเรื่อยและต่อมากระจายไปทั่วบริเวณหน้าท้อง. การหายใจถี่และเร็ว. พร้อมกันนั้นรู้สึกคลื่นไส้, แต่ไม่อาเจียน. คนไข้กระสับกระส่ายมากขึ้น. คนข้างบ้านเห็นว่าอาการหนักจึงได้พาไปพบบหมอ. หมอแนะนำให้พามาโรงพยาบาลในวันรุ่งขึ้น.

ถามประวัติเกี่ยวกับการกินสิ่งที่แหลมคมไม่ได้ความแน่นอน, เพราะคนไข้มีอาการหนักมาก, กระสับกระส่ายและพูดไม่รู้เรื่อง.

ตามประวัติในอดีตคนไข้ไม่เคยมีอาการเป็นเลือด, ไม่เคยไอเรอหรือปวดท้องเรอวัง.

ตรวจร่างกายเมื่อแรกรับพยามีไข้ปานกลาง, อุณหภูมิ ๓๘.๕๐๐. อัตราชีพจร ๑๓๒, อัตราหายใจ ๔๔, ความดันเลือด ๑๒๐/๘๐. คนไข้รูปร่างค่อนข้างอ้วน, ซีด, หอบ, กระสับกระส่าย. ไม่มีอาการเจ็บคอ. ไม่มีไข้. ไม่มีอาการขมในท่อน้ำลาย. โดยทั่วไปมีลักษณะขาดน้ำ. หน้าท้องโป่งเล็กน้อยและแข็ง. เวลาหายใจเห็นผนังท้องขยับเล็กน้อย. มีอาการกดเจ็บและไวรู้สึกเกิน (ซีบเปอร์เซ็นซิวิตี) ทวหน้าท้อง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนต่ำกว่าระดับ

สะค้อ.

คืบและม้ามคล้ำไม่พบ. เคาะเหนือบริเวณคืบไตเสียงโปร่งเกินธรรมดา (ฮัมเปอร์ทิมปานิก) ในตำแหน่ง. ส่วนทางคืบข้าง, ในแนวกลางรักแร้, ยังมีเสียงทึบอยู่ข้าง.

ตรวจโดยการฟังพบว่าเสียงกลอกกลิ้งมีน้อยกว่าปรกติทั่วทั้งหน้าท้อง.

ตรวจทางทวารหนักพบว่าส่วนกันช่องท้องน้อย (คัล เคอ ซัก) โป่งกว่าปรกติและกดเจ็บมาก. ทางส่วนขวา กดเจ็บมากกว่าทางส่วนซ้าย.

ในระยะอื่นไม่พบความผิดปกตินอกจากมีการหายใจหอบตื้นและฟังไตเสียงเปรี๊ยะ (แคร์บีเทชั่น) ละเอียด ๆ ในส่วนฐานของปอดซ้าย.

ตรวจเลือดได้ฮีโมโกลบิน ๑๔.๖ กรัม, เม็ดเลือดขาว ๗๘๐๐ ต่อ ล.มม., โปล์ย์ ๘๑ ๒๕., ลียมโฟ. ๑๕ ๒๕. ตรวจขี้สวะไม่พบอะไรสำคัญ.

ถ่ายเอกซเรย์ช่องท้องวิธีธรรมดาได้รับรายงาน่า “มีเงาสลัวทั่วหน้าท้อง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนล่าง, ทำให้ไม่เห็น “เส้นรอยเพอริโทเนียม.” ปรากฏหลักฐานว่ามีแก๊สจากทางเดินอาหารอยู่ใต้ส่วนโค้ง

ข้างซ้ายของกะบังลม, และลำไส้แสดงอาการ ไฮเลียส เฉพาะแห่ง”.

ได้วินิจฉัยขั้นต้นว่า “เยื่อช่องท้องอักเสบทั่วไป, สาเหตุจากทางเดินอาหารทะเล(?)”.

การรักษาและการดำเนินของโรค

เมื่อรับไว้แล้ว ได้ใส่ หลอดสวน กระเพาะอาหารคาไว้และให้ทั้งครบประทานอาหารและคั้นน้ำโดยสิ้นเชิง. ให้ เพนซิลลิน จี โซเดียม ๕๐๐,๐๐๐ หน่วยเข้าใต้ผิวหนังทุก ๖ ชม. และ สะเตร็ปโตมัยซิน ๐.๕ กรัม วันละ ๒ ครั้ง. ให้น้ำละลาย เท็กซโตรัส ๕ ๒๕. ในน้ำเกลือ นอร์มัล ๑,๐๐๐ ล.ซม. ผสม วิตามิน บี คอมเพล็กซ์ ๒ ล.ซม. และ วิตามิน ซี ๑,๐๐๐ มก. แล้วค้ำด้วยน้ำละลาย เท็กซโตรัส ๕ ๒๕. ในน้ำกลั่น ๕๐๐ ล.ซม. อีกเพื่อแก้ไขภาวะขาดน้ำ. ต่อจากนั้น จึงได้ทำการผ่าสำรวจช่องท้องโดยใช้ยาชา โนโวเคน ร่วมกับยาคุมสลบในทรัส ออกไซด์ ผสม ออกซิจีน. กรีดหน้าท้องในแนวกลางล่าง. พบว่าในช่องท้องมีหนองชั้นกลั่น คล้ายขี้จาระ ประมาณหนึ่งพัน ล.ซม. ลำไส้และเยื่อช่องท้องขมแดงอักเสบทั่วไป. พบรอยทะเลที่ โคโลน

ส่วนคค (ซึกมอยท์), มีความยาวประมาณ ๒ ซม. ทอดไปตามแกนขวางของลำไส้. ใน อังเชิงกรานมีองจาระและมีเมล็ดสมอปลาย แผลมทั้งสองข้างอยู่ ๔ เมล็ดอยู่ในที่ใกล้ ๆ กับแผลทะเล. ไข่เย็บซ่อมมทะเล, สอดที่อ ระบายไว้, แล้วเย็บปิดแผล. คนไข้อยู่ใน สภาพ ซ็อคตลอดเวลาผ่าคค, จึงได้ให้ ลิโวเฟ็ค ๑๖ ล. ซม. ผลสมกับน้ำละลาย เค้ก- ซโตรส ๕ ปช. ในน้ำเกลือ นอร์มัล ๕๐๐ ล. ซม. เข้าหลอดเลือดและตามด้วย เค้ก- ซโตรส ๕ ปช. ในน้ำเกลือผสม ซัยโคร- อะกีโซน ๑๐๐ มก.

อาการของคนไข้ไม่ดีขึ้น, และได้ถึง แก่กรรมหลังจากรับไว้ได้ ๘ ช.ม.

วิจารณ์

คนไข้คนนี้เป็นคนอ้วน และ อายุมากถึง ๖๒ ปี. หลังจากได้มีการอักเสบของช่อง ท้องทั่วไปอย่างรุนแรงมานานไม่ต่ำกว่า ๒๔ ช.ม. คนไข้มีอาการเซอซึม (ที่ออกซิค) อย่างมากและร่างกายไม่สามารถจะคอตาน กับเชื้อโรคและพิษได้, จึงจะเห็นได้จากการ ทเมคเลือดขาวได้เพิ่มขึ้น เพียงเล็กน้อยเท่านั น (๗,๘๐๐ ต่อ ล.มม.), ทั้งที่ไข้สูง และชีพจรเร็วและเบา. อาการทั่วไปก็มี

ลักษณะ ซิค และ กระสับกระส่าย มาก. ตำแหน่งของรทะเลอยู่ในส่วนล่างมาก, คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง. สิ่งที่อยู่ภายในย่อม มี แะคที่เรีย มากกว่าในส่วนลำไส้เล็ก. รู กกว้างถึง ๒ ซม. มีองจาระและเมล็ด สมอรั่วไหลออกไปอยู่ในช่องท้อง. ทั้งยังมี ประวัติรับประทานยาถ่ายมาก่อน, ซึ่งคงทำ ให้เกิดการบีบรทรนแรง, รคเอาองจาระออก ไปสู่ช่องท้อง. หลังจากที่มีการอักเสบของ ช่องท้องเนื่องจากการทะเลแล้วคนไข้ก็ยังคง รับประทานอาหาร และ ดม นำเหมือน อย่าง ธรรมดา, ทำให้ลำไส้ใหญ่มีสิ่งภายในมาก ชนและท้องกอดมากชน. จนคนไข้มีอาการ กระสับกระส่าย, นอนหงายไม่ได้, และใน ที่สุดก็เข้าสู่สภาพ ซ็อค, และตาย. เหตุ ของการตายคง เป็นการ อักเสบ และ การคค ช่มสิ่งทมิพิษเข้าไปจากช่องท้อง ประกอบกับ การ ซิต ขวาง การไหลเวียน เลือด เนื่อง จาก ภาวะ ไอเล็ยส. โอกาสที่จะรอดตายนั้นนัย ใ้ว่ามีน้อยเหลือเกิน.

สรุป

ได้รายงาน คนไข้หญิง อายุ ๖๒ ปีที่ ลำไส้ใหญ่ส่วนคคทะเลเนื่องจากเมล็ดสมอท กลืนเข้าไป. คนไข้ตายหลังจากรับไว้ได้

๘ ช.ม. เนืองจากเย็บช่องท้องอีกเสียทั่วไป
อย่างรุนแรง. การผ่าตัดไม่สามารถช่วย
ชีวิตไว้ได้.

เอกสาร

1. Macmanus, J.E. : Am. J. Surg. 1941, 53 : 393.

2. Persky, L., E.D. Frank : New Engl. J. Med. 1952, 246 : 223.

3. พलगูร, โอกาส : จ.พ.ศ.พ. ๒๔๕๑, ๓๑ : ๑๕-๒๑.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Report)

PERFORATION OF SIGMOID COLON BY OLIVE SEEDS

Report of One Case

Tongnok Nitayasudhi, M.B.

(Dept. of Surgery)

(Head of Dept. : Prof. Dr. Udom Poshakrishna)

A Chinese woman 62 years old was admitted with the chief complaint of severe abdominal pain for over a day. The complaint started soon after taking a herbal cathartic four days previously, had been increasing in severity and spreading in extent. There was nausea but no vomiting. When the patient became markedly restless she was brought for admission, Physical examination revealed signs of shock with generalised peritonitis, bulging in the cul de sac and partial obliteration of

liver dullness. The leucocyte count was only 7,800 per cu.mm. Roentgenogram gave evidence of free gas in the peritoneal cavity. At operation a perforation 2 cm. in length was discovered in the sigmoid colon, near which were found four sharp-pointed seeds of Chinese olives and fecal matter. The peritoneum was generally and severely inflamed. The patient succumbed 8 hours after admission.

(Three references)

การแก่งทำเกี่ยวกับตา

สำราญ วัศพาทน์, พ.บ., C. Oph., C. Oto. (Harvard), F.I.C.S.

(แผนกจักษุวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์นายแพทย์ แดง กาญจนารัตน์)

การแก่งทำเกี่ยวกับนัยน์ตา (โศคลาร์ มาลิงเกอริงก์) อาจเป็นในรูปที่ไม่มีโรคเลย แล้วทำเป็นมีอาการของโรค, หรือเป็นเพียงเล็กน้อยแต่แก่งทำเป็นมาก, หรืออาจเป็นโรคจริง ๆ แต่แก่งทำเป็น ไม่มี โรคก็ได้. ทั้งนี้เพื่อให้ แพทย์หลงเชื่อ และ ยอม รับผิดชอบ เพื่อให้เกิด ประโยชน์บ้าง อย่างเช่น เกี่ยวกับ คคหรือการล้างงาน เป็นต้น. การแก่งทำ เช่นนี้ในวงการพลเรือนอาจพบได้บ้าง, แต่ ในวงการทหารมีมากกว่า, นับตั้งแต่ไม่ ยากเป็นทหาร, เป็นทหารแล้วไม่ยาก ทั้, ไม่อยากไปสนาม, จนถึงต้องการให้ ปลดจากประจำการ. อะกาสตัน (Agaston, 1944) กล่าวว่าพบทหารที่แก่งทำเกี่ยวกับ ตา ๐.๕ ถึง ๓ ๗. อันสเวิร์ธ (Unsworth 1945) ตรวจทหารใหม่พบว่า มีแก่งทำตา พิการ ๐.๕ ๗.

การ แก่ง ทำน จักษุ แพทย์ ต้อง พย อยุ่ เสมอ. เมื่อทำการตรวจจึงต้องระวังอย่างมาก และต้องตรวจให้ละเอียดทั้ง โดยวิธีทดลอง

วัด (อ็อยเจ็คทีฟ) และวิธีสอบถาม (ซึบเจ็ค คีฟ). การตรวจสายตามีความสำคัญมาก เพื่อให้ทราบว่าที่ผู้ป่วยบอกนั้นจริงเพียงใด. สายตาจริง ๆ อาจไม่เสียมากเท่าที่ผู้ป่วย บอกก็ได้. จำต้องทำรีแฟรคชั่นและบางครั้งต้อง ใช้ยา พาราไลสิส การ ปรึช นัยน์ตา (ซึบ โคลปลัจิก) ด้วย. การใช้เครื่องมือ พิเศษเช่น สลิตแลมป์ และ ออฟทัลโมสโคป อาจจำเป็น, เพื่อดู มีเคย ที่แสงผ่านว่าขุ่น มัวหรือไม่และตรวจหาพยาธิสภาพที่ก้นตา (ฟัน- คัส). ประวัติการเจ็บป่วยมีความสำคัญยิ่ง. ควรตรวจลานสายตาและตรวจภาวะทางประสาทที่อาจทำให้เกิด สะโคโตมา เกี่ยวกับ รีโทรซิลยาร์ นิวไรติส หรือ ที่อกซิค แอม- บลีย์โอเชีย ที่อาจขัดขวางทางเดินของพลัง ประสาทเกี่ยวกับการเห็น.

การแก่งทำแย่งออกได้เป็น ๒ พวก, คือ (๑) พวกที่อ้างว่า “มี” โดย “ไม่มี”, เช่นแก่งทำเป็นขุ่นหรือไทรบ์อันตรายโดย ที่จริงไม่ได้เป็นอะไรเลย, หรือเป็นโรค อย่างหนึ่งแต่ทำให้มีอาการ คล้าย โรค อีก

อย่างหนึ่ง. (๒) พวกที่ “ปฏิเสธ” หนึ่ง ๆ ที่มอญ คือเป็นโรคจริง ๆ แต่ไม่ยอมรับว่ามีความพิการ. พวกแรกเรียกว่าพวก “โพลีทิฟ”, พวกหลังเรียกว่า “เนกาทิฟ”.

เกี่ยวกับเหตุผล สเนลล์ (Snell) แบ่งผู้แกล้งทำออกเป็น ๓ พวกคือ (๑) พวกที่ฉลาด พอดู และวิธีที่จะ หลอก แพทย์, ซึ่งบางทีก็เรียนจากพวกแพทย์เอง, เช่นพวกนักโทษ ที่ต้องการ ให้ลดโทษ หรือปลดปล่อย, (๒) พวกที่หวังประโยชน์มากขึ้น โดยมีความ พิจารณ์เล็กน้อย แต่แกล้งทำเป็นมาก, เช่นหวังผลจากการฟ้องร้อง, (๓) พวกที่เกรงจะเสีย โอกาสและแกล้งทำเป็น ประกิตหนึ่ง ๆ ที่มีความพิการ, เช่นเกรงจะไม่ได้งานทำเป็นต้น.

ในค่านิจใจอาจ แบ่งคนพวกนี้ ออกเป็น ๓ พวกคือ (๑) จิตใจปรกติ, แต่เพราะหวังผลบางอย่างจึงแกล้งทำ, (๒) พวกที่จิตใจเสื่อมและเกียจคร้าน, เช่นนักโทษและผู้ถูกกักกันในสถานอบรม, (๓) พวกที่เป็นโรคจิต และอาจมีอาการต่าง ๆ ได้มากมาย.

ฮียส์ทรีเย เป็นโรคที่ของนักถั่งเสมอในการตรวจ เกี่ยวกับแกล้ง ทำเกี่ยวกับตา, เพราะมีอาการคล้ายกับแกล้งทำมาก. แต่

มีที่สังเกตหลายอย่าง. ยาซุนา (Yasuna) กล่าวว่า (๑) พวกแกล้งทำนั้นรู้ตัวว่ากำลังแกล้งทำ อาการ ซึ่ง เขา ต้อง การ ให้ แพทย์ สังเกต, ส่วนพวก ฮียส์ทรีเย นั้นเชื่อว่าเขากำลังเป็นโรคที่มีอาการนั้น ๆ อยู่, (๒) พวกที่แกล้งทำยอมไม่ยอมพบแพทย์, ถ้าหากต้องพบก็พยายามให้น้อยที่สุด. เวลาแพทย์ตรวจมัก ไม่เต็มใจ และเห็น แพทย์ เป็น ศัตรู. ส่วนพวก ฮียส์ทรีเย นั้นอยากพบหมอเพราะอยากหาย, ชอบให้ตรวจมาก ๆ และบ่อย ๆ.

สเปธ (Speath 1930) ให้หลักในการวินิจฉัยแยกไว้ดังต่อไปนี้ :

๑. ความรู้สึกที่ คอรับ. พวกแกล้งทำมีความไวมากขึ้น. พวก ฮียส์ทรีเย น้อยลง.

๒. ลานสายตา. ในพวกแกล้งทำอาจ มีรูอะไร ๆ ก็ได้. พวก ฮียส์ทรีเย มักเป็นรูปชดกันหอย, เป็นรูปแฉกหลายแฉกหรือรูปดาว, หรือเคยเข้ามาทุก ๆ ด้าน.

๓. มมนันต์ตาเข (ไคโปลีเอีย). ในพวกแกล้งทำมมนันต์ตาเขไม่คงที่. ในพวก ฮียส์ทรีเย คงที่.

๔. การเห็นสีและแสง. ในพวกแกล้งทำไม่คงที่. อาจเห็นแสงเป็นปรกติแต่ลานสายตาคิดปรกติหรือกลับไปกลับมา.

๕. อาการเมื่อยตา (แอสเทโนเปีย) และเวียนศีรษะพบบ่อยมากในพวก ชียส์ทีเรีย. พวกแก่งลังทำอาจมีหรือไม่มีก็ได้.

อะแมท (Amat, 1949) สังเกตว่าพวก ชียส์ทีเรีย ที่มองไม่เห็นมักมีอาการ ๓ อย่าง คือ (๑) มองไม่เห็นในที่ที่ทันโต, (๒) ลาน สายตาแคบ, (๓) ปฏิกริยาของรูม่านตา เป็นปรกติ. โรคที่ต้องวินิจฉัยแยกคือ ยูริ-เมีย ที่เกิดจากพิษ อะลูมิเนียม ซึ่งแสดงข้อ คัญ การ เห็น แต่ ไม่ ควบคุม ทาง เต้น ของ รีเฟล็กซ์ เกี่ยวข้องรูม่านตา. ยาซุนา กล่าว ว่า ๘๐ ปี. ของพวก ชียส์ทีเรีย มีอาการ เกี่ยวข้องตาทั้งสองข้าง. ที่เขียนข้างเคียงม (Lewis, 1948).

พวกที่แก่งลังทำมักแสดงอาการในหลาย ระบบ. ในที่นี้จะกล่าวถึงแต่เฉพาะเรื่องนี้ใน ตา.

การตรวจทางจักษุวิทยาที่ต้องกระทำเพื่อ พิสูจน์การแก่งลังทำที่สำคัญ ๆ มี ๗ อย่าง คือ (๑) ตรวจหาโรคแท้จริงของนัยน์ตา, (๒) ตรวจ รีแฟรคชั่น, (๓) ตรวจลาน สายตา, (๔) ตรวจอาการตาขอกกลางคืน, (๕) ตรวจอาการขอกสี, (๖) ตรวจอาการ ตาขอก, (๗) ตรวจอาการตามัว.

๑. การตรวจหาโรคแท้จริงของ นัยน์ตา

การตรวจข้อนี้สำคัญมากเพราะเมื่อเรา ตรวจพบว่า ไม่มีโรคแล้ว จึงจะบอกได้ว่าเป็น การแก่งลังทำ. ต้องตรวจให้ละเอียดตั้งแต่ นอกลูกตาถึงในลูกตา. คุณลักษณะของหนัง ตา. ถ้ามีอาการตาควรแยกโรคจริงจาก การแก่งลังทำ, โดยให้ผู้ถูกตรวจนั่งเก้าอี้ม ล้อ. แล้วเอนเก้าอี้จนผู้ถูกตรวจหน้าเอนไป ข้างหน้า. ถ้าเป็นตาจริงเพราะ โทนิส ของ กล้ามเนื้อไม่มี, จะเห็นหนังตาหย่อนมาก ข้นเพราะความตึงตืดของโลก. ถ้าแก่ง ลังทำจะไม่เปลี่ยนแปลง.

อีกวิธีหนึ่งให้ผู้ถูกตรวจนั่งตรง. ผู้ช่วย ยึดศีรษะไว้. แล้วให้ผู้ถูกตรวจกลอกตา ทกทิศตามนิ้วหน้าไป. ถ้าตาจริงเวลาค ข้างบนคว่ำและหนังตาจะไม่เลิกขน. ถ้า แก่งลังทำเวลามอง ข้างบนจะเห็น หนังตาเล็ก ตามขนไป.

การหลับตาแน่นด้วยศึความตั้งใจทำกัพบ ได้. ตามปรกติอาการหนังตาเกร็ง (เบล ฟาโรสปลาสม์) เกิดจากโรคของเยื่อตาและ กระจกตา (คอรีเนีย). เมื่อหยอดยาชาแล้ว จะหลับตาได้. แต่ในรายที่แก่งลังทำผู้นั้นจะ พยายามหลับตาอยู่เสมอ.

ที่เขอตา (คือนัจจิกวา) ควรทำให้ละเอียดว่าอาการตาแดงเกิดจากโรค หรือจากอะไรใส่เข้าไป, เช่นทรายละเอียดหรือเมล็ดมะกล่ำตาหนู. ในต่างประเทศก็มีรายงานไว้ (Harding, 1943).

อาการตาโปนและหลับตาไม่ลงพบน้อย. คนฉลาดและที่เคยฝึกหัดมาแล้ว อาจแกล้งทำได้, แต่ไม่นาน. อาจทำข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้.

นัยน์ตากระตัก (นัยน์ต้ามืด), ถ้าเป็นจริงควรนึกถึงโรคของอวัยวะเกี่ยวกับการทรงตัวหรือเกี่ยวกับลูกตา. ในการแกล้งทำจะมีลักษณะคล้ายกับที่เกิดจากโรคของลูกตา, คือ แกว่งไกวไปมาเหมือนลูกตุ้มนาฬิกา. อาจไปข้างเดียวหรือสองข้าง. พวกตากระตักที่เกิดจากโรคของตาเมือให้มองอะไรหรือให้มองของไกลจะกลอกตาเร็วขึ้น. ถ้าขยายม่านตา, หรือไม่ตั้งใจมองอะไร, ตากระตักจะน้อยลงหรือหายไป. หากทำให้สายตาวุ่นเสียเช่น ให้สวมแว่นตาขนาดขวก ๒๐ ไดออปเตอร์, อาการจะหายไป. แต่พวกแกล้งทำมักกลอกตาเร็วและไปทางทิศไหนก็ได้.

อาการตาเหล่พบได้มากในพวกแกล้งทำ, เป็นตาเหล่เข้าในเท่านั้น, อาจข้างเดียว

หรือสองข้าง, แต่ทำไม่ได้นาน.

การเกร็งของกล้ามเนื้อซิลิอารี ไม่ค่อยพบในพวกแกล้งทำ. ส่วนในพวกนัยน์ต้ามืด และ นิวโรลีส บางคนมีการเกร็งของกล้ามเนื้อถึง ๑๐ ไดออปเตอร์.

อาการต่าง ๆ ภายในลูกตาพบบ้างในพวกแกล้งทำ, เพราะทำลำบาก. แต่พบได้ในพวกปฏิเสธโรค, คือพวกนี้เป็นโรคจริงๆ แต่แกล้งทำเป็นไม่เป็นโรค.

อาการปวดศีรษะที่เกิดจากโรคทางตาเกิดจากความผิดปกติของรีแฟรคชั่น, หรือจากกล้ามเนื้อตาไม่ได้สมดุลกัน. มักเป็นเวลาอ่านหนังสือใกล้ ๆ หรือทำงานละเอียด. อาจพบในพวก ปัสัยโมนิวโรลีส. ถ้าตรวจไม่พบโรคอื่นและมีอาการที่น่าสงสัยต้องนึกถึงการแกล้งทำเสมอ, เพราะตรวจแยกได้ยากมาก.

การตรวจม่านตาในผู้แกล้งทำที่ใช้ยาหยอดนม่านตาจะเป็นยาขยายหรือยาบีบก็ได้, ต้องพิสูจน์ว่าไม่มีโรคของระบบประสาทกลาง, ต้องตรวจความดันของลูกตาและตรวจลานสายตา เพื่อแยกโรคประสาทหลังลูกตาอักเสบหรือที่อกซิค แอมบลิออปเซีย.

การตรวจสายตาและรีแฟรคชั่น ต้องทำร่วมกันเสมอ. เราสามารถพิสูจน์จาก

รีแฟรคชัน ใ้คิดว่าที่เขาบอกว่าสายตาสั้นนั้น
จริงแค่ไหน. การทำ รีแฟรคชัน ควร
ให้ กล้าม เนื้อ ภายใน ตา ได้ พัก เต็ม ที่.
นอกจากนี้ต้องรู้ว่า มีเคียว ช่นหรือไม่, พวก
แก้งทำมักมีอาการกลัวแสง, หรือตา,
กระพริบตาเร็ว ๆ. บางทีเวลาเขาทำมัก
ทำมองไม่เห็น, เดินไม่ใคร่ไ้, ทั้ง ๆ ที่
ลานสายตาเป็นปรกติ. แฮร์รี่ (Harry
๑๘๕๕) กล่าวไว้ว่าเขาพบพวกที่แก้งทำ
เป็นสายตาสั้นมาก ๆ นั้นใส่แว่นตาหนาเกิน
ไป. อย่างนั้นต้องทำ รีแฟรคชัน คว้าแว่นที่
ใส่นั้นขนาดถูกต้องหรือไม่. ข้อนี้ต้องระวัง
เพราะบางคนอาจสายตาไม่จริง ๆ.

ในการตรวจสายตาของพวก แก้งทำ,
แพทย์บอกได้ยากว่าสิ่งที่เขาบอกจะตรงกับที่
เขาเห็นจริงหรือไม่. มีอยู่หลายวิธีที่ช่วย
ตรวจ, คือ:

(๑.๑) การตรวจระยะไกล. ใช้
แผ่นป้ายตรวจของ สเนลเลน (Snellen
chart). (ก) ถ้าตรวจพวกแก้งทำควรใช้
แผ่นทั้งสองแบบคือแบบธรรมดาที่คำพ่นขาว
และแบบตัวขาวพ่นดำ โดยปรกติแบบที่สอง
มักทำให้เห็นว่าตัวหนังสือใหญ่กว่าแบบแรก.
พวกแก้งทำ จะอ่านได้ ผิดกัน เพราะเขาไม่

สามารถทราบใ้คิดว่า ตัว หนังสือ นั้น มี ขนาด
จริงเท่าไร. (ข) เพื่อตรวจให้แน่นอนควร
ตัดตัวหนังสือควบนที่ใหญ่ที่สุดออก (คือตัว
๖/๖๐), ใช้ตัว ๖/๓๖ แทน. พวกแก้ง
ทำโดยอาศัยวิธีนี้บรรทัดลงมาจะจับได้ควย
วิธีนี้. (ค) ให้ผู้ถูกตรวจยืนห่างจากแผ่นป้าย
ตรวจ มาก ๆ แล้วให้ เดิน เข้า หาป้าย ช้า ๆ,
เพื่อควาระยะไหนอ่านหนังสือ ๖/๖๐ ได้.
(ง) ใช้แผ่นป้าย ที่มี ตัวหนังสือ หักกลับใน
ระยะ ๓ เมตรแล้วควให้ เห็นหัวตรงในกระจก,
เพื่อเปรียบเทียบกัผลก่อน ๆ. (จ) ให้อ่าน
ที่ละแถวโดยใช้แผ่นป้ายเขียน เพียงแผ่นละ
๑ แถว, เช่นอาจใช้แผ่นป้ายตัว E ที่ละ
แผ่น. (ฉ) ให้ อ่าน จาก แผ่นป้าย สี ของ
เอ็งเกิล (Engel colour chart) ซึ่งมีพ่นสี
เทาและมีตัวอักษรสีต่าง ๆ เช่นแดง, น้ำ
เงิน, เขียว. (ช) ใช้แบบของ ไพริน
(Princee ๑๘๓๖) ซึ่งใช้ตัวหนังสือ, หรือ
แบบของ แล็นคอฟ (Landof) มีตัวหนังสือ
ใหญ่เท่ากันแต่ขนาดขั้วนอนผิดกันและตรง
รอยขาดของรูปวงกลมก็ผิดกัน. แบบนี้
สามารถทดสอบได้ดีมาก, เพราะในบรรทัด
เดียวกันมีตัวขนาดต่าง ๆ กัน.

(๑.๒) การตรวจระยะใกล้. ใช้
แบบของ เจเกอร์ (Jaeger card) หรือของ

10. เอ็ม. เอ. (A.M.A. 14/14 near vision card with visual efficiency).

๒. การตรวจ รีแฟรคชั่น

คนวัยหนุ่มสาวที่มีสายตาปรกติ (คือ ๖/๖), เมื่อสวมแว่นขนาดลบ ๕.๐๐ ไดออปเตอร์ ก็ยังสามารถอ่านได้ ๖/๖.

-การทำ เรคิโนสโคป ต้องทำอย่างละเอียดเพื่อเปรียบเทียบกับผลที่ตรวจได้.

สายตาที่ตรวจได้โดยไม่สวมแว่นตา, ควรได้ใกล้เคียงกับความผิดปกติของ รีแฟรคชั่น ทพย. หรือถ้าสวมแว่นตา, ขนาดของ แว่น ควรใกล้เคียงกับที่ได้จากการทำ รีแฟรคชั่น.

วิธีของ โรเบิร์ต (Robert, ๑๙๓๕) เป็นวิธีง่าย ๆ คือยอมเชื่อผู้ช่วยทุกอย่างว่า สายตาเสีย, แล้วนำไปทำ รีแฟรคชั่น. ที่แรกใส่ขวง ๓.๐๐ ไดออปเตอร์ก่อน. ผู้ถูกตรวจจะบอกว่ามองไม่เห็น. ต่อไปค่อย ๆ เอาแว่นลบใส่ซ้อน. ผู้ถูกตรวจจะบอกว่า เห็นชัดขึ้นทุกที. ถ้าคนนั้นสายตาเป็นปรกติ ก็จะได้เห็นได้ชัดเจนเมื่อขนาดของแว่น ลบเท่ากับขนาดของแว่นขวงพอดี. ในที่นี้เท่ากับ ๓.๐๐ ไดออปเตอร์.

๓. การตรวจลานสายตา

ใช้แผ่น ข้าย และ เครื่อง มือ ตรวจอย่างธรรมดา. ควรใช้วัตถุขนาดต่าง ๆ กัน.

การทดสอบแยก แอ่งเกิด (Angle) เป็นวิธีหาย ๆ แต่ทดสอบพวกแก่งทำได้ผลดี. คือให้ผู้ถูกตรวจนั่งหันหน้าเข้าหาผู้ตรวจแล้ว ผู้ตรวจยกแขนขวาขึ้นงอที่ข้อศอก ๙๐°. และบอกให้ผู้ตรวจคนว. ผู้ที่มีลานสายตาดีจะ เหลือกตาคู่ไหนที. ผู้ที่มีลานสายตาแคบ ต้องก้ม แขนก่อน แล้วค่อยมองตาม ข้อศอก ไปที่มือและนิ้ว. จะเห็นตาของเขาตกลง ๙๐° ที่ตรงข้อศอก.

๔. การตรวจอาการตาบอดกลาง

ใช้ George Young Threshold test ซึ่งมีประโยชน์มากในการ ตรวจหาความรู้ สึกเกี่ยวกับแสงและสี. ผู้ช่วยที่ตาบอดกลาง คนจริง ๆ จะเห็นได้ คีเมอ เบ็ตไฟให้ สว่างขึ้น. แต่พวกแก่งทำไม่ใคร่คิดถึง เรืองน. ถ้าให้ตั้งขาขนาดเล็ก ๆ แล้วเบ็ตไฟ ขนาดต่าง ๆ กันก็สามารถจับได้.

๕. การตรวจอาการตาบอดสี

ใช้ใตหลายแบบตามมาตรฐาน.

(ก) การจับพวกตามสี (Holmgren

and Jenning). เขาใหม่พรมหลายๆ สีวาง
รวมกันแล้วให้เด็กดูให้เขากัน เป็นพวก ๆ.
อาจใช้ลูกขี้ต้ม (Eldridge-Green) หรือ
แผ่นกระดาษสีก็ได้.

(ข) การจับสีให้เขากัน (matching
test). เช่น ใช้ anamaloscope. ให้เทียบ
แสงสีแดงและสีเขียวโดยผ่านแก้วกรองสี
เหลือง, หรือเลือกอันปะสีต่าง ๆ ตาม
มาตรฐานให้เป็นพวก.

(ค) การบอกชื่อสี. ใช้โคลมสีต่างๆ
แล้วให้บอกสี.

(ง) การแยกสีจากกัน. เช่น ใช้แก้ว
กรองสีหรือใช้แผ่นฟิล์มสีต่างๆ (Ishihara
Stilling, Rabkin, Hardy-Rand-Rittler).

(จ) การจับสีตามพวกใหญ่ (hue and
chroma arrangement). เช่น ใช้แผ่นกลม
สีต่างๆ หรือเครื่องตรวจของ Farnsworth-
Munsell.

๖. การตรวจอาการตาบอด

ก. การตรวจอาการตาบอดทั้งสองข้าง
สิ่งที่ต้องทำคือ (๑) สังเกตปฏิบัติการของ
รูม่านตาต่อแสงสว่าง, ฯลฯ. ต้องนึกถึงการ
ใช้ยาช่วย. (๒) การทดสอบแบบ Flinch.
ในคนที่ตาบอดทั้งสองข้างเวลาฉายไฟตรง ๆ

หรือเอาของแหลมจ่อ ทำท่าทางตรงลูกตาจะ
ไม่ถอยหลังหนี. ถ้าแก้งทำจะถอยหลังหนี

(๓) การทดสอบแบบ Schmidt-Rimpler.

คนตาบอดเวลาให้มองตาม แขนงขา ของตัว
เองจะทำได้และเวลาแขน เคลื่อนไหวไปทาง

ไหนตาจะเคลื่อนไปด้วย. แต่พวกแก้งทำ
ไม่เป็นเช่นนั้น. (๔) ท่าทางของคนตาบอด

เวลาให้เดิน ตามทางที่ไม่เคยเดิน จะเดินได้
คล่อง. แต่ที่แก้งทำจะเดินเปะปะ. (๕)

การทดสอบตากระตุกเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว
(optokinetic nystagmus). อาการเกิดขึ้น

เมื่อมีวัตถุเคลื่อนผ่าน บริเวณ ที่ตา มองเห็น
(Purkinje). ขณะหมุนเครื่องมือตรวจให้ขยับ

ตาข้างนี้แล้วตาข้างที่สองสลับ. ถ้าตาข้างนั้น
มีการกระตุกตามการเคลื่อนไหว, แสดงว่า

ตาข้างนั้นไม่เสีย. ลีตตัน (Lyttton, ๑๙๔๒)
แนะนำให้ ใช้แว่นทรงกระบอกทศลง. คือ

ใส่แว่นขนาด +1.0 D. Cyl. axis 90° และ
-1.0 D. Cyl. axis 45° ข้างหน้าตาที่เราต้อง

การทดสอบแล้วให้ ผู้ บ่อยหมุน แว่น จนมอง
เห็นชัดที่สุด. ถ้าเขาหมุน ๕๐° แสดงว่า

เป็นจริง. ถ้าหมุน ๑๘๐° แสดงว่าแก้งทำ.
(๖) การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง. เลอแมร์

(Lemere, ๑๙๔๒) เป็นผู้แนะนำว่าการ

ตรวจด้วยวิธีนี้จะสามารถบอกได้ว่าคนนั้น
แกล้งทำหรือเป็นจริง, โดยที่คน Berger
ตามปรกติจะหยกเมื่อมีแสง หรือ เมื่อตาเห็น
ภาพ. ดัก เฮลเคอร์ (Duke—Elder, ๑๕๔๕)
สนับสนุนงานนี้ แต่กล่าวว่าไม่มีผลในการที่
จะบอกว่าตาดีหรือเสียในแง่กฎหมาย.

ข. การตรวจในพวกแกล้งทำตาบอด
ข้างเดียว

- (๑) การใช้แผ่นโพลารอยด์. กราเทิล (Gradle ๑๕๓๗) ใช้แผ่น โพลารอยด์
ตัดเป็นรูปคล้ายแว่นตาขนาด ๓๖ มม. หนา
๒ มม. แล้วเอาแว่นนี้ใส่ทั้งสองตาให้แกน
อยู่ในแนวราบ, และเอาแว่น โพลารอยด์
อื่นที่สามใส่ ข้างหน้าตาข้างที่สงสัยว่าเสีย
ในแนวราบเช่นกัน. ให้อ่านตัวหนังสือที่เล็ก
ที่สุดบนแผ่นป้ายที่ใช้ทดสอบ. ขณะกำลัง
อ่านผู้ตรวจหมุนแว่น โพลารอยด์ อื่นที่สาม
ให้แกนอยู่ใน แนวตั้งฉาก แล้วให้อ่าน ต่อไป
อีก. ถ้ายังอ่านได้แสดงว่าตาข้างนั้นดี.
- (๒) คุปฏิกิริยาของม่านตาคือแสง
สว่าง, ฯลฯ.
- (๓) การทดสอบแบบ Flinch.
- (๔) ทดสอบโดยการปิดตา. ถ้าตาข้างที่ปิด
เขยออกแสดงว่าตาข้างนั้นสายตาไม่ดี. (๕)
การทดสอบแบบ Falta's approximating test.

คือเอาคินสอถือไว้ใกล้ๆ ให้ขยับตาข้าง
หนึ่ง. ถ้าตาขอกจะเขยออก, ถ้าตาดีจะเขยเข้า
ใน. (ระวังอย่าปนกับอาการตาหันเข้าเวลา
มองใกล้) (๖) การอ่านผ่านสิ่งกีดขวาง.
ใช้ไม้กลมๆ เล็กๆ ขนาด คินสอ ถือ ขวาง
หน้าคนที่ต้องการ ตรวจ ห่าง ประมาณ
๒๕ ซม., แล้วให้อ่านหนังสือ. ถ้าเขา
อ่านขาดๆ ไม่ครบทุกตัวแสดงว่าตาข้างหนึ่ง
บอด. (๗) การทดสอบแบบ Cuiquet. ใช้
กล่องกระดาษขนาด ๓๐ ซม. เจาะรู ๒ รู
ที่ด้านหนึ่ง. เอาตัวหนังสือยึดไว้ด้านตรงกัน
ข้าม. เจาะรูตรงกลางอีก ๑ รู ห่างจากตัว
หนังสือ ๑๓ ซม., เวลาของคทางรทรงสอง
จะมองเห็นตัวหนังสือ (ให้มองผ่านรูกลาง).
ถ้าตาบอดข้างเดียวเวลาเอาคินสอปิดตาข้าง
ที่ตาข้างเดียวจะอ่านไม่เห็น. ถ้าอ่านได้แสดง
ว่าแกล้งทำ. (๘) การทดสอบ Physiologic
Blind Spot of Von Szily. ทำจกขนกระดาษ
๓ จก ขนาดอื่นเท่าสทางค้ทำ แล้ววาง ข้าง
หน้าผู้ช่วย. ให้ผู้ช่วยจ้องอันกลาง. ค่อยๆ
เลื่อนอันข้างเข้าหาอันกลาง. เมื่ออันข้าง
อยู่ตรงจุดบอด (blind spot) จะมองไม่
เห็น, จะเห็นเพียง ๒ อัน, ถ้าตาข้างหนึ่ง
บอด.

๗. การตรวจอาการตามัว

ก. ในผู้ที่แกล้งทำตามัวทั้งสองข้าง

(๑) คอยสังเกตเวลาผู้ช่วยทำงานและและเคลื่อนไหว. (๒) ตรวจคลายมือเขียนหนังสือ. (๓) ทวงเงินหล่นลงที่พื้นแล้วคอยปฏิบัติการของผู้ช่วย. (๔) การทดสอบ Head rotation test of Kestenbaum. ถ้าสายตามัวมากก็เห็นน้อยกว่า F.C. ๒ เมตร, เวลาให้สายหน้าไปมาประมาณ ๒๐° และให้จ้องที่จุดข้างหน้าจะเห็นอาการการกระตุก. ถ้าตาปรกก็ตาจะจ้องที่จุดที่ให้ดูเท่านั้น, และเพียงแต่กลอกไปมา, เพราะตาต้องการจ้องจุดที่กำหนดให้. ถ้าสายตาเห็นมากกว่า F.C. ๒ เมตรก็จะได้ผลเช่นปรกติ.

ข. ในผู้ที่แกล้งทำตามัวข้างเดียว

(๑) ตรวจอย่างทั่วแล้ว. (๒) ตรวจด้วยการใช้แว่นธรรมดา (ทรงกลม) (๓) วิธีของ Dujardin. เอาแว่นขนาดบวก ๖.๐๐ ไดออปเตอร์ ไว้หน้ายื่นตาข้างดีและกระจกธรรมดาวางหน้ายื่นตาที่บอกว่ามี. (ตามปรกติถ้าใส่แว่นขนาดนั้นอ่านได้ในระยะ ๑๗ ซม. เท่านั้น). ถ้าผู้ช่วยยังอ่านแผ่นป้าย ๖/๖ ได้แสดงว่าแกล้งทำ. (๔) วิธีของ

Harlen. ทำเหมือนข้อ (๓), แต่ใช้แว่นขนาดลบ ๐.๒๕ ไดออปเตอร์ วางหน้ายื่นตาที่บอกว่ามี, และบวก ๑๐.๐๐ ไดออปเตอร์หน้ายื่นตาดี. อย่างนี้จะอ่านได้คือเมื่อถือหนังสือชกกับตา. ให้ผู้ตรวจถือหนังสือแล้วเดินถอยหลังออกจากผู้ถูกตรวจ, ให้เขาอ่าน. ถ้ายังอ่านได้แสดงว่าแกล้งทำ. (๕) วิธีของ Jackson ใช้แว่นบวก ๔.๐๐ ไดออปเตอร์ใส่ตาที่บอกว่ามี, บวก ๒.๐๐ ไดออปเตอร์ใส่ตาข้างดี. แล้วให้อ่านหนังสือตัวเล็ก ๆ ทวางเกือบชิดตา. ควรจะอ่านได้เฉพาะด้วยตาข้างที่เขาบอกว่ามีเท่านั้น. (๖) ตรวจด้วยการใช้แว่นทรงกระบอก. (๗) วิธีของ Jackson เอาแว่นทรงกระบอกที่แรง ๆ ใส่ให้หน้ายื่นตาที่บอกว่ามี. (ควรใช้แว่นนั้นหรือแว่นเว้า.) แล้วหมุนแว่นตา ๕๐° ให้อ่านแผ่นป้ายตัวหนังสือ. ถ้าอ่านออกแสดงว่าใช้ตาอีกข้าง คือข้างที่บอกว่ามี. (๘) วิธีของ Kugel ใช้แว่นทรงกระบอกหนา ๆ ทั้งสองตาแต่ให้แกนอยู่ตรงกันข้ามกัน. แล้วให้ดูไฟ. ถ้าเห็นเป็นเส้นคั่นกันแสดงว่าตาทั้งสองข้าง. (๙) ใช้ปริซึม. (๑๐) วิธีของ Duane ให้ผู้ช่วยอ่านหนังสือแล้วเอา ปริซึม ๔ ไดออปเตอร์ ใส่หน้ายื่นตาข้างที่บอกว่ามีทันที. ถ้าผู้ช่วยอ่านไม่

ออก (เพราะงง) แสดงว่า แกล้งทำ ๆ มิว.
 (ข) วิธีของ Von Graefe ใช้ปริซึม ๑๒ ไดออปเตอร์ใส่หน้ายื่นตาข้างที่ บอกว่ามี ฐานของปริซึมขนบน. แล้วให้อ่านแผ่น ข้ายแถว ๖/๖. ถ้าเห็น ๒ แถวแสดงว่า ตาไม่เสีย. (ค) วิธีของ Berthold เอา ปริซึมขนาด ๒๐ ไดออปเตอร์ ใส่ตาข้างที่ สงสัยแล้วให้อ่านหนังสือ. ขณะเดียวกัน หมนปริซึมตามไปค่อย. ถ้าตาจะอ่านไม่ ไค. (ง) วิธีของ Todd. เอา ปริซึม สอง อันใส่หน้ายื่นตาข้างที่ สงสัยให้ฐาน ของ ปริซึมเข้าหากัน. แล้วให้ดูแสงไฟไกล ๆ. ถ้าเขาเห็นสามดวง, แสดงว่าแกล้งทำ. ถ้าเห็นสองแสดงว่าบอกไม่จริงหรือแกล้งทำ. ถ้าตาเสียจริงจะเห็นเพียงหนึ่ง. (ฉ) วิธีของ Smell. ใส่ ปริซึมขนาด ๑๐ ไดออปเตอร์ หน้ายื่นตาข้างที่ให้ฐานลงล่าง. ถ้าเห็น ๒ ภาพแสดงว่าตาข้างทั้งสองข้าง. ควรใส่อีก าทหนึ่งแล้วถามอีก. ถ้ายังเห็น ๒ ภาพ แสดงว่าตาข้างแล้วแกล้งทำ. (ช) การทดสอบ เคน. ใส่ปริซึมฐานขนหรือลงก็ได้ หน้ายื่นตาข้างที่บอกว่าเป็น. แล้วให้ขน บันไค. ถ้าตาข้างทั้งสองข้างจะขนล่างาก, และ ะพยายามบึกตาข้างที่ใส่แว่นอยู่ (ข้างค).

หลักสำคัญในการตรวจ ผู้ที่แกล้งทำ ตาบอด

๑. ควรกระทำโดย สภาพ และ ให้ผู้ ช่วยมีความเชื่อถือนในศัพท.
๒. อย่าทำเป็น สงสัยใน คำพูด ของผู้ ช่วย. ให้ผู้ช่วยเล่าประวัติโดยละเอียด.
๓. ควรตรวจตาข้าง ที่บอก ว่าดี ก่อน. ควรทำ รีแฟรคชั่น ทกราย, และควรทำ อีกหลังให้ยาพวกราลายส์การปรับตา (ชัย โคลปลัจิก).
๔. ผู้ช่วยมักจะไม่มีใครรู้เรื่อง เกี้ยวกับ ตา. ควรคุยกับผู้ช่วยนาน ๆ. ใช้คำถาม ซ้ำ ๆ และอย่าใช้ศัพท์ยาก ๆ.
๕. ควรตรวจเร็ว ๆ. ควรเตรียมให้ พร้อมว่าต่อไปจะตรวจอะไร, และควรตรวจ หลายวิธี.
๖. ที่สำคัญที่สุดต้องพิสูจน์ ให้แน่ ว่า อาการที่เขาแกล้งทำนั้นไม่ใช่อาการของโรค จริง ๆ.

เอกสาร

1. Agatston, H.: Arch. of Ophthal. 1944 31: 223.
2. Downing: Arch. of Ophthal. 1945 33: 23.
3. Duke-Elder, W.S.: Textbook of Ophthalmology, Lippincott 1924, p. 241, ed. 8.

4. Harry, M. : Arch. of Ophthal. 1945, 33 : 23.
5. Harrington, D.O. : The Visual Fields, A textbook and atlas of clinical perimetry : The C.V. Mosby Company, St. Louis, 1956.
6. Hording, G.F. : Arch. of Ophthal. 1943, 29 : 486.
7. Lemere, F. : J.A.M.A. 1942, 118 : 882.
8. Lewis, J.M. : Amer. J. Ophthal. 1944, 31 : 870.
9. Lytton, H. : Brit. J. Ophthal. 1942, 26 : 512.
10. Prinee, J.H. : Amer. J. Ophthal. 1936, 42 : 776.
11. Robert, H. : Klin. M.f. Augenh. 1935, 94 : 81.
12. Sugar, H.S. : Military Surgeon. 1942, 91 : 314.
13. Snell : Treatise on Medico—Legal Ophthalmology : The C.V. Mosby Co., St Louis, 1940.
14. Speath, E.B., Arch. of Ophthal. 1930, 4 : 911.
15. Unsworth, C.A. : Amer. J. Ophthal. 1945, 28 : 148.

พิพิธภัณฑ์ประวัติการแพทย์ไทย

ต้องการสิ่งแสดงต่างๆ เกี่ยวกับการแพทย์ของไทยในสมัยก่อน, เพื่อลดความ
 คล้คคลายของการรักษาพยาบาล. ผู้ประสงค์จะให้ (หรือขาย) สิ่งเช่นนี้ โปรดติดต่อ
 แผนกศิริวิทยา.

บทความพิเศษ

ปัญหาการผลิตแพทย์ของอเมริกา

ส.ค. แสงวิเชียร พ.บ., พ.ค.

แผนกกายวิภาคศาสตร์

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์นายแพทย์ ส.ค. แสงวิเชียร)

ขณะนี้ประเทศอเมริกาได้ประสบปัญหา
ชนปัญหาหนึ่ง การผลิตแพทย์ที่จะออกมา
รับใช้ประชาชนและประเทศชาติ. ปัญหา
นี้คือเหตุใดจำนวนผู้สมัครเข้าเรียนแพทย์
จึงลดลงในขณะที่ประเทศกำลังต้องการเพิ่ม
จำนวนของแพทย์. นี่เป็นปัญหาที่ยังไม่
เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ. แต่ในวันหนึ่ง
ประเทศเหล่านี้อาจจะต้องประสบเข้า, โดย
เฉพาะประเทศที่ต้องการแพทย์เพื่อให้พอกับ
พลเมืองที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว. ใน
ฐานะที่ประเทศไทยก็รวมอยู่ในประเทศประ
เภทนี้ด้วย, จึงควรถือเป็นปัญหาที่น่าจะได
ศึกษาเตรียมตัวไว้.

จากรายงานเบื้องต้นของสำนักงานสถิติ
กลาง สภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ
ปรากฏว่าในเวลา ๑๓ ปี, จาก พ.ศ. ๒๔๕๐
ถึง ๒๕๐๓ ซึ่งเป็นการสำรวจครั้งหลังที่สุด,

ประเทศไทยมีจำนวนพลเมืองเพิ่มขึ้นร้อยละ
๔๔.๕. คือหมายความว่าในเวลา ๑๓
ปีพลเมืองของประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นเกือบ
เท่าตัว, คิดเป็นอัตราการร้อยละ ๒.๘ ต่อปี.
ขณะนี้มี ๒๕,๕๑๘,๘๖๕ คน, และอาจ
เป็น ๕๐ ล้านใน พ.ศ. ๒๕๒๐ ซึ่งพวกที่
อยู่ในอายุสมควรจะโตเห็นกันทั้งนั้น.

ข้อความเกี่ยวกับปัญหานี้ได้คัดลอกเอา
มาจากบทความในหนังสือพิมพ์ Medical
News ฉบับประจำวันที่ ๑๓ เดือนมกราคม
ค.ศ. ๑๙๖๐. Medical News เป็นหนังสือ
พิมพ์ซึ่งบริษัท ทำยาแห่งหนึ่ง พิมพ์แจกแก่
หมอ, เป็นหนังสือที่แพร่หลายฉบับ
หนึ่งในเวลานี้. เท่าที่ทราบแพทย์บางคนก็
ไม่ยอมอ่านกลัวจะตกข้อความ ในนั้นหลอก
ลวงเอา, แพทย์บางคนก็ดูข้อความในนั้น
เป็นจริงจึงนำไปอ้างถึงในที่บางแห่ง. ใน

ฐานที่ หนังสือพิมพ์ แขนงก เหมือนหนังสือ
 พิมพ์ข่าว ทวีไปเป็นแต่ เป็น ข่าว เกี่ยวกับการ
 แพทย์เท่านั้น. ฉะนั้นถ้าจะมีข้อผิดพลาดผิดไป
 บ้างก็น่าจะอธิบายให้ไต่. ผู้อ่านจึงควรระวัง
 ฌยเอาด้วยตนเอง.

บทความ นันกล่าวว่าขณะที่การประชุม
 ของสมาคมอเมริกันที่สนใจเกี่ยวกับการก้าว
 หน้าในทางวิทยาศาสตร์โลกจะบีคดลง, การ
 อภิปราย ได้มารวมกันที่ ปัญหา ๆ หนึ่ง คือ
 เหตุใด จำนวนผู้สมัคร เข้าเรียนแพทย์ จึงลด
 ลงทง ๆ ที่ประเทศ อเมริกา กำลัง ต้อง การ
 แพทย์เพิ่มขึ้น. ผู้ร่วมอภิปรายท่านหนึ่งคือ
 Russel E. Staudacher ซึ่งเป็นผู้อำนวยการ
 ของสมาคมนักศึกษาแพทย์อเมริกัน, ได้
 อภิปรายมีข้อความน่าสนใจดังจะได้คัดตอน
 มาเสนอถึงต่อไปนี้.

สาเหตุที่ ทำให้จำนวน นักศึกษา แพทย์
 ลดลงนมนมได้เป็นหลายประการ. ประการ
 แรกปรากฏว่า อาชีพแพทย์ในอเมริกาไม่ใช่
 เป็นอาชีพช่นหนึ่ง, คือหมายความว่าไม่ใช่
 เป็น อาชีพ ที่ทำเงินทอง และ โชคเสียง ให้ได้
 มากและ รวดเร็ว เหมือน กับในบาง ประเทศ.

ฉะนั้นอาชีพอื่น เช่นวิทยากรบิน และอเล็ค-
 ทรอนิคส์ จึงดึงดูดนักศึกษาที่เรียนเก่งและ
 หัวดีให้หันเหไปมาก. ผิดกับในสมัยเมอตัน

ศตวรรษ. ขณะที่วิทยาศาสตร์และอุตสาหกรรมยัง
 ไม่เจริญเท่าเวลานั้น, อาชีพแพทย์
 เป็นอาชีพที่ถุกยกย่องมากที่สุด.

สาเหตุ ประการ ถัดไปที่ทำให้จำนวน ผู้
 สมัครเข้า เรียนแพทย์ของ นักศึกษาลดน้อย
 ลงก็คือนักเรียนอเมริกันใช้เวลาานในการ
 ศึกษาของตนก่อนจะเข้าเรียนแพทย์. ส่วน
 ใหญ่ของนักศึกษาคองเรียนถึง ๔ ปีจบได้
 ปริญญา B.S. หรือ B.A. จึงจะถุกรับสมัคร
 ให้เข้าเรียนแพทย์ต่อได้. ฉะนั้นกว่าจะจบ
 ออกเป็นแพทย์ซึ่งจะต้องเรียนอีก ๔ ปีอาจ
 กเทียบเข้า ๒๖, ทำให้บางคนรู้สึกว่าแก่
 เกินไปทพงจะไต่ตั้งตนอาชีพ. ในขณะนมี
 บ้างโรงเรียน วิทยาลัยเตรียมแพทย์ เพียง
 ๓ ปีแต่ก็เป็นจำนวนน้อย. นักศึกษาไทย
 ของเรามาเมื่อสำเร็จเตรียมอุดมศึกษา แล้ว
 เรียนเตรียมแพทย์เพียง ๒ ปี, จบเป็นแพทย์
 อายุราว ๒๓-๒๔ ปี. ครวงหนึ่งโตมีการ
 พยายามจะขยายช่นเป็น ๓ ปี. โดยสอย
 ได้แล้วให้ ประกาศนียบัตร เทียบเท่ากับประ
 โยศक्रमมัธยม, แต่ก็ไม่ไต่คัดสรรผู้เรียน
 จบ ๒ ปี. ฉะนั้นถ้าจะเพิ่มเวลาเตรียมแพทย์
 ให้นานออกไปหรือเป็น จนจบหลักสูตรให้ไต่
 อ.บ. หรือ ว.ท.บ. ก็เป็นเรื่องที่น่าจะไต่ไต่
 ครอบ เพื่อดูอนาคตของการ ผลิตแพทย์แบบที่

อเมริกาได้ประสบอยู่ในขณะนี้.

ประการที่สาม, การอบรมแพทย์ในอเมริกามุ่งเข้าหาจุดในการเป็นผู้ชำนาญเกินไป (คำของ Mr. Staudacher), ทำให้ต้องกินเวลาอย่างน้อยอีก ๔-๕ ปีและบางทีก็มากกว่านั้น. คือถ้าจะไต่ถึงคนอาชีพกัมอาชีพเข้า ๓๐-๓๑, จึงทำให้บางคนต้องอดทนไปจับอาชีพอื่นที่จะทำให้ตน พงตนเองได้เร็วขึ้น.

ประการที่สี่, กล่าวว่าหลักสูตรการศึกษาศึกษาแพทย์ยากเกินไป. เรื่องหลักสูตรหรือวิธีการ อบรมนักศึกษาแพทย์ เพื่อให้ได้แพทย์ที่ทันทสตนนั้นเป็นปัญหาที่ทงผู้ให้การอบรมและผู้รับการอบรม ในอเมริกาสนใจกันเป็นที่สุดตลอดเวลา. องค์การที่มีเงินมากถึงกับลงทุนให้โรงเรียนแพทย์ บาง โรงเรียนทดลองสอนตามหลักสูตรที่เข้าใจว่าเป็นแบบใหม่, แล้วพยายามหาทางให้โรงเรียนแพทย์อื่น ๆ เห็นคล้ายตามไปด้วย. ผู้ดำเนินกิจการของโรงเรียนบางแห่งก็เห็นชอบด้วย, บางแห่งก็ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, บางแห่งก็เห็นด้วยแบบครึ่ง ๆ กลาง ๆ, จึงเกิดการสับสนมากในอเมริกาขณะนี้, และเป็นที่ให้บางคนทรมาน การแพทย์ แต่เพียงผิวเผิน และไม่เคยได้คลุกคลีกับการศึกษา

แพทย์โดยจริงจัง, เห็นการศึกษาแพทย์ของทอนล้าสมัยไปหมด. แต่ที่ทุกคนควรจะคิดถึงว่าหลักสูตรการแพทย์ที่จะให้เหมือนกันเป็นแบบเดียวกันทั่วประเทศนั้นย่อมเป็นไปได้, เพราะวิชาความรู้ของต้นก่อนที่จะเข้ามาเป็น นักศึกษาแพทย์ นั้นต่าง ประเทศต่างก็มี อบรม. เช่นบางประเทศมีการเรียนเตรียม แพทย์ น้อยกว่า สองปี และรวมเอาหลักสูตร เตรียม แพทย์ เข้าไปไว้ในโรงเรียนแพทย์ด้วย. บางประเทศก็ยืนยันว่าจะเข้าเรียนแพทย์ ของเรียน วิทยาศาสตร์ พนฐานเท่านั้นจึงจะรับ. บางประเทศก็ไม่เห็นความสำคัญ ใน เรื่องนี้ บอกว่า ถ้าเรียนแต่ วิทยาศาสตร์อย่างเดียวจะทำให้เป็นคนแคบเกินไป, ไม่เหมาะที่จะเข้ากัยสังคมปัจจุบัน, ฉะนั้นควรมีสังคมศาสตร์, เศรษฐศาสตร์, จิตวิทยาเป็นพนไว้บ้าง. โดยเหตุนี้ทำให้นักศึกษาได้พนเพ เพื่อจะไปรับวิชาแพทย์ไม่เหมือนกัน, และไม่อาจรับการศึกษายแบบที่บางคนเห็นว่าทันทสไต. แต่ถ้าทุกคนจะคิดเล็ก น้อยว่าหลักสูตร แพทย์สมัยนั้นมหาวิทยาลัยจะบรรจุเข้าไปเหลือหลายและวิชาเหล่านั้น นักศึกษา มีเวลาได้ ย่อยให้ เข้าใจ ทราบซงหรือเปล่า. ถ้าย่อยไม่ได้หรือไม่มีเวลาย่อย, เหตุใดจึงไม่คิดแก้ไขทอนบ้าง, เพราะผู้ที่

จะย่อย และ วาง รากฐานให้ กับ นักศึกษา แพทย์นั้นคือ “ครูแพทย์”. แต่ข้อนั้น เกือบไม่มีใครได้สนใจเลย. นับเป็นของ แปลกที่ความสำคัญในการอบรมครู ให้สม เป็นครู นนงการ แพทย์ ไม่ ยอมเอาใจใส่. ทว่าอย่าง ในการ ประชุม พิจารณาหลักสูตร แพทย์ที่ทาง แสตน โทมัสเสนอให้ทำการ อบรม แพทย์ ที่จะยก อาชีพ เป็นครูแพทย์ ให้ได้รับ การอบรมแบบที่ครูของ โรงเรียนฝึกหัดครู ได้ รั้อย, ก็มีผู้ทรงคุณวุฒิหลายคนคัดค้าน ว่าไม่มีความจำเป็น. โดยมากโรงเรียน แพทย์ในอเมริกาตัดสินว่าใครเป็นครูก็ตาม งานคนควาที่ผ่นพมออกมา. ผู้ที่เป็นครู คีจริง ๆ แต่มีการคนควาพมออกมาน้อยจึง ไม่ค่อยจะได้รับการยกย่อง, หัวหน้าแผนก กายวิภาค คาสตร์ ใน โรงเรียน แพทย์ บาง แห่งของ อเมริกา ในขณะนั้น บางคน เกือบ ไม่ ทราบว่า วิชากายวิภาค คาสตร์ ควร จะสอน ะไรบ้าง. คีปะในการจะเป็นครูคัจฉนัวัน จะหายากเข้า. เมื่อปรากฏว่านักศึกษา แพทย์สำเร็จออกมาไม่ได้คีสมาใจ, แทนที่ จะโทษว่าเป็น เพราะครูสอนไม่ดีหรือ ครูไม่ เอาใจใส่ในการสอน, กลับโทษว่าหลักสูตร การสอนไม่ดี, จึงได้พยายามแก้ไขหลัก ฐครจนตามทกล่าวแล้ว. ในประเทศไทย

เราและ อีกหลาย ประเทศก็คงจะต้องประสบ ภัยข้อนานสักวันหนึ่งเช่นเคยวกัน, จึงขอ ทิ้งไว้ให้พิจารณาถกกัน อีกอันหนึ่งว่าเราจะแก้ไขหลักสูตร ตามที่เขา นิยมกันว่าดี ๆ หรือ เราจะหยิบเรื่องการอบรมครูขึ้นมาทำค.

ประการที่ห้าที่ Mr. Staudacher ถิวว่า สำคัญที่สุด ใน ขณะนี้ที่ทำให้ มี นักศึกษา สมคิร เขาเรียน แพทย์ น้อยค คือ การเรียน แพทย์เป็นการเรียนที่แพงมาก. คคือปัญหา เศรษฐกิจเป็นปัญหา สำคัญที่สุดตามความ เห็นของ Mr. Staudacher.

ได้คำนวณกันว่าการเข้ามารับการอบรม จะเป็นแพทย์, ถ้าเป็นแพทย์ที่จะออกไปปฏิบัติ ภาระกิจการแพทย์โดยตัวของตัวเองที่ทางเรา เรียกว่าแพทย์เซตลยคคคหรือแพทย์รักษาตัว ไปนั้นต้องใช้เงินสำหรับการเรียนในอเมริกา ตลอดหลักสูตร ๕๗,๐๐๐ ดอลลาร์, คคคเป็น เงินไทยเก่าแสนสี่หมนบาท. แต่ถ้าจะฝึก ฝนอยู่จนเป็นผู้ชำนาญในสาขาใดสาขาหนึ่ง, จะต้องใช้จ่ายถึง ๖๗,๐๐๐ ดอลลาร์หรือ เท่ากับหนึ่งล้านสามแสนสี่หมนบาท. เงิน จำนวนนี้ถ้าเป็นใน เมืองไทยให้เข้าค ๑๐๐ ละบาทตามกฎหมายของรัฐบาลไทยซึ่งรู้สึก ว่าจะมีคนปฏิบัติตามน้อย, ก็จะได้ถึงเคอน ละหนึ่งหมนสามพันสี่ร้อยบาท, เกือบเท่า

กับเงินเดือนของผู้เชี่ยวชาญของบริษัทส่งเสริมเศรษฐกิจ, หรือมากกว่าค่าสหราชอาณาจักรทำงานมาแล้วเกือบ ๓๐ ปีในโรงเรียนแพทย์ถึง ๒ เท่า. นี่ยังเหลือกินและอาจจะมีบ้านได้อย่างพร, มีรถยนต์คันงามและอาจจะหาความสุขส่วนตัวได้โดยประการต่างๆ. จึงทำให้สงสัยว่าคนไทยที่มีเงินเท่านั้นจะยอมไปเรียนที่อเมริกาหรือไม่. เงินจำนวนที่กล่าวไว้ในอเมริกา Mr. Staudacher ว่ายังไม่รวมค่ากินอยู่ด้วย. ข้าพเจ้าคิดว่า Mr. Staudacher คงคำนวณผิดอย่างไม่ได้คักทางหน้าทางหลังเลย. ถ้าเงินจำนวนนั้นเป็นเงินที่ทางการใช้ในการอบรมแพทย์คือยกลัความจริงหน่อย, เพราะที่เมืองไทยมีผู้กล่าวในสภากาชาดว่าค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลต้องเสียให้กับการอบรมนักศึกษาแพทย์แต่ละคนตกปีละ ๒๐,๐๐๐ บาท, ๔ ปี ๘๐,๐๐๐ บาท, ก็ยังน้อยกว่าเงินจำนวนที่ Mr. Staudacher กล่าวถึงราว ๑๐ เท่า. จำนวนเงินปีละประมาณ ๑๒,๐๐๐ ดอลลาร์ นี้ไม่ใช่เป็นจำนวนเล็กน้อย. ถ้าเดือนละ ๑,๐๐๐ ดอลลาร์ ยังไม่รวมค่ากินอยู่ เข้าใจว่า จะไม่มีใครยอมมาเรียนแพทย์. ตามความเข้าใจของข้าพเจ้าค่ากินอยู่ในอเมริกาถ้าเป็นคนอเมริกันเองเดือนละ

๑๕๐-๒๐๐ ดอลลาร์ ตัวคนเคียวอยู่ได้ไม่ลำบากนัก. นักเรียนของ ก.พ. ได้เดือนละ ๑๕๐ ดอลลาร์ ๑๐ เดือนเป็นเงิน ๒,๐๐๐ ดอลลาร์ ค่าเล่าเรียน ๔๐๐-๑,๐๐๐ ดอลลาร์ ค่าหนังสือ, ค่าใช้สอยเย็บเตล็ดรวม ทั้งค่าเครื่องแต่งตัวด้วยอีก ๕๐๐ ดอลลาร์ คงใช้ไม่เกินปีละ ๓,๐๐๐ ถึง ๓,๕๐๐ ดอลลาร์ คิดเป็นเงินไทยตกประมาณปีละ ๖๐,๐๐๐ ถึง ๗๐,๐๐๐ บาท.

นักศึกษาแพทย์ไทยในขณะนี้เสียค่าธรรมเนียมซึ่งรวม ทั้งค่าเล่าเรียน ด้วยปีละประมาณ ๘๐๐ บาท. ค่ากินอยู่ถ้าไม่ฟุ่มเฟือยจนเกินไปก็ไม่ควรเกินเดือนละ ๕๐๐ บาท, ๑๐ เดือนเป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท, รวมค่าเล่าเรียน, ค่าหนังสือ, ของใช้เย็บเตล็ดและค่าเรยรายอีก ข้างก็ ไม่ควรเกินปีละ ๗,๐๐๐ บาท. อาจใช้มากขึ้นบ้างในที่สุดท้าย. นี่ยังค่าใช้จ่ายในการเรียนแพทย์ในอเมริกาแพงกว่าที่บ้านเราประมาณ ๘-๙ เท่า. เท่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้ค่าใช้จ่ายในการเรียนแพทย์ของนักศึกษาไทยก็ทำ ความหนักใจแก่ผู้ปกครอง เป็น จำนวนมาก อยู่แล้ว, ยังไม่ทราบว่าต่อไปภายหน้าค่าครองชีพจะเพิ่มขึ้นอีกเท่าใด. ถ้าเพิ่มขึ้นไป

ยิ่งกว่านั้นนักศึกษาที่สติปัญญาดี แต่ขาดทุนทรัพย์ก็จะหมดโอกาสได้เข้าเป็นนักศึกษาแพทย์, นับเป็นเรื่องทราฐีและผู้เห็นแก่อนาคตของประเทศไทย จะ ต้อง คิดไว้ด้วย, เพราะผลของมันจะต้องกระทบกระเทือนโครงการที่จะผลิตแพทย์ให้ มาก เพื่อ ให้พอกับจำนวนของพลเมืองที่เพิ่มขึ้น, มิฉะนั้นเราจะได้นักศึกษาที่ไม่ใช่ นักศึกษาชั้นหนึ่งแบบที่ประเทศอเมริกากำลังประสบอยู่ในขณะนี้.

ในอเมริกาเนื่องจากค่าครองชีพสูงมาก, โอกาสที่นักศึกษาแพทย์จะไ้รับความช่วยเหลือจากทางครอบครัวของตัวมัน้อย. ปรากฏว่าประมาณ ๔๐ เปอร์เซ็นต์ของนักศึกษาแพทย์บ้สุดท้ายเท่านั้น ที่มาจากครอบครัวที่หารายได้ ๆ ปีละ ๑๐,๐๐๐ ดอลลาร์หรือมากกว่า (ราวเดือนละ ๘๐๐ ดอลลาร์) หมาย ความว่า ทางผู้ปกครองเฉลี่ย ให้ได้เดือนละ ๑๕๐-๒๐๐ ดอลลาร์ แต่อีก ๖๐ เปอร์เซ็นต์ของนักศึกษา ไม่ อาจ ขอ ความช่วยเหลือจากทางครอบครัวได้. ถ้าจะเรียนให้สำเร็จ ก็จะต้องชวนขวยหาเงินจากแหล่งอื่นมาจนเจือ, ส่วนมากตามรายงานนี้กล่าวไว้ได้จากการขอยืม, และส่วนมากได้ขอยืมกัน มา เป็น จำนวน ค่อนข้าง มาก แล้ว, ปรากฏว่านักศึกษาที่จะ สำเร็จ ออก มา เป็น

แพทย์ในปี ๑๙๕๕ นั้น ๕๒ เปอร์เซ็นต์เป็นหน และ ๖.๕ เปอร์เซ็นต์หมดหนคตตัวอยู่ แล้วคนละกว่า ๑๐,๐๐๐ ดอลลาร์.

ประเทศไทยเรายังไม่มีสถิติในเรื่องนี้, และเข้าใจว่าจะยังคงไม่มี อีกเป็น เวลานาน. นอกจากจะหาคนรวบรวมยากแล้ว, คนไทยเราบางคนก็ไม่ยอมเผย ความ ลึกลับแค่นของตัวให้ผู้อื่นทราบ. นักศึกษาแพทย์บางคนไม่มีเงินแม้แต่จะกินอาหารกลางวัน, ถึงกระนั้นก็ไม่ยอมปรึกษา. บางคนพวงมาเผยเอาเมือถูกซักถามโดย คณะ กรรมการพิจารณาจัดสรรเงินทุนช่วยนักศึกษา.

สำหรับนักศึกษาอเมริกันนั้นมิวติช่วยตัวเองด้วยประการต่าง ๆ. เท่าที่ทราบก็ค่อทำงานหาเงินระหว่างหยุดหน้าร้อนและในช่วงโมงว่างหลังการเรียน, ทำตั้งแต่เป็นกุลแบกหาม, คนงานในโรงงาน, เป็นคนยามกลางคืนขี้แทกซ์, เป็นคนรับใช้ในบ้านอาหารและคนล้างชาม, จนถึงงานที่ไม่ต้องออกกำลังกายมากนักเช่นงานใน ห้อง สุมคและห้องปฏิบัติการ. แต่เมือมาเป็นนักศึกษาแพทย์แล้ว, การเรียนมักหนักทำให้ไม่สามารถออกไปหากิน นอก เวลา เรียนได้. บางคนทั้งหมดหนทางก็ขาย เลือดให้กับโรงพยาบาล. ยังไม่ทราบว่าต่อไปภายหน้าวิธี

การ ในทาง ปลดถ่าย ที่สับสน และ อวี้วะ คียง
 ชนกวัน, นักศึกษา แพทย์ อาจ ชาย ผัวหนึ่ง,
 ชายกระตัก, ชาย ลูกตา หรือ ไต สักข้างหนึ่ง ก็
 ได้. การ ที่ต้อง ออกไป หา กิน ทุน เป็น เกลียว
 นี้, ถ้า มอง ใน แ่ง อด สาระ อด ทน ก็ น่า จะ ได้ รับ
 ความ ชม เชย อย่าง ยิง. แต่ ถ้า จะ มอง ใน อีก
 แ่ง หนึ่ง ว่า ความ ล้า ยาก เหล่า นี้ ย่อม จะ ทำ ให้
 นักศึกษา แพทย์ กลาย เป็น คน เห็น แก่ ตัว,
 กอน สย ให้ เป็น คน รักรัก เคารบ เขา เขียว, คน
 พวก นี้ จะ เหมาะ ที่ จะ ออก ไป เป็น แพทย์ รับ ใช้
 ประชาชน หรือ ไม่, จึง เป็น เรื่อง ที่ น่า จะ ได้
 พิจารณา อย่าง ยิง. ถ้า จะ ยึด เอา คติ ตาม
 หลัก ธรรมา แพทย์ ใน แ่ง เมตตา, กรุณา,
 มุทิตา, อุเบกขา แล้ว ข้าง ที่ แพทย์ พวก นี้ จะ
 หย่อน ยาน ลง ได้ มาก ๆ, อาจ จะ เป็น สาเหตุ
 ประการ หนึ่ง ที่ ทำ ให้ การ รักษา พยาบาล ใน
 อเมริกา ขณะ นี้ มี ราคา แพง สก สก, ส่ง เพอ
 ให้ คน มก ย ทั ได้ ลง ทุน ไป ขณะ เรือน แพทย์ หรือ
 ไลน์. นอก จาก นี้ แล้ว อาจ พยายาม อย่าง ที่
 ต้อง ใช้ กำลัง ภาย กราก กรำ มก ทำ ลาย สข-
 ภาพ ของ นักศึกษา และ ทำ ให้ การ เรียน ตก ต่ำ
 ลง ด้วย.

ประการ ที่ สอง ที่ ปฏิบัติ กัน มาก ใน ขณะ นี้
 ก็ คือ แต่ง งาน มี ภาระ ยา แล้ว ให้ ภาระ ยา หา เลยง
 จน กว่าจะ จบ การ ศึกษา. ข้าพเจ้า ไม่ พก อด การ

ให้ สาม หา เลยง สำหรับ นักศึกษา แพทย์ หนึ่ง,
 เพราะ นักศึกษา แพทย์ หนึ่ง ใน อเมริกา มี น้อย
 เทียบ ไม่ ได้ กับ ของ ประเทศไทย, และ องค์ การ
 ศึกษา แพทย์ ใน อเมริกา ก็ ไม่ ค่อย ยอ ยาก ให้
 หนึ่ง เรือน แพทย์ มาก หนึ่ง, ทว่า เรือน เสรี
 แล้วย ก็ แต่ง งาน, งาน บ้าน, การ สังคย และ
 การ เลยง ลก เอา เวลา ไป เลยง หม คณ ไม่มี เวลา
 ออก ไป ปฏิบัติ การ. สำหรับ ประเทศไทย ใน
 นี้ ยัง ไม่ อาจ กล่าว ได้ ใน ขณะ นี้ ว่า แพทย์
 หนึ่ง ของ เรา ยัง คง ปฏิบัติ งาน ก็ เปอร เช่น ต,
 แต่ง งาน แล้วย เลยง แล้วย ก็ เปอร เช่น ต. คณ
 หม อก เกิด ว่า งาน นท กำ ลัง ศึกษา อยู่. คง
 จะมี สติ ที่ น่า สน ใจ เสนอ ใน โอกาส ต่อ ไป.
 ปรากฏ ว่า นักศึกษา แพทย์ ใน อเมริกา ขณะ นี้
 มากกว่า ๑๐ เปอร เช่น ต มี ครอ ยคร วิ แล้ว,
 และ บาง คน ก็ มี ขตร แล้ว ด้วย. ใน การ เติ
 ทาง ครง หลัง สก ข้าพเจ้า ได้ ลอง สย ตาม ค
 ได้ ความ ว่า ตัด เอง มา จาก ทหาร ผ่าน คก ตง
 แต่ สงคราม โลก ครง ที่ ๒. ทหาร เหล่า นี้
 เม อก ลัย มา คศึกษา ทอ ให้ จบ มก เป็น คน มี อายุ
 แล้ว, และ ทาง การ รัฐบาล อเมริกา ก็ ให้ ค่า
 ตอ ยแทน พอ มี ครอ ยคร วิ ได้ ทั กคน. นักศึกษา
 แพทย์ หลัง สงคราม จึง เป็น คน มี ครอ ยคร วิ กัน
 เป็น ส่วน มาก. ถึง สงคราม จะ เลิก ไป แล้ว หลาย
 ปี ทาง การ ของ โรงเรียน แพทย์ ก็ เคย ชน กษ

นักศึกษาแพทย์แขนงอื่นถือเป็นของธรรมดา
กันไป. ถึงพวกที่ไม่เคยออกสงครามใคร
จะมักมีไป. หอพักนักศึกษาแพทย์ของ
หลายโรงเรียนจึงไม่ใช่ห้องสำหรับคนโลด,
แต่สร้างเป็นอะพาร์ตเมนต์ เหมาะกับครอบครัว
เล็ก ๆ. มีการประชุมสังสรรค์ระหว่าง
เมียของนักเรียนแพทย์ กับคณะอาจารย์เป็น
ครั้งคราว. แสดงว่าทางการของโรงเรียน
แพทย์ใน อเมริกา เห็น ด้วยกับ การ เปลี่ยน
แปลงนี้, หลีกเลี่ยงงานกับนักศึกษาแพทย์
นั้นโดยมากเช่นผู้มาอาชีพแล้วทงนั้น. เช่น
เป็นพยาบาล, เป็นเลขานุการินของอาจารย์
ในโรงเรียนแพทย์เองและบางคนก็มีอาชีพ
ตามร้านขายของต่าง ๆ. แต่จะมีปัญหาเรื่อง
แม้งคาปะปนอยู่ข้างหรือเปล่าข้าพเจ้าไม่อาจ
จะตอบได้เพราะสืบเสาะลงไปไม่ถึง. ถึง
ภรรยา จะมี อาชีพบาง ครอบครัว ก็ เก็บเขยค
กะเสียนเต็มทน. เมื่อยกขัญหานั้นได้ถาม,
มีอาจารย์ของ หลาย โรงเรียนแสดงความ
เวทนาในบางครอบครัวของนักศึกษาแพทย์.

ในอเมริกาได้มีองค์การหลายองค์การ
ที่จะทำการช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์ ในเรื่อง
ทุนรอนเช่น National Fund for Medical
Education. American Medical Education
Foundation และเงิน ทุน ต่าง ๆ ใน มหา
วิทยาลัย. ทงนี้คงไม่อาจช่วยเหลือให้ครบ

ถ้วนทั่วคนได้, จึงได้เกิดเป็นปัญหาชน
ตามทกล่าวแล้ว.

สำหรับ ประเทศไทย ตามที่ได้ จากการ
สัมภาษณ์นักศึกษา ที่ขอทุนออกนอก ปรากฏ
ว่าการหาเงินนอก เวลาของนักศึกษา แพทย์
นั้นส่วนใหญ่เป็นครูพิเศษสอนตาม โรงเรียน
หรือไปสอนตามบ้าน. ทางการของเราสนับสนุน
เต็มที่, เพราะการเป็นครูเป็นการฝึก
ให้รู้จักการเป็นผู้ใหญ่ดีกว่าอาชีพอื่น. นอก
นั้นทำหน้าที่ ใน ห้องสมุด หรือ เป็น ผู้ช่วย
อาจารย์ในห้องปฏิบัติการ. สำหรับงาน
หนัก ๆ เคยมีผู้มาเล่าว่ามั่งงานขั้บรถยนตร์รับ
จ้างทางการของเรา ถึงอยากจะทำก็ยังไม่
กล้าว่าจะทำให้เสียการเล่าเรียน. เมื่อเปรียบ
กับนักศึกษาอเมริกันแล้ว ข้าพเจ้าคิดว่านัก
ศึกษาไทยทำงาน นอกเวลาเรียน น้อย กว่า
มาก, แต่จะมากหรือน้อยกว่ากันเท่าใดนั้น
ไม่มีตัวเลขชัดเจน. การที่นักศึกษาแพทย์
ของเรายังหา เงินช่วยการเรียน น้อยนั้น อาจ
จะเป็นเพราะเหตุ ๒ ประการ; ข้อหนึ่งบาง
คนยัง รู้สึกอาย ที่ต้องไป มีอาชีพ ขณะยัง
เป็นนักศึกษา, และอีกข้อหนึ่งขณะค่า
ครองชีพยังไม่ขั้บรถถึงที่ลศ. แต่ข้อไปคง
จะเปลี่ยนแปลงไปเมื่อค่าครองชีพสูงขึ้นตาม
ความเจริญของบ้านเมือง (ค่าของรัฐบาล

สมัยหนึ่ง).

การจะไปแต่งงานมีครอบครัวนั้นทางการของเราไม่ได้สนับสนุนเลย. หอพักที่มออยู่ก็ไม่ได้ทำให้ครอบครัวพัก. ถึงจะมีบางคน มาขอ อนุญาตทางการ ของเรา ก็คงไม่ยอมอย่างเด็ดขาด. แต่ถ้าทราบว่าบางคน ไปมีภรรยาถึงจะรู้สึกหมั่นไส้ โดยมากก็ทำเป็นไม่รู้ไม่ชี้เสีย. จนขณะนั้นนักศึกษาแพทย์ของเราบางคนยังเก่งกว่าอาจารย์เสียอีกคือมีภรรยาถึง ๒ คน. สำหรับนักศึกษาหญิงนั้นถ้าทราบว่าแต่งงานทางการของเราเกือบจะขอให้สละเปลี่ยนอาชีพเอาที่เดียว. เท่าที่ทราบก็เหมือน จะมี ราย เกี่ยว ขณะ เป็น นักศึกษา, ก็ไม่ได้ยื่นหน้าออกตา, ขยแฉ้วถึงได้อยู่กันอย่างเข็ดผุย. ถ้าจะมีปัญหาถามว่าทำไมเราจึงไม่สนับสนุน, สำหรับตัวข้าพเจ้าว่าข้าพเจ้าขอไม่ได้. โดยมากเห็นกันว่ากรมขัตติยานันเป็นภาระชั้นตอนความขะมักเขม้น ในการศึกษาจึงไม่ อยากรให้.

สำหรับ เงินทุน ที่จะช่วยเหลือนักศึกษานานมทุนที่ผู้มีจิตศรัทธา มอบไว้ ให้แก่คณะแพทยศาสตร์ทั้งสองแห่งไว้ สำหรับผู้ขัดสนและผู้ทีเล้าเรียนได้ผลดีเป็นพิเศษ. นอกจากนั้นแล้ว ก็มี ทุนของ กระทรวง สาธารณสุข ให้

ตลอดชีพของการศึกษา. แต่ถ่าย ใหนสอยตกขั้ต่อไปก็งคนออกจาก จะมีทุนเหลือ จึงจะพิจารณาให้. นักศึกษาที่จะรับทุนนั้นต้องทำสัญญาผูกมัด โดยทำงาน ตาม ความ ต้องการของกระทรวงสาธารณสุขเป็น ๒ เท่าของเวลาที่รับเงินทุน. เงินที่ให้นั้นน้อยมากคือเหมารวมทั้งหมด, ทั้งค่ากินอยู่, ค่าเล่าเรียนเพียงเดือนละ ๒๕๐ บาท. เงินจำนวนนี้ถ้าเป็นสมัยก่อนก็เท่ากับข้าราชการชั้นผู้ใหญ่. แต่สมัยที่ปลาทศวิละหนึ่งบาท บางครั้งขึ้นไปถึง ๖ สลึงนเงินจำนวนนี้ค่าเพียงเล็กน้อย. ทุนนี้จึงให้ประโยชน์น้อยไม่สม กับความ ปรารถนาของกระทรวงสาธารณสุข. คือปรากฏว่านักศึกษาหลังสำเร็จแล้วแทนที่จะไปทำงานตามความต้องการของกระทรวง กลับวิ่งเต็นหาเงินเพื่อคืนทุนที่ขอยืมมา. กระทรวงสาธารณสุขจึงลงทุนแล้วไม่บังเกิดผล. นักศึกษาที่เคยได้รับทุน แล้วคืนเงิน ก็ถูกมอง ไปในแง่ ผู้ขาดความสำนึกในบุญคุณ, เป็นปมค้อยติดตัวไปตลอดชีวิต. ทางกระทรวงสาธารณสุขไม่ยอมแก้ไขในเรื่องนี้. ผู้เขียนเคยขอร้องเรียน ท่านรัฐมนตรี เคยวนเมือ ครอง ยง เป็นปลัดกระทรวงก็ไม่เคยได้ผล. ทุกครั้งอ้างว่ากระทรวงการคลังไม่เห็นด้วย. การไม่เห็น

สารศิริราช

ภัยนั้นจะเป็นของใครก็ตาม; ตามความเห็น
ของข้าพเจ้าฯ เห็นว่าเป็นการตายอด, เพราะ
คนที่ไต่รับทุนแต่ทุนไม่พอใช้, ทำให้ต้อง
วังซอก ๆ หากเงินนั้นเป็นผลร้าย แก่จิตใจ
อย่างยิ่ง, ก่อให้เกิดขาดการกตัญญูรู้คุณ
ผู้อุปการะ. นักศึกษาส่วนมากจึงไม่ยอม
ขอรับทุนนอกจากจะหมดทางจริง ๆ, เพราะ
ถึงซอกไต่มาไม่พอกินพอใช้, พอมีทาง
เลี้ยงไต่ก็หาทางออกทันที. กิจการบางอย่าง
ของ กระทรวง สาธารณสุขจึงมีผู้ไปอยู่ โดย
ความจำใจ. บางคนก็เสียดคนไปเลย. ทน
ของ คณะฯ ที่มีอยู่ในขณะนี้ ไม่ได้มีส่วน
สัมพันธ์กับจำนวนนักศึกษา. ขณะนี้ยังไม่
เห็นทางที่จะแก้ไขในเรื่องนี้. นอกจากนั้น
บางคนไม่เห็นแก่ส่วนรวม. ข้าพเจ้าขอใช้คำ
แรงว่า "หน้าบ้านและทุจริต". ตัวไม่มี
ความจำเป็นเลยแต่เห็นว่าจะมีโอกาสไต่ทุน
ก็ขอบ้าง, ไต่ไปแล้วก็นำไปใช้จ่ายฟุ่มเฟือย
เป็นเหตุให้กรรมการ พิจารณา ทุนถูกคำหนิ
อยู่เสมอ.

ทาง อเมริกา ไต่ขอเรื่อง เศรษฐกิจ เป็น
เรื่องใหญ่. เคยมีผู้แนะนำว่าถ้าแพทย์ทุกคน
ในสหรัฐฯ ขณะนี้จะสละรายได้ของตนได้
๑๐๐ ดอลลาร์ตลอดชีวิต, จะไต่ทุนถึง
๒๐ ล้านเหรียญ เพื่อช่วย นักศึกษา แพทย์

ไปไต่เป็นเวลานาน. ขณะนี้โครงการนี้ไต่
ดำเนินไปข้างแล้วในบางรัฐ.

อีกโครงการหนึ่งซึ่งเป็นของ Dr. Tinsley
R. Harrison อยู่ที่ Medical College of
Alabama และเป็นโครงการที่ Mr. Stauda-
cher เห็นด้วยก็คือทำถนนแบบการค้า
โดยใช้เงินโดยยืมว่า "Train Now, Pay
Later". คือเรียนแล้วผ่อนส่งทีหลังตามจะ
ตกลงกัน. นับเป็นนโยบายที่อธิบายอยู่ใน
ตัวแล้ว. Mr. Staudacher เข้าใจว่านโยบาย
นี้จะ อำนวยผลไต่ดี โดยใช้ ประโยคที่ว่า
"He (หมายถึงผู้ไต่รับความช่วยเหลือตาม
โครงการนี้) could not help but be a
better young doctor than the student
who has to supplement his income by
working at jobs which are unprofess-
ional and distasteful but far more
lucrative." แต่ในขณะนี้ยังไม่มี การดำเนิน
ตามคำแนะนำ. อาจเป็นเพราะนโยบายนี้
แพงเกินไปเหลือ กำลังที่โรงเรียนแพทย์ ทั้ง
หลายจะหาทุนมาทกรอง. ถ้าจำนวนเงิน
ที่ผมอ้างมาแล้วเป็นความจริง. คือในการ
อบรมนักศึกษาแพทย์ ในหนึ่งห้องใช้คนละ
ประมาณ ๑๒,๐๐๐ ดอลลาร์, โรงเรียน
ที่มีนักศึกษาชั้นละ ๖๐ คน ๔ ชั้น ๒๔๐
คนจะต้องใช้ปีละ ๓,๒๔๐,๐๐๐ ดอลลาร์.
ขณะนี้ อเมริกามี โรงเรียน แพทย์ ประมาณ

๕๕ แห่ง. ข้างแห่งคนนักศึกษาเกินชั้นละ ๖๐ คน. ข้างแห่งน้อยกว่าเล็กน้อย. ทว่าทั้งประเทศ จะต้องใช้เงินกว่า ๒๗๖ ล้านดอลลาร์. ตามนิตยสารโลกเดียวกันที่ Dr. Meads ให้ไว้ใน การ ประชุม การ ศึกษา แพทย์ที่โรงเรียน Bowman Gray, คอช ๒๗๓ ล้านดอลลาร์. โดยมีการแบ่งส่วน รายได้ดังต่อไปนี้: รัฐบาลกลาง ๒๕.๖ ปช., รัฐบาลแห่งรัฐและเทศบาล ๑๘.๕ ปช., เงินบริจาคและเงินช่วยเหลือจากเอกชน ๑๗.๑ ปช., เงินทุนของมหาวิทยาลัยทั่วไป ๑๖.๗ ปช., ค่าสอน ๖.๕ ปช., รายได้จากเงินทุนสะสม ๖.๑ ปช., รายได้จากโรงพยาบาล และสถานพยาบาล ๕.๑ ปช.; อื่นๆ (บริการประกันสุขภาพ, คิษย์เก่า, เงินสะสม ฯลฯ) ๔.๕ ปช. ไม่ทราบว่าสมาชิกวิทยาลัยจะเห็นด้วยหรือไม่และอาชีพอนจะยอมหรือไม่. ถ้าเห็นด้วยและยอมให้รัฐบาลใช้เงิน จำนวนนี้ คงจะทำให้ การศึกษา แพทย์ ของอเมริกา เปลี่ยนโฉมหน้าไปอย่าง ที่น่าศึกษาอย่างยิ่ง.

จากการศึกษาของข้าพเจ้า และที่ที่เคยเสนอเมื่อครั้งการประชุมที่ข้างแสน มีรายงานของ Weiskotten ในปี ๑๙๔๐ ให้ไว้ บลละ ๑,๐๕๒ ดอลลาร์ต่อคน, ที่รายงาน

โดย Council on Medical Education and Hospitals (Anderson & Tipner 1948) ให้แตกต่างกันตั้งแต่ ๕๑๗ ถึง ๕,๕๐๐ ดอลลาร์. กรรมการที่ตงโดย Surgeon General of the U.S. Public Health Service ได้รายงานในปี ๑๙๕๑. ให้ระหว่าง ๗๕๔ ถึง ๘,๒๕๗ ดอลลาร์. National Fund for Medical Education Inc. ให้ว่าในการอบรมนักศึกษาคนหนึ่งจนจบการศึกษาเป็นเวลา ๕ ปี ใน ร.ร. แพทย์ ขนาดใหญ่แห่งหนึ่งจะตกคนหนึ่งเป็นจำนวน ๑๓,๓๕๖ ดอลลาร์. หรือบลละ ๓,๓๓๘ ดอลลาร์.

รายงานที่ใหม่นี้ใหม่ที่สที่สุดซึ่งได้จากการสืบค้นของ คณะกรรมการคณะหนึ่ง เกี่ยวกับการใช้จ่ายของโรงเรียนแพทย์ของ Emory University (L.W. Knott, M. Gooch and H.E. Hilliard 1958: The cost of medical education, a pilot study. J. Med. Educ. 33, 429-444) ในการอบรมนักศึกษาแต่ละคน นั้นเมื่อ คัดแล้วอาจ แตกต่าง ได้ตั้งแต่ ๓,๗๗๐ ถึง ๒,๔๓๖ ดอลลาร์. คณะกรรมการคณะนี้คิดว่าจำนวน ๒,๖๐๐ ดอลลาร์. จะใกล้เคียงความจริงที่สุด. ในจำนวนนี้เงินค่าใช้จ่าย โดยตรงกับนักศึกษาแพทย์ ๑,๖๔๐ ดอลลาร์. ใช้จ่ายในการมีแพทย์ประจำบ้าน และ หัวหน้า แพทย์ ประจำบ้าน

เพราะบุคคลพวกนี้ช่วยในการอบรมนักศึกษา แพทย์เหมือนกันแต่คิดเพียง ๒๐ ๒๕. คงเป็นเงินใช้ในการสอนให้เด็กชนคนละ ๔๓๕ ดอลลาร์. ใช้จ่ายเกี่ยวกับผู้ช่วยที่ไว้ใช้สอน ๓๕๗ ดอลลาร์. เป็นเงินทั้งหมด ๒,๕๕๔ ดอลลาร์. จำนวนนี้ถ้าคิดคำนวณเปรียบเทียบกับ ที่กล่าว แล้วโรงเรียนแพทย์ ก็มันนักศึกษาแพทย์ชั้นละ ๖๐ คน ก็จะต้องใช้เงินปีละ ๖๒๔,๐๐๐ ดอลลาร์. ๘๕ โรงแ

เรียนเป็นเงิน ๕๓,๐๕๐,๐๐๐ ดอลลาร์. อาจจะไม่มากสำหรับคนอเมริกัน, แต่สำหรับคนไทยเงินพันหกสิบล้านบาทนั้นเป็น ๕ ของงบประมาณแผ่นดิน.

ข้าพเจ้าขอจบแต่เพียงนี้. อยากจะได้ทราบความเห็นของพวกเราว่าถ้าหากจำนวนผู้สมัคร เข้าเรียน แพทย์ของเรา น้อยลงหรือนักศึกษาชั้นนี้ไม่อยากจะเรียนแพทย์, เราจะมีวิธแก้ไขอย่างไร.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
๓. สั่งจ่ายเงินที่ ๒.๗. หน้าพระลาน

บทบรรณาธิการ

ความดีทำได้ไม่สูญหาย

“ทำดีได้ดี, ทำชั่วได้ชั่ว” เป็นพระพุทธรูปที่ซึ่งพวกนักคิดพากย์อยู่ในหม้อพทอคำสนิกชน. แต่ถ้ามองจากการกระทำก็จะต้องลงความเห็นว่า มนุษย์คือสัตว์ที่เห็นอย่างแน่นแฟ้นเพียงส่วนน้อย. คนส่วนมากไม่ค่อยจะยึดถือ. ที่เป็นเช่นนั้นก็เพราะยังไม่ค่อยจะเชื่อกันจริงๆ. คงจะเห็นว่าคนที่ทำดีแล้วไม่ได้ดีก็มีมาก, ที่ทำชั่วแล้วกลับได้ดีก็มีตัวอย่างอยู่เสมอ. ผู้ที่เห็นเช่นนั้นยังไม่เข้าใจว่าการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งไม่จำเป็นจะต้องให้ผลโดยทันทีหรืออย่างทันทีเห็นเสมอไป. ผลนั้นมีแน่และตรงตามหลัก “ทำดีได้ดี, ทำชั่วได้ชั่ว”. แต่ที่ว่าอาจปรากฏในรูปร่างอันแตกต่างจากต้นเหตุและอาจเป็นในเวลาที่ห่างไกลกันมาก ๆ ก็ได้.

ความเชื่อในเรื่อง “ทำดีได้ดี, ทำชั่วได้ชั่ว” นั้นเป็นหลักสำคัญประการหนึ่งในพระพุทธรูปและเป็นหลักสำคัญในการดำเนินชีวิตของบุคคลด้วย. ผู้ที่ยึดหลักนี้ย่อมจะมีเครื่องเตือนใจอยู่เสมอให้พยายาม

ทำความดีและหลีกเลี่ยงความชั่วเพื่อที่จะได้เป็นคนดี, เพราะรังเกียจหรือกลัวผลทางชั่ว. อนึ่ง, ปัจจัยประกอบที่สำคัญประการหนึ่งในด้านจิตใจคือความเคยชิน. ผู้ที่คลั่งคลั่งกับการกระทำที่ไม่ดีค่อยเรื่อย ๆ ในที่สุดก็จะช้านานต่อความไม่ดีขึ้น ๆ. ต่อไปเมื่อถึงคราวพบเห็นอีกหรือแม้กระทำการเองก็จะมีความรู้สึกเฉย ๆ เพราะเป็นของธรรมดาไปแล้ว. ในทางตรงกันข้าม, ผู้ที่เคยถูกผูกมัดหรือเคยอบรมตนเองให้ประกอบกรรมดีอยู่เป็นประจำ, จิตใจย่อมคุ้นเคยกับความดี. ถึงคราวจะกระทำความผิดย่อมมีสติระงับหรือระอาย. เพราะเหตุผลเช่นนี้สังคมทุกแห่งจึงทำการอบรมสั่งสอนเด็ก ๆ ให้รู้จักทำดีและรังเกียจการทำชั่วไว้ตั้งแต่อายุน้อย, เพื่อจะได้เติบโตขึ้นเป็นคนมีทั้งทำดีและหลีกเลี่ยงความชั่ว. สังคมใดที่ทำเช่นนั้นได้มาก, ย่อมได้ผลเป็นความสงบและความเจริญ. ตรงกันข้าม, สังคมที่ไม่เอาใจใส่ในการอบรมสั่งสอน ย่อมจะเต็มไปด้วยความยุ่งยากและอาจเข้าสู่สภาพทุกข์คน

ทศก.

“จิตมีธรรมชาติสะสม”. ผู้ที่ทำดีอยู่เสมอ ๆ, ความดีที่พอกพูนอยู่ที่จิต, และชวนให้ทำดียิ่งขึ้น. เพราะการพอกพูนนี้ ประกอบกับความเคยชิน, เมื่อถึงโอกาสที่จะกระทำกรรมดีเขาชอบปฏิบัติได้โดยไม่ต้องรอรังงใจอะไร, ทั้ง ๆ ที่การนั้นอาจประกอบไปด้วยความยากเย็นหรือเมื่อยล้าจนทรายเป็นอย่างมาก. ในเขาย่อมจะนึกแล้วว่า “นี่ต้องทำ”, ไม่ต้องนึกว่า “ทำแล้วจะได้อะไร” หรือ “ทำแล้วตัวเราจะเป็นอย่างไร”. เมื่อเป็นการดีและควรทำ, เขาก็ต้องทำ. ความคึกคัก เช่นนี้คงจะได้เป็นต้นเหตุของผล “ปฏิหารย์” แปลก ๆ มาแล้ว, คือคนบางคนทำอะไรได้สำเร็จอย่างที่ไม่น่าจะเป็นไปได้. บางทีผู้ทำอาจได้รับผลร้ายจากการกระทำนั้น ๆ, เช่นทรัพย์สินเสียหาย, ทรัพย์ต้องได้รับขาคเจ็บ, หรือแม่เสียชีวิต. แต่การกระทำนั้น ๆ ไม่ได้เสื่อมคุณค่าหรือสูญหายไปไหน. คนผู้นั้นเอง, ถ้าชีวิตยังอยู่, ก็คงจะกระทำการแบบนี้ได้อีก, เมื่อคิด “ว่า คราวนี้ยังทำได้, คราวนี้ก็ต้องทำได้”. ในจำนวนคนอื่นที่รู้เห็นก็คงจะมีใครบ้างที่จำเขาไปเป็นตัวอย่างเพื่อกะทำอย่างการกระทำนั้น ๆ. นั่นก็จะได้รับเกียรติยศ

ต่อไปอีก, และการกระทำเพื่อความดีและด้วยความสะดวกก็จะมีอยู่ต่อไป, ทรายเป็นที่ขงมีคนอื่นเชื่อว่า “ทำได้ดี, ทำชวได้ชว”.

ผู้ประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับการแพทย์. โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล, เป็นพวกที่มีโอกาสดีมากกว่าคนอื่น ๆ ในการที่จะประกอบกรรมดี, เพราะวิชาที่เรียนนั้นมีความมุ่งหมายในทางทำความดีทั้งสิ้น. ผู้ที่ผลอควหรือพลงพลาดไปไม่ได้ทำตามหลักวิชาย่อมเป็นการเสียโอกาสที่น่าเสียดายมาก. ในหน้าหนังสือพิมพ์มีข่าวบ่อย ๆ เกี่ยวกับแพทย์ปฏิบัติผิดทาง, ทำให้เกิดทุกข์ยากแก่คนไข้และเกิดความเสื่อมเสียแก่หมู่คณะ. พิจารณาตามเรื่องราวรู้สึกว่ามันเหตุสำคัญของความผิดมีสองประการ, คือความเห็นแก่ตัวกับความขาดสติ. ตามความนิยมของผู้วิชาชีพเงินมีความสำคัญน้อย, น้อยกว่าเกียรติและหลักวิชามาก. การเอาเกียรติหรือหลักวิชาไปแลกกับเงินจึงเป็นความบกพร่องอย่างหนัก. ส่วนการขาดสตินี้ สำหรับคนธรรมดาอาจไม่สลักสำคัญ, แต่สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพย่อมสำคัญเป็นพิเศษ. เพราะการขาดไปอาจทำผลเสียหายมาก. อย่างไรก็ตาม, ความพลาด

พลังอาจเกิดได้เสมอและเป็น เรื่องที่ พอดอกัย
กันได้ถ้าไม่ข้อยจนเกินควร.

กิจการที่ดำเนินไปโดยปรกคิย่อมไม่เป็น
ข่าว. สิ่งที่เกิดจากปรกคิจึงเป็นข่าว. การ
ปฏิบัติงานของแพทย์หรือ พยาบาลโดยเรียบ
ร้อยก็ไม่ใช่เป็นข่าว. ที่เห็นข่าวคือการปฏิบัติ
พลังพลาด. ดังนั้นเราจึงได้ข่าวแต่เรื่องไม่
คดียงน. อย่างไรก็ตามเมื่อเดือนที่แล้วประ-
ชาชนจำนวนไม่น้อย ได้รับ ทราบ ข่าวดีของ
แพทย์ผู้หนึ่ง, คือ พันตรีสง่า รามณรงค์
ซึ่ง ประ กอบวิชาชีพ อยู่ที่ อำเภอ ปากพนัง,
จังหวัดนครศรีธรรมราช. พฤติการณ์ของ
นายแพทย์ผู้นี้ได้ปรากฏ อยู่ใน หน้า หนังสือ
พิมพ์หลายฉบับแล้วโดยละเอียด. (*) กล่าว
โดยสรุปคุณหมอได้กระทำหน้าที่ของแพทย์
โดยสมบูรณ์หรือยิ่ง กว่า เสีย อีกใน ระหว่าง
มหาวาตภัยที่แหลมตะลุมพุกและเขตอื่นของ
จังหวัดนครศรีธรรมราช. ทั้ง ๆ ที่ตนเอง
และครอบครัวได้รับ ภัย และ อยู่ ระหว่าง ภัย
คุณหมอได้ ให้ความช่วยเหลืออย่างดีที่สุดที่
จะทำได้ แก่ผู้ ประสบ ภัยนี้จำนวน วัชย ๆ,
โดยไม่ได้เรียกร้องสิ่งตอบแทนและ โดยที่รู้
แน่อยู่แก่ใจว่า ไม่มี หวังจะ ได้ วัชย อะไรตอบแทน,
เพราะทุก ๆ คนสิ้นเนื้อประดาตัว

ด้วยกัน, แม้แต่ผ้าจะพันกายก็หาแทบไม่ได้.
คุณหมอไม่ได้คิดที่จะย้ายประกาศการกระทำ
ของตนแต่ประการใด, แต่ยังมีใญ่หนักหนังสือ
พิมพ์กลุ่มหนึ่ง ได้ ไปเห็น งาน ของท่าน เข้า
และจัดการสวดตามสมควร. การกระทำของ
คุณหมอจึงเกิดเป็นข่าวขึ้นมา, และเป็นข่าว
ดีที่ทำให้ใจกันโดยทั่วไปทั้งพวกแพทย์และ
พวกไม่ใช่แพทย์. คนธรรมดาอันนี้ใคร ๆ ก็
ยินดีที่ทราบว่ามีคนทำความดีไว้ที่ไหน, แม้
จะไม่เกี่ยวข้องกับตนเองเลย. ถ้ามีอะไรเกี่ยว
ข้องด้วย, ก็ยินดีมากขึ้นอีก. เช่นในกรณี
คุณหมอสง่า รามณรงค์, ในฐานะที่ท่าน
เป็นศิษย์เก่า “ศิริราช” พวก “ศิริราช”
ก็ยินดีมากกว่าคนอื่น ๆ อยู่เป็นธรรมดา.

อย่างไรก็ดี, กรณีของ คุณ หมอสง่า
รามณรงค์เมื่อครั้งตาม หลังซึ่ง ยิงความยินดี
ให้แก่พวก “ศิริราช” มากขึ้น เป็นพิเศษ
และควรถือเป็นตัวอย่าง ชอหนึ่งของ คติพจน์
“ความดีทำไว้ไม่สูญหาย” ซึ่งนำมาเป็นหัว
ข้อของบทความนี้. เรื่องทวนคอบรรณา-
ธิการ สารศิริราชได้รับจดหมาย จากบุคคลผู้
ซึ่งใช้นามแฝงว่า “ทหารผู้หนึ่ง” (**)
แสดงความยินดีในการกระทำของคุณหมอ
สง่า รามณรงค์และเล่าต่อไปถึงพฤติกรรม

(*) ดูเรื่อง “หมอใจพระ” และ “แหลมตะลุมพุกฯ” ในแผนกปกิณกะ.
(**) ดูเรื่อง “ความดีมีผลหลาย” ในแผนกปกิณกะ.

ของศิษย์เก่าศิริราชอีกหลาย คนที่ รัชราช-
 การสนองคุณประเทศชาติเป็น แพทย์ ทหาร
 ในระหว่างสงคราม และได้ปฏิบัติหน้าที่ของ
 ตนอย่างสมบูรณ์โดยมิได้คำนึง ถึง ตนเอง
 เลย. “ทหารผู้หนึ่ง” เห็นว่ากรรมดีของ
 ศิษย์เก่าทั้งหลายเป็นผลของการอบรมอย่าง
 ดีที่ “ศิริราช” ได้ให้ไว้. ควรเชื่อได้ว่าการ
 กระทำของนายแพทย์ทหารหลาย คนนั้นคง
 จะ ดี เกิน จริง ๆ จึง ได้ ประทับ ใจ ของ ท่าน
 “ทหารผู้หนึ่ง” อย่างแนบแน่นตลอดเวลา
 เกือบยี่สิบปีที่ผ่านมา, เป็น พยาน ว่ากรรม
 ดีที่ ทำ แม่ ใน ข้าง หรือ บ้าน เมือง ที่ ห่างไกล
 เพียงใดก็ตาม, ย่อมไม่มีสูญหาย. เมื่อ
 ถึงคราวก็กลับ มา แสดงผล ให้ปรากฏได้. ใน
 กรณี ที่ กล่าว ถึง นี้ เช่น ๆ ผล ที่ เกิด ขึ้น ก็ จะ
 ไม่ ไป ถึง ผู้กระทำเลย, เพราะ ไม่ ทราย เสีย
 แล้วว่าเป็นใครและอยู่ที่ไหน. บางคนอาจจะ
 ไม่ได้ อยู่ใน โลก นี้ แล้ว ก็ ได้. แต่ ที่ จริง นัน ผล
 ดี ที่ มี ขึ้น คง แต่ มา จาก การ กระทำ. ผู้กระทำ ย่อม
 พอใจ ว่า ได้ ทำ หน้าที่ อย่าง เต็ม เข้ม, ไม่
 ต้อง เสียใจ หรือ น้อยหน้า ผู้ใด. นั่น คือ ผล
 “ใน ข้าง ใจ”. ส่วน การ รวบรวม เรื่อง ขึ้น มา

ใหม่คราวนี้, ถ้าผู้กระทำได้ทราบ, ก็ย่อมจะ
 ยัง เกิด ความ ยินดี ว่า การ ทำ ภาระ นั้น นาน เน้น
 ยังมี คน จำ ได้ และ เห็น ว่า ดี. ยิ่ง กว่า นั้น เพื่อน
 ร่วม สำนึก เรียบ, เพื่อน ร่วม อาชีพ และ คน
 อื่น ๆ ที่ มี หน้าที่ ย่อม พลาด ยล ปลาย ปลาย ไป ด้วย.
 เหล่า นี้ เป็น ผล ของ กรรม ดี ที่ ทำ ไว้ ตั้ง แต่ ยี่สิบ
 ปี ก่อนหน้านั้น.

การเขียนบทความนี้, การตีพิมพ์พจนานุกรม
 และบทความจากหนังสือพิมพ์, มิ
 ได้มีจุดหมายจะโอ้อวด. แต่มีความประสงค์
 จะแสดงหลักสำคัญ “ทำดีได้ดี, ทำชั่วได้
 ชั่ว” ว่าเป็นจริงและส่งผลได้แม้กาลเวลาจะ
 ล่วงไปมากแล้ว. นอกจากนั้นใครจะอาศัย
 กระตั้นเตือนศิษย์และอาจารย์ของศิริราชใน
 ปัจจุบันว่าคนในสมัยที่ล่วงไปแล้วได้ทำความ
 ดีไว้ให้ใครชื่นชม, สมควรที่คนในสมัยนี้จะ
 รักษาความดีให้คงไว้ต่อไป ด้วยการดำเนิน
 ตามรอย.

ในโอกาสที่ พ.ศ. ๒๕๐๕ กำลังจะ
 สิ้นลง, ควรจะร่วมกันตั้งใจสร้างความคิด
 และละเว้นความชั่ว เป็นการรับปีใหม่โดย
 ทั่วกัน.

แผนกยอเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้. เชื้อโชติ หังสสุต ท.บ.,พ.บ., พริช เบ็นพัดน์ พ.บ.
ฉิว ลิมปพยอม พ.บ., สมชัย บวรภิตติ พ.บ., ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.
มันตรี จุลสมัย พ.บ., ฉลองขวัญ สิทธิถล พ.บ., กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ.
สุวรรณ จารณาคร พ.บ., กาญจนา จึงเจริญ พ.บ., บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med.

๑. Eugene S. Hopp: อินทรายย่อประ-
สาทหู จากเสียงเครื่องกรอพื้นความเร็วสูง.
Laryngoscope 1962, 122:821-827.

ซารทเลย์ และ ชัตสัน ได้ทดลองพบ
ว่าเครื่องกรอพื้นชนิดที่หมุนโดย เทอร์ไบน์
อากาศ จะมี ระยะเวลาเสียงที่ทำให้เกิดอินทราย
อย่างถาวรต่อประสาทหูได้. ผู้เขียนได้รายงาน
ผลการทดลองของในนักศึกษาทันตแพทย์ ปี
ที่สี่ของซอมมหาวิทยาลัย คาลิฟอร์เนีย ๖๑
คน โดยให้ใช้เครื่องมือกรอพื้นชนิดนี้
ตลอดการทดลอง. แต่ละคนจะต้องรับเสียง
ประมาณ ๕ ชม. ต่อสัปดาห์, เป็นเวลาทั้ง
สิ้น ๒๓ สัปดาห์. ระหว่างการทำงานจะ
ต้องทำในท่าก้มหน้าไว้ เพื่อให้ไครยเสียงจ
หระคงที่โดยตลอด. ก่อนและหลังการ
ทดลอง, ทุกคนได้รับการทดสอบด้วย อ-
ดิโอแกรม เพื่อใช้เปรียบเทียบกัน, โดยใช้
ความถี่ ๕๐๐, ๑๐๐ และ ๒,๐๐๐ รอบต่อ
วินาที. ผลการทดลองของกรงไม่พบความพิ

การที่แท้จริงต่อหู. แต่มี ๑๒ รายที่ต้องเพิ่ม
๑๐ เดซิเบล หรือมากกว่าที่ ๒๐๐๐,
๔๐๐๐, หรือ ๘๐๐๐ ครั้งต่อวินาที. มี
๒๖ รายที่เพิ่มอีก ๑๐ เดซิเบล หรือต่ำกว่า
ที่ความถี่ ๒๐๐๐, ๔๐๐๐ หรือ ๘๐๐๐
รอบต่อวินาที. พวกที่เคยมีประวัติรับเสียง
ทั้ง ๆ มาก่อนการทดลอง, มีอยู่ ๑๗ ราย
ที่ลด ๑๐ เดซิเบล ที่ความถี่ ๔๐๐๐ รอบ/
วินาที. เมื่อเทียบกับความถี่ ๒๐๐๐ รอบ
ต่อวินาที. อย่างไรก็ตามมี ๑๕ รายที่ไม่มี
ประวัติรับเสียงทั้ง ๆ มาก่อน. แต่ลดลง
๑๐ เดซิเบล หรือมากกว่าที่ความถี่ ๔๐๐๐
รอบต่อวินาที.

ผู้รายงานสรุปว่าเสียงจากเครื่องเทอร์-
ไบน์ อากาศ ขนาดที่ใช้ในการทดลองกรง
จะยังไม่ทำให้เกิดความ พิกการ แท้จริง ต่อห
ได้, แต่ผู้เขียนหวังว่าจะได้ศึกษาไปในนัก
ศึกษากลุ่มนี้, จนพวกนี้สำเร็จการศึกษาซึ่ง
ก็คงจะได้ผลมาเสนอให้อีกคราวต่อไป.

เชื้อโชติ หังสสุต ท.บ., พ.บ.

๒. Teuseu, K., Robert A. Patnode, H.C. Townsley, M.M. Cummings : การถ่าย
ทอกรรมไวเกินต่อ ทูเบอร์คูลิน ในมนุษย์.
Am. Rev. Resp. Dis. 1962, 85 : 373.

ผู้เขียนได้ทดสอบ ถ่าย ทอ ภูมิ ไว เกิน
ของเมดเล็คขาวจากคนที่ไวต่อ ทูเบอร์คูลิน
ไปยังคนที่ให้ผลลบต่อ ทูเบอร์คูลิน ต่าง ๆ
ชนิด. ทูเบอร์คูลิน ที่ใช้คือ P.P.D.-S
(human), P.P.D.-B (Battey), P.P.D.-A
(Avian). การทดลองได้ทำในผู้ป่วยในโรง
พยาบาลและนักศึกษาแพทย์, โดยพวกเขา
ให้ผลบวกต่อ ทูเบอร์คูลิน ทั้ง ๓ ชนิด หรือ
อย่างหนึ่งอย่างใดดังกล่าวเป็นผู้ให้เมดเล็ค
ขาว, ส่วนพวกเขาให้ผลลบโดยสิ้นเชิงเป็นผู้
รับ, เมดเล็คขาวของผู้ให้แยกมาจากเมด
๑๐๐ ล.ซม. ต่อ ๑ คน, ฉีดให้ผิวหนังให้
แก่ผู้รับในขนาดต่าง ๆ กัน. สองวันต่อมา
ทดสอบ ทูเบอร์คูลิน แก่ผู้รับที่แขนข้างเดียว
กันแต่คนละด้าน. นอกจากนั้นยังได้ทำการ
ทดลอง ฮิสโตพลาสติน ด้วย.

พบว่าผู้รับผลบวกต่อ ทูเบอร์คูลิน ๑๕
รายใน ๒๗ ราย. ส่วนมากให้ผลต่อ P.P.D.-
B. และ P.P.D.-A. ส่วน P.P.D.-S. หรือ
ทูเบอร์คูลิน มนุษย์นั้นได้ผลน้อย, คือ ๕
รายใน ๑๕ รายเท่านั้น.

สำหรับ ฮิสโตพลาสติน ทำ ๖ ราย,
ให้ผลบวกเพียงรายเดียว.

การทดลองนี้ยังได้ผลที่ผิดปกติอีก ๓
ประการคือ: (๑) ผู้ให้ที่มีผลบวกต่อ P.P.D.-
S. ทำให้ผู้รับมีผลบวกต่อ P.P.D.-A, (๒)
ผู้ให้ที่มีผลบวกต่อ P.P.D. เพียงอย่างเดียว,
ทำให้ผู้รับมีผลบวกต่อ P.P.D.-A. และ
P.P.D.-B, (๓) ผู้ให้ที่มีผลลบโดยสิ้นเชิง,
ทำให้ผู้รับมีผลบวกต่อ P.P.D.-A. และ
P.P.D.-B. ได้.

ปรากฏการณ์ทั้งสามนี้ผู้ทดลอง ยัง อธิ
บายไม่ได้, นอกจากเชื่อว่าอาจมีปฏิกิริยา
กลัยคล้ายกันหรือมีการติดเชื้อมัยโค-
บักทีเรียม ระหว่างการทดลองซึ่งในบางราย
การทดสอบครั้งแรกและครั้งหลังห่างกัน ถึง
๔ เดือน.

พีรัช เบ็นพัฒน์ พ.บ.

๓. Mann, S.H., T.M. Collier, B.L. Canaga : สาเหตุที่พบย่อยของอาการมอง
เห็นเป็นสอง. Am. Pract. 1962, 13 : 68-72.

ผู้รายงานกล่าวว่าในการตรวจผู้ป่วยที่มา
หาแพทย์ด้วยอาการมองเห็นเป็นสองนั้นต้อง
ตรวจการทำงานของกล้ามเนื้อนอกลูกตาทุก
มัด, และได้รายงานผู้ป่วยที่มีอาการทั้ง

กล่าวหากรายตัวกันโดยละเอียด, มีอาการ
แสดงและสาเหตุต่าง ๆ กัน. กล่าวคือราย
ที่ ๑ ตรวจพบมีอิมพาดของกลามเนื้อ ซูฟ-
เรียร์ โอบลิค ข้างขวา, ได้สาเหตุมาจาก
โรคเบาหวาน; รายที่ ๒ ตรวจพบมีอิมพาด
ของ กลามเนื้อ เร็คคัส อันข้าง ด้าน ซ้าย,
พร้อมทั้งมีอาการปวดศีรษะทั่วๆ ไปร่วมด้วย,
ได้สาเหตุจากความดันของน้ำไขสันหลัง สูง
กว่าปรกติ; รายที่ ๓ ตรวจพบมีอิมพาดของ
กลามเนื้อ เร็คคัส อันล่างและ โอบลิค อัน
บนข้างซ้าย, พร้อมทั้งอาการแสดงของ
พริวมิตัล แทรคต์, ได้สาเหตุจากความ
เสื่อมโทรมของหลอดเลือดแดง เบซิลลาร์;
รายที่ ๔ มีกลามเนื้อ เร็คคัส อันข้างอิม-
พาดทางตาซ้าย, ซาซิกตัวขวา, เกิดจาก
โรค มัลติเปิ้ล สเคลอโรสิส; รายที่ ๕ มี
ตาซ้ายต, ลูกตาเอียงไปด้านข้างและด้าน
บน, รูม่านตาขยายและไม่แสดงปฏิกิริยา
โต ๆ, มีสาเหตุจาก อะนิวริสม์ ในสมอง;
รายที่ ๖ มีตาขวาต, และมีอิมพาดของตา
ซ้ายเวลามองไปทางด้านข้าง ได้ สาเหตุมา
จาก มัยอัสทีเนีย กราวิล.

สาเหตุทั้งหกอย่างนี้ เป็นสาเหตุของอา-
การมองเห็นเป็นสองที่พบย่อย. นอกจากนั้นผู้
รายงานยังได้วิจารณ์, อธิบายพยาธิสภาพ

และเล่าถึงจุดช่วยในการวินิจฉัย ถึง สาเหตุ
ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดอาการนี้ด้วย.

ผิว ลิมปพยอม พ.บ.

๔. Emanuel, D.A., B.R. Lawton, F.J.
Wenzel: โรคเปลือกไมเอเบิล. New England
J. Med. 1962, 266 : 333-337.

เมื่อ ค.ศ. ๑๙๓๒ Towey และ Sweany
ได้รายงานเป็นครั้งแรกถึงผู้ป่วย ๓๕ รายซึ่ง
มีอาการหอบหืดตลอดลม เนื่อง จาก การแพ้
สปอร์ ของราที่อยู่ในเปลือกไม้ เมเบิล. ราย
งานปัจจุบันจัดว่า เป็นครั้งแรกที่แสดงผู้ป่วย
ที่มีปอดอักเสบชนิด อันเตอร์สติเซียล ที่
กระจายทั่วไป, ซึ่งผู้รายงานอ้างว่าเกิดขน
เนื่องจากปฏิกิริยาสร้าง แกรนเลชัน ทีสซ
ซนตอยต่อการมีภาวะ ฮีเปอร์เซ็นซิวิตี
ชนิดเซอซาคัส สปอร์ ของราเฉพาะอย่าง.

การวินิจฉัยโรคอาศัย (๑) ผู้ป่วยมี
อาชีพเลี้ยงขงไม้ เมเบิล ซึ่งพบรา *Coniosporium corticale* อยู่หนาแน่น. (๒)
สปอร์ ของราที่ตรวจพบในเนื้อปอดของผู้ป่วย
จาก ไบออปซีย์ เป็นชนิดเดียวกับที่พบใน
เปลือกไม้ เมเบิล. (๓) ทั้งผู้ป่วยและหนู
ตะเภ่าที่เคอร์บีการฉีก สปอร์ ของราแสดง
ปฏิกิริยาทางผิวหนังรุนแรง ต่อ การ ทดลอง

ด้วย โปร เทอีน ที่สกัดจาก สปอร์, แต่ใน
คืออินโทรล ไม่มีปฏิกิริยา. (๔) ลักษณะทาง
คลินิกและทางรังสี ของผู้ป่วย ราย ปัจจุบัน
คล้ายคลึงกับผู้ป่วยในรายงานของ Towey.

สมชัย บวรกิตติ พ.บ.

๕. Cahill, K.M.: ความไวเกินต่อ ฌลอร์
แอมเฟนิคอล. มีกิริยาการตกเลือดมาก.
Lancet 1962, 2:277-278.

รายงานผู้ป่วยหนึ่งรายซึ่งมีอาการเลือด
ออกมากทั่วไปในร่างกายเนื่องจาก มีความ
ไวเกินต่อ ฌลอร์แอมเฟนิคอล.

ผู้ป่วยหญิงอายุ ๖๓ ปี, ภายหลังรับ
การรักษาด้วย ฌลอร์แอมเฟนิคอล วันละ
๐.๕ ก. อยู่ ๒ วัน, เกิดมีผื่นขึ้นทั่วตัว, มี
เลือดออกทางจมูก, ไรฟัน และในขี้ส้วม,
และมีอาการกำเริบขึ้น. การตรวจด้วย
ซีเอสโตสโคปี พบจุดเลือดเล็กๆ อยู่ทั่วผนัง
กระเพาะขี้ส้วม. การตรวจเลือดอย่าง
ละเอียดไม่พบสิ่งผิดปกติ. ได้ทำการทบท
สอบทางผิวหนังโดยใช้ยา ฌลอร์แอม-
เฟนิคอล อิมิตวียคบนแขนผู้ป่วย, ๒๔ ชม.
ต่อมาเกิดปฏิกิริยาหนึ่งแฉงและรอย นูนเป็น
ผื่นคัน. ศักผิวหนัง บริเวณมี ปฏิกิริยาไป
ตรวจทางจุลวิทยา, พบมีการขยมนา, การ

คงเลือด, และมี เซลล์ เม็ดเลือดขาวมา
รวมเป็นกลุ่มรอบ ๆ หลอดเลือด. การทบท
สอบแยกแยะกันในบุคคลอื่นที่เคยรับ ฌลอร์
แอมเฟนิคอล มาแล้วให้ ปฏิกิริยาลบ.
เซรัม ของผู้ป่วยรายนี้ เมื่อฉีดเข้าผิวหนัง
บุคคลปรกติสามารถถ่าย ทอด ความไวเกิน
ต่อ ฌลอร์แอมเฟนิคอล ได้.

ผู้รายงานสรุปว่าการตก เลือดนี้ เกิดขึ้น
อย่างรุนแรงในผู้ป่วยรายนี้ เกิดจากความ
ผิดปกติของหลอดเลือดฝอย, ไม่ใช่เกิด
จากการผิดปกติทาง โลหิตวิทยา, และ
เป็นผลจากการที่ผู้ป่วยมีความไวเกินต่อยา.

สมชัย บวรกิตติ พ.บ.

๖. Sataline, Lee R., H. Farmer: ลาย
ตาเสื่อมไปหลังการรักษาด้วย ฌลอร์โรควิน
นาน ๆ. New England J. Med. 1962, 266:
346-347.

ฌลอร์โรควิน ได้ใช้กันมานาน และ
ถือว่าเป็นยาที่ค่อนข้างปลอดภัย. ผลข้าง
เคียงที่เคยมี รายงาน เช่น ผิวหนังอักเสบ,
ตาพร่า, มองเห็นของเป็นสองสิ่ง, และสีม
จางลง. ผลข้างเคียงเหล่านี้จะหายไปอย่าง
รวดเร็วหลังจากหยุดยา. ในระยะ ๒-๓ ปี
นี้มีรายงานหลายราย เกี่ยวกับ ความพิการ

ของ เรติน่า อย่างถาวร, ซึ่งเป็นผลแทรกซ้อนจากยา. ในรายทั่วไปจะพบว่า หลอดเลือดแดงส่วน อาร์เทอริโอไล แคบลงและมีการเสื่อมของสีตาของ เรติน่า และ มาคูล่า. ในบางราย อ้อปติก ป้ายิลล่า มีสีชมพู. มีความพิการในลานสายตาดังแต่บางส่วนจนถึงมตาบอด. อาการ สะโคโตมา ชนิดพารา เช่นครีลี และรยวงแหวนก็เคยมีรายงานไว้.

ผู้เขียนรายงานผู้ป่วย ๑ รายเป็น คิสคอยด์ ลูปัส (Discoid Lupus) และให้ยาผลอโรควิน ๕๐๐ มก./วัน อยุ่ราว ๑๕ เดือน. ผู้ป่วยมาด้วยอาการตาพร่ามองไม่ชัด, และม่นงราว ๒ เดือน. การตรวจพันธุศาสตร์ ของตาไม่พบว่าผิดปกติ. อาการเหล่านี้หายไปหลังจากหยุดยาได้ ๒ วัน. ผู้เขียนเชื่อว่าอาการผิดปกติมีผลจากการให้ผลอโรควิน แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงของ พันธุศาสตร์ ก็ตาม.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

ได้แสดงให้เห็นว่าในการ ทดสอบ ทูเบอร์คูลิน ที่ผิวหนังพร้อมกัน ๒ ตำแหน่งด้วยน้ำยาขนาด ๑๐๐ และ ๑๐ หน่วย ทูเบอร์คูลิน, ปฏิกริยาผิวหนังที่เกดขึ้นที่ตำแหน่งทดสอบด้วยขนาด ๑๐ หน่วยจะมีขนาดเล็กกว่าที่เกดขึ้นตามเป็นจริง. เขาอธิบายว่าเป็นเช่นนั้นเพราะมีการแก่งแย่ง แอนติบอดีระหว่างตำแหน่งที่ทดสอบทั้ง ๒ แห่งนั้น. แต่ สะโตน กับ บรช (๑๙๖๑) ให้ข้อสันนิษฐานว่าปฏิกริยาที่เกดขึ้น ที่ตำแหน่งทดสอบ ทั้ง สอง ตำแหน่ง ต่าง เกด ขึ้นเป็นอิสระ, ไม่สัมพันธ์กัน, และ แอนติบอดีของปฏิกริยาผิวหนังที่เกดขึ้นมีค่าคงที่.

ในรายงานปัจจุบัน, สะโตน ได้แสดงให้เห็นว่าขนาด ปฏิกริยาที่ลดลง ที่ตำแหน่งฉีด ทูเบอร์คูลิน ๑๐ หน่วย พร้อม กับ ๑๐๐ หน่วย เท่ากับขนาดที่ลดลงที่ ๑๐ หน่วยเมื่อฉีดพร้อมกัน ๕๐ หน่วย ๒ ครั้ง. ที่เป็นเช่นนั้น เนื่อง จาก การ ฉีด ทูเบอร์คูลิน ทั้ง ๒ ครั้ง รวมจำนวนหน่วยแล้วเท่ากัน.

มันตรี จุลสมัย พ.บ.

๗. Stone, M.: การทดสอบทูเบอร์คูลินที่ผิวหนังพร้อม ๆ กันสองตำแหน่ง. Nature 1962, 195: 372.

โรสเอ็นฮาล และ ลิบบย์ เมอซ์ ๑๙๖๐

๘. T.S. Danowski, Campbell Moses,

F.M. Mateer: ผลของฮัยโครคอร์ติโซน

ในขนาดสัระ ต่อความทน กลูโคส และความทน อินซูลิน. Metab. 1962, 11:7.

ผู้รายงาน ทดสอบความทน กลูโคส และความทน อินซูลิน ในผู้ถูกทดลอง ๒ พวก. พวกหนึ่งให้ยาหลอก, อีกพวกหนึ่งให้ ฮัยโครคอร์ติโซน มาก่อน ๔ เคียนครั้ง (๒๐ มก. ต่อวัน นาน ๑๒ สัปดาห์ แล้วลดเหลือ ๑๐ มก. ต่อวันอีก ๖ สัปดาห์). ผู้ถูกทดลองแบ่งเป็น ๒ พวก, คือ พวกอายุมาก (๓๕-๕๐ ปี) กับ พวกอายุน้อย (๒๐-๓๕ ปี).

ผลปรากฏว่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ในผู้ที่ได้รับยาหลอกและผู้ที่ได้รับ ฮัยโครคอร์ติโซน มาก่อน คล้ายกัน. แต่ในระหว่างทดสอบความทน กลูโคส ผู้ที่ได้รับ ฮัยโครคอร์ติโซน มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าพวกที่ได้รับยาหลอก อย่างเห็นได้ชัด, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุมาก.

ฮัยโครคอร์ติโซน ไม่เปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ในผู้ถูกทดสอบความทน อินซูลิน ได้, และไม่เปลี่ยนแปลงภาวะระดับ ฟอสฟอรัส อนินทรีย์ ในเลือดต่ำภายหลังได้รับ กลูโคส และ อินซูลิน.

สรุปว่า ฮัยโครคอร์ติโซน ในขนาดที่กล่าว หลัง ทำให้ระดับ น้ำตาล ใน เลือด ในระหว่าง ทด สอบ ความ ทน น้ำตาล เพิ่มขึ้น

เล็กน้อย, แต่ไม่มีผลชัดเจน ต่อการใช้ กลูโคส.

ฉลองขวัญ สิริทกิล พ.บ.

๕. Randall, L.O., J.J. Selitto: วิจัยที่ฤทธิ์ของรังสีเอกซ์ในเนื้อที่อักเสบ. Arch. int. Pharmacodyn. 1957, 111: 409-419.

ใช้หนูทำให้เท้าอักเสบโดยฉีดน้ำละลายเซอส่า (๐.๑ ล.ซม. ของ ๒๐ ปรซ.) เข้าใต้ผิวหนังที่เท้า. วัดความกดที่ทำให้เจ็บด้วยเครื่องมอพิเศษ ที่อ่านความกดเป็น มม.ปรอทได้. ภายหลังฉีดยาแก้ปวดได้ ๑, ๒, ๓, และ ๔ ชม. พบว่าหนูที่เท้าอักเสบมีความไวต่อการกดมากกว่าหนูปรกติประมาณเท่าตัว.

อาศัยเทียบประสิทธิภาพ การ รังสีเอกซ์ของยาต่าง ๆ โดย ถูเขา โซเดียม ซาลิไซลิต เป็นหลัก (= ๑.๐), ได้ผลดังต่อไปนี้: อะมิโนพิริน ๑.๒, เฟนิล บิวโทโซน ๑.๓, มอร์ฟีน ๒.๕. นอกจากนี้พบ ว่า อัลฟาโปรตีน มีประสิทธิภาพเป็น ๑.๑ เท่าของมอร์ฟีน. และ ลิวอร์ฟาน เป็น ๘.๕ เท่าของมอร์ฟีน. มอร์ฟีนมีฤทธิ์แรงเป็น ๔.๑ เท่าของ โคเคอิน และ ๔.๑ เท่าของ เมเปอร์กิน.

กรุงไกร เจนพานิชย์ พ.บ.

๑๐. Venning, et al. : ฤทธิ์ของ ผลิตไรโซไซท์ ต่อการหลังอัลโคสเตอโรน กับ กลูโคซเตียม และ โปแตสเซียม ในโรคความดันเลือดสูง.

ผลิตไรโซไซท์ และ อนุพันธ์ของมัน มีผลทำให้มีการเสีย โซเดียม และน้ำ. ผลการลดความดันเลือดพบได้ ๓๐ ๒๕. ในคนไข้ความดันเลือดสูง. แต่จะไม่มีผลในคนปกติ. จากการศึกษาในคนไข้ที่มีความดันเลือดสูงโดยจี้จำนวนน้ำ, แคลอรี และเกลือแร่ให้คงที่ทุก ๆ วันตลอด การทดลอง, ผู้ถูกทดลองได้ ผลิตไรโซไซท์ วันละ ๑ กรัม เป็นเวลา ๕-๑๐ วัน. พบว่าในระยะ ๑-๓ วัน แรงผู้ถูกทดลองทุกคนมีการเสียโซเดียม แต่ต่อมากจะมีคั่งของ โซเดียม ทุกคนมีการขับถ่าย อัลโคสเตอโรน เพิ่มขึ้น และจะยังคงเพิ่มขึ้นอยู่ หลังจากหยุดยาแล้วสองสามวัน. หลังหยุดยาก็ยังมีการคั่งของโซเดียม อยู่ในระยะแรก ๆ จะมีการเสียโปแตสเซียม แต่ต่อมากจะมี การ คั่ง ของโปแตสเซียม อีกเช่นกัน.

สุวรรณา จารุนาคร พ.บ.

๑๑. Davies, P.A., et al. : เติตระซัยคลิน กับอาการฟันเหลือง. Lancet 1962, 1: 743-744.

ในระยะ ๒ ปีหลังนี้, จากการติดตามเด็กที่คลอดก่อนกำหนด และเด็กเกิดใหม่ที่ป่วยพบว่าเด็กเหล่านั้นจำนวนมากมีอาการฟันเหลืองหรือเหลืองแกมน้ำตาล. จึงเกิดความสงสัยเกี่ยวกับยาพวก เติตระซัยคลิน ซึ่งใช้กับเด็กเหล่านั้นในระยะเกิดใหม่.

Zegarelli ก็คณะได้รายงานเกี่ยวกับเรื่องฟันเปลี่ยนสีในเด็กและโรค ไฟโบรซัย-สติก ตับอ่อน. เขาเชื่อว่าสาเหตุเกิดจากการใช้ เติตระซัยคลิน เป็นเวลานาน ๆ.

เป็นที่ทราบกันแล้วว่า เติตระซัยคลิน จะเข้าไปเกาะอยู่ใน เมอกระดูกใน ระหว่างการ ไซยาน. ซึ่งจะทำให้เกิดเป็นสีเหลืองเมอกระดูกกับแสง ออกตราไวโอเล็ต.

ผู้รายงานได้ทดลอง กับเด็ก ๒ คนก็ได้ผลดังกล่าว.

เมื่อเร็ว ๆ นี้พบว่าเด็กอายุ ๑๑ วัน (อยู่ในครรภ์ ๓๐ สัปดาห์) ถึงแก่กรรม, ซึ่งเมื่อก่อนตาย ๕ วันได้รับไซยาน. เขาตรวจพบว่าที่ฟันหน้าและปลายล่างของกระดูก ฟันเมอร์ มีสีเหลือง, ที่ฟันมัสตาลาเซม, แม้จะอยู่ในแสงสว่างธรรมดาเห็น. ส่วนของ

เกินทน มีสีเหลืองมากกว่า ชินาเม็ด.

จากผลของการทดลองผู้รายงานให้ความเห็นว่า เติตระชัยคลิน แทรกเข้าไปอยู่ในกระดูกส่วน แมทริกซ์ อินทรีย์ ซึ่งเตรียมไว้สำหรับการจับของ แคลเซียม. การทดลองในสัตว์พบว่า เติตระชัยคลิน จะไปเกาะจับที่ตาด้วย.

เติตระชัยคลิน ที่จับในกระดูกและฟันของคนไม่มี อันตราย แต่ยาจะ อยู่ เป็นเวลานาน. Bevelander และคณะแสดงให้เห็นว่าเมื่อให้ เติตระชัยคลิน ใน ไซม์บริยโอไก จะทำให้เกิดความพิการของกระดูกและจะขัดขวางการสร้างเม็ดเลือดด้วย. ในผู้ใหญ่ที่ไตทำหน้าที่ไม่ดี. ก็พบว่ายาจะคงอยู่ในเลือดเป็นเวลานาน ๆ. ดังนั้นการที่แพทย์จะสั่งให้ยาเหล่านี้ ในเด็กเกิดใหม่และเด็กคลอดก่อนกำหนด. ซึ่งโดยยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ก็ควรคำนึงถึงผลไต่ผลเสียเหล่านี้ด้วย.

กาญจนา จิงเจริญ พ.บ.

๑๒. Schuppli, R.: ความสัมพันธ์ระหว่าง ภูมิแพ้ เพนิซิลลิน กับการติดเชื้อ. Dtsch. med. Wschr. 1962, 87: 333-335.

อัลเลอร์ยี่ ค้อ เพนิซิลลิน มีข้อ

ประมาณ ๑ ใน ๓ ของภูมิไวเกินต่อยาต่างๆ. มีข้อควรที่ปฏิกิริยา อัลเลอร์ยี่ ค้อ เพนิซิลลิน เกิดขึ้นโดยที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับ เพนิซิลลิน มาก่อน. ปฏิกิริยาแพ้ เพนิซิลลิน เกิดได้หลายอย่าง และมีที่ไม่เหมือนกับปฏิกิริยาการแพ้ยาอื่น ๆ เช่น มี Dsysisidrosis คือมีเม็ดตุ่มใส ๆ เกิดที่นิ้วมือ และฝ่ามือ, ซึ่งโดยปรกติ เป็น สิ่ง แผลง ของ ปฏิกิริยา อัลเลอร์ยี่ ค้อ เซอรา. ที่โดยมากจากการติดเชื้อเซอราเรอริงทเทอ.

ผู้รายงานได้ทำสถิติตั้งแต่ ค.ศ. ๑๙๔๗-๑๙๕๐ เกี่ยวกับการใช้ เพนิซิลลิน, การติดเชื้อเซอรา, และ อัลเลอร์ยี่ ค้อ เพนิซิลลิน ที่โรงพยาบาลบาเซิล, เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน. ได้พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มี อัลเลอร์ยี่ ค้อ เพนิซิลลิน เปลี่ยนแปลงตามจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเซอราในเคสต่าง ๆ ระหว่างบทหนึ่ง ๆ, แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณของ เพนิซิลลิน ที่ใช้.

ในการทดสอบทางผิวหนัง, ด้วย ตรีโหมฟัยทิน (สารสกัดจาก ตรีโหมฟัย ค้อน) เพื่อแสดงปฏิกิริยา อัลเลอร์ยี่ ค้อ การติดเชื้อเซอรา, ในหมู่ที่ได้รับ เพนิซิลลิน แล้วแพ้กับพวกที่ได้รับแล้วปรกติ, ได้พบว่า ๕๐

ปช. ของพวกที่แพ้ เพนิซิลลิน และเพียง ๑๐ ปช. เท่านั้นของพวกที่ไม่แพ้ที่ให้ผลบวก ต่อ ทริโหมฟัยติน.

Grimmer ได้ทดลองฉีด เพนิซิลลิน ใน ผู้ช่วยที่ติดเชอราและพบว่าภายหลังฉีควินละ ๒ แสตนหน่วยแล้ว, ประมาณ ๕๐ ปช. ของผู้ช่วยพวกนี้เกิด ปฏิกิริยา อัลเลอร์ยี่ข. ซึ่งครึ่งหนึ่งมี คียส์ ไครสส์ และที่ เหลือจำนวน พอๆ กับ ผื่น ลมพิษ และ ผื่น ชนิดอื่น ๆ.

จากการทดลองอื่น ๆ แสดงว่ามี แอนติเจน ร่วมในสารสกัดจาก ทริโหมฟัยต้อน และจาก เพนิซิลลิน.

จาก ข้อ พิสูจน์ ต่าง ๆ ข้าง ต้น แสดง ถึง ความสัมพันธ์ระหว่าง อัลเลอร์ยี่ ต่อ เพนิซิลลิน และการติดเชอรา, ดังนั้นจึงไม่

ควรรักษาผู้ช่วยที่เป็นโรคเชอรา ร่วมอยู่ด้วย เพนิซิลลิน. ถ้าจะใช้ก็ควรให้ แอนติฮิส- ตะมีน ร่วม ด้วย เพราะ ทำให้หลีกเลี่ยงการ แพ้ชนิดต่าง ๆ จาก เพนิซิลลิน ได้.

ผู้รายงานเสริมว่า แม้จะมีปรากฏในรายงานว่า ยางแห้งมีการแพ้ เพนิซิลลิน น้อยมาก, แต่ความแตกต่างของการเกิด ปฏิกิริยา อัลเลอร์ยี่ นกเหมือนกัยปฏิกิริยา อัลเลอร์ยี่ อื่น ๆ ซึ่ง มีความย่อย ของการ เกิดแตกต่างกันไ้มาก ๆ ตามแต่ละสถานที่, ซึ่งข้อนี้ยังไม่มีการอธิบายได้. ดังนั้นในการ ปฏิบัติรักษาผู้ช่วยที่ติดเชอรา ร่วมด้วย เพนิซิลลิน ก็ต้อง สังเกต ใน เรื่อง การ แพ้ไว้ เสมอ ๆ.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ปกิณกะ

๑. หมอใจพระ

แพทย์สร้างวีรกรรมท่ามกลางวาทภัย

มนุษยธรรมระหว่างเพื่อนมนุษย์ในท่ามกลางนาทวียุคเกิดขึ้นในสถานพยาบาลเอกชน, เมื่อนายแพทย์อดีตนายพันตรีทหารเขี่ยบ้านของตัวเองรับรักษาผู้ประสบเคราะห์กรรมจากมหาวาทภัย โดยไม่คิดมูลค่า, ไม่เห็นแก่เหน็ดเหนื่อย, และยังเลี้ยงคตทุกคนไว้ด้วยทุนทรัพย์ตัวเอง, ทั้งที่ตนเองก็เป็นครอบครัวหนึ่งที่ประสบภัย.

นายแพทย์ตัวอย่าง

นายแพทย์สง่า รามณรงค์ อดีตนายพันตรีทหารบกือนายแพทย์ "ตัวอย่าง" ที่ทำหน้าที่ จนได้รับการ สรรเสริญ จากชาวอำเภอปากพนังที่เดือดร้อนจากภัยธรรมชาติในขณะนั้น.

สถานพยาบาลของนายแพทย์สง่าอยู่ที่ถนนพานิชสัมพันธ์, ตำบลและอำเภอปากพนัง, จังหวัดนครศรีธรรมราช, มีชื่อว่า

"สง่าพยาบาล" และในคืนวันที่ ๒๕ เดือนที่แล้วอนเป็นคืนที่มหาภัยธรรมชาติเข้าถล่มอำเภอปากพนัง, สถานพยาบาลแห่งนี้ก็เสียหายด้วย.

บริการ "มนุษยธรรม"

นายแพทย์สง่า ได้รับคนไข้ไว้รักษาแต่คนแรกที่เกิดเหตุ ๔ รายและวันต่อมากมีผู้มาให้รักษาเพิ่มขึ้นเป็น ๕๐ ราย. วันต่อๆมาจำนวนคนไข้ที่มาให้รักษาก็เพิ่มขึ้น ๑๐๐ ถึง ๒๐๐ คนทุกวัน, ซึ่งนายแพทย์สง่ารักษามาเพียง ๖ วัน จำนวนคนไข้มากถึง ๗๑๓ ราย. ประชาชนส่วนมากก็ขอชาวค่ายลแหลมตะลุมพุก.

การรักษาพยาบาลของนายแพทย์สง่าได้รับการช่วยเหลือจากนาง พิศวง ภรรยา และนายเจียร แก้ววิลาศกับอดีตสียโทเทิมกาญจนามัย. คนไข้ซึ่งมีอาการหนักมาแต่ละราย และล้วนแต่เป็นแผลสด ต้องเย็บและ

(คัดจากหนังสือพิมพ์ไทย ปีที่ ๑๗ ฉบับ ๕๒๕๑ วันศุกร์ ที่ ๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๐๕)

(ศิษย์ศิโรราชรุ่น ๒๔๕๐)

ศศิยาของกันขาดทะเลยก, จึงไม่เป็นอันตราย. ครอบครัวของนายแพทย์สง่าได้ทำกันหารุ่งหามค้าโดยไม่คิดมูลค่ารักษาแก่คนเจ็บป่วยคนใดเลย.

นอกจากโรคดังกล่าว นายแพทย์สง่ายังจะต้องรักษาเด็กเป็นจำนวนร้อยคนที่ป่วยเป็นโรคชกชวม, โรคไอหอบและไอกรน, กบฏทำให้พวกที่ไม่มื้ที่อยู่อาศัยได้หลบซ่อนสร้างในบ้านซึ่งเป็นสถานพยาบาลไปในตัวด้วย. กบฏต้องการอาหารให้คนไข้ที่รักษาฟรีถึงขนาดต้องต้มไข่วันละพันฟองเพราะคนไข้

ส่วนมากเป็นอิสลาม.

รักษาไม่คิดมูลค่า

กบฏลือข่าว “พิมพ์ไทย” ที่ไปสังเกตการณ์ยังสถานพยาบาลแห่งนี้ นายแพทย์สง่ายืนยันด้วยน้ำเสียงเป็นกันเองว่า

“ถึงผมไม่ได้เงิน, แต่ผมก็ภูมิใจครับ, ที่ได้มีโอกาสช่วยเหลือคนเหล่านั้น. ผมทำเพื่อมนุษยธรรม. พุทธศาสนาสอนให้เราเมตตากรุณาและเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน. ผมพอช่วยเขาได้ผมก็ช่วยครับ.”

๒. แหยมตะลุยมุก – แหยมกุดยุด

สถานสง่าพยาบาล ปากพนัง

พย. ๐๕

กราบเรียนอาจารย์ที่เคารพอย่างสูง
จดหมายของอาจารย์อ่านแล้วตนตั้งใจ
เหลือเกินครับจนน้ำตาคลอหน่วย, เพราะ
งานที่ผมทำไว้เพียงเล็กน้อยในวงแคบ ๆ
ห่างไกลความเจริญโดยมิได้คิดว่าจะมีใคร
เขาสนใจ, กลับเป็นที่ทราบกันจนถึงเมือง
หลวง, เฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์ของผมด้วย,
ความจริงผมคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาสามัญ

ชนทั้งหลาย ถ้าได้พบเห็น สภาพของพวกที่
บ้านแตกสาแหรกขาดอย่างชาวแหยมตะลุยม
ทุกขณะนั้น ก็คงออกที่จะช่วยเหลือ อย่างผม
ไม่ได้, แต่เพราะไม่มีโอกาสจะทำเท่านั้น

ตามข่าวในหนังสือพิมพ์เขาใช้คำว่า
“เข้ตบริการมนุษยธรรม”. มีหลายคนเข้าใจ
ใจว่าผมคงจะ เข้ตย้ายโฆษณาเพื่อให้คนไป
รักษาฟรีอย่างมโหฬารละกระมัง. ผมขอ
เรียนตามจริงว่าหลังจากเกิดมหาวาตภัย
และอุทกภัยแล้ว, ผมก็คงเข้ตการรักษาคน

ฉกยาศ์ของกันขาดทะยัก, จึงไม่เป็นอันตราย. ครอบครัวยของนายแพทย์สง่าไ้ทำกันหาม รุ่งหามคำโดยไมคึกมูลค้ำรักษาแก่คนเจ็บ ้วยคนใดเลย.

นอกจากโรคคังกล่าว นายแพทย์สง่า ึ่งจะต้องรักษาเด็กเป็น จำนวนร้อยคนที่ช่วย เป็นโรคชคชวม, โรคไอหอยและไอกรน, กยักที่ให้พวกที่ไมมีทอยอาคัยไ้หลบนอน ึ่งสร้างในบ้านซึ่งเป็นสถานพยาบาลไปในตัว ้วย. กยักทอยอาหารให้คนไข้ที่รักษาฟรี ึ่งถึงขนาดต้องต้มไ้วันละพันฟองเพราะคนไข้

ส่วนมากเป็นอิสลาม.

รักษาไมคึกมูลค้ำ

กยักผู้สอช่าว “พิมพ์ไทย” ที่ไปสังเกต การณยงสถานพยาบาลแห่งนี้ นายแพทย์ สง่ายอนชนทวยนำเสียงเป็นกันเองว่า

“ถึงผมไมได้เงิน, แต่ผมก็ภมิใจครย, ที่ไ้มีโอกาสช่วยเหลือคนเหล่านี้. ผมทำ เพอมนุษยธรรม. พทศคาสนาสอนให้เรา เมตคากรณาและเผอแผ่ซึ่งกันและกัน. ผม พอช่วยเหลือไ้ผมก็ช่วยเหลือครย.”

๒. แหลมตะลุมพก – แหลมกฤยค

สถานสง่าพยาบาล ปากพนัง พย. ๐๕

กรายเรียนอาจารย์ทเคารพอย่างสง ึ่งทหมายของอาจารย์อ่านแล้วคณคณใจ ึ่งเลอเกินครยจนน้ำตาคลอหน่วย, เพราะ งานที่ผมทำไ้ไ้เพียงเล็กน้อยในวงแคบ ๆ ท้างไกลความเรอญโดยมิไ้คึกค้ำจะมีใคร ึ่งเขาสนใจ, กลยเป็นททรายกันจนถึงเมอช หลวง, เฉพาอย่างยงอาจารย์ของผมห้วย, ความจริงผมคึกค้ำเป็นเรอชธรรมคาทสามัญ

ชนทงหลาย ไ้ไ้พบเห็น สภาพของพวกที่ ึ่งบ้านแตกสาแหรกชาคอย่างช่าวหลอมตะลุม พกชณะนัน ก็คงอกที่ จะช่วยเหลือ อย่างผม ึ่งไมไ้, แต่เพราะไมมีโอกาสจะทำเท่านั้น ึ่งตามช่าวใน ึ่งสอพิมพ์เขาไ้ค้ำว่า “เข็คบริการมนุษยธรรม”. มีหลายคนเข็ค ึ่งไ้ว่าผมคงจะ เข็คช่ายโฆษณาเพอให้คนไป ึ่งรักษาฟรีอย่างมโหฬารละกระมิง. ผมขอ ึ่งเรียนตามจริงว่าหลิงจากเกิคมหาวาตภย และชทกภยแล้ว, ผมก็คงเข็คการรักษาคณ

แล้ว. มสังทตคทายกัแต่ชวิตและเสื่อผา
ชคทสวมอยัขณะนนเท่านั้น.

เมื่อผมหายยุ่ง กยบช่วยเจ็บแล้ว จึงมี
โอกาสไปคสภภาพของแหลมตะลุมพุกด้วย
ตาเอง. ยิ่งทำให้ใจหคที่ลงไปอีกมาก,
เพราะไม่คิดเลยว่าบ้านเรือนจะพินาศถึงปาน
นั้น. ไม่เพียงแต่พังอย่างเดยวยังถูกคลื่น
และลมกวาดออกทะเล. ที่เหลือคคอยู่ตาม
ขอบข่าเสมีตะระเกะระกะสูงท่วมคัระยะยาว
เหยียด, มีบ้านผู้ใหญ่บ้านชอเคียวกับผมอยู่
หมท ๕ ปลายทรายสค, ปลุกแข็งแรงใหญ่
โตมากบนเสาคอนกรตหน้า ๘ นิ้ว ตรงด้วย
สกร. พ่อของผู้ใหญ่เล่าว่าแน่นหนามาก,
ถ้าพมพายแล้วรับรองว่าไม่ลงน่น. แต่
โคนทงคคณมหมาช้ออกด้วย. ลกข่านท
หมคทอาคัยเพราะบ้านพังหมคแล้วชนไป
อาคัยอยู่ด้วยร้อยคนเศษ. ถูกพายและคลื่น
ซัดบ้านหลคลอยออกทะเลนอกหายไปเกือบ
หมค. ทรอตตายไม่กี่คน. บางคคองเกาะ
ไม้ลอยไปขึ้นบกใต้ที่ปากควคอำเภคท่า-
ศาลา, ไกลกันหลายกิโลเมตร.

ที่แหลมตะลุมพุกหมท ๑ ซึ่งเป็นที่
ก่อนข่างเจริญ, มีห้องแถว ๒ ชั้นเหลืออยู่
๕ หลัง. หลังคาไม้. ฝากัเหลือข่าง, แต่
ละหลังช่วยชวิตคนไว้ราว ๑๐๐ คน, จวน

จะพังอยู่แล้ว. ถ้าทงลมและคลื่นยังมคต่อไป
อีกไม่กี่นาทีคคตายกันหมค. ที่แหลมตะลุม
พุกนำทวมเพียงเกือบถึงพนข่านชนท ๒ เทา
นน. แต่เนองจากความแรงของพายและ
คลื่นนำทะเลอย่างวทกคนไม่เคยพบเคยเห็น
มาก่อนนนั้น แลละครบจึงทำให้บ้านเรือนพัง
ทขคคตายอยู่ในน้ำมาก.

เริ่มแรกนนฝนตกพัวๆ อยู่ ๒-๓ วัน
ก่อนแล้วแต่ในวันที่ ๒๓ ต.ค. ซึ่งเป็นวัน
“จุฬ่า”. ผมพอจะไปในงานซึ่งมททวเมอง
นครไว้ได้. หลังจากนนฝนตกไม่ซาคเลย
พอค่านนนฝนซกจะแรงพายกัแรงจนไฟฟ้า
ที่ปากพนังซาคหลายแห่ง. หลังค่าน่าฝนกั
สาคเข้าระหว่งกระเบอง. ราว ๒ ทุ่มเรือน
ซกจะโยกกระเบองหลังคาคปลิวเสียงกังโปลง
เพลิงรอบข่าน. ผมเห็นท่าไม้คังไปรคอยู่
ในห้องรับแขกชั้นล่าง. ในใจวันนั้นคคคิดว่า
คคองสละข่านแน่แล้ว. แต่ผมกัไม่ลมสวม
รองเท้า, เพราะกระเบองกระจกแตกกัน
ระนาว. สั้งลคน้องทกคนให้ใส่รองเท้า.
พายที่พคนนพคมา ๒ ระลอก. คร้งแรก
พคจากทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือ. คร้งหลัง
จากทิศใต้ ก่อนที่จะมีพาย, มีแสงคล้าย
ไฟฉายอยู่ไกลๆ (ผมไม่เห็นเพราะอยู่ใน
บ้านตลอดเวลา) หรือแสงสว่างจากทๆ

งานอยู่ไกล ๆ, ค่อย ๆ โต้แย้ง ๆ แล้วกลายเป็นพายุตามทิวเขาใหญ่เขาเรียกว่าลมแดง. เสียงทมพรอมแสงนั้นบางคนว่าคล้ายเสียงเครื่องบินไอพ่นไปตกที่ปลายแหลม. ลมที่ว่ามา ๒ ระลอก, ไม่ใช่ที่ว่ามา ๒ ที. ระลอกหนึ่ง ๆ ห่างกันราวครึ่งชั่วโมง. ในระลอกหนึ่งพายุก็พัดเป็นคราว ๆ. ทกคราวที่พายุพ่นกระเบื้อง หลังคาหลังกัน เบี่ยง ปร้าง, เสียงลมและการโยกโคลนของบ้านผมบรรยายเป็นตัวหนังสือไม่ถูก, มันเสียวเข้าไปในหัวใจ, ผมเองไม่มีใครรับถือของขลังใดๆ ก็อดที่จะยกมือภาวนาเสียหลายครั้ง ไม่ได้, พอพายุระลอกแรกหยุด น้ำเริ่มท่วมเร็วมาก, แต่ที่แหลมนั้นเขาว่าชนทะเลศอกเร็วมากจนบางคนมีว่ไปค้นหากะปุกเงินทอง แล้ว กลัวยไปเอาลูก, แต่จนน้ำตายแล้ว, มีคนหนึ่งทะเลม, ความตกใจระอ่มลกลงไปฝากบ้านส่งไว้แล้วไปช่วยเมียแต่ไฟล้ไปอ้อมเมียเพราะความมืดควย. พอวางเมียไว้ที่บ้านสูงจึงรู้ว่าไม่ใช่ลวงวิ้งฝากคนลมไปเอาลูก, แต่จนน้ำตายแล้ว.

เกร็ดต่าง ๆ ที่ผมเล่า เป็น ความจริง. ยังมีอีกมากผมคิดว่า จะ เขียน เป็น เล่ม ไม่ทราบว่า จะ สำเร็จหรือไม่, เพราะถ้าเขียนซ้ำไปก็ไม่มีคนเห็น, จะเขียนเร็วก็ไม่มีเวลา.

วันที่สาม (๒๘ ต.ค.) เป็นวันที่ผมทำงานมากมีคนเจ็บไข้ ๒๑๓ คน. วันนั้นมีท่านผู้เฒ่าที่รู้จักผมหนึ่งไปยื่นตมทำงาน, สังกศกมีนาตาคลอหน่วย ทั้ง ๆ ที่หน้าแกแหม่มช่น. ผมจึงพกล้อว่า “ก็ใจหรือครีบที่เห็นผมจะรวยครวณ.” แกยมทงนาตาตอบผมว่า “เปล่าครีบ, ผมรู้ว่าคุณหมอมไม่ได้ค้ายาจากพวกนเลย, แต่คุณหมอมครีบ, คุณหมอมทอดกจีน ๑๐ วัดก็ไม่ได้ขญุเท่าช่วยพวกนครงน.” ผมจึงรู้สึกดวงแต่ย์คินนไปเลยว่านผมประกอขกรรมทมคนอนมองเห็นความค้แล้วหรือ.

ผมได้เขียนถามท่านรองอธิบดี กรมการแพทย์ว่าสภาพของพวกที่ประสบอัคคีภัย กับพวกแหลมทะเลมพกครวณ ใครจะนำสมเพทมากกว่ากัน. ทั้ง ๆ ที่ท่านยังไม่ได้ไปเห็นสภาพแหลมทะเลมพกหลังมหาภัย, เพียงเห็นบ้านเรือนที่หักพังแถว ปาก น้ำ ปาก พนังและแถบชายทะเลนอกเท่านั้น, ท่านยังบอกว่พวกแหลมทะเลมพกน่าทเรศกว่า.

เป็นการเคราะห์ดีเหลือเกินครีบที่ผมมีกสค์คคยาไว้ทะเลมาก ๆ. เช่นยาขงกันยาทะยักกสังครงละ ๑๐๐ หลอด, และพอรักษาได้ครวละ ๒ คน (ผมกะว่ารักษาคนละ ๒๐๐,๐๐๐ ยูนิต), โคนเข้าครวณน.

หมดเกลี้ยงเลย. บางทีอาจารย์คงจะคิดว่า
 สถานพยาบาลของผมคงจะใหญ่โตมากมาย
 ละกะมะรัง, ผมขอเรียนด้วยความจริงและ
 ไม่ถ่อมตัวว่า สถานพยาบาลของผมเป็น
 สถานพยาบาลเล็ก ๆ และเงินแห่งหนึ่งเท่านั้น
 แต่พอบริการได้พอสมควร, เช่น พลาเซ็นตา
 พรูเวีย, ectopic gestation, และ rupture
 of uterus ขณะคลอดจากบ้าน เฉพาะโรค
 หลังเคยช่วยรอด ๓ คน, แต่ตายก็มีนะ
 ครึ๊ย.

เหตุผลที่ผมต้องช่วยเหลือผู้ ประสพ ภัย
 คราวนั้นผมได้เรียนให้ทราบแล้ว, และขอ
 เรียนด้วยความสัตย์จริงเพิ่มเติมอีกว่ามีได้มี
 ความประสงค์ส่วนตัวล่วงหน้าต่อไปอย่างใด
 อกเลย, เพราะพวกเขาเหล่านั้นกว่าจะตั้ง
 เนอคงตัวโตคงอีกนาน, ขณะนี้เรียกว่า
 เหลือแต่กายกับเสื้อผ้าเท่านั้น ความช่วย
 เหลือที่ผมทำไปนั้นคล้าย ๆ ริเฟล็กซ์ ที่จะ
 ต้องสนองต่อการกระตุ้นโดยสมองไม่เกี่ยว
 ข้องเลย. ถ้ากรรมที่ผมทำไปแล้วสมควร

จะได้รับการสรรเสริญ, ผมก็ต้องรับว่า
 “ยื่น” จากศิริราชเท่านั้นที่บันดาลให้ผม
 ทำไปเช่นนั้น.

ผมเกือบล้มเรียนไปว่า หมอ ที่ ปาก พันธ์
 ปลอดกภัยทุกคน, เสียหายคนละเล็กน้อย,
 ส่วนมากเป็นหลังคา. แต่ของผมที่สวนซึ่ง
 ปลูกไว้สำหรับงานอดิเรกในตอนเย็น ๆ เสีย
 มาก. บ้านเห็นจะต้องรื้อสร้างใหม่, ก็คง
 ราว ๒-๓ หมื่น, แต่เมื่อเห็นของเขื่อน
 แล้วของผมก็เหมือนไม่เสียหายเลย. ที่ผม
 เสียหายที่สดกคือข้อปลาสลิกที่ ผม ทด ลอง
 เฝียงในน้ำเค็ม, กำลึงออกลูก, นำท่วม
 ไปหมก,

ผม คิดว่า อาจารย์ และ อาจารย์ หม่อม
 (ซึ่งท่านคงจะไม่รู้จักผม) คงสบายดี.

ด้วยความเคารพอย่างสูง
 สว่าง รามณรงค์

(เกี่ยวกับเรื่องนี้, เชิญอ่านบทบรรณาธิการ)

๓. กรรรมติผลหลาย

ชวยปราโมทย์ พระนคร

๑๕ พ.ย. ๒๕๐๕

เรียน คุณหมอ ทศารพ

ผมได้อ่านข่าวเกี่ยวกับเรื่อง นายแพทย์
สง่า รามณรงค์ ผู้เสียสละทุกอย่างช่วย
เหลือผู้ประสบภัยที่ จ.ว. นครศรีธรรมราช รั
สึกชายชงและอดชมเชย สถาน การ คึก ษา
แห่งนี้ที่ได้อบรมคนเป็นผลสำเร็จ อย่าง ใหญ่
หลวงเสียมใต้ ผมเป็นนายทหารกองหนุน
ที่ผ่านสงครามมาแล้วอย่างโชกโชน มิ
ไทม์ส่วนใดเสียเกี่ยวกับ สถาบันแห่งนี้
และเวลานี้ก็ปลดเป็นกองหนุนไปแล้ว ฉะนั้น
เรื่องผมเล่าให้ฟังต่อไป ก็คงไม่มีผลได้
เสียแก่ท่านผู้ใด

ใน ระหว่างสงคราม มหาเอเซียบรรพา
พ.ศ. ๒๔๘๔-๒๔๘๘ นายแพทย์จากศิริ
ราชได้มีส่วนช่วยเหลืออย่างสำคัญเกี่ยวแก่
สวัสดิภาพของทหาร เพราะท่านเหล่านั้นเข้า
รับราชการเป็นนายทหารเสนาธิการ ระหว่าง
นั้นหน่วยทหารแพทย์ทุกแห่งขาดแคลน ยา
อาหาร เสื้อผ้า ผมและบรรดาทหารรู้สึก
ประทับใจในความเสียสละของบรรดา แพทย์
ที่ขอมทุ่มเททุกอย่างเพื่อขอให้ทหารช่วยใช้

ได้รอดชีวิต ยาส่วนตัว อาหาร และสิ่ง
ต่าง ๆ ขอมให้เงินหมกสน จนกระทั่งตัวเอง
ป่วยก็ไม่มียารักษา นายแพทย์เหล่านั้นเป็น
ที่พึ่งของทหาร แม้จะไม่ใช้พลรบ แต่ก็ได้
ปลอบปลุกขวัญ และเป็นตัวอย่างอันดีแก่
ทหาร ระหว่างรบพุงนักก็เข้าช่วยเหลือถึงตัว
ทหาร เป็นกำลังใจอย่างประเสริฐ (บาง
หน่วยนายแพทย์ทหารเป็นผู้นำทหาร เข้าปะ
ทะข้าศึกกม เช่นที่ค่ายลท่าข้ามค่าย เมือง
มะ ในเซียงคิง)

ภาพที่ประทับใจผมอย่างซาบซึ้งจนทกวัน
น แม้จะผ่านมาถึง ๑๗-๑๘ ปีแล้ว ก็คือ
เมื่อ ๒๔๘๗ สถานีรถไฟเซียงใหม่ และ
หน่วยทหารจังหวัดเซียงใหม่ถูกฝงบิน ข้าศึก
โจมตีอย่างหนัก แยกยุพรหม ทำให้มีผู้เสีย
ชีวิตเป็นเรือนพัน นายแพทย์ทหารของ
หน่วยทหารนั้น (จากศิริราช) ถูกสะเก็ด
ระเบิดหน้าตาและตัวโลหิตไหล เต็ม ไป หมก
อดสูห์ทำการปฐมพยาบาลห้ามเลือด ทหาร
ที่ขาดเจ็บ แขนขาขาด โดยมีได้เห็นแก่ตัว
เอง จนกระทั่งแพทย์หน่วยอื่นมาช่วยเหลือ
แม้ว่าทางราชการทหารจะ ประกาศ ชม เชย
แต่เข้าใจว่าตัวเองคงไม่ทราบ เพราะต้อง

เข้าโรงพยาบาลเป็นแรมเดือน

ผมขอเรียนชมเชยศิริราช อย่างจริงใจ
ว่าช่างอบรมคนได้เป็นอย่างดี นอก
เหนือไปจากวิชาการ ซึ่งยังคงเป็นที่หนึ่งอยู่
เสมอในเมืองไทย ถ้าคุณหมอจะนำลงใน
วารสารของโรงพยาบาล ก็ไม่ขัดข้อง

ขอแสดงความเคารพอย่างสูง

ร.อ.

(ย.ล. อย่าใส่นามผมลงไป จะใช้ว่า

“ทหารคนหนึ่ง” ก็ได้)

(หมายเหตุของบ.ก. ในนามของศิษย์ศิริราช

ขอแสดงความขอบคุณท่านเจ้าของจดหมาย
นี้ที่มีน้ำใจนำความดีของ “ลูกศิริราช” มา
ช่วยเผยแพร่. หวังว่าเรื่องนี้เป็นเครื่อง
ชักจูงใน ทางดี สำหรับ แพทย์ และ นักศึกษา
แพทย์ทุก ๆ คน.)

๔. เกี่ยวกับ “ทัพของคนยาก”

จ. เพ็ชรบุรี

๔ พฤศจิกายน ๒๕๐๕

กราบเรียน คุณหมอบ๊อบบี้

จากบทความพิเศษของท่าน ในสารศิริ
ราช ฉบับที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๐๕ เรื่อง
ทัพของคนยาก, บทความพิเศษที่ไม่สั้นไม่
ยาวน ตรงตรงความรู้สึกผมเป็นอย่างมาก.
ตลอดเวลา ๓๐ ปีเศษของผมเต็มไปด้วย
อคติไม่เคยคิดแม้สักนิดว่านายแพทย์เมือง
ไทยจะมีเมตตาจิตเห็นความทุกข์ยากของ
คนจน, เห็นคนจนเช่นเพื่อนมนุษย์ผู้สมควร
แก่การช่วยเหลืออย่างจริงจัง ในความรู้สึก

ของผม บคคลภายใต้เสื้อคลุมคือผู้ ชกเลือด
ผู้ทรงเกียรติผมยอมให้เพียง ๒ ปีช. เท่านั้น,
สำหรับหมอผู้มีน้ำใจ เข้มไป ด้วย กุศลจิต
แห่งเมตตาธรรม.

เมื่อได้อ่านบทความ ของคุณหมอบ๊อบบี้
ผมฉุกคิดขึ้นว่าคุณหมอบ๊อบบี้ผู้สูงวัยเกียรติและ
ปรีชาญาณที่มีใจนำ เคารพบ๊อบบี้ นน ยง มอก
มาก....

ว.ธ.

(บรรณาธิการขอบคุณคุณ ว.ธ. ที่ให้
ความสนใจแก่บทความที่กล่าวถึง. เป็นหน้า

เข้าโรงพยาบาลเป็นแรมเดือน

ผมขอเรียนชมเชยศิริราช อย่างจริงใจ
ว่าช่างอบรมคนได้เป็นอย่างดี นอก
เหนือไปจากวิชาการ ซึ่งยังคงเป็นที่หนึ่งอยู่
เสมอในเมืองไทย ถ้าคุณหมอจะนำลงใน
วารสารของโรงพยาบาล ก็ไม่ขัดข้อง

ขอแสดงความเคารพอย่างสูง

ร.อ.

(ย.ล. อย่าใส่นามผมลงไป จะใช้ว่า

“ทหารคนหนึ่ง” ก็ได้)

(หมายเหตุของบ.ก. ในนามของศิษย์ศิริราช

ขอแสดงความขอบคุณท่านเจ้าของจดหมาย
นี้ที่มีน้ำใจนำความดีของ “ลูกศิริราช” มา
ช่วยเผยแพร่. หวังว่าเรื่องนี้เป็นเครื่อง
ชักจูงใน ทางดี สำหรับ แพทย์ และ นักศึกษา
แพทย์ทุก ๆ คน.)

๔. เกี่ยวกับ “ที่พึ่งของคนยาก”

จ. เพ็ชรบุรี

๔ พฤศจิกายน ๒๕๐๕

กราบเรียน คุณหมอบุณยสิทธิ์

จากบทความพิเศษของท่าน ในสารศิริ
ราช ฉบับที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๐๕ เรื่องที่
พึ่งของคนยาก, บทความพิเศษที่ไม่สั้นไม่
ยาวน ตรงตรงความรู้สึกผมเป็นอย่างมาก.
ตลอดเวลา ๓๐ ปีเศษของผมเต็มไปด้วย
อคติไม่เคยคิดแม้สักนิดว่านายแพทย์เมือง
ไทยจะมีเมตตาจิตเห็นความทุกข์ยากของ
คนจน, เห็นคนจนเช่นเพื่อนมนุษย์ผู้สมควร
แก่การช่วยเหลืออย่างจริงจัง ในความรู้สึก

ของผมบุคคลภายใต้เสื้อคลุมคือผู้ ชกเลือด
ผู้ทรงเกียรติผมยอมให้เพียง ๒ ปีช. เท่านั้น,
สำหรับหมอผู้มีน้ำใจ เข้มไป ด้วย กุศลจิต
แห่งเมตตาธรรม.

เมื่อได้อ่านบทความ ของคุณหมอบุณยสิทธิ์
ผมฉุกคิดขึ้นว่าคุณหมอบุณยสิทธิ์และ
ปริญญาที่มีใจนำ เคารพบุณยสิทธิ์ นน ยง มอก
มาก....

ว.ธ.

(บรรณาธิการขอบคุณคุณ ว.ธ. ที่ให้
ความสนใจแก่บทความที่กล่าวถึง. เป็นหน้า

ที่ของเพื่อนแพทย์ทั่ว ๆ ไปที่จะปฏิบัติหน้าที่
ของตนให้ปรากฏว่าที่แต่คุณ ว.ธ. ว่าแต่ก่อน

เข้าใจผิด, และเดี๋ยวนี้เข้าใจถูกแล้ว, นั่น
เป็นความจริง.)

๕. งานทอดกฐินของชุมนุมศึกษาพุทธธรรม (ศิริราช)

เมื่อวันอาทิตย์ ที่ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ.
๒๕๐๕ ชุมนุมศึกษาพุทธธรรม (ศิริราช)
ได้นำผ้าพระกฐินไปทอดที่วัดตึก, ตำบล
คูหาสวรรค์, อำเภอภาษีเจริญ, จังหวัด
ธนบุรี. มีแพทย์, พยาบาล, นักศึกษา
แพทย์, นักเรียนพยาบาลและครูอาจารย์ไป
ร่วมงานรวมประมาณสองร้อยคน.

ในการไปทอดกฐิน ครึ่งนเส้น ทางของ
เราใช้เรือไปทางแม่น้ำและผ่านเข้าคลองบาง
หลวงไปสู่วัดตึก. เรือที่ใช้เป็นพาหนะทั้ง
หมวกมี ๖ ลำคือเรือขอนนประสิทธิ์ โดย
โรงพยาบาลศิริราช เออเพื่ออนุญาตให้ใช้,
เรือยนต์ ส.ภ. ๒ ลำ ซึ่งทางบริษัทให้ยืม,
กับเรือแท็กซี่ ของ นาย ขณูรักษา, น.ศ.พ.
ปราโมทย์ ศรศรีวิชัยและนักเรียนพยาบาล
ปีที่ ๑ เจ้าละ ๑ ลำ.

เวลา ๑๒.๐๐ น. ขบวนเรือกฐินทุกลำ
พร้อมที่จะออกเดินทาง, จุดเรียงรายอยู่
ท่าหน้าวัดศิริราช. เราใช้เรือขอนนประสิทธิ์

เป็นเรือองค์กฐิน. มีอาจารย์นายแพทย์
ผู้ใหญ่หลายท่าน และครู พยาบาล ร่วมเดิน
ทางไปในเรือด้วย. เวลา ๑๒.๒๐ น. ทก
คนลงเรือเรียบร้อยแล้วก็ออกเดินทาง, เข้า
คลองบางหลวงมุ่งหน้าสู่วัดตึก. ขณะนั้น
น้ำในแม่น้ำและลำคลองกำลังขึ้น. เรือต้อง
ลอคสะพานหลายสะพาน. เรือ ส.ภ. ลำ
หนึ่งหลังคาสูงเกินไปไม่สามารถลอคสะพาน
ไปได้. จึงต้องถ่ายคนในเรือลำนั้นไปลงเรือ
เล็กและเดินทางต่อไป. ขบวนกฐินถึงวัดตึก
เวลา ๑๓.๑๕ น.. วัดนี้เป็นวัดเล็ก ๆ ทั้ง
อยู่ริมคลองพอดี, สะดวกที่เรือจะเข้าไปจอด
ได้. รู้สึกว่าบรรยากาศที่วัดบริเวณวัดม้วน
และนำศรัทธาพอใช้. พวกเราชนจากเรือ
ไปพักผ่อนบนศาลาวิเศษสักครู่หนึ่ง. ณ ที่ศาลา
วัดมี กำนันผู้ใหญ่บ้านและ ประชาชน ใน
ละแวก นั้นที่มีใจ ศรัทธาประมาณ สอง ร้อย
คน, ได้ไปคอยร่วมพิธีทอดกฐินด้วย.

เวลา ๑๓.๓๐ น. มีพระธรรมเทศนา

ที่ของเพื่อนแพทย์ทั่ว ๆ ไปที่จะปฏิบัติหน้าที่
ของตนให้ปรากฏว่าที่แต่คุณ ว.ธ. ว่าแต่ก่อน

เข้าใจผิด, และเดี๋ยวนี้เข้าใจถูกแล้ว, นั่น
เป็นความจริง.)

๕. งานทอดกฐินของชุมนุมศึกษาพุทธธรรม (ศิริราช)

เมื่อวันอาทิตย์ ที่ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ.
๒๕๐๕ ชุมนุมศึกษาพุทธธรรม (ศิริราช)
ได้นำผ้าพระกฐินไปทอดที่วัดตึก, ตำบล
คูหาสวรรค์, อำเภอภาษีเจริญ, จังหวัด
ธนบุรี. มีแพทย์, พยาบาล, นักศึกษา
แพทย์, นักเรียนพยาบาลและครูอาจารย์ไป
ร่วมงานรวมประมาณสองร้อยคน.

ในการไปทอดกฐิน ครึ่งนเส้น ทางของ
เราใช้เรือไปทางแม่น้ำและผ่านเข้าคลองบาง
หลวงไปสู่วัดตึก. เรือที่ใช้เป็นพาหนะทั้ง
หมวกมี ๖ ลำคือเรือขอนนประสิทธิ์ โดย
โรงพยาบาลศิริราช เออเพื่ออนุญาตให้ใช้,
เรือยนต์ ส.ภ. ๒ ลำ ซึ่งทางบริษัทให้ยืม,
กับเรือแท็กซี่ ของ นาย ขณูรักษา, น.ศ.พ.
ปราโมทย์ ศรศรีวิชัยและนักเรียนพยาบาล
ปีที่ ๑ เจ้าละ ๑ ลำ.

เวลา ๑๒.๐๐ น. ขบวนเรือกฐินทุกลำ
พร้อมที่จะออกเดินทาง, จุดเรียงรายอยู่
ท่าหน้าวัดศิริราช. เราใช้เรือขอนนประสิทธิ์

เป็นเรือองค์กฐิน. มีอาจารย์นายแพทย์
ผู้ใหญ่หลายท่าน และครู พยาบาล ร่วมเดิน
ทางไปในเรือด้วย. เวลา ๑๒.๒๐ น. ทก
คนลงเรือเรียบร้อยแล้วก็ออกเดินทาง, เข้า
คลองบางหลวงมุ่งหน้าสู่วัดตึก. ขณะนั้น
น้ำในแม่น้ำและลำคลองกำลังขึ้น. เรือต้อง
ลอคสะพานหลายสะพาน. เรือ ส.ภ. ลำ
หนึ่งหลังคาสูงเกินไปไม่สามารถลอคสะพาน
ไปได้. จึงต้องถ่ายคนในเรือลำนั้นไปลงเรือ
เล็กและเดินทางต่อไป. ขบวนกฐินถึงวัดตึก
เวลา ๑๓.๑๕ น.. วัดนี้เป็นวัดเล็ก ๆ ทั้ง
อยู่ริมคลองพอดี, สะดวกที่เรือจะเข้าไปจอด
ได้. รู้สึกว่าบรรยากาศที่วัดบริเวณวัดม้วน
และนำศรัทธาพอใช้. พวกเราชนจากเรือ
ไปพักผ่อนบนศาลาวิเศษสักครู่หนึ่ง. ณ ที่ศาลา
วิเศษมี กำนันผู้ใหญ่บ้านและ ประชาชน ใน
ละแวก นั้นที่มีใจ ศรัทธาประมาณ สองร้อย
คน, ได้ไปคอยร่วมพิธีทอดกฐินด้วย.

เวลา ๑๓.๓๐ น. มีพระธรรมเทศนา

บน ศาลาวิทันก โดย พระอุดม วิชาญผดุงเดว (โชติกป. ๕), วัฑฒนาทศนาราชวังสดยุค. พระธรรมเทศนา แยกปลงวิสันนา เป็นคติของพระธรรมกถึกเอง. มีอยู่ว่า เสียดละ, สามัคคี, มีสติ, มีวินัย, ใจเยือกเย็น, เป็นขัตติย, จิตสูตถ, คลายทิฏฐิ, คำวิชอบ, และกอบกศล. ท่านได้อธิบายให้ทราบในแต่ละคำ โดยละเอียด. นอกจากนั้นยังเทศนาเรื่อง บุญกุศล ท่อทำนุ นิดหน่อย. หมดเวลา ๑๔.๑๐ น. พระธรรมเทศนาจบ. จึงนำผ้าของคักจุนและบริวารคักจุนเข้าสูพระอุโบสถ. ประกอบพิธีถวายของคักจุนโดย ศจ. นพ. พร วราเวชชและ ศจ. นพ. โรจน์ สวรรค์สุขเป็นผู้ถวาย. มีพระสงฆ์ ๑๒ รูป ซึ่งมี พระครูใบฎีกาเจ้าอาวาส เป็นประธาน. พิธีถวาย ผ้าของคักจุน และ บริวาร คักจุนเรียบร้อยเสร็จลงในเวลา ๑๕.๑๕ น.. ทุกคนออกจากพระอุโบสถ หนีไปสบนศาลาอีกครั้งหนึ่งเพื่อทอดผ้า. ผ้าขนได้มาจากผู้ศรัทธาและนักศึกษาแพทย์ที่ไม่สามารถไปร่วมงานคักจุนได้. พระครูเจ้าอาวาสเป็นผู้รับผ้าไป.

เวลา ๑๕.๒๒ น. พิธีเสร็จเรียบร้อยทุกอย่าง. ก่อนที่จะกลับพระครูใบฎีกา ได้นำพระเศวตมาแจกให้. มีนักศึกษาแพทย์

ที่ศรัทธาเรื่องนไปรับพระจากท่านหลายคน. หลังจากนั้น พวกเราก็ ออกจาก วิทันก กลับโรงพยาบาลศิริราช. ขากลับเราไม่กลับทางเก่าแต่มาตามลำคลองเรือขมา, ออกทางคลองบางกอกน้อย. ภูมิประเทศสองข้างลำคลองทำให้จิตใจทุกคนที่ไปร่วมงานคักจุนครั้งนั้นเบิกบาน. รู้สึกว่าได้ทั้งบุญและความสนทนกันไปพร้อมกัน. เหตุการณ์เรียบร้อยโดยตลอด. เรือขบวนคักจุนถึงท่าเรือศิริราชเวลา ๑๗.๓๐ น.

ในการทอดคักจุนครั้งนี้ ชมนมศึกษาพทธธรรม (ศิริราช) ได้พิมพ์หนังสือ "ความเข้าใจผิดบางประการเกี่ยวกับพระพุทธานุภาพ" และนายบุญส่ง ประสมทรัพย์พิมพ์ "คำถามคำตอบเรื่องคักจุน" ช่วยแจกให้ผู้ที่ไปร่วมงานคักจุนด้วย.

ชมนมศึกษาพทธธรรม (ศิริราช) ได้ทำงานที่เย็นประโยชน์และเป็นบุญกุศลอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งเป็นที่สนใจแก่นายแพทย์, พยาบาล, นักศึกษาแพทย์, และนักเรียนพยาบาลมากพอใช้. หวังว่าชมนมฯ จะมีโอกาสบำเพ็ญประโยชน์ต่อไปโดยไม่หยุดยั้ง.

ยุทธ โพธารามิก
(ผู้บันทึก)

๖. เส้นศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๑๗)

๓๐๐๑. insectarium โรงเลี้ยงแมลง
 ๓๐๐๒. insecticide ยาฆ่าแมลง
 ๓๐๐๓. insectifuge ยาขับแมลง
 ๓๐๐๔. insemination การผสมเชื้อ, การใส่เชื้อผสม
 ๓๐๐๕. insensible ไม่รู้สึก, ไม่ทำให้รู้สึก
 ๓๐๐๖. insidious แอบแฝง
 ๓๐๐๗. insolation การรับแสงแดด, การแผ่แดด
 ๓๐๐๘. insomnia อาการนอนไม่หลับ
 ๓๐๐๙. insomniac ผู้นอนไม่หลับ
 ๓๐๑๐. insomnic ชึ่งนอนไม่หลับ
 ๓๐๑๑. inspissated งวด
 ๓๐๑๒. inspissation การทำให้งวด
 ๓๐๑๓. instep หลังเท้า
 ๓๐๑๔. instillation การหยอดยา
 ๓๐๑๕. instillator เครื่องหยอดยา
 ๓๐๑๖. insufflation การพ่นยา
 ๓๐๑๗. integument ผิวหนัง
 ๓๐๑๘. integumentary แห่งผิวหนัง
 ๓๐๑๙. intemperance การเสพเกินควร, ความไม่ประหยัด
 ๓๐๒๐. intensity ความเข้ม, ความแรงจัด, ความหนักหน่วง
 ๓๐๒๑. intensive เข้ม, แรงจัด, หนักหน่วง
 ๓๐๒๒. interangular ระหว่างมุม
 ๓๐๒๓. interarticular ระหว่างผิวข้อ
 ๓๐๒๔. intercapillary ระหว่างหลอดเลือดฝอย
 ๓๐๒๕. intercarpal ระหว่างกระดูกข้อมือ
 ๓๐๒๖. intercartilaginous, interchondral ระหว่างกระดูกอ่อน
 ๓๐๒๗. intercellular ระหว่างเซลล์
 ๓๐๒๘. interclavicular ระหว่างกระดูกไหปลาร้า
 ๓๐๒๙. intercostal ระหว่าง (กระดูก) ซี่โครง
 ๓๐๓๐. intercrystal ระหว่างบุ่ม
 ๓๐๓๑. intercrural ระหว่างขา
 ๓๐๓๒. intercurrent แทรกแซง
 ๓๐๓๓. intercutanomucous ระหว่างหนังกับเยื่อเมือก
 ๓๐๓๔. interdental ระหว่างฟัน
 ๓๐๓๕. interdentiun ช่องระหว่างฟัน
 ๓๐๓๖. interdigit ช่องระหว่างนิ้ว
 ๓๐๓๗. interdigital ระหว่างนิ้ว
 ๓๐๓๘. interdigitation การประสานอย่างนิ้ว
 ๓๐๓๙. interface ผิวในหว่าง
 ๓๐๔๐. interfemurium หว่างขา
 ๓๐๔๑. interfemoral ระหว่างโคนขา
 ๓๐๔๒. interfemur ช่องระหว่างโคนขา
 ๓๐๔๓. intergluteal ระหว่างก้น
 ๓๐๔๔. intergrade ชั้นหว่างกลาง
 ๓๐๔๕. interlabial ระหว่างริมฝีปาก
 ๓๐๔๖. interlobar ระหว่างกลีบ
 ๓๐๔๗. interlobitis เยื่อระหว่างกลีบปอดอักเสบ
 ๓๐๔๘. interlobular ระหว่างกลีบย่อย, ระหว่างกลีบน้อย
 ๓๐๔๙. interlocking เกี่ยวคล่อง
 ๓๐๕๐. intermalleolar ระหว่างตาตุ่ม
 ๓๐๕๑. intermammary ระหว่างเต้านม
 ๓๐๕๒. intermamillary ระหว่างหัวนม
 ๓๐๕๓. intermarriage สมรสร่วมวงษ์, สมรสต่างเชื้อชาติ
 ๓๐๕๔. intermediary กลาง ๆ
 ๓๐๕๕. intermediate ระยะกลาง, ชั้นกลาง
 ๓๐๕๖. intermenstrual ระหว่างระดู
 ๓๐๕๗. intermission การเว้นระยะ
 ๓๐๕๘. intermittent เป็น ๆ หาย ๆ, ซึ่งมีเว้นระยะ
 ๓๐๕๙. intermuscular ระหว่างกล้ามเนื้อ
 ๓๐๖๐. intern แพทย์ฝึกหัด
 ๓๐๖๑. internatal ระหว่างแก้มก้น
 ๓๐๖๒. internist อายุรแพทย์, แพทย์ทางขา
 ๓๐๖๓. interosseous ระหว่างกระดูก

๓๐๖๔. interpalpebral ระหว่างหนังตา
 ๓๐๖๕. interphalangeal ระหว่างกระดูกข้อนิ้ว
 ๓๐๖๖. interpupillary ระหว่างช่องม่านตา
 ๓๐๖๗. interrenal ระหว่างไต
 ๓๐๖๘. interrupt ขัดจังหวะ, ตัดตอน
 ๓๐๖๙. interscapular ระหว่างสะบัก
 ๓๐๗๐. interseptum ระหว่างผนังกัน, ระหว่างเยื่อชั้น
 ๓๐๗๑. intersexual ระหว่างเพศ
 ๓๐๗๒. interstice ซอก
 ๓๐๗๓. interstitial ในซอก, ในระหว่าง
 ๓๐๗๔. interureteric ระหว่างหลอดไต
 ๓๐๗๕. intervascular ระหว่างหลอดเลือด
 ๓๐๗๖. interventricular ระหว่างหัวใจห้องปลาย
 ๓๐๗๗. intervertebral ระหว่างชั้นกระดูกสันหลัง
 ๓๐๗๘. intestinal แห่งลำไส้
 ๓๐๗๙. intestine ลำไส้
 ๓๐๘๐. intolerance ความขาดอดกลั้น, ความขาดความทน
 ๓๐๘๑. intra-abdominal ภายในช่องท้อง
 ๓๐๘๒. intra-arterial ภายในหลอดเลือดแดง
 ๓๐๘๓. intra-articular ภายในข้อต่อ
 ๓๐๘๔. intra-atrial ภายในหัวใจห้องต้น
 ๓๐๘๕. intra-aural ภายในหู
 ๓๐๘๖. intrabronchial ภายในหลอดลม
 ๓๐๘๗. intrabuccal ภายในช่องปาก
 ๓๐๘๘. intracapsular ภายในถุงหุ้ม
 ๓๐๘๙. intracardiac ภายในหัวใจ
 ๓๐๙๐. intracarpal ภายในข้อมือ
 ๓๐๙๑. intracellular ภายในเซลล์
 ๒๐๙๒. intracerebellar ภายในสมองน้อย
 ๓๐๙๓. intracerebral ภายในสมองใหญ่
 ๓๐๙๔. intracordal ภายในหัวใจ
 ๓๐๙๕. intracorporal ภายในกาย, ภายในตัว
 ๓๐๙๖. intracorporeal ภายในกาย, ภายในตัว
 ๓๐๙๗. intracranial ภายในกะโหลกศีรษะ
 ๓๐๙๘. intrafebrile ระหว่างมีไข้
 ๓๐๙๙. intragastric ภายในกระเพาะ
 ๓๑๐๐. intraglandular ภายในต่อม
 ๓๑๐๑. intrahepatic ภายในตับ
 ๓๑๐๒. intra-intestinal ภายในลำไส้
 ๓๑๐๓. intralaryngeal ภายในกล่องเสียง
 ๓๑๐๔. intralingual ภายในลิ้น
 ๓๑๐๕. intralobar ภายในกลีบ
 ๓๑๐๖. intralobular ภายในกลีบย่อย,
 ๓๑๐๗. intramammary ภายในเต้านม
 ๓๑๐๘. intramuscular ภายในกล้ามเนื้อ
 ๓๑๐๙. intramyocardial ภายในกล้ามเนื้อหัวใจ
 ๓๑๑๐. intranasal ภายในช่องจมูก
 ๓๑๑๑. intraneural ภายในเส้นประสาท
 ๓๑๑๒. intra-ocular ภายในลูกตา
 ๓๑๑๓. intra-oral ภายในปาก
 ๓๑๑๔. intra-orbital ภายในเบ้าตา
 ๓๑๑๕. intra-ossal, intra-osseous, intra-osteal ภายในกระดูก
 ๓๑๑๖. intrapartum ขณะคลอด
 ๓๑๑๗. intrapericardial ภายในถุงหุ้มหัวใจ
 ๓๑๑๘. intraperitoneal ภายในช่องท้อง
 ๓๑๑๙. intraplacental ภายในรก
 ๓๑๒๐. intrapleural ภายในช่องเยื่อหุ้มปอด
 ๓๑๒๑. intrapulmonary ภายในปอด
 ๓๑๒๒. intrapyretic ระหว่างมีไข้
 ๓๑๒๓. intrarenal ภายในไต
 ๓๑๒๔. intrasplenic ภายในม้าม
 ๓๑๒๕. intrathoracic ภายในทรวงอก
 ๓๑๒๖. intratracheal ภายในหลอดคอ
 ๓๑๒๗. intra-ureteral ภายในหลอดไต
 ๓๑๒๘. intra-urethral ภายในหลอดปัสสาวะ
 ๓๑๒๙. intra-uterine ภายในมดลูก
 ๓๑๓๐. intravaginal ภายในช่องคลอด
 ๓๑๓๑. intravasation การผ่านเข้าหลอดเลือด
 ๓๑๓๒. intravascular ภายในหลอดเลือด
 ๓๑๓๓. intravenation การฉีดเข้าหลอดเลือดดำ
 ๓๑๓๔. intravenous ภายในหลอดเลือดดำ
 ๓๑๓๕. intravesical ภายในกระเพาะปัสสาวะ
 ๓๑๓๖. introitus ปากช่อง

๓๑๓๓. intromission การสอดใส่
 ๓๑๓๔. introversion การปลิ้นเข้า
 ๓๑๓๕. intumescere บวม, พองขึ้น
 ๓๑๓๖. intumescence การบวม, การพองขึ้น
 ๓๑๓๗. intussusception การรับเข้าไว้ (ลำไส้)
 การเคลื่อนสอดซ้อน
 ๓๑๓๘. inunction การทาถู
 ๓๑๓๙. in vitro ในแก้ว
 ๓๑๔๐. in vivo ในกาย
 ๓๑๔๑. involute กลับคืนขนาด, เข้าอยู่ (มดลูก),
 ม้วนเข้า
 ๓๑๔๒. involution การกลับคืนขนาด, การเข้าอยู่
 (มดลูก), การเสื่อมสภาพ, การม้วนเข้า
 ๓๑๔๓. iralgia, iridalgia อาการปวดม่านตา
 ๓๑๔๔. iridectome มีดตัดม่านตา
 ๓๑๔๕. iridectomy การตัดม่านตา
 ๓๑๔๖. iridopathy โรคม่านตา
 ๓๑๔๗. iridoplegia อัมพาตม่านตา
 ๓๑๔๘. iridoptosis ม่านตายุ่นย้อย
 ๓๑๔๙. iridotomy, iridotomy การผ่าม่านตา, การ
 เจาะม่านตา
 ๓๑๕๐. irinic เกี่ยวกับม่านตา
 ๓๑๕๑. iritic เกี่ยวกับม่านตาอักเสบ
 ๓๑๕๒. iritis ม่านตาอักเสบ
 ๓๑๕๓. irradiate ฉายรังสี
 ๓๑๕๔. irradiation การฉายรังสี, การปรากฏขยาย
 เพราะแสง (โฟลง)
 ๓๑๕๕. irresuscitable ไม่อาจแก้ฟื้น
 ๓๑๖๐. irrigate ชะล้าง
 ๓๑๖๑. irrigation การชะล้าง
 ๓๑๖๒. irrigator เครื่องชะล้าง
 ๓๑๖๓. ischemia, ischaemia การขาดเลือด
 เฉพาะแห่ง
 ๓๑๖๔. ischesis การชะงักปล่อยไหล
 ๓๑๖๕. ischialgia, ischias อาการปวดตะโพก
 ๓๑๖๖. ischomenia ระดูชะงัก
 ๓๑๖๗. ischuria การชะงักหลังปัสสาวะ
 ๓๑๖๘. isodynamic กำลังเสมอ
๓๑๖๙. iso-electric point ไฟฟ้าเสมอกัน
 ๓๑๗๐. isohyria คุณน้ำ
 ๓๑๗๑. isothermal อุณหภูมิเสมอกัน
 ๓๑๗๒. isthmus ส่วนคอด
 ๓๑๗๓. isthmus glandulae thyreoideae
 ส่วนคอดของต่อมธัยรอยด์
 ๓๑๗๔. isthmus tubae uterini ส่วนคอดหลอด
 มดลูก
 ๓๑๗๕. isthmus urethrae ส่วนคอดหลอด
 ปัสสาวะ
 ๓๑๗๖. jactation, jactitation อาการกระวน
 กระวาย
 ๓๑๗๗. jejunal แห่งลำไส้เล็กส่วนกลาง
 ๓๑๗๘. jejunectomy การตัดลำไส้เล็กส่วนกลาง
 ๓๑๗๙. jejunitis ลำไส้เล็กส่วนกลางอักเสบ
 ๓๑๘๐. jejuno-ileostomy การต่อลำไส้เล็กส่วน
 กลางกับส่วนปลาย
 ๓๑๘๑. jejunorrhaphy การเย็บลำไส้เล็กส่วน
 กลาง
 ๓๑๘๒. jejunostomy การเจาะลำไส้เล็กส่วนกลาง
 ๓๑๘๓. jejunotomy การผ่าลำไส้เล็กส่วนกลาง
 ๓๑๘๔. jejunum ลำไส้เล็กส่วนกลาง
 ๓๑๘๕. jerk การกระตุก
 ๓๑๘๖. jerk, Achilles, ankle การกระตุก
 (ส่วน) ข้อเท้า
 ๓๑๘๗. jerk, biceps การกระตุกข้อศอก
 ๓๑๘๘. jerk, knee การกระตุกข้อเข่า
 ๓๑๘๙. jerk, tendon การกระตุกเอ็น
 ๓๑๙๐. jugal แห่งแก้ม
 ๓๑๙๑. jugular แห่งคอ
 ๓๑๙๒. juice น้ำในเนื้อ
 ๓๑๙๓. juice, gastric น้ำหลังของกระเพาะ
 ๓๑๙๔. juice, intestinal น้ำหลังของลำไส้
 ๓๑๙๕. juice, pancreatic น้ำหลังของตับอ่อน
 ๓๑๙๖. junction ที่ต่อ, ที่ประสาน
 ๓๑๙๗. junction, myoneural แผ่นประสาน
 กล้ามเนื้อและประสาท
 ๓๑๙๘. juxtaposition ตำแหน่งข้างเคียง

๓๑๘๘. juxtapyloric เคียงพัยลอร์ส
 ๓๒๐๐. juxtaspinal เคียงกระดูกสันหลัง
 ๓๒๐๑. kakke โรคเหน็บชา
 ๓๒๐๒. keratitis กระจกตาอักเสบ
 ๓๒๐๓. keratome, keratotome มีดผ่ากระจกตา
 ๓๒๐๔. keratoplasty ศัลยกรรมตกแต่งกระจกตา
 ๓๒๐๕. keratotomy การผ่ากระจกตา
 ๓๒๐๖. kinesophobia ความกลัวการเคลื่อนไหว
 ๓๒๐๗. knee, back เข้าแอ่น
 ๓๒๐๘. knee, knock เข้าโค้งเข้า
 ๓๒๐๙. knee, out เข้าโค้งออก
 ๓๒๑๐. knuckle ส่วนหลังกระดูกข้อนิ้ว
 ๓๒๑๑. kyphosis หลังโค้ง, หลังโก่ง
 ๓๒๑๒. kyphotic ชึ่งหลังโค้ง, ชึ่งหลังโก่ง
 ๓๒๑๓. labial แห่งริมฝีปาก
 ๓๒๑๔. labially ไปทางริมฝีปาก
 ๓๒๑๕. labile เคลื่อนง่าย, ไม่คงตัว, แปรง่าย
 ๓๒๑๖. labile, heat ไม่คงตัวในความร้อน
 ๓๒๑๗. lability ความไม่คงตัว, ความกลับกลายง่าย (จิตใจ)
 ๓๒๑๘. labor, labour การคลอด
 ๓๒๑๙. labor, artificial การคลอดเนื่องจากเหตุภายนอก
 ๓๒๒๐. labor, atonic การคลอดไร้แรงเบ่ง
 ๓๒๒๑. labor, complicated การคลอดมีเหตุแทรก
 ๓๒๒๒. labor, dry การคลอดแห้ง
 ๓๒๒๓. labor, false, mimetic การเจ็บท้องลวง
 ๓๒๒๔. labor, immature, premature การคลอดก่อนกำหนด
 ๓๒๒๕. labor, induced การคลอดโดยชักนำ
 ๓๒๒๖. labor, instrumenta^T การคลอดใช้เครื่อง
 ๓๒๒๗. labor, multiple การคลอดแฝด การคลอดเกินหนึ่ง
 ๓๒๒๘. labor, obstructed การคลอดขัดขวาง
 ๓๒๒๙. labor, perverse การคลอดผิดท่า
 ๓๒๓๐. labor, postponed การคลอดเลยกำหนด
 ๓๒๓๑. labor, powerless การคลอดไม่มีกำลัง
 ๓๒๓๒. labor, precipitate การคลอดผลึกฉลาม
 ๓๒๓๓. labor prolonged, protracted, tedious การคลอดยืดเยื้อ
 ๓๒๓๔. labyrinth ห่องหูชั้นใน
 ๓๒๓๕. labyrinthectomy การผ่าห่องหูชั้นใน
 ๓๒๓๖. labyrinthitis ห่องหูชั้นในอักเสบ
 ๓๒๓๗. lacerable ฉีกขาดได้
 ๓๒๓๘. lacerated ฉีกขาด
 ๓๒๓๙. laceration การฉีกขาด, แผลฉีกขาด
 ๓๒๔๐. lacrimation การหลั่งน้ำตา
 ๓๒๔๑. lacrimator สิ่งเร่งการหลั่งน้ำตา, ยากระตุ้นน้ำตา
 ๓๒๔๒. lactagogue ยาขับน้ำนม
 ๓๒๔๓. lactation การหลั่งน้ำนม, ระยะเวลาหลั่งน้ำนม, การดูนม
 ๓๒๔๔. lactiferous, lactigerous นำน้ำนม, หลั่งน้ำนม
 ๓๒๔๕. lactigenous สร้างน้ำนม, หลั่งน้ำนม
 ๓๒๔๖. lacuna แอ่ง, หลุม, โพรง
 ๓๒๔๗. lagophthalmos, lagophthalmus ตาหลับไม่มีคิ
 ๓๒๔๘. lemella ชั้นบาง
 ๓๒๔๙. laminated มีชั้นบางซ้อนกัน
 ๓๒๕๐. lamination การมีชั้นบางซ้อนกัน
 ๓๒๕๑. landmark จุดกำหนด, จุดหลัก
 ๓๒๕๒. lanugo ขนอ่อน
 ๓๒๕๓. laparocholecystotomy การผ่าถุงน้ำดีผ่านหน้าท้อง
 ๓๒๕๔. laparocolotomy การผ่าลำไส้ใหญ่ผ่านหน้าท้อง
 ๓๒๕๕. laparocolpohysterotomy การผ่ามดลูกผ่านหน้าท้องและช่องคลอด
 ๓๒๕๖. laparocystectomy การผ่าถุงน้ำผ่านหน้าท้อง
 ๓๒๕๗. laparogastrostomy การผ่ากระเพาะผ่านหน้าท้อง
 ๓๒๕๘. laparohepatotomy การผ่าตับผ่านหน้าท้อง

๓๒๕๕. laparo-ileotomy การผ่าลำไส้เล็กส่วนปลายผ่านหน้าท้อง
๓๒๖๐. laparotome มีดผ่าหน้าท้อง
๓๒๖๑. laparotomize ผ่าท้อง, ผ่าหน้าท้อง
๓๒๖๒. laparotomy การผ่าท้อง, การผ่าหน้าท้อง
๓๒๖๓. lardaceous คล้ายมันหมู
๓๒๖๔. laryngalgia อาการปวดค้องเสียง
๓๒๖๕. laryngeal เกี่ยวกับค้องเสียง
๓๒๖๖. laryngospasm ช้องค้องเสียงหดเกร็ง
๓๒๖๗. laryngostenosis ช้องค้องเสียงตีบ
๓๒๖๘. laryngostomy การเจาะค้องเสียง
๓๒๖๙. laryngotracheitis ค้องเสียงและหลอดคออักเสบ
๓๒๗๐. lateroversion การหันไปทางข้าง
๓๒๗๑. leprologist นักวิทยาโรคเรื้อน
๓๒๗๒. leprology วิทยาโรคเรื้อน
๓๒๗๓. leprosarium, leprosary สถานรักษาโรคเรื้อน
๓๒๗๔. leprosy, anesthetic โรคเรื้อนชนิดชา
๓๒๗๕. leprosy, cutaneous โรคเรื้อนผิวหนัง
๓๒๗๖. leprosy, lepromatous, nodular โรคเรื้อนชนิดปุ่ม
๓๒๗๗. leprosy, macular, maculo-anesthetic โรคเรื้อนประสาท
๓๒๗๘. leptcephalus คนหัวยาว
๓๒๗๙. leptophonia เสียงค้อง
๓๒๘๐. leptosome คนผอมบาง
๓๒๘๑. lesion, รอยโรค
๓๒๘๒. lesion, coarse, macroscopic รอยโรคเห็นด้วยตา, รอยโรคปรากฏแก่ตา
๓๒๘๓. lesion, degenerative รอยโรคแสดงการเสื่อมโทรม
๓๒๘๔. lesion, destructive รอยโรคแสดงการทำลาย
๓๒๘๕. lesion, diffuse รอยโรคแผ่กระจาย
๓๒๘๖. lesion, focal รอยโรคเฉพาะแหล่ง
๓๒๘๗. lesion, functional รอยโรคแสดงทางการหน้าที่
๓๒๘๘. lesion, histologic, microscopic รอยโรคที่เห็นด้วยจุลทัศน์
๓๒๘๙. lesion, irritative รอยโรคชนิดระคาย
๓๒๙๐. lesion, organic, structural รอยโรคปรากฏทางกาย
๓๒๙๑. lesion, toxic รอยโรคเพื่อพิษ
๓๒๙๒. lesion, vascular รอยโรคส่วนหลอดเลือด
๓๒๙๓. levator กล้ามเนื้อยก
๓๒๙๔. levigation การบด
๓๒๙๕. levotorsion การบิดทางซ้าย
๓๒๙๖. levoversion การพลิกทางซ้าย
๓๒๙๗. lien ม้าม
๓๒๙๘. lienal แห่งม้าม, เกี่ยวกับม้าม
๓๒๙๙. lienectomy การตัดม้าม
๓๓๐๐. lienitis ม้ามอักเสบ
๓๓๐๑. lienopathy โรคม้าม
๓๓๐๒. lienorenal เกี่ยวกับม้ามร่วมไต
๓๓๐๓. lipopenic ขาดไขมัน
๓๓๐๔. liposoluble ละลายในไขมัน
๓๓๐๕. lipuria บัสสาวะมีไขมัน
๓๓๐๖. liquefacient ทำให้เป็นของเหลว
๓๓๐๗. liquescent กลายเป็นของเหลว
๓๓๐๘. liquiform คล้ายของเหลว
๓๓๐๙. liquorice ชะเอมเทศ
๓๓๑๐. lithagogue ยาละลายนิ่ว
๓๓๑๑. lithiasis การเกิดนิ่ว
๓๓๑๒. lithoclast คีมบีบนิ่ว
๓๓๑๓. lithocystotomy การผ่ากระเพาะเบาเอานิ่วออก
๓๓๑๔. lithodialysis การละลายนิ่วในกระเพาะเบา, การบีบนิ่วในกระเพาะเบา
๓๓๑๕. lithogenesis กำเนิดนิ่ว
๓๓๑๖. lithogenous ทำให้เกิดนิ่ว
๓๓๑๗. lithokonion เครื่องบีบนิ่วในกระเพาะเบา
๓๓๑๘. lithology วิทยาว่าด้วยนิ่ว
๓๓๑๙. litholysis การละลายนิ่ว
๓๓๒๐. lithonephritis ไตอักเสบเพื่อนิ่ว

๓๓๒๑. lithotomy การผ่าเอาเนื้อออก
 ๓๓๒๒. lithotresis การเจาะก้อนนิ่ว
 ๓๓๒๓. lithotripsy การบิบนิ่ว
 ๓๓๒๔. lithotrite เครื่องบิบนิ่ว
 ๓๓๒๕. lithuresis การถ่ายปัสสาวะมีเม็ดเลือดทราย
 ๓๓๒๖. livid ดำช้ำ
 ๓๓๒๗. lividity ลักษณะดำช้ำ
 ๓๓๒๘. lobar แห้งกลีบ, เป็นกลีบ
 ๓๓๒๙. lobe กลีบ
 ๓๓๓๐. lobotomy การผ่ากลีบ
 ๓๓๓๑. lobular แห้งกลีบ, แห้งกลีบย่อย
 ๓๓๓๒. lobulated แบ่งเป็นกลีบย่อย
 ๓๓๓๓. lobule กลีบย่อย
 ๓๓๓๔. lobulette กลีบย่อยเล็ก
 ๓๓๓๕. lobulose, lobulous มีกลีบย่อย
 ๓๓๓๖. lochia น้ำคาวปลา
 ๓๓๓๗. lochial เกี่ยวกับน้ำคาวปลา
 ๓๓๓๘. lochiometra น้ำคาวปลาตั้ง, น้ำคาวปลาไม่ไหล
 ๓๓๓๙. lochiometritis, lochometritis มดลูกอักเสบหลังคลอด
 ๓๓๔๐. lochiopyra ใช้น้ำคาวปลา
 ๓๓๔๑. lochiorrhagia, lochiorrhea, lochiorrhea น้ำคาวปลาไหลมาก, น้ำคาวปลาตั้ง
 ๓๓๔๒. lochioschesis, lochiostasis น้ำคาวปลาตั้ง
 ๓๓๔๓. lochoperitonitis เยื่อช่องท้องอักเสบหลังคลอด
 ๓๓๔๔. lockjaw บาดทะยัก, ขากรรไกรแข็ง
 ๓๓๔๕. locomotion การเคลื่อนที่
 ๓๓๔๖. locomotor เกี่ยวกับการเคลื่อนที่
 ๓๓๔๗. locular เกี่ยวกับช่อง, เกี่ยวกับโพรงเล็ก
 ๓๓๔๘. loculate แบ่งเป็นช่อง ๆ
 ๓๓๔๙. locus ช่อง, โพรงเล็ก
 ๓๓๕๐. longimanous มือยาวเกิน
 ๓๓๕๑. lordosis หลังแอ่น
 ๓๓๕๒. lordotic ชึ่งหลังแอ่น, แห้งหลังแอ่น
 ๓๓๕๓. lotion ยาล้าง
 ๓๓๕๔. louse เหา, เล็น, ไร, แมลงปรสิต
 ๓๓๕๕. lousicide ยาฆ่าเหา ฯลฯ
 ๓๓๕๖. loxia คอแข็ง, คอปิด
 ๓๓๕๗. loxic บิด
 ๓๓๕๘. loxophthalmus ตาเหล่
 ๓๓๕๙. lucid สว่าง, กระจ่าง, สดใส
 ๓๓๖๐. lucifugal หนีแสงสว่าง
 ๓๓๖๑. lucotherapy การรักษาโรคด้วยแสงสว่าง
 ๓๓๖๒. lues ซิฟิลิส, กาฬโรค
 ๓๓๖๓. lumbago, lumbodynia อาการปวดเอว, อาการปวดหลัง
 ๓๓๖๔. lumen ช่องภายในหลอด
 ๓๓๖๕. luminal เกี่ยวกับช่องภายในหลอด
 ๓๓๖๖. luminiferous นำแสง, ส่งแสง
 ๓๓๖๗. luminous ส่งแสง, มีแสง
 ๓๓๖๘. lunacy วิกลจริต
 ๓๓๖๙. lunatic คนวิกลจริต
 ๓๓๗๐. luxation ข้อเคลื่อน
 ๓๓๗๑. lye น้ำด่าง, น้ำละลายต่าง
 ๓๓๗๒. lymphadenopathy โรคต่อมน้ำเหลือง
 ๓๓๗๓. lymphagogue ยาขับน้ำเหลือง
 ๓๓๗๔. lymphangitis, lymphangiitis, lymphangitis หลอดน้ำเหลืองอักเสบ
 ๓๓๗๕. lymphangiectasis หลอดน้ำเหลืองพองโต
 ๓๓๗๖. lymphangioplasty การซ่อมแซมหลอดน้ำเหลือง
 ๓๓๗๗. lymphangiectomy การผ่าหลอดน้ำเหลือง
 ๓๓๗๘. lymphatic เกี่ยวกับน้ำเหลือง, มีน้ำเหลือง
 ๓๓๗๙. lymphedema บวมน้ำเหลือง, บวมเพราะน้ำเหลืองคั่ง
 ๓๓๘๐. lymphoditis ต่อมน้ำเหลืองอักเสบ, บวมน้ำเหลืองอักเสบ
 ๓๓๘๑. lymphoduct ท่อน้ำเหลือง
 ๓๓๘๒. lymphogenesis การสร้างน้ำเหลือง
 ๓๓๘๓. lymphopathy โรคหลอดน้ำเหลือง
 ๓๓๘๔. lymphostasis น้ำเหลืองหยุดไหล, น้ำเหลืองคั่ง

- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| ๓๓๘๕. lyotropic | ละลายง่าย | ๓๓๘๒. maculate | มีจุด |
| ๓๓๘๖. lysis | อาการโรคค่อยๆ หุเลา | ๓๓๘๓. maculation | การมีจุด, ภาวะมีจุด |
| ๓๓๘๗. maceration | การแช่ย่อย | ๓๓๘๔. macule | จุดราบ, ดวงราบ |
| ๓๓๘๘. macrocephalic, macrocephalous | หัวโตเกิน | ๓๓๘๕. madarosis | ขนคิ้วร่วง, ขนตาร่วง |
| ๓๓๘๙. macrodactyly, macrodactylia | นิ้วโตเกิน | ๓๓๘๖. madefaction | การทำเปื่อย, การทำชัน |
| ๓๓๙๐. macrogastria | กระเพาะพองโต | ๓๓๘๗. madescent | ชันน้อยๆ |
| ๓๓๙๑. macroglossia | ลิ้นโตเกิน | ๓๓๘๘. malabsorption | การดูดซึมพิการ |

อ.ก.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๐๕

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก - ใหม่	๓,๒๒๖	๑,๕๕๒	๑,๕๐๐	๑,๘๕๒	๒,๖๗๒	๖๔๕	๑๒,๒๔๗
เก่า	๕,๕๐๒	๓,๔๕๗	๓,๕๗๔	๒,๖๗๖	๔,๗๒๒	๘๕๘	๒๑,๒๒๙
รวม	๘,๗๒๘	๕,๐๐๙	๕,๐๗๔	๔,๕๒๘	๗,๓๙๔	๑,๕๐๓	๓๓,๔๗๖
ใน	๒๗๓	๔๑๒	๑,๔๔๕	๒๐๐	๖๕๐	—	๒,๙๘๐

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๕๔๘, จักษุฯ ๖๖๘, สูติ-นารีฯ ๖๕๖, รวม ๑,๘๗๒ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๕๓๖, หญิง ๔๕๗, รวม ๑,๐๓๓. คลอดตาย, ชาย ๖, หญิง ๑๐, รวม ๑๖.

๔. ผู้ป่วยตาย ๒๔๕ คน (๘.๓๕ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๑๐๕ ราย (๔๒.๑๖ ปช. ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๕๐ ครั้ง. ข้างนอก - ครั้ง. เจาะจากญาติ ๑๕๓ ครั้ง, เจาะจาก
 ญาติ ๒๔๔ ครั้ง, รวม ๘๔๗ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๔,๘๐๓ คน, รักษาใหม่ ๕๒ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๖๒ คน.
 รวดเข็มรักษา ๑๒ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓๓ คน, ไคอะเธอร์มีซี รักษาใหม่ ๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า
 ๑๐ คน. ภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยา รักษาใหม่ ๘๔ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๔๐ คน. โคบอลต์ ๖๐ รักษา
 ใหม่ ๔๗ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๐๕๓ คน.

๗. แผนกสูติวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๔๔ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๗,๒๑๑ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๑๐๕ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ - ชิ้น. ตรวจเนื้อจากการผ่าตัด ๑,๒๐๐
 ราย (จากภายนอก ๒๐๖ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๔๔ ราย. แอ็กกลูตินเนชัน - ราย. วัชเชอร์แมน
 และกาห์น ๒,๗๗๒ ราย. หมู่มเลือด ๑๔๖ ราย. น้บเม็ดเลือด - ราย. วัตฮีโมโกลบิน - ราย. ตรวจความ
 เปราะของเม็ดเลือด - หาเช็อบคัตเร้ - ตรวจน้ำไขสันหลัง ๔๗, อุจจาระ ๓, ปัสสาวะ ๑๒, เสมหะ
 และอื่น ๆ - เพราะเชื้อจากเลือด ๕๒๐, อุจจาระ ๑๓๘, ปัสสาวะ ๑๓๓, น้ำไขสันหลัง ๖๕, เสมหะ และ
 อื่น ๆ ๔๔๖. เพราะเชื้อวัณโรค ๓๖. นิติสตัวทดลอง ๑๓. เพราะเชื้อมด ๑๑. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๓๗.
 ตรวจเชอร์มูรีวิดิคัล ๑๐๘ ราย. ตรวจวิธีวิคัมบี ๑ ราย. ตรวจจอร์เอช ๓ ราย. ทดสอบความไวต่อยา
 ๒๕ ราย. ตรวจศพนิติเวช ๕๘ ราย. ตรวจของกลาง ๔๒ ราย. ตรวจผู้ป่วยคดี ๒๕ ราย.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๒. เจาะน้ำสันหลัง ๑๓. เจาะตับ ๔.

เจาะน้ำช่องปอด ๑๓. อัดลมเข้าช่องปอด - อัดลมเข้าช่องท้อง - ผ่าตัดผิวหนัง ๒๔. ฉีดยาทั่วไป
 ๒,๐๓๐. ฉีดยาซีบีฟิลิส ๓๘. เบาหวาน ๑,๕๐๕. ที.บี. คลินิก ๒๘๗.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๒๘๗. ถอนฟัน ๘๗๖. อุดฟัน ๒๘๘. ผ่าตัดช่องปาก ๖๔.

(โดยความ^{สั่ง}ของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

ประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้มีการประชุมทางวิชาการประจำเดือน พฤศจิกายน ๒๕๐๕ ณ ห้องบรรยายแผนกพยาธิวิทยา ๒ ครั้ง คือ:

๑. วันศุกร์ที่ ๕ พฤศจิกายน, เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. เรื่อง (๑) เฮอร์โต้น์ไฮสโคปป์, น.พ. วิกิจ วิจารณ์วัตติและคณะแห่งแผนกอายุรศาสตร์เป็นผู้เสนอ. (๒) โภการเคลื่อนไหวข้อไหลทอกัสเตบ, น.พ. เกลิมชาติรัตนเทพแห่งแผนกศัลยศาสตร์เป็นผู้เสนอ.

๒. วันศุกร์ที่ ๓๐ พฤศจิกายน, เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. เรื่อง (๑) กำเนิดพยาธิของโรคแผลกระเพาะอาหาร, น.พ. อุกฤษต์เปล่งวาณิชและ น.พ. สมพร ขยราทิจแห่งแผนกอายุรศาสตร์เป็นผู้เสนอ. (๒) มะเร็งเต้านม, น.พ. ประเสริฐ นิลประภัสสรแห่งแผนกรังสีวิทยาและ พ.ญ. เจียมจิตต์กัลยาศิริแห่งแผนกอายุรศาสตร์เป็นผู้เสนอ.

ข่าวอาจารย์

(๑) น.พ. วิเชียร ทิลกสัมพันธ์แห่งแผนกกายวิภาคศาสตร์ ซึ่งได้รับทุนจากสถาบันอนามัยแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา, ไปทำการวิจัยเกี่ยวกับซอร์โโมนเป็นเวลา ๑ ปี ณ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย, ได้กลับถึง

กรุงเทพฯ และเข้าประจำหน้าที่แล้ว ตั้งแต่วันที่ ๔ พฤศจิกายน ค.ศ.นี้.

(๒) ศาสตราจารย์สุก แสงวิเชียร หัวหน้าแผนกกายวิภาคศาสตร์, กำหนดอยู่ในกรุงโคเปนเฮเก้น, ประเทศเดนมาร์กต่อไปอีกเป็นเวลา ๓ เดือน, เพื่อการศึกษาโครงการควบคุมมนุษย์ก่อน ประวัติศาสตร์ที่น่าไปจากบ้านเก่า, จังหวัดกาญจนบุรี. ท่านศาสตราจารย์ กำหนดกลับ เดือน มีนาคม ๒๕๐๖.

(๓) ศาสตราจารย์ น.พ. สอนอง อุณากร, พ.ญ. ประไพศรี ศรศาสตร์ปรีชา, พ.ญ. นลของขวัญ สัทธิกถ และ พ.ญ. จิรา อินทนิยมแห่ง แผนก สรีรวิทยา, ได้ไปศึกษาเรื่องนี้ที่จังหวัดอุบลราชธานี, โดยวิเคราะห์หัตถ์ ๕ ก้อน, วิเคราะห์เลือดและปัสสาวะของผู้ป่วย ๒๘ คน, กับวิเคราะห์ปัสสาวะของชาวบ้านอีก ๕๔ คน. ระหว่างเดินทางในรถไฟขาไป ได้ทำคลอดผู้โดยสาร ๑ คน และ ได้ สละ ห้อง นอน ให้ทำคลอดและให้แม่ลูกนอนด้วย.

อาคันตุกะ

(๑) เมื่อวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๐๕, น.พ. เอฟ. เกรกอรี โรเบิร์ต,

จักษ์แพทย์จากประเทศออสเตรเลีย, ได้เดินทางผ่านมาแวะเยี่ยมแผนกจักษ์วิทยาฯ.

(๒) ระหว่างวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ถึง วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๐๕, กลุ่มจักษ์แพทย์จากสหรัฐอเมริกา, ได้เดินทางผ่านประเทศไทยและได้เข้าพบ ประทับ จักษ์แพทย์ไทยด้วย.

(๓) ดร. อังเทร แอร์โรวด์แห่งศูนย์เท็กนาชาติ ณ กรุงปารีส ได้แวะเยี่ยมแผนกกุมารเวชศาสตร์. ได้บรรยายเรื่อง "ผลของการบริหารไอ.เอ็น.เอ็ช. ต่อวัณโรคชนิดขั้นต้นในเด็ก" โอกาสนี้คณะได้จัดเลี้ยงอาหารกลางวันต้อนรับด้วย.

ข่าวพยาบาล

คุณาน โรงพยาบาลสงฆ์, พญาไท, ได้ส่ง น.ส. นารี ประมวลธน, สส.บ., นักสังคมสงเคราะห์ ประจำโรงพยาบาล สงฆ์, มาทำงานสังคมสงเคราะห์ใน โรงพยาบาล ศิริราชมีกำหนด ๑ เดือน ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ค.กน.

ย้าย น.ส. เพียว จันทร์หนูหงษ์ พยาบาลประจำตึกสุติศาสตร์ ได้โอนไปรับราชการ ณ วิทยาลัยครูธนบุรี ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ค.กน.

ออก น.ส. บุญช่วย พลศิริ พยาบาลประจำตึกสุติศาสตร์ ลาออกเพื่อทำการสมรสตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ค.กน.

สมรส ในเดือนพฤศจิกายน ค.กน. มีพยาบาลเข้าพิธีสมรส คือ: น.ส. ทองสุข วิชาเจริญ ประจำตึกเรียนพยาบาลสมรสกับนายปรีชา อรจันทร์, น.ส. สุคนธ์ สัตยพานิช พยาบาลประจำตึกอายุรกรรมสมรสกับ น.พ. พิพัฒน์ คุ้มเกษ, น.ส. ลาวัณย์ ทัศนไพบลย์ พยาบาลประจำตึกอานันท-มหิตล (ล่าง) สมรสกับเรือโท มณฑะเกียรติ มั่งถิ่น, น.ส. อภา นรภากร พยาบาลประจำตึกศัลยกรรมหญิงสมรสกับ เรือตรี ประเมิน สายอ่อนใจ, น.ส. วรณี ถนนมบุญ ผู้ช่วยหัวหน้าตึกอายุรกรรม ๒ สมรสกับร้อยโทจาย เขียมศิริ.

จักษ์แพทย์จากประเทศออสเตรเลีย, ได้เดินทางผ่านมาแวะเยี่ยมแผนกจักษ์วิทยาฯ.

(๒) ระหว่างวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ถึง วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๐๕, กลุ่มจักษ์แพทย์จากสหรัฐอเมริกา, ได้เดินทางผ่านประเทศไทยและได้เข้าพบ ประทับ จักษ์แพทย์ไทยด้วย.

(๓) ดร. อังเทร แอร์โรวด์แห่งศูนย์เท็กนาชาติ ณ กรุงปารีส ได้แวะเยี่ยมแผนกกุมารเวชศาสตร์. ได้บรรยายเรื่อง "ผลของการบริหารไอ. เอ็น. เอ็ช. ต่อวัณโรคชนิดชนิดในเด็ก" โอกาสนี้คณะได้จัดเลี้ยงอาหารกลางวันต้อนรับด้วย.

ข่าวพยาบาล

ดูงาน โรงพยาบาลสงฆ์, พญาไท, ได้ส่ง น.ส. นารี ประมวลธน, สส.บ., นักสังคมสงเคราะห์ ประจำโรงพยาบาล สงฆ์, มาดูงานสังคมสงเคราะห์ใน โรง พยาบาล ศิริราชมีกำหนด ๑ เดือน ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ค.กน.

ย้าย น.ส. เพียว จันทร์หนูหงษ์ พยาบาลประจำตึกสุติศาสตร์ ได้โอนไปรับราชการ ณ วิทยาลัยครูธนบุรี ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ค.กน.

ออก น.ส. บุญช่วย พลศิริ พยาบาลประจำตึกสุติศาสตร์ ลาออกเพื่อทำการสมรสตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ค.กน.

สมรส ในเดือนพฤศจิกายน ค.กน. มีพยาบาลเข้าพิธีสมรส คือ: น.ส. ทองสุข วิชาเจริญ ประจำตึกเรียนพยาบาลสมรสกับนายปรีชา อรจันทร์, น.ส. สุคนธ์ สัตยพานิช พยาบาลประจำตึกอายุรกรรมสมรสกับ น.พ. พิพัฒน์ คุ้มเกษ, น.ส. ลาวัณย์ ทัศนไพบลย์ พยาบาลประจำตึกอานันท-มหิตล (ล่าง) สมรสกับเรือโท มณฑะเกียรติ มั่งถิ่น, น.ส. อภา นรภา พยาบาลประจำตึกศัลยกรรมหญิงสมรสกับ เรือตรี ประเมิน สายอ่อนใจ, น.ส. วรณี ถนนมบุญ ผู้ช่วยหัวหน้าตึกอายุรกรรม ๒ สมรสกับร้อยโทจาย เขียมศิริ.

บันทึกงานทดลองเจ็ดสิบสองปี (๑)

กิจการของรังสีวิทยา

(รวมสถาบันมะเร็งและงานสโมสรรสนันนิบาตด้วย)

ก สถาบันมะเร็ง

๑. แผนกสถิติ (ก) แสดงจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาจากจังหวัดต่าง ๆ ทั่วพระราชอาณาจักร.

(ข) แสดงตำแหน่งที่เป็นมะเร็ง และ เปอร์เซ็นต์ที่เป็นในผู้ป่วยชาย-หญิง, แสดงด้วยภาพผู้ป่วยทั้งตัว.

๒. แผนกการเงิน แสดงพระนาม และรายนามผู้บริจาคเงินสมทบทุนสถาบันมะเร็ง ร.พ. ศิริราช ตั้งแต่จำนวนเงิน ๑,๐๐๐ บาทขึ้นไป.

๓. แผนกศึกษา (ก) ภาพโปสเตอร์ แสดง สาเหตุช่วยที่ทำให้เกิดมะเร็ง. (ข) ภาพโปสเตอร์แสดงอาการของมะเร็งในระยะเริ่มเป็น. (ค) หนังสือคำแนะนำเรื่องมะเร็ง ๑,๐๐๐ เล่ม. (ง) ใบปลิวอาการแสดงของมะเร็งในระยะเริ่มเป็น ๒,๐๐๐ แผ่น (แจกฟรี).

๔. แผนกทูเมอร์คลินิก โปสเตอร์แสดงความประสงค์ของการมีทูเมอร์คลินิก, ภาพถ่ายแสดงกิจการของทูเมอร์คลินิก. แผนกศัลยกรรม แสดงภาพผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง.

๕. แผนกพยาธิวิทยา ร่วมแสดงภาพจุลทัศน์ ชนิดต่าง ๆ ของมะเร็งนาโต-ฟาริงซ์, แสดงมะเร็งที่เป็นในอวัยวะต่าง ๆ.

๖. แผนกนารีเวชวิทยา แสดงมะเร็งของปากมดลูก-สถิติ. มะเร็งของปากมดลูกคืออะไร, สาเหตุ, อาการแสดง, การใช้เครื่องมือช่วยในการตรวจ, ระยะต่าง ๆ ของมะเร็งปากมดลูก, การรักษา, ผลของการรักษา, การปฏิบัติตนหลังการรักษา.

๗. การรักษามะเร็งในสมัยปัจจุบัน โดยการผ่าตัด, การใช้รังสี, การใช้ยา.

๘. การรักษามะเร็งด้วยรังสีเรณู — แสดงเครื่องรังสีเรณูชนิดต่าง ๆ. การวางแผนการรักษา, การรักษา, ผลของการรักษาในบางโรค.

๙. ผลของการรักษามะเร็ง ภาพแสดงผลของการรักษามะเร็ง ด้วยการผ่าตัด และรังสีบางโรค.

๑๐. การวินิจฉัย แผนกกายวิภาคศาสตร์ แสดงหนูน้ยมะเร็ง และที่หายจาก มะเร็ง หลังจากการฉายรังสีเรณตเกิน.

ข. หน่วยรังสีวินิจฉัย

๑. ใต้น้าเอกซเรย์เคลอนที่มาแสดง, พร้อมทั้งแสดงถึงการ บ่งกนรังสี ในการถ่ายภาพเอกซเรย์เพอวินิจฉัยโรค.

๒. แสดงถึงวิวัฒนาการของหลอดเอกซเรย์สมัยต่างๆ ที่ใตเคยใช้ ในแผนกรังสี.

๓. แสดงเครื่องมือพิเศษต่างๆ ที่ใช้ประกอบในการตรวจเต็ก, พร้อมทั้งวิธีใช้ และภาพเอกซเรย์ที่ใต.

๔. รูปภาพเอกซเรย์ในคนปรกติทั้งตัว, แสดงประโยชน์ของวัตถุทึบรังสี.

๕. ลักษณะพยาธิสภาพทางเอกซเรย์ที่พบในโรคต่างๆ ของร่างกายทุกระยะ.

๖. แสดงภาพเอกซเรย์ใช้ตรวจวินิจฉัยและที่หาคูใตยาค.

๗. แสดงวิวัฒนาการของแผนกรังสี ทุกระยะ ๕ ปี ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๗๑—

๒๕๐๔. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนผู้ช่วย, แพทย์, พยาบาล, คนงาน, และ เครื่องมือเครื่องใช้.

๘. กราฟแสดงสถิติจำนวนผู้ช่วยที่ใตรับการตรวจวินิจฉัยด้วยรังสีเรณตเกิน พ.ศ.

๒๔๗๑—๒๕๐๔.

๙. กราฟแสดง สถิติ จำนวน ผู้ช่วย ที่ใตรับการ รักษา ด้วย รังสี เรณตเกิน พ.ศ.

๒๔๕๕—๒๕๐๔.

รายได้จำนวนเงินที่นำส่งแผนกคลัง:

๑. เงินใตหักค่าใตจ่ายแล้ว ๑,๒๗๑ บาท

๒. เงินใตจากผู้วิชาคสมทบทุนสถาบันมะเร็ง ๑๑,๐๐๐ บาท

ความเห็น: งานสำเร็จไปด้วยดี. เจ้าหน้าที่ทุกคนช่วยด้วยความเต็มใจ. ข้อบกพร่องย่อมมีบ้างในการดำเนินการใหญ่เช่นนั้น. กิจกรรมของสถาบันนี้เข้มแข็ง. ได้รับการสนใจจากประชาชนพอสมควร. มีข้อที่น่าสังเกต คือ

๑. น.ศ.พ., แพทย์และพยาบาลที่ช่วยอธิบายประกอบกิจการแสดง, มีส่วนช่วยดึงดูดความสนใจมาก.
๒. ภาพสี, คนชอบดูมากกว่าตัวหนังสือ, และชอบอวยวาระจริง ๆ หรือสวดมีชีวิตมากกว่าภาพนิ่ง

ค. สโมสรสันนิบาต

สำหรับงานสโมสรสันนิบาตซึ่งหัวหน้าแผนกรังสีวิทยาเป็น ประธานอนุกรรมการ, มีการขลุกขลักบ้างในการจัดที่นั่งรับประทานอาหาร, เครื่องดื่ม, การตรวจบัตร, และจำหน่ายบัตรในคืนนั้น, เนื่องจากมีผู้ไปร่วมงานเพิ่มเติมโดยไม่ได้จองไว้ก่อนเป็นจำนวนมาก. จึงประมาณงานไว้ก่อนให้ตกต้องยาก. เห็นว่าต่อไปจะมีงานสโมสรสันนิบาต, ควรประกาศให้ทราบว่า การจองบัตรล่วงหน้าเป็นการจำเป็นเกี่ยวกับความเรียบร้อยในการจัดที่นั่ง.

พิพิธภัณฑ์ประวัติการแพทย์ไทย

ต้องการสิ่งแสดงต่าง ๆ เกี่ยวกับการแพทย์ของไทยในสมัยก่อน, เพื่อชดเชยความคลาดคลาของการรักษาพยาบาล. ผู้ประสงค์จะให้ (หรือขาย) สิ่งเช่นนั้น โปรดติดต่อแผนกสรีรวิทยา.