



# สารศิริราช

## SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๙ กันยายน ๒๕๐๗	Volume 16, Number 9, September 1964.
---------------------------------	--------------------------------------

### กลุ่มอาการ พอยต์ซ์-เจเกอร์

รายงานผู้ป่วย ๒ ราย

พีระพล สุนทรพะลิน พ.บ. \* ลឹ้ม คุณวิศาล., F.R.C.S. \*

ประสาร นิลประภัสสร พ.บ. †

(\* แผนกศัลยศาสตร์, † แผนกรังสีวิทยา)

ในบรรดาโรคที่พบได้ยากนั้น ถ้าให้ความสนใจและคอยสังเกตก็ทำให้มีโอกาสจะวินิจฉัยได้มากขึ้น. กลุ่มอาการ พอยต์ซ์-เจเกอร์ (Peutz-Jeghers) เป็นโรคหนึ่งที่พบได้ไม่บ่อยนัก. มีลักษณะที่สำคัญ ๒ อย่าง, คือ มีเนื้องอก (polyp) ในทางเดินอาหาร และมีจุด เมลานิน ที่ผิวหนังและเยื่อเมือก, ซึ่ง มีลักษณะจำเพาะและจะได้กล่าวถึงต่อไป. มีลักษณะที่สามอีกอย่างหนึ่งซึ่งพบไม่เสมอไป, คือ ประวัติเป็นในครอบครัวเดียวกัน. ในประเทศไทยมีรายงานในวารสารแพทย์ของไทยไว้ก่อน

เรื่องย่อ สุนทรพะลิน, พีระพล, ลឹ้ม คุณวิศาล, ประสาร นิลประภัสสร, กลุ่มอาการ พอยต์ซ์-เจเกอร์, รายงานผู้ป่วยสองราย. สารศิริราช ๒๕๐๗ (กค. ๑๕๖๔), ๑๖: ๕๐๕-๕๑๔.

กลุ่มอาการนี้เคยมีรายงานมาก่อนแล้วเพียง ๓ ราย. รายงานนี้เสนออีก ๒ ราย, เป็นหญิงพี่น้องกัน. ทั้งสองคนมีจุดดำที่หน้าและในปาก. คนพี่, อายุ ๒๑ ปี, มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องและอาเจียนเรื้อรัง. ผ่าท้องพบลำไส้กลืนตัวในส่วนเจจูนัมและดึงเนื้อในลำไส้ใหญ่. เมื่อตัดส่วน เป็นโรค ออก แล้ว คนไข้หายจากอาการเดิม. คนไข่น้อง, อายุ ๑๔ ปี, มาตรวจตามแพทย์แนะนำ. ตรวจทางรังสี พบเนื้องอกจำนวนมากในกระเพาะและลำไส้, ต้องผ่ากระเพาะและลำไส้เล็กเอาเนื้องอกออก, และตัดลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่. ทั้งสองรายพยาธิวิทยารายงานว่าเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้าย.

\* หัวหน้าแผนก : ศจ. น.พ. อุดม โปษะภฤชณะ ;

† หัวหน้าแผนก : ศจ. น.พ. อำนวย เสรมรสุด.

รายงานนี้ ๓ ราย. น.พ. ปรีชา ตายสนันท์ และ น.พ. เปรม ขวี่ รายงานไว้ ๑ ราย, เป็นหญิงไทยอายุ ๒๘ ปี, มีจุด เมลานิน ที่ริมฝีปาก, เยื่อช่องปาก, หนา, นวมอ และฝ่าเท้า. ผ่าตัดครั้งแรกพบเนื้องอกชนิด อะคีโนมาตัส ของ อีเลอิม ๓ ชั้น. หนึ่งปี ต่อมา ผ่าตัดอีก พบมีการกลืนตัวของลำไส้ ส่วน อีเลอิม จนเนือตาย. ใต้ตัดลำไส้ ส่วนนั้นออกแต่ไม่พบเนื้องอก. มารดาของผู้ป่วยมีจุด เมลานิน และตายด้วยโรคมะเร็งช่องท้องและอาเจียน. บิดาและพี่น้องเป็นปกติ. พ.ญ. ลำเนียง เศรษฐจันทร์ รายงานอีก ๒ ราย, เป็นหญิงไทยทั้งคู่อายุ ๑๐ และ ๑๕ ปี. รายแรกมีจุดดำที่ริมฝีปาก, นวมอ, นวมเท้า, ไม่พบในช่องปาก. ไปโรงพยาบาล เรือง เขอ อาหาร และ อ่อนเพลีย. ตรวจไม่พบเลือดในอุจจาระ. ตรวจทางรังสี ๗ สงสัยมีเนื้องอกใน อีเลอิม และลำไส้ใหญ่, แต่ไม่ได้ทำการผ่าตัด. ผู้ป่วยรายหลังมีจุด เมลานิน ที่ริมฝีปาก, เยื่อช่องปาก, เพดานปาก, หนา, นวมอ, นวมเท้า และฝ่าเท้า. พบเนื้องอกที่ เร็คตัม ๓-๔ ชั้น. ตรวจทางรังสี ๗ และ ผ่าตัดพบเนื้องอกใน ตูโอเดนมัม, เจจันัม และ อีเลอิม จำนวนมากมาย. ใต้ผ่าตัด ๒ ครั้งของลำไส้

กลืนตัว. ทั้ง ๒ รายไม่มีประวัติการตามพันธุกรรม.

รายงานปัจจุบันนี้เป็นรายงาน ผู้ป่วยอีก ๒ ราย. ผู้รายงานได้พยายามศึกษาจากครอบครัวของผู้ป่วยทั้งสองแต่ไม่สามารถจะทำได้ตลอด. คงมีโอกาสศึกษาเพียง ๓ คนจากสมาชิกในครอบครัว ๑๐ คน, คือผู้ป่วยทั้ง ๒ รายและบิดา, โดยทำการตรวจทางรังสี ๗ อย่างละเอียดแล้ว ไม่พบสิ่งผิดปกติ.

#### รายงานผู้ป่วย

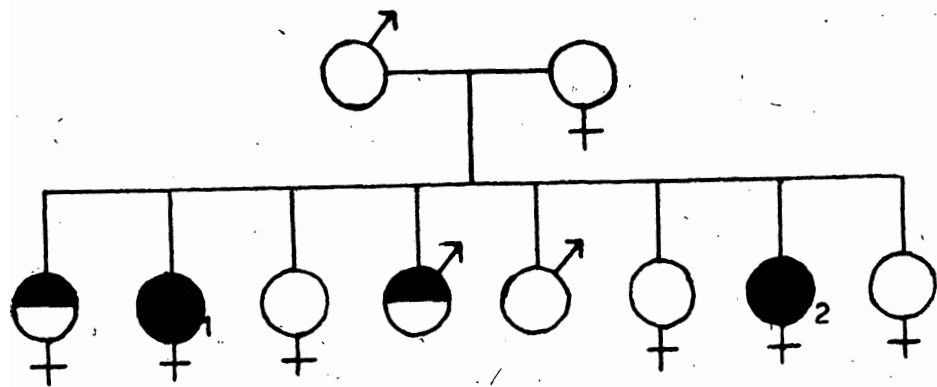
ผู้ป่วยรายที่หนึ่งเป็นหญิงไทยโสภคอายุ ๒๑ ปี. รัยไว้ในแผนกศัลยกรรม ศาสตร์ โรงพยาบาล ศิริราชเมื่อ ๒๐ กันยายน ๒๕๐๖ ด้วยอาการสำคัญว่า ปวดท้องบริเวณส่วนบนและอาเจียน, เป็นๆ หายๆ มา ๑ ปี. เริ่มด้วยมีอาการปวดท้องส่วนบนๆ. บางครั้งปวดจนตื่น. ไม่สัมพันธ์กับอาหาร. เป็น ๓ หรือ ๔ วันอาการก็หาย. เวลาที่ปวดท้องทุกครั้งมีอาเจียนร่วมด้วยเสมอ. มีน้ำคายน. ไม่มีเลือดหรืออุจจาระดำ. อาการหายไประยะหนึ่งๆ อาจถึง ๑ เดือนแล้วก็กลับเป็นขึ้นมาอีก. ในตอนหลังนี้เป็นบ่อยขึ้น. ประจำเดือนมีไม่

พระพล สุนทรพะลิน, ลี้ม คุณวิศาล, ประสาร นิลประภัสสร 511

ปรกติ. ได้เคยไปรักษาที่สุขศาลาและ  
โรงพยาบาลอื่นอีก ๒ แห่งรวมทั้งตรวจ  
ภายในด้วย, แต่หาสาเหตุของโรคไม่ได้.  
สามเดือนก่อนเคยมาตรวจที่โรงพยาบาล  
ศิริราชน์ แพทย์ว่าเป็นโรคกระเพาะอาหาร,  
ได้ให้ยาไปรับประทานแต่อาการไม่ทุเลา.  
เจ็ดวันก่อนรับไว้มีอาการปวดท้องมากขึ้น  
มาอีกจนนอนคืนและเป็นคึดคักกันหลายวัน.  
ไปหาแพทย์ที่คลินิกส่วนตัว, จึงได้รับการ  
ตรวจทางรังสีฯ โดยกลืนแป้ง. พบว่าการ  
อุดตันของ คูโอเดนมัม ส่วนที่ ๒ ท่อส่วน

ที่ ๓. จึงได้รับไว้รักษา. ตลอดเวลา ๑ ปี  
ที่ไม่สบายมานี้รู้สึกอวมลง. มีจุดดำที่หน้า  
และปากมาตั้งแต่เกิด.

บิดาและมารดาของผู้ป่วยแข็งแรงดี.  
ผู้ป่วยมีพี่ ๑ คนมีจุดดำในปากแต่ไม่มี  
อาการในท้อง. มีน้อง ๖ คน. น้องคนที่  
๑-๓-๔ และ ๖ ปรกติ. น้องคนที่ ๒ มีจุด  
ดำในปากแต่ไม่ทราบว่ามีอาการในท้องหรือ  
ไม่. น้องคนที่ ๕ คือผู้ป่วยรายที่ ๒ ใน  
รายงานนี้ (รูปที่ ๑).



- ← ปรกติ
  - ◐ ← มีจุดสีดำ, ไม่มีอาการทางท้อง
  - ← มีจุดสีดำและเนื้องอกในทางเดินอาหาร
  - 1 ← ผู้ป่วยรายที่ ๑
  - 2 ← ผู้ป่วยรายที่ ๒
- รูปที่ ๑



รูปที่ ๒

การตรวจร่างกายแรกพบแสดงว่าชีพจร, การหายใจ, อุณหภูมิ และความดันโลหิตเป็นปรกติ. รูปร่างแข็งแรง, เต็มโตอย่างปรกติ. มีจุดตำราปร่างต่าง ๆ กัน, ขนาดต่างกัน, ขอบเขตชัดเจนทริมฝีปาก. ทริมฝีปากล่างมีมากกว่าทริมฝีปากบน. ในเยอบช่องปาก, เพดานปาก, บริเวณหน้า, ฝ่ามือ และฝ่าเท้ามีเล็กน้อย (ดูรูปที่ ๒ และ ๓). หน้าท้องมักกระชับเล็กน้อยที่บริเวณเสี้ยวซ้ายบน. ไม่พบสิ่งผิดปกติอย่างอื่น.

การตรวจทางห้องทดลอง : ซีโมโกลบิน ๑๒.๒ กรัม ๒๕., เม็ดเลือดขาว ๕,๘๐๐ ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร, โปลียูมอร์ฟ ๕๒ ๒๕., ลิ้มโฟซัยต์ ๘ ๒๕. ไม่

พบเม็ดเลือดที่ผิดปกติ. เอ็น.พี.เอ็น., ครีอาตินิน, น้ำตาล และโปรตีนในเลือดเป็นปรกติ. ชีวสภาวะปรกติ. ในอาการตรวจพบเลือดโดยวิธีเคมี. วิเคราะห์กรดยูริกในกระเพาะอาหารพบว่ามีความเข้มข้นสูงกว่าปรกติเล็กน้อย.

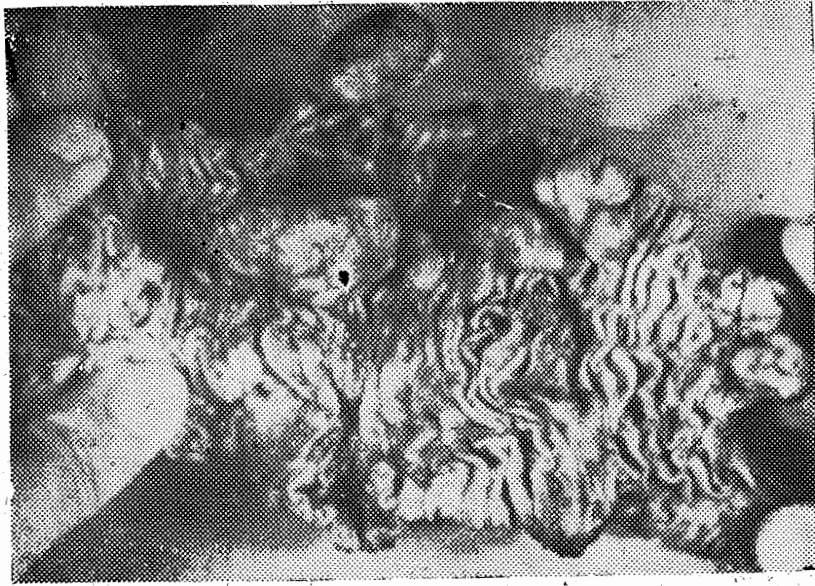
การดำเนินโรคและการรักษา. ในวันแรกที่รับไว้ได้ส่วนล่าง กระเพาะอาหารได้ส่วนตกค้าง ๕๐๐ ล.ซม., มีน้ำดี, ไม่มีเลือด. ได้ให้ยาลดกรดและ อินเตรนียล. ยังคงมีอาการปวดท้องเพียงเล็กน้อย. วันต่อๆ มาส่วนล่างกระเพาะอาหารได้ส่วนตกค้างเพียงวันละ ๑๐-๒๐ ล.ซม. เท่านั้น. อาการปวดท้องบางวันไม่มี. ไม่อาเจียนอีกเลย. ได้ทำการผ่าตัดเมื่อ ๒๗ กันยายน.



รูปที่ ๓

๒๕๐๖ พบว่ามีอาการคลื่นตัวของลำไส้เล็ก  
เจนนัม เข้าใน เจนนัม ยาวประมาณ ๑๕  
ซม. ต่ำกว่าเอ็นของ ไทรอัส (Treitz) เล็ก  
น้อย. คลายออกได้ง่าย. เนื้อไม่ตาย.  
คลำ เจนนัม พบเนื้องอกหลายอันในช่วงยาว  
ประมาณ ๒๐ ซม. จึงตัด เจนนัม ส่วนนั้น  
ออก (กรปที่ ๔) และทำการต่อแบบปลายชน  
ปลาย. ที่ลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง คลำได้เนื้องอก  
หลายอันจึงตัดออกยาว ๑๒ ซม. และ  
ทำการต่อแบบปลายชนปลายเช่นกัน. เนื่องจาก  
จากไม่ได้เตรียม ลำไส้ใหญ่ให้ดี จึงคลำ

แยกจากอวัยวะได้ยาก. ในกระเพาะ  
อาหารและลำไส้ ส่วนอื่นคลำไม่พบสิ่งผิดปกติ.  
หลังผ่าตัดก็ช่วยหายเร็วข้อยก.  
ได้ทำการตรวจทางรังสี ๗ โดยละเอียด.  
พบว่ายังมีเนื้องอกอีกหลายอันที่บริเวณ ซิก-  
มอยต์ โคโลน และ เร็คตัม (กรปที่ ๕).  
ได้ทำ ซิกมอยโคสโตคิซึ พยเนื้องอก, แต่  
ขนาดโตจึด้วยไฟฟ้าไม่สำเร็จ. จึงจำหน่าย  
ออกจากโรงพยาบาลไปก่อน. หลังจาก  
กลับบ้านแล้วมีปวดท้องเล็กน้อยอีก ๑ วัน.  
อันหนักกว่าก่อนรักษา.



รูปที่ ๔



รูปที่ ๕

ส่งเนอตรวจทางพยาธิวิทยา (๐๖/๑๔๓๕) ใ้รับรายงานว่า “เนอติง อะคิโนมาคัส อย่างไม่ร้ายชนิดหลายอัน.”

ผู้ช่วยรายที่สองเป็นหญิงไทย โสค อายุ ๑๔ ปี. ใ้รับไว้ในแผนกศัลยศาสตร์ โรงพยาบาล ศิริราช เมื่อ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๐๖. ผู้ช่วยมีจุดดำในปากและที่หน้าผากตั้งแต่เกิด. เมอระยะที่เป็นเด็กเล็ก ๆ เคยถ่ายอุจจาระแล้วมีต่งเนอยื่นออกมาทางทวารหนัก, คันกลีบเข้าไ้. มีเลือดออกเป็นบางครั้ง. เคยมีอาการปวดท้องแต่ไม่รุนแรงจนต้องใ้การรักษา. เนื่องจากพของผู้ช่วยใ้มา รับการรักษา และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการ พอยคัส-เจเกอร์ ผู้รายงานจึงแนะนำใ้ผู้ช่วยมาตรวจและอยู่โรงพยาบาล.

การเติบโตของผู้ช่วยเป็นไปอย่างปรกติ. ยังไม่เคยมีประจำเดือน.

การตรวจร่างกาย แกรับ แสดงว่ารูปร่างแข็งแรง, เตี้ยโตสมอายุ. ชีพจร, การหายใจ, อณูหภูมิกายและความดันเลือดปรกติ. มีจุดดำขนาดและรูปร่างต่าง ๆ กันที่ริมฝีปาก, ข้างล่างมากกว่าข้างบน. ในเยอบุช่องปากและที่ฝ่าเท้าก็มี. ตรวจร่างกายอย่างอื่นไม่พบสิ่งผิดปกติ. การตรวจ

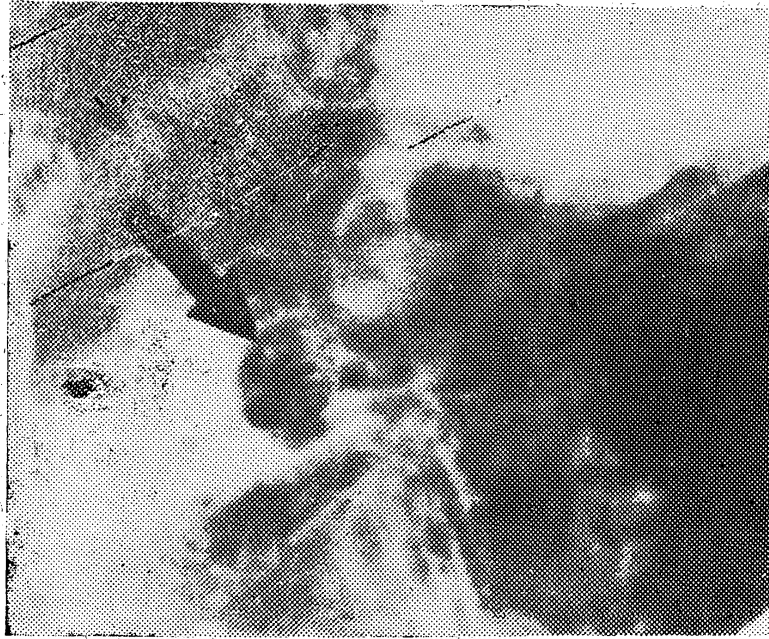
ทางทวารหนักด้วยนิ้วมือไม่พบสิ่งผิดปกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง: ซีโมโกลบิน ๑๔.๒ กรัม ปรช., เม็ดเลือดขาว ๖,๕๐๐ ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร. โปเลียมอร์ฟ ๕๐ ปรช., ลียมโฟซัย ๖๐ ปรช., เอ็น.พี. เอ็น., ครีอาตินิน, น้ำตาลและโปรเทอีนปรกติ. ปัสสาวะปรกติ. อุจจาระไม่ไ้ตรวจ.

การตรวจทางรังสี ๆ สำหรับระบบทางเดินอาหารโดยละเอียดพบเนอติงหลายอันอยู่ในกระเพาะอาหาร, ลำไส้ใหญ่ส่วนขวางครึ่งซ้าย, ลำไส้ใหญ่ส่วนลง, และลำไส้ส่วน ซิกมอยด์. (รูปที่ ๖)

ใ้ทำซิกมอยด์โคสโคปัย พบเนอติงขนาดใหญ่, แต่ใ้ไฟฟ้จ้ออกไม่สำเร็จ. ประกอบกับการมีเนอติงมากในลำไส้ใหญ่ซึ่งมีโอกาสกลายเป็นมะเร็งได้, จึงมีความเห็นว่าควรจะทำผ่าตัด.

ใ้ทำผ่าตัดเมื่อ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๐๖. พบเนอติง ๑ อันที่กระเพาะอาหาร. ใ้ทำ แกสโตรโตมีย และตัดเนอติงออก. ที่เจอนิมคลำไ้เนอติง ๒ อัน. ทำเอ็นเทอโรโตมีย และตัดออก. เนอติงขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๑ ซม. ทุกอัน. ที่ลำไส้ใหญ่ เนื่องจากเตรียมลำไส้ไว้ไม่ไ้



รูปที่ ๖

พอประกอบ กับ ทางรังสี ว่า มีเนื้องอกมาก, จะเหลือลำไส้ใหญ่ไว้ก็อาจจะกลายเป็นมะเร็งได้, จึงตัดทิ้งแต่ครึ่งปลายของลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้นถึงรอยต่อ เร็คโตซิกมอยด์ออก แล้วทำการต่อแบบปลายชนปลาย. พยมีเนื้องอกเพียง ๒ ชิ้นที่ส่วนโค้ง สปลินิค ขนาด ๑ ซม. และที่ ซิกมอยด์ โคโลนิ ๑ ชิ้น ขนาด ๕ ซม. สำหรับส่วน เร็คตัม ที่ไม่ได้ตัดออกก็เพราะ ถ้าพบ มีเนื้องอก ก็ยังสามารถจะตัดออกทาง พรอคโตสโคปีได้.

หลังผ่าตัด มีไข้ไม่เกิน ๓๘° ซ. ทุกวัน โดยหาสาเหตุไม่ได้. จน ๑๘ วันหลังผ่าตัดจึงไม่มีไข้และจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้. หลังผ่าตัด ๕ สัปดาห์มีอาการปวด

ท้องมากจนกินอีก. ตรวจคลำก้อนไตที่ท้องข้างขวา. ได้รับไว้รักษาเมื่อ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๐๖. ให้การรักษาแบบประคับประคอง. อาการทุเลาจนหายไปได้.

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (๐๖/๘๔๖๔) “อะดีโนมาตัส โปเลียป.”

### อภิปราย

กลุ่มอาการนเรมมีผู้สนใจเป็นคนแรกคืออาจารย์แพทย์ชาวฮอลันดา ชื่อ Peutz. ผู้ได้รายงานไว้เมื่อ ปี ค.ศ. ๑๙๒๑ ถึงลักษณะ ๒ อย่างร่วมกัน. ต่อมาในปี ๑๙๔๔ และ ๑๙๔๕ Jeghers ได้อธิบายไว้โดยละเอียดอีกครั้งหนึ่ง. จนถึงปัจจุบัน

นมรายงานไว้ประมาณสองร้อยราย.

ในปี ๑๘๘๖ เซอร์ Jonathan Hutchinson ได้รายงานว่าพบจุดดำๆ ที่ในปาก เด็กฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน ๒ คน, อายุ ๑๒ ปี, แต่ไม่ได้กล่าวถึงอาการในท้อง. ต่อมาในปี ๑๘๑๕ Weber ได้ติดตามผู้ช่วย ๒ รายนี้. หนึ่งในนี้ตายไปเมื่อมีอายุ ๒๐ ปีเพราะลำไส้กลืนตัว. ส่วนอีกคนหนึ่งแข็งแรงถึงจนอายุ ๕๒ ปี ก็ตายไปด้วยโรคมะเร็งของเต้านม.

เกยวักขจิตส์คาทพบ Bartholomew ก็ย พวกได้รวบรวมเรื่องราวจากรายงานผู้ช่วย ๑๘๒ ราย. ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือริมฝีปากรวมได้ ๕๕.๖ ปช., เยอบช่องปากพบ ๘๓ ปช., ซึ่งเป็นส่วนช่วยในการวินิจฉัยได้มากที่สุด. พบที่ตามีใบหน้าอกจากรอบๆ ปาก ๓๖.๓ ปช. ตามแขนขาพบ ๓๑.๘ ปช. ซึ่งอาจเป็นตรงไหนก็ได้ เช่นที่นิ้ว, ฝ่ามือ, ฝ่าเท้า. ในบางรายพบที่เหงือก, เพดานปาก (เช่นผู้ช่วยรายที่ ๑), หรือทอลน, พนกลางของปาก. ลักษณะของจุดไม่มีอะไรแน่นอน. มักกลม, มีขอบเขตชัดเจน; ขนาดต่างๆ กัน; สีดำ, ดำปนน้ำเงิน, หรือสีน้ำตาล; ผิวเรียบ, ไม่มีขน, ไม่คัน. ความเข้มต่างๆ กัน. ลักษณะ

เหล่านี้คงแยกจากพวกจุดตกกระซึ่งเป็นสีน้ำตาล, และจุดในผู้ช่วยที่เป็นโรคเปลือกตอมหมวกไตหย่อนหน้าที่ (Hypoadrenocorticism) ซึ่งสีน้ำตาลแก่หรือดำ, และมักจะเป็นจุดเยอบช่องปากและเยอบช่องปาก. Peutz ได้กล่าวไว้ว่าจุดสีต่างๆ นี้จะจางหรือเล็กลงเมื่ออายุราว ๒๕-๓๐ ปี. บางคนก็ว่าหลังวัยสักทางเพศ. แต่จุดในเยอบช่องปาก จะไม่จาง หรือ เล็กลง เลย. หลังจาก Peutz รายงานแล้ว, ได้มีผู้รายงานถึงจุดสี เหล่านี้ที่พบในครอบครัวเดียวกันอีกมาก. โดยมากพบจุดเหล่านี้ตั้งแต่เกิด. แต่ก็มีบางรายที่พบได้หลังเกิดเป็นเวลานานๆ, เช่น Troxell ได้รายงานไว้ ๑ ราย ซึ่งเพิ่งเห็นจุดเมื่ออายุ ๑๕ ปี.

Sherman และ Tenner (๑๘๕๒) ได้ติดตามจุดสีดำนี้ไปทิศทางจุดที่ค้นพบว่าเป็นเพราะสี เมลานิน รวมกลุ่มกันในแถบเส้นตงของ เอ็บเคอร์มิส. Cottone และ Aquila (๑๘๕๘) พบจุดแบบเดียวกันนี้ที่ลำไส้ ลักษณะเหมือนจุดที่เยอบช่องปาก ๑ ราย. ผู้ช่วยทั้งสองรายที่ รายงานนี้มีเนื้องอกมากใน เจจุนัม และรองลงมาที่ลำไส้ใหญ่. รายที่สองมีทกระเพาะอาหารด้วย. เนื้องอกในลำไส้นี้มีผู้รู้จักมานานแล้ว. ในปี

๑๘๘๑ Skifasowski ได้รายงานผู้ป่วยมีเนื้องอกมากมายใน เจอรัม, อีเลอัม, ลำไส้ใหญ่ และเร็คตัม. ต่อมาก็มียาอื่นอีกหลายฉบับ. Peutz ได้ทำประวัติผู้ป่วยในตระกูลที่พบกลุ่มอาการนี้ถึง ๓ ชีวิต, มีจุด เมลานิน และเนื้องอกในลำไส้, และบางรายก็มีเนื้องอกในจมูกหรือในกระเพาะปัสสาวะร่วมด้วย. ในปี ๑๙๔๔ Jeghers ได้รายงานผู้ป่วยไว้ ๒ ราย, และ ในปี ๑๙๔๕ อีก ๘ ราย, รวม ๑๐ ราย, ซึ่งได้อธิบายไว้อย่างละเอียด.

เนื้องอกเป็นส่วนสำคัญของโรค, เพราะเป็นตัวก่ออาการ. ลักษณะอาจมีก้าน (pedunculate) หรือไม่มีก้าน (sessile) ก็ได้. ขนาดมีแตกต่างกันตั้งแต่ต้องผ่าตัดถึงลุกลามถึงขั้นจนโตได้หลาย ซม. (เช่นผู้ป่วยรายที่ ๒ ของรายงานนี้). Bartholomew กับพวกรวบรวมได้บริเวณที่พบมากเป็นลำดับ, คือ ลำไส้เล็ก ๘๖.๒ ปร., เจอรัม ๖๔.๓ ปร., อีเลอัม ๕๒.๒ ปร., และกูโอคินัม ๑๖.๕ ปร., ที่ เร็คตัม ๓๐.๘ ปร., โคล็อน ๒๘.๑ ปร., กระเพาะอาหาร ๒๔.๒ ปร., และที่ไส้ติ่ง ๒.๗ ปร. จำนวนของเนื้องอกอาจมีตั้งแต่ ๑ อันจนถึงร้อย ๆ. เคยมีรายงาน ๑๖ รายที่พบเนื้องอกอันเดียว.

แต่อาจมีอีกมากซึ่งเล็กคล้ายไม้ไผ่และมองไม่เห็น. ความจริงโรคนี้มีมานานก่อนรายงานของ Peutz. แต่ไม่มีใครสนใจ. เช่นที่ เมโย คลินิก เมื่อปี ๑๙๑๘ ได้มีผู้ป่วยหญิง ๑ ราย, มีจุดที่ริมฝีปาก, ในปาก, และที่อื่น ๆ, ตรวจทางรังสี: พบแผลที่ กูโอคินัม, ทำการผ่าตัดก็พบเนื้องอกในกระเพาะอาหารและลำไส้ตลอด. ต่อมาอีก ๑๐ ปีต่อมาตัดซ้ำอีก ๓ ครั้งเนื่องจากเนื้องอกเหล่านี้, จนอีก ๗ ปีต่อมาจึงตายด้วยโรคขาดอาหาร.

Zegarelli กับพวกได้รวบรวมผู้ป่วย ๒๔ รายและพบว่าตำแหน่งและการกระจายของจุด เมลานิน ไม่มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งและจำนวนของเนื้องอก.

ในผู้หญิงและผู้ชายพบได้จำนวนพอ ๆ กัน (๕๔:๘๘). รายงานในคนไทยเป็นหญิงทั้ง ๕ ราย.

โรคนี้เป็นได้ในทุกอายุ. ที่พบมีตั้งแต่ ๒-๘๒ ปี, เฉลี่ย ๒๔.๓ ปี. รายงานในคนไทยมีอายุ ๑๐-๒๘ ปี.

พบได้ในเชื้อชาติต่าง ๆ กัน.

เกี่ยวกับการตามพันธุ์, ผู้ป่วยที่รายงานทั้งสองรายเป็นพี่น้องกัน, และยังมีอีก ๒ คนในครอบครัวหนึ่งที่มจุด เมลานิน, แต่ไม่

มีอาการเนื้องอก. Bartholomew กับพวก  
รวบรวมผู้ช่วยได้ ๑๘๒ ราย, พบที่มีกรรม-  
พันธุ์เพียง ๘๘ รายหรือ ๔๘ ปร.%; กับอีก  
๑๗ รายที่มีกรรมพันธุ์เฉพาะจุด เมลานิน  
เท่านั้น, ไม่มีเนื้องอก. Jeghers กล่าวว่า  
โรคนี้เป็น "Mendelian dominant, single  
pleiotropic gene" ทั้งจุด เมลานิน และ  
เนื้องอก. แต่ในครอบครัวอาจมีจุด เมลานิน  
หรือเนื้องอกอย่างเดียวกันได้. Sorby และ  
Bartholomew ว่าผู้สืบตระกูลจากผู้ช่วยมี  
โอกาสเป็นโรคนี้ครั้งต่อครั้ง. ในปี ๑๙๖๒  
Bartholomew ได้รายงานผู้ช่วยมีประวัติสืบ  
ต่อกันถึง ๖ ชั่วคน. สำหรับผู้ช่วยที่ไม่มี  
ประวัติกรรมพันธุ์เข้าใจว่าเป็นชนิด สเปอรา-  
ติก, เกิดมี มุเตชัน ชนิดใหม่. การเกิด  
มุเตชัน ที่แท้จริงมีอัตราเท่าไรนั้นไม่มีใคร  
บอกได้, แต่พอจะประมาณได้ว่าอยู่ในราว  
๑ คนต่อการเกิด ๒๐๐,๐๐๐ คน.

พยาธิวิทยาที่พบเกี่ยวกับลักษณะของ  
เนื้องอก, คุกควายตาเปล่าอาจมีก้อนหรือไม่มี  
ก้อน. ส่วนใหญ่พบในลำไส้เล็ก. ลักษณะ  
จากการตัดทางกล้องจุลทรรศน์นั้นเป็นปัญหา  
ที่ยังถกเถียงกันอยู่จนปัจจุบัน. มีความ  
เห็นเป็น ๒ อย่าง, คือฝ่ายหนึ่ง, เช่น  
Bockus, Björkroth, Struthers, Jeghers,

เชื่อว่าเนื้องอกของลำไส้เล็กเป็น อะดีโนมา-  
ตัสไปเลียอย่างแท้, มีการเปลี่ยนแปลงไป  
เป็นมะเร็งได้แม้จะพบน้อย. Dormandy มี  
ผู้ช่วย ๔ รายที่เนื้องอกของลำไส้เล็กกลายเป็น  
เป็นมะเร็ง, และกล่าวว่า มะเร็งของลำไส้  
เล็กนั้นมีการลามเฉพาะที่มาก, แต่ไม่มี  
การลามกระจายไปตามท่อน้ำเหลืองหรือไป  
ไกลๆ. Bailey (1957) พบว่ากลุ่มอาการ  
นี้มีมะเร็งร่วมด้วย ๒๔ ปร. ซึ่งเนื้องอก  
ของลำไส้เล็กเฉลี่ย ๑๕ ปร. Vary (1956)  
ว่าผู้ช่วยมักตายเพราะผลของโรคแทรก  
เสียก่อนที่จะตายด้วยมะเร็ง.

อีกฝ่ายหนึ่ง เช่น Marson, Bartho-  
mew และพวกว่าเนื้องอกในกลุ่มอาการนี้ไม่  
ใช่ อะดีโนมา หรือเนื้องอกชนิดใด ๆ เลย,  
แต่มีลักษณะเป็น เซลล์ ชนิดเดียวกับเยื่อ  
ทางเดินอาหารส่วนนั้น ๆ, เช่นพบ โคลัม-  
นาร์ แอ็บซอร์ปติฟ เซลล์, กอบเซลล์ เซลล์  
ปานธ เซลล์, และพบเส้นกล้ามเนื้อเรียบ  
ในเนื้องอกบ่อย ๆ. สำหรับลักษณะการแบ่ง  
ตัว (mitosis) ก็พบได้เช่นเดียวกับในเยื่อ  
ปกติของลำไส้. ดังนั้นเนื้องอกที่เห็นจึงน่า  
จะเป็นการเจริญที่ผิดปกติหรือ ฮามาร์โต-  
มา (hamartoma). แต่ตรงข้ามกับเนื้องอก  
อะดีโนมาตัส ของลำไส้ใหญ่ที่เนื้องอก

ก่อนมะเร็งนั้นจะพบการเติบโตของ เซลล์  
เซลล์ ชนิดเดียวกัน. ที่ เมโย คลินิก  
Gannon ก็พบได้ศึกษาเนื้องอกของลำไส้  
เล็กซึ่งไม่ใช่ในกลุ่มอาการนี้ ๖๐ ราย.  
พบมีลักษณะ อะดีโนมา แท้ ๆ เพียง ๘  
ราย. อีก ๔๖ รายลักษณะเหมือนที่พบใน  
กลุ่มอาการ พอยต์ซ-เจเกอร์ส ซึ่งเห็น  
ลักษณะการเจริญเติบโตที่ผิดปกติหรือ  
ซามาร์โตมา ทั้งนั้น. ส่วนอีก ๖ ราย  
ลักษณะเป็นเยื่อกระดูกประสาท เซลล์โร-  
โทรซิค รวมกันเป็นเนื้องอก. เนื้องอกในลำไส้  
ใหญ่ในโรค Morson กล่าวว่า เป็นซามาร์  
โตมา, ไม่มีลักษณะของ อะดีโนมา เลย.  
ทั้งนั้นเนื้องอกในกลุ่มอาการนี้จึงไม่ควรเป็น  
เนื้องอกก่อนมะเร็ง, ทำให้กลุ่มอาการนี้  
ต้องแยกจากโรคเนื้องอกแพร่ชนิกกรรมพันธุ  
(Familial polyposis) ซึ่งเหล่านี้เป็น  
อะดีโนมา ที่ แท้ และกลายเป็น มะเร็ง.  
Bartholomew ก็พบกว่าที่รายงานไว้  
ว่ามีการกลายเป็นมะเร็ง ๓๔ ราย หรือ  
๑๘.๖ ปี. มี ๗ รายอายุไม่ถึง ๑๖ ปี.  
ที่พบมีอายุระหว่าง ๗-๗๗ ปี, เฉลี่ย ๓๖  
ปี. พบในชาย ๒๑ ราย, หญิง ๑๓ ราย.  
เป็นมะเร็งของลำไส้เล็กถึง ๒๖ ราย หรือ

๑๘.๒ ปี. ซึ่งเป็นสิ่งที่เห็นได้ยากสำหรับ  
มะเร็งของลำไส้เล็ก. แต่ตรงข้ามกับเนื้องอก  
ของลำไส้ใหญ่ซึ่งตามปรกติมีอัตราการตาย  
เป็นมะเร็งสูงมาก, กลับพบที่ลำไส้ใหญ่  
เพียง ๗ ราย และที่ เร็คตัม ๓ ราย. ใน  
ผู้ช่วยเหล่านี้. ไม่มีเลยที่ตายด้วยมะเร็ง. ที่  
เมโย คลินิก มีผู้ช่วย ๑๒ รายได้ติดตาม  
กรรม ๑๒๔ ปี\* และได้ศึกษาเท่าที่จะทำ  
ได้, ไม่พบลักษณะของการกลายเป็นมะเร็ง  
เลย. มีผู้ช่วยตายไป ๓ รายจากโรคขาด  
อาหาร, เลือดออกมาก, และจาก อิน-  
ฟาร์คต หัวใจ. มีผู้ช่วย ๘ รายในตระกูล  
เดียวกันที่เขารายงานและได้ติดตามคอยัง  
ใกล้ชีวิตรวม ๑๐๐ ปี\* ก็ไม่พบการกลายเป็น  
มะเร็งเลย. Megevand ได้ผ่าตัดผู้ช่วย  
ไว้เมื่ออายุ ๑๕ ปี, พบเนื้องอกของ เจนัม  
มีลักษณะว่าจะกลายเป็นมะเร็ง, แต่ต่อมา  
อีก ๒๗ ปีผู้ช่วยก็ถึงตาย. Riintala  
และ Nylund ผ่าตัดผู้ช่วยอายุ ๑๕ ปีรวม  
๔ ครั้ง, ตรวจเนื้อว่าเป็นมะเร็งของเนื้องอก  
ของลำไส้เล็กและไส้ติ่ง, แต่อยู่จนอายุ  
๔๒ ปีผู้ช่วยก็ถึงตาย. Achord ได้ราย  
งานเมื่อปี ๑๙๖๓ ว่า ผู้ช่วยโรคนี้ ๑ ราย  
อายุ ๑๓ ปี, พบมะเร็งแตกเป็นแผลที่

\* นับเวลารวมทั้ง ๑๒ คน.

ภาวะเพาะอาหารส่วนโค้งใหญ่. ผลทางพยาธิวิทยาว่าเป็น อะดีโนคาร์ซิโนมา ชนิดหลังเมือก, ซึ่งได้มีการกระจายไปคืบแล้ว, และพบเนื้องอกชนิดไม่ร้ายทกระเพาะอาหารและ เจเจนิม ค้วย, แต่ไม่สามารถจะบอกได้ว่ามะเร็งนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงจากเนื้องอกในกระเพาะอาหารหรือไม่. ทงนี้ทำให้คิดว่า มะเร็งที่พบร่วมอยู่ในกลุ่มอาการนี้เป็นอีกโรคหนึ่งซึ่งไม่เกี่ยวข้องกัน.

แต่ Horn (1963) และพวกได้รายงานผู้ป่วย ๑ รายซึ่งคิดตามอายุ ๓๓ ปี และเป็นรายแรกที่เขาพิสูจน์ได้ว่าเนื้องอกกลายเป็นมะเร็ง. เมื่อปี ๑๙๒๗ ผู้ป่วยยังอายุ ๑๒ ปี, ต้องผ่าตัดเพราะลำไส้กลืนกัน. ต่อมาอีก ๑๔ ปี จึงต้องผ่าตัดซ้ำอีกหลายครั้งเพราะลำไส้อุดตัน, ักตึงน้ำคี่, และมะเร็งของรังไข่. ในปี ๑๙๕๕ ผ่าตัดพบพบมะเร็งกระจายไปที่เยื่อช่องท้องและคืบ. ต่อมาก็กระจายไปปอด, และตายในปี ๑๙๖๐. ตรวจศพพบเนื้องอกชนิด โปเลีย-ปอยด์ แยกเป็นแผลที่บริเวณกระเพาะอาหารส่วน ปรีพัลลอร์ส และ กโอดินัม ส่วนแรก, ลามกินทะลุไปที่อื่นอีกหลายส่วน. พบเนื้องอกอีกจำนวนมากตงแต่กระเพาะอาหารจนถึงทวารหนัก. ตรวจทาง

จุลทัศน์ พบว่าเป็น คาร์ซิโนมา ชนิดแยกชนิดเจเน. เนื้องอก ทดตเมื่อปี ๑๙๕๒ ของลำไส้เล็กพบลักษณะเป็นมะเร็งประจำที่ (carcinoma in situ). ส่วนรังไข่พบว่ามีลักษณะอยู่ระหว่าง คาร์ซิโนมา แท้ๆ กับเนื้องอก สืบเนื้องอก เซลล์.

บางครั้งมีพยาธิวิทยาที่แตกต่างออกไป. รายงานของ Bersack กับพวก ว่าผู้ป่วยอายุ ๖๓ ปี มีจุด เมลานิน ในปาก, ตรวจทางรังสี พบเนื้องอกในลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่. แต่ทางพยาธิวิทยาพบเป็นเนื้องอกเทียม เนื่องจากการอักเสบตามหลังซิสโตพลาสติกโมลีส. ชนิดกระจัดกระจาย. Bandler รายงานผู้ป่วยอายุ ๔๑ ปี มีจุด เมลานินที่ปากและมีเลือดออกจากทางเดินอาหาร. ตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่าเป็น ฮีแมงจิโอม่า, และคนในตระกูลเดียวกันมีหลายคนที่เป็น ฮีแมงจิโอม่า ในลำไส้เล็ก, แต่คนอื่นไม่มีจุด เมลานิน.

พยาธิสภาพอื่น ที่อาจพบร่วมด้วยมีดังต่อไปนี้.

- ๑) เนื้องอกในกระเพาะปัสสาวะ, หลอดลม, จมูก.
- ๒) การผิดปกติของผิวหนังและกระดูก, เช่น นิ้วขม (clubbing), เล็บฝ่อ,

ขนร่วง, ผื่นบนสันนาคาลคล้าย เซอร์บัส ซอสเตอร์, สโคลิโอซิส, เนื้องอกของเนื้ออ่อน และของกระดูก.

๓) โรคอวัยวะภายใน, เช่นโรคหัวใจแต่กำเนิด.

๔) ไคเวอร์ติคูลัม ของ กุโอคินัม และลำไส้ใหญ่.

๕) การเจริญเติบโตช้า.

๖) โรคของรังไข่, ต่อมธัยรอยด์, ต่อมหมวกไต.

ในการวินิจฉัยโรคคนสังสำคัญคือ ลักษณะของจุด เมลานิน ที่บริเวณปาก, เขี้ยวช่องปาก, ร่วมกับการตรวจหาเนื้องอกในทางเดินอาหาร. สำหรับในกระเพาะอาหาร, ซิกมอยด์ โคล็อน, และ เร็คตัม สามารถใช้กล้องส่องดูได้. นอกนั้นใช้การตรวจทางรังสีช่วย โดยให้กิน บาร์ียมครั่งเดี่ยวและติดตามดู, และให้ บาร์ียมสวนทวารหนักชนิด คีบเบิล คอนทราสต์. ลักษณะสีของผม, ตา, ผิวหนัง, ไม่ช่วยในการวินิจฉัยโรค. สำหรับในรายที่มีเนื้องอกอย่างเดียวกัน, แพทย์จะไม่อาจวินิจฉัยได้เลย.

การรักษาขึ้นกับข้อความเห็นทางพยาธิวิทยาว่าเป็นแบบไหน. Calabro ว่าถ้าเป็น

ที่ลำไส้ใหญ่ ควรตัดออกทั้งหมด, เพราะมะเร็งของส่วนนั้นพบในคนเป็นเนื้องอกของส่วนนั้นมากกว่าคนที่ไม่มีเนื้องอกถึง ๒ เท่า.

Harvey ก็ว่าควรทำผ่าตัดเพื่อหาเนื้องอกทุกราย เพราะกลายเป็นมะเร็งได้, Bailey ก็เห็นเช่นกันว่าควรทำ เอ็นเทอโรโตมีย์ เพื่อตัดเนื้องอกออก หรือตัดลำไส้เล็กออกเป็น

ส่วนไปเลยถ้ามีหนาแน่นเฉพาะแห่ง. แต่ที่ลำไส้ใหญ่เขาเองก็ไม่แน่ใจว่าควรตัด

ออกทั้งหมดหรือไม่. Vary ได้แนะนำวิธีผ่าตัดหาเนื้องอกในลำไส้เล็กโดยให้ทำ

เอ็นเทอโรโตมีย์ ยาว ๔ ซม. ห่างจากรอยต่อ กุโอคินัม กับ เจจุนัม ๒๕ ซม.

แล้วใช้ปากคีบจับเยื่อเมือกปลิ้นออกมาดูพบเนื้องอกก็ตัดออก แล้วเย็บกลับคืนและเย็บ

ปิด. เว้นระยะไว้ช่วงหนึ่งแล้วทำอย่างเดียวกันจนตลอด. แต่การผ่าตัดแบบนี้ไม่ได้ช่วย

ให้ตัดเนื้องอกได้หมดไป, เพราะขณะที่ผ่าตัดมีเนื้องอกขนาดเล็ก ๆ ที่มองไม่เห็นด้วย

ตาเปล่าอีกมากเท่าใดไม่มีใครทราบ. ดังนั้นจึงแนะนำว่าควรทำผ่าตัดทุก ๒-๓ ปี. มี

ปัญหาว่าเมื่อรู้ว่าเป็นโรคนั้นแล้วจะทำผ่าตัดเมื่อไรเพื่อกันมะเร็ง, เพราะ Fisher (1951)

ได้รายงานผู้ป่วยชายอายุ ๖๖ ปีเป็น อะดีโนคาร์ซิโนมาของเจจุนัม, แต่โดยเฉลี่ย

# พระพล สุนทรพะลิน, ลิ้ม คุณวิศาล, ประสาร นิลประภัสสร

แล้วพบกลายเป็นมะเร็งเมื่ออายุเฉลี่ย ๒๗ ปี.

Stewart แนะนำอาการน้อยควรรักษาแบบประคับประคอง. ในรายชั่งขึ้นควรคอยเฝ้า, เพราะถ้าไส้กลายเป็นไตเองก็มาก. ต่อเมื่อมีอาการไม่ดีขึ้น จึงต้องผ่าตัดเอาเนื้องอก. เนื้องอกในลำไส้ใหญ่ เขาว่าควรตัดลำไส้.

Bartholomew ก็บอกว่าจะผ่าตัดคือเมื่อมีโรคแทรกเท่านั้น. Young ก็เห็นเช่นเดียวกัน. เพราะการจะผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้หมดนั้นไม่มีทางทำได้. Dormandy แนะนำให้ผ่าตัดเอาเนื้องอกเฉพาะที่ในลำไส้เล็กที่ทำให้เกิดอาการเท่านั้น, เพราะการตัดลำไส้ออกทำให้เกิดโรคขาดอาหารได้ง่าย, และผู้ป่วยอาจต้องรับการผ่าตัดหลายครั้ง.

เกี่ยวกับการพยากรณ์โรค, เนื่องจากเนื้องอกในลำไส้มีขนาดต่างๆกัน, ตั้งแต่มองไม่เห็นจนคลำได้, ทำให้มีโรคแทรกตามหลังการผ่าตัดได้เสมอ. บางรายอาจต้องรับการผ่าตัดซ้ำหลายครั้ง. ผลสุดท้ายผู้ป่วยมักตายด้วยโรคแทรก เช่น โรคขาดอาหาร. มีเพียงรายเดียวเท่านั้นที่มีรายงานว่ามีผู้ป่วยตายเพราะเนื้องอกกลายเป็นมะเร็ง.

## สรุป

ได้รายงานผู้ป่วยเป็นโรค พอยต์ซ-เจ-เกอร์ ๒ ราย, เป็นหญิงไทย, อยู่ในครอบครัวเดียวกัน. รายแรกมาโรงพยาบาลเนื่องจากมีโรคแทรกที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มอาการนี้, คือลำไส้กลืนตัว. สำหรับรายที่สองมีประวัติเนื้องอกมาตั้งแต่เด็กและเข้าโรงพยาบาลเพราะตรวจพบเนื้องอกในลำไส้ใหญ่. ทั้ง ๒ รายได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด. หลังผ่าตัดทั้ง ๒ รายหายเรียบร้อยดี. แต่จะต้องคอยดูอาการโรคแทรกต่อไป.

ผู้รายงานขอขอบคุณท่านศาสตราจารย์อุดม โปษะภฤชณะ, หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์, ทอดนุญาติให้เสนอรายงานนี้, และขอขอบคุณหน่วยภาพการแพทย์ แผนกกายวิภาคศาสตร์และห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ศิริราช ที่ช่วยให้รายงานนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น.

## เอกสาร

- 1) ปรีชา ตาปสนันท์ และ เปรม บุรี: วชิรเวชสาร, พ.ศ. ๒๕๐๐, ปีที่ ๑, เล่มที่ ๑.
- 2) สำเนียง เศรษฐจันทร์: เวชสาร, พ.ศ. ๒๕๐๔, ปีที่ ๑๐, ตอนที่ ๔.
- 3) Achord, J.L., H.D. Proctor; Arch. Intern. Med. 1963, 111 : 498.

- 4) Bailey, D. ; Brit. Med. J. 1957, 2 : 433.
- 5) Bartholomew, L.G., D.C. Dahlin, J.M. Waugh; Gastroenterol. 1957, 32 : 434.
- 6) Bartholomew, L.G., C.E. Moore, D.C. Dahlin, J.M. Waugh; Surg. Gynaec., Obst. 1962, 115 : 1.
- 7) Bandler, M. ; Gastroenterology 1960, 38 : 641.
- 8) Bersack, S.R., J.S. Howe, A.S. Rabson; Amer. J. Roentg. 1958, 80 : 73.
- 9) Calabro, J.J. ; Amer. J. Med. 1962, 33 : 276.
- 10) Dormandy, T.L. ; New Engl. J. Med. 1957, 256 : 1093.
- 11) Blank, Harvey ; J.A.M.A. 1962, 181 : 989.
- 12) Horn, R.C.Jr., W.A. Payne, G. Fine; Arch. Patho. 1963, 76 : 29.
- 13) Jeghers, H., V.A. McKusick, K.M. Katz; New Engl. J. Med. 1949, 241 : 993.
- 14) Morson, B.C. ; J.A.M.A. 1962, 179 : 311.
- 15) Stewart, J.O.R. ; Brit. J. Clin. Pract. 1962, 16 : 25.
- 16) Zegarelli, E.V., A.H. Kutscher, J.L. Mercadante, N. Kupferberg, & J.D. Piro; Oral Surg. 1962, 15 : 411.

### การส่งเงินค่าบำรุง

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

## PEUTZ-JEGHERS SYNDROME

### Report of Two Cases

Pirapol Sunthornpalin, M.B., Lim Koonvisal, F.R.C.S.

(Dept. of Surgery)\*

Prasarn Nilprabhassorn, M.B.

(Dept. of Roentgenology)\*\*

---

Only three cases of this syndrome have been previously reported in this country. The present report deals with two sisters in a family of eight, of which four members have melanotic spots on the face and in the mouth, but only two have abdominal complaints. Other members and the parents appear to be free of involvement. The older of the two afflicted sisters, 21 years old, was admitted for treatment of chronic abdominal pain with vomiting, sometimes very severe. Jejuno-jejunal intussusception was found at operation, as well as several polypi in the transverse colon. After resection and anastomosis in the parts involved the patient was free of symptoms, although

more polypi were discovered by roentgenography in the sigmoid colon and rectum. Pathological diagnosis of the polypi was: Multiple benign adenomatous polyp. The second patient, 14 years old, was admitted for investigation after diagnosis of the syndrome in her sister. Numerous polypi were discovered by roentgenography and sigmoidoscopy in the stomach and colon. Polypi in the upper g-i tract were removed by gastrotomy and enterotomy; the colon had to be resected from the terminal half of the ascending part to the rectosigmoidal junction. Pathological diagnosis was: Adenomatous polyp.

(Sixteen references. Six figures.)

---

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

(\*\* Head of Dept.: Prof. Dr. Amnuay Samerasuta)

---

# เหตุตาย

วิทยุ อังประพันธ์ พ.บ., น.บ.

(แผนกพยาธิวิทยา, สาขานิติเวช ๗)

(หัวหน้าสาขา : ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สงกรานต์ นิยมเสน)

พยาธิแพทย์ มักจะได้รับคำถามจากญาติผู้ช่วยหรือแพทย์เจ้าของไข้อยู่เสมอว่า ผู้ช่วยที่ได้รับการตรวจศพนั้น ๆ อะไรเป็นสาเหตุการตายของเขา, และในรายที่ตายโดยผิดธรรมชาติซึ่งต้องชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย, เจ้าพนักงานสอบสวนและศาลก็อยากทราบว่าอะไรเป็นสาเหตุการตายในรายนั้น ๆ. ในบางกรณีผู้ที่ตายทำประกันชีวิตไว้บริษัทประกันชีวิตก็ต้องการทราบสาเหตุการตายเป็นอย่างยิ่ง, และบางครั้งก็อยากจะทราบต่อไปอีกว่าโรคหรือเหตุตายนั้น ๆ มีอยู่นานแล้วหรือยัง. การที่จะตอบปัญหาที่กล่าวแล้วนั้นพยาธิแพทย์ผู้ทำการตรวจศพน่าจะได้อภิปรายถึงข้อสงสัยของตนจะอธิบายได้ว่ามีอยู่ประการใด.

ข้อพิจารณาประการแรกเกี่ยวกับ ตัวผู้ต้องการทราบเหตุตาย พื้นฐานความรู้และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับบุคคลต่าง ๆ นั้นจะทำให้แต่ละคนมีความเห็นเกี่ยวกับเหตุตายแตกต่างกัน. เพราะเหตุ

ตายนั้นมีหลายประการซึ่งเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันคงห่วงโซ่. ใครมีความสนใจคดีก็ย่อมมองคนนั้นเป็นเหตุตาย. ตัวอย่างเช่น ในคดีครึกโครมรายหนึ่งผู้ตายเป็นนายตำรวจถูกภรรยายิงตายที่บ้านหญิงคนหนึ่งซึ่งกล่าวกันว่ามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ตาย, กระสุนผ่านเข้าทรวงอก. เหตุตายตามความเห็นของแพทย์คือการมีเลือดออกในช่องอก. แต่พนักงานสอบสวนหรือศาลต้องการทราบว่าผู้ตายตายเพราะขาดแคลนกระสุนขี้ปืนหรือไม่. ส่วนนักเคมีอาจจะเห็นว่า การตายเป็นผลจากการระเบิดของดินขี้ปืน และนักฟิสิกส์อาจจะเห็นว่าตายเพราะแรงและความเร็วของหัวกระสุน. แต่ชาวบ้านทั่วไปโจษกันว่าผู้ตายตายเพราะความเจ้าชู้ของตัวผู้ตายเอง. หากจะถามนักสังคมวิทยาบ้าง, คงจะได้รับคำตอบว่า ผู้ตายตายเพราะมีความโน้มเอียงไปสู่ความคิดของการมีภรรยาได้หลายคน (Polygamy). จากนั้น

เห็นได้ว่าเหตุตายนั้น ในความคิดของแต่ละคนย่อมไม่เหมือนกัน

ข้อ พิจารณาประการที่สอง เกี่ยว  
กับความมุ่งหมาย

เหตุตายว่ามีการใด, ซึ่งพอจะแบ่งได้เป็น ๓ ประการคือ:

๑. ในทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์. เหตุตายตามความหมายของนักวิทยาศาสตร์ทางแพทย์หมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ทำให้ตาย (Mode of dying) ซึ่งในความมุ่งหมายนี้บางทีพยาธิแพทย์ไม่อาจสนองความต้องการได้โดยสมบูรณ์. ท่านศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกพยาธิวิทยาคนปัจจุบัน เคยกล่าวไว้ว่าพยาธิแพทย์เป็นเสมือนหนึ่งเจ้าหน้าที่กองพิสูจน์หลักฐานในกรณีเพลิงไหม้, ซึ่งไปตรวจสถานที่ภายหลังเพลิงสงบแล้ว. หากเพลิง ลุกลาม ไปไม่มาก ก็พอจะหาต้นเพลิงได้, ถ้าไหม้จนไม่มีอะไรเหลือก็ยากที่จะสืบหา. นอกจากนี้ยังต้องอาศัยคำบอกกล่าว จากผู้ใกล้ชิดที่เห็น เหตุการณ์ด้วยว่าเพลิงเริ่มจาก จุดใด และลุกลามไปทิศทางใด. โดยทำนองเดียวกันในบางกรณี พยาธิแพทย์ ก็ไม่อาจอธิบายการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของโรคจากระยะเริ่ม

แรกจนถึงระยะที่ทำการตรวจศพได้, หากมิได้อาศัยรายงานทางคลินิกประกอบด้วย. ทั้งนี้ จึงไม่ใช่ ของง่าย ในการ อธิบายเหตุตายตาม ความหมาย ดังกล่าวและในบางรายแพทย์ผู้รักษาเท่านั้นจะบอกได้, เช่น เว้นตรีคลาร์ ไฟบริลเลชัน และ ยูริเมีย, เป็นต้น.

นอกจากนี้ การอธิบายเหตุตายในทางวิทยาศาสตร์การแพทย์นั้นยังขึ้นอยู่กับเหตุร่วมอีก ๒ ประการ, คือ:

ก. วิวัฒนาการของวิชาแพทย์และความรู้ของพยาธิแพทย์ (1) การแพทย์ยังเจริญมากจนเท่าใด, โอกาสที่จะอธิบายเหตุตายให้ละเอียดและถูกต้องแม่นยำยิ่งมีมากขึ้นเท่านั้น. เหตุตายบางอย่างที่เคยวินิจฉัยกันไว้ในสมัยก่อน, ในปัจจุบันนี้ อาจเปลี่ยนแปลงไปและเห็นว่าล้าสมัย. (4) ~~แต่เมื่อ~~ หกสิบปีเศษมานี้ เราจะพบว่าเหตุ ~~ความ~~ มากในใบมรณบัตรของแพทย์นั้นมีความ ~~ที่~~ ใช้ปรากฏอยู่, ซึ่งในปัจจุบันนี้ปราศจากความหมายเกี่ยวกับเหตุตายเสียแล้ว.

ข. ความทนทานของแต่ละ ~~บุคคล~~. การที่จะวินิจฉัยว่าอะไรเป็นเหตุตายในผู้ตายนั้นพยาธิแพทย์ควร ~~จะ~~ พิจารณาถึง

สภาพหรือภาวะของผู้ตายรายนั้นๆ โดยเฉพาะ, ไม่ควรเปรียบเทียบกับรายอื่น. เช่นผู้ตายมีประวัติว่าเป็นลมหมดสติและถึงแก่กรรมก่อนถึงโรงพยาบาล. เมื่อทำการตรวจศพถ้าเราพบหลอดเลือดแดง โคโรนารี คีบเป็นหย่อมๆ แสดงลักษณะของโรคหลอดเลือดแข็งทั่วไป, การวินิจฉัยเหตุตายว่าหลอดเลือดแดง โคโรนารี คีบหย่อมไม่มีปัญหา. ขณะเดียวกันถ้าผู้ตายนั้นไปในรถโดยสารแล้วประสบอุบัติเหตุรถคว่ำ, และเมื่อตรวจศพพบว่ากะโหลกศีรษะแตก, มีเลือดออกในเนื้อสมอง, แม้ว่าจะพบพยาธิสภาพที่หลอดเลือดแดงโคโรนารี มากกว่าในผู้ตายรายแรกถึง ๑๐ เท่า, การวินิจฉัยว่าผู้ตายรายหลังนี้ตายเพราะหลอดเลือดแดง โคโรนารี คีบหย่อมเป็นสิ่งน่าขัน.

๒. ในทางสถิติ.(2) เหตุตายถึง "พยาธิสภาพหรือโรค, ความผิดปกติ, อื่นตราย, หรือพิษที่ทำให้ตายหรือโดยอ้อม." อาการหรือการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาขณะตาย (Mode of death) เช่นหัวใจล้ม, ระบบการหายใจล้ม, ไม่มีประโยชน์ทางสถิติ, ซึ่งทรงขาดความหมายทางวิทยาศาสตร์

การแพทย์ข้อ ๑. เช่น ผู้ช่วยวินิจฉัยโรคที่ตายนั้น... สถิติถือว่าวินิจฉัยโรคเป็นเหตุตาย, ... ในการแพทย์นั้นย่อมต้องการวินิจฉัยโรคในรายนั้นได้ดำเนินไปจนถึงระยะที่ผู้ช่วยตาย, และขณะตายมีอาการอย่างไร. ยิ่งแพทย์ได้รับ การบอกว่าผู้ตายตายเพราะหัวใจเป็นเลือดอย่างมาก, เช่นนั้นย่อมจะพอใจ. แต่อาการหัวใจเป็นเลือด, ไม่มีประโยชน์ในทางสถิติ.

ตามระบบสากลขององค์การอนามัยโลก ได้จัดเหตุตายไว้เป็นหมวดหมู่, แบ่งได้เป็น ๑๗ หมู่ดังนี้ :

- I Infective and Parasitic Diseases.
- II Neoplasms.
- III Allergic, Endocrine System, Metabolic and Nutritional Diseases
- IV Diseases of the Blood and Blood-forming Organs.
- V Mental, Psychoneurotic and Personality Disorders.
- VI Diseases of the Nervous System and Sense Organs.
- VII Diseases of the Circulatory System.
- VIII Diseases of the Respiratory System.
- IX Diseases of the Digestive System.
- X Diseases of the Genito-urinary System.

XI Deliveries and Complications of Pregnancy, Childbirth, and the Puerperium.

XII Diseases of the Skin and Cellular Tissue.

XIII Diseases of the Bones and Organs of Movement.

XIV Congenital Malformations.

XV Certain Diseases of Early Infancy.

XVI Symptoms, Senility and Ill-defined Conditions.

XVII Accidents, Poisoning and Violence.

๓. ในทางกฎหมาย ความมุ่งหมายของกฎหมายที่จะ ทราบเหตุตายนั้น มีอยู่ต่าง ๆ กันตามลักษณะของกฎหมายต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ :

ก. พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. ๒๔๕๕, (6) กฎหมายฉบับนี้มีความมุ่งหมายเพื่อที่จะตรวจสอบจำนวนประชากรของประเทศและการกระจายของประชากรตามท้องถิ่นต่าง ๆ. เมื่อมีคนเกิดและคนตายเจ้าพนักงานจะต้องทำบันทึก ออกสูติบัตรหรือมรณบัตรแล้วแต่กรณี. แพทย์ผู้รักษาหรือผู้ทำคลอดต้องออกหนังสือรับรองการตายหรือการเกิดไปยังนายทะเบียนท้องถิ่นภายในเวลาที่กำหนด. หากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน ๒๐๐ บาท (มาตรา ๑๗, ๕๐—อนุมาตรา ๓). หนังสือรับรองนั้นต้อง

ทำตามแบบที่กระทรวงมหาดไทยได้กำหนดไว้. แพทย์ผู้ออกใบรับรองจำต้องเขียนเหตุตายลงไป ด้วยซึ่งเจ้าพนักงาน จะได้นำทกลงทะเบียนไว้ เป็นหลักฐาน. เพื่อที่จะใช้หลักฐานการตายของประชากรในท้องถิ่นต่าง ๆ เป็นประโยชน์ในการศึกษาทางสาธารณสุขและทางอาัยศาสตร์ด้วยกัน, เหตุตายที่ปรากฏในมรณบัตรจึงควรแสดงถึงความหมายในทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และในทางสถิติด้วย.

ปรากฏในมรณบัตร แบ่งเป็น

I (ก) (Direct cause)

(ข) เหตุแทรกซึ่งเกิดมาก่อน (Intervening, antecedent cause)

(ค) เหตุพื้นเพซึ่งมีอยู่ก่อน (Underlying antecedent cause)

II ภาวะสำคัญอื่นที่เป็นเหตุส่งเสริม, ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับโรคภาวะเดิม

ข. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ในกรณีที่มีการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมายนี้, เมื่อชันสูตรเสร็จแล้ว แพทย์ผู้ร่วมทำการชันสูตรต้องทำความเห็น แสดงเหตุการตาย (มาตรา ๑๕๕) ความหมาย

ของกฎหมายนี้ประสงค์จะให้เจ้าพนักงาน  
 สอยสวนหรือศาลได้ทราบว่าการตายของผู้  
 ตายนั้น ๆ เกี่ยวข้องกับการกระทำโดย  
 เจตนาหรือประมาทของบุคคลอื่นด้วยหรือไม่  
 ทั้งนี้เพื่อประกอบกรวินิจฉัยถึงความ  
 รับผิดชอบทางอาญาหรือทางแพ่งของผู้  
 เกี่ยวกับการตายนั้น ตัวอย่าง เช่นผู้ตาย  
 รายหนึ่งถูกทำร้ายถึงแก่ความตาย ผู้ต้อง  
 หาให้การรับสารภาพว่าได้เตะผู้ตายบริเวณ  
 ทรวงอกเพียงสองครั้งด้วยโทสะจริต การ  
 ตรวจศพพบว่าผู้ตายบริเวณ ชายโครง  
 ซ้าย, กระดูกซี่โครงแถบซ้ายหักสองซี่,  
 คือซี่ที่ ๑ และ ๗, ช่องปอดมีอากาศและ  
 เลือดคั่งมากพอที่จะเบียดปอดให้แฟบไปจน  
 เป็นเหตุให้ตายได้ ผู้ปอดทั่วไปมีลงลม  
 โย่งพอง ในเนื้อปอดมีโพรงหนองวัณโรค  
 เป็นจำนวนมาก ในรายเช่นนั้น, การที่จะ  
 บอกเหตุตายแก่พนักงานสอยสวนหรือศาล  
 แต่เพียงว่าตายเพราะอากาศและเลือดคั่ง  
 ในช่องปอดนั้น, ย่อมไม่เป็นการเพียงพอ  
 จำต้องพิจารณาต่อไปอีกว่าลงลมและเลือดที่  
 อยู่ในช่องปอดนั้น, เป็นผลจากการฉีกขาด  
 ของลงลมที่พองเนื่องมาจากวัณโรคหรือเป็น  
 ผลจากการถูกเตะจนกระดูกซี่โครงหักและ  
 ปลายกระดูกซี่โครงทิ่มแทงเข้าเนื้อปอดฉีก

ขาด, ซึ่งสองกรณีนี้มีผลทางกฎหมายต่อ  
 จำเลยหรือผู้ต้องหาต่างกันเป็นอันมาก.

ค. กฎหมายแรงงาน.(8) ในกรณีที่  
 ผู้ตายได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย  
 แรงงานในการที่จะได้รับเงินทดแทนนั้น,  
 เหตุตายมีความสำคัญเป็นอันมากในการที่  
 นายจ้างจะต้องจ่ายเงินทดแทนให้ทายาทผู้  
 ตาย. การวินิจฉัยเหตุตายตามความม  
 หมายนี้จึงต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับ  
 งานที่ผู้ตายทำอยู่ประกอบด้วย. ผู้ตายที่  
 ทายาทจะได้รับเงินทดแทนตามกฎหมายนี้  
 ได้แก่ผู้ประสูติอันตรายเป็นต้นเนื่องจากการ  
 ทำงานให้แก่ นายจ้าง, และผู้ตาย  
 ด้วยโรคที่เกิดตามลักษณะหรือสภาพของ  
 งาน, หรือโรคที่เกิดขึ้นจากการทำงาน,  
 ซึ่งเป็นหน้าที่แพทย์ผู้วินิจฉัยเหตุตายต้อง  
 ให้ความเห็นในปัญหาข้างต้นด้วย.(9)

ง. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกัน  
 ชีวิต. ในกรณีที่ผู้ตายมีประกันชีวิตไว้,  
 บริษัทประกันชีวิตก็ต้องการทราบเหตุตาย  
 เพื่อพิจารณาประกอบการจ่ายเงินประกันให้  
 แก่ผู้รับประโยชน์, เพราะมีบางกรณีที่  
 กฎหมายบัญญัติไว้ให้ผู้รับประกันไม่ต้องรับ  
 ผิดใช้เงินประกันคือ (10)



บทความพิเศษ

สมเด็จพระราชบิดาฯ กับการค้นคว้าทางแพทย์ของไทย\*

อวย เกตุสิงห์ พ.ด.  
(แผนกสรีรวิทยา)

ขอเคาะฝ่าละอองธุลีพระบาทปกเกล้าปกกระหม่อม

ข้าพระพุทธเจ้าขอพระราชทานพระบรมโอรสาธิราชฯ พกเกล้าฯ ขอพระราชทานพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ข้าพระพุทธเจ้าฯ และสำนักงานมูลนิธิวิจัยประสาทฯ ในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ ได้มีโอกาสกราบบังคมทูลด้วยเรื่องพระกรณียกิจของสมเด็จพระราชบิดาฯ ในการที่ทรงพระบารมีและส่งเสริมการค้นคว้าทางแพทย์ของไทย, เพื่อเป็นการเฉลิมพระเกียรติและสมโภชพระเชษฐาธิราชวโรภาสที่ได้ฝ่าละอองธุลีพระบาททรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ข้าพระพุทธเจ้าฯ มาทรงเปิดพระรูปสมเด็จพระราชบิดาฯ และสำนักงานมูลนิธิวิจัยประสาทฯ ในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ ณ กรุงเทพมหานครนี้. ถ้าหากข้าพระพุทธเจ้าฯ หรือข้อความที่ข้าพระพุทธเจ้าฯ ได้กราบทูลด้วยประการใด ๆ ก็ดี, พระราชทานโปรดเกล้าฯ, ข้า-

พระพุทธเจ้าขอพระราชทานพระมหากรุณาธิคุณเป็นตพวง.

สมเด็จพระราชบิดาฯ เจ้าฟ้ามหิตลธิศกษेत्र กรมหลวงสงขลานครินทร์ ทรงได้รับการเทิดทูนจากวงการแพทย์และประชาชนทั่วไปว่า เป็นพระบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทย, เพราะเหตุที่ได้ทรงบำเพ็ญพระกรณียกิจหลายประการซึ่งยังผลให้การแพทย์ในประเทศนี้สามารถเจริญก้าวหน้ามาโดยลำดับ. กล่าวโดยสรุปพระกรณียกิจทรงนิจได้เป็น ๔ ประการ. ประการที่หนึ่งในสมัยที่โรงเรียนแพทย์ขาดแคลนอาจารย์ผู้ทรงวิทยาคุณ, พระองค์ได้ทรงพระอุตสาหะช่วยสอนวิชาชีววิทยา และ ความรู้รอบตัวแก่นักเรียนแพทย์ด้วยพระองค์เอง, ยังผลให้นักเรียน

\* บรรยายหน้าพระรูปเป็นการเสด็จพระราชดำเนินเปิดสำนักงานมูลนิธิวิจัยประสาทฯ ณ โรงพยาบาลประสาทพญาไท, ๑๖ มีนาคม ๒๕๐๑.

แพทย์รุ่นนั้นๆ ได้รับการอบรมสั่งสอนอย่าง  
เพียงพร้อมและคั่งคว่ำอุดมคติ, ทั้งยังได้  
รับความประทับใจอย่างซาซึ้งในพระจริยา  
นวัตรอันงดงาม, ซึ่งได้ติดตามหล่อหลอม  
จิตใจ และ พฤติ การณ์ ของ บุคคล เหล่านั้น  
ตลอดมาจนถึงบัดนี้. พระกรณียกิจประการ  
ที่สอง, ได้แก่ทรงรับพระภาระทำหน้าที่  
เป็นผู้ติดต่อเจรจากับมูลนิธิโรคคิเฟลเลอว์  
เพื่อขอให้มูลนิธิรับช่วยทำการปรับปรุงโรง  
เรียนแพทย์ของเรา, ได้ผลสำเร็จอย่างก็,  
โดยมูลนิธิให้ความช่วยเหลือทั้งในกำ  
นการบริหาร, วัสดุ และบุคคล, ทำให้เกิด  
การเปลี่ยนแปลงอย่างพลิกหน้ามือเป็นหลัง  
มือในความเป็นอยู่ของโรงเรียนแพทย์, ซึ่ง  
ได้เริ่มผ่านเข้าสู่ภาวะที่เรียกได้ว่าทันสมัย.  
นับว่าเป็นจุดสำคัญจุดแรกในการก้าวหน้า  
ของวิชาแพทย์ในประเทศไทย. พระกรณีย-  
กิจประการที่สาม, คือเมื่อทรงพระดำริเห็น  
ว่าบ้านเมืองกำลังต้องการความช่วยเหลือ  
ในด้านการ แพทย์ เป็น อย่าง ยิ่งก็ ได้ ทรง  
พระอุตสาหะวิริยะเสด็จไปทรงศึกษาวิชา  
สาธารณสุข ศาสตร์ ที่ ใน สหรัฐ อเมริกา  
และอีกครั้งหนึ่งทรงศึกษาแพทยศาสตร์  
เพื่อนำความรู้นั้น ๆ กลับเข้ามาพัฒนาบ้าน  
เมือง. พระกรณียกิจขอนมีผลตกชงทั้งใน

ทางตรงและทางอ้อม. ในทางตรงคือทำ  
ให้สมเด็จพระราชบิดาฯ ทรงเข้าพระทัยซัด  
แจ้งในความเป็นอยู่และความต้องการของ  
การแพทย์ในประเทศ, สามารถทรงวาง  
แนวการปรับปรุงอย่างถูกต้องและเป็นผลก็,  
ทั้งยังสามารถทรงชี้แจงโต้เถียงหรือชักนำ  
ให้ผู้สนใจและคล้อยตามไปด้วย. ใน  
ทางอ้อมคือได้ทำให้คนทั้งหลายได้สำนึก  
ในคุณค่าของวิชาแพทย์ว่าคงต้องมีมาก  
มายจนแม้กระทั่งสมเด็จพระเจ้าฟ้าพระราช-  
โอรส ของ พระเจ้าแผ่นดิน ก็ยัง สนพระทัย  
ศึกษา. ขอนทำให้มีการค้นคว้า, มีผู้เริ่ม  
สนใจในการเรียนแพทย์มากขึ้นอย่างรวดเร็วจนมีจำนวนล้นโรงเรียนภายในเวลาไม่  
กี่ปี. พระกรณียกิจประการที่สี่, คือได้โปรด  
เกล้าฯ ประทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์  
เป็นจำนวนมากให้สร้างอาคารในโรงเรียน  
แพทย์และโรงเรียนพยาบาล, และประทาน  
ทุนส่วนพระองค์จัดสิ่งนิสิต, แพทย์,  
พยาบาล, เภสัชกร และอาจารย์อื่น ๆ ออก  
ไปศึกษาวิชาเพิ่มเติมในต่างประเทศเพื่อ  
กลับเข้ามาเป็นอาจารย์ต่อไป. พระกรณีย-  
กิจนี้เป็นการตั้งต้นพัฒนาการแพทย์ของ  
ประเทศอย่างตรงจุดที่สำคัญ, คือเริ่มต้น  
ที่โรงเรียนแพทย์และเริ่มที่ตัวบุคคล, คือ

อาจารย์. ข้อนี้เป็นหลักฐานพยานที่แสดงถึงพระปรีชาสามารถและความสขมคัมภีรภาพในการประกอบพระกรณียกิจของพระองค์อย่างหาที่เปรียบมิได้ยาก.

สมเด็จพระราชบิดาฯ ได้ทรงเอาพระทัยใส่ในพระกรณียกิจต่างๆ น้อย่างเต็มที่, เสมือนว่า ทรง เป็น นัก พิศ น า การ แพทย์ อาชีพ. กล่าวได้ว่าทรงหายใจเป็น โรงเรียน แพทย์ และการแพทย์, ทรงเป็นห่วงใยทั้งในฝ่ายบุคคลและฝ่ายวัตถุอยู่ตลอดเวลา. แม้เมื่อประชวรก่อนข้างหนักแล้วก็ยังทรงเรียกคณบดีของคณะแพทยศาสตร์ให้ไปเฝ้า, ให้ทักตักกับมูลนิธิร็อกคิเฟลเลอร์ขอต่อสัญญาความร่วมมือมือออกไปอีกสองปี. มีพระคำรับสั่งถึงความช่วยเหลือต่างๆ ที่จะประทานให้แก่โรงเรียนแพทย์, และทรงแสดงความห่วงใยว่าหากสิ้นพระองค์เสียแล้วความสนับสนุนจากภายนอกอาจจะลดน้อยลงไป. เห็นได้ว่าทรงห่วงใยอยู่แต่โรงเรียนแพทย์, มิได้ทรงคำนึงถึงพระชาติการรวมของพระองค์เองเลย.

ก่อนหน้าที่จะสิ้นชีพิตักษัย จะเสด็จทิวงคตเพียงเล็กน้อยได้ทรงทำพระพินัยกรรมประทานเงินห้าแสนบาทให้แก่คณะแพทยศาสตร์เป็นทุนสำหรับส่งเสริม

การศึกษาของอาจารย์, และได้ทรงแสดงพระประสงค์จะยกที่ดินซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงเรียนวิชาพยาบาลให้ด้วย. การเสด็จทิวงคตของพระองค์ในเวลาต่อมามิเพียงแต่ก่อความวิโยคให้แก่คณะแพทย์และประชาชนชาวไทยเท่านั้น, แม้ชาวต่างประเทศก็ได้รู้สึกกระตือรือร้นและแสดงความเศร้าสลดด้วยความจริงใจ. มูลนิธิร็อกคิเฟลเลอร์ได้ตกลงต่อสัญญาความช่วยเหลือให้อีกสองปีเป็นการถาวรความอาลัยแก่พระองค์. พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ร่วมด้วยพระบรมวงศานุวงศ์เพื่อสร้างตึกมหิตลวราณสรสธรณชนในศิริราชพยาบาล. ต่อมาคณะแพทย์, พยาบาล, เภสัชกร และประชาชนอื่นๆ ที่เคยได้รับพระอุปถัมภ์ ได้พร้อมใจกัน ออกเงิน คนละเล็กน้อยจัดสร้างพระรูปอนุสาวรีย์ขึ้นประดิษฐานไว้ ณ ศิริราชพยาบาล ซึ่งได้ผ่าละของขัติพระบาทได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ เสด็จพระราชดำเนินไปทรงเปี่ยมเป็นปฐมฤกษ์เมื่อวันที่ ๒๗ เมษายน พ.ศ. ๒๔๕๒ อันตรงกับงานฉลองทศสิริปีของโรงเรียนแพทย์. พระรูปองค์นั้น

ได้สถิตอยู่ท่ามกลางสถานศึกษาที่ซึ่งครั้งหนึ่ง  
 ได้รับพระกรุณาอุปถัมภ์ขึ้นมาจากโรงเรียน  
 แพทย์เล็ก ๆ และหลังจากให้กลายเป็น  
 สถานศึกษาที่ใหญ่โตทันสมัยภายในเวลา  
 ไม่นาน ประชาชนที่ผ่านเข้าออกในโรง-  
 พยาบาลย่อมได้เห็นพระรูปและมีโอกาส  
 ได้ทราบบพระกรณียกิจตามที่มาจารึกอยู่  
 ณ เบื้องหลัง, เป็นการยืนยันความเหมาะสม  
 ของการที่สมเด็จพระราชบิดาฯ ได้ทรง  
 รัชการเทิดทูนเป็นพระบิดาแห่งการแพทย์  
 แผนปัจจุบันของไทยไว้ชั่วกาลนาน.

พระกรณียกิจประการหนึ่งของสมเด็จพระ  
 พระราชบิดาฯ ที่มีคนรู้อยู่แต่เฉพาะในวง  
 แคบและสมควรจะได้รับการเผยแพร่คือ  
 การที่ใต้ทรงส่งเสริมการค้นคว้าทางแพทย์  
 ในประเทศไทยอย่างได้ผล. พระกรณียกิจ  
 ในด้านนี้จำแนกออกได้เป็นสามหัวข้อ,  
 คือทรงริเริ่ม, ทรงส่งเสริม, และทรง  
 แสดงตัวอย่าง. ประการแรก, ทรงริเริ่ม  
 ให้มีการค้นคว้าทางแพทย์ขึ้นโดยการ  
 ประทานเงินจำนวนหนึ่งให้คณะแพทย์-  
 ศาสตร์จักษุแพทย์ศาสตร์บริรักษ์ตชังแห่ง  
 สำเร็จออกมาเป็นวันแรกใน พ.ศ. ๒๔๗๑,  
 เข้าเป็น “ผู้ฝึกหัดค้นคว้าและสอน” ใน  
 โรงเรียนแพทย์. นับเป็นครั้งแรกในประวัติ

ศาสตร์ของไทยที่นักค้นคว้าโดยเฉพาะ  
 อยู่ในโรงเรียนแพทย์. เป็นการทรงสนับสนุน  
 ผลกว้างขวางและลึกซึ้ง. แม้เมื่อพระองค์  
 เสด็จทิวงคตแล้ว, โรงเรียนแพทย์ก็ยังได้  
 ใช้เงินที่ประทานไว้จ้างผู้ฝึกหัดค้นคว้า  
 และสอนต่อเนื่องกันมาอีกหลายชุด, มา  
 ชงักหยดเอาในตอนหลังนี้เองด้วยอัตรา  
 ค่าจ้างเพิ่มสูงขึ้นมากจนผลประโยชน์จาก  
 เงินที่ประทานไว้นั้นไม่พอเพียง. นัก-  
 เรียนทุนค้นคว้าของพระองค์ส่วนมากได้  
 ออกไปรับราชการและสามารถใช้ความรู้  
 ที่ได้จากการฝึกงานค้นคว้าให้เป็นประ-  
 โยชน์ในหน้าที่. ในขณะนี้มีผู้ที่เคยได้รับ  
 ทุนค้นคว้าของสมเด็จพระราชบิดาฯ ทำ  
 งานเป็นศาสตราจารย์อยู่ในโรงเรียนแพทย์  
 ถึงสี่คน.

ประการที่สอง, ทรงส่งเสริมการค้น  
 คว้าโดยการที่ใต้ทรงบรรยายชีวประวัติ  
 ของนักวิทยาศาสตร์ทั้งในด้านทั่วไป และ  
 ด้านวิชาแพทย์ให้นักเรียนแพทย์ได้ทราบ,  
 เพื่อเป็นการจูงใจ, และทรงกำชับนักเรียน  
 ทุนของพระองค์ที่ศึกษาอยู่ในต่างประเทศ  
 ให้หาโอกาสทำงานค้นคว้ากับอาจารย์  
 เพื่อหาความรู้ความชำนาญนำกลับมาใช้  
 งานในประเทศของเราเองบ้าง. ปรากฏว่า

นักเรียนทนของพระองค์หลายคนได้ไปทำการค้นคว้าในต่างประเทศได้ผลดีเป็นที่ยกย่อง. เมื่อกลับเข้ามาแล้วก็ได้รับราชการเป็นอาจารย์ชั้นผู้ใหญ่ในมหาวิทยาลัย, ทำงานมีผลดีกว่าหน้าชั้นเป็นลำดับ. หลายคนเป็นศาสตราจารย์อยู่ในขณะนี้. บางคนได้เป็นอธิบดี, ปลัดกระทรวง, แม่กระทรวงรัฐมนตรี. ในจำนวนนิสิตที่พระองค์เคยทรงสอน และอบรมไว้ก็มีหลายคนที่ยกเอาการค้นคว้าเป็นงานสำคัญตลอดมาจนถึงปัจจุบันนี้.

ประการที่สาม, ทรงแสดงตัวอย่างในเรื่องการค้นคว้า, โดยทรงทำการค้นคว้าด้วยพระองค์เอง. ปรากฏหลักฐานว่าพระองค์ทรงสนพระทัยงานในด้านนี้มาแล้วตั้งแต่ต้น. เมื่อเสด็จกลับมาเมืองไทยหลังจากทรงเรียนสำเร็จวิชาทหารเรือ, ซึ่งทรงชำนาญในเรื่องเรือดำน้ำ, ได้ทรงค้นคว้าศึกษาเกี่ยวกับเรื่องอาหารของไทยว่าจะมีอะไรเหมาะสำหรับการนำไปใช้ในเรือดำน้ำบ้าง. ครั้นทรงเปลี่ยนความสนพระทัยมาเป็นวิชาแพทย์และได้ทรงศึกษาในทางสาธารณสุขศาสตร์ในสหรัฐอเมริกาก็ได้เสด็จออกทำงานในท้องที่เพื่อสำรวจอุบัติเหตุเกี่ยวกับพยาธิลำไส้บางชนิด. ทรง

ปฏิบัติงานเป็นผลสำเร็จจนได้ตีพิมพ์ผลงานไว้เป็นหลักฐาน. เมื่อเสด็จกลับเข้ามาประเทศไทยหลังจากนั้นก็ได้ทรงพระอุทิศเสด็จออกไปสำรวจภาวะเป็นอยู่ของประชากรไทยในชนบทเพื่อวางรากฐานสำหรับการพัฒนาต่อไป. ต่อมาได้เสด็จออกไปทรงศึกษาวิชาแพทย์ในอเมริกาอีกครั้งหนึ่ง. เมื่อเสด็จกลับเข้ามาพร้อมด้วยปริญญาเอกก็ได้ทรงเริ่มงานค้นคว้าเกี่ยวกับโรคบิด, จนถึงกับได้เสด็จไปประทับและทรงเข้าทำงานในโรงพยาบาลแม็คคอร์มิค นครเชียงใหม่ซึ่งมีโรคนี้ชุกชุม. การเสด็จครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้ายในพระกรณียกิจเกี่ยวกับการค้นคว้าทางแพทย์, เพราะได้เกิดอาการประชวรขึ้น, ต้องเสด็จกลับลงมากรุงเทพ ฯ เพื่อรักษาพระองค์, และได้เสด็จทิวศตในที่สุด. ถ้าจะกล่าวถึงความสนพระทัยในงานค้นคว้าเป็นเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่การสนพระชนม์ชีพก็เห็นจะไม่ไกลความจริงนัก.

เป็นโชคร้ายของประชาชนชาวไทยและเป็นที่น่าเสียดายอย่างยิ่งที่สมเด็จพระราชบิดา ฯ ได้เสด็จทิวศตเสียตั้งแต่พระชนมายุยังน้อย, และในขณะที่กำลังทรงบำเพ็ญพระกรณียกิจที่สำคัญ ๆ ในการ



ผู้ตกตลิ่งคนทั่วไปโดยไม่ถนัดต่อตัว  
กิต, เราเห็นมีทอทางใต้อย่างเต็มภาคภูมิ  
อยู่บุคคลหนึ่ง, คือสมเด็จพระราชบิดา.

เมื่อสมเด็จพระราชบิดาเสด็จทิวงคต  
เสียแล้วคณะแพทย์และประชาชนที่เอาใจ  
ใส่ในการแพทย์ต่างพากันรู้สึกว่าจะหาวิธีที่  
พึงและเกรงเกรงว่าโรงเรียนแพทย์และการ  
แพทย์ที่พระองค์ได้ทรงสร้างเสริมและ  
ประทานความเจริญให้ด้วยความสำเร็จ  
อย่างไม่ย่อหย่อน, จึงเสียมโทรมดอยไปสู่  
สภาพล้าหลังเช่นในสมัยก่อนอีก. เพราะที่  
คิดมีผู้ใหญ่ในวงการแพทย์หลายท่านที่  
เคยได้รับพระกรุณาธิคุณในสมเด็จพระราช  
บิดา ร่วมกันริบภาระอันหนักประคับประ-  
คองกิจการทั้งนั้นให้ดำเนินมาด้วยดี, ด้วย  
ความมั่นใจในกตัญญู. แม้กระนั้นก็ยังไม่วาย  
พากันรู้สึกหวั่นไหวเมื่อถึงถึงความหลังที่  
เคยมีที่พงษ์อันแสนจะทรงประสิทธิภาพทั้งใน  
ด้านจิตใจและด้านวัตถุ. แต่บัดนี้ความรู  
สึกหวั่นไหว และว่าเหวที่นั่นได้เหือดหายไป  
สิ้นแล้ว, เมื่อการณปรากฏชัดเจนว่าใฝ่  
ละอองธุลีพระบาททรงสนพระทัยอย่างแท้  
จริงในการบำบัดทุกข์บำรุงสุขของประชาชน  
โดยทุกวิถีทาง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งการ  
แพทย์และสาธารณสุขได้รับพระมหา-

กรุณาธิคุณเป็นพิเศษอยู่เสมอ. นอก  
จากพระราชทานพระราชทรัพย์ช่วยเหลือ  
แสนบาทให้แก่โรงพยาบาลและกิจการ  
อื่น ๆ, ยังได้โปรดเกล้าฯ ให้จัดตั้งมูลนิธิ  
ขึ้นหลายอย่าง ซึ่งมีจุดประสงค์ส่งเสริม  
สุขภาพและอนามัยของประชาราษฎร์จาก  
ถิ่นต่าง ๆ กัน, ซึ่งล้วนเกี่ยวโยงมาถึ  
การแพทย์ทั้งสิ้น, อาทิมูลนิธิราชประชา  
สมาสัย, มูลนิธิชานันทมหิตล, มูลนิธิ-  
ราชานุกุล, เป็นต้น. พระมหากรุณาธิคุณ  
ทรงเป็นประหนึ่งแสงสว่างที่ฉายลงมาถึผู้  
ที่อยู่ในความมืดขังความขี้ดปลายปลมให้  
เกิดขึ้นในเมื่อรู้สึกว่ามีแสงสว่างแล้ว. มีที่  
พึงแล้ว, ต่อไปเมื่อความมืดคุกคามเข้า  
มาอีกก็จะรู้ว่าควรจะหันไปหาที่ขบความมืด  
ในทางไหน.

โดยเฉพาะในวันนทวงพระกรุณาโปรด  
เกล้าฯ เสด็จพระราชดำเนินมาทรงเยี่ยม  
พระรพอนสาวรีย์ของสมเด็จพระราชบิดา  
ซึ่งโรงพยาบาลประสาท พญาไทได้จัด  
สร้างขึ้นเพื่อเทิดทูนพระเกียรติด้วยความ  
กตัญญูกตเวที, และทรงเปิดสำนักงาน  
มูลนิธิวิจัยประสาทในพระบรมราชูปถัมภ์,  
ซึ่งโปรดเกล้าฯ พระราชทานกำเนิดขึ้นเมื่อ

วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๐๗ นี้เอง, เป็น วัตถุประสงค์สำคัญในความทรงพระมหากรรณาแก่การค้นคว้าในทางแพทย์. เป็นที่น่ายินดีว่าในการพระราชทานกำเนิดแก่มูลนิธิไตฝัះของธิดีพระบาทไค้ทรงแสดงให้ปรากฏชัดเจนแก่คนทั่วไปว่ามีพระปณิธานในอันที่จะเสด็จพระราชดำเนินโดยรอยพระยุคลบาทแห่งสมเด็จพระราชบิดาฯ ในการพระราชทานการอุ้มชูแก่วิชาแพทย์. เป็นอันว่าประวัติศาสตร์ไค้เกินซ้ำรอยอีกครั้งหนึ่งเหมือนเหตุการณ์ในสมัยสี่สิบปีมาแล้ว, ในเมื่อสมเด็จพระราชบิดาฯ ไค้ทรงรับพระภาระยังความเจริญให้แก่ศิริราชพยาบาลและราช แพทยาลัยที่สมเด็จพระบรมอัยกาธิราช, พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว, ไค้พระราชทานกำเนิดไว้. พระราชบิดาทรงสร้าง, พระราชโอรสทรงสานตาม. ในขั้นต้นก็เช่นเดียวกัน. สมเด็จพระราชบิดาฯ ไค้ทรงริเริ่มการค้นคว้าทางแพทย์ไว้, ไค้ฝัះของธิดีพระบาททรงส่งเสริม, เพิ่มความเจริญต่อไปอีก. โดยเฉพาะอย่างยิ่งการค้นคว้าในทางประสาทวิทยาของเราซึ่งอยู่ในระดับล้ำหลัง, เพราะคนส่วนมากเข้าใจผิดว่าเป็นเรื่องเดียวกับวิชาโรคจิต, และลงความ

เห็นเอาง่าย ๆ ว่าไม่มีทางจะทำอะไรแล้วก็เลยเลิกสนใจเสียอย่างง่าย ๆ. การทรงพระมหากรรณาโปรดเกล้าฯ ให้ตั้งมูลนิธิขึ้นขึ้นเท่ากัเป็นการประกาศให้ประชาชนทราบถึงความสำคัญของประสาทวิทยา, ซึ่งย่อมจะมีผลกระตุ้นความสนใจและการให้ความสนับสนุนด้วยประการต่าง ๆ.

ในช่วงเวลาไม่ถึงสิบปี สมเด็จพระราชบิดาฯ ไค้ทรงอุทิศพระองค์ให้แก่การแพทย์. พระองค์ไค้ทรงประสิทธิ์ประสาทความเจริญให้อย่างมากมายจนทรงได้รับการเทิดทูนว่าเป็นพระบิดาแห่งการแพทย์. การที่ไค้ฝัះของธิดีพระบาททรงใฝ่พระราชหฤทัยและพระราชทานความสนับสนุนแก่การแพทย์ทั้งในค่านทฤษฎีและค่านปฏิบัติ, ทั้งในค่านวัตถุและค่านจิตใจเช่นนี้, ย่อมเป็นกลางที่ว่า การแพทย์ของประเทศจะเจริญรุดหน้าต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง, ยิ่งความสขเกษมให้แก่ปวงประชาราษฎร์อย่างที่มีไค้เคยมีมาแต่ก่อน, ก็ด้วยพระมหากรรณาธิคุณทรงบำเพ็ญเป็นตัวอย่าง, และติดตามรอยพระยุคลบาทโดยผู้มีจิตศรัทธาทองหลายซึ่งเพียบพร้อมด้วยความจริงรักภักดีและเชื่อมั่นในพระปรีชาญาณ. ตัวอย่างที่ควรกล่าวอ้างในที่นี้ไค้แก่ พระราชกรณียกิจชั้น

ใหม่ที่สุดในการพระราชทานน้ำคั้นน้ำใช้ ให้แก่ชาวบ้านเขาเท่าด้วยการสร้างคั้นกันนี้. โปรกเกล้าฯ ชาวบ้านให้พ้นจากความกัณการและโหยงกระหาย. พระราชกรณียกิจนี้เป็นที่ชวนชื่นชมชื่นทั้งกายและใจของประชาชนทั่วไป. ท่างแซ่ซ้องสาธุการในพระมหากรุณาธิคุณและพระปรีชาคุณ, และเต็มตันไปด้วยความกตัญญูและสวามิภักดิ์ในไต่ฝ่าละของธลัพระบาทอย่างหาที่เปรียบมิได้.

ขอคุณบุญ รากที่ไต่ทรงบำเพ็ญโดยนานปีการจงกลบันกาลให้ไต่ฝ่าละของธลัพระบาททรงพระเกษมสำราญ, เจริญด้วยพระชนมายุและพระเกษมศิกิร, สถิตสถาพรในถวัลยราชสมบัติ, ดำรงเป็นฉัตรแก้วกันแก่เกล้าเหล่าประชา, เป็นแหล่งธาราถึงความชื่นชมชื่นแก่พคกนิกรทั้งมวลอย่างมีรูเหอคหาย.

เกล้าด้วยกระหม่อม ขอเดชะ

### การส่งเงินค่าบำรุง

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

## บทความพิเศษ

### “ทุลกระหม่อม”\*

พ.อ. ศาสตราจารย์ หลวงวาจวิทยาวัฒน์

ท่านผู้มีเกียรติที่เคารพ  
เขารวมนี้ ข้าพเจ้าเป็นสขใจอย่างยงที่  
ได้รับเชิญจากท่านคณบดี คณะแพทย-  
ศาสตร์และศิริราชพยาบาล, คือ  
ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชชวาล  
โอสถานนท์, ให้มาเล่าสู่กันฟัง, เนื่อง  
ในการจัดงานวันพระลูกวันมหิดล, เกี่ยว  
กับความทรงจำของ ข้าพเจ้าถึงบางสิ่ง บาง  
อย่างที่เกินช่นและผ่านไปแล้ว, ในฐานะ  
ที่เคยได้เข้าเฝ้าสมเด็จพระราชบิดา ฯ โดย  
ใกล้ชิดผู้หนึ่ง, แม้จะไม่ลับบ่อยครั้งนัก,  
ซึ่งตามความเป็นจริงแล้ว เป็นเหตุการณ์ที่  
เกิดขึ้นเมื่อ ๔๖ ปีก่อนโน้น. ทั้งนี้เนื่อง  
จากข้าพเจ้าได้รับทุนเล่าเรียนหลวงไป  
ศึกษาที่สหรัฐอเมริกา ระหว่าง พ.ศ.  
๒๔๖๐-๒๔๗๑ โดยเรือลำเดียวกับกับ  
คุณหลวงพิณพากยพิทยาภท, ผู้สอบได้  
ได้เป็น ที่หนึ่งในสองทุนนั้น. โรงเรียน

แพทย์ศิริราชเป็นสถาบันที่ใคร ๆ ก็ใฝ่ฝัน  
เกี่ยวของอยากเขาเป็นเจ้าหน้าที่ประจำมา  
นานแล้ว. ข้าพเจ้าเองมีบุญน้อย, อยู่ที่  
ศิริราชได้เพียงแค่ พ.ศ. ๒๔๗๑-๒๔๗๕  
แล้วก็ต้องระเหิดไป. แต่เนื่องด้วยใจรัก  
และเลื่อมใส สถานที่ ข้าพเจ้าได้หาโอกาส  
มาวนเวียนอยู่เสมอ, และขอสารภาพว่า  
ข้าพเจ้าได้เรียนโรคคคตทระโรคและ เฟล-  
ลากรร เป็นครั้งแรกที่ศิริราชนเองโดยคุณ  
หลวง พินิจไวย ทยาการ เป็นผู้เข้คตาสว่าง  
ให้.

เมื่อได้แรมรอนทั้ง ทาง เรือ และ ทาง  
รถไฟจนอ่อนใจเป็นเวลา ๔๔ วันก็ถึงนคร  
บอสตันเมื่อ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๔๖๐.  
ณ ซานซาลาอันกว้างใหญ่ มีผู้ปกครอง  
นักเรียน และนักเรียนไทย ไปรอรับอยู่ประ-  
มาณ ๑๐ คน, และในจำนวนนั้นคุณหลวง  
พิณ ฯ เฟ่งแจ่ง แก่ข้าพเจ้าที่ขานอนสาวรีย์

\* สุนทรพจน์ในวันมหิดล ๒๕๐๖, แสดง ณ หอประชุมราชแพทยาลัย, ศิริราชพยาบาล.

ชัยสมรภูมิของท่านเมื่อ ๕ วันมานเองว่ามี  
 “ทลกระหม่อม” รวมอยู่ด้วย. ข้าพเจ้า  
 เองไม่ทราบและไม่ได้อ่านใจเพราะเหมือน  
 บ้านนอกเข้ากรุงและไม่มีความทราบว่าผู้ใด  
 เป็น “ทลกระหม่อม”. คุณหลวงพิณ  
 ยังกล่าวเพิ่มเติมอีกว่าเมื่อข้าพเจ้าไปตรวจ  
 ร่างกายกับแพทย์อเมริกันก่อนเดินทางไป  
 ศึกษาภาษาอังกฤษ และขนบธรรมเนียม  
 อเมริกันก่อนเข้ามหาวิทยาลัยและได้เกิดมี  
 ไวกอร์ ซ้ำแล้วซ้ำอีกเกิดขึ้นโดยบังเอิญใน  
 สำนักงานแพทย์, แล้วถูกส่งตัวไปรักษา  
 พยาบาลเป็นเวลาหลายวันในโรงพยาบาล  
 ใกล้เคียง, ทลกระหม่อม ก็ได้ทรงมีพระ-  
 เมตตาเสด็จไปเยี่ยมถึงข้างเตียงนอน, และ  
 ข้าพเจ้าก็ไม่ทราบอีก. เมื่อพ้นจากการ  
 บัวยแล้วข้าพเจ้าได้มีโอกาสตามเสด็จไป  
 ร่วมรับประทานอาหาร กับเพื่อน ๆ อีก  
 บางครั้ง, และ “ทลกระหม่อม” ทรงเป็น  
 เจ้ามือ. ข้าพเจ้าก็ได้แต่ชมพระบารมีของ  
 พระองค์อยู่ในระยะใกล้เคียง. แต่ก็มี ความ  
 ตั้งใจจะเข้าเฝ้าสักครั้งหนึ่งในฐานะเป็นคน  
 ไทย. แต่ก็ไม่มี ความกล้าหาญพอ, ทั้ง ๆ  
 ที่เพื่อนสนิทต่างก็แนะนำให้ใช้ความพยายาม,  
 เพราะ “ทลกระหม่อม” ไม่ทรง  
 รังเกียจและไม่มีความวิตกกังวลกับใคร. การไป

เฝ้าให้ไปคนเดียวเท่านั้น, ไม่ต้องมีผู้  
 เฝ้า.

ครั้นแข็งแรงเป็นปกติแล้ว ข้าพเจ้าก็  
 เดินทางไปอยู่โรงเรียนกินนอน โรงเรียน  
 เดียวกันกับนายพิณ เมืองแมน เป็นเวลา  
 ประมาณ ๕ เดือน. ครบกำหนดแล้วเรา  
 ทั้งสอง ก็แยกทางกันเพื่อไปศึกษาวิชา  
 เตรียมแพทย์ต่อไป. ในระหว่างปีภาค  
 ฤดูร้อน หรือ เทศกาล ตรุษ ก็ได้มีโอกาส  
 กลับไปนครบอสตันเสมอเพื่อพบปะเพื่อนฝูง  
 และเพื่อพักผ่อนสมอง. แต่สามัญชน  
 อย่างนายวาท แย้มประยว ก็ยังโอ้อ้อไม่  
 ใ้เข้าเฝ้า “ทลกระหม่อม” อยู่คนเดียว,  
 เพราะไม่แน่ใจว่าจะเฝ้าเรื่องอะไรและจะตั้ง  
 ต้นอย่างไร, และในด้านการเงินก็ไม่เดือด  
 ร้อนเพราะทางผู้ปกครองนักเรียนไทยก็ยัง  
 ส่งไปส่งจ่ายไปให้ทุกสิ้นเดือน. ข้าพเจ้า  
 ได้ปล่อยให้กาลและเวลาผ่านไป  
 จากการศึกษาเตรียมแพทย์, แพทย์-  
 คาสตร์และทันตแพทย์ศาสตร์ลุล่วงสำเร็จ,  
 ไปตามความประสงค์ของรัฐบาลไทย.  
 การที่เลือกเอาทันตแพทย์ศาสตร์นั้นแม้จะ  
 เป็นความต้องการของรัฐบาลก็จริงแต่มัน  
 เป็นการบังเอิญและเห็นแก่ตัวเท่านั้น,  
 เพราะผู้ปกครองนักเรียนไทยได้ให้ข้าพเจ้า

เลือก ก่อน ระหว่าง ทนต แพทย์ คศาสตร์ กย  
รังสีวิทยา. ถ้าเลือกเอาทนต์แพทย์ศาสตร์  
ก็ให้อยู่ต่อไปได้อีก ๒ ปี, ถ้าเลือกรังสี-  
วิทยาก็ให้อยู่ได้อีก ๑ ปีเท่านั้น. ข้าพเจ้า  
เลือกทนต์แพทย์ศาสตร์, จึงขอสารภาพ  
ความผิดและขออภัยคุณหลวงพิณ ๗ ฅ ท  
นด้วย.

ใน ระหว่าง การ เดินทาง ไปรับ หน้าที่  
แพทย์ประจำบ้านทั่วไปในโรงพยาบาลหนึ่ง  
เมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๕ ข้าพเจ้าได้แวะนคร  
บอสตันและวันหนึ่งคอนสายข้าพเจ้าได้คิด  
สนใจไปยังที่ประทับของ “ตุลกระหม่อม”  
โดยมิได้ทูลให้ทรงทราบล่วงหน้าแต่อย่าง  
ใด. แล้วกดปุ่มไฟฟ้าข้างซ้ายชื่อ Mr. M.  
SONGKLA ตรงกับเลขหมายของ อดี  
พรรคมนตรีเข้าของพระองค์ชั้นบน. บอก  
กล่าวในกรวย ช่อง พดทำ ด้วย ทอง เหลือง  
ตั้ง ๆ เข้าไป, แจ้งความจำนงว่าเป็นคน  
ไทยขอเข้าเฝ้า. ไม่ทราบว่าใครรับสาย.  
ทันทีที่มีการ ถอด กลอน ทยาน ประต ใหญ่  
โดยอัตโนมัติ, ทำให้ผลึกเข้าไปได้.  
ในที่สุดข้าพเจ้าก็ได้เข้าไปในห้องเล็ก ๆ.  
เห็น พระ องค์ท่านประทับบนเก้าอี้ธรรมดา,  
ข้างโต๊ะทรงพระอักษรเล็ก ๆ ตัวหนึ่งและ  
ทรงรอคอยอยู่แล้ว. ข้าพเจ้าได้ถวาย

คำนับ, นั่งลงบนเก้าอี้ตัวหนึ่งในระยะ  
ใกล้แล้วการสนทนาก็เริ่มขึ้น. ทนตนั้น  
ข้าพเจ้าได้ระวังตัวเป็นที่สุด, เพราะเกรง  
ไปว่า จะพูดอะไรไม่เหมาะกับกาลเทศะ.  
ตนเองระลึกลอยเผลอว่า พระองค์ท่านเป็น  
เจ้าฟ้า, ข้าพเจ้าเป็นข้าแผ่นดิน. แต่  
ตรงกันข้ามไม่เห็นมีอะไรน่ากลัว, ความ  
สะทกสะท้านก็หมดไป. ข้าพเจ้าได้แต่  
สังเกตพระอิริยาบถอันสง่างาม, แวะ  
พระเนตรอนันต์แต่พระกรุณา. การสนทนา  
ได้เป็นไปอย่างกันเอง. เวลานั้นข้าพเจ้ามี  
อายุได้ ๒๗ ปี, พระองค์ท่านมีพระชนม  
๓๖ พรรษา. ข้าพเจ้าแสนจะปลาบปลืม  
ที่ได้เห็น โดย ใกล้ชิด เจ้าฟ้า พระ องค์นี้,  
ซึ่งรักชาติและรักคนไทย. ทรงสละทก  
อย่างสมจริงอย่างพระคำรัส, หรืออาจ  
กล่าวอย่างไพร่ฟ้าข้าแผ่นดินว่าไม่ใช่รัก  
ชาติแต่ปากดังที่ข้าพเจ้าได้อ่านพบเป็นหลัก  
ฐานพิสูจน์ได้ในอนุสรณ์สาธารณสุขเล่ม  
หนึ่ง, มีลายพระหัตถ์ของสมเด็จพระราช-  
บิดา เจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรมหลวง  
สงขลานครินทร์ ลงวันที่ ๑๕ มิถุนายน  
๒๔๖๘ ทรงมีไปถึงสมเด็จพระเจ้าบรม-  
วงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร, อธิบดี  
กรมสาธารณสุขในสมัยนั้น, ว่า:

“หม่อมฉันรู้สึกเสมอว่าการสาธารณสุขชนนเป็นการสำคัญอย่างยิ่ง, ทั้งเป็นเครื่องบำรุงกำลังของชาติไทยและเป็นสาธารณสุขประโยชน์แก่มนุษยชาติทั่วไปด้วย, เพราะฉะนั้นเมื่อมีโอกาสอันใดซึ่งหม่อมฉันพอที่จะช่วยออกกำลังกายและสติปัญญาหรือทรัพย์สินอันเป็นผลที่จะทำนุบำรุงให้การนั้นเจริญขึ้นแล้ว, หม่อมฉันยินดีปฏิบัติเสมอ.”

สมเด็จพระราชบิดาฯ ทรงสนพระทัยไม่น้อยที่ทรงทราบว่าข้าพเจ้าผ่านการศึกษาคณะแพทยศาสตร์ด้วย. รับสั่งว่าบ้านเรามีโรคพื้นมาก, เรายังไม่ได้จัดการอะไรเป็นลำดับขั้น, ถ้าข้าพเจ้าจะกลับไปทำแล้วจะประทานเงินส่วนพระองค์ ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาทให้เริ่มทันที. ข้าพเจ้าไม่ได้มีโอกาสเข้าเฝ้าหลังจากที่พระองค์ท่านนิวัตพระนครเมื่อ ๑๓ ธันวาคม ๒๔๗๑ ซึ่งหลังจากการบรรจุเป็นข้าราชการของข้าพเจ้าในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลเพียงประมาณสามเดือน, และต่อมาพระองค์ท่านก็ทรงประสูติถึงที่ท่านทั้งหลายทราบทั่วกัน.

เมื่อข้าพเจ้าได้เข้าฝากตัวในโรงพยาบาลก็ยังคงมีจดหมายเล่าเรื่องการปฏิบัติ

งานของข้าพเจ้าทูลให้ทรงทราบหลายครั้ง, และทักครั้งก็ทรงตอบ. แม่แต่ในเทศกาลปีใหม่ก็ยังได้รับขัตตราวยพระมหิตลเป็นภาษาอังกฤษแปลว่า “วาทกริ, นเป็นสังพิสูจน์ว่ายังมีใครคนหนังกดถึงอยู่” และลงพระนาม “มหิตล”. พระกรณาเพียงเท่านี้ก็ทำให้หมกความว่าเหวไปได้, เพราะนักเรียนไทยในสหรัฐไม่มีบ้านญาติพี่น้องที่จะไปเยี่ยมเยียนได้ในระหว่างปีภาคหรือเทศกาลตรุษและหากจะออกจากสถานศึกษาอยู่, ค่ารถไฟก็ต้องตกลงกันก่อนกับผู้ปกครองนักเรียนและก็ไม่แน่ว่าจะได้รออนุญาตทุกคราวไป.

ณ โรงพยาบาลศิริราช ใน พ.ศ. ๒๔๗๑ นั้น มีข้าราชการอาวุโสปฏิบัติงานเจริญรอยพระยุคลบาทอยู่หลายคนด้วยกัน, ซึ่งรวมทบคคทไททุนของสมเด็จพระราชบิดาฯ เองไปศึกษา ณ ต่างประเทศ, ทุนของมูลนิธิร็อคคิเฟิลเลอร์, ซึ่งสมเด็จพระราชบิดาฯ ได้ทรงเป็นอธิบดีติดต่อให้, และบรรดาชาวต่างประเทศที่มูลนิธิได้จัดส่งมาดำเนินการในชั้นต้น. ด้วยการรวมกำลังของท่านเหล่านั้นและด้วยอำนาจบุญบารมีจิตใจของสมเด็จพระราชบิดาฯ และการสนับสนุนของรัฐบาล,

แพทย์ปริณญาภิได้ถูกผลิตออกเป็นรุ่นแรก  
 ในพ.ศ. ๒๔๗๑ และต่อ ๆ มาทุกปีตาม  
 มาตรฐานที่คชของโลกรุ่นที่รายเท่าทุกวันนี้.  
 เมื่อบรรดาศาสตราจารย์ต่างประเทศได้  
 กลับไปหมดแล้วผู้ที่ได้รับทุนของสมเด็จพระ  
 พระราชบิดาฯ, ทุนรื้อคคิเฟลเลอร์และทุน  
 รัฐบาลก็เข้าปฏิบัติหน้าที่แทนอย่างเข้มแข็ง  
 โดยยึดถือหลักการเสียสละอย่างไม่มีย่อท้อ.  
 แม้ในปัจจุบันนี้ข้าพเจ้าก็ยังสังเกตได้ด้วยความ  
 แน่ใจว่าบรรดาหัวหน้าแผนกวิชาการ  
 ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๖๖, ๒๔๖๗ จากสมเด็จพระ  
 พระราชบิดาฯ เอง และสำเร็จเป็นแพทย์  
 ปริณญาภิใน พ.ศ. ๒๔๗๑ - ๒๔๗๒ นั้น,  
 ก็กำลังทำตัวอย่างการเสียสละให้ศิษย์ได้  
 เห็นอยู่. ถ้าพิจารณาด้วยความเป็นธรรม  
 แล้ว จะเห็นได้ว่าคณะแพทยศาสตร์และ  
 ศิริราชพยาบาลในขณะนั้นได้เจริญก้าวหน้า  
 กว่ายุคใด ๆ ทั้งสิ้นเพราะบรรดาหัวหน้า  
 แผนกต่าง ๆ ได้ทำตัวอย่างอันดีเลิศแก่  
 เพื่อนแพทย์ที่ร่วมงานที่อ่อนอาวุโสกว่าและ  
 นักศึกษาแพทย์ปัจจุบันทุกรุ่นให้เห็นแจ้ง  
 ประจักษ์. ข้าพเจ้าเชื่อมั่นว่าการเสียสละ  
 ทุกอย่างของสมเด็จพระราชบิดา ข้าพ  
 จ้ามิหิตลอคฤคช กกรมหลวงสงขลา-

นครินทร์ เป็น คะตะลียส์ต์ อย่างที่ทนาย  
 ความสนพระทัยของสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว  
 องค์ปัจจุบัน, สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระ-  
 บรมราชินีนาถ, พระบรมวงศานุวงศ์, และ  
 ความสนใจของรัฐบาลคณะปฏิวัติ, อันมี  
 จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ เป็นหัวหน้ารัฐบาล  
 และพร้อมทั้งประชาชน, ต่างก็ให้การสนับสนุน  
 เป็นเอกฉันท์, เพื่อให้ราษฎรทั่วไปได้  
 มีความผาสุก, มีการกินดีอยู่ดีปราศจาก  
 โรคภัยทั้งปวง.

ดงนนวนน, วันที่ ๒๔ กันยายน  
 ๒๕๐๖, เป็นวันบรรจบครบรอบอีกครั้ง  
 หนึ่งที่เราทั้งหลายได้มาประชุมกัน ณ หอ  
 ราชแพทยาลัยเพอระลึกถึงพระกรุณาธิคุณ  
 พระเกียรติคุณ, และขอแสดงความกตัญญู  
 กตเวทิตถวายสมเด็จพระราชบิดาฯ ซึ่งพระ-  
 วิญญาณคองทรงสถิตอยู่รอบ ๆ ตัวเราเอง,  
 และพร้อมกันตั้งจิตอธิษฐานให้ทรงทราบว่า  
 ทรายเท่าที่เราทั้งหลายยังมีชีวิต, กำลัง  
 และสติปัญญา, จะฟันฝ่าอุปสรรคทั้งมวล  
 เพื่อพัฒนาการศึกษาแพทย์, การสาธารณสุข  
 สุข และการอนามัย ของประเทศชาติให้  
 เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นไปอีก เทอญ.

# บทบรรณาธิการ

## โดยรอยพระยุคลบาท “เจ้าทมิฬนาย”

“เจ้านาย” เป็นสถาบันอย่างหนึ่งซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของสังคมในประเทศที่เป็นราชาธิปไตย. ในสมัยที่มีการปกครองโดยระบอบสมบูรณาญาสิทธิราช, “เจ้านาย” มีบทบาทสำคัญในการครองชีพของพลเมือง, ทั้งในค่านิยามพระยศและพระคุณ. ในบางแห่งและบางสมัยราษฎรได้รับความยากแค้นจากการบีบบังคับของ “เจ้านาย” ด้วยประการต่างๆ กัน, ซึ่งบางครั้งก็นำไปสู่การจลาจลหรือแม้ปฏิวัติ. ในสมัยอื่นๆ “เจ้านาย” ที่ประกอบด้วยความคุณธรรมก็ปฏิบัติไปในทางตรงกันข้าม, ด้วยการโอบอุ้มประชาชนให้ได้รับความผาสุก, ส่งผลเพิ่มพูนเสถียรภาพให้แก่ระบอบการปกครองในสมัยนั้นๆ. ในประวัติศาสตร์ของประเทศเราปรากฏเหตุการณ์ทั้งสองอย่างนี้สลับกันไปมาซ้ำๆ อยู่เสมอ. ถ้าจะยกเอาองค์พระเจ้าแผ่นดินเป็นหลักก็เห็นพอจะกล่าวโดยทั่วไปได้ว่าชาวไทยเรามีโชคที่ได้มี “เจ้านาย”

ที่มีความโน้มเอียงไปในทางทรงพระคุณมากกว่าทรงพระเดช, ตลอดมาตั้งแต่ครั้งกรุงสุโขทัย. โดยเฉพาะในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์พระเจ้าแผ่นดินทุกพระองค์ทรงสถิตอยู่ในทศพิธราชธรรม, ปกครองพระราชราษฎรด้วยพระเมตตาการุณาประคองบิคาภิยยตร, “เจ้านาย” จึงคล้อยตามไปในทางเสด็จพระคุณเป็นส่วนมาก. ราษฎรได้รับความสุขสวัสดิ์เรื่อยมาและบ้านเมืองก็เจริญรุ่งเรืองสมสมัยไม่ช้าหลังมากมายเหมือนในบางประเทศที่พลเมืองได้รับการกดขี่จาก “เจ้านาย” อยู่ตลอดเวลา.

ในบรรดา “เจ้านาย” ในสมัยไม่นานมานี้ที่ใต้ทรงพระคุณต่อพระราชราษฎรอย่างแพร่หลาย, พระองค์หนึ่งทรงได้รับความเทิดทูนยกย่องเป็นพิเศษจากมหาชนได้แก่สมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์, ทูลกระหม่อมของชาวศิริราช. ทั้งนี้เพราะเหตุสองอย่างประกอบกัน. ประการหนึ่ง, ใต้ทรงประกอบพระ-

กรณีศึกษาหลายประการ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการแพทย์และการสาธารณสุข, อันเป็นผลประโยชน์ต่อประชาชนทั้งโดยตรงและโดยอ้อม. พระกรณียกิจเหล่านี้ได้รับการเผยแพร่จากหลายทางด้วยกันอยู่เสมอๆ, แม้กระนั้นก็ยังรู้สึกกันว่ายังไม่หมดสิ้น. อีกประการหนึ่ง, ได้ทรงแสดงพระจริยวัตรอันน่านิยมนับถือเป็นที่ประทับใจแก่ผู้ที่ได้เคยเข้าเฝ้า ทั้งใกล้ชิดและห่างๆ, ซึ่งก็ได้มีผู้พรรณามาแล้วหลายต่อหลายครั้งตามความรู้สึกของตน, และก็ยังมเื่องที่จะกล่าวถึงด้วยความนิยมชมชอบอยู่เสมอๆ. ในหนังสือเล่มนี้ก็มีเรื่องของศาสตราจารย์หลวงวาทิตยานันท์ซึ่งเล่าถึงประสบการณ์และความซาบซึ้งที่ได้รับจากการเข้าใกล้ชิดกับ "ทลกระหม่อม" เมื่อสลับขั้วมาแล้ว, และยังคงชื่นชอบอยู่อย่างมิรู้เลือน.

ส่วนหนึ่งของพระจริยวัตรที่ก่อให้เกิดความนิยมและจงรักภักดีในทลกระหม่อมอย่างลึกซึ้งได้แก่ การที่ไม่ทรงถือพระองค์ว่าสูงด้วยอิสริยยศ, ทรงวางพระองค์สนิทสนมกับข้าราชการบริพารคล้ายกับว่าเป็นคนชั้นเดียวกัน, ทั้งๆ ที่ทรงฐานะอันควรคึกคักเป็นสมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอในรัชกาลที่หก

และสมเด็จพระเจ้าพญาเธอในรัชกาลที่เจ็ด. ทรงโปรดที่จะเสด็จไปไหนมาไหนโดยลำพังพระองค์, ไม่ต้องมีบริพารห้อมล้อม. เวลาเสด็จไปทรงสอนนักเรียนแพทย์ททอวัง (สนามกีฬาแห่งชาติในปัจจุบัน) ก็ทรงขยับรถยนต์คนเล็กๆ ด้วยพระองค์เอง. หากพบนักเรียนแพทย์ในระหว่างทางก็ทรงหยุดรถ, ให้ชนนงเคียงข้างพระองค์และทรงสนทนาได้ถามทุกข์สุขไปด้วย. เวลาสอนวิชาปฏิบัติก็ทรงช่วยเหลือนักเรียนแพทย์ให้ทำงานเช่นเดียวกับอาจารย์อื่น ๆ. แม้นักเรียนแพทย์บางคนจะเผลออกไปกราบทูลโดยไม่ใช้ราชาศัพท์ก็มีได้ทรงถือ. เวลาเสด็จมาที่โรงพยาบาลศิริราชก็ไม่โปรดประทับรถยนต์หลวง, แต่โปรดเสด็จด้วยรถมาจอดที่ท่าพระจันทร์แล้วประทับเรือจ้างข้ามฟาก. ทรงฉลองพระองค์เสื่อราชปะแตนค์ (เสื่อนอกคอปัก) และพระภูษาผ้าม่วงสีน้ำเงินเช่นเดียวกับข้าราชการทั่วไป. เวลาประทับเรือจ้างโปรดประทับที่หัวเรือ. บางครั้งคลื่นแรงนากกระเซ็นเขยยกก็ทรงวางเฉย. เวลาเสด็จลงและขึ้นจากเรือโปรดประทาน พระหัตถ์ พยงคนแก่หรือคนไข้, หรือไม้ที่ทรงยกเรือไว้ให้คนอื่น ๆ ลงหรือขึ้น. พระองค์มิได้ทรงแสดงพระองค์เหมือน

อย่างสามัญชนเท่านั้น, ยังทรงปฏิบัติ  
พระองค์เป็นพลเมืองตกแต่จริงอีกด้วย.

ในการทรงปฏิบัติหน้าที่ที่ไม่โปรดให้  
ถวายอภิสิทธิ์. ทรงทำงานของพระองค์เช่น  
เดียวกับคนอื่น ๆ, และทรงยกหลักระเบียบ  
และเหตุผลเป็นทง. มีเรื่องเล่าว่าใน  
สมัยแรกที่เสด็จมาเป็นกรรมการของโรง  
เรียนแพทย์, หลังจากที่ได้อบรมศึกษา  
สำเร็จขึ้นประกาศนียบัตรในวิชาสาธารณสุข-  
ศาสตร์ที่มหาวิทยาลัย, พระองค์ทรงมี  
ความเห็นขัดแย้งกับกรรมการผู้หนึ่งซึ่งเป็น  
แพทย์และไม่อาจตกลงกันได้. ในที่สุด  
กรรมการผู้นั้นอ้างว่าในกรณีนี้ ๆ พระองค์  
ยอมไม่อาจจะเข้าพระทัยได้, เพราะ  
พระองค์มิใช่แพทย์. เมื่อทรงได้ฟัง  
เช่นนั้นทรงสงบนิ่ง, มิได้ทรงโต้แย้งต่อ  
ไป. หลังจากนั้นได้ทรงปรารภกับผู้ใกล้ชิด  
ว่า พระองค์มีพระประสงค์จะเสด็จไปเรียน  
วิชาแพทย์ให้สำเร็จ, เพื่อจะได้ทรงทำงาน  
ได้อย่างเต็มทงและสามารถแสดงความเห็น  
กับใคร ๆ ได้โดยมีน้ำหนัก. แล้วก็ได้  
เสด็จจริง ๆ และทรงศึกษาจนสำเร็จ. ทั้ง ๆ  
ที่ในตอนหลังพระอนามัยได้เสื่อมโทรมลง  
อย่างมากจนแพทย์ถวายความเห็นให้พัก  
การศึกษาศึกษาและเสด็จกลับประเทศไทยเสีย

ก่อน, ก็มีได้ทรงปฏิบัติตาม, มีพระ  
ประสงค์จะเรียนให้จบวิชาแพทย์จนได้.

พิจารณาเหตุในกรณีที่ย่อมเห็นได้  
ชัดเจนว่าทูลกระหม่อมทรงวางพระองค์เป็น  
สามัญชนคนหนึ่งจริง ๆ, ทั้งในหน้าที่  
ราชการและในส่วนพระองค์. ในการประ-  
ชุมทกล่าวดงนมแม่พระองค์จะทรงเป็นแต่  
เพียง "กรรมการผู้หนึ่ง" เท่านั้น, แต่โดย  
พระฐานันดรศักดิ์ทรงเป็น สมเด็จพระ-  
เจ้าองค์ยาเธอ, ในสมัยสมบูรณาญา  
สิทธิราช, คนอื่น ๆ แม้จะมีหน้าที่ใหญ่  
โตกว่าพระองค์, ก็ยังจะต้องเกรงขาม,  
ถึงแม้จะไม่กลัว. การที่ท่านกรรมการผู้  
นั้นกล้ากล่าวเป็นเชิงตัดการเจรจาของ  
พระองค์, ก็คงเป็นเพราะทราบดีอยู่แล้วว่าไม่  
ทรงถือพระองค์ และทรงโปรดการกระทำ  
แยบยลประสาธิปไตย, ประกอบกับโปรดการ  
ปฏิบัติตามหน้าที่ด้วย. แม้กระนั้นก็ตาม  
นับว่ามีความกล้าหาญมากพอ, เพราะ  
ถ้าหากพระองค์ทรงเป็นเหมือน "เจ้านาย"  
อันบางองค์ในสมัยนั้น, ท่านกรรมการ  
นั้นก็อาจได้รับความกระทบกระเทือนไม่  
น้อยจากทางราชการ. อย่างน้อยที่สุดใน  
ที่ประชุมตนเองพระองค์ก็อาจทรงอ้างอภิ-  
สิทธิ์ในทางฐานันดรชนมาข่มให้ต้องยอม

อ่อนข้อเสียก็ได้. “เจ้านาย” ที่ทรงยอมแพ้  
เสียเอง เช่น ทูล กระหม่อม คง จะหาได้ไม่  
ง่ายนัก.

ครั้งหนึ่ง สโมสรวุฒาลง กรม มหา-  
วิทยาลัย จัดงาน ประจำ และมีละครด้วย,  
ทำงานอย่างใหญ่โตมาก. เมื่อเสร็จเรื่อง  
แล้ว ปรากฏว่า ใช้เงินเกินงบประมาณไป,  
ยังมีหนี้ยืม อีกเจ็ดแปดร้อยบาท. คณะ  
กรรมการ ซึ่งส่วนใหญ่ เป็นนักเรียนแพทย์  
คิดกันว่า ทูล กระหม่อม ซึ่ง ทรง เป็น พระ-  
อาจารย์ด้วย, ทรงพระเมตตาต่อนักเรียน  
แพทย์อย่างมาก, หากพากันไปทูลขอประ-  
ทานเงินใช้หนี้ก็คงจะโปรด, เพราะ  
จำนวนเล็กน้อยเท่านั้น. ครั้นไปเฝ้าและ  
ทูลให้ทรงทราบเรื่องราว, พระองค์มิได้  
ประทานเงินให้ดังที่หวัง, แต่ได้ประทาน  
ข้อคิดให้, ซึ่งมีค่าแก่คนหนุ่ม ๆ เหล่านั้น  
เกินกว่าเงินหลายเท่า. ทรงกล่าวว่าเงิน  
เพียงเท่านั้นจะประทานให้ก็ได้, เพราะไม่  
มากมายอะไร. แต่เงินที่พระองค์มีอยู่นั้น  
ไม่ใช่ของพระองค์เอง, “เป็นของศาล  
ศาลา” ชาวไร่ชาวนาเขาหามาได้ด้วย  
ความเหน็ดเหนื่อย แล้วก็ส่ง มาเสีย ภาษี  
อากร, จะเอาไปให้ง่าย ๆ ก็ดกอะไรอยู่.  
เพราะฉะนั้น จะโปรด ประทานให้โดยมีการ

ตอบแทน, คือให้คณะกรรมการนั้นช่วย  
กันกลิ้ง ลูกกลิ้ง ขยี้สนาม หน้าพระตำหนัก  
ให้เสียก่อน. พวกกรรมการทงนั้นพากัน  
กราบถวายบังคมด้วยความเต็มใจในพระ-  
กรุณา, ที่ประทานบทเรียนอันมีค่ายิ่ง,  
และได้ทูลลากลับไป จัดการ หาเงินใช้หนี้  
ด้วย หน้าที่ หน้าที่ แรง ของ ตน เอง จน เป็นผล  
สำเร็จ.

เรื่องนี้เป็นเรื่องภายใน “วงการแพทย์”  
อีกเรื่องหนึ่งที่แสดงให้เห็นพระจริยวัตรของ  
ทูล กระหม่อม ที่ทำให้ ผู้ได้พบเห็น ยังเกิด  
ความเคารพเทิดทูนอย่างซาบซึ้ง. ไม่  
ต้องสงสัยว่า พระองค์ ไม่ทรง เห็น ด้วย กับ  
การกระทำของ คณะกรรมการ ที่ได้ ก่อ หนี้  
ขึ้นโดยไม่จำเป็น, แล้ว ยัง จะไป ทูลขอ  
ประทานเงิน เพื่อแก้ไข ความผิดพลาดของ  
ตนเองอย่างง่าย ๆ. แต่แทนที่จะโกรธและ  
เฆี่ยนตี หรือ ไล่ ตะเพิด ให้ พ้น ไป ดัง ที่  
“เจ้านาย” หลายพระองค์อาจจะกระทำ,  
พระองค์ กลับตรัสเตือนสติ อย่างละมุนละ-  
ม่อมและด้วยพระเมตตา. ทรงปฏิบัติแก่นักเรียน แพทย์ เหล่า นั้น ไม่เหมือน กับ ที่  
“เจ้านาย” จะพึงปฏิบัติต่อข้าไท, แต่  
ทรงกระทำประหนึ่งว่าพระองค์ทรงเป็นพระ  
บิดาของคนหนุ่ม ๆ เหล่า นั้นโดยแท้.

ในสมัยนี้ “เจ้านาย” ไม่มีอภิสิทธิ์ โดยฐานันดรศักดิ์อีกต่อไปแล้ว, และก็ไม่สามารถจะหลบชั้นศาลคุณหรือโทษอะไร ใ้พ้นออกเหนือไปจากหน้าที่ที่ดำรงอยู่. แต่ก็มี “เจ้าวนาย” ซึ่งไม่มีฐานันดรศักดิ์แต่ชอบใช้สิทธิ์บางประการซึ่งเกิดจากตำแหน่งหน้าที่, โดยไม่สมควร, ทำเอาผู้น้อยที่อยู่ ใน บังคับ บัญชา ตลอดจน อาณา ประชากรราษฎรต้องเดือดร้อนไปตาม ๆ กัน. ถ้าหาก “เจ้าวนาย” เหล่านี้ ได้สนใจศึกษา พระประวัติของทูลกระหม่อม, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในค่านพระจริยวัตร, และนำไปเป็นหลักปฏิบัติสำหรับตนเองบ้าง, ความเดือดร้อนของราษฎรจำนวนไม่น้อยก็อาจจะบรรเทาลง. แม้ในวงการแพทย์ซึ่งระบบ

“เจ้าวนาย” ไม่ค่อยปรากฏ, เพราะนิยมระบบ “พิกษณอง” โดยทั่วไป, การเตือนสติตนเองด้วยการอ่าน หรือทบทวนพระประวัติขององค์พระปรมาจารย์ก็คงจะมีประโยชน์ไม่น้อย.

ทูลกระหม่อม, สมเด็จพระราชบิดา, ทรงเป็น “เจ้า” โดยชาติกำเนิด, แต่มิได้ทรงใช้พระฐานันดรศักดิ์ในทางบีบบังคับผู้หนึ่งผู้ใด. ทรงกันขำม, กลับทรงสละพระองค์เอง, ทั้งพระกำลัง, พระสติปัญญา, และพระราชทรัพย์, เพื่อสร้างคุณประโยชน์ให้แก่ประชาราษฎร, ประหนึ่งว่าพระองค์ทรงเป็นผู้รับใช้กระนั้น. น้แหละ “เจ้าที่มิใช่เจ้านาย”.

### พิพิธภัณฑ์ประวัติการแพทย์ไทย

ต้องการสิ่งแสดงต่าง ๆ เกี่ยวกับกาแพทย์ของไทยในสมัยก่อน, เพื่อชดถความคล้คลายของการรักษาพยาบาล. ผู้ประสงค์จะให้ (หรือขาย) สิ่งเช่นนั้น โปรดติดต่อแผนกศิริวิทยา.

## แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้ : ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S., อัญเชิญ อิศรางกูร ณ อยุธยา พ.บ.  
ทวี บุญโชติ พ.บ., Dipl. Am. Bd. Rad., M.A.C.R. เสริมศักดิ์ เพ็ญชาติ พ.บ.  
นันทพร นิลวิเศษ พ.บ., Dr. med., ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ., วิฑูร อัครนโธ พ.บ.  
ปรีชา เจตนะสิลปัด พ.บ., ดวงพ็ชน์ โทณวนิก พ.บ.

๑. Hyde, L.: ความคงที่ของปฏิกิริยา  
ทเซอร์คลิน. Dis. Chest. 1964, 45: 72-74.

เนื่องจากมีการรายงานบ่อย ๆ เกี่ยวกับความไม่คงที่ของปฏิกิริยา ทเซอร์คลิน  
ผิวหนึ่งผู้รายงานจึงทำการทดสอบเป็น  
ระยะ ๆ ในเด็กที่ไม่ได้เลอก, อายุระหว่าง  
๑-๑๖ ปี, รวม ๕๐ ราย. ทุกคนเคยรับ  
การทดสอบมาก่อนและปฏิกิริยา ทเซอร์-  
คลินบวก. การทดสอบใช้น้ำยา พี.พี.ที.  
ทเซอร์คลินในขนาดใช้ ๐.๐๐๐๑ มก.

ผลปรากฏว่าปฏิกิริยา ทเซอร์คลินผิว  
หนึ่งในแต่ละราย คงให้ผล บวก อยู่ตลอด  
เวลาไป, นอกจากรายเดียว (๕๘ ปช.).  
ผู้รายงานยังอธิบายไม่ได้ว่าทำไมจึงได้ผล  
แตกต่างกับผู้รายงานอื่น ๆ. ปรากฏเพียง  
ว่า ไอโซในอะซิด ไม่มีผลต่อปฏิกิริยาผิว  
หนึ่ง, และเส้นผ่าศูนย์กลางของ อินทเร-  
ชัน ทุกครั้งเปลี่ยนไป. ผู้รายงานได้ลง  
ความเห็นสรุปไว้อีก ด้วยว่าเด็ก ควรจะได้

รับการทดสอบปฏิกิริยาผิวหนึ่ง ทเซอร์คลิน  
ให้ได้ผลบวกซ้ำ ๒ ครั้ง, โดยถือเส้น  
ผ่าศูนย์กลางของ อินทเรชัน ๕ มม. หรือ  
มากกว่า, ก่อนที่จะลงความเห็นว่าเป็น  
บวกให้ปฏิกิริยา ทเซอร์คลิน บวก.

หมายเหตุของผู้ย่อ ;

(๑) หลักเกณฑ์ในการจำแนกประ-  
เภทปฏิกิริยา ทเซอร์คลิน ของรายงานนถ  
ปฏิกิริยาที่มี อินทเรชัน ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง  
๕ มม. ขึ้นไป เป็นปฏิกิริยา "บวก",  
ซึ่งตรงกับที่เคยศึกษาไว้แล้วในบ้านเรา  
(ดู ขวรงค์ดี, ส., ต. เพ็ชรพลาย, ก.  
กวยาวงค์: จ.พ.ส.ท. ๒๕๐๖, ๔๖:  
๔๑๖-๔๒๔).

(๒) เนื่องจากผู้รายงานไม่อาจอธิบาย  
ถึงสาเหตุของการศึกษา แสดง การ อยู่  
ตัวของปฏิกิริยาทเซอร์คลินบวก, ทั้ง ๆ  
ที่ขนาดของปฏิกิริยาผิวหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลง  
อยู่เสมอ ซึ่งผิดกับผลของรายอื่น ๆ

ที่แสดงว่าปฏิกิริยา ทูเบอร์คูลิน ผิวหนัง อาจเปลี่ยนแปลงไปมาระหว่างบวก-ลบ ได้, ผู้วิจัยขอเสนอความเห็นเห็นว่าทั้งนี้อาจเนื่อง จากหลักเกณฑ์ที่ใช้จำแนกปฏิกิริยา ทูเบอร์คูลินบวก, ซึ่งในรายงานปัจจุบันนั้นถึ ขนาด ๕ มม. เป็นระดับจำแนกปฏิกิริยา, แต่ผู้รายงานอื่น ๆ ถึระดับสูงกว่านี้.

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

๒. Rent, Ellis. Hugh G. Gregg: ธัย-โมมา ในแง่ของรังสีวิทยา Am. J. Roentgenol., Rad. Ther. Nucl. Med. 1964, 91, 105-119.

ผู้เขียนได้ศึกษา ธัยโมมา ๖๕ ราย ซึ่งได้รวบรวมไว้ระหว่างเวลา ๒๐ ปี. ๔๑ รายเป็นร่วมกับ มัยอัสติเนีย กราวิส. ในภาพรังสี เวนต์เกิน พบว่า ธัยโมมา อยู่ในช่องส่วนหน้าของ เมทือสตีนิม เกือบทุกราย. นอกจาก ๑ รายที่พบอยู่นอกและติดกับเยื่อหุ้มปอดส่วนผนังอก. ประมาณ ๕๐ ปรศ. ของเนื้องอกมีรูปร่างเป็นกลีบ ๆ. นอกนั้นอาจจะเป็นรูปกลม, รูปไข่, รูปเป็นแผ่นหรือจุด. มีอยู่ ๔ รายที่พบหินปูนจับเป็นเส้นโค้ง, และ ๘๐ ปรศ. พบทระดับฐานของหัวใจ. เขาแนะนำให้ถ่ายภาพ เวนต์-เกิน แบบ สเตอริโอ และถ่ายข้างหลังไป

ข้างหน้า, ด้านข้างซ้าย, เอียงซ้าย และขวา (ประมาณ ๒๐ องศา), รูปนอนหงายข้างหน้าไปข้างหลัง, บคคัย, และถ่ายเป็นชั้น ๆ เพิ่มเติมถ้าจำเป็น. วิธีนี้จะทำให้พบ ธัยโมมา เพิ่มขึ้น. ธัยโมมา จะต้องวินิจฉัยแยกจากเนื้องอกของต่อมหน้าเหลือง, เทอราโตมา, มะเร็งแพร่กระจาย, ต่อมธัยรอยด์โต สเตอรัม, และการโป่งพองของ เออร์ตา. นอกจากนั้นผู้เขียนยังได้กล่าวถึงการรักษา ธัยโมมา ด้วยรังสีและการผ่าตัด, และการเก็บข้อของ ธัยโมมา กับโรคอื่น ๆ อีกด้วย.

ทวี บุญโชติ พ.บ.,

Dipl. Am. Bd. Rad., M.A.C.R.

๓. Uvaräs. B.: ทัวขยายหลอดเลือดของระบบประสาทซึ่มพะเรตคและการไหลเวียนของเลือด. *Physiol. Rev.* 1960, 40: 66-79.

ผู้รายงานได้ศึกษาพบว่า มีประสาทซึ่มพะเรตค ทมหนาที่ขยายหลอดเลือดโดยตรงเป็นอกพวกหนึ่งแยกจากประสาทซึ่มพะเรตค ทมหนาที่ขยายหลอดเลือดโดยทั่ว ๆ ไป. ประสาทพวกขยายหลอดเลือดนี้เป็นเส้นใยชนิด โพลีเนอรัจิก เท่านั้น เพราะอาจถูกสกัดกั้นได้โดย อะโทรปีน.

ประสาทพวกนี้ถูกควบคุมจากเปลือก  
สมองส่วนสั่งการ (โมเตอร์) เป็นส่วนยอด  
สุด, แล้วมีทางติดต่อมายัง ฮัยโปธาลา-  
มัส ผ่าน เมดัลลา มายังไขสันหลัง. มี  
หน้าที่แยกจากศูนย์ควบคุมหลอดเลือดหรือ  
ศูนย์อื่น ๆ ที่อยู่ในบริเวณแอ่ง รอมบอยด์,  
คอมพิวเตอร์ขยายหลอดเลือดเท่านั้น.

การกระตุ้นประสาทพวกนี้เห็นผลชัดที่  
บริเวณกล้ามเนื้อลายเท่านั้น. นอกจาก  
ได้ผล หลอดเลือด ขยาย อาจพบรูปร่างตา  
ขยาย, อาการช้ำและแยกเขี้ยว, จึงนำ  
คิดว่าการทำงานของประสาทพวกนี้อาจเกิด  
ร่วมกับภาวะตกใจ, โกรธ ฯลฯ ด้วย.

ผลการขยายหลอดเลือดทำให้เลือด  
ไหลผ่านกล้ามเนื้ออกมาขึ้น ๕ เท่า, แสดง  
ว่าถ้าบริเวณหลอดเลือดฝอยที่รับเลือดโดย  
ปรกติไม่บีบ, เลือดจะไหลโดยทางลัดผ่าน  
หลอดเลือดฝอยอื่น.

ในสัตว์ที่ตัดประสาทพวก ซัมพะเวติก  
แล้วถ้า กระตุ้น ประสาท พวกนี้ยัง ได้ผล  
หลอดเลือดขยาย, แต่ช้ากว่า, ซึ่งเกิด  
การหลั่ง แอดรีนาลิน จากต่อม แอดรีนัล  
ซึ่งมีผลทาง เมตะบอลิซึม โดยเกิดกรด  
แล็คติก, ไม่ใช่ผลทางประสาทนี้โดยตรง.

อัญเชิญ อิศรางกูร ณ อยุธยา พ.บ.

๔. ขวรงค์ติ, สมชัย, กษาน จาทิก-  
วิรัช, ทินรัตน์ สถิตินิมานการ: โชมริโอ  
เอบีซี ลิโอมา แพร์กระจาย. Dis. Chest  
1964, 45 : 330-331.

ผู้ช่วยหญิงจีน, คี, อายุ ๓๔ ปี มี  
ประวัติเจ็บคอ ๆ บริเวณอกซีกขวาส่วนล่าง  
และไอแห้ง ๆ ๖ สัปดาห์. ต่อมาไอถี่ขึ้น,  
บางครั้งมีเลือดเล็กน้อย. มีไข้รม ๆ เบื่อ  
อาหารและน้ำหนักตัวลด. ๔ บกก่อนเคยตั้ง  
ครรภ์ไขปลาออก. ๔ เดือนก่อนตกเลือด  
ทางช่องคลอด, แพทย์ซخمทดลองให้ ๒  
ครั้ง. ภาพรังสีทรวงอก แสดงเงาทึบเป็น  
ก้อนกลมขนาดใหญ่ที่ปอดขวาตอนล่าง,  
และที่ใจกลางก้อนเป็นโพรง, ยืนยันด้วย  
ลามินากราฟ. บร็องโชมสโคปี้ไม่พบสิ่ง  
ผิดปกติ. ทำการผ่าตัดปอดขวากลับล่าง  
ออกทั้งกลีบ. การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา  
ว่าเป็น โชมเรียน เอบีเกลลิโอมา.

หลังผ่าตัดการตรวจทางช่องคลอดและ  
การทดสอบฮอร์โมนการตั้งครรภ์ให้ผลลบ,  
จึงเชื่อว่า เนื้องอก ไพรมารีรี่ ในมดลูกได้  
ถูกขูดออกหมดเมื่อ ๔ เดือนก่อน. ส่วนเนอ-  
งอกในปอดอาจเจริญจาก เอ็มโบลัส ของ  
โทรโฟบลาสต์ ซึ่งหลุดจากมดลูกขณะตั้ง  
ครรภ์ไขปลาออกเมื่อ ๔ ปี มาแล้ว.

โดยปรกติ โคมเรียน เอบีเชลีโอมา ที่แพร่กระจายไปที่ปอด, มักปรากฏเป็นก้อนขนาดไม่ใหญ่นักและหลายอัน. บางครั้งเห็นเงาจาง ๆ ที่ขอบ เช่น "ริคัม" ซึ่งเกิดจากมีการตกเลือดรอบ ๆ ก้อนในองอก. รอยโรคในภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยรายปัจจุบัน ซึ่งเป็นก้อนโตเดี่ยวขนาดใหญ่และมีโพรง, เป็นแบบที่พบบ่อย.

อาการสำคัญที่น่าจะทำให้สงสัยโรคนี้ คือการไอเป็นเลือด, และประวัติเคยติดเชื้อวัณโรคหรือเคยเป็นโรคในเครือเดียวกัน.

หมายเหตุของผู้ย่อ: หลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยรายนี้ย้ายมาอยู่ แผนก สติ-นรีเวช. การทดสอบฮอร์โมนการตั้งครรภ์ให้ผลบวกทั้งในเซรัมและในปัสสาวะ. การตรวจทางช่องคลอดไม่พบสิ่งผิดปกติ. ได้ให้การรักษาค่ายยา เมโทเทรกเซต และทำโตตัส ฮีสทีเรคโตมีย์, และ สัลบิงโก-โอโอฟอเรคโตมีย์ สองข้าง. ระหว่างผ่าตัดไม่พบเนื้องอกในอวัยวะสืบพันธุ์ และการตรวจชิ้นเนื้อของมดลูกและรังไข่ไม่พบเนื้องอกเช่นกัน. ระยะหลังมีก้อนเนื้องอกปรากฏขึ้นในปอดอีกหลาย

ก้อน. ผู้ป่วยดองแก่กรรม ๑๗๕ วัน หลังการผ่าตัดครั้งแรก.

กำเนิดพยาธิในปอดผู้ป่วยรายนี้อาจเป็นไปได้ ๒ ทาง: (๑) เป็น เซคันดารี จาก เอบีเชลีโอมา ในมดลูก, (๒) ตั้งต้นเป็น ไพรมาเรีย เองจาก เอ็มโบลัส ของโทรโปบลาสต์ จากครรภ์ไข่ปลาอุกเมื่อ ๔ ปีมาแล้ว.

เสริมศักดิ์ เพ็ญชาติ, พ.บ.

๕. Schumann, H.J.: กลไกที่ แคลเซียม และ แมกนีเซียม ปลดปล่อย ฮอร์โมนจาก แอดรีนัล เมดัลลา. Dtsch. med. Forsch. 1963, 1:143-144.

แคลเซียม (๒.๕ ไมโครโมล/มล.) มีฤทธิ์ต่อ แกรนูล ของ แอดรีนัล เมดัลลา ของวัว, ทำให้มีการหลั่ง คาเทคอล อะมีน และ เอ.ที.พี. ในจำนวนใกล้เคียงกัน. ส่วน แมกนีเซียม (๑๐ ไมโครโมล/มล.) ทำให้มีการหลั่ง คาเทคอล อะมีน และ เอ.ที.พี. ที่ ๓๗%. แกรนูล จะดึงเอา แคลเซียม เข้าไปรวมตัวกับไขมันทำอันกับแคลเซียม, และจะปลดปล่อย แคลเซียม ทำอันกับ แมกนีเซียม. การทำอันกับน้ำยาผสม แคลเซียม และ แมกนีเซียม ทำให้

เกิด คาเทคอล อะมีน ออกมาเป็นจำนวน เท่ากับการเกิดโดย ไอออน ไคโรซินิกเดียว. อธิบายไว้ว่าการทิ้ง แคลเซียม ของ แกรนยูล ถูกยับยั้งได้โดย แมกนีเซียม.

แคลเซียม (๒๕ ไมโครโมล) และ แมกนีเซียม (๑๐๐ ไมโครโมล) ทำให้ มีการหลั่ง คาเทคอล อะมีน จาก แอดรีนัล วูทแยกออกมาและปล่อยน้ำยาไหลผ่าน. แมกนีเซียม ทำให้เกิดผลเพียงหนึ่งในสี่ ของ แคลเซียม เท่านั้น. ถ้าแยกเอา แคลเซียม บางส่วนออกโดยให้ EDTA ไหลผ่านชั่วคราว. แมกนีเซียม จะสูญเสียฤทธิ์ของมันในการปล่อย คาเทคอล อะมีน ทั้ง ๆ ที่ความไวของ แคลเซียม ยังคงไม่เปลี่ยนแปลง.

การหลั่ง คาเทคอล อะมีน จากที่ อะเซติล โคลีน หยดเมือก้าซาบ แอดรีนัล ด้วยน้ำยา ทัยโรด ที่ไร แคลเซียม. ความไวของ อะเซติล โคลีน ทำให้เกิด โดยให้ แมกนีเซียม ลงในน้ำยา ทัยโรด. ความเข้มข้นของ แมกนีเซียม ควรเป็น ๔ เท่าของ แคลเซียม. ข้อมูลเหล่านี้แสดง ว่า แมกนีเซียม ออกฤทธิ์โดยการ ปล่อย แคลเซียม ใน แกรนยูล.

การทดลองอื่น ซึ่งครีตอร์รี่ แกรนยูล จากประสาท ซิมพ์เพเรติก สแปลิ่งนิก และ สเติลเล็ด แก็งเกลียน ของวัวและของ หัวใจหนูตะเภาแสดงว่า แคลเซียม และ แมกนีเซียม ไม่มีผลต่อการหลั่ง คาเทคอล อะมีน. เป็นการสรุปไว้ว่าการหลั่ง อะมีน จาก แกรนยูล เหล่านี้เกิดโดยกลไก อื่น.

นันทพร นิลวิเศษ พ.บ., Dr. med.

๖. Irving F. Enquist; Clarence Dennis; Sidney M. Fierst, Karl E. Karlsan: คุณค่าของการทดสอบ ไบรอมซัลฟาเลอิน ในคนใช้ตกเลือดในทางเดินอาหารส่วนต้น. Am. J. Surg. 1964, 107:306-312.

การทดสอบการขับถ่าย ไบรอมซัลฟาเลอิน ในผู้ป่วยตกเลือดในทางเดินอาหารส่วนบนเพื่อแยกสาเหตุจากแผล เย็บติด และ โรคอื่น ๆ ซึ่ง เกิด ใน ระบบทางเดินอาหารนั้นจากภาวะหลุดออกเลือดขดในหลอดอาหารในผู้ป่วยโรคตับ, ได้มีผู้ใช้มาก. ผลที่ได้ยังถกเถียงกันเพราะมีผล "บวก เท็จ" มาก. ผู้เขียนได้ทดลองตรวจผู้ป่วยที่ ทรยศไว้ในโรงพยาบาล คิงส์ เคาน์ตี้ ที่ กรุงนิวยอร์ก ตั้งแต่ปี ๑๙๕๓ ถึง ๑๙๖๑

รวม ๓๘๒ ราย. ผู้ที่มีอาการหรือประวัติ แสดงว่ามีโรคภัยถูกแยกออกไปเสีย ทั้งหมด. ๘๓ ปช. ของผู้ช่วยสอบให้ผลการสอบปรกติ. ๑๗ ปช. ของผู้ช่วย (๖๖ ราย) ให้ผลทดสอบผิดปกติ. ในพวกที่ให้ผลผิดปกติ ๓๕ รายต่อมาพิสูจน์ได้ว่าตายเป็นปรกติ, ๒๕ รายพบว่า มีโรคภัยร่วมด้วย, ๖ รายไม่สามารถวินิจฉัยได้. ผู้เขียนได้วิจารณ์สาเหตุที่ทำให้เกิดผลทดสอบ ขวบเท็จ และ ลงความเห็นว่าเป็นผลจะอธิบายว่าเกิดจาก ข้อบก, ความดันเลือดต่ำ หรือปริมาณของเลือดน้อยแต่อย่างใดก็ไม่ได้. การทดสอบใช้ฉีกสารนี้ ๕ มก./น.น. ตัว ๑ กก., แล้วเจาะเลือดตรวจในนาที่ที่ ๕ และ ๔๕. ในคนปรกติเลือดในนาที่ที่ ๔๕ จะมีสารอยู่น้อยกว่า ๑๐ ปช. ผู้เขียนได้ชี้ให้เห็นว่าถ้าผลทดสอบผิดปกติผู้ช่วยอาจจะมีโรคภัยหรือไม่ก็ได้, แต่ถ้าผลทดสอบเป็นปรกติบอกได้แน่นอนว่าผู้ช่วยไม่เป็นโรคภัย.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๗. Blumenstock David A., Jonh A. Collins, Herbert B. Hochtman, David J. Hosdein E. Donnell Thomas, Joseph W. Ferrebee; ผลของการถ่ายปลูกปอด

ในสุนัขด้วยกัน, ในระยะหลัง. Dis. of the Chest 1964, 45:484-487.

คณะของผู้เขียนได้ทดลองถ่ายปลูกปอดซีกซ้ายลงไปในสุนัข ๓๗ ตัวหลังจากตัดออกมา. สุนัขได้รับการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อบรรเทาปัญหา อิมมูโนโลยี. สุนัข ๕ ตัวมีชีวิตอยู่นานกว่า ๓ เดือน. ๔ ตัวในจำนวนนี้มีชีวิตอยู่ระหว่าง ๑๕-๒๕ เดือน. ผลการตรวจสอบหน้าที่ของปอดข้างที่ ถูกถ่ายปลูก พบว่าการแลกเปลี่ยนอากาศและการคดซิม ออกซิเจนเข้าหลอดเลือดลดลงตามลำดับตามระยะเวลาที่ผ่านมาไปจนกระทั่งสูญเสียหน้าที่ทั้งหมด. พยาธิสภาพของปอดพบมี เซลล์อินฟลเทรชั่น, ซึ่งแสดงว่ามีอาการอักเสบและปฏิกิริยาสลายทิ้ง (รีแอกต์) อวัยวะที่ถ่ายปลูกเข้าไปนั้น.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๘. Schulte. J.H.: ผลของการมันเมคาร์บอน โมน็อกไซด์ ขนาดอ่อน ๆ. Arch. Environ. Hlth. 1963, 7:524-530.

การศึกษาที่แล้ว ๆ มาแสดงว่าการหายใจรับอากาศที่เจือ คาร์บอน โมน็อกไซด์ เข้าสู่ร่างกายทำให้มีความรู้สึกมี

อาการผิดปกติ ซักเจน ต่อ เมื่อกำลัง เข้ม ของ คาร์บอน โมโนออกไซด์ ในเลือดสูงเกิน ๒๕ ปช. ที่ระดับต่ำกว่า ๒๐ ปช. อาการ ยังคงคลุมเครือ, และส่วนมากจะไม่มี การเปลี่ยนแปลงทางหน้าที่ของร่างกาย.

อาการแฉ่งและอาการแสดงเกิดขึ้นที่ ระดับต่าง ๆ ของ คาร์บอนมอนอกไซด์ฮีโมโกลบิน ดังต่อไปนี้: เมื่อความเข้มข้น ๐-๑๐ ปช. ยังไม่มีอาการเลย; ๑๐-๒๐ ปช. รู้สึก ค้าง ๆ ที่หน้าผาก, อาจมีปวดศีรษะ เล็กน้อยและหลอดเลือดที่ผิวหนังขยายตัว; ๒๐-๓๐ ปช. ปวดศีรษะ และรู้สึกเต้น บริเวณขมับ; ๓๐-๔๐ ปช. ปวดศีรษะ รุนแรง, อ่อนเพลีย, มึนงง, ตามัว, คลื่นไส้, อาเจียน และ คอแล้ปส์; ๔๐-๕๐ ปช. อาการต่าง ๆ มากขึ้น, มี คอแล้ปส์ และ ซิঁนโคบี, ซึ่พจรและ หายใจเร็วขึ้น; ๕๐-๖๐ ปช. ซิঁนโคบี, ซึ่พจรและหายใจเร็ว, โคมา, ซักเป็น พัก ๆ และหายใจแบบ เฮย์น-สโต็ค; ๖๐-๗๐ ปช. โคมา, ซักเป็นพัก ๆ และ มีการกดหัวใจ และการหายใจ, อาจถึง ตาย; ๗๐-๘๐ ปช. ซึ่พจรอ่อน, หายใจ ช้า, มีอาการหายใจล้มและตายใน ๒-๓ ชม.; ๘๐-๙๐ ปช. ตายในเวลาไม่ถึง

ชั่วโมง; เกิน ๙๐ ปช. ตายใน ๒-๓ นาที.

การมี คาร์บอน โมโนออกไซด์ ในเลือด ทำให้ความสามารถของ ฮีโมโกลบิน ในการจับ ออกซิเจน ลดลง. เคยมีรายงานว่า การทำหน้าที่ของศูนย์ชั้นสูง ในระบบประสาทกลางไว้ต่อการลดระดับ ออกซิเจน ในเลือดมากกว่าการทำหน้าที่ของ ที่สซ อื่น ๆ, รวมทั้งศูนย์ประสาทในระดับต่ำ ใน พอนส์, สมองน้อย, เมดัลลาและไฮ สันหลัง. รายงานนี้ศึกษาผลของการมี คาร์บอน โมโนออกไซด์ ระดับต่ำ ๆ ในเลือด ต่อการเปลี่ยนแปลง ของ หน้าที่ของ ศูนย์ ระดับสูงดังกล่าว, เปรียบเทียบกับการเกิด ความรู้สึกมีอาการผิดปกติและการ เปลี่ยนแปลงทางหน้าที่ของร่างกาย.

การศึกษาทำในบุคคลสุขภาพสมบูรณ์ ๔๕ คน, อายุ ๒๕-๕๕ ปี. ระดับ คาร์บอน โมโนออกไซด์ ในเลือดระหว่างการ ทดลองอยู่ระหว่าง ๐-๒๐.๔ ปช. การ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก่อนที่สัท คือการ เสื่อมหน้าที่ของ ศูนย์ระดับสูงในระบบประ- สาทกลางซึ่งควบคุมความสามารถรับรู้ และสั่งการเคลื่อนไหว, โดยตรวจพบ อาการตั้งแต่ระดับ คาร์บอน โมโนออกไซด์

ในเลือดยังคงต่ำกว่า ๕ ปร. ความผิดปกติที่ความรุนแรงเมื่อระดับ คาร์บอน โมโนออกไซด์ สูงขึ้น.

ผู้รายงานชี้ให้เห็นว่าการได้รับ คาร์บอน โมโนออกไซด์ ในขนาดน้อยถึงแม้ว่าจะไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ, แต่ก็มีอันตรายต่อความสามารถทางจิตใจซึ่งอาจเป็นต้นเหตุอันตรายในการทำงาน. โดยเฉพาะพวกที่ต้องใช้การตัดสินใจอย่างแม่นยำ, การตกลงใจที่ถูกต้อง, และการตอบโต้อย่างฉับไวในการปฏิบัติหน้าที่, เช่นนักเดินทาง อวกาศ, นักบิน และคนขับรถไฟ เป็นต้น.

วิฑูร อัดันโถ พ.บ.

๑๐. Irving, L.: อาการหัวใจช้า ในคนดำน้ำ. J. Appl. Physiol. 1963, 3: 489-491.

จากผลงานทดลองที่ได้มีผู้รายงานไว้ปรากฏว่าหัวใจเต้นช้าลงขณะว่ายน้ำใต้น้ำ และขณะกลั้นใจดำน้ำ, ผู้รายงานจึงได้ทดลองทำซ้ำโดยอาศัย อี.ซี.จี., พบว่า:

๑. การกลั้นหายใจบนพื้นดินหลังหายใจเข้าทำให้หัวใจช้าลงหลัง ๑๐ วินาทีคือ จาก ๘๐/นาทีเป็น ๖๐/ นาที, และหลัง ๓๐ วินาทีลดลงเป็น ๔๐/นาที.

๒. ในการแช่ในน้ำแค่คอและกำน้ำ, หัวใจเต้นช้าลงใน ๕ วินาที และช้าสุดใน ๒๐ วินาที, จาก ๘๐/นาที เป็น ๗๐/นาที และสุดท้าย ๓๐/นาที.

๓. การว่ายน้ำบนผิวน้ำทำให้อัตราเต้นของหัวใจเปลี่ยนจาก ๘๐/นาทีเป็น ๑๑๕/นาที เป็นผลของการออกกำลังกาย.

แต่ถ้าว่ายน้ำใต้น้ำ, อัตราเต้นของหัวใจเปลี่ยนจาก ๑๑๐/นาที เป็น ๓๘/นาที ใน ๒๐ วินาที.

การดำน้ำก็ทำให้อัตราการเต้นหัวใจช้าลงมากกว่าการกลั้นหายใจในอากาศ.

ผู้รายงานวิจารณ์ว่าอาการหัวใจเต้นช้าขณะกลั้นหายใจบนพื้นดินเป็นแบบ "การทดลองของ วัลชิลวา" ซึ่งจะมากขึ้นน้อยแล้วแต่การพองตัวของปอด. โซแลนเคอร์ และคณะในปี ๑๙๖๒ พบว่าความดันเลือดซีสโตลิก และ ไดอัสโตลิก ขึ้นสูงแต่อัตราเต้นหัวใจลดลงในนักดำน้ำ, ซึ่งผู้รายงานเชื่อว่าอัตราเต้นหัวใจช้าเป็นผลของ รีเฟล็กซ์.

ปรีชา เจตนะศิลป์ พ.บ.

๑๑. Malhotra, M.S., S.S. Ramaswamy,

S.N. Ray: ผลของอุณหภูมิรอบกายต่อ  
เมตะบอลิซึม ขณะทำงานและพัก. *J. Appl.*  
*Physiol.* 1960. 15:769-770.

ได้พิจารณาอัตรา เซลล์ เมตะบอลิซึม  
จากชายหนุ่ม ๗ คนตลอดยและศึกษาพลัง  
งานที่ใช้โดยชายหนุ่ม ๑๑ คนขณะทำงาน  
อย่างทหาร, เช่นเดินทางไกล, เดินสวน-  
สนาม, ฝึกอาวุธและออกกำลังกายบริหาร. ทำ  
ในฤดูร้อนและหนาว. พบว่าไม่มีการ

เปลี่ยนแปลงอะไรที่สำคัญใน ปี. เอ็ม. อาร์.  
ตลอดปี. ค่าของพลังงานที่ใช้ในฤดูหนาว  
สูงกว่าฤดูร้อน ๓ ๒๕., แต่เมื่อหักค่าน  
ออกไปเพราะน้ำหนักเครื่องแต่งตัวที่ตของ  
เพิ่มขึ้นในฤดูหนาวแล้วก็พบว่าค่าพลังงาน  
ที่ใช้ไม่แตกต่างกัน. สรุปได้ว่าสภาพ  
อากาศไม่มีอิทธิพลอะไรต่อ เมตะบอลิซึม  
ทั้งขณะพักและขณะทำงาน

ดวงพิชณ์ โทณวนิก พ.บ.

### การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารคดีราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ๒.๓. หน้าพระลาน

ปกิณกะ

(๑) ข้อมูลบางอย่างเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์แพทย์ (๒)

Normal Organ Weights of Thai Adults (20-59 yrs.)<sup>(1)</sup>

Organs	Men, gm.	Women, gm.
Heart	224	207
Lung	224	245
Rt. Lung	241	256
Lt. Lung	207	237
Spleen	105	105
Liver	1260	1215
Pancreas	85	75
Adrenal	19.0	17.7
Kidney	125	114
Rt. Kidney	125	114
Lt. Kidney	126	115
Brain	1318	1198

Organ Weights (in gm.) in Relation to Age<sup>(1)</sup>

Age	Brain	Heart	Rt. Lung	Lt. Lung	Spleen	Liver	Pancreas	Adrenal	Rt. Kidney	Lt. Kidney
Still-born	362	20	24	20	11	138	3.8	10.1	13.0	12.9
1-30 days	350	17	24	20	8	101	3.1	7.1	11.0	11.1
1-5 months	477	24	31	25	11	105	5.3	4.7	15.3	15.4
6-11 ..	758	34	42	37	16	197	9.4	5.8	20.2	20.5
1-4 years	984	46	57	48	27	280	17	6.0	29.5	30.9
5-9 ..	1283	71	95	82	30	285	28	8.8	46	47
10-14 ..	1050	127	155	130	47	834	49	13.2	66	70
15-19 ..	1260	173	211	171	132	1021	64	16.3	100	102
20-24 ..	1223	201	283	254	114	1275	78	18.0	124	112
25-29 ..	1214	210	217	212	123	1316	82	18.4	112	112
30-39 ..	1216	216	272	250	103	1249	80	18.3	114	119
40-49 ..	1253	225	265	233	98	1100	83	18.6	125	132
50-59 ..	1339	215	205	205	80	1134	70	17.5	107	117
60-69 ..	1195	205	—	—	82	1160	80	20.5	75	88
70-79 ..	—	231	—	—	180	—	75	12.0	—	—
20-59 ..	1232	214	254	232	105	1234	79	18.2	118	120

Weight and Volume of the Brain<sup>(2)</sup>

	Weight — gm.	Volume — cc.
Thai males	1339.70 ± 105.25	1300.9 ± 173.1
Thai females	1174.40 ± 104.12	1154.4 ± 91.1
Chinese males	1314.50 ± 374.17	1285.1 ± 381.2
Chinese females	1214.50 ± 100.34	1191.2 ± 91.01

Cranial capacity, Cranial module and Cranial Index<sup>(3)</sup>

	Thai		Chinese	
	male	female	male	female
Cranial Capacity cc.	1451 ± 122.70	1253 ± 116.31	1402 ± 107.81	1273 ± 114.41
Antero-post. diam. mm.	173 ± 6.14	164 ± 6.53	175 ± 7.07	167 ± 7.96
Transverse diam. mm.	143 ± 5.84	138 ± 5.56	143 ± 6.22	137 ± 5.25
Basio-bregmatic diam.	136.5 ± 5.74	130.2 ± 5.53	136.6 ± 4.58	134.3 ± 3.92
Cranial module	15.06 ± 0.412	14.48 ± 0.433	15.13 ± 0.428	14.62 ± 0.457
Cranial index	82.69	84.32	81.49	82.22

Average Height and Weight of Newborn Child up to Age of 6 Years<sup>(4)</sup>

Age groups	Weight, Kg.		Height, cm.	
	male	female	male	female
Newborn	3.081	2.969	45.38	45.26
Under one month	3.854	3.582	54.09	53.50
One month to under 2 mos.	4.015	3.916	54.18	53.60
2 mos. to under 3 mos.	5.239	4.897	58.39	56.98
3 mos. do. 4 mos.	6.321	5.912	61.50	60.52
4 mos. do. 5 mos.	6.617	6.210	62.10	61.80
5 mos. do. 6 mos.	7.332	6.898	64.36	63.71
6 mos. do. 7 mos.	7.737	7.129	66.60	65.03
7 mos. do. 8 mos.	7.866	7.238	67.30	66.90
8 mos. do. 9 mos.	7.989	7.602	68.80	67.20
9 mos. do. 10 mos.	8.297	7.892	70.10	68.80
10 mos. do. 11 mos.	8.400	8.100	71.65	70.20
11 mos. do. 12 mos.	8.651	8.388	72.80	71.60

Age groups			Weight, Kg.		Height, cm.	
			male	female	male	female
One yr.	to under	1½ yrs.	9.050	8.430	76.09	73.40
1½ yrs.	do.	2 yrs.	9.884	9.392	79.25	77.77
2 yrs.	do.	2½ yrs.	10.930	10.090	84.44	81.61
2½ yrs.	do.	2 yrs.	11.580	11.020	86.15	85.06
3 yrs.	do.	3½ yrs.	11.850	11.610	88.50	87.51
3½ yrs.	do.	4 yrs.	12.890	12.160	92.55	91.09
4 yrs.	do.	4½ yrs.	13.260	12.780	93.17	92.13
4½ yrs.	do.	5 yrs.	14.350	13.420	99.71	94.05
5 yrs.	do.	5½ yrs.	14.930	14.820	100.06	98.54
5½ yrs.	do.	6 yrs.	15.480	15.000	101.06	100.54

## เอกสาร :

(1) T. Sathitnimankarn: Normal Organ Weights in the Siamese, Collected from Autopsies. Siriraj Hosp. Gazette 1949, 1:317.

(2) S. Sangvichien and B. Tejasena: Weight and Volume of the Brain of the Siamese. Siriraj Hosp. Gazette 1949, 1:529.

(3) T. Udhayanang — M.D. Thesis, 1955.

(4) M. Mongkolsmai: Average Height and Weight of Newborn Child up to Age of 6 Years. J. Med. Assn. Siam. 1939, 22:369.

สนอง อุณากร พ.บ., พ.ด., M.S. (Minn.) (ผู้รวบรวม)

## ๒. การใช้แอนติไบโอติกในศัลยกรรมทั่วไปอย่างถูกและอย่างผิด

จากการทบทวนวารสารได้ข้อสังเกตว่า การใช้แอนติไบโอติก เพื่อยกเว้นเชื้อโรคในการผ่าตัดนั้น, ไม่เพียงแต่จะไม่สามารถควบคุมการติดเชื้อได้, ยังทำให้มีอัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดมากขึ้นด้วย.

ทั้งนี้ที่สถิติยังเช่นนั้น, ก็ยังเป็นการยากที่จะลงความเห็นให้แน่นอนลงไปได้.

แอนติไบโอติก เพื่อยกเว้น, ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้ออยู่ก่อน, หรือใช้ในการผ่าตัดเพื่อไม่ต้องเสี่ยงเกี่ยวกับการติดเชื้อ

Age groups			Weight, Kg.		Height, cm.	
			male	female	male	female
One yr.	to under	1½ yrs.	9.050	8.430	76.09	73.40
1½ yrs.	do.	2 yrs.	9.884	9.392	79.25	77.77
2 yrs.	do.	2½ yrs.	10.930	10.090	84.44	81.61
2½ yrs.	do.	2 yrs.	11.580	11.020	86.15	85.06
3 yrs.	do.	3½ yrs.	11.850	11.610	88.50	87.51
3½ yrs.	do.	4 yrs.	12.890	12.160	92.55	91.09
4 yrs.	do.	4½ yrs.	13.260	12.780	93.17	92.13
4½ yrs.	do.	5 yrs.	14.350	13.420	99.71	94.05
5 yrs.	do.	5½ yrs.	14.930	14.820	100.06	98.54
5½ yrs.	do.	6 yrs.	15.480	15.000	101.06	100.54

## เอกสาร :

(1) T. Sathitnimankarn: Normal Organ Weights in the Siamese, Collected from Autopsies. Siriraj Hosp. Gazette 1949, 1:317.

(2) S. Sangvichien and B. Tejasena: Weight and Volume of the Brain of the Siamese. Siriraj Hosp. Gazette 1949, 1:529.

(3) T. Udhayanang — M.D. Thesis, 1955.

(4) M. Mongkolmai: Average Height and Weight of Newborn Child up to Age of 6 Years. J. Med. Assn. Siam. 1939, 22:369.

สนอง อุณากร พ.บ., พ.ด., M.S. (Minn.) (ผู้รวบรวม)

## ๒. การใช้แอนติไบโอติกในศัลยกรรมทั่วไปอย่างถูกและอย่างผิด

จากการทบทวนวารสารได้ข้อสังเกตว่า การใช้แอนติไบโอติก เพื่อยกเว้นเชื้อโรคในการผ่าตัดนั้น, ไม่เพียงแต่จะไม่สามารถควบคุมการติดเชื้อได้, ยังทำให้มีอัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดมากขึ้นด้วย.

ทั้งนี้ ที่สถิติยังเช่นนั้น, ก็ยังเป็นการยากที่จะลงความเห็นให้แน่นอนลงไปได้.

แอนติไบโอติก เพื่อยกเว้น, ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้ออยู่ก่อน, หรือใช้ในการผ่าตัดเพื่อไม่ต้องเสี่ยงเกี่ยวกับการติดเชื้อ

เชอ. แอนติไบโอติก ในรายเช่นนี้มักใช้  
ชนิดครอบจักรวาล (บรอด สเปกตรัม),  
โดยหวังว่าจะป้องกัน การติดเชื้อ ท้ออาจจะ  
เกิดขึ้นในระหว่างผ่าตัดได้.

เพื่อการรักษา, มักใช้ แอนติไบโอติก  
ที่มีฤทธิ์จำเพาะ, เพื่อต่อต้านโรคติดเชื้อ  
ที่เกิดขึ้น. ในรายเช่นนี้คล้ายแพทย์ควรจะ  
ใช้ทราบชนิดของเชื้อโรคและความไวต่อ  
แอนติไบโอติก. ถ้าไม่สามารถจะทราบ  
ได้, อย่างน้อยก็ควรจะทราบว่า เป็นเชื้อ  
ชนิด แกรม บวก หรือ แกรม ลบ, แม้ว่า  
บางโอกาสอาจต้องการความรีบด่วน, เช่น  
ในภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบแพร่กระจาย,  
ฝีในปอด, ปอดอักเสบและแก๊สแก๊งกรีน.

การใช้ แอนติไบโอติก เพื่อการป้องกัน  
นั้นถือว่าไม่มีเหตุผลตามหลักวิทยาศาสตร์  
สนับสนุน. จากสถิติพบว่าคล้ายกรรมที่คิด  
จะมีการติดเชื้อน้อยกว่า ๒ เปอร์เซ็นต์. จึงถือว่า  
ไม่จำเป็นที่จะต้องให้ แอนติไบโอติก ป้องกัน.  
ในการเพาะเชื้อจากแผลผ่าตัดที่ถือว่า  
สะอาดที่ ๑๐๐ ราย, พบว่า ๓๐ เปอร์เซ็นต์  
เพาะเชื้อขึ้น และ ประกอบ ด้วย เชื้อหลาย  
อย่าง. ทกรายไม่ได้ให้ แอนติไบโอติก,  
แต่ปรากฏว่าไม่มีการติดเชื้อเกิดขึ้นแม้แต่  
รายเดียว. ยังมีหลักฐานทางสถิติบ่งว่า

การใช้ แอนติไบโอติก ก่อนการผ่าตัดเพื่อ  
ป้องกันเป็นเวลานาน ๆ, จะทำให้การติด  
เชื้อชนิดที่ทนต่อ แอนติไบโอติก เกิดขึ้น.  
นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าในรายที่ให้  
แอนติไบโอติก ป้องกันก่อนนั้นเกิดภาวะติด  
เชื้อมากกว่าพวกที่ไม่ได้ให้เลยอีก. ตัวอย่าง  
ของการให้ แอนติไบโอติก ป้องกันที่  
ได้ประโยชน์เช่นในการผ่าตัด ธรรมดา,  
ขณะใส่เครื่องมือเข้าไปในหลอดคอเพื่อการ  
ดมยาสลบนั้น, ทำได้ยากและต้องใส่หลาย  
ครั้ง. ในกรณีเช่นนี้ถ้าเกรงว่าอันตรายเป็นต่อ  
หลอดคอจะทำให้เกิดการติดเชื้อขึ้นได้,  
การใช้ แอนติไบโอติก ป้องกันก็ยอมได้  
ประโยชน์. การใช้ คานามัยซิน ใส่เข้าไป  
ในลำไส้ใหญ่เพื่อ ป้องกัน การติดเชื้อ,  
หรือการใส่ยา ซัลโฟนาไมด์ เข้าไปในช่อง  
หรือโพรงของร่างกายซึ่งได้รับการผ่าตัด  
และไม่สามารถ จะปิดได้ ทันที หลังผ่าตัด,  
ก็นับว่าได้ประโยชน์.

การใช้ แอนติไบโอติก ก่อนการผ่าตัด  
ที่ใช้กันมากคือในคล้ายกรรมของลำไส้ใหญ่  
และ เร็คตัม. การใช้ในกรณีเช่นนี้บ่งว่า  
ถูกต้องด้วยเหตุผล. แต่จะต้องพิจารณาว่า  
จะใช้ แอนติไบโอติก ชนิดใดจึงจะได้ผลดี.  
มีหลักอยู่ว่า แอนติไบโอติก ที่ใช้ควรประ  
กอบด้วยคุณสมบัติดังต่อไปนี้:

ทำลายเชื้อโรคในลำไส้ใหญ่ได้โดยรวดเร็วและได้ผลดี, ไม่ทำให้เกิดเป็นพิษขึ้น, และไม่ทำให้เชื้อโรคที่ทนยาเจริญเติบโตขึ้นมา. มีการใช้ แอนติไบโอติกในภาวะเช่นนี้หลายวิธีด้วยกัน. วิธีหนึ่งนั้นคือใช้ ธาตุโซล ผสมกับ นีโอมัยซิน, ให้กิน ๒๔ ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด. การให้ในระยะสั้น เช่นนี้จะไม่ทำให้เชื้อที่ทนทาน, เช่น สตาฟิโลค็อกโคไค เจริญงอกงามขึ้นมาได้. การที่เตรียมคนไข้ด้วยวิธีให้ แอนติไบโอติก ก่อนการผ่าตัดหลาย ๆ วัน, และยังให้หลังผ่าตัดต่อไปอีกหลายวันนั้น อาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้.

สรุปได้ว่า:

๑. การใช้ แอนติไบโอติก เป็นระยะเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดเชื้อที่ทนยาขึ้นได้.

๒. การใช้ แอนติไบโอติก ในการป้องกันในศัลยกรรมที่สะอาด, มีใช้ว่าจะทำให้การติดเชื้อเกิดขึ้นไม่ได้.

๓. การใช้ แอนติไบโอติก ป้องกันในภาวะเฉพาะบางอย่างนั้นย่อมได้ประโยชน์ในการลดอัตราการตายทางศัลยกรรม.

(เรียบเรียงจาก John Van Prohaska: Surg. Clin. N. America. 44(1): 97-106, 1964.)

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

### ๓. เสนอศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๓๗)

๕๖๐๑. talocrural เกี่ยวกับกระดูกข้อเท้าและกระดูกขา  
 ๕๖๐๒. talofibular เกี่ยวกับกระดูกข้อเท้าและกระดูกน่อง  
 ๕๖๐๓. talotibial เกี่ยวกับกระดูกข้อเท้าและกระดูกแข้ง  
 ๕๖๐๔. talus กระดูกข้อเท้า  
 ๕๖๐๕. tampon ผ้าอุด, ผ้าจุก, ม้วนจุก  
 ๕๖๐๖. tamponade การใช้ผ้าอุด  
 ๕๖๐๗. tamponade, cardiac, heart การบีบรัดหัวใจ  
 ๕๖๐๘. tamponage, tamponing, tamponement การใช้ผ้าอุด

๕๖๐๙. tantrum อาการโกรธเต็นแรงเต็นกา  
 ๕๖๑๐. tap เคาะ, เจาะ (เอนาออก)  
 ๕๖๑๑. tapeworm ตัวตืด  
 ๕๖๑๒. tapping การเคาะ, การเจาะ  
 ๕๖๑๓. tardive ล่าช้า  
 ๕๖๑๔. tarsal เกี่ยวกับเท้า, กระดูกเท้า, เกี่ยวกับแผ่นแกนหนังตา  
 ๕๖๑๕. tarsalgia อาการปวดเท้า  
 ๕๖๑๖. tarsalia กระดูกเท้า  
 ๕๖๑๗. tarsectomy การตัดกระดูกเท้า, การตัดกระดูกอ่อนของเท้า, การตัดแผ่นแกนหนังตา  
 ๕๖๑๘. tarsectopia กระดูกเท้าเคลื่อน

ทำลายเชื้อโรคในลำไส้ใหญ่ได้โดยรวดเร็วและได้ผลดี, ไม่ทำให้เกิดเป็นพิษขึ้น, และไม่ทำให้เชื้อโรคที่ทนยาเจริญเติบโตขึ้นมา. มีการใช้ แอนติไบโอติกในภาวะเช่นนี้หลายวิธีด้วยกัน. วิธีหนึ่งนั้นคือใช้ ธาลาโซล ผสมกับ นีโอมัยซิน, ให้กิน ๒๔ ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด. การให้ในระยะสั้น เช่นนี้จะไม่ทำให้เชื้อที่ทนทาน, เช่น สตาฟิโลค็อกโคไค เจริญงอกงามขึ้นมาได้. การที่เตรียมคนไข้ด้วยวิธีให้ แอนติไบโอติก ก่อนการผ่าตัดหลายวัน, และยังให้หลังผ่าตัดต่อไปอีกหลายวันนั้น อาจทำให้เกิดอันตรายดังกล่าวได้.

สรุปได้ว่า:

๑. การใช้ แอนติไบโอติก เป็นระยะเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดเชื้อที่ทนยาขึ้นได้.

๒. การใช้ แอนติไบโอติก ในการป้องกันในศัลยกรรมที่สะอาด, มีใช้ว่าจะทำให้การติดเชื้อเกิดขึ้นไม่ได้.

๓. การใช้ แอนติไบโอติก ป้องกันในภาวะเฉพาะบางอย่างนั้นย่อมได้ประโยชน์ในการลดอัตราการตายทางศัลยกรรม.

(เรียบเรียงจาก John Van Prohaska: Surg. Clin. N. America. 44(1): 97-106, 1964.)

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

### ๓. เสนอศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๓๗)

๕๖๐๑. talocrural เกี่ยวกับกระดูกข้อเท้าและกระดูกขา  
 ๕๖๐๒. talofibular เกี่ยวกับกระดูกข้อเท้าและกระดูกน่อง  
 ๕๖๐๓. talotibial เกี่ยวกับกระดูกข้อเท้าและกระดูกแข้ง  
 ๕๖๐๔. talus กระดูกข้อเท้า  
 ๕๖๐๕. tampon ผ้าอุด, ผ้าจุก, ม้วนจุก  
 ๕๖๐๖. tamponade การใช้ผ้าอุด  
 ๕๖๐๗. tamponade, cardiac, heart การบีบรัดหัวใจ  
 ๕๖๐๘. tamponage, tamponing, tamponement การใช้ผ้าอุด

๕๖๐๙. tantrum อาการโกรธเต็นแรงเต็นกา  
 ๕๖๑๐. tap เคาะ, เจาะ (เอนาออก)  
 ๕๖๑๑. tapeworm ตัวตืด  
 ๕๖๑๒. tapping การเคาะ, การเจาะ  
 ๕๖๑๓. tardive ล่าช้า  
 ๕๖๑๔. tarsal เกี่ยวกับเท้า, กระดูกเท้า, เกี่ยวกับแผ่นแกนหนังตา  
 ๕๖๑๕. tarsalgia อาการปวดเท้า  
 ๕๖๑๖. tarsalia กระดูกเท้า  
 ๕๖๑๗. tarsectomy การตัดกระดูกเท้า, การตัดกระดูกอ่อนของเท้า, การตัดแผ่นแกนหนังตา  
 ๕๖๑๘. tarsectopia กระดูกเท้าเคลื่อน

๕๖๑๕. tarsitis แผ่นแกนหนังตาอักเสบ, ขอบ  
หนังตาอักเสบ, หนังตาอักเสบ
๕๖๑๖. tarsomegaly กระดูกชั้นโต
๕๖๑๗. tarsophalangeal เกี่ยวกับเท้าและนิ้วเท้า
๕๖๑๘. tarsotibial เกี่ยวกับเท้าและกระดูกแข้ง
๕๖๑๙. tarsus ฝ่าเท้า, แผ่นแกนหนังตา
๕๖๒๐. taste—blindness อาการขาดสัมผัสรส
๕๖๒๑. tautomeral เกี่ยวกับส่วนเดียวกัน
๕๖๒๒. taxis การจับคันที่
๕๖๒๓. tease เขี่ยแยก
๕๖๒๔. teat หัวนม
๕๖๒๕. teatulation การนูนคล้ายหัวนม
๕๖๒๖. tectonic เกี่ยวกับศัลยกรรมซ่อมแซม
๕๖๒๗. tectorial แห่งหลังคา, มีลักษณะเป็นสิ่ง  
ครอบคลุม
๕๖๒๘. tectum สิ่งคล้ายหลังคา, สิ่งครอบคลุม
๕๖๒๙. tedious ยืดเยื้อ
๕๖๓๐. tegmen สิ่งปกคลุม, สิ่งครอบคลุม
๕๖๓๑. tegmental เกี่ยวกับสิ่งครอบคลุม
๕๖๓๒. tegmentum สิ่งปกคลุม, สิ่งครอบคลุม
๕๖๓๓. tegument ผิวหนัง
๕๖๓๔. tegumental มีลักษณะเป็นผิวหนัง
๕๖๓๕. tegumentary เกี่ยวกับผิวหนัง
๕๖๓๖. telalgia อาการเจ็บตุ้
๕๖๓๗. telangiectasia, telangiectasis อาการ  
หลอดเลือดฝอยพอง, อาการหลอดเลือดแดง  
เล็กพอง
๕๖๓๘. telangiitis หลอดเลือดฝอยอักเสบ
๕๖๓๙. telangioma เนื้องอกหลอดเลือดฝอย
๕๖๔๐. telangion หลอดเลือดแดงปลายสุด
๕๖๔๑. telangiosis โรคหลอดเลือดฝอย
๕๖๔๒. tele— ไกล, ปลาย
๕๖๔๓. telediastolic ปลายระยะหัวใจคลาย
๕๖๔๔. teleneuron ปลายเส้นประสาท
๕๖๔๕. teleorganic จำเป็นแก่ชีวิต
๕๖๔๖. teleotherapeutics การรักษาโรคโดย  
จูงใจ
๕๖๔๗. telephonophobia โรคกลัวโทรศัพท์
๕๖๔๘. telergic แสดงฤทธิ์ระยะไกล
๕๖๔๙. telesystolic ปลายระยะหัวใจบีบ
๕๖๕๐. telo— ปลาย
๕๖๕๑. temperantia ยารงับ
๕๖๕๒. temperature, absolute อุณหภูมิ  
สัมบูรณ์
๕๖๕๓. temperature, body อุณหภูมิกาย
๕๖๕๔. temperature, critical อุณหภูมิวิกฤต
๕๖๕๕. temperature, optimum อุณหภูมิขั้น  
ดีเลิศ
๕๖๕๖. temperature, subnormal อุณหภูมิได้  
ปกติ
๕๖๕๗. temple ขมับ
๕๖๕๘. tempore ขมับ
๕๖๕๙. temporal เกี่ยวกับขมับ, เกี่ยวกับเวลา,  
ตามเวลา, ชั่วคราว
๕๖๖๐. temporalis กล้ามเนื้อขมับ
๕๖๖๑. temporofacial เกี่ยวกับขมับร่วมหน้า
๕๖๖๒. temporofrontal เกี่ยวกับขมับร่วมหน้า-  
ผาก
๕๖๖๓. temporo—occipital เกี่ยวกับขมับร่วม  
ท้ายทอย
๕๖๖๔. temulence ความมึนเมา, ความเมาเหล้า
๕๖๖๕. tenacious เหนียว, หนืด
๕๖๖๖. tenacity ความเหนียวหนืด
๕๖๖๗. tenderness อาการกดเจ็บ, อาการแตะต้อง  
เจ็บ
๕๖๖๘. tendioplasty ศัลยกรรมตบแต่งเอ็น
๕๖๖๙. tendinosuture การเย็บเอ็น
๕๖๗๐. tendinous มีลักษณะเป็นเอ็น
๕๖๗๑. tendoplasty ศัลยกรรมตบแต่งเอ็น
๕๖๗๒. tendosynovitis ปลอกเอ็นอักเสบ
๕๖๗๓. tendotome มีดตัดเอ็น
๕๖๗๔. tendotomy การตัดเอ็น
๕๖๗๕. tendovaginal เกี่ยวกับเอ็นและปลอกเอ็น
๕๖๗๖. tendovaginitis เอ็นและปลอกเอ็นอักเสบ,  
ปลอกเอ็นอักเสบ
๕๖๗๗. tenectomy การตัดเอ็น, การตัดปลอกเอ็น
๕๖๗๘. tenesmic เกี่ยวกับการเบ่ง, เกี่ยวกับการ  
ปวดเบ่ง

๕๖๘๓. tenesmus การเบ่ง, อาการปวดเบ่ง
๕๖๘๔. tenesmus, rectal อาการปวดเบ่งอุจจาระ
๕๖๘๕. tenesmus, vesical อาการปวดเบ่งปัสสาวะ
๕๖๘๖. tenia พยาธิตัวตัด
๕๖๘๗. teniacide ฆ่าตัวตัด, ยาฆ่าตัวตัด
๕๖๘๘. teniafuge ขับตัวตัด, ยาขับตัวตัด
๕๖๘๙. tenial เกี่ยวกับพยาธิตัวตัด
๕๖๙๐. teniasis โรคพยาธิตัวตัด
๕๖๙๑. tenicide ฆ่าตัวตัด, ยาฆ่าตัวตัด
๕๖๙๒. teniform คล้ายตัวตัด
๕๖๙๓. tenifugal ขับตัวตัด
๕๖๙๔. tenifuge ขับตัวตัด, ยาขับตัวตัด
๕๖๙๕. tenioid คล้ายตัวตัด
๕๖๙๖. tenodesis การตรึงเอ็น
๕๖๙๗. tenodynia อาการปวดเอ็น
๕๖๙๘. tenonitis เอ็นอักเสบ
๕๖๙๙. tenonitis เอ็นอักเสบ
๕๗๐๐. tenontodinia อาการปวดเอ็น
๕๗๐๑. tenontology วิทยาเอ็น, นหารูวิทยา
๕๗๐๒. tenontoplasty ศัลยกรรมตบแต่งเอ็น
๕๗๐๓. tenontothecitis ปลอกเอ็นอักเสบ
๕๗๐๔. tenontotomy การตัดเอ็น
๕๗๐๕. tenoplastic เกี่ยวกับศัลยกรรมตบแต่งเอ็น
๕๗๐๖. tenoplasty ศัลยกรรมตบแต่งเอ็น
๕๗๐๗. tenorrhaphy การเย็บซ่อมเอ็น
๕๗๐๘. tenositis เอ็นอักเสบ
๕๗๐๙. tenosuture การเย็บซ่อมเอ็น
๕๗๑๐. tenosynitis ปลอกเอ็นอักเสบ
๕๗๑๑. tenosynovectomy การตัดปลอกเอ็น
๕๗๑๒. tenosynovitis ปลอกเอ็นอักเสบ
๕๗๑๓. tenotomize ตัดเอ็น
๕๗๑๔. tenotomy การตัดเอ็น
๕๗๑๕. tenovaginitis ปลอกเอ็นอักเสบ
๕๗๑๖. tense ตึง, แข็งตึง
๕๗๑๗. tension ความตึง, ความเครียด
๕๗๑๘. tension, arterial ความตึงหลอดเลือดแดง, ความดันหลอดเลือดแดง
๕๗๑๙. tension, intra-ocular ความดันภายในลูกตา
๕๗๒๐. tension, intravenous ความตึงหลอดเลือดดำ
๕๗๒๑. tension, muscular ความตึงกล้ามเนื้อ
๕๗๒๒. tension, premenstrual ความเครียดก่อนระดู
๕๗๒๓. tension, surface ความตึงพื้นผิว
๕๗๒๔. tensor กล้ามเนื้อตึงตึง, กล้ามเนื้อรั้ง
๕๗๒๕. tent กระโจม, จุกถ่าง,
๕๗๒๖. tent, oxygen กระโจมให้ออกซิเจน
๕๗๒๗. tent, sponge จุกถ่างทำด้วยฟองน้ำ
๕๗๒๘. tent, steam กระโจมอบไอน้ำ
๕๗๒๙. tentacle หนวดคลำเคลื่อนไหว
๕๗๓๐. tentative ลองดู
๕๗๓๑. tentorial เกี่ยวกับส่วนครอบคลุม
๕๗๓๒. tentorium ส่วนครอบคลุม
๕๗๓๓. tentum องคชาติ
๕๗๓๔. tephrosis การเผาเป็นเถ้า, การเผาศพ
๕๗๓๕. tepidarium ห้องอาบน้ำร้อน, การอาบน้ำร้อน
๕๗๓๖. tepor ความกระตือรือร้น
๕๗๓๗. teras ลูกวิรูป
๕๗๓๘. teratic มีลักษณะลูกวิรูป
๕๗๓๙. teratism สภาพวิรูป
๕๗๔๐. teratogenesis กำเนิดลูกวิรูป
๕๗๔๑. teratogenetic ซึ่งก่อกำเนิดลูกวิรูป
๕๗๔๒. teratogenic ซึ่งก่อกำเนิดลูกวิรูป
๕๗๔๓. teratogenous เกิดจากลูกวิรูป
๕๗๔๔. teratogeny กำเนิดลูกวิรูป
๕๗๔๕. teratoid คล้ายลูกวิรูป
๕๗๔๖. teratophobia โรคกลัวมีลูกวิรูป
๕๗๔๗. teratosis สภาพวิรูป
๕๗๔๘. terebration การเจาะ, อาการปวดไซ
๕๗๔๙. teres กลม, กล้ามเนื้อกลม
๕๗๕๐. tergal เกี่ยวกับด้านหลัง
๕๗๕๑. tergotlateral ด้านหลังร่วมด้านข้าง
๕๗๕๒. term (ครรภ์) ครบกำหนด, กำหนดเวลา, ขอบเขต

๕๗๕๓. terminal ปลายสุด, ที่ปลาย, ขย  
 ๕๗๕๔. termination กำหนด, ปลาย, การหมด  
 สิ้น, การจบ  
 ๕๗๕๕. terminus ปลาย  
 ๕๗๕๖. terms ระบุ  
 ๕๗๕๗. ternary ชั้นที่สาม, มีสามส่วน  
 ๕๗๕๘. tertian เกิดทุกสองวัน  
 ๕๗๕๙. tertiary อันดับที่สาม  
 ๕๗๖๐. tertigravida หญิงตั้งครรภ์ที่สาม  
 ๕๗๖๑. tertipara ผู้คลอดครั้งที่สาม  
 ๕๗๖๒. tessellated เป็นตาหมากรุก  
 ๕๗๖๓. test card บัตรสอบสายตา  
 ๕๗๖๔. test meal อาหารสอบน้ำย่อย  
 ๕๗๖๕. test types ตัวอักษรสอบสายตา  
 ๕๗๖๖. testa เปลือกหอย, เปลือกหอยนางรม,  
 เปลือกหอยตะกรม  
 ๕๗๖๗. testaceous มีลักษณะเป็นเปลือกหอย, มี  
 เปลือกเช่นหอย  
 ๕๗๖๘. testalgia อาการปวดอัมชะ  
 ๕๗๖๙. testectomy การตัดอัมชะ  
 ๕๗๗๐. testicle, ectopic อัมชะผิดที่  
 ๕๗๗๑. testicle, inverted อัมชะกลับหัว  
 ๕๗๗๒. testicle, retained อัมชะค้าง (ในท้อง)  
 ๕๗๗๓. testicond มีอัมชะค้าง  
 ๕๗๗๔. testicular เกี่ยวกับอัมชะ  
 ๕๗๗๕. testitis อัมชะอักเสบ  
 ๕๗๗๖. testopathy โรคแห่งอัมชะ  
 ๕๗๗๗. tetanal เกี่ยวกับบาดทะยัก  
 ๕๗๗๘. tetania บาดทะยัก  
 ๕๗๗๙. tetanic เกี่ยวกับบาดทะยัก  
 ๕๗๘๐. tetaniform คล้ายบาดทะยัก  
 ๕๗๘๑. tetanigenous ก่อบาดทะยัก  
 ๕๗๘๒. tetanoid คล้ายบาดทะยัก  
 ๕๗๘๓. tetrabrachius ลูกวิรูปมีสี่แขน  
 ๕๗๘๔. tetrachirus ลูกวิรูปมีสี่มือ  
 ๕๗๘๕. tetrachromic ระบุเพียงสี่สี  
 ๕๗๘๖. tetradactylous มีสี่นิ้ว  
 ๕๗๘๗. tetramastia มีสี่เต้านม  
 ๕๗๘๘. tetramazia มีสี่เต้านม  
 ๕๗๘๙. tetraplegia อัมพาตหมดแขนขา  
 ๕๗๙๐. tetrapus ลูกวิรูปมีสี่เท้า  
 ๕๗๙๑. tetrascelus ลูกวิรูปมีสี่เท้า  
 ๕๗๙๒. tetravalent มีอำนาจจับสี่  
 ๕๗๙๓. taxis การคลอດ  
 ๕๗๙๔. thamuria อาการบัสสาวะบ่อย  
 ๕๗๙๕. thanatology อศุภวิทยา  
 ๕๗๙๖. thanatomania โรคบ้าฆ่าคน, โรคบ้าฆ่า  
 ตัวเอง  
 ๕๗๙๗. thanatophobia ุงพิษ  
 ๕๗๙๘. thanatophidial เกี่ยวกับุงพิษ  
 ๕๗๙๙. thanatophobia โรคกลัวตาย  
 ๕๘๐๐. thanatopsia, thanatopsy การตรวจศพ

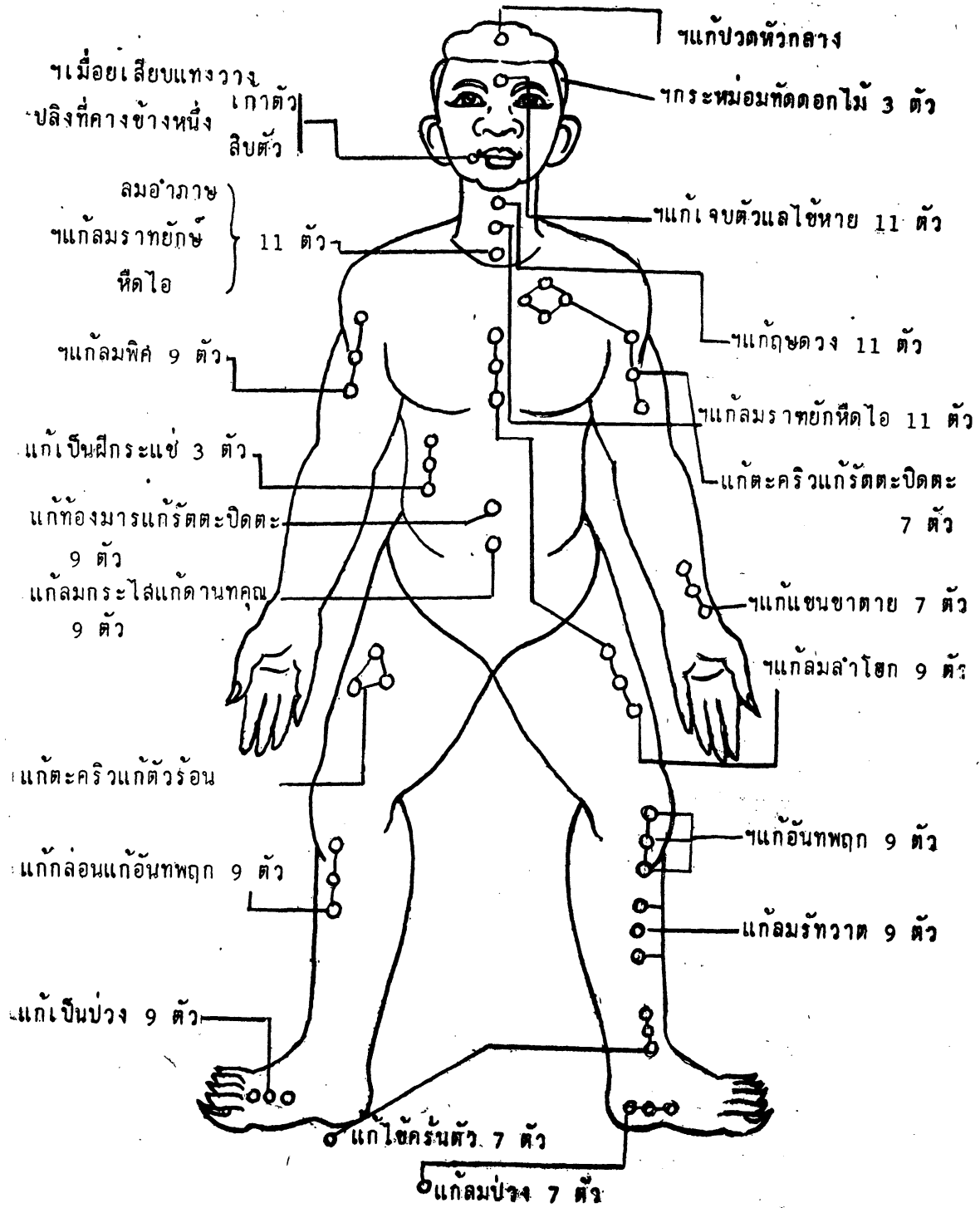
## (๕) ภาพการแพทย์สมัยโบราณ

การแพทย์ทางด้านศัลยกรรมในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว เป็นของหาได้ยาก. มีแต่ศัลยกรรมกายภาพบำบัด, จะพบได้เป็นศิลาจารึกไม่กี่แห่งนัก, เช่นที่ติดอยู่รอบ ๆ พระอุโบสถวัดราชโอรส และที่ศาลารายวัดพระเชตุพน ๆ ทำเขียน. วิชาการนวดได้เจริญมานาน. เท่าที่พบได้มีรูปจารึกในสมัยสุโขทัย. วิชานี้ได้บำบัดได้ผลมาอย่างมาก. ถ้าดูรูปหมอนวดที่วัดราชโอรส ๆ แล้วจะเห็นว่า การนวดสมัยเก่าไม่ได้นวดกล้ามเนื้อแบบปัจจุบันแต่เป็นการกดตามเส้น (tendon) มากกว่า, รวมทั้งกดตามหลอดเลือดใหญ่ ๆ บางหลอดเลือด, เช่นที่ต้นขาเมือกดนาน ๆ ประมาณ ๕ นาทีแล้วปล่อย, ผู้ที่ได้รับการนวดจะรู้สึกขาوابไปทั้งขา. หมอนวดสมัยโบราณว่าเป็นวิธีเปิดประตูลม. การวางปลิงเพื่อให้ดูดเลือดออกจากตำแหน่งต่างๆ เพื่อรักษาโรคหรืออาการบางอย่างเป็นวิธีรักษาที่ในสมัยนั้นเกือบจะล้มเสียหมดแล้ว, แต่ในสมัยก่อนมีไข้แพร่หลายทั้งในตะวันออกและตะวันตก, แพทย์ไทยเราก็มีความรู้ในทางนี้ไม่น้อย.

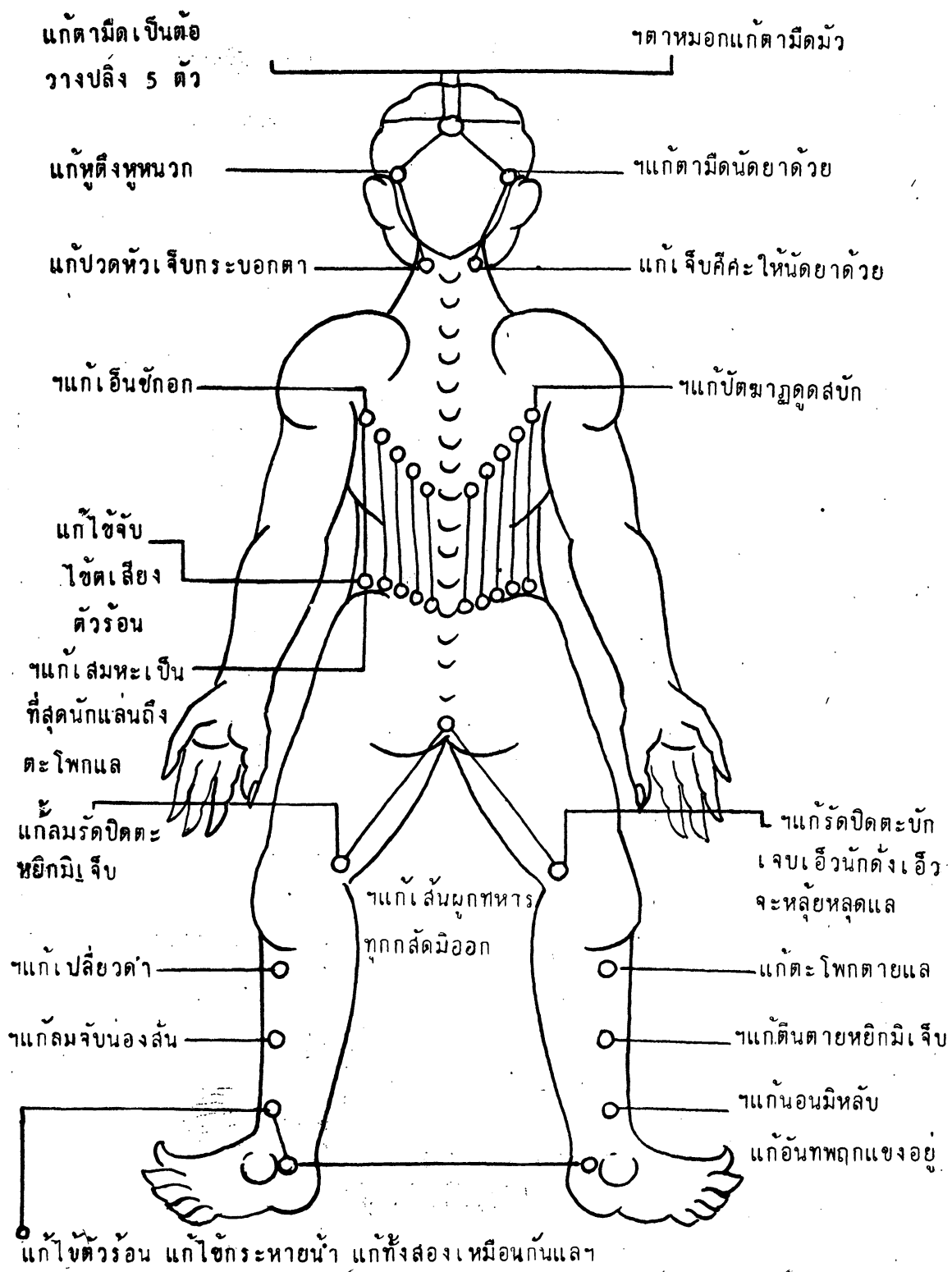
ภาพแรกข้างหลังแสดงตำแหน่งที่ใช้ “จับเส้น” ตามวิธีของหมอนวด. ส่วนภาพที่สองและสามเป็น “แผนวางปลิง”. ทั้งสามภาพได้มาจากวัดราชโอรสอาราม.

ปกิณกะ

แผนปลิงหงาย ๑๑๕



แผนปลิงควา ๑๑ :-





# แผนกข่าว

## สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๐๗

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก	๓,๖๔๔	๒,๔๒๘	๒,๑๖๕	๒,๕๓๕	๒,๔๓๓	๘๓๕	๑๔,๐๔๕
ใหม่							
เก่า	๖,๖๑๖	๓,๘๐๕	๔,๔๓๗	๓,๓๗๕	๔,๓๗๘	๑,๓๑๓	๒๓,๕๒๘
รวม	๑๐,๒๖๐	๖,๒๓๓	๖,๖๐๒	๕,๙๑๐	๖,๘๑๑	๒,๑๔๘	๓๗,๕๗๖
ใน	๒๕๕	๔๖๖	๑,๖๑๐	๓๖๕	๔๕๒	—	๓,๑๕๒

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๖๕๘, จักษุ ๘๗๒, สูติ-นารี ๖๕๕, รวม ๒,๒๒๕ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๖๑๗, หญิง ๕๐๖, รวม ๑,๑๒๓. คลอดตาย, ชาย ๕, หญิง ๗, รวม ๑๒.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๘๒ คน (๕.๗๐ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจ ๖๕ ราย (๓๕.๗ ปช. ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๓๕๖ ครั้ง. ข้างนอก — ครั้ง. เจาะจากญาติ ๒๐๓ ครั้ง. เจาะจากโลหไทย และบางขวาง ๔๒๓ ครั้ง. รวม ๑,๐๒๒ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอ็กซ์ตรวจ ๕,๕๘๑ คน, รักษาใหม่ ๑๕ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑๓๘ คน. ราเดียมรักษา ๒๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๔๖ คน. ไดอะเทอร์มีย์. รักษาใหม่ ๒ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๗ คน. รัดไอโอโซโทป, รักษาใหม่ ๑๗๓ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๕๐ คน. โคบอลต์ ๖๐, รักษาใหม่ ๕๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๓๕๔ คน.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๖๗ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๗,๓๑๐ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๖๕ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๑๘๗, ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๒๒๕ ราย. (จากภายนอก ๑๕๐ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๔๖ ราย. แอ็กกลูตินเนชั่น — การตรวจซีรัมวิธีวิคาล ๑๐๕ ราย. ตรวจวิธีคัม ๕. วัตเซอร์แมนและคานัน ๒,๘๑๔ หมู่เลือด ๔๘. นับเม็ดเลือด ๓. วัตซีโมโกลบิน —. ตรวจความเปรอะของเม็ดเลือด —. หาเชอปปัคเตอร์ —. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๐, อูจจาระ ๓, บัสสาวะ ๕. เสมหะและอื่นๆ —. เพาะเชื้อจากเลือด ๔๑๕, อูจจาระ ๒๐๗, บัสสาวะ ๑๐๕, น้ำไขสันหลัง ๘๖, เสมหะและอื่นๆ ๖๓๕ เพาะเชื้อวัณโรค ๑๖. นีดส์ตัวทดลอง ๔. เพาะเชื้อบิด ๑๓. ตรวจทดลองตัวจืด ๓๕. การทดสอบเซ็นซิวิตีวี่ ๑๗. ตรวจศพนิเวศ ๒๕. ตรวจวัตถุพยาน ๒๘. ราย, การตรวจวิเคราะห์ ๓๘. การตรวจวิธีพอลบั้นเนล ๔, การตรวจวิธี อาร์.เอ. ๓. การตรวจวิธี อาร์.เอช. ๔, การตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๑. การตรวจผู้ป่วยคดี ๒๖๒ คน.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๑๕. เจาะน้ำสันหลัง ๑๐. เจาะตับ ๕. เจาะน้ำช่องปอด ๑๐. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องท้อง ๑. ผ่าตัดผิวหนัง ๔๔. จีหูด ๑๕. นีดยาทั่วไป ๓,๘๑๕. นีดยาเบาหวาน ๒,๔๒๔. คลินิกวัณโรค ๓๗๕.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๔๐๕. ถอนฟัน ๑,๓๖๗. อุดฟัน ๕๓๘. ผ่าตัดช่องปาก ๗๒. ชะแผล —. นีดยา —.

(โดยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ)

กำหนดหน้าที่ในวันมหิดล ๒๕๐๗

โดยมติ กรรมการคณะ แพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล, วันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๐๗, ให้กำหนดหน้าที่ในวันมหิดล ดังนี้ :

๑. การจัดสถานที่ เกี่ยวกับพิธีสงฆ์ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย และจัดสถานที่บริเวณ พระรูป ให้เป็น หน้าที่ของแผนกธุรการ.

๒. พิธีสงฆ์และการเลียงพระ ให้เป็น หน้าที่ของ คาสตราจารย์ นายแพทย์ โรจน์ สุวรรณสัทธ และแผนกพยาบาล,

(๑) นิมนต์พระสงฆ์ ๗ รูป.

(๒) เตรียมอาหารและจัดการเลียงพระ โดยร่วมมือกับแผนกอาหาร.

(๓) จัดที่บูชาและอาคนสงฆ์.

(๔) จัด ของ ถวายพระและ ฐูปเทียน

สำหรับจัดที่พระรูป.

๓. การจัดที่นั่งในหอประชุม ให้เป็น หน้าที่ของอาจารย์ผู้ปกครอง, อนุสาสิก, และผู้แทนแผนกพยาบาล ฯ.

๔. การรับแขกและดูความเรียบร้อยที่บริเวณพระรูป ให้หัวหน้าแผนก สรีรวิทยาเป็นหัวหน้า, อาจารย์ในแผนก

เป็นผู้ช่วย, มีหน้าที่รับรองแขกเข้าวางพวงมาลา, ตลอดจนดูแลความเรียบร้อยทั่วไป.

๕. การรับเงินผู้บริจาคสมทบ "ทุนวันมหิดล" ให้ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาล ฯ เป็นหัวหน้า, พร้อมด้วยอาจารย์ในแผนกต่าง ๆ, รับเงินจากผู้บริจาค, ออกใบรับเงินและนำเงินพร้อมบัญชีส่งกองคลังเมื่อเสร็จงาน.

๖. ดนตรีที่กระโจมบริเวณพระรูป ให้เป็น หน้าที่ของสโมสรนักศึกษาแพทย์.

๗. การเลียงน้ำที่บริเวณกระโจม พิธี ให้เป็น หน้าที่ของโรงเรียนพยาบาล ฯ.

๘. เครื่องขยายเสียงที่กระโจม พิธีและหอประชุม แพทย์หญิงเพทาย ศิริการณ และกรรมการแผนกแสงเสียง, สโมสรนักศึกษาแพทย์.

๙. หน้าที่เฝ้า ข้าราชการในคณะ แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล.

๑๐. รับส่งเสด็จ นักศึกษาแพทย์ และนักศึกษาพยาบาล.

๑๑. การจัดแถว รับ-ส่งเสด็จ ฯ เลขานุการคณะ ฯ, ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาล ฯ, อนุสาสิก.

(การแต่งกาย หมายความว่ากำหนดการ  
เสด็จพระราชดำเนิน)

### ประชุมวิชาการ

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล  
ได้มีการประชุมทางวิชาการประจำเดือน  
สิงหาคม ๒๕๐๗ ดังนี้ :

๑) วันศุกร์ ที่ ๗ สิงหาคม, เริ่มเวลา  
๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายแผนกพยาธิ  
วิทยา, เรื่องที่นำมาเสนอ: (๑) ไฟเบอร์-  
สโคป (ตัวเครื่อง ไฟเบอร์สโคป  
สำหรับกระเพาะและทวารหนัก), ผู้เสนอ:  
ศาสตราจารย์ น.พ. วิกิจ วิจารณ์ แห่ง  
แผนกอายุรศาสตร์. (๒) อาการนอนไม่  
หลับ (รายงานผู้ช่วย), ผู้นำเสนอ: น.พ.  
สมพร บุษราทิจ แห่งแผนกอายุรศาสตร์.

(๒) วันศุกร์ ที่ ๑๔ สิงหาคม, เริ่ม  
เวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายแผนก  
พยาธิวิทยา, เรื่องที่นำมาเสนอ: (๑) การ  
ศึกษาเรื่อง "เกล็ดขนามัย", ผู้นำเสนอ:  
น.พ. ร่มไทร สุวรรณิก แห่งแผนกรังสี  
วิทยา, นายอุทัย พิศลยบุตรแห่งกองโภช-  
นาการ, กรมอนามัย, และนายสมพร  
น้อยสง่า แผนกรังสีวิทยา. (๒) การแก้  
ลำไส้กลืนตัวด้วยวิธี "เห็นชั้น ขาเรียม

อินมา." ผู้นำเสนอ: น.พ. กณทัต  
สุนทรเวช แห่งแผนกรังสีวิทยา. เรื่องนี้  
มีการอภิปรายสมทบในแง่ศัลยศาสตร์ คือ:  
น.พ. เสนอ อินทรสุขศรี, น.พ. พลภัทร  
तालะลักษมณ์และ น.พ. ทศนัยน์ ปานสิงห์.

(๓) วันศุกร์ ที่ ๒๔ สิงหาคม, เริ่ม  
เวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายแผนก  
พยาธิวิทยา, เรื่องที่นำมาเสนอ: (๑) ความ  
ก้าวหน้าเกี่ยวกับต่อกระเพาะอาหาร, ผู้นำ  
เสนอ: พ.ญ. ผิว ลิ้มปพยอมและ น.พ.  
ลำราญ วิเศษพาศี แห่งแผนกจักษุวิทยา.  
(๒) ผู้ป่วยในตับ, ผู้นำเสนอ: พ.ญ. ตระ-  
หนักจิต ทรัพย์สินต แห่งแผนกอายุรศาสตร์.

### การบรรยายชุดประวัติการแพทย์ไทย

#### ครั้งที่ ๓ ต้องเลื่อน

ตามที่คณะกรรมการวิชาการของคณะ  
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้  
จัดการบรรยายชุด "ประวัติการแพทย์  
ไทย" ขึ้นและได้มีการแสดงไปแล้วสอง  
ตอน, ได้กำหนดให้มีการบรรยายครั้งที่  
สามในวันศุกร์ ที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๐๗  
ในหัวข้อเรื่อง "ความรู้ทางกายวิภาคใน  
บ้านเรว" โดยศาสตราจารย์นายแพทย์  
สุต แสงวิเชียร, หัวหน้าแผนกกายวิภาค

ศาสตร์, เป็นผู้บรรยายนั้น, เนื่องด้วยวันกำหนดอยู่ในระหว่างการประชุมเรื่องการอบรมศึกษาแพทยศาสตร์ของไทยครั้งที่สองที่ศาลาสันติธรรม, ไม่สะดวกทั้งผู้บรรยายและผู้ฟัง, คณะกรรมการฯ จึงได้ประกาศเลื่อนกำหนดวันบรรยายไปเป็นวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๐๗.

ปรับปรุง แผนกกายวิภาคศาสตร์ได้จัดทำ

แปลง และปรับปรุง ห้องปฏิบัติ การจุดกายวิภาคศาสตร์, ทางยกซ้ายชั้น ๓ ของตึก. สำเร็จเรียบร้อยแล้ว ด้วยเงินงบประมาณแผ่นดินตามโครงการจัดสอนนักศึกษาเป็นผลดีเยี่ยมในภายหน้า. นอกจากนี้ยังได้จัดทำแปลง ต่อเติม เรือนไม้ที่ แผนกสรีรวิทยาให้ยืม ด้วยเงินของคณะฯ เพื่อจัดทำเป็นที่ทำงานอาจารย์, ห้องปฏิบัติงานทางมนุษยวิทยา, โบราณวิทยา, และงานปั้นหล่อแบบ, พร้อมทั้งจัดบางส่วนเป็นพิพิธภัณฑ์ กายวิภาคศาสตร์ เปรียบเทียบด้วย. ทั้งนี้เป็นการชั่วคราว.

การประชุมอบรมศึกษาแพทยครั้งที่๒

เมื่อวันที่ ๑๗ ถึงวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๐๗ ได้มีการประชุม อบรมศึกษาแพทย ครั้งที่ ๒ ณ ศาลาสันติธรรม,

โดย นายกรัฐมนตรี ได้ไป เป็นประธานเปิดการประชุมในวันแรก. การประชุมได้ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยตลอด ๖ วัน ปรากฏว่าประสบผลสัมความประสงค์, ซึ่งจะช่วย ให้มีการ วิวัฒนาการ การศึกษาแพทยศาสตร์ ใน กาลข้างหน้า เป็นอย่างมาก. ได้มีการตกลงว่า อีก ๕ ปีข้างหน้า จะจัดทำให้มีการประชุมเป็นครั้งที่ ๓.

แต่งตั้งข้าราชการพลเรือนชั้นพิเศษ

มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ แต่งตั้งข้าราชการพลเรือนชั้นพิเศษ ในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ให้ดำรงตำแหน่งดังต่อไปนี้ คือ :

๑) นายเกษาน จาคิกวนิช ศาสตราจารย์ในแผนกวิชาศัลยศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ดำรงตำแหน่ง รอง อธิการบดี มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ อีกตำแหน่งหนึ่ง.

๒) นายอุดม โปษะเกษณะ ศาสตราจารย์ หัวหน้าแผนกวิชาศัลยศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, ดำรงตำแหน่งคณบดีคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลอีกตำแหน่งหนึ่ง.

๓) นายธระ สุขวิจน์ คาสตราจารย์  
ในแผนกสรีรศาสตร์-นรีเวชวิทยา, ดำรง  
ตำแหน่ง หัวหน้าแผนก วิชาสรีรศาสตร์-นรี  
เวชวิทยา, คณะแพทยศาสตร์และศิริราช  
พยาบาล.

ตั้งแต่วันที่ ๑๕ กรกฎาคม  
๒๕๐๗ เป็นต้นไป.

### แต่งตั้งผู้ปฏิบัติราชการแทนนาย แพทย์ผู้อำนวยการ

มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ได้มีคำ  
สั่งแต่งตั้งให้ คาสตราจารย์ น.พ. สร  
เมตคดียวงส์, ผู้ช่วยนายแพทย์ผู้อำนวยการ  
โรงพยาบาลศิริราช, เป็นผู้ปฏิบัติ  
ราชการแทนนายแพทย์ผู้อำนวยการโรง-  
พยาบาลศิริราช อีกตำแหน่งหนึ่ง. ตั้ง  
แต่วันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๐๗ เป็น  
ต้นไป.

### ข่าวอาจารย์

คาสตราจารย์ น.พ. อวย เกตุสิงห์  
กลับจากทำงานในสหรัฐอเมริกาและ  
เยอรมันตั้งแต่วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๐๗  
และได้เข้าร่วมการประชุมการอบรมศึกษา

แพทย์ของไทยในฐานะกรรมการที่ปรึกษา  
ตลอดรายการ. ระหว่างเวลาสามเดือนใน  
สหรัฐ ฯ คาสตราจารย์ น.พ. อวย ได้เดิน  
ทางผ่านรัฐต่าง ๆ ๑๖ รัฐเพื่อเยี่ยมแผนก  
สรีรวิทยา ๑๗ แห่ง, แผนกเภสัชวิทยา  
๑๐ แห่ง, แผนกชีวเคมี ๑ แห่ง, และ  
แผนกสัตว์ทดลอง ๑๐ แห่ง. ในเวลาอีก  
หกสัปดาห์ในรัฐเยอรมันได้เยี่ยมสถาบัน  
ทางสรีรวิทยา ๑๒ แห่ง, ทางเภสัชวิทยา  
๗ แห่ง และทางด้านอื่น ๆ อีก ใน จังหวัด  
ต่าง ๆ รวม ๑๒ จังหวัด. พร้อมกันนี้  
คาสตราจารย์ พญ. ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์,  
ซึ่งเดินทางไปสัมมนาที่ประเทศเยอรมันก็ได้  
ร่วมการงานในแผนกเหล่านั้นด้วย, และ  
ยังได้ทำงานในแผนก สรีรศาสตร์-นรีเวช  
วิทยาอีก ๕ แห่ง. หวังว่าอาจารย์ทั้งสอง  
จะนำความรู้ ที่เป็นประโยชน์ มาแจกจ่าย  
แก่ศิษย์และผู้ร่วมงานต่อไป.

(๒) น.พ. ชุติศักดิ์ เวชแพศย์ แห่ง  
แผนกสรีรวิทยา ไปศึกษาต่อทางสรีร-  
วิทยาของระบบประสาท ณ ประเทศอังกฤษ  
โดยทุนบริติชเคาน์ซิล กำหนดเดินทาง  
ในวันอังคารที่ ๑ กันยายน ๒๕๐๗ และ  
คาสตราจารย์ น.พ. สอนอง อนุบาล แห่ง  
แผนกสรีรวิทยา กำหนดเดินทางไปทำงาน

ข่าวพยาบาล

ทางชีวเคมีและโรคผิวหนัง สหรัจอเมริกา โดยทุนของมูลนิธิรีออคคิเฟลเลอร์ มีกำหนด ๔ เดือน, จะออกเดินทางในวันอาทิตย์ที่ ๖ กันยายน ๒๕๐๗

อาจารย์ผู้อำนวยการลาออก

อาจารย์ผะอบ พิศลยบุตร, อาจารย์และผู้ชำนาญการ โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย, ได้ลาออกจากราชการตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๐๗, เนื่องจากสุขภาพไม่สมบูรณ์

กลับจากต่างประเทศ

(๑) น.ส. ขุญเดิม สันธามาศ, ครูพยาบาล, แผนกหัตถการ ได้เดินทางกลับจากศึกษาและทำงาน ณ มหาวิทยาลัยบอสตัน, สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๐๗. (๒) นางเป็รียบ วัฒนวิเศษ ได้รับปริญญา M.A. จากมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย, สหรัฐอเมริกา, เดินทางกลับถึงพระนคร เมื่อวันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๐๗, และจะโอนไปรับราชการ ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลนครเข็ขงใหม่,

ไปดงาน

น.ส. อรุโธ ต้นเรืองชาติ, พยาบาลผู้ช่วยผู้ตรวจการแผนกกุมารเวชศาสตร์และ น.ส. ลักณา ศคะนาวิณ, หัวหน้าพยาบาลหน่วยผ่าตัดสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ได้รับทุนจากแผนกการโคลัมโบให้ไปศึกษาและทำงานในประเทศคานาดาเป็นเวลา ๒ ปี, ออกเดินทางโดยเครื่องบินเมื่อวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๐๗.

อาคันตุกะ

(๑) น.ส. เป็ยทริส วิตเตอร์, พยาบาลที่ปรึกษาขององค์การอนามัยโลก, ได้มาแนะนำเกี่ยวกับด้านการศึกษาและบริการพยาบาลแก่บรรดาครูพยาบาล เมื่อวันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๐๗, หลังจากนั้นได้รับประทานอาหารกลางวันร่วมกับบรรดาครูพยาบาล.

(๒) เมื่อวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๐๗ วิทยาลัยพยาบาล, โรงพยาบาลหญิง, ได้ส่งนักศึกษาจำนวน ๑๖ คน มาถึงงานที่โรงพยาบาลศิริราช, เพื่อเป็นความรู้ประกอบการศึกษาภาคทฤษฎีในวิชาพยาบาล.

ทุน “สมเด็จพระราชชนนีฯ”

เมื่อวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๐๗, อธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์และผู้อำนวยการโรงพยาบาลฯ, ได้เข้าพบปลัดบัญชาการ สำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อยุติ

เงินจำนวน ๑๓,๑๒๕ บาท ซึ่งสมเด็จพระราชชนนีฯ ประทานสมทบทุน “สมเด็จพระราชชนนีศรีสังวาลย์”, เพื่อเก็บคอกผลช่วยนักเรียนพยาบาลเหล่าเรียนดี, มีความประพฤติดีแต่ขัดสน. ทุนนี้ในปัจจุบันมีจำนวน ๑๐๐,๒๐๘.๕๐ บาท.

โปรดแก้คำผิด

ในสารศิริราชฉบับเดือนสิงหาคม ๒๕๐๗, หน้าของแถม, เรืองลกหญิงหรือชายตามใจชอบ, มีข้อความสำคัญพิมพ์ตกอยู่ข้างตอนในบรรทัดที่ ๗, ขอได้โปรดแก้เป็นดังนี้: ไซ่ที่ยังอ่อนอยู่จะมีความคงทน โฉมโมโหม วาย, ส่วนไซ่ที่แก่ขึ้นจะมีความคงทน โฉมโมโหม เอ็กซ์.