



สารศิริราช

SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๘ ฉบับที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๐๕

Volume 18, Number 6, June 1966.

The Length of Oesophagus of Thai and Chinese

Sanjai Sangvichien, M.B.

(Dept. of Anatomy)

(Head of Dept.: Prof. Dr. Sood Sangvichien)

Descriptions in standard text-books of anatomy and clinical text-books disagree on the length of the oesophagus. Among the shortest were 9 inches given by McGregor (1957)⁽¹⁾ and 22.5 cm. by Raven (1958)⁽²⁾; next came 24 cm. by Jackson and Jackson (1951)⁽³⁾, 9–10 inches by Colledge (1948)⁽⁴⁾, 10 inches by Hamilton (1958)⁽⁵⁾ and by Grant and Basmajian (1965)⁽⁶⁾, 25 cm. by Anson and Maddox (1957)⁽⁷⁾ and by Huber (1930)⁽⁸⁾, 23–25 cm. by Wyburn (1964)⁽⁹⁾ and by Johnston, Davis and Davis (1958)⁽¹⁰⁾, 23–30 cm. by Jackson and Blount (1946)⁽¹¹⁾. The longest was 25–30 cm. by O'Rahilly (1963)⁽¹²⁾. So far no reason was given to explain these discrepancies.

Abstract: Sangvichien, Sanjai: The Length of Oesophagus of Thai and Chinese. Siriraj Hosp. Gaz. 1966, 18: 297-303.

The length of oesophagus was measured in 19 Thai male, 5 Chinese male and 5 Thai female cadavers, whose ages ranged from 22 to 70 years. The study revealed that the length of the organ as well as the distances from the upper incisors to all anatomical points in the female are shorter than those in the male. The average values showed no marked difference from those described in the standard text-books.

As the actual length of this organ, as measured from its proximal end at the level of lower border of the cricoid cartilage to its distal end at the cardiac opening of the stomach, is important in oesophagoscopy, an

attempt was made to record the length of this organ in the Thai and Chinese subjects. Besides this measurement the distances from the upper incisors to various anatomical points where the oesophagus is constricted, such as to the upper opening, to the point where this organ is crossed by the aortic arch, to the point crossed by the left main bronchus, to the point where the organ pierces the diaphragm and finally to the distal end of the organ, are also recorded.

Material and method

Twenty-nine preserved cadavers, 19 Thai male, 5 Chinese male and 5 Thai female used for dissection by the first year medical students in the Department of Anatomy were used for this study. They were all adult subjects ranging in age from 22 yrs. to 70 yrs. The measurement was made after disarticulation of the lower jaw and removal of all the viscera of the neck and thoracic cavity. The instrument used for measurement was a rigid copper rod shaped like "Bougies' oesophageal dilator", and was scaled

in centimeters. It was inserted into the lumen of the oesophagus in the same way as is an oesophagoscope.

During the measurement the cadaver was placed on the dissecting table with the head fully extended over one end of the table, like the position of the patient under oesophagoscopic examination. The oesophagus was dissected until it was clearly exposed. All important anatomical points mentioned above were marked and the wall of the organ slit open. The instrument was inserted into the mouth, through the pharynx and oesophagus to the distal end of the latter. The distances were recorded successively from the upper incisors, first, to the upper opening of oesophagus, secondly, to the point crossed by the aortic arch, thirdly, to the point crossed by the left main bronchus, fourthly, to the point where the oesophagus pierces the diaphragm, and finally to the cardiac opening. The distance from the level of the lower border of the cricoid cartilage to the cardiac opening was recorded as the actual length of the oesophagus.

ResultsTable 1

Actual length of oesophagus, and distance between upper incisor to distal end of oesophagus in the male.

No.	Race	Age years	Actual length of oesophagus cm.	Distance from upper incisor to distal end of oesophagus cm.
1	T	—	21.5*	34.5
2	T	22	22.0	34.0*
3	T	32	23.0	36.0
4	T	40	24.0	38.0
5	C	34	25.0	38.0
6	C	50	25.0	40.0
7	T	45	25.0	38.0
8	T	70	25.0	39.0
9	C	—	25.5	39.0
10	C	67	25.5	38.0
11	T	27	25.5	39.5
12	T	60	25.5	39.0
13	T	56	25.5	39.0
14	T	65	26.0	39.0
15	T	51	26.0	40.0
16	T	70	26.0	40.0
17	T	37	26.0	40.0
18	C	50	26.0	40.0
19	T	22	26.0	39.0
20	T	25	26.0	38.0
21	T	65	26.0	38.5
22	T	50	27.0	39.0
23	T	46	27.0	40.0
24	T	50	28.0**	41.0**

* = Shortest

T = Thai

** = Longest

C = Chinese

Table 2

Distances from upper incisor to various anatomical points in the male.

I-O = Distance from upper incisor to upper oesophageal opening.

I-A = Distance from upper incisor to point crossed by arch of aorta.

I-B = Distance from upper incisor to point crossed by left main bronchus.

I-D = Distance from upper incisor to point where oesophagus pierces the diaphragm.

No.	Race	Age—years	I-O	I-A	I-B	I-D
1	T	—	13.0	21.5	23.5	33.5
2	T	22	12.0 *	20.5	22.0 *	32.0 *
3	T	32	13.0	21.5	24.0	35.0
4	T	40	14.0	23.0	25.0	37.5
5	C	34	13.0	22.0	24.5	37.0
6	C	50	15.0 **	24.0 **	27.0	39.0
7	T	45	13.0	21.0	25.0	37.0
8	T	70	14.0	22.5	25.5	37.5
9	C	—	13.5	23.0	26.5	38.5
10	C	67	12.5	22.0	24.0	37.0
11	T	27	14.0	24.0 **	27.0	38.0
12	T	60	13.5	22.5	25.5	38.5
13	T	56	13.5	22.5	26.0	38.5
14	T	65	13.0	24.0 **	27.5 **	38.0
15	T	51	14.0	24.0 **	27.0	39.0
16	T	70	14.0	23.0	26.0	39.0
17	T	37	14.0	22.0	25.5	38.5
18	C	50	14.0	23.5	26.0	38.0
19	T	22	13.0	23.5	26.0	38.5
20	T	25	12.0 *	20.0 *	22.0 *	36.5
21	T	65	12.5	22.0	24.0	36.5
22	T	50	12.0 *	23.0	25.5	38.0
23	T	46	13.0	23.0	25.0	39.5 **
24	T	50	13.0	22.0	24.0	38.5

* = Shortest

** = Longest

T = Thai

C = Chinese

Table 3

Actual length of oesophagus, and distance from upper incisor to distal end of oesophagus in the female.

No.	Race	Age years	Actual length of oesophagus cm.	Distance from upper incisor to distal end of oesophagus cm.
1	T	33	20.0 *	31.0 *
2	T	40	21.5	33.0
3	T	35	22.5	34.0
4	T	56	22.5	34.5
5	T	46	24.5 **	35.0 **

* = Shortest

T = Thai

** = Longest

Table 4

Distances between upper incisor to various anatomical points.

No.	Race	Age years	I-O cm.	I-A cm.	I-B cm.	I-D cm.
1	T	33	11.0	19.0 *	21.0 *	29.5 *
2	T	40	11.5	19.5	21.5	32.5
3	T	35	11.5	19.0 *	21.5	33.0
4	T	56	12.0 **	20.5 **	23.5 *	33.5 **
5	T	46	10.5 *	20.0	22.0	33.5 **

* = Shortest T = Thai Codes are same as in Table 2.

** = Longest

Table 5

Averages

		Male cm.	Female cm.	Thai both sexes cm.
1	Actual length of oesophagus	25.2	22.2	24.25
2	I-O	13.2	11.2	12.8
3	I-A	22.5	19.8	21.8
4	I-B	25.18	21.9	24.5
5	I-D	37.5	32.4	36.3
6	I-S	38.9	33.5	37.5

Codes are same as in Table 2.

and I-S = Distance from upper incisor to cardiac opening of stomach.

Table 6

Ranges

		Male cm.	Female cm.	Thai both sexes cm.
1	Actual length of oesophagus	21.5-28	20-24.5	20-28
2	I-O	12-15	10.5-12	10.5-14
3	I-A	20-24	19-20.5	19-24
4	I-B	22-27.5	21-23.5	21-27.5
5	I-D	32-39.5	29.5-33.5	29.5-39.5
6	I-S	34-41	31-35	31-41

Codes are same as Table 5.

Discussion and conclusion

Because of the small number of cadavers available for measuring, no definite conclusion can be drawn. However, the measurement indicates that the length of the organ and the distances from upper incisors to all the anatomical points in the female are shorter than those in the male. The average values show no marked difference from those described in anatomical and clinical text-books. The shorter oesophageal length may be associated with shorter body length among the Thai and the Chinese. The finding of the shortest oesophagus does not necessarily indicate that all the other distances measured will show the smallest values. There are individual variations. In using the oesophagoscope, this should be kept in mind, and one should not depend only on measurements, stated in text-books.

Acknowledgements: I wish to express my gratitude to Prof. Dr. Sood Sangvichien, Head of the Department of Anatomy, to Dr. M.R. Virapunt Davivongs, Department of Anatomy, and to Prof. Dr. Porn Varavej, Department of Ophthalmology and Otolaryngology, for advice and assistance.

References:

1. McGregor, A.L.: A Synopsis of Surgical Anatomy, 8th. ed. Bristol, John Wright & Sons, Ltd., 1957. p. 340.
2. Raven, R.W.: Cancer of the Pharynx, Larynx, and Oesophagus and Its Surgical Treatment. London, Butterworth & Co., Ltd., 1958. p. 215.
3. Handfield-Jones, R.M., and A.E. Porritt: The Essentials of Modern Surgery, 3rd. ed. Edinburgh, E. & S. Livingstone, Ltd., 1948. p. 436.
4. Jackson, C., and C.L. Jackson: Bronchoesophagology. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1951. p. 229.
5. Hamilton, W.J.: Textbook of Human Anatomy. London, Macmillan & Co., Ltd., 1958. p. 479.
6. Grant, J.C.B., and J.V. Basmajian: Grant's Method of Anatomy, 7th. ed. Baltimore, Williams & Wilkins Co., 1965. p. 533.
7. Anson, B.J., and W.G. Maddock: Callander's Surgical Anatomy, 3rd. ed. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1958. p. 314.
8. Huber, G.C.: Piersol's Human Anatomy, 9th. ed. Philadelphia, T.B. Lippincott Co., 1930. p. 1609.
9. Romanes, G.J.: Cunningham's Textbook of Anatomy, 10th. ed. London, Oxford Univ. Press, 1958. p. 1392.
10. Johnston, T.B., D.V. Davies, and F. Davies: Gray's Anatomy, 32nd. ed. London, Longmans, Green & Co., 1958. p. 1392.
11. Schaeffer, J.P.: Morris' Human Anatomy, 10th. ed. Philadelphia, Blakiston Co., 1946. p. 1286.
12. Gardner, E., D.J. Gray and R. O'Rahilly: Anatomy: A Regional Study of Human Structure. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1960. p. 364.

เหตุแทรกซ้อนการเจาะตัดขั้วไขสันหลัง

รายงานผู้ป่วยหนึ่งราย

เกษม ลุ่มวงศ์ พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์.)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ)

นับตั้งแต่เริ่มมีการใช้เข็มในการตัดเนื้อเยื่อ มาตรวจทางพยาธิวิทยา โดย Lucatello เมื่อ ค.ศ. ๑๘๘๕ ที่เรียกว่า "ไบออปซีย์ โดยการกด" (Aspiration biopsy) แล้ว ได้มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของเข็มที่ใช้ในการเจาะตัดไขสันหลังอย่างมากมาย⁽¹⁾. ในเวลาเดียวกันประโยชน์ในทางวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคก็ได้เพิ่มพูนขึ้นอย่างมากมาย. อย่างไรก็ตาม, ในขณะเดียวกันก็มีเหตุอันตรายเกิดขึ้นจากการใช้วิธีนี้ปรากฏขึ้นเรื่อยๆ เป็นหลายประการด้วยกัน. ที่มีผู้รายงานไว้พอสรุปได้ดังต่อไปนี้: (1, 2, 3, 4)

๑. การตกเลือด. ส่วนมากเกิดจากเนื้อเยื่อที่แข็งผิดปกติ, และเลือดตกเกิดขึ้นในช่องท้อง.

๒. การอักเสบของเยื่อช่องท้องเนื่องจากน้ำคั่ง. เกิดขึ้นเพราะมีน้ำคั่ง

เรื่องย่อ ลุ่มวงศ์, เกษม: เหตุแทรกซ้อนการเจาะตัดขั้วไขสันหลัง, รายงานผู้ป่วยหนึ่งราย. สารศิริราช ๒๕๐๕ (ค.ศ. ๑๙๖๖) ๑๘ : ๓๐๔ - ๓๐๗.

ชายไทยอายุ ๓๗ ปี มีก้อนเกิดขึ้นที่ชายโครงขวา. แพทย์ตรวจพบว่ามีก้อนเนื้ออกในตับ, ใช้เข็มเจาะตัดเนื้อตรวจได้ผลเป็นอะดีโนคาร์ซิโนมา, จึงผ่าตัดเอาก้อนเนื้อรายออก. สองเดือนภายหลังจากเกิดมีก้อนเนื้อขึ้นตรงตำแหน่งที่เจาะด้วยเข็ม. แพทย์ผ่าตัดเอาก้อนออก, ตรวจพบว่าเป็นอะดีโนคาร์ซิโนมา, จึงลงความเห็นว่าเนื้ออกนี้เกิดจากเศษเนื้ออกที่ตกหล่นอยู่ในระหว่างการเจาะตัดเอาเนื้อตรวจ.

และลงไปในช่วงท้อง.

๓. เอ็มโบลีสมี อากาศ เกิดจากมีอากาศหลุดเข้าไปในหลอดเลือดของตับ.

๔. เอ็มโบลีสมี น้ำคั่ง. เกิดเนื่องจากมีน้ำคั่งหลุดเข้าไปในหลอดเลือดของตับ.

๕. ยีนัวโมธอแร็กส์. มักเกิดในรายที่ทำการเจาะผ่านช่องว่างซี่โครง.

๖. ยีนัวโมเพอริโตเนียม. อากาศ

รวเข้าช่องท้องระหว่างที่แทงเข็มผ่านเข้า
ไป.

๗. อวัยวะอินตกเจาะทะลุ. อาจเป็น
ลำไส้, ฤงนาค, และอื่น ๆ.

๘. การคิดเช้อ. เกิดจากรักษา
ความสะอาดไม่เพียงพอในระหว่างกระทำ.

๙. อาการเจ็บปวดรุนแรง. ส่วนใหญ่
เป็นประเภทปวดประสาท (นิวราลเจ็บ)
และหายไปได้เอง.

๑๐. ชันเนอรายตกลั่นลงในบริเวณ
ที่เจาะ. อาจเกิดชันเมื่อเจาะไปตรงที่มี
เนอรายอยู่. (5)

ส่วนมาก ของเหตุ แทรกชัน เหล่านี้
เกิดจากการทะลุเลยข้อห้ามใช้วิธีเจาะตัก
ตย์ซึ่งมีผู้กำหนดไว้แล้ว. อันตรายที่
สำคัญมาก อย่างหนึ่งเกิดขึ้น จากการที่มี
เนอ รายตกลั่นลงใน บริเวณที่ ทำการ
เจาะ. แม้จะไม่เป็นเหตุอันตรายในทันที
แต่ก็เป็นหนทาง ของการ กระจายของเนอ
รายค่อไปได้, ดังที่ Sommerfelt ได้รายงาน
เรื่องนไว้เมื่อ ค.ศ. ๑๙๕๒. อับค
เหตุ แขนนี้ เกิด ไม่บ่อยนัก แต่ก็เป็นเหตุ
สำคัญ. จึงเห็นสมควรเสนอรายงาน
คนใช้ค่อไปนี้เป็นตัวอย่าง.

รายงานคนไข้

ผู้ช่วยชายไทย, คู่, อายุ ๓๗ ปี (เลข
ที่คนไข้ภายใน ๔๐๙๕๑/๐๗) มา
โรงพยาบาล ด้วยอาการ สำคัญว่า แน่น
ท้องมาหนึ่งปี.

ให้ประวัติว่าเมื่อ สองปีก่อน ได้เกิด
อาการเจ็บ บริเวณ ชายโครง ข้างขวาเป็น
ครั้งคราว, เจ็บขึ้นเองและหายไปได้เอง.
ต่อมาถึงประมาณหนึ่งปีก่อนมาโรงพยา-
บาล อาการ เจ็บในทนต์ เป็น บ่อยขึ้น และมี
อาการแน่นท้องขึ้นอีกด้วย. ร่างกายชย
ผอมลง และ รู้สึกว่า อ่อนเพลีย มากขึ้น
เรื่อย ๆ. เมื่อห้าเดือนก่อนมาโรงพยาบาล
มักอน เกิด ชันที่บริเวณชายโครง ข้างขวา
พอคลำได้, และโตมากจนทุก ๆ
อาการปวดแน่นและเจ็บในท้องก็มากขึ้น
ด้วย. จึงมาโรงพยาบาล.

เมื่อ รัยไว้ในโรงพยาบาล แล้วได้ทำ
การ ตรวจพบว่ คนไข้ไม่มี อาการคี่ช่าน,
ไม่มีไข้. ลักษณะค่อนข้างชยผอม. ตับ
โตคลำได้ประมาณหนึ่งฝ่ามือ, แข็ง, กด
เจ็บแต่ไม่มาก. ผลการตรวจทางห้อง
ทดลองแสดงว่ตับเสื่อมสมรรถภาพเล็ก
น้อย.

ผลการตรวจโดยใช้ โบรมซัลฟาเลอิน
ราติโอไอโซโทป สแคนนิงค์ พบว่ามีรอย
โรคเป็นก้อนกินเนื้อที่อยู่ใต้ขั้วกล้วยขา.

ได้ทำการเจาะตัดขั้วโดยใช้เข็ม วิม-
ซิลเวอร์แมน, เจาะผ่านไตชายโครง
(ซัปดาห์สุดท้าย) และฉีกโนโวเคน (๑ ปช.)
ให้ชา. ได้เนื้อขั้วเป็นก้อนสีขาวคล้าย
สาคเมล็ดเล็ก ๆ.

ผลการตรวจก้อนเนื้อทางพยาธิวิทยา
แสดงว่าเป็นเนื้อร้ายของขั้ว, ประเภท
อะดีโนคาร์ซิโนมา.

ได้พยายามตรวจหาคำแหน่งเริ่มต้น
ของพยาธิสภาพในท่อน ๆ, เช่นในระยะ
ทางเดินอาหารก็ไม่พบว่ามีในที่ใด. จึงได้
ทำการรักษาโดยผ่าตัดเขี่ยช่องท้อง. พบ
ก้อนเนื้ออกในขั้วกล้วยขา, ในส่วนใกล้
กลาง. หลังการผ่าตัดคนไข้มี สตาฟี-
โลค็อกคัส เซ็ปติซีเมีย. ได้รักษาต่อไป
จนอาการแทรกซ้อนหาย. อาการทาง
ขั้วก็ดีขึ้นจนเป็นที่พอใจ, จึงได้ให้คนไข้
กลับบ้านหลังจากที่ได้อยู่ในโรงพยาบาล
รวมทั้งสิ้นสี่เดือน.

สองเดือนต่อมาคนไข้ได้มาโรงพยา-
บาลอีกครั้งหนึ่งเพื่อให้ แพทย์ติดตามผล

ของการรักษา. ได้ตรวจพบมีก้อนเกิดขึ้น
ใหม่ในตำแหน่งที่เคยทำการเจาะตัดขั้ว.
เป็นก้อนขนาดนิ้วหัวแม่มือ, แข็ง, ไม่ติด
กับผิวหนัง, แต่อยู่ภายในผนังหน้าท้อง.
ร่างกายทั่วไปแข็งแรงดี. ไม่มีก้อนในที่
อื่นอีก, และขั้วก็ได้ยุบลงไปกว่าเดิมมาก
จนคลำไม่พบ.

ได้ให้การวินิจฉัยว่า ก้อนที่ ตรวจพบ
นี้เป็น ก้อนเนื้ออก แพร่กระจาย มาจาก
เนื้ออกของขั้ว.

ได้ทำการ ผ่าตัดพบว่า เป็นก้อนเนื้ออยู่
ในชั้นเนื้อกล้ามเนื้อของผนังหน้าท้อง. ไม่ได้
ลามไปถึงผิวหนังหรือเยื่อช่องท้องเลย.
ก้อนเนื้อนั้นไม่มีผนังล้อม. ได้ทำการตัด
และผ่านเนื้อร้ายก้อนเป็นบริเวณกว้าง.

ส่งก้อนเนื้อ ไปตรวจ ทาง พยาธิวิทยา
ได้รับรายงานว่าเป็นก้อนเนื้ออกร้ายชนิด
อะดีโนคาร์ซิโนมา. จึงแน่ใจว่าก้อน
ที่เกิดขึ้น เป็นผล ของ การ ทิ่มเค็ม เนื้ออก
หลุด ผัง อยู่ใน บริเวณนั้นในระหว่าง การ
เจาะตัดเนื้อขั้วตรวจ ในครั้งก่อน.

หลังจากที่ตัดก้อนเนื้อออก
แล้วคนไข้ก็ไม่ได้มี ก้อนเนื้อ เกิดขึ้นที่
ไหนอีก.

วิจารณ์

ในการใช้เข็มเจาะตัดเนื้อตับแบบ วิม-ซิลเวอร์แมน, ซึ่งประกอบด้วย แคนนูลา กับใบมีดที่เป็นส่วนทำการตัด, อาจตัดเนื้อไตได้โดยมาก. แต่ในการตัดเนื้อมะเร็งซึ่งโดยธรรมชาติมักนุ่มมากนั้น, ในขณะดึงเอาเข็มออกจากก้อนเนื้อ, เนื้อที่เหลวและอาจหลุดตกไปเอง, หรืออาจถูกรัศมีหลุดออกไปโดยการหดเกร็งของกล้ามเนื้อผนังท้อง, ทำให้มีเศษเนื้อเปราะเบาในบริเวณที่ทำการเจาะได้โดยง่าย.

จึงอยู่การตกลงของเนื้อร้ายในบริเวณที่ทำการเจาะตัดนั้นอาจไม่เป็นไปทุก ๆ ราย, และโอกาสที่เนื้อเศษ ๆ นั้นจะออกขึ้นใหม่ก็มีน้อยมากขึ้นไปอีก. แม้กระนั้นการงอกใหม่ของเนื้อร้ายในตำแหน่งที่ทำการเจาะตัดก็พบเพื่อตรวจนับเป็นรองทหนักลว, และเป็นสิ่งที่ยาก, โดยเฉพาะในรายที่ก้อนเนื้อนั้นย่อยหรือเปื่อย. การที่เนื้อร้ายเกิดงอกขึ้นใหม่เพราะเศษที่ตกลงอยู่น้อยมีผลไปถึงการพยากรณ์โรคได้, จึงเป็นเรื่องที่แพทย์สมควรใส่ใจอยู่เสมอ.

สรุป

ได้รายงานผู้ช่วยหนึ่งรายซึ่งมีเนื้อ

งอกเกิดขึ้นที่ผนังหน้าท้องตรงรอยที่เคยใช้เข็ม วิม-ซิลเวอร์แมน เจาะตัดเนื้อร้ายที่ตับกลับขวาเพื่อทำการวินิจฉัยโรค, ในระยะเวลาสองเดือนหลังจากที่ทำการเจาะตัด. แม้เหตุแทรกซ้อนเช่นนี้อาจไม่ทำให้ถึงแก่อันตรายรุนแรง, แต่ก็เห็นเหตุเสี่ยงภัยและเป็นเหตุแห่งโรคประการหนึ่ง.

ผู้รายงานขอขอบคุณท่านศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม โปษะภุชณะ, หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์, ที่อนุญาตให้เสนอรายงานนี้, และขอบคุณนายแพทย์ อุกฤษต์ เปล่งวานิช เจ้าของคนไข้ทางฝ่ายอายุรศาสตร์ด้วย.

เอกสาร

1. Spellberg, M.A.: Diseases of Liver. New York, Grune & Stratton, 1954. p. 58.
2. Sherlock, S.: Diseases of Liver and Biliary System, 3rd. ed. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1958. p. 63.
3. Reifferscheid, M.: Chirurgie der Leber-Klinik und Technik. Stuttgart, Thieme, 1957. S. 136.
4. Leevy, C.M.: Practical Diagnosis and Treatment of Liver Diseases. New York, Hoeber-Harper, 1957. p. 112.
5. Sommerfelt, S.C.: Nord. Med. 1952. 46: 1492.

(Summary of the preceding Report)

TUMOUR IMPLANTATION AS COMPLICATION OF NEEDLE BIOPSY
OF LIVER

Report of One Case

Kasem Limwongse, M.B., Facharzt f. Chirurg.

(Dept. of Surgery)

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

The author reports the case of a Thai man, 37 years old, who developed a lump proved by pathological examination to be an implantation tumour resulting from needle biopsy of the liver performed two months earlier.

Surgical treatment yielded satisfactory result in the case of the primary as well as that of the secondary adenocarcinoma.

(Five references)

บทความพิเศษ

การระบายโพรงเยื่อหุ้มปอด

พิบูล จินตพิทักษ์

ประพัฒน์ นุตะมาน

เผด็จ แก้วพินนา

พลีปส์ พลากร พ.บ. และ

พิทยา หาญเกษม

ประวิตร คุณเขมากรณ

นิรันดร รัชตานุรักษ์

สมชัย บวรกิตติ พ.ด.

(แผนกอายุรศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์จิตต์ ตูจินดา)

ตามธรรมชาติภายในโพรงเยื่อหุ้มปอดมีของเหลวภายในอยู่เพียงบาง ๆ ระหว่างผิวของเยื่อหุ้มปอดด้านที่กรวยอะ (วิสเซอร์ัล) และด้านผนัง (พาราเอทัล) เพื่อหล่อลื่นขณะมีการหายใจทำให้การเคลื่อนไหวต่าง ๆ ของกรวยอะเป็นไปได้ราบรื่น เมื่อเกิดมีอากาศหรือสารน้ำชนิดต่าง ๆ หรือทั้งอากาศและสารน้ำปรากฏอยู่ในโพรงเยื่อหุ้มปอด, ไม่ว่าจะเนื่องจากสาเหตุใดก็ตาม, จำเป็นต้องรีบกำจัดให้

หมดไปจากโพรงเยื่อหุ้มปอดโดยเร็วที่สุดที่จะเร็วได้.* ถ้าปล่อยให้อยู่นานก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงได้หลายประการ, อาทิการติดเชื้อและที่ลำคอก็คือปอดไม่ขยายตัวเต็มที่. ในปัจจุบัน, แผนการรักษา ภาวะมีอากาศ (ป็นิวโมธอแร็กซ์) หรือภาวะมีสารน้ำซึมชาน (พลิวรัล เอ็มพีวชัน) ในโพรงเยื่อหุ้มปอดมักจะปล่อยให้มีการซึมกลับเองของอากาศหรือสารน้ำ, โดยให้แต่การรักษา

* มีข้อยกเว้น ไม่ทำการระบายโพรงเยื่อหุ้มปอด (๑) ในรายที่ได้รับการผ่าตัดปอดออกทั้งข้าง เพราะต้องการห่วงเหนียวไม่ให้เกิดการเคลื่อนที่ของเมดิอัสตินัมรวดเร็วเกินไป และ (๒) ในผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการตัดปอด. เพื่อป้องกันการขยายตัวเกินของส่วนปอดที่เหลือ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้พยาธิสภาพที่เหลืออยู่ในเนื้อปอดมีการกำเริบ.

ต้นเหตุร่วมกับการรักษาประคับประคอง. การเจาะโพรงเยื่อหุ้มปอดมักทำเพียงครั้งแรกเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคและเพื่อการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ. สำหรับในรายภาวะมีอากาศ, การเจาะครั้งแรกช่วยให้สามารถวัดความดันภายในโพรงเยื่อหุ้มปอดได้ (ความดันปรกติภายในโพรงเยื่อหุ้มปอดอ่านได้จาก มาโนมิเตอร์เท่ากับ "ลบ" ๕ มม.ปรอท หรือ ๕ ซม. น้ำ, แต่ความดันที่แท้จริงของโพรงเยื่อหุ้มปอดเท่ากับ $๗๖๐ - ๕ = ๗๕๖$ มม.ปรอท), จึงช่วยบอกถึงชนิดและความรุนแรงของภาวะในรายนั้น ๆ ด้วย. แต่ในบางรายและบางกรณี, เช่นในรายภาวะมีอากาศรั่วเร็วหรือมีความดันภายในโพรงเยื่อหุ้มปอดสูง, หรือในรายมีเลือดหรือหนองในโพรงเยื่อหุ้มปอด, จำเป็นต้องใช้วิธีระบายออก, ซึ่งมีการปฏิบัติดังต่อไปนี้ :-

(๑) การระบายโดยวิธีเจาะด้วยเข็มเป็นครั้งคราว (อินเตอร์มิตเตนต์ อัสปีเรชัน หรือ ธอราเซนเตซิส)

(ก) ในรายมีสารน้ำซึมชานใน

โพรงเยื่อหุ้มปอด (พลิวรัล เอ็ฟฟิวชั่น). ข้อชี้แจงสำหรับการเจาะเพื่อระบายคือ : (๑) มีความผันผวนในการหายใจและการไหลเวียนเลือดและการทำงานของหัวใจ, (๒) มีไข้อยู่เป็นระยะเวลาานเกิน ๓ สัปดาห์, และ (๓) ปริมาณสารน้ำไม่ลดลงเท่าที่ควรเมื่อครบ ๓ สัปดาห์นับจากเริ่มทำการรักษา. ในรายเช่นนี้การระบายสารน้ำออกจากโพรงเยื่อหุ้มปอดมักกระทำกันในช่วงต้นโดยวิธีเจาะออกด้วยเข็มเป็นครั้งคราว. การเจาะคตินิยมใช้ "วิธีเข็ท" (โคลัส เม็ช็อด) เพื่อป้องกันอากาศรั่วจากภายนอกเข้าไปในโพรงเยื่อหุ้มปอด. การมีอากาศรั่วร่วมกับสารน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอดจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน, โดยเยื่อหุ้มปอดมีความหนาเพิ่มขึ้นจากการจับตะกอนของไฟบริน เกาะที่ผิวเยื่อหุ้มปอด. โดยวิธีเจาะด้วยเข็ม มักเจาะได้คราวละไม่เกิน ๕๐๐ - ๗๐๐ มล. เพราะการเจาะออกมากเกินไป จะทำให้ผู้ป่วยแน่นอกและมีการไอรุนแรงเกิดขึ้น, เนื่องจากมีการเคลื่อนที่ของ เม็ท็อสตีนิ่ม และการดึงหลอดลมคอ, หรือจากการที่ปอดขยายตัวเร็วเกินไป. การเจาะแบบนี้ต้องใช้เข็ม

ข้อที่ ๓ ระบายออกคกแบบ “สามทาง”
 ตำแหน่งเจาะนิยมใช้ที่ประมาณช่อง
 ซี่โครงที่ ๘ หรือ ๙ ในแนว “เส้นรัก-
 แร่” เส้นหลัง, หรือกลาง หรือระหว่าง
 นั้น, และมีเจาะในท่านั่งโยหน้า นอก
 จากในรายผู้ป่วยหนัก, อาจจะต้องเจาะ
 ในท่านอนพียงหลังลง. การแทงเข็ม
 พยายามให้ชิดกับขอบบนของกระดูก
 ซี่โครง, เพื่อหลีกเลี่ยงการทำอันตราย
 ต่อหลอดเลือดและประสาททรวงซี่โครง
 (อินเตอร์คอสตัล).

แต่ในรายมีสารน้ำซึมชานในโพรง
 เยื่อหุ้มปอดบางราย, โดยเฉพาะที่มี
 สาเหตุจากเนื้องอก, หรือเมื่อจำเป็นต้อง
 เจาะออกในปริมาณมาก, อาจต้องใช้วิธี
 เจาะ “วิธีเขี่ย” (โอเป็น เมธิค), โดย
 ปล่อยให้อากาศเข้าไปในโพรงเยื่อหุ้ม
 ปอดข้าง, เพื่อทดแทนปริมาณสารน้ำที่
 คุกออก และไม่ให้เกิดการเคลื่อนที่ของ
 เมคิอัสตินัม หรือมีการขยายของปอดรวดเร็วเกินไป. การใส่เข็มคาออกไว้ซึ่งเป็นการ
 รักษาไว้ก่อนในราย เต็มขั้น ป็นิวโม
 ซอแรกซ์ อาจนับได้ว่าเป็นวิธีเจาะ “วิธี
 เขี่ย” เหมือนกัน.

(๑) ในรายที่มีเลือด (ซีโมซอแรกซ์)
 หรือหนอง (เอ็มพัยอมา ซอราซีส) ใน
 โพรงเยื่อหุ้มปอด. ในกรณีเช่นนี้, สำหรับการ
 รักษาในตอนแรกๆ ต้องเจาะออกเป็น
 ครั้งคราวบ่อยๆ เพื่อหลีกเลี่ยงตกค้างอยู่ใน
 ในโพรงเยื่อหุ้มปอดน้อยที่สุดที่จะน้อยได้.
 ตำแหน่งและท่าที่เจาะก็เช่นเกี่ยวกับการ
 เจาะในรายมีสารน้ำซึมชาน. นอกจากนี้
 ในรายที่มีหนองคงอยู่เฉพาะแห่งเป็นถุง
 (โลคเลเค็ด) ต้องอาศัยการตรวจทาง
 ภาย ภาพและการตรวจทางรังสี ช่วยหา
 ตำแหน่งเจาะด้วย. เมื่อใช้วิธีนี้ นานประ-
 มาณ ๒-๓ สัปดาห์แล้วยังไม่ไ้ผล, หรือ
 ในรายที่หนองข้นมาก จึงใช้ “วิธีระบาย
 ตลอดเวลา” (คือนตินอัส เทรเนจ) ซึ่งจะ
 กล่าวในหัวข้อต่อไป.

(๒) การระบายตลอดเวลา (คือนตินอัส เทรเนจ). มี ๒ แบบ.

(ก) แบบเปิด (โอเป็น เทรเนจ). แบบ
 นี้ใช้ได้เฉพาะในรายที่มีหนองในโพรงเยื่อ
 หุ้มปอดอย่างเรอรัง, จนกระทั่งมีการยัก
 ตึกของ เมคิอัสตินัม และส่วนที่อยู่รอบๆ
 ที่เรียกว่า “เอ็มพัยอมา ตึกตรัง” (fixed
 empyema). การทำการระบายจึงมีความ

มุ่งหมายเพียง ให้มีการ ระบายหนองออก จากโพรงเยื่อหุ้มปอดเช่นเดียวกับการเปิด ให้เห็นของผิวไหลออก, โดยอาศัยหลักความ ดึงดูดของโลก (กราวิตี) เท่านั้น. วิธี ทำแบบง่าย ๆ อาจใช้เพียง “กอส เทรน” หรือ “ซิลิกาเร็คท์ เทรน”. แต่วิธีที่ เหมาะคือตัดกระดูกซี่โครง ออกก่อนหนึ่ง (ริบ ริลส์ชั่น) เพื่อให้มีช่องสำหรับใส่ ท่อระบายขนาดใหญ่ได้, เนื่องจากภาวะที่ มีหนองในโพรงเยื่อหุ้มปอดอยู่เรอริง, ออก ซักที่เป็นโรคจะแผยลงและช่องว่างซ- โครงจะแคบมาก. เมื่อตัดกระดูกซี่โครง ออกแล้ว, ใช้มีดกรีดเข้าไปในโพรงเยื่อ หุ้มปอดและใส่คาท่ออย่างชนิดเปลือกแข็ง และรูภายในขนาดใหญ่ มาก ๆ. เอาไว้ (ขนาด ๕๐). ควรทำช่องเปิดที่ปลายท่อ ระบายส่วนอยู่ในอกหลายๆ รูเพื่อป้องกัน การอุดตัน. ตำแหน่งที่ใส่คาไว้มักอยู่ ที่ตำแหน่งกระดูกซี่โครงที่ ๘ หรือ ๙ ใน แนวเส้นรักแร้เส้นกลาง, หรือระหว่าง แนวเส้นรักแร้เส้นกลาง กับแนวเส้น รักแร้เส้นหลัง, เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยต้องนอน ทับท่อระบาย. น้ำที่ไหลจากท่อระบายที่คา ไว้ที่อกปล่อยให้ไหลลงไปในช่วงเก็บที่ห้อย อยู่ข้างเคียง โดยวิธีนี้ผู้ป่วยไม่ต้องนอน

ติดอยู่กับเตียงตลอดเวลา. เมื่อจะลุกเดิน ไปไหนมาไหน, ก็หนีบซี่ (แคลมป์) สาย ยางไว้ก่อน. ฉะนั้นจึงได้ประโยชน์ทางคน ไข้สามารถเคลื่อนไหวได้, ทำให้ย่อยข้าง ที่เป็นโรคขยายได้และรวดเร็วขึ้น. บาง คนนิยมปฏิบัติวิธีนี้ภายหลังทำการระบาย แบบซี่ด (โคลด์สท์ เทรเนจ) เสียก่อนสัก ๗ วัน, จนเห็นว่าทำการระบายแบบซี่ดต่อไป ไม่มีอันตราย.

(ข) แบบปิด (โคลด์สท์ หรือ แอร์ - ไทจ์ด เทรเนจ). แบบนี้ระบายออกจาก โพรงเยื่อหุ้มปอดทางเคียว, อากาศไม่อาจ รั่วเข้าไปได้. มีอยู่ ๒ แบบด้วยกัน.

ก. การระบายลงใต้หน้าแบบธรรมดา
วิธีนี้อาศัย กราวิตี ร่วมกับการดำรง ความดัน “ลบ” โดยอาศัยระบบไซฟอน. ท่อระบายที่ใส่เข้าไปในโพรงเยื่อหุ้มปอดทำ ด้วยยาง, รูภายในค่อนข้างโต. ใช้ ขนาด ๓๐ สำหรับผู้ใหญ่หรือขนาด ๒๕ สำหรับเด็ก. เปลือกท่อต้องแข็ง, มิฉะนั้นจะค้ำตันได้ง่าย, โดยเฉพาะถ้า ความดันภายในท่อเป็น “ลบ”. ท่อระบาย ใช้ท่อเดี่ยวหรือสองท่อ, แล้วแต่ความ จำเป็น. ในรายที่ใช้ท่อระบาย ๒ ท่อก็เพื่อ ความมุ่งหมายที่จะ ระบาย ของ เหลว ทาง

หนึ่งและสำหรับระบายอากาศอีกทางหนึ่ง สำหรับที่ระบายของเหลวใส่เข้าทางช่องที่ ๘ หรือ ๕ ในแนวเส้นรักแร้เส้นกลาง อาจต้องทำการตัดซี่โครงออกที่หนึ่ง แล้วแต่ความจำเป็น. ปลายของท่อภายในโพรงเยื่อหุ้มปอดต้องพุ่งไปในทาง ไบัสทริแยร์ คีล-เคอ-แล็ค โดยจิกอยู่ในแนวราบ (ฮอริซอนทัล) ผ่านจุดกึ่งกลางของกะบังลมปอด. ส่วนของท่อกึ่งกลางระบายที่ ย่นพ่นผนังอกใช้ความยาว ๗ - ๑๐ ซม. ซึ่งไปต่อเข้ากับขวดแก้วทรงรี ซึ่งที่ระบาย ออกโดย ต่อกับท่อ ยางอีกอันหนึ่ง. ทรงรอยต่อ ใช้หลอดแก้วสั้น ๆ, เพื่อให้ สามารถเห็น การไหล ผ่านของของเหลวภายในท่อได้สะดวก. สำหรับที่ระบายอากาศ นิยมใส่ไว้ทาง ด้านหน้าอกผู้ช่วยที่ประมาณช่องซี่โครงที่ ๒ หรือ ๓ ให้ห่างจากกระดูกสันอก ๔-๕ ซม. เพื่อ หลีกเลี่ยง การทำอันตรายต่อหลอดอินเทอร์นัล แมมมารี. ปลายภายในอกจิกให้อยู่ในจุดยอดอก. ปลายที่ระบาย ทั้งสองท่อนอก ออกอาจ โยง มาต่อกับหลอดแก้วรูปตัว "วาย" แล้วต่อไปยังขวดแก้วทรงรีขวดเดียว, หรืออาจจะ

แยกเป็นสองขวดก็ได้.

สำหรับขวดแก้วทรงรี มิวทิเตรียม ดังต่อไปนี้ * : -

ส่วนประกอบ ๑. ขวดแก้วใสขนาด ๑,๐๐๐ ล.ซม. ปากกว้าง ๔ ซม. (อาจใช้ขวดน้ำเกลือของ แบ็กซ์เตอร์ หรือ คัตเตอร์).

๒. จุกยาง (ของเดิมที่มากับขวด หรือของใหม่ทึบคิไตส์นัท), เจาะรู ๒ รู เพื่อให้หลอดแก้วขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ภายใน ๐.๖ ซม. ๒ หลอด, ยาว ๒๔ และ ๘ ซม. ปลายหลอดแก้วทั้งสองให้อยู่นอกขวดโผล่พ้นจุกยาง ๔ ซม.

๓. หลอดยางขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ภายใน ๐.๕ ซม., ยาวประมาณ ๘๐ ซม., และหลอดแก้วขนาดเท่าที่ใส่ในจุก ยาว ๗ ซม.

ท่อทั้ง ๓ ส่วนรวมกันเพื่อนำไปทำไว้ เชื่อมใน ออโตเคลฟว์.

วิธีประกอบขวด ใส่น้ำไว้เชื่อมลงในขวด ประมาณ ๒๐๐ ล. ซม. ภาให้หลอดแก้วอันยาวจุ่มอยู่ในระดับน้ำ ๑ ซม. ปิด

* จากคำแนะนำวิธีเตรียม Water-seal drainage bottle ซึ่งตีพิมพ์ไว้ในห้องผ่าตัดของแผนก ศัลยศาสตร์, ร.พ. ศิริราช.

จากให้แน่น, แล้วพันด้วยผ้าอย่างหนืด. ที่ข้างขวดบีบด้วยอย่างหนืดตามแนวตั้ง, ทำเครื่องหมายตรงระดับน้ำ, และเขียนเวลาที่เริ่มต่อกับที่ระบายจากออก. เหนือระดับน้ำทำเครื่องหมายไว้ทุก ๑๐๐ ล. ซม. จนถึง ๕๐๐ ล. ซม. เพื่อจะได้คำนวณปริมาณ สารน้ำ จาก โพรง เยื่อหุ้ม ปอดที่ออกมาได้สะดวกตลอดระยะเวลาต่อมา.

ข้อที่ควรระวัง ๑. ต้องหนีบขี้ด (แคลมป์) ที่ระบายจากออก ทุกครั้งขณะเคลื่อนย้ายผู้ช่วยเพื่อไม่ให้ น้ำใน ขวด ไหล ย้อน กลับ เข้าในช่องออก, และช่องกัน ไอเป็น ยีนัว-โมธอแรกซ์ ถ้าขวดตกแตก.

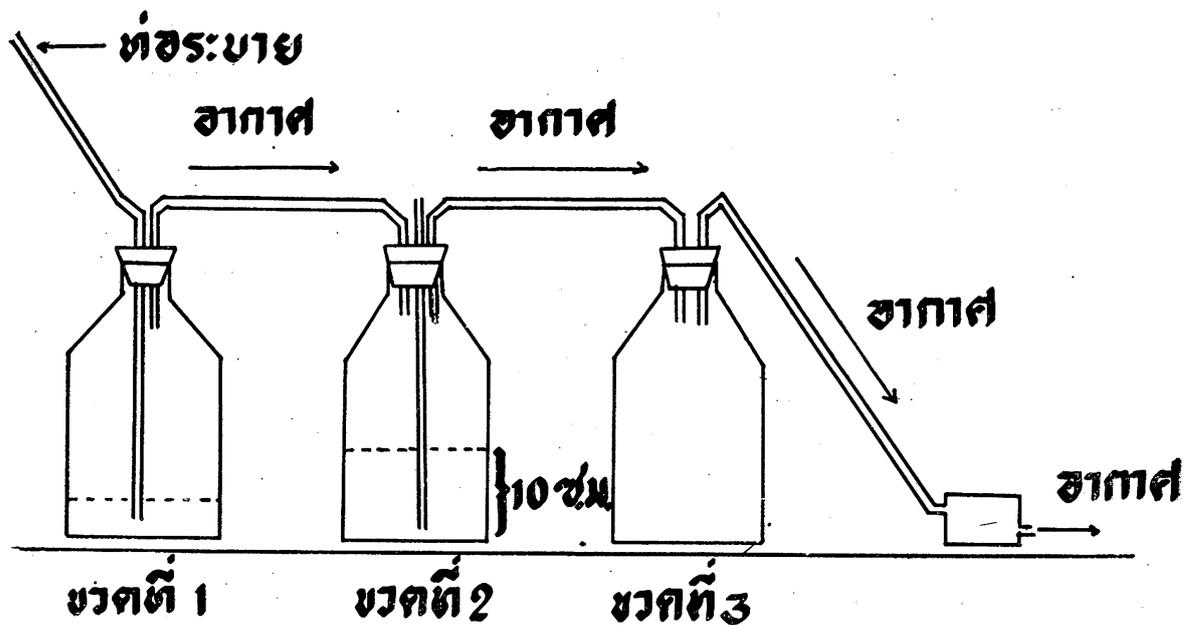
๒. เมื่อผู้ช่วยอยู่บนเตียง ในหอพักผู้

ช่วย, ต้องตรึงขวดติดกับพันด้วยผ้าอย่างหนืด เพื่อกันขวดล้ม.

๓. ทกข้อต่อระหว่างหลอดแก้วและสายยาง ต้อง พันด้วยผ้าอย่างหนืด ให้แน่น เพื่อกันการหลุด.

ข. การระบายโดยใช้เครื่องดูด

(ซัคชั่น เครื่อง). วิธีนี้ใช้ในกรณีที่ต้องการให้ปอดขยายตัวเร็ว, เช่นหลังผ่าตัดปอดและในรายที่มีอากาศในโพรงเยื่อหุ้มปอดชนิดความดันสูง (เห็นชั้น ยีนัว-โมธอแรกซ์), หรือเมื่อรอกอากาศรั่วจากปอดมีขนาดใหญ่, หรือเมื่อการรักษายาเบื้องต้นแล้ว ๑๐ วัน ยังไม่ได้ผล. การใส่ที่ระบายทำเช่นเดียวกับในแบบ "บีบ"



กรรมดา, แล้วต่อเข้ากับขวดแก้วซึ่งต่อไว้เป็นลำดับ ๒ หรือ ๓ ใบ. ใบแรกใช้เพื่อรองรับสิ่งระเหยออกจากโพรงเยื่อหุ้มปอด, จึงประกอบแบบเดียวกับขวดที่ใช้ระบายได้น้ำกรรมดา. (มีผู้แนะนำว่าถ้าใช้ระบายของเหลว, ไม่ควรบรรจุน้ำไว้, เพราะจะทำให้สิ่งที่ระบายออกมาเจือปนน้ำที่มีอยู่ในขวดทำให้ลักษณะของสิ่งที่ระบายออกมาผิดไปจากความจริง.) ใบที่สองใส่หลอดแก้ว ๓ หลอด. หลอดยาวจุ่มอยู่ที่ระดับน้ำ ๑๐ ซม. เพื่อทำหน้าที่

ที่เป็นลิ้นก้นควยน้ำ (ซีลโครสแแต่คิค). เมื่อความดันจากเครื่องดูดเกิน ๑๐ ซม. น้ำ, อากาศภายนอกจะถูกดูดเข้าทางปลายหลอดยาวที่ไหลออกนอกขวด. สำหรับหลอดสั้น ๒ หลอดนั้นหลอดหนึ่งต่อเข้ากับหลอดสั้นของขวดใบแรก, และอีกหลอดหนึ่งเข้ากับหลอดสั้นของขวดใบที่สาม, หรือกับเครื่องดูดตามลำดับ. ขวดใบที่ ๓ ต่อไว้เพื่อยกมันขึ้นยึดเหตุ การดูดเอาน้ำจากขวดที่สองเข้าเครื่องดูด.

แก้คำผิด

เนื่องจากการพลาดพลั้งในการตรวจปรูฟใน สารคดีราช ฌยที่ ๒ เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๐๕ หน้า ๕๕ เรื่อง "เปอร์ออร์ล บี.ซี.จี. วิกซีเนชั่น" ในพารากราฟที่ ๒ บรรทัดที่ ๔ ของความย่อ ถึงข้อความปรากฏ "75 mg. -doses." จึงขอแก้ไขเป็น "7.5 mg. -doses." ขออภัยต่อท่านผู้อ่านด้วย.

บ.ก.



ประกาศของบรรณาธิการ

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.
ดำรง เย็นสาย พ.บ.
นนทนีย์ พรหมผลิน พ.บ.
หทัย บุญโชติ พ.บ.
สมชัย บรรณกิจติ พ.ด.
ประหยัด หัตถนาถรณ์ พ.บ.

แมลงบ่อง และ แมลงมูม

“ชุดแต่หางเองอำ อวดอ้างฤทธิ์” นั้นคือแมลงบ่อง, ซึ่งถ้าเอาฤทธิ์ไปเปรียบเทียบกับ “นาคมีพิษเพียง สร้อย” ก็คงจะเหมือนกับเอาไฟได้ไปเปรียบเทียบกับไฟฟ้า. แต่ที่จริงนั้นในกระบวนสัตว์ขนาดเดียวกันแล้วแมลงบ่องมีฤทธิ์มากพอที่สมควรจะอวดอ้างได้, และการที่มันชกหาเอาไว้นั้นก็เพื่อเป็นการเตรียมที่จะโจมตีได้เท่านั้นเอง. ขณะที่ศัตรูมีแต่คอยระวังเขยวเล็ก ๆ ที่หัวของมันซึ่งไม่มีฤทธิ์เดชอะไรเลยอยู่นั้น. มันมีโอกาสมากที่จะฉกหาอ้อมไปแทงหรือต่อยเอาจากข้างหลังและปล่อยพิษร้ายเข้าไปทำอันตราย. ทั้งนี้เป็นกรณีสอดคล้องกับธรรมชาติของแมลงบ่องซึ่งเป็นสัตว์หากินโดยล่าเหยื่อ. ตกแตง, อ้ายแอ๊ด, ึ่งหรีด, จนกระทั่งแมลงสาบตกเป็นเหยื่อของมันโดยง่ายเมื่อถูกพิษของมัน. แม้แต่มนุษย์

ก็ยังพ่ายแพ้ต่อฤทธิ์ของแมลงตัวน้อยๆ นี้ และอาจจะเจ็บหนักหรือแม้ตายเมื่อได้รับพิษเข้าไปมากพอ.

ส่วนแมลงมูมนั้นมีชื่อในฐานเป็นเจ้าเล่ห์เจ้ากล, ออกอบายวางขายไว้คึกเหยื่อได้ไม่แพ้มนุษย์, ซ้ำยังได้รับยกย่องเป็นแบบอย่างแห่งความพยายามเสียอีกด้วย. ในข้อหลังนี้คงจะต้องยอมยกให้ว่ามีความจริงมาก. ในที่ทางแห่งแมลงมูมอาจช่วยกันสร้างใยปกคลุมที่รวมหลาย ๆ ตารางกิโลเมตร, และแมลงตัวหนึ่งทำหน้าที่ดูแลรักษาใยเป็นบริเวณหลายตารางเมตร. ความกล้าหาญและคร่ำครึก็เป็นสมบัติของแมลงมูมที่ประกอบไปกับธรรมชาติที่ออกล่าเหยื่อ. แมลงมูมบางชนิดเมื่อเห็นอันตรายมาใกล้แทนที่จะวิ่งหนีกลับหันหน้าเข้าสู่, ทรงตัวขนบนขาหลังและแยกเขยวเป็นการเตรียมพร้อมที่จะต่อต้าน

อย่างแข็งขัน. ลักษณะเหล่านี้รวมกันทำให้แมลงมมได้รับสมญาว่าเป็น “พราน” หรือ “นักล่า” ในหมู่แมลงด้วยกัน.

ในปัจจุบันนี้ในประเทศที่เจริญแล้วกล่าวได้ว่าโดยส่วนรวมนั้นแมลงบึ้งและแมลงมมเป็นต้นเหตุอันตรายมากกว่างูพิษ. ทั้งนี้เพราะในประเทศเช่นนั้นงูพิษกลายเป็นสัตว์หายากไปแล้ว, แต่แมลงบึ้งและแมลงมมยังมีชุกช่อนอยู่ในที่ต่างๆ ทั่วไปอีกมาก. ในยี่ห้อๆ อาจไม่มีผู้ถูกกัดเลยสักคนเดียว, แต่ผู้ได้รับอันตรายจากแมลงสองตระกูลนี้มออยู่เสมอๆ. แม้พิษจะไม่แรงเท่าๆ. แต่ก็อาจทำความเจ็บปวดทรมานได้มาก. เด็กๆ อาจมอิตราตายถึง ๒๐ หรือ ๓๐ ปช. ทั้งจากการต่อยของแมลงบึ้งและการกัดของแมลงมม. แต่ผู้ใหญ่มักไม่ค่อยตาย, นอกจากในรายที่อ่อนเพลียอยู่แล้ว. อัตรารตายในผู้ใหญ่มี ๒ ถึง ๓ ปช.

แมลงบึ้งมีแพร่หลายทั้งในโลกเก่าและโลกใหม่. มันเป็นสัตว์ปล้องอยู่ในตระกูล บุกิแค ซึ่งแบ่งออกได้เป็นตระกูลย่อยสามตระกูล, คือ เช่นทรอยคิแน, ตีคิยิแน, และ บุกิแน. แมลงบึ้งในบ้านเราอยู่ในตระกูลย่อยหลังสุดนี้, ซึ่งมีที่เป็นเหตุ

อันตรายในคนได้ถึง ๑๔ ประเภท. ธรรมชาติของแมลงบึ้งชอบอยู่เป็นกลุ่ม, ในที่โล่ง เช่นทุ่งหญ้า. แต่บางพวกก็ชอบหลบเข้าอยู่ตามบ้านคน, ในที่ชอกชอนต่างๆ. พวกที่อยู่กลางแจ้งมักมีสีค่อนข้างไปทางสีน้ำตาล, อาจมีขนาดยาวถึง ๑๑ ซม., และมีพิษมากกว่าพวกที่ชอบอยู่ในเคหสถาน, พวกหลังนี้มีสีดำ, และตัวไม่ค่อยใหญ่นัก. โดยทั่วไปแมลงบึ้งเป็นสัตว์กลางวัน. กลางวันเขาที่ชุกชอน. ต่อกกลางคืนจึงออกหากิน, ซึ่งเป็นเวลาที่มคนถูกต่อยบ่อย. การถูกต่อยในเวลากลางวันมักเกิดจากไปเหยียบเขาตัวมันเข้า, หรือยกย้ายสิ่งของแล้วมือหรือเท้าไปถูกตัวซึ่งช่อนอยู่ข้างในหรือข้างใต้.

พิษของแมลงบึ้งเป็นสารประเภทหนึ่ง ที่แสดงฤทธิ์ต่อระบบประสาท. ที่ได้รับการกระทำก่อนนั้นคือเส้นประสาทรับความรู้สึกเจ็บ. ผู้ถูกต่อยรู้สึกเจ็บปวดมาก. บางคนถึงกับ ช็อคค, และบางคนถึงตายเพียงด้วยเหตุนี้, โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังที่ตองทรมานอย่างรุนแรงอยู่เป็นเวลาหลายๆ ชั่วโมง. ผู้ที่ทนอยู่ได้ก็มีอาการรุนแรงหลายอย่าง. เริ่มต้นด้วยการบวมโดยรวดเร็วในบริเวณแผล, ซึ่งอาจมีเลือด

ออกมาก. ต่อมาอีกประมาณครึ่งชั่วโมง อาการทางสมองและระบบประสาทควบคุม หน้าที่ต่าง ๆ ก็เกิดขึ้น. คนไข้มีอาการตื้นตันวุ่นวาย, ความตื่นเล็ดออกขุ่นสับสน, เหงื่อแตกโทรมตัว, อณูหมึกกายลดต่ำ. อาการที่เห็นบ่อยอย่างหนึ่งคือหนังตาขยับตก, ทำให้ดูเหมือนหลับตา. นอกจากนี้ เหงื่อแล้วน้ำหนักลงอื่นๆ ก็อาจไหลลงอย่างเกินปกติได้. เนื่องจากการควบคุมเสีย. อาการอันตรายคือหัวใจช้าหรือเสียจังหวะ. แต่ส่วนมากต้นเหตุของการตายคืออาการหายใจขัดและหยุดหายใจเนื่องด้วยศูนย์หายใจเป็นอัมพาต. เด็ก ๆ ตายบ่อยกว่าผู้ใหญ่, ดังกล่าวแล้ว, และศพมักจะเกิดการแข็งทื่อโดยรวดเร็วผิดปกติ. ถ้าหากไม่ตาย, อาการที่ปวงก็จะหายไปหมดภายในวันรุ่งขึ้น.

แมลงมมมีอยู่แพร่หลายมากกว่าแมลงยุง, และมีมากตระกูลมากกว่าตัว. ขนาดต่างกันตั้งแต่ไม่ถึงหนึ่งเซนติเมตรจนกระทั่งสามสิบเซนติเมตร (ระยะปลายขาถึงปลายขา). แต่ที่อาจเป็นอันตรายสำหรับคนนั้น มีอยู่ไม่มาก, เป็นพวกที่เรียกว่า “แมลงมมนก” ๒ ตระกูล คือ อะทริกซ์และฮาร์

บีคตีเรลลา, มีในออสเตรเลียและแอฟริกาใต้; กบที่เรียกว่า “แมลงมมแท” อีกตระกูล, ได้แก่ (๑) ลาโทรเคคตัส, อยุ่ทั่วโลก, (๒) ซิคาริอิดา, มีมากในอเมริกา, ไม่มีในทวีปอื่น, (๓) ซเทนิแตะ, มีเฉพาะในอเมริกาใต้, เป็นพวกที่มีพิษมากที่สุดพวกหนึ่ง, (๔) ลัยโคสิแตะ, มีในแถบร้อนและเขตร้อน (ซัยโทรปีค) ของทุกทวีป. แมลงมมของประเทศไทย, เท่าที่มยงไว้, อยู่ในจำพวกลาโทรเคคตัส, ซึ่งเรียกว่า “แม่หม้ายดำ” กบิลัยโคสิแตะ, ที่เรียกว่า “แมลงมมจิ้งจอก” หรือ “ทาร์นเทลลา” ชนิดแท้. ทั้งสองพวกเป็น “แมลงมมบ้าน”, แต่พวกแรกมีพิษแรงกว่าพวกหลังมาก. ลักษณะสำคัญของ “แม่หม้ายดำ” คือตัวกลม, ขนาดประมาณ ๑ ซม., มีตา ๘ ตา, ขาคำ, ที่ตัวเกือบไม่มีขนเลย, ที่หน้าท้องมีจุดเล็ก ๆ สีแดงและเหลือง. พวกนี้เป็นแมลงมมบ้านที่ชอบอยู่ในรังประจำที่, ซึ่งมักเป็นที่มืด ๆ, ไม่ค่อยส่งชนจากพนักินัก, อาจเป็นภายในกระป๋องหรือหีบอะไรเก่า ๆ ก็ได้. เมื่อตกไคเหยอแล้วมักนำเข้าไปเก็บไว้ในบ้านคน, และอาศัยอยู่จนเหยอหมด. ระหว่างนั้นถ้ามีใครไปรบกวน

หรือรังแกก็อาจต่อสู้เป็นการป้องกันตัว. ส่วนพวก “ทาร์นเทลลา” เป็นสัตว์กลางแจ้ง, ชอบอยู่ในที่งา, ที่งูหญ้าหรือป่า, ทำที่อาศัยเป็นโพรงเข้าไปในดิน, อาจมีใยยึดทางเข้า. เวลากลางวันออกล่าเหยื่อ ซึ่งส่วนมากเป็นแมลง. พวกนี้อาจเข้าไปอยู่ในบ้านคนโดยการบังเอิญหรือโดยมีเหตุ, เช่นน้ำท่วม, ทำให้ต้องหนีเข้าไป. พวกนี้เหมือนกับพวก “แม่หม้ายดำ”. คือไม่รุกรานนอกจากต่อสู้เพื่อป้องกันตัวเมื่อเกิดความจำเป็นขึ้น.

พิษของแมลงมมมีหลายแบบ, ตามแต่ชนิด, พวก ซีคาร์วี่แคว หรือ “แมลงมมสีน้ำตาล” มีพิษทำให้เนอตายเฉพาะแห่ง (นีโครสิส) และเลือดละลาย (ฮีโมลิสิส). มีอัตราการตายในคนที่ถูกกัดถึง ๒๐ เปอร์เซ็นต์. หลังจากที่เกิดอาการสำคัญคือ บัสสาวะดำหรือน้ำตาลเข้ม, อาจมีอาการบัสสาวะมาก (โพลีเรีย) หรือไม่มีบัสสาวะเลย (แอนเรีย). ฮีโมลิสิส ภายในหลอดเลือด, และค้ำเหี่ยวปัจจุบัน. แมลงอีกพวกหนึ่งซึ่งอาจทำให้ตายได้คือ โฟนิวเทรีย เฟรา ซึ่งอยู่ในตระกูล ลัย-โคสิแคว. พิษของพวกนี้มีฤทธิ์ในเชิงกระตุ้นและกดระบบประสาท. ทำให้มีอาการ

เจ็บปวดรุนแรง, และมีอาการ ช็อคค์ หรือ คอลแลปส์, คล้ายคลึงกับพิษของแมลงบึ้ง. เป็นเคราะห์ดีที่แมลงพวกนี้ไม่ปรากฏว่ามีในแถบบ้านเรา. แมลงมมมีพิษที่ค่อนข้างร้าย ที่มีในประเทศไทยได้แก่พวก “แม่หม้ายดำ” ในตระกูลย่อย ลาโทรเค็คตัส, มีชื่อว่า ล. มิคทานส์ เททิจิมักตาคัส. พิษของมันทำให้เกิดอาการหลายอย่าง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเจ็บปวดรุนแรง, ไม่เพียงแต่ตรงตำแหน่งที่ถูกกัดเท่านั้นแต่แพร่กระจายไปทั่วตัว, รวมทั้งอวัยวะภายในด้วยซึ่งคนไข้ควรวินิจฉัยว่ารู้สึกเหมือนจะแตกแยกออกไป. บางครั้งมีอาการตะคริว, คลื่นไส้, อาเจียนด้วย. อาการที่บ่งชี้ว่าหนักคือหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ, เหงื่อออกมาก, อ่อนหามีกายลดต่ำ, และหายใจขัดหรือหายใจไม่ออก. ถ้าไม่ตาย, อาการจะทุเลาขึ้นภายใน ๓๖ ถึง ๔๘ ชม., แต่ยังคงพักฟื้นอีกนาน. ในออสเตรเลีย, แอฟริกา, อเมริกากลางและอเมริกาใต้มีคนตายเพราะถูกแมลงมมชนิดนี้กัดหลาย ๆ คน, จนเขาคงชื่อเรียกอาการที่เกิดขึ้นว่า “ลาโทรเค็คตัส” มีบางคนใช้ว่า “ทาร์นเทลลิสม์”

หรือ “ทาร์นทิสมี,” ซึ่งไม่ถูกต้อง. แมลงมมมีพิษออกชนิดหนึ่งซึ่งมีในบ้านเรา เหมือนกันแต่พิษอยู่ในเกณฑ์อ่อนคือ “แมลงมมจิ้งจอก” หรือ “ทาร์นเทลลา” แท้, ซึ่งทำให้เกิดอาการเฉพาะแห่งตรงที่ถูกกัด, ปรากฏเป็นตุ่มหรือเป็นเม็ดคนขนขึ้นมา, ซึ่งในวันรุ่งขึ้นเปลี่ยนสีเป็นเขียวคล้ำ และอีกวันสองวันต่อมากลายเป็นเนอตา. เมื่อสะเก็ดหลุดไปก็มึ่น้ำเหลืองไหลและคัน. ต่อมาก็เกิดตุ่มคล้ายของเดิมขึ้นมาใหม่ตามขอยๆแผล. เมื่อนานเข้าแผลแยกและลึกลง, ทำให้คล้ายกับแผลไฟไหม้, ซึ่งเป็นๆหายๆอยู่หลายต่อหลายสัปดาห์. บางครั้งก็เกิดการติดเชื้อเข้าเต็ม, และเกิดเป็นแผลเป็นอย่างถาวร. พิษของแมลงมมพวกนี้ไม่รบกวนอวัยวะภายใน, ไม่ทำให้ถึงตาย.

การรักษาที่ดีที่สุดและซึ่งจำเป็นร้ายแรงคือการใช้เซรัม. สำหรับพิษแมลงมมมี เซรัม ประเภทมฤทธิรวม (โพลีวัลเลนต์) ซึ่งใช้ได้ทั่วไป. ส่วนสำหรับพิษแมลงมมมีทั้งชนิดรวมและชนิดที่ใช้จำเพาะอย่าง, เช่นสำหรับพวก โฟนิวเทรีย, และ “แม่หม้ายดำ.” ข้อบ่งใช้เซรัม โดยด่วนได้แก่อาการตามัวหรือตาข่ายในรายที่ถูกแมลงมมกัดต่อย, และเลือด

ออกในขี้สสาวะในรายที่ถูกแมลงมมกัด. เซรัม พวกนี้อาจฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือเข้ากล้ามเนื้อ, หรือฉีดเข้าหลอดเลือดอย่างช้าๆ.

สำหรับแมลงมมหรือแมลงมมพวก “แม่หม้ายดำ” ซึ่งพิษมีทั่วร่างกาย, ในระยะถูกพิษใหม่ๆ การใช้รักษาเห็นผลทำนองเดียวกับที่ถูกกัด, เป็นการยับยั้งการกระจายของพิษ, อาจมีประโยชน์. สำหรับความเจ็บปวดอาจใช้ผงน้ำแข็งหรือแม่ มอร์ฟีน. บางคนแนะนำให้ใช้ แคลเซียม กลูโคเนต ฉีดเข้าหลอดเลือด. ถ้ามีอาการตะคริวอาจให้น้ำมันโอลิสติกมัน หรืออะโทรปีน. ในราย ซ็อคค์ คอร์ติโคสเตอรอยด์ และ แอนติฮิสตามีน อาจช่วยได้. ในรายที่มีอาการทางระบบประสาทกลางถูกกัด, เช่นการหายใจช้าหรือความตื่นเลือดตก, ควรให้ยากระตุ้น, และในรายที่ไตถูกกัด, ควรใช้ไตเทียม.

ทั้งนี้พอเห็นได้ว่าแมลงตัวเล็กๆสองพวกนี้อาจก่อเรื่อง โกลาหล หรือแม้ร้ายแรงถึงตายได้, จึงเป็นการสมควรที่จะเรียนรู้เรื่องไว้บ้าง.

เรียบเรียงจาก ว. บีแธร์ล (เจนแฟร์ลิส สคอร์บีโอน อุนด์ สปีนเน็น, ๑๙๖๕) และ ว. เลวิน (กิฟเทอ อุนด์ แฟร์กัฟตุงเก็น, ๑๙๓๑).

แผนกยอเอกสาร

รายนามผู้ยอฉบับนี้: ขจร เชาวนปรีชา พ.บ., ทั่ว บุญโชติ พ.บ., Dipl. Amer. Bd. Radiol.,
สารรัตน์ ขงใจยุทธ พ.บ., ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ พ.บ., M.P.H., สมชัย บวรกิตติ พ.ด.,
กวี เจริญลาภ พ.บ., ป.อ.ร.ส., ผกา ศรีวณิช พ.บ., M.S. นันทา ดิตละสิริ พ.บ.,
ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.บ., พ.ด., F.I.C.S.(Path.)

๑. Lloyd-Davies, R.W. and G.B.

Forbes: ซาร์คอยโตสิส ของถุงน้ำดี.
Gastroenterology. 1965, 49:287.

ผู้ป่วยอายุ ๒๑ ปีมีอาการถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรังและให้ประวัติเคยมีต่อมน้ำลายโตทั้งสองข้าง. การตรวจ โคลิซีสโตแกรม ไม่พบสีในถุงน้ำดี. ผ่าตัดพบถุงน้ำดีมี ไพโรลิส หนาและ ขนาดเล็กลง. การตรวจทางจุลกายวิภาควิทยาของถุงน้ำดีและเนื้อเยื่อข้างส่วนที่ตัดออกพบลักษณะการเปลี่ยนแปลงของการอักเสบแบบ แกรนูโลมา เช่น ที่พบในซาร์คอยโตสิส. เนื่องจาก ต่อมาผู้ป่วยมี อาเจียน และน้ำหนักตัวลดลง จึงทำการตรวจ โดยกินยา เรียม, พบว่ากระเพาะอาหารบีบตัวเพียงเล็กน้อย, จึงตั้งข้อสงสัยว่ามีโรคที่กระเพาะอาหารด้วย. ขาดการต่าง ๆ ดื่นเมื่อให้ยา สเตอรอยด์. ภายหลังการรักษาได้ทำการตรวจ โดยกินยาเรียมอีก

ครั้งหนึ่งพบว่าปรกติ.

ข้อมูลในการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยรายนี้ได้แก่ลักษณะทางคลินิก, ผลการตรวจทางจุลกายวิภาควิทยา, และการตอบสนองต่อการรักษาด้วย สเตอรอยด์. การทดสอบ ไครม์ ในผู้ป่วยรายนี้ให้ผลลบ.

ผู้รายงานเชื่อว่ารายงานนี้เป็นครั้งแรกที่เสนอ ซาร์คอยโตสิส ของถุงน้ำดี.

ขจร เชาวนปรีชา พ.บ.

๒. Burheime, H.J., et al.: การศึกษาหน้าที่ตับในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนลำไส้ใหญ่ด้วยกรด แทนนิก. Amer. J. Roentgenol. Rad. Therap, Nucl. Med. 1966, 96:510.

กรด แทนนิก มีประโยชน์สำหรับการสวนลำไส้ใหญ่และใช้ในการตรวจลำไส้ใหญ่โดยวิธีสวนยาเรียม. แต่เนื่องจากได้เคยมีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตซึ่งพบ

มีการตายของ เซลล์ คับภายในหลังวิธีการ
ดังกล่าว, คณะผู้รายงาน^{นี้}จึงได้ทำการ
ทดลองใช้กรด แทนนิก ผสมกับน้ำสวน
ล้างลำไส้ใหญ่และผสมกับ ขาเรียม ใน
การตรวจลำไส้ใหญ่ทางรังสี, พร้อมกับ
ทำการตรวจหน้าทศบด้วย, ในผู้ป่วย ๔๕
คน. ผลการศึกษาแสดงว่าการใช้กรด
แทนนิก ความเข้มข้น ๐.๒๕ ปช. สำหรับ
สวนล้างลำไส้ใหญ่ และ ๐.๕ ปช. สำ-
หรับผสมกับ ขาเรียม เพื่อการตรวจ รังสี
ไม่ทำให้เกิดผลเสียต่อหน้าที่ คับแต่อย่าง
ใด.

ทวี บุญโชติ พ.บ.,
Dipl. Amer. Bd. Radiol.

๓. Holecek, V., and J. Herlik: การ
ตรวจ สอด ขาค้าน วัณ โรค ในปัสสาวะ.
Rozhl. Tuberk. 1964, 24: 3. (จากย่อเอก
สารใน Amer. Rev. Resp. Dis. 1965,
92:860)

ได้เสนอวิธีง่าย ๆ และได้ผลรวดเร็ว
สำหรับตรวจสอบไอโซไนอะซิด, ซัยโคล
เสอริน, เฮติโอนาไมด์ และ พัยราซิना
ไมด์ ในปัสสาวะ เริ่มแรกกำจัดสิ่งของ
ปัสสาวะที่ต้องการตรวจเสียก่อนโดยการกรอง

ผ่านถ่าน. ต่อไปได้เมื่อยา โซเดียม เฝ็น
ตาซัยอะโนอะมีโนเฟอร์โรนต, ขนาด
๑๐ มก. ลงในปัสสาวะ ๔-๕ ล. ชม.
ถ้ามี ไอโซไนอะซิด ในปัสสาวะจะให้สี
น้ำตาลส้ม. ถ้าให้สีแดงแสดงว่ามี เฮติ-
โอนาไมด์ หรือ พัยราซินาไมด์. สีน้ำ
เงินและน้ำเงินแกมเขียวแสดงว่ามี ซัย-
โคลเสอริน. ถ้าผู้ป่วยมี ซัยโคลเสอริน
และไอโซไนอะซิด จะให้สีเขียว: ถ้ามี
ซัยโคลเสอริน และ เฮติโอนาไมด์ จะให้
สีม่วงเขียว. ผลดังกล่าวนี้จะเกิดขึ้นต่อ
เมื่อผู้ป่วยกำลังกินยาอยู่ภายใน ๒ วัน
ก่อนทดสอบ.

วิธีนี้ ใช้ ได้ สำหรับตรวจสอบว่าผู้
ป่วยกินยาตามแพทย์สั่งหรือเปล่า วิธีนี้ไว
มากสามารถตรวจความเข้มข้นของยาได้ถึง
ขนาด ๑๐ มก./ล.ชม. ของปัสสาวะ.
ความเข้มข้นของสี ช่วยบอก คร่าว ๆ ถึง
ความเข้มข้นของยาในปัสสาวะด้วย.

สารรัตน์ ยงใจยุทธ พ.บ.

๔. Biering-Sorensen, K.: เหตุแทรก
ซ้อนการฉีดวัคซีน บี.ซี.จี. ในทารก.
Ugeskr. Laeg. 1953, 115:1020.

จากการตรวจติดตามทารกอายุต่ำ

กว่า ๑ ขวบ ๔,๐๐๐ คน, ซึ่งได้รับการฉีด บ.ช.จ. เข้าในหนึ่งบริเวณ เกือบชยค์, ที่สถานทารกกสงเคราห์, กรุงโคเปนเฮเกน, เมื่อ ๓ และ ๑๒ เดือนภายหลังฉีดวัคซีน, พบว่า ๒๕๑ คน (๗.๕ ปร.) มีต่อมน้ำเหลืองอักเสบในบริเวณฉีด ซึ่ง ๑๔๐ ราย (๓.๕ ปร.) มีการแตกทะเล. เด็ก ๔๒ คนมีการเป็นหนองมากกว่า ๑ แห่ง.

ผู้รายงานเสนอว่าเพื่อที่จะไม่ให้โครงการ บ.ช.จ. ต้องได้รับความกระทบกระเทือนจากด้านประชาชน, จำเป็นจะต้องหาวิธีบริหารวัคซีนเสียใหม่, หรือต้องเลื่อนการฉีดวัคซีนไปจนกระทั่งถึงอายุก่อนเข้าโรงเรียน.

หมายเหตุของผู้ย่อ: การให้วัคซีน บ.ช.จ. ในเด็กแรกเกิดและทารกมีความจำเป็นมากในชุมชนที่มีอัตราการเป็นวัณโรคสูง (เช่นประเทศไทย). ดังนั้นเมื่อการบริหารวัคซีน โดยวิธีฉีดเข้าในหนังไม่เหมาะสม, จึงสมควรที่จะให้การพิจารณาและศึกษาวิธีบริหาร วัคซีน ทางปากโดยละเอียดต่อไป. (โปรดดู สารศิริราช. ๒๕๐๕, ๑๘ : ๕๕, กว.)

ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ พ.บ., M.P.H.

๕. Grayzel E.F. and M.B. Longson : ความทน คอร์ติโซล ในโรค รูห์มาติก. Lancet. 1964, 2: 66.

ผู้ป่วยเป็นโรค รูห์มาติก เช่น ลีลส์-เทมิก ลปส อิริย์ธมาโตส และ รูห์มาตอยค์ อาร์โรทิส มีความทนต่อการใช้ยา คอร์ติโคสเตอรอยค์ ในขนาดสูงและระยะยาวนาน. คณะผู้รายงานได้ศึกษาผู้ป่วย ๒๓ รายโดยแบ่งออกเป็น ๒ พวก. พวกที่ ๑ เป็นพวก ค้อนโทรล มี ๑๐ ราย. ส่วนอีก ๑๓ รายนั้นได้จัดแบ่งเป็นพวกย่อยๆ อีก, คือพวกที่มีอาการน้อยและปานกลางและได้รับยาพวก คอร์ติโคสเตอรอยค์ น้อย, ส่วนพวกที่มีอาการรุนแรงได้ใช้ยาขนาดสูงมาแล้วไม่น้อยกว่า ๓ เดือนก่อนการศึกษา. พวกค้อนโทรล นั้นได้รับยา คอร์ติโซล ๑๐๐ มก. ๓ วัน.

พวกที่ใช้ สเตอรอยค์ มาก่อนขนาดน้อย, ให้ คอร์ติโซล ๕๐ มก. ๓ วัน. ส่วนพวกที่เคยได้รับ สเตอรอยค์ ขนาดค่อนข้างมากให้ คอร์ติโซล ๑๐๐ มก. ๓ วันเช่นกัน. ระหว่างนี้ให้เก็บัสสาวะในรอบ ๒๔ ชม. เพื่อหาระดับ คอร์ติโซล, ๑๗-คีโตสเตอรอยค์ และ ๑๗-คีโตนเจนิก

- สเตอรรอยด์. ผลปรากฏว่าผู้ป่วยที่มีโรคของ ค้อนเน็คตีฟ ทัสซูน นันชัย สเตอรรอยด์ เสรีออกมาไม่น้อยกว่าพวก ค้อนโตรล. Gneaves และ West (1960) ได้กล่าวไว้ว่า สเตอรรอยด์ เสรีในปัสสาวะเป็น ธรรมชาติ แสดงระดับของ คอร์ติโซลในเลือด. จากผลการทดลองนี้อาจจะอธิบายเป็น ๒ แบบ, คือ:

๑) อาจจะเป็นเพราะว่าผู้ป่วยพวกนี้มีการจับควมระหว่าง สเตอรรอยด์ กับ โปรตีนเพิ่มขึ้นกว่าปรกติ.

๒) อาจจะเป็นการเพิ่ม คอร์ติโซล คายอลิสม์ ในผู้ป่วยประเภทนี้.

การศึกษานพจะสนับสนุนความเห็นที่ว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคของ ค้อนเน็คตีฟ ทัสซูน จะไม่มีอาการของ ซิปเปอร์คอร์ติคอยด์ เมื่อได้รับ คอร์ติโคสเตอรรอยด์ ขนาดสูงและระยะยาวนาน.

ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ พ.บ., M.P.H.

๖. Saliba, A.M., B. Soerensen, and J.P. do Amaral : รอยโรคเกิดจากกินและฉีด

วัคซีน บ.ช. จ. O Hospital. 1964, 65:279.

คณะผู้รายงานได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะรอยโรคซึ่งเกิดขึ้นในหนูตะเภาที่ได้รับ วัคซีน บ.ช. จ. ทางปากและโดยฉีดเข้าในหนัง. หนูทุกตัวถูกทำลายเมื่อครบ ๕ เดือน. ตรวจไม่พบรอยโรคจำเพาะในสัตว์ที่ได้รับ วัคซีน ทางปากและใน ค้อนโตรล; แต่ในพวกที่ฉีดเข้าในหนังบางตัวพบ Ziegler's nodules ในปอด, ซิงก์ซัลไฟด์ ยักษ์, ลิงก์ซันส์, ลิยมโฟซัยต์ และ เซลล์ เอบี อีลียอยด์. ในสัตว์ที่ถูกทำลายเมื่อครบหนึ่งเดือนหลังฉีดวัคซีน ตรวจพบ แกรนโลมา แบบ นิโครลิส ที่ไม่มี เคซเฮชัน ที่ตำแหน่งฉีด, ซึ่งมี เซลล์ เอบี อีลียอยด์, เซลล์ยักษ์ ลิงก์ซันส์, ลิยมโฟซัยต์, ซึ่งห้อมล้อมด้วยปฏิกิริยาไม่จำเพาะของ ทัสซูน ทัสซูน ที่ต่อมาหน้าเหลืองไกลเคียมมี ซิปเปอร์เพลเซีย ของ ลิยมฟอยต์ ฟอลลีเคิล และ SRE elements. ทั้งตำแหน่งฉีดและที่ต่อมาหน้าเหลืองไกลเคียมตรวจพบเชื้อวัณโรคชนิดที่ต่อต้านกรด-อัลคอสซัล.

สมชัย บวรกิตติ พ.ด.

๗. Woods, L.P., E.A. Tinsley, and W.L. Diveley : การข้อมตรวจเสมหะเพื่อวินิจฉัยโรค ฮิสโตพลาสโมซิส ของปอด. *J. Thor. Cardio. Surg.* 1964, 48 : 761.

การข้อมตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ในผู้ป่วย ฮิสโตพลาสโมซิส ของปอด ระยะ แอ็คติฟ ๕๔ รายพบว่า ๓๕ ราย มีเชื้อโรคลักษณะของ ฮ. แค็ปสูลาตาม อยู่ภายใน มาโครฟาจส์, โดยการทดลองศึกษาวิธีต่างๆ กันว่าพบวิธีที่ให้ผลแม่นยำที่สุดได้แก่การข้อมเสมหะส่วนที่เป็นปาร์ติเคิล หรือส่วนหนองด้วยวิธี Wright ตามวิธีข้อมเม็ดเลือดตามธรรมดา. วิธีนี้ช่วยให้ตรวจพบเชื้อได้ ถึง ๒ ใน ๓ ของผู้ป่วยในระยะแอ็คติฟ.

ในรายงานเดียวกันนี้มีผู้อภิปรายว่า โดยการตรวจ เซ็คชัน ทิสซู โดยวิธีธรรมดา, เชื้อ ฮ. แค็ปสูลาตาม อาจผ่านหูผ่านตาได้ง่าย. แต่ถ้าใช้วิธีตรวจด้วยแสง โปลาไรซ์ จะเห็นได้ชัดเจน.

กวี เจริญลาภ พ.บ., ป.อ.ร.ส.

๘. Mahan, M., and A.M. Saleh ลักษณะจุลกายวิภาควิทยาของเยื่อพรหมจารีย์ *Anat. Rec.* 1964, 149 : 313.

รายงานนี้เป็นการศึกษาเยื่อพรหมจารีย์ของคนอายุต่างๆ กัน, ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงระยะหมดระก. พบว่าส่วนใหญ่ของเยื่อประกอบด้วย ไฟบรส์ คอนเน็คติฟิว ทิสซุ, มีทั้งเส้นใย อีลาสติก, คอลลาเจินส์ และ เรติกูลาร์. ทั้งสองค่านกลมด้วยเยื่อบุ สเตรอม่า หลายชั้น, ซึ่งหนาขึ้นในบริเวณขอบที่ติดกับผนังช่องคลอด. พบเม็ดกลัยโคเจิน เท่าๆ กันทั้งทางค่านช่องคลอดและ วัลวา. ที่บริเวณขอบที่ไม่ติดกับผนังและทางค่านช่องคลอดมีตุ่ม คอนเน็คติฟิว ทิสซุ จำนวนมากและแยกเป็นแขนงมากกว่าที่บริเวณอื่นๆ. เยื่อ เยสเม้นท์ประกอบด้วยเส้นใย เรติกูลาร์ เห็นได้ชัดเจน. เนื่องจากเยื่อพรหมจารีย์มี ปริมาณของเส้นใย อีลาสติก มากน้อยไม่เท่ากัน, บางอันประกอบส่วนใหญ่ด้วยเส้นใย คอลลาเจินส์ จึงช่วยอธิบายการที่เยื่อนั้นมีความอ่อนแข็งและความยืดหยุ่นต่างๆ กัน. ไม่พบเม็ดต่อมหรือกลามเนอเลย. มีประสาทมาเพียงน้อย, ไม่พบ เซลล์ หรือใยประสาทที่ขอบข้างที่ไม่ติดกับผนัง, นอกจากที่บริเวณขอบที่ติดกับผนัง ซึ่งเป็น เซลล์ขนาดเล็กชนิด ไบโพลาร์. ปลายใยประสาทแทรกเข้าสู่เยื่อระหว่างตุ่ม คอนเน็ค

ตีฟว์ ทิสซ.

ในเด็กแรกเกิด, เยื่อพรหมจารีมี หลอดเลือดมากและมีเยื่อหนาคล้ายกับ ของผู้ใหญ่ถึงกล่าวมาแล้ว. ระหว่างตั้ง ครรภ์, เยื่อหนามากและมี กลัยโค เจ็น มากกว่าในระยะอื่น. ในระยะหมก รัต, เยื่อบางลงและมี คอรันิฟเคชัน ในบางแห่ง.

एका ศรวณิช พ.บ., M.S.

๕. Adel, H.N., et al. : ผลของภาวะ ความดันเลือดสูงต่อการสังเคราะห์ โชม- เลสเทอรอล ในหนูบ้าน. *J. Lab. Clin. Med.* 1965, 66 : 571.

เพื่อจะแสดง ความเกี่ยวของระหว่าง ภาวะความดันเลือดสูงกับการสังเคราะห์ โชมเลสเทอรอล, ได้ทำการทดลองในหนู บ้านโดยยับยั้งหลอดเลือดแดง รันดี ซ่างหนึ่ง ทำให้เกิดภาวะความดันเลือดสูง. ในวันที่ จะทำลายหนูได้ฉีด อะซีเตต กัมมันตรังสี เข้าช่องท้อง. หลังจากนั้นจึงทำลายหนู เพื่อตรวจระดับ โชมเลสเทอรอล ในพลาสมา, ตับ, ซากทั้งตัว, รวมทั้งหากัมมันตรังสีใน โชมเลสเทอรอล และขนาดหัวใจ และ เอชอร์ตา, และคอติกราก

สังเคราะห์ โชมเลสเทอรอล ในหลอดเลือด โดยใช้ตับจากหนูที่ทำให้เกิดความดัน เลือดสูงเปรียบเทียบกับหนูปรกติ, โดยใช้ สารต้นคอ อะซีเตต และ เมวาโลเนต กัมมันตรังสี.

พบว่าในหนูที่ความดันเลือดสูงมีขนาด หัวใจและหลอดเลือด เอชอร์ตา เพิ่มขึ้น, ตับสังเคราะห์ โชมเลสเทอรอล มากขึ้น เฉพาะเมื่อใช้ อะซีเตต เป็นสารต้นคอ, แต่เมื่อใช้ เมวาโลเนต ได้ผลเหมือนกัน ในทั้งสองพวก, จึงสรุปว่าในภาวะแรง ความดันเลือดสูงจะมีการกระตุ้นให้ตับสัง- เคราะห์ โชมเลสเทอรอล เพิ่มขึ้น และซึ่ง เกิดในระยะระหว่างการเปลี่ยนจาก อะซี เตต มาเป็น เมวาโลเนต; แต่ยังไม่บอกไม่ ใ้ว่าการกดซึม, การสลายและการขับ ถ่ายของ โชมเลสเทอรอล จะมีการเปลี่ยนแปลงบ้างหรือไม่.

นันทา ติตถะศิริ พ.บ.

๑๐. Kuehn, P.G., R. Beckett, J.F. Reed: ทิสซ สเตอโรยด์ ในโรคเนอรัยชนิค ไพรมารี. *Amer. J. Surg.* 1966, 111: 164.

คณะผู้รายงานได้ทำการศึกษาโรค มะเร็งที่เกิดขึ้นหลายแห่งในผู้ป่วยคนเกี่ยว

กัน, ยกเว้นมะเร็งของผิวหนังหรือพวก
เบซิล เซลล์ คาร์ซิโนมา, เป็นจำนวน
๔๖๐ ราย, ซึ่งพบที่โรงพยาบาล ฮาร์ท
ฟอร์ด ในระยะเวลา ๒๕ ปี. ที่พบหลาย
แห่งในถิ่นไม่ใช้การแพร่กระจายหรือ เม
ตาสเทสิส.

อุบัติการณ์ของ ๔๖๐ รายนี้พบในผู้ป่วย
มะเร็งทั้งสิ้น ๑๕,๗๑๑ ราย, และแยก
เป็นของเต้านม ๑๑๓ ราย, โคลอน และ
เร็คทัม ๕๕ ราย, อวัยวะสืบพันธุ์
๘๒ ราย, ทางเดินปัสสาวะ ๕๔ ราย, ช่อง
ปาก, กล้องเสียง, ปอด, และหลอด
อาหาร ๓๐ ราย, ภาวะอาหาร ๑๓
ราย, และอื่น ๆ.

เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งของเต้านม
๑๑๓ ราย, ต่อมาจะเกิดชนิดอื่นในเต้านม
อีกข้างหนึ่ง ๖๒ ราย, เกิดที่ โคลอน
๑๕ ราย, เกิดที่มดลูกและคอมดลูก ๑๔
ราย, เกิดที่รังไข่ ๗ ราย, และที่อื่น.

ผู้ป่วยมะเร็งของ โคลอน และ
เร็คทัม ๕๕ ราย, ต่อมาเกิดที่ตำแหน่งอื่น
ของ โคลอน ๒๓ ราย, เกิดที่รังไข่ ๑๒
ราย, ที่เต้านม ๑๑ ราย, ต่อมลูกหมาก
๕ ราย, ช่องปาก ๖ ราย, มดลูก ๔ ราย,
และที่อื่น.

มะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ๘๒
ราย, ต่อมาเกิดที่เต้านม ๒๕ ราย, ที่โค
ลอน ๑๖ ราย, ที่มดลูก ๑๒ ราย, ที่รังไข่
๖ ราย, และที่อื่น.

มะเร็งของทางเดินปัสสาวะ ๕๔ ราย,
ต่อมาเกิดที่ต่อมลูกหมาก ๕ ราย, ช่อง
ปากและภาวะปัสสาวะอย่างละ ๕ ราย.
หลอดไต, ไต, ปอด, และหลอดอาหาร,
อย่างละ ๓ ราย, และที่อื่น.

มะเร็งของช่องปาก, กล้องเสียง, ปอด,
และหลอดอาหาร ๓๐ ราย, ต่อมาเกิดที่
ในช่องปาก ๕ ราย, ไต, ภาวะปัสสาวะ,
และต่อมลูกหมาก ๗ ราย, ปอดและหลอด
อาหารอย่างละ ๓ ราย, กล้องเสียง ๒
ราย, และที่อื่น.

ผลของการศึกษาจึงแสดงไปทางที่ว่า
มี ทิสซู สเปซิฟิซิตี ต่อมะเร็ง, เมื่อ
ผู้ป่วยเกิดมะเร็งชนิดที่ สเปซิฟิค ทิสซู
อย่างหนึ่ง, แล้วมีชีวิตอยู่นานพอ (๓
ปีขึ้นไป) จนเกิดมะเร็งตำแหน่งที่สองขึ้น,
มักจะเกิดขึ้นใน ทิสซู ชนิดเดียวกันอย่าง
แรก.

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.บ., พ.ด.,
F.I.C.S. (Path.)

ปกิณกะ

๑. “๘๘๘”

กราบเรียน อาจารย์ที่เคารพ

นอกเหนือไปจากอาชีพแพทย์ผมมีชีวิตที่ใคร่จะใช้สังคมแห่งท้องถิ่นอยู่พักหนึ่งในฐานะหัวหน้าผู้บริหารกิจการของเทศบาล. ในระยะหลัง ๆ ของการบริหารไม่แต่เพียงจะได้มีการกระทบกระเทือนกับรากฐานแห่งภูมิธรรมของบุคคลบางคน, หน้าที่ของผมจะต้องมากระทบกับภูมิธรรมของคณะผู้บริหารผู้ อยู่เห็นในกรุงเทพฯ อีกด้วย, ผมจึงตก สิ้นใจที่จะไม่ขอ เกยข้องกับเรื่องบริหาร หรือเรื่องศีลธรรมของผู้หนึ่งผู้ใดอีก, ขอมเป็นผีแพ่โดยสงบราบคาบตลอดมาจนถึงวันนี้.

ผมได้ เคยอ่าน บทความหลายเรื่อง ของอาจารย์ใน “สารศิวิราช” ที่แสดงความเป็นห่วงใยในความประพฤติของนักศึกษาและแพทย์บางคนที่อาจทำให้ความเชื่อดนและคารวะของบรรดาผู้เจ็บไข้หรือประชาชนต่อหมู่คณะแพทย์ของเราเสื่อมถอยลงได้. บทความของอาจารย์จะเป็นที่สนใจ, ชื่นชอบหรือไม่ชอบใจของบรรดา

นักศึกษาและแพทย์ในสถาบันหรือแพทย์ทั่วไปเพียงใดหรือไม่, อย่างไร, ไม่อาจทราบได้, เพราะไม่มีผู้ใดเขียนออกมาให้เห็น สนับสนุน หรือ คัดค้าน อย่างไรใน “สารศิวิราช” ฉบับต่อ ๆ มา. แต่ผมขอยืนยันด้วยความมั่นใจไว้ว่าผู้มีจิตคิดชอบเห็นชอบทุกคนย่อมมองเห็นว่าอาจารย์ได้กระทำหน้าที่ของ “อาจารย์” โดยสมบูรณ์เพียงพร้อม, คือพยายามรักษาเกียรติคุณชื่อเสียงของหมู่คณะและสถาบันด้วยการพรั่สอนตักเตือนในเรื่องความประพฤติ, ศีลธรรม, ตลอดจนให้วิทยาทาน (อันเป็นผลงานที่เด่นของ “สารศิวิราช”) ตลอดมาประมาณยี่สิบกว่าปีแล้ว.

ความจริงนักศึกษาแพทย์ของเราได้รับความรู้ และการอบรมมาในฐานะเป็นนักวิทยาศาสตร์แบบ ตะวันตก เป็นหลักใหญ่. เรื่องของความนิยมทางจิตใจหรือสปีร์ตที่หมนตามไปในแนวทางของนัก คึกษาทาง ตะวันตกไปด้วย. ปรัชญาของพุทธศาสนาซึ่งเคยมีหลักสูตรสั่งสอนกันมาแต่ชั้นประ

ถมหรือมัธยมศึกษานั้น, ไม่เคยมีผู้ใดจะ
 นำเข้าประยุกต์หรือพิสูจน์ว่าพหุศาสตร์นา
 นั้น ไม่ขัดกับ วิทยาศาสตร์แผน ใหม่แต่
 อย่างใด. ความจริงพหุศาสตร์นากลับเกิด
 กลวิทยาศาสตร์แผนใหม่ด้วยซ้ำไป. เช่น
 “อิทธิบาทสี่” เป็นเครื่องยังความสำเร็จให้
 แก่การศึกษาคนคว่ำในแนววิทยาศาสตร์
 ให้เป็นผลสัมฤทธิ์ดียิ่งขึ้นอีกด้วย. พหุ
 ศาสตร์สอน “ไม่ให้คนเซื่องมงาม” โดย
 ไม่มีเหตุผลในคำสอนต่างๆ. แม้ในคำ
 สอนของพระพหุศาสตร์นาเอง พระพหุองค์
 ก็ทรงย้ำให้เรียน, ให้คนคว่ำศึกษาจน
 แจ่มแจ้งแก่ตนเอง, แล้วจึงควรเชื่อใน
 คำสอนหรือวิชาอื่น ๆ โดยแน่นอนไม่
 รวนเร. พหุศาสตร์นาสอนให้คนรู้จักมี
 “สันโทษ”, คือให้ตัดความโลภอันไม่
 สมควรจะพึงมีพึงได้ในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง
 ตามทำนองคลองธรรม, ให้พอใจในทรัพย์
 สมบัติของตน, รู้จักเก็บรู้จักใช้. พหุ
 ศาสตร์สอนให้มีความหมั่นเพียรที่จะหา
 ทรัพย์โดยวิธีที่ชอบสมควร, เพื่อเป็นการ
 ตั้งตัวตั้งฐานะ, ซึ่งเป็นการแก้ความเข้าใจ
 ผิดที่ว่าความสันโทษนั้นเป็นการสอนให้
 เกียจคร้าน.

ข้อบกพร่องของโรงเรียน, สถาบัน,

มหาวิทยาลัย, พ่อแม่, ผู้ปกครอง, รั
 ยาล, อาจมีอย่างหนึ่งที่ไม่พูดหรือสั่ง
 สอนให้แน่ชัดลงไปแก่คนหนุ่มคนสาว
 คนที่จะไปตั้ง ครอบครัวใน สมัยปัจจุบัน
 (ซึ่งแน่นอนว่าจะประสบภาวะแตกต่างกว่า
 สมัยก่อนเป็นอันมาก) ควรจะมีความพอ
 เหมาะพอสมควรอย่างใดแก่ไหน. ถ้า
 ประสบความล้มเหลวในการดำเนินชีวิต
 เขาจะทำอย่างไร. “ศิลปะของการครอง
 ชีวิต” เป็นของสำคัญ, ดังเช่นที่คำ
 บรรยายของ ม.ร.ว. เสนีย์ ปราโมช
 ซึ่งพิมพ์ลงในหนังสือพิมพ์ “สยามรัฐ”
 ซึ่งท่านกล่าวไว้ว่าท่านจะรู้สึกดีที่ได้
 รู้สึกถึงการครองชีวิตที่ถูกต้องก็อาจตั้ง
 หารือเข้าไปแล้ว, ดังนี้เป็นต้น. ปาฐกถา
 ของ ม.ร.ว. เสนีย์ ปราโมช เป็นเรื่อง
 ที่มีความคิดอย่างยิ่ง, แต่ผมก็ยังสงสัยว่าจะ
 มีผู้สนใจอ่านกันสักกี่คน.

ผมได้อ่านเรื่อง “บันทึกเศร้า” ของ
 อาจารย์ใน “สารศิริราช” หน้า ๕๐
 ฉบับมกราคม ๒๕๐๕ นี้แล้ว, ผมก็นึก
 เชื่อว่าคงเป็นความจริงอยู่ไม่มากนักน้อย,
 และพลอยเศร้าใจไปด้วย, ในเมื่อคนไม่ก
 คนอาจทำให้หม่อมคณะพลอยเนาไปด้วยทั้ง
 หมก “เงิน” เป็นสิ่งที่เราจะต้องชวนชวาย

อยากได้จนถึงกับไม่คิดหน้าคิดหลังเที่ยว
หรือ.

บางที ตัวอย่าง ของเพื่อนร่วมชั้นคน
หนึ่งของผมอาจทำให้อาจารย์สบายใจขึ้น
ได้บ้างในปัญหาเรื่องนี้.

นายแพทย์ กนก (คำ) รัตน์* ได้
รับราชการทหาร ในระหว่าง สงคราม
อินโดจีนและสงครามมหาเอเชียบูรพา
จนได้รับยศเป็นนายร้อยเอก, จึงลาออก
จากราชการไปประกอบอาชีพแพทย์โดย
อิสระอยู่ที่เชียงใหม่. ครั้งแรกมีสำนัก
งานอยู่ในใจกลางเมืองใกล้ตลาดวโรรส.
ในระยะ ๕ - ๖ ปีหลังย้ายไปอยู่ที่ถนน
ราชมรรคาทางบ้านเหนือของตัวเมือง.
กนก อতিকตว์ให้แก่ผู้เจ็บไข้ได้ป่วยตลอด
มาโดยไม่มีวันหยุดเสาร์อาทิตย์. เขาไม่
ขรดยนต์. แต่ขสกกเทอร์แทน, เพราะ
สะดวกแก่การเยี่ยมผู้ช่วยไข้ตามตรอก
ตามซอก. ประชาชนให้สมญาเขาว่า
“หมอคนยาก” เพราะเขารักษาไม่ว่า
คนยากคนจน. มีผู้เล่าให้ฟังว่าผู้ช่วยบาง
คนที่เข้าไปขอรับการรักษาที่สำนักงาน
ของเขา, นอกจากไม่มีเงินค่ายาให้, ยัง
ขอสตกหโมเสียดอก. หมอก็เต็มใจควัก

ให้. หมอตั้งใจและสุขภาพ. อาจเนื่อง
จากผลบุญกศลทำให้เขาไม่เคยเจ็บไข้ได้
ป่วยที่สำคัญเลยในระยะยี่สิบห้าปีที่ผ่านมา.

กนกมีนิवासฐานอยู่ทางทิศใต้ของ
เมืองเชียงใหม่ต่อเขตเมืองลำพูน. ที่
บ้านของเขาเป็นบริเวณอันสงบ. บ้านหน้า
ติดถนนใหญ่ด้านหลังติดฝั่งแม่ปิง. ไม่จำ
เป็นต้องมรรวรอบขอบเขต, เพราะแม้แต่หัว
ขโมยก็รักใคร่ยำเกรง ในคุณความดี
อารีอารอบของกนก.

นอกจากจะได้เคยช่วยงานบ้านท้อง
ถิ่นโดยเป็นสมาชิกสภาเทศบาลแล้วใน
ระยะ ๕ - ๑๐ ปีมานี้, กนกได้หันไป
ออกหนุนการศึกษาของเยาวชน, โดยเขา
ได้ชักชวนผู้มีจิตศรัทธารวมทั้งพระสงฆ์
องค์เจ้าผู้มีความหวังดีต่อบรรดาเด็ก ๆ
ในตำบลหนองหอยท้องถิ่นใกล้ ๆ บ้านอัน
เป็นชนบท, จัดตั้งมูลนิธิการศึกษา “รัต-
นัยสามัคคีราษฎร์” อันสืบเนื่องมาจาก
ชอสลกของกนก. ต่อมาได้เปลี่ยนเป็นมด
ลลินหนองหอยศึกษาสงเคราะห์. มูลนิธิ
มีความมุ่งหมายเพื่อให้เยาวชนได้ศึกษา
ในโรงเรียนตัวอย่าง, ที่มีการอบรมให้ถก

* พ.บ. ศิริราช พ.ศ. ๒๔๘๓.

ต้องตามหลักธรรมพระพุทธศาสนา. ให้รู้จักเพาะ ปลูก ทำการ กสิกรรม ตั้ง แต่ยังเยาว์วัย, ให้หัดทำกิจกรรมต่าง ๆ. การศึกษาทางค่านาภาษาต่าง ๆ ก็กวัดขันตั้งแต่ชั้นเล็ก ๆ. เกือบค่าเล่าเรียนแต่เพียงเล็กน้อย. เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระของพ่อแม่ซึ่งส่วนมากมีรายได้น้อย. กนกต้องกันเงินรายได้จากการประกอบโรคศิลป์มาอุดหนุนโรงเรียนนี้ในระยะแรก ๆ เดือนละประมาณ ๒,๐๐๐ บาททุกเดือน. ในระยะหลัง ๆ ในปีสองปี นีโรงเรียนค่อยมีรายได้จนก็ลดเงินอุดหนุนลงเหลือประมาณเดือนละ ๑,๐๐๐ บาท. เงินอุดหนุนโรงเรียนได้มาจากผู้มีจิตศรัทธามาทอดกฐินที่วัด และกรรมการวัดได้จัดแบ่งมาบำรุงโรงเรียนซึ่งอยู่ในอุปถัมภ์ของวัดและได้มาจากผู้มีจิตศรัทธาอื่น ๆ อีกบ้าง.

กนกได้ใช้ความมานะเรียนวิชาครูจนสอบได้ประกาศนียบัตร “พ.ม.” (พิเศษกรรมมัธยม) ได้, มีสิทธิเป็นครูใหญ่ของโรงเรียนอีกตำแหน่งหนึ่ง, เป็นการช่วยเหลือให้มูลนิธิไม่ต้องเสียเงินจ้างครูใหญ่. นอกจากนั้นเงินที่ทางรัฐบาลอุดหนุนโรงเรียนให้จ่ายแก่ครูที่มหาวิทยาลัย, ซึ่ง

กนกจ่ายในนามของตนนั้น, กนกก็นำมาจ่ายเป็นเงินเดือนครูน้อยต่อไปด้วย. นักเรียนของโรงเรียนนี้เริ่มต้นจากเรียนในห้องเรียนที่ มง หลังคา ด้วยไปของตั้ง จนกลายมาเป็นหลังคามงกระเบื้อง, ห้องเรียนโล่งโล่ง จนกลายเป็นห้อง กันฝาไม้. เป็นอันว่าในขณะที่ภารกิจของกนกมีดังต่อไปนี้: ๗.๐๐ ถึง ๘.๓๐ น. ไปดูแลโรงเรียนมัธยมศึกษาสงเคราะห์ (รัตนัย-สามัคคีราษฎร์); ๘.๐๐ ถึง ๑๒.๐๐ น. ตรวจผู้ป่วยที่คลินิก; ๑๓.๐๐ ถึง ๑๖.๓๐ น. เยี่ยมผู้ป่วยตามบ้านและตรวจงานที่โรงเรียน; ๑๗.๐๐ ถึง ๑๘.๐๐ น. ตรวจผู้ป่วยที่คลินิก; ๑๘.๐๐ ถึง ๒๐.๐๐ น. เยี่ยมผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ไปเยี่ยมตามกำหนดที่จัดไว้; ๒๐.๓๐ น. อายนารับประทานอาหาร; ๒๑.๐๐ ถึง ๒๒.๐๐ น. บำเพ็ญวิปัสสนากรรมฐาน.

กนกปฏิบัติเช่นนั้นตลอดมาเป็นเวลานานยี่สิบแล้ว. เขามีชีวิตอยู่อย่างสงบสุขไม่เดือดร้อนกระวนกระวาย. มีชีวิตอยู่เพื่อทำความดีให้แก่ตนเองและผู้อื่น. เขาหา “เงิน” มาได้ด้วยน้ำพักน้ำแรงอันเหน็ดเหนื่อย, แล้วก็แบ่งปันให้ผู้อื่นไปอีก.

เมื่อวันทำงานที่ระลึกในวาระสำเร็จ
การศึกษาครบยี่สิบห้าของแพทย์ปริญญา
รุ่น ๑๓ (๒๔๘๓ - ๒๔๘๔) ที่แพทย์ -
สมาคมเมือคนวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๐๕
บรรดาพี่น้องตลอดจนครอจารย์และครอบครัว
ของผู้ไปร่วมงานได้มีศรัทธาบริจาค
เงินคนละเล็กน้อยตามศรัทธาให้แก่มูลนิธิ
ของหอศึกษาศงเคราะห์ ของกนก,
ได้เงิน ๒,๗๔๓ บาท, แล้วยังได้เงินที่
เหลือจากการจัดงานฉลอง (และบำรุง
ศิริราช) อีก ๗๐๐ บาท, และมีเพื่อน
บาง คนกับผู้มีจิตศรัทธาให้ อีก ๕๐๐.
นับว่านายคนที่มีผู้ชื่นชมและศรัทธาใน
การอุทิศเสียสละของกนก รัตนัย.

เท่าที่ผมได้กราบเรียนมา โดยสังเขป
นี้, ผมหวังใจว่าจะทำให้อาจารย์และผู้

อื่นที่เป็นห่วงใย ศักดิ์ธรรม ของ แพทย์เรา
คอยสยายอกสยายใจกันได้บ้าง.

ด้วยความเคารพรัก

“ ศิษย์ พ.บ. รุ่น ๑๓ ”

(อ่านแล้วชื่นใจหายเศร้า, โดยเฉพาะเมื่อมา
ระลึกว่า “ศิริราช” ผลิตแพทย์มากกว่าสามพันคน
แล้ว, และผลิตอยู่เรื่อย ๆ อีกปีละร้อยเศษ, แพทย์
เหล่านี้ถูกระดมด้วยโลหะ, โทสะ, โมหะอยู่ตลอด
เวลา, ย่อมจะมีผู้หลงผิดคิดพลาดไปบ้าง. แม้แต่พระ
ภิกษุมีสื่อเป็นเครื่องเหนี่ยวรั้งถึง ๒๒๗ ข้อ, ยังพลาด
พลั้ง. บางองค์ถึงกับปาราชิก, หมดหนทางที่จะกลับ
เป็น “พระ” (ผู้ประเสริฐ) อีกได้. แพทย์ไม่มีวินัย
เข้มงวดขนาดพระภิกษุ, ต้องระมัดระวังตัวเอง, การ
หลงออกนอกทางจึงเป็นเรื่องธรรมดา. แต่แพทย์เราคือ
ที่ไม่มีบทบัญญัติต้อง “ปาราชิก”. เมื่อผิดพลาดแล้ว
รู้ตัว, ประพฤติเสียใหม่, ก็ยังมีโอกาสล้างขาวได้,
เพราะวิชาที่อาจารย์ ประสิทธิ์ ประสาทให้ นั้น ยังคงอยู่,
ไม่หายไปไหน, บังอาจกลับตัวเป็น “ผู้ควรแก่การวะ”
ได้อีก. บ.ก.)

๒. เกี่ยวกับ “ซี.พ.ซี.”

Department of Medicine,
Siriraj Hospital, Dhonburi,
July 20th, 1966.

The Editor,
Siriraj Hospital Gazette.
Dear Sir :

I would like to express my appre-
ciation to “A Reader” who brought

our attention to the several mistakes
made in the C.P.C. case 7. As the
record was condensed, several facts
had to be dropped out and so were
several chronological investigations.
Perhaps I am not too late to correct
some of these unfortunate deficiencies
with this letter.

เมื่อวันทำงานที่ระลึกในวาระสำเร็จ
การศึกษาครบยี่สิบห้าของแพทย์ปริญญา
รุ่น ๑๓ (๒๔๘๓ - ๒๔๘๔) ที่แพทย์ -
สมาคมเมือคนวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๐๕
บรรดาพี่น้องตลอดจนครอจารย์และครอบครัว
ของผู้ไปร่วมงานได้มีศรัทธาบริจาค
เงินคนละเล็กน้อยตามศรัทธาให้แก่มูลนิธิ
ของหอศึกษาศงเคราะห์ ของกนก,
ได้เงิน ๒,๗๔๓ บาท, แล้วยังได้เงินที่
เหลือจากการจัดงานฉลอง (และบำรุง
ศิริราช) อีก ๗๐๐ บาท, และมีเพื่อน
บาง คนกับผู้มีจิตศรัทธาให้ อีก ๕๐๐.
นับว่านายคนที่มีผู้ชื่นชมและศรัทธาใน
การอุทิศเสียสละของกนก รัตนัย.

เท่าที่ผมได้กราบเรียนมา โดยสังเขป
นี้, ผมหวังใจว่าจะทำให้อาจารย์และผู้

อื่นที่เป็นห่วงใย ศักดิ์ธรรม ของ แพทย์เรา
คอยสหายอกสหายใจกันได้บ้าง.

ด้วยความเคารพรัก

“ ศิษย์ พ.บ. รุ่น ๑๓ ”

(อ่านแล้วชื่นใจหายเศร้า, โดยเฉพาะเมื่อมา
ระลึกว่า “ ศิริราช ” ผลิตแพทย์มากกว่าสามพันคน
แล้ว, และผลิตอยู่เรื่อย ๆ อีกปีละร้อยเศษ, แพทย์
เหล่านี้ถูกระดมด้วยโลหะ, โทสะ, โมหะอยู่ตลอด
เวลา, ย่อมจะมีผู้หลงผิดคิดพลาดไปบ้าง. แม้แต่พระ
ภิกษุมีสื่อเป็นเครื่องเหนี่ยวรั้งถึง ๒๒๗ ข้อ, ยังพลาด
พลั้ง. บางองค์ถึงกับปาราชิก, หมดหนทางที่จะกลับ
เป็น “ พระ ” (ผู้ประเสริฐ) อีกได้. แพทย์ไม่มีวินัย
เข้มงวดขนาดพระภิกษุ, ต้องระมัดระวังตัวเอง, การ
หลงออกนอกทางจึงเป็นเรื่องธรรมดา. แต่แพทย์เราคือ
ที่ไม่มีบทบัญญัติต้อง “ ปาราชิก ”. เมื่อผิดพลาดแล้ว
รู้ตัว, ประพฤติเสียใหม่, ก็ยังมีโอกาสล้างขาวได้,
เพราะวิชาที่อาจารย์ ประสิทธิ์ ประสาทให้ นั้น ยังคงอยู่,
ไม่หายไปไหน, บังอาจกลับตัวเป็น “ ผู้ควรแก่การวะ ”
ได้อีก. บ.ก.)

๒. เกี่ยวกับ “ ซี.พ.ซี. ”

Department of Medicine,
Siriraj Hospital, Dhonburi,
July 20th, 1966.

The Editor,
Siriraj Hospital Gazette.
Dear Sir :

I would like to express my appre-
ciation to “ A Reader ” who brought

our attention to the several mistakes
made in the C.P.C. case 7. As the
record was condensed, several facts
had to be dropped out and so were
several chronological investigations.
Perhaps I am not too late to correct
some of these unfortunate deficiencies
with this letter.

The clinical course of the patient consisted of two episodes, firstly, when he came with respiratory infection, and secondly, when hypotension and acidosis superimposed on the 10th. hospital day.

1. The blood pressure of 90/60 mm. Hg. as given by Dr. B.P., was the blood pressure on admission. The blood pressure of 60 mm. Hg. which I mentioned was the systolic blood pressure recorded on the 10th. hospital day when signs of Na depletion and acidosis developed.

2. The evidence for Na depletion came indirectly from the response of blood pressure to the Na administration. In the absence of clinical history of Na loss via G.I. tract and excessive bronchial secretion and sweating, the systolic blood pressure was found to be 60 mm Hg. which rose subsequently to 110/70 mm Hg. after 120 mEq of isotonic NaHCO_3 was given. The skin turgor, although it is not a reliable sign of Na depletion in an aging man, did show a remarkable response to Na supplement. The evidence of water depletion on the 10th. hospital day arose from the records of insufficient intake and replacement of water during the first 10 days.

3. We collected the 24 hour urine for the estimation of Na, K, Cl after the patient was found to have the evidence of Na depletion. Unfortunately the specimen could not be completely

sampled due to leakage of urine; the only completed specimen was sent to the central laboratory and the amount of urinary Na excretion was not obtained, as seen in the report. Estimation of serum electrolytes was not done during the week-end; therefore, the data presented were those of a few days later.

4. If we assume that the patient had Na loss through the kidney, then Addison's disease and tubular defect in renal handling of Na and water must be differentiated from each other. Because the patient was seriously ill and the urinary Na excretion could not be estimated, steroid was given in this case with the hope that it would check the Na loss in the urine, if there were adrenal insufficiency.

5. The high serum Na values as appeared in the report were those after the steroid had been given. They indicated that the patient had water depletion which was fully supported by the records of fluid balance. When I checked the records, there was still water depletion, although "correction of dehydration" was reported. With the serum Na of 154 mEq/L, a state of hyperosmolality, the Sp. Gr. of urine was 1.014. This was taken as indication that the tubule responded inadequately to excessive ADH production.

I hope that "A Reader" will keep on enjoying our C.P.C. presentation and continue to comment and give helpful suggestions.

Yours sincerely,

Sanga Nilwarangkur
(Dr. Sanga Nilwarangkur)

(หมายเหตุของ บ.ก. การเสนอ ซี.พี.ซี. มีเหตุแห่งความไม่สมบูรณ์สำคัญ ๒ ข้อ, คือการเสนออย่างย่อ, กับการเสนอเป็นภาษาอังกฤษ. ทั้งสองเหตุทำให้มีความคลาดเคลื่อนอยู่เสมอ. แต่เราไม่สามารถจะทำอย่างอื่นได้, เพราะเหตุผลหลายประการ. จึงขอร้องทั้งท่านผู้อ่าน, ผู้พูดและผู้เขียนให้ทำความเข้าใจในเรื่องนี้ไว้.)

๓. รายงานเรื่องเจ้าหน้าที่แผนกกายวิภาคศาสตร์และนักศึกษาแพทย์ ไปร่วมในการขุดค้นโครงกระดูกก่อนประวัติศาสตร์ใน พ.ศ. ๒๕๐๘

โดยการชักนำของข้าพเจ้าและโดยการยินยอมของคณะสำรวจโครงกระดูกก่อนประวัติศาสตร์ไทย-เคนมาร์ก, เจ้าหน้าที่ของแผนกกายวิภาคศาสตร์และนักศึกษาแพทย์ในคณะแพทยศาสตร์ และ ศิริราชพยาบาลได้ไปร่วมมือกับคณะสำรวจทำการขุดค้นและรวบรวมโครงกระดูกมนุษย์สมัยหินใหม่ที่พบที่บ้านเก่า จังหวัดกาญจนบุรี ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๐๔ - ๒๕๐๖.

หลังจากนั้นเกี่ยวกับเรื่องโครงกระดูกมนุษย์ทั้งก่อนประวัติศาสตร์และในประวัติศาสตร์ก็ได้มีการติดต่อร่วมมือกันระหว่างหน่วยขุดค้นต่างๆ กับแผนกกายวิภาค

ศาสตร์, เช่นโครงกระดูกที่พบที่พิมาย, โครงกระดูกพบที่ใกล้เจดีย์ท่าอาเภออู่ทอง, และการขุดค้นโครงกระดูกโดยกรมศิลปากรที่หม้อบ้านเก่า, จังหวัดกาญจนบุรี, ในขุดค้มาออกสองครั้ง, เจ้าหน้าที่ของแผนกกายวิภาคศาสตร์ก็ได้ไปร่วมมือด้วย, รวมทั้งการเคลื่อนย้ายโครงกระดูกเข้าสู่พิพิธภัณฑสถานก่อนประวัติศาสตร์ที่ก่อตั้งขึ้นที่หม้อบ้านเก่า, จังหวัดกาญจนบุรี.

ในการขุดพบโครงกระดูกมนุษย์สมัยหินที่ภายในบริเวณกรมทหารปืนใหญ่ จังหวัดลพบุรี, เจ้าหน้าที่ของแผนกกายวิภาคศาสตร์ไม่ใคร่ร่วมในการขุดค้น, เป็นแต่ไปช่วยขุดย้ายโครงกระดูกเพื่อนำมา

I hope that "A Reader" will keep on enjoying our C.P.C. presentation and continue to comment and give helpful suggestions.

Yours sincerely,

Sanga Nilwarangkur
(Dr. Sanga Nilwarangkur)

(หมายเหตุของ บ.ก. การเสนอ ซี.พี.ซี. มีเหตุแห่งความไม่สมบูรณ์สำคัญ ๒ ข้อ, คือการเสนออย่างย่อ, กับการเสนอเป็นภาษาอังกฤษ. ทั้งสองเหตุทำให้มีความคลาดเคลื่อนอยู่เสมอ. แต่เราไม่สามารถจะทำอย่างอื่นได้, เพราะเหตุผลหลายประการ. จึงขอร้องทั้งท่านผู้อ่าน, ผู้พูดและผู้เขียนให้ทำความเข้าใจในเรื่องนี้ไว้.)

๓. รายงานเรื่องเจ้าหน้าที่แผนกกายวิภาคศาสตร์และนักศึกษาแพทย์ ไปร่วมในการขุดค้นโครงกระดูกก่อนประวัติศาสตร์ใน พ.ศ. ๒๕๐๘

โดยการชักนำของข้าพเจ้าและโดยการยินยอมของคณะสำรวจโครงกระดูกก่อนประวัติศาสตร์ไทย-เคนมารัก, เจ้าหน้าที่ของแผนกกายวิภาคศาสตร์และนักศึกษาแพทย์ในคณะแพทยศาสตร์ และ ศิริราชพยาบาลได้ไปร่วมมือกับคณะสำรวจทำการขุดค้นและรวบรวมโครงกระดูกมนุษย์สมัยหินใหม่ที่พบที่บ้านเก่า จังหวัดกาญจนบุรี ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๐๔ - ๒๕๐๖.

หลังจากนั้นเกี่ยวกับเรื่องโครงกระดูกมนุษย์ทั้งก่อนประวัติศาสตร์และในประวัติศาสตร์ก็ได้มีการติดต่อร่วมมือกันระหว่างหน่วยขุดค้นต่างๆ กับแผนกกายวิภาค

ศาสตร์, เช่นโครงกระดูกที่พบที่พิมาย, โครงกระดูกพบที่ใกล้เจดีย์ท่าอาเภออู่ทอง, และการขุดค้นโครงกระดูกโดยกรมศิลปากรที่หม้อบ้านเก่า, จังหวัดกาญจนบุรี, ในขุดค้มาออกสองครั้ง, เจ้าหน้าที่ของแผนกกายวิภาคศาสตร์ก็ได้ไปร่วมมือด้วย, รวมทั้งการเคลื่อนย้ายโครงกระดูกเข้าสู่พิพิธภัณฑ์ก่อนประวัติศาสตร์ที่ก่อตั้งขึ้นที่หม้อบ้านเก่า, จังหวัดกาญจนบุรี.

ในการขุดพบโครงกระดูกมนุษย์สมัยหินที่ภายในบริเวณกรมทหารปืนใหญ่ จังหวัดลพบุรี, เจ้าหน้าที่ของแผนกกายวิภาคศาสตร์ไม่ใคร่ร่วมในการขุดค้น, เป็นแต่ไปช่วยขุดย้ายโครงกระดูกเพื่อนำมา

ศึกษาต่อ. ได้ย้ายโครงการกระดูกชนมา ๗
โครง. ขณะนี้ได้นำมาประกอบเสร็จแล้ว
เป็นบางส่วนแต่ยังไม่ได้เสนอเป็นรายงาน
ละเอียด. เพราะโครงการกระดูกส่วนใหญ่
จำนวนกว่า ๕๐ โครงยังอยู่ในความดูแล
ของกรมศิลปากร.

ในปลายปี พ.ศ. ๒๕๐๘ ถึงต้น พ.ศ.
๒๕๐๙ โดยความร่วมมือและความยิน
ยอมของกรมศิลปากร, ได้มีคณะสำรวจ
ชาวต่างประเทศเข้ามาทำการศึกษาร่อง
ราวก่อนประวัติศาสตร์ไทยถึงสามคณะ.
คณะเดนมาร์กเดินทางโดยมิสเตอร์ Per
Sørensen, คณะชาวอเมริกันจาก
มหาวิทยาลัยฮาวายนำโดย Dr. W.G.
Solheim II, โดยมีนักโบราณคดีชาว
นิวซีแลนด์ร่วมด้วย, คณะสำรวจจาก
พิพิธภัณฑ์ธรรมชาติวิทยาของอังกฤษ นำ
โดยมิสเตอร์ Watson และ Dr. Sievking.
ทั้ง ๓ คณะได้ออกสำรวจตามความถนัด
และความสนใจของตัว. คณะเดนมาร์กได้
ไปขุดค้นคอกในเขตจังหวัดกาญจนบุรี. ครั้ง
นี้ก็ได้ไปสำรวจที่ถ้ำของชะ, ซึ่งเคยพบหลัก
ฐานก่อนประวัติศาสตร์มาตั้งแต่ครั้งการ
สำรวจเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๔. ปรากฏว่าได้
พบโลงชนย้ายศพซึ่งชาวบ้านเข้าใจว่าเป็น

เรือหรือที่เก็บน้ำเป็นจำนวนมาก, พบ
เครื่องมือเครื่องใช้ตั้งแต่สมัยหินกลางถึง
สมัยโลหะ. โครงการกระดูกส่วนใหญ่เป็นของ
มนุษย์สมัยใช้โลหะ. อาจมีโครงการกระดูก
สมัยหินใหม่อยู่เพียงเล็กน้อย. ข้าพเจ้า
ได้ไปร่วมการขุดค้นเพียงคนเดียวใน
ระหว่างวันที่ ๘ มกราคม ถึงวันที่ ๒๑
มกราคม พ.ศ. ๒๕๐๙. กระดูกที่รวบรวม
ได้มีการขุดข้าง, เพราะต้องรีบเอาขึ้น
เพื่อหนีฝนซึ่งกำลังจะตกชุกตามมา. ได้
โครงกระดูกมนุษย์สมัยใช้เหล็กมา
ประมาณ ๑-๘ โครง. ขณะนี้ยังอยู่ใน
ความดูแลของกรมศิลปากร.

ก่อนหน้าการไปสำรวจที่ถ้ำของชะ
ข้าพเจ้าได้ออกเดินทางร่วมกับเจ้าหน้าที่
ของกรมศิลปากร และมิสเตอร์ Per
Sørensen ไปจังหวัดราชบุรีเมื่อวันที่ ๕
มกราคม พ.ศ. ๒๕๐๙, เพราะในเขต
อำเภอเมืองใกล้อำเภอจอมบึงเคยพบโครง
กระดูกและเครื่องปั้นดินเผาเนื่องจากเขต
หลุมเผาถ่านตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๖. โครง
กระดูกขณะนี้อยู่ที่แผนกกายวิภาคศาสตร์,
แต่ประกอบเข้าเป็นโครงไม่ได้เพราะผู้พบ
ทำลายเสียก่อนเพื่อจะนำเอาไปทำ
ฉาปนกิจ. เป็นโครงกระดูกและถ้วยชาม

สมัยหินใหม่ใกล้เคียงกับที่พบที่หมู่บ้านเก่า. โดยความสามารถของ นายโชติแสงสมพร, ช่างปั้นของแผนก, ได้ประอบและต่อเสริมเศษเครื่องปั้นดินเผาเหล่านั้นขึ้นมาจนมีรูปคล้ายของเดิม. หลังจากที่มีสเตอร์เบียร์ ซอเรนเซน กลับจากการชกคนทลาของบะแล้ว, ได้เดินทางไปทำการชกคนทลาชวีตตามตำบลทกล่าว. คงได้แต่โครงกระดูก ๒-๓ ชิ้นที่เหลือจากที่พบครึ่งที่แล้วและเศษเครื่องปั้นดินเผาอีกเล็กน้อย. เข้าใจว่าบริเวณนี้เป็นแต่เพียงที่อาศัยชั่วคราว. แต่ได้หลักฐานที่สำคัญว่ามนุษย์สมัยนี้รู้จักสร้างบ้านเรือนอยู่เพราะพบรอยหลุมปักเสา. เจ้าหน้าที่ของแผนกกายวิภาคศาสตร์ไม่เข้าร่วมในการชกครั้งนี้.

ในวันที่ ๒ มีนาคมได้ไปสำรวจที่จังหวัดชลบรีตามข่าวว่ามีผู้พบรอยเท้าของคนหรือสัตว์โบราณ. ปรากฏว่ารอยนั้นเกิดจากน้ำเซาะ. ไม่พบร่องรอยว่าที่จังหวัดชลบรีมีมนุษย์หรือสัตว์สมัยก่อนประวัติศาสตร์อาศัยอยู่. แต่มีซากกระดูกและเครื่องสัมฤทธิ์อย่างเช่นแสดงว่าจังหวัดนี้มีการเกวของกับเรื่องราวในประวัติศาสตร์ของไทย.

ในปลายเดือนกุมภาพันธ์ได้มีผู้นำชาวมาแจ้งกับกรมศิลปากรว่ามีผู้เข้าไปค้นหาซากควาได้พบที่เขาสามเหลี่ยม, ตำบลวังตั้ง, อำเภอเมืองจังหวัดกาญจนบุรี. ภายในถ้ำมีเครื่องปั้นดินเผาพร้อมทั้งเครื่องมือหินเป็นจำนวนมาก, ชาวบ้านกำลังชกค้นเพราะเข้าใจผิดว่าลึกลับที่มนุษย์สมัยนั้นใช้เป็นเครื่องประดับเป็นตะกรุดเครื่องราง, ได้มีการทำลายเครื่องปั้นดินเผาและชกด้วยโครงกระดูกกระจัดกระจายหมดเพื่อค้นหาลึกลับ, ข้าพเจ้าได้ขอร่วมกับเจ้าหน้าที่ของกรมศิลปากรเดินทางไปสำรวจ เมื่อวันที่ ๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๐๕. พักที่วัดลาดหญ้า ๑ คืน. ได้ทำการสำรวจและชกคนเมื่อวันที่ ๕ และที่ ๖ มีนาคม. ปรากฏว่าเป็นบริเวณที่ฝังศพมนุษย์สมัยหินใหม่. ไม่ปรากฏเครื่องมือหินสมัยหินที่เก่ากว่านั้นหรือ เครื่องมือทำด้วยโลหะ. ในการฝังศพหรือกระดูกสมัยนั้นมเครื่องมือเช่นใส่ภาชนะดินเผาและเก็บเครื่องมือเครื่องใช้ของผู้ตายรวบรวมไว้ด้วย, จึงมีชาวของเครื่องปั้นดินเผาจำนวนมากจนผู้นำชาวมาแจ้งกล่าวว่าจะต้องขนถึงสามคันรถ. แต่เป็นที่น่าเสียดายอย่างยิ่ง, โดยความเข้าใจผิดของชาวบ้านตาม

ที่กล่าวแล้วได้ทำลายวัตถุอันมีค่าเสียหายหมด. ส่วนที่เป็นเครื่องปั้นดินเผาที่แยกเสียหาย. ส่วนที่เป็นเครื่องมือหนักเก็บเอาไปรวบรวมไว้โดยไม่เข้าใจถึงคุณค่า. กรมศิลปากรรวบรวมมาได้เป็นจำนวน ๑๗ หีบ, และข้าพเจ้าได้ออกเงินส่วนตัวจำนวน ๔๐๐ บาทซื้อเครื่องปั้นดินเผาที่ยังคงรูปคืออยู่จากที่ผู้พบในถ้ำรวบรวมไว้มอบให้กรมศิลปากร. โครงการระดมทรัพย์รวบรวมจากประชาชนยังอยู่ในความดูแลของกรมศิลปากร.

เมื่อกลับมาถึงคณะ ฯ แล้วข้าพเจ้าได้แจ้งคุณค่าของการค้นพบวัตถุก่อนประวัติศาสตร์ที่ถ้ำเขาสามเหลี่ยมต่ออาจารย์และนักศึกษาของท่าน. มีหลายคนอยากไปศึกษาและเห็นด้วยตาตนเองและเมื่อทราบว่ายังมีชาวของอีกเป็นจำนวนมากถึงจะชำรุดแล้วก็อาจจะบรรณะให้คงรูปเดิมได้โดยเจ้าหน้าที่ของเรา. ทำให้บางคนอยากให้ข้าพเจ้าจัดคณะออกไปสำรวจอีก. แต่การออกไปมอปลสรรคที่สำคัญอยู่ ๒ - ๓ ประการ, เช่นเงินทุน, พาหนะ และผู้นำทาง. อปลสรรคสำคัญประการแรกแก้ไขตกโดยศาสตราจารย์ นาย แพทย์ โรจน์ สวรรณสุทธินำทุนที่กรุณาให้การมอขย

ให้คนควาเรองนของคุณโสภา ลอัสสระ-นกล, มาให้เป็นจำนวนหนึ่งหมื่นบาท. นอกจากนั้นท่านประธานมูลนิธิวิทยาคม จินยณมยังสัญญาจะช่วยเหลืออีกสามพันบาทถ้าขาดเหลือ. อปลสรรคประการที่สองแก้ตกโดย ความช่วยเหลือของ คุณเหลือพร ปุณณะกันต์รีบไปติดต่อขอรถและผู้นำทางจากกรมการทหารขนส่งให้. คณะจำนวน ๕ คนโดยมีนักศึกษา ๕ คนได้ออกเดินทางเมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม. วิทยานิศึกษาหญิงอีกหนึ่งจากกาญจนบุรี. ค่าที่วัดตลาดหญ้า ๑ คืน. รุ่งขึ้นได้เดินทางโดยรถจีบ ๒ คันถึงถิ่นเขาเวลา ๑๑.๐๐ น. คณะได้ปรึกษากันว่าการเดินทางลำบากและกินเวลาเกินไปกลับถึง ๕ ชม. เวลาจะทำงานมีน้อย, ควรจะสร้างที่พักบริเวณต้นเขาจึงจะมีเวลาทำงานได้มากชั่วโมงขึ้น. ที่ประชุมตกลง, จึงลงมือสร้างที่พักโดยชาวคณะจำนวนหนึ่งอีกจำนวนหนึ่งกลับไปขนและซอของมาให้พอการค้างแรมประมาณ ๔ วัน. งานขุดค้น, ถ้ำเลี้ยงของชนจากถ้ำ, ร่อนแยกเอาของออกและบรรจุลงหีบห่อ, ได้ทำตั้งแต่วันที่ ๑๗-๒๑ มีนาคม ในสองวันสุดท้ายมีเจ้าหน้าที่ของแผนกมาร่วมมืออีก ๒ คน, รวมเป็นคณะสำรวจ ๑๒

คน, คนนำทางและช่วยขับรถของกรมทหารขนส่ง ๒ คน, รวมเป็น ๑๔ คน, ระหว่างนั้นได้จ้างคนงานชายสำหรับขนส่งวันละ ๑๕ บาทวันละ ๔-๕ คน, คนงานเด็กหญิงไว้สำหรับรถของวันละ ๑๐ บาท ๔-๕ คน. บางวันมีของลำเลียงขนมามากได้จ้างถึง ๗ คน. หยกงานในตอนเที่ยงวันที่ ๒๑ และขนของมาที่แก่งหนองปลาตกเพื่อลำเลียงไปขนลาคหน้าโดยเรือหางยาว. การขุดค้นทำเป็น ๒ ตอน. ตอนแรกแย่งบริเวณถ้ำออกเป็น ๔ ส่วน. เก็บเครื่องปั้นดินเผาที่ทำให้แตกหักโดยชาวบ้านเป็นบริเวณที่ ๑, ๒, ๓, ๔ เมื่อเสร็จงานตอนนั้นแล้วได้ทำการขุดเป็นหลุมทดลอง ๕ หลุม, ประมาณหลุมหนึ่งยาว ๒ เมตร, กว้างหนึ่งเมตร. ในระยะลึก ๒๐ ซม. แรกดินอ่อนร่วนสะควกแก่การขุดโดยขามาเพื่อร่อนแยกเอาของขอก. จากระยะ ๒๐ ซม. ดินแข็งมากขุดได้ของเล็กน้อย, โดยมากเป็นลูกขี้ต. ทั้ง ๕ หลุมมีลักษณะคล้ายคลึงกัน, จึงสันนิษฐานว่าศพและของใช้เหล่านี้คงไม่ได้ถูกฝังเป็นต้นนำไปวางไว้ภายในถ้ำ, การที่กระดูกและของบางส่วนอยู่ลึกลงไปเล็กน้อยก็เป็นเพราะเศษดินหินร่วงทับลงไปตามกาลเวลา. และ

เกิดจากค้างคาวซึ่งหมักหมมลงไปด้วย, สถานที่นั้นจึงเป็นสถานที่เก็บศพ, burial ground หรือ mortuary ของมนุษย์สมัยหินใหม่โดยแท้. ตามความเห็นของข้าพเจ้า ๆ คิดว่าที่แห่งนี้อาจเป็นสถานที่เก็บศพที่ใหญ่ที่สุดในตะวันออก, และควรจะเก็บไว้เป็นสมบัติของชาติให้ชนชาวไทยรุ่นหลังมีโอกาสได้ศึกษาว่ามนุษย์ที่ได้มาอาศัยในสมัยประมาณ ๓๐๐๐ ปี ซึ่งอาจเป็นบรรพบุรุษของเราได้, มีการกินอยู่อย่างไร, มีฝีมือและความสามารถแค่ไหน ในการทำเครื่องปั้นดินเผา, เครื่องมือหินและเครื่องประดับ. ถ้าท่านสามารถเก็บไว้ให้คงสภาพเดิมไว้ก็จะกลายเป็นสถานที่ตั้งคณะนักศึกษาและนักท่องเที่ยวให้ไปศึกษาและชมโบราณวัตถุแห่งนั้น, นำความเจริญมาสู่เจ้าของท้องถิ่นอย่างมากมาย. ฉะนั้นจึงเป็นที่น่าเสียดายที่ชาวบ้านที่เช่าของไว้ทำลายวัตถุอันมีคุณค่า ยิ่งทางประวัติศาสตร์ให้หายสาบสูญไปจากผืนแผ่นดินไทย, และไม่สามารถจะหามาทดแทนหรือชดเชยได้อีก. ฉะนั้นการที่เจ้าหน้าที่ของแผนกกายวิภาคศาสตร์และนักศึกษาร่วมมือกันไปสำรวจครั้งนั้น, คงจะช่วย

ให้ คงมี ถาวรวัตถุ แลสง วัฒนธรรม ของ
 หมู่ชนที่กล่าวแล้วได้บ้างพอสมควรตาม
 สติปัญญาความสามารถของเจ้าหน้าที่ที่
 ไม่ได้ศึกษาเรื่อง รวบรวมเหล่านี้มา โดยตรง,
 วัตถุที่รวบรวม ได้ขณะนี้ กำลัง รอสถานที่
 เพื่อ จำแนก และ ประกอบให้คง สถาวร
 เดิม. ข้าพเจ้าหวังว่าจะมีของมากพอที่
 จะทำเป็นพิพิธภัณฑ์ก่อนประวัติศาสตร์
 ในสมัยหินใหม่ได้ถ้ามีทุนและเวลาพอ
 สำหรับงานนี้. ค่าใช้จ่ายรวมทั้งที่ใช้ซื้อ
 วัตถุต่าง ๆ ที่ชาวบ้านเก็บไปเป็นเงินทั้ง-
 หมด ๘,๑๕๗.๐๐ บาท.

วันที่ ๒๖ มีนาคม มีสเตอร์วิคชัน
 นักสำรวจชาว อังกฤษ ได้นำโครงการระด
 สมัย สมฤทธิ ที่ชด คัน พบที่ ไชยบาดาล,
 จังหวัดลพบุรี, มามอบให้เพื่อ ให้ข้าพเจ้า
 ศึกษาต่อ.

วันที่ ๒๗ มีนาคม โดยการเชิญของ
 ค็อกเตอร์ซอลไฮม์ให้ให้ไปช่วยในการชด
 คัน โครงการ ระด สมัย สมฤทธิบ้านนา,
 อำเภอกเรียง, จังหวัดขอนแก่น, ข้าพเจ้า
 ได้ออกเดินทางจาก กรุงเทพฯ ข ด้วยรถ
 ขี่โดยผู้ช่วยของค็อกเตอร์ซอลไฮม์ เมื่อ
 เวลา ๑๓.๒๐ น., ถึงพิมาย ๑๘.๐๐ น.
 ค้าง คืนที่ เรือน พัก ของ หน่วย ศิลปากร

ประจำพิมาย. รุ่งขึ้นเดินทางถึงค่ายล
 ชด คันเวลา ๑๔.๐๐ น. จากบ้านพักเดิน
 ไปตามท้องนาประมาณ ๑๐ นาทีถึงที่
 ชด คัน. เป็นเนินเตี้ยชดิกขมเรียง, การ
 ชด คันดำเนินไปมาก. มีกระดกซ้อนกัน
 หลายชั้น. การวางแผนการชด คันดี. แต่
 ผู้คุม การ ชด คัน ไม่รู้เรื่อง โครง กระดก
 ปล่อยให้คนงานชดตามสยาย. ดินที่โครง
 กระดก เหล่านี้ฝังอยู่เป็น ดินเหนียวผิวกบ
 ดินที่ขานเก่าซึ่งเป็นคนข่นทราย. ลักษณะ
 ของดินคึกแน่นกับเนื้อกระดก. คนงานที่
 ชด ไม่รู้เรื่องรูปลักษณะของ โครงกระดก,
 จึงชดเอาเนื้อกระดกทิ้งออกไปด้วย. โครง
 ที่ใดจึงไม่สมบูรณ์อาจทำให้การศึกษาไม่
 ได้ผลตามที่คาดหมาย. ข้าพเจ้ามีเวลา
 ครองนเพียง ๓ วัน, จึงชดได้เพียงสอง
 โครงก็หมดเวลาเพราะที่ชดไว้ยังไม่เรียบ
 ร้อย. พอจะเอาชดได้ต้องทำความสะอาด
 และตัดดินเพิ่มเติม. พบโครงที่น่าสนใจ
 คือมีการฝนและแต่งพื้นหน้าเหมือนที่พบ
 ที่บ้านเก่า. ในวันที่สามทำไม่ได้เพราะ
 ฝนตกในคืนวันที่ ๓๐ โครงกระดกชุ่มน้ำ
 ไปหมด, ข้าพเจ้าจึงกลับในย้ายวันที่ ๓๑
 มีนาคม, ถึงกรุงเทพฯ วันที่ ๑ เมษายน,

โดยรีบปากว่าข้าพเจ้าจะไปอีกในวันที่ ๘ เมษายนพร้อมไปกับเจ้าหน้าที่รวม ๔ คน.

ออกเดินทางพร้อมไปกับนักศึกษาชาย ๒ คน และนายสมพงศ์หัวหน้าคนงานของแผนกเป็นคนขับรถของแผนกและไปร่วมกันชดคันด้วย. ถึงพินายเวลา ๑๔.๐๐ น. พา นักศึกษาไปทำการบรรณะปราสาทหินพิมายและไทรงาม. จึงขึ้นออกเดินทางถึงบ้านนาดีเวลา ๑๕.๐๐ น. ได้ทำงานระหว่างวันที่ ๕-๑๒ ทั้งชุด, คบแต่ง, พยัใหม่, ย้ายเอาชนจนหมด. โครงกระตกที่พอเอาชนได้เป็นจำนวนราว ๑๑ โครง. โครงเหล่านี้หาที่สมบรณ์เท่าที่บ้านเก่าได้ยาก. โดยมากจะโหลกหายไป. เข้าใจว่าการฝังศพของหินคงชดหลวมฝัง. การชดออกจักัยโครงกระตกของศพเดิมกระจัดกระจายไปได้. นอกจากนั้นพบหลวมแสดงว่าได้สร้างบ้านเรือนอยู่. เสาที่ยักหลวมไปกระทบโครงกระตกทำให้กระจายออกไปได้. ยืนยันได้ว่าเป็นมนุษย์สมัยสุภทธิ, เพราะพบแบบหล่อขวานสมัยสุภทธิทำด้วยหิน ๓ ชุด เครื่องมือหินมน้อยมาก. มีลูกขี้ดงาเหมือนที่พบที่บ้านเก่า. เครื่องบนดินเผาผดกบที่พบที่บ้านเก่าอย่าง. พบกำไลมือทำด้วยโลหะ

(สมัยสุภทธิ), คงสวมอยู่ที่ข้อมือทั้งสองข้างของโครงกระตก ๑ โครง, คล้ายกับที่พบที่ลพบุรี. ขณะนี้ได้ย้ายโครงกระตกเหล่านี้มาไว้ที่แผนกทั้งหมด. รอเวลาและสถานที่เพื่อศึกษาต่อไป. กลับถึงกรุงเทพฯ เวลา ๑.๐๐ น. วันที่ ๑๓ เมษายน.

ผลได้จากการสำรวจเรื่องราวก่อนประวัติศาสตร์ใน พ.ศ. ๒๕๐๕ พอสรุปได้ดังต่อไปนี้ :

๑. ได้หลักฐานยืนยันแน่นอนว่ามีมนุษย์อาศัยอยู่ในยุค หินใหม่ จนถึงยุคโลหะเกือบทั่วตลอดดินแดนไทยปัจจุบัน.

๒. ประเพณีบางอย่าง, เช่น การฝังและ คบแต่ง พื้นหนามอยู่ตั้งแต่บ้านเก่า, ยุคหินใหม่ และ จนถึง ชอนแก่น, ยุคสมัยสุภทธิ.

๓. บุคคลสมัยหินใหม่ในดินแดนไทยปัจจุบันมีฝีมือในทางเครื่องบนดินเผา, และ ทำเครื่องมือเครื่องใช้จากหินอยู่ในชั้นยอดเยี่ยม (หลักฐานจากถ้ำสามเหลี่ยม).

๔. เครื่องบนดินเผาบางชนิดอาจสืบเนื่องมาถงปัจจุบัน. ถ้ายืนยันได้แน่ก็เป็นการศึกษาอีกแนวหนึ่งว่าบุคคลเหล่านี้ อาจเกี่ยวข้องกับอยู่กับคนไทยปัจจุบัน.

๕. ทำให้ความหวังที่จะให้แผนก
กายวิภาคศาสตร์เป็นศูนย์สำหรับการค้น
คว้ากระดูกของมนุษย์ก่อนประวัติศาสตร์
มีทางทำได้แน่นอนขึ้น.

๖. อาจขยายงานจนเกิดเป็น พิพิธ-
ภัณฑ์ ก่อน ประวัติศาสตร์ ขึ้นในคณะ
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล.

๗. ได้ฝากอาจารย์และเจ้าหน้าที่ของ
แผนกให้ได้รับความรู้กว้างขวางขึ้นในวิชา
การแขนงนี้.

๘. ได้ฝากอบรม นักศึกษาให้เข้าใจ

และเห็นความสำคัญในวิชาแขนงนี้.

๙. ได้ฝากให้นักศึกษารัฐกิจภูมิ
ประเทศ, ประชาชน, และเข้าใจถึงประ-
เพณีการกินอยู่ของประชาชนในถิ่นนั้น.

๑๐. ได้ฝากให้นักศึกษาอดทนต่อ
ความยาก ลำบาก และ ปัญหาที่จะต้อง
ประสบ, และให้รู้แนวที่จะดำเนินงานใน
การจัดคณะออกไปสำรวจในกิจกรรมใดที่
อาจจะตามมาเมื่อออกไปดำเนินอาชีพตาม
ลำพัง.

สุด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

๔. โอกาสพิเศษเฉพาะแพทย์

ผู้ถืออาชีพ แพทย์ ต้องนับว่าเป็นผู้มี
โชคหลายต่อ. นอกจากอยู่ในฐานะที่
มีผู้นับหน้าตาต่อมาก, มีโอกาสได้รับผล
ตอบแทนอย่างงาม, แล้วงานที่กระทำอยู่
ยังเป็นที่ยกย่องของคนทั่วไปว่าเป็นความ
คืออย่างไม่มีข้อสงสัย. นอกจากนี้, สำหรับ
พุทธศาสนิก, แพทย์ยังมีโอกาสพิเศษอีก
ซึ่งผู้ประกอบอาชีพอื่น ๆ ไม่มีเหมือน,
คือความได้เปรียบในการศึกษาและปฏิบัติ

ธรรมะ. ขอนับว่าที่คนสมัยใหม่, โดย
เฉพาะผู้ที่มีความรู้ทางวิทยาศาสตร์ อยู่
บ้าง, อาจจะไม่เห็นมีความสำคัญอย่าง
ไร, เพราะมองไม่เห็นประโยชน์ของ
ศาสนา, ไม่ว่าพุทธศาสนาหรือศาสนา
อื่นใด. ในโลกซึ่งตะวันตกมีนักวิทยา-
ศาสตร์และแพทย์จำนวนไม่น้อยที่ประกาศ
ตนเป็นคนไม่มีศาสนา. พวกนี้ควรถูกข
หน้าว่างมกาย, ไม่เหลือवलดูโลก. ถ้า

๕. ทำให้ความหวังที่จะให้แผนก
กายวิภาคศาสตร์เป็นศูนย์สำหรับการค้น
คว้ากระดูกของมนุษย์ก่อนประวัติศาสตร์
มีทางทำได้แน่นอนขึ้น.

๖. อาจขยายงานจนเกิดเป็น พิพิธ-
ภัณฑ์ ก่อน ประวัติ ศาสตร์ ขึ้นใน คณะ
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล.

๗. ได้ฝากอาจารย์และเจ้าหน้าที่ของ
แผนกให้ ได้ความรู้กว้างขวางขึ้น ในวิชา
การแขนงนี้.

๘. ได้ฝากอบรม นักศึกษาให้เข้าใจ

และเห็นความสำคัญในวิชาแขนงนี้.

๙. ได้ฝากให้นักศึกษารัฐกิจภูมิ
ประเทศ, ประชาชน, และเข้าใจถึงประ-
เพณีการกินอยู่ของประชาชนในถิ่นนั้น.

๑๐. ได้ฝากให้นักศึกษาอดทนต่อ
ความยาก ลำบาก และ ปัญหาที่จะต้อง
ประสบ, และให้รู้แนวที่จะดำเนินงานใน
การจัดคณะออกไปสำรวจในกิจกรรมใดที่
อาจจะตามมาเมื่อออกไปดำเนินอาชีพตาม
ลำพัง.

สุด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

๔. โอกาสพิเศษเฉพาะแพทย์

ผู้ถืออาชีพ แพทย์ ต้องนับว่าเป็นผู้มี
โชคหลายต่อ. นอกจากอยู่ในฐานะที่
มีผู้นับหน้าตาต่อมาก, มีโอกาสได้รับผล
ตอบแทนอย่างงาม, แล้วงานที่กระทำอยู่
ยังเป็นที่ยกย่องของคนทั่วไปว่าเป็นความ
คืออย่างไม่มีข้อสงสัย. นอกจากนี้, สำหรับ
พุทธศาสนิก, แพทย์ยังมีโอกาสพิเศษอีก
ซึ่งผู้ประกอบอาชีพอื่น ๆ ไม่มีเหมือน,
คือความได้เปรียบในการศึกษาและปฏิบัติ

ธรรมะ. ขอนับว่าที่คนสมัยใหม่, โดย
เฉพาะผู้ที่มีความรู้ทางวิทยาศาสตร์ อยู่
บ้าง, อาจจะไม่เห็นมีความสำคัญอย่าง
ไร, เพราะมองไม่เห็นประโยชน์ของ
ศาสนา, ไม่ว่าพุทธศาสนาหรือศาสนา
อื่นใด. ในโลกซึ่งตะวันตกมีนักวิทยา-
ศาสตร์และแพทย์จำนวนไม่น้อยที่ประกาศ
ตนเป็นคนไม่มีศาสนา. พวกนี้ควรถูกข
หน้าว่างมลาย, ไม่เหลือवलดูโลก. ถ้า

หากศึกษาประวัติของคนสำคัญ ๆ ของโลกบ้างก็จะเกิดข้อคิดขึ้นมาว่าถ้าหากศาสนาไม่มีประโยชน์จริง ๆ แล้ว, เหตุไฉนคนที่เข็นปราสาทหินเขย่ม, เป็นนักวิทยาศาสตร์ชั้นยอด, หรือเป็นรัฐบุรุษชั้นเอก, จึงล้วนแต่เป็นผู้ที่เคร่งครัดในศาสนาทั้งนั้น. เป็นไปได้หรือว่าท่านเหล่านั้นหลงผิดและเขื่องมงายไปตาม ๆ กัน.

ต้นเหตุสำคัญแห่งความไม่มีศาสนา คือความหลงหรือความมัวเมา. พวกเศรษฐีมักจะสนใจศาสนาน้อยกว่าคนยากจนเพราะเมาคความมั่งมี. พวกนักวิทยาศาสตร์ก็มักเพเล็คเพลินอยู่กับ การหาความรู้และเมาคความสามารถของตนเอง. คนมั่งมีมักถือเงินเป็นพระเจ้าเพราะคิดว่าเงินทำอะไร ๆ ให้ได้ทุก ๆ อย่าง. เช่นเดียวกัน, นักวิทยาศาสตร์ที่ “ถือวิชาเป็นพระเจ้า” ก็คิดว่าวิชาทำอะไร ๆ ให้ได้ทุกอย่าง. ต่อเมื่อมหะตการณ์เกิดขึ้นซึ่งแสดงให้เห็นว่าเงินหรือวิชา ความรู้ทำอะไรไม่ได้, เช่นความหายนะ, ความผิดหวัง, ความป่วยเจ็บหรือความตาย, เมื่อนั้นจริง อาจจะได้คิดว่าศาสนา ยังทำอะไรให้ได้อยู่. “พบทุกข์จึงพบธรรม” เป็นคำพังเพยที่ใช่ได้ทั่วไป. ผู้ที่มีทุกข์

อยู่เสมอ ๆ, เช่นคนยากจน, ย่อมเห็นความสำคัญของศาสนาได้ดีกว่าผู้ที่มีความสุขเป็นประจำ. แต่ความทุกข์ไม่มีใครหนีพ้น. จะต้องประสบเข้าสักวันหนึ่ง. อย่างน้อยที่สุดก็ต้องมีทุกข์ อันเกิดแต่ความแก่, ความเจ็บไข้และความตาย. เมื่อทุกข์มาถึงเข้า, จะต้องพบว่าลาภยศ สักยานใดก็ดี, วิชาความรู้สักปวงใดก็ดี, ไม่อาจจะช่วยได้เลย, แต่ศาสนายังช่วยได้.

มีคนไม่น้อยที่ตั้งปัญหาถามตนเองและถามคนอื่น ๆ ว่า “เกิดมาทำไมกัน, ไม่เห็นมีอะไรเป็นเรื่องเป็นราว, นอกจากกิน, นอน, ถ่าย, เวียนไปอยู่วันแล้ววันเล่า. ทำงานเห็นเหนื่อย, สะสมทรัพย์สมบัติเอาไว้มันแล้ว, พอตายก็เอาอะไรไปไม่ได้. ทำไปทำไมกัน”. คนพวกนี้ไม่ได้ศึกษาศาสนา, โดยเฉพาะอย่างยิ่งพระพุทธรศาสนา, จึงไม่ทราบว่าชีวิตมีประโยชน์อะไรนอกเหนือไปจากการสนองความเรียกร้องของธรรมชาติ. พระพุทธรศาสนาสอนให้รู้ว่าเกิดมาเพื่ออะไร, ทำให้เห็นจุดหมายของชีวิต. เกยวกับเรื่องนั้นแหละที่แพทย์ได้เปรียญหลายประการ, ซึ่งทำให้แพทย์สามารถเข้าใจและเห็น

จริงตามพระธรรมไต่ถายและรวกเร็วกว่า
คนอื่น ๆ.

พระพุทธศาสนาสอนว่าคนเราเกิดมา
ใช้กรรม. คือเป็นไปตามการกระทำใน
ชาติก่อน ๆ, แต่ก็มีโอกาสที่จะสร้าง
กรรมดีในชาตินี้ซึ่งในที่สุดอาจนำไปสู่
ความหลุดพ้นได้, คือไม่ต้องเวียนเกิด
เวียนตายอีกต่อไป. การเกิดนั้นเป็นทุกข์
เพราะเมื่อเกิดแล้วก็ต้องแก่, ต้องเจ็บและ
ต้องตาย. ร่างกายเป็นของไม่คงทน,
เปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ, (๑) ไม่มีหยดยัง,
ทนอยู่ไม่ได้, (๒) บังคับไม่ได้. (๓) เมื่อมี
เหตุเหมาะ, ชาติต่าง ๆ ก็มารวมกันเข้า
เป็นร่างกาย. เมื่อหมดชาติ, คือตาย,
ชาติต่าง ๆ ก็แยกไปจากกัน, กลับไปสู่
ดิน, ลึ้นน้ำ, ลึ้นอากาศ, ไม่มีอะไรเหลือ
เป็นสิ่งจำเพาะสำหรับขี้ใจ, นอกจากสิ่ง
ที่สมมติเรียกว่า "จิต", ซึ่งมีธรรมชาติ
พิเศษสามารถรู้, คิด, และสะสมกรรม.
จิตของท่านนี้อาจเรียกว่าเป็นของเรา, แต่
ก็เป็นอยู่เพียงตราบเท่าที่ยังต้องเวียนเกิด.
เมื่อถึงขั้นหลุดพ้น, แม้จิตก็แปรสภาพไป
เป็นอื่น. การที่จะหลุดพ้นต้องอาศัยการ
ชำระจิต, ซึ่งต้องดำเนินไปตามขั้น, คือ

การรณเว้นทำความไม่คิดทั้งหลาย, (๔)
สร้างสมแต่ความดีซึ่งช่วยให้สามารถ
อบรมความคิดไม่ให้ฟุ้งซ่าน, (๕) จนในที่สุด
เกิดความรู้แจ้งในเรื่องทั้งปวงตาม
ความเป็นจริง. (๖) ความรู้แท้จริงนี้แหละ
จะช่วยให้ขจัดความอยากเป็นอยากมีและ
ความยึดเหนี่ยว. เมื่อสิ้นความยึดเหนี่ยว
ทั้งหมดเหตุที่จะทำให้เกิด, เป็นอันว่าหลุด
พ้น. (๗)

ที่บรรยายมานี้เป็นการเขียนตาม
ทฤษฎี, (๘) ซึ่งอ่านแล้วก็คิดไม่เห็นว่
ขั้นต่าง ๆ นั้นจะเกี่ยวโยงกันได้อย่างไร
และผลที่ว่าจะได้นั้นจะมีลักษณะเป็นเช่น
ไร. พระพุทธศาสนาเป็นเรื่องของการ
ปฏิบัติ. ผู้ที่เรียนทฤษฎีด้านเดียว, ไม่ได้
ปฏิบัติ, ย่อมไม่สามารถเข้าใจลึกซึ้งและ
ไม่ได้รับผลที่ควรได้. ผู้ที่ปฏิบัติตามวิธี
ของพระพุทธศาสนาจะเข้าใจได้ว่าการรณ
เว้นทำความชั่วช่วยให้จิตสงบได้อย่างไร,
และจิตที่สงบทำให้เกิดความรู้แจ้งเห็น
จริงได้อย่างไร. ที่จริงความรู้แจ้งเห็น
จริงนี้มีเหตุผลที่จะหวังใ้ได้ง่ายนัก, แต่ก็
ไม่ใช่ว่าไม่มีทางจะได้พบ. พระพุทธ -
ศาสนามีลักษณะน่าอัศจรรย์อยู่อย่างหนึ่ง,

(๑) อนิจจัง. (๒) ทุกขัง. (๓) อนัตตา. (๔) ศील. (๕) สมาธิ. (๖) ปัญญา. (๗) นิโรธ. (๘) ปริยัติ.

คือไม่มีจำกัดโดยกาลเวลา. ไม่ต้องคอย
วาระที่เกิดผล. ปฏิบัติเมื่อใดก็ได้ผลเมื่อ
นั้น. แต่ผลจะมากหรือน้อยก็แล้วแต่
ปฏิบัติได้มากเพียงใด, ขึ้นไหน. ผู้ที่
ปฏิบัติได้ถึงขั้นพอสมควรที่จะสังเกตผล
ได้, จะรู้ได้เองว่า “นี่คือผลของการ
ปฏิบัติ”. จะเกิดความขี้ขลาดขี้กลัว,
และจะเกิดความศรัทธากล้าหาญ, ขยัน
หมั่นเพียรในการปฏิบัติหนักขึ้นเพื่อหวัง
ผลในขั้นสูงขึ้นไปอีก. ข้อสำคัญคือต้อง
พากเพียรอยู่นานพอที่จะบังเกิดผลในขั้นที่
จะพอสังเกตได้, ไม่ละเลยหรือเลิกล้ม
เลิกก่อน. ผู้ที่ปฏิบัติแล้วเห็นว่าไม่ได้ผล
ใดๆเลยนั้น, ส่วนมากเป็นเพราะออกตน
ไม่พอ, เลิกเร็วเกินไป.

เทียบกันผู้ที่มิใช่ชาวพม่า, แพทย์
เป็นฝ่ายที่ได้เปรียบทั้งในด้านทฤษฎีและ
ด้านปฏิบัติเกี่ยวกับพระพุทธศาสนา. การ
สังฆสมาคมคตินั้น แพทย์ทำเป็นประจำอยู่
แล้ว. เมตตากรุณา, อันเป็นหลักสำคัญ
ประการหนึ่ง, ก็เป็นคุณธรรมประจำใจ
ของแพทย์อยู่แล้ว. แพทย์มีความรู้
ละเอียดลออเกี่ยวกับร่างกาย, ทั้งใน
ด้านโครงสร้าง, องค์ประกอบ, การทำ

งาน และการผันแปรไปตามวันและวัย.
เมื่อศึกษาธรรมชาติของร่างกายที่ไม่เที่ยงแท้
และความแปรปรวนของร่างกาย ตลอดจน
วิญญูะของชาติต่างๆที่ประกอบขึ้น และ
สลายไป, แพทย์ย่อมเห็นสภาพแท้จริง
ได้ชัดเจนกว่าคนอื่น. แพทย์หรือผู้
มีความรู้ เช่น แพทย์เท่านั้นที่จะสามารถ
มองเห็นภาพแคลเซียมในกระดูก ละลาย
ออกไปเมื่อเลือดมีปฏิกิริยาเอียงไปทาง
กรด, และกลับเข้ามาจับในแมทริกซ์ใหม่
อีกเมื่อเลือดเอียงไปทางด่าง; หรือเห็น
เห็นเม็ดเลือดเก่าตก ทำลายลงไปเรื่อยๆ
ในม้าม, ระหว่างที่เม็ดเลือดใหม่เกิดขึ้น
มาในไขกระดูก; หรือเห็นกลัยโคเจน
แยกออกเป็นกลัยโคสแล้วถูก “เผา” ใช
ไป, แล้วก็มีกลัยโคสส่วนใหม่มารวมเข้า
เป็นกลัยโคเจนแทนที่; หรือเห็นว่าคน
ถ่ายอุจจาระปล่อยสารประกอบในโตรเจน
ลงในดิน, รากไม้คึดเฮาสารนั้นๆเข้าไป
สร้างเป็นใบ, วิตามินบีไม่ได้ในโตรเจน
ไปสร้างเป็นเนื้อ, คนกินเนื้อวัวได้ใ
โตรเจนกลัยโคเข้าไปใหม่ ฯลฯ แพทย์
เท่านั้นที่สามารถมองเห็นวิวัฒนาการของนาง

(๕) ได้แก่ ไตรลักษณ์, ไตรสิกขา, ทุกขสัจจ์, กายกคาคติ, ชาติวิภังค์, วิญญูะ, อสุภกัมมัฏฐาน, มรณานุสสติ.

งามเข้าไปเห็นความรุ่งรังของหลอดเลือด,
 พงศ์, ไชมันและกล่ามเนอในชั้นไต้ผ
 หนง, หรือเห็นลิกเลยเข้าไปในคัยไตไต้
 พงศ์เขยว ๆ แดง ๆ นำเกลยค. หรือแม่
 เห็น ถึงโครง กระคก ซ่งเป็น ของ นำหวน
 กลวของคทัวไป. แพทย์เท่านนทจะเข้า
 ใจแท้จริงว่าความแก่, ความเจ็บ, ความ
 ตายเป็นภยทคกคามเราอยู่เสมอ และเป็น
 ภยทห้อมลธมเราอยู่ตลอดเวลา, ภย
 นัน ๆ มีหน้าตาอย่างไร, และชีวิตของ
 เรานล่อแหลมเพียงไร.

ที่บรรยายมานี้ เป็นหลักสำคัญ ๆ ใน
 พระพุทธศาสนา, (๕) ซึ่งเป็นรากฐาน
 สำหรัความเข้าใจที่ถูกต้อง และการ
 ปฏิบัติที่ถูกต้อง, แพทย์ได้เปรียบผู้อื่น
 เพราะรู้เรื่องเหล่านี้คอยู่แล้ว, แม้ว่าจะ
 คนอาจไม่ทราบว่า เป็นหลักความรู ในพระ
 พุทธศาสนา. เพราะฉะนั้นเมื่อแพทย์เริ่ม
 ศึกษารธรรม, ก็เริ่มได้ตั้งแต่ตรงกลาง
 เลยทเคยว, ไม่ต้องเริ่มแต่จุดต้น, และ
 ระหว่างที่ศึกษาก้ออาจก้าวหน้าได้ รวดเร็ว
 เพราะมีความรู้เป็นทนอย้อย่างดี. ขอน
 ย่อมอธิบายขอเท็จจริงที่ปรากฏอยู่ว่ามี
 บุคคลใน อาชีพแพทย์ เป็น จำนวน มาก ที่
 สนใจ ศึกษา พระพุทธศาสนาอย่างจริงจัง,

และสามารถเรียนรู้ได้อย่างดี, จนถึงกับ
 บางท่านได้ รับยกย่อง ให้เป็น อาจารย์สอน
 ธรรมแก่พระภิกษ. ในค้ำนปฏิบัติก็มี
 หลายท่าน ที่อบรมคนจนไต้ ผลในชั้นสูง,
 เป็นที่ปรากฏแก่คนทัวไป. ท่านเหล่านี้
 แม้ว่าจะไต้ศึกษา และ ปฏิบัติธรรม อย่าง
 ลึกซ่งมากมายแล้วก็ตาม, ก็ยังทำหน้าที่
 ของแพทย์อยู่ต่อไปเป็นปรกติ, ไม่ได้บัง
 เกิด ความข้อยทอ หรือ หคห้ จนเสีงานใน
 ค้ำนวิชาชีพ, ดังที่มีผู้ชอขกล่าวโทษว่า
 พระพุทธศาสนาทำใ้คนเกยจควาน หรือ
 หมคความกระตือรือร้น. ตรงกันข้าม,
 ท่านเหล่านี้ ล้วนแต่ กระทำ หน้าที่ ของ
 แพทย์ต่อไปด้วยความตั้งใจตั้งใจ, เพราะ
 แน่ใจว่าเป็นกรรมคทพงส์สม. ธรรมะที่
 มีอยู่ในใจยอมส่งเสริมให้กิจการไต้ผลดียัง
 ขนอก, เพราะพระธรรมของพระพุทธเจ้า
 นั้นยอมให้ผลเป็นสามชน, คือชนขจขุยน,
 ชนอนาคต, และชนสูงสค.

โอกาสพิเศษ สำหรับ แพทย์ มีเช่นนี้,
 ไม่ควรปล่อยให้หลุดลอยไปเสียเปล่า.

(คัดจาก “เวชบัณฑิตรุ่นเจ็ดสิบเอ็ด” พ.ศ. ๒๕๐๔ -
 ๒๕๐๕)

อวย เกตุสิงห์

๕. อันเดรียส เวซาเลียส

บิดรแห่งกายวิภาคศาสตร์ปัจจุบัน

เรื่องที่แปลกแต่จริงคือตำรากายวิภาคศาสตร์ของ กาลีน ได้ใช้กันมาจนถึงสมัย เวซาเลียส, อันเป็นเวลายาวนานถึง ๑๔๐๐ ปี, ทั้ง ๆ ที่ กาลีน ได้ใช้กายวิภาคศาสตร์ของลิงและหมูเป็นหลักในการเขียนตำรา, เนื่องจากกฎหมายไม่อนุญาตให้ชำแหละศพในสมัยนั้น.

การชำแหละศพได้กระทำกันเป็นครั้งแรกโดย มอนติโน แห่ง โปโลเนียใน ค.ศ. ๑๓๑๕. ต่อมาลูกศิษย์ของเขาได้กระทำตาม, ได้แก่ กียู เคอซอลิอิก แห่ง ฝรั่งเศส, มาร์ค แอนโตนิโอ เกลลา ทอเว, (ศาสตราจารย์อายุรศาสตร์คนแรกของปาดัว), เลโอนาโต คาวินชี, เบเรเนการ์ริโอ คาคาร์บิ, จิโอวันนี บาคิสตา คานาโน, และ ชาลส์ เอสเตียนเน. แต่โดยที่คนเหล่านั้นเชื่อตำราของ กาลีน กันมาก, จึงมิได้มีใครสังเกตความผิดพลาดนัก. ที่มิข่างก็เป็นเพียงส่วนน้อย. ในระยะนี้พวกนักเขียนภาพได้มีบทบาทช่วยให้วิชากายวิภาคศาสตร์เจริญขึ้น

ด้วย. นอกจากเลโอนาโต คาวินชี แล้วก็มี กิเรอร์, โทนาเทลโล, เวอร์รอคซิโอ, มิเชล อันเจโล, ราเฟล, ทินโตเรตโต, และ ทิเทียน เป็นต้น.

เวซาเลียส เกิดที่กรุง บรัสเซล เมื่อวันที่ ๓๑ ธันวาคม ค.ศ. ๑๕๑๔ โดยสืบทระกูลแพทย์ซึ่งติดต่อกันมาหลายชั่วคน, เริ่มแต่ บิเตอร์ บิชอปของเขาซึ่งเป็นแพทย์ผู้มชอเสียง. ถัดมาก็คือ จอห์น พ่อของบิชอปของเขาเป็นแพทย์ประจำตุ๋คแห่งเบอร์กันดี. บิชอปของเขา, เอ็ดเวอร์ค, เป็นแพทย์ประจำตัวชายาของเอ็มเปอเรอ มิชิเลียน ที่ ๑. พ่อของเขา, แอนเดรียส, เป็นแพทย์ประจำ เอ็มเปอเรอ ชาลส์ ที่ ๕. เวซาเลียส จึงเป็นเสมือนเมล็ดพืชพันธุ์ดีที่มีความเป็นแพทย์อยู่ในสายเลือด. นอกจากนั้นมารดาของเขาคือ อีซาเบลลา คริบเบ ยังเป็นนักสะสมตำราแพทย์ของตระกูลจนเกิดเป็นห้องสมุดในบ้าน. เขาจึงมีความรู้เรื่องแพทย์มาตั้งแต่เล็กและสนใจในเรื่องกายวิภาคศาสตร์โดยเฉพาะ. ได้ทำการผ่าตัดสัตว์

นานาชนิก อาทิเช่น กย, เขียต, นก และ
หน โดยใช้โต๊ะในครัวนั้นเองเป็นโต๊ะ
ผ้าตัก.

ในปี ค.ศ. ๑๕๒๘ เขาได้เข้ามหา-
วิทยาลัยลวง และศึกษาแตกฉานใน
ภาษาต่างประเทศหลายภาษาเช่นกรีก,
ละติน, อาราบิกและฮีบร. เขาฝึกหัดทัก
ห้ามมิให้ทำการชำแหละศพ, ฉะนั้นในปี
ค.ศ. ๑๕๓๓ จึงได้ย้ายไปเรียนที่มหา-
วิทยาลัยปารีส. แต่ก้ต้องฝึกหัดอีกเพราะ
ที่นั่นแม้จะอนุญาตให้ชำแหละศพได้ก้
ตาม, แต่อาจารย์ที่สอนกายวิภาคศาสตร์
ทั้งสองคนคือ กินที่เรียสกับ ซิลเวียส เป็น
คนหัวโบราณ, มักจะเอาตำราของ กา
แล็น มาวางแล้วอธิบายไปตามนั้น. เวซา
เลียส ได้เขียนบันทึกว่า “ข้าพเจ้าเคย
เห็น กินที่เรียส ใช้มีดแต่เฉพาะเวลาทาน
อาหารเท่านั้น. ส่วน ซิลเวียส แม้จะพบ
สิ่งต่าง ๆ ในศพก็แตกไปจากตำราที่
กาแล็น เขียนไว้, ก้จะอธิบายเสียว่าเป็น
เรื่องของวิวัฒนาการ.”

แม้ว่านักเรียนแพทย์จะได้เรียนการ
ชำแหละน้อยกว่าคนหันหมขายก้ตาม,
เวซาเลียส ได้สังเกตว่ามีหลายสิ่งหลาย
อย่างในศพที่แตกต่างไปจากตำราของ

กาแล็น. เมื่อเขาไม่สามารถถ่ายทอวิชา
จากครได้จึงหัดผ่าหน, แมวและหมาด้วย
ตนเองที่บ้าน, แล้วแอบไปชำแหละศพที่
ขยับตามป่าช้าในเวลากลางคืน. ครั้งหนึ่ง
เขาได้ถกหมาป่าได้, และอีกครั้งหนึ่ง
เขาแทบไม่เชื่อนัยน์ตาตนเองที่ได้เห็นศพ
กระดูกกระดูกได้, เนื่องจากสัตว์ได้มา
กักกันเนอจนเห็นกระดูกขาวโพลนกลิ้งไป
กลิ้งมา. จึงได้เก็บเอากระดูกมาปะติด
ปะต่อกันเข้าให้เป็นโครงทั้งตัว. จากนั้น
เขาได้ศึกษาโดยละเอียดไม่ว่าปุ่มเล็กปุ่ม
น้อยและช่องโพรงต่าง ๆ, จนกระทั่ง
สามารถบอกได้ว่าเป็นกระดูกของส่วน
ไหน ๆ ทั้ง ๆ ที่ขีตตาเสียทั้งสองข้าง.
เมื่อกิตติศัพท์จากเพื่อนนักเรียนลวงรู้ไป
ถึงครู, ครูเลยขอร้องให้เขาเป็นผู้แสดง
การชำแหละศพแทน.

หลังจากศึกษาอยู่ที่ปารีส ๓ ปีเขาได้
กลับไปทูลวงในปี ค.ศ. ๑๕๓๖, และใน
ปีถัดมาก็ได้รับอนุญาตให้เป็นผู้แสดงการ
ชำแหละศพให้นักเรียนเป็นครั้งแรกใน
ประวัติศาสตร์ของโรงเรียนแพทย์แห่งนั้น,
และเขาก็ได้ทำอย่างกับเป็นผู้เชี่ยวชาญที่
เคยว, โดยทำไปและอธิบายประกอบไปด้วย.

ในปี ค.ศ. ๑๕๓๗ ระหว่างที่เขานักเรียนแพทย์อยู่นั้น เขาได้แปลเรื่องของราชาเชส, แพทย์ชาวกรีกที่มีชื่อเสียงในสมัยเมื่อ ๖๐๐ ปีก่อนที่เขียนไว้เป็นภาษาอาหรับ, เกี่ยวกับการรักษาโรคทกส่วนของร่างกาย. ปรากฏว่าเรื่องของเขาได้กลายเป็นที่นิยมของบรรดาแพทย์ในยุโรปถึง ๑๐๐ ปี, โดยที่มีคำอธิบายหลายอย่างซึ่งยังไม่ทราบกันในสมัยนั้น.

เขาได้มาตรวจเห็นว่าที่ปารีสหรือที่ลวงเวยอมไม่สามารถประสิทธิ์ประสาทความรู้ทางกายวิภาคศาสตร์ให้เขาได้, จึงเดินทางไปยังบาเซิล, เวนิส และ ปาดัวตามลำดับ. มหาวิทยาลัย ปาดัวสร้างขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๒๒๒ และขณะนั้นกำลังมีชื่อเสียงมากโดยที่ เกลตามองเตได้นำวิธีการสอนข้างเตียงผู้ช่วยตามแบบของ ฮิปโปเครติส มาใช้. เขาจึงสมัครเรียนที่นั่นและได้รู้จักกับเพื่อนร่วมชาติของเขาคนหนึ่งซึ่งเป็นนักเขียนภาพที่มีชื่อเสียงคือ สเตฟาน แวน แคว็คกา, ลูกศิษย์ของทิเทียส, ซึ่งต่อมาได้มีส่วนช่วยเหลือเขาในการเขียนภาพประกอบตำราเป็นอย่างมาก. เวซาเลียส ได้รับปริญญาแพทย์เกียรตินิยมอันดับหนึ่งในวันที่ ๕ ธันวาคม

ค.ศ. ๑๕๓๗ เมื่ออายุเพียง ๒๓ ปี, และวันรุ่งขึ้นภายหลังที่เขาได้แสดงฝีมือชำแหละศพต่อหน้าบรรดาคณาจารย์และนักศึกษาจำนวนมาก, รัฐสภาของเมืองเวนิส ได้ลงมติแต่งตั้งเขาเป็นศาสตราจารย์ ทาง ศัลย ศาสตร์ และ กาย วิภาค ศาสตร์ของมหาวิทยาลัย.

โอกาสทองได้มาถึงเขาแล้ว. ศาสตราจารย์หนุ่มแทนที่จะนั่งเก้าอี้จนให้ลูกน้องแสดงการชำแหละศพสอนนักเรียนตามประเพณี, เขาได้เป็นผู้ลงมือแสดงเอง. เขาโคจรกระดกแขนไว้ข้างๆ สำหรับใช้พิจารณาเป็นที่หมาย. เขาชำแหละไปพลางสอนไปพลาง. โดยที่สมัยนั้นยังไม่รู้จักการคงศพด้วยฟอร์มาลิน, จึงต้องใช้ศพสดและต้องรีบทำให้เร็วก่อนที่ศพจะเน่า. ถ้าศพไม่มีเขาก็ผ่าสุนัข, หมู, แมวหรือลิงแทน. เขาได้สอนทั้งกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาด้วย, ได้ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของอวัยวะต่างๆ ที่มีต่อกันและต่อโครงสร้างกระดูก, โดยสอนวันละ ๘ ชั่วโมงทุกวันติดต่อกันเป็นเวลา ๓ สัปดาห์ เป็นที่สนใจของบรรดานักเรียน, อาจารย์และแพทย์ที่ได้มาห้อมล้อมดูกันแน่นๆเสมอ.

โดยที่เขาเห็นตำรากายวิภาคศาสตร์ของ กาลีน มีข้อผิดพลาดอยู่มาก, และเพื่อช่วยให้วิชาเจริญขึ้น, เขาจึงไต่ถามข้อแตกต่างตำราและเขียนภาพประกอบด้วยความร่วมมือของ แคคกา. ในปี ค.ศ.

๑๕๓๘ ได้พิมพ์ Tabulae Anatomicae ซึ่งได้มีผู้นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ, และในปี ค.ศ. ๑๕๓๘ ได้เขียนเรื่อง De Humani Corporis Fabrica โดยส่งไปพิมพ์ที่เมืองบาเซิล, มีภาพประกอบกว่า ๑๐๐ ภาพ. เขาถึงก็ยเดินทางไป คอบ คุมการพิมพ์ด้วยตนเอง. ผลปรากฏว่าเป็นตำรากายวิภาคศาสตร์เล่มแรกที่ทันสมัยและแตกต่างไปจากของ กาลีน เป็นอันมาก. ในขณะเดียวกันเขาได้พิมพ์หนังสือคู่มือเล่มเล็กๆ เรียกว่า Epitome อีกด้วย.

ทั้ง ๆ ที่ เวซาเลียส อายุยังไม่ถึง ๓๐ ปี, แต่ผลงานของเขาถือว่า เป็นการปฏิวัติวิชากายวิภาคศาสตร์โดยสิ้นเชิง, เป็นเหตุให้บรรดาผู้ที่เลื่อมใสกาลีน รวมทั้ง ซิลเวียส ครูเก่าของเขา ด้วยไม่พอใจ, หว่า เวซาเลียส เป็น “คนยาที่จะเป็นพิษแก่ชาวยุโรป”, เป็นเหตุให้ เวซาเลียส น้อยใจ จึงลาออกและ

ให้ ฟัลโล เขียส ลูกศิษย์ของเขา รับตำแหน่งแทน. อย่างไรก็ตามผู้ที่ ปกติส่วนใหญ่ยังเลื่อมใสใน เวซาเลียส, และคงปฏิบัติการสอนตามแนวทางของเขาต่อไป.

จาก ปาตวิ เขาได้เดินทางไปสอนกายวิภาคศาสตร์ตาม มหาวิทยาลัยต่างๆ, อาทิที่ บิซา, โยโลนาญา, และบาเซิล. ที่ บาเซิล นี้ โครงกระดูกที่เขาทำไว้ใช้สอนยังคงเก็บรักษาไว้จนกระทั่งทุกวันนี้.

บิดาของเขาถึงแก่กรรมในปี ค.ศ. ๑๕๔๓. เขาจึงกลับไปบ้าน ณ กรุงบรัสเซลส์, และได้แต่งงานกับ แอนน์ แวนแฮมเม. ต่อมามีบุตรสาว ๑ คน.

ในปี ค.ศ. ๑๕๔๔ เขาได้รับเชิญให้ไปเป็นแพทย์ประจำพระองค์พระเจ้า ชาลส์ที่ ๕ ของสเปน. ครั้นหนึ่งได้รับเชิญให้ไปรักษาพระเจ้า เฮนรี ที่ ๒ ของฝรั่งเศส ร่วมกับ อัมบรอส พาวเร ผู้ซึ่งได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งศัลยกรรมสมัยปัจจุบัน. อย่างไรก็ตาม พาวเร เลื่อมใสใน เวซาเลียส มากและได้ใช้ตำราของเขาในการสอน.

ทางมหาวิทยาลัย ปาตวิ, ฟัลโล เขียส รับหน้าที่แทนและสร้างเสริมความเจริญ

ต่อมา ครั้นเมื่อพลโลเบเยสถึงแก่กรรม ในปี ค.ศ. ๑๕๖๒, ปรากฏว่าไม่สามารถหานักกายวิภาคศาสตร์ที่มชอไปดำรงตำแหน่งแทนได้, ทางมหาวิทยาลัยจึงได้ลงมติให้เชิญ เวชาเลียส กลับไปช่วยใหม่อีก, ภายหลังจากที่ได้จากไปตั้ง ๒๕ ปี.

ด้วยความที่รักในวิชากายวิภาคศาสตร์ มากยิ่งกว่าเป็นแพทย์รักษา, เวชาเลียส จึงยินดีที่จะกลับไปอีกครั้งหนึ่ง, โดยยอมเสียสละความสุขและตำแหน่งหน้าที่อันสูงส่ง. ขณะที่เขากินทางมาในปี ค.ศ. ๑๕๖๔ ได้แวะนมัสการปูชนียสถานอันศักดิ์สิทธิ์ ณ เมือง เบร-

ชาเดิม. จากนั้นได้โดยสารเรือต่อไป. ขณะที่อยู่ในทะเลเมดิเตอร์เรเนียนเกิดพายุใหญ่คลื่นลมแรง, เป็นเหตุให้เรืออับปางใกล้ ๆ เกาะ ซังเต, และเขาได้ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่ ๑๕ ตุลาคม ค.ศ. ๑๕๖๔.

เขาได้เกิดมาเพื่อสร้างวิชากายวิภาคศาสตร์และตายเพื่อกายวิภาคศาสตร์โดยแท้. ตำรา ฟาบริกา ของเขาได้ถูกพิมพ์ขึ้นใหม่ครั้งแล้วครั้งเล่าแทนตำราของกาลีน ซึ่งใช้กันมานานถึง ๑๔๐๐ ปี. ครั้งนี้จึงเป็นการสมควรอย่างยิ่งที่เขาได้รับการยกย่องว่าเป็น "บิดรแห่งกายวิภาคศาสตร์ปัจจุบัน"

สนอง อุณาкул พ.ด., M.S.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๐๕

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลยกรรม	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๓,๘๕๒	๒,๘๗๔	๒,๑๐๓	๒,๒๖๖	๒,๗๗๔	๘๖๘	๑๔,๗๓๗
	เก่า	๖,๖๑๐	๔,๔๗๖	๕,๐๖๗	๓,๓๐๘	๔,๗๖๓	๑,๐๕๕	๒๕,๓๒๓
	รวม	๑๐,๔๖๒	๗,๓๕๐	๗,๑๗๐	๕,๕๗๔	๗,๕๓๗	๑,๕๑๓	๔๐,๐๖๐
ใน		๒๕๓	๔๕๐	๑,๖๘๖	๓๒๗	๕๐๘	—	๓,๒๒๔

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยกรรม ๖๖๕, จักษุ ๖๗๖, สูติ-นารี ๙๘๕, รวม ๑,๕๒๖ ราย.
๓. จำนวนเด็กเกิด, ชาย ๖๓๒, หญิง ๕๘๓, รวม ๑,๒๑๕, กลอดตาย, ชาย ๔, หญิง ๘, รวม ๑๒.
๔. ผู้ป่วยตาย ๒๓๖ คน (๗.๓๒ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๗๔ ราย (๓๑.๓๕ ปช. ของที่ตาย).
๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๕๒๒ ครั้ง, มหันตโทษ ๑๔๓ ครั้ง, เลหุโทษ ๑๓๓ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๕๒ ขวด, จากญาติ ๑๑๐ ราย.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๕,๖๘๕ คน. รักษาใหม่ ๓๔ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๒๐๓ คน. รadiumรักษา ๑๐ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๒๓ คน. รadiumไอโซโทป รักษาใหม่ ๑๑๒ คน, รadiumไอโซโทปวิจัย — รวมรักษาใหม่เก่า ๕๓๑ คน. ไดอะเทอร์มีย์ รักษาใหม่ — คน. รวมรักษาใหม่เก่า — คน. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ ๘๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒,๐๘๗ คน.
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๐๖ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๕,๐๓๘ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๗๔ ราย. ตรวจเนื้องอกศพ ๔๘๖ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๖๖๕ ชิ้น (จากภายนอก ๒๑๘ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๓๘ ราย. การตรวจเข้ร่วมวิธีวัดผล ๑๑๓ ราย. การตรวจวิธี วี.ดี.อาร์. แอล. ๓,๐๐๒ ราย. การตรวจวิธีพอลบินเนล ๖. หมู่เลือด ๕. น้มน้ำเหลือง —. วัตถุโมโกลบีน —. ตรวจบัสสภาวะ ๒๗๘ ราย, ตรวจอุจจาระ ๕๕ ราย. การตรวจวิธีคัมป์ ๕ ราย. ตรวจเลือดผู้ไปต่างประเทศ ๘๔ ราย. การตรวจวิธี อาร์.เอ. —. การตรวจวิธี อาร์.เอช. —. เพาะเชื้อบิด ๓๕. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๓๔. ตรวจศพหน้าเวท ๖๑. ตรวจวัตถุพยาน ๕๕. ตรวจวิเคราะห์ ๘๑. ตรวจผู้ป่วยคดี ๔๒๔.
๙. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๖๐๑. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๒๔๓. เพาะเชื้อจากบัสสภาวะ ๓๑๗. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๖๘๕. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๑๔๘. เพาะเชื้อวัณโรค ๘๓. ฉีดสัตว์ทดลอง —. ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๓๒. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๑๑.
๑๐. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท่อน ๑๑. เจาะน้ำสันหลัง ๑๐. เจาะตับ —. เจาะน้ำช่องปอด ๔. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องท้อง —. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๐. จี้ผิวหนัง ๑๓. ฉีดยาทั่วไป ๒,๒๖๒. เบาหวาน ๓,๔๒๒. คลินิกวัณโรค ๑๕๕. คลินิกความดันเลือดสูง —.
๑๑. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๕๐๓. ถอนฟัน ๑,๓๔๑. อุดฟัน ๕๒๘. ผ่าตัดช่องปาก ๔๓. ชะแผล ๑๓. ฉีดยา ๔๘.

(โดยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ)

พิธีเปิดตึก "พลอย จาตุรจินดา"

ในวันพุธ ที่ ๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ เวลา ๑๐.๐๐ น. มีพิธีเปิดตึก "พลอย จาตุรจินดา" แผนกจักษุวิทยา โรงพยาบาลศิริราช, ฯ พล ฯ จอมพล ถนอม กิตติขจร นายกรัฐมนตรี ได้มาเป็นประธานในงานนี้. ทางคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล กำหนดหน้าที่ดังนี้คือ: การจัดสถานที่: ภายในตึก, แผนกจักษุวิทยา ฯ. ภายนอกทั่วไป, แผนกธุรการ และ แผนกพยาบาล ผดุงครรภ์ ฯ. การรับแขกและดูแลความเรียบร้อย: หัวหน้าแผนกจักษุวิทยา ฯ, ข้าราชการและเจ้าหน้าที่ในแผนก. เครื่องขยายเสียงและดนตรี: นายเล็ก ชันธุระ และ น.ศ.พ. เซวง อังคะสุวรรณ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของกรมประชาสัมพันธ์ พิธีสงฆ์ การจัดฟุ่มและคอกไม้และของถวายพระ: พล ฯ ศจ. น.พ. โรจน์ สุวรรณสุทธิ, น.พ. ดำรง เพ็ชรพลาย, พ.ญ. เพทาย, ศิริการณ, โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์ และอนามัย. การจัดแถวนักศึกษา: อาจารย์ผู้ปกครองและอนุสาสิก, ผู้

อำนวยการ โรงเรียนพยาบาล ผดุงครรภ์ และอนามัย. การเลี้ยงน้ำ: โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย หน้าที่เขา แถวรับผู้เป็นประธาน: นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และ นักศึกษากายภาพบำบัด. การแต่งกาย: ข้าราชการ แต่งเครื่องแบบปรกติ หรือ สากล นิยม นักศึกษาแพทย์, นักศึกษาพยาบาล, และ นักศึกษากายภาพบำบัด แต่งเครื่องแบบนักศึกษา.

หลังพิธีเปิดแล้ว ฯ พล ฯ นายกรัฐมนตรี และแขกผู้มีเกียรติได้เข้าชมกิจการภายในตึก. พิธีได้เสร็จสิ้นลงด้วย ความเรียบร้อย เมื่อ เวลา ประมาณ ๑๑.๓๐ น.

การ สอด สัม ภาษณ์ เพื่อ คัด เลอก นักศึกษา แพทย์

มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้กำหนดให้มีการ สอด สัม ภาษณ์ เพื่อ คัด เลอก นักศึกษาแพทย์ ในวันที่ ๕ ถึง ๑๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย, เพื่อเพิ่มเติมเข้ากัจำนวนผู้ที่ได้ผ่าน โดยไม่ต้องสอบ. คณะกรรมการสอบ ฯ

ประกอบด้วยคณาจารย์จากคณะแพทยทั้ง
สองและคณะอื่นๆ รวมทั้งสิ้น ๑๑ ท่าน.

พชเบตการศึกษา ๒๕๐๕ - ๒๕๑๐

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
กำหนดพิธี เชิญภาคการศึกษา ๒๕๐๕ -
๒๕๑๐ ในวันที่จันทร์ ที่ ๒๓ พฤษภาคม
พ.ศ. ๒๕๐๕ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย
มีกำหนดการดังต่อไปนี้ :-

๑. ๕.๐๐ น. คณะบดีกล่าวต้อนรับ.
๒. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ธีระ
สุขวจันน์ กล่าวคำปราศรัย.
๓. แจกรางวัลและเงินทอน.
๔. ศาสตราจารย์ นายแพทย์อวย
เกตุสิงห์ อาจารย์ผู้ปกครองกล่าวคำ
ปราศรัย.

ได้มีอาจารย์ และ นักศึกษาแพทย์มา
ร่วมพิธีกันอย่างพร้อมเพรียง. พิธีสิ้นสุด
ลงเมื่อเวลาประมาณ ๑๐.๐๐ น., ด้วย
ความเรียบร้อยทุกประการ.

รางวัลการเรียนในปีการศึกษา ๒๕๐๔ -

๒๕๐๕

(๑) ผู้ได้รับเหรียญทอง คณะเนนรรวม
ตลอดหลักสูตรส.บ. บัณฑิตหอหนังสือราคา

๑๐๐ บาท ของ ศจ. น.พ. อวย เกตุสิงห์
ให้แก่ พ.ญ. วลี หุฤษฎางค์กร, (๒) ผู้
ได้คะแนนเยี่ยมในอายุรศาสตร์ ทนาย

อภินันตราพาณิชยศาสตร์ เงิน ๑,๖๕๐ บาท
ให้แก่ พ.ญ. วลี หุฤษฎางค์กร (๓) ทนาย
ประสาร บุรณศิริ ของ พระยาอเทนเทพ -

โกสินทร์ ให้แก่ผู้ที่ได้คะแนนสูงสก
ประจำชั้น ๔ คน. ชั้นปีที่ ๔ เงิน ๕๕๖.๕๐

บาท ให้แก่นายสมเกียรติ โจรนสถิตย์,
ชั้นปีที่ ๓ เงิน ๕๕๖.๕๐ บาท ให้แก่
น.ส. ประอร พลังกร, ชั้นปีที่ ๒ เงิน

๖๘๒.๕๐ บาท ให้แก่นายสมหวัง คำน-
ชัยพิจิตร, ชั้นปีที่ ๑ เงิน ๖๘๒.๕๐ บาท
ให้แก่ น.ส. อารยา สันทรานันท์ (ได้

เป็นเยี่ยมมาจาก คณะวิทยาศาสตร์จำ-
ลองกรณ์ฯ) (๔) ทนายคนแม่แหวน รศศิริ

ของนางอัมพร รศศิริ ให้แก่นคพ. ที่
สอบไล่ได้เป็นที่ ๑ ประจำชั้นปีที่ ๔ -

๑ (คนละ ๑๘๐ บาท), ให้แก่ พ.ญ. วลี
หุฤษฎางค์กร (ชั้นปีที่ ๔), นายสมเกียรติ
โจรนสถิตย์ (ชั้นปีที่ ๓), น.ส. ประอร

พลังกร (ชั้นปีที่ ๒), นายสมหวัง
คำนชัยพิจิตร (ชั้นปีที่ ๑), (๕) ผู้ได้

คะแนนนิยมในวิชาสัตวศาสตร์—นรีเวช-
วิทยา ๕๘๖ บัตรชอหนังสือราคา
๑๐๐ บาท ของ ศจ. พ.ญ. ม.ร.ว. สังกศ

เกตุสิงห์ ได้แก่ พ.ญ. ฉวีวรรณ ศยามล

(๖) ทุนเขื่อน ฟุงเกียรติ ของนาย

แพทย์สัทท ฟุงเกียรติ, รางวัลแก่

นศพ. ๕๘๖ ๕ และ ๓ ที่สอบเป็นเยี่ยม
ในวิชาสัตวศาสตร์ (คนละ ๕๕๐ บาท)

๕๘๖ ๕ ได้แก่ พ.ญ. วลี หุญจวนศักดิ์,

๕๘๖ ๓ ได้แก่ น.ส. อษณา ธารนพงศ์

(๗) รางวัลของแผนกสัตวศาสตร์ ให้แก่

ผู้ได้คะแนนเยี่ยมสัตวศาสตร์, ๕๘๖ ๓

ได้แก่ น.ส. อษณา ธารนพงศ์, เงิน

๒๕๐ บาท, ๕๘๖ ๒ ได้แก่ น.ส. จินตนา

ศิรินาวิน, เงิน ๑๕๐ บาท. (๘) รางวัล

“อำนวยการพิชิต” ของ ศจ. น.พ. อำนวยการ

และคณะอำนวยการพิชิต เสมรสต สำหรับผู้ได้

คะแนนเยี่ยมรังสีวิทยา เงิน ๘๐๐ บาท

ได้แก่นายขงยทธ พลอยสังแสง (๒๓),

(๙) รางวัล “วรรณ สมบูรณ์” ของ

นายวรรณ สมบูรณ์ สำหรับผู้ได้คะแนน

เยี่ยมรังสีวิทยา, เงิน ๘๐๐ บาท, ได้แก่

นายสุขวัฒน์ วัฒนศิริฐาน. (๑๐) รางวัล

ของ ศจ. น.พ. อรุณ เนตรศิริ ตำราการ

เวชศาสตร์ เนลสัน, สำหรับผู้ได้คะแนน

เยี่ยมกุมารเวชศาสตร์, ๕๘๖ ๓ ได้แก่

นายสมเกียรติ โรจนสถิตย์. (๑๑) รางวัล

ของ ศจ. น.พ. ธีระ สุขวจิน สำหรับผู้ได้

คะแนนเยี่ยมสัตวศาสตร์, ๕๘๖ ๓, เงิน

๒๐๐ บาท, ได้แก่นายสมเกียรติ โรจน-

สถิตย์, (๑๒) รางวัลของ ศจ. น.พ. จำลอง

หะริณสุต และ ศจ. พ.ญ. ตระหนักจิต

หะรินสุต สำหรับผู้ได้คะแนนเยี่ยมวิชา

อายุรศาสตร์ ๕๘๖ ๓ เงิน ๒๐๐ บาท,

ได้แก่นายสมเกียรติ โรจนสถิตย์, (๑๓)

รางวัล “ทองอยู่—อวย” บัตรชอหนังสือ

ราคา ๑๐๐ บาท, ให้แก่ผู้ได้คะแนน

เยี่ยมพยาธิวิทยา, ได้แก่นายถาวร

หล่อรุ่งโรจน์. (๑๔) รางวัล “ทองอยู่—

อวย” บัตรชอหนังสือราคา ๑๐๐ บาท,

ให้แก่ผู้ได้คะแนนที่หนึ่งในกายวิภาค-

ศาสตร์ ได้แก่ น.ส. จินตนา ศิรินาวิน.

(๑๕) รางวัล “มหาวรรณ มันทาภรณ์”

ของ ศจ. น.พ. สมาน มันทาภรณ์ ให้

แก่ผู้ได้คะแนนรวมเป็นเยี่ยมในวิชาวิภาค

ศาสตร์และสัตววิทยารวมกัน, เงิน ๓๒๐

บาท ได้แก่ น.ส. จินตนา คีรีนาวิน.

(๑๖) รางวัลของ น.พ. สุจินต์ จารุจินดา

ให้แก่ผู้ไต่คะแนนเยี่ยมเภสัชวิทยา, เงิน

๑๐๐ บาท, ได้แก่ น.ส. จินตนา คีรี-

นาวิน, (๑๗) รางวัล ศจ. น.พ. อวย

เกตุสิงห์ บัตรชอหนังสือราคา ๑๐๐

บาท, สำหรับผู้เป็นที่หนึ่งในวิชาสรีรวิทยา

ให้แก่ น.ส. จินตนา คีรีนาวิน. (๑๘)

รางวัลของ ศจ. น.พ. ประคิษฐ์ ตัณฑสุรรัต

ให้แก่ผู้ไต่คะแนนเยี่ยมพยาธิวิทยา เงิน

๑๐๐ บาท ได้แก่ น.ส. ประอร พลังกร.

(๑๙) รางวัลของ ศจ. น.พ. ประคิษฐ์

ตัณฑสุรรัต ให้แก่ผู้ไต่คะแนนเยี่ยม

ปรสิตวิทยา, เงิน ๑๐๐ บาท ได้แก่ น.ส.

จินตนา คีรีนาวิน, (๒๐) รางวัลของ

น.พ. เวช วุฒิกัมภ์ ให้แก่ผู้ไต่เป็นที่หนึ่ง

และที่สองในวิชาอาการวิทยาและ ตรวจ

ร่างกาย เงิน ๒๐๐ บาท (ที่ ๑) ได้แก่

น.ส. จินตนา คีรีนาวิน, เงิน ๑๐๐ บาท

(ที่ ๒) ได้แก่ นายไกรสิทธิ์ ตันศิริรินทร์.

(๒๑) รางวัลของ ศจ. น.พ. แคง กาญจ-

นารัตน์ ให้แก่ผู้เป็นที่เยี่ยมในจักษุวิทยา,

หนังสือพจนานุกรม วิกเตอร์สไคเรสต์ ได้

แก่ น.พ. วันชัย วัฒนศักดิ์ (๒๒)

รางวัลพิเศษของ น.พ. สมชัย บวรกิตติ

ให้แก่ผู้ตอบคำถามของ น.พ. สมชัย

วิชาอาการวิทยาและตรวจร่างกายฯ

ไต่คะแนนเต็ม, ๑) หนังสือแพทยสมาคม

พ.ศ. ๒๕๐๙, ๒๕๑๐, ๒๕๑๑ รวม ๓

ปี, ๒) สาร คีรีราช พ.ศ. ๒๕๐๙,

๒๕๑๐, ๒๕๑๑ รวม ๓ ปี, ๓) พจนาน-

ุกรมศัพท์แพทย์ อังกฤษ-ไทย ฉบับ

ราชบัณฑิตยสถาน, ๔) หนังสือคลินิก

เมฆอด, ได้แก่ น.ส. จินตนา คีรีนาวิน.

บำรุงแผนกอายุรศาสตร์

ผู้มีจิตศรัทธาบำรุงแผนกอายุรศาสตร์

ดังต่อไปนี้:-

๑. คุณชอุใจ ขุนนาค บริจาคมา น
ตกแต่งห้องปฏิบัติการของหน่วยโรค
ระบบการหายใจและวัณโรค คิดเป็นเงิน
๑,๕๐๐ บาท.

๒. นางบุญช่วย เลปอาจารย์ บริจาค
ค่าตกแต่งห้องผู้ช่วยพิเศษตึกสร้างใหม่
ของแผนกอายุรศาสตร์เป็นเงิน ๒๕,๐๐๐
บาท. ขออนุโมทนา.

ข่าวศิษย์เก่า

ทุน“แพทยศาสตร์บัณฑิตรุ่น ๒๔๗๗”

ศาสตราจารย์ นายแพทย์พร วราเวชช์
นำเงิน ๗,๐๐๐ บาท ซึ่งบริจาคโดยแพทย์
รุ่น พ.ศ. ๒๔๗๗ สมทบเพิ่มเติมทุน
“แพทยศาสตร์บัณฑิตรุ่น ๒๔๗๗” เพื่อ
เก็บดอกผล ช่วยเหลือนักศึกษาที่ขัดสน
ขออนุโมทนา.

สมาคมศิษย์เก่าแพทยศิริราช

เมื่อวันเสาร์ ที่ ๒๔ พฤษภาคม พ.ศ.
๒๕๐๕ ผู้แทนศิษย์เก่าศิริราช รุ่นต่าง ๆ
หลายรุ่นได้มาประชุมกันเป็นครั้งที่ ๒ ณ

ห้องอ่านหนังสือศิริศาสตร์, เพื่อพิจารณา
ข้อบังคับของ “สมาคมศิษย์เก่าแพทย
ศิริราช” ซึ่งอนุกรรมการได้จัดการร่าง
ขึ้นเสนอ. ข้อบังคับส่วนใหญ่ได้รับความ
เห็นชอบจากผู้เข้าร่วมประชุม. มีบาง
ข้อที่ต้องเปลี่ยนแปลงแก้ไขหลังจาก
อภิปรายกันแล้ว. ขั้นตอนต่อไปคือการนำข้อ
บังคับนี้ไปจดทะเบียนเป็นข้อบังคับของ
สมาคม ซึ่ง พลต.ต. อภัย ศิริอรณ ได้รับ
มอบหมาย จากที่ประชุมให้เป็นผู้ดำเนินการ
ต่อไป.

หวังว่าสมาคมศิษย์เก่าแพทยศิริราช
จะได้ถือกำเนิดภายในเร็ววันนี้.

การส่งเงินค่าบำรุง

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