



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๕ ฉบับที่ ๙ กันยายน ๒๕๑๐	Volume 19, Number 9, September, 1967.
---------------------------------	---------------------------------------

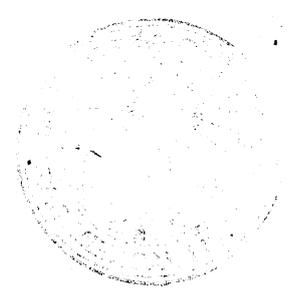
การตั้งครรภ์ที่รังไข่

รายงานผู้ป่วย ๒ ราย

เสียบยง ศรีวรรณบุรณ พ.บ.

(แผนกสูติศาสตร์—นรีเวชวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์)



ในระยะเร็วๆ นี้เราพบว่า การตั้ง
ครรภ์ที่รังไข่ มีรายงานในวารสารต่าง ๆ
เพิ่มมากขึ้น (มากกว่าสองร้อยราย)。(1)
ถึงกระนั้นก็ยังเป็นที่น่าสนใจของสูติแพทย์
และนรีแพทย์อยู่, เพราะว่าในแง่ของการ
เกาะตัวของไข่ และการฝังตัวของไข่ที่ถก
ผสมแล้ว, เหตุการณ์นี้อาจเป็นไปได้ใน
ลักษณะปรกติหรือมีพยาธิสภาพก็ได้.

ในปี ค.ศ. ๑๘๖๓ Saint Maurice of
Perigord,(2) ชาวฝรั่งเศส, ได้รายงาน
การตั้งครรภ์ที่รังไข่เป็นคนแรก.

เรื่องย่อ ศรีวรรณบุรณ, เสียบยง. การตั้งครรภ์
ที่รังไข่ สารศิริราช ๒๕๑๐ (ค.ศ. ๑๙๖๗),
๑๕ : ๔๗๑ - ๔๘๑.
ได้รายงานการตั้งครรภ์ที่รังไข่ ๒ ราย
ซึ่งได้รับการยืนยันแน่นอนจากวินิจฉัยทางพยาธิ
วิทยา. ทั้งสองรายนี้ไม่อาจวินิจฉัยได้จากการ
ตรวจธรรมดา. มีอุบัติการ ๑ : ๘๘ ของครรภ์
นอกมดลูกทั้งหมด.

ในปี ค.ศ. ๑๘๗๘ Spiegelberg(3)
ได้วางหลักเกณฑ์ ในการ วินิจฉัย การ ตั้ง
ครรภ์ที่รังไข่ไว้.

ในปี ค.ศ. ๑๙๐๕ Norris⁽⁴⁾ ได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่าหลักฐานสำคัญในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์ที่รังไข่คือเมื่อนำเอาหลอดมดลูกมาควมกลิ้งของจุดที่ค้น, ไม่พบการเปลี่ยนแปลงทางจุลพยาธิสภาพที่ขึงถึงการตั้งครรภ์เลย.

ในปี ค.ศ. ๑๙๕๒ Baden และ Heins⁽⁵⁾ ได้ให้ข้อเสนองานวิจัยการตั้งครรภ์ที่รังไข่ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ฝังตัว และมีการเจริญเติบโตของไข่ที่ถูกลดแล้ว, มากกว่าตำแหน่งของการฝังตัว.

ในปี ค.ศ. ๑๙๑๕ Meyer และ Wynne⁽⁶⁾ ได้รวบรวมเรื่องจากวารสารต่าง ๆ เกี่ยวกับ การตั้งครรภ์ที่รังไข่ได้จำนวน ๔๒ ราย. ต่อมา Baden และ Heins⁽⁷⁾ ได้รวบรวมตั้งแต่ต้นจนกระทั่งถึง ๑ มีนาคม ค.ศ. ๑๙๕๑, ได้จำนวน ๕๐ ราย. เขาพบว่าอายุเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์ที่รังไข่เท่ากับ ๓๐ ปี, และ ๔๕.๓% ของหญิงนั้น ๆ ไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อนเลย.

ในขณะเดียวกัน Scheffery ได้รายงานไว้ว่า ๑๕.๕% ของการตั้งครรภ์ที่รังไข่ไม่พบในหญิงที่เคยมีบุตรมาแล้ว,

และการตั้งครรภ์ที่รังไข่นั้น สันสกกลงในระยะเวลาสามเดือนแรก ๗๕% สันสกกลงในระยะเวลาเดือนที่สอง ๑๒.๓% และสันสกกลงในระยะเวลาเดือนหลัง ๑๒.๒%.

อุบัติการ

ตามสถิติของโรงพยาบาล เช่นที่ลดคนนครนิวยอร์ก, จากการตั้งครรภ์นอกมดลูก ๓๓๕ ราย, เป็นการตั้งครรภ์ที่รังไข่ ๑ ราย, จึงมีอุบัติการ ๐.๒๙%.

Young และ Hawk⁽⁴⁾ ให้ตัวเลขไว้ประมาณ ๑ : ๒๕,๐๐๐ ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด. Courtiss⁽⁸⁾ ให้ไว้สำหรับการตั้งครรภ์นอกมดลูก ๑ : ๒๐๘, และการตั้งครรภ์ที่รังไข่ เทียบกับการตั้งครรภ์นอกมดลูกชนิดต่างๆ ๑ : ๑๑๗. อุบัติการของการตั้งครรภ์ที่รังไข่จึงเป็น ๑ : ๒๔,๔๕๓ ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด.

David W.J. Reid และ J. Ross Vant⁽⁹⁾ ได้รวบรวมและจำแนกสถิติของมหาวิทยาลัยแพทย์ แอลเบอร์ตา, แคนาดา, ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๔๕ ถึง ๓๐ มิถุนายน ค.ศ. ๑๙๖๑, ให้อุบัติการไว้ว่าพบการตั้งครรภ์ที่รังไข่ได้ประมาณ ๐.๓-๑.๕% ของการตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือ

การตั้งครรภ์ที่รังไข่ ๑ รายต่อการตั้งครรภ์ทั้งหมดประมาณ ๒๕,๐๐๐ - ๓๐,๐๐๐ ราย, ซึ่งได้ตัวเลขใกล้เคียงกับที่กล่าวแล้ว.

ในวารสารภาษาไทยเท่าที่คนใด, มีผู้รายงานไว้ ๑ รายในปี ค.ศ. ๒๕๐๐. (10)

ในโรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ. ๒๕๐๖ - ๒๕๐๗ ถึง ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๐๘ รวม ๓๑ เดือน, เราพบการตั้งครรภ์ที่รังไข่ ๓ รายจากคนไข้คลอดทั้งหมด ๓๗,๐๕๕ ราย, แท้ง ๓,๕๒๕ ราย, และการตั้งครรภ์นอกมดลูก ๒๖๔ ราย. ในจำนวน ๓ รายพบในปี พ.ศ. ๒๕๐๖ หนึ่งราย, อีก ๒ รายพบในปี พ.ศ. ๒๕๐๘ ในระยะเวลาติดๆ กัน. สำหรับรายงานที่เสนอนี้จะพดเฉพาะ ๒ รายหลังเท่านั้น.

สาเหตุ

มีหลายทฤษฎีด้วยกัน ที่ให้ความเห็นถึงเรื่องกลไกของการผสมพันธุ์ และการเริ่มต้นของการตั้งครรภ์ที่รังไข่. ในอดีตเชื่อว่าการผสมพันธุ์เกิดขึ้นในรังไข่เลยทีเดียว. (11)

Cullen และ Mall (12) เคยรายงานว่าพบไข่ที่ผสมแล้วฝังอยู่ใน กราเฟียน

ฟอลลิเคิล.

Veit (11) ให้ความคิดเห็นว่าการผสมพันธุ์ไม่จำเป็นต้องเกิดใน ฟอลลิเคิล เสมอไป, อาจผสมกันที่ใดก็ได้, เช่นที่หลอดมดลูกหรือในช่องท้องก่อนแล้วจึงย้อนกลับไปฝังตัวที่ ฟอลลิเคิล ที่แตก, หรือที่คอร์ปัส ลูเทียม ของรังไข่, ต่อมา ไทรโพลลาสท์ เจริญเข้าไปในเนื้อ ของรังไข่, ทำให้ดูเหมือนฝังตัวอยู่ในรังไข่เลย.

Meyer (11) กล่าวว่าเขาพบไข่ฝังตัวตามผิวของรังไข่เสมอ. เขาเชื่อว่าเยื่อมดลูก กระจายไปที่รังไข่ และมีอำนาจพิเศษของผิวเนื้อ ของรังไข่ ทำให้ไข่ฝังตัวได้อีกด้วย.

จากการศึกษา ด้าน สรีรวิทยา อันน่าสนใจของ Rock (13) เกี่ยวกับเรื่อง การผสมพันธุ์ และ การ ตกไข่ เป็นเรื่อง สลับซับซ้อน เกยว เนอง กันหลาย อย่าง หลายประการ, ตัวอสุจิมี ฮัยอะลอรอนิเนส เป็น เครื่อง ช่วย อย่าง ดี ในการ แหวกว่าย หรือ ละลายกรด ฮัยอะลโรนิก ที่ชั้น แกรนโลซา และ เฟลลูลซิทล ของไข่ก่อนที่จะมีการผสมพันธุ์กัน. ส่วนใน เซอุม ของ เลือดก็มี แอนติฮัยอะลอรอนิเนส อยู่ด้วย. ในขณะที่ไข่หลุดมาก็จะมี เซอุม ออกมา

ตามรอยแตกนั้นเสมอๆ, จึงทำให้การ
ผสมพันธุ์ที่เกเกิดขึ้นเป็นไปอย่างสลับซับซ้อน
มากยิ่งขึ้น. เขายังได้กล่าวไว้ด้วยว่า
ความสำคัญในการผสมพันธุ์จะเกิดขึ้นได้
หรือไม่, ขึ้นอยู่กับความแข็งแรงและการ
มีชีวิตของไข่ และการเปลี่ยนแปลงทาง
กายภาพของ ฟิมเบรีย ที่หลอดมดลูกด้วย.

ความคิดเห็น แตกต่าง กันไปในเรื่อง
กลไกของการผสมพันธุ์และการฝังตัวของ
การตั้งครรภ์ที่รังไข่มากมาย, พอที่จะ
สรุปได้เป็น ๒ ข้อใหญ่ๆ, คือ:

๑) ไข่สุกหลุดออกมาแล้วผสมกับ
เชื้ออสุจิ ที่หลอดมดลูก หรือใน ช่องท้อง.
แต่จะก่อเหตุอันหนึ่งอันใดก็ตาม ที่เราไม่
สามารถจะอธิบายได้, ไข่ที่ถูกผสมพันธุ์
แล้วนั้นเดินทางย้อนกลับไปยังตัวที่ คอ-
เท็กซ์ หรือ คอร์ปัส ลูเทียม ของรังไข่
ข้างนั้น, หรือเดินทางย้อนไปในช่องท้อง
แล้วไปฝังตัวที่ผิวของรังไข่ ก้านตรงข้าม,
หรือ เดินทางต่อไป ผ่านโพรงมดลูกแทนที่
จะฝังตัวในนั้นกลับผ่านเข้าหลอดมดลูกอีก
ข้างหนึ่ง แล้วฝังตัวที่ผิวของรังไข่ข้าง
ตรงข้าม.

๒) ไข่สุกกำลัง หลุดออกมาพัน

ฟอลลิเคิล ที่แตก จะถูกผสมพันธุ์ แล้วฝัง
ตัวบริเวณนั้นเลย. สำหรับกรณีถ้าเรา
ตัดเนอ ตรวร ก ด้วย กล้องจุลทัศน์ จะ พบ
คอร์ปัส ลูเทียมด้วย.

หลักเกณฑ์ ในการวินิจฉัย

ทั้ง ๒ รายที่เราวินิจฉัยได้ อาศัยหลัก
ของ Spiegelberg (13) ที่วางไว้เมื่อปี
ค.ศ. ๑๘๗๘ ว่าการตั้งครรภ์ที่รังไข่ที่แท้
จริงจะต้องมีลักษณะ ๔ ประการ คือ:

๑) หลอดมดลูก ตลอดจน ฟิมเบรีย
โอวาริกา จะต้องยังคงสภาพเดิมและแยก
ออกจากรังไข่ได้ชัดเจน.

๒) ถุงครรภ์ ที่เกิดขึ้นจะต้อง อยู่ตรง
ตำแหน่งของรังไข่.

๓) ถุงครรภ์ จะต้อง ติดต่อกับตัวมด
ลูกด้วย โอวาเรียม ลิกาเม้นต์.

๔) จะต้องมึเนอของรังไข่ อยู่ ที่ผนัง
ของถุงครรภ์อย่างไม่มึข้อโต้แย้ง.

รายงานผู้ป่วย

รายที่ ๑

นาง บ.ค., อายุ ๓๕ ปี, เชื้อชาติไทย,
อาชีพค้าขาย, อยู่อำเภอตลิ่งชัน, จังหวัด

ชินบุรี, มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ
ว่าปวดท้องน้อยมากมา ๒ วัน. รับประทาน
ยาเมื่อวันที่ ๒๕ มิถุนายน พ.ศ.
๒๕๐๘. (เลขที่ทั่วไป ๗๖๔๐๑.๐๘,
เลขที่ภายใน ๑๗๗๓๕.๐๘)

ประวัติครอบครัวและอดีต

ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรงใดๆ. แต่งงาน
อายุ ๑๘ ปี. มีบุตร ๗ คน. เหลือชีวิต
อยู่ ๕ คน. เคยแท้ง ๑ ครั้ง สามี
แข็งแรงดี. ปฏิเสธการมีโรค.

มีครรภ์แรกอายุ ๑๘ ปี. มีมา
สม่ำเสมอตั้งแต่วันแรก มาครั้งหนึ่งนาน
๓ วัน, เปลี่ยนผ้าวันละ ๒ ผืน. ขณะมี
ประจำเดือนมีปวดหลังเล็กน้อย. ตกขาว
มีบ้างแต่ไม่มาก. ระด ๒ เดือนหลังมา
น้อยกว่าปรกติพอเชือนผ้าเพียงวันเดียว,
แต่มาตรงตามเวลาทั้ง ๒ เดือน.

ประวัติปัจจุบัน

สืบห้าวันก่อนมาโรงพยาบาลมีเลือด
ออกทางช่องคลอดตรงกับเวลาประจำเดือน.
มีอยู่วันเดียวพอเชือนผ้า. หลังจากนั้น
มีอาการปวดท้องน้อยทั่วไป. ปวดไม่มาก.
สองวันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวด
ท้องน้อยมากจนทนทนเกือบไม่ไหว.

การตรวจร่างกายเมื่อแรกรับ

อุณหภูมิ ๓๗.๒ °C, ชีพจร ๘๖/
นาที, หายใจ ๒๔/ นาที, ความดันเลือด
๑๒๐/๘๐ มม.ปรอท. คนไข้มีลักษณะ
รปร่างสันตักคน, ไม่ซีด. ปอด, หัวใจ,
ไม่พบสิ่งผิดปกติ. หน้าท้องกดไม่เจ็บ.
คลำไม่พบก้อน.

การตรวจภายใน

ในช่องคลอดมีตกขาวลักษณะคล้าย
หนองเล็กน้อย. ปากมดลูกโตกว่า
ปรกติเล็กน้อย. ที่ปากล่างมีแผลร่อน
(อีโรชั่น) โตขนาดเหรียญสลึง. เมื่อ
ถูกต้องเลือดออกค่อนข้างง่าย. ปากย่นมี
แผลเช่นเดียวกันแต่เล็กกว่า. ผิวของแผล
รู้สึกยุบกว่าปรกติเล็กน้อย. รูปร่าง
มดลูกใส่ได้ปลายนิ้ว. มดลูกคว่ำหลัง,
เอียงไปข้างหน้า. ขนาดเท่าที่คลำได้ไม่
โต. ยึดมดลูกใน คัด เตอ ซัด ก่อนมา
ข้างซ้ายมีก้อนโตขนาด ๗ x ๘ ซม.
ก้อนนี้คดแน่น, เจ็บเล็กน้อย. ส่วนหนึ่ง
ของก้อนโป่งเข้าไป.

การตรวจทางห้องทดลอง

เลือด : ฮีมาโตคริต ๓๒%, เม็ดเลือด
ขาว ๕๒๐๐, โพลีมอร์ฟ ๗๐%, ลิมโฟ-

ชัยที่ ๓๐% บัสสาวะไม่พบสิ่งผิดปกติ.
การทดสอบการตั้งครรภ์ โดยใช้คางคก,
ใช้บัสสาวะ ๔ มล., ให้ผลบวก.

ได้ให้การวินิจฉัยขั้นต้นว่า

(๑) ถุงน้ำของหลอดมดลูก-รังไข่,
หรือเป็นหนอง (Tubo-ovarian cyst
or abscess).

(๒) การตั้งครรภ์นอกมดลูก.

ได้ทำการตรวจภายในอีกครั้งหนึ่งหลัง
ตัดเนื้อแผลปากมดลูกไปตรวจ. ผลการ
ตรวจพบพร้อมกันกับเจาะ คัด เคอ ชัก กับ
ตรวจภายในหลังมดลูกได้ผลคล้ายกัน.
มดลูกอยู่ตำแหน่งตรงกลาง, ขนาดไม่โต.
ติดกับมดลูกข้างขวาคล้ายกับก้อนซีกเจเน.
ขั้วล่างของก้อนยื่นเข้ามาใน คัด เคอ ชัก.
ก้อนบางแห่งแข็งบางแห่งนุ่ม. ข้างซ้าย
ของมดลูกคล้ายไม่พบอะไร. เจาะ คัด เคอ
ชัก ผ่านเข้าสู่ก้อน ใกล้เคียงๆ ปน
เลือดออกเก่า. จึงตัดสินใจเปิดหน้าท้อง
เข้าไป. พบว่าในช่องท้องส่วนล่างมี
โอเม็นตัม มากคลุม. ปลายบนของ
โอเม็นตัม เกาะติดกับก้อน. ตัวก้อนอยู่ใน
ตำแหน่งท้องที่อยู่เบื้องมาทางขวา. คาน
บนและคานล่างของก้อนมีลำไส้มาเกาะ
ติดอยู่. ในช่องท้องยังมีเลือดน้ำเล็กน้อย.
เมื่อเจาะเอา โอเม็นตัม และส่วนของลำไส้

ข้างซ้าย หลุดออกไป จึงพบว่าก้อนที่อยู่
เหนือมดลูกทางคานขวา. ตัวมดลูกถูกกด
เอียงไปทางคานซ้าย, ขนาดไม่โต. หลอด
มดลูก และรังไข่ขวาเกาะขึ้นมาได้ง่าย.
หลอดมดลูกขวมมากกว่าธรรมดา. รังไข่
ข้างซ้ายขนาดปกติ, ผิวเรียบ, มีคอร์ปัส
เล็กเต็ม. จากตัวมดลูกพบว่าเอ็นกลมทอด
ผ่านก้อนนี้ไป. หลอดมดลูกมองเห็น
ซีกเจเน, ทอดอยู่ทางคานหน้าส่วนล่างของ
ก้อน, ขนาดยาวกว่าปกติเล็กน้อย,
พุ่มเบรีย เย็บ. ขณะเจาะก้อนนั้นชั้นหนึ่ง
ของก้อนทะลุ. มีน้ำใสปนเลือดไหลออกมา
ประมาณ ๕๐-๑๐๐ มล. ทางคานล่าง
ส่วนหลังของก้อนติดกับผนังช่องเชิงกราน,
บรอก ลิแกเมนต์ และคานหลังของมดลูก.
เมื่อเจาะขึ้นมาเรียบเรียบร้อยแล้ว พบว่าก้อนนี้
โตขนาดกำปั้น, ผิวขรุขระ, สีคล้ำ.
บางแห่งนุ่มบางแห่งแข็ง. ก้อนนี้อยู่
ตรงตำแหน่งของรังไข่. มี โอวาเรียม
ลิแกเมนต์ พรอเพอร์ ออกไปจากส่วนล่าง
ของก้อนไปที่มดลูก ในส่วนล่างของก้อน
ยังเห็น เนอ รังไข่ ตกเป็นผนังของ ก้อน.
ได้ทำการ ตัดเอา รังไข่ และ หลอดมดลูก
ข้างนี้ ออก. เนื่องจากได้ตัดติครวมกับ
ก้อนนี้จึงได้ตัดเอาออกด้วย. ส่วนหลอด

มดลูกข้างซ้ายได้ผูกทำหมันให้.

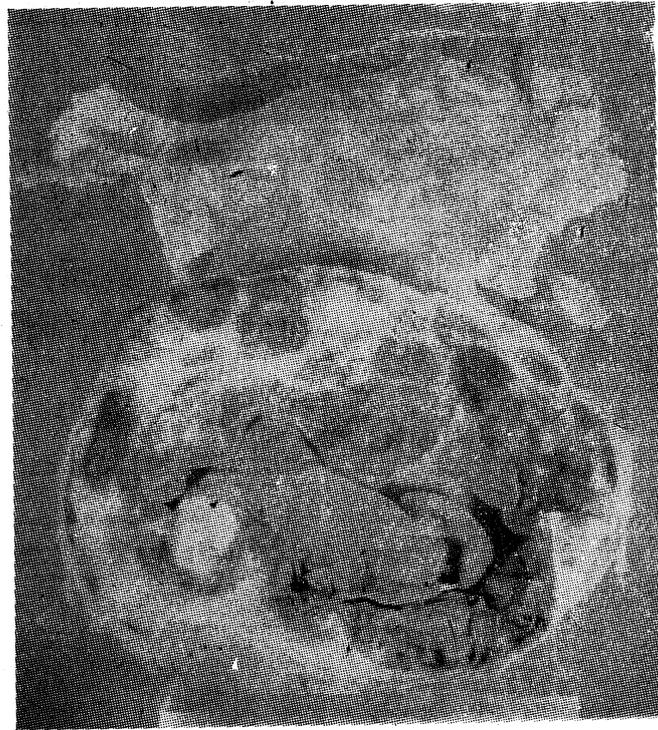
หรือ ๗ วันหลังผ่าตัด.

หลังผ่าตัดคนไข้มีไข้เล็กน้อยอยู่
๓-๔ วัน. ต่อจากนั้นสบายดีและกลับบ้าน
ได้เมื่อวันที่ ๑๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๐๘

การวินิจฉัยหลังผ่าตัด

การตั้งกรรมนอกมดลูกที่รังไข่ข้าง
ขวา.

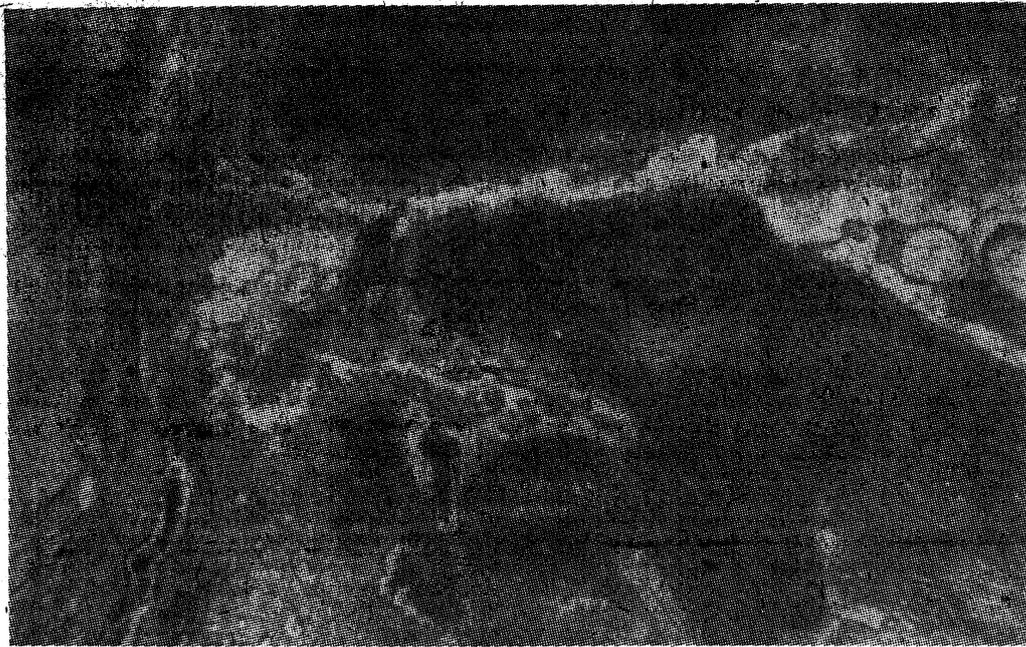
ลักษณะทางพยาธิวิทยา



รูปที่ ๑. ลักษณะพยาธิที่มองเห็นด้วยตาเปล่า.

ในก้อนเนื้อที่ตัดออกมา (ตรป) พบว่า
มีหลอดเลือดยาว ๘ ซม. ลักษณะปรกติ.
พิมเขรยเยื่อรังไข่ข้างเคียงกันเป็นก้อนเนื้อ
สีน้ำตาล, ขนาด ๘ x ๖ x ๕ ซม. เนื้อ
ขรุขระ. ที่ขวมเนื้อสีขาวคั้นนออกจาก

ก้อนเล็กน้อย (โอวาเรียน ลีกาเมนต์
ปรอเปอร์). ผนังของก้อนเนื้อรังไข่ที่
ภายในมีเนอรัค. ตรงกลางเป็นโพรงและ
มี เอ็มบริโอ ๑ ตัว.



รูปที่ ๒. ลักษณะพยาธิปรากฏในกล้องจุลทรรศน์

การวินิจฉัยทางพยาธิ (เลขที่ ๒๓๕๘.
๐๘) การตั้งครรภ์รังไข่.

รายที่ ๒.

นาง ล.บ., อายุ ๓๑ ปี, เชื้อชาติไทย,
อาชีพทำนา, อยู่อำเภอเมือง, จังหวัด
นครราชสีมา, มาโรงพยาบาลด้วยอาการ
สำคัญว่าปวดท้องน้อยมา ๒ วัน. รับไว้
รักษาเมื่อวันที่ ๒๓ กรกฎาคม พ.ศ.
๒๕๐๘. (เลขที่ทั่วไป ๘๘๐๗๑.๐๘,
เลขที่ภายใน ๒๐๕๗๖.๐๘)

ประวัติครอบครัวและอดีต

ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรงใดๆ. แต่งงาน

เมื่ออายุ ๓๐ ปี. ยังไม่เคยมีบุตร. ไม่
เคยแท้ง. สามีแข็งแรงดี, ปฏิเสธ
กามโรค.

ประวัติระดู

มีระดูครั้งแรกเมื่ออายุ ๑๗ ปี. มีมา
สม่ำเสมอทุกเดือน. มาครั้งหนึ่งนาน
๓ วัน. เปลี่ยนผ้าวันละ ๒ ผืน. ขณะมี
ปวดท้องน้อยและมีตกขาวเล็กน้อย. ระดู
ปรกติครั้งสุดท้ายเมื่อ ๒๒ มิถุนายน
พ.ศ. ๒๕๐๘.

ประวัติปัจจุบัน

เมื่อระดูเลยกำหนดมา ๒ วันก็มี

อาการปวดท้องน้อยทั่ว ๆ ไป. ไม่มีเลือดออก. วันที่จะมาโรงพยาบาลมีอาการปวดท้องมาก. ได้ไปหาแพทย์ที่สุขศาลา. แพทย์ฉีดยาให้ ๑ เข็ม. แต่อาการไม่ดีขึ้น. ปวดจนเป็นลมจึงมาโรงพยาบาล.

การตรวจร่างกายเมื่อแรกรับ

อุณหภูมิ ๓๗.๒ °C, ชีพจร ๑๒๐/นาท, หายใจ ๒๐/นาท, ความดันเลือด ๑๑๐/๖๐ มม.ปรอท. คนไข้ซีดเล็กน้อย. ปอด, หัวใจไม่พบสิ่งผิดปกติ. หน้าท้องส่วนล่างกดเจ็บ. คล้ำไม่พบก้อน.

การตรวจภายใน

ในช่องคลอดไม่มีเลือด. ผนังผิวคล้ำเล็กน้อย. ปากมดลูกขนาดปรกติ. รูมดลูกกลม, บึบ, ไม่มีแผล. มดลูกคว่ำหน้า, ขนาดคล้ำไม่ชัดเจน. บริเวณปากมดลูกเจ็บทั้ง ๒ ข้าง, โดยเฉพาะข้างขวามากกว่าข้างซ้าย. แต่คล้ำไม่พบก้อน. คล้ เกอ ซัด เจ็บ, คิง.

การตรวจทางห้องทดลอง

เลือด : ฮีโมโกลบิน ๑๖% เม็ดเลือดขาว ๒๑,๘๐๐. โพลีมอร์ฟ ๕๑%

ลึยมโพซัยท์ ๕% ในปัสสาวะไม่พบสิ่งผิดปกติ.

ใ้ใ้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่า "การตั้งครรภ์นอกมดลูก". ใ้ใ้ทำการตรวจภายใน หลัง คมยา สลบ อีก ครั้ง และเจาะคล้ เกอ ซัด ใ้ใ้เลือกน้ำ. จึงทำการเย็บหน้าท้อง. พบว่าในช่องท้องมีเลือดก้อนปนเลือดน้ำ ประมาณ ๑,๐๐๐ มล. มดลูกขนาดปรกติ. หลอดมดลูกทั้งสองปรกติ. พีมเบรีย เบ็ค. รังไข่ข้างซ้ายปรกติ. ส่วนรังไข่ข้างขวามีรอยฉีกขาด และมีก้อนเลือดขนาดผลส้มเขียวหวานหลุดออกมา. จึงใ้ใ้เอาก้อนนั้นออก, แล้วเย็บเนอรังไข่บริเวณฉีกนั้น.

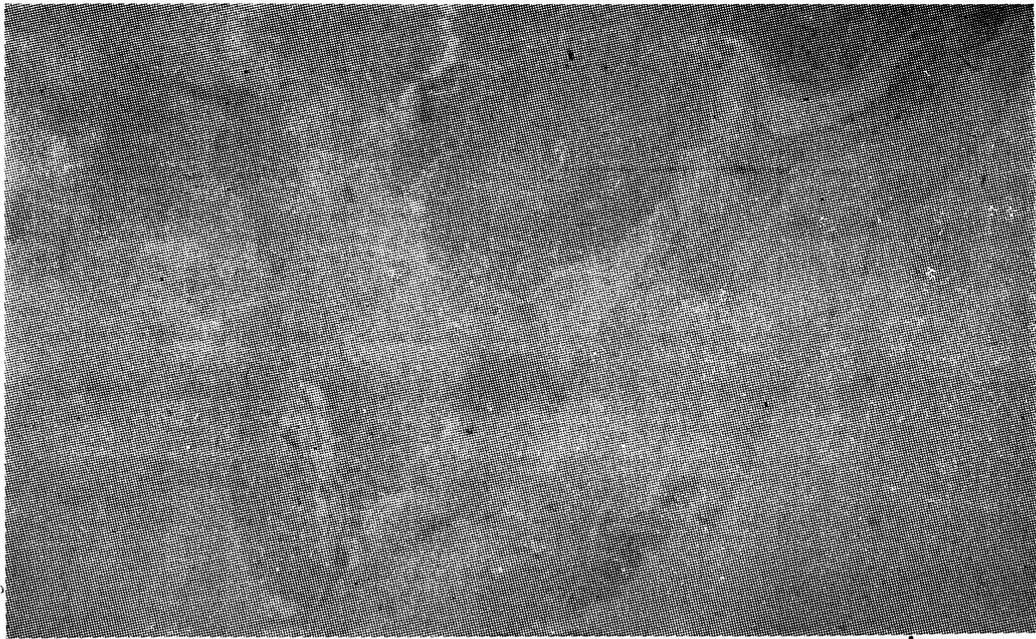
หลังผ่าตัดคนไข้สบายดี. ไม่มีไข้. กลับบ้านได้เมื่อวันที่ ๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๐๘ หรือ ๘ วันหลังผ่าตัด.

การวินิจฉัยหลังผ่าตัด

การตั้งครรภ์นอก มดลูก ที่รังไข่ ข้างขวา.

ลักษณะทางพยาธิวิทยา

ก้อนเนอที่หลุดออกมานั้นมีขนาด ๔ ซม., เป็นก้อนเลือดมเนอรกบางแห่ง.



รูปที่ ๓. ลักษณะทางพยาธิที่ปรากฏในกล้องจุลทรรศน์

ผนัง ของ ก้อน ขาง ส่วน มี ลักษณะ เหมือน เนื้องอก

การวินิจฉัยทางพยาธิ (เลขที่ ๒๗๖๓ .๐๘) การตั้งครรภ์รังไข่

สรุป

ได้รายงานการตั้งครรภ์รังไข่ ๒ ราย ที่พบใน ร.พ. ศิริราชใน พ.ศ. ๒๕๐๘. ทั้ง ๒ ราย เราอาศัยหลักการวินิจฉัยของ Spiegelberg. เป็นที่น่าสังเกตว่าในทั้ง ๒ รายไม่พบลักษณะ พยาธิสภาพ ของหลอดมดลูกเลย.

การตั้งครรภ์รังไข่ที่เราไม่สามารถจะวินิจฉัยแยกจากการตั้งครรภ์ที่หลอดมดลูกได้ทางคลินิก.

การตั้งครรภ์รังไข่ ๒ รายนี้พบในอายุ ๓๑ และ ๓๕ ปี, เป็นคนที่เคยมีบุตรแล้ว ๑ รายและยังไม่เคยมีบุตรเลย ๑ ราย.

กลไกการเกิดนั้นอาจเป็นไปได้ทั้งสองอย่างดังที่กล่าวแล้ว.

ในที่นี้ ผู้รายงาน ขอขอบพระคุณ ศจ. พ.ญ. ม.ร.ว. ส่องศรี เกตสิงห์, หัวหน้าแผนกสรีรศาสตร์นรีเวชวิทยา, ที่ได้ให้ความกรุณาตรวจสอบ, แนะนำและ

ตลอดจนอนุญาตให้เสนอรายงานนี้. ขอ
ขอบคุณ น.พ. สภา ลิ้มพานิชย์การ,
หน่วยภาพการแพทย์, แผนกกายวิภาค
ศาสตร์, ที่กรุณาทำภาพให้.

เอกสาร

1. Moyer, E.D., Jr. and A. Lack: Am. J. Obst. & Gynec. 1958, 76: 518.
2. Farell, D.M. and J. Abrams: Obst. & Gynec. 1956, 7: 562.
3. Spiegelberg, O.: Arch. Gynäk. 1878, 13: 73.
4. Young, A.M. and G.M. Hawk: Am. J. Obst. & Gynec. 1933, 26: 97.
5. Eastman, N.J.W.: Obstetrics 12th ed. New York, Appleton, 1961.
6. Meyer, A.W. and H.M.N. Wynne: Wharton, Gynecology Including Female Urology, 2nd. ed; Phila. & London, Saunders, 1947.
7. Baden, W.F. and O.H. Heins: Am. J. Obst. Gynec. 1952, 64: 353.
8. Courtiss., M.: Am. J. Obst. & Gynec. 1942, 44: 1248.
9. David, W.J.R. and J.R. Vant: Obst. & Gynec. 1963, 21: 450.
10. ปาลวัฒน์วิไชย, สุชาติ: วิทยาสารเสนา
รักษ์ 2500, 10: 427.
11. Novak, E.: Gynecologic and Obstetric Pathology, 3rd ed., Phila. London, Saunders, 1952.
12. Mail, F.P. and E.K. Cullen: Surg. Gynec. & Obst. 1913, 17: 698.
13. Rock, J.: New England J. Med. 1949, 240: 802.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding article)

OVARIAN PREGNANCY

Report of Two Cases

Sabiang Srivannaboon, M.B.

(Department of Obstetrics and Gynecology)

(Head of Dept.: Prof. Dr. M.R. Songsri Ketusinh)

Two cases of ovarian pregnancy in the Department of Obstetrics and Gynecology, Siriraj Hospital, are reported. The criteria, for diagnosis are those of Spiegelberg. The clinical findings are indistinguishable from those of tubal pregnancy. Our patients are a

31-year old primipara and a 35-year old multipara. Diagnosis is based primarily on physical examination and puncture of cul de sac. Both patients recover smoothly after operation.

(Thirteen references. Three figures.)

โรคแทรกซ้อนการตัด เวกัส เพื่อรักษาแผลเป็บติค*

ปราโมทย์ พรพิบูลย์ พ.บ., เกษม ลีม่วงศ์ พ.บ., (Facharzt für Chirurgie)

(แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ)

การตัดประสาท เวกัส เป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่งของโรคแผล เป็บติค. แต่การตัด เวกัส ก็มีผลเสีย, คือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้, เช่นอาการท้องเดินและอื่น ๆ. อาการกลืนลำบากหรือกลืนติดก็เป็นอาการแทรกซ้อนข้อหนึ่งของการกระทำนี้. แม้จะหาได้ยาก, แต่อาการนี้ทำความลำบากให้แก่คนไข้, และอาจทำให้เกิดการวินิจฉัยผิดพลาดได้ชั่วสำหรับแพทย์. ในประเทศไทยมีการใช้การทำการตัด เวกัส ในการรักษาโรคแผลย่อย เป็บติค มาเป็นเวลาหลายสิบปี, แต่ยังไม่เคยมีผู้ใดได้รายงานถึงภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดนี้เลย, จึงเห็นสมควรรายงานไว้.

ในระยะเวลาสิบเดือนที่ผ่านมาในการทำการตัด เวกัส ในรายแผล เป็บติค เรืองรังของ ร.พ. ศิริราช จำนวน ๓๘ ราย, ได้เกิดมีอาการกลืนลำบาก

เรื่องย่อ พรพิบูลย์, ปราโมทย์, เกษม ลีม่วงศ์
โรคแทรกซ้อนการตัดเวกัส เพื่อรักษาแผลเป็บติค. สารศิริราช ๒๕๑๐ (ก.ศ. ๑๕๖๗), ๑๕ : ๔๘๓-๔๘๗.

ในจำนวน ผู้ป่วย ๓๘ ราย ที่ได้รับ การตัดเวกัส เพื่อรักษาแผล เป็บติค เรืองรังมี ๓ รายที่เกิดอาการกลืนลำบากหลังจากผ่าตัด ๒, ๓, ๔ สัปดาห์ตามลำดับ. บางรายเป็น ๆ หาย ๆ อาการกลืนลำบากนี้หายไปเองใน ๒-๔ เดือน.

(Dysphagia) ตามมาภายหลัง ๓ ราย.

รายแรก เป็นผู้ช่วยชายไทย, อายุ ๑๗ ปี. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น "แผลย่อย ค.โอคินัม เรืองรังและตกเลือด" ได้ทำการผ่าตัด โดยทำการตัดประสาทเวกัส ผ่านหน้าท้อง ร่วมกับการซ่อมพัยลอร์ส (Heineke-Mikulicz Pyloroplasty) เมื่อวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๐๘. ภาวะภายหลังผ่าตัดเรียบร้อยดี, และ ๗ วันภายหลังผ่าตัดก็ได้จำหน่ายผู้ป่วยออกจาก ร.พ. ผู้ป่วยมีอาการปรกติดีตลอดมา,

* รายงานในที่ประชุมวิชาการของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เมื่อ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๐๘.

จนกระทั่ง ๓ สัปดาห์ภายหลังจากที่ผู้ป่วย
กลับมากินอาหารไม่ลง, ทิศ
ที่หน้าอก, ไม่ว่าอาหารนั้นจะเป็นอาหาร
แข็งหรืออาหารเหลวก็ตาม. ผู้ป่วยได้รับ
การตรวจโดยให้กลืนยาเร็ว. พบว่ามี
ส่วนย่อยของหลอดอาหารแคบ, ลักษณะ
คล้ายกับ คาร์ดิโอสปีสมี. อาการกลืน
ลำบากขึ้นช้า ๆ หลังจากการปฏิบัติ
ตามคำแนะนำในเรื่องอาหาร, คือให้
อาหารเหลว ร่วมกับการใช้ยาพวกกลุ่ม
ประสาท (แทรนควิลไลเซอร์), ในรายนี้
ใช้ยาเม็ค เซลเลอร์กาล. อาการกลืน
ลำบากขึ้นเป็นลำดับในเดือนที่ ๒, และใน
เดือนที่ ๓ อาการก็ไม่มีเหลืออยู่เลย.

รายที่สองเป็นผู้ป่วยชายไทยคู่, อายุ
๓๒ ปี, ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นแผลเปื่อย
คโอดันมี เรอริง และได้รับการผ่าตัด
โดยทำการตัดประสาท เวกส์ ผ่านหน้า
ท้องร่วมกับการตัดกล้ามเนื้อหลอด
รติ (Pyloromyotomy) เมื่อวันที่ ๕
กรกฎาคม ๒๕๐๕. ภายหลังจากผ่าตัดไม่
พบบัอาการผิดปกติ. ผู้ป่วยได้เริ่มอาหาร
เหลวในวันที่ ๓ หลังผ่าตัด, และได้เริ่ม
อาหารอ่อน ในวันที่ ๖ ภาย หลัง ผ่าตัด.
ออกจาก ร.พ. ในวันที่ ๗ ภาย หลัง ผ่าตัด.

ต่อมาในวันที่ ๑๓ ภาย หลัง ผ่าตัดผู้ป่วย
มากินอาหารไม่ลงแล้วทิศที่หน้า
อก, ไม่ว่าอาหารนั้นจะเป็นอาหารแข็ง
หรืออาหารเหลวก็ตาม. ได้แนะนำใน
เรื่องอาหารโดยให้อาหารเหลวร่วมกับการ
ใช้ยาพวกกลุ่มประสาท (เม โปร
ยามาเมท). อาการกลืนลำบากค่อย ๆ น้อย
ลงตามลำดับ. เป็นอยู่ ๒ เดือนก็ไม่มี
อาการดังกล่าวเหลืออยู่เลย.

รายที่สาม :— ผู้ป่วยไทยคู่, อายุ
๕๕ ปี, ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นแผลเปื่อย
คโอดันมี เรอริง และได้รับการผ่าตัด
โดยทำการตัดประสาท เวกส์ ผ่านหน้าท้อง
ร่วมกับการซ่อม พัลลอร์ติ เมื่อวันที่ ๒๕
สิงหาคม ๒๕๐๘. ไม่ปรากฏว่ามีโรค
แทรกซ้อนใดภาย หลัง ผ่าตัด. วันที่ ๕
ภาย หลัง ผ่าตัดก็ได้จำหน่ายผู้ป่วยออกจาก
ร.พ. จนกระทั่ง ๑ เดือนภาย หลัง ผ่าตัด
ผู้ป่วยมากินอาหารไม่ลง, ทิศ
ที่หน้าอก. เวลาที่มีอาการมากผู้ป่วย
บอกว่ากลืนติดที่หน้าอก, พยายาม
กลืนก็ไม่ได้ผล. อาการแน่นอึดอัดมาก
จนจนต้อง พยายามทำให้ อาเจียนออกมา
จึงจะสบาย. มีอาการมากเป็นเพียงบาง
เวลาเท่านั้น. เป็น ๆ หาย ๆ อยู่เรื่อย

ที่ติดต่อกัน เป็น ระยะเวลา ๔ - ๕ เดือน.
ต่อมาอาการหายไปได้เองโดยไม่ได้รับการ
รักษาทางยาเลย.

วิจารณ์

จากรายงานของผู้ป่วย ทั้ง ๓ ราย ที่
กล่าวแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่าเราพบอาการ
กลืนลำบากขึ้นอ่อน ซึ่งเป็นโรคแทรก
ซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดทําตัดประ-
สาท เวกส์. ถ้าคิดเป็นเปอร์เซ็นต์ก็เท่า
กับ ๑.๘%. อาการทั่วไป มักมีอาการ
ไม่รุนแรง, อาการเป็น ๆ หาย ๆ, และ
อาการนั้นจะหายไปได้เองโดยไม่ต้องได้
รักษาใด ๆ.

สำหรับสาเหตุที่อาจเป็นไปได้ของการ
เกิดอาการ กลืนลำบาก ภายหลัง การตัด
ประสาท เวกส์ นี้ประการแรกอาจเกิด
จากการขาดเจ็บเฉพาที่, แถวบริเวณ
หลอดอาหารส่วนปลาย, ไม่มากนักน้อย,
จากการตัดประสาท เวกส์ ผ่านหน้าท้อง,
ซึ่งถ้าเกิดจาก สาเหตุนี้ อาการที่เกิดขึ้นก็
น่าจะเกิดในระยะแรกหรือไม่ก็ในระยะที่มี
ไฟโบรซิส. อีกประการหนึ่งอาจเกิดจาก
การที่มีภาวะไม่สมดุลของประสาท ซิมม
เพเรติกและ พาราซิมเพเรติก ทำให้

มีการรั่วตัวของหลอด คาร์ดีแอก. ความ
เห็นอันหลังนี้ น่าจะได้รับการสนับสนุน,
เพราะว่าอาการที่เกิดขึ้น นานตั้งแต่ภาย
หลังผ่าตัด ๒ สัปดาห์จนกระทั่งถึง ๑
เดือน, และอาการคงอยู่ตั้งแต่ ๒ เดือน
จนถึง ๕ เดือน, ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาว
นาน และ ไม่มีการ กลับ เป็น ชน อีก เลย.
ประกอบกับการติดตามผลการกลืน ยา-
เตรียม พบว่าสามารถขยายออกได้, ทำ
ให้ความเห็นที่เกี่ยวกับสาเหตุ อันเกิดจาก
การขาดเจ็บเฉพาะที่นั้นน้อยลงไป.

เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานในต่าง
ประเทศก็พบว่าอาการเกิดอาการกลืนลำบาก
ภายหลังการตัดประสาท เวกส์ นี้ก็พบได้
ไม่บ่อยนัก, ซึ่งขอยกมากล่าวโดยสังเขป
ดังนี้ :

ในปี ๑๘๕๗ Moses ได้รายงานเป็น
รายแรก, เกี่ยวกับอาการเกิดอาการกลืน
ลำบากที่เกิดขึ้น ภายหลังการตัดประสาท
เวกส์. เขาพบเป็นจำนวนน้อย, เพียง
๑ - ๒% เท่านั้น. ในปีเดียวกันนี้ (๑๘๕๗)
Dragstedt ได้กล่าวถึงการตัดประสาท
เวกส์ ทางทรวงอก (Intrathoracic sec-
tion) ในสุนัข พบว่ามีการหดเกร็งของ
หลอด คาร์ดีแอก (Achalasia) เท่า ๆ

กับการ มีการขาด การตั้งตัว ของกระเพาะ
อาหารหรือมีการหดเกร็งของ พัลลอร์ส.
ต่อมา Dragstedt ก็คณะได้เรียบเรียง
เรื่องราวผู้ป่วยที่ทำการตัดประสาท เวกัส
๕๐๕ ราย. พบว่ามี ๒ - ๓ รายที่มี
อาการกลืนลำบากใน ๒-๖ สัปดาห์ ภาย
หลังการผ่าตัด. เขาเชื่อว่าอาการนี้เกิด
จากการ ที่ผ่าตัด ทำให้เกิดมีการ ขาดเจ็บ
ต่อหลอดอาหารส่วนปลาย, และจากการ
ทำ อีโสฟาโกสโคปี่ พบว่ามีอาการบวม
ของ เยื่อ เยื่อ และ สามารถ จะ หาย ได้
เร็วข้อย ภาย หลัง จาก การ ขยาย ด้วย
เครื่องมือ.

ในปีเดียวกันนั้น (๑๙๕๗) Grimson
ก็คณะได้รายงานผู้ป่วยที่ถูกตัดประสาท
เวกัส ผ่านหน้าท้อง ๕๗ ราย. พบว่า
เกิดมีอาการกลืนลำบาก ๒๑ ราย, และ
มีรายที่เป็น มากถึง ต้องรับไว้ใน ร.พ.
หนึ่งราย. ส่วนใหญ่ในผู้ป่วยของเขา
อาการหายไปตัวเอง.

ในปี ๑๙๕๐ Wilcox ได้รายงาน
อาการกลืนลำบาก ที่เกิดขึ้น ภาย หลัง จาก
การตัดประสาท เวกัส ได้ ๕ วัน และ
การทำ อีโสฟาโกแกรม ในวันที่ ๑๕
ภาย หลัง ผ่าตัด. สามารถแสดงการที่มี

การขยายส่วนต้น ของหลอดอาหารและมี
การขาดหายไปของลำ ยา เรียม ที่หลอด
อาหารส่วนปลายทันที. และจากการทำ
อีโสฟาโกสโคปี่ พบว่ามีอาการแคบของ
หลอดอาหารที่ระดับ ๕๐ ซม. ทำให้ อี-
โสฟาโกสโคปี่ ผ่านเข้าไปได้ลำบาก.
จากการสังเกตพบว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้น
มากภาย หลัง การผ่าน อีโสฟาโกสโคป
เข้าไป, และจากการทำ อีโสฟาโกแกรม
ในวันที่ ๕๘ ภาย หลัง การผ่าตัด สามารถ
แสดงทางผ่านของหลอดอาหารปกติ.

ตั้งแต่ปี ๑๙๕๕ - ๑๙๖๕ Dagradi
ก็คณะได้รายงานผู้ป่วยที่ถูกตัดประสาท
เวกัส ๑,๓๐๐ ราย. พบว่ามี ๑๒ รายที่
เกิดมีอาการ กลืน ลำบาก มากและ ในหมู่
คนไข้ พวก นี้ มีผู้ป่วย ส่วนตัว ๒๐๐ ราย
ที่เป็นแผลเยื่อ คิวคินัม ภาย หลัง การ
ตัดประสาท เวกัส ผ่านช่องท้องร่วมกับ
การซ่อม พัลลอร์ส หรือการตัดกระเพาะ
อาหารส่วนปลาย. เกิดมีอาการกลืนลำ-
บากอย่างมากอยู่ ๓ ราย, ซึ่งแสดงได้
โดยอาการและภาพทางรังสีและสามารถ
หายไปตัวเอง.

สรุป

ได้ทบทวนรายงานต่าง ๆ ที่มีอาการ
กลืนลำบากหลังการตัดประสาท เวกัส.
ความเห็นเกี่ยวกับการเกิดขึ้นไม่น่าจะเกิด
จากการขาดเฉพะที่, แต่ น่าจะเกิด
จากการขาดสมดุลของระบบประสาท ออ-
โตโนมิก และได้รายงานคนไข้ ๓ รายที่
มีอาการนี้.

สุดท้ายนี้ ผู้รายงาน ขอขอบพระคุณ
ท่าน ศาสตราจารย์ อคม โปษะภฤณะ ที่
อนุญาตให้รายงานเรื่องนี้.

เอกสาร

1. Moses, W.R.: New England J. Med. 1947, 237: 603.
2. Wilcox, R.S.: Am. J. Surg. 1950, 79: 843.
3. Dagradi, A., S.J. Stempien and J.A. Weinberg. Arch. Surg. 1962, 85: 1955.
4. Dragstedt, L.R.: Ann. Surg. 1947, 126: 687.
5. Grimson, K.S., G.T. Baylin: J.A.M.A. 1947, 134: 925.
6. H. Burge: Vagotomy. 1964, Baltimore, William & Wilkins.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding report)

A COMPLICATION OF VAGOTOMY IN PEPTIC ULCER

Pramote Pornphibul, M.B., Kasem Limwongse, M.B., Facharzt für Chirurgie

(Dept. of Surgery)

(Head of Department: Professor Dr. Udom Poshakrishna)

Among 38 patients with peptic ulcer treated by transabdominal vagotomy and pyroloplasty or pyrolomyotomy, three patients aged 17, 32, and 59 years had mild dysphagia 3, 2 and 4 weeks respectively after operation.

Tranquilizer was given in the first and second cases; dietary suggestion was made to all cases. Dysphagia disappeared in 2 to 4 months.

(Six references)

(B.N.)

บทความพิเศษ

๓. พระคุณธรรมของทูลกระหม่อม ฯ

หลวงถวิลเศรษฐพานิชการ

ฝ่าพระบาท, ท่านรัฐมนตรี, ท่านคณบดี และท่านผู้มีเกียรติทั้งหลาย :

ข้าพเจ้าได้ฟังสุนทรพจน์เกี่ยวกับพระจริยวัตรของทูลกระหม่อมสมเด็จพระราชบิดาเจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์มาแล้วหลายครั้ง, และทุกครั้งที่ข้าพเจ้าได้ฟัง, ข้าพเจ้ารำลึกถึงคุณลักษณะอันประเสริฐของพระองค์, รำลึกถึงพระกรุณาธิคุณที่ได้ประทานแก่ผู้อื่นและแก่ข้าพเจ้า. ข้าพเจ้าค้นคว้าด้วยความรู้สึกที่หนักแน่นและเสียตายอย่างยิ่งที่โลกนี้ต้องสูญเสียพระองค์ไปในขณะที่พระองค์ทรงอยู่ในวัยและในโอกาสที่จะบำเพ็ญประโยชน์ให้มนุษยชาติได้มากที่สุด.

ทุกครั้งที่ข้าพเจ้าได้ฟังสุนทรพจน์เกี่ยวกับพระองค์ ข้าพเจ้านึกขอบคุณท่านผู้แสดงที่ได้ทำให้ข้าพเจ้าเกิดความรู้สึกนึกคิดในเรื่องต่าง ๆ คล้ายกับว่าข้าพเจ้า

ได้เฝ้าแทบฝ่าพระบาท “ทูลกระหม่อม” อีกครั้งหนึ่ง.

วันนั้นข้าพเจ้ารู้สึกภูมิใจอย่างที่สุดที่ได้รับเกียรติให้เป็นผู้แสดงสุนทรพจน์, เมื่อข้าพเจ้าได้รับเชิญจากท่านคณบดี ข้าพเจ้าตัดสินใจไม่ได้ว่าจะรับเชิญหรือไม่. เหตุที่ไม่แน่ใจเพราะข้าพเจ้าทราบว่ามั่งงานคอยอยู่. เวลานั้นกำลังทวมนองคายนและเซียงแสนและกำลังจะทวมทีอื่น ๆ ต่อไปอีก. ข้าพเจ้าเห็นหน้าที่ในการบรรเทาทุกข์จะต้องเดินทางไปช่วยผู้ประสบภัย, แต่ข้าพเจ้าตัดสินใจรับเชิญเพราะไม่อยากทิ้งโอกาสนี้, แม้จะต้องจุดเทียนเขียนเรื่องในยามวิกาลก็จะทนเอา. ข้าพเจ้าอยากพูดเรื่อง “ทูลกระหม่อม” อยากสรรเสริญคุณธรรมของพระองค์ อยากบ่าวร้องให้ทุกคนทราบว่าพระองค์ได้ทรงพระกรุณาแก่ข้าพเจ้าเพียงไร. ถ้าข้าพเจ้าทิ้งโอกาสเสียก็

ข้าพเจ้าไม่มีโอกาสอีก, เพราะทุกอย่าง
ย่อมไม่เที่ยง, ไม่แน่นอน, โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งสำหรับคนสูงอายุเช่นข้าพเจ้า.
ถ้าสุนทรพจน์นี้ช่วยให้ท่านทราบพระจริย-
วัตรของสมเด็จพระราชาธิบดีฯ เพิ่มขึ้น,
ช่วยให้ท่านรำลึกถึงพระเกียรติคุณ, พระ
กรุณาธิคุณของพระองค์ด้วยแล้ว,
ข้าพเจ้าจะรู้สึกภูมิใจว่าได้ปฏิบัติหน้าที่
ที่ได้รับมอบหมายครบถ้วนแล้ว.

เมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๑ ข้าพเจ้าอายุ ๑๘
ปี สอบชิงทุนการรถไฟเพื่อไปศึกษาวิชา
ในต่างประเทศได้. ขณะนั้นสงครามโลก
ครั้งที่ ๑ ยังสู้รบกันอยู่ การรถไฟจึง
เลิกส่งนักเรียนทุนที่สอบได้ไปสหรัฐอเมริกา.
ก่อนออกเดินทางพวกเราทั้ง ๘
คนได้รับการส่งสนอขบรมในเรื่องต่าง ๆ
จากท่านผู้ใหญ่ทั้งที่กรมรถไฟและทาง
บ้านด้วยความประสงค์ในจุดเดียวกันที่จะ
ป้องกันไม่ให้เราผิดพลาดในสังคม,
เพราะจะขายหน้าฝรั่งเขา. นอกจากนั้น
เรายังได้รับคำเตือนจากผู้ใหญ่แทบทุก
ท่านว่าถ้าเราประพฤติไม่ดีหรือเรียนไม่ดี
แล้วจะถูก "ทุลกระหม่อม" กริ้ว.

จากการอบรมที่ได้รับเราทุกคนมี
ความรู้สึกร่วมกันว่า เราจะมี "ทุลกระหม่อม"

เป็นพระประมุขของเรา, พระองค์จะแทน
บิดา, แทนผู้ปกครอง, พระองค์เป็น
สมเด็จพระเจ้าฟ้า, พระองค์ไม่ใช่คนธรรมดา
สามัญอย่างเรา, เราจะต้องระมัดระวังตัว
ในทุกกรณีที่เกี่ยวข้องกับพระองค์, พวก
เราทุกคนจึงตั้งอกตั้งใจคอยโอกาสที่จะได้
ถวายตัวต่อพระองค์.

เราเดินทางออกจากกรุงเทพฯ โดย
เรือในปลายเดือนกรกฎาคม, ผ่านชัวเงา
ไปเปลี่ยนเรือที่ฮ่องกง. เสียเวลาคอยเรือ
นานแล้วจึงเดินทางไปญี่ปุ่น, ฮาวายและ
ถึงอเมริกาที่ ซานฟรานซิสโก.

เราพักที่ซานฟรานซิสโกเพียง ๒ วัน
เท่านั้น, เจ้าคุณชนินทรภักดี ผู้ปกครอง
นักเรียนไทยในอเมริกามาพบเราที่เมืองนี้
ด้วย. ท่านเจ้าคุณรำไพซึ่งเป็นผู้นำเราไป
กำชับหนักหนาให้ระมัดระวังการใช้จ่าย,
อย่าสุร่ยสุร่ายเป็นอันขาด, เพราะทล
กระหม่อมไม่โปรด, "จงกินเพื่ออยู่ อย่า
อยู่เพื่อกิน." ท่านผู้ใหญ่ต้องการให้เรา
ปฏิบัติอย่างไรก็มักอ้าง ทล กระ หม่อม
เสมอ.

การเดินทางจาก ซานฟรานซิสโก ไป
บอสตัน โดยรถไฟ ระยะทางประมาณ
๕,๐๐๐ กิโลเมตร, ต้องเสียเวลาอยู่ใน

รถ ๕ วัน. เราทุกคนตื่นตื่นเพราะจะได้
เดินทางไกลโดยรถไฟเป็นครั้งแรก, และ
เนื่องจากเราเป็นนักเรียนรถไฟ จึงมีความ
สนใจเป็นพิเศษ. เราทุกคนไม่ลืมการเดินทาง
โดยรถไฟครั้งนั้น เพราะสมเด็จพระ
พระราชชนนีฯ ซึ่งขณะนั้นเป็นนักเรียน
และศึกษาอยู่ใกล้ ๆ กับ ซานฟรานซิสโก
ได้ร่วมเดินทางไป ขอสต์ตัน กับพวกเราด้วย.

ขบวนรถออกจากเมือง ซานฟรานซิสโก
ในวันที่ ๑๗ กันยายน ถึงเมือง
ขอสต์ตัน ในเวลากลางคืนของวันที่ ๒๑.
สมเด็จพระราชบิดาเสด็จไปรัชตสถานและ
มีนักเรียนไทยอีกหลายคนตามเสด็จไปรับ
ด้วย. พวกเราต้องแยกกันไปค้างคืนที่นั่น
ข้างถนนข้าง. ข้าพเจ้าโชคดีได้ไปค้างที่
ตำหนักทลกระหม่อม. คืนวันนั้นเป็นคนที
ข้าพเจ้าจำได้ไม่ลืม. พระองค์ทรงทัก
ทายปราศรัยกับพวกเราทุกคน. ทรงแนะนำ
เรื่องราวที่พักและทรงช่วยเหลือทุกอย่างให้
พวกเราได้รับความสะดวก. ที่พระตำหนัก
ในคืนวันนั้น ได้ทรง พระ กรุณา จิต ธิ ให้
ข้าพเจ้านอนในห้องเดียวกับหลวงสุขุม
นัยประภัสร์, ซึ่งเวลานั้นมีอายุเพียง ๑๔
ปี และมาพักอยู่ที่พระตำหนัก. หลวง
สุขุมฯ เล่าให้ข้าพเจ้าฟังว่าระหว่าง

ถูกรื้อนได้ไปพักตากอากาศที่ กลอสเตอร์
(Gloucester, Mass.) เมืองชายทะเลซึ่ง
เป็นที่พักร้อนของข้าราชการสถานทูตไทย
แล้วไปเป็นปอตกขมนอนข่อยอยู่. ผู้ที่ไป
พักร้อนด้วยกันต่างคนต่างจะต้องกลับ.
สมเด็จพระราชบิดาฯ ทรงทราวยุโรปเสด็จ
ไปยังเมืองนั้นด้วยพระองค์เอง และทรงพา
หลวงสุขุมฯ มาพักรักษาตัวที่พระตำหนัก.
ทรงจัดเตียงรอไว้, ทรงเป็นห่วงใยใน
อาการไข้. ถ้าอากาศกลางคืนหนาวก็
เสด็จมาห่มผ้าให้. ทรงเปลี่ยนผ้าปูที่
นอน, ทรงทำอาหารและทุกสิ่งทุกอย่างที่
จะให้ความสุขแก่คนไข้ด้วยพระองค์เอง.
หลวงสุขุมฯ ว่าไม่เคยมีใครในชีวิตที่ให้ความ
กรุณาปรานีเช่นที่ได้รับจากพระ
องค์. คืนวันที่ข้าพเจ้าไปถึงหลวงสุขุมฯ
หายแล้ว แต่สมเด็จพระราชบิดาฯ ไม่
ประทานพระอนุญาตให้ไปรับคณะเราที่
สถาน, เพราะยังไม่แข็งแรงพอ.

คืนวันนั้นข้าพเจ้านอนหลับสบายมาก
คงเป็นเพราะได้ถูกรวดแกว่งไกวมาหลาย
คืนแล้ว. รุ่งเช้าพอล้มตาชเห็นสิ่งแวก
ล้อมแปลกตองนั่งถามตัวเองว่าอยู่ที่ไหน.
หลวงสุขุมฯ คืนก่อน แต่ยังไม่นอนอยู่.
สมเด็จพระราชบิดาฯ คงจะตื่นก่อนเราทั้ง

สองคน, เพราะเมื่อข้าพเจ้ารู้สึกตัวไม่นานนักก็เสด็จเข้ามาในห้อง. ทรงรับสั่งกับหลวงสุขุม ฯ ชมเชยสมเด็จพระราชชนนี ฯ ด้วยความพอพระทัยอย่างยิ่ง. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าหลวงสุขุม ฯ เป็นผู้ที่ทลกระหม่อมโปรดและทรงเอ็นดูมาก จึงได้ทรงระบายความในพระทัยให้ฟัง. ข้าพเจ้าโชคที่โชคดี. หลวงสุขุม ฯ และข้าพเจ้าถือว่าทุกคำที่ทลกระหม่อมตรัสในเช้าวันนั้นเป็นขบรมแห่งประวัติศาสตร์ตอนสำคัญยิ่งของประเทศไทย. เช้าวันนั้นเด็กทั้งสองคือหลวงสุขุม ฯ และข้าพเจ้าได้รับ พระ กรุณาอย่าง ล้นเหลือ. ทรงประทานอาหารเช้าซึ่งทรงจัดทำด้วยพระองค์เอง, “ทลกระหม่อม” ทรงรับสั่งกับข้าพเจ้าว่ามาอยู่อเมริกาต้องช่วยตัวเองจะหวังให้คนใช้ทำให้เช่นในเมืองไทยไม่ได้. หลังจากอาหารเช้าแล้วหลวงสุขุม ฯ และข้าพเจ้าช่วยกันล้างชาม. ทลกระหม่อมทรงสอนให้ใช้น้ำร้อนลวกชามล้างแล้วเพื่อให้ชามแห้งเองโดยไม่ต้องเช็ด.

คำหนักที่ประทับเป็นห้องชุดหรือที่เรียกกันว่าแฟลต (apartment) ตั้งอยู่ ณ เลขที่ ๓๒๕ ถนนลองวูด (Long Wood

Ave.) ในบอสตัน ใกล้กับโรงเรียนแพทย์ของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard Medical School). มีห้องนั่งเล่นซึ่งทรงใช้เป็นห้องทรงพระอักษร และรับแขก. มีห้องนอน ๒ ห้อง, ใช้เป็นห้องพระบรรทมห้องหนึ่ง อีกห้องหนึ่งคือห้องที่ทรงพระกรุณาให้หลวงสุขุม ฯ และข้าพเจ้าอยู่. นอกจากน้มีห้องครัวและห้องน้ำ. apartment แขนงเป็น apartment ที่สบายแต่ไม่หรูหรา. หลังจากรับประทานอาหารเช้าแล้วหลวงสุขุม ฯ ชวนให้ข้าพเจ้ากวาดพันทำความสะอาดห้อง. ทลกระหม่อมทรงแนะนำให้ใช้เศษกระดาษฉีกเป็นชิ้นเล็ก ๆ แฉ่นในน้ำ, เมื่อชุ่มแล้วเอาชามมาบีบเอาน้ำออกเสียบ้าง แล้วไปรดลงบนพันทจะกวาด. เมื่อกวาดพันทกวาดเศษกระดาษไปด้วย, ผงและฝุ่นจะติดกระดาษทำให้ฝุ่นไม่ฟุ้ง, และพันทจะสะอาดหมดจดคล้ายกับเอาผ้าเช็ดหน้า.

การไปศึกษาวิชาในสหรัฐอเมริกาของพวกเราครั้งนี้ กรมรถไฟมีคำสั่งกำหนดแนวการศึกษาของแต่ละคนไว้อย่างชัดเจน. สำหรับข้าพเจ้าให้อยู่ในอเมริกาได้เพียง ๓ ปี และให้ไปทำงานและปฏิบัติงานในหน้าที่ต่าง ๆ เกียวกับ

การเดินรถไฟในรถไฟสายไทยสายหนึ่งสุดแต่ผู้ปกครองนักเรียนจะจัดให้. สำหรับผู้อื่นๆ ส่วนมากเมื่อไปถึงให้เข้ามหาวิทยาลัยเพื่อศึกษาวิชาที่กำหนดไว้ทันที. สมเด็จพระราชบิดาฯ ได้ทรงทราบเรื่องนทรงรับสั่งว่าการที่จะให้ข้าพเจ้าไปทำงานหรือให้ผู้อื่นๆ ไปเข้ามหาวิทยาลัยทันทีนั้นคงไม่แน่นอน, เพราะภาษาอังกฤษของพวกเรายังอ่อนอยู่. ถ้าไปทำงานเมื่อต้องการซักถามจะซักถามก็ไม่ถนัด, เขาอธิบายให้ฟังก็ไม่เข้าใจ. ถ้าจะเข้ามหาวิทยาลัยก็จะฟังคำบรรยายไม่รู้เรื่อง, หรือจะเข้าใจบ้างก็ไม่ดี. รับสั่งว่าเคยมีตัวอย่างมาแล้วที่นักเรียนไทยเมื่อลงอเมริกาก็รีบเข้ามหาวิทยาลัยแล้วต้องนั่งร้องไห้ เพราะฟังคำบรรยายไม่เข้าใจ, ทรงเห็นว่าถ้าให้พวกเราไปเข้าโรงเรียนเตรียม (Preparatory School) เสียหนึ่งก่อน, นอกจากภาษาอังกฤษจะแข็งแรงขึ้นแล้วยังจะได้รู้จักชีวิตจิตใจของเด็กอเมริกันที่ขึ้นด้วย. ต่อไปจะคบหาสมาคมกับชาวอเมริกันก็จะเป็นกันเอง, คุ่มค่าของเวลาและเงินที่เสียไป. ท่านเจ้าคุณชนินทร์ ผู้ปกครองนักเรียนได้รายงานพระกระแสรับสั่งให้กรมรถไฟทราบ, ในขณะเดียวกันก็ให้หาโรงเรียน

เตรียมไว้ให้ทุก ๆ คน.

สำหรับข้าพเจ้า สมเด็จพระราชบิดาฯ ได้ทรงพระกรุณาเลือกโรงเรียนให้. โรงเรียนเดียวกับที่ทรงเลือกให้หลวงสุขุมฯ. เหตุผลที่ทรงเลือกโรงเรียนนี้เพราะเป็นโรงเรียนเล็ก, มีครุภัณฑ์, และตั้งอยู่ในเมืองที่สบาย. ข้าพเจ้าชายซึ่งในพระกรณาดิฉันเป็นล้นพ้น. สำหรับพวกเราคนอื่นๆ ก็ได้ทรงพระกรุณาเลือกหรือแนะนำโรงเรียนให้ทั่วทุกคน. ต่างคนต่างปลื้มขีติในพระกรณาดิฉันโดยทั่วกัน.

ข้าพเจ้าตั้งแต่อายุ ๑๘ ไม่เคยจากบ้าน, ไม่เคยห่างจากญาติมิตร, เพื่อนฝูง. ตลอดเวลาที่เดินทางไปอเมริกาก็มีเพื่อนร่วมเดินทางไปด้วย. เมื่ออยู่ในเมืองบอสตัน นอกจากจะได้รับพระกรุณาจากทูลกระหม่อมแล้วก็มีเพื่อนฝูงที่พบปะกันอย่างอบอุ่นอยู่ตลอดเวลา. เมื่อข้าพเจ้าจะจาก บอสตัน ไปอยู่โรงเรียนจึงรู้สึกว้าเหว่มาจาก. เมื่อไปถึงโรงเรียนนอกจากหลวงสุขุมฯ แล้วก็มีแต่ฝรั่งแปลกหน้าทั้งนั้น, ความคิดถึงเพื่อนจึงเกิดขึ้น. ข้าพเจ้าอยู่โรงเรียนไม่ได้นานจิตใจทรน-ทรายลงท่ายทนมไม่ไหวขอลาครูใหญ่กลับไป

ไปขอสมัครด้วยเหตุผลที่ไม่มีเหตุผล. คร
คงอ่านออกว่า ข้าพเจ้าเกิดครั้นในใจ
อนุญาต. เมื่อถึงขอสมัครก็ไปเฝ้า “ทล
กรม่อม” และกราบทูลความรู้สึกใน
ใจให้ทรงทราบ. เมื่อข้าพเจ้ากราบทูลแล้ว
ข้าพเจ้ารู้สึกว่ แทนที่ พระองค์ จะ กรว
พระองค์กลับส่งสารข้าพเจ้า, แต่ทรงรับ
สั่งอย่างหนักแน่นว่า ถ้าไม่มีความอดทน
แล้วก็ไม่ควรอยู่ในอเมริกาต่อไป, ควร
กลับเมืองไทยได้. ทรงเห็นใจที่นักเรียน
ในโรงเรียน ส่วนใหญ่ เป็นเด็กที่ อาย้อ่อน
กว่าข้าพเจ้า แต่ก็ไม่มีเหตุผลที่ข้าพเจ้า
จะต้องเดินทางมา ขอสมัคร. ถ้าเกิดครั้น
ก็ควรจะเขียนกราบทูลให้ทรงทราบ พระ
องค์ทรงสอนให้ข้าพเจ้าว่า ค่าใช้
จ่ายของนักเรียนในอเมริกา คือเงินของ
ประเทศที่คงเสียไป, ถ้าเอามาใช้เสีย
ในทางที่ไม่จำเป็น ก็เท่ากับตัดโอกาสคน
อื่นที่จะได้ใช้สอยบ้าง เพราะเงินของเรา
มีปริมาณจำกัด. เงินที่นักเรียนแต่ละคน
นำไปใช้ในอเมริกานั้น ค่าใช้จ่ายวัน
เดียวพอที่จะ เลี้ยง ครอบครัว ตาสี ตาสา
ได้ทั้งเดือน. การตั้งใจเรียน และความ
สามารถเรียนเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าไม่ตั้งใจ
เรียน หรือไม่มีความสามารถก็เสียเงิน

ของประเทศโดยไม่ได้ประโยชน์. เมื่อ
ข้าพเจ้ากราบทูล สารภาพ ความผิดที่ได้
ปฏิบัติไปโดยไร้เหตุผลแล้วก็ทรงรับสั่งให้
ข้าพเจ้ากลับไปโรงเรียนในวันรุ่งขึ้น, และ
ได้ทรงกำชับให้ตั้งใจเรียน ให้เล่นกีฬา
ให้คยเพื่อน และให้ช่วยงานเพื่อ ประ-
โยชน์ส่วนรวม.

ข้าพเจ้ากลับโรงเรียนด้วยจิตใจสบาย
เพราะ มีความเข้าใจ ในหน้าที่ของตน.
ข้าพเจ้ามุ่งเรียน, มุ่งคบเพื่อน, มุ่งในการ
กีฬา และมุ่งในงานส่วนรวม. ไม่ช้าก็
รู้สึกว่ ตัวเป็นส่วนหนึ่งของ โรงเรียน.
ข้าพเจ้าเขียนกราบทูลเรื่องราวต่าง ๆ ไป
ยังพระองค์หลายครั้ง, และทักครั้งก็ได้
รับสายพระหัตถ์ตอบ ซึ่งข้าพเจ้ารู้สึกเป็น
พระกรุณาธิคุณอย่างล้นพ้น.

ข้าพเจ้าเรียนจบวิชาเตรียมมหา-
วิทยาลัย ที่โรงเรียนในเดือนมิถุนายน
พ.ศ. ๒๔๖๒ และได้ขออนุญาตให้ไป
อยู่ในเมือง เคมบริจ ระหว่างฤดูร้อน เพื่อ
ศึกษาวิชาการบัญชี. เคมบริจ อยู่คนละ
ฝั่งแม่น้ำกับ ขอสมัคร ซึ่งเป็นที่ประทับของ
สมเด็จพระราชาธิบดีฯ.

ในขณะนั้นนักเรียนไทยใน อเมริกามีทั้ง
หมกราว ๕๐ คน ส่วนใหญ่อยู่ทางภาค

ตะวันออก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ใกล้ ๆ บอสตัน, นิวยอร์ก, ฟิลาเดลเฟีย และ วอชิงตัน, เมื่อถึงฤดูร้อนต่างคนต่างมุ่งหน้ามา บอสตัน เพื่อศึกษาต่อบ้าง, ทำงานบ้าง, พักผ่อนบ้าง. บอสตันเป็นที่ประทับของสมเด็จพระราชาธิบดี ฯ, เป็นจุดศูนย์กลางซึ่งอบอุ่นไปด้วยพระกรุณาธิคุณ. คนไทยในอเมริกา ทั้งข้าราชการและนักเรียน ต่างหาโอกาสที่จะเข้าเฝ้า "ทูลกระหม่อม". พระองค์ทรงต้อนรับทุกคน ใครที่ขอประทานความช่วยเหลือถ้าอยู่ในขอบเขตที่จะทรงช่วยได้ก็ทรงพระกรุณาเสมอ. พระองค์สนพระทัยในความ เป็นอยู่ของนักเรียนไทยเป็นพิเศษ, ไม่เฉพาะแต่ใน การศึกษาเท่านั้น, แต่ใน สุขภาพ, ความประพฤติ, ซื่อสัตย์, และ ความสามัคคี ระหว่าง กัน และ กันด้วย. เพื่อเป็น เครื่องมือ สำหรับส่งเสริม ความสามัคคี พระองค์ได้ สนับสนุนให้ มีการตั้ง สมาคมสยาม ณ สหรัฐอเมริกาในพระบรมราชูปถัมภ์ ณ เมือง บอสตัน. สมาชิกที่ประชุมได้ กราบทูล อัญเชิญให้ พระองค์ดำรงตำแหน่งนายกของสมาคม, แต่พระองค์ ปฏิเสธเพราะต้องพระประสงค์ ให้เลือกกันเอง.

ระหว่าง ฤดูร้อน ข้าพเจ้าได้ พบ เพื่อนใหม่หลายคน, โดยมากเป็นผู้ที่ไปศึกษาใน อเมริกา ก่อน ข้าพเจ้า. เพื่อนเหล่านี้ ชอบเล่าถึงพระจริยวัตรของสมเด็จพระราชาธิบดี ฯ. คนหนึ่งเล่าว่า แปลกใจมากที่ได้ เห็นพระองค์ ทรงกรรเชียงได้ อย่างดี ยิ่ง. ข้าพเจ้าไม่แปลกใจเพราะเคยทราบว่า พระองค์เคยศึกษาวิชาทหารเรือใน ประเทศเยอรมันมาแล้ว. มหาวิทยาลัย ฮาร์วาร์ด มีเรือ กรรเชียง สำหรับให้นักศึกษาใช้ฝึกหัดและออกกำลัง. พระองค์โปรดกีฬาประเภทนี้มาก.

มีหลายคนเล่าว่า พระองค์เคยพาไปชมละครบ้าง, ฟังดนตรีบ้าง, ชมอุปรากรบ้าง, โดยมีพระประสงค์ที่จะให้แต่ละคนได้เห็นว่าการแสดงต่าง ๆ เหล่านี้เป็นอย่างไร, ที่ที่ตรงไหน, เหตุใดจึงมีผู้คนนิยมมากมาย. พระองค์ทรงทำทุกสิ่งทุกอย่างโดยมีจุดประสงค์ ที่จะให้เกิดประโยชน์.

เพื่อนคนหนึ่งเล่าว่าในโรงเรียนแพทย์ที่พระองค์ทรงศึกษาอยู่ มีชาวอเมริกันคนหนึ่งขอประทานความช่วยเหลือเพราะไม่มีเงินพอที่จะศึกษาต่อไป. เขากราบทูล พระองค์ว่าเมื่อศึกษาสำเร็จแล้วเขาจะมา

ประเทศไทย เพื่อใช้วิชาความรู้ให้เกิดประโยชน์แก่คนไทย. พระองค์ประทานความช่วยเหลือโดยไม่มีเงื่อนไขผูกพัน. รัชสังว่าอยากให้เขาสำเร็จเป็นหมอ. เมื่อสำเร็จแล้วถ้าจะมาอยู่เมืองไทยก็ดี, แต่ถ้ามาไม่ได้จะทำงานที่ใดก็เป็นประโยชน์แก่มนุษยชาติทั้งนั้น.

เพื่อนอีกคนหนึ่งเล่าว่า เมื่อมาถึงอเมริกาใหม่ๆ “หลงระหม่อม” ทรงสอนให้ช่วยด้วยชีวิตนักศึกษา, คือให้พยายามช่วยตัวเอง. พระองค์ทรงนำไปรับประทานอาหารใน คาเฟ่เตอเรีย คือร้านอาหารที่ผู้รับประทานไป เลือกรับอาหาร ที่วางขายไว้ใส่ถาดยกไปนั่งรับประทานด้วยตนเอง. นักศึกษามหาวิทยาลัยรับประทานกัน แบบนี้ เป็นจำนวนมาก. อาหารดี, ราคาถูก และไม่ต้องเสียเงินรางวัลเด็กรับใช้, ช่วยให้เงินค่าใช้จ่ายประจำเดือนที่ใครรับยกไปลงสิ้นเดือนได้.

เพื่อนอีกคนหนึ่ง เล่าถึง พระจริยาวัตรของ พระองค์ เกี่ยวกับ การศึกษาว่า โปรดทรงพระอักษรทุก ๆ พระองค์ได้คะแนนสูงเยี่ยมเสมอ. แต่แทบทุกครั้งเมื่อลงเวลาสอบพระองค์รัชสังว่า น่ากลัวจะสอบตก. พระองค์ทรง ศึกษา ทักษะ วิชา ด้วย ความ

ละเอียดถี่ถ้วนและเมื่อเข้าสอบได้ก็ทรงทำคำตอบด้วยความรอบคอบจริง ๆ.

จากคำบอกเล่าของเพื่อนคนสุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ารำลึกขึ้นได้ว่า พระองค์เคยรัชสังอยู่เสมอว่า หลักของ การทำงาน นั้น, ก่อนอื่น ต้องมีความรู้ ในสิ่งที่ จะพึงกระทำ (Knowledge). ประการที่ ๒ ต้องมีความไหวพริบในการกระทำ (Intelligence), และ ประการที่ ๓ ต้องมีความละเอียดถี่ถ้วน (Thoroughness). เพื่อจำง่าย ๆ ให้รวมอักษรหน้าของแต่ละคำเข้าด้วยกัน ก็ จะ อ่าน ได้ว่า คิค KIT ซึ่ง จำง่ายก็. สำเนียงฟังเป็นภาษาไทยก็เตือนให้เราใช้ความคิดด้วย.

เท่าที่ ข้าพเจ้า ได้ สังเกต เห็น สมเด็จพระราชาธิบดีฯ ทรงใช้หลักนี้ในการปฏิบัติกิจการต่าง ๆ เป็นนิจคือ.

ระหว่าง ฤดูร้อนปี นั้น นักเรียนที่เตรียมจะเข้ามหาวิทยาลัย ต่างก็คอยฟังข่าวว่า เมื่อไรมหาวิทยาลัยจะตอบรับมา. มหาวิทยาลัย อิลลินอยส์ ตอบรับข้าพเจ้าในเดือนสิงหาคม. ท่านเจ้าคุณชนินทร์ผู้ปกครองนักเรียนไม่แน่ใจว่าจะให้ข้าพเจ้าไปเข้ามหาวิทยาลัยได้หรือไม่, เพราะใน คำสั่ง ของ กรมรถไฟมิได้ กำหนดให้

ข้าพเจ้าเข้ามาหาวิทยาลัย, แต่ “ทลกระ-
หม่อม” ทรง พระ กรุณา ต่อ ข้าพเจ้าเช่น
เคย. รัชสั่งว่าเมื่อยังทำงานตามทกรม
รถไฟ ต้อง ถวรให้ ทำไม้ไ้ ก็ควรให้ เข้า
มหาวิทยาลัยไปก่อน. แต่ปัญหาเรื่องการ
เงินเกิดขึ้นเพราะงบประมาณไม่พอ, เว้น
แต่ข้าพเจ้าจะยอมรับค่าใช้สอยลดลงจาก
๑๐๐ เหรียญ เป็น ๖๐ เหรียญ ต่อเดือน
ไปพลางก่อน. ข้าพเจ้ายอมรับด้วยความ
ตั้งใจจะประหยัดที่สุด. ข้าพเจ้ารู้สึกวาท
ข้าพเจ้าได้ทำไปเป็นที่ถูกพระทัยของ “ทล
กระหม่อม” มาก.

ข้าพเจ้าได้ เข้า มหาวิทยาลัย อิล-
ลินอยส์ เป็นน้องใหม่ เพื่อศึกษาวิชาการ
รถไฟในเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๔๖๒. น้อง
ใหม่ที่มหาวิทยาลัยนี้ต้องสวมหมวกแก๊ป
สีเขียวเพื่อเป็นเครื่องสังเกตให้ลูกพี่เรียก
ใช้ได้. ข้าพเจ้าเพลิดเพลินในการศึกษา
และชีวิตในมหาวิทยาลัยมาก, แต่ก็อยู่
ไม่ได้ไม่นาน, เพราะในเดือนพฤศจิกายน
ผู้ปกครอง นักเรียน ก็มีหนังสือ แจ้งไปให้
ทราบว่า บริษัทรถไฟ นิวยอร์ก นิวเฮเวน
และ ฮาร์ตฟาร์ท ซึ่งเดินระหว่าง บอสตัน
และ นิวยอร์ก พรอมที่จะรับข้าพเจ้าเข้าฝัก
งานแล้ว. ข้าพเจ้าไม่มีทางอื่นนอกจากลา

ออกจากมหาวิทยาลัย. เดินทางประมาณ
๑,๐๐๐ กิโลเมตรไปรายงานตัวกับผู้จั-
การรถไฟที่เมือง นิวเฮเวน.

นิวเฮเวน อยู่ห่างจาก บอสตัน เพียงสี่
ชั่วโมงครึ่ง. บริษัทรถไฟได้ให้ใบเบิกทาง
แก่ ข้าพเจ้าสำหรับ เดินทางได้ทุก เมื่อ.
จึงสะดวกที่ข้าพเจ้าจะเดินทางไป บอสตัน
เพื่อเฝ้าสมเด็จพระราชาธิบดีฯ. ครั้งแรก
ที่ข้าพเจ้า ไป เฝ้า ทรง ปรารภถึง เรื่องที่
ข้าพเจ้าต้องลาออกจาก มหาวิทยาลัยมา
ฝักงานว่า จำเป็นต้องเป็นเช่นนั้นเพราะผู้
ปกครอง นักเรียนไม่มีทาง อื่นที่จะ ทำได้
เนื่องจากกรมรถไฟยังไม่เปลี่ยนแนวการ
ศึกษาสำหรับข้าพเจ้า. ข้าพเจ้าก็ใจมาก
เมื่อ ได้ ฟัง พระกระแสร รัชสั่ง เพราะทำให้
แน่ใจในพระกรณียังขึ้น. วันหนึ่งข้าพเจ้า
เดินทางไปเฝ้าแต่รถไฟเสียเวลาตามทาง
จึงถึง บอสตัน ช้าไป. ทรงรัชสั่งให้ข้าพ-
เจ้า ค้างคืนที่ พระ ตำหนัก แต่ ข้าพเจ้าไม่
สามารถ จะค้างได้ เพราะ จะต้อง ทำงานที่
เมือง นิวเฮเวน ตอนเช้า. พระองค์ไม่ยอม
ให้ ข้าพเจ้า เดินทาง จาก พระ ตำหนักไป
สถานีกลางคืนคนเดียวจึงเสด็จไปส่งและ
ทรงคอย จนขบวนรถออกจากสถานี แล้วจึง
เสด็จกลับ. ความห่วงใยของพระองค์ที่มี

ที่ผู้อื่น, ความเสียสละ ความสุข ส่วน
พระองค์เพื่อความดีและความปลอดภัย
ของผู้อื่นเหล่านั้นเป็นคุณลักษณะที่ข้าพเจ้า
ไม่เคยเห็น มีในผู้ใด มากเท่าที่มีอยู่ใน
พระองค์.

ในเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๔๖๒ สมเด็จพระ
ราชบิดาฯ เสด็จกลับประเทศไทยเนื่อง
ในงานพระบรมศพ สมเด็จพระศรีพัชริน-
ทราบรมราชินีนาถ, พระราชชนนี, พระ
พันปีหลวง. แม้จะเป็นการเสด็จกลับชั่วคราว
ก็ตาม พวกเราในอเมริการู้สึกว่า
ชาติพระประมุขที่ประทานความอบอุ่นไป.

ในประเทศไทยพระองค์ได้ปฏิบัติพระ
กรุณาหลายที่ช่วยให้การแพทย์และ
พยาบาลของประเทศมีรากฐานถาวรเป็น
ขั้วแผ่นดินมาจนบัดนี้. พระกรุณาจะมาก
เพียงไรก็ตามพระองค์มิได้ลืมที่จะช่วยคน
ไทยและนักเรียนไทยที่อยู่ในอเมริกาขณะ
นั้นให้มีความรู้. พระองค์ได้ทรงพระ
ดำริตั้งทุนขึ้นเพื่อออกหนุนคนไทยที่อยู่ไกล
บ้าน. พระองค์ได้เปิดโอกาสให้บิดาและ
ผู้ปกครองของนักเรียนไทยในอเมริกาทุก
คน เข้าเฝ้า และได้ ทรงปฏิสันถาร กับ ทุก
ท่าน, ก่อให้เกิดความปลื้มปิติทั่วไป.

คนไทยในสหรัฐอเมริกาทุกคนได้รับ
ความชื่นชม ยินดีเป็นที่รัก เมื่อบทราช ข้าราชการ
อภิเษกสมรส ของ สมเด็จพระราช บิดา ฯ
และสมเด็จพระราชชนนี ฯ , และเมื่อมี
ข่าวว่าจะเสด็จกลับอเมริกาในเร็ววัน ต่าง
ก็ตั้งตาคอยรับเสด็จ องค์ พระ ประมุข ทั้ง
สอง. ระหว่างที่พระองค์ประทับอยู่ในประ
เทศไทย, ผู้จัดการใหญ่ของรถไฟสายที่
ข้าพเจ้าฝึกงานอยู่ได้ ทำหนังสือ เสนอผู้
ปกครอง นักเรียนว่า เท่าที่ข้าพเจ้าได้
ศึกษาและฝึกงานในต่าง ๆ เกี่ยวกับ
การเดินทางมาแล้วนั้น, เขาเห็นว่าพอเพียง
แล้ว, แต่เขามีความรู้สึกว่า ถ้าข้าพเจ้า
ได้ศึกษาวิชาการรถไฟในต่างที่ด้วย
จะได้ประโยชน์เต็มที่. ผู้ปกครองนักเรียน
ได้รายงานความเห็นนี้ให้กรมรถไฟทราบ
และในไม่ช้าก็ได้รับ ความ เห็น ชอบให้
ดำเนินการได้. ข้าพเจ้าได้เข้าศึกษาวิชา
การรถไฟในมหาวิทยาลัย ฮาร์วาร์ด ใน
เดือนกันยายน ๒๔๖๓.

จากจดหมายที่ข้าพเจ้าได้รับจาก
บ้าน, ข้าพเจ้าทราบว่าระหว่างที่สมเด็จพระ
ราช บิดา ฯ ประทับอยู่ใน พระ นคร,
พระองค์ได้ ทรงชี้แจงให้กระทรวงทวง-
กรมต่าง ๆ ตลอดจนผู้ เกี่ยวข้องอื่น ๆ

เข้าใจถึงเรื่องการศึกษาวชิชาในสหรัฐอเมริกา. พระองค์ทรงแนะนำในเรื่องวิธีการที่ควรปฏิบัติที่จะให้ได้รับประโยชน์มากที่สุดจากนักเรียนที่ส่งไป. ข้าพเจ้าแน่ใจว่าการที่กรมรถไฟอนุญาตให้ข้าพเจ้าเข้ามาหาวิทยาลัยเพื่อศึกษาวชิชาการรถไฟก่อนนั้นเนื่องจากพระกรณาคิคุณของสมเด็จพระราชาธิบดีฯ ที่ได้ทรงชี้แจงให้การรถไฟและผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ เข้าใจเป็นแน่แท้. ข้าพเจ้าสำนึกในพระคุณของพระองค์เป็นที่สุด.

สมเด็จพระราชาธิบดีฯ และสมเด็จพระราชชนนีฯ เสด็จกลับถึงอเมริกาในปลายปี พ.ศ. ๒๔๖๓ คนไทยทุกคนชื่นชมยินดีอย่างหาที่เปรียบมิได้ที่องค์พระประมุขเสด็จกลับ. พระองค์ทรงนำของฝากจากบิดา มารดา และผู้ปกครองของนักเรียนไปกับพระองค์ด้วยและทรงจัดส่งของเหล่านี้ให้แก่แต่ละคนจนครบถ้วนทั้งผู้ฝากและผู้รับรู้สึกในพระกรณาคิคุณอย่างมิรู้ลืม.

ในระยะนั้นนอกจากการศึกษายังทั้งสองพระองค์ถือเป็นหน้าที่สำคัญแล้ว,

พระองค์ได้ประทานเวลาแก่กิจการของสมาคมสยาม ณ สหรัฐอเมริกาในพระบรมราชูปถัมภ์, ซึ่งได้ทรงสนับสนุนให้ตั้งขึ้นเป็นอันมาก. พระองค์ทรงเน้นในความสามัคคีและประทานกำลังใจแก่ผู้ที่ยืนยันมั่นเพียร, แก่ผู้ทรูจักใช้จ่ายไม่สุรุ่ยสุร่ายฟุ่มเฟือย, แก่ผู้ที่ซอสตัยสุจริต, แก่ผู้เป็นผู้ดี. พระองค์เคยรับสั่งเสมอว่าในการปฏิบัติต่อผู้อื่นให้เอาใจเขาใส่ใจเราเสมอ. พระจริยาวัตรของสมเด็จพระราชาธิบดีฯ เป็นแบบฉบับซึ่งผู้ใกล้ชิดพระองค์รับไปปฏิบัติด้วยความศรัทธาโดยไม่รู้ตัวเสมอ.

ในปลาย พ.ศ. ๒๔๖๔ คนไทยในอเมริกาต้องขาดองค์พระประมุขอีกครั้งหนึ่ง. ทั้งสองพระองค์เสด็จจากอเมริกาไปยุโรปโดยมีพระประสงค์ที่จะศึกษาวชิชาเพิ่มเติมในประเทศอังกฤษ, และเพื่อขอความช่วยเหลือจากมูลนิธิ รอคคิเฟลเลอร์ให้แก่กิจการแพทย์ของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อพัฒนาศิริราชพยาบาล. สมเด็จพระราชาธิบดีฯ มีพระภารกิจที่ต้อง

ปฏิบัติมากแต่ก็มีใครทรงย่อท้อพระองค์เป็นผู้มีความพยายามเป็นที่สัก, และด้วย ความพยายามของพระองค์ผลก็จึงเกิดแก่ กิจการแพทย์ของไทยเรา.

พวกเราในอเมริกาในระบายนั้นต่างคิด ตามข่าวเกี่ยวกับความเคลื่อนไหวของ พระองค์อยู่ตลอดเวลา. เราชื่นชมยินดี อย่างที่สักเมื่อใดข่าวประสูติสมเด็จพระ พนางในกรุงลอนดอน เมื่อวันที่ ๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๔๖๖ เราตั้งจิตอธิษฐานถวาย พระพรแด่ทั้งสามพระองค์ โดยทันที.

การศึกษาของข้าพเจ้าเสร็จลงใน พ.ศ. ๒๔๖๖. ข้าพเจ้าได้รับอนุญาตให้ เข้าไปทำงานในประเทศฝรั่งเศสและอังกฤษ และให้ ตามเสด็จสมเด็จพระราช บิดา ฯ และ สมเด็จพระราชชนนี ฯ กลับ ประ- เทศไทย. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเป็นบุญอย่างยิ่ง ที่ได้รับเกียรติอันสูงยงนั้น.

ระหว่างการเดินทางในเรือ "ทลกระ หม่อม" รัชกาลที่ ๖ ข้าพเจ้าว่า แพทย์ที่มี ชื่อเสียงได้ตรวจพระองค์และถวายความ เห็นว่า พระองค์จะมีพระชนม์ อยู่ไม่นาน. ข้าพเจ้าได้ฟังแล้วรู้สึกตนตนจนไม่ทราบ

ว่าจะกราบทูลอย่างไร. พระองค์ทรงรับ สั่งต่อไปว่า พระองค์ทรงมีพระประสงค์ อย่าง เดียวที่จะ ใช้ เวลาที่เหลืออยู่ให้ เป็นประโยชน์ที่สัก. ข้าพเจ้าแน่ใจว่า ประโยชน์ที่ ทรง มุ่งถึง นั้น คือประโยชน์ ทาง การแพทย์, ประโยชน์ที่จะช่วย บรรเทาทุกข์ของมนุษย์. ข้าพเจ้าเสียดาย ที่ทรงรับสั่งว่า "ไม่นาน" นั้นช่างสั้นเสีย เหลือเกิน. ชาติไทยและโลกนี้ช่าง เควระหวั่นเสียจริง ๆ.

ในระยะ ๖ ปีหลังที่พระองค์มีพระชนม์ชีพอยู่ พระองค์ได้ประทานพระเมตตา กรุณา แก่ ข้าพเจ้า มาก มาย เหลือ ที่จะ พรรณา, ข้าพเจ้ารำลึกถึงพระองค์อยู่ เสมอ, และรำลึกอยู่ประจำว่าพระองค์ เป็นอัจฉริยบุคคลซึ่งจะหาอีกมิได้.

วนนเป็นวนคล้ายวนสนพระชนม์ของ สมเด็จพระราชบิดา ฯ ข้าพเจ้าขอตั้งจิต รำลึก ถึงพระ กรุณาธิคุณ ของ พระ องค์, และขออธิษฐานให้ความเจริญก้าวหน้าใน การแพทย์, การพยาบาลของประเทศไทย และของโลกจงเป็นไปในรูปที่พระองค์ได้ ตั้งพระทัยไว้จงทุกประการ.

๒. ความยาของนักกีฬา

กรุงไกร เจนพาณิชย์ P.B., Dr. med.

เมื่อเร็ว ๆ นี้ผู้เขียนได้มีโอกาสพบปะสนทนา กับ แพทย์ ประจำ นักกีฬา ชาวเยอรมัน ซึ่ง ได้ เดินทาง ผ่าน มา แวะที่ กรุงเทพฯ. เราได้พุดกันถึงยาประจำนักกีฬาและผู้เขียนได้มีโอกาสคลอุมยาของเขาด้วย. แต่เป็นที่น่าเสียดายที่แพทย์ผู้นั้นมีเวลาเพียงไม่กี่ นาที สำหรับ เรืองนื่อง จากเขา ต้องรีบไปขึ้น เครื่องบินกลับ. อย่างไรก็ตาม, ผู้เขียนคิดว่าถ้าจะนำเรื่องที่ได้อ่านมาเล่าสู่กันฟังคงจะเป็นประโยชน์แก่นักกีฬาของเราอย่างแน่นอน.

ในที่นี้ผู้เขียนขอ เรียบเรียง เรื่องเสียใหม่ เพื่อ ความ เหมาะ สม โดย จะแบ่ง ยาออกเป็นหมวดหมู่ดังนี้:

ประเภทที่ ๑ ยาเกี่ยวกับการเดินทาง. นักกีฬายัง คนอาจมี อาการ มึนเมาขณะเดินทางด้วยเครื่องบิน, รถไฟหรือยานพาหนะอื่น ๆ จึงควรมียาไว้ชงกันก่อนออกเดินทางหรือใช้ระหว่างเดินทาง. ตัวอย่างยาประเภทนี้ได้แก่ Rupa Reise

Tabletten (Rupertus Apotheke) ซึ่งประกอบด้วย โดเฟนฮัยดรามีน ฮัยโคร-มอลไรต์ กับ ๘-มอลโรซีโอพิย์ลลิน. ถ้าให้กินครึ่งชั่วโมงก่อนออกเดินทางและกินทุก ๔ หรือ ๕ ชั่วโมงระหว่างทางจะป้องกันอาการคลื่นไส้และอาเจียนได้.

ประเภทที่ ๒ ยาที่ออกฤทธิ์ต่อสมองและระบบประสาท, เช่นยาสงบประสาท (ทรานควิลไลเซอรั) หรือยาระงับประสาท (ซีเดทีฟ). ยาพวกนี้ลดความกลัว, กังวลใจ, ไม่สงบ, นอนไม่หลับและอาการไม่สบายก่อนมีประจำเดือน, ลมบ้าหมู, อาการปวดประสาท ฯลฯ. ตัวอย่างยาประเภทนี้ได้แก่ Melleril retard 30 (Sandoz) Torecan (Sandoz) Cafegot-PB (Sandoz), Librium 10 (Roche), Tegretal (Geigy).

ประเภทที่ ๓ ยาเกี่ยวกับหัวใจ, หลอดเลือดและการหายใจ. ส่วนมากเป็นพวกยากระตุ้นการไหลเวียนเลือดและการหายใจ

ใจ มีทั้งยาเกินและยาฉีดพร้อมที่จะใช้กับ
ทุกภาวะของนักกีฬา. ได้แก่ Coramine
(Ciba), Sympatocard (C.H. Boehringer
Sohn), Effortil (Boehringer).

ประเภทที่ ๔ ยาแก้ปวดศีรษะบรรเทา
อาหาร. มียาเจริญอาหาร, ช่วยย่อย
อาหาร, ยาแก้ท้องผูก, ยาแก้ท้องเสีย,
ยาขับลม, และยาแก้โรคติดเชื้อของทาง
เดินอาหารเป็นต้น. ที่เขาใช้บ่อยประจำมี
Euflat (Sud Medica), Vitafestal (Ho-
echst), Laxans Heyden (Heyden)
Mediolax (Medice).

ประเภทที่ ๕ ยาแก้ปวดศีรษะบรรเทา
มียาแก้ไอ, ยาแก้ปวด, รวมทั้งยาลด
การอักเสบ และการขมในบริเวณที่
กระทบกระแทก หรือการอักเสบ และการ
ขมที่ข้อต่าง ๆ, ที่เห็นเด่นชัดรวมทั้ง
เนอควอย. มีทั้งยาเกิน, ยาฉีดและยา
เห็นตามความต้องการของผู้ป่วย. ตัวอย่าง
ของยาเหล่านี้มีดังนี้ Kinetin
(Schering A.G.) ประกอบด้วย ฮัยอะล-
โรนิกเอส เร่งการคั่งซึมของก้อนเลือด;
Lonarid (C.H. Boehringer Sohn) ลดไข้,
แก้ปวด, ลดการอักเสบและลดอาการ
เกร็ง; Tanderil (Geigy) ใช้ลดการ

อักเสบ และขมเนื่องจากถูกกระทบ
กระแทก, ลดการอักเสบของกล้ามเนื้อ,
ข้อ และเอ็นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการถูกกระทบ
กระแทก; Delta-Butazolidin (Geigy),
Tomanol (BYK-Gulden) ใช้บำบัดโรค
ข้ออักเสบ, เอ็น ฯลฯ อักเสบจากโรค
รูมาติก และอาการปวดประสาท. นอก
จากนี้ยังมี Scandicain (M-Woelm-
Eschwege) เป็นยาชาเฉพาะที่.

ประเภทที่ ๖ ยาลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ
เนอควอย. ใช้สำหรับบรรเทาอาการปวด
อันเกิดจากการเกร็งของระบบทางเดิน
ปัสสาวะ, ดึงน้ำดี, ระบบทางเดินอาหาร,
ปวดกระดูก, ไมเกรน และอื่น ๆ. ยาประเภท
นี้มี Spasmo-Cibalgin Compositum
(Ciba), Spasmocompren (E. Merck),
Buscopan (Boehringer Sohn).

ประเภทที่ ๗ ยาบำรุงร่างกาย. ได้
แก่พวก วิตามิน ชนิดต่าง ๆ ตามความ
เหมาะสม.

ประเภทที่ ๘ ยาแก้อาการแพ้และยา
พวก คอร์ติโคสเตอรอยด์. ตัวอย่างเช่น
Atosil (Bayer), Ultracortenol (Ciba),
Decortin (E. Merck).

ประเภทที่ ๕ ยาที่ใช้เฉพาะที่, เช่นยา
หยอดตา, ยาพ่นจมูก ฯลฯ เช่น
Visadron (C.H. Boehringer Sohn),
Navisin (E. Merck), Tysine (Pfeizer).

ประเภทที่ ๑๐ ยาและของที่ใช้เกี่ยวกับ
ขาดแคล. เช่น พลาสเตอร์ ปิดแผล, ยา
ฆ่าเชื้อ, เซรั่ม กันและแก้ขาดทะเลย์, ยา
ห้ามเลือด ฯลฯ.

ประเภทที่ ๑๑ ยาเฉพาะสตรี. ยาพวก
นี้จำเป็นมากสำหรับภักฟ้าหญิงเกี่ยวกับ
เรื่องระดู. หญิงบางคนปวดมากขณะมี
ระดูหรือบางคนเกิดมีระดูขณะท้องลงแข่ง
ขัน, เป็นเหตุให้สมรรถภาพของภักฟ้า
หญิงนั้นหย่อนลง. ในกรณีเช่นนี้จำเป็นต้องให้
ยาเลื่อนเวลาที่มระดูออกไปจนพ้นเขตการ
แข่งขันหรือให้ยาขยับมกลูกในกรณีมระดู
ระดูออกมาก. ยาที่ใช้ก็มี Primosiston
(Schering) Ergotren (E. Merck)

นี้เป็นเพียงบางส่วนของยาที่ผู้เขียนได้
มีโอกาสได้เห็นในลุ่มยาของแพทย์ประจำ
ภักฟ้าต่างชาติผู้นั้นภายในเวลาอันสั้น.
รายละเอียดของตัวยาที่ประกอบเป็นยา
ชนิดต่างๆนั้นผู้เขียนขอไม่กล่าวถึงเพราะ
ท่านผู้อ่านคงทราบดีอยู่แล้ว.

อนึ่ง, นอกจากยาตามที่ได้กล่าวแล้วยังมี

มียาอีกหลายอย่างที่คงนึกถึงไว้, ได้
แก่ยาอื่น ๆ ที่มีประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอก
เพราะแพทย์ประจำภักฟ้าจะต้องทำหน้าที่
ไม่ต่างอะไรกับแพทย์ที่ประจำห้องตรวจผู้
ป่วยนอก. มีข้อที่พิเศษก็คือแพทย์ประจำ
ภักฟ้าจะต้องทำหน้าที่นอกสถานที, ซึ่ง
บางครั้งอาจเป็นนอกประเทศด้วย. ฉะนั้น
จึงควรระลึกไว้ด้วยว่า (๑) ยาเม็ดที่ภักฟ้า
ยาน้ำเพราะนำไปไหน ๆ ได้สะดวก, ไม่
ต้องกังวลกับภาชนะที่ใส่มากนัก. ทั้งยัง
ประหยัดเนื้อที่ได้อีกด้วย. (๒) ยากิน
ดีกว่ายาฉีด, เพราะสะดวกต่อการบริหาร
ยา, ยกเว้นในรายที่จำเป็น. (๓) แพทย์
ต้องทราบว่าภักฟ้าผู้ใดมีโรคประจำตัว
อย่างใดอย่างหนึ่ง. ทั้งนี้เพื่อจะได้เตรียมยาไว้
เป็นการเฉพาะตลอดจนควรทราบด้วยว่ามี
ใครแพ้ยาหรือแพ้สิ่งใดบ้าง. (๔) แพทย์
ควรตระหนักไว้ด้วยว่าภักฟ้าของตนจะ
ทนต่อการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมที่
ผิดไปจากบ้านเกิดเมืองนอนของตนได้หรือไม่.
อาหารการกิน, อากาศ, การ
อยู่ต่างถิ่น, การคิดถึงบ้าน ฯลฯ เหล่านี้
อาจทำให้ภักฟ้าเสียเปรียบได้มาก.
แพทย์ควรจะทำทางบรรเทาหรือป้องกันข้อ
เสียเปรียบเหล่านั้นเสีย.



ประกาศของบรรณาธิการ

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.
ตำหน่ง เบื้องปลาย พ.บ.
นันทน์ เขตนนศิลป์ พ.บ.
ทิว บุญโพธิ์ พ.บ.
สมชัย ปรกิติ พ.ด.
ประยัต หัตถนาถณ์ พ.บ.

โดยรอยพระยคลบาท ทางดำเนิน

สมเด็จพระราชาธิบดี เจ้าฟ้ากรมหลวง
สงฆลานครินทร์ ทรงเป็นที่เทอดทูนเคารพ
บูชาของพสกนิกรไทยทั่วหน้า, ตลอดไป
ถึงชาวต่างประเทศที่เคยเฝ้าฯ แห่นหรือแม่
เคย ทราบ เรื่อง ของ พระองค์, ก็ด้วย
พระคุณธรรม. นอกจากพระองค์จะทรง
มากด้วยเมตตา, ทรงปราถนาดี, มี
พระทัยมุ่งมั่นจะกำจัดทุกข์ขำรังสขให้แก่
ประชาชนทั่วหน้าในทาง การ ศึกษา และ
การอนามัย, ยังทรงมีพระจริยวัตรดี
งามเป็นที่ เชิดชูพระ เกียรติคุณอีก ทาง
หนึ่ง, และสมควรจะเป็นแบบอย่างแก่คน
ทั้งหลายอีกทางหนึ่งด้วย.

บรรดาผู้ที่ได้ เคย ใกล้เคียง ต่าง กล่าว
ยืนยันตอ้ง กันว่า ในการ ติดต่อกับคนทั้ง
หลาย, ไม่ว่าจะเป็นคนสนิทหรือห่างไกล
ทรงวางพระองค์เป็นคนชั้นใกล้เคียง ๆ กัน, ไม่

โปรดวางพระองค์อย่างเจ้านาย, ทั้ง ๆ
ที่ทรง ดำรง พระ อิศริยยศเป็น สมเด็จพระ
เจ้าฟ้าพระราชอนุชาในรัชกาลที่หกและ
สมเด็จพระเชษฐาในรัชกาลที่เจ็ด. ผู้
เขียนเอง ได้ เคยเห็น เสด็จข้าม ฟากจาก
ท่าพระจันทร์ไปศิริราชด้วยเรือจ้าง (สมัย
นั้นยังไม่มีเรือยนต์ข้ามฟาก), เสด็จโดย
ลำพังพระองค์ ไม่มีมหาดเล็กตามเสด็จ,
และประทับบนกระทงเรือท่อนหัว ซึ่งเป็นที่
ใคร ๆ ก้าวชนลง. ทรงฉลองพระองค์เสื้อ
นอกสีขาวและผ้า่ม่วงสีน้ำเงินเหมือนกับ
ข้าราชการทั่วไป.

ในสมัยที่ประทับ อยู่ในสหรัฐอเมริกา
เพื่อทรง ศึกษาวิชาสาธารณสุข และ วิชา
แพทย์, ทรงกระทำพระองค์เป็นราษฎร
ผู้หนึ่งเหมือนกับผู้อื่น. ทรงใช้พระนามว่า
มิสเตอร์มัทล, ทรงเช่าห้องชุด (แฟลต)

อยู่อย่างคนทั่วไป, ทั้งในการกินอยู่ และการศึกษา. ทรงจ่ายสิ่งบริวารคอปโภคเอง, ทรงขับรถยนต์เอง, ทรงทำงานในที่อาศัยเอง เพราะไม่มีคนรับใช้หรือมหาดเล็กนางกำนัล. แม้แต่ธงพระบาทชาตกก็ทรงชุนเอง. เวลามีนักเรียนไทยไปเฝ้าก็ทรงวางพระองค์เสมอ, ทรงระหว่างทอ่ยด้วยกันโดยลำพังและระหว่างทอ่ยต่อหน้าคนอื่น ๆ. ข้อที่ประทับใจทุกคนอีกอย่างหนึ่งคือการทำทรงใช้สอยอย่างประหยัด, ทรงแสดง พระองค์ เป็นเพียง นักศึกษาคนหนึ่ง, ไม่ได้ ทรงแสดง พระองค์เป็นเจ้านาย, ทั้งในแง่ของการติดต่อกับผู้อื่น และในแง่ของการใช้จ่าย.

ในแง่ ของ การ ใช้จ่าย ใช้สอย นั้นแม้ขณะที่ประทับในประเทศไทยก็ทรงถือหลักการจ่ายตามเหตุผลเสมอ, มิได้ทรงจ่ายตามพระทัยชอย. คนส่วนมากเห็นเองบ้างทราบดีก็คิดว่าทรงมีพระทัยดี, มีพระเมตตามากและทรง ใช้จ่าย ทรัพย์เป็นแสน ๆ เพื่อสาธารณประโยชน์, ก็เข้าใจว่าทรง เป็นบุคคล พวก สุรุษ สุร่าย หรือที่เรียกกันในสมัยนั้นว่า “จ่ายอย่างไม่อื่น”, คิดว่าหากเขาถึงพระองค์แล้วขออะไรก็ได้. พวกที่คิดเช่นนั้นต้องผิดหวังไปเสมอ ๆ.

มีเรื่องเล่าว่าในสมัยที่กำลังโปรดประทานทุนให้แก่คนฐานะต่าง ๆ กันเพื่อส่งไปเรียนวิชาต่าง ๆ ในสหรัฐอเมริกา, และมีผู้ได้รับทุนของพระองค์เป็นจำนวนมาก, มีคุณหญิงภรรยาของข้าราชการผู้ใหญ่ผู้หนึ่งซึ่งเคยเป็นคนใกล้ชิด, ได้ไปเฝ้าและขอทุนให้บุตรชายบ้าง. พระองค์กลับไม่โปรด. ทรงตั้งข้อสังเกตว่าคุณหญิงผู้นั้นสวมแหวนเพชร เม็ดโต และมีรถยนต์ใช้ส่วนตัว (สมัยนั้นมีคนน้อยคนที่จะมีรถยนต์ของตนเอง), ควรจะมีเงินส่งบุตรของตนเองได้. ครั้งหนึ่งในระหว่างที่เสด็จไปสอนวิชาชีววิทยาแก่นักเรียนเตรียมแพทย์ที่ คณะ อภิ ษร ศาสตร์ และ วิทยาศาสตร์ แห่ง จฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, นักเรียนพวกหนึ่งจัดงานประจำปีกันเป็นการใหญ่, จนกระทั่งขบขัญชีไม่ลง, เพราะรายจ่ายเกินรายได้ไปสองสามร้อยบาท (ซึ่งเป็นเงินมากพอใช้ในสมัยนั้น). กรรมการปรึกษากันแล้วเห็นว่าควรไป ทูลขอประทาน, เพราะทรงมีพระเมตตาต่อนักเรียนเตรียมแพทย์อย่างมาก. เมื่อพากันไปเฝ้าและทูลเรื่องให้ทรงทราบแล้ว, ทรงประทับนั่งอยู่ครู่หนึ่งแล้วมีพระดำรัสว่าเงินที่พระองค์ทรงมอ่ยนั้น, เป็นของ มีค่า,

เพราะได้มาจากทวีสิตาสาซึ่งต้องทำงาน
เห็นกเห็นอัย, จะประทานแก่ผู้ใดเปล่า ๆ
นั้นไม่ได้, แต่ไหน ๆ ก็ได้ขากหน้าปากกัน
ไปขอแล้ว, ก็จะไม่ปรก, แต่ต้องมีการ
แลกเปลี่ยน. ให้พวกที่ไปทลขอนั้นช่วยกัน
เช่น ลูก กลึง ทบีสนาม หญ้าที่ ในวัง ให้
เสียก่อน. พระตำราสัน คติห และ คติใจ
นักเรียนแพทย์รุ่นนั้นตลอดชีวิต, และเป็น
บทเรียนของนักเรียนรุ่นหลัง ๆ ต่อมาอีก
หลายรุ่น. เมื่อเสด็จกลับมาถึงเมืองไทย
หลังจากที่ทรงสำเร็จการศึกษาวชิราวุธ
เรือจากประเทศเยอรมนีพร้อมด้วยยศนาย
เรือโท, ได้ทรงรับราชการในกองทัพเรือ
ในหน้าที่เกี่ยวกับการวางแผน. ทรงโปรด
เรื่องเรือไต้หน้าและทรงเสนอความเห็นต่อ
ทางการว่า ในฐานที่ประเทศไทยเป็น
ประเทศเล็กและยากจน, สมควรที่จะมุ่ง
ใช้เรือไต้หน้า, เรือคอร์บี โคและเรือขนาด
เล็ก ๆ อื่น ๆ เพื่อสามารถรักษาน่านน้ำไว้
ได้โดยไม่เป็นการสิ้นเปลืองมาก. แต่
ผู้ใหญ่ในราชการ ทหารขณะ นั้นมีความ
เห็นแตกต่างออกไป, ต้องการให้กองทัพ
เรือมีเรือธงขนาดเรือ ลากตะเวนเพื่อจะได้
เป็นศรีสง่าแก่บ้านเมืองและสามารถต่อสู้
กับศัตรูได้อย่างซ่ง ๆ หน้า. การที่ทรงมี

ความเห็นแตกต่างกับผู้บังคับบัญชาชั้นเป็น
เหตุสำคัญ ประการ หนึ่งที่ทำให้ ทรงเขือ
หน้ายราชการทหาร, ประกอบกับทรงได้
รับการ โนม้ นำจาก สมเด็จ กรมพระยา
ชัยนาทนเรนทรโดยถูกต้องจึงหะ, เลย
ทรงเปลี่ยนแนวมาอภิศพระปรีชาสามารถ
ให้แก่การแพทย์ต่อไป, อันเป็นผลคืออย่าง
ยิ่งแก่บ้านเมืองและประชาราษฎร์.

พระองค์ ทรง เริ่มงาน ในแนวใหม่
โดยการเสด็จไปทรงศึกษาวชิราวุธ -
สุขที่ มหาวิทยา ลัย ฮาร์ วาร์ด ใน สหรัฐ
อเมริกา, เพราะทรงตั้งพระทัยจะเสด็จ
กลับมาก่อช่วยการ สาธารณสุข ของประเทศ.
เสด็จกลับเข้ามาพร้อมด้วยอนุปริญา
สาธการณสุขศาสตร์และได้ทรงพระกรุณา
โปรดเกล้าฯ ให้เสด็จมาช่วยวางแผนการ
ปรังปรังโรงเรียนแพทย์ให้ทันสมัย. ได้
ทรงสน พระทัย ในงานที่ ทรงได้ รับผิดชอบ
อย่างจริงจัง. ในการ ประชุม ร่วมกับ
กรรมการของโรงเรียนแพทย์ครั้งหนึ่ง ได้
ทรงเสนอ ความเห็น ในเรื่อง สำคัญ อะไร
อย่างหนึ่ง. กรรมการผู้หนึ่ง (ซึ่งคงจะ
ทราบว่า โปรด การ ทำงาน แขนง ประชา
ธิปไตยและไม่ทรงถือพระองค์) ได้คัดค้าน
โดยอ้างเหตุผลว่าเพราะพระองค์มิได้ทรง

เป็นแพทย์, ก็ย่อม จะไม่ สามารถเข้า
พระทัยได้. หลังจากนั้นได้ทรงปรารภกับผู้
ใกล้ชิดว่าจะต้องเสด็จไปเรียนวิชาแพทย์
มาให้สำเร็จ, มิฉะนั้นก็จะทรงทำงานให้
เป็นประโยชน์อะไรไม่ได้, เพราะเดียงกับ
เขาไม่ขึ้น, และก็ได้ทรงพระออกสภาระ
เสด็จไปทรงศึกษาจนสำเร็จจริง ๆ. เป็นที่
น่านิยมในน้ำพระทัยอันเด็ดเดี่ยวอย่างยิ่ง.

เหตุการณ์ที่ได้เล่ามานี้แสดงถึงหลัก
สำคัญประการหนึ่งในพระจริยานวัตรของ
สมเด็จพระราชาธิบดีฯ, คือการที่ทรงปฏิบัติ
โดยมีเหตุมีผล. ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของ
ส่วนพระองค์ก็ดี, เรื่องของการติดต่อกับ
คนอื่นก็ดี, ทรงกระทำตามเหตุผลที่ถูก
ต้องทำนองคลองธรรมเสมอ, ไม่ทรงทำ
ตามพระทัยชอบ, แม้ว่าจะเป็นเรื่องเฉพาะ

พระองค์, เช่นการใช้ทรัพย์สินของพระองค์
เองเป็นต้น. ทรงยอมแพ้ต่อเหตุผล, ไม่
ทรงใช้อำนาจ, ทั้ง ๆ ที่ทรงพระอิศริยยศ
สูงศักดิ์. ทรงมีพระเมตตาตามหาค่า, แต่
แม้ในการโปรดประทานพระเมตตา ก็ยัง
ทรงยึดหลักเหตุผล, ไม่ได้ทรงเมตตา
ปราเปรื่อ, ซึ่งจริงแต่จะทำให้คนเสีย. ทั้ง
นี้ เพราะทรงเป็นสัจบุรุษ ซึ่งเพียบพร้อม
ด้วยคุณธรรม, และทรงเป็นบัณฑิตอย่าง
แท้จริง, จึงทรงเลือกทางดำเนินโดย
“ทางสายกลาง”, อันเป็นทางแห่งความ
พอดีและทางแห่งเหตุผล.

ขอพระเกียรติคุณจงกระตุ้นเตือนให้
เราทั้งหลายระลึกถึงหลักแห่งเหตุผลและ
หลักแห่งความพอดี, เพื่อจะได้ดำเนินโดย
รอยพระยุคลบาทโดยถูกต้องและด้วยดี.

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้ : สำราญ วัศพาทย์ พ.บ., F.I.C.S., ยศวรี สุขุมาลจันทร์ พ.บ., F.A.C.P.,
บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med., ประไพศรี ศรศาสตร์ปรีชา พ.บ.,
นันทพร นิลวิเศษ พ.บ., Dr. med.

๑. Polack, F.M., D.L. Khorazo, E.

Gutierrez : การศึกษาเชิง คัดเตรี ของ
ตาที่เปลี่ยนให้ผู้ป่วย. Arch. Ophthalmol.
1967. 78 : 219.

การศึกษาเชิง คัดเตรี ของตาที่เปลี่ยน
กับผู้ป่วยจำนวน ๒๕๐ ทาพบว่า มี คัดเตรี
อยู่ทุกตาและเพาะเชื้อขนทวย. แต่เชื้อ
คัดเตรี ทพบในเขตนอกตวย กนกยทพบใน
ตาคนปรกติ.

การแช่ตาไว้ในน้ำยาฆ่าเชื้อไม่ได้ทำ
ให้ตาค้างกล่าวปราศจากเชื้อ คัดเตรี, แต่
ถ้าใช้น้ำยา นีโอไมซิน-โพลีมิกซิน บี
ล้างตาที่จะเปลี่ยนให้ผู้ป่วยเสียก่อน จะทำ
ให้ลดจำนวน การคืดเชื้อที่ตาน้อยลง และ
ถ้าเอาไปเพาะเชื้อจะไม่ขึ้น.

สำราญ วัศพาทย์ พ.บ., F.I.C.S.

๒. M.J. Katz, R.S. Zitnik : ช็อคค
ด้วยกระแสไฟฟ้าตรง และ ลิโดเคน ใน
การบำบัด เว้นทริคูลาร์ ทาฌยคาร์เดี

เนองจาก ทิจิตาลิส. Amer. J. Cardiol.
1966, 18 : 552-556.

ในการ ททดลองรักษาสุนัข ที่ทำให้เกิด
เว้นทริคูลาร์ ทาฌยคาร์เดี เนองจาก
ทิจิตาลิส เป็นพิษโดยการ ใช้ Synchronized
D.C. Shock, ผู้เขียนได้พบว่าในสุนัข
๒๐ ตัว, การ ช็อคค นอกจากจะไม่ทำ
ให้การเต้น ของ หัวใจ กลับ มา เป็น ปรกติ
แล้วยังทำให้ จังหวะ การ เต้น เหวลง อีก.
สุนัข ๘ ตัวเกิด เว้นทริคูลาร์ ไฟบริลเลชัน.
ส่วนสุนัขอีก ๑๒ ตัวได้รับ Lidocaine
๑๐๐ มก. เข้าหลอดเลือด, ๑๑ ตัวการ
เต้นกลับสู่จังหวะปรกติ.

จากการทดลองแสดงว่าการทำ ช็อคค
ด้วยไฟฟ้าเพื่อบำบัด เว้นทริคูลาร์ ทาฌย-
คาร์เดี ซึ่งเกิดจาก ทิจิตาลิส เป็นพิษนั้น
นอกจากไม่ให้ผลดีแล้วยังอาจเกิดอันตราย
ได้อีกด้วย. ลิโดเคน หรือสารจำพวก
เดียวกันจะเป็นยาที่ทสุดในการรักษา.
ยศวรี สุขุมาลจันทร์ พ.บ., F.A.C.P.

๓. Frank, H., W. Heil, I. Leodolter :

ตบยการคิมเบียร์. Münch. med. Wschr. 1967, 109: 892.

ในการตรวจคนทำงาน ๔๕๐ คน, ซึ่ง ๒๐๐ คนในจำนวนนี้ทำงานในโรงทำเบียร์, พบว่าการคิมเบียร์ตกตอกกันเรื่อย ๆ และจำนวนเกินขนาด มีความสัมพันธ์กับการเสียหายของตับ. ข้อเท็จจริงต่าง ๆ มีดังนี้:

๑. จำนวนของผู้คิมขนาดหนักและมากปานกลางเป็นสองเท่าของโรงงานอื่น, ในโรงทำเบียร์.

๒. มากกว่า ๒๕% ของคนงานในโรงทำเบียร์ แสดงว่าตับมีการเสียหาย, ซึ่งพบได้ ในคนทำงานที่อื่นเพียง ๕.๓%.

๓. พวกตับเสียจำนวนมากพบในพวกนักคิมจิต, ซึ่งมักมีอายุอ่อนกว่า ๕๐ ปี.

๔. พวกคนทำงานในโรงงานใกล้เคียงกันพลอยติดนิสัยคิมเบียร์มากไปด้วย.

๕. ผลในการทำความเข้าใจให้ ตับของเบียร์ก็ มีเช่นเดียว กับเครื่องคิมที่มี แอลกอฮอล์ทั้งหลาย.

บุญเรือง นิยมพร P.B., Dr. med.

๔. Deren, J. J., S.A. Broitman,

N. Zamcheck : ผลของอาหารต่อ เอ็นไซม์ ไคซัคฆาไรเตส ของลำไส้ และ การคกซึมของ ไคซัคฆาไรต์ J. Clin. Invest. 1967, 46: 186-195.

เนื่องจากได้พบว่ามีการขาด เอ็นไซม์ย่อยน้ำตาล ไคซัคฆาไรต์ (ซูโครส, มอลโตส, ลัคโตส) เป็นบางอย่างและมีการลดจำนวนของ เอ็นไซม์ เหล่านี้ในโรคลำไส้เล็กหลายโรค, จึงได้มีผู้สนใจในเรื่อง การคกซึมของ ไคซัคฆาไรต์. รายงานนี้ได้ศึกษาอิทธิพลของอาหารและ แอควิโนคอร์ติคอยด์ ฮอร์โมน ต่อระดับของ เอ็นไซม์ เหล่านี้ในผนังของลำไส้.

ได้ทดลองเลี้ยงหนูขาวหนัก ๑๗๕ ถึง ๓๕๐ กรัมในที่ที่มีอุณหภูมิคงที่เป็นเวลาอย่างน้อย ๑ สัปดาห์ก่อนลงมือทดลองโดยให้กินอาหารของบริษัท "พรีนา" ตามใจชอบ. ก่อนทดลองให้หันออกอาหาร ๓ วันแต่ให้คมน้ำได้อย่างเสรีแล้วให้กินอาหารสังเคราะห์ที่มี ซูโครส, มอลโตส, กลูโคส หรือ ฟรุคโตส อย่างใดอย่างหนึ่ง ๖๘ ปร., เคซีน ๑๗ ปร., นอกนั้นเป็นไขมัน, เกลือแร่, เซลลูโลส ผงและวิตามิน. เทียบผลกับหนูที่ออกอาหารหรือ

กินอาหารที่ไม่มีน้ำตาลทั้งหลาย. ผลปรากฏว่าไม่ว่าจะกินอาหารที่มีน้ำตาลชนิดใดชนิดหนึ่ง จะทำให้จำนวน ซูเครสรวมของลำไส้และฤทธิ์จำเพาะของ ซูเครสเพิ่มขึ้นมาก. ฤทธิ์จำเพาะของ มอลเตสก็เพิ่มขึ้นด้วยแต่ ลัคเตส ไม่เปลี่ยนแปลง. ฤทธิ์จำเพาะของ ซูเครส เพิ่มขึ้นมากกว่ามอลเตส, ถ้าให้อาหารที่มี ซูโครส และในทำนองเดียวกันฤทธิ์จำเพาะของ มอลเตส เพิ่มขึ้นมากกว่า ซูเครส ถ้าอาหารนั้นมี มอลโตส. ถ้าอาหารที่ให้มีย่านน้ำตาลอวี เท่ากัน แต่ไม่มีน้ำตาลคิงกลาวเลย ซูเครส ก็จะเพิ่มขึ้นกว่า คีอนโทรล หากว่าฤทธิ์จำเพาะของมันเกือบไม่เปลี่ยนแปลง. หนูที่เลี้ยงด้วย ซูโครส มีการย่อย ซูโครส, การคดซั่มของ กลูโคส และ ฟรุคโตส เพิ่มขึ้นกว่าหนูที่เลี้ยงด้วยเคซีอิน. สะเตอรอยล์ ไม่ได้ควบคุมฤทธิ์ของ ซูเครส และ มอลเตส ในหนูโต. นอกจากนี้พบว่า ซูโครส ทำให้จำนวนเอ็นไซม์ เพิ่มขึ้น แต่ไม่ได้ทำให้จำนวนเซลล์ ที่ผลิต เอ็นไซม์ เพิ่มขึ้นและไม่ทำ

ให้ฤทธิ์ของ อัลควไลน์ ฟอสฟาเทสเปลี่ยนแปลง.

ประไพศรี ศรศาสตร์ปริชา พ.บ.

๕. Bhargava, K.P., K.S. Dixit และ G.P. Kupta: บทบาทของ คาเตมอลอะมีน และ ซีโมรีเซ็ปเตอร์. Brit. J. Pharmacol. Chemotherap. 1967, 29: 37-41.

ผู้รายงานได้เคยรายงานมาแล้วว่า เมอซิด ริเสอร์บัน ๐.๕ มก. เข้าในช่องสมอง (อินทราซีรีโบรเว็นทริคูลาร์) ของสุนัขทำให้เกิดการอาเจียนขึ้น. การศึกษาครั้งนั้นต้องการศึกษายทบาทของ คาเตมอลอะมีน และ ซีที - โซน (ซีโมรีเซ็ปเตอร์-ทริกเกอร์ - โซน) ต่อการอาเจียนซึ่งเกิดขึ้นเพราะ ริเสอร์บัน. ได้ทดลองฉีด ริเสอร์บัน ๐.๕ มก. เข้าช่องสมองของสุนัขปรกติ, สุนัขที่ทำให้ คาเตมอลอะมีน หมกตัวแล้ว และ สุนัขที่เอา ซีที - โซน ออกแล้ว. พบว่าสุนัขปรกติอาเจียนทุกตัวและสุนัข คาเตมอล อะมีน หมกตัวแล้วก็อาเจียนเช่นกัน. แต่สุนัขที่ไ้

เฮว ซีทึ-โซน ออกก่อน แล้วไม่เอาเงิน
เลยแม้ว่าได้ให้ วิเสอร์บัน เพิ่มเป็นสอง
เท่า (ขนาดเอาเงิน ๑๐๐%). จากราย
งานสรุปได้ว่าตำแหน่งที่ วิเสอร์บัน ออก
ฤทธิทำให้เอาเงินอยู่ที่ ซีทึ-โซน และ

ฤทธิเอาเงินของ วิเสอร์บัน นั้นเนื่องจาก
ฤทธิของยาโดยตรงไม่ใช่เนื่องจากฤทธิที่
ทำให้เกิดมีการ ปล่อย คาเทมอล อะมีน
ออกมา.

นันทพร นิลวิเศษ P.B., Dr. med.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ปกิณกะ

๑. บابينสกี และ รีเฟล็กซ์ ฝ่าเท้า

เมื่อปี ค.ศ. ๑๘๘๖ นักประสาทวิทยาชาวฝรั่งเศสชื่อ นาย โปแลนค์ ซอ โจเล็ฟ ฟรอนซ์ ฟีลิกซ์ บابينสกี (๑๘๕๗-๑๙๓๒) ได้ตีพิมพ์ไว้ว่า “ในผู้ป่วยอัมพาตบางราย, นิ้วของเท้าข้างที่พิการ, แทนที่จะงอเมื่อฝ่าเท้าถูกกระตุ้น, กลับเหยียดออกที่ตำแหน่ง เมตาทาร์สัล.” (1) ต่อมาเขาได้ให้รายละเอียดจากการศึกษาเพิ่มเติม และสรุปว่า ข้อตรวจพบดังกล่าว เป็นอาการแสดงพยาธิสภาพของการมีอันตรายที่ พีบรามิดัล แทร็คท์. (2) ในปี ค.ศ. ๑๙๐๓ เขาจึงได้กล่าวถึงการกางออกของนิ้วเท้า ซึ่งบางครั้งตรวจพบในรีเฟล็กซ์ ฝ่าเท้าผิดปกติ ซึ่งเขาได้ชี้แจงว่าเป็นการสนองตอบที่ตรวจพบเสมอ, แต่ยังไม่มียุติพิสัยยืนยันแน่นอนได้ว่ามัน

เกี่ยวข้องกับจำเพาะกับโรคของ พีบรามิดัล แทร็คท์. (3)

รีเฟล็กซ์ ฝ่าเท้า เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในวงจรการทำงานเชื่อมระหว่างประสาทรับความรู้สึกผิวหนังที่ฝ่าเท้าและประสาทกล้ามเนื้อในไขสันหลังระดับ L5 และ S2 ซึ่งควบคุมโดยใยประสาทใน พีบรามิดัล แทร็คท์ เฉพาะส่วน แลเตอร์ัล คอร์ติโค-สไปนัล แทร็คท์.

ในการตรวจปฏิกิริยานี้มักให้ผู้ป่วยนอนหงายขาเหยียดตรง, แล้วใช้ของทุกอย่าง เช่น ปลายลูกกอล์ฟ เป็นต้น, ชูตเบาๆ ทางขอบนอกของฝ่าเท้า, ลากเริ่มต้นจากสันมาทางปลายเท้า แล้วลาก ขว้างฝ่าเท้าที่ใกล้โคนนิ้วมาข้างนอกฟากหนึ่ง. ห้ามไม่

- (1) Babinski, J.: Sur le réflex cutané plantaire dans certaines affections organiques du système nerveux central. Compt. rend. Soc. Biol. 1896, 3 : 207.
- (2) Idem. : Du phénomène des orteils et de sa valeur séméiologique. Semaine méd. 1898, 18 : 321.
- (3) Idem. : De l'abduction des orteils. Rev. Neurol. 1903, 11 : 728, 1205.

ให้ก้นหน้าหนักที่ขูด กระตุ้นหนักเกินไปและ
 ไม่ควรขูดลากทางขอยในเพราะจะทำให้มี
 ปฏิกริยาผิดไปได้. ในบางรายที่ต้องการ
 เสริมกำลัง รีเฟล็กซ์ นี้ อาจ จะให้ ผู้ช่วย
 กดหัวเข้าให้เข้าคงเหยียดไว้ก็ได้. ใน
 คนปรกติ, การกระตุ้นดังกล่าวทำให้มี
 การงอัมของนิ้วหัวแม่เท้า และมักจะมีของ
 ออกจากนิ้ว. ในรายที่มีรอยโรคที่ทาง
 ผ่าน คอร์ติโค-สไปนัล, การสนองตอบ
 เปลี่ยนไปโดยนิ้วหัวแม่เท้าจะเหยียด และ
 นิ้วอื่น ๆ อาจ จะเหยียดหรือกางออกจากกัน.
 ดังนั้นในการ ตรวจ ทิศทาง ของ การสนอง
 ตอบของฝ่าเท้าให้ ถัดการ เคลื่อนไหว เริ่ม
 ต้นของหัวแม่เท้าเป็นสำคัญ, และขอ
 แนะนำให้ใช้คำบอกเล่าง่าย ๆ ว่าเป็นการ
 สมองตอบ “เฟล็กซ์เซอร์” หรือ “เอ็กซ์-
 เทนเซอร์”. สำหรับคำว่า “อาการแสดง
 ขายืนสั๊ก”, ถ้าปรารถนาที่จะใช้ควรสงวน
 ไว้เรียกต่อ เมื่อ ตรวจพบ การ สมอง ตอบ
 เอ็กซ์เทนเซอร์ ในผู้ป่วยโรคของ พียร์รา-
 มิคัล แทร็คท์ ดังที่ ขายืนสั๊ก ได้เริ่มต้น
 แสดงให้เห็นความสำคัญไว้เท่านั้น. ใน
 เด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ เดือน, ตรวจพบการ
 สมองตอบ เอ็กซ์เทนเซอร์ ได้เนื่องจาก
 พียร์รามิคัล แทร็คท์ ยังไม่เจริญเต็มที่.

ถ้ามีการชักช้องในทางผ่านของประสาท
 รั้ว สั๊ก (เช่น ซอริย์) หรือสังการ
 (โมเตอร์) นิวโรน ล่าง, รีเฟล็กซ์
 ฝ่าเท้าจะไม่มีเลย. ในกรณีนี้เรียกว่า
 รีเฟล็กซ์ ฝ่าเท้าเป็นลบ.

เอกสาร

1. Fulton, J.F. : J. Nervous & Mental Dis. 1933, 77 : 121.
2. White, B.V., and C.F. Geschickter : Diagnosis in Daily Practice. 2nd. Imp., 1947, J.B. Lippincott Co., Philadelphia, p. 159.
3. Robertson, Wm. E., and H.F. Robertson : Diagnostic Signs, Reflexes, and Syndromes. 3rd. Ed., 1947, F.A. Davis, Philadelphia, pp. 34-35.
4. Pullen, R.L.: Medical Diagnosis. 2nd. Ed., 1950, W.B. Saunders Co., Philadelphia, pp. 899-900.
5. Crosby, E.C., T. Humphrey, E.W. Lauer : Correlative Anatomy of the Nervous System. 1962, MacMillan Co., New York, pp. 106-107.
6. Hochstein, E., and A.L. Rubin : Physical Diagnosis. 1964, Mc Graw-Hill Book Co., New York, p. 370.
7. MacLeod, J. : Clinical Examination. 1964, Williams & Wilkins Co., pp. 313-314.

สมชัย บวรกิตติ พ.ด.

น.ศ.พ. ปัญญา อรุณากร

น.ศ.พ. ปริญญา สดางค้มงคล

๒. แนะนำหนังสือ

หนังสือ An Atlas of Orthopedic Surgery

ผู้แต่ง: Lewis COZEN M.D. F.A. C.S., F.I.C.S. (Clinical Professor of Orthopedic Surgery, California College of Medicine).

โรงพิมพ์ Lea & Febiger, Philadelphia, U.S.A., 1966.

ขนาด ๗" x ๑๐". หน้า ๖๗๒ หน้า, มีบรรยายการเอกซเรย์และครรชน. มีไคอะแกรม ๑๔๐๗ ภาพ.

ราคาขายในประเทศ ๓๑๕.๐๐ บาท.

ศัลยกรรมที่ถูกต้องมีแผน. ศัลยกรรมกระดูกผิดกับศัลยกรรมแขนงอื่นอยู่บ้างที่ในแต่ละโรคมีวิธีการรักษาที่ผิดแปลกที่อาจใช้สลับกันได้หลายวิธี. แต่ละวิธีก็ต้องใช้เครื่องมือเฉพาะแตกต่างกัน. การเลือกสรรหัตถการให้เหมาะตาม (๑) สภาพคนไข้, (๒) ความถนัดของแพทย์, และ (๓) ความพร้อมเพียงของอุปกรณ์. เพื่อให้ได้ผลเลิศแก่ผู้ป่วยนั้น, แม้แต่ผู้ที่จัดเจนก็ยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ยาก.

หนังสือที่ช่วยในการวางแผนรักษา

ผู้ช่วยในคานศัลยกรรมกระดูกยังมีน้อย. ที่มีอยู่เป็นหนังสือที่มภาพประกอบมีต้นทนาการพิมพ์แพ่งและมีคำบรรยายยาว, ไม่สะดวกแก่แพทย์ที่มภาระในการรักษาผู้ช่วยมาก ๆ.

การที่ผู้เขียนออกแบหนังสือแผนภาพใหม่, บรรยายย่อ ๆ ที่เข้าใจง่าย, ประกอบภาพที่แสดงด้วย ไคอะแกรม ที่ง่าย, ลดต้นทนาการพิมพ์, นับว่าเป็นงานที่มีค่ายิ่ง. ผู้เขียนได้รวบรวมหัตถการที่ทดลองแล้วเป็นที่ยอมรับว่าได้ผลดีเป็นมาตรฐาน. เรียงความตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกายตั้งแต่มีอกลงเท้า, สะดวกแก่การพลิกหา. ผิดจากหนังสืออื่นที่เขียนตามระบยโรค, ประกอบด้วยการเรียงพิมพ์และการให้ภาพที่ทำให้สัวยงามน่าชมยิ่ง.

ในบรรดาหัตถการที่บรรยายไว้, มีตั้งแต่หัตถการที่คุ้นตาอยู่แล้วจนถึงหัตถการที่ก้าวหน้าออกไป, เช่นการโยกย้ายเอ็นนอกกล้ามเนื้อในการรักษาอัมพาตส่วนต่าง ๆ. หัตถการเกี่ยวกับกระดูกหักได้บรรยายละเอียด, โดยเฉพาะบริเวณข้อ

ตะโพกกลางทนต์ให้ถึง ๑๒๐ หน้ากระต่าย.
มีตลอดตั้งแต่การหักกระดูกจนถึงหักด-
การสร้างข้อต่อใหม่และข้อต่อเทียม.

โดยที่คล้ายกรรมโรคกระดูก มี
อาณาเขตการผ่าตัดกว้างขวางทั่วร่าง-
กาย, ยากที่แพทย์จะเงินต่อส่วนร่างกาย
ต่าง ๆ ได้เท่ากันหมด, การมีหนังสือ
เล่มนี้ไว้จึงมีประโยชน์มากสำหรับทั้งใน
ห้องสมุดและใกล้ห้องผ่าตัดตามโรง
พยาบาลทั่วไป, ซึ่งนับวันจะต้องมีผู้ช่วย
จากอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นเสมอ ในเมื่อการ
คมนาคมเจริญขึ้น. คำบรรยายที่กระทัด
รัด อันยังถึงความชัดเจนและประสพ-
การณค่านปฏิบัติของผู้เขียนนั้น จะทำให้
ผู้อ่านเสียเวลาก่อนผ่าตัดไม่ก่นาที. นอก
จากจะผ่าตัดแต่ละคราวถูกต้องตามแบบ
ฉบับที่เลือกสรรที่ดีแล้ว ยังมีทางหน้ที่
ได้เพื่อความไม่ประมาทในการผ่าตัดอีก
ด้วย.

จุดอ่อนของหนังสือเล่มนี้มอยู่ประการ
เดียวคือมิได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับ
อุปกรณ์การผ่าตัด. อาจเป็นเพราะผู้เขียน
คาดว่าผู้อ่านจะต้องมีประสบการณ์เกี่ยว
กับเครื่องมือที่ใช้ในการเตรียมผ่าตัดในท
แต่ละแห่งเป็นพนอนอยู่ก่อน. (อาจจะต้อง
เป็นผู้ที่เคยผ่านการเป็นแพทย์ประจำบ้าน
หรืออาศัยอ่านหนังสือซึ่งเป็นต้นตอที่
ผู้เขียนได้อ้างอิงไว้อย่างละเอียดอยู่แล้ว).

ถึงอย่างไรหนังสือเล่มนี้ก็ถือเป็นอีกเล่ม
หนึ่งที่คล้ายแพทย์, ผู้อำนวยการโรง-
พยาบาลและผู้สนใจคล้ายกรรมแขนงนี้,
จะต้องผ่านทุกหน้าแต่ต้นจนจบ.

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

กรรมการห้องสมุด

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

๓. สาเหตุของมะเร็ง

ในการประชุมครั้งที่ ๑๖ ของผู้เคย
ได้รับทุน โนเบิล ที่ลินเคา, ทะเลสยา
คอนสตันซ์, ศจ. ออตโต วาร์บูร์ก
(เบอร์ลิน) ผู้มีอายุ ๘๒ ปีแล้วและได้รับ
รางวัล โนเบิล ในเรื่องการใช้พลังงาน
ของทิสซ ได้เสนอสมมติฐานของท่าน
เกี่ยวกับสาเหตุของมะเร็ง, ซึ่งสร้างชน
จากผลการวิจัยใหม่ ๆ. ท่านได้บ่งไว้
อย่างหนักแน่นว่ามะเร็ง เกิดเมือการหายใจเอา
ออกซิเจน ของเซลล์ถูกทดแทน
โดยการหมัก, (เฟอร์เมนเตชัน) เพราะ
ว่า ออกซิเจน เสริมไม่พอให้เซลล์ของ
ร่างกายได้ใช้ หรือเกิดจาก เอ็นไซม์ ที่
เป็นผู้นำ ออกซิเจน ไปยังเซลล์เกิดเสีย
ไป.

ท่านยืนยันว่า “ทกวันนี้ไม่มีใคร
สามารถกล่าวว่าคุณไม่รู้จักว่ามะเร็งคือ
อะไร, ในทางตรงข้ามขณะนี้ไม่มีความ
แจ่มชัดใดที่สาเหตุสุดท้ายของมันจะ
ไม่เป็นที่รู้จักกัน, ซึ่งจะเป็นเครื่องนำไป
สู่ความรู้ทาง ฟิสิกส์ และเคมีของมัน
ต่อไป. ดังนั้นในปัจจุบันนี้ความไม่รู้จะไม่

ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับคนที่คนเรามีได้
จัดการอะไรเลยเกี่ยวกับกัน”.

ศจ. วาร์บูร์ก ได้ทำนายว่า ใน
สหพันธรัฐเยอรมันจะมีผู้ช่วยด้วยโรค
มะเร็งของระบบทางเดินหายใจและตายไป
อย่างน้อยปีละล้านคนจากจำนวนพลเมือง
ชายในขณะนั้น ๒๕ ล้านคน, ถ้าหากมิได้
จัดการป้องกันแต่อย่างใด, และคนอื่น
หลายล้านจะตกเป็นเหยื่อของ มะเร็งชนิด
อื่น ๆ. ผู้เชี่ยวชาญเรื่องมะเร็งส่วนมาก
มีความเห็นพ้องในเรื่องนี้เป็นเอกฉันท์ว่า
ความเจ็บป่วยจากมะเร็งส่วนมากนั้นอาจ
ป้องกันได้, เพราะทกวันนี้ปฏิกริยาที่
ทำให้เกิดมะเร็งในมนุษย์ที่เรารู้จักกันนั้น
อาจถูกขจัดได้. การป้องกันมะเร็งจะไม่
สิ้นเปลืองมากมายตการป้องกันใช้ยีสัน
หรือใช้เหลือง, แต่การค้นคว้าต่อไปอีก
นั้นเป็นสิ่งสำคัญยิ่งก่อนที่จะมีการจัดการ
ป้องกันมะเร็ง.

ศจ. วาร์บูร์ก ได้กล่าวในคำบรรยาย
ของท่านถึงความแตกต่างระหว่างสาเหตุ
ที่ถูกขจัดได้และสาเหตุสุดท้ายเกี่ยวกับ

มาของมะเร็ง. ท่านสรุปว่า มะเร็งเกิดขึ้นได้โดยทางอ้อมหลายวิธีด้วยกัน, แต่สำหรับความเจ็บป่วยนั้นย่อมมีสาเหตุอยู่อย่างเดียวกันคือ "การหมัก" เซลล์ของร่างกายที่ปรกติตกเซลล์ได้พลังงานจากการหายใจด้วย ออกซิเจน, แต่เซลล์มะเร็งได้พลังงานส่วนใหญ่จากการหมัก.

ในเซลล์มะเร็งจะมี ออกซิเจน เป็นแหล่งให้พลังงานคงมี ชีวิตชั้นสูงอื่น ๆ และ จะได้รับการทดแทนจากปฏิกิริยาที่ปล่อยพลังงานของสิ่งมีชีวิตชั้นต่ำด้วย.

(จาก Bremer Nachrichten 1966, 10:2)

กรุงไกร เจนพานิชย์ P.B., Dr. med.

๔. โอวาทของคณบดีในพิธีไหว้ครูของนักศึกษาแพทย์
ประจำปีการศึกษา ๒๕๑๐ - ๒๕๑๑
วันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๑๐

นักศึกษาแพทย์ทรกทั้งหลาย

ผมรู้สึกปลาบปลื้มเป็นที่สุดที่พิธีไหว้ครูของนักศึกษาแพทย์ ซึ่งเริ่มแต่การใส่บาตรพระสงฆ์ ๑๐๐ องค์, พระสงฆ์ ๑๐ องค์ สวดพทธมนต์, ระลึกคุณอาจารย์ และบพพการอื่น ๆ ที่ล่วงเลยไปแล้ว สำเร็จได้ ด้วยที่ ด้วย ความสามานสามัคคีกลมเกลียวระหว่างอาจารย์ และ ศิษย์อย่างน่าประทับใจ, จนคิดว่าโอวาทที่คิดไว้จะให้นั้นไม่มีความจำเป็นเลย.

เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๘ เรามิพิธีไหว้ครูวันที่ ๒๔ มิถุนายน, เมื่อปีที่แล้วคือปี พ.ศ. ๒๕๐๘ เรามิพิธีวันที่ ๒๓ มิถุนายน. พิธีไหว้ครูของเรา น ช่างกว่าที่เคยถึง ๓ สัปดาห์, มาตรงกับวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน, เป็นคืนที่เพราะขาดผู้นำ. นี้แสดงว่าผู้นำนั้นมีความสำคัญมาก, และถ้าผู้นำมีคุณธรรมอยู่ในใจ, รวมหมู่สามัคคีกันอย่างไร ก็จะต้องต่อต้านศัตรูให้พินาศไป. ถึง ตัวอย่าง ที่ เห็นใน สงคราม คน แคระ

มาของมะเร็ง. ท่านสรุปว่า มะเร็งเกิดขึ้นได้โดยทางอ้อมหลายวิธีด้วยกัน, แต่สำหรับความเจ็บป่วยนั้นย่อมมีสาเหตุอยู่อย่างเดียวกันคือ " การหมัก " เซลล์ของร่างกายที่ปรกติตกเซลล์ได้พลังงานจากการหายใจด้วย ออกซิเจน, แต่เซลล์มะเร็งได้พลังงานส่วนใหญ่จากการหมัก.

ในเซลล์มะเร็งจะมี ออกซิเจน เป็นแหล่งให้พลังงานคงมี ชีวิตชั้นสูงอื่น ๆ และ จะได้รับการทดแทนจากปฏิกิริยาที่ปล่อยพลังงานของสิ่งมีชีวิตชั้นต่ำด้วย.

(จาก Bremer Nachrichten 1966, 10:2)

กรุงไกร เจนพานิชย์ P.B., Dr. med.

๔. โอวาทของคณบดีในพิธีไหว้ครูของนักศึกษาแพทย์

ประจำปีการศึกษา ๒๕๑๐ - ๒๕๑๑

วันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๑๐

นักศึกษาแพทย์ทรกทั้งหลาย

ผมรู้สึกปลาบปลื้มเป็นที่สุดที่พิธีไหว้ครูของนักศึกษาแพทย์ ซึ่งเริ่มแต่การใส่บาตรพระสงฆ์ ๑๐๐ องค์, พระสงฆ์ ๑๐ องค์ สวดพทธมนต์, ระลึกคุณอาจารย์ และบพพการอื่น ๆ ที่ล่วงเลยไปแล้ว สำเร็จได้ ด้วยที่ ด้วย ความสามานสามัคคีกลมเกลียวระหว่างอาจารย์ และ ศิษย์อย่างน่าประทับใจ, จนคิดว่าโอวาทที่คิดไว้จะให้นั้นไม่มีความจำเป็นเลย.

เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๘ เรามิพิธีไหว้ครูวันที่ ๒๔ มิถุนายน, เมื่อปีที่แล้วคือปี พ.ศ. ๒๕๐๘ เรามิพิธีวันที่ ๒๓ มิถุนายน. พิธีไหว้ครูของเรา น ซากว่าที่เคยถึง ๓ สัปดาห์, มาตรงกับวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน, เป็นคืนที่เพราะขาดผู้นำ. นี้แสดงว่าผู้นำนั้นมีความสำคัญมาก, และถ้าผู้นำมีคุณธรรมอยู่ในใจ, รวมหมู่สามัคคีกันอย่างไร ก็จะต้องต่อต้านศัตรูให้พินาศไป. ถึง ตัวอย่าง ที่ เห็นใน สงคราม คน แคระ

อิสราเอล, พลเมืองเพียง ๒.๗ ล้าน กับ
ยักซ์อาหรับ ซึ่งมีพลเมือง มากกว่า ๑๐๐
ล้าน. การที่นักศึกษาจะมาแสดงความจำนง
ที่จะไหว้ครูในวันนั้น นับว่าเป็น การ แสดง
ออกซึ่งคุณธรรมอันสูง มีความกตัญญู-
กตเวทิตะเป็นต้น, นำสรรเสริญ, นำชื่นชม
ยินดี. สมควรที่พวกเราเหล่าครูจะโอโหสิ
ในการกระทำที่ล่วงแล้วๆ มาอย่างเด็ดขาด.

เมื่อวันที่ ๕ มิถุนายน, ในการประชุม
พิเศษเพื่ออบรม น.ศ.พ. นั้น ผมได้เน้นเรื่อง
ความสามัคคี. ตอนหนึ่งได้พูดว่า:—

“การกระทำที่ส่งเสริมสามัคคี ขอให้
ช่วยกันสนับสนุนได้แก่ ความใกล้ชิดสนิท
สนม, ร่วมทำงาน, ร่วมสนุก, ช่วย
เหลือกัน, ตักเตือนกัน, ให้เกียรติแก่กัน
และกัน”.

คำกล่าวนี้ สำหรับ นักศึกษาแพทย์
ซึ่งประกอบไปด้วยชั้นปีที่ ๔, ๓, ๒ และ ๑
เท่านั้น. เวลาคำกล่าวอันเดียวกันนี้ควร
จะแผ่อำนาจเขตไปถึงอาจารย์ด้วย. ความ
สามัคคีเข้าใจกันระหว่างศิษย์กับอาจารย์
นั้น จะเกิดขึ้นได้ ก็เพราะ อาจารย์ มีความ
ใกล้ชิดสนิทสนมร่วมการทำงาน, ร่วมสนุก,
ช่วยเหลือ, ให้เกียรติ, ฟังเสียงกัน, ให้

ความเสมอภาค และความยุติธรรมแก่นัก
ศึกษาด้วย.

เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๘ ผมได้พูดตาม
หลักพระพุทธศาสนาว่า ครูมีหน้าที่
อุปการะศิษย์ด้วยสถาน ๕.

๑. แนะนำ,
๒. ให้เรียน,
๓. บอกศิลปวิทยาให้ สั้น ชิงไม่ยืด
บังอำนาจ,
๔. ยกย่องให้ปรากฏแก่เพื่อนฝูง,
๕. ทำความข้องกันในทุกสิ่งหลาย.

นอกจากนั้น จะต้อง มีเมตตากรุณาต่อ
ศิษย์ตาม คำสอน ของท่านเจ้า พระยาพระ
เสด็จสุเรนทราธิบดี. เมตตาอันมีความ
สำคัญมาก. สมเด็จพระมหาสมณะ
ประพันธ์ ภาษิตว่า “เมตตา ย่อม คำ จุน
โลก”. การแผ่เมตตาจิตมีอยู่ ๒ ประการ
คือ:—

๑. โอบอ้อมสรณา แผ่โดยอาการ
เจาะจง,
๒. อโนทิสสรณา แผ่โดยอาการ
มิได้เจาะจง.

โอบอ้อมสรณา แผ่โดยเจาะจงนั้น
เห็นได้ง่าย, โดยเฉพาะบิดามารดากับ
บุตร. บุตรบางคนได้รับความเมตตาจน

เหลือมัน, กลายเป็นเค้กเหลือขอไปก็
มาก. ถ้าขีตคามารคาเหล่านันเอาเมตคา
ที่แผ่ไปอย่างท่วมท้นให้บุตรของตน, แบ่ง
มาให้ศิษย์เสียบ้าง, ความยุ่งยากทั้ง
หลายจะน้อยลง.

อนโทสุตพรรณา แม้โดยไม่เจาะจง
ด้วยบุคคลและสัตว์, ไม่จำกัด, หมู่นั้น
หมื่น, แม้ทั่วไปไม่มีประมาณ, จักเป็น
เมตคาอภัยมณเฑียร. ดังพระบาทสมเด็จพระ
พระเจ้าอยู่หัวซึ่งเป็นที่เคารพบูชาของพวก
เราอย่างสูงทรงบำเพ็ญอยู่เป็นนิจ, แก่คน
ทุกชั้น, ทอนิสิต, นักศึกษามหาวิทยาลัย
และประชาชนทั้งมวลถ้วนหน้า.

ชนที่รวมกันเป็นหมวดหมู่, เช่นใน
โรงเรียน, มหาวิทยาลัย, ประเทศ, ถ้า
มาปลูกเมตคาจิตในกันและกัน, ร่วม
ฉันทะ ในการ ประ กอบ การ งาน ซึ่ง เป็น
ประโยชน์ส่วนรวมก็จะเป็นพลังอันยิ่งใหญ่
กว้างขวาง, เป็นไปเพื่อความสามัคคีไม่
ทะเลาะวิวาทเบียดเบียนกัน, เป็นไปเพื่อ
ความรักใคร่นับถือกันและกัน.

เมื่อได้หมั่นแผ่เมตคาจิตอยู่เป็นเนือง
นิจจนคล่องแคล่วชำนาญแล้ว, ย่อมได้

รัชยานิสงส์คุณเป็นเอกประการ, คือจะ
เป็นผู้มีจิตใจเยือกเย็น, ไม่มีเวรมีภัยกับ
ใคร ๆ. จะนั่งนอนยืนเดินก็เป็นสุขอยู่
ตลอดกาล. ผู้ที่มีเมตคาจิตเป็นทุนอยู่
แล้ว, เมื่อได้พยายามกระทำจิตใจให้สงบ
ระงับ, จิตก็เช่นสมาธิแนบแน่นได้อย่าง
ง่ายดาย.

ผมขอพุดลงเรื่องศิษย์บ้าง ศิษย์ย่อม
มีหน้าที่อุปการะอาจารย์ด้วย ๕ สถาน.

- ๑. ด้วยการลกขณขณรับ,
- ๒. ด้วยการเข้าไปยืนคอยรับใช้,
- ๓. ด้วยการเซ่อฟัง,
- ๔. ด้วยการอุปัฏฐาก,
- ๕. ด้วยการเรียนศิลปวิทยาโดย

ความเคารพ.

นักศึกษาควรเชื่อฟังอาจารย์ด้วยความ
เคารพ. ต้องเข้าใจว่าสิ่งที่อาจารย์
กระทำไปนั้นก็เพื่อความดีของส่วนรวม.
เล็กมีโมหะคิดว่าตนนี้แหละใหญ่ยิ่ง.
ต้องมีเมตคาต่อน้อง ๆ ให้เหมือนกับ
อาจารย์ที่มีเมตคาต่อศิษย์. เล็กกล่าว
วาจาไม่สุภาพ, เล็กกระขมขื่น, เล็กทรมาณ
จิตใจน้อง ๆ, เล็กคิดเสียว่าการอบรมครั้ง
เดียวเท่านั้นจะ ประทับ อยู่ในใจชั่วชีวิต.
การอบรมย่อมนิสสัย จำเป็น จะต้องทำกันเป็น

นิสิน้อย ๆ จนกลายเป็นธรรมชาติ.

ในท้ายที่สุด, ด้วยอำนาจแห่ง
คุณพระศรีรัตนตรัย ขอจงคล้ยบันดาล
ให้ชาวศิริราชทุกคน, ผู้ที่ยังมีโทษะ
จริต, โมหะจริต, มีพยาบาท, มีใจเหี้ยม,
หมั่นแผ่เมตตาทั้งเข้าเย็น. ก็เล็ดเหล่านี้
นั้นจะเขย้าง อ่อนกำลังลงจนกระทั่งหมด
ไป, เหมือนกองไฟที่ใหญ่ที่ถูกนำรต

ลงไปมาก ๆ, ไฟนั้นจะน้อยลง ๆ จน
กระทั่งดับไป. ขอให้ชาวศิริราช, ชาว
ไทย, ชาวโลก, ตลอดจนสรรพสัตว์ทั้ง
หลายทั่วไปไม่มีประมาณ จนถึงซึ่งความ
สุขทั่วกันเทอญ.

อุดม โปษะกฤษณะ พ.บ., Dr. med.,
Dr. med. (Dent), F.A.C.S., F.I.C.S.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

CLINICO-PATHOLOGICAL CONFERENCE*

Edited by Somchai Bovornkitti, M.D.,
and Phisit Chirawongs, M.B.

Case 7 - 1966

Presentation of Case

Dr. Chiamchit Damrongsak:** This 59-year old Thai male was admitted on September 15th, 1966 (HN 119575-09; AN 27140-09) because of deep jaundice, fever and poor general condition. The illness began 3 months before admission with fever and slight cough productive of whitish sputum with occasional blood-tint. One month later the patient attended the Vajira Hospital Outpatient Clinic for treatment of oppression in the right upper abdominal quadrant. Ten days prior to admission he developed jaundice, dark coloured urine, pale stool, body itch and more frequent cough. All symptoms got worse progressively and the fever recrudesced.

Physical examination revealed body temperature of 39°C, pulse rate 120/min., respiration rate 22/min., and blood pressure 120/70 mm.Hg.. The patient was slightly dehydrated, anaemic and deeply jaundiced. His consciousness was clouded. The chest movement was diminished on the right side and so were vocal fremitus, vocal resonance and breath sounds. Liver

dullness was 3 fingerbreadths below the right costal margin with marked tenderness. Other findings were not significant.

Laboratory investigation showed haemoglobin concentration 4.8 gm. per cent, white-cell count 10,200/c.mm. with differential of 92 per cent polymorphs and 8 per cent lymphocytes; the urine was strongly positive for bile, and the stool was pale. Sputum smear was negative for acid-fast bacilli but showed the presence of Gram-negative cocci. Serum albumin was 3.4 gm. per cent, globulin 3.8 gm. per cent, NPN 27 mg. per cent, creatinine 1.3 mg. per cent, sugar 286 mg. per cent, BUN 12 mg. per cent, cholesterol 449 mg. per cent, sodium 128 mEq/lit., potassium 1.8 mEq/lit., chloride 85 mEq/lit., CO₂cp. 23 mEq/lit., bilirubin 18.0 mg. per cent at one minute and 35.0 mg. per cent at 30 minutes, thymol turbidity 1.0 unit, zinc turbidity 10.5 units, iodine test negative, alkaline phosphatase 19.81 SU and serum amylase 167.5 mg. per cent. Liver scannogram showed hepato-cellular impairment and enlarged liver.

The patient was put on intramuscular streptomycin and penicillin with

* Under participation of the Dept. of Internal Medicine (Head: Prof. Dr. Chitt Tuchinda) and the Dept. of Pathology (Head: Prof. Dr. Pradit Tansurat).

** Instructor, Div. of Gastroenterol., Dept. of Int. Med.

supportive measures. In spite of that he never regained consciousness and expired in the morning of the 6th hospital day.

Clinical Discussion

Dr. Priya Karnchanasthiti:* This chest radiograph was taken on the patient's first visit to the Siriraj Hospital Out-patient Department on September 12th, 1966. There are soft tissue masses in the right hilar region, areas of increased density in the right lower lung field and small amount of effusion in the right costo-phrenic angle. Subsequent films including a right lateral projection taken seven days later, visualize two soft tissue densities — one of which is consistent with enlarged hilar lymph nodes — and confirm the presence of right middle lobe atelectasis. These pictures favour the diagnosis of malignancy of the lung, very likely a primary bronchogenic carcinoma, with right middle lobe atelectasis and right lower lobe pneumonitis. Plain films of the liver region revealed enlarged liver shadow without abnormal calcification, and absence of air-fluid level.

Prof. Dr. Vikit Viranuvatti** We should like now to have the opinion of a clinical chest man.

Dr. Somchai Bovornkitti*** Before making comment, may I ask whether this patient ever had a chest radiograph taken at the Vajira Hospital 3 months prior to this admission?

Dr. Damrongsak: No.

Dr. Bovornkitti: The history of fever associated with cough and blood-tinged sputum would first give the impression that the case is a respiratory one. For a patient of this age, the diagnosis of bronchogenic carcinoma just proposed by our radiologist is not untenable; although other common causes of haemoptysis such as pulmonary tuberculosis, bronchiectasis, etc., must be kept in mind. Inasmuch as chest radiographs so clearly revealed mass shadows and pulmonary collapse — probably right middle and right lower lobes — together with positive physical signs in the right hemithorax, the impression of bronchogenic carcinoma is strengthened. Further, history of subsequent jaundice, enlarged liver, dark coloured urine, pale stool and the finding of hepato-cellular impairment without space-occupying lesion in the liver scannogram, suggest that there might have been metastasis causing obstruction of the bile passages. On the other hand, with the protocolled laboratory data, severe lung infection with septicaemia and toxic and pyemic hepatitis cannot be entirely ruled out.

Prof. Viranuvatti: Would Dr. Romsai be good enough to comment upon the liver scannogram.

Prof. Dr. Romsai Suwanik**** Scanning of the liver was done after injecting one microcurie of BSP-¹³¹I per kilo-

* Associate, Dept. of Radiology.

** Prof. and Chief of Gastroenterol. Div., Dept. of Int. Med.

*** Assist. Prof., Div. of Resp. Dis., Dept. of Int. Med.

**** Prof. and Chief of Nuclear Medicine Section, Dept. of Radiology.

gram body weight intravenously, using the commercially available 3-inch crystal scanner. The initial scannogram showed some degree of hepatomegaly, and evidence of diffusely poor activity of the indicator in the liver; the BSP was very poorly but evenly distributed. Since the concentration of BSP in the liver was very low, almost to the level of cardiac blood pool which was rendered visible in this scannogram, the degree of hepato-cellular impairment must be severe. There was no demonstrable space-occupying lesion. Because only initial (one-hour) scanning could be made and only a single scannogram was available, extrahepatic biliary obstruction, if present, could not be excluded.

Prof. Viranuvatti: Will Dr. Ukrist please discuss the case.

Dr. Ukrist Plengvanit :* Dr. Somchai just mentioned that the pulmonary condition of the case might be malignancy or less likely an infection. As regards the liver, the signs of jaundice, dark coloured urine, pale stool, enlarged liver upto 3 fb. with marked tenderness, are compatible with obstructive jaundice, of which the cause could be metastasis from lung malignancy which produces compression at the hilum of the liver. Laboratory findings, viz., total bilirubin of 35 mg. per cent, normal sero-flocculation tests, elevation of alkaline phosphatase (19.81 BU) (values over 15 implying obstructive lesion) and high serum cholesterol (449 mg. per cent), are confirmative. There are, however, two contradictory points: firstly, liver

metastasis never causes such intense and generalized liver tenderness, which is more likely to be found in liver abscess or diffuse inflammatory lesion; secondly, the duration of jaundice is too short to give such a rise of bilirubin level due to malignant obstruction which as a rule causes gradual increase and takes or months to effect complete obstruction. Therefore, this case could well be one of an inflammatory process, especially liver abscess which is so commonly seen in this country, although a liver abscess compressing the bile duct and giving a picture of severe obstructive jaundice is extremely rare. Another possibility is partial obstruction from some other cause, complicated with ascending cholangitis and subsequent hepato-cellular impairment. With the combination of obstructive and inflammatory components, severe and rapid jaundice could develop.

Prof. Viranuvatti: Will Dr. Sunthorn please say something about the blood sugar of 286 mg. per cent.

Dr. Plengvanit: The patient had received intravenous dextrose infusion during the evening preceding blood sugar determination

Prof. Viranuvatti: With serum amylase of 167.5 mg. per cent, would Dr. Ukrist suspect neoplastic involvement of the pancreas at all?

Dr. Plengvanit: If there was one, it could not be substantiated from this finding.

* Assist. Prof., Div. of Gastroenterol., Dept. of Int. Med.

Prof. Viranuvatti: I think we are lucky in having among our audience Dr. John Ellis, a well-known gastroenterologist of the London Hospital and Colombo-Plan Advisor in Medical Education. He will be kind enough to give some discussion on this case, although he is here to advise us on medical education, we know that he is a very outstanding gastroenterologist, so as chairman I would like to welcome him as a colleague and ask him for discussion on various points in this case. May I call on Dr. John Ellis, please.

Dr. John R. Ellis:* Thank you, Mr. Chairman. I would just like to look at the board and see what my colleagues have thought. There is one clinical feature about this patient which seems to me to be important, and that is when he was admitted into this hospital he was in stupor, and he remained stuporose for 5 days before he died. Now I don't think that the amount of fever which he had at that time or his white blood count suggested that his fever was due to toxæmia from infection. I think he must have been in coma because of liver failure, and I think this is the disease process from which he died. Now if his liver failure was due to damage to the liver from either primary neoplasm of the liver which I would say is a condition I very rarely see — in England we see very seldom primary liver neoplasm — or secondary liver neoplasm I would have expected a liver of 3 fingerbreadths but perhaps with less tenderness and marked irregularity. So I do not think his liver failure

was due to destruction of the liver from neoplastic tissue. I am inclined to think then that the liver damage was due to some obstructive cause, probably neoplastic. Of course, the rest of the liver picture did not suggest to me that there was a primary infected process of the liver and I would feel that he probably had some abdominal mass, such as neoplastic glands. And the question I have to decide is whether this was a primary disease or secondary. It would be unusual, I think, for a person to have secondary neoplasia outside the liver, in the abdomen, from a primary neoplasm in the lung. I have not looked at those x-rays very carefully and I do agree that they might well indicate a bronchogenic carcinoma and my first feeling was to agree with the first diagnosis on the board, of bronchogenic carcinoma with secondary pneumonitis. But I suspect that the cause of death is due to liver failure, and that the lung lesion is itself probably a secondary. And I am going to suggest just to make a difference in our diagnoses, that this patient had his primary neoplasm somewhere in the abdomen, possibly the stomach, and that the lung changes are secondary, and the liver changes are mainly due to obstruction, and that it was from those that he died; and I suspect I am quite wrong.

Dr. Plengvanit: Sir, my objection to a malignant obstruction of biliary passages is based on the fact that the patient had had jaundice for only about 10 days before admission but the total serum bilirubin level was as high as 35 mg. per cent. The rise was too

* Physician, London Hospital; Principal Medical Officer, Ministry of Health; Secretary, Association for the Study of Medical Education.

rapid. I, therefore, think that there must have been two mechanisms involved in the production of jaundice: one was malignancy and the other was hepato-cellular failure.

Dr. Ellis: Yes, I would agree that the high serum bilirubin could not be accounted for purely by neoplastic change in the liver; but I think the process which produces the high serum bilirubin is a cellular change, itself started by the obstructive process in the liver.

Pathological Description

Dr. Prasert Pacharee:* The body was that of a deeply icteric and moderately anaemic male without superficial lymph node enlargement. The main lesions were confined to the right lung, the pancreas and the liver.

In the lung, there was a large tumour involving the right main bronchus with partial obstruction and collapse of the middle and lower lobes. The right tracheobronchial lymph nodes were enlarged. Another finding was the presence of small tumour masses in the lymphatic vessels, probably result of retrograde metastasis from the main lesion. Sections showed the tumour to be composed of small pleomorphic, darkly staining cells resembling lymphocytes with large nuclei and scanty cytoplasm. There was no definite pattern of arrangement.

A single, ill-defined white opaque mass, 5 cm. in diameter, was seen at the head of the pancreas surrounding

and compressing the common bile duct. The tumor tissue was similar to that of the lung. The pancreatic duct appeared dilated from obstruction by the tumour.

The liver was enlarged but had no tumour nodule. The common bile duct, right and left hepatic ducts as well as the larger intrahepatic bile ducts were dilated and contained pus-like material. The surrounding liver tissue was acutely inflamed. The culture from the exudate grew *Pseudomonas aeruginosa*.

Anatomical Diagnoses:

1. Bronchogenic carcinoma (Oat-cell type) of the right lung, with metastases to hilar lymph nodes and the pancreas, and retrograde lymphatic spread into the lung.

2 Obstructive suppurative cholangitis (*Pseudomonas aeruginosa*).

Final Remarks

Dr. Plengvanit: Sir, according to our experience, metastasis from a distant lesion to the pancreas is extremely rare, isn't it? And have you ever found biliary tract infection in the case of malignant obstruction of biliary passage? As I know, this usually follows benign obstruction.

Dr. Pacharee: This is definitely an unusual case. Usually when bronchogenic carcinoma metastasizes to the pancreas, there would already be wide-spread metastases. As for the second question, I think that in this case the obstruction was gradual but

* Assist. Prof., Dept. of Pathology.

probably aggravated by ascending infection.

Prof. Viranuvatti: I shall sum up what we learn from this CPC to-day. At least we learn one thing: that in some rare instance bronchogenic carcinoma does metastasize to distant specific

organs, like the pancreas. Maybe this fact was actually shown clinically by the high blood sugar level, although this might be due to infusion or to pre-existing diabetes; and also by the rather high serum amylase level due to the obstruction of the pancreatic duct by the tumour.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรษณียบัตรและนามสกุลให้ชื่อกเงิน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารคดีวิราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ย.ณ. หน้าพระลาน

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๑๐

๑. จำนวน								รวม	
ผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	ออร์โธ	ทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๓,๕๕๕	๒,๐๒๓	๒,๑๓๘	๑,๘๕๘	๒,๒๖๗	๗๓๓	๔๑๘	๑๓,๔๗๖
	เก่า	๗,๗๒๘	๓,๒๘๕	๕,๑๑๕	๒,๘๕๕	๔,๑๗๗	๑,๑๘๕	๕๒๐	๒๕,๓๑๓
	รวม	๑๑,๒๘๓	๕,๓๐๘	๗,๒๕๓	๔,๗๑๓	๖,๔๔๔	๑,๙๑๘	๑,๓๓๘	๓๘,๗๘๙
ใน		๒๔๐	๔๕๓	๑,๗๔๕	๒๘๕	๔๒๕	—	๕๒	๓,๒๐๐

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๕๖๒, จักษุ ๖๐๐, สูติ—นรีฯ ๖๒๔, ออร์โธ —. รวม ๑,๗๘๖ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๖๕๕, หญิง ๖๖๘, รวม ๑,๓๒๓. คลอดตาย, ชาย ๒, หญิง ๑๒, รวม ๑๔.

๔. ผู้ป่วยตาย ๒๑๐ คน (๖.๕๖ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๒๐ ราย (๕.๕๒ ปช. ของที่ตาย).

๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๕๕๘ ครั้ง. มหันตโทษ ๒๓๒ ครั้ง, ลหุโทษ ๒๓๐ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๑๔๔ ขวด, จำญาติ ๘๒ ราย, อื่น ๆ — ราย, รวม ๑,๒๔๖. ทำการผสมเม็ดซิงก์ ๒,๑๑๒ จำนวนเลือดที่ใช้ ๑,๓๘๐, พลาสมา ๓๕, เกล็ดเลือด ๑๐.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๕,๘๑๑ คน. รักษาใหม่ ๓๐ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๗๖ คน. ระเบิดรักษา ๒๗ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๓ คน. ระเบิดไอโซโทป รักษาใหม่ ๒๔๑ คน, ระเบิดไอโซโทปวิจัย — รวมรักษาใหม่เก่า ๑๕๕ คน. ไดอะเทอร์มีอี รักษาใหม่ ๑ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑๓ คน. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ ๑๑๔ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒,๘๗๘ คน.

๗. แผนกชีวเคมี วิเคราะห์ทางเคมี ๘,๔๖๕ ครั้ง

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๒๐ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๔๐๗ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๕๕๕ ชิ้น (จากภายนอก ๖๐๑ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๕๑ ราย. การตรวจเชรุ่มวิธีวัดตาล ๑๖๓ ราย. การตรวจวิธี วี.ดี.อาร์. แอล. ๓,๐๘๕ ราย. การตรวจวิธีพอลบินเนล ๑. หมู่มเลือด ๘. นับเม็ดเลือด —. วัดฮีโมโกลบิน —. ตรวจบัสสาวะ ๒๕๕ ราย. ตรวจอุจจาระ ๒๑๗ ราย. การตรวจวิธีคัมบี้ ๑๕ ราย. การตรวจเลือดผู้ไปต่างประเทศ ๒๗๗. การตรวจวิธี อาร์. เอ. ๔๒. การตรวจวิธี อาร์. เอช. —. การตรวจวิธี เอ. บี. ไอ. —. เพาะเชื้อบิด ๖. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๓๑. การตรวจหาแอนติบอดีของซีพีพี ๓๕ ราย. การตรวจวิธี ที.เอ. ๒ ราย.

๙. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๓๖๘. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๑๖๔. เพาะเชื้อจากบัสสาวะ

๒๗๐. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๓๐๑. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๑๕๕. เพาะเชื้อวัณโรค ๑๐๔.
ฉีดสัตว์ทดลอง ๗. ทดสอบความไวของเชื้อคอตีบ ๕๕. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๑๘. เพาะเชื้อรา ๒๑.

๑๐. แผนกนิติเวชวิทยา ตรวจศพ ๔๑ ราย. ตรวจวัตถุพยาน ๔๘ ราย. ตรวจวิเคราะห์ ๘๒ ราย.

ตรวจผู้บ่วยคดี ๕๓๕ ราย. ตรวจน้ำอสุจิ ๔ ราย. ตรวจเนื้อทางกล้องจุลทรรศน์ ๑๐ ราย. ไปศาล — ครั้ง.
ศูนย์ร่วมข่าวเกิดพิษ — ราย, รับข่าว ๔, แจ้งข่าว —.

๑๑. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้บ่วยนอก) เจาะท้อง ๘. เจาะน้ำสันหลัง ๑๕. เจาะตับ ๑. เจาะน้ำ

ช่องปอด ๔. เจาะเลือด ๔๐๘. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องท้อง —. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๓.
ฉีดยา ๑๕. ฉีดยาทั่วไป ๒,๖๑๘. ให้น้ำเกลือ ๒๘๗. ให้เลือด ๑๕๔. เบาหวาน ๓,๕๖๘.
กลืนควินโรน ๑๒๕.

๑๒. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๔๐๔. ถอนฟัน ๑,๑๐๗. อุดฟัน ๖๖๒. ผ่าตัดช่องปาก ๔๘.

ชะแผล ๔๒. ฉีดยา ๔๒.

(ด้วยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ ฯ)

การประชุมวิชาการ

คณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล จัดให้มีการประชุมวิชาการประจำเดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๑๐ ดังนี้:

๑. วันศุกร์ ที่ ๑๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๑๐ เริ่ม ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยาย ตึก พยาธิวิทยา, เรื่อง แรกที่ นำเสนอ “พยาธิสภาพของ มะเร็ง ของ แนโซ-ฟาริงซ์” ผู้นำเสนอ น.พ. นิวัฒน์

จันทร์กุล. เรื่องที่สองที่ นำเสนอ “ผลตบตันของของรอยโรคมะเร็งของแนโซ-ฟาริงซ์ ชั้น ต้น และ อัน คับ ที่ สอง ต่อ โคบอลต์ ๖๐” ผู้นำเสนอ ศจ. น.พ. โรจน์ สุวรรณสิทธิ์.

๒. วันศุกร์ ที่ ๒๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๑๐ เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายตึกพยาธิวิทยา, เรื่องที่ นำเสนอ “การบำบัดรักษาทางศัลยกรรมในราย

การทศเกร็งของกล้ามเนื้อใบหน้าครึ่งซีก (พร้อมด้วยการแสดงรายผู้ป่วย) ” ผู้นำเสนอ น.พ. สิริระ บุณยะรัตเวช.

ไปประชุมและดูงาน

๑. ศจ. น.พ. อวย เกตสิงห์ ไปร่วมประชุมกับคณะกรรมการ จัดมาตรฐานวิธีทดสอบความสมรรถนะทางกาย (International Committee for Standardization of Physical Fitness Test) ที่เมืองบิล, สวิตเซอร์แลนด์ และไปทำงานวิทยาศาสตร์ การกีฬา ในยุโรป. จากนั้นไปร่วมประชุม ก่อตั้ง คณะ กรรมการ ภาคเอเชีย สำหรับคณะกรรมการเดียวกัน. (Asian Committee of ICSPFT) และ การ ประชุม ประชุมฤดูร้อนของสหพันธ์เวชศาสตร์การกีฬา ภาคเอเชีย (Asian Committee of Federation InternatianaI de Medicine Sportive) ที่ประเทศญี่ปุ่น รวมทั้งสิ้นเป็นเวลา ๓๐ วัน โดยทุนขององค์การส่งเสริมกีฬาแห่งประเทศไทย, ได้ออกเดินทางไปแต่วันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๑๐

๒. ศจ. น.พ. ทิพย์ จึงเจริญ ได้รับทุนขององค์การ ส่งเสริม การกีฬา แห่งประเทศไทย ไปร่วมประชุมเดียวกันที่ประเทศญี่ปุ่น และ ทำงาน วิทยาศาสตร์ การ กีฬา และ สรีรวิทยาทั่วไปด้วย รวม ๑๕ วัน, ได้ ออกเดินทางไป เมื่อวันที่ ๒๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๑๐

บริจาค

ได้มีผู้มีจิตศรัทธาบริจาคทรัพย์และสิ่งของบำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ดังต่อไปนี้คือ :

๑. นาง นงเยาว์ สุวรรณ สมบูรณ์ บริจาคเงิน ๕,๐๐๐ บาท สมทบซื้อเครื่องระบขเสียง ตึก ห้อง ประชุม “ จง จินต์รุจิรวงศ์ ” แผนกอายุรศาสตร์.

๒. นายบรรเวศ จันทระคิม บริจาคเงิน ๑,๐๐๐ บาท เพื่อใช้ซื้อตำราแพทย์สำหรับหน่วยโรคกระษชการหายใจ, แผนกอายุรศาสตร์.

ขออนุโมทนา.

ของแถม

ผู้รายงานได้ทดลองผ่านกระแสไฟฟ้า ๒๒๐ โวลต์นานหนึ่งวินาทีเข้าผิวหนังศพ. ไม่ปรากฏการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เห็นได้ด้วยการเปล่า, แต่เมื่อได้ใช้น้ำยาตรวจโลหะฟันที่ จะปรากฏจุดดำ ๆ เป็นรูปพิมพ์ของ อิเล็กโตรด ชัดเจน. ในกรณีที่ใช้ อิเล็กโตรด ร้อน ๑๕๕° ซ. ไม่มีกระแสไฟฟ้าผ่าน, ไปกดยนผิวหนังก็ปรากฏจุดของโลหะเช่นเดียวกัน. แต่เมื่อใช้แว่นขยายคลำลักษณะจุดดำของโลหะที่ปรากฏบนผิวหนัง, จะเห็นว่าจุดที่เกิดจากกระแสไฟฟ้ามีลักษณะเป็นงาน คือตรงขอบ ๆ มีโลหะหนาแน่น, ส่วนตรงกลางสีจางและปุ่มลงไป; ซึ่งเชื่อว่าเป็นจุดที่กระแสไฟทะลุกลงเข้าไป. ส่วนจุดที่เกิดจากความร้อนนั้นเป็นแอ่งแบบกรวยพบสีดำของโลหะกระจายทั่วไป, ไม่หนาแน่น, ซึ่งจะแยกกันไครหว่างขาดแผลไฟฟ้าช็อคก็ไฟไหม้.

จาก E. Böhm : Deut. Z. für gerichtl. Med. 1967, 59 : 26-34.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ พ.บ., น.บ.