



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๑๐ Volume 19, Number 12, December 1967.

การศึกษารังไข่ของหนูขาวระยะกินนมแม่

ถนอมฤดี ภูมิภักดิ์ พ.บ., M.S.

วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ., พ.ด., Cert. Anat.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุด แสงวิเชียร)

การศึกษากาการเจริญของรังไข่ เป็นที่
น่าสนใจกันมาเป็นเวลานานโดยเฉพาะใน
ด้านวิทยา เอ็มบริโอ. Winiwarter
(ค.ศ. ๑๙๐๐) ศึกษาการเจริญของรังไข่
ของกระต่ายและของคน. Arai (ค.ศ.
๑๙๒๐) ศึกษาโดยการนับจำนวนไข่ใน
รังไข่ของหนูระยะหลังคลอด. Kingsbury
(ค.ศ. ๑๙๓๘) ศึกษารังไข่ของแมว.
ต่อมา Slater และคณะ (ค.ศ. ๑๙๕๕)
ศึกษารังไข่ของก่อนวัยเพศสุก (พเพอร์ติ)

เรื่องย่อ ภูมิภักดิ์, ถนอมฤดี, วิเชียร
ดิลกสัมพันธ์: การศึกษารังไข่ของหนูขาวระยะ
กินนมแม่. สารศิริราช ๒๕๑๐ (ค.ศ. ๑๙๖๗),
๑๕ : ๖๓๑ - ๖๓๗.

ได้ศึกษารังไข่ของหนูขาว สะเตรน ของ
นายแพทย์วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ จำนวน ๕๕ ตัว
เมื่ออายุ ๖, ๑๑, ๑๖, ๒๑ และ ๓๖ วันตามลำดับ.
พบว่าใน ๖ วันแรกมีแต่ ฟอลลิเคิล ขนาดเล็กๆ
จำนวนมาก. เริ่มพบ เวสิคูลาร์ ฟอลลิเคิล ใน
วันที่ ๑๑. พบ อะตรีติล ฟอลลิเคิล ในทุกอายุ.
เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเพิ่มน้ำหนักตัวกับน้ำ
หนักรังไข่ปรากฏว่ารังไข่เจริญเร็วกว่าการเจริญ
ของร่างกายทั่วไป.

ในตอนต้นๆ. ในระยะหลังนี้โตมศึกษา
รังไข่ของหนูโดยใช้กล้อง อีเล็กตรอน
(Sotelo ค.ศ. ๑๙๕๕).

แผนกกายวิภาคศาสตร์ ได้เลี้ยงหนู
ขาวเป็นสัตว์ทดลองในความดูแลของ
นายแพทย์วเชิธร กิลกสัมพันธ จนได้เชื้อ
สาย (สเตอร์น) เป็นที่แน่นอน. นาย
แพทย์วเชิธร ได้ศึกษาการเจริญของร่าง
กายและกระดูกของลูกหนู ระยะกินนมแม่
(ค.ศ. ๑๙๖๕) และศึกษาเกี่ยวกับผลของ
ฮอร์โมน การเคี้ยวโตและของ แนนโดโร-
โลน เฟนิลโปรปีโอเนต ต่อรังไข่และ
มดลูกของหนูธรรมชาติ และหนูที่ตัดต่อม
พีตอติคาร์ย (ค.ศ. ๑๙๖๕). ในการ
ศึกษานั้นได้เก็บรังไข่ของหนูไว้เพื่อการ
ศึกษาต่อไป.

รายงานนี้จัดทำประสงค์เพื่อศึกษาการ
เจริญของรังไข่ของหนูในระยะ กินนมแม่
โดยละเอียด เพื่อทราบลักษณะของรังไข่
ของหนูในแผนกกายวิภาคศาสตร์ ซึ่งได้
เชื้อสายเป็นที่แน่นอนแล้ว. เท่าที่ค้นได้
จากวารสารยังมีได้มีผู้ใครรายงานไว้.

วัตถุประสงค์และวิธีการ

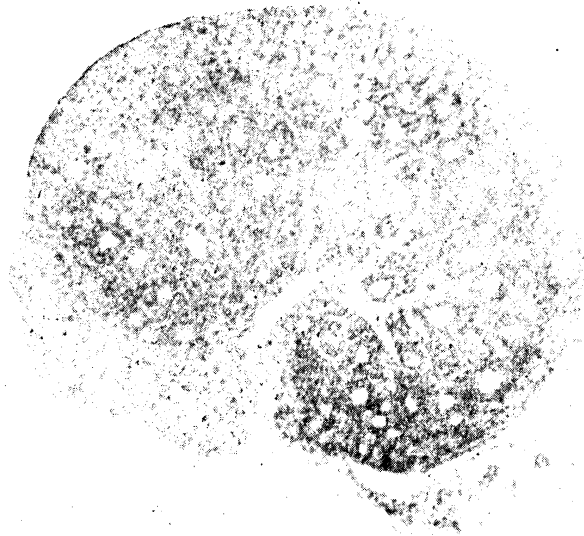
ใช้ลูกหนูขาวตัวเมีย ระยะกินนมแม่
๕๕ ตัว. ฆ่าหนูและตรวกรังไข่เป็นระยะๆ

เมื่ออายุ ๖ วัน ๑๒ ตัว, ๑๑ วัน ๑๔ ตัว,
๑๖ วัน ๗ ตัว, ๒๑ วัน ๘ ตัว, และ ๓๖
วัน ๑๗ ตัว. ตัดรังไข่ออก. ซึ่งน้ำหนัก
ตัวภายหลังทดลองเขาเนอยคเสริม (คือ-
เน็คตีฟิวทิสซ) ออกหมดแล้ว, แช่ไว้ใน
ฟอร์มาลิน ๑๐ ปร. และฝังใน เซลลอป-
กิน. ตัดหนา ๗ ไมครอน. แล้วย้อมด้วย
วิธี ฮีมาตอกซียลีน อีโอซิน.

ผล

หนูอายุ ๖ วัน ๑๒ ตัว น้ำหนักรังไข่
๑.๕๘ มก., น้ำหนักตัว ๑๓.๕๓ ก.,
คิดเป็นส่วนเทียบน้ำหนักรังไข่ ต่อน้ำหนัก
ตัว ๑ : ๘๘๒๐.

ลักษณะทางจุลกายวิภาค : รังไข่
ประกอบด้วย ฟอลลิเคิล ขนาดเล็กจำนวน
มาก, เป็น ไปร่มอร์เทียล ฟอลลิเคิล, มี
ฟอลลิเคิล เซลล์ ล้อมรอบอยู่ชั้นเดียว.
ถัดเข้าไปภายในมี ฟอลลิเคิล ขนาดโตขึ้น
ซึ่งเป็นลักษณะของ ฟอลลิเคิล ชนิดกำลัง
เคี้ยวโต, คือพบ เซลล์ ของ ฟอลลิเคิล
ประมาณ ๒ ถึง ๔ ชั้น. ในระยะนี้ยังไม่
พบ ฟอลลิคูลาร์ ฟอลลิเคิล ชนิด เวลิกูลาร์
เลย. เนอยคเสริมมีอยู่ทั่วไป. หลอด
เลือดคมีบาง, เป็นขนาดเล็ก. (รูปที่ ๑)



รูปที่ ๑
การศึกษารังไข่ของหนูจระเข้กินนมแม่ ๖ วัน

หนูอายุ ๑๑ วัน ๑๔ ตัว ขนาดรังไข่โต
ขนาดรังไข่เฉลี่ย ๓.๕๘ มก., น้ำหนักตัว ๒๘.๔ ก., คีตเป็นส่วนเทียบ ๑ : ๗๕๓๐.

ลักษณะทางจุลกายวิภาค : จำนวนไปรมอร์เตียล ฟอลลิเคิล ลดน้อยลง, แต่ฟอลลิเคิล ชนิดกำลังเติบโตเพิ่มมากขึ้น. เริ่มมี เวสิคูลาร์ ฟอลลิเคิล ที่บริเวณส่วนล่าง. เนื้อเยื่อเสริมคงแทรกอยู่ทั่วไป.

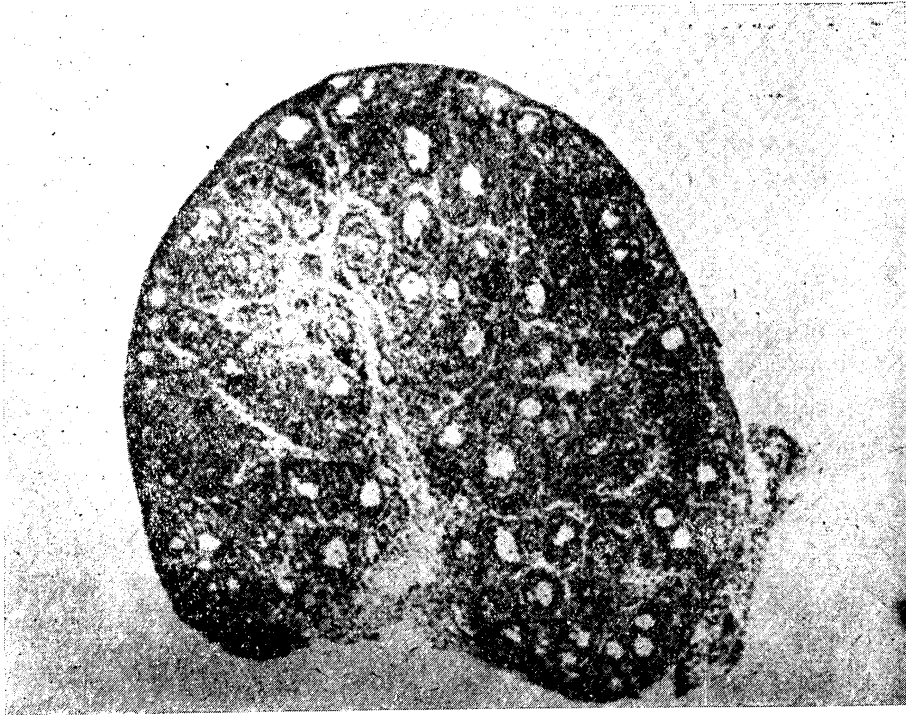
(กรุปที่ ๒)

หนูอายุ ๑๖ วัน ๗ ตัว ขนาดรังไข่โตขึ้นกว่าระยะแรกอย่างชัดเจน. น้ำหนักรังไข่

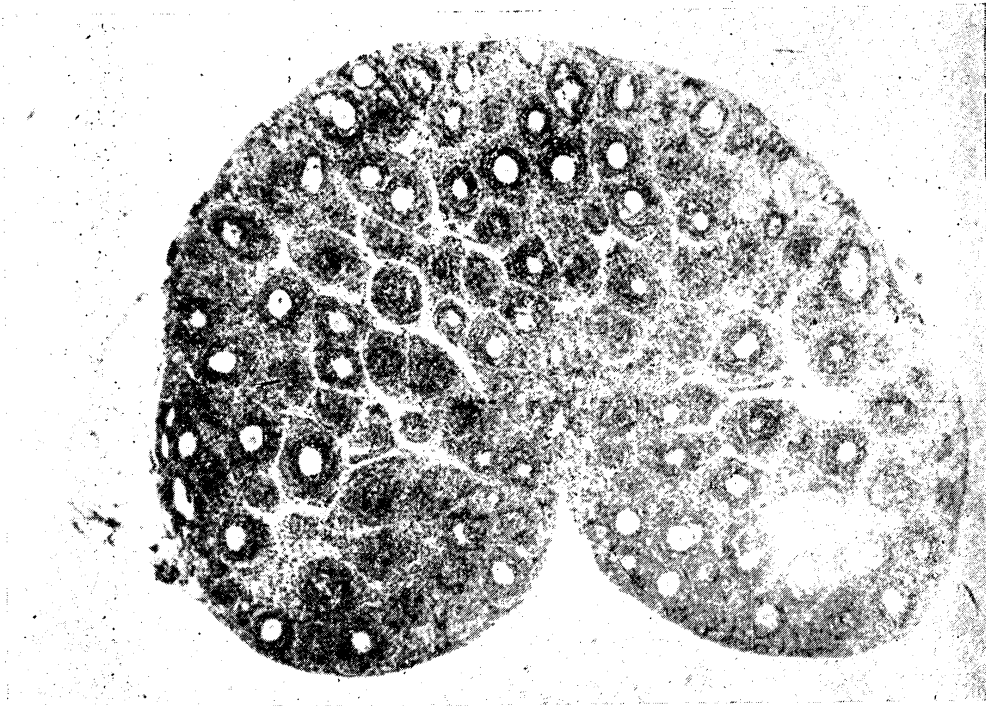
๗.๐๘ มก., น้ำหนักตัว ๔๕.๕๗ ก., คีตเป็นส่วนเทียบ ๑ : ๖๗๘๐.

ลักษณะทางจุลกายวิภาค, พบ เวสิคูลาร์ ฟอลลิเคิล จำนวนมาก. ไปรมอร์เตียล ฟอลลิเคิล และ ฟอลลิเคิล ชนิดกำลังเติบโตมีเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับอายุ ๑๑ วัน. พบ อะตริติก (Atretic) เวสิคูลาร์ ฟอลลิเคิล โดยมี ฟอลลิคูลาร์ เซลล์ แบนลง. เนื้อเยื่อเสริมมีลักษณะบัพคโนติก เมื่อเปรียบเทียบกับ เวสิคูลาร์ ฟอลลิเคิล ขนาดปรกติ. หลอดเลือดมีขนาดโตขึ้น. เนื้อเยื่อเสริมมีจำนวนมาก.

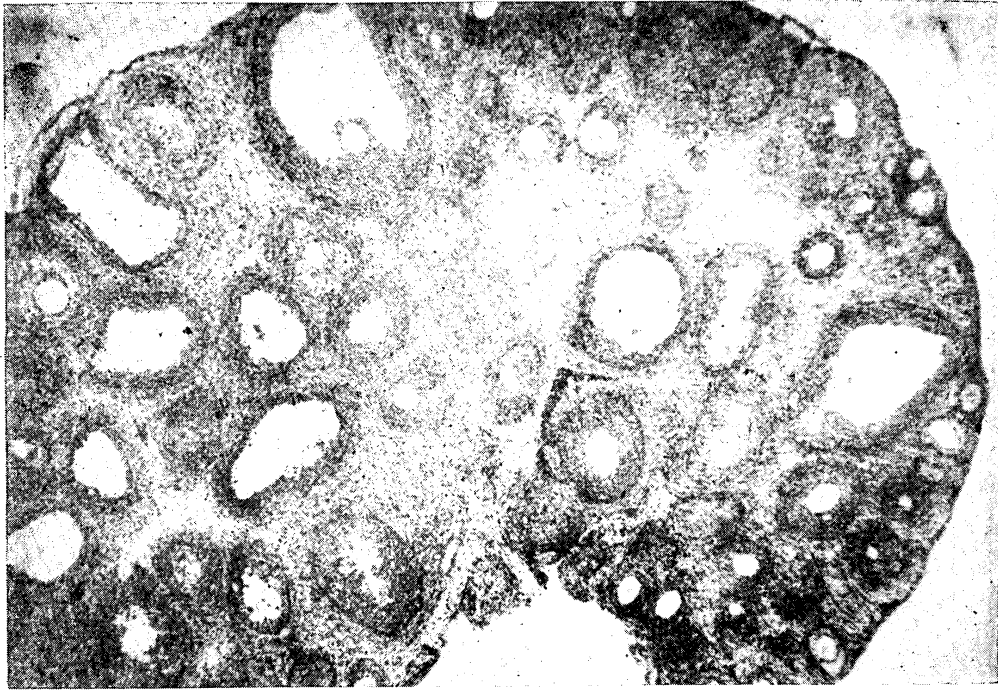
(กรุปที่ ๓)



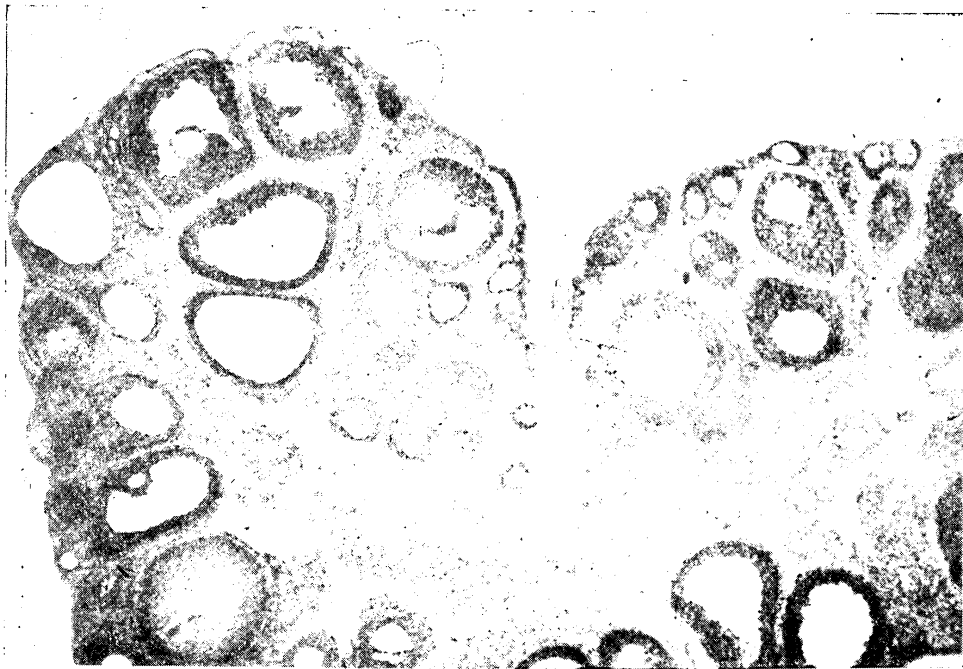
รูปที่ ๒
รังไข่ของหนูอายุ ๑๑ วัน



รูปที่ ๓
รังไข่ของหนูอายุ ๑๖ วัน



รูปที่ ๔
รังไข่ของหนูอายุ ๒๑ วัน



รูปที่ ๕
รังไข่ของหนูอายุ ๒๖ วัน

หนูอายุ ๒๑ วัน ๘ ตัว ขนาดรังไข่โต

มากจน. น้ำหนักรังไข่ ๑๕.๑๕ มก., น้ำหนักตัว ๕๕.๘๓ ก., คิดเป็นส่วนเทียบ ๑ : ๓๖๕๐.

ลักษณะทางร่างกายวิภาค : พบ เวสิ-
คลาร์ ฟอลลิเคิล มากที่สุด. มีไข่อ้อยภายใน
ในลอมมรอบด้วย แกรนูลาร์ เซลล์ เรียง
ซ้อนกัน. มีแอนทรมีใหญ่. ที่ผิวพบ
ฟอลลิเคิล ขนาดใหญ่. นอกจากนั้นพบ
อะตริคัล เวสิคลาร์ ฟอลลิเคิล บาง ส่วน
ไปมารีบี ฟอลลิเคิล และ ฟอลลิเคิล ชนิด
กำลังเคียวโตพบน้อยลง. (กรปที่ ๕)

หนูอายุ ๒๖ วัน ๑๗ ตัว ขนาดรังไข่โต

มากจน. น้ำหนักรังไข่ ๑๘.๖๖ มก., น้ำหนักตัว ๗๐.๕๔ ก., คิดเป็นส่วนเทียบ

๑ : ๓๕๕๐.

ลักษณะทางร่างกายวิภาค : ประกอบด้วย
เวสิคลาร์ ฟอลลิเคิล ขนาดใหญ่
จำนวนมากมาอยู่ที่ผิว. หลอดเลือดโตขึ้น
ชัดเจน. เนอเยกเสิร์มหนาแน่น. (กรปที่ ๕)
ในหนูอายุต่าง ๆ เท่าที่ศึกษามาไม่
พบ กราเพียน ฟอลลิเคิล และ คอร์ปัส
ลูเทียม เลย.

วิจารณ์ผล

จากผลที่ ได้พบว่ารังไข่ของหนูที่เลี้ยง
ไว้ในแผนกกายวิภาค, เซอสาของ
นายแพทย์วิเชียร ทิลกสัมพันธ, ชายตั้ง
แต่ ๖ วันจนถึง ๒๖ วัน, มีน้ำหนักรังไข่
เพิ่มขึ้นคิดเปรียบเทียบกับน้ำหนักตัวคงค่า
ในตารางที่ ๑.

ตารางที่ ๑ น้ำหนักเฉลี่ยของรังไข่ทั้งสองข้างของหนูอายุต่าง ๆ กัน.

จำนวนหนู (ตัว)	อายุ (วัน)	น้ำหนักรังไข่ (มก.)	น้ำหนักตัว (ก.)	ส่วนเทียบ น้ำหนักรังไข่ : น้ำหนักตัว
๑๒	๖	๑.๕๘ ± ๐.๔๒	๑๓.๕๓ ± ๔.๒๓	๑ : ๘๘๒๐
๑๔	๑๑	๓.๕๘ ± ๑.๐๖	๒๘.๔๐ ± ๔.๘๐	๑ : ๗๕๓๐
๗	๑๖	๗.๐๘ ± ๑.๗๕	๔๗.๕๗	๑ : ๖๗๘๐
๘	๒๑	๑๕.๑๕ ± ๒.๒๕	๕๕.๘๓	๑ : ๓๖๕๐
๑๗	๒๖	๑๘.๖๖ ± ๔.๕๒	๗๐.๕๔	๑ : ๓๕๕๐

ทั้งนี้แสดงว่าน้ำหนักของรังไข่เจริญเติบโตมีอัตราเร็วกว่าอัตราการเพิ่ม
น้ำหนักตัวตามลำดับอายุ.

การเปลี่ยนแปลง ทาง ฤดูกาล วิทยา
ศาสตร์ พบ ไปร่มอร์เคิล พอลลิเคิล และ
พอลลิเคิล ชนิดกำลังเติบโตในวันที่ ๖,
เริ่มพบ เวลีสคัลาร์ ในวันที่ ๑๑. จำนวน
ของ เวลีสคัลาร์ พอลลิเคิล เพิ่มขึ้นเรื่อยจน
ถึงวันที่ ๒๖. ส่วน ไปร่มอร์เคิล พอล-
ลิเคิล และ พอลลิเคิล ชนิดกำลังเติบโต
กลับลดน้อยลงไปเมื่ออายุมากขึ้น. อดี-
ตึก พอลลิเคิล เริ่มพบได้ในวันที่ ๑๖.
ส่วน อดีตึก สมองกล พอลลิเคิล พบได้
ทุกอายุที่ศึกษา.

จากผลของ Danial และคณะ (ค.ศ.
๑๖๕๕) พบว่า จำนวนไข่ของหนูขาวมี
จำนวนมากในระยะหลังคลอด, และจะลด
ลงมากประมาณวันที่ ๑๑. ทั้งนี้เนื่องจาก
ผลของ อดีตึก และ การเปลี่ยนแปลง
ไปเป็น พอลลิเคิล.

สรุป

ได้ศึกษา การเจริญเติบโตของรังไข่
ของหนูระยะกินนมแม่ โดยการชั่งน้ำหนัก
ตัวและวิธี ฤดูกาล วิทยาศาสตร์. ผล
ปรากฏว่า:

๑. อัตราการเพิ่ม น้ำหนัก ของ รังไข่
สูงมากขึ้นตามลำดับอายุ. เมื่อเปรียบ

เทียบกับ อัตราการเพิ่ม ของ น้ำหนัก ตัว,
ปรากฏว่า รังไข่เจริญเร็วกว่าการเจริญของ
ร่างกาย.

๒. ลักษณะการเจริญ จากการ ศึกษ
ฤดูกาล วิทยาศาสตร์ พบว่ามีแต่ พอลลิเคิล
ขนาดเล็ก ๆ (ไปร่มอร์เคิล พอลลิเคิล
และ พอลลิเคิล ชนิดกำลังเติบโต) จำนวน
มากในระยะ ๖ วัน. เมื่ออายุมากขึ้น พบ
พอลลิเคิล ขนาดโต (เวลีสคัลาร์ พอลลิเคิล)
ซึ่งจะโตขึ้นตามอายุ.

๓. อดีตึก ของ พอลลิเคิล พบได้
ในรังไข่ทั้งหมด. อดีตึก พอลลิเคิล
ขนาดจะเล็กหรือใหญ่เป็นไปตาม อายุของ
รังไข่.

เอกสาร

1. Arai, H. : Am. J. Anat. 1920, 27 : 405.
2. Diloksambandh, V. : J. Med. Ass. Thailand 1965, 48 : 285.
3. Dilokasmbandh, V. : Siriraj Hosp. Gaz. 1965, 17 : 1.
4. Kingsbury, B.J. : J. Morph. 1938, 63 : 397.
5. Slater, W.D. and E.J. Dornfeld : Am. J. Anat. 1945, 76 : 253.
6. Sotelo, Jr. and K.R. Porter : J. Biophys. Biochem. Cytol. 1959, 5 : 397.
7. Winiwarter, Von : Anat. Rec. 1944, 90 : 23.

639
(Summary of the Preceding Report)

A STUDY ON OVARIAN GROWTH OF SUCKLING RATS

Tanomruedee Pumipak, M.B., M.S.
and Vichian Diloksambhand, M.B., M.D.
(Dept. of Anatomy)
(Head of Dept.: Prof. Dr. Sood Sangvichian)

Results of the study on ovarian growth in 58 suckling albino rats, aged 6, 11, 16, 21 and 36 days, were as follows:

1. The ovarian weight to the body weight ratio increased with the age of the rats. The ovaries appeared to grow faster than the body.

2. Numerous small primordial follicles and growing follicles were

already present in the 6 days old rats. The higher the age of the rats the greater the number of larger follicles were found.

3. The atretic follicles were seen in all ages. Their sizes were dependent upon the age.

(Five figures, seven references)

(T.P.)

การชันสูตรพลิกศพ

ทรงฉัตร โศขยานนท์ พ.บ.

(แผนกนิติเวชวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์สงกรานต์ นิยมเสน)

ในเรื่อง การชันสูตรพลิกศพมีปัญหา มาสู่พวกเราที่เป็นแพทย์เสมอ, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทย์ที่ทำงานอยู่ในต่างจังหวัด เพราะในถิ่นนั้นเราไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาเฉพาะต่าง ๆ, แพทย์ประจำโรงพยาบาล หรือ ออานามัยจังหวัดบางครั้งต้องทำหน้าที่ เกือบจะเรียกว่าทุกชนิด. ผู้เขียนเคยถูกถามเสมอว่า เหตุใดตายเห็นอวัยวะแล้วทำไมต้องผ่าศพตรวจ, เช่นมเือกแขวนรักที่คอหรือพบขาดแผลถูกแทงที่หน้าอก. ผู้เขียนให้อภัย เพราะผู้ถามนั้นไม่ใช่แพทย์หรือเป็นผู้ที่ไม่เคยทำงานเกี่ยวข้องกับขบวนการยุติธรรมเลย. การชันสูตรพลิกศพมีได้มุ่งหมายเพียงแต่ต้องการทราบว่า ผู้ตายตายเนื่องจากอะไรเท่านั้น. การชันสูตรพลิกศพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งศพซึ่งตายผิดธรรมชาติ หรือเรียกง่าย ๆ ว่าการตรวจศพทางนิติเวชวิทยานั้น ความมุ่งหมาย มีมาก แดก แยกออกไปคงจะได้อธิบายลำดับต่อไป.

ก่อนอื่นขออ้างถึงประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา อันได้บัญญัติไว้เกี่ยวกับเรื่อง ชันสูตรพลิกศพ มาตราต่าง ๆ นำมาเขียนไว้ในที่นี้ :

หมวด ๒. การชันสูตรพลิกศพ.

มาตรา ๑๔๘. เมื่อปรากฏแน่ชัดหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดยผิดธรรมชาติหรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน, ให้มีการชันสูตรพลิกศพ, เว้นแต่ตายโดยการถูกประหารชีวิตตามกฎหมาย.

การตายโดยผิดธรรมชาตินั้นคือ:

๑. ฆ่าตัวตาย
๒. ถูกผู้อื่นทำให้ตาย
๓. ถูกสัตว์ทำร้ายตาย
๔. ตายโดยอุบัติเหตุ
๕. ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ

มาตรา ๑๔๙. ความตายผิดธรรมชาติเกิดขึ้น ณ ที่ใด, ให้เป็นหน้าที่ของสามัญวิทยา, ญาติมิตรสหายหรือผู้ปกครอง

ของผู้ตายที่รู้เรื่องการตาย เช่น นนจัดการ
ดังต่อไปนี้ :

(๑) เก็บศพไว้ ณ ที่ซึ่งพบนั้นเอง
เพียงเท่าที่จะทำได้.

(๒) ไปแจ้งความแก่พนักงานฝ่าย
ปกครองหรือตำรวจโดยเร็วที่สุด.

หน้าที่ ดังกล่าวในวรรคต้นนั้น มีตลอด
ถึงผู้อนซึ่งได้พบศพในที่ซึ่งไม่มีสามีภรรยา,
ญาติมิตรสหาย, หรือผู้ปกครองของผู้
ตายอยู่ในที่นั้นด้วย.

ผู้ใดละเลยไม่กระทำหน้าที่ ดังบัญญัติ
ไว้ในมาตรา นี้ มีความผิดต้อง ระวางโทษ
ปรับไม่เกินร้อยบาท.

มาตรา ๑๕๐. ให้พนักงานสอบสวน
แห่งท้องที่ ที่ศพนั้น อยู่กับ อนามัย จังหวัด,
หรือแพทย์ประจำสุขศาลา, หรือแพทย์
ประจำโรงพยาบาล, เป็นผู้ชันสูตรพลิก
ศพโดยเร็ว, และให้ทำบันทึกรายละเอียด
แห่งการชันสูตรนั้นไว้. ถ้าบุคคลดังกล่าว
ไม่มีหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้, ให้ใช้
เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข ประจำท้อง
ที่หรือแพทย์ประจำตำบล.

ให้เป็นหน้าที่ ของ พนักงานสอบสวน
แจ้งแก่ผู้มีหน้าที่ไปทำการชันสูตรพลิก
ศพทราบ.

ในกรณีที่ มีความตายเกิดขึ้นโดยการ
กระทำของ เจ้าพนักงาน ซึ่ง อ้างว่า ปฏิบัติ
ราชการตามหน้าที่ หรือตายในระหว่างอยู่
ในความควบคุมของเจ้าพนักงานซึ่งอ้างว่า
ปฏิบัติราชการตามหน้าที่, เมื่อมีการ
ชันสูตรพลิกศพแล้ว, ให้พนักงานสอบสวน
ส่งสำนวน ชันสูตรพลิกศพไป ยัง พนักงาน
อัยการ. ให้พนักงานอัยการทำการร้องขอ
ต่อศาลชั้นต้นแห่งท้องที่ ที่ศพนั้นอยู่ให้ทำ
การไต่สวนและทวงค่าเสียหายว่าผู้ตายคือ
ใคร, ตายที่ไหน, เมื่อใด, และถึงเหตุ
และพฤติการณ์ที่ตาย. ถ้าตายโดยคนทำ
ร้าย, ให้กล่าวว่าใครเป็นผู้กระทำร้าย
เท่าที่จะทราบได้.

ในการไต่สวนให้ศาลชั้นต้น ประกาศแจ้ง
กำหนดวันที่จะทำการไต่สวนไว้ที่ศาลก่อน
วันทำการไต่สวนไม่น้อย กว่า สิบห้าวัน,
และให้พนักงานอัยการนำพยาน หลักฐาน
ทั้ง ย่าง ที่ แสดง ถึง การ ตาย ดัง กล่าวใน
วรรคก่อนมาสืบ.

เมื่อศาลชั้นต้น ประกาศแจ้งกำหนดวัน
ที่จะทำการไต่สวนแล้ว, และก่อนการไต่
สวนเสร็จสิ้น, สามีภรรยา, ผู้ปกครอง, ผู้
สืบสันดาน, ผู้แทนโดยชอบธรรม, หรือ
ผู้อนขาดผู้ตาย, มีสิทธิยื่นคำร้องต่อศาล

ขอเข้ามาซักถาม พยาน พนักงานอัยการ
นำสืบและนำสืบพยานอื่นได้ด้วย. เพื่อ
การนี้ให้มีสิทธิแต่งตั้ง ทนายความให้
ดำเนินการแทนได้. เพื่อประโยชน์ในการ
นี้ให้พนักงานอัยการ แจ้ง กำหนดการให้
ส่วนไปให้บุคคลดังกล่าวแล้วคนหนึ่งคนใด
ทราบเท่าที่สามารถจะทำได้.

เมื่อศาลเห็นสมควรเพื่อประโยชน์แห่ง
ความยุติธรรม, ศาลจะเรียกพยานที่น่าสืบ
มาแล้วมาสืบเพิ่มเติม, หรือเรียกพยาน
อื่นมาสืบก็ได้.

คำสั่งของศาลตาม มาตรา ๑๕๒ ให้ถึงที่
สุด. แต่ไม่กระทบกระเทือนถึงสิทธิฟ้อง
ร้องและการพิจารณาพิพากษาคดีของศาล,
หากพนักงานอัยการ หรือบุคคลอื่นใดฟ้อง
หรือจะฟ้องคดีเกี่ยวแก่การตายนั้น.

เมื่อศาลได้มีคำสั่งแล้ว, ให้ส่ง
สำนวนการไต่สวนของศาลไปยังพนักงาน
อัยการ เพื่อส่งให้แก่ พนักงานสอบสวน
ดำเนินการต่อไปตามแต่กรณี.

มาตรา ๑๕๑. ในเมื่อมีการ จำเป็น
เพื่อพบเหตุ ของการตาย เจ้าพนักงานผู้ทำ
การชันสูตรพลิกศพ มีอำนาจสั่งให้ผ่าศพ
แล้วแยกธาตุส่วนใด, หรือจะให้ส่งทั้งศพ
หรือบางส่วนไปยังแพทย์หรือพนักงานแยก

ธาตุของรัฐบาลก็ได้.

มาตรา ๑๕๒. ให้แพทย์หรือพนักงาน
แยกธาตุของรัฐบาลปฏิบัติดังนี้:

(๑) ทำรายงานถึงสภาพ ของ ศพ
หรือส่วนของศพตามที่พบเห็น, หรือตาม
ที่ปรากฏจากการตรวจ, พร้อมทั้งความ
เห็นในเรื่องนั้น.

(๒) แสดงเหตุที่ตายเท่าที่จะทำได้.

(๓) ลงวันเดือนปี และ ลายมือชื่อใน
รายงานแล้วจัดการส่งไปยังเจ้าพนักงานผู้
ทำการชันสูตรพลิกศพ.

มาตรา ๑๕๓. ถ้าศพฝังไว้แล้ว, ให้
ผู้ชันสูตรพลิกศพจัดให้ชันชันเพื่อตรวจดู.
เว้นแต่จะเห็นว่าไม่จำเป็น, หรือจะเป็น
อันตรายแก่อนามียของประชาชน.

มาตรา ๑๕๔. ให้ผู้ชันสูตรพลิกศพ
ทำความเข้าใจเป็นหนังสือ แสดงเหตุ และ
พฤติการณ์ที่ตาย, ผู้ตายคือใคร, ตายที่
ไหน, เมื่อใด. ถ้าตายโดยคนทำร้ายให้
กล่าวว่าใคร, หรือสงสัยว่าใคร เป็นผู้
กระทำผิดเท่าที่จะทราบได้.

มาตรา ๑๕๕. ให้นำทฤษฎีนิติใน
ประมวลกฎหมายนี้ อันว่าด้วย การ สอบ
สวนมาใช้ แก่ การ ชันสูตร พลิก ศพ โศข
อนโลม.

มาตรา ๑๕๖. ให้ส่งสำนวนชั้นศตร
พลิกศพใน กรณีที่ความตาย มิได้ เป็นผล
แห่ง การ กระทำผิดอาญาไป ยัง ข้าหลวง
ประจำจังหวัด.

เมื่อได้อ่าน และศึกษาด้วยท ของประ-
มวล กฎหมาย วิधि พิจารณาความ อาญา
หมวดที่ว่าด้วยการชั้นศตรพลิกศพอย่าง
ละเอียดถี่ถ้วนแล้ว, ต่อไปจะได้อธิบายถึง
ข้อ ความ ขางประ การ ซึ่ง เกี่ยวข้อง กับ
แพทย์และมักได้รับปัญหาข้อใดถามจาก
เพื่อนแพทย์เสมอ ๆ.

จากมาตราแรกคือมาตรา ๑๔๘ นั้น
เห็นได้ว่า กฎหมาย แบ่งการตาย ออกเป็น
๒ ชนิด, คือการตายโดยธรรมชาติและ
การตายโดยผิดธรรมชาติ. การตายโดย
ธรรมชาตินั้นได้แก่การตายจากโรคภัยไข้
เจ็บต่าง ๆ อาทิเช่นเป็นโรคไข้เลือดออก
ตาย, เป็นโรคทัยฟอยด์ตาย. ในกรณี
เหล่านี้ ถ้าแพทย์ อยากรจะ ศึกษาให้ลึกซึ้ง
จำเป็นต้องขออนุญาตญาติ, อาจเป็นบิดา
มารดา สามีหรือภรรยาของผู้ตาย, เพื่อ
ทำการตรวจศพเสียก่อนจึงทำได้. หาก
ฝ่ายญาติไม่ยินยอมแพทย์จะทำการตรวจ
ศพโดยพลการทำได้ไม่. ยังไม่มีการ
ฟ้องร้อง เกี่ยวกับเรื่อง การ ตรวจ ศพโดย

พลการ, แต่เป็นที่เข้าใจกันว่าศพคือ
ทรัพย์สินอย่างหนึ่ง ดังนั้นหากแพทย์ผู้ใดผ่า
ศพโดยไม่ขออนุญาตต่อเจ้าของ อาจ มี
ความผิดฐานทำลายทรัพย์สินได้. ที่เขียนนี้
เป็นความเข้าใจของผู้เขียน, ดังได้กล่าว
แล้วว่ายังไม่มีความฟ้องร้องจนเป็นอันสิ้นสุด
ถึง ศาลฎีกา. สำหรับการตายโดยผิด
ธรรมชาติ นั้น มาตรา ๑๔๘ ได้เขียนชัด
แล้วว่ามี ๕ อย่าง. เกือบไม่มีปัญหา
อะไร. จะมีก็แต่ข้อ ๓, คือถูกสัตว์ทำร้าย
ตาย. การตายนั้นต้องเป็นผลโดยตรงจาก
สัตว์, เช่นถูกควายขวิดหรือถูกเสือกกัดจน
ตาย เป็นต้น. แต่ถ้าสุนัขกัดแล้วต่อมาเกิด
โรคพิษสุนัขบ้า, บาดทะยักหรือโลหิตเป็น
พิษ, เหล่านี้ไม่ถือว่าถูกสัตว์ทำร้ายตาย
ตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย. ข้อ ๕ ที่
เขียนว่าตายโดยยังมีปรากฏเหตุ, ตาม
ความ เข้าใจนี้น่าจะหมายถึงผู้ที่ตายยับ
ยับโดยไม่มีแพทย์ดู, หรือไม่มีประวัติกว
เจ็บป่วยมาก่อนเลย, หรือญาติผู้ตาย
สงสัย, ไม่ทราบว่าผู้นั้นจะตายจากโรค
หรือ จาก เหตุอื่นอันใด จึงไปแจ้งความต่อ
พนักงานสอบสวน. / การตายนั้นจำเป็น
ต้องมีการชั้นศตรพลิกศพ และเข้าอยู่ใน
ประเภทที่หา.

สำหรับมาตรา ๑๔๕ นั้นมีเกิดเรื่อง
บ่อย ๆ ทั้งในโรงพยาบาลใหญ่และโรง
พยาบาลเล็ก. ถ้าผู้ตายตายในขณะที่มี
สามีภรรยาญาติพี่น้องอยู่ก็เป็นหน้าที่ของ
เขาเหล่านั้นที่จะไปแจ้งความต้งโดยฉันท
ไว้ในกฎหมาย. แต่ถ้าขณะนั้น (ส่วนมาก
เป็นเสียเช่นนั้นด้วย) ไม่มีใครอยู่เลยนอก
จากพยาบาลกับแพทย์, อาทิเช่นผู้ตาย
ตายในเวลากลางคืน, หน้าที่การไปแจ้ง
ความแก่เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองหรือ
ตำรวจโดยเร็วที่สุดจึงเป็นหน้าที่ของ
เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนั้น. เคยปรากฏ
ว่าเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลละเลยและไม่
ปฏิบัติตามกฎหมายให้ญาติรับศพกลับไป.
ทั้งนี้เพราะญาติโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็น
พวกต่างจังหวัดหรือแม่แต่ชาวกรุงเองไม่
มีใครรู้กฎหมายในเรื่องนี้. ญาติรับศพไป
จัดการโดยแพทย์เขียนใบมรณบัตร. ศพ
เผาไปแล้วตำรวจทราบเรื่องภายหลังจึง
เกิดความเสียหายมากมายแก่ขบวนการ
ยุติธรรม. นั่นคือไม่ได้มีการชันสูตรพลิก
ศพ. ถ้าเป็นเรื่องเล็กน้อย อาทิเช่นฆ่าตัว
ตาย, ไม่มีผู้ใดเสียหายก็ไม่เท่าไร. แต่
ถ้าเป็นเรื่องฆาตกรรมหรือเรื่องอุบัติเหตุ
ซึ่งมีการประกันชีวิตเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

การละเลยเช่นนั้นเป็นผลเสียหายมาก,
ทำให้พนักงานสอบสวนไม่อาจดำเนินคดี
ไปจนถึงที่สุดได้, เพราะขาดพยานหลัก
ฐานต่าง ๆ ที่จะไต่จากการชันสูตรพลิก
ศพหรือผู้ที่จะได้ผลประโยชน์จากการ
ประกันชีวิตหรือแม่แต่บริษัทประกันชีวิต
เองก็เกิดความสับสนวุ่นวาย, เพราะไม่
สามารถจะนำศพมาพิสูจน์ตามหลักวิชา
ได้ว่าผู้ตายนั้นตายจากอะไรทำให้เกิด
ความยุ่งยากในการจ่ายเงินประกันชีวิต.
บางครั้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเคลื่อน
ย้ายศพจากที่เกิดเหตุก่อนการชันสูตร
พลิกศพ, ซึ่งเป็นกรกระทำที่ไม่ถูกต้อง
ตามกฎหมายและอาจทำให้ร่องรอย,
พยานหลักฐานต่าง ๆ ลบเลือนสูญหาย
ไปได้, เพราะตามกฎหมายได้ระบุไว้ว่า
ให้เก็บศพไว้ ณ ที่ที่พบนั่นเองเพียงเท่าที่
จะทำได้.

มาตรา ๑๕๐ มีบัญญัติได้ตามย่อ ๆ
ว่าใครมีหน้าที่ไปร่วมชันสูตรพลิกศพ
หรือร่วมการชันสูตรพลิกศพกันแน่. กฎ
หมายยังไว้ชัดแล้วว่าเจ้าหน้าที่จะไปร่วม
การชันสูตรพลิกศพกับพนักงานสอบสวน
แห่งท้องที่ที่ศพนั้นได้ อยู่ที่แก่อนามัย
จังหวัด, แพทย์ประจำสภาคำลาหรือแพทย์

ประจำโรงพยาบาล: ถ้าไม่มีบุคคลทั้งสาม
นั้นจริง ๆ จึงขอให้เจ้าหน้าที่กระทรวง
สาธารณสุขประจำท้องที่หรือแพทย์ประจำ
ตำบล. ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของพนักงาน
สอบสวนนั้นที่จะแจ้งให้ผู้มีหน้าที่เหล่านี้ไป
ร่วมทำการชันสูตรพลิกศพ. ตามหลัก
การปฏิบัติที่แท้จริงโดยมากพนักงานสอบสวน
มักจะตามอนามัยจังหวัดก่อนอื่น. ถ้า
ตามอนามัยจังหวัดไม่พบจึงไปตามแพทย์
ประจำสุขศาลาหรือแพทย์ประจำโรง
พยาบาล. ถ้าทั้งสามไม่พบจริง ๆ จึงไป
ตามสองคนสุดท้ายที่กล่าวแล้ว. สองคน
สุดท้ายที่กล่าวแล้วนั้นเนื่องจากเขาไม่ใช่
แพทย์, แต่เป็นเจ้าหน้าที่ซึ่งได้รับแต่งตั้ง
ขึ้นจากรัฐบาลเพื่อปฏิบัติงานเกี่ยวกับการ
สาธารณสุขหรืออื่น ๆ. เมื่อไปทำหน้าที่
แพทย์, โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน้าที่พิเศษ
ออกไปนั้นจำเป็นต้องใช้ความรู้ทางนิติเวช
วิทยาและความรู้ทางแพทย์สาขาอื่น ๆ
ประกอบ, ความผิดพลาดจึงเกิดขึ้นมาก,
จึงมีตัวอย่างที่ขียนได้เพียงบ่อย ๆ.

เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขประจำ
ท้องที่, หรือเรียกอีกชื่อว่าพนักงาน
สาธารณสุขตามพระราชบัญญัติสาธารณสุข
ฉบับที่ ๓, พ.ศ. ๒๔๕๗, หมายความว่า

ว่าเจ้าพนักงานซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งให้มี
อำนาจหน้าที่ตรวจตราและรับผิดชอบใน
การดำเนินการสาธารณสุขในจังหวัดหรือ
ท้องถื่นใดตามบทแห่งพระราชบัญญัตินั้น.

แพทย์ประจำตำบลนั้นตามพระราช
บัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ.
๒๔๕๗ มาตรา ๔๕ บ่งว่าในตำบล ๑ ให้
กำนัน และผู้ใหญ่บ้าน ประชุมพร้อมกัน
เลือกผู้ที่มีความรู้ในวิชาแพทย์เป็นแพทย์
ประจำตำบลคนหนึ่ง, สำหรับจัดการป้องกัน
ความไข้เจ็บของราษฎรในตำบลนั้น,
และมาตรา ๔๖ บ่งว่าผู้นั้นจะต้องมีสัญชาติ
ไทย และมีถิ่นที่อยู่ในตำบลนั้น. ส่วน
มาตรา ๔๘ ได้ระบุถึงหน้าที่ของแพทย์
ประจำตำบล ๔ ข้อคือ:

ข้อ ๑, ที่จะช่วยกำนันผู้ใหญ่บ้านคิด
อ่านและจัดการรักษาความสงบเรียบร้อย
ในตำบลดังกล่าวไว้ใน มาตรา ๓๖ และ
๕๒ แห่งพระราชบัญญัติ.

ข้อ ๒, ที่จะคอยสังเกตตรวจตรา
ความไข้เจ็บที่เกิดขึ้นแก่ราษฎรในตำบลนั้น
และตำบลที่ใกล้เคียง. ถ้าเกิดโรคภัยร้าย
แรง, เช่นอหิวาตกโรคกัก, กาฬโรค กั
กั, ไข้ทรพิษกั, ต้องคิดป้องกันด้วยแนะนำ
กำนันผู้ใหญ่บ้านให้สั่งราษฎรให้จัด

การป้องกันโรค, เช่นทำความสะอาดเป็น
ต้น, และแพทย์ประจำตำบลต้องเฝ้า
ตรวจตราเข้มแก่ราษฎรด้วย.

ข้อ ๓, การป้องกันโรคภัยในตำบล
นั้น, เช่นปลูกใช้ทรัพย์สิน, ป้องกันใช้ทรัพย์สิน
กัก, ที่จะมียาแก้โรคไว้สำหรับตำบลกัก,
ดูแลอย่าให้ในตำบลนั้นมีสิ่งโสโครกอัน
เป็นเชื้อโรคกัก, การเหล่าน้อยในหน้าที่
แพทย์ประจำตำบล ๆ จะต้อง คัด อานกัษ
แพทย์ประจำเมืองและกำนันผู้ใหญ่บ้านใน
ตำบลนั้นให้สำเร็จตลอดไป.

ข้อ ๔, ถ้าโรคภัยร้ายกาจ, เช่น
อหิวาตกโรค, กวางโรค, ใช้ทรัพย์สิน, โรค
ระบาศปศุสัตว์เกิดขึ้นในตำบลนั้น, แพทย์
ประจำตำบลต้องรีบรายงานไปยังกรมการ
อำเภอให้ทราบโดยทันทีและต่อไปเนื่อง ๆ
จนกว่าจะสงบโรค."

แพทย์เคยตั้งคำถามว่าถ้าไม่ไปจะเกิด
อะไรขึ้น. ประมวลกฎหมายอาญามาตรา
๑๕๗ ระบุว่าผู้ใดเป็นเจ้าพนักงานปฏิบัติ
หน้าที่โดยมิชอบ, เพื่อให้เกิดความเสีย
หายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด, หรือปฏิบัติหรือละเว้น
การปฏิบัติหน้าที่โดยทุจริต, ต้องระวาง
โทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งถึงสิบปี, หรือปรับ
ตั้งแต่สองพันบาทถึงสองหมื่นบาท, หรือ

ทั้งจำทั้งปรับ. แพทย์ที่จะต้องไปขึ้นสู่อำนาจ
พลิกศพ ตามระเบียบในกฎหมายนั้น เป็น
ข้าราชการ, ย่อมเป็นเจ้าพนักงานด้วย
จึงอาจมีความผิดตามมาตรานี้ได้, และ
อาจจะมี ความผิดตาม ระเบียบ ข้าราชการ
พลเรือนนอก, คือตามมาตรา ๗๔ แห่งวินัย
ข้าราชการพลเรือน, ข้าราชการพลเรือน
ต้องอดิศา เวลาของตนให้แก่ราชการ, จะ
ละทิ้งหรือทอดทิ้งหน้าที่ ราชการไม่ได้,
และมาตรา ๘๐, ข้าราชการพลเรือนต้อง
รักษาความสามัคคี ระหว่าง ข้าราชการ
และ ช่วยเหลือ ชิงกันและกัน ในหน้าที่
ราชการ. ความผิดนี้มีโทษต่าง ๆ จน
กระทั่งถึงหนักสุดคือไล่ออก. ตามมาตรา
๘๕ โทษไล่ออก นั้น จะ กระทำได้เมื่อ
ข้าราชการพลเรือนผู้ใด กระทำผิดวินัย
อย่างร้ายแรงถึงระดับไว้ต่อไป. ข้อที่อาจ
เอามาพิจารณาเป็นความผิดได้คือข้อ (ง)
ขัดคำสั่งผู้บังคับบัญชา โดยมีชอบด้วย
ราชการ, และการขัดคำสั่งนั้นเป็นเหตุ
ให้เสียหายแก่ราชการอย่างร้ายแรง. ใน
กรณีอาจเป็นไปได้. อาทิเช่นผู้มีหน้าที่คือ
อนามัยจังหวัด ฯลฯ ไม่ยอมไป, แม้จะ
มีคำสั่งมาจากผู้ว่าราชการจังหวัดซึ่งเป็น
ผู้บังคับบัญชาก็ตาม, หรือแพทย์ในโรง

พยายามไม่ยอมไปทั้ง ๆ ที่เป็นคำสั่งของ
ผู้อำนวยการเป็นต้น.

ขอให้พวกเราให้ความเห็นใจต่อพนักงาน
งานสอบสวนบ้าง. ถ้าปราศจากแพทย์แล้ว
เขาไม่ทราบว่า จะพึงใครได้ในการวินิจฉัย
ว่าผู้ตายตายเพราะอะไร.

หน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพนั้นมิ
ชอบเขตจำกัดอยู่, ถึงแม้มาตรา ๑๕๐ ระบุ
ไว้ว่า "ให้เป็นหน้าที่ของพนักงานสอบสวน
สอบสวนแจ้งแก่ผู้มีหน้าที่ไปทำการชันสูตร
พลิกศพทราบ." เห็นได้ว่าผู้มีหน้าที่นั้น
ควรจะเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ ณ ที่ของถนน ๆ
ด้วย, อาทิเช่นอนามัยจังหวัดเชียงใหม่
มาพักที่บางแสน, เกิดมีคนถูกฆ่าตาย.
พนักงานสอบสวนเขตบางแสน จะเชิญ
อนามัยเชียงใหม่ไปชันสูตรพลิกศพทำได้
ไม่, จะต้องไปเชิญอนามัยจังหวัดชลบุรี
หรือผู้มีหน้าที่คนอื่นต่อไปอันระบไว้ใน
กฎหมาย. อนามัยจังหวัดเชียงใหม่ยอม
มีหน้าที่และขอบเขตจำกัดอยู่แต่เชียงใหม่
เท่านั้น. ถึงจะเป็นแพทย์ก็ตาม, แต่แพทย์
จะทำหน้าที่ชันสูตรพลิกศพได้ก็ต้องเป็นผู้
ซึ่งมีหน้าที่ตามกฎหมายระบุไว้เท่านั้น.
หรือถ้าในท้องถนนถึงมีแพทย์เสลดยัคคัก
หรือเรียกว่าแพทย์อิสระเบ็ด คณินครภษา

คนไข้และมีฆานอยู่ในถนน, แพทย์ผู้นั้น
ก็ไม่อยู่ในภาวะที่จะช่วยทำการชันสูตร
พลิกศพ, หรือยังเชิญหัวหน้ากองแพทย์
กรมตำรวจไปอยู่ ณ ที่ศพอยู่แต่หัวหน้า
กองแพทย์ กรมตำรวจไม่ใช่อนามัย
จังหวัด, แพทย์ประจำศาลาและไม่ใช่
แพทย์ประจำโรงพยาบาล, เพราะฉะนั้น
หัวหน้ากองแพทย์กรมตำรวจถึงแม้ว่ามี
ความรู้ทางนิติเวชวิทยาอย่างมากก็ตาม
แต่จะเป็นผู้ชันสูตรพลิกศพร่วมกับพนักงาน
งานสอบสวนไม่ได้. นี่เป็นอีกข้อหนึ่งท
อยากให้ทำความเข้าใจเอาไว้.

ในการชันสูตรพลิกศพ บางครั้งถ้า
พนักงานสอบสวนพอใจและเหตุตายปรากฏ
เด่นชัด, พนักงานสอบสวนอาจไม่ส่งศพ
ไปให้แพทย์ทำการผ่าก็ยอมทำได้. แต่
ถ้าชันสูตรพลิกศพแล้วยังไม่ปรากฏเหตุ
ตายชัด, พนักงานสอบสวนมีอำนาจสั่ง
ให้ผ่าศพ, ดังระบุไว้ในมาตรา ๑๕๑. ผู้
ที่จะทำการผ่าศพก็คือแพทย์นั่นเอง. ตาม
หลักวิชานิติเวชวิทยานั้นการชันสูตรพลิก
ศพเพียงภายนอก อย่างเดียวหาเป็นการ
เพียงพอ ไม่ที่จะบอกว่าผู้ตายตายเพราะ
อะไร, ดังผู้เขียนจะได้บรรยายในตอนกล่าว
ถึง จุดมุ่งหมายในการชันสูตรพลิกศพ

หรือในการตรวจทางนิติเวชวิทยาต่อไป.

การชันสูตรพลิกศพ และการผ่าศพ
ออกตรวจ นนมีเรื่อง พิเศษอีก ๒ เรื่องที่
ใครขอนำมาเขียนไว้ในที่นี้, เพราะไม่มี
ระบุในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความ
อาญา.

เรื่องหนึ่งคือการชันสูตรพลิกศพชาว
ไทยอิสลาม. ได้มีหนังสือของสำนักคณะ
รัฐมนตรีที่ มท. ๓๘๗/๒๕๐๐ ลงวันที่
๓๑ มกราคม ๒๕๐๐ จากนายกรัฐมนตร
จอมพล ป. พิบูลสงครามไปยังรัฐมนตรีว่า
การกระทรวงมหาดไทย, ขอให้ท้วงติงการ
ผ่าศพของชาวไทยอิสลามที่ถูกฆาตกรรม,
เช่นถูกแทงตาย, ถูกยิงตายหรือถึงแก่
กรรมโดยอุบัติเหตุ, หรือถึงแก่กรรมโดย
มีปรากฏเหตุ. เหตุผลคือเป็นการทรมาณ
ศพและผิด ศาสนาอิสลาม อย่าง ร้ายแรง,
จึงขอให้พยายามหลีกเลี่ยงการผ่าศพ. ใน
ที่สุดได้มีแจ้งความที่ ๒๐/๒๕๐๐ ลง
วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๐๐ ของกรมตำรวจ
ให้เจ้าพนักงาน สอยสวนปฏิบัติให้ เป็นไป
ตามบัญญัติของ ๗ พณฯ นายกรัฐมนตรีคือ
ไป. เรื่องนี้ยังใช้กันมาจนตราายเท่าที่ถก
วันนี้โดยมิได้แก้ไขแต่อย่างใด. ดังนั้น
เมื่อชาวไทยอิสลามตายและต้องชันสูตร

พลิกศพตามกฎหมาย, ถึงแม้ว่าเหตุตาย
ไม่ปรากฏชัด, ก็ได้แต่เพียงสันนิษฐาน
ว่าน่าจะตายเพราะเหตุใดเท่านั้นเอง.

อีกเรื่องหนึ่งคือทหาร ประจำการที่ถูก
ฆ่าตายโดยเจ้าพนักงาน ขณะปฏิบัติกร
ตามหน้าที่, ให้ใช้แพทย์ทหารทำการ
ชันสูตรพลิกศพร่วมกับพนักงาน สอยสวน.
ข้อนี้เป็นข้อตกลง ระหว่าง กระทรวงกลา
โหมกับกระทรวงมหาดไทย.

เมื่อพิจารณาเจตนารมณ์ของกฎหมาย
โดยละเอียดแล้วจะเห็นว่า การชันสูตรพลิก
ศพนั้นมุ่งหมายมิใช่เพื่อต้องการทราบแต่
เพียงเหตุตาย, แต่ยังคงครอบคลุมไปถึง
เรื่องต่าง ๆ อีกดังสรุปได้คือ :

ชันสูตรพลิกศพเพื่อให้ทราบว่า

ผู้ตายคือใคร,

ตายมานานเท่าใด,

ตายเพราะเหตุใด,

และสิ่งสำคัญประการสุดท้ายคือ เหตุ
ตายนั้นเนื่องจาก :

อุบัติเหตุ,

ฆาตกรรม, หรือ

ทำตนเอง.

การชันสูตรพลิกศพและการตรวจศพ
ทางนิติเวชวิทยาจะต้องเริ่มต้นด้วยผู้ตาย

คือใครก่อนเสมอ. มีศพจำนวนไม่น้อยใน
เดือนหนึ่ง ๆ ที่พบอยู่ในป่าข้าง, ข้างถนน
ข้างหรือลอยมาตามน้ำข้าง, ซึ่งมีความจำ
เป็นอย่างยิ่งที่จะต้องตรวจให้รู้ว่าศพเหล่านี้
นั้นเป็นใคร, ซอใด, อยู่ที่ไหน, มีฉะฉาน
แล้วจะไม่มีทางสอบสวนหรือสืบสวนให้ได้
เรื่องราวอัน ๆ ทั่วไปอีกเลย. ถ้าเป็นฆาต-
กรรมหาก ไม่รู้ว่าผู้ตายคือใครก็ ไม่อาจ
หาตัวผู้ กระทำ ความผิดหรือ ฆาตกรได้.
จนกระทั่งมีคำพดพิศปากว่าการรู้ว่าผู้ตาย
คือใครย่อมทำให้การสืบสวนคดีนั้น ๆ
บรรลุไปแล้วครึ่งหนึ่ง.

ได้มีการนำเอาความรู้ในเรื่องพิสูจน์
หลักฐานเกี่ยวกับบุคคลเข้ามาใช้จนประ-
สยผลสำเร็จและสามารถตรวจบอกได้
หรือ อย่างละเอียดถี่ถ้วนว่าผู้ตาย คือผู้ที่
สงสัยคดีไว้หรือไม่. หลักเหล่านี้ได้แก่:

๑. ความคล้ายคลึงระหว่างบุคคล.
๒. ร่องรอยอาชพที่ติดตัวถาวรหรือ
ชั่วคราว.
๓. เสื้อผ้าเครื่องแต่งกายและของที่
ติดตัว.
๔. ความพิการของร่างกายที่ปรากฏ
ชัดและที่พบจากการถ่ายภาพเอกซเรย์.
๕. ความสูง.

๖. น้ำหนัก.
๗. เพศ.
๘. อายุ.
๙. พัน.
๑๐. กระตัก.
๑๑. ผมและขน.
๑๒. ผิวหนัง.
๑๓. การพิมพ์นิ้วมือ.
๑๔. การถ่ายภาพเชิงซ้อน.

รายละเอียดของการตรวจแต่ละข้อ,
หากมีโอกาสน่าจะได้นำมาเขียนต่อ. การ
พิสูจน์จำเป็นต้องอาศัยหลักฐานจากหลาย
สิ่งมาประกอบรวมกันเข้า. ดังนั้นทุกข้อที่
เขียนมานี้จึงถือว่ามีความสำคัญและไม่
ควรละเว้นในการพิจารณาถึงแม้จะเห็นว่า
มีบางข้อซึ่งอาจบอกได้โดยแล้วว่ามีผู้
กำลังตรวจพิสูจน์นั้นคือใคร.

ตายเมื่อใด, นานกี่ชั่วโมงแล้ว, เป็น
ประเด็นต่อไปที่จะต้องพิจารณาทุกครั้งเมื่อ
ตรวจศพทางนิติเวชวิทยา. ถึงแม้ว่าเวลา
ตายกับเวลาเกิดเหตุอาจไม่ตรงกันก็ตาม,
แต่นับว่ามีความสัมพันธ์กันและช่วยใน
การสืบสวนสอบสวนอย่างมาก. การศึกษา
เรื่อง การเปลี่ยนแปลงของศพและอวัยวะ
ต่าง ๆ ภายหลังตาย, อาจคำนวณและ

บอกได้โดยประมาณถึงเวลาตาย. มีการเปลี่ยนแปลงหลายประการที่ควรนำมาเป็นหลักในการพิจารณา, ได้แก่:

๑. ท่าทางของร่างกาย.
๒. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง.
๓. การเปลี่ยนแปลงทางอุณหภูมิ.
๔. การเปลี่ยนแปลงของดวงตา.
๕. การเปลี่ยนแปลงของเลือด.
๖. การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อ.
๗. การเน่า.
๘. การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในเลือดและในน้ำไขสันหลัง.

๙. ตัวแมลงและตัวหนอนต่าง ๆ.
สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เมื่อประกอบกันเข้าจะทำให้สามารถบอกได้ว่าผู้ตายตายมานานประมาณกี่ชั่วโมง. เวลาตายที่แน่นอนไม่อาจบอกได้ก็จริงอยู่, แต่เพียงเท่านั้นก็ทำให้การสืบสวนจากตัวแมลงเข้าเป็นอันมาก, จึงนับว่าเป็นประโยชน์.

การที่จะบอกว่าผู้ตายตายเพราะเหตุใดนั้น, นอกจากจะอาศัยการตรวจศพเช่นเดียวกับทางพยาธิวิทยาปรกติแล้ว, บางครั้งยังไม่อาจบอกได้, อาทิเช่นเหตุตาย

จากยาพิษเป็นต้น. ทั้งนี้เพราะยาพิษส่วนมากไม่แสดงการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพอันเป็นลักษณะเฉพาะ, จึงจำเป็นต้องนำเอาอวัยวะภายในไปตรวจหาพิษทางห้องทดลองต่อไป. ดังนั้นการที่จะทราบว่าอวัยวะใดควรเก็บเพื่อส่งตรวจหาและควรตรวจหรือรีบด่วนแค่ไหนก็ก่อนที่จะตายอย่างไรจะสลายหายไป, จึงมีความสำคัญมาก.

เมื่อทราบว่าตายเนื่องจากเหตุใดแล้ว, ก็ยังไม่พอสำหรับนิติเวชวิทยา. แพทย์อาจช่วยพนักงานสอบสวนมากในการที่จะบอกว่าลักษณะของบาดแผลที่ตรวจพบหรือเหตุตายนั้น ๆ อาจเกิดจากการทำตนเอง, ผู้อื่นทำ, หรืออุบัติเหตุ. อันเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการปฏิบัติคดีนั้น.

จะเห็นได้ว่าการชันสูตรพลิกศพนั้นไม่ใช่เรื่องเล็กน้อยและง่ายดังที่หลายท่านเข้าใจ. มีปัญหาต่าง ๆ เข้ามาพัวพันตั้งเขียนมาแล้วตั้งแต่ต้น. เมื่อสรุปแล้วในที่สุดจะมาถึงเหตุหลาย ๆ ฝ่ายต้องร่วมมือกัน, จึงจะได้มาซึ่งความยุติธรรมแก่คู่คดี.

บทความพิเศษ

เสียงแวม และ เสียงเบ็ดเตล็ด ในการตรวจระบบการหายใจ

สมชัย บวรภักดิ์ พ.ศ. และ บัญญัติ ปริชญานนท์ พ.บ.

(แผนกอายุรศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์จิตต์ ตูจินดา)

“เสียงแวม” (Adventitious sounds*)

เป็นเสียงที่ฟังได้ยินที่บริเวณอก, ถึงแม้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อมีการหายใจก็ตาม, แต่ตำราส่วนใหญ่ไม่จัดไว้เป็น “เสียงหายใจ”. เท่าที่คนได้, มี นอร์วีส และ แลนคิส⁽¹⁾ ที่เรียกเสียงแวมทั้งหลายรวมทั้ง “เสียงเสียดคลุ” ของเยื่อหุ้มปอดว่าเป็น “adventitious breath sounds”; และ อะคิมส์⁽²⁾ จัด “เสียงแวม” บางเสียงรวมทั้ง “เสียงกระฉอก” จากการเขย่าอก ในรายมีสารน้ำและอากาศในโพรงเยื่อหุ้มปอดว่าเป็น “เสียงหายใจผิด

ปรกติ”, แต่แยก “รอลส์” ออกไว้ต่างหาก.

เสียงแวม มี ๓ ชนิดด้วยกัน.

(๑) รอลส์ (Rales) หมายถึง

เสียงซึ่งเกิดจากอากาศผ่านหลอดลมและถุงลมที่มีความผิดปกติโดยมีการอุดกั้นหรือมีของเหลวอยู่ภายใน, เช่นเสมหะหรือหนอง เป็นต้น. รอลส์แบ่งออกเป็น ๒ พวกใหญ่ ๆ ด้วยกัน:

(ก) “รอลส์ แห้ง” (Dry rales).

ในบ้านเรานิยมเรียกว่า “ร็องไชน” (Rhonchi)⁽³⁾ ซึ่งเหมาะสมกว่า, เพราะ

* เสอร์ จอห์น ฟอว์บัส แปลจากคำ “bruits étrangers” จากหนังสือ “การฟังโดยใช้เครื่องฟัง” ของ ลันเน็ค (๑๘๑๕), เมื่อปี ค.ศ. ๑๘๒๑; Laennec, R.T.H.: De l'auscultation mediate. J.A. Brosson, Paris. 1819 (First English edition transl. by J. Forbes in 1821).

การเรียก "รอลส์ แห้ง" ทำให้เกิดความสับสนเกี่ยวกับกำเนิดของเสียงไต, เพราะการมีเสมหะหรือ เอ็กซเตคต ก็ไม่ใช่วัตถุแห้งเสียทีเดียว. เสียงนี้เกิดขึ้นเมื่อมีการรอกกันบางส่วนในหลอดลม.

เสียงที่เกิดขึ้นในหลอดลมขนาดเล็กมีเสียงแหลม เรียกว่า "ร็องไฆ เสียงแหลม" (sibilant rhonchi). พบเมื่อมีการหดเกร็งของหลอดลมเล็กทั่วไป, เช่นในรายหอบหืดหรือ ในรายที่เยอบ มีเลือดคั่ง.

เสียงที่เกิดขึ้นในหลอดลมขนาดกลาง, มีเสียงต่ำคล้ายเสียงกรน, เรียกว่า "ร็องไฆ เสียงทุ้ม" (sonorous rhonchi). บางคนเรียก "เสียงหวัดหวือ" (wheeze), โดยเฉพาะเมื่อไม่ต้องใช้เครื่องฟัง. พบในรายหอบหืดหรือหลอดลมอักเสบ.

เสียงที่เกิดในหลอดลมใหญ่, หลอดคอ (ทราเฆีย), หรือที่กระบอกเสียง, เรียกว่า "สไตรคอร์ด" (stridor). โดยมากได้ยินโดยไม่ต้องใช้เครื่องฟัง. เกิดขึ้นเมื่อมีการรอกกันควยวัตถุแปลกที่, เนื้อเยื่อ คัพภุรเวศ, หรือเนื้องอก.

(๒) "รอลส์ ชื้น" (moist rales) ใน

บ้านเรานิยมเรียกรวม ๆ ว่า "ครีปีเตชัน" (crepitations). (3) เสียงนี้เกิดจากอากาศผ่านเข้าไปในหลอดลมและถุงลมที่มีของเหลวที่มีความเหลวมากกว่าใน "รอลส์ แห้ง".

เมื่อมีความชื้นและน้อย ๆ เกิดขึ้นในถุงลมหรือหลอดลมขนาดเล็ก ๆ, จะเกิดเสียงคล้ายเกลือปะทะ เมื่อถูกความร้อน, หรือคล้ายเมือกคั่งพอนผระหว่างหัวแม่มือกับนิ้วชี้ข้างห, ล้นเน็ค (4) จึงเรียกว่า "เสียงเปรียะ" (ครีปีเตชัน). คำว่าส่วนใหญ่ในปัจจุบันเรียกว่า "ครีปีแตนต์ รอลส์" หรือ "ครีปีเตชัน". แต่ในบ้านเราคนส่วนใหญ่นิยมเรียก "ครีปีเตชัน เสียงละเอียด" พบในรายมีการอักเสบของเนื้อปอด, มีเลือดคั่งในปอดเป็นต้น. เสียงนี้ได้ยินเมื่อตอนสุดท้ายใจเข้าเท่านั้น.

เมื่อมีความชื้น และเกิดมากขึ้นในอัลวีโอลไธ และในหลอดลมขนาดเล็ก ๆ, เสียงที่ฟังได้ยิน จะหยาบและคัง ชื้น และเสียงชื้นมากจนบางครั้งฟังได้เหมือนปดอากาศขนาดเล็ก ๆ ผ่านน้ำ, เรียกว่า "สับครีปีแตนต์ รอลส์" หรือ "รอลส์ เสียงหยาบ", หรือในบ้านเราเรียก "ครีปี

เทศน์ เสียงหยาบ". พบในรายชวมน้ำ
ในปอด, หลอดลมอักเสบมีหนอง. เสียง
นี้ได้ยินเกือบตลอดระยะเวลาหายใจเข้า, และ
มักได้ยินตอนหายใจออกด้วย.

เมื่อความชื้น และ อยู่ใน หลอดลม
ขนาดใหญ่และหลอดคอ เสียงที่ได้ยินจะ
ดังมาก เป็นเสียงคล้ายกลิ้งน้ำในลำคอ,
ได้ยินโดยไม่ต้องใช้เครื่องฟัง, เรียกว่า
"เกอร์กลิ้งก ราลส์". เป็นเสียงที่ได้ยิน
ในผู้ป่วย โคมา หรือกำลังเข้าตริทต.
บางคนจึงเรียกว่า "Death rattle". ไทย
เราเรียกว่า "เสียงเสลททางววดชน".

(๒) เสียงเสียดถู (Friction

sounds). เกิดจากการเสียดถูของเยื่อ
เลื่อมระหว่างชั้นที่หุ้มอวัยวะชั้นผนังซึ่ง
เปลี่ยนแปลงโดยมีพยาธิสภาพ. เมื่อ
เกิดจากเยื่อหุ้มปอดเสียดถูกัน, เรียกว่า
"เสียงเยื่อหุ้มปอดเสียดถู" (pleural
friction sound). ฟังได้ยินตามการหายใจ
คล้ายเสียงเส้นผมแห้งถูกัน. เมื่อให้ผู้ป่วย
ช่วยกลืนหายใจ, เสียงจะหายไป. เสียง
นี้คล้ายกับเสียง "แครบเตชัน เสียง
ละเอียต." เสียงเยื่อหุ้มปอดเสียดถูมักได้
ยินตลอดระยะเวลาการหายใจเข้าและออก, แต่

"แครบเตชัน เสียงละเอียต" ได้ยินเฉพาะ
ตอนสูดหายใจเข้า. นอกจากนั้น "เสียง
เสียดถู" ฟังได้คล้ายว่าอยู่คน, และถ้า
ยังกดเครื่องฟังหนักขึ้นก็จะได้ยินเสียงชัด
เจนขึ้น, แต่สำหรับ "แครบเตชัน" จะ
กลีบได้ยินค่อยลง. เมื่อเกิดจากเยื่อหุ้ม
หัวใจเสียดถูเรียกว่า "เสียงเยื่อหุ้มหัวใจ
เสียดถู" (pericardial friction sound),
ฟังได้ยินตาม การเต้น ของหัวใจ และที่
บริเวณหัวใจ.

(๓) เสียงกิง (Metallic tinkle).

เป็นเสียงคล้ายเคาะกระดิ่งเบา ๆ. ฟังได้
ยินบางครั้งข้างคราวระหว่างการหายใจ,
โดยเฉพาะเมื่อตอนสูดหายใจเข้า, ในราย
มีสารน้ำและอากาศในโพรง เยื่อหุ้มปอด
หรือมีโพรงแผลขนาดใหญ่ ที่มีของเหลว
อยู่ข้าง. เชื่อว่าเกิดจากปอดอากาศออก
จาก ฟิสตูลา ในปอดแล้วไปแตกเห็นอ
ระดับน้ำ.

"เสียงเบ็ดเตล็ด" (Miscellaneous

sounds) เป็นเสียงที่ได้จากวัชกรวพิเศษ
หรือที่เกิดขึ้นโดยไม่สัมพันธ์กับการหายใจ. มี ๖ ชนิดด้วยกัน :

(๑) วอคัล เรโซแนนซ์ (Vocal

resonance) เป็นเสียงที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยช่วยนับ หันง, สอง, สามแล้วฟังเปรียบเทียบบริเวณอกทั้งสองข้าง. ตามปกติจะฟังได้ยินเสียงนับซึ่งไม่ชัดเจน, คล้ายเสียงหึ่ง (buzzing sounds). และมีความรู้สึกว่าเป็นเสียงออบทเครื่องฟงทพผนังอก.

(ก) เมื่อใดก็ตาม, ถ้ามีความรู้สึกว่าเป็นเสียงนับอยู่ใกล้หูเข้ามา แสดงว่า "เรโซแนนซ์ เพิ่มขึ้น" (increased vocal resonance). และถ้าเสียงอยู่ชิดหูแสดงว่า "เพิ่มขึ้นมาก" เรียกกันว่า "บร็องโชมโฟนี" (bronchophony). พบเมื่อมีก้อนโตลิเตชัน ในปอด, เช่น โดซาร์ปนีวโมเนีย.

(ข) เมื่อมีความรู้สึกเสมือนว่าเสียงผู้ป่วยช่วยนับอยู่ในหู และ ฟัง ได้ ชัดเจน ไม่คลุมเครือแบบเสียงหึ่ง, เรียกว่า "เป็คตอริโลควีย์" (pectoriloquy). ถ้าให้ผู้ป่วยกระซิบเบาๆ แล้วฟังได้ยินชัดเจนเรียกว่า "วีลเปอริงกเป็คตอริโลควีย์". พบในกรณีเดียวกันกับ "บร็องโชมโฟนี".

(ค) "อีโกโฟนี" (aegophony)

เป็นเสียง "บร็องโชมโฟนี" ที่มีลักษณะชัดเจนมาก (เนตล์) หรือคล้ายเสียงแพะร้อง. ฟังได้เห็นอรรถกับสำรนาในโพรงเยื่อหุ้มปอด.

(๒) เสียงกระลอกในอก (Tho-

racic splashing sounds*) เกิดเนื่องจากมีการกระลอกของของเหลวภายในโพรงเยื่อหุ้มปอด ในรายที่ มี ทง สำรนา และ อากาศอยู่ร่วมกัน. เสียงกระลอกนี้อาจได้ยินขณะผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวหรือเมื่อเขย้าอกผู้ป่วย. การฟังเสียงนี้ผู้ตรวจแนยทุกบหลังอกผู้ป่วยหรือใช้เครื่องฟังก็ได้.

(๓) เสียงเหรียญ (Coin sound).

อาการแสดงนี้ตรวจโดยใช้เครื่อง ฟัง ทาง ค้านหลังผู้ป่วยแล้ว ให้ ผู้ ช่วยวางเหรียญอันหนึ่ง ที่ หน้าอกผู้ป่วย แล้ว เคาะ ด้วย เหรียญอีกอันหนึ่ง. ตามปกติจะฟังได้ยินเสียง "กร๊ก", แต่ในราย ปนีวโมโล-แร็กซ์ จะได้ยินเสียง "กึ่งกึ่งวาน".

* สักคัสชั่น แปลว่า "การเขย้าอย่างแรง": ดังนั้นคำว่า "อีปโปคราติค สักคัสชั่น" จึงหมายถึงข้อวิธีการตรวจ และไม่ใช้ชื่อของเสียงที่ได้จากการตรวจ.

(๔) เสียงแชน “คาร์ดิโอ-เรส
ปรัตอรัย” (Cardio-respiratory

murmur). เป็นเสียงที่มากันเกิดภายใน
ปอด แต่ได้ยินพร้อมกันกับจังหวัดของ
หัวใจ. พบในรายที่มีพยาธิสภาพที่ปอด
ตำแหน่งซีกกับหัวใจ. ลักษณะของเสียง
ที่ได้ยินอาจคล้ายเสียง เครบี่เตซัน,
ร้อห่งไผ่, หรือเสียงกึ่ง, หรืออาการ
แกลดงของ แฮมแมน (Hamman's sign)
ซึ่งเป็นเสียงแตกปะท หรือกรอบแกรบที่
ได้ยินบริเวณยอดหัวใจ หรือ ข้าง ซ้าย ของ
กระดูกสันอก, ฟังซัดซันเมอนอนตะแคง
ซ้าย, ได้ยินเข้ากับจังหวัดของหัวใจ.

แฮมแมน (5) รายงานในผู้ป่วยที่มีอากาศ
รั่วเข้าใน เมดิอัสติเนียม; แต่ต่อมาผู้ป่วย
ในรายที่มีอากาศปริมาณน้อย ๆ ในโพรง
เยื่อหุ้มปอดซ้ายด้วย. (6) ในบ้านเรามีผู้
รายงานแล้วทั้งสองกรณี. (7, 8)

(๕) เสียงจากอวัยวะอื่นเคลื่อน
เข้ามาอยู่ในทรวงอก (Misplaced

visceral sounds) เช่นเสียงการบีบรัดของ
ลำไส้ที่ฟังได้ทิวบริเวณอก ในรายไส้เลื่อน
กระบังลม.

(๖) เสียงภายนอก (Extraneous

sounds): ได้แกเสียงจากเส็ดผาผู้ป่วย
กระทบหรือเสียดกัน, เกิดจากความ
ละเลยที่ไม่ได้เปิดองอาหารจากส่วนนอก
จนหมด; เสียงขนอกผู้ป่วยเสียดกับ
เครื่องฟัง; เสียงกลามเนอผนังอกหดตัว
 เป็นต้น.

เอกสาร

(1) Norris, G.W., and H.R.M. Landis: Diseases of the Chest and the Principles of Physical Diagnosis. 6th ed., revised, W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1938, pp. 132-140.
(2) Adams, F.D.: Physical Diagnosis. 14th ed., Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1958, pp. 259-260.
(3) กังสดาลย์, ป.: นอนฟังได้ยิน: คำล้าต้อม น้ำเหลืองดีแล้วหรือ? จ.พ.ส.ท. ๒๕๐๕, ๔๕: ๑๓๔.
(4) Robertson, A.J., and R. Coope: Rales, Rhonchi, and Laennec. Lancet 1957, 2:417.
(5) Hamman, L.: Spontaneous Mediastinal Emphysema. Bull. Johns Hopkins 1939, 64:1.
(6) Scadding, J.G., and P. Wood: Systolic Clicks Due to Left-Sided Pneumothorax. Lancet, 1939, 2: 1208.
(7) Yunibandhu, J. and S. Sirisumpundh: Spontaneous Mediastinal Emphysema. Report of 2 Cases. Siriraj Hosp. Gaz. 1949, 1: 263.
(8) เวชชาชีวะ, อ.: A Case of 'Noisy Pneumothorax. จุฬาลงกรณ์เวชสาร ๒๕๐๔, ๘:๑.



ประกาศของกรมวิชาการ

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.
ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ.
นนทพันธุ์ พรหมผลิน พ.บ.
ทวี บุญโชติ พ.บ.
สมชัย ภาริทธิวุฒิ พ.ด.
ประนิตย์ หัตถนาถรณ์ พ.บ.

อินเทอร์เฟอรอน

บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med.

คำว่า "อินเทอร์เฟอรอน" (Interferon) นี้เพ่งออกชนเมื่อสิบปีมานเองโดย Isaacs และ Lindermann (ค.ศ. ๑๙๕๗). เขาตั้งชื่อให้แก่ โปรตีน ชนิดหนึ่งซึ่งมีฤทธิ์ต่อต้าน ไวรัส และโตมาจาก โนโคไอแอลแลนโทอิก เม็มเบรน ของไก่อที่ไก่สัมผัสกับ อินฟลูเอนซ่า ไวรัส ซึ่งถูกทำให้หมดฤทธิ์ด้วยความร้อนก่อนแล้ว. อินเทอร์เฟอรอน อยู่ในกลุ่มสาร ไวรัสอินเทอร์เฟอเรนท์ ซึ่งได้เป็นที่ทราบกันมาประมาณ ๓๐ ปีแล้วว่าโตเกิดกับ ไวรัสของสัตว์, พืช และ ยักเตรี. แต่ที่ทราบชัดในเวลาถัดมาคือว่าปรากฏการณ์ที่ต่อต้านไวรัส ของสัตว์นั้นเองมาจาก อินเทอร์เฟอรอน. อย่างไรก็ตามมีเรื่องราวชวนให้คิดว่า สารที่คล้ายคลึงกับ อินเทอร์เฟอรอน อาจเกิดขึ้นในพืชและ ยักเตรี

ต่อต้าน ไวรัส ของพืชและ ไวรัส ของยักเตรี เหล่านั้น.

อินเทอร์เฟอรอน นอกจากที่เกิดกับไวรัส ของสัตว์กับเนื้อเยื่อของไก่อดังกล่าวแล้วยังปรากฏกับ เซลล์ ของสัตว์ อื่น ๆ อีกหลายชนิด.

มีผู้ทำ "อินเทอร์เฟอรอน" หลายชนิดได้บริสุทธิ์และพบว่ามีความบริสุทธิ์เป็นโปรตีน. มีคุณสมบัติทนต่อกรดและด่างเป็นพิเศษ. ยังคงมีฤทธิ์แม้จะถูกกับน้ำยา พิเอช ต่ำถึง ๑ และสูงถึง ๑๐ (ยกเว้น อินเทอร์เฟอรอน ขางชนิดเท่านั้น). คงทนต่อความร้อนพอสมควร, เช่นทำให้ร้อนถึง ๖๐°ซ. นาน ๑ ชั่วโมงก็ได้และถ้าเก็บที่อุณหภูมิ ๔°ซ. อยู่ได้เป็นเวลาแรมเดือน.

การศึกษานี้ว่า สารยับยั้งไวรัส

(ไวรัส อินทิบีเทอร) ตัวโตตัวหนึ่งเป็น อินเทอร์เฟอรอน นั้นเขามองเห็นดังนี้ :

๑. สารยับยั้งนั้นต้องเป็น โปรตีน และถูกสร้างจาก เซลล์ ซึ่งได้สัมผัสกับ สารชักนำ.

๒. ฤทธิ์ยับยั้ง ไวรัส ต้องไม่เป็นผล จากพิษที่ไม่จำเพาะต่อ เซลล์.

๓. ต้องยับยั้งการเจริญของ ไวรัส ใน เซลล์, โดยการกระทำภายใน เซลล์ เกี่ยวกับการสร้างกรด ไรโบนิวคลีอิก และ โปรตีน.

๔. ต้องยับยั้งการเจริญของ ไวรัส ได้หลาย ๆ ชนิดรวมทั้งชนิดที่ไม่อยู่ใน กลุ่มเดียวกันด้วย.

หลายครั้งได้ใช้ความถาวรของสาร ยับยั้ง ไวรัส ที่ พืช ๒ มาร่วมการคัดเลือ กด้วย.

การสร้างสาร อินเทอร์เฟอรอน

ถ้าใช้ โยสต์ ที่เหมาะ ไวรัส ทกชนิด สามารถชัก นำให้ เกิด อินเทอร์เฟอรอน ได้. ทั้งนี้ หมายความว่า การสร้าง อินเทอร์เฟอรอน เป็นการสนองตอบอย่าง สามัญของ โยสต์ ต่อการติดเชื้อ ไวรัส.

นอกจากนี้ยังมีรายงานแสดงว่า สาร ที่ไม่เกี่ยวข้องกัย ไวรัส หลายอย่างเป็นต้น ว่า บัคเทรีย, เอ็นโคที่อกซิน, สตาโตลอน (เป็น แอนไอออนิก โพลีแซ็กคาไรด์ ได้ จาก เพนิซิลเลียม สโตโลนิเฟอร์ม), กรด นคลีอิก, นคลีโอไทด์ และ นคลีโอ-ไซด์ เหล่านี้ชัก นำให้ เซลล์ สร้าง อินเทอร์เฟอรอน ได้. ทั้งนี้ก็ไม่อาจถือ เอาว่า ไวรัส หรือ ส่วนของ ไวรัส เท่านั้น เป็นตัวกระตุ้นจำเพาะ.

การแยกประเภท อินเทอร์เฟอรอน
อาจแยกออกเป็น ๓ ประเภทใหญ่ ๆ ได้ ดังนี้ :

ก. อินเทอร์เฟอรอน ที่เกิดจาก การชักนำด้วย ไวรัส อาจเกิดได้ทั้งใน ร่างกายและนอกร่างกาย. มีน้ำหนักอณู ประมาณ ๓๐,๐๐๐. การสร้างถูก ยับยั้งด้วย แอ็คติโนมัยซิน ซึ่งมีฤทธิ์ยับ ยั้งการสร้างกรดไรโบนิวคลีอิก. อินเทอร์ เฟอรอน ที่เกิดจากการชักนำของ สตาโตลอน มีคุณสมบัติเหมือนมากแต่ มีน้ำหนักอณู ๕๐,๐๐๐.

ข. อินเทอร์เพอรอน ที่เกิดในหนู
ถูกจักร และ ลูกไก่ โดยการ ชัก นำด้วย
บรรจุเซลล์ลา ออเบิร์ตุส. ชนิดนี้คล้ายกับ
ชนิดแรกในค่าน โคนเนติก ของการสร้าง,
มีความไวต่อสารยับยั้ง การสร้าง โปร-
เทออื่น. มีน้ำหนักอณู ๗๗,๐๐๐ และ
๔๔,๐๐๐.

ค. อินเทอร์เพอรอน ที่เกิดขึ้นจาก
การชักนำด้วย เอ็นโดท็อกซิน ชนิดนี้
เกิดขึ้นรวดเร็วมาก หลังจากฉีดอี. โคไล
เอ็นโดท็อกซิน ในหนู. เกิดขึ้นเร็วกว่า
กว่า อินเทอร์เพอรอน จากการถูกชัก
นำด้วย ไวรัส. มีน้ำหนักอณูประมาณ
๕๐,๐๐๐ และการสร้างไม่ถูกขัดขวาง
โดยสารยับยั้งการสร้าง กรด ไวโบน-
คลีอิก และ โปรเทออื่น. ทั้งนี้ทำให้เขา
ใจว่า อินเทอร์เพอรอน เกิดมีใน เซลล์
อยู่ก่อนแล้ว, เมื่อฉีด เอ็นโดท็อกซิน
เข้าไปก็กระตุ้นให้ปล่อยออกมา.

โคเนติก ของการสร้าง อินเทอร์-
เพอรอน. ขอยกตัวอย่างเพียงการสร้าง
อินเทอร์เพอรอน ที่ถูกชักนำด้วย ไวรัส.
แบ่งออกได้เป็น ๓ ระยะ.

๑. ระยะเตรียมตัว (แล็ก เฟส) กิน
เวลา ๑ ถึง ๘ ชั่วโมงแล้วแต่ชนิดของ
ไวรัส.

๒. ระยะสร้าง (โปรดักชัน เฟส)
เวลานานแตกต่างกันตั้งแต่ ๑๐ ถึง ๔๐
ชั่วโมง.

๓. ระยะหยุด (สเตชันนารี เฟส)
ไม่มีการสร้างเพิ่มขึ้น.

การศึกษาผล ของ การ ใช้ สารยับยั้ง
เมตะบอลิซึม ต่อการสร้าง อินเทอร์เพอ-
รอน พบว่าการสร้างกรด คีอ็อกซีไโรโบ-
นคลีอิก ของ เซลล์ ไม่จำเป็นต่อการ
สร้าง อินเทอร์เพอรอน, แต่การสร้างกรด
ไวโบนคลีอิก ที่ถูกควบคุมด้วยกรด
คีอ็อกซีไโรโบนคลีอิก และการสร้าง
โปรเทออื่น จำเป็นสำหรับการสร้าง
อินเทอร์เพอรอน.

เขาได้พบว่ากรด ไวโบนคลีอิก, ซึ่ง
เข้าใจว่าเป็น กรด ไวโบนคลีอิกชนิด นำ
คำสั่งสร้างสาร อินเทอร์เพอรอน, ได้เกิด
ขึ้นหลังจากการติดเชื้อ ไวรัส ไม่นานและ
คงอยู่หลายชั่วโมง. ตัวกระตุ้นในกรณี
อาจเป็นกรด ไวโบนคลีอิก ของเชื้อ ไวรัส
นั่นเอง, แต่ยังไม่ได้พิสูจน์.

กลไกของการออกฤทธิ์ของ อินเทอร์- เฟอรอน

จากข้อเท็จจริงที่ว่า อินเทอร์เฟอรอน แสดงฤทธิ์ยับยั้งการเจริญของ ไวรัส โดยผ่าน เซลล์, แสดงว่า อินเทอร์เฟอรอน ไม่ได้ทำให้ส่วนของ ไวรัส หดกกำลังโดยตรง. ถ้าเอา ไวรัส ไปข่มกับ อินเทอร์เฟอรอน แล้วนำไปติดเชื้อ โฮสต์ ก็พบว่าเชื้อ ไวรัส นั้นยังสามารถทำอันตราย โฮสต์ ได้. เป็นที่ทราบกันแล้วว่าเมื่อ ไวรัส ตัวใดตัวหนึ่งไปติดเชื้อ ทิสซุใด ๆ, ไวรัส ก็จะไปปล่อยเอาแคปซิด นิวคลีอิก ของมันเข้าไปใน ทิสซุ เหล่านั้น, ส่วน โปรตีน นั้นถูกละทิ้งไว้ข้างนอก. ดังนั้นถ้า ไวรัส ยังทำอันตราย โฮสต์ ได้ ภายหลังที่ไปข่มกับ อินเทอร์เฟอรอน แล้ว ก็แสดงว่าอินเทอร์เฟอรอน ไม่ทำอันตรายต่อกรก ไรโบนิวคลีอิก ของ ไวรัส โดยตรง.

อินเทอร์เฟอรอน ยับยั้งการเจริญของ ไวรัส ได้โดยการเพิ่มความต้านทานของ เซลล์ ต่อ ไวรัส. ความต้านทานจะเกิดขึ้นภายหลังจากที่ เซลล์ ที่ไวโคสมีผลกับ อินเทอร์เฟอรอน จำนวนน้อยสำหรับ เซลล์ ที่ไม่แบ่งตัวความต้านทานนี้อาจอยู่

ได้ถึง ๑๑ วัน, ถ้าเป็น เซลล์ ชนิดที่กำลังแบ่งตัว ความต้านทานจะลดลงโดยลำดับ. จากข้อมูลนี้อาจแปลผลไปได้ ๒ ทางคือ (๑) อินเทอร์เฟอรอน ถูกกำจัดไป และ (๒) อินเทอร์เฟอรอน นั้น ให้ผลในระยะพักของ เซลล์ มากกว่าในระยะที่ เซลล์ มี เมตาบอลิซึม สูง.

มีผู้รายงานว่า เซลล์ ที่ไวโคสมีผลกับ อินเทอร์เฟอรอน จนมีความต้านทานเต็มที่แล้ว, ภูมิคุ้มกันของมันต่อเชื้อ ไวรัส จะค่อย ๆ ลดลงเมื่อ เซลล์ แบ่งตัวออกไปหลาย ๆ ครั้ง. ก่อนที่ เซลล์ จะไวต่อการติดเชื้อ ไวรัส เท่าเดิม เชื้อ ไวรัส จะเจริญในเซลล์ ได้แต่ไม่ทำอันตราย เซลล์.

จากการศึกษาเท่าที่แล้วมาชวนให้คิดว่า ฤทธิ์สำคัญของ อินเทอร์เฟอรอน คือ การยับยั้งการสร้าง โปรตีน ของ ไวรัส.

เมื่อพิจารณาจากคุณสมบัติของ อินเทอร์เฟอรอน ในข้อที่ความพิษน้อยและมีฤทธิ์ยับยั้ง ไวรัส ได้มากชนิดแล้วทำให้คิดว่าน่าจะนำมาใช้ป้องกันและบำบัดโรคติดเชื้อ ไวรัส ได้. จากการทดลองในสัตว์โดยการบริหาร อินเทอร์เฟอรอน

เฉพาะที่เช่น ทา, ผิวหนัง, เพอร์โตเนียม ก็สามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัส ที่ลดลงไป ณ ที่แห่งเดียวกันได้. การฉีดอินเทอร์เฟอรอน เข้าร่างกายป้องกันการติดเชื้อไวรัส ในหนูถีบจักร, หนูพุก, ลูกไก่ และกระต่ายได้.

สำหรับในคนก็พบ อินเทอร์เฟอรอนเหมือนกัน เช่นในบางรายที่มีการอักเสบของเยื่อหุ้มสมองจากเชื้อไวรัส หรือพวกที่มีการติดเชื้อไวรัส ในทางเดินอากาศส่วนบน. ได้มีผู้ทดลองใช้ อินเทอร์เฟอรอน ซึ่งได้จาก ทิสซุ ที่เพาะเลี้ยงมาป้องกันและรักษาการติดเชื้อไวรัส ในคนบ้าง, แต่ในขณะนั้นผลของการทดลองยังไม่มากพอที่จะสรุปผลได้แน่นอน. อีกประการหนึ่งเราทราบแล้วว่า อินเทอร์เฟอรอน ออกฤทธิ์โดยเพิ่มความต้านทานให้กับ เซลล์, ดังนั้นการใช้ อินเทอร์-

เฟอรอน รักษาการติดเชื้อไวรัส คงไม่ได้ผลดีเพราะโรคเหล่านั้นส่วนมากเมื่ออาการปรากฏ เซลล์ ที่ร่างกายก็ถูกติดเชื้อไปหมดแล้ว. มีบางโรคเท่านั้น เช่น โรคหัดและผื่นตามอาการนำมาก่อนในระยะที่เชื้อกำลังรุกราน. ถ้าใช้ อินเทอร์เฟอรอน ในขณะนั้นคงได้ผลมาก. อย่างไรก็ตามผู้เขียนได้พิจารณาว่า อินเทอร์เฟอรอน นั้นคงเกิดขึ้นใน ทิสซุ เมื่อร่างกายถูกเชื้อ, และเป็นตัวการสำคัญของ "การป้องกันของร่างกายที่ไม่ใช่ภูมิคุ้มกัน" (นี่อน-อิมมูน คีเฟนซ์) ซึ่งทำให้ร่างกายพ้นจากโรค, เนื่องจาก อินเทอร์เฟอรอน เกิดได้เร็วกว่าสารคุ้มกัน (อิมมูน ขอบคีย์) และทำหน้าที่ป้องกันการแพร่ของไวรัส เข้าสู่กระแสเลือดและกระจายทั่วไป. สารคุ้มกันที่เกิดขึ้นอาจมีหน้าที่เพียงป้องกันการติดเชื้อซ้ำอีกเท่านั้น.

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: ถนอมฤดี ภูมิภักดี พ.บ., M.S., นันทพร นิลวิเศษ พ.บ., Dr. med.,
ประเสริฐศักดิ์ ตูจินดา พ.บ., วิทยุย์ อังประพันธ์ พ.บ., น.บ.,
ทัศนีย์ จงศุภชัยสิทธิ์ พ.บ., D.P.H., D.T.M. & H

๑. Kiichi Takano และคณะ: ความพิการแต่กำเนิดในหนกเกิดจากการฉีด อัลล๊อกซาน ให้เป็นเขาหวาน. Anat. Rec. 1967, 159: 303.

ผู้รายงานได้ทำการทดลองในหนกสองชนิดคือ "หนกจักร" และ "หนก" หนกชนิดแรกได้รับ อัลล๊อกซาน ๕๐๐ มก. ต่อหนกตัว ๑ กก. หลังจากวันที่มีการผสมพันธุ์แล้วปล่อยให้เจริญต่อไป. ฆ่าหนกในวันที่ ๑๘. ตรวจคลุกหนกพบว่า ๒๗ ปช. ตายไป. บางตัวสลายไปหมด. ที่เหลือรอดอยู่ ๗.๒ ปช. มีการผิดปกติคือ เอ็กเซนเซฟาเลีย (exencephaly), สไปน่าไบฟิดา (Spina bifida) และเพดานแหว่ง (cleft palate).

ส่วนหนกพวกไทรีย อัลล๊อกซาน ขนาด ๑๖๐ มก. ในวันที่ ๗ หลังจากผสมพันธุ์. ฆ่าหนกในวันที่ ๒๐. พบว่าเหลือ ๕๐ ปช. ที่รอดตาย. แต่ก็มีผิดปกติแบบเดียวกับหนกชนิดแรก. ได้ตัด เซ็คชั่น ตรวจจกด้วยกล้องจุลทรรศน์และศึกษาลักษณะของโครง

กระดูกโดยใช้สี อะลิซาริน. พบว่ามีกระดูกปรกติที่ลกตาเป็นต่อแก้วตา (แคตาแรกต์) และที่ไตเกิด ฮัยโครเนโฟรสิส. กระดูกสันหลังผิดปกติ, ไม่มีกระดูกสันนอก (sternebrae). และมีกระดูกซี่โครงมากกว่าปรกติ.

ได้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดของแม่, ในน้ำคร่ำ, และตัว เอนไซม์ไอ. พบว่าระดับน้ำตาลสูงทั้งหมด. แต่ของแม่สูงที่สุด, รองลงมาคือในน้ำคร่ำ. สำหรับในคนเคยมีรายงานไว้ เช่นเดียวกับว่า ในน้ำคร่ำของเด็กจากแม่ที่เป็นเขาหวานระดับน้ำตาลสูง.

ถนอมฤดี ภูมิภักดี พ.บ., M.S.

๒. Elsly, J.M., H. Wilson: การหลังน้ำตาลในแมว. Brit. J. Pharmac. Chemotherap. 1967, 29: 1-7.

ผู้รายงานศึกษาการหลังน้ำตาลในแมว โดยการกระตุ้นประสาท ลาซิริมัล ด้วยคลื่นไฟฟ้าแบบมุมฉาก (rectangular).

นานครั้งละ ๑.๕/๑๐๐๐ วินาทีและความถี่ในช่วงต่างๆ กัน. พบว่าความถี่ที่ทำให้เกิดผลอย่างน้อยที่สุดคือ ๒ ถึง ๕ ซีก/วินาทีและ น้ำตาไหลมากที่สีกเมื่อใช้ตัวกระตุ้นมีความถี่ ๑๐ ถึง ๒๐ ซีก/วินาที. ไม่มีปรากฏการณ์ของการติดต่อกันของประสาทข้ามข้าง, คือไม่มีการหลั่งน้ำตาถ้าประสาทของต่อมน้ำตาข้างเดียวกันนั้นไม่ถูกกระตุ้น. การหลั่งน้ำตาที่เกิดขึ้นโดยการกระตุ้นประสาท ลาซิริมีล นั้นทำให้เพิ่มมากขึ้นได้ด้วย พืชชอสติกมัน และทำให้ลดลงได้ด้วย อะโทรปีน. ขอนแสดงว่าใยประสาท สำหรับการหลั่งในประสาท ลาซิริมีล นั้นเป็นพวก โพลีเนอรัล.

นันทพร นิลวิเศษ พ.บ., Dr. med.

๓. Canniestt, S.M., R.W. Waggoner: การรักษาโดยทำให้ ชักด้วย ไฟฟ้า โดยกระตุ้นข้างเดียวและสองข้าง. Arch. Gen. Psych. 1967, 16: 229-232.

การรักษาด้วยการทำให้ชักโดยไฟฟ้าวิธีกระตุ้นสมองข้างเดียว เป็นวิธีการผ่านกระแสไปยังกลีบสมองซีกที่ นอน-คอมมิแนนท์, แล้วทำให้เกิดการชักทั้งตัว.

ผลตามหลัง อย่างหนึ่งของ การรักษา คือ การเกิดความจำเสื่อม. ผู้รายงานได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการรักษาและผลตามหลังระหว่าง การรักษาด้วยการทำให้ชักโดยกระตุ้น ไฟฟ้าข้างเดียวและ สองข้าง. พบว่า t-test. มีนัยสำคัญเกี่ยวกับความทรงจำในปัจจุบัณและอดีตไกล. ถ้าทำให้ชักโดยกระตุ้นสมองข้างเดียว, การเสียความจำเกิดขึ้นน้อยกว่าพวกที่ถูกกระตุ้นสองข้าง. ส่วนผลการรักษาที่เท่ากัน. ฉะนั้นจึงควรใช้การรักษาด้วยการทำให้ ชักโดยกระตุ้นไฟฟ้าที่สมองข้างเดียวเป็นมาตรฐานในการใช้รักษาโดยวิธีทำให้ชักด้วยไฟฟ้าได้.

ประเสริฐศักดิ์ ตูจินดา พ.บ.

๔. Mason, M.F., E. Rose and F. Alexander: แผลที่ศีรษะซึ่งเกิดจากการยิงโดยใช้ลูกปืนที่ไม่เหมาะสม. J. of Forens. Sc. 1967, 12: 205-213.

รายงานเสนอ อคติวินยาศกรรมที่ผิดปกติหนึ่งราย, โดยใช้ปืนลูกม่, แต่ใช้กระสุนไม้ไผ่ขนาดกบเข็น, ปรากฏบาดแผลที่ศีรษะถึง ๔ แผล และ ออก เบื้อง ซ้าย หนึ่งแผล. ในการตรวจศพและตรวจทาง

รังสัพพวากระสุนปืนที่กระเษณตักอยู่ค้ำน
นอกของกะโหลกศีรษะใต้ผิวหนัง. กระสุน
ที่เข้าทาง แผลที่อก เบื้องซ้ายเข้าหัวใจ.
กระสุนทะลุกระบังลมไปอยู่ในกระเพาะ
อาหาร. เลือดออกในช่องอก ๑,๕๐๐ มล.,
และเป็นเหตุตาย.

ในการตรวจพบว่าเป็นปืนลูกม่
ขนาด ๐.๓๒ โอเมก้า, ปากกระบอกยาว ๒
นิ้ว, ซึ่งต้องใช้กระสุน ๐.๓๒ S+W อย่าง
ยาว. แต่กระสุนปืนที่พบอยู่ในศพและ
ปลอกกระสุนซึ่งแตกทุกปลอกเป็นขนาด
๐.๓๒ คอลท์อย่างสั้น. ขนาดของกระสุน
ไม่พอกักบรรจุกระสุนในลูกม่, ทำให้แก๊ส
ออกทางช่องที่หลวมนั่นเอง และเป็นเหตุ
ให้ความเร็วของกระสุนลดลง. ผู้ตายยิง
ถึง ๕ ที่จึงยังไม่ทะลุกะโหลกศีรษะ, และ
ต้องยิงครั้งที่ ๕ เข้าหัวใจ, อันเป็นการ
อัตรวินิฆาตกรรมที่ประหลาดและนอก
ตำราารายหนึ่ง.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ พ.บ., น.บ.

๕. G. Sköld : หายใจไม่ออกเพราะถุง
พลาสติก. Dtsch. Ztschr. f. gerichtl.
Med. 1967, 59: 42-46.

รายงานเสนอคนไข้ ๔ รายที่ตาย
เพราะเอาถุงพลาสติกครอบหัว. รายหนึ่ง

ฆ่าตัวตาย. อีกรายหนึ่งไม่ทราบเหตุจ
ใจที่ทำให้เขาฆ่าตัวตาย. อีก ๒ รายเป็น
เด็กถูกฆาตกรซึ่งเป็นโรคจิตฆ่าตาย. ทั้ง
๔ รายไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัด
เจน, ตเหมือนกรณีที่ตายจากการขาด
อากาศโดยวิธีอื่น. ผู้รายงานได้ทดลอง
ในหนู ๓ ตัว, ก็ได้ผลเช่นเดียวกัน, คือ
พบแต่เพียงจกลูกออกเล็ก ๆ ในปอดของ
หนูตัวเดียวเท่านั้น. การวินิจฉัยจึงยาก
มาก. แต่มีข้อสังเกตข้อหนึ่งคือทุกรายจะ
มีหยดน้ำเล็ก ๆ ติดอยู่ค้ำน ในของถุง
พลาสติกที่ครอบศีรษะอยู่.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ พ.บ., น.บ.

๖. Lt. Col Richard, C. Reba and Lt.
Col Thomas W. Sheeby : การรักษา
มาลาเรีย ฟัลซิพารัม ด้วย คอลชิซิน
ร่วมกับควินิน. JAMA. 1967, 201: 553.

คอลชิซิน ถูกนำมาใช้ร่วมกับควินิน
ในการรักษาไข้มาลาเรียที่เกิดจากเชื้อ
พลาสโมเดียม ฟัลซิพารัม ที่เกิดกับทหาร
อเมริกัน (ซึ่งไม่เคยมีภูมิต้านทาน) ใน
เวียตนาม, ในดินแดนซึ่งเป็นที่รู้จักกันว่า
คือค้อยา ฆลอโรควิน ฟอสเฟต ประมาณ
๕๐ ปร., และการใช้ควินิน ได้ผลเพียง

๖๐-๗๐ ปช. ในระยะสองปีที่ผ่านมา คอลชิซิน มีฤทธิ์เป็น แอนติไมโทติก และแอนติเอ็นไซม์มาติก, โดยมีนจะซึมซาบเข้าไปในเม็ดเลือดแดงได้โดยการรบกวนเอ็นไซม์ ที่เกี่ยวข้องกับการเวียนกลับในวงการใช้ เติตราซัยโทรโฟเลท และ ทีซัยโทรเจเนส, และมันยังสามารถทำให้เกิดการหยุด ไมโทสิส ของ เซลล์ โดยเฉพาะใน ทิสซ ซึ่งมื่อตราการแย่งตัวของ เซลล์ สง, ซึ่งคุณสมบัติอันนี้ทำให้เราเชื่อว่ามันจะเพิ่มฤทธิ์ฆ่า พลาสโมเดียมของ คิวโนน.

ผู้รายงานได้นำเอา คอลชิซิน มาใช้ร่วมกับ คิวโนน ในการรักษา มาลาเรีย พัลซิพารัม ในทหารอเมริกันในเวียดนาม, อายุระหว่าง ๑๘-๓๑ ปี, ซึ่งช่วยเป็นไข้ มาลาเรีย พัลซิพารัม เป็นครั้งแรก. ก่อนช่วยทุกรายได้รัย ฌลอโรควิน เบส ๓๐๐ มก. ต่อสัปดาห์ และ ปริมาควิน เบส ๔๕ มก. ต่อสัปดาห์. หลังจากวินิจฉัยว่าเป็น มาลาเรีย พัลซิพารัม แล้วให้ยา คอลชิซิน ขนาด ๐.๕ มก. ทุก ๒ ชั่วโมง

๑๐ ครั้งในวันแรก. ในวันรุ่งขึ้นให้ขนาด ๐.๕ มก. ทุก ๑๒ ชั่วโมง, รวมเป็น ๖.๐ มก., และให้ คิวโนน ซัลเฟต ขนาด ๖๕๐ มก. ทุก ๘ ชั่วโมงร่วมไปด้วย, นาน ๑๔ วัน. หลังการรักษาผู้ช่วยทุกคนได้รับการเผ่าคอาการเป็นเวลานาน ๒๑-๔๕ วัน. ปรากฏผลว่าประมาณ ๘๒ ปช. ใช้หมดไปใน ๘-๑๒ ชั่วโมงหลังให้การรักษา, และประมาณ ๑๔ ปช. ยังมีไข้เหลืออยู่นานจนถึง ๘๔-๙๖ ชั่วโมง. ใน ๔ ปช. การรักษาไม่ค่อยได้ผลดีนัก, เพราะยังมีไข้อยู่นานเกิน ๙๖ ชั่วโมง. เมื่อเปรียบเทียบกับการให้ คิวโนน ซัลเฟต อย่างเดียว (ขนาด ๖๕๐ มก. ทุก ๘ ชั่วโมง นาน ๑๔ วัน) ซึ่งไข้จะลงในสัปดาห์ที่ ๑-๔ ประมาณ ๖๔ ปช. และ ๑๐ ปช. ยังมีปรสิทอยู่จนถึงสัปดาห์ที่ ๔. นับว่าการใช้ คอลชิซิน ร่วมกับ คิวโนน ได้ผลดีในการรักษา มาลาเรีย, ซึ่งเป็นแนวทางสำหรับใช้ยา ร่วมแบบอื่น ๆ ต่อไป.

ทัศนีย์ จงศุภชัยสิทธิ์

W.B., D.P.H., D.T.M. & H.

ปกิณกะ

๑. ศาสตราจารย์ ค็อช-เวฟเซอว์

ศาสตราจารย์ Koch-Weser ซึ่ง
เป็นรอง คณบดี แห่ง โรงเรียน แพทย์ ของ
มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด สหรัฐอเมริกา,
ไต้แหวะ เยี่ยม และ แสดง ปรากฏการณ์ คณะ
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่
๔ กรกฎาคม ๒๕๑๐. ท่านปรากฏมีประวัติ
การศึกษา และ การทำงานที่น่าสนใจ
และ ชวนให้ เชื่อว่ามี ประสิทธิภาพ มาก
เกี่ยวกับ การอบรม ศึกษา แพทยศาสตร์.
ท่านเกิดในประเทศเยอรมนี, อพยพไปอยู่
บราซิล เมื่ออายุ ๑๘ ปี. เรียนจบแพทย์
ที่นั่น. ต่อมาได้มาเป็นอาจารย์แพทย์ที่
โรงเรียนแพทย์ในชิคาโก. ภายหลังย้าย
มาอยู่มหาวิทยาลัย เวสเทอรัน ริเสอร์ฟ
และในที่สุดมาอยู่ที่ ฮาร์วาร์ด.

ศาสตราจารย์ ค็อช-เวฟเซอว์ ได้
เล่าเปรียบเทียบถึงวิธีการที่ใช้อบรมศึกษา
แพทยศาสตร์ในที่ต่าง ๆ อย่างน่าสนใจ.
มหาวิทยาลัย เวสเทอรัน ริเสอร์ฟ นั้น
ก้าวหน้าก่อนเพื่อนในการนำการสอนแบบ
ผสมผสานมาทดลองใช้เป็นเวลาประมาณ

สิบปีมาแล้ว. วิธีที่ต้องการให้นักศึกษา
เรียนวิชาพื้นฐานการแพทย์พร้อม ๆ กับ
การศึกษาโรค, ซึ่งอาจให้ผลดีกว่าใน
แง่สร้างความสนใจ, แต่เป็นวิธีที่แพง,
เพราะต้องใช้อาจารย์มาก. ที่ เวสเทอรัน
ริเสอร์ฟ มีครู ๒.๒ คนต่อนักเรียน ๑
คน. เนื่องจากวิชาการแพทย์ก้าวหน้าไป
มาก, เนื้อหาของวิชาแพทย์ที่ควรรู้จักเพิ่ม
ขึ้นทุกที, ไม่สามารถเรียนได้หมดใน
กำหนดเวลา ๔ ปี, โรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ
จึงมีจุดมุ่งหมายที่จะสอนให้นักศึกษาหา
ความรู้เองตลอดไป, มากกว่าที่พยายาม
ยึดเย็บความรู้ให้ในเวลาจำกัด, ที่ ฮาร์-
วาร์ด กำลังเตรียมที่จะใช้หลักสูตรที่แบ่ง
วิชาเป็นสองภาค, คือ ภาคบังคับและภาค
เลือกเรียน. ในชั้นสูงขึ้นไปนักศึกษาจะมี
โอกาสเลือกวิชาเรียนได้เพิ่มขึ้น.

ท่านปรากฏได้ฝาก ข้อคิดที่น่าสนใจ
เกี่ยวกับการแพทย์ยุคใหม่ จะไปรับ การ
อบรมเพิ่มเติม ใน สหรัฐ อเมริกา. ใน
ประเทศนั้น มี ตำแหน่ง แพทย์ ผกหัต ทรับ

ใต้ต้อง อยู่ใน โรงเรียน เว้นแต่ จะ มี เหตุ
จำเป็น ก็ ต้องลา ออกไป ชั่วครู่ ชั่วคราว,
และ ตั้ง แต่ บ่าย วัน เสาร์ ถึง วัน อาทิตย์
โรงเรียน ยึด การเรียน ปล่อยให้ นักเรียน
กลับบ้าน หรือ ออกไป เทียวเตร่ ข้างนอก ได้.
ส่วน นักเรียน ที่มี ภูมิลำเนา ถิ่นฐาน อยู่ต่าง
จังหวัด และ ไม่มี ที่พัก ใน กรุงเทพฯ ก็ คง อยู่
ใน โรงเรียน ได้ จนถึง ปลาย ปี ชด เอม ใหญ่
๖ สัปดาห์, จึง กลับ ไป ภูมิลำเนา ของ ตน.
แต่ นักเรียน บางคน จะ ไม่ กลับ ไป บ้าน ที่
จังหวัด ตน อยู่ จะ คง อยู่ ใน โรงเรียน ต่อ ไป
ก็ได้. สมัย นั้น นักเรียน ชด หนึ่ง จะ รู้จัก เป็น
เพื่อน กับ นักเรียน ชด ก่อน ๔ ชด และ ชด
หลัง อีก ๔ ชด. ผม หมายความว่า เมื่อ
เข้าไป เรียน ชั้น บั ทหนึ่ง ก็ จะ รู้จัก กับ พวก บั ท
สอง-สาม-สี่ และ ห้า, เมื่อ เรา เรียน ไป ถึง
ชั้น บั ท ห้า เรา ก็ จะ รู้จัก กับ พวก ชั้น บั ท สี่-
สาม-สอง และ บั ท หนึ่ง.

ผม เข้า ไป ใน โรงเรียน แพทย์ ครั้ง แรก
ก่อน วันที่ ๑๕ พฤษภาคม พุทธศักราช
๒๔๕๕ สอง สาม วัน พร่อม กับ เพื่อน ร่วม
โรงเรียน สอน วิทยาลัย อีก ๒-๓
คน ก็จะ เรียน แพทย์ ด้วย กัน, เพื่อนำ
หนังสือ ส่ง ตัว จาก อาจารย์ ใหญ่ โรงเรียน
สอน วิทยาลัย ไป ให้ แก่ ครู ผู้ ปกครอง

โรงเรียน แพทย์. ครู ผู้ รับ หนังสือ ส่ง ตัว
พวกผม ไม่ ใช้ ใครอื่น, ครู เก่า โรงเรียน
สอน วิทยาลัย ที่ เคย สอน ผม มา แล้ว,
ท่าน ผู้ น คือ ขน ประการ วรมลิต ธิ, ต่อ มา ได้
เลื่อน บรรดาศักดิ์ เป็น พระ ประการ วรมลิต ธิ.
ท่าน ผู้ น ได้ ต้อนรับ และ ให้ เขียน กรอก ข้อ
ความ ใบ สม คร ลง ใน แบบ พิมพ์ ของ โรงเรียน
แล้ว ท่าน ได้ นัด ให้ นักเรียน มด โรงเรียน ใน
วัน เข็ด เรียน วันที่ ๑๕ พฤษภาคม, ก่อน
สาม โมง เช้า (๕.๐๐ น. ที่ เรียก กัน เดียว
นั้น), ให้ เตรียม เสื้อผ้า, เครื่อง แต่ง ตัว ใน
เวลา เรียน และ เมอ เล็ก เรียน. เวลา เข้า
ห้อง เรียน นั่ง กาง เกง ขา สัน สัก ๓ ชั่วโมง ออก
คือ บั ท ละคร ๓ ชั่วโมง, เวลา เล็ก เรียน
นั่ง กาง เกง จีน แพร่ ก็ได้ หรือ ผ่า ธรรม ดา ก็
ได้, และ เตรียม เครื่อง ใช้ สด ย ประ จำ ตัว มา
ให้ พร่อม เพื่อน ین อยู่ หลบ ัน อน ใน โรงเรียน
จน กว่า จะ ถึง วัน เสาร์ จึง จะ กลับ บ้าน ได้
เมื่อ ได้ ขน ใบ สม คร เสร็จ เรียบ ร้อย แล้ว,
ขณะ เติ น กลับ ออก จาก โรง พยาบาล ศิริ ราช
ให้ มีความ รู้สึก ว่า ไม่ อยาก จะ มา เรียน ใน
วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ตาม กำหนด, เพราะ
บริเวณ ภายใน ที่ เติ น เข้า ไป และ ออก มา ซ่าง
สง ย เบียด จน รู้สึก ว่าง ว่างใจ, กระ เตี้ย ค ไป
ซ่าง หน้า จะ กลัว ๆ แต่ ไม่ รู้ ว่า กลัว อะไร.

ทั้งสองข้างทางมีต้นไม้ใหญ่ ๆ ส่วนมาก
เป็นต้นมะม่วงขน ปกคลุมบริเวณร่มเย็น.
ผู้คนเดินเข้าออกเกือบไม่มีเอาที่เดียว. มี
แต่คนทำการอยู่ในนั้นที่เดินเพื่อไปทำธุระ
ของคนเท่านั้น. ไม่มีผู้คนจรจกเข้า ๆ
ออก ๆ เป็นจำนวนมากเหมือนที่อื่น.
แต่ความรู้สึกออกอย่างหนึ่งที่ว่า ๆ จะต้อง
มาเรียนให้ไ้เพราะตั้งใจไว้แล้วว่าจะเป็น
หมอเพื่อช่วยบรรเทาทุกข์ของผู้อื่นให้พ้น
จากความทรมานร่างกาย, จากการเจ็บ
ป่วย, ถึงไม่หายก็ให้พ้นจากความทรมาน
บรรเทาเขาข้างลงไป, คิดว่าจะไปเรียน
วิชาฆ่าคนหรือวิชาเอาคนเข้าคุกขังในคุก
ในตาราง ซึ่งเป็นการให้เขาได้รับ ความ
ทุกข์.

นักเรียนแพทย์ในสมัยที่ สมเรียน นั้น
มีสองประเภท, ประเภทที่หนึ่งเรียกว่า
“นักเรียนในบารุง”. ประเภทนี้ นักเรียน
ไม่ต้องสอบ แข่งขัน เข้าเรียน และ ไม่ต้อง
เสียเงินค่ากินอยู่, รัฐบาลจ่ายแทนให้
เสร็จ, อีกนัยหนึ่งเขาเรียกว่า “นักเรียน
ทนหลวง”. ผู้ที่เข้าเรียนในประเภทนี้
ไ้ก็ต้องเป็นผู้ ที่สอบ ไล่ ไ้ประโยชน์ มัชย
แล้วเท่านั้น. ชั้นมัธยมในสมัยนั้นมีสาม
ชั้น, ผู้ที่สอบชั้นมัธยมที่สามไ้ไ้ไ้

ประกาศนียบัตรประโยคมัธยม. ประเภท
ที่สองเรียกว่า “นักเรียนนอกบารุง”
นักเรียน ประเภทนี้ ต้องเสียเงินเป็นค่ากิน
อยู่เดือนละ ๑๐ บาทต่อมาเพิ่มจนเป็น
เดือนละ ๑๕ บาทตลอดเวลาเรียน.
นักเรียนประเภทนี้จะเข้าเรียนไ้ไ้ไ้ต้องสอบ
แข่งขันเข้าเรียนกันก่อน, ใครสอบไ้ไ้ไ้มี
สิทธิขยับ สมัคร ตาม แบบ เข้าเรียน ไ้.
นักเรียนประเภทนี้มีความรู้พื้นฐานไม่เท่า
กัน. การเรียนแพทย์ตั้งแต่ชั้นมัธยม
เป็นการเรียนโดยตั้งต้น เรียนในวิชาที่
ทุก ๆ คนไม่เคยเรียนและรู้จักกันมาก่อน
เลย, ดังนั้นวิชาที่เรียนมาจากชั้นมัธยม
เช่นวิชาคำนวณ, เลขวิธ, พิศคณิต,
ย้ออเมตรี, วิชาภาษาไทย, ไวยากรณ์,
อ่านเอาความ, แต่งเรื่อง, ภูมิศาสตร์
เหล่านี้ ไม่มีการเรียน และใช้ไ้ไ้ไ้ใน
โรงเรียนแพทย์เลย, มีวิชาภาษาอังกฤษ
เท่านั้นที่ ไ้ไ้ไ้ เป็น ประโยชน์ อย่างมาก
เพราะเกี่ยวกับวิชาที่สอบมากไปด้วยศัพท์
ภาษาอังกฤษ, ถ้าอ่านไม่ออกเขียนไม่ไ้ไ้ไ้
ก็แย่น้อย. ฉะนั้นหลักสูตรสอนภาษา
อังกฤษจึงต้องมีสอนอยู่ในโรงเรียนแพทย์
อีก.

หลักสูตรวิชาแพทย์ที่สอนในสมัยที่
ผมเล่าเรียนอยู่ก็จำไม่ได้เลยว่าชั้นใด
เรียนอะไร, สัปดาห์ละกี่ชั่วโมง, บัณฑิต
ชั่วโมง, จำได้เท่าที่นึกได้ว่าตลอดเวลา
เรียนชั้นใดผมได้เรียนอะไรอย่างเท่านั้น.
วันแรกที่ผมเข้าห้องเรียนผมได้เห็นโครง
กระดูกมนุษย์เต็มทั้งร่าง ตั้งแต่กะโหลก
ศีรษะถึงปลายเท้า, แขนงห้อยต่อแต่
ขยับกับที่แขน, แล้วครูผู้สอนบอกว่าชั่วโมง
นี้เราจะเรียนวิชา อานาโตมีย์. ผมฟัง
คำสอนไม่รู้เรื่องเลย, จากคำสอนแล้วเขา
มาอ่านออกก็ไม่รู้เรื่องอีกเช่นเดียวกัน, ทั้ง
คำว่า อานาโตมีย์ แปลเป็นภาษาไทยว่า
กระดูกก็ไม่ทราบ. เพราะที่ดึกผมมี Mc.
Farland's English-Siamese Dictionary
ที่ซื้อใช้เมื่อเรียนอยู่ชั้นมัธยมติดไปด้วยจึง
เปิดหาคำว่า อานาโตมีย์ แปลว่าอะไร.
ในดึกชั้นนารีย์ คำว่า "อานาโตมีย์"
กายวิภาควิทยา, สอนด้วยอวัยวะต่าง ๆ
มีลักษณะอย่างไร" ดังนี้. ดึกชั้นนารีย์
เล่มนี้ช่วยผมมากในโรงเรียนแพทย์ และ
ก็มารู้เอาที่ว่าผู้เรียบเรียง ดึกชั้นนารีย์
คือคุณพระอาจารย์ชยาภิม, อาจารย์ของเรา
นั่นเอง.

ชั้นปีที่หนึ่ง เราเรียน อานาโตมีย์,

เคมีสตรีย์, โยทอนีย์, ฟิสิกส์, สมุนไพร
ยาไทย, จรรยาแพทย์ (เจ้าพระยาพระ
เสด็จฯ. เสนาบดีกระทรวงธรรมการสมัย
นั้นเป็นผู้แต่ง) และภาษาอังกฤษ. ในชั้น
ปีที่หนึ่งนั้นในตารางสอนของวันหนึ่ง ๆ มี
ชั่วโมงว่างไม่สอน ให้อยู่เฉย ๆ ในห้อง
เรียน, ใครจะดึกหนังสือหรือคอกันก็ได้,
วันละหนึ่งถึงสองชั่วโมง.

ชั้นปีที่สอง เป็นการเรียนวิชาต่อจาก
ชั้นปีที่หนึ่ง และเพิ่มวิชา ฟิสิกส์ไฮโดรยี่,
ฟาร์มาซี, และท็อกซิโคโลยี.

ชั้นปีที่สาม, ชั้นนี้หนักหน่อยเพราะ
เพิ่มเติมให้เรียนวิชาใหม่ ๆ อีกหลายวิชา,
แต่ไม่ต้องเรียนวิชาสมุนไพรไทย,
โยทอนีย์. เคมีสตรีย์, ฟิสิกส์, คงเรียน
วิชา ฟิสิกส์ไฮโดรยี่, อานาโตมีย์, ฟาร์มาซี
และ ท็อกซิโคโลยี ต่อจากปีที่สอง
เฉพาะวิชา อานาโตมีย์ เปลี่ยนอาจารย์ผู้
สอนจากหมอ St. A. Fernandez เป็นหมอ
Walter B. Toy. นักเรียนต้องไปทำการ
ชำแหละศพในความควบคุมของหมอ
ทอย ประกอบการเรียนด้วย. วิชาใหม่ที่
เรียนในชั้นนี้คือ แมทริแคว เมติกา, แพร์ค-
ติช ออฟ เมทริช, คัลยศาสตร์, ซีม-
ปีตอมาโตโลยี, อ็อบสเทตริคส์, และ

ภาษาลาติน, ส่วนภาษาอังกฤษก็ยังมี
ชั่วโมงเรียนอยู่.

ชั้นย ทส, ชั้นโรงเรียนได้เพิ่มวิชา
ใหม่ให้เรียนอีกคือ โทโปกราฟิก อนา-
โตมีย์ โรคตา, กามโรค, เมทิกัล จริส-
ปรเคนซ์, และ วิทยาศึกษา. ส่วนวิชา
ศัลยศาสตร์ และ แพร์คิตซ์ ออฟ เมดิซิน
ยังคงเรียนต่อไปอีก.

ชั้นย ทหา, ชั้นการเรียนในห้องเรียน
ไม่มี, มีแต่ คัมมอนสเตอร์ต คนใช้พร้อมทั้ง
บรรยาย และมีการ สอบตอบ คำถามด้วย
ปากเปล่า, ไม่ต้องสอบข้อเขียน. ชั้นย น
เรียกว่าแพทย์ฝึกหัด. พวกเราถูกทาง
โรงเรียนแบ่งออกมาเป็นสองพวก, พวก
หนึ่งทำการฝึกหัดตามเรือนคนไข้ทั้งฝ่าย
ชายและหญิง, ฝ่ายที่โรงกระโจนและ
ฝึกหัดปรงยา—จ่ายยา ที่ห้องยา, อีกพวก
หนึ่งไปฝึกหัดภายนอกโรงพยาบาลศิริราช,
ที่โรงพยาบาลกลาง, โรงพยาบาลโรคจิต
ซึ่งเคยพนมชื่อว่าโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้า-
พระยา, และที่แผนกสุขภาพของกรม
สุขภาพกระทรวงนครบาล, ซึ่งต่อมา
ได้ ขย กระทรวง นครบาล มารวมอยู่กับ
กระทรวงมหาดไทย. แต่ละพวกเมื่อได้ทำ
การฝึกหัดครบ ๕ เดือนแล้วก็ผลัดเปลี่ยน

กัน. พวกอยู่ในโรงพยาบาลศิริราช
ก็ออกไปฝึกหัดข้างนอก, พวกที่ฝึกหัด
อยู่ภายนอกก็กลับเข้ามาฝึกหัดภายในโรง
พยาบาลศิริราช. ผมเป็นพวกที่. ต้องออก
ไปฝึกหัดอยู่ ข้าง นอก ก่อนในครึ่งบแรก.
ผมถูกส่งไปอยู่โรงพยาบาลกลางซึ่งสมัย
นั้นเรียกว่า โปลิค ฮอสปิทัล ชาวบ้าน
เรียกว่าโรงพยาบาลโปลิค. โรงพยาบาล
นั้นเมื่อผม ไปอยู่เป็น เรือนไม้ชั้นเดียวแถว
ยาว, มีอยู่สามแถว, มีเรือนไม้สองชั้น
หลังหนึ่งตั้งอยู่ด้านหน้าของโรงพยาบาล.
ชั้นล่างมีห้องทำงาน, ห้องผ่าตัด, ห้อง
ยาและห้องโถง. ชั้นบนเป็นห้องของนาย
แพทย์และครอชครว. ยังไม่มีตึกแม่แต่
หลังเดียว. นายแพทย์ผู้อำนวยการซึ่ง
เวลานั้นเรียกว่าแพทย์ผู้รักษาการ ชื่อหมอ
Bedel เซอชาตองกฤษ. ที่โรงพยาบาลนั้น
ตอนบ่ายพวกเราต้องเข้านั่งฟังคำบรรยาย
ของหมอเบเตล ชั่วโมงหนึ่งทุกวัน. เรือง
ที่บรรยายคือ แพร์คเจอร์, คิสโลเคชั่น,
และ การ รักษา เมื่อ ครบ สาม เดือน ตาม
กำหนด เวลาที่ฝึกหัด ที่โรงพยาบาลกลาง
แล้ว, ผมก็ย้ายไปฝึกหัดที่โรงพยาบาลโรค
จิต. ที่โรงพยาบาลนั้นก็แต่อาคารไม้หลัง
คาสังกะสีทาสีแดง, ผิดแผกกับสถานที่

หญิงทำหน้าที่เหล่านี้), และทำหน้าที่ดูแลคนไข้ภายหลัง การผ่าตัดแล้วจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน, และทำการผ่าตัดเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่อาคารหลังเล็กข้างนอกโรงกระโจม. เมื่อครบกำหนดหนึ่งเดือนแล้วก็ย้ายไปประจำอยู่ห้องพยาบาลใต้ ความ ควบคุมของ นายบุญช่วย (หลวงเภสัชกิจโกศล, ถึงแก่กรรมแล้ว) หัวหน้าห้องยา, ทำหน้าที่ปรุงยา, จ่ายยาตามใบสั่งของแพทย์, ลงทะเบียนรับยา, จ่ายยา. เวลาว่างก็ผสมยาพวกสกัดออกมิกซ์เจอร์ เช่น มิสต์ สโตมาคิก้า, มิสต์ แล็กซาคีฟวา, ลิ้นเม้นท์ สโตค, และอื่น ๆ อีกเป็นอันมาก. ยาเหล่านี้ผสมไว้ครั้งละ ๓,๐๐๐ ถึง ๖,๐๐๐ ลิ.ซม. ตอนนั้นขอเล่านอกเรื่องสักนิดแต่กันข เนื่องจาก การผสม สกัดออกมิกซ์เจอร์. ในเมื่อผมจะผสมน้ำมันสโตคครั้งใด ผมก็ทำใบเบิกขอเบิกไข่เป็ดกินจำนวนมาอีก ๘-๙ ฟอง สำหรับผสมทำน้ำมันสโตค, กยน้ำตาลทรายขาวเกินจำนวนอีกจำนวนหนึ่งสำหรับทำ ไชรบี ซิมเปิ้ล็กซ์. เสนอหัวหน้าห้องยาเซ็นชื่อแล้วให้คนงานนำไปเบิกจากโรงครัวของโรงพยาบาล. เมื่อได้มาแล้วผมก็เอาไข่เป็ดกับน้ำตาลทรายขาว ส่วนที่เกิน

นั้นมาทำไข่หวานแจกกันในพวกที่อยู่ห้องยาด้วยกัน. เมื่อฝึกหัดอยู่ห้องยาครบกำหนดก็พอดี เป็นเวลา ปลายปี โรงเรียนหยุคเทอมใหญ่ ผมก็ขอสมัครทำงานในห้องยาต่อไป จนกระทั่งโรงเรียน เข็คเทอมต้นปีใหม่ และผมออกรับราชการ.

ตอนนั้น ม.ร.ว.ค. พอดีจะเล่าสอแตรกไว้อีกสักหน่อย, กล่าวคือเมื่อยกอน ๆ แพทย์ ผัก หัก จะได้ รับ เงิน เดือน คน หนึ่ง เดือนละ ๓๐ บาท. พอถึง ข.ที่ ผม ออก เป็น แพทย์ ผัก หัก คน หนึ่ง เป็น เวลา ที่ ทาง โรงเรียน งด จ่าย เงิน เดือน แพทย์ ผัก หัก เดือน ละ ๓๐ บาท, แต่จ่ายค่าอาหารให้หาซ้อเขาเอง เดือนละ ๑๓ บาท ๒๕ สตางค์. พวกเราก็ว่าจ้าง แม่ครัวโรงครัวของโรงพยาบาลให้ทำขันโตให้โดยราคาขันโตหนึ่ง เดือนละ ๑๕ บาทและข้าวมากพอกินได้สามคน, แล้วเราก็เฉลี่ยกัน คนละ ๕ บาท ต่อเดือน ต่อขันโตหนึ่ง. อีกเรื่องหนึ่งก็คือ แต่เดิม ๆ มาเรือนคนไข้ชายใช้รุษพยาบาล, เรือนคนไข้หญิงใช้นักเรียนหญิงครบทุกวัยทำงาน, แต่ต่างคนต่างมาทำงานเวลาไม่ตรงกัน. เป็นคนละเวลาระหว่าง แพทย์ ผัก หัก ชาย กับ นักเรียนหญิง, ตอน



เข้านักเรียนหญิงมาทำงานเวลาใดไม่ทราบ, แต่พอสามโมงเช้า (๕.๐๐ น.) นักเรียนหญิง จะลงบันไดจาก เรือนคนใช้บ้านหนึ่ง. แล้วแพทย์ฝึกหัดชายจึงขึ้นบันไดอีกข้างหนึ่งไปทำงาน. เป็นอันว่าไม่เฝ้าพบกันเลย, เพียงแต่เห็นข้างหลังอยู่ไวๆ เท่านั้น. เมื่อจะให้ทำอะไรเกี่ยวกับคนใช้ เช่น การให้เปลี่ยนยาคนใช้รับประทาน หรือ เปลี่ยนผ้าพันแผลที่เขียนไว้ในใบสั่งการ. พอมาถึงก็พบเป็นแพทย์

ฝึกหัด, พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร ซึ่งสมัยนั้นดำรงตำแหน่งผู้บัญชาการโรงเรียนราชแพทยาลัยได้สั่งการแก้ไขเปลี่ยนแปลงให้แพทย์ฝึกหัดทำการพร้อมกับนักเรียน ผดุงครรภ์ที่ฝึกหัดการพยาบาล เช่นเดียวกับ นานาประเทศในยุโรปทำอยู่, แต่ที่เรือนคนใช้ชายยังคงใช้รักษาพยาบาลไปตามเดิม.

ข. ขำเนเวชสาร

๓. เจ้านายสมัยโน้น (ตอนที่ ๒)

เวลามิงานเจ้านายฝ่ายในจะแต่งพระองค์งามๆ ขึ้นเฝ้าในหลวง. พระเจ้าลูกเธอทรงงดงามตามแบบต่างๆ กัน, แต่ทูลกระหม่อมฟ้าหญิงทรงงามยิ่งกว่าทุกๆ พระองค์. ทูลกระหม่อมฟ้าชายพระอนุชาของ พระองค์ จึง ทรง พระศิริ โฉมงามตามแบบชายเช่นกัน. พระราชวังสวนกุหลาบมีกำแพงอิฐล้อมรอบ, มีประตูเข้าออกหลายทิศทาง. ริมกำแพงด้านในเป็นหลังสวน. ตำแหน่งเจ้านายและเจ้าจอม

มารดา มีถนนระหว่างกำแพงและรั้วหลังสวน, แต่ละสวนมีประตูหลังสำหรับให้ข้าหลวงคนใช้เดินเข้าออกประตูพระราชวังได้สะดวก. สวนตำแหน่งเจ้านายมีถนนผ่านทุกๆ สวน. ระหว่างสวนแต่ละตำแหน่ง มีรั้วไม้ทาสีขึ้นระหว่าง แบ่งเป็นแปลงๆ มีชื่อสวนต่างๆ กัน. ถัดถนนหน้าตำแหน่งก็มีคลองยาวขนานไปกับถนน. คลองนี้ขุดเอาดินขึ้นมาจากแม่น้ำเจ้าพระยา และถมในบริเวณสวนที่ ใช้ปลูกตำแหน่งเป็นที่

เข้านักเรียนหญิงมาทำงานเวลาใดไม่ทราบ, แต่พอสามโมงเช้า (๕.๐๐ น.) นักเรียนหญิง จะลงบันไดจาก เรือนคนใช้บ้านหนึ่ง, แล้วแพทย์ฝึกหัดชายจึงขึ้นบันไดอีกข้างหนึ่งไปทำงาน. เป็นอันว่าไม่โต้พอกันเลย, เพียงแต่เห็นข้างหลังอยู่ไวๆ เท่านั้น. เมื่อจะให้ทำอะไรเกี่ยวกับคนใช้ เช่น การให้เปลี่ยนยาคนใช้รับประทาน หรือ เปลี่ยนผ้าพันแผลที่เขียนไว้ในใบสั่งการ. พอมาถึงก็พบเป็นแพทย์

ฝึกหัด, พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร ซึ่งสมัยนั้นดำรงตำแหน่งผู้บัญชาการโรงเรียนราชแพทยาลัยได้สั่งการแก้ไขเปลี่ยนแปลงให้แพทย์ฝึกหัดทำการพร้อมกับนักเรียน ผดุงครรภ์ที่ฝึกหัดการพยาบาล เช่นเดียวกับ นานาประเทศในยุโรปทำอยู่, แต่ที่เรือนคนใช้ชายยังคงใช้รักษาพยาบาลไปตามเดิม.

ข. ขำเนเวชสาร

๓. เจ้านายสมัยโน้น (ตอนที่ ๒)

เวลามิงานเจ้านายฝ่ายในจะแต่งพระองค์งามๆ ขึ้นเฝ้าในหลวง. พระเจ้าลูกเธอทรงงดงามตามแบบต่างๆ กัน, แต่ทูลกระหม่อมฟ้าหญิงทรงงามยิ่งกว่าทุกๆ พระองค์. ทูลกระหม่อมฟ้าชายพระอนุชาของ พระองค์ จึง ทรง พระศิริ โฉมงามตามแบบชายเช่นกัน. พระราชวังสวนกุหลาบมีกำแพงอิฐล้อมรอบ, มีประตูเข้าออกหลายทิศทาง. ริมกำแพงด้านในเป็นหลังสวน. ตำแหน่งเจ้านายและเจ้าจอม

มารดา มีถนนระหว่างกำแพงและรั้วหลังสวน, แต่ละสวนมีประตูหลังสำหรับให้ข้าหลวงคนใช้เดินเข้าออกประตูพระราชวังได้สะดวก. สวนตำแหน่งเจ้านายมีถนนผ่านทุกๆ สวน. ระหว่างสวนแต่ละตำแหน่ง มีรั้วไม้ทาสีขึ้นระหว่าง แบ่งเป็นแปลงๆ มีชื่อสวนต่างๆ กัน. ถัดถนนหน้าตำแหน่งก็มีคลองยาวขนานไปกับถนน. คลองนี้ขุดเอาดินขึ้นมาจากแม่น้ำนคร, และถมในบริเวณสวนที่ ใช้ปลูกตำแหน่งเป็นที่

ประทับเจ้านาย. ถ้ายิ่งใกล้ ๆ พระที่นั่ง
 คลองจะกลายเป็นสระน้ำใหญ่ เพราะต้อง
 เอาหินไปใช้ในบริเวณพระที่นั่งมาก. ใน
 สระ ปลกบัว หลาย ชนิด บางตอน ปลกบัว
 วิกตอเรีย, บางตอนปลกบัวสีชาวลีลัมพ
 สีแดง, เป็นบัวที่เราใช้ถวายพระ. บางแห่ง
 ก็ปลกบัวฝรั่งดอกเล็ก ๆ มีสีฟ้า, สีชมพู
 และสีขาวนวล. ตรงหน้าตำหนักเจ้านาย
 ริมคลองจะมีศาลาท่าน้ำ, สำหรับเจ้านาย
 เสด็จเรือ. วังสวนคัสติเจ้านายโปรดทรง
 เรือบด เพราะระยะทางกว่าจะเสด็จไปถึง
 พระที่นั่งเพื่อเฝ้าในหลวงเป็นทางไกลมาก.
 เพราะฉะนั้นจึงใช้เรือเป็นพาหนะ, มี
 ข้าราชการหลายคนพายมากบ้าง น้อยบ้างตาม
 ขนาดของเรือและตามจำนวนของข้าราชการ
 ตามเสด็จ. คนพายต้องเป็นคนแข็งแรง.
 ข้าราชการคนที่เชิญหีบมากเสวย
 รวม ทั้ง ขุน พระโอรสผู้ใหญ่ ๆ ไม่ต้องพาย
 เพราะมือไม่ว่าง. นอกนั้นต้องพายหมด
 ทุกคน. คนไหนพายไม่เป็นก็เพียงแต่เอา
 พายจุ่ม ๆ ยก ๆ. หีบมากเสวยของเจ้า
 นายและเจ้าจอมมีชั้นต่าง ๆ กัน. ชั้นต้น
 ก็มีเจ้าจอมหีบกาไหลทอง, แล้วเลื่อนเป็น
 เจ้าจอมหีบทอง. ต่อไปก็หีบทองลงยาม

พระปรมาภิไธย. สำหรับเจ้านายตั้งแต่หีบ
 ทองลงยามมีพระปรมาภิไธย แต่ต่างชนิด
 กับของเจ้าจอม. แล้วถึงหีบทองฝั่งเพชร
 ต้องมีพระปรมาภิไธยด้วย. สมเด็จพระ
 และสมเด็จพระตำหนัก บางคราวก็ทรงรถ
 พระที่นั่งมีชาหลวงเป็นคนเข็นถวาย, บาง
 คราวก็ทรงเรือ. ทรงรถเข็นได้แค่สอง
 สมเด็จพระที่นั่ง, องค์กรไม่กล้าเอาอย่าง.
 ตำหนักที่ประทับนั้นปลกด้วยไม้ทาสี ขนาด
 ต่าง ๆ กัน. ถ้าตำหนักของพระมเหสีเทวีก
 ใหญ่กว่าของเจ้านายและเจ้าจอมมารดา.
 บริเวณสวนก็ใหญ่โตกว้างขวางกว่า. สวน
 สมเด็จพระที่นั่งขอสวนสนุก. ของสมเด็จพระ
 ตำหนักขอ สวนหงส์, ของสมเด็จพระนาง
 สีขมาลัยขอ สวนนกไม้, ของพระอรรค
 ชายาขอ สวนยิว. นอกนั้นก็ขอต่าง ๆ
 กัน. ผู้เขียนจำชื่อสวนของเสด็จพระองค์
 วรรคิษณาไว้ได้, เพราะผู้เขียนอยู่กับท่าน
 ขอ สวนผักชีเข้ม. ทิศกับสวนผักชีเข้มเป็น
 สวนของเจ้าจอมมารดาตารารสมิขอ สวน
 ผักชีสด. ริมคลองปลกต้นขนนเป็นระยะ.
 บางตอนก็ปลกต้นมังคุด. บางต้นในหลวง
 ทรงปลกด้วยพระองค์เอง. มีหุ่นทำด้วย
 ฟางข้าวแต่งตัวเป็นคน, เรียกว่าหุ่นไล่กา

ชักไว้ใกล้ต้นไม้เป็นระยะ ๆ. ถ้าใครเก็บ
ผลไม้เหล่านี้จะถูกปรับลดละ ๕ บาท และ
ถูกเขยิบหลังด้วยหลาย. มีพนักงานหญิง
เรียกว่าโซลน เป็นคนเฝ้าดูแล. พวก
โซลนปากจึกคำคนเก่ง ใคร ๆ ก็กลัวปาก
ไม่กล้าต่อกร.

ข้าหลวงเจ้านาย ต้อง แต่งตัว ประภท
ประชันกัน เพื่อไม่ให้หน้ากันและกัน.
มีการนั่งผ้าลาย ห่มผ้าจับสตามวัน. ทก
คนห้ามสวมรองเท้า นอกจากเจ้านายและ
เจ้าจอม. เวลาเจ้านายเสด็จมาตามถนน
หรือ ประทับ มาใน เรือพาย มาใน คลอง,
พวกเรา จะต้อง พากัน หมอบลงริม ทางจน
กว่าจะเสด็จผ่านไป. ถ้าเป็นสมเด็จพระที่นั่ง
หรือสมเด็จพระตำหนัก จะต้อง หมอบ แล้ว
กราบด้วย. นอกนั้นจะกราบไม่กราบตาม
ใจ. พวกเราสมัยนั้นต่างคนต่างเคารพ
นับถือเจ้านายทุกพระองค์ ตามบรรพบุรุษ
ของเราท่านอบรมสั่งสอนมา. เจ้านาย
พระ ราชวงศ์ จักรี มี พระ คุณ แก่ พวก เรา
ชาวไทย. บ่อยาคายายของเราท่านสอน
นัก หนาให้ รู้ จัก กตัญญู รู้ จัก พระ คุณ,
ถ้าผู้ใดประพฤติปฏิบัติได้ตามท่านสอนก็
จะเป็นผู้เจริญต่อไปภายหน้า. ตกน้ำไม่
ไหลตกไฟไม่ไหม้. ราชการของเจ้านาย

ลูกเมียตายเอากระดูกชั้ดไว้ก่อน. นี่เป็น
คำสอนที่เปรียบเทียบ. อย่าคิดว่าท่าน
พดเล่น ๆ ให้มันคล้องจองกันเท่านั้น.
ข้าราชการจะยกถ้อยเช่นวินัย. เจ้านายจะ
แต่งพระองค์ด้วย เครื่องเพชร, ทับทิม
มรกต, และบษราคัม. ไม่ใคร่นิยมทรง
ชุดสีน้ำเงิน ซึ่งเป็นพลอยที่กำลังนิยมอยู่
เวลานั้น คือพลอยจากบ่อไพลินและบ่อเมือง
กาญจน์ หรือบ่อเมืองจันทบุรี ซึ่งฝรั่ง
ต่างประเทศกำลังนิยมมาก. ใช้มากไม่
แพรว หลาย เห็น มี อยู่ แต่ สร้อย พระ คือ
สมเด็จพระที่นั่ง และของทูลกระหม่อมฟ้าหญิง
ซึ่งสมเด็จพระที่นั่งทรงส่งชอมาจากเมืองนอก
พระราชทาน. สมเด็จพระที่นั่งทูลขอทูล-
กระหม่อมฟ้าหญิงจากสมเด็จพระตำหนัก
มาเลี้ยงเป็นพระธิดาของพระองค์, เพราะ
พระธิดาของพระองค์สิ้นพระชนม์ เสีย แต่
ยังทรงพระเยาว์. ทูลกระหม่อมฟ้าหญิง
จึงเสด็จไปประทับอยู่ทบน ทรงเรียกสมเด็จ
ทบนว่าสมเด็จแม่ ทรงเรียกสมเด็จพระ
ตำหนักว่า สมเด็จย่า. เล่ากันว่าทูล
กระหม่อมฟ้าหญิง ทรงสนทนากับ
สมเด็จทบนมาก กว่า พระมารดา ของ พระ
องค์, เห็นจะอาศัยความเลี้ยงดูใกล้ชิด
นั่นเอง.

ทล กระจ หม่อมฟ้าหญิง เมื่อ ทรง พระ
 เยาว ผู้เฒ่าผู้แก่ในวังท่านเล่าว่าทรงมี
 พระรูปโฉมคล้ายตกตาฝรั่ง, เลยเรียก
 กันว่าทลกระจ หม่อมหญิงแพ่ม. ทล
 กระจ หม่อมฟ้าหญิง ทรงไว้พระเกษายาว
 เส้นพระเกษาละเอียดอ่อนหยิกสลวย โดย
 ไม่ต้องคดเหมือนสมัยนั้น. ที่ผู้เขียนเห็น
 พระรูปไว้พระเกษายาวก็มีอีก ๒ พระองค์
 คือสมเด็จพระเจ้าฟ้าหญิงมาลินีนพดารา เรียก
 กันว่าสมเด็จพระหญิงกลาง และสมเด็จพระเจ้าฟ้า
 หญิงนิภา นพทล เรียกกันว่า สมเด็จพระ
 หญิงน้อย. ทั้งสองพระองค์เป็นพระธิดา
 ของพระอรรคชายาเธอ พระองค์เจ้าสาย
 สวลีภิรมย์ เรียกกันว่าท่านพระองค์เล็ก,
 ภายหลังได้ทรงสถาปนาขึ้นเป็นพระวิมาดา
 เธอ กรมพระสุทธาสินีนาถ และมีพระ
 โอรสองค์หนึ่ง ทรงพระนามว่า สมเด็จพระ
 เจ้าฟ้ายุคลทิฆัมพร กรมหลวงลพบุรี
 ราเมศวร, เรียกกันว่า สมเด็จพระชาย. เวลา
 แต่งพระองค์เต็มยศทลกระจ หม่อมฟ้าหญิง
 จะทรงสวมมงกุฎเพชร และสายสร้อย
 เพชรกว้างประมาณ ๒ นิ้วเศษ ทายช่อบน
 กำมะหยี่สีทาบพระคอ. ด้านหน้าพระ
 อูระจะมีระย้าตาข่ายเพชรคลุม. เจ้านาย
 พระเจ้าลูกเธอไม่ทรงต่างพระกรรณ. พระ
 พุทธเจ้าหลวงไม่ โปรดให้เจาะ หลก ท่าน.

เลยเป็นธรรมเนียม ต่อมา เจ้าไม่เจาะ พระ
 กรรณ. ทรงผ้าม่วงยกดอกใหม่ทำจาก
 ประเทศอินเดีย. ทรงนุ่งแบบโจงกระเบน.
 ถ้าองค์ไหนทรง พระเจริญ เป็นสาว จะทรง
 ห่มแพรสพายจากไหล่ซ้าย กลัดด้วยเข็ม
 กลัดเพชรพลอยสีตามสีเครื่องทรง. ชาย
 แพรสองชายจะผูกรวบรวมกันตรงเอวค้ำ
 ขวาแล้ว กลัดด้วยเข็ม กลัดสี สวยงาม.
 สวมถุงพระบาทซ้ายขวาข้างที่ขาและรอง
 พระบาทสีคำสั้นสง, ตอนปลายตักเพชร
 เทียม ๒-๓ เม็ด. ขาคู่ก็เข็นรูปหัวเข็ม
 ขัดฝังเพชรเทียม. รองพระบาทเจ้านาย
 หรือรองเท้าของ สถาป สตรี จะหาซื้อ ได้
 แห่งเดียวที่ห้างแยกแมนแฮนส์โก, ซึ่ง
 เป็นห้างใหญ่ที่สุดในประเทศไทย, รัชสมัย
 ของสาร์พัดลันแต่ของราคาสูง. คน
 สามัญชนไม่สามารถ จะซื้อได้ ซื้อ ได้
 นอกจากเจ้านาย และ ขุนนาง ใหญ่ ๆ ที่
 มั่งมี.

พระองค์เจ้าหญิงวรลักษณาวดี ที่ผู้
 เขียนอยู่กับท่าน, เสด็จทรงเป็นพระราช
 ธิดา ของ พระ พุทธเจ้า หลวง องค์ แรกที่
 ประสูติในเศวตฉัตร. เป็นองค์ที่สองต่อ
 จาก พระองค์เจ้าหญิง ศรี วิไลลักษณ ซึ่ง
 เรียกกันในวังว่าเสด็จพระองค์ใหญ่ ซึ่ง
 ประสูติ จาก เจ้าคุณจอม มารดาแพ พระ

สนมเอก. เสด็จพระองค์ใหญ่แรกประสูติ
มีพระยศเป็น หม่อม เจ้าพระเจ้าหลานเธอ
ในรัชกาลที่ ๔ เมื่อรัชกาลที่ ๕ ก็ได้
เลื่อนพระยศเป็น พระเจ้าลูกเธอ พระองค์
เจ้า. เสด็จพระองค์วรลักษณาวดี ประสูติ
จากเจ้าจอมมารทาสก. ที่ผู้เขียนได้เข้าไป
มาอยู่ในวังนี้เพราะคุณแม่ เป็น ญาติ
กับคุณจอมมารทาสก และคุณแม่เคย
ถวายตัวรับราชการรับใช้ใกล้ชิด ใน เบื้อง
ยุคลบาทสมเด็จพระพุทธเจ้าหลวง, ขึ้นอยู่
ในตำหนักสมเด็จพระที่นั่ง. คุณแม่มีหน้าที่
ที่เชิญหีบพระศรีตามเสด็จในหลวง เช่น
เสด็จประพาสตาม ตำหนัก พระมเหสี และ
เชิญเครื่องในงานพระราชพิธีด้วย. คุณ
แม่เล่าว่าพระอรรคชายา ประสูติสมเด็จพระ
หญิงน้อย, คุณแม่ก็ตามเสด็จในหลวง
เสด็จลงเวลาประสูติ. ส่วนตำหนักเสด็จ
พระองค์วรลักษณาวดี ขอส่วนผักชีเขมมอยุ่ติด
กับส่วนผักชีชด. ขอส่วนหลานเป็นขอ
พระราชทาน. ส่วนผักชีชดเป็นส่วนของ
เจ้าจอมมารดาเจ้าวราสารัตน์ ราชบุตร
พระเจ้านครเชียงใหม่, ในวังเรียกกันว่า
เจ้าว้อย ๆ มีพระธิดาทรงพระนามว่า
พระองค์เจ้าวิมลนงคนภักดิ์, สันพระชนม์
แต่ยังทรงพระเยาว์. เล่ากันว่าเวลาประ
สูติใหม่ ๆ พระเจ้าตากีพระทัยทมิฬหลาน

เป็นลูกพระเจ้าแผ่นดินไทย, ได้ส่งอ่าง
สำหรับสรงน้ำทำด้วยทองคำให้หลานอา,
แต่เจ้าวราสารัตน์ไม่กล้าเอาอ่างทองคำมาสรง
น้ำให้พระธิดา, เพราะแม่แต่เจ้าฟ้ายังไม่
ได้สรงน้ำด้วยอ่างทองคำ. ภายหลังสมเด็จพระ
ที่นั่งประสูติเจ้าฟ้า, เจ้าว้อยได้นำอ่างทอง
ไปถวายเจ้าฟ้าที่ประสูติใหม่. ในหลวง
โปรดพระราชทาน พระรูปของ พระองค์
หญิงไปให้แก่พระเจ้านครเชียงใหม่. พระ
เจ้าตากีทรงปลาบปลื้มมาก, จึงกระบวนแห่
พระรูปพระองค์ หญิง รอบ เมือง เชียงใหม่
๗ วัน ๗ คืน. เมื่อสิ้นรัชกาลที่ ๕ แล้ว
เจ้าวราสารัตน์ได้กราบถวายบังคมลาไปอยู่นคร
เชียงใหม่กับเจ้าหลวงองค์ใหม่เสขรฐาของ
ท่าน. ในรัชกาลที่ ๖ ได้ทรงพระกรุณา
โปรดเกล้าสถาปนาขึ้นเป็น พระราชชายา
เธอเจ้าวราสารัตน์. เมื่อยังอยู่สวนตลิ่ง
เจ้าว้อย มักจะ มาหาเจ้าจอมมารทาสก
เสมอเพราะสวนอยู่ติดกัน, ท่านมาหาแขก
ผู้น้อยมาหาผู้ใหญ่. ท่านหมอบพุดกับคุณ
จอมมารทาสกตลอดเวลา และพนมมือ
รับคำทักท้วง. ท่านไม่เคยนั่งตัวตรงเลย
จนถึงเวลากลับ.

เพทหาย พยุงเวชศาสตร์

CLINICO-PATHOLOGICAL CONFERENCE *

Edited by Sompop Ruangtrakool, M.B.,

Panom Poengchoedchoo, M.B.,

and Chareon Suwanwilai, M.B.

Case 1—1967

Presentation of Case

Dr. Sompop Ruangtrakool**: This 60 year-old Thai female was admitted to the hospital on November 22, 1966, because of swelling of both legs.

She had a nervous breakdown in 1960 and had been treated in a mental hospital, staying there for one year, then was released as uncured. Since then she moved from place to place without any fixed purpose or destination, and sometimes was found on the street begging. She was often seen laughing and smiling to herself. Her remarks were often inappropriate, and it was impossible to talk to her in a logical manner. A little over one month prior to admission she gradually lost interest in people and in her surroundings. She became weak and confused, and complained of abdominal distension and swelling of the legs. She had poor appetite and lost much weight. She noted an ulceration on the abdominal wall in the umbilical region but there was no discharge. She had no fever, jaundice, nausea and vomiting, abdominal pain, and rectal bleeding. She denied habitual drinking. She was a widow and childless.

Physical examination on admission revealed: pulse rate 90/min., body temperature 36.8°C., respiration rate 20/min., and blood pressure 120/80 mm.Hg.. She was severely anemic, and her legs were moderately edematous. There was no jaundice and no dyspnea. The abdomen was markedly distended and ascites was detected. There were superficial dilated veins over the upper half of the abdomen. The umbilicus was infected but there was no discharge. Liver and spleen were not palpable. Few bowel sounds were detected. There were no palpable masses. Her consciousness was variable from blurred state to incoherent talkativeness. Reflexes were hypoactive but bilaterally equal; no pathological reflexes were present. There was no flapping tremor. Heart and lungs were normal. Lymph glands were not palpable.

Laboratory findings were as follows: urine specific gravity 1.014, reaction acid, no albuminuria, microscopic findings negative; hemoglobin 6 gm. per cent; leukocytes 9800 per cu.mm. with neutrophils 79 per cent and lymphocytes 21 per cent; stool examination negative.

The serum CCF was negative, TT 5 units, ZnT 17.4 units, I₂ test 3

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

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

plus, BSP retention 16.5 per cent, and bilirubin 0.3 mg. per cent at 1 minute and 0.6 mg. per cent at 30 minutes.

Serum sodium was 144 mEq/L., serum potassium 4 mEq/L., plasma chloride 108 mEq/L., and plasma carbon-dioxide combining power 26 mEq/L..

Urine culture tried twice showed no growth. Culture of umbilical swab yielded staphylococcus aureus and proteus morgagni.

Peritoneal fluid had straw color, was clear and transparent, with protein 5.1 gm. per cent, sugar 116 mg. per cent, and sodium chloride 640 mEq/L..

PA film of the chest revealed thickened basal pleura with minimal pleural effusion bilaterally, normal heart size, and generalized osteoporosis. Plain KUB film showed no abnormality.

Progress and treatment: Only symptomatic treatment was given, with Stelazine, 2 mg. daily; Dichlortride, 100 mg. daily; Edecrine, 100 mg. daily; peritoneal tapping was done twice, giving 950 cc. and 1000 cc. of fluid. Penicillin, 2 million units intramuscularly daily, was given for infected umbilicus. Her condition remained the same during the first ten days of treatment. One week before she expired, there was rapid increase in the ascites and swelling of legs, and she became more psychotic and unco-operative. Tube feeding was given. She became weak and lethargic and finally lapsed into coma. There was no fever during hospitalization.

Clinical Discussion

Dr. Direk Dumrongsak*: Chest X-ray in upright position showed minimal pleural effusion bilaterally, pleural reaction of the basal parts, and generalized osteoporosis. Otherwise there was no significant change. Plain KUB film showed no abnormality.

Dr. Ukrist Plengvanit**: The findings of ascites, swelling of both legs, superficial dilated veins, hypoalbuminemia and impaired liver function test, fit well with cirrhosis; but, in cirrhosis, it is very unlikely that the protein content of the peritoneal fluid should be higher than 2 gm. per cent. For such high-protein peritoneal fluid (5.1 gm. per cent) there are only two possibilities: (1) intra-abdominal inflammation, e.g. tuberculous peritonitis, and (2) carcinomatosis peritonei. From the data available it is not possible to differentiate between the two conditions. The cause of death was unlikely to be from hepatic failure, for there was no flapping tremor, and even without treatment for prehepatic failure, her condition remained unchanged during the early part of the hospitalization.

Dr. Sunthorn Tandhanand***: Generalized osteoporosis in this case, a 60 year-old woman and bed-ridden, is due to the lack of anabolic hormone and hypoproteinemia.

Dr. Ruangtrakool: From the history of previous nervous breakdown and hospitalization in a mental institution

* Assistant Professor of Radiology.

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

*** Associate Professor, Div. of Endocrinology and Metabolic Disease, Dept. of Int. Med.

for one year, the symptoms of inappropriate mood, incoherent talkativeness, withdrawal and wandering, and the chronic course of the disease, schizophrenia is the most likely diagnosis. Possibility of chronic brain syndrome, due to metastatic brain tumor in the late stage of the disease should be considered if she had carcinomatosis peritonei. As support to this possibility there might be impairment of the memory, but in this patient this finding was unreliable due to unco-operativeness. My clinical diagnoses are: (1) Schizophrenia, (2) Carcinomatosis peritonei, and (3) Tuberculous peritonitis.

Pathological Description

The body is that of a cachectic Thai woman of her age. The abdomen was distended. There is a small abscess-like lesion of the umbilicus. The superficial veins were dilated. Both legs were moderately edematous. There was no external anomaly.

Abdomen: There were 2,000 cc. of fluid in the abdominal cavity. The peritoneum was covered with numerous metastatic nodules.

There was a large tumor mass in the pelvic cavity involving the uterus, both ovaries and upper portion of vagina. The tumor mass also extended upward toward the caecum, but caecum itself was not involved.

The spleen was small. There were

numerous small nodules on the serosa.

The liver was congested and contained a few metastatic nodules.

The heart was small and showed brown atrophy.

Brain: Multiple coronal sections showed an abscess in the left parieto-occipital lobe. Microscopic examination showed the wall of an abscess to be infiltrated with p.m.n. histiocytes and lymphocytes.

Other organs were not remarkable.

Microscopic sections of the tumor from various organs are similar. The tumor is composed of large polygonal cells having large hyperchromatic nuclei and abundant ill-defined cytoplasm. Occasional glandular arrangements are seen, but mostly the tumor cells show no definite pattern of arrangement. A few tumor giant cells are also seen.

Diagnoses:

1. Schizophrenia, clinical.
2. Brain abscess, acute left. parieto-occipital lobe.
3. Poorly differentiated adenocarcinoma involving uterus, both ovaries and vagina and metastases to liver, spleen, adrenal glands, paraaortic and porta hepatic lymph nodes.
4. Ascites (2,000 cc.).
5. Hydroureters and hydronephrosis, mild.

แผนกข่าว

๗ ตุลาคม

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๑๐

๑. จำนวน								รวม	
อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	ออร์โธ	ทุกแผนก		
นอก	ใหม่	๔,๒๑๒	๒,๐๕๗	๒,๑๙๖	๒,๐๔๑	๒,๖๕๒	๖๕๐	๔๕๒	๑๔,๓๓๐
	เก่า	๗,๗๒๓	๓,๕๐๗	๖,๒๐๔	๓,๑๗๗	๕,๐๙๕	๑,๓๐๗	๑,๐๕๕	๒๘,๐๕๙
	รวม	๑๑,๙๓๕	๕,๖๐๔	๘,๓๙๐	๕,๒๑๘	๗,๗๔๗	๑,๙๕๗	๑,๕๐๗	๔๒,๓๘๙
ใน		๒๘๓	๔๕๙	๑,๙๖๑	๒๖๕	๔๗๔	—	๖๓	๓,๔๐๖

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๖๕๓, จักษุ ๕๕๕, สูติ—นรีฯ ๖๙๐ ออร์โธ —. รวม ๑,๙๙๘ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๗๒๔, หญิง ๗๑๖, รวม ๑,๔๔๐. คลอดตาย, ชาย ๑๑, หญิง ๑๒, รวม ๒๓.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๕๕ คน (๕.๙๓ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๓๑ ราย (๑๕.๕๗ ปช. ของที่ตาย).

๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๖๗๔ ครั้ง, มหันตโทษ ๒๔๒ ครั้ง, ลหุโทษ ๒๑๐ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๑๗๗ ขวด, จากญาติ ๓๕ ราย, อื่น ๆ — ราย, รวม ๑,๓๔๒. ทำครอสแมตซิงก์ ๒,๓๙๗, จำนวนเลือดที่ใช้ ๑,๖๒๒, พลาสมา ๖๐, เกิดเลือด ๓๔.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซตรวจ ๖,๑๓๑ คน. รักษาใหม่ ๕๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒๕๑๐ คน. รักษาติดตาม ๕๓๓ คน. ราเตียมรักษา — คน, รวมรักษาใหม่เก่า — คน. รัดไอไอโซโทป รักษาใหม่ ๖๖๗ คน, รัดไอไอโซโทปวิจัย ๖๓๓, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๖๐ คน. ไดอะเธอร์มีย์ รักษาใหม่ — คน, รวมรักษาใหม่เก่า — คน. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ — คน, รวมรักษาใหม่เก่า — คน.

๗. แผนกหิวเคมี วิเคราะห์ทางเคมี ๙,๔๓๖ ครั้ง. การตรวจพิเศษ ๑๐๔ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๓๑ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๕๕๕ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๗๙๑ ชิ้น (จากภายนอก ๔๐๕ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๕๕ ราย. การตรวจเซรัมวิธิตาล ๙๖ ราย. การตรวจวิธี วี.ดี.อาร์. แอล. ๓,๑๐๙ ราย. การตรวจวิธีพอลบันแนล ๑๖. หมู่เลือด ๖. นับเม็ดเลือด —. วัตถุโมโกลบิน —. ตรวจปัสสาวะ ๑๕๓ ราย. ตรวจอุจจาระ ๑๔๗ ราย. การตรวจวิธีคัมป์ ๑๓ ราย. การตรวจเลือดผู้ไปต่างประเทศ ๑๔๕. การตรวจวิธี อาร์. เอ. ๔๕. การตรวจวิธี อาร์. เอช. ๑. การตรวจวิธี เอ. บี. ไอ. —. เพาะเชื้อบิด ๖. ตรวจทดสอบตัวจิ๊ด ๓๖. การตรวจหาแอนติบอดีของซีพีพี — ราย. การตรวจวิธี ที.เอ. — ราย.

๙. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๓๕๖. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๑๖๕. เพาะเชื้อจากบัสสาวะ ๒๕๕. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๘๔๓. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๑๖๕. เพาะเชื้อวัณโรค ๒๖๒. นิตยศัพท์ทดลอง ๓. ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๕๕. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๒๖. เพาะเชื้อรา ๖๐.
๑๐. แผนกนิติเวชวิทยา ตรวจศพ ๕๕ ราย. ตรวจวัตถุพยาน ๖๕ ราย. ตรวจวิเคราะห์ ๘๗ ราย. ตรวจผู้บ้วยคดี ๕๐๑ ราย. ตรวจนอสูจิ ๖ ราย. ตรวจเนื้อทางกล้องจุลทรรศน์ — ราย. ไปศาล ๔ ครั้ง. ศูนย์รวมข่าวเกิดพิษ, รับข่าว ๕. แจ้งข่าว —.
๑๑. แผนกกายวิภาคศาสตร์ (เฉพาะผู้บ้วยนอก) เจาะท้อง ๒๕. เจาะน้ำสันหลัง ๑๔. เจาะตับ —. เจาะน้ำช่องปอด ๑๑. เจาะเลือด ๓๖๖. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องท้อง —. ผ่าตัดผิวหนัง ๔๓. ขีดผิวหนัง ๒๔. ฉีดยาทั่วไป ๒,๕๖๖. ให้น้ำเกลือ ๒๖๓. ให้เลือด ๑๐๑. เบาหวาน ๓,๖๐๖. กลืนก้อนโรค ๑๓๕.
๑๒. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๒๕๘. ถอนฟัน ๑,๑๕๘. อุดฟัน ๗๓๔. ผ่าตัดช่องปาก ๕๒. ชะแผล ๔๒. ฉีดยา ๑๗.

(ด้วยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ ฯ)

เกียรติ

มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมแต่งตั้งข้าราชการชั้นพิเศษดำรงตำแหน่งดังต่อไปนี้:

๑. พ.ญ. ถนอมฤดี ภูมิภักดิ์ ดำรงตำแหน่งศาสตราจารย์ แผนกวิชากายวิภาคศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล.

๒. พ.ญ. สุภา ฌ นคร ดำรง

ตำแหน่ง ศาสตราจารย์ แผนกวิชาอายุรศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล.

๓. น.พ. เสนอ อินทรสุขศรี ดำรงตำแหน่งศาสตราจารย์ แผนกวิชาศัลยศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล.

๔. น.พ. พิสิฐ วิเศษกุล ดำรงตำแหน่งศาสตราจารย์ แผนกวิชา

คัลยศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์และ
ศิริราชพยาบาล.

๕. พ.ญ. สลัก ทัพวงศ์ ดำรง
ตำแหน่งศาสตราจารย์ แผนกวิชาวิสัญญี
วิทยา, คณะแพทยศาสตร์และศิริราช
พยาบาล.

๖. น.พ. เปรม บุรี ดำรงตำแหน่ง
ศาสตราจารย์ แผนกวิชาคัลยศาสตร์,
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี,

ขอแสดงความยินดีอย่างยิ่ง,

จัดสรรเงินจำหน่ายธงวันมหิดล

คณะกรรมการจำหน่ายธงวันมหิดล
พ.ศ. ๒๕๑๐ ได้พิจารณาจัดสรรเงินจำ-
หน่ายธงวันมหิดลจำนวน ๔๐๑,๑๖๕.๔๐
บาท ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการ
บริการผู้ป่วย ดังนี้:

๑) แผนกอายุรศาสตร์: เครื่องช่วย
หายใจชนิดปรับปริมาตรได้ ๑ เครื่อง,
เงิน ๖๗,๖๕๐.๐๐ บาท เครื่องช่วย
หายใจ ๒ ชุด, เงิน ๒,๗๐๐.๐๐ บาท,
กริ่งไฟฟ้าประจำเตียงผู้ป่วยสามัญ ๑ ชุด

๒๔ เตียง, เงิน ๕,๒๘๐.๐๐ บาท,
เครื่องกดเสมหะ ๑ เครื่อง; เงิน
๕,๓๐๐.๐๐ บาท, เครื่องกดลมจากปอด
๑ เครื่อง, เงิน ๒,๐๐๐.๐๐ บาท.

๒) แผนกจักษุวิทยา: อุปกรณ์ใน
การตรวจวินิจฉัยโรค ๒ ชุด, เงิน
๓,๖๐๐.๐๐ บาท, เลนส์สำหรับลองแว่น
สายตา ๑ ชุด, เงิน ๑,๓๐๖.๐๐ บาท,
เครื่องซักผ้าไฟฟ้า ๑ เครื่อง, เงิน
๑๐,๕๐๐.๐๐ บาท, เครื่องอบผ้า ๑
เครื่อง, เงิน ๗,๖๐๐.๐๐ บาท.

๓) แผนกกุมารเวชศาสตร์: เครื่อง
ตรวจหและตา ๑ ชุด เงิน ๑,๒๐๐.๐๐
บาท, เครื่องปรับอากาศ สำหรับตัดทารก
และเกิดก่อนกำหนด ๒ เครื่อง; เงิน
๒๔,๐๐๐.๐๐ บาท, เครื่องปรับอากาศ
สำหรับเด็กที่ท้องร่วง ๑ เครื่อง, เงิน
๑๒,๖๐๐.๐๐ บาท, Gardiff infant
inflating bag ๒ ชุด เงิน ๑,๑๐๐.๐๐
บาท, เครื่องเล่นประจำสนามสำหรับเด็ก
ป่วยเรื้อรัง, เงิน ๓,๐๐๐.๐๐ บาท.

๔) แผนกผู้ป่วยนอก: เครื่องกด
เสมหะ ๑ เครื่อง, เงิน ๓,๕๐๐.๐๐ บาท

เครื่องขยายเสียง สำหรับเรียกผู้ช่วย
ห้องตรวจอายุรศาสตร์ และห้องตรวจ
กุมารเวชศาสตร์รวม ๒ เครื่อง, เงิน
๕,๕๐๐.๐๐ บาท.

๕) แผนกคลังศาสตร์: ค่าติดตั้ง
ห้องหน่วยบริหารผู้ช่วยหนัก "ตึกตั้งตรง
จิตร" พร้อมทั้งเครื่องปรับอากาศ, เงิน
๕๔,๒๐๕.๕๐ บาท, เพลพร้อมทั้งทแขวน
น้ำกลี ๓ เพล, เงิน ๒,๕๕๐.๐๐ บาท.

๖) คณะเทคนิคการแพทย์: เครื่อง
ปั่น ๑ เครื่อง, เงิน ๗,๐๕๐.๐๐ บาท,
เตาไฟฟ้า ๑ เตา, เงิน ๓,๐๐๐.๐๐ บาท.

๗) แผนกสถิติศาสตร์: รถเข็น
แบบนั่ง ๒ คัน, เงิน ๓,๐๐๐.๐๐ บาท,
โต๊ะคร่อมเตียงผู้ช่วย ๒ ที่, เงิน
๕,๐๐๐.๐๐ บาท.

๘) แผนกทันตกรรม: ฉากกันแบก
นัยสาม ๑ ฉาก, เงิน ๕๐๐.๐๐ บาท,
ครื่องเขาลมร้อน ๒ เครื่อง, เงิน
๒,๔๐๐.๐๐ บาท.

๙) หน่วยราติโอไอโซโทป:
เครื่องปั่นขนาดใหญ่ ๑ เครื่อง, เงิน

๒๗,๖๘๕.๐๐ บาท.

๑๐) แผนกรังสีวิทยา: Cassete &
screen ๑๐ ชุด, เงิน ๒๕,๐๕๐.๐๐
บาท.

๑๑) คลังเลือก: เครื่องกรองน้ำ ๑
เครื่อง, เงิน ๑,๕๐๐.๐๐ บาท.

๑๒) แผนกวิสัญญีวิทยา: ทำระบย
ท่อออกซิจีน และ ในทรีตออกไซด์ใน
ผนังห้องผ่าตัด แผนกคลังศาสตร์ และ
คลังศาสตร์ ออร์โธปีดิกส์, เงิน
๖๘,๕๘๔.๕๐ บาท, และจะได้เงินเพิ่ม
เต็มจนครบค่าใช้จ่ายในการนี้ ในปีต่อไป
อีกประมาณ ๓๐,๐๐๐.๐๐ บาท.

พิพิธภัณฑประวัติการแพทย์ไทย

ด้วย พ.ญ. ภักทรพร พรรณเชษฐ ได้
นำมอขสิ่งของมีค่า ซึ่งตกทอดมาถึง
คุณประทีน พรรณเชษฐ ผู้มารดา, ให้
แกพิพิธภัณฑประวัติการแพทย์ไทย ทั้ง
ต่อไปนี้:

๑. หินบดยา ๑ ชิ้น.

๒. เต้าปูน ๑ เต้า.

ของทั้งสองสิ่งนี้มีอายุประมาณกว่า

๑๐๐ ปี. ทางพิพิธภัณฑสถานประวัติการแพทย์
ไทย ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง.

ถวายสักการะ

วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๑๐,
อันเป็นวันทรงสถาปนาการสาธารณสุข,
กระทรวงสาธารณสุข จัดให้มีพิธีทำบุญ

ถวายแด่พระ และกระทำพิธีถวายสักการะ
อนุสาวรีย์พระรูป สมเด็จพระยา
ราชยานเรนทร ณ กระทรวงสาธารณสุข,
วังเทเวศน์, เริ่มตั้งแต่เวลา ๙.๐๐-

๑๖.๓๐ น.

งานนี้ ได้มีผู้ไปร่วมงานพร้อมเพียง
กันเป็นจำนวนมาก.

การส่งเงินค่าบำรุง

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