



สารศิริราช SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

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

ฉบับที่ ๒๐ ฉบับที่ ๙-๑๐ กย. - ต.ค. ๒๕๑๑

Vol. 20, No. 9-10, Sept. - Oct. 1968

COMPLICATIONS OF CRYO-EXTRACTION OF CATARACT

Experience in 258 Cases using the Author's Applicator

Banchongsak Namatra, M.B.

Anek Bedavanija, M.B., Dr. med.

(Dept. of Ophthalmology and Oto-Rhino-Laryngology)

(Head of Dept. : Prof. Dr. Porn Varavej)

The popularity of cryo-extraction of cataracts, a method introduced by Krwawicz in 1961,⁽¹⁾ increases with the passing of time. This new technique undoubtedly reduces the occurrence of accidental capsule rupture and other complications to a minimum. This paper sets out to describe some of the complications and to give some hints on cryo-extraction to those who are thinking of using this new technique. The article is based on the personal experience of 258 cases of cryo-extraction, performed with the aid of the enzyme alpha-chymotrypsin. The instrument used was the author's inexpensive cryosurgical apparatus already described in the Siriraj Hospital Gazette.⁽²⁾

Failure of Freezing

There were few cases in our series, in which the tip of the cryo-extractor brought into contact with the lens

capsule failed to freeze it; in some cases there was a little freezing but the ice-ball produced at the point of contact was so small that the grip was broken on attempting to move the lens.

Reason (1):— Too small amount of fluid Freon in the syringe.

Correction:— As described in our article, the minimum amount of fluid Freon used should be about $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$ ml. An amount larger than this will be an excess and a waste.

Reason (2):— Aqueous collection in front of the upper pole of the lens will prevent good freezing.

Correction:— When the upper pole of the lens is well exposed, the aqueous collection over this area should be wiped away with the Barraquer's brush just before applying the tip of the instrument to the capsule of the lens.

Reason (3):— In cases of dislocated lens, some vitreous may be displaced

and present itself in front of the lens.

Correction:— Observe very carefully. Be sure that the vitreous is wiped away before applying the tip of the instrument, otherwise the vitreous will be pulled out instead of the lens.

Capsule Rupture

As stated above, the cryo-extraction technique reduced the occurrence of capsular rupture to a minimum. Accidental rupture of the lens capsule still remain a very common complication of this type of ocular surgery.

Reason (1):— The capsule of the lens may be injured by the tip of the iris retractor while displacing the iris upward. In our series no special type of iris retractor was used. The iris is moved upward with the capsule forceps grasping the iris at the upper part of the sphincter area. During this manouver the capsule of the lens may be scraped away, thus converting the extraction into an extracapsular one.

Correction:— (1) Careful grasping of the iris must be well exercised. A little pulling up of the iris at the sphincter area should be done first, and grasping later, thus preventing the direct contact between the capsule forceps and the lens capsule.

(2) A new, more suitable iris retractor should be constructed to replace the capsule forceps. We are now working on this.

Reason (2):— In extraction an intumescent and/or hypermatured cataract, the freezing is limited only to the point of contact, while the rest of the lens, especially the cortical portion, shows no effect of freezing. Attempt to extract the lens will result in capsule breakage at the inferior pole. The

capsule is thus removed, frozen to the instrument tip in one piece, leaving the cortex and the nucleus behind.

Correction:— (1) The temperature of the tip should be decreased to a minimum by using ample amount of fluid Freon, say $1\frac{1}{2}$ ml. or more. By doing this there are 2 advantages: (a) The tip temperature is reduced as much as possible, (b) The cooling is prolonged and provides enough time for the lens to cool sufficiently to allow penetration of the cold to the cortical portion.

(2) All resistance between the lens and its surrounding structures should be eliminated before extraction, viz., (a) The zonular fibers should be freed from its attachment by the action of the enzyme alpha-chymotrypsin; (b) The corneal incision should be wide enough to permit free delivery of the lens. This can be easily accomplished by enlarging the wound to not less than one-half of the circumference; (c) The pupil must be dilated well and in the case of a spastic pupil, a full iridectomy should be done without hesitation.

Undesirable Effects of Freezing

Two structures were frequently involved during the cryo-extraction especially when the author's unit was used. One was the cornea and the other was the iris. It has been stated, that no instrument which cannot be rapidly defrosted by one or another method, should be used for cryo-extraction.⁽³⁾

Cornea — Accidental contact with the cryo-applicator tip may be encountered by the assistant moving the cornea from its position, i.e. away

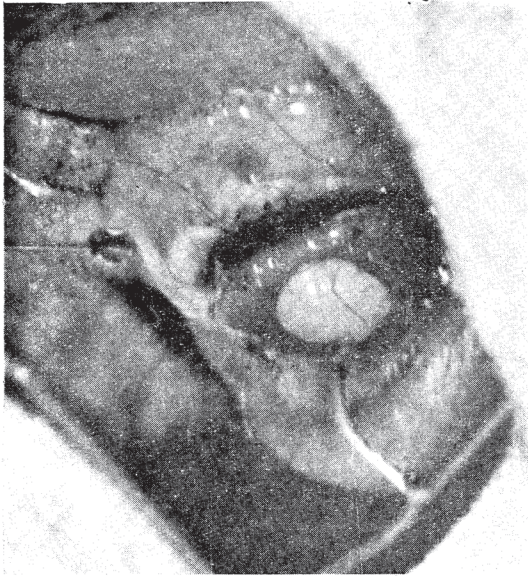


Fig. 1
Corneal incision

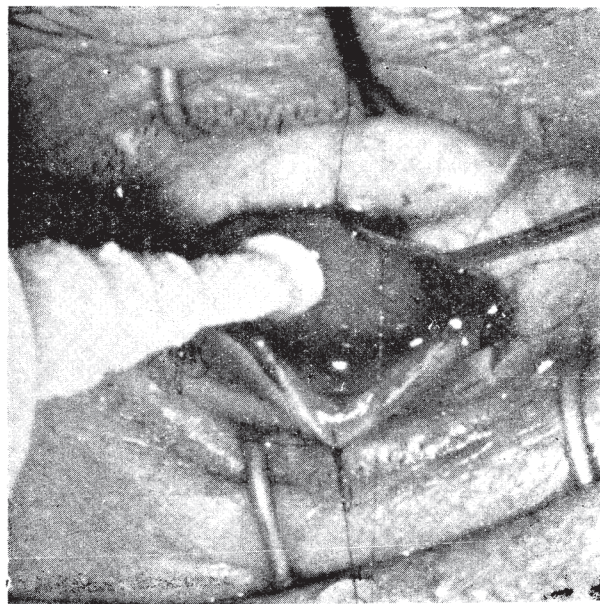


Fig. 2
Extraction of the lens by
cryoprobe (Step 1)

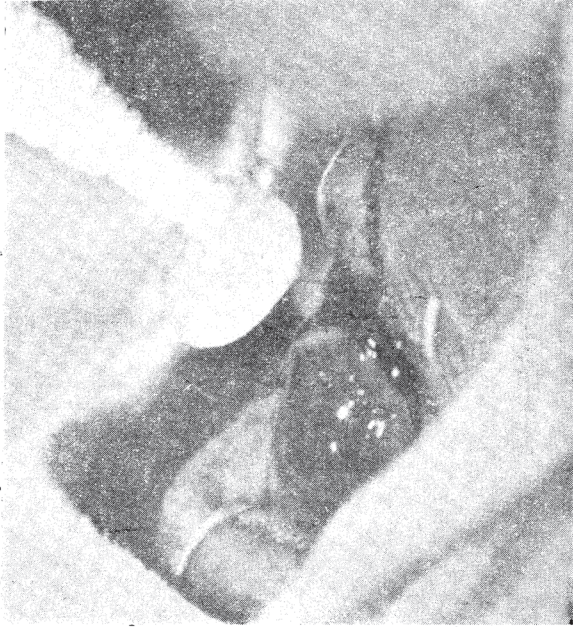


Fig. 3
Extraction of the lens by
cryoprobe (Step 2)

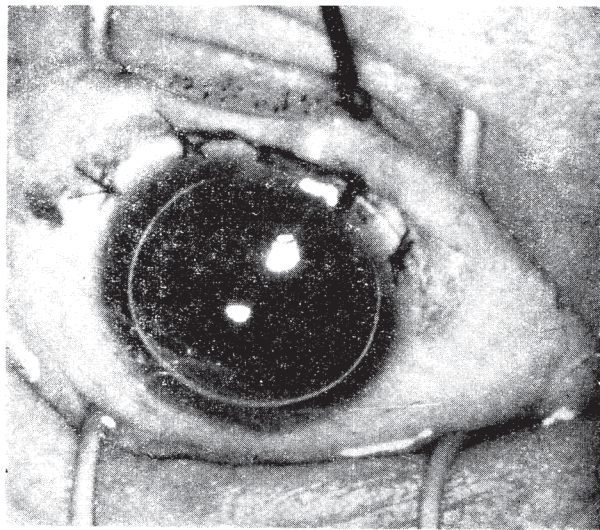


Fig. 4
Suture

from the lens. This will give rise to: (a) Adhesion between the tip and the cornea; (b) The endothelium of the cornea will be damaged by the immediate effect of freezing. The cornea will become very hazy and will remain so for many post operative days. However there will be no permanent damage to the endothelium.(4)

Iris—The iris may come in contact with the cryo-applicator tip when: (a) It slips down from the iris retractor or, in our method, the capsule forceps; (b) the tip touches either side of the upward tented pupil, more frequently on the right side. During the operation, only the left half of iris is clearly visible to the operator while the right half is obscured by the operator's right hand. It is the duty of the assistant to give quick warning as soon as the cryo-applicator tip comes closer to or touches the iris. In one isolated case of our series, the iris was pulled up away from its place resulting in complete iridodialysis of the right half of the iris from about 12 to 6 o'clock positions. So far, this has been our most serious complication. It should not happen in a well organized team.

Detachment of the tip of the cryo-applicator from the cornea and the iris can be achieved by directing a jet of saline at room temperature through

a thin canula on the point of contact for a few seconds.

Vitreous Loss

In our series there were only two cases of vitreous loss. The first was a case of subluxation of the lens with displacement of the vitreous anteriorly. This has already been described under the heading of failure of freezing (Reason 3). The second, was a case of vitreous-lens adhesion in a 40-year old patient with monocular cataract, despite the use of the shaving-off technique.

Summary

Some common complications encountered during the early phase of cryo-extraction using the author's cryo-extractor are described. Many of them could be avoided. Skillful technique and a well organized team of surgeons will reduce the incidence of complication to a very low percentage. This presentation is based upon the author's experience of 258 cases.

References :

1. Krwawicz, T.: Brit. J. Ophthal. 1961, 45 : 279.
2. Namatra, B. and A. Bedavanija: Siriraj Hospital Gazette 1968, 20 : 12.
3. Rubinstein, K. : Brit. J. Ophthal. 1968, 51 : 178.
4. Kelman, C.D., and I.S. Cooper: Amer. J. Ophthal. 1963, 56 : 731.

บัสสาวะมีไขมัน

สัมพันธ์ ตันตวงศ์ พ.บ.

ตี๋ ชัยวัฒน์ พ.บ. Dr. med.

(หน่วยระบบบัสสาวะ, แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม ไปชะกฤษณะ)

ไขมันในปัสสาวะ (Chyluria), บัสสาวะมีไขมัน, เป็นภาวะที่พบบ่อยมานานแล้ว. Johnston (1) กล่าวว่าก่อนคริสต์ศักราชประมาณสี่ร้อยปี ฮิปโปเครติส ได้บันทึกเรื่อง บัสสาวะข้น คล้ายนมในคนไข้ และมีรายงานเกี่ยวกับภาวะนี้ที่พิมพ์ไว้เมื่อ ค.ศ. ๑๘๑๒. เมื่อ ค.ศ. ๑๖๕๑ Jean Pecquet (2) ได้ค้นพบการไหลเวียนของน้ำเหลือง และ มีความเห็น ว่า ไขมันในปัสสาวะเกิดจากไขมันในน้ำเหลือง ถูกขับออกมาในบัสสาวะ.

ต้นเหตุ

เนื่องจากภาวะนี้ได้พบบ่อยมานานแล้ว และได้มีรายงานทาง การแพทย์ ออกมาเรื่อยๆ. เมื่อรวบรวมต้นเหตุก็พอแบ่งออกได้เป็น ๒ พวก ดังนี้:

(๑) ต้นเหตุจากพยาธิ. ส่วนใหญ่ว่าเกิดจากโรค พิลารีเอสิส (Filariasis), แต่อาจเกิดจากพยาธิ ชนิดอื่น ๆ ได้ เช่น

เรื่องย่อ ตันตวงศ์, สัมพันธ์, ตี๋ ชัยวัฒน์ : บัสสาวะมีไขมัน. สารศิริราช ๒๕๑๑ (ก.ศ. ๑๕๖๘), ๒๐ : ๒๕๘-๓๐๘.

ได้รายงานผู้ป่วยที่มีไขมันในบัสสาวะ ๑๒ รายพร้อมทั้งวิธีการตรวจ, การตรวจพบ, การวินิจฉัย, การรักษาและผลของการรักษา โดยวิธีต่าง ๆ. ได้กล่าวโดยย่อถึงประวัติ, ที่มาและธรรมชาติของไขมันที่พบในบัสสาวะ, ต้นเหตุที่น่าจะเป็นไปได้, เหตุที่นำผู้ป่วยมาหาแพทย์รวมทั้งการบำบัดโรคนี้โดยวิธีการต่าง ๆ.

เอมีโนค็อกคัส, ซีลีสทีเซอร์คัส เซลลูโลส, แอสคาร์นิส ลิมบริคอบีทิส, มาลาเรีย, และ ที่เนย เวอรา เป็นต้น.

(๒) จากต้นเหตุอื่น. พบน้อย. จากอเมริกามีรายงาน ประมาณ ๑๐๐ ราย. เกิดจาก อนิวริสม์ ของหลอดเลือด และการอุดตันของท่อน้ำเหลือง ธรรมชาติจากการขาดเจ็บ, วัณโรค, ฝีหรือหนองอก.

ไขมันในปัสสาวะ ที่พบส่วนใหญ่เกิดจากพยาธิ, โดยเฉพาะ พิลารีเอ. ใน ค.ศ. ๑๘๖๖ Wücherer ได้พบ ไมโครฟิลารีเอ

ในเลือดและบัสสาวะของคนไข้ที่มี ไขมัน
ยวดยิ่ง. เขาได้สังเกตเห็นว่า “ฟิลาเรีย
ทำให้เกิดภาวะ ไขมันยวดยิ่ง ได้”. ค.ศ.
๑๙๓๕ Ray และ Rao⁽³⁾ ได้รวบรวมราย
งานคนไข้ที่เป็น ฟิลาเรียสิส ๑๒,๓๘๖
ราย. พบมี ไขมันยวดยิ่ง ร่วมด้วย ๒๕๔
ราย, เท่ากับ ๒ ٪. ใน ค.ศ. ๑๙๕๔
Manson-Bahr กล่าวว่าคนไข้ที่เป็น ฟิลา
เรียสิส จะ พบตัวพยาธิ ใน เลือด และ ใน
บัสสาวะเฉพาะในระยะ ที่เป็น อย่าง ปัจจุบัน
เท่านั้น; เมื่อพ้นระยะนี้หรือเมื่อหายแล้ว
มักหาตัวพยาธิไม่พบ. อาการ ไขมันยวดยิ่ง
เกิดขึ้น หลัง ที่พยาธิตายไปนานแล้ว.
เขาเชื่อว่า ฟิลาเรีย ทำให้ที่หน้าเหลือง
ธอราซิก หรือที่หน้าเหลืองอินทกอกเนื่อง
จาก ไฟโบรสิส. คนไข้ที่มี อีเลแฟนที -
เอสิส ของ อวัยวะ สืบพันธุ์ และ ขาทิ้งสอง
ข้างมี ไขมันยวดยิ่ง น้อยมาก.

ไขมันออกมาในบัสสาวะได้อย่างไร

ขณะที่การแพทย์ยังไม่เจริญได้ มีการ
หลงผิดคิดว่าไขมัน ที่ออกมาในบัสสาวะ
เป็น โมเลกุลาร์ ปาร์ติเคิล. ไม่ได้ ออก
มาเป็นเม็ดหรือหยดเล็ก ๆ, เช่นความ

เห็นของ Golding Bird⁽⁵⁾. ขางคน
(Young⁽⁶⁾, ค.ศ. ๑๙๑๔; Prout⁽⁷⁾,
ค.ศ. ๑๙๔๑) กล่าวว่าเกิดจาก เซลล์
ของไตทำงานผิดปกติไขมันจึงออกมาได้.
Hertz,⁽⁸⁾ ค.ศ. ๑๙๑๗ กล่าวว่าไขมันใน
ไขมันยวดยิ่ง เหมือนกับไขมัน จากอาหารที่
กินเข้าไป มากกว่าไขมัน ที่เก็บไว้ตาม
อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย, ซึ่งได้รับการ
พิสูจน์ว่าเป็นความจริง. ในปัจจุบันทฤษฎี
นี้ กล่าว หมก ความ หมายถึง และได้ หัน
มาเชอทฤษฎีใหม่คือ “สาเหตุมาจากการ
อุดตัน”. เชื่อว่า ไขมันยวดยิ่ง เกิดเนื่องจาก
มีช่องคอคอระหว่างที่หน้าเหลืองของลำไส้
กับ ทางเดินบัสสาวะเนื่องจาก มีการอุดตัน
ของหลอดน้ำเหลืองส่วนบน. ค.ศ. ๑๙๖๓,
Ackermann⁽⁹⁾ กล่าวว่าเมื่อมีการอุดตัน
ของที่หน้าเหลืองระหว่างที่ ธอราซิก กับ
ลำไส้, จะพบว่าหลอดน้ำเหลืองที่อยู่ต่ำ
กว่าตำแหน่งที่อุดตัน, พองขึ้น. ไขมันส่วน
หนึ่งจะถูกขับลงล่างไปสู่หลอดน้ำเหลืองที่
ผนังอก และไหลเข้าหลอดเลือดดำ ทางที่
ธอราซิก และ ที่อ ลิ้มฟาคีค อินชวา.
หลอดน้ำเหลืองที่พองมากอาจแตก, ทำ
ให้ไขมันไหลออกไปยัง อยู่ใน ส่วนที่เกี่ยว
ข้อง, เช่นช่องปอด, ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ,

ช่องท้องหรือในปัสสาวะ. ที่พบบ่อยปรากฏว่าท่อหน้าเหลือง มัก แดง ออกที่ ทางเดินปัสสาวะ, ทำให้เกิดภาวะ ฌัฒยัลยเรียว ซน. ส่วนมากพบว่ามักแดงที่ไต, เป็นข้างเดียวมากกว่าสองข้าง. อาจแดงที่หลอดไต (Campbell และ Seidler⁽¹⁰⁾, ค.ศ. ๑๙๓๗), ที่ โพสทีเรียร์ ยิวริรา (Lazarus และ Marks⁽¹¹⁾, ค.ศ. ๑๙๔๕), หรือที่ ไทรโกน (Pope⁽¹²⁾, ค.ศ. ๑๙๐๕).

ทฤษฎีใหม่ที่มีข้อสนับสนุนต่อไปนี้:

(๑) Welfeld⁽¹³⁾ (ค.ศ. ๑๙๒๔). อ้างว่า Ponfick เป็นคนแรก ตรวจศพคนไข้มี ฌัฒยัลยเรียว และพบหลอดหน้าเหลืองไปเยื่อที่ไต.

(๒) จากการทำ ร็ ไทรเกรท พัยอ-ไลแกรม มักพบภาวะ Pyelo-lymphatic backflow คือการไหลย้อนจากกรวยไตเข้าหลอดหน้าเหลือง, ซึ่งแสดงให้เห็นหลอดหน้าเหลืองที่มากกรวยไต. Yamauchi⁽¹⁴⁾ พบถึง ๗๕ ปรศ. ของคนไข้มี ฌัฒยัลยเรียว.

(๓) ในปัจจุบันนี้เราสามารถทำ ลียมแฟงจิโอแกรม เห็นท่อหน้าเหลืองที่ไปเยื่อที่ไตได้ชัดเจน, ซึ่งตามปรกติจะไม่พบ. ดังปรากฏในภาพที่ทำได้สองราย.

ต้นตอของไขมันในปัสสาวะ

Hertz⁽⁸⁾ ลงความเห็น ว่ามาจากอาหารที่กินเข้าไปโดยมีรายงานสนับสนุนดังต่อไปนี้.

(๑) Blomstrand และคณะ⁽¹⁵⁾, ค.ศ. ๑๙๕๔, ได้พิสูจน์ทางเคมีว่าไขมันในปัสสาวะเหมือนไขมันในอาหารที่กินเข้าไป.

(๒) การตรวจสอบอย่างง่ายสำหรับภาวะ ฌัฒยัลยเรียว ใช้วิธีให้คนไข้กินเนยผสมสี Sudan III หรือ IV (เช่น Johnston⁽¹⁾), สี ซูดาน จะย้อมไขมันและถูกขับออกมาในปัสสาวะ, ทำให้ปัสสาวะมีสีส้มสดภายใน ๒-๔ ชั่วโมง.

(๓) ในการตรวจคนไข้ด้วย ซีรัล-โทสโคป ที่หน่วยปัสสาวะได้ทำเป็นประจำสำหรับคนไข้ที่สงสัยว่ามีไขมันในปัสสาวะ, ถ้าขณะนั้นปัสสาวะใสเป็นปรกติ, เราแนะนำให้กินไขมันมาก ๆ หนึ่งวัน. ในวันรุ่งขึ้นมาตรวจก็จะพบไขมันออกมาในปัสสาวะ เป็นสีขาวคล้ายนมช็อคเจน.

เหตุที่ทำให้คนไข้มาหาแพทย์ แย้งออกไป
ได้เป็น ๓ พวก.

(๑) เหตุทางจิต. เกิดความกังวล

และไม่สบายใจเนื่องจากลักษณะของบัสสาวะผิดปกติ. บางคนมีบัสสาวะข้นคล้ายนมและบางคนมีเลือดปนออกมาด้วยเนื่องจากมีหลอดเลือดฝอยแตกเข้าหลอดเลือดที่มาจากน้ำเหลืองที่เข้าที่ไต.

(๒) ความทรมาณเพราะถ่ายบัสสาวะขัดหรือถ่ายไม่ออกเนื่องจากไขมันที่ออกมาจับเป็นก้อนในกระเพาะบัสสาวะ. บัสสาวะของบางคนพอถ่ายลงภาชนะก็จะจับกันเป็นก้อนวันรูปภาชนะนั้น. บางรายอาจปวดท้องถึงคนเพราะไขมันจับตัวเป็นก้อนในหลอดไต (ยูเรเทอรัล คาสต์) และอุดหลอดไต.

(๓) ร่างกายทรุดโทรมเนื่องจากเสียไขมันไปทางบัสสาวะมาก.

ความสัมพันธ์ระหว่าง ไขมันในบัสสาวะกับความสัมพันธ์ระหว่าง ไขมันในบัสสาวะกับ อิริยาบถ

ส่วนใหญ่ลงความเห็นว่ามีไม่มีความเกี่ยวข้อง. เมื่อมีหลอดน้ำเหลืองเข้ตักติดต่อกับทางเดินบัสสาวะ, เวลาที่มีไขมันในหลอดน้ำเหลืองมากพอ, ก็จะออกมาในบัสสาวะ, ทำให้ข้นคล้ายนมหรือน้ำขาวได้. แต่มีบางรายมีความสัมพันธ์กับอิริยาบถ, เช่น Tuller และคณะ⁽¹⁶⁾ พบ

ว่าขณะก้มตัวลงจะทำให้เกิดมีไขมันในบัสสาวะได้และเมื่อเหยียดตัวตรงไขมันจะหายไปรวมทั้งการไหลย้อนจากกรวยไตเข้าหลอดน้ำเหลืองก็หายไปด้วย. Char-toris⁽¹⁷⁾ พบว่าคนไข้ของเขาต้องก้มเกิน ๔๕° จึงจะมีไขมันออกมาในบัสสาวะ, พอเหยียดกายตรงจะหายไป. ส่วนใหญ่พบว่าทำเช่นนี้ทำให้เกิด ไขมันในบัสสาวะ. Blomstrand⁽¹⁵⁾ และคณะพบคนไข้สองรายซึ่งเมื่อยืนตรงจะเกิด ไขมันในบัสสาวะ, แต่เมื่อรัดท้องจนแน่นอาการ ไขมันในบัสสาวะจะหายไป.

เหตุที่ภาวะมีไขมันในบัสสาวะเป็น ๆ หาย ๆ

ภาวะนี้เกิดขึ้นคราวหนึ่งอาจนานเป็นวันหรือเป็นเดือนก็ได้. หายได้เองโดยไม่ต้องรักษา, แต่จะกลับเป็นใหม่อีก. มีข้อคิดที่น่าเป็นไปได้สองทางคือ :

(๑) จำนวนไขมันในอาหารที่กินเข้าไป. ถ้ามีน้อยอาจถูกขับออกมาจนน้อยจนไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของบัสสาวะชัดเจนอย่างเห็นได้ด้วยตาเปล่า.

(๒) การอุดตันของท่อน้ำเหลืองอาจเกิดเป็นครั้งคราวแต่การอักเสบของท่อ

น้ำเหลืองหรือเนื้ไต. Yamauchi⁽¹⁴⁾ กล่าวว่าคนไข้ ที่มีไขมันในปัสสาวะมักมีการอักเสบของไตร่วมด้วย, ซึ่งอาจเป็นต้นเหตุของ ผนังหลอดเลือด ที่เป็น ๆ หาย ๆ, เพราะการอักเสบของไตทำให้ เนื้ไตบวม และทำให้หลอดน้ำเหลืองในไต ที่ ยึดกลับ เบียดได้. แต่คำกล่าวนี้ไม่เช่นความจริงเสมอไปเพราะจากการทำ ไบออปซีย์ ไต ้วยเข้มนในคนไข้ของ Johnston⁽¹⁾ ไม่พบ การอักเสบหรือผิดปกติ.

การรักษา

- (ก) อาจใช้ยาและให้คำแนะนำดังนี้:
- (๑) รักษาทางจิต.
 - (๒) กินอาหารที่มี คาลอรี มากแต่ มีไขมันน้อย.
 - (๓) ทำให้ ปัสสาวะเป็นด่างโดยให้ กิน โซเดียมซิเตรต, หรือ โซเดียมไบคาร์บอเนต (๒๖ ๑๒ ๒๕) เป็นต้น. เมื่อ ปัสสาวะเป็นด่างจะทำให้ไขมันที่ออกมาใน ปัสสาวะไม่จับกันเป็นก้อน.
 - (๔) ใช้น้ำยา ซิลเวอร์ ในเตรต ๓ ๒๕. ฉีดเข้าใน กรวยไตโดย อาศัย หลอดสวนหลอดไต. แต่ตามรายงานไม่เคยได้ ผลัก.

(ข) รักษาโดยการผ่าตัด. ควรจะ ทำการผ่าตัดเมื่อ

(๑) คนไข้ มีร่างกาย ทรมโทรม เนื่องจากจิตใจหรือเพราะเสียไขมันไปทาง ปัสสาวะมาก.

(๒) ปัสสาวะขี้มาก หรือ ปวดท้อง มากจนรบกวนการทำงานและการพักผ่อน.

วิธีการผ่าตัด

(๑) ทำลายรเบียดของหลอดน้ำเหลือง ้วยไฟฟ้า (ซีลสโตสโคปิค ฟลักเรชั่น). ใช้เฉพาะในรายที่หลอดน้ำเหลือง แดงที่ กระเพาะปัสสาวะหรือที่หลอดปัสสาวะ.

(๒) ตักไตทิ้ง. การรักษาคคนไข้ที่ ปัสสาวะ มีไขมันโดยวิธีนี้ เป็น วิธีรักษาที่ ผิด. ได้มีการใช้วิธีนี้กล่าวชั่วระยะหนึ่ง เนื่องจากใน ะยะนั้น ไม่สามารถแสดงให้ เห็นหลอดน้ำเหลืองโป่งพองที่ไตได้.

(๓) การตัดหลอดน้ำเหลืองรอบไต (เพอริรีนัล ลียมฟาเต็คโตมีย์). ทำโดย การเลาะไต ออกจากไขมันรอบไต และ ตัก หลอดน้ำ เหลือง ที่ ขั้วไต ออก จน เหลือ แต่ หลอดเลือดแดงและดำเท่านั้น.

หลอดน้ำเหลืองของไตแบ่งออกได้เป็น
สองพวก (Colby⁽¹⁸⁾) ดังนี้:

(๑) กลุ่มต้น (สเปอรฺเฟเชียล), มา
จากไขมันรอบไต, ผนังไต, ส่วนนอก
ของ รินัล คอร์เทกซ์. ไหลเข้าสู่ สฟิเรียล
เออร์ติค โนค, เข้าสู่ท่อ ออราซิก.

(๒) กลุ่มเล็ก, อยู่ใน รินัล
เมคัลลา และส่วนในของ รินัล คอร์เทกซ์.
มารวมเป็นหลอด ๔-๖ อันที่ขั้วไตและไหล
เข้าสู่ พาราเออร์ติค โนค และเข้าสู่ท่อ
ออราซิก.

ท่อน้ำเหลืองทั้งสองชุดนี้มีการประสาน
กันทั่วไป. จากการศึกษาลอดหน้าเหลือง
จากไตเห็นว่าการค้ำหลอดน้ำเหลืองรอบ
ไตก็เป็นการเพียงพอแล้ว, บางคน (เช่น
Yamauchi⁽¹⁴⁾) แนะนำให้เอา แคปซูล
ของไตออกด้วย, ซึ่งไม่จำเป็นและยังทำ
ให้เกราะหุ้มไตขาดหายไป.

รายงานคนไข้

ระหว่าง พ.ศ. ๒๔๕๕-๒๕๑๑ ได้
รับคนไข้ที่มีไขมันในบัสสาวะไว้รักษาใน
โรงพยาบาลรวม ๑๒ คน, เป็นชาย ๕ คน
และหญิง ๗ คน; เป็นไทย ๗ คน และจีน
๕ คน; มีอายุระหว่าง ๒๒-๖๖ ปี (อายุ

๒๐+ ปี ๑ คน, ๓๐+ ปี ๒ คน, ๔๐+ ปี
๓ คน, ๕๐+ ปี ๔ คน, ๖๐+ ปี ๒ คน);
มีอาชีพทำงานบ้าน ๖ คน, ค้าขาย ๒ คน,
รับจ้าง ๒ คน, ครุ ๑ คน, ทำสวน ๑ คน;
มีที่อยู่ในจังหวัดพระนคร ๘ คน, ธนบุรี
๒ คน, นนทบุรี ๑ คน และยะลา ๑ คน.
ระยะเวลาที่คนไข้เหล่านี้มีไขมันใน
บัสสาวะมีตั้งแต่ ๑ เดือนถึง ๓๐ ปีเศษ
(นาน ๑ เดือน ๒ ราย, ๒ เดือน ๓ ราย,
๕ เดือน ๒ ราย, ๑๐ เดือน ๑ ราย ๑ ปี
๑ ราย, ๒ ปี ๑ ราย, ๕ ปี ๑ ราย ๓๐ ปี
๑ ราย).

อาการที่เป็นนูนเป็นๆ หายๆ, บัสสาวะ
ข้นคล้ายนมเป็นเวลา ๕-๖ วันก็หายไป
แล้วกลับเป็นใหม่. บางทีเว้นานเป็น
เดือนหรือปี.

การตรวจร่างกายทั่วไป. ไม่พบสิ่งผิดปกติ.
การตรวจเลือดทางห้องทดลองและ
ทางเคมีให้ผลปกติ. ตรวจหา ไมโคร-
ฟิลาเรีย ในเลือด (ตอนเที่ยงคืน) ๔ ราย,
ไม่พบพยาธิ. ตรวจบัสสาวะพบไขมันใน
บัสสาวะ ๑๒ ราย (ทดสอบด้วย อีเธอร์),
พบ อิลิมิน ๑+ ถึง ๔+ ๑๐ ราย. มี
เม็ดเลือดแดงในบัสสาวะ ๕ ราย (เห็น
เม็ดเลือดขาวตาเปล่า ๔ ราย.) พบเม็ดเลือด



รูปที่ ๑

เป็นภาพ ลิ้มแพงจิไอแกรม (ทำจากขาขวา)
ร่วมกับ อินทราวนัส พยื่อโลแกรม ของคน
ไข้ชายอายุ ๓๓ ปี. เห็นหลอดน้ำเหลืองมาเปิด
ที่ พัยรามิด ของไตขวาและหลอดน้ำเหลือง
ทั่วไปพองออก. ไม่เห็นท่อ รออราซิก.



รูปที่ ๒

แสดงให้เห็นหลอดน้ำเหลืองทั่วไปพองออกและ
มีความสัมพันธ์กับกรวยไตทั้งสองข้าง. คนไข้
รายนี้เป็นหญิงอายุ ๔๗ ปี. (ได้ทำ อินทราวนัส
พยื่อโลแกรมด้วย)

ชาว ๒ ราย.

โดยการตรวจด้วย ซีรีส์โตสโคป เห็นยีสต์สภาวะขึ้นขาวออกจากปากหลอดไต ข้างขวา ๗ ราย, ทางซ้ายซ้าย ๒ รายและ ทั้งสองข้าง ๓ ราย. ทำการทดสอบ อินทิโกคาร์มิน ใน ๗ รายให้ผลปรกติ. ทำ วิโทรเกรค พยื่อโลกกราฟี่ ใน ๗ ราย พบว่าเป็นปรกติ ๒ ราย, มีการไหลย้อน จากกรวยไตเข้าหลอดน้ำเหลืองข้างขวา ๔ ราย และทั้งสองข้าง ๑ ราย. ทำ อินทรวินัส พยื่อโลกกราฟี่ ใน ๖ ราย ได้การทำงานและภาพปรกติ, ไม่พบการไหลย้อนจากกรวยไตเข้าหลอดน้ำเหลืองเลย. ได้ทำ ลิยมแฟงจิโอกราฟี่ ๒ ราย (ภาพ ๑ และ ๒), พบมีหลอดน้ำเหลืองไป เบ็ดที่กรวยไตข้างขวา ๑ ราย และเบ็ดที่ กรวยไตทั้งสองข้าง ๑ ราย.

การรักษา, ผ่าตัด, และผล

ได้ทำการรักษาและได้ผลดังต่อไปนี้:

(๑) ทำการตัดหลอดน้ำเหลืองรอบไต ๘ ราย, ทำข้างขวา ๔ ราย, ทางซ้าย ๓ ราย, และทั้งสองข้าง ๑ ราย. คนไข้หายดี.

(๒) ตัดไตขวาออก (พ.ศ. ๒๕๕๕) ๑ ราย. คนไข้หายดี.

(๓) เนโพรเพ็คซีย์ ๑ ราย (พบมี ฟังคียคทชวไตมาก, ไม่พบหลอดน้ำเหลืองที่พอง). คนไข้ไม่หาย.

(๔) ไม่ได้ผ่าตัด ๒ ราย, คนไข้ไม่หาย. คนไข้รายหนึ่งเมื่อทำ ซีรีส์โตสโคปี่ ครั้งแรกเห็นยีสต์สภาวะมีไขมันออกจากไตซ้าย. วันต่อมาจะทำผ่าตัด, ได้ทำการตรวจอีกครั้งหนึ่งเห็นยีสต์สภาวะใส แต่เมื่อทำ วิโทรเกรค พยื่อโลกกราฟี่ พบมีการไหลย้อนจากกรวยไตเข้าสู่ หลอดน้ำเหลืองของไตขวา, จึงงดการผ่าตัด. คนไข้อีกรายหนึ่งได้ รับ การ ปรึกษาจาก แผนกอายุรศาสตร์ ขอให้ช่วยทำการตรวจให้เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย.

วิจารณ์

คนไข้มีไขมันในยีสต์สภาวะของเรา ๑๒ รายได้รับการตรวจอย่างละเอียด, ไม่พบต้นเหตุ. เนื่องจาก ๕ คนเป็นเงินมาจาก ประเทศจีน, ซึ่งเป็นบริเวณที่มี ฟิวโรซิส ประจำ, คนไข้อาจได้รับเชื้อ ฟิวโรซิส ซึ่ง ต่อมาได้หายไปและมาปรากฏอาการเมื่อ มาอยู่ในประเทศไทย. สำหรับบ้านเราทาง ภาคใต้ตั้งแต่ชุมพรลงไปมี ฟิวโรซิส ประจำอยู่เสมอ. คนไข้อีก ๗ คนซึ่งซัก

ประวัติไว้ไม่ละเอียดพออาจเคยลงไปอยู่
ทางภาคใต้ระยะหนึ่งและไ้รับเชื้อ พิลา-
เรีย ไว้, หรือคนไข้แจ้งที่อยู่ไว้ไม่ตรงกับ
ความจริง, คือมาอยู่ที่ของบ้านญาติที่
มาพักที่พระนครแทน.

คนไข้ส่วนใหญ่มีอาการเมื่อยอายุเกิน
๓๐ ปีขึ้นไป. เข้าใจว่าอาจไ้รับเชื้อ
ตั้งแต่อายุน้อย. เมื่อโรคหายไปแล้ว
ระยะหนึ่ง, อาจเป็นปี ๆ, แล้วจึงทำให้เกิด
การออกกันของหลอดน้ำเหลืองมากพอที่จะ
ทำให้เกิดอาการ ฌัณย์ลียเรียว ขึ้น.

จากการตรวจหา ไมโครพืลาเรีย ใน
เลือดคนทั้ง ๔ ราย, ไม่พบพยาธิ.
แสดงว่าคนไข้พ้นการติดเชื้อ พืลาเรีย
ระยะปัจจุบันมาแล้ว.

จากการตรวจปัสสาวะพบมีไขมันออก
มาแน่นอนทั้ง ๑๒ รายและยังพบ โปรตีน
ในปัสสาวะถึง ๑๐ ราย, แสดงว่าอาจมี
ความผิดปกติของเนื้อไต. การมีเม็ดเลือด
แดงออกมาในปัสสาวะซึ่งเห็นได้ด้วยตา
เปล่า ๔ รายและด้วยกล้องจุลทัศน์ ๕ ราย,
แสดงว่ามีหลอดเลือดฝอยของไตแตกติด
ต่อกับหลอดทางเดินปัสสาวะ. การมีเม็ด
เลือดขาวในปัสสาวะ ๒ รายแสดงว่าเม็ด
เลือดขาวนั้นมาจากน้ำเหลืองหรือมีการ

อักเสบของไตร่วมด้วย. แต่ในการรักษา
เราไม่ได้ตัดเขาเนื้อไตไปตรวจ จึงไม่มี
ข้อสันนิษฐานทางจุลกายวิภาค.

จากการศึกษาการทำงานของไตโดย
การทดสอบ อินทิโกคาร์มิน ก็ดี หรือ
ยูโรกราฟฟี ก็ดี พบว่าไตทำงานเป็น
ปกติทั้งส่วน โกลโมรูลัส และส่วน ทบล.
แสดงว่าคนไข้ที่มีไขมันในปัสสาวะไม่มี
การรบกวนการทำงานของไต. จากการ
ตรวจด้วย ซีบีเอสโตสโคป พบ ฌัณย์ลียเรียว
ออกจากหลอดไตข้างขวา ๗ ราย, ข้าง
ซ้าย ๒ รายและทั้งสองข้าง ๓ ราย. เป็น
ที่น่าสนใจมากกว่าทำไมจึงเกิดโรคแก่ไต
ข้างขวามาก. เรายังไม่สามารถอธิบาย
ได้. เมื่อเทียบกัยงานของ Aly Magid⁽¹⁹⁾
พบว่าในคนไข้ของเขา ๑๒ รายมี ฌัณย์ลีย
เรียวออกจากไตข้างซ้าย ๗ รายและข้าง
ขวา ๕ ราย.

การไหลย้อนจากกรวยไตเข้าสู่หลอด
น้ำเหลืองพบได้ค่อนข้างบ่อย. จากคนไข้
ของเราพบ ๕ ราย ใน ๗ รายที่ทำ รีโทร-
เกรด พัยอ์โลกราฟฟี, เท่ากับ ๗๑ ปร.%,
พบใกล้เคียงกับรายงานของ Yamau-
chi⁽¹⁴⁾ (๒๔ ราย ใน ๓๒ ราย). บางคน
ได้ถึงความเห็นว่าการไหลย้อนจากกรวย

ไตเข้าสู่หลอดน้ำเหลือง เป็นเครื่องช่วย
 สันนิษฐานการวินิจฉัยว่าคนไข้มีหลอดน้ำ
 เหลือง มา เบ็ด ตัดต่อกับทางเดินปัสสาวะ
 (Wessen⁽²⁰⁾ Campbell และ Seidler⁽¹⁰⁾).
 อย่างไรก็ตามต้องไม่ลืมว่าการไหลย้อน
 จากกรวยไตเข้าสู่หลอดน้ำเหลืองนี้อาจพบ
 ้ไตในการทำ ร็โทเรกเรต พยัโฮกรภาพย์
 ในคนที่ไม่ได้มี ฌยลยเรย, ถ้าเราศึกษา
 ผ่านหลอดสวนหลอดไตแรงเกินไป.

การทำ ลียมแฟงจิโอกกราฟรีย เป็น
 ้เรื่องจำเป็นที่สุดเพราะทำให้สามารถเห็น
 ว่าหลอดน้ำเหลืองมาติดต่อกับส่วนใดของ
 ้ท่อทางเดินปัสสาวะ. ในคนไข้ ๒ คนที่ทำ,
 ้ไตพบหลอดน้ำเหลืองมาเบ็ดแฉว พยัรามิก
 ของไต. รายหนึ่งเบ็ดเฉพาะที่ไตข้างขวา
 และอีกรายหนึ่งมาเบ็ดที่ไตทั้งสองข้าง.
 นอกจากนั้นเราพบว่าหลอดน้ำเหลืองใน
 ้ช่องท้องทั่วไปพองมาก. ไม่สามารถ
 แสทงให้เห็นตำแหน่งที่ออกนไต. ไม่เห็น
 การไหลของน้ำเหลืองขนตามผนังหน้า
 ้ท้องไปสู่ส่วนขน. ้ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ
 หลอดน้ำเหลืองเล็ก, มีล้เข้าไปน้อย,
 ้จึงไม่สามารถทำให้เกิดภาพใน พิล์ม
 ้เอ็กซเรย ้ไต. ไม่เห็นท่อ ออราซิค ถึงแม้
 ้จะเพิ่มความดันการฉีก ลีบีโอดล้ อุลตรา

พลอิก จาก ๐.๓ กก./ซม.² เป็น ๐.๖
 กก./ซม.² แล้วก็ตาม. ้จึงมีข้ญหาต่อไ
 ้ว่าท่อ ออราซิค ้มีการออกนจริงหรือเปล้า.
 ้ไตลองศึกษาท่อ ออราซิค ในคนไข้ที่เป็น
 ้โรคอื่น, เช่นหลอดปัสสาวะตีบ, เป็น
 ้มะเร็งของกระเพาะปัสสาวะโดยการทำให้
 ้ลีย่มแฟงจิโอกกราฟย ้วิธีเดียวกัน, ้ก็
 ้สามารถแสทงท่อ ออราซิค ้ไต. ข้ญหา
 ้อีกข้อหนึ่ง คือ ฌยล้ ้ไหลผ่านผนังท้องไป
 ้สู่หลอดน้ำเหลืองของผนังอกและไหลเข้า
 ้สู่หลอดเลือดดำทางท่อ ลียมฟาทิก ข้าง
 ้ขวาและเข้าท่อ ออราซิค ้จริงหรือไม่.
 ้จากการทำ ้ไบอ้อปซีย ของท่อมน้ำเหลือง
 ้พาราเอออร์ติก ๑ ราย, ้พบว่าปรกติ.
 ้แสทงว่าต้นเหตุที่ทำให้เกิด ฌยลยเรย
 ้ไตหายไ้ไปอย่างเรยบร้อยตามท ้แมนสัน
 ้ยาห์ ้ไตกล่าวไว้.

้เนื่องจากไตบรรยายเรื่องน้ในที่ประชุม
 ้วิชาการของคณะ ้ฯ เมื่อ ๑๘ ตค. ๒๕๑๑
 ้ไตมีคำถามเกี่ยวกับ การตัด หลอด
 ้น้ำเหลืองรอบไตว่าจะทำให้เกิดการขวม
 ้น้ำเหลือง (ลียมฟาทิก อี้คิม้า) ของไตหรือ
 ้ไม่. ้ผู้รายงาน (น.พ. สัมพันธ์ ้ต้นตวงค์)
 ้เข้าใจว่าไม่เกิด การขวมน้ำเนอง จาก
 ้หลอดมน้ำเหลืองเกิดใหม่ได้. ้ทั้งน้มี

รายงานสนับสนุนว่าเป็นความจริง. Goodwin และ Kaufmann⁽²¹⁾ กล่าวว่าหลอดน้ำเหลืองของไตเป็นลิ้นปลอกภัย (Safety valve) ในการขังกันไม่ให้เกิด ฮัยโดรเนโฟรสิส ได้ง่ายเมื่อมีการอุดตันของหลอดไต, เพราะปัสสาวะจะไหลเข้าหลอดน้ำเหลืองทาง ทบไลลียมฟาติก แทรคต์. ในทางตรงกันข้าม, เมื่อหลอดน้ำเหลืองของไตถูกตัด, น้ำเหลืองในเนื้อไตก็ไหลออกมาในปัสสาวะได้ทางหลอดน้ำเหลืองที่เย็บอยู่, แต่มีไขมันน้อยมากจนไม่เห็นสิ่งผิดปกติในปัสสาวะ. ในคนไข้ของเรา ๔ รายที่ยังติดต่อยู่ได้ทำการตรวจอีก, แต่ก็ไม่มีพบสิ่งผิดปกติเกี่ยวกับไต.

อนึ่ง, ในการทำการถ่ายปลอกไต, ต้องทำการตัดหลอดน้ำเหลืองของไตทั้งหมดก็ไม่ปรากฏว่ามีการขมุน้ำเหลืองเกิดขึ้น.

เอกสาร

1. Johnston, J.W. : Ann. Int. Med. 1955, 42: 931.
2. Pecquet: Cited by Sanes and Kahn, Arch. Int. Med. 1916, 17: 181.
3. Ray, P.W. and S.S. Rao: Brit. J. Urol. 1939, 11: 48.

4. Manson - Bahr, P.H. : Tropical Diseases, 1954, London and Cassel & Co.
5. Golding, Bird : London Med. Gaz. 1843, 23: 110.
6. Young, W.J. : J. Trop. Med. & Hyg. 1914, 17: 241.
7. Prout : Stomach and Renal Diseases, 1841.
8. Hertz, A.F. : Lancet 1907, 172: 733.
9. Ackerman, T. : Dtsch. Klin. 1863, 15: 221.
10. Campbell, M.F. and Seidler, V. : Am. J. Roentgenol. 1937, 38: 620.
11. Lazarus, J.A. and Marks, M.S. : J. Urol. 1946, 56: 246.
12. Pope: Calif. St. Jour. Med. 1909, 7: 255.
13. Welfeld, J. : J. Urol. 1924, 12: 27.
14. Yamauchi, S. : J. Urol. 1945, 54: 318.
15. Blomstrand, R. et al. : Am. J. Med. 1958, 24: 958.
16. Tuller, M.A., M.M. Feuer, H.F. Chapira and Peh Ping: Am. J. Med. 1962, 33: 951.
17. Charteris, F. : Lancet 1911, 2: 1011.
18. Colby, F.H. : Essential Urology, 1964.
19. Magid, A. : Brit. J. Urol., 1967: 555.
20. Wessen, M.B. : Uro and Cutan. 1933, 37: 692.
21. Goodwin, W.F., and Kaufman, J.J. : The renal lymphatics, Urological Survey, 1956, 6: 305.

(Summary of the foregoing Article)

CHYLURIA

S. Tantiwongsa, M.B. D. Chaipayat, M.B., Dr. med.
(Urological Unit, Dept. of Surgery)
(Head of Dept.: Prof. Dr. Udom Poshakrishna)

Twelve patients with chyluria were treated on this unit from 1956 to 1968. There were 5 men and 7 women, and the age varied from 22 to 66 years. Duration of symptoms varied from 1 month to 30 years. It was found that the right kidney was responsible for the disease on 7 cases, the left kidney in 2 cases, and both kidneys in 3 cases. Perirenal lymphatectomy was performed with good result on 8 patients (4 on the right, 3 on the left, and one bilateral). In one patient nephropexy

was carried out with poor result. Excision of the right kidney was performed on one case with good result. Two patients were not operated upon. In one patient the left kidney was found to produce chyluria on cystoscopy; but on the following day a retrograde pyelography showed pyelolymphatic back-flow on the right side. The second patient was a consultation from the medical department.

(Twenty one references, two figures)

บทความนิเวศวิทยา

การจมน้ำตาย

มานิตย์ เจริญสุวรรณ พ.บ.

(แผนกนิเวศวิทยา)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์สงกรานต์ นิยมเสน)

การจมน้ำตายเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ทุกยุคทุกสมัย. ในปัจจุบันนี้จำนวนคนจมน้ำตายทวีคูณตามลำดับ. ตามสถิติกรมอนามัยในระยะสี่ปีที่ผ่านมา, ประชาชนเสียชีวิตเนื่องจากการจมน้ำตายปีหนึ่ง ๆ เกือบสองพันคน. สำหรับโรงพยาบาลศิริราชจำนวนศพจมน้ำตายที่ส่งมาตรวจโดยพนักงาน สอย สวมรวมทั้งหมดที่มาตายในโรงพยาบาลก็มีมากขึ้นด้วย. (ตารางที่ ๑)

ในประเทศไทย, รัตนัน⁽¹⁾ ได้อ้างตัวเลขคนจมน้ำตายในปีหนึ่ง ๆ ใกล้เคียงกับเรา. แต่สาเหตุของการจมน้ำตายต่างกัน. ในอังกฤษเศษหนึ่งส่วนสามของจำนวนทั้งหมดเป็นการฆ่าตัวตาย, เศษสองส่วนสามเป็นอุบัติเหตุ. การถูกผู้อื่นทำร้ายมีจำนวนน้อยมาก. ของเราส่วนใหญ่เกิดทั้ง

เรื่องย่อ เจริญสุวรรณ, มานิตย์. การจมน้ำตาย: สารศิริราช ๒๕๑๑ (ค.ศ. ๑๙๖๘), ๒๐: ๓๑๐-๓๒๕.

ได้รายงานสถิติคนจมน้ำตายของแผนกนิเวศวิทยาในระยะสี่ปี (พ.ศ. ๒๕๑๖ ถึง ๒๕๑๙) มี ๑๗๐ คน, เป็นชาย ๕๖๑ คน และหญิง ๒๐๕ คน. ๓๗.๗ ปี. ของผู้ตายมีอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีและส่วนใหญ่เป็นเด็ก. หญิงตายเนื่องจากอุบัติเหตุทั้งสิ้น, ส่วนชายตายเนื่องจากฆ่าตัวตายถึง ๖.๔ ปี. นอกจากนี้ผู้รายงานได้บรรยายโดยย่อเกี่ยวกับความเข้าใจในเหตุตายหลังจากตกน้ำ, การพยากรณ์ และการช่วยเหลือ. สิ่งตรวจพบและปัญหาทางนิเวศวิทยา.

หมดเป็นอุบัติเหตุ, รองลงมาเป็น การฆ่าตัวตาย. การถูกผู้อื่นทำร้ายมีน้อยเช่นกัน.

ตัวเลขคนเสียชีวิตจากการจมน้ำดังกล่าวมาแล้วทำให้เห็นความสำคัญในอันที่จะศึกษาค้นคว้า, ชั้นสูตร, ป้องกันและ

ตารางที่ ๑

แสดงสถิติจำนวนคนไข้ที่มาตายทั่วประเทศ, จำนวนคนไข้ที่มาตายที่แผนกทันตศัลยกรรม, โรงพยาบาลศิริราชโตเกียว
แสดงอัตราส่วนระหว่างเพศชายกับเพศหญิง

ปี พ.ศ.	สถิติ จมน้ำตาย ทั่วประเทศ	จำนวน การ ตรวจศพ	จำนวนที่ แผนกทันตศัลยกรรม ตรวจศพ	พวกที่รัฐขอและที่อยู่		พวกที่ไม่รัฐขอและที่อยู่		
				ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
			จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
๒๔๕๖	๑,๑๒๗	๑๑๕	๒๐	๗๑.๕๓	๔	๑๔.๒๕	๒	๗.๑๓
๒๔๕๗	๑,๑๖๑	๑๕๒	๒๗	๕๕.๑๐	๕	๑๐.๒๐	๓	๖.๑๓
๒๔๕๘	๑,๓๒๖	๑๕๒	๒๑	๓๖.๘๕	๑๐	๑๗.๕๕	๕	๙.๗๗
๒๔๕๙	๑,๕๔๐	๑๕๕	๔๕	๕๕.๘๖	๑๕	๑๗.๐๓	๘	๑๑.๖๖
๒๕๐๐	๑,๔๗๑	๑๖๓	๓๕	๕๕.๓๓	๑๖	๒๐.๕๖	๗	๑๑.๕๕
๒๕๐๑	๑,๔๔๓	๒๕๔	๔๑	๕๐.๖๒	๑๔	๑๗.๒๖	๓	๓.๗๖
๒๕๐๒	๑,๖๗๔	๓๑๑	๔๐	๕๐.๐๐	๒๗	๓๓.๗๕	๑	๑.๒๕
๒๕๐๓	๑,๗๖๓	๓๕๑	๖๑	๕๕.๕๐	๒๕	๒๔.๕๑	๕	๓.๕๒
๒๕๐๔	๑,๕๖๕	๔๔๖	๖๔	๖๑.๕๔	๒๖	๒๕.๐๐	๓	๒.๖๖
๒๕๐๕	๑,๖๕๕	๕๑๒	๕๑	๕๐.๕๕	๓๑	๓๐.๖๕	๒	๑.๕๖

ตารางที่ ๒
แสดงอายุคนมาตาย และปัญหาทางนิติเวชวิทยา

อายุ	จำนวน	เพศชาย						เพศหญิง					
		จำนวน	%	ตาย ลอยน้ำ	อุบัติเหตุ	อัตวินิบาต กรรม	ฆาตกรรม	จำนวน	%	ตาย ลอยน้ำ	อุบัติเหตุ	อัตวินิบาต กรรม	ฆาตกรรม
0-๑๕	๓๗๕	๒๓๓	๖๒.๓๐	-	๒๓๓	-	-	๑๔๑	๓๗.๗๐	-	๑๔๔	-	-
๒๐-๓๕	๕๔	๗๕	๙๒.๕๙	-	๗๕	-	-	๑๖	๑๗.๐๒	-	๑๖	-	-
๔๐-๕๕	๕๕	๔๕	๘๐.๐๕	-	๔๗	-	๒	๑๐	๑๖.๕๕	-	๑๐	-	-
๖๐	๒๐	๑๖	๘๐.๐๐	-	๑๓	๓	-	๔	๒๐.๐๐	-	๔	-	-
ไม่ทราบอายุ แน่นอน	๒๒๓	๑๕๕	๖๙.๕๑	๑๕๒	-	๓๓	-	๓๗	๑๖.๐๕	๓๒	๖	-	-

แก้ไข, เพื่อประโยชน์ต่อวงการแพทย์ และสวัสดิภาพของประชาชน.

กลไกของการจมน้ำตาย:

ในต้นศตวรรษที่ ๑๘ เชื่อกันว่าสาเหตุของการตายหลังจมน้ำ เนื่องจากกินน้ำเข้าไปมากจนล้นกระเพาะ. ความเชื่อนี้มาจากการตรวจพบน้ำในกระเพาะ และลำไส้ของคนจมน้ำตาย. ต่อมา ลาไวซี-แอร์ พบว่า ปอดเป็นอวัยวะของการหายใจ, การเช็ดอวัยวะเกี่ยวกับกลไกของการจมน้ำตายจึงเปลี่ยนไปเป็น จากการหายใจเอา น้ำเข้าไปอุดทางเดินของอากาศหายใจ. เนื่องจากการตรวจศพจมน้ำบางรายไม่พบน้ำในปอด, บางคนจึงอธิบายว่าสาเหตุของการจมน้ำตาย, นอกเหนือจากหายใจเอาน้ำเข้าไปในปอดแล้ว, อาจเนื่องจากช็อค และ มีการหยุดเต้นของหัวใจอย่างกะทันหัน. ทั้งนี้อธิบายว่าในระยะที่เริ่มหายใจเอาน้ำเข้าไปในส่วนต้นของทางเดินการหายใจ, ประสาทรับความรู้สึก ลาริงซ์ จะถูกกระตุ้นอย่างทันที, เป็นเหตุให้หัวใจหยุดเต้น. ในบางรายก็อธิบายว่า ปรากฏการณ์นี้เกิดจากผิวหนังสัมผัสกับน้ำประคบกับความตกใจ. แต่ความ

เช็ดออดองกล่าวถึงเป็นส่วนน้อย. (1)

แกรตโวล (2) ได้อ้างถึง การศึกษาของ บรัวร์เคล ในปี ค.ศ. ๑๘๘๐ ว่าตรวจพบน้ำในระบอบการไหลเวียนของคนจมน้ำตาย, และแบ่งกลไกของการจมน้ำตาย ออกเป็น ๕ ระยะ:

๑. ระยะของการหายใจถูกรบกวน, เริ่มแต่จมกและปากอยู่ใต้น้ำ, รวมกับการหายใจเอาน้ำเข้าครั้งแรก.
๒. ระยะการต่อต้านของร่างกาย, รวมถึงระยะเวลาการหยุดหายใจ, เนื่องจากการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก ลาริงซ์, โดยน้ำที่หายใจเข้าไป.
๓. ระยะการหยุดหายใจครั้งแรก และการพยายามหายใจอย่างรุนแรง.
๔. ระยะการหยุดหายใจครั้งสุดท้าย.
๕. ระยะสุดท้ายของระบอบหายใจ.

ในระหว่าง การหยุดหายใจครั้งแรก และระยะสุดท้ายของการหายใจ, น้ำจะถูกหายใจเข้าไปในปอด และบางส่วนถูกกลืนลงไป. ต่อจากนั้นคนไข้อาจหมดสติ, ชัก, อาเจียน, และหายใจเอาสิ่งอาเจียนเข้าไปในหลอดลมหรือในปอด. หัวใจจะเต้นต่อไป. หลังการหายใจหยุดไม่นาน หัวใจก็หยุดเต้น. มีคนจำนวนมากเชื่อว่า

การขาดอากาศเป็นเหตุตายของการจมน้ำตาย, จนกระทั่งระหว่างสงครามโลกครั้งที่สอง, สวานน์ และ สตาฟฟอร์ด (3) ได้ศึกษาการจมน้ำในสุนัขและได้รวบรวมผลการเปลี่ยนแปลงทาง สรีรเคมี อย่างละเอียด. พบการเปลี่ยนแปลงคือ:

(๑) มีการเปลี่ยนแปลงในความเข้มข้นโมโกลบิน.

(๒) มีการเปลี่ยนแปลงในปริมาณแคลอไรต์ ในพลาสมา.

(๓) มีการเปลี่ยนแปลงในจำนวนเม็ดเลือดแดง.

(๔) มีภาวะเลือดจางและความเข้มข้นของเลือดในแต่ละซีกของหัวใจไม่เท่ากัน.

นอกจากนั้น สวานน์ และ สตาฟฟอร์ด (3) ได้พบว่าเกินกว่าครึ่งของจำนวนสุนัขก่อนตายมีภาวะ เว้นทริกคูลาร์ ไฟบริลเลชัน. เขาให้ความเห็นว่า เว้นทริกคูลาร์ ไฟบริลเลชัน เป็นเหตุตาย. เขาตรวจ เว้นทริกคูลาร์ ไฟบริลเลชัน โดยทำ อี.ซี.จี. ขณะที่สุนัขกำลังจมน้ำ, และได้แสดงเหตุผลการเปลี่ยนแปลงทาง สรีรเคมีว่าเนื่องจาก:

(๑) การที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน.

(๒) การแตกสลายของเม็ดเลือดแดงเนื่องจากมีน้ำเข้าไปในระบยไหลเวียน.

(๓) การปล่อยสาร โปแตสเซียม เนื่องจากเซลล์ถูกทำลาย, จนกระทั่งอัตราส่วนของ โปแตสเซียมและ โซเดียมถึงขั้นอัตราส่วน ไฟบริลเลชัน, ซึ่งเป็นตัวเลขเท่ากับ ๐.๐๓๕. แต่ในรายสุนัขจมน้ำจืด, อัตราส่วนของสารดังกล่าวมีค่าเฉลี่ย ๐.๑๑๓-๐.๑๐ ซึ่งเกินอัตราส่วน ไฟบริลเลชัน ธรรมดา.

ฉะนั้น, จึงสรุปได้ว่าเหตุตายที่เชื่อถือในปัจจุบันคือ

(๑) การขาดอากาศ.

(๒) เว้นทริกคูลาร์ ไฟบริลเลชัน ในรายจมน้ำจืด.

(๓) การกดการเต้นของหัวใจเนื่องจาก รีเฟล็กซ์.

(๔) การหกดตัวของทางเดินอากาศส่วนต้นอย่างกะทันหัน.

เหตุการณ์ในระหว่างการจมน้ำ

ในครั้งแรกคนจมน้ำจะพยายามทะเลงตัวขึ้นเหนือน้ำ, แล้วก็จมลงอีก. ในระยะนั้นน้ำถูกหายใจเข้าไป. ร่างกายจะต้านทานไม่ให้นำเข้าปอดโดยการไอ. ระยะสุดท้าย

ท้ายของการไอก็จะหายใจเอาน้ำเข้าไปอีก. มีน้อยรายที่ตายในระยะนี้จาก ช็อค เนื่องจากการเต้นของหัวใจถกตกโดย รีเฟล็กซ์. (ส่วนใหญ่ของพวกนี้มักพบใน ราย ที่เป็นโรคหัวใจ, หรือมีการหดเกร็งของกล่องเสียงอย่างถาวร.) ในขณะเดียวกันคนนั้นจะทะเล้งตัวจนหายใจ, และจมอยู่อีกหลายครั้ง. ภาวะขาดอากาศมีมากขึ้น, ทำให้หมดความรู้สึก. พวก รีเฟล็กซ์ ต่าง ๆ ก็หมดไป, ทำให้หายใจเอาน้ำเข้าไปในปอดมากขึ้น. ภายใน ๖ นาทีจำนวนออกซิเจน ที่มีอยู่ในร่างกายจะหมดไป, และภายใน ๑๐ นาทีการหายใจและการเต้นของหัวใจจะหยุด.

การพยากรณ์โรคและการช่วยเหลือ

การช่วยเหลือคนจมน้ำจะได้ผลเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง, เช่นความแข็งแรงของคนจมน้ำ, ระยะเวลาของการจมน้ำ, และจำนวนน้ำที่หายใจเข้าไปในปอด. ในรายคนไข้โรคหัวใจเมื่อจมน้ำมักจะ ช็อค และตายด้วย เว้นตรีคลาร์ไฟบริลเลชัน. ตามปรกติคนที่จมน้ำเพียงชั่วระยะเวลาอันสั้นยังมีโอกาสช่วยเหลือได้, เพราะปริมาณ ออกซิเจน ในร่างกาย

ยังพอมีสำหรับเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกาย. ส่วนช็อคและการหดเกร็งของกล่องเสียง ถ้าเป็นอยู่ไม่นานนักก็อาจช่วยได้. แต่คนซึ่งหายใจเอาน้ำเข้าไปในปอดมากแล้ว, แม้ขณะที่ช่วยขึ้นมาหัวใจยังเต้นอยู่, การช่วยเหลือมักไม่ไ้ผล, เพราะตั้งแต่ น้ำเริ่มเข้าไปในปอดจนถึงเริ่มมี เว้นตรีคลาร์ไฟบริลเลชัน เป็นเวลาสั้น. นอกจากนั้นภาวะปอดคยวมน้ำยังเป็นเหตุตายได้.

สำหรับการช่วยเหลือคนจมน้ำ, ให้ทำการ ผาย ปอด และ กระตุ้น การหายใจด้วย เครื่องมือโดยทันที และทำติดต่อกันครั้งละประมาณ ๑๕ นาที. ให้ทำซ้ำอย่างน้อย ๑ ชั่วโมง. ถ้าไม่ไ้ผลหลังจากนั้นจึงหยุด. ผลขึ้นอยู่กับเวลาของการผายปอดและจำนวนน้ำที่หายใจเข้าไป. ถ้าการช่วยเหลือไ้ผลหลังจาก การหายใจสม่ำเสมอแล้ว, ให้แพทย์ศอกากรคนไข้ ต่ออีก ๓-๔ วัน เพื่อกันโรคแทรกซ้อน.⁽¹⁾ ตามปรกติคนจมน้ำที่หายใจเอาน้ำจืดเข้าไปทำให้มีการสลายตัวของเม็ดเลือดแดง, เนื่องจากการแทรกซึมของน้ำเข้าไปในระบบไหลเวียนมาก, ทำให้เนื้อเยื่อบางส่วนของไตถูกทำลายและปอด

ขม่น้ำ. นอกนั้นยอตออีกเสวยอาจเกิดจาก
การหายใจเอาน้ำสกปรกเข้าไป. โรค
แทรกซ้อนทั้งกล่าวนี้ อาจเป็นเหตุให้ตาย
ได้. (1)

ขอตรวจพบ และการวินิจฉัย คนจมน้ำ
ตาย.

ในวิวัฒนาการวิธีตรวจเพื่อขังว่าคน
ตายในน้ำนั้น นักนิติเวช วิทยาได้ค้นคว้า
กันมาเป็นเวลาหลายศตวรรษ. แต่ถึง
กระนั้นในปัจจุบันก็ยังไม่ม่วิธี ใดเฉพาะใด
แน่นอน. การวินิจฉัยจำต้องรวมผลการ
ตรวจหลายอย่างเข้าด้วยกัน.

(๑) สภาพภายนอกของศพ :

ลักษณะผิวหนังจะซีด, ในรายจมนานๆ
มีรอย ย่น ของ ผิวหนัง ที่ เรียกว่า คิวติส
แอนเซอรินา. ปรากฏการณ์นี้เกิดจาก
การหดตัวของกล้ามเนื้อผิวหนัง. เปลือก
ตาทั้งสองข้างครึ่งปิดครึ่งเปิด. ม่านตา
ขยาย. ส่วนมากจะพบฟองน้ำหรือฟองน้ำ
ปนเลือดบริเวณจมูกและปาก, เป็นฟองที่
ละเอียด. ถ้าเช็ดออกแล้วจะปรากฏขึ้น
อีกในเวลาต่อมา. ริมฝีปากซีด, แต่ข้าง
รายคลาเนียงจากขาดอากาศ. ถ้าจมน้ำ
เป็นเวลานานๆ ฝ่ามือและฝ่าเท้าเหี่ยว.

ในบางรายมีอากำพิชพันธ์ไม่น้ำ, เศษ
ดิน, หรือโคลนซึ่งเป็นเครื่องขังขังว่าได้
ตายในน้ำ. (4)

จากผลการตรวจศพจมน้ำของแผนก
นิติเวชวิทยาใน ระยะเวลาสี่ปี จำนวน
๑๗๐ ราย, พบว่าสภาพภายนอกของศพ
ถ้าได้ รับ การ ตรวจ หลัง จาก ขึ้น จาก น้ำ
ใหม่ ๆ, มีลักษณะใกล้เคียงกับที่ได้
บรรยายข้างต้น, เช่นผิวหนังซีดพบได้
เกือบทุกราย; ความเหี่ยวของมือและ
เท้าขึ้นอยู่กับเวลาของการจมน้ำ, ถ้าอยู่
นานเป็นชั่วโมงก็ตรวจพบได้. ฟองน้ำ
บริเวณจมูกและปากก็เช่นกัน. ส่วนทมิ
ของ ศพ กำ พิช นธ์ ไม่น้ำ มี น้อย ราย.
เพราะต้อง ประจวบกับขณะตายยังเอื้อมือ
ไปคว้าสิ่งของทั้งกล่าวและศพต้องอยู่ใน
ภาวะ คาคาเวอริค สปาส์ม. แต่จากการ
ปฏิบัติศพที่ส่งมาตรวจอย่างละเอียดโดย
พนักงานสอบสวน, หรือคนจมน้ำที่มาตาย
ในโรงพยาบาลก็ตาม, ก่อนจะได้ทำการ
ตรวจศพจะมีช่วงเวลาที่ศพได้เปลี่ยนแปลง
ไปเนืองจากอุณหภูมิ, ความชื้นของ
อากาศและแสงแดดมากน้อย, แล้วแต่
การ เก็บ รักษา และเวลาของการส่งศพ.
ฉะนั้นในการตรวจสภาพภายนอกของศพ

ต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย. ข้อตรวจพบดังกล่าวอาจเกิดจากสาเหตุอื่นได้, เช่น คิวคิสแอนเซอร์รินา, มีผู้เคยทดลองในศพตายมาแล้ว ๒๘ ชั่วโมงโดยเอาน้ำแข็งทาบติดผิวหนังก็ยังเกิดได้.(4) ส่วนฟองน้ำและฟองน้ำปนเลือดก็อาจพบในภาวะขาดอากาศอื่น ๆ. ฉะนั้นการตรวจสภาพภายนอกอย่างเดียวยังไม่เพียงพอจะวินิจฉัยการจมน้ำตาย.

(๒) การตรวจสภาพภายในของศพ

ปอด. โป่งพองมาก. ในบางรายพบเลือดออกใต้เยื่อหุ้มปอดเล็กน้อย. ภายในโพรงอกอาจพบน้ำมากกว่าธรรมดา. หน้าตักของปอดขวมน้ำและเลือดคั่ง. ภายในหลอดลมมีฟองน้ำและฟองอากาศ. ในบางรายพบเศษหินและเศษอาหารที่ล้าลึกเข้าไป.

หัวใจ. ไม่มีลักษณะพิเศษอะไร. บางคนให้ข้อสังเกตว่าปริมาณเลือดคั่งอยู่ในหัวใจซีกขวาของศพจะมากกว่าซีกซ้ายเสมอ, อาจเป็นเพราะปริมาณเลือดคั่งขึ้นอยู่กับเกิดการเกิด ไรกอร์มอร์ทิส ของกล้ามเนื้อหัวใจ, โดยกล้ามเนื้อหัวใจซีกซ้าย

หนาและบีบอัดได้มากกว่าหัวใจซีกซ้าย. แต่ลักษณะนี้อาจพบได้ในการตายที่มีไรกอร์มอร์ทิสเกิดขึ้นจากสาเหตุต่าง ๆ.(4)

สมอง. ส่วนมากมีเลือดคั่งที่หลอดเลือดบนผิวของสมองและมีการขวมน้ำในเนื้อสมอง. ลักษณะเหล่านี้เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้เช่นกัน.

กระเพาะอาหาร, มักพบว่ามีน้ำและปฏิภูลที่ปนอยู่, ตลอดจนพืชพันธุ์ไม้น้ำบางชนิด. ในรายไม่พบน้ำในกระเพาะอาหารให้สันนิษฐานว่าเมื่อก่อนตายตายอย่างรวดเร็ว, ไม่มีกำลังจะกลืนน้ำได้.

จากการตรวจของเราพบน้ำในกระเพาะอาหารทุกราย, ในปริมาณมากน้อยต่างกัน. การตรวจพบนี้เป็นการสนับสนุนเล็กน้อยเท่านั้น, เพราะน้ำในกระเพาะอาหารอาจมีมาแต่ก่อนจมน้ำ. ในบางคนเชื่อว่าอาจเกิดภายหลังตายแล้วก็ได้, ถ้าศพอยู่ใต้น้ำที่มีความกดดันสูงมาก.

(๓) การตรวจหลอดลมด้วยกล้องจุลทรรศน์

กระทำโดยขอเอาส่วนปลายของ

หลอดลม มาใส่ แผ่น กระดาษ แล้วดูด้วย
กล้องจุลทรรศน์. ยังเห็นที่เชื่อมติดในทาง
ปฏิบัติ สำหรับวินิจฉัย การจมน้ำตายใน
ปัจจุบัน. ตามกลไกของการจมน้ำส่วน
หนึ่งของสิ่งซึ่งปะปนอยู่ในน้ำเช่นดินโคลน
และพืชพันธุ์ใต้น้ำ จะถูกหายใจ เข้าไปใน
ปอด.

พืชพันธุ์ใต้น้ำในทึบ หมายถึง ความถึง
สำหรับเซลล์เดี่ยว และเศษของพืชน้ำ
อะไรก็ได้. ภายหลังมีคนประยุกต์ต่อไป
โดยเอาส่วนของปอดตอนปลายตัดเป็นชิ้น
เล็ก ๆ แขนงน้ำกลั่นไว้คืนหนึ่ง, แล้วเอา
น้ำที่ต้มมาขึ้นแยก, นำมาตรวจด้วยกล้อง
จุลทรรศน์. บางคนแนะนำให้ย่อยเนื้อปอด
ด้วย กรดแล้วตรวจหาพืชน้ำชนิดหนึ่ง
เรียกว่า “ไคอะตอม”, โดยเอากรดที่
ได้มาขึ้นแยกแล้วดูด้วยกล้องจุลทรรศน์. ใน
การตรวจทางจุลทรรศน์ บางคนแนะนำให้
หาชนิดของขี้เถ้าเพื่อเปรียบเทียบกับที่
ตามปกติในราย ปอด ขวม น้ำธรรมดา,
โดยบอกว่าสามารถแยกกันได้. (6)

การตรวจหลอดลมด้วยกล้องจุลทรรศน์
เราถือเป็นส่วนสำคัญในการวินิจฉัยว่าศพ
ตายในน้ำ. ในส่วนใหญ่ ตรวจพบพวก
สาหร่ายและพืชพันธุ์ใต้น้ำอื่น ๆ. สำหรับ

ไคอะตอม, จากการเก็บน้ำในแม่น้ำ
เจ้าพระยา ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึง
เดือนตุลาคม ๒๕๐๖, ตรวจประมาณ
ยี่สิบครั้ง, พบพืชเซลล์เดี่ยวชนิดนี้ ๒๐
เปอร์เซ็นต์, และพบในส่วนที่น้อยมาก,
กล่าวคือเก็บน้ำ ๖๐ ล.ชม. ใส่หลอด
แก้ว ๖ หลอด, เอาส่วนตะกอนในแต่ละ
หลอดละเลขบนสไลด์ ๕ อัน. ในจำนวน
๒๐ เปอร์เซ็นต์ที่ตรวจพบมีพืชชนิดนี้เพียง
๑-๒ เซลล์ต่อสไลด์เท่านั้น, ต่างกับ
ทางยุโรป, โดยเฉพาะประเทศแถบทะเล
เมดิเตอร์เรเนียน, ซึ่งได้ผลยวมากกว่า
บ้านเรา.

(๕) การตรวจค้นอื่น ๆ ใน ราย จมน้ำตาย

เนื่องจากยังไม่มีความวิจิตรตรวจโดยเฉพาะ
เพื่อแสดงว่าจมน้ำตาย, นักนิติเวชวิทยา
และนักวิทยาศาสตร์แขนงอื่น ๆ ได้ทำการ
ทดลองค้นคว้าหาวิธีพิสูจน์ เพื่อให้ การ
วินิจฉัยแน่นอนยิ่งขึ้น. วิธีที่มีอยู่ในปัจจุบัน
แสดงไว้ดังต่อไปนี้:

ก. การตรวจหาจำนวน ผลิตไรต์ ใน
เลือดของหัวใจแต่ละซีก. แกรทโวล อัง
ถึง บริวร์เคล ซึ่งในปี ค.ศ. ๑๘๘๐ พบน้ำ

ในระบบ การไหลเวียน ของ คน ฝนน้ำ ตาย และการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับผลไรต์ ใน เลือดซีกซ้ายและซีกขวาของหัวใจ. ใน คน ฝนน้ำทะเล พบ ผลไรต์ ในเลือดซีก ซ้ายของหัวใจมากกว่าซีกขวา, เพราะใน น้ำทะเลมี โซเดียม ผลไรต์ มาก. ส่วน ในรายฝนน้ำจืด ผลไรต์ ในเลือดของซีก ซ้ายของหัวใจน้อยกว่าซีกขวา, เนื่องจาก เมื่อหายใจเข้าน้ำเข้าไป น้ำจะไปเจือจาง ให้ ผลไรต์ ในเลือดในซีกซ้ายของหัวใจ มีระดับต่ำลง.

ข. การหา ไคอะตอม ในอวัยวะ, เช่น ไชกระดูก, เนื้อสมองและปอด. สปีทส์ ได้รายงาน ว่า อินค์เซ และต่อมา มิลเลอร์ ได้แสดง การตรวจ ไคอะตอม ในอวัยวะ ต่าง ๆ ได้ผล, และอธิบายว่า ไคอะตอม จะถูกหายใจเข้าไปพร้อมกับน้ำ, สามารถ แทรกซึมเข้าไปในระบบไหลเวียน และ อยู่ใน ออวัยวะอื่น ๆ ซึ่งจะตรวจพบได้. (7)

การหา ไคอะตอม ในอวัยวะต่าง ๆ ได้กระทำกันมาก. บางคนแนะนำให้หา ในไขของกระดูก สะเทิร์นัม, โดยลอก เอาส่วนเยื่อหุ้มกระดูกออก. เอาไข กระดูกยาว ๑๐ ซม. กว้าง ๑ ซม. ตัด เป็นท่อนเล็ก ๆ, ย่อยด้วยกรด ในตริก

ซนิกเซ็ม ๕๐ มล. ไคอะตอม มีเปลือก นอกเป็นสาร ซิลิกา จะไม่ถกย่อย. หลัง จากการ ยันแยก แล้วตรวจ ด้วยกล้องจุล - ทัศน์ก็จะพบ ไคอะตอม ได้. นอกจากนี้ ยังมีวิธีการ วินิจฉัย การ ฝนน้ำ ตาย และ แสดงสถิติที่ไตทดลองและข้อตรวจพบ. (7)

การศึกษา ไคอะตอม เป็นที่เชื่อดอมา จนในปี ค.ศ. ๑๙๖๔ สปีทส์ ได้รายงาน ว่าในอวัยวะ คนธรรมดา ก็ อาจ ตรวจ พบ ไคอะตอม ได้. เขาได้ทดลองหาในศพที่ไม่ ฝนน้ำ ๒๒ รายพบ ไคอะตอม ในตับ ๒๑ ราย, และในเด็กอายุ ๖ ขวบคนหนึ่งพบ ไคอะตอม ๑๑ ตัวในตับ. นอกจากนั้นใน อากาศและฝุ่นละอองในบริเวณรอบ ๆ เมือง เบอร์ลิน ก็มี ไคอะตอม. รายงานนี้ทำให้ ความเชื่อถือ เกี่ยวกับ ไคอะตอม ใช้ใน การวินิจฉัยการ ฝนน้ำ ตายเริ่มมีปัญหา. (7)

ในทางปฏิบัติของแผนก นิติเวชวิทยา, โรงพยาบาล ศิริราช เกี่ยวกับ ไคอะตอม ในอวัยวะเช่น ไชกระดูก, เนื้อปอดและ สมอง, ยังไม่พบ ไคอะตอม เลย. ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะในแม่น้ำ, ในบ่อ, คูหรือ ร่องสวนของเรามีพืชน้ำน้อยมาก.

(ค) การ ตรวจ ภาวะเลือดออกในห ึ่งกลางและในโพรงกระดูกก (มาส- ตอยด์). มีรายงานผลการตรวจว่าพบ

เลือดออกในห้ชั้นกลางและในโพรงกระดูก
กทห้ทั้งสองข้าง ๒๒ รายในรายจมน้ำ
๒๔ ราย, เลือดออกข้างเดียว ๑ ราย.
ในรายที่สงสัยว่าจมน้ำตาย ๒๕ ราย, พย
ว่าเลือดออกสองข้าง ๑๓ ราย, ข้างเดียว
๕ ราย. พวกตายโดยสาเหตุอื่นสองราย
ไม่มีเลือดออกเลย.

การตรวจพบนี้ ยังไม่เป็นที่ยอมรับของ
นักนิติเวชวิทยาทั่วไป, เพราะไ้รายงาน
ในปี พ.ศ. ๒๕๐๗ นี้เอง. ควรจะไ้ผ่าน
การศึกษาเพิ่มเติมอีกมาก. อนึ่ง, จำนวน
ศพที่ไ้ไ้จมน้ำมีเพียง ๒ ราย ซึ่งเป็น
จำนวนน้อย. ในรายตายจากภาวะขาด
อากาศอื่น ๆ อาจเกิดปรากฏการณ์นี้ไ้.

(๕) การตรวจทางกล้องจุลทัศน์

สรุปผลไ้ต่อไปนี้ :

สมอง : เนื้อสมองและเซลล์ประสาท
ขม่น้ำและเลือดคั่ง. (รูปที่ ๑)

หัวใจ : กล้ามเนื้อหัวใจและเนื้อเยื่อ
ระหว่างเซลล์ ขม่น้ำ. (รูปที่ ๒)

ปอด : เลือดคั่งและขม่น้ำ; พยเลือด
ออกบริเวณหลอดเลือดส่วนปลาย. (รูปที่ ๓)

ตับ : ภาวะเลือดคั่งอย่าง กระทันหัน.
(รูปที่ ๔)

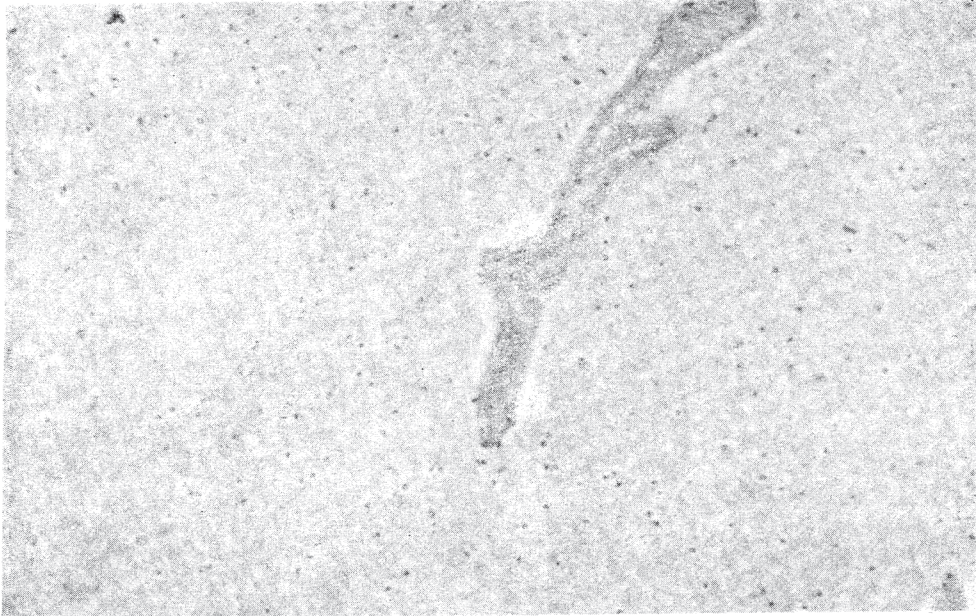
ไต : เลือดคั่งบริเวณเนื้อไตและ เซลล์
บางส่วนของท่อไตถูกทำลาย. (รูปที่ ๕)

จากลักษณะตรวจพบทางจุลทัศน์ บ่งชี้
บ่งเหตุตายไ้ไ้, เพราะการมีเลือดคั่ง
ในอวัยวะต่าง ๆ เป็นเครื่อง แสดงของการ
หายใจล้ม, ตีตามท้วระบบการไหล
เวียนล้ม, หรือระบบการไหลเวียนล้ม
เพียงอย่างเดียว.

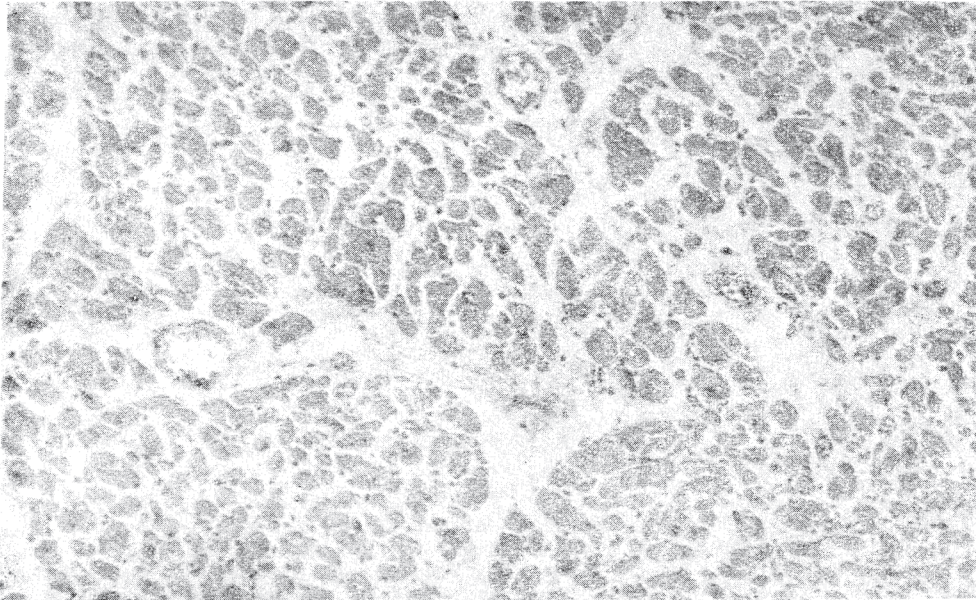
ปัญหาอุบัติเหตุ, อุตวินิบัติกรรมและ
ฆาตกรรม

จากสถิติการจมน้ำตายที่แผนกนิติเวช
วิทยาไ้รวบรวมไว้ปรากฏว่าส่วนมากเป็น
อุบัติเหตุ. การวินิจฉัยเช่นนี้ทำโดยอาศัย
ประวัติที่มีผู้เห็นเหตุการณ์และโรคประจำ
ตัวบางอย่าง, เช่นลมชัก, เป็นเครื่อง
สนับสนุน.

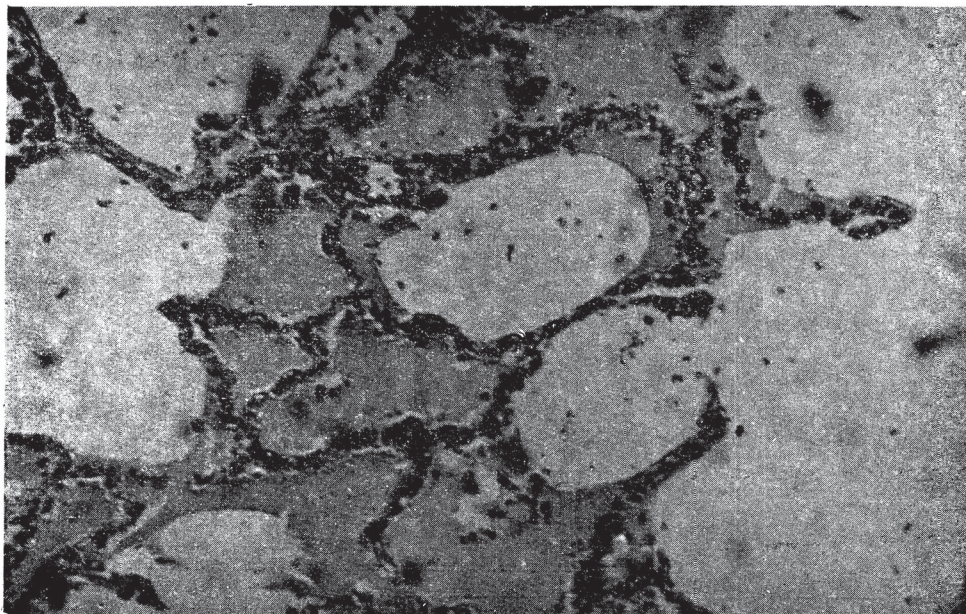
ในราย อุตวินิบัติกรรม เรามุ่งไปที่
บันทึกส่วนตัว. ถ้าไม่มีก็อาศัยผู้เห็นเหตุ
การณ์, ผู้อยู่ใกล้ชิดและประวัติครอบครัว
รวมทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจ. ในบางส่วน
มีที่เป็นโรคเรื้อรังและโรคจิต. เป็นการ
ยากที่จะวินิจฉัยว่าการจมน้ำตายเป็นอติ-
วินิบัติกรรม, ถ้าไ้ไ้ประวัติ.



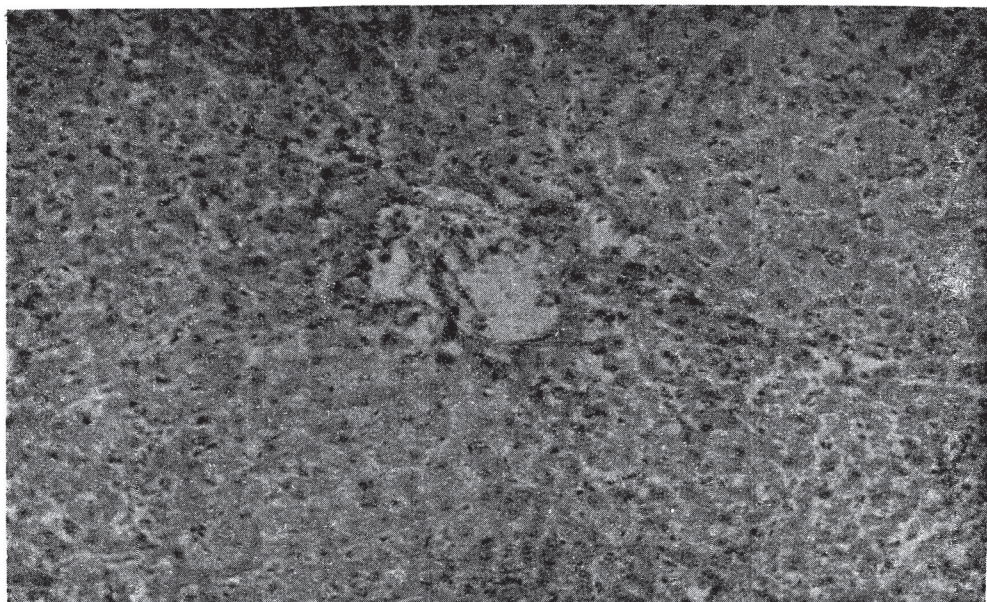
รูปที่ ๑. แสดงส่วนของเนื้อสมองทางกล้องจุลทรรศน์



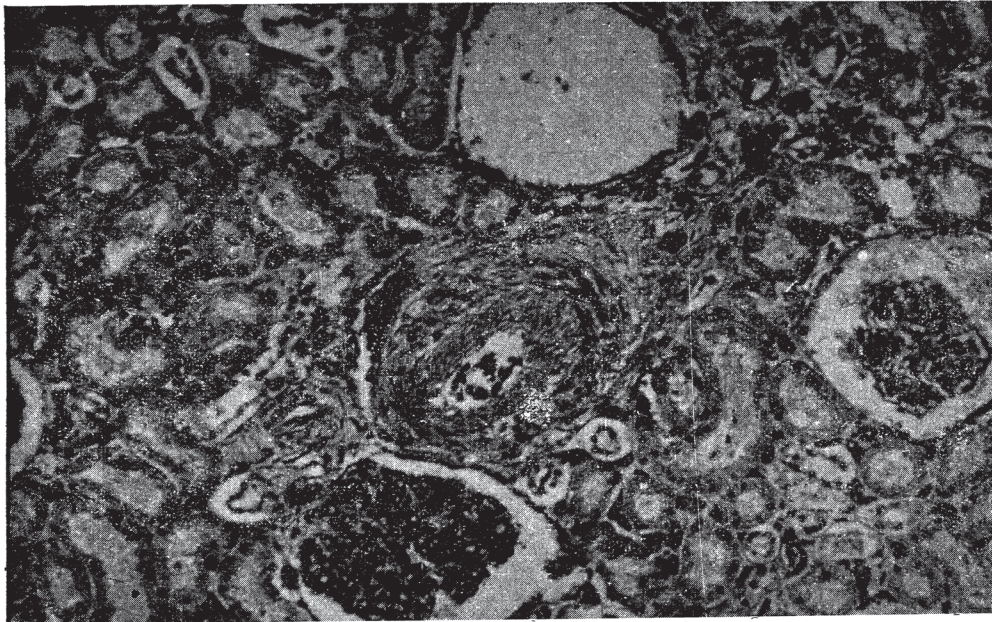
รูปที่ ๒. แสดงส่วนของเนื้อหัวใจทางกล้องจุลทรรศน์



รูปที่ ๓. แสดงส่วนของเนื้อปอดทางกล้องจุลทรรศน์



รูปที่ ๔. แสดงส่วนของเนื้อตับทางกล้องจุลทรรศน์



รูปที่ ๕. แสดงส่วนของเนื้อไตทางกล้องจุลทรรศน์

สำหรับฆาตกรรมพบน้อยมาก. เครื่อง
ซึ่งสำคัญว่าเป็นฆาตกรรม คือ ร่องรอย
ของการต่อสู้และถูกทำร้าย, เช่นขาด
แผลรอยขีด, รอยหักของกระดูก. การ
ตรวจศพ ประเภทนี้ ต้อง ทำอย่างละเอียด
และเพียบพร้อมด้วยความรู้. ผู้ตรวจต้อง
แยกขาดแผลที่เกิดหลังตายและที่เกิดก่อน
ตายให้ได้, มีข้อสงสัยหลายข้อที่อาจทำให้
เกิดขาดแผลในศพจมน้ำได้, เช่นบริเวณ
นั้นน้ำไหลเซียว, คนจมน้ำไปแล้วศีรษะ
อาจถูกพัดไปชน กิ่งก้านหิน หรือ ของแข็ง
อื่น ๆ. ใบพัดเรือและส้วน้ำ, ก็อาจทำ

ให้เกิดขาดแผลได้เช่นกัน. ในการตรวจ
ควรคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ด้วย. ถ้าเป็นศพ
ลอยน้ำ, การเน่าทำให้รูปร่างเปลี่ยนแปลง
ไปมาก, ขาดแผลบางอย่างอาจถูก
บดบังจากภาวะนี้. ฉะนั้นการตรวจจะต้อง
ละเอียดละออ. โดยเฉพาะการตรวจหนัง
ศีรษะ และ กระโหลกศีรษะ จะต้อง ทำทุก
ราย. ถ้าพบขาดแผลถูกปืนในศพหน้าควร
ถ่าย เอกซเรย์ เพื่อ หาตำแหน่ง กระสุนปืน
ก่อนทำการตรวจ.

ข้อวิจารณ์เกี่ยวกับสถิติการจมน้ำ

จำนวนศพ จมน้ำตาย ที่แผนก นิติเวช

วิทยาในระยะเวลา ๑๐ ปี นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๕๖ ถึง ๒๕๐๕ มี ๗๗๐ ราย, เปรียบเทียบกับจำนวนศพทั้งหมดที่แผนกนิติเวชวิทยาตรวจในระยะเวลาเดียวกัน ๒,๕๘๖ ราย, คิดได้เป็น ๒๙.๕๗ ปรส.

ในจำนวน ๗๗๐ ราย, เป็นชาย ๕๖๑ ราย, หญิง ๒๐๙, เท่ากับชาย ๗๒.๘๕ ปรส., หญิง ๒๗.๑๕ ปรส.

สำหรับอายุ พบว่านับแต่แรกเกิดถึง ๑๕ ปี มีสถิติการจมน้ำตายสูง, คือ ๓๗๔ รายในจำนวน ๗๗๐ ราย, เท่ากับ ๔๘.๕๗ ปรส. ส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า ๑๐ ปี. เกือบทั้งหมดเป็นอุบัติเหตุ, บางรายไปเล่นน้ำ. บางรายตกลงไปในน้ำแล้วช่วยตัวเองไม่ได้. การที่พบว่าอัตราการจมน้ำของเด็กสูง, ก็เพราะพื้นที่บริเวณใกล้ เคียง โรง พยาบาล ศิริราช ส่วนใหญ่เป็นส่วนซึ่งมีร่องน้ำ, คันน้ำ, ประกอบกับมีแม่น้ำลำคลองไหลผ่านมาก, อันเป็นเหตุให้เด็กมีโอกาสจมน้ำได้ง่าย.

เป็นที่น่าสังเกตว่า จำนวนคนจมน้ำที่ไม่ทราบชื่อและอายุที่แน่นอนมีมาก. ในจำนวน ๗๗๐ รายพบถึง ๒๒๓ ราย, เท่ากับ ๒๘.๘๕ ปรส. ทั้งนี้เพราะศพที่ตายลอยขึ้นมาไม่มีญาติมาติดต่อกับและไม่มีใคร

สามารถมาพิสูจน์ว่าผู้ตายคือใคร. ทั้งหมดเราจึงเข้าในหมัน.

เกี่ยวกับปัญหาอุบัติเหตุ, อุตวินิยาศกรรมและฆาตกรรม, ไม่พบว่าม้อุตวินิยาศกรรม และฆาตกรรมในเพศหญิงเลย.

ส่วนในเพศชายพบฆาตกรรม ๒ รายและ อุตวินิยาศกรรม ๓๖ ราย. เป็นคนตั้งแต่ อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ๓ ราย, ไม่ทราบอายุ และตายลอยขึ้นมา ๓๓ ราย. ขอนสังเกตในอังกฤษ ซึ่งใน จำนวนคนจมน้ำตาย เคียงหนึ่งส่วนสาม เป็นอุตวินิยาศกรรม. (7)

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประชาชนของเรามีวิวัฒนาการที่ดีกว่าการกระโดดน้ำตายก็เป็นได้.

สรุป

ได้รวบรวมเรื่อง การจมน้ำใน หัวข้อ เหตุตาย, อาการ, การรักษา, การวินิจฉัย, และ ปัญหาทาง นิติเวชวิทยา, นับแต่ศตวรรษที่ ๑๘ จนถึงปัจจุบัน. ได้ รายงานสถิติการจมน้ำตายในแผนกนิติเวชวิทยาโรงพยาบาลศิริราชในระยะเวลา สิบปี, ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๕๖ ถึง ๒๕๐๕, จำนวน ๗๗๐ ราย. เปรียบเทียบกับจำนวนคนจมน้ำตายทั่วประเทศในระยะเวลาเดียวกันจำนวน

๑๔,๓๔๕ ราย, ของเรามีส่วนเป็น ๕.๓๖
ปช. ในจำนวน ๑๗๐ ราย, เป็นชาย
๕๖๑ ราย, หญิง ๒๐๕ ราย, คือเป็น
ชาย ๑๒.๘๕ ปช, หญิง ๒๒.๕๖ ปช.
ส่วนใหญ่ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุต่ำกว่า
๕ ปีเกินครึ่งจำนวน. นำสังเกตว่าอุบัติเหตุ
ฆาตกรรมและฆาตกรรมไม่พบในเพศหญิง
เลย. ในเพศชายพบอุบัติเหตุฆาตกรรม ๓๖
รายและฆาตกรรม ๒ ราย.

ผู้เขียนขอขอบคุณศาสตราจารย์ นาย
แพทย์สงกรานต์ นิยมเสน, หัวหน้า
แผนกนิติเวชวิทยา, ซึ่งได้ให้คำแนะนำ
และอนุญาตให้ผู้เขียนรายงานสถิติแผนก
รวบรวมไว้, ขอขอบคุณท่านหัวหน้ากอง
สถิติฯ พยากรณ์ชัย พ.ศ. ๒๕๐๖,
กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข, ที่

ให้สถิติคนจนทั่วประเทศ. และขอขอบคุณ
อาจารย์ นายแพทย์ประเสริฐ ปาจารย์ ใน
การถ่ายภาพจากกล้องจุลทรรศน์.

เอกสาร

1. Ruston, D.G. : Medicolegal Journal 1961, 29 : 90-95.
2. Gradwohl, R.B.H. : Legal Medicine, 1954, 1st ed, Mosby St Louis, pp. 276-280.
3. Swann, H.G. and N.R. Stafford : Texas Repts. Biol. Med. 1956, 9 : 359-381.
4. Smith, S. and W.G.H. : Taylor's Principle and Practice of Jurisprudence, 1951, 10th ed, Churchill London, pp. 542, 545.
5. Timperman, J. : J. Forensic Med. 1962, 9 : 134-136.
6. Simpson, K. : Forensic Medicine, 1961, 4th ed, Edward Arnold, pp. 91-94.
7. Incze & Muller quoted by Spitz, W.N. : J. Forensic Sci. 1964, 9 : 11-17.
8. Niles, N.R. : Am. J. Clin. Path. 1963, 40 : 281-283.

(Abstract of the foregoing Article)

DROWNING

Manit Riansuwan, M.B.
(Dept. of Forensic Medicine)
(Head of Dept. : Prof. Dr. Songrant Niyomsen)

The author reviews the concept of drowning from the eighteenth century down to the present. Clinical features, diagnosis, treatment and forensic aspects are discussed. The cases of drowning collected by the Department of Forensic Medicine, during the period 1953-1962 are analysed. The total number of cases is 770, 561 cases being male, and 209 cases female. The

highest incidence is found in the 0-19 year age group. In all the female cases, drowning was accident, and there were only 2 cases of homicide and 36 cases of suicide in the male group. The national statistics of drowning during the same period is quoted for comparison.

(Two tables, 5 photographs, 8 references)

บทความพิเศษ

ทูลกระหม่อมฯ ที่เคารพ
ของนักเรียนไทยในสหรัฐอเมริกา*

พระพิศาลสุขุมวิท

ท่านคนบดีฯ และท่านผู้มีเกียรติ,

ข้าพเจ้ารู้สึก เป็น เกียรติ และมี ความ
ยินดีเป็นอย่าง ยิ่งที่ ได้รับ เชิญจากคณะที่
คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลมา
แสดง สุนทร พจน์ เกี่ยวกับพระ จริยวัตร
ของสมเด็จพระ ราชบิดา เจ้าฟ้ามหิตล
ออกุศลยเกษตร กรมหลวงสงขลานครินทร์, ใน
ฐานะที่ข้าพเจ้าได้รับเกียรติอยู่ใกล้ชิดกับ
พระองค์ท่านในขณะที่พระองค์และข้าพเจ้า
ศึกษาอยู่ในสหรัฐอเมริกา.

ในเวลาที่อยู่ ใน สหรัฐอเมริกา พร้อมกับ
พระองค์, ข้าพเจ้ามีความเคารพนับถือ
สมเด็จพระราชบิดาฯ ว่าเป็นสภาพพระ
ที่จริง ๆ ยากที่จะหาบุคคลใดเปรียบเทียบ
ได้. มิใช่เพราะพระองค์ท่านเป็นเจ้า
นายชั้นสูงซึ่งเป็นหน้าที่ของคนไทยทุกคน
ควรต้องเคารพ, แต่ข้าพเจ้าเคารพนับถือ

พระองค์ท่านในฐานะที่ทรงเป็น สภาพพระ
ธรรมดา. ต่อมาเมื่อข้าพเจ้าได้มีความรู้,
ความชำนาญ, ได้เห็นและประสบกับเหตุ
การณ์ต่าง ๆ นานา, ได้พบปะผู้คนมาก
มาย, ทั้งได้เห็นและทราบถึงพระจริยวัตร
และ ภาว ะกิจ ที่ พระ องค์ ได้ทรง ปฏิบัติ,
ข้าพเจ้าก็ยังเห็นว่าพระองค์ทรงเป็นอันจริย
บุรุษ.

สมเด็จพระราชบิดาฯ เป็นผู้รักชาติ,
รักเมืองไทย, รักคนไทยเป็นที่สุด. พระ
องค์ท่านเป็นบุคคลที่มีความซื่อสัตย์, ไม่
เห็นแก่ตัว และ ยอม เสีย สละ เพื่อผู้อื่น.
บุคคลที่มีคุณลักษณะรวมกันหลายอย่าง
เช่นนั้น, หาได้ยากไม่ว่าจะเป็นชาติใด
ภาษาใด.

บางท่านคงทราบว่าก่อนมหาสงคราม
โลกครั้งที่ ๑ นักศึกษาไทยส่วนมากได้ไป

* สุนทรพจน์ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย ในวันมหิดล พ.ศ. ๒๕๑๐.

ศึกษาต่อ ใน ประเทศ อังกฤษ และ ประเทศอื่น ๆ ในยุโรป. ครั้นเมื่อมหาสงครามโลกครั้งที่ ๑ ได้เกิดขึ้น, ประเทศต่าง ๆ ในยุโรปส่วนมาก กลายเป็นสนามรบ, ประเทศที่ไม่เป็นสนามรบก็อยู่ใกล้ซีกและอยู่ในสภาพสงคราม, การศึกษาในประเทศเหล่านั้นย่อมมีอุปสรรคดำเนินการไม่ได้เต็มที่, รัฐบาลไทยจึงได้หันเข้าหาสหรัฐอเมริกาเป็นแหล่งการศึกษาของนักเรียนไทยแทนยุโรป, และได้ส่งนักศึกษาจำนวนมากไปเป็นรุ่นแรกใน พ.ศ. ๒๔๖๐, โดยให้เจ้าคุณชนินทร์ภักดีควบคุมไปและให้อยู่ต่อไป เป็นผู้ดูแลนักเรียนไทยในสหรัฐอเมริกาเป็นคนแรก. ข้าพเจ้าได้เดินทางไปอเมริกาในกลุ่มนี้ ภายหลังที่ข้าพเจ้าได้ศึกษาในประเทศอังกฤษมาแล้ว ๖ ปี. นักศึกษาไทยกลุ่มนี้มีราว ๑๕ คน. สมเด็จพระราชชนนีเป็นนักศึกษาพระองค์หนึ่งในกลุ่มนี้. เราได้ออกเดินทางจากกรุงเทพฯ เมื่อวันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๔๖๐ และถึง แซนแฟรนซิสโก เมื่อวันที่ ๕ ตุลาคม. สมัยนั้นต้องเดินทางโดยเรือเดินทะเลจึงใช้เวลาช้านานมาก.

ต่อจาก แซนแฟรนซิสโก ข้าพเจ้าเดินทางโดยรถไฟไปกรุงวอชิงตันก่อน, แล้ว

จึงเดินทางไปเมือง บอสตัน. เวลานั้นสมเด็จพระราชบิดาฯ ประทับอยู่ที่ห้องชุด ๑๑, สตรีท สตรีท, ในเมือง เคมบริดจ์ ซึ่งตั้งอยู่อีกฟากหนึ่งของแม่น้ำ ชาลส์ ในลักษณะเดียวกับกรุงเทพฯ และธนบุรี.

เมื่อไปถึง บอสตัน แล้วข้าพเจ้าได้ไปเฝ้าสมเด็จพระราชบิดาฯ ทันทีพร้อมกับพวกเราหลายคน. เวลานั้นพระองค์ท่านเป็นนักศึกษาอยู่ที่โรงเรียนแพทย์ ฮาร์วาร์ด (Harvard Medical School). เมื่อมาปรากฏอยู่ต่อ พระพักตร์ ณ ที่ประทับของพระองค์, ข้าพเจ้ารู้สึกอบอุ่นในใจทันที และความรู้สึกว่าเหว่เนือง จากการพลัดบ้านพลัดเมืองก็ คลายลงทันที, เพราะพระพักตร์, พระอริยาบถ, พระคำรัสและพระอัธยาศัยอยู่ในลักษณะที่เป็นเพื่อนและเต็มไปด้วยพระเมตตาการุณาธิคุณ.

ต่อมาข้าพเจ้าเป็นคนโชคที่สลด, แม้ว่าจะอายุของข้าพเจ้าจะน้อยกว่าพระองค์ท่าน ๘ ปี พระองค์ก็ประทานเกียรติแก่ข้าพเจ้าโดยประทานโอกาสข้าพเจ้าให้ได้อยู่ใกล้ซีกและสนทนากัน และไปไหนมาไหนด้วยในทำนองเป็นเพื่อนกัน. พระองค์ท่านไว้วางพระทัยถึงกับ ประทานกฎแจรดยนต์บิวอิค ของพระองค์แก่ข้าพเจ้า

หนึ่งคอก, และทรงอนุญาตให้ข้าพเจ้า
ใช้รถยนต์คนนั้นได้เมื่อพระองค์ไม่ใช้,
และอีกหนึ่งคอกทรงเก็บไว้เอง. เวลา
นั้น พระองค์ศึกษาอยู่ที่โรงเรียนแพทย์
ซาร์วาร์ต ซึ่งตั้งอยู่ที่ตำบล บรคไลน์
(Brookline) ใน บอสตัน. ข้าพเจ้ามีตาราง
สอนของพระองค์, ฉะนั้นเมื่อข้าพเจ้า
ต้องการใช้รถ บิวอิก ของพระองค์ก็เอาไป
ใช้ในเวลาที่พระองค์เข้าห้องเรียน.

พระองค์ ประทับ อยู่ในอเมริกาอย่าง
ประหลาดที่สุด. ใช้ชื่อว่า Mr. M. Songkla
และเสด็จไปไหนมาไหน หรือไปเสวยพระ
กระยาหารก็เหมือนพวกเราคนหนึ่ง. เช่น
เสด็จไปเสวยที่ภัตตาคารที่ต้องเดินโต๊ะ
เอง ซึ่งอเมริกันเรียกว่า Cafeteria และ
Quick Lunch. ถ้าพวกนักเรียนไปเฝ้า
ก่อนเสวยพระกระยาหารค่ำ จะเห็น
พระองค์ขีตอง พระบาทของพระองค์เอง
แทบทุกวัน. รัชสมัยพวกนักเรียนเสมอ
ว่าเงินที่พระองค์ได้มาใช้เป็นเงินของ
ราษฎร, หรือถ้าจะใช้ค่าของพระองค์คือ
“เงินของตามีตามา”, ฉะนั้นพระองค์จะ
ต้องใช้อย่างประหยัดที่สุด, และที่ใช้ไป
นั้นก็เพื่อพระองค์จะได้กลับไปรับใช้ประเทศ
ชาติและ “ตามีตามา” นั่นเอง.

การดำเนินชีวิตประจำวันของพระองค์
เกือบจะหาที่คิดไม่ได้. เมื่อคนบรรทม,
แต่งพระองค์และเสวยแล้วก็เสด็จไปโรง-
เรียนแพทย์. เมื่อเสด็จกลับมาถึงที่ประทับ
ก็ทรงรับแขกหรือทรงทำการบ้าน, ทรง
อ่านตำรา หรือทรงพระอักษร. เมื่อถึง
เวลาเสวย พระกระยาหารค่ำก็เสด็จไป
เสวยที่ภัตตาคารที่เดินโต๊ะเอง, ถ้ามีพวก
นักเรียนเฝ้าอยู่ในตอนนั้นก็ทรงชวนตาม
เสด็จด้วย. เมื่อกลับจากการเสวยและ
เมื่อพวกแขกกลับหมดแล้ว, พระองค์ก็
ทรงทำการบ้าน, อ่านตำราหรือทรงพระ
อักษรต่อไปอีกจนถึงเวลาบรรทม. การทรง
ทำบาปหรือทำให้คนอื่นเดือดร้อน, ย่อม
มีไม่ได้. ถ้าจะมีการทักคือพระองค์ไม่
ทรงนั่งลงพระอนามัยของพระองค์เอง, คือ
ไม่ทรงหาความเพลิดเพลิน หรือ ออกพระ
กำลังเสียบ้าง.

พระองค์มีพระอุปนิสัยจริงจังและก็
มักจะรับสั่งแต่ในเรื่องที่เป็นสาระ, โดย
มากเป็นเรื่องเมืองไทยซึ่งพระองค์มีความ
ห่วงใยเป็นอย่างยิ่ง. มีพระประสงค์จะให้
เจริญก้าวหน้า, ให้คนไทยอยู่ดีกินดี.
พระประสงค์อันแรงกล้าที่จะรับใช้เมือง
ไทยและคนไทยจะเห็นได้จากการปฏิบัติ



พระองค์ตลอดพระชนมายุ, เริ่มแต่การ
ไปเริ่ม ศึกษา การ แพทย์ เมื่อ อายุ สิบแล้ว
ทั้ง ๆ ที่พระองค์ได้สำเร็จเป็นนายทหาร
เรือจากประเทศเยอรมันมาแล้ว, และ
การทุ่มเท พระสติปัญญา กับ ทรัพย์ สิ้นส่วน
พระองค์ ในการสร้าง การ แพทย์ ใน ประเทศ
ไทย ให้ เป็น หลัก ฐาน และ เจริญ ก้าวหน้า
ถึง ปรากฏ อยู่ ที่ ปรวณนี้.

เวลานั้น พระองค์ ท่าน มี พระ คำ วิ ว่า
ประเทศไทย ต้องการ คน ไทย ที่ มีความ รู้,
ความ ชำนาญ ใน สอง วิชา ชีพ จำ นวน มาก
คือ วิชา แพทย์ และ ช่าง เพื่อ ก่อ สร้าง เมือง
ไทย ให้ เจริญ ก้าวหน้า, ให้ ทัด เทียบ กับ
ประเทศ ที่ เจริญ แล้ว, และ เพื่อ ความ ผาสุก
ของ ชน ชชาว ไทย.

ในการ เตรียม มอ นาค ตของ ข้าพเจ้า
ก็คือ ให้ เข้า รั บ ราช การ ใน กระ ทรวง การ
ต่าง ประเทศ ข้าพเจ้า ได้ ไป ศึกษา ต่อ ที่
สหรัฐอเมริกา เพื่อ เตรียม เช่น นั้น.
แต่ สม เถ็จ พระ ราช บิ ศา ๗ ไควบ สั้ง แก่
ข้าพเจ้า ว่า ความ สำคัญ ที่ จะ ช่วย เมือง ไทย
ใน ถาน นน มน อย. คือ เมื่อ ๕๐ ปี มา แล้ว
การ งาน เกยว กับ การ ต่าง ประเทศ หรือ
ตำแหน่ง ราช ทต ใน ประเทศ ต่าง ๆ ก็มี
น้อย เหลือ เกิน, เพราะ เรา เป็น ประเทศ เล็ก,

ไม่ มีความ สำคัญ เท่า ไถ่ นัก สำหรับ ประเทศ
มหา อำนาจ หรือ ประเทศ อื่น ๆ. นอกจาก
นั้น ประเทศ ต่าง ๆ ใน ทวีป เอเชีย และ
แอฟริกา ก็ เป็น เมือง ชน ของ มหา ประเทศ
เกือบ ทั่ว สิ้น, เช่น ใน เอเชีย ประเทศ ที่ เป็น
เอกราช มี แต่ ไทย, ญี่ปุ่น และ จีน เท่านั้น.
พระองค์ ไควบ สั้ง ว่า พระองค์ เอง ก็ ได้ เปลี่ยน
มา เรียน เป็น นาย แพทย์ แทน ที่ จะ เป็น ทหาร
เรือ. ฉะนั้น พระองค์ ทรง มีความ เห็น ว่า
ข้าพเจ้า ควร จะ เปลี่ยน ความ คิด และ เรียน
เป็น นาย ช่าง เพื่อ ไป ช่วย ทน บำรุง ประเทศ
ไทย. เมื่อ ข้าพเจ้า ได้ พัง พระ คำ รั สอ ธิบาย
เหตุผล ต่าง ๆ, ข้าพเจ้า ก็ เกิด เลื่อมใส ใน
ความ คิด เห็น ของ พระองค์ ท่าน และ ก็ ได้
เปลี่ยน ไป เรียน ใน ทาง วิศวกรรม, แปลว่า
พระองค์ ได้ เป็น ผู้ ชัก นำ ให้ ข้าพเจ้า เปลี่ยน
วิถี ทาง ชีวิต ของ ข้าพเจ้า.

ในเรื่อง การ ศึกษา ของ นัก เรียน ไทย
นั้น, ใน ตอน หนึ่งที่ พวก เรา ไป สหรัฐ อเมริกา,
ท่าน เจ้า คณ ชนิน ทร ๗ ผู้ คณ ุค นัก เรียน ไทย
ก็ ยัง ใหม่ อยู่ เพราะ ท่าน ก็ เดิน ทาง ไป พร้อ ม
กับ พวก เรา. สม เถ็จ พระ ราช บิ ศา ๗
ได้ ทรง พระ กรุณา ช่วย เหลือ, ประทาน
ความ เห็น ใน เรื่อง โรง เรียน และ มหา วิทยา
ลัย เพื่อ เป็น แนว ทาง ให้ เจ้า คณ ชนิน ทร ๗ ได้

พิจารณาส่งนักเรียนไทยไปตามสถาบันการศึกษาต่าง ๆ. สำหรับข้าพเจ้าเอง พระองค์ได้ทรงแนะนำให้ไป Philips Exeter Academy เพื่อเตรียมเข้า M.I.T. ทั้งสองแห่งนั้นนับว่าเป็นสำนักศึกษาชั้นหนึ่งของอเมริกา, และโดยเฉพาะ M.I.T. ก็เป็นสถาบันช่างที่มีชื่อเสียงทั่วโลก. เป็นอันว่าโดยพระกรุณาธิคุณของสมเด็จพระราชบิดา ฯ พระองค์ได้ทรงเอ็นดูอุปการะข้าพเจ้าอย่างล้นพ้น.

ท่านผู้มีเกียรติที่เคยไปศึกษาในต่างประเทศย่อมทราบว่าเมื่อเราพักบ้านพักเมืองไป เราไปจากพี่น้องเพื่อนฝูง, ไปอยู่กับประชาชนต่างชาติ, ศาสนา, วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมรวมทั้งอาหารด้วย, เรามีความรู้สึกว่าเหว้อย่างไร. ยิ่งเมื่อสมัย ๕๐ ปีมาแล้ว, ความรู้สึกเช่นนี้นักยิ่งมากกว่าสมัยปัจจุบันหลายสิบเท่า. ที่ประทับของสมเด็จพระราชบิดาฯ เป็นที่ชุมนุมของพวกนักเรียนไทยที่ศึกษาอยู่ในเมืองใกล้เคียงเคมบริดจ์, เพราะพระองค์ทรงต้อนรับพวกเราอย่างไม่ถือพระองค์, ทรงสนทนาคำคุยอย่างเพื่อนฝูงหรือถ้าจะใช้คำสามัญธรรมดาๆ ก็คือ "ไปกินข้าว" กันได้. บางเวลาพระองค์ก็ทรงสั่ง

สอนว่าควรจะทำอย่างไรเพื่อให้เหมาะแก่การพำนักอยู่ในอเมริกา, เพื่อให้พวกเราอย่าตึงเครียด, มีให้ฝรั่งตลก, ให้คบเพื่อนอเมริกันไว้, และทรงเน้นมากที่สวดและเสมอไป ก็คือให้อยู่ด้วยประหยัด, ให้พวกเราเป็นพลเมืองไทยแท้, ให้เห็นถึงการไปรับใช้เมืองไทยและคนไทย เช่นที่พระองค์ทรงคิดอยู่เสมอ. นอกจากพวกเราจะ คลาย ความคิดถึงบ้านแล้วก็ยังได้สำนึก ในตัวเอง ให้เป็น พลเมือง ที่คอยช่วย พระองค์ได้ทรงนำเป็นตัวอย่าง.

พระจริยาวัตรของสมเด็จพระราชบิดาฯ อันแสดง คุณงาม ความดี ของพระองค์ ในขณะ ที่ ข้าพเจ้า ได้รับเกียรติ ให้อยู่ใกล้รัชที่ พระองค์มีมากมาย, ซึ่งถ้าข้าพเจ้าจะนำมากล่าว ทุกสิ่งทุกอย่าง ก็จะใช้เวลานานมาก, นานเกินกว่าเวลาที่กำหนดให้ข้าพเจ้าพูดเข้านั้น, ข้าพเจ้าจึงขอกล่าวแต่บางเรื่องเท่านั้น.

พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าอาทิตย์ทิพอาภาได้ออกเดินทางไปยังสหรัฐอเมริกาในเรือลำเดียวกับข้าพเจ้า, แต่เมื่อลงญี่ปุ่นได้ทรงประสูติ, ท่านจึงได้พักรักษาพระองค์อยู่ที่โตเกียว และได้เดินทางไปถึงเคมบริดจ์ภายหลังข้าพเจ้า, และได้ไป

ประทับอยู่ที่สมเด็จพระราชบิดา ฯ ได้
บรรทมอยู่ในห้องเดียวกับสมเด็จพระราชบิดา ฯ
เพราะห้องชุดของพระองค์ก็มีห้องบรรทม
แต่เพียงห้องเดียวเท่านั้น. ในขณะที่
ประทับอยู่ที่นั่น, ท่านเกิดประชวรเป็นไข้
หวัดใหญ่ขึ้น, และผู้ที่ทำการรักษา
พยาบาล พระองค์ เจ้าอาทิตย์ ก็คือ สมเด็จ
พระราชบิดา ฯ นั่นเอง. ข้าพเจ้าจะลืม
เสียมิได้ในเมื่อเช้าวันหนึ่งข้าพเจ้าได้เห็น
สมเด็จพระราชบิดา ฯ ทรงถอดหม้อบังคน
เบาของพระองค์เจ้าอาทิตย์ ฯ จากห้องบรร
ทมเพื่อไปเทในหลังกาน้ำ. ข้าพเจ้ารีบวิ่งเข้า
ไปเพื่อจะรับหม้อนั้นจากพระหัตถ์, แต่
พระองค์ไม่ยอม, พระองค์มีพระประสงค์จะ
นำไปเทเอง. นี่เป็นเรื่องหนึ่งในหลาย
เรื่องที่ แสดงพระ เมตตา กรุณา อธิคุณ และ
การไม่ถือพระองค์. นอกจากนี้พระองค์
ทรงมี พระอนามัย ไม่แข็งแรง และก็ทรง
ทราบดีกว่ามักจะไปติดโรคหวัดหรือไข้หวัด
มาบ่อย ๆ, แต่พระองค์ก็ยังยอมเสี่ยง
และเสียดสละ, พยายามอยู่ใกล้ชิดพระองค์
เจ้าอาทิตย์ ฯ ตลอดเวลาที่ประชวรอยู่.

สมเด็จพระราชบิดา ฯ เป็นนักศึกษาศึกษา
ขยันหมั่นเพียรเป็นที่สุด. ข้าพเจ้ารู้สึกว่
พระองค์มีพระประสงค์อยู่อย่างเดียว, คือ

จะรีบเรียนให้สำเร็จเพื่อกลับไปรับใช้ประ
เทศชาติและคนไทย. วันหนึ่ง ๆ เมื่อ
เสด็จกลับจากโรงเรียนแพทย์ ฮาร์วาร์ด
มาที่ประทับของพระองค์ก็ประทับที่โต๊ะทรง
พระอักษรและทรงอ่านหรือท่องตำราหรือ
ทำการบ้าน. ปฏิบัติอยู่อย่างนั้นหลายวัน
ติด ๆ กัน. พระองค์ก็เกิดไม่ทรงสบาย
เพราะคงที่ข้าพเจ้าได้เคยกล่าวแล้วว่า
พระอนามัยของพระองค์ไม่สู้จะแข็งแรง.
ข้าพเจ้าได้กราบทูลอ้อนวอนขอให้ไปเที่ยว
พักผ่อนหย่อนพระทัยเสียบ้าง, มิฉะนั้น
จะประชวรเสียเวลาเรียนเปล่า ๆ. บาง
ครั้งก็ ทรงเชื่อ ข้าพเจ้า และเราก็ไปเที่ยว
ด้วยกัน. โดยมากมักจะไปชิวรถเล่น, ไป
ตาม เมือง หรือ สถานที่ ที่ มี ทิวทัศน์ สวย
งามหรือไปเมืองชายทะเล ซึ่งบางแห่งก็
มีส่วนสนกและพระองค์กับข้าพเจ้าก็ไปหา
ความเพลิดเพลินในส่วนสนก, เช่นไปขึ้น
โรลเลอร์ โคสเตอร์ เป็นต้น.

มีเรื่อง ขบขัน อยู่เรื่องหนึ่งซึ่ง ข้าพเจ้า
ใคร่ขอเล่าให้ท่านผู้มีเกียรติฟัง. คือวัน
หนึ่งพระองค์ทรงเห็นคเห่นอยมากจึงชวน
ข้าพเจ้าไปเที่ยว นวยอร์ค. ข้าพเจ้ากราบ
ทูลว่าข้าพเจ้าอยากไปมากแต่ไม่มีเงินติด
ตัวเพียงพอ. พระองค์ก็รับสั่งว่า “ไม่เป็น

ไร ฉะนั้นจะออกให้” เมื่อถึงวันเดินทาง พระองค์ก็ขับข้าพเจ้าให้เดินทาง โดย รถไฟจาก ขอสตัน และนั่งไปในรถธรรมดา, เพราะพระองค์ไม่ยอมนั่งในรถ พลแมน. รัชสังว่าเราไปเที่ยวอย่างนักเรียนธรรมดา, ไม่ใช่เช่นนักเรียนเศรษฐี. เป็นการแสดงว่า พระองค์มีพระประสงค์จะประหยัดเงิน, ซึ่ง ทรงรัชสังว่าเป็นของ “ตามีตามา”, ยอม เสียสละ ความสุขและไม่ทรงถือพระองค์ ว่าเป็นเจ้านายชั้นสูง. พระองค์กับข้าพเจ้า ตั้งใจจะไปแคว้นมหาวิทยาลัย เบล ที่เมือง นิวเฮเวน ก่อน, แล้วจึงจะเดินทางต่อไป ยัง นิวยอร์ค. เมื่อถึง นิวเฮเวน แล้วก็ได้ ออกเดินทางไปตามถนน เพื่อชอแปรง และยา สัฟฟี่ซึ่งลิมจี้ได้กระเป๋ามา. ตอนจ่ายเงิน พระองค์ได้ล้วงกระเป๋าสันนิเพลหลังจาก เพื่อ หยิบกระเป๋าสองใบแต่ก็ปรากฏว่าหายไปเสีย แล้ว. ทรงรัชสังว่า “ฉันถลกล้วงกระเป๋าสองใบแล้ว, หมกตัวเลย”. เราสันนิษฐาน ว่าพระองค์ได้ถลกล้วงกระเป๋าสองใบในขณะที่ยืน ทางอยู่ในรถไฟ. เป็นอันว่าหมกพระองค์, ไม่มีเงินที่เตรียมจะเอาไปเที่ยว นิวยอร์ค ด้วยกันและก็ต้องกลับ ขอสตัน. มีหน้า ข้าพเจ้ายังต้องออกเงินค่ารถไฟกลับ ขอสตัน เสียอีก.

วันหนึ่ง สมเด็จพระราชบิดาฯ เสด็จ ออกจากห้องเรียนที่โรงเรียนแพทย์ ฮาร์- วาร์ด เพื่อเสด็จกลับที่ประทับ, ก็ปรากฏ ว่ารถ บิวอิค ของพระองค์หายไปจากโรง รถที่พระองค์เคยจอดไว้เป็นประจำ. พระ- องค์รีบสั่งเล่าให้ข้าพเจ้า ฟังภายหลัง ว่าที่ แรกนึกว่าข้าพเจ้าเอาไป, เพราะข้าพเจ้า เคยกระทำเช่นนั้นโดยรู้ชั่วโมงเรียนของ พระองค์ว่าจะไม่ทรงใช้ในช่วงโมงนั้นชั่วโมงนั้นและอาจจะจำชั่วโมงผิดไป. พระองค์ จึงได้ทรง สอบถาม ให้แน่นอนเสียก่อนว่า ข้าพเจ้ามิได้เอาไป, แล้วจึงแจ้งตำรวจ. เป็นอันว่าต่อจากวันนั้นทรงใช้รถราง, รถ ใต้ดิน, และรถเมล์ ในการเสด็จไปไหน มาไหน, รวมทั้งเสด็จไปโรงเรียนแพทย์ ฮาร์วาร์ด ที่ บรคาลัยน์ ด้วย. ข้าพเจ้า ได้สังเกตว่าพระองค์เห็นคนเห็นน้อยและซิก เชียวไปมาก เนื่อง จากต้อง ทรง ใช้รถ สาธารณะเป็นพาหนะเดินทาง, โดยเฉพาะ จากที่ประทับที่ ๑๑ สตอร์รี่ สตรีท, เคม- บริกซ์, ไปโรงเรียนแพทย์ที่ บรคาลัยน์ ใน ขอสตัน ทุกวัน, ซึ่งต้องใช้เวลาเที่ยว หนึ่งถึงประมาณ ๔๕ นาทีโดยรถใต้ดิน, และในตอนเช้ารถใต้ดินก็แน่นเสมอ, ต้อง ทรงยืนห้อยโหนหว่างกลางรถ. ในฤดู

หนาวฝรั่งมักจะเป็นหวัดกัน และถ้าไข้โดย
สารทายน อยู่ใกล้เคียง เกิดจามหรือไอขึ้น
มา, พระองค์ก็เอาหัตถ์คนกลับมาช่วย
เสมอ. ข้าพเจ้าเห็นเป็นเช่นนั้น จึงกราบ
ทูลขอให้ทรงซอร์ดยนต์เพื่อทรงใช้สีกคน
หนึ่งแทนรถ บิวอิค ที่ถูกลักขโมย. พระ-
องค์รับสั่งว่าไม่ประสงค์จะเอาเงิน “ตาม
ตามา” ไปใช้อย่างฟุ่มเฟือยเพื่อบำรุง
ความสุข. ข้าพเจ้ากราบทูลว่ามีใช้บำรุง
ความสุขแต่จำเป็นสำหรับเป็นพาหนะของ
พระองค์, ถ้าเกิดประชวรขึ้นก็จะทำให้
พระอนามัยเสื่อมโทรมและเสียเวลาเรียน,
ซึ่งพระองค์ก็ไม่มี พระประสงค์ จะให้เป็น
เช่นนั้น. นอกจากนั้นก็เป็นภาระประหยัด
เวลาในการเดินทางไปโรงเรียนแพทย์คง
ครึ่งชั่วโมง จะบรรทม สายหน่อยก็ได้เป็น
การขอมพระกำลังไว้. พระองค์ก็ยังไม่
ทรงยอม เชื้อฟุ้ง ข้าพเจ้า และคงเสด็จไป
ไหนมาไหนด้วยรถสาธารณะ. ข้าพเจ้าก็
กราบทูล อ้อนวอน แทบทุกวัน โดยหาเหตุ
ผลต่าง ๆ มาประกอบว่ามีใช้หาความสุข
ความสำราญ แต่เป็นความจำเป็นที่จะให้
พระองค์ ศึกษา สำเร็จตาม โครงการ.
บางครั้งก็ชักจะกริ้วข้าพเจ้า, ทว่า
ข้าพเจ้าเป็นคน ที่หาความสุข สบายมาก

เกินไป และจะชักงให้พระองค์เอาอย่าง.-
โดยความจงรักภักดี, ข้าพเจ้าก็ยังคง
กราบทูลวิงวอนเพราะเกรงจริง ๆ ว่าจะ
ประชวร. นานเข้าพระองค์ก็ชักจะทรง
เห็นคเห็นน้อยมากและไม่ทรงสยหาย. จึง
วันหนึ่ง ในระหว่างที่ข้าพเจ้ากราบทูลเรื่อง
นั้นอีก, พระองค์ก็รับสั่งว่า “ฉันเห็นจะ
ต้องเจอแ ๆ ไปเลือกซื้อให้ฉันสักคัน
หนึ่ง”. ด้วยความคึกใจยิ่ง ข้าพเจ้าก็ได้
รีบไปเที่ยว เลือกลำหนัดรถยนต์ที่จะให้
เหมาะสม, โดยคำนึงถึงว่าพระองค์
จะสำเร็จการศึกษากลับเมืองไทย, รถ
คันนั้นก็ควรจะนำไปใช้ในเมืองไทยและให้
สมเด็จพระเกียรติกวญ, ข้าพเจ้าจึงได้เลือก
รถยี่ห้อ “แพคคาร์ค” ๖ สปี, ซึ่งเมื่อ
เสด็จกลับเมืองไทยแล้ว, ข้าพเจ้าเป็นผู้
จัดส่ง ตามมา และก็ได้ทรงใช้ อยู่ใน
เมือง
ไทย.

เรื่องทะเลาน, ในหลายเรื่องที่ข้าพเจ้า
มิได้กล่าวเพราะไม่มีเวลา, เป็นการ
แสดงพระ อปนิสัย และความห่วงใย ของ
พระองค์ต่อราษฎรไทยผู้ยากจน.

พระกรณาริคุณแก่ข้าพเจ้าในทางส่วน
ตัวนั้น มีมากมาย ซึ่งข้าพเจ้า จะลืมิเสียมิ
ได้. เช่นเมื่อข้าพเจ้าต้องได้รับการผ่าตัด

ที่ บอสตัน, พระองค์ก็เป็นผู้แนะนำติดต่อ
กับนายแพทย์และทรงอุปการะข้าพเจ้าใน
ระหว่างเจ็บไข้. เมื่อข้าพเจ้าเดินทางกลับ
เมืองไทยใน พ.ศ. ๒๔๖๖ หรือ ค.ศ.
๑๙๒๓ ข้าพเจ้าได้แวะชมและเที่ยว
ยุโรป. ระหว่างที่เที่ยวอยู่ในกรุงปารีส
เงินก็หมด. เวลานั้นพระองค์ประทับอยู่ใน
ประเทศ สวิตเซอร์แลนด์, ข้าพเจ้าเห็นว่า
ทรงเป็นที่พักของข้าพเจ้าจึงได้มีจดหมาย
ไปขอประทานยืมเงิน ๕๐ ปอนด์, ก็ได้
ทรงพระกรุณาและเมตตาข้าพเจ้าเช่นเคย.
ทรงรับส่งเงินจำนวนนั้นไปให้ข้าพเจ้าที่
ปารีส. เมื่อเสด็จกลับเมืองไทยแล้ว,
ข้าพเจ้าได้นำเงินไปถวายคืนที่วังสระปทุม.
ได้รับสั่งว่า “ประสพ, แก่ก็มาก. ฉัน
ไม่ดีกว่าแก่จะเอาเงินมาใช้ฉัน.”

ใน พ.ศ. ๒๔๗๒ พระองค์ได้สิ้นพระ-
ชนม์, ฉันนำมาซึ่งความเศร้าสลดใจแก่
ผู้รู้จักและเคารพนับถือพระองค์เป็นอย่าง
ยิ่ง. พระองค์กำลังทรงทำงานให้ชาติอัน
มีคุณประโยชน์อย่างใหญ่หลวง, และ
คนไทยได้รับผลอยู่จนบัดนี้. สำหรับตัว
ข้าพเจ้าเองนั้นยอมไม่มีปัญหาว่าข้าพเจ้า
เศร้าสลดใจเพียงไร. พระองค์ได้มีพระ
กรุณาธิคุณ, พระเมตตาคุณ, และทรง

เอ็นดูข้าพเจ้ามาก. พอได้ข่าว ข้าพเจ้า
ก็ได้รับไปวังสระปทุม, และได้นั่งเฝ้า
พระศพอยู่ตลอดคืน. ในวันรุ่งขึ้นข้าพเจ้า
ก็ได้อยู่ในขบวนผู้มีเกียรติเชิญเครื่องยศ
ตามเสด็จพระโกศจรูญโดยรถม้าไป ประทับ
สถาน ณ วังสวนกุหลาบ.

นักเรียนไทยซึ่งเคยศึกษาอยู่ในสหรัฐ
อเมริกาในสมัยเดียวกับพระองค์ได้ระลึก
ถึงพระเกียรติคุณของพระองค์ท่าน, และ
โดยที่พระองค์ได้ทรงก่อร่างสร้างการ
แพทย์ในประเทศไทยให้เจริญก้าวหน้าถึง
จะเห็นได้ทุกวันนี้. จึงได้ตั้งทุน “มหิตล-
อภยเดช” ขึ้นใน พ.ศ. ๒๔๗๓. ทุนนี้เป็น
ทุนช่วยเหลือ นักเรียน แพทย์ คณะ แพทย์
ศาสตร์และศิริราชพยาบาลและจนถึงบัดนี้
ได้ช่วยเหลือไปแล้ว ๕๔ คน.

เมืองไทยและคนไทยรู้สึกเศร้าสลดใจ
เป็นอย่างยิ่งที่ได้สูญเสียเจ้านาย ซึ่งเป็น
อัจฉริยบุรุษไปพระองค์หนึ่ง. พระองค์ได้
วางรากฐาน และ ก่อสร้าง การ แพทย์ ใน
ประเทศไทยให้เจริญก้าวหน้าจนบัดนี้. อัน
พระจริยาวัตรและน้ำพระทัยอันงดงามของ
พระองค์ท่านสมควรเป็นเยี่ยงอย่างแก่คน
ไทยโดยทั่วไป.



ประกาศของบรรณาธิการ

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.
ดำรง เพ็ชรพลาญ พ.บ.
นันทน์ พรหมผลิน พ.บ.
หิรัญ บุญโชติ พ.บ.
สมชัย บรรณกิจ พ.ต.
ประหยัด หัตถการณ พ.ช.

โดยรอยพระยาคลมาท “ความเป็นคน”

ทล กระทบ่อม สมเด็จพระราชบิดา
เจ้าฟ้ามหิตล ออกลยเดช กรมหลวง-
สงขลานครินทร์ ทรงประสูติ ในวันที่ ๑
มกราคม พระพุทธศักราช ๒๔๓๔ ใน
รัชกาล แห่ง พระบาทสมเด็จพระปรเมนทร
มหาจุฬาลงกรณ์ พระจุลจอมเกล้าเจ้า-
อยู่หัว และเสด็จทิวงคต ณ วันที่ ๒๔
กันยายน พระพุทธศักราช ๒๔๗๒ ใน
รัชสมัย แห่ง พระบาทสมเด็จพระปรเมนทร
มหาประชาธิปก พระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว,
ศิริรวมพระชนมายุเพียง ๓๗ พรรษาเศษ.
นับว่าทรงมีพระชนม์ชีพสั้นมาก. แต่แม้
กระนั้นก็ได้ทรงประกอบพระกรณียกิจไว้
โดย นานัปการ และ ทรงคุณค้ำมหาศาล,
โดยเฉพาะ ในด้าน การ แพทย์, จน
ประชาชนผู้รักชาติซึ้ง ในพระคุณถวาย
พระนามเป็นการเฉลิมพระเกียรติว่า “พระ

บิดร แห่งการ แพทย์ ไทย แผนปัจจุบัน”.
ในบรรดาพระกรณียกิจต่าง ๆ ที่ได้ทรง
ปฏิบัติเกี่ยวกับ การ แพทย์นั้นมอຍสมัยหนึ่ง
ที่ได้ ทรง พระ กรณากระทำหน้าที่เป็น
อาจารย์พิเศษสอนวิชาชีววิทยาให้แก่ นิสิต
เตรียมแพทย์ในระหว่าง พ.ศ. ๒๔๖๗-
๖๘ และในระหว่างนั้นเอง ครั้งหนึ่งได้
ทรง ทัก เตือนศิษย์ ของ พระองค์ ด้วยพระ
คำรัสสั้น ๆ ซึ่ง ได้กลาย มาเป็น คำ ขวัญ
ประจําใจของแพทย์จำนวนมากในปัจจุบัน
นี้, คือทรงกล่าวว่า “ขอให้พวกเขาจงเข้าใจ
และจำไว้ว่าฉันไม่ต้องการให้พวกเขามี
ความรู้ทางแพทย์อย่างเคียว. ฉันต้องการ
ให้พวกเขาเป็นคนด้วย.” เห็นได้โดย
พระคำรัสสั้นว่า ทลกระทบ่อม ๆ ทรงมีพระ
ประสงค์ที่จะให้สานศิษย์ของพระองค์มีสติ
ไม่หลงไหล ในวิชาความรู้ ของ ตัว เอง

กระทั่ง ลมมกถึง คุณ สมบัติ รากฐาน ของ มนุษย์ไปเสีย. ตามธรรมเนียมกันทุกแห่ง ทุกหนทั่วโลก, ทั้งในประเทศที่เจริญนำ หน้าและในแคว้นแคว้นที่ป่าเถื่อนล้าหลัง, ใคร ๆ ก็ยอมรับว่าแพทย์เป็นบุคคล ประเภทพิเศษ, และให้ความยกย่องด้วย วิชาต่าง ๆ, เพราะแพทย์นั้นนอกจากมีวิชา ที่จะบรรเทาทุกข์และช่วยชีวิตเพื่อนมนุษย์ ได้แล้ว, ยังเป็นผู้ที่อยู่ในกรอบแห่ง มารยาทที่เคร่งครัด และมีจารีตประเพณี เฉพาะหมู่คณะอีกด้วย. แพทย์ที่คอยม ถิ่นว่าคุณสมบัติ ประกอบ มีความสำคัญ ไม่น้อยกว่าความรู้ในวิชาแพทย์, เพราะ เป็นทั้ง เครื่อง นำทาง และ เครื่อง ประคอง ปรองในการประกอบวิชาชีพ. ความรู้ ของแพทย์ นั้น ถ้า ใช้ ถูก ก็อาจ ช่วย เพื่อน มนุษย์ได้, ถ้าใช้ผิดก็ยิ่งความทรมาณ หรือแม้กระทั่งชีวิต; ทั้งการปฏิบัติของ แพทย์นั้นยากที่ ใครจะมาคอย ควบคุม อยู่ ได้, แพทย์ต้องควบคุมตนเองตลอดเวลา. การ ยึดมั่น ในขบถ บัญญัติ แห่ง วิชา ชีพ นี้แหละ เป็นหลัก สำคัญ ที่ ช่วย ในการ ควบคุมตนเอง. นับเป็นพระกรุณาธิคุณแก่ แพทย์ไทย อย่างยิ่ง ที่ทลกระหม่อม ๆ ได้ ไปรดประทาน คติพจน์ไว้ ให้ อีก ข้อ หนึ่ง,

ซึ่ง อาจ กล่าวได้ ว่าเป็น การ สรปอดมคติ แห่งจารีตประเพณีของแพทย์ทั่วไปนั่นเอง, ทั้งจะไต่ขยายความต่อไปนี้.

กล่าวโดยโวหาร, ในประการแรก “ความเป็นคน” ก็คือ “ความไม่ใช่เครื่องจักร”. เครื่องจักรนั้นทำงาน ต่อเมื่อมี เครื่อง หล่อเลี้ยง คือ เชื้อเพลิง หรือ ต้นตอ พลังงานอย่างอื่น, และต้องมีผู้ออกคำสั่ง คือ เบ็ดเครื่อง. จะทำงานเร็วหรือช้าก็ได้ แต่ผู้ใช้เครื่อง. เมื่อใดน้ำมันหมดหรือผู้ใช้ขี้ตโก, เครื่องจักรก็หยุด. เครื่องจักร ไม่รู้และไม่สนใจว่างานที่ทำอยู่นั้นดีหรือ เลว, ถูกหรือผิด. ทุกอย่างแล้วแต่ผู้ใช้ เครื่องทั้งสิ้น. ประการที่สอง, “ความเป็นคน” คือ “ความไม่ใช่ต้นไม้.” ต้นไม้ไม่มีความครองชีพทำนองเดียวกับ คน, มีการกิน, การหายใจ, การขับ ถ่าย, การงอกงามและการเสื่อม, แม้กระทั่งการเป็นโรค. แต่ต้นไม้ไม่อาจทำ ประโยชน์ได้ โดยตนเอง. แม้จะมี ประโยชน์อยู่ในตัว, เช่น อาจให้ร่มเงา, ให้ดอก, ให้ผล, ถ้าไม่มีใครไปอาศัยเงา หรือเก็บดอกผล, ประโยชน์นั้น ๆ ก็ไม่ปรากฏ. นับว่าประโยชน์ของต้นไม้เป็น ประเภท “อาจเป็นอาจมี”, ต้องอาศัยผู้ไป

ปลดปล่อย, ประโยชน์นั้น ๆ จึงเป็นจริง
เป็นจริง. ทั้งนี้เพราะคนไม่ทำอะไรได้.
ประการที่สาม, “ความเป็นคน” คือ
“ความไม่ใช่สัตว์”. สัตว์มีความเป็นอยู่
คล้ายคน, ทำอะไร ๆ เองได้, ไม่เหมือน
กับคนไม่. แต่การกระทำส่วนใหญ่ของ
สัตว์นั้นเป็นไปเพื่อการทรงชีวิตไว้, คือทำ
ไปตามความเค้นขี้ของธรรมชาติ, เช่น
ความหิว, ความใคร่, ความโกรธ. สัตว์
ธรรมดาไม่เข้าใจเรื่องความยุติธรรม หรือ
ไม่ยุติธรรม, ความถูกหรือไม่ถูก, ความ
สมควรหรือไม่สมควร, เพราะเรื่องเหล่านี้
คนสมมติขึ้น. เมื่อสัตว์หิวและเห็นสิ่งกิน
ได้, ก็กิน; เมื่อเห็นสิ่งโค่นไม้ได้, ก็โค่น.
ทั้งนี้เพราะสัตว์รู้แต่ ความผลักดันของ
ธรรมชาติ, เปรียบได้กับมนุษย์เด็ก ๆ ที่
ยังไม่ไ้รับทราบอบรม, นี้ก็อยากทำอะไรก็
ทำ, โดยไม่รู้หรือไม่เข้าใจถึงเรื่องความ
ถูกความผิดหรือความสมควรไม่สมควร.
แต่ก็มีมนุษย์ผู้ใหญ่ที่เห็นเช่นเดียวกับ
เด็ก, คือไม่รู้เรื่องเหล่านี้, เช่น คน
ปัญญาอ่อน, คนสติวิปลาส, หรือไม่ยอม
รับรู้, เช่น คนที่มันส์เลวร้าย, เป็นต้น.
ที่จริงสัตว์บางชนิด และ บางตัวอาจ แสดง
ความรู้จักคิดและความเข้าใจเรื่องถูกและ

ผิดให้ปรากฏ, ถึงแม้ตัวอย่างสัตว์ที่แสดง
ความเมตตาหรือความกตัญญูต่อคนหรือ
สัตว์ด้วยกันเป็นต้น. สัตว์พวกนั้นดีกว่า
กว่าคนเลวบางคน, และเป็นตัวยกเว้นใน
หมู่สัตว์ด้วยกัน.

ไม่ต้องสงสัยว่าทุก ๆ ธรรมดาคน มี
พระประสงค์จะให้ศิษย์ของพระองค์เป็น
คนที่ทักทาย, ไม่เพียงแต่เป็นคนเท่านั้น.
คนธรรมดาเพียงแต่รู้จักทำการงานหา
เลี้ยงชีพของตนเองและรู้จักประพฤติตัวไม่
ทำผิดกฎหมายก็พอแล้ว. แต่คนที่, อย่าง
ที่แพทย์ควรจะเป็นนั้น, ย่อมจะต้องมี
คุณธรรมสูงกว่านั้น, เช่นต้องอยู่ในศีลห้า,
ไม่ฆ่าสัตว์, ไม่ลักทรัพย์, ไม่ประพฤติ
ผิดทางกาม, ไม่พกดก, ไม่เสพของ
สิ้นเม้า; ต้องมีหิริโอตตชยปะ, ละอายต่อ
การทำผิดและเกรงกลัวการทำผิด; ต้อง
ถือพรหมวิหารธรรม, มีเมตตา, กรุณา,
มัทธา และอุเบกขา; ต้องมีความกตัญญู
รู้คุณของผู้กระทำความดีต่อตน, และ
กตเวทิตะทำการตอบแทนคุณ, เป็นต้น.

ทุก ๆ ธรรมดาคน สมเด็จพระราชาธิบดีฯ
นั้นในส่วนพระองค์มิได้แต่ประทานข้อคิด
เท่านั้น, ได้ประทานตัวอย่างในทางปฏิบัติ
ไว้ด้วย. บุคคลจำนวนมากที่เคยใกล้ชิด

ยืนยันว่าพระองค์ไม่ทรงยอมกระทำการใด ๆ ที่ทรงเห็นว่าไม่ถูกต้องเลย, ทรงกระทำและครุ่นคิดแต่ในการที่จะเป็นคุณประโยชน์แก่ประชาชนทั่วไป, และทรงสำนึกอยู่เสมอว่าทรงใช้เงินของ “นายมานายมี”. ต้องพยายามให้บังเกิดผลตอบแทนเจ้าของเงินให้มากที่สุด, ทั้งในส่วนที่พระองค์ทรงใช้เองและที่ประทานแก่ผู้

อื่น, ไม่ทรงใช้อย่างสุรุ่ยสุร่ายหรือหละหลวมเลยทีเดียว.

เป็นการสมควรอย่างยิ่งที่แพทย์ทั้งหลายจะยึดคติแห่ง “ความเป็นคน” และใส่ใจศึกษาและปฏิบัติในทางศีลธรรม ซึ่งทำให้คนเป็นคนดี, เพื่อบำเหน็จตามรอยพระยุคลบาทในทางสร้างคุณความดีเพื่อประโยชน์ตนและประโยชน์ส่วนรวมต่อไป.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ตัดแปลงรูปร่างและขนาดแผ่นวางของ สตรอนเซียม ๕๐ จากรูปกลมขนาด ๑๖ มม., มาเป็นรูปไตขนาด ๕ x ๕ มม. ได้ แสดงผลหลังจากติดตามอยู่นานถึง ๖ เดือนว่า เมื่อใช้วางหลังผ่าตัดคอเนื้อแรก เป็น ๘๓ ราย, ได้ผลดี ๕๖ ปช., และ เมื่อวางที่คอเนื้อกลับเป็นใหม่ ๑๓ รายได้ ผลดี ๗๗ ปช. สำหรับผลที่ใครบเมื่อวาง แยกเค็ม คือ ในคอเนื้อแรกเป็น ๕๗ ราย ได้ผลดี ๘๔ ปช., ส่วนคอเนื้อที่กลับเป็น ใหม่ ๔๗ รายได้ผลดี ๗๔ ปช.

ผิว ลิมปพยอม พ.บ.

๓. Schutz, S., R. Newhouse, and J. D. Russo: การให้ สเตอรรอยด์ วันเว้น วันในการขยับโรคตา. *Brit. J. Ophthal.* 1968, 52: 461-3.

คณะผู้รายงานได้แสดงผลการให้ยา เพรทนิโซน ๑๐ ถึง ๘๐ มก. ก่อนอาหาร เข้าทุกวันวันเป็นประจำวัน ๒ สัปดาห์ ถึง ๒ ปี. ผู้ป่วย ๑๕ รายเป็นโรค ยเวีย อักเสบชนิดต่าง ๆ ๑๔ รายและเป็นโรค ตาโปนเนื่องจากคอเป็นพิษ ๑ ราย. ใน รายหลังนี้มีการกตการทำงานของต่อม หมวกไต, จึงงดยา. นอกนั้นได้ผลดีทุก

ราย. ไม่มีผลข้างเคียงนอกจากมีอยู่ราย หนึ่งที ยเวีย อักเสบชนิด ซึมมพระเรติก เกิดเป็นวัณโรคปอดระหว่างให้ยา, จึง ต้องหยุดชั่วคราว และให้ต่อเมื่อวัณโรค ปอดหาย. ได้ตรวจหน้าที่ของต่อมหมวก ไตในผู้ป่วยเหล่านี้หลายรายด้วยกัน, ได้ ผลว่ามีการทำงานเป็นปรกติ. คณะผู้ราย งานแนะนำให้ใช้ขนาดที่เคยให้สองวันมา ให้ครั้งเดียวก่อนอาหารเข้าทุกวันเว้นวัน เป็นประจำในโรคตาที่ต้องขยับด้วย สเตอรรอยด์ นาน ๆ (ในรายที่ต่อมหมวก ไตทำงานปรกติ), เพราะได้ผลดีกว่าวิธี เดิมทั้งยังลดผลข้างเคียงที่ไม่ต้องการอีก ด้วย.

ผิว ลิมปพยอม พ.บ.

๔. Reynolds, E.H., I. Chanarin, E.M. Mattherris: อาการทางจิตประสาทในคน ใช้เลือดจางชนิด เมกาโลบลาสติค ซึ่ง เกิดเนื่องจากยาแก๊ซซิก. *Lancet* 1967, 1, 394.

ผู้รายงานได้ศึกษาคนไข้โรคลมบ้าหมู หนึ่งรายซึ่งเกิดภาวะเลือดจาง เมกาโล- บลาสติค, เนื่องจากยาแก๊ซซิก คือ ฟิโน- บาร์บิโทน, เฟนิลโทอิน และ ไพรมิโดน;

โดยให้กรรท โพลีค และ วิตะมิน บี ๑๒. ปรากฏว่าอาการของคนไข้ทางจิตและประสาทที่ขึ้นในค้ำกำลังผลักดัน, ความระวิงระไว, ความคึกวิรัม, อารมณ์และการเข้าไค้กัยสังคม. แต่ในขณะเดียวกันคนไข้กลับซกถขน. คนไข้มีอาการเลื้อคจางเช่นนรรวมสองครั้งและคขนเมื่อให้กรรท โพลีค และวิตะมิน บี ๑๒ ซ้ำ. อนึ่งผู้รายงานไค้คักษาคนไข้โรคลมบ้าหมอีก ๗ คน ซึ่งเกิดเลื้อคจาง เมกาโลบลาสติคเนื่องจากยาแก้ซก และมีอาการทางจิตประสาท, ปรากฏว่าหลายรายระดับของกรรท โพลีค และ วิตะมิน บี ๑๒ ในเลือดต่ำกว่าปรกติ. ผู้รายงานมีความเห็นว่ววิตะมิน ดังกล่าวแม้มีประโยชน์ในการรักษาโรคเลื้อคจาง เมกาโลบลาสติคโดยให้ชั่วคราวระยะเวลาสั้น, ก็อาจจะมีอันตรายถ้าให้ในคนไข้โรคลมบ้าหมเป็นเวลานาน.

อดุลย์ วิริยเวชกุล, พ.บ., M.R.C.P.

๕. Herz, A., J. Metys, N. Schöndorf and S. Hoppe: ตำแหน่งที่ มอร์ฟีนออกฤทธิ์ในการระงับปวด. Naunyn-Schmiedeberg's Arch. Pharm. Expt. Path. 1968, 260: 143.

ผู้รายงานไค้คักษาคนไข้ มอร์ฟีน เข้าในส่วนต่าง ๆ ของสมองหนพกและกระต่ายในขนาดต่าง กันแล้วทดลองคว่ำสัตว์ทดลองยังคงรับสนองต่อการกระตุ้นให้เจ็บอยู่หรือไม่ โดยการใช้ไฟฟ้ากระตุ้นที่โคนหางหนพกและกระตุ้น พลัฟ เควคัย ที่พื้นในกระต่าย. พบว่าเมื่อฉีด มอร์ฟีน เข้าเว้นตริเคิล จะออกฤทธิ์แรงกว่าการฉีดเข้าหลอดเลือด ๒๐๐ ถึง ๕๐๐ เท่า. เมื่อฉีดเข้า คอเกต นเคลียส และ ฮิปโปแคมปัส ในหนู (ขนาดมากถึง ๔๐ ไมโครกรัม) จะเห็นฤทธิ์ของ มอร์ฟีนเพียงเล็กน้อย. จะเห็นฤทธิ์ยามาก (ขนาด ๒.๕-๑๐ ไมโครกรัม) หากฉีดเข้าส่วนใกล้กลางของชาลามัส, ฮิปโปชาลามัส และ มิคเบรน. ในการฉีดเข้ากระต่าย (ขนาด ๒๐-๕๐ ไมโครกรัม, บางคราวฉีดทั้งสองข้าง) ตรง เมโสโคเอนเซฟาลอน จะพบส่วนที่ไวต่อ มอร์ฟีน คือ ฮิปโปชาลามัส, ส่วนใกล้กลางของ ชาลามัส และ มิคเบรน.

กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ., Dr. med.

๖. Teschemacher, H.J., P. Schubert, G.W. Kreutzberg and A. Herz: การแสดง มอร์ฟีน ที่มี คาร์บอน^{๑๔} โดยวิธี ออโตราดิโอกราฟี ภายหลังฉีดเข้าช่อง สมองและ ซีรีบรัม. *Naunyn-Schmiedeberg's Arch. Pharm. Expt. Path.* 1968, 260: 211-2.

ได้ฉีด มอร์ฟีน ที่ติดฉลากด้วย คาร์บอน^{๑๔} เข้าส่วนต่าง ๆ ของสมอง และ ทดสอบฤทธิ์ ระบุปวก ในเวลาต่าง ๆ กันแล้วรีบนำสมองออกมาทำให้แข็งโดย เร็วที่สุกเพื่อทำ เซ็คชัน อินคิบที่ -๒๐° ซ. นำมาทำ ออโตราดิโอกราฟี และย้อมสี ตามลำดับ. มอร์ฟีน ที่ติดฉลากจาก เซ็คชัน ทำให้เกิดสีดำบน ฟิล์ม เป็นที่ สังเกตได้. ผลปรากฏว่า ในการให้ มอร์ฟีน (ในหนูใช้ขนาด ๑๐-๕๐ ไมโคร กรัม, ส่วนกระต่ายให้ ๕๐-๘๐ ไมโคร กรัม) เกิดสีดำอันเป็นลักษณะเฉพาะภาย- หลังการฉีดเข้าช่องสมอง ๓๐ นาทีและมี ขนาดเฉลี่ยราว ๑-๒ มม. ที่ผนังของช่อง สมองนั้น. มอร์ฟีน ซึมแทรกออกจาก เว้นทริเคิล เข้าสู่ส่วนที่เป็นแกนของสมอง ซึ่งอยู่ติดกัน ในความเข้มข้นสูงกว่าที่เข้าไป สู่ส่วน ไฟเซอร์ ที่อยู่ประชิดกัน. การซึม

แทรกของ มอร์ฟีน เข้าในเกรย์ แมตเตอร์ นั้นขึ้นอยู่กับ จำนวน และความปรกติของ เซลล์ ประสาท. ในส่วนแกนที่มี เซลล์ ประสาทมากก็มี มอร์ฟีน เข้าไปอยู่มาก กว่าบริเวณที่มี เซลล์ ประสาทน้อย. พยายามไต่ในส่วนของที่มีการเปลี่ยนแปลงกลับ หลังเช่นบริเวณทนต์ภายใน ซีรีบรัม. สรุป ได้ว่าการกระจายของ มอร์ฟีน ในสมอง มิใช่เป็นไปแบบซึมผ่านตามธรรมดาอย่าง เดียว, หากยังเกี่ยวโยงกับการรวมเข้ากับ ส่วนของ นิวโรน อีกด้วย.

กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ., Dr. med.

๗. Stoepel, K., H. Kaller, and G. Kroneberg: การ วัตถุประสงค์ ของ การใช้ ยาลดความดันเลือดร่วมกัน. *Naunyn-Schmiedeberg's Arch. Pharm. Expt. Path.* 1968, 260: 207.

ผู้รายงานได้ศึกษาฤทธิ์ ของ ยาลด ความดันเลือดเมื่อใช้ร่วมกันโดยใช้หนูปก เป็นสัตว์ทดลอง. ทำการผ่าตัดตามวิธีของ Grollman และวัดแรงดันเลือดด้วยถุงวัด แขน (arm cuff) และ Infracron - Pulse-register ตามวิธีของ Boucke - Brecht. ยาที่ใช้มี เมธิลโดป, กัวนาคีน, และ

วิเสอร์บัน. ปรากฏผลคือ เมื่อใช้ เมธิล-
โคปา ร่วมกับ กัวนาทีน และ กัวนาทีน
ร่วมกับ วิเสอร์บัน จะได้ผลลดความดัน
เลือด มากกว่าผลของยาแต่ละอย่าง รวม
กันอย่างมีนัยสำคัญ. แต่ถ้าใช้ เมธิล-
โคปา ร่วมกับ วิเสอร์บัน จะเห็นผล
เท่ากับผลรวมของยาแต่ละอย่างเท่านั้น.

กรุงไกร เจนพานิชย์ P.U., Dr. med.

๘. Silvester, J.T., and A.J. Stunkard:
ฤทธิ์ทำให้เบื่ออาหารของ เค้กซ์แอมเฟ-
ตะมีน ซัลเฟต. Brit. J. Pharm. Therap.
1968, 33: 513-522.

จากการศึกษาผลของ dexampheta-
mine ในขนาด ๕, ๑๐, ๑๕ และ ๒๐ มก.
ในผู้ถูกทดลองอเมริกัน ๘ คนและอังกฤษ
๘ คนเทียบกับยาหลอก (บอกผู้ถูกทดลอง
ทุกคนว่ากินยาลดกรด) พบว่า เค้กซ์-
แอมเฟตะมีน ขนาด ๕ ถึง ๒๐ มก. มี
ฤทธิ์ลดความหิวในผู้ถูกทดลอง ๑๒ คน,
และไม่มีผลต่างกันขนาดยาที่ได้รับมาก
หรือน้อย. ผลลดความหิวถึงขีดสูงสุดเมื่อ
๒ ชั่วโมงหลังกินยา. การลดความหิวมี
ความสัมพันธ์กับการลดจำนวน คาลอรี ที่
ได้รับ. หากต้องการใช้ยานี้ไปรักษาภาวะ

อ้วนเกิน, ควรจำกัดอาหารด้วย. ควรให้
ยาเป็นระยะ ๆ, คือ ประมาณ ๒-๓
สัปดาห์แล้วพักเพื่อป้องกันการติดยา.

นันทพร นิลวิเศษ P.U., Dr. med.

๙. Dreopoulos, D.G., M.A.O. Soyano-
nwo, and, M.G., Mc. Geown: แม็กนี-
เซียม และ แคลเซียม ในปัสสาวะของ
ผู้ป่วย เป็น นิว ไนไต. Lancet 1968, 2:
420.

โดยที่คณะผู้รายงานนี้ได้พบว่าผู้ป่วย
ที่ได้ถูกตัดเอา พาราไธรอยด์ ออ์ทีไนมา
ออกไปมีอัตราส่วน แม็กนีเซียม/แคล-
เซียม เพิ่มขึ้นในปัสสาวะแม้ว่าหลังผ่าตัด
การขยายของ แม็กนีเซียม ไกลกลง.
โดยเหตุที่ผู้ป่วยเหล่านี้เคยมีนิวไนไต. ผู้
รายงานจึงได้หาความสำคัญของอัตรา
ส่วนนี้ในผู้ป่วยที่มีนิวไนไตโดยไม่มี
สาเหตุแน่ชัด.

ผลปรากฏว่าอัตราส่วน แม็กนีเซียม
/แคลเซียม, ในผู้ป่วยที่มีนิวไนไต, ต่ำ
กว่าคนปรกติ. มีข้อบ่งว่าการลดของอัตรา
ดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่ง ใน
กระบวนการก่อกำเนิดนี้. Barker และ
คณะ (ค.ศ. ๑๙๕๕) ได้พบว่าอัตราส่วน

แม็กนีเซียม/แคลเซียม ลดลงในรายที่
ได้รับ อะเซทะซาลาไมค์, ซึ่งอาจอธิบาย
ถึงการ ที่มีการ โนม์ เอียง ที่จะเป็น นิวใน
ผู้ช่วยคือหินที่ได้รับการรักษาด้วย ไคอะ-
ม็อกซ์. ในทางตรงกันข้าม, การเพิ่ม
การขับถ่ายของ แม็กนีเซียม และลดการ
ขับถ่ายของ แคลเซียม จากการให้
ไรอะไซค์, ซึ่งเท่ากับเป็นการเพิ่มอัตรา
ส่วนดังกล่าว ก็อาจ อธิบาย ถึงการ ใช้ยา
เหล่านี้ ได้ผลดี ในการ บำบัดการกลับ เป็น
ใหม่ของนิวในไต (Yendt และคณะ, ค.ศ.
๑๙๖๘). ดังนั้นประโยชน์ที่ได้จากราย
งานนี้ในด้านการรักษา คือ เราอาจเพิ่ม
อัตราส่วนนี้ ได้ โดย กิน แม็กนีเซียม
(Kohler และ Uhle, ค.ศ. ๑๙๖๖) ทำ
ให้ ผู้ป่วย ที่กลับ เป็น นิวใหม่ ในไตบ่อย ๆ
อาจได้รับผลดีจากการรักษาเช่นกัน.

บุญเรือง นิยมพร W.U., Dr. med.

๑๐. Ungar, B., และคณะ : อินทรินสิค
แฟคเตอร์ แอนติบอดี, พาไรเอคัล
เซลล์ แอนติบอดี, และ เพอร์นเซียส
อะนิเมีย แฝงในโรคเบาหวาน. Lancet
1968, 2: 415.

เป็นที่ทราบกันแล้วว่าได้มีการร่วมกัน

ทางคลินิกของโรค เพอร์นเซียส อะนิเมีย
แฝงและโรคเบาหวาน (Arapakis และ
คณะ, ค.ศ. ๑๙๖๓; Witt, ๑๙๖๓)
และในผู้ป่วยโรคเบาหวานพบ แอนติบอดี
ของ พาไรเอคัล เซลล์ ของกระเพาะ
อาหาร (Irvine และ Davies, ค.ศ. ๑๙๖๓
กับ Moore และ Neilson, ๑๙๖๓).
ดังนั้นคณะผู้รายงานจึงได้ทำการสำรวจผู้
ป่วยเบาหวาน ๕๐๐ คนที่ไม่เคยถูกสงสัย
ว่าเป็น เพอร์นเซียส อะนิเมีย รวมด้วย
มาก่อน. ได้แบ่งผู้ป่วยออกเป็น ๒ พวก.
พวกแรกเป็นพวกพุง อินสูลิน (เริ่มเป็น
โรคเมื่ออายุยังน้อย), เป็นหญิง ๑๐๐ คน
และชาย ๑๐๐ คน. พวกที่สองเป็นพวก
ไม่พุง อินสูลิน (เริ่มเป็นโรคเมื่ออายุมาก),
เป็นหญิง ๑๐๐ คนและชาย ๑๐๐ คน,
ได้รับการรักษาด้วยการ ควบคุมอาหาร
และกินยาแก้เบาหวาน. ทำ ค็อนโทรล
สำหรับการทดสอบเรื่อง แอนติบอดี ต่อ
อินทรินสิค แฟคเตอร์ โดยใช้เลือดจาก
คลังเลือดและผู้ช่วยรวม ๑,๖๐๐ คนและ
ค็อนโทรล สำหรับการทดสอบเรื่อง แอน-
ติบอดี ต่อ พาราเอคัล เซลล์ ใช้เลือด
จากคลังเลือดและสมาชิกที่มสุขภาพดีของ
Eldery Citizen's Club รวม ๖๐๐ คน.

เขาได้พบว่าในพวกที่ฟัง อินสูลิน มี เพอร์นิเชียส อะนีเมีย แฝงอยู่ ๔ ปช., และไม่มีเลยในอีกพวกหนึ่ง. ในผู้ป่วยที่ฟัง อินสูลิน, พบ แอนติบอดี ต่อ อินทรินสิค แพลกเตอร์ ๔ ปช. และ พาไรเอทล เซลล์ ๒๔ ปช., ซึ่งในผู้ป่วยที่ไม่ฟัง อินสูลินมี ๐ และ ๑๔ ปช., และในพวก ค็อนโทรล มี ๑ และ ๑๑ ปช.

ตามลำดับ. การที่พบว่าพวกที่เป็นโรคเบาหวานที่ฟัง อินสูลิน และมี เพอร์นิเชียส อะนีเมีย ร่วมด้วยน่าจะไปในทำนองว่าทั้งสองโรคนั้นมีความสัมพันธ์กันทางกรรมพันธุ์ และ/หรือ ทาง ออโตอิมมูน ด้วย.

บุญเรือง นียมพร W.D., Dr. med.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ปกิณกะ

๑. MAHIDOL DAY

Mahidol Day is a day of remembrance first instituted in 1949 by the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital in honour of H.R.H. Prince Mahidol of Songkhla—Father of H.M. the King—whose unequalled acts of generosity and sacrifice contributed largely to the past development of the faculty, and whose untimely demise on the 24th of September 1929 was deplored by the whole nation as a most significant and irreparable loss. Prince Mahidol—as His Royal Highness preferred to be called—was held in great reverence by Thai and foreigners alike for his magnanimous deeds to improve living conditions of the people, especially in connection with medicine and the health services. Thus by general consent he has been acclaimed the Father of Modern Medicine in Thailand—a name he more than deserved, as the following very brief scrutiny of his benevolence will verify. Primarily trained as a naval officer in kaiserean Germany Prince Mahidol upon his return to Thailand found medical care in such a generally backward and deplorable state that he decided to drop his military career altogether, and went off to the United States to study first public health and then medicine at Harvard University to provide himself with the proper background for his later, self-imposed activity. In this work he not only devoted himself wholeheartedly but also gave most generously out of his own coffers. He very wisely laid

the foundation for modernisation of medical education by sending selected teachers abroad for advanced training, and initiated modern nursing by paying for the salaries of foreign teachers, all with his own money. He also donated equipments and buildings, but refused to have his name affixed to them. He bought a piece of land adjoining the hospital for a big sum of money and rented it to the school of Nursing for one Baht per year. He persuaded members of the royal family and his friends to give assistance to the medical school in various forms. His own acts of generosity and his profound concern inspired everybody and almost overnight a big change to the good in medical education became evident. His parallel interest in public health served as a strong stimulus to the authorities, and a big spurt in their activity resulted. But perhaps the one activity of Prince Mahidol which has had the most far-reaching effects was his rôle, as plenipotentiary representative of the Thai government, in negotiating with the Rockefeller Foundation to obtain their help for the Medical School. The Foundation was so impressed by Prince Mahidol's personality and devotion that it actually gave more than what it pledged, and a running start was given to the project. A contract for five years was drawn up, with Prince Mahidol promising of his own free will to contribute to some of the expenditures as a Thai

counterpart. But before the term ended he passed away unexpectedly at the early age of thirty-seven, to the despair of all concerned. As a token of reverence and admiration the Rockefeller Foundation voluntarily extended the contract for two years. Its work was so successful that at the lapse of the time the Medical School found itself in a position strong enough to carry on without external assistance. Thus the best fruits of Prince Mahidol's endeavours were born after his decease. But the people have not forgotten him, and the Thai medical profession has found in him its chief image of ideology and an unending source of inspiration. Twenty years after his passing away a statue erected at the Siriraj Hospital by public subscription was unveiled by H.M. the King—his illustrious son—to mark the sixtieth anniversary of the Medical School. Since then, every year on the date of his

demise, the 24th of September, medical students and students of nursing have ventured abroad to collect donations in support of the hospital as a voluntary act of sacrifice and a token of their determination to follow in the footsteps of their revered benefactor; essays have been read and speeches delivered in the faculty's auditorium to extol the great deeds and the noble qualities of the Prince; people from all walks of life have gathered at his statue to pay homage to his memory and to make offerings according to their ways. This has been going on for almost twenty years now and there are signs that it will go on forever; for the people have realised that Mahidol Day is a day of remembrance and of sacrifice, not just for the medical profession but for everybody in Thailand.

O.K.

๒๒. จอห์น ฮันเตอร์

ผู้สถาปนาวิทยาศาสตร์ศัลยศาสตร์

แทบเป็นร้อยไม่น่าจะเชื่อว่า ผู้ที่มีอายุ
ถึง ๒๐ ปีแล้วแต่มีความรู้เพียงแค่อ่าน
ออกเขียนได้เท่านั้นจะกลายเป็น “บิดร
แห่งศัลยศาสตร์” และเป็นผู้ที่โลกยก
ย่องให้เป็นผู้เชียวชาญทั้งทางพฤกษ-
ศาสตร์, ชีววิทยา, ศัพทวิทยา, ธรณ-

วิทยา, สรีรวิทยา, และพยาธิวิทยา.
มลฐานแห่งความสำเร็จทั้งหลายของ
จอห์น ฮันเตอร์ นั้น ยอร์ช พี. เซอร์รี่ ได้
เขียนว่า “ท่านเพียรค้นหาความจริง,
และเพียงความจริงเท่านั้นที่ท่านได้พยายามค้นคว้าจนตลอดชีวิตของท่าน.”

จอห์น ฮันเตอร์

สารคดีวิภาษ
ปีที่ ๒๐, ฉบับที่ ๕-๑๐, กย.-ตค. ๒๕๑๑

349 ทำงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอยู่สิบปี
ที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ของทั้งกลางวิจัยและ ฝึกฝน

จอห์น ฮันเตอร์ เกิดเมื่อวันที่ ๑๓
กุมภาพันธ์ ค.ศ. ๑๙๒๘ ที่เมือง ลอง-
แคลเตอร์วูด ในสกอตแลนด์. เป็นบุตร
คนสุดท้องใน ๑๐ คนของตระกูลชาวนา.
บิดาถึงแก่กรรมเมื่ออายุได้ ๑๓ ปี, จึง
กลายเป็นเด็กหัวเหี้ยกที่ไม่ใคร่เรียนอะไร.
ใช้ธรรมชาติเป็นตำรา. ตรงข้ามกับ วิล-
เลียม พชายซึ่งแก่กว่าเขา ๑๐ ปี, ใฝ่
การศึกษากัน, แต่งตัวดี, เป็นศิษย์แพทย์,
สติแพทย์, และนักกายวิภาคศาสตร์ ผู้
มีชื่อเสียงอยู่ในกรุงลอนดอน, กับทั้งได้
จัดตั้งโรงเรียนสอนกายวิภาคศาสตร์ขึ้นที่
สวน โคเวนท์ กวีย์.

เมื่อจอห์น ฮันเตอร์ อายุได้ ๒๐ ปี, รั-
ลึกเบื่อหน่ายชีวิตและได้จินตนาการถึงตัว
เองว่าอยู่ไปวันหนึ่ง ๆ โดยไม่มีงานการ
อะไรทำ, จึงได้จัดหมายถึงวิลเลียมพชาย
เพื่อขอไปทำงานควีย์. เมื่อได้รับอนุญาต
ก็รีบขึ้นม้าตรงไปยังกรุงลอนดอนและได้
ลงมือทำงานในเดือนกันยายน ค.ศ.
๑๙๔๘, โดยวิลเลียมให้หักค่าแหละศพ
ของสัตว์ต่าง ๆ. ด้วยความสนใจและเอา
ใจใส่ จอห์น ฮันเตอร์ ได้ทำให้พชาย
แปลกใจในฝีมือและได้เลื่อนตำแหน่งเป็น
ผู้ช่วยในการทำแสดงให้นักเรียนดู. ใน

ไม่ช้าก็ได้เลื่อนงานขึ้นเป็นผู้สอนวิชากาย
วิภาคศาสตร์. จอห์น ฮันเตอร์ ได้ทำงาน
อย่างคร่ำเคร่งทั้งกลางวันและกลางคืน
อยู่กับพชายถึง ๑๑ ฤดูหนาว, ซึ่งได้ช่วย
ให้ท่านไม่เย็นแต่เพียงผู้ เชี่ยวชาญทาง
กายวิภาคศาสตร์ และกาย วิภาคศาสตร์
เปรียบเทียบกับท่านนั้น, ยังเป็นศิษย์แพทย์
ผู้มอคอกควยเนื่องจากท่านได้ใช้เวลาว่าง
ตอนหนัาร้อนเรียนและฝึกหัดทางคัลย-
กรรมกับ วิลเลียม เซสเซนเคน ที่โรง
พยาบาลเซลซี และกับ เปอร์ชิวล์ ปอท์ที่
ที่โรงพยาบาล เช่นที่ บาร์โธโลมิว อิก
ควีย์.

อายุได้ 25

ในปี ค.ศ. ๑๙๕๓ ท่านได้รับปริญญา
มหาบัณฑิตทางกายวิภาคศาสตร์. ต่อมา
ในปี ค.ศ. ๑๙๕๕ ได้ล้มป่วยเป็นโรค
ปอด, แล้วได้สมัครเป็นศิษย์แพทย์ในกอง
ทัพอังกฤษและได้ร่วมสงครามที่ เบลี-
เชิล และใน โปรตุเกส ระหว่างปี ค.ศ.
๑๙๖๑-๑๙๖๓.

เมื่อกลับจาก โปรตุเกส ในปี ค.ศ.
๑๙๖๓ ท่านมีอายุได้ ๓๕ ปี. ได้ประกอบ
อาชีพเป็นศิษย์แพทย์ที่ โกลเด็นสแควร์
ในกรุงลอนดอน. ในปีต่อมาได้ซื้อที่ดิน
๒ เอเคอร์ ที่ เฮอร์ลส์คอร์ท ห่างจากกรุง

71
117

ลอนดอน ๒ ไมล์. ได้ปลุกข้านและเริ่ม
สะสม โครก กระถก ของสัตว์ นานาชนิด.
เมื่อมเวลาวางกขลกออกขงานชำแหละ
ตั้งแต่หกโมงเช้าจนถึงหลังเที่ยงคนเกือบ
ทุกวัน, ซึ่งท่านถือว่าเป็นการพักผ่อน.
ครึ่งหนึ่งเพื่อนไคมาพบท่านนงชำแหละผง
อ่ยตอนคัส, จึงได้สัพยอกว่า "โง, จอห์น,
ทำงานไม่หยกเลยนะ". ท่านไคตอบว่า
"ใช่. เมื่อฉันตายแล้วท่านคงจะหาคน
อย่าง จอห์น ฮันเตอร์ อีกไม่ไคง่าย ๆ นะ."

ในปี ค.ศ. ๑๗๖๗ ไคเป็น เฟลโลว์ ของ
ราชสมาคมอังกฤษและต่อมาในปี ค.ศ.
๑๗๖๘ ไครับเลือกเป็นคัลยแพทย์ประจำ
โรงพยาบาล เซนต์ ยอร์ช. ไคสอนนัก
เรียนทางคัลยกรรมไม่ต่ำกว่า ๔๕๕ คน,
ซึ่งส่วนมากไคเป็นคัลยแพทย์มชอในกาล
ต่อ ๆ มา, อาทิเช่น เฮคเวิร์ท เจ็นเนอร์,
แอสทลีย์ คเปอร์, จอห์น แอเซอร์เนอ,
เฮนรี ไคน์, เซอร์ เอเวอราค โฮม, แมท-
ธิว เบลล์, จอห์น ธรอมพ์สัน, เฮคเวิร์ท
โคลแมน, วิลเลียม ซิฟเพน, และ ฟลิฟ-
ซิง พัยสค ผู้ซึ่งต่อมาไคเป็นบิทรของคัลย-
ศาสตร์อเมริกัน.

นอกจากท่านมีความเชี่ยวชาญทาง
คานคัลยศาสตร์ทั่วไปแล้ว, ยังไคสนใจ

ในทางคานคัลยศาสตร์อื่กด้วย. ในปี
ค.ศ. ๑๗๗๑ ไคไคพิมพ์หนังสือเล่มแรก
เรื่อง "ความรู้เกยวกบเรื่องประวัติของ
พันมนษย์" และอาศัยรายไคจากการ
ขายหนังสือเล่มนั้นมาใช้ในการแต่งงานกับ
แอนน์ โฮม, บทรสาวของคัลยแพทย์
โรเบอร์ต บอยเน โฮม, ผู้ซึ่ง จอห์น
ฮันเตอร์ ไคพบระหว่างเป็นแพทย์ทหาร.
ต่อมาบทร ๔ คนแต่คองมีชีวิตอยู่เพียง
บทรชาย หนึ่งคน และ บทรสาว อื่กหนึ่งคน
เท่านั้น.

จอห์น ฮันเตอร์ ไคมีอาการ แองไจนา
เพ็คตอริส ในปี ค.ศ. ๑๗๗๓, ซึ่งเกือบ
ไคให้ต้องเสียชีวิต. แต่พอถึงปี ค.ศ.
๑๗๗๕ ก็เริ่มแสดงปญญกถาวิชาคัลย-
ศาสตร์และกายวิภาคศาสตร์อื่ก. ครัง
หนึ่งนักเรียนไคถามว่า ตำราอะไรคิ. ท่าน
ฮันเตอร์ไปทศพและบอกว่า "ตำราเล่มนั้น
แหละคิทศค". ในปีต่อมาไครับแต่ง
ตั้งเป็น คัลยแพทย์พิเศษ ประจำองค์พระ
มหากษัตริย์.

ในปี ค.ศ. ๑๗๗๘ ไคพิมพ์หนังสือ
คองที่สองของเรื่องพันมนษย์, และในปี
ค.ศ. ๑๗๘๐ พบโครงสร้งที่แท้จริง
ของรก.

ในระหว่างเวลาที่ผ่านไปท่านสะสมสิ่ง
 วัตถุอย่างต่าง ๆ นับได้เป็นจำนวนพัน, มี
 ทั้งชนิดแยก, แห้ง, แขน้ำยา, ยัดได้,
 จากพืชและสัตว์นานาชนิด. มีสัตว์บาง
 ชนิดที่หายากเช่น Great Ank ซึ่งสูญ
 พันธุ์ไปแล้ว. ที่น่าสนใจเป็นพิเศษคือ
 ท่านได้จัดทำพิพิธภัณฑ์ภายวิภาคศาสตร์
 เปรียบเทียบแสดงอวัยวะสัตว์, วัชกร,
 ไคยีน, เห็น, และสืบพันธุ์ของสัตว์ตั้งแต่
 ชั้นต่ำที่สุดจนถึงแมลง, นก, ปลา และ
 สัตว์มีนม, เกือบจะโหลทุกส่วนของคน
 เผ่าต่าง ๆ โดยเที่ยวซื้อและรับซื้อจากพวก
 ที่มาคอยขายให้เขาอยู่เป็นประจำ. มีชาย
 ร่างยักษ์ชาวไอริสผู้หนึ่งชื่อ เบียน, สูง
 เกือบ ๘ ฟุต, ได้ทราบในขณะที่บ๊วยอยู่ว่า
 จอห์น ฮันเตอร์ อยากได้โครงกระดูกของ
 เขา, เขาจึงแจกแจงข้อโล่งตะกั่วเตรียมไว้
 เพื่อให้ใส่ศพของเขาทางทะเล. แต่
 ยราภาฏว่าโครงกระดูกนั้นได้ถูกเก็บรักษา
 ไว้ในพิพิธภัณฑ์ของฮันเตอร์ จนกระทั่งทุก
 วันนั้น.

อนสนธิจากการทำพิพิธภัณฑ์ของท่าน
 นั้นท่านได้เขียนเรื่องออกเรื่องหนึ่งคือ "การ
 สังเกตเกี่ยวกับ โครงสร้าง และ เศรษฐกิจ-

ศาสตร์ของปลาวาฬ".

โดยที่เขาคิด, รอบคอบ, และ
 มีปฏิภาณประกอบกับฝีมือที่ควย, ท่านจึง
 ได้เป็นศิษย์แพทย์ที่มชอเสียงโคงกิ่ง. ท่าน
 เป็นคนกล้าเสี่ยงต่อการผ่าตัดใหญ่ชนิดที่
 ไม่เคยมีใครกล้าทำมาก่อน. เช่นจาก
 การเห็นว่าเขากวางนั้นงอกแขนงได้, ท่าน
 ก็ได้ลองผูกหลอดเลือดแดง อินเทอร์นัล
 คาโรติก ในสัตว์และพบว่าในไม่ช้าก็เกิด
 มีหลอดเลือดแยกแขนงออกไปบรรจบกัน
 ใหม่ได้. จากความรู้ที่ได้รับนี้ท่านได้นำ
 มาใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดโป่งพอง
 ที่ขาในปี ค.ศ. ๑๗๘๕ โดยผูกหลอด
 เลือดแดง คอนขน แล้วปล่อยให้มีหลอด
 เลือดแตกแขนงออกไปเลี้ยงบริเวณขาส่วน
 ล่าง. นับได้ว่าเป็นการกระทำเริ่มแรก
 และยังเป็นแบบฉบับที่ใช้กันมาตราษาเท่า
 ทุกวันนี้.

เมื่อ พ้อทท์ ถึงแก่กรรมในปี ค.ศ.
 ๑๗๘๘ จอห์น ฮันเตอร์ ก็กลายเป็นศิษย์-
 แพทย์ที่เด่นที่สุดในกรุงลอนดอน. ได้รับ
 แต่งตั้งเป็นสมาชิกของ อเมริกัน พีโลโล
 ฟิคัล โซไซเอตี้, และในปี ค.ศ. ๑๗๘๐
 ได้รับแต่งตั้งเป็นนายแพทย์ใหญ่แห่งกอง
 ทพิอังกฤษ และเป็นผู้ ตรวจการ ทัวไปของ

โรงพยาบาลต่าง ๆ.

155

จอห์น ฮันเตอร์ เป็นบุคคลค่อนข้างเคย-
สั่งเพียง ๕ ฟุต ๒ นิ้ว, ไหลกว้าง, คอสั้น,
ผมสีดอกเลา, ไม่ชอบแต่งตัว, อารมณ์ดี,
ตาไว และไม่ใคร่รำววยเนื่องจากต้องใช้
จ่ายในการ ซ่อศพ และ สัตว์ มาฆ่าแหละ

ท่านสนใจในงานหลายวัน ได้เป็นผู้
มีส่วนสำคัญในการจัดตั้งโรงเรียน สัตว์ -
แพทย์ขึ้นเป็นครั้งแรกด้วย. ได้เขียน
เรื่อง "ความรู้ ใน เรื่อง กามโรค" และ
เป็นคนแรกที่พบว่า วาส เคเฟอเรนส์ ติด
ต่อกับ เวสิคัล ทบลด โดยการฉีกปรอทเข้า
ไป. ท่านเป็นคนแรกที่บรรยายได้ถูก
ต้อง ถึงการที่ อีตทะเล เคลื่อนย้าย ลงมาอยู่
ในถุงอีตทะเลได้อย่างไรและเมื่อไร. ใน
รายที่ไม่เคลื่อนลงมาอยู่ในถุง, ท่านก็ได้
แนะนำไว้อย่าง ถูกต้องว่า "ความผิด
ปรกติ อยู่ที่อวัยวะเอง และ ถ้ามันคงอยู่ใน
ช่องท้องก็จะเป็นที่ให้เป็นหมัน." ท่าน
ได้เป็นคนแรกที่บรรยายผล ของการ ตอน
โดยอาศัยข้อมูลทั้งสิ้นที่พบในวัว. ท่าน
ได้บันทึกไว้ว่า "ต่อม พรอสเตต และต่อม
คาราเปออร์ เป็น ต่อม ที่ อยู่ บริเวณ หลอด
ปัสสาวะ, ซึ่งในสัตว์ปรกติจะมีขนาดโต
และหลังเมื่อกซึ่งมีรสเค็ม. แต่ในสัตว์

ที่ตอนแล้วต่อมนี้จะฝ่อลีบลง และไม่มีการ
หลั่งน้ำเมือกอีกต่อไป." จากการทค
ลองในไก่ โดยการ กดหลอดเลือดดำของ
องคชาติ ท่านก็ได้พบกลไกที่ทำให้เกิด
การลบกิ่ง ขององคชาติว่ามีสาเหตุจาก
เลือดคั่ง. นอกจากนี้ยังเป็นคนแรกที่
ให้เกิดการ ตั้งครรภ์ ขึ้นโดยการฉีดน้ำ
อสุจิ. ท่านได้เป็นผู้ทำการผ่าตัด เบินจา-
มิน แฟรงคลิน ซึ่งป่วยเป็นโรค เกาท์
และมีนิ้วในกระเพาะ ปัสสาวะ จนถึงกับ
มีรทะเลมาที่หลอดปัสสาวะได้เป็นผลสำเร็จ
เรียบร้อยแล้ว. นอกจากนี้ยังเป็นผู้ให้หลัก
ในการรักษา ฮัยโครซิล และ เพอร์เนียด
ยเรอริล ฟิสตลา ไว้ด้วย.

ก่อนที่จะถึงแก่กรรมเพียง เล็กน้อย,
ได้แต่งหนังสือเรื่อง "เลือด, การอักเสบ,
และแผลตกกระสนับน," มีความหนา
๗๑๕ หน้า. ท่านได้ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่
๑๖ ตุลาคม ค.ศ. ๑๗๕๓ เนื่องจาก
โรคหลอดเลือดหัวใจที่ขม่อมอายุได้ ๖๕ ปี,
อันเป็นวันเดียวกับที่ พระนางมารี อังตัว -
เน็ตที่ถูกลูกศรพระเค็ยร. ศพของท่านในชั้น
ต้น ได้ฝัง เมื่อกวันที่ ๒๒ ตุลาคม ค.ศ.
๑๗๕๓. แต่ต่อมาในวันที่ ๒๔ มีนาคม
ค.ศ. ๑๘๕๕ ได้ถูก ย้าย มาบรรจุไว้ใน

ระเบียง บ้าน ทิศเหนือ ของ โบสถ์ เวสต์ -
มินสเตอร์ เพื่อ เป็นเกียรติ และมีค่าจารึก
ไว้ว่าเป็น “บิทร แห่ง วิทยาศาสตร์ คัลย -
ศาสตร์.”

ในปี ค.ศ. ๑๗๕๕ รัฐสภาได้ขอซื้อ
บรรดาทรัพย์สิน ที่เขาสะสมไว้ทั้งสิ้น เป็น
มูลค่า ๑๕,๐๐๐ ปอนด์ และได้ จัดสร้าง
เป็น พิพิธภัณฑ์ สันเตอร์ ชั้นที่ ๑ ของ คอลเลจ
ออฟ เซอร์เยียนส์ ในกรุงลอนดอน. มี

ผลงาน ของ ท่าน แสทง อยู่ถึง ๑๓,๐๐๐
ชิ้น พร้อม ทั้ง บันทึก และ บทความ ต่าง ๆ
ของท่าน เพื่อ เป็นอนุสรณ์ ให้ชนรุ่นหลัง
เป็นแบบอย่าง.

สตีเฟน ปาเก้ท ได้กล่าวว่า “พารา
ได้สร้าง ความก้าวหน้า ในด้าน ศิลปะของ
คัลยกรรม, แต่ ชันเตอร์ เป็นผู้สอน
วิทยาศาสตร์ ของ คัลยกรรม.”

สนอง อุณาคุล พ.บ., พ.ด., M.S.

๓. รายงานแพทย์, เกสซ์กรและพยาบาลของคณะฯ
ที่ไปปฏิบัติราชการ ณ จังหวัดอุตรธานี (ต่อ)

รุ่นที่ ๗

(๑ พย. - ๓ ธค. ๒๕๐๕)

โรงพยาบาลอุดรฯ

- (๑) น.พ. เปรม บุรี.
- (๒) น.พ. ม.ร.ว. กัลยาณกิติ
กิติยากร.
- (๓) พ.ญ. สุกสาคร คุ้มจินดา.
- (๔) น.พ. ทองพน วัฒนวิทย์.
- (๕) พ.ญ. มาลัย เหล่าสุนทร.

- (๖) พ.ญ. สลาค ทัพวงศ์.
- (๗) ม.ร.ว. สอนงค์ สวัสดิ์วิวัฒน์
(เกสซ์กร).
- (๘) น.ส. ลาวัดย์ แสงศักดิ์.
- (๙) น.ส. วิไล น้อยนาก.
- (๑๐) น.ส. วัฒนา เฟื่องปาน.
- (๑๑) น.ส. ทศนีย์ เข็มสุวรรณ.

สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

- (๑) น.พ. ประวัติ โสภาคย์.

(๒) น.พ. วิทยา วัฒนภาส.

(๓) พ.ญ. นันทา มาระเนตร
(ครึ่ง).

(๔) พ.ญ. พันสุข สุทธิพันธ์
(ครึ่ง).

(๕) น.ส. ฉันทนิตย์ สุทธิวิวัฒน์-
นฤเขศวร.

(๖) น.ส. พรรณี สุขสมัย.

สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัว
ลำภู

(๑) น.พ. เฉลิมชาติ รัตนเทพ.

(๒) พ.ญ. มาลินี เทพพิทักษ์
(ครึ่ง).

(๓) พ.ญ. ศิริวรรณ เศษะวงษ์ชัย
(ครึ่ง).

(๔) น.พ. จิรศักดิ์ มนต์สากร.

(๕) น.ส. พรรณี จิตนิยม.

(๖) น.ส. สุภา ชูสุวรรณ.

สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองหาร

(๑) ศจ. น.พ. วจิต ปรี่ (ครึ่ง).

(๒) น.พ. บัญญัติ ปรี่ชยานนท์
(ครึ่ง).

(๓) น.พ. วารินทร์ ศักดิ์ศิริ.

(๔) พ.ญ. นันทา ศิตตะศิริ.

(๕) น.ส. ขวัญใจ เทียวสุรินทร์.

(๖) น.ส. พัทธรา กังสกาลย์.

สถานีอนามัยชั้นสอง อำเภอผือ

(๑) น.พ. ชีระ เจริญ.

(๒) น.พ. ณรงค์ สิงห์ประเสริฐ.

(๓) น.ส. ทวีลาภ ศรีโกมล.

(๔) น.ส. สุมิตรา ชมภูจันทร์.

รุ่นที่ ๘

(๑ ธค. ๒๕๐๕ - ๓ มค. ๒๕๑๐).

โรงพยาบาลอุดร ฯ

(๑) ศจ. น.พ. ร่มไทร สุวรรณิก.

(๒) น.พ. นที วัชรพลเมือง (ครึ่ง).

(๓) น.พ. ประจวบ บิณฑิตต์
(ครึ่ง).

(๔) น.พ. อภัย รัตนิน (ครึ่ง).

(๕) น.พ. เจริญ เศษะฤทธิ (ครึ่ง).

(๖) น.พ. ประกิจฐ์ เจริญไทยทวี
(ครึ่ง).

(๗) พ.ญ. รัตนา หริทวร (ครึ่ง).

(๘) น.พ. มนตรี ตูจินดา.

- (๙) น.ส. สมบุญ ภูวนิชย์
 (เกสซกร)
- (๑๐) น.ส. เกษณี จินคาลัทธ.
- (๑๑) น.ส. มณฑิรา คนัยวรรณ.
- (๑๒) น.ส. บุญมา เชิงศักดิ์ศรี.
- (๑๓) น.ส. ชุศรี วงศ์เครือวัลย์.

- (๓) น.พ. สมถวิล สุกันตเกตุ
 (ครึ่ง).
- (๔) น.พ. สมพงษ์ ทิตาราม
 (ครึ่ง).
- (๕) น.ส. รัชดา ผดุงเวช.
- (๖) น.ส. กาญจนา พลวัฒน์.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

- (๑) น.พ. ทวีพงศ์ สุวรรณโคต.
- (๒) น.พ. พิสิษฐ์ มกรากรมย์.
- (๓) น.ส. บุญส่ง อารยะรัตน์.
- (๔) น.ส. อมรา เสนาหาญ.

สถานื่อนามยชั้นสอง อำเภอฝือ

- (๑) น.พ. สมศักดิ์ มาสมบรรณ.
- (๒) น.พ. โชคชัย สิตตะไพโรจน์
 (ครึ่ง).
- (๓) น.พ. วิชัย รุ่งยี่ตะรังสี (ครึ่ง).
- (๔) น.ส. วชิราภรณ์อรุณี ทวน-
 ทอง.
- (๕) น.ส. พิสมัย ทองเหลือง.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัว
 ใต้

- (๑) น.พ. สพร เกกีสว่าง.
- (๒) พ.ญ. นพรัตน์ คุ้มจินดา (ครึ่ง).
- (๓) น.พ. ชัยวัฒน์ บุรณศิริ (ครึ่ง).
- (๔) น.พ. ถนอมพันธ์ ทรงรัตนศักดิ์.
- (๕) น.ส. พรพิมล สภัทรวนิชย์.
- (๖) น.ส. เพ็ญศรี เลิศกำลัง.

รุ่นที่ ๕

(๒ มค. - ๓ กพ. ๒๕๑๐).

โรงพยาบาลอุดรฯ

- (๑) น.พ. พิสิษฐ์ วิเศษกุล.
- (๒) น.พ. วรรณะ อนุบาล.
- (๓) น.พ. พิศักดิ์ สุ่มสวัสดิ์ (ครึ่ง).
- (๔) ศจ. น.พ. ชุต อยุ่สวัสดิ์
 (ครึ่ง).
- (๕) พ.ญ. ภัทพร พรรณเชษฐ์.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองหาร

- (๑) พ.ญ. สุภา อนุคร (ครึ่ง).
- (๒) น.พ. ประเวศ วะสี (ครึ่ง).

- (๖) พ.ญ. ปรีชา กาญจนชัยศิริ.
- (๗) พ.ญ. ลำอานงค์ จันทรวัด.
- (๘) นางสุขสงข บัวสรวง
(เภสัชกร).
- (๙) น.ส. พจนิษฐ์ ศิริเสรี.
- (๑๐) น.ส. ศิริพันธ์ ศิริภักดิ์.
- (๑๑) น.ส. กล้วยไม้ ทองศฤงคสี.
- (๑๒) น.ส. วนิดา โปตก.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

- (๑) น.พ. บุญช่วย กุลยศักดิ์.
- (๒) น.พ. ส.เอ็ด คชเสนี.
- (๓) น.พ. ประภาส เพ็ชรเลิศ.
- (๔) น.ส. พรรณเพ็ญ ปฏิทัศน์.
- (๕) น.ส. วิรัตน์ โมวีรัตน์.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองหาร

- (๑) น.พ. บรรจบ อินทรสุขศรี.
- (๒) ศจ. น.พ. วิกิจ วิจารณ์วัตต์
(ครึ่ง).
- (๓) น.พ. ดำรง เพ็ชรพลา (ครึ่ง).
- (๔) พ.ญ. ประภัสสร จุลกระรัตน
(ครึ่ง).
- (๕) น.ส. พัฒนา เกษพันธ์.
- (๖) น.ส. พยอม บัญญัติ.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัว
ลำภู

- (๑) น.พ. นกุล ปริญญาสุรณ.
- (๒) พ.ญ. มาน วิสกล.
- (๓) พ.ญ. สุรภา สุขโรจน์.
- (๔) น.ส. เนตรทราย สุขยิ่ง.
- (๕) น.ส. ลัดดา วรรณประภา.

สถานื่อนามยชั้นสอง อำเภอผือ

- (๑) น.พ. วิชัย รุ่งปีตระกูล.
- (๒) น.พ. สรรค์นัย บงไชยทรัพย์.
- (๓) น.พ. จำเรียง ตัดทวารวณิช.
- (๔) น.ส. กานดา พงษ์อนันต์.
- (๕) น.ส. ปราณี จันทรวินทร.

รุ่นที่ ๑๐

(๑ กพ. - ๒ มีค. ๒๕๑๐)

โรงพยาบาลอุดรฯ

- (๑) น.พ. ประวัติ หงสประภาส.
- (๒) พ.ญ. สายสงวน อุณหนันท์.
- (๓) น.พ. เชิญ เศษรฤทธิ (ครึ่ง).
- (๔) น.พ. อุทัย รัตนิน (ครึ่ง).
- (๕) พ.ญ. แสงจันทร์ ศาสตรสุข.
- (๖) น.ส. ทศนีย์ ป.ชิวะ (วิสัญญี).

- (๗) น.ส. สุภา ศิริสมภพ (เกสัชกร).
- (๘) น.ส. นลอง จำนงค์วงศ์.
- (๙) น.ส. สุกี สุขสงวน.
- (๑๐) น.ส. ผาสุข เพิ่มทอง.
- (๑๑) น.ส. กรรณิการ์ รัตนรักษ์.

- (๒) น.พ. สัมฤทธิ์ เสนาแพทย์.
- (๓) น.พ. อุกฤษดิ์ เปล่งวานิช (ครึ่ง).
- (๔) น.ส. ระเบียบ สุขสมถวิล.
- (๕) น.ส. สมคิด วิไลโรจน์.

สถานื่อนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

- (๑) พ.ญ. เขียวลักษณ์ งามประวีติ.
- (๒) น.พ. ปรีชา เขียมแก้ว.
- (๓) น.พ. ม.ร.ว. พิชร์สาน ชุมพล (ครึ่ง).
- (๔) น.ส. สมหญิง สิงห์เสนี.
- (๕) น.ส. สิริวิรัตน์ นันทน์.

สถานื่อนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองหาร

- (๑) น.พ. สุรศักดิ์ เมืองสมบัติ.
- (๒) น.พ. โสภณ คงสำราญ (ครึ่ง).
- (๓) น.พ. ประหยัด ทศนากรณ์ (ครึ่ง).
- (๔) น.พ. สง่า ภูตระกูล (ครึ่ง).
- (๕) น.ส. พจณีย์ งามเจริญ.
- (๖) น.ส. ศรีสว่างค์ สนิธิพงษ์.

สถานื่อนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัวลำภู

- (๑) น.พ. เกษม ลีม่วงค์.

สถานื่อนามัยชั้นสอง อำเภอฝือ

- (๑) น.พ. ขจร เขาวนปรีชา.
- (๒) น.พ. ปรีชา วงศ์ตระกูล.
- (๓) น.ส. จิรายุทธ์ สุวรรณพัฒน์.
- (๔) น.ส. ศรีสุข ภูประการ.

รุ่นที่ ๑๑

- (๑) มีค. - ๓ เมย. ๒๕๑๐)

โรงพยาบาลอุดรฯ

- (๑) น.พ. ทัช ชัยวัฒน์.
- (๒) น.พ. ประสงค์ ทัชจินดา.
- (๓) น.พ. พิศักดิ์ สุ่มสวัสดิ์ (ครึ่ง).
- (๔) พ.ญ. สุทศวาท สายหุ (ครึ่ง).
- (๕) น.พ. ไพรัช เทพมงคล.
- (๖) พ.ญ. สุนา ไชยสุต.
- (๗) นายประสาร ไศละสุต (เกสัชกร).
- (๘) น.ส. สมจิต เหลืองอร่าม.

(๕) น.ส. สภา นิลมงคล.

(๑๐) น.ส. สุกใจ ชันทอง.

สถานื่อนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

(๑) น.พ. สาโรจน์ ปรชัยขาม.

(๒) น.พ. พิทยา กำรงวัฒน์.

(๓) น.ส. สุกจิต สุขนาม.

(๔) น.ส. พยอม สิริสิงห.

สถานื่อนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองหาร

(๑) น.พ. สมมาตร แก้วโรจน์.

(๒) น.พ. มานิตย์ เทรียนสุวรรณ.

(๓) น.พ. วีระ วิเศษสินธุ์.

(๔) น.ส. มณี มโนสาร.

(๕) น.ส. วิภา อมรลลิต.

สถานื่อนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัว

ลำภู

(๑) น.พ. ไกวิท พิมลพันธ์.

(๒) น.พ. วิฑร อัครนโธ (ครึ่ง).

(๓) น.พ. สมบัติ สคนรพันธ์ (ครึ่ง).

(๔) น.ส. สมหวัง พิมพวงศ์.

(๕) น.ส. ชรรมนุญ ทองจันทร์.

สถานื่อนามัยชั้นสอง อำเภอผ้อ

(๑) น.พ. สิริระ บดินทร์เวช.

(๒) น.พ. เมษยน เถื่อนปฐม.

(๓) น.ส. นำพรพงษ์ สร้อยเพชร.

(๔) น.ส. พัทธนา ชุชื่นกลิ่น.

รุ่นที่ ๑๒

(๑ เม.ย.—๓ พ.ค. ๒๕๑๐)

โรงพยาบาลอุดรฯ

(๑) น.พ. สัมพันธ์ ตันติวงศ์.

(๒) น.พ. ทิเรก พงศ์พิพัฒน์.

(๓) น.พ. ไวยจน์ โกษาการ.

(๔) พ.ญ. สุกสวาท สายหุ (ครึ่ง).

(๕) พ.ญ. สุนันทา จารุกุม (ครึ่ง).

(๖) น.พ. กวี ทังสุขตร.

(๗) น.ส. กรทอง ธาระวานิช

(วิสัญญี).

(๘) นางก้อนทอง ยากี (เภสัชกร).

(๙) น.ส. ลาวลัย แสงวงศ์.

(๑๐) น.ส. มณฑิรา กนัยวรรณ.

(๑๑) น.ส. สมกิต อินทร์ประสงค์.

(๑๒) น.ส. สมทรง ปั้นทอง.

สถานื่อนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

(๑) น.พ. ประพันธ์ อารีย์มิตร.

(๒) น.พ. เตมีย์ ชีระมิตร.

(๓) น.ส. นีรมล เจนเปรมกิจ.

(๔) น.ส. พวงทอง ส่องจันทร์.

สถานื่อนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองหาร

(๑) พ.ญ. ถนอมฤดี ภูมิภักดิ์
(ครึ่ง).

(๒) ศจ. น.พ. เขียว อทยานัง
(ครึ่ง).

(๓) พ.ญ. สุทิน หงษ์ตระกูล
(ครึ่ง).

(๔) พ.ญ. เข็มจิตต์ คำวงศ์ภักดิ์
(ครึ่ง).

(๕) น.พ. กฤษณ์ หิรัญรัตน์ (ครึ่ง).

(๖) น.พ. เทียนทอง คำพอ (ครึ่ง).

(๗) น.ส. พาณี ชวษ.

(๘) น.ส. ผานิต จาปะเกษตร์.

สถานื่อนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัว
ลำภู

(๑) น.พ. จันทา สวรรค์ภักดิ์.

(๒) พ.ญ. อัสนัย พงศ์พัฒน์.

(๓) น.ส. พรพิมล สุภัทรวณิชย์.

(๔) น.ส. กมลลา ยิ่งโหมก.

สถานื่อนามัยชั้นสอง อำเภอผือ

(๑) น.พ. อนันต์ คัดมชยะกุล.

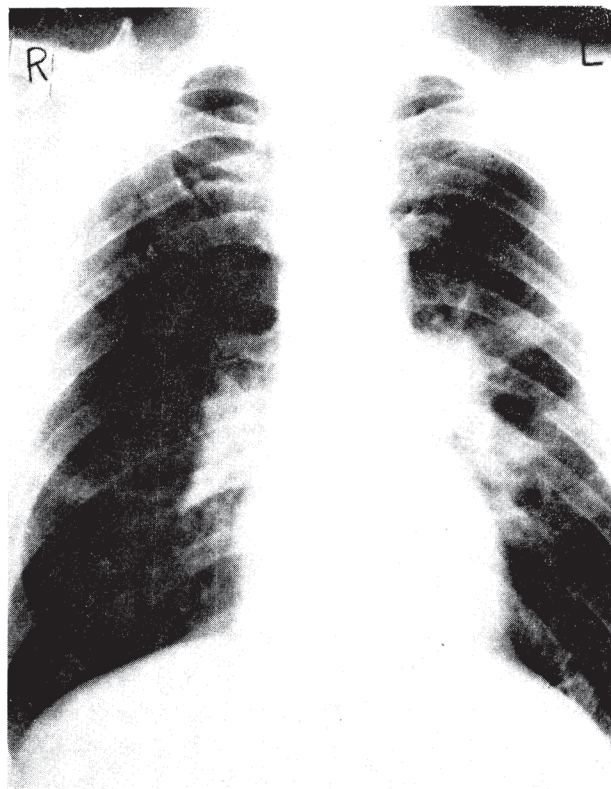
(๒) น.พ. ธงฉัตร โคละทัต (ครึ่ง).

(๓) น.พ. วิวัฒนา ผลากรกุล (ครึ่ง).

(๔) น.ส. อารี บุญฉนวนค์.

(๕) น.ส. อารีวรรณ ยันตกนก.

๔. ริงส์ปฤษฎณา



ผู้ป่วยชายไทย, อายุ ๕๘ ปี, มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญว่าเจ็บหน้าอก,
ไอ, มีเสมหะไม่มีเลือดปนและน้ำหนักตัวลดลงเป็นเวลาสองเดือนมาแล้ว. ผู้ป่วยสูบ
บุหรณ์ตนเองวันละประมาณ ๑๕ มวน. สูบมาตั้งแต่อายุ ๑๐ ปี.

ภาพที่แสดงเป็นภาพฟิล์ม เอกซเรย์ ทรวงอกของชายผู้นี้.

การวินิจฉัยทางรังสี :

(คำตอขอยู่หน้าถัดไป)

คำตอบ

มะเร็ง บร็องไจเจนิค ที่ขั้วปอดด้านซ้าย (Bronchogenic Carcinoma—Anaplastic cell).

คำอธิบาย

ภาพ เอกซเรย์ทรวงอกของผู้ป่วยด้วยมะเร็ง บร็องไจเจนิค อาจปรากฏรูปร่างแตกต่างกันออกไปแล้วแต่กรณี. ภาพที่ปรากฏอาจเป็นอย่างหนึ่งอย่างใด (หรืออาจมากกว่าหนึ่งอย่าง) ดังต่อไปนี้:

- (๑) ปอดแฟบ (atelectasis).
- (๒) ขั้วปอดโตข้างเดียว.
- (๓) ถุงลมโป่งพองเฉพาะที่ (local obstructive emphysema).
- (๔) สัฟเรียร์ เมคิอัสตินัม กว้างกว่าปรกติ. ในรายเช่นนี้บางครั้งก็แยกจากลิยมโฟมา ชนิดร้ายแรงได้ยากมาก. เมอ เมคิอัสตินัม กว้าง, มักจะเป็นมะเร็งชนิดผ่าตัดไม่ได้เพราะลุกลามมากเสียแล้ว.
- (๕) ท้ายอกปอดมีเงาทึบ. กระจกซึ่โครงอาจถูกทำลายหรือไม่ก็ได้. ชนิดนี้เรียกว่า สัฟเรียร์ สัลคัส ทเมอร์ (Superior sulcus tumour). บึงถ้ำ

กลุ่มอาการของ ฮอร์เนอร์ ด้วยก็ยังสามารถสันนิษฐานว่าเป็นมะเร็ง.

(๖) มีโพรงเคียว ๆ อยู่ในปอดโดยมีอาการของการติดเชื้อเพียงเล็กน้อยหรือไม่เลย.

(๗) ปอดอีกเสบที่เรอริง อยู่บริเวณเดิม, ไม่รั้งหักหายสักที. หรือเป็นซ้า ๆ ซาก ๆ อยู่ตรงบริเวณนั้น.

(๘) มีก้อนอยู่ในปอด.

(๙) มีตุ่มเคียว ๆ อยู่ในเนื้อปอด. ถ้าตุ่มมีขนาดโตกว่า ๔ ซม. และไม่มีแคลเซียม อยู่ข้างในก็ ต้องนึกถึง มะเร็งให้มาก.

ภาพ เอกซเรย์ ทรวงอกของผู้ป่วยรายนี้ตรงกับลักษณะข้อ ๒. คือมีเงาขั้วปอดข้างซ้ายโตเด่นชัดกว่าปรกติ. ผลของการตรวจต่อไปพิสูจน์ว่า ความผิดปกติตรงนั้นคือ มะเร็ง บร็องไจเจนิค ชนิดอะนาพลาสติค เซลล์.

โรคที่ต้องวินิจฉัยแยก สำหรับผู้ป่วยรายนี้คือ:

- (๑) ต่อมเนื้องอกของ ขั้วปอดซ้าย โท. เช่นอาจจะ เนื่อง จาก วัณโรค ของ ต่อมเนื้องอก เหลืองเป็นต้น.

(๒) หลอดเลือดแดง พุโลโมนารีย์
ตรงข้อศอกซ้ายใหญ่.

มะเร็ง บร็องโชมเจนิก พบในเพศชาย
มากกว่าเพศหญิง, คือ ประมาณ ๕ : ๑
หรือ ๖ : ๑. มักพบในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่
๔๐ ปีขึ้นไป. มักจะไม่ปรากฏอาการให้
เห็นจนกว่าจะสายเกินการบำบัดให้ได้อผล
ก็เสียแล้ว. ถ้ามะเร็งเกิดในหลอดลม
ขนาดใหญ่น้อย, ผู้ป่วยก็อาจมีอาการ
ไอ. แต่ไซคร้ายที่โรคนี้พบมากในผู้สู
บหรือทำให้เข้าใจผิดว่าตนไอเพราะสู
บหรือ.

ในปัจจุบันนี้, ไม่มีวิธีใดที่จะค้นพบ
มะเร็งระยะแรกเริ่ม ในพลเมืองโตๆ และ
ง่ายไปกว่าการถ่ายภาพ เอ็กซเรย์ ทรวงอก
เป็นระยะ. ฉะนั้น ซีซีล จึงแนะนำว่า

“ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๔๐ ขึ้นไปควรจะถ่ายภาพ
เอ็กซเรย์ ทรวงอกเป็นประจำทุกครึ่งปี”.
ทั้งนี้เพราะเมื่อปรากฏอาการ ก็มักจะหมด
หวังเสียแล้วที่จะบำบัดให้ได้อผล.

ดิเรก ดำรงค์ศักดิ์ พ.บ.,
Dipl. Am. Bd. Rad.

สนวน บุรณภวัค พ.บ., พ.ด.,
F.I.C.S.
(หน่วยรังสีวินิจฉัย, แผนกรังสีวิทยา)

เอกสาร

- 1) Paul, L.W., J.H. Juhl : Essentials of Roentgen Interpretation, 1958, Paul B. Hoeber Inc., Medical Book Dept. of Harper and Brothers, pp. 648-658.
- 2) Cecil, R.L., R.T. Loeb : A Text Book of Medicine, 1959, Phila. and Lond., pp. 985-989.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

CLINICO - PATHOLOGICAL CONFERENCE*

Edited by Pairoj Oonsombat, M.B., M.P.H.
and Pisit Chirawongse, M.B.

Case 1 - 1968

Presentation of Case

Dr. Pairoj Oonsombat:** A 21 year-old Thai nurse-aid was first admitted into the medical ward for the treatment of high fever of a few day's duration. Physical examination revealed no significant finding. The white cell count was 9,150/c.mm., with 77 per cent polymorphs and 23 per cent lymphocytes. Urine examination was negative. A provisional diagnosis of influenza was made. She was accordingly treated with symptomatic and supportive measures. She, however, got worse and eventually developed dyspnoea and cyanosis; crepitation was detected all over both lung fields. The spleen was palpable 2 F.B. below the left costal margin. A chest X-ray gave the impression of bronchopneumonia. The diagnosis was then changed to atypical pneumonia. Subsequent investigations, viz., hemoculture, fever tests, agglutination, and paired serum studies, however, were all negative. Oxygen and intravenous tetracycline were given with little improvement. Steroid was added later.

Clinical Discussion

Dr. Direk Damrongsak:*** The first chest X-ray film taken with the patient

lying down shows nodular density in both lower lung fields and normal cardiac size. There is neither mediastinal shift nor abnormal pleural shadow. The next film taken 6 days later shows subsidence of lesions. Subsequent films show progressive improvement.

Dr. Yosvi Sukumalachantr:****

This patient was transferred to the I.C.U. because of severe respiratory distress. At that time the second film taken showed diffuse nodular and patchy infiltrations (which cleared up 3 days later,); the patient had a very high fever ($40^{\circ} - 41^{\circ}\text{C}$) with severe dyspnoea and cyanosis even in the oxygen tent. I thought that she probably had something which produced alveolar capillary block, most likely viral pneumonia. I, therefore, recommended tetracycline and because of the severity, also steroid. The fever abruptly went down on the next day, and other symptoms got better a few days later.

Dr. Oonsombat: Thereafter the patient continued to have low-grade fever ($37.7^{\circ} - 38^{\circ}\text{C}$.) At this time the tetracycline was being given orally. Fourteen days afterward she showed considerable clinical improvement, and the chest X-ray became negative. She

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

** Associate, Dept. of Preventive and Social Medicine.

*** Instructor, Dept. of Radiology.

**** Associate, Dept. of Int. Med., Ramadhibodi Hosp. Med. School.

was discharged without medication. Two months later a similar episode of high fever recurred. Physical examination on this admission revealed the same clinical and X-ray pictures. Tetracycline was administered but there was no response. The patient was severely dyspnoeic. Steroid was added, with dramatic result. Every time that the steroid was decreased to 6 mg./day the temperature shot up. So she had to continue on the steroid with 15-20 mg./day dosage. The rise of fever always corresponded with the worsening in chest roentgenogram. Spleen was palpable 1 F.B. throughout the of admission. After about one month in the hospital for the second time the urine was found to contain 1 + of albumin together with r.b.c.; the albumin subsequently increased to 2+, and there were granular casts, r.b.c. and w.b.c. The liver was now palpable. Liver biopsy, plain K.U.B., I.V.P. and renal biopsy were performed. Later the patient complained of severe blurring of vision.

Dr. Damrongsak: Chest X-ray film taken on January 11, 1967 showed diffused nodular parenchymal shadows which were heavy in the upper part. Conditions seemed to get worse 5 days later but markedly improved during the next 10 days; the film taken on February 20, 1967 showed abnormalities only in the lower lung fields. Three months later the abnormalities increased slightly. G.I.S.M., barium swallowing, films of wrists and hands were normal. All X-ray findings in this case were not specific for any disease. Three possibilities may be considered:

1. Collagen disease, which was suggested by the history, laboratory findings, the good response to steroid, and consistent chest X-ray pattern, occurring particularly in a young woman.

2. Allergic disease, brought about by some allergen. The lung changes may be like this and will subside when the allergen has been eliminated.

3. Chronic repeated pneumonitis, due to certain defect or abnormality in the trachea or bronchi which decreased the local resistance to infection and produced recurrent abnormality in the lungs.

Viral pneumonia was unlikely in this case, since the illness continued too long.

Dr. Banyat Priyanonda :* Could these X-ray pictures be produced by bleeding in the lungs?

Dr. Damrongsak: It is possible if the abnormality were present in only one film. But since it was chronic, one would expect to find hemosiderosis which is absent in this case.

Dr. Priyanonda: When I examined this case on the first admission, I thought it was one of viral pneumonia, but after following its prolonged course, the diagnosis was untenable, because the pathologic changes were persistent and responded to corticosteroid without antibiotic. The bacterial cause was never proven. Besides, the globulins were also increased. An auto-immune disease was then suspected.

* Assoc. Prof. and Chief of Resp. Dis. Div., Dept. of Int. Med.

The history of chronic joint pain, arthritis, pulmonary involvement, hepato-splenomegaly, and evidence of renal involvement on and off, rather suggest a collagen disease, the most likely being S.L.E. and polyarteritis nodosa. The latter I have never seen; it is likely to occur in males rather than females, and the blood eosinophils always increase. In this case all findings certainly fit in well with S.L.E. save for the fact that L.E. preparations were repeatedly negative; this, however, could be due to drug effect. An allergic disease such as Loeffler syndrome should not produce organic changes.

A few weeks ago we saw a male patient, aged 40, a definite S.L.E. case, who died; he had x-ray pictures liked those of this patient, but pathological report disclosed alveolar bleeding; these two cases might be similar. Another point I want to raise is that we have often seen patients die suddenly during hospitalization, who showed autopsy findings of staphylococcal septicemia. This might be another instance of that.

Dr. Utai Ratnin :* About 3 months before her death the patient got blurred vision in the left eye (V.A. about 6/60); the right eye was about 6/6. There was an area of retinal detachment about one optic disc in diameter at the Macula lutea, but it was likely oedema. I had the impression of an early stage of angiospastic retinopathy. Detachment of the retina at the Macula lutea ought to be higher and wider than this. In the area of detachment

between the optic disc and the macula, on its border, there was a lesion like that of chorioretinitis, which is hardly to be distinguished from central angiospastic retinopathy. There might also be a mild degree of central chorioretinitis with exudate in the subretinal space which caused retinal detachment. I tried to rule out the latter, since the former is self-producing and self-limiting lesion, and V.A. will return to normal or nearly normal. But in central chorioretinitis the area of the macula will be wholly destroyed, causing permanent V.A. of about 6/60. Steroid 20 mg./day was started hoping that if it were a central chorioretinitis, the lesion would clear up quickly. A week later the V.A. was still the same. Instead of getting better, another area of retinal detachment had appeared. So we increased steroid up to 40 mg./day; after one week we found that the new lesion had got better but the old lesion and the V.A. remained the same. I am sure that the lesion could not be chorioretinitis; it may be central angio-spastic retinopathy which did not respond to steroid. So this was tailed off. Symptomatic and supportive treatment were given, especially vasodilator, nicotinic acid (50 mg/day). The lesion improved and subsided, to disappear in four weeks. Retinal detachment had changed to a scar with some mottling on the macula, which was typical for residual of central angio-spastic retinopathy.

Dr. Snga Pootrakul .** On first admission the patient had leucopenia, low platelet count but no bleeding. On

* Assist. Prof., Dept. of Oto-rhino-laryngology.

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

October 5, 1966, Hb. was 11.3 gm%, w.b.c 3,700, direct count of the platelets 35,000, and packed cell volume 38%. Differential count showed stab 2%, segment 54%, and L 33%, M 11%. Morphology of the r.b.c. (from blood smear) was normal. Bone marrow puncture showed hypercellularity, mostly of erythroid series in normoblastic type. Megakaryocytes were found to be normal in number and form. Granulocytes were slightly decreased but reticulum cells slightly increased. Iron granules were found. My diagnosis was hyperplasia of erythroid series and hypoplasia of granulocytic series. In the next week Hb was 10 gm%, packed cell volume 32%, and w.b.c. 5,400. Two weeks later (October 26, 1966) Hb was 9.85 gm%, r.b.c. 4.08/c.mm., packed cell volume 30%, w.b.c. 2,400, platelet normal, reticulocyte count 2.45%. E 2%, stab 16%, segt. 22%, L 34%, M 26%, and platelets normal. On second admission (January 1967) Hb was 10.6 gm%, w.b.c. 2,300, p.c.v. 31%, reticulocyte count 0.2%, platelet and r.b.c. normal. Repeated examination two weeks later during high fever, revealed Hb 7.5-8 gm%, Hct 28%, w.b.c. 1,200, platelets normal. Because of leukopenia, B.M. was re-examined and it was found that it was hypercellular type with erythroid cells and megakaryoblasts, but reticulum cells were not significantly increased; w.b.c. was markedly decreased and also the granulocytes. This was a case of erythroid hyperplasia and hypoplasia of granulocytic series. Auto-immune disease or lymphoma was suspected. On June 7, 1967 she started to have purpura; Hb was 12.2 gm%, p.c.v. 40%, w.b.c. 2,700,

direct count of the platelets was 30,000. Blood smear also confirmed thrombocytopenia. In conclusion, the patient had persistent leukopenia and thrombocytopenia throughout her course of illness, with slight anemia. From clinical purpura and normal Mfgk. in bone marrow, the first diagnosis may be auto-immune thrombotic thrombocytopenia. Another evidence was leukocytopenia.

Dr. Snga Nilwarnggura : * Regarding urinalysis, at first albumin was negative but became positive on later examinations, this may be evidence of a renal involvement which may be S.L.E., polyarteritis nodosa, thrombotic thrombocytopenic purpura or diabetes; the last was unlikely. The diagnosis must be based upon clinical features and laboratory findings. Renal biopsy made during the presence of albuminuria, granular cast and r.b.c., showed only thickening of the basement membrane in some area; collagen diseases could not be ruled out. In these, changes in the kidney at first may not be characteristic; the chief manifestation may be concentrated in other organs; e.g., the lungs. After renal biopsy there was hematuria, increase in proteinuria, and systemic symptoms. So the patient could be suffering from some collagen disease, and pyelonephritis too, since a retaining urethral catheter had been used which might cause cystitis and ascending pyelonephritis. Terminal high fever and gross hematuria may be due to hemorrhagic cystitis, pyelonephritis and septicemia which were the cause of death.

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

Prof. Dr. Vikit Viranuvatti:* The liver biopsy revealed atypical hepatitis and cholestasis. The findings really fit in with the clinical findings that, without jaundice, the liver did not enlarge at first, but hepato-splenomegaly occurred later; the latter could produce cholestasis and finally atypical hepatitis.

Dr. Oonsombat: This is a case of a young woman who had fever on and off for 192 days; the fever responded to steroid but not to antibiotics. Whenever she had fever, she also had pulmonary symptoms, splenomegaly was detected all the time. Near the end of her life there were few other changes, e.g., renal involvement, membranous nephritis; angiospastic retinopathy, anemia, leukopenia, thrombocytopenia, and hyperglobulinemia. Liver biopsy showed atypical hepatitis. Febrile tests and virology tests were negative. Lung biopsy was not performed. At the end she developed a fulminating infection which might be from the K.U.B. system, and she expired in shock. In my opinion this could be a case of auto-immune disease, which was most likely S.L.E.

Pathological Description

Dr. Nivat Chantarakul** The body was well developed, anemic, moon-faced; there was no jaundice, pitting oedema nor superficial lymph node enlargement. Petichial hemorrhage and ecchymosis were found all over the body, especially over the extremities. There was no fluid in the thoracic and abdominal cavities. The upper level of the right

dome of the diaphragm was at the 3rd I.C.S., whereas the left was at the 4th. Some ecchymoses were seen in the subcutaneous tissue of the chest. The lungs weighed 380 gm. each and appeared congested and edematous. Areas of consolidation were present in the lower part of the left lower lobe, each about 2 cm. in diameter; their cut surfaces were reddish yellow; and in the upper part of the right lower lobe, dark-red in color, about 4 cms. in diameter. The liver weighed 1,400 gms. showing slight enlargement; the capsule was tense, greasy, reddish brown in color with multiple foci of yellow spots. Cut surfaces of the liver revealed a reddish brown color with focal areas of yellow discoloration here and there. Spleen weighed 350 gms., with smooth surface and firm consistency, and no area of infarction. Cut surfaces of the spleen showed the features similar to those of the liver and sometrabeculae were seen, but no lymphoid follicle nor malpighian body. At the tail of the pancreas was an accessory spleen, 2 mm. in diameter. The aorta, inferior vena cava and the renal arteries were patent. Both kidneys were much larger than usual, weighing 260 gms. each. The capsule, was free with smooth surface: its color was unusually yellow. There were some focal areas of petechial hemorrhage in the kidney which was rubbery firm in consistency. The renal pelvis and calices were normal. The cortex was pale yellow teaming with areas of focal hemorrhages, but normal in elasticity. The yellow areas appeared to be fatty in

* Prof. and Chief of Gastro-enterol. Div., Dept. of Int. Med.

** Associate, Dept. of Pathology.



nature. In the G.I. tract, the oesophagus was covered with dirty membranous exudate, but there was no hemorrhage. *Candida albicans* grew in the culture of this exudate. The stomach and intestine were normal. There was no enlargement of mesenteric and hilar lymph nodes.

Microscopic examination of sections of the left lung in the yellowish area corresponding to the persistent lesion in the chest x-ray films disclosed normal lung tissue with some degree of collapse. There was a chronic infarction in the consolidated area, but the outlines of normal alveoli still persisted. There was no infarct in the right lung. The alveolar septa were thickened and lined with lymphocytes and histiocytes. Inside the alveoli there were histiocytes and precipitated protein. All these findings are also consistent with viral pneumonia.

There were also collections of lymphocytes and histiocytes in the liver sinusoids. When stained with Mazon-Cychrome we found cloudy swelling, hydropic degeneration and proliferation of Kupffer cells. These Kupffer cells had an abnormal erythrophagocytic activity. Section of the spleen showed decrease and atrophic change of lymphoid tissue in lymphoid follicles; the germinal center could not be seen; there were heavy collection of r.b.c. and also proliferation of R.E. cells in the splenic sinusoids; but no hemosiderin pigment was seen. Thrombus formation was found in small renal veins. There was separation of renal tubules which pointed to interstitial oedema; inflammatory cells markedly infiltrated the interstitial spaces, (most of them were lymphocytes, plasma

cells and histiocytes,) so that the renal tubules were destroyed and some of the tubules desquamated, producing granular casts in their lumens. Most of the glomeruli were not involved. Bowman's capsule and glomerular tufts were normal save for some dilatation of the capillary loop. P.A.S. stain showed normal glomeruli, basement membrane and Bowman's capsuls. Section of the mesenteric lymph node showed destruction of the lymphoid follicles; the germinal centers were hardly seen. There was marked proliferation of the R.E. cells in the lymphatic sinusoids; they also showed erythrophagocytic activity. There were areas of collection of lymphocytes which seemed to be changing to plasma cells. This shows that there must be an antibody production in this case. Sternal marrow was hypoplastic type; erythroid and granulocyte cells were decreased, but mononuclear cells accumulated. Mgc were hardly seen. Adrenal glands were smaller than normal (both weighing 10 gms.) and showed fat depletion even in the regenerating nodule. In the heart, there was some degree of interstitial oedema and fragmentation. the nuclear fibres showed cloudy swelling; lymphocytes and histiocytes were found infiltrating here and there in the interstitial space, suggesting myocarditis.

In conclusion, there was marked proliferation of histiocytes which had abnormal erythrophagocytic activity. So there must be an abnormality in the r.b.c. or the histiocytes themselves. This may be an auto-immune disease, but there was no correspondence to any collagen disease. I looked for vasculitis but couldn't find it. If this

was a case of auto-immune disease, the only evidence was multiple organ involvement; the first bacterial infection produced antibody in the target organs especially in the kidneys and lungs. With subsequent infection Ag. Ab. reaction was produced on and off, as demonstrated by chronic lesions in the lungs. Another feature which was clearly seen was the formation of thrombi, producing infarct in organs. The lesions of the kidneys were most likely massive chronic and active types of interstitial nephritis rather than pyelonephritis or ascending infection. I forgot to state that the urinary bladder was normal. The suppression of lymphoid tissue was most likely due to steroid treatment. So the primary precipitating cause of death was uremia, and the primary cause of death was auto-immune disease.

Dr. Nilwaranggura :

1. You said that this patient had uremia, but there was no clinical manifestation of uremia at all. N.P.N. and creatinine were not markedly increased at the time of expiry; she only got high fever and shock.

2. This patient had gross hematuria a few days before she died. Can you explain the cause of this hematuria?

3. Is the vein thrombosis primary or secondary from infection? Some infection such as pyelonephritis can produce thrombosis, that is why I ask the question. How long before death was it produced?

Dr. Chantarakul : I cannot tell you how long the thrombosis had been produced, but in a case of inflammatory process like this one thrombosis will not result unless the blood vessels in those areas are involved. Regarding

gross hematuria I had tried to demonstrate areas of hemorrhage, large and small, but I could not find any in the renal pelvis.

Dr. Nilwaranggura : There was no involvement of the glomerular part, only the tubular part.

Dr. Chantarakul : As I said, this case ought to be one of uremia because there was massive destruction of the kidney even though the glomeruli were normal but really all tubules were destroyed. I should have told you that death in this case might also be due to septicemia. In late stages of septicemia little more evidences could be expected.

Dr. Nilwaranggura : It was unlikely that this patient died from massive tubular involvement since glomeruli were still normal. In such a case the patient would have massive polyuria, with loss of concentrating power. The patient with normal glomeruli would hardly have retention of the waste products.

Dr. Chantarakul : I concluded that this patient died of uremia because most of the lesions were in the kidneys. Glomeruli were shown by our special stain to be normal. But I do not know whether upon further investigation some abnormality may not be found. Another point is that death might be due to septicemia for which I have no evidence.

Dr. Prawase Wasi :* I should like to sum up that the patient could have septicemia, as the pathologist said, and this produced thrombosis leading to acute tubular necrosis, but the patient died before uremia developed.

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

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๑๑

๑. จำนวน	รวม
ผู้ป่วย	ทุกแผนก
อายุร	ศัลย
สูติฯ	จักษุ
กุมาร	ทันต
ออร์โธ	รวม
นอก	ใหม่
๔,๖๔๐	๒,๒๖๐
๒,๔๖๗	๒,๑๗๐
๒,๖๖๗	๗๒๕
๕๒๐	๑๕,๔๔๕
เก่า	๘,๑๕๕
๓,๕๗๒	๖,๓๘๓
๓,๑๖๔	๔,๖๖๓
๑,๓๘๘	๑,๐๒๖
รวม	๑๒,๗๙๕
๕,๘๓๒	๘,๙๖๒
๕,๓๓๔	๗,๓๓๐
๒,๑๑๓	๑,๕๔๖
๔๓	๔๓,๗๑๑
ใน	๒๘๖
๔๕๐	๑,๘๖๕
๒๘๕	๔๓๒
—	—
๔๕	—

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๖๒๑, จักษุ ๕๕๐, สูติ—นรี ๗๕๕, รวม ๑,๙๒๖ ราย.
๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๖๘๐, หญิง ๖๕๑, รวม ๑,๓๓๑. คลอดตาย, ชาย ๑๓, หญิง ๑๑, รวม ๒๔.
๔. ผู้ป่วยตาย ๑๘๒ คน (๕.๔ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๓๑ ราย (๑๗ ปช. ของที่ตาย).
๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๔๗๗ ครั้ง, มหันตโทษ ๒๕๔ ครั้ง, ลหุโทษ ๖๐ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๓๒๔ ขวด, จากญาติ ๑๖๕ ราย, อื่น ๆ — ราย, รวม ๑,๒๘๔. ทำครอสแมตซิงก์ ๒,๓๑๕, ทำพลาสมาแข็ง ๗๓, เกิดเลือด ๒๕.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๖,๐๑๓ คน. รักษาใหม่ ๑๓๔ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓,๔๗๘ คน. รักษาติดตาม ๘๘๕ คน, เติ้มรักษาใหม่ ๑๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓๕ คน. รังสีต้นรักษาใหม่ ๒๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๘๐ คน, ไฟฟ้ารักษาใหม่ — คน, รวมรักษาใหม่เก่า — คน, โคบอลต์รักษาใหม่ ๕๐ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓,๓๖๓ คน, ชาติไอโซโทป รักษาใหม่ ๒๗๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒,๑๕๐ คน.
๗. แผนกชีวเคมี วิเคราะห์ทางเคมี ๗,๓๑๒ ครั้ง, การตรวจพิเศษ — ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๓๑ ราย. ตรวจเนื่องจากศพ ๕๒๐ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๗๑๕ ชิ้น (จากภายนอก ๖๐๖ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๕๖ ราย. การตรวจเชรุ่มวิธีวัดตาล ๗๕ ราย. การตรวจวิธี วิ.ดี.อาร์. แอล. ๓,๖๘๕ ราย. การตรวจวิธีพอลบันเนล ๖. หมู่เลือด ๑๕. นับเม็ดเลือด —. วัดฮีโมโกลบิน —. ตรวจบัสสภาวะ ๓๒๓ ราย. ตรวจอูจจาระ ๓๓๕ ราย. การตรวจวิธีคัมป์ ๑๐ ราย. การตรวจเลือดผู้ไปต่างประเทศ ๓๐๕. การตรวจวิธี อาร์.เอ. ๓๕. การตรวจวิธี อาร์.เอช. —. การตรวจวิธี เอ.บี.ไอ. —. การตรวจวิธีไรเตอร์โปรเทอีน ๒๓๘ ราย.

๕. แผนกปาราสิตวิทยา เพาะเชื้อบิต ๖ ราย. ตรวจทดสอบตัวจัด ๔๐. การนับไข่พยาธิ ๖.
การตรวจพิเศษ —.
๑๐. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๔๖๔. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๑๖๘. เพาะเชื้อจากปัสสาวะ
๒๗๔. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๗๒๔. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๑๒๐. เพาะเชื้อวัณโรค ๒๐๘.
ฉีดสัตว์ทดลอง —. ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๔๑. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๑๕. เพาะเชื้อรา ๑๕.
๑๑. แผนกนิเวศวิทยา ตรวจศพ ๒๘ ราย. ตรวจวัตถุพยาน ๑๐๓ ราย. ตรวจวิเคราะห์ ๑๑๑ ราย.
ตรวจผู้ป่วยคดี ๕๗๐ ราย. ตรวจน้ำส้วม — ราย. ตรวจเนื้อทางกล้องจุลทรรศน์ ๖ ราย. ไปศาล ๑๐ ครั้ง.
ศูนย์รวมข้าวเกิดพิษ, รั้วข้าว ๑๑๑, แจ่งข้าว —.
๑๒. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๕. เจาะน้ำสันหลัง ๗. เจาะตับ ๒. เจาะน้ำ
ช่องปอด ๕. เจาะเลือด ๔๕๓. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมช่องท้อง —. ผ่าตัดผิวหนัง ๕๓. ฉีดผิวหนัง ๒๖.
ฉีดยาทั่วไป ๒,๗๕๓. ให้น้ำเกลือ ๔๓๕. ให้ออกซิเจน ๘๑. เบาหวาน ๕,๐๐๕. คลินิกวัณโรค ๑๔๗.
๑๓. แผนกทันตกรรม รักษาโรคปาก ๓๗๔. ถอนฟัน ๑,๑๗๐. อุดฟัน ๘๔๗. ผ่าตัดช่องปาก ๖๗.
ชะแผล ๖๓. ฉีดยา ๒๐.

(ด้วยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ ฯ)

การส่งเงินค่าบำรุง

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

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๑๑

จำนวน	ผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	ออร์โธ	รวม
									ทุกแผนก
นอก	ใหม่	๔,๗๐๒	๒,๓๔๕	๒,๔๔๗	๒,๓๓๕	๓,๐๔๕	๕๑๐	๕๓๑	๑๖,๓๑๕
	เก่า	๗,๗๒๓	๓,๗๔๕	๖,๕๐๐	๓,๕๒๐	๕,๔๕๗	๑,๗๕๐	๑,๑๒๑	๓๐,๔๖๑
	รวม	๑๒,๔๒๕	๖,๐๙๐	๘,๙๔๗	๕,๘๕๕	๘,๕๐๒	๖,๖๖๐	๑,๖๕๒	๔๖,๗๗๖
ใน		๒๕๗	๔๓๕	๑,๕๕๑	๒๕๔	๕๒๗	—	๕๖	๓,๕๒๔

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๖๑๗, จักษุ ๗๑๐, สูติ-นรีฯ ๗๗๑, รวม ๒,๑๐๘ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด, ชาย ๑๗๕, หญิง ๖๗๑, รวม ๘๔๖. คลอดตาย, ชาย ๑๕, หญิง, ๑๕, รวม ๓๐.

๔. ผู้ป่วยตาย ๒๕๐ คน (๗.๑ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๔๑ ราย (๑๖.๔ ปช. ของที่ตาย).

๕. คลั่งเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๓๗ ครั้ง, มหันตโทษ ๔๖ ครั้ง, ลหุโทษ - ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๑๔๕ ขวด, จากญาติ ๕๐ ราย, อื่น ๆ - ราย, รวม ๑,๒๓๒. ทำการสอดขัง ๒,๔๐๕, ทำพลาสติกแข็ง ๓๕, เกิดเลือด ๒๗.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๖,๑๕๘ คน. รักษาใหม่ ๑๕๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓,๓๑๕ คน. รักษาติดตาม ๔๔๑ คน. รัตียมรักษาใหม่ ๒๓ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๕ คน. รังสีต้นรักษาใหม่ ๓๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๓๐ คน, ไฟฟ้ารักษาใหม่ ๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๗ คน. โคบอลต์ รักษาใหม่ ๑๐๐ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓,๑๒๘ คน, รัตไอไอโซโทป รักษาใหม่ ๒๕๖ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒,๖๕๗ คน.

๗. แผนกชีวเคมี วิเคราะห์ทางเคมี ๘,๐๕๐ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๔๑ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๕๕๐ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๕๑๕ ชิ้น (จากภายนอก ๒๕๗ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๑๐๕ ราย. การตรวจเชอรัมวิธิวิตาล ๖๖ ราย. การตรวจวิธิวี.ดี.อาร์. แอล. ๓,๕๑๗ ราย. การตรวจวิธิวอลบันเนล ๑๐. หมู่เลือด - นับเม็ดเลือด - วัตซ์โมโกลบิน - ตรวจปัสสาวะ ๒๕๔ ราย. ตรวจอุจจาระ ๒๕๖ ราย. การตรวจวิธีกุ่มบ์ ๕ ราย. การตรวจเลือดผู้ไปต่างประเทศ ๓๐๒. การตรวจวิธิวี.เอ. ๔๐. การตรวจวิธิวี.เอช. - ราย. การตรวจวิธิวี.เอ. - ราย. การตรวจวิธิวี.ไอ. - ราย. การตรวจวิธิวี.ไรเตอร์ โปรเทอีน ๑๘๑ ราย.

๕. แผนกปรสิตวิทยา เพาะเชื้อบิด ๑๐. ตรวจทดสอบตัวจิ๊ด ๓๔. การนับไข่พยาธิ ๒. การตรวจพิเศษ ๕.
๑๐. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๓๕๔. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๑๔๔. เพาะเชื้อจากบัสสาวะ ๒๐๐. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๗๐๔. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๑๒๗. เพาะเชื้อวัณโรค ๒๔๖. นิคตสัตว์ทดลอง —. ทดสอบความไวของเชื้อคอตีบ ๗๗. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๒๕. เพาะเชื้อรา ๓๐.
๑๑. แผนกนิติเวชวิทยา ตรวจศพ ๔๔ ราย. ตรวจวัตถุพยาน ๖๔ ราย. ตรวจจิวเคราะห์ ๙๑ ราย. ตรวจผู้บ่วยคดี ๕๗๕ ราย. ตรวจน้ำอสุจิ ๓ ราย. ตรวจเนื้อทางกล้องจุลทรรศน์ ๔ ราย. ไปศาล ๙ ครั้ง. ศูนย์รวมข่าวเกิดพิษ, รับข่าว ๑๐๗. แจงข่าว —.
๑๒. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้บ่วยนอก) เจาะท้อง ๕. เจาะน้ำสันหลัง ๑๐. เจาะตับ ๓. เจาะน้ำช่องปอด ๕. เจาะเลือด ๓๘๒. ผ่าตัดผิวหนัง ๖๑. ขี้ผิวหนัง ๒๕. นิคตยาทั่วไป ๒,๘๓๑. ให้น้ำเกลือ ๔๐๐. ให้เลือด ๘๘. เบาหวาน ๓,๕๘๖. กลืนควินโรล ๑๔๘.
๑๓. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๕๒๑. ถอนฟัน ๑,๔๖๗. อดฟัน ๑,๐๕๔. ผ่าตัดช่องปาก ๕๒. ชะแผล ๖๘. นิคตยา ๑๖.

(ด้วยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ ฯ)

การเสด็จพระราชดำเนิน

๑) พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้เสด็จพระราชดำเนินทรงประกอบพิธีเปิดตึก “พระยาและคุณหญิงหริศจันทร์ สวิท” และตึก “ยากัตรามวิตตวันทีปาวา” ณ โรงพยาบาลศิริราชในวันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๑๑, เวลา ๑๐.๐๐ น.

ตึก “พระยาและคุณหญิงหริศจันทร์

สวิท” สร้างขึ้นเป็นอนุสรณ์แก่พระยาและคุณหญิงหริศจันทร์ สวิท (สฤทธิและเจ้าคุณ สวรรณสฤทธิ) โดยนางจันทร์ จันทินคา (บุตร) บริจาคหนึ่งล้านสี่แสนบาท, นายสง่า วรรณศิษฐ์รับเหมาตามราคาที่ไม่คิดกำไรและสมทบสร้างสำหรับส่วนที่ต้องจ่ายเงิน. ส่วนตึก “ยากัตรามวิตตวันทีปาวา” นั้นนายยากัตรามปาวา



ให้ช่างก่อสร้างเป็นเงินหนึ่งล้านบาท. นอก
จากราคาคอก, คณะแพทยศาสตร์และ
ศิริราชพยาบาลได้รับงบประมาณและจาก
ผู้มีจิตศรัทธาเพื่อก่อสร้างเพิ่มเติมรวมทั้ง
ค่าครุภัณฑ์การเรือน และค่าครุภัณฑ์
วิทยาศาสตร์อีก ๔๑ รายการ เป็นเงิน
๑,๓๘๔,๕๘๘.๐๐ บาท.

ตกถมชอกถ้ว ทัง สอง นสร้งคค
ต่อกัน. เป็นอาคารสามชั้นอยู่ในเนื้อที่
ด้านหลังของโรงพยาบาลทชอใหม่. นัย
เป็นอาคารผู้ป่วยหลังแรกในบริเวณนี้. มี
ห้องคนไข้พิเศษ ๑๔ ห้องและมีเตียงคน
ไข้สามัญ ๕๖ เตียง.

(๒) วันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๑๑
เวลา ๑๖.๐๐ น. พระบาทสมเด็จพระเจ้า
อยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรม
ราชินีนาถได้เสด็จพระราชดำเนินโดยรถ
ยนต์พระที่นั่งถึงโรงพยาบาลศิริราช. เสด็จ
พระราชดำเนินไปทรงวางพวงมาลาและ
ถวายบังคมพระบรมศพสมเด็จพระราชบิดาฯ
แล้วเสด็จประทับ ณ พระราชอาศน์. พระ
ราชทานเข็มสมนาคุณแก่ผู้ปลุกเร้ากิตติม
ศักดิ์และพระราชทานรางวัลแก่นักศึกษา
แพทย์ผู้ชนะการประกวดเรียงความแล้ว,
เสด็จพระราชดำเนินกลับ.

กิจกรรมเนื่องในวันมหิดล

เพื่อกำเนินตามรอยพระยุคลบาทและ
เพื่อแสดงออกซึ่งความกตัญญูกตเวทีต่อ
สมเด็จพระราชบิดาฯ ผู้มีอุปการคุณต่อ
วงการแพทย์ไทยเป็นอเนกประการ, ใน
กิจกรรมเนื่องใน "วันมหิดล" ได้แบ่ง
ออกเป็นหลายประการดังนี้:

๑) บำเพ็ญกุศลถวาย. เวลา
๑๗.๐๐ น. พระสงฆ์ ๑ รูปเจริญพระพุทธ
มนต์ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย.
อาจารย์, ข้าราชการและนักศึกษาด้วยกัน
ตักบาตร, ฟังพระสงฆ์เจริญพระพุทธมนต์
แล้วถวายภัตตาหาร. ถวายผ้าบังสุกุลและ
ปัจจัย.

๒) วางพวงมาลาและถวายบังคม
พระบรมศพสมเด็จพระราชบิดาฯ. ได้วางพวง
มาลาพวงเกี้ยวเพื่อประหยศเงินค่าทำพวง
มาลาไว้สมทบ "ทุนวันมหิดล" กิ่งที่
เคยปฏิบัติมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๕๖. ยอด
เงินทุนนี้ตั้งแต่ต้นมาจนถึงวันที่ ๑๕
พฤศจิกายน ๒๕๑๑ เป็นเงิน ๖๒๘,๑๒๒.
๐๘ บาท.

๓) นายแพทย์จรัส ศิริสัมพันธ์
แสดงสุนทรพจน์เกี่ยวกับพระกรณียกิจของ
สมเด็จพระราชบิดาฯ ตามที่ได้ประสบกับ

ตนเอง. ทำให้ผู้ฟังโคชินชมและซาบซึ้งกับพระจริยวัตรอันเยี่ยมล้ำไปด้วยเมตตาคุณของทลภระหม่อมฯ และใคร่ที่จะได้ดำเนินตามรอยพระยคลบาท.

๔) นายวิบูล สัจกุล, นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๔ ผู้ชนะการประกวดเรียงความอ่านบทความฉบับย่อ. เรื่อง "กรณีศึกษาของศาสตราจารย์ เอ.จี. เฮลลิส ในประเทศไทย", ได้รับรางวัลเงิน ๑,๐๐๐ บาทของศาสตราจารย์ นายแพทย์อรณ เนตรศิริ, ทำให้ศิษย์รุ่นหลังของศิริราชได้รู้จักผู้มีพระคุณต่อโรงเรียนอีกผู้หนึ่ง. จบแล้วนางสาวลิ้นาสังขวงศ์, นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๓ และนางสาวเขาวนั อรรถคำภังค์, นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๒ เข้ารับรางวัลชมเชย ๒๐๐.๐๐ บาทของคณะแพทย์และศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

๕) นักศึกษาของคณะฯ ได้ออกไปตามท้องที่ต่าง ๆ ในจังหวัดพระนคร, ธนบุรีและจังหวัดใกล้เคียงเพื่อจำหน่ายธง "วันมหิดล ๒๕๑๑" แก่พ่อค้าประชาชน, ซึ่งนอกจากจะได้เงินมาใช้จ่ายสำหรับอำนวยความสะดวกและความสุขแก่คนไข้โดยเฉพาะแล้วยังเป็นการเผยแพร่

พระเกียรติคุณของสมเด็จพระราชบิดาฯ อีกด้วย. นักศึกษาผู้เสียสละเหล่านี้ได้ออกปฏิบัติงานอย่างเข้มแข็งและได้ผลดียิ่ง. ได้รับเงินบริจาคจากการขายธงทั้งสิ้นในปีนี้เป็นเงิน ๖๔๑,๐๔๓.๑๕ บาท.

๖) เผยแผ่พระเกียรติคุณทางโทรทัศน์ช่อง ๔, โดยจัดเป็นบทสนทนาระหว่างศาสตราจารย์ นายแพทย์อวย เกตสิงห์ และศาสตราจารย์ นายแพทย์เสนอ อินทรสุขศรี, กับแสดงละครในความควบคุมของศาสตราจารย์ นายแพทย์เสนอ อินทรสุขศรี.

๗) สโมสรนักศึกษาแพทย์แสดงดนตรี ณ หอประชุมราชแพทยาลัย. ส่งรายได้สมทบทุนวันมหิดลเป็นเงิน ๗๐๒๗.๗๕ บาท.

๘) เวลา ๑๓.๓๐-๑๕.๓๐ น. มีการบรรยายทางวิชาการ สัปดาห์วันมหิดล.

การประชุมวิชาการปีการศึกษา ๒๕๑๑

- ๒๕๑๒

ครั้งที่ ๑๑ ๑๓ กย. ๒๕๑๑.

เรื่อง "มัยอิลไฟโบรลิส", โดย พ.ญ. เพ็ญศรี ศึกษู์ทรงจรรย์ (เทคนิคฯ),

ศจ. พ.ญ. สุภา ฌ นกร (อายุรฯ), น.พ.
ประเวศ วัชรี (อายุรฯ).

ครั้งที่ ๑๒ ๑๑ ตค. ๒๕๑๑.

(๑) เรื่อง "ซินติแคมเมอรา" โดย
ศจ. น.พ. ร่มไทร สวรรณิก (รังสีฯ),
พ.ญ. ฤดี ปลื้หินคา (รังสีฯ), พ.ญ.
วิเยศ อดันโถ (รังสีฯ) และ น.พ. สุ
ฌ สงขลา (รังสีฯ).

(๒) เรื่อง "อริย์โอรบลาตโคสตี
พิทาลิส", โดย พ.ญ. โสภาพรรณ
เอนปฐม (คลังเลือก), น.ส. ปวีณา
เมธเศรษฐ์ (คลังเลือก), และ พ.ญ.
ทัศนยานัน จันทนียงบง (คลังเลือก).

ครั้งที่ ๑๓ ๑๘ ตค. ๒๕๑๑.

(๑) เรื่อง "การปลูกเอ็น" โดย น.พ.
นที รัชพลเมือง (ออร์โธฯ).

(๒) เรื่อง "การรักษา ฌยัลยเรีย
ด้วยการผ่าตัด", โดย น.พ. ศุ ฌยวัฒน์
(ศัลยฯ), น.พ. สัมพันธ์ ฌันทวงศ์ (ศัลยฯ).

ครั้งที่ ๑๔ ๒๕ ตค. ๒๕๑๑.

เรื่อง "พันธุศาสตร์ของโรค ฮีโม-
โกลบิน เอช", น.พ. ประเวศ วัชรี (อายุรฯ)
และ ศจ. พ.ญ. สุภา ฌ นกร (อายุรฯ).

การบรรยายพิเศษปีการศึกษา ๒๕๑๑—

๒๕๑๒

ครั้งที่ ๔ ๖ กย. ๒๕๑๑.

เรื่อง "การพัฒนาการ แพทย์ภาค
อีสานในอดีต", โดย น.พ. สำราญ
วงศ์พ่าห์.

ครั้งที่ ๕ ๔ ตค. ๒๕๑๑.

เรื่อง "การเปิดโรงพยาบาลมหาวิท-
ยาลัยทกวาลัมเปอร์และการประชุมการ
อบรมคึกษาแพทยศาสตร์ ครั้งที่ ๒ ของ
มาเลเซีย", โดย ศจ. น.พ. สุก แสงวิเชียร,
คณบดีฯ.

การ บรรยาย ทาง วิชาการ สัปดาห์ วัน
มหิดล

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
ได้จัดให้มีการบรรยายในสัปดาห์วันมหิดล
เมื่อ ๒๔ กย. ๒๕๑๑ เกี่ยวกับเรื่องบาง
อย่าง เกี่ยวกับปัญหาการอาหาร ดังมีราย
ละเอียดดังต่อไปนี้ :

๑๓.๓๐ น. อารัมภบท, โดย ศจ.
น.พ. สุก แสงวิเชียร, คณบดีฯ.

๑๓.๑๐ น. ปัญหาการอาหารขณะนี้,

โดย น.พ. ภูมิ นนทสุต (กองโภชนาการ กรมอนามัย).

๑๓.๓๕ น. กรด อะมิโน และโปรตีน — คาลอริ มาลนตรีชัน, โดย พ.ญ. สาคร ธนมีศักดิ์ (รามาศ).

๑๔.๐๐ น. ขบวนการของแร่ธาตุบางชนิดใน โปรตีน — คาลอริ มาลนตรีชัน, โดย พ.ญ. วันดี วราวิทย์ (รามาศ).

๑๔.๒๕ น. นิวกระเพาะปัสสาวะเป็นปัญหาเกี่ยวกับอาหาร, น.พ. อารวิริยะเสวี (รามาศ).

๑๕.๐๕ น. พยาธิวิทยาของตับเนื่องจากการอาหาร, โดย น.พ. ฐิติภมรประวีติ (รามาศ).

๑๕.๓๐ น. ขบวนการใหม่ๆ ของวิตามิน อี, ในการอาหารของคน, โดย ดร. สิริินทร์ วิโมกข์สันถ์ (คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์).

ปาฐกถาพิเศษโดยอากันตกะ

ครั้งที่ ๖ ๕ กย. ๒๕๑๑.

เรื่อง “การรักษาผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตครึ่งซีก”, โดย Dr. J.B. Millard ผู้เป็นที่ปรึกษาในวิชา ฟิสิกส์ เมกซ์ซัน และเป็น

ผู้อำนวยการของ North East Metropolitan Board Rehabilitation Center ณ Clacton-on-Sea ประเทศอังกฤษ. ปาฐกถานี้มีภาพยนตร์ประกอบด้วย.

ครั้งที่ ๗ ๒๐ กย. ๒๕๑๑.

(๑) เรื่อง “พยาธิสรีรวิทยาและการบำบัด ซ็อค”

(๒) เรื่อง “ยาสลบและการไหลเวียนเลือดของสมอง”, โดย Prof. Jame Eckelhoff, ซึ่งเป็นศาสตราจารย์ หัวหน้าแผนกวิสัญญีวิทยา, มหาวิทยาลัย นอร์ธเวสต์-เทอร์น, ซีคาโก, สหรัฐ.

ครั้งที่ ๘ ๑๓ กย. ๒๕๑๑.

เรื่อง “การศึกษาในเผ่า Hadza ซึ่งเป็นเผ่าล่าสัตว์ผสมพวกหนึ่งใน Tanzania, แอฟริกา”, โดย Dr. Nigel A. Barnicot แห่งแผนกแอนโทรโพลยี, มหาวิทยาลัยลอนดอน.

ครั้งที่ ๙ ๑๓ กย. ๒๕๑๑.

เรื่อง “เมทริกซ์ อุลตราโซนิคส์ และการประยุกต์ทางคลินิก”, โดย Dr. T. Wagai ผู้บรรยายเป็นผู้อำนวยการสถาบัน

วิจัย เมคคิล อดตราโสนิคส์, มหาวิทยาลัย Juntendo, โตเกียว และเป็นผู้เชี่ยวชาญ เมคคิล อดตราโสนิคส์ ที่มีชื่อเสียงคนหนึ่งของโลก.

ครั้งที่ ๑๐ ๗ กย. ๒๕๑๑.

เรื่อง "ความทนยาในโรคมาลาเรีย", โดย Prof. W. Peters. ผู้เป็นศาสตราจารย์ หัวหน้าแผนกปรสิตวิทยาแห่งโรงเรียนอาชีวศาสตร์เซตรอน, ลิเวอร์ปูล, อังกฤษ.

ครั้งที่ ๑๑ ๓๐ กย. ๒๕๑๑.

เรื่อง "อันตรายที่ศีรษะ", โดย Prof. F.J. Gillingham. ผู้บรรยายเป็นศาสตราจารย์ ทางประสาทศัลยศาสตร์ แห่งมหาวิทยาลัย เอคินเซอร์ก.

ศาสตราจารย์อามาลา

วันที่ ๓๐ กย. ๒๕๑๑ เป็นวันสุดท้ายของ การรับราชการ ของศาสตราจารย์ ในศิริราชสองท่านคือ ๑) ศจ. น.พ. อรรถเนตรศิริ, ซึ่งได้รับราชการมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๘๑, รวมเวลา ๓๐ ปี; และ ๒) ศจ. น.พ. อวย เกตสิงห์, ซึ่งได้รับราชการมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๗๖, รวมเวลา ๓๕ ปี.

หวังว่าการปฏิบัติงานของท่านทั้งสองนี้จะเป็นแบบอย่างที่มีผู้รับช่วงต่อไปตามสมควร.

ไปต่างประเทศ

๑) ศจ. พ.ญ. ตระหนักจิต ตรีณสุต และ น.พ. มกกา ตฤณานนท์ ไปประชุมที่ประเทศอิหร่าน และอิตาลี. ออกเดินทางวันที่ ๕ กย. ๒๕๑๑.

๒) น.พ. สวรรค์ บงใจยทช ได้รับทุนรัฐบาลไปศึกษาต่อ ณ สหรัฐ., ออกเดินทางวันที่ ๑๕ กย. ๒๕๑๑.

๓) น.พ. สุนทร ศัลยแพทย์ไปรับการฝึกอบรม ระหว่างประเทศว่าด้วยการบริหารโรงพยาบาล ณ เมืองบันดุง, อินโดนีเซีย, มีกำหนด ๕ สัปดาห์ด้วยทุนขององค์การอนามัยโลก. ออกเดินทาง ๑๖ กย. ๒๕๑๑.

๔) น.พ. พิศกดิ์ สุ่มสวัสดิ์ ไปบรรยายเรื่อง เซเทอโร เคราโตพลาสติก ณ ที่ประชุมศัลยแพทย์อเมริกัน, นิวเจอร์ซีย์, สหรัฐ., และได้รับแต่งตั้งเป็น เฟลโลว์ ของอเมริกัน คอลเลจ ออฟ เซอร์เจอนส์ สาขาจักษุด้วย. ต่อจากนั้นจะไปบรรยาย ณ ที่ประชุมอเมริกัน อคาเดมี ออฟ ออพ-ธัลโมโลยี ที่ชิคาโก, แล้วงานทาง

คลัง นัยน์ตาในอเมริกาและยุโรปอีก ๑ เดือน ด้วยทุนของสภาอากาศไทย. ออกเดินทาง ๒๑ กย. ๒๕๑๑.

๕) น.พ. สมชัย ขวรกิติติ เดินทางไปประชุมและงานที่ สรอ. และยุโรป ตั้งแต่ ๔ ถึง ๒๘ ตค. ๒๕๑๑.

๖) ศจ. น.พ. อุดม โปษะภฤชณะ ไปร่วมการประชุม ศัลยแพทย์นานาชาติ ครั้งที่ ๑๕ ณ กรุงโตเกียว และเกียวโต, ญี่ปุ่น, ตั้งแต่ ๖ - ๑๔ ตค. ๒๕๑๑ และร่วมประชุม สหสมาคมศัลยแพทย์อเมริกันที่แอตแลนติก ซิตี้, นิวเจอร์ซีย์, สรอ., ตั้งแต่ ๑๔ - ๑๘ ตค. ต่อจากนั้นงานที่สำนักงานคณบดีกรรมใน สรอ. อีก ๑ เดือน. ออกเดินทางเมื่อ ๔ ตค. ๒๕๑๑.

๗) ศจ. น.พ. วิกิจ วิจารณ์วัตต์, น.พ. ทินรัตน์ สถิตนิมานการ, และ น.พ. อุกฤษภ์ เปล่งวาณิช ไปร่วมประชุม เอเชีย-แปซิฟิก คอนเกรสส์ ครั้งที่สาม ณ กรุงเมลเบิร์น, ออสเตรเลีย, ตั้งแต่ วันที่ ๗-๑๑ ตค. ๒๕๑๑. น.พ. ทินรัตน์ แสดงเรื่อง "ไปรมารีย์ คาร์ซิโนมา ของตัยในโรงพยาบาลศิริราช", และได้ทำงานทางพยาธิวิทยาต่ออีก ๕ วันถึงสิงคโปร์.

กลับ

๑) พ.ญ. ยวัน อนมานราชชน (สตรี) กลับจากศึกษาเพิ่มเติมและฝึกงานเกี่ยวกับ เมตะบอลิซึม ของ เอสโตรเจน ที่ มหาวิทยาลัย แมคกิลล์, แคนาดา. ได้รับปริญญาโททาง กายวิภาคศาสตร์ การแพทย์. ถึงเมื่อ ๑๒ กย. ๒๕๑๑.

๒) น.พ. อศลย์ วิริยเวชกุล (อายุรศาสตร์) กลับจากอังกฤษภายหลังรับปริญญา M.R.C.P. (Glasgow) และ M.R.C.P. (London). นับเป็นลูกศิษย์ราชคนที่สองที่ได้ปริญญาฯ มา. (คนแรกคือ ศจ. น.พ. วิกิจ วิจารณ์วัตต์). ถึงประเทศไทยเมื่อ ๗ กย. ๒๕๑๑.

๓) พ.ญ. สุวรรณ หังสพฤกษ์ (สตรีวิทยา) จบการฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบหายใจโดยทุนของไชน่า เมดิคัล บอร์ด ณ มหาวิทยาลัย เทมเปิล, ฟิลาเดลเฟีย, และกลับถึงประเทศไทยเมื่อ ๒๑ กย. ๒๕๑๑.

อาจารย์ใหม่

น.พ. กำแหง จาตรจินดา ซึ่งสำเร็จแพทย์จากประเทศอังกฤษและได้ศึกษาต่อทางวิทยา เอ็นโตโครน์ จาก สรอ. ได้

เข้าปฏิบัติงานที่แผนกสรีรศาสตร์—นรีเวช
วิทยาแล้วตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๑๑.

๑๕ บาท. ขณะนั้นมึนเล็กน้อย. ผู้สนใจ
เชิญติดต่อกับห้องสมุด.

บำรุงห้องสมุด

บำรุงพิพิธภัณฑ์ประวัติศาสตร์แพทยไทย

๑) พ.บ. ศิริราชรุ่น ๒๔๘๕-๘๖
(บัณฑิตรุ่นแรกของมหาวิทยาลัยแพทย-
ศาสตร์) รวม ๓๑ คนได้มอบเงิน
๓๒,๒๕๑.๐๐ บาท, ซึ่งเหลือจากการ
ฉลองครบ ๒๕ ปี, ตั้งเป็นทุน พ.บ.
๒๔๘๕-๘๖, เพื่อใช้คอกผลบำรุงหอ
สมุดศิริราช.

๑) มลนิธิทักษิณ ให้นิพนธ์ ให้เงิน
๑๐,๐๐๐ บาท สำหรับจ่ายเป็นค่าจัดหา
สิ่งแสดง, ตำรับตำราและจัดสร้าง
อุปกรณ์สำหรับพิพิธภัณฑ์ต่อไป.

๒) น.พ. สิริระ บุษยระวิตเวช มอบเงิน
๑,๐๐๐ บาทสมทบทุน “เทศ บุษยระวิต-
เวช” เพื่อใช้คอกผลบำรุงหอสมุดศิริราช.

๒) คุณพระบาราคันวาท, รัฐมนตรี
ว่าการกระทรวงสาธารณสุข, ได้กรุณา
ส่งหนังสือเข้าพิพิธภัณฑ์จำนวน ๑๐ เล่ม.

๓) ท่านคุณบดี ฯ ศจ. น.พ. สก
แสงวิเชียร ได้มอบตุ๊กตาผู้หญิงปูน
แต่งตัวสมัยเมอรวาพนย์มาแล้ว, ซึ่งได้
รับจาก คณะอาจารย์ และนักศึกษาแพทย์
รุ่นที่ ๒ มาเยี่ยมคณะ ฯ, ให้แก่หอสมุด
ศิริราช.

เปิดกลุ่มอาสา ฯ

๔) ศจ. น.พ. อวย เกตุสิงห์ ได้มอบ
หนังสือเวชนิสิต ๒๔๘๐-๘๑ จำนวน ๒๗
เล่มให้ หอสมุดเพื่อเก็บเงิน ซอหนังสือ
บำรุงห้องสมุด. จำหน่ายราคาเล่มละ

เมื่อวันที่ ๑๕ กย. ๒๕๑๑ กลุ่มอาสา
มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้จัดงานเบิก
สำนักงานขึ้นที่ ตึกเล็ก ระหว่าง อาคาร
แผนกกายวิภาคศาสตร์กับอาคารสรีร-
ศาสตร์. พิธีเริ่มด้วยการสวดมนต์ด้วย
พระ, สวดพระปริตเพื่อศิริมงคล, แล้ว
ท่านอธิการบดี เบิกแพรคลุมป้าย และให้
โอวาท. ต่อจากนั้นสมาชิกของกลุ่ม
รับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน. ใน
ตอนบ่ายมีการประชุม. ศจ. น.พ. อวย
เกตุสิงห์ พกเรื่อง “ชีวิตชาวค่าย” และ
ฉายภาพยนตร์ที่ถ่ายระหว่างการเบิกค่าย ฯ

ที่ขานตั้งหมอง เมื่อเดือนเมษายน ๒๕๑๑.
 ศจ. น.พ. สวัสดิ์ สกลไทย บรรยายเรื่อง
 “ประโยชน์ของการอาสาสมัครก่อนนัก
 ศึกษา”. ต่อจากนั้นมีการอภิปรายเรื่อง

ปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับกิจกรรมของกลุ่ม
 จนถึง ๑๖ น. จึงได้ยุติประชุม. มีสมาชิก
 มาร่วมงานประมาณร้อยยี่สิบคน. นับว่า
 กลุ่มนี้มีกิจกรรมที่ค่อนข้างเข้มแข็งมาก.

ข่าวพยาบาล

ไปต่างประเทศ

๑) น.ส. อุบล ทวีศรี (กุมาร ๖) ได้
 วิทยุทุนจาก ร.พ. ซามาริตัน, สวีเดน, ไป
 ศึกษาและทำงานมีกำหนด ๑ ปี. ออกเดินทาง
 ทาง ๖ กย. ๒๕๑๑.

๒) น.ส. สชากา พูลลาภ, หัวหน้า
 ศึกษ ศ.ญ. ๒, ได้ออกเดินทางไปศึกษาและ
 ศึกษานการพยาบาลด้านศัลยกรรมทั่วไป,
 โดยทุนส่วนตัว, มีกำหนด ๒ ปี ตั้งแต่
 ๑๕ กย. ๒๕๑๑.

กลับ

น.ส. อุไร ตันเรืองชาติ, อาจารย์พยาบาล
 แผนกกุมาร ๖, กลับจากประเทศ
 แคนาดา แล้วตั้งแต่ ๒๗ สค. ๒๕๑๑
 พร้อมด้วยปริญญา B.N. จากมหาวิทยาลัย
 แม็คกิลล์.

เยี่ยม

โรงเรียนพยาบาลนครราชสีมา นำนัก
 เรียนพยาบาลชั้นปีที่ ๔ จำนวน ๕๐ คน
 ศึกษานในโรงเรียนและในโรงพยาบาลศิริ-
 ราช เมื่อ ๑๘ กย. ๒๕๑๑, ตั้งแต่ ๘.๐๐-
 ๑๖.๐๐ น.

ได้ทุน

น.ส. กาญจนารัตนาวิบูลย์ นักศึกษา
 ปริญญาพยาบาลปีที่ ๔ ได้วิทยุทุนการ
 ศึกษานของ สปอ. จำนวน ๓,๓๐๓.๒๐
 บาท, ซึ่งพลตรี พระเจ้าวรวงศ์เธอ กรม
 หมั่นนราธิปพงศ์ประพันธ์ได้ประทานให้
 ณ ห้องประชุมใหม่ของสำนักงานสภาการ
 ศึกษานแห่งชาติเมื่อ ๕ กย. ๒๕๑๑.

รายนามแพทย์, เภสัชกรและพยาบาล
ของคณะฯ ที่ไปปฏิบัติราชการ ณ
จังหวัดอุดรธานี

วันที่ ๒๕

(๑๗ สค.—๑๕ กย. ๒๕๑๑)

โรงพยาบาลอุดรฯ

- (๑) น.พ. กัมพล ประจวบเหมาะ (ครึ่ง).
- (๒) พ.ญ. จิราศรี เนตราคม (ครึ่ง).
- (๓) น.พ. โสดี พานิชกุล (ครึ่ง).
- (๔) พ.ญ. อรุณ หงษ์หทัย (ครึ่ง).
- (๕) น.พ. ประจักษ์ สโภาคเวช (ครึ่ง).
- (๖) น.ส. สุพร ศุภชนสินเกษม (ครึ่ง. วิชาญ).
- (๗) นางถาวร ศิริพาณิชย์ (เภสัชกร).
- (๘) น.ส. สมจิต วิจารณ์กรกิจ.
- (๙) น.ส. บังอร มายูน.

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

- (๑) น.พ. ทวีพงษ์ สุวรรณโคต (ครึ่ง).

- (๒) น.พ. สุเทพ เตียงพิทักษ์ (ครึ่ง).
- (๓) พ.ญ. อัสสร ทวงทอง (ครึ่ง).
- (๔) น.พ. คำเกิง บุรณินทุ (ครึ่ง).
- (๕) น.ส. สันนิตา นววิวรรณ.
- (๖) น.ส. บรรลุ ครองยติ.

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองหาร

- (๑) น.พ. อเนก เพทวนิช (ครึ่ง).
- (๒) พ.ญ. นันทา มาระเนต (ครึ่ง).
- (๓) พ.ญ. นววิวรรณ ศยามล (ครึ่ง).
- (๔) น.พ. วิเชียร ทองแดง (ครึ่ง).
- (๕) น.ส. ระวีวรรณ จันทร์ภักย์.
- (๖) น.ส. สมพร ศรีเมือง.

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัว

คำภู

- (๑) น.พ. ไวยจน์ โกษาการ (ครึ่ง).
- (๒) น.พ. เทียนไชยชัยสวัสดิ์ (ครึ่ง).
- (๓) น.พ. บรรจบ อินทรสุขศรี (ครึ่ง).
- (๔) พ.ญ. วิระคา อิตันโถ (ครึ่ง).
- (๕) น.ส. พรรณี จิตนิยม.
- (๖) น.ส. ยพยงค์ ศิริจิรวรยา.

สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอผอ

- (๑) น.พ. สมภพ เรืองตระกูล (ครึ่ง).
- (๒) น.พ. เชิดศักดิ์ อริยะบุตร (ครึ่ง).
- (๓) น.พ. วรวิทย์ วงศ์ทองคำ (ครึ่ง).
- (๔) พ.ญ. จันทร์พงษ์ ประกอบผล (ครึ่ง).
- (๕) น.ส. มานี วงศ์สุวัฒน์.
- (๖) น.ส. โฉมเฉลา คณณารมย์.

วันที่ ๓๐

(๑๔ กย.-๑๓ ต.ค. ๒๕๑๑)

โรงพยาบาลอุดรฯ

- (๑) น.พ. ทองนอก นิตยสุทธิ (ครึ่ง).
- (๒) น.พ. จิตร วารินทร์.
- (๓) ศจ. น.พ. เสนอ อินทรสุขศรี (ครึ่ง).
- (๔) น.พ. ปรีชา วิจิตพันธ์ (ครึ่ง).
- (๕) น.ส. ทศนีย์ ป. ชวะ (ครึ่ง, วิชาญ)
- (๖) น.ส. วลัยย์ เม้าประเสริฐ (ครึ่ง, วิชาญ).

(๗) นาง กุสุมา สงเคราะห์พันธ์ (ครึ่ง).

(๘) น.ส. สมหวัง พิมพ์วงศ์.

(๙) น.ส. รัตนาวลี อินทกนก.

สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

- (๑) พ.ญ. สรรพศรี สุขใจัน.
- (๒) น.พ. อารง บุญวิสุทธิ (ครึ่ง).
- (๓) น.พ. ประเสริฐ พิบูลนุรักษ์ (ครึ่ง).
- (๔) น.ส. จุฑามาศ นิสสัยสุข.
- (๕) น.ส. อินทิรา ลีระกุล.

สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองหาร

- (๑) ศจ. น.พ. บรรจงศักดิ์ นระมาตร.
- (๒) น.พ. สมบัติ สคนธพันธ์ (ครึ่ง).
- (๓) น.พ. นิพนธ์ วีรวัฒน์ (ครึ่ง).
- (๔) น.ส. วิไล น้อยนาค.
- (๕) น.ส. เรณู อาจสำลี.

สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัว

ถ้าภู

- (๑) น.พ. สมศักดิ์ มาสมบุญ (ครึ่ง).

(๒) พ.ญ. วิยะภา ชันนโถ (ครึ่ง).

(๓) น.พ. วารินทร์ ศันตศุภศิริ
(ครึ่ง).

(๔) พ.ญ. นฤมล ศรีสุธาพรพรณ
(ครึ่ง).

(๕) น.ส. สุกา เอมแย้ม.

(๖) น.ส. ลำยอง เพิ่มผล.

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอฟือ

(๑) น.พ. เกรียม จินวาโส (ครึ่ง).

(๒) พ.ญ. บุญสม วรรณกนก (ครึ่ง).

(๓) น.พ. บงยุทธ์ วัชรกุลย์ (ครึ่ง).

(๔) พ.ญ. เข็มจวรรณจามักกร (ครึ่ง).

(๕) น.ส. นงลักษณ์ ชันบำรุง.

(๖) น.ส. ประไพ บุระพันธ์.

การส่งเงินค่าบำรุง

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