বঙ্গীয় গবর্ণমেণ্টের অনুমোদিত এবং আনুকূল্যে প্রকাশিত

ভিষক্-দর্পণ।

বঙ্গভাষায় চিকিৎসা-তত্ত্ব-বিষয়ক মাসিক পত্র।

VISHAK-DARPAN,

A MONTHLY MAGAZINE OF MEDICINE IN BENGALI.

Address :—RAI SAHEB DR. GIRIS CHANDRA BAGCHEE,
Editor.

118, AMHERST STREET, CALCUTTA.

Vol. XXII, 1912.

সম্পাদক—রায়সাহেব ডাক্তার শ্রীযুক্ত গিরীশচন্দ্র বাগছী

দ্বাবিংশ খণ্ড।

১৯১২

কলিকাতা,

২৫ নং রামবাগান ষ্ট্রীট, ভারতমিহির যন্ত্রে, শ্রীমহেশ্বর ভট্টাচার্য্য দ্বারা মুদ্রিত

ও

সান্যাল এণ্ড কোম্পানি দ্বারা প্রকাশিত।

অগ্রিম বার্ষিক মূল্য ৩৲ টাকা।

ভিষক্-দর্পণ।

বঙ্গীয় গভর্ণমেণ্টের অনুমোদিত এবং আনুকূল্যে প্রকাশিত।

বার্ষিক মূল্য ৬৲ টাকা।

প্রতি সংখ্যার মূল্য এক টাকা মাত্র।

অগ্রিম মূল্য ভিন্ন কাহাকেও গ্রাহক শ্রেণীভুক্ত করা হয় না।

গ্রাহক মহাশয়দিগের প্রতি বিশেষ অনুরোধ।—আমি বাইশ বৎসর কাল ভিষক্-দর্পণের সম্পাদকীয় কার্য্যে লিপ্ত থাকায় এই অভিজ্ঞতা লাভ করিয়াছি যে, গ্রাহক মহাশয়গণ নিয়মিত সময়ে মূল্য প্রদান করেন না, এই জন্য পত্রিকা যথোপযুক্তভাবে পরিচালিত হইতে পারে না। পত্রিকার যে গ্রাহক সংখ্যা আছে, তাঁহারা সকলে নিয়মিতরূপে মূল্য প্রদান করিলে, এই পত্রিকা আরও উৎকৃষ্টভাবে পরিচালিত হইতে পারে। কিন্তু দুঃখের বিষয় এই যে, অধিকাংশ গ্রাহকের নিকট অনেক টাকা বাকী পড়িয়া রহিয়াছে। পুনঃ পুনঃ তাগাদা করা সত্বেও তাঁহারা মূল্য দিতেছেন না। গ্রাহক প্রদত্ত মূল্যের উপর পত্রিকার উন্নতি, অবনতি এবং জীবন মরণ নির্ভর করে। ইহাই বিবেচনা করিয়া গ্রাহক মহাশয়গণ স্ব স্ব মূল্য সত্বর প্রেরণ করেন, ইহাই বিশেষ প্রার্থনা।

লেখক।—ভিষক্ দর্পণে যে কোন চিকিৎসক প্রবন্ধ লিখিতে পারেন। প্রবন্ধে বিশেষত্ব থাকা আবশ্যক।

সংবাদ।—চিকিৎসক সম্বন্ধীয় সুখদুঃখ, সম্পদ্ বিপদ্, যে কোন সংবাদ সাদরে গৃহীত এবং প্রকাশিত হয়। স্থানীয় স্বাস্থ্য, জল বায়ুর পরিবর্ত্তন এবং বিশেষ পীড়ার প্রাদুর্ভাব ইত্যাদি সংবাদ সকলেই লিখিতে পারেন।

আফিস।—ভিষক্ দর্পণ সংশ্লিষ্ট যে কোন সংবাদ, প্রবন্ধ, পত্রিকা, পুস্তক, সমালোচনা, টাকাকড়ি ইত্যাদি সমস্তই কেবল মাত্র আমার নামে নিম্নলিখিত ঠিকানায় প্রেরণ করিতে হইবে।

ভিষক্-দর্পণ আফিস,
১১৮ নং আমহার্ষ্ট ষ্ট্রীট,
কলিকাতা।

শ্রীগিরীশচন্দ্র বাগছী
ভিষক্-দর্পণের সম্পাদক এবং স্বত্বাধিকারী।

দ্বাবিংশ খণ্ড ভিষক্-দর্পণের সূচীপত্র।

বিষয়	পৃষ্ঠাঙ্ক
অদ্ভুত উদ্ভিদ-বিকার	২৮৯
ডাঃ শ্রীযুক্ত হরিমোহন সেন এম্. বি.	
"আয়ুর্বেদে ম্যালেরিয়া" প্রবন্ধের সমালোচনা	২০৯
কবিরাজ শ্রীযুক্ত মোহিনীমোহন কাব্যতীর্থ আয়ুর্বেদরত্ন	
উপদংশের যথারীতি চিকিৎসা ..	৩৩২
ডাঃ মথুরানাথ ভট্টাচার্য্য এল্, এম্, এস্,	
একটী রোগীর বিবরণ ...	৪২৩
ডাঃ শ্রীযুক্ত কুলচন্দ্র গুহ, এল্. এম. এস.	
কতিপয় রোগীর বিবরণ ...	১
ডাঃ শ্রীযুক্ত নন্দলাল মুখোপাধ্যায় এল্, এম্, এস্,	
(ক) রোগী ...	১
(খ) ঐ	১
কালাজ্বরে অধস্তাচিক তার্পিণ তৈল প্রয়োগ	৩
তীরের দ্বারা ফুসফুসের ক্ষত ...	৪
কলেরা—	৪৯
ডাঃ শ্রীযুক্ত হরিনাথ ঘোষ এম্ ডি.	
একটি প্রশ্নের উত্তর	৫১
কলেরা চিকিৎসা	৫২
কলেরার প্রতিষেধক উপায় ও ব্যবস্থা ...	৫৩
কাণ পাকা	৩৭৮
রায় সাহেব শ্রীযুক্ত গিরীশচন্দ্র বাগছী	
কেবল মাত্র আইওডাইন দ্রব দ্বারা সদ্য ক্ষত চিকিৎসা ...	৪১
রায় সাহেব শ্রীযুক্ত গিরীশচন্দ্র বাগছী	
ক্যাম্বেল হস্পিটালের ব্যবস্থা পত্র	৭২,২২৯
নলীয় গর্ভনির্ণয়—	২৫২
রায় সাহেব শ্রীযুক্ত গিরীশচন্দ্র বাগছী	
নলমধ্যে জ্রূণের বর্দ্ধন	২৫৩
নির্ণয়	২৫৬
তরুণ অবস্থা	২৫৭
পুরাতন অবস্থা	২৫৯
পার্থক্য নির্ণয়	২৬২
নলের প্রদাহ সন্দেহ	২৬৫
রক্তার্ব্বুদ সন্দেহ	২৬৬
একই সময়ে জরায়ু ও নলমধ্যে গর্ভ সঞ্চার	২৬৮
পুরবাসুগত অল্প বাহুল্য ...	২৯০
ডাঃ শ্রীযুক্ত হরিমোহন সেন এম্. ডি.	
প্রতিরোধক শক্তি	৪২৮
প্রয়োগ প্রদর্শনী বা শিক্ষা সোপান	৩৫৫,৩৮৫
ডাঃ শ্রীযুক্ত হরিমোহন সেন এম্. ডি.	
প্রসবের পূর্ব্বে রক্তস্রাব ও চিকিৎসা	১০
ডাঃ শ্রীযুক্ত উমেশ চন্দ্র ভাদুড়ী	
প্রসব কার্য্যে ধাত্রীর সতর্কতা	১৭৩
রায় সাহেব শ্রীযুক্ত গিরীশচন্দ্র বাগছী	
জরায়ুমুখ	১৮০
জরায়ুগ্রীবা	১৮১
ঝিল্লী	১৮২
জ্রূণের অগ্রবর্ত্তী অংশ	১৮৪
শোণিত স্রাব	১৮৭
নাড়ী	১৮৭
উত্তাপ	১৮৮
প্রসবে বিলম্ব (প্রথমাবস্থা) ...	১৯৩
" (দ্বিতীয়াবস্থা) ...	১৯৪
" (তৃতীয়াবস্থা) ...	১৯৬
পেরিনিয়ম্	১৯৭
সন্তান	১৯৭
সন্তানের চক্ষু	২০০
সন্তানের অস্বাভাবিকত্ব	২০০
সূতিকাবস্থা	২০১
দুগ্ধ সঞ্চার	২০২
জ্রূণের সঞ্চালন	২০২
জ্রূণের হৃৎপিণ্ড	২০৩
সহসা প্রসব হওয়া	২০৩
বণ্ডল্ রিং, জরায়ুর প্রবল আকুঞ্চন, প্রসবে অবরোধ	২০৪
ফুসফুসীয় টিউবারকুলোসিস প্রারম্ভাবস্থা নির্ণয়	৮৭
ডাঃ শ্রীযুক্ত মথুরানাথ ভট্টাচার্য্য এল্, এম্, এস্,	

বিষয় — পৃষ্ঠাঙ্ক

রক্তোৎকাস ৯০
ইন্‌স্পেক্‌সন ৯৪
পেলপেসন ৯৪
পারকাসন ৯৫
অস্‌কাল্‌টেসন ৯৭
অভ্যাগত শব্দ ৯৯
অন্যান্য ফুসফুসীয় পুরাতন রোগ ... ১০২
টিউবার কুলোসিস্ নির্ণয়ের অন্যান্য উপায়— ১০২

ফুসফুসীয় টিউবার কুলোসিস্ প্রারম্ভে নির্ণয় ও চিকিৎসা ৩৬৯
ডাঃ শ্রীযুক্ত মথুরানাথ ভট্টাচার্য্য এল. এম এস্.

প্রথমাবস্থায় ক্ষয়কাশ নির্ণয় . ৩৭০
পারকাসন করার উপযোগিতা ... ৩৭০
পারকাশন প্রণালী ... ৩৭১

বিবিধ তত্ত্ব—

ব্রঙ্কাইটিস চিকিৎসা ২৮
টন্‌সিলাইটিস্ চিকিৎসা ৩০
প্লীহাদাগান ৩৩
শুল ৩৪
নলীয় গর্ভ না প্রদাহ ? ৫৯
উভয় ঋতুর মধ্যবর্ত্তী বাধক ... ৬০
আমবাত চিকিৎসা ৬২
কর্ণ ঐ ৬২
ক্লোরাফরমজ সংজ্ঞাহীন—বমন ... ৬২
অনিদ্রা—চিকিৎসা ৬৪
টনসিলের পীড়া—গিলিতে কষ্ট ... ৬৯
পিটিউট্রিন—প্রসব ৬৯
এড্রেনালিন্—ক্ষতশুষ্ককারক ১৫২
সংজ্ঞাহরণ সম্বন্ধে—নিষেধ ... ১৫৩
ক্লোরফরম সম্বন্ধে ... ১৫৫
রোগী সম্বন্ধে ... ২৪০
থিওক্যোল—বহিঃ নিঃসরণ ... ২৮০
শিশুদেহে লেম্বেলের বিবিধক্রিয়া ... ২৮১
গর্ভাবস্থায় বিষাক্ততা ২৮২
গর্ভস্রাব পচন চিকিৎসা ২৮৭
শয্যামূত্রের চিকিৎসা ৩১৮
পিটিউ ট্রিন ৩১৯
শৈশবাবস্থায় অন্ত্রের পচন ... ৩৬৮
ব্যায়াম ও বিশুদ্ধ বায়ু সেবনের উপকারিতা ৪৫৭
মানসিক শ্রমকারিগণের স্বাস্থ্যতত্ত্ব ... ৪৬৬

বিষয় — পৃষ্ঠাঙ্ক

প্রবাদীভূত বা সাধারণ ঔষধ প্রবাদবাক্য ও কাহিনীতে রোগের পরিণাম সম্বন্ধে অনুমান . ৪৬৯
উন্মাদ—কৌলিক সম্বন্ধ ৪৭১

বেরিবেরি বা এপিডেমিক ড্রপ্‌সি . ৫
ডাঃ শ্রীযুক্ত মথুরানাথ ভট্টাচার্য্য এল, এম, এস্
বেরিবেরির প্রধান লক্ষণ ... ৭

ভারতবর্ষীয় দ্বৌকালীন বিষমজ্বর-সমস্যা ৩৭৫

ভেক্সিন চিকিৎসা— ১৪১
শ্রীযুক্ত মথুরানাথ ভট্টাচার্য্য এল্. এম্. এস্.

ঐ ঐ ঐ ১৬১
পুরাতন চর্ম্ম পীড়া ১৬৩
টিউবার কু লাসিস্ ১৬৫
অস্থি এবং সন্ধিস্থলের টিউবার কুলোসিস্ ১৬৮
ঐ ঐ ঐ ৩২৯
লুপাস ৩২০
মূত্র যন্ত্রের নন্‌টিউবারকুলার ইন্‌ফেক্‌সন ৩৩০
নিউমোনিয়া ৩৩০
টাইফয়েড্ জ্বর ৩৩১
ইরিসিপেলাস ৩৩১

মনোবিজ্ঞান— ১৬৯
ডাঃ শ্রীযুক্ত রমেশ চন্দ্রসেন এল্. এম্. এস্

শিশুর দ্বৌকালীন বিষম জ্বর . ২১৬
সংক্রামকতা, রোগের লক্ষণ ... ২২১
রোগের পূর্বাবস্থা, চর্ম্মের বিবর্ণত্ব, জ্বর ... ২২২
পরিপাক যন্ত্র, মুখের ঘা ... ২২৩
কাণের পীড়া, প্লীহার বৃদ্ধি, যকৃতের বৃদ্ধি, রক্ত সঞ্চালন যন্ত্র সমূহ, রক্তস্রাব, পোষ্ক গ্যাস ... ২২৪
লিম্ফেটিক গ্লাণ্ড্‌স্, শোথ, শ্বাস প্রশ্বাস যন্ত্র, কিড্‌নি, মানসিক অবস্থা ... ২২৫

বিষয়	পৃষ্ঠাঙ্ক
শীর্ণীষয়া	
রক্ত	
ডাক্তার নিকোলীর মত	
অপ্‌সনিক শক্তি	২২৭
রোগের ভাবী ফল নির্ণয়	
ডাক্তার নিকোলীর মত	
ক্রাইটিন সাহেবের মত	
রোগ নির্ণয়	২২৭
রক্ত পরীক্ষা	
প্লীহার পাংচার	
যকৃতের পাংচার	
অস্থি মজ্জার পরীক্ষা	
কৃত্রিম উপায়ে জীবাণুর বংশবৃদ্ধি	২২৮
সিরামটেষ্ট	
বাহ্যিক লিম্ফ গ্ল্যাণ্ডের পরীক্ষা	
রোগের পার্থক্য নিরূপণ...	৩৪২
(ক) রোগলক্ষণ দ্বারা .	৩৪২
(খ) রক্ত পরীক্ষা দ্বারা ...	৩৪৪
শিশুর বাল্যকালীন বিষমজ্বরের চিকিৎসা ...	৩৪৫
এটক্সিল ..	৩৪৭
বেনজোয়েট অব মার্কারি, এটক্সিল, এসেটিক্ অব্ এনিলাইন এবং স্বভাবজাত আরোগ্যলাভ	৩৪৮
হেক্‌টিন্	
আর্সেনো বেঞ্জোল	৩৪৯
আর্সেনো ফেনিল গ্লিসিন্ ...	৩৫০
চিকিৎসা প্রণালী	
ইলেক্ট্রো মারকিউরোল	৩৫১
ঐ ঐ এবং আর্সেনো বেন্‌জোল	
থিয়ারসোল	
আর্সেনিয়েট্ অব সোডা	৩৫২
আর্জিকের কেমোথিরাপি	
অস্ত্রোপচারে প্লীহা বাহির করন	৩৫৩
শুশ্রূষা বা নার্সিং শিক্ষা	২৭০
ডাঃ শ্রীযুক্ত লক্ষ্মীকান্ত আলী	
রোগীকে খাওয়ান	২৭০
শিশুকে খাওয়ান	২৭২
শিশুর খাদ্যের পরিমাণ ও ভাগের তালিকা	২৭৭
রোগীর ভাবগতিক বা বাহ্যিক লক্ষণ ...	২৭৮
পাল্‌স্ বা নাড়ীর গতি ...	২৭৯
শ্বাসপ্রশ্বাস	২৯২
নিঃসরণ ও নির্গমন	২৯৩
মূত্রযন্ত্র ...	২৯৫
ফোমেন্টেসন বা সেক দেওয়া	২৯৭

বিষয়	পৃষ্ঠাঙ্ক
পপি—ফোমেন্টেসন	২৯৮
ওপিয়ম— „	
অপারেসন	২৯৩
অপারেসনের পূর্ব্বদিন	
অপারেসনের দিন	৩০০
অপারেসন টেবিল	
„ ঘর ...	৩০১
অস্ত্র প্রস্তুত করিবার নিয়ম	৩০২
ঘোড়ার চুল ...	৩০৩
অস্ত্র ও পাত্র কিরূপভাবে রাখিতে হয় ...	৩০৪
অপারেসন চলিবার সময় নার্সের কর্ত্তব্য	৩০৫
চোকের অপারেসন ...	৩০৫
হাইপোডার্মিক্ পিচ্‌কারী	৩০৬
পূঁয বাহির করিবার পিচ্‌কারী	৩০৬
অপারেসনের পর রোগীর সম্বন্ধে নার্সের কার্য্য...	৩০৬
ব্যবহারের পর ঘর ও অস্ত্রাদি পরিষ্কার করণ	৩০৮
জ্বর বা ফিবার ...	৩০৯
বাতজ্বর বা রিউমেটিক ফিবার	৩১১
জল বসন্ত	
জাত বসন্ত	
হাম	৩১১
ডিপ্‌থিরিয়া	
প্লেগ	
স্নায়বিক রোগ ...	৩১২
কতকগুলি বিশেষ বিশেষ রোগীর শুশ্রূষা	৩১৩
গ্যাংগ্রিন	৩১৩
হাড়ভাঙ্গা	
শূলবেদনা	৩১৬
পেটের ভিতর অপারেসন	
অপারেসনের আগে ...	৩১৭
বিছানা প্রস্তুত করা ...	৩৯১
জ্বর দেখা ...	৩৯২
রোগী ওয়ার্ডের পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতা ...	৩৯৩
রাত্রির নার্সের কাজ ...	৩৯৫
হৃদ্‌রোগের শুশ্রূষা ...	৩৯৬
শ্বাসরোগের শুশ্রূষা ...	৪০০
ব্রঙ্কাইটিস্	৪০১
প্লুরিসি	
ক্ষয়কাশ বা যক্ষ্মা ...	৪০২
নিউমোনিয়া বা ফুস্‌ফুস্ প্রদাহ ...	৪১০
গলায় ফাঁস লাগা বা ষ্ট্রাঙ্গুলেসন ...	৪১০
চিকিৎসা ...	৪১০
গলায় আটকাইয়া যাওয়া	৪১০

বিষয়	পৃষ্ঠাঙ্ক
চিকিৎসা	৪১০
ধূম প্রভৃতি শ্বাসে শ্বাসরুদ্ধ	৪১১
স্নান	৪১১
স্থূপ বা স্পঞ্জিং	৪১৩
এনিমা দেওয়া ইন্জেকসন্ বা পিচকারী করা	৪১৩
ক্যাষ্টর অয়েল বা রেড়িতেলের এনিমা ...	৪১৪
ঔষধের এনিমা, ষ্টার্চ এনিমা, টার্পিন তৈলের এনিমা, লবণজলের এনিমা, পোষণ বা নিউট্রেণ্ট এনিমা ...	৪১৫
উত্তেজনা বা প্রদাহ, মাষ্টার্ড প্লাষ্টার	৪১৬
মাষ্টার্ড লিবস্, ব্লিষ্টার, ব্লিষ্টার ড্রেসিং করা ...	৪১৭
পুল্টিস্, তিসির পুল্টিস্, জ্যাকেট পুল্টিস্, সরিষার পুল্টিস্ ...	৪১৮
রুটির পুল্টিস্, কয়লা গুঁড়ার পুল্টিস্, পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতা	৪১৯
কার্ব্বলিক লোসন প্রস্তুত ও ব্যবহার ...	৪২১
হাইড্রাজ লোসন প্রস্তুত ও ব্যবহার	৪২১
ঘা পরিষ্কার ও ড্রেসি ...	৪২২
শৃঙ্গী মানব শিশু	২৯০
শ্মশান—কলিকাতা	২৪৯
সংক্রামক শোথ—ডাঃ শ্রীযুক্ত মথুরানাথ ভট্টাচার্য্য এল্, এম্, এস্, ...	৫৬, ৮১
সংবাদ	
সব এসিষ্ট্যাণ্ট সার্জ্জন শ্রেণীর নিয়োগ, বদলী ও বিদায়	৩৪
ঐ ঐ ঐ ...	৩৭
সব এসিষ্ট্যাণ্ট সার্জ্জন শ্রেণীর নিয়োগ, বদলী ও বিদায়	১১৬
ঐ ঐ ঐ ...	১৪৬
ঐ ঐ ঐ ...	২০৭
ঐ ঐ ঐ ...	২৪১
ঐ ঐ ঐ ...	৩২৫
ঐ ঐ ঐ ...	৩৬৫
ঐ ঐ ঐ ...	৪০৬
ঐ ঐ ঐ ...	
সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রেণীর পঞ্চম বার্ষিক পরীক্ষার প্রশ্ন	১৬০, ২৬৪, ৩৬৭
সিভিল এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রেণীর পরীক্ষার প্রশ্ন .. .	৪০৭
স্যালভারসন—উপদংশ ..	১০৩
রাসায়নিক সঙ্কেত	১০৭
আময়িক প্রয়োগ	১০৭
অপকারী, মাত্রা, প্রয়োগ প্রণালী	১০৮
সমক্ষারাম্ল দ্রব	১০৯
অধস্ত্বাচিক প্রণালীতে প্রয়োগ—পেশীমধ্যে প্রয়োগ ...	১১০
স্যালভারসন প্রয়োগের পরবর্ত্তী অবস্থা ...	১১১
অপ্রয়োজ্য স্থল, সহজাত উপদংশ	১১২
আময়িক প্রয়োগের ফল... ...	১১৩
উপসর্গ, প্রতিকূলমত	১২১
স্যালভারসন প্রয়োগের অসুবিধা ...	১২২
পেশীমধ্যে প্রয়োগজন্য প্রস্তুতের সহজ প্রণালী	১২৩
পেশীমধ্যে তৈলাক্ত দ্রব প্রয়োগ ...	১২৯
,, প্রয়োগফলে মৃত্যু ...	১৩২
জোহা	১৪০

ভিষক্-দর্পণ।

চিকিৎসা-তত্ত্ব-বিষয়ক মাসিকপত্র।

যুক্তিযুক্তমুপাদেয়ং বচনং বালকাদপি।
অন্যৎ তু তৃণবৎ ত্যাজ্যং যদি ব্রহ্মা স্বয়ং বদেৎ॥

২২শ খণ্ড। { জানুয়ারী, ১৯১২। { ১ম সংখ্যা।

কতিপয় রোগীর বিবরণ।

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার নন্দলাল মুখোপাধ্যায় এল্, এম্, এস্।

(১) ক—হিন্দু, উত্তর পশ্চিম প্রদেশস্থ যুবক, বয়স ২৫ বৎসর। স্বাস্থ্য মাঝামাঝি রকমের; একদিন প্রাতঃকালে হঠাৎ দেখিল যে, তাঁহার পুরুষ অঙ্গের প্রান্তভাগের চর্ম্ম ফুলি আছে, যন্ত্রণা হইতেছে এবং চর্ম্ম হইতে দুর্গন্ধ উঠিতেছে, পূর্ব্বদিন বৈকাল হইতে সে প্রস্রাবের চেষ্টা করিতেছে কিন্তু প্রস্রাব হইতেছে না। যন্ত্রণায় বড় অস্থির হইয়াছে। কাপড় খুলিয়া দেখা গেল—পুরুষ অঙ্গের প্রায় নিম্ন অর্দ্ধাংশের চতুর্দ্দিকস্থ চর্ম্ম ও তন্নিম্নস্থিত টিসু সকল পচিয়া কাল গ্যাংগ্রিনের ন্যায় হইয়াছে এবং উপরি অর্দ্ধস্থিত চর্ম্ম শক্ত হইয়াছে ও ফুলিয়াছে। পেরিনিয়মের চর্ম্ম কিম্বা তন্নিম্নস্থিত টিসুর কোনপ্রকার ফুলা ভাব বা গ্যাংগ্রিনের মত অবস্থা ছিল না। কিন্তু ফোঁরার মত তলতল করিতেছে।

পুরুষ অঙ্গের উপরিভাগে দুইদিকে অস্ত্রোপচার করিলে রক্তরসের সহিত সামান্য পূয বহির্গত হইল। পরে তাহার ভিতর দিয়া আঙ্গুল পুরিয়া দিয়া পুরুষ অঙ্গের মূলভাগের দিকে যে লিগামেণ্টের সহিত পুরুষ অঙ্গ পিউবিক অস্থির সহিত সংযুক্ত সেই দিকে অঙ্গুলি ঘোরাইলে এবং পেরিনিয়মের দিকে অঙ্গুলী দিয়া চাপিলে হরিদ্রা ও সাদা দুর্গন্ধযুক্ত পূয কতকটা পুরুষ অঙ্গের উন্মুক্ত পথ দিয়া বহির্গত হইল।

পেরিনিয়মের দুই দিকে অস্ত্র চালনা করিলে দেখা গেল যে, চর্ম্ম কিম্বা তন্নিম্নস্থিত টিসু কিছু মাত্র দোষস্থ হয় নাই। সর্ব্ব নিম্নে ত্রিভুজাকৃতি লিগামেণ্টের উপর পূয জমায়েত হইয়া বহিতেছে। এদিকে প্রস্রাব করাইবার জন্য Gum Elastic Catheter চালাইয়া

দেখা গেল—যেন কোন শক্ত পদার্থে ঠোকা লাগিতেছে। Silver Sound Pass করিলে বোঝা গেল—একটী পাথরী Prostatic বন্ধনীর এর নিম্নে আটকাইয়া রহিয়াছে এবং প্রস্রাব নালী একেবারে আটকাইয়াছে। অল্প মাত্র জোর দিতেই পাথরী প্রস্রাব নালীর মধ্যে চালিয়া গেল।

ইহা একটী Extravasation of urine Case. পাথরী দ্বারা প্রস্রাবের নালী বন্ধ হইয়াছিল। পরে প্রস্রাবের চাপে নালীর গা ছিদ্র হওয়ায় তথাকার বিধান মধ্যে প্রস্রাব প্রবেশ করিয়াছিল। এবং সেই প্রস্রাব Ligamentএর ছিদ্র দিয়া গলাইয়া আসিয়া পুরুষ অঙ্গের নিম্ন অর্দ্ধভাগে জমায়েত হইয়া গ্যাংগ্রিণ করিয়া তুলিয়াছিল। ইহার বিশেষত্ব এই যে, ইহার উৎপত্তি পেরিনিয়মের মধ্যে হইলেও Perineumএর টিসু কিছু মাত্র পচায় নাই অর্থাৎ Extravasation হয় নাই। সহজেই প্রস্রাবের সহিত যে অল্প সংখ্যক Baccelli ছিল তাহাতেই পুঁয়ের উৎপত্তি হইয়াছে এবং ঐ প্রস্রাব সহজেই Ligamentএর ছিদ্র দিয়া পুরুষ অঙ্গের চর্ম্মের আসিতে সমর্থ হইয়াছে। Extravasation of urine Case এরূপ দৃষ্টান্ত সহজে মেলে না। অর্থাৎ পেরিনিয়মে উৎপত্তি হইলে পেরিনিয়মের চর্ম্মই প্রথমে আক্রান্ত হয়। কিন্তু এক্ষেত্রে তাহা হয় নাই। রোগী পরিনামে আরোগ্য হইয়া চলিয়া যায়।

(২) শ্ব—চতুর্দ্দশ বর্ষীয় বালক। বাসস্থান মানভূম জেলায়; প্রায় বিশফিট উর্দ্ধে কোন জাম গাছের ডাল ভাঙ্গিয়া পড়িয়া যাওয়ায় দক্ষিণ উরুতের অস্থি টুকরা টুকরা হইয়া ভাঙ্গিয়া গিয়াছিল এবং অস্থির একাংশ চামরা চিরিয়া বাহির হইয়া আসিয়াছিল অর্থাৎ তাহার Compound Comminuted fracture হইয়াছিল। সেই অবস্থায় দ্বিতীয় দিনে সে পুরুলিয়ায় আনীত হয় এবং কোন বিখ্যাত অস্ত্র চিকিৎসক তাহার উরুদেশ উন্মুক্ত করিয়া একখানি একখানি করিয়া ১৯ টুকরা হাড়ের কুচি বাহির করিয়া ভাল করিয়া ধুইয়া উরুতের দুই দিকে রস বাহির হইবার সুন্দর রাস্তা রাখিয়া ক্ষত বন্ধ করিয়া দেন এবং উহাকে একটী এণ্টিষ্ট্রেপ্টোকোকাস Serum inject করেন। বালকের ক্ষত প্রত্যহ সুন্দররূপে ধৌত হইতেছিল হঠাৎ তাহার ধনুষ্টঙ্কারের লক্ষণ আবির্ভূত হয় এবং তাহাতেই বালকটীর মৃত্যু হয়। আমাদের বোধ হয় প্রত্যেক Compound fracture. antitetanic (ধনুষ্টঙ্কার প্রতিষেধক) রক্তরস ব্যবহার করা কর্ত্তব্য। এই রোগীর সম্বন্ধে যদি আমরা পূর্ব্ব হইতে antitetanic Serum ব্যবহার করিতাম তাহা হইলে বোধ হয়—তাহার ধনুষ্টঙ্কারের আবির্ভাব হইত না অথবা যদিও হইত তাহা হইলেও উগ্র প্রকৃতির ধনুষ্টঙ্কার হইত না। ছেলেটী মরিয়া যাওয়ার পর আমাদের চমক ভাঙ্গিল। এবিষয়ে মেডিকেল কলেজের ভূতপূর্ব্ব অস্ত্রাধ্যাপক মহামতি ডাক্তার স্যার চার্লসের মতানুসরণ করা যুক্তিযুক্ত। তাঁহার Wardএর কোন Compound fracture রোগী আসিলে তাহাকে একটী করিয়া Anti Tetanic Serum inject করা এক প্রকার ধারাবাহিক ব্যবহার ছিল।

শুধু Compound fracture নহে, কোন ছিন্ন বিচ্ছিন্ন ক্ষত মৃত্তিকাদি খারাপ পদার্থের দ্বারা দূষিত হইলেও ভাল করিয়া Antiseptic লোষণ দ্বারা ধৌত করা সত্বেও একটী Antitetanic Serum inject করা কর্ত্তব্য।

কোন কোন স্থলে পোড়া স্থানে অত্যন্ত ময়লা লাগিয়া গেলে ঐরূপ রক্তরস প্রয়োগ করা উচিত। আমরা স্বভাবতঃ পোড়া স্থানের আনুষঙ্গিক উপসর্গ লইয়া ব্যস্ত থাকি। Serum Inject করিতে কোন প্রবৃত্তি থাকে না। পোরা লোকের ঘা দেখিলে মনের মধ্যে বড় কষ্ট হয়, তাহার উপর আবার পেট বা অন্য স্থানে ফুঁড়িয়া উহা প্রয়োগ করিবার ইচ্ছা থাকে না। মমতাই আমাদের সর্ব্বনাশ করে। কোন কোন স্থলে রক্তের ঈদৃশী পরিবর্ত্তন হয় যে, Serum Inject করা উচিত কি না, তাহা আমরা ঠিক বুঝিয়া উঠিতে পারিনা। তথাচ এমন রোগী সময়ে সময়ে পাওয়া যায় যে, সেই ক্ষেত্রে বোধ হয় Serum Inject করা ভাল।

কালাজ্বরে অধস্ত্বাচিক তার্পিন তৈল প্রয়োগ।

পুরুলিয়ার অনেকগুলি কুলি ডিপো আছে। ইহার মধ্যে সর্দ্দারেরা সময়ে সময়ে কুলি লইয়া আসাম অঞ্চলে পৌছাইয়া দেয় এবং আসাম হইতেও পুরাতন কুলি লইয়া প্রত্যাগমন করে। প্রত্যাগত কুলিদের মধ্যে মাঝে মাঝে এক একটী কালাজ্বর আক্রান্ত দেখিতে পাওয়া যায়। কলিকাতা মেডিকেল কলেজের সুপ্রসিদ্ধ ডাক্তার rogers typical দৌকালীন জ্বরের যে প্রকার লক্ষণ লিখিয়াছেন। প্রায় সেইরূপ লক্ষণ অনেকেরই দেখা যায়। কিন্তু প্রত্যেক রোগীতেই pigmentation বিশেষরূপে দৃষ্ট হয়। ডাক্তার রজার্স বলেন—যখন cancrum oris হইলে অনেক সময়ে জ্বরের উপশম হয়। তখন ষ্টাফাইলোকোকাস ভেক্সিন প্রয়োগ করিলে হয়ত কালাজ্বরে উপকার হইতে পারে। সেই সিদ্ধান্তের উপর ভিত্তি করিয়া পরে কেহ কেহ অধস্ত্বাচিক তারপিন তৈল প্রয়োগ করিবার ব্যবস্থা করেন অর্থাৎ শরীরের একস্থানে প্রদাহ উপস্থিত করিলে অন্যস্থলের প্রদাহ হ্রাস হইতে পারে।

আমি তিনটী রোগীকে অধস্ত্বাচিক রূপে তারপিন তৈল প্রয়োগ করি। কিন্তু দুর্ভাগ্যক্রমে প্রথম বারের একটীতেও প্রদাহ উপস্থিত হইল না। তারপিন তৈল শোষিত হইয়া গেল। একটীকে তৃতীয়বার প্রয়োগ করিয়া তবে প্রদাহ উপস্থিত হওয়ায় কথঞ্চিৎ ফল লাভ করি। শেষবারে স্তনের নিকটবর্ত্তীস্থান ভাল করিয়া পরিস্কার করা হয় নাই, সেই অবস্থায় পিচ্‌কারী প্রয়োগ করা হয়। আমি যে কয়েক ঐ রোগী দেখিয়াছিলাম—তাহারা প্রায় প্রত্যেকেই রোগের কোন না কোন সময়ে রক্ত প্রস্রাবের ইতিহাস দিয়া থাকে। আর যেমন পীড়ার আক্রমণ গুরুতর হয় রক্ত কণিকা সকল এত শীঘ্র ধ্বংস প্রাপ্ত হয় যে ত্বকে ও শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে বর্ণ কণিকা সঞ্চয় সময়ে সময়ে অত্যধিক বৃদ্ধি প্রাপ্ত হয়। লালরক্ত কণিকার লৌহাংশ চর্ম্মের মধ্যে আশ্রয় গ্রহণ করে। এক জনের নাকের ডগায় প্রথমে কালবর্ণ কণিকা সঞ্চয় আরম্ভ হয়, এক সপ্তাহের মধ্যে একধারের নাকের বাহির উক্ত

বর্ণে এ ভর্ত্তি হইয়া যায়। কোন বিশিষ্ট চিকিৎসক আর্সেনিক খাইতে দেন এবং উপরে এড্রেণালিম মলম প্রয়োগ করিতে বলিলেন। বলা বাহুল্য ইহাতে বর্ণদ কণিকা সঞ্চয় কিছুমাত্র স্থগিত হয় নাই। রক্ত প্রস্রাব এবং ঐরূপ বর্ণক সঞ্চয় আমরা সাধারণ ম্যালেরিয়া জরেও দেখিতে পাই। সুতরাং কোথায় ম্যালেরিয়ার শেষ এবং দ্বৌকালীনের উৎপত্তি—এবিষয়ে স্থির করিয়া বলা সুকঠিন। ম্যালেরিয়া জরের সহিত দ্বৌকালিনের ঘনিষ্ট সম্বন্ধ, সে বিষয়ে সন্দেহ নাই। পূর্ব্বোক্ত তারপিন তৈলের অধস্তাচিক প্রয়োগ যে সিদ্ধান্তের উপর নির্ভর করিয়া দেওয়া হয়, ঠিক সেইরূপ আমাদের একটী দেশী চিকিৎসা করা হয়। সেটী সম্পূর্ণ বিজ্ঞান সম্মত। অনেকের হাতের কব্জীর কাছে সিক তাতাইয়া দাগিয়া থাকেন এবং তাহাতে ঘা হইলে অনেকে জর হইতে সাময়িক নির্ম্মুক্ত হন। আসাম প্রত্যাগত কালাজর রোগীর যেরূপ বর্ণ কণিকা সঞ্চিত দেখা যায়, এখানকার কালাজরগ্রস্ত রোগীর যেরূপ সচরাচর দেখা যায় না।

রোগী—চ তীরের দ্বারা ফুস্ফুসের ক্ষত বয়স ৩০ বৎসর।

বেশ জোয়ান, কৃষি কর্ম্ম করিয়া থাকেন। কোন সূত্রে ধান কাটা লইয়া বিবাদ হইবার সময় অপর পক্ষ ইহার বুক লক্ষ্য করিয়া তীর প্রয়োগ করে। তীরের সমস্ত লৌহ নির্ম্মিত মাথাটা বাম বক্ষঃ স্থলের ৭ম।৮ম পঞ্জরাস্থির স্তন রেখায় প্রবেশ করিয়া বাম ফুস্ফুসের কিয়দংশ বিদ্ধ করে। দ্বিতীয় দিনে হাঁসপাতালে আনা হয়। ইহার কাশী হইতে ছিল, তাহার সহিত বড় রক্ত উঠিতেছিল এবং অত্যন্ত যন্ত্রণা হইতেছিল এবং বিদ্ধ তীরের মাথা দিয়া বায়ু মিশ্রিত রক্তের ফেনা বাহির হইতে ছিল। এই প্রবন্ধটীর বিশেষত্ব এই তীরের—মাথাটা যাহা ক্ষত স্থান হইতে বাহির করিলাম। তাহা মানভূমের সিবিল সার্জ্জন ডাক্তার মেজর আণ্ডারসণ যেরূপ ১৯১১ সালের জানুয়ারী মাসের ইণ্ডিয়ান মেডিকেল গেজেটে যত প্রকার তীরের মাথার চিত্র প্রদান করিয়াছেন, ইহা তাহা হইতে ভিন্ন।

তলাকার ফালসহ গোড়া হইতে তীরের কোণ পর্য্যন্ত ৩½″, উপরের ফলক প্রায় পৌণে ৩″, এই তীরে সম্ভবতঃ কোন বিষাক্ত পদার্থ মিশ্রিত ছিল না। যখন তলাকার ফলার কোণ পাইলাম, তখন মনে করিলাম—এইবার টানিলে সমস্ত ফলাই বাহির হইয়া আসিবে। কারণ তীর মাত্রেই নিম্নের কোণ হইতে আগা পর্য্যন্ত ক্রমসূক্ষ্ম হইয়া গিয়াছে। কিন্তু তাহা হইল না। তলাকার ফলকের কোণ পর্য্যন্ত আসিয়া আবার আটকাইয়া গেল। এই আটকান উপরের ফলকের নিম্নের কোণ দ্বারা হইয়াছিল। পরে আবার একটু ধারের দিকে কাটিয়া সমস্ত ফলক বাহির করা হয়। রোগীর ফুস্ফুস্ পর্য্যন্ত তীরের ক্ষত সারিতে প্রায় ২৪।২৫ দিন লাগিয়াছিল।

এইরূপ আর একটী তীরাহত রোগী পাইয়াছিলাম—তাহার ও দক্ষিণ দিকের ফুস্ফুস্ বিদ্ধ হইয়া ডায়াফ্রাম দিয়া যকৃৎ পর্য্যন্ত বিদ্ধ হইয়াছিল।

এই সমস্ত রোগীর তীর বাহির করিবার সময় বেশ সোঁ করিয়া শব্দ পাওয়া যায়। বাহির হইতে বায়ু ভিতরে (Suction action দ্বারা প্রবেশ করার জন্য এই শব্দ হইয়া

থাকে। তীর বাহির করিবার সঙ্গে সঙ্গে ক্ষতের মুখে অঙ্গুলি দিয়া চাপিয়া ধরিয়া ধীরে ধীরে আঙ্গুলি সরাইলে তত জোরের সহিত বহির্বায়ু ভিতরে প্রবেশ করিতে পারে না। তাহাতে রোগীর শ্বাস প্রশ্বাসের বিশেষ কষ্ট হয় না।

আর তীর দ্বারা বক্ষস্থলের ভিতর পর্য্যন্ত আহত হইলে অনেকস্থলে চর্ম্মের তলায় হাওয়া আসায় টিপিলে কড়কড়ে আওয়াজ পাওয়া যায় অর্থাৎ সময়ে সময়ে Subcutaneaus Emphysema হয়।

—:০:—

বেরি বেরি বা এপিডেমিক্ ড্রপ্‌সি।

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার মথুরানাথ ভট্টাচার্য্য এল, এম, এস।

কলিকাতায় ১৯০৯ সালে যে বেরি বেরি রোগ দেখা গিয়াছিল, তাহাব কারণ অনুসন্ধান করিবার জন্য ডাক্তার গ্রেগ সাহেব কলিকাতায় আসিয়াছিলেন। তিনি উহার তত্বানুসন্ধান করিয়া যে "রিপোর্ট" দিয়াছিলেন তাহার মর্ম্ম নিম্নে দেওয়া গেল।

১। তিনি প্রত্যেক নূতন বেরি বেরি রোগীকে এবং তাহার রক্ত, মল মূত্রাদি পরীক্ষা করিয়াছিলেন।

২। যে সমস্ত গৃহে ঐ রোগ হইয়াছিল, সেই সমস্ত গৃহ এবং তাহার অধিবাসীদেব বিবরণ লইয়া তাহাদের পরীক্ষা করা হইয়াছিল।

৩। মুরগী ও পাইরাদের নানা রকম খাদ্য খাইতে দিয়া তাহার ফল অনুসন্ধান করা হইয়াছিল।

৪। ধান, চাল, ময়দা প্রভৃতি খাদ্য দ্রব্য পরীক্ষা করা হইয়াছিল।

কলিকাতা মেডিকেল কলেজে এই সব তত্বানুসন্ধান করা হইয়াছিল। বেরি বেরির বিবরণ দেওয়ার পূর্ব্বে, আরও দু একটা রোগের কথা, যাহার সঙ্গে বেরি বেরির সাদৃশ আছে, উল্লেখ করা উচিত। আমরা জানি যে, বেরি বেরি রোগে পা গুলি ফুলিয়া থাকে এবং শ্বাসপ্রশ্বাসক্রিয়া অত্যন্ত কষ্টের সহিত নির্ব্বাহ হইয়া থাকে; ক্রমাগত সুরা পানে আসক্ত হইলে এবং এনকাইলোষ্টোমা পেটের মধ্যে থাকিলে, ঐরূপ লক্ষণ দেখা যাইতে পারে। বেরি বেরি রোগের খাদ্যের সহিত বিশেষ সম্বন্ধ আছে। চাল খুব ভাল পালিশ করিয়া লইলে বা আটা ভাল কলের দ্বারা পিশিয়া লইলে, উহাদের মধ্য হইতে শরীরের বিশেষ প্রয়োজনীয় কতক অংশ নির্গত হইয়া যায়। ঐ অংশ গুলি খাদ্যের সহিত বর্ত্তমান থাকা বিশেষ প্রয়োজনীয় এবং উহাদের অভাবে শরীরের পরিপোষণের আবশ্যকীয় কতকগুলি অংশ কম পড়িয়া থাকে এবং উহার অভাবে ঐ রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে। এই খাদ্যের প্রয়োজনীয় অংশের অভাবে যে বেরি বেরি রোগ উৎপন্ন

হইয়া থাকে, ইহা কেবল একটী কারণ মাত্র। ইহা ছাড়া আরও কতক গুলি কারণ আছে।

১। বেরি বেরি রোগীর রক্ত বা ফোলা স্থানের জল বাহির করিয়া পরীক্ষা করাতে কোন কারণ নির্দ্দেশ করা যাই না; মল মূত্র পরীক্ষা করিয়া কিছু ঠিক করা যায় না।

২। জাহাজে যে সব বেরি বেরি রোগ দেখিতে পাওয়া যায় তাহার সহিত এই বেরি বেরি রোগের সাদৃশ আছে।

৩। এই রোগ সংক্রামক নহে।

৪। ইহা শরীর পরিপোষণ সম্বন্ধীয় রোগ এবং খাদ্যের কতক অংশ অভাবে উহা হইয়া থাকে।

৫। মাড়োয়ারিরা কলিকাতা সহরের মধ্যে থাকিয়াও বেরি বেরি রোগে আক্রান্ত হন নাই; তাঁহাদের খাদ্য পরীক্ষা করিয়া দেখা গিয়াছিল যে, উহাতে, বাঙ্গালীরা যে খাদ্য খাইয়া থাকেন, তাহার চেয়ে ফস্ফরাসের মাত্রা বেশী আছে। উহাঁরা বাঙ্গালীদের চেয়ে কম পরিমাণে ভাত খাইয়া থাকেন, কিন্তু যবাক্ষারজান মূলক খাদ্য বেশী পরিমাণে খাইয়া থাকেন। কিন্তু বাঙ্গালী দের প্রধান খাদ্য ভাত; এবং তাঁহাদের মধ্যে বেরি বেরি রোগ খুব বেশী পরিমাণে দেখা গিয়াছিল এবং মাড়োয়ারিদের মধ্যে এক বারে ছিলনা বলিলেও চলে।

সাহেবদের মধ্যে যাঁহারা মিশ্রিত খাদ্য খাইয়া থাকেন এবং বেশী পরিমাণে ভাত খান না, তাঁহারাও ঐ রোগের দ্বারা আক্রান্ত হন নাই।

৬। রাসায়ণিক বিশ্লেষণ করিয়া দেখা গিয়াছে যে, কলিকাতার এবং নিকটবর্ত্তী স্থানে বাষ্পীয় এবং অন্যান্য জাঁতার দ্বারা চাল এবং আটা যে রূপে পালিশ করা হয়, উহার দ্বারা চাল এবং আটা হইতে অনেক-গুলি আবশ্যকীয় অংশ অপসারিত হইয়া যায়।

৭। বেরি বেরি রোগাক্রান্ত রোগীরা যে চাল এবং আটা খাইত, উহা পরীক্ষা করিয়া দেখা গিয়াছে যে, উহাতে ফস্ফরসের অংশ কমিয়া গিয়াছিল। এবং উহা জাঁতাতে পালিশ করিবার সময় অপসারিত হইয়াছিল।

৮। পায়রাদের ঐরূপ মিলের পালিশ করা চাল সিদ্ধ করিয়া এবং অসিদ্ধ ভাবে দেওয়া হইয়াছিল। তাহার ফলে ঐ পায়রা গুলির ওজন ক্রমশঃ কম হইয়া গিয়াছিল এবং তাহাদের "পলি নিউরাইটীস" হইয়াছিল। ঐ চাল পরীক্ষা করিয়া দেখা গিয়াছিল যে উহাতে ফস্ফরসের অংশ অত্যন্ত কম আছে।

৯। আর কতক গুলি পায়রাকে গম এবং ডাল মিশ্রিত করিয়া খাইতে দেওয়া হইয়াছিল; এই পায়রা গুলির ওজন, কম না হইয়া, বৃদ্ধি হইয়াছিল; ইহাদের খাদ্য পরীক্ষা করিয়া দেখা গিয়াছিল যে উহাতে ফস্ফরসের অংশ, পূর্ব্বে পায়রাদের যে চাল খাইতে দেওয়া হইয়াছিল, তদপেক্ষা দ্বিগুণ বর্ত্তমান আছে।

১০। কলিকাতা এবং বাঙ্গালাতে যে দুই বার ভয়ানক ভাবে বেরি বেরি রোগ দেখা দিয়াছিল—একবার ১৮৭৭-৭৮-৭৯

সালে, এবং আর একবার ১৯০৭—৮—৯ সালে, এই দুই বারেই দেখা গিয়াছিল যে চালের দর অনেক দিন ধরিয়া আক্রা ছিল; এবং চালের দর কমিবার সঙ্গে সঙ্গে ঐ রোগ ও কমিয়া গিয়াছিল।

বেরি বেরি রোগের প্রধান লক্ষণ।

কলিকাতায় চিনাদের মধ্যে যে বেরি বেরি দেখিতে পাওয়া যায়, উহা হইতে এই বেরি বেরি বা "এপিডেমিক ড্রপসি" অনেক পৃথক। জাহাজে যে বেরি বেরি দেখিতে পাওয়া যায়, অর্থাৎ যাহাকে "শিপ্-বেরি বেরি কহে, উহার সহিত এই এপিডেমিক ড্রপ্সির অনেক সাদৃশ্য আছে। এই "শিপ্ বেরি বেরিতে" নিম্নলিখিত লক্ষণ গুলি দেখিতে পাওয়া যায়। দুর্ব্বলতা এবং পায়ে বিশেষ রূপ শোথ—ইহার প্রধান লক্ষণ। ঐ শোথ শরীরের অন্যান্য স্থানে প্রসারিত হইতে পারে। ইহা ছাড়া শ্বাস কষ্ট এবং হৃৎপিণ্ড দুর্ব্বলতার আনুষঙ্গিক লক্ষণ গুলি বর্ত্তমান থাকে এবং হৃৎপিণ্ডের কার্য্য বন্ধ হইয়া হঠাৎ মৃত্যু ঘটিয়া থাকে। কিন্তু নরওয়ে এবং হোমবার্গ "শিপ্ বেরি বেরি" কমিটী দেখাইয়াছেন যে, হাত পায়ের "নিউরাইটিস্" খুব কম ক্ষেত্রে বর্ত্তমান ছিল। তাঁহারা বেরি বেরি আক্রান্ত ৫৭ খানি জাহাজ পরীক্ষা করিয়া দেখিয়াছিলেন, উহাদের মধ্যে যে সমস্ত লোক বেরি বেরি রোগ দ্বারা আক্রান্ত হইয়াছিল, তাহাদের মধ্যে কেবল মাত্র চারি জন লোকের "নিউরাইটীস্" বর্ত্তমান ছিল। ঐ সমস্ত জাহাজের বেরি বেরি আক্রান্ত লোক গুলি—যাহাদের বেশীর ভাগ ক্ষেত্রে কেবল হস্ত পদাদির এবং শরীরের শোথ বর্ত্তমান ছিল—আহারের পরিবর্ত্তন করাতে ঐ রোগ হইতে মুক্ত হইয়া শীঘ্রই আরোগ্য লাভ করিয়াছিল। মুনরো সাহেব ১৯০৭ সালে দারজিলিং জেলাতে "এপিডেমিক্ ড্রপ্সি"র বিষয় অনুসন্ধান করিয়া বলিয়াছেন যে, শরীর পরিপোষণের জন্য যে খাদ্য আবশ্যক, তাহার কোন কোন উপাদানের অভাব হইলে, বেরি বেরি রোগ হইতে পারে। যেমন "শিপ্ বেরি বেরিতে" কেহ কেহ বলেন যে, নিউরাইটিস বর্ত্তমান থাকে না, আবার কেহ কেহ বলেন যে নিউরাইটিস উহার একটী আনুষঙ্গিক লক্ষণ, সেইরূপ, কলিকাতার এপিডেমিক ড্রপ্সিতেও নিউরাইটিস সম্বন্ধে মতভেদ আছে। কেহ কেহ বলেন নিউরাইটিস এপিডেমিক ড্রপ্সির লক্ষণ নহে; আবার কেহ কেহ বলেন—উহা একটী বিশেষ লক্ষণ। ডাক্তার ম্যেগো সাহেব কলিকাতা জেনারেল হাঁসপাতালে অনেক গুলি এপিডেমিক ড্রপ্সি রোগাক্রান্ত ইউরেসিয়ান এবং গরিব ইউরোপিয়ান কে বিশেষ রূপ পরীক্ষা করিয়া দেখিয়া স্থির করিয়াছেন যে, নিউরাইটিস ঐ রোগের একটী বিশেষ লক্ষণ। তিনি বলেন যে এই এপিডেমিক ড্রপসির সহিত, কলিকাতায় চিনাদের মধ্যে যে বেরি বেরি হইয়া থাকে, উহার অনেক পার্থক্য আছে। তত্রাচ তাহার মতে এই পীড়ার মধ্যে বিশেষ কিছু পার্থক্য নাই। ভারতবর্ষে যাঁহারা এপিডেমিক ড্রপসির বিষয় অনুসন্ধান করিয়াছেন, তাঁহারা সকলেই এক মতে বলেন, আহারের পরিবর্ত্তন করিলে ঐ রোগ আরাম হইয়া

যায়। নীল কেমবেল সাহেব, এপিডেমিক ড্রপসির চিকিৎসা সম্বন্ধে বলেন যে, প্রথমেই রোগীকে সম্পূর্ণরূপে বিশ্রাম করিতে দিবে, তাহাকে কোনরূপ পরিশ্রমের কার্য্য করিতে দিও না, পিঠে ঠেশ দিয়া বা হেলান দিয়া যতক্ষণ পারে শুইতে দিও এবং তাহার পর তাহাকে পুষ্টিকর এবং ভাল খাদ্য খাইতে দিবে। ম্যেগো সাহেব বলেন যে, রোগীদের ভাত বন্ধ করিয়া দিয়া অন্য রূপ খাদ্য যথেষ্ট পরিমাণে দিলে উহারা শীঘ্র আরোগ্য লাভ করিয়া থাকে। ইহা দ্বারা বোধ হয় যে, খাদ্যের অভাবের সহিত ঐ রোগের বিশেষ সম্বন্ধ আছে। হর্ষ্ট এবং নচ সাহেব "শিপ্ বেরি বেরির" বিবরণ দিবার সময় ঐ অভিমত প্রকাশ করিয়াছেন যে,উপযুক্তরূপ খাদ্যের অভাবে ঐ রোগ হইয়া থাকে। নচ্ সাহেব আরও বলেন যে, জাহাজের বেরি বেরি এক প্রকার খাদ্য সম্বন্ধীয় রোগ এবং ইহার সহিত স্কার্ভি রোগের এই বিষয়ে অনেক সাদৃশ্য আছে। কলিকাতায় যে এপিডেমিক ড্রপসি হইয়াছিল তাহার মধ্যে কতকগুলি ক্ষেত্রে কতকগুলি রোগীর দাতের মাড়ী কোমল হইয়া উহা হইতে অত্যন্ত রক্তস্রাব হইয়াছিল; আবার কতকগুলি রোগীর অন্ত্রমধ্য হইতেও রক্ত স্রাব হইয়াছিল।

এপিডেমিক ড্রপ্সি আক্রান্ত রোগীদের মধ্যে যাহাদের দাঁতের মাড়ী এবং অন্ত্র হইতে রক্ত স্রাব হইয়াছিল নিম্নে তাহার তালিকা দেওয়া গেল :—

যত গুলি রোগী পরীক্ষা করা হইয়াছিল তাহার সংখ্যা।				দাঁতের মাড়ি এবং অন্ত্র হইতে রক্তস্রাব হওয়া রোগীর সংখ্যা।			
প্রাপ্ত বয়স্ক		বালক		প্রাপ্ত বয়স্ক		বালক	
পুরুষ	স্ত্রী	পুরুষ	স্ত্রী	পুরুষ	স্ত্রী	পুরুষ	স্ত্রী
২৪৯	২৪১	২৩	১৫	২৭	১৮	৩	১

১৮২৬ সালে রেঙ্গুনে ওয়াডেল সাহেব স্কার্ভি রোগের বিবরণ দিবার সময় নিম্ন লিখিত লক্ষণ গুলি উল্লেখ করিয়াছেন :—সমস্ত খারাপ "স্কার্ভি" রোগেই পা গুলিতে শোথ হইয়াছিল, ছাতিতে জল জমিয়াছিল এবং রোগীগুলি অবশেষে মৃত্যু মুখে পতিত হইয়াছিল। আবার অনেক ক্ষেত্রে পেটের অসুখ হইয়াছিল এবং পায়ে শোথ হইয়াছিল। নবমেন চেভার্স সাহেব ১৮৭৭—৭৮-৭৯ সালে কলিকাতায় যে বেরি বেরি রোগ হইয়াছিল, তৎসম্বন্ধে মন্তব্য প্রকাশ করিয়াছিলেন যে, অনেকগুলি বেরি বেরি কেসে স্কারভির লক্ষণ দেখিতে পাওয়া গিয়াছিল; এবং তাহা দ্বারা বেরি বেরিকে এক

প্রকার স্কার্বভি রোগ বলা যাইতে পারে। মোরহেড সাহেব বলেন যে, যে সব রোগীর স্কারভি রোগ হইবার সম্ভাবনা থাকে, এবং যাহারা পরে ঠাণ্ডায়, কিম্বা গরম অথচ সিক্ত বাতাসে, অথবা শিশির কিম্বা তুষার দ্বারা আবৃত ভূমিতে দিন যাপন করে, এই প্রকার লোকের বেরি বেরি রোগ হইয়া থাকে। ইহার দ্বারা দেখা যাইতেছি যে, স্কারভির সহিত বেরি বেরি রোগের সম্বন্ধ আছে। চেম্বার্স সাহেব বেরি বেরি বা এপিডেমিক ড্রপ্‌সি সম্বন্ধে নিম্ন লিখিত বিবরণ দিয়াছেন। তিনি বলেন যে বহু দিন অনাহার প্রযুক্ত শরীরের পরিপোষণ না হওয়াতে এপিডেমিক ড্রপসি রোগ উৎপন্ন হয়। তিনি বলেন যে—সাহেবদের মধ্যে বা বাঙ্গালী ভদ্রলোকদের মধ্যে,—যাঁহারা ভালরূপ খাইয়া থাকেন, এই বেরি বেরি রোগ দেখা যায় না। কিন্তু পুরাতন স্কুলের গোঁড়া হিন্দুরা, যাঁহারা খুব অল্প মাত্রায় নাইট্রোজেনাস খাদ্য খাইয়া থাকেন এবং যাঁহারা খাদ্য অতি সামান্য পরিমাণে খাইয়া থাকেন—ঐ রোগে আক্রান্ত হইয়া মৃত্যু মুখে পতিত হন। তিনি প্রত্যহ অনেক রোগীকে অর্দ্ধভুক্ত এবং জীর্ণ শীর্ণ দেখিয়া বলিয়াছেন যে, উহাদের রোগের কারণ অনাহার প্রযুক্ত শরীরের অপরিপুষ্টতা, শরীরের রক্ত হীনতা, দুর্ব্বলতা, এবং তাহার সঙ্গে সঙ্গে জ্বর এবং আমাশয় আসিয়া উপস্থিত হয়; সুতরাং আর বাকি কি রহিল। এই সব রোগীর চিকিৎসা—ভাল উপযুক্ত এবং পুষ্টি কারক খাদ্য। ঐ রূপ রোগীদের শেষ লক্ষণ পায়ে শোথ, শ্বাস কষ্ট, এবং হৃৎপিণ্ডের কার্য্য রহিত হইয়া মৃত্যু। এই সমস্ত লক্ষণ একত্রিত করিলে, এপিডেমিক ড্রপসি রোগের লক্ষণের সহিত মিল হইয়া থাকে। ইহার দ্বারা দেখা যাইতেছে যে, অনাহার প্রযুক্ত শরীরের পরিপোষণ না হওয়াতে বেরি বেরি রোগ হইয়া থাকে। ম্যাক লিওড সাহেব, কলিকাতায় ১৮৭৭-৭৮-৭৯ সালের এপিডেমিক ড্রপসি সম্বন্ধে যে বিবরণ দিয়াছেন তাহাতে বলিয়াছেন যে, ঐ সময়ে মাদ্রাজে দুর্ভিক্ষ হওয়াতে, সমস্ত বাঙ্গালা এবং আসাম হইতে চাল রপ্তানি হওয়াতে, চালের দর এই দুই প্রদেশে আক্রা হইয়া গিয়াছিল; এমন কি চালের দর পূর্ব্বের চেয়ে দ্বিগুণ হইয়াছিল। সুতরাং গরীব লোকেরা পেট ভরিয়া খাইতে পায় নাই; ইহা ছাড়া দুর্ভিক্ষ পীড়িত স্থান হইতে কলিকাতায় অনেক গুলি অনাহারে অর্দ্ধমৃত লোকের আমদানী হইয়াছিল। এই সময় কলিকাতায় অনেক লোকের স্বাস্থ্য খারাপ হইয়াছিল এবং অনেক গুলি স্কার্ভি রোগাক্রান্ত হইয়াছিল। পূর্ব্বে পূর্ব্বে যে এপিডেমিক ড্রপসি রোগ দেখা দিয়াছিল সেই সময়েও দুর্ভিক্ষ হইয়াছিল এবং স্কার্ভি রোগ ও হইয়াছিল।

(ক্রমশঃ)

প্রসবের পূর্ব্বে রক্তস্রাব ও চিকিৎসা।

(Anti-partum Hæmorrhage and treatment)

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার উমেশচন্দ্র ভাদুড়ী।

প্রসবের পূর্ব্বে রক্তস্রাবের চিকিৎসার্থ, চিকিৎসা ব্যবসায়ীগণ প্রায়ই আহুত হন, সুতরাং কিছু বলা অসঙ্গত হইবে না ভরসায়, লণ্ডন হাঁসপাতালের অবষ্টেট্রিক ফিজিসিয়ান (Obstetric physician) শ্রীযুত হারমেন (G. E. Harmen) মহোদয় বলিঙ্গব্রোক হাঁসপাতালে যে বক্তৃতা করিয়াছিলেন, তাহার অনুবাদ লিখা হইল;—

কেবল গর্ভাবস্থায় যে রক্ত স্রাব হয় সেই সম্বন্ধেই আলোচনা করা হইবে; গর্ভাবস্থা ভিন্ন অন্যসময়ে স্ত্রীগণের যে রক্ত স্রাব হয় তদসম্বন্ধে কিছু বলা হইবে না।

গর্ভাবস্থায় রক্তস্রাব, প্লেসেণ্টার অবস্থিতি অনুসারে হয়। প্লেসেণ্টা হইতে রক্তপাত হয় না। জরায়ুর যে স্থানে, প্লেসেণ্টা সংলগ্ন থাকে, সেই প্লেসেণ্টা সংলগ্ন জরায়ু হইতে রক্তস্রাব হয়।

সকলেই জানেন এই রক্তস্রাব প্রথমতঃ দুই ভাগে বিভক্ত;—

আকস্মিক (accidental) ও অপরিহার্য্য বা প্লেসেণ্টা-প্রিভিয়া (Placenta-praevia) গত ১৭৭৬ খৃষ্টাব্দে বড় রিগবী (Elder Rigby) যে পুস্তক প্রকাশ করেন, তাহাতে তিনি উপরোক্ত দুই নামে অবিহিত করিয়াছেন।

আকস্মিক রক্তস্রাবকে আবার দুইভাগে বিভক্ত করিতে হইবে;—

গুপ্ত বা আভ্যন্তরিক আকস্মিক রক্তস্রাব (Concealed or internal accidental haemorrhage) ও বাহ্যিক বা প্রকাশ্য আকস্মিক রক্তস্রাব (external or revealed accidental haemorrhage).

অপরিহার্য্য ও আকস্মিক রক্তস্রাবে প্রধান পার্থক্য এই যে,—অপরিহার্য্য বা প্লেসেণ্টা—প্রিভিয়া রক্তস্রাবে, যত অল্প পরিমাণেই, রক্তস্রাব হউক না কেন, প্রসবেরর পূর্ব্বে যে প্রভূত পরিমাণে রক্তস্রাব হইবে, তাহা নিশ্চিত। কিন্তু আকস্মিক রক্ত স্রাবে তাহা হয় না। যখন প্লেসেণ্টা প্রিভিয়া ব্যতীত, জরায়ু হইতে প্লেসেণ্টার কোন অংশ (সামান্যই হউক অথবা অধিক পরিমানেই হউক) পৃথক হইয়া পড়ে ও তজ্জনিত রক্ত-স্রাব বলা হয়। কারণ এই ঘটনা প্রসবের পূর্ব্বলক্ষণ পরিচায়ক নহে। কিন্তু এমন কোন ঘটনা হয়, যাহার কারণ এখনও নির্দ্দেশ করিতে পারা যায় নাই, এবং সেই জন্য পূর্ব্বে কোন সতর্কতা লইবার উপায়ও নাই।

অধিক সংখ্যক রুগিণীতেই, প্লেসেণ্টার একধারে প্লেসেণ্টার অতি অল্প অংশ জরায়ু হইতে পৃথক হইয়া পড়ে। জরায়ু ও প্লেসেণ্টার মধ্যবর্ত্তী ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র রক্তাবহানালী গুলির কথকগুলি (অল্প সংখ্যা) ছিঁড়িয়া যায়। এইজন্য রক্তস্রাব সামান্যই হয় ও

জরায়ুর সঙ্কোচনে ও রক্ত চাপ বাঁধিয়া যাওয়ার দরুন সহজেই রক্তস্রাব বন্ধ হয়। এই রক্তস্রাব জনিত কোন বিপদ বা ভয় আছে কিনা, বলা কঠিন। কারণ কোন রুগিণী সামান্য রক্তস্রাব দর্শনেই নিতান্ত ভীতা হইয়া পড়েন ও চিকিৎসককে ডাকিয়া পাঠান। আবার অনেক রুগিণী আছেন যাঁহারা অতিরিক্ত রক্তস্রাবেও কিছুমাত্র ভীতা হন না।

রক্তস্রাবের লঘু গুরু অপেক্ষা আভ্যন্তরিক বা গুপ্ত আকস্মিক রক্তস্রাব ও বাহ্যিক বা প্রকাশ্য আকস্মিক রক্তস্রাব দ্বারা বিপদের লঘুত্ব বা গুরুত্ব নির্দ্দেশ করিতে হইবে।

বাহ্যিক বা প্রকাশ্য আকস্মিক রক্তস্রাবে প্লেসেণ্টার ধারের রক্তবহানলী ছিঁড়িয়া রক্তস্রাব হয়। রক্ত, কোরিয়ান (chorion) কে ডেসিডুয়া (Decedua) হইতে পৃথক করিয়া ধীরে ধীরে জরায়ু মুখে আসিয়া ক্রমে বাহির হইয়া পড়ে। এই গতি সম্বন্ধে নিশ্চয়রূপে কিছু বলা যায় না। যদি স্রাব অল্প মাত্রায় অথবা অতি ধীরে হয়, তাহা হইলে রক্ত জমাট বাঁধিবার অবসর পায় ও স্রাব, যাহা রুগিণী রক্ত বলিয়া অনুমান করেন (বাস্তবিক রক্ত নহে, সিরাস্ ফ্লুইড (Serous Fluid মাত্র।) বাহিরে আইসে না। আভ্যন্তরিক বা গুপ্ত আকস্মিক রক্তস্রাবের গুরুত্ব যে বাহ্যিক বা প্রকাশ্য আকস্মিক রক্তস্রাব অপেক্ষা অধিক, তাহা অনেকেই চিন্তা করেন না। আভ্যন্তরিক বা গুপ্ত আকস্মিক রক্তস্রাব বড় সাঙ্ঘাতিক। তবে এই ঘটনা শতকরা একজনের মধ্যেও দেখিতে পাওয়া যায় না।

আভ্যন্তরিক বা গুপ্ত আকস্মিক রক্তস্রাব, জরায়ু ও প্লেসেণ্টার মধ্যবর্ত্তী রক্তবহানলী ছিঁড়িয়া রক্ত, জরায়ু ও প্লেসেণ্টার মধ্যস্থলেই জমিতে থাকে। এই রক্তের চাপে জরায়ু প্রাচীর ক্রমশঃ শক্ত ও দৃঢ় হইয়া যায় ও জরায়ু স্ফীত হইয়া উঠে। জরায়ু, ধীরে ধীরে বৃদ্ধি হওয়া সহ্য করিতে পারে কিন্তু হঠাৎ বৃদ্ধি সহ্য করিতে পারে না। জরায়ু ও প্লেসেণ্টার মধ্যে রক্তস্রাবজনিত জরায়ুর আয়তন হঠাৎ বৃদ্ধি পাওয়ায় রুগিণী গুরুতর যাতনানুভব করেন। অনেক সময় এই রক্ত প্রসব না হওয়া পর্য্যন্ত এই ভাবেই থাকে। কিন্তু অনেক সময়েই প্রথমতঃ যে রক্তস্রাব আভ্যন্তরিক ছিল, শেষ পর্য্যন্ত তাহা থাকে না। কারণ রক্তের চাপে জরায়ু প্রাচীর প্লেসেণ্টা হইতে পৃথক হইয়া যায় ও রক্ত বাহিরে আসিয়া পড়ে। জরায়ু প্রাচীর, রক্তের চাপে দুর্ব্বল হইয়া পড়ে, সঙ্কোচন শক্তির হ্রাস জন্মায় ও সেইজন্য প্রসবের পর (Post-partum) রক্তস্রাব সাঙ্ঘাতিকরূপে বেশী হইয়া থাকে। নূতন প্রণালী প্রবর্ত্তন করাপেক্ষা পুরাতন অব্যবহার্য্য ও যাহা প্রায় স্মৃতির বিলোপ হইয়াছে, সেই প্রণালী প্রচলন করিতে খুব সাহস ও মৌলিকতা আবশ্যক। সার উইলিয়াম স্মাইলি (Sir W. Smyly) আকস্মিক রক্তস্রাবে যোনি ছিদ্র, ছিপি বন্ধ করিবার (Plugging) প্রণালী পুনরুজ্জীবিত করিয়া অত্যন্ত সাহসিকতা ও মৌলিকতার পরিচয় দিয়াছেন। তাঁহার এই সাহসিকতার প্রসংশা করিয়া, ও তিনি সুদীর্ঘ কাল প্রসংশিত বিদ্যালয়ে অধ্যক্ষতা করিয়া যে জ্ঞান ও বহুদর্শিতালাভ করিয়াছেন, ও

তাঁহার পরবর্ত্তী অধ্যক্ষগণ তাঁহার পশ্চাদানুসরণ করিয়াছেন জানিয়াও তাঁহার সহিত একমত হইতে পারা যাইতেছে না।

তদ্বিপরীতে বলিতে হইতেছে যে, আকস্মিক রক্তস্রাবে ছিপি দ্বারা রক্ত বন্ধ করিবার প্রথা (ক) এই কল্পনাই দোষাবহ (খ) এই অনুষ্ঠানে কোনফল পাওয়া যায় না (গ) এই ব্যবহারে রুগিণী অসহনীয় যাতনানুভব করেন। এই তিন কারণে এই কদর্য্য অনুষ্ঠান সর্ব্বথা পরিত্যজ্য।

(ক) যোনী-নালী, শক্ত ও দৃঢ় অনুমানে, ছিপি দ্বারা উত্তমরূপে আবদ্ধ করিতে পারিলে রক্ত, ছিপির ভিতরেই থাকিবে, আর বাহিরে আসিতে না পারা হেতু রক্তবহা নালীর উপর চাপ পড়িয়া রক্তস্রাব বন্ধ হইবে। এই কল্পনাই ভ্রমাত্মক। কারণ যোনী-ছিদ্র শক্ত বা দৃঢ় নহে। ইহা একটী প্রসার্য্য (Dilatable) নালী। যোনী ছিদ্র, যত উত্তমরূপেই বন্ধ করা হউক না কেন, যোনী কিছুক্ষণ পরে প্রসারিত হইয়া তন্মধ্যস্থ ছিপিটী আল্‌গা হইয়া সঞ্চালিত হইতে থাকে ও রক্ত বাহিরে আসিয়া পড়ে। আর যদি সত্যসত্যই যোনী-ছিদ্র দীর্ঘ সময়ের জন্য এরূপ ভাবে বন্ধ করা যাইতে পারে যে, রক্ত কোন মতে বাহিরে আসিতে পারিবে না তাহা হইলে এইটীও রুগিনীর পক্ষে শুভকর নহে। কারণ এটী আভ্যন্তরিক বা গুপ্ত— আকস্মিক রক্তস্রাবে পরিণত হইবে, যাহা রক্ত বাহিরে আইসাপেক্ষা ভয়প্রদ। কারণ আভ্যন্তরিক বা গুপ্ত রক্তস্রাবে জরায়ু হঠাৎ বৃদ্ধিপ্রাপ্ত হয় ও রুগিণী যাতনানুভব করে ও সহসা অবসাদ (collapse) আসিতে পারে ও জরায়ু মাংসপেশীর ক্ষণিক অসাড়তা (post partum Paralysis) কষ্ট হয়।

আভ্যন্তরিক রক্তস্রাবের ঘটনা অতি বিরল। প্রিন্সেস চারলট অব ওয়েল্‌স্ (Princess Charlott of Wales), আভ্যন্তরিক বা গুপ্ত আকস্মিক রক্তস্রাবে মারা যাওয়ায়,,—ফ্রেঞ্চ একাডেমি অব মেডিসিন্ (French academy of medicine) বিগত ১৮১৮ খৃষ্টাব্দে, এই সম্বন্ধে সর্ব্বোৎকৃষ্ট প্রবন্ধ লেখককে পুরস্কার দিবেন বলিয়া ঘোষণা করেন। ব্যাণ্ডেলোট (Bandelotte) পুরস্কার প্রাপ্ত হন এবং শ্রীযুক্তা বইভিন (Madam Boivin) রৌপ্য নির্ম্মিত পদক প্রাপ্ত হন।

এই মহিলা অন্য বিস্তর ৪২০০০ প্রসব করাইয়াছেন; তিনি কখন আভ্যন্তরিক বা গুপ্ত আকস্মিক রক্তস্রাব দেখেন নাই। এবং এরূপ হইতে পারে বলিয়া কখন বিশ্বাস করেন না। তাঁহার যুক্তি এই যে, "গর্ভাবস্থার কোন কালে, জরায়ু, গর্ভ উপাদানে পূর্ণ থাকা দরুণ অধিক রক্ত জরায়ু মধ্যে সঞ্চিত হইতে পারে না ও তজ্জন্য রুগিনীর মৃত্যু হইতে পারে না। এইজন্য আভ্যন্তরিক বা গুপ্ত আকস্মিক রক্তস্রাব অপেক্ষা কম অনিষ্টকারক।" (আভ্যন্তরিক রক্তস্রাবে জরায়ু বিবৃদ্ধি দরুণ জরায়ু সঙ্কোচন ক্রিয়া হওয়া নিশ্চিত। এইজন্য ব্যাধিই ব্যাধি নাশক।) এই মহিলার সমসাময়িক বহু চিকিৎসকগণ আভ্যন্তরিক রক্তস্রাব লক্ষ্য করিয়াছেন সুতরাং এই মহিলার উক্তিকে নিঃসন্দেহে ভ্রমপূর্ণ বলা যাইতে পারে। তবে তিনি বলেন যে "রক্ত জরায়ু মধ্যে সঞ্চিত

থাকিতে পারে না।" তাহা ঠিক। কারণ প্রায়শঃই রক্ত বাহিরে আসিয়া পড়ে।

আর "রুগিণী প্রসবের পূর্ব্বে মারা যায় না।" তাহাও ঠিক। কারণ জরায়ু প্রাচীরে চাপ পড়ার দরুণ জরায়ুর ক্ষণিক অসাড়তা জন্মে ও জরায়ুর সঙ্কোচন শক্তির হ্রাস হয় জন্য প্রসবের পর গুরুতর রক্তস্রাব হইয়া রুগিনী মারা যায়।

ম্যাডাম বুইভিনের ভ্রমাত্মক যুক্তির শেষ কথা "তবে কি জরায়ু ঘটিত রক্তস্রাবে ট্যাম্পন (Tampon=রক্তবন্ধ করার জন্য শরীরস্থ কোন গহ্বরে যে ছিপি ভিতরে দেওয়া যায়।) ব্যবহার উঠাইয়া দিতে হইবে? তাঁহার ধারণা রক্তবহা নালীর উপর চাপ দিলে যেমন রক্তস্রাব বন্ধ হয়, জরায়ু ও প্লেসেণ্টার মধ্যবর্ত্তী রক্ত ও তেমনি যোনী মধ্যস্থ ট্যাম্পন আবদ্ধ করিয়া রাখে। ম্যাডাম বুইভিনের যুক্তি এখনও চলিত আছে। বর্ত্তমান মাষ্টার অব্ রোটেণ্ডা (Master of Rotunda) ডাক্তার জেলেট (Dr. Jellete) বলেন "প্লাসেণ্টার পশ্চাদ্দিগ হইতে যে রক্ত বাহিরে আইসে, সেই রক্ত যদি বন্ধ করা যায় তাহা হইলে জরায়ুর ভিতরের চাপ, রক্তবহা নালীর উপর সমান চাপ দিয়া রক্তস্রাব বন্ধ করে।" এই যুক্তিমূলেই উক্ত মহিলা আভ্যন্তরিক রক্তস্রাব বিশ্বাস করেন না।

নাক হইতে রক্তস্রাব কালে ছিপি দ্বারা রক্তস্রাব বন্ধ করিবার চেষ্টা ও গর্ভাবস্থায় রক্তস্রাব যোনীছিদ্র ছিপি দ্বারা বন্ধ করিবার চেষ্টা একই যুক্তি। নাসারন্ধ্রের প্রাচীর দৃঢ় থাকা দরুণ, নাসারন্ধ্র প্রসারিত হইবার কোন আশঙ্কা না থাকায় নাসারন্ধ্র একেবারে উত্তমরূপে বন্ধ করা যাইতে পারে। কিন্তু যোনী ছিদ্র দীর্ঘ সময়ের জন্য বন্ধ করিবার কোন উপায় নাই।

যাহা হউক যোনী ছিদ্র ছিপি দ্বারা বন্ধ করিবার একটী গুণ আছে; ছিপি, জরায়ু উত্তেজিত করিয়া সঙ্কোচন ক্রিয়া জন্মায়। আকস্মিক রক্তস্রাবে জরায়ু সঙ্কোচনই দরকার।

কিন্তু কেবল উপযোগী হইলেই চলিবে না, প্রকৃষ্ট প্রণালী কি, তাহা নির্ণয় করিতে হইবে। চাপ দ্বারা রক্তস্রাব বন্ধ করাই প্রাচীন প্রথা। বর্ত্তমানকালেও কৃতবিদ্য চিকিৎসক যদি উপযুক্ত যন্ত্রাদি না পান, অথবা পাইয়াও ব্যবহার করিবার উপায় ভালরূপে না জানেন, তবে চাপ দ্বারা রক্তস্রাব বন্ধ করিবার চেষ্টা করিয়া থাকেন। সুতরাং প্রাচীনকালে যোনী ছিপি দিয়া বন্ধ করিবার প্রণালী সর্ব্বোৎকৃষ্টরূপে ব্যবহৃত হইত সে সম্বন্ধে আশ্চর্য্যাম্বিত হইবার কোন কারণ নাই। ইজিনা (Aegina), পল (Paul) হইতে বরাবর সকল ধাত্রী বিদ্যা বিশারদগণই (স্ত্রী ও পুরুষ সমভাবে), আকস্মিক ও প্লেসেণ্টা প্রিভিয়া উভয় রক্তস্রাব বন্ধকরিতে তোয়ালে, রুমাল, তুলা, লিণ্ট, স্পঞ্জ প্রভৃতি কখন শুষ্ক বা কখন আর্দ্র অবস্থায় কখন বা তেল, মাখন, সির্কা প্রভৃতিতে ভিজাইয়া ছিপি দ্বারা যোনী ছিদ্র বন্ধ করিতেন। একথা স্মরণ রাখিবেন। ১৭৭৬ খ্রীষ্টাব্দে বড় রিগবি (Elder Rigby) লিখিত পুস্তক বাহির হইবার পূর্ব্বে আকস্মিক ও প্লাসেণ্টা প্রিভিয়া রক্তস্রাবের পার্থক্য সম্বন্ধে কাহারও বিশেষ জ্ঞান ছিল না।

১৮৩০ খ্রীষ্টাব্দে ওয়েলেনবার্গ(Wellenrg) হইতে যোনী নালীতে খালী (Empty) ব্যাগ রাখিয়া হাওয়া বাজল দ্বারা পূর্ণ করিবার প্রথা আরম্ভ হয়। তদবধি নানা রকম ব্যাগ ও ব্ল্যাডার ব্যবহার আরম্ভ হইয়াছে, কেহ ব্যাগ যোণীগহ্বরে দেন, কেহ জরায়ুর মুখে দেন। প্রসারণকারী যতগুলি ব্যাগ আছে তন্মধ্যে সর্ব্বশেষে স্যাম্পিটার ডি রাইবস্ (Champetier de Ribes) যে ব্যাগ বাহির করিয়াছেন তাহাই উৎকৃষ্ট এবং জরায়ুর মুখ প্রসারিত করিবার জন্যই ইহার সৃষ্টি হইয়াছে। এ সম্বন্ধে ইতঃপর বলা হইবে।

ট্যাম্পন Tampon—ছিপি দ্বারা কোন গর্ত্ত পূর্ণকরণ পক্ষপাতীগণের একজন বলেন সেই জরায়ুর ধমণীর পর চাপা দেওয়া হয়।

সংক্ষেপে, বক্তব্য এই যে গর্ভাবস্থায় আকস্মিক রক্তস্রাবে যোনিছিদ্র, ছিপি দ্বারা আবদ্ধ করার চিকিৎসা প্রণালী ভ্রমাত্মক। ভ্রম ;—

১ম। যোনি ছিদ্র উত্তমরূপে আবদ্ধ করা যাইতে পারে।

২য়। যোনি ছিদ্র মধ্যে রক্ত আবদ্ধ করিলে (যদি সম্যকরূপে সমর্থ হয়) রক্তস্রাব নিবারিত হইবে।

এই যুক্তির উপর নির্ভয় করিবার কোন প্রয়োজন নাই ; চিকিৎসার ফল দ্বারাই তুলনা করা যাইতে পার ?

চিকিৎসার ফল কি।

রোটাণ্ডার (Rotunda) কথাই প্রথম দেখা যাউক। সার উইলিয়ম স্মাইলি (Sir Willam Smyly) কর্ত্তৃক যোনি ছিদ্র, ছিপি দ্বারা আবদ্ধ করিবার প্রথা পুনরুজ্জীবিত করিবার পূর্ব্বে শতকরা ৯ জন মারা যাইত, তদপর ৪.৫ মারা যায়।

গেলাবিন (যাহার নিকট হইতে এই হিসাব লওয়া হইয়াছে) বলেন, ছিপি দ্বারা যোনি ছিদ্র বন্ধ করিবার প্রথা যে একটী সুচিকিৎসা, তাহা পরীক্ষিত হইয়াছে ; কিন্তু এই প্রথা অন্যান্য প্রথা অপেক্ষা সর্ব্বোৎকৃষ্ট প্রমাণ করা হয় নাই। ছিপি দ্বারা চিকিৎসা প্রণালীর বিবরণ দৃষ্টে বর্ত্তমান ফল পূর্ব্বতন ফল অপেক্ষা অতি সামান্যই ভাল বোধ হয়। কিন্তু বর্ত্তমান এণ্টিসেপ্টিক (antiseptic) প্রণালীর ফলের সহিত তুলনা করিলে কিছুই নয়। ডাক্তার গেলাবিনের (Dr. Galabin) মত বলা হইল কারণ তিনি অন্যত্র বলিয়াছেন যে, এই চিকিৎসা পদ্ধতিই সর্ব্বত্র পরিচালিত হইয়াছে। ছিপি দ্বারা বন্ধ করা প্রথার ফলের অনুন্নতি হেতুই বর্ত্তমান এণ্টিসেপ্টিক (antiseptic) সম্বন্ধে এত কড়াকড়ি ব্যবস্থা হইয়াছে।

রোটাণ্ডার (Rotunda) পূর্ব্বতন একজন মাষ্টার বলেন "সর্ব্বপ্রকার চিকিৎসা মধ্যে যোনীছিদ্র ছিপি দ্বারা বন্ধ করা চিকিৎসাতেই সর্ব্বোৎকৃষ্ট ফল পাওয়া যায়।" ইহা কি সত্য ? রোটাণ্ডার বর্ত্তমান মাষ্টার বলেন "আমাদের নিজ বহু দর্শিতার ফলে আমরা এই প্রথা সর্ব্বদা অনুমোদন করি। কারণ রোটেণ্ডা হাঁসপাতালে ভিন্ন ভিন্ন রকম কঠিন কঠিন রুগিনী অত্যধিক পরিমাণে আইসায় ভিন্ন ভিন্ন চিকিৎসাপ্রণালী মধ্যে কোনটী ভাল কোনটী মন্দ বিচার করিতে একমাত্র রোটাণ্ডার মাষ্টারই সমর্থ।"

অর্থাৎ রোটাণ্ডার মাষ্টারের মতই শেষ। ১৯১০ খৃষ্টাব্দে যে পুস্তক বাহির হইয়াছে তাহাতে লিখা হইয়াছে ৬ বৎসর পূর্ব্বে ৩৯টী রুগিনী আইসে, তন্মধ্যে ১৯টী গুরুতর। এই ১৯টীর মধ্যে ১টী মারা গিয়েছে। কিন্তু পুস্তকের শেষের তালিকা (statestic) দৃষ্টে দেখা যায় ২ জন মারা গিয়াছে। প্লেসেণ্টা ঘটিত রক্তস্রাবে, জরায়ুর সঙ্কোচন দ্বারা ধমনীর উপর চাপ পড়িয়া আপনা হইতে রক্তস্রাব বন্ধ হইয়া থাকে। এইজন্য সর্ব্বাগ্রে জরায়ুর সঙ্কোচন আবশ্যক। জরায়ুর শূন্য (Empty) না হইলে সঙ্কোচন ভালরূপে হইতে পারে না।

আবরক ঝিল্লী (membranes) ছিঁড়িয়া দিয়া জরায়ুর প্রাচীরের কাঠিন্য ও জরায়ুব অভ্যন্তরস্থ পদার্থের পরিমাণ লঘু করা যাইতে পারে। যদিও ঠিক কোন স্থান হইতে রক্তস্রাব হইতেছে নির্দ্দেশ করিতে পারা যায় না (অনুমানেই কাজ করিতে হয়) তথাপি উদর প্রাচীরে দৃঢ় বন্ধন (binder) দ্বারা রক্ত স্রাব স্থানে চাপ দেওয়া যাইতে পারে। দৃঢ় বন্ধনে কোন অপকার হইবার আশঙ্কা নাই বরং উপকার হইলেও হইতে পারে। যদি নিশ্চিতরূপে জানিতে পারা যায় যে, প্রসবের, অস্থি ঘটিত কোন বাধা নাই, ভ্রূণটী ক্ষুদ্র, তবে জরায়ুর সঙ্কোচন ক্রিয়া বৃদ্ধির জন্য আর্গট দেওয়া যাইতে পারে। এই সমস্ত রুগিণী অধিক সংখ্যক সন্তান জননী (Multipara) কাজেই পূর্ব্বে প্রসবের বৃত্তান্ত সহজেই জানিতে পারা যায়। যে সকলস্থানে জরায়ু-প্রাচীরের কাঠিন্যহেতু জরায়ুর সঙ্কোচন ক্রিয়ার ক্ষমতা হ্রাস হইয়া গিয়াছে, সেই সব স্থানে আর্গটে ফল হয় না। কিন্তু এই সকল স্থানে যেমন ভাল করিবার কোন ক্ষমতা নাই সেইরূপ ক্ষতি করিবার ও কোন আশঙ্কা নাই; আর্গট নিঃসংশয়ে ব্যবহার করা যায়।

১৬৮৮ খৃষ্টাব্দে মরিসো (Mauriceau) গর্ভাবস্থার রক্তস্রাবে প্রসবের পূর্ব্বে আবরক ঝিল্লী ছিঁড়িয়া দিয়া রক্তস্রাব বন্ধ করা চিকিৎসা সর্ব্বপ্রথম শিক্ষা দিয়াছেন। ফেন্সিস হেনরি রামবোথাম Francis Henry Ramsbotham) ইংলণ্ডে এই শিক্ষা প্রবর্ত্তন করেন এবং বলেন এগার বৎসরের মধ্যে এইরূপ ২৫টী রুগিনী আমার চিকিৎসাধীন আইসে, তন্মধ্যে ২৩টীর আবারক ঝিল্লী ছিঁড়িয়া দেওয়ায় নির্ব্বিঘ্নে স্বাভাবিক (Natural) প্রসব হয়। কেবলমাত্র ২টীকে যাহা আমি দেখিবার পূর্ব্বেই এত রক্তপাত হয় যে কৃত্রিম উপায়ে প্রসাব বরাইতে চেষ্টা করি, সেই ২টীই মারা গিয়াছে।"

মেরিমেন (Merriman) রামবোথাম (Ramsbotham) উভয়েই বলেন ৩০টীর উপর আকস্মিক রক্তস্রাবে এইউপায় অবলম্বন করা হইয়াছে। প্রত্যেকটীতেই হয় রক্তস্রাব একিবারে বন্দ হইয়াছে অথবা স্রাব এত কম হইয়াছে যে, তাহাতে ভবিষ্যতে কোন ভয়ের আশঙ্কা নাই। এর মধ্যে কয়েকটীতে এমন অতিরিক্ত রক্তস্রাব হইয়াছিল যে,তাহা নিতান্ত ভীতিজনক।" রামসবোথামের বহুদর্শিতা, তাহার শিক্ষা দান প্রণালীর পরিপোষক এবং এইটীই প্রচলিত চিকিৎসা বলিয়া এদেশে প্রচলিত করা উচিত। জরায়ুঘটিত সর্ব্বরকম রক্তস্রাবেই যোনিছিদ্র ছিপি দ্বারা আবদ্ধ করিবার প্রণালী বহু পুরুষ হইতে চলিয়া

আসিতেছে। আকস্মিক রক্তস্রাব বা প্লেসেণ্টা-প্রিভিয়া উভয়েতেই যোনিছিদ্র; ছিপি দ্বারা আবদ্ধ করা হইত। উভয়কে পৃথক্ করিবার কোন উপায় ছিল না। একটিতে যে কারণে ব্যবহৃত হইত, অপরটীতেও সেই কারণেই ব্যবহার করা হইত। আকস্মিক রক্তস্রাবে যদি রক্তরোধ করে তবে প্লেসেণ্টা-প্রিভিয়াতে ও রক্তরোধ করিবে।

১৮৭৭ খৃষ্টাব্দে মুলার (Muller) লিখিয়াছেন ১০৫টী প্লেসেণ্টা-প্রিভিয়াতে যোনি ছিদ্র ছিপি দ্বারা আবদ্ধ করা হইয়াছে, তন্মধ্যে ৫৮টীর রক্তস্রাব বন্দ হইয়াছে, ৪৭টীর রক্তস্রাব বন্দ হয় নাই। মুলার অতি সাবধানে বলিয়াছেন "রক্ত রোধ সম্বন্ধে ট্যাম্পানের (tampon) উপর সম্পূর্ণ বিশ্বাস করা যাইতে পারে না।)"

প্লেসেণ্টা-প্রিভিয়াতে ছিপিদ্বারা যোনি ছিদ্র বন্দ করিবার উপযুক্ত কারণ আছে। তৎসম্বন্ধে বলা হয়, যদি যোনি ছিদ্র জরায়ুর নিম্ন দেশ পর্য্যন্ত, খুব উত্তম রূপে আবদ্ধ করা যায় তাহা হইলে যেস্থান হইতে রক্ত স্রাব হইতেছে, সেই স্থান, ভ্রূণের মাথা ও ছিপি উভয়ের মধ্যে চাপ পড়িবে। এ যুক্তিটী বেশ। কিন্তু কার্য্যতার কিছু নয়। কারণ যোনিছিদ্র প্রসারিত হইতে পারে। যোনিছিদ্র প্রসারিত হয় বলিয়া ছিপি চিকিৎসকগণ ছিপি ঘন ঘন বদলাইতে থাকেন, প্লেসেণ্টা-প্রিভিয়াতে এই ছিপি চিকিৎসার উদ্দেশ্য ভাল। কিন্তু রক্ত স্রাবের স্থানে চাপ দিবার উত্তম উপায় আবিষ্কার হওয়ায় ইহার প্রসার কমিয়া যাইতেছে। সুতরাং আকস্মিক রক্ত স্রাবে যোনিছিদ্র ছিপি দ্বারা আবদ্ধ করা চিকিৎসা প্রণালী যে কেবল ভ্রমাত্মক তাহা নহে; কার্য্য কালেও বিশেষ কোন ফল পাওয়া যায় না। তৃতীয়তঃ রুগিণী ইহাতে অত্যন্ত কষ্টানুভব করেন। অতএব সমস্ত বিজ্ঞ চিকিৎসকেরই এই উপায় অবলম্বন করিতে চেষ্টা না করা কর্ত্তব্য। এই মতের পরিপোষকগণ ছিপি যাহাতে উত্তমরূপে দেওয়া হয় তৎপক্ষে লক্ষ্য রাখিতে অনুরোধ করেন।

এসম্বন্ধে ফরাসী দেশীয় একজন লেখক যে সুন্দর বর্ণনা করিয়াছেন তাহা বর্ণনা করিতেছি। কোন ইংরেজ লেখকের এরূপ বর্ণনা পাওয়া যায় নাই।

"মূত্রস্থলী শুন্য করা হইয়াছে। মলদ্বার খোলাসা আছে। যোনী দ্বার পরিষ্কার, এণ্টিসেপ্টিক উপায়ে ধৌতকরা হইয়াছে। স্ত্রীলোকটীকে প্রসব করাইবার ভাবে শায়িত করা হইয়াছে। আমার বামদিকে একটী বড় পাত্রে ষ্টিরালাইজড্ (Steralized) ভেসিলিন লইয়া আছেন। প্রফেসার পেজট (Pojot) বলেন ৫০০ গ্রাম (প্রায় ১ পাউণ্ড) দরকার। ইহা ঠিক। আমার দক্ষিণ দিকে আর একটী ধাত্রী, ভেন সোয়েট (Van Swintey) সলিউটেড (Solutued) ভিজাইয়া একটীর পর একটী এবসরবেণ্ট কটনের (Absorbent) গদি দিতেছেন। আমি থাম হাতের তর্জ্জনী ও মধ্যমাঙ্গুলি দ্বারা প্রথমতঃ জরায়ুর নিম্ন দেশপর্য্যন্ত চাপিয়া ধরিয়া তদপরে ডান হাত দিয়া গদিটী লইয়া সুতা বাঁধিয়া উত্তমরূপে চাপিয়া দিয়া ভেসিলিন দ্বারা মাখিয়া দেই। ছিপি গুলান বিলাতী মাটীর দেওয়ালের মত হয়। (Cement wall) গদিগুলিন পাথর আর

ভেসিলিন সিমেণ্টের কাজ করে। প্রথম গদিটী দিতে বড় কষ্ট হয়। পরে যোনী ছিদ্র বড় হইতে আরম্ভ হইলে দেওয়া সহজ হয়। পঁচিশটী ছোট সূতা একত্র করিয়া রাখি। এইরূপে গর্ত্তপূরণ করি। পেরিনিয়াম (Perineum) উঁচা হইয়া উঠে। যোনিদ্বার ফাঁক হইয়া যায়। এইরূপ করিতে ৮২টী বড় সুপারির মত গদি আবশ্যক। এই চিকিৎসা দুঃখদায়ক। প্রসবের সময় পেরিনিয়াম, ভ্রূণ বাহির করিবার জন্য যেরূপ চাপ দেয় ইহাতেও পেরিনিয়াম গদীর উপর সেইরূপ চাপ দেয় জন্য টি ব্যাণ্ডেজ (T Bandage) দিয়া বাঁধিয়া রাখিতে হয়। স্ত্রীলোকটীকে স্বতন্ত্র স্থানে একাকিনী রাখা হয়। কারণ ইতঃপূর্ব্বে কোনরূপ সংক্রামণ হইয়াছে কিনা, জানা যায় নাই। (যদি সত্বর প্রসব করান আবশ্যক হয় তবে ছিপি ও ভ্রূণ বাহির করিয়া ফেলান আবশ্যক।) পরদিন প্রাতে প্রস্রাব করাইবার জন্য ককগুলিন ছিপি বাহির করা হয়। সেগুলিন সাদা ও শুষ্ক। রক্তের চিহ্নমাত্র নাই। জরায়ুর সঙ্কোচন বিরল, বেদনা মৃদু, ভ্রূণের হৃদ্‌পিণ্ডের শব্দ (Fœtal heart sound) শুনিতে পাওয়া যায় না। নাড়ী দ্রুত, উত্তাপ স্বাভাবিক। আমি ছিপি বাহির করিয়া ফেলি। কারণ যদি এতদ্বারা রক্তরোধ করা যায় তবে ইহাতে ভ্রূণের বাহির হওয়াও অসম্ভব। উপরের ছিপিগুলিতেও গন্ধ নাই। সর্ব্বোপরি যে কয়েকটী আছে, তাহাই মাত্র আর্দ্র হইয়াছে। সেগুলি উঠাইতে বড় যন্ত্রণা দেয়। সূতাগুলি কার্য্যকারী যত হউক না হউক, যন্ত্রণাদায়ক বড় বেশী। পঁচিশটী গদি একসঙ্গে বাহির করিতে ঘোরতর অত্যাচার করা হয় বলিয়া পৃথক পৃথক বাহির করিতে হয়। যোনিছিদ্র রক্তিমাভ ও ক্ষতপূর্ণ হয় এবং পুড়িয়া গেলে যেরূপ জ্বালা হয় সেইরূপ জ্বালা করে। ট্যাম্পন ব্যবহার বীরত্বের পরিচায়ক হইতে পারে বটে কিন্তু ইহাতে কি শাস্তি দেওয়া হয়। ও ক্ষত যোনিতে কতরূপ সংক্রমণের দ্বার খুলিয়া দেওয়া হয়। এরূপ অবস্থা হইয়াছে যে ভ্রূণ বাহির করিবার চেষ্টা করিতে সাহসিক হইলাম না। (আমার একটী ঘটনা বেশ মনে আছে। কোন চিকিৎসক পরিষ্কার করিতে ফুলের কয়েক অংশ বাহির করিয়া ফেলেন। স্ত্রী-লোকটী পূর্ব্বকার রক্তাভাবে নিতান্ত অবসাদগ্রস্ত ছিল। চিকিৎসকের অঙ্গুলি বাহির করিয়া আনিবার পূর্ব্বেই জীবন ত্যাগ করিল।) বোরাসিক সলিউসন দ্বারা যোনি ছিদ্র ধৌত করিয়া (অন্য কোন লোসন তাহাতে সহ্য করিতে পারে না) ঝিল্লীগুলিন সুতীক্ষ্ন অস্ত্র দ্বারা, অঙ্গুলি দিয়া নহে) ছিঁড়িয়া দেওয়া হইল। প্রত্যেক বারেই ফুলের অংশ ছিঁড়িবার আশঙ্কা থাকায় ছিঁড়িয়া দেওয়া বড় ভয়াবহ। যাহা হউক এইসব করিতে করিতেই আবরক ঝিল্লি ছিঁড়িয়া যাইয়া একটী ক্ষুদ্র, মৃত, সামান্য পচনযুক্ত ভ্রূণ বাহির হইল ও তৎসঙ্গে বহুসংখ্যক কালবর্ণের রক্তের ডেলা, তারপর প্লেসেণ্টা বাহির হইল। পরীক্ষা দ্বারা জানা গেল— প্লেসেণ্টার ধার (margin) জরায়ুমুখ সংলগ্ন হয় নাই। রোগিনী ক্রমে আরাম হইল।

এই রোগিনীতে প্রকৃষ্টরূপে ছিপি ব্যবহার সম্বন্ধে, কোন সন্দেহের কারণ নাই। যদি

এই রোগিনী যদি রামন্‌ বোথামের হাতে পড়িতেন তবে তিনি আবরক ঝিল্লী ছিঁড়িতেন ও আর্গট দিতেন। তাহার ফলও ইহাই হইত। পরন্ত রোগিনী এই অসহনীয় যন্ত্রণার দায় হইতে মুক্ত পাইত ও সম্ভবতঃ প্রসবও তাড়াতাড়ি হইত। ইহার উত্তরে বলা যাইতে পারে—যোনি ছিদ্র ছিপি বন্ধ করার জন্য কেহ মারা যায় না এবং যদিও ইহার ফল সম্বন্ধে সন্দেহ আছে, তথাপি কিন্তু না করা অপেক্ষা কিছু করা ভাল। এই যুক্তি মন্দ নয়।

ইহাতে রোগিণী যে যন্ত্রণা পায় তাহাই ইহার বিরুদ্ধে যথেষ্ট প্রমাণ। যদি উপযুক্ত সহকারী সহিত, ষ্টিরালাইড্‌ (Sterilized) যন্ত্র ও ছিপি করণোপযোগী দ্রব্য দ্বারা প্রকৃষ্ট সতর্কতা লইয়া কার্য্য করা হয় তবে কোন বিপদের আশঙ্কা নাই। কিন্তু যাঁহারা আকস্মিক রক্তস্রাবে, ধাত্রীদিগকে, ছিপি ব্যবহার চিকিৎসা প্রণালী শিক্ষা দেন, তাঁহা-দিগকে জিজ্ঞাসা করা যাইতে পারে যে একজন ধাত্রী যিনি এইরূপ অবস্থায় আহুত হন, তিনি তাঁহার ব্যাগে সঙ্গে করিয়া ষ্টিরা-লাইজড্‌ ভেসিলিন ১ পাউণ্ড ও গজ বা তুলা যথেষ্ট পরিমাণে (যোনি গহ্বর পূর্ণোপযোগী) লইয়া যাইতে পারেন কি? আর রক্ত বন্ধ করিতে ইহাই সর্ব্বাপেক্ষা আশু ফলপ্রদ, তখন এজন্য তিনি বসিয়াও থাকিতে পারেন না, কাজেই বাধ্য হইয়া হাতের সামনে যাহা পান তাহাই ব্যবহার করিবেন। শত বৎসর পূর্ব্বে তাঁহাদের পূর্ব্ববর্ত্তীগণ যেরূপ রুমাল, তোয়ালে প্রভৃতি যাহা ইচ্ছা ব্যবহার করিতেন, ইঁহারাও তাহাই ব্যবহার করিবেন কি? বর্ত্তমান কালের ধাত্রীগণ তাঁহাদের শতবর্ষ পূর্ব্বের সহযোগী-গণ অপেক্ষা পারস্কার পরিচ্ছন্ন সম্বন্ধে বিশেষ জ্ঞান রাখেন। সেইজন্য তিনি দেখিবেন যে জিনিষগুলি তিনি ব্যবহার করিবেন সেগুলি পরিষ্কার কিনা? তিনি তখন জিনিসগুলিন গরম জলে ফুটাইতে বলিবেন—ইহাতে সময় লাগিবে,—যদি রোগিণীর রক্ত-স্রাব হইতে থাকে—তবে অপেক্ষা করাও সাহসের কার্য্য। সেণ্ট্রাল মিডওয়াইফ বোর্ডের নিয়মানুযায়ী কোন প্রসবের পূর্ব্ব রক্তস্রাবে আহুত হওয়ায় তিনি তখনই রেজিষ্টরী কৃত কোন চিকিৎসককে ডাকিয়া পাঠাইবেন এবং এই সময়ই তাঁহার দায়িত্ব শেষ হইল! কিন্তু যে স্থানে এই রেজেষ্টরী কৃত চিকিৎসকের সত্বর আসিবার সম্ভাবনা নাই, সে কালে যোনী ছিদ্র ছিপিবদ্ধ করা ধাত্রীর কর্ত্তব্য বলিয়া কেহ বলিতে পারেন। যদি এই অবস্থায় ধাত্রী যোনী ছিদ্র ছিপিবদ্ধ করেন তার দুই ঘণ্টা পর দেখিতে পাইবেন যে, ছিপি আলগা হইয়া গিয়াছে, পূর্ব্ব ছিপি খুলিয়া নূতন ছিপি দেওয়া আবশ্যক। এইরূপ পুনঃ পুনঃ ছিপি লাগাইবার দরুণ শ্লৈষ্মিক-ঝিল্লী ক্ষত ও ছিন্ন বিছিন্ন হইয়া যাইবে ও (septic poison) শোণিত বিষাক্ত হইবার সম্ভাবনা দাঁড়াইবে। ইতঃপর ধাত্রী হয়ত রুগিণীকে পুনঃ পুনঃ ছিপি বদলাইতে সম্মত করাইতে পারিবেন না। এ অবস্থায় রুগিণী, কষ্টদায়ক ছিপি গ্রহণ করিতে সম্মত করিবার চেষ্টা না করিয়া ধাত্রী নিজে আবরক ঝিল্লী ছিঁড়িয়া দিয়া, উদর প্রাচীরে একটী বাইণ্ডার বাঁধিয়া দিতে সম্মত হইবে।

হাসপাতাল বা বাহিরে কখন কখন এরূপ গুরুতর রুগিণী দেখিতে পাওয়া যাইবে —রক্তস্রাব অতি গুরুতর হওয়ায়, রুগিণী দুর্ব্বল হইয়া গিয়াছে, নাড়ীর অবস্থা অতি শোচনীয়, অথচ জরায়ু মুখ প্রসারিত হয় নাই। প্রসবে বিলম্বে হইলে হয় প্রসবের পূর্ব্বেই মারা যাইবে অথবা প্রসবের তৃতীয় অবস্থায় মারা যাইবে। এস্থলে যোনীদ্বার ছিপি দিয়া আবদ্ধ করিলে, জরায়ু উত্তেজিত হইয়া প্রসব সত্বর হইতে পারে ও রক্ত বাহিরে আগত না হওয়ায় রুগিণী ও তাঁহার আত্মীয়গণ কথঞ্চিৎ আশ্বস্ত হইতে পারেন। যদি ছিপি ব্যবহার করিতে হয় তবে যোনী দ্বারে তুলা বা লিণ্ট ব্যবহার না করিয়া, আবরক ঝিল্লী ছিঁড়িয়া দিয়া চ্যামপিটিয়ারডি রাইবস্ ব্যাগ জরায়ু মুখে প্রবেশ করাইয়া দিতে হইবে। ইহাতে রক্তস্রাব বন্ধ হইবে, জরায়ু উত্তেজিত হইয়া সত্বর প্রসব করাইবে। যদি সত্য সত্যই এই উপায় অবলম্বন করাতেও প্রসব পর্য্যন্ত রুগিণী বাঁচিয়া থাকিবে কিনা, এই প্রশ্ন উত্থাপিত হয়, তবে কি যোনীদ্বার আবদ্ধ করিলে রুগিণী বাঁচিয়া থাকিবে?

এমতস্থলে অ্যাবডমিনাল হিষ্টিরেক্টমী অস্ত্রোপচার রক্ষার একমাত্র উপায়। কিন্তু সিসিরিয়ন্, (Caesarean) অস্ত্রোপচার দ্বারা কোন ফল হইবে না। বরং অনিষ্টই হইবে। প্রথমতঃ উদর গহ্বর খুলিয়া উভয় পার্শ্বস্থ জরায়ু ও ওভারির (ovàri) ধমনী গুলীন উত্তমরূপে বাঁধিতে হইবে। (যেন কোনরূপ রক্তস্রাব আর না হইতে পারে)। তদপর জরায়ু খুলিয়া ভ্রূণ, প্লেসেণ্টা বাহির করিয়া লইতে হইবে। বরং জরায়ু মুখের অর্দ্ধ বা সিকি ইঞ্চ উপরে জরায়ু দ্বিখণ্ড করিয়া দিতে হইবে। ওভারির যদি কোন পীড়া না জন্মিয়া থাকে তবে ওভারি যেমন আছে তেমনই রাখিয়া দিতে হইবে। এই ভাবে অস্ত্রোপচার হইলে রুগিণী আরোগ্য হইবার পর স্বাভাবিক তাহার ঋতু হইবে। বরং রুগিণীর স্ত্রীত্ব নষ্ট হইবার কোন অসাবধনতা থাকিবে না, তবে সন্তানোৎপাদন ক্ষমতা নষ্ট হইবে। বহু সন্তানের মাতার পক্ষে ইহাই ভাল। অস্ত্রোপচারের পরেও যদি রুগিণীর নাড়ীর অবস্থা খারাপ থাকে, তবে স্যালাইন ফ্লুইড উদর গহ্বর পূর্ণ করিয়া দিতে হইবে। যে স্থলে রুগিণী প্রথম গর্ভা ও সে আরও সন্তান কামনা করিয়া থাকে, তবে সেস্থলে তাহার সন্তানোৎপাদিকা শক্তি নষ্ট করা উচিত কি না? এরূপ ঘটনা অতি বিরল। আর আকস্মিক গুরুতর রক্তস্রাব কেবল বহু সন্তান প্রসবেই হইয়া থাকে। যদি ঐরূপ ঘটনাই হয় তবে সিসিরিয়ান অস্ত্রোপচার করিতে হইবে। কিন্তু জরায়ু খুলিবার আগে জরায়ুর ধমনী গুলীন বাঁধিয়া লইতে হইবে। জরায়ু ও ওভারির মধ্যবর্ত্তী ধমনী গুলীর শাখা প্রশাখার যোগে জরায়ু পুষ্ট থাকিবে।

আমেরিকায়, প্লেসেণ্টা প্রিভিয়াতে যোনী দ্বারের ভিতর দিয়া জরায়ুর ধমনী বাঁধা হয়, শুনা গিয়াছে। ইয়োরোপে এখনও পরীক্ষা হয় নাই। এই প্রথা ভাল বলিয়াই বোধ হয়। কারণ প্লেসেণ্টা প্রিভিয়ায় যেস্থান হইতে রক্তস্রাব হয় সেই স্থান জরায়ু ধমনী কর্ত্তৃক পোষিত হয়। আকস্মিক রক্তস্রাবে এই উপায় অবলম্বন করা হয় না কেন? জিজ্ঞাসা করা যাইতে পারে। আকস্মিক

রক্তস্রাবে প্লেসেন্টা কোন স্থানে আছে, তাহা ঠিক করিবার উপায় নাই। হয়ত ওভারিয়ান্ ধমনী হইতে এই স্থান পোষিত হইতেছে। এ অবস্থায় জরায়ু ধমনী বন্ধ করিয়া কোন ফল নাই। কেবল রুগিণীর জীবন সংশয় স্থলে বৃথা সময় নষ্ট করা হইবে মাত্র। জরায়ু মুখ বসিস্ ডাইলেটার (Bossis dilator, দ্বারা প্রসারিত করা যাইতে পারে। ডাইলেট (Dilate) অর্থে চারিদিকে সমান ভাবে প্রসারিত করা বুঝায়, কিন্তু কোন ধাতব যন্ত্র দ্বারা চারিদিকে সমান ভাবে প্রসারিত হইতে পারে না, একদিকে ছিঁড়িয়া যায়। যেমন চ্যামপিটিয়ার ডি রাইবস্ (Champetiert de Ribes) ব্যাগ ব্যবহার করা হয় তখন চারিদিকে সমান ভাবে প্রসারিত হয়। কিন্তু সময় সাপেক্ষ বটে।

যখন তাড়াতাড়ি সজোরে ধাতব ব্লেড্ (Blades) দেওয়া হয় তখন চারিদিকে প্রসারিত হয় না, কতক স্থানে ছিঁড়িয়া যায়। সংক্রামন নাশ প্রণালী প্রকৃষ্ট রূপে অবলম্বন করিলে এই সমস্ত ছিন্ন স্থান হইতে কোন আশঙ্কা করা যায় না। আড় ভাবে কোন রক্তবহানালী ছিঁড়িয়া রক্তস্রাব যত সত্বর বন্ধ করা যায়, কোন তীক্ষ্ণ অস্ত্রদ্বারা কর্ত্তিত অংশ হইতে নির্গত রক্ত তত সত্বর বন্ধ করা যায় না। সারভিক্স (cervix) ছিন্ন হইলে তাহার স্থিতি বা দিক রক্ষা করা অসম্ভব। প্লেসেন্টা প্রিভিয়াতে, অস্ ইউট্রাই খুলিলে, ভেসিকো ভেজাইনাল ফিসচুলা (vesico-vaginal fistula.) সংঘটিত হইতে দেখা গিয়াছে। অস্ত্রোপচারকারক যখন হাতের কাজ আরম্ভ করিবেন তখন অবশ্যই মনে রাখিবেন—তিনি সারভিক্স (cervix) প্রসারিত করিতেছেন।

জরায়ুমুখ প্রসারিত করিয়া শীঘ্র শীঘ্র, ভ্রূণ টানিয়া বাহির করাই যদি প্রশস্ত পথ হয়, তবে ডরসেন অবলম্বিত ভেজাইনাল্ সিসিরিয়ান সেসন (vaginal caesarean-section) দ্বারাও কাজ পাওয়া যাইতে পারে। এসম্বন্ধে লেখকের কোন জ্ঞান নাই। ভেজাইনাল সিসাইরিয়াণ সেকসন অস্ত্রোপচার সাধারণতঃ কথিত সিসাইরিয়াণ সেকসন অস্ত্রোপচার হইতে পৃথক; ইহা অস্ত্রোপচার নহে, কেননা প্রসবের বিঘ্ন হইতে রক্ষা করাই উদ্দেশ্য। স্বাভাবিক প্রসব অপেক্ষা সত্বর প্রসব করানের উপায় মাত্র। ভেজাইনাল সিসাইরিয়াণ অস্ত্রোপচারে চিকিৎসক জরায়ু বিভক্ত করিতে পারেন, ভ্রূণের গায় হাতদিয়া বস্তিগভরের সঙ্কোচন, ভ্রূণের পরিমান্ বা অন্য কোন প্রতিবন্ধক আছে কিনা, অনুভব করিতে পারেনা। কিন্তু ভ্রূণ বাহির করিতে পারেন না। সিসাইরিয়াণ সেকসন কেবল সত্বর প্রসব করান হয় মাত্র নহে, প্রসবের সমস্ত রকম বাধা বিঘ্নই ত্যাগ করা যাইতে পারে; জরায়ুর কর্ত্তন যদি লম্বা করিয়া দেওয়া যায় তবে যত রকম বাধাবিঘ্নই থাকুক না কেন ভ্রূণ বাহির করিতে কোন বাধা জন্মাইতে পারে না। ইয়োরোপিয় সিসাইরিয়ণ সেকসন অস্ত্রোপচারজনিত মৃত্যুসংখ্যা শতকরা ৮ জন। আর ভ্যাজাইনাল সিসাইরিয়াণ অস্ত্রোপচার জনিত মৃত্যুসংখ্যা শতকরা ১৪ জন অর্থাৎ প্রায় দ্বিগুণ। রক্তস্রাব বন্ধ করিতে ও সেলাইতে উত্তমরূপে যাহার বিশেষ পারদর্শিতা নাই, তাঁহার পক্ষে এই অস্ত্রোপচারে হস্তক্ষেপ

করা উচিত নহে। এইজন্য আকস্মিক রক্তস্রাব ভেজাইনাল সিসাইবিয়াণ সেকসন অস্ত্রোপচার অনুমোদন করা যাইতে পারে না। চুম্বকভাবে বলা যাউক; আকস্মিক রক্তস্রাব, পরিমাণে অল্প, বিরল নহে এবং অতি অল্পসংখ্যকই করা যায়। আভ্যন্তরিক বা গুপ্ত আকস্মিক রক্তস্রাব বিরল বটে কিন্তু বড় সাঙ্ঘাতিক।

যোনীদ্বার ছিপি দ্বারা আবদ্ধ করার প্রথা বড় খারাপ চিকিৎসা। কার্য্যকালে ইহার ফল মিথ্যা। কারণ অতি অল্পসময়ের জন্যই রক্তস্রাব বন্ধ হইয়া থাকে। যুক্তিও ভ্রমাত্মক। যদিও রক্তস্রাব সম্যকরূপে বন্দ হয়, তবে আভ্যন্তরিক রক্তস্রাবে পরিণত হয়। চিকিৎসকগণ মনে রাখিবেন—রুগিণী গুরুতর যাতনা ভোগ করেন। ইহাতে ঘোরতর অত্যাচার বলিলেও ঠিক বলা হয় না। অধিক সংখ্যক রুগিণীরই আবরক ঝিল্লী ছিড়িয়া দেওয়াই সুচিকিৎসা। ইহার কাজ তৎক্ষণাৎ হয়। জরায়ুর টনটনানি কমিয়া যায় এবং রক্ত উত্তেজিত হইয়া জরায়ু সঙ্কোচিত হইতে থাকে। ইতঃপূর্ব্বে একটী মতে সতর্কতা লইতে হইবে—বালকের লঙ্গএকসিস যেন জরায়ুর লংএক্সিসহ সমসূত্র ভাবে থাকে এবং যদি সম্ভব হয় তবে মাথা যেন আগে বাহির হয়।

যদি রুগিণীর বর রক্তস্রাব হইতে থাকে প্রসবের তৃতীয় অবস্থায় রক্তস্রাব জন্য রুগিণীর জীবন নাশ করিতে পারে, তবে ধমনীগুলীন বাঁধিয়া জরায়ু কর্ত্তন করাই উপযুক্ত চিকিৎসা হইবে, প্রসবের পূর্ব্বে অপরিহার্য্য রক্তস্রাবের কারণ প্লেসেণ্টা প্রিভিয়া এ কথা বহু পুরুষাবধি সকলেরই জানা আছে। ডাক্তার ব্রাক্সটনহিক্স ও লর্ড লিষ্টার এর পূর্ব্বে স্যার জেমস্ সিম্পসন এর আমলে প্লেসেণ্টা-প্রিভিয়াগ্রস্ত প্রসূতির—৪ জন মধ্যে ১ জন বা ততোধিক মারা যাইত। এখন ২০ জন মধ্যে ১ জন মারা যায়। এই মৃত্যুসংখ্যা হ্রাসের কারণ কে? ৫০ বৎসর পূর্ব্বে এই শ্রেণীর রুগিণী কেন মারা যাইতেন? কারণ পূর্ব্বে প্লাসেণ্টা প্রিভিয়ার কোন রোগিণীই আভ্যন্তরিক পরীক্ষা হইতে নিস্কৃতি পাইতেন না। আর এই পরীক্ষা জনিত ক্ষত হইতেও কাহার নিস্কৃতি হইত না এবং সেই ক্ষত হইতে সংক্রমণ দ্বারা মারা যাইত। সৌভাগ্য লর্ড-লিষ্টার মহোদয়ের শিক্ষায় ও সে যুগান্তর উপস্থিত হইয়া চিকিৎসক ও ধাত্রী সকলই সংক্রমণ নাশ প্রণালী শিক্ষা লাভ করায় এই সুফল ঘটিয়া মৃত্যুসংখ্যা হ্রাস হইয়াছে। বর্ত্তমানযুগে আর এরূপ হওয়া উচিত নহে। রুগিণীর আত্মীয় যাহারা সংক্রমণ নাশ ব্যবস্থা জানেন না, তাঁহাদের প্রবেশ করিতে না দিলেই এরূপ ঘটনা ঘটিবার আশঙ্কায় লোপ পাইবে। পূর্ব্বেও মারা যাইত। এখনও যে পর্য্যন্ত মনুষ্য জ্ঞান অসম্পূর্ণ থাকিবে সে পর্য্যন্ত প্রসবের পূর্ব্বে মারা যাইবে। অনেকস্থলে উপযুক্ত সময়ে চিকিৎসক বা ধাত্রী না থাকায় প্রসবের পূর্ব্বেই মারা যায়। আবার এমন অনেক অজ্ঞ ও পশুহৃদয় ব্যক্তি আছে—যাহারা মোটেই চিকিৎসক ডাকে না। এই সব ব্যাপারে চিকিৎসকের কোন দোষ নাই, প্রসবের পূর্ব্বে অতিরিক্ত স্রাবকালে যদি উপযুক্ত উপায় অবলম্বন না করা হয় ও তজ্জনিত প্রসবের পর রক্তস্রাবের ধাক্কা সাম-

লাইতে না পারিয়া মারা গেলে চিকিৎসককে দোষ দিতে হইবে কেন ?

পূর্ব্বে প্লেসেণ্টা প্রিভিয়াতে "যতসত্বর সম্ভব প্রসব করাইতে হইবে" এই মূলমন্ত্র ধরিয়া হাত দিয়াই হউক বা অন্য কোন ডাই-লেটার দ্বারাই হউক বা যে কোন প্রকারই হউক অথবা জ্রূণকে ফরসেপস্ দ্বারা জোরে টানিয়া, (জরায়ুমুখ প্রসরিত হইয়াছে কিনা, তাহা না দেখিয়াই) জরায়ুর মুখছিড়িয়া প্রসব করান হইত। জরায়ুর ছিড়িবার কালে তাহার গতি বা পরিমান জানিবার অথবা রোধ করি-বার ক্ষমতা অস্ত্রোপচারকারীর জানা নাই। এই সব অপব্যবহার দরুণ প্রসবের রক্তস্রাব এত হইত যে, রুগিণী তাহাতেই মারা যাইতে পারে।

প্লেসেণ্টাপ্রিভিয়াতে, জরায়ুর নিম্নাংশে প্লেসেণ্টা সংলগ্ন থাকা দরুণ,যতক্ষণ রুগিণীকে প্রসব করান না হয়, ততক্ষণ রুগিণী নিরাপদ নহেন, মনে রাখিতে হইবে। সাবধানে পরীক্ষান্তে প্লেসেণ্টা প্রিভিয়া স্থির সিদ্ধান্ত হইলে অকাল প্রসব করাইতে হইবে। প্রসব কালীন কর্ড এ চাপ লাগিয়া প্রসবের অবস্থানু-যায়ী) বা প্রসবের অব্যবহিত পর বা কয়েক দিন পর, খাদ্য হজম করিতে না পারিয়া শরীরের উত্তাপ ঠিক রাখিতে না পারিয়া জাতক মারা যায় বটে। একথা সত্য। কিন্তু কেবল তুলনায় বিপদ—পূর্ণগর্ভাবস্থায় স্বাভা-বিক প্রসবের বালকের সঙ্গে তুলনায় এ পূর্ণগর্ভ নহে। ইহার নাম অকাল প্রসব। এ অবস্থায় সন্তানের মায়ার প্রসব করাইতে গৌণ করিলে সন্তান ও প্রসূতি উভয়েরই জীবন নাশের সম্পূর্ণ সম্ভাবনা। তজ্জন্ত প্রসূতির বিপদ নিবারণ করিয়া প্রাণদানার্থে জাতকের বিপদ স্থির করিয়া, প্লেসেণ্টা প্রিভিয়া সিদ্ধান্ত হইবা মাত্রেই প্রসব করাইতে হইবে।

ইতি পূর্ব্বে বলা হইয়াছে প্লেসেণ্টা প্রিভিয়া জনিত রক্তস্রাবে যোনি ছিদ্র ছিপি বন্ধ করিবার যুক্তির হেতু আছে ; আকস্মিক রক্তস্রাবে ব্যবহার করিবার কোন হেতু নাই। কিন্তু যুক্তি যদিও সন্তোষ জনক, তথাপি, উপ-উপযুক্ত নয়। ব্রাক্সটনহিক্সেক (যিনি লণ্ডনে আধুনা সম্মানিত আছেন ও অতঃপরও থাকি-বেন) মতের সঙ্গে এসম্বন্ধে সম্পূর্ণ অনুমোদন করা যাইতে পারে। তিনি ১৮৮৯ খ্রীষ্টাব্দে লিখিয়াছেন "ট্যাম্পন দ্বারা চাপ দিবার প্রথা ব্রিটিশ মিড্ওয়াইফারীব সাধারণে ইহার বিরুদ্ধবাদী, আমিও তাঁহাদের মতের পোষ-কতা করি। কারণ সম্পূর্ণরূপে কৃতকার্য্য (ইহা অসম্ভব) না হইলে কোন ফল হয় না। যদি কৃতকার্য্য হওয়া যায় তবে রুগিণীর বড় যন্ত্রণাদায়ক, যদি নিতান্তই প্রয়োজন হয় পচন উৎপাদন ত্যাগ করিয়া, ইহাকে পুনরু জ্জীবিত করিতে হইবে। তথাপি ইহার কিছু কি উপকারীতা আছে ? যোনি-নালী বিস্তা-রিত করিয়া জরায়ু মুখ প্রসারিত করে জরায়ুর কার্য্য করিবার জন্য উত্তেজিত করে। কিন্তু ইহার কার্য্য বড় কষ্টদায়ক ও বর্ত্তমান নীতি জেগ্সতিহীন করে।"

অবশ্যই কল্পনা মূলে যখন চিকিৎসক কাহারও প্রসব করাইতে যান, তখন তাঁহার সঙ্গে এতদুপযোগী সমস্ত জিনিষই, রাখা উচিত। কিন্তু যদি কোন দুর্ঘটনা হয় তবে চিকিৎসক উপায় অবলম্বন না করিয়াথাকেন।

তখন তাঁহাকে দোষ দিলে তিনি জবাব দেন যে তাঁহার সঙ্গে উপযুক্ত দ্রব্যাদির অভাব ছিল, কিন্তু তাঁহার জানা উচিত যে, সে সব তাঁহার সঙ্গে রাখা উচিত ছিল। ধাত্রীশিক্ষা বিষয়ক সকল পুস্তকই চিকিৎসককে প্রসবোপযোগী সমস্ত যন্ত্র ও ঔষধ ইত্যাদি রাখিতে হইবে বলিয়া ধার্য্য করিয়াছে। তাঁহারা উত্তম বিষয়ই শিক্ষা দিবেন। কুশিক্ষা দিবেন না। এই হেতু যদি আর একটু অগ্রসর হইলে, প্রত্যেক চিকিৎসক এই তাঁহার দৈনিক কার্য্যে, বাহির হইতে তাঁহার সঙ্গে সমস্ত আবশ্যকীয় জিনিষ লইয়া বাহির হইতে হইবে—ইহা অসম্ভব। সকল সময়েই হঠাৎ বিপদ উপস্থিত হইতে পারে। সে সময়ে ডাক্তার তাঁহার নিজের দশটী আঙ্গুল ও তাঁহার ওয়েষ্ট কোটের পকেটে যে সামান্য কিছু ধরে তাহা দ্বারাই যথাসাধ্য চেষ্টা করিবেন। মনে করুন, চিকিৎসক নিজ বাড়ী হইতে দূরে কোন স্থানে গিয়াছেন, সেখানে হঠাৎ প্লেসেণ্টা প্রিভিয়াতে তাঁহাকে ডাকা হইল। তখন তিনি কি করিবেন, তিনি নিশ্চয়ই একটী আঙ্গুল ভিতরে চালাইয়া দিতে পারেন। তখন জরায়ুর মুখ প্রসারিত হইয়াছে, দেখিতে পাইবেন। যদি জরায়ুর মুখ প্রসারিত না হইয়া থাকে, তবে তিনি কিছুই ঠিক করিতে পারিবেন না। উদর প্রাচীরে স্পর্শানুভব ঠিক করা যায় বটে, কিন্তু তাহা সকল সময়ে ও সকলের পক্ষে নহে। জরায়ুর ভিতরে আঙ্গুল চালাইয়া প্লেসেণ্টা অনুভব করিতে না পারিলে সকলের পক্ষে অন্য উপায় স্থির করা অসম্ভব। জরায়ুর মুখ প্রসারিত হইতে আরম্ভ হয় বলিয়াই রক্তস্রাব হয়। গর্ভাবস্থায় যখন প্রসারিত হইতে আরম্ভ হয়, তখন জরায়ু থামিয়া থামিয়া সঙ্কুচিত হইতে থাকে ও প্লেসেণ্টা প্রসারিত জরায়ু মুখে, ঠেলিয়া দিতে চেষ্টা করে। প্লেসেণ্টার কোন অংশটি জরায়ু হইতে ছিন্ন না হইলে সঞ্চালিত হইতে পারে না। কাজেই জরায়ু ও প্লেসেণ্টার মধ্যবর্ত্তী ছিন্ন রক্তবহা নালী হইতে রক্তস্রাব হয়। স্থানিক আঘাতে প্লেসেণ্টার (যাহা প্রিভিয়া) কোন অংশ বিচ্ছিন্ন করিতে পারে কিন্তু তাহা আকস্মিক রক্তস্রাব হইতে পৃথক করা যায় না। একথা সত্য যে, প্লেসেণ্টা প্রিভিয়া ঘটিত রক্তস্রাবে আহুত হইয়া চিকিৎসক যখন রোগিণীর নিকট নীত হন, তখন চিকিৎসক তাঁহার আঙ্গুল জরায়ু মুখে প্রবেশ করাইতে পারেন। এরূপ প্রসারিত হইয়াছে। চিকিৎসক জরায়ু গলায় আঙ্গুল প্রবেশ করাইয়া কি করিবেন?

ইহা মীমাংসা করিতে স্বতঃই প্রশ্ন উঠে। যদি তিনি কিছু না করেন, তবে কি হইবে? প্রথমতঃ ধরা যাউক—রোগিণীর অবস্থা ভালই আছে। যে রোগিনীতে জরায়ুর সঙ্কুচন খুব জোরে ও ঘন ঘন হইতে থাকে, সেই রোগিনীর অবস্থা ভাল। যদি জরায়ুর এই রূপ উত্তম অবস্থায় সঙ্কোচন ক্রিয়া চলিতে থাকে, তাহা হইলে প্রত্যেক সঙ্কোচনেই, প্লেসেণ্টা গ্রীবার অভ্যন্তর মুখের ভিতর দিয়া জরায়ু গ্রীবার মধ্যে ঠেলিয়া দিতে থাকে, এবং এইরূপ করায় জরায়ু হইতে প্লেসেণ্টার যে সকল রক্তবহা নালী গিয়াছে সেগুলিন একটীর পর একটী করিয়া ছিড়িতে আরম্ভ করে। প্রত্যেক রক্তবহা নালী, যেমন ছিড়িয়া যায় অমনিই রক্তস্রাব হইতে থাকে। প্রত্যেক রক্তবহা নালী, (যে পর্য্যন্ত ছিড়িয়া না যায়)

জরায়ুর মুখ প্রসারণের ও জরায়ুর নিম্নদেশ ঊর্দ্ধে তুলিয়া (অর্থাৎ সঙ্কোচনের) বাধা জন্মায়।

রক্তস্রাব প্রথমতঃ জরায়ু নিম্নদেশ ঊর্দ্ধে উৎক্ষেপিত হওয়ায় (সঙ্কোচন) রক্তবহা নালীর উপর চাপ পড়িলে ও তৎপর রক্ত ডেলা বাঁধিয়া বন্ধ হয়। প্রত্যেক রক্তস্রাবের পরেই রোগিণী দুর্ব্বল হইতে থাকে ; যদি পূর্ণ গর্ভাবস্থার পূর্ব্বেই প্রসব ক্রিয়া আরম্ভ হয় তবে ভ্রূণের গঠন ছোট হইবে ; এবং যদি জরায়ু সজোরে কাজ করে তবে খুব সম্ভবতঃ অতিরিক্ত রক্তস্রাব হইবার পূর্ব্বেই ভ্রূণ বাহির হইয়া যাইবে। প্রসবের পর জরায়ুর সঙ্কোচন ও ঊর্দ্ধে উৎক্ষেপন ক্রিয়া চলিতে থাকিবে এবং প্রসবের তৃতীয় অবস্থা নিরাপদে নির্ব্বাহ হইবে। কিন্তু অনেক বিঘ্ন ঘটিবার সম্ভাবনা আছে। বেদনা মৃদু ও বন্ধ হইতে পারে। সুতরাং জরায়ু সঙ্কোচন পুনঃ আরম্ভ না হওয়া পর্য্যন্ত প্রত্যেক ছিন্ন রক্তবহা নাড়ী হইতে রক্তস্রাব হইতে থাকিবে। জরায়ুর সঙ্গে প্রেসেণ্টার যোগ থাকা দরুন জরায়ুর নিম্নদেশ প্রসারিত হইবার পথ বন্ধ করিবে, জরায়ুর কার্য্যে বাধা জন্মাইবার ও জরায়ু হইতে প্রেসেণ্টার বিচ্ছিন্ন হইতে গৌণ হইবে এবং ছিন্ন রক্তবহা নালী হইতে দীর্ঘ কালের জন্য রক্তস্রাব জন্মাইবে। যেখানে চিকিৎসক তাঁহার আঙ্গুল ব্যবহার করিতে পারেন সেখানে আঙ্গুল জরায়ু মুখে প্রবেশ করাইয়া চারিদিকে আঙ্গুল ঘুরাইবেন এবং যতদূর স্পর্শ করিতে পারেন ততদূর প্রেসেণ্টা পৃথক করিয়া দিবেন। এক আঙ্গুল অস্ হইতে ১½ ইঞ্চের বেশী উপরে যাইতে পারে না। এই ভাবে চিকিৎসক ৩ ইঞ্চ ব্যাসের একটি বৃত্তাকার প্রেসেণ্টা পৃথক করিতে পারেন। এইরূপে তিনি পুনঃ জরায়ুর সঙ্কোচন ও নিম্নভাগের উৎক্ষেপন পুনরুদ্দীপিত করিতে পারেন। যদিও তিনি জরায়ুর সঙ্কোচনের সাহায্য করিলেন বটে কিন্তু ক্রিয়া অতি মৃদু হইতে পারে বা গৌণে আরম্ভ হইতে পারে। এই অবস্থায় জরায়ুর নিম্নভাগ আকুঞ্চিত হইয়া রক্ত বন্ধ করার পূর্ব্বেই বেদনায় অতিরিক্ত রক্তস্রাব হইতে পারে।

তদপরে চিকিৎসকের একটী আঙ্গুলের স্থানে দুইটী আঙ্গুল দেওয়া কর্ত্তব্য। বিস্তৃতিকরণ এত ধীরভাবে করা যাইতে পারে যে, ইহাকে প্রসারণ (Dilatation) বলা যাইতে পারে। প্রেসেণ্টার মধ্যস্থল অস্ ইণ্টারনাম্ (os internum) এর উপর কদাচ ঘটনা হয়। চিকিৎসক যখন প্রেসেন্টা, জরায়ু হইতে বিচ্ছিন্ন করিতে থাকেন তখন আঙ্গুল ঘুরাইতে ঘুরাইতে কোন এক স্থানে অবশ্যই ফুলের ধার (Edge) পাইবেন। যেই প্রেসেণ্টার ধার পাইবেন, অমনই আবরক ঝিল্লি ছিঁড়িয়া দিয়া বালকের পা ধরিয়া নিম্ন দিকে টানিয়া আনিবেন। এজন্য জরায়ু গ্রীবার আরও প্রসারণ আনয়ন করেন। চিকিৎসকের দুই আঙ্গুল ও বালকের পদতল বাহির হওয়া চাই। বালকেব পদতল বাহির হইলে পা ও উরাস্ত নিঃসন্দেহে বাহির হইবে। তাহা হইলেই বালকের পশ্চাদ অংশ জরায়ু নিম্নাংশে আসিবে। যখন এইরূপ হইবে তখন চিকিৎসক পদতল টানিয়া রক্তস্রাব বন্ধ করিবেন। এই কার্য্যে রক্তস্রাব বন্ধ করিতে যতটুকু শক্তির প্রয়োজন তদতি-

রিক্ত শক্তি প্রয়োগ করিবে না। জরায়ুমুখ না ছিঁড়িয়া ধীরে ধীরে প্রসারিত হইতে থাকে। প্রসবের পর রক্তস্রাব আর না হইতে পারে, এইজন্ত যে সময় জরায়ু কার্য্য না করে, সেই সময় ভ্রূণ বাহির করিবার চেষ্টা আদৌ করিবে না; ভ্রূণ, এবং সম্ভবপর হইলে প্লেসেণ্টাও বাহির করিয়া দিবার জন্ত জরায়ুকে সময় দিবে। এই সমস্ত প্রসবে অকালে সংঘটিত হয় সেজন্ত বালকের আকার ক্ষুদ্র হওয়ায় প্রসব সম্বন্ধীয় কোন গোলযোগ ঘটিবার আশঙ্কা থাকে না। জরায়ুর দরুন গোলযোগ আশঙ্কা থাকে না; জরায়ু বালক বাহির করিতে পারে ও দিবে। কেবল একটু বেশী সময় লাগিবে মাত্র।

ডাক্তার ব্রাক্সটন হিক্স উপরোক্ত চিকিৎসা প্রণালী অনুমোদন করেন। এই প্রণালী যদি যথোপযুক্ত. এণ্টিসেপ্টিক্ সতর্কতা লইয়া করা যায় তবে প্লেসেণ্টা প্রিভিয়াগ্রস্তা প্রসূতির ১৫০ জন মধ্যে অন্ততঃ ৯৫ জনকে কালের করাল হইতে মুক্ত করা যাইতে পারে।

সংক্ষেপে বলা যায়।

সময় মত শীঘ্র ঘুরাইয়া দেওয়া (Early turning)।

ধীরে বাহিরকরণ (slow extraction)।

এণ্টিসেপ্টিক্ (antiseptic)।

এই পন্থা প্রসূতির পক্ষে যেমন নিরাপদ, জাতকের পক্ষে তেমনই বিপজ্জনক। চিকিৎসক এই চিকিৎসাপ্রণালী অবলম্বন করিবার পূর্ব্বে পিতা মাতা ও অন্তান্ত অভিভাবকগণকে বেশ বুঝাইয়া দিবেন যে, তাহাতে মাতা ও সন্তানের সম্বন্ধ সম্পূর্ণ বিপরীত; কেবল মাতার স্বার্থের জন্তই তিনি এই কার্য্যে ব্রতী হইতে ইচ্ছা করেন। যদিও বালক জীবিতাবস্থায় ভূমিষ্ঠ হয় তথাপি এত ছোট ও দুর্ব্বল হয় যে, তাহাকে বাঁচাইয়া রাখা দুর্ঘট হইবে। আর সম্ভবতঃ বালকের পশ্চাদংশ দ্বারা জরায়ুর নিম্নাংশে চাপ দিয়া রক্ত বন্ধ করার সময় কর্ড (chord) চাপ লাগিয়া শ্বাসরুদ্ধ হইবে।

যাহা হউক, যতই কল্পনা করা হউক, নূতন আমদানীর এইটীই সর্ব্বোৎকৃষ্ট পথ এবং এই সমস্ত চিকিৎসা যেমন সত্বর আরম্ভ করা কর্ত্তব্য, তেমনি চিকিৎসকগণেরও হাত দুইখানি ভিন্ন আর কিছুই নাই। সুতরাং বাধ্য হইয়া তাঁহাকে ব্রাক্সটনের পথাবলম্বন করিতে হইবে। নতুবা চুপ করিয়া বসিয়া রক্তস্রাব হইতেছে—দেখিতে হইবে। যে সমস্ত হাঁসপাতালে প্রসবের সুব্যবস্থা করা হইয়াছে এরূপ কোন হাঁসপাতালে যদি এই রকম কোন রোগিণী আইসে, তবে কি করা হয়?

চ্যাম্পিটারডি ব্যাগ দিয়া রক্তস্রাব বন্ধ ও জরায়ুমুখ সত্বর প্রসারিত করা হয়। কেইলার ও রবার্ট বার্নসএর সময় হইতে বহুবিধ প্রসারণ করণোপযোগী ব্যাগ সৃষ্টি হইয়াছে ও এখনও বাজারে বিক্রয় হইতেছে, কতকগুলি দৃষ্টে বুঝা যায় যে, সাধারণে এখনও প্রসারণ করণোপযোগী যন্ত্রটীর মূলতত্ত্ব উপলব্ধি করিতে সমর্থ হয় নাই। সেজন্য কয়েকটী আবশ্যকীয় বিষয়ে আপনাদের দৃষ্টি আকর্ষণ করা যাইতেছে;—প্রথমতঃ, ব্যাগটী জল অভেদ্য (water proof) রেশম দ্বারা নির্ম্মিত হইবে। এইরূপ বস্ত্রই ভাঁজ করিয়া অতি ক্ষুদ্র আকারে পরিণত করা যাইতে পারে। ইণ্ডিয়া রবার দ্বারা প্রস্তুত করিলে

চলিবে না। ইণ্ডিয়া রবার বিস্তৃত হয়, যদি ব্যাগটী স্থিতি স্থাপকতা গুণ বিশিষ্ট হয় তবে জরায়ু মধ্যে ব্যাগ কত বড় স্ফীত হইল তাহা চিকিৎসক বুঝিতে পারিবেন না। ব্যাগ স্থাপনের উদ্দেশ্য মধ্যে জর য়ুর নিম্নাংশে চাপ দিয়া রক্তস্রাব বন্ধ করাও একটী উদ্দেশ্য। ব্যাগ কি আকার ধারণ করিবে, তাহা বুঝিতে না পারিলে এই উদ্দেশ্য সাধন হয় না। ব্যাগ ব্যবহারের আর একটী উদ্দেশ্য, জরায়ুমুখ প্রসারিত করিয়া ভ্রূণ বাহির করিয়া দেওয়া। প্রথম একটী ব্যাগ দিয়া তারপর আর একটী ব্যাগ দিয়া এইরূপে রোগিণীকে কষ্ট দিয়া কোন লাভ নাই। যদি বস্তিগহ্বরের কোন বিকৃতি না থাকে, তবে ব্যাগ স্ফীত হইলে ৩½ ইঞ্চি ব্যাস যুক্ত হওয়া উচিত। যখন এই ব্যাগ জরায়ু গ্রীবার ভিতর দিয়া যাইতে পারিবে তখন বালক বহির্গত হইতে পারিবে, চ্যাম্পিটিয়ার ডি রাইব ব্যাগ ব্যবহার করিলে আবরণ ঝিল্লি ছিঁড়িবার বড় প্রয়োজন হয় না।

যদি দরকার হয় তাহা হইলেও জরায়ুর নিম্নাংশ ব্যাগ কর্ত্তৃক রুদ্ধ থাকায় লাইকার এমনাই (Liquor Amonii)এর অধিকাংশ থাকিয়া যায়। সুতরাং প্রকৃত প্রসবকালে বালকের জীবন সম্বন্ধে কোন আশঙ্কা থাকে না। কিন্তু বর্ত্তমান স্থলে অকাল প্রসব হেতুই বালকের বিপদাশঙ্কা গণনা করা হয়।

এই ব্যাগ ব্যবহারে কোন অনিষ্ট হইয়াছে বলিয়া জানা যায় নাই। শুনিতে পাওয়া যায় যে, এই ব্যাগ ব্যবহারে জরায়ু ফাটিয়া যায় (Rupture) কিন্তু জরায়ু এই ব্যাগের সংস্রব ব্যতীত সহজ প্রসবেও ফাটিয়া যাইতে পারে, তেমনি এই ব্যাগ ব্যবহারেও ফাটিতে পারে। কিন্তু এই ব্যাগ ব্যবহার দরুণই ফাটিয়াছে—এরূপ শুনা যায় নাই।

যে চিকিৎসা প্রণালী বর্ণনা করা হইল তাহা সহজ ও সম্ভবতঃ কাহারও অজ্ঞাত নহে; এইজন্য ইহাতে কোন গুরুত্ব নাই; লর্ড লিষ্টার ও ব্রাক্সটন হিক্সের কৃতিত্বে প্লেসেণ্টা প্রিভিয়ার মৃত্যু সংখ্যা ৪ জন মধ্যে ১ জন হইতে ২০ জনের মধ্যে ১ জন হইয়াছে। এই মৃত্যু সংখ্যা হ্রাস হেতু পরীক্ষায় দাঁড়াইতে সমর্থ হইয়াছে। এই যে ২০ জনের মধ্যে ১ জন মারা যায়, সে কি প্রকার রোগিণী? যে রোগিণীকে চিকিৎসার্থ পাঠাইবার পূর্ব্বেই রোগিণীর অতিরিক্ত রক্তস্রাব জনিত রক্ত-হীনতা দরুণ শরীর সাদা হইয়া গিয়াছে। অথচ এদিকে জরায়ুমুখ বিন্দুমাত্রও প্রসারিত হয় নাই। ভূতপূর্ব্ব বিখ্যাত অস্ত্র-চিকিৎসক মিষ্টার লসন টেট্ (Mr. Lawson Tait) যাঁহার অস্ত্রবিদ্যা (Surgery) অপেক্ষা ধাত্রীবিদ্যার জ্ঞান কম, প্লেসেণ্টা প্রিভি-য়ায় সিসাইরিয়ান সেক্‌সন করিতে উপ-দেশ দিয়া গিয়াছেন। তাঁহার সহিত ঐক্য-মত হইতে পারা যায় না। দেখিতে পাওয়া যায়—সিসাইরিয়ান সেক্‌সন জনিত মৃত্যু-সংখ্যা প্লেসেণ্টা প্রিভিয়া জনিত মৃত্যুসংখ্যা অপেক্ষা অনেক বেশী; যিনি প্লেসেণ্টা ঘটিত অতিরিক্ত রক্তস্রাব হেতু রক্তহীনতায় পরিণত হইয়াছেন, তাঁহাকে লঘুদায়িত্ব চিকিৎসা না করিয়া গুরু দায়িত্বপূর্ণ সিসাইরিয়ান সেক্‌সন কেন করা হইবে, তাহা বুঝা যায় না। উদার সিসাইরিয়ান সেক্‌সন দ্বারা প্রসবের সমস্ত বাধা ভিন্ন অতিক্রম করা যায় ও প্রসব

সম্বর করা যাইতে পারে। প্লেসেণ্টা প্রিভিয়াতে রক্তবন্ধ করার জন্ত, যে মুহূর্ত্তে প্লেসেণ্টা প্রিভিয়া বলিয়া ধার্য্য হইবে সেই মুহূর্ত্তে প্রসব করাইতে চেষ্টা করিতে হইবে। এজন্য বালক ক্ষুদ্র হইবে, ও স্বাভাবিকভাবে প্রসব করাইতে প্রসব জনিত কোন বাধা বিঘ্ন উপস্থিত হইবে না। সুতরাং প্রসবের বিঘ্ন নিবারণ জন্ত সিসাইরিয়ান সেক্সন করিবার কোন প্রয়োজন নাই; অকাল প্রসব হেতু বালকের মৃত্যু আশঙ্কা স্বাভাবিক উপায় ও সিসাইরিয়ান সেক্সন উভয়েই সমান।

প্লেসেণ্টা প্রিভিয়াতে যদি সিসাইরিয়াম সেক্সন করার উৎকৃষ্ট হেতু থাকে তবে জরায়ু কর্ত্তন করিবার পূর্ব্বে জরায়ুর ধমনীগুলিন বাঁধিয়া লওয়া কর্ত্তব্য; তজ্জন্য উদর গহ্বর খুলিবার প্রয়োজন নাই; যোনিদ্বার দিয়াই করা যাইতে পারে। শুনিতে পাওয়া যায় আমেরিকার প্লেসেণ্টা প্রিভিয়াতে এই উপায়ে বিশেষ ফল পাইতেছেন। যখন হিষ্টিরেক্টমীতে Hysterectomy) মৃত্যু সংখ্যা অধিক ছিল তখন অস্ত্রবিদ্‌গণ এতদপেক্ষা অল্প আশঙ্কাজনক পন্থা গ্রহণ করিতেন; যোনীর ভিতর দিয়া জরায়ু ধমনী বাঁধিয়া ব্লিডিং ফাইবএড (Bleedding fibroid)এর চিকিৎসা করিতেন।

মৎ কর্ত্তৃক রোগ দুইটী চিকিৎসার বিবরণ প্রকাশ করা হইয়াছে। যোনির ভিতর দিয়া জরায়ু ধমনী বাঁধা হইয়াছে। ইহাতে মাসিক ক্ষতি কম হইয়াছে ও কোন অনিষ্ট ঘটনা হয় নাই। ইহা দ্বারা জানা যাইতেছে যে জরায়ু ধমনী বাঁধা হইলেও পার্শ্ববর্ত্তী রক্ত সঞ্চালন (collateral circulation) দ্বারা জরায়ু পোষিত হইয়া থাকে। গর্ভাবস্থায় স্ত্রীলোকের অস্ত্রোপচার অগর্ভাবস্থার অপেক্ষা সহজ, কারণ অগর্ভাবস্থাপেক্ষা গর্ভাবস্থাতে সেলুলার টিস্থ (Cellular tissue) অত্যন্ত শিথিল ও আপনা হইতে জরায়ু ধমনীগুলিন ক্রমে ক্রমে বড় হইতে থাকে। অস্ত্রোপচার অতি সহজ। জরায়ু গ্রীবা ভলসেলা (Vulsella) দিয়া ধরিয়া যোনিমুখে টানিয়া আনিবে, ফরসেপ্‌স্ (Forceps) দ্বারা খোঁচাইয়া ভেসিকো ইয়ুটারিন সেলুলার টিস্থ (Vesicouterine cellular tissue) যে স্থান হইতে আরম্ভ হইয়াছে ঠিক করিতে হইবে। ঠিক এই স্থান ব্লাণ্ট (Blunt pointed) কাঁচী দিয়া, শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী কর্ত্তন করতঃ, ঐ কর্ত্তন, যোনীর উভয় পার্শ্বে, ভেজাইনাল ফারনিক্স (Vaginal fornix) পর্য্যন্ত প্রত্যেক পার্শ্বে বিস্তৃত করিতে হইবে। তখন আঙ্গুল বা অন্য অতীক্ষ্ণ (blunt) অস্ত্র দ্বারা, লুজ সেলুলার টিস্থ (Loose cellular tissue) ধীরে ধীরে ছিঁড়িয়া জরায়ু হইতে মূত্রস্থলি (Bladder) ও মূত্রনালীর (ureters) উত্তমরূপে উভয় পার্শ্বে পৃথক করিতে হইবে। পৃথক হওয়া সম্বন্ধে যেন কোন সন্দেহের কারণ না থাকে। ইহা করিলে জরায়ুর প্রত্যেক পার্শ্বধমনীগুলির স্পন্দন অঙ্গুলি দ্বারা অনুভব করা যাইবে। তখন একটী এনুরিজম নিডল্ (Aneurysm needle) অথবা এই কার্য্যের জন্য যে নিডল্ (needle) আবিষ্কার হইয়াছে (যাহা যে কোন অস্ত্র নির্ম্মাণকারক দোকানে পাওয়া যায়) তাহা দ্বারা প্রত্যেক ধমনী, গ্রন্থি (Ligature) দিয়া বাঁধিতে হইবে। এই

কার্য্য দ্বারা প্লেসেণ্টার রক্ত সরবরাহ বন্ধ হইবে।

ভেজাইনাল সিসাইরিয়ান সেক্‌সন কেহ কেহ অনুমোদন করেন, ইহার মৃত্যু সংখ্যা শতকরা ১৪ জন দেখিতে পাওয়া যায়, এই মৃত্যু সংখ্যা এবডুমিন্যাল সিসাইরিয়ান সেক্‌সনের প্রায় দ্বিগুণ। ইহাতে প্রসবের বিঘ্ন নিবারণ করিতে পারে না। প্রাচীন সিসাইরিয়ান সেক্‌সন সম্বন্ধে যে আপত্তি উত্থাপিত হইতে পারে, সেই আপত্তি সজোরে ভেজাইনাল অস্ত্রোপচারে উত্থাপন করা যাইতে পারে। একজন হর্ম্মাণ সমালোচক অতি রুক্ষণ ও রুচিবিরুদ্ধ ভাবে ইহার বিরুদ্ধে বলিয়াছেন "বেসরকারী চিকিৎসকের পক্ষে ইহা অতি নিষ্ঠুর অস্ত্রোপচার (Too bloody an operation for private practice)" প্লেসেণ্টা প্রিভিয়ার যে স্থানে জরায়ু কর্ত্তন করা হয় ঠিক সেই স্থান শিরাত্মক (vascular) অংশ। রক্তস্রাব বন্ধ করা যাইতে পারে সত্য; একথা স্বীকার করিয়া লইলেও, জরায়ু কর্ত্তন করিয়া পাঁচ মিনিটের ভ্রূণ বাহির করিয়া লওয়ায়, রোগিণীর বিশেষ কোন উপকার হইল বলিয়া ধারণা হয় না। কেবল চিকিৎসকের সময় বাঁচিল ভিন্ন অন্য কোন উপকার দেখা যায় না।

বিবিধ তত্ত্ব।

সম্পাদকীয় সংগ্রহ।

ব্রঙ্কাইটিশ—চিকিৎসা।

(Thomson)

ফুসফুসে টিউবারকেল সঞ্চিত হইলে পরবর্ত্তী অবস্থায় তৎসহ বায়ু নালীর প্রদাহ বর্ত্তমান থাকিতে দেখা যায়। কিন্তু তৎসহ ইহাও বিবেচনা করা যাইতে পারে যে, যেমন অস্থিমধ্যে সীমাবদ্ধ হইয়া টিউবারকেল অবস্থান স্বত্বে প্রদাহ লক্ষণ অনেক স্থলে প্রকাশিত হয় না, তদ্রূপ ফুসফুস মধ্যেও সীমাবদ্ধ হইয়া টিউবারকেল সঞ্চিত থাকিতে পারে। তদ্রূপ ভাবে টিউবারকেল থাকিলে বায়ুনলীর প্রদাহ নাও থাকিতে পারে। তবে ইহাও বিবেচনা করা আবশ্যক যে, প্রতি মিনিটে নিশ্বাস প্রশ্বাস জন্য ফুসফুস বিশ ত্রিশবার সঞ্চালিত হয়, সর্ব্বদা এইরূপ সঞ্চালিত হওয়ার জন্য ফুসফুস সুস্থির অবস্থায় কখন থাকিতে পায় না, টিউবারকেল সঞ্চিত হওয়ার ফলে ফুসফুসে ক্ষত হইলে ফুসফুস সুস্থির অবস্থায় না থাকার জন্য সেই ক্ষত সহজে শুষ্ক হইতে পারে না। এইরূপ দৃষ্টান্ত আমরা অন্যত্রও দেখিতে পাই—ত্বকের কোন ক্ষতোপরি যদি প্রতি-মিনিটে বিশ ত্রিশবার ঘর্ষণ করা যায় তাহা হইলে কি সেই ক্ষত কখন শুষ্ক হইতে পারে? ইহার উপর ফুসফুসের আরো বিপদ আছে, শ্লেষ্মা যদি গাঢ় ও চট্‌চটে হয় তাহা হইলে শ্লেষ্মা সহজে বহির্গত হইতে পারে না, ফুসফুস তাহা বহির্গত করিয়া দেওয়ার জন্য আরো

অধিক চেষ্টা করে, তাহাতে ফুসফুসের পরিশ্রম অধিক হয়, নিশ্বাস প্রশ্বাসের সংখ্যা অধিক হওয়ার জন্যে আরো অধিক উত্তেজনা প্রাপ্ত হইয়া উঠে। কাসীর বেগ হওয়ার পীড়িত ফুসফুস আরো অধিক পীড়িত হইয়া পড়ে। তদবস্থায় অপর প্রকৃতির রোগ জীবাণুসমূহ তথায় স্ব স্ব ক্রিয়া প্রকাশ করার সুযোগ প্রাপ্ত হওয়ায় রোগীর অবস্থা—পীড়িত ফুসফুসের অবস্থা আরো মন্দ হইয়া উঠে।

উল্লিখিত কারণ বশতঃ যক্ষ্মা কাসীর চিকিৎসা সকল প্রকার রোগজীবাণু বিনাশের জন্ত প্রধান লক্ষ্য লওয়া উচিত। তন্মধ্যে প্রথম বিশেষতঃ প্রতি বিধান জন্ত আগন্তুক রোগজীবাণু সমূহ যাহাতে দুর্ব্বল হইতে—যাহাতে তাহাদের সংখ্যা হ্রাস হইতে পারে তাহাই প্রথম কর্ত্তব্য। দ্বিতীয় কর্ত্তব্য—যাহাতে রোগীর জীবনী শক্তি বৃদ্ধি—রোগের বাধা প্রদানের শক্তি বৃদ্ধি হয় তাহাই দ্বিতীয় কর্ত্তব্য।

বর্ত্তমান সময়ের প্রচলিত সিদ্ধান্ত উন্মুক্ত বায়ু কর্ত্তৃক টিউবারকিউলার রোগজীবাণু এবং পুয়োৎপাদক জীবাণু—এই উভয়েই হীনতেজ হইয়া পড়ে। অন্যান্য জন্ত অপেক্ষা মনুষ্য অধিক সময় বদ্ধ বায়ুতে অবস্থান করে; এই জন্তই অপর সকল জন্ত অপেক্ষা মনুষ্য অধিক সংখ্যায় টিউবারকেল রোগজীবাণু দ্বারা আক্রান্ত হয়। উন্মুক্ত বায়ুতে অবস্থান করিলেই যক্ষ্মারোগগ্রস্ত রোগী অপেক্ষাকৃত ভাল থাকে। বিশুদ্ধ উন্মুক্ত বায়ু ফুসফুসে যত অধিক যায় রোগী ততই ভাল বোধ করে এবং তাহার জীবনী শক্তিও তত বৃদ্ধি হয়। উন্মুক্ত বিশুদ্ধ বায়ুর সঙ্গে সঙ্গে রোগীর জন্য এমন পথ্য ব্যবস্থা করিতে হয় যে, সেই পথ্যে অল্প পরিমাণেই অপেক্ষাকৃত অধিক পরিমাণে পোষক পদার্থ বর্ত্তমান থাকে। মাংসাসী জন্তুরা যে ভাবে খাদ্য গ্রহণ করে, যক্ষ্মারোগগ্রস্ত রোগীর পক্ষেও সেইভাবে খাদ্য গ্রহণ করা উচিত।

যক্ষ্মাকাসীর রোগীর পক্ষে বায়ু নলীর প্রদাহ একটী বিশেষ অনিষ্টকারী উপসর্গ। সুতরাং তাহার চিকিৎসাতেও বিশেষ মনোযোগ দেওয়া উচিত। যাহাতে স্রাব তরল হয়, তাহা করাই প্রধান কর্ত্তব্য। এই উদ্দেশ্য তৈল প্রয়োগ করিয়া বিশেষ সুফল পাওয়া যায়। আমরা দেখিতে পাই—শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির কোন স্থানে তৈল প্রয়োগ করিলে সেই স্থান হইতে অধিক স্রাব নিস্মৃত হইতে থাকে। নাসিকার মধ্যে এক বিন্দু জলপাইয়ের তৈল প্রয়োগ করিলেই তৈলের এই ক্রিয়া প্রত্যক্ষ করা যাইতে পারে। অনেক তৈল—যেমন এরণ্ড তৈল শোণিত সহ মিশ্রিত হইলে তাহা শরীর হইতে বহির্গত হওয়ার জন্য শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে উপস্থিত হয়—উদরোপরি এরণ্ড তৈল মালিশ করিলে তাহা শোণিতমধ্যে প্রবিষ্ট হয়; তথা হইতে বহির্গত হওয়ার জন্য অন্ত্রের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে যাইয়া তথায় অত্যধিক স্রাব উপস্থিত করে, তজ্জন্য বিরেচন হয়। এরণ্ড তৈল যে কেবল অন্ত্রের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির স্রাব বৃদ্ধি করে তাহা নহে। পরন্তু অন্যান্য শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিরও স্রাব বৃদ্ধি করে। বিশেষতঃ অন্ত্রের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি হইতে জলবৎ স্রাব অধিক নিঃসৃত না হইলে অন্য শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে তদ্রূপ কার্য্য প্রকাশিত হয়। এইজন্য দুর্ব্বল ক্ষুদ্র শিশুর বায়ুনলীর প্রদাহের প্রথম অবস্থায় এরণ্ড তৈল দ্বারা

বিরেচন করান অনুচিত। কারণ তাহাদের ফুস ফুসের স্রাব বহির্গত করিয়া দেওয়ার শক্তি অল্প, অধিক স্রাব হইলে তাহা আবদ্ধ থাকিয়া অনিষ্টোৎপাদন করিতে পারে। দেহের পরিপোষণ, এবং শোণিতের লোহিত কণিকা বৃদ্ধি করার শক্তি, লৌহ এবং তদ্রূপ অপরাপর অনেক ঔষধ অপেক্ষা কডলিভার তৈলের অধিক আছে, তাহার কোন সন্দেহ নাই। পরন্তু তৈলে ফুসফুসের শ্লৈষ্মিকঝিল্লির স্রাব যে তরল করে তাহাও সত্য; তবে কডলিভার তৈলের এই শেষোক্ত শক্তি তিসির তৈলের ঐ শক্তি অপেক্ষা অনেক অল্প। এবং এই শক্তির জন্য তিসির তৈল বায়ুনলীর প্রদাহের তরুণ এবং পুরাতন অবস্থায় প্রয়োগ করিয়া সুফল পাওয়া যায়।

তিসির তৈল প্রয়োগ করার পক্ষে প্রধান অসুবিধা এই যে, ইহা দ্বারা সুস্বাদু মণ্ড প্রস্তুত করা যায় না। কেবল মন্থন যন্ত্র দ্বারাই ইহার মণ্ড প্রস্তুত করা যাইতে পারে। ডাক্তার টমশন মহাশয় নিম্নলিখিত ঔষধ দ্বারা ইহার মণ্ড প্রস্তুত করিতে বলেন—

অইল	লিনসিড—	৯½ আউন্স
„	গলথেরিয়া	৮০ মিনিম
„	সিনামোমাই	৮০ মিনিম
এসিড হাইড্রোসিয়ানিকডিল		৮০ মিনিম
গ্লিসিরণ		১৯০ মিনিম
সিরাপ		৬½ আউন্স
মিউসিলেজ কণ্ডাই সমষ্টিতে		৩২ আউন্স

মিশ্রিত করিয়া মণ্ড। মাত্রা ১-৪ ড্রাম

বায়ুনলীর তরুণ প্রদাহে—

ইমলসন অলিয়াইলিনি	৬ আউন্স
মর্ফিন সালফ্	১ গ্রেণ
ক্লোরাল	১½ ড্রাম

মিশ্রিত করিয়া মাত্রা ২ ড্রাম। আহারের পর সেব্য।

বায়ুনলীর তরুণ প্রদাহে উত্তেজক ঔষধ সহ কফ নিঃসারক ঔষধ মিশ্রিত মিশ্র ব্যবস্থা করা হয়। সেই চেষ্টা যে নিস্ফল হয়। তাহা আমরা স্রাববিহীন কফদায়ক কাশী এবং ফুসফুসের সিবিলাণ্টরালস শব্দ দ্বারা সহজেই বুঝিতে পারি। তদবস্থায় ক্লোরাল মর্ফিনসহ উক্ত তৈল মণ্ড প্রয়োগ করিয়া সুফল পাওয়া যাইতে পারে। এইরূপ অবস্থায় ডাক্তার টমসন কখন পুরাতন ব্যবস্থা—এমোনিয়া ক্লোরাইড্, সিলা প্রভৃতি ব্যবস্থা করেন না। তিসির তৈলমণ্ড প্রয়োগ করিয়া হাঁপানীযুক্ত কাসের সুফল হয়। যক্ষ্মাকাসের সঙ্গে যখন বায়ুনলীর প্রদাহ হওয়ায় কাসীর জন্য রোগীর অত্যন্ত কষ্ট হইতে থাকে, তখন প্রথমে তৈলমণ্ড সেবন করাইয়া কাসির উপদ্রব হ্রাস হইলে মূল পীড়ার যথা প্রয়োজন চিকিৎসা করিতে হয়।

টন্‌সিলাইটিস—চিকিৎসা।

(Telley)

গলকোষের ক্ষতের প্রধান স্থান টন্সিল। টন্‌সিলে প্রদাহ হইলে সর্ব্ব প্রথমেই রোগীকে শান্ত সুস্থির অবস্থায় শয্যায় শায়িত রাখিতে হয়। অন্ত্র পরিষ্কারের জন্য দুই তিন গ্রেণ ক্যালমেল সেবন করাইয়া পরে লাবণিক বিরেচক দেওয়া আবশ্যক। পীড়ার প্রকৃতি অনুসারে বিভিন্ন প্রকার

চিকিৎসা অবলম্বন করা আবশ্যক। তন্মধ্যে সাধারণভাবে স্থানিক এবং যাহা ভাল তাহাই উল্লেখ করা যাইতেছে।

ছোট ছোট বালক বালিকাদিগের টন্‌সিলাইটিস্ হইলে স্যালিসিলেট প্রয়োগ করিয়া বেশ সুফল পাওয়া যায়। এবং ঔষধ বেশ সহ্যও হয়, এই পীড়া অনেক সময়ে বাত ধাতুগ্রস্ত বালক বালিকাদিগের হইতে দেখা যায়, তদবস্থায় যে স্যালিসিলেট বিশেষ উপকারী তাহার কোনই সন্দেহ নাই। জ্বরের উত্তাপ অধিক থাকিলে ঘর্ম্ম না হওয়া পর্য্যন্ত স্যালিসিলেট সহ টিংচার একোনাইট প্রয়োগ করিয়া সুফল পাওয়ার বিশেষ সম্ভাবনা। উত্তাপ হ্রাস হইলেই আর ঔষধ প্রয়োগ করা উচিত নহে। ফরমালিন রোগ জীবাণু নাশক ও তাহা ক্ষীর শর্করার সহিত মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

ক্ষারাক্ত উষ্ণ জল স্থানিক প্রয়োগ করিলে তৎক্ষণাৎ উপশম বোধ হয়। ক্ষারাক্ত উষ্ণ জলে চট্‌চটে শ্লেষ্মা তরল হওয়ায় তাহা স্থানচ্যুত হওয়া সহজ হয়। উষ্ণ জল পুলটিশের অনুরূপ কার্য্য করে। তবে উষ্ণ পিচকারী দ্বারা যথোপযুক্তভাবে প্রয়োজিত হওয়া আবশ্যক। ডাক্তার টেলীর মতে নিম্নলিখিত প্রণালীতে পিচকারী প্রয়োগ করা উচিত।

এক গেলাশ উষ্ণ জল মধ্যে আদ ড্রাম বাই কার্ব্বনেট অফ্ সোডা এবং ঐ পরিমাণ সাধারণ লবণ দ্রব করিয়া লইয়া তাহার কতক অংশ তিন আউন্স ধরে এমন একটী রবারের বলযুক্ত পিচকারী মধ্যে পূর্ণ করিতে হয়। এই পিচকারীর মুখ নল সরল। রোগীর মুখের নিম্নে কোন পাত্র রাখিয়া রোগী মুখ ব্যাদন করিলে উক্ত পিচকারীর মুখ গলকোষের সন্নিকটবর্ত্তী করিয়া ঔষধ পূর্ণ রবারের বল সঙ্কাপিত করিলেই দ্রব উপযুক্ত স্থানে প্রক্ষিপ্ত হইতে পারে। যে পর্য্যন্ত পিচকারীর সমস্ত জল বহির্গত না হয় সে পর্য্যন্ত ক্রমে ক্রমে প্রয়োগ করিতে হয়। এই প্রণালীতে গলার মধ্যস্থিত চট্‌চটে শ্লেষ্মা ইত্যাদি যথেষ্ট বহির্গত হইয়া যাওয়ায় রোগী তৎক্ষণাৎ উপশম বোধ করে। অল্প বয়স্ক শিশুদিগকেও এই প্রণালীতে ঔষধ প্রয়োগ করিয়া তৎক্ষণাৎ উপশম হইতে দেখা যায়। স্রাব ও এমন কি ডিফ্‌থিরিয়া পীড়া জাত স্রাব এই উপায়ে পরিষ্কার করা হয়। ডাক্তার টেলী মহাশয় বহু দিবস যাবত এই প্রণালী অবলম্বন করিয়া আসিতেছেন। কখন মন্দ ফল হইতে দেখেন নাই। প্রত্যাবর্ত্তক ক্রিয়া ফলে কোমল তালু সঙ্কুচিত হয় জন্য ঔষধীয় দ্রব টিম্পানাম প্রভৃতি স্থলে প্রবেশ করিতে পারে না।

বালকদিগের পক্ষে স্প্রে দ্বারা ঔষধ প্রয়োগ করিয়া বিশেষ কোন সুফল পাওয়া যায় না। বয়স্কদিগের পক্ষেও প্রায় তদ্বৈবচ। গলার অভ্যন্তরের তরুণ প্রদাহে কুল্যরূপে ঔষধ প্রয়োগ করিয়াও আশানুরূপ সুফল হয় না।

ডাক্তার টেলী মহাশয় টনসিলের নানা প্রকার প্রদাহে পূর্ণ মাত্রায় টিংচার ফেরি পারক্লোরাইড্ প্রয়োগ করিতে ভাল বাসেন।

বাত পীড়ার সহ টনসিলের প্রদাহ থাকিলে কলসিকম বিশেষ উপকারী। বেদনার প্রাবল্য থাকিলে এস্পাইরিন দশ

গ্রেণ মাত্রায় প্রয়োগ করিয়া সুফল পাওয়া যায়। গলার বেদনার জন্য ইহা গলাধঃকরণে অক্ষম হইলে বাহ্য কর্ণ রন্ধ্রের সম্মুখস্থ উপাস্থি (Tragus) ভালরূপে সঞ্চাপিত করিয়া ধরিয়া ঔষধ গিলিতে চেষ্টা করিলে কষ্টের লাঘব হইবে। কেন হয়? ডাক্তার টেলী তাহা উল্লেখ করেন নাই। টনসিলাইটিস রোগগ্রস্ত রোগীর পক্ষে এইটী পরীক্ষা করিয়া দেখা বিশেষ কর্ত্তব্য।

প্রদাহ হইয়া টন্‌সিলের বহির্দ্দেশে পূয়োৎপত্তি হইলে অবিলম্বে পূয় বহির্গত করিয়া দেওয়া কর্ত্তব্য। কর্ত্তন করিতে সাবধান হইতে হয়, তাহা সকলেই অবগত আছেন। সাধারণতঃ তরুণ প্রদাহে পঞ্চম দিনে পূয় জন্মে। টনসিলের উপরে এবং বহির্দ্দেশেই পূয় সঞ্চিত হওয়া সাধারণ নিয়ম। তজ্জন্য কোমলর তালুর নিকটে কর্ত্তন করিতে হয়। টনসিলেব পূয় কর্ত্তন করিয়া বহির্গত করিয়া দিতে হইলে কর্ত্তন সম্বন্ধে একটু সাবধান হইতে হয়। কারণ এই স্থানে বৃহৎশোণিত বহা ইত্যাদি গুরুতর গঠন সমূহ বর্ত্তমান থাকে। আলজিহ্বার মূল দেশ হইতে একটী অনুপ্রস্থ রেখা কল্পনা করিয়া লইয়া বহির্ম্মুখে টানিয়া লইয়া যাইতে হইবে, টনসিলের অভ্যন্তর পার্শ্ব হইতে অপর একটী অনুলম্ব রেখার কল্পনা করিয়া লইতে হইবে। এই উভয় রেখার সম্মিলন স্থলে দুই পার্শ্বে দুইটী সমকোণ উৎপন্ন হইবে। তাহার মধ্যে বহির্দ্দিকের যে কোণটী উৎপন্ন হইবে সেই স্থানে ছুরীর ডগ প্রবেশ করানই নিরাপদ। ইহাই ডাক্তার টেলীর মত। এই স্থানে টনসিলের মধ্যে ছুরীর ডগ অর্দ্ধ ইঞ্চ পরিমাণ বসাইলেও আশঙ্কার কোন কারণ নাই। ছুরী বহির্গত করার সময়ে নিম্ন ও অভ্যন্তর দিক দিয়া লইয়া আসিলেই উত্তম কর্ত্তন হইবে এবং সমস্ত পূয় বহির্গত হইয়া যাইবে। ছুরী বহির্গত করিয়া লইলে যদি পূয় বহির্গত না হয় তাহা হইলে কর্ত্তনের মধ্যে উপযুক্ত ফরসেপস্ প্রবেশ করাইয়া একটু এদিক ওদিক ঘুরাইয়া ফাঁক করিলেই পূয় বহির্গত হয়। অতি সাবধানে ফরসেপস্ ঘুরাইতে ফিরাইতে হয়। পূয়োৎপত্তি হইয়া থাকিলে এইরূপ অস্ত্রোপচারে তাহা বহির্গত হইয়া যায়।

ঐ রূপ স্ফোটকের জন্য টনসিল কর্ত্তন করার আবশ্যক করে না। এই স্থানের কর্ত্তনে ক্যারটিড ধমনী কর্ত্তিত হইতে পারে—এই রূপ আশঙ্কার কথা প্রচলিত আছে। কিন্তু যে স্থানে কর্ত্তন করিতে হয়, উক্ত ধমনী তৎস্থান হইতে অনেক বাহ্য দিকে অবস্থান করে। টন্‌সিলের মধ্যে কর্ত্তন করিলে রোগীর বিশেষ যন্ত্রণা হয়। অনেকে বলেন—যন্ত্রণা হয় সত্য কিন্তু কতক শোণিত নির্গত হইয়া যাওয়ায় রোগীর যন্ত্রণার উপশম হয়। কিন্তু ডাক্তার টেলী মহাশয় তাহা স্বীকার করেন না। কারণ ঐরূপ অস্ত্রোপচারের পর রোগীকে অধিক দুর্ব্বল বলিয়া বোধ হয়।

টন্‌সিলাইটিস্ হইলে রোগী অত্যন্ত দুর্ব্বল হয়। এইজন্য রোগান্তে দৌর্ব্বল্যে সমুদ্রতীরবর্ত্তী স্থানে প্রেরণ করিলে সুফল হইতে দেখা যায়। রোগীর আর্থিক অবস্থা তাহার প্রতিকূল হইলে বলকারক পথ্যের প্রতি দৃষ্টি রাখা কর্ত্তব্য।

আন্ত্রিক জ্বর, ফুস্ফুস্ প্রদাহ প্রভৃতি পীড়া—বিশেষ বিশেষ রোগজীবাণু দ্বারা শোণিত দূষিত হয় অর্থাৎ উক্ত জীবাণু শোণিত সহ পরিচালিত হইয়া সমস্ত শরীরে পরিব্যাপ্ত হয়। শরীরের রোগ প্রতিবোধক শক্তি হ্রাস হইয়া আসিলে পরে ঐরূপ জীবাণু যদি হৃদপিণ্ড হইতে দূরবর্ত্তী স্থানে পরিচালিত হয় তাহা হইলে তথায় উক্ত জীবাণু আবদ্ধ হওয়ায় তথায় পূয়োৎপত্তি হইয়া সীমাবদ্ধ স্ফোটকেব উৎপত্তি হইতে দেখা যায়। আমরা বর্ত্তমান সময় পর্য্যন্ত এমন কোন ঔষধ জ্ঞাত হইতে পাবি নাই যে, তদ্দ্বারা শোণিত ঐরূপ রোগ জীবাণু বিনষ্ট কবিতে পারে। তজ্জন্য পূর্ব্বোক্ত স্বাভাবিক নিয়মের অনুসরণ করিয়া যদি হাতে বা বা পায়ে ঐরূপ স্ফোটক উৎপন্ন করিতে পারি তাহা হইলে হয়তো পীড়া আরোগ্য হইতে পারে—শোণিতের দোষ নষ্ট হইতে পারে। রোগ জীবাণু ঐরূপ স্থানে সমাগত হইলে তাহা বহির্গত হইয়া যাওয়া সহজ হইতে পারে। পরন্ত এইরূপ প্রক্রিয়ার ফলে তথায় শোণিতের শ্বেত কণিকার শত্রু বিনাশ করার শক্তি বৃদ্ধি হয় এবং শোণিতের রোগ জীবাণু নাশক শক্তিও যথেষ্ট বৃদ্ধি হয়।

এই সমস্ত কল্পনা সিদ্ধান্ত স্থির সিদ্ধান্তে পরিণত করার উদ্দেশ্যে ডাক্তার চারলস্ মহাশয় পদে তারপিন তৈলের অধস্ত্বাচিক প্রয়োগের দ্বারা সীমাবদ্ধ স্ফোটক উৎপাদন (**Fixation abscess**) করিতে পরামর্শ দেন। প্রবল প্রদাহ হইয়া আরোগ্য হইলে পুনঃ পুনঃ প্রয়োগ করিতে হয়। কারণ প্রদাহ কয়েক দিবসের মধ্যে আরোগ্য হইয়া যায়। স্ফোটক হইলে তাহা কর্ত্তন করিয়া পূয় বহির্গত করিয়া দিয়া যথারীতি চিকিৎসা করিতে হয়। ভিন্ন ভিন্ন স্থানে স্ফোটক উৎপাদন করা যাইতে পারে। তারপিন তৈলের রোগ জীবাণু নাশক শক্তি আছে, এইজন্য এইরূপে উৎপন্ন স্ফোটকের পূয়ে বিশেষ কোন দোষ থাকে না। স্ফোটক আপন হইতে আরোগ্য হইয়া গেলেও অন্য স্থানে অপর স্ফোটক উৎপাদন করা কর্ত্তব্য।

ঝাণাঘাট মিশন হস্পিটালের সুযোগ্য চিকিৎসক শ্রীযুক্ত লক্ষ্মীকান্ত ডাক্তার মহাশয় ইতি পূর্ব্বে ভিষক দর্পণে দোকালীন জ্বরের চিকিৎসায় তারপিন তৈলের দ্বারা স্ফোটক উৎপাদন করিয়া সুফল হওয়ার দৃষ্টান্ত প্রদর্শন করিয়াছেন। কিন্তু তিনি পদে স্ফোটক উৎপাদন না করিয়া যকৃৎ এবং প্লীহাব স্থানে পুনঃ পুনঃ স্ফোটক উৎপাদন করিয়া থাকেন। এবং তাঁহারই অনুকরণে অন্যান্য অনেক চিকিৎসক উক্ত চিকিৎসা প্রণালী অবলম্বন করিতেছেন। এই চিকিৎসার পরিণাম কি, তাহা ক্রমে জানা যাইবে।

প্লীহাদাগান—চিকিৎসা প্রণালী এই দেশে নূতন নহে। আমরা সচরাচর এমন বহু লোক দেখিতে পাই যে, তাহার প্লীহা বা যকৃতের উপর গোলাকার বহু সংখ্যক ক্ষত শুষ্কের দাগ। প্লীহা আরোগ্য করার জন্য প্রক্রিয়া বিশেষ দ্বারা ক্ষত উৎপাদন করার জন্যই যে ঐরূপ দাগের উৎপত্তি হইয়াছে। তাহাও নিসন্দেহে অবগত হওয়া যায়। অর্দ্ধ শতাব্দী কাল এই চিকিৎসা প্রণালী এদেশে প্রচলিত

রহিয়াছে। কিন্তু কোন্ সময়ে, কি সিদ্ধান্ত অনুসারে এই চিকিৎসা প্রণালী প্রচলিত হইল, তাহা বলা যায় না; তবে অধ্যাপক লিওনার্ড রজারস্ মহাশয় যে, ইহারই প্রতিধ্বনি করিয়াছেন, তাহা বোধ হয়। আমরা যখন কোন বিষয়ে সফলতা লাভে অকৃতকার্য্য হই, তখন যে যাহা বলে, তাহাই অবলম্বন করিয়া কৃতকার্য্য হওয়ার জন্য যত্ন করিয়া থাকি। কালাজ্বর সম্বন্ধে তাহাই হইতেছে। এইরূপে এক সময়ে যে কৃতকার্য্য হইব, তাহারও কোন সন্দেহ নাই। কেহ কেহ বলেন—ক্যানক্রমওরিশের ফল—স্বভাবের অনুকরণে প্লীহার উপর ঘা করা হয়।

শুল কিন্তু পূর্ব্ববর্ণীত ফিক্সেমন এবসেস্ আর প্লীহার উপর ঘা-করক্ ঠিক যে এক বিষয় কি না, সে বিষয়ে সন্দেহ আছে। কারণ যে সময়ে এদেশে প্লীহার উপর ঘা করার প্রথা প্রচলিত ছিল, সেই সময়ে পুরাতন শোণিত দুষ্ট পীড়ায়—বাতাদি পীড়ায়—হৃদপিণ্ড হইতে দূরবর্ত্তী স্থানে ঘা করা হয়—হস্তে বা পদে শুল বসান হইত। কোন স্থানে ক্ষত করিয়া সেই ক্ষত যাহাতে শুষ্ক হইতে না পারে সেইজন্য ক্ষত মধ্যে একখণ্ড কাষ্ঠ স্থাপন করা হইত। এবং ক্ষত যাহাতে দূষিত না হইতে পারে সেইজন্য অন্য কাষ্ঠ না দিয়া নিম কাষ্ঠ দেওয়া হইত। নিম রোগজীবাণু নাশক। প্রত্যহ দুইবার বিশেষরূপে পরিষ্কার করা হইত।

এই প্রণালীতে কার্য্য হওয়ায় শোণিতের শ্বেত কণিকার আগন্তুক রোগজীবাণুর সহিত যুদ্ধ করার শক্তি বৃদ্ধি এবং শোণিত রসেরও রোগজীবাণু নাশ করার শক্তি বৃদ্ধি হয়। সুতরাং Fixation Abscessএর কার্য্য এবং শুলের কার্য্য প্রায় একই প্রণালীতে হইয়া থাকে।

সংবাদ।

বঙ্গীয় সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রেণীর নিয়োগ, বদলী এবং বিদায় আদি।

১৯১১—ডিসেম্বর।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত জয়েঞ্জয় মহান্তী সম্বলপুর জেলার সুঃ ডিঃ হইতে কটক জেলার অন্তর্গত ধরমশালা ডিস্পেন্সারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

সিনিয়র। দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মার্টিন সানত্রা, কটক জেলার অন্তর্গত ধরমশালা ডিস্পেন্সারীর কার্য্য হইতে কটকে সুঃ ডিঃ করার আদেশ পাইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নৃত্যগোপাল চট্টোপাধ্যায় গয়া জেলার

সুঃ ডিঃ হইতে সারণে প্লেগ ডিউটী করিতে আদেশ পাইলেন।

সিনিয়র দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত শশীমোহন দাস দারজিলিং জেলার অন্তর্গত খরসং ডিস্পেনসারীর কার্য্য হইতে দারজিলিংএর ভিক্টোরিয়া মেমোরিয়াল এবং পুলিশ হস্পিটালের কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নরেন্দ্রনাথ সেনগুপ্ত দারজিলিংএর পাহারতলীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে খরসং ডিস্পেনসারীর কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত লেম সিং তাঁহার নিজ কার্য্য দারজিলিংএর পরিভ্রমণ কার্য্যসহ তথাকার পাহারতলীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য অস্থায়ী ভাবে সম্পন্ন করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মনোরঞ্জন গঙ্গোপাধ্যায় ছমকা জেল হস্পিটালের নিজ কার্য্যসহ তথাকার সদর ডিস্পেনসারীর কার্য্য অস্থায়ী ভাবে সম্পন্ন করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত জৈন উদ্দীন মুঙ্গেরের সুঃ ডিঃ হইতে চম্পারণে P. W. D. বিভাগে অস্থায়ী ভাবে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রমেশচন্দ্র চক্রবর্ত্তী কৃষ্ণনগর হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে পূর্ব্ববঙ্গ রেলওয়ের দামুকদিয়া ষ্টেশনের ট্রাবলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মহাদেব রথ ছমকা পুলিশ হস্পিটালের তাঁহার নিজ কার্য্য সহ তথাকার জেল হস্পিটালের চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মনোরঞ্জন গঙ্গোপাধ্যায় বিভাগীয় পরীক্ষা দানের জন্য অনুপস্থিতি সময়ে তাঁহার কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সেখ মহমদ জহর উদ্দীন হাইদার গয়া জেলার কলেরা ডিউটী শেষ করার পর তথাকার পিলগ্রিম হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মনীন্দ্রনাথ বন্দ্যোপাধ্যায় গয়া জেলার কলেরা ডিউটী শেষ হওয়ার পর ক্যাম্বেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত শ্যামসুন্দর দাস কটকের সুঃ ডিঃ হইতে তথাকার পুলিশ হস্পিটালের কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত কৈলাশচন্দ্র রাও কটক মেডিকেল স্কুলের চিকিৎসা-তত্ত্ব ও পীড়িত-বিধান তত্ত্বের ব্যাখ্যাকারকের নিজ কার্য্যসহ ভৈষজ্য তত্ত্ব ও ঔষধ প্রকরণ তত্ত্বের উপদেশ দেওয়ার কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত ক্ষীরোদচন্দ্র দে দারজিলিং ভিক্টোরিয়া মেমোরিয়াল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে আংগুল জেলার পুলিশ হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নৃত্যগোপাল চট্টোপাধ্যায় গয়ার সুঃ ডিঃ হইতে সারণে প্লেগ ডিউটী করিতে আদেশ পাইলেন। ইনি লোহারডাগা ডিস্‌পেন্‌সারীর তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত ভোলানাথ মুখোপাধ্যায়ের অনুপস্থিত সময়ে—বিগত আগষ্ট মাসের ৭২ই তারিখ হইতে সেপ্টেম্বর মাসের ৪ঠা পর্য্যন্ত তাঁহার কার্য্য সম্পন্ন করিয়াছেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত যোগেন্দ্রনাথ পাল বাঁকুরা পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে সম্বলপুর জেলার অন্তর্গত পদমপুর ডিস্‌পেন্‌সারীর কার্য্যে বদলী হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত বেহারীলাল বসাক সম্বলপুর জেলার অন্তর্গত পদমপুর ডিস্‌পেন্‌সারীর কার্য্য হইতে বাঁকুড়া পুলিশ হস্পিটালের কার্য্যে বদলী হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নিবারণচন্দ্র দে দ্বারভাঙ্গা পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে গয়া জেলার অন্তর্গত টিকারিরাজ হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

সিনিয়র। দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মহাবীর প্রসাদ গয়া জেলার অন্তর্গত টিকারিরাজ হস্পিটালের কার্য্য হইতে সাঁওতাল পরগণার অন্তর্গত গোড্ডা মহকুমার কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত উমেশচন্দ্র মজুমদার সাঁওতাল পরগণার অন্তর্গত গোড্ডা মহকুমার কার্য্য হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত কৈলাসচন্দ্র রাও কটক মেডিকেল স্কুলের চিকিৎসা তত্ত্ব ও পীড়িত-বিধান তত্ত্বের শিক্ষা কার্য্য বিগত নবেম্বর মাসের ১৩ই তারিখ পর্য্যন্ত করিয়াছেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সুরেন্দ্র প্রসাদ দাস কটকের সুঃ ডিঃ হইতে কটক মেডিকেল স্কুলের চিকিৎসা তত্ত্বের এবং পীড়িত-বিধান তত্ত্বের উপদেশ কার্য্য বিগত নবেম্বর মাসের ১৪ই তারিখ হইতে আরম্ভ করিতে আদেশ পাইয়াছেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রাখাল দাস হাজরা ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে মজাফরপুরের রেলওয়ে হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

সিনিয়র প্রথম শ্রেণীর সবএসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত গোপাল চন্দ্র দাস মজাফরপুর রেলওয়ে হস্পিটালের কার্য্য হইতে নবেম্বর মাসের ২৬শে তারিখ হইতে পেনশন গ্রহণ করার অনুমতি পাইয়াছেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত শরৎচন্দ্র সেন হাজারীবাগ হস্পিটালের তাঁহার নিজ কার্য্য সহ তথাকার সদর হস্পিটালের কার্য্য বিগত জুন মাসের ২৬শে হইতে জুলাই মাসের ৪ঠা পর্য্যন্ত সম্পন্ন করিয়াছেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত কৃষ্ণ চন্দ্র মিশ্র বাঁকুরা ডিস্‌পেনসারীর অস্থায়ী কার্য্য শেষ হওয়ার পর কটক জেনেরাল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করার আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত উমেশ চন্দ্র মজুমদার পূর্ব্বে ক্যাম্বেল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করার আদেশ পাইয়া পরে গোড্ডা ডিস্‌পেনসারীতে স্থঃ ডিঃ করার আদেশ পাইলেন।

সিনিয়র। দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত গোপালচন্দ্র বর্ম্মণ ঝরিয়ার প্লেগ ডিউটী হইতে গোবিন্দপুর ধানবাঁধে প্লেগ ডিউটী করিতে আদেশ পাইলেন।

সিনিয়র। দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মার্টিন সান্ত্রা কটক জেনেরাল হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে ভাগলপুর সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালের প্রথম সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত যমুনাপ্রসাদ স্থকুল ভাগলপুর সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালের প্রথম সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে বিদায়ে আছেন। বিদায় অন্তে ক্যাম্বেল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সবএসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত যদুনাথ দে কটক জেনেরাল হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে মুর্শিদাবাদে কলেরা ডিউটী করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সবএসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত বিমলাচরণ ঘোষ হুগলী মিলিটারী পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে শ্রীরামপুর ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

সিনিয়র। দ্বিতীয় শ্রেণীর সবএসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত উপেন্দ্র নাথ রায় হুগলী পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য সহ তথাকার মিলিটারী পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য অস্থায়ী ভাবে সম্পন্ন করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সবএসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত আবদুল সমেত মহম্মদ গয়া জেলার অন্তর্গত দাউদ নগর ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে উক্ত জেলায় প্লেগ ডিউটী করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সবএসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সৈয়দ মহমদ সাফিক গয়া জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে দাউদ নগর ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

সিনিয়র। দ্বিতীয় শ্রেণীর সবএসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মহমদ সাদিক গয়া পুলিশ হস্পিটালের নিজ কার্য্য সহ তথাকার জেল হস্পিটালের কার্য্য অস্থায়ী ভাবে সম্পন্ন করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সবএসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নরেন্দ্রনাথ সেনগুপ্ত দারজিলিং জেলার অন্তর্গত খরসং ডিস্‌পেনসারীর অস্থায়ী কার্য্য হইতে দারজিলিং পাহারতলীর সবএসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সবএসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত লেম সিং দারজিলিংএর ভ্রমণকারী সবএসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে খরসং ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সবএসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সুরেন্দ্রনাথ মুখোপাধ্যায় কটক জেনেরাল হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে আঙ্গুল জেলার টীকার সব ইনস্‌পেক্টারির কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সবএসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সুরেন্দ্রপ্রসাদ দাস কটক জেনেরাল হস্পিটালের

সুঃ ডিঃ হইতে কটক মেডিকেল স্কুলের ছাত্রদিগকে অস্থায়ী ভাবে ভৈষজ্য তত্ত্ব শিক্ষা দিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সবএসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত কৃষ্ণমোহন কেশ কটক জেনেরাল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে পদ্মার সেতুনির্ম্মাণ উপলক্ষে রেইটার নূতন ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সবএসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত গিরীন্দ্র নাথ দে দিল্লীর করনেশন ক্যাম্পের দ্বিতীয় মেডিকেল অফিসারের কার্য্য হইতে রাঁচী জেলার খুন্তী মহকুমার কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সৈয়দ জইন উদ্দীন আহমদ রাচী জেলার অন্তর্গত খুন্তী মহকুমার অস্থায়ী কার্য্য হইতে তথায় সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত শঙ্করপ্রসাদ কমিলা কটক মেডিকেল স্কুলের ভৈষজ্য তত্ত্বের শিক্ষক ও পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে বিদায়ে আছেন। বিদায় শেষ হওয়ার পূর্ব্বেই কার্য্য করার আদেশ পাইলেন এবং অবশিষ্ট বিদায় রহিত হইল।

সিনিয়ার দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত উমামোহন সরকার চম্পারণ জেলার বাগাহা ডিস্‌পেন্সারীর কার্য্যে নিযুক্ত আছেন। ইনি ভাগলপুর সেণ্ট্রাল হইতে বাগাহা ডিস্‌পেন্সারীতে আইসার জন্ম এক দিবস অতিরিক্ত সময় পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সৈয়দ জইন উদ্দীন আহমদ রাচী জেলার অন্তর্গত খুন্তী মহকুমার সুঃ ডিঃর আদেশ পাইয়াছিলেন। তৎপর উক্ত মহকুমার কার্য্য অস্থায়ীভাবে সম্পন্ন করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত অদ্বৈতপ্রসাদ মহান্তী উড়িষ্যার পলিটিকেল এজেণ্টের ক্যাম্পের মেডিকেল অফিসারের কার্য্য হইতে যশোহর জেল হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত প্রমোথচন্দ্র কর দিল্লী দরবারের শ্রীযুক্ত ছোট লাটের ক্যাম্পের কার্য্য হইতে বহরমপুর কনেষ্টবল স্কুলের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রবীন্দ্রনাথ মিত্র যশোহর জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রমেশচন্দ্র দে হাজারীবাগ জেল হস্পিটালের কার্য্যসহ তথাকার পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য বর্ত্তমান ডিসেম্বর মাসের ১লা হইতে ৬ই পর্য্যন্ত সম্পন্ন করিয়াছেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত শরৎচন্দ্র সেন হাজারীবাগ পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে গিরিডী মহকুমার কার্য্য বর্ত্তমান ডিসেম্বর মাসের ৪ঠা হইতে ৬ই পর্য্যন্ত সম্পন্ন করিয়াছেন।

বিদায়।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রামপদ মল্লিক পূর্ব্ববঙ্গ রেলওয়ের কাঁচপাড়া ষ্টেশনের ট্রাবলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে এক মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত যতীন্দ্রনাথ ঘোষাল পূর্ব্ববঙ্গ রেলওয়ের পোড়াদহ ষ্টেশনের ট্রাবলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে বিদায়ে আছেন। ইনি বিগত ২৩শে আগষ্ট হইতে আরো আড়াই মাস ফারলো বিদায় পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত আশুতোষ বসু দারজিলিংএ স্থঃ ডিঃ করায় আদেশ পাওয়ার পর পীড়ার জন্য একমাস বিদায় পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত শ্যামসুন্দর দাস খুলনা উড্বরণ হস্পিটালের কার্য্য হইতে বিগত সেপ্টেম্বর মাসের ৮ই হইতে ৩৬ই অক্টোবর পর্য্যন্ত এক মাস সাত দিবস পীড়ার জন্য বিদায় পাইলেন। পূর্ব্বে মিশ্রিত বিদায় আট মাস পাইয়াছেন।

সিনিয়র প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রায় সাহেব নিবারণচন্দ্র সেন দারজিলিং ভিক্টোরিয়া মেমোরিয়াল হস্পিটাল এবং পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে তিন মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মনোমোহন চক্রবর্ত্তী দুমকা সদর ডিস্পেন্সারির কার্য্য হইতে তিন সপ্তাহ প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত হর্ষনাথ সেন ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে তিন মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত আসির উদ্দীন মণ্ডল পূর্ব্ববঙ্গ রেলওয়ের দামুকদিয়া ষ্টেশনের ট্রাবলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে তিন মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত শঙ্করপ্রসাদ কমিলা কটক মেডিকেল স্কুলের ভৈষজ্য তত্ত্বের শিক্ষকের এবং পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে পীড়ার জন্য একমাস বিদায় পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সত্যানন্দ সাহু আঙ্গুল পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে দুই মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত হেমচন্দ্র বন্দোপাধ্যায় ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে বিগত সেপ্টেম্বর মাসের ২রা হইতে ১২ই পর্য্যন্ত প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইয়াছিলেন। সেই আদেশ রহিত হইল। (নং ২২৬৪—২৩-১০-১১)।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মনীন্দ্রনাথ বন্দোপাধ্যায় ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে পীড়ার জন্য দুই মাস বিদায় পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত যমুনাপ্রসাদ স্কুল ভাগলপুর সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালের প্রথম সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের অস্থায়ী কার্য্য হইতে দুই মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত আমীর আলী আলীপুর পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে তিন মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইয়াছিলেন। এক্ষণে পীড়ার জন্য তৎসহ তিন মাস বিদায় পাইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন

শ্রীযুক্ত হেন্‌রী সিং হাজারীবাগ সেন্ট্রাল জেল হস্পিটালের প্রথম সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে বিদায়ে আছেন। ইনি পীড়ার জন্য আরো—বিগত ১লা আগষ্ট হইতে আগামী ফেব্রুয়ারী মাসের ২৯শে পর্য্যন্ত বিদায় পাইলেন। ইহার মধ্যে চারি মাসের কোন বেতন পাইবেন না।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত অমৃতলাল মণ্ডল শ্রীরামপুর ডিস্‌পেন্সারির কার্য্য হইতে এক মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নিত্যানন্দ সরকার ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে ছয় মাস মিশ্রিত বিদায় প্রাপ্ত হইলেন, তন্মধ্যে দুই মাস ষোল দিন প্রাপ্য বিদায়।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত কৃষ্ণমোহন কেশ আঙ্গুল জেলার টীকার সব ইন্‌স্পেক্টারের অস্থায়ী কার্য্য হইতে বিদায় পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সবএসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত শঙ্করপ্রসাদ কমিলা বিদায়ে আছেন। ইনি আরো এক মাস বিদায় পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সবএসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত গিরীন্দ্র নাথ দে রাঁচী জেলার অন্তর্গত খুন্তী মহকুমার কার্য্য হইতে আড়াই মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সবএসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত আশুতোষ বসু পীড়ার জন্য আরো পাঁচ মাস বিদায় পাইলেন।

ভিষক্-দর্পণ।

চিকিৎসা-তত্ত্ব-বিষয়ক মাসিকপত্র।

যুক্তিযুক্তমুপাদেয়ং বচনং বালকাদপি।
অন্যৎ তু তৃণবৎ ত্যাজ্যং যদি ব্রহ্মা স্বয়ং বদেৎ॥

২২শ খণ্ড। } ফেব্রুয়ারী, ১৯১২। { ২য় সংখ্যা।

কেবল মাত্র আইওডিন দ্রব দ্বারা সদ্য ক্ষত চিকিৎসা।

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার গিরীশচন্দ্র বাগছী, রায় সাহেব।

ক্ষত চিকিৎসার জন্য আইওডিনের প্রয়োগ অত্যধিক বিস্তৃত হইয়া পড়িয়াছে। দূষিত ক্ষত, সদা কর্ত্তিত ক্ষত, সাধারণ ক্ষত, এবং ক্ষতে দোষ না হইতে পারে এই জন্য কর্ত্তনের স্থান এবং তদানুষঙ্গিক উপকরণসমূহ আইওডিন দ্বারা লিপ্ত করিলে তৎ সমস্তের দোষ নষ্ট হইয়া বিশুদ্ধ হয়। সুতরাং ক্ষত সহজে শুষ্ক হয় এবং তাহাতে কোন দোষ স্পর্শিতে পারে না—অর্থাৎ পূয়োৎপাদক জীবাণু অথবা অন্য কোনরূপ রোগোৎপাদক জীবাণু তথায় আশ্রয় গ্রহণ করিতে পারে না। এই সিদ্ধান্তের উপর নির্ভর করিয়া অস্ত্রচিকিৎসকগণ আইওডিন প্রয়োগ করিতেছেন, তন্মধ্যে কেহ কেহ পচননিবারক, রোগজীবাণু নাশক এবং অন্যান্য উপায় অবলম্বন করিয়া তৎসহ আইওডিন প্রয়োগ করেন। কেহ বা কেবল মাত্র আইওডিন প্রয়োগ করেন; অপর কোন উপায় অবলম্বন করেন না। এই শেষোক্ত শ্রেণীর ডাক্তার অলকক্ মহাশয় এতৎসম্বন্ধে যে প্রবন্ধ প্রকাশ লিখিয়াছেন, তাহার স্থূল মর্ম্ম এস্থলে প্রকটিত হইল। একথা উল্লেখ করাই বাহুল্য যে, এক সম্প্রদায় চিকিৎসক আইওডিনের উপর অত্যধিক বিশ্বাস স্থাপন করিতেছেন, আবার অন্য শ্রেণীর চিকিৎসক একেবারেই অগ্রাহ্য করিতেছেন, এক সম্প্রদায়ের চিকিৎসক অধস্ত্বাচিক সূচী বিদ্ধ করার পূর্ব্বে তত্রস্থ ত্বকে এক বিন্দু টিংচার আইওডিন প্রয়োগ করিতেছেন। আবার তাহাই দেখিয়া অন্য শ্রেণীর চিকিৎসক জিজ্ঞাসা করিতেছেন যে, কি অন্ধ বিশ্বাস!

ত্বকের উপরে টিংচার আইডিন প্রয়োগ

করিলে সেই স্থানের পচন দোষ যে, বিনষ্ট হয়; তাহা সকলেই স্বীকার করিতেছেন। তবে যে কোন অস্ত্রোপচারের আরম্ভ হইতে শেষ পর্য্যন্ত অর্থাৎ ক্ষত শুষ্ক না হওয়া পর্য্যন্ত কেবল আইওডিন ভিন্ন অপর কোন পচন-নিবারক ব্যবহার করেন না, এডিনবরার ডাক্তার অলকক্ ভিন্ন এমন অপর কোন ডাক্তার আছেন কিনা, জানি না, থাকিলেও বর্ত্তমান সময় পর্য্যন্ত তাহার সংখ্যা নিতান্ত অল্প।

ডাক্তার অলকক্ মহাশয় ৩০টী অস্ত্রোপ-চারে এই প্রণালী অবলম্বন করিয়া তৎ বিবরণ প্রকাশিত করিয়াছেন। ইনি অস্ত্রোপচারের কয়েক দিবস পূর্ব্ব হইতে অস্ত্রোপচার্য্য স্থানে টিংচার আইওডিন প্রয়োগ করেন, অস্ত্রোপ-চারের পর কর্ত্তিত স্থানের উপরে কোন ঔষধ প্রয়োগ করেন না। অর্থাৎ বায়ুতে খোলা থাকে, কেবল রজনীতে সামান্য বস্ত্রাবৃত করিয়া রাখেন।

ইনি ত্রিশ বৎসর পূর্ব্ব হইতে অস্ত্র চিকিৎসায় টিংচার আইডিন প্রয়োগ করিয়া আসিতেছেন। ইঁহার পিতাও একজন অস্ত্র চিকিৎসক ছিলেন, তিনিও এই উদ্দেশ্যে টিংচার আইওডিন প্রয়োগ করিতেন। তিনি বসন্তের টিকা দেওয়ার এক সপ্তাহ পর তৎ-স্থান অত্যধিক লাল হইলে তথায় উগ্র টিংচার আইওডিনের প্রলেপ দিতেন, তাহার ফলে প্রদাহ বিস্তৃত হইতে পারিত না।

আওডিন দ্বারা সেলাই এর সূত্রের দোষ নষ্ট করা হইত, তৎপর ভিয়েনাতে অস্ত্রোপ-চার্য্য স্থানের দোষ নষ্ট করার জন্য তথায় টিংচার আইওডিনের প্রয়োগ আরম্ভ হয়। সে আজ পাঁচ বৎসরের কথা। তৎপর হইতে ক্রমে ক্রমে ক্ষত ও অস্ত্র চিকিৎসা ক্ষেত্রে টিংচার আইওডিনের প্রয়োগ ক্রমেই বিস্তৃত হইতেছে। আমরা পাঠক মহাশয়দিগকে যথা সময়ে তাহা অবগত করাইয়া আসিতেছি।

অস্ত্রোপচার্য্য স্থানের ত্বকের বাহ্য স্তরের দোষ নষ্ট করা সহজ। কিন্তু অপেক্ষাকৃত গভীর স্তরের দোষ নষ্ট করা বড়ই কষ্টসাধ্য। সচরাচর দেখিতে পাওয়া যায় যে, ত্বকের যেস্থানে শুষ্ক অবস্থায় কোন রোগজীবাণু ছিল না, আর্দ্র হইলেই তথায় রোগজীবাণু দেখিতে পাওয়া যায়।

ইহার কারণ কেবল মাত্র স্রাবনিঃসারক গ্রন্থিসমূহ—লোমকূপ, ঘর্ম্ম নিঃসারক গ্রন্থি, মেদ নিঃসারক গ্রন্থি এবং তাহাদের স্রাব বাহক নল সমূহ—এই সমস্ত নল আশ্রয় করিয়াই রোগ জীবাণু সমূহ বাহ্য ত্বক হইতে অভ্যন্তরে প্রবেশ করিয়া থাকে; ত্বকের যেস্থান শুষ্ক সেস্থানে রোগ জীবাণুর পরি-বর্দ্ধন হইতে পারে না, কিন্তু সেইস্থান যদি কোন তরল পদার্থ দ্বারা সিক্ত করা যায়, তাহা হইলে তথায় রোগ জীবাণু আশ্রয় গ্রহণ করে এবং পূর্ব্বোক্ত নলের পথে গ্রন্থি মধ্যে যাইয়া উপস্থিত হয়। এবং তথা হইতে তাহাদিগকে বহির্গত করা সহজ হয় না, এইজন্য ত্বকে অপেক্ষাকৃত গভীর স্তরের কোন দোষ থাকিলে তাহা বিনষ্ট করা বড়ই কঠিন হয়। মেদ নিঃসারক গ্রন্থির নলের মুখ লোমকূপেই হউক অথবা ত্বকের বাহ্য স্তরেই হউক স্পষ্ট উন্মুক্ত থাকে। স্বেদ নিঃসারক গ্রন্থির নলের মুখও উপত্বকের কোষের মধ্যে কার্য্যতঃ শেষ হয়। ইহার গমনপথ বক্র। স্বেদ নিঃসারক গ্রন্থি হইতে

যে কেবল মাত্র জলীয় পদার্থই নিঃসৃত হয়, তাহা নহে, পরন্তু তৎসহ সামান্ত পরিমাণ মেদময় পদার্থও থাকে। হস্ত তালুতে স্বেদ নিঃসারক গ্রন্থি ব্যতীত অপর কোন গ্রন্থি নাই। এই গ্রন্থির স্রাবেই হস্ত কোমল থাকে। এবং এই গ্রন্থির বক্র নল পথে রোগ জীবাণু প্রবেশ করিয়া গ্রন্থি মধ্যে আশ্রয় গ্রহণ করে। এইজন্য হস্তের দোষ বিনষ্ট করা বড়ই কঠিন। তবে হস্ত তালু অপেক্ষাও ত্বকের অন্য যে স্থানে মেদ নিঃসারক নলযুক্ত, খস্‌খসে ফাটা ফাটা এবং লোমযুক্ত থাকে, সেইস্থানে রোগ জীবাণু সমূহ অধিক সংখ্যায় অবস্থান করে এবং তৎস্থানের দোষ নষ্ট করা আরো কঠিন কার্য্য।

ইহাতে এই বুঝিতে পারা যায় যে, স্বেদ নিঃসারক গ্রন্থির মধ্যে রোগ জীবাণু আশ্রয় গ্রহণ করে, শুষ্কাবস্থায় তাহা নির্ণয় করিতে পারা যায় না, কিন্তু তৎস্থান আর্দ্র হইলেই রোগ জীবাণুর ক্রিয়া হয় এবং তাহা নির্ণয় করা সহজ হয়।

ত্বকে আণুবীক্ষণিক রোগ জীবাণু কি ভাবে প্রবেশ এবং অবস্থান করে, তাহা বুঝিলাম। কিন্তু উক্ত মত সর্ব্ববাদীসম্মত নহে। তাহা না হইলেও ইহা আমরা সহজে বুঝিতে পারি যে—ত্বকের উপরে আমরা যে সমস্ত বিন্দু বিন্দু অসংখ্য ক্ষুদ্র বস্তু দেখিতে পাই তন্মধ্যে আণুবীক্ষণিক রোগ জীবাণুর অবস্থান করা অতি সহজ এবং এই স্থান হইতে অপেক্ষাকৃত গভীর স্তরে প্রবেশ করা যত সহজ, পূর্ব্ব বর্ণিত বহু বক্রতাবিশিষ্ট নলপথে গভীর স্তরে প্রবেশ করিয়া স্বেদ বা মেদ গ্রন্থিতে আশ্রয় গ্রহণ করা তত সহজ নহে। কারণ এই প্রথমোক্ত পথে তাহাদের গমনের বাধা প্রদান যোগ্য বিশেষ কিছু নাই।

উল্লিখিত সিদ্ধান্ত অনুসারেই উন্মুক্ত ক্ষতে টিংচার আইওডিনের প্রয়োগ আরম্ভ হইয়াছে। এইরূপে আইওডিন প্রয়োগ করিলে বাহ্য স্তরে যে সমস্ত আণুবীক্ষণিক জীবাণু অবস্থান করে, তাহা বিনষ্ট হয়। বাহ্যস্তর ব্যতীত গভীর স্তরের অভ্যান্তরে অতি অল্পই প্রবেশ করিতে পারে। তবে যে পথে উক্ত জীবাণু স্বেদগ্রন্থি ইত্যাদির মধ্যে প্রবেশ করে, এইরূপে আইওডিন প্রয়োগ করিলে সেই পথের—নলের মুখ বন্ধ হয়, তাহার কোন সন্দেহ নাই। কারণ টিংচার আইওডিন প্রয়োগ করিলে আইওডিনের ক্রিয়া ফলে তথাকার ত্বক অপেক্ষাকৃত কঠিন হয় এবং উক্ত ঔষধের উত্তেজক ক্রিয়াফলে তত্রস্থিত নলের মুখ উত্তেজিত হইয়া আকুঞ্চিত হয়। সুতরাং মধ্যস্থিত আবদ্ধ রোগজীবাণু আর বহির্গত হইয়া স্বীয় ক্রিয়া প্রকাশ করিতে পারে না।

শোণিত এবং অণ্ডলালিক তরল পদার্থের সম্মিলনে আইওডিনের ত্বক কঠিন করার শক্তি ক্রমে ক্রমে হ্রাস হয়। হস্তের তালুতে ঘাম থাকিলে তৎস্থানে যদি একবার টিংচার আইওডিনের প্রলেপ দিয়া বস্ত্রাবৃত করিয়া রাখা যায় তাহা হইলে দেখিতে পাওয়া যায় যে, সেই স্থান স্বাভাবিক অপেক্ষাও কোমল হইয়াছে। আইওডিন এই স্থানের ত্বক কঠিন করিতে পারে নাই; কারণ তত্রস্থিত স্বেদ ও তৎ সম্মিলিত মেদ সংযোগে আইওডিনের উক্ত ক্ষমতা বিনষ্ট হয়।

ডাক্তার গ্রেহাম মহাশয় প্রমাণ করিয়াছেন—ত্বকের যে স্থান পূর্ব্বে উত্তমরূপে পরিষ্কার করা হয়, সেস্থান অপেক্ষা অপরিষ্কার স্থানের অধিক অভ্যন্তরে আইওডিন প্রবেশ করিতে পারে, এবং ত্বকের যে স্থানে আর্দ্রতা ও মেদময় পদার্থ না থাকে সেই স্থানে ভাল কাজ করে।

আইওডিন প্রয়োগ সম্বন্ধে অনেকে এই আপত্তি উপস্থিত করেন যে, যথায় আইওডিন প্রয়োগ করা যায় তথায় একজেমা হয়—শিশু ও বৃদ্ধদিগের শরীরে এই উপসর্গ অধিক হইতে দেখা যায়। কিন্তু ইহা আইওডিনের দোষ নহে—প্রয়োগের দোষ। যদি আইওডিন অধিক প্রয়োগ করা হয় অথবা আইওডিন প্রয়োগ করিয়া তৎস্থান আবৃত করিয়া রাখা হয়, তাহা হইলে ঐরূপ উপসর্গ উপস্থিত হয়। নতুবা সাধারণ ভাবে প্রয়োগ করিয়া তৎস্থান বায়ুতে উন্মুক্ত করিয়া রাখিলে কখন উক্ত উপসর্গ উপস্থিত হইতে দেখা যায় না।

ত্বক পচন দোষ বিহীন করিয়া রাখা বোধ হয়—অসম্ভব, তবে তৎস্থানে রোগ জীবাণুর পরিবর্দ্ধন রোধ করিয়া রাখা সম্ভব হইতে পারে। কর্ত্তিত ক্ষতের রোগ আক্রমণ রোধ করার শক্তি না হওয়া পর্য্যন্ত এই ভাবে রাখিতে পারিলেই সুফল হয়।

ত্বকের কোন স্থান আমরা পরিষ্কার করিলেও স্বেদ নিঃসারক গ্রন্থির মধ্যে যে সমস্ত আণুবীক্ষণিক রোগ জীবাণু রহিয়াছে তাহাদিগকে দূরীভূত করিতে পারি না। কেবলমাত্র নিঃসারক নলের মুখ কতক সময়ের জন্য বন্ধ করিয়া রাখি মাত্র। উপযুক্ত সময় উত্তীর্ণ হইলেই উক্ত জীবাণু সমূহ বহির্গত হইয়া আসিতে পারে। এই সিদ্ধান্ত যদি স্বীকার করিয়া লওয়া যায় তাহা হইলে সদ্য কর্ত্তিত ক্ষতে কখন পচন দোষ বিহীন বস্ত্রাদি দ্বারা আবৃত করিয়া রাখা উচিত নহে। কারণ তৎস্থানে ঘর্ম্ম নিঃসৃত ও ক্ষত হইতে অণ্ডলাল মিশ্রিত রস নিঃসৃত হওয়ায় স্বেদ গ্রন্থি হইতে আগত রোগ জীবাণু সমূহ আবৃত স্থানে বিশেষরূপ বংশ বৃদ্ধি করার সুযোগ প্রাপ্ত হয়। এই সিদ্ধান্ত অনুসারেই পচন নাশক ঔষধ ও যন্ত্রদ্বারা ঐরূপ ক্ষত আবৃত করিয়া রাখা হয়। পচন দোষবিহীন বস্ত্রদ্বারা আবৃত করা হইলে তদ্দ্বারা আগন্তুক কোন জীবাণু বিনষ্ট হইতে পারে না। বর্ত্তমান সময়ে কর্ত্তিত ক্ষতের চিকিৎসায় উদ্দেশ্য—বিশুদ্ধ বস্ত্রাদি দ্বারা ক্ষত এরূপ ভাবে আবৃত করা হয় যে, বাহ্য হইতে কোন রোগজীবাণু তন্মধ্যে প্রবেশ করিতে না পারে। তথাকার জীবাণু ক্ষতের শুষ্ক স্রাব দ্বারা আবৃত হইয়া থাকে।

সচরাচর দেখিতে পাওয়া যায় যে, অস্ত্রোপচারের দুই এক দিবস পর দৈহিক উত্তাপ সামান্য বর্দ্ধিত হয়—কখন কখন এই জ্বরের সংজ্ঞা—"আঘাতজ" দেওয়া হয়—এই সময়ে ক্ষত উন্মুক্ত করিয়া কোন পচন নিবারক ঔষধ প্রয়োগ করিয়া পুনর্ব্বার আবৃত করা হইলে জ্বর আরোগ্য হয়। স্বেদ স্রাবক গ্রন্থিস্থিত জীবাণুর আগমন বা অস্ত্রোপচারকের হস্তাদি হইতে উহার আগমন পরিহার করার জন্য নানারূপ দস্তানা ইত্যাদির ব্যবহার হইতেছে।

অস্ত্রোপচারের দুই দিবস পর ক্ষত দেখিলে দেখা যায় যে, তাহার উভয় পার্শ্ব

অল্প উচ্চ ও প্রদাহগ্রস্ত। কিন্তু আইওডিন প্রয়োগ করিলে ঐরূপ উচ্চ লাল প্রদাহগ্রস্ত না হইয়া সমান থাকে।

এস্থলে টিংচার আইওডিন প্রয়োগে কি ফল হয়? বেয়ারের প্রণালীতে রক্তাধিক্য উপস্থিত হইয়া যেরূপ কার্য্য হয়, সম্ভবতঃ আইওডিন প্রয়োগেও সেইরূপ কার্য্য হয়—অর্থাৎ রক্তাধিক্য হওয়ার জন্য ফ্যাগোসাইটোসি বৃদ্ধি হইয়া রোগ জীবাণু বিনষ্ট করে অথবা সন্নিকটবর্ত্তী স্থানের কোষের মধ্যস্থিত রোগজীবাণু নষ্ট হয়। সেলুলাইটিস প্রভৃতিতে আমরা এই ক্রিয়া দেখিতে পাই। পরন্তু উত্তেজনা উপস্থিত হওয়ার জন্য শোণিত সঞ্চালনের আধিক্য হওয়ায় কর্ত্তিত কিনারা শীঘ্র সম্মিলিত হয়।

আরম্ভ হইতে শেষ পর্য্যন্ত কেবলমাত্র আইওডিন দ্বারা অস্ত্রোপচারের চিকিৎসায় ডাক্তার আলকক মহাশয় নিম্ন লিখিত প্রণালী অবলম্বন করেন—

অস্ত্রোপচারের পূর্ব্ব দিবস রোগীকে উত্তম রূপে স্নান করাইয়া বিশুদ্ধ বস্ত্র দ্বারা অস্ত্রোপচার্য্য স্থান আবৃত করিয়া রাখা হয়।

অস্ত্রোপচারের দিন প্রাতঃকালে সেই স্থান কামাইয়া পরিষ্কার করিয়া ইথর দ্বারা ঘর্ষণ করিয়া শুষ্ক করার পর তথায় এক প্রলেপ টিংচার আইওডিন প্রয়োগ করা হয়। আইওডিন শুষ্ক হইয়া গেলে সংস্কৃত বিশুদ্ধ বস্ত্র দ্বারা আবৃত করিয়া রাখা হইত কিন্তু পরে ঐ রূপ আবৃত করিয়া রাখার প্রথা পরিত্যক্ত হইয়াছে। অস্ত্রোচারের শয্যায় স্থাপন করিয়া পুনর্ব্বার আইওডিন প্রয়োগ করা হয়।

যে সকল স্থলে রোগীকে প্রস্তুত করার সময় পাওয়া যায় না, সে স্থলে প্রথম স্থানের ন্যায় ধৌত করা হয় না, কামাইয়া কেবল মাত্র ইথর দ্বারা ঘর্ষণ করিয়া শুষ্ক করার পর আইওডিন প্রয়োগ করা হয়। এই আইওডিন উপস্থিত বাহ্য স্তরের রোগ জীবাণু বিনষ্ট করে এবং অভ্যন্তর হইতে জীবাণু আগমনের পথ বন্ধ করে। কারণ তারাতারী ধৌত করিলে কেবল যে উপত্বক কোমল হওয়ায় অনিষ্ট হয়, তাহা নহে। পরন্তু উক্ত জীবাণু অভ্যন্তরে প্রবেশ করার পথ উন্মুক্ত হয়।

নিম্নলিখিত সতর্কতা অবলম্বন করিয়া অস্ত্রোপচার সম্পন্ন করা কর্ত্তব্য।

অস্ত্রোপচার সংশ্লিষ্টে সর্ব্ব প্রকার পচন দোষ বর্জ্জনীয়, সমস্ত রক্ত স্রাব বন্ধ করা আবশ্যক, ক্ষত সম্পূর্ণ রূপে শুষ্ক করিতে হইবে।

উদরে সমস্ত সেলাই স্তরে স্তরে করা আবশ্যক। অন্ত্রাবরক ঝিল্লি, পেশী সূত্র, আবরক কোষ ত্বক ইত্যাদি বেশ ভাল রূপে সম্মিলিত করা আবশ্যক।

আর্দ্র তুলী ইত্যাদি ব্যবহার করা নিষেধ। রক্ত ইত্যাদি পরিষ্কার কবিতে হইলে শুষ্ক তুলী বা আইওডিন লিপ্ত তুলী ব্যবহার করিবে।

অস্ত্রোপচার শেষ হইলেই আইওডিনের প্রলেপ দিতে হইবে। তাহার তিন ঘণ্টা পরে আর একবার প্রলেপ দিতে হইবে। এই দ্বিতীয় বারের প্রলেপের উদ্দেশ্য এই যে, ক্ষত হইতে যে রস ইত্যাদি নিঃসৃত হয়, তাহা পচন দোষ বর্জ্জিত করিয়া রাখা।

তৎপর তিন দিবস প্রত্যহ একবার করিয়া আইওডিনের প্রলেপ দিতে হইবে। যোনিদ্বার ইত্যাদিতে এই ভাবে আইওডিন প্রয়োগ করা আবশ্যক করে না। তাহা পরে উল্লেখ করা যাইবে।

সংজ্ঞা হারক ঔষধের কার্য্য শেষ হইলে রোগীকে এ ভাবে স্থাপন করিতে হয় যে, সে যেন অজ্ঞাতসারে সহসা হস্তাদি দ্বারা ক্ষত স্পর্শ করিতে না পারে। এই জন্য রোগীর হস্তের প্রতি বিশেষ সাবধান হইতে হয়। তবে রোগী জাগ্রতাবস্থায়ই হউক বা নিদ্রিতবস্থায়ই হউক কর্ত্তিত স্থানে হস্ত দিয়াছে, এমত শুনিতে পাওয়া যায় না। তাহা না গেলেও সাবধান হইতে হয়।

কর্ত্তিত স্থানে অপর কোন আবরণ প্রয়োগ না করিয়া কেবল মাত্র পরিষ্কার বস্ত্র দ্বারা আল্‌গা ভাবে আবৃত করিয়া রাখিলেই যথেষ্ট হয়।

ইনি প্রথমে অস্ত্রোপচারের ছয় দিবস প্রত্যহ আইওডিন প্রয়োগ করিতেন। কিন্তু তাহাতে তৎস্থানে দানা বাহির হইত জন্য কেবল মাত্র প্রথম তিন দিবস আইওডিন প্রয়োগ করেন। তৎপর নবম দিবসে সেলাই কর্ত্তন করার পর আর একবার প্রয়োগ করেন।

অস্ত্রোপচারের পর পরবর্ত্তী চিকিৎসার মধ্যে অস্ত্রোপচারের পর ক্লোরফরম্ জনিত বমন নিবারণ জন্য অধস্ত্বাচিক প্রণালীতে ⅙ গ্রেণ মর্ফিন সহ ১/১৫০ গ্রেণ এট্রোপিন প্রয়োগ করা হয়, তাহাও সকল রোগীতে নহে—কেবল মাত্র ঔদরিক অস্ত্রোপচারে।

যোনি দ্বার প্রভৃতি স্থানের অর্ব্বুদাদি, পুরাতন বিদারণ কর্ত্তন করিয়া সম্মিলন প্রভৃতি অস্ত্রোপচারের পর রোগিণীর পদদ্বয় ফাঁক করিয়া খাটের উভয় পার্শ্বের কোণায় বাঁধিয়া রাখা হয়;—কারণ এইস্থানে স্বেদ নিঃসারক গ্রন্থির সংখ্যা অনেক বেশী। অনেক সময় এই স্থান আর্দ্র থাকে। প্রত্যেকবার প্রস্রাব করার পরেই ক্ষত স্থানের উপর আইওডিনের প্রলেপ দেওয়া হয়।

যে অস্ত্রোপচারে স্রাব নিঃসারণ জন্য পথ রাখিতে হয়, যে অস্ত্রোপচারে সঞ্চাপিত এবং আবদ্ধ না রাখিলে চলে না এবং যে অস্ত্রোপচারে ক্ষত মুখ সম্পূর্ণ রূপে সম্মিলিত করা যাইতে পারে না, তদ্রূপ স্থলে কেবল মাত্র আইওডিন প্রয়োগ করিয়া তৎস্থান বায়ুতে উন্মুক্তাবস্থায় রাখা যাইতে পারে না। অর্থাৎ যে স্থানে ক্ষত মুখ সম্পূর্ণ রূপে বন্ধ করিয়া এবং সঞ্চাপিত আবদ্ধ না করিয়া রাখা যাইতে পারে তথাতেই কেবল মাত্র এই উন্মুক্ত আইওডিন প্রণালী প্রয়োজিত হইতে পারে।

হার্ণিয়া অস্ত্রোপচারের পর বমন বন্ধ হইলে পরেও যদি তৎস্থান সঞ্চাপিত না রাখিলে চলিতে পারে, তবে এই প্রণালী অবলম্বন করা যাইতে পারে। নতুবা নহে।

যে সকল স্থানে অস্ত্রোপচারের পর আটিয়া বাঁধিয়া রাখার দরুণ রোগীর কষ্ট বোধ হয়—তদ্রূপ স্থলে যদি সম্ভব হয়, এই প্রণালী অবলম্বন করিলে রোগীর কষ্টের লাঘব হয়।

ডাক্তার অলকক্ মহাশয় এই প্রণালী অবলম্বন করিয়া যে সমস্ত অস্ত্রোপচার সম্পাদন করিয়াছেন, তাহাদের কোন একটীরও সেলাইয়ের স্থানে স্ফোটক পর্য্যন্ত হয় নাই।

সকলের ফলই অত্যন্ত সন্তোষজনক হইয়াছে।

ডাক্তার অলকক মহাশয় প্রথমে দুই প্রকার আইওডিন দ্রব প্রয়োগ করিতেন। সেলাইয়ের সূত্র সমূহ বিশুদ্ধ করার জন্য—B. P. বর্ণিত টিংচার আইওডিন এক ভাগ এবং শতকরা ৬০ অংশের এলকোহল ১৫ ভাগ মিশ্রিত করিয়া এবং অস্ত্রোপচার্য্য স্থানে প্রয়োগ জন্য—শতকরা ৯৩ অংশের কাষ্টজাত সুরা—মিথাইলেটেড স্পিরিট সহ শতকরা দুই অংশ আইওডিন দ্রব প্রস্তুত করিয়া তাহাই ব্যবহার করা হইত।

মিথিলিটেড স্পিরিট ব্যবহার করার ফল অত্যন্ত সন্তোষজনক হইয়াছে। অথচ ব্যয় অত্যন্ত অল্প। বাজারে মিথিলেটেড স্পিরিটের বোতল পাঁচ আনা, কিন্তু রেক্‌টি ফাইট স্পিরিটের বোতল নয় সিকা, অথচ একই কাজ পাওয়া যায়, মিথিলেটেড স্পিরিটের মধ্যে যাহা পরিষ্কার, তাহা ব্যবহার করা উচিত। এইরূপ পরিষ্কার স্পিরিটে শতকরা পাঁচ অংশ অপর মন্দ দ্রব্য—কাষ্ঠ জাত ন্যাফথা বর্ত্তমান থাকে। কিন্তু জ্বালানের জন্য বাজারে আমরা যে সমস্ত মিথিলেটেড স্পিরিট খরিদ করি, তাহাতে উক্ত পদার্থ শতকরা ১৫ অংশ বর্ত্তমান থাকে। এই পদার্থ বিষাক্ত।

মিথিলেটেড স্পিরিট দ্বারা প্রস্তুত আইওডিন দ্রব ব্যবহার করার ব্যয় অত্যন্ত অল্প হয়। যে সমস্ত দাতব্য ঔষধালয়ের আয় অল্প এবং যে সমস্ত রোগী অর্থ ব্যয়ে অক্ষম, তাহাদের পক্ষে মিথিলেটেড স্পিরিট দ্বারা কার্য্য সুফল হওয়ায় যে কত সুবিধা হয়, তাহা পাঠক মহাশয়গণ সহজেই উপলব্ধি করিতে পারেন।

তারপর অস্ত্রোপচার জন্য রোগী প্রস্তুত এবং তৎপরবর্ত্তী চিকিৎসার ব্যয়। ইহা একটী বিশেষ আলোচ্য এবং বিবেচ্য বিষয়।

বর্ত্তমান সময়ে পচন দোষ বর্জ্জিত করিয়া অস্ত্রোপচার করার জন্য রোগীকে যে ভাবে প্রস্তুত করি, রোগীর যত ব্যয় ও কষ্ট হয়, কত পচন নিবারক ঔষধ, গজ, তুলা, ইত্যাদির ব্যয় হয়—তাহা সকলেই অবগত আছেন। এক একবার পটী পরিবর্ত্তন সময়ে আমরা ঐরূপ ঔষধ ও দ্রব্যাদি যথেষ্ট ব্যবহার করিয়া কত ব্যয় হইতেছে, তাহা একবারও চিন্তা করিনা—কারণ তাহা না হইলে রোগীর ভোগ বৃদ্ধি হইবে, চিকিৎসকের অপযশ হইবে। তাহাতেই অর্থের দিকে লক্ষ্য করিতে পারিনা। কিন্তু বাস্তবিকই যদি অলকক্‌ বর্ণিত আইওডিন প্রয়োগ চিকিৎসা প্রণালীতে অতি সামান্য ব্যয়ে ঐরূপ বহু অর্থ সাধ্য কার্য্যের সমান ফল লাভ করিতে সক্ষম হই, তাহা হইলে বলিতে হইবে—চিকিৎসার যুগান্তর উপস্থিত হইবে। পল্লীগ্রামের ডাক্তার দরিদ্র রোগীর চিকিৎসা অল্প ব্যয়ে সম্পন্ন করিয়া বিশেষ প্রশংসা লাভে সক্ষম হইতে পারিবেন।

এই সকল বিবেচনা করিয়া আমরা ডাক্তার অলককের চিকিৎসা প্রণালী এস্থলে বর্ণনা করিলাম। পাঠক মহাশয়গণ সুযোগ পাইলে এই প্রণালী পরীক্ষা করিয়া দেখিতে পারেন। কারণ ইহাতে বিশেষ কোন মন্দ হওয়ার আশঙ্কা দেখিনা।

ডাক্তার অলকক্‌ মহাশয় নিজের মত সমর্থন করার জন্য যে চিকিৎসা বিবরণ উদ্ধৃত করিয়াছেন, বাহুল্য বোধে আমরা তাহা সঙ্কলিত করিতে বিরতঃ রহিলাম।

প্রায় তিন বৎসর পূর্ব্বে Antonio Gro-

ssich মহাশয় টিংচার আইওডিন দ্বারা অস্ত্র চিকিৎসকের হস্ত ও অস্ত্রোপচারের স্থান পরিষ্কার—নির্দ্দোষ করার জন্য প্রবন্ধ লেখেন। সেই সময় হইতে বর্ত্তমান সময় পর্য্যন্ত অনেক চিকিৎসক অনেক মত প্রকাশ করিয়াছেন। এবং প্রথম প্রবর্ত্তিত প্রণালীর অনেক পরিবর্ত্তন সাধন করিয়াছেন। তৎসমস্ত সময়ে সময়ে ভিষক-দর্পণে প্রকাশিত হইয়াছে। সম্প্রতি সিলোনের ডাক্তার ডেভিস মহাশয় স্পিরিটের পরিবর্ত্তে পেট্রোল (কেরসিন তৈল ?) ব্যবহার করিতে উপদেশ দিয়াছেন। ইঁহারও উদ্দেশ্য—স্পিরিট অপেক্ষা পেট্রল সস্তা—স্পিরিট রেক্‌টিফাইটের এক বোতলের দাম দুই টাকা, মিথিলেটেড স্পিরিট এক বোতলের দাম পাঁচ আনা, আর পেট্রল এক বোতলের দাম ছয় পয়সা মাত্র। কেবল যে এই সুলভ মূল্যই অস্ত্র চিকিৎসকের মনোযোগ আকর্ষণ করিয়াছে, তাহা নহে। পরন্তু অতি সহজে, অতি অল্প সময়ে বহু সময় সাপেক্ষ, বহু কষ্টসাধ্য কার্য্যও সম্পন্ন করা যায় বলিয়া অস্ত্র চিকিৎসকের মনোযোগ অধিক আকর্ষণ করিয়াছে। পূর্ব্বে অপরিষ্কার স্থানের সদ্য কর্ত্তিত ক্ষত লইয়া একজন রোগী চিকিৎসকের নিকট উপস্থিত হইলে তৎস্থান পরিষ্কার করার জন্য জল, সাবান, পচন নিবারক ঔষধ ইত্যাদি দ্বারা কত কষ্টে ক্ষতের আশপাশ পরিষ্কার করা হইত এবং সদাই আশঙ্কা হইত যে, হয় ত পরিষ্কার ক্ষত পার্শ্বের অপরিষ্কার স্থানস্থিত রোগজীবাণু ধৌত জল সহ বা ক্ষত মধ্যে সংক্রমিক হইয়া বিপদ আনয়ন করে। ইহা তো অস্ত্রচিকিৎসকের অসাবধানতার ফল ? কিন্তু এক্ষণে তৎপরিবর্ত্তে কি হইতেছে ? কিন্তু রোগী আইসামাত্র ক্ষতের আশপাশে একবার টিংচার আইওডিনের প্রলেপ দিয়া তাহার পাঁচ বা দশ মিনিট পরে আর একবার প্রলেপ দিতেছেন এবং এইরূপ করিয়াই তিনি নিশ্চিন্ত হইতেছেন যে, ক্ষতের দোষ সংক্রমণ নিবারণার্থ যথেষ্ট করা হইল। অবশ্যই এক এক চিকিৎসক বিশেষের নিজ নিজ জ্ঞান অনুসারে ঐ প্রণালীর কিছু কিছু পরিবর্ত্তন করিয়া থাকেন, তাহার কোন সন্দেহ নাই। এবং তজ্জন্য আইওডিনের প্রয়োগ প্রণালীর নানারূপ পরিবর্ত্তন হইয়াছে। তবে মূল সূত্র একই রহিয়াছে।

ডাক্তার ডেভিস মহাশয় আইওডিন দ্রব নিম্নলিখিত প্রণালীতে প্রস্তুত করিয়া ব্যবহার করেন।

পেট্রল ও বুরুশ দ্বারা হাত উত্তমরূপে ঘষিয়া পরিষ্কার করার পর একটী বড় মুখের শিশিতে পেট্রল দ্বারা প্রস্তুত গাঢ় আইওডিনের দ্রব রাখিয়া তন্মধ্যে কয়েক সেকেণ্ড মাত্র হস্ত ডুবাইয়া রাখেন। ইহাতেই হস্ত উত্তমরূপে নির্দ্দোষ হয়।

যেস্থানে অস্ত্রোপচার করিতে হইবে, সেই স্থানে আবশ্যক হইলে কামাইয়া পরিষ্কার করার পর সাবান ও জল দ্বারা পরিষ্কার করার পরিবর্ত্তে পেট্রলে স্পঞ্জ আর্দ্র করিয়া তদ্দ্বারা সেই স্থান পরিষ্কার করিবে। তৎপর পেট্রল আইওডিন দ্রবের তুলি দ্বারা চারি পাঁচবার প্রলেপ দিতে হইবে। পেট্রল আইওডিন দ্রবের শক্তি ব্রিটিশ ফারমাকোপিয়ায় বর্ণিত টিংচার আইওডিন সমতুল্য হইলেই হইবে। এইরূপে দ্রবে প্রায়ই উত্তেজনা উপস্থিত হয়

না। তবে যে স্থানের ত্বক অভ্যন্তরে অধিক আইওডিন প্রবেশ করে, বিশেষ প্রকৃতিবিশিষ্ট হয়, তাহা হইলেই উত্তেজনা উপস্থিত হয়। ত্বকের বর্ণ প্রাটল বর্ণ হয় সত্য কিন্তু অল্প প্রেরেই বায়ু সংলগ্নে এই বর্ণ বিলুপ্ত হয়।

পেট্রল, রেক্টিফাই স্পিরিট ও মিথিলিটেড স্পিরিট অপেক্ষা অত্যন্ত সুলভ। অত্যল্প সময় মধ্যে উড়িয়া যায় এবং এতদ্দ্বারা উত্তেজনাও অপেক্ষাকৃত অল্প উপস্থিত হয়। তবে ইহা সহজে জ্বলিয়া উঠে। এবং ভালরূপে আবদ্ধ করিয়া না রাখিলে অত্যল্প সময় মধ্যে সমস্ত উড়িয়া যায়। এইজন্য সাবধানভাবে রক্ষা করিতে হয়।

কোন নূতন চিকিৎসা প্রণালী প্রচলিত হইলে প্রথমে তাহার যে সমস্ত দোষ থাকে তাহা প্রকাশিত হয় না বা জানিতে পারা যায় না। ক্রমে ক্রমে যত প্রচারিত হয় দোষসমূহ প্রকাশিত হইতে থাকে। কিন্তু গুণসমূহ অতিরঞ্জিত ভাবে প্রথমেই প্রকাশিত হয়। "কেবল মাত্র আইওডিন প্রয়োগ করিয়া সদ্য ক্ষতের সেলাইয়ের স্থান উন্মুক্ত বায়ুতে রাখা" প্রণালী সম্বন্ধেও কি কি দোষ আছে, তাহা ক্রমে ক্রমে প্রকাশিত হইবে। ইহাই সম্ভব। এ কথা যেন পাঠক মহাশয় বিস্মৃত না হন।

কলেরা।

CHOLERA.

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার হরিনাথ ঘোষ, এম, ডি।

ইহা এক প্রকার জীবাণুবিশেষের * ক্রিয়া। ইহারা সাধারণতঃ মনুষ্যের মলদূষিত মৃত্তিকায় বাস করে এবং ঘটনা সূত্রে পানীয় জল বা খাদ্যের সহিত উদরস্থ হইয়া ব্যাধি উৎপাদন করিয়া থাকে। ব্যাধিগ্রস্ত ব্যক্তির মল ও বমিত পদার্থে ঐ জীবাণু কোটী কোটী সংখ্যায় বাহির হইয়া আইসে। প্রধানতঃ গ্রীষ্মকালেই এতদ্দেশে কলেরা হইয়া থাকে। অন্যান্য ঋতুতেও ইহা কখনও কখনও দেখিতে পাওয়া যায়। অধিকন্তু মেলা বা তীর্থস্থানের যোগ সময়ে যখন একত্র বহু লোকের সমাগম হয়, তখন সাধারণতঃ ইহার প্রাদুর্ভাব হইয়া থাকে।

সকলের জানিয়া রাখা কর্ত্তব্য যে, সংক্ষেপতঃ তিনটী দোষ এক সঙ্গে বর্ত্তমান থাকিলে তথায় কলেরার প্রাদুর্ভাব হইতে পারে। সে তিনটী দোষ এই :—"মলদূষিত খাদ্য", "মলদূষিত পানীয়" এবং "মলদূষিত বায়ু" *। প্রথমোক্ত দুইটীর সহিত এই

* বায়ু, জল এবং খাদ্য প্রভৃতি বর্তমানকালে অনেক প্রকার ব্যাধির বীজ—এক এক প্রকার জীবাণু আছে বলিয়া উল্লেখ করা হইয়াছে। উহারা অনেকে এত ক্ষুদ্র যে, দুই দশ সহস্র একত্র স্থাপিত হইলেও একটী অতি ক্ষুদ্র বালুকাকণার সমান হয় না। সুতরাং অণুবীক্ষণযন্ত্র ব্যতীত উহাদের দেখিতে পাওয়া যায় না। এই জীবাণুর কতকগুলি প্রাণিজাতীয়, আর কতকগুলি উদ্ভিদ্জাতীয় এবং অন্য কতকগুলি জীবিত পদার্থ বটে, কিন্তু তাহারা প্রাণিজাতীয় কি উদ্ভিদ্জাতীয়, তাহা আজিও ঠিক হয় নাই। যাহাহউক এই সমস্তেরই জীবনী শক্তি বর্ত্তমান আছে; এজন্য উহাদিগকে এক কথায় "জীবাণু" বলিয়া সংজ্ঞা দেওয়া গেল।

* স্বাস্থ্যবিজ্ঞান মতে শরীর হইতে পরিত্যক্ত পদার্থমাত্রই মল বলিয়া পরিগণিত হয়। এস্থলে বিষ্ঠা এবং বমিত পদার্থ দুইটীই বিশেষতঃ বুঝিতে হইবে।

ব্যাধির বীজ উদরস্থ হইতে পারে—সুতরাং ব্যাধি উৎপন্ন হওয়ার সম্ভাবনা বেশ বুঝা যাইতেছে। তৃতীয়টী মাছির সৃষ্টিকারক, এবং মাছিগুলি একবার মলে আবার খাদ্যে কিরূপ ছুটাছুটী করিয়া থাকে—ইহা সকলেরই জানা আছে, এবং প্রত্যেক মাছি কি পরিমাণে জীবাণু বহন করিতে পারে তাহাও বলা হইয়াছে। লেখকের জানা আছে, কোনও গ্রামের একটী বাজারে খুব কলেরা হইতেছিল, তখন গ্রীষ্মকাল; একজন সুস্থ ব্যক্তি কার্য্যসূত্রে তথায় গিয়াছিলেন। ফিরিবার সময় এক পয়সার চিনি খরিদ করিয়া বাটীতে আনিয়া চিনির সরবৎ প্রস্তুত করিয়া পান করেন। ইহার ছয় সাত ঘণ্টা পরেই তাঁহাকে কলেরায় ধরিল। অতি কষ্টে তাঁহার জীবনরক্ষা হইয়াছিল *। বাজারে চিনির পাত্রে বা ময়রার দোকানের মিষ্টান্নে মৌচাকে মৌমাছির ন্যায় সময়ে সময়ে কিরূপ মাছি বসিয়া থাকে—সকলেই দেখিয়াছেন। কেবল মাছি কেন, ঐ জাতীয় নানারকম পতঙ্গের এবং পিপীলিকারও এইরূপ বিষ বহন করা কার্য্য। যাহাহউক, মলদূষিত বায়ুর কার্য্যতঃ অর্থ যে প্রকারান্তরে মলদূষিত খাদ্য দাঁড়াইতেছে—ইহা আমরা বুঝিতে পারিলাম। রোগী নিজে বা তাহাকে যিনি শুশ্রূষা করিতেছেন, তিনিও বাটীর সাধারণের আহার্য্য বা পানীয় বস্তুতে বা বাসনাদিতে হাত দিলে খাদ্য বা পানীয় দূষিত হইতে পারে।

* কলিকাতায় ও মফঃস্বলে খেজুরের রস খাইয়া কলেরা হইয়াছে, দেখা গিয়াছে; ইহা মক্ষিকাভুক্ত ছিল বলিয়াই সন্দেহ হয়।

এক্ষণে পানীয় জল কিরূপে মলদূষিত হয়, বলা যাইতেছে—ইহার উত্তর, পূর্ব্বে জলের মলিনত্ব বর্ণনাকালে দেওয়া হইয়াছে। সংক্ষেপতঃ বলিতে গেলে, রোগীর মলদূষিত কাপড় বিছানা বা পাত্রাদি দ্বারা বা রোগীর অথবা শুশ্রূষাকারীর হস্তপদাদি অঙ্গপ্রত্যঙ্গ দ্বারা জল দূষিত হয়। পুকুর, পাতকূয়া, নদী প্রভৃতি বৃহৎ জলাশয়ের জল বা বাটীতে জালা, কলসী, ঘটী, গ্লাস প্রভৃতি ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র জলপাত্রের জলও অল্পবিস্তর ঐ একই কারণে দূষিত হইয়া থাকে। যে সমস্ত গ্রামে পানীয় জলের জন্য রক্ষিত পুষ্করিণী বা রক্ষিত কূপ নাই, তথায় এক স্থানে কলেরা হইলে সমস্ত বাটী বা সমস্ত গ্রাম আক্রান্ত হওয়া কিছু আশ্চর্য্যের বিষয় নহে। অল্প সংখ্যকমাত্র কলেরার জীবাণু পানীয় জলে অধিগত হইলে অল্প সময়ের মধ্যেই উহা সংখ্যায় বহুল পরিমাণে হইয়া দাঁড়ায়; সুতরাং পুষ্করিণীর এক অব্যবহার্য্য পার্শ্বের দিকে যদি রোগীর মলদূষিত বস্ত্র বা শুশ্রূষাকারীর হস্ত পদাদি ধৌত করা হয়, বা রোগী স্বয়ং শৌচক্রিয়াদি করে, তবে সমস্ত পুষ্করিণী অবিলম্বে যে বিষাক্ত হইয়া যায়, ইহা স্পষ্টই বুঝা যাইতেছে। দূষিত বাসন অথবা মলদূষিত মৃৎপাত্রাদি পুষ্করিণীতে বা তাহার অতি সন্নিহিত স্থানে ধুইলেও চোয়ানি জলে গিয়া, জল দূষিত হইতে পারে। গ্রীষ্মকালে বঙ্গদেশের অধিকাংশ পল্লীগ্রামে প্রায় অল্পবিস্তর জলের কষ্ট হইয়া থাকে। সেরূপ অবস্থায় ঘটনাক্রমে যদি কলেরার উদ্ভব হয়, তবে অবিলম্বে পানীয় জল দূষিত হইয়া কলেরা যে দাবানলের ন্যায় সমস্ত গ্রামে প্রজ্জ্বলিত হইবে, ইহা

কিছুমাত্র দুর্ব্বোধ্য বিষয় নহে। কূপের পক্ষেও প্রায় ঐ একই কথা। দূষিত ঘটী বা লোটা তাহার ভিতর ডুবাইলে, বা কূপ অগভীর শ্রেণীর হইলে, তাহাও অবিলম্বে বিষভাণ্ডবৎ দূষিত হইয়া পড়ে।

ইংলণ্ডের রাজধানী লণ্ডন নগরের ব্রডষ্ট্রীট (Broad St.)-নামক রাস্তার ধারে একটী পানীয় জলের কূপ ছিল। উহা অগভীর শ্রেণীর ছিল এবং উহার জল সুপেয় বলিয়া অনেক লোকে পান করিত। কোনও সময়ে এক ব্যক্তির কলেরা হয়। তাহার মল ঐ কূপ হইতে দুই হস্ত মাত্র দূরে একটা গর্ত্তের মধ্যে ফেলিয়া দেওয়া হয়। সেই গর্ত্তের চোয়ানি ভূগর্ভ দিয়া ঐ কূপে যাইত। ফলতঃ তৎকালে তথায় বহুসংখ্যক লোক কলেরা হইয়া প্রাণত্যাগ করে। দুইটী দিনের মধ্যে ৬০ জন লোক মরিয়াছিল। একজন মেম পূর্ব্বে ঐ রাস্তায় বাস করিতেন এবং ঘটনার কিছুকাল পূর্ব্বে সেখানে বাস ছাড়িয়া সহরের অন্য প্রান্তে বাসা উঠাইয়া লইয়া গিয়াছিলেন; কিন্তু ঐ কূপের জল তাঁহার অত্যন্ত প্রিয় ছিল বলিয়া, প্রত্যহ একজন ভৃত্য তাঁহার জন্য উহা হইতে একপাত্র পানীয় জল লইয়া যাইত। ফলে তাঁহার নূতন বাসায় তাঁহারও কলেরা হইয়া মৃত্যু হইয়াছিল। সে বাসায় আর কাহারও কোন অসুখ হয় নাই।

পুষ্করিণী ও কূপের ন্যায় নদীতেও ঐ একই প্রণালীতে জল দূষিত হয়। অধিকন্তু রোগীর মৃতদেহ প্রক্ষেপবশতঃও জল দূষিত হইতে পারে। মোটের উপর কথা, কলেরার বিষ কর্ত্তৃক পানীয় জল দূষিত হইয়াই প্রধানতঃ উহার প্রসার বৃদ্ধি হইয়া থাকে।

একটী প্রশ্নের উত্তর এস্থলে দেওয়া প্রয়োজন :—কলেরার জীবাণুরূপী বিষ পানীয় জলে মিশ্রিত হইয়া তথায় অগণন সংখ্যায় বৃদ্ধি পায় এবং চতুর্দ্দিকে কলেরা-সৃষ্টির কারণ হয়, ইহা কথিত হইল—সুতরাং প্রশ্ন হইতে পারে যে, তাহা হইলে কি উহারা সেই জলেই মাছের ন্যায় চিরকাল বাস করিতে থাকে? না, তাহা করে না। জলের সম্বন্ধে তাহার মলিনত্ব বর্ণনাকালে উক্ত হইয়াছে যে, উহাতে নানারূপ জীবাণু বাস করে। মানুষ্যের মধ্যে যেমন মিত্রতা শত্রুতা দেখিতে পাওয়া যায়—জীবাণুগণের মধ্যেও তাহা বিদ্যমান আছে। কলেরার জীবাণু জলে আসিয়া প্রথমতঃ কিছুদিন খুব বৃদ্ধি পায় বটে—কিন্তু সত্বরই শত্রুপক্ষ জীবাণুগণের সহিত তাহাদের যুদ্ধ বাধিয়া যায় এবং অচিরে সবংশে বিনষ্ট হইয়া যায়। সাধারণতঃ পচা জলে এতাদৃশ শত্রুপক্ষ জীবাণু খুব বেশী থাকে। বস্তুতঃ তাহাদিগের দ্বারাই জলাধিগত জীবজ এবং উদ্ভিজ্জ পদার্থ সমূহের পচনক্রিয়া সংঘটিত হয়। এজন্য পচনশীল আবর্জ্জনাপূর্ণ পুষ্করিণীর বা কূপের জলে কলেরার জীবাণু মিশ্রিত হইলে, উহাদের বংশবৃদ্ধি বড় একটা না হইতে হইতেই সমস্ত বিনষ্ট হইয়া যায়। এতদ্দ্বারা বুঝা যাইতেছে যে আমাদের পানীয় জলের পুষ্করিণী বা কূপ তাদৃশ পচা-জলযুক্ত না হওয়ায় কলেরার জীবাণু তাহাতে অপেক্ষাকৃত অধিক দিন বাস করিতে পারে।

রোগের প্রকৃতি।—কলেরা অত্যন্ত সংক্রা

মক ও সাংঘাতিক ব্যাধি—ইহার অত্যাচারে গ্রাম পল্লী সময় সময় উজাড় হইয়া যায়। কলেরার জীবাণু উদরস্থ হইলে সাধারণতঃ এক হইতে তিন দিনের মধ্যে ব্যাধির লক্ষণ প্রকাশ পায়। কোনও কোনও ক্ষেত্রে দশ দিন পরেও রোগ প্রকাশ পাইতে পারে।

ইহার লক্ষণ যথা—মুহুর্ম্মুহু পাতলা জলের ন্যায় দাস্ত ও বমি হওয়া, সঙ্গে সঙ্গে প্রস্রাব বন্ধ হইয়া যাওয়া, অত্যন্ত পিপাসা, কখন কখন শীতবোধ, কখনও গাত্রদাহ, শরীর আই ঢাই করা, অস্থিরভাবে এপাশ ওপাশ করা, থাকিয়া থাকিয়া দীর্ঘ-নিঃশ্বাস পড়া, মুখ চক্ষু বসিয়া যাওয়া, স্বর ভঙ্গ ও বিকৃত হইয়া যাওয়া, হস্তপদ ও পেটে খিল ধরা এবং নাড়ী ক্ষীণ, অতি দ্রুত বা অতি মৃদু হইয়া যাওয়া ও সাধারণতঃ অত্যন্ত অবসন্নাবস্থা। পরিশেষে কেহ জ্ঞান থাকিতে থাকিতে, কেহ বা অজ্ঞান হইয়া প্রাণত্যাগ করে। তিন চারি ঘণ্টার মধ্যেও মৃতুমুখে পতিত হইতে দেখা গিয়াছে। কিন্তু সাধারণতঃ এক হইতে চারি দিনের মধ্যে অনেকেরই মৃত্যু হয়। কেহ কেহ বা একটু সারিবার পথে আসিয়া, বাতশ্লেষ্মবিকার বা মুত্রনিরুদ্ধ না হওয়া বশতঃ, শরীর বিষাক্ত হইয়া প্রাণত্যাগ করে। রোগের প্রারম্ভে কাহারও হঠাৎ এককালীনই দাস্ত ও বমি হইতে থাকে। কাহারও কাহারও বা অগ্রে আস্তে আস্তে পেটের অসুখের মত পাতলা দাস্তের সূত্রপাত হইয়া, পরে বমি প্রভৃতি অন্যান্য উপসর্গ প্রকাশ পায়। যাহারা সারিয়া উঠে, তিন সপ্তাহ পর্য্যন্ত তাহাদের মলের সহিত জীবাণু নিঃসৃত হওয়া সম্ভব—শুশ্রূষাকারী এবং রোগী উভয়েই একথা স্মরণ রাখিবেন।

কলেরা চিকিৎসা :—পীড়ার প্রথমাবস্থা ব্যতীত ইহার চিকিৎসা ডাক্তারের দ্বারা হওয়াই সঙ্গত। পীড়ার প্রারম্ভে কর্পূর সেবন উত্তম ব্যবস্থা। পূর্ণবয়স্কের পক্ষে মাত্রা সাধারণতঃ এক রতি। সব ডাক্তারখানায়ই স্পিরিট কেম্ফার (Spiritus Camphoræ) নামক ঔষধ পাওয়া যায়। উহা নয় ভাগ স্পিরিটের (Spiritus Rectificatus) সহিত এক ভাগ কর্পূর মিশাইলেই প্রস্তুত হয়। একটু পরিষ্কার চিনি বা এক খানি বাতাসার উপর ৫ হইতে ২০ বিন্দু মাত্রায় লইয়া সেবন করিতে দেওয়া যায়। রোগের অবস্থানুযায়ী পনর মিনিট বা অর্দ্ধঘণ্টা অন্তর সেবন করাইতে হয়। কর্পূর বস্তুতঃ কলেরার উত্তম ঔষধ, কিন্তু ইহার ব্যবহার সম্বন্ধে দুইটী বিষয় জ্ঞাতব্য আছে। প্রথমতঃ কর্পূর পাকস্থলীতে সকল সময় ভাল দ্রব হয় না; কাজেই শরীরে ভাল প্রবেশ না করায় ততটা উপকার পাওয়া যায় না।* দ্বিতীয়তঃ ইহার বমিরোধক-শক্তি সেরূপ নাই; সুতরাং যেস্থলে ভুক্ত পদার্থ উঠিয়া যাওয়ার পরও পাকস্থলীর উত্তেজনাবশতঃ জল পর্য্যন্ত খাইলেও বমি হইয়া যায়, বা অত্যন্ত বমনেচ্ছা বর্ত্তমান থাকে, সে ক্ষেত্রে ইহা দিলে প্রায়ই বমি হইয়া উঠিয়া যায়, সুতরাং ইহা দ্বারা কোন

* যে কোন ঔষধ হউক পাকস্থলীতে বা অন্ত্রে দ্রব না হইলে উহা রক্তে গৃহীত হইতে পারে না, কাজেই শরীরের উপরও উহার কোন ক্রিয়া হয় না।

কলই পাওয়া যায় না। এজন্ত রোগের আক্রমণের পর হইতে যাবৎ দাস্ত ও বমি বর্ত্তমান থাকে, লেখক কেবলমাত্র নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবহার করিয়া বিশেষ ফল পাইয়াছেন। ইহাতে অত্যন্ত বমির ক্ষেত্রে বমি বন্ধ হইয়া যায় (অর্থাৎ ঔষধ পেটে থাকিবার ব্যবস্থা হয়), অন্ত্রের ভিতর কলেরার জীবাণু দ্বারায় ধ্বংস হইয়া যায় এবং সাধারণ অবসাদাবস্থা ও উপসর্গগুলি কম হইয়া যায়। ঔষধ যথা :—এক রতির অষ্টমাংশ পরিমাণ মেন্থল * (Menthol) কর্পূর (Camphor) ১ রতি এবং বিস্‌মাথ সাবনাইট্রস্ (Bismuth subnitras) ৩ রতি মিশ্রিত করতঃ অবস্থানুযায়ী এক হইতে চারি ঘণ্টা অন্তর ব্যবহার করিতে হইবে। পিপাসার জন্য জলে লেবুর রস দিয়া অম্লাস্বাদ করিয়া পান করিতে দেওয়া ভাল। কলেরার প্রাদুর্ভাব সময় সামান্য পেটের অসুখেরও অবিলম্বে চিকিৎসার ব্যবস্থা করিতে হয়। উল্লিখিত পুরিয়া ঔষধ বা কর্পূর সেবনে ঐরূপ পেটের অসুখ আরোগ্য হয়।

পথ্য—প্রথমতঃ, জল-বার্লি লেবুর রস সহ সেব্য, অথবা ভাল (বেশ অম্লরসাক্ত, জমাট এবং সুগন্ধ) দধি হইতে প্রস্তুত ঘোলের সরবৎ দেওয়া যাইতে পারে। তাহার পরে অবস্থানুযায়ী পথ্য।

কলেরার—প্রতিষেধক উপায় ও ব্যবস্থা। ইহার উত্তর প্রধানতঃ পাঁচটী কথায় দেওয়া যায় :—(১) সর্ব্বত্র পানীয় জলের বিশুদ্ধতা সম্বন্ধে সতর্কতা অবলম্বন। (২) খাদ্যের বিশুদ্ধতা সম্বন্ধে সতর্কতা অবলম্বন। (৩) রোগীকে স্বতন্ত্র রাখিয়া পরিচর্য্যা। (৪) রোগীর মলমূত্র ও বমিত পদার্থ প্রভৃতির দ্বারায় ধ্বংস করিবার বা দোষবিবর্জ্জিত করিবার ব্যবস্থা করা। (৫) স্বাস্থ্য-বিভাগের কর্ত্তৃপক্ষগণকে * অবিলম্বে সম্বাদ প্রদান।

প্রথমোক্তটী কার্য্যে পরিণত করিতে হইলে সকলেরই বাটীতে সিদ্ধ করা জল পানের ব্যবস্থা এবং পাকশালায় ব্যবহার্য্য জল আগাগোড়া গরম করিবার ব্যবস্থা এবং বাসনগুলি বাটিতে আনিবার পূর্ব্বে গরম জলে শেষ ধোয়ার বন্দোবস্ত করা আবশ্যক। ফিল্টারের জল সব সময় বিশ্বাস্য নয়—কিন্তু গরম জলে আর কোনও সন্দেহ নাই। জল সিদ্ধ করিলে, জীবাণু হউক, আর বড় আকারের জীবই হউক, সকলেরই জীবননাশ ঘটে। পানীয় জলের পুষ্করিণী বা কূপ সমস্ত "পোটাসিয়াম পারম্যাঙ্গানেট" প্রভৃতি দ্বারা শোধন করা আবশ্যক। সর্ব্বদা মনে রাখা উচিত যে কলেরা প্রধানতঃ জলবাহিত ব্যাধি। যে সে প্রতিবাসীর বাটীতে জল পান করা অনুচিত। পথে ভ্রমণকালে সন্দিগ্ধ স্থানে জল পান না করিয়া নারিকেলের জল পান করা যুক্তিসঙ্গত—উহা অতি বিশুদ্ধ পানীয়। সোডাওয়াটারও (Soda water) সর্ব্বত্র বিশ্বাস্য নয়—বরং লেমনেড্ (Lemonade) অম্লরসাক্ত বলিয়া ভাল।

* ইহা এক প্রকার সাদা দানাবৎ পদার্থ এবং খুব হজমী বলিয়া অনেকে তাম্বুলের সহিত খাইয়া থাকেন এবং কেহ কেহ ইহাকে পিপারমিণ্ট্ নামে অভিহিত করিয়া থাকেন, কিন্তু মেন্থলই ঠিক নাম।

* স্থানবিশেষে মিউনিসিপ্যালিটী বা পঞ্চায়েৎই এ সম্বন্ধে কর্ত্তৃপক্ষ হইতে পারেন।

দ্বিতীয়োক্তটী কার্য্যে পরিণত করিতে হইলে বাজার হইতে আনীত তরকারীগুলি ভাল করিয়া বিশুদ্ধ জলে ধুইয়া লইতে হয়। কাঁচা ফল মূল দিনকতক না খাওয়াই ভাল। যাহা কিছু কাঁচা খাওয়া প্রয়োজন (যথা শাঁক আলু) তাহা বিশুদ্ধ জলে ভাল করিয়া ধুইয়া লইতে হয়। তাম্বুলও বিশুদ্ধ জলে ধৌত করিয়া লইতে হইবে। কলেরার সময় কোনও প্রকার বিকৃত বা বাসি দ্রব্য, ভাজা-পোড়া বা পংক্তিভোজনের নিমন্ত্রণে আহার নিষিদ্ধ; সমস্তই গরম গরম খাওয়া উচিত; কোনও দ্রব্য বাসি হইলে তাহা পুনঃপাকে রীতিমত সিদ্ধ না করিয়া খাওয়া কর্ত্তব্য নয়। দুগ্ধ পান করিবার পূর্ব্বে ফুটাইয়া গরম করিয়া লইতে হয়। অপরের বাটীর পান খাওয়া নিষিদ্ধ। পান্তা ভাত প্রভৃতি ভোজন ত্যাগ করিতে হইবে। কলেরার জীবাণু অম্লস্পর্শ মাত্রেই সত্বর ধ্বংসপ্রাপ্ত হয়। এজন্য আহারের সময় তেঁতুল, লেবু প্রভৃতি যাহা কিছু অম্ল সংগ্রহ হয়, খাওয়া ভাল—কারণ তাহাতে অম্ল অবিশুদ্ধ খাদ্যের দোষ কাটিয়া যায়। কদাপি অতিভোজন করিতে নাই। অতিভোজন যে কিরূপে কলেরা সৃষ্টির সহায়তা করে, তাহা অতিভোজনের দোষ বর্ণনা কালে কথিত হইয়াছে। ভূমি সঞ্চারী পিপীলিকা ও কীটাদি যাহাতে খাদ্যে না আসিতে পারে এবং মাছি যাহাতে খাদ্যে কোনওরূপে না বসিতে পারে, এ বিষয়েও বিশেষ সতর্কতা অবলম্বন করিতে হয়। মাছির সৃষ্টিকারক আবর্জ্জনা জঞ্জাল ময়লা প্রভৃতি বাটীতে কুত্রাপি থাকিলে, উহা সব দূরে লইয়া দগ্ধ করিয়া ফেলিতে হয় এবং দিবাভাগে বাটিতে ধুনা গন্ধক প্রভৃতি পোড়াইতে হয়; নর্দ্দামা প্রভৃতির পরিষ্কারপরিচ্ছন্নতা সম্বন্ধে বিশেষ দৃষ্টি রাখিতে হইবে—সেগুলি ফেনাইল জল দ্বারা বা অভাবে অত্যুষ্ণ জল দিয়া ধুইয়া পরিষ্কার রাখিতে হইবে। সকলই ভোজন কালে সাবান দিয়া হাত ধুইয়া আহার করিবেন এবং নখ কদাপি বড় হইতে দিবেন না। সাবান জলে হস্ত-সংলিপ্ত অদৃশ্য তৈলাক্ত ময়লা দূরীভূত হয় এবং নখ বড় না থাকিলে তাহার নিম্নে ময়লা জমিতে পারে না। রন্ধন কার্য্যেও যেরূপ সতর্কতা অবলম্বনের কথা ইতিপূর্ব্বে খাদ্যের সম্বন্ধে বর্ণনা করা হইয়াছে, তদ্রূপ অনুষ্ঠান করিতে হইবে। কিয়দ্দিবস হইল ভৃত্যের নখের নিম্নে অবস্থিত কলেরার জীবণু খাদ্যের সহিত ভোজন করিয়া, ভবানীপুর সাহেবদিগের হাসপাতালে কয়েকটী মেম প্রাণত্যাগ করিয়াছিলেন।

কলেরার প্রাদুর্ভাব সময়ে অকারণ ক্ষুধা সহ্য করা, অধিক শারীরিক ক্লেশ করা, রাত্রি জাগরণ প্রভৃতি বর্জ্জনীয় এবং সামান্য পেটের অসুখেরও যত্নপূর্ব্বক চিকিৎসা করা কর্ত্তব্য। অত্যন্ত ভীতি-সঞ্চার না হয়, এজন্য লোকে যে ঈশ্বরের নাম লইয়া প্রার্থনা বা সঙ্গীতাদি করিয়া থাকে, তাহাতে উৎসাহ দেওয়া ভাল।

তৃতীয়োক্ত কার্য্যটীর আবশ্যকতা।—রোগীর কাপড় চোপড় বিছানা ও ঘরের মেজে সমস্তই অন্নবিস্তর দূষিত হওয়া অনেক ক্ষেত্রে অনিবার্য্য; সুতরাং রোগী থাকিবার ঘরে অন্যান্য লোকজন যাতায়াত করা অকর্ত্তব্য, বা সেই ঘরে সাধারণের আহার্য্য বা পানীয় দ্রব্যাদি রাখাও অন্যায়; কারণ তাহা দূষিত হইবার বিশেষ সম্ভাবনা। বহুপরিবার গৃহস্থ-

বাটীতে রোগীর জন্য একটি স্বতন্ত্র উৎকৃষ্ট গৃহ থাকা বিধেয়—নতুবা এতাদৃশ সংক্রামক ব্যাধিমাত্রেরই বিশেষ প্রসারপ্রাপ্তির সম্ভাবনা স্বতন্ত্র গৃহে রোগীকে পরিচর্য্যা করা নিরাপদ।

চতুর্থোক্ত কার্য্যটীর সম্বন্ধে জ্ঞাতব্য এই যে,—রোগীর ব্যবহৃত কোনও বস্ত্র কূপ বা পুষ্করিণীতে লইয়া যাওয়া অতি অকর্ত্তব্য। মল বা বমিত পদার্থ দ্বারা সিক্ত বস্ত্রাদি কোনওরূপ জীবাণুবিষনাশক আরক দ্বারা দোষমুক্ত করতঃ জলাশয় হইতে দূরস্থানে ধৌত করিয়া প্রখর সূর্য্যকিরণে শুকাইয়া লইতে হয়। স্বল্প মূল্যের দ্রব্যাদি পোড়াইয়া ফেলাই ভাল। রোগীর মল বা বমিত পদার্থও বিষনাশক আরক * মিশ্রিত করতঃ শুষ্ক খড় বা পত্রের উপর নিক্ষেপ করিয়া পোড়াইয়া ফেলা উচিত। লোকালয় হইতে দূরবর্ত্তী স্থানে সামান্য গভীর খাদ করিয়া তাহাতে উহা পুতিয়া ফেলিবার পরামর্শ কেহ কেহ দিয়া থাকেন বটে, কিন্তু ইহা ভাল ব্যবস্থা নয়; কারণ একেবারে তৎক্ষণাৎ ধ্বংস করিয়া না ফেলিলে মনের সন্দেহ মিটে না—কি জানি, আবার ভূগর্ভস্থ জলস্রোত দূষিত হয়, বা মাছি প্রভৃতির দ্বারা কোনও গতিকে অনাহৃত বিষ স্থানান্তরে বিক্ষিপ্ত হয়!!

পঞ্চমোক্ত ব্যবস্থা।—মিউনিসিপ্যালিটী, (Municipality) পঞ্চায়েৎ, জেলার ম্যাজিষ্ট্রেট (District Magistrate) বা সিভিল সার্জ্জন (Civil Surgeon) বা গবর্ণমেন্টের স্যানিটারী কমিশনার (Sanitary Commissioner) প্রভৃতি কর্ত্তৃপক্ষ দ্বারা সমস্ত সংক্রামক ব্যাধির প্রতিষেধ ও প্রশমনের ব্যবস্থা হয়। কলেরা আরম্ভ হইলেই গৃহস্থের সর্ব্ব প্রথমে মিউনিসিপ্যালিটী বা পঞ্চায়েৎকে জানান কর্ত্তব্য। অনেকে অত্যাচার বা উৎপীড়নের আশঙ্কায় ইহা করিতে কুণ্ঠিত হয়েন। প্রত্যুত: প্রত্যেক গ্রাম্য পঞ্চায়েৎ বা মিউনিসিপ্যালিটী দ্বারা লোকের যাহাতে উৎপীড়নের আশঙ্কা দূরীভূত হইয়া সাহায্য পাইবার ও ক্ষতি পূরণের ভরসা জন্মে, এরূপ ব্যবস্থা করা কর্ত্তব্য। অধিকন্তু পঞ্চায়েৎ বা মিউনিসিপ্যালিটীর নিম্নলিখিত কর্ত্তব্যগুলি অনুষ্ঠানের ব্যবস্থা ব্যাধির সূত্রপাতাবস্থায়ই হওয়া বাঞ্ছনীয়। (১) কূপ, পুষ্করিণী প্রভৃতি বৃহৎ জলাশয়ের পটাশ পারম্যাঙ্গানেট প্রভৃতি দ্বারা বিশোধনের ব্যবস্থা করা। (২) সংক্রামকরূপে ব্যাধির প্রসার বৃদ্ধি পাওয়ার আশঙ্কা হইলে, দরিদ্র লোকের চিকিৎসার জন্য ডাক্তার বন্দোবস্ত করা। (৩) গরম জল ব্যবহার করা ও অপরিষ্কার, বাসি, পচা, ভাজা, পোড়া, কাঁচা বা অসিদ্ধ প্রভৃতি জিনিষ না খাওয়া এবং পংক্তিভোজন বা অতিভোজন না করা, সমস্ত পকান্ন গরম গরম খাওয়া, অল্প ভোজন করা, হস্ত সাবান জলে (অভাবে গরম জল ও সাজিমাটী দ্বারা) ধুইয়া আহার্য্য বস্তু স্পর্শ করা প্রভৃতি অবশ্যকর্ত্তব্য কার্য্যগুলি সর্ব্ব সাধারণকে ঢোল পিটাইয়া বলিয়া বুঝাইয়া দেওয়া (এরূপ না করিলে, এতদ্দেশের অজ্ঞশ্রেণীর লোকের মনে, আশু ফলপ্রদ যে সকল উপায় আছে, তাহার ধারণাই হয় না)।

* গাঢ় ফিনাইল জল অথবা—তাহা না জুটিলে খুব গাঢ় করিয়া চূণ—গুলিয়া দিলেও কলেরার জীবাণু মরিয়া যায়।

শেষ একটী প্রশ্নের উত্তর দিবার আছে:—কলেরার জীবাণু উদরস্থ হইলেই কি কলেরা হইবে? না। সব সময় নহে। পাকস্থলীর অম্লরসের যে ব্যাধির জীবাণু-নাশক-শক্তির কথা পূর্ব্বে উল্লিখিত হইয়াছে, উহার জন্য আমরা অনেক সময় বাঁচিয়া যাই। কোনও কোনও সময় বা ক্ষুদ্রান্ত্রের ভিতর কলেরার জীবাণু প্রবেশ করিলেও, তথাকার অধিবাসী অন্যান্য জীবাণুর শত্রুতায় ইহাদের তাদৃশ বৃদ্ধি ঘটে না এবং হয় ত রোগীর পেটের অসুখের মত দুই এক দাস্ত হইয়া ভাল হইয়া যায়; কিন্তু, এতাদৃশ রোগীর মল-পরীক্ষা দ্বারা তাহাতে কলেরার জীবাণুর অস্তিত্ব বুঝা যায়। কোন কোন সময় বা সেই সব শত্রুপক্ষীয় জীবাণুর শত্রুতা এতদূর বলবতী হয় যে, কলেরার জীবাণু মনুষ্য-দেহে কোনও প্রকারে কিয়দ্দিবস বাস করিলেও (ঊর্দ্ধ সংখ্যা দশ দিন মাত্র করা সম্ভব) কোনও প্রকার বাহ্য লক্ষণ প্রকাশ করে না এবং ঈদৃশ আক্রান্ত ব্যক্তির স্বাভাবিক অবস্থার ন্যায় কোষ্ঠ-ক্রিয়া হইতে থাকে; পরন্তু, পরীক্ষা দ্বারা বুঝা যায় যে, এরূপ স্বাভাবিক মলেও কিয়দ্দিবস পর্য্যন্ত কলেরার জীবাণু বর্ত্তমান থাকে। প্রত্যুতঃ যাঁহারা তরুণ বা পুরাতন অগ্নিমান্দ্যের দোষে ভুগিতেছেন, তাঁহাদের অন্ত্রের মধ্যে এইরূপ শত্রুপক্ষীয় জীবাণু কম থাকায়, যদি কোনও গতিকে কলেরার জীবাণু প্রবেশ করে, তবে ব্যাধির উৎপত্তি অনিবার্য্য। যাহা হউক্ যাহা কথিত হইল, তাহা দ্বারা স্পষ্টই প্রতীতি হইতেছে যে কলেরার সময় খাদ্য বা পানীয় কোনও প্রকারে মলদূষিত হওয়া বড়ই বিপদের কথা।

* এক প্রকার টীকা আবিষ্কৃত হইয়াছে—উহা লইলে কলেরা হওয়ার আশঙ্কা কম হয়, এবং হইলেও পীড়া মারাত্মক হয় না। যেখানে ঐ টীকা লইবার উপায় আছে, সেখানে উহা লইবার জন্যও পরামর্শ দেওয়া কর্ত্তব্য।

সংক্রামক শোথ।

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার মথুরানাথ ভট্টাচার্য্য, এল, এম, এস।

(পূর্ব্ব প্রকাশিতের পর)

ইহা ছাড়া ঐ রোগীদের রক্ত লইয়া অনুবীক্ষণ যন্ত্রের দ্বারা অতি যত্নের সহিত পরীক্ষা করিয়াও কোন রূপ "পেরেসাইট" বা জীবাণু দেখিতে পাওয়া যায় নাই। ভেন হইতে ৫ সি, সি, রক্ত লইয়া, উহার সহিত, জমাট হওয়া নিবারণ করিবার জন্য, একটু সোডিয়ম সাইট্রেট মিশ্রিত করিয়া, ঐ রক্তকে "সেণ্ট্রীফির্উজ" করা হইয়াছিল; পরিষ্কার "প্লেজ্‌মাকে" "পিপেট" দ্বারা বাহির করিয়া লওয়া হইয়াছিল এবং পুনরায় "সেণ্ট্রীফির্উজ" করা হইয়াছিল; উপরি-ভাগের জল ফেলিয়া দিয়া, নিম্নের অবিশিষ্ট

কঠিন অংশ, মাইক্রসকোপ দ্বারা পরীক্ষা করিয়াও কোন জীবাণু পাওয়া যায় নাই।

ডাক্তার মেগো সাহেব, একটি বিশিষ্ট এপিডেমিক ড্রপসি রোগীর তিন সি, সি, রক্ত লইয়া, উহা জমাট বাঁধিলে পর, ঐ জমাট বাঁধা রক্ত নিজের ত্বকের নীচে ইনজেক্ট করিয়াছিলেন; উহাতে তাঁহার কোন অপকার হয় নাই। ডাক্তার গ্রেগ সাহেব, কতকগুলি বিশিষ্ট এপিডেমিক ড্রপসি রোগীর রক্ত লইয়া উহা বাঁদরদের ত্বকে ইনজেক্ট করিয়াছিলেন; উহাতে বাঁদরদের ঐ রোগের কোন লক্ষণ দেখা যায় নাই বা তাহাদের এপিডেমিক ড্রপসি রোগ হয় নাই। তিনি প্রত্যেক বারে ৫ সি, সি, রক্ত, জমাট বন্ধ নিবারণ করিবার জন্য একটু সোডিয়াম সাইট্রেট মিশ্রিত করিয়া, বাঁদরের ত্বকে ইনজেক্ট করিয়াছিলেন। কতকগুলি ক্ষেত্রে, "এপিডেমিক ড্রপসি" রোগীর শোথ যুক্ত হাতের বা পায়ের ত্বক ১·২০ শক্তির কারবলিক লোশন দিয়া পরিষ্কার করিয়া ধুইয়া দেওয়া হইয়াছিল; তাহার পর ঐ স্থানকে আবার এলকোহল এবং ইথার দ্বারা ধুইয়া ঐ স্থান হইতে, "ষ্টেরেলাইজ" হাইপোডারমিক স্থচ ফুটাইয়া দিয়া, ঐ সিরিঞ্জ দিয়া, ঐ শোথ যুক্ত স্থানের জল বাহির করিয়া লওয়া হইয়াছিল; ঐ জল নানা রকম "মিডিয়া"তে রাখা হইয়াছিল এবং মাইক্রসকোপ দ্বারাও পরীক্ষা করা হইয়াছিল; কিন্তু কোন স্থলেই উহাতে কোন জীবাণু পাওয়া যায় নাই। "এপিডেমিক ড্রপসি" রোগীদের মল ও মূত্র পরীক্ষা করিয়াও কোন জীবাণু দেখিতে পাওয়া যায় নাই। এই সব পরীক্ষা করিয়া দেখা যাইতেছে যে, এপিডেমিক ড্রপসির কোন কারণ নির্দ্দেশ করা যাইতে পারে না। যদিও ঐ রোগ কোন জীবাণু ঘটীত নয় বলিয়া প্রমাণ করিতে পারা যায় নাই, তথাপি কোনরূপ জীবাণু নাই বলিয়া অনুমান করা যাইতে পারে। সুদূর প্রতীচ্য দেশেও এপিডেমিক ড্রপসির অনুসন্ধান করিয়া কোন কারণ নির্দ্দেশ করা যাইতে পারে নাই। ডি হেন সাহেব বলিয়াছেন যে—"আমি এপিডেমিক ড্রপসি রোগীর রক্ত, শরীরের যন্ত্রসমূহ এবং মল মূত্র বহুবার পরীক্ষা করিয়াও কোন কারণ নির্ণয় করিতে পারি নাই"। রক্ততে কোন কারণ না পাওয়া ছাড়া, এপিডেমিক ড্রপসি যে জীবাণু ঘটীত রোগ নহে, ইহার আরও প্রমাণ আছে। ঐ রোগ একটী ব্যক্তি হইতে অপর ব্যক্তিতে সংক্রামিত হয় না। মাড়োয়ারিরা কলিকাতা সহরের এপিডেমিক ড্রপসি আক্রান্ত স্থানের মধ্যে থাকিয়াও ঐ রোগের দ্বারা আক্রান্ত হন নাই। তাঁহারা যে স্থানে বাস করেন সে স্থানের স্বাস্থ্যও বেশ ভাল এমন নহে। ৫ এবং ৭নং ওয়ার্ডে, যে স্থানে মাড়োয়ারিরা বাস করিয়া থাকেন সাংঘাতিক এপিডেমিক ড্রপসির সংখ্যায় অত্যন্ত কম; এবং ঐ দুই ওয়ার্ডে সাংঘাতিক এপিডেমিক ড্রপসির অনুসন্ধান করিয়া দেখা গিয়াছে যে, ঐ দুই ওয়ার্ডের মধ্যে যে সব বাঙ্গালী বাস করিতেন, তাঁহাদের মধ্যে ঐ রোগ হইয়াছিল; মাড়োয়ারিদের মধ্যে নহে। মাড়োয়ারিদের মধ্যে একটীও সাংঘাতিক এপিডে-

মিক ড্রপসি রোগ হয় নাই। ইহার দ্বারা আমরা দেখিতে পাইতেছি যে, ঐ দুই ওয়ার্ডে মাড়োয়ারি এবং বাঙ্গালী এক সঙ্গে বাস করিলেও, যদিও মাড়োয়ারিদের সংখ্যা অত্যন্ত বেশী এবং ঐ দুই ওয়াড়ের স্বাস্থ্য এক রকমের—তথাপি কেবল বাঙ্গালীদের মধ্যেই ঐ রোগ হইয়াছিল এবং মাড়োয়ারিদের মধ্যে হয় নাই। ইহার কারণ, এপিডেমিক ড্রপসি কোন কোন স্থানে হইয়াছিল ইহার বিবরণ দিবার সময় বলা যাইবে।

কিন্তু ইহার দ্বারা প্রমাণিত হইতেছে যে, ঐ রোগ সংক্রামক নহে। ইহা ছাড়া কলিকাতার ভাল ইউরোপিয়ানদের মধ্যে ঐ রোগ দেখিতে পাওয়া যায় নাই। এই ইউরোপিয়ানরা অন্যান্য সংক্রামক রোগদের হস্ত হইতে নিস্তার পান নাই। যথা—কলেরা, বসন্ত; এবং তাঁহারা ম্যালেরিয়া এবং "সেভেন-ডে" জ্বর হইতে নিষ্কৃতি পান নাই; তবে তাহাদের এপিডেমিক ড্রপসি কেন হয় নাই, ইহা পরে বলা যাইবে। যে সব বাড়ীতে এপিডেমিক ড্রপসি হইয়াছিল—সেই সব বাড়ীর লোক যেখানে গিয়াছিল বা ঐ সব বাড়ীর জিনিসপত্র যেখানে সরান হইয়াছিল—তাহার বিশেষ অনুসন্ধান করা হইয়াছিল। যে বাড়ীতে ঐ রোগ হয় নাই, কিন্তু পরে ঐ রোগী অন্য বাড়ী হইতে আসিয়াছিল, সেই বাড়ীর লোকেরও বিশেষ অনুসন্ধান করা হইয়াছিল। ইহার দ্বারা দেখিতে পাওয়া গিয়াছিল যে, যে সব বাড়ীতে ঐ রোগীর আমদানী হইয়াছিল, সে রোগী সারিয়া উঠিয়াছিল বা মরিয়া গিয়াছিল; কিন্তু সেই বাড়ীর অন্যান্য সুস্থ লোক রোগ দ্বারা আক্রান্ত হয় নাই।

এপিডেমিক ড্রপসি হয় নাই এমন ২৮টী বাড়ীতে অন্য বাড়ী হইতে এপিডেমিক রোগাক্রান্ত রোগী আসিয়া উপস্থিত হইয়াছিল; এই ২৮ বাড়ী পরীক্ষা করিয়া দেখা গিয়াছিল যে, কেবল মাত্র দুইটী ঘরে, ঐ রোগ দেখা গিয়াছিল।

ইহার দ্বারা দেখা যাইতেছে যে, এপিডেমিক রোগীর যাতায়াত দ্বারা ঐ রোগ বিস্তার পায় নাই। ঐ রোগী রোগের ভিন্ন ভিন্ন অবস্থাতে অন্য বাড়ীতে গমনাগমন করিয়াছিল, কিন্তু কেবল মাত্র দুটী ক্ষেত্রে অন্য গৃহে ঐ রোগী আসায়, ঐ রোগ দেখা গিয়াছিল। কিন্তু বিশেষরূপ অনুসন্ধান করিয়া দেখিলে ঐ রোগের অন্যরূপ কারণ নির্দ্দেশ করা যাইত। অনেক ক্ষেত্রে দেখা গিয়াছে যে একটী বাড়ীতে কতকগুলি পরিবার একসঙ্গে বাস করিত। ঐ বাড়ীতে কেবল মাত্র একজন লোকের ঐ রোগ হইল। ঐ বাড়ীর অন্যান্য লোক যদিও ঐ রোগীর সহিত মেশামেশি করিত, তত্রাপি তাহারা ঐ রোগ দ্বারা আক্রান্ত হয় নাই। তাহাদের মধ্যে কেবল মাত্র এই প্রভেদ ছিল যে, তাহারা এক প্রকার খাদ্য খাইত না কিম্বা একস্থান হইতে খাদ্য দ্রব্য কিনিত না। ইহা ছাড়া, কলিকাতার স্কুলের ছাত্রদের মধ্যে ঐ রোগ হইয়াছিল। রোগাক্রান্ত ছাত্রদের অন্যান্য সুস্থ ছাত্রদের নিকট হইতে পৃথক ভাবে রাখা হয় নাই। তাহারা সুস্থ ছাত্রদের সহিত মিশিয়াছিল। তথাপি ঐ রোগ বিস্তারিত হইয়া পড়ে নাই।

বিবিধ তত্ত্ব।

সম্পাদকীয় সংগ্রহ।

নলীয় গর্ভ, না প্রদাহ (?)

(Boldt)

নলীয় গর্ভ, না প্রদাহ ? এই প্রশ্ন মীমাংসা করা সময়ে সময়ে অসম্ভব হইয়া উঠে। কারণ, কোন কোন রোগিণীর উভয় অবস্থারই কতকগুলি লক্ষণ প্রায় একই প্রকৃতির হইতে দেখা যায়। তদ্রূপ অবস্থায় চিকিৎসক এক মহা বিভ্রাটে পড়েন। কারণ, তিনি কিসের চিকিৎসা করিবেন, তাহা স্থির করিতে পারেন না।

ডাক্তার বট মহাশয় ঐরূপ একটী রোগিনী প্রাপ্ত হইয়া তাহার সমস্ত বিবরণ প্রকাশিত করিয়াছেন। আমারা নিম্নে তাহার সংক্ষিপ্ত বিবরণ উদ্ধৃত করিলাম—

৩২ বৎসর বয়স্কা স্ত্রীলোক, তিন বৎসর হইল বিবাহ হইয়াছে। বাম কুচকির একটু উপরের বেদনার চিকিৎসার জন্য ইহার নিকট উপস্থিত হইয়াছিল। ইহার পূর্ব্বে ঋতু হওয়ার নির্দ্দিষ্ট সময় অতীত হওয়ার দুই সপ্তাহ পর অল্প অল্প ঋতুস্রাব হইতেছে, তাহা অনিয়মিত ও অল্প। স্তনে দুগ্ধসঞ্চার সামান্য রূপে উপস্থিত হইয়াছে। জরায়ু সামান্য পরিমাণ বড় ও কোমল ভাবাপন্ন। তাহার বাম দিকের অংশ পরিস্কাররূপে বড় বলিয়া অনুভব করা যায়। এই সমস্ত লক্ষণ পাইয়া নলীয় গর্ভ সঞ্চার হইয়াছে—ইহাই স্থির হয়। কিন্তু অণ্ডাশয় কি অবস্থায় আছে, তাহা অঙ্গুলী দ্বারা আদৌ পরীক্ষা করা হয় নাই এবং বামদিকের ঐ পদার্থ অণ্ডাশয় কি না, তাহাও চিন্তা করা হয় নাই। এই অবস্থায় উদর গহ্বর উন্মুক্ত করিয়া দেখা যায় যে, বামদিকের ঐ পদার্থ অণ্ডাশয়ের কৌষিক অর্ব্বুদ মাত্র। ইহার আয়তন কাঠ বাদামের আয়তনের সমান। অণ্ডবহানলে সর্দ্দি প্রকৃতির প্রদাহ লক্ষণ বর্ত্তমান রহিয়াছে। তজ্জন্যই যে উল্লিখিত সমস্ত লক্ষণ উপস্থিত হইয়াছিল, তাহার কোন সন্দেহ নাই।

এই রোগিণীকে যখন প্রথম পরীক্ষা করা হইয়াছিল, তখন জরায়ুর যোনিস্থিত অংশ সম্মুখের দিকে সঞ্চালনে কোনরূপ বেদনা অনুভব করে নাই। স্ত্রীলোকের নল মধ্যে গর্ভ সঞ্চার হইলে তদবস্থায় জরায়ুর যোনিস্থিত অংশ সঞ্চালিত করিলে সরলান্ত্রের নিম্নাংশে বেদনা অনুভব করে। পরন্তু সময়ে সময়ে এমনও দেখা যায় যে, অণ্ডবহা নলে গর্ভসঞ্চার হইলে ডাক্তারের পরীক্ষার সময় ব্যতীত অন্য সময়েও কখন কখন আপনা হইতে ঐরূপ স্থানে বেদনা উপস্থিত হয়। সুতরাং ইহা একটী বিশেষ লক্ষণ। পরীক্ষার সময়ে ইহার প্রতি লক্ষ্য রাখা কর্ত্তব্য।

উভয় ঋতুর মধ্যবর্ত্তী বাধক।

(Dalche)

নির্দ্দিষ্ট সময়ে স্বাভাবিক আর্ত্তব স্রাব হইয়া গেল, কোনরূপ বেদনা নাই। তাহার দশ বার দিবস পরে আবার আর্ত্তব স্রাব উপস্থিত হওয়ার ন্যায় লক্ষণ উপস্থিত হইলে বাধক বেদনারন্যায় বেদনা হইল—এই বেদনা এক পাশে অধিক, জরায়ুর আকুঞ্চন আরম্ভ হইয়া সাদা সাদা স্রাব হইতে আরম্ভ হইল, সাধারণ শ্বেত প্রদরের স্রাব হইতে ইহার একটু পার্থক্য আছে। এই স্রাব একেবারে সাদা নহে, একটু ল্যালটে রংয়ের মত বা রক্তরসের মত। কখন কখন প্রকৃত শোণিত স্রাবই হইতে দেখা যায়। কিন্তু তাহার সংখ্যা বিরল। এইরূপ শোণিত স্রাবের পরেই আবার ল্যালটে রংএর সাদা স্রাব আরম্ভ হয়। এইরূপ অবস্থা কয়েক ঘণ্টা মাত্র স্থায়ী হইতে পারে। কখন বা এক পাশ হইতে আর এক পাশে যায়। এই-রূপ অবস্থা পরিবর্ত্তনে কয়েক দিবস কাটিয়া যাইতে পারে। আবার এমনও হয় যে, পীড়ার লক্ষণ কয়েক ঘণ্টা স্থায়ী হইয়া অদৃশ্য হইল। পর দিবস আবার সমস্ত লক্ষণ উপস্থিত হইল। এইরূপ অনিয়মিত পর্য্যায়ক্রমে কয়েক দিবস পর্য্যন্ত পীড়ার লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিতে পারে।

এই প্রকৃতির রজঃকৃচ্ছ্র জ বাধক বেদনার বেদনা কখন প্রবল হয়, কখন একেবারেই থাকে না। আবার কখন বা এক পার্শ্ব হইতে অপর পার্শ্বে স্থান পরিবর্ত্তন করে। তবে সাধারণতঃ এক পার্শ্বেই উপস্থিত হইয়া থাকে। একই সময়ে উভয় পার্শ্বে উপস্থিত হওয়ার কথা শুনা যায় না। বেদনা জরায়ুর পার্শ্ব হইতে কুঁচকি পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়, জ্বর থাকে না। বয়স ত্রিশ বৎসরের নিকটবর্ত্তী, সন্তান হইয়াছে, আরো সন্তান কামনা করে—এইরূপ স্ত্রীলোকের মধ্যে এই পীড়া হইতে দেখা যায়। এই শ্রেণীর স্ত্রীলোকের নিয়মিত সময়ে স্বাভাবিক প্রকৃ-তিতে আর্ত্তব স্রাব হইয়া থাকে, কিন্তু ইহাদের পূর্ব্ব ইতিবৃত্ত মধ্যে অণ্ডাশয়ে সামান্য প্রদাহ বা অন্য কোনরূপ অসুস্থতার বিবরণ থাকে। উভয় আর্ত্তব স্রাবের মধ্যবর্ত্তী সময়ে অণ্ডাশয়ে রক্তাধিক্য উপস্থিত হওয়ার জন্যই এই অপ্রকৃত আর্ত্তবস্রাব উপস্থিত হয়। অপর কাহারো কাহারো মতে কেবল যে পূর্ব্বোক্ত বয়সেই এই পীড়া উপস্থিত হয়, তাহা নহে। পরন্তু আর্ত্তব স্রাবের বয়সে অর্থাৎ আর্ত্তব আরম্ভ হওয়ার বয়স হইতে তাহার শেষ হওয়ার বয়স পর্য্যন্ত সমস্ত বয়সেই এইরূপ পীড়া উপস্থিত হইতে দেখা যায়।

এই পীড়া উপস্থিত হওয়ার পূর্ব্বে উপদংশ বা টিউবারকেল প্রভৃতি অপর কোন পীড়ার জন্য শরীর পীড়িত থাকিতে পারে। অনেক রোগিণীর পূর্ব্ব ইতিবৃত্তে বাল্যকালে যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির সামান্য প্রদাহ জন্য জরায়ুর ও অণ্ডাশয়াদির পরিবর্দ্ধনের এবং ক্রিয়ার বিঘ্ন হওয়া, পুরাতন বিষাক্ততা, কৌলিক শোণিত দুষ্টতা ইত্যাদি কারণে শরীর দূষিত থাকিলেও এইরূপ পীড়া হইতে পারে। কোন কোন রোগিণীর এইরূপ আর্ত্তব স্রাব দীর্ঘকাল স্থায়ী রক্তপ্রদরে পরিণত হইতে দেখা যায়। কাহারো বেদনাই প্রবল এবং প্রধান লক্ষণ রূপে প্রকাশিত হয়। রক্তপ্রদর ব্যতীতও

এই প্রবল বেদনা দীর্ঘসময় স্থায়ী হইতে দেখা গিয়াছে।

কোন কোন লেখকের মতে এই পীড়ার উৎপত্তি স্থান অণ্ডাশয়। আবার কেহ কেহ বলেন যে, ইহা জরায়ুর গঠন অস্বাভাবিক পরিবর্দ্ধন হওয়ার ফল মাত্র।

ইহার ভবিষ্যৎ ফল মন্দ, তবে এই মন্দ ফল জীবন সম্বন্ধে নহে।—আরোগ্য সম্বন্ধে—বেদনা ও স্রাব সম্বন্ধে—এই উভয় লক্ষণ সহজে নিঃশেষ করিয়া আরোগ্য করা কঠিন।

রোগ নির্ণয় করা সহজ। কারণ পর্য্যায়ক্রমে সময়ে সময়ে লক্ষণসমূহ উপস্থিত হওয়ার প্রতি লক্ষ্য করিলেই রোগ নির্ণয় করা যাইতে পারে। চিকিৎসার প্রধান উদ্দেশ্য সাধারণ স্বাস্থ্যের উন্নতি করা। কোষ্ঠবদ্ধতা বিশেষ কষ্টদায়ক উপসর্গ। ইহার প্রতি বিশেষ লক্ষ্য রাখিতে হয়। এই শ্রেণীর অধিকাংশ রোগিণী-রই কোষ্ঠবদ্ধ থাকে। কোন প্রকার উত্তেজক ঔষধ ব্যবহার করা নিষেধ। শয্যায় সুস্থির অবস্থায় শায়িতা রাখা কর্ত্তব্য। অবসাদক এবং স্রাব নিঃসারক ঝরণার জলপানে বেশ উপকার হয়। উষ্ণ কটীস্নান উপকারী। হায়সায়মাস অবসাদক এবং বেদনা নিবারক হইয়া বেশ উপকার করে। বেদনা প্রবল থাকিলে অহিফেন ব্যবস্থা করা উচিত। এই শ্রেণীর আরো বিস্তর ঔষধ আছে, তৎসমস্তও উপকারী। যোনিমধ্যে অবসাদক জলধারা প্রয়োগ করিয়া তৎপর গ্লিসিরিণ ইকথাইওলের পুঁটলী প্রয়োগ করিলে বেশ উপকার হয়। ইহা প্রয়োগ করা সম্বন্ধে এইটুকু বিবেচনা করিতে হয় যে, এই সময়ে জরায়ুর সন্নিকট-বর্ত্তী গঠনসমূহে অত্যন্ত বেদনা থাকে এবং তৎসময়ে অভ্যন্তরে ঔষধাদি প্রয়োগ জনিত সঞ্চালনে অত্যন্ত বেদনা হয়। তজ্জন্য বিশেষ সাবধান হস্তে ঐ সমস্ত কার্য্য কর্ত্তব্য। নতুবা যন্ত্রণার হ্রাস না হইয়া বরং বৃদ্ধি হওয়া অসম্ভব নহে।

আভ্যন্তরিক সেবন জন্য হাইড্রেস্টিস, হেমিমেলিশ, ক্যানাবিশ ইণ্ডিকা ইত্যাদি উপকারী। উভয় আক্রমণের মধ্যবর্ত্তী সময়ে এই সমস্ত ঔষধ প্রয়োগ করিতে হয়। ম্যামারী ও থাইরইড গ্রন্থিও প্রয়োগ করা হইতেছে। আক্রমণ সময়ে নিম্নলিখিত ঔষধ পিচকারী দ্বারা প্রত্যহ একবার বা দুইবার প্রয়োগ করিলে উপকার হয়।

Re

এণ্টিপাইরিণ	১৫ গ্রেণ
টিংচার ওপিয়াই	১৫ মিনিম
পবিত্রকৃত উষ্ণ জল	১৫ ড্রাম

মিশ্রিত করিয়া পিচকারী দ্বারা প্রয়োগ।

বেদনা অত্যন্ত প্রবল হইলে অধস্ত্বাচিক রূপে মর্ফিয়া প্রয়োগ উপকারী।

তলপেটে উষ্ণ জলে সিক্ত বস্ত্র প্রয়োগ করিলে উপকার হয়। স্নিগ্ধকারক মলম প্রয়োগ করা যাইতে পারে। কোন কোন স্থলে বরফ প্রয়োগে বেদনার উপশম হইতে দেখা গিয়াছে। বর্ত্তমান সময়ে বিস্তর পেটেন্ট প্রলেপের ঔষধ প্রচারিত হইয়াছে, তাহাও প্রয়োগ করা যাইতে পারে। তবে পাঠক মহাশয় মনে রাখিবেন যে, ব্যবস্থাপত্রে ফল-শ্রুতি যত লেখা থাকে, কাজে তত হয় না।

এই পীড়া আরোগ্য করার জন্য নানা জনে নানারূপ অস্ত্রোপচার করিয়া থাকেন। কেহ বলেন—জরায়ুগ্রীবা চিড়িয়া দিলে পীড়া

আরোগ্য হয়। কেহ বলেন—জরায়ুগ্রীবা প্রসারিত করিলে উপকার হয়। চিড়িয়া দেওয়ায় কোন উপকার হয় না। কোন কোন চিকিৎসক উদরগহ্বর উন্মুক্ত করিয়া অণ্ডাশয় উচ্ছেদ করিয়া থাকেন। অবশ্যই ইহা সর্ব্বশেষ অস্ত্রোপচার। অর্থাৎ অন্যান্য অস্ত্রোপচার করিয়া যখন রোগিণীকে যন্ত্রণার হাত হইতে উদ্ধার করিতে না পারা যায়, তখন নিরুপায় হইয়া এইরূপ অস্ত্রোপচারের আশ্রয় লইতে হয়; নতুবা নহে।

আমবাত—চিকিৎসা।

(THORP)

আর্টিকেরিয়া অর্থাৎ আমবাতের চুলকানী নিবারণ জন্য ৯৫—১০০°f উত্তপ্ত জলে স্নান করিলে উপকার হয়। কার্ব্বলাইজ ভেসেলিন মালিশ করিলেও উপকার হয়। সেবনের জন্য

Re

সোডা আইওডাইড	৫ গ্রেণ
লাইকার আর্সেনিকেলিস	৫ মিনিম
দুগ্ধ	উপযুক্ত

মিশ্রিত করিয়া এক মাত্রা। আহারের পর প্রত্যহ তিনবার সেব্য।

করণ—চিকিৎসা।

(H. J. T.)

করণ, ঘর্ষণ জন্য কোন স্থান কঠিন এবং সাধারণ আঁচিলের চিকিৎসায় দেখিতে হইবে যে, প্রদাহ আছে কি না, যদি থাকে, তাহা হইলে বোরাসিক্ কম্প্রেশ দ্বারা প্রথমে তাহার চিকিৎসা করিতে হইবে। প্রদাহ না থাকিলে নিম্নলিখিত ঔষধ তুলী দ্বারা প্রত্যহ একবার প্রয়োগ করিলে আরোগ্য হইবে।

℞

এসিড স্যালিসিলিক	৩০ ভাগ
একষ্ট্রাক্ট ক্যানাবিশ ইণ্ডিকা	৫ ভাগ
কলডিয়ম্ ফ্লেক্সিবল	২৪০ ভাগ

মিশ্রিত করিয়া প্রলেপ

ক্লোরফরমজ সংজ্ঞাহীন—বমন।

(Halperin.)

অস্ত্রোপচার জন্য ক্লোরফরম প্রয়োগ করার পর সময়ে সময়ে বমন উপসর্গ অত্যন্ত প্রবল হওয়ায় রোগীর অত্যন্ত কষ্ট হয় এবং চিকিৎসকের ঐরূপ বমন বন্ধ করাও যে বিশেষ কষ্টকর হইয়া উঠে, তাহা সকলেই অবগত আছেন।

ডাক্তার হালপেরিণ মহাশয় বলেন যে, ঐরূপ বমন উপস্থিতের কারণ কেবল মাত্র প্রয়োগের দোষ—অসাবধানে ব্যস্ত হইয়া অধিক ক্লোরফরম প্রয়োগ করার দোষেই ঐরূপ বমন উপস্থিত হয়—সাবধানে অল্প অল্প করিয়া প্রয়োগ করিলে কেবল যে অল্প পরিমাণ ক্লোরফরমেই অধিক সুফল পাওয়া যায় তাহা নহে। পরন্তু রোগীকে ভয় এবং স্নায়বীয় অবসন্নতা হইতে রক্ষা করা যায়। ইঁহার বক্তব্য মধ্যে নূতন কিছু না থাকিলেও কথাগুলিনের পুনরাবৃত্তিতে উপকার আছে। কারণ ঐ সমস্ত বিষয়ে অল্প চিকিৎসকেই মনোযোগ প্রদান করিয়া থাকেন। অনেকে মনে করেন যে, যত শীঘ্র কাজ শেষ করা, যায় ততই ভাল। কিন্তু সেই

সত্বরে কাজ শেষ করার পরিণাম কি? তাহাও বিবেচনা করা কর্ত্তব্য।

ক্লোরফরম প্রয়োগ করার ফলে যে বমন উপস্থিত হয় তাহা একরূপ কার্য্যের ফলে না হইয়া নানারূপ কার্য্যের ফলে হয়।

ক্লোরফরম পাকস্থলী হইতে শোধিত হইয়া বমনকারক কেন্দ্রে কার্য্য করার ফলে বমন হওয়াই সাধারণ নিয়ম। ক্লোরফরমের অত্যধিক প্রয়োগ ফলে এসিডোসিস্ উপস্থিত হয়। যে যন্ত্রের ক্রিয়াফলে সমতা রক্ষা হয় যেমন—সেমিসারকিউলার নলের উপর কার্য্য হয়—সামুদ্রিক বমনও এইরূপ কার্য্যের ফলে।

অনেক সময়ে এমন হয় যে, রোগী ক্লোরফরমে অভিভূত হওয়ার পর ডাক্তার অস্ত্রোপচার সম্পাদন জন্য প্রস্তুত হইতে আরম্ভ করেন। ইহাতে রোগীকে অনর্থক অধিক সময় ক্লোরফরমে অভিভূত থাকিতে হয়। অস্ত্র চিকিৎসক যদি প্রথমে প্রস্তুত হইয়া তৎপর রোগীকে ক্লোরফরম দিতে বলেন, তাহা হইলে অল্প ক্লোরফরমেই কার্য্য হইতে পারে। কিন্তু কোন কোন অস্ত্র চিকিৎসক রোগীর সুবিধা অপেক্ষা নিজের সুবিধাই অধিক বুঝেন। কারণ—তাঁহার সময় অল্প।

রোগীর সম্মুখে অস্ত্রোপচার জন্য অস্ত্রাদি প্রস্তুত করায় তৎসমস্ত দর্শনে রোগীর আতঙ্ক উপস্থিত হয়। যতদূর সম্ভব এই সমস্ত কার্য্য রোগীর চক্ষুর অন্তরালে সম্পাদন করা কর্ত্তব্য। রোগী অস্ত্রোপচার শয্যায় শায়িত, তাহার চতুষ্পার্শ্বে অস্ত্রোপচারের সমস্ত উপকরণ সজ্জিত। অস্ত্রোপচারক এবং তাঁহার সাহায্যকারীগণ অদ্ভুত বস্ত্রাদি পরিধান করিয়া সজ্জিত হইতেছেন—এই দৃশ্য মধ্যে রোগীকে যত অল্প সময় সজ্ঞান অবস্থায় রাখা যায়, ততই ভাল। কারণ এই দৃশ্য দর্শনেও রোগীর আতঙ্ক উপস্থিত হয়—এই আতঙ্ক ফলে অসাধারণ স্নায়বীয় অবসন্নতা উপস্থিত হয়। তাহাতে বিশেষ অনিষ্ট হয়। এই সকল কারণ জন্য রোগীকে এক অবস্থা হইতে অন্য অবস্থায়—সজ্ঞান অবস্থা হইতে অজ্ঞান অবস্থায় আনয়ন জন্য যত সাবধানে, যত ধীরভাবে কার্য্য করা যায় ততই ভাল। অসাবধান হইলে ঔষধীয় ও মানসিক—এই উভয়ের ক্রিয়া বিশৃঙ্খলতা উপস্থিত হইয়া বমন উপস্থিত করে।

উল্লিখিত কারণ ব্যতীত আরো অনেক কারণ জন্য বমন উপস্থিত হয়। তন্মধ্যে পাকস্থলীস্থিত খাদ্য একটী প্রধান কারণ। বমনের পক্ষে ইহার কার্য্য সাক্ষাৎসম্বন্ধে না হইয়া পরম্পরিত ভাবে হইলেও রোগীর পক্ষে বিশেষ কষ্টদায়ক হইয়া থাকে। পাকস্থলীর পীড়া, ক্লোরফরম প্রয়োগ সময়ে রোগীর অস্থিরতা, মুখ মধ্যস্থিত শ্লেষ্মা গলাধঃকরণ, শ্লেষ্মায় মিশ্রিত ক্লোরফরম পাকস্থলীতে প্রবেশ ইত্যাদির প্রতিবিধান পক্ষে যথাসম্ভব যত্ন করা কর্ত্তব্য।

ক্লোরফরম জন্য বমন উপস্থিত হইলে তাহার নিবারণ জন্য ঔষধ প্রয়োগ করা অপেক্ষা যাহাতে ক্লোরফরম দিলেও বমন না হইতে পারে, সেইরূপ উপায় অবলম্বন করাই সর্ব্ববাদী মতে উৎকৃষ্ট ব্যবস্থা।

অনেকে বলেন—ক্লোরফরম দেওয়ার পূর্ব্বে পাকস্থলী ধৌত করিলে বমন হওয়ার কোন আশঙ্কা থাকে না। কিন্তু এই উপদেশ

দেওয়া যত সহজ, কার্য্য তত সহজ নহে। কারণ রোগী নিজে ইহা ভাল বোধ করে না। এইজন্য এই প্রণালী বিশেষ কার্য্যকরী হয় না।

অস্ত্রোপচার শেষ হইলে রোগীকে শান্ত সুস্থির অবস্থায় শয্যায় শায়িত রাখিয়া অল্প সময় পর পর একটু একটু উষ্ণ জল পান করাইলে বমন বন্ধ হয়। পাকস্থলীর উপরে মাষ্টার্ড প্ল্যাষ্টার দিলেও উপকার হয়। দুই এক গ্রেণ এসিটালিনিড চূর্ণরূপে জিহ্বার উপর স্থাপন অথবা উহা অল্প ব্রাণ্ডীসহ দ্রব করিয়া সেবন করাইলে বমন বন্ধ হয়। চারি পাঁচ গ্রেণ ক্লোরেটনও ঐ প্রণালীতে প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

বমন নিবারণ জন্য ব্যবস্থাপত্রের সংখ্যা বিস্তর এবং পাঠক মহাশয়গণ তাহা অবগত আছেন। সুতরাং তাহা উল্লেখ করা বাহুল্য মাত্র।

অনিদ্রা—চিকিৎসা।

(Hutchinson)

অনেক চিকিৎসক অনিদ্রার চিকিৎসার জন্য ঔষধ প্রয়োগ করা অন্যায় মনে করেন। কারণ, কতক দিবস পরেই উক্ত ঔষধ সেবন করা রোগীর অভ্যাস হইয়া যায়। এইরূপ অভ্যাস হওয়া মন্দ। কিন্তু ইহা সৎ পরামর্শ নহে! যখন কেবলমাত্র অহিফেনই একমাত্র নিদ্রা কারক ঔষধ ছিল, তখন বরং একথা বলিলে কতক ভাল বোধ হইত। কিন্তু এখন নিদ্রাকারক ঔষধের সংখ্যা বিস্তর। তন্মধ্যে এমন অনেক ঔষধ আছে যে, তাহার অভ্যাস দোষ জন্মে না। এই সমস্ত ঔষধ অহিফেন অপেক্ষা উৎকৃষ্ট নিদ্রাকারক। ব্রোমাইড সেবন করিলে নিদ্রা হয়। কিন্তু কয়জনের ব্রোমাইড সেবনের অভ্যাস জন্মে? ট্রাইও-নাল এবং ভেরোনাল সম্বন্ধেও তাহাই। কেবল অহিফেন এবং এলকোহল সেবন করিলেই স্নায়ুমণ্ডলের এমন পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয়, তাহা আবার সেবন করিতে ইচ্ছা জন্মে।

নিদ্রাকারক ঔষধ সেবনের পক্ষে আর এক আপত্তি এই যে, ঐ শ্রেণীর ঔষধ সেবন না করিলে আর নিদ্রা হয় না। তজ্জন্য উহা নিয়তঃ প্রয়োগ করিতে হয়। কিন্তু অনিদ্রা ভোগ করা অপেক্ষা কি ঔষধ সেবন করিয়া সুনিদ্রা ভোগ করা ভাল নহে? বিরেচক বটি সেবন না করিলে বাহ্যে হয় না, তাই বলিয়া কি বাহ্যে না করাই ভাল? নিদ্রাকারক ঔষধের যদি মূল্য অধিক না হয়, তাহা হইলে অনিদ্রা ভোগ করা অপেক্ষা ঔষধ সেবন করিয়া সুনিদ্রা ভোগ করাই ভাল। ইহাই ডাক্তার হচিনশনের মত। যদি রোগী নিদ্রাকারক ঔষধ সেবন করিয়া কোন অসুখ বোধ না করে, তবে তাহার পক্ষে জীবনের অবশিষ্ট সময় নিদ্রাকারক ঔষধ সেবন করিয়া শান্তিতে অতিবাহিত করাই ভাল। নিদ্রাকারক এমন অনেক ঔষধ আছে যে, সুদীর্ঘকাল নিয়মিত সেবন করিলেও শরীরের কোন অনিষ্ট করে না। তাই বলিয়া যে, সমস্ত নিদ্রাকারক ঔষধই ঐ শ্রেণীর তাহা নহে। এমন অনেক ঔষধ আছে যে, তাহা দীর্ঘকাল সেবন করিলে পরে অনিষ্ট ফল প্রদান করে।

নিদ্রাকারক ঔষধ দীর্ঘকাল সেবনে যেমন

মন্দ ফল প্রদান করে, দীর্ঘকাল অনিদ্রাও তদ্রূপ মন্দ ফল প্রদান করে। অনিদ্রার মন্দ ফল মস্তিষ্কে উপস্থিত হয়। এই মন্দ ফল পরিহার করার একমাত্র উপায় নিদ্রাকারক ঔষধ। অনিদ্রা উপস্থিত হইলে যদি চিকিৎসা দ্বারা তাঁহার প্রতিবিধান করা না যায় তাহা হইলে মস্তিষ্কের অনিদ্রাই অভ্যাস হইয়া যায়। কিন্তু এই অনিদ্রার আরম্ভে যদি ঔষধ দ্বারা তাহার প্রতিকার করা যায়, তাঁহা হইলে অল্প সময় পরেই মস্তিষ্ক সুস্থতাপ্রাপ্ত হইয়া স্বাভাবিক নিদ্রার অধীন হয়।

তবে ডাক্তার হচিনসন মহাশয় ইহা স্বীকার করেন যে, নিদ্রাকারক ঔষধ প্রয়োগ করিতে হইলে বিশেষ সাবধান হইতে হয়। নিদ্রাকারক ঔষধ ব্যবস্থা করিয়া তাহা সেবনের ভার রোগীকে অর্পণ করিয়া আইসা চিকিৎসকের পক্ষে অন্যায় কার্য্য। ঔষধ কখন্ কখন্ সেবন করিতে হইবে, তাহা চিকিৎসক স্থির করিবেন। রোগী নহে। মধ্যে মধ্যে ঔষধ পরিবর্ত্তন করা আবশ্যক। রোগীর অবস্থানুসারে যখন যে ঔষধ আবশ্যক তাহাই ব্যবস্থা করিতে হইবে। পুরাতন কোষ্ঠবদ্ধতায় আমরা যেমন সময়ে সময়ে ঔষধ পরিবর্ত্তন করিয়া থাকি, এ ক্ষেত্রেও তাহাই কর্ত্তব্য। নিদ্রাকারক ঔষধ প্রয়োগ সময়ে স্রাব—মল নিঃসারক যন্ত্র সমূহের কার্য্য যাহাতে ভালরূপে হইতে থাকে তাহা কর্ত্তব্য, অন্ত্র এবং মূত্র যন্ত্রের কার্য্যের প্রতি বিশেষ দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। যাহার বৃক্কের কার্য্য ভাল রূপে হয় না, তাহার পক্ষে নিদ্রাকারক ঔষধ বিপদজনক। কারণ ঐরূপ অবস্থায় নিদ্রাকারক ঔষধ শরীর হইতে অতি অল্প অল্প পরিমাণে বহির্গত হয়। এই যন্ত্র ভাল থাকিলে বিপদের আশঙ্কা থাকে না।

নিদ্রাকারক ঔষধ অসংখ্য। তাহার প্রত্যেকটীর কার্য্যের নিজ নিজ বিশেষত্ব আছে। সেই বিশেষত্ব অনুসারে প্রয়োগের স্থলেরও বিশেষত্ব আছে। কাহারো নিদ্রাকারক ক্রিয়া অল্প, কাহারো অধিক। ডাক্তার হচিনসন মহাশয় ঔষধের নিদ্রাকারক ক্রিয়ার ক্রম বৃদ্ধি অনুসারে পর পর সমস্ত ঔষধের বর্ণনা করিয়াছেন। আমরা তন্মধ্য হইতে কয়েকটীর সংক্ষিপ্ত বর্ণনা এস্থলে বিবৃত করিলাম।

'এলকোহল নিদ্রাকারক। অল্প ক্রিয়া হইতে ক্রমে ক্রমে প্রবল ক্রিয়ার ঔষধের নাম উল্লেখ করিতে হইলে প্রথমেই এলকোহলের নাম উল্লেখ করিতে হয়। সকলেই উত্তেজক বলিয়া এলকোহল প্রয়োগ করেন, কিন্তু এলকোহল অবসাদক ক্রিয়া প্রকাশ করে। লোকে উত্তেজনার জন্য এলকোহল চায় না। চায় কেবলমাত্র সংজ্ঞাহরণ জন্য। এলকোহল সেই কাজ করে। সেইজন্যই লোকে সুরা বা অমৃত পান জন্য আকাঙ্খিত। অনিদ্রাগ্রস্ত অনেক রোগীতে সুরা অবসাদক ক্রিয়া উত্তমরূপে প্রকাশ করে। যে সমস্ত বৃদ্ধ লোক দুঃখিত, অবসাদগ্রস্ত এবং ক্লান্ত, তাহাদের শরীরে এই ক্রিয়া বিশেষরূপে প্রকাশিত হয়। এইরূপ স্থলে শয়নের পূর্ব্বে এক গ্লাস হুইস্কী গরম জলসহ মিশ্রিত করিয়া পান করাইলে বিশেষ সুফল পাওয়া যায়। কেবল যে স্নায়ুকোষের উপর অবসাদক ক্রিয়া প্রকাশ করে, তাহা নহে। পরন্তু বায়ু—উদবাধ্মান নষ্ট করে। এই

উপসর্গ নষ্ট হওয়ায় রোগী বিশেষ উপকার বোধ করে। এই প্রণালী কেবল বৃদ্ধ দুর্ব্বল ব্যক্তিদিগের পক্ষেই উপকারী। অন্যের পক্ষে নহে। কারণ সকল বয়সে, সকল ধাতুতে স্নায়ুকোষের অবস্থা সমান থাকে না। রক্ত প্রধান ধাতুর লোকের পক্ষে নিদ্রার জন্য এলকোহল প্রয়োগ করিয়া সুফল পাওয়া যাইতে পারে না।

যাহাদের আত্মসংযম শক্তি নাই কিম্বা মদ্যপানের ধাতু প্রকৃতি, তাহাদের পক্ষে নিদ্রার জন্য এলকোহল অব্যবস্থেয়। তবে সুখের বিষয় এই যে, এইরূপ লোকের সংখ্যা অত্যল্প। ঐরূপ আশঙ্কা না থাকিলে নিদ্রার জন্য রজনীতে সুরা ব্যবস্থা করা যাইতে পারে। এইরূপ অনিষ্টের আশঙ্কা করিয়া ঔষধ প্রয়োগে বিরত হইলে কার্য্যক্ষেত্রে কখন সফলতা লাভ করা যাইতে পারে না। তজ্জন্য সৎসাহসে আবশ্যকীয় স্থলে সুরা ব্যবস্থা করিতে ইতস্ততঃ করিতে নাই।

ব্রোমাইড—এলকোহলের পরেই ক্রিয়াধিক্যে ব্রোমাইডের নাম উল্লেখযোগ্য। সামান্য অনিদ্রার জন্য নিম্নলিখিত ব্যবস্থা দেওয়া যাইতে পারে।

Re

এমোনিয়া ব্রোমাইড	৩০ গ্রেণ
স্পিরিট এমোনিয়ম এরোমি	১৫ মিনিম
একোয়া মিন্থপিপ	১ আউন্স

মিশ্রিত করিয়া একমাত্রা।

ব্রোমাইড নিরাপদ ঔষধ। সকল অবস্থাতেই প্রয়োগ করা যাইতে পারে। ব্রোমাইড মস্তিষ্ক স্নিগ্ধ করিয়া নিদ্রা আনয়ন করে। স্বাভাবিক নিদ্রার ন্যায় নিদ্রা হয়। সামান্য অনিদ্রার পক্ষে ইহা উপকারী।

ব্রোমারল—ব্রোমাইডের অপেক্ষা ইহার ক্রিয়া কিছু প্রবল। ইহা একটী নূতন ঔষধ। ইউরিয়া মিশ্রিত ব্রোমাইড। ইহাতে শতকরা ৩৫ ভাগ ব্রোমাইড থাকে। এই ঔষধ সেবনে কোন বিপদ উপস্থিত হয় না। ডাক্তার হচিনশনের মতে কোন ব্যক্তিই চেষ্টা করিয়া ইহা দ্বারা প্রাণনাশ করিতে পারে না। জীবনী শক্তির কেন্দ্রস্থল এতদ্দ্বারা পক্ষাঘাতগ্রস্ত হয় না। ব্রোমাইডের ন্যায় স্বাভাবিক নিদ্রার ন্যায় নিদ্রা উপস্থিত করে। ৫ গ্রেণ, ১০ গ্রেণ বা তদপেক্ষা অধিক মাত্রায় সেবন করাইলে প্রায় অর্দ্ধঘণ্টার মধ্যেই সুনিদ্রা উপস্থিত হয়। এবং সাভাবিক নিদ্রার ন্যায় কয়েক ঘণ্টা স্থায়ী হয়। এই ঔষধ বর্ত্তমান সময় পর্য্যন্ত সর্ব্বত্র পরিচিত হয় নাই।

ট্রাইওনাল—ব্রোমারলের পরেই ট্রাইওনাল। ইহার ব্যবহার অধিক হওয়ায় সালফোনালের ব্যবহার হ্রাস হইয়া আসিয়াছে। ইহার মাত্রা ১০—২০ গ্রেণ। ক্রিয়া শীঘ্র প্রকাশিত হয় এবং অধিকক্ষণ স্থায়ী হয়। অল্প সময় মধ্যে নিদ্রা আইসা আবশ্যক হইলে এই ঔষধ ব্যবস্থা করা কর্ত্তব্য।

প্যারালডিহাইড—ইহাও উৎকৃষ্ট নিদ্রাকারক ঔষধ। তবে ইহার গন্ধ এবং আস্বাদ ভাল নয় জন্য অনেক রোগী ইহা খাইতে সম্মত হয় না। এক দিবস এই ঔষধ সেবন করিলে দুইদিবস পর্য্যন্ত ইহার দুর্গন্ধ প্রশ্বাস বায়ুর-সহিত বহির্গত হয়। এই গন্ধ কতকটা রসুনের গন্ধের ন্যায়। ইহার মধ্যে প্রধান সুবিধা এই যে, শীঘ্র ক্রিয়া প্রকাশ করে। বহু প্রকার

নিদ্রা কারক ঔষধ আছে, তৎ সমস্তের মধ্যে ইহার ক্রিয়া অল্প সময় মধ্যে উপস্থিত হয়। পরন্তু কোনরূপ অবসন্নতা উপস্থিত করে না। অধিক মাত্রায় প্রয়োগ করিলেও হৃদ পিণ্ড অবসাদগ্রস্ত হয় না। তজ্জন্য যে স্থানে হৃদপিণ্ড অবসাদগ্রস্ত হওযার আশঙ্কা থাকে, হৃদপিণ্ডের পীড়া থাকে, সেইস্থলে ইহা নিরাপদে প্রয়োগ করা যাইতে পারে। সেবন সময়ে দুর্গন্ধ নষ্ট করার জন্য সিরপ অরেঞ্জ মিশ্রিত করিয়া সেবন করান যাইতে পারে। কিন্তু পরে প্রশ্বাস বায়ুতে তাহার দুর্গন্ধ বাহির হওয়া কিছুতেই বন্ধ করা যায় না। ফুসফুস পথে প্রশ্বাস বায়ুর সহিত ঔষধ বাহির হইয়া যায় জন্য, প্রশ্বাসে দুর্গন্ধ হয়। এই অসুবিধা না থাকিলে প্যারালডিহাইডের ব্যবহার আরো বিস্তৃত হইত।

ভেরোনাল—ইহাও নূতন ঔষধ। তবে অল্পসময় মধ্যেই ইহা যথেষ্ট প্রতিপত্তি লাভে সক্ষম হইয়াছে। ভেরোনালের ক্রিয়া নিশ্চিত। অল্প মাত্রায় প্রয়োগ করিলেও কিছু না কিছু ক্রিয়া প্রকাশিত হয়। ৫ গ্রেণ মাত্রায় প্রয়োগ করিলেই নিদ্রা হয়। ১৫ গ্রেণের অধিক প্রয়োগ করার আবশ্যকতা উপস্থিত হয় না। অল্প সময় মধ্যে প্রায় স্বাভাবিক নিদ্রার ন্যায় নিদ্রা উপস্থিত হইয়া তাহা কয়েকঘণ্টা স্থায়ী হয়। নিদ্রাভঙ্গের পর কোনরূপ দুর্ব্বলতা বোধ হয় না। বৃক্ক পথে সহজে বহির্গত হইয়া যায়। ভেরোনালের যে সমস্ত দোষ আছে তৎসমস্তের মধ্যে সর্ব্বপ্রধান দোষ ইহার ক্রিয়া অত্যন্ত প্রবল। এমন কি মাত্রা অধিক হইলে রোগীর মৃত্যু হইতে পারে। ভিরোনাল দ্বারা বিষাক্ত হওয়ার বিবরণ প্রায়ই প্রকাশিত হয়। এবং হত্যা করার জন্যও ইহা ব্যবহৃত হয়। তবে সাবধানে প্রয়োগ করিলে বিপদাশঙ্কা নাই।

সোডিয়মভেরোনাল বা মেডিনেল—ইহাও ভেরোনাল মিশ্রিত ঔষধ। সহজেই দ্রব হয়। তজ্জন্য অল্পসময় মধ্যে ঔষধের ক্রিয়া উপস্থিত হয়। যেস্থলে রোগী গলাধঃকরণে অক্ষম, সেই স্থলে মলদ্বার পথে প্রয়োগ জন্য মেডিনেল ব্যবহৃত হয়। ইহার ব্যবহার অতি বিরল।

অহিফেন ও তৎসংশ্লিষ্ট ঔষধ ক্রম বর্দ্ধিত ক্রিয়ার ঔষধ শ্রেণীর মধ্যে পরিগণিত হইতে পারে না। যেস্থলে অনিদ্রার কারণ বেদনা, সেইস্থলে এইরূপ ঔষধ প্রয়োজিত হওয়াই সাধারণ নিয়ম। তবে সকল শ্রেণীর অনিদ্রার রোগীতেই অহিফেন প্রয়োজিত হইয়া থাকে। কিন্তু বর্ত্তমান সময়ে অবস্থা বিশেষে বিভিন্ন প্রকার ঔষধ প্রয়োগের সুবিধা হইয়াছে। এবং তদুদ্দেশ্যে নানাপ্রকার ঔষধ আবিষ্কৃত হইয়াছে। সুতরাং বিশেষ বিবেচনা না করিয়া যথাতথা অহিফেন প্রয়োগের দিন অতীত হইয়াছে।

ক্লোরাল একটী পুরাতন ঔষধ। নিদ্রা কারক ঔষধের মধ্যে ইহার ব্যবহার সর্ব্বাপেক্ষা অধিক। ২০ গ্রেণ মাত্রায় সিরপ সহ ব্যবহার করা হয়। কখন কখন দুই ড্রাম মাত্রাতেও প্রয়োগ করা হইয়া থাকে। কিন্তু তদ্রূপ প্রয়োগ বিরল। অধিক জলসহ মিশ্রিত করিয়া শয়নের পূর্ব্বে সেবন করাইলে শীঘ্রই ক্রিয়া প্রকাশিত হয়। সুনিদ্রা উপস্থিত করে বলিয়া ক্লোরালের বিলক্ষণ প্রতিপত্তি আছে। তবে ইহার প্রধান দোষ এই যে, ইহা হৃদপিণ্ডের উপর দুর্ব্বলতা উপস্থিত করে। তজ্জন্য হৃদপিণ্ডের পীড়া থাকিলে প্রয়োগ নিষেধ।

ক্লোরাল সহ মিশ্রিত করিয়া নানাপ্রকার নূতন ঔষধ প্রস্তুত হইয়াছে। তন্মধ্যে ক্লোরাল ও ফরমামইড্‌ মিশ্রিত করিয়া ক্লোরালমাইড নামক ঔষধ ক্লোরাল অপেক্ষা নিরাপদ। তবে ইহার প্রধান দোষ এই যে, ইহার ক্রিয়া উপস্থিত হইতে কিছু বিলম্ব হয়। এই ঔষধ দুর্ব্বলতা উপস্থিত করে না। মাত্রা ৩০-৫০ গ্রেণ। উষ্ণ এলকোহল সহ মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করা হইয়া থাকে। কারণ জলে ভালরূপে দ্রব হয় না। সিরপ ক্লোরালামাইড প্রয়োগ করাই সুবিধাজনক। এই ঔষধে বেশ নিদ্রা হয়। জ্বরের রোগীর অনিদ্রা নিবারণ জন্য ইহা প্রয়োজিত হইয়া থাকে।

ডাক্তার হচিনশন মহাশয় এইরূপে বিস্তর ঔষধের বর্ণনা করিয়াছেন। বাহুল্য বোধে আমরা তাহার উল্লেখ করিলাম না। প্রবন্ধ শেষে তিনি বলিয়াছেন।—

নিদ্রাকারক একটী মাত্র ঔষধের উপর নির্ভর না করিয়া কয়েকটী ঔষধ একত্রে প্রয়োগ করিলে অধিক সুফল পাওয়া যায়। মনে করুন—আপনার কোন রোগীর শীঘ্র নিদ্রা হয় না। তাহার পক্ষে শীঘ্র নিদ্রা উপস্থিত করে এমন কোন একটী ঔষধের সহিত অপর একটী ঔষধ যাহার ক্রিয়া অল্পে অল্পে উপস্থিত হয় তাহা মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করিলে অধিকতর সুফল হয়। শীঘ্রই নিদ্রা উপস্থিত হয় অথচ সেই নিদ্রা অপেক্ষাকৃত দীর্ঘকাল স্থায়ী হয়। একটী ঔষধ প্রয়োগ করিয়া উভয় ফল পাওয়ার আশা করা যাইতে পারে না। নিম্নলিখিত ব্যবস্থাপত্র মতে ঔষধ প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

℞

প্যারালডিহাইড	৩০ গ্রেণ
ট্রাইওনাল	১০ গ্রেণ
মিক্স এমগডিলা	১ আউন্স

মিশ্রিত করিয়া একমাত্রা।

এইরূপে উদ্দেশ্য অনুযায়ী যে কোন দুই তিনটী ঔষধ একত্রে প্রয়োগ করা যাইতে পারে। ব্রোমাইড বা ব্রোমারাল সহ ক্লোরাল বা ট্রাইওনাল দেওয়া যাইতে পারে। যে স্থলে শীঘ্রই স্বাভাবিক নিদ্রা উপস্থিত হইয়া সেই নিদ্রা অল্প সময় মধ্যেই ভাঙ্গিয়া যায়, তাহার পর আর সহজে নিদ্রা আইসে না। সে স্থলে শয়নের সময়ে এমন ঔষধ সেবন করাইতে হয় যে, তাহার ক্রিয়া অল্পে অল্পে ধীরভাবে আরম্ভ হয় অর্থাৎ সাধারণতঃ যে সময়ে পূর্ব্বে নিদ্রা ভঙ্গ হইত, সেই সময়ে যেন ঔষধের ক্রিয়া ফলে নিদ্রা আইসে। ক্লোরালামিড প্রয়োগ করিলে এইরূপ উদ্দেশ্য সিদ্ধ হয়।

মনে করুন, একজনের ঔষধ না খাইলে নিদ্রা হইত না। তজ্জন্য ঔষধ সেবন করিয়া নিদ্রা যাইত। এক্ষণে এমন অবস্থা হইয়াছে যে, ঔষধ না খাইলেও স্বাভাবিক অবস্থায় নিদ্রা হইতে পারে। কিন্তু তাহার বিশ্বাস এই যে, ঔষধ না খাইলে নিদ্রা হইবে না এবং এই বিশ্বাসের জন্য সে অনিদ্রা ভোগ করে। আপনার উদ্দেশ্য তাহার ঔষধ খাওন বন্ধ করিবেন। এক্ষেত্রে কর্ত্তব্য কি? এক্ষেত্রে উপযুক্ত ঔষধ ভেরোনাল সোডিয়ম। এই ঔষধের ক্রিয়া ফলে অল্প সময় মধ্যে নিদ্রা আইসে এবং এই নিদ্রা দীর্ঘকাল স্থায়ী হয়। রোগী রাত্রি ১১ টার সময় শয়ন করিল। যদি দেখি-

লেন ১২টা বাজিয়া গিয়াছে তবুও সে অনিদ্রায় শয্যায় অস্থিরতা প্রকাশ করিতেছে, তাহা হইলে তাহাকে সেই সময়ে পাঁচ গ্রেণ সোডিয়ম ভেরোনাল সেবন করাইলে অর্দ্ধ ঘণ্টা মধ্যে নিদ্রিত হইয়া প্রাতঃকালে জাগরিত হইবে। শেষে ঔষধের পরিবর্ত্তে তাহাকে অন্য কিছু দিয়া ঔষধ দেওয়া হইয়াছে এই জ্ঞান জন্মাইলেই তাহার নিদ্রা হইবে। বিনা ঔষধেই নিদ্রা হইবে।

অনিদ্রার কোন্ অবস্থায় কি ঔষধ প্রয়োগ করা কর্ত্তব্য, তদ্বিবরণ বিবৃত করিতে হইলে প্রবন্ধ দীর্ঘ হওয়ায় পাঠক মহাশয়ের ধৈর্য্যচ্যুতির আশঙ্কায় বিরত হইলাম।

টন্‌সিলের পীড়া—গিলন কষ্ট।

(Hald).

টন্‌সিলের ক্ষতাদির জন্য অনেক সময়ে রোগী কোন বস্তু গলাধঃকরণে অত্যন্ত বেদনা বোধ করে। তজ্জন্য উপযুক্ত পথ্য গ্রহণ করিতে পারে না। ইহার প্রতিবিধান কল্পে যদি বাহ্য কর্ণের পার্শ্বে অঙ্গুলি দ্বারা দৃঢ় সঞ্চাপ প্রদান করা যায় তাহা হইলে গলাধঃকরণের সময়ে বেদনার লাঘব হয়। রোগীকে পথ্য প্রদান করার সময়ে এই উপায় অবলম্বন করা যাইতে পারে। ডাক্তার হাল্ড মহাশয় ৩২ জন রোগীকে এই প্রণালী অবলম্বন করিয়া সুফল লাভ করিয়াছেন। তন্মধ্যে কেহ পথ্য গলাধঃকরণ সময়ে একবারেই বেদনা বোধ করে নাই, কেহ বা সামান্য বেদনা বোধ করিয়াছে। কিন্তু অঙ্গুলি দ্বারা অধিকক্ষণ সঞ্চাপিত করা অত্যন্ত কষ্টকর। তজ্জন্য ঐরূপ সঞ্চাপ প্রদান জন্য যন্ত্র প্রস্তুত হইয়াছে। পথ্য দেওয়ার সময়ে ঐ যন্ত্র ব্যবহার করা যাইতে পারে। বাহ্য কর্ণের দুই স্থানে সঞ্চাপ প্রদান করিলে বেদনার উপশম হয়। এক বাহ্য কর্ণরন্ধ্রের পশ্চাৎ পার্শ্বদেশ। দ্বিতীয় ম্যাষ্টইড প্রদেশের উর্দ্ধাংশ, এই দুই স্থানের কোন স্থানে সঞ্চাপ দিলেই বেদনা হ্রাস হয়। অপর কোন স্থানে সঞ্চাপ পড়িলে কাজ হয় না। আবার কোন কোন রোগীর একস্থানে সঞ্চাপে বেদনা হ্রাস হয়। অপর স্থানে পড়িলে হয় না। বাহ্য কর্ণরন্ধ্রের সম্মুখ উপাস্থিখণ্ড কর্ণরন্ধ্রের মুখে দৃঢ় সঞ্চাপ দিয়া চাপিয়া রাখিলে অভ্যন্তরে সঞ্চাপ পতিত হয়। তাহাতে উপকার হয়। কিন্তু কেবল মাত্র ঐ বাহ্যিক সঞ্চাপ দিলে কোন সুফল পাওয়া যায় না। উল্লিখিত স্থানের সহিত টন্‌সিলের স্নায়বীয় সম্বন্ধ থাকার জন্যই এই ফল হয়।

পিটিউট্রিণ—প্রসব।

(Alfred Studeny).

পিটিউটারী বডী হইতে প্রস্তুত পিটিউট্রিনের বিস্তৃত বিবরণ ইতিপূর্ব্বে ভিষক্‌দর্পণে প্রকাশিত হইয়াছে। তৎপর হইতে এই ঔষধের ব্যবহার-ক্রমে বিস্তৃত হইয়া পড়িতেছে। ভ্রাণ স্তুতিকা হস্পিটালের ডাক্তার শ্রীযুক্ত আলফ্রেড ষ্টুডেনী মহাশয় বহু সংখ্যক স্থলে প্রয়োগ করিয়া যে অভিজ্ঞতা লাভ করিয়াছেন তদ্বিবরণ প্রকাশিত হইয়াছে। আমরা তাহার স্থূল মর্ম্ম এস্থলে সঙ্কলিত করিলাম।

পিটিউট্রিণ—পিটিউটারী বডীর হাইপোফাইসিসের জলীয় সার। সুপ্রারিণাল গ্রন্থি হইতে প্রস্তুত এড্রেণালিনের ন্যায় ইহারও

ক্রিয়া। জীবদেহের উপর ও পীড়িত বিধানের উপর উভয় ঔষধই একইরূপ ক্রিয়া প্রকাশ করে। তবে এই ঔষধ জরায়ুর উপর বিশেষ ক্রিয়া প্রকাশ করে। ফ্রাঙ্ক হচওয়ার্ট প্রভৃতি পরীক্ষা করিয়া দেখিয়াছেন যে, সগর্ভা এবং সন্তানের স্তন্যদানের অবস্থায় যদি পিটিউট্রিন অধস্ত্বাবিক রূপে প্রয়োগ করা যায় তাহা হইলে হাইপোগ্যাষ্ট্রিক স্নায়ু এবং মূত্রাশয়ের পেশীতে উত্তেজনা উপস্থিত হয় এবং জরায়ুর প্রবল ও স্থায়ী সঙ্কোচ উপস্থিত হয়। এই ক্রিয়ার জন্যই জননেন্দ্রিয়ের এবং মূত্রাশয়ের পীড়ায় পিটিউট্রিন প্রয়োজিত হইতেছে এবং অনেকে প্রয়োগ করিয়া সুফল পাইতেছেন। প্রথমে ০·৬ C. C. M. মাত্রায় প্রয়োগ করা হইত। কিন্তু তাহাতে উপকার না হওয়ায় ক্রমে ক্রমে মাত্রা বৃদ্ধি করিয়া এক্ষণে ১ C. C. M. মাত্রায় প্রয়োজিত হইতেছে। প্রসবের তৃতীয় অবস্থায় এই মাত্রায় প্রয়োগ করিয়া তাহাতে কোন মন্দ ফল উপস্থিত হইতে, দেখা যায় নাই। পরন্তু অধিকমাত্রায় প্রয়োগ করা হইল বলিয়া যে বিশেষ ক্রিয়া পাওয়া গিয়াছে, তাহাও নহে।

প্রসববেদনা প্রবল হওয়ার জন্য প্রয়োগ করিলে সাধারণতঃ তিন হইতে পাঁচ মিনিটের মধ্যে ক্রিয়া উপস্থিত হইতে দেখিতে পাওয়া যায়। একস্থলে ঔষধ প্রয়োগ করার পর আঠার মিনিট অতীত হইলে তৎপর ক্রিয়া উপস্থিত হইতে দেখা গিয়াছে। প্রথমে সামান্য ভাবে বেদনা আরম্ভ হইয়া ক্রমে ক্রমে বৃদ্ধি হইতে থাকে। এবং এক ঘণ্টা পরে ক্রমে ক্রমে হ্রাস হইয়া যায়। অত্যল্প সংখ্যক স্থলে প্রথমেই প্রবল আকুঞ্চন আরম্ভ হইয়াছে। একটী স্থলে এইরূপ বেদনা পাঁচ মিনিট কাল স্থায়ী হইয়াছিল। কিন্তু প্রসবের প্রথম অবস্থায় কোন স্থলেই এইরূপ প্রবল বেদনা আরম্ভ হয় নাই। প্রসবের জন্য ৮৯ স্থলে ইহা প্রয়োগ করা হইয়াছে। প্রসবের প্রথম অবস্থায়-ক্রিয়া বেশ সুস্পষ্ট প্রকাশিত হয়। ৩৭ বৎসর বয়স্কা একজন স্ত্রীলোক, প্রথম হইতে এই ক্রিয়া বিশেষ রূপে প্রকাশিত হইয়াছিল। পাঁচজনের ক্রিয়া ভালরূপে উপস্থিত হইলেও অত্যল্প সময়ের মধ্যে তাহা শেষ হইয়া গিয়াছিল, তৎপর আবার ঔষধ প্রয়োগ করাতেও আর বেদনা উপস্থিত হয় নাই। এবং অপেক্ষা কৃত অল্প সময়ে প্রসব হয় নাই। ৩৪ জনের প্রসব হইতে বিলম্ব হওয়ায় পিটিউট্রিন প্রয়োগ করার ফলে উৎকৃষ্ট ফল পাওয়া গিয়াছে। ১৫ জনের ঔষধ প্রয়োগ করার পর ১৫ মিনিটের মধ্যে, ১৩ জনের এক ঘণ্টার পর এবং ৬ জনের দ্বিতীয় ঘণ্টার মধ্যে প্রসব হইয়াছে। অপর পক্ষে কোমল বিধানের বা অস্থির অস্বাভাবিক বাধা পাওয়ায় কয়েকটী স্থলে ঔষধ প্রয়োগ করিয়া কোনই ফল পাওয়া যায় নাই। ৮জনের জরায়ুর বেদনা বন্ধ হইয়া যাওয়ায় পুনর্ব্বার বেদনা উপস্থিত হওয়ার জন্য পিটিউট্রিন প্রয়োগ করিয়া কোন ফল পাওয়া যায় নাই। ৫ জনের কোমল গঠনের কাঠিন্য জন্য, ৬ জনের ভ্রূণের মস্তক ও বস্তিগহ্বরের মাপের অনুপাতের অসামঞ্জস্য জন্য, ৩ জনের সংকীর্ণ বস্তিগহ্বর থাকায় ভ্রূণ মস্তক ভগ্ন করার জন্য, ৯ জনের ফুলের সম্মুখাবস্থান জন্য এবং ৬ জনের প্রসব উপস্থিত করার জন্য পিটিউট্রিন প্রয়োগ করা হয়।

তন্মধ্যে ৫ জনের কোমল গঠনের কাঠিন্য স্থলে দুই জনের অতি সামান্য ক্রিয়াই উপস্থিত হইয়াছিল, ৯ জনের ফুলের সম্মুখাবস্থান স্থলে প্রয়োগ করায় ৬ জনের বিশেষ সুফল হইয়াছিল। দুই জনের ঔষধ প্রয়োগ করার অল্প পরেই বেদনা বন্ধ হইয়াছিল। অপর জনের কোন ক্রিয়াই উপস্থিত হয় নাই। যাহাদের প্রসব উপস্থিত করার জন্য প্রয়োগ করা হইল তাহাদের অস্ত্রেরও সাহায্য লওয়া হইয়াছিল। এই জন্য তৎস্থলে পিটিউট্রিন কিরূপ কার্য্য করিয়াছিল, তাহা নিশ্চিত করিয়া বলা যাইতে পারে না। এতন্মধ্যে একজনের বয়স ৩৮ বৎসর, চতুর্থ প্রসব, পূর্ব্বের দুই বারে প্রসব বেদনা ভালরূপে উপস্থিত হয় নাই, তজ্জন্য ফরসেপস দ্বারা প্রসব করাইতে হইয়াছে। দুইবার প্রসবের পর জরায়ুর অত্যধিক অবসাদ উপস্থিত হইয়াছিল। ইহাকে ৪৮ ঘণ্টার মধ্যে ৩·৬ c, c, m পিটিউট্রিন প্রয়োগ করার পরেই প্রবল বেদনা উপস্থিত হয়। পরে ফরসেপস দ্বারা অতি সহজে প্রসব করান হয়। বল প্রয়োগ করার আবশ্যকতা উপস্থিত হয় নাই। তৎপর সূতিকা বস্থা স্বাভাবিক রূপেই শেষ হইয়াছিল। যে সকল স্থলে আপনা হইতে সন্তান বহির্গত হইয়াছিল তৎসমস্তের মধ্যে কেবল মাত্র দুই জনের প্রসবের পরে শোণিত স্রাব হইয়াছিল কিন্তু কাহারও জরায়ুর দুর্ব্বলতা উপস্থিত হয় নাই কিন্তু যে কয়েক স্থলে অস্ত্রের সাহায্য লইয়া প্রসব করাইতে হইয়াছিল, তাহার প্রত্যেকটীতেই অত্যন্ত শোণিত স্রাব হইয়াছিল। পিটিউট্রিনের কোন সুফল হয় নাই। ইহা হইতে এই অনুমান সিদ্ধান্ত করা যাইতে পারে যে, প্রসব হওয়ার পরও পিটিউট্রিনের ক্রিয়ায় জরায়ুর পেশীর সবল আকুঞ্চন হইতে থাকে। প্রসব কার্য্য শেষ হওয়ার পরে এবং গর্ভ স্রাব আরম্ভ হওয়ার সময়ে ইহা প্রয়োগ করিয়া বিশেষ কোন সুফল পাওয়া যায় নাই।

এই সমস্ত স্থলেই পিটিউট্রিন শিশুর পক্ষে কোন মন্দ ফল প্রদান করে নাই।

ডাক্তার ষ্টুডেনী মহাশয় এই মন্তব্য প্রকাশ করিয়াছেন যে, প্রসব ক্ষেত্রে পিটিউট্রিন একটী বিশ্বাস্য ঔষধ—ইহার ক্রিয়ায় প্রসব বেদনা প্রবল হয়, প্রসব সময়ে প্রয়োগ করিলে প্রসবান্তে জরায়ুর দুর্ব্বলতা উপস্থিত হওয়া হ্রাস হয়, কিন্তু জরায়ুর দুর্ব্বলতা উপস্থিত হওয়ার পর প্রয়োগ করিলে ইহার কার্য্যে বিশ্বাস স্থাপন করা যাইতে পারে না। ইহার কোন বিষ ক্রিয়া নাই। গর্ভের প্রথম সময়ে প্রয়োগ করিলে জরায়ুর সঙ্কোচন উপস্থিত করে না।

ক্যাম্বেল হস্পিটালের ব্যবস্থাপত্র।

(পূর্ব্ব প্রকাশিতের পর)

মিশ্চুরা পটাশি এসিটাস কোং

(অপর নাম...ডাইউরেটিক্ মিক্সচার)

R

পটাশ এসিটাশ	১০ গ্রেণ
পটাশ নাইট্রাশ	৫ গ্রেণ
স্পিরিট ইথার নাইট্রোসাই	১৫ মিনিম
ইনফিউসন বকু	একত্রে ১ আউন্স

মিশ্চুরা পটাশি আইওডাই

R

পটাশ আইওডাই	৮০ গ্রেণ
ডিককসন হেমিড্রিসমিস	১ আউন্স

মিশ্চুরা পটাশ আইওডাইড্ এট লবিলিয়া

R

পটাশ আইওডাইড্	১০ গ্রেণ
পটাশ ব্রমাইড্	১০ গ্রেণ
টিংচার লবিলিয়া ইথার	১৫ মিনিম
ক্লোরোফর্ম্ম ওয়াটার	একত্রে ১ আউন্স

মিশ্চুরা কুইনিশি সালফেটিশ্

R

কুইনিশি সালফ্	১০ গ্রেণ
এসিড্ সালফ্ ডিল	১৫ মিনিম
ওয়াটার	একত্রে ১ আউন্স

মিশ্চুরা রিয়াই কোং

R

রুবার্ব্ব (চূর্ণ)	৮ গ্রেণ
মেল কার্ব্ব	৮ গ্রেণ
স্পিরিট এমো এমোনেটা	১৫ মিনিম
টিংচার কার্ডেমম্ কোং	১৫ মিনিম
ডিল ওয়াটার	একত্রে ১ আউন্স

মাত্রা—৫ বৎসর বয়স্ক বালকের ২টিস্পুন

মিশ্চুরা সোডি এফারভেসেন্স

(১)

R

সোডি বাইকার্ব্ব	০২০ গ্রেণ
ওয়াটার	১ আউন্স

(২)

R

এসিড্ টারটারিক	১৫ গ্রেণ
ওয়াটার	১ আউন্স

মিশ্চুরা সোডি সেলিসিলাস

R

সোডি সেলিসিলাস	১৬ গ্রেণ
এমন কার্ব্ব	৩ গ্রেণ
পটাশ বাইকার্ব্ব	১০ গ্রেণ
ক্লোরোফর্ম্ম ওয়াটার	১ আউন্স

এক মাত্রা।

সংবাদ।

বঙ্গীয় সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রেণীর নিয়োগ, বদলী, এবং বিদায় আদি।

১৯১২—জানুয়ারী ও ফেব্রুয়ারী।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রাজকুমার লাল ম্যালেরিয়া ডিউটী হইতে আরা জেল হস্পিটালের কার্য্যে অস্থায়ীভাবে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সেখ আবুল হোসেন আরা জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে বাঁকীপুর হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত বৈষ্ণবচরণ সাহু পালামৌ জেলার গারুদ ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে ডাল্‌টনগঞ্জে সুঃ ডিঃ করার আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত যোগেন্দ্রনাথ মুখুটী ম্যালেরিয়া ডিউটী হইতে পালামৌ জেলার অন্তর্গত গারুদ ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সেখ ওয়াহেদ আলী ম্যালেরিয়া ডিউটী হইতে মুঙ্গের জেল হস্পিটালের কার্য্যে অস্থায়ীভাবে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত গৌরাঙ্গসুন্দর গোস্বামী মুঙ্গের জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে বাঁকীপুর জেনেরাল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মাখনলাল মণ্ডল ম্যালেরিয়া ডিউটী হইতে যশোহর ডিস্‌পেন্সারীর কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত বীরেন্দ্র দে ম্যালেরিয়া ডিউটী হইতে ভাগলপুর সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালের দ্বিতীয় সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্যে অস্থায়ীভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত আব্বাস আলী মণ্ডল ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে ২৪ পরগণা জেলায় কলেরা ডিউটী করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত যোগেন্দ্রনাথ মজুমদার ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে ২৪ পরগণা জেলায় কলেরা ডিউটী করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত হেমচন্দ্র বন্দ্যোপাধ্যায় ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে দেওঘরের শ্রীপঞ্চমী ও শিবরাত্রীর মেলায় ডিউটী করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত হেমনাথ রায় ২৪ পরগণা জেলার অন্তর্গত হরিনাভী ডিস্‌পেন্সারীর কার্য্য হইতে পালামৌ জেলার অন্তর্গত লতিহার ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত শশীভূষণ গঙ্গোপাধ্যায় পালামৌ জেলার অন্তর্গত লতিহার ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে মানভূম জেলার বড় বাজার ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত লক্ষ্মীনারায়ণ দাস মানভূম জেলার বড় বাজার ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে বর্দ্ধমান জেলার অন্তর্গত কালনা মহকুমার কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

সিনিয়র দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সাহানা গোলাম রব্বানী বর্দ্ধমান জেলার অন্তর্গত কালনা মহকুমার কার্য্য হইতে সাহাবাদ জেলার অন্তর্গত ডিহিরী ইরিগেশন হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত আমীর আলী ২৪ পরগণা জেলার অন্তর্গত আলীপুর পুলিশ হস্পিটালের কার্য্যে হইতে বিদায় আছেন। বিদায় অন্তে বাঁকীপুর জেনারেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নরেন্দ্রনাথ সেনগুপ্ত দারজিলিং জেলার টেরাইয়ের সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের অস্থায়ী কার্য্য হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

নিম্নলিখিত চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনগণ ম্যালেরিয়া ডিউটী হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

শ্রীযুক্ত ব্রজেন্দ্রচন্দ্র দাস গুপ্ত।
" কালীপ্রসন্ন সেন।
শ্রীযুক্ত সুরেশচন্দ্র দাস গুপ্ত।
" সুধাংশু ভূষণ ঘোষ।
" মধুসূদন ঘোষাল।
" গৌরীমোহন ঘোষ।

নিম্নলিখিত চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনগণ ম্যালেরিয়া ডিউটী হইতে কটক জেনারেল হস্পিটালে সুঃডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন

শ্রীযুক্ত হরমোহন লাল।
" যশোদানন্দ পরিদা।
" কৃষ্ণচন্দ্র সাথিয়া।
" নারায়ণ প্রসাদ দাস।
" শ্যামসুন্দর মহান্তী।
" পূর্ণচন্দ্র ঘোষ।
" রজনীকান্ত ঘোষ।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মহম্মদ নুর উলহক বাঁকীপুর পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে বাঁকীপুর হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত শ্যামমোহন লাল ম্যালেরিয়া ডিউটী হইতে বাঁকীপুর হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

শ্রীযুক্ত মুন্সী আব্বাস্ আলী চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন নিযুক্ত হইয়া ক্যাম্বেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

শ্রীযুক্ত যোগেন্দ্রনাথ মজুমদার চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন নিযুক্ত হইয়া ক্যাম্বেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত কুলমণি পাণ্ডা ম্যালেরিয়া ডিউটী হইতে

বিদায়ে আছেন। বিদায়ে অন্তে আঙ্গুল জেলার টিকার সব ইনস্পেক্টারের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত ক্ষিতীশচন্দ্র মজুমদার ম্যালেরিয়া ডিউটী হইতে দারজিলিং জেলার তেরাইয়ের ট্রাবলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সৈয়দ আবুল হোসেন ম্যালেরিয়া ডিউটী হইতে বাঁকীপুর পুলিশ হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রাধাপ্রসন্ন চক্রবর্ত্তী ম্যালেরিয়া ডিউটী হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালের এসিষ্টাণ্ট এপোথিকারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নরেন্দ্রনাথ সেনগুপ্ত ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে বর্দ্ধমান জেল হস্পিটালের কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত ক্ষীরোদচন্দ্র মিত্র বর্দ্ধমান জেল হস্পিটার্য্য হইতে কটক জেনেরাল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত শ্যামমোহন লাল বাঁকিপুর হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে গয়া জেলার অন্তর্গত রাফীগঞ্জ ডিস্পেন্সারীর কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সুধাংশুভূষণ ঘোষ ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে শ্রীরামপুর ডিস্পেনসারীর কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত বিমলাচরণ ঘোষ শ্রীরামপুর ডিস্পেনসারীর কার্য্য হইতে হুগলী মিলিটারী পুলিশ হস্পিটালের কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত আমীর আলি বাঁকিপুর হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে গয়া জেলার অন্তর্গত সেরঘাটী ডিস্পেনসারীর কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মহম্মদ হক বাঁকিপুর হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করার আদেশ পাওয়ার পর কাতিহার ডিস্পেনসারীর কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রাজেশ্বর সেন বাঁকিপুর হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে আলিপুর পুলিশ হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নবেন্দ্রকুমার মতিলাল আলিপুর পুলিশ হস্পিটালের অস্থায়ী কার্য্য হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

সিনিয়র দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সাহানা গোলাম রব্বানী সাহাবাদ জেলার অন্তর্গত ডিহিরি ইরিগেসন হস্পিটালের কার্য্যে যাইতে আদেশ পাইয়াছিলেন। সেই আদেশ রহিত হইয়া বর্দ্ধমান জেলার অন্তর্গত কালনা মহকুমার কার্য্যে থাকিতে আদেশ পাইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত লক্ষ্মীনারায়ণ দাস বর্দ্ধমান জেলার অন্তর্গত কালনা মহকুমার কার্য্যে যাইতে

আদেশ পাইয়াছিলেন। সেই আদেশ রহিত হইল। সাহাবাদ জেলার অন্তর্গত ডিহিরী ইরিগেসন হস্পিটালে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

সিনিয়র দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত এলাহি বক্স সাহাবাদ জেলার অন্তর্গত ডিহিরি ইরিগেসন হস্পিটালের কার্য্য হইতে বাঁকিপুর হস্পিটালে স্বঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত হরমোহন লাল কটক হস্পিটালের স্বঃ ডিঃ হইতে ভাগলপুর জেলার অন্তর্গত বাঁকা মহকুমার কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত দেবেন্দ্রনাথ দে দারজিলিং জেলার অন্তর্গত ফাঁসীদেওয়া ডিস্পেনসারীর কার্য্য হইতে সাহাবাদ জেলার অন্তর্গত শিকরোল ইরিগেসন হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

২০। শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সাহাদুল হক সাহাবাদ জেলার অন্তর্গত শিকরোল ইরিগেসন হস্পিটালের কার্য্য হইতে বাঁকিপুর হস্পিটালে স্বঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত বেণীমাধব দে ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্বঃ ডিঃ হইতে দারজিলিং জেলার অন্তর্গত ফাঁসীদেওয়া ডিস্পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিটাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মহমদ হাসনদ তহদিদ দুই মাসের বিদায়ে আছেন। বিদায় অন্তে বাঁকিপুর হস্পিটালে স্বঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন। ইনি আরা ডিস্পেনসারীতে বিগত ২রা ডিসেম্বর তারিখে, স্বঃ ডিঃ করিয়াছিলেন বলিয়া গণ্য করা হইল।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত ক্ষীরোদচন্দ্র দে আংগুল পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে কটক জেনেরাল হস্পিটালে স্বঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত ব্রজেন্দ্রচন্দ্র দাসগুপ্ত ক্যাম্বেল হস্পিটলের স্বঃ ডিঃ হইতে মুঙ্গের সেণ্ট্রাল জেল ওয়ার্কের কর্ম্মচারীর অধীনে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন হরমোহন লাল কটক জেনেরাল হস্পিটালের স্বঃ ডিঃ হইতে ভাগলপুর জেলার অন্তর্গত বাঁকা মহকুমার কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রজনীকান্ত ঘোষ কটকের স্বঃ ডিঃ হইতে সিংহভূম জেলার অন্তর্গত মনোহরপুর ডিস্পেনসারীর কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নিবারণচন্দ্র দে গয়া জেলার টিকারী-রাজ ডিস্পেনসারীর কার্য্য হইতে গয়া পিলগ্রিম হস্পিটালে স্বঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত উমেশচন্দ্র মজুমদার সাঁওতাল পরগণার অন্তর্গত গোড্ডা মহকুমার কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

সিনিয়র। দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মহাবীর প্রসাদ সাঁওতাল পরগণার অন্তর্গত গোড্ডা মহকুমার কার্য্য হইতে

টিকারীরাজ ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত কৃষ্ণচন্দ্র সাথিয়া কটকের সুঃ ডিঃ হইতে বীরহাট ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মহমদ ওয়াহেদ বাঁকিপুর জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে হাজারীবাগ সেণ্ট্রাল হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সেখ মহমদ আবদুল হাকিম হাজারিবাগ সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে বাঁকিপুর জেল হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সেখ, মহমদ জহরউদ্দীন হাইদার সাহাবাদ জেলার অন্তর্গত বক্সার সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে সারণ জেলার অন্তর্গত গোপালগঞ্জ ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত কালীপ্রসন্ন সেন (২) ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে ২৪ পরগণায় কলেরা ডিউটী করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নিবারণচন্দ্র দে গয়া পিলগ্রিম হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করার আদেশ পাওয়ার পর রাঁচী জেলার অন্তর্গত খুন্তী মহকুমার কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সৈয়দ মইনউদ্দীন আহমদ বিদায় পাইয়াছিলেন। এক্ষণে তাঁহার পূর্ব্ব—কার্য্য রাঁচী পুলিশ হস্পিটালে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সবএসিষ্টেণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রবীন্দ্রনাথ মিত্র ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে দারজিলিং জেলার অন্তর্গত নক্সালবাড়ী ডিস্‌পেনসরির কার্য্যে অস্থায়ীভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সবএসিষ্টেণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মহমদ হাসনদ তহদিদ বাঁকীপুর হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে মজাফরপুর জেল হস্পিটালের কার্য্যে অস্থায়ীভাবে নিযুক্ত হইবেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সবএসিষ্টেণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মহমদ বদরুল হক মজাফরপুর জেল হস্পিটালের অস্থায়ী কার্য্য হইতে পালামৌ জেলার অন্তর্গত লতিহার ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত হেমনাথ রায় পালামৌ জেলার লতিহার ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত শ্যামসুন্দর মহান্তী কটকের সুঃ ডিঃ হইতে সাহাবাদ জেলার অন্তর্গত বক্সার সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মহমদ নুরউল হক পালামৌ জেলার অন্তর্গত কাতিহার ডিস্‌পেনসারীতে অস্থায়ীভাবে কার্য্য করিতে আদেশ পাওয়ার পর কয়েক দিনের জন্য কারাগোলা মেলায় কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন

শ্রীযুক্ত বৈষ্ণবচরণ সাহু তিন মাস বিদায় অন্তে কটক্ হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করার আদেশ পাইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সেখ আলাদাদ মেদিনীপুর পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে সাহাবাদ জেলার অন্তর্গত শিকবোল ইরিগেশন হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সাহাদুল হক সাহাবাদ জেলার অন্তর্গত শিকবোল ইরিগেশন হস্পিটালের কার্য্য হইতে বাঁকীপুর হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত দেবেন্দ্রনাথ দে শিকরোল ইরিগেশন হস্পিটালে নিযুক্ত হওয়ার আদেশ পাওয়ার পর মেদিনীপুর পুলিশ হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত পূর্ণচন্দ্র ঘোষ কটকের স্থঃ ডিঃ হইতে বালেশ্বর জেলার অন্তর্গত ওয়ারা ইটিনিরেণ্ট ডিস্পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত ভূপেন্দ্রমোহন চৌধুরী বালেশ্বর জেলার অন্তর্গত ওকবা ইটিনিয়েণ্ট ডিসপেনসারীর কার্য্য হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সুরেশচন্দ্র দাসগুপ্ত ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে খুলনা জেল ও পুলিশ হস্পিটালের কার্য্যে অস্থায়ীভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টেণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত কালীপ্রসন্ন চক্রবর্ত্তী ক্যাম্বেল হস্পিটালের দ্বিতীয় মেডিকেল ওয়ার্ডের রেসিডেণ্ট মেডিকেল অফিসারের কার্য্য হইতে তথায় স্থঃ ডিঃ করার আদেশ পাইলেন।

নিম্ন লিখিত চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনগণ নামের নিম্নে লিখিত সময়ে কৃষ্ণনগর হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিয়াছেন।

শ্রীযুক্ত রাজকুমার লাল।
১৬ ১-১২ হইতে ২৫-১-১২

শ্রীযুক্ত মধুসূদন ঘোষাল
১৬ ১-১২ হইতে ২৩ ১-১২

শ্রীযুক্ত শ্যামসুন্দর মাহান্তী
১৬-১-১২ হইতে ২৭-১ ১২

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত হরমোহন লাল কৃষ্ণনগর ডিস্পেনসারীতে বিগত জানুয়ারী মাসের ১১ই হইতে ২৩ শে পর্য্যন্ত স্থঃ ডিঃ করিয়াছেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সুধাংশভূষণ ঘোষাল শ্রীরামপুর ডিস্পেনসারীর অস্থায়ী কার্য্য হইতে তথায় স্থঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত হেমচন্দ্র বন্দোপাধ্যায় দেওঘরের মেলার কার্য্য হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মনোরঞ্জন গঙ্গোপাধ্যায় সাঁওতাল পরগণার অন্তর্গত দুমকা জেল হস্পিটালের নিজ কার্য্য সহ তথাকার ডিস্পেনসরীর কার্য্য ১৬-১-১২ হইতে ২-২-৯২ পর্য্যন্ত এবং পুলিশ হস্পিটালের ডাক্তার শ্রীযুক্ত মহাদেব রথের

অনুপস্থিত কালের জন্য করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সেখ আবদুল হোসেন বাঁকীপুর হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে গয়া জেলার অন্তর্গত জাহানাবাদ মহকুমায় প্লেগ ডিউটী করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত যমুনাপ্রসাদ সুকুল ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে গয়া জেলার সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সুরেন্দ্রনাথ মুখোপাধ্যায় আংগুল জেলার টিকার সব ইনস্পেক্টারের অস্থায়ী কার্য্য হইতে কটকে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

শ্রীযুক্ত জগদীশ পট্টনায়ক চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট, সার্জ্জন নিযুক্ত হইয়া কটক জেনেরল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করার আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত শিবপ্রসাদ কমিলা সম্বলপুর জেলার P. W. D. বিভাগের কার্য্য হইতে কটক জেনেরাল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

বিদায়।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত অঘোরনাথ দাস যশোহর ডিস্পেনসারীর কার্য্য হইতে তিন মাস প্রাপ্যবিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সুরেন্দ্রনাথ ধর ভাগলপুর সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালের দ্বিতীয় সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে দুই মাস সাতাইশ দিবস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মহমদ হাসনদ তৌহিদ বক্সার মহকুমার কলেরা ডিউটী হইতে বিনা বেতনে দুই মাস বিদায় পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নবীনচন্দ্র দাস ডইসলশন P. W. D. বিভাগের কার্য্য হইতে দুই মাস ২১ দিবস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত কুলমনী পাণ্ডা ম্যালেরিয়া ডিউটী হইতে একমাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মহেন্দ্রপ্রসাদ দাস গয়া জেলার অন্তর্গত রফীগঞ্জ ডিস্পেনসারীর কার্য্য হইতে তিন মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত অমৃতলাল মণ্ডল শ্রীরামপুর ডিস্পেনসারীর কার্য্য হইতে আরো একমাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত ভগবৎপ্রসাদ সিংহ গয়া সেরঘাটী ডিস্পেনসারীর কার্য্য হইতে তিন মাস প্রাপ্য বিদায় ও ছয় মাস ফারলো বিদায় পাইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত খামেদ আলী কাতিহার ডিস্পেনসারীর কার্য্য হইতে দুই মাস সাতাইশ দিবস প্রাপ্য বিদায় ও অবশিষ্ট ফারলো বিদায় দিয়া মোট ছয় মাস বিদায় পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত যতীন্দ্রনাথ ঘোষাল বিদায়ে আছেন। আরো দুইমাস ফারলো বিদায় পাইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত যোগেন্দ্রচন্দ্র মুখোপাধ্যায় ভাগলপুরের বাঁকা মহকুমার কার্য্য হইতে একমাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত লম্বোদর মিশ্র পূর্ব্ববঙ্গ রেলওয়ের বরসাই ষ্টেশনের টাবলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে বিগত ২৩ শে ডিসেম্বর হইতে ১৪ই জানুয়ারী পর্য্যন্ত প্রাপ্য বিদায় পাইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত দিবাকর চক্রবর্ত্তী সিংহভূম জেলার মনোহরপুর ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে দুই মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত বৈষ্ণবচরণ সাহু টালটনগঞ্জ ডিস্‌পেনসারীর স্বঃ ডিঃ হইতে তিন মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত ব্রজমোহন সাতপতী বরহাট ডিস্‌পেনসরীর কার্য্য হইতে দুই মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সৈয়দ জৈনউদ্দীন আহামদ রাচী জেলার অন্তর্গত খুণ্ডী মহকুমার কার্য্য হইতে তিন মাস প্রাপ্য বিদায় পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সৈয়দ ওয়াজী অহমদ দারজিলিং জেলার নক্সালবাড়ী ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে দুই মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রামপদ মল্লিক পূর্ব্ববঙ্গ রেলওয়ের নৈহাটীর টাবলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে পীড়ার জন্য বিগত অক্টোবর মাসের ১০ই হইতে পাঁচ মাসের বিদায় পাইয়াছেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রাইমোহন রায় খুলনা জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে তিন মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মহাদেব রথ সাওতাল পরগণার অন্তর্গত দুমকা পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে তিন মাস প্রাপ্য বিদায় পাইলেন।

ভিষক্-দর্পণ।

চিকিৎসা-তত্ত্ব-বিষয়ক মাসিকপত্র।

যুক্তিযুক্তমুপাদেয়ং বচনং বালকাদপি।
অন্যৎ তু তৃণবৎ ত্যাজ্যং যদি ব্রহ্মা স্বয়ং বদেৎ॥

২২শ খণ্ড। | মার্চ্চ, ১৯১২। | ৩য় সংখ্যা।

সংক্রামক শোথ।

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার মথুরানাথ ভট্টাচার্য্য, এল, এম, এস।

(পূর্ব্ব প্রকাশিতের পর)

১৯০০ শতাব্দীর প্রথম ভাগে, ইউরোপ এবং আমেরিকার জেলে, এপিডেমিক ডপসির ন্যায় এক প্রকার রোগ দেখা গিয়াছিল। টাইফয়েড জ্বর এবং ক্ষয় কাস ছাড়া, ঐ "প্রিজন ড্রপসি" বা জেল্ ড্রপসি, ইংলণ্ড, ফ্রান্স এবং উত্তর আমেরিকার ৪১টী জেলে অনেক মৃত্যু ঘটাইয়াছিল। শ্বমোন সাহেব বলেন যে, জাহাজের বেরি বেরি, খাদ্যে নিউক্লিও ফসফরিক এসিডের অভাবে, হইয়া থাকে; খাদ্য ষ্টেরালাইজ করিবার সময় ঐ ফসফরিক এসিড নষ্ট হইয়া যায়। তিনি আরও বলেন যে সাদা চালে, অর্গেনিক ফসফরসের অভাব জন্য, অর্থাৎ নিউক্লিও প্রোটীড্স্ এর অভাবে, ট্রপিকেল বেরি বেরি হইয়া থাকে। ভারতবর্ষের এপিডেমিক্ ড্রপসি রোগীর রক্ত পরীক্ষা করিয়া ভিন্ন ভিন্ন পরিদর্শকেরা দেখিয়াছেন যে, রক্তের লাল কণিকার এবং বর্ণক পদার্থের অংশ কম হইয়া যায়; আবার যখন ঐ রোগী আরোগ্য লাভ করিতে আরম্ভ করে, তখন উহাদের অংশ ক্রমশঃ স্বাভাবিক হইয়া থাকে। এইরূপে রক্তের অংশ কমিয়া যাওয়াতে বুঝা যায় যে, এ রোগের খাদ্যের এবং শরীর পরিপোষণের সহিত বিশেষ সম্বন্ধ আছে।

নিল্ কেম্বেল সাহেব, এপিডেমিক্ ড্রপসি রোগীর, প্রারম্ভে, রোগাবস্থায় এবং সারিয়া উঠিবার সময়, রক্ত পরীক্ষা করিয়া, নিম্ন লিখিত অঙ্কে, রক্তের লাল ও সাদা কণিকার সংখ্যা দিয়াছেন।

প্রারম্ভ			ভোগ সময়			সারিয়া উঠিবার সময়		
লাল রক্ত কণিকা	সাদা রক্ত কণিকা	অনুপাত	লাল রক্ত কণিকা	সাদা রক্ত কণিকা	অনুপাত	লাল রক্ত কণিকা	সাদা রক্ত কণিকা	অনুপাত
৪,০৩০,০০০	৯৮০০	১—৪৮১	৩,৪৪২,২০০	১০,৫০০	১—৩২৮	৪,০৮৭,৫০০	৬৯২৫	১—৫৩০

রজার্স সাহেব ৮ জন এপিডেমিক ড্রপসি রোগীর রক্ত পরীক্ষা করিয়া নিম্ন লিখিত ফল পাইয়াছেন :—

হিমোগ্লোবিন	হিমোগ্লোবিন ভেলু	লাল রক্ত কণিকা	সাদা রক্ত কণিকা	অনুপাত	পলিমরফো	ছোট মনো	বড় মনো	ইওসিন
৩৭'৫	'৬৯	২,৬০৮, ০০০	৮৭১৯	১—৩২৫	৬০'৩	২৫'২	৮'৬	৫'৯

ডাক্তার ম্যেগো সাহেব, কলিকাতার ইউরোপিয়ান জেনারেল হাঁসপাতালে ৬টী এপিডেমিক ড্রপসি রোগীর রক্ত পরীক্ষা করিয়া বলিয়াছেন যে, ঐ রোগীদের লাল রক্তের কণিকা আড়াই মিলিয়ন হইতে পাঁচ মিলিয়ন, হিমোগ্লোবিন শত করা ৪৫ হইতে ৮০; এই সব ক্ষেত্রে লাল রক্ত কণিকার সংখ্যা এবং হিমোগ্লোবিনের অংশ, কম হইয়াছিল। সাদা রক্ত কণিকা পরীক্ষা করিয়া দেখিয়াছিলেন যে, উহাতে লিঙ্ফোসাইটের সংখ্যা বেশী হইয়াছিল এবং অধিকাংশ ক্ষেত্রে ইওসিনোফাইল এর সংখ্যা বেশী হইয়াছিল। ডাক্তার গ্রেগ সাহেব কলিকাতার এপিডেমিক ড্রপসি রোগীর রক্ত পরীক্ষা করিয়া যে ফল প্রাপ্ত হইয়াছিলেন, উপরোক্ত দর্শকদের রক্ত পরীক্ষার ফলের সহিত, তাহার মিল ছিল।

নিম্নে রক্ত পরীক্ষার ফল দেওয়া গেল :—

সংখ্যা	বয়স	পুরুষ কি স্ত্রী	জাতি	রোগের অবস্থা	পরীক্ষার তারিখ	লাল রক্ত কনিকা	হিমোগ্লোবিন %	সাদা রক্ত কনিকা	শ্বেতকণা সংখ্যা			
									পলি মরফো	ছোট মনো	বড় মনো	ইও
১	১৫	স্ত্রী	ইন্ডিয়া ক্রিষ্টান	পুরাতন	১ ফেব্, ১৯১০	৩,৫৪০,০০০	৪৮	৪,৫০০	৫৬	৩১	১২	১
২	১৪	স্ত্রী	”	”	১ ”	৩,৫৮০,০০০	৪৮	৪,০০০	৪১	৫০	৮	১
৩	১৪	স্ত্রী	”	”	২ ”	৪,৫৯০,০০০	৫৩	৫,০০০	৪০	৫২	১৮	০
৪	১৫	স্ত্রী	”	”	৩ ”	৪,০২০,০০০	৫৭	৫,০০০	৫০	৪৪	৫	০
৫	১৪	স্ত্রী	”	”	২ ”	৪,৬৭০,০০০	৬০	৫,০০০	৬৩	২৯	৮	০
৬	১৫	স্ত্রী	”	”	২ ”	৪৭৮০,০০০	৬৫	৯,১০০	৭১	২১	৯	০
৭	২৪	স্ত্রী	”	”	৩ ”	৪,৯৯০,৫০০	৬২	৮,০০০	৫২	৩৯	৭	০
৮	১৫	স্ত্রী	”	”	২ ”	৪,৫৯০,০০০	৫৬	৫,০০০	৫০	৩২	১২	০
৯	৩১	পুরুষ	”	”	১৭ জানু, ১৯১০	৩,২০০,০০০	৫৫	৮,০০০	৬৫	২১	১৪	০
১০	৩৫	পুরুষ	ব্রাহ্মণ	”	২০ ”	৩,৭৪০,০০০	৪০	৫,০০০	৫৮	৩৪	১৭	১
১১	২৮	পুরুষ	”	”	২৫ ”	৩,৫৫০,০০০	৫৫	৯,০০০	৫২	৩৬	১২	০
১২	২৪	স্ত্রী	ইণ্ডিয়ান ক্রিষ্টান	তরুণ	১৮ ডিসে, ১৯০৯	২,২০০,০০০	৩২	৭,৮১২	৭২	১৩	১৫	০
১৩	২৫	স্ত্রী	”	”	৪ জানু, ১৯১০	৩,৯১০,০০০	৬০	৯,০০০	৫৮	৩০	১২	১
১৪	১৯	স্ত্রী		পুরাতন	১০ ফেব্, ১৯১০	৬,৩৫০,০০০	৫০	১২,০০০	৭৮	৮	১৪	০

সংখ্যা	বয়স	পুরুষ কি স্ত্রী	জাতি	রোগের অবস্থা	পরীক্ষার তারিখ	লাল রক্ত কনিকা	হিমোগ্লোবিন %	সাদা রক্ত কনিকা	শতকরা সংখ্যা			
									পলি মরফো	ছোট মনো	বড় মনো	ইওসিন
১৫	১৫	পুরুষ	বাঙ্গালি হিন্দু	পুরাতন	১৬ ফেব, ১৯১০	৪,০১০,০০০	৪২	৫০০০	৬৬	২৬	৮	১
১৬	৪৫	,,	,,	,,	,, ,,	৩,৯৪০,০০০	৩৫	১২০০০	৬২	২৫	১২	১
১৭	২৯	,,	,,	তরুণ	২০ সেপ্টে, ১৯০৯	২,১০০,০০০	১৪	৬৭০০	...	...	...	...
১৮	২২	,,	মুসলমান	পুরাতন	২৩ এপ, ১৯১০	৩,৮০০,০০০	৬০	৫,৬০০	৬০	৩১	৯	০
১৯	৪৫	স্ত্রী	ইণ্ডিয়ান ক্রিষ্টান	আরামাবস্থা	৫ ফেব, ১৯১০	৫,০২০,০০০	৮০	৭,০০০	৬৫	২৭	৮	০
২০	১৬	,,	,,	,,	,, ,,	৪,৮৫০,০০০	৭০	৬,০০০	৪৩	৪৮	৫	২
২১	২৬	,,	ব্রাহ্ম	,,	৮ ,,	৫,১১০,০০০	৭৮	৭,০০০	৫৭	৩৮	৫	০
২২	২২	,,	,,	,,	,, ,,	৪,৪২০,০০০	৭৫	৫,০০০	৩৭	৪৮	১৩	২

কতকগুলি রোগীর রক্তের জমাট বাঁধিবার সময় নির্ণয় করা হইয়াছিল ; নিম্নে তাহার একটী তালিকা দেওয়া গেল :—

সংখ্যা	বয়স	পুরুষ কি স্ত্রী	জাতি	রোগের অবস্থা	পরীক্ষার তারিখ	জমাট বাঁধার সময়
১	১৫	স্ত্রী	ইণ্ডিয়ান ক্রিষ্টান বাঙ্গালী	পুরাতন	১ ফেব্র ১৯১০	৪'—৫০"
২	১৪	,,	,,	,,	,, ,,	৩'—৪৫"
৩	১৫	,,	,,	,,	২ ,,	২'—২৫"
৪	১৫	,,	,,	,,	৩ ,,	৩'—৪০"
৫	১৪	,,	,,	,,	২ ,,	৪'—২০"
৬	১৫	,,	,,	,,	২ ,,	৩'—০"
৭	২৪	,,	,,	,,	৩ ,,	৪'—৩০"
৮	১৫	,,	,,	,,	২ ,,	৪'—৪৭"
৯	১৯	,,	,,	,,	১০ ,,	৩'—৩০"
১০	১৫	পুরুষ	হিন্দু	,,	১৬ ,,	৩'—৩০"
১১	৫৫	পুরুষ	হিন্দু	,,	১৬ ,,	২ —৫০"
১২	২২	পুরুষ	মুসলমান	,,	২৩ এপ্রিল ১৯১০	২'—৪৫"

এপিডেমিক ড্যাংগি সংক্রামক কিনা? এপিডেমিক ড্যাংগি আক্রান্ত রোগীর শরীরে কোন রূপ জীবাণু আছে কি না—ইহা নির্ণয় করা হইয়াছিল, এ রোগীদের রক্ত অণুবীক্ষণ যন্ত্রের দ্বারায় এবং নানা রকম "কালচারে" রাখিয়া অতি সাবধানের সহিত পরীক্ষা করা হইয়াছিল। রক্ত পরীক্ষা করিয়া যে ফল পাওয়া গিয়াছিল নিম্নে তাহার তালিকা দেওয়া গেল :—

রোগীর সংখ্যা	পরীক্ষার তারিখ	বয়স	পুরুষ কি স্ত্রী	জাতি	রোগের অবস্থা	রক্তের পরিমাণ	নিউট্রোজ ব্রথ	নিউট্রোজএগার	সিরাম
৩৯	১৮ ডিসে, ১৯০৯	২৪	স্ত্রী	ইণ্ডিয়ান ক্রিষ্টান	প্রথম	৫ সি, সি	কোন জীবাণু পাওয়া যায় নাই	কোন জীবাণু পাওয়া যায় নাই	কোন জীবাণু পাওয়া যায় নাই
৪০	১৪ জানু, ১৯১০	২৫	,,	,,		,	,,	,,	,,
৪১	১০ ,,	৩৫	পুরুষ	পাওট্রী	পুরাতন	,,	,,	,,	,,
৪২	৮ ,,	৩০	,,	ইণ্ডিয়ান ক্রিষ্টান	,,	,,	,,	,,	,,
৪৪	১৬ ফেব, ১৯১০	১৫	,,	হিন্দু	,,	,,	,,	,,	,,
৪৫	,, ,,	৫৫	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,
৫৩	২২ ,,	১৮	,,	,,	,	,,	,,	,,	,,
৫৪	১৯ মার্চ্চ ১৯১০	২২	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,
৬২	২৩ এপরিল ১৯১০	,,	,,	মুসলমান	,,	,,	,,	,,	,,
৬৩	৪ মে ১৯১০	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,
৬৮	১০ জুন ১৯১০	১৫	,,	ইউরেসিয়ান	,,	,,	,,	,,	,,

ফুস্‌ফুসীয় টিউবারকুলোসিস্‌
প্রারম্ভাবস্থায় নির্ণয়।

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার মথুরানাথ ভট্টাচার্য্য এল্‌, এম্‌, এস্‌।

ফুস্‌ফুসীয় টিউবারকুলোসিস প্রথমাবস্থায় নির্ণয় করা চিকিৎসা শাস্ত্রের একটী অত্যন্ত অবশ্যজ্ঞাতব্য বিষয়। ইহার তিনটী কারণ বলা বলা যাইতে পারে।

১। এদেশে ঐ রোগ অত্যন্ত বেশী।

২। যে কোনরূপ চিকিৎসা অবলম্বন করা যাক না কেন, ইহা সকলকেই স্বীকার করিতে হইবে যে, চিকিৎসার দ্বারা কোন উপকার পাইতে হইলে, প্রারম্ভাবস্থাতেই চিকিৎসা আরম্ভ করা বিশেষ প্রয়োজন।

৩। প্রারম্ভাবস্থায় এ রোগ নির্ণয় করা অত্যন্ত কঠিন।

মোটামুটি বলিতে গেলে, আমরা তিন প্রকার রোগী দেখিতে পাই।

১। কতকগুলি রোগীর ক্ষয়কাস হইয়াছে বলিয়া আমরা নিশ্চয় করিয়া নির্ণয় করিতে পারি।

২। কতকগুলি রোগীর ঐ রোগ হয় নাই বলিয়া বলা যাইতে পারে।

৩। আর কতকগুলি রোগীর ঐ রোগ হইয়াছে কিনা নির্ণয় করা অত্যন্ত কঠিন। তাহাদের সাধারণ এবং শারীরিক লক্ষণগুলি অত্যন্ত বিবেচনা এবং সাবধানতার সহিত পরীক্ষা করিয়া, আমাদিগকে ঐ রোগীদের হয় ১নং, না হয় ২নং বিভাগে, ফেলিতে হইবে। এই তৃতীয় বিভাগের রোগীদের বর্ণনা করা যাইবে; কারণ এই প্রকার সন্দেহজনক রোগীদের মধ্যেই ঐ রোগের প্রথমাবস্থা দেখিতে পাওয়া যায় এবং আমরা "ফাইব্রো-কেজিয়স" রকমের ঐ রোগ দেখিতে পাই বলিয়া ঐ প্রকার ক্ষয়কাসের বর্ণনা করিব।

কেহ কেহ বলিতে পারেন যে—স্পিউটাম পরীক্ষা করিলেই ঐ রোগ নির্ণয় করা যাইতে পারে। কিন্তু ইহা ঠিক কথা নহে। কারণ কোন কোন ক্ষেত্রে স্পিউটাম না থাকিতে পারে; বা যদি থাকে, তাহা হইলেও, প্রকৃত ফুস্‌ফুসীয় টিউবারকুলোসিস প্রযুক্ত রোগীর বহুবার "স্পিউটাম" পরীক্ষা করিয়াও, টিউ-বারকেল বেসিলাই না পাওয়া যাইতে পারে। অনেক চিকিৎসক স্পিউটাম পরীক্ষার ফলের উপর অত্যন্ত বিশ্বাস করিয়া থাকেন; সুতরাং রোগীর লক্ষণাবলীর উপর তাদৃশ মনোযোগ দেন না; এবং প্রথমাবস্থায় ঐ রোগীর কি কি শারীরিক লক্ষণ পাওয়া যাইতে পারে— এ বিষয়ে পরীক্ষা করিয়া দেখিতে যত্নবান হন না। ইহা ছাড়া পল্লীগ্রামে ক'জন চিকিৎসক মাইক্রসকোপ রাখিয়া থাকেন? আমার বোধ হয় যে, মাইক্রসকোপ দ্বারা পরীক্ষা করার শিক্ষা, দীক্ষা এবং সুযোগ সকলেই পান নাই। সুতরাং স্পিউটাম পরীক্ষা করার উপর অত বিশ্বাস করিলে চলিবে না। এডিনবরার একজন খ্যাতনামা চিকিৎসক লিখিয়াছেন যে, তিনি একটী প্রকৃত ক্ষয়কাস যুক্ত রোগীর ছত্রিশ বার স্পিউটাম পরীক্ষা করিয়াও টিউবারকেল বেসিলাই পান নাই। সাঁইত্রিশ বার পরীক্ষা করিবার পর টিউবার-কেল বেসিলাই পাইতে সমর্থ হইয়াছেন; অথচ ঐ রোগীর ক্ষয়কাস হইয়াছিল বলিয়া

কোনরূপ সন্দেহ ছিল না, এবং ঐ রোগের সমস্ত লক্ষণই বর্ত্তমান ছিল। ইহার দ্বারা দেখা যাইতেছে যে, টিউবারকেল বেসিলাই না পাইলে ক্ষয়কাস হয় নাই এ কথা কেহ জোর করিয়া বলিতে পারেন না। ইহা ছাড়া রোগের প্রথমাবস্থায় টিউবারকেল বেসিলাই পাওয়া যায় না। ডাক্তার প্রাইস সাহেব ব্রমটন এবং ভিক্টোরিয়া পার্ক চেষ্ট হাঁসপাতালে সাড়ে তিন বৎসর ধরিয়া হাজার হাজার রোগীর স্পিউটাম পরীক্ষা করিয়া দেখিয়া ছিলেন; তিনি নিঃসন্দেহে প্রমাণ করিয়াছিলেন যে, শারীরিক লক্ষণাবলী ভালরূপ পরীক্ষা করিয়া দেখিলে, স্পিউটামে টিউবারকেল বেসিলাই পাইবার কয়েক সপ্তাহ এমন কি কয়েক মাস পূর্ব্বে, ক্ষয়কাস হইয়াছে বলিয়া নিশ্চয় করিয়া নির্ণয় করা যাইতে পারে। ইহা কিন্তু আশ্চর্য্যের বিষয় নহে। কারণ স্পিউটামে টিউবারকেল বেসিলাই পাইতে হইলে নিম্নলিখিত সুযোগগুলি বর্ত্তমান থাকা চাই। প্রথমতঃ একটী টিউবারকুলার ফোকাস ভাঙ্গিয়া যাওয়া চাই; তাহার পর একটী ব্রঙ্কাসের সহিত ঐ ফোকাসের যোগ থাকা চাই, যাহার দ্বারা ঐ বেসিলাই কফের সহিত নির্গত হইতে পারে। ইহা কেবল রোগের বিলম্বাবস্থায় বা শেষ অবস্থায় ঘটিয়া থাকে। যে সমস্ত রোগী ব্রঙ্কাইটীস এবং এম্ফিসিমা হইতে ভুগিতেছেন, তাহাদের স্পিউটাম পরীক্ষা করা বিশেষ দরকার। এই প্রকার রোগীদের টিউবারকুলার ফোকাস, ব্রঙ্কাইটিস এবং এম্ফিসিয়ার লক্ষণ দ্বারা আবৃত হইয়া প্রচ্ছন্ন ভাবে থাকে; সুতরাং উহা শেষ অবস্থায় ভিন্ন সহজেই ধরিতে পারা যায় না। অতএব ঐ দুই রোগযুক্ত রোগীদের মধ্যে মধ্যে নিয়মিত ভাবে স্পিউটাম পরীক্ষা করা উচিত। আমাদের মনে রাখিতে হইবে যে, বৃদ্ধ বয়সে আমরা ক্ষয়কাস সচরাচর দেখিতে পাই। যদি আমরা স্পিউটামে টিউবারকেল বেসিলাই দেখিতে পাই এবং মুখে ফেরিংসে এবং লেরিংসে টিউবারকুলোসিসের কোন লক্ষণ দেখিতে না পাই, তাহা হইলে, আমরা যদিও ফুস্ফুসে কোন লক্ষণাদি না পাই, ঐ রোগীকে ফুস্ফুসীয় টিউবারকুলোসিস বলিয়া নির্ণয় করিয়া লইব। আমাদের ঐ রোগীদের শারীরিক এবং কৌলিক ইতিবৃত্তের অনুসন্ধান করিতে হইবে; অতিরিক্ত পরিশ্রমে, মানসিক দুশ্চিন্তায়, অনিয়মিত সুরাপানে রোগীর সাধারণ স্বাস্থ্য খারাপ হইয়াছে কিনা —খোঁজ করিতে হইবে; তাহাদের পরিবারের মধ্যে কাহারও ঐ রোগ হইয়াছিল বা তাহারা যেখানে কাজকর্ম্ম করিত, তথায় কাহারও ক্ষয়কাস ছিল কিনা, ইহাও নির্ণয় করিতে হইবে।

আরম্ভ ও লক্ষণাবলী।—নানা রকমে ঐ রোগের সূত্রপাত হইতে পারে; লক্ষণ গুলি দেখিয়া, ফুসফুস ছাড়া অন্যান্য যন্ত্রের রোগ হইয়াছে বলিয়া বোধ হইতে পারে। এই জন্য অনেক সময়ে ফুসফুসীয় টিউবার কুলোসিস নির্ণয় করিতে ভুল হইয়া থাকে এবং ঐ লক্ষণাবলী সামান্য এবং ক্ষণিক কারণ জন্য হইয়াছে বলিয়া মনে করা যাইতে পারে।

সাধারণতঃ নিম্ন লিখিত রকমে ঐ রোগ আরম্ভ হইয়া থাকে।

১। ব্রঙ্কিয়েল কেটার—যাহাতে কাসি অনেক দিন ধরিয়া থাকে।

২। বার বার ব্রঙ্কিয়েল কেটার হইয়া পুরাতন ব্রঙ্কাইটিস এবং এম্ফিসিমাতে পরিণত হয়। (পূর্ব্বে বলা হইয়াছে যে, এই প্রকার রোগীর স্পিউটাম পরীক্ষা করা বিশেষ দরকার।)

৩। ইন্‌ফ্লুয়েঞ্জা।

৪। হিমপ্‌টিসিস্।

৫। অদৃশ ভাবে আরম্ভ—(শরীরের দুর্ব্বলতা এবং রক্তহীনতা।)

৬। প্লুরিসি।

ইনফ্লুয়েঞ্জা হইয়া যে পরে ক্ষয়কাস হইতে পারে—ইহা অনেকে স্থির করিয়াছেন। বুকানন সাহেব এই প্রকার ১২টী কেস লিপিবদ্ধ করিয়াছেন। কিন্তু এই ক্ষেত্রে আমাদের একটু সাবধান হওয়া উচিত। যখন কোন রোগী আসিয়া বলিবে যে, আমি ইনফ্লুয়েঞ্জা হইতে ভুগিতেছি, তখন সেই রোগীকে ভাল করিয়া পরীক্ষা করিয়া দেখিবে ঐ রোগের কোন কারণ বর্ত্তমান আছে কিনা। কারণ সাধারণ লোকে জ্বর হইলেই, উহা যে কোন কারণে হউক না কেন, তাহাকে ইনফ্লুয়েঞ্জা বলিয়া আখ্যাত করিয়া থাকে। সুতরাং অনেক ক্ষয় কাসের এই প্রকার প্রারম্ভ, ইনফ্লুয়েঞ্জা হইয়াছে বলিয়া নির্ণয় করা হয়। কিন্তু কোন কোন ক্ষেত্রে প্রকৃত ইনফ্লুয়েঞ্জা হইয়া রোগীর জীবনীশক্তি এতই হ্রাস হইয়া পড়ে, যে পরে সে টিউবারকুলোসিস দ্বারা সহজেই আক্রান্ত হইতে পারে। আবার কোন কোন ক্ষেত্রে রোগী প্রচ্ছন্ন ভাবে টিউবারকুলোসিস দ্বারা আক্রান্ত হইয়াছে এবং কোন সময়ে ইনফ্লুয়েঞ্জা হইয়া ঐ প্রচ্ছন্ন ক্ষয় কাসকে তরুণ অবস্থা প্রাপ্ত করাইয়া থাকে কিম্বা একটী সুপ্ত "ফোকাসকে" জাগ্রত করিয়া দিয়া থাকে। এখানে আর একটি কথা মনে রাখিতে হইবে। ইনফ্লুয়েঞ্জার নিউমোনীয়াতে কখন কখন মুখ দিয়া কফের সঙ্গে রক্ত উঠিতে পারে; এবং রিলেপ্‌সিংব্রঙ্কোনিউমোনিয়াতেও শরীরের মাংসপেসী সমূহ ক্ষয় হইয়া থাকে এবং সামান্য সামান্য রক্তও মুখ দিয়া উঠিতে পারে।

যখন প্রচ্ছন্ন ভাবে বা অদৃশ্য ভাবে টিউবারকুলোসিস আরম্ভ হয়, তখন নিম্ন লিখিত লক্ষন গুলি দেখিতে পাওয়া যায়।

সাধারণ স্বাস্থ্য খারাপ হইয়া যায়। শরীর দুর্ব্বল হইয়া পড়ে। কিছু ভাল লাগে না। শক্তি কমিয়া যায়। মেজাজ খিট খিটে স্বভাব যুক্ত হয়। সহজেই চটিয়া যায়। কখন কখন হতাশ হইয়া পড়ে। শ্বাস কষ্ট হয়, বুক ধড় ফড় করে, রাত্রিবেলায় ঘাম হয়, হজম শক্তি কম হইয়া পড়ে। নাড়ী বরাবর দ্রুত চলিতে থাকে; কখন কখন সামান্য উত্তেজনায় দ্রুত হইয়া পড়ে। যখন কোন রোগী উপরোক্ত লক্ষণ বলিবে—তখন তাহার নিকট হইতে আমাদের দুইটী বিষয় অনুসন্ধান করিতে হইবে।

১। তাহার ওজন ক্রমশঃ কম হইয়া আসিতেছে কিনা?

২। তাহার জ্বর হয় কিনা?

এই দুটীর একটীও বর্ত্তমান থাকিলে, যদিও আমরা প্রস্থির টিউবারকুলোসিস বা কোন সন্ধি স্থলের কোন প্রকাশ্য রোগ দেখিতে না পাই, তত্রাপি ঐ লক্ষণ দুটী বড় সন্দেহজনক বলিয়া বিবেচনা করিতে হইবে। অবশ্য অতিরিক্ত পরিশ্রম বা অত্যন্ত স্তন্যপান

করাইলে, শরীরের দুর্ব্বলতা বশতঃ, ওজন কম হইয়া যাইতে পারে, এমন কি রাত্রি-বেলাতে ঘাম হইতে পারে। পক্ষান্তরে, টিউবারকুলোসিসের প্রথমাবস্থায় সকল রোগীরই, বিশেষতঃ রক্তহীন বালিকাদের, ওজন কম হয় না। রোগীদের প্রত্যহ ৪ বার করিয়া অঙ্কুতাপ যন্ত্রের দ্বারা শরীরের উত্তাপ লইতে হইবে। সাধারণতঃ দেখিতে পাইবে যে, বৈকাল ৪টা হইতে রাত্রি ৮ পর্য্যন্ত সর্ব্বাপেক্ষা বেশী উত্তাপ হইবে; এবং রাত্রি ২টা হইতে সকাল বেলা ৮টা পর্য্যন্ত সর্ব্বাপেক্ষা কম উত্তাপ পাইবে। ফুসফুসীয় টিউবারকুলোসিসের জ্বরের বিশেষত্ব এই যে, উহা পরিবর্ত্তনশীল এবং অনিয়মিত ভাবে উঠিয়া থাকে। পরিশ্রম করার পর শরীরের উত্তাপ লইবে। পরিশ্রমের পর উত্তাপ বেশী হইলেই যে টিউবারকুলোসিস হইবে এমত নহে; কারণ সুস্থ শরীরেও পরিশ্রমের পর বেশী উত্তাপ পাইবে; তবে ইহাদেব মধ্যে প্রভেদ এই যে, সুস্থ শরীরে পরিশ্রমের ১ ঘণ্টার মধ্যে শারীরিক উত্তাপ নরমেল হইয়া থাকে; কিন্তু টিউবারকুলোসিস হইলে পরিশ্রমের ১ ঘণ্টার মধ্যে শারীরিক উত্তাপ কখনও নরমেল হয় না।

রক্তোৎকাস।—ফুসফুসীয় টিউবারকুলোসিসের অন্যান্য সমস্ত লক্ষণের চেয়ে, কফের সহিত রক্ত উঠা, রোগ নির্ণয় করিবার পক্ষে একটী বিশেষ দরকারি বিষয়। কাসির সহিত রক্ত উঠা একটী সাধারণ প্রারম্ভ লক্ষণ। কিন্তু ডাক্তার প্রাইস সাহের বলেন যে, লোকে রক্তোৎকাসকে যত সাধারণ লক্ষণ বলিয়া ধরেন—তিনি উহাকে তত সাধারণ লক্ষণ বলিয়া স্বীকার করেন না। বেশীরভাগ রোগীই রক্তোৎকাসকে প্রথম লক্ষণ বলিয়া বর্ণনা করিয়া থাকেন, ইহা সত্য। কিন্তু বিশেষ অনুসন্ধান করিয়া দেখিলে জানিতে পারা যায় যে, তাহাদেব মধ্যে বেশী রোগীই পূর্ব্বে কাসি বা অন্যান্য আনুসঙ্গিক রোগে হইতে ভুগিতেছিলেন। টিউবারকুলোসিস রোগ নির্ণয় করার পক্ষে, রক্তোৎকাসের কোন মূল্য আছে কিনা ঠিক করিতে হইলে, আমাদের দুটী বিষয় বিশেষ করিয়া অনুসন্ধান করিতে হইবে। ঐ রক্ত শ্বাস প্রশ্বাসকারী কোন যন্ত্র হইতে আসিতেছে কিনা? ২। যদি রক্ত প্রকৃত রক্তোৎকাসেরই রক্ত হয়, তবে ঐ রক্ত ফুসফুসীয় টিউবারকুলোসিস্ ছাড়া অন্য কোন স্থান হইতে আসিতে পারে কি না? ডাক্তার প্রাইস সাহেব নিম্নলিখিত নিয়ম অনুসারে চলিয়া থাকেন। যদি রক্ত প্রকৃত রক্তোৎকাসের রক্ত হয়, এবং ফুসফুসীয় টিউবারকুলোসিস ছাড়া অন্যান্য কারণ হইতে উদ্ভূত নহে—ইহা প্রমাণ করা যাইতে পারে, এবং যদি কতকগুলি সন্দেহজনক লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে—তাহা হইলে ক্ষয়কাস হইয়াছে বলিয়া নিশ্চয় করিয়া বলিতে পার। আর যদিও কোন সন্দেহজনক লক্ষণ বা প্রকৃত লক্ষণ না পাও, কারণ অনেক ক্ষেত্রে ফুসফুসের অভ্যন্তর গভীর স্থানে অবস্থিত একটী ছোট ক্ষত বিনা ঔষধেও আরাম হইয়া যাইতে পারে, তাহা হইলেও এই প্রকার ক্ষেত্রে অত্যন্ত বিপদের আশঙ্কা আছে; এই প্রকার রোগীকে উপযুক্ত চিকিৎসাধীনে রাখাই যুক্তি সঙ্গত এবং নিরাপদ। ইহা মনে

রাখিতে হইবে যে—"ইডিওপেথিক হিমপ-টিসিস্" বলিয়া কোন কথা নাই এবং "থাইসিস্ এব হিমপটোই"ও বর্ত্তমান নাই।

অনেক রক্তোৎকাসকে রক্তোৎবমন হইতে নির্ণয় করা সহজ নহে। রক্তোৎ-কাসির রক্ত নিম্নলিখিত গুণবিশিষ্ট হইবে।

১। উহা কাসির সহিত উঠিয়া থাকে, উজ্জল লালবর্ণ, ফেন মিশ্রিত, কফের সহিত মিশ্রিত, এলকেলাইন, এবং সাধারণতঃ জমাট বাঁধে না; ইহা ছাড়া ফুসফসীয় লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। কিন্তু যদি কোন রোগী বৌমি করিয়া রক্ত বাহির করে, এবং ঐ রক্ত খাদ্যের সহিত মিশ্রিত হয় বা এসিড হয়, তাহা হইলেই মনে করিও না এ রোগীর ফুসফুসীব টিউবাব-কুলোসিস হয় নাই, কারণ অনেক সময় রোগী রক্ত গিলিয়া, পরে বোমি করিতে পারে। রক্তোৎবমনের রক্ত নিম্নলিখিত গুণ বিশিষ্ট হইবে। ১। উহা কালচে লালবর্ণ, ফেনা শূন্য, সাধারণতঃ জমাট বাঁধিয়া থাকে; ইহা ছাড়া পাকস্থলীর কিম্বা উদরের লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে; যদি কাশির দ্বারা বা বোমির দ্বারা রক্ত নির্গত না হয়, তাহা হইলে সম্ভবমতঃ এ রক্ত রক্তোৎবমন হইতে উদ্ভূত নহে। প্রকৃত রক্তোৎকাশে, যদি কাশি বর্ত্তমান থাকে, তাহা হইলে কফের সহিত প্রায়ই পরিবর্ত্তিত রক্ত মিশ্রিত থাকে। কিম্বা কিছুদিন জমাট বাঁধা রক্তও মিশ্রিত থাকিতে পারে। ইহাই ফুসফুসীয় রক্তোৎকাশের বিশেষ লক্ষণ। যখন খুব বেশী মাত্রায় রক্ত নির্গত হইয়া থাকে, তখন পূর্ব্বের লিখিত নিয়ম অনুসারে চলিলে হইবে না। কারণ বেশী পরিমাণে রক্ত উঠিলে, যে স্থান হইতে রক্ত আসুক না কেন, এ রক্ত উজ্বল লালবর্ণ, এলকেলাইন, ফেনা শূন্য হইবে; এবং খাদ্য বা স্পিউটামের সহিত মিশ্রিত থাকিবে না। কিন্তু যদি ফুসফুসের ক্ষত হইতে এই পরিমাণ রক্ত আসে, তাহা হইলে ফুসফুসীয় লক্ষণগুলি এত উত্তমরূপে বর্ত্তমান থাকিবে যে, ঐ রক্ত ফুসফুস হইতে আসিয়াছে, ইহা নির্ণয় করা সহজেই যাইতে পারে।

তাহার পর, নাক, মুখ, ফ্যেরিংস, ট্রেকিয়া বড় ব্রঙ্কিয়েল টিউব হইতে ঐ রক্ত আসে নাই, ইহা ঠিক করিয়া নির্ণয় করিতে হইবে। যদি সমভাবে উজ্জল লালবর্ণ রক্ত জলের মতন পাতলা হইয়া নির্গত হয়, তবে বুঝিতে হইবে ঐ রক্ত মুখ হইতে আসিতেছে। দুই একটা ছিটা রক্ত স্পিউটামে অনেক কারণে থাকিতে পারে; সুতরাং উহার দ্বারা পালমোনারি টিউবারকুলোসিস হইয়াছে বলিয়া বিশ্বাস করা যাইতে পারে না। ব্রঙকাইটিস এবং এম্ফিসিমাতে, কাসিতে কাসিতে ছোট ছোট ক্যোপিলারি ছিঁড়িয়া যাইতে পারে। কতক গুলি ক্ষেত্রে দেখা গিয়াছে যে, থাইরোইডের মারাত্মক পীড়া হইয়া ট্রেকিয়ার উপর চাপ পড়াতে, স্থানীয় রক্তাধিক্য এবং শ্লেষ্মা জন্মাইয়াছে, তাহার পর কাসি হইয়া কফের সহিত সামান্য সামান্য রক্ত উঠিতেছে, যদি ঐ থাইরোইডের বৃদ্ধি কিছু দিন ধরিয়া থাকে, তাহালে ফুসফুসে এম্ফিসিমা হইয়া থাকে। বক্ষস্থিত এওর্টার এনিউরিজম হইলে, ট্রেকিয়ার উপর চাপ পড়িয়া কিম্বা উহাতে ছিদ্র হইয়া, কিম্বা ব্রঙকাস বা ফুসফুসের উপর চাপ পড়িয়া বা উহাদের মধ্যে ছিদ্র হইয়া হিমপ্টিসিস হইতে পারে।

আর একটী বিশেষ আবশ্যকীয় জিনিস বাদ দিতে হইবে—মাইট্রেল রোগ; উহা স্বতই উৎপন্ন হউক বা একটিক রোগ হইতে উদ্ভূত হউক, এবং মাইট্রেল ষ্টিনোসিস। মাইট্রেল ষ্টিনোসিসে, ফুসফুসীয় টিউবারকুলোসিসের পরই, হিমপটিসিস হইয়া থাকে; এই কারণে অনেক সময়ে ঐ মাইট্রেল ষ্টিনোসিসের হিমপটিসিসকে, ফুসফুসীয় হিমপটিসিস বলিয়া ভুল করা হয়। ইহার কারণ এই যে, হয়ত হৃৎপিণ্ড পরীক্ষা করা হয় নাই; বা যদি করা হইয়াছে, অনেক সময়ে উহার বিশেষ "ব্রুই" বর্ত্তমান না থাকিতে পারে। সুতরাং হৃৎপিণ্ড কয়েক বার ধরিয়া পরীক্ষা করিতে হইবে; দেখিতে হইবে যে উহার বিশেষ "মার মার" পাওয়া যায় কিনা। নাড়ী পরীক্ষা করিতে হইবে, হৃৎপিণ্ডের প্রথম শব্দটী ছোট এবং তীক্ষ্ণ কিনা, ইহাও ঠিক করিতে হইবে। আরও কতকগুলি বিরল রোগে মুখ দিয়া রক্ত উঠিতে পারে। যথা:—

রক্তঘটীত রোগ, হিমোফিলিয়া, কতকগুলি তরুণ বিশেষ প্রকৃতির জ্বর, মিডিয়েসটাইনামের মধ্যে স্ফোটক, বাতাস বহা নালীর মধ্যে বাহ্য পদার্থ প্রবেশ, ব্রঙ্কিএকটেসিস, হুপিং কফ, আঘাত, ফুসফুসীয় উপদংশ, এসপারগিলোসিস একটিনোমাইকোসিস, হাইডেটিড, "নিউ-গ্রোথ" নিউমনোকোনিওসিস, এবং ভেস্কুলার ডিজেনারেশন।

টিউবারকুলোসিসএর প্রথম লক্ষণ প্লুরিসি রূপে প্রকাশ পাইতে পারে। ঐ প্লুরিসি "ড্রাই" কিম্বা "সিরাস" রকমের হইতে পারে। যে পর্য্যন্ত না পালমোনারি টিউবারকুলোসিসের লক্ষণ গুলি দেখিতে পাওয়া যায়, ততদিন এ প্লুরিসি থাকিতে পারে; কিম্বা পালমোনারি টিউবারকুলোসিসের লক্ষণগুলি অনেক দেরিতে পাওয়া যাইতে পারে। ফুসফুসের "এপেক্সে" সাধারণতঃ টিউবারকুলার প্লুরিসি দেখিতে পাওয়া যায়। যদি ড্রাই প্লুরিসি একটী ফুসফুসে কেবল বগলের নিকট পাওয়া যায়, কিম্বা কেবল "বেসে" পাওয়া যায়, তবে জানিবে উহা টিউবারকুলাস নহে। যদি একটী ফুসফুসে এপেক্সে ড্রাই প্লুরিসি পাওয়া যায়, যদি উহা ক্রুপাস নিউমোনিয়া না হইয়া থাকে, তবে এ প্লুরিসি খুব সম্ভবমতঃ টিউবারকুলাস। যদি উভয় দিকেই ড্রাই প্লুরিসি হইয়া থাকে, কিম্বা যদি একদিকেই খুব বিস্তৃতভাবে হইয়া থাকে এবং যদি কোন নিউ 'গ্রোথ' না হইয়া থাকে, তবে ঐ প্লুরিসি সম্ভবমতঃ টিউবারকুলাস; যে সব প্লুরিসিতে ইফুউজন হইয়া থাকে, তাহার মধ্যে তিন ভাগের দুই ভাগ টিউবারকুলাস প্লুরিসি; অনুবীক্ষণযন্ত্রের দ্বারা পরীক্ষা করিয়া ঐ ফ্লুইডের মধ্যে পলিনিউক্লিয়ার লিউকো-সাইট না পাইয়া, যদি লিম্ফোসাইট দেখিতে পাওয়া যায় তাহলে ঐ প্লুরিসি টিউবার-কুলাস বলিয়া আর কোন সন্দেহ থাকে না।

ক্ষয়কাসের লক্ষণাবলী। যদিও লক্ষণগুলি বিশেষ দরকারি, তথাপি উহাদের প্রারম্ভা-বস্থাতে ধরাই বিশেষ দরকার; কারণ প্রথমা-বস্থাতেই এ রোগ নির্ণয় করিতে পারিলে, চিকিৎসার দ্বারা রোগীর উপকার করা যাইতে পারে; ডাক্তার প্রাইস সাহেব দুই প্রধান বিষয় এ মর্ম্মে লিখিয়াছেন। নিম্নে তাহা দেওয়া গেল:—

১। শারীরিক লক্ষণ ফুসফুসের কোন স্থানে পাওয়া যাইবে? বেশীর ভাগ ক্ষেত্রেই ফুসফুসের চূড়া হইতে ১″ হইতে ১½″ নিম্নে প্রথম আক্রমণ স্থান দেখিতে পাওয়া যায়। তাহার পর, ক্লেভিকিলের বহিঃ তৃতীয়াংশের নিম্নভাগে, দ্বিতীয় এবং তৃতীয় ইনটার কসটেল স্থানে, কম সচরাচর আক্রমণ স্থান দেখিতে পাওয়া যায়। সেই ফুসফুসের নিম্ন ভাগ শীঘ্র আক্রান্ত হইয়া থাকে। এই স্থানটী ভাল রূপ পরীক্ষা করিতে হইলে, রোগীকে সেই দিকের হাতটী অপর দিকের কাঁধের উপর রাখিতে বলিবে; তাহার পর, স্কেপুলার ভাটিব্রেল কিনারার ভিতর দিকের স্থানে রোগীর পিছনের দিকে তাহার ফুসফুস পরীক্ষা করিবে। এই নিম্ন ভাগের সাধারণ আক্রমণ স্থান, ফুসফুসের চূড়া হইতে ১″—১½″ নিম্নে হইয়া থাকে; অর্থাৎ পঞ্চম ডরসেল স্পাইনের নিকটবর্ত্তী স্থান, স্পাইনাস প্রোশেস এবং স্কেপুলার ভাটিব্রেল কিনারার মধ্যবর্ত্তী স্থান। ঐ স্থান হইতে স্কেপুলার ভাটিব্রেল কিনারার কাছ দিয়া বরাবর ঐ আক্রমণ বিস্তৃত হইতে থাকে। এই রূপে নিম্ন ভাগের উপরি ভাগ আক্রমিত হইয়াছে ধরিতে পারিলে, অন্যান্য রোগের বিভিন্নতা সহজেই ঠিক করা যাইতে পারে। ক্লেভিকিলের উপরিভাগের এবং নিম্ন ভাগের স্থান, সুপ্রাস্পাইনাস ফসা, এবং দুই স্কেপুলার মধ্যবর্ত্তী স্থান, পঞ্চম ডরসেল স্পাইনাসে প্রসেসের নিকটবর্ত্তী স্থান অত্যন্ত যত্নের সহিত পরীক্ষা করিবে। ফুসফুসের বেসে, প্রথম টিউবারকুলোসিস, অত্যন্ত বিরল; যদি কখন দেখিতে পাওয়া যায়, তবে বুঝিতে হইবে যে, পূর্ব্বে ঐ স্থান প্লুরিসির দ্বারা আক্রান্ত হইয়াছিল। যাহাকে আমরা প্রথম "বেসেল" টিউবার কুলোসিস বলি তাহা "এপিকেল" টিউবার কুলোসিসের পাবানুবর্ত্তী হইয়া থাকে; ঐ "এপিকেল" টিউবার কুলোসিস হয় সারিয়া গিয়াছে না হয় পূর্ব্বে ভাল করিয়া দেখা হয় নাই।

দ্বিতীয় কথা—কোন একটী লক্ষণ দেখিয়া ফুস ফুসীয় টিউবারকুলোসিস হইয়াছে বলিয়া নির্ণয় করিও না। স্বাভাবিক বেশ ভাল সুস্থ বক্ষতে ও, অনেক সময়ে স্বাভাবিক শব্দ হইতে বিভিন্ন শব্দ শুনিতে পাওয়া যায়। দুই একটী উদাহরণ দেওয়া গেল। অনেকের ফুসফুসের কোন এপেসক "পারকাস" করিয়া পারকাশন শব্দ কম শুনিতে পাওয়া গেল; যদি ঐ কম পারকাশন শব্দ, কোন ফুস-ফুসীয় রোগ ঘটীত হয়, তাহালে উহার সঙ্গে সঙ্গে নিম্ন লিখিত লক্ষণ গুলিও দেখিতে পাইবে; যথা ঐ দিকের ফুসফুসটীর প্রসারণ অল্প হইবে, ভোকেল ফ্রেমিটাস এবং স্বাস ও প্রশ্বাস শব্দও পরিবর্ত্তিত হইবে; যদি এই আনুসঙ্গিক লক্ষণ গুলি বর্ত্তমান না থাকে, তাহালে কেবল কম পারকান শব্দ শুনিয়া ফুস ফুসের কোন রোগ হইয়াছে বলিতে পারিবে না; পরন্তু উহার দ্বারা বুঝিতে হইবে যে, "স্পাইনেল কারভেচার" হইয়াছে অর্থাৎ মেরু দণ্ড বক্র ভাবে অবস্থিত আছে। আবার মনে কর এক স্থানে "ব্রঙ্কিয়েল ব্রীদিং" শুনিতে পাওয়া গেল, যদি উহা রোগ ঘটীত হয়, তাহালে উহার সহিত আনুসঙ্গিক লক্ষণাবলী শুনিতে পাইবে; কিন্তু যদি কোন রোগ ঘটীত না

হইয়া থাকে, বা উহার আনুসঙ্গিক লক্ষণ গুলি বর্ত্তমান থাকে, তাহা হইলে কেবল "ব্রঙ্কিয়েল ব্রীদিং" শুনিয়া বুঝিতে যে ঐ স্থানে ব্রঙ্কাস অস্বাভাবিক ভাবে বর্ত্তমান আছে। কতক গুলি সামান্য অস্বাভাবিক লক্ষণ যদি এক একটী করিয়া পৃথক ভাবে লওয়া যায়, তাহালে কোন অর্থ হয় নাই; আবার যদি ঐ গুলি একত্রিত ভাবে লইলে এক প্রকার রোগের লক্ষণ বলিয়া বোধ হয়, তাহালে কোন একটী রোগ হইয়াছে বলিয়া নিবাকরণ করা যাইতে পারে।

আর এক বিষয় মনে রাখিতে হইবে—রোগীর উভয় দিগের এক স্থানই তুলনা করিয়া পরীক্ষা করিবে। রোগীর কোমর পর্য্যন্ত সমস্ত আবরণ খুলিয়া দিবে, তাহার পর তাহাকে আলোক যুক্ত স্থানে দাড়াইতে বলিবে বা বসাইবে। তাহার পর, ইন্‌স্ পেকশন, পেল্‌পেশন, পারকাসন ও অসকাল-টেশন এই চারি প্রকার উপায দ্বারা রোগীকে পরীক্ষা করিবে।

ইন্‌স্ পেকশন্।—

একটী ক্লেভিকেল অপরটীর চেয়ে বেশী উন্নত ভাবে অবস্থিতি করিতেছে; কিম্বা তাহার উপরি ভাগের কিম্বা নিম্ন ভাগের স্থান গর্ত্তের আকার ধারণ করিয়াছে; হৃৎপিণ্ডটী হয় এক দিকে সরিয়া গিয়াছে কিম্বা ফুস ফুসের দ্বারা যেরূপ আবৃত থাকিবার কথা, সেইরূপ না থাকিয়া অনাবৃত ভাবে আছে—এই সব লক্ষণ গুলি দেখিয়া বুঝিতে হইবে ফুস ফুসের "ফাইব্রোসিস" হইয়াছে; এই ফাই ব্রোসিস রোগের প্রথমাবস্থায় পাওয়া যায় নাই, দেখিতে পাওয়া যায় এবং রোগের পরানুবর্ত্তী লক্ষণ।

যদি দেখিতে পাও যে একটী এপেক্স শ্বাস প্রশ্বাসের সহিত কম নড়িতেছে, তাহালে জানিবে যে ঐ এপেকসটী আক্রান্ত হইয়াছে। এইলক্ষণটী খুব প্রারম্ভ অবস্থায় দেখিতে পাওয়া যায় এই কথা মনে রাখিবে; উহা দেখিতে হইলে রোগীর সম্মুখে দাঁড়াইয়া তাহাকে নিশ্বাস লইতে ও ফেলিতে বলিবে। কিম্বা রোগীর পিছনে দাঁড়াইয়া, উপরিভাগ হইতে ছাতির সম্মুখ দেখিতে পার; এই রকম করিয়া দেখিলে অনেক সময়ে ভাল করিয়া বুঝিতে পারা যায়।

পেল্‌পেশন—ইহার দ্বারা উপরোক্ত লক্ষণটী অর্থাৎ একদিকের এপেকসটী অপর দিগের এপেকসের চেয়ে কম নড়িতেছে, আরও ভাল করিয়া অনুভব করা যাইতে পারে। নানারকম ভাবে উহা ঠিক করিতে পারা যায়। দুই হস্তের দুটী বৃদ্ধাঙ্গুলি দুই দিকের দ্বিতীয় পঞ্জরার এর উপর রাখিয়া রোগীকে নিশ্বাস লইতে বলিবে, বুড়া আঙ্গুল দুটীর উপর বিশেষ নজর রাখিবে; তাহালেই বুঝিতে পারিবে কোন দিগের আঙ্গুলটী কম নড়িতেছে বা বেশী নড়িতেছে। কিম্বা দুইটী অঙ্গুলি দুইটী ক্লেভিকিল এর নিম্নে রাখিয়া দেখিতে পার; অথবা রোগীর পিছনে দাঁড়াইয়া বুড়া আঙ্গুল দুটী ক্লেভিকেলের উপরিভাগ স্থানে রাখিতে পার এবং বাকী আঙ্গুল গুলি ক্লেভেকেলের নিম্ন ভাগ স্থানে রাখিতে পার; অথবা দুটী হাত গলার নিকটে কাঁদের উপর এমন ভাবে রাখিবে, যেন বুড়া আঙ্গুল দুটী

পিছনে দুই "সুপ্রাস্পাইনাস ফসার" উপরে থাক এবং বাকী আঙ্গুলগুলি সম্মুখে ক্লেভিকেলের উপর দিয়া ইফ্‌্রা ক্লেভিকুলার স্থানে অবস্থিতি করে। এই উপরোক্ত যে কোন উপায়ের দ্বারা একদিগের এপেকস কম নড়িতেছে বলিয়া নির্ণয় করা যাইতে পারে। যদি দেখিতে পাও যে, একদিকের এপেকসটী কম নড়িতেছে তাহালে উহার দ্বারা অনেক বুঝা যাইতেছে এবং ঐ লক্ষণ অত্যন্ত প্রাবস্থ অবস্থায় পাওয়া যায়। পারকাশন করিয়া কোনরূপ শব্দের পরিবর্ত্তন পাইবার পূর্ব্বে এ লক্ষণটী দেখিতে পাওয়া যায়; এবং নিশ্বাস প্রশ্বাসের শব্দের পরিবর্ত্তনের সঙ্গে সঙ্গে উহা দেখা যাইতে পারে। যদি এক দিকের এপেকস কম নড়িতেছে দেখিয়া বুঝা যায় যে, স্থানীয় প্লুরাটী পুরু হইয়াছে এবং তাহার নিম্নস্থিত ফুসফুসের কোন পরিবর্ত্তন না হয়, তাহালেও জানিবে এই "এপিকেল" প্লুরিসি প্রায়ই সর্ব্বদাই টুর্ভবারকুলাস হইয়া থাকে। স্বাভাবিক "ভোকেল ফ্রেমিটাস" বাঁদিক অপেক্ষা ডানদিকে বেশী হইয়া থাকে; শতকরা অন্তত ৭৫ ক্ষেত্রে ডানদিকে বেশী হইয়া থাকে। যদি ঐ ভোকেল ফ্রেমিটস দুই দিকেই সমভাবে এবং বিশেষ স্পষ্টভাবে বর্ত্তমান থাকে, তাহালে জানিবে বাঁদিকের ফুসফুসের উপরিভাগের অংশে কোন রোগ আছে। যদি উহা বাঁদিকে বেশী বর্ত্তমান থাকে, তবে বাঁদিকে নিশ্চয় কোন রোগ আছে বলিয়া জানিবে। এই স্থানে একটী কথা মনে রাখা কর্ত্তব্য। যদি রোগী তাহার বামহস্ত ডান হস্তের চেয়ে বেশী ব্যবহার করিয়া থাকেন তাহালে বাম দিকে এই ক্ষেত্রে ডান দিকের চেয়ে ভোকেল ফ্রেমিটাস বেশী হইতে পারে। কিন্তু ইহা খুব কম ক্ষেত্রেই দেখিতে পাওয়া যায়। আবার যদি ভোকেল ফ্রেমিটাস দুই দিকেই সমান ভাবে থাকে, অথচ স্বাভাবিকের চেয়ে কম স্পষ্ট ভাবে শুনিতে পাওয়া যায়, তবে ইহার দ্বারা বুঝিতে হইবে যে, ডানদিকের ভোকেল ফ্রেমিটাস কম হইয়া গিয়াছে, ইহার অর্থ এই যে, ঐ ডান দিকের প্লুরা পুরু হইয়া গিয়াছে, না হয় "প্লুরেল ইফুউশেন" হইয়াছে কিম্বা এম্ফিসেমা হইয়াছে। এম্ফিসেমা, খুব সম্ভবমতঃ ঐ স্থানে গভীর টিউবারকুলাস ক্ষত আছে বলিয়া, উৎপন্ন হইয়াছে। যদি সুপ্রাস্পাইনাসেতে ভোকেল ফ্রেমিটাস এর কোন পরিবর্ত্তন ঘটিয়া থাকে তাহালেও উপরোক্ত রোগ হইয়াছে বলিয়া বুঝিতে হইবে।

পারকাশন—ইহা একটী কঠিন ব্যাপার। ইহার কতকগুলি নিয়ম আছে, তাহা আমাদের লক্ষ্য করিতে হইবে।

১। পারকাশন মণিবন্ধ হইতে করিতে হইবে। যেখানে সম্ভব, সেখানে রোগীর সম্মুখভাগে দাঁড়াইবে; দুইদিকে এক স্থানেই পারকাশ করিবে; এক ভাবে সমান জোর ব্যবহার করিবে। যখন সম্মুখ ভাগে পারকাস করিবে, তখন রোগীর মাথা ঠিক সোজা থাকিবে। আস্তে আস্তে পারকাসনে ভাল ফল পাওয়া যায়। যখন রোগীর পশ্চাৎ ভাগে পারকাস করিবে, তখন রোগী সম্মুখ ভাগে একটু ঝুঁকিয়া দাঁড়াইবে, একটী হাতের উপর আর একটী হাত দিয়া অপর দিকের কাঁদের উপর হাত দুটী রাখিতে হইবে, কাঁদ

ছুটীর মাংসপেশীগুলি নোল রাখিয়া নরম করিয়া ঝুলাইয়া রাখিতে হইবে। মনে রাখিতে হইবে যে, স্বাভাবিক সুস্থ ছাতিতে, প্রায়ই শতকরা ৫০ জন লোকের, ডানদিকের ক্লেভিকেলের নিচের পারকাশন শব্দ বাঁদিকের চেয়ে বেশী উপর পর্য্যন্ত শুনিতে পাওয়া যায়। ফুসফুসের উপবিভাগের সীমা পারকাশন দ্বারা নির্ণয় করিতে হইবে। যদি এক দিকের পারকাশন শব্দ অন্য দিকের চেয়ে নিম্নে শুনিতে পাও, তবে উহার অর্থ আছে বলিয়া জানিও। যদি দুই দিকেই উহা পাওয়া যায়, তাহালে তাহার কোন অর্থ নাই ; কারণ ভিন্ন ভিন্ন লোকের ফুসফুস বিভিন্ন উচ্চ তার হইতে পারে। ক্ষয় কাস হইবার প্রারম্ভে পারকাশন শব্দ কম পাওয়া যায়। ঐ শব্দটী অল্পক্ষণ স্থায়ী, তীক্ষ্ণ এবং স্বাভাবিক শব্দ হইতে বিভিন্ন বলিয়া বোধ হয় ; পারকাশ করিবার সময় অঙ্গুলিতে বেশী মাত্রায় প্রতিঘাত অনুভূত হয়। রোগী আস্তে আস্তে নিশ্বাস লইলেও উহা বুঝিতে পারা যায়, কিন্তু রোগীকে যদি গভীর ভাবে নিশ্বাস লইতে বলা যায়, তাহালে উহা সহজেই ধরা যায় ; কারণ ঐ সময়ে আক্রান্ত স্থানে খুব কম বাতাস প্রবেশ করিয়া থাকে। যদি আস্তে আস্তে পারকাশ করিলে, জোরে পারকাশন করা অপেক্ষা পারকাশন শব্দ বেশ স্পষ্টরূপে কম বলিয়া বুঝিতে পারা যায়, তাহা হইলে জানিতে হইবে যে, খুব কম সম্ভবমত প্লুরা পুরু হইয়াছে। যদি জোরে পারকাশ করিলে, পারকাশন শব্দ কম বলিয়া শুনা যায়, তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে ফুসফুসের গভীর স্থানে আক্রান্ত স্থান আছে। কখন কখন দেখিতে পাওয়া যায়, আক্রান্ত স্থানের উপর পরকাশন করিলে, ঐ পরকাশন শব্দ সুস্থ স্থানের মত "রেজোনেন্ট" হইয়া থাকে এমন এমন কি সুস্থ স্থানের তুলনায় "হাইপার রেজোনেন্ট" হইয়া থাকে ; ইহার কারণ যে, সেই দিকে গভীর স্থানে টিউবারকুলার ক্ষত থাকাতে, উপরিভাগে এম্ফিসেমা হইয়া থাকে, সুতরাং "হাইপার্র রেজোনেন্ট" শব্দ পাওয়া যায়। ডাক্তার প্রাইস্ বলেন, অনেক ক্ষেত্রে, দুই দিকের ফুস্ফুসের শব্দ বিভিন্নতা দেখিয়া, ক্ষয়কাস হইয়াছে বলিয়া মত দিতে, তিনি দেখিয়াছেন ; যদিও এই সব ক্ষেত্রে, তখনও কোন লক্ষণাদি বর্ত্তমান ছিল না বা ফুস্ফুসে কোন ক্ষত হয় নাই। যদি দুই দিকের ফুস্ফুস সমভাবে অবস্থিতি না থাকে, তাহা হইলে ফুস্ফুস দুটী স্বাভাবিক হইলেও, দুটীতে দুই রকমের শব্দ পাওয়া যাইতে পারে ; এই সব ক্ষেত্রে আমাদের দেখিতে হইবে যে, মেরুদণ্ড বক্রভাবে অবস্থিত আছে কিনা ; তাহা হইলে, পাঁজরার অস্থি সমূহের অবস্থিতির এবং ছাতির আকৃতির অনেক পরিবর্ত্তন হইতে পারে। কেবল স্পাইনাল প্রোসেস গুলি পরীক্ষা করিয়া দেখিলেই সম্পূর্ণ হইবে না। আমাদিগকে দেখিতে হইবে যে, উপরিভাগের পাঁজরার হাড়গুলি, এক দিকে অপর দিকের চেয়ে বেশী বক্র ভাবে অবস্থিত আছে কিনা ; ইহার সহিত মেরুদণ্ড বক্রতার অন্যান্য আনুসঙ্গিক লক্ষণ গুলিও দেখিতে হইবে। এমন কি যদি মেরুদণ্ড অতি সামান্য মাত্রায় এক ধারে বক্রভাবে অবস্থিতি

করে, তাহা হইলেও, এক ধারের ক্লেভিকেলের উপরিভাগ স্থান অপর দিকের ঐ স্থান অপেক্ষা উচ্চ বা নিম্ন হইয়া থাকে; এক দিক অপর দিকের চেয়ে বেশী গোলাকৃতি বলিয়া বোধ হয়; ছুটী সুপ্রস্পাইনাসের উপরিভাগ স্থানও, একটী অপরটীর চেয়ে উচ্চ বা নিম্ন হইয়া থাকে। যে দিকে বেশী গোলাকৃতি ভাব ধারণ করে, সেই দিকে পারকাশন শব্দ কম রেজোনেণ্ট হইয়া থাকে, শ্বাস প্রশ্বাসের শব্দ কম শ্রুত হইয়া থাকে।

যে সমস্ত লোক অত্যন্ত কাহিল, তাহাদের ফুসফুসের ছুটী এপেক্সই কম নড়িতে দেখা যায়; অথচ তাহাতে এমন কোন রোগ নাই যাহার দ্বারা এমন কম নড়িতে পারে। ইহার সঙ্গে সঙ্গে নিশ্বাসের শব্দ কম শ্রুত হইয়া থাকে। ইহার অর্থ কি—বলা বড় কঠিন; বোধ হয় দুর্ব্বলতা এবং বিশ্রামের জন্য এপেকস দুইটীতে ভাল করিয়া বাতাস প্রবেশ করে নাই, এইজন্যই আমরা উহাদের কম নড়িতে দেখিতে পাই এবং নিশ্বাসের শব্দও কম শুনিয়া থাকি।

অস্‌কালটেশন :—

যদি আমরা কতকগুলি নিয়ম অনুসারে চলি, তাহালে অসকালটেশনের দ্বারা অত্যন্ত সাহায্য পাইতে পারি। আমাদের প্রথমেই দেখিতে হইবে যে, রোগী যেন স্বাভাবিক ভাবে নিশ্বাস লইতেছে ও ফেলিতেছে; অর্থাৎ সমভাবে, মাঝারি রকমের গভীর ভাবে, এবং যদি সম্ভব হয়, নাক দিয়া, নিশ্বাস লইতে হইবে। কেহ কেহ ডায়েফ্রামটীকে রুদ্ধ করিয়া, অনিয়মিত ভাবে নিশ্বাস লইয়া থাকে; কেহ কেহ মুখ খুলিয়া শব্দের সহিত নিশ্বাস লইয়া থাকে। কোন কোন স্নায়বিক প্রকৃতির লোককে, বিশেষতঃ স্ত্রীলোককে গভীর নিশ্বাস লইতে বলিলে, তাহারা ছাতির বৃথা নড়ান ভাব দেখাইয়া, গ্লটীসটী বন্ধ করিয়া রাখে; সুতরাং ফুসেফুসে এক প্রকার বাতাস প্রবেশ করে নাই বলিলে চলে; এইজন্য কোন নিশ্বাসের শব্দ শুনিতে পাওয়া যায় না; কিম্বা তাহার গ্লটীসটী এত সঙ্কীর্ণ করিয়া থাকে যে, "ব্রঙ্কিয়েল ব্রীদিং" শুনিতে পাওয়া যায়। এই সব ক্ষেত্রে পরীক্ষকের ভুল হইবার সম্ভাবনা; কিন্তু ইহা সহজেই এড়াইতে পারা যায়; কারণ এই ক্ষেত্রে দুই ফুসফুসেই সমান ভাবে শব্দ শুনা যায়; ইহা ছাড়া, ঐ সব রোগীকে কাসিতে বলিলে, কাসির পর ঐ অস্বাভাবিক শব্দ সমূহ দুরীভূত হইয়া যায়। অসকালটেশন করিবার সময় নিশ্বাসটী প্রকৃত ব্রঙ্কিয়েল কিনা ঠিক করিতে হইলে, এক্সপিরেশনটীর উপর সর্ব্বদাই লক্ষ রাখিতে হইবে। প্রকৃতি ব্রঙ্কিয়েল ব্রীদিং এ, এক্সপিরেশনটী "ব্লোয়িং" হইবে, সমভাবে এক রকম জোরের শব্দ বরাবর শুনা যাইবে। যদি রোগীকে কাসিতে না বলিয়া ফুসফুসের কোন অংশ "অসকাল টেট" কর, তাহালে উহা অসম্পূর্ণ হইবে; কারণ অনেকগুলি ক্ষেত্রে, কাসির সময় বা কাসির পরই, অস্বাভাবিক শব্দ শুনিতে পাওয়া যায়, ইহা ছাড়া অনেক বার কাসিলে পর এবং দীর্ঘ নিশ্বাস লইলে পরও যদি "রালস" বর্ত্তমান থাকে, তবে উহার অর্থ আছে। ফাওলার সাহেব, স্বাভাবিক বা ভেসিকুলার ব্রীদিংকে, এক পত্র নাড়িলে

যে প্রকার শব্দ হয়, সেই প্রকার শব্দের সহিত তুলনা করিয়াছেন; উহা ইন্সপিরেশনের সময় শুনা যায়; ইহার পরই, সাধারণতঃ কোন সময় বাদ না দিয়াই, আর একটী অল্পক্ষণ, কম জোর বিশিষ্ট "ব্লোইং" শব্দ এক্সপিরেশনের সময় শুনিতে পাওয়া যায়; কিন্তু ঐ শব্দ শুনা না যাইতেও পারে।

ব্রঙ্কীয়েল ব্রীদিং এ, ইন্সপিরেশন শব্দ "ব্লোইং" হইবে, স্বাভাবিক অর্থাৎ ভেসিকুলার শব্দের চেয়ে বেশী জোরে শুনা যাইবে, ইন্সপিরেশন এবং এক্সপিরেশন এর মধ্যে একটু সময় পাওয়া যাইবে; এক্সপিরেশন শব্দটী আরও বেশী "ব্লোইং" হইবে এবং আরও বেশী জোরে শুনা যাইবে; এবং এক্সপিরেশন হইবার সময়টী ইন্সপিরেশন হইবার সময়ের সমান হইয়া থাকে, এমন কি বেশী হইতে পারে। পূর্ব্বেই বলা হইয়াছে যে, ব্রঙ্কিয়েল ব্রীদিং এ এক্সপিরেশনটী ব্লোইং হইবে এবং বরাবর সমভাবে এক রকম জোরের শব্দ শুনা যাইবে। সপ্তম সারভাইকেল স্পাইনের উপর স্বাভাবিক ব্রঙ্কিয়েল ব্রীদিং শুনা যায়; এ স্থানের ব্রীদিং এর সহিত অন্যান্য স্থানের ব্রীদিং সহিত সর্ব্বদা তুলনা করিবে। ব্রঙ্কিয়েল এবং ভেসিকুলার এই দুই প্রকার শব্দ একত্রে মিশ্রিত হইয়া এক প্রকার শব্দ হয়, তাহাকে ব্রঙ্কোভেসিকুলার ব্রীদিং কহে; উহা স্বভাবতঃ সম্মুখে ম্যানিউব্রীয়ম হাড়ের উপর শুনা যায় এবং পশ্চাতে দুই স্কেপুলার মধ্যবর্ত্তী স্থানের উপরিভাগে শুনিতে পাওয়া যায়। এখন আমাদের নিশ্বাসের শব্দের জোর এবং প্রকৃতি এই দুটীর মধ্যে প্রভেদ ঠিক করিতে হইবে। ঐ দুটী বিষয় অগ্রাহ্য করিলে, অনেক ভুল হইতে পারে। স্বাভাবিক ভেসিকুলার ব্রীদিং এর জোর সুস্থ ফুসফুসেও কম বেশী হইতে পারে। কোন কোন ছাতিতে উহা বেশী শুনা যায়; আবার কোন কোন ক্ষেত্রে উহা আস্তে শুনা যাইতে পারে। অনেক সময়ে "হার্শ ভেসিকুলার ব্রীদিং" কে ব্রঙ্কিয়েল ব্রীদিং মনে করিয়া ভুল করিয়া ক্ষয় কাস রোগ নির্ণয় করা হইয়া থাকে। উভয়দিক তুলনা করিয়া দেখিলে, ঐ ভুল সংশোধন করা যাইতে পারে; কারণ উহা স্বাভাবিক হইলে, ঐ প্রকার ব্রীদিং উভয় দিকেই পাওয়া যাইবে। নিশ্বাস শব্দের "স্বভাব" দেখিয়া ব্রঙ্কিয়েল ব্রীদিং নির্ণয় করিতে হইবে, "জোর" দেখিয়া নহে। কিন্তু ইহা মনে রাখিতে হইবে যে, স্বাভাবিক সুস্থ শরীরে, ডানদিকের ফুসফুসের নিশ্বাস শব্দ বামদিকের ফুসফুসের শব্দ অপেক্ষা বেশী জোরে শুনা যায় এবং উহার এক্সপিরেশন শব্দ ও বামদিকের এক্সপিরেশন শব্দের চেয়ে দীর্ঘকাল স্থায়ী হয়; ডানদিকের ক্লেভিকেলের নিচে, স্বাভাবিক সুস্থ শরীরেও ব্রঙ্কিয়েল ব্রীদিং শুনা যাইতে পারে; ইহা শুনিয়া, অনেক সময়ে ভুল করিয়া, ঐ স্থান আক্রান্ত হইয়াছে বলিয়া নির্ণয় করা হইয়া থাকে। এই ক্ষেত্রে দেখিবে যে অন্যান্য আনুসঙ্গিক লক্ষণ গুলি বর্ত্তমান নাই।

"কগ হুইল" ব্রীদিং যদি এক ফুসফুসের সর্ব্ব স্থানে শুনিতে পাওয়া যায়, তবে উহার কোন অর্থ নাই; কিন্তু যদি উহা একটী এপেকসে শুনিতে পাও, তাহালে রোগ নির্ণয় করিবার পক্ষে উহার অর্থ আছে; কিন্তু একটী

এপেকসে পাওয়া যাইলেও উহা সর্ব্বদা বিশ্বাস যোগ্য নহে; কারণ অনেক সময়ে মাংস পেশীর আকুঞ্চনে ঐ শব্দ শুনিতে পাওয়া যায়। নিশ্বাস শব্দ যদি "হার্শ" হয় এবং যদি উহার সঙ্গে সঙ্গে এক্সপিরেশনটী অধিক ক্ষণ স্থায়ী হয় এবং ঐ দুই শব্দ যদি একটী এপেকসে সীমাবদ্ধ থাকে, তাহালে ঐ অধিক ক্ষণ স্থায়ী এক্সপিরেশন সহ "হার্শ" ব্রীদিং ক্ষয় কাসের সর্ব্ব প্রথম লক্ষণ বলিয়া জানিবে। কোথাও কোথাও খালি একসপিরেশনটী অধিক ক্ষণ স্থায়ী বলিয়া শুনা যাইতে পারে; যদি কেবল উহাই পাওয়া যায়, তাহালে উহার অর্থাৎ এক্সপিরেশনের "স্বভাবের" উপর সম্পূর্ণরূপে নির্ভর করিয়া আমাদের অনুমান করিতে হইবে। যদি ঐ এক্সপিরেশন শব্দ আস্তে শুনা যায় এবং অল্প ব্লোইং হয়, তাহালে এম্ফিসেমা হইয়াছে বলিয়া বোধ হয়; আর যদি উহা প্রকৃত ব্লোইং হয় এবং জোরে শুনা যায়, তাহালে সাধারণতঃ ঐ স্থানে "ইনফিলট্রেশন" হইয়াছে বলিয়া জানিবে।

ডাক্তার প্রাইস সাহেবের মতে, শ্বাস প্রশ্বাস শব্দ কর্কশ বোধ করিলে, যে সময়ে রোগাক্রান্ত হইয়াছে বুঝিবে, উক্তশব্দ দুর্ব্বল বোধ করিলে, তাহা অপেক্ষা পূর্ব্বে রোগাক্রান্ত হইয়াছে বলিয়া বুঝিতে হইবে; অর্থাৎ প্রথমোক্ত শব্দ অপেক্ষা শেষোক্ত শব্দ পীড়া কিছু অধিক অগ্রসর হওয়ার লক্ষণ। কিন্তু আমরা অনেক সময়ে লক্ষ করি না। যদি এক এপেকসে, বিশেষতঃ ডান দিকের এপেক্‌সে, নিশ্বাস শব্দ বেশ দুর্ব্বল বলিয়া শুনিতে পাওয়া যায়, এবং যদি অনেক বার পরীক্ষা করিয়া ও ঐ দুর্ব্বল শব্দ বর্ত্তমান থাকিতে দেখা যায় এবং যদি স্থানীয় এম্ফিসেমা, পুরু প্লুরা, প্লুরেল একজুডেশন কিম্বা ব্রঙ্কিয়েকটেসিস বর্ত্তমান না থাকে, তাহালে ঐ দুর্ব্বল নিশ্বাস শব্দ অত্যন্ত সন্দেহ জনক বলিয়া জানিবে। ঐ দুর্ব্বল শব্দ যদি ডান দিকের এপেকসে পাওয়া যায়, তাহালে উহার মূল্য আরও অধিক, কারণ ডান দিকে স্বভাবতঃ নিশ্বাস শব্দ বাঁদিকের শব্দ অপেক্ষা বেশী জোরে শুনা যায়। যখন ক্লেভিকেলের উপরিভাগের এবং নিম্ন ভাগের নিশ্বাস শব্দ দুর্ব্বল হয়, তখন দ্বিতীয় এবং তৃতীয় ইনটার কষ্টেল স্থানের নিশ্বাস শব্দ কর্কশ শুনা যায়। ফুসফুসের উপরি ভাগের অংশের পরবর্ত্তী স্থানের নিশ্বাস শব্দ কর্কশ হইয়া থাকে; কারণ উপরি ভাগ আক্রান্ত হওয়াতে, পরবর্ত্তী স্থানকে বেশী কার্য্য করিতে হয়; এই স্থানে কর্কশ নিশ্বাস শুনিয়া অনেক সময়ে, কোন স্থান আক্রান্ত হইয়াছে ইহা নিরূপণ করিতে ভুল হইয়া থাকে; কারণ প্রথমে যে স্থানটী আক্রান্ত হইয়াছে তাহার দুর্ব্বল নিশ্বাস শব্দ অনেক সময়ে ধরিতে পারা যায় না; কিন্তু যখন প্রথম আক্রান্ত স্থানে আরও বেশী ইনফিলট্রেশন হইয়া থাকে, তখন নিশ্বাস শব্দ প্রকৃত ব্রঙ্কিয়েল শুনা যায়।

অভ্যাগত শব্দ।

অভ্যাগত শব্দ গুলিকে, যখন উহারা বর্ত্তমান থাকে, ভাল রূপে বুঝিলে, উহাদের দ্বারা ক্ষয় কাস রোগ নির্ণয় করিবার পক্ষে যেরূপ সাহায্য পাওয়া যায়, অন্যান্য লক্ষণ

দ্বারা সে রূপ সাহায্য পাওয়া যায় না। প্রথমতঃ রোগীকে কাসিতে বলিবে এবং তাহার পর তাহাকে গভীর ভাবে নিশ্বাস লইতে বলিবে; এইরূপ করিলে, আস্তে আস্তে নিশ্বাস লইলে যে সব রাল্‌স্ শুনা যায় না, সেই সব রাল্‌স্ শুনিতে পাওয়া যায়। কাসাই-বার এবং গভীর ভাবে নিশ্বাস লইতে বলিবার আর একটী কারণ আছে; অনেক সময়ে আস্তে আস্তে নিশ্বাস লইলে, কতক গুলি অভ্যাগত শব্দ শুনিতে পাওয়া যায়; আমাদের রোগীকে কাসাইয়া এবং গভীর নিশ্বাস লইতে বলিয়া দেখিতে হইবে যে ঐ অভ্যাগত শব্দ বর্ত্তমান থাকে কি দূরীভূত হইয়া যায়। পূর্ব্বে বলা হইয়াছে যে, শুষ্ক প্লুরিসি যদি কেবল একটী এপেকসে সীমাবদ্ধ থাকে, এবং এই এপেকসে যদি ক্রুপাস নিউমোনিয়া না হয়, তাহালে ঐ শুষ্ক প্লুরিসি বড় সন্দেহ জনক বলিয়া জানিবে। আবার যদি উভয় দিকেই শুষ্ক প্লুরিসি হয়, অথবা যদি একটী দিকেই একটী ফুসফুসের উপর বিস্তৃত ভাবে শুষ্ক প্লুরিসি হইয়া থাকে, তাহালে, যদি ঐ স্থানে কোন "নিউ গ্রোথ" না হইয়া থাকে, তবে ঐ প্লুরিসি সম্ভবমত টিউবার কুলাস বলিয়া জানিবে।

এই প্লুরিসেতে কেবল স্বাভাবিক "প্লুরেল ফ্রিকশন" শব্দ শুনা যাইতে পারে, কিম্বা ক্রিপিটেন্ট স্বভাবের শব্দ শুনা যাইতে পারে। সাধারণতঃ ফুসফুসীয় টুউবারকুলোসিসের প্রথম অভ্যাগত শব্দ ছোট "ক্রেকলিং" রাল্‌স্ রূপে শুনা যায়; অর্থাৎ ছোট রাল্‌স্ গুলি স্পষ্ট শুনা যাইবে এবং "ক্রেকলিং" শব্দের মত শুনা যাইবে, উহাদের প্রধাণতঃ ইন্সপিরেশন শব্দের সহিত শুনা যায়; এমন কি কেবল ইন্সপিশেনের সময়েই শুনা যাইতে পারে। এই রকমের ছোট ক্রেকলিং রাল্‌স্‌কে প্লুরেল ফ্রিকশনের ক্রিপিটেন্ট শব্দের সহিত প্রভেদ করা এক প্রকার অসম্ভব হইয়া পড়ে ছোট ক্রেকলিং রাল্‌স্ গুলি আস্তে আস্তে নিশ্বাস লইলে, ইন্সপিরেশনের আরম্ভ হইবা মাত্রই শুনা যায় না, অর্থাৎ ইন্সপিরেশন আরম্ভ হইবার একটু পরে শুনা যায়; এবং প্লুরিসিতে যেমন এক্সপিরেশনের সময় ও শুনা যায়, ক্রেকলিং রাল্‌স্‌গুলিকে, এক্সপিরেশেনের সময় সাধারণতঃ শুনিতে পাওয়া যায় না। যদি অভ্যাগত শব্দ গুলি কাসিবার পর দূরীভূত হইয়া যায়, তাহালে উহারা প্লুরা হইতে উদ্ভূত নয় বলিয়া জানিবে; এবং কাসি-বার পরই যদি অভ্যাগত শব্দ শুনিতে পাওয়া যায়, তাহা হইলেও প্লুরার শব্দ নয় বলিয়া জানিবে। টুউবারকুলোসিস দ্বারা আক্রান্ত হইবার কিছুদিন পরে, "ক্লিকিং" রকমের শব্দ শুনা যাইতে পাবে। কেবল একটী বা দুটী "ক্লিক" শব্দ ইন্সপিরেশেনের সময় শুনা যাইতে পারে; যদি উহা শুনিতে পাওয়া যায়, তবে নিশ্চয় জানিও যে, একটী টিউবারকুলাস ফোকাস নরম হইতে আরম্ভ করিয়াছে। যখন ঐ ফোকাস বেশী রকম নরম হইতে অগ্রসর করিয়াছে, তখন নানারকমের ছোট বড় মাঝারি ক্রেকলিং রাল্‌স্ শুনা যাইতে পারে।

কখন কখন ছাতির সম্মুখের এবং পিছনের উপরিভাগ পরীক্ষা করিবার সময় কাসিবার পরই, রাল্‌সের মতন এক প্রকার শব্দ শুনিতে পাওয়া যায়; এই শব্দ রোগী

গিলিবার সময়, ইসোফেগাস হইতে উদ্ভূত হইয়া থাকে। তাহারা যে ইসোফেগাস হইতে উদ্ভূত হইয়াছে, তাহা চিনিবার উপায় এই যে, ঐ শব্দগুলি দুই দিকের ফুসফুসেই শুনিতে পাওয়া যায় এবং কাসিবার পর রোগীকে গিলিতে বারণ করিলে ঐ শব্দগুলি শুনা যায় না।

এই সম্ভবপর ভুল ছাড়া এবং প্লুরার অভ্যাগত শব্দ ছাড়া, এখন জিজ্ঞাসা করা যাইতে পারে যে, যদি একটী এপেক্সে কিম্বা দুটী এপেক্সে "ক্রেক্‌লিং" শব্দ শুনিতে পাওয়া যায় তাহা হইলে উহা দ্বারা টিউ-বারকুলাস "লিসন" হইয়াছে বলিয়া ঠিক নির্ণয় করা যাইতে পারে কিনা? উহার উত্তর ঠিক বলা যাইতে পারে না। প্রথমতঃ, মাট্রেল ষ্টিনোসিসের রাল্‌স শুনা যাইতে পারে। দ্বিতীয়তঃ যে সমস্ত রোগী আস্তে আস্তে নিশ্বাস লইতে অভ্যস্ত আছে, তাহারা যদি জোরে নিশ্বাস লয়, তাহা হইলে এখন পর্য্যন্ত যে সমস্ত স্থানীয় "এয়ার ভেসিকেল" কলেপ্স অবস্থায় ছিল, জোরে নিশ্বাস লওয়াতে সেই সমস্ত "এয়ার ভেসিকেল" মধ্যে বাতাস প্রবেশ করে এবং সেইজন্ম ক্রেক্‌লিং শব্দ শুনা যাইতে পারে; এম্ফিসিমা প্রযুক্ত লোকের ফুসফুসে প্রায়ই ঐ প্রকার শব্দ শুনা যাইতে পারে। এই প্রকার ক্রেক্‌লিং শব্দগুলি, অধিকক্ষণ ধরিয়া গভীর নিশ্বাস লইলে বা কয়েকবার ধরিয়া কাসিলে, আর শুনিতে পাওয়া যায় না; সুতরাং ঐরূপ ক্রেকলিং শব্দের কোন অর্থ নাই। কিন্তু যদি ছাতির উপরিভাগে একটী স্থানেই ক্রমাগত ক্রেক্‌লিং শব্দ সীমাবদ্ধ আছে শুনিতে পাওয়া যায়, তাহা হইলেও ফুস্‌ফুসীয় ক্ষয়কাস হইয়াছে বলিয়া নিশ্চয় করিয়া বলা যাইতে পারে না। ডাক্তার প্রাইস বলেন যে, কেবল ক্রেক্‌লিং শব্দ ফুস্‌ফুসের উপরিভাগে বর্ত্তমান থাকিতে শুনিয়া ফুস্‌ফুসীয় ক্ষয়কাস বলিয়া নির্ণয় করিতে, তিনি দেখিয়াছেন। এই ক্ষেত্রে আর অন্য কোন লক্ষণ ছিল না, কিন্তু ঐ ক্রেক্‌লিং শব্দগুলি বরাবর বর্ত্তমান ছিল। ঐ রোগী গুলিকে বিশেষ নজরের উপর রাখা হইয়াছিল এবং ফুস্‌ফুসীয় ক্ষয়কাস নির্ণয় করিবার যত প্রকার উপায় আছে তাহা সমস্তই প্রয়োগ করা হইয়াছিল; কিন্তু সেই সমস্ত উপায়ই নিষ্ফল হইয়াছে। এরূপ রোগী কখন কখন পাওয়া যায়। এই কারণে এবং পূর্ব্ববর্ণিত কতকগুলি কারণে বলা হইয়াছে যে, কেবল একটী লক্ষণ দেখিয়াই ফুস্‌ফুসীয় টিউবার-কুলোসিস হইয়াছে বলিয়া নির্ণয় করিও না। প্লুরার ফ্রিক্‌শন শব্দ কিম্বা ক্রেক্‌লিং রাল্‌স না শুনিতে পাইয়া, কেবল রক্সাই এবং "বাবলিং" রালস প্রথমেই শুনিতে পাওয়া যায়; উহারা অনেক সময়ে কাসিবার পর দূরীভূত হইয়া যায়। যখন এইরূপ রক্সাই বা "বাবলিং" রাল্‌স একটী এপেক্সে সীমাবদ্ধ হইয়া থাকে এবং অনেক দিন পর্য্যন্ত শুনিতে পাওয়া যায়, তখন উহাকে টিউবারকুলাস বলিয়া জানিবে; এবং খালি কাসি সর্দ্দি হইয়াছে বলিয়া মনে করিও না। এমতে দেখা যাইতেছে যে, ঐ সব অভ্যাগত শব্দের "স্থান"টীই বিশেষ দরকারী বিষয়। পূর্ব্বে ভোকেল ফ্রেমিটাস সম্বন্ধে যাহা বলা হইয়াছে "ভোকেল রেজো-নেন্স" সম্বন্ধেও সেই সব অর্থ বুঝিতে হইবে।

অন্যান্য ফুস্‌ফুসীয় পুরাতন রোগ।

এখন ফুস্‌ফুসের একটী এপেক্স আক্রান্ত হইয়াছে বলিয়া নির্ণয় করা গেল; উহা টিউবারকুলাস কি টিউবারকুলাস নহে—ঠিক করিতে হইবে। ইহা ছাড়া আরও দেখিতে হইবে যে, উহা একটিনোমাইকোসিস্, হাউ-ডেটিড, নূতন গঠন বা ব্রঙ্কি একটেসিস এর জন্য হইয়াছে। এই সব নিরূপণ করা তত কঠিন নহে।

ফুস্‌ফুসীয় টিউবারকুলোসিস্ নির্ণয়ের অন্যান্য উপায়।

আর কতকগুলি উপায়ে ফুস্‌ফুসীয় ক্ষয়-কাস নির্ণয় করা যাইতে পারে; নিম্নে সংক্ষেপে তাহার প্রণালী দেওয়া গেল।

১। রণ্টজেন রেজ। ফুস্‌ফুসীয় টিউ-বারকুলোসিস্ প্রথমাবস্থায় উহার দ্বারা পরীক্ষা করিলে, এক প্রকার ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ছায়া ফুস্‌ফুসের উপর দেখিতে পাওয়া যায় এবং আক্রান্ত দিকের ডায়েফ্রাম অনিয়মিত ভাবে নড়িতেছে বলিয়া দেখা যায়। ডাক্তার প্রাইস সাহেব বলেন, উপযুক্ত পরীক্ষকের দ্বারা অতি সাবধানের সহিত পরীক্ষা করাইয়া শারীরিক লক্ষণ না পাইবার পূর্ব্বে, রণ্টজেন রেজ দ্বারা পূর্ব্বোক্ত ছায়া দেখিতে পাওয়া যায় না, অর্থাৎ শারীরিক লক্ষণ যখন পরীক্ষা করিয়া পাওয়া যায়, তখন রণ্টজেন রেজ দ্বারাও বুঝিতে পারা যায়; সুতরাং উহার দ্বারা বিশেষ সুবিধা হইল না।

তা ছাড়া,ঐ প্রকার ছায়া, ফুস্‌ফুসে নূতন গঠন হইলে, দেখিতে পাওয়া যায়; এবং ডায়েফ্রামের কম নড়া, ফুস্‌ফুসীয় টিউবার-কুলোসিস ছাড়া, অন্যান্য রোগেও দেখিতে পাওয়া যায়।

২। কক্স পুরাতন টিউবারকুলিন ত্বকের নীচে ইন্‌জেক্ট করা। যদি উহা কতকগুলি নিয়মের অধীনে দেওয়া যায়, তাহা হইলে নিরাপদে ব্যবহার করা যাইতে পারে। নিম্নে তাহা দেওয়া গেল। যদি মুখের উত্তাপ ১০০ এফ হয়, যদি মুখ দিয়া রক্ত উঠিয়া থাকে, যদি ভয়ানকরূপ ব্রঙ্কাইটিস্ বা ব্রঙ্কি-একটেসিস বর্ত্তমান থাকে, যদি ফুস্‌ফুসীয় টিউবারকুলোসিস্ এর নির্দ্দিষ্ট লক্ষণাবলী বর্ত্তমান থাকে বা কফের সহিত টিউবার-কেল বেসিলাই পাওয়া যায়, তাহা হইলে উহা কদাচ ব্যবহার করিও না। পক্ষান্তরে, যদি উপরোক্ত লক্ষণ বর্ত্তমান না থাকে এবং অন্যান্য উপায়ের দ্বারা ঐ রোগ নিরূপণ করিতে না পারা যায়, তাহা হইলে ঐ উপায় অবলম্বন করিবে। যদিও কোন কোন ক্ষেত্রে দেখা গিয়াছে যে, নন টিউবারকুলাস রোগীতেও উহার প্রতিক্রিয়া পাওয়া গিয়াছে, এবং কোন কোন ক্ষেত্রে প্রকৃত টিউবার-কুলাস রোগীতেও উহার প্রতিক্রিয়া পাওয়া যাই নাই, তথাপি ঐ উপায় দ্বারা প্রতিক্রিয়া পাইলেই, টিউবারকুলোসিস হইয়াছে বলিয়া আমরা প্রায়ই নিশ্চয়ই করিয়া বলিতে পারি। আমাদের ইহাও মনে রাখিতে হইবে যে, ফুসফুস এবং প্লুরা ছাড়া শরীরের অন্যান্য স্থানে টিউবারকুলোসিস হইলেও, আমার উহার প্রতিক্রিয়া পাইতে পারি। প্রথমে আমরা ·০০১ কিউবিক সেণ্টিমিটার টিউবারকুলিন ইনজেকট করিতে পারি; যদি ৪৮ ঘণ্টার

মধ্যে কোন প্রতিক্রিয়া না পাওয়া যায়, তাহালে আবার আর একবার উহার দ্বিগুণ মাত্রায় ইন্‌জেকট করিতে পারি। উহার দ্বারা যদি সামান্য রূপেও শরীরের উত্তাপ বৃদ্ধি হইয়া থাকে, তাহা হইলে আবার ৪৮ ঘণ্টা পরে আর একবার ঐ মাত্রায় ইনজেকট করিবে। যদি এই বারের ইনজেকশনেব প্রতিক্রিয়া, পূর্ব্ববারের ইনজেকশনের প্রতিক্রিয়ার চেয়ে বেশী ভাবে পাওয়া যায়, তাহালে জানিবে যে, ঐ রোগীটী টিউবারকুলাস। যদি কোন প্রতিক্রিয়া না পাও তাহা হইলে টিউবারকুলাস নয় বলিয়া বুঝিতে হইবে। ভন্‌পির কেটের কিউটেনিয়স্‌ প্রতিক্রিয়া এবং কালমেটের কনজাংটাইভার পরীক্ষা—অনেক সময়ে "পজিটিভ" কি "নেগেটিভ" স্থির করা যায় না। ঐ দুই প্রকার পরীক্ষাতেই ফুস্‌ফুসীয় টিউবারকুলোসিসের শেষ অবস্থায়, কোন প্রতিক্রিয়া না পাওয়া যাইতে পারে। এই দুই প্রকার পরীক্ষা শিশুদের তিন বৎসর বয়স পর্য্যন্ত, বয়স প্রাপ্ত লোকের অপেক্ষা, বিশেষ উপযোগী। যখন কোন ফুস্‌ফুসীয় টিউবারকুলোসিসেব কোন পেথোলজিকেল প্রমাণ থাকিবে, তখন উহার প্রতিক্রিয়া পাইবে, যদিও ঐ সময়ে কোন "ক্লিনিকেল" প্রমাণ না পাওয়া যাইতে পারে। যদি চক্ষের কোন পীড়া বর্ত্তমান থাকে, তাহা হইলে, কালমেটের কন্‌জাংটাইভার পরীক্ষা করিও না। অনেক সময়ে সময়ে চক্ষু রোগ না থাকিলেও, চক্ষুর অনিষ্ট হইবার সম্ভাবনা আছে।

স্যাল্‌ভারশন্‌—উপদংশ।

লেখক রায়সাহেব শ্রীযুক্ত ডাক্তার গিরীশচন্দ্র বাগছী।

চিকিৎসক মণ্ডলীতে ন্যূনাধিক দুই বৎসর কাল স্যালভারশন সম্বন্ধে আলোচনা হইতেছে। চিকিৎসা বিষয়ক পত্রিকা সমূহে এতৎসম্বন্ধে বিস্তর আলোচনা হইতেছে। কিন্তু আমরা এই সুদীর্ঘকাল নীরবে আছি। কেন? ইহার উত্তরে এই মাত্র বলিলেই যথেষ্ট হইবে যে, স্যাল্‌ভারশন্‌ আর্সেনিকের প্রয়োগরূপ। আর্সেনিক সম্বন্ধে চিরকালই এইরূপ আলোচনা হইয়া আসিতেছে। "হরিতাল ভস্ম সর্ব্বরোগ বিনাশক" এ কথা আমাদের দেশে চিরকাল প্রচলিত আছে। যেমন রাসায়নজ্ঞ পারদ হইতে স্বর্ণ প্রস্তুত করার জন্য চিরকাল চেষ্টা করিয়া আসিতেছেন। এই চেষ্টাব ফলে স্বর্ণ প্রস্তুত না হইলেও অনেক বহুমূল্য বস্তু প্রস্তুত হইয়াছে। তদ্রূপ চিকিৎসকের এইরূপ চেষ্টার আর্সেনিক হইতে সর্ব্বরোগ নাশক মহৌষধ প্রস্তুত না হইলেও অনেক বিশেষ উপকারী ঔষধ প্রস্তুত হইতেছে।

স্যালভারসন ঐরূপ উদ্যমের ফলে আর্সেনিক হইতে প্রস্তুত। প্রথম ইহা বহু রোগনাশক বলিয়া কথিত হইয়াছিল। কেবল তাহাই নহে, ইহা দ্বারা কোন মন্দ ফলের উৎপত্তি হয় না, ইহাও কথিত হইয়া-

ছিল। তজ্জন্যই আমরা নীরব ছিলাম। কারণ আর্সেনিক হইতে প্রস্তুত ঔষধে কোন অনিষ্ট হইতে পারে না—আমরা তাহা বিশ্বাস করিতে পারি নাই। ফলেও তাহাই হইয়াছে —বহুস্থলে বহুবিধ প্রণালীতে প্রয়োজিত হওয়াতে ইহার বিস্তর মন্দফলের বিবরণ—বিশেষতঃ জীবন নষ্ট হওয়ার বিবরণ প্রকাশিত হইয়াছে। পরন্তু কোন কোন মতে উপদংশ পীড়াতেই ইহা বিশেষ উপকারী ঔষধ বলিয়া কথিত হইতেছে। সুতরাং আমাদের পক্ষে ইহার আলোচনার সময় উপস্থিত হইয়াছে।

উপদংশ পীড়ার চিকিৎসায় আর্সেনিক প্রয়োগ এই নূতন নহে—বহুকাল হইতে—অষ্টাদশ খৃষ্টাব্দের মধ্যাংশ হইতে উপদংশে আর্সেনিক—হরিতাল—সালফাইড অফ আর্সেনিকরূপে প্রয়োজিত হইয়া শেষে বর্ত্তমান সময়ে ডনভন সলিউশনরূপে প্রয়োজিত হইতেছে। ইহা দ্বারা যে সুফল পাওয়া যায় তাহারও কোন সন্দেহ নাই। যে স্থলে পারদ সহ্য হয় না—সহজে লাল নিঃসরণ ইহাতে থাকে, তৎসহ আইওডাইডও সহ্য হয় না। সেইরূপ স্থলে ষোড়শ খৃষ্টাব্দে ডাক্তার হফমান মহাশয় আর্সেনিক প্রয়োগ করিতেন। উপদংশ পীড়ার আর্সেনিকের প্রয়োগ বোধ হয় ইহা হইতে আরম্ভ হইয়াছে। তৎ সময়ের সিদ্ধান্ত মতে উপদংশ জন্য যে স্থলে গুটিকার উৎপত্তি, রক্ত হীনতা, অস্থি আবরক ঝিল্লির প্রদাহ, সে স্থলে আর্সেনিক অধিক সুফল প্রদান করিয়া থাকে। উপদংশ পীড়ার শেষ অবস্থায় আর্সেনিয়াস এসিডও বহুকাল হইতে প্রয়োজিত হইয়া আসিয়াছে। উপদংশ পীড়ায় চিকিৎসায় পারদ প্রয়োগ করিয়া উপকার পাওয়া যায়। ডাক্তার হারফিল্ড মহাশয় লাইকর সোডি আর্সেনিয়াস পেশী মধ্যে প্রয়োগ করিয়া অনেকস্থলেই সুফল লাভ করিয়াছেন। ইহাও বহু পুরাতন কথা। ইঁহার চিকিৎসাধীনস্থ একটী রোগীকে পাঁচ বৎসর কাল পারদ দ্বারা চিকিৎসা করেন। একবার উপকার হয়, আবার মন্দ লক্ষণ সমূহ উপস্থিত হয়। শেষে ইনি ইহাকে ২৪ বার আর্সেনিক দ্রব পেশী মধ্যে প্রয়োগ করিয়া নিঃশেষ আরোগ্য করিতে সক্ষম হন। তখন আর ওয়াশার ম্যানের প্রতিক্রিয়া উপস্থিত হয় নাই।

ইহার পরেই Bechamp মহাশ অটক্সিল আবিষ্কার করেন। তজ্জন্য উপদংশ পীড়ায় আর্সেনিক প্রয়োগের পুনর্ব্বার নূতন উদ্যম আরম্ভ হয়। এই ঔষধ প্রথমে উপদংশ গ্রস্ত অপর জন্তুর শরীরে প্রয়োগ করিয়া পরীক্ষা আরম্ভ করা হয়। তাহাতে সুফল হওয়ায় উপদংশ গ্রস্থ মানব শরীরেও প্রয়োগ আরম্ভ হয়। প্রথমে কেবল সুফল হয়—কোন মন্দ ফল হয় না—ইহাই প্রচারিত হইয়াছিল। কিন্তু এই সুনাম অধিক দিনস্থায়ী হইতে পারে নাই। অল্প সময় পরে যখন অনেক লোকে প্রয়োগ আরম্ভ করিলেন, তখন ইহার কুফল সমূহ প্রচারিত হইতে আরম্ভ হইল। অটক্সিল প্রয়োগে বিবমিষা, বমন, পাকস্থলীর উত্তেজনা, মাংসপেশীর বেদনা, চক্ষুর স্নায়ুর প্রদাহ, এবং শেষ সম্পূর্ণ অন্ধ হওয়ার বিবরণ প্রকাশিত হইতে লাগিল। ডাক্তার কচ মহাশয় নিদ্রালু পীড়াগ্রস্ত যে সমস্ত রোগীর অটক্সিল দ্বারা চিকিৎসা করিয়াছিলেন, তাহার মধ্যে শতকরা ১৫ জন রোগী অন্ধ হইয়া

গেল। ষ্টিনডফ মহাশয় অটক্সিল দ্বারা চিকিৎসার ফলে ২৫ জন অন্ধরোগীর বিবরণ সংগ্রহ করিয়া প্রকাশিত করিলেন। ২·৪ গ্রাম অটক্সিল সেবনে একজনের এক সপ্তাহ মধ্যে মৃত্যু হইল। তখন অটক্সিল সম্বন্ধে বিশেষ আলোচনা আরম্ভ হইল। Ehrlich মহাশয় আর্সেনিক শরীর মধ্যে কি কার্য্য করে—তাহার অনুসন্ধান আরম্ভ করিলেন। ইনি পরীক্ষা করিয়া দেখিলেন যে, অটক্সিল শরীর মধ্যে প্যারা-এমিডো-ফেনাইল-আর্সেন অক্সাইডরূপে পরিবর্ত্তিত হইয়া কার্য্য করে। এই উপলক্ষে তিনি বহু শত আর্সেনিকের যৌগিক পদার্থ পরীক্ষা করিয়াছেন। ঐ পরীক্ষার ফলে তিনি এইরূপ সিদ্ধান্তে সমাগত হইয়াছেন যে, ট্রাইপেনেজোমেস আর্সেনিক গ্রহণ করে সত্য কিন্তু তাহা পাঁচমিলন ভাগে গৃহীত না হইয়া তিন মিলন ভাগে গৃহীত হইয়া থাকে। কিন্তু অটক্সিলের আর্সেনিক পাঁচ মিলন ভাগে মিলিত থাকে।

অটক্সিল প্রয়োগ করিয়া সুফল না পাওয়ায় বরং মন্দ ফল অধিক উপস্থিত হওয়ায় এবং আর্সেনিক হইতে অব্যর্থ মহৌষধ আবিষ্কার করার অব্যাহত চেষ্টায় সোয়ামিন এবং আর্সেসিটিন আবিষ্কৃত হইয়া চিকিৎসা কার্য্য ক্ষেত্রে উপস্থিত হইল। এই ঔষধদ্বয় অটক্সিল হইতে অপেক্ষাকৃত নিরাপদ হইলেও চিকিৎসা ক্ষেত্রে ইহা স্থায়ী হইতে পারে নাই। চিকিৎসকগণ অল্প দিন মাত্র এই ঔষধ দ্বয় প্রয়োগ করিয়াই আর অধিক প্রয়োগ জন্য আগ্রহ প্রকাশ করিলেন না। তৎপর Fhrlick মহাশয় প্রথমে আর্সেনো ফেনাইল গ্লিসিন, পরে স্যালভারসন আবিষ্কার করিয়াছেন।

স্যালভারসন কেবলমাত্র আর্সেনিক হইতে প্রস্তুত নূতন ঔষধ নহে। অভিনব মিশ্রিত প্রণালীর ঔষধ। এই ঔষধ মধ্যে যে পরিমাণ আর্সেনিক আছে, তাহার তুলনায় যে প্রয়োগ ফল পাওয়া যায়, তাহা সম্ভবপর হয় না। অন্যান্য ঔষধের সম্মিলনে অভিনব প্রণালীতে সম্মিলিত হয় বলিয়া স্যালভারসনের ক্রিয়া প্রকাশিত হয়। ঐ ক্রিয়া কেবল মাত্র আর্সেনিক জন্য হইতে পারে না। স্যালভার সন মধ্যে আর্সেনিক ত্রিমিলন ভাগে সম্মিলিত হয়। বেঞ্জোলবিংয়ে দৃঢ়ভাবে সম্মিলিত। ইহার স্পাইরাল শ্রেণীর রোগ জীবাণু নাশক শক্তি জন্য $OHNO_2$ শ্রেণীর পদার্থ দ্বারা বেঞ্জোল রিংয়ের পরিবর্ত্তন করিয়া লইতে হয়। নতুবা স্যালভারসনের উক্ত রোগ-জীবাণু নাশকশক্তি জন্মে না।

Morphy প্রভৃতি অনেকে স্যালভারসন প্রস্তুত হওয়ার পূর্ব্ব হইতে সোডিয়ম কোকোডাইলেট নামক আর্সেনিক হইতে প্রস্তুত ঔষধ দ্বারা উপদংশ পীড়া বিনষ্ট হয় বলিয়া প্রচার করিয়া আসিতেছেন। অনেক রোগীর আরোগ্য হওয়ার বিবরণও পত্রিকায় প্রকাশিত হইয়া থাকে। কিন্তু কার্য্যক্ষেত্রে এই ঔষধ কোন প্রতিপত্তি লাভ করিতে পারে নাই। কলিকাতায় যে সকল চিকিৎসক কেবল মাত্র অপ্রচলিত ঔষধ ব্যবহার করিয়া থাকেন, তাঁহারা ব্যতীত অপর সাধারণ চিকিৎসক এই ঔষধ ব্যবস্থা করেন না। অনেকে কোকোডাই লেটের এই এক প্রসংশা করেন যে, ইহা দ্বারা

সহজে বিষক্রিয়া উপস্থিত হয় না। কিন্তু বিশেষ বিবেচনা করিয়া দেখিলে দেখিতে পাওয়া যায় যে,ইহাতে যে পরিমাণ আর্সেনিক আছে, তাহার অধিকাংশ শরীর মধ্যে বিসমাসিত হয় না। অতি সামান্য পরিমাণ কোকোডাইলিক এসিড ঔষধ হইতে বিমুক্ত হইয়া শরীরের বিধানে কার্য্য করে। অবশিষ্ট অংশ অপরিবর্ত্তিত অবস্থায় প্রস্রাবের সহিত শরীর হইতে বহির্গত হইয়া যায়।

নিকলস মহাশয় কোকাডাইলেট এবং স্যালভারসন উভয় ঔষধ পরস্পর তুলনা করিয়া পরীক্ষা করিয়াছেন। সুস্থ শশকের শরীরে দৈহিক ওজনের সের প্রতিশিরা মধ্যে ০.০২ গ্রাম এবং অধস্থাচিক প্রণালীতে ০.০৩ গ্রাম কোকোডাইলেট প্রয়োগ করিলে তাহা বেশ সহ্য হয়। শশকের শরীরে উপদংশ বীজ প্রয়োগ করিয়া ০.১৫ গ্রাম প্রয়োগ করিলেও কোন পরিবর্ত্তন লক্ষিত হয় না—উপদংশ জীবাণু—স্পাইরোসিটীর বা তজ্জাত লক্ষণের কোন পরিবর্ত্তন হয় না। কিন্তু স্যালভারশন প্রয়োগ করায় উভয়ই অন্তর্হিত হইতে দেখাগিয়াছে। উভয়ের আময়িক প্রয়োগের মাত্রা সম্বন্ধেও একটু বিশেষত্ব আছে। স্যালভারশনের মারাত্মক মাত্রার এক সপ্তমাংশ হইতে এক দশমাংশ মাত্র আময়িক প্রয়োগের মাত্রা। অপর পক্ষে সোডিয়ম কোকোডাইলেটের আময়িক মাত্রা মারাত্মক মাত্রায় সমান বা তদপেক্ষা আরো অধিক। এই সম্বন্ধে বিবেচনা করিতে হইলে স্যালভারশনই অপেক্ষাকৃত নিরাপদ বলিয়া বোধ হয়।

স্যালভারসনের আর্সেনিকই প্রধান ঔষধ। উপদংশ পীড়ায়—ত্বকের পীড়ায় এই আর্সেনিক বহুকাল হইতে প্রয়োজিত হইয়া আসিতেছে। সুতরাং আর্সেনিক কিরূপে কার্য্য করে এইস্থলে তাহার আলোচনা করিলে বোধ হয়, অপ্রাসঙ্গিক হইবে না।

আর্সেনিক শরীর মধ্যে অণ্ডলালের সহিত মিশ্রিত হয় না। বা কৌষিক বিধানের কার্য্যেরও কোন বিঘ্ন উপস্থিত করে না। প্রোটোপ্লাজমের উত্তেজনা উপস্থিত করিয়া তাহার কার্য্য করার শক্তি বৃদ্ধি করিয়া দেয় মাত্র। আর্সেনিক অম্লজান সংযোগে দুই প্রকার লবণ প্রস্তুত করে। এক, দুই পরমাণু আর্সেনিক এবং তিন পরমাণু অম্লজান (AS_2O_3) অপর—দুই পরমাণু আর্সেনিক ও পাঁচ পরমাণু অম্লজান (AS_2O_5)। এই ভাগে অম্লজানযুক্ত আর্সেনিক বায়ু, জল, ও যান্ত্রিক পদার্থ সহ সম্মিলিত হইলে ইহার দুই ভাগ অম্লজান বিযুক্ত হইয়া যায়, কেবলমাত্র তিনপরমাণু অম্লজানযুক্ত আর্সেনিকে পরিবর্ত্তিত হয়। জীবিত বিধানের বা মরনোন্মুখ বিধানেও এই বিশ্লেষণ হইতে পারে, কিন্তু মৃতবিধানে কোনরূপ পরিবর্ত্তন বিশ্লেষণ উপস্থিত হয় না অর্থাৎ আর্সেনিক হইতে অম্লজান বিসমাসিত হয় না। তবে সীসা, দীপক, রসাঞ্জন ও যবক্ষারজান প্রভৃতির সন্নিধানে যে অম্লজানের বিশ্লেষণ হয়, তাহা ভিন্ন প্রভৃতির।

উল্লিখিত প্রণালীতে অম্লজান বিযুক্ত হইয়া অল্পে অল্পে পরিমিত পরিমাণ সঞ্চিত হইলে পরিপোষণের উন্নতি সাধন করে। ইহার প্রমাণার্থ উদাহরণ দেখান যাইতে পারে যে, যদি অশ্ব ও মেষ প্রভৃতিকে আর্সেনিক সেবন করান যায়,তাহা হইলে তাহাদের-

চর্ম্মের উন্নতি সাধিত হয়। আয়তনও পরিবর্দ্ধিত হয়। Giess পরীক্ষা করিয়া দেখিয়াছেন—শশককে আর্সেনিক সেবন করা হইলে তাহার দেহ আপেক্ষাকৃত অনেক বড় হয়, শ্বাসপ্রশ্বাস যন্ত্রের কার্য্য অধিক হইতে থাকে—অম্লজান বাষ্প অধিক গৃহীত হয়—কৌষিক বিধানের পরিপোষণ কার্য্য শীঘ্র শীঘ্র সম্পন্ন হয়। এই কার্য্য অধিক হইতে থাকিলে শেষে গঠনে অবসন্নতা, অপকর্ষতা, ক্ষয় এবং পরিশেষে মৃত্যু আসিয়া উপস্থিত হয়।

ইপিথীলিয়ম আর্সেনিকের সহিত সম্মিলিত হইবার জন্য বিশেষ আগ্রহ প্রকাশ করে। এই জন্য আর্সেনিক দ্বারা বিষাক্ত হইলে ত্বকে তাহার নানারূপ লক্ষণ প্রকাশিত হয়।

আর্সেনিক ত্বকের সর্ব্বগভীরস্তরে উপস্থিত হইয়া পর পর কোষ হইতে কোষান্তরে যাইয়া সর্ব্বশেষে উপত্বকে যাইয়া আঁইসের মত হইয়া উঠিয়া যায়। প্রথমে পরিপোষণ কার্য্যের সাহায্য করে। শেষে অতিরিক্ত পোষিত হওয়ায় অপকর্ষতা উপস্থিত হয়। নানাপ্রকার বর্ণক পদার্থ সঞ্চিত হয়। সর্ব্বশেষে তাহার ক্ষয় হইতে আরম্ভ হয়। উপত্বক অত্যন্ত পাতলা হয়, তত্রস্থিত স্বেদ ও মেদ নিঃস্রারক গ্রন্থি সমূহ পর্য্যন্ত ক্ষয় হইয়া যায়।

ত্বকের উপর আর্সেনিকের উক্ত কার্য্য পর্য্যালোচনা করিলে ইহাই ধারণা করা যায় যে, আর্সেনিক ত্বকের পীড়ায় বিশেষ উপকারী ঔষধ সত্য কিন্তু অতি সাবধানে বিশেষরূপে সতর্ক হইয়া প্রয়োগ না করিলে এতদ্বারা বিশেষ বিপদ উপস্থিত হইতে পারে। বিশেষতঃ পুরাতন পীড়ায় যে সকল স্থলে অধিক দিন ঔষধ প্রয়োগ করিতে হইবে, সে সকল স্থলে এই সকল বিষয়ে বিশেষ লক্ষ্য রাখিতে হইবে।—স্যালভারসন আর্সেনিক সংশ্লিষ্ট ঔষধ সুতরাং এতৎ সম্বন্ধেও ঐ একই কথা।

প্রায় দুই বৎসর যাবৎ স্যালভারসন প্রয়োজিত হওয়ায় বিভিন্নদেশের ভিন্ন ভিন্ন চিকিৎসকের এতৎ সম্বন্ধে যে সমস্ত অভিজ্ঞতার ফল প্রকাশিত হইয়াছে। আমরা ক্রমে ক্রমে সেই সমস্ত হইতে জ্ঞাতব্য বিষয় সমূহ সঙ্কলিত করিতে চেষ্টা করিব।

আমরা প্রথমেই অধ্যাপক Ehrlick মহাশয় স্যালভারসনের সহিত যে কাগজ দেন, তাহাতে বর্ণিত বিষয় সঙ্কলিত করিতেছি—

আর্সেনিকের প্রয়োগরূপ

নং ৬০৬।

রাসায়নিক নাম :—ডাইঅক্সিডাই

এমিডো-আর্সেনো-বেন্‌জিন

ডাইহাইড্রোক্লোরাইড।

রেজেষ্টারী করা নাম

স্যালভারসন।

স্যালভারসন পীতবর্ণ বিশিষ্ট চূর্ণ, দেখিতে প্রায় হরিতাল চূর্ণের অনুরূপ। উগ্র, অম্লাক্ত, জলে দ্রবনীয়।

রাসায়নিক সঙ্কেত

$C_{12}H_{12}N_2O_2As_2 2HCe + 2H_2O$

আময়িক প্রয়োগ।—সর্ব্বপ্রকার উপদংশজ পীড়া। পীড়ার প্রথম অবস্থায় প্রয়োগ করিলে শীঘ্র ভাল ফল হয়। তৎ ব্যতীত প্রত্যাবর্ত্তক জ্বর, ম্যালেরিয়ার জ্বর, ফাইলেরিয়া জাতপীড়া।

অপকারী—শোণিত সঞ্চালন যন্ত্রের পীড়া, কৈন্দ্রিক স্নায়বীয় অপকর্ষতা, বায়ু নলীর প্রদাহ, দুর্গন্ধ স্রাব, ধাতু প্রকৃতির বিশেষত্ব, উপদংশজ কারণ ব্যতীত অপর কারণ জাত রক্তহীনতা, মধু মূত্র পীড়া, বৃক্কের প্রদাহ, টিউবারকিউলাসিস, এবং চক্ষের পীড়ায় স্যালভারসন প্রয়োগ করিতে হইলে বিশেষ সাবধান হইতে হয়।

মাত্রা—

স্ত্রীলোক—০.৩—০.৪ গ্রাম
৪½—৬ গ্রেণ।

পুরুষ—০.৪—০.৫ গ্রাম
৬—৭½ গ্রেণ

শিরা মধ্যে প্রয়োগ করিতে হইলেও ঐ মাত্রা। ৩।৪ সপ্তাহ পর আবার প্রয়োগ করিতে হয়। মধ্য সময়ে পারদীয় চিকিৎসা করা যাইতে পারে। দুর্ব্বল, অবসাদগ্রস্ত, স্নায়বীয় কেন্দ্রের পীড়ায়, হৃদপিণ্ডের পীড়ায় প্রয়োগ করা আবশ্যক হইলে বিশেষ সাবধান হইয়া প্রয়োগ করা আবশ্যক। মাত্রা ১½ বা ৩ গ্রেণ, বা ৪ গ্রেণ করিতে হয়, এই অল্প মাত্রায় সহ্য হইলে পরে আরো প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

পেশী মধ্যে বা ত্বক নিম্নে প্রয়োগ—অল্পমাত্রায় অর্থাৎ ০.৫ গ্রাম (৭½ গ্রেণ) মাত্রায় প্রয়োগ করিলে হয় তো যথেষ্ট না হইতে পারে, অর্থাৎ লক্ষণ সমূহ অন্তর্হিত না হইতে পারে, বা পুনর্ব্বার লক্ষণ সমূহ প্রকাশ হইতে পারে। এই জন্য এইরূপ প্রয়োগ করার পর—কয়েক দিবস পরে অন্ততঃ এক সপ্তাহ পরে আর এক বার শিরা মধ্যে প্রয়োগ করিলেও আর একবার প্রয়োগ করা আবশ্যক।

পেশী মধ্যে অল্পমাত্রায় পুনঃ পুনঃ প্রয়োগ]—১½ বা ৩ গ্রেণ মাত্রায় তৈলের সহিত মণ্ডরূপে প্রত্যেক তৃতীয় দিনে প্রয়োগ করা হয়। এইরূপে পূর্ণমাত্রায়—১৮ গ্রেণ পর্য্যন্ত প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

বালকদিগের পক্ষে মাত্রা—৩…৪½ গ্রেণ
স্তন্যপায়ী শিশুর পক্ষে মাত্রা ১—½ গ্রেণ।

প্রয়োগ প্রণালী।

শিরার মধ্যে প্রয়োগ প্রণালী—নিম্নলিখিত প্রণালীতে ক্ষারাক্ত দ্রব প্রস্তুত করিয়া প্রয়োগ করায় কোন মন্দ লক্ষণ উপস্থিত হয় নাই।

সোডিয়ম হাইড্রো অক্সাইড ১.৫ গ্রাম
পরিস্রুত জল—৪.৫ c c m
দ্রব প্রস্তুত করিবে।

তৎপর—আবশ্যকানুসারে অর্থাৎ স্যালভারসনের পরিমাণ অনুসারে নিম্নলিখিত প্রণালী ক্রমে স্যালভারসন সহ মর্দ্দন করিয়া দ্রব মিশ্রিত করিবে।

স্যালভারসন—		সোডা দ্রব
০.৬	গ্রাম	২৩—২৪ ফোঁটা
০, ৫	,,	—১৯—২০ ,,
০, ৪	,,	—১৫—১৬ ,,
০, ৩	,,	—১২— ,,
০, ২	,,	— ৪— ,,

শিরা ও পেশী মধ্যে প্রয়োগ জন্য স্যালভারসনের ক্ষারাক্ত দ্রব প্রস্তুত নিয়ম।

৩০০ c ধরে এমন একটী মাপ করার অঙ্ক দ্বারা চিহ্নিত বিশুদ্ধ পরিষ্কৃত কাচের

নলের মধ্যে ৫০ কাঁচমগুলী ৩০—৪০ c c বিশুদ্ধ পরিস্রুত জল থাকিবে। ইহার মধ্যে ০, ৫ গ্রাম স্যালভারসন দ্বারা উত্তমরূপে আলোড়িত করিয়া উত্তম দ্রব প্রস্তুত করিবে। এমন ভাবে দ্রব করিতে হইবে যে, তাহাতে একটুও অদ্রব পদার্থ দৃষ্ট না হয়। পরিষ্কার দ্রব হয়। তৎপর পূর্ব্ব বর্ণিত তালিকার নিয়ম অনুসারে শতকরা ১৫ অংশের কষ্টিক সোডা দ্রব—১৯ ফোটা মিশ্রিত করিবে। এই দ্রব সম্মিলিত করিলেই আরো অধঃ পতিত পদার্থ দৃষ্ট হইবে। পুনর্ব্বার পুনঃ পুনঃ আলোড়িত করিয়া তাহাও দ্রব করিয়া লইতে হইবে। তৎপরে ২৫০ c. c. বিশুদ্ধ পরিস্রুত জল ও শতকরা আদশক্তির রাসায়নিক মতে বিশুদ্ধ ক্লোরাইড সোডিয়ম দ্বারা প্রস্তুত লবণ দ্রব মিশ্রিত করিয়া লইবে। যদি সামান্য পরিষ্কার বোধ হয় তাহা হইলে পূর্ব্বোক্ত কষ্টিক সোডা দ্রব এক ফোটা দিয়া দুই তিন মিনিট অপেক্ষা করিবে। তাহাতে পরিষ্কার না হইলে ঐ প্রণালীতে আরো কষ্টিক সোডা দ্রব সংযোগ করিতে হইবে।

এইরূপে প্রস্তুত স্যালভারসন দ্রবের ৫০ c.c.m তে ০ '১ গ্রাম (১' গ্রেণ) স্যালভারসন বর্ত্তমান থাকে। তদনুসারে যত স্যালভার প্রয়োগ করিতে হইবে। তাহা আমরা হিসাব করিয়া লইয়া প্রয়োগ করিতে পারি।

ঐ প্রণালীর কাচের মাপের অঙ্কদ্বারা চিহ্নিত নির্দ্দিষ্ট আকৃতির যন্ত্র না পাইলে কাঁচের ছিপিযুক্ত কোন সরু কাঁচনলেও ঐরূপ গাঢ় দ্রব প্রস্তুত করিয়া রাখা যাইতে পারে।

পেশীমধ্যে প্রয়োগ জন্য উল্লিখিত দ্রবও প্রয়োগ করা যাইতে পারে। তবে এইরূপ প্রয়োগের জন্য নিম্নলিখিত প্রণালীতে ক্ষারাক্ত দ্রব প্রস্তুত করিয়া প্রয়োগ করাই সুবিধা। এইরূপে প্রয়োগ জন্য সাধারণত সমষ্টিতে ৫ c. c. m দ্রব, হইলেই যথেষ্ট হয়। তজ্জন্য ০'৫ গ্রাম স্যালফারসন একটী পরিস্কৃত বিশুদ্ধ কাঁচের খলে রাখিয়া তাহাতে শত করা ১৫ শক্তির কষ্টিক সোডা সলিউশন ১৯ ফোটা দিয়া কাঁচের দণ্ড দ্বারা উত্তমরূপে মর্দ্দন করিয়া এমন দ্রব প্রস্তুত করিতে হইবে যে, তাহাতে অদ্রব কিছুই না থাকে। তৎপরে আবশ্যকীয় পরিমাণ বিশুদ্ধ পরিস্রুত জল মিশ্রিত করিতে হইবে।

এই দ্রব নিতম্বদেশের—বাহ্য ও উর্দ্ধাংশে পেশী মধ্যে অতি ধীরভাবে গভীরস্তরে প্রয়োগ করিতে হইবে। এমন সাবধানে করিতে হইবে যে, পেশী আহত হইয়া রক্ত স্রাব না হয়, বা সায়টিক স্নায়ুর নিকট ঔষধ প্রয়োজিত না হয়।

ত্বকনিম্নে প্রয়োগ—উল্লিখিত প্রণালীতে কাঁচের খলে স্যালভারসন রাখিয়া তৎসহ উপযুক্ত পরিমাণ বিশুদ্ধ পরিস্কৃত তিল তৈল, জলপাইয়ের তৈল বা বাদাম তৈলদিয়া উত্তমরূপে কাঁচের নোড়া দ্বারা মর্দ্দন করিয়া প্রয়োগ করা হয়।

সমক্ষারাম্ল দ্রব। সামাক্ষারাম্ল দ্রব প্রয়োগ করিতে হইলে পরিস্কৃত বিশুদ্ধ একটী ছোট কাঁচের খলে স্যালভারসন চূর্ণ রাখিয়া তৎসহ শতকরা ১৫ শক্তির কষ্টিক সোডা দ্রব ৮ ফোঁটা দিয়া উত্তমরূপে মর্দ্দন করিয়া বিশুদ্ধ দ্রব প্রস্তুত করিতে হইবে। এই সোডা দ্রব এক ফোঁটা এক ফোঁটা করিয়া দিতে হইবে এবং ক্রমান্বয়ে মর্দ্দন

করিতে হইবে। বিশুদ্ধ পরিস্রুত জল দ্বারা সমষ্টিতে ১০ ccm দ্রব প্রস্তুত করিতে হইবে। উত্তমরূপে দ্রব করিতে হইলে তাহার একটু কাঁচের দণ্ড দ্বারা লিটমস কাগজে দিয়া দেখিতে হইবে যে, সমক্ষারাম্ল হইয়াছে কি না, না হইলে আবশ্যকানুসারে অর্থাৎ যদি অম্ল অধিক হইয়া থাকে তাহা হইলে এক ফোঁটা কষ্টিক সোডা দ্রব অথবা যদি ক্ষার বেশী হইয়া থাকে তাহা হইলে B. P. এর নির্দ্দিষ্ট হাইড্রোক্লোরিকএসিড ডাইলুট এককোঁটা মিশ্রিত করিয়া লইতে হইবে। এইরূপে সমক্ষারাম্ল না হওয়া পর্য্যন্ত ক্ষার বা অম্ল দ্রব মিশ্রিত করিতে হয়।

অধস্ত্বাচিক প্রণালীতে প্রয়োগ করিতে হইলে পৃষ্ঠদেশে মেরুদণ্ডের পার্শ্বে স্ক্যাপুলার অভ্যন্তরদিকে উর্দ্ধ হইতে নিম্নাভি মুখে প্রয়োগ করিতে হয়।

যেস্থানে পেশী মধ্যেই হউক বা ত্বক নিম্নেই হউক প্রযোজ্য স্থানের পচনদোষ বিনাশ করিয়া লইতে হয়। প্রয়োগের পুর্ব্বে সেই স্থানে টিংচার আইওডিন বা বেঞ্জিন প্রয়োগ করিতে হয়।

প্রয়োগ করার পর তৎস্থানে অঙ্গুলি সঞ্চালন করিয়া অভ্যন্তরস্থিত তরল পদার্থ সকলদিকে পরিচালিত করিয়া দিতে হয়।

স্নায়ু প্রধান ধাতু প্রকৃতির লোকের শরীরে বেদনার আশঙ্কা নিবারণ জন্য প্রযোজ্য স্থানে স্থানিক সংজ্ঞা হারক ঔষধ—শতকরা এক শক্তির ২ c. m কোকেন বা নবকেন দ্রব প্রয়োগ করিয়া লওয়া যাইতে পারে।

স্যালভারসন প্রয়োগের জন্য বেদনা হইলে সেক ইত্যাদি দেওয়া যাইতে পারে।

বেদনা নিবারণ জন্য বেদনা নিবারক ঔষধ সেবন করান যাইতে পারে।

ঔষধ প্রয়োগের পর রোগীকে কয়েক দিবস শয্যাগত এবং চিকিৎসকের অধীন থাকা বিশেষ কর্ত্তব্য।

স্যালভারসন দ্রব প্রস্তুত করাই কঠিন কার্য্য। পরিষ্কার নির্ম্মল দ্রব হওয়া আবশ্যক। স্যালভারসন মধ্যে প্রথম অল্প পরিমাণ বিশুদ্ধ পরিস্রুত জলদিয়া ভালরূপে মর্দ্দন করিলে পরিষ্কার দ্রব হয়। তৎপরে যে পরিমাণ কষ্টিক সোডা দ্রব দিতে হইবে, তাহা ফোঁটা ফোঁটা করিয়া না দিয়া একবারে দিলে ভাল হয়। শেষ বিশুদ্ধ লবণ দ্রব মিশ্রিত করিয়া তরল করিয়া লওয়া যাইতে পারে।

স্যালভাসনের শিশির সহিত যে উপদেশ পত্র থাকে, তাহাতে প্রয়োগ সম্বন্ধে যাহা লিখিত আছে, তাহারই স্থূল মর্ম্ম উল্লিখিত হইল। এক্ষণে অপর চিকিৎসকেরা যাহা যাহা বলেন, তাহা উল্লেখ করিতেছি।

পেশী মধ্যে প্রয়োগ সম্বন্ধে ডাক্তার এঙ্গেল মহাশয় বলেন—৩০—৪০ c. c দ্রব পেশী-মধ্যে প্রয়োগ করিলে অত্যন্ত বেদনা হয়। এবং প্রয়োগ স্থান অনেকদিন পর্য্যন্ত কঠিন হইয়া থাকে। ইঁহার মতে নিম্নলিখিত মতে ঔষধ প্রস্তুত করিয়া প্রয়োগ করাই সুবিধা।

কাঁচের ছিপিযুক্ত মাপের অঙ্কচিহ্নিত উপযুক্ত পাত্র মধ্যে স্যালভারসন দিয়া তাহাতে ৮ c c উত্তপ্ত পরিস্রুত জলদিয়া অত্যন্ত আলোড়িত করিতে হইবে। উত্তমরূপে দ্রব না

হওয়া পর্য্যন্ত এইরূপে ঝাঁকান কর্ত্তব্য। তৎপর শতকরা ১০ শক্তির সোডিক হাইড্রেট দ্রব অল্প অল্প করিয়াদিলে দ্রবমধ্যে অধঃপতন আরম্ভ হইবে। তৎপর আলোড়ন করিয়া পুনর্ব্বার সোডিক হাইড্রেট দ্রব দিয়া ঝাঁকিতে হইবে। এই বারে পরিস্কার দ্রব প্রস্তুত হইবে। না হইলে আরো এক ফোটা সোডিক দ্রব দিতে হইবে। সাবধান হইবে যেন—অধিক ক্ষারাক্ত না হয়। সমষ্টিতে ১০ c c দ্রব প্রস্তুত হইবে।

এই দ্রবের অর্দ্ধেক রিকর্ড বা অপর উপযুক্ত পিচকারী দ্বারা নিতম্বদেশের ঊর্দ্ধ বাহ্যাংশে ঊর্দ্ধ হইতে নিম্নদিকে ৪৫ ডিগ্রীর কোণে সূচিকাবিদ্ধ করিয়া গভীর স্তরের পেশী মধ্যে প্রয়োগ করিবে। যাহাদের নিতম্বদেশের পেশী পাতলা তাহাদিগের শরীরে, সাবধানে সূচিকা বিদ্ধ করিবে। যেন—অস্থিতে না যায়।

পিচকারী সহ সূচী সম্মিলিত করিয়া সূচিকা বিদ্ধ করার পর সূচিকা হইতে পিচকারী খুলিয়া লইয়া দেখিতে হয় যে, সূচিকার মধ্যদিয়া শোণিত নির্গত হইয়া আসিতেছে কিনা, যদি শোণিত আইসে তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে, সূচিকা অপেক্ষাকৃত বড় শিরামধ্যে প্রবেশ করিয়াছে। শোণিত না আসিলে পিচকারী সম্মিলিত করিয়া লইয়া ঔষধ ধীর ভাবে প্রয়োগ করিয়া সূচিকা সহ পিচকারী উঠাইয়া লইবে। সায়টিক স্নায়ুর সন্নিকটে ঔষধ সঞ্চিত হইলে উক্ত স্নায়ুর বেদনা হয়। কারণ ঔষধে স্থানিক উত্তেজনা উপস্থিত করে। শতকরা দশ জন রোগী অত্যন্ত যন্ত্রণা দায়ক বেদনার বিষয় প্রকাশ করে। নতুবা অধিকাংশ রোগীই বিশেষ কোন বেদনার বিষয় উল্লেখ করে না।

এই প্রণালীতে ঔষধ প্রয়োগ করিলে রোগী চারিপাঁচ দিবস পরে নিজকার্য্যে নিযুক্ত হইতে পারে। তবে চারিদিবস কাল রোগীকে চিকিৎসকের দৃষ্টির বাহির করা উচিত নহে। ঔষধ প্রয়োগ ফলে সেই স্থানে যে গুটীর মত হয় তাহা দশ পোনর দিবস পরেই অন্তর্হিত হয়। দ্বিতীয়বার ঔষধ প্রয়োগ জন্য রোগী কোন যন্ত্রণা বোধ করে না।

স্যালভারসন প্রয়োগের পরবর্ত্তী

অবস্থা—পিচকারী প্রয়োগের পর ২৪ ঘণ্টার মধ্যেই দৈহিক উত্তাপ বৃদ্ধি হয়। সাধারণতঃ এই জ্বর ১০১—১০২° হইয়া থাকে। কিন্তু কখন কখন ১০৫° f পর্য্যন্ত হইয়াছে। উত্তাপ বৃদ্ধির সঙ্গে সঙ্গে নাড়ীর চাঞ্চল্য উপস্থিত হয়। কোন কোন রোগীর ঘর্ম্ম হয়। নাড়ীর গতী হ্রাস হওয়া অতিবিরল ঘটনা। বিবমিষা ও বমনও কচিৎ হইয়া থাকে। স্যালভারসন প্রয়োগ করার পর কোন কোন রোগীর মূত্রে অণ্ডলাল দেখা গিয়াছে। তবে অনিদ্রা অনেকস্থলে হয়। এই অনিদ্রার কারণ বোধ হয়—বেদনা এবং আর্সেনিকের উত্তেজনা। উত্তাপ বৃদ্ধির কারণ উপদংশ পীড়া। উপদংশ রোগ জীবাণু—স্পাইরোসিটী বিনষ্ট হওয়ায় তাহার অভ্যন্তরস্থিত বিষাক্ত পদার্থের বহির্গমন—ইহাই সিদ্ধান্তকরা হইত। কিন্তু অনেক রোগীর উপদংশ লক্ষণ অন্তর্হিত হয়। অথচ জ্বর হয় না। মৃতস্পাইরোসিটীর বিষ কোথায় যায়? অপর শোণিত পরীক্ষায়ও ওয়াশারম্যানের প্রতি ক্রিয়া পাওয়া যায় নাই সুতরাং স্পাইরোসিটী নাই। অথচ তদ্রূপস্থলে

স্যালভারসন প্রয়োগে দৈহিক উত্তাপ বৃদ্ধি হইতে দেখা যায়। সুতরাং স্যালভারসন কর্ত্তৃক স্পাইরোসিটার বিনাশই উত্তাপ বৃদ্ধির কারণ নহে।

শিরা মধ্যে স্যালভারসন প্রয়োগ করিলে চারিপাঁচ দিবস যাবৎ এবং পেশী মধ্যে প্রয়োগ করিলে ১৪।১৫ যাবৎ যে আর্সেনিক শরীর হইতে বহির্গত হয়, তাহা সহজে বুঝিতে পারা যায়।

স্যালভারসন প্রয়োগ ফলে ঔষধের বল কারক ক্রিয়া প্রত্যক্ষ করা যায়। তাহা স্বীকার করিতে হইবে। প্রয়োগ করার ৪।৫ দিবস পরে রোগীর বর্ণ পরিষ্কার হয়। ক্ষুধা বৃদ্ধি হয়, সাধারণ স্বাস্থ্য উন্নত হয়, দৈহিক গুরুত্ব বৃদ্ধি হয়। দীর্ঘকাল উপদংশ পীড়া ভোগ করিয়া যে রোগী অত্যন্ত দুর্ব্বল হইয়াছে, তাহার শরীরে এই সমস্ত ফল ভালরূপে প্রত্যক্ষ করা যায়।

অপ্রয়োজ্যস্থল।—অধ্যাপক Ehrlick মহাশয় যে যে স্থলে প্রয়োগ নিষেধ করিয়াছেন, ইনিও তাহাই বলেন। সুতরাং তাহা উল্লেখ করা নিষ্প্রয়োজন।

সহজাত উপদংশ। প্রথমে মনে করা হইত যে, আজন্ম উপদংশ পীড়ায় স্যালভারসন প্রয়োগ করিয়া সুফল পাওয়া যাইবে না। কারণ স্যালভারসন প্রয়োগের ফলে বহু স্পাইরোসিটী বিনষ্ট হওয়ায় যে পরিমাণ বিষয় পদার্থ উৎপন্ন হয়, তাহার ফল মন্দ হইতে পারে। কিন্তু পরীক্ষাদ্বারা সপ্রমাণিত হইয়াছে যে, আজন্ম উপদংশগ্রস্ত কয়েক মাস বয়সের শিশুর শরীরেও স্যালভারসন প্রয়োগ করিয়া সুফল পাওয়া যায়। নেসার মহাশয় ৫ হইতে ১২ সপ্তাহ বয়স্ক ৬টী শিশুর শরীরে স্যালভারসন প্রয়োগ করায় তাহার একটীরও মৃত্যু হয় নাই। কিন্তু তৎপূর্ব্বে অর্থাৎ স্যালভারসন প্রয়োগ আরম্ভ হওয়ার পূর্ব্বে ঐ পীড়াক্রান্ত শিশুর মধ্যে শতকরা ৪০টীর মৃত্যু হইত।

আজন্ম উপদংশগ্রস্ত শিশুর মাতার শরীরে স্যালভারসন প্রয়োগ করায় তাহার স্তন্যপায়ী শিশুর উপকার হয়। ইহা বহু ডাক্তার পরীক্ষা করিয়া দেখিয়াছেন:—মাতার শরীরে স্যালভারসনের ক্রিয়ার ফলে স্পাইরোসিটী বিনষ্ট হওয়ায় তাহার বিষয় পদার্থ প্রস্তুত হয়। এই বিষয় পদার্থ মাতৃদুগ্ধ সহ শিশুপান করায় শিশুর শরীরেও স্যালভারসনের কার্য্য হয়। তাহাতেই সুফল হয়। যে মাতার শরীরে স্যালভারসন প্রয়োগ করা হইয়াছে, তাহাদের স্তনের দুগ্ধ পরীক্ষা করিলে দুগ্ধে আর্সেনিক পাওয়া যায়। কাহারো বা তাহা পাওয়া যায় না। কিন্তু সকল চিকিৎসক তাহা স্বীকার করেন না। অনেক চিকিৎসক বলেন—মাতাকে স্যালভারসন প্রয়োগ করিয়া শিশুর শরীরে উপকারের কোন লক্ষণ দেখা যায় না। ইহারা বলেন—স্যালভারসন কিরূপে কার্য্য করে তাহা এখনও স্থির হয় নাই। ইহার কোন বিশেষ ক্রিয়া থাকিতে পারে। স্পাইরোসিটীর উপর সাক্ষাৎ সম্বন্ধে ক্রিয়া প্রকাশ করিয়া হয়ত বিনষ্ট করিয়া থাকে। ওয়াসারম্যান প্রভৃতি অনেকের এইরূপ ধারণা যে, ইহার আরোগ্য কারক পদার্থ অল্প সংখ্যক রোগ জীবাণু বিনষ্ট করে, পরে রোগ জীবাণু নাশক পদার্থ দ্রুত প্রস্তুত হইয়া অবশিষ্ট রোগ জীবাণু বিনষ্ট করে।

আময়িক প্রয়োগের ফল—

সকল প্রকার উপদংশ পীড়ায়—প্রাথমিক, গৌণ এবং শেষ অবস্থার—যে কোনরূপ উপদংশ পীড়া হউক না কেন, স্যালভারসন প্রয়োগ করিলে যে, উপকার হয়, তাহা আর এখন কেহই অস্বীকার করিতে পারেন না। অবশ্য এমন অনেক রোগীর বিবরণ প্রকাশিত হইয়াছে যে, তাহাদের হয়ত কোন অপকার হইয়াছে। এই মন্দ ফলের কারণ ঔষধ নহে। প্রয়োগের দোষ—হয়তো মাত্রা অত্যল্প হইয়াছে—অথবা মাত্রা বেশী হইয়াছে। অর্থাৎ উপযুক্ত মাত্রায় প্রয়োগ করা হয় নাই। অথবা প্রয়োগ করার দোষ হইয়াছে—অর্থাৎ যত সাবধান হইয়া যে ভাবে প্রয়োগ করা উচিত, তাহা হয় নাই। অথবা ঔষধ যথোপযুক্ত মাত্রায় এবং যথোপযুক্তরূপে প্রয়োগ করা হইয়াছে সত্য কিন্তু ঔষধ যথোপযুক্ত ভাবে শোষিত না হওয়ায় সুফল হয় নাই। নতুবা উপযুক্ত প্রণালী ক্রমে উপযুক্ত মাত্রায় প্রয়োগ করিলে এক মাত্রাতেই ঔষধের সুফল বুঝিতে পারা যায়।—অর্থাৎ বাহ্য লক্ষণ যাহা থাকে তাহা অদৃশ্য হয় অথবা হ্রাস হয়। একবার শিরামধ্যে স্যালভারসন প্রয়োগ করিয়া তাহার আট দশ দিন পরে আর একবার শিরামধ্যে স্যালভারসন প্রয়োগ করার যে ফল; একবার পেশীর মধ্যে—গভীরস্তরে পিচকারী দ্বারা ক্ষারাক্ত স্যালভারসন প্রয়োগ করারও সেই একই ফল। অপর পক্ষে তিনমাস হইতে ছয়মাস কাল পারদ ও আইওডাইড প্রয়োগ করিলে লক্ষণ সমূহের যেরূপ হ্রাস হয়। স্যালভারসন পেশী মধ্যে একবার প্রয়োগ করিয়াই সেই ফল পাওয়া যায়। স্যালভারসন একবার প্রয়োগ করিলেই কয়েক দিবসের মধ্যে উপদংশের বাহ্যলক্ষণ সমূহ অন্তর্হিত হওয়ায় অল্প সময় মধ্যে রোগী সমাজ মধ্যে মিলিতে মিশিতে পারে। অপর কোন চিকিৎসায় এত অল্প সময় মধ্যে এরূপ সুফল হইতে দেখা যায় না। শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির ক্ষতাদি স্যালভারসন প্রয়োগে যত শীঘ্র শুষ্ক হয়; পারদাদি দ্বারা চিকিৎসায় তাহা হয় না। পরন্তু এই সব চিকিৎসায় পুনঃপুনঃ লক্ষণ সমূহ প্রকাশিত হইতে থাকে। পারদীয় চিকিৎসার সহিত তুলনায় স্যালভারসন যে বিশেষ বলকারক ঔষধ তাহাতে কোন সন্দেহ নাই। যে সকল স্থলে পারদ ও আইওডাইড প্রযোজ্য নহে অথবা প্রয়োগ করিয়া সুফল পাওয়া যায় না। সে স্থলে স্যালভারসন বিশেষ সুফল প্রদান করে।

উপদংশ ক্ষতের প্রথমাবস্থায়—দশবার দিবস মাত্র ক্ষত হইয়াছে, গৌণ উপদংশের কোন লক্ষণ প্রকাশিত হয় নাই। অথচ সংক্রমণের অবস্থা দৃষ্টে উক্ত লক্ষণ সমূহ প্রকাশিত হইবে বলিয়া সন্দেহ করা হইতেছে। এই অবস্থায় স্যালভারসন প্রয়োগ করিলে রোগ অঙ্কুরেই বিনাশ করা যায় কিনা? এই প্রশ্নের উত্তরে অনেক চিকিৎসক বলিয়াছেন হাঁ যায়। কিন্তু যে সমস্ত রোগীর বিবরণ বিবৃত করিয়াছেন, তাহাদের গৌণ উপদংশের লক্ষণ প্রকাশিত হওয়ার সময় এখনও অতিবাহিত হয় নাই। সুতরাং এই বিষয় আলোচনার উপযুক্ত সময় এখনও উপস্থিত হয় নাই।

গৌণ উপদংশগ্রস্ত রোগীর শরীরে একবার স্যালভারসন প্রয়োগ করার পর ছয়

কি আট সপ্তাহ পরে পুনর্ব্বার আর এক বার প্রয়োগ করা আবশ্যক। ওয়াসারম্যানের প্রতিক্রিয়া দেখা কর্ত্তব্য। কোন কোন চিকিৎসক দ্বিতীয় বার স্যালভারসন প্রয়োগ করিয়া চিকিৎসা বন্ধ করেন। কেহ কেহ আবার পারদীয় চিকিৎসা আরম্ভ করেন। এইরূপে এক বৎসর বা উপযুক্ত সময় পর্য্যন্ত মধ্যে মধ্যে স্যালভারসন এবং পারদ প্রয়োগ করিয়া নিশ্চিন্ত হন।

ডাক্তার এক্সন মহাশয় স্যালভারশনের সানুকূলে যাহা বলিয়াছেন, তাহা উল্লিখিত হইল। এক্ষণে হাসনার রণপোত বিভাগের ডাক্তার সা মহাশয় ৫৪০ জন উপদংশগ্রস্ত রোগীতে স্যালভারসন প্রয়োগ করিয়া যে মন্তব্য প্রকাশ করিয়াছেন, তাহার কিয়দংশ এস্থলে বিবৃত করা যাইতেছে। ইনি প্রায় সমস্ত স্থলেই শিরা মধ্যে ঔষধ প্রয়োগ করিয়াছেন। কেবল প্রথম ২০ জনের পেশী মধ্যে প্রয়োগ করিয়াছেন। কাহারো অসহ্য বেদনা হয় নাই। কোথাও ঔষধ প্রয়োগ স্থানে ক্ষত হয় নাই। অবশিষ্ট সমস্ত রোগীর শিরা মধ্যে প্রয়োগ করা হইয়াছে। ইঁহার মতে শিরা মধ্যে প্রয়োগ করাই সুবিধা। ইনি পরিবর্ত্তিত প্রণালীতে শিরা মধ্যে ঔষধ প্রয়োগ করা সুবিধা মনে করেন। তাহা বর্ণনা করা অনাবশ্যক মনে করি। শিরা উন্মুক্ত না করিয়াই তন্মধ্যে সূচিকা প্রবেশ করান।

ইঁহার চিকিৎসিত রোগীর মধ্যে উপদংশের সকল প্রকৃতিই ছিল, যাহাদের পারদ এর চিকিৎসায় কোন উপকার পাওয়া যায় নাই, তাহাদিগকেই প্রথমে স্যালভারশন প্রয়োগ করা হইয়াছিল। ইহাতে ভালফল হওয়ায় শেষে উপদংশ পীড়াগ্রস্ত সকল রোগীকেই স্যালভারশন দ্বারা চিকিৎসা করা হইতেছে। এইরূপ চিকিৎসার ফল পারদের সহিত তুলনায় স্যালভারসনের চিকিৎসায় নিম্নলিখিত সুফল পাওয়া গিয়াছে।

১। পারদ দ্বারা চিকিৎসা করায় যত সময় মধ্যে উপদংশের লক্ষণ অন্তর্হিত হয়, স্যালভারসন দ্বারা চিকিৎসা করিলে তাহা অপেক্ষা অল্প সময় মধ্যে লক্ষণ সমূহ অন্তর্হিত হয়।

২। স্পাইরোসিটী বিনাশ করার শক্তি পারদ অপেক্ষা স্যালভারসনের অনেক অধিক।

৩। ওয়াসারম্যানের প্রতিক্রিয়া বর্ত্তমান থাকিলে স্যালভারসন তাহা পারদ অপেক্ষা অল্প সময় মধ্যে বিনষ্ট করে।

৪। পারদ অপেক্ষা স্যালভারসনের বলকারক ক্রিয়া অধিক। উল্লিখিত কয়েকটী বিষয়ের প্রতি প্রণিধান করিলেই বুঝিতে পারা যায় যে, উপদংশ পীড়া আরোগ্য করার শক্তি পারদ অপেক্ষা স্যালভারসনের অধিক।

স্যালভারসন বলকারক। এই ক্রিয়ার প্রতি অল্পই লক্ষ্য করা হয়। যে সকল রোগী উপদংশ পীড়া ভোগ করিয়া রক্তহীন দুর্ব্বল হইয়াছে। তাহাদিগকে স্যালভারসন প্রয়োগ করিলে রোগী শীঘ্র সবল হয়, নিজে সবল বোধ করে। তাহার দৈহিক গুরুত্ব বৃদ্ধি হয়, কাহারো কাহারো এক সপ্তাহে ৩।৪ সের দৈহিক গুরুত্ব বৃদ্ধি হইতে দেখা গিয়াছে।

ত্বকের উপদংশজ চিহ্ন সমূহ কোন কোন রোগীর শীঘ্র অদৃশ্য হয় না সত্য কিন্তু তাহা

না হইলেও অধিকাংশ রোগীর শরীরে স্যাল-ভারসন পারদ অপেক্ষা শীঘ্র সুফল প্রদান করে।

ইহার চিকিৎসিত রোগীদের মধ্যে ছয় জনের প্রথমে বেশ উপকার হইয়াছিল। শেষে পুনর্ব্বার লক্ষণ সমূহ প্রবল হইয়া প্রকাশ পাইয়াছে। ইহাদের পীড়া প্রবল ছিল এবং উপযুক্ত ভাবে চিকিৎসিত হয় নাই। ইহা-দের পীড়ার স্নায়বীয় লক্ষণ সমূহ প্রকাশ পাইয়াছে। এবং এখনো চিকিৎসাধীন আছে।

ইনি পারদীয় চিকিৎসায় এবং স্যালভার-সন চিকিৎসায়—কোন চিকিৎসায় রোগীকে কত দিন হস্পিটালে থাকিতে হইয়াছে; পূর্ব্বাপর তাহার তালিকা প্রদান করিয়াছেন। তাহাতে দেখা যায় যে, পারদীয় চিকিৎসরা সহিত তুলনা করিলে স্যালভারসন চিকিৎসায় রোগীকে অল্প দিন হস্পিটালে থাকিতে হয়। সুতরাং হস্পিটালে উপদংশগ্রস্ত রোগীর সংখ্যা হ্রাস হয়। ইহা একটী বিশেষ সুবিধা। বিশেষতঃ সৈনিকদিগের ও পুলিশদিগের হস্পিটালে এই রোগীর সংখ্যা হ্রাস হইলে ব্যয়ের অনেক লাঘব হয়। এবং কার্য্যের অনেক সুবিধা হয়। (ক্রমশঃ)

সংবাদ।

বঙ্গীয় সব এসিষ্টান্ট সার্জ্জন শ্রেণীর নিয়োগ, বদলী এবং বিদায় আদি।

মার্চ্চ। ১৯১২

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টান্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মধুসূদন ঘোষ ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে ভেরামারায় পদ্মার সেতু নির্ম্মাণ কার্য্যের ডিস্‌পেনসারীতে অস্থায়ী ভাবে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

শ্রীযুক্ত জগদাপ্রসন্ন বিশ্বাস চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টান্ট সার্জ্জন নিযুক্ত হইয়া ক্যাম্বেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টান্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নরেন্দ্রকুমার মতিলাল আলিপুর পুলিশ হস্পি-টালে বিগত ফেব্রুয়ারী মাসের ৬ই হইতে ২০শে পর্য্যন্ত সুঃ ডিঃ করিয়াছেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টান্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নিবারণচন্দ্র দে খুস্তী মহকুমার অস্থায়ী কার্য্য শেষ হইলে ক্যাম্বেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টান্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত বিনোদচরণ মিত্র আলিপুর সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালের প্রথম সব এসিষ্টান্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে সম্বলপুর জেলার অন্তর্গত ঝাব-সুজা ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টান্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত বিজয়ভূষণ বসু সম্বলপুর জেলার অন্তর্গত ঝারসুজা ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে আলিপুর সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালের প্রথম সব এসিষ্টান্ট সার্জ্জনের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টান্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত ললিতমোহন অধিকারী বহরমপুর

জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে শ্রীরামপুর ওয়ালস্ হস্পিটালে নিযুক্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত অমৃতলাল মণ্ডল শ্রীরামপুর ওয়ালস্ হস্পিটালের কার্য্য হইতে দুমকা জেল হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মনোরঞ্জন গঙ্গোপাধ্যায় দুমকা জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে বহরমপুর জেল হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নরেন্দ্রকুমার মতিলাল ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে সাঁওতাল পরগণার অন্তর্গত রাজমহল মহকুমার কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

নিম্নলিখিত তৃতীয় ও চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনগণ ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে পদ্মার সেতু নির্ম্মাণ ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

শ্রীযুক্ত হর্ষনাথ সেন।

ভুজেন্দ্রমোহন চৌধুরী।

হেমচন্দ্র বন্দ্যোপাধ্যায়।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত উমেশচন্দ্র মজুমদার সাঁওতাল পরগণার অন্তর্গত গোড্ডা মহকুমার কার্য্য হইতে মুঙ্গের জেলার অন্তর্গত চাপরাওন ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত গোপেন্দ্রনাথ বসু নদীয়া জেলার অন্তর্গত চুয়াডাঙ্গা মহকুমার কার্য্য হইতে সাঁওতাল পরগণার গোড্ডা মহকুমার কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সুরেন্দ্রনাথ চৌধুরী মুঙ্গের জেলার অন্তর্গত চাপরাওন ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে নদীয়া জেলার অন্তর্গত চুয়াডাঙ্গা মহকুমার কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

২০। শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত যদুনাথ দে মুরশিদাবাদ জেলার কলেরা ডিউটী হইতে বিদায় অন্তে কটকে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

২১। শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নিত্যানন্দ সরকার বিদায় অন্তে কটকে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মইনুদ্দীন আলিপুর নূতন সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালের দ্বিতীয় সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে দ্বারভাঙ্গা জেল হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নৃপতিভূষণ রায় চৌধুরী দ্বারভাঙ্গা জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে আলিপুর নূতন সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালের দ্বিতীয় সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত বিধুভূষণ বন্দ্যোপাধ্যায় পুরী জেলার অন্তর্গত খুরদা মহকুমার কার্য্য হইতে ২৪ পরগণা জেলার অন্তর্গত বসিরহাট মহকুমার কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মনোমোহন চক্রবর্ত্তী সাঁওতাল পরগণার অন্তর্গত দুমকা সদর ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে বীরভূম জেলার সিউরী সদর হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত শরচ্চন্দ্র মুখোপাধ্যায় বীরভূমের সিউরী সদর হস্পিটালের কার্য্য হইতে সাঁওতাল পরগণার অন্তর্গত দুমকা সদর হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত বিভূতিভূষণ মুখোপাধ্যায় পদ্মার সেতু নির্ম্মাণ কার্য্য সংশ্লিষ্টে পাকুরে ছিলেন। তথা হইতে পূর্ব্ববঙ্গ রেলওয়ের পোড়াদহ ষ্টেশনের ট্রাবলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সেখ মোবারক আলি পূর্ব্ববঙ্গ রেলওয়ের পোড়াদহ ষ্টেশনের ট্রাবলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে পদ্মার সেতু নির্ম্মাণ সংশ্লিষ্ট পাকুরে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সৈয়দ ওয়াজী আহমদ বিদায় অন্তে বাঁকিপুর জেনেরাল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত তারাপ্রসাদ সিংহ পূর্ণিয়া জেল হস্পিটালের অস্থায়ী কার্য্য শেষ হইলে ক্যাম্বেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত চন্দ্রভূষণ মুখোপাধ্যায় আলীপুরের সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালের দ্বিতীয় সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে পূর্ণিয়া জেল হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণী সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সেখ আবদুল আজিজ পূর্ণিয়া জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে আলীপুর সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালের দ্বিতীয় সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সুদর্শনপ্রসাদ মহান্তী সিউরী জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে মুঙ্গেরের অন্তর্গত চাকলাবাদ ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত যোগেন্দ্রচন্দ্র সেন মুঙ্গের জেলার অন্তর্গত চাকলাবাদ ডিস্‌পেনারীর কার্য্য হইতে সিউরী জেল হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত দুর্গাচরণ পাত্রী মেদিনীপুর P. W. D. কেনাল ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে চম্পারণ P. W. D. অধীন মেঘুলিয়া ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সুধাংশুভূষণ ঘোষ শ্রীরামপুর ওয়ালশ ডিস্‌পেনসারীর সুঃ ডিঃ হইতে মেদিনীপুর P. W D. কেনাল ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত যোগেশচন্দ্র গঙ্গোপাধ্যায় চম্পারণের P. W. D মেঘুলিয়া ডিসপেনসারীর কার্য্য হইতে যশোহর জেল হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত অদ্বৈতপ্রসাদ মহান্তী যশোহর জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে সিংহভূম জেলার মনোহরপুর ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রজনীকান্ত ঘোষ সিংহভূম জেলার মনোহরপুর ডিস্‌পেন্‌সারীর কার্য্য হইতে কটক জেনারাল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সেখ সেরআলি পূর্ব্ববঙ্গ রেলওয়ের খুলনা ষ্টেশনে ট্রাবলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে সাওতাল পরগণার কাতিবন্দ ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত হৃদয়চন্দ্র কর দৌলতপুর চেরিটেবল ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে হাজারিবাগ পুলিশ হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

সিনিয়র প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নিবারণচন্দ্র ভট্টাচার্য্য মানভূমের অন্তর্গত ঝালদহ ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে খুলনা জেলার দৌলতপুর চেরিটেবল ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত শরচ্চন্দ্র সেন হাজারীবাগ পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে বাংকুরা পুলিশ হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত বিহারী বসাক বাংকুরা পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে আংগুল পুলিশ হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সত্যানন্দ সাহ আঙ্গুল পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে কটক পুলিশ হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

সিনিয়র। দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্টন সার্জ্জন শ্রীযুক্ত কীর্ত্তিবাস ঘোষ সেয়ালদহ রেলওয়ে ষ্টেশনের টাবলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন কার্য্য হইতে দ্বারভাঙ্গা রেলওয়ে হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নন্দগোপাল বন্দোপাধ্যায় দ্বারভাঙ্গা রেলওয়ে হস্পিটালের কার্য্য হইতে সেয়ালদহ রেলওয়ে ষ্টেশনের ট্রাবলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত যশোদাপ্রসন্ন বিশ্বাস ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে ভারতীয় জরীপ বিভাগে অস্থায়ীভাবে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত হেমচন্দ্র বন্দোপাধ্যায় বিগত ২২শে ফেব্রুয়ারী হইতে ২রা মার্চ্চ পর্য্যন্ত দেওঘর হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিয়াছেন।

শ্রীযুক্ত যতীন্দ্রনাথ মৈত্র চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন নিযুক্ত হইয়া ১৪ই মার্চ্চ হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত কৃষ্ণচন্দ্র মিশ্র কটক হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে বক্সার P W D. বিভাগে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত কৃষ্ণমোহন কেশ পদ্মারসেতু নির্ম্মাণ কার্য্যের রেইঠা ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে রাঁচী জেল হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রমাকান্ত রায় রাঁচী জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে পদ্মার সেতু নির্ম্মাণ কার্য্যের বৈষ্টা ডিস্পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত ক্ষিতীশচন্দ্র মজুমদার দারজিলিং তেরাইয়ের ট্রাবলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্যসহ তথাকার নক্সাল বাড়ী ডিসপেনসারীর কার্য্য ২৩শে ফেব্রুয়ারী হইতে ২৬শে ফেব্রুয়ারী পর্য্যন্ত সম্পন্ন করিয়াছেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সুরেন্দ্রনাথ মুখোপাধ্যায় কটকের সুঃ ডিঃ হইতে উক্তজেলার অন্তর্গত নবস্থাপিত রাইসনগ্রা ডিস্পেনসারীতে ১লা এপ্রিল হইতে নিযুক্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত লালা বিহারীলাল রায় কটক জেলার অন্তর্গত নয়াবাজার ডিস্পেনসারী বন্ধ হওয়ার পর কটক জেনারেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত গৌরমোহন ঘোষ ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে উক্ত হস্পিটালের দ্বিতীয় মেডিকেল ওয়ার্ডের রেসিডেণ্ট সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত কালীপ্রসন্ন চক্রবর্ত্তী ক্যাম্বেল হস্পিটাল সুঃ ডিঃ হইতে উক্ত হস্পিটালের প্রথম মেডিকেল ওয়ার্ডের রেসিডেণ্ট সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্যে অস্থায়ীভাবে নিযুক্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত ক্ষীরোদচন্দ্র মিত্র কটক জেনেরাল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে মানভূম জেলার অন্তর্গত ঝালদহ ডিস্পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত প্রিয়নাথ রায় যশোহর জেলার অন্তর্গত বনগ্রাম মহকুমার কার্য্য হইতে খুরদা মহকুমার কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত বিধুভূষণ বন্দোপাধ্যায় খুরদা মহকুমার কার্য্য হইতে বনগ্রাম মহকুমার কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত হেম চন্দ্র দাস গুপ্ত ক্যাম্বেল মেডিকেল স্কুলের শরীর তত্ত্বের দ্বিতীয় রেখ্যা কারকের কার্য্য হইতে কলিকাতা পুলিশ মর্গের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্টার্জ্জ সন্ শ্রীযুক্ত শ্যামসুন্দর মহান্তী বক্সার সেণ্টাল জেলের কার্য্য শেষ হইলে আরা হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত যশোদানন্দ পারিদা কটক জেনেরাল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে খুরদা মহকুমার কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন। উক্ত কার্য্য শেষ হইলে পুনর্ব্বার কটকে সুঃ ডিঃ করিবেন

সিনিয়র। দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত এলাহি বক্স বাঁকীপুর হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে দারিভাঙ্গা জেল হস্পিটালের কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মনীন্দ্র নাথ বন্দোপাধ্যায় ক্যাম্বেল

হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে দৌলৎপুর ডিস্‌পেন সারীর কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত শ্যাম মোহন লাল বাঁকীপুর হস্পিটালেই সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

বিদায়।

৩৫। শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নজাম উদ্দিন ভারতীয় জরীপ বিভাগের কার্য্য হইতে তিন মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রামপদ মল্লিক পুর্ব্ববঙ্গ রেলওয়ের নৈহাটী ষ্টেশনের ট্রাবলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে পীড়ার জন্য আরো তিন মাস বিদায় পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত আশুতোষ ঘোষ ক্যাম্বেল হস্পিটালের প্রথম মেডিকেল ওয়ার্ডের রেসিডেণ্ট মেডিকেল অফিসারের কার্য্য হইতে ২৫ দিবস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

সিনিয়র। প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নিবারণচন্দ্র ভট্টাচার্য্য মানভূম জেলার ঝালদহ ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে একমাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত চারু চন্দ্র ঘটক পদ্মার সেতু নির্ম্মান কার্য্যের ভেরামারা ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে দুই মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সুরেশ চন্দ্র বন্দোপাধ্যায় সাঁওতাল পরগণার রাজমহল মহকুমার কার্য্য হইতে দুই মাস প্রাপ্য বিদায় এবং চারি মাস ফারলো বিদায় পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত হরমোহন লাল ভাগলপুরের অন্তর্গত বাঁকা মহকুমার অস্থায়ী কার্য্য শেষ হওয়ার পর একমাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত যতীন্দ্রনাথ ঘোষাল পূর্ব্ববঙ্গ রেলওয়ের পোড়াদহ ষ্টেশনের ট্রাবলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে আরো একমাস ফারলো বিদায় পাইলেন।

ভিষক্-দর্পণ।

চিকিৎসা-তত্ত্ব-বিষয়ক মাসিকপত্র।

যুক্তিযুক্তমুপাদেয়ং বচনং বালকাদপি।
অন্যৎ তু তৃণবৎ ত্যাজ্যং যদি ব্রহ্মা স্বয়ং বদেৎ॥

২২শ খণ্ড। } এপ্রেল, ১৯১২। { ৪র্থ সংখ্যা।

স্যালভারশন—উপদংশ।

লেখক রায়সাহেব শ্রীযুক্ত ডাক্তার গিরীশচন্দ্র বাগছী।

(পূর্ব্ব প্রকাশিতের পর)

উপসর্গ।—ইনি যে সমস্ত রোগীকে স্যালভারসন প্রয়োগ করিয়াছেন, তাহাদের কাহারো কোন বিশেষ উপসর্গ উপস্থিত হয় নাই। কাহারো-থ্রোম্বোসিস বা স্ফোটক হয় নাই। প্রয়োগ স্থানের পচন দোষ বিনষ্ট করিয়া ঔষধ প্রয়োগ করার পর তৎস্থান বিশুদ্ধ প্যাড দ্বারা বাঁধিয়া রাখিয়া দিয়াছেন।

কাহারো বমন বা বমন হয় নাই বলিলেই হয়। কাহারো ১০০° ৬Fএর অধিক দৈহিক উত্তাপ বৃদ্ধি হয় নাই। শতকরা ৪০ জনের কোন উপসর্গই উপস্থিত হয় নাই। ইহাদের দৈহিক উত্তাপ ৯৯°Fএর অধিক হয় নাই। সামান্য শিরঃপীড়ার বিষয় উল্লেখ করিয়াছে। এই উপসর্গের বিষয় প্রায় সকলেই বলিয়াছে। উদরে বেদনা এবং অতিসার কাহারো কাহারো হইয়াছে। ছয় জনের মূত্রে সামান্য অণ্ডলাল পাওয়া গিয়াছিল। কিন্তু তাহার মধ্যে দুই জনের উক্ত লক্ষণ কয়েক দিবস স্থায়ী হইয়াছিল। ঔষধ প্রয়োগ করার ছয় ঘণ্টা পরে কোন কোন রোগীর ত্বকের স্ফোট প্রবল হইয়া উঠিয়া ছিল।" জ্বরের সঙ্গে সঙ্গে এই উপসর্গ উপস্থিত হইতে দেখা গিয়াছে। চক্ষের কোন মন্দ লক্ষণ উপস্থিত হয় নাই। ঔষধ প্রয়োগ করার পর আতঙ্ক জনক অবসাদ ইত্যাদি কোন মন্দ লক্ষণই দেখা যায় নাই। ঔষধ প্রয়োগ করার পর সেই দিন লঘু পথ্য দিয়া শয্যায় শায়িত রাখা হইত।

প্রতিকূল মত।

স্যালভারসনের আমন্ত্রিক প্রয়োগ সম্বন্ধে যে সমস্ত চিকিৎসকের মত উপরে উদ্ধৃত

করা হইল। তৎসমস্তই স্যালভারসনের প্রয়োগের সাপক্ষ দলের—সানুকূল অভিমত। কিন্তু সাপক্ষ দল অনেক সময়ে বিপক্ষ মত অর্থাৎ স্যালভারসন প্রয়োগের কি কি দোষ আছে, তাহা সরলভাবে ব্যক্ত না করিয়া যাহাতে সানুকূলের ভাব ব্যক্ত হয়, এমত ভাবে মত প্রকাশ করেন। তজ্জন্য প্রকৃত ঘটনা কি, তাহা ভালরূপে বুঝিতে পারা যায় না। এই জন্য প্রতিকূল পক্ষের অভিমত কি, তাহাও অবগত হওয়া আবশ্যক। উভয় পক্ষের মত অবগত হইয়া তৎপর প্রকৃত স্থির সিদ্ধান্ত অবগত হওয়া যায়। তজ্জন্য আমরা এস্থলে প্রতিকূল বাদী দলের কয়েক জনের মত উদ্ধৃত করিতেছি।

স্যালভারসন প্রয়োগের অসুবিধা।

ডাক্তার মণ্টোগোমারী মহাশয় বলেন—উপদংশের চিকিৎসায় বর্ত্তমান সময়ে অতি অল্প লোকেই স্যালভারসনের উপর বিশ্বাস স্থাপন করিতে পারিয়াছেন। অনেকে কেবল ইহার উপর বিশ্বাস স্থাপন না করিয়া অপর দুইটী প্রধান ঔষধ—পারদ ও পটাশ আইওডাইডও তৎসহ প্রয়োগ করিয়া থাকেন। রোগীকে যদি বলা হয় যে, কেবলমাত্র এই ঔষধে তাহার পীড়া সম্পূর্ণ আরোগ্য হওয়ার সম্ভাবনা নাই, তাহা হইলে রোগী মনে করে যে স্যালভারসন মূল্যহীন অবিশ্বাসী ঔষধ। অথচ চিকিৎসকের আত্মসম্মান রক্ষার্থ প্রকৃত কথা ব্যক্ত করা অবশ্য কর্ত্তব্য। কারণ—তাহা ভুলিয়া অর্থাৎ সত্য গোপন করিয়া যদি ঔষধের অযথার্থ গুণ বর্ণনা করা হয়, তাহা হইলে যখন পুনর্ব্বার পীড়ার লক্ষণ প্রকাশিত হইবে, তখন রোগী চিকিৎসককে মিথ্যাবাদী অপদার্থ বলিয়া স্থির করিবে।

স্যালভারসন প্রয়োগের অপর একটী অসুবিধা এই যে, ইহা মুখপথে প্রয়োগ করা যায় না। ত্বক্‌ নিম্নে, পেশীমধ্যে বা শিরা মধ্যে প্রয়োগ করিতে হয়।

স্যালভারসন প্রয়োগজন্য প্রস্তুত করাও অত্যন্ত কঠিন কার্য্য। নির্ম্মল পরিষ্কার দ্রব হওয়া আবশ্যক। সামান্য অতি সূক্ষ্ম এক বিন্দুও যেন অদ্রবনীয় অবস্থায় না থাকে। দ্রবমধ্যে একটু অংশ অদ্রব অবস্থায় থাকিলেও যদি তাহা প্রয়োগ করা হয়, তাহা হইলে পরে কোন মন্দ উপসর্গ উপস্থিত হওয়ার আশঙ্কা থাকিবে।

স্যালভারসন পচন নিবারক নহে। অথচ উত্তেজক। এইজন্য পচন নিবারক প্রণালী বিশেষরূপে অবলম্বন করিয়া স্যালভারসন প্রয়োগ করিতে হয়।

অনেক ঔষধ—সেবন, মর্ফিয়া, কোকেন প্রভৃতি—ইহারা স্থানিক উত্তেজক নহে, বরং স্থানিক স্নিগ্ধ কারক, সুতরাং তাহা স্থানিক প্রয়োগ করিয়া তত্রস্থিত গঠন উপাদানের কোন অনিষ্ট জনক ফলের আশঙ্কা থাকে না। নির্ভাবনায় ত্বক্‌নিম্নে প্রয়োগ করা যায়। অপর কতকগুলি ঔষধ স্থানিক প্রয়োগে উত্তেজক ও অনিষ্ট কারক হইলেও তাহাদের পচন নিবারক শক্তি বর্ত্তমান থাকায় যেস্থানে প্রয়োগ করা যায় তথাকার বিধান উপাদান আহত হইলেও তাহাতে বিনষ্ট হইতে পারে না। ঔষধের পচন নিবারক শক্তি থাকায় উহাকে রক্ষা করে। স্যালিসিলেট অফ্‌ মার্কুরী এই শ্রেণীর ঔষধ। ইহা অতি সামান্যই

দ্রব হয়। অদ্রবনীয় লবণরূপেই প্রায় কার্য্য করে। এইজন্য ইহা পেশীমধ্যে প্রয়োগ করা হয়। স্যালভারসন ত্বক্‌নিম্নে বা পেশী মধ্যে প্রয়োগ করিলে অনেক সময়ে তথাকার বিধানোপাদান বিনষ্ট হয়। স্যালভারসন পেশীমধ্যে প্রয়োগ করিলে অধিকাংশ স্থলে কুফল অত্যাধিক হইয়া থাকে। K. Martius দেখিয়াছেন—এক রোগীর নিতম্বের পেশী-মধ্যে প্রয়োগ করায় তিন মাস পর্য্যন্ত তথায় অপরিবর্ত্তিত অবস্থায় ছিল। দুই স্থলে তাহা কর্ত্তন করিয়া বহির্গত করিয়া দিতে হইয়াছে। স্যালভারসনের পচন নিবারক শক্তি নাই। যদি প্রয়োগ সম্বন্ধে ভালরূপে পচন বর্জ্জন করা না হয়, ঔষধ বা সুচিকার সহিত পচনোৎপাদক জীবাণু অভ্যন্তরে প্রবেশ করে, তাহা হইলে আহত বিধানোপাদান পীড়াগ্রস্ত হইয়া বিশেষ মন্দ ফল প্রদান করিতে পারে।

স্যালভারসন প্রয়োগ জন্য ত্বকে আর্সে-নিক জাত ক্ষত হইতে পারে। এই ক্ষত সহজে শুষ্ক হয় না। এরূপ দৃষ্টান্ত দেখা গিয়াছে।

ত্বক্‌নিম্নে বা পেশী মধ্যে স্যালভারসন প্রয়োগ করিলে কখন কখন তাহা অশোষিত অবস্থায় থাকিয়া যায়। একজন চিকিৎসকের এই অবস্থা হইয়াছিল। শেষে সেইস্থান কর্ত্তন করিয়া ঔষধ বহির্গত দেওয়ায় তন্মধ্যে শত করা ৮০ অংশ আর্সেনিক প্রাপ্ত হওয়া গিয়াছিল। এইরূপ অনেক ঘটনা প্রকাশিত হইয়াছে। কখন কখন ঔষধ সেই স্থানে নিষ্ক্রিয় অবস্থায় অবস্থান করে। তথায় সঞ্চাপ দিলে বেদনা হয়। কখন তজ্জন্য অন্যরূপ কষ্টও উপস্থিত হয়। কষ্টের আধিক্য হইলেই তাহা কর্ত্তন করিয়া বহির্গত করিয়া দিতে হয়। যেস্থানে স্যালভারসন প্রয়োগ করা হই-য়াছে তাহা তথায় যদি নিষ্ক্রিয় অবস্থায় পড়িয়া থাকে, তখন কর্ত্তব্য কি, এই এক প্রশ্ন উঠিতে পারে। তাহা কি কখন কি অল্পে অল্পে শোষিত হইয়া সহসা আর্সেনিক দ্বারা বিষাক্ত হওয়ার লক্ষণ উপস্থিত করিতে পারে? হইতে পারে। কিন্তু তদ্রূপ ঘটনা প্রকাশিত হয় নাই। তবে তাহা উপদংশ নাশক ক্রিয়া প্রকাশ করে, না নিষ্ক্রিয় অবস্থায় থাকে, তাহার পরিণাম কি? গমা ইত্যাদির ন্যায় পরে ফল প্রকাশ করিতে পারে। তবে উপদংশ পীড়ার চিকিৎসার বিলম্ব হওয়ায় যে মন্দ ফল হয়, তাহা নিশ্চিত।

শিরামধ্যে প্রয়োগ করাই যে সর্ব্বাপেক্ষা সুফল দায়ক, তাহার কোন সন্দেহ নাই। উপযুক্ত মাত্রায় প্রয়োগ করিলে শীঘ্র সুফল হয়। কিন্তু প্রয়োগ করা তো সহজ সাধ্য নহে। যে সে, যেখানে সেখানে তো এই-রূপ ঔষধ প্রয়োগ করিতে পারে না। ইহা একটী বিশেষ অস্ত্রোপচার। প্রয়োগ কর্ত্তার অস্ত্র চিকিৎসার অধিকার থাকা আবশ্যক। রোগীর শরীরও তদ্রূপ হওয়া আবশ্যক। বিশেষরূপে পচন নিবারক প্রণালী অবলম্বন করা আবশ্যক। সর্ব্বাপেক্ষা বিশেষ সাবধান হওয়া আবশ্যক—দ্রব প্রস্তুত করার জন্য। দ্রবমধ্যে সামান্য একটু অদ্রব পদার্থ থাকিলেও বিপদাশঙ্কা। দ্রব প্রস্তুত করার জন্য বিশুদ্ধ পরিস্রুত জল চাই। এতৎসংশ্লিষ্ট কোন কার্য্যে তুলা ব্যবহার করা বিপদ জনক। কারণ তুলার একটু সামান্য খণ্ড চক্ষে দেখা

যায় না। অথচ তাহা শোণিত সহ সঞ্চালিত হইয়া বিপদ আনয়ন করিতে পারে। পাত্র, অস্ত্র, বস্ত্র ইত্যাদি কিছুই তুলা দ্বারা পরিষ্কার করা নিষেধ। অধিক তরল করিয়া করিয়া প্রয়োগ করিতে হয়। শিরা মধ্যে প্রয়োগের সুচিকাতে মরিচা না থাকে, তাহা বিশেষরূপে দেখা আবশ্যক। মরিচা ধরা সূচের মধ্যে সহজেই শোণিত জমিয়া যায়। এই সংবদ্ধ শোণিত খণ্ড শোণিত সঞ্চালন সহ চালিত হইলে অনিষ্ট হইতে পারে। অস্ত্রোপচারের আঘাত জন্য শিরা মধ্যে থ্রম্বোসিস হইলে তৎস্থান ফুলিয়া যায়। কিন্তু কয়েক দিবস মধ্যেই ইহা অন্তর্হিত হয়।

শিরামধ্যে ১০০ c. c. দ্রব প্রয়োগ করায় স্কন্ধে বেদনা উপস্থিত হইতে দেখাগিয়াছে। এইরূপ ঘণ্টায় অতি অল্পে অল্পে থামিয়া থামিয়া প্রয়োগ করা আবশ্যক। কারণ সময় পাওয়ায় শোণিত সঞ্চালনের সমতা সম্পাদিত হয়।

আর্সেনিকের প্রতিক্রিয়া ফলে বক্ষদেশে উজ্জ্বল লালবর্ণের দানা বহির্গত হয়। ইহাতে রোগীর কোন অসুবিধা উপস্থিত হয় না। তবে তাহার মন ইহার প্রতি আকৃষ্ট হয়। এই দানা বা চাকা চাকা দাগ অন্যস্থানেও হইতে পারে। এইরূপ দানা প্রথম কয়েক দিন মধ্যেই হইতে দেখা যায়।

দৈহিক উত্তাপ বৃদ্ধি অপর একটী গুরুতর বিষয়। পীড়া প্রবল থাকিলেই এই উপসর্গ অধিক হয়। সময়ে সময়ে ১০৫° F পর্য্যন্ত জ্বর হইয়া থাকে। এই জ্বর জন্য যদিও কখন কোন রোগীর মৃত্যু হইতে দেখা যায় নাই। তথাচ এই বিষয়ে সাবধান হওয়া ভাল। যে স্থলে লক্ষণ সমূহ প্রবল ও রোগী রক্তহীন দুর্ব্বল, সে স্থলে পূর্ণমাত্রায় প্রয়োগ না করিয়া অর্দ্ধ বা অল্প মাত্রায় প্রয়োগ করাই ভাল। তাহার পর অবস্থা বুঝিয়া এক কি দুই সপ্তাহ পর অপর অর্দ্ধমাত্রা প্রয়োগ করা উচিত।

স্নায়ুকেন্দ্র অনাক্রান্তাবস্থায়—উপদংশ পীড়ার প্রথমাবস্থায় স্যালভারসন প্রয়োগ করিলে সাধারণতঃ চারি কি ছয় ঘণ্টা পরেই দৈহিক উত্তাপ বৃদ্ধি হয়। অর্থাৎ ঔষধের প্রতিক্রিয়া আরম্ভ হয়। কিন্তু স্নায়ুকেন্দ্র আক্রান্ত হইয়া থাকিলে ৮।১০ ঘণ্টা পরে উত্তাপ বৃদ্ধি হইতে থাকে। সুতরাং স্যালভারসন প্রয়োগ করিলে রোগের কোন অবস্থা, আমরা তাহাও নির্ণয় করিতে পারি। কারণ প্রায় সর্ব্বত্রই এইরূপ প্রতিক্রিয়া উপস্থিত হয়। পরন্তু উপদংশ পীড়া বর্ত্তমান না থাকিলে স্যালভারসনের প্রতিক্রিয়া উপস্থিত হয় না। সোরায়সিস্ পীড়ায় আর্সেনিক প্রয়োগ করিয়া বিশেষ সুফল পাওয়া যায়। সুতরাং অন্তরিক আর্সেনিক বিশিষ্ট স্যালভারসন প্রয়োগ করিয়াও উৎকৃষ্ট ফল পাওয়া যাইবে। অথচ তজ্জন্য অনেক ঔষধজ দানা বা দৈহিক উত্তাপ বৃদ্ধি হয় না।

উপদংশ পীড়াগ্রস্তের শরীরে স্যালভারসন প্রয়োগ করিলে দৈহিক উত্তাপ বৃদ্ধিই যে কেবল একমাত্র অসুবিধা, তাহা নহে। পরন্তু ত্বকে উপদংশজ যে সমস্ত স্ফোট বর্ত্তমান থাকে, তাহা স্ফীত ও লাল হইয়া উঠায় টন্‌টন্ করিতে থাকে, তাহাতে রোগী বড় অসুবিধা বোধ করে। টিউবারকেলগ্রস্তের শরীরে টিউবারকিউলিন প্রয়োগ করিলে যেরূপ প্রতিক্রিয়া উপস্থিত হয়। উপদংশগ্রস্তের

শরীরে স্যালভারসন প্রয়োগ করিলেও তদ্রূপ প্রতিক্রিয়া উপস্থিত হয়। এই উভয়ে বিলক্ষণ সাদৃশ্য আছে। স্যালভারসনের এই ক্রিয়া বিশেষ অসুবিধাজনক—মনে করুন একজনের হৃদপিণ্ডে বা মস্তিকে গমা হইয়াছে, এই অবস্থায় স্যালভারসন প্রয়োগ করিলে যদি তাহার আয়তন ও টন্‌টনানী বৃদ্ধি হয়। তাহা হইলে রোগীর কষ্ট কত বৃদ্ধি হয়, তাহা সহজে অনুমান করা যাইতে পারে। ধমনী প্রাচীরের গমা কোমল হইয়া বিশেষ বিপদ উপস্থিত করিতে পারে। পারদ ও আইওডাইড প্রয়োগের কিন্তু এই সমস্ত বিপদাশঙ্কা নাই। তদ্বারা শোণিত সঞ্চাপ বৃদ্ধি না হইয়া বরং হ্রাস হইয়া থাকে। উপদংশজ পদার্থ ক্রমে ক্রমে কোমল হইয়া শোষিত হইয়া যায়। ধমন্যর্ব্বুদ থাকিলে স্যালভারসন শিরা মধ্যে প্রয়োগ নিষেধ।

সর্ব্বশেষে প্রয়োগ করার অসুবিধা। উপদংশগ্রস্ত রোগীকে পারদ ও আইওডাইডের ব্যবস্থাপত্র দিয়া তখনি বিদায় করা যাইতে পারে। কিন্তু স্যালভারসন প্রয়োগ করিতে হইলে তদ্রূপ বিদায় করার উপায় নাই। রোগীকে চিকিৎসকের চক্ষের উপর রাখিয়া তবে স্যালভারসন প্রয়োগ করিতে হইবে। ব্যয় বাহুল্য বিস্তর। পেশী বা ত্বক নিম্নে প্রয়োগ করিলেও কয়েক দিবস রোগীকে শয্যাগত থাকিতে হয়। শিরামধ্যে তো যার তার দ্বারা প্রয়োজিত হইতে পারেই না।* অবশ্য রোগীকে নিশ্চিত ভাল করিতে পারিব, এরূপ আশা দিতে পারিলে অনেক রোগী হয় তো উক্তব্যয় বাহুল্য সহ্য করিতে প্রস্তুত হইতে পারে। কিন্তু বর্ত্তমান সময় পর্য্যন্ত আমরা যে অভিজ্ঞতা লাভ করিয়াছি, তাহাতে আমরা ঐরূপ আশা দিতে অধিকারী নহি। কতবার স্যালভরসন প্রয়োগ করার পর যে রোগী সম্পূর্ণ আরোগ্য হইবে—তাহা বর্ত্তমান সময় পর্য্যন্ত স্থির হয় নাই।

অল্প কয়েকমাস মাত্র উপদংশ পীড়ায় স্যালভারসন প্রয়োজিত হইয়া আসিতেছে। যে সমস্ত রোগীর সুফল হইয়াছে। তাহা পরে স্থায়ী হইবে কিনা, তাহা এখনও বলা যাইতে পারে না। এ সমস্তই যথেষ্ট প্রয়োজিত হইলে তাহার ফল দৃষ্টে পরে সিদ্ধান্ত করা যাইতে পারিবে।

আমরা এই প্রবন্ধে স্যালভারসন কি? উপদংশ পীড়ায় তাহা প্রয়োগের সানুকূলে এবং প্রতিকূলে অর্থাৎ কি কি সুবিধা ও অসুবিধা আছে। তাহাই সংক্ষেপে উল্লেখ করিলাম। আমরা অনেক দিবস যাবৎ স্যালভারসন সম্বন্ধে নীরব ছিলাম। তাহার কারণ—যে সময়ে কলিকাতায় স্যালভারসনের প্রয়োগ আরম্ভ হইল। ঠিক সেই সময়েই বিলাতী কাগজ সমূহে স্যালভারসন প্রয়োগের কুফল সমূহ প্রকাশিত হইতে আরম্ভ হইল। এমনকি উপর্য্যুপরি স্যালভারসন প্রয়োগের ফলে মৃত্যু হওয়ার বিবরণ প্রকাশিত হইল। সুতরাং আরো কি হয়, তাহা না দেখিয়া কোন বিবরণ প্রকাশ করা সঙ্গত নয় বলিয়া নীরবে ছিলাম। এক্ষণে কয়েক মাস মধ্যে ইহার যথেষ্ট সুফল ও কুফলের বিবরণ প্রকাশিত হইয়াছে। সুতরাং প্রকাশের উপযুক্ত সময় উপস্থিত হইয়াছে, মনে করিতেছি।

স্যালভারসন যে উপদংশগ্রস্তের শরীরে

—উপদংশ রোগের জীবাণু—স্পাইরোসিটীর উপরে বিশেষ ক্রিয়া প্রকাশ করে। তাহার আর কোন সন্দেহ নাই। সাধারণ প্রকৃতির উপদংশ পীড়া গ্রস্তের শরীরে প্রয়োগ করিলে অন্যান্য অপর সমস্ত ঔষধ অপেক্ষা অল্প সময় মধ্যে ইহার রোগনাশক শক্তি বুঝিতে পারা যায়। তাহা নিঃসন্দেহ। তবে যত আশ্চর্য্য ফলদায়ক বলিয়া কথিত হয়, তাহা নহে। পরন্তু বিপদদের আশঙ্কাও বিস্তর।

উপদংশ পীড়াগ্রস্তের শরীরে স্যালভারসন প্রয়োগ করার পূর্ব্বে ওয়াশারম্যানের উপদংশ প্রতিক্রিয়া পরীক্ষা করা হয়। প্রয়োগ করার পর মধ্যে মধ্যে উক্ত প্রতিক্রিয়া পরীক্ষা করা হয়। যত দিবস উক্ত প্রতিক্রিয়া অনুপস্থিত থাকে তত দিবস পুনর্ব্বার স্যালভারসন প্রয়োগ করা হয় না। কিন্তু প্রতিক্রিয়াপাইলেই পুনর্ব্বার প্রয়োগ করা হয়। আমাদের পাঠকমহাশয়দিগের মধ্যে বোধ হয় প্রায় সকলেরই উক্ত প্রতিক্রিয়া পরীক্ষা করার সুযোগ নাই। সুতরাং তদ্বিষয়ে আলোচনা করা সম্পূর্ণ নিষ্প্রয়োজন। অপরাপর উপস্থিত লক্ষণ দেখিয়াই আমাদের কর্ত্তব্যাকর্ত্তব্য স্থির করিতে হইবে।

পেশী মধ্যে প্রয়োগ জন্য স্যালভারসন দ্রব প্রস্তুতের সহজ প্রণালী।—ডাক্তার ক্যানিংহাম বোষ্টন মিডিকেল জর্ণালে পেশী মধ্যে প্রয়োগ জন্য নিম্ন লিখিত প্রণালীতে দ্রব প্রস্তুত করিয়া প্রয়োগ করতঃ সুফল লাভ করিয়াছেন।

স্যালভারসনের শিশির গলা বিশুদ্ধ এলকোহল মধ্যে পাঁচ মিনিট ডুবাইয়া রাখিয়া বিশুদ্ধ করিয়া লইতে হইবে। যে উখাদ্বারা উক্ত শিশির গলা কাটিতে হয়, তাহা শিশির সঙ্গেই থাকে, তাহারও পচন দোষ বিনষ্ট করিয়া লইতে হইবে। যে কাঁচের খলে স্যালভারসন মর্দ্দন করিয়া লইতে হইবে এবং যে কাঁচ নোড়া দ্বারা মর্দ্দন করিতে হইবে, তৎসমস্তের পচন দোষ বিনষ্ট করিয়া বিশুদ্ধ করিয়া লইতে হইবে।

উখাদ্বারা স্যালভারসনের শিশির গলা কাটিয়া খলের মধ্যে স্যালভারসন দিয়া তন্মধ্যে শতকরা ১৫ শক্তির সোডিয়ম্ হাইড্রেট দ্রব কাঁচের বিশুদ্ধ ফোঁটা দেওয়ার নলের দ্বারা ক্রমে ক্রমে ফোটা ফোটা করিয়াদিতে হইবে এবং ক্রমে ক্রমে মর্দ্দন করিতে হইবে। এই প্রণালীতে দশ ফোঁটা দ্রব দেওয়া হইলে স্যালভারসন আঠা আঠা দ্রব হইবে। তৎপর এতৎসহ ১০ c. c. পরিস্রুত বিশুদ্ধ জল মিশ্রিত করিয়া পুনর্ব্বার মর্দ্দন করিতে হইবে।

উক্ত দ্রবের একটু কাঁচদণ্ডে সংলগ্ন করিয়া তাহা লিটমাস কাগজে দিয়া দেখিতে হইবে যে, উক্ত দ্রব ক্ষারাক্ত কিম্বা অম্লাক্ত হইয়াছে। যদি ক্ষারাক্ত হইয়া থাকে, তাহা হইলে B.P. লিখিত ডাইলুট হাইড্রোক্লোরিক এসিড এক-ফোঁটা দিয়া পুনর্ব্বার মর্দ্দন করিতে হইবে। এইরূপে সমক্ষারাম্ল না হওয়া পর্য্যন্ত এক এক ফোটা করিয়া উক্ত অম্ল দিয়া পুনর্ব্বার মর্দ্দন করিয়া পর পর পরীক্ষা করিয়া সমক্ষারাম্ল করিয়া লইবে। অথবা যদি অম্লাক্ত হইয়া থাকে তাহা হইলে উল্লিখিত প্রণালীতেই এক এক ফোঁটা করিয়া সোডিয়ম হাইড্রেট দ্রব মিশ্রিত করিয়া অম্লাক্ততা বিনষ্ট করিয়া সমক্ষারাম্ল করিয়া লইবে।

সমক্ষারায় দ্রব প্রস্তুত হইলে তাহা এমন একটী কাঁচের পিচকারী মধ্যে টানিয়া উঠাইবে যে, সেই পিচকারী মধ্যে অন্ততঃ ২০ c. c. দ্রবের স্থান হইতে পারে। ঔষধীয় দ্রব পিচকারী মধ্যে উঠাইয়া লইলে ২০ c. c. পূর্ণ হইতে যে স্থান খালী থাকে, তাহা বিশুদ্ধ পরিস্রুত জল দিয়া ২০ c. c. পূর্ণ করিয়া লওয়ার জন্য উক্ত দ্রব পিচকারী হইতে পুনর্ব্বার খলের মধ্যে দিয়া তাহাতে ফোঁটা দেওয়ার কাঁচের নলের দ্বারা ফোঁটা ফোঁটা করিয়া ২০ c. c. পূর্ণ না হওয়া পর্য্যন্ত বিশুদ্ধ পরিস্রুত জল মিশ্রিত করিবে এবং পুনর্ব্বার লিটমাস কাগজ দ্বারা পরীক্ষা করিয়া সমক্ষারায় করার জন্য ডাইলুট হাইড্রোক্লোরিক এসিড বা সোডিয়ম হাইড্রেট দ্রব আবশ্যকানুসারে দুই এক ফোটা মিশ্রিত করত পুনর্ব্বার মর্দ্দন করিয়া লইয়া পিচকারীতে টানিয়া লইলে ২০ c. c. পূর্ণ হইবে।

স্যালভারসন প্রয়োগের কাঁচের পিচকারীর সূচিকা প্ল্যাটিনম দ্বারা প্রস্তুত:, অন্ততঃ পক্ষে দেড় ইঞ্চি লম্বা, দৃঢ় এবং তাহার মধ্যের রন্ধ্র অপেক্ষাকৃত বৃহৎ হওয়া আবশ্যক। কারণ এইরূপে প্রস্তুত স্যালভারসন দ্রব অপেক্ষাকৃত গাঢ় হয়। সাধারণতঃ অধস্ত্বাচিক প্রয়োগ জন্য যেরূপ সূচিকা ব্যবহার করা হয়, তাহার রন্ধ্র দ্বারা এই দ্রব ভালরূপে গমন করে না।

পেশী মধ্যে প্রয়োগ জন্য শরীরের যে স্থানে স্থূল পেশী, সেই স্থানেই—পৃষ্ঠদেশে স্ক্যাপুলার অভ্যন্তর পার্শ্বে, কক্ষে—স্তনের পার্শ্বে প্রয়োগ করা যাইতে পারে। নিতম্বদেশে প্রয়োগ করাই সুবিধা। কারণ, এই স্থানের পেশী অত্যধিক স্থূল এবং গভীর। এইস্থান কামাইয়া লোমসমূহ পরিষ্কার করিয়া সাবান জল দ্বারা ধুইয়া লইয়া পরে ইথর দ্বারা পরিষ্কার করিয়া পচন নিবারক বস্ত্রদ্বারা আবৃত্ত করিয়া রাখিয়া দিতে হয় এবং প্রয়োগের পূর্ব্বে প্রয়োজ্য স্থানে একবার টিংচার আইওডিনের প্রলেপ দিয়া লইতে হয়। পূর্ব্বের দিবস রজনীতে রোগীরে অন্ত্র পরিষ্কার করিয়া শয্যায় শায়িত রাখা কর্ত্তব্য।

পূর্ব্বোক্ত পিচকারী মধ্যে মধ্যে ২০ c. c. দ্রব আছে, তাহার অর্দ্ধাংশ অর্থাৎ ১০ c. c. বাম নিতম্বে এবং অপর অর্দ্ধাংশ দক্ষিণ নিতম্বের ঊর্দ্ধ ও বাহ্যাংশে ঊর্দ্ধ হইতে নিম্নদিকে পিচকারীর সূচিকা গভীরস্তরে প্রবেশ করাইয়া ঔষধ প্রয়োগ করিতে হইবে।

সূচিকাসহ পিচকারী উঠাইয়া লওয়া হস্ত সঞ্চালন দ্বারা ঔষধীয় দ্রব সকলদিকে সঞ্চালিত করিয়া দিয়া পচন নিবারক তুলা ইত্যাদি দ্বারা তৎস্থান আবৃত করিয়া রোগীকে শয্যায় শায়িত রাখিতে হইবে। অন্ততঃ চারিদিবস পর্য্যন্ত রোগীকে শায়িত রাখা কর্ত্তব্য।

স্যালভারসন প্রয়োগ করার পূর্ব্বে রোগীর সাধারণ স্বাস্থ্য, মূত্র, হৃদপিণ্ড ইত্যাদি উত্তমরূপে পরীক্ষা করিয়া দেখিতে হইবে যে, স্যাল্‌ভারসন প্রয়োগ করার প্রতিকূল কোন লক্ষণ বর্ত্তমান আছে কিনা, তাহা থাকিলে স্যাল্‌ভারসন প্রয়োগ নিষেধ, তাহা উল্লেখ করাই বাহুল্য।

স্যালভারসনের এক শিশিতে মোট ০.৬ গ্রাম স্যালভারসন থাকে। ইহাতে ০.২৪ গ্রাম আর্সেনিক বর্ত্তমান থাকে। ইহাই উপযুক্ত মাত্রা। ইহার পূর্ণমাত্রা একগ্রাম বা তদপেক্ষা

বেশী। ইহা ক্রমে ক্রমে বৃদ্ধির পূর্ণ মাত্রা। সাধারণতঃ রোগীর দৈহিক গুরুত্বের সের প্রতি ১ সেন্টিগ্রাম।

আমরা স্যালভারসন দ্রব প্রস্তুত সম্বন্ধে ডাক্তার ক্যানিং হাম মহাশয়ের বর্ণিত প্রণালী সহজ সাধ্য বলিয়া তাহাই গ্রহণ করিয়াছি। এই প্রণালীতে দ্রব প্রস্তুত করাই সহজ। এক শিশিতে ০.৬গ্রাম স্যালভারসন থাকে। আমরা তাহার সমস্তই দ্রব প্রস্তুত করিয়া এক রোগীর নিতম্বদেশে অর্দ্ধাংশ এবং অপর এক রোগীর নিতম্বে অর্দ্ধাংশ অর্থাৎ ০.৩ গ্রাম মাত্রায় প্রয়োগ করিতে আরম্ভ করিয়াছি। পাঠক মহাশয়দিগকেও এই প্রণালীতেই প্রয়োগ করিতে বলিতে পারি। কারণ, বর্ত্তমান সময় পর্য্যন্ত আমরা এই প্রণালীতে বিশেষ কোন মন্দফল প্রাপ্ত হই নাই। এবং বিশেষ কোন আশ্চর্য্য জনক সুফলও প্রাপ্ত হই নাই। তবে আমাদের রোগীর সংখ্যা অত্যল্প। এবং তাহাদের সম্বন্ধে কোনরূপ মন্তব্য প্রকাশের সময় উপস্থিত হয় নাই। তবে উপদংশ পীড়ায় যে স্যালভারসন উপকারী ঔষধ, তাহা বুঝিতে পারিয়াছি। আমাদের চিকিৎসিত রোগীর বিবরণ প্রকাশের উপযুক্ত সময় এখনও হয় নাই। অথচ চারিদিকে স্যালভারসন সম্বন্ধে বিশেষ আন্দোলন আরম্ভ হইয়াছে। সুতরাং পাঠক মহাশয়দিগের অবগতির জন্ম বাধ্য হইয়া অপরাপর লেখকের লিখিত প্রবন্ধের বিষয় সঙ্কলিত হইতেছে।

স্যালভারসন যেরূপেই শরীর মধ্যে—শিরা মধ্যে, পেশী মধ্যে বা ত্বকনিম্নে প্রয়োগ করা হউক, তাহা শরীর হইতে বহির্গত—বৃক্ক পথেই অধিক বহির্গত হইয়া যায়। তদপেক্ষা অল্প অংশ অন্ত্রপথে, ত্বকপথে এবং ফুসফুস পথে বহির্গত হইয়া যায়। মূত্রসহ প্রায় অর্দ্ধেক আর্সেনিক বহির্গত হইয়া যায়। এক জনের পেশী মধ্যে ০.৩ গ্রাম স্যালভারসন প্রয়োগ করার পর—বার দিবস পর্য্যন্ত মূত্রে আর্সেনিক পাওয়া গিয়াছিল। এবং তাহার শরীর মধ্যে তখন পর্য্যন্ত আর্সেনিক বিদ্যমান ছিল। পেশী মধ্যে স্যালভারসন প্রয়োগ করিলে তথায় তাহা সঞ্চিত থাকে এবং ক্রমে ক্রমে শোষিত হয় এবং শরীর হইতে বহির্গত হয়। একজন রোগীর স্যালভারসন প্রয়োগ করার ৩৬ দিবস পরে মৃত্যু হইলে যে স্থানে স্যালভারসন প্রয়োগ করা হইয়াছিল তথায় কর্ত্তন করিয়া দেখা গিয়াছিল যে, তথায় আর্সেনিক সঞ্চিত হইয়া রহিয়াছে। এই দৃষ্টান্ত দ্বারা ইহাই সিদ্ধান্ত করিতে হইবে যে, পেশী মধ্যে স্যালভারসন প্রয়োগ করিলে সকলের শরীরে সমসময়ে ঔষধ শোষিত হয় না,—কাহারো বা অল্প সময় মধ্যে ঔষধ শোষিত হইয়া যায়। আবার কাহারো বা তথায় অনেক দিবস পর্য্যন্ত সঞ্চিত থাকে। অথবা অল্পে অল্পে শোষিত হয়। এই জন্ম স্যালভারসন প্রয়োগ করিয়া কি ফল হইবে, তাহা স্থির করিয়া বলা যাইতে পারে না। কারণ উপদংশ জীবাণু বিনষ্ট করার জন্ম যে পরিমাণ আর্সেনিক আবশ্যক, আপনি হয় তো তাহা প্রয়োগ করিলেন। কিন্তু তাহা শোষিত হইয়া উক্ত রোগ জীবাণু সহ সম্মিলিত হইয়া তাহাকে বিনাশ করিবে, না, যে স্থানে প্রয়োগ করিয়াছেন, সেই স্থানেই সঞ্চিত হইয়া থাকিবে, আপনি তাহা স্থির করিয়া বলিতে পারেন না। শরীরে যে পরিমাণ উপদংশ

রোগ জীবাণু বর্ত্তমান আছে, তাহার বিনাশের উপযুক্ত পরিমাণ আর্সেনিক শোণিতসহ সঞ্চালিত না হইলে কখনই সুফলের আশা করা যাইতে পারে না। এইজন্যই পুনঃ-পুনঃ স্যালভারসন প্রয়োগ করার আবশ্যকতা উপস্থিত হয় এবং শিরা মধ্যে প্রয়োগ করায় আশু অধিক সুফল লক্ষিত হয়। অল্প সময় মধ্যে আর্সেনিক সমস্ত শরীরে পরিচালিত হয় এবং তাহার অধিকাংশ অল্প সময় মধ্যে মূত্র ও মলসহ বহির্গত হইয়া যায়। তবে এইরূপে প্রয়োগ করার বিপদও অনেক অধিক।

পেশী মধ্যে তৈলাক্ত দ্রব প্রয়োগ।

ডাক্তার ফাউলার মহাশয় বলেন—স্যালভারসন বেশ উপকারী ঔষধ। প্রয়োগ করিয়া বেশ সুফল পাওয়া যায়। কিন্তু তাহার দ্রব প্রস্তুত করার যে কঠিন জটিল নিয়ম বর্ণনা করা হয়, তাহা সকলের পক্ষে সকল স্থলে সম্ভবপর নহে। তজ্জন্য তিনি তৈলসহ মণ্ড প্রস্তুত করিয়া পেশী মধ্যে প্রয়োগ জন্য এক সহজ প্রণালী আবিষ্কার করিয়াছেন। নিম্নে তাহা বর্ণিত হইতেছে। এই প্রণালীতে স্যালভারসন প্রয়োগ করিলে যে স্থানে প্রয়োগ করা হয়, সে স্থানে কোনরূপ বেদনা হয় না। অথচ ঔষধের ক্রিয়া শীঘ্র প্রকাশিত হয়।

বৃহৎ রন্ধ্র বিশিষ্ট দৃঢ় সূচিকাযুক্ত রসের পিচকারী জলে সিদ্ধ করিয়া বিশুদ্ধ করিয়া লইতে হইবে।

জলপাইয়ের বিশুদ্ধ তৈল একটী এলুমিনমের বাটীতে উত্তপ্ত করিয়া বিশুদ্ধ লইয়া পরে শীতল করিয়া লইবে। শীঘ্র শীতল করার আবশ্যক হইলে উক্ত বাটী শীতল জলের উপর রাখিয়া দিলেই হইতে পারে।

পিচকারীতে সূচিকা সংলগ্ন করিয়া লইয়া সূচিকা পথে 2cc. উক্ত তৈল পিচকারী মধ্যে টানিয়া লইবে। পিচকারীর দণ্ড উপরে যতদূর পর্য্যন্ত টানিয়া উঠান যায় ততদূর পর্য্যন্ত টানিয়া উঠাইবে। পিচকারী উত্তমরূপে ঝাঁকিয়া ঝাঁকিয়া উক্ত তৈল পিচকারীর অভ্যন্তরে সমস্ত অংশে সংলিপ্ত করিবে। একটী অঙ্গুলি দ্বারা পিচকারী সংলগ্ন সূচিকার মুখ এমত ভাবে বন্ধ করিয়া রাখিবে যে, তন্মধ্য দিয়া তৈল বহির্গত হইয়া না যাইতে পারে। কারণ এ পর্য্যন্ত সূচিকার মুখ ঠিক নিম্ন মুখে আছে। এই সময়ে পিচকারীর দণ্ড টানিয়া সম্পূর্ণরূপে বহির্গত করিয়া লইতে হইবে।

এক্ষণে স্যালভারসন পিচকারীর মধ্যে ঢালিয়া দিয়া এলুমিনমের বাটীর তৈল 4c.c. পরিমাণ তন্মধ্যে দিতে হইবে।

তৎপর পিচকারীর দণ্ড পিচকারীর নল মধ্যে প্রবেশ করাইয়া—তাহার ওয়াসার নলের মধ্যে প্রবেশ করিলেই পিচকারী উল্টাইয়া ধরিতে হইবে অর্থাৎ সূচিকা ঊর্দ্ধমুখী হইবে ও দণ্ড নিম্ন দিকে যাইবে। পিচকারী দণ্ডের স্ক্র্যাপ উঠাইয়া দিয়া আটকাইয়া দিতে হইবে।

স্যালভারসনের সমক্ষারাম্ল দ্রব যে নিয়মে নিতম্বের পেশী মধ্যে প্রয়োগ করা হয়। এই তৈলমণ্ডও তদ্রূপ নিয়মেই প্রয়োগ করা হইয়া থাকে। সুতরাং তাহার উল্লেখ করা নিষ্প্রয়োজন।

এই মণ্ড প্রয়োগ সম্বন্ধে নিম্নলিখিত কয়েকটী বিষয়ে সাবধান হইতে হয়। যথা,

১। স্থালভারসনের দ্রব প্রয়োগের পিচকারীরীর দণ্ড ধাতু নির্ম্মিত হওয়া অনুচিত। রাসায়নিকেরা ঐরূপ পিচকারী ব্যবহার করেন সত্য কিন্তু স্থালভারসনের অম্ল দ্রব সংলগ্নে তাহাতে কলঙ্কের উৎপত্তি হয়। মনুষ্যের শরীরে প্রয়োগ জন্য ঐরূপ পিচকারী ব্যবহার করা অনুচিত।

২। পিচকারীর সূচিকার মধ্যের ছিদ্র বড় হওয়া আবশ্যক।

৩। পিচকারীর কাচের খোলের মধ্যে পুনর্ব্বার তাহার দণ্ড প্রবেশ করানের সময়ে বিশেষ সাবধান হইতে হয়। তাহার যে ধাতু বেষ্টন আছে, তাহা বাম হাত দিয়া দৃঢ়রূপে ধরিয়া রাখিতে হয়। প্রথমে একটু তৈল মাখাইয়া লইয়া পিচকারী দণ্ড প্রবেশ করনের অভ্যাস করিলে ভাল হয়।

৪। ধীরে ধীরে ঝাঁকিয়া তৈলসহ স্থালভারসন মিশ্রিত করিয়া মণ্ড প্রস্তুত করিতে হয়। তাড়াতাড়ি করা অনুচিত। ভালরূপে মণ্ড প্রস্তুত করিলে তন্মধ্যে স্থালভারসন দলা বাঁধিয়া থাকে না।

আমরা এই প্রণালী পরীক্ষা করিয়া দেখি নাই। এইরূপে প্রয়োগ করা অতি সহজ বলিয়া বোধ হইতেছে।

Dr. Boehm মহাশয় স্থালভারসন সম্বন্ধে একটী প্রবন্ধ লিখিয়াছেন। তাহাতে স্থালভারসনের রাসায়নিক বিবরণ সম্বন্ধে বিশেষ জ্ঞাত হওয়া যায় নাই। আময়িক প্রয়োগে দেখিতে পাওয়া যায়—উপদংশ পীড়ার প্রথম ও দ্বিতীয় অবস্থায় অতি শীঘ্র সুফল প্রদান করে। উপদংশ পীড়ার চিকিৎসা ক্ষেত্রে ইহা যে আর একটী বিশেষ উপকারী ঔষধ আবিষ্কৃত হইয়াছে, তাহার আর কোন সন্দেহ নাই। কিন্তু তাই বলিয়া যে উপদংশ পীড়ার চিকিৎসা ক্ষেত্র হইতে পারদ ও আইওডাইডদিগকে দূরীভূত করিতে পারিবে, তাহা নহে। তবে তৎসহ আর একটী ঔষধ আমাদের হস্তগত হইল, এই মাত্র। তাহাদের সঙ্গে ইহারও ব্যবহার চলিবে। উপদংশ পীড়ার সকল অবস্থাতেই—তাহা পীড়া যত দিবসেরই হউক—অল্প দিনের হউক বা বহু পুরাতন হউক—শেষোক্ত ঔষধের ব্যবহার চলিতে থাকিবে;

স্থালভারসন প্রয়োগ সম্বন্ধে অভিজ্ঞতা লাভ না করিয়া কোন চিকিৎসকের পক্ষেই এই ঔষধ প্রয়োগ করা কর্ত্তব্য নহে। অনভিজ্ঞ চিকিৎসক কর্ত্তৃক এই ঔষধ প্রয়োজিত হইলে রোগীর কষ্ট ও অনিষ্ট এবং ঔষধের ও চিকিৎসকের কুযশ হওয়ার সম্ভাবনা। স্থালভারসন দাহক ও পেশী বিনাশক—সুতরাং তাহা অসাবধানে পেশী মধ্যে প্রয়োগ করিলে অনিষ্ট হইতে পারে।

শিরা মধ্যে প্রয়োগ করাই সর্ব্বাপেক্ষা নিরাপদ। এই প্রণালীতে প্রয়োগ করিলে পূর্ণ মাত্রায় প্রয়োগ করা যাইতে পারে। কিন্তু এইরূপে প্রয়োগ করিতে হইলে প্রয়োগ সম্বন্ধে অভিজ্ঞ এবং রোগীর সমস্ত শারীরিক যন্ত্রের অবস্থা বিশেষরূপে জ্ঞাত হওয়া আবশ্যক। শোণিত সঞ্চালক যন্ত্রের অবস্থা, শোণিত সঞ্চাপ, মূত্রযন্ত্রের অবস্থা, যকৃতের অবস্থা, রোগীর সুরাপান অভ্যাস ইত্যাদি

উত্তমরূপে পরীক্ষা করিয়া তৎসমস্তের কোন অসুস্থাবস্থা না পাইলে তৎপর স্যালভারসন প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

স্যালভারসন প্রয়োগের বিরুদ্ধ লক্ষণ কিছু পাইলেই তাহা প্রয়োগ নিষেধ। শিরা মধ্যে বা পেশী মধ্যে কোনরূপেই তাহা প্রয়োগ করা উচিত নহে।

স্যালভারসন প্রয়োগ করার পর প্রত্যেক রোগীকেই ২৪ ঘণ্টা কাল শয্যায় শায়িত থাকা অবশ্য কর্ত্তব্য।

স্যালভারসন দ্রব প্রস্তুত করা অতি সহজ। তজ্জন্য রাসায়নিকের সাহায্য লওয়া নিষ্প্রয়োজন। যে চিকিৎসক এই দ্রব প্রস্তুত করিতে অক্ষম। তিনি ইহাপ্রয়োগ করিতেও অক্ষম—ইহাই বিবেচনা করিতে হইবে। প্রয়োগের অব্যবহিত পূর্ব্বে দ্রব প্রস্তুত করা কর্ত্তব্য। অর্থাৎ রোগীকে ঔষধ প্রয়োগ জন্ত পচন নিবারক প্রণালীতে প্রস্তুত করিয়া প্রয়োগের উপযুক্ত অবস্থায় স্থাপন করিয়া তৎপর দ্রব প্রস্তুত করা উচিত।

পাঠক মহাশয় শুনিয়া আশ্চর্য্য বোধ করিবেন যে, আমেরিকাব অধিবাসীদের মধ্যে ১৮ জন উপদংশ পীড়াগ্রস্ত।

একমাত্রা স্যালভারসন প্রয়োগে কখনই উপদংশ পীড়া আরোগ্য হয় না। এমন কি এই ঔষধে রোগীর রোগ সম্পূর্ণ আরোগ্য হইবে কি না, তাহাও নিশ্চিত করিয়া বলা যাইতে পারে না। এই ঔষধ সকল রোগীর পক্ষে সমান ফলদায়ক নহে। কোন কোন রোগীর তিন চারি বার প্রয়োগ করার পরে ওয়াশারম্যানের প্রতিক্রিয়া লোপ হইতে দেখাগিয়াছে। সুতরাং এই ঔষধ দ্বারা যে রোগী নিঃশেষ আরোগ্য হইবে, তাহা কিরূপে বলা যাইতে পারে?

এক মাত্রা ঔষধ কেবলমাত্র উপদংশ রোগজীবাণু বিনাশক ক্রিয়া মৃদু প্রকৃতিতে প্রকাশ করে। তবে পরিপোষণ ক্রিয়া বৃদ্ধি হওয়ায়—উপদংশজ রক্ত হীনতার বিশেষ প্রতিকার হয়। তাহাতে রোগীর সাধারণ স্বাস্থ্য উন্নত হয় কিন্তু উহাই যে পীড়া আরোগ্য হওয়ার লক্ষণ, তাহা নহে। রোগীকে এই বিষয় বুঝাইয়া দেওয়া উচিত। একমাত্রা ঔষধ প্রয়োগে পীড়া কখনই আরোগ্য হয় না।

এক এক রোগীর ধাতু প্রকৃতিতে স্যালভারসন এক এক রূপ কার্য্য করে। সুতরাং এই ঔষধ প্রয়োগে আশ্চর্য্য ফল হইবে, একথা সকল রোগীকে বলা যাইতে পারে না। সকল রোগীই যে নিশেষ আরোগ্য হইবে, তাহাও বলা যাইতে পারে না।

সাধারণ পত্রিকা সমূহে স্যালভারসনের অযথা প্রসংশাবাদ প্রকাশিত হইয়াছে। উপদংশ পীড়ায় এই ঔষধ এত আশ্চর্য্য ফল প্রদান করে, যাহার শরীরে অতিসামান্য মাত্র উপদংশ বিষ আছে অথচ তাহার কোন লক্ষণই প্রকাশিত হয় নাই—তাহার শরীরে একমাত্রা স্যালভারসন প্রয়োগে ঐ দোষ সম্পূর্ণরূপে বিনষ্ট হয়। এইরূপ মিথ্যা প্রসংশা রাষ্ট হওয়ায় অনেক অনাবশ্যকীয় স্থলেও প্রয়োজিত হইয়া মন্দফল প্রদান করিয়াছে। সুতরাং প্রয়োগের পূর্ব্বে স্যালভারসন প্রয়োগের আবশ্যকতা আছে কিনা, তাহা স্থির করিয়া লইবে। রোগী বলিল—তাহার উপদংশ পীড়া আছে, এমনি

তাহাকে স্যালভারসন প্রয়োগ করা হইল—এমনটী যেন না হয়।

শিরা মধ্যে স্যালভারসন প্রয়োগ ফলে মৃত্যু।

স্যালভারসন প্রথম প্রচারিত হওয়ার সঙ্গে সঙ্গেই ইহা নিরাপদ ঔষধ—প্রয়োগে কখন মৃত্যু হইতে পারে না—ইহাও প্রচারিত হইয়াছিল, তজ্জন্য সকলে নির্ভাবনায় প্রয়োগ আরম্ভ করিলেন। কিন্তু এই নির্ভাবনার অবস্থায় অধিক দিন অতিবাহিত হয় নাই। সকলে প্রয়োগ আরম্ভ করিলে, প্রয়োগ ফলে অনেকের মৃত্যু হইলে। এ সংবাদ ঔষধ আবিষ্কারক Ehrlich মহাশয় শ্রবণ করিয়া বলিলেন—এই সমস্ত মৃত্যুর কারণ ঔষধ নহে, অনুপযুক্ত স্থলে প্রয়োগের দোষ মাত্র। স্নায়বীয় পীড়ার প্রবল অবস্থায় বা শোণিত সঞ্চালক যন্ত্রের দোষযুক্ত রোগীতে স্যালভারসন প্রয়োগ করাতে মৃত্যু হইয়াছে। এই সমস্ত স্থলে স্যালভারসন প্রয়োগ নিষিদ্ধ, তাহা পূর্ব্বেই বলিয়া দেওয়া হইয়াছে। সুতরাং ঔষধের দোষ দেওয়া অন্যায়। সাবধান হইয়া উপযুক্ত স্থলে স্যালভারসন প্রয়োগ করিলে মৃত্যু হইতে পারে না। কিন্তু দুর্ভাগ্যের বিষয় এই যে, তাঁহার এই উক্তি সত্য নহে। কারণ, এমন বিবরণও প্রকাশিত হইয়াছে যে, সুস্থ সবল, অপর পীড়া বিহীন যুবকের শরীরে—শিরামধ্যে স্যালভারসন প্রয়োগ করিয়া মারাত্মক ফল পাওয়া গিয়াছে।

একটী আমেরিকার যুবককে ০·৬ গ্রাম স্যালভারসন প্রয়োগ করায় বৃক্কের তরুণ প্রদাহ হইতে দেখা গিয়াছে। অপর একটী যুবকের প্রস্রাব বন্ধ হওয়ায় মৃত্যু হইয়াছে। ইহার মধ্যে একজনের উপদংশ ক্ষত হওয়ার পর উপদংশের সামান্য মাত্র লক্ষণ থাকে বর্ত্তমান ছিল, তদ্ব্যতীত সে সম্পূর্ণ সুস্থ ছিল। প্রস্রাবের কোন দোষই ছিল না। স্যালভারসন প্রয়োগ করার পরেই বৃক্কের তরুণ প্রদাহের লক্ষণ উপস্থিত হইয়াছিল। অপর জনের প্রস্রাবে সামান্য মাত্র অণ্ডলাল ছিল সত্য কিন্তু কাষ্ট ছিল না। অপর এক জন ৩৫ বৎসর বয়স্ক পুরুষ, সুস্থ সবল, হাতে পায়ের তলাতে উপদংশ জন্য রোগ উপস্থিত হইত। ইহার শিরামধ্যে প্রথমে ০·৩ গ্রাম স্যালভারসন প্রয়োগ করায় কোন মন্দ লক্ষণ উপস্থিত হয় নাই। ইহার ছয় দিবস পরে ০·৪ গ্রাম স্যালভারসন প্রয়োগ করার পর মুখমণ্ডল আরক্ত বর্ণ, বমন, এবং শেষে মৃগী রোগের ন্যায় আক্ষেপ উপস্থিত হইয়া অজ্ঞান হওয়ার পর মৃত্যু হইয়াছে।

সেণ্ট লুইস হস্পিটালে স্যালভারসন প্রয়োগ ফলে যে সমস্ত রোগীর মৃত্যু হইয়াছে তাহাদের মধ্যে এই বিশেষত্ব দেখিতে পাওয়া যায় যে, সকলেরই প্রায় একই প্রকৃতিতে মৃত্যু হইয়াছে। সকলেরই মৃগী রোগের ন্যায় আক্ষেপ উপস্থিত হইতে দেখা গিয়াছে। জর্ম্মাণ দেশে স্যালভারসন প্রয়োগ ফলে চারি জনের মৃত্যু বিবরণ প্রকাশিত হইয়াছে। ইহাদের সকলেরই মস্তিষ্কের শোণিতস্রাব প্রকৃতির প্রদাহ হইয়াছিল। অনুমৃত পরীক্ষায় এই সমস্ত বিবরণ অবগত হওয়া গিয়া-গিয়াছে। একজন চিকিৎসক, ৪৩ বৎসর বয়স, সুস্থ, সবল ও উপদংশ রোগীর চিকিৎসা করিতে গিয়া নিজে উপদংশ পীড়া

যারা আক্রান্ত হইয়াছিলেন। গলায় গৌণ উপদংশের দানা বাহির হইয়াছিল। ১৯১১ খৃষ্টাব্দের ২৮শে মার্চ তারিখে শিরামধ্যে ০'৪ গ্রাম স্যালভারসন প্রয়োগ করা হয়। তৎপর সামান্য কম্প এবং কয়েকবার বমন হয়। কয়েক দিবস মধ্যে প্রাথমিক ক্ষত শুষ্ক এবং ত্বকের দানাসমূহ অন্তর্হিত হইতে আরম্ভ হয়। কয়েক দিবস পারদীয় চিকিৎসা করা হয়। তৎপর ৬ই মে তারিখে পুনর্বায় শির মধ্যে ০'৪ গ্রাম স্যালভারসন প্রয়োগ করা হইলে সমস্ত দিবস ভাল ভাবেই অতিবাহিত হয়। কিন্তু তৎপর দিবস রজনীতে অসুস্থতা আরম্ভ হইয়া পরদিবস প্রায় অজ্ঞান অবস্থা উপস্থিত হয়। চেষ্টা করিবাও কোন প্রশ্নের উত্তর দিতে পারেন নাই। শেষে আক্ষেপ উপস্থিত হওয়ার পর সম্পূর্ণ অজ্ঞান হন। অপরাহ্নে ধনুষ্টঙ্কার পীড়ার ন্যায় আক্ষেপ হইতে থাকে। দৈহিক উত্তাপ ১০৪°F হইয়া শেষ রাত্রে মৃত্যু হয়। ইঁহার আভ্যন্তরিক সমস্ত যন্ত্রের অপকর্ষতা উপস্থিত হইয়াছিল। যকৃতে মেদাপকর্ষত্ব উপস্থিত হইয়াছিল। মস্তিষ্কের আবরক ঝিল্লিতে প্রদাহ এবং শোণিত স্রাব হইয়াছিল। অপর একজনের প্রবল পীড়া উপস্থিত হওয়ায় মৃত্যু হইয়াছে। স্যালভারসন প্রয়োগ ফলে অনেক স্থলে পাণ্ডু পীড়া উপস্থিত হইতে দেখা গিয়াছে এবং তজ্জন্য মৃত্যুও হইয়াছে।

শিরামধ্যে স্যালভারসন প্রয়োগ জন্য যে সমস্ত মৃত্যু বিবরণ প্রকাশিত হইয়াছে, তাহাতে দেখিতে পাওয়া যায় যে, দ্বিতীয়বার প্রয়োগের পরেই মন্দ লক্ষণ সমূহ প্রকাশিত হয়। অথচ অনেকেই বলেন যে, দ্বিতীয়বার প্রয়োগ করা অবশ্য কর্ত্তব্য। নতুবা ঔষধের ভাল ফল পাওয়া যায় না।

ডাক্তার গথেল মহাশয় ২৫ জন রোগীর পেশী মধ্যে স্যালভারসন প্রয়োগ করিয়া যে অভিজ্ঞতা লাভ করিয়া তৎ বিবরণ মেডিকেল রিকর্ডে প্রকাশ করিয়াছেন। তৎপাঠে অবগত হওয়া যায় যে, ঐ সমস্তের মধ্যে দুই জনকে দ্বিতীয়বার ঔষধ প্রয়োগ করিয়াছেন। পৃষ্ঠদেশে স্ক্যাপুলার নিকটে প্রয়োগ করায় প্রত্যেকেরই তৎস্থানে কঠিন গুঁটির মত হইয়া অনেক দিবস পর্য্যন্ত ছিল। কাহারো কাহারো উক্ত গুটী ক্ষুদ্র লেবুর ন্যায় বড় হইয়াছিল। পাঁচ জনের ঐজন্য বিশেষ কষ্ট হওয়ায়, আর্সেনিক বেঙ্গল প্রয়োগ করার ছয় সপ্তাহ পরে তাহা কর্ত্তন করিয়া বহির্গত করিয়া দিতে হইয়াছিল। কর্ত্তন করায় উক্ত গুটিকার মধ্যস্থিত তরল পদার্থ মধ্যে আর্সনিক বর্ত্তমান থাকিতে দেখা গিয়াছে। কঠিন আবরণে আবৃত হইয়া অর্ব্বুদের ন্যায় অবস্থা প্রাপ্ত হইয়াছিল। প্রথমে ত্বক নিম্নস্থিত বিধান ও পেশী শুষ্ক ও কাল বর্ণ ধারণ করিয়া মৃত অবস্থায় ছিল। সম্ভবতঃ আর্সেনিক কর্ত্তৃক তথাকার বিধান বিনষ্ট হওয়ার জন্যই ঔষধ শোষিত হয় নাই।

তিন জনের নিতম্বের পেশীতে প্রয়োগ করায় তথায় বেদনাযুক্ত স্ফীততার উৎপত্তি হওয়ায় তাহার টন্‌টনানী বেদনার জন্য রোগী উত্তান ভাবে শয়ন করিতে পারিত না, বসিতে পারিত না। এই জন্য কোন রোগীকে আর এই স্থানে ঔষধ প্রয়োগ করা হয় নাই।

নিতম্বের পেশীতে প্রয়োগ করিয়া অসুবিধা রোধ করায় শেষে কোয়াড্রেটাস-

লম্বোরম পেশী মধ্যে প্রয়োগ করেন। অন্যান্য পেশী অপেক্ষা এই পেশীতে প্রয়োগ করায় অপেক্ষাকৃত অল্প অসুবিধা উপস্থিত হইয়াছিল। তবে ছয় জনের এই স্থানে প্রয়োগ করার ফলে তৎস্থান স্ফীত টন্‌টনে হইয়া তাহা উদরের সম্মুখ পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইয়া পড়িয়াছিল। ইহার মধ্যে এক জনের উক্ত স্ফীত স্থান লালবর্ণ হইয়া উঠিয়াছিল, তাহাতে মনে হইয়াছিল—হয়তো আরো কিছু বা করিতে হয়। কিন্তু তৎপর তিন সপ্তাহ মধ্যে তাহা শোষিত হইয়া গিয়াছিল। স্যালভারসন মণ্ড প্রয়োগফলে এইরূপ ঘটনা পৃষ্ঠদেশে হইলে যত ভয়ের কারণ, এই স্থানে হইলে তদপেক্ষা অধিক ভয়ের কারণ, কেননা এই স্থানের সন্নিকটে বৃক্ক এবং উদর গহ্বরের যন্ত্র সমূহ অবস্থিত। কিন্তু সুখের বিষয় এই যে, অপর নয় জনের তদ্রূপ কোন মন্দ লক্ষণ উপস্থিত হয় নাই। মন্দ লক্ষণ উপস্থিত না হওয়ার কারণ—স্যালভারসনের নির্ম্মল পরিষ্কার দ্রব প্রয়োগ করা। প্রয়োগ জন্য বেদনা সকল স্থলেই সমান হইয়া থাকে।

ইনি সকল স্থলেই সমান মাত্রা অর্থাৎ পুরুষের ০.৬ এবং স্ত্রীলোকের ০.৫ গ্রাম প্রয়োগ করিয়াছেন।

ইহার চিকিৎসিত পঁচিশজন রোগীর মধ্যে অন্ততঃ দশ জনের মূত্রের দোষ উপস্থিত হইয়াছিল,—বৃক্কের উত্তেজনা উপস্থিত হইয়াছিল। তবে কাহারো অধিক, কাহারো বা অল্প এইমাত্র প্রভেদ। মূত্রে লোহিত শোণিত কণিকা প্রাপ্ত হইয়া ইহা স্থির করা হইয়াছে। স্যালভারসন প্রয়োগ করার পর তৃতীয় দিবস মূত্রে লোহিত শোণিত কণিকা প্রাপ্ত হওয়া যায়। তবে চারি জনের ৭ম হইতে ১৪শ দিবসের পূর্ব্বে মূত্রে শোণিত প্রাপ্ত হওয়া যায় নাই। তিন জনের অতি অল্প সময়ই এই লক্ষণ বর্ত্তমান ছিল, কাহারো কাহারো বা দুই হইতে ১২ দিনের মধ্যে এই লক্ষণ অন্তর্হিত হইয়াছিল, একজনের মূত্রে অণ্ডলাল উপস্থিত হইয়াছিল। তিন জন স্যালভারসন প্রয়োগ করার পরেই চিকিৎসালয় হইতে চলিয়া গিয়াছিল, তাহাদের মূত্রে পরেও শোণিত দেখা গিয়াছে। তিন জনের মূত্রে শেষে গ্র্যাণুলার ও হায়লিন কাষ্ট উপস্থিত হইতে দেখা গিয়াছে। স্যালভারসন প্রয়োগের পূর্ব্বে ইহাদের প্রত্যেকের মূত্র বিশেষরূপে পরীক্ষা করিয়াও মূত্রের কোন দোষ পাওয়া যায় নাই, এবং সকল রোগীকেই কয়েক দিবস পর্য্যন্ত চিকিৎসালয়ে রাখিয়া বিশেষরূপে পরীক্ষা করিয়া তৎপর স্যালভারসন প্রয়োগ করা হইত। তখন স্বপ্নেও ইহা মনে করা হয় নাই যে, এইরূপ মন্দ লক্ষণ উপস্থিত হইবে। স্যালভারসন মণ্ড প্রস্তুতের উপর কোন দোষ দেওয়া যাইতে পারে না। কারণ যে দশ জনের কোয়াড্রেটাস লম্বোরম পেশীতে প্রয়োগ করা হইয়াছিল। তাহাদের মণ্ড নির্ম্মল পরিষ্কার হয়াছিল অথচ এই দশ জনের মধ্যে চারিজনের উক্ত লক্ষণ উপস্থিত হইয়াছিল।

উপদংশ পীড়া আরোগ্য হওয়া সম্বন্ধে এবং চিকিৎসা সম্বন্ধে বিভিন্ন দেশে বিভিন্ন মত দেখা যায়। ইংলণ্ড প্রভৃতি দেশের চিকিৎসকগণ মনে করেন যে, উপদংশ পীড়ার লক্ষণ একবার কমে, আবার বাড়ে—কিন্তু

পীড়া থাকিয়া যায়। সুদীর্ঘকাল চিকিৎসা করিলে তবে পীড়া আরোগ্য হয়। আবার কোন কোন স্থানে ওয়াসারম্যানের প্রতিক্রিয়া না পাইলেই—লক্ষণ সমূহ না থাকিলেই বলা হয়—পীড়া আরোগ্য হইয়াছে এবং লক্ষণ সমূহ পুনরাবির্ভাব হইলে আবার পীড়া হইয়াছে বলা হয়। বাস্তবিক কিন্তু তাহা নহে শরীরে পীড়া বর্ত্তমান ছিল। যে দেশে পীড়ার বাহ্য লক্ষণ এবং ওযাসারম্যানের প্রতিক্রিয়া অদৃশ্য হইলেই পীড়া আরোগ্য হইয়াছে বলা হয়, "সে দেশে একবার মাত্র স্যালভারসন প্রয়োগ করার ফলেই উপদংশ পীড়া আরোগ্য হয়।" এমত বলা কিছু অসম্ভব নহে। কারণ অনেক স্থলে এক মাত্রা স্যালভারসন প্রয়োগ ফলে বাহ্য লক্ষণ এবং ওয়াসারম্যানের প্রতিক্রিয়া অদৃশ্য হয়। কেবল স্যালভারসনই বা বলি কেন, পারদ দ্বারা চিকিৎসা করিলেও অনেক স্থলে ঐরূপ ফল হয়। কিন্তু আমরা ঐরূপ অবস্থায় পীড়া আরোগ্য হইয়াছে, এমত মত প্রকাশ করি না। এই জন্য পত্রিকা আদিতে প্রকাশিত চিকিৎসা বিবরণী দেশ, কাল, পাত্র ভেদে সন্দেহের চক্ষে দেখিতে হয়। কেননা এইরূপ কঠিন পীড়া এত সহজে আরোগ্য হয় কিনা, ইহাই সন্দেহের বিষয়। তবে উক্ত পীড়ার উপর যে স্যালভারসন বিশেষরূপ ক্রিয়া প্রকাশ করে, তাহার কোন সন্দেহ নাই। কিন্তু ঐ ক্রিয়া স্থায়ী হয় না।

গথেলের চিকিৎসিত রোগীদের মধ্যে নয় জন রোগী আংশিক আরোগ্য হওয়ার পরেই চিকিৎসালয় পরিত্যাগ করিয়াছে।

ইঁহার চিকিৎসিত পঁচিশ জন জন রোগীর মধ্যে কাহারও কোনরূপ অস্বাভাবিক বা আশ্চর্য্যজনক সুফল দেখিতে পাওয়া যায় নাই। তবে পারদ দ্বারা চিকিৎসা করিলে যত সময়ে যেরূপ ফল পাওয়া যায়, স্যালভারসন দ্বারা চিকিৎসা করায় তদপেক্ষা অল্প সময়ে অধিক সুফল পাওয়া গিয়াছে। কিন্তু অপর পক্ষে ঠিক ইহার বিপরীত অর্থাৎ পারদের সঙ্গে তুলনায় স্যালভারসনের চিকিৎসায় বিলম্বে সুফল পাওয়া গিয়াছে। তবে স্ক্যাপুলার পার্শ্বে যে কয়েক জন রোগীর ঔষধ প্রয়োগ করা হইয়াছিল, তাহাদের আর্সিনিকের ক্রিয়াফলে বিধান নষ্ট হওয়ায় ঔষধ শোষিত হইতে বাধাপ্রাপ্ত হইয়াছিল।

এ পর্য্যন্ত যতদূর অবগত হওয়া গিয়াছে তাহাতে ইহা বিশ্বাস করা যাইতে পারে যে, এই নূতন ঔষধ কর্ত্তৃক বৃক্ক যন্ত্রের অনিষ্ট হয়। তবে শতকরা কতজন রোগীর এবং কোন প্রকৃতির রোগীর কি পরিমাণ অনিষ্ট হয়, তাহা এখনও স্থির করিয়া বলার সময় হয় নাই। ইঁহার চিকিৎসিত ২৫ জনের মধ্যে দশ জনের উক্ত যন্ত্রের অনিষ্ট হইয়াছিল। তাহাদের মধ্যে অধিকাংশরই উহা অধিকদিবস স্থায়ী হয় নাই। কয়েক জনের অনেক দিন ছিল। দুই জনের কাষ্ট পাওয়া গিয়াছিল। কিন্তু পারদ দ্বারা চিকিৎসা করিলে এই উপসর্গ কদাচিৎ উপস্থিত হয়। তজ্জন্য সকলেই পারদ দ্বারা চিকিৎসা করিতে হইলে বৃক্কের বিষয় আলোচনাই করেন না।

আর্সেনোবেঞ্জল পেশীমধ্যে পিচকারী দ্বারা প্রয়োগ করার আর একটি প্রধান অসুবিধা—প্রয়োগের স্থানে বেদনা। সকল

রোগীই এই বেদনার জন্য কষ্ট পায়। মর্ফিয়া প্রয়োগে এই বেদনা আরোগ্য হয়! কিন্তু এমন অনেক রোগী থাকিতে পারে যে তাহাদিগকে সংজ্ঞাহারক ঔষধ প্রয়োগ না করিয়া এই ঔষধ প্রয়োগ করা অসম্ভব।

রোগী প্রস্তুত ও শয্যায় শায়িত রাখা প্রভৃতি বিষয় সকল চিকিৎসকেরই একমত। গথেলও তাহাই বলেন।

উপদংশ পীড়াগ্রস্ত কিরূপ রোগীকে স্যালভারসন প্রয়োগ করা কর্ত্তব্য এবং কি রোগীতে প্রয়োগ করা কর্ত্তব্য নহে? এই প্রশ্নের উত্তরে গথেল মহাশয় বলেন—এই প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার এখনও সময় উপস্থিত হয় নাই। তবে Ehrlick মহাশয় যে যে স্থলে নিষেধ করিয়াছেন, সে সমস্ত স্থলে নিশ্চয়ই প্রয়োগ করা উচিত নহে। প্রয়োগের পূর্ব্বে তাহা বিশেষরূপে পরীক্ষা করিয়া স্থির করিবে। ইঁহার মতে স্যালভারসন উপদংশ পীড়ায় সাধারণ চিকিৎসার ঔষধরূপে পরিগণিত হওয়া উচিত নহে। পারদীয় চিকিৎসায় উপকার হয় নাই—এমত রোগীকে স্যালভারসন প্রয়োগ করা উচিত। কিন্তু পারদীয় চিকিৎসায় উপকার হয় না, এমন রোগীর সংখ্যা অল্প। যে সকল রোগীর পারদীয় চিকিৎসায় উপকার না, তাহাদের সেই রোগ উপদংশজ কিনা, তাহা স্থিরনিশ্চিত করিয়া লওয়া কর্ত্তব্য। অপর যে সকল রোগী বিশেষ কারণে অল্প সময় মধ্যে শীঘ্র আরোগ্য হইতে চাহে, তাহাদের পক্ষেও স্যালভারসন প্রশস্ত। পারদ অপেক্ষা ইহা অল্প সময়ে ও অপেক্ষাকৃত স্থায়ী ফল প্রদান করে। অল্প সংখ্যক রোগীর চিকিৎসা ফলের অভিজ্ঞতা হইতে এইরূপ সিদ্ধান্ত করা হইয়াছে সত্য যদি ভবিষ্যতে এমন হয় যে, বহু সংখ্যক রোগীর চিকিৎসার ফল আরো সন্তোষজনক হয়, তাহা হইলে অন্যরূপ সিদ্ধান্ত করিতে হইবে।—অর্থাৎ দুই এক পিচকারী ঔষধ দিলেই যদি পীড়া সম্পূর্ণ আরোগ্য হয়, তাহা হইলে স্যালভারসনেরই প্রাধান্য স্থায়ী হইবে। তখন আর প্রয়োগের স্থলে বেদনা, হস্পিটালে পড়িয়া থাকা ইত্যাদি বিষয় আলোচনার বিষয়ীভূত হইবে না। সামান্য বিপদ তখন ধর্ত্তব্যের মধ্যেই আসিবে না। কিন্তু তদ্রূপ সময় এখনও উপস্থিত হয় নাই।

গথেল মহাশয়ের কয়েকজন রোগী স্যালভারসন দ্বারা চিকিৎসিত হইবে বলিয়া স্থির করিয়াছিল, কিন্তু কয়েকজনের চিকিৎসার ফল দেখিয়া শেষে আর তাহারা কিছুতেই স্যালভারসন দ্বারা চিকিৎসা করিতে সম্মত হয় নাই। তাহারা শেষে বলিয়াছিল যে, যদি পারদ দ্বারা চিকিৎসা করা না হয় তাহা হইলে তাঁহা দ্বারা, চিকিৎসা করাইবে না।

উল্লিখিত বিবরণ হইতে ডাক্তার গথেল মহাশয় নিম্নলিখিত সিদ্ধান্ত করিয়াছেন।

আর্সেনোবেঞ্জল যে নানারূপ উপদংশ পীড়ায় উপকারী, তাহার আর কোন সন্দেহ নাই। বিশেষতঃ উপদংশ পীড়ার প্রথমাবস্থায় এবং শ্লৈষ্মিকঝিল্লির উপদংশজ লক্ষণে বিশেষ উপকারী।

পারদের সহিত তুলনায় কোন কোন রোগীর পক্ষে ইহার আশুফল ভাল। কিন্তু অপর অনেকের পক্ষে ইহার ক্রিয়া অত্যন্ত ধীর এবং অনিশ্চিত। কোন কোন রোগীর একটুও উপকার হয় না।

বৃক্ক এবং অন্যান্য আভ্যন্তরিক যন্ত্রের উপর কিরূপ কার্য্য করিবে, আমরা তাহা নিশ্চিত জানি না। তজ্জন্য সাবধানে প্রয়োগ করা আবশ্যক

রোগীকে বিশেষ পরীক্ষা করিয়া প্রয়োগ করার পর কয়েকদিবস পর্য্যন্ত চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে শয্যায় রাখিতে হইবে। ইহা যথা তথা প্রয়োগ করার উপযুক্ত ঔষধ নহে।

বিশেষ কঠিন রোগী, পারদে উপকার হয় নাই, এমন রোগীকে প্রয়োগ করা কর্ত্তব্য।

দুই একমাত্রা স্যালভারসন প্রয়োগ করার ফলে বিশেষ মন্দ লক্ষণ সমূহ অন্তর্হিত হইলেও আমরা ইহা নিশ্চিত করিয়া বলিতে পারি না যে, তাহার পরিণাম ফল কি হইবে।

Dr H.A.Hare. মহাশয় জগৎ প্রসিদ্ধ বিজ্ঞ চিকিৎসক। তিনি যেমত প্রকাশ করিয়াছেন, তাহার মূল্য অনেক অধিক। তজ্জন্য তাঁহার মন্তব্য এস্থলে উদ্ধৃত করিলাম।

আরলিকের উপদংশঘ্ন নব প্রকাশিত আর্সেনোবেঞ্জল সম্বন্ধে অন্যান্য সকলে পরিণামে যেরূপ সিদ্ধান্তে সমাগত হউন্ না কেন, আমরা বলিতে পারি যে, আরলিকের নিকট হইতে আমরা যেরূপ আশা পাইয়াছিলাম, কার্য্যক্ষেত্রে আমরা তাহা পাই নাই জন্য নিরাশ হইয়াছি। কিন্তু তাহাতে ঔষধের কোন দোষ হইতে পারে না। কেননা—পীড়া কর্ত্তৃক প্রথম বয়সে যে বিধান অপকর্ষতা প্রাপ্ত হইয়া বিনষ্ট হইয়াছে, কোন ঔষধেই আর তাহা পুনঃ গঠিত করিতে পারে না। ইহা একটী সাধারণ নিয়ম। বহুবৎসর পূর্ব্বে যখন প্রথম ডিফ্‌থিরিয়া এণ্টিটক্সিন প্রচারিত হয়, তখনও ঔষধের ফল সম্বন্ধে এইরূপই কথিত হইয়াছিল। কিন্তু উক্ত বিষে যখন হৃদপিণ্ড বা স্নায়ুর কার্য্য করার উপাদান বিনষ্ট হইয়া যায়, তখন ডিফ্‌থিরিয়া এণ্টিটক্সিন প্রয়োগ করিলে আর জীবন রক্ষা হইতে পারে না। তখন ঔষধ প্রয়োগ করিয়া উপকার পাওয়ার সময় অতীত হইয়াছে। এই সিদ্ধান্ত পরে স্থির হইয়াছে। উপদংশ পীড়া ও স্যালভারসন সম্বন্ধেও তাহাই বলা যাইতে পারে। তবে ইহাতে এই দেখিতে পাওয়া যায় যে, গমেটা ও অন্যান্য উপদংশজ স্নায়বীয় লক্ষণের উপর এই ঔষধ বিশেষরূপে ক্রিয়া প্রকাশ করিয়া উপকার করে। তবে অনেকস্থলে উপদংশ রোগের শেষফল এমন মন্দ হয় যে, তাহা আর কোন ঔষধেই আরোগ্য হইতে পারে না। তদ্রূপ অবস্থায় পারদ প্রয়োগ করিয়াও কোন সুফল পাওয়া যায় না। এবং অধিক অনিষ্ট নিবারণ জন্যই কেবল আইওডাইড প্রয়োগ করা হইয়া থাকে। কিন্তু স্নায়ুমণ্ডলের উপদংশজ পীড়ায় অনিষ্ট নিবারণার্থ আইওডাইড বিশেষ কৃতকার্য্য হইতে পারে না। স্নায়ুমণ্ডলের উপদংশজ পীড়ার মধ্যে প্যারেসিস এবং লোকোমোটারএটাক্সীই অত্যন্ত কঠিন পীড়া। কথিত হইয়াছে—উক্ত পীড়া এই নূতন ঔষধে আরোগ্য হয়। কিন্তু আমরা তাহা আশা করিতে পারি না। ঔষধ প্রয়োগ সম্বন্ধেও বিপদের আশঙ্কা বড় কম নহে। উপযুক্ত মাত্রায় প্রয়োগ করিলেও অনেক সময়ে অনিষ্ট হইতে পারে। স্নায়ুমণ্ডলের পীড়ায় সাবধানে প্রয়োগ করার জন্য আরলিক নিজেই সাবধান করিয়া দিয়াছেন।

স্নায়ুমণ্ডলের পীড়ায় তরুণ এবং পুরাতন

এই দুইটী অবস্থা—মস্তিষ্ক উপদংশজ বিষে নূতন আক্রান্ত হইলে, ওয়াশারম্যানের প্রতিক্রিয়া বর্ত্তমান থাকিলে ৬০৬ প্রয়োগে উপকার হইতে পারে। কিন্তু পীড়া অনেকদিবস ভোগ করার পর, দর্শন স্নায়ুর পরিবর্ত্তন উপস্থিত হওয়ার পর আর এই ঔষধ প্রয়োগ করা যাইতে পারে না। কারণ আর্সেনিকের মাত্রা অধিক হইলে সাধারণতঃ উক্ত স্নায়ুর অপকর্ষতা উপস্থিত হওয়া সাধারণ নিয়ম। এক্ষেত্রে পারদ এবং আইওডাইড প্রশস্ত।

৬০৬ উপদংশ পীড়ায় প্রকৃতপক্ষে কিরূপ কার্য্য করে, তাহার সিদ্ধান্ত হইতে এখনো বহুবৎসর বিলম্ব আছে। বৃহৎপ্রকৃতির উপদংশ পীড়া বা যে যে প্রকৃতির পীড়ায় প্রথম বিশেষ কোন লক্ষণ প্রকাশিত হয় না, কিন্তু বহুকাল পরে তাহা হইতে কৃচ্ছ্রসাধ্য স্নায়বীয় লক্ষণ সমূহ প্রকাশিত হয়,—সেই প্রকৃতির পীড়ায় এই ঔষধ কিরূপ ক্রিয়া প্রকাশ করে, তাহা পরে অবগত হওয়া যাইবে। সম্ভবতঃ ইহা সত্য না হইলেও এরূপ ধারণা করা যায় যে, এই ঔষধ পীড়া তরুণ আক্রমণ বন্ধ করে, অথবা দূরীভূত করে। কিন্তু তাহার শেষফল সত্য নহে। প্রকৃত কথা এই—প্যারাসিফিলিটিক পীড়ায় স্যালভারসনের প্রয়োগ স্থল অতি সংকীর্ণ।

ডাক্তার মিচেলিস মহাশয় ১১০ জন রোগীতে স্যালভারসন প্রয়োগ করিয়াছেন। তন্মধ্যে প্রাথমিক ক্ষতযুক্ত ৭ জন। ইহার মধ্যে একজনের স্থানিক* কোন ঔষধ না প্রয়োগ করাতেও তিন সপ্তাহ মধ্যে পীড়া আরোগ্য হইয়াছে। আর একজনেরও আপনা হইতে প্রায় আরোগ্য হইয়াছে, ইহাকে ০·৬ গ্রাম স্যালভারসন প্রয়োগ করায় ২৪ ঘণ্টা পরেই ঐ রূপ হইয়াছে। শৈম্মিক দানা ছিল, তাহাও অপর ২৪ ঘণ্টার মধ্যে অদৃশ্য হইয়াছে। ১৫ জনের অচিকিৎসিত গৌণ উপদংশের লক্ষণ ছিল, গলায়ক্ষত ছিল, ইহাদের সকলেরই চারি হইতে বার দিনের মধ্যে সমস্ত লক্ষণ অন্তর্হিত হইতে দেখা গিয়াছে। একজনের মাত্র মস্তকে কাল দাগ ছিল, তাহার অনেক সময় লাগিয়াছিল।

২২ জনের গৌণ উপদংশ পীড়া পারদ দ্বারা চিকিৎসা করায় উপশম হইয়া পুনর্ব্বার প্রকাশিত হইত। এইরূপ পুনঃ পুনঃ হইতেছিল। ইহার মধ্যে চারিজনের মস্তিষ্কের লক্ষণ বর্ত্তমান ছিল। ইহার মধ্যে কয়েক জনের বেশ উপকার হইতে দেখাগিয়াছে। অপর কয়েক জনের কি হইল, তাহা জানিতে পারা যায় নাই।

৩৩ জনের প্রবল উপদংশ পীড়ায় পারদ ও আইওডাইড দ্বারা দীর্ঘকাল চিকিৎসা করাতেও পীড়ার লক্ষণ একেবারে অন্তর্হিত হয় নাই। ইহাদের সকলেরই স্যালভারসনে বিশেষ সুফল প্রদান করিয়াছে।

অপর সমস্ত রোগীর নানাপ্রকার উপদংশের গুরুতর কঠিন লক্ষণ সমূহ বর্ত্তমান ছিল। অনেকে বহুদিবস যাবৎ তজ্জন্য অকর্ম্মণ্য হইয়া বসিয়াছিল। কাহারো জীবনের আশাই ছিল না। কিন্তু স্যালভারসন প্রয়োগে তাহাদের সকলেরই আশ্চর্য্য ফল হইয়াছে।

১০ জন স্তন্যপায়ী শিশুকে প্রয়োগ করা হইয়াছিল। ঔষধ প্রয়োগ ফলে তাহাদের ঔষধ প্রয়োগ করার ২৪ ঘণ্টার মধ্যে দুইজনের মৃত্যু হইয়াছে। তবে ঔষধ প্রয়োগ

ফলে মৃত্যু হইয়াছে কিনা, তাহা বলা কঠিন। কারণ তাহাদের পীড়া গুরুতর ছিল।

ডাক্তার মিচেলিস মহাশয় যেরূপ সুফলের বর্ণনা করিয়াছেন। তাহা সহসা বিশ্বাস করিতে প্রবৃত্তি হয় না। তাঁহার লিখিত বিবরণ অর্থাৎ স্যালভারসনের সুফলের বিবরণ যেন অতি রঞ্জিত বলিয়া বোধ হয়। তজ্জন্য আর অধিক উদ্ধৃত করিলাম না।

ডাক্তার মুলার মহাশয় সেণ্ট গোডন হস্পিটালে এক বৎসর কাল উপদংশ পীড়ায় স্যালভারসন প্রয়োগ করিয়াছেন। মোট রোগীর সংখ্যা ১৫৬, তন্মধ্যে ২৪ জনের ত্বক নিম্নে এবং অবশিষ্ট ১৩২ জনের শিরা মধ্যে প্রয়োগ করা হইয়াছে। সর্ব্ব সমেত ৩৪১ বার পিচকারী দেওয়া হইয়াছে। মন্তব্য প্রকাশের পক্ষে এই সংখ্যা যথেষ্ট বলিতে হইবে। কিন্তু এই মতে চিকিৎসার পরিণাম ফল বলার এখনও উপযুক্ত সময় হয় নাই। ইহাই আমাদের বিশ্বাস। প্রথমে ত্বক নিম্নে ও পেশী মধ্যে প্রয়োগ আরম্ভ করেন। কিন্তু এই মতে স্থানিক বেদনা, তৎস্থানে ঔষধ সঞ্চিত হইয়া থাকা এবং স্থানিক কাঠিন্য ইত্যাদি কষ্টদায়ক উপসর্গ উপস্থিত হওয়ায় এই দুই প্রণালী পরিত্যাগ করিয়া কেবলমাত্র শিরা মধ্যেই প্রয়োগ করিয়াছেন। কারণ সকল রোগীই উক্ত দুই প্রণালী অপেক্ষা শেষোক্ত প্রণালীই ভাল বোধ করে। প্রাপ্ত বয়স্কের শরীরে ০·৩৫ হইতে ০·৭০ গ্রাম মাত্রায় প্রয়োগ করিয়াছেন। প্রথমবার পিচকারী প্রয়োগ করার পর চারি ঘণ্টা হইতে বার ঘণ্টার মধ্যে দৈহিক উত্তাপ বর্দ্ধিত হইয়া কোন কোন স্থলে ১০৪° F পর্য্যন্ত হইয়াছে। তৎপরের পিচকারী প্রয়োগে দৈহিক উত্তাপ অতি সামান্য মাত্র বর্দ্ধিত হয়। কোন কোন স্থলে বা একেবারেই বর্দ্ধিত হয় না। দুই ঘণ্টা পর পর উত্তাপ পরীক্ষা না করিলে অনেক সময় উত্তাপ বৃদ্ধি স্থির করা যায় না।

অনেক রোগীর শিরঃপীড়া, বিবমিষা, বমন এবং অতিসার উপসর্গ উপস্থিত হইতে দেখা গিয়াছে। কোন কোন রোগীর ভালরূপ নিদ্রা হয় নাই। কাহারো পরে অত্যধিক ঘর্ম্ম হইয়াছে। দুই জনের শিরায় প্রদাহ হইয়াছিল বটে কিন্তু তদ্দ্বারা বিশেষ কোন অনিষ্ট হয় নাই। দুই জনের অস্থিরতা, বিবর্ণতা এবং কম্প উপস্থিত হইয়াছিল। কখন কখন আরক্ত বর্ণ কণ্ডু বাহির হইয়াছে। স্নায়বীয় লক্ষণের পুনঃ প্রকাশ হইতেও দেখা গিয়াছে।

প্রয়োগ প্রণালীর প্রকৃতি অনুসারে শরীর হইতে বৃক্ক পথে আর্সেনিক বহির্গত হওয়ারও সময়ের বিভিন্নতা লক্ষিত হয়। ত্বক নিম্নে প্রয়োগ করিলে অতি অল্পে অল্পে অনেক সময়ে শরীর হইতে আর্সেনিক বহির্গত হইয়া যায়। প্রয়োগ করার পর কয়েক সপ্তাহ অতীত হইলেও মূত্র পরীক্ষায় আর্সেনিক পাওয়া গিয়াছে। শিরা মধ্যে প্রয়োগ করিলে তৎপর দিবসেই মূত্রের সহিত অনেক পরিমাণ আর্সেনিক বহির্গত হইয়া যায়। ইহার তিন চারি দিবস পরে মূত্র পরীক্ষা করিলে অতি সামান্য মাত্র আর্সেনিক পাওয়া যায়। কিন্তু সর্ব্বত্র একই নিয়মে শরীর হইতে আর্সেনিক বহির্গত হয় না। শিরা মধ্যে প্রয়োগ করিলেও তাহা শরীর হইতে সম্পূর্ণরূপে বহির্গত হইতে কোন

কোন স্থলে অনেক বিলম্ব হয়। এক জনের শরীরে ০.৭০ গ্রাম স্থালভারসন প্রয়োগ করার বিশ দিবস পরে একদিবসের প্রস্রাব মধ্যে ০. ৯৭ মিলিগ্রাম আর্সেনিক পাওয়া গিয়াছিল।

ত্বক নিম্নে এবং শিরা মধ্যে প্রয়োগ করার পর মন্দ লক্ষণ পুনর্ব্বার প্রকাশিত হইতে দেখাগিয়াছে। তৎপর দুইমাস পরে ত্বক নিম্নে এবং দুই হইতে তিন সপ্তাহ শিরা মধ্যে পুনর্ব্বার স্থালভারসন প্রয়োগ করায় আর উপকার না হইয়া মন্দ হইয়াছে। একজন বলিষ্ঠ লোকের শরীরে শিরামধ্যে স্থালভাবসন প্রয়োগ করায় প্রথমিক ক্ষতের স্পাইরোসিটী এবং অনেক দানা দুই দিবস মধ্যে অন্তর্হিত হইতে দেখাগিয়াছে। তাহার এক সপ্তাহ পরে আবার উক্ত ঔষধ প্রয়োগ করা হইয়াছে। কিন্তু ঔষধ প্রয়োগের বিশ দিবস পরে ওষ্ঠের প্রাথমিক ক্ষতে পুনর্ব্বার স্পাইবোসিটী দেখিতে পাওয়া গিয়াছিল। শেষে পারদীয় চিকিৎসা করায় উক্ত জীবাণু অন্তর্হিত হইয়াছে। তবে ইহা দেখিতে পাওয়াগিয়াছে যে, প্রাথমিক এবং গৌণ উপদংশ পীড়ায় পারদের দ্রবনীয় লবণ ও আইওডাইড অপেক্ষা স্থালভারসন শীঘ্র কার্য্য করে। পীড়ার তৃতীয় অবস্থায় স্থালভারসন ও আইওডাইড এই উভয়ের কার্য্যই সমান। কঠিন ক্ষতে. দানাদানা ফোট. ও স্ক্লেরডেনাইটিস লক্ষণযুক্ত পীড়ায় স্থালভারসনও পারদ—উভয়ই সমান সময়ে কার্য্য করে।' ওয়াশারম্যানের প্রতি ক্রিয়া নষ্ট করার জন্ম স্থালভারসন পুরাতন ঔষধ অপেক্ষা শীঘ্র কার্য্য করে না। প্রথম প্রথম যে সমস্ত রোগীর চিকিৎসা স্থালভারসন দ্বারা করা হইয়াছিল, তাহাদের সেই সমস্ত লক্ষণ পুনর্ব্বার প্রকাশিত হইতেছে। সুতরাং ঐ সুফল নিতান্ত অস্থায়ী। পারদ দ্বারা চিকিৎসা করিলে সাধারণত যত সময় পরে লক্ষণ সমূহ পুনঃ প্রকাশিত হয়, স্থালভারসন দ্বারা চিকিৎসা করিলে তদপেক্ষা অল্প সময় পরেই লক্ষণ সমূহ পুনঃ প্রকাশিত হইতে দেখা যাইতেছে। প্রথমে যে পরিমাণ স্থালভারসন কয়েকবার প্রয়োগ করা হইত, তাহাতে শতকরা ৩৪ জনেব লক্ষণ পুনর্ব্বার প্রকাশিত হইতে দেখাগিয়াছে। শেষের রোগীতে অধিক পরিমাণ স্থালভারসন প্রয়োগ করার শতকরা ১৩ জনের লক্ষণ পুনর্ব্বার প্রকাশিত হইতে দেখা যাইতেছে। শেষের সমস্ত রোগীকে বিশেষ বিবেচনা করিয়া স্থালভারসন প্রয়োগ করায় এই ফল হইয়াছে। দুইজন রোগীর পূয়যুক্ত দানা বহির্গত হইয়া বিস্তৃত ক্ষত হইত। ইহাদের স্থালভারসন প্রয়োগ করিয়া দ্রুত আশ্চর্য্য সুফল হইতে দেখা গিয়াছে।

অধ্যাপক মুলার মহাশয় পারদ ও স্থালভারসন—এই এই উভয় ঔষধ দ্বারাই সম্মিলিত চিকিৎসা করা ভাল বলিয়া বিশ্বাস করিলেও আপাততঃ কেবলমাত্র স্থালভারসন দ্বারাই উপদংশ পীড়ার চিকিৎসা করা কর্ত্তব্য বলিয়া মনে করেন। কারণ, কেবল মাত্র স্থালভারসন দ্বারা চিকিৎসা করিলে ইহার উপদংশ পীড়া বিনষ্ট করার শক্তি কত, তাহা স্থির হইবে।

জোহা।

Joha স্থালভারসন মিশ্রিত ঔষধ। স্থালভারসন সহ জোড্রিপিন ও ল্যানোলিন মিশ্রিত

করিয়া প্রস্তুত। স্যালভারসন দ্রব প্রস্তুত করিয়া প্রয়োগ করা যত কঠিন, ইহা প্রয়োগ করা তত কঠিন নহে। এইজন্য অনেকে ইহা প্রয়োগ করেন। প্রয়োগ ফলে বেদনা ইত্যাদি অল্প হয় বলিয়া কথিত হয়। কিন্তু প্রয়োগ করিয়া বিশেষ কোন সুফল পাওয়া যায় নাই বলিয়া অনেকে ইহা প্রয়োগ করিতে বিরত হইয়াছেন। (ক্রমশঃ)

ভেক্সিন চিকিৎসা।

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার মথুরানাথ ভট্টাচার্য্য এল, এম, এস,।

ভেক্সিন চিকিৎসা বুঝিতে হইলে, কিরূপে বৈজ্ঞানিক নীতিতে ভেক্সিন দ্বারা রোগ নিবারণ এবং রোগ চিকিৎসা করা যায়, প্রথমে তাহা জানিতে হইবে। প্রথম বিবেচ্য বিষয় এই যে, আমাদের জীবাণু উৎপন্ন দুই প্রকার রোগকে বিভিন্ন করিতে হইবে। প্রথমটী "বেকৃটিরিয়েল ইনটক্সিকেশন" এবং দ্বিতীয়টী বেকৃটিরিয়েল ইন্‌ফেক্‌শন্ অর্থাৎ প্রকৃত ইন্‌ফেক্‌শন। বেকটিরিয়েল ইন্‌টক্সিকেশনে—বেকটিরিয়া শরীরের উপরিভাগ স্থানে বৃদ্ধি পাইয়া থাকে, যথা, ডিপথিরিয়া এবং টিটেনাস। ইহার জীবাণু রক্ত মধ্যে প্রবেশ করে না, শরীরের উপরিভাগে, যে স্থানে উহারা বৃদ্ধি পাইয়া থাকে, উহারা তথায় এক প্রকার তরল বিষ উৎপন্ন করিয়া থাকে; ঐ বিষ শরীরের মধ্যে শোষিত হইয়া রোগের লক্ষণ উৎপন্ন করিয়া থাকে। যদি ঐ জীবাণুগুলিকে কৃত্রিম কালচারে রাখা যায়, তাহা হইলেও উহারা ঐ প্রকার তরল বিষ উৎপন্ন করিয়া থাকে। যদি কালচারকে ছাঁকিয়া লওয়া যায়,তাহলে আমরা ঐ তরল বিষ অপরিষ্কার ভাবে পাইতে পারি। বেকৃটিরিয়েল ইনফেকশনে বা প্রকৃত ইনফেকশনে, যদিও শরীরের উপরিভাগস্থানে জীবাণুদের বৃদ্ধি হইতে পারে, যথা, টন্সিলের ষ্ট্রেপ্টককাস ইনফেকশন, কিন্তু সাধারণতঃ শরীরের টিশু মধ্যে উহাদের বৃদ্ধি হইয়া থাকে। ইহার দ্বারা ঐ টিশুতে উহারা স্থানীয় প্রদাহ উৎপন্ন করে, এবং তাহার সঙ্গে সঙ্গে শরীরে নানা গোলযোগ উপস্থিত করে, যথা, জ্বর হয় এবং শরীরের ওজন কম হইতে থাকে ইত্যাদি। একটী বিষয় মনে রাখিতে হইবে যে, যে কোন কারণ দ্বারা হউক না কেন, শরীরের উপর উহাদের প্রতিফল এক রকমের হইয়া থাকে; ষ্ট্রেপ্টককাস পাওজেনিস দ্বারা স্ফোটক হইয়া যে জ্বর হয়, বা নিউমোককাস দ্বারা নিউমোনিয়াতে যে জ্বর হয়, বা টিউবারকুলোসিস দ্বারা যে জ্বর হয়, এই তিন প্রকার জ্বরের কোন প্রভেদ নাই; অর্থাৎ উহাদের দ্বারা শরীরের কোন একটী বিশেষ টিশুর উপর কোন বিশেষ ক্রিয়া লক্ষিত হয় নাই; অর্থাৎ যেমন টিটেনাসে স্পাইনেলকর্ডের গ্রে মেটারের উপর কার্য্য করিয়া রোগ লক্ষণ উৎপন্ন করে, সেই রূপ পূর্ব্বোক্ত তিন প্রকার জ্বর কোন বিশেষ টিশুর উপর কার্য্য বশতঃ উৎপন্ন হয় না।

আরও একটী কথা আমাদের মনে রাখিতে হইবে। প্রকৃত ইনফেকশনে,

জীবাণুগুলি কি উপায় দ্বারা শরীরের গোলযোগ ঘটাইয়া থাকে, ইহা আমরা বলিতে পারি না। সাধারণতঃ আমরা বলিয়া থাকি যে, ঐ জীবাণুগুলি এক প্রকার টক্সিন উৎপন্ন করিয়া শারীরিক গোলযোগ ঘটাইয়া থাকে; কিন্তু কি প্রকার "টক্সিক প্রসেস" তাহা আমরা জানি না। পাওজেনি ককাই, নিউমোককাই বা টিউবারকেল বেসিলাসকে আমরা কৃত্রিম কালচারে রাখিয়া কোন তরল বিষ দেখিতে পাই নাই। উহারা শরীরের যে বিষাক্ত ভাব উৎপন্ন করিয়া থাকে, তাহার কারণ এই যে, ঐ জীবাণুদের "প্রোটোপ্লেজম" ভাঙ্গিয়া যায়। ঐ "প্রোটো-প্লেজম" ভাঙ্গার সহিত শরীরের বিষাক্ত ভাবের সহিত সম্বন্ধ আছে। যদি আমরা ঐ জীবাণুগুলি কৃত্রিম কালচারে রাখি, তাহা হইলে দেখিতে পাই যে, উহাদের কতকগুলি জীবাণু মরিয়া যায়; এক এক প্রকার স্বতবিনষ্টতা-তেই তাহাদের "প্রোটোপ্লেজম" ভাঙ্গিয়া যায়। আমরা ঐ জীবাণুদের, কতকগুলি রাসায়নিক বা অন্যান্য জিনিসের দ্বারা, ঐ প্রকার বিনষ্ট ঘটাইতে পারি। ঐ জীবাণু যখন শরীরের মধ্যে জন্মাইয়া থাকে, তখনও তাহারা কোন কারণে আপনা আপনি বিনষ্ট হইয়া থাকে। শরীরের মধ্যে যখন ঐ জীবাণুগুলি মরিয়া থাকে, তাহাদের মৃত্যুর পর তাহাদের "প্রোটো-প্লেজম"এর এক সঙ্গে মিলিত থাকিবার ক্ষমতা কম হইয়া যায়। সুতরাং ঐ প্রোটোপ্লেজম ভাঙ্গিয়া যায়। এখন বলা যাইতে পারে যে, প্রকৃত ইনফেকশনের স্বভাব এই যে, উহাতে জীবাণু টিশুমধ্যে বৃদ্ধি পাইয়া থাকে, তাহারা মরিয়া যাইতে পারে, এবং মৃত্যু বশতঃ তাহাদের প্রোটোপ্লেজম ভাঙ্গিয়া যাইয়া নিকটবর্ত্তী লিম্ফেটিক মধ্যে প্রবেশ করে, এবং তথা হইতে সাধারণ শোণিত মধ্যে প্রবেশ করিয়া থাকে।

যখন আমরা জীবাণুদের "প্রোটোপ্লেজম"এর সহিত শারীরিক বিষাক্ত ভাবের সহিত সম্বন্ধ ঠিক করিতে যাই, তখন নিম্নকারণে আমাদের জড়ীভূত হইতে হয়। আমরা দেখিতে পাই যে, কোন কোন ক্ষেত্রে শরীরের মধ্যে বাহ্য এলবুমেন প্রবেশ করাইলে শরীরের "হাইপারসেনসিটিভনেশ" প্রযুক্ত, এক প্রকার লক্ষণ শরীরে উৎপন্ন হয়। যথা—ডিমের সাদা অংশ একটা মেটে রংএর খরগোসের গায়ে আমরা প্রত্যহ ইন্‌জেক্‌ট করিতে পারি; উহাতে তাহার কোন অপকার হয় না; কিন্তু যদি আমরা প্রথম ইনজেকশনের দশ দিন পরে, দ্বিতীয় ইনজেকশন দিয়া থাকি, তাহা হইলে বেশীর ভাগ ক্ষেত্রে ঐ জন্তুটী মরিয়া যায়। ইহার দ্বারা বুঝা যাইতেছে যে, প্রোটোপ্লেজম এর যে বিষ আছে, তাহার দ্বারা শরীরে তত বিষাক্ত ভাব উৎপন্ন করে না; কিন্তু ঐ প্রোটোপ্লেজম শরীরের মধ্যে পরি-বর্ত্তিত হইয়া, শরীরের টিশুদের এমন ভাবাপন্ন করাইয়া থাকে যে, সে সমস্ত বাহ্য পদার্থ অল্প সময়ে স্বাভাবিক শরীরের কিছু অনিষ্ট করিতে পারিত না, এখন তাহারা বিশেষ অনিষ্ট করিয়া থাকে। যদি এই বিষয়গুলি মনে রাখা যায়, তাহা হইলে, প্রকৃত ইনফেক্‌-শনে, শরীরের উপরে যে সমস্ত কার্য্য হইয়া থাকে, তাহাকে "টক্সিক একশন" বলা যাইতে পারে। ইহার পর আমাদিগকে ঠিক করিতে হইবে যে, প্রকৃত ইনফেকশনে,

জীবিত জীবাণু শরীরের কোন স্থানে বর্ত্তমান থাকে। সাধারণতঃ বলিতে পারা যায় যে, জীবাণুগুলি একটী স্থানে থাকিতে পারে বা কতকগুলি স্থানে উহাদের বৃদ্ধি হইতে পারে। এমন কি, যে সব অবস্থাকে আমরা সেপ্টিসিমিক বলি, যথা, পিউয়ার পারেল সেপ্টিসিমিয়া, উহাতে জীবাণুগুলি কেবল একটী স্থানেই বর্দ্ধিত হইয়া থাকে। সুতরাং "সেপ্টিসিমিয়া" এই কথাটী আমাদের সাবধানের সহিত ব্যবহার করিতে হইবে। ঠিক কথায় বলিতে গেলে, সেপ্টিসিমিয়া বলিলে আমাদের বুঝিতে হইবে যে, শোণিত মধ্যে জীবাণুদের সংখ্যা খুব বৃদ্ধি হইতেছে এবং উহার দ্বারা জীবন রক্ষার অত্যন্ত আশঙ্কা হইয়া থাকে। এই প্রকার প্রকৃত ইনফেকশন মনুষ্যে সচরাচর দেখিতে পাওয়া যায় না, কেবল প্লেগে এবং কদাচিৎ ভয়ানক রূপ সেপ্টককেল ইনফেকশন হইলে—উহা দেখিতে পাওয়া যায়। মনুষ্যের রোগে, সাধারণতঃ একটী স্থানে জীবাণুদের বৃদ্ধি হইয়া থাকে—ইহা পূর্ব্বে বলা হইয়াছে; ঐ স্থান হইতে কতকগুলি জীবাণু পালাইয়া যাইয়া শোণিত মধ্যে প্রবেশ করিতে পারে; এইরূপ "এসকেপস" বা পলাতক জীবাণু নিউমোনিয়া বা টাইফয়েড জ্বরে দেখিতে পাওয়া যায়; ঐ পলাতক জীবাণুদের সংখ্যা অত্যন্ত কম বলিয়া সহজেই বুঝা যাইতে পারে; কারণ রক্তমধ্যে জীবাণু পরীক্ষা করিবার আবশ্যক হইলে,তখন আমাদের অপেক্ষাকৃত বেশী রক্ত লইতে হয়; অর্থাৎ ৫ হইতে ১০ সিসি পর্য্যন্ত রক্ত লইলে, ঐ জীবাণু দেখিতে পাওয়া যায়। ঐ জীবাণুগুলি রক্তমধ্যে অল্প-ক্ষণ বাঁচিয়া থাকে; নিউমোনিয়া যদিও কতকগুলি জীবাণু পালাইয়া রক্তমধ্যে প্রবেশ করে, তথাপি ফুসফুস ছাড়া, শরীরের অন্যান্য স্থানে উহাদের কার্য্য কবিতে কদাচিৎ দেখিতে পাওয়া যায়। এখন আমরা এই বলিতে পারি যে, ঐ জীবাণুগুলি তাহাদের আক্রান্ত স্থান হইতে পালাইয়া, রক্ত মধ্যে প্রবেশ করিয়া, স্বতঃ বিনষ্ট জীবাণুর অংশের সহিত মিলিত হইয়া, শরীরের মধ্যে প্রতিরোধক শক্তি উৎপন্ন করিবার জন্য, শরীরকে উত্তেজিত করিয়া থাকে—ইহার বর্ণনা শীঘ্রই দেওয়া যাইবে।

এখন আমরা প্রশ্ন করিতে পারি যে, সংক্রা-মক রোগ হইতে আমরা কিরূপে আরোগ্য লাভ করিয়া থাকি। যদি সব সক্রামক রোগ, পূর্ব্বে যেরূপ বলা হইয়াছে, সেইরূপ "ইনফেকটীভ" প্রকৃতির হয়, তাহালে স্পষ্টই বুঝা যাইতেছে যে, যদি উহার বিষ শরীরে কম পরিমাণে শোষিত হইয়া থাকে, তাহা হইলে ঐ রোগ হইতে আরোগ্য লাভ করা যাইতে পারে। প্রমাণ পাওয়া গিয়াছে যে, যখন কোন ইনফেকশন শরীরে প্রবেশ করিয়া থাকে, তখন শারীরিক যন্ত্র বিশেষ উত্তেজিত হইয়া, শরীরের মধ্যে এক প্রকার অবস্থা উৎপন্ন করে, যাহার দ্বারা ঐ ইনফেকশনের আক্রমণকারী জীবাণু নষ্ট করিতে পারে। পরীক্ষা দ্বারা দেখা গিয়াছে যে, যখন অল্প মাত্রায় কোন জন্তুর শরীরের মধ্যে কোন জীবিত বা মৃত জীবাণু ইনজেক্ট করা হয়, তখন উহার শরীরের মধ্যে এক প্রকার প্রতি রোধক শক্তি উৎপন্ন হইয়া থাকে; এই শক্তি

উৎপন্ন হইলে পর, যদি ঐ প্রকার রোগের দ্বারা শরীর আক্রান্ত হয়, তাহালে শরীরের ঐ প্রতি রোধক শক্তি, এরোগ নিবারণ করিতে পারে; কিন্তু ঐরূপ প্রতিরোধক শক্তি না জন্মাইলে, ঐ জন্তু সেই রোগের দ্বারা মৃত্যু মুখে পতিত হইত। কি উপায়ে, এই প্রকার 'ইমিউনাইজড্" জন্তুর মধ্যে ঐরূপ প্রতিরোধক শক্তি উৎপন্ন হইয়া থাকে, তদ্বিষয়ে নানা রকম মতভেদ আছে; বর্ত্তমান ক্ষেত্রে আমরা এই পর্য্যন্ত বলিতে পারি যে, যখন কোন বাহ্য প্রোটিড কোন জন্তুর শরীরের প্রবেশ করান হয়, তখন উহার শরীরে যন্ত্র বিশেষ উত্তেজিত হইয়া, হয় ঐ বাহ্য প্রোটিডকে শরীর পরিপোষণের নিমিত্ত আহার রূপে ব্যবহার করিয়া থাকে, নতুবা, ঐ প্রোটিড যদি শরীরের পক্ষে অনিষ্টকারি হয়, তাহালে উহাকে নীরাপদ অবস্থায় পরিবর্ত্তন করিয়া থাকে বা উহাকে ক্ষমতা শূন্য করিয়া থাকে। শরীরের মধ্যে এই প্রকার যন্ত্র বিশেস যে বর্ত্তমান আছে, ইহার প্রমাণ এই যে, যখন কোন বাহ্য প্রোটিড শরীর মধ্যে প্রবেশ করান হয়, তখন আমরা শরীরের রস মধ্যে কতকগুলি নূতন গুণ বিশিষ্ট জিনিস দেখিতে পাই; উহা আমরা পরীক্ষার দ্বারা প্রমাণ করিতে পারি। এই নূতন গুণবিশিষ্ট জিনিষগুলিকে আমরা "এ্যাণ্টিবডি" বলিয়া থাকি। যে জিনিষ শরীর মধ্যে প্রবেশ করান হইয়া থাকে, তাহারই "এ্যাণ্টি-বডি" উৎপন্ন হইয়া থাকে।

এই এ্যাণ্টিবডিদের একটী বিশেষ ক্রিয়া আছে; অর্থাৎ যে বিশেষ দ্রব্য শরীর মধ্যে প্রবেশ করাতে এ্যাণ্টিবডি উৎপন্ন হইয়াছে, এই এ্যাণ্টিবডি সেই বিশেষ দ্রব্যের উপরেই কার্য্য করিয়া থাকে। এখন জীবাণুকে, অনিষ্ঠ কারি প্রটিড বলিয়া, আমরা উদাহরণ স্বরূপ গ্রহণ করিতে পারি। ঐ জীবাণু শরীর মধ্যে প্রবেশ করিলে, যে এ্যাণ্টিবডি উৎপন্ন হইয়া থাকে, তাহাকে আমরা বর্ত্তমান ক্ষেত্রে দুই ভাগে বিভক্ত করিতে পারি।

১। "বেকটেরিসাইডেল বডিজ"। যখন কলেরা জীবাণু কোন জন্তুর শরীর মধ্যে প্রবেশ করে, তখন উহার "সিরাম" মধ্যে এক প্রকার জিনিস উৎপন্ন হইয়া থাকে, যাহার দ্বারা ঐ কলেরা জীবাণুকে নষ্ট করিতে পারে।

২। অপসোনিন্‌স্‌। ইহা এক প্রকার জিনিস; ইহারা বেকটিরিয়াদিগকে ফ্যাগো-সাইটদের খাইবার উপযোগী করিয়া থাকে। যদি লিউকোসাইটদের সিরাম হইতে নির্ম্মুক্ত করিয়া ধুইয়া লওয়া হয়, এবং উহাদিগকে, নরমেল লবণাক্ত জলের সহিত মিশ্রিত ষ্টেফি-লোককাস পাওজেনিস অরিয়স এর ইমালশন মধ্যে দেওয়া যায়, তাহা হইলে, ঐ লিউকো-সাইটরা ঐ জীবাণুদিগকে খাইতে চায় না বা খুব সামান্য রূপে খাইয়া থাকে। কিন্তু পূর্ব্বে ষ্টেফিলোককাই ইনজেক্ট করা হইয়াছে, এমন কোন জন্তুর সিরাম যদি ঐ ষ্টেপিলো-ককাই মিশ্রিত ইমালশনে দেওয়া যায়, তাহালে, ঐ লিউকোসাইট গুলি ঐ জীবাণু গুলিকে খুব শীঘ্রই খাইয়া ফেলে। এখন ইহা বলা যাইতে পারে যে, যে সব জন্তুকে ইনজেক্ট করা যায় নাই, তাহাদের সিরামেও বেকটেরিসাইডেল এবং অপসো-নিক এই দুই উভয় গুণই বর্ত্তমান থাকিতে

পারে; কিন্তু উহাদের গুণ, এবং পূর্ব্বে যে সব জন্তুকে ইনজেক্ট করা হইয়াছে, তাহাদের সিরামের গুণের মধ্যে বিশেষ প্রভেদ আছে; সুতরাং আমরা ইনজেক্ট করা জন্তুর সিরামের গুণের বিষয় বর্ণনা করিব। উক্ত প্রকারে কোন জন্তুকে ইমিউনাইজ করিলে যে এ্যাণ্টি বডি উৎপন্ন হয়, এবং তজ্জন্য যে প্রতিরোধক শক্তি জন্মাইয়া থাকে, উহা ঐ এ্যাণ্টিবডি ফ্লুইড মধ্যে চলাচল করার ফল কিনা—তাহা ঠিক বলা যাইতে পারে না; তবে আমরা এই বলিতে পারি যে, সিরাম মধ্যে ঐ এ্যাণ্টিবডি বর্ত্তমান থাকিলে, আমাদের বুঝিতে হইবে ঐ শরীর জীবাণুদের আক্রমণ বাধা দিতে পারে। আমাদের লক্ষ্য করিতে হইবে যে, কোন কোন ক্ষেত্রে ব্যেকটেরি সাইডেল বডি বেশী জন্মাইয়া থাকে, আবার কোথাও বা অপসোনিনস বেশী ভাবে উৎপন্ন থাকে; যদিও উহারা উভয়ে এক ক্ষেত্রে জন্মাইয়া থাকে বা জন্মাইতে পারে। টাইফয়েড জ্বরে, টাইফয়েড বেসিলাস, ব্যেক-টারিসাইডেল বডি সিরাম খুব শীঘ্রই উৎপন্ন করিয়া থাকে, যদিও উহার রক্তে অপসনিক গুণ কতক পরিমাণে জন্মাইয়া থাকে। পাইও-জেনিক ককাই, নিউমোককাই, এবং টিউ-বারকেল বেসিলাস দ্বারা ইনজেকশন করিলে, বেকটেরিসাইডেল বডি। খুব কম উৎপন্ন হইয়া থাকে, কিন্তু অপসোনিন খুব বেশী পরিমাণে উৎপন্ন হইয়া থাকে। রাইট সাহেব ইমিউনিটি বিষয়ে, বর্ণনা করিবার সময়, ঐ বিষয়ে বিশেষ উল্লেখ করিয়া বলিয়াছেন যে, কোন কোন ক্ষেত্রে বেকটেরিসাইডেল বডি বেশী উৎপন্ন হইয়া থাকে, আবার কোথাও বা অপসোনিন যথেষ্ট পরিমাণে জন্মাইয়া থাকে।

শরীরের মধ্যে যে বিরুদ্ধ স্বভাব বিশিষ্ট যন্ত্র বিশেষ বর্ত্তমান আছে, উহার সহিত আপনা হইতে রোগ সারিবার বিশেষ সম্বন্ধ আছে। শরীরের কোন স্থানে ইনফেকশন হইয়াছে, ইহা মনে রাখিলে, আমরা বুঝিতে পারিব যে, ঐ স্থান হইতে বেকটিরিয়েল প্রোটোপ্লেজম শরীর মধ্যে প্রবেশ করিলে, দুইটী কার্য্য শরীরের উপর সাধিত হয়; প্রথমটী শরীরকে বিষীকৃত করিয়া ফেলে; দ্বিতীয়টী শরীরের মধ্যে বিরুদ্ধ স্বভাব সম্পন্ন যন্ত্র বিশেষকে উত্তেজিত করিয়া থাকে। এই দুটী কার্য্য, একটী অনিষ্টকারি এবং অপরটী হিতকারি, অর্থাৎ একটী শরীরকে বিষীকৃত করিয়া ফেলে এবং অপরটী শরীরের প্রতিরোধক শক্তি উত্তেজিত করিয়া থাকে, ইহারা কে কি পরিমাণে কার্য্য করিয়া থাকে, তাহা ঠিক করিয়া বলা যায় না; অর্থাৎ মাঝারি রকমের জ্বর হইলে, আমরা বলিতে পারি না যে, ঐ জ্বর কি পরিমাণে শরীরের প্রতিরোধক শক্তি উৎপন্ন করিতেছে। সম্ভব মত অল্প পরিমাণে বেকটিরিয়েল প্রোটো-প্লেজম শরীর মধ্যে শোষিত হইলে, প্রতি-রোধক শক্তি জন্মাইবার পক্ষে সুবিধা হইয়া থাকে; কিন্তু বেশী পরিমাণে ঐ বেকটি-রিয়েল প্রোটোপ্লেজম শোষিত হইলে, ঐ প্রতিরোধক শক্তি উৎপন্ন হইবার পক্ষে বিরুদ্ধাচরণ করিয়া থাকে; এমন কি উহা বেশী মাত্রায় শোষিত হইলে, ঐ প্রতিরোধক শক্তি উৎপন্ন না হইতে পারে; বা যদি কিয়ৎ পরিমাণে উৎপন্ন হয়, তাহা হইলেও,

বেশী মাত্রায় উৎপন্ন বেকটিরিয়েল প্রোটো-প্লেজম উহাকে নষ্ট করিয়া ফেলে। যাহা হউক, ঐ প্রকার ক্রিয়ার দ্বারাই যাহাকে রাইট সাহেব "অটোইনোকুলেশন" বলিয়া থাকেন, আপনা আপনি উৎপন্ন হইলে রোগ সারিয়া থাকে।

ঐ ঘটনা গুলি আমরা কার্য্যে পরিণত করিতে পারিলেই বুঝিতে পারিব যে, ভেক্সিন দ্বারা আমরা রোগ নিবারণ করিতে বা রোগ আরাম করিতে গেলে, কি রূপে উপকার পাইয়া থাকি। আমরা মোটামুটি বলিতে পারি যে, যখন কোন শরীর জীবাণুর আক্রমণে বাধা দিবার জন্য প্রস্তুত থাকে, বা আক্রমিত হইলে, উহাকে বাধা দিতে সমর্থ হইয়া থাকে, তখন আমারা বুঝিব যে, জীবাণুর দ্বারা আক্রমিত হইয়া, শরীরের প্রতিরোধক শক্তি সম্পন্ন যন্ত্র বিশেষ উত্তেজিত হইয়াছে এবং তাহার ফলে, শরীরের ফ্লুইড মধ্যে এমন কতকগুলি জিনিস উৎপন্ন হইয়াছে, যাহার দ্বারা ঐ আক্রমণকারি জীবাণু গুলি ধ্বংস হইয়া যায়। উপরোক্ত বিষয়গুলি ভেক্সিন চিকিৎসার মূল উদ্দেশ্য। এখন আমরা ভেক্সিনে কি কি আছে এবং কি প্রকারে উহা কার্য্য করিয়া থাকে, এই বিষয় আলোচনা করিতে পারি। পূর্ব্বে প্রকৃত ইনফেকশনের কার্য্যের সহিত যুদ্ধ করিবার জন্য সিরাম চিকিৎসা ব্যবহৃত হইত। এখানে একটী বড় জন্তুকে কোন একটী বিশেষ বেকটি-রিয়ার দ্বারা কয়েকবার ইনজেক্ট করা হইত; ইহার পর ঐ জন্তুর সিরাম লইয়া, এ্যাণ্টিটক্সিক সিরা যেমন ব্যেকটিরিয়েল ইনটক্সিকেশনে ব্যবহৃত হইয়া থাকে, সেই রূপ ঐ সিরামকে মনুষ্য শরীরের প্রকৃত ইন-ফেক্‌শন এর সহিত যুদ্ধ করিবার জন্য ব্যবহার করা হয়। ঐ জন্তুর মধ্যে যে ইমিউনিটি জন্মিয়াছে, সেই ইমিউনিটি সিরাম ইনজেক-শন দ্বারা মনুষ্যের শরীরে প্রবেশ করাইয়া, আক্রমণকারি বেকটিরিয়াদের কার্য্যের সহিত যুদ্ধ করিতে পাবে—ইহাই উহার উদ্দেশ্য। ভেক্সিন চিকিৎসার উদ্দেশ্য সম্পূর্ণ বিভিন্ন; ইনফেকশন ঘটিবার সম্ভাবনা থাকিলে, শরীরের যন্ত্র বিশেষকে উত্তেজিত করিয়া, বা যদি পূর্ব্বে ইন্‌ফেকশন হইয়া থাকে, তাহা হইলেও শরীরকে উত্তেজিত করিয়া, প্রতিরোধ করিবার শক্তি জন্মাইয়া থাকে, ইহাই ভেকশিন চিকিৎসার উদ্দেশ্য। কি উপায়ে এই উদ্দেশ্য সাধিত হয়? আমরা যে জীবাণুর দ্বারা ইনফেক্‌শন হইয়াছে, সেই জীবাণুকে কিছু পরিবর্ত্তিত করিয়া শরীর মধ্যে ইন্‌জেক্ট করিতে পারি। ইহার দ্বারা আক্রমণকারী জীবাণুর বৃদ্ধি বন্ধ হইয়া থাকে। জীবাণুদের ইন্‌জেক্ট করিবার পূর্ব্বে আমরা দুই রকমে তাহাদিগকে পরিবর্ত্তিত করিতে পারি।

১। আমরা ঐ জীবাণুদের বিনষ্ট করিয়া ইন্‌জেক্ট করিতে পারি।

২। কিম্বা এমন কোন প্রথা অবলম্বন করিতে পারি, যাহার দ্বারা উহাদের প্রোটো-প্লেজম ভাঙ্গিয়া যাইতে পারে; ঐরূপ ভগ্ন প্রোটোপ্লেজমকে আমরা ইন্‌জেক্ট করিতে পারি। পূর্ব্বোক্ত প্রথাটিই সাধারণতঃ ব্যবহৃত হইয়া থাকে। নিম্নলিখিত ভাবে ভেকসিন তৈয়ারী হয়। প্রথমে ঐ জীবাণুর "এগারের" উপর ভাল "কালচার" লইবে; তারপর উহাকে নরমেল লবণ জল দ্বারা ধুইয়া লইবে।

ধুইয়া লইলে পর ঐ জীবাণুর এক প্রকার ইমালশন তৈয়ারী হইল; ঐ ইমালশনকে খুব ভাল করিয়া নাড়িয়া লইতে হইবে; কোন নড়ান যন্ত্রের দ্বারা নাড়িয়া লইলেও ভাল হয়; এইরূপ নাড়িলে পর জীবাণুদের প্রোটোপ্লেজম ভাঙ্গিয়া যায় এবং কতক গুলি বেকটিরিয়েল "সেল" তাহার মধ্যে ভাসিতে থাকে।

একটী ইউনিট ভলুয়েমে কতকগুলি বেকটিরিয়া থাকে, তাহার সংখ্যা নির্ণয় করিতে হইবে। তাহার পর ঐ জীবাণুদের খুব সামান্য উত্তাপে মারিয়া ফেলিতে হইবে; সাধারণতঃ ৬০° হইতে ৬৫° সি, উত্তাপ হইলে চলিবে। ইহার চেয়ে বেশী উত্তাপ দিলে, ভেক্সিনের কার্য্যকারিতা কতক পরিমাণে নষ্ট হইয়া যায়। যে পরিমাণ ভেক্সিন আমরা ব্যবহার করিব, তাহা একটী "ষ্টেরেলাইজড্" কাঁচের আধারে সিল করিয়া রাখিতে হইবে। যখন ব্যবহার করিতে হইবে, তখন ঐ আধারের মুখটী ভাঙ্গিয়া দিয়া একটী ষ্টেরেলাইজড পিচকারিতে ঐ ভেক্সিন টানিয়া লইতে হইবে ও তাহার পর স্বক লাইজল• বা আইওডিন দ্বারা পরিষ্কার করিয়া, সুপ্রাস্পাইনাস কিম্বা সাবক্লেভিকুলার স্থানে অথবা ডেল্‌টইড এর উপর কিম্বা ফ্লেঙ্কে, ঐ ভেক্সিন ইনজেক্ট করিবে। ভেক্সিন তৈয়ারি করিবার সময়, উহার "ষ্টেরালাইজেশন" এর বিষয়টী বিশেষ লক্ষ্য রাখিতে হইবে। উহার মাত্রা তন্মধ্যস্থিত জীবাণুর সংখ্যার দ্বারা নির্দ্দিষ্ট হইয়া থাকে। সচরাচর ভেক্সিন, প্রত্যেক ইউনিট ভলিয়মে একগুলি জীবাণু আছে কোন বিশেষত্ব উপায় অবলম্বন করিয়া গুনিয়া লইতে হয়। কেবল টিউবার-কেল বেসিলাস ভেক্সিনে মৃত জীবাণুর দ্বারা ভেক্সিন না তৈয়ারি করিয়া ভগ্ন প্রোটোপ্লেজম হইতে, ভেক্সিন তৈয়ারি করা হয়। এখানে মৃত জীবাণুর ভেক্সিন না দিবার কারণ এই যে, উহাদের দ্বারা জীবিত জীবাণুর ন্যায় এক প্রকার গ্রেনুলোমেটা ইনজেকশন স্থানে উৎ-পন্ন হইয়া থাকে। উহার ভেক্সিন নিম্নলিখিত প্রকারে তৈয়ারি করা হয়। টিউবারকেল বেসিলাইদের লবণাক্ত জলে মিশ্রিত করিয়া, এক প্রকার প্রস্তর বিশেষ নির্ম্মিত জাঁতার দ্বারা পেশিয়া লইবে; এমনভাবে পেশিতে হইবে যেন উহাকে সেণ্টিফিউগেলাইজ করিলে উহাতে কোন জমাট পদার্থ দেখিতে পাওয়া না যায়। এইরূপে যে ভেকিসন তৈয়ারী হয়, তাহাকে টিউবারকুলিন কহে; ঐ টিউবারকুলিন দুই প্রকার প্রধানতঃ ব্যবহৃত হইয়া থাকে। একটির নাম টিউবারকুলিন আর, অপরটির নাম টিউবারকুলিন বেসিলারি ইমালশন। কক সাহেবের "পুরাতন টিউবার-কুলিন" যাহা আপনা হইতে বিনষ্ট টিউবার-কেল বেসিলাই এর গ্লিসারিণ ইমালশন, এখন ভেক্সিনেশন কার্য্যে খুব কমই ব্যবহৃত হইয়া থাকে। টিউবারকুলিনের মাত্রা, ভেক্সিন তৈয়ারি করিবার সময়, যে শুষ্ক জীবাণু লওয়া হইয়াছিল, তাহার ওজন অনুসারে, নিরূপণ করা হয়। এখন আমরা ভেক্সিন দ্বারা কিরূপে উপকার পাই, তাহা বর্ণনা করিব। পূর্ব্বে যাহা বলা হইয়াছে তাহা বুঝিলেই ভেক্সিনের উপকারিতা সম্বন্ধেও বুঝা যাইবে। পূর্ব্বে বলা হইয়াছে যে, প্রকৃত ইনফেকশনে, বেকটিরিয়া আক্রান্ত স্থানে সংখ্যায় বৃদ্ধি হইতে থাকে এবং

সেই স্থান হইতে উহাদের প্রোটোপ্লেজম ভগ্ন অবস্থায় শরীর মধ্যে শোষিত হইতে থাকে। এই রূপ ভাবে শোষিত হইলে, শরীরের প্রতিরোধক যন্ত্র বিশেষ উত্তেজিত হইয়া থাকে, এবং তদ্দ্বারা আক্রান্ত স্থানের জীবিত বেকটিরিয়াকে বিনষ্ট করে এবং তাহার ফলে রোগী আরোগ্য লাভ করিয়া থাকে। ভেক্সিন মৃত এবং ভগ্ন বেকটিয়া হইতে উৎপন্ন; সুতরাং এক প্রকার প্রোটো প্লেজম দ্রব্য—যে দ্রব্য আক্রান্ত স্থান হইতে শরীরের মধ্যে প্রবেশ করিয়া থাকে। সুতরাং যদিও রোগীকে চিকিৎসা না করা যায়, তাহার আপনা হইতেই প্রতিরোধক শক্তি উত্তেজিত হইয়া থাকে। যদি ভেক্সিন, রোগ প্রতিরোধক উদ্দেশ্য অর্থাৎ রোগ দ্বারা আক্রান্ত হইবার পূর্ব্বে, প্রয়োগ করা হয়, তাহাতে উহা শরীরের ফ্লুইডকে এরূপ ভাবে পরিবর্ত্তিত করিয়া থাকে যে, ঐ ফ্লুইড জীবাণুদের জীবনের শত্রুতা সাধন করিয়া থাকে; সুতরাং ঐ ভেক্সিন দিবার পর, শরীর যদি কোন জীবাণুর দ্বারা আক্রান্ত হয়, তাহা হইলে তাহারা শরীরের মধ্যে তাহাদের আক্রমণ প্রতিরোধকারি এক প্রকার পদার্থ দেখিতে পায়; সুতরাং তাহারা সংখ্যায় বৃদ্ধি পায় না, বা যদি পায়, তবে খুব সামান্য মাত্রায় বৃদ্ধি পাইয়া থাকে। যখন ভেক্সিন রোগ আরোগ্য করিবার উদ্দেশ্য অর্থাৎ রোগ দ্বারা আক্রান্ত হইবার পরে, প্রয়োগ করা হয়, তখন আমাদের একটী কঠিন সমস্যায় পড়িতে হয়; যে শরীরে, বেকটিরিয়া দ্বারা আক্রান্ত বশতঃ, পূর্ব্বেই বেকটিরিয়ার বিষ চলাচল রিয়েছে, সেই শরীরে আর ভেক্সিন দেওয়া যুক্তি সঙ্গত নয় বলিয়া বোধ হইতে পারে। কিন্তু যদি আমরা বেকটিরিয়াদের আক্রমণ স্থানীয় আক্রমণ বলিয়া মনে রাখি, তাহা হইলে স্বাভাবিক অবস্থায় শরীর যদিও ঐ স্থানীয় আক্রমণ ছড়াইয়া পড়িবার বিরুদ্ধে বাধা দিতে পারে, কিন্তু উহাদের সহিত যুদ্ধ করিতে পারক না হইতেও পারে, বা যে সব বেকটিরিয়া স্থান অধিকার করিয়াছে তাহা দিগকে বিনষ্ট করিতে পারক না হইতে পারে; ঐ বেকটিয়াদের বিনষ্ট করিবার জন্য আমরা ভেক্সিন ব্যবহার করিতে পারি; ভেক্সিন ব্যবহার করিলে, শরীরের প্রতিরোধক শক্তির যন্ত্র বিশেষের যে ক্ষমতা ভবিষ্যতে আবশ্যক হইলে উত্তেজিত হইত, সেই "রিজার্ভ" ক্ষমতাটী উত্তেজিত হইয়া এত এ্যান্টিবডি উৎপন্ন হয়, যে উহারা স্থানীয় আক্রমণকারী বেক্‌টিয়াদের উপরে যাইয়া পড়িয়া তাহা দিগকে বিনষ্ট করিয়া ফেলে। এই প্রকার কার্য্যের সাপক্ষে অনেকগুলি ঘটনা বলা যাইতে পারে। অনেক সময়ে দেখিতে পাওয়া যায় যে, প্রতিরোধক শক্তি সম্পন্ন জিনিষের আক্রান্ত স্থানে যাইবার পক্ষে কতকগুলি যান্ত্রিক বাধা আছে; যাহার দ্বারা এ্যান্টিবডি আক্রান্ত স্থানে যাইতে পারে না। যথা—একটী তরুণ স্ফোটকের পূয় মধ্যে খুব সামান্য মাত্রায় এন্টিবডি বর্ত্তমান থাকে। কিন্তু যখন অস্ত্রোপচার দ্বারা ঐ স্থানের "টেন্‌শন্" মুক্ত করিয়া দেওয়া হয়, তখন ঐ স্ফোটক হইতে যে তরল পদার্থ নির্গত হয়, তাহাতে অনেক পরিমাণে এ্যান্টিবডি দেখিতে পাওয়া যায়। অস্ত্রোপচার করার পর, ঐ স্ফোটকের চতুঃ

পার্শ্বের লিম্প ফোটকের গর্ত মধ্যে আসিয়া পড়ে এবং উহার মধ্যস্থিত পূয় নির্গত হওয়াতে ঐ স্থানটী ক্রমশঃ ষ্টেরেলাইজ হইয়া পড়ে; এই দুই কারণে বেশী এণ্টিবডি ঐ ফোটক মধ্যে আসিয়া পড়ে। আমরা জানি যে, রোগ চিকিৎসার জন্য যখন ভেকিসন ব্যবহার করা হয়, তখন রক্তের মধ্যে এণ্টিবডি অনেক বৃদ্ধি পাইয়া থাকে। সুতরাং উহার দ্বারা ইন্‌ফেক্‌শন আরাম হইয়া থাকে"।

ভেক্সিন ইনজেক্ট করিলে, শরীরের মধ্যে কি কি ঘটনা ঘটিয়া থাকে, আমরা এখন বলিতে পারি। এখানে আমাদের মনে রাখিতে হইবে যে, ভেক্সিন দিবামাত্রই উহার উপকার পাওয়া যায় না; এ্যাণ্টিবডি উৎপন্ন হইতে একটী নির্দ্দিষ্ট সময় দরকার হইয়া থাকে। যদি ভেক্সিন দিবার পর, উহার কার্য্য খুব সতর্কতার সহিত লক্ষ্য করা হয়, তাহা হইলে জানিবে যে, ৩৮ হইতে ৪৮ ঘণ্টার মধ্যে শরীরে কোন পরিবর্ত্তন দেখা যায় না; ঐ সময় অতীত হইলে পর, এক প্রকার পদার্থ শোণিত মধ্যে আবির্ভূত হইতে দেখা যায়; এবং ঐ পদার্থগুলি প্রায় একবারেই বহু সংখ্যায় উৎপন্ন হইয়া থাকে ভেক্সিন দিবার পরই প্রথমাবস্থায়, প্রতিরোধক যন্ত্র বিশেষ উত্তেজিত হওয়ার কোন প্রমাণ দেখিতে পাওয়া যায় না; বরং ভেক্সিন দিবার পরই শরীরের বেক্‌টিরিয়ার দ্বারা আক্রান্ত হইবার প্রবণতা বৃদ্ধি হয়। এই অবস্থাকে "নেগেটিভ ফেজ" বলিয়া অভিভূত করা হয়। ভেক্সিন দেওয়া কৃতকার্য্য হইলে, এই "নেগেটিভ ফেজ"এর পরই "পজিটিভ ফেজ" আসিয়া পড়ে; অর্থাৎ ঐ সময়ে বহুসংখ্যক এ্যাণ্টিবডি উৎপন্ন হইয়া থাকে। ভেক্সিন দেওয়াতে, "নেগেটিভ ফেজ" বর্ত্তমান আছে বলিয়াই, উহার দ্বারা বিপদের আশঙ্কা আছে; বিশেষতঃ পুরাতন ইন্‌ফেক্‌শনে বিশেষ আশঙ্কা—যেহেতু উহাতে "নেগেটিভ ফেজ" এর সময় ধরা বড় কঠিন। পুরাতন ইন্‌ফেক্‌শনে "নেগেটিভ ফেজ" জানিবার আবশ্যকতা এই যে, সাধারণতঃ উহা অধিক দিন স্থায়ী হয়; সুতরাং যদি ঐ নেগেটিভ ফেজ অবস্থায়, ভুল করিয়া পুনরায় ভেকসিন দেওয়া হয়, তাহা হইলে শরীরের প্রতিরোধক শক্তি এত কমিয়া যাইতে পারে যে, জীবাণু গুলি খুব শীঘ্র সংখ্যায় বৃদ্ধি পাইতে পারে; এমতে আমরা রোগ কমাইতে যাইয়া, উহাকে বাড়াইয়া দিতে পারি।

ভেক্সিন চিকিৎসার একটী কঠিন সমস্যা এই যে, উহার দ্বারা যে শরীরের প্রতিরোধক শক্তি উত্তেজিত হয়, তাহার কার্য্য সীমাবদ্ধ। সুতরাং আমাদিগকে বেক্‌টিরিয়েল ইনটক্সিকেশন এবং প্রকৃত ইন্‌ফেকশনের মধ্যে প্রভেদ মনে রাখিতে হইবে। আমরা ডিপথিরিয়া টক্সিন দ্বারা সহজেই একটী জন্তুকে ইমিউনাইজ করিতে পারি; ইমিউনাইজ করার পর, উহাকে অনেক বেশী টক্সিন দিয়া ইন্‌জেক্ট করিলেও উহার অনিষ্ট হইবে না; যদি উহাকে ইমিউনাইজ না করিয়া ঐ মাত্রায় টক্সিন দেওয়া হয়, তাহা হইলে উহা মরিয়া যাইবে। কিন্তু মৃত বেক্‌টিরিয়ার দ্বারা ইন্‌জেক্ট করিলে ঐ ফল—অর্থাৎ ডিপথিরিয়া টক্সিন ইন্‌জেক্ট করিলে যে ফল পাওয়া যায়—পাই না।

এখানে, খুব সামান্য মাত্রাতেও মৃত

বেক্‌টিরিয়া ইন্‌জেক্ট করিলে, বহু কষ্টে এবং পরিশ্রমে, অনেকবার অকৃতকার্য্যহওয়ার পর, আমরা ঐ জন্তুকে ইমিউনাইজ করিতে সক্ষম হইতে পারি। এই মৃত বেক্‌টিরিয়া ইন্‌জেক্ট করিলে, প্রতিরোধক শক্তি সামান্ত রূপে উত্তেজিত হইয়া থাকে, বা উহার কার্য্য সীমাবদ্ধ, ভেকসিন চিকিৎসার সময় এই বিষয়টী মনে রাখিতে হইবে। সুতরাং দেখা যাইতেছে যে, যদিও আমরা ভেক্সিন দ্বারা কোন আক্রান্ত স্থানকে আরাম করিতে পারি, তথাপি প্রতিরোধক শক্তি সীমাবদ্ধ হওয়াতে, উহার "রিজার্ভ" কার্য্য সম্পন্ন হইতে পাবে না এবং অনেক ক্ষেত্রে আমরা ভেক্‌সিন চিকিৎসায় অকৃতকার্য্য হইয়া থাকি এবং রোগীর ভাল করিতে গিয়া অনিষ্ট সাধন করিয়া থাকি।

এখন প্রশ্ন হইতে পারে যে, আমরা ভেক্সিন চিকিৎসার ফলাফল কি উপায়ে জানিতে পারিব, কি উপায়ে আমরা উহাকে এমন ভাবে ব্যবহার করিতে পারি, যাহাতে আমরা বেশী উপকার পাইতে পারি এবং অনিষ্ট না হয় তদ্বিষয়ে যত্নবান হইতে পারি। এখানে বলা যাইতে পারে,বিভিন্ন রকমের ইন্‌ফেক্‌শনে বিভিন্ন মাত্রায় অনিষ্ট হইতে পারে। যথা, ত্বকের পূয়যুক্ত পীড়াতে, যেখানে শরীরের সাধারণ ইনফেকশন হয় না, এই ক্ষেত্রে যদি ভেক্সিন চিকিৎসা করা হয়, এবং যদি উহার মাত্রা বেশী হইয়া পড়ে, তাহালে ঐ পীড়া সারিতে দেরী হইতে পারে—ইহা ছাড়া আর বিশেষ কিছু অনিষ্ট হয় না। কিন্তু যে সব রোগে, স্থানীয় রোগ শরীরের মধ্যে ছড়াইয়া পরিবার সম্ভাবনা আছে, যথা, টিউবারকুলোসিস, এই ক্ষেত্রে, যদি চিকিৎসার কোন ভুল হয়, তাহালে বিশেষ অনিষ্টের সম্ভাবনা। এই বিষয় লইয়া রাইট সাহেব তাঁহার স্কুলে অনেক আলোচনা করিয়াছেন। কিন্তু যাহারা বেশী টিউবারকুলিন ইনজেক্‌শন দিয়াছেন, তাঁহারা যদি ঐ বিষয়ে আলোচনা করেন যে, ক্রমশঃ টিউবারকুলিন ইনজেকশন দিলে, কিরূপে অস্বাভাবিক ভাবে তাহার প্রতিক্রিয়া দেখিতে পাওয়া যায় এবং এইরূপ ঘটিলে, রোগীর সারিবার পক্ষে কিরূপ ব্যাঘাত ঘটিয়া থাকে, ইত্যাদি—তাহা হইলে ঐ বিষয়ে অনেক খবর পাওয়া যাইতে পারে। যেসব ক্ষেত্রে, শরীরের উপরিভাগে আক্রান্ত স্থান দেখিতে পাওয়া যায়, সে সব ক্ষেত্রে, ঐ ক্ষতের অবস্থা দেখিয়া অর্থাৎ উহার বাড়া বা কমা ভাব দেখিয়া আমরা বলিতে পারি যে, ভেক্সিন চিকিৎসার দ্বারা উপকার হইতেছে কিনা। যদি দেখিতে পাও যে, ভেক্সিন দেওয়ার পর, গায়ে অনেকগুলি স্ফোটক বাহির হইয়াছে, তবে জানিবে যে, ঐ স্থলে ভেক্সিন দেওয়া যুক্তিসঙ্গত হয় নাই। আবার যদি দেখিতে পাও,—শরীরে পূর্ব্বে যে স্ফোটক গুলি ছিল, তাহা ভেক্সিন দেওয়ার পর, কম হইয়া থাকে, তাহলে জানিবে যে, ভেক্সিন দ্বারা উপকার হইয়াছে এবং উহা দেওয়া যুক্তিসঙ্গত হইয়াছে। আবার যেখানে শরীরে উপরিভাগে কোন লক্ষণ দেখিতে পাওয়া যায় না, সেখানেও কতকগুলি লক্ষণ দেখিয়া বুঝিতে পারা যায় যে, ভেক্সিন দ্বারা উপকার হইতেছে কি না ; যথা—সিসটাইটিস। যেখানে বেসিলাস কলাই দ্বারা হইয়া থাকে, সে ক্ষেত্রে যদি ভেক্সিন দেওয়ার

পর দেখিতে পাও যে, বেদনা কম পড়িয়াছে, প্রস্রাব আর তত শীঘ্র শীঘ্র হইতেছে না এবং প্রস্রাবের মধ্যে পুজ কম হইয়া গিয়াছে, তাহা হইলে জানিবে যে, ভেক্সিন দ্বারা উপকার হইতেছে। যে স্থলে স্থানীয় টিউবারকুলোসিস ভেক্সিন দ্বারা চিকিৎসা করা হয়, সেই রোগী অত্যন্ত কঠিন এবং অত্যন্ত দরকারি ; এখানে ঐ রোগ এত পুরাতন, সপ্তাহে সপ্তাহে, এমন কি মাসে মাসে উহার পরিবর্ত্তন এত কম হইয়া থাকে, এবং অন্যান্ত চিকিৎসার দ্বারায় উপকার হইলেও হইতে পারে, এই কারণে ভেক্সিন চিকিৎসার ফল অনুভব করা বড় কঠিন হইয়া পড়ে ; এবং এইসব ক্ষেত্রে ভেক্সিন দ্বারা উপকার হইতেছে কিনা, ইহা নিরূপণ করার উপায়, আমাদিগকে খুজিয়া বাহির করিয়া লইতে হইবে।

এইসব ক্ষেত্রে, ভেক্সিন দ্বারা উপকার হইতেছে কি না ঠিক করিতে হইলে, সিরাম মধ্যে কত এ্যান্টি বড়ি হইয়াছে—ইহা ঠিক হইবে। পূর্ব্বে বলা হইয়াছে যে, সাধারণ মনুষ্য ইনফেকশনে, বিশেষতঃ টিউবারকুলোসিসে অপসোনিন প্রধান কার্য্য করিয়া থাকে। এই অপসোনিন নির্ণয় করা বড় কঠিন। কারণ স্বাভাবিক রোগাবস্থাতে কি পরিমাণে অপসোনিন জন্মিয়াছে এবং ভেক্সিন দেওয়ার পরই বা কি পরিমাণে উহাদের পরিবর্ত্তন ঘটিয়াছে—ইহা ঠিক করা বড় কঠিন হইয়া পড়ে। প্রথমতঃ তাহাদিগকে যে প্রথায় নিরূপণ করা হয়, সেই প্রথা বিশ্বাস যোগ্য নহে—অনেকে বলিয়া থাকেন। নিম্নে সেই প্রথা দেওয়াগেল। অপসোনিন ইনডেক্স পরিমাণ ঠিক হইলে, রোগীর রক্ত রস লইয়া কতকগুলি জীবাণুর সহিত মিশ্রিত করিয়া দেখিবে যে, কিরূপ কার্য্য করে ; ইহার সহিত, সুস্থব্যক্তির রক্ত রসের সহিত ঐ জীবাণুর কিরূপ কার্য্য—তাহা তুলনা করিতে হইবে, এইরূপ তুলনা দ্বারায় অপসোনিক ইনডেক্স পরিমাণ ঠিক করিতে হয়। ঐ প্রথার দ্বারা আমরা এই ঠিক করি যে, রক্ত রসের ফ্যোগোসাইটিক লিউকোসাইট কতগুলি জীবাণুকে বিনষ্ট করে ; ঐ বেক্টিরিয়াদের গড়পরতা সংখ্যা লইয়া আমরা অপসোনিক ইনডেক্স নিরূপণ করি। এখন যাঁহারা ঐ প্রথার উপর বিশ্বাস না করেন, তাঁহারা বলিয়া থাকেন যে, সামান্ত মাত্রায় রক্ত রস লইয়া, তাহার ফ্যোগোসাইটস ঠিক করিয়া সমস্ত শরীরের মধ্যে কত ফ্যোগোসাইটস আছে, ইহা নিরূপণ করা কখনই ঠিক হইতে পারেনা। নির্দ্দিষ্ট রূপে ইহার পরিমাণ ঠিক করার জন্ত নানা উপায় অবলম্বন করা হইয়াছে। কিন্তু আজ পর্য্যন্ত তাহার স্থির সিদ্ধান্তে সমাগত হওয়া যায় নাই। (ক্রমশঃ)

বিবিধ তত্ত্ব।

সম্পাদকীয় সংগ্রহ।

এডরেণালিন—ক্ষত শুষ্ককারক।

(David)

ক্ষত শুষ্ক করার উদ্দেশ্য এডরেণালিনের প্রয়োগ এ পর্য্যন্ত প্রচলিত হয় নাই। ডাক্তার ডেভিড মহাশয় বলেন—যে সকল ক্ষত সহজে শুষ্ক হয় না, অর্থাৎ ত্বকের ইপিথিলিয়ম গঠিত হয় না অথবা গঠিত হইলেও অতি সামান্ত কারণে তাহা বিনষ্ট হইয়া যায়, সুতরাং ক্ষত শুষ্ক হইতে আরম্ভ করিয়া শুষ্ক না হইয়া আবার ভাঙ্গিয়া যায়, সেইরূপ ক্ষতে এডরেণালিন দ্রব প্রয়োগ করিলে অনেক স্থলে বিশেষ সুফল পাওয়া যায়। এইরূপ স্থলে এডরেণালিন ত্বকের ইপিথিলিয়ম গঠনের উত্তেজনা উপস্থিত করিয়া উপকার করে।

একজনের দগ্ধ ক্ষত কিছুতেই শুষ্ক হইতেছিল না, ক্ষতের কতকগুলি ক্ষতাঙ্কুর হইতে শোণিত স্রাব হইত—যখনি ক্ষতের পটী পরিবর্ত্তন করা হইত তখনই ঐ সমস্ত ক্ষতাঙ্কুর হইতে শোণিত স্রাব হইত। শেষে ঐ শোণিত স্রাব বন্ধ করার জন্ত ক্ষতাঙ্কুরের উপরে সহস্র ভাগে এক ভাগ শক্তির এডরেণালিন দ্রব প্রয়োগ করায় কেবল যে শোণিতস্রাব বন্ধ হইয়াছিল, তাহা নহে; পরন্তু ক্ষতও শীঘ্র শুষ্ক হইয়াছিল। এই ঘটনা দৃষ্টে ডাক্তার ডেভিড মহাশয়ের মনে এই কল্পনা সিদ্ধান্ত উদয় হইয়াছিল যে, এডরেণালিন হয়তো ক্ষত শুষ্ক করিতে পারে। তদনুসারে তিনি ক্ষত শুষ্ক করার জন্ত এডরেণালিন প্রয়োগ আরম্ভ করেন। অনেক স্থলে প্রয়োগ করায় সুফল লাভ করিয়া উক্ত কল্পনা সিদ্ধান্তকে স্থির সিদ্ধান্ত বলিয়া মনে করিয়াছেন।

মধ্য কর্ণরন্ধ্রের পীড়ায় বাটালী দ্বারা কর্ণের পশ্চাতে রন্ধ্র করা হয়। এই স্থানের ক্ষত শুষ্ক হইতে বিলম্ব হয়। ডাক্তার ডেভিড মহাশয় এই ক্ষেত্রেও এডরেণালিন দ্রব প্রয়োগ করিয়া সুফল পাইয়াছেন।

অস্ত্রোপচারের পর সাধারণ নিয়ম অনুসারে এডরেণালিন দ্রবে গজ সিক্ত করিয়া তদ্দ্বারা ক্ষত গহ্বর পূর্ণ করিয়া দিতেন; প্রত্যহই এইরূপ গজ বদল করা হইত। ইহাতে অন্যান্য প্রণালী অপেক্ষা ক্ষত শীঘ্র শুষ্ক হইত। যে পরিমাণ বিশুদ্ধ গজ ক্ষত মধ্যে দেওয়া হইবে—তাহাতে বিন্দু বিন্দু করিয়া এডরেণালিন দ্রব দিয়া সিক্ত করিয়া লওয়াই সুবিধা অর্থাৎ অল্প ঔষধেই কার্য্য হইতে পারে। এডরেণালিন দ্রব সিক্ত গজ দ্বারা ক্ষতাঙ্কুর যুক্ত ক্ষত আবৃত করিয়া তৎপর বিশুদ্ধ গজ দ্বারা পটি বাঁধিয়া দিলেই হইল। সুতরাং ইহা প্রয়োগ করা অতি সহজ।

এই প্রণালীতে ক্ষত আবৃত করিলে ক্ষতের স্রাব হ্রাস হইয়া যায় এবং শুষ্ক হয়, ক্ষতাঙ্কুর ক্ষয় হয়—ক্ষত শুষ্ক হয়।

এইরূপ ক্ষত শীঘ্র শুষ্ক হওয়ার অপেক্ষাকৃত অল্প সময়ে কার্য্য হয়। অথচ কোন মন্দ ফল উপস্থিত হইতে দেখা যায় নাই।

এড্রেণালিন কোনরূপ উত্তেজনা উপস্থিত করে নাই।

কাণের মধ্যের পাড়ায় ঐরূপ সুফল হওয়াতে শরীরের অন্য স্থানের স্রাবযুক্ত ক্ষতেও ঐরূপ সুফল হয় কিনা, তাহা পরীক্ষা করার জন্য কর্ণের পার্শ্বের স্রাবযুক্ত একজেমা ক্ষতেও এড্রেণালিন সিক্ত গজ দ্বারা আবৃত করিয়া চিকিৎসা করা হয়। তাহার স্রাব বন্ধ হইতে দেখা গিয়াছিল। কর্ণের রন্ধ্রের মধ্যে পার্শ্বের স্থিত একজেমায় এড্রেণালিন সিক্ত গজ রন্ধ্র মধ্যে দিতেন এবং বাহ্যমুখও ঐরূপ গজ দ্বারা আবৃত করিয়া দিতেন। ইহাতে শীঘ্র সুফল হইত—অর্থাৎ স্রাব বন্ধ হইত। কেবল যে স্রাব বন্ধ হইত, তাহা নহে, পরন্তু উত্তেজনা ও স্ফীততাও শীঘ্র আরোগ্য হইত। এইরূপ অবস্থায় প্রচলিত সমস্ত ঔষধ অপেক্ষা এড্রেণালিন শীঘ্র সুফল প্রদান করে।

আমাদের একটী চিকিৎসাধীন রোগীর ক্ষতের যখনই পটী পরিবর্ত্তন করা হইত তখনই ক্ষতাঙ্কুর হইতে রক্তস্রাব হইত। এইরূপ ভাবে অনেক দিন চলিল। কিন্তু শোণিত স্রাবও বন্ধ হয় না, ক্ষতও শুষ্ক হয় না, শেষে শোণিত স্রাব বন্ধ করার জন্য আয়াপানা পাতা বাটিয়া প্রলেপ দেওয়ায় শোণিত স্রাব বন্ধ এবং সঙ্গে সঙ্গেও ক্ষত শুষ্ক হইয়া গেল।

এস্থলে শোণিত স্রাব বন্ধ করাই আমাদের উদ্দেশ্য ছিল। কিন্তু আমরা উভয় ফল একত্র পাইলাম অর্থাৎ শোণিত স্রাব বন্ধ এবং ক্ষত শুষ্ক—উভয়ই একই সময়ে হইল।

এক্ষণে এই কথা হইতেছে যে, শোণিত স্রাব বন্ধ করার অনেক ঔষধেই ক্ষত শুষ্ক হয়। কেন হয়?

এই শ্রেণীর অনেক ঔষধ স্থানিক সঙ্কোচক। ক্ষত স্থানে অধিক রস সঞ্চিত থাকায়, তথাকার পরিপোষণের বিঘ্ন উপস্থিত হয়। পোষণাভাবে দুর্ব্বল বিধানের ক্ষত শুষ্ক হইতে পারে না। ভালরূপে শোণিত সঞ্চালন হইতে পারে না—ক্ষতও শুষ্ক হয় না। সঙ্কোচক ঔষধে অসুস্থ রসযুক্ত বিধানকে সঙ্কুচিত করে, উক্ত অসুস্থ রস দূরীভূত হয়, সুতরাং পোষণ কার্য্যের বিঘ্ন দূরীভূত হওয়ায় তথাকার বিধান স্বাভাবিক রূপে পরিপোষণ প্রাপ্ত হওয়ায় তত্রস্থিত ক্ষত সহজে শুষ্ক হয়। ফ্যাগোসাইটোসিস্ বৃদ্ধিই ইহার মূল কারণ।

সংজ্ঞাহরণ সম্বন্ধে নিষেধ।

(Lumbard).

প্রয়োগ সম্বন্ধে

১। যে ক্লোরফরম বা ইথর বর্ণহীন, স্বচ্ছ, সমক্ষারাম্ল, এবং অধঃপতন বিহীন নহে, তাহা দ্বারা সংজ্ঞাহরণ নিষেধ.

২। উপযুক্ত সংজ্ঞাহারক ঔষধ স্থির করা যেমন আবশ্যক, তেমনি সাবধানে তাহা প্রয়োগ করাও আবশ্যক, তাহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

৩। সংজ্ঞাহারক ঔষধের মধ্যে যাহা নিরাপদ, তাহাই স্থির করা কর্ত্তব্য, ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

৪। সংজ্ঞাহারক ঔষধ প্রয়োগ যন্ত্র যদি বিশুদ্ধ না হয়, তাহা হইলে তাহা ব্যবহার করা নিষেধ।

৫। প্রয়োগের সুবিধা হইবে মনে করিয়া পূর্ব্ব হইতেই ইথরের পরিবর্ত্তে ক্লোর-

ফরম বা নাইট্রাস অক্সাইডের পরিবর্ত্তে ইথাইল ক্লোরাইডকে নিরাপদ স্থির করা নিষেধ।

৬। সংজ্ঞাহারক ঔষধ প্রয়োগের অন্ততঃ দেড় ঘণ্টা পূর্ব্বে মর্ফিয়া প্রয়োগ করিলে কোন কোন রোগীর, বিশেষতঃ মদ্যপায়ী, ব্যায়াম-রত ব্যক্তির শরীরে মর্ফিয়া প্রয়োগ করিলে সংজ্ঞাহারক ঔষধ বেশ সহ্য হয়, ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

৭। একবার সংজ্ঞাহারক দেওয়ায় রোগী তাহা নিরাপদে বেশ সহ্য করিয়া ছিল বলিয়া যে, তাহার পরের বারেও ঐরূপ ফল হইবে, এরূপ ধারণা করা নিষেধ।

৮। আভ্যন্তরিক যন্ত্রের কোন পীড়া না থাকিলেও সংজ্ঞাহারক ঔষধ প্রয়োগে যে বিপদ হইতে পারে, ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

৯। অত্যধিক তামাক খাওয়ার অভ্যাস থাকিলে সংজ্ঞাহারক ঔষধ ভালরূপে সহ্য হয় না। ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

১০। স্থল বা জল পথে নিয়তঃ ভ্রমণ-কারীর শরীরে যে, সংজ্ঞাহারক ঔষধ নিরাপদে সহ্য হইবে, ইহা বিশ্বাস করা নিষেধ।

১১। সকল রোগীর পক্ষে ও সকল অবস্থাতেই একই সংজ্ঞাহারক ঔষধ সমান কার্য্য করে না। ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

১২। যে পরিমাণ সংজ্ঞাহারক ঔষধ ব্যবহার করা হইল, তাহার উপর নির্ভর না করিয়া রোগীর অবস্থার উপর নির্ভর করিতে হয়, ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

১৩। যে সংজ্ঞাহারক ঔষধই প্রয়োগ করা হউক না, শ্বাস প্রশ্বাস কার্য্য লক্ষ্য করাই প্রধান বিষয়, ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

১৪। সমস্ত লক্ষণের মধ্যে গভীর শ্বাস প্রশ্বাসই বিশ্বাস্য লক্ষণ, ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

১৫। সংজ্ঞাহারক ঔষধ এবং যন্ত্রাদি—এই সমস্তের মধ্যে সংজ্ঞাহারক ঔষধ প্রয়োগ কর্ত্তার অভিজ্ঞতার উপরই নিরাপদতা নির্ভর করে, ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

১৬। সংজ্ঞাহারক ঔষধ প্রয়োগ সময়ে সহসা বিপদ জনক লক্ষণ উপস্থিত হওয়া খুব সম্ভব, ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

১৭। ইথর বা ক্লোরফরম সহ অম্লজান মিশ্রিত করিয়া সংজ্ঞাহরণ কতকটা নিরাপদ সত্য। কিন্তু তাহা মিশ্রিত না করিলেই যে বিপদজনক হইবে, এমন মনে করা নিষেধ।

১৮। সংজ্ঞাহারক ঔষধ প্রয়োগ সময়ে প্রথমে অল্প অল্প করিয়া দিলে আবশ্যক হইলে অধিক দেওয়া সহজ এবং নিরাপদ। কিন্তু প্রথমে বেশী দিয়া আবশ্যক হইলে তাহা অল্প করা অর্থাৎ তাহা বহির্গত করিয়া লওয়া অসম্ভব। সুতরাং বিপদ জনক। ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

১৯। হৃদপিণ্ড, বৃক্ক, এবং ফুসফুসের পুরাতন পীড়ায় সংজ্ঞাহারক ঔষধ প্রয়োগে তত ভয় পাইতে নাই, ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

২০। সংজ্ঞাহারক ঔষধ অধিক প্রয়োগই সমস্ত বিপদের কারণ। ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

২১। কর্ণের বর্ণই সায়নোসিস্ আরম্ভের উৎকৃষ্ট নিদর্শক, তাহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

২২। সাধারণ সহজ প্রণালীতে সংজ্ঞা-

হারক ঔষধ প্রয়োগে উদ্দেশ্য সফল হওয়া সম্ভব হইলে কখনও গলার মধ্যে বা সরলান্ত্রে উক্ত ঔষধ প্রয়োগ করা অনুচিত। ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

২৩। শ্বাস পথের যান্ত্রিক অবরোধ থাকিলে তাহা ত্বক নিম্নে ঔষধ প্রয়োগ করিয়া উপশম করা যায় না। ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

২৪। সংজ্ঞাহারক ঔষধ প্রয়োগ সময়ে প্রয়োগ কর্ত্তা যেন অস্ত্রোপচারের প্রতি লক্ষ্য না করেন। তাহাতে রোগীর প্রতি শৈথিল্য প্রকাশ না হইলেও অস্ত্রোপচারকের বিশ্বাস নষ্ট হয়। ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

২৫। এস্পাইরামা রোগীকে কখন গভীর অজ্ঞান করিতে নাই। যত টুকু না দিলে নয়, কেবল তাহাই দিতে হইবে। ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

২৬। অস্ত্রোপচারের ধাক্কায় সংজ্ঞাহারক ঔষধের ক্রিয়া গভীর হইতে গভীরতর হইতে পারে। ইহাতে আতঙ্কজনক লক্ষণ উপস্থিত হওয়া সম্ভব। তাহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

২৭। অনভিজ্ঞ লোককে সংজ্ঞাহারক ঔষধ দিতে দেওয়া অনুচিত। তাহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

ক্লোরফরম সম্বন্ধে।

১। ক্লোরফরম দ্বারা চৈতন্য হরণ করা সময়ে অস্ত্রোপচারকের ব্যস্ততা প্রকাশ করা অনুচিত, ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

২। ক্লোরফরম প্রয়োগ সময়ে প্রয়োগ যন্ত্র অধিক আবৃত না করিয়া যাহাতে যথেষ্ট বায়ু প্রবেশ করিতে পারে, তাহাই কর্ত্তব্য। ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

৩। রোগীর বসা অবস্থায় ক্লোরফরম দেওয়া অনুচিত, ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

৪। ক্লোরফরম প্রয়োগ সময়ে রোগীকে গভীর বা দ্রুত শ্বাস প্রশ্বাস লইতে বলা অন্যায়, ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

৫। ক্লোরফরম প্রয়োগফলে যত মৃত্যু হয়, তাহা প্রয়োগের প্রথম অবস্থাতেই হইয়া থাকে। ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

৬। ক্লোরফরমের বিষ ক্রিয়া যদিও সহসা উপস্থিত হইতে দেখা যায়। তত্রাচ কখন কখন কয়েক দিবস পরেও তাহা হইতে পারে, ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

৭। কেহ প্রসব কার্য্যে—নির্ব্বিঘ্নে ক্লোরফরম প্রয়োগ করিয়া থাকেন বলিয়া যে, সর্ব্বস্থলেই নির্ব্বিঘ্নে প্রয়োগ করিতে পারিবেন, এমন ধারণা করা অন্যায়। কারণ, প্রসব কার্য্যে ক্লোরফরমে বিপদ অল্প হয়। ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

৮। প্রসব সময়ে যখন জরায়ুর আকুঞ্চন অত্যন্ত দুর্ব্বল হয় এবং ভ্রূণের হৃদপিণ্ডের শব্দ শ্রুত হওয়া না যায়, তখন ক্লোরফরম প্রয়োগ করা অনুচিত। ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

৯। গ্যাসের আলোকে আলোকিত ক্ষুদ্র প্রকোষ্ঠ মধ্যে ক্লোরফরম প্রয়োগ করা অনুচিত। ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

১০। ক্লোরফরম প্রয়োগ সময় চক্ষের প্রতিক্রিয়া হইতে দৃষ্টি স্থানান্তরিত করা অনুচিত। ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

১১। বায়ু চলাচলের পথ বিহীন যন্ত্র

যারা ক্লোরফরম প্রয়োগ অনুচিত। ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

১২। অত্যধিক ক্লোরফরম প্রয়োগ করা অনুচিত, ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

১৩। টনসিল ও এডিনাইড দূরীভূত করার জন্য ক্লোরাফরম প্রয়োগ করা অনুচিত, ইহা বিস্মৃত হওয়া নিষেধ।

১৪। ক্লোরফরম সহ কয়েক বিন্দু ইথর মিশ্রিত করিয়া লইলে ভাল ফল হয়। ইহা বিস্মৃত হওয়া অনুচিত।

সংবাদ।

সব এসিষ্টাণ্ট শ্রেণীর নিয়োগ, বদলি, বিদায় আদি।

এপ্রেল। ১৯১২,

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রমেশচন্দ্র চক্রবর্ত্তী, ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে পূর্ব্ববঙ্গ রেলওয়ের গোয়ালন্দ ষ্টেশনের ট্রাবলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত যতীন্দ্রনাথ মৈত্র ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে পদ্মার সেতু নির্ম্মাণ কার্য্যের পাকসী ডিস্পেনসারীতে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত অটলবিহারী দে ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে চুড়ামোনী যোগ উপলক্ষে নৈহাটীতে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয়শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত হরেন্দ্রনাথ সেন ত্রিপুরা জেলার অন্তর্গত ব্রাহ্মণবাড়িয়া ডিস্পেন্সারীর কার্য্য হইতে সরাইল ডিস্পেন্সারীর কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রসিকলাল গুহ ত্রিপুরা জেলার অন্তর্গত সরাইল ডিস্পেন্সারীর কার্য্য হইতে বিভাগীয় পরীক্ষা দেওয়ার জন্ত যাইতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত ক্ষেত্রমোহন রায় নূতন প্রদেশ—বিহার ও উড়িষ্যা বিভাগে বদলী হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত হেমনাথ রায় ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে ফাঁসীদেওয়া ডিস্পেন্সারীর কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত কালীপ্রসন্ন চক্রবর্ত্তী ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃডিঃ হইতে দারজিলিং জেলার তেরাইয়ের ট্রাবলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত গোঁসাইদাস সরকার নোয়াখালী ডিস্পেন্সারীর অস্থায়ী কার্য্য হইতে ফেণীতে কলেরা ডিউটী করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নৃপতিভূষণ রায়চৌধুরী আলীপুর নূতন সেনট্রাল জেল হস্পিটালের দ্বিতীয় সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে ক্যাম্বেল মেডিকেল স্কুলের শরীর তত্ত্বের দ্বিতীয় ব্যেখ্যাকারকের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত অটলবিহারী দে ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে আলীপুর নূতন সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালের দ্বিতীয় সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত কালীপ্রসন্ন চক্রবর্ত্তী দারজিলিং রেলওয়ের ট্রাবলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের অস্থায়ী কার্য্য হইতে দারলিং ভিক্টোরিয়া হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইয়া পরে ক্যাম্বেল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করার আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রমেশচন্দ্র চক্রবর্ত্তী পূর্ব্ববঙ্গের রেলওয়ের পোড়াদহ ষ্টেশনের ট্রাবলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত বিনোদকুমার গুহ ঢাকার স্থঃ ডিঃ হইতে পাবনায় কলেরা ডিউটী করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত ওয়াসিল উদ্দীন আহমদ ঢাকার স্থঃ ডিঃ হইতে মুর্শিদাবাদ জেলায় কলেরা ডিউটী করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত হেমনাথ রায় ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে ঢাকা মিলিটারী পুলিশ হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন। তথাকার শ্রীযুক্ত হরেন্দ্রনাথ গুপ্ত আসাম বিভাগে বদলী হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত আবদুলওয়াসিন ঢাকার স্থঃ ডিঃ হইতে ফরিদপুর জেলায় কলেরা ডিউটী করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সুরেশচন্দ্র রায় দিনাজপুর ডিস্পেনসারীর অস্থায়ী কার্য্য হইতে উক্ত জেলার বালুরঘাট মহকুমার কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত তারাপ্রসন্ন সিংহ ক্যাম্বেল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করার আদেশ পাওয়ার পর কৃষ্ণনগর জেল হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

বিদায়।

প্রথম শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত কালীচরণ মণ্ডল পাবনা জেলার অন্তর্গত সাহাজাদপুর ডিস্পেনসারীর কার্য্য হইতে বিদায়ে আছেন। ইনি ১২ই এপ্রেল হইতে আরো তিনমাস ফারলো বিদায় পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত অবিনাশচন্দ্র দে ময়মনসিংহ জেলার অন্তর্গত নেত্রকোণা ডিস্পেনসারীর কার্য্য হইতে একমাস প্রাপ্যবিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত প্রসাদকুমার চক্রবর্ত্তী ক্যাম্বেল হস্পিটালের রেসিডেন্ট মেডিকেল আফিসারের কার্য্য হইতে ১৫ দিবস প্রাপ্যবিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

৩০। শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত শ্রীধর বরুয়া পূর্ব্ববঙ্গ ও আসাম বিভাগের সিভিল হস্পিটাল সমূহের ইনস্পেক্টার জেনারেলের আদেশ অনুসারে এক বৎসর মিশ্রিত

বিদায় প্রাপ্ত হইয়া ছিলেন। এক্ষণে পীড়ার জন্ত আরো ছয়মাস বিদায় পাইলেন।

ক্যাম্বেল মেডিকেল স্কুলের পরীক্ষার ফল।

ক্যাম্বেল মেডিকেল স্কুলের চতুর্থ বার্ষিক শ্রেণীর নিম্নলিখিত ছাত্রগণ বিগত মার্চ্চ মাসের পরীক্ষায় উত্তীর্ণ হইয়াছেন। ইঁহারা সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য পাওয়ার উপযুক্ত এবং নিজে ক্যাম্বেল মেডিকেল স্কুলের লাইসেনসেড মেডিকেল প্রাক্‌টিসনার (Licensed medical Practitioner) বলিয়া লিখিতে অধিকারী। ইহা সংক্ষেপে লিখিতে হইলে L. M. P. Camp লিখিলে চলিবে। যাঁহারা স্বাধীন ভাবে চিকিৎসা ব্যবসা করিবেন। তাঁহারা নিজ নাম স্বাক্ষরের নিম্নে ঐরূপ লেখার অধিকারী। যাঁহাদের নামে * চিহ্ন আছে, তাঁহারা বঙ্গের ছাত্র।

দ্বিতীয় বিভাগ।

১ শ্রীযুক্ত অতুলচন্দ্র সামন্ত।
২ „ যতীন্দ্রচন্দ্র ঘোষ।
৩ „ মনোমোহন চক্রবর্ত্তী।
৪ „ যতীন্দ্রনাথ ঘোষ।
৫ „ রমেশচন্দ্র ঘোষ।
৬ „ সুন্দরগোপাল ধর।
৭ „ যতীন্দ্রনাথ দত্ত।
৮ „ সতীশচন্দ্র দাস।
৯ „ মন্মথনাথ মুখোপাধ্যায়।
১০ „ ললিতকুমার নন্দী।
১১ „ অমরেন্দ্রনাথ সেন।
১২ „ শিবেন্দ্রচন্দ্র ঘোষাল।
১৩ „ বৈকুণ্ঠবিহারী মিত্র।
১৪ শ্রীযুক্ত কৃষ্ণধন চট্টপাধ্যায়।
১৫ „ পশুপতি বারিক।
১৬ „ শঙ্করদাস সান্যাল।
১৭ „ দীনেশচন্দ্র রায়।
১৮ „ জিতেন্দ্রনাথ বিশ্বাস
১৯ „ সুরেন্দ্রনারায়ণ চৌধুরী।
২০ কুমারী মরিচান পস।
২১ শ্রীযুক্ত সুরেন্দ্রমোহন ঘোষ।
২২ „ অমলপ্রসন্ন মুখোপাধ্যায়।
২৩ শ্রীযুক্ত নরেন্দ্রনাথ ঘোষ।
২৪ কুমারী চারুশীলা সিংহ।
২৫ শ্রীযুক্ত গোষ্ঠবিহারী দাস।
২৬ „ পশুপতী বিশ্বাস।
২৭ „ নগেন্দ্রনাথ অধিকারী।
২৮ „ অমূল্যরতন বসু।

গভর্ণমেণ্ট মেডিকেল স্কুলের পরীক্ষায় উত্তীর্ণ হইলে প্রথমে "নেটিভ ডাক্তার" উপাধী দেওয়া হইত। ঐ উপাধীই অনেক দিবস প্রচলিত ছিল। শেষে অতৃপ্তিকর হইয়া উঠায় ভারনিকিউলার এল, এম, এস, উপাধী দেওয়া হয়। ইহার কিছু পরে মিলিটারী বিভাগের কার্য্যে যাঁহারা নিযুক্ত ছিলেন, তাঁহাদিগের পদের সংজ্ঞা পরিবর্ত্তিত হইয়া "মিলিটারী হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট" সংজ্ঞা হইলে সিভিল বিভাগে নিযুক্ত নেটিভ ডাক্তারদিগের সংজ্ঞা পরিবর্ত্তিত হইয়া "সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট সংজ্ঞা দেওয়া হয়। এই সময়ে অনেক চিকিৎসা ব্যবসায়ী ডাক্তার নিজে নিজে মেডিকেল স্কুল স্থাপন করিয়া তাঁহাদের স্কুলের ছাত্রদিগকে V. L. M. S উপাধী দিতে আরম্ভ করিলেন। গবর্ণমেণ্টের স্কুলের

ছাত্রের ও সাধারণ লোকের স্কুলের ছাত্রের উপাধী একই হওয়ায় নানা রূপ গোলমাল এবং কার্য্যের অসুবিধা উপস্থিত হওয়ায় অপর স্কুলের ছাত্রদের উক্ত উপাধী দিতে নিষেধ না করিয়া গভর্ণমেণ্ট স্কুলের ছাত্রদের উপাধী পরিবর্ত্তন করিয়া "হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট" উপাধী দেওয়া আরম্ভ হইল। কিন্তু এই উপাধী কেহই ভাল বোধ করিলেন না। ছাত্রেরা বিরক্ত হইয়া অনিচ্ছা স্বত্বেও উক্ত উপাধী গ্রহণ করিতেছিল। অপর পক্ষে গবর্ণমেণ্টের সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্টগণও এই সংজ্ঞা অপমান সূচক বলিয়া প্রকাশ করিয়া আসিতে ছিলেন। কারণ "হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট" বলিলে হস্পিটালের নিম্ন শ্রেণীর ভৃত্য পর্য্যন্ত বুঝায়। ইঁহারা যে চিকিৎসক তাহা বুঝিতে পারা যায় না। তজ্জন্য অনেক দিবস হইতে উক্ত উপাধী সম্বন্ধে আন্দোলন হইয়া এক্ষণে "সব এসিষ্টাট সার্জ্জন" সংজ্ঞা হইয়াছে। এ সংজ্ঞা ভালই হইয়াছে। কিন্তু গভর্ণমেণ্টের মেডিকেল স্কুলের উত্তীর্ণ ছাত্রদিগকে L. M. P. উপাধী দেওয়া হইয়াছে। এই উপাধী ছাত্রদিলের মনঃপুত হয় নাই। তজ্জন্য এই উপাধী লইয়া আলোচনা হইতেছে।

বঙ্গীয় এসিস্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রেণীর বেতন বৃদ্ধির নূতন ক্রম।

কার্য্যকাল বৎসর	মাসিক বেতন
প্রথম হইতে	টাকা
দ্বিতীয় বৎসর	১০০
৩য়	১১০
৪র্থ	১২০
৫ম	১৩০
৬ষ্ঠ	১৪০
৭ম	১৫০

এই সময়ে সপ্তম বার্ষিক পরীক্ষা দিতে হইবে। পরীক্ষায় উত্তীর্ণ হইলে আবার প্রতি বৎসর দশ টাকা হিসাবে বেতন বৃদ্ধি হইবে। (কিন্তু উত্তীর্ণ না হইলে বাৎসরিক দশটাকা হিসাবে বেতন বৃদ্ধি বন্ধ থাকিবে।)

দ্বিতীয় শ্রেণীতে উন্নীত হইলে প্রতি বৎসর দশ টাকা হিসাবে বেতন বৃদ্ধি হইয়া চৌদ্দ বৎসর কার্য্য হইলে বেতন ২২০ টাকা হইবে। এই সময়ে আবার পরীক্ষা দিয়া প্রথম শ্রেণীতে উঠিতে হইবে। উত্তীর্ণ না হইলে বেতন বৃদ্ধি হইবে না। উত্তীর্ণ হইলে প্রতি বৎসর দশ টাকা হিসাবে বেতন বৃদ্ধি হইয়া ২২শ বৎসর কার্য্যের সময়ে ৩০০ টাকা বেতন হইবে।

ইহার পর আর পরীক্ষা দিতে হইবে না। গুণানুসারে মনোনয়ন প্রথা অনুসারে সিনিয়ার শ্রেণীতে উন্নীত হইবেন। সিনিয়ার দুই শ্রেণী। দ্বিতীয় শ্রেণীর বেতন ৩২৫৲ টাকা।

সিনিয়র প্রথম শ্রেণীর বেতন ৩৫০৲ টাকা। এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রেণীর সংখ্যা যত, তাহার শতকরা দশজন সিনিয়র শ্রেণীর এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন হইবেন। যে সমস্ত এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন চৌদ্দবৎসরের অধিককাল কার্য্য করিয়াছেন। তাঁহাদের মধ্য হইতে গুণবান লোক দেখিয়া শতকরা দশজন এই শ্রেণীতে উন্নীত হইবেন। অধিকদিন কার্য্য হইয়াছে বলিয়া এই শ্রেণীর জন্য প্রার্থনা করিতে পারিবেন না।

এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন হইতে যাঁহারা সিভিল সার্জ্জন শ্রেণীতে উন্নীত হইবেন, তাঁহারা ৫৫০ টাকা হইতে আরম্ভ করিয়া বার্ষিক ৩০ হিসাবে বর্দ্ধিতহারে বেতন পাইবেন। এই হিসাবে বৃদ্ধি হইয়া ৮০০, টাকা পর্য্যন্ত হইলে আর বেতন বৃদ্ধি হইবে না। সিনিয়ার শ্রেণীর এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রেণী হইতে গুণানুসারে মনোনয়ন প্রথাদ্বারা সিভিলসার্জ্জন শ্রেণীতে উন্নীত হইবেন।

১৯১২ খৃষ্টাব্দের ১লা এপ্রেল হইতে এই নিয়ম প্রচলিত হইয়াছে।

সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রেণীর পঞ্চম বার্ষিক পরীক্ষার প্রশ্ন।

১৯১১—অক্টোবর।

Candidates are required to answer only any four of the five questions.

MEDICINE.

FIRST SUBJECT—FIRST DAY—ONE PAPER.

(1) What are the causes of ascites and what are its physical signs? What therapeutic measures can be adopted for this symptom?

(2) Give the pathology, symptoms, and treatment of asthma?

(3) Differentiate the various causes of enlargement of the liver?

(4) What are the surface markings of superficial and of deep cardiac dullness? What changes occur in consequence of (*a*) hypertrophy, (*b*) dilatation of the heart?

(5) Distinguish between idocy, imbecility, and dementia.

SURGERY.

FIRST SUBJECT—SECOND DAY—ONE PAPER.

(1) Distinguish between boil and carbuncle, and give the signs, symptoms, and treatment of each in detail.

(2) What are the symptoms and signs of suppuration in the signs, symptoms, and treatment of each in detail.

(2) What are the symptoms and signs of suppuration in the middle ear, and how should it be treated?

(3) What is the surface anatomy of a normally full bladder? What would be the signs and symptoms in retention of urine, and what would you do for it?

(4) Give briefly the signs and symptoms of (*a*) acute glaucoma, (*b*) acute iritis. How would you treat them?

(5) Give the pathology and treatment of acute periositis.

JURISPRUDENCE AND HYGIENE.

SECOND SUCJECT—FIRST DAY—ONE PAPER.

(1) How can the age of a child be determined?

(2) What are the signs of live birth of a dead infant?

(3) Describe a case of dhatura poisoning and its treatment.

(4) Describe a good village well.

(5) What sanitary precautions would yon advise on cholera breaking out in your village?

ভিষক্-দর্পণ।

চিকিৎসা-তত্ত্ব-বিষয়ক মাসিকপত্র।

যুক্তিযুক্তমুপাদেয়ং বচনং বালকাদপি।
অন্যৎ তু তৃণবৎ ত্যাজ্যং যদি ব্রহ্মা স্বয়ং বদেৎ॥

২২শ খণ্ড। | মে, ১৯১২। | ৫ম সংখ্যা।

ভেক্সিন চিকিৎসা।

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার মথুরানাথ ভট্টাচার্য্য এল্, এম্, এস্,।

(পূর্ব্ব প্রাকশিতের পর)

যদি আমরা স্বীকার করিয়া লই যে, আমরা যে নিয়ম অনুসারে চলি, তাহা ঠিক, তত্রাচ সময়ে সময়ে রক্ত রসের নিয়ত অপসোনিক ইনডেক্স এর পরিবর্ত্তন সাধিত হইয়া থাকে; ইহার কারণ এই যে, সংক্রমণের কেন্দ্রস্থল হইতে সব সময়ে সমান ভাবে জীবাণুজাত বিষাক্ত পদার্থ সমস্ত শরীরে শোষিত হয় না। কিন্তু বর্ত্তমান সময়ে, রক্তরসের প্রতিরোধক শক্তির পরিমাণ ঠিক করার জন্য, অপসোনিক ইনডেক্স একমাত্র উপায়। কিন্তু লেবোরেটরীতে যেমন উহা সহজেই ঠিককরা যায়, রোগ শয্যায় উহা স্থিরকরা একরকম অসম্ভব হইয়া পড়ে। উহা ঠিক করিতে হইলে আমাদিগকে প্রত্যেক সংক্রামক রোগীর শয্যাপার্শ্বে, তাহার শরীরের প্রতিক্রিয়ার কার্য্য, এবং তাহা সফল হইয়াছে, কি নিষ্ফল হইয়াছে—তাহা ঠিক করা অত্যন্ত পরিশ্রম ও যত্ন সাপেক্ষ এবং অত্যন্ত কঠিন ব্যাপার। যাহারা রোজ রোজ ঐ প্রথা অনুসারে অপসোনিক ইনডেক্স ঠিক করিতে না অভ্যাস করেন, তাহাদের পক্ষে ঠিক করা অসম্ভব হইয়া পড়ে।

এখন কার্য্যক্ষেত্রে, ভেক্সিন চিকিৎসার দ্বারা কি ফল পাওয়া যায়, দেখা যাইতে পারে। প্রথমে ভেক্সিন চিকিৎসা রোগ নিবারণ কল্পে ব্যবহার করিয়া কি ফল পাওয়া যায়, সে বিষয়ে উল্লেখ করিব। নিম্ন লিখিত তিন প্রকার রোগ নিবারণ কল্পে, ভেক্সিন চিকিৎসা প্রয়োগ করা হইয়া থাকে। ১। টাইফয়েড জ্বর। ২। কলেরা।

৩। প্লেগ। টাইফয়েড জ্বরে ঐতিহাসিক বিষয় আছে বলিয়া উল্লেখ যোগ্য; কারণ রাইট সাহেব, তাহার কার্য্য, প্রথমে টাইফয়েড জ্বর লইয়া আরম্ভ করেন। একটী নির্দ্দিষ্ট মাত্রায় বিষমুক্ত টাইফয়েড বেসিলাসদের "বুলন" কালচারে জন্মাইতে দেওয়া হয়; তাহার পর উহাদিগকে উত্তাপ দিয়া মারিয়া ফেলা হয়। এইরূপে টাইফয়েড জ্বরের ভেক্সিন তৈয়ারি করা হয়। প্রথমে ৫০০ মিলিয়েন বেকটিরিয়া ইনজেক্ট করিবে; তাহার পর দশদিন পরে হাজার মিলিয়েন বেকটিরিয়া পুনর্ব্বার ইনজেক্ট করিবে। সাধারণতঃ ইন্‌জেকশন দিবার পর রোগীর বিশেষ কোন অসুবিধা হয় নাই; ইনজেকশন স্থানে কিছু বেদনা অনুভব হইতে পারে, কি সেই স্থানটী একটু শক্ত বলিয়া বোধ হইতে পারে, কিম্বা নিকটবর্ত্তী লিম্ফাটিক গ্রন্থিগুলি একটু বেদনাযুক্ত হইতে পারে, বা একটু জ্বরভাবও হইতে পারে। কিন্তু এই সমস্ত লক্ষণগুলি কয়েক ঘণ্টা মধ্যে দূরীভূত হইয়া যায়।

এই প্রকার ভেক্সিন চিকিৎসার দ্বারা যে ফল পাওয়া গিয়াছে, তাহার বিশেষ তালিকা আছে। ঐ তালিকা দ্বারা প্রমাণিত হইতেছে যে, এই প্রকার চিকিৎসায় বিশেষ উপকার পাওয়া গিয়াছে।

দক্ষিণ আফ্রিকার যুদ্ধে, টাইফয়েড জ্বর নিবারণ কল্পে, ৪০, ৬০০ সৈন্যের মধ্যে ৮৬০০ সৈন্তকে টীকা দেওয়া হইয়াছিল; তাহার মধ্যে শতকরা ২.৫৬ জনের টাইফয়েড জ্বর হইয়াছিল এবং তাহাদের মৃত্যুসংখ্যা শতকরা ১২ জন। ঐ 80, ৬০০ হাজার সৈন্তর মধ্যে, বাকি ৪১০০০ হাজার সৈন্তকে টীকা দেওয়া হয় নাই। এই ৪১,০০০ হাজার লোকের মধ্যে শতকরা ৫.৭৫ জন লোক টাইফয়েড জ্বর দ্বারা আক্রান্ত হইয়াছিল এবং তাহাদের মৃত্যুসংখ্যা শতকরা ২১ জন হইয়াছিল। আধুনিক ইংরাজ সৈন্তের মধ্যে ঐ টীকা দেওয়াতে যে ফল পাওয়া গিয়াছে তাহার তালিকা দেখিলে আরও সন্তোষজনক ফল দেখিতে পাওয়া যায়। উহাদের মধ্যে কেবল শতকরা .৭ জন লোকের টাইফয়েড জ্বর হইয়াছিল এবং তাহাদের মৃত্যুসংখ্যা শতকরা ৪ জন। জার্ম্মন সৈন্তমধ্যেও ঐরূপ চিকিৎসার দ্বারা বা টীকাদিয়া, ঐ প্রকার সন্তোষজনক ফল পাওয়া গিয়াছে। যে সমস্তলোক ভারতে আগমন করে, যেখানে টাইফয়েড জ্বরের প্রাদুর্ভাব বেশী, তাহাদের সকলেরই ঐরূপ টীকা লওয়া কর্ত্তব্য। কলেরা এবং প্লেগের টীকা দিয়াও, সন্তোষজনক ফল পাওয়া-গিয়াছে। প্রকৃত ইনফেকশনে, ভেক্সিন চিকিৎসার দ্বারা কি ফল পাওয়া গিয়াছে নিরূপণ করা বড় কঠিন। কারণ যেসব ক্ষেত্রে ভেক্সিন চিকিৎসা প্রয়োগ করা গিয়াছে তাহাদের মধ্যে অধিকাংশ রোগই পুরাতন; উহারা স্বভাবিক অবস্থাতেও, বিনা চিকিৎসাতে কম বেশী হইতে পারে বা আপনা আপনিই আরোগ্য পথে অগ্রসর হইয়া থাকে, এমন কি বিনা চিকিৎসায় কতকগুলি একেবারে আরাম হইয়া যায়। যথা, টিউবারকুলোসিস। এই রোগ যখন বিশেষ বাড়াবাড়ি হইয়া থাকে, তখন আমরা যত রকমের চিকিৎসা আছে, সবগুলিই জীবনরক্ষার জন্ত একসঙ্গে অবলম্বন করিয়া থাকি। এখন যদি ঐ রোগীর উপকার হয়, তাহা হইলে কোন

চিকিৎসার দ্বারা ঐ উপকার হইয়াছে, ইহা বলা অসম্ভব হইয়া পড়ে। কার্য্যক্ষেত্রে, আমরা রোগীর উন্নতি বা অবনতি দেখিয়া ঐ পরীক্ষায় ফল নিরূপণ করিতে পারি। কতকগুলি রোগীকে ভেক্সিন দ্বারা চিকিৎসা করিতে হইবে, কতকগুলি রোগীকে বিনা চিকিসায় রাখিতে হইবে; এই দুই প্রকার রোগীর যে প্রকার ফল পাওয়া যায়, তাহা তুলনা করিয়া দেখিতে হইবে। ঐ রোগীগুলীর ফল তুলনা করিবার জন্য, তাহাদের কতকগুলি লক্ষণ উভয় পক্ষেই বর্ত্তমান থাকা চাই। কিন্তু ঐ সব লক্ষণগুলি বর্ত্তমান থাকিলেও ভালরূপ তুলনা হইতে পারে না। কারণ কোন কোন রোগীর কোন বিশেষ রোগের প্রবণতা থাকে, আবার কোন কোন রোগী ঐ রোগ প্রতিরোধ করিতে সক্ষম হয়। সুতরাং পূর্ব্বোক্ত দুই প্রকার রোগীর ফল, তুলনা করিতে হইলে, আমাদের অনেকগুলি রোগীর অনুসন্ধান করিতে হইবে। এইরূপে অনেকগুলি রোগী দেখিলে, তবে কিয়ৎপরিমাণে ভেক্সিন চিকিৎসার ফল নিরাকরণ করা যাইতে পারে। কেবল কতকগুলি ক্ষেত্রে ভেক্সিন ব্যবহার করিয়াই বলা যাইতে পারে না যে, অপসোনিনের কোন মূল্য নাই। দুই রকম অবস্থায় কেবল কতকগুলি রোগী পরীক্ষা করিয়া আমরা অভিমত প্রকাশ করিতে পারি। একটী পুরাতন রোগে, যেখানে বহুরকম চিকিৎসা করিয়াও কোন উপকার পাওয়া যায় নাই, এমনক্ষেত্রে ভেক্সিন দিয়া, যদি আমরা হঠাৎ উন্নতি দেখিতে পাই, কিম্বা কোন তরুণ মারাত্মক রোগে, যদি ভেক্সিন দ্বারা শীঘ্র উপকার দেখিতে পাই, তাহা হইলে এই দুইক্ষেত্রে কমসংখ্যক রোগী চিকিৎসা করিলেও, আমরা ভেক্সিন সম্বন্ধে অভিমত প্রকাশ করিতে পারি। ডেল হোয়াইট সাহেব পিউয়ারপারেল সেপ্টিসিমিয়া রোগের যে বিবরণ দিয়াছেন, তাহাতে তরুণ রোগে, ভেক্সিন চিকিৎসায় কি ফল পাওয়াগিয়াছে, তাহার নিদর্শন পাওয়া যাইতে পারে। উপস্থিত এই বলা যাইতে পারে যে, এমন কোন তরুণ বা পুরাতণ জীবাণু-ঘটীত রোগ নাই যাহাতে ভেক্সিন চিকিৎসা করা হয় নাই। কিন্তু এই ক্ষেত্রে অভিজ্ঞতা এতকম যে, উহার দ্বারা যে কি ফল পাওয়া গিয়াছে, তাহা ঠিক করিয়া বলা যাইতে পারে না। সুতরাং আমরা এমত কয়েকটী রোগের বর্ণনা করিব যদ্দ্বারা আমরা কি ফল পাইয়াছি, তাহা বুঝিতে পারিব এবং সেই সঙ্গে সঙ্গে কি কি সমস্যায় পড়িতে হইয়াছিল, তাহার উল্লেখ করা যাইবে।

পুরাতন চর্ম্ম পীড়া।

প্রথমে আমরা স্ফোটক এর বিষয় বলিব। উহারা ছোট বা বড় হইতে পারে, কিম্বা একটী, কি অনেকগুলি হইতে পারে; এবং পাওজেনিক ককাই হইতে উৎপন্ন হইয়াছে বলিয়া কোন সন্দেহ হইতে পারে না। আমরা দেখিতে পাই যে, এই প্রকার স্ফোটক একবার সারিয়া আবার হয়; এই প্রকারে রোগী উহার দ্বারা কয়েক মাস এমন কি কয়েক বৎসর পর্য্যন্ত ভুগিতে থাকে। এই ক্ষেত্রে, প্রথমে বাজারে যে তৈয়ারি ভেক্সিন পাওয়া যায়, সেই ভেক্সিন ইন্জেক্ট করা হয়। এইরূপ ভেক্সিন নানা চর্ম্মস্ফোটক হইতে জীবাণু লইয়া তৈয়ারি করা হয়। এইরূপ ভেক্সিন দ্বারা যখন কোন উপকার পাওয়া না যায়,

তখন ঐ রোগীর স্ফোটক হইতে জীবাণু লইয়া তদ্দ্বারা বিশেষ ভেক্সিন তৈয়ারী করিতে হইবে। কি মাত্রায় ঐ ভেক্সিন দিতে হইবে,তদ্বিষয়ে রাইট সাহেব যাহা বলিয়াছেন, তাহা নিম্নে দেওয়া গেল। তিনি বলিয়াছেন, যে ক্ষেত্রে কেবল একটী স্ফোটক হইয়াছে, সেখানে ১০০ মিলিয়ন ষ্টেফিলোককাই ইন্‌জেক্ট করিলে, উহার বৃদ্ধি বন্ধ হইয়া যাইবে, ও তাহার চারি দিন পরে, ২৫০ হইতে ৩০০ মিলিয়ন এর আর একবার ইন্‌জেক্শন দিতে হইবে; ইহাতে উহা সারিয়া যাইবে। যে সব ক্ষেত্রে রোগ পুরাতন হইয়াছে, সেখানে প্রথমবারের ইন্‌জেক্শনটী পূর্ব্বের মত অর্থাৎ ১০০ মিলিয়ন দেওয়া যাইতে পারে, উহার দ্বারা যদি উপকার বোধ হয়, তাহা হইলে ক্রমশঃ বেশী মাত্রায় ইন্‌জেক্শন করিতে হইবে, অর্থাৎ উহার মাত্রা ৫০০ মিলিয়ন পর্য্যন্ত বাড়ান যাইতে পারে এবং ৩ দিন হইতে ৭ দিন অন্তর ইন্‌জেক্শন করা যাইতে পারে। স্ফোটকগুলি শরীরের উপরিভাগে হইয়া থাকে বলিয়া ঐরূপ চিকিৎসার দ্বারা কোন উপকার হইতেছে কিনা সহজেই বুঝিতে পারা যায়। কারণ স্ফোটকগুলি ইন্‌জেক্শন দেওয়ার পর, বাড়িতেছে, কি কমিতেছে, তাহা অনায়াসেই জানা যাইতে পারে। এইরূপ চিকিৎসা খুব বিস্তৃত ভাবে অবলম্বন করা হইয়াছে; ৩৩ জন পরিদর্শক, ১৪০ জন রোগীকে চিকিৎসা করিয়া যে ফল পাইয়াছেন, ষ্টোনার সাহেব তাহা লিপিবদ্ধ করিয়াছেন। নিম্নে তাহার তালিকা দেওয়া গেল। ঐ ১৪০ জন রোগীর মধ্যে ১২ জন উপকার পাইয়াছিল বা উন্নতি লাভ করিয়াছিল, এবং ৩ জনের মাত্র কোন উপকার হয় নাই। রাইট সাহেবের আধুনিক রিপোর্ট নিম্নে দেওয়া গেল।

রাইট সাহেব নিজে ১০৪ জন রোগীকে চিকিৎসা করিয়াছেন; তাহার মধ্যে ৭৩ জন আরোগ্য লাভ করিয়াছিল, ২৯ জন উন্নতি লাভ করিয়াছিল এবং ২ ন কিছু উপকার পায় নাই বা কিছু খারাপ হইয়াছিল। বলা বাহুল্য যে, এই চিকিৎসা কয়েক মাস ধরিয়া না করিলে, কোন বহুদিন স্থায়ী পরিবর্ত্তন ঘটিয়াছে কিনা বলা যাইতে পারে না। স্ফোটক ছাড়া, সাইকোর্সিসেও, যেখানে চর্ম্মে পুঁজ হইয়া থাকে—ঐ ভেক্সিন চিকিৎসার দ্বারা বিশেষ উপকার পাওয়া গিয়াছে। এই সাধারণ চর্ম্মে পূয়যুক্ত রোগ হইতে "একনি"কে বিভিন্ন করিয়া লইতে হইবে। কারণ "একনির" কারণ এখনও নির্ণয় করা যায় নাই; এবং এখানে সাধারণ পাওজেনিক প্রকৃতির জীবাণুর দ্বারা যে কার্য্য হইয়া থাকে, তাহা গৌণ। ঐ প্রকার রোগীর মধ্যে অর্দ্ধেক সংখ্যার রোগী লইতে উহার বিশেষ জীবাণু অর্থাৎ "একনি" বেসিলাস বাহির করা হইয়াছে; আর বাকী অর্দ্ধেক রোগী হইতে ষ্টেফিলোককাই মিশ্রিত একনি বেসিলাস পাওয়া গিয়াছিল। এইরূপ জীবাণুর কি কার্য্য তাহা এখনও ঠিক করিতে পারা যায় নাই, এবং একনি রোগে ভেকিসন চিকিৎসার দ্বারা, স্ফোটকের ন্যায় তত সন্তোষজনক ফল পাওয়া যায় নাই। ১০৩ জন একনি রোগীকে ষ্টেফিলোককেল ভেক্সিন দ্বারা চিকিৎসা করা হইয়াছিল। তাহার মধ্যে ৭০ জন (অর্থাৎ শতকরা ৫৩ জন) আরোগ্য

লাভ করিয়াছিল, ৩৬ জন উন্নতি লাভ করিয়াছিল এবং ৯ জনের কোন উপকার হয় নাই। ফ্লেমিং সাহেব মিশ্রিত ভেক্‌সিন ব্যবহার করিয়াছিলেন অর্থাৎ ষ্টেফিলোককেল ভেক্‌সিনে ৪ হইতে ১০ মিলিয়ন পর্য্যন্ত একৃনি বেসিলাস্‌ যোগ করা হইয়াছিল। এরূপে দেওয়াতেও বিশেষ কোন উপকার পাওয়া যায় নাই। সেন্টমেরি হাঁসপাতালে ৬৮ জন রোগী এই প্রকারে চিকিৎসিত হইয়াছিল; তাহার মধ্যে ১২ জন আরোগ্য লাভ করিয়াছিল, ৪২ জন উন্নতি লাভ করিয়াছিল, ১২ জনের কোন পরিবর্ত্তন দেখা যায় নাই এবং ২ জন আরও খারাপ হইয়াছিল।

বালিকাদের গণোরিয়া জনিত যোনি প্রদাহ। হেমিলটন সাহেব ঐ প্রকার অনেকগুলি চিকিৎসা করিয়া মন্তব্য প্রকাশ করিয়াছেন। তিনি কতকগুলি রোগীকে কেবল অল্পমাত্রায় ভেক্‌সিন দিয়া চিকিৎসা করিয়াছিলেন এবং বাকিগুলিকে সাধারণ নিয়মে এবং জলধারার দ্বারা চিকিৎসা করিয়াছিলেন। ঐ সব রোগী সারিয়া গিয়াছে কিনা, তিনি নিম্নলিখিত প্রথার দ্বারা নিরূপণ করিতেন। দুই মাসের মধ্যে ছয় বার পরীক্ষা করিয়া যদি কোন গণোককাই না পাওয়া যাইত, তাহা হইলে ঐ রোগী আরাম হইয়াছে বলিয়া ঠিক করিতেন।

যে সব রোগীকে ভেক্‌সিন দ্বারা চিকিৎসা করা হইয়াছিল, তাহাদের মধ্যে শতকরা ৯৫ জন আরোগ্য লাভ করিয়াছিল; যাহাদিগকে ভেক্‌সিন দেওয়া হয় নাই, তাহাদের মধ্যে শতকরা ৭০ জন আরোগ্য লাভ করিয়াছিল। ভেক্‌সিন চিকিৎসায় আরোগ্য হইতে গড়পড়তা ১.৭ মাস লাগিয়াছিল এবং সাধারণ চিকিৎসায় আরোগ্য হইতে গড়পড়তা ১০.১ মাস লাগিয়াছিল। তরুণ গণোরিয়াতে ভেক্‌সিন চিকিৎসায় তত ভাল উপকার দেখা যায় নাই এবং পুরাতন গণোরিয়াতেও, যেখানে সিস্টেটিক দিয়া খুব অল্প পরিমাণে তরল পদার্থ নির্গত হইয়া থাকে, সেখানে ভেক্‌সিন চিকিৎসার দ্বারা উন্নতি ঠিক করিতে পারা যায় না।

টিউবারকুলোসিস্‌।

এখানে আমাদের একটী আবশ্যকীয় বিষয় লইয়া আলোচনা করিতে হইবে, এবং দুঃখের বিষয় এই যে, এই বিষয়টী সর্ব্বাপেক্ষা কঠিন। প্রথমে আমরা যে জিনিসগুলি ব্যবহার করিয়া থাকি, সেই বিষয়ে উল্লেখ করিব। টিউবারকেল বেসিলাসের বিষ কি জিনিস, এই বিষয়ে—নানা রকম মতভেদ আছে। যে টিউবারকুলিন আমরা সাধারণতঃ ব্যবহার করিয়া থাকি—টিউবারকুলিন আর, এবং টিউবারকুলিন বি, ই,—উহাদের টিউবারকেল বেসিলাসদের পেষিত করিয়া তৈয়ারি করা হয়। সুতরাং দেখা যাইতেছে যে, ঐ টিউবারকুলিন দুটীতে, টিউবারকেল বেসিলাসের মধ্যে যে বিষ আছে, সেই বিষকর পদার্থ বর্ত্তমান আছে; এখন ঐ বিষকর পদার্থ কি আকারে বর্ত্তমান আছে বা অন্য ভাবে বর্ত্তমান আছে কিনা এবং উহার দ্বারা কি পরিমাণে ইমিউনিটি উৎপন্ন হইয়া থাকে —এই বিষয় লইয়া নানা রকম মতামত আছে। সুতরাং সময়ে সময়ে, নানা রকম পরিবর্ত্তন বাহির করা হইয়াছে। যথা—

লওম্যান সাহেব একটি ঔষধ তৈয়ারি করিয়াছেন; উহাতে মেদমুক্ত টিউবারকেল বেসিলাসদের সার পদার্থ বর্ত্তমান থাকে। সার পদার্থ ভিন্ন ভিন্ন উত্তাপে তৈয়ারি করা হইয়াছে। ভেনিস সাহেব, টিউবারকেল বেসিলাসদের বুইলন কাল্‌চার হইতে ছাঁকিয়া লইয়া একটী ঔষধ তৈয়ারী করিয়াছেন। হায়নেক সাহেব কোন একটী বিশেষ বুইলন কাল্‌চারে টিউবারকেল বেসিলাসদের জন্মাইয়া উহাদের ছাঁকিয়া লইয়াছেন; তাহার পর, অর্থ ফস্‌ফরিক এসিডে কতকগুলি টিউবারকেল বেসিলাসকে দ্রব করিয়া, উহাদের পূর্ব্বের ছাঁকা টিউবারকেল বেসিলাসদের সহিত মিশ্রিত করিয়া একটী ঔষধ প্রস্তুত করিয়াছেন। তিনি বলেন যে, এসিড দ্বারা যেরূপ টিউবারকেল বেসিলাসদের প্রোটোপ্লেজমএর সলিউশন পাওয়া যায়, উহাদের পেসিয়া লইলে, সেইরূপ সলিউশন পাওয়া যায় না। কোন কোন ক্ষেত্রে মেদশূন্য টিউবারকেল বেসিলাস ব্যবহৃত হইয়া থাকে, অপর কোথাও বা উহাদের মেদকে ব্যবহার করা হইয়া থাকে। এই ঘটনাগুলির দ্বারা স্পষ্ট প্রমাণিত হইতেছে যে, এণ্টিবডি উৎপন্ন করিবার পক্ষে কোন প্রথাটী সর্ব্বশ্রেষ্ঠ, এই বিষয়ে কাহারও মতের মিল নাই। পূর্ব্বে যাহা বলা হইয়াছে—আক্রমণকারী জীবাণুদের বিষকর ফল কি কারণে উৎপন্ন হয় এইবিষয়ে আমরা অনভিজ্ঞ—এই কথা মনে রাখিলেই আমরা দেখিতে পাইব যে, বিভিন্ন রকমের মত কিছু আশ্চর্য্যের বিষয় নহে। যদি আমরা কোন একটী প্রথাকে ভালবলিয়া স্বীকার করিয়া লই, তত্রাচ আমাদের অনেক সমস্যায় পড়িতে হয়। এণ্টিবডি আক্রমণকারী রোগ জীবাণুদের বিনষ্ট করিলে রোগ আরাম করা যদি সম্ভবপর হয়, উহা স্বীকার করিয়া লইলেও আমরা দেখিতে পাই যে, ঐ এণ্টিবডি শরীর রসের দ্বারা চালিত হইয়া, টিউবারকেল দ্বারা আক্রান্ত স্থানে, উপস্থিত হওয়া অত্যন্ত কঠিন বা অসম্ভব, যথা:—যে স্থলে টিউবারকেল আক্রান্ত কেন্দ্র স্থল, পণিরবৎ অপকর্ষতায় পরিণত হইয়া, নলিকা সঞ্চালনের বহির্ভূত হইয়া থাকে, অর্থাৎ যে স্থলে শরীরের রস ঐস্থানে উপস্থিত হইতে পারে না, সেই স্থলে শরীর রসের সহিত পরিচালিত এণ্টিবডি কিরূপে উপস্থিত হওয়া সম্ভব হইতে পারে? তবে টিউবারকুলের তরুণাবস্থায় বা সামান্য ক্ষতাবস্থায়, যখন সামান্য মাত্রায় গ্রেনুলোমেটাস পদার্থ সঞ্চিত হইয়াছে—এই অবস্থায় উক্ত এণ্টিবডি সম্মিলিত শরীর রস উপস্থিত হইয়া সুফল প্রদান করিতে পারে। পরন্ত, টিউবারকুলিন ব্যতীত, সাধারণ প্রচলিত চিকিৎসা সমূহ অবলম্বন করিলেও আমরা ঐ কঠিন রোগ আরাম করিতে পারি; কিন্তু এই সাধারণ প্রচলিত চিকিৎসায় আমরা কত পরিমাণ আরাম করিতে পারি, তাহার কোন লিপিবদ্ধ বিবরণ না থাকায়, আমরা ইহার সংখ্যা নির্ণয় করিতে পারি নাই। বেণ্ডিলিয়ার সাহেব, তাঁহার কৃত সেনিটোরিয়াম সারভিস রিপোর্টে, ভেকিসন দ্বারা, এবং বিনা ভেক্সিনে সেনিটেরিয়াম উপায় দ্বারা, ক্ষয়কাস চিকিৎসার ফল লিপিবদ্ধ করিয়াছেন। নিম্নে তাহা দেওয়া গেল। ৩৮৩ রোগীকে, যাহাদের দুটী লোব আক্রান্ত হইয়াছিল,

টিউবারকুলিন দ্বারা চিকিৎসা করা হইয়াছিল এবং ২৯৯ রোগীকে, সেই অবস্থাতে, সেনিটোরিয়াম প্রথার দ্বারা চিকিৎসা করা হইয়াছিল। এই ২৯৯ রোগীর মধ্যে কেহ আরাম হইয়াছে বলিয়া রিপোর্ট পাওয়া যায় নাই; ৩৮৩ জন রোগীর মধ্যে কেবল মাত্র ১৫ জন রোগীর রোগ অনেকটা উপশম হইয়াছিল। কিন্তু ২৯৯ জন রোগীর মধ্যে শতকরা ২৫ জন রোগী এতদূর আরোগ্যলাভ করিয়াছিল যে, তাহারা কার্য্য করিতে উপযুক্ত হইয়াছিল; এবং ৩৮৩ জনের মধ্যে শতকরা ৭৫ জন কার্য্যের উপযুক্ত হইয়াছিল। বিটার সাহেব, ১৮৯৯—১৯০৩ পর্য্যন্ত, সেনিটোরিয়াম প্রথার দ্বারা চিকিৎসার ফল, এবং ১৯০৩—১৯০৪ পর্য্যন্ত টিউবারকুলিন চিকিৎসার ফল তুলনা করিয়াছেন। ১৯৩ রোগীকে এক বৎসর ধরিয়া চিকিৎসা করা হইয়াছিল। তাহাদের মধ্যে কতকগুলিকে টিউবারকুলিন দ্বারা চিকিৎসা করা হইয়াছিল এবং বাকী গুলিকে সেনিটোরিয়াম প্রথার দ্বারা চিকিৎসা করা হইয়াছিল। যাহাদিগকে টিউবারকুলিন দ্বারা চিকিৎসা করা হইয়াছিল, তাহাদের মধ্যে শতকরা ৫০ হইতে ৯০ জন কার্য্যের উপযুক্ত হইয়াছিল এবং যাহাদিগকে সেনিটোরিয়াম প্রথার দ্বারা চিকিৎসা করা হইয়াছিল, তাহাদের মধ্যে শতকরা ২২ হইতে ৭২ জন কার্য্যোপযোগী হইয়াছিল। ব্রিটিশ কিম্বা আমেরিকান সেনিটোরিয়াম চিকিৎসার ফল লিপিবদ্ধ নাই, তাহাদের বিশেষ কোন সুফল দেখিতে পাওয়া যায় না; তবে সকলেই স্বীকার করেন যে, টিউবারকুলিন দ্বারা চিকিৎসা করিলে, পুনরাক্রমণ হইবার তত সম্ভাবনা থাকে না এবং জ্বর শূন্য রোগী গুলি প্রায়ই জ্বরাবস্থা প্রাপ্ত হয় না। বিট্রেথে, ফিলিপা, লেথেম, এবং লশন সাহেবের ন্যায় পরিদর্শকেরা একমতে স্বীকার করেন যে, ক্ষয়কাসের প্রথমাবস্থায়, সাধারণ চিকিৎসার সহিত টিউবারকুলিন চিকিৎসা প্রয়োগ করিলে বিশেষ উপকার পাওয়া যায়। ইহা ছাড়া চিকিৎসার আর একটী বিশেষ জ্ঞাতব্য বিষয় আছে; যেখানে ফুসফুস মিশ্রিত ইনফেকশন দ্বারা আক্রান্ত হয়, অর্থাৎ যেখানে টিউবারকেল বেসিলাই এবং পাওজেনিককাই দ্বারা ফুসফুস আক্রান্ত হয়, সেখানে, কেবল পাওজেনিক ককাই হইতে ভেকসিন তৈয়ারি করিয়া দিলে কিম্বা একবার পাওজেনিক ককাই এবং ভেকসিন, এবং একবার টিউবারকুলিন দ্বারা পর পর চিকিৎসা করিলে—ঐ রোগ অনেক উপশম অবস্থায় থাকে—ইহা অনেকের মত।

আধুনিক চিকিৎসার বিশেষ উদ্দেশ্য এই যে, প্রথমবারের চিকিৎসাতে যত কম মাত্রায় টিউবারকুলিন ব্যবহার করা যাইতে পারে—তত কম মাত্রায় ব্যবহার করিবে। যদিও কার্য্যক্ষেত্রে, নানা লোকে নানা রকম মাত্রায় টিউবারকুলিন ব্যবহার করিয়া থাকেন, তত্রাচ সকলেরই মত যে, খুব কম মাত্রায় টিউবারকুলিন ব্যবহার করিবে; অর্থাৎ বেসিলারি ইমালশেন, এক মিলিগ্রেমের এক লক্ষের এক অংশ ভাগের বেশী মাত্রা ব্যবহার করিও না; এবং পূর্ণ মাত্রায় দশ হাজারের এক অংশ ভাগের বেশী ব্যবহার করিবে না। কোন ক্ষেত্রে, প্রথম বারের চিকিৎসায়, এক মিলিগ্রামের দশ

হাজারের এক অংশ মাত্রায়, ব্যবহৃত হইয়া থাকে।

বেশীর ভাগ ক্ষেত্রে রোগীর লক্ষণ দেখিয়া আমাদিগকে চিকিৎসা সম্বন্ধে চলিতে হইবে। ঐ রোগীদের বিশেষ নজরের উপর রাখিবে; সর্ব্বদা তাহাদের লক্ষণের দিকে দৃষ্টি রাখিতে হইবে; যদি দেখ খুব বেশী পরিমাণে প্রতিক্রিয়া দেখিতে পাওয়া যাইতেছে, অর্থাৎ যদি রোগীর জ্বর বেশী হয়, বেশী কফ বাহির হইতে থাকে, কিম্বা তাহার বেশী আলস্য ভাব দেখিতে পাওয়া যায়, তাহা হইলে টিউবারকুলিন চিকিৎসা পরিত্যাগ করিতে হইবে। যে সব রোগীর একটী মাত্র লোব আক্রান্ত হইয়া থাকে তাহাদের টিউবারকুলিন চিকিৎসার দ্বারা বেশ সুফল পাওয়া যায়; যে সব ক্ষেত্রে জ্বর থাকে, সেই সব রোগীকে, টিউবার কুলিনে বিশেষ পারদর্শী চিকিৎসক ব্যতীত অপর কেহ হস্তে লইবেন না।

টিউবারকুলার গ্রন্থি—ইহার বিশেষ স্বভাব এই যে, টিউবারকেল বেসিলাস অনেক দিন পর্য্যন্ত গ্রন্থি মধ্যে আবদ্ধ থাকে, গ্রন্থি পনীরবৎ আকারে পরিণত হইবার পুর্ব্বে, যদি কোন রোগীকে চিকিৎসার জন্য প্রাপ্ত হওয়া যায়, তাহা হইলে এই প্রকার রোগীতে ভেক্সিন চিকিৎসার দ্বারা উপকার পাওয়া যাইতে পারে; অর্থাৎ যখন এই সকল "কেজিয়েশন" হইবার পুর্ব্বে, ভেক্সিন দ্বারা চিকিৎসা করা হয়, তাহা হইলে ঐ চিকিৎসার দ্বারা সুফল পাওয়া যায়। কোন কোন ক্ষেত্রে কেজিয়েশন রোগের প্রারম্ভাবস্থায় ঘটিয়া থাকে; এই সব ক্ষেত্রে অস্ত্রোপচারা চিকিৎসা করা আবশ্যক হইয়া থাকে। এখন কথা উঠিতে পারে যে, অস্ত্রোপচারের চিকিৎসার পর ভেক্সিন চিকিৎসার দ্বারা কোন উপকার হইতে পারে কিনা? অর্থাৎ অস্ত্র চিকিৎসার পর, ভেক্সিন চিকিৎসার দ্বারা টিউবারকেল দ্বারা পুনরাক্রমণ নিবারণ করা যাইতে পারে কিনা? ইহার উত্তর এই যে—হাঁ, ভেক্সিন চিকিৎসার দ্বারা উপকার হইতে পারে। কারণ অস্ত্রচিকিৎসার পরও যে সব ক্ষেত্রে পুনরাক্রমণ হইয়াছে, সেই সব ক্ষেত্রে ভেক্সিন চিকিৎসার দ্বারা উপকার পাওয়া গিয়াছে; তাহা ছাড়া যেখানে অস্ত্র-চিকিৎসা বিলম্বে অবলম্বন করা হইয়াছে, এবং তাহার জন্য সাইনাস উৎপন্ন হইয়াছে, সেই সব ক্ষেত্রেও ভেক্সিন চিকিৎসার দ্বারা উপকার পাওয়া গিয়াছে; এবং এই সব ক্ষেত্রে প্রায়ই মিশ্রিত আক্রমণ থাকে বলিয়া, মিশ্রিত ভেক্সিন দ্বারা বিশেষ উপকার পাওয়া গিয়াছে।

অস্থি এবং সন্ধিস্থলের টিউবারকুলোসিস।

ইহাতে ভেক্সিন চিকিৎসার ফল অত্যন্ত কম লিপিবদ্ধ আছে; সুতরাং এই সম্বন্ধে বিশেষ কিছু বলা যাইতে পারে না। সাইনোভিয়েল টিউবারকুলোসিসে, টিউবারকুলাস গ্রন্থি অপেক্ষা অনেক দেরিতে কেজিয়েশন হইয়া থাকে; সাইনোভিয়েল মেমব্রেণ খুব বেশী পুরু হইলেও সামান্য মাত্র কেজিয়েশন হইয়া থাকে,; এই ক্ষেত্রে খুব বেশী দেরিতে কেজিয়েশন হয় বলিয়া ভেক্সিন চিকিৎসার দ্বারা উপকার হইতে পারে; অর্থাৎ জীবাণু-

নাশক শরীরের রস, টিউবারকেল বেসিলাস-দের আক্রমণ করিতে পারে। সুতরাং এই সব ক্ষেত্রে ভেক্‌সিন চিকিৎসায় দ্বারা উপকার পাওয়া যায়। কিন্তু ইহাও মনে রাখিতে হইবে যে, টিউবারকুলাস সন্দিগ্ধ বিশ্রামাবস্থায় রাখিলেও আরাম হইয়া যাইতে পারে। সুতরাং কেহ কেহ বলিয়া থাকেন যে, বিশ্রাম দ্বারা উপকার হইল, কি ভেক্‌সিন দ্বারা উপকার হইল, কি করিয়া বলা যাইতে পারে ?

মনোবিজ্ঞান।

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার রমেশচন্দ্র রায়, এল, এম, এস্।

আমাদের দেশে অধ্যাত্ম শাস্ত্রের যতদূর আলোচনা হইয়াছিল, বোধ হয় জগতে কোনও দেশে তাহার তিলার্দ্ধও হয় নাই; তথাপি, আজ আমরা অধ্যাত্ম সম্বন্ধে, মনোবিজ্ঞান সম্বন্ধে সম্পূর্ণ অজ্ঞ। পাশ্চাত্য শিক্ষার অঙ্গীভূত নহে বলিয়া আমরা মনোবিজ্ঞান সম্বন্ধে উদাসীন। কিন্তু যে চিকিৎসক দুই দিন মাত্রও চিকিৎসাকার্য্যে ব্যাপৃত ছিলেন, তিনিও মনের অসীম ক্ষমতার সম্বন্ধে সাক্ষ্য প্রদান করিবেন। অতি সামান্য ভাবে তদ্বিষয়ে আজ দুই চারি কথা বলিব।

আত্মার সকল জ্ঞান নিত্য। যাহা কিছু জ্ঞান এ পর্য্যন্ত প্রকাশিত হইয়াছে, যে কিছু জ্ঞান কোনও কালে বিকশিত হইতে পারে, সকলই আত্মায় আছে—তাহাকে জাগাইয়া লইতে পারিলেই হইল। যখন দিবাভাগে সূর্য্যকিরণ জগতকে উদ্ভাসিত করে, তখন যে ইচ্ছা সে সেই সূর্য্যালোকের ব্যবহার করিতে পারে; কিন্তু আমি যদি কোনও দ্রব্য কাষ্ঠের আলমারির মধ্যে পুরিয়া রাখি, তবে সে দ্রব্যটি আমার দৃষ্টির গোচরীভূত হইবে না; কিন্তু যদি কাষ্ঠের পরিবর্ত্তে কাচের আলমারিতে জিনিষটি থাকে, তবে সূর্য্যালোক হইলেই দেখিতে পাইব। অজ্ঞান দ্বারা আমরা আত্মার বিকাশ হইতে দিই না, যেদিন সেই বিকাশের জন্য চেষ্টা করিব, সেই দিনেই সকল জ্ঞান তাহাতে প্রকটিত দেখিব। প্রতীচ্য দেশের এইরূপ শিক্ষা। পাশ্চাত্য দেশীয় বৈজ্ঞানিকেরা বলেন যে, মস্তিষ্কের যাবতীয় কোষের বৃদ্ধির বা প্রসারের এরূপ ক্ষমতা আছে যে, তাহার ধারণা করা দুঃসাধ্য। যতদূর ইচ্ছা মস্তিষ্কের কোষের সংখ্যা ও পুষ্টি বৃদ্ধি করান যায়। এই মস্তিষ্কেই মনের স্থান।

কিন্তু, তাবৎ ভারতবর্ষে, কোনও চিকিৎসা-বিদ্যালয়ে মনের বা মস্তিষ্কের সহিত পরিচয় করান হয় না। মন কি, কোন্ উপায়ে উহার পুষ্টি সাধন করা যায়, উহার সাধারণ গতি কি, মনের সহিত জড় জগতের সম্বন্ধ কি, স্বাস্থ্যের সহিত মনের সম্বন্ধ কি, ইত্যাদি কোনও বিষয়ে কি পঠদ্দশায়, কি চিকিৎসকদশায়, কোনরূপ শিক্ষা এ দেশে দেওয়া হয় না। অথচ, বি. এ ক্লাসে, যেখানকার ছাত্রেরা শরীর বা

মস্তিষ্ক সম্বন্ধে সম্পূর্ণ অনভিজ্ঞ, সেখানে মনোবিজ্ঞান শিক্ষা দেওয়া হয়, এবং মেডিকেল কলেজ গুলিতে অতি সংক্ষেপে মনোবিকার (বা বাতুলতা) সম্বন্ধে কথঞ্চিৎ বক্তৃতা করা হয় মাত্র। সুস্থ মন কি, কেহই জানিতে পান না।

এই কুশিক্ষা বা আংশিক শিক্ষার ফল কি, তাহা চক্ষে অঙ্গুলি প্রদর্শন পূর্ব্বক কাহাকেও দেখাইয়া দিতে হইবে না। এই শিক্ষার প্রভাবেই আজ চিকিৎসক কূল রোগী চিকিৎসা করিতে ভুলিয়া গিয়া, রোগ চিকিৎসার জন্য ব্যস্ত। এ কথাটি একটি দৃষ্টান্ত দ্বারা বুঝাইব। আমাদের দেশে ম্যালেরিয়ার অভাব নাই। ম্যালেরিয়ার কিছুদিন ভুগিলেই, রক্তাল্পতা দোষ উপস্থিত হয়। এরূপ ভাবাপন্ন কোনও রোগী আমাদের নিকট আসিলেই আমরা তাহার প্লীহা, যকৃৎ, জিহ্বা, নাড়ী প্রভৃতি পরীক্ষা করিয়াই কুইনিন ও লৌহ ঘটিত ঔষধদিয়া থাকি ; একবার ভাবি না বা অনুসন্ধান দ্বারা স্থির নির্ণয় করি না যে, কুইনিন ও লৌহ তাহার কেমন সহ্য হয়। অনেক ব্যক্তি আছেন, যাঁহারা লৌহঘটিত ঔষধ সেবন করিলেই শরীরে একটা গরম জনিত কষ্ট অনুভব করেন ; আমাদের রোগীর সেরূপ কোনও কষ্ট হয় কি না, তাহা কখনো জিজ্ঞাসাও করি না, এবং রোগী ঐরূপ অভিযোগ করিলে, "ও কিছু নয়" বলিয়া উড়াইয়া দিই। এস্থলে, আমরা রোগীর চিকিৎসা করিলাম, না টিকিট মারা শিশি বোতল যেমনভাবে ব্যবহৃত হয়, সেইরূপে ম্যালেরিয়া-মার্কামারা রোগের চিকিৎসা করিলাম ?—এরূপ দৃষ্টান্ত কত দিব ? প্রত্যেক চিকিৎসক একটু সামান্য তত্ত্ব জিজ্ঞাসু হইলেই নিজ নিজ দৈনিক জীবনে ঐরূপ অনেক দৃষ্টান্ত পাইবেন। হাঁসপাতালে এই চিকিৎসার প্রাদুর্ভাব বেশী। এইজন্যই হাঁসপাতালের চিকিৎসকেরা মেডিসিনে অজ্ঞ থাকেন, এবং অপেক্ষাকৃত সহজ সাধ্য অস্ত্রচিকিৎসায় পারদর্শী হন মাত্র। অথচ সকলেই জানেন যে বহুবৎসর "সার্জ্জন টু হিজ ম্যাজেষ্টি" থাকিলে পরে তবে রাজার "ফিজিসিয়ান" পদে উন্নমিত হইবার কথা।

মনস্তত্ত্ব সম্বন্ধে শিক্ষার অভাব এই খানেই পর্য্যবসিত হয় নাই। যে দেশের লোকে ইট, কাঠেও জীবন রেণুর পরিচয় পাইত, সেই দেশের লোকেরা মনস্তত্ত্বের শিক্ষার অভাবে, এরূপ জড়মস্তিষ্ক হইয়া পড়িয়াছে, যে অপর জীবের কথা দূরে থাকুক, নিজ আত্মীয়কে অপরাধী পাইলে, শাসনে তাহাকে নিশেবিত করিয়া মারিতে চাহে। এই দেশে, অপরাধীকে যে ভাবে ঘৃণার চক্ষে দেখা হয়, এবং যে হারে দণ্ড দেওয়া হয়, পাশ্চাত্য দেশে সেভাবে আদৌ কাজকরা হয় না। ইতালি, ফ্রান্স প্রভৃতি সভ্যসমাজে অপরাধী ব্যক্তিকে ঘৃণিত মনে না করিয়া, কৃপার পাত্ররূপে বিবেচিত হয়। কোনও সুস্থব্যক্তি জ্বর বা কাশী বা অন্যান্য পীড়ায় পীড়িত ব্যক্তিকে দেখিলে যেমন ঘৃণা করেন না, বরং তৎপ্রতি দুঃখ ও সহানুভূতি প্রকাশ করিয়া থাকেন, তেমনি, ফ্রান্স ও ইতালিতে চিকিৎসক সমাজ,বিচারক ও শাসনমণ্ডলী, অপরাধীকে ঘৃণার চক্ষে না দেখিয়া, তাহাদের প্রতি অনুকম্পা প্রদর্শন করিয়া থাকেন। যে ব্যক্তি চুরিকরে,

এদেশে সে বেত্রাঘাতে বর্ব্বরোচিত দণ্ডভোগ করে, অথবা, তত্তোধিক অমানুষিক নিয়মের বশে, সে দুষ্ক্রিয়ারত সহস্র অপরাধীর সঙ্গে একত্রিত হইয়া জীবনের নানাপ্রকারের দুষ্ক্রিয়ার পরিচয় পায়। কোথায় তাহার সুশিক্ষা হইবে, তাহা না হইয়া, সে কুশিক্ষার স্রোতে নিক্ষিপ্ত হয়।

সুসভ্য পাশ্চাত্য প্রদেশে, যে ব্যক্তি চুরি করে, তাহাকে তখনিই দণ্ড না দিয়া যথা-সম্ভব সদ্ব্যবহার ও সুশিক্ষার দ্বারা সংশোধন করিবার চেষ্টা করা হয়। যাঁহারা প্রণিধান পূর্ব্বক শারীর বিজ্ঞান শাস্ত্র অধ্যয়ন করিয়াছেন, তাঁহারা রিফ্লেক্‌স আক্‌ট্‌ বা প্রত্যাবর্ত্তিত কর্ম্ম সম্বন্ধে জানেন। কোনও একটি অনুভূতি (sensation) হইলে, সেই অনুভূতি তরঙ্গরূপে, ভিন্ন ভিন্ন নির্দ্দিষ্ট পথে প্রবাহিত হইয়া, মস্তিষ্কে পৌছাইবা মাত্রেই মস্তিষ্কের কোষগুলি হস্তপদাদি (টেন্‌ট্যাক্‌ল্‌স্‌) সঞ্চারিত করিয়া সেই অনুভূতিটি গ্রহণ করে; কোষ হইতে ক্রমশঃ কোষান্তরে; প্রত্যেক কোষের হস্ত পদাদি হইতে অপর কোষের হস্তপদাদি পর্য্যন্ত এইভাবে, সেই অনুভূতি বা কম্পন ইতস্ততঃ বিক্ষিপ্ত হয়, যাবৎ ঐ কম্পনটি কোনও কার্য্য প্রবর্ত্তক স্থানে না পৌছায়। যথাস্থানে ঐ কম্পনটি পৌছাইলে সেই স্থানের কোষগুলি হইতে, নূতন করিয়া কম্পন গুলিকে ফেরত পাঠান হয়; ঐ ফিরিবার পথ, পূর্ব্ববর্ণিত অনুভূতির মার্গে নহে, কর্ম্মমার্গে (মোটর্‌ পথে)—অর্থাৎ ঐ অনুভূতির ফল কোন ক্রিয়া। একটি দৃষ্টান্ত লউন। পথে যাইতে, নির্জ্জনস্থানে, একটি সোণার ঘড়ি দেখিতে পাইলাম। সোণার ঘড়িটি চক্ষের দ্বারা অনুভূত হইল। যেই চক্ষের অনুভূত হইল। অপটিক্‌নার্ভ দ্বারা কম্পনাকারে মস্তিষ্কে প্রবাহিত হইল। মস্তিষ্কে পৌছিবা মাত্রেই, একটি একটি করিয়া, সুপ্ত সকল কোষই জাগ্রত হইয়া, ঐ কম্পনানুভব করিল। যত যায়গায় কম্পন পৌছিল, তাহার মধ্যে কোনও স্থানে পূর্ব্বদৃষ্ট স্বর্ণঘড়ির পূর্ব্বস্মৃতি জাগরিত করিয়া তুলিল, কোথাও বা স্বর্ণঘড়ি চুরির জন্য অপরের শাস্তির স্মৃতি জাগরিত করিয়া তুলিল; কোথাও বা বহু পূর্ব্বে শ্রুত পিতামাতা প্রদত্ত "কখনো পরের দ্রব্য লইও না" এই নীতিবাক্য জাগরিত করিয়া তুলিল; কোথাও বা স্বয়ং চুরির জন্য কিরূপে বাল্যে দণ্ডিত হইয়াছি, সেই স্মৃতি জাগরিত হইল; কোথাও বা নিজ দারিদ্র ও ঘড়িবিক্রয় লব্ধ অর্থের বাহুলতা, যুগপৎ জাগরিত হইল—এই রূপে লক্ষস্থানে আঘাত দিয়া সেই কম্পন কোনও না কোন কার্য্যে পর্য্যবসিত হইল। আমার যদি দেহ ও মস্তিষ্ক সুস্থ থাকে, তবে ঘড়িটির অনুভূতি, হস্তের পেশীর উপরে সজোরে নিরস্ত থাকিবার আদেশে পর্য্যবসিত হইবে। কিন্তু, যে ব্যক্তি বহুবার অযত্নে প্রতিপালিত হইয়াছে, যাহারা মাতাল বা মৃগীরোগগ্রস্ত বা উপদংশ রোগগ্রস্ত জনক জননী সম্ভূত, তাহাদের মস্তিষ্ক কখনো সম্পূর্ণ সুস্থ থাকিতে পারে না। তাহারা যদি ঘড়ি দেখে, তবে, হয়, তাহাদের মস্তিষ্কে ঐ কম্পন প্রবাহিত হইবার কালে সকল কোষকে এক কালীন বা সমান ভাবে জাগাইয়া তুলিতে পারে না; নতুবা, তাহাদের কোষগুলির মধ্যে মধ্যে সংযোগ তন্তু বিচ্ছিন্ন হইয়া যাওয়ায়,

অনুভূতি জনিত কম্পনগুলি ইতস্ততঃ সজোরে বিক্ষিপ্ত হইয়া হস্তপেশীকে চুরিকার্য্যে সজোরে জাগাইয়া তোলে। এই কারণেই ঘড়ি দেখিবামাত্র তাহারা আত্মসাৎ করে। এই জন্যই বলিতেছিলাম যে, যেব্যক্তি কোনও অপরাধ করে, সে মস্তিষ্কের বিকারজনিত ঐ কার্য্য করে, সে রোগী, সে কৃপার পাত্র। তাহাকে চিকিৎসা করা উচিত, তাহাকে শাস্তিদেওয়া অন্যায়।

মৃগী বা হাঁপানি যেমন বিনামেঘে বজ্রাঘাত সদৃশ আকস্মিক স্নায়বিক দুর্য্যোগ, অপরাধীর পক্ষেও সামান্য অনুভূতি তদনুরূপ মস্তিষ্ক ক্রিয়ার উত্তর সাধক। হিষ্টিরিয়া রোগী যেমন ইচ্ছা করিয়া কোন কিছু লক্ষণের সৃষ্টি করে না। অথচ হঠাৎ দেখিলে মনে হয় যেন সে স্বেচ্ছায় সবই করিতেছে, অপরাধী ব্যক্তিও তদ্রূপ নিজ ইচ্ছা পরিচালনে সম্পূর্ণ অক্ষম। যদি হিষ্টিরিয়া রোগীকে বেত্রাঘাত করা যায় বা কারাদণ্ডে দণ্ডিত করা যায়, তবে অপরাধীকেও তাহাই করা কর্ত্তব্য—নতুবা, উপযুক্ত আশ্রমাবাসে, উপযুক্ত, সহৃদয় ও সহিষ্ণু চিকিৎসকের অধীনে অপরাধীদের রাখিয়া তাহাদের মনের চিকিৎসা করান আবশ্যক। উইয়ার মিচেলের মতে চিকিৎসা করিয়া, হিষ্টিরিয়া রোগীও আরোগ্য লাভ করিয়াছে—অপরাধীকেও শাস্তি দেওয়া হয় কেন?

বস্তুতঃ হিসাব করিয়া দেখিলে দেখা যাইবে যে, আদালত, জেল, পুলিশ বিভাগের জন্য গবর্ণমেণ্টের যে পরিমাণ খরচ করিতে হয়, সে পরিমাণে কোনও দেশের উন্নতিকর কার্য্যে ব্যয় আদৌ করা হয় না। স্বাস্থ্যবিধায়িনী বিভাগে ও শিক্ষা বিভাগে সর্ব্বাপেক্ষা কম ব্যয় করা হয়। আমার মতে, ইহার ঠিক বিপরীত হওয়া উচিত। সমাজের বিদ্রোহী অপরাধীবর্গ কোথা হইতে আইসে? দূষিত জন্ম ও সমাজের নৈতিক শাসনের অভাবই তাহাদের সৃষ্টির ও বৃদ্ধির অনন্ত কারণ। যাঁহারা মৃগী রোগগ্রস্ত, যাঁহারা অত্যধিক মদ্যপায়ী, যাঁহাদের রক্তে, উপদংশ বিষ প্রবল, যাঁহাদের বংশে কোরিয়া, হিষ্টিরিয়া, নিউর‍্যাসথিনিয়া প্রভৃতি দোষ প্রবল ভাবে আছে—সমাজ তাঁহাদিগের বিবাহ বন্ধনে কেন প্রতিবন্ধক হন না? দরিদ্র গৃহে যে সকল শিশু সন্তান জন্মে, তাহাদের সুশিক্ষার ও নৈতিক মতে লালন পালনের বন্দোবস্ত সমাজ কেন করেন না? ধনীদের গৃহে বা নির্ধনীদের গৃহে বিশুদ্ধ বায়ু, যথোপযুক্ত পুষ্টিকর আহার, মানসিক প্রফুল্লতা, ক্রীড়া, ব্যায়াম—সমানই আবশ্যকীয়। কিন্তু এদিকে কাহার দৃষ্টি আছে? গবর্ণমেণ্ট বা জনসাধারণ কে কয়টা দরিদ্রের জন্য উত্তম বাসস্থান, পাঠাগার, ক্রীড়ার স্থান, সুশিক্ষার বন্দোবস্ত করিয়াছেন?

প্রতিকারের কোনরূপ উপায় করিব না, বোধ হয় ইহাই আমাদের ইচ্ছা। এদেশে দারিদ্র্য সম্বন্ধীয় কোন আইন নাই—সমাজই দারিদ্র্য মোচনের জন্য নিত্যই অলক্ষ্যে মুষ্টিভিক্ষা,, অতিথি সেবা, বার মাসে তের পার্ব্বণ, যাগযজ্ঞাদিতে কাঙ্গালী ভোজন প্রভৃতি অনেক উপায়ে দারিদ্র্য দাবানল নির্ব্বাপিত প্রায় রাখিয়াছিল। সমাজে বিলাসিতার নিত্য-নব-দুঃখ ছিল না। দেশে ধান ছিল; লোকে সুখী ছিল। অন্ন চিন্তায়

মস্তিষ্ক সহজেই উত্তেজিত হয়; কাজেই উপর্য্যু-পরি দুর্ভিক্ষ আসিয়া এদেশে অপরাধীর সংখ্যা বৃদ্ধি করিয়া দিয়াছে। দেশে গাছপালা জঙ্গল বহুসংখ্যক ছিল,—তাহাদের নির্ম্মূল করায় ও পুষ্করিণী খনন করা আর পুণ্যকার্য্য বিবেচিত না হওয়ায় দেশে গ্রীষ্মের আতিশয্য বৃদ্ধি পাইতেছে। পাশ্চাত্য জীবন প্রণালীর অনুকরণে আমরা অহর্নিশিই ব্যস্ত, ত্রাস্ত, চকিত—ইহার ফলে মস্তিষ্ক সর্ব্বদাই উদ্বেলিত, তবে কেন দেশে অপরাধীর সংখ্যা বৃদ্ধি পাইবে না?

যাঁহারা সমাজ সংস্কারের নেতা তাঁহাদিগের এ বিষয়ে দৃষ্টি নিক্ষেপ করা প্রয়োজনীয়। যেমন অসবর্ণ বিবাহ দুষ্য, তেমনি ঘুরিয়া ফিরিয়া একই গণ্ডীর মধ্যে বিবাহ করাও দুষ্য। হিন্দুদিগের মধ্যে দেবীবর প্রচলিত "পাঁচটী" ঘরেও বিবাহ আমাদের জাতীয় অবনতির একটী কারণ, তদ্বিষয়ে সন্দেহ নাই। যে দেশে জাতীয় অবনতি হইতেছে সে দেশে অপরাধীর সংখ্যা বৃদ্ধি পাওয়া অবশ্যম্ভাবী।

প্রসব কার্য্যে ধাত্রীর সতর্কতা।

লেখক, রায় সাহেব শ্রীযুক্ত ডাক্তার গিরীশচন্দ্র বাগছী।

প্রসব কার্য্যের সময়ে ধাত্রীর অসতর্কতার ফলে কলিকাতায় যত বিপদ হয়, এত বিপদ আর কোথাও হয় কিনা, তাহা জানি না। অনুসন্ধান করিয়া পল্লীগ্রামের প্রসব কার্য্যের বিপদের সহিত কলিকাতার প্রসব কার্য্যের বিপদের তুলনা করিলে অর্থাৎ পল্লীগ্রামে যত প্রসব হয়, এবং তন্মধ্যে যে কয়েক স্থলে বিপদ উপস্থিত হয়, তৎসহ কলিকাতায় যত প্রসব হয় এবং তন্মধ্যে যে কয়েক স্থলে বিপদ উপস্থিত হয়—এই উভয় স্থলের উপস্থিত বিপদ জনক ঘটনা সমূহ পরস্পর তুলনা করিলে আমার বোধ হয়—পল্লীগ্রাম অপেক্ষা কলিকাতায় শতকরা হিসাবে বিপদের সংখ্যা অনেক অধিক। এবং এই সংখ্যাধিক্যের এক মাত্র প্রধান কারণ ধাত্রীর অনভিজ্ঞতা। অপরাপর কারণ আনুষঙ্গিক মাত্র। যাঁহারা সূতিকা ক্ষেত্রে প্রসূতি বা নবজাত শিশুর চিকিৎসার জন্য আহূত হইয়া থাকেন, তাঁহারা বোধ হয় আমার সিদ্ধান্ত স্বীকার করিবেন।

অল্প দিবস মধ্যে তিন স্থলে ঐরূপ চিকিৎসার জন্য আহূত হইয়া অনুসন্ধান করিয়া জানিতে পারিয়াছি যে, বাঁশের পুরাতন চাটাইয়ের চেঁচাটী দিয়া নাড়ী কাটার ফলে ধনুষ্টঙ্কার রোগে তিনটী শিশুই মরিয়াছে এবং সূতিকা গৃহের জন্য যে সমস্ত শুদ্ধাচার অবলম্বন করার প্রথা বহুকাল হইতে প্রচলিত আছে অর্থাৎ বর্ত্তমান সময়ে যাহা পচন নিবারক প্রণালী নামে কথিত হয়, তাহার কিছুই অবলম্বন করা হয় নাই। এজন্য প্রসূতিও পীড়াগ্রস্তা হইয়াছে। ধাত্রীর অনভিজ্ঞতার জন্যই এই শোচনীয় ঘটনা উপস্থিত হইয়াছে। এইরূপ ঘটনা কলিকাতায় নিত্যই উপস্থিত হইয়া থাকে। এইজন্য প্রসব ক্ষেত্রে ধাত্রীর

সতর্কতা অবলম্বন করা সম্বন্ধে কিছু আলোচনা করা কর্ত্তব্য মনে করি।

পূর্ব্ব প্রচলিত প্রথা—সূতিকা ক্ষেত্রে ব্যবহার্য্য সমস্ত দ্রব্য বিশুদ্ধ হওয়া আবশ্যক। এই জন্য নিতান্ত দরিদ্র লোকেও—যাহার ধোপাবাড়ীতে কাপড় দেওয়ার সংস্থান নাই সেও নিজে সূতিকা গৃহের আবশ্যকীয় কাপড় নেকরা ইত্যাদি সমস্ত নিজে ক্ষার জলে সিদ্ধ করিয়া লইত। বিশুদ্ধ করিয়া অর্থাৎ পচন দোষ বর্জ্জিত করিয়া রাখিয়া দিত। নূতন ঘর প্রস্তুত করার সাধ্য না থাকিলে পুরাতন ঘরের যে স্থানে প্রসব হইবে সে স্থানটুকু পবিষ্কার করিয়া রাখিয়া দিত। এক্ষণে আর তত সাবধান হইতে দেখা যায় না। তজ্জন্য ধাত্রীর কর্ত্তব্য যে, প্রসব কার্য্যে আহূত হইলে সর্ব্ব প্রথমে সমস্ত বিষয়ে সতর্কতাবলম্বন করা হইয়াছে কিনা, তাহার অনুসন্ধান করা। এবং তাহা না করা হইয়া থাকিলে যথা সম্ভব তাহা অবলম্বন করা। এই বিষয়ে সতর্ক না হইলে পরে বিপদাশঙ্কা আছে, তাহা বুঝাইয়া দেওয়া।

ধাত্রী নিজেও যেন পচন এবং সংক্রমণ দোষ বর্জ্জিতা হইয়া বিশুদ্ধ হইয়া তৎপর সূতিকা গৃহে প্রবেশ করে। এক বাড়ীর সংক্রামক দোষ লইয়া অন্য বাড়ীতে প্রবেশ না করে। নিজের হাত, বস্ত্র ইত্যাদি যেন বিশুদ্ধ করিয়া তৎপর অন্য বাড়ীর সূতিকা গৃহে প্রবেশ করে। এই বিষয়ে বিশেষ সতর্ক হওয়া আবশ্যক। নতুবা বিপদাশঙ্কা বর্ত্তমান থাকে। এবং ইহার জন্য ধাত্রী সম্পূর্ণ দায়ী।

এই প্রসঙ্গাধীনে আমার একটী অভিজ্ঞতার ফল এই স্থলে বিবৃত করিতেছি।

পল্লীগ্রাম হইতে অবস্থাপন্ন ভদ্র পরিবারের একটি বধূ নিরাপদে প্রসব হওয়ার জন্য কলিকাতায় আইসেন। তাঁহার সহিত তাঁহার ননদও ছিলেন। আমি দুবেলাই দেখিতাম। নির্ব্বিঘ্নে প্রসব হইল। সূতিকা গৃহে কখনও ধাত্রী থাকিত। কখনও বা ধাত্রীর চাকরাণী থাকিত। কখনও কখনও ননদ যাইয়া নবজাত শিশুকে কোলে লইয়া বসিয়া থাকিত। কয়েক দিবস ভাল ভাবে অতীত হওয়ার পর সহসা শিশুর এবং প্রসূতির জ্বর হইল। বসন্ত হইল, ননদিনীরও বসন্ত হইল এবং এই জন্য সকলেরই মৃত্যু হইল।

এই সংক্রমণ দোষ কোন্ সূত্রে সূতিকা গৃহে প্রবেশ করিল? তাহা স্থির করিতে না পারিয়া আমি অত্যন্ত চিন্তিত হইলাম। শেষে কয়েক দিবস পরে দেখি—ধাত্রীর গৃহে সেই চাকরাণীর স্বামী অল্প দিন মাত্র বসন্ত রোগ মুক্ত হইয়া অবস্থান করিতেছে। একথা উল্লেখ করা বাহুল্য যে, ধাত্রী এবং তাহার চাকরাণী—এই উভয়েই তাহাদের গৃহ হইতে সংক্রমণ দোষ সূতিকা গৃহে লইয়া গিয়াছিল। তাহাতেই একজনের এই সর্ব্বনাশ হইয়া গিয়াছে। এইরূপ অনেক ধাত্রী স্বয়ং সংক্রমণ দোষ-দুষ্টা হইয়াও অর্থ লোভে তাহা গোপন করিয়া অপর সূতিকা গৃহে প্রবেশ করে। কলিকাতায় এইরূপ ঘটনা বিস্তর ঘটে। এবং আমি এইরূপ বিস্তর ঘটনা সংঘটিত হইতে দেখিয়াছি। তজ্জন্য আমার বিশেষ অনুরোধ ধাত্রীরা এই বিষয়ে বিশেষ সতর্ক হইবেন।

পূর্ব্বের প্রচলিত প্রথা—সূতিকা গৃহ অস্পৃশ্য—স্পর্শ করিলে যে অশৌচ হয়। সবত্নে

স্নান করিলে তবে দেহ শুদ্ধ হয়। ইহা শাস্তি। এই শাস্তির ভয়ে পূর্ব্বে যে কেহ যখন তখন সূতিকা গৃহ স্পর্শ করিত না। প্রসূতির অশৌচ অর্থাৎ সে বর্ত্তমান সময়ের কথা অনুসারে আইসোলেসন অবস্থায় থাকিত। সুতরাং অন্যের দ্বারা সহসা সংক্রমণ দোষ সূতিকা গৃহে প্রবেশ করিতে পারিত না। সুতরাং প্রসূতি অশৌচ অবস্থায় কতকটা নিরাপদ থাকিত। কিন্তু বর্ত্তমান সময়ে অনেকেই ঐরূপ শাস্তির অর্থ বুঝিতে পারে না সুতরাং উক্ত অশৌচ আর প্রতি পালিত হয় না। ইহাতে অপর লোকের দ্বারা অনেক প্রকার সংক্রমণ দোষ সূতিকা গৃহে সংক্রমিত হওয়ায় প্রসূতির বিপদ হওয়ার আশঙ্কা থাকে। ধাত্রীর কর্ত্তব্য যে, সে এই বিষয়ে বিশেষ দৃষ্টি রাখে।

উল্লিখিত বিষয়ের স্থূল মর্ম্ম এই যে, ধাত্রীর পক্ষে প্রথম কর্ত্তব্য এই যে, সে নিজে ও সূতিকা গৃহের অপর সকল লোকের এবং তথায় ব্যবহার্য্য সমস্ত দ্রব্যের যতদূর সম্ভব সংক্রমণ দোষ পরিহার করার জন্য চেষ্টা করিবে।

ধাত্রীর অপর একটী বিশেষ সাবধান হওয়ার বিষয় এই যে, প্রসব কার্য্যে আহূতা হইলে তৎক্ষেত্রের উপস্থিত কার্য্য সমূহের মধ্যে কোন্ কোন্ কার্য্যটী তাহার সাধ্যের আয়ত্তাধীন এবং কোন্ কোন্ কার্য্য তাহার আয়ত্তের অধীন নহে অর্থাৎ তৎক্ষেত্রে উপস্থিত কার্য্য সমূহের মধ্যে কোন কোন অবস্থার জন্য ডাক্তার ডাকা অবশ্য কর্ত্তব্য? তাহা স্থির করিয়া কর্ত্তৃপক্ষকে তাহা জানাইয়া তাহার পক্ষে সাবধান হওয়া কর্ত্তব্য, তাহা স্থির করে।

এই বিষয়টীর প্রতি অনেক ধাত্রী মনোযোগ প্রদান করে না। কেহ কেহ বা মনোযোগ প্রদান করিলেও নিজে বাহাদুরী দেওয়ার জন্য ডাক্তার ডাকে না। আবার এমন এমন অনেক ধাত্রী আছে যে, কোন্ অবস্থা তাহার সাধ্যের অধীন এবং কোন অবস্থা তাহার সাধ্যের অধীন নহে, তাহা বুঝিতেই পারে না। এই শেষোক্ত শ্রেণীর ধাত্রীর উপকারের জন্য কোন কোন অস্বাভাবিক অবস্থা উপস্থিত দেখিলে নিজে বিশেষ সাবধান হইয়া ডাক্তারের সাহায্য লইবে, তাহা নিম্নে উল্লেখ করিতেছি। কারণ অস্বাভাবিক অবস্থা প্রথমে নির্ণয় করিয়া উপযুক্ত সময়ে ডাক্তারের সাহায্য লইলে যেমন অনেক প্রসূতি এবং সন্তানের জীবন রক্ষা করা যাইতে পারে। তেমনি উপযুক্ত সময়ে উক্ত সাবধানতা অবলম্বন না করিলে অনেক প্রসূতি এবং শিশুর জীবন নষ্ট হইতে পারে। সুতরাং ইহা উপেক্ষনীয় বিষয় নহে। তাহা সকলেরই স্মরণ রাখা উচিত। এবং ডাক্তার মহাশয়দিগের কর্ত্তব্য যে, উপযুক্ত সুযোগ পাইলেই ধাত্রীদিগকে এই সকল বিষয়ে শিক্ষা দেওয়া উচিত!

ধাত্রীর পক্ষে কর্ত্তব্য—কোন গর্ভিনীকে দেখার জন্য বা প্রসব করার জন্য আহূতা হইলেই প্রথমে দেখিতে হইবে—গর্ভিনীর বা প্রসূতির স্বাস্থ্য কেমন—তাহার শরীর সম্পূর্ণ পরিবর্দ্ধিত হইয়াছে কিনা,—তাহার বস্তি গহ্বরের কোনরূপ সংকীর্ণতা বা বক্রতা আছে কিনা। বস্তি গহ্বর সংকীর্ণ বলিয়া সন্দেহ হইলে তাহা মাপিয়া দেখিতে হইবে। উভয় ক্রেষ্টইলিয়ার ও উভয় অগ্রস্পাইনাস প্রসেসের

ব্যবধান কত, তাহা মাপিয়া স্থির করিতে হইবে। প্রথমের পরস্পর ব্যবধান প্রায় ১১ ইঞ্চি এবং শেষোক্তের পরস্পর ব্যবধান প্রায় ১০ ইঞ্চি হওয়াই সাধারণ। কিন্তু যদি উক্ত উভয় মাপের পরিমাণ দশ ইঞ্চি অপেক্ষা কম হয় তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে,এই বস্তি গহ্বর—চেপ্টা,সংকীর্ণ, এবং এই অবস্থায় প্রসবের বিঘ্ন উপস্থিত হওয়া সম্ভব হইতে পারে। তাহা কর্ত্তৃপক্ষকে জ্ঞাপন করিবে। এই মাপ মোটামুটী ভাবে স্থির করার সহজ উপায় এই, বৃদ্ধাঙ্গুষ্ঠ দুইটী, দুইটী অগ্রস্পাইনের উপর স্থাপন করিয়া মধ্যমাঙ্গুলীদ্বয়ের দুই অস্ত দুই ইলিয়মের সর্ব্বোচ্চ স্থাপনের উপর স্থাপন করিবে। ইহা সহজ ভাবে স্থাপন করিতে পারিলে বুঝিতে হইবে যে, বস্তিগহ্বরের মাপ কম হইলেও স্বাভাবিক অপেক্ষা বড় বেশী কম নহে এবং এই সহজ প্রণালীতে মাপ করিয়াই বস্তি গহ্বরের অবস্থা মোটামুটী ভাবে স্থির করা যাইতে পারে। বস্তি গহ্বর সংকীর্ণ বলিয়া সন্দেহ হইলে শরীরের অপরাপর অস্থিতে রিকেট পীড়ার লক্ষণ, টিবিয়া ইত্যাদি কোন অস্থির বিকৃততা আছে কিনা, তাহা অনুসন্ধান করিয়া দেখিবে। যদি তাহা দেখিতে পাও, তাহা হইলে সতর্ক হইয়া বস্তি গহ্বরের মাপের পরিমাণ ঠিক করিতে হইবে। যোনি পথে পরীক্ষা করিলে সেক্রেম অস্থির প্রোমোনটরী নামক সর্ব্বোচ্চ স্থান সহজেই অঙ্গুলী দ্বারা অনুভব করা যাইতে পারে। বস্তিগহ্বরের অন্যান্য রূপ বক্রতার অনুসন্ধান করিয়া দেখা যাইতে পারে। এই সমস্ত লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিলে বস্তি গহ্বর সংকীর্ণ বলিয়া স্থির করিবে। বস্তি গহ্বর সংকীর্ণ বলিয়া সন্দেহ হইলেই প্রসবে বিঘ্ন উপস্থিত হইবে সন্দেহ করিয়া ডাক্তারের সাহায্য গ্রহণ করিবে। এবং কর্ত্তৃপক্ষকে সাবধান করিয়া দিবে। কারণ সংকীর্ণ বস্তি গহ্বর বশতঃ প্রসব করানের জন্য হয় তো ফরসেপস, ভারসন, বা সিসিরিয়ান্ সেকশন ইত্যাদি গুরুতর অস্ত্রোপচারের সাহায্য লওয়া আবশ্যক হইতে পারে। কি করিতে হইবে, তাহা ডাক্তার স্থির করিবেন। এই সমস্ত কার্য্য ধাত্রীর সাধ্যের আয়ত্তাধীন নহে। ধাত্রীর কর্ত্তব্য—কেবল মাত্র বস্তি গহ্বর সংকীর্ণ কিনা, তাহাই স্থির করা। প্রসবের সময় উপস্থিত হয় নাই অথচ সংকীর্ণ বস্তিগহ্বর—ইহা যদি ধাত্রী বুঝিতে পারে, তাহা হইলেও ধাত্রীর কর্ত্তব্য যে, এই বিষয় কর্ত্তৃপক্ষের গোচরীভূত করে। কারণ কর্ত্তৃপক্ষ উপযুক্ত সময় পাইলে ডাক্তারের সহিত পরামর্শ করিয়া ইহা স্থির করিতে পারেন যে, প্রসব হওয়ার নির্দ্দিষ্ট সময়ের পূর্ব্বেই কৃত্রিম উপায়ে সত্বর প্রসব করান কর্ত্তব্য কিনা? বিকৃত বস্তিগহ্বরের বিষয় পূর্ব্বে জানা থাকিলে কৃত্রিম উপায়ে প্রসব করাইয়া অনেক গর্ভিনীর জীবন রক্ষা করা যাইতে পারে। অথবা প্রসূতি ও সন্তান—এই উভয়ের জীবন রক্ষার জন্য গুরুতর অস্ত্রোপচারের জন্য পূর্ব্ব হইতে প্রস্তুত হওয়া যাইতে পারে। এই সমস্ত কারণে বস্তিগহ্বরের অবস্থা স্থির করার জন্য ধাত্রীর পক্ষে সতর্ক হওয়া কর্ত্তব্য।

তৎপর গর্ভিনীর স্বাস্থ্য কিরূপ। তাহা পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য। গর্ভিনীর মেরুদণ্ড বক্র কিনা,অপর কোন অস্থির অস্বাভাবিকত্ব আছে কিনা, বন্ধন সন্ধি ইত্যাদির আজন্ম বিকৃতি

ইত্যাদির জন্ত গর্ভিনীর চলন অস্বাভাবিক কিনা, ত্বকেরবিবর্ণত্ব, মুখমণ্ডল নীলবর্ণত্ব, শ্বাস কষ্ট, জীর্ণ শীর্ণতা, কাসী, নাড়ীর দ্রুতত্ব, জ্বর ও বমন ইত্যাদি কোন উপসর্গ বা পীড়া আছে কিনা, অনুসন্ধান করিয়া তাহাও স্থির করা কর্ত্তব্য। হয় তো এই সমস্তের কোন কোনটী উপস্থিত থাকিলেও প্রসবের কোন বিঘ্ন উপস্থিত না হইতে পারে। কিন্তু তাই বলিয়া ধাত্রীর পক্ষে উহা উপেক্ষা করার বিষয় নহে। উহার কোন একটী অস্বাভাবিক অবস্থা উপস্থিত দেখিলেও ডাক্তার ডাকিয়া তাহার পরামর্শ গ্রহণ করা ধাত্রীর পক্ষে কর্ত্তব্য কর্ম্ম।

উদর গহ্বর অত্যধিক অস্বাভাবিক বিস্তৃত হইয়াছে কিনা, তাহাও পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য। উদর গহ্বরে কোন অর্ব্বুদ থাকা সত্ত্বে যদি গর্ভ সঞ্চার হয়, তাহা হইলে ঐ অর্ব্বুদ এবং গর্ভ—এই উভয়ের অবস্থান জন্ত উদর গহ্বর অত্যধিক বিস্তৃত হয়। উদর গহ্বরের প্রাচীরের শিথিলতার জন্ত উদরগহ্বর অস্বাভাবিক বিস্তৃত হয়, উদরী পীড়া, সংকীর্ণ বস্তিগহ্বর, অত্যধিক প্রসারিত মূত্রাশয়, বৃহৎ সন্তান, সন্তানের অর্ব্বুদ, শোথযুক্ত সন্তান, একাধিক সন্তান, সন্তানের করোটী মধ্যে জল, জরায়ু গহ্বরে অধিক জল, এবং অস্বাভাবিক সন্তান ইত্যাদির জন্ত উদর অস্বাভাবিক বৃহৎ হয়। হস্ত সঞ্চালন করিয়া ইহার অনেকগুলীর পার্থক্য নিরূপণ করা যাইতে পারে। তবে এইরূপ পার্থক্য নিরূপণ জন্ত অভিজ্ঞতা থাকা আবশ্যক। বিনা অভিজ্ঞতায় স্থির করা অসম্ভব। এই সব বিষয়ে সন্দেহ হইলেও ডাক্তারের সাহায্য গ্রহণ করা কর্ত্তব্য।

প্রসব সময় সন্তানের মস্তক অগ্রে আসিতেছে, কি নিতম্ব আগে আসিতেছে, সন্তানের উদর সম্মুখাভিমুখে কিনা? মস্তক অগ্রবর্ত্তী সহ পৃষ্ঠদেশ সম্মুখে থাকিলে, অক্সিপট সম্মুখে, এবং হস্তপদাদি সহ উদর সম্মুখাভিমুখী হইলে অক্সিপট পশ্চাতে থাকে। সন্তান অনুপ্রস্থ ভাবে থাকিলে উদর গহ্বরের উপরে হস্ত সঞ্চালন দ্বারা তাহা স্থির করা হইতে পারে।

জরায়ু বাম, কি দক্ষিণদিকে হেলিয়া পড়িলে সম্ভব হইলে তাহা সংশোধন করিয়া দিবে, গর্ভিণীকে পাশ ফিরাইয়া শোয়াইয়া বা বালিসের চাপ দিয়া সংশোধন করা যাইতে পারে।

প্রসূতির যদি পূর্ব্বে সন্তান হইয়া থাকে, তবে সেইবার প্রসব সময়ে কি ভাবে প্রসব হইয়াছিল, তাহার সমস্ত বিবরণ অবগত হওয়া ধাত্রীর পক্ষে বিশেষ কর্ত্তব্য। পূর্ব্বের সন্তান যদি নির্ব্বিঘ্নে—স্বাভাবিক অবস্থায় হইয়া থাকে, তাহা হইলে এবারেও স্বাভাবিকরূপেই হইবে। এরূপ কল্পনা সিদ্ধান্ত করা যাইতে পারে। পূর্ব্বের প্রসবে যদি অস্বাভাবিক ঘটনা উপস্থিত হইয়া থাকে—মনে করুন—পূর্ব্বের বার ফরসেপস্ দ্বারা প্রসব করান হইয়াছিল, বা মৃতসন্তান প্রসূত হইয়াছিল; এরূপ স্থলে এবারেও যে তদ্রূপ ঘটনা সংঘটিত হইবে না, —কোন স্থায়ী দোষ নাই—এরূপ সিদ্ধান্ত করা যাইতে পারে না। তজ্জন্য পূর্ব্ব হইতেই এতৎ সম্বন্ধে সাবধান হওয়া কর্ত্তব্য। মন্দ ঘটনা উপস্থিত হওয়ার পর তাহার প্রতিকার জন্ত ব্যস্ত হওয়া অপেক্ষা মন্দ ঘটনা উপস্থিত হইতে পারে, এইরূপ আশঙ্কা করিয়া পূর্ব্ব

হইতে তাহার প্রতিকার জন্য প্রস্তুত থাকাই সৎপরামর্শ সিদ্ধ। এমন অনেক প্রসূতি দেখা যায় যে, কোন বার বা নির্ব্বিঘ্নে প্রসব হয়, কোনবার বা বিঘ্ন উপস্থিত হয়। তদ্রূপস্থলেও পূর্ব্ব হইতে সাবধান হওয়া আবশ্যক।

ধাত্রী ও গর্ভিণী—উভয়েই বুদ্ধিমতী হইলে পূর্ব্বের প্রসব সম্বন্ধে আরো অনেক বিষয় অবগত হওয়া যাইতে পারে। যেমন—পূর্ব্বে একবার মাত্র প্রসব সময়ে প্রসব হইতে অনেক বিলম্ব হইয়াছিল। কেন হইয়াছিল—অকস্মাৎ অসময়ে পানমুচী ভাঙ্গিয়া যাওয়ার জন্য কি বিলম্ব হইয়াছিল? যদি তাহাই হইয়া থাকে, তবে এবার তদ্রূপ ঘটনা না হওয়াবই সম্ভাবনা। কারণ ঐরূপ ঘটনা একবার বই হয় নাই; অন্যান্য বার স্বাভাবিক প্রসব হইয়াছিল।

শরীরে শোথ, বিশেষতঃ পদদ্বয়ে, জানুসন্ধিতে, যোনিদ্বারে, উদর প্রাচীরে, অক্ষি পল্লবে, মুখমণ্ডলে বা হস্তদ্বয়ের—বিশেষতঃ কর পৃষ্ঠে শোথের লক্ষণ আছে কিনা, তাহা দেখিতে হইবে। ঐ রূপ শোথ থাকিলে মূত্রে অণ্ডলাল থাকার বিশেষ সম্ভাবনা। অণ্ডলাল আছে কিনা, তাহা নির্ণয় করা অতি সহজ। প্রস্রাব উত্তপ্ত করিয়া তাহা স্থির করিতে হয়। গর্ভিণীর প্রস্রাবে অণ্ডলাল বর্ত্তমান থাকা মন্দ লক্ষণ, এইজন্য অনেক প্রসূতির সূতিকাক্ষেপ পীড়া হইয়া থাকে। এবং এই পীড়ার পরিণাম ফল অনেক সময়ে মন্দ হয়। তজ্জন্য এই বিষয়ের জন্য ডাক্তারের উপদেশ গ্রহণ করা উচিত। কেবল মাত্র পদে শোথ থাকিলে তাহার কারণ শিরা স্ফীতি বা হৃদপিণ্ডের দুর্ব্বলতা। সুতরাং তাহা ভয়ের কারণ নহে।

প্রসব কার্য্যে আহূতা হইয়া যদি দেখিতে পায় যে, গর্ভিণীর বেদনা উপস্থিত হইয়াছে, তাহা হইলে ধাত্রীর কর্ত্তব্য যে, ঐ বেদনা প্রসব বেদনা, কি অন্য কোন কারণ জন্য বেদনা—তাহা স্থির করা। প্রসব বেদনা জরায়ুর আকুঞ্চন জন্য উপস্থিত হয়। কিন্তু অন্য কোন বেদনায় জরায়ুর আকুঞ্চন উপস্থিত হয় না। একজন পূর্ণগর্ভা স্ত্রীলোকের মূত্রশীলা নিম্নে নামিয়া আইসার জন্য অত্যন্ত প্রবল বেদনা দ্বারা আক্রান্ত হইয়া মনে করিতে পারে যে, তাহার প্রসববেদনা উপস্থিত হইয়াছে। অথবা ঐরূপ সময়ে অন্যরূপ বেদনা দ্বারাও আক্রান্তা হইতে পারে। তজ্জন্য প্রকৃত প্রসব বেদনা উপস্থিত হইয়াছে কিনা, তাহা স্থির করা ধাত্রীর কর্ত্তব্য। প্রকৃত প্রসব বেদনা কিনা, তাহা জরায়ুর উপরে হস্ত স্থাপন করিয়া স্থির করিতে হয়। উদরোপরি হস্ত স্থাপন করিয়া জরায়ুর অবস্থা অনুভব করিতে হয়—যে সময়ে বেদনা আরম্ভ হয় তখন জরায়ু কেমন থাকে এবং যে সময়ে বেদনা না থাকে তখনইবা জরায়ু কেমন থাকে,—এই উভয় সময়ে জরায়ুর অবস্থার পার্থক্য নিরূপণ করিলেই উক্ত বেদনা প্রসব বেদনা, কি অপর কোনরূপ বেদনা, তাহা স্থিরকরা যাইতে পারে। প্রসব বেদনা, বেদনার সময়ে জরায়ু আকুঞ্চিত হয় জন্য কঠিন হয়, যখন জরায়ুর আকুঞ্চন থাকে না, তখন বেদনাও থাকেনা, এই সময়ে জরায়ু বেশ কোমল বোধ হয়। যখন বেদনা থাকে তখন জরায়ু অপেক্ষাকৃত কঠিন, প্রায় গোলাকার ও

তাহার সকল পার্শ্ব যেন কেন্দ্র—অভ্যন্তরে আকর্ষণ করিতেছে—হাত বুলাইয়া তাহা বেশ অনুভব করা যায়। কিন্তু যখন বেদনা থাকে না তখন জরায়ু কোমল, শিথিল, চেপ্টা তল্‌তলে বোধ হয়, তখন সকল পার্শ্বে হাত বুলাইয়া বেশ অনুভব করা যায় না। এই রূপে প্রত্যেকবার বেদনার সময়ে জরায়ু আকুঞ্চিত হয় এবং উভয় বেদনার মধ্যবর্ত্তী সময়ে শিথিল হয়। সন্তান প্রসব হওয়ার সময় যত নিকটবর্ত্তী হইতে থাকে উভয় বেদনার মধ্যবর্ত্তী সময়ও ক্রমে ক্রমে তত হ্রাস হইতে থাকে। এই লক্ষণই প্রসববেদনার নির্দ্দিষ্ট লক্ষণ। কিন্তু প্রসব বেদনা ব্যতীত অপর কোন বেদনায় জরায়ুর এই সমস্ত পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয় না। তজ্জন্য ধাত্রীর কর্ত্তব্য যে, বেদনার সময়ে এবং উভয় বেদনার মধ্যবর্ত্তী সময়ে জরায়ুর অবস্থার কোন পরিবর্ত্তন হয় কিনা, তাহা স্থির করিয়া ঐ বেদনা প্রকৃত প্রসব বেদনা কিনা, তাহা স্থির করা।

যোনি পথে জরায়ুর গ্রীবা এবং তাহার বাহ্য মুখ পরীক্ষা করিয়াও উক্ত বেদনা প্রসব বেদনা কিনা, তাহা স্থির করা যাইতে পারে। যদি অঙ্গুলীতে সন্তানের থলী অনুভব করা যায়, তাহা হইলে প্রসব বেদনার সময়ে উক্ত থলী অত্যন্ত কঠিন সটান বোধ হইবে। কিন্তু উভয় বেদনার মধ্যবর্ত্তী সময়ে শিথিল বোধ হইবে। কিন্তু ঐ বেদনা যদি মূত্রশিলা, পিত্তশিলা, অন্ত্রের শূল বা তদ্রূপ অপর কোন বিষয় জন্য হয়, তাহা হইলে বেদনার সময়ে উক্ত থলী কঠিন সটান বোধ না হইয়া শিথিল বোধ হইবে। কারণ এই সমস্ত বেদনায় জরায়ু আকুঞ্চিত হয় না। তজ্জন্য থলীর উপর জরায়ুর সঞ্চাপ না পড়ায় তাহা কঠিন হয় না। তবে গর্ভিনী যদি বেদনার যন্ত্রণায় অস্থির হইয়া কোঁকাইয়া কোঁথ দিয়া নিশ্বাস বন্ধ করিয়া রাখে, তাহা হইলে ডায়ফ্রাম পেশীর ও উদর প্রাচীরের সঞ্চাপ জরায়ুর উপরে পড়ায় জরায়ু মুখে অবস্থিত সন্তানের থলী সামান্য টন্‌টনে কঠিন বোধ হইতে পারে। কিন্তু সামান্য টন্‌টনে কঠিন অবস্থার সহিত জরায়ুর আকুঞ্চন জন্য টন্‌টনে কঠিন অবস্থার পার্থক্য অতি সহজে নিরূপণ করা যাইতে পারে।

জরায়ুর মুখ হইতে যদি স্রাব নির্গত হইতে থাকে, তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে, প্রসব বেদনা আরম্ভ হইয়াছে। এই সময়ে শোণিত স্রাব হওয়া অস্বাভাবিক ঘটনা বলিয়া ধারণা করিবে। স্রাবের সহিত সামান্য একটু শোণিত মিশ্রিত থাকিতে পারে। কিন্তু তাহা এত সামান্য যে তাহা ধর্ত্তব্যের মধ্যেই নহে। কিন্তু প্রসূতি যদি বলে যে, তাহার কয়েক বার শোণিত স্রাব হইয়াছে, তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে, ইহা অস্বাভাবিক। তখন এই অস্বাভাবিক শোণিত স্রাবের কারণ অনুসন্ধান করা ধাত্রীর কর্ত্তব্য। শোণিত স্রাব হওয়ার পূর্ব্বে পতন, আঘাত, ধাক্কা অথবা অন্য কোনরূপ আকস্মিক ঘটনা উপস্থিত হইয়াছিল কিনা, তাহা জিজ্ঞাসা করিবে। প্রসূতি যদি তাহা স্বীকার করে, তবে বুঝিতে হইবে—ফুল স্বাভাবিক অবস্থায় জরায়ুর গাত্রে সংলগ্ন থাকিলেও ঐরূপ ঘটনায় তাহার কোন একটু অংশ জরায়ুর গাত্র হইতে স্খলিত হইয়াছে। ইহাই "এক্সিডেন্টাল হেমরেজ" নামে পরিচিত। কিন্তু

যদি ঐরূপ কোন বিবরণ না পাওয়া যায় এবং প্রসূতি বলে যে, তাহার ইতিপূর্ব্বে কয়েক বার শোণিত স্রাব হইয়াছে—বিশেষতঃ নিদ্রিতাবস্থায়, শয্যায় শায়িত থাকা সময়ে শোণিত স্রাব হইয়াছে, তাহা হইলে সন্দেহ করিবে যে, ফুল জরায়ুর মুখে অবস্থিত। ইহাই "প্লেসেণ্টা প্রিভিয়া" নামে পরিচিত।

যোনিদ্বারে এমন কিছু আছে কিনা, যে তাহা দ্বারা প্রসবের বিঘ্ন উপস্থিত হইতে পারে, তাহাও দেখা কর্ত্তব্য। তবে এই রূপ ক্ষেত্রে প্রায়ই তদ্রূপ কিছু থাকে না। তবে না থাকিলেও দেখা কর্ত্তব্য। অনেক সময়ে যোনিদ্বারে পূয়বৎ স্রাব দেখিতে পাওয়া যায়। কাপড়েও দাগ লাগা সম্ভব। এইরূপ কিছু স্রাব থাকিলে প্রসূতির গণোরিয়া হইয়া ছিল কিনা,তাহা জিজ্ঞাসা করিবে। যোনি প্রাচীরেও প্রদাহ লক্ষণ থাকিতে পারে। এইরূপ স্রাব থাকিলে তাহা শিশুর চক্ষে লাগিলে চক্ষের প্রদাহ হইতে পারে। এইরূপ ঘটনায় অনেক শিশুর চক্ষু নষ্ট হয়। তজ্জন্য পূর্ব্ব হইতে সাবধান হওয়া আবশ্যক। অনেকে যোনি মধ্যে পচন নিবারক জলের পিচকারী দেওয়ার বিরোধী। কিন্তু সন্দেহ যুক্ত স্রাব থাকিলে ব্লাক ওয়াশ অথবা অপর কোন রোগ জীবাণু নাশক দ্রব দ্বারা যোনি গহ্বর ধৌত করা অবশ্য কর্ত্তব্য এবং প্রসবের পরও এই বিষয়ে সাবধান হইতে হয়।

জরায়ু গ্রীবার কর্কট রোগ থাকিলে স্রাব হয়, সে স্রাব দুর্গন্ধ যুক্ত। তদ্ব্যতীত পীত, সবুজ, লাল বর্ণের বা জলের মত স্রাব হইতে পারে, এইরূপ দেখিলেই ধাত্রীর কর্ত্তব্য যে তদ্বিষয়ে ডাক্তারের সহিত পরামর্শ করিয়া প্রসব হওয়ার পূর্ব্বেই তাহার উপযুক্ত চিকিৎসা করা। চিকিৎসার উপযুক্ত সময় না থাকিলেও তৎসম্বন্ধে কি কর্ত্তব্য, তদ্বিষয়ে ডাক্তারের পরামর্শ গ্রহণ করা।

যোনি মধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া দেখিবে যে, তাহার কোন অংশ সংকীর্ণ কিনা, অঙ্গুলী ঘুরাইয়া ফিরাইয়া দেখিবে যে কোথাও—বিশেষতঃ ডগলাসের পাউচে অর্ব্বুদ ইত্যাদি কিছু আছে কিনা, জরায়ুর মুখ, গ্রীবা, সন্তানের কোন অংশ অগ্রে আসিতেছে, থলী কিরূপ অবস্থায় আছে, ইত্যাদি বিষয় সম্ভব হইলে এই সমস্ত পরীক্ষা করিয়া দেখিবে।

জরায়ু মুখ।

জরায়ুর মুখ দুইটী—একটী বাহ্য মুখ—অপরটী অভ্যন্তর মুখ। বাহ্য মুখ অঙ্গুলী দ্বারা স্পর্শ করিয়া অনুভব করিতে হয়। এই মুখ পরীক্ষা করা বিশেষ আবশ্যকীয় বিষয়। গর্ভের শেষ অবস্থায় ইহা বিস্তৃত হইতে থাকে। অথচ উন্মুক্ত থাকে না। তজ্জন্য তন্মধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ করান যায়, অর্থাৎ জরায়ু মুখের ওষ্ঠদ্বয় খুব কোমল হয়। তজ্জন্য মুখ উন্মুক্ত না থাকিলেও তন্মধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া প্রসারিত করতঃ অভ্যন্তরে অঙ্গুলী প্রবেশ করান যায়। তন্মধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া পরীক্ষা করিতে হয়।

প্রসব কার্য্য আরম্ভ হইলে জরায়ুমুখ উন্মুক্ত হইতে থাকে। প্রথমে দু-আনীর আয়তন পরিমাণ প্রসারিত হইলে, এই সময়ে যদি বেদনা থাকে তাহা হইলে মুখের মধ্যে-স্থিত অঙ্গুলীতে থলীটী খুব টনটনে বোধ হয়।

এইরূপে থলী অনুভব করিলে বুঝিতে হইবে যে, প্রসব কার্য্য আরম্ভ হইয়াছে। এই সময়ে থলী অবিদীর্ণ অবস্থায় থাকা সাধারণ নিয়ম। এই সময়ে যদি জরায়ু গ্রীবা টাকার অপেক্ষা একটু অধিক পরিমাণ প্রসারিত হইয়া থাকে, তাহা হইলে প্রসব বেদনার সময়ে এবং উভয় বেদনার মধ্যবর্ত্তী সময়ে—এই উভয় সময়েই অতি সহজেই সন্তানের থলী অঙ্গুলী দ্বারা অনুভব করা যায়। জরায়ু একবার যদি সম্পূর্ণ প্রসারিত হইয়া থাকে অর্থাৎ তিন আঙ্গুল পরিমাণ বা তদপেক্ষা বেশী আয়তন হইয়া থাকে, তাহা হইলে বেদনার সময়ে থলীটীর কিয়দংশ কুক্কুট ডিম্বের অর্দ্ধাংশের ন্যায় জরায়ু মুখে বাহির হইয়া আইসে। বেদনার সময়ে ইহা স্পর্শ করিলে অত্যন্ত টন্‌টনে কঠিন বোধ হয়।

উক্ত বহির্গত থলীর অংশ যদি ডিম্বের নিম্নাংশের মতন না হইয়া লম্বা হইয়া আইসে এবং অন্ত্রের বা পিত্তের থলীর মত লম্বা বোধ হয়। তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে, ইহা সন্তানের অস্বাভাবিক অংশ অগ্রবর্ত্তী হওয়ার ফল। অর্থাৎ হয় সন্তান অনুপ্রস্থ ভাবে রহিয়াছে; অথবা মুখ বা ভ্রূদেশ অগ্রবর্ত্তী হইয়াছে। যদি উক্ত থলী একেবারেই না আইসে অথবা আসিলেও তাহা যদি বেদনার সময়ে তলতলে কোমল বোধ হয়, তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে, পানমুছী ভাঙ্গিয়া গিয়াছে অর্থাৎ থলী বিদীর্ণ হওয়ায় তন্মধ্যের এমনিয়ন অর্থাৎ জল বহির্গত হইয়াছে। জল বহির্গত হইতেছে—দেখিলেই তাহা নিশ্চিত বুঝিতে পারা যায়।

জরায়ু মুখের কিনারাও পরীক্ষা করিয়া দেখা উচিত। থলীর সঞ্চাপ জন্ত যদি জরায়ু মুখের কিনারা পাতলা হইয়া থাকে তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে, তাহা সুস্থ, স্বাভাবিক অবস্থায় আছে। কিন্তু তাহা না হইয়া যদি স্থূল, বৃহৎ বা গুটী গুটী বোধ হয়, ভালরূপে প্রসারিত না হইয়া থাকে, বিশেষতঃ অঙ্গুলীর সংস্পর্শেই যদি শোণিত স্রাব হইতে থাকে—তাহা হইলে বুঝিতে হইবে—জরায়ু মুখে কর্কট ইত্যাদি কোন পীড়া আছে এবং প্রসব সময়ে বিঘ্ন হওয়ার আশঙ্কা করিয়া তৎক্ষণাৎ ডাক্তারের সাহায্য গ্রহণ করিবে।

অঙ্গুলী দ্বারা পানমুছী পরীক্ষা করার সময়ে অতি সাবধানে অঙ্গুলী সঞ্চালন করিবে—যেন অঙ্গুলীর আঘাতে পানমুছী ভাঙ্গিয়া না যায়। কারণ, অসময়ে পানমুছী ভাঙ্গিয়া গেলে মাতা এবং সন্তান উভয়েরই বিপদ হওয়ার সম্ভাবনা। এইরূপ ঘটনায় সন্তানেরই অধিক বিপদ হওয়ার সম্ভাবনা।

জরায়ু গ্রীবা।

গর্ভের শেষ অবস্থায় জরায়ু গ্রীবা অত্যন্ত কোমল হয় এবং ফলতঃ অপেক্ষাকৃত ছোট না হইলেও ক্ষুদ্র হইয়াছে বলিয়া দেখায়। অগর্ভ জরায়ু গ্রীবা প্রায় নাসিকার ন্যায় কঠিন। কিন্তু এই সময়ে ওষ্ঠের ন্যায় কোমল হয়। এই কোমলতা সমস্ত গ্রীবা এবং জরায়ুর দেহের নিম্ন তৃতীয়াংশ পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়। যেমন প্রসব কার্য্য অগ্রসর হইতে থাকে তেমনি উপর হইতে নিম্নাভিমুখে পানমুছীর উপর সঞ্চাপ পড়ায় গ্রীবার অভ্যন্তর রন্ধ্র ক্রমে ক্রমে প্রসারিত হইতে থাকে।

উভয় বেদনার মধ্যবর্ত্তী সময়ে জরায়ু গ্রীবার মধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া দেখিতে হয় যে, উক্ত গ্রীবা প্রসারিত হইয়াছে কি না। অঙ্গুলী যদি জরায়ু গ্রীবার অভ্যন্তর মুখ অতিক্রম করিয়া জরায়ু গহ্বর মধ্যে প্রবেশ করে; তাহা হইলে বুঝিতে পারা যায় যে, গ্রীবার অভ্যন্তর মুখের কিনারা প্রসারিত হইয়া গহ্বর বিস্তৃত হইয়া জরায়ু গহ্বরের সহিত এক হইয়া যাইতেছে। এবং কিনারা নিম্ন হইয়া আসিতেছে। এইরূপে প্রসব ক্রিয়া যতঅগ্রসর হইতে থাকে, উক্ত কিনারাও ক্রমে ক্রমে নিম্নে নামিয়া আসিতে থাকে। শেষে প্রসব ক্রিয়ার প্রথম অবস্থা শেষ হওয়ার পূর্ব্বে গ্রীবার বাহ্য মুখই জরায়ু গহ্বরের কিনারায় পরিণত হয়। এই সময়ে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইলে বুঝিতে পারা যায় যে, বিস্তৃত হওয়ায় প্রসারক বলয় সমস্ত দিকে প্রসারিত হইয়া গিয়াছে; জরায়ু গ্রীবার গহ্বর সম্পূর্ণ প্রসারিত হইয়াছে। এবং জরায়ু গ্রীবার বাহ্য মুখই জরায়ু গহ্বরের সর্ব্বাপেক্ষা সংকীর্ণ অংশে পরিণত হইয়াছে।

জরায়ু গ্রীবার অভ্যন্তরে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া দেখিতে হয় যে, তন্মধ্যে অর্ব্বুদ, ক্ষত শুষ্কের জন্য কঠিন গঠন ইত্যাদি এমন কিছু আছে কিনা, যে তাহা প্রসব কার্য্যে বাধা দিতে পারে।

ঝিল্লি।

প্রধান ঝিল্লির নাম এমনিয়ন। ইহা কঠিন সৌত্রিক বিধান দ্বারা গঠিত এবং ইপিথিলিয়ম দ্বারা আবৃত। অণ্ড হইতে ইহা বর্দ্ধিত হইয়া থাকে। ইহার বাহ্যদেশ কোরিয়ান দ্বারা আবৃত। তাহা ক্ষয় হইয়া পাতলা হইয়া অনাবশ্যকীয় ভাবে অগ্রবর্ত্তী অংশ আবৃত করে। কিন্তু কখন কখন কঠিন ঝিল্লির মতনই হইয়া এমন অবস্থায় থাকে যে, ইহার ও এমনিয়ানের মধ্যস্থিত স্রাব আবদ্ধ করিয়া রাখিতে পারে। তজ্জন্য সময়ে সময়ে ভ্রম প্রমাদ উপস্থিত হয়। কারণ, এই কোরিয়ন ও এমনিয়ন ঝিল্লির মধ্যে নিসৃত আবদ্ধ রস যখন ঝিল্লী বিদীর্ণ হওয়ার ফলে বহির্গত হয় তখন সহসা মনে হয় যে, হয় তো পানীমুচী ভাঙ্গিয়া তন্মধ্যস্থ লাইকর এমনিয়াই বহির্গত হইয়া আসিতেছে। বাস্তবিক কিন্তু তাহা নহে। পানমুচী ভাঙ্গিয়া জল ভাঙ্গা আর এই রস ভাঙ্গার পার্থক্য সহজেই নিরূপণ করা যাইতে পারে। পানমুচী অক্ষত থাকিলে বেদনার সময়ে তাহা অত্যন্ত কঠিন টন্‌টনে হয়। অঙ্গুলী দ্বারা তাহা অনুভব করা যাইতে পারে। ঐরূপ রস বাহির হওয়ার পরও যদি বেদনার সময়ে পানমুচী ঐরূপ টন্‌টনে কঠিন অনুভব হয়। তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে, তাহা ভাঙ্গে নাই। নিসৃত রস কোরিয়ন ও এমনিয়ন ঝিলির মধ্যস্থিত সঞ্চিত রস ব্যতীত অপর কিছু নহে। তবে এইরূপ ঘটনা বিরল।

এবং হয়তো ধাত্রী উপস্থিত হওয়ার পূর্ব্বে যদি ঐ রস বহির্গত হইয়া থাকে, তাহা হইলে প্রসূতিও পানমুচী ভাঙ্গিয়া গিয়াছে বলিয়া ধাত্রীর ভ্রম ধারণা জন্মাইয়া দিতে পারে। তজ্জন্য এই বিষয়ে সাবধান হইতে হয়।

অঙ্গুলী যদি জরায়ু গহ্বরের মধ্যে অনেক দূর প্রবেশ করে, এবং ভ্রূণের অগ্রবর্ত্তী অংশ অনুভব করা যায়, অথচ বেদনার সময়ে পানমুচী কঠিন টন্‌টনে না হইয়া শিথিল

অনুভব হয়, তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে, হয়তো পানমুচী ভাঙ্গিয়া গিয়া কতক লাইকর এমনিয়াই বহির্গত হইয়া গিয়াছে। "হয়তো" কথাটী ব্যবহার করার তাৎপর্য্য এই যে, এইরূপ অবস্থায় পানমুছী টন্‌টনে কঠিন অনুভব না করিলেই নিশ্চিত বুঝিতে হইবে যে, পানমুছী ভাঙ্গিয়া গিয়াছে, তাহা নহে। কারণ, অনেক সময়ে এমনও হয় যে, ভ্রূণের অগ্রবর্ত্তী অংশ এমন ভাবে অবস্থান করে যে, পানমুছীর মধ্যস্থিত জল দুই ভাগে বিভক্ত হইয়া থাকে—উপরের অংশেই অধিক জল থাকে। নিম্নাংশে অল্প পরিমাণ জল থাকে। উভয় জলের মধ্যস্থলে ভ্রূণের অগ্রবর্ত্তী অংশ এমন ভাবে অবস্থান করে যে, উপরের অংশে জলের সঞ্চাপ নিম্নের অংশের জলে আসিতে পারে না। তজ্জন্য বেদনার সময়ে জরায়ু আকুঞ্চিত হইলেও তাহার সঞ্চাপ নিম্নাংশে অবস্থিত জলের উপর পড়ে না। সুতরাং বেদনার সময়ে পানমুছীও কঠিন টন্‌টনে হয় না।

শীঘ্র অসময়ে পানমুছী ভাঙ্গিয়া গিয়াছে কিনা, তাহা ঠিক করা বিশেষ কর্ত্তব্য। সাধারণতঃ পানমুচীর সর্ব্বনিম্ন অংশ ভাঙ্গিয়া যায়। এই অবস্থায় অঙ্গুলী প্রবেশ করাইলে সেই কাটা স্থানের মধ্য দিয়া পানমুছীর অভ্যন্তরে অঙ্গুলী প্রবেশ করায় ভ্রূণের অগ্রবর্ত্তী অংশে অঙ্গুলী স্পর্শ করে। কিন্তু কখন কখন নিম্নে বিদীর্ণ না হইয়া জরায়ুর অভ্যন্তরে কিছু উপরে বিদীর্ণ হয়। এইরূপ ঘটনা অতি বিরল। এইরূপ ঘটনাতে অঙ্গুলী ও ভ্রূণের অগ্রবর্ত্তী অংশের মধ্যে শিথিল ঝিল্লি অনুভব করা যায়। যদি লাইকর এমনিয়াই বহির্গত হইয়া গিয়া থাকে, তাহা হইলে বেদনার সময়ে পানমুছী কঠিন টন্‌টনে হয় না। এইরূপ অবস্থা হইলে ভ্রূণের অগ্রবর্ত্তী অংশের উপর ঝিল্লি থাকিলেও বুঝিতে হইবে যে, পানমুছী ভাঙ্গিয়া গিয়াছে। ভ্রূণের অগ্রবর্ত্তী অংশের উপরে ঝিল্লি না থাকিলে পানমুচী যে ভাঙ্গিয়া গিয়াছে। তাহার কোন সন্দেহ থাকে না। অর্থাৎ অসময়ে পানমুচী ভাঙ্গিয়া গিয়াছে জানিতে পারিলে অথবা ভাঙ্গিয়া গিয়াছে এমত সন্দেহ হইলেও এইরূপ ঘটনা উপস্থিত হইলে ধাত্রীর পক্ষে কর্ত্তব্য যে, অতি সত্বরে ডাক্তারের সাহায্য গ্রহণ করে। কারণ বিলম্ব হইলে যেমন মাতা ও সন্তানের জীবনের আশঙ্কা উপস্থিত হয়, তেমনি সত্বরে প্রতিবিধানের উপায় অবলম্বন করিলে উভয়েরই জীবন রক্ষা হইতে পারে। প্রসবের প্রথম অবস্থার কার্য্য সম্পূর্ণ হওয়ার পূর্ব্বেই পানমুছী ভাঙ্গিয়া গেলে সত্বরে কৃত্রিম উপায়ে উক্ত অবস্থা সম্পূর্ণ করিয়া লইতে হয় অর্থাৎ জরায়ু গ্রীবা'র রন্ধ্র ও বাহ্য মুখ প্রসারিত করিয়া লইতে হয়। স্বাভাবিক পানমুছীর স্থানে কৃত্রিম পানমুচী অর্থাৎ চাম্পিটিয়ার ডি রিবসের ব্যাগ প্রভৃতির ন্যায় কোন যন্ত্র প্রবেশ করাইয়া পানমুছীর কার্য্য কতকটা হয়। ইহাতে সন্তান ও মাতার বিপদের আশঙ্কা হ্রাস হয়।

এইরূপ অসময়ে পানমুছী ভাঙ্গিয়া যাওয়ার পরেও অনেক স্থলে বিনা সাহায্যে সত্বরে স্বাভাবিক ভাবেই প্রসব হইতে দেখা যায়। এবং সন্তানেরও কোন বিপদ হয় না সত্য কিন্তু ইহা স্মরণ রাখা উচিত যে, পানমুছী ভাঙ্গিয়া তাহার জল বাহির হইয়া গেলে

সন্তানের জীবন নষ্ট হওয়ার সম্ভাবনাই অধিক। তজ্জন্য ডাক্তার ডাকিয়া পরামর্শ গ্রহণ করা উচিত। যে স্থলে জরায়ু মুখ উত্তমরূপে প্রসারিত হইয়াছে, বেদনা বেশ আছে, এবং প্রসব কার্য্য সাধারণ নিয়মে অব্যাহতভাবে অগ্রসর হইতেছে। কেবলমাত্র সেইস্থলে পানমুছী ভাঙ্গিয়া গেলেও কতকটা স্বভাবের উপর নির্ভর করিয়া অপেক্ষা করা যাইতে পারে। নতুবা যে স্থলে জরায়ুমুখ অপ্রসারিত থাকা স্বত্বে পানমুছী ভাঙ্গিয়া গিয়াছে, সেস্থলে অবিলম্বে কৃত্রিম জল পূর্ণ ব্যাগ স্থাপন করা অবশ্য কর্ত্তব্য।

ভ্রূণের অগ্রবর্ত্তী অংশ।

সন্তানের কেবলমাত্র মস্তক অগ্রে আইসাই স্বাভাবিক। ইহারও আবার প্রকার ভেদ আছে। অধিকাংশ স্থলেই অকৃসিপট্ অর্থাৎ সন্তানের মস্তকের পশ্চাৎ অংশ সম্মুখে ও বাম দিকে থাকে। ঐ অংশ সম্মুখ ও দক্ষিণ পার্শ্ব দিয়া আইসার সংখ্যা তদপেক্ষা অল্প। অকৃসিপট্ পশ্চাৎ দক্ষিণে বা পশ্চাৎ বাম পার্শ্ব হইয়া আইসায় সংখ্যা পরপর আরো অল্প। এই সমস্তই স্বাভাবিক প্রসবের মধ্যে পরিগণিত। এই অকৃসিপটের অবস্থান অনুসারেই পরপর প্রথম, (সম্মুখ ও বাম), দ্বিতীয় (সম্মুখ ও দক্ষিণ), তৃতীয় (পশ্চাৎ ও দক্ষিণ), ও চতুর্থ (পশ্চাৎ ও বাম) অবস্থান নামে কথিত হয়। ভ্রূণের মস্তক বহির্গত হইয়া আইসাকালে পিউবিক্ অস্থির খিলানের নিম্নে অকৃসিপট ঘুরিয়া আইসাই স্বাভাবিক।

যে অংশ অগ্রবর্ত্তী হইয়া আসিয়াছে তাহার বুক ভাঁজ হইয়া থাকা ভাল লক্ষণ। তাহা মস্তকে সটান থাকিলে বুঝিতে হইবে যে, কোথায় বাধা প্রাপ্ত হইয়াছে। মস্তক বহির্গত হইয়া আইসার প্রথমাবস্থায় অনেক সময়ে বিশেষতঃ অক্সিপট পশ্চাতে থাকার অবস্থায় সম্মুখ ফ্রন্টানেলী অনুভব করা যায়। কিন্তু পরে যখন নামিয়া আসিতে থাকে, তখন তাহা বেঁকিয়া যাওয়ায় আর অনুভব করা যায় না। এই সময়ে সঙ্কাপে মস্তক বিকৃত হওয়ার জন্য উহা স্থির করা কঠিন হয়।

নিতম্ব দেশ অগ্রে আইসা অস্বাভাবিক। ইহাতে সন্তান যে ভাবে, সমস্ত অঙ্গ বক্র করিয়া অবস্থান করে, তাহাতে যেরূপ অবস্থান হয়, তদবস্থায় নিতম্ব দেশ অগ্রে বহির্গত করা যাইতে পারে। কিন্তু ঐ অবস্থাতে নিতম্ব অগ্রে প্রসব করানের ফলে মৃত্যু সংখ্যা অত্যন্ত অধিক। মস্তক অগ্রে বহির্গত হওয়ার মৃত্যুসংখ্যা অল্প। নিতম্ব অগ্রে বাহির হইলে ফুলের নাড়ীর উপরে—প্রসব পথে—সন্তানের মস্তকের সঙ্কাপ পড়ায় ভ্রূণের শোণিত সঞ্চালন বন্ধ হওয়ায় তাহার মৃত্যু হইতে পারে। তজ্জন্য এই অবস্থায় ইহার যদি কোন প্রতিবিধান উপায় অবলম্বন করা না যায়, তাহা হইলে ভ্রূণ উক্ত অবস্থাতে থাকে, নাড়ীর উপর সঙ্কাপ পড়ায় শোণিত সঞ্চালন বন্ধ হয়, অবিচ্ছেদে তিন মিনিট কাল নিয়ত শোণিত সঞ্চালন বন্ধ থাকিলেই শিশুর মৃত্যু হয়। তবে সৌভাগ্যের বিষয় এই যে, অবিচ্ছেদ তিন মিনিট কাল নাড়ীর শোণিত সঞ্চালন বন্ধ থাকে না। অল্প ক্ষণের জন্য সঙ্কাপ পড়ায় শোণিত সঞ্চালন বন্ধ হয়, আবার সঙ্কাপ দূরীভূত হয়, শোণিত সঞ্চালন হইতে থাকে; আবার সঙ্কাপ পড়ে, আবার শোণিত

সঞ্চালন বন্ধ হয়। এইরূপ পর্য্যায় ক্রমে হইতে থাকে। এই জন্ত তিন মিনিট অপেক্ষা অল্প সময়ের জন্ত শোণিত সঞ্চালন বন্ধ হওয়ায় সন্তান জীবিত থাকে। কিন্তু যদি এই অবস্থায় সন্তানের পা টানিয়া আনা যায় তাহা হইলে সন্তানের মস্তক বক্র হইয়া না থাকিয়া সোজা হইয়া উঠে এবং হস্ত দ্বয় সোজা হইয়া মস্তকের উপরে অবস্থান করে। ইহাতে সন্তানের মৃত্যুর আশঙ্কা অনেক হ্রাস হয়। ঐই সমস্ত কার্য্যের জন্য ধাত্রীর পক্ষে অনতিবিলম্বে ডাক্তারের সাহায্য লওয়া একান্ত কর্ত্তব্য।

মুখ অগ্রে আইসাও অস্বাভাবিক। তবে এই অবস্থা উপস্থিত হইলে অনেক সময়ে বিশেষ সাহায্য না লইলেও আপনা হইতে প্রসব হইয়া থাকে। তজ্জন্য বিশেষ ব্যস্ত না হইয়া স্বভাবের উপর নির্ভর করিয়া অপেক্ষা করা যাইতে পারে। কিন্তু এই অবস্থাতে কখন কখন সাহায্য আবশ্যক হইতে পারে। কারণ প্রসব হওয়ার জন্য পিউবিসের খিলানের নিম্নে চিবুক সম্মুখ দিকে ঘুরিয়া আইসা আবশ্যক। কিন্তু শিশুর মস্তক বস্তিগহ্বরের মধ্যে উত্তমরূপ প্রবেশ না করিলে চিবুক সম্মুখ দিকে ঘুরিয়া আইসে না। তজ্জন্য ডাক্তারের সাহায্য লওয়া আবশ্যক।

সন্তান অনুপ্রস্থ ভাবে অবস্থিত হইলে তাহা উদরোপরি হস্তসঞ্চালন করিয়া স্থির করা যাইতে পারে। যোনিপথে পরীক্ষা করিলে থলীটী অনুক্রমে লম্বা বোধ হয়। সন্তান অনুপ্রস্থ ভাবে থাকিলে কদাচিৎ স্বাভাবিক অবস্থায় প্রসব কার্য্য সম্পন্ন হয়। তবে কখন কখন সহসা স্বাভাবিক অবস্থায় আইসে, কখন বা সন্তান আপনা হইতে ঘুরিয়া ফিরিয়া অবস্থান পরিবর্ত্তিত হইয়া দোষ সংশোধন হওয়ায় আপনা হইতে প্রসব কার্য্য সম্পন্ন হয়।

কিন্তু ধাত্রীর পক্ষে—ঐরূপ কিছু আপনা হইতেই হইতে পারে—আশা করিয়া বসিয়া না থাকিয়া ডাক্তারের সাহায্য লওয়া কর্ত্তব্য। যখন উদরোপরি হস্ত সঞ্চালন করিয়া বুঝিতে পারিবে যে, সন্তান অনুপ্রস্থ ভাবে আছে, হস্ত কি স্কন্ধ, কিছু একটা অনুভব করিতে পারিতেছে, পরীক্ষা দ্বারা এই সন্দেহ বলবৎ হইতেছে—তখন আর অপেক্ষা না করিয়া ডাক্তার ডাকিবে। ডাক্তার কি করিবেন—সন্তানের অবস্থার পরিবর্ত্তন করিয়া মস্তক, নিতম্ব বা পদ অগ্রে আনিবেন, বা মস্তক কর্ত্তন করিবেন, তাহা জরায়ু মধ্যে সন্তানের সঞ্চালন করার অবস্থা দ্বারা স্থির করিবেন। ঘুরাইয়া মস্তক অগ্রে আনিতে পারিলেই ভাল হয়। না পারিলে নিতম্ব বা পদ অগ্রে আনিবেন। কিন্তু জরায়ু যদি দৃঢ়রূপে আকুঞ্চিত হইয়া থাকে, লাইকর এমনিয়াই যদি সমস্তই বহির্গত হইয়া যাইয়া থাকে, তাহা হইলে তাঁহার পক্ষে ঐ সমস্ত চেষ্টা না করাই ভাল। কারণ এইরূপ অবস্থায় ঐরূপ চেষ্টা করিতে গেলে হয় তো জরায়ু ফাটিয়া যাইতে পারে। এই অবস্থায় প্রায়ই সন্তানের মৃত্যু হইয়া থাকে। সুতরাং মস্তক কর্ত্তন করিয়া বহির্গত করাই ভাল।

পানমুচী ভাঙ্গেনাই অথচ সন্তানের ফুলের নাড়ী অনুভব করা যাইতেছে, এমন অবস্থা উপস্থিত হইলে তাহা নাড়ী বাহির হইয়া পড়া অর্থাৎ "প্রলাপস্ অক্ কর্ড" বলা হয়।

আর পানমুচী—ভাঙ্গিয়া গেলে তন্মধ্য দিয়া ফুলের নাড়ী বাহির হইয়া আসিলে তাহা নাড়ী অগ্রে আইসা অর্থাৎ "প্রেসেণ্টেশন অফ্ কর্ড" নামে উক্ত হইয়া থাকে। এইরূপ অবস্থা উপস্থিত হইলে ধাত্রীর কর্ত্তব্য—ডাক্তারের সাহায্য লওয়া। ধাত্রীকে স্থির করিতে হইবে যে, যে নাড়ী বহির্গত হইয়া আসিয়াছে তাহাতে স্পন্দন আছে কিনা, স্পন্দন থাকিলে তাহা দ্রুত, কি মৃদুগতিবিশিষ্ট, তাহাও স্থির করা কর্ত্তব্য।

অগ্রবর্ত্তী অংশ আরো নানারূপে অস্বাভাবিক ভাবে উপস্থিত হইতে পারে—মস্তকসহ হস্ত; এক হস্ত সহ একপদ, দুইহস্ত সহ এক পদ, উভয় হস্ত সহ উভয় পদ, এবং মস্তক সহ পদ ইত্যাদি—এই সমস্ত অবস্থাতেই ধাত্রীর পক্ষে বিশেষ সাবধান হওয়া উচিত।

কখন কখন খানিকটা তল্‌তলে পদার্থ অগ্রবর্ত্তী হইয়া আইসে—এই পদার্থ যদি অঙ্গুলী সঞ্চাপে সহজে ভাঙ্গিয়া খণ্ড খণ্ড হইয়া যায়, তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে, উহা সংযত শোণিত চাপ ব্যতীত অপর কিছু নহে। কিন্তু যদি সহজে ভাঙ্গা না যায়, তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে, উহা ফুল—ফুল আগে আসিয়াছে। এইরূপ অবস্থায় অধিক শোণিত স্রাব হওয়ার আশঙ্কা করিয়া ডাক্তারের সাহায্য লওয়া কর্ত্তব্য।

ঐ সমস্ত হইল—সুস্থগঠনের ভ্রূণের অস্বাভাবিক অংশ অগ্রবর্ত্তী হওয়ার সংক্ষিপ্ত বিবরণ। উহা ব্যতীতও আরো নানাপ্রকার অস্বাভাবিক অংশ অগ্রে উপস্থিত হইতে পারে। কিন্তু তাহার সংখ্যা অত্যন্ত বিরল। মনে করুন—ভ্রূণের মস্তক জলপূর্ণ থাকায় অত্যন্ত বৃহৎ হইয়াছে, অথবা তাহার উদরে অনেক জল আছে। দুইটী ভ্রূণ একত্রে জোড়া লাগিয়া রহিয়াছে। ভ্রূণ বিবৃত গঠনের হইয়া অন্যরূপ আকৃতি প্রাপ্ত হইয়াছে, মেরুদণ্ডের কোন অংশ ফাঁক থাকায় তথায় অর্ব্বুদ বৎ হইয়াছে। এইরূপ স্থলে অগ্রবর্ত্তী অংশ অবশ্যই অস্বাভাবিক অবস্থায় এবং তদ্রূপ অস্বাভাবিক কিছু বুঝিতে পারিলেই ধাত্রীর পক্ষে কর্ত্তব্য—ডাক্তার ডাকিয়া তাহার সহিত পরামর্শ করে। এই স্থলে আমার চিকিৎসাধীনস্থ অল্পদিনের একটী ঘটনার উল্লেখ করিতেছি।

প্রথম প্রসূতি। প্রসব কার্য্যের প্রথম অংশের সমস্ত কার্য্য স্বাভাবিক নিয়মে সম্পন্ন হইয়াছে। অগ্রবর্ত্তী অংশ মস্তক বলিয়াই ধাত্রী স্থির করিয়াছে। জরায়ুগ্রীবা সম্পূর্ণ প্রসারিত হইয়াছে। পানমুচী ভাঙ্গিয়া গেল। কিন্তু মস্তক দেখা গেল না, তৎপরিবর্ত্তে তলতলে, লম্বা কালবর্ণের থলীর ন্যায় একটী পদার্থ সম্মুখে আসিয়া উপস্থিত হইল। মস্তকের অস্থি ইত্যাদি কিছুই নাই। অথচ মস্তকের ন্যায় চুল রহিয়াছে। ধাত্রীর মনে সন্দেহ হওয়ায় তৎক্ষণাৎ আমাকে ডাকিতে পাঠায়। আমি যাইয়া দেখি—প্রসব হইয়াছে। উক্ত তল্‌তলে থলীর ন্যায় পদার্থ একটী বড় কমলালেবুর আকৃতির অপর একটী ক্ষুদ্র মস্তকের ন্যায়—সন্তানের মস্তকের পশ্চাতে অবস্থান করিতেছে, অক্‌সিপিটাল অস্থির এক অংশ ফাঁক। তথায় অস্থি নাই, সেই ফাঁকের উপরে অর্ব্বুদটী অবস্থিত। বলাবাহুল্য যে এই থলির অভ্যন্তর গহ্বরের সহিত করোটীর অভ্যন্তর সম্মিলিত।

এইরূপ আরোও নানাপ্রকৃতির অস্বাভাবিক অবস্থা উপস্থিত হইতে পারে এবং তদ্রূপ স্থানে ধাত্রীর পক্ষে ডাক্তারের সাহায্য লওয়াই নিরাপদ।

শোণিতস্রাব।

আকস্মিক ও অপরিহার্য্য শোণিত স্রাবের বিষয় সকলেরই জানা আছে। প্রসব কার্য্যের প্রথম ও দ্বিতীয় অবস্থায়, অধিক শোণিত স্রাব না হওয়াই স্বাভাবিক। এবং শোণিত স্রাব হয় না—বলিলেই চলে। প্রসব কার্য্য আরম্ভ হইলে সামান্য মাত্র শোণিত স্রাব হয়—যে সময়ে জরায়ুগ্রীবা উন্মুক্ত হইতে থাকে, সেই সময় তথাকার অতিসূক্ষ্ম শোণিত বহা হইতে একটু শোণিত বহির্গত হয়। কিন্তু তাহার পরিমাণ কয়েক ড্রামের অধিক হয় না। কিন্তু ধাত্রী যদি দেখিতে পায় যে, অধিক শোণিত স্রাব হইতেছে...বিশেষতঃ গল্‌গল্ করিয়া শোণিত বহির্গত হইতেছে। তাহা হইলে অবিলম্বে ডাক্তার ডাকা কর্ত্তব্য।

লাইকর এমনিয়াইতে মেকোনিয়ম মিশ্রিত হইলে তাহার বর্ণ—সবুজ বর্ণ হয়। সন্তানের মৃত্যু হইলেই এইরূপ ঘটনা উপস্থিত হয়—তবে এমনও হইতে পারে যে, তখনও শিশুর মৃত্যু হয় নাই এবং অতি সত্বরে প্রসব করাইয়া উপযুক্ত উপায় অবলম্বন করিলে হয় তো তখনও শিশুর জীবন রক্ষা করা যাইতে পারে—এই আশায় লাইকর এমনিয়াইয়ের বর্ণ সবুজ দেখিলে তৎক্ষণাৎ ডাক্তার ডাকা কর্ত্তব্য।

ভ্রূণের নিতম্ব অগ্রবর্ত্তী হইয়া থাকিলে তদবস্থায় যদি স্ফিঙ্কটার এনাই পেশী শিথিল হয়, তাহা হইলে লাইকর এমনিয়াই মধ্যে মেকোনিয়ম নির্গত হইয়া তাহা সবুজ বর্ণ ধারণ করে। এই লক্ষণ বিপদ নির্দ্দেশক অর্থাৎ হয় তো শিশুর মৃত্যু হইয়াছে অথবা শীঘ্র মৃত্যু হইবে।

নাড়ী।

প্রসব কার্য্যে আহুতা হইলেই ধাত্রীর পক্ষে কর্ত্তব্য—গর্ভিনীর নাড়ী পরীক্ষা করা। স্বাভাবিক অবস্থায় প্রসবের প্রথম অবস্থায় নাড়ীর গতি প্রতি মিনিটে ৮০—৯০, দ্বিতীয় অবস্থায় ৮০—১০০ এবং তৃতীয় অবস্থায় ৮০ ৯০ বার স্পন্দিত হওয়া স্বাভাবিক। এতদপেক্ষা অধিক হওয়া উচিত নহে। কিন্তু যদি প্রসবের কোন অবস্থায় ধমনী স্পন্দন ৮০ বার স্পন্দিত হইতে আরম্ভ করিয়া ক্রমে ক্রমে বৃদ্ধি হইয়া ১২০ বার পর্য্যন্ত হইতে থাকে, তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে, ইহা আসন্ন বিপদ নির্দ্দেশক। কোন কোন স্ত্রীলোকের স্বভাবতঃ ধমনী স্পন্দনের সংখ্যা অধিক হইয়া থাকে। আবার কাহারো বা বিশেষ গুরুতর কারণ ব্যতীত—সামান্য কারণেই ধমনী স্পন্দনের সংখ্যা অধিক হইয়া থাকে। তাহা কোন বিপদ নির্দ্দেশক না হইলেও ধাত্রীর পক্ষে কর্ত্তব্য যে, ধমনী স্পন্দনের সংখ্যা অধিক হইতে থাকিলে সে সতর্ক হয়। নাড়ী পূর্ণ, সবল ও মিনিটে ৯০ বার অপেক্ষা কম স্পন্দিত হইলে ধাত্রী নির্ভাবনায় এমন ধারণা করিতে পারে যে, বাহ্যে বা অভ্যন্তরে কোথাও বিশেষ স্রাব হইতেছে না। প্রসবের পর কয়েক দিন পর্য্যন্ত নাড়ীর গতি অপেক্ষাকৃত মৃদু হয়।

উত্তাপ।

তাপমান যন্ত্র দ্বারা দৈহিক উত্তাপ অবগত হওয়া ধাত্রীর পক্ষে অবশ্য কর্ত্তব্য। প্রসূতি নিজে শীতল বোধ করিতেছে, তাহার ত্বক্ আর্দ্র আছে, সুতরাং জ্বর নাই—এরূপ অনুমান সিদ্ধান্ত না করিয়া থারমোমিটার দ্বারা উত্তাপ নিশ্চিত অবগত হওয়াই ভাল। স্বাভাবিক প্রসবে প্রথম হইতে সূতিকাবস্থার শেষ পর্য্যন্ত উত্তাপ স্বাভাবিক থাকাই সাধারণ নিয়ম। অস্বাভাবিক প্রসবে দৈহিক উত্তাপ বৃদ্ধি হইতে পারে। সূতিকাবস্থায় উত্তাপ বৃদ্ধি হইয়াছে। অথচ ঐ বর্দ্ধিত উত্তাপের সহিত প্রসবের কোন সম্বন্ধ নাই। এমত ঘটনাও বিরল নহে। —যেমন প্রসূতির শরীরে পূর্ব্বেই ম্যালেরিয়ার বিষ প্রবেশ করিয়া ছিল, সেই জন্য এই সময়ে জ্বর প্রকাশ পাইল। এইজন্য পূর্ব্বে উত্তাপ জানা থাকিলে জ্বরের কারণ নির্ণয় ও চিকিৎসা করা সহজ হয়।

সন্তান প্রসূত হওয়ার পরেই ধাত্রীর দেখা কর্ত্তব্য যে, অধিক শোণিত স্রাব হইতেছে কিনা? সাধারণ প্রসবেও কিয়ৎ পরিমাণে শোণিত স্রাব হওয়া স্বাভাবিক। কিন্তু কি পরিমাণ শোণিত স্রাব হওয়া সাধারণ ও স্বাভাবিক এবং কি পরিমাণ শোণিত স্রাব হওয়া অসাধারণ ও অস্বাভাবিক—পীড়িত বৈধানিক পরিবর্ত্তনের ফল—তাহা স্থির করিয়া উভয়ের পার্থক্য নিরূপণ করা অসম্ভব বলিলেও অত্যুক্তি হয় না। কারণ স্বভাবতঃই ভিন্ন ভিন্ন প্রসূতির ভিন্ন ভিন্ন পরিমাণ শোণিত স্রাব হইতে দেখা যায়। এবং তাহাই তাহাদের শরীরের পক্ষে স্বাভাবিক। তবে মোটামুটী এই বলা যাইতে পারে যে, সন্তান বহির্গত হওয়ার পরে দেড় কি দুই ছটাক পরিমাণ রক্ত নির্গত হওয়া স্বাভাবিক। তার পরেও আরো রক্ত নির্গত হয়, কিন্তু কত নির্গত হয়, তাহা বলা যায় না। প্রসূতি বিশেষে ইহার পরিমাণ বিভিন্নরূপ হইয়া থাকে। ইহাতে এই এক প্রশ্ন উঠিতে পারে যে, আবশ্যকীয় অপেক্ষা অধিক শোণিত স্রাব হইতেছে কিনা, তাহা কিরূপে স্থির করা যায়? ইহার উত্তরে এই মাত্র বলা যাইতে পারে যে, এক্ষেত্রে নাড়ীর গতিই লক্ষ্য করার প্রধান বিষয়। এই সময়ে যদি নাড়ীর গতি মিনিটে ১০০ হইয়া ক্রমে তাহার সংখ্যা বৃদ্ধি হইতে থাকে, তাহা হইলে বুঝিতে হইবে স্বাভাবিক—আবশ্যকীয় অপেক্ষা অধিক শোণিত স্রাব হইতেছে। নাড়ীর গতি ক্রমে বৃদ্ধি হইতে থাকিলে যদি বাহিরে শোণিত স্রাব নাও দেখা যায়, তাহা হইলে এরূপ অনুমান করিতে হইবে যে, হয়তো শোণিত স্রাব হইয়া জরায়ু বা যোনি মধ্যে জমিয়া থাকিতেছে। অধিক পরিমাণ শোণিত নির্গত হওয়া দেখিতে পাওয়া যাউক আর না যাউক—অধিক শোণিত স্রাব হইতেছে যদি এমত বোধ হয়—নাড়ীর গতি যদি ১০০ হইয়া তাহা ক্রমে বৃদ্ধি হইতে থাকে। তাহা হইলে বিপদ জনক শোণিত স্রাব হইতেছে —এমত স্থির করিয়া তৎক্ষণাৎ তাহার প্রতিবিধানোপায় অবলম্বন করিতে হইবে। উদরোপরি হস্ত দ্বারা জরায়ু বেষ্টন করিয়া ধরিয়া চাপিয়া রাখিবে। জরায়ুর সমস্ত অংশই পরপর হস্ত দ্বারা চাপিয়া ধরা আবশ্যক। নতুবা কেবল মাত্র এক স্থানে মুষ্টিবদ্ধ করিয়া চাপিয়া রাখিলে সুফল হয় না। এই সময়ে

সত্বরে ডাক্তার ডাকিতে পাঠান দরকার। কিন্তু ডাক্তার ডাকিতে পাঠাইয়া ধাত্রীর পক্ষে নিশ্চেষ্ট হইয়া বসিয়া থাকা উচিত নহে। কারণ, অধিক শোণিত স্রাব হইলে অল্প সময় মধ্যে বিপদ ঘটিতে পারে। এইজন্য ধাত্রীর যতদূর সাধ্য শোণিত স্রাব বন্ধ করার চেষ্টা করা উচিত। জরায়ুর উপর চাপ দিয়া রাখায় যদি শোণিত স্রাব বন্ধ না হয় তাহা হইলে উদরোপরি—জরায়ুর উপরে—উপর হইতে নিম্ন দিকে হস্ত বুলাইয়া—সঙ্কাপ দিয়া ফুল বাহির করিতে চেষ্টা করিবে। ইহাতেও ফুল বাহির না হইলে হস্ত উত্তমরূপে পরিষ্কার—তাহার পচন দোষ বিনষ্ট করিয়া জরায়ু গহ্বরে প্রবেশ করাইয়া ফুলের উপর কিনারা পর্য্যন্ত লইয়া যাইবে। ফুলের কতকাংশ যদি জরায়ুর গাত্র হইতে পৃথক হয় এবং অপর কতক আবদ্ধ থাকে—তাহা হইলেই এইরূপ অধিক শোণিত স্রাব হয়। তজ্জন্য সমস্ত ফুল জরায়ুর গাত্র হইতে বিযুক্ত করা আবশ্যক। ফুল জরায়ুর গাত্র হইতে বিযুক্ত হইলে উদরোপরি যে হস্ত আছে—সেই হস্তের সঙ্কাপ দিয়া জরায়ুর মধ্যস্থিত হস্তের সাহায্যে ফুল বহির্গত করিয়া আনিবে। ফুল বহির্গত করার জন্য বাহিরের হস্ত দ্বারা ঊর্দ্ধ হইতে নিম্ন মুখে সঙ্কাপ দেওয়ার যেমন সুবিধা পাওয়া যায়, কেবল মধ্যস্থিত হস্ত দ্বারা তত সুবিধা পাওয়া যায় না। ফুল বহির্গত হইয়া গেলেই শোণিত স্রাব বন্ধ হয়। কিন্তু তাহাতেও যদি শোণিত স্রাব বন্ধ না হয় এবং এই সময় মধ্যে যদি ডাক্তার না আইসে, তাহা হইলে ১২০°F ডিগ্রি উত্তপ্ত জল জরায়ু গহ্বর মধ্যে পিচকারি দ্বারা ৪।৫ পাইন্ট প্রয়োগ করিবে। অনেক স্থলেই ধাত্রীর নিকটে জলের উত্তাপ নির্ণয় করার তাপমান যন্ত্র থাকে না। তদ্রূপ স্থলে উত্তপ্ত জলে হস্ত দিয়া যে পরিমাণ অধিক উত্তাপহস্তে সহ্য হয় তাহাই প্রয়োগ করিবে। তদপেক্ষা অধিক উত্তপ্ত জল প্রয়োগ করিবে না। কারণ তদপেক্ষা অধিক উত্তপ্ত জলে উপকার না হইয়া অপকার হয়।

উত্তপ্ত জলের পিচকারী দেওয়ার পূর্ব্বেই পূর্ণ মাত্রায় এক মাত্রা আর্গট সেবন করাইবে। অনেক ধাত্রীই প্রসবের পর শোণিত স্রাব বন্ধ হইবে মনে করিয়া ফুল পড়ার পরেই এক মাত্রা আর্গট সেবন করাইয়া থাকে। কিন্তু সকল স্থলেই সাধারণ নিয়মের মত আর্গট প্রয়োগ করা আবশ্যক করে না। কেবল যে স্থলে শোণিতস্রাব হয় সেই স্থলে আর্গট প্রয়োগ করা আবশ্যক। অথবা যে প্রসূতির অধিক শোণিত স্রাব হইবে—এমন ধাত্রীর জানা থাকে, সেই স্থলেও আর্গট প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

সন্তান প্রসব হইল অথচ একটুও শোণিত স্রাব হইল না। তদ্রূপ স্থলে ফুল সম্পূর্ণ আবদ্ধ হইয়া আছে এমন অনুমান করিবে। এইরূপ অবস্থায় যদি ফুল জরায়ুর গাত্রে সম্পূর্ণ সংলগ্ন থাকে, যদি শোণিত স্রাব না হয়, যদি নাড়ী বরাবর মৃদু থাকে, তাহা হইয়া স্বভাবের উপর নির্ভর করিয়া এক ঘণ্টা কাল অপেক্ষা করিয়া বসিয়া থাকিবে।

কিন্তু যদি ঐ সময়ের মধ্যে ফুল না পড়ে, নিজে যদি ফুল বাহির করিতে না পারে। যদি বেদনা না থাকে, তাহা হইলে কোন

গোলমাল আছে মনে করিয়া ডাক্তার ডাকিবে।

Dr. Runge মহাশয় বলেন—প্রসবান্তে শোণিতস্রাব যে, কেবল মাত্র জরায়ুর গাত্রের ফুলসংলগ্ন স্থান হইতেই হয়, তাহা নহে। তজ্জন্য কোথা হইতে শোণিত স্রাব হইতেছে, তাহা পরীক্ষা করিয়া দেখা কর্ত্তব্য। ডাক্তার আসিবেন, তিনি আসিয়া যাহা হয় করিবেন,—এই আশায় বসিয়া থাকিলে হয় তো অধিক শোণিত স্রাব জন্য পোয়াতী অবসন্ন হইয়া পড়িতে পারে—তজ্জন্য সত্বরে শোণিত স্রাব বন্ধ করার জন্য বিশেষ চেষ্টা করা আবশ্যক। বিশেষ চেষ্টা করিতে হইলেই শোণিত স্রাবের স্থান ইত্যাদি জ্ঞাত হওয়া আবশ্যক।

জরায়ু মধ্যে ফুল সংলগ্নের স্থান ব্যতীত জরায়ু ফাটিয়া যাওয়া, জরায়ুগ্রীবা ফাটিয়া যাওয়া, যোনি মধ্যে ও যোনিদ্বারের পেরিনিয়মের কোন স্থান ফাটিয়া ছিঁড়িয়া গেলেও শোণিত স্রাব হইতে পারে। যোনি মধ্যে স্ফীত শিরা থাকিলে তাহাতে ক্ষত হওয়ার জন্যও শোণিতস্রাব হইতে পারে। কিন্তু এইরূপ ঘটনা অতি বিরল। তবে সাধারণতঃ জরায়ুর গাত্রে ফুল সংলগ্নের স্থান হইতেই শোণিত স্রাব হইয়া থাকে। এবং জরায়ুর সঙ্কোচন শক্তির হ্রাসই ইহার প্রধান কারণ। ধাত্রী বা ডাক্তার যদি বেঁতাল ব্যথা উৎপাদনের আশায় জরায়ুর মধ্যে হস্তদিয়া অত্যধিক নাড়াচাড়া করেন তাহা হইলেও শোণিত স্রাব অধিক হওয়া অসম্ভব নহে। পরীক্ষা করার প্রারম্ভেই মূত্রাশয়ে মূত্র বহির্গত করিয়া দেওয়া কর্ত্তব্য।

ফুল জরায়ু গাত্র হইতে পৃথক হইয়াছে কিনা, তাহা স্থির করার জন্য দক্ষিণহস্ত দ্বারা ফুলের নাড়ী ধরিয়া সম্মুখ দিকে টানিয়া আনিবে। এই সময়ে বামহস্ত পেটের উপরে—জরায়ুর উপরের অংশে স্থাপন করিয়া—জরায়ুকে বস্তিগহ্বর মধ্যে চাপিয়া আনিবে—এইরূপ ভাবে ফুলের নাড়ী ধরিয়া টানিলে নাড়ীর অধিকাংশ যোনিদ্বারের বহির্দ্দেশে আইসে। আবার উদরোপরিস্থিত হস্তের সঞ্চাপ উঠাইয়া লইলেই ফুলের নাড়ীর অনেক অংশ যোনিমধ্যে প্রবেশ করে। ফুলের নাড়ী এরূপ বলে টানিতে হয় যে, তাহা যেন বেশ সটান হয় অথচ ছিঁড়িয়া না যায়। ফুল যদি জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশে সংলগ্ন থাকে তাহা হইলেই এইরূপ হইতে দেখা যায়। নতুবা হয় না। ফুল যদি জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশে সংলগ্ন না থাকিয়া নিম্নের কোন স্থানে সংলগ্ন থাকে, তাহা হইলে জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশ গোলাকার কঠিন পদার্থের ন্যায় অনুভব করা যায় এবং নিম্নের যে অংশে ফুলসংলগ্ন আছে সেই অংশ কোমল বিস্তৃত দলার ন্যায় অনুভব করা যায়। উভয়ের পার্থক্য সুস্পষ্ট অনুভূত হয়।

শোণিতস্রবের আশঙ্কা থাকিলে সন্তান বহির্গত হওয়ার পরেই—জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশের উপরে উদরোপরি হস্ত স্থাপন করিয়া পাঁচ-মিনিট পরে পরেই যোনিমুখে দেখিতে যে, শোণিত স্রাব হইতেছে কিনা, এই সময়ে হস্ত দ্বারা জরায়ুকে সঞ্চাপিত করা বা টিপিয়া দেওয়া অনুচিত। আদ ঘণ্টা অপেক্ষা করিলেও যদি ফুল না পড়ে, ও বেদনা না থাকে এবং শোণিত স্রাব না হয়, তবে আবার বেদনা আইসার অপেক্ষা করিতে হয়। কিন্তু যদি

জরায়ুর আকুঞ্চনের দুর্ব্বলতাসহ শোণিতস্রাব হইতে থাকে, তাহা হইলে উপরিস্থিত হস্ত সঞ্চালিত করিয়া জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশে ঘর্ষণ করিয়া উত্তেজনা প্রদান করিবে। জরায়ু সংকুচিত হইতে আরম্ভ করিলেই হস্তসঞ্চালন বন্ধ করিবে। এবং দেখিবে যে, শোণিত স্রাব বন্ধ হইল কিনা, শোণিত স্রাব বন্ধ না হইলে পুনর্ব্বার হস্ত সঞ্চালন আরম্ভ করিবে। হস্তের থাবাদ্বারা জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশ চাপিয়া ধরিবে। উভয় হস্ত দ্বারা চাপিয়া ধরিয়া বস্তিগহ্বরের অভিমুখে ধীরে ধীরে টিপিয়া আনিবে। এই হস্ত সঞ্চালন প্রক্রিয়ায় শোণিতস্রাব বন্ধ হয়। এই হস্তসঞ্চালন প্রক্রিয়ায় শোণিত স্রাব বন্ধ না হইলে জরায়ু মধ্যে হস্ত প্রবেশ করাইয়া ফুল বহির্গত করার জন্য অনেকে উপদেশ দিয়া থাকেন। ডাক্তার Runge এর মতে ঐরূপ করা অনুচিত। ইহার মতে জরায়ুমধ্যে হস্ত প্রবেশ না করাইয়া উক্ত প্রণালীই পুনঃ পুনঃ অবলম্বন করা আবশ্যক। অর্থাৎ কয়েক মিনিটকাল প্রথমে জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশে ঘর্ষণ দ্বারা উত্তেজনা প্রদান করতঃ উভয় হস্তদ্বারা তাহা চাপিয়া ধরিয়া ক্রমে ক্রমে বস্তিগহ্বরের অভিমুখে টিপিয়া আনিবে। একটু বিশ্রাম দিবে, আবার ঐরূপ করিবে। কয়েকবার এইরূপ করিলেই শোণিতস্রাব বন্ধ হয়; কিন্তু তাহাতেও যদি শোণিত স্রাব বন্ধ না হয়, তাহা হইলে পোয়াতীর সংজ্ঞাহরণ করিয়া পুনর্ব্বার ঐ প্রক্রিয়াই অবলম্বন করিবে। এবং ইহাতেই উদ্দেশ্য সফল হইবে। কিন্তু ইহাতেও অকৃতকার্য্য হইলে অর্থাৎ শোণিতস্রাব বন্ধ না হইলে, তৎপর জরায়ুমধ্যে হস্ত প্রবেশ করাইয়া ফুল বাহির করিতে হয়। কিন্তু এইরূপ ঘটনা অতি বিরল—অধিকাংশ স্থলেই জরায়ুমধ্যে হস্ত প্রবেশ না করাইয়া—কেবল মাত্র জরায়ুর উপরে ঘর্ষণ, চাপণ, এবং টেপন দ্বারাই ফুল বহির্গত এবং শোণিতস্রাব বন্ধ হইয়া থাকে। এই প্রক্রিয়া যথেষ্ট সময় পর্য্যন্ত প্রয়োগ করিয়া অকৃতকার্য্য হইলে তৎপর জরায়ুগহ্বরে হস্ত প্রবেশ করাইয়া অঙ্গুলীদ্বারা জরায়ুগাত্র হইতে ফুল বিযুক্ত করিতে হয়। অঙ্গুলীর অন্তদ্বারা ফুলের কিনারা হইতে আরম্ভ করিয়া ফুল বিযুক্ত করিতে হয়। সামান্য একটু অংশ আবদ্ধ থাকিলে তাহা নখের দ্বারা চাঁছিয়া বাহির করিতে হয়। ফুল সমস্তই বহির্গত হইয়া গেলে নিঃসন্দেহ হওয়ার জন্য জরায়ুগহ্বরের সমস্ত অংশই পুনর্ব্বার পরীক্ষা করিয়া দেখিবে। এবং কোনও একটু আবদ্ধ ফুলের টুকরা পাইলে তাহাও ঐ প্রণালীতে বহির্গত করিয়া জরায়ুগহ্বর বিশুদ্ধ জলধারা দ্বারা ধৌত করিয়া দেওয়ার পর একটু অপেক্ষা করিয়া দেখিবে যে, পুনর্ব্বার শোণিতস্রাব হয় কিনা, হইলে পুনর্ব্বার পূর্ব্ব প্রণালীতে Cotyleten or succenturiate ফুলের কোন অংশ আবদ্ধ আছে মনে করিয়া পুনর্ব্বার হস্ত প্রবেশ করাইয়া ঐ সমস্তের অনুসন্ধান করিয়া কিছু পাইলে তাহা বহির্গত করিয়া পুনর্ব্বার জলধারা দ্বারা জরায়ুগহ্বর ধৌত করিবে।

জরায়ুগহ্বরে হস্তদিতে হইলে সেই হস্তের বিশেষরূপে পচননিবারক দোষ নষ্ট করিয়া লইতে হয়। তাহা যেন বিস্মরণ না হয়।

উক্ত প্রক্রিয়ায় শোণিতস্রাব বন্ধ না হইলে বুঝিতে হইবে যে, শোণিতস্রাবের কারণ জরায়ুর দুর্ব্বলতা। ফুলের কোন অংশ আবদ্ধ থাকা শোণিত স্রাবের কারণ নহে।

উল্লিখিত প্রক্রিয়ায় উদ্দেশ্য সিদ্ধ না হইলে—জরায়ুর দুর্ব্বলতা নষ্ট করারজন্য উদরোপরি ঘর্ষণ, সঞ্চাপ ইত্যাদির বিষয় বলা হইয়াছে তাহাও এইঅবস্থায় উপকারী। পরন্তু আর্গটিন বা তদ্রূপ অপর কোন ঔষধ দ্বারা জরায়ুর সঙ্কোচন উপস্থিত করার জন্য প্রয়োগ করিবে। পূর্ব্বোল্লিখিত মতে উষ্ণজল ধারাও এই সময় প্রয়োগ করিতে হয়।

ইহাতেও শোণিতস্রাব বন্ধ না হইলে জরায়ু গহ্বর বিশুদ্ধ গজ দ্বারা পরিপূর্ণ করিয়া দিতে হয়।

দুইটী চেপ্টা ফলক যুক্ত স্পেকুলম যোনি মধ্যে প্রবেশ করাইয়া দুইটী ভল্‌সেলম জরায়ু মুখের ওষ্ঠে বিদ্ধ করিয়া জরায়ুগ্রীবা টানিয়া আনিতে হয়। স্পেকুলমের উপর দিয়া উপযুক্ত প্রশস্ত গজের এক অন্ত জরায়ুগহ্বরের উর্দ্ধাংশে দক্ষিণ কোণে স্থাপন করিয়া উপরের প্রত্যেক কোণে গজ চাপিয়া দিয়া ক্রমে ক্রমে উপর হইতে পূর্ণ করিয়া নিম্নদিকে পূর্ণ করিয়া আনিতে হয়। জরায়ুগহ্বর গজ দ্বারা এমত ভাবে পূর্ণ করিতে হয় যে, তাহার কোন স্থান ফাঁক না থাকে। জরায়ুগহ্বর পূর্ণ হইলে তৎপর যোনিগহ্বর গজ দ্বারা পূর্ণ করিয়া দিলেই শোণিতস্রাব বন্ধ হয়। এইরূপে গজদ্বারা জরায়ুগহ্বর পূর্ণ করার নাম plugg করা। ইহাতেই শোণিতস্রাব বন্ধ হয়।

উল্লিখিত প্রক্রিয়ায় শোণিত স্রাব বন্ধ না হইলে জরায়ুর উর্দ্ধাংশের একটু উপরে—উদর প্রাচীরোপরি একটী উপযুক্ত গদিস্থাপন করিয়া তাহার উপরে একটী রবারের নল দিয়া কটি বেষ্টন করিয়া কষিয়া বাঁধিলে এরূপ ভাবে কষিয়া বাঁধিতে হইবে যে, ফেমরাল ধমনীর স্পন্দন বন্ধ হয়, শোণিত স্রাব তৎক্ষণাৎ বন্ধ হয়। কয়েক ঘণ্টা এইরূপে বাঁধিয়া রাখিলেও কোন অনিষ্ট হয় না।

উদরোপরি নাভীর সন্নিকটে নিম্নে মধ্য রেখায় অঙ্গুলীদ্বারা সঞ্চাপ দিয়া উদরের বৃহৎ ধমনী মেরুদণ্ডের উপর চাপিয়া রাখিলে জরায়ুর শোণিত স্রাব বন্ধ হয়। এইরূপে অনেকক্ষণ পর্য্যন্ত শোণিত স্রাব বন্ধ করিয়া রাখা যায়। এক জনের অঙ্গুলীর দ্বারা অধিকক্ষণ চাপিয়া রাখা অসম্ভব। এই জন্য এক জনের পর আর, তার পর আর এক জনের এই কার্য্যে নিযুক্ত হওয়া উচিত।

জরায়ুর উপর প্যাড্ স্থাপন করিয়া কষিয়া পটী বাঁধিয়া রাখিলেও শোণিত স্রাব বন্ধ হইতে পারে।

উল্লিখিত কোন উপায়েই যদি শোণিতস্রাব বন্ধ না হয়, তাহা হইলে বুঝিবে যে, শোণিত স্রাবের স্থান জরায়ু গহ্বর নহে। অপর কোন স্থান হইতে—যেমন, ক্লাইটোরিস্, যোনি মধ্যস্থিত স্ফীত শিরা, জরায়ু গ্রীবা, যোনি প্রাচীর ইত্যাদি কোন স্থানের বিদারণ হইতে শোণিত স্রাব হইতেছে, সেই স্থান সেলাই করিয়া দিলেই শোণিত স্রাব বন্ধ হয়।

জরায়ু বিদারণ জন্য যে শোণিত স্রাব হয়, তাহার জন্য হয় তো জরায়ুর উচ্ছেদ সাধন করিতে হয়। কিন্তু উপযুক্ত হস্পিটাল

ভিন্ন ঐ কার্য্য হইতে পারে না। তবে আশু উপশমের জন্য জরায়ু মধ্যে প্লগ করা উচিত।

শোণিতস্রাব জন্ত পোয়াতী অবসন্ন হইয়া পড়িলে হৃদপিণ্ডের উত্তেজক ঔষধ দেওয়া নিষেধ। ক্যাম্ফার, ডিগেলন বা তদ্রূপ ঔষধ দিতে হয়।

শিরা মধ্যে বা ত্বক নিম্নে লাবণিক দ্রব প্রয়োগ করাই সর্ব্বাপেক্ষা ভাল।

হস্ত পদে কষিয়া ব্যাণ্ডেজ বাঁধিয়া দিতে হয়।

প্রসবান্তে শোণিত স্রাব নিবারণ জন্য এত অধিক বিষয় উল্লেখ করার উদ্দেশ্য এই যে, ইহাতে অল্প সময় মধ্যে অধিক বিপদ উপস্থিত হয়। তজ্জন্য ধাত্রীব সমস্ত বিষয় জানা থাকিলে—ডাক্তার আসিতে বিলম্ব হইলে ধাত্রী নিজেই অনেক সময়ে প্রসূতির জীবন রক্ষার জন্য চেষ্টা করিতে পারে।

প্রসবে বিলম্ব।

প্রথমাবস্থা।

পান মুচী অভগ্ন থাকিলে প্রথমবস্থা সম্পূর্ণ হইতে যতই বিলম্ব হউক না কেন, তজ্জন্য ব্যস্ত হওয়া উচিত নহে। কারণ, পানমুচী অক্ষত থাকিলে সন্তান মাতার শরীর হইতে পরিপোষণ প্রাপ্ত হয় এবং পানমুচী জল পূর্ণ থাকায় জরায়ুর আকুঞ্চনের সন্তাপ সন্তানের উপর পড়িতে পারে না। সুতরাং বিপদের আশঙ্কা নাই। এই প্রথম অবস্থা ভিন্ন ভিন্ন সময় স্থায়ী হয়। প্রথম পোয়াতীর এই অবস্থা অনেকক্ষণ স্থায়ী হয়। পরে যত সন্তান হইতে থাকে, তত প্রথম অবস্থার স্থায়িত্ব হ্রাস হইতে থাকে। সাধারণতঃ বহু সন্তানের মাতা অপেক্ষা প্রথম সন্তানের মাতার প্রসবের অবস্থা সম্পূর্ণ হইতে অধিক সময় লাগে। মোটামুটী হিসাবে এইরূপ বলা যাইতে পারে যে, প্রথম পোয়াতীর ২৪ ঘণ্টা এবং অপর পোয়াতীর প্রায় ১২ ঘণ্টা কাল প্রসবের প্রথম অবস্থা স্থায়ী হওয়া সাধারণ নিয়ম। কিন্তু এমন দেখা গিয়াছে যে, এই প্রথম অবস্থা এক পক্ষ কাল স্থায়ী হইয়াছে এবং তাহাতে কোন মন্দ ফল হয় নাই। বিলম্বের স্থলে প্রায়ই দেখিতে পাওয়া যায় যে, তদ্রূপ পোয়াতীর বেদনা প্রবলও হয় না এবং ঘন ঘন উপস্থিতও হয় না। জরায়ুর দুর্ব্বলতাও এই প্রাথমিক অবস্থাব বিলম্ব হওয়ার কারণ। এইরূপ হইলে পোয়াতী নিজে এবং তাহার আত্মীয় বন্ধুগণ ব্যস্ত ও ভীত হইয়া বেদনা প্রবলহওয়াবজন্য ও প্রসব কার্য্য শীঘ্র সম্পন্ন করার জন্য উপায় অবলম্বন করিতে অনুরোধ করে। কিন্তু এই অবস্থায় যদি পোয়াতীর দৈহিক উত্তাপ ও নাড়ীর গতি স্বাভাবিক থাকে—অর্থাৎ সুস্থ থাকে, তাহা হইলে ব্যস্ত হইয়া কোন উপায় অবলম্বন করা বিধেয় নহে। কিন্তু এই সময়ে যদি পোয়াতী অস্থির ও উত্তেজিতা হয়, বা তাহার নাড়ীর গতি বা দৈহিক উত্তাপ বৃদ্ধি হইতে থাকে, তাহা হইলে বেদনা বৃদ্ধি হওয়ার জন্য অসময়ে পানমুচী ভাঙ্গিয়া দিতে হয়। তজ্জন্য ধাত্রীর পক্ষে ডাক্তার ডাকা কর্ত্তব্য। অসময়ে পানমুচী ভাঙ্গিয়া যাওয়ার বিষয় পূর্ব্বে উল্লেখ করা হইয়াছে, এ ক্ষেত্রেও তদ্রূপ হইতে পারে। এইরূপ অবস্থায় পোয়াতী যদি বলে যে, জল ভাঙ্গিয়াছে, তাহা হইলে

তৎপ্রতি বিশেষ মনোযোগ প্রদান করিতে হইবে। পোয়াতী যদি বলে যে, তখনও জল ভাঙ্গিতেছে, তাহা তৎক্ষণাৎ পরীক্ষা করিয়া দেখিবে যে, সেই স্রাব যথার্থ লাইকর এমনিনই কি না। কারণ, অনেক সময় এমনও হইয়াছে যে, পোয়াতী প্রস্রাব করিয়াছে। কিন্তু সে মনে করিতেছে যে, পানমুচীর জল আসিতেছে। তজ্জন্য প্রস্রাব কি না, তাহাও পরীক্ষা করিয়া দেখিবে। ঐ স্রাব জল, কি প্রস্রাব ; যদি তাহা স্থির করিতে না পারে, তাহা হইলে বেদনার সময়ে পরীক্ষা করিয়া দেখিবে যে, সন্তানের থলীর আগত অংশ টন্‌টনে কঠিন হয় কি না।

জরায়ুর গ্রীবার কঠিনতার জন্য প্রসবের প্রথম অবস্থা সম্পূর্ণ হইতে বিলম্ব হয়। এই কঠিনতা নানা কারণে উপস্থিত হইতে পারে—যেমন গ্রীবার পৈশিক সূত্রের আক্ষেপ, ক্ষত শুকের কঠিন গঠন, সৌত্রিক অর্ব্বুদাদি নবজাত গঠন, কর্কট পীড়া ইত্যাদি ইহার কোন একটী বর্ত্তমান থাকিলেই জরায়ু গ্রীবা প্রসারিত হইতে অনেক বিলম্ব হয়। সন্তানের অগ্রবর্ত্তী অংশ অস্বাভাবিক ভাবে অবস্থিত হইলেও প্রথম অবস্থা সম্পূর্ণ হইতে বিলম্ব হয়। সুদীর্ঘ জরায়ু গ্রীবা প্রসারিত হইতে বিলম্ব হয়। জরায়ু গ্রীবা লম্বমান সুদীর্ঘ হইলে তাহা যোনি মধ্যে অনুভব করা যায়। ইহা আজন্ম হইয়া থাকে। লম্বমান অংশ যদি যোনির উপরে অবস্থিত হয়, যোনি মধ্যে তাহা অনুভব করা না যায় তাহা হইলে বুঝিতে হইবে—অস্বাভাবিক—যেন কখন জরায়ু গ্রীবা যোনি মুখের বাহিরে আইসে। এই সমস্ত স্থলে ডাক্তারের সাহায্য আবশ্যক। কারণ কৃত্রিম উপায়ে জরায়ু গ্রীবা প্রসারিত করিতে হয়।

কোন কোন পোয়াতীর জরায়ুগ্রীবা সম্পূর্ণ প্রসারিত হওয়ার পর পানমুচী ভাঙ্গে না। পূর্ব্বে বলা হইয়াছে—স্বাভাবিক প্রসব কার্য্যে—জরায়ুগ্রীবা সম্পূর্ণ প্রসারিত না হওয়া পর্য্যন্ত কৃত্রিম উপায়ে পানমুচী ভাঙ্গা অনুচিত কিন্তু জরায়ুগ্রীবা সম্পূর্ণ প্রসারিত হইলে পানমুচী যত শীঘ্র ভাঙ্গিয়া দেওয়া যায়, ততই ভাল। কখন কখন এমনও দেখিতে পাওয়া যায় যে, অভগ্ন পানমুচীসহ সন্তান বহির্গত হইয়া আসিয়াছে—থুপ্ করিয়া ছেলে শুদ্ধ থলী পড়িয়াছে, তবুও থলী ভাঙ্গে নাই—ইহা অনেকেই শুনিয়াছেন। এইরূপ ঘটনা হইলে তৎসহ যদি জরায়ুর গাত্র হইতে ফুল বিযুক্ত হইয়া থাকে—তাহা হইলে থলী চিরিয়া সন্তান বহির্গত করিতে বিলম্ব হইলে। থলীর জলের মধ্যে সন্তান ডুবিয়া থাকার দরুণ অত্যল্প সময় মধ্যে সন্তানের মৃত্যু সম্ভাবনা। এইজন্য যত শীঘ্র সম্ভব থলী চিরিয়া সন্তান বহির্গত করিবে। পানমুচী যোনি দ্বারের মুখ পর্য্যন্ত বা তথা হইতে বাহির হইয়া আসিয়াছে অথচ তখন পর্য্যন্তও অক্ষত রহিয়াছে—এমন ঘটনাও বিরল।

দ্বিতীয় অবস্থা।

প্রসবের দ্বিতীয় অবস্থা সম্পূর্ণ হইতে বিলম্ব হওয়া বিপদ জনক। সন্তানের মস্তক নিম্নাবতরণ করিয়া বস্তিগহ্বর মধ্যে আসিয়াছে, জরায়ুগ্রীবা ও যোনি প্রণালী সম্পূর্ণ প্রসারিত হইয়াছে। অথচ আশ পাশের গঠন সঙ্কাপিত

করিয়া রাখিয়াছে—এইজন্য বিলম্ব হইতে পারে। পোয়াতী বিশেষে এই দ্বিতীয় অবস্থার ভোগ কাল নানারূপ কম বেশী হইতে পারে। তবে প্রথম পোয়াতী দুই তিন ঘণ্টা, পুরাতন পোয়াতী হইলে এক হইতে দুই ঘণ্টার বেশী স্থায়ী হইতে দেখা যায় না। প্রথম অবস্থা বিলম্ব হওয়ার কারণ যেমন বেদনার অল্পতা বা জরায়ুর প্রাথমিক দুর্ব্বলতা। ইহাতেও তদ্রূপ। এতৎসহ পোয়াতীর সাধারণ দুর্ব্বলতা বা অবসন্নতা থাকিতে পারে। তজ্জন্য দেখিতে হইবে যে, পোয়াতী হৃষ্টাপুষ্টা বলিষ্ঠা কিম্বা তাহার বিপরীত। দুর্ব্বল পোয়াতীর পক্ষে ডাক্তারের সাহায্য লওয়া আবশ্যক। তবে ইহাও জানা উচিত যে, পোয়াতী হয় তো দেখিতে অত্যন্ত রুগ্না। কিন্তু তাহার প্রসব বেদনা অত্যন্ত প্রবল হইতে পারে। ইহাতে এই বুঝিতে হইবে যে, ইচ্ছিক পেশী দুর্ব্বল হইলেই যে, অনৈচ্ছিক পেশীও দুর্ব্বল হইবে, এমন কোন নিয়ম নাই। অনেক সময়ে এমনও দেখিতে পাওয়া যায় যে, বেদনা খুব প্রবল আছে অথচ প্রসব কার্য্য কিছুই অগ্রসর হইতেছে না। এইরূপ স্থলে বুঝিতে হইবে যে, সন্তান খুব বড়, বা সন্তানের মস্তক খুব বড়—হাইড্রোকেফেলাস, কিম্বা বস্তিগহ্বর সংকীর্ণ অথবা পশ্চাতে আবদ্ধ অক্সিপট অথবা অপর কোন কারণ আছে এবং তজ্জন্য সত্বরে ডাক্তারের সাহায্য লওয়া আবশ্যক।

ধাত্রী হয় তো চেষ্টা করিলে কি জন্য বিলম্ব হইতেছে, তাহা স্থির করিতে পারে। কিন্তু তৎসঙ্গে ইহাও বিবেচনা করিতে হইবে যে, পোয়াতী ক্রমাগত বেদনা সহ্য করিয়া অধৈর্য্য অস্থির ও অবসন্ন হইয়া পড়িতেছে, অথচ প্রসব কার্য্য কিছুই অগ্রসর হইতেছে না। তাহার নাড়ীর গতি ক্রমে বৃদ্ধি হইতেছে, মুখশ্রী যন্ত্রণা ব্যঞ্জক হইয়াছে। ইহার পর বমন ও জ্বর উপস্থিত হওয়ায় সম্ভাবনা বেদনা যদি অল্প হয় এবং পানমুচী যদি ভাঙ্গিয়া জল বহির্গত হইয়া থাকে। অথচ প্রসব কার্য্য অগ্রসর না হয়, তাহা হইলে অবিলম্বে ডাক্তারের সাহায্য লওয়া আবশ্যক। বেদনা প্রবল আছে অথচ সন্তান নামিয়া আসিতেছে না, ইহাতেও ডাক্তারের সাহায্য লওয়া আবশ্যক। বেদনা প্রথম প্রবল থাকিয়া শেষে হ্রাস হইয়া গেলে বুঝিতে হইবে যে, জরায়ুর অবসন্নতা উপস্থিত হইয়াছে। ইহাই জরায়ুর গৌণ দুর্ব্বলতা নামে উক্ত হয়। ইহা অত্যন্ত মন্দ লক্ষণ।

কখন কখন এমন দেখিতে পাওয়া যায়, —প্রবল বেদনায় সময়ে সন্তানের মস্তক বাহির হইয়া পেরিনিয়মে আইসে; আবার বেদনা বন্ধ হইলেই পূর্ব্ব স্থানে উঠিয়া যায়। অনেক ক্ষণ যাবৎ এইরূপ হইতে থাকে। এইরূপ ঘটনা উপস্থিত হইলে বুঝিতে হইবে যে, ফুলের নাড়ী সন্তানের গলায় জড়াইয়া আছে। এইরূপ ঘটনায় সন্তানের জীবন রক্ষার জন্য তৎক্ষণাৎ ডাক্তারের সাহায্য লওয়া আবশ্যক।

অনেক সময়ে বেদনা ভাল করিয়া প্রবল হয় না, বা শীঘ্র শীঘ্র হয় না অথবা বেদনা হইলেও তাহার কোন কার্য্য হয় না। তদ্রূপ অবস্থায় মূত্রাশয় মধ্যে ক্যাথিটার প্রবেশ করিয়া মূত্র বহির্গত করিয়া দিলে শীঘ্র প্রসব হইতে দেখা যায়।

প্রসবের দ্বিতীয় অবস্থা সম্পূর্ণ হইতে বিলম্ব হওয়ার কারণ বিস্তৃত। সংক্ষেপে

তাহা শৃঙ্খলাবদ্ধ করা কঠিন। তজ্জন্য সংক্ষেপে এই মাত্র বলা যাইতে পারে যে, নূতন পোয়াতীর এই অবস্থা সম্পূর্ণ হইতে তিন চারি ঘণ্টা এবং পুরাতন পোয়াতীর যদি দুই ঘণ্টা মধ্যে প্রসবের দ্বিতীয় অবস্থা সম্পূর্ণ না হয়, তাহা হইলে ডাক্তারের পরামর্শ লওয়াই সৎ পরামর্শ। কারণ এই সময় অধিক বলিয়া সর্ব্বত্র বিবেচনা করা যাইতে পারে না। তবে এই সময়ের মধ্যেও যদি পোয়াতীর নাড়ীর গতি ক্রমে ক্রমে বৃদ্ধি পাইতে থাকে। তাহা হইলে ডাক্তারকে শীঘ্র ডাকাই ভাল।

অত্যন্ত প্রবল যন্ত্রণা দায়ক বেদনা হওয়ার পর পোয়াতী যদি সহসা অবসাদগ্রস্তা হইয়া পড়ে, তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে, জরায়ু বিদীর্ণ হইয়া গিয়াছে। এই অবস্থা উপস্থিত হইলে তৎক্ষণাৎ ডাক্তার ডাকিতে হইবে। জরায়ু বিদীর্ণ হইলে ধাত্রী ও তাহা সহজেই স্থির করিতে পারে—এই অবস্থায় পরীক্ষা করিলে দেখিতে পাওয়া যায় যে, সন্তানের যে অংশ অগ্রবর্ত্তী হইয়া আসিয়াছিল,তাহা পুনর্ব্বার কিছু উপরে উঠিয়া গিয়াছে অথবা একেবারেই অদৃশ্য হইয়াছে। তাহা না হইয়া যদি পূর্ব্ব অবস্থাতেও থাকে তাহা হইলেও সামান্য সঞ্চাপ দিলেই সহজে অভ্যন্তরে প্রবেশ করে। কখন কখন প্রবল বেদনায় ফল এমনও হয় যে, সন্তানও বহির্গত হয় এবং তৎ সঙ্গে সঙ্গে জরায়ুও বিদীর্ণ হয়। এইরূপ ঘটনা হইলে সহসা তাহা স্থির করা যায় না। এমন ঘটনা হইয়াছে যে, জরায়ু বিদীর্ণ হওয়ায় সেই রন্ধ্র পথে অন্ত্র জরায়ু গহ্বরে প্রবেশ করিতে দেখাগিয়াছে। কিন্তু এইরূপ ঘটনা অত্যন্ত বিরল। অনেক সময়ে সামান্য বিদারণ অজ্ঞাত থাকিয়া যায়। তাহা হইলেও এইরূপ ঘটনায় প্রসূতি অত্যন্ত অবসাদগ্রস্তা হয়,—নাড়ী সূত্রবৎ বা অননুভবনীয় হয়। শোণিত স্রাব ও ধাকার জন্য প্রসূতি পাংশুটে বর্ণ হইয়া উঠে। সুতরাং প্রসূতির ঐরূপ অবস্থা উপস্থিত হইলে তৎক্ষণাৎ ডাক্তার ডাকা কর্ত্তব্য।

তৃতীয় অবস্থা।

জরায়ুর দুর্ব্বলতাই প্রসবের তৃতীয় অবস্থা সম্পূর্ণ হইতে বিলম্বের কারণ। সাধারণতঃ এই ঘটনা নানারূপ গৌণ কারণ বশতঃ হইয়া থাকে—তন্মধ্যে প্রসব কার্য্য সম্পন্ন করার জন্য জরায়ু যে গুরুতর পরিশ্রম করে, সেই পরিশ্রমের অবসাদ প্রধান।

ফুল পড়িতে বিলম্ব হইলে কোন্ কোন্ অবস্থায় ধাত্রী নিজের উপর নির্ভর করিয়া বসিয়া থাকিবে এবং কিরূপ অবস্থা উপস্থিত হইলে তৎক্ষণাৎ ডাক্তার ডাকিতে পাঠাইবে—তাহা স্থির করা বড়ই কঠিন। তবে মোটামুটী এই বলা যাইতে পারে যে, যখন সমস্ত অবস্থা ভাল ভাবে হইয়া থাকে—পোয়াতীর নাড়ীর গতি মিনিটে ১০০ অপেক্ষা অল্প—৯০ হইতে ৮০ মধ্যে থাকে, এবং দ্বিতীয় অবস্থা সম্পূর্ণ হওয়ার শেষ সময়ে যতছিল, তাহা অপেক্ষা অল্প হইতেছে, অতিরিক্ত শোণিতস্রাব হওয়া দেখা যাইতেছে না, পোয়াতী পাংশুটে বর্ণ না হইয়া শান্তিলাভ করিয়া শুইয়া আছে, তাহা হইলে ধাত্রী মনে করিতে পারে যে ভয়ের কোন কারণ নাই। কিন্তু তৎপরিবর্ত্তে যদি দেখিতে পায় যে

অত্যধিক শোণিতস্রাব হইতেছে, নাড়ীর গতি মিনিটে ১০০ বার অপেক্ষা অধিক হইতেছে। পোয়াতী পাংশুটে বর্ণ হইয়া ছট্‌ফট্‌ করিতেছে, এবং বেদনা আছে। তাহা হইলে ধাত্রী বুঝিবে যে, ইহা ভাল লক্ষণ নহে। সুতরাং তৎক্ষণাৎ ডাক্তার ডাকিতে পাঠাইবে।

পরন্তু এই অবস্থায় কেবল মাত্র ডাক্তার ডাকিতে পাঠাইয়া নিশ্চিন্ত হইয়া বসিয়া থাকিলে চলিবে না। কি উপায়ে জরায়ুর আকুঞ্চন উপস্থিত করা যায়, ফুল বহির্গত করা যায় এবং শোণিতস্রাব বন্ধ করা যায় তাহার চেষ্টা করিতে হইবে।

পোয়াতী যদি ভাল অবস্থায় থাকে, তাহা হইলে আপনা হইতে ফুল পড়ার জন্য অন্ততঃ পক্ষে এক ঘণ্টাকাল অপেক্ষা করিবে। সাধারণতঃ কয়েক মিনিট হইতে ত্রিশ বা চল্লিশ মিনিট মধ্যে পোয়াতীর বেদনা আরম্ভ হইয়া ফুল বহির্গত করিয়া দেয়। কিন্তু এক ঘণ্টার মধ্যেও যদি ফুল না পড়ে, তবে বুঝিতে হইবে যে, ইহা অস্বাভাবিক। যদি একেবারেই শোণিতস্রাব না হয়, তাহা হইলে বুঝিবে যে, জরায়ুগাত্রের যে অংশ ব্যাপিয়া ফুল লাগিয়াছিল, তৎসমস্ত অংশেই ফুল সংলগ্ন আছে—একটু অংশও জরায়ুগাত্র হইতে বিচ্যুত হয় নাই। আবার এমনও হইতে পারে যে, জরায়ুর মধ্যাংশ মাত্র সঙ্কুচিত হইয়াছে, উপরের এবং নিম্নাংশ সঙ্কুচিত হয় নাই এবং উপরের অংশে ফুল আবদ্ধ হইয়াছে। আবদ্ধ স্থানের নিম্নাংশ মাত্র সঙ্কুচিত হওয়ায় তাহা বহির্গত হইয়া আসিতে পারিতেছে না।

জরায়ু দুর্ব্বল হইয়া পড়িয়া থাকিলে হস্ত-দ্বারা চাপিয়া ধরিয়া টিপিয়া উত্তেজনা উপস্থিত করা যাইতে পারে। কিন্তু জরায়ুকে কিছুকাল বিশ্রাম করিতে না দিয়া এইরূপ উত্তেজনা প্রদান করা নিষেধ। তবে অধিক শোণিত স্রাব হইতে থাকিলে সে স্বতন্ত্র কথা।

এই সময়ে অতি সাবধানে কার্য্য না করিলে অনেক সময়ে পোয়াতীর জীবন নষ্ট হইতে পারে। তজ্জন্য কোনরূপ সন্দেহ হইলেই অবিলম্বে ডাক্তার ডাকা ধাত্রীর পক্ষে অবশ্য কর্ত্তব্য।

পেরিনিয়ম।

প্রসব কার্য্য শেষ হইলেই পেরিনিয়ম পরীক্ষা করিয়া দেখা কর্ত্তব্য। প্রথম পোয়াতীর পেরিনিয়ম বিদীর্ণ হওয়া অতি সাধারণ। তজ্জন্য পেরিনিয়ম পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য। পশ্চাৎ ফরসেট ও পেরিনিয়ম অগ্রসম্মুখ অংশই প্রায় বিদীর্ণ হয়, এবং সামান্য মাত্র বিদীর্ণ হইলে কিছুই হয় না—অর্থাৎ আপনা হইতে শুকাইয়া যায়। কিন্তু বিদারণ যদি বৃহৎ হয়, তাহা হইলে ডাক্তার ডাকিয়া সেলাই করিয়া দিতে হয়। অনেক স্থলে এমন হয় যে, অভ্যন্তরে বিদীর্ণ হইয়াছে অথচ বাহির হইতে তাহা দেখা যাইতেছে না। তজ্জন্য হস্ত বিশুদ্ধ করিয়া যোনিমধ্যে অঙ্গুলী দিয়া পরীক্ষা করিয়া দেখিতে হইবে যে, কোনস্থান ফাটিয়া গিয়াছে কিনা।

সন্তান।

সন্তান ভূমিষ্ট হইয়াই কাঁদিয়া উঠা স্বাভাবিক নিয়ম। এই ক্রন্দনের ফলে নিশ্বাস প্রশ্বাস কার্য্য আরম্ভ হয়। সন্তান বাহির হইয়া

আসিলেই তাহার ত্বকে বাতাস লাগে, এই বাতাস অপেক্ষাকৃত শীতল, তৎস্পর্শে স্পর্শ বোধক স্নায়ুর উত্তেজনা উপস্থিত হয়। অপর দিকে অভ্যন্তরে শ্বাস প্রশ্বাস কেন্দ্রের—মেডুলা অবলংগেটার অম্লজান বিহীন শোণিত যাইয়া উত্তেজনা উপস্থিত করে। এই উভয় উত্তেজনার ফলে প্রশ্বাস গ্রহণ করায় প্রথম উদ্যমের ফল ক্রন্দন। সর্ব্ব প্রথমে প্রশ্বাসের উদ্যম ক্রন্দনহইতে পারে। তবে অধিকাংশ স্থলে কয়েকবার নিশ্বাস প্রশ্বাস লইবার পর, ক্রন্দন আরম্ভ হইয়া থাকে। এই কার্য্যে মাতার বিশেষ উপকার হয়—তিনি জানিতে পারেন যে, তিনি জীবিত সন্তান প্রসব করিয়াছেন। ইহাতে তাঁহার মন প্রফুল্ল হয়। প্রসূত সন্তানের প্রথম ক্রন্দন মাতার চক্ষে স্বর্গীয় আলোকের ন্যায় বোধ হয়। এই সময়ে সন্তান মাতার উরুর সংস্পর্শে থাকে, সন্তানের ক্রন্দন, এই স্পর্শজ্ঞান মাতার মনে অপার আনন্দ আনয়ন করে। ইহাতে মাতার আনন্দের যে উত্তেজনা উপস্থিত হয়, সেই উত্তেজনায় জরায়ু সঙ্কুচিত হইতে আরম্ভ হওয়ায় বিশেষ উপকার হয়। কিন্তু যেস্থলে সন্তান প্রসূত হইয়া না কাঁদে, না নড়ে, অর্থাৎ যেস্থলে মৃত সন্তান প্রসূত হয়, সেস্থলে মাতার শরীরে ঠিক উহার বিপরীত ফল প্রদান করে। অর্থাৎ অবসাদ উপস্থিত হওয়ায় জরায়ু শিথিল হইয়া পড়ায় শোণিত স্রাব হওয়ার বিশেষ আশঙ্কা উপস্থিত হয়। এই জন্য অনেক ধাত্রী মৃতসন্তান হইলে মাতাকে তাহা শীঘ্র জানিতে দেয় না। কিন্তু মাতার মন এমনি সন্দেহ যুক্ত যে, সন্তানের ক্রন্দন ও অঙ্গসঞ্চালন না জানিতে পারিলেই সমস্ত অবস্থা বুঝিতে পারে। তজ্জন্য ধাত্রীকে এই বিষয়ে সাবধান হইতে হয়—অর্থাৎ মৃতসন্তান হইলেও মাতা যাহাতে তাহা বুঝিতে না পারে, এমন অবস্থায় সন্তানকে রাখিতে হয়।

সন্তান ভূমিষ্ঠ হইয়া মায়ের উরুদ্বয়ের মধ্যে অবস্থান করিয়া ক্রন্দন করার পাঁচ মিনিট কাল নাড়ী না কাটিয়া তদবস্থায় রাখিয়া দিলে সন্তান কয়েক আউন্স শোণিত পাইতে পারে। কিন্তু শীঘ্র নাড়ী কাটিলে এই উপকার পাওয়া যায় না। তজ্জন্য একটু অপেক্ষা করিয়া নাড়ী কাটাই ভাল।

সন্তান প্রসূত হওয়ার পর পাঁচ মিনিট অতীত হইলে নাড়ী কাটিয়া সন্তান পৃথক করিয়া লইবে।

সন্তান প্রসূত হইয়া যদি শ্বাসপ্রশ্বাস লইবার চেষ্টা না করে, তবে বুঝিতে হইবে যে, সে শ্বাসরোধ হইয়া জন্মগ্রহণ করিয়াছে।

সাধারণতঃ দুই প্রকার শ্বাস রোধ অবস্থা দেখিতে পাওয়া যায়—এক প্রকার অবস্থায় সন্তান নীলবর্ণ ধারণ করে। অপর অবস্থায় সন্তান সাদা বর্ণ হয়।

নীলবর্ণ শ্বাসরোধে সন্তানের সমস্ত শরীর নীলাভ বর্ণ দেখায়। ওষ্ঠ প্রায় কালবর্ণ হয়। এই অবস্থার পরিণাম ফল অনেক সময়েই ভাল হয়। সন্তানের এইরূপ শ্বাসরোধ জন্য নীলবর্ণ হওয়ার কারণ প্রসবের দ্বিতীয় অবস্থা সম্পূর্ণ হওয়ার অব্যবহিত অল্পক্ষণ পূর্ব্বে সন্তানের নাড়ীর শোণিত সঞ্চালনের বিঘ্ন হওয়া বা সম্পূর্ণ রোধ হওয়া। সন্তানের শরীরের শোণিতের অম্লজান সম্মিলন বন্ধ, শিশুর সমস্ত শরীরে শিরার শোণিত সঞ্চালন। কিন্তু

এইরূপে শোণিতে অম্লজানের অভাব হওয়ায় শিশুর শ্বাসপ্রশ্বাস লওয়ায় উদ্যম উপস্থিত হয়—এই উদ্যমের ফলে কখন কখন শিশুর ফুস্‌ফুস মধ্যে শ্লেষ্মা, শোণিত, জল ইত্যাদি প্রবেশ করে। তজ্জন্য এই অবস্থা হইলে অনতিবিলম্বে শিশুর মুখগহ্বরের মধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া ঐ সমস্ত থাকিলে তাহা মুছিয়া বাহির করিয়া দিলে বিশেষ উপকার হয়। এবং অভ্যন্তরে আরও কিছু আছে সন্দেহ করিয়া শিশুর মস্তক নিম্নে ও পা উর্দ্ধে করিয়া ঝুলাইলে যদি ফুস্‌ফুস মধ্যে কিছু থাকে তবে তাহাও বহির্গত হইয়া যাইতে পারে।

আবার কখন কখন এমনও হয় যে দ্বিতীয় অবস্থা সম্পূর্ণ হওয়ার অব্যবহিত পূর্ব্বে হয়তো নাড়ীর উপর কোনরূপ সন্তাপ পড়ায় তাহার শোণিত সঞ্চালন বন্ধ হইয়াছিল। কিন্তু সন্তান বহির্গত হওয়া মাত্র ঐ সন্তাপ দূরীভূত হওয়ায় নাড়ীর শোণিত সঞ্চালন আরম্ভ হইলে সন্তান ফুল হইতে অম্লজান পাইতে আরম্ভ করে। সন্তানের নীলবর্ণ ধারণ করার এইরূপ কারণ কিনা, তাহা স্থির করার জন্য ফুলের নাড়ী পরীক্ষা করিয়া দেখিবে যে, তাহাতে ধমনী স্পন্দন বর্ত্তমান আছে কিনা, হয়তো প্রথমে অত্যন্ত মৃদু সঞ্চালন অনুভব করা যাইতে পারে—কিন্তু এইরূপ মৃদু সঞ্চালন পাইলেও যদি তাহা ক্রমে ক্রমে অধিক হইতে থাকে তাহা হইলেও বুঝিবে যে, সন্তানের জীবনের কোন আশঙ্কা নাই। এমন কি এই সময়ে যদি সন্তান নিশ্বাস প্রশ্বাস লওয়ার উদ্যম নাও করে, তাহা হইলেও তাহার জীবন রক্ষা হইতে পারে।

কিছু সময় এরূপ ভাবে অতীত হইলেই দেখিতে পাইবে, সন্তান নিশ্বাস লওয়ার উদ্যম করিতেছে। তজ্জন্য বিশেষ সাবধান যেন কোনরূপে এই কার্য্যের বাধা না দেওয়া হয়। বায়ু ব্যতীত অপর কিছু নাকে মুখে না যাইতে পারে, তাহা করিবে। এই অবস্থায় ফুলের নাড়ীর স্পন্দন ব্যতীত বাম বক্ষে হৃদ্‌পিণ্ডের স্পন্দনও দেখা যাইতে পারে। পরন্তু এমনও হইতে পারে যে, ফুলের নাড়ীর স্পন্দন নাই অথচ সন্তানের বাম বক্ষে হৃদ্‌পিণ্ডের স্পন্দন দেখা যাইতে পারে।

যদি এমন দেখা যায় যে, ফুলের নাড়ী স্পন্দিত হইতেছে, হৃদ্‌পিণ্ডের স্পন্দনও দেখা যাইতেছে অথচ দুই তিন মিনিট অতীত হইয়া গেল, তত্রাচ সন্তান শ্বাস গ্রহণ করার উদ্যম করিতেছে না এবং প্রথমে ফুলের নাড়ীর স্পন্দন যেরূপ ছিল তদপেক্ষা ক্রমে ক্রমে মৃদু হইয়া আসিতেছে; তাহা হইলে আর বিলম্ব না করিয়া নাড়ী বাঁধিয়া দেওয়া উচিত। এইরূপ অবস্থায় কেহ কেহ বলেন যে, নাড়ী কাটিয়া কিছু রক্ত বাহির করিয়া দিলে অত্যধিক শোণিতপূর্ণ হৃদ্‌পিণ্ডের কিছু শোণিত বাহির করিয়া দিলে উপকার হয়।

নাড়ী কাটিয়া সন্তান পৃথক করিয়া লইয়া কৃত্রিম উপায়ে তাহার শ্বাসপ্রশ্বাস ক্রিয়া স্থাপন করিতে চেষ্টা করিবে। একবার উষ্ণ জলে, তৎপর আবার শীতল জলে, আবার উষ্ণ জলে এইরূপ পর পর কয়েকবার সন্তানকে নিমজ্জিত করিলে শ্বাসপ্রশ্বাস ক্রিয়া হইতে পারে। সন্তানের বুকে পুনঃপুনঃ চাপড় মারিলেও শ্বাস প্রশ্বাস ক্রিয়া হইতে পারে। এইরূপ স্থলে কৃত্রিম উপায়ে শ্বাস প্রশ্বাস ক্রিয়া স্থাপ-

নের বহুবিধ উপায় আছে। তাহা উল্লেখ করা বাহুল্য।

শ্বাসরোধ জন্ত নীলবর্ণ সন্তানের শ্বাস প্রশ্বাস ক্রিয়া পুনঃ স্থাপিত হওয়া অতি সাধারণ। এবং অল্প সময় মধ্যে যথেষ্ট অম্লজান শোণিত সহ মিশ্রিত হওয়ায় সন্তান স্বাভাবিক বর্ণ ধারণ করে। অল্প সময় মধ্যেই সমস্ত বিপদ কাটিয়া যাওয়ায় সকলেই আনন্দিত হয়।

যে সন্তান শ্বাস রুদ্ধ অবস্থায় সাদা বা পাংশুটে বিবর্ণ হইয়া জন্মগ্রহণ করে। তাহার আর জীবনের আশা থাকে না। বহু চেষ্টা করিয়াও আর শ্বাস প্রশ্বাস ক্রিয়া পুনঃ স্থাপন করা যায় না। এইরূপ অবস্থায় ফুলের নাড়ীতে ধমনী স্পন্দন থাকে না। সন্তানের বাম বক্ষে হৃদ্‌পিণ্ড স্পন্দন দেখিতে পাওয়া যায় না। কারণ, সন্তান জন্মগ্রহণ করার বহু পূর্ব্বেই তাহার মৃত্যু হইয়াছে। যে সমস্ত উপায় অবলম্বন করিয়া শ্বাসপ্রশ্বাস ক্রিয়া পুনঃ স্থাপন করা যাইতে পারে। তৎসমস্ত অবলম্বন করার সময় জন্মগ্রহণ করার বহু পূর্ব্বেই অতীত হইয়া গিয়াছে। তবে এক বার চেষ্টা করিয়া দেখিতে হয় এই মাত্র। শ্বাসপ্রশ্বাস ক্রিয়া স্থাপন করার জন্য সন্তানকে উত্তেজিত করিতে হয়। হৃদ্‌পিণ্ডের স্পন্দন আরম্ভ হইলে হয়তো শ্বাস প্রশ্বাস ক্রিয়া পুনঃ স্থাপিত হইতে পারে। এস্থলে শ্বাসরোধ অর্থে শোণিতে অম্লজানের অল্পতা বা অভাব—অম্লজান যুক্ত শোণিত সঞ্চালনের অভাব বুঝিতে হইবে।

সন্তানের চক্ষু।

মাতার যোনি হইতে পূয়যুক্ত স্রাব হইতে থাকিলে, প্রমেহ পীড়ার ইতিবৃত্ত পাইলে সন্তানের চক্ষের প্রতি লক্ষ্য রাখিতে হয়। নতুবা সাধারণতঃ ইহা বিশেষ আবশ্যকীয় বিষয় নহে। নাড়ী কাটার পর সন্তান পৃথক করিয়া লইয়া উষ্ণ বস্ত্রাবৃত করিয়া এমন ভাবে রাখিতে হয় যে, সন্তানের শ্বাস প্রশ্বাস কার্য্যের কোন বিঘ্ন না হয়—যথেষ্ট বায়ু পাইতে পারে এবং মুখ আবৃত না থাকে। সন্তান ধৌত করার সময়ে বিশেষ সাবধান হইতে হয় যে, তাহার চক্ষের মধ্যে উভয় অক্ষি পল্লবের মধ্যে যেন অপকারক কোন পদার্থ না যাইতে পারে। বিশুদ্ধ তুলা বা বস্ত্র দ্বারায় চক্ষু পরিষ্কার করিয়া দিতে হয়। জীবাণু নাশক কোন দ্রবই চক্ষু মধ্যে দেওয়া উচিত নহে। তবে মাতার শরীরে পূয়, প্রমেহ লক্ষণ, যোনির স্রাব পীত বা সবুজবর্ণ থাকিলে তখন উষ্ণ লবণ জল (২ ড্রাম ১ পাইণ্ট) দ্বারা অক্ষি পল্লব, চক্ষের কোণ এবং অন্যান্য স্থানের স্রাব পরিষ্কার করিয়া লইয়া শতকরা দুই অংশ শক্তির নাইট্রেট অফ সিলভার দ্রব এক ফোঁটা দিবে। উভয় চক্ষেই আট ঘণ্টা পর পর এইরূপে ঔষধ দিতে হয়। কিন্তু এদেশে অধিকাংশ স্থলে এইরূপ চিকিৎসার আবশ্যকতা দেখা যায় না।

সন্তানের অস্বাভাবিকত্ব।

সন্তানের কোন অঙ্গহীন বা অঙ্গাধিক্য আছে কিনা তাহাও পরীক্ষা করা আবশ্যক, তালু, ওষ্ঠ, নাসিকা, মলদ্বার, মূত্রদ্বার, অঙ্গুলী ইত্যাদির অবস্থা দেখা আবশ্যক। ২৪ ঘটার মধ্যে বাহ্যে (মেকোনিয়ম) ও প্রস্রাব না হইলে ডাক্তার ডাকা আবশ্যক।

মস্তকে ক্যাপুট্‌সাক্সিডেনিয়ম, রক্তস্রাব, অস্থি বিকৃতি, স্পাইনাবাইফিডিয়া ইত্যাদি কিছু আছে কিনা, তাহাও দেখা কর্ত্তব্য।

সূতিকাবস্থা।

স্বাভাবিক প্রসব কার্য্য শেষ হইলেই মাতা শান্ত সুস্থির অবস্থায় শয়ন করিয়া থাকে এবং অল্প পরেই গাঢ় নিদ্রায় অভিভূতা হয়। ইহাই স্বাভাবিক নিয়ম এবং মাতার পক্ষে বিশেষ উপকারী। এই নিদ্রা ভঙ্গ হইলেই দেখা যায়—নাড়ীপূর্ণ এবং তাহার গতি ৮০ হইতে ৭০ বারে নামিয়া আসিয়াছে। দৈহিক উত্তাপ স্বাভাবিক। স্রাব লালবর্ণ ও যথেষ্ট।

উক্ত স্বাভাবিক অবস্থার পরিবর্ত্তে যদি জ্বর হয়, নাড়ীর গতি অধিক হইতে থাকে, স্রাব দুর্গন্ধযুক্ত, অল্প বা অত্যন্ত অধিক হইতে আরম্ভ হয়, তাহা হইলে ধাত্রীর পক্ষে ডাক্তারের সাহায্য লওয়া আবশ্যক।

প্রসবের পর তিন দিবস অতীত হইলেই বুঝিতে হইবে যে, আর কোন ভয়ের কারণ নাই। কারণ সূতিকা জ্বর অর্থাৎ Puerperal septisaemia নামক ভয়ঙ্কর মারাত্মক পীড়া প্রায়ই প্রসবের পর দুই তিন দিন মধ্যেই আরম্ভ হইয়া থাকে। দুই তিন দিবসই তাহার বিষের গুপ্তাবস্থায় থাকার সময়। তৎপর তাহা প্রকাশিত হয়, সুতরাং তিন দিবস অতীত হইলে আর উক্ত পীড়া হওয়ার আশঙ্কা থাকে না। কিন্তু তৃতীয় দিবসে যদি আক্ষেপ, কম্প ইত্যাদি উপস্থিত হয়, তাহা হইলে বুঝিতে হইবে—লক্ষণ বড় ভাল নহে। সুতরাং ডাক্তার ডাকিতে হইবে। হয়তো সামান্য সর্দ্দির জন্য বা অপর কোন সামান্য কারণ জন্য ঐরূপ হইয়াছে। কিন্তু তাহা হইলেও ধাত্রীর পক্ষে সতর্ক হওয়া কর্ত্তব্য। নাড়ীর সংখ্যা গণনা ও উত্তাপ নির্ণয় করিয়া ডাক্তার ডাকা আবশ্যক।

সূতিকা স্রাবে যদি দুর্গন্ধ হয়, বা স্রাব সহ যদি সংযত বৃহৎ শোণিত খণ্ড বাহির হয় অথবা শোণিত স্রাব হইতে থাকে; তাহা হইলে বুঝিতে হইবে—দ্বিতীয় বার শোণিত স্রাব হইতেছে। বা জরায়ু গহ্বরে ফুলের একটু অংশ আবদ্ধ আছে অথবা অতিরিক্ত একখণ্ড ফুল (Placenta Succenturiata) আছে। এইরূপ অবস্থায় ডাক্তারের সাহায্য আবশ্যক।

পোয়াতী যদি বলে যে, জরায়ুর মধ্য হইতে কি যেন বাহির হইয়া আসিতেছে—এমন বোধ হয়। তাহা হইলে এমন অনুমান করা যাইতে পারে যে, হয় তো জরায়ুর উপরের অংশ নামিয়া পড়িয়াছে। এইরূপ অবস্থায় হাত পরিষ্কার করিয়া পরীক্ষা করিবে এবং ডাক্তারের সাহায্য লইবে। কারণ বিলম্ব হইলে জরায়ুকে স্বাভাবিক অবস্থায় স্থাপন করা কঠিন হয়।

অনেক পোয়াতী প্রসবের পর প্রস্রাব করিতে পারে না। তদ্রূপ অবস্থায় ক্যাথিটার দিয়া প্রস্রাব করাইতে হয়। আবার এমনও হয় যে, পোয়াতী প্রস্রাব করে সত্য কিন্তু মূত্রাশয় হইতে সমস্ত প্রস্রাব বহির্গত হয় না। কতক থাকিয়া যায়। ধাত্রী তাহা বুঝিতে পারে না। এইরূপে মূত্রাশয়ের মধ্যে প্রত্যহ অল্প অল্প করিয়া প্রস্রাব সঞ্চিত হইয়া শেষে দুই তিন সের প্রস্রাব সঞ্চিত হইলে পোয়াতীর বিশেষ কষ্ট এবং কম্প

জ্বর ইত্যাদি নানারূপ মন্দ লক্ষণ উপস্থিত হয়। মূত্রাশয় পরীক্ষা না করিলে সূতিকা জ্বর হইয়াছে বলিয়া ভ্রম হইতে পারে। তজ্জন্ত প্রস্রাব হইলেও মূত্রাশয় মধ্যে প্রস্রাব সঞ্চিত হইয়া রহিল কি না, তাহা দেখা কর্ত্তব্য।

দুগ্ধ সঞ্চার।

সচরাচর স্তন স্বাভাবিক থাকে। তবে—তাহার বোঁটা বসা কি না, উপযুক্ত দুগ্ধ সঞ্চার হইতেছে কি না, বোঁটায় ক্ষতাদি আছে কি না, দুগ্ধে কোন দোষ আছে কি না, সেই দুগ্ধ সন্তানের পক্ষে উপযুক্ত কি না, ইত্যাদি বিষয় ধাত্রীর অনুসন্ধান করা কর্ত্তব্য। কিছু মন্দ লক্ষণ পাইলেই ডাক্তারের পরামর্শ লওয়া আবশুক।

স্তনের প্রথম নিঃসৃত দুগ্ধ (Colostrum) সন্তানের পক্ষে বিরেচকের কার্য্য করে। তবে এই দুগ্ধ সন্তানের খাওয়ার পূর্ব্বেই মেকোনিয়ম বহির্গত হইয়া যায়।

প্রসবের পর তৃতীয় সপ্তাহের মধ্যে পায়ের ডিমে, বা জানুসন্ধির পশ্চাতে বা উরুতের উর্দ্ধভাগের সম্মুখে বেদনা হইয়া ফুলিয়া উঠে। ইহা সাধারণতঃ হোয়াইট লেগ বা ফ্লেগমেসিয়াডোলেন্স নামে পরিচিত। এইরূপ কোন অবস্থা উপস্থিত হইতেছে কি না, পোয়াতী ঐ সকল স্থানের কোথাও বেদনা বলে কি না, তৎস্থান স্ফীত হইতেছে কি না, ইত্যাদি বিষয় লক্ষ্য রাখিতে হয় এবং হইলে ডাক্তারের সাহায্য লইতে হয়।

আর একটী মারাত্মক উপসর্গ এম্বোলিজম এবং থ্রম্বোসিস। ইহাতেও অনেক পোয়াতীর সহসা মৃত্যু হয়।

ভ্রূণের সঞ্চালন।

ভ্রূণের সঞ্চালন মাতা অনুভব করিয়া থাকে। প্রসব কার্য্যের প্রথম অবস্থায় উদর প্রাচীরের উপরে তাহা দেখিতে পাওয়া যায়। অনেক সময়ে ভ্রূণের দেহের শোণিতে অম্লজানের অভাব বা অল্পতা উপস্থিত হয়, উক্ত বাষ্প পাওয়ার জন্য ভ্রূণের ব্যগ্রতা উপস্থিত হয়। ইহারই ফলে তাহার দেহে আক্ষেপ উপস্থিত হয় বা ছট্ ফট্ করিতে থাকে। ইহাতে ভ্রূণের সঞ্চালন অত্যধিক বোধ হয়। ইহা একটী অত্যন্ত মন্দ লক্ষণ। ভ্রূণের এইরূপ ছট্ ফটানি উপস্থিত হওয়ার পর যদি সঞ্চালন সহসা একেবারে বন্ধ হইয়া যায়। তাহা হইলে বুঝিতে হইবে সন্তানের মৃত্যু হইয়াছে।

প্রসবের সময় নিতম্ব দেশ অগ্রবর্ত্তী হইয়া সন্তানের দেহ খানিক বহির্গত হইলে যদি দেখা যায় যে, তাহাতে আক্ষেপ আছে, দেহ কঠিন—তদবস্থায় যদি অতি শীঘ্র প্রসব করান না যায়, তাহা হইলে সন্তানের জীবন রক্ষা হয় না। সত্বর প্রসব করাইলেও প্রায় মৃতবৎ সন্তান বহির্গত হয় এবং বিশেষ চেষ্টা করিয়াও তাহার জীবন রক্ষা করা যায় না।

এই অবস্থায় ফুল সংলগ্ন নাড়ী যদি বস্তি গহ্বরের উর্দ্ধে থাকে এবং সেক্রম অস্থির উচ্চ অংশের কোন পার্শ্বে তাহা সরাইয়া দেওয়া যায়, তাহা হইলে হয় তো যে অংশে ফুল সংলগ্ন নাড়ীর উপর সন্তাপ পড়ায়, সন্তানের দেহে শোণিত সঞ্চালনের বিঘ্ন উপস্থিত

হওয়ার জন্য এই অবস্থা উপস্থিত হইয়াছে সেই সঞ্চাপ দূরীভূত হওয়ায় সন্তানের দেহে শোণিত সঞ্চালিত হওয়ায়—শোণিত মধ্যে যথেষ্ট পরিমাণে অম্লজান উপস্থিত হওয়ায় উক্ত মন্দ লক্ষণ অন্তর্হিত হইতে পারে। এই অবস্থায় ধাত্রীর পক্ষে কর্ত্তব্য —সত্বরে ডাক্তার ডাকিতে পাঠাইয়া ফুলের নাড়ীর সঞ্চাপ দূরীভূত করিতে চেষ্টা করা।

• ভ্রূণ নিজ শরীরে মাতার শরীর হইতে ফুলের মধ্য দিয়া শোণিত সহ অম্লজান গ্রহণ করে। কোন কারণে এই অম্লজান গ্রহণে অর্থাৎ ফুলের নাড়ীর শোণিত সঞ্চালনে বাধা পড়িলে অর্থাৎ ভ্রূণ শরীরে অম্লজানের অভাব বা অল্পতা উপস্থিত হইলেই ভ্রূণ শ্বাস গ্রহণের উদ্যম প্রকাশ করে।

প্রসবের দ্বিতীয় অবস্থায় মাতাও সহজে সন্তানের অঙ্গ সঞ্চালন অনুভব করিতে পারে না। হস্ত দ্বারাও তাহা সহজে অনুভব করা যায় না—কারণ এই সময়ে লাইকর এমোনিয়ামের কতক অংশ বহির্গত হইয়া যায়, জরায়ু আকুঞ্চিত হওয়ায় তাহার প্রাচীর পূর্ব্বাপেক্ষা স্থূল হয় এবং আকুঞ্চন জন্য জরায়ুর গহ্বর পূর্ব্বাপেক্ষা ক্ষুদ্র হওয়ায় সন্তানের অঙ্গ সঞ্চালনের স্থানের অভাব হয়।

ভ্রূণের হৃদপিণ্ড।

প্রসবের প্রথম অবস্থা অপেক্ষা দ্বিতীয় অবস্থায় ভ্রূণের হৃদপিণ্ডের শব্দ ভালরূপ শ্রবণ করা যায়। কিন্তু এই অবস্থায় তাহা শ্রবণ করার জন্য চেষ্টা করা উচিত নহে। তবে যদি এমন সন্দেহ হয় যে, সন্তানের সঞ্চালনের অনুভব করা যাইতেছে না সুতরাং তাহার মৃত্যু হইয়াছে, তাহা হইলে তাহা নির্ণয় করার জন্য চেষ্টা করা যাইতে পারে। এই অবস্থায় সন্তানের হৃদপিণ্ডের শব্দ স্থির করিতে হইলে মাতার নাভীর নিম্ন বামদিকে এবং তথায় না পাইলে নাভীর নিম্ন ও দক্ষিণ দিকে পরীক্ষা করিতে হয়। হৃদপিণ্ডের শব্দ শ্রবণ করার সময়ে সাবধান হইবে—যেন পরীক্ষাকারীর নিজের ধমনী স্পন্দনের শব্দের সহিত ভুল না হয়। সন্তানের হৃদপিণ্ডের শব্দ শুনিতে পাইলে তাহার সংখ্যা গণনা করিতে হইবে। উক্ত বেদনার মধ্যবর্ত্তী সময়ে সন্তানের হৃদপিণ্ডের স্পন্দনের সংখ্যা গণনা করা উচিত। স্বাভাবিক সংখ্যা হইতে অধিক হইলে যত ভয়ের কারণ, অল্প হইলে তদপেক্ষা অধিক ভয়ের কারণ বলিয়া স্থির করিতে হইবে। কিন্তু এই সময়ে যদি সন্তানের হৃদপিণ্ডের শব্দ শ্রবণ করা একেবারেই অসম্ভব হয়, তাহা হইলেই যে সন্তানের মৃত্যু হইয়াছে বলিয়া স্থির করিবে, তাহা নহে। তবে যদি ফুলের নাড়ী পরীক্ষা করিতে পারা যায়, তাহা হইলে দেখিতে হইবে যে, তাহাতে ধমনী স্পন্দন আছে কি না, থাকা এবং না থাকায় হৃদপিণ্ডের শব্দের ন্যায়ই ফল জানা যায়। তবে ইহাতে ভুল হওয়ার সম্ভাবনা অল্প এবং ফুলের নাড়ীতে যদি ধমনী স্পন্দন একেবারে না থাকে, তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে, সন্তানের মৃত্যু হইয়াছে।

সহসা প্রসব হওয়া।

জরায়ুর অত্যন্ত প্রবল ও অস্বাভাবিক দ্রুত আকুঞ্চন জন্য কিম্বা প্রসব পথের সন্তান বহির্গত হওয়ার বাধা প্রদান শক্তির হ্রাস

হওয়ার জন্য অথবা এই উভয় ঘটনার একত্র সম্মিলন ফলে প্রসবের পূর্ব্ববর্ত্তী কোন লক্ষণ উপস্থিত না হইয়াই সহসা সন্তান বহির্গত হইয়া আইসে। ইহা পৃসিপিটেট লেবার নামে পরিচিত।

এইরূপ ভাবে প্রসব হওয়ায় অধিকাংশ স্থলেই কোন মন্দফল হয় না। তবে এই অসুবিধা হয় যে, পোয়াতী হয়তো দাঁড়াইয়া আছে, এমন সময়ে সহসা সন্তান হইল অথবা হয়তো বাহ্যে কি প্রস্রাব করিতে যাইয়া সন্তান প্রসব করিয়া বসে। প্রসব হওয়ার জন্য—সন্তান রক্ষার জন্য কোন আয়োজনই করা হয় নাই, ইহাতে সন্তান হয়তো পতন জন্য আঘাত পাইতে পারে। ফুলের নাড়ী আংশিক বা সম্পূর্ণ ছিঁড়িয়া যাইতে পারে। তদ্রূপ অবস্থায় শীঘ্র সাহায্য পাওয়া আবশ্যক। জরায়ুর গাত্র হইতে ফুলের কতক অংশ ছিঁড়িয়া আসিতে পারে। ইহাতে অত্যধিক শোণিত স্রাব হওয়ার সম্ভাবনা। প্রসব পথের কোন স্থান বিদীর্ণ হওয়াও অসম্ভব নহে।

সহসা জরায়ুর প্রবল আকুঞ্চন এবং দ্রুত প্রবল বেদনার আক্রমণে মাতার মনে আতঙ্ক উপস্থিত হওয়া অসম্ভব নহে। ইহাতে মাতা ও সন্তানের মন্দ হওয়া কিছু আশ্চর্য্য নহে। পূর্ব্ব প্রসবের ইতিবৃত্ত মধ্যে এইরূপ সহসা প্রসব হওয়ার বিবরণ থাকিলে ধাত্রীর পক্ষে সাবধান হওয়া কর্ত্তব্য।

বণ্ডল রিং, জরায়ুর প্রবল আকুঞ্চন, প্রসবে অবরোধ।

প্রসব কার্য্যের দ্বিতীয় অবস্থায় জরায়ুর প্রবল আকুঞ্চন বর্ত্তমান থাকিলেও যদি সন্তান অবতরণ করার কোন বাধা থাকে, যেমন—

প্রসব পথের তুলনায় মস্তক বৃহৎ, বা বস্তি গহ্বর সংকীর্ণ, অথচ সন্তান বৃহৎ কিম্বা অগ্রবর্ত্তী অংশ—দেহ অনুপ্রস্থভাবে থাকিলে জরায়ু সন্তান বহির্গত করিয়া দিতে পারে না। এই অবস্থায় যদি উপযুক্ত সময়ে যথোচিত সাহায্য করা না হয় তাহা হইলে জরায়ু প্রাচীর সন্তানের দেহের উপর আসিয়া চাপিয়া না পড়া পর্য্যন্ত অল্পে অল্পে সমস্ত লাইকর এমোনিয়াই বহির্গত হইয়া যায়। পরন্তু আরও একটী ঘটনায় জরায়ু সবলে আকুঞ্চিত হইলেও সন্তান বহির্গত করিয়া দিতে পারে না। এই ঘটনাটীও বিপদজনক। এই ঘটনায় পোয়াতীর নাড়ী দ্রুত, মুখমণ্ডল আতঙ্ক ভাবব্যঞ্জক, জিহ্বা শুষ্ক, দৈহিক উত্তাপ বর্দ্ধিত এবং তৎসহ জরায়ু সর্ব্বদাই কঠিন অবস্থায় থাকে। জরায়ু পরীক্ষা করিলে তাহার নিম্ন তৃতীয়াংশে একটী অনুপ্রস্থ ভাবে অবস্থিত খাঁচ—অনুভব করা যায়। এই খাঁচ অভ্যন্তরে উচ্চ আলীর ন্যায় জরায়ুর সকল দিক বেষ্টন করিয়া সমানভাবে অবস্থিত। ইহাই রিং অফ্ বেণ্ডল নামে পরিচিত। অনেকেই এইরূপ বিশ্বাস করেন যে, জরায়ুর উর্দ্ধাংশে অবস্থিত আকুঞ্চক নিঃসারক সূত্র এবং নিম্নের শিথিলকারক প্যাসিভ সূত্র—এই উভয়ের পার্থক্য করিয়া দেয়। এই রিং অনুভব করিতে পারিলে বুঝিতে হইবে যে, প্রসব কার্য্য বাধা প্রাপ্ত হইবে এবং তজ্জন্য ডাক্তারের সাহায্য লওয়ার জন্য প্রস্তুত হইয়া থাকিবে। এই অবস্থা প্রসবের বহু পূর্ব্বেই অবগত হওয়া যায়।

সঙ্কোচক বলয়ের অস্বাভাবিক প্রসব কার্য্যে

কত রকম রকম বিঘ্ন-বিপদ উপস্থিত হয়, তাহার সংখ্যা স্থির করিয়া শৃঙ্খলা বদ্ধ করতঃ বর্ণনা করা অসম্ভব বলিলেও অত্যুক্তি হয় না। একথা আমরা পুর্ব্বে উল্লেখ করিয়াছি। উদাহরণ স্বরূপ ডাক্তার জে, উইলেট মহাশয় কর্তৃক বর্ণিত একটী ঘটনার বিবরণ এস্থলে উদ্ধৃত করিতেছে—

পুরাতন পোয়াতী। বয়স ৪২ বৎসর। প্রসবকার্য্য আরম্ভ হওয়ার ১৬ ঘণ্টা পরে ফরসেপস্ দ্বারা সন্তান বহির্গত করাই পরামর্শ সিদ্ধ বলিয়া স্থির করা হয়। মস্তক সহজেই বস্তিগহ্বরের বাহিরে আইসে। কিন্তু পেরি নিয়মের উপর মস্তক আনয়ন করা অত্যন্ত কঠিন কার্য্য হইয়াছিল। ইহার কারণ অনুসন্ধান করিয়া দেখা গিয়াছিল যে, সন্তানের স্কন্ধদেশ স্থূল সঙ্কোচক বলয়ের উপরে অবস্থিত। উক্ত বলয় সন্তানের গলার নিম্নাংশের সকল দিক পরিবেষ্টন করিয়া রহিয়াছে। ইহাতে যে সন্তানের মৃত্যু হইয়াছে—তাহা বলাই বাহুল্য। এই অবস্থায় ইহাই স্থির করেন যে, সন্তানের মস্তক বিদ্ধ করিয়া অবিচ্ছেদে টান দিয়া রাখিলে হয় তো সেইটানে অবরোধ অতিক্রম করিয়া সন্তান বহির্গত হইতে পারে। তদনুসারে সন্তানের মস্তক ছিদ্র করিয়া তাহাতে ক্রেনিয়োক্লষ্ট দৃঢ় রূপে আবদ্ধ করিয়া দিয়া উক্ত যন্ত্রের হাতলে তোয়ালিয়া দ্বারা চারি সের ভার বাঁধিয়া দিয়া ঝুলাইয়া রাখিয়াছিলেন, এবং আক্ষেপ নিবারণ জন্য এতৎসহ ¼ গ্রেণ মর্ফিয়া অধস্ত্বাচিক প্রণালীতে প্রয়োগ করার পর পোয়াতী তিন ঘণ্টা কাল নিদ্রিতা ছিল। নিদ্রাভঙ্গের পর কয়েকবার সামান্য বেদনা উপস্থিত হইয়া অতি সহজে সন্তান বহির্গত হইয়াছিল। ফুলও স্বাভাবিক নিয়মে বহির্গত হইয়াছিল। ফুল বহির্গত হওয়ার পর জরায়ু মধ্যে উষ্ণ জলধারা প্রয়োগ করা হইয়াছিল। এই সময়ে আর সঙ্কোচক বলয় অনুভব করা যায় নাই। অর্থাৎ তাহা অন্তর্হিত হইয়াছিল। ইহার পরে পোয়াতির সামান্য জ্বর হইয়াছিল। দুই সপ্তাহ পরেই হস্পিটাল পরিত্যাগ করিয়াছিল। সঙ্কোচক বলয়ের কার্য্য এবং ভার ঝুলাইয়া দিয়া অবিচ্ছেদে মৃত সন্তান টানিয়া রাখায় প্রসব হওয়াই এই ঘটনা বিশেষত্ব।

ডাক্তার হারবার্ট উইলিয়মশন মহাশয় ঐরূপ সঙ্কোচক বলয় সদৃশ অপর একটী অস্বাভাবিক ঘটনার বিবরণ বিবৃত করিয়াছেন। তাহাও উল্লেখ যোগ্য—

পুরাতন পোয়াতী। বয়স ৪০ বৎসর। যমজ সন্তান। প্রথমটী নির্ব্বিঘ্নে প্রসব হইয়াছে। দ্বিতীয়টী বহির্গত হইতে বাধা প্রাপ্ত হইয়াছে। ইহার মস্তক, পদদ্বয় এবং এবং ফুলের নাড়ী যোনি মধ্যে আসিয়াছে। কিন্তু স্কন্ধ আবদ্ধ হইয়া আছে—নাভী ও পিউবিস—এই উভয়ের মধ্যের স্থানে জরায়ুর এক অংশ আকুঞ্চিত হইয়া রহিয়াছে। এই আকুঞ্চিত অংশ বলয়াকারে জরায়ুর সকল দিকেই পরিবেষ্টিত হইয়া রহিয়াছে। এই আকুঞ্চিত অংশ সামান্য চক্ষেও দেখা এবং হাত দ্বারাও অনুভব করা যাইতেছে। এই বলয়ের উর্দ্ধে সন্তানের স্কন্ধ আবদ্ধ—বলয়গহ্বর সংকীর্ণ জন্য তন্মধ্য দিয়া বাহির হইয়া আসিতে পারিতেছে না। অঙ্গুলী দ্বারা এই সঙ্কুচিত অংশ প্রসারিত করার জন্য চেষ্টা করিয়া কোন সুফল হয় নাই। এই অবস্থায় সন্তান

ঘুরাইতে গেলে জরায়ু বিদীর্ণ হওয়ার বিশেষ সম্ভাবনা। তজ্জন্য ফরসেপস্‌ দ্বারা ধরিয়া অবিচ্ছেদে টানিয়া প্রসব করানই স্থির করিয়া পোনর মিনিট কাল টানার পর সংকীর্ণ স্থান প্রসারিত হইলে সন্তান বহির্গত ও তৎ সঙ্গে সঙ্গে শোণিত স্রাব হইতে থাকে। ফুল বহির্গত করিয়া হস্ত দ্বারা পরীক্ষা করায় যোনির প্রাচীরের ঊর্দ্ধাংশ, জরায়ুর গ্রীবা, ও জরায়ুর নিম্নাংশ পর্য্যন্ত বিদীর্ণ হইয়াছে জানিতে পারিয়া জরায়ুর বিদারণ ক্যাটগ্যাট সূত্র দ্বারা সেলাই করা হয়। ব্রড নিলামেণ্ট দৃঢ়রূপে প্লগ করা হয়। এই প্লগ ২৪টা ঘণ্টা পরে বহির্গত করা হইয়াছিল। পোয়াতী সম্পূর্ণ আরোগ্য লাভ করিয়াছে।

এই ঘটনায় জরায়ুর যে স্থান সঙ্কুচিত হইয়াছিল, তাহা ব্যাণ্ডেলস রিং নহে। অন্য স্থানের পৈশিক সূত্রের আক্ষেপ জন্য এই সঙ্কোচক বলয়ের উৎপত্তি হইয়াছিল। ইহাই এই ঘটনার বিশেষত্ব। এই প্রণালীতেই জরায়ু ঊর্দ্ধ ও নিম্নাংশ বিস্তৃত এবং মধ্যাংশ সঙ্কুচিত হয়। তাহাই আওয়ার গ্লাস কণ্ট্রাক্‌শন নামে উক্ত হইয়া থাকে।

প্রসব কার্য্যে আরও বিস্তর অস্বাভাবিক ঘটনায় জন্ম ধাত্রীকে বিপদে পড়িতে হয়। তাহাদের প্রত্যেকের বিস্তারিত বিবরণ না দিয়া এইমাত্র বলিলেই যথেষ্ট হইবে যে, ধাত্রী যখনই কোন অস্বাভাবিক অবস্থা লক্ষ্য করে তখনি ডাক্তারের সাহায্য লয়। তাহাতে শৈথিল্য না করে। এবং যাহা ডাক্তারের কর্ত্তব্য তাহা বাহাদুরী লইব মনে করিয়া ডাক্তারের সাহায্য না লইয়া সে নিজে যেন সম্পাদন করিতে চেষ্টা না করে। তাহার সামান্য ত্রুটির জন্য মাতা ও সন্তান—উভয়ের জীবন নষ্ট হইতে পারে, তাহা যেন সর্ব্বদা স্মরণ রাখে।

কলিকাতার সূতিকা গৃহ প্রসব ক্ষেত্রে ধাত্রীর প্রতিপত্তি অসাধারণ। তাহাদের যাহা ইচ্ছা তাহাই করে। ডাক্তার ডাকিতে হইলে অথবা পোয়াতীকে হস্পিটালে পাঠাইতে হইলেই তাহারা মনে করে যে, তাহাদের সম্মানের হ্রাস হইবে। এইজন্ত অনেক ধাত্রীই উপযুক্ত সময়ে ডাক্তার বা হস্পিটালের সাহায্য লইতে অনিচ্ছা প্রকাশ করে। যখন আর কোন উপায় থাকে না। তখন অপরের সাহায্য লয় কিন্তু তখন সাহায্য লওয়া আর না লওয়ার ফল একই হয়। এইজন্য প্রসব ক্ষেত্রে ধাত্রীর সতর্কতা সম্বন্ধে এত কথা বলিতে বাধ্য লইলাম।

কলিকাতার স্বাস্থ্যরক্ষক মহাশয় চেষ্টা করিলে ধাত্রীর কার্য্যের উন্নতি সাধন করিতে পারেন। বারান্তরে এতৎসম্বন্ধে আলোচনা করিবার ইচ্ছা রহিল।

—:*:—

সংবাদ।

বঙ্গীয় সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রেণার নিয়োগ, বদলী, এবং বিদায় আদি।

১৯১২। মে।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মণিন্দ্রনাথ বানার্জ্জী দৌলতপুর চ্যারিটেবল ডিসপেনসারীর অস্থায়ী কার্য্য হইতে আলিপুর সেণ্ট্রাল জেলের কার্য্যে অস্থায়ীভাবে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত রেবতীকান্ত মুখার্জ্জী চটগ্রামে পার্ব্বত্য প্রদেশস্থ লামাডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে ঢাকায় সুঃ ডিঃ কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সুরেন্দ্র চন্দ্র দত্ত রাজসাহীর সুঃ ডিঃ কার্য্য হইতে সিকিম প্রদেশস্থ রাংপো পি, ডবলিউ, ডি, ডিসপেনসারীর কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মাখনলাল মণ্ডল যশোর ডিস্‌পেন্‌সারীর অস্থায়ী নিজকার্য্য সহ তথাকার জেল হস্পিটালের কার্য্য বিগত মার্চ্চ মাসের ২৯ সে হইতে এপ্রিল মাসের ২১ সে পর্য্যন্ত সম্পন্ন করিয়াছেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত নিবারণ চন্দ্র দে ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ কার্য্য হইতে রাজসাহী জিলার সরদা নামক স্থানে পুলিশ টেনিং স্কুল নির্ম্মান কার্য্য সংশ্লিষ্টের কার্য্যে স্পেশাল ডিউটী করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সুরেন্দ্র নাথ চাটার্জ্জী বিদায়ে আছেন। বিদায় অন্তে ক্যাম্বেল হস্‌পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত অংডেন দার্জ্জিলিংএর পেডাং ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে দার্জ্জিলিংএর অন্তর্গত কলিংপংএ পেরিপেরটটিক ডিউটী করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত ইয়েন সিংহ দার্জ্জিলিংএর অন্তর্গত কলিংপং এবং পেরিপেটেটিক ডিউটী হইতে দার্জ্জিলিংএর পেডাং ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

শ্রীযুক্ত মন্মোহন চক্রবর্ত্তী (৩) চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন নিযুক্ত হইয়া ক্যাম্বেল হস্পিটালের রেসিডেণ্ট মেডিকেল অফিসারের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত প্রমোদচন্দ্রকর বহরমপুর পুলিশ টেনিং স্কুলের নিজকার্য্য সহ তথাকার জেল হস্পিটালের কার্য্য বিগত মার্চ্চ মাসের ২০শে হইতে ৪টা এপ্রিল পর্য্যন্ত সম্পন্ন করিয়াছেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মাখনলাল মণ্ডল যশোর ডিস্‌পেনসারীর অস্থায়ী কার্য্য হইতে ক্যাম্বেল হসপিটালের সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত মধুসূদন ভেড়ামারা পদ্মার সেতু নির্ম্মাণ কার্য্য সংশ্লিষ্টের কার্য্য হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

বিদায়।

চতুর্থ শ্রেণীর সবএসিটেণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সেখ আবদুল আজিজ আলিপুর সেণ্ট্রাল জেলের দ্বিতীয় সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে বিদায়ে আছেন। তিনি পীড়ার জন্য আরও ৬ মাসের অতিরিক্ত বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত যতীন্দ্রনাথ ঘোষাল পূর্ব্ববঙ্গ রেলওয়ের পোড়াদহ ষ্টেশনের ট্র্যাভেলিং সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের কার্য্য হইতে বিদায়ে আছেন। তিনি ৭ই ফেব্রুয়ারী হইতে ২২শে মে পর্য্যন্ত ৩ মাস ১৬ দিনের ফার্লো পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত সৈয়দ নাশিরুদ্দিন আমেদ সিকিম প্রদেশস্থ রাংপো পি, ডবলিউ, ডি ডিসপেনসারীর কার্য্য হইতে, ২ মাসের প্রাপ্য বিদায় পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সুরেন্দ্রনাথ চাটার্জ্জী বিদায়ে আছেন। তিনি ১৮ই মার্চ্চ হইতে ৩ মাসের অতিরিক্ত বিদায় পীড়ার জন্য পাইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সব এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জন শ্রীযুক্ত সুশীলচন্দ্র চাটার্জ্জী ক্যাম্বেল হস্পিটালের রেসিডেণ্ট মেডিক্যাল অফিসারের কার্য্য হইতে ৬ মাসের মিশ্রিত বিদায় প্রাপ্ত হইলেন। (তন্মধ্যে ২ মাস ৯ দিন প্রাপ্য বিদায় অবশিষ্ট দিনের ফারলো বিদায়)।

ভিষক্-দর্পণ।

চিকিৎসা-তত্ত্ব-বিষয়ক মাসিকপত্র।

যুক্তিযুক্তমুপাদেয়ং বচনং বালকাদপি।
অন্যৎ তু তৃণবৎ ত্যাজ্যং যদি ব্রহ্মা স্বয়ং বদেৎ॥

২২শ খণ্ড। | জুন, ১৯১২। | ৬ষ্ঠ সংখ্যা।

আয়ুর্ব্বেদে ম্যালেরিয়া প্রবন্ধের সমালোচনা।

লেখক—কবিরাজ শ্রীমোহিনীমোহন কাব্যতীর্থ—আয়ুর্ব্বেদ রত্ন।

বিগত ১৯১১ সালের ডিসেম্বর মাসে প্রকাশিত "ভিষক্ দর্পণ" পত্রিকা পাঠে অবগত হইলাম—স্বর্গীয় ডাক্তার শরচ্চন্দ্র লাহিড়ী মহাশয় রঙ্গপুর সাহিত্য পরিষৎ পত্রিকাতে "আয়ুর্ব্বেদে ম্যালেরিয়া" শীর্ষক যে প্রবন্ধ প্রকাশিত করেন, তাহার প্রতিবাদ উদ্দেশে ডাক্তার শ্রীযুক্ত প্রমথ নাথ ভট্টাচার্য্য এল, এম, এস, আর এক প্রবন্ধ দ্বারা পূর্ব্বোক্ত ডাক্তার বাবুর কৃত সিদ্ধান্তের ভুল প্রদর্শন করিয়াছেন। শরৎ বাবু ডাক্তার কি কবিরাজ তাহা বুঝিতে পারা গেল না, পত্রিকায় লেখকের স্থানে তাঁহাকে ডাক্তার বলা হইয়াছে। অথচ প্রমথ বাবু তাঁহাকে কবিরাজ বলিয়াছেন। স্বর্গীয় লাহিড়ী মহাশয় আয়ুর্ব্বেদীয় শ্লোকাবলীর যেরূপ বিকৃত অর্থদ্বারা স্বকীয় মত প্রকাশ করিয়াছেন, তাহা পাঠ করিলে বুঝা যায় যে, তিনি চরক সুশ্রুত কৃত সংহিতা গ্রন্থতো দূরের কথা, মাধব করকৃত নিদান সংগ্রহ গ্রন্থখানিও অধ্যয়ন করেন নাই; যদি অধ্যয়ন করিতেন তবে "মিথ্যাহার বিহারাভ্যাং দোষাহ্যামাশয়াশ্রয়াঃ ইত্যাদি শ্লোকের দ্বারা বিষাজীর্ণ জনিত জ্বর অভিহিত হইয়াছে" এইরূপ স্বকপোল কল্পিত অর্থ করিয়া পাণ্ডিত্যের পরিচয় দিতেন না। শ্রীযুক্ত প্রমথ নাথ ভট্টাচার্য্য ডাক্তার হইয়া তাঁহার কৃত ব্যাখ্যা ও সিদ্ধান্তের যেরূপ দোষ উদ্‌ঘাটন করিয়া সাধারণের সন্দেহ নিরাস করিয়াছেন, তাহা বিশেষ প্রশংসাযোগ্য হইয়াছে—সন্দেহ নাই। বর্ত্তমানে প্রমথ বাবু যে সিদ্ধান্ত করিয়াছেন তাহাই আমাদের সমালোচনার বিষয়।

প্রমথ বাবু পাশ্চাত্য বৈজ্ঞানিকগণের

মতের অবতারণা দ্বারা বুঝাইয়াছেন যে "এক শ্রেণীর জীবাণু মৃত্তিকা হইতে উৎপন্ন হইয়া মনুষ্য রক্তে প্রবেশ পূর্ব্বক অসংখ্য গুণে বর্দ্ধিত হইয়া থাকে। তাহারা যে "টক্সিন" উৎপাদন করে, তাহাতেই জ্বর হয়। এইরূপে উৎপন্ন জ্বরের নাম "ম্যালেরিয়া"।

আর "এনোফেলিস্" জাতীয় মশক জ্বরগ্রস্ত রোগীর রক্ত পান করিবার কালে উহার হৃদে ও পেটের মধ্যে বহু কীটাণু প্রবেশ করে। মশকের লালা ইহার বর্দ্ধিত হইবার উপযুক্ত ক্ষেত্র। মশক যখন এই প্রকারের ম্যালেরিয়া জীবাণু পূর্ণ হইয়া উঠে তখন অন্য ব্যক্তিকে দংশন করিলে দষ্ট ব্যক্তির শরীরে কীটাণু প্রবেশ করে।

জ্বর মশক জীবাণু শিশুদিগকে মনুষ্য রক্তে আনয়ন করিলে প্রথমে ২।১ দিন দেহে বেদনা, মাথাধরা, গা গরম হইয়া থাকে। তৎপর কম্প দিয়া ১০৩।১০৪ ডিগ্রি পর্য্যন্ত জ্বর আইসে। তৎপর ঘর্ম্ম দিয়া জ্বর ছাড়িয়া কিছুক্ষণ বিশ্রামের পর আবার জ্বর আইসে।

এই জ্বর কখনও ২৪ ঘণ্টাপর (প্রাত্যহিক) কখনও ৪৮ ঘণ্টা পর (তৃতীয়ক) কখনও বা ৭২ ঘণ্টাপর (চাতুর্থক) আইসে। কখনও বা ইহাদের মিশ্রণে ভিন্ন ভিন্ন প্রকার সবিরাম ও অবিরাম জ্বর হইতে থাকে। বিষম প্রকৃতির ম্যালেরিয়ায় পেটে ব্যথা, প্লীহা ও যকৃতে বেদনা, কখন পিত্ত বমন, রক্ত মল ত্যাগ, রক্ত প্রস্রাব কোষ্ঠবদ্ধ, অতিসার, পাণ্ডু, মূর্চ্ছা, প্রলাপ, আক্ষেপ, হিমাঙ্গ, মূত্র গ্রন্থির প্রদাহ প্রভৃতি লক্ষণ উপস্থিত হয়। ব্যাধি পুরাতন হইলে ক্রমে প্লীহা ও যকৃতে পেট ভরিয়া যায়। এই সকল লক্ষণ দেখিয়া প্রমথ বাবু সিদ্ধান্ত করিয়াছেন যে, আয়ুর্ব্বেদ শাস্ত্রে অভিহিত সন্ততক, সততক্য অন্যেদ্যুক, তৃতীয়ক ও চতুর্থক নামে যে পঞ্চবিধ বিষম জ্বর অভিহিত হইয়াছে—তাহাই ম্যালেরিয়া। এ স্থলে বক্তব্য এই যে আয়ুর্ব্বেদে কথিত বিষম জ্বরে জীবাণু সম্পর্ক নাই, পক্ষান্তরে ম্যালেরিয়া জ্বর জীবাণু সম্পর্ক ভিন্ন হয় না। জীবাণু-বাদ মতাবলম্বী ডাক্তার বাবুর পক্ষে এই বিরোধের সামঞ্জস্য করা সঙ্গত ছিল। তারপর তিনি ম্যালেরিয়া জ্বরের যে সকল প্রকৃতি ও লক্ষণ নির্দ্দেশ করিয়াছেন, আয়ুর্ব্বেদ দ্বারা তাহা প্রতিপাদন মানসে বলিয়াছে যে "চরক সুশ্রুত পাঠ করিলে দেখিতে পাওয়া যায় যে, বর্ত্তমান ম্যালেরিয়া জ্বরের প্রকৃতি-বিশিষ্ট এক প্রকার জ্বর তখনও বর্ত্তমান ছিল, জ্বর নিদানের দ্বাত্রিংশ শ্লোকে এই জ্বরের প্রকৃতি বর্ণিত আছে যথা মুখবৈরস্য, গুরু গাত্রতা, অন্নদ্বেষ, চক্ষুর্দ্বয়ের আকুলতা, রক্তিমা, নিদ্রার আধিক্য অস্থিরতা, তৃষ্ণা, বেপথু, শ্রম, ভ্রম, প্রলাপ, জাগরণ, লোমহর্ষ, দন্তহর্ষ, শব্দ শীত বাত-আতপের অসহ্যতা, অরুচি, অবিপাক, দৌর্ব্বল্য, অঙ্গমর্দ্দ, অবসাদ, আলস্য, দীর্ঘ সূত্রতা, বিরক্তি বোধ, মিষ্ট দ্রব্যে দ্বেষ, অম্ল, লবণ ও কটু দ্রব্যে অভিলাষ। যাঁহারা ভুক্তভোগী, তাঁহারা এই সকল লক্ষণের গুরুত্ব নিশ্চয়ই উপলব্ধি করিতে পারিবেন।" এস্থলে বক্তব্য এই যে অভিহিত লক্ষণগুলি চরক সংহিতার জ্বর নিদানের ১৮শ শ্লোকে (প্যারাতে) বর্ণিত হইয়াছে সত্য, কিন্তু ইহা জ্বর বিশেষের লক্ষণরূপে বর্ণিত হয় নাই, সাধারণতঃ সর্ব্ববিধ শারীর জ্বরের

পূর্ব্বরূপ অবস্থায় ঐ সকল লক্ষণ প্রকাশ পায় এবং জ্বর প্রকাশ পাইলে ঐ সকল লক্ষণ অনুবদ্ধভাবে থাকে—ইহাই বর্ণিত হইয়াছে। ১৭শ ও ১৮ ছেদ পর্য্যালোচনা করিলে ইহাই প্রতীত হইবে। তারপর প্রমথ বাবু প্রদর্শিত ম্যালেরিয়া জ্বরের প্রকৃতিতে অভিহিত ২৪ ঘণ্টা, ৪৮ ঘণ্টা, ও ৭২ ঘণ্টা পরে জ্বর বেগ উপস্থিত হয়, এই লক্ষণের সহিত অন্যেদ্যুষ্ক, তৃতীয়ক ও চাতুর্থক জ্বরের সমতা দেখিয়া সেই সকল বিষম জ্বরকে ম্যালেরিয়া জ্বররূপে সিদ্ধান্ত করার অন্যতম দোষ এই যে, ম্যালেরিয়া জ্বর ও তথাবিধ বিষমজ্বর এক জাতীয় ঔষধে উপশম লাভ করে না।

পাশ্চাত্য বৈজ্ঞানিকগণ বলেন যে "ম্যালেরিয়া জ্বরের একমাত্র মহৌষধ কুইনাইন" আর আয়ুর্ব্বেদ মতে এক এক প্রকার বিষম জ্বর এক এক প্রকার পাচন, এবং তন্ত্র শাস্ত্রানুযায়ী চিকিৎসা গ্রন্থে বহুবিধ বটিকা কীর্ত্তিত হইয়াছে। সেই সকলের কোনটীতেই কুইনাইন নাই, অথচ তাহাদ্বারাই উপশমও হইয়া থাকে, এমত অবস্থায় প্রমথ বাবু কি স্বীকার করিতে পারেন যে কুইনাইন ভিন্নও আয়ুর্ব্বেদোক্ত সেই সকল পাচন ও বটীকা সেবনে ম্যালেরিয়া জ্বর উপশম লাভ করিবে? সম্ভবতঃ তাহা কখনই স্বীকার করিবেন না। তারপর এই সকল বিষম জ্বরের কারণ বর্ণন প্রস্তাবে সুশ্রুত সংহিতার উত্তর তন্ত্রে জ্বর প্রতিষেধাধ্যায়ে ৬৩ শ্লোকে বর্ণিত আছে—নবজ্বর উপশম হইলে, তদীয় কারণ স্বরূপ বাতাদি দোষের সম্পূর্ণ পরিপাক না হইয়া যদি সামান্য ভাবে অন্তর্নিহিত থাকে, তবে কালান্তরে স্ব স্ব বর্দ্ধক আহার বিহার প্রভৃতি দ্বারা প্রবৃদ্ধ হইয়া রস রক্তাদি সাত প্রকার ধাতুর অন্যতম এক বা ততোধিক ধাতুর সহিত মিলিত হইয়া সন্ততঃ (পুনরাবর্ত্তক লগ্ন জ্বর) সতত্তক (দ্বৌকালীন জ্বর অন্যেদ্যুষ্ক (প্রাত্যহিক সবিরাম পুনরাবর্ত্তক জ্বর) তৃতীয়ক (পালাজ্বর) চাতুর্থক (২ দিন অন্তর যে জ্বর হয়) উৎপাদন করে। ম্যালেরিয়া জ্বরের সম্প্রাপ্তি এ ভাবে হয় না তাহা প্রমথ বাবুর উদ্ধৃত পাশ্চাত্য মতের দ্বারা প্রতিপন্ন হইয়াছে।

এই সকল কারণে প্রমথবাবুর সিদ্ধান্তে আমরা সম্মত হইতে পারিলাম না। আজ কাল পাশ্চাত্য চিকিৎসা বিজ্ঞান প্রত্যেক রোগ জীবাণু সম্ভূত বলিতেছেন, পাশ্চাত্য মনীষীগণের মতে স্থূল শরীরই কীটাণু বিপরিণাম সুতরাং তদুৎপন্ন রোগ বিভিন্ন প্রকার জীবাণু সম্ভূত হইতে পারে। যাঁহারা নিজ নিজ শরীরকে কীটোৎপন্ন বিশ্বাস করেন, তাঁহারা তদুৎপন্ন রোগকেও জীবাণু সম্ভূত বলিবেন—ইহা বিচিত্র নহে। কিন্তু প্রাচ্য মণীষীগণের মত সম্পূর্ণ বিপরীত—তাঁহাদের মতে শরীর পঞ্চভৌতিক, ক্ষিতি প্রভৃতি পঞ্চভূতের বিপরিণাম। অতএব তদুৎপন্ন রোগসমূহও পঞ্চভূতের বিপরিণাম বিশেষ ত্রিদোষ হইতে উৎপন্ন। পাশ্চাত্য বৈজ্ঞানিকগণের জীবাণু বাদ ও আর্য্য দার্শনিকগণের পঞ্চভূত ও ত্রিদোষ বাদের গুরুত্ব লঘুত্ব উপলব্ধি করিতে অসমর্থ পণ্ডিতম্মন্যগণই বলিতে ও রচিতে পারেন যে, "কীটা লক্ষবিধাঃ সূক্ষ্মা মরুতেজোহম্বুমূচ্চরাঃ জ্ঞেয়াঃ কর্ম্মগুণৈর্লোকে রোগারোগ্য বিধায়িনঃ"॥ আর্য্য ঋষিদের ত্রিদোষবাদে যাবতীয় বর্ত্তমান ও অনাগত রোগের

প্রকৃতি নির্ণয় ও চিকিৎসা হইতে পারে ও হইতেছে ; কিন্তু পাশ্চাত্য জীবাণু-বাদে তাহা সুদুর পরাহত। বর্ত্তমান সময়ে যে সকল ব্যাধির কারণ স্বরূপ জীবাণু পরিদৃষ্ট হইয়াছে, তাহাদের প্রতীকার উপায়ও আবিষ্কৃত হইয়াছে। কিন্তু যে সমস্ত রোগের জীবাণু আবিষ্কৃত হয় নাই, তাহাদের প্রতীকারও স্থিরীকৃত হয় নাই। এই সকল দোষ পরিহার ও চিকিৎসা সৌকর্য্যের নিমিত্ত আর্য্য ঋষিগণ কীটবাদ পরিত্যাগ করিয়া ত্রিদোষের প্রকৃতিসম সমবায় ও বিকৃতি বিষম সমবায় দ্বারা যাবতীয় বর্ত্তমান ও অনাগত রোগের উপদেশ করিয়াছেন। ইহা দ্বারা দার্শনিকগণের পঞ্চভূত বাদের সহিত সামঞ্জস্যও রক্ষিত হইয়াছে। আর্য্য ঋষিগণ জীবাণুবাদের উল্লেখ না করায় তাঁহাদের অনভিজ্ঞতা প্রকাশ পায় নাই। কারণ যে ব্যক্তি অল্প কথায় মনোভাব প্রকাশ করিতে পারে তাহারই পাণ্ডিত্য অধিক, অনভিজ্ঞ ব্যক্তিগণই বহু বিস্তারিত ভাবে বর্ণনা করিয়াও আত্মমনোভাব প্রকাশ করিতে পারে না।

যাহা কথঞ্চিৎ প্রকাশ ও প্রচার করেন তাহাও দুচারি বৎসর পরেই ভ্রম সঙ্কুল প্রতিপন্ন হয়। পাশ্চাত্য চিকিৎসা বিজ্ঞান জীবাণু বাদের উপর প্রতিষ্ঠিত নিবন্ধনই নিত্য পরিবর্ত্তিত হইতেছে ও হইবে এবং সর্ব্বথা অসম্পূর্ণ আছে ও থাকিবে। কারণ, জীবাণুর উৎপত্তি ও নিত্য নূতন হইবে, তাহার উপর প্রতিষ্ঠিত চিকিৎসা-বিজ্ঞানও নিত্য নূতনভাব ধারণ করিবে। যদি কখনও জীবাণু উৎপত্তি সীমালাভ করিতে পারে, তবেই তন্মূলক চিকিৎসা বিজ্ঞান পূর্ণতালাভ করিতে পারিবে।

এই জীবাণু বাদের উপর গৌরব করিয়া প্রমথ বাবু সগর্ব্বে এক স্থানে বলিয়াছেন যে, "পাশ্চাত্য বৈজ্ঞানিক দিগের চেষ্টায় আর্য্য ঋষিদিগের নিকট যাহা তর্কগম্য ছিল এক্ষণে তাহা চক্ষুর্গ্রাহ্য হইয়াছে। ইহার উপর নির্ভর করিয়াই বর্ত্তমান পাশ্চাত্য চিকিৎসা বিজ্ঞান সগর্ব্বে দণ্ডায়মান হইয়াছে"

এ কথার উপরে জিজ্ঞাসা করি যে পাশ্চাত্য মনীষীগণ প্রাচ্য মনীষীদিগের ত্রিদোষবাদের অপেক্ষা না করিয়া কেবল জীবাণুবাদের উপর নির্ভর করিয়া রোগ আরোগ্য প্রভৃতি নির্ণয় করিয়াছেন? অথবা তাঁহাদের কোন অপেক্ষা আছে? যদি প্রথম পক্ষ হয় যে, কীটাণু সকল শরীরাভ্যন্তরে প্রবেশ করিয়াই ব্যাধি উৎপাদন করে বায়ু পিত্ত কফের অপেক্ষা নাই তবে নূতন আবিষ্কার সন্দেহ নাই, কিন্তু যদি ইহা হয় যে, এক এক জাতীয় জীবাণু শরীরাভ্যন্তরে প্রবেশ পূর্ব্বক বাতাদির অন্যতম এক এক দোষের হ্রাস বৃদ্ধি সম্পাদন দ্বারা ব্যাধি উৎপাদন করে ; তবে পাশ্চাত্য বৈজ্ঞানিকগণকেও ত্রিদোষবাদী বলা যাইতে পারে। অথবা যদি ইহা হয় যে, জীবাণুগুলি শরীরাভ্যন্তরে প্রবিষ্ট হইয়া স্থান বিশেষ ও যন্ত্র বিশেষের বিকৃতি সম্পাদন করে, তাহা হইলে বলা হইল যে, তথাবিধ বিকৃতির প্রতি জীবাণুকর্ত্তা। যাহা কর্ত্তা তাহা কখনও উপাদান কারণ হয় না, কর্ত্তা নিমিত্ত কারণ ইহা চির প্রসিদ্ধ। অজীর্ণ অভিঘাতাদির ন্যায় জীবাণু ধরিয়া যে জ্বর হয় তৎপ্রতিও জীবাণু নিমিত্ত কারণ।

রোগের নিমিত্ত কারণ কে নিদান বলে, এক একটী রোগের প্রতি নানাবিধ নিদান

হইতে পারে। তৎসমুদায়ের বিস্তার বর্ণনা এবং তদনুসারে রোগের নাম করণ ও চিকিৎসা বিধান করিলে পাশ্চাত্যচিকিৎসা বিজ্ঞানের ন্যায় প্রাচ্য চিকিৎসাশাস্ত্রও অসম্পূর্ণ থাকিয়া যাইত।

এই সকল দোষ পরিহার করার নিমিত্ত আর্য্য মনীষীগণ যাবতীয় রোগের নিদান অর্থাৎ নিমিত্ত কারণকে তিন ভাগে বিভক্ত করিয়াছেন।—যথা অসাত্ম্যেন্দ্রিয়ার্থ সংযোগ অর্থাৎ অহিত জনক শব্দ, স্পর্শ, রূপ, রস, গন্ধ প্রভৃতির সহিত শরীর ও মনের সংযোগ; প্রজ্ঞাপরাধ—বুদ্ধির ভ্রান্তি ও কাল পরিণাম। এই কাল পরিণাম শব্দ দ্বারা ঋতুবিপর্য্যয় পাওয়া যায়। যে স্থলে ঋতু বিপর্য্যয় নিবন্ধন প্লেগ, ম্যালেরিয়া বসন্ত প্রভৃতি উৎপন্ন হয় সে স্থলে তত্তৎ রোগের কারণ স্বরূপ জীবাণু জন্মের প্রতিও ঋতু বিপর্য্যয়ই কারণ। এক ঋতু বিপর্য্যয় হইলে শীতোষ্ণ বর্ষাদির অযোগ অতিযোগ প্রভৃতি হয়। তাহা হইতে বহুতর জীবাণুর উৎপত্তি হইয়া থাকে। যে সকল জীবাণু রোগের কারণ তাহারাও ঋতু বিপর্য্যস্ত হইতে উৎপন্ন হয়, এইরূপে পূর্ব্বোক্ত ত্রিবিধ নিদানে আবিষ্কৃত ও অনাবিষ্কৃত বহুবিধ নিদানের অন্তর্ভাব হইয়া থাকে। আর্য্য ঋষিগণ জীবাণুবাদের উপর চিকিৎসা বিজ্ঞানের ভিত্তি স্থাপন না করিলেও বিশ্বাস করিতেন যে, জলে স্থলে খাদ্যদ্রব্যে, অখাদ্য দ্রব্যে—যাহাতে যাহাতে উষ্মা আছে—তাহা হইতে জীবাণু উৎপন্ন হইতে পারে; সেই সকল জীবাণু চক্ষুর্গ্রাহ্য না হইলেও তাঁহাদের কেঅপরিজ্ঞাত ছিল না; তাহা প্রমথ বাবুর স্বীকৃত "উদকে বহবঃ প্রাণাঃ পৃথিব্যাঞ্চ ফলেষুচ" ইত্যাদি মহাভারতীয় শ্লোক দ্বারা প্রতিপাদিত হইয়াছে।

চরক ও সুশ্রুত সংহিতা পাঠে অবগত হওয়া যায় যে, শরীরাভ্যন্তরেও কফ রক্ত ও পুরীষের উষ্মা হইতে ক্রিমি জন্মগ্রহণপূর্ব্বক তত্তৎ আশয় গত দোষের সহিত মিলিত হইয়া আমাশয় ও পক্বাশয়ে রোগ উৎপাদন করে, দোষ নিরপেক্ষ হইয়া করে না।

প্রমথ বাবু একস্থানে লিখিয়াছেন যে, যে চরকেও কুষ্ঠপীড়া ক্রিমিজাত বলা হইয়াছে, কিন্তু তাহাদের আকৃতি প্রকৃতি বর্ণিত হয় নাই" এতদুত্তরে আমরা তাঁহাকে চরক সংহিতার কুষ্ঠ নিদান ও বিমান স্থানের ৭ম অধ্যায় পাঠ করিতে বলি। তাহা পাঠ করিলে দেখিতে পাইবেন যে, নিদান স্থানে অভিহিত হইয়াছে, সপ্তদ্রব্যাণি কুষ্ঠানাং প্রকৃতি বিকৃতি মাপন্নানি ভবন্তি" তদ্ যথা ত্রয়ো দোষা বাত পিত্ত শ্লেষ্মাণঃ প্রকোপণ বিকৃতা দূষ্যাশ্চ শরীর ধাতবস্ত্বগ রক্ত মাংস লসীকাশ্চতুর্দ্ধা দোষোপ ঘাত বিকৃতাঃ ইত্যেতৎ সপ্ত ধাতুক মেবংগত মাজননং কুষ্ঠানাং ॥২। সাধ্যানা মপি হ্যুপেক্ষ মানানামেষাং ত্বঙ্মাংস শোণিত লসীকা কোথ ক্লেদ সংস্বেদজাঃ ক্রিময়োঽভিমূর্চ্ছন্তি ॥ ১৫ ॥

কুষ্ঠরোগের উপাদান কারণ স্বরূপ সাতটী দ্রব্য প্রকৃতি অপেক্ষা বিকৃতি প্রাপ্ত হয়, যথা বায়ু, পিত্ত, ও কফ—এই তিনটী দোষ প্রকোপন স্ব স্ব বৰ্দ্ধক নিদান দ্বারা বিকৃত হয় এবং শারীর ধাতুস্বরূপ ত্বক, রক্ত, মাংস ও লসীকা নামক চারিটী দূষ্য দোষ (বায়ু, পিত্ত, শ্লেষ্মা) দ্বারা বিকৃত হয়, এইরূপে সাতটী ধাতু কুষ্ঠের আজনন উপাদান কারণ, ইহার মধ্যে ক্রিমির নাম গন্ধও নাই, সুতরাং কুষ্ঠরোগ ক্রিমিজাত নয় ইহা স্থির নিশ্চয়, তবে কুষ্ঠে

ক্রিমি সম্বন্ধ—কিরূপে হয়, ইহার উত্তরে ১৫শ চ্ছেদে অভিহিত হইয়াছে, যে সকল কুষ্ঠ রোগ সাধ্য তাহাও উপেক্ষিত হইলে ত্বক্ মাংস, রক্ত ও লসীকার সংমিশ্রণে যে কোথ পচনভাব হয় তাহার সংস্বেদ উষ্মা হইতে ক্রিমি উৎপন্ন হয় এই কারণে—মহাকুষ্ঠে প্রথমাবধিই ক্রিমি উৎপন্ন হইয়া থাকে, সুতরাং কুষ্ঠ ক্রিমি হইতে হয় না। ববং তদ্গত ক্রিমিই কুষ্ঠরোগ হইতে উৎপন্ন হয়। তারপর বিমানস্থানের ৭ম অধ্যায়ের ৬ষ্ঠ ছেদ পাঠ করিলে জানা যাইবে যে, "শোণিত জানাস্তু কুষ্ঠৈঃ সমানং সমুত্থানম্" স্থানং রক্ত বহিন্যোধমন্যঃ। সংস্থান মনবো বৃত্তাশ্চাপাদাশ্চ। সূক্ষ্মত্বাচ্চ একেভবন্ত্য দৃশ্যাঃ বর্ণ স্তেষাং তাম্রাঃ॥ রক্তজাত ক্রিমিগুলির কুষ্ঠরোগের তুল্য নিদান অর্থাৎ যেকারণে—রক্ত প্রভৃতি বিকৃতি প্রাপ্ত হইলে যেসময় কুষ্ঠ বা তজ্জাতীয় রক্তাদি দুষ্টি জনিত রোগ উৎপন্ন হয়, সেই সময় তাহা হইতে ক্রিমিও উৎপন্ন হয়, তাহাবা রক্ত বাহিনী ধমনীতে অবস্থিত হয়, তাহাদের আকার, পরমাণুর ন্যায় ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র, কতকগুলি গোলাকৃতি ও কতকগুলি পদশূন্য, কতকগুলি পরমাণুর তুল্য অদৃশ্য, তাহাদের বর্ণ তাম্রের ন্যায়। এইরূপে আমাশয় ও পক্বাশয়গত ক্রিমি কর্তৃকও রোগবিশেষ হয়, সেই সেই রোগেরপ্রতি ক্রিমি নিমিত্ত কারণ। প্রমথ বাবু একস্থানে লিখিয়াছেন যে "রিজলী সাহেব বলেন যে, অথর্ব্ববেদেও ম্যালেরিয়া জ্বরের মত জ্বর বর্ণিত আছে, তাহা মন্ত্রাদি দ্বারা চিকিৎসিত হইত"। অথর্ব্ববেদে অভিহিত এই জ্বরের লক্ষণাদি কিরূপ বর্ণিত হইয়াছে, তাহা বচনদ্বারা প্রমাণিত করিয়া দিলে আমাদের অনেক সন্দেহ দূরীভূত হইতে পারিত। প্রমথবাবুর প্রবন্ধ পাঠে আমাদের ধারণা হইয়াছে যে, ম্যালেরিয়া জ্বর আগন্তু কারণোৎপন্ন জ্বর। এই জাতীয় জ্বরের উৎপত্তি কারণাদি অনুসন্ধান করিলে চরক সংহিতার চিকিৎসাস্থানের তৃতীয় অধ্যায়ে ৬৯ শ্লোকে বর্ণিত হইয়াছে।

দেখাযায় যে,

"বিষবৃক্ষানিলস্পর্শাৎ তথান্যৈ র্বিষসম্ভবৈঃ।
অভিষক্তস্য চাপ্যাহুর্জ্বরমেকেহভিষঙ্গজম্"॥

পূর্ব্বে যে তিনপ্রকার দোষ ও সাত প্রকার ধাতুর অবান্তর অন্যোন্য সংযোগে পঞ্চবিধ বিষমজ্বর বর্ণিত হইয়াছে আগন্তু কারণ সংযোগেও সেইরূপ বিষমজ্বর হইতে পারে, সুতবাং কোন কোন মহর্ষি বলিয়া থাকেন যে, বিষবৃক্ষ প্রবাহিত বায়ুর সংস্পর্শে এবং অন্যরূপ যে কোন প্রকার বিষ সম্ভববস্তুর সহিত অভিষক্ত—সংযোগ প্রাপ্ত ব্যক্তির বিষমজ্বর হয়। এই বিষম জ্বরও পূর্ব্বোক্ত বিষমজ্বরেব লক্ষণবিশিষ্ট। একথা বলা বাহুল্য। শ্লোকে অভিহিত "বিষ সম্ভব" শব্দের দুই প্রকার অর্থ করা যাইতে পারে; প্রথম অর্থ বিষ হইতে যাহার সম্ভব হইয়াছে তাহাকে বিষ সম্ভব বলে, দ্বিতীয় অর্থ বিষের সম্ভব উৎপত্তি কারণ। বিষ শব্দের মুখ্যার্থ সর্পাদি প্রাণীজাত বিষনামক পদার্থকে বুঝায়; বিষের আশ্রয় হেতুক বিষধর প্রাণীকেও সুতরাং বিষ বলে অতএব তদুৎপন্ন সবিষ কীটাদিও বিষ সম্ভব শব্দের বাচ্য। আর গৌণার্থে বিষের ন্যায় অপকারী বস্তুকেও বিষবলা হইয়া থাকে, যেমন সমপরিমিত ঘৃত ও মধু সংযুক্ত হইলে বিষ হয়। বাস্তব পক্ষে উভয় বস্তুই বিষ

নহে, এইরূপ বস্তুকে সংযোগ বিষ বলে। যেমন গোময় পচিলে তাহা হইতে যতক্ষণ দূষিত বাষ্প উঠে, ততক্ষণ তাহাকে বিষ বলা যাইতে পারে, কারণ দেখা যায় যে, তদুৎপন্ন বৃশ্চিক ও বিষাক্ত। আবার কাষ্ঠ ইষ্টক প্রভৃতি স্তূপ হইতে উৎপন্ন বৃশ্চিকও বিষাক্ত, ইহা দেখিয়া বলা যাইতে পারে ঐ সকল বাষ্প বিষের উৎপত্তি কারণ নিবন্ধন "বিষ সম্ভব" শব্দের বাচ্য। এই অনুসারে পাশ্চাত্য বৈজ্ঞানিকগণের আবিষ্কৃত ম্যালেরিয়াজ্বরের নিমিত্ত কারণ জীবাণুকে "বিষসম্ভব" বলা যাইতে পারে। কারণ উহা শরীরে প্রবিষ্ট হইয়া দূষী বিষের ন্যায় দীর্ঘকাল শরীরাভ্যন্তরে অবস্থিত হইয়া শনৈঃ শনৈঃ শরীর ধাতুর ক্ষয় সম্পাদন পূর্ব্বক মৃত্যু উপস্থিত করে, রক্তের বিষাক্তভাব আনয়ন করে, এবং ঐ সকল জীবাণু দূষিত ভূমিগত উষ্মা হইতে উৎপন্ন হয়। এইরূপে আগন্তু কারণোৎপন্ন বিষমজ্বরকে "ম্যালেরিয়া জ্বর" বলা যাইতে পারে। এইরূপ বিষমজ্বর বিকৃতি বিষম সমবেত ত্রিদোষ জাত নিবন্ধন পূর্ব্বাভিহিত বিষমজ্বরের তুল্য লক্ষণ বিশিষ্ট হইলেও পাক্ষিক, মাসিক, সাংবৎসরিক প্রভৃতি বিভিন্ন প্রকৃতি বিশিষ্ট হইয়া থাকে।

এইরূপ বিষমজ্বর পূর্ব্বাভিহিত বিষমজ্বরের ঔষধে উপশম হয় না, একারণ চরকসংহিতার সেইস্থানেই অভিহিত হইয়াছে যে, "চিকিৎসয়া বিষঘ্নৈর শমং লভতে জ্বরঃ" তথাবিধ বিষমজ্বর বিষঘ্নী—চিকিৎসা দ্বারা উপশম লাভ করে, অর্থাৎ বিষঘ্ন অথচ জ্বরঘ্ন ঔষধ দ্বারা চিকিৎসা করিতে হয়। প্রমথবাবু একস্থানে লিখিয়াছেন যে, নির্জীব বায়বীয় বাষ্প হইতে, সজীব কীটাণু উৎপন্ন হইতে পারে না, তবে তিনি ম্যালেরিয়া জীবাণু মৃত্তিকা হইতে এবং বদ্ধজল ও কর্দ্দম হইতে সজীব মশকের উৎপত্তি হয়—একথা কোন যুক্তি অনুসারে স্বীকার করিয়াছেন? এই কথার উত্তর দিলেই আমাদের লিখিত উষ্মা হইতে কীটোৎপত্তি প্রণালীও বুঝিতে পারিবেন। তারপর প্রমথ বাবু বিশ্বাস করেন যে, চরক সংহিতার জনপদ ধ্বংসাধ্যায়ে কলেরা, প্লেগ, বসন্ত প্রভৃতি লোকক্ষয়কারী রোগের উল্লেখ না থাকিলেও আয়ুর্ব্বেদীয় যুগে সে সকল রোগ ছিল না, অথবা থাকিলেও এমন সংক্রামক ছিল না, আর তৎকালে জলবায়ু, দেশ ও কালের বিপর্যায়ে এবং অধর্ম্ম, অভিশাপ যুদ্ধ বিগ্রহাদি দ্বারা জনপদ ধ্বংস হইত, আজ কালের মত পীড়ায় এতলোক মরিত না,'। এতদুত্তরে আমরা বলি জনপদ ধ্বংসাধ্যায়ে কোন রোগের উল্লেখ না থাকায় আয়ুর্ব্বেদ প্রচার কালে ঐ সকল রোগ ছিল না তাহা নহে, কলেরা ও বিসূচিকা, বিউবোনিক প্লেগ ও গ্রন্থি বীসর্প, বসন্ত ও মসূরিকা এক লক্ষণাক্রান্ত রোগ। রোগ প্রকরণে—এ সকল রোগের লক্ষণ ও কারণাদি দেখিয়া লইবেন; আর জল বায়ু প্রভৃতি দূষিত হইলে রোগ উৎপাদন না করিয়া নিজ প্রভাবে ব্যাঘ্রাদির ন্যায় মনুষ্যকুল বিনষ্ট করিত না, রোগ উৎপাদন দ্বারাই জনপদ ধ্বংস করিত। জলবায়ু প্রভৃতি দূষিত হইলে কেবল কলেরা, প্লেগ বা বসন্তরোগে জনপদ ধ্বংস হইবে এরূপ কোন কথা নাই, যে কোনরূপ রোগে লোক ক্ষয়ের সম্ভাবনা ছিল। চরক সংহিতার জনপদ ধ্বংসাধ্যায়ের ৩য় ও চতুর্থ ছেদে (প্যারাতে) অভিহিত হইয়াছে (অপিতুখলু জনপদ ধ্বংসন

যেকেনৈব ব্যাধিনা যুগপদ সমান প্রকৃত্যাহার দেহবল সাত্ম সত্ব বয়সাং মনুষ্যানাং কস্মাদ ভবতি' মহর্ষি অগ্নিবেশ ভগবান্ পুনর্ব্বসুকে প্রশ্ন করিয়াছিলেন যে, একগ্রাম নগর ও দেশবাসী বিভিন্ন প্রকৃতি ও বিভিন্ন দ্রব্য ভোজী নানাপ্রকার দৈহিক গঠন ও বয়ো বিশিষ্ট মনুষ্যগণ—যাহারা স্বভাবতঃ ন্যূনাধিক বল—বিশিষ্ট ও বিভিন্ন প্রকার উপকারী দ্রব্য ভোজী এবং যাহাদের মনোবলও বিভিন্ন প্রকার, তাহাদের একই সময়ে একবিধ ব্যাধি দ্বারা মৃত্যু হয় কেন ? তদুত্তরে পুনর্ব্বসু বলিয়াছেন যে "এব মসামান্ত-বতা মপ্যেভি-রগ্নিবেশ প্রকৃত্যা-দিভির্ভাবৈ মনুষ্যাণাং যেহন্যে ভাবাঃ সামান্যা স্তদ্ বৈগুণ্যাৎ সমান-কালাঃ সমান লিঙ্গাশ্চ ব্যাধয়ো ভিনি-র্ব্বর্ত্তমানা ; জনপদ মুদ্ধং সয়ন্তি॥ তত্র খল্বিমে ভাবা ! সামান্যা। জনপদেষু ভবন্তি, তদযথা বায়ু রুদকং দেশঃ কাল ইতি" ॥ এইরূপে প্রকৃতি প্রভৃতি বিভিন্ন হইলেও আরও কিছু বিষয় আছে, যাহা সকলের পক্ষে সমান, সেই সকল দূষিত হইলে একই সময়ে একই লক্ষণাক্রান্ত ব্যাধি উৎপন্ন হইয়া জনপদের বিনাশসাধন করে, সেই বিষয় জল, বায়ু, দেশ ও কাল। এই সকল পাঠ করিলে প্রমথ বাবুর সন্দেহ দূরীভূত হইবে কি ?

শিশুর দোকালীন বিষম জ্বর।

(Infantile Kala Azar)

(Infantile Lieshmania Anœmea).

১৯০৪ খৃষ্টাব্দে ক্যাথয়ার একটী মৃত শিশুর প্লীহার শোণিতে কতকগুলি জীবাণু দেখিয়াছিলেন। উক্ত শিশু কোন একটী অনির্দ্দিষ্ট রোগে মৃত্যুমুখে পতিত হইয়াছিল। ল্যাভেরান সেই জীবাণুগুলিকে ডাক্তার লিস্-মান কর্ত্তৃক আবিষ্কৃত দোকালীন জ্বরের প্যারা-সাইট্ বলিয়া ঠিক করিয়াছিলেন (১৯০৩)। সেই সময় হইতে নিকোলী ও ক্যাথয়ার ৩০৪০টি রোগীর প্লীহা ছিদ্র করিয়া (পাংচার) পরীক্ষা করিয়াছিলেন। কিন্তু ১৯০৭ খৃষ্টাব্দের সেপ্টেম্বর মাসের পূর্ব্ব পর্য্যন্ত তাঁহারা কৃতকার্য্য হন নাই। তৎপর নিকোল ও কাম্নুটো একটি শিশুর প্লীহাতে প্যারাসাই-টস্ পাইয়াছিলেন। ঐ শিশুটির বিষম জ্বর হইয়াছিল এবং স্প্লিনোমেগালি ও অন্যান্য উপসর্গ দেখা দিয়াছিল। নিকোলী এই রোগটীকে 'শিশুর দোকালীন বিষম জ্বর' আখ্যা দিয়াছেন। কিন্তু ইহার মধ্যে ১৯০৮ খৃষ্টাব্দের মে মাসে রোম নগরে যে জেনারেল প্যাথলজির সভার অধিবেশন হইয়াছিল তাহাতে পিয়ানিজ এই মর্ম্মে একটী মন্তব্য প্রকাশিত করিয়াছিলেন যে, তিনি স্বয়ং, সোমা, ফিড, কার্ড্ডুরেলী, যাঙ্ক এবং অন্যান্য চিকিৎসকগণ কর্ত্তৃক আখ্যাত ইন্‌ফ্যান্টাইল স্প্লিনিক এ্যানিমিয়া জ্বরে মৃত শিশুদিগের যকৃত এবং প্লীহার রসে বৃহৎ মনোনিউক্লিয়ার

কোষের মধ্যে এক প্রকার ব্যাসোফাইলিক্ গ্রানিউলস্ দেখিতে পাইয়াছেন।

পিয়ানিজ যদিও তাহাদের গঠনপ্রণালী সম্বন্ধে কোনও স্থির সিদ্ধান্তে উপনীত হইতে প্যারেন নাই তথাপি তিনি এই সকল দেহের ভিতর লিসম্যান্ কথিত প্যারাসাইটস্ দেখিতে পাইয়াছিলেন। তিনি তাহাদিগের আকৃতি ও বৃহৎ কোষের ভিতর সমভাবে পরিব্যাপ্ত আছে দেখিয়া (যাহা এই রোগের বিশেষ লক্ষণ) ইহাদিগকে চিনিতে সমর্থ হইয়াছিলেন। এইরূপে তিনি নেপলস্ নগরে লিস্‌ম্যানিয়াদিগের অস্তিত্ব প্রমাণ করিয়াছিলেন এবং ইহাকে শিশুর যৌকালীন বিষম জ্বরের কারণ এই আখ্যা দেওয়ার প্রস্তাব করিয়াছিলেন।

১৯০৭ খৃষ্টাব্দের নবেম্বর মাসে এবং ১৯০৮ খৃষ্টাব্দের জানুয়ারী মাসে তিনি নেপলস্ নগরস্থ আর, একাডেমিয়া মেডিকোসাইরুরজিকা পরিষদে এই রোগের প্যারাসাইটস্ সংগ্রহ করিয়া দেখাইয়াছিলেন। এবং প্যারাসাইটের গঠনপ্রণালী ও দেহে ইহাদিগের ব্যাপ্তির নিয়ম পরিষ্কাররূপে তিনি প্রমাণ করিয়াছিলেন। তিনি আরও দেখাইয়াছিলেন যে, দুইটি স্বতন্ত্র রোগ এ পর্য্যন্ত ইনফ্যান্টাইল স্প্লিনিক এ্যানিমিয়া নামে অভিহিত হইয়া আসিতেছে। তন্মধ্যে একটির উৎপত্তির কারণ প্রটোজুন, লিস্‌ম্যানিয়া এবং অপরটী নানা কারণে জন্মিয়া থাকে, যথা—উপদংশ, রিকেটস্, অটো ইনফিকেশান, অন্ত্রের প্রদাহের পুরাতন অবস্থা, পুষ্টির দোষ এবং যক্ষা ইত্যাদি।

১৯০৭ খৃষ্টাব্দে আর্ক্তার একটী রোগীর অবস্থা প্রকাশ করিয়াছিলেন। একজন সৈনিক ক্রীটদেশে এই রোগে আক্রান্ত হন। ১৯০৮ খৃষ্টাব্দের ভিতর নিকোলস্ অন্যান্য পর্য্যবেক্ষণকারীদিগের সহিত টিউনিসে ৬টী রোগী দেখিয়াছিলেন ও ডাক্তার গ্যারী মেসিনাতে ২টী এবং ট্রেমবলীতে একটী রোগীর অবস্থা লিপিবদ্ধ করিয়াছিলেন।

১৯০৯ খৃঃ গ্যারী সিসিলি এবং ক্যালাব্রীয়াতে এইরূপ রোগ দেখিয়াছিলেন। ঐ বৎসর অক্টোবর মাসে মিলান নগরে যে ইণ্টারন্যাস্‌ন্যাল মেডিসিনের মহাসভার অধিবেশন হয় তাহাতে ফেলেটী এবং তাঁহার সংযোগীগণ ক্যাটানিয়াতে যে সাতটী রোগী দেখিয়াছিলেন তাহাদের বিবরণ পাঠ করিয়াছিলেন এবং জেমা প্যালারমো হইতে এই রোগে সর্ব্বপ্রথম আক্রান্ত ব্যক্তির সংবাদ প্রকাশ করেন। সেই বৎসর মধ্যেই নিকোল টিউনিস প্রদেশস্থ আরও কয়েকটি রোগীর বিবরণ লিপিবদ্ধ করিয়াছিলেন।

১৯১০ খৃঃ ফেলেটী ও তাঁহার ছাত্রবর্গ ক্যাটানিয়া প্রদেশের ১৬টী এবং লজো ১৫টী রোগাক্রান্ত ব্যক্তির বর্ণনা লিপিবদ্ধ করিয়াছেন। জেমা এবং তাঁহার সহকারীগণ ঐ বৎসর প্যালারমোতে ২১টী রোগী পাইয়াছিলেন। সেই বৎসরই ক্রাইটন মাল্টা হইতে ঐ রোগে আক্রান্ত ১০ জন ব্যক্তির কথা লিখিয়াছিলেন। তথায় সর্ব্বপ্রথম ব্যাবিংটন এই রোগ দেখা দিয়াছে বলিয়া আন্দাজ করিয়াছিলেন। আলভারিজ লিসবন নগর হইতে সর্ব্বপ্রথম রোগাক্রান্ত ব্যক্তির বিবরণ প্রকাশ করেন। ভাইসেনটিনি ইলিয়ান দ্বীপপুঞ্জ, ট্রেমবলি, ভালাইনা, লিপারি,

এবং এপুলিয়া প্রদেশস্থ লোক নগর হইতে পূর্ব্বোক্ত রোগে আক্রান্ত ব্যক্তির সংবাদ প্রকাশ করিয়াছিলেন। ডিসেম্বর মাসে গ্যাবি সংবাদ প্রদান করেন যে, তিনি স্পেজিয়া দ্বীপস্থ একটী শিশুর দেহে লিস্‌ম্যানিয়া পাইয়াছেন। ঐ শিশু পোনস্‌ নামে কথিত রোগে ভুগিতেছিল। মেসনিল, ল্যাভেরান, বাকার, গ্যাবী ও উইসিয়ামসন ঐ রোগকে এক প্রকার ইনফ্যান্টাইল কালা-জ্বর (শিশুর দৌকালীন বিষমজ্বর) বলিয়াছেন। গ্যাবীর আবিষ্কারের কতিপয় দিবস পর ক্রিষ্টোমেনস্‌ স্বতন্ত্রভাবে ঐ রোগাক্রান্ত একটী বয়স্ক রোগী পেনোপণিমাস প্রদেশস্থ প্যাট্রাস নামক স্থান হইতে আবিষ্কার করিয়াছিলেন। ইহার এক মাস পরে আরাভ্যান ডাইনোস ও মাইকেলিডস হাইড্রা দ্বীপে ইহার প্যারাসাইট পাইয়াছিলেন। তথায় ঐ রোগ 'স্থানাকী' নামে অভিহিত হয়। পরবর্ত্তী বৎসর (১৯১১ খৃঃ) ক্রাইষ্টোমেনস্‌, নিগ্রোস ও ব্যাটিনোস নিম্নলিখিত স্থানে এই রোগের আবির্ভাব দেখিয়াছিলেনঃ—গ্রীসদেশের ও এসিয়া মাইনরের সমুদ্রোপকূলবর্ত্তী প্রদেশে এবং মাইটেলিন, ট্রেবিজণ্ড, ক্রীট, স্পেজিয়া, হাইড্রা, প্যাট্রাস এবং করফু, কেফলিনোজ, ইত্যাদি স্থানে। ইটালী প্রদেশে এবং সিসিলি দ্বীপে এই রোগ অত্যন্ত বিস্তার লাভ করিয়াছিল এবং ফুলসি ও ব্যাসিল রোমনগরে একটী অষ্টাদশ বর্ষীয় যুবকের এই রোগে আক্রান্ত হওয়ার কথা প্রকাশ করেন। লিসবনে এই রোগে আক্রান্ত আরও অনেক ব্যক্তির সংবাদ আলভারিজ, কোল্‌কে ও মুটন প্রদান করিয়াছিলেন। নিকোল প্রকাশ করেন যে, তিনি মারজিনোস্কির অপ্রকাশিত পত্রে মস্কো নগরে এই রোগে আক্রান্ত এক ব্যক্তির বিবরণ দেখিয়াছেন। টালিম ইব্রাহিম ট্রিপোলি হইতে দুইটী রোগীর এবং লিমেয়ার আলজিয়ার্স হইতে একটী রোগীর বিবরণ পাঠাইয়াছেন।

এই সমস্ত বিবরণ হইতে স্পষ্টই বুঝিতে পারা যায় যে, যদিও এই রোগ কেবলমাত্র শিশুদিগের মধ্যেই সম্পূর্ণরূপে আবদ্ধ নয়, তথাপি ইহা প্রায়শঃ তাহাদিগকেই আক্রমণ করে। এবং ভূমধ্যসাগরোপকূলবর্ত্তী প্রদেশেই ইহার বিস্তার অত্যন্ত বেশী। মারজিনোস্কির বর্ণিত মস্কো নগরস্থ রোগীর বিবরণ হইতে দেখা যায় যে, এই রোগ মধ্য প্রদেশেও বিস্তৃত হয়। এবং ফিলিপ্স, সেফিল্ডনিভ, কিউমিস ইত্যাদি ব্যক্তিগণ দেখাইয়াছেন যে, ইজিপ্ট, আরব্য, সুদান প্রদেশেও ইহার বিস্তার আছে। প্লকা ও জারল তুর্কিস্থানের তাসখণ্ড নামক স্থানে কেবলমাত্র একটী রোগী দেখিয়াছিলেন। ভূমধ্যসাগরের উপকূল প্রদেশের দৌকালীন বিষম জ্বরের সহিত সুদান, ভারতবর্ষ এবং চীন প্রদেশস্থ ঐ রোগের সম্বন্ধ কি, তাহা এ পর্য্যন্ত স্থিরীকৃত হয় নাই। কেহ কেহ বলেন যে, এক। অপর পক্ষ বলেন যে, দুই স্থানের রোগ পরস্পর বিভিন্ন প্রকারের। সুতরাং এ বিষয়ে এখনও মতদ্বৈধ আছে। ডাক্তার লিস্‌মান দুই প্রকারের আক্রমণের সম্বন্ধে নিম্নলিখিত, মন্তব্য প্রকাশ করিয়াছেনঃ—

(১) শিশুর দৌকালীন বিষম জ্বর প্রায় বেশীর ভাগ শিশুদিগকেই বেশী আক্রমণ

করে। আর ভারতবর্ষীয় দোকালীন জ্বর সকল প্রকার বয়সের লোককেই আক্রমণ করিয়া থাকে।

(২) এই দুই প্রকার রোগের ভিতর লক্ষণেরও তারতম্য দেখা যায়।

(৩) শিশুর দোকালীন বিষম জ্বরের প্যারাসাইট লইয়া নভি-ম্যাক্‌নিল মিডিয়ামের উপর কৃত্রিম উপায়ে বংশবৃদ্ধি করা যায় এবং তৎস্থান হইতে প্যারাসাইট লইয়া পুনর্ব্বার অতি সহজেই বংশবৃদ্ধি করা যাইতে পারে। কিন্তু ভারতবর্ষীয় দোকালীন জ্বরের প্যারাসাইট কৃত্রিম উপায়ে জন্মান যায় না।

(৪) শিশুর দোকালীন বিষম জ্বরের প্যারাসাইট লইয়া কুকুর এবং বানরের রক্তের সহিত মিশ্রণ করিলে (ইন্‌কুলেশন করিলে) উহারা ঐ রোগে আক্রান্ত হয় কিন্তু ভারতবর্ষীয় দোকালীন বিষম জ্বর ক্ষেত্রে সংমিশ্রণ করিলে তাহাদের কিছুই হয় না।

(৫) যে সকল স্থানে শিশুর দোকালীন বিষম জ্বর সীমাবদ্ধ, তথায় কুকুরদিগকে স্বতঃই এই রোগে আক্রান্ত হইতে দেখা যায়। কিন্তু ভারতবর্ষে কুকুরদিগকে ঐ রোগে আক্রান্ত হইতে দেখা যায় না।

জেমা এবং ডিক্রাইষ্টিনা প্রথমে এই দুই প্রকার রোগ স্বতন্ত্র বলিয়া স্থির করিয়াছিলেন। কিন্তু ক্রমশঃ তাঁহাদিগের ঐ রোগদ্বয় এক প্রকারের এইরূপ ধারণা জন্মিয়াছে। কারণ ভূমধ্যসাগরস্থ প্রদেশে বয়স্ক লোকদিগের এই রোগে আক্রমণের সংখ্যা ক্রমশঃ বৃদ্ধি পাইতেছে এবং কতকগুলি লক্ষণ যাহা পূর্ব্বে দেখা যায় নাই, তাহা এখন কতিপয় স্থানে দেখা দিয়াছে, (যথা—মুখের ঘা)। এবং তাঁহারা মৃতদেহ পরীক্ষা করিয়া দেখিয়াছেন যে, অন্ত্রের ক্ষত যাহা পূর্ব্বে কেবল ভারতবর্ষীয় রোগেই প্রকাশ পাইত তাহা এখন তথায় দেখা দিয়াছে।

কিন্তু এই দুই প্রকার রোগের মধ্যে এখন কতকগুলি বিভিন্নতা আছে। ডিক্রাইস্‌টিনা প্রভৃতি চিকিৎসকগণ ভূমধ্যসাগরস্থ রোগের বীজাণু লইয়া সাইট্রেটযুক্ত রক্তে কৃত্রিম উপায়ে বংশ বৃদ্ধি করিয়াছেন এবং ঐ রোগের বীজাণু লইয়া কুকুর এবং সারমেয়ের রক্তে টীকা দিয়া তাহাদিগকে ঐ রোগাক্রান্ত করিয়াছেন। কিন্তু ভারতবর্ষীয় রোগের বীজাণু লইয়া ঐরূপ পরীক্ষায় কৃতকার্য্য হন নাই। কিন্তু এ বিষয়েও চিকিৎসকগণের মধ্যে মতভেদ আছে। জেমা এবং ডিক্রাইস্‌টিনা বিশ্বাস করেন না যে কতিপয় কুকুরদিগের ভিতর এই রোগ সংক্রমণ হইলেই দুই রোগ অভিন্ন প্রকারের হইয়া গেল। তাঁহারা নিজেরা পরীক্ষা করিয়া দেখিয়াছেন—কুকুরদিগের ভিতর এই রোগে আক্রমণ হওয়ার সংখ্যা শতকরা অত্যন্ত কম। এবং প্যালারমো প্রদেশ যেখানে শিশুদিগের ভিতর এই রোগের আক্রমণ অত্যন্ত অধিক, সেখানে তাঁহারা এই রোগে একটি কুকুরকেও এই রোগে আক্রান্ত হইতে দেখেন নাই। বর্ত্তমান প্রবন্ধলেখক বিবেচনা করেন যে, এই রোগ দুইটী স্বতন্ত্র মনে করিবার কোনও কারণ নাই এবং এই রোগদ্বয় একই প্রকারের। এবং তিনি আরও মনে করেন যে, এই বিষয়ে আরও অনেক পরীক্ষা ও প্রমাণ করিবার জিনিস আছে।

নিকোল কিন্তু এ বিষয়ে সন্দেহ প্রকাশ

করিয়াছেন। তিনি এই দুই প্রকার রোগের সম্বন্ধ নির্ণয় করিতে যাইয়া লিখিয়াছেন যে, ভারতবর্ষীয় রোগ কুকুরদিগের ভিতর সংক্রামিত করিতে পারা যায় কি না, সে বিষয়ে আমরা এখনও অনভিজ্ঞ। তাঁহার মতে প্যাটন কর্ত্তৃক পরীক্ষার ফল আশাজনক নহে। তিনি আরও বলেন যে, আশ্চর্য্যের বিষয় এই যে ওরিয়েণ্টাল ক্ষত ও শিশুর স্বোকালীন বিষম জ্বরের বীজাণু লইয়া কুকুরদিগের ভিতর ইহা সংক্রমিত করা যায়। অথচ ভারতবর্ষীয় স্বোকালীন জ্বরের বীজাণু কুকুরদিগের উপর কোনই কার্য্য করে না। (কিন্তু এদিকে স্বোকালীন বিষম জ্বরের জীবাণুর সহিত ইহার বিশেষ সাদৃশ্য আছে)। ইহা হইতেই বেশ বোঝা যায় যে, এ বিষয়ে নিকোলের মত ভালরূপে গঠিত হয় নাই।

পিয়ানিজের (যিনি ইউরোপে সর্ব্বপ্রথম এই রোগের আবিষ্কার করেন) বিশ্বাস এই যে, এই দুইটী রোগ সম্পূর্ণ স্বতন্ত্র। তিনি বলেন যে, লিস্ম্যানিয়া ইন্‌ফ্যাণ্টাম অতিশয় ক্ষুদ্র এবং ভারতবর্ষীয় প্যারাসাইট অপেক্ষা, জীবকোষসমূহে ইহা প্রচুর পরিমাণে পাওয়া যায়। এবং কৃত্রিম উপায়ে প্যারাসাইটের বংশবৃদ্ধির উপর ইহার প্রতিক্রিয়া স্বতন্ত্র। এই রোগ সম্বন্ধে বিভিন্নতা আরও দেখা যায় যে, টিউনিস প্রদেশস্থ রোগ ও ইটালিয়ান প্রদেশস্থ রোগ শিশুদিগকেই বেশীর ভাগ আক্রমণ করে। অন্ত্রের ক্ষত ও মুখের ঘা কেবল ভারতবর্ষীয় স্বোকালীন জ্বরেই দেখা যায়। কিন্তু শিশুর স্বোকালীন বিষম জ্বরে ইহা আদৌ দেখা যায় না। ভারতবর্ষীয় রোগে লিউকোপেনিয়া প্রায়ই দেখা যায়। কিন্তু শিশুর স্বোকালীন বিষম জ্বরে ইহা দেখাই যায় না। কচিৎ হাইপারলিউকোসাইটোসিস্ দেখা যায়।

কোন্ বয়সে সচরাচর মেডিটারেনিয়ান প্রদেশস্থ রোগের আক্রমণ বেশী হইতে দেখা যায়?—

লিস্ম্যানিয়া এনিমিয়া অথবা শিশুর স্বোকালীন বিষমজ্বর সাধারণতঃ শিশুদিগকেই আক্রমণ করে। ২ কিম্বা ৩ বৎসর বয়স্ক শিশুদিগেরই বেশীর ভাগ এই রোগ হইতে দেখা যায়। জেমা, 'ডিক্রিসটাইনা এবং নিকোল প্রভৃতি চিকিৎসকবর্গ প্যালারমো ও টিউনিস হইতে যে সকল রোগীর তালিকা দিয়াছিল তাহা হইতে দেখা যায় ৩ বৎসর বয়স্ক শিশুদিগকে এই রোগ বেশীর ভাগ আক্রমণ করিয়াছিল। এই সম্বন্ধে তাঁহারা এই মন্তব্য পাঠ করিয়াছেন যে, শিশুদিগের ২ বৎসর বয়সের সময় এই রোগ সর্ব্বপ্রথমে আক্রমণ করিয়া থাকে। এবং যদিও মধ্যে মধ্যে ইহার ব্যতিক্রম হইতে দেখা যায় তথাপি ২।৩ বৎসর বয়স্ক শিশুদিগের উপরই ইহার আক্রমণের ভাগ বেশী। ৩০ বৎসর বয়স্ক ব্যক্তিকেও এই রোগে আক্রমিত হইতে দেখা গিয়াছে। কিন্তু ইহা অত্যন্ত বিরল। সেই জন্য ইহা শৈশব রোগ নামে অভিহিত হয়।

স্ত্রীপুরুষ, সমাজের স্তরে জাতিভেদে ইহার আক্রমণের তারতম্য—

কোনও ক্ষেত্রে দেখা যায় যে, বালকদিগকে ইহা বেশীর ভাগ আক্রমণ করে। আবার সময়ে সময়ে দেখা যায় যে, বালিকারা এই রোগে বেশী আক্রান্তা হয়। জেমা এবং

ডিক্রাইসটিনা ইহা দেখিয়া স্থির করিয়াছেন যে, পুংস্ত্রী ভেদে ইহার আক্রমণের তারতম্য হয় না। ক্রাইটি নসাহেব দেখিয়াছেন যে, ১ বৎসর বয়সের নিম্নে পুংশিশু ও স্ত্রীশিশুদিগের ভিতর আক্রমণ সংখ্যা সমান। কিন্তু ১ বৎসর বয়স হইতে ২ বৎসর বয়স্ক শিশুদিগের ভিতর পুংশিশুরাই এই রোগে বেশীর ভাগ আক্রান্ত হইয়া থাকে। এই রোগে শিশুদিগের যত মৃত্যু হয় তন্মধ্যে প্রায় অর্দ্ধেক এই বয়সে মারা যায়। দরিদ্র কৃষকদিগের শিশুসন্তানের ভিতর এই রোগে আক্রমণেব সংখ্যা অত্যন্ত অধিক।

সংক্রামকতা—বহুপূর্ব্ব হইতে অনেকে লক্ষ্য করিয়া দেখিয়াছেন যে, একই পরিবারে একাধিক ব্যক্তি এই রোগে আক্রান্ত হইয়াছে। এবং ইহা দেখিয়া অনেকের বিশ্বাস জন্মিয়াছে যে, এই রোগ সংক্রামক। ক্রাইটিন লিখিয়াছেন যে, মাণ্টাদ্বীপে এই রোগের সংক্রামকতা সম্বন্ধে লোকের বিশ্বাস এরূপ বদ্ধমূল হইয়াছে যে, তাহারা এই রোগাক্রান্ত শিশুদিগের ব্যবহৃত বস্ত্র ও বিছানা নষ্ট করিয়া ফেলে। তিনি একটি তালিকা হইতে দেখাইয়াছেন যে, একই পরিবারের ২ বা ততোধিক ব্যক্তি এই রোগে মৃত্যুমুখে পতিত হইয়াছে। জেমা, ডিক্রিস টাইনা, পিয়ানিস এবং অন্যান্য চিকিৎসকবর্গ এই মতের সমর্থন করিয়াছেন। কিন্তু অনেক ক্ষেত্রে এরূপও দেখা গিয়াছে যে এরূপ ঘটনা একই পরিবারে কচিৎ ঘটিয়া থাকে; সুতরাং একই পরিবারে ও বংশে ইহা সংক্রমিত হয়, এরূপ মনে করিবার কোনও কারণ নাই।

ঋতুভেদে রোগের আক্রমণ—করটেনি এবং লেভি ড্যাটিক্ এবং দোকালীন জ্বরের সম্বন্ধ নির্ণয় করিতে যাইয়া লিখিয়াছেন যে, তাঁহারা টিউনিস প্রদেশে বসন্তকালের ২।৩ মাসের পর এই দুই প্রকার রোগের আধিক্য দেখিয়াছেন। আরও অনেকে দেখিয়াছেন যে, এই রোগের আক্রমণ শীতকালের পর এবং বসন্তে অধিক হইয়া থাকে।

রোগের লক্ষণ।

রোগের প্রথম আক্রমণাবস্থা।—

জেমা এবং ডিক্রাইসটিনা রোগের প্রথমাবস্থার বিষয় এইরূপ লিখিয়াছেন—রোগের প্রথমাবস্থায় ডাক্তারের পক্ষে এই রোগ চেনা দুষ্কর। কয়েক মাস পরে রোগ যখন সুস্পষ্ট রূপে প্রকাশ পায় তখন তাঁহারা রোগ চিনিতে সমর্থ হন। এই রোগের প্রথমাবস্থায় সামান্য উদরাময় হয় এবং সময়ে সময়ে বমনের ভাব থাকে।

নিকোল বলেন যে, রোগের প্রথম লক্ষণ যাহা দেখা যায় তাহা সকলের শিশুদিগের দন্তোদ্গমের রোগ বলিয়া ঠিক করেন।

রোগ যখন বৃদ্ধি পাইতে থাকে তখন রোগী ক্রমশঃ পাংশুটে হইতে থাকে (এনিমিয়া)। এবং সেই সঙ্গে অনিয়মিত জ্বর ও পেট গরম থাকে। রোগগ্রস্ত ক্রমশঃ কৃশ হইতে থাকে। সদা সর্ব্বদা বিমর্ষ থাকে, খেলাধুলা করিতে ভালবাসে না, অন্যমনস্ক হয় এবং কোনওরূপ শ্রম করিতে ভয় পায়। পেটের পীড়া হয় এবং মল দুর্গন্ধযুক্ত থাকে। কিন্তু পেটের পীড়া আরোগ্য হইলে আবার কোষ্ঠবদ্ধ হয়। এই সময়ে ক্ষুধা থাকে না।

তদ্ভিন্ন অন্য সময়ে ক্ষুধা থাকে। উদরপেট মাঝে মাঝে ফুলিয়া উঠে কিন্তু পরিপাক করিবার শক্তি বৃদ্ধি পাইতে থাকিলেই ইহা সারিয়া যায়। শরীরের বর্ণ অত্যন্ত পাংশুটে হয়। রোগের প্রথমাবস্থাতে জ্বর অনিয়মিত ভাবে হয়। এইরূপ কতিপয় দিবস থাকে। তৎপর জ্বরের বিরাম হয় এবং বোধ হয় যেন শিশু সারিয়া উঠিতেছে।

কিন্তু ডাক্তার জেমা এবং ডিক্রাইসটিনা বলেন যে, কোনও কোনও ক্ষেত্রে রোগের প্রথমাবস্থাতে সবিরাম জ্বর হয়। এবং ক্ষেত্রান্তরে দেখা যায় যে, জ্বর অবিরাম হয় এবং বৈকাল বেলা বেগ বেশী দিয়া থাকে। মাঝে মাঝে জ্বরের প্রথমাবস্থাতেই বেগ দেয় এবং খুব ঘাম হয়। এবং যেহেতু এই সময়ে প্লীহা বৃদ্ধি হইতে থাকে সেহেতু অনেকে এই রোগকে ম্যালেরিয়া বলিয়া ভ্রম করেন। তাঁহারা বলেন যে, নাসিকা হইতে রক্তস্রাব এই রোগের প্রথমাবস্থার একটি লক্ষণ।

রোগের পূর্ণাবস্থা।

রোগ পুরাতন হইয়া দাঁড়াইলে রোগী প্রায়ই বাঁচে না। এই সময়ের প্রধান লক্ষণ— রোগীর বর্ণ খুব পাংশুটে হয়, অত্যন্ত কৃশ হইয়া পড়ে, শোথ হয়, সর্ব্বদা জ্বর লাগা থাকে এবং প্লীহা আয়তনে খুব বড় হয়, এই সমস্ত লক্ষণ সর্ব্বদা বর্ত্তমান থাকে। এই সমস্ত লক্ষণ ব্যতিরেকে আরও কতকগুলি লক্ষণ প্রায় দেখা যায়। যথা নাসিকা এবং মাড়ি হইতে রক্তস্রাব, পারপুরিক ইরাপসান্, হেমোফাইলিয়া, আমবাতের মত দাগ, শ্বাস প্রশ্বাসের কষ্ট, মুখের ঘা এবং মেনিনজাইটিস্।

এই রোগের আর একটি প্রধান লক্ষণ (যাহা সর্ব্বদা প্রকাশ পায়) এই যে, এই সময়ে উদরাময় কিংবা আমাশয় হইতে দেখা যায়। এবং সময়ে সময়ে ইহা এরূপ বৃদ্ধি পায় যে, তাহাতে রোগীর মৃত্যু পর্য্যন্ত হইতে পারে।

চর্ম্মের বিবর্ণত্ব—যাঁহারা এই রোগের সম্বন্ধে লিখিয়াছেন, তাঁহারা সকলে ইহা বিশেষরূপে লক্ষ্য করিয়াছেন। ডাক্তার নিকোল লিখিয়াছেন যে, শিশুদিগের মুখমণ্ডল এই রোগে অত্যন্ত সাদা হয়। এবং তাহা দেখিয়া এইরূপ মনে হয় যে, তাহাদের শরীরে মোটেই রক্ত নাই। যাহারা দীর্ঘকাল ম্যালেরিয়া জ্বরে ভোগে, তাহাদের বর্ণ পাংশুটে হয়। কিন্তু এই রোগে বর্ণ অত্যন্ত সাদা হইয়া যায়। কোনও কোনও ক্ষেত্রে এরূপও দেখা গিয়াছে যে, রোগীর বর্ণ হরিদ্রাক্ত হইয়াছে। ডাক্তার ডিসেমটিনি বলেন যে, বর্ণ পরিবর্ত্তন এই রোগের একটী প্রাথমিক লক্ষণ। এই রোগে বর্ণের বিবর্ণতা এরূপ সুস্পষ্ট রূপে প্রতিভাত হয় যে, দেখিবা মাত্র ইহা ম্যালেরিয়া রোগাক্রান্ত ব্যক্তির পাংশুটে বং কিংবা অন্য কোন প্রকার এনিমিয়া হইতে স্বতন্ত্র বলিয়া চেনা যায়।

জ্বর—এই রোগ জ্বরযুক্ত হয়। এবং এই জ্বর অন্যান্য জ্বর হইতে সম্পূর্ণ স্বতন্ত্র। প্রথমে ২।৩ সপ্তাহ জ্বর লাগা থাকে। তৎপর জ্বরের বিরাম হয়। এইরূপ কয়েক সপ্তাহ থাকে। অবশেষে জ্বর সর্ব্বদা লাগা থাকে কিন্তু জ্বরের বেগ অনিয়মিত ভাবে আসে। প্রথমাবস্থায় জ্বরের তাপ ৩৮.৫ হইতে ৩৯ সেণ্টিগ্রেড পর্য্যন্ত উঠে। পরে ৪০ (সেণ্টিগ্রেড) কিংবা তাহার উপরেও উঠে। এই জ্বরাবস্থার জ্বরের বেগ একদিনের

ভিতর অনেকবার দিয়া থাকে। এইরূপ প্রত্যেকবার বেগ দেওয়ার পর হইতে পুনর্ব্বার বেগ দেওয়ার মধ্যে সময়ে সময়ে তাপ নামিয়া যায়। অনেক সময় স্বাভাবিক পর্য্যন্ত হয়। জ্বরের বেগ কখনও কখনও খুব বেশী হয় এবং পরে খুব ঘাম হয়। এই রোগের পরিণতাবস্থায় যদি অন্য কোনও স্বতন্ত্র রোগে তাপাধিক্য না ঘটায়, তাহা হইলে তাপ স্বাভাবিক অপেক্ষা অল্প হইতে দেখা যায়।

এইরূপ উত্তাপ হ্রাস অবস্থা কখনও কখনও রোগের প্রথমাবস্থায় অথবা প্রবল রক্তস্রাবের পর হইতে দেখা যায়। জ্বর কখনও সবিরাম এবং কখনও অবিরাম প্রকারের হয়। **জ্বরের বেগ সকালে ও বৈকালে বৃদ্ধি হয়।** জ্বর এইরূপ অনিয়মিত ভাবে হওয়ার দরুণ ইহাকে স্বতন্ত্র বলিয়া বেশ উপলব্ধি করা যায়। অন্য কোনও রোগে জ্বরের এইরূপ ভিন্নাবস্থা হইতে দেখা যায় না। অন্য কোনও রোগে তাপের এইরূপ অনিয়মিতভাবে উত্থান ও পতন হইতে দেখা যায় না বলিয়াই ইহা এই রোগের একটি প্রধান লক্ষণ বলিয়া পরিগণিত হয়। রোগের পরিণতাবস্থায় যে জ্বর হয়, তাহার আক্রমণ হঠাৎ হয় এবং বেগ অত্যন্ত বেশী হয়। এবং সময়ে সময়ে সহসা তাপ স্বাভাবিক অপেক্ষা নিম্নে নামিয়া যায়। মোটের উপর এই রোগে জ্বর কখনও সবিরাম এবং কখনও অবিরাম এইরূপ অনিয়মিতভাবে হয় এবং তাপ দিনের মধ্যে অনেকবার কমে এবং বাড়ে।

পরিপাক যন্ত্র—এই রোগে পাকযন্ত্রের দোষ প্রায়ই জন্মে। ডাক্তার নিকোল সাহেব বলেন যে, এই রোগে পেটের পীড়ার আক্রমণ খুব বেশী হয় এবং পেটের পীড়া সারিয়া গেলে কোষ্ঠবদ্ধ হয়। ইহা সত্ত্বেও আহারের রুচি বাড়ে বই কমে না। আবার কখনও কখনও খুব অরুচি হইতেও দেখা যায়। কিন্তু এই রোগে পেটের অসুখ খুব বেশী হয় এবং সময়ে সময়ে ইহা মারাত্মক হয়। রোগীর মল প্রায়ই দুর্গন্ধযুক্ত হয় এবং সময়ে সময়ে মলের সহিত ভুক্ত দ্রব্য জীর্ণ না হইয়া বাহির হয়। মাঝে মলের সহিত রক্তের ছিটাযুক্ত আম নির্গত হয়। সকল ডাক্তারই বলেন যে, এই রোগের প্রথম লক্ষণ পেটের অসুখ এবং ইহা রোগাবস্থায় মাঝে মাঝে প্রায়ই আক্রমণ করে। ডাক্তার ক্রাইটিন এ সম্বন্ধে যাহা বলিয়াছেন তাহা নিম্নে উদ্ধৃত করিয়া দেওয়া গেল।

"এই রোগে সাধারণতঃ রুচির কোনও পরিবর্ত্তন হয় না। ক্ষুধা খুব বেশী হইতে দেখা যায় এবং শিশুরা হাতের সামনে যাহা পায় তাহাই খায়। এমন কি পাথরের নুড়ি এবং দেওয়ালের আস্তর কামড়ায়। পেটের পীড়া খুব বেশী হইতে দেখা যায় এবং মল দুর্গন্ধযুক্ত হয়। বাহ্যের সঙ্গে রক্ত আম নির্গত হয় এবং পেট খুব কামড়ায়। পাতলা বাহ্যে হওয়ার পর রোগীর প্লীহাকে কিছুক্ষণের জন্য সঙ্কোচিত হইতে দেখা যায়।"

মুখের ঘা—এই রোগে সময়ে সময়ে মুখে ঘা হইতে দেখা যায়। ইহাকে আমাদের দেশে 'প্লীহা মামুরকীর ঘা, বলে। ঘা প্রথমাবস্থায় খুব ধীরে ধীরে আরম্ভ হয়। সে জন্য প্রথমে ইহাকে লোকে দাঁত উঠার পীড়া বলে। ক্রমে দন্তের মাড়ীতে ঘা ধরে। শেষে দন্তাস্থি ভীষণভাবে ক্ষতাক্রান্ত

হয়। যা বেশী ছড়াইয়া গেলে নাক ও মুখ এক হইয়া যায় এবং রোগীর মৃত্যু হয়।

কাণের পীড়া—ডাক্তার নিকোল এবং অন্যান্য অনেকে এই রোগে আক্রান্ত শিশুর কাণপচা রোগ হইতে দেখিয়াছেন। কোনও কোনও ক্ষেত্রে ইহার জন্য মৃত্যুও হইতে দেখা গিয়াছে।

প্লীহার বৃদ্ধি—এই রোগে প্লীহা ক্রমশঃ বর্দ্ধিত হইতে থাকে এবং শেষে অত্যন্ত বৃদ্ধিপ্রাপ্ত হইয়া তলপেটের বাম পার্শ্ব সম্পূর্ণরূপে অধিকার করিয়া বসে। প্লীহার দুই পার্শ্ব অসমান এবং অত্যন্ত শক্ত হয়। ইহার উপরিভাগ সমান এবং হস্ত দ্বারা স্পর্শ করিলে নরম বলিয়া বোধ হয় না। শ্বাস-প্রশ্বাসের সহিত প্লীহা এক পার্শ্ব হইতে অন্য পার্শ্বে স্বচ্ছন্দে নড়া চড়া করে। সময়ে সময়ে এরূপও দেখা গিয়াছে যে, প্লীহা রোগের সঙ্গে সঙ্গে বর্দ্ধিত হইয়া শেষে মৃত্যুর পূর্ব্বে অত্যন্ত হ্রাস হইয়া গিয়াছে। এইরূপ হ্রাসের কারণ দীর্ঘকালস্থায়ী পেটের অসুখ ভিন্ন আর কিছুই নহে।

যকৃতের বৃদ্ধি—এই রোগে যকৃৎ অল্প বর্দ্ধিত হয়। হস্ত দ্বারা চাপ দিলে ইহা নরম বলিয়া বোধ হয় না। উপরিভাগ সমান এবং দুই নির্দ্দিষ্ট কিনারা আছে। প্লীহা এবং যকৃতের বৃদ্ধির সহিত তলপেট স্ফীত হইতে থাকে। এবং পরে এতদূর স্ফীত হইয়া উঠে যে শিরাসমূহ সুস্পষ্টভাবে দেখা যায়। কেহ কেহ পেরিটোনিয়াল কেভেটিতে অল্প পরিমাণ একরূপ জলবৎ তরল পদার্থ জমিতে দেখিয়াছেন।

রক্তসঞ্চালন যন্ত্রসমূহ—ডাক্তার নিকোলী দেখিয়াছেন যে, নাড়ীর স্পন্দন অতি দ্রুত হয়। এমন কি জ্বরবিহীন অবস্থায় তাপ এবং নাড়ীর গতির সহিত যে ঐক্য থাকে, এ সময়ে তাহার পার্থক্য দেখা যায়। নাড়ির গতি জ্বর আগমনের সহিত বৃদ্ধি পাইতে থাকে এবং মিনিটে ১৫০ বার হইতে ১৬০ বার পর্য্যন্ত স্পন্দিত হইতে থাকে।

রক্তস্রাব—পূর্ব্বেই বলা হইয়াছে যে, নাড়ি ও অন্ত্র হইতে রক্তস্রাব হয় এবং শরীরে পারপুরীক ইরাপশন হয়। এইরোগে শিশুদিগের নাসিকা হইতে প্রায়ই রক্ত পড়িতে দেখা যায়। রক্তস্রাবের নানারূপ অবস্থা দেখিতে যায়। কারও শরীরে রক্ত জমিয়া কাল শিরা পড়িয়া যায়, কাহারও বা শরীরে উঠে। শেষে এই রক্তস্রাবই রোগীর শীঘ্র শীঘ্র মৃত্যুর কারণ হইয়া উঠে। এই রক্তস্রাবই কোনটী যে সাধারণতঃ হইতে দেখা যায়, সে বিষয়ে মতভেদ আছে। ডাক্তার নিকোলী বলেন যে, মাড়ি হইতে সাধারণতঃ রক্তস্রাব বেশী হইতে দেখা যায়। ক্রাইটিন বলেন যে, নাসিকা হইতে রক্তস্রাব সাধারণতঃ বেশী হয়। আবার গাধাও নিয়া নিজ বলেন যে, রক্ত আমাশা পীড়াই সাধারণতঃ বেশী ঘটে। তবে মোটের উপর ইহা বলা যাইতে পারে যে, এ রোগ যে প্রকারেই হউক রক্তস্রাব হয়।

পেম্ফিগাস্—শরীরের এক প্রকার গোলাকার ফোস্কা উঠে। ডাক্তার নিকোলী দুইটী ক্ষেত্রে এইরূপ হইতে দেখিয়াছেন, একটী রোগীর মুখমণ্ডলে এবং পায়ে খুব বড়

ফুস্কুরী দেখা গিয়াছিল। সেইগুলি এক প্রকার স্বচ্ছজলবৎ তরল পদার্থে পূর্ণ ছিল। সময়ে সময়ে জ্বরাক্রমণের পর সেই রোগীর গাত্রে নূতন ফুস্কুরি উঠিত। একটি ফুস্কুরি হাঁটুর উপরিভাগে চর্ম্মের উপর উঠিয়াছিল। দ্বিতীয় রোগীটির হাঁটুর উপরিভাগে চর্ম্মের উপর একটী ফুস্কুরি মাত্র দেখা দিয়াছিল। স্থানটি বেদনা-যুক্ত ছিল এবং ৩।৪ দিনের মধ্যেই ফুস্কুরি আরোগ্য হইয়াছিল।

লিম্ফ্যাটিক গ্ল্যাণ্ডস্—এই রোগে লিম্ফ্যাটীক গ্ল্যাণ্ডসের কোনও বিশেষ পরিবর্ত্তন দেখা যায় না। সময়ে সময়ে কুঁচকীতে, বগলে, এবং ঘাড়ে বীচি বড় হইতে দেখা যায়, কিন্তু তাহা এ রোগের জন্য নহে। যেরূপ সাধারণতঃ হইতে দেখা যায়, ইহাও তাহাই।

শোথ—মুখ, হাত এবং পা সাধারণতঃ ফোলে। যে স্থানটি ফোলে সে স্থান সাদা হয় এবং ফোলাতে কোনও ব্যাথা থাকে না। ইহা বেশী দিন স্থায়ী হয় না। শোথ হঠাৎ আক্রমণ করে, কিছুদিন থাকে এবং আবার হঠাৎ সারিয়া যায়। শোথ প্রায়ই শরীরের পার্শ্ব ও পদদ্বয় আক্রমণ করে।

মুখমণ্ডলে, চোখের পাতায় শোথ হয় এবং ফোলা দেখিয়া ব্রাইটস্রের পীড়া বলিয়া মনে হয়। উপরের অঙ্গ প্রত্যঙ্গের মধ্যে হস্তদ্বয় সাধারণতঃ ফুলিয়া উঠে। নিম্নস্থ অঙ্গে পদদ্বয় বেশীর ভাগ আক্রমিত হয়।

শ্বাসপ্রশ্বাস যন্ত্র—ডাক্তার জোষা এবং ভিক্রাইসটিনা দুইটী রোগীকে ব্রঙ্কো-নিউমোনিয়া দ্বারা আক্রান্ত হইতে দেখিয়াছেন। আর একটী রোগীর প্লুরিসি হইয়াছিল। ডাক্তার নিকোলী টিউনিস প্রদেশে ৪টী রোগীকে হঠাৎ শ্বাসের কষ্টে আক্রান্ত হইতে এবং তজ্জন্য রোগীদিগকে মৃত্যুমুখে পতিত হইতে দেখিয়াছেন। ইহা স্থিরীকৃত হইয়াছে যে, এই শ্বাস কষ্টের কারণ গ্লোটিসের একপ্রকার সত্বর বৃদ্ধি প্রাপ্ত শোথের দ্বারা আক্রমিত হওন।

কিডনী সম্বন্ধে—অধিকাংশ ক্ষেত্রেই কিডনীর ক্রিয়ার কোনও পরিবর্ত্তন হইতে দেখা যায় না। ডাক্তার নিকোলী কেবল একটী রোগীর প্রস্রাবে আলবুমেন পাইয়াছিলেন। একটী রোগীর পাইয়ুরিয়া হইতে দেখা গিয়াছে। প্রবন্ধকারের মত এই যে, ইহা ঝোকালীন জ্বরের একটী উপসর্গ।

মানসিক অবস্থা—রোগ বৃদ্ধির সহিত শিশুর মানসিক এবং শারীরিক স্ফূর্ত্তি নষ্ট হইয়া যায়। শিশু সর্ব্বদাই বিমর্ষ থাকে। এবং খাদ্যের জন্য প্রায়ই চীৎকার করিয়া কাঁদিতে থাকে। জ্বরমগ্নাবস্থায় শিশু সর্ব্বদা ঝোমে। একটী শিশুর মৃত্যুর পর তাহার শরীরে পরীক্ষা দ্বারা লেপ্টোমেনিন্জাইটিসের লক্ষণ দেখা দিয়াছিল। ঐ শিশুটি সর্ব্বদা কপালে বেদনা অনুভব করিত এবং ক্রমশঃ তাহার শরীর অলস অসাড় হইয়া যাইত। মাঝে মাঝে কেবল কাঁদিত এবং কপালে ব্যথা বলিয়া চীৎকার করিত। উহার মৃত্যুর ৩ মাস পূর্ব্বে লাম্বার পাংচার করাতে মেরুমজ্জা রসে লিসম্যানীয় বীজাণু পাওয়া গিয়াছিল।

রোগের পরিণতাবস্থায় শিশু শয্যা ত্যাগ করিতে অসমর্থ হয় এবং ক্রমশঃ অলস ও অসাড় হইয়া পড়ে। এবং ঐ অবস্থাতে খাদ্য

খাওয়াইতে বিশেষ কষ্ট করিতে হয়। অন্ত কোনও নুতন উপসর্গ উপস্থিত না হইলে অবস্থা ঐরূপই থাকে।

শীর্ণাবস্থা—রোগ যতই পুরাতন হইতে থাকে রোগী ততই কাহিল হইতে থাকে। শরীরের মাংস অত্যন্ত কমিয়া যায়। রোগীর সমস্ত শরীর শীর্ণ হইয়া যায়, কেবল পেটটি বড় হইতে থাকে। ডাক্তার নিকোলী অবস্থার এইরূপ বর্ণনা করিতেছেন,—

"রোগীর বর্ণ পাংশুটে হইতে থাকে এবং শরীর অত্যন্ত শীর্ণ হইয়া যায়। শিশুকে তাহার বয়সের চেয়েও বড় দেখায়। শরীরের অত্যন্ত ক্ষয় হইতে থাকে। হাত পা সরু হইয়া যায়। ঘাড়ের এবং পঞ্জরের অস্থি বাহির হইয়া পড়ে। রোগী মোটের উপর একেবারে কঙ্কালসার হয়।

রক্ত—এই রোগে সাধারণতঃ রক্তের লোহিত কণিকাগুলি এবং লোহিত বর্ণজ পদার্থ বিশেষরূপে কমিয়া যায়। প্রায়ই লোহিত কণিকাগুলির প্রকৃতির পরিবর্ত্তন হয়।

ডাক্তার নিকোলীর মত— রক্তের বর্ণ পাংশুটে হয় এবং কখনও কখনও একেবারে জলের মত হয়। রক্ত খুব ধীরে ধীরে এবং অসম্পূর্ণ রূপে জমে। টিউনিস প্রদেশীয় রোগীদিগের রক্তের লোহিত কণিকা অত্যন্ত কমিয়া গিয়াছিল এবং লোহিতবর্ণ পদার্থের সংখ্যা শতকরা ৫০এর নীচে দাঁড়াইয়াছিল।

অন্যান্য চিকিৎসকগণও রক্তের প্রকৃতির এইরূপ পরিবর্ত্তন লিপিবদ্ধ করিয়াছেন।

অপ্সনিক শক্তি—রক্তের রোগদুষ্ট বীজাণুর ধ্বংস করিবার ক্ষমতা হ্রাস প্রাপ্ত হয়। ব্যাসিলাস কোলাই এবং ব্যাসিলাস টাইফোসাস রোগবীজাণু লইয়া রোগীর উপর পরীক্ষা করিয়া ডাক্তার ক্যানাটা রক্তের এই ধ্বংসকারী শক্তির হ্রাস হওয়া সপ্রমাণ করিয়াছেন। বিশেষতঃ রক্তের ব্যাসিলাস কোলাই বীজাণু নষ্ট করার ক্ষমতা অত্যন্ত কম দেখা গিয়াছিল। এই রোগে পেটের পীড়ার বাহুল্যের ইহাই কারণ।

রোগের ভাবীফল নির্ণয়।

এই বিষয়ে সুবিজ্ঞ চিকিৎসকদিগের মত নিম্নে উদ্ধৃত করিয়া দিলাম।

ডাক্তার নিকোলীর মত—শিশুর শৈশবকালীন বিষমজ্বর সারিতে বহুদিন লাগে। মধ্যে মধ্যে জ্বরের বিরাম হইতে দেখা যায়। যদিও এ রোগে মৃত্যু প্রায়ই হইতে দেখা যায় তথাপি ইহা আপনা আপনি সারিতে দেখা যায়। নিম্নলিখিত কারণে তিনি এই সিদ্ধান্তে উপনীত হইয়াছেন।

(১) এ রোগ শিশুদিগেরই বেশীর ভাগ আক্রমণ করিয়া থাকে। ইহা অপর বয়সেও আক্রমণ করে। অধিক বয়স্ক রোগীদিগের বাঁচিবার সম্ভাবনা বেশী, যেহেতু ইহাদের দেহের রোগবীজাণু নষ্ট করিবার ক্ষমতা শিশুদিগের অপেক্ষা অনেক বেশী।

(২) কোনও কোনও ক্ষেত্রে রোগের লক্ষণগুলি আংশিকভাবে এবং কোনও কোনও রোগীর সম্পূর্ণভাবে দূরীভূত হইতে দেখা গিয়াছে। এবং প্লীহাতে পাংচার করিয়া লিশম্যানীয় বীজাণু পাওয়া যায় নাই।

(৩) টিউনিস প্রদেশে একটি শিশুকে এ রোগ আপনা আপনি সারিতে দেখা গিয়াছে।

ক্রাইটিন সাহেবের মত—ক্রাইটিন সাহেব মাল্টা দ্বীপ হইতে লিখিয়াছেন যে, এই রোগের স্থিতি পরিমাণ ৬ মাস হইতে ১০। ১২ মাস। এই রোগে প্রায় সকলেই মৃত্যুমুখে পতিত হয়। ২.১ জনকে বাঁচিতেও দেখা গিয়াছে।

ডাক্তার শ্রেমা এবং ডিক্রাইসটিনা তাঁহারা রোগের বৃদ্ধি বন্ধ হইতে দেখিয়াছেন। কিন্তু রোগ আরোগ্য হইতে দেখেন নাই। এইজন্য তাঁহাদিগের বিশ্বাস যে, এ রোগ আপনা আপনি সারিতে পারে।

স্তাগনোলিত সাহেব ২টী রোগীকে সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য লাভ করিতে দেখিয়াছেন। তন্মধ্যে একটী বালক, বয়স ১ বৎসর; অপরটি বালিকা, বয়স ১½ বৎসর। তিনি দুইটী রোগীকেই ২ মাস চিকিৎসা করিয়াছিলেন। তিনি তাহাদিগকে এটক্সিলের সহিত কড্‌লিভার অয়েল এবং হাইফস্‌ফেটস্‌ সেবন করিতে দিয়াছিলেন এবং শরীরে ইনজেকসান্‌ করিয়াছিলেন। ২ বৎসর পরে তাহার সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য লাভ করিয়াছিল। যদিও এটক্সিল রোগ সারানের অংশিক সাহায্য করিয়াছিল, তথাপিও ইহা স্বীকার করিতে হইবে যে, ইহা আপনা আপনি সারিয়া গিয়াছে। কারণ, ঔষধ খুব অল্পদিন ব্যবহৃত হইয়াছিল।

রোগনির্ণয়।

রোগের প্রাথমিক অবস্থায় রোগ নির্ণয় করা বড় সুকঠিন। যেহেতু, ভূমধ্যসাগর প্রদেশস্থ জ্বর, টাইফয়েড এবং ম্যালেরিয়া রোগের সহিত এই অবস্থায় ইহার সাদৃশ্য বিদ্যমান। রোগ সম্বন্ধীয় নিদানের সাহায্যে পরিণতাবস্থায় ইহা নির্ণয় করিতে ভ্রম হইলেও হইতে পারে। কারণ অন্য প্রকার প্লীহা জনিত পাণ্ডুরোগের সহিত এই অবস্থাতে ইহার বিশেষ সাদৃশ্য আছে। প্রকৃতরূপে ইহা নির্ণয় করিতে হইলে প্যারাসাইট (রোগের জীবাণু) বাহির করিতে হইবে। এই রোগের নিয়ত লক্ষণ—জ্বর, প্লীহার বর্দ্ধন, চর্ম্মের বিবর্ণতা। গৌণ লক্ষণ—পেটের পীড়া, যকৃতের বৃদ্ধি, শোথ, রক্তস্রাব এবং চার বৎসরের শিশুদিগের ভিতর এই রোগের আক্রমণাধিক্য। রক্ত পরীক্ষা করিয়া ইহা নির্ণয় করিতে পারা যায় বটে, কিন্তু একেবারে নিঃসন্দেহ হওয়া যায় না। রোগ নির্ণয়ের প্রকৃত পন্থা—লিসম্যানিয়া রোগ জীবাণুর আবিষ্কার করা। প্যারাসাইট্‌ আবিষ্কার করার জন্য অনেক প্রণালী ব্যবহৃত হইয়া থাকে। যথা—রক্ত পরীক্ষা, প্লীহার পাংচার, যকৃতের পাংচার, অস্থি মজ্জার পরীক্ষা, কৃত্রিম উপায়ে ব্লিষ্টার উৎপাদন করিয়া পরীক্ষা, মেরুমজ্জার রসের পরীক্ষা এবং কৃত্রিম উপায়ে প্যারাসাইটের বংশবৃদ্ধি করণ।

রক্তপরীক্ষা—রক্তের ভিতর প্যারাসাইট সব সময়ে পাওয়া যায় না। সুতরাং এ প্রণালীতে পরীক্ষায় কৃতকার্য্য হওয়া যায় না। নিকোলী, গ্যাব্বা, কেলেটী এবং অন্যান্য সকলেই একবাক্যে ইহা স্বীকার করিয়াছেন।

প্লীহার পাংচার—সকলেই প্রায় একবাক্যে স্বীকার করিয়াছেন যে, প্লীহার রক্তের দ্বারা রোগের প্যারাসাইট নির্ণয়

নিশ্চিত ভাবে করা যায়। কিন্তু অনেকে প্লীহার পাংচার করা বিপজ্জনক বলিয়া মনে করেন। এ আশঙ্কা ভিত্তিহীন। সূচী শোধন করিয়া অস্ত্রোপচার করিলে কোন বিপদেরই আশঙ্কা থাকে না। পাংচারে এ পর্য্যন্ত কোনও রোগী মৃত্যুমুখে পতিত হয় নাই।

যকৃতের পাংচার—রোগের প্রথ মাবস্থায় যকৃতে প্যারাসাইট না থাকিতেও পারে। তজ্জন্য এ অবস্থায় যকৃতের পাংচার না করাই ভাল। রোগের পরিণতাবস্থায় পাংচার করিলে প্যারাসাইট নিশ্চয়ই পাওয়া যাইবে। সুতরাং এ প্রণালী উৎকৃষ্ট না হইলেও নিকৃষ্ট নহে। কিন্তু পশুদিগের পরীক্ষা কালে যকৃতের পাংচারই সর্ব্বোৎকৃষ্ট উপায়।

অস্থিমজ্জার পরীক্ষা—ডাক্তার পিয়ানীজ বিশ্বাস করেন যে, রোগের জীবাণু দ্বারা অস্থিমজ্জা সর্ব্ব প্রথমে আক্রান্ত হয়। সুতরাং প্যারাসাইট আবিষ্কার করিতে হইলে অস্থি-মজ্জার পরীক্ষা করাই সর্ব্বোৎকৃষ্ট উপায়। তিনি বলেন যে, টিবিয়া অস্থির উপরিভাগে কিংবা ফিমার অস্থির নিম্নভাগে ছিদ্র করিয়া মজ্জার রস বাহির করিতে হয়।

কিন্তু এ কার্য্য বড় কঠিন। তজ্জন্য অধিকাংশ চিকিৎসক প্লীহার পাংচার করাই পছন্দ করেন।

ভেসিকেশন্ অর্থাৎ কৃত্রিম উপায়ে শরীরে ফোস্কা উৎপাদন—ডাক্তার কিউমিন্স সাহেব এই প্রণালীর আবিষ্কারক। কিন্তু এই নিয়মে অধিকাংশ সময়েই কৃতকার্য্য হওয়া যায় না। সুতরাং এ প্রণালী দ্বারা কেহই পরীক্ষা করেন না।

লাম্বার পাংচার—ডাক্তার ল্যাকেণ্ডা কেবল মাত্র একটি রোগীর লাম্বার পাংচার করিয়া সেরিব্রোস্পাইনাল ফ্লুইড বাহির করিয়া তন্মধ্যে প্যারাসাইট আবিষ্কার করিয়াছিলেন। রোগীটি একটি শিশু। তাহার মেনিনজাইটিস্ এবং কপোলদেশে অসহ্য বেদনা ছিল। তাহার শরীর ধনুষ্টঙ্কার রোগগ্রস্ত রোগীর মত বাঁকিয়া গিয়াছিল। ডাক্তার লে ফেণ্ডা এ বিষয়ে আর স্পষ্ট করিয়া কিছুই বলেন নাই।

কৃত্রিম উপায়ে জীবাণুর বংশবৃদ্ধি করণ।—রোগগ্রস্ত ব্যক্তির রক্ত লইয়া অন্য কোন প্রাণীর রক্তে মিশাইয়া কৃত্রিম উপায়ে বংশবৃদ্ধি করিতে হয়। যেখানে রোগীর দেহে প্যারাসাইট খুব অল্প,সেখানে এ প্রণালী অবলম্বন করিলে রোগ নির্ণয়ের সুবিধা হয়। কিন্তু এ বিষয়ে এখনও ভালরূপ পরীক্ষা হয় নাই। সুতরাং এ বিষয়ে আর বেশী কিছু বলা হইবে না।

সিরাম টেষ্ট—ডাক্তার নিকোলী রোগগ্রস্ত কুকুরের রক্তরস লইয়া কৃত্রিম উপায়ে বর্দ্ধিত লিশম্যানিয়া ইন্‌ফ্যাণ্টাম ইম্মাবি লাইজেসন, এগ্লুটাইনেশন এবং ডিসলিউশান করিতে চেষ্টা করিয়া অকৃত-কার্য্য হইয়াছেন।

বাহ্যিক লিম্ফ গ্ল্যাণ্ডের পরীক্ষা—সুবিখ্যাত চিকিৎসক কক্রান এই প্রণালীর খুব প্রশংসা করিয়াছেন। এই প্রবন্ধ লেখক এই প্রণালী অবলম্বন করিয়া লিশম্যানিয়া জীবাণু আবিষ্কার করিতে বিশেষরূপে কৃত-কার্য্য হইয়াছেন। তিনি দেখিয়াছেন যে, রোগীর পোষ্ট-সারভিকাল গ্ল্যাণ্ডে এবং উরুদেশ

এবং দেহের সন্নিহিত গ্ল্যাণ্ডে প্রচুর পরিমাণে লিস্ম্যানিয়া পাওয়া যায়। গ্ল্যাণ্ড কাটিয়া তত্রস্থ রক্ত পরীক্ষা করিলে লিশ্ম্যানিয়া জীবাণু দেখিতে পাওয়া যাইবে। যে স্থানের গ্ল্যাণ্ড কাটিতে হইবে, পূর্ব্বে সেই স্থান অসাড় করিয়া লওয়া আবশ্যক।

ক্যাম্বেল হস্পিটালের ব্যবস্থাপত্র।

(পূর্ব্ব প্রকাশিতের পর)

গাট্টা (চক্ষুর ঔষধ)।

গাট্টা আরজেনটাই নাইট্রেটিস ডাইলুট।

℞

নাইট্রেট অব সিলভার	২ গ্রেণ
ডিষ্টিল ওয়াটার	১ আউন্স

গাট্টা আরজেনটাই নাইট্রেটিস ফোর্ট।

℞

নাইট্রেট অব সিলভার	১০ গ্রেণ
ডিষ্টিল ওয়াটার	১ আউন্স

গাট্টা এট্রোপিন সলফেটিস্।
(অপর নাম এট্রোপিন ড্রপ।

℞

এট্রোপিন সালফ্	২ গ্রেণ
ডিষ্টিল ওয়াটার	১ আউন্স

গাট্টা কোকেন ডাইলুট (১ পারসেণ্ট)।

℞

হাইড্রোক্লোরেট অব কোকেন	৪ গ্রেণ
* ডিষ্টিল ওয়াটার	১ আউন্স

* গ্রাউণ্ডনাট অয়েল উত্তাপ দ্বারা ষ্টিরিলাইজ করিয়া ইহার পরিবর্ত্তে ব্যবহার করা যাইতে পারে।

গাট্টা কোকেন ফোর্ট (৫ পারসেণ্ট)।

℞

হাইড্রোক্লোরেট অব কোকেন	২০ গ্রেণ
ডিষ্টিল ওয়াটার	১ আউন্স

গাট্টা মিথিল ব্লু।

℞

মিথিল ব্লু	৫ গ্রেণ
ওয়াটার	১ আউন্স

গাট্টা ফাইসেষ্টিগমাইন সাল্ফ।
(অপর নাম—ইজিরিন্ ড্রপ)।

℞

ফাইসোষ্টিগমিন্ সাল্ফ	২ গ্রেণ
*ডিষ্টিল ওয়াটার	১ আউন্স

*ইহার পরিবর্ত্তে গ্রাউণ্ড নাট অয়েল উত্তাপ দ্বারা ষ্টিরালাইজ করিয়া ব্যবহার করা যাইতে পারে।

গাট্টা জিনসাই সাল্ফ এট এসিডাই বোরিসাই।

℞

জিঙ্ক সাল্ফ	১ গ্রেণ
বোরিক এসিড	১০ গ্রেণ
ডিষ্টিল ওয়াটার	১ আউন্স

হষ্টাস।

হষ্টাস ফিলিসিস্ মেরিস্।

℞

একষ্ট্রাক্ট ফিলিসিস্ লিকুইড	১ ড্রাম
মিউসিলেজ	২ ড্রাম
স্পিরিট ক্লোরোফরম	১৫ মিনিম
ওয়াটার	একত্রে ১ আউন্স

হষ্টাস ইপিকাকুয়াণা।

℞

ইপিকাকুয়াণা (নির্ম্মল চূর্ণ)	২০ গ্রেণ
ক্লোরাল হাইড্রেট	১০ গ্রেণ
মিউসিলেজ	২ ড্রাম
ক্লোরোফর্ম্ম ওয়াটার	একত্রে ১ আউন্স

হষ্টাস মর্ফিণ।

℞

মর্ফিয়া হাইড্রো ক্লোরেট সোলিউশন	২৫ মিনিম
জল	১ আউন্স

হষ্টাস পটাস্ ব্রমাইড এট ক্লোরাল।

(অপর নাম—স্লিপিং ড্রাফ্ট)।

℞

পটাশ ব্রমাইড্	১০ গ্রেণ
ক্লোরাল হাইড্রেট	১০ গ্রেণ
ওয়াটার	একত্রে ১ আউন্স

হষ্টাস সিনি কোং।

(অপর নাম—ব্লাক ড্রাফ্ট)

℞

ম্যাগ্ সাল্ফ	২ ড্রাম
অয়েল পেপারমেণ্ট	২ মিনিম
রেক্টিফাইড্ স্পিরিট	যথা প্রয়োজন
ইনফিউশান্ সেনা	একত্রে ২ আউন্স

ইন্জেকৃসন্।

ইন্জেক্সিও এলুমিনাম সাল্ফ।

℞

এলাম	১ ড্রাম
ওয়াটার	২০ আউন্স

ইন্জেক্সিও জিন্সাই সাল্ফ কোং।

℞

জিঙ্ক সাল্ফ	½ ড্রাম
এলাম	১ ড্রাম
ওয়াটার	২০ আউন্স

লিঙ্কটাই।

লিঙ্কটাস ক্যাম্ফার কোং।

অপর নাম—গিস্ লিঙ্কটাস্॥

℞

টিংচার্ ক্যাম্ফার কোং
অক্সিমেল স্কুইল
সিরাপ টলু
প্রত্যেকে সমান ভাগ
পূর্ণ বয়স্কের মাত্রা ১ ড্রাম

লিঙ্কটাস্ ইপিকাকুয়াণা।

অপর নাম—চিলড্রেন্‌স্ লিঙ্কটাস্।

℞

টিংচার্ ইপিকাকুয়ানা	৫ মিনিম
সিম্পাল সিরাপ	২৫ মিনিম
এনিসি ওয়াটার	একত্রে ১ ড্রাম

বালকদের মাত্রা।

লিঙ্কটাস মর্ফিনি কোং।

℞

সোলিউশন অব্ হাইড্রো ক্লোরেট মর্ফিয়া	১৫ মিনিম
গ্লিসিরিণ	১ ড্রাম
ক্যাম্ফার ওয়াটার	একত্রে ২ আউন্স

লোসান।

লোসিও এসিডাই বোরেসাই (সেচুরেটেড্)।

℞

বোরিক এসিড	৬ ড্রাম
পিঙ্ক ডাই	যথা প্রয়োজন
ওয়াটার	একত্রে ২০ আউন্স

ফুটন্ত জলে গলাইয়া ফিল্টার কর।

লোসিও এসিডাই কারবলিসাই (১—২০)

℞

পিওর কার্ব্বলিক্ এসিড	১ আউন্স
ওয়াটার	একত্রে ২০ আউন্স

প্রতিবার ২।৩ আউন্স গরম জল দিতে হইবে ও প্রতিবারেই খুব জোরে নাড়িতে হইবে।

লোসিও বোরেসাই কোং।

(অপর নাম—এলকালাইন লোসন)।

℞

বোরাক্স সোডি বাইকার্ব্ব সোডিয়াম ক্লোরাইড	প্রত্যেকে ১ ড্রাম
ওয়াটার	একত্রে ২০ আউন্স

মিশ্রিত করিয়া ফিল্টার ও ফুটাইয়া ষ্টিরালাইজ করিতে হইবে। এবং ব্যবহার কালীন সমান ভাগ গরম জল মিশাইতে হইবে।

লোসিও কেলামিনি কোং।

℞

কেলামিন	১ আউন্স
জিনসাই অকসাইড্	½ আউন্স
সলিউসন অব সাব এসিটেটেড্ লেড্	২ ড্রাম
লাইম ওয়াটার	একত্রে ২০ আউন্স

লোসিও সাইলিনি (১—১০০)।

℞

সাইলিন (মেডিসিনাল)	১½ ড্রাম
ওয়াটার	একত্রে ২০ আউন্স

লোসিও হাইড্রারজিরাই আইডাই

(১—১০০০)।

(অপর নাম—মারকিউরিক আইওডাইড লোসন)।

℞

পারক্লোরাইড মার্কারি	৫ গ্রেণ
পটাস আইওডাইড্	১৫ গ্রেণ
ইওসিন	যথা প্রয়োজন
ওয়াটার	২০ আউন্স

ডাইলুসন—

১ পার্ট ১ পার্ট জলসহ	১—২০০০
১ পার্ট ২ পার্ট জলসহ	১—৩০০০
১ পার্ট ৩ পার্ট জলসহ	১—৪০০০
১ পার্ট ৪ পার্ট জলসহ	১—৫০০০
১ পার্ট ৯ পার্ট জলসহ	১—১০০০০

লোসিও হাইড্রারজিরাই আইওডাই কাম স্পিরিটাই (১—৫০০)।

(অপর নাম—মারকিউরিক স্পিরিট লোসন)।

℞

পারক্লোরাইড্ মার্কারি	১০ গ্রেণ
পটাস আইওডাইড্	৩০ গ্রেণ
ইওসিন	নাম মাত্র
ওয়াটার	৫ আউন্স
রেক্টিফাইড্ অথবা মিথিলেটেড্ স্পিরিট	১৫ আউন্স

বাহ্যিক প্রয়োগ মাত্র

লোসিও হাইড্রারজিরাই আইওডিডাই স্পিরিটাই এট গ্লিসিরিনো (১—১০০০)।

(অপর নাম—প্রিজারভিং সলিউসন)।

R

পারক্লোরাইড মার্কারি	৫ গ্রেণ
পটাস আইওডাইড	১২ গ্রেণ
গ্লিসিরিণ	১ আউন্স
ওয়াটার	৪ আউন্স
মিথিলেটেড্ স্পিরিট	১৫ আউন্স

লোসিও হাইড্রারজিরাই পারক্লোরাইড্ (১—১০০০)।

(অপর নাম—পারক্লোরাইড্ লোসন)।

R

পারক্লোরাইড্ মার্কারি	৮·৭৫ গ্রেণ
সোডি ক্লোরাইডম্	৮·৭৫ গ্রেণ
ব্লু-ডাই	যথা প্রয়োজন
ওয়াটার	২০ আউন্স

লোসিও আইওডাইড্।

(অপর নাম—আইওডিন লোসন)।

R

টিংচার আইওডিন	২ ড্রাম
ওয়াটার	একত্রে ২০ আউন্স

লোসিও পটাসি পরমাঙ্গিনেটিস্।

(অপর নাম—কণ্ডিস্ লোসন)।

R

সলিউসন অব্ পটাস পরম্যাঙ্গিনেটিস্	১ ড্রাম
ওয়াটার	একত্রে ২০ আউন্স

লোসিও প্লামবাই সাবএসিটেটিস।

(অপর নাম—লেড্ লোসন)।

R

সলিউসন অব সাবএসিটেট অব লেড্	২ ড্রাম
ওয়াটার	একত্রে ২০ আউন্স

লোসিও প্লাম্বাই ইভাপোরেন্স

(অপর নাম—ইভাপোরেটিং লোসন)।

R

সলিউসন অব সাব এসিটেট অব্ লেড্	২ ড্রাম
মিথিলেটেড্ স্পিরিট	১ আউন্স
ওয়াটার	একত্রে ২০ আউন্স

লোসিও সেলিনা।

(অপর নাম—সর্জ্জিকেল সেলিনেল সলিউসন)।

R

ক্লোরাইড্ অব সোডিয়াম্	১½ ড্রাম
ওয়াটার	একত্রে ২০ আউন্স

ফুটাইয়া ষ্টিরালাইজ করিতে হইবে।

লোসিও সেলিনা হাইপারটনিকা।

(অপর নাম—হাইপারটনিক ট্রান্সফিউসন সলিউসন)।

R

সোডি ক্লোরাইডম্	৮ ড্রাম
কেলসাই ক্লোরাইডম্	১৫ গ্রেণ
পটাসিয়ম্ ক্লোরাইডম্	২৫ গ্রেণ
ওয়াটার	একত্রে ৪ পাইন্ট

ফুটাইয়া ষ্টিরালাইজ করিতে হইবে।

ওলিয়া।

ওলিয়াম এসিডাই সেলিসিলিসাই কো:।

R

এসিড্ সেলিসিলিস	৩ ড্রাম
এসিড্ বোরিক্	২ ড্রাম
থাইমল	২ ড্রাম
ইউকেলিপটল	৪ ড্রাম
মেনথল	২ ড্রাম
গ্রাউণ্ড নাট অয়েল	১ পাউণ্ড

মিশ্রিত কর।

ওলিয়াম এমিলাইএট এসিডাই সেলিসিলি
(অপর নাম—লিউএনটানারস্ অয়েল)

R

ষ্টার্চ (চূর্ণ)	৭½ আউন্স
সেলিসিলিক এসিড্	৬ ড্রাম
* গ্রাউণ্ড নাট ওয়েল	১ পাউণ্ড

মিশ্রিত কর।

* পরিবর্ত্তে গ্লিসিরিণ ব্যবহার করা যায়।

পিগমেণ্ট।

পিগমেণ্টম্ এসিডাই কার্ব্বলিসাই কোং।
(অপর নাম—আইওডাইজড্ ফিনল)।

R

এসিড্ কার্ব্বলিক	১ আউন্স
আইওডিন	৪০ গ্রেণ

মিশ্রিত কর।

পিগমেণ্টম্ এসিডাই বোরিসাই কোং।
(অপর নাম—বোরিক ভার্ণিশ)।

R

এসিড্ বোরিক (নির্ম্মল চূর্ণ)	½ ড্রাম
মিথিলেটেড্ ইথার	
টিংচার বেনাজাইন কোং প্রত্যেকে	½ আউন্স

মিশ্রিত কর।

পাইলুলা।

পাইলুলা ক্রিয়োষ্ট।

R

ক্রিয়াজোট	১ মিনিম
ব্রেড্ ক্রাম	যথাপ্রয়োজন

মিশ্রিত কর।

পাইলুলা ক্রিয়াজোট কোং।

R

ক্রিয়াজোট কোং	১ মিনিম
ক্যাম্ফর	১ গ্রেণ
কুইনিসি সালফ্	২ গ্রেণ
লিউকোরিশ (চূর্ণ) } ট্রিয়েকল্ }	যথা প্রয়োজন

মিশ্রিত কর।

পাইলুলা ডিজিটেলিস কোং।
(অপর নাম—গুয়স পিল)।

R

ডিজিটেলিস (চূর্ণ)	১ গ্রেণ
স্কুইল (চূর্ণ)	১ গ্রেণ
ব্লু পিল	১ গ্রেণ

মিশ্রিত কর।

পাইলুলা হাইড্রারজিরাই সাবক্লোরাইডাই কোং।
(অপর নাম—ক্যাথারটিক পিল)।

R

কেলোমেল	২ গ্রেণ
একষ্ট্রাক্ট কলোসিন্থ কোং	৩ গ্রেণ

মিশ্রিত কর।

পাইলুলা পটাসি পরমাঙ্গিনেটিশ।
(অপর নাম—কলেরা পিল)।

R

পটাশি পরমাঙ্গিনেটিশ	½ গ্রেণ
সেলল্	২ গ্রেণ
ট্রেগাকান্থ } রেকটিফাইড্ স্পিরিট }	প্রত্যেকে যথা প্রয়োজন

মিশ্রিত করিয়া স্যাণ্ডারর্স ভার্ণিস সহিত।

পাইলুলাকুইনাইন

R

কুইনাইন সলফ্ ৫ গ্রেণ

ট্রেয়াকল যথা প্রয়োজন

মিশ্রিত কর।

পালভারস।

পালভিস এসিডাই বোরিনাই কোং।

R

(ষ্টার্চ চূর্ণ) ৪ অংশ

এসিড্ বোরিক ২ অংশ

অক্সাইড্ অবজিঙ্ক ১ অংশ

মিশ্রিত কর। ব্যাহ্যিক প্রয়োগমতে।

পালভিস হাইড্রারজিরাই সায়ানাইডাই কোং

R

ডাবল সায়ানাইড অব

মার্কারি এণ্ড জিঙ্ক ১ অংশ

এসিড বোরিক ৭ অংশ

মিশ্রিত কর। বাহ্যিক প্রয়োগ মতে।

পালভিস ডেন্টিফিকেটাস।

(অপর নাম—টুথপাউডার)

R

মণ্ড ফর্টাকিরী (চূর্ণ) ১ অংশ

চারকাল, উড্ ৭ অংশ

মিশ্রিত কর।

পালভিস ডোভেরাইএট বিসমাথ কোং।

R

ডোভার্স পাউডার
সোডা বাইকার্ব্ব
বিসমাথ সাবনাইট্রেট } প্রত্যেকে ৫ গ্রেণ

মিশ্রিত কর।

পালভিস হাইড্রার্জএট বিসমাথ কোং।

R

মারকারি এণ্ড চক পাউডার ½ গ্রেণ

সোডা বাইকার্ব্ব ২ গ্রেণ

বিসমাথ সাবনাইট্রেট ২ গ্রেণ

মিশ্রিত কর।

পালভিস হাইড্রার্জএট রিয়াই কোং।

(অপর নাম—চিলড্রেনস্ ট্রিপল পাউডার)

R

মার্কারি এণ্ড চক পাউডার ½ গ্রেণ

পালভ্ রুবার্ব্ব কোং ১ গ্রেণ

সোডা বাইকার্ব্ব ১ গ্রেণ

মিশ্রিত কর।

পালভিস হাইড্রারজিরাই সাবক্লোরাইড কোং।

R

ক্যালামেল ১ গ্রেণ

ক্যাম্ফর ৪ গ্রেণ

সোডা বাইকার্ব্ব ২০ গ্রেণ

মিশ্রিত করিয়া ৮ ভাগে বিভক্ত কর।

পালভিস আইডোফর্ম্ম কোং।

(অপর নাম—বোরো আইডোফর্ম্ম)।

R

আইডোফর্ম্ম (চূর্ণ) ১ ড্রাম

এসিড বোরিক ৭ ড্রাম

মিশ্রিত কর—বাহ্যিক প্রয়োগ মাত্র।

পালভিস ইপিকাকএট সোডা কোং।

R

ইপিকাকুয়ানা (চূর্ণ)
সোডা বাইকার্ব্ব
বিসমাথ সাবনাইট্রেট } প্রত্যেক ৫ গ্রেণ।

মিশ্রিত কর।