বঙ্গীয় সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রেণীর পরীক্ষার ফল। এপ্রিল, ১৯০৪।

গ্রেড্ পরীক্ষার ফল।

বর্ত্তমান শ্রেণী।	নাম।	কার্য্য স্থান।	কার্য্যে নিযুক্ত হওয়ার তারিখ।	যে শ্রেণীতে উন্নীত হইলেন।	উন্নীত হওয়ার তারিখ।
তৃতীয় শ্রেণী	তারানাথ চৌধুরী	চাপরাওন ডিস্‌পেনসারী। মুঙ্গের।	১০—১—১৮৯৪	দ্বিতীয় শ্রেণী	১০—১—১৯০৪
চতুর্থ শ্রেণী	নৃত্যগোপাল চট্টোপাধ্যায়	বালেশ্বর পিলগ্রীম হস্পিটাল।	২২—৭—১৮৯৮	তৃতীয় শ্রেণী	১৫—৪—১৯০৪
”	হরিচরণ শীল	উলীপুর ডিস্‌পেনসারী। রংপুর।	২৩—৭—১৮৯৮	ঐ	ঐ
”	হরিপ্রসন্ন মুখুটী	জেল হস্পিটাল। হুগলী।	২৭—৭—১৮৯৮	ঐ	ঐ
”	আমদার রহমন	রাঁকা ডিস্‌পেনসারী। পালামৌ।	২৬—৯—১৮৯৮	ঐ	ঐ

ইংরাজী পরীক্ষার ফল।

নাম।	কার্য্য স্থান।	কার্য্যে নিযুক্ত হওয়ার তারিখ।	যে শ্রেণীতে উন্নীত হইলেন।
মহমদ সাদিক	গয়া। পুলিশ হস্পিটাল।	১৩— ৭—১৮৮০	প্রথম শ্রেণী
জয়েজয় সিংহ	কটক। হকাইতলা ডিস্‌পেনসরী।	১— ৫—১৮৯৯	চতুর্থ শ্রেণী
অন্নদাচন্দ্র দাস	সাহাবাদ। কোয়াপ ইবিগেসান হস্পিটাল	১৬—১২—১৯০১	

ভিষক্-দর্পণ।

চিকিৎসা-তত্ত্ব-বিষয়ক মাসিক পত্রিকা।

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

১৪শ খণ্ড। | মে, ১৯০৪। | ৫ম সংখ্যা।

শিরঃপীড়া।

লেখক শ্রীগিরীশচন্দ্র বাগচী।

(পূর্ব্ব প্রকাশিতের পর।)

স্নায়বীয় শিরঃপীড়া।

যে সকল লোকের স্নায়বীয় দুর্ব্বলতা থাকে তাহারা মস্তকে নানা প্রকার অসুস্থতা-ভোগ করে। ইহা একটী সাধারণ নিয়ম। মস্তকে নানা প্রকারের বেদনা বোধ করে—কখন ধীর কামড়ানী বেদনা, কখন বা এক প্রকার অসহ্য ভার বোধ, কখন রক্তহীনতার জন্য যে প্রকৃতির বেদনার বিষয় উল্লেখ করা হইয়াছে তদ্রূপ বেদনা বোধ করে অথচ রক্তহীনতার অপর কোন লক্ষণ থাকে না। এই সমস্তই স্নায়বীয় অবসন্নতার ফল।

হিষ্টিরিয়া পীড়ায় ক্লেভাস হিষ্টিরিকাস নামে একটী নির্দ্দিষ্ট লক্ষণ অনেক রোগীর হইতে দেখা যায়। মস্তকের উর্দ্ধাংশে যেন শলাকা বিদ্ধ করিয়া দেওয়া হইতেছে, এমত বোধ করে। এই বেদনা প্রবল এবং স্থায়ী।

এই প্রকৃতির বেদনার চিকিৎসায় সাধা-স্বাস্থ্যোন্নতির জন্য ঔষধ ব্যবস্থা করিতে হয়। কারণ, স্নায়বীয় অবসন্নতা দূরীভূত না হইলে কখন সম্পূর্ণরূপে পীড়া আরোগ্য হইতে পারে না। তবে অস্থায়ী উপশমের জন্য ঔষধ প্রয়োগ করিতে হয়। অপর সকল চিকিৎসা প্রণালী অপেক্ষায় শান্ত সুস্থির অবস্থায় রাখিয়া ওয়ার মিচেলের প্রণালীতে অধিক সুফল হয়। উক্ত প্রণালীতে চিকিৎসা করা সাধ্য এবং সময় সঙ্কলন না হইলে আংশিক ভাবে ঐ উপায়ই অবলম্বন করিতে হয় অর্থাৎ যতদূর সাধ্য রোগীকে শান্ত সুস্থির অবস্থায় রাখিয়া যথেষ্ট পরিমাণে পোষক পথ্য

প্রদান করিতে হয়। এতৎসহ ম্যাসাজ প্রয়োগ করা উচিত। পথ্য পরিমাণে অল্প এবং অল্প সময় পর পর দেওয়া আবশ্যক। প্রাতঃকালে শয্যা ত্যাগ করার পর এক গেলাস কোকোয়া পান করিয়া বিশ মিনিট কাল বিশ্রাম করিয়া তৎপর স্পঞ্জবাথ এবং ত্বকে ঘর্ষন প্রয়োগ করিতে হয়। তৎপর বিশ মিনিট বিশ্রাম করিয়া পথ্য গ্রহণ করিতে হয়। ইহার পর এক ঘণ্টা বিশ্রাম করিয়া বেলা প্রায় দশটার সময় ম্যাসাজ করিতে হয়। ইহার পর আবার এক ঘণ্টা বিশ্রাম। প্রতি বার পথ্যের পর এক ঘণ্টা বিশ্রাম করা উচিত। সমস্ত দিনে ৪।৫ গেলাস দুগ্ধ পান করা উচিত। ৩ বারে ৩ আউন্স একষ্ট্রাক্ট অব্ মাল্ট লিকুইড পান করা উচিত। সহ্য হইলে এই চিকিৎসার সহিত কডলিভার অইল সেবন করিলে অধিক সুফল হয়।

এক এক সময়ে বেদনা অত্যন্ত প্রবল হয়, সেই সময়ে আশু উপশম কারক চিকিৎসা প্রণালীর আশ্রয় গ্রহণ করিতে হয়। মস্তকে ম্যাসাজ প্রয়োগ করিলে উপকার হয়। গ্যালভ্যানিক বা ফেরেটিক ব্যাটারী প্রয়োগও উপকারী। প্রবল আক্রমণের সময় ঔষধ যত অল্প ব্যবহার করা যায় ততই ভাল। আশু উপশম কারক ঔষধ সমূহ অল্প সময় মধ্যে অভ্যাস হয়, তখন তাহা না পাইলে আরো কষ্ট হয়। তবে অসহ্য যন্ত্রণা হইলে এণ্টিপাইরিন ৫ গ্রেণ মাত্রায় অর্দ্ধ ঘণ্টা পর পর ২০ গ্রেণ পর্য্যন্ত প্রয়োগ করা যাইতে পারে। এণ্টিপাইরিনসহ ১ গ্রেণ কুইনাইন মিশ্রিত করিয়া দিলে অবসাদ অল্প হয়। সেরি, ভ্যামপেন ইত্যাদির ন্যায় উত্তেজক ঔষধ সেবন করিলে আশু উপশম বোধ হয়। ক্যানাবিশ ইণ্ডিকা, গারানা, কফেইন ট্যাব্লেট্ ইত্যাদিও আশু উপশম কারক, অল্প মাত্রায় যস্-ফরিক এসিডও আশু উপশম কারক। ডাক্তার হেমিলটন মহাশয় আর্সেনিয়েট অব্ ষ্ট্রীকনিন, ষ্টপেনথাস এবং কুইনাইন দ্বারা প্রস্তুত পিল দীর্ঘকাল প্রয়োগ করিতে উপদেশ দেন।

প্রত্যাবর্ত্তক শিরঃপীড়া

পূর্ব্বে বলা হইত যে, যে সকল লোক স্নায়বীয় দুর্ব্বলতাগ্রস্ত কেবল তাহাদিগের এই শ্রেণীর শিরঃপীড়া হয় কিন্তু এক্ষণে পরীক্ষা দ্বারা ইহা সপ্রমাণিত হইয়াছে যে, উক্ত কারণ ব্যতীত চক্ষের পীড়া, নাসিকার পীড়া, কর্ণের পীড়া ইত্যাদি নানা যন্ত্রের পীড়ায় প্রত্যাবর্ত্তক শিরঃপীড়া হইয়া থাকে। জরায়ুর পীড়া জন্য প্রত্যাবর্ত্তক শিরঃপীড়ার বিষয় সকলেই অবগত আছেন।

চক্ষের পীড়ার জন্য প্রত্যাবর্ত্তক শিরঃপীড়া চক্ষুর ভ্রূর উপর সীমা বদ্ধ থাকে, তাহা কখন মস্তকের উপরে বিস্তৃত হয় না। তবে কখন কখন চক্ষু গোলকের পশ্চাদংশে বেদনা হয়, কখন বা অক্সিপটেও বেদনা হয়। চক্ষু পরীক্ষা করিলে ইহা স্থির হয়।

এষ্টিগমেটিজম জন্য প্রবল শিরঃপীড়া হয়। মাইওপিয়া জন্যও শিরঃপীড়া হয়। চক্ষের অনেক পীড়াতেই শিরঃপীড়া হয়। শিরঃপীড়া কপালের সম্মুখে, উপরে, পার্শ্বে বা পশ্চাতে হইতে পারে। এবং প্রবল বেদনার সময় বিবমিষা বমন ইত্যাদি পাকস্থলীর লক্ষণ, বেদনা সর্ব্বাঙ্গে বিস্তৃত এবং আরো

নানা প্রকার উপসর্গ হইতে পারে। অত্যধিক চক্ষের পরিশ্রম—অধ্যয়ন জন্যও শিরঃপীড়া বিদ্যালয়ের ছাত্রদিগের মধ্যে দেখা যায়। এই শেষোক্ত শ্রেণীর শিরঃপীড়ার উপশমের জন্য ল্যাভেণ্ডার, রোজমেরী, ক্যাম্ফার এবং এলকোহল দ্বারা লোশন প্রস্তুত করিয়া অক্ষি পল্লব বন্ধ করতঃ তদুপরি বস্ত্র খণ্ড সিক্ত করতঃ প্রয়োগ করিলে উপকার হয়। এই দ্রব কপালেও প্রয়োগ করা উচিত।

নাসিকাগহ্বরের পীড়ার জন্য শিরঃপীড়া হওয়া অতি সাধারণ। এমত রোগী দেখা যায় যে, তাহাদিগের মিডিল টারবিনেটড অস্থি স্পর্শ করিলে মস্তকে বেদনা হয়।

Dr Guye মহাশয় একটী রোগীর বর্ণনা করিয়াছেন, তাহার স্থূল মর্ম্ম—একটী পঞ্চদশ বৎসর বয়স্কা বালিকা, স্মরণ শক্তি ছিল না, এবেলা যাহা অধ্যয়ন করিত, ওবেলা তাহা বিস্মৃতা হইত। মুখ পথে নিশ্বাস প্রশ্বাস কার্য্য হইত, নাসিকাগহ্বর বন্ধ ছিল, কোন কার্য্যে মনোনিবেশ করিতে পারিত না। সর্ব্বদা অস্থির থাকিত। সামান্য কারণেই শিরঃপীড়া হইত। দুই বৎসর যাবৎ শিরঃপীড়া ভোগ করিতেছিল, টনসিল এবং নাসিকার অবরোধ দূরীভূত হওয়ার পর এই সমস্ত অসুখ আরোগ্য হইয়াছিল। তাহার শ্রেণীর মধ্যে সে একটী উত্তম বালিকা বলিয়া পরিচিতা হইয়াছিল। নাসিকার পুরাতন পীড়ার জন্য এইরূপ রোগী বিস্তর দেখিতে পাওয়া যায়।

পাকস্থলীর এবং যকৃতের পীড়ার জন্য এক প্রকার রক্তাধিক্য উপস্থিত হয়। তাহার সঙ্গে নাসিকার ক্যাভারনাস্ সাইনাইসের মধ্যে শোণিত পূর্ণতা হইয়া থাকে। নাসিকার মধ্যে সঞ্চাপ উপস্থিত হয়, তজ্জন্য শিরঃপীড়া হয়। ইহার চিকিৎসার্থ রক্তাধিক্য শিরঃপীড়ায় যে ভাবে শোণিত নির্গত করার বিষয় বলা হইয়াছে তদ্রূপ করিলে উপকার হয়। কিন্তু বিবর্দ্ধিত বিধান দূরীভূত না করিলে পীড়া সম্পূর্ণ আরোগ্য হয় না।

ক্ষয়িত-দন্তের জন্য শিরঃপীড়ার বিষয় ডাক্তার লাউডার ব্রাণটন মহাশয় বর্ণনা করিয়াছেন, দন্তের জন্য শিরঃপীড়া অতি সাধারণ।

Dr. Brubaker মহাশয় একটী মৃগী রোগীর বিবরণ প্রকাশ করিয়াছেন। এই লোকটীর মৃগী রোগের কারণ দন্তের পীড়া এবং পীড়িত দন্ত উঠাইয়া দেওয়ার পর মৃগী রোগ আরোগ্য হইয়াছে।

উত্তেজনার জন্য জ্ঞান দন্তোৎপত্তির সময়ে অনেকের প্রবল শিরঃপীড়া হয়। এই বেদনা স্থায়ী, বিস্তৃত। দন্ত সম্পূর্ণরূপে বহির্গত হইলে তৎপর বেদনার নিবৃত্তি হয়।

কর্ণকুহরে ময়লা ইত্যাদি আবদ্ধ, পীড়া, বা বাহ্য বস্তুর অবস্থান জন্য শিরঃপীড়ার বিষয় সকলেই অবগত আছেন।

অণ্ডাশয়ের পীড়ার জন্য শিরঃপীড়া সম্মুখ কপালে অবস্থিত, ধীর প্রকৃতি বিশিষ্ট, সর্ব্বদা স্থায়ী বা বিরাম যুক্ত এবং অতি প্রবল প্রকৃতি বিশিষ্ট।

যে যন্ত্রের পীড়ার জন্য শিরঃপীড়া হয়। সেই পীড়া আরোগ্য হইলেই শিরঃপীড়াও আরোগ্য হয়। তবে এমত দেখা যায় যে, অণ্ডাশয়ের পীড়ার জন্য শিরঃপীড়া, কিন্তু অণ্ডাশয় উচ্ছেদ করাতেও শিরঃপীড়া আরোগ্য হয় না।

অণ্ডাশয়ের পীড়ার জন্য শিরঃপীড়া নিবারণার্থ নিম্নলিখিত ঔষধ উপকারী।

Re.

এমোনিয়া ব্রোমাইড	৬ ড্রাম
একষ্ট্রাঃ হাইড্রেষ্টিস	৪ ড্রাম
টিংচার জেনসিয়ান কোং	১২ ড্রাম
একোয়া	৪ আউন্স

একত্র মিশ্রিত করিয়া তিন ড্রাম মাত্রায় প্রত্যহ তিন বার সেবন করাইবে।

অণ্ডাশয়ের স্থানে ব্লিষ্টার, ম্যাসাজ এবং ওয়েট প্যাক প্রয়োগ করিলে শিরঃপীড়ার উপশম হয়। মস্তকের উপরে সঞ্চাপ দিলেও উপশম বোধ হয়।

মস্তকের ঊর্দ্ধাংশে বেদনা, এবং সঞ্চাপে তাহার উপশম বোধ করিলেই জরায়ু বা অণ্ডাশয়ের পীড়ার বিষয় অনুসন্ধান করা উচিত।

যৌবন সমাগমে যুবতীদিগের এক বিশেষ প্রকৃতির শিরঃপীড়া হয়; তাহা উপযুক্ত পরিশ্রম এবং ব্লডপিল সেবন করাইলে আরোগ্য হয়।

যান্ত্রিক শিরঃপীড়া।

মস্তিষ্কে অর্ব্বুদ হইলে প্রায়ই বেদনা হয়। এই বেদনা স্থানিক বা বিস্তৃত হইতে পারে। স্থানিক বেদনা হইলে সেই স্থান অনুযায়ী যে অর্ব্বুদের অবস্থান হইবে, এমত কোনও নিয়ম নাই। এক স্থানে বেদনা এবং অপর স্থানে অর্ব্বুদ হইতে পারে। তবে সাধারণতঃ অর্ব্বুদের স্থান অনুযায়ী বেদনা হয়।

যান্ত্রিক শিরঃপীড়া বলিলে এই বুঝিতে হইবে যে, কোন যন্ত্রের কোন বিধানের পরিবর্ত্তন জনিত বেদনা। মেনিঞ্জাইটিস জন্য শিরঃপীড়া এই শ্রেণীর অন্তর্গত। তরুণ মেনিঞ্জাইটিসের বেদনা একটী প্রধান লক্ষণ। পুরাতন মেনিঞ্জাইটিসের বেদনা নাতি প্রবল, দীর্ঘকাল স্থায়ী। এতৎসহ অপর নানারূপ লক্ষণ—আলোক অসহ্যতা, কর্ণে শব্দ এবং শ্রবণশক্তির হ্রাস, বা ব্যতিক্রম ইত্যাদি লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। অতি প্রবল প্রদাহের বেদনা সর্ব্বক্ষণ স্থায়ী। ইহা কয়েক বৎসর থাকিতে পারে।

কবোটীর অভ্যন্তরে উপদংশ জন্য গমেটার উৎপত্তি হইলে বেদনা হয়। উপদংশ পীড়ার জন্য শিরঃপীড়ার বিশেষত্ব এই যে, এই বেদনা রজনীতে বৃদ্ধি হয়। চক্ষুর পেশীর কোন প্রকার পীড়া থাকে। আঘ্রাণ শক্তির ব্যতিক্রম হয়। বমন হইতে পারে। কখন কখন বাক্যের জড়তা হয়। এই সমস্তের মধ্যে রজনীতে বেদনার বৃদ্ধি একটী প্রধান লক্ষণ।

উপদংশ জন্য শিরঃপীড়ার চিকিৎসায় পটাস আইওডাইড এবং মার্কুরী প্রধান ঔষধ। উভয় ঔষধ একত্রে বা পৃথক ভাবে প্রয়োগ করা যাইতে পারে। তবে কথা এই যে, অত্যন্ত অধিক মাত্রায় প্রয়োগ না করিলে সুফল পাওয়া যায় না। আইওডাইডের এমত ভাবে গাঢ় দ্রব প্রস্তুত করিবে যে এক মিনিমে এক গ্রেণ থাকে। প্রথম ১০ গ্রেণ মাত্রায় আরম্ভ করিয়া প্রত্যেক বারে এক এক গ্রেণ বৃদ্ধি করা আবশ্যক। এই ভাবে প্রয়োগ করিলে ১০০ কিম্বা ১৫০ গ্রেণ মাত্রায় সহ্য হইতে পারে। অধিক

মাত্রায় প্রয়োগ না করিলে উপকার বোধ হয় না। আইওডিজমের লক্ষণ উপস্থিত হইলে মাত্রা হ্রাস করিয়া আবার সাবধানে বৃদ্ধি করিতে হয়। একবার আইওডিজম উপস্থিত হইলে আর অধিক মাত্রায় সহ্য হয় না। প্রায়ই সর্দ্দি, দুর্গন্ধযুক্ত শ্বাস প্রশ্বাস এবং স্ফোটক ইত্যাদি উপস্থিত হয়।

দুগ্ধের সহিত মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করিলে ইহার বিস্বাদ হ্রাস হয় এবং অধিক সহ্য হয়। কেহ কেহ ভিচী ওয়াটারের সহিত প্রয়োগ করিতে উপদেশ দেন।

কোন কোন রোগীর পূর্ণ মাত্রায় পারদ প্রয়োগ না করিলে উপকার হয় না। ওলিয়েট অফ মার্কুরী ল্যানোলিনের সহিত শতকরা বিশ অংশ মলম প্রস্তুত করিয়া তাহা মর্দ্দন করিলে সুফল হয়।

প্রবল বেদনা নিবারণের জন্য মর্ফিয়া উৎকৃষ্ট। কিন্তু তাহার পূর্ব্বে স্থানিক উপায় অবলম্বন করিয়া দেখা উচিত—স্থানিক উপায়ের মধ্যে শৈত্য এবং উষ্ণতা—বরফ এবং উষ্ণ জল পূর্ণ থলী পর পর ব্যবহার করিয়া দেখা কর্ত্তব্য।

মেনিঞ্জাইটিসের বেদনা নিবারণ পক্ষে বেলাডোনা এবং আর্গট উৎকৃষ্ট। শেষোক্ত ঔষধ ;—১ ড্রাম মাত্রায় তিনবার সেবন করিতে হয়। অনেক স্থলে এই মাত্রা পাকস্থলীতে সহ্য হয় না, অনেক সময়ে বাইক্লোরাইড অফ মার্কুরী দীর্ঘকাল প্রয়োগ করিলেও তাহা সহ্য হয়। $\frac{1}{20}$ গ্রেণ মাত্রায় দুই ঘণ্টা পর পর প্রয়োগ করা যাইতে পারে, ইহাতেও বেশ উপকার হয়।

পুরাতন মেনিঞ্জাইটিসের পক্ষে অত্যুগ্রভা সাধক উপায় ভাল। মস্তকের পশ্চাদংশে কপিং করিলেও উপকার হয়। রক্তাধিক্য জন্য শিরঃপীড়াতেই ইহা উপকারী।

উপদংশের কোন সন্দেহ না থাকিলেও এমন কি মস্তকের অর্ব্বুদ জন্য শিরঃপীড়া হইলেও পটাশিয়ম আইওডাইড দ্বারা উপকার পাওয়া যায়—অধিক মাত্রায় প্রয়োগ করিতে হয়। পটাশিয়ম আইওডাইড কিম্বা ব্রোমাইড পৃথকভাবে প্রয়োগ করিলে যেরূপ ফল হয়, উভয় ঔষধ একত্রে প্রয়োগ করিয়া তদপেক্ষা অধিক উপকার হয়। পরন্তু আইওডাইড পৃথকভাবে প্রয়োগ করিলে যেরূপ আইডিজম হয় ব্রোমাইডের সহিত মিশ্রিত করিলে তদপেক্ষা অল্প হয়। পটাশিয়ম আইওডাইড পাকস্থলীতে সহ্য না হইলে আইওডাইড অফ লিথিয়ম ১০ গ্রেণ মাত্রায় প্রয়োগ করা উচিত।

এমত দেখিতে পাওয়া যায় যে, সময়ে সময়ে শিরঃপীড়া হয় অথচ তাহার কারণ গটন বিকৃতি, হয়তো অর্ব্বুদ কিম্বা অস্থির বিবৃদ্ধি থাকিতে পারে, এইরূপ সন্দেহ হইলে চক্ষু পরীক্ষা করিয়া রোগ নির্ণয় করা আবশ্যক। অপটীক্ নিউরাইটিস্ বা ডিস্ক স্ফীত থাকিলে অর্ব্বুদ হওয়াই সম্ভাবনা।

কপোটীর বাহ্যকারণ সম্ভূত শিরঃপীড়া।

এই শ্রেণীর শিরঃপীড়া নিউরাল্‌জিক শ্রেণীর অন্তর্গত। শৈত্যাদি সংলগ্নে পীড়ার উৎপত্তি হয়। সাধারণতঃ কোন বিশেষ স্নায়ুতে বেদনা সীমাবদ্ধ না থাকিয়া সমস্ত মস্তকে বিস্তৃত হইয়া পড়ে। স্থানিক উষ্ণতা

প্রযোগে উপকার হয়। হট ওয়াটারব্যাগরূপে প্রয়োগ করা উচিত। স্যালিসিলেট অফ্ সোডিয়ম বা ফেনেসিটিনসহ স্যালোল সেবন করাইলে উপকার হয়।

রিউমেটিজম জন্য শিরঃপীড়ায় করোটী বা তদাবরক ঝিল্লি এবং অক্সিপিটো-ফ্রন্টেলিশ ও টেম্পরাল পেশী আক্রান্ত হইতে পারে। বাত ধাতু প্রকৃতির জন্য এইরূপ হয়। শৈত্যাদি সংলগ্নে ঘর্ম্মরোধ হইয়া বিউমেটিক বিষ শরীরে আবদ্ধ থাকার জন্য এইরূপ হয়।

এই বেদনা সর্ব্বক্ষণ স্থায়ী, টন্ টন করে। এই বেদনা নিম্নাভিমুখে জ পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়, দন্তে বেদনা হয়, মুখমণ্ডল উজ্জ্বল দেখায়, পূর্ব্বাহ্ণ অপেক্ষা অপরাহ্ণে বেদনার বৃদ্ধি হয় প্রস্রাবের বর্ণ গাঢ় এবং ইউরেট পূর্ণ। দৈহিক উত্তাপ স্বাভাবিক অপেক্ষা ২।১ ডিগ্রী অধিক হইতে পারে।

বিউমেটিজমের চিকিৎসা প্রণালীই অবলম্বন করিতে হয়। সোডিয়ম স্যালিসিলেট এবং তাহা পাকস্থলীতে সহ্য না হইলে স্যালিসিলেট অফ্ এমোনিয়া প্রয়োগ করিতে হয়। পুরাতন পীড়ায় অল্প মাত্রায় কলসিকম উপকারী। পটাশিয়ম আইওডাইডের সহিত প্রয়োগ করা উচিত। কিন্তু অনেকে বলেন যে, কলসিকমে কোন উপকার হয় না, কেবল গাউট পীড়া থাকিলেই উপকার হয়।

লিথিয়া ওয়াটার উপকারী। পেশীমূলের কঠিন স্ফীততার জন্য শিরঃপীড়া হইলে স্থানিক ম্যাসেজ উপকারী।

উপদংশ জন্য পেরিঅষ্টাইটিস হইলে শিরঃপীড়া হয়। উপদংশ পীড়ার জন্যই এইরূপ হয়। এই বেদনাও অত্যন্ত প্রবল এবং রজনীতে বৃদ্ধি হয়। স্ফীততা অনুমিত হইতে পারে, সঞ্চাপে দিলে টন্ টন্ করে, এতৎসহ গমেটা থাকিতে পারে। স্ফীতস্থান তল্ তল করে—বোধ হয়, অভ্যন্তরে পূয আছে, তজ্জন্য কর্ত্তন করিতে ইচ্ছা হয়।

এইরূপ বেদনায় আইওডাইড দ্বারা উপশম না হইলে মস্তক মুণ্ডন করিয়া পারদের মলম মালিশ করিতে হয়

অর্দ্ধ শিরঃশূল।

অধকপালী মাথার ব্যথা স্নায়বীয় শিরঃপীড়ার মধ্যে গণ্য। কিন্তু ইহার এমন কতকগুলি বিষয় আছে যে, তাহা পৃথকভাবে আলোচিত হওয়া আবশ্যক।

সাধারণতঃ যে বেদনাকে হেমিক্রিনিয়া বলা হয় আমরা তাহাই (ইহার অর্থ মস্তকের এক পার্শ্বে বেদনা) অর্দ্ধ শিরঃশূল বা আধকপালী মাথার ব্যথা বলিয়া উল্লেখ করিলাম। ইংরেজীতে ব্যবহৃত হেমক্রেনিয়া (Hemicrania) শব্দটী ল্যাটিন কিন্তু ইহা গ্রীক শব্দ হইতে উৎপন্ন হইয়াছে। অশুদ্ধভাবে হেমিগ্রেনিয়া (Hemigrania) বলা হয়। ফ্রেঞ্চ মাইগ্রেইন (Migraine) বা মেগ্রিন (Megrine) শব্দও ঐ অর্থ বাচক। এই শব্দটী ফ্রেঞ্চ হইলেও ইংরাজীতে ইহারই প্রচলন অধিক।

এই বেদনা পর্য্যায়ক্রমে উপস্থিত হয় এবং এতৎসহ বেদনা ব্যতীত অপর স্নায়বীয় লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। বোধসূচক অনেক লক্ষণ প্রকাশ পায়। বেদনা দুই তিন সপ্তাহ পর একবার প্রকাশ পাইতে পারে, আবার সপ্তাহেও দুই তিন বার হইতে পারে;

অর্থাৎ বেদনা উপস্থিত হওয়ার কোন নির্দ্দিষ্ট সময় নাই। সাধারণ স্বাস্থ্যের উপর বেদনা উপস্থিত হওয়া নির্ভর করে। এমত দেখিতে পাওয়া যায় যে, কোন কোন ব্যক্তির সপ্তাহ মধ্যে নির্দ্দিষ্ট কোন কোন সময়ে বেদনা উপস্থিত হয়। Tissot মহাশয় একটী রোগীর বিষয় বর্ণনা করিয়াছেন। সেই ব্যক্তির তিন বৎসরের অধিককাল পর্য্যন্ত প্রতি সোমবারে প্রবল বেদনা উপস্থিত হইয়া প্রায় ত্রিশ ঘণ্টা কাল স্থায়ী হইত। এইরূপ ভাবে বেদনা উপস্থিত হওয়ার কারণ তৎপূর্ব্ববর্ত্তী দিবসের অতিরিক্ত পরিশ্রম এবং আহারাদির অনিয়ম। এইরূপ আরও নানা-বিধ দৃষ্টান্ত আছে। কাহারো বা শনিবারে অনিয়ম এবং অত্যাচার হেতু রবিবারে বেদনা হওয়ার বিবরণ লিপিবদ্ধ আছে। কিন্তু ইহার মধ্যে বিশেষত্ব এই যে, পর্য্যায় ক্রমে একই বারে নির্দ্দিষ্ট সময়ে বেদনা উপস্থিত হওয়া।

আধকপালী মাথার ব্যথা আরম্ভ হওয়ার দুই এক দিবস পূর্ব্ব হইতে রোগী শারীরিক এবং মানসিক দুর্ব্বলতা অনুভব করে, কাহার বা প্রাতঃকালে শয্যা ত্যাগের পর মস্তকের মধ্যে ভার বোধ হয়, পরে আর তদ্রূপ ভার থাকে না। আধকপালী ব্যথা আরম্ভ হওয়ার দুই তিন দিবস পূর্ব্ব হইতে এই লক্ষণ প্রকাশ পায়। কাহারো বা পরিপাক বিশৃঙ্খলতা উপস্থিত হয়। সুখের বা অসুখের জন্য অতিরিক্ত মানসিক উত্তেজনা, বা রেল পথে দীর্ঘকাল ভ্রমণ ইত্যাদি কারণে এই বেদনা হইতে পারে। কোন কোন রোগী বেদনা আরম্ভের পূর্ব্ব রজনী অত্যন্ত দীর্ঘ বোধ করে। পূর্ব্ব দিবস রজনীতে কোন খাদ্য গ্রহণ না করিলেও বেদনা উপস্থিত হয়। কোন রোগীর বেদনা আরম্ভ হওয়ার পূর্ব্বে দৃষ্টির দোষ, কম্প, হস্ত পদ শীতল, মুখমণ্ডল উজ্জ্বল, ইত্যাদির কোন একটী লক্ষণ উপস্থিত হয় এবং তখন রোগী বুঝিতে পারে যে, বেদনা আরম্ভ হওয়ার অগ্রদূত স্বরূপ এই লক্ষণ উপস্থিত হইয়াছে।

চক্ষের নানা প্রকার লক্ষণ প্রকাশ পায়, কেহ চক্ষের সম্মুখে খদ্যোৎবৎ ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র উজ্জ্বল আলোক রশ্মি দৃষ্টি করে, কেহ বা ভাসমান আলোক রেখা দেখে। এইরূপ নানাবিধ দৃষ্টিবিভ্রম উপস্থিত হয়। সময়ে সময়ে দৃষ্টি বিভ্রমের পরিবর্ত্তে মানসিক বিভ্রম উপস্থিত হয়। অবাস্তব বিষয় দৃষ্টি করে। এই সকল লক্ষণ উপস্থিত হইলেই রোগী বুঝিতে পারে —বেদনা উপস্থিত হওয়ার আর বিলম্ব নাই।

এই শ্রেণীর শিরঃপীড়া দিবসের সকল সময়ে উপস্থিত হয়, তবে অধিকাংশ স্থলে প্রাতঃকালে বেদনা আরম্ভ হইয়া থাকে। প্রথম ভ্রূর উপর অল্প নির্দ্দিষ্ট স্থানে বেদনা আরম্ভ হইয়া তাহা ক্রমে মস্তকের সমস্ত অর্দ্ধাংশে বিস্তৃত হইয়া পড়ে। বেদনা যখন অত্যন্ত প্রবল হয় তখন রোগী বলিতে পারে না, যে তাহা কেবল এক পার্শ্বে কিম্বা সমস্ত মস্তকে বিস্তৃত। কাহারো বা বেদনা অক্ষিপটে আরম্ভ হইয়া পশ্চাতের অর্দ্ধাংশে বিস্তৃত হয়, বেদনার সহিত মুখ-মণ্ডল উজ্জ্বল, হস্ত পদ শীতল এবং বিবমিষা উপস্থিত হয়। এই লক্ষণ অল্প বা অধিক হইতে পারে। কোন কোন রোগীর মুখমণ্ডল উজ্জ্বল না হইয়া পাংশুটে

বর্ণ হয়। তজ্জন্য কোন কোন লেখক হেমিক্রেনিয়া পীড়াকে দুই শ্রেণীতে বিভক্ত করেন—এক রক্তাধিক্য অপর রক্তহীনতা (Angioparetic and angio-spatic)

চক্ষুদ্বয় উজ্জ্বল ও অশ্রু পূর্ণ, আলোক ও অসহ্য শব্দ অসহ্য এবং শ্রবণ শক্তির বৈলক্ষণ্য ইত্যাদি প্রকাশ পায়। পীড়া আক্রমণের পূর্ব্বে বা সম সময়ে হস্ত পদ ইত্যাদির স্পর্শ বোধক স্নায়ুর ক্রিয়ার নানা প্রকার ব্যতিক্রম হয়। হস্ত পদের অঙ্গুলীতে যেন সূচী-বিদ্ধনবৎ বেদনা বোধ করে। পা অবশ বোধ হইতে পারে। এই সমস্ত লক্ষণ ২৫—২০ মিনিট স্থায়ী হয়। কখন বা যতক্ষণ শিরঃপীড়া থাকে, ততক্ষণ এই সমস্ত লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। বাক্‌রোধ বা বাক্যের জড়তা উপস্থিত হইতে পারে কিন্তু তাহা অধিকক্ষণ স্থায়ী হয় না।

পীড়া উপস্থিত হইলে মানসিক জড়তা, স্মরণ শক্তির হ্রাস এবং মানসিক বিভ্রম উপস্থিত হইতে পারে। এই সকল লক্ষণ এক ঘণ্টা কিম্বা এক দিবস স্থায়ী হইতে পারে। তৎপর বেদনা এত প্রবল হয় যে, রোগী তাহা অসহ্য বোধ করে। আক্রমণ শেষ হওয়ার সময় বিবমিষা উপস্থিত হয় এবং বমন হইলে বেদনার নিবৃত্তি হয়। বান্ত পদার্থ কখন পিত্ত, কখন পিত্ত ও শ্লেষ্মা মিশ্রিত থাকে। আবার কখন কিছুই নির্গত হয় না।

বমনের অব্যবহিত পূর্ব্ববর্ত্তী সময়ে কষ্ট অধিক হয়। কিন্তু বমন হওয়ার কিছু পরেই ঘর্ম্ম হইয়া সুস্থ বোধ হওয়ায় রোগী নিদ্রিত হইয়া পড়ে এবং নিদ্রাভঙ্গের পর সুস্থ বোধ করে। কিন্তু বমনের সহিত কিছু নির্গত না হইলে সে বমনে উপকার না হইয়া বরং অপকার হয়। ক্রমাগত কাঠ বমিতে রোগীর যন্ত্রণা অধিক হয়। পীড়ার আরম্ভেই এইরূপ হইতে দেখা যায়। অধিক বিবমিষায় রোগী অবসন্ন হইয়া পড়ে, মানসিক অবসন্নতা উপস্থিত হয়।

কখন কখন বিবমিষা এবং বমন না হইয়া অন্যরূপে স্রাব হওয়ার পর বেদনার নিবৃত্তি হয়। যেমন অতিরিক্ত ঘর্ম্ম বা প্রস্রাব হইয়া বেদনার নিবৃত্তি হয়। কাহারো বা তরল ভেদ হইয়া বেদনার শেষ হয়। এইরূপে স্রাব হওয়ার পর বেদনার নিবৃত্তি হইলেও রোগী নিদ্রাভিভূত হয়। নিদ্রা ভঙ্গের পর সম্পূর্ণ সুস্থ বোধ করে।

বেদনা কয়েক ঘণ্টা হইতে কয়েক দিবস স্থায়ী হয়। নিদ্রা হইলেই বেদনার শেষ হয়। কাহাকো কাহারো বেদনা দুই তিন দিবস স্থায়ী হয়।

বেদনা আরম্ভের পূর্ব্বে রোগীর মানসিক এবং শারীরিক অবস্থা যেরূপ থাকে বেদনার অন্তে তদপেক্ষা অনেক ভাল হয়। বেদনার পর শরীর সবল বোধ হয়, মন প্রফুল্ল হয় এবং কার্য্যে উৎসাহ জন্মে।

কেহ কেহ বলেন—হেমিক্রেনিয়ায় শিরঃপীড়ার লক্ষণ না থাকিতে পারে অথবা থাকিলেও তাহা এত সামান্য যে রোগী তাহা লক্ষ্য করে না। বোধক স্নায়ু সমূহের সমস্ত লক্ষণ প্রকাশ পায়—কেবল বেদনা থাকে না। ইহা অপর কোন গুরুতর পীড়ার লক্ষণ হওয়ারই সম্ভাবনা।

দুই সপ্তাহ হইতে দুই মাস পর্য্যন্ত পীড়ার

আক্রমণ বন্ধ থাকিতে পারে। কিন্তু এমত কোন নিয়ম নাই। কারণ, অল্প সময় পর পর পীড়া হইতে পারে। আবার ৩।৪ মাস না হইতে পারে।

অনেক স্ত্রীলোকের আর্ত্তব স্রাব সময়ে এই পীড়া হয়। এক জনের আর্ত্তব স্রাব এক কালীন নিবৃত্তি হওয়ার পরও উক্ত নিয়মে কয়েক বৎসর শিরঃপীড়া হইত।

পীড়া সত্বর বা বিলম্বে উপস্থিত হওয়ার কারণ রোগীর সাধারণ স্বাস্থ্যের উপর নির্ভর করে, মানসিক বা শারীরিক অতিরিক্ত পরিশ্রম অথবা আহারাদি সম্বন্ধে অত্যাচার করিলে পীড়া শীঘ্র শীঘ্র উপস্থিত হয় এবং ইহার বিপরীতে পীড়া বিলম্বে উপস্থিত হওয়াই সম্ভব।

যে যে কারণে লিথিমিয়া উপস্থিত হয়, সেই সেই কারণে হেমিক্রেনিয়া অধিক হয়। অধিক পোষক খাদ্য গ্রহন এবং আলস্যে সময়াতীপাত ইহার কারণ :

মৃগী এবং আধকপালী মাথার ব্যথার সহিত কোন সংশ্রব থাকা সম্ভব। যে পরিবারের মধ্যে মৃগী রোগ থাকে, সেই পরিবারে হেমিক্রেনিয়া অধিক দেখা যায়। আক্রমণের পূর্ব্বপ্রণালী একরূপ। এক ব্যক্তির উভয় পীড়া হইতে দেখা যায়।

Gowers এর মতে অনেক রোগীর মাইগ্রেণ বহু বৎসর ভোগ করে এবং পরিশেষে মৃগী রোগে পরিণত হয়।

রোগীর রোগ আরোগ্য হওয়া পক্ষে তাহার শারীরিক এবং মানসিক অবস্থার উপর নির্ভর করে। রোগী সর্ব্বপ্রকার দুশ্চিন্তা এবং পরিশ্রমাদি পরিহার পূর্ব্বক স্বাস্থ্য রক্ষার প্রতি মনোযোগী হইয়া ভাল অবস্থায় থাকিতে পারিলে শীঘ্র আরোগ্য হইতে পারে। কিন্তু অনেক সময়ে রোগী এই সমস্ত নিয়ম প্রতিপালন এবং উপযুক্ত ভাবে চিকিৎসিত হইলেও দীর্ঘ কাল পীড়া ভোগ করে। তবে পীড়ার একটী ভোগকাল আছে। ৪৫শ বৎসরের অধিক বয়স হইলে আর এই পীড়া থাকে না। ইহা সাধারণতঃ প্রথম বয়সের পীড়া। অনেক স্থলে যৌবন সময়ে এই পীড়া হইতে দেখা যায়। মধ্য বয়সের পর আর ইহা থাকে না। বালকদিগেরও এই পীড়া হয়।

স্ত্রীলোক দিগের আর্ত্তব স্রাব এককালীন বন্ধ হইলে হেমিক্রেনিয়া আরোগ্য হয়। তবে অন্য প্রকৃতিতে শিরঃপীড়া আরম্ভ হয়। স্ত্রীলোক এবং পুরুষ উভয় শ্রেণীরই সচরাচর অধিক বয়সে হেমিক্রেনিয়ার পরিবর্ত্তে পঞ্চম স্নায়ুর সুপ্রা অর্ব্বিটাল শাখার নিউরালজিয়া পীড়া উপস্থিত হয়। কখন বা হেমিক্রেনিয়ার পরিবর্ত্তে পশ্চাৎ কপালের সর্ব্বদা স্থায়ী শিরঃ পীড়া উপস্থিত হয়, এবং ইহা কয়েক বৎসর ভোগ করিতে পারে। পঞ্চাশ বৎসর উত্তীর্ণ হওয়ার পর পীড়ার আক্রমণ রোধ না হইলেও তাহার প্রকৃতি সম্পূর্ণ পরিবর্ত্তিত হয়। রোগীর স্নায়বীয় লক্ষণ সমূহ বন্ধ বা পরিবর্ত্তিত হয়। এ সময়ে বমন না হওয়াই সম্ভব, স্থূলতঃ ৪৫ বৎসর বয়সের পর হেমিক্রেনিয়ার আক্রমণের বেগ অতি অল্প ও প্রবলতা হ্রাস হয় এবং চিকিৎসার আয়ত্বাধীনে আইসে।

সকল রোগীর চিকিৎসাতেই সাধারণ স্বাস্থ্য উন্নত করার জন্য যত্ন করিতে হয়। পরিশ্রম, খাদ্য, বিশ্রামাদি সমস্তই নিয়মাধীনে

পরিচালিত হওয়া আবশ্যক। স্বাস্থ্যোন্নতি হইলেই পীড়ার আক্রমণের বেগ হ্রাস হইতে পারে।

পথ্যের দিকে বিশেষ মনোযোগ দেওয়া কর্ত্তব্য। ব্যক্তিগত বিশেষত্ব স্থির করিয়া পথ্য ব্যবস্থা করিতে হয়। রোগীর গাউট ধাতু প্রকৃতি হইলে মদ্য, মিষ্ট দ্রব্য ইত্যাদি পরিত্যাগ করা কর্ত্তব্য। সহজে যাহা পরিপাক হয় তাহাই পথ্য দেওয়া উচিত। অতিরিক্ত পোষক পথ্য অপকার করে।

রোগীর রক্ত অল্প থাকিলে যথেষ্ট দুগ্ধ, মাংসের ঝোল দিবে। সহজে পরিপাক না হইলে পেপ্টোনাইজ করিয়া দেওয়া উচিত, এতৎব্যতীত অপর পোষক পথ্যও দেওয়া উচিত। এই সকল রোগীর পক্ষে ওয়ার মিচেলের মতে সম্পূর্ণ বা আংশিক শান্ত সুস্থির অবস্থায় রাখিয়া চিকিৎসা করা উচিত। ঐ প্রণালী পূর্ব্বেই উল্লেখ করা হইয়াছে। ইহাতে সময়ে সময়ে বিশেষ উপকার হয়। এমত দেখা গিয়াছে যে, পূর্ব্বে যে ঔষধে কোন উপকার হয় নাই সেই ঔষধই ওয়ার মিচেলের মতে বেষ্ট প্রণালী অবলম্বন করিয়া প্রয়োগ করায় বিশেষ উপকার করিয়াছে।

মাইগ্রেণের চিকিৎসায় ঔষধ প্রয়োগ দুই ভাগে বিভক্ত, ১। পীড়ার আক্রমণের সময়ে। ২। পীড়ার আক্রমণ না থাকা সময়ে। বহু প্রকার ঔষধ প্রয়োজিত হইয়া থাকে। ব্রোমাইড একটী উপকারী ঔষধ বলিয়া কথিত হয়, কিন্তু ক্রমাগত দীর্ঘকাল প্রয়োগ করায় সুবিধা হয় না। ব্রোমাইড মৃগী রোগে উপকারী এবং সেই জন্য মনে করা হয় যে, এই পীড়াতেও অবশ্য উপকার করিবে। কিন্তু কার্য্যক্ষেত্রে তত উপকার পাওয়া যায় না। পরন্তু দীর্ঘকাল প্রয়োগ করিলে পরিপাক শক্তি এবং সাধারণ স্বাস্থ্য নষ্ট হয়।

উভয় আক্রমণের মধ্যবর্ত্তী সময়ে প্রয়োগ করার জন্য সাধারণ এবং স্নায়বীয় বলকারক ঔষধ উৎকৃষ্ট। রক্তাল্পতাগ্রস্ত রোগীর পক্ষে আর্সেনিক এবং আয়রণ ভাল। দীর্ঘকাল প্রয়োগ করিতে হয়। ক্রমাগত ৩।৪ মাস প্রয়োগ করা উচিত। সহ্য হইলে কডলিভার অইলে বিশেষ সুফল প্রদান করে। কুইনাইন, নক্সভমিক, ষ্ট্রীকনিয়া দিলেও উপকার হয়। হাইপোফসফেট অফ লাইম—কম্পাউণ্ড হাইপোফসফেট অফ লাইম, ষ্ট্রীকনিন্, আয়রণ এবং কুইনান উপকারী। অবিচ্ছেদে কয়েক সপ্তাহ প্রয়োগ করা উচিত। কেবল মাত্র হাইপোফসফাইট অধিক সহ্য হয়।

ক্যানাবিশ ইণ্ডিকা উপকারী ঔষধ। Dr Greene এর মতে ইহা যে কেবল আশু উপশম কারক, তাহা নহে, পরন্তু দীর্ঘকাল প্রয়োগ করিলে এই ঔষধে স্থায়ী উপকার হয়। আরো অনেক চিকিৎসক এই মত সমর্থন করেন, প্রথমে ½ গ্রেণ মাত্রায় তিনবার প্রয়োগ করিয়া ক্রমে মাত্রা বৃদ্ধি করা উচিত। অর্দ্ধ শিরশূল পীড়া অনেক সময়ে চক্ষের অতিরিক্ত পরিশ্রমের ফলে উপস্থিত হয়। আলোক সমাবেশ নষ্ট হয়। ক্যানাবিশ ইণ্ডিকা প্রয়োগ করিলেই দোষ সংশোধন করিয়া—কনীনিক প্রশারণ করিয়া উপকার করে। ক্যানাবিশ ইণ্ডিকা বেলেডোনা, হায়সায়মাস দ্বারা এই পীড়ার উপকারের কারণ ইহাদিগের অবসাদক ক্রিয়া—তৃতীয় স্নায়ু

এবং তাহার প্রতিপালিত পেশী এবং আইরিশের উপর উক্ত ক্রিয়া প্রকাশিত হওয়ায় উপকার হয়, ৪৫ হইতে ৫০ বৎসর বয়সের মধ্যে আলোক সমাবেশ শক্তি হ্রাস হয়। এই সময়ে এই পীড়াও আরোগ্য হয়।

ক্যানাবিশ ইণ্ডিকা উপকারী ঔষধ সত্য কিন্তু ভাল ঔষধ না হইলে উপকার হয় না। ভাল ঔষধ পাওয়া অতি কঠিন। বাজারে যে সমস্ত ঔষধ ক্রয় করিতে পাওয়া যায়, তাহা বিশ্বাস যোগ্য নহে। ভাল ঔষধ দ্বারা সদ্যঃ প্রস্তুত একষ্ট্রাক্ট না হইলে উপকার হয় না। অথচ তাহা পাওয়া যায় না। কতকাল পূর্ব্বে বিলাতে যাহা প্রস্তুত হইয়াছে, কলিকাতায় তাহাই আমদানী হইয়া দোকানে শুষ্ক হইয়া গিয়াছে ক্রেতার অভাবে তাহা দোকানেই নষ্ট হইতেছে। ক্ষতি নিবারণ মানসে সেই শুষ্ক পচা ঔষধ আবার গ্লিসারিণ মিশ্রিত করিয়া দোকানদার নূতন ঔষধরূপে বিক্রয় করিতেছে। ঐরূপ ঔষধ দ্বারা কখন আশানুরূপ ফল পাওয়া যায় না। এতৎসম্বন্ধে অনভিজ্ঞ চিকিৎসক ঔষধীয় উপাদান বিহীন ঔষধ প্রয়োগ করিয়া সুফলের আশা করিলে সে আশা কখন সফল হইতে পারে না। ঐরূপ একষ্ট্রাক্ট অপেক্ষা বরং ভাল ঔষধ দ্বারা প্রস্তুত টিংচার কথক বিশ্বাস যোগ্য। কিন্তু সেই টিংচার ঐরূপ সঠিত একষ্ট্রাক্ট দ্বারা প্রস্তুত করিলে কখন সুফল হয় না। একষ্ট্রাক্ট অপেক্ষা টিংচার প্রয়োগের আর একটী সুবিধা এই যে, ইচ্ছানুযায়ী উপযুক্ত মাত্রায় প্রয়োগ করা যায়। বটিকারূপে এইরূপ প্রয়োগের সুবিধা হয় না। কেবলমাত্র এই ঔষধ অল্প মাত্রায় প্রয়োগ আরম্ভ করিয়া ক্রমে ক্রমে মাত্রা বৃদ্ধি করিতে হয়। যত অধিক পরিমাণে সহ্য হয় তাহা প্রয়োগ করা উচিত। সামান্য নেসা বোধ হইলেই আর মাত্রা বৃদ্ধি করা উচিত নহে। কাহারো বা অতি অল্প মাত্রায় এই লক্ষণ উপস্থিত হয়, তজ্জন্য প্রথমে অতি অল্প মাত্রায় অতি সাবধানে ঔষধ প্রয়োগ করিবে।

শূন্য পাকস্থলীতে ঔষধ প্রয়োগ করিলে অতি অল্প সময় মধ্যে ঔষধের ক্রিয়া প্রকাশিত হয়। মাত্রা অধিক হইলে বক্ষস্থলে অসুখ বোধ, হৃদ্‌কম্প মৃত্যুর আতঙ্ক, হস্ত পদ শীতল, ত্বক ঘর্ম্মাক্ত ইত্যাদি লক্ষণ প্রকাশ পাইতে পারে। এই সমস্ত লক্ষণ দুই তিন ঘণ্টা স্থায়ী হইতে পারে। রোগী শান্ত সুস্থির অবস্থায় শয়ান থাকে, মস্তকোত্তলন করিতে চেষ্টা করিলেই উক্ত লক্ষণ সমূহ প্রকাশ হয়। কিন্তু অল্প মাত্রায় আরম্ভ করিয়া ক্রমে ক্রমে মাত্রা বৃদ্ধি করিলে অনেক অধিক মাত্রা সহ্য হইতে পারে। সহসা উক্ত লক্ষণ সমূহ উপস্থিত হয় না।

নিম্নলিখিত প্রণালীতে ক্যানাবিশ ইণ্ডিকা, আয়রণ এবং আর্সেনিক প্রয়োগ করা যাইতে পারে। যথা।—

Rc.

একষ্ট্রাক্ট ক্যানাবিশ ইণ্ডিকা	½ গ্রেণ
এসিড্ আর্সেনিয়াস্	১/৬০ গ্রেণ
ফেরি সালফ	১ গ্রেণ

মিশ্রিত করিয়া এক বটিকা। প্রত্যহ তিন বটিকা সেব্য। ক্রমে ক্রমে মাত্রা বৃদ্ধি করিয়া প্রত্যহ নয় বটিকা প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

নিম্নলিখিত ঔষধও দীর্ঘকাল প্রয়োগ করা যাইতে পারে। যথা—

Re.

একষ্ট্রাক্ট ক্যানাবিশ ইণ্ডিকা	½ গ্রেণ
প্লবভ্ ডিজিটেলিশ	½ গ্রেণ
ফেরি ল্যাক্টেট	২ গ্রেণ

মিশ্রিত করিয়া এক বটিকা। প্রত্যহ তিন বটিকা সেব্য। আহারান্তে সেবন করা উচিত।

ক্যানাবিশ ইণ্ডিকার সহিত নক্স ভমিকা মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করিলে অধিক সুফল হয়। মস্তিষ্কে রক্তাধিক্য বর্ত্তমান থাকিলে আর্গটের সহিত প্রয়োগ করা উচিত। যেমন—

Re.

একষ্ট্রাক্ট ক্যানাবিশ ইণ্ডিকা	½ গ্রেণ
একষ্ট্রাক্ট নক্স ভমিকা	½ গ্রেণ
আর্গটিন	১ গ্রেণ

মিশ্রিত করিয়া এক বটিকা। আহারান্তে প্রত্যহ তিন বটিকা সেব্য।

উক্ত ঔষধ দীর্ঘকাল প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

ক্যানাবিশ ইণ্ডিকা প্রয়োগ করিয়া সুফল লাভ করার প্রধান উপায় অবিচ্ছেদে দীর্ঘকাল প্রয়োগ করা। রোগীকে এই বিষয় বুঝাইয়া দেওয়া উচিত।

চক্ষের দোষ—দৃষ্টিশক্তির দোষ হইয়া থাকে, প্রথমেই তাহার প্রতি বিধান করা আবশ্যক। অতি সামান্য দোষ থাকিলেও তাহার প্রতিবিধানে অমনোযোগী হইতে নাই। দৃষ্টির দোষ সংশোধিত না হইলে শিরঃপীড়া কখন আরোগ্য হইতে পারে না।

অর্দ্ধ শিরঃশূলগ্রস্ত রোগী আসিলে প্রথমেই তাহার চক্ষু পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য। তাহার কোন অসুস্থাবস্থা না দেখিতে পাইলে তৎপর নাসিকাগহ্বরের অবস্থা পরীক্ষা করিতে হয়।

লিথিমিয়াগ্রস্ত রোগীর মাইগ্রেণ পীড়ার চিকিৎসায় দীর্ঘকাল নাইট্রোমিউরেটিক এসিড প্রয়োগ করিতে হয়। অপর রোগীর পক্ষে লিথিয়া সাল্ট উপকারী। লিথিয়া ওয়াটার সেবন করাইতে হয়।

যে কোন প্রকারের মাইগ্রেণ হউক না শ্রাবণ যন্ত্র সমূহের স্রাব বৃদ্ধির প্রতি লক্ষ্য রাখিতে হয়। কোষ্ঠ বদ্ধতার লক্ষণ থাকিলে মৃদু বিরেচক ঔষধ প্রয়োগ করা উচিত; পডফিলিন বা পারদ ঘটিত ঔষধ প্রয়োগ করিবে। নিম্নলিখিত ঔষধ বিশেষ উপকারী।

Re

এলোইন	½ গ্রেণ
একষ্ট্রাক্ট বেলাডোনা	¼ গ্রেণ
ফেল বভিস ইন্‌স্পিঃ	২ গ্রেণ

মিশ্রিত করিয়া এক বটিকা। প্রত্যহ রজনীতে ১ কি ২টী বটিকা সেবন করিবে।

Bartholow বলেন—প্রত্যহ প্রাতঃকালে ফসফেট অব সোডিয়ম সেবন করিলে যথেষ্ট পিত্ত নিঃসৃত হওয়ায় উপকার হয়।

প্রবল আক্রমণের সময়ে প্রয়োজ্য ঔষধের মধ্যে ব্রোমাইড অধিক প্রচলিত। নানা প্রকার ঔষধের সহিত মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করা হয়। কিন্তু বর্ত্তমান সময়ে এনিলিন হইতে প্রস্তুত ঔষধই অধিক প্রচলিত। কোলটার হইতে প্রস্তুত ঔষধের মধ্যে এণ্টি-পাইরিন, ফেণাসিটিন, এবং এণ্টিফেব্রিণ অধিক প্রচলিত। এণ্টিকামনিয়া এবং ঐ প্রকৃতির আরো নানা প্রকার ঔষধ প্রচলিত

আছে, তৎসমস্ত প্রয়োগ করিয়াও সুফল পাওয়া যায় সত্য কিন্তু ঐ সকল ঔষধ প্রয়োগের প্রধান অসুবিধা এই যে, কোন্ কোন্ ঔষধ কত পরিমাণে মিশ্রিত করিয়া প্রস্তুত হয়, আমরা তাহা জানি না। ঐরূপ আংশিক অজ্ঞাত ঔষধ প্রয়োগ করার অনেক দোষ। ঐ শ্রেণীর ঔষধের কোন আস্বাদন নাই, সহজে দ্রব এবং শোষিত হয়। এবং অনেক স্থলে উৎকৃষ্ট ফল পাওয়া যায়।

এণ্টিপাইরিন প্রয়োগ করিতে হইলে ৫—১০ গ্রেণ মাত্রায় উপশম না হওয়া পর্য্যন্ত অর্দ্ধ ঘণ্টা পর পর ২০ গ্রেণ পর্য্যন্ত প্রয়োগ করা যাইতে পারে। অনেকস্থলে এতদপেক্ষা অধিক মাত্রায় সহ্য হয়, কিন্তু তত নিরাপদ নহে। এণ্টিপাইরিণের সহিত সোডিয়ম বাইকার্ব্বনেট মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করিলে এণ্টিপাইরিণের ক্রিয়া বৃদ্ধি হয়। সোডিয়ম স্যালিসিলেট এর সহিত প্রয়োগ করিলে বেশ সুফল হয়।

যে মাত্রায় এণ্টিপাইরিন প্রয়োগ করা হয়। সেই মাত্রাতেই ফেণাসিটিন প্রয়োগ করা হয়। এণ্টিপাইরিন বা এণ্টিফেব্রিণ কর্ত্তৃক যত বিপদ হওয়ার সম্ভাবনা। ফেনাসিটিন কর্ত্তৃক তত বিপদের আশঙ্কা নাই, এই কথা অনেকে বলেন। কিন্তু লেখক তাহা স্বীকার করিতে প্রস্তুত নহেন। এণ্টিপাইরিণের ন্যায় ফেনাসিটিনের ক্রিয়া তত শীঘ্র প্রকাশিত হয় না। ফেণাসিটিনের সহিত সোডিয়ম স্যালিসিলেট বা স্যালোল মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করিলে অধিকতর সুফল হয়।

এণ্টিফেব্রিণও যথেষ্ট প্রয়োজিত হইয়া থাকে, শিরঃপীড়ার যত প্যাটেণ্ট ঔষধ দেখা যায়, তাহার অধিকাংশের প্রধান উপাদান এণ্টিফেব্রিণ। অনেকেই বলেন ইহা হৃদপিণ্ডের উপর অধিক অবসাদক ক্রিয়া প্রকাশ করে কিন্তু কার্য্য ক্ষেত্রে তত দেখিতে পাওয়া যায় না। আমার বোধ হয় সাহেবী শরীরে হৃদপিণ্ডের উপর যত অবসাদক ক্রিয়া প্রকাশ করে, এ দেশীয়ের শরীরে তত করে না। কেবল এণ্টিফেব্রিণ সম্বন্ধেই এইরূপ দেখিতে পাই তাহা নহে, পরন্তু অপর ঔষধ সম্বন্ধেও এই দৃষ্টান্ত দেখিতে পাওয়া যায়। অস্ত্রোপচার সম্পাদন জন্য চৈতন্য হরণ উদ্দেশ্যে ক্লোরফরম প্রয়োগ করায় সাহেবদিগের শরীরে যত দুর্ঘটনা ঘটে, এদেশীয়ের শরীরে তত দুর্ঘটনা ঘটেনা, তাহা সকলেই অবগত আছেন। বিলাতে ক্লোরফরম প্রয়োগ জন্য মৃত্যু না ঘটে এমন সপ্তাহ অতি বিরল। কিন্তু দেশে তদ্রূপ ঘটনা উপস্থিত হওয়াই অতিবিরল। দেশ কাল পাত্র ভেদে কোন কোন ঔষধের ক্রিয়া বিভিন্নতা উপস্থিত হওয়াই সম্ভব। এণ্টিফেব্রিণ প্রয়োগ ফলে হৃদপিণ্ডের অবসাদ নিবারণ জন্য ডিজিটেলিশ সম্মিলিত করিয়া প্রয়োগ করা হয়।

কফেইন একটী উপকারী ঔষধ। কিন্তু শিঃপীড়া যখন প্রবল হয় তখন প্রয়োগ করিলে কোন ফল হয় না। যে সকল রোগীর মাইগ্রেণের সহিত চক্ষের দোষ বর্ত্তমান থাকে, তাহাদিগের পক্ষে এই ঔষধ উপকারী।

ম্যালেরিয়া পীড়ায় কুইনাইন যেমন, চক্ষুর দোষ সংশ্লিষ্ট মাইগ্রেণে কফেইন তদ্রূপ। পীড়া আরম্ভের সূত্রপাতমাত্র ৩—৫ গ্রেণ মাত্রায় কফেইনা সাইট্রাস সেবন করাইতে

হয়। বিশুদ্ধ কফেইন কর্ত্তৃক যত উপকার হয়, সাইট্রেট অফ্ কফেইন তত উপকারী নহে। বিশুদ্ধ কফেইন চূর্ণ এক গ্রেণ মাত্রায় ১৫ মিনিট পর পর ৪৫ মাত্রা সেবন করাইতে হয়। এই ঔষধের মাত্রা অধিক হইলে উত্তেজনা এবং হৃদকম্প উপস্থিত হইতে পারে কিন্তু তাদৃশ ঘটনা বিরল।

বেদনা অত্যন্ত প্রবল হইলে ½০ গ্রেণ মাত্রায় একোনোটিন প্রয়োগ করিলে উপকার হয়। কিন্তু এই ঔষধ অত্যন্ত অবসাদক। ৩।৪ মাত্রার অধিক প্রয়োগ করা উচিত নহে।

গউয়াবানও উপকারী। চূর্ণ, সার বা সিরাপ রূপে প্রয়োগ করা যায়। ইহাতে কফেইন থাকার জন্য উপকার হয়। ১০ গ্রেণ গউয়াবন চূর্ণ ৫ গ্রেণ সোডিয়ম স্যালিসিলেট সহ ১৫ মিনিট পর পর ৪।৫ মাত্রা সেবন করাইবে। ইহা প্রয়োগে কোন মন্দ ফল হয় না।

ব্রোমাইডও উপকারী। যে স্থলে রক্তাধিক্য থাকে। সেই স্থলে প্রয়োগ করিয়া সুফল পাওয়া যায়। ব্রোমাইড অফ্ লিথিয়ম অধিক সুফল প্রদান করে। ক্লোরালের সহিত মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করাই সুবিধা। পঞ্চম স্নায়ুর শাখা আক্রান্ত হইলে ক্রোটন ক্লোরাল প্রয়োগ করিলে অধিক সুফল হয়।

হায়সায়মিন ½০ গ্রেণ মাত্রায় অধস্ত্বাচিক প্রণালীতে প্রয়োগ করিলে অধিক সুফল হয়।

অইল ইউক্যালিপটাস ৫ মিনম মাত্রায় অর্দ্ধ ঘণ্টা পর পর ৪।৫ মাত্রা প্রয়োগ করিলে উপকার হয়। আক্রমণ এবং তাহার মধ্যবর্ত্তী—এই উভয় সময়েই এই ঔষধ প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

সোডিয়ম স্যালিসিলেট প্রয়োগ করিয়া সুফল হয় কিন্তু ইহার দোষ এই যে, বিবমিষা উপস্থিত করে। গ্র্যানুলার সাইট্রেট অফ্ কফেইনের সহিত অধিক জল মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করিলে বিবমিষা উপস্থিত হয় না। শৈত্য সংলগ্ন জন্য মাইগ্রেণে এই ঔষধ উপকারী।

মফিয়া অধস্ত্বাচিক প্রণালীতে প্রয়োগ করিলেও উপকার হয় কিন্তু ইহার বিস্তর দোষ—পরিপাক বিশৃঙ্খলতা এবং অবসাদ উপস্থিত করে। এই জন্য অনেকে প্রয়োগ করিতে নিষেধ করেন।

সময়ে সময়ে স্থানিক ঔষধ প্রয়োগে উপকার হয়। শৈত্য অথবা উত্তাপ ইহার কোন একটী মস্তকে প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

সিনাপিজম কিম্বা অপর প্রত্যুগ্রতা সাধক ঔষধ উপকারী। মেন্থলের প্রয়োগরূপ।—এলকোহল সহ মেন্থল দ্রব, কিম্বা মেন্থল কোণ স্থানিক প্রয়োগ করিলে শিরঃপীড়ার উপশম হয়, তাহা সকলেই অবগত আছেন।

বাইসালফাইড্ অফ্ কারবন উত্তেজক, ইহাও অনেকে প্রয়োগ করিতে উপদেশ দেন। কিন্তু ইহার দুর্গন্ধ অসহনীয়। তজ্জন্য পিপারমেণ্ট কিম্বা অপর কোন সুগন্ধ এসেন্স মিশ্রিত করিয়া লইতে হয়।

সম্মুখ কপালে বেদনা আরম্ভ মাত্র শত করা দুই অংশ বিশিষ্ট ওলিয়েট অফ্ একোনিটিন মালিশ করিলে আর বেদনা প্রবল হইতে পারে না।

ফ্যারাডিক ব্যাটারী প্রয়োগ করিলে বেদনা বৃদ্ধি হয় কিন্তু গ্যালভেনিক ব্যাটারী

প্রয়োগ করিলে বেদনা হ্রাস হয়। প্রবল আক্রমণের সময়ে প্রয়োগ করিতে হয়।

আক্রমণ প্রতিরোধের উদ্দেশ্যে দীর্ঘকাল গ্যালভেনিজম প্রয়োগ করিলে উপকার হয়। মস্তকে অল্প কাল প্রয়োগ করিতে হয়। একবারে ৪।৫ মিনিটের অধিক সময় প্রয়োগ করা উচিত নহে।

যে সময়ে শিরঃপীড়া উপস্থিত হয় সেই সময়ে শান্ত সুস্থির অবস্থায় থাকা কর্ত্তব্য কিম্বা কোন কার্য্যে মনোনিবেশ করতঃ অন্য মনস্ক থাকা কর্ত্তব্য, এই সম্বন্ধে বিভিন্ন মত পরিদৃষ্ট হয়। কেহ কেহ বলেন পীড়ার আক্রমণ মাত্র তাহার আশু উপশম কারক ঔষধ সেবন করিয়া কয়েক ঘণ্টা শান্ত সুস্থির অবস্থায় থাকাই উচিত। ইহাতে স্নায়বীয় অবসন্নতা হ্রাস হয়। রোগী অল্প কষ্ট বোধ করে।

পীড়া আরম্ভ মাত্র তাহার প্রতি বিধান কারক ঔষধ পূর্ণ মাত্রায় সেবন করিয়া অন্ধকার গৃহে যাইয়া শয়ন করিবে এবং মস্তকে এবং পদে উষ্ণতা প্রয়োগ করিবে। উষ্ণ জল দ্বারা উষ্ণতা প্রয়োগ করাই সুবিধা। এই উপায় অবলম্বন করিলে আক্রমণের বেগ এবং সময় উভয়ই হ্রাস হয়। সুতরাং রোগীর কষ্টের লাঘব হয়।

এণ্টিপাইরিণ, এণ্টিফেব্রিণ বা ফেনাসিটিন ইত্যাদির কোন একটী ঔষধ সেবন করিলে অন্ততঃ পক্ষে অর্দ্ধ ঘণ্টা কাল শয়ন করিয়া থাকা অবশ্য কর্ত্তব্য।

কিন্তু রোগী যদি শয়ন করিয়া থাকিতে অসমর্থ হয় তাহা হইলে ঐরূপ ঔষধের পরিবর্ত্তে গউয়াকোল, কফেইন অথবা ব্রোমাইড শ্রেণীর কোন ঔষধ সেবন করাইবে।

ক্রমশঃ

আর্থ্রাইটিস্ ও তাহার চিকিৎসা প্রণালী।

(পূর্ব্ব প্রকাশিতের পর)

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার তারকনাথ রায়।

বহু পরীক্ষার পর ইহাও দেখা গিয়াছে যে, যদ্যপি স্যালিসিলেট কোন ক্ষ্যালক্যালি বা ক্ষারঘটিত ঔষধের সহিত, গরমের সময় অথবা ঘর্ম্ম নির্গমনের সময় ব্যবহার করা হয়, ইহা শরীর মধ্যস্থ ইয়ুরিক এসিড বহির্গত করিতে পারে না এবং ইহা প্রস্রাবের সহিত অধিক পরিমাণে বহির্গমনেরও সাহায্য করে না; তবে যদ্যপি ঐ স্যালিসিলেট কোন এসিডের বা অম্লঘটিত ঔষধের সহিত ব্যবহৃত হয়, কিম্বা আহারের সময়, যখন রক্তের ক্ষারত্বের অল্পতা হয়, সেই সময় ব্যবহারে ইহা ইয়ুরিক এসিড দ্রবী-করণের ও অধিক পরিমাণে প্রস্রাবের সহিত নির্গমনের বিশেষ সাহায্য করে।

ডাক্তার হেগ সাহেব বহুকাল পূর্ব্বে ইহা নিরূপন করিয়া সতঃসিদ্ধান্তে উপনিত হইয়াছেন যে, "রক্তে ইয়ুরিক এসিড জনিত আর্থ্রাইটিস রোগে যাহা ঘটিয়া থাকে তাহাতে যে কোন ঔষধ ঐ রোগীর রক্তের ইয়ুরিক এসিড দ্রবীকরণের বৃদ্ধি করে তাহাই বিশেষ ফলপ্রদ হয়" এবং কয়েক স্থলে এই স্যালি-

সিলেটের দ্রবীকরণের শক্তি থাকে না সুতরাং ঐ স্থলে উহা ব্যবহারে বিশেষ ক্ষতি ব্যতীত উপকার দর্শে না। যদিও ম্যাগ্নেক্যাল বা ক্ষার ঘটিত ঔষধ এবং স্যালিসিলেট উহাদের প্রত্যেকের অল্পই দ্রবীকরণ শক্তি আছে, কিন্তু উভয়ে একত্রিত হইলে তাহাদের ঐ দ্রবীকরণ শক্তি বিলুপ্ত হইয়া থাকে সুতরাং ইহারা একত্র ব্যবহৃত হইলে ইয়ুরিক এসিড দ্রব করিতে বা তাহা নির্গমন করিতে পারে না। অতএব ইহাদের একত্রে ব্যবহারে অপকার ব্যতীত উপকার হয় না। সকলেই জানেন যে, স্যালিসিলেট একিউট আর্থ্রাইটিস রোগে যখন রোগীর টেম্পারেচার নর্ম্মেল এমন কি সাব-নর্ম্মেল থাকে তখন ইহা ব্যবহার করিলে বিশেষ উপকার করে, কারণ জ্বরে যখন শরীরের তন্ত্র বিধানের ধ্বংশ ও পরিবর্ত্তন হয়, তখন প্রস্রাবে অম্লের বা এসিডের পরিমাণ বৃদ্ধি হয় এবং রক্তের ক্ষারত্বের অল্পতা হয়, এই অবস্থায় স্যালিসিলেট ব্যবহার করিলে ইহার দ্রবীকরণ শক্তির বৃদ্ধি করে।

আর্থ্রাইটিসের সাব একিউট ও ক্রনিক অবস্থায় রক্তের ক্ষারত্বের বৃদ্ধি হয়। আমরা রক্তের ক্ষারত্বের অল্পতা করিবার নিমিত্ত স্যালিসিলেট ব্যবহার করিয়া থাকি, এবং ঠিক এইজন্যই একিউট আর্থ্রাইটিস রোগে (যাহা গাউট রোগ বলিয়া অভিহিত), ইহা ব্যবহৃত হয়, ও স্যালিসিলেট একক ও প্রচুর পরিমাণে ব্যবহার করা উচিত। কিন্তু কোন গতীকে ইহা ক্ষারঘটিত ঔষধের বা কল্‌চিকামের সহিত ব্যবহার করা হয় না কারণ এই সকলের সহিত প্রয়োগ করিলে রক্তের ক্ষারত্বের বৃদ্ধি করে।

পুনশ্চ স্যালিসিলেট প্রয়োগ কালে মাংস ও মদ্য ব্যবহার করিতে বলিবে, কারণ উভয়ে মূত্রকে অম্লে পরিণত এবং রক্তের ক্ষারত্বের অল্পতা করে যাহা স্যালিসিলেট ব্যবহার কালে আমরা প্রার্থনা করিয়া থাকি।

যদ্যপি কোন উক্ত রোগাক্রান্ত রোগীকে পূর্ব্বে স্যালিসিলেটের পরিবর্ত্তে কল্‌চিকাম্ দেওয়া হইয়া থাকে তাহা হইলে তাহাকে পুনরায় স্যালিসিলেট ব্যবহার করিলে কোন ফল হয় না। তবে খুব সম্ভবতঃ এসিড ও মদ্য এবং কোন-আফিম ঘটিত ঔষধের সহিত স্যালিসিলেট ব্যবহার করিলে কলচিকামের ব্যবহারে যে মন্দ ফল হয় তাহার প্রতিবন্ধক করিতে পারে যদিও ইহার কোন নিশ্চিত নাই। যদিও কলচিকাম্ প্রত্যক্ষরূপে বিশেষ অবসাদকতা (depression) প্রকাশ করে, এবং যদ্যপি কোন গতীকে মদ্য, আফিম ইত্যাদি ব্যবহার করিতে না পারা যায় তাহা হইলে সে অবস্থায় কলচিকাম ও কোন ক্ষার-ঘটিত ঔষধ একত্রে পুনঃ পুনঃ ব্যবহার করিবে। এবং স্যালিসিলেট প্রয়োগের একেবারে চেষ্টা করিবে না শেষোক্ত ঔষধ দুইটী খুব ভাল, যদ্যপি রোগীর দুর্ব্বলতা, দৈহিক উত্তাপের বৃদ্ধি ও ঘর্ম্ম না হয় তাহা হইলে বিশেষ অপকার হয়, ও আর্থ্রাইটিস রোগের বৃদ্ধি হয়।

ইহা সর্ব্বদা স্মরণ রাখা উচিত যে, এই রোগের একিউট অবস্থায় যখন রোগীর জ্বরের ও মূত্রের অম্লতা বৃদ্ধি হয়, তখন স্যালিসিলেট ব্যবহারে বিশেষ উপকার হয়। যখন রোগীর দুর্ব্বলতার ও তাহার দৈহিক উত্তাপ নর্ম্মেল বা সাব-নর্ম্মেল টেম্পারেচ-

চার থাকে এবং ঘর্ম্ম হয় (বিশেষত গ্রীষ্ম কালে),কিম্বা যখন মূত্র অল্প অম্লাক্ত বা ক্ষারাক্ত হয়, তখনও ইহা ব্যবহার করা যায়, উক্ত লক্ষণাবলী স্যালিসিলেটের দ্রবীকরণ ক্রিয়াকে সাহায্য করে। সুতরাং স্যালিসিলেট কেবল-মাত্র আর্থ্রাইটিস রোগেই ব্যবহৃত হয় এমন নহে, ইয়ুরিক এসিড জনিত সর্ব্বপ্রকার রোগে ইহা ব্যবহার করা যায়।

মোটামুটী বলিতে গেলে ইয়ুরিক এসিড জনিত আর্থ্রাইটিসের তরুণ বা একিউট অবস্থায় জ্বর থাকিলে স্যালিসিলেট ইয়ুরিক্ এসিড দ্রবীকরণ রূপে ব্যবহৃত হয়, এই স্যালিসিলেট —সোডা স্যালিসিলেট বা এসিড স্যালিসিলিক কিম্বা সর্ব্বাপেক্ষা ভাল য়্যাস্পিরিণ (Aspirin) প্রচুর-পরিমাণে দিবসে ১ ড্রামের কম নহে এবং কখন কখন ইহাপেক্ষা বেশীও প্রয়োগ করা হয়। ক্রনিক বা পুরাতন আর্থ্রাইটিস রোগে জ্বর ও debility না থাকিলেও উক্ত ঔষধ ব্যবহার করিতে পারা যায়। যদিও ঐ রোগীর পথ্যাদি সম্বন্ধে বিশেষ লক্ষ্য রাখা একান্ত (vegitable-food) উচিত, যথা তাহাকে অল্প পরিমাণে শাকসব্জি ও ফলমূল খাইতে দিবে, তাহাকে শীতল রাখিবে ও অন্য বলকারক ঔষধ ব্যবহার করাইবে। পুনর্বার আর্থ্রাইটিস পীড়ায় debility ও রক্তাল্পতা হইলে প্রথমেই তাহাকে বলকারক ঔষধ সেবন করিতে দিবে এবং এরূপ পথ্য ব্যবস্থা করিবে যাহাতে ইয়ুরিক এসিডের লেশমাত্রও থাকে না, এইরূপ ব্যবস্থা করিবার পর যখন দেখিবে যে, রোগী তাহার বল পুনঃ প্রাপ্ত হইয়াছে তখন তাহাকে স্যালিসিলেট ব্যবস্থা করিলে বিশেষ উপকার দর্শাইবে। যখন রোগী অত্যন্ত debilitated হইয়া যায়, এবং প্রস্রাবে অম্লতার ভাগ কম হয়, তখন তাহাকে প্রথমেই স্যালিসিলেট ব্যবস্থা করিবে না, কারণ দেখা গিয়াছে যে, এই আর্থ্রাইটিস্ রোগাক্রান্ত রোগীকে পথ্যাদির সুবন্দবস্ত ও বলকারক ঔষধ ব্যবহার করিবার পর রোগীর রক্ত হইতে ইয়ুরিক এসিড দূরীকৃত হইয়া গিয়া তাহার রক্ত পরিষ্কার হইয়া গিয়াছে। মধ্যে মধ্যে রোগীকে বিরেচন দ্বারা তাহার কোষ্ঠ পরিষ্কার রাখিবে। গাউটি আর্থ্রাইটিস অর্থাৎ গাউট রোগাক্রান্ত হইবার পর যখন কোন রোগীর সন্ধি সমূহের বাত বেদনা উপস্থিত হয় তৎকালীন চিকিৎসা— ডাক্তার হেগ সাহেব বহু পরীক্ষার পর বলিয়াছেন যে, ঐ রোগে একমাত্র গোয়েকাম রেজিন বিশেষ উপকারী। উক্ত ঔষধ যকৃতের ক্রিয়ার উত্তেজনা করে, এবং ইয়ুরিক এসিড যাহা যকৃৎ হইতে উৎপন্ন হইয়া রক্তমধ্যে চালিত হইয়া দেহের মধ্যে সন্ধি সমূহের তন্তুবিধানের (tissue) মধ্যে জমা হইয়া, ইহার লক্ষণ সকল প্রকাশ করে, সেই ইয়ুরিক এসিড তথা হইতে নির্গমন করণের শক্তিকে ইহা বর্দ্ধন করে। তিনি এই গোয়েকাম রেজিন চূর্ণ করিয়া ক্যাচেট্ ফরমে ব্যবহার করা পছন্দ করেন ও তিনি প্রথমে উক্ত ঔষধ ৫ গ্রেণ মাত্রায় দিবসে তিনবার আরম্ভ করিয়া ক্রমে ১০।১২ গ্রেণ প্রতি মাত্রায় ব্যবহার করিয়া থাকেন। লেখক গোয়েকাম রেজিন ১০ গ্রেণ, সালফার সাবলাইমেটাম্ ৩০ গ্রেণ প্রতি মাত্রায় ক্যাচেট্ ফরমে যখন রোগীর সন্ধি সমূহের স্ফীততা ও বেদনা অত্যন্ত থাকে,

তখন দিবসে ৩ বার করিয়া ব্যবহার করিয়া আশুফল লাভ করিয়াছেন। রোগী উক্ত গোয়েকাম রেজিন এইরূপ আকারে প্রয়োগ করাতে কোনরূপ অসুস্থতা অনুভব করে না। কিন্তু যদ্যপি এই গোয়েকাম রেজিন টিংচার বা অন্য কোনরূপ আকারে অন্য কোন ঔষধের সহিত মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করা হয়, তাহা হইলে ইহা একটী বিশেষ অরুচিকর মিশ্র প্রস্তুত হয়, এবং তাহা সেবন করিলে রোগী সেবনমাত্র বিবমিষা অনুভব করে।

কেহ কেহ ইহার পরিবর্ত্তে কুইনিক্ এসিড্ (Quinic Acid) ব্যবহার করিতে যুক্তি দেন। কারণ,ইহা মূত্রে ইয়ুরিক এসিডের ভাগের অল্পতা করে এবং অধিক পরিমাণে হিপুরিক এসিড (Hippuric Acid) নির্গমনের বিশেষ সাহায্য করিয়া রোগ উপশমের সহায়তা করে। যাহা হউক উক্ত রোগ উপশমের নিমিত্ত রোগীর পথ্যের দিকে বিশেষ দৃষ্টি রাখিতে হইবে, এইরূপ পথ্য ব্যবস্থা করিবে যাহা রোগী সহজে পরিপাক করিতে পারে এবং তদ্দ্বারা পাকাশয়ের ক্রিয়ায় কোনরূপ বিশৃঙ্খলতা না ঘটে এবং যাহাতে যকৃতের ক্রিয়া নিয়মিতরূপে সাধিত হয়। এই সঙ্গে রোগীকে তাহার নিজ শরীরের অবস্থানুযায়ী নির্ম্মল বায়ুতে অল্প পরিমাণে প্রাতে ও সন্ধ্যার সময় ব্যায়াম করিতে উপদেশ দিবে।

নব্য-অস্ত্রচিৎসা-প্রণালী।

(পূর্ব্ব প্রকাশিতের পর)

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার মৃগেন্দ্রলাল মিত্র, এল, এম্, এস্।

GASTROSTOMY—একটী স্থায়ী গ্যাষ্ট্রীক্ ফিশ্চুলা করিয়া যদি সেই ফিশ্চুলা দিয়া রোগীকে আহার দেওয়া যায়, সেই gastric fistula করাকে gastrostomy কহে। ইসোফেগাসের অথবা পাকস্থলীর কার্ডিয়্যাক্ এণ্ডের অবরোধ ঘটিলে এই অপারেশান্ করিতে হয়। Malignant disease হইলেও প্রায়ই অনেক বিলম্বে অপারেশান্ করা হয়; রোগী সে সময় অত্যন্ত শীর্ণ ও অবসন্ন হইয়া পড়ে এবং সেইজন্য অনেকের মৃত্যু হইতে দেখা যায়। আশু অপারেশান্ করিলে বিপদের আশঙ্কা অনেক পরিমাণে তিরোহিত হয় এবং রোগী অনেকস্থলেই আরোগ্যলাভ করে। Mikulicz বলেন, রোগীর শরীর ভার কমিয়া যাইতে আরম্ভ হইলেই এবং অর্দ্ধ তরল বা তরল পদার্থের গলাধঃকরণে ব্যথিত হইলেই এই অপারেশান্ করা আবশ্যক। সার্জ্জন অবশ্য এরূপ অপারেশান্ করিতে চেষ্টা করিবেন যে, যেন তাহাতে leakage সম্ভাবনা না থাকে। গ্যাষ্ট্রোটমীর মত রোগীকে প্রস্তুত করিবে। Witzelএর প্রক্রিয়া অনুসারে (Ribs) কিনারার ঠিক নীচে মধ্য-রেখা হইতে বাম দিকে চারি ইঞ্চ দীর্ঘ একটী ইন্‌সিশান্ করা হয়। পেরিটোনিয়াম গহ্বর উন্মুক্ত করিয়া ষ্টমাক্ ধরিবে, তাহা উদ্ভের বাহিরে আনিবে এবং

তাহার চারিদিক গজ দিয়া পূরিত করিবে। ষ্টম্যাকের ভিতর একটী রবার টিউব চালিত

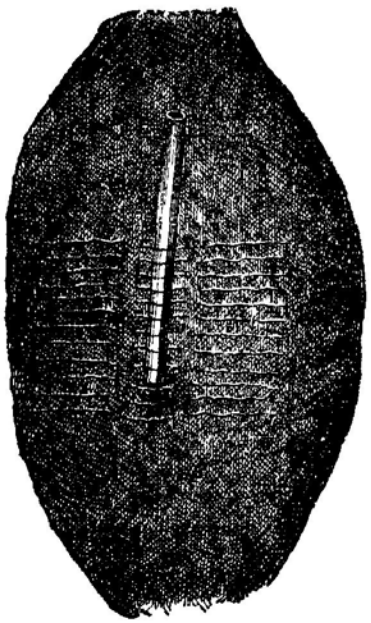


Fig. 238.

Fig. 238.—Witzel's method for gastrostomy, showing application of sutures in wall of stomach, embedding tube obliquely therein.

করিবে এবং Lembert সুচার ডবল্ row দিয়া তাহাকে ঘেরিয়া দিবে (২৩৮, ২৩৯ চিত্র)। সেই নলটী ৫ ইঞ্চ লম্বা হইবে এবং ২৫নং ক্রেঞ্চ বুজীর মত তাহার diameter হইবে। কার্ডিয়াক্ একট্রামিটীর দিকে ষ্টম্যাকে ছিদ্র করা হয়, পেটের উত্তের সমরেখায় টিউব সংস্থাপিত হয় এবং সেই টিউবের বাহিরের মুখ মিডিয়্যান্ লাইনে বাহির হইয়া থাকে। পাকস্থলী যথাস্থানে পুনঃস্থাপনের জন্ত করিয়া তিনটী সুচার দ্বারা এব্-

ডোমেন্ প্রাচীরে ষ্টম্যাকৃষ্টিচ্ করিয়া দেওয়া হয়। টিউবটীর ও এব্ডোমিন্যাল প্রাচীরের ভিতর দিয়া একটি সেলাই চালাইয়া টিউবটিকে

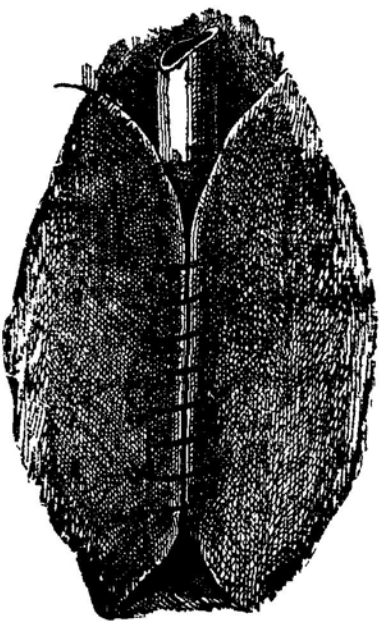
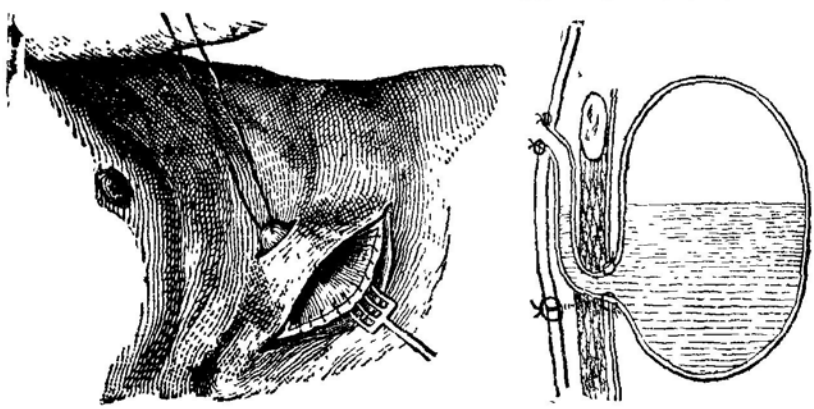


Fig 239

Fig 239—Sutures tied, completely embedding tube for some distance

যথাস্থানে সংরক্ষিত করা হয়। অতঃপর এব্ডোমিন্যাল ইন্সিশান্ সেলাই করিয়া দেওয়া হয় এবং টিউবের উপর একটী ক্ল্যাম্প স্থাপিত হইয়া থাকে। রোগীকে আহার দিবার সময় নলের মুখে একটী ফানেল বসাইয়া দিবে এবং clamp খুলিয়া লইয়া ফানেলে তরল খাদ্য ঢালিয়া দিবে। উত্ত সারিয়া গেলে চিরকালের জন্ত টিউবটী সেখানে রাখা আবশ্যক নহে। রোগীর আহারের ইচ্ছা হইলেই তাহা চালিত করিতে হয়।

Kader এই প্রক্রিয়ার কিছু পরিবর্ত্তন করিয়াছেন। ষ্টম্যাকে একটী ছোট ইন্‌সিশান করিয়া একটী টিউব চালাইয়া দেওয়া হয়। টিউবের প্রত্যেক ধারেই একটী করিয়া ভাঁজ তুলিয়া পাকস্থলীর প্রাচীর টিউবের চারিধারে ভিতরদিকে চালিত করিবার নিমিত্ত দুইটী Lembert সুচার দেওয়া আবশ্যক। টিউবের দুই ধারে ভাঁজের উপর লেম্বার্ট সুচারগুলি দেওয়া হয়। প্রথম দুইটী ভাঁজের উপর আবার দুইটী ভাঁজ প্রস্তুত করা হয় stomach-wall প্যারাইট্যাল্ পেরিটোনিয়ম্ ও রেক্টাস্ পেশীর গায়ে ষ্টিচ্ করিয়া দেওয়া হয়। অনেক সার্জ্জন Ssabanejew-Frankর অপারেশান্ পছন্দ করেন। Fenger এর ইন্‌সিশান্ বামদিকের কষ্ট্যাল কার্টিলেজ্ সমূহের কিনারায় (এক প্রকার বাঁকায়) ইন্‌সিশান্ করা হয়। উণ্ডের ভিতর হইতে একটী cone সদৃশ অংশ টানিয়া বাহির করা হয়, এবং তাহার জন্য ত্বকের যে একটী সেতু প্রস্তুত করা হয়, তাহার ভিতর দিয়া চালিত হইয়া থাকে। বিবগুলির কিনারার উপরে ষ্টম্যাক সংযুক্ত করিয়া উন্মুক্ত করিতে হয় (Figs 240, 241,) Van Hacker বাম রেক্টাস্ পেশীর ভিতর দিয়া এবং Hahn দুইটী বিব্ কার্টিলেজের ভিতর দিয়া gastric fistula প্রস্তুত করেন। Emanuel Senn নিম্নলিখিত প্রক্রিয়া বাহির করিয়াছেন :— এব্ ডোমেনের উণ্ডের ভিতর দিয়া ষ্টম্যাকের একটী cone টানিয়া বাহির করা হয়, এবং সিরাস্ ও মাস্কিউলার কোটের ভিতর দিয়া ক্রমিক ক্যাটগাটের দুইটী suture চালিত করিয়া ষ্টম্যাকের সেই কোণটীকে টানিয়া



Figs. 240. 241.

Figs. 240 241.—Frank's method of gastrostomy in carcinoma of the esophagus.

লওয়া হয়। সেই আকৃষ্ট কোণের গ্রীবার চারিদিকে রেশম দিয়া Gastro-Colic ওমেণ্টামের একটী cuff সেলাই করিয়া দেওয়া হয়। রেশম দিয়া ষ্টম্যাকটী উদর প্রাচীরে সেলাই করিয়া দেওয়া হইবে। Omental cuff, ষ্টম্যাকের সিরাস্ ও মাস্কিউলার কোটগুলি এবং উদর প্রাচীরের structure গুলি সুচারের মধ্যে থাকিবে,

skin আংশিকরূপে সেলাই করিয়া দেওয়া হয়। stomach যে কোন সময়ে উন্মুক্ত হইতে পারে।

GASTRO ENTEROSTOMY, OR GASTRO JEJUNOSTOMY. গাইলোরাস্‌কে side track করিবার জন্য ষ্টম্যাক ও ক্ষুদ্র অন্ত্রের মধ্যে যে স্থায়ী ফিশ্চুলা করা হয়, তাহাই উক্ত দুইটী নামে অভিহিত হইয়া থাকে। পাইলোরাসের ক্যান্‌সার এবং পাইলোরাসের non-cancerous stenosis এর জন্য এবং ষ্টম্যাকের আলসার হইলে কোন কোন স্থলে এই অপারেশান্ করা হয়। ১৮৮১ খৃষ্টাব্দে ডাক্তার Wolfler সর্ব্ব প্রথম Gastro-Fnterostomy করেন। malign ant অবস্থা না হইলে মৃত্যু সংখ্যা বড়ই কম হয় (about 4 percent), গ্যাষ্ট্রীক্ জুসের হাইপার এসিডিটী অদৃশ্য হয় এবং ষ্টম্যাকের কার্য্য পুনঃস্থাপিত হইয়া থাকে। malign-ant হইলে মৃত্যু সংখ্যা অধিক হইয়া থাকে, কিন্তু এরূপস্থলেও অপারেশান করিয়া জীবন কয়েক মাস পর্য্যন্ত রক্ষা করা যাইতে পারে। অপারেশান করিবার পূর্ব্বে পাইলোরেক্টমীর ন্যায় ষ্টম্যাক ইরিগেট করিতে হইবে।

ANTERIOR GASTRO ENT-EROSTOMY, xiphoid কার্টিলেজের নিম্নদেশ হইতে আম্বেলাইকাস্ পর্য্যন্ত এব্‌-ডোমেন্ প্রাচীরের ভিতর দিয়া ডাক্তার সেনের অপারেশানের প্রক্রিয়ানুসারে একটী median incision করা হয়। ষ্টম্যাকের long axisএ একটী ছিদ্র করা হয়। এবং তাহার কিনারাগুলি continued catgut suture দ্বারা ষ্টিচ্ করিয়া দেওয়া হয়। যেস্থানে ইন্‌সিশান করিতে হইবে, তাহার নিম্নে অন্ত্রের আধেয় সকল জোরে নামাইয়া দিতে হইবে। সেই পইণ্টের উর্দ্ধে ও নিম্নে অন্ত্র বেষ্টন করিয়া এক একটী রবার টিউব আঁটিয়া দেওয়া আবশ্যক। অন্ত্রের দীর্ঘ অক্ষের দিকে একটী ইন্‌সিশান করিবে এবং ষ্টম্যাক-উণ্ডে উণ্ডের মার্জ্জিনগুলি যেরূপে সেলাই করিয়া দেওয়া হয় ইহাতেও সেই রূপে করিবে। ষ্টম্যাকে ও ইণ্টেষ্টাইনে বোন্ প্লেট্ চালিত করিবে এবং intestinal anastomosis এর ন্যায় লিগে-চার সকল বন্ধন করিবে। ইহাতে catgut rings অথবা rubber rings প্রযুক্ত হইতে পারে। ২৪২ চিত্রে ডাক্তার উলফ্লারের গ্যাষ্ট্রো-ইণ্টারোষ্টোমী প্রক্রিয়া প্রদর্শিত হইয়াছে। ককারের প্রক্রিয়া এইরূপ :— এব্‌ডোমেন উন্মুক্ত করিয়া ওমেণ্টাম তুলিয়া ধরিবে, ইণ্টেষ্টাইনের একটী loop উর্দ্ধে আকর্ষণ করিয়া জেজুনামের মূলদেশ হইতে



Fig. 242

Fig 242.—Gastro-enterostomy (after Wolfler.)

ষোল ইঞ্চ দূরে একটী লুপ বাহিয়া লইবে এবং তাহা ষ্টম্যাকে আঁটিয়া দিবার আয়োজন করিবে। Wolfler দেখাইয়াছিলেন যে,

অন্ত্রের পেরিষ্টাল্‌সিস্ যাহাতে ষ্টম্যাক টাইডের সহিত correspond করে, এরূপ করিয়া এ

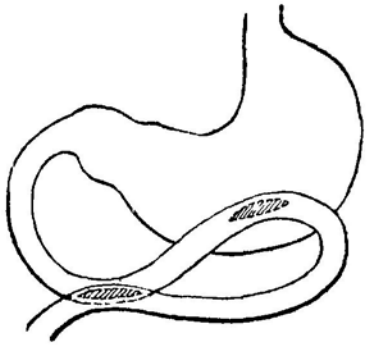


Fig 243

Fig 243.—Jaboulay's method of gastro enterostomy

অন্ত্রটী ষ্টম্যাকে লাগাইয়া দেওয়া আবশ্যক। গাটের প্রক্‌সিম্যাল্ অংশ বামে এবং ডিষ্ট্যাল্ অংশ দক্ষিণে স্থাপন করিলে এই উদ্দেশ্য সিদ্ধ হইতে পারে। অপারেশান্ এমন করিয়া করিতে হইবে যেন তাহার সমাধানের পর ষ্টম্যাকের আধেয় সকল গাটের ডিষ্ট্যাল অংশে প্রবেশ করিতে পারে। এই উদ্দেশ্য সিদ্ধির নিমিত্ত Kocher ইণ্টেষ্টাইন্‌টী ষ্টম্যাক প্রাচীরে এরূপ ভাবে ঝুলাইয়া দেন যে, তাহাতে সেই লুপের প্রক্‌সিম্যাল অংশ পোষ্টিরিয়ার ও উর্দ্ধগামী এবং তাহার ডিষ্ট্যাল্ অংশ এণ্টিরিয়ার ও নিম্নগামী হইয়া থাকে। সিল্কের continuous সুচার দ্বারা অন্ত্রটী ষ্টমাকে ঝুলাইয়া দেওয়া হয় এবং ঐ সিল্কের প্রান্তদ্বয় লম্বা করিয়া বাধিয়া দেওয়া হয়। বক্র ইন্‌সিশান দ্বারা ইণ্টেষ্টাইন্ উন্মুক্ত হইয়া থাকে, তখন তাহার convex অংশ নিম্নভাগে থাকিবে, এই ষ্টম্যাকে এরূপভাবে ইন্‌সিশান্ দিবে যে, তাহার convex অংশ উর্দ্ধদিকে থাকে। অন্ত্র প্রাচীর ভাল্‌ভের মত অংশ ষ্টম্যাকে suture করিয়া দেওয়া

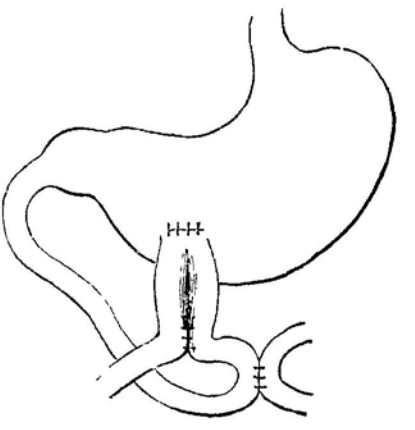


Fig 244

Fig 244.—Braun's method of gastro-enterostomy.

আবশ্যক। কোন কোন স্থলে গ্যাষ্ট্রো-এণ্টারোষ্টমীর পর ষ্টম্যাক্ হইতে রস proximal লুপে সঞ্চিত হয় এবং অবিরত পিত্ত বমন হইতে থাকে। এই অবস্থা বড়ই গুরুতর, এবং প্রায়ই মারাত্মক হইয়া থাকে। তিনটী কারণে ইহা উদ্ভূত হইতে পারে,—(ক) ডিষ্টাল লুপ নুইয়া বা মুচড়াইয়া যাইলে, (খ) proximal লুপে peristalsis রহিত হইলে, অথবা (গ) ষ্টম্যাকের ইন্‌সিসাম্ contract করিলে কোন কোন স্থলে vicious circulation আরম্ভ হয়। তাহাতে পাকস্থলীর সমগ্র বা কতক আধেয় ফিস্‌চুলার ভিতর দিয়া প্রক্‌সিম্যাল্ লুপ মধ্যে প্রবিষ্ট হয়। তখন উভয় লুপের মধ্যে একটী anastomosis করিলে উপরি উক্ত ভয়াবহ অবস্থার সংশোধন বা নিবারণ করা যাইতে পারে (Eigs 243, 244.)

পোষ্টিরিয়ার গ্যাষ্ট্রো ইণ্টারোষ্টমীর পর এরূপ শোচনীয় দুর্ঘটনা ঘটে না এবং Wolfler-Lucke অপারেশানের পর তাহা ক্বচিৎ দেখা যায়।

POSTERIOR GASTRO-ENTEROSTOMY.—নিম্নলিখিত রূপে সম্পন্ন করিতে হয়:—এবডোমেন উন্মুক্ত হইলে ষ্টম্যাক্ ও ওমেণ্টাম উর্দ্ধে তুলিতে হইবে; তাহার পর উর্দ্ধ জিজিউনামের এক অংশ ধারণ করিবে, তাহা থালি করিয়া লইবে এবং পূর্ব্ববর্ণিত উপায়ে টিউব দিয়া বন্ধন করিবে। Transverse মিসোকোলনের যে স্থানে কোন রক্তনালী নাই, এমন একটী স্থান বাছিয়া লইবে এবং একটী ড্রাই ডিসেক্টার দ্বারা মিসোকোলনের ভিতর দিয়া একটী ছিদ্র করিবে। অনন্তর ষ্টম্যাকের পোষ্টিরিয়ার ওয়াল্ ছিদ্রের মধ্যে টানিয়া আনিবে এবং তাহার কিনারায় সেলাই করিয়া দিবে। তাহার পর anastomosis করিতে হইবে।

একটী বৃহদাকার মফির বটন্ দ্বারা Gastro-enterostomy শীঘ্র সম্পন্ন হইতে পারে। মফি বলেন যে, কতকগুলি reported কেসে বোতামটী পাকস্থলীতে পিছলাইয়া গিয়াছিল। কিন্তু oblong button ব্যবহার করিলে এবং ষ্টম্যাকের পোষ্টিরিয়ার প্রাচীরে এনাষ্টোমোসিস্ করিলে এই দুর্ঘটনার পরিহার করিতে পারা যায়। তিনি বলেন যে শীঘ্র সংযোগ সাধন করিবার নিমিত্ত পেরিটোনিয়মে scarify করিবে এবং অতিশয় tension না থাকিলে বটনের supporting sutures আর আবশ্যক হয় না। মফির বটন্ দ্বারা এণ্টিরিয়ার ওয়ালে যে এনাষ্টোমোসিস্ শীঘ্র করা যাইতে পারে, সে বিষয়ে আর কিছুমাত্র সন্দেহ নাই। পোষ্টিরিয়ার ওয়ালে শীঘ্র এনাষ্টোমোসিস্ সাধিত হয় না। এই সকল reported case স্বত্বেও আমরা সত্য সত্যই বলিতে পারি যে বটন্ হইতে বিপৎপাতের সম্ভাবনা অতি সামান্য।

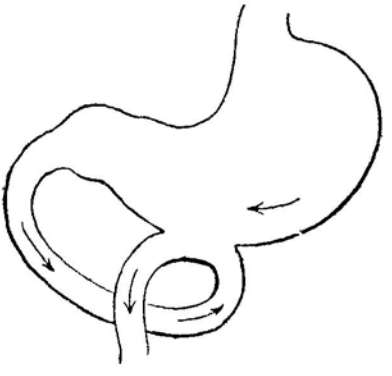


Fig. 245.

Fig.245.—Wolfler Lucke method of gastro-enterostomy.

GASTRO GASTROSTOMY—ষ্টম্যাকের hour glass contraction এর নিমিত্ত এই অপারেশান করা হয়। ক্ষত আরোগ্য হইলে পর এই অবস্থা সময়ে সময়ে ঘটিতে দেখা যায়। এই অপারেশানে পাইলোরিক ও কার্ডিয়্যাক প্রান্তদ্বয়ের মধ্যে একটী এনাষ্টোমোসিস্ সাধিত হয়।

ENTERECTOMY OR RESECTION OF THE INTESTINE WITH APPROXIMATION BY CIRCULAR ENTERORRHAPHY. এবডোমেন উন্মুক্ত

করিয়া ইন্‌টেস্‌টাইনের যে অংশটী রিসেক্ট করিতে হইবে সেই অংশটী পৃথক্ করিয়া লইবে। অপারেশানের স্থানের উপরে মেসেন্‌টি্‌র মধ্য দিয়া একটী রবারের টিউব



Fig 246

Fig 246.—Excision of bowel first step (Esmarch and Kowalzig)

এবং আর একটী রবার টিউব অপারেশানে স্থানের নিচে মেসেন্‌টি্‌র মধ্য দিয়া চালিত



Fig. 247

Fig. 247—Excision of bowel with enterorrhaphy and stitching of the redundant mesentery, second step (Esmarch and Kowalzig).

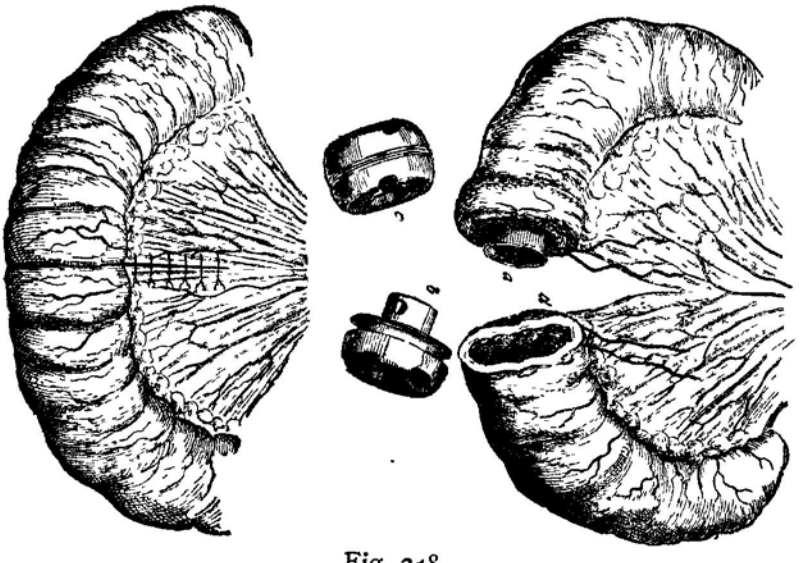


Fig. 248.

Fig. 248—Resection of intestine ; a, b, the two halves of the button ; c, the two portions clamped together ; d, introduction of the sutures for holding each half of the button in place. The right-hand figure shows the completed union of the intestine by murphy's button ; the slit in mesentery has been closed by linear union (after Zucherkand.)

করিবে। ইন্‌টেস্‌টাইনের সেই অংশে চাপ দিয়া ভিতরস্থ ময়লা বাহির করিয়া টিউব দুইটী বল সহকারে বাঁধিতে হইবে। এবং উভয় পার্শ্ব ক্ল্যাম্প করিবে। তাহার পর ইন্‌স্‌টাইনের ব্যাধিগ্রস্ত অংশটী কাটিতে হইবে। কাটিবার সময় উভয় দিক হইতে অল্প অল্প রোগশূন্য অংশও কাটিতে হইবে। এই কর্ত্তিত প্রান্তদ্বয় সল্ট সোলিউশান দ্বারা ইরিগেট্ করিয়া উভয় প্রান্ত সেলাই করিবে। ভিতরের মিউকাস মেমব্রেণে কন্‌টিনিউয়াস্ এবং বাহিরে পেরিটোনিয়ামে লেম্বার্ট অথবা ডুপ্লে্‌নের সুচার প্রয়োগ করিবে। একলাইন হল্‌ষ্টেড্ সুচার দ্বারাও উভয় প্রান্ত সংযোজিত হইতে পারে। মেসেনট্রির অংশ যদি অধিক পরিমাণে থাকিয়া যায় বা ঝুলিতে থাকে তাহা হইলে তাহার কর্ত্তিত প্রান্ত সেলাই করা যাইতে পারে; অথবা V সদৃশ অংশ কাটিয়া

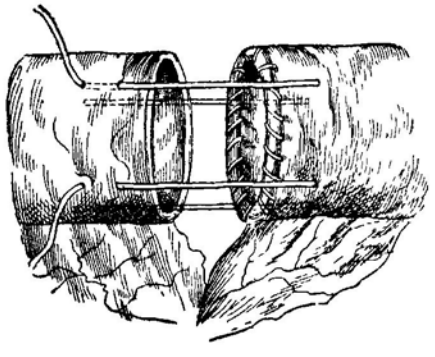


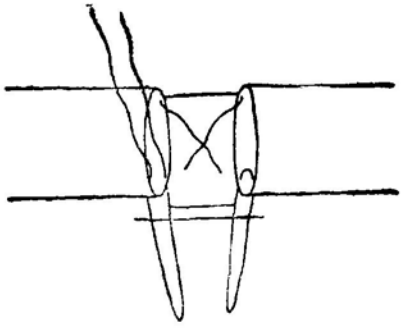
Fig. 249.

Fig. 249.—Senn's modification of Jobert's invagination method, A, upper end lined with ring; B, invagination sutures in place; C, lower end.

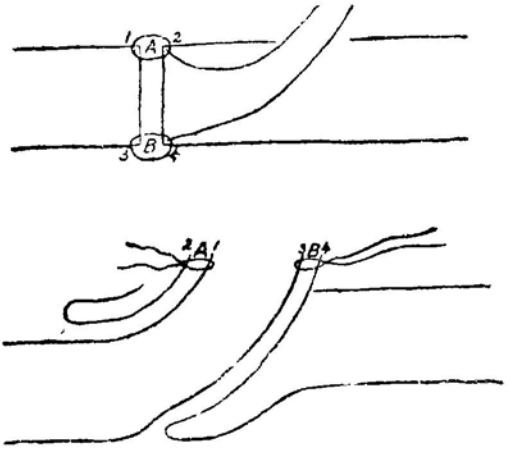
কর্ত্তিত ভেসেলগুলি বন্ধন করিয়া সেলাই করিয়া দেওয়া যাইতে পারে। ইহার পর টিউব্ দুইটী বাহির করিয়া উহা পরিষ্কার করিয়া সেলাই করিবে ও ড্রেন করিবে। Senn একটী অস্থি নির্ম্মিত রিং দ্বারা ইন্‌ভ্যাজিনেশান্ করিয়া থাকেন। যদি উভয় অংশ অসমান হয় তাহা হইলে ক্ষুদ্র অংশটী বক্রভাবে (obliquely) এবং বৃহত্তর অংশটী সোজাভাবে (Transversely) কাটিতে হইবে। এই সকল স্থলে Billroth ল্যাটারাল ইন্ প্ল্যান্টেশান করিতে উপদেশ দেন। সিকামের রিসেক্‌শান হইলে তাহার নিম্ন প্রান্ত লেম্বার্ট সুচার দ্বারা বন্ধ করিয়া কোলনের long একসিসে, মিসো-কোলনের বিপরীত দিকে একটী ছিদ্র করিয়া ইলিয়ামের কর্ত্তিত অংশ সেই ছিদ্রে সংযুক্ত করা হয়। Senn এনাস্‌টোমোসিস্-রিং ইলিয়ামের মধ্যে প্রবিষ্ট করাইয়া কোলান ইন্‌ভ্যাজিনেট্ করিয়া এই উভয় অংশের সন্ধিস্থল সংযোগ করেন। অনেকস্থলেই উভয় অংশ সমান না হইলে ল্যাটারেল এনাস্‌টোমোসিস্ করা উচিত।

ইন্‌টেস্‌টাইনের রিসেক্‌শানের পর এক সপ্তাহ পর্য্যন্ত নিউট্রিয়েণ্ট এনিমা দ্বারা রোগীকে খাওয়াইতে হইবে। প্রথম ২৪ ঘণ্টা মধ্যে মধ্যে অল্প মাত্রায় বরফ ব্যতীত আর কোন জিনিষ মুখ দিয়া খাওয়ান উচিত নহে এবং পরবর্ত্তী ৬ দিন পর্য্যন্ত এক আধ চামচ তরল খাদ্য মুখ দিয়া দেওয়া যাইতে পারে। *Murphy's button দ্বারা রিসেক্‌শানের* পর ইন্‌টেস্‌টাইনের উভয় অংশকে অতি সহজে এবং অল্প সময়ের মধ্যে সম্মিলিত

করিতে পারা যায়। Button মধ্যস্থ অংশ অতি উত্তমরূপে সম্মিলিত এবং যোজিত হয়।



ডায়াফ্রামের ন্যায় যে অংশ মধ্যে থাকিয়া যায় তাহার প্রেসার এট্রোফি হয়। ঐ button আলগা হইয়া যায় এবং ক্রমে এনাস্ দিয়া বাহির হয়। Small ইন্‌টেস্‌টিনের কোন অংশ সংযোজিত করিতে হইলে ৩নং button এবং large ইন্‌টেস্‌টিনে ৪নং button ব্যবহৃত হয়। রিসেক্‌শানের পর buttonর দুই অংশ ইন্‌টেস্‌টিনের দুই অংশে প্রবিষ্ট করাইয়া purse-string সুচারের দ্বারা বাঁধিয়া দিবে। মিউকাসমেমব্রেণের



Eig. 250

Fig. 250—Maunsell's method of anastomosis (after Wiggin.)

কোন অংশ বাহির হইয়া পড়িলে তাহা গুটাইয়া দিবে অথবা কাঁচি দিয়া কাটিয়া ফেলিবে। উপরিস্থ পেরিটোনিয়ামে আঁচড় কাটিয়া buttonর এক অংশ অন্য অংশে প্রবিষ্ট করান হয়। Murphy, ক্লোরোফরমের আবেশ কাটিয়া গেলেই রোগীকে তরল খাদ্যের ব্যবস্থা করেন এবং শীঘ্রই কোষ্ঠ পরিষ্কারের উপায় করেন। ৪ সপ্তাহের মধ্যে button বাহির হইয়া না গেলে রেকটাম্ পরীক্ষা করিয়া দেখিতে হইবে। Maunsell নিম্নলিখিত উপায়ে এন্‌টেরোরাফি করিয়া থাকেন। দুইটী কর্ত্তিত অংশে দুইটী ফিক্‌সেশান সুচার দেওয়া হয়। প্রক্‌সিম্যাল্ সেগ্‌মেণ্টের ১ ইঞ্চ দূরে দেড় ইঞ্চ লম্বা একটী ইন্‌সিশান করিতে হয়। এই ইন্‌সিশানের মধ্য দিয়া ফিক্‌সেশান্ সুচারগুলি বাহির করিয়া, টানিয়া ধরিলে ডিস্‌ট্যাল্ অংশটী প্রক্সিমেল অংশের মধ্যে ইন্‌ভ্যাজিনেট হইয়া

পড়ে এবং উভয় প্রান্ত ঐ ছিদ্রের মধ্য দিয়া বাহির হইয়া আসে। তাহার পর ঐ ইন্-

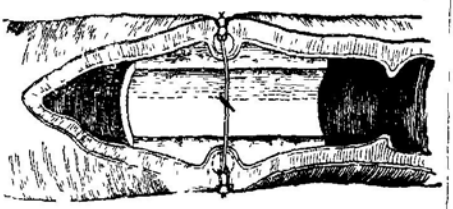


Fig. 251.

Fig. 251.—Robson's decalcified bone bobbin

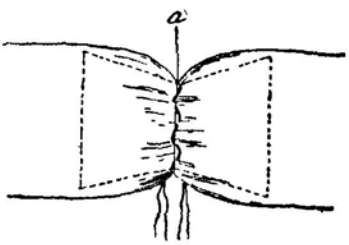


Fig. 252.

Fig 252—Allingham's decalcified bone bobbin

ভ্যাজিনেটেড্ অংশ সুচার করিয়া ইন্‌টেস্‌টাইনের উভয় প্রান্ত ঐ ছিদ্রের মধ্য দিয়া পুনঃ প্রবেশিত করান হয়। ফিক্‌সেশান সুচারগুলি কাটিয়া ছিদ্রটী লেম্বার্ট সুচার দ্বারা বন্ধ করিয়া দেওয়া হয়। Mayo-Robson ডিক্ল্যাসিফাইড্ অস্থির বর্বিন প্রস্তুত করিয়া তাহার উপর এন্‌টারোরাফি করিয়া থাকেন। Allingham দুইটী কোণের আকারে বর্বিন ব্যবহার করেন। Kocher নিম্ন উপায়ে এণ্টোরাফি করিয়া থাকেন। একটী ফিক্‌সেশান্ সুচার মেসেনটির সংযোগ স্থলের নিকট এবং আর একটী ঠিক তাহার বিপরীত দিকে চালিত করেন। কন্‌টিনিউয়াস্ সিল্ক সুচার দ্বারা ইন্‌টেস্‌টাইনের কর্ত্তিত প্রান্তদ্বয় সংযোজিত করেন। এই সুচারগুলি ইন্‌টেস্‌টাইনের সকল স্তর ভেদ করিবে। এই সুচার রেখার উপর কেবল সিরাস এবং মাস্‌কুলার আবরণ ভেদ করিয়া আর এক লাইন লেম্বার্ট সুচার প্রয়োগ করেন। Harris ডিষ্টাল্ প্রান্ত হইতে মিউকাস মেমব্রেণের কিয়দংশ কিউরেট্ দ্বারা বাহির করিয়া দেন। এবং তিনটী সুচে রেশম পরাইয়া প্রথমটীর দ্বারা মেসেন্‌টির নিকট ইন্‌টেস্‌টাইন বিদ্ধ করিয়া ডিষ্টাল্ প্রান্তের কিয়দংশ আড়ভাবে ফুঁড়িয়া ঐ প্রান্তটী প্রক্সিম্যাল প্রান্তের মধ্যে ঢুকাইয়া (invaginate) দেন ক্রমে ক্রমে ইন্‌টেস্‌টাইনের চতুর্দ্দিকে পূর্ব্বোক্ত প্রকারে অপর দুইটী ছুঁচ চালিত করিয়া সম্পূর্ণরূপে invaginate করেন এবং ছুঁচগুলি বাহির করিয়া লইয়া সুতার গাঁইট বাঁধিয়া দেন। কখন কখন ইন্‌টেস্‌টাইন্ সংযোগকালে বায়ুপূর্ণ রবার সিলিণ্ডার ব্যবহৃত হয়।

Halsted বলেন যে, ইহাতে অস্ত্র প্রয়োগ কার্য্য অতি শীঘ্র সমাধা হয়, ক্ল্যাম্প ব্যবহারের প্রয়োজন হয় না, অন্ততঃ অস্ত্র প্রয়োগের সময় ইন্‌টেস্‌টাইনের কম্পন (vermicular motion বন্ধ করা যায়, দুইটী অসমান অংশ সহজে সম্মিলিত হয় এবং সেলাইয়ের কার্য্যও সুচারুরূপে সমাধা হয়। তিনটী সুচার চালিত করিয়া মেসেনট্রি হইতে V সদৃশ একটী অংশ ও ইন্‌টেস্‌টাইনের কিয়দংশ কাটিয়া লইতে হইবে। মেসেনট্রির ভেসেলগুলি বাঁধিয়া রক্তস্রাব বন্ধের পর পূর্ব্বোক্ত সুচারগুলি টানিয়া উভয় প্রান্ত মিলিত করা

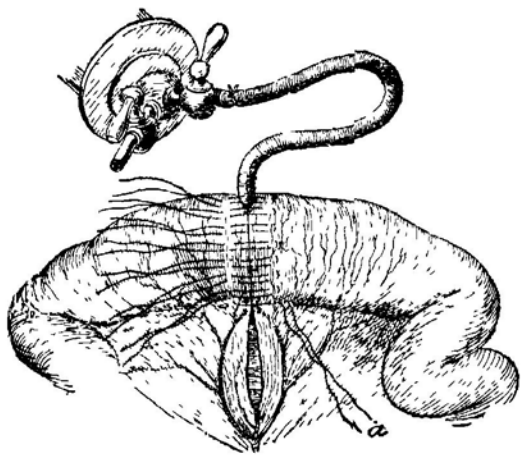


Fig 253.

Fig. 253—Use of Halsted's inflated rubber cylinder in circular enterrorhaphy.

হয়। তাহার পর বায়ু শূন্য করার সিলিণ্ডার একটী ফরসেপ সাহায্যে ইনটেস্টাইনের মধ্যে চালিত করিয়া বায়ু প্রবিষ্ট করাইয়া ইনটেস্টাইনটিকে ফুলাইয়া লওয়া হয়। ১২টী ম্যাটরেস্ সুচার চালিত করিয়া সিলিণ্ডারের বায়ু বাহির করিবার পর সিলিণ্ডার বাহির

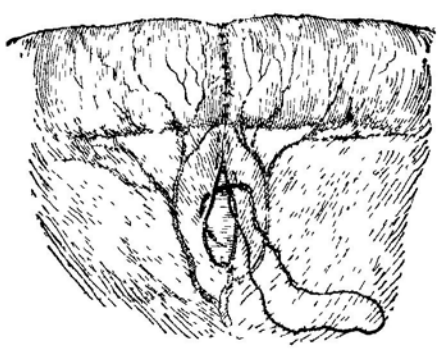


Fig 254.

Fig 254—Suture of the mesentery after circular entorrhaphy (Halsted).

করিয়া সুচারগুলি বাঁধিয়া দেওয়া হয়। মেসেনট্রির কর্ত্তিত প্রান্তদ্বয় এরূপে সংযুক্ত করিতে হইবে যে, তাহাতে যেন ইনটেস্টাইনের পরিপোষণের কোনরূপ বিঘ্ন সংঘটিত না হয়। Laplace এক প্রকার ফরসেপ আবিষ্কার করিয়াছেন; যদ্দ্বারা সহজে এবং সমান ভাবে সেলাই করা যাইতে পারে।

(ক্রমশঃ)

A MANUAL OF MEDICAL JURISPRUDENCE FOR INDIA

By J. B. Gibbons Lt Col, I. M S.

Civil Surgeon, Howrah Formerly Police and Coroner's Surgeon, Calcutta, and Professor of Medical Jurisprudence at the Medical College, Calcutta

We are very glad to receive a copy of A Manual of Medical Jurisprudence for India by Lt-Col J B Gibbons, I M. S The want of a suitable text-book on Medical Jurisprudence for India have been long felt by Indian medical students and practitioners, and we believe the publication of this book will remove this long-felt want

Ganerally speaking, Medical books may be divided into two classes One class of books are written by men who may be very learned, but who are sadly deficient in practical knowledge These books are mere compilations with some additions and alterations here and there, which may render them useful to some extent, but they add nothing original to the store-house of Medical literature, though the number of such books is awfully large. There is another class of books which are written by men who have devoted a considerable portion of their time in investigating a subject on which they write, and whose practical knowledge, gleaned from long experience, is backed by a sound theoretical knowledge. It is the books of this class which contribute to the progress of Medical science. These are unquestionably superior to the former class of books; and we are extremely glad to find that the book under review belongs to this latter class

In our opinion the author is thoroughly qualified to write on Medical Jurisprudence He was for many years Professor of Medical Jurisprudence in the Medical College, Calcutta, and as a Police Surgeon of Calcutta, he was long connected with the Calcutta Morgue, one of the best known of its kind in the world, and he has embodied in his book his own experience together with the experience of his distinguished predecessors like Dr Mackenjie and others Between such a book and a book based on mere theoretical knowledge there can be no comparison whatever

Hitherto for want of a suitable text book on Indian Medical Jurisprudence both the students and practitioners had to rely on European works on the same subject It is useless to say that this state of things was not at all satisfactory For in writing a book on this subject for use in India it should always be borne in mind that the Indians are not in every respect the same as the Europeans, and that some allowance should be made for the difference of the soil and climate, and the constitution of the people The constitution and the power of endurance of a European who is born and brought up in a cold climate, lives on animal food, and is compelled to wage a lifelong struggle for existence, vastly differ from those of an Indian, who is born and brought up in a tropical country, lives on vegitables, and leads a comparatively easy life. But this difference was

hitherto unknown for want of a suitable text-book, and the present book has removed this want Though not the first of its kind, it is decidedly superior to all other books on the same subject.

The writer has the rare gift of expressing his ideas in a few words with great precision His style is characterised by clearness and brevity. Such a style is peculiarly suited for scientific works One special advantage which this style possesses is that it enables the author to embody in a small compass a vast amount of matter on the one hand, and the students to master the subject with comparative ease on the other The author's endeavours in this direction have been fully crowned with success

The book is divided into twenty-seven chapters, and contains an elaborate introduction and an appendix besides. It is not possible for a journal like the Vishak Darpan to review all the chapters in detail We shall therefore remain content with noticing the salient points only

The introduction has been written very carefully and exhaustively. Having some practical knowledge of the difficulties under which medical practitioners labour in this country while giving expert evidence in law-courts, the author has quoted the necessary sections of the Indian Evidence Act and have illustrated them with examples from his own experience. We know no other book on the same subject in which this method has been adopted.

In this country a great majority of accidental deaths are due to hanging, drowning and poisoning; and the author has dealt with these subjects most exhaustively In diagnosing cases where strong grounds of suspicion may exist, he has tried to explain them by referring to cases which came under his own experience In illustration we wish to refer to the following extracts

DIAGNOSIS OF DEATH BY HANGING

"The following case is of great interest, it occurred in February 1901, and is not included in the 128 cases previously mentioned

The police report and the evidence of the principal witnesses at the inquest were as follows :—The deceased, a youth of 16 years, was in the habit of visiting a prostitute, named Soshi, who finding he had no money, refused to receive him any longer On the 30th January, he went to her house in the evening, she turned him out, he left in a rage, saying he would take his own life He returned about midnight and as he was in a quarrelsome mood, Soshi gave him some milk and betel. After a time, he went to answer a call of nature, Soshi walked down stairs with him to point out the place. While he was in the latrine, she went to the room of another prostitute, and told her about the youth, his bad temper and threats. While the women were talking, the youth went upstairs. Soshi followed within a few minutes, and on entering her room, saw the youth hanging by a cloth round his neck,

the end fastened to one of the bamboo beams She raised an alarm, the other prostitute and a man who had a shop downstairs came, they opened the noose, the youth fell on the floor and began to struggle and shout

The police were sent for and carried the youth down the stairs, put him into a gharry and took him to the Mayo Hospital. He was struggling and shouting the whole time, but did not speak From the evidence it would appear that he was conscious, though unable to speak , one witness said, she could see he understood what was said and done, and that he resisted being taken downstairs and put into the gharry. At the Hospital he was violent, throwing himself about and shouting, but did not speak His stomach was washed out According to the statements of the witnesses, the suspension took place between 2-15 and 2-30 A M ; he was admitted to Hospital at 3 45 A M and died at 7-15 A M

The post-mortem examination was held on the 1st February, 24 hours after death Rigor mortis present, there was a bunch of fine lathery froth about the nostrils ; this was not present when I viewed the body the previous evening There were several small bruises and abrasions on both sides of the neck, the largest about half an inch in diameter. Small bruises and abrasions were also present on the arms and back of the left hand. There was no sign of a noose mark on the neck. From the position and character of the injuries, it seems probable that they were caused in bringing deceased downstairs, in the gharry and at the Hospital, in endeavouring to hold him

The condition of the lungs was most interesting and unusual ; all over both, there were numerous subpleural hæmorrhages, some petechial, others splashes of considerable size. In both apices and anterior surfaces, there were patches of miliary emphysema, the lungs were very congested and filled with watery fluid, the trachea and bronchi were full of froth

The front of the heart was sprinkled with small hæmorrhages, which were also present on the back of the left ventricle. Both sides of the heart were filled with dark fluid blood.

The trachea was congested, there were petechiæ on the back of the epiglottis. The tongue was normal The internal organs were congested. The viscera were sent for analysis, no poison was found.

Having heard the evidence of the principal witnesses, the two women and the shopkeeper, and of the House Surgeon, in reply to the Coroner I gave the opinion that deceased had died of asphyxia or suffocation, due to hanging

The case is one which, without the evidence of the eye-witnesses and of the House Surgeon, would, in all probability, be considered one of asphyxia or suffocation due to throttling, or to smothering with a cloth held over the face ; the injuries, bruises and abrasions on the face, neck and other parts of the body

would have been held to be indubitable signs of homicidal violence From the pathological point of view, the interesting feature of the case is the occurrence of capillary hœmorrhages in so marked a degree, on the lungs and heart The experience of suicidal hanging shows that subpleural and subpericardial hæmorrhages are very rare, not in one of the 128 cases examined up to November 1900, it may be pointed out that among them, there were two instances of girls being cut down alive, though they died soon after. The hæmorrhages in the present case were probably connected with the violent muscular movements exhibited by the deceased when the noose was opened and he fell on the floor Though it is not stated by the witnesses, it is possible that the movements they saw were the result of convulsions, and as mentioned in a previous page, experiments on animals support the view that capillary hæmorrhages occur in asphyxia during the period of violent expiratory efforts, and that they are absent in cases in which convulsions have not occurred In the two girls, who were cut down alive and died shortly after, there were no capillary hæmorrhages, and in the history of the cases, there is no mention of any movements of a convulsive character "

CYANIDE OF POTASSIUM

"The following is an interesting and, I believe, unique case —The deceased had a small shop in Lower Chitpore Road, Calcutta, in which he sold condiments, drugs and chemicals Behind the shop, there was a small store room. He went to the shop at 8 A. M as usual, about noon, as he had not returned home for his food, his cousin came to call him, and not seeing him in the shop, asked the shopkeeper next door if he had seen deceased going out. He was told that deceased had not gone out The cousin and a neighbour looked into the store room, over the entrance of which they noticed a shawl, and saw the deceased hanging by a rope round his neck, fastened above to a hook in a beam. The police were informed, they came, cut down the body, and sent it to the morgue. The post-mortem examination was held on the following morning. The tongue was protruding, caught between the teeth, and cyanosed

On the protruding portion, on the chin, and down the front of the chest, there was a white chalky substance. The tips of the fingers of both hands were smeared with the same matter. Round the neck, there was running noose of rope, and a corresponding furrow on the neck When the body was opened, the odour of hydrocyanic acid was perceived, the lungs were very congested, the blood fluid and of a crimson red colour. The stomach contained two ounces of fluid and a large quantity of chalky substance, the mucous membrane was slightly corroded, the first part of duodenum was in a similar condition, and lower down there was congestion. There was a considerable quantity of the chalky substance in the duodenum and

upper portion of the small intestine. The odour of hydrocyanic acid was very strong in the stomach and intestine. The tongue was slightly corroded; the œsophagus was congested. There was chalky substance on the tongue, in the pharynx, and in the trachea and bronchi which were congested.

I went to the shop with the Superintendent of Police, and saw the place where the deceased had been found hanging. Against the backwall of the store room, there was a ladder, above it, the hook to which the rope had been fastened, on either side, there were shelves I directed the police to search for a bottle or vessel Candles were brought, and on a shelf, close to the ladder, a brass *lotah* was discovered. It contained a little greenish fluid, the outside was smeared with chalky material. There was no odour of hydrocyanic acid from the *lotah*. In the shop, there were bottles of cyanide of potassium, besides other poisons. From the large quantity of cyanide taken, it is evident that the deceased must have made all preparations for hanging himself, and when standing on the ladder, with the noose round his neck, drank the poison, and had time to put the *lotah* on the shelf."

Once a case of Arsenic poisoning was tried before the High Court, and in course of the trial an able and distinguished barrister cross-examined the chemical examiner and the Police Surgeon of Calcutta at some length. The author has reproduced a full report of the questions put to these two witnesses and the answers given by them This portion of the book ought to be carefully read by the medical practitioners and the members of the legal profession, as they will find the report to be specially interesting

Chapters XXIII to XXVII deal with insanity, and this portion seems to have been most ably written. Such simple, at the same time such careful delineation of this subject will not be found in any other book.

In the Appendix, the circular No. 55 (Medical Evidence) and a series of questions connected with it, the Police Code No 198, and several useful official forms have been included.

In conclusion we have no hesitation in saying that this is the best text book on the subject for Indian students. Every Medical student, every medical man, every lawyer should have a copy of it.

বিবিধ তত্ত্ব।

সম্পাদকীয় সংগ্রহ।

ম্যালেরিয়া চিকিৎসা।

(Kinnicutt)

ম্যালেরিয়া এদেশের সর্ব্বপ্রধান পীড়া, তজ্জন্য এ সম্বন্ধে যিনি যাহাই বলুন, তাহাই মনোযোগ সহকারে শ্রবণ করা উচিত। এই কারণ বশতঃই ম্যালেরিয়া সম্বন্ধে যে কোন লেখকের উক্তি আমরা উদ্ধৃত করিয়া থাকি। ডাক্তার কিনিকাট মহাশয় নিউ ইয়র্ক ষ্টেট জর্ণ্যাল অফ মেডিসিন নামক পত্রিকায় ম্যালেরিয়া চিকিৎসা সম্বন্ধে একটী প্রবন্ধ লিখিয়াছেন, আমরা তাহার স্থূল মর্ম্ম নিম্নে সংগ্রহ করিলাম।

জ্বরের প্রথমে এমত একটী বিরেচক ঔষধ ব্যবস্থা করিবে যে, কোষ্ঠ পরিষ্কার হয়। এই অবস্থায় লাবণিক বিরেচক উৎকৃষ্ট। তৎপর ১০ গ্রেণ মাত্রায় কুইনাইন্ প্রয়োগ করিবে। বার ঘণ্টা পর পর ঐ মাত্রায় কুইনাইন এক পক্ষ কাল প্রয়োগ করিয়া তৎপর মাত্রা হ্রাস করতঃ প্রত্যহ ১৫ গ্রেণ মাত্রায় আর এক পক্ষ কাল প্রয়োগ করিবে। দ্বিতীয় মাস প্রত্যহ ১০ গ্রেণ মাত্রায় কুইনাইন সেবন করাইয়া তৃতীয় মাসে প্রত্যহ ৫ গ্রেণ মাত্রায় প্রয়োগ করিতে হয়। পরন্তু প্রথম সপ্তাহ ১০ গ্রেণ মাত্রায় দুইবার, দ্বিতীয় সপ্তাহে একবার অধিক দেওয়া আবশ্যক। চতুর্থ মাসে সপ্তাহে একবার ১০ গ্রেণ মাত্রায় এবং এক দিবস পর পর পাঁচ গ্রেণ মাত্রায় কুইনাইন প্রয়োগ করিতে হয়। কুইনাইনের এই মাত্রা দৈহিক গুরুত্ব অনুসারে স্থির করিতে হয়। যাহাদের দৈহিক গুরুত্ব প্রায় পৌণে দুই মণ তাহাদের পক্ষে উল্লিখিত মাত্রায় প্রয়োগের ব্যবস্থা করা হইয়াছে। যাহাদের দৈহিক গুরুত্ব উহা অপেক্ষা অল্প বা অধিক, তাহাদের পক্ষে ঐ মাত্রার অল্প বা অধিক প্রয়োগ করিতে হয়। মনে করুন যাহার দৈহিক গুরুত্ব এক মণ অপেক্ষা অল্প, তাহাকে ৫ গ্রেণ মাত্রায় প্রয়োগ করিলেই হইতে পারে। ঐ অনুপাত অনুসারে কুইনাইন প্রয়োগ করিতে হয়।

এইরূপে দীর্ঘকাল কুইনাইন প্রয়োগ করিলে ম্যালেরিয়া রোগ জীবাণু বিনষ্ট হওয়া সম্ভব। নতুবা শরীর মধ্যে ম্যালেরিয়া রোগ জীবাণু বর্ত্তমান থাকে এবং মধ্যে মধ্যে জ্বর প্রকাশ পায়। কিন্তু ঐ ভাবে কুইনাইন প্রয়োগের পরেও যদি জ্বর প্রকাশ পায় তবে জল বায়ু পরিবর্ত্তন করা বিশেষ আবশ্যক এবং অনেক সময়ে তাহাতে সুফল হয়।

উক্ত ডাক্তার মহাশয়ের মতে ম্যালেরিয়া জ্বরে আক্রান্ত হইলেই নিয়মিতরূপে চারি মাস কাল কুইনাইন সেবন করা উচিত। জ্বর হউক বা না হউক, উক্ত নিয়মে কুইনাইন সেবন করিতে হয়। এই নিয়ম প্রতিপালন না করিলে পুনর্ব্বার জ্বর হওয়ার আশঙ্কা থাকে। এইরূপে অধিক সময় পর জ্বর হইলে এরূপ মনে হইতে পারে যে, পুনর্ব্বার ম্যালেরিয়া বিষ শরীরে প্রবিষ্ট হইয়াছে। বাস্তবিক কিন্তু তাহা নহে। প্রথমবারে যে বিষ শরীরে প্রবিষ্ট হইয়াছিল, তাহাই নিষ্ক্রিয় অবস্থায় গুপ্তভাবে শরীরে থাকিয়া সময়ক্রমে পুনর্ব্বার তাহার ক্রিয়া প্রকাশ করায় জ্বর হয়।

কুইনাইন প্রয়োগ করিতে হইলে এসিড দ্বারা দ্রব করিয়া প্রয়োগ করাই উচিত। এইরূপে প্রয়োগ করিলে শীঘ্র ক্রিয়া প্রকাশ করে। দ্রবরূপে প্রয়োগ করার সুবিধা না

হইলে চূর্ণ রূপে প্রয়োগ করা উচিত। দ্রবরূপে প্রয়োগ অপেক্ষা এইরূপে প্রয়োগ করিলে অপেক্ষাকৃত বিলম্বে ক্রিয়া প্রকাশ হয়, কেবল ম্যালেরিয়া জ্বরে কেন, প্রায় সকল জ্বরেই পাকস্থলীর হাইড্রোক্লোরিক এসিড স্রাবের পরিমাণ হ্রাস হয়, এই অবস্থায় কুইনাইন বটিকারূপে প্রয়োগ করিলে তাহা শীঘ্র দ্রব হইয়া শোষিত হইতে পারে না, সুতরাং সহজে তাহার ক্রিয়াও হয় না।

সাধারণতঃ সালফেট্ অফ্ কুইনাইন অধিক প্রয়োজিত হইয়া থাকে। কিন্তু হাইড্রোক্লোরেট এবং বাইহাইড্রোক্লোরেট অফ কুইনাইন প্রয়োগ করার কয়েকটী সুবিধা আছে। হাইড্রোক্লোরেট অফ কুইনাইনে কুইনাইনের পরিমাণ শতকরা ৮১·৮ অংশ বর্ত্তমান থাকে এবং নিজ গুরুত্বের ৪০ গুণ জলে দ্রব হয়। বাইহাইড্রোক্লোরেট অফ্ কুইনাইনে শতকরা ৭২ অংশ কুইনাইন বর্ত্তমান থাকে এবং নিজ গুরুত্বের সম পরিমাণ জলে দ্রব হয়। কিন্তু সালফেট অফ্ কুইনাইনে শতকরা ৭৩·৫ অংশ কুইনাইন বর্ত্তমান থাকে এবং নিজ গুরুত্বের ৮০০ গুণ জলে দ্রব হয়। অর্থাৎ এক গ্রেণ সালফেট অফ্ কুইনাইন জলে দ্রব করিতে হইলে প্রায় দুই আউন্স দেড় ড্রাম জল না হইলে তাহা দ্রব হয় না অথচ বাইহাইড্রোক্লোরেট অফ্ কুইনাইন এক গ্রেণ এক গ্রেণ জলেই দ্রব হয়। পরন্তু আমার বিশ্বাস এই যে, আমরা বাজারের যে সালফেট অফ্ কুইনাইন ক্রয় করিতে পাই, তাহাতে শতকরা ৭৩·৫ অংশ অপেক্ষাও অল্প পরিমাণ কুইনাইন বর্ত্তমান থাকে। এবং উক্ত কুইনাইনে উপযুক্ত পরিমাণ ডাইলুট সালফিউরিক এসিড প্রয়োগ করিলে অধিকাংশ সালফেট অফ্ কুইনাইন দ্রব হওয়ার পর কতিপয় উজ্জ্বল স্ফটিকবৎ দানা অল্পকালের জন্য অদ্রবণীয় অবস্থায় দেখিতে পাই, তাহা সালফেট অফ্ কুইনাইন নহে।

অধস্ত্বাচিক প্রয়োগ জন্য ইউরিয়া সহ বাইহাইড্রোক্লোরেট এবং হাইড্রোক্লোরেট অফ্ কুইনাইন প্রশস্ত। অভাব পক্ষে সালফেট অফ কুইনাইন তাহার অর্দ্ধ পরিমাণ টারটারিক এসিড দ্বারা দ্রব করিয়া প্রয়োগ করিতে হয়।

অধস্ত্বাচিক প্রণালীতে প্রয়োগ জন্য শতকরা ৭৩ অংশ বিশিষ্ট কুইনাইন সল্‌টের ১০—১৫ গ্রেণ পূর্ণ মাত্রা বিবেচনা করিতে হইবে। তবে মারাত্মক ম্যালেরিয়া জ্বরে সমস্ত দিনে ৬০ গ্রেণ পরিমাণ কয়েক মাত্রায় বিভাগ করিয়া প্রয়োগ করিতে হয়।

কৃচ্ছ্রসাধ্য ম্যালেরিয়া জ্বরে যত শীঘ্র সম্ভব কুইনাইন প্রয়োগ করা উচিত। শীঘ্র কার্য্য হওয়ার জন্য অধস্ত্বাচিক প্রণালীতে প্রয়োগ করা অবশ্য কর্ত্তব্য।

ম্যালেরিয়া জ্বরে কুইনাইনের পরিবর্ত্তে অপর কোন ঔষধ প্রয়োগ করা যাইতে পারে কি না? এই প্রশ্নের উত্তরে ডাক্তার কিনিকাট মহাশয় বলেন—একজ্বরী অবস্থায় কুইনাইনের পরিবর্ত্তে অপর কোন ঔষধ প্রয়োগ করিতে হইলে আর্সেনিক্ প্রয়োগ করা উচিত; অপর ঔষধের মধ্যে মিথিলিন ব্লু। প্রস্রাবে মিথিলিন ব্লুবর্ণ প্রাপ্ত না হওয়া পর্য্যন্ত ২—৩ গ্রেণ মাত্রায় প্রয়োগ করিতে হয়। আমেরিকা এবং জার্ম্মাণীর ডাক্তারগণ এই ঔষধ প্রয়োগ করেন। এই ঔষধের ম্যালেরিয়া রোগজীবাণুনাশক-শক্তি আছে সত্য কিন্তু এই ঔষধের ক্রিয়া কুইনাইনের সহিত তুলনায় অনিশ্চিত, অল্প এবং বিলম্বে প্রকাশ পায়; পরন্তু ইহা অতৃপ্তিকর ঔষধ।

ফেনোকোল হাইড্রোক্লোরেট ১০ গ্রেণ মাত্রায় জ্বর আইসার ৫, ৩ এবং ২ ঘণ্টা পূর্ব্বে সেবন করাইলে পর্য্যায় নিবারণ হইতে পারে সত্য, কিন্তু যে স্থলে কুইনাইন সহ্য না হয় সেই স্থল ব্যতীত অপর কোন স্থলে প্রয়োগ বিধেয় নহে।

কুইনাইনের পরিবর্ত্তে অপর যে সমস্ত ঔষধ প্রয়োগ করার ব্যবস্থা দেওয়া হয়, সেই সমস্ত ঔষধ কুইনাইনের অনুরূপ কার্য্য করে কি না, তাহা বিশেষ সন্দেহের বিষয়।

পরিশেষে তিনি বলিয়াছেন যে, উপযুক্ত

মাত্রায় কুইনাইন প্রযোগ করিয়া ম্যালেরিয়া জ্বরে সুফল না হওয়ার স্থল অতি বিরল। বিশেষ বিশেষ স্থলে কুইনাইন প্রয়োগ করিয়া সুফল পাওয়া যায় না। মারাত্মক জ্বর অপেক্ষা পালা জ্বরে অধিক সুফল হয়। দীর্ঘকাল প্রয়োগ না করিলে জ্বর পুনঃ প্রকাশ হওয়ার আশঙ্কা অন্তর্হিত হব না।

সংবাদ।

বঙ্গীয় সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রেণীব নিয়োগ, বদলী এবং বিদায় আদি।

মে ১৯০৪।

চতুর্থ শ্রেণীব সিভিল হস্পিটটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত শরৎচন্দ্র আচার্য্য ভবানীপুর ডিস্পেনসারীর সুঃ ডিঃ হইতে দার্জ্জিলিংএব অন্তর্গত ফাঁসীদেওয়া ডিস্পেনসাবীব কার্য্যে অস্থায়িভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীব সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত রাধিকামোহন চক্রবর্ত্তী ঢাকা মিটফোর্ড হস্পিটালেব সুঃ ডিঃ হইতে ময়মনসিংহের অন্তর্গত সবিষাবাড়ী রেলওয়ে ডিস্পেনসারীর কার্য্যে অস্থায়ীভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীব সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত কালীপদ গুপ্ত ময়মনসিংহের অন্তর্গত সরিষাবাড়ী বেলওয়ে ডিস্পেনসারীব কার্য্য হইতে মেদিনীপুরের অন্তর্গত ইরপালা ডিস্পেনসারীব কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত শিবপ্রসাদ দিনাজপুরের অন্তর্গত বালুর ঘাট ডিস্পেন্সারীর কার্য্য অস্থায়িভাবে বিগত ৯ই হইতে ১৭ই মার্চ্চ পর্য্যন্ত করিয়াছিলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত গঙ্গাধর দাস বিদায় অন্তে ভাগলপুর ডিস্পেনসারীতে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত কামিনীকান্ত দে ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে কযেক দিনের জন্য দোলেন্দা লিউন্যাটিক এসাইলামের কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন। কার্য্য শেষ হইলে পুনর্ব্বাব ক্যাম্বেল হস্পিটালেব সুঃ ডিঃ কবিতে হইবে।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত ক্ষেত্রমোহন বায় কটকেব অন্তর্গত বাঁকী ডিস্পেনসাবীর অস্থায়ি কার্য্য হইতে কটক জেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীব সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত দুর্গাপ্রসাদ বেহারা কমিশনের সুন্দরবন ভ্রমণেব সঙ্গ হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত লালা বিহারীলাল রায় বিদায় অন্তে পুরী পিলগ্রিম হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীব সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুপ্ত যোগেন্দ্রনাথ পাল চম্পারণের অহিফেন ওজন বিভাগেব কার্য্য হইতে মতিহারী ডিস্পেনসারীতে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত পূর্ণচন্দ্র পাল মুঙ্গেরের অন্তর্গত বক্তিয়ারপুর ডিস্পেনসারীর অস্থায়ী কার্য্য হইতে মুঙ্গের ডিস্পেনসারীতে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত বিধুভূষণ বন্দ্যোপাধ্যায় ক্যাম্বেল মেডি-

কেল স্কুলের এনাটমির দ্বিতীয় ডিমনষ্ট্রেটারের কার্য্য হইতে প্রথম ডিমনষ্ট্রেটারের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত হরিচরণ চট্টোপাধ্যায় ক্যাম্বেল হস্পিটালের রেসিডেণ্ট হস্পিটাল এসিষ্টাণ্টের কার্য্য হইতে উক্ত স্কুলে এনাটমীর দ্বিতীয় ডিমনষ্ট্রেটারের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত ব্রজনাথ মিত্র কটকের অন্তর্গত বিসিপাড়া মহকুমার অস্থায়ী কার্য্য হইতে কটক জেনারেল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত পূর্ণচন্দ্র গুহ গয়ার অন্তর্গত ফতেপুর ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে (বিদায় অন্তে) গয়া জেল হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত উদয়চন্দ্র নন্দী গয়া জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে ফতেপুর ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত সৈয়দ ইনকদ্দিন আহমদ পূর্ণিয়া পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে পূর্ণিয়া ডিস্পেনসারীতে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত চারুচন্দ্র সুর রংপুরের অন্তর্গত উলীপুর ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য ১৫ই হইতে ৩০শে এপ্রিল পর্য্যন্ত করিয়াছিলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত উপেন্দ্রলাল ঘোষ ইঁহার নিজ কার্য্য রংপুর জেল হস্পিটালের কার্য্য সহ রংপুর পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য ১৪ই হইতে ২৫শে এপ্রিল পর্য্যন্ত করিয়াছিলেন।

প্রথম শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত লালা বিহারীলাল রায় পুরী পিলগ্রিম হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে পূর্ণিয়া জেল হস্পিটালের কার্য্যে অস্থায়িভাবে নিযুক্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত ললিতমোহন মুখোপাধ্যায় দার্জ্জিলিং-এর অন্তর্গত খড়ীবাড়ী ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে কৃষ্ণনগর পুলিশ হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত ক্ষেত্রমোহন দাস সিউড়ী জেল হস্পিটাল হইতে কার্য্য পরিত্যাগ করার জন্য আবেদন করিয়াছেন। তাহা মঞ্জুর হইয়াছে।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত কেশবানন্দ পাতী মজঃফরপুরের স্থঃ ডিঃ হইতে সিউড়ী জেল হস্পিটালে নিযুক্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত নিখিলচন্দ্র ভট্টাচার্য্য দার্জ্জিলিংএর অন্তর্গত খড়ীবাড়ী ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে কৃষ্ণনগর পুলিশ হস্পিটালে নিযুক্ত হইলেন।

শ্রীযুক্ত গয়ানাথ পাল সরকারী কার্য্য স্বীকার করায় চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট নিযুক্ত হইয়া ক্যাম্বেল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত কিশোরীবল্লভ রায় কলিকাতা গোরবা লেপার এসাইলাম হইতে কার্য্য পরিত্যাগের আবেদন করায় তাহা মঞ্জুর হইয়াছে।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত কামিনীকান্ত দে ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে গোরবা লেপার এসাইলামে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত কিশোরীমোহন হালদার বিদায় অন্তে মুঙ্গের ডিস্‌পেনসারীতে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত গোপালচন্দ্র দে ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে পালামৌএর অন্তর্গত রাঁকা

ডিস্‌পেনসারীতে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত পূর্ণচন্দ্র পাল দিনাজপুর ডিস্‌পেনসারীর স্থঃ ডিঃ হইতে যশোহরের অন্তর্গত কোটচাঁদপুর ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে অস্থায়ি ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত ইমান আলী খাঁ ধুবড়ী গৌহাটী রেল বিভাগের কার্য্য হইতে রাজসাহী সেণ্ট্রাল জেলে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত রমেশচন্দ্র চক্রবর্ত্তী ধুবড়ী গৌহাটী রেল বিভাগের কার্য্য হইতে বরিশাল জেল হস্পিটালে স্থঃডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত বটকৃষ্ণ বিশ্বাস ধুবড়ী গৌহাটী রেলওয়ে বিভাগের কার্য্য হইতে জলপাইগুড়ী ডিস্‌পেনসারীতে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত বাখালদাস হাজরা গয়ার অন্তর্গত দেও ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে বিদায়ে আছেন। বিদায় অন্তে মানভূমের অন্তর্গত গোবিন্দপুর মহকুমার কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত সুরেন্দ্রনাথ ঘোষ মানভূমের অন্তর্গত গোবিন্দপুর মহকুমার কার্য্য হইতে পুরুলিয়া ডিস্‌পেনসারীতে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত জানকীনাথ দাস মাদারীপুর বিল বিভাগের কার্য্য হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত নিবারণচন্দ্র উকিল বাঁকীপুর হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে মেদিনীপুর সদর হস্পিটালে পনিসমেণ্ট পেতে মাসের জন্য ডিউটী করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত গয়ানাথ পাল ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে জলপাইগুড়ী পুলিশ হস্পিটালের কার্য্যে অস্থায়িভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত সৈয়দ নসিরুদ্দীন আহমদ বাঁকীপুর হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে পাটনা সিটী ডিস্‌পেনসারীতে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত দুর্গাপ্রসাদ বেহারা ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে যশোহর জেল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত দিনেশরঞ্জন ঘোষ যশোহর জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালের রেসিডেণ্ট হস্পিটাল এসিষ্টাণ্টের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

সিনিয়ার শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত ভবানীপ্রসাদ সেন নিজ কার্য্য মালদহ ইংলিশ বাজার ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য সহ মালদহ জেল এবং পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য বিগত ১০ই হইতে ১৭ই মার্চ্চ করিয়াছিলেন।

বিদায়।

তৃতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত দেবেন্দ্রচন্দ্র দে দার্জ্জিলিংএর অন্তর্গত ফাঁসী দেওয়া ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে ছয় সপ্তাহের প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত চন্দ্রকুমার চট্টোপাধ্যায় দিনাজপুরের অন্তর্গত বালুরঘাট ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে পীড়ার জন্য নয় দিবসের বিদায় পাইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত মহম্মদ বসিরুদ্দীন মজাফরপুর জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে ১৭ দিবসের প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত গঙ্গাধর দাস ধুবড়ী গৌহাটী বেল বিভাগের কার্য্য হইতে দুই মাসের প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত শশিভূষণ বাগচী পূর্ণিয়া জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে তিন মাসের প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত মহিমচন্দ্র ভৌমিক চট্টগ্রাম জেনেরাল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে দুই মাসের প্রাপ্য বিদায় পাইয়াছেন। এক্ষণে তৎপর হইতে পীড়ার জন্য দুই মাসের বিদায় পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত তোসাদক রহমান পীড়ার জন্য মেদিনীপুরের অন্তর্গত ইরপালা ডিস্‌পেন-সারীর কার্য্য হইতে দুই মাসের বিদায় পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত শীতলচন্দ্র দত্ত ঢাকা সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালের দ্বিতীয় হস্পিটাল এসিষ্টাণ্টের কার্য্য হইতে বিদায় আছেন। ইনি আরো ১৭ দিবস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন.

তৃতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত আহমেদার রহমান পালামৌর অন্তর্গত রাঁকা ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে বিনা বেতনে দুই মাসের বিদায় পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত সরসীকুমার চক্রবর্ত্তী ঢাকা মিটফোর্ড হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে বিনা বেতনে ১৫ দিবস বিদায় পাইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত শ্রীনাথ বসু যশোহরের অন্তর্গত কোট চাঁদপুর ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে দুই মাস দশ দিবস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত উপেন্দ্রলাল ঘোষ রংপুর জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে বিনা বেতনে আট দিবস বিশেষ বিদায় পাইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত ফণিভূষণ নন্দী জলপাইগুড়ী পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে এক মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

হস্পিটাল এসিষ্টাণ্টশিপ পরীক্ষার ফল।

১৯০৪।

পাটনা মেডিকেল স্কুল।

প্রথম বিভাগ।

১। সুশীলকুমার সেন।

দ্বিতীয় বিভাগ।

২। রাম দুলারী তেয়ারী।

৩। মহম্মদ আবদুল লতিব
জইনুদ্দীন খাঁ

৪। দুর্গাপ্রসাদ বেহারা।

৫। ভোলারাজী দাবুলী।

৬। সতীশচন্দ্র চৌধুরী।

৭। আসরফ্ আলী।

৮। রজনীকান্ত গুপ্ত।

৯। সৈয়দ নসারুদ্দিন আহমদ

১০। রঘুবীর প্রসাদ।

১১। রামলাল সিংহ।

কটক মেডিকেল স্কুল।

প্রথম বিভাগ।

১। মন্মথনাথ গুহ।

দ্বিতীয় বিভাগ।

২। শঙ্করপ্রসাদ কমিল্লা।

৩। অদ্বৈতপ্রসাদ মহান্তী।

৪। কৃষ্ণচন্দ্র মিশ্র,
শিবচন্দ্র কুণ্ডু।

৫। ক্ষীরোদেশ্বর জোয়ারদার।

৬। যদুনাথ পাণ্ডা।

৭। নারায়ণচন্দ্র প্রতিহার।

৮। অদ্বৈতপ্রসাদ বসু।

৯। মদমদ আবদুল্লা।

১০। তারকনাথ চক্রবর্ত্তী।

১১। সুখলাল রায়।
১২। জ্ঞানেন্দ্রনাথ হাজরা।
১৩। দৈত্যারী জী।
১৪। কেদারনাথ জী।
১৫। হরচাঁদ দাস।
১৬। রমণীমোহন ঘোষ।
১৭। সুরেন্দ্রকুমার দাস।
১৮। বসন্তকুমার কুণ্ডু।
১৯। ভোলানাথ মহাপাত্র।

ঢাকা মেডিকেল স্কুল।

প্রথম বিভাগ।

১। সুরেশচন্দ্র বন্দ্যোপাধ্যায়।

দ্বিতীয় বিভাগ।

২। শ্যামাচরণ চৌধুরী।
৩। প্রফুল্ল চন্দ্র মুখোপাধ্যায়।
৪। বৃন্দাবনচন্দ্র বণিক।
৫। যতীশচন্দ্র সরকার।
৬। ব্রজমোহন দে।
৭। শশীনাথ সেনগুপ্ত।
৮। নবীন চন্দ্র দে।
৯। বরদাকান্ত সেন।
১০। ধরণীধর মজুমদার।
১১। চিন্তাহরণ চক্র।
১২। নগেন্দ্র নাথ মিত্র।
১৩। মাধবচন্দ্র লাহিড়ী।
১৪। সত্যেন্দ্রকুমার বিশ্বাস।
১৫। প্রমোদচন্দ্র কর।
১৬। ললিতমোহন কর।
১৭। মনোরঞ্জন গুহ।
১৮। হেমনাথ রায়।
১৯। যোগেন্দ্রনাথ মুখুটী।
২০। ললিতমোহন অধিকারী।
২১। জ্ঞানচন্দ্র সোম।
২২। বিপুলচন্দ্র ঘোষ।
২৩। সৈয়দ আবদুল সামদ।
২৪। মহম্মদ আসফ্‌দ্দৌলা।
২৫। যোগেন্দ্রচন্দ্র সেন।

ক্যাম্বেল মেডিকেল স্কুল।

প্রথম বিভাগ।

১। গয়ানাথ পাল। *
২। নগেন্দ্রনাথ দাস ঘোষ।

দ্বিতীয় বিভাগ।

৩ বৈদ্যনাথ বন্দ্যোপাধ্যায়।
৪। মিস্ সাবা হংসদা।
৫। বিজয় লাল লাহিড়ী।
৬। বঙ্কিমচন্দ্র বন্দ্যোপাধ্যায়।
৭ প্রফুল্লচন্দ্র সেন।
৮। অক্ষয়কুমার মজুমদার।
৯। যতীশচন্দ্র বন্দ্যোপাধ্যায়।
১০। যোগেন্দ্রনাথ সরকার।
১১। সতীশচন্দ্র সরকার।
১২। রামকান্ত বর্ম্মণ।
১৩। যোগেশ চন্দ্র বাগচী।
১৪। সুরেন্দ্র কুমার ভট্টাচার্য্য।
১৫। শ্রীমতী কুমুদিনী উপাধ্যায়।
১৬। বিনুবিনোদ দাস মাইতী।
১৭। নগেন্দ্র নাথ বন্দ্যোপাধ্যায়।
১৮। বিধুভূষণ ঘোষ।
১৯। হরিশচন্দ্র দত্ত।
২০। হেমচন্দ্র রায়।
২১। দক্ষিণারঞ্জন দাসগুপ্ত।
২২। বলরাম শীল।

পুনঃপরীক্ষা।

১। রাধাশ্যাম দত্ত।
২। মিস মনোরমা বন্দ্যোপাধ্যায়।
৩। মোহনলাল পাল।
৪। সুরেন্দ্রনাথ পাল।
৫। শ্রীশচন্দ্র রায়।
৬। হরিপদ কর।
৭। হেমেলা বিশ্বাস।

* বঙ্গের ছাত্র।

ভিষক্-দর্পণ।

চিকিৎসা-তত্ত্ব-বিষয়ক মাসিক পত্রিকা।

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

১৪শ খণ্ড। | জুন, ১৯০৪। | ৬ষ্ঠ সংখ্যা।

নব্য-অস্ত্রচিকিৎসা-প্রণালী।

(পূর্ব্ব প্রকাশিতের পর)

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার মৃগেন্দ্রলাল মিত্র, এল, এম্, এস্।

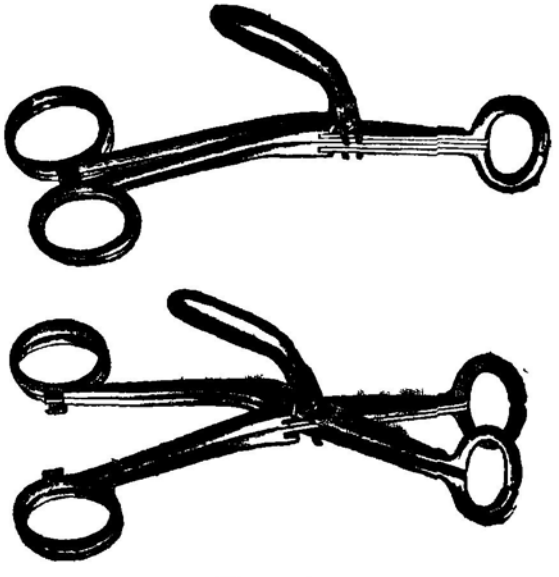
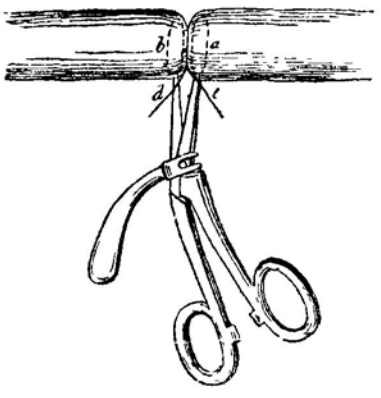


Fig. 255

Fig. 255 —Laplace's forceps for intestinal anastomosis.



Eig 256

Fig. 256.—End-to end anastomosis with the aid of Laplace's Forceps.

LATERAL—INTESTINAL ANASTOMOSIS. ইন্‌টেস্‌টাইন

বিসেক্‌শানের পর কর্ত্তিত প্রান্তদ্বয় মুখোমুখি



Fig. 257

Fig 257 —Senn's entero-anastomosis A, Senn's bone plate · B intestinal anastomosis, C operation complete

সংযুক্ত না করিয়া পাশাপাশি সংযুক্ত করার নাম ল্যাটারেল্ এনাস্‌টোমোসিস্। ইন্‌টেস্‌টাইনের মধ্যে কোন প্রকার স্থায়ী অবরোধ ঘটিলে এবং কখন কখন বিসেক্‌শানের পর এই অপারেশান করা হয়। অবস্‌ট্রাক্‌শানের উপরিস্থ এবং অবস্‌ট্রাকশানের নিম্নস্থ

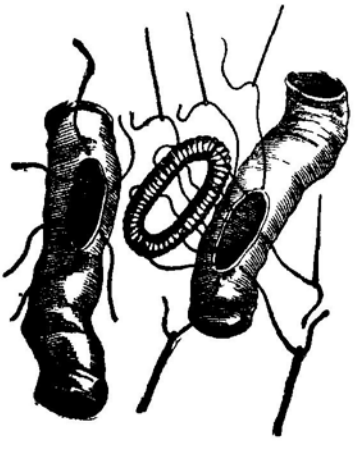


Fig. 258.

Fig. 258.—Method of passing the silk sutures in inserting the rings of Abbe.

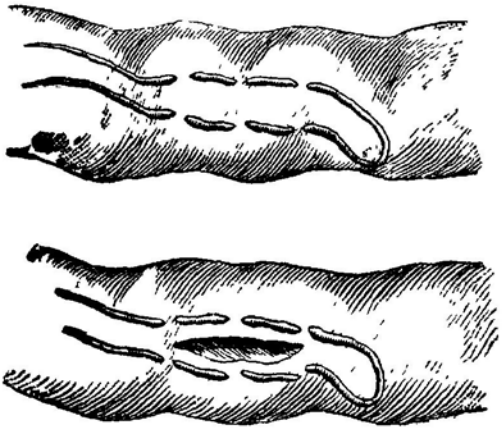


Fig 259

Fig. 259 —Showing relative size of incision and method of introducing sutures in lateral approximation with Murphy's button

অংশদ্বয় বাহির করিয়া তন্মধ্যস্থ মলে চাপ দিবার পর নলের উপরে এবং নীচে আয়োডোফরম গজ অথবা রবার টিউব দ্বারা বন্ধন করিবে। এই বন্ধনের পর প্রথমে যে অংশে সুবিধা হয় তাহাতে ইন্‌সিশান দিয়া Senn'র বোন প্লেট্ অথবা Abbe'র ক্যাটগাট রিং

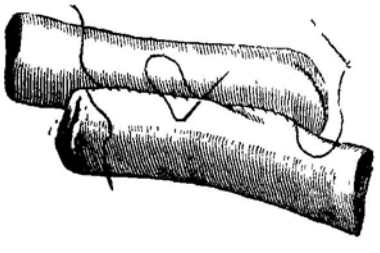


Fig. 260.

Fig. 269.—Suturing inrestines in apposition before incision (Abbe)

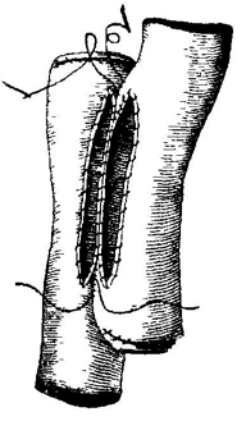


Fig 261.

Fig 261 —Showing the four inch incision and sewing of the edges (Abbe).

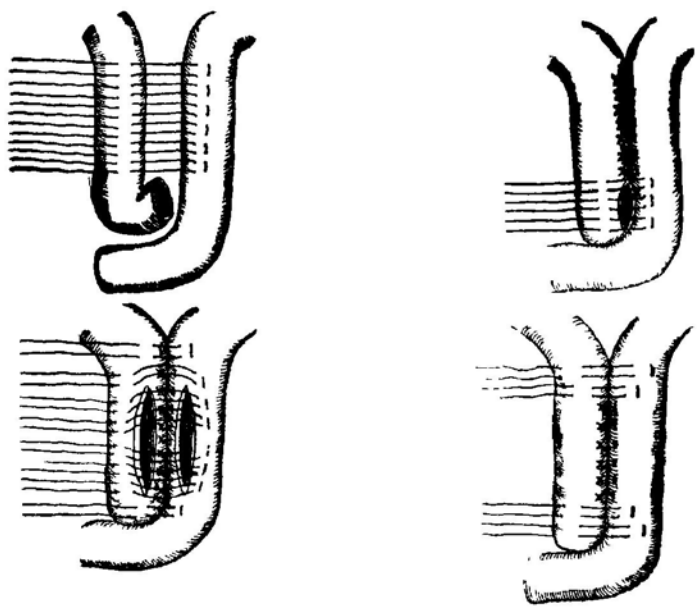


Fig. 262

Fig. 262 —Halsted's operation for lateral anastomosis, showing four steps of same (Jessett, from Halsted).

প্রবিষ্ট করাইয়া বিংয়ের সুতাগুলি ইনটেস্-টাইনের সমস্ত আবরণ ভেদ করিয়া বাহির করিয়া লইবে, পরে অন্য অংশটীর মধ্যে ঐরূপ বিং অথবা বোনপ্লেট প্রবিষ্ট করাইতে

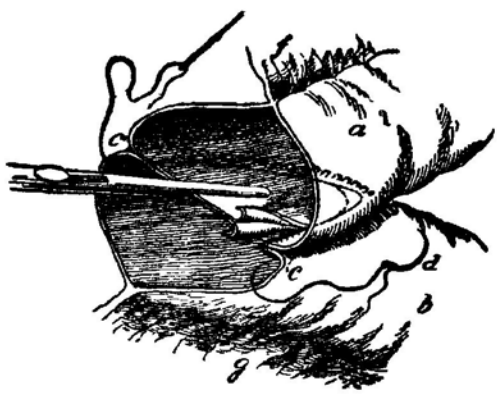


Fig 263

Fig. 263 —Represents the ends of the intestine in position and grasped by the artery-forceps The first row of sutures has been partially applied, the septum partly cut away, and the second row of overhand sutures begun. a. b are the two ends of the intestine ; c, c, the first row of sutures (Cushing) ; d, the second row of sutures (overhand) ; e, the septum ; f, and g, the mesentery (J. Shelton Horsley).

হইবে। এই সকল কার্য্যের পর ইন্‌সিশান হইতে উৎপন্ন একটি মুখের সহিত অপর মুখটী সংযুক্ত করিয়া সুতাগুলি বাঁধিয়া দিবে এবং অনাবশ্যকীয় অংশগুলি কাঁচি দ্বারা কাটিবে।

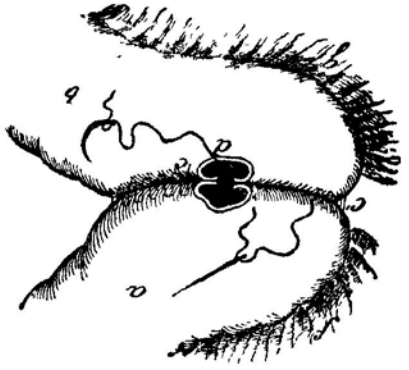


Fig. 264

Fig. 264.—Operation nearly completed The septum has been cut away, and the row of overhand sutures has been brought almost to its point of commencement The cut also shows the first row of sutures (Cushing) as it should be continued after the overhand sutures are finished (J Shelton Horsley)

Murphyর button দ্বারা কখন কখন কখন কখন রিং ব্যবহার না করিয়াও এনাস্‌টোমোসিস্ করা যাইতে পারে। Abbe এনাস্‌টোমোসিস্ করিয়া থাকেন। Shelton

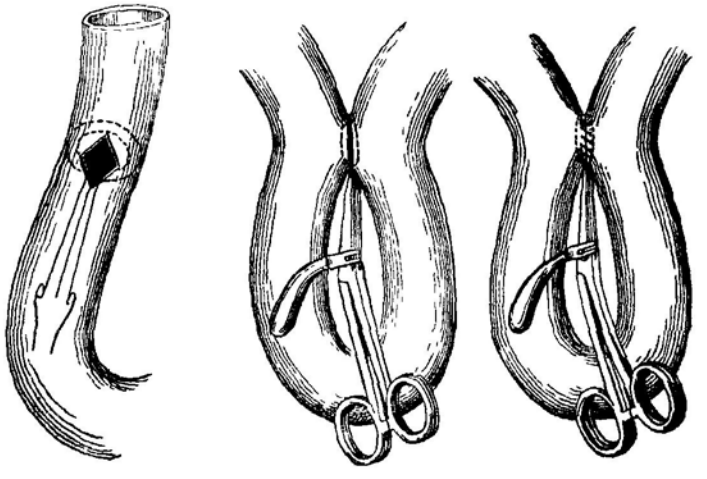


Fig 265

Fig 265.—Lateral anastomosis with the aid of Laplace's forceps

Horsley ইন্‌টেস্‌টাইন্ রিসেক্ট করিয়া এবং মেসেনট্রির একটী V সদৃশ অংশ কাটিয়া উভয় প্রান্ত ক্ল্যাম্প্ করেন। প্রথমে মেসেনট্রির নিকটবর্ত্তী অংশ সেলাই করিয়া ক্রমে ক্রমে ঈষৎ বক্রভাবে মেসেনট্রির বিপরীত দিক পর্য্যন্ত সেলাই করা হয়। Laplaceর ফর্‌সেপস্ দ্বারাও ল্যাটারেল এনাস্‌টোমোসিস্ করা হয়।

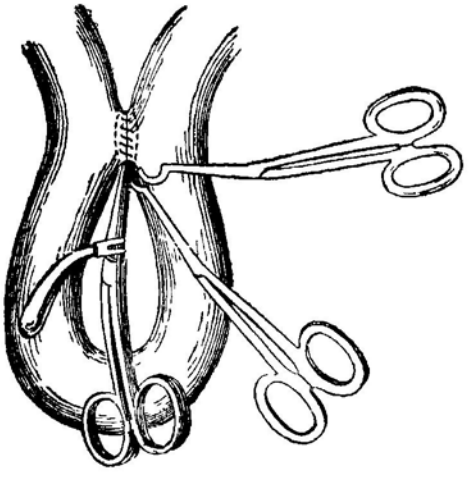


Fig 266

Fig 266 Withdrawal of Laplace's forceps

CONSIDERATION OF METHODS OF INTESTINAL APPROXIMATION

ইন্‌টেস্‌টাইন্যাল্ এনাস্‌টোমোসিসের এইরূপ বিভিন্নবাদী নিয়ম সমূহের মধ্যে কোনটী সর্ব্বোৎকৃষ্ট তাহা বলা কঠিন। ইন্‌টেস্‌টাইনের অপারেশান যত স্বল্প সময়ের মধ্যে সমাধা হয় ততই ভাল। Murphy's button দ্বারা এই কার্য্য অতি স্বল্প সময়ের মধ্যে এবং সুচারুরূপে সমাধা হইতে পারে। তবে ইহার দোষ এই যে, ইন্‌টেস্‌টাইনের ছিদ্র কখন কখন অধিক সঙ্কুচিত হইয়া পড়ে কখন কখন buttonর ছিদ্র মলদ্বারা বন্ধ হইয়া যায় এবং কখন button বাহির না হইয়া ইন্‌টেস্‌টাইন মধ্যে থাকিয়া যায়। button ব্যবহার করিলে এনেস্‌থেটিকের অবসাদ কাটিয়া যাইবার পরই রোগীকে তরল পথ্য দেওয়া কর্ত্তব্য। প্রথম হইতে কোষ্ঠ পরিষ্কারের উপায় করিয়া বিশেষভাবে তৎপ্রতি দৃষ্টি করিবে। Button দ্বারা পাশাপাশি সংযোগ অপেক্ষা মুখোমুখি সংযোগ ভাল হয়। ইহা ব্যতীত লাপলেসের ফর্‌সেপ্‌স্, Sennর বোনপ্লেট, Abbeর ক্যাট্‌গাট রিং, Brokawর রবার টিউব, Chaput's button, Allingham's রবিন Robson's রবিন্, Clark's রবিন, Miller's button এবং চর্ম্ম, আলু অথবা গাজর নির্ম্মিত button ব্যবহৃত হয়। কয়েক বৎসর হইতে

অনেক সার্জ্জন এই সকল দ্রব্যের ব্যবহার পরিত্যাগ করিয়াছেন। বাস্তবপক্ষে এই সকল দ্রব্যের সাহায্য ব্যতিরেকে অপারেশান করাই উচিত, তবে আমাদের দেশে রোগীর প্রায় আসন্ন সময়ে অস্ত্র প্রয়োগ করিতে হয় বলিয়া সময়ের অল্পতা প্রযুক্ত পূর্ব্বোক্ত দ্রব্য গুলির মধ্যে একটীর না একটীর সাহায্য অবশ্যম্ভাবী হইয়া পড়ে। এই সকল বিধান-গুলির মধ্যে কোনটী সর্ব্বোৎকৃষ্ট বলা বড়ই কঠিন; তবে সাধারণতঃ এই কথা বলিলে যথেষ্ট হইবে যে, রোগীর শারীরিক অবস্থা মন্দ না হইলে এবং তৎসহ ইন্‌টেসটাইনের পীড়িত অংশের উপর এবং নিম্নভাগ ভাল থাকিলে উপরোক্ত কোন দ্রব্যের সাহায্য না লইয়া ইন্‌টেস্‌টাইনের কর্ত্তিত অংশদ্বয় মুখোমুখি করিয়া জুড়িয়া দেওয়া উচিত। আর যদি রোগীর অবস্থা মন্দ হয় এবং অল্প সময়ের মধ্যে অস্ত্র প্রয়োগ সমাধা করিতে হয় তাহা হইলে Murphy's button ব্যবহার করা উচিত। যদি ইন্‌টেস্‌টাইনের পীড়িতাংশের নিম্নভাগ অত্যধিক কুঞ্চিত থাকে তাহা হইলে Robsonর রবিন বা Sennর বোনপ্লেট কিম্বা simple enterorrhaphy করিবে। আর যদি একটী প্রসারিত অংশের সহিত একটী কুঞ্চিত অংশের সংযোগ করিতে হয় তাহা হইলে Sennর বোন্‌প্লেট দ্বারা কিম্বা শুধু সেলাই করিয়া কিম্বা Abbeর প্রথানুসারে পাশাপাশি (side by side anastomosis) জুড়িয়া দিবে।

OPERATION OR INTUSSUSCEPTION.—হাইড্রোস্টাটিক্ প্রেসার কিম্বা বাতাসের দ্বারা ফুলাইয়া ইনটাস্‌সাসেপ্‌শান্ আরোগ্য করিতে না পারিলে operation করা প্রয়োজন হয়। এব্‌ডোমেন উন্মুক্ত করিয়া ধীরে ধীরে হস্ত দ্বারা ইনটাস্‌সাসেপশান্ দুরীকরণে চেষ্টা করা উচিত। গ্যাংগ্রিণ হইলে রিসেক্‌শান করিয়া সাবকুলার ইন্‌টারোরাফি করিতে হয়। ম্যালিগন্যাণ্ট পীড়া হইলেও পূর্ব্বোক্ত একই বিধানে চিকিৎসা করিবে। ইলিওসিকল্ ইনটাস্‌সাসেপশানে Maunsellর operation করিতে হয়। ইহাতে আধেয় অংশে (Intussuscipiens) একটী লম্বালম্বি ইন্‌সিশান্ করা হয় এবং সেই ইন্‌সিশানের মধ্য দিয়া সমুদয় ইন্‌টাস্‌সাসেপসানটী বাহির করিবার পর দুইটী সোজা সূচে বালামচি পরাইয়া ইনটাস্‌সাসেপ্‌শানের তলদেশ transfix করা উচিত। তৎপরে যে স্থানে সূচবিদ্ধ করা হইয়াছে, সেই স্থান হইতে ½ ইঞ্চি দূরে ইন্‌টাস্‌সাসেপসান্‌টী কাটিয়া ফেলিবে। বালামচি দুইটী মধ্যস্থলে কাটিয়া দুই দিকে বন্ধন করিতে হইবে। তাহার পর ইন্‌টেসটাইনের দুইটী অংশ পরস্পরের সহিত সুচার করিবে এবং পূর্ব্বোক্ত লঙ্গিচিউডন্যাল ইন্‌সিশান্ লেম্বার্ট সুচার দ্বারা বন্ধ করিতে হইবে।

SENN'S OPERATION FOR FECAL FISTULA.—ট্রানস্‌ভার্স-ভাবে Czerny সুচার দ্বারা ছিদ্রটী বন্ধ করিবে। ইহাতে ইন্‌ফেক্‌শান্ নিবারিত হয়। তৎপরে সেই স্থানটী উত্তমরূপে ধৌত করিয়া এব্‌ডোমেন উন্মুক্ত করিবে এবং ইন্‌টেস্‌টাইনের যে অংশে ফিশচুলা আছে তাহাকে এব্‌ডোমিন্যাল প্যারাইটিস্ হইতে ধীরে ধীরে পৃথক্ করিয়া বাহির করিবে। এবং Czerny সুচারের

উপরে দ্বিতীয়বার লেম্বার্ট সুচার প্রয়োগ করিয়া এন্ভোমেন সেলাই করিয়া দিবে। এই সকল ফিশচুলা অপর উপায়েও বন্ধ করিতে পারা যায়। ফিশচুলার উপরে এন্ভোমেন উন্মুক্ত করিয়া তন্মধ্যে অঙ্গুলি চালন পূর্ব্বক ফিশচুলার চতুর্দ্দিকস্থ স্কিন্ ও অন্যান্য টিসু ইলিপ্সের আকারে ছেদন করিবে। এবং ঐ কর্ত্তিত টিসু সকল যেন ইন্টেস্টাইনের সহিত সংযুক্ত থাকে। ইন্টেস্টাইনের ফিশ-চুলাগ্রস্ত অংশটি বাহির করিয়া চতুর্দ্দিকে গজ দ্বারা পূরিত করিবে। এইবারে সেই পূর্ব্বোক্ত ইন্টেস্টাইন সংযুক্ত টিসুগুলি পৃথক্ করিয়া ফিশচুলাটি ট্রানসভার্সভাবে সেলাই করিবে।

ENTEROSTOMY আর্টিফি সিয়ালএনাস প্রস্তুত করার নাম এন্টেরটাম। ইহা লার্জ ইন্টেস্টাইনে সম্পন্ন হইলে colostomy বলে। ইন্টেস্টাইন্যাল অবস্ট্রাকশানের কোন কোন অবস্থায় small ইন্টেস্টাইনে আর্টিফিসিয়াল এনাস্ প্রস্তুত করিতে হয়। এই সকল স্থলে সিকামের যত নিকটে আর্টিফিসিয়াল এনাস প্রস্তুত করা যায় ততই ভাল। এবং ষ্টম্যাকের যতই নিকটবর্ত্তী হইবে ততই অনিষ্টের অধিক সম্ভাবনা থাকিবে। কারণ অসম্পূর্ণ পরিপাক জন্য রোগীর অবস্থা দিনে দিনে মন্দ হইতে থাকে। এই এনাস্ মধ্যরেখায় অথবা দক্ষিণ ইলিয়াক রিজানে করা উচিত। ইন্টেস্টাইনের যে অংশে এনাস্ করিতে হইবে সেই অংশটী fix করিয়া কোলস্টাম প্রথানুসারে উন্মুক্ত করিতে হইবে। একিউট্ ইনটেস্টাইন্যাল অবস্ট্রাকশানে কখন কখন একেবারেই ইন্টেসটাইন্ উন্মুক্ত করা আবশ্যক হয় সেই সকল স্থলে Paul's টিউব নিতান্ত প্রয়োজনীয়। এই টিউব কাঁচ নির্ম্মিত, সমকোণে বক্র এবং উভয় প্রান্তে খাঁজ কাটা। কোলনের জন্য বৃহদাকৃতি টিউব এবং small ইনটেন্টাইনে অপেক্ষাকৃত ক্ষুদ্র টিউব ব্যবহার করা উচিত। ইন্টেস্টাইনে একটী ক্ষুদ্র ছিদ্র করিয়া তন্মধ্যে টিউবের একপ্রান্ত চালিত করিবে ও রেশম দ্বারা সেই ছিদ্রের উপর একটী বন্ধন দিয়া টিউবটী fix করিবে। তৎপরে ছিদ্রের উপর চাপ দিয়া সেই টিউবের সাহায্যে কতকটা ময়লা বাহির করিতে হইবে ও অপর প্রান্তে একটী রবার নল সংযুক্ত করিয়া এন্টিসেপ্টিক্ লোসনে ডুবাইয়া রাখিবে।

INGUINAL COLOSTOMY (maydl's operation)—এই অপারেশানে কোলনের উপর একটী ৪ ইঞ্চ লম্বা ইন্সিশান করিতে হয়। বিশেষ কোন কারণ না থাকিলে বামদিকের ইঙ্গুইন্যাল্ রিজানে কোলস্টমী করিবে। অনেক স্থলেই কোলন



Fig. 267.

Fig. 267.—Inguinal colostomy (after Zuckerkandl.)

উণ্ডের মুখে বাহির হইয়া পড়ে। সেই কোলনের বহিঃস্থ অংশটী টানিয়া বাহির করিবে এবং মিসোকোলনে একটী ছিদ্র করিয়া তাহার মধ্যে একটী গ্লাস রড প্রবিষ্ট করাইবে। তাহার পর কোলনের সেই অংশটী স্কিনের সহিত সেলাই করিতে হয়। এবং বার অথবা চারিশ ঘণ্টা পরে কোলনে ছিদ্র করিবে।

BODINE'S OPERATION.—বোডিনের প্রথামত কোলস্টমী করিলে সেই ছিদ্র পরে বন্ধন করিবার অনেক সুবিধা থাকে। বোডিনে বলেন—কোলষ্টমীর পর যে spur উৎপন্ন হয় তাহা স্কিনের সহিত সমতলে থাকা উচিত তিনি এন্ডোমেন্ উন্মুক্ত করিয়া প্যারাইট্যাল পেরিটোনিয়াম

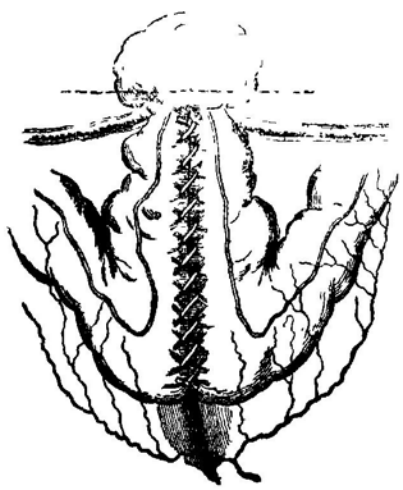


Fig. 268.

Fig.268.—Bodine's method of colostomy. showing one of the loop after it has been sutured, passed back into the cavity and

stitched into the abdominal wound The lesion is left protruding, and the dotted line indicates where the protrusion is to be clipped off

স্কিনের সহিত সেলাই করিয়া দেন। এবং ইন্‌টেস্‌টাইনের প্রায় ৬ ইঞ্চ একটী অংশ টানিয়া বাহির করিয়া আনেন ও লুপের দুইটী অংশ পাশাপাশিভাবে স্থাপন করেন। যে স্থানে ছিদ্র করিতে হইবে সেই স্থান হইতে ৬ ইঞ্চ পর্য্যন্ত এই উভয় অংশ সিল্ক দ্বারা

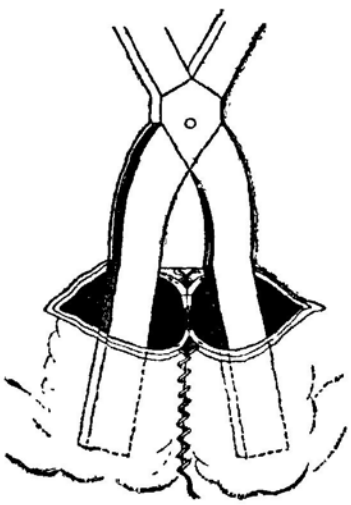


Fig 269.

Fig 269.—Bodine's method of colostomy, showing the septum to be divided in restoring the fecal current, Grant's clamp in position for the division. (In permanent colostomy this septum remains as a rigid and effective spur).

সেলাই করেন। লুপের প্রান্তভাগটী এন্ডোমি-

ন্যাল ওয়ালের সাহত ক্যাট্‌গাট্ সূচাব দ্বারা সেলাই করিয়া বাকি সমুদয় অংশটী এণ্ডো-মেনেব মধ্যে প্রবিষ্ট করাইয়া দেন। লুপের যে অংশটী বাহিবে থাকে সেই অংশটী কাটিয়া আর্টিফিসিয়াল এনাস্ প্রস্তুত করা হয়। পরে যখন এই ছিদ্র বন্ধ করিবাব আবশ্যক হয়, তখন সেপ্‌টামটী কাটিয়া এণ্ডোমিন্যাস উণ্ডটী বন্ধ করিয়া দিতে হয়। লম্বার কোলসটমী আজ কাল প্রায়ই কবা হয় না। ইহাতে ফিক্যাল ক্যারেণ্ট একে-বাবে বন্ধ হয় না, এবং বোগীকে অনেক প্রকাব অসুবিধা ভোগ কবিতে হয়।

(ক্রমশঃ)

—o—

শিরঃপীড়া।

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তাব গিবীশচন্দ্র বাগচী।

(পূর্ব্ব প্রকাশিতেব পব)

শিশুর শিরঃপীড়া।

শিশুদিগেব শিরঃপীড়া অতি বিবল বলিয়া অনেকেব ধারণা। বাস্তবিক কিন্তু তাহা নহে। শিশুদিগেব মধ্যেও শিরঃপীড়া বিবল নহে। অল্প বয়স জন্য তাহাবা প্রকাশ করিয়া বলিতে পাবে না, এবং সামান্য শিরঃপীড়া গ্রাহ্য না করিয়া ক্রীড়াসক্ত থাকে, এবং অসহ্য হইলেই ক্রন্দন করে। ডাক্তার সিঙ্ক-লার দুই বৎসব বয়স্ক শিশুব অর্দ্ধ শিবঃশূল হইতে দেখিয়াছেন। কথা বলিতে পারে না, এমন শিশুব শিবঃপীড়া হইলে উত্তেজনাব লক্ষণ সমূহ প্রকাশ পায—ক্রন্দন কবিতে থাকে, আলোক সহ্য কবিতে পাবে না, মুখমণ্ডলের স্বাভাবিক দৃশ্যেব বৈলক্ষণ্য হয়।

শিশুদিগেরও নানা প্রকৃতিব শিবঃপীড়া হয়—অর্দ্ধ শিরঃশূল, রক্তাল্পতাজ শিবঃ-পীড়া, যান্ত্রিক শিরঃপীড়া, প্রত্যাবর্ত্তক শিবঃ পীড়া—কর্ণ, চক্ষু, নাসিকা বা জননেন্দ্রিয়ের উত্তেজনা জন্য শিরঃপীড়া হইয়া থাকে। বিবৃ-দ্ধির জন্য বিশেষ প্রকৃতিব শিবঃপীড়া হয়, তাহা নহে। কর্ণের দোষ, হিষ্টিবিয়া, কিম্বা অপর কাবণে শিবঃপীড়া হইতে পাবে।

স্নায়বীয় পীড়া শিশুদিগেব মধ্যে বিবল। পঞ্চম বর্ষ উত্তীর্ণ না হইলে ঐরূপ পীড়া হইতে দেখা যায় না। ইহাব পব চক্ষের দোষ ইত্যাদি কারণে শিরঃপীড়া হইতে পারে। ম্যালেবিয়া বা টাইফইড্ জ্বরেব পরিণামে শিরঃ-পীড়া হওয়া সম্ভব। শিশুদিগের প্রবল শিরঃপীড়া হইলে তৎসহ যদি নাড়ীব গতি অনিয়মিত এবং দুর্ব্বল হয়, তবে বিশেষ ভয়ের কারণ হইতে পারে। তজ্জন্য সাবধান হইতে হয়। সম্মুখ কপালে বেদনা, বেদনা অবিচ্ছেদ, আলোক অসহ্যতা, বোধ শক্তির আধিক্য, এবং কোষ্ঠ বদ্ধাদি লক্ষণ মেনিঞ্জাইটীসে প্রকাশ পায়। তৃতীয় কি চতুর্থ বর্ষ বয়সে নানা প্রকার শিবঃ-পীড়া হইতে পারে। বেদনা প্রবল হইতে পারে। মস্তিষ্কের বর্দ্ধন সময়ে পরিশ্রান্ত হওয়ার কোন কারণ হইলেই এইরূপ হয়। খাদ্যাদির দোষে ইহার বৃদ্ধি হয়। এতৎসহ

পাকস্থলীর উত্তেজনার লক্ষণ—বিবমিষা ক্ষুধার অভাব ইত্যাদিসহ প্রাতঃকালে বেদনা আরম্ভ হয়।

অধকপালী মাথার ব্যথা কৌলিক হইতে পারে। সেই বংশে স্নায়বীয় প্রকৃতিবিশিষ্ট লোক থাকে। কয়েক পুরুষ ক্রমাগত এই পীড়া ভোগ করে, অথবা এক পুরুষে না হইয়া তৎপরবর্ত্তী পুরুষে হইতে পারে। Seguin বলেন—কৌলিক স্নায়বীয় পীড়া মাতা হইতে তৎকন্যায় অধিক পরিচালিত হয়।

বয়স্কদিগের পীড়ার লক্ষণ যেরূপ ভাবে প্রকাশ পায় শিশুদিগেরও তদ্রূপ ভাবেই প্রকাশ পাইয়া থাকে।

চক্ষের দোষ জন্য শিরঃপীড়া অধ্যয়ন আরম্ভ করার পরে প্রকাশ পায়। দৃষ্টিশক্তির যে দোষ আছে তাহা এই সময়েই জানিতে পারা যায়।

নাসিকার অবরোধ এবং নাসিকার উত্তেজনার জন্য শিরঃপীড়া হইয়া থাকে।

চক্ষের দোষ জন্য শিরঃপীড়া হইতে পারে, কিন্তু কয়েক বৎসর বয়স না হইলে তাহা স্থির হয় না।

অনেক সময়ে এমত হয় যে, প্রাতঃকালে মস্তকে প্রবল বেদনা হইয়া ক্রমে বেদনা প্রবল হইতে আরম্ভ করিয়া শেষে অবসাদ বোধ, হস্ত পদ শীতল, মুখমণ্ডল বিবর্ণ ইত্যাদি লক্ষণ প্রকাশ পাইয়া পরে বিবমিষা, এবং বমন হওয়ার পর শিশু নিদ্রাভীভূত হয়। নিদ্রাভঙ্গের পর সম্পূর্ণ সুস্থ বোধ করে। মধ্যে মধ্যে এইরূপ হইতে থাকে। নির্দ্দিষ্ট সময় পর পর বেদনা উপস্থিত হয়।

শিরঃপীড়ার আক্রমণের সময়ে বিবমিষা এবং বমন উপস্থিত হয়। এই বমন বিবমিষা পাকস্থলীর বা কোন খাদ্যের দোষের জন্য হয় না, তাহা স্মরণ রাখা উচিত। ইহা স্নায়বীয় লক্ষণ। স্নায়বীয় বিবমিষায় বমন হইলে পাকস্থলী হইতে শ্লেষ্মা এবং পিত্ত বহির্গত হয়, শিরঃপীড়ার সময়ে কোন খাদ্য না দেওয়াই ভাল, কারণ, এই সময়ে পরিপাক শক্তির বিঘ্ন উপস্থিত হয়। শিরঃপীড়ার সময়ে পথ্য দিলে তাহার কয়েক ঘণ্টা পরে বমি হইলেও দেখা যায় যে, বাস্তুপদার্থে সেই ভুক্ত দ্রব্য অবিকৃত অবস্থায় রহিয়াছে।

বালকদিগের শিরঃপীড়া বয়স্কদিগের ন্যায় অধিক সময় স্থায়ী না হইয়া কয়েক ঘণ্টার মধ্যেই শেষ হয় এক দিবসের অধিক কখন স্থায়ী হয় না।

শিরঃপীড়া আরম্ভ হইলে শিশুকে শান্ত সুস্থির অবস্থায় অন্ধকার ঘরে শায়িত রাখিয়া যাহাতে শীঘ্র নিদ্রাভীভূত হয়, তদুপায় অবলম্বন করিবে।

বেদনা অত্যন্ত প্রবল হইলে অল্প মাত্রায় ডিজিটেলিশ এবং এণ্টিপাইরিন সেবন করাইবে। আট বৎসর বয়স্ক শিশুকে ২—৩ গ্রেণ এণ্টিপাইরিন দেওয়া যাইতে পারে। মস্তক উষ্ণ বোধ করিলে মস্তকে বরফ, পদে উষ্ণ জল প্রয়োগ করিবে। কপালে মেন্থল প্রয়োগ করিবে।

অপরাপর চিকিৎসা-প্রণালী বয়স্কদিগের অনুরূপ। পৃপিউসের কোন রূপ উত্তেজনার কারণ থাকিলে তাহা দূর করা আবশ্যক।

আয়রণ এবং আর্সেনিক সহ ক্যানাবিশ ইণ্ডিকা প্রয়োগ করা যাইতে পারে। সাধারণ স্বাস্থ্যোন্নতির প্রতি বিশেষ দৃষ্টি রাখা

আবশ্যক। ক্যানাবিশ ইণ্ডিকা দীর্ঘকাল সেবন করান আবশ্যক।

অর্দ্ধ শিরঃশূল পীড়ায় এক্সালগিন (Exalgin—methyl acetanilid) উপকারী। দশ বৎসর বয়স্ক বালককে ১—২ গ্রেণ মাত্রায় প্রয়োগ করা হইতে পারে। শিরঃপীড়ায় এবং স্নায়বীয় বেদনায় লেখক স্বয়ং ইহার ফল প্রত্যক্ষ করিয়াছেন। কিন্তু এখন পর্য্যন্ত যথেষ্ট পরীক্ষা হয় নাই। অনেক বিষয়ে ইহা এণ্টিপাইরিন অপেক্ষা উৎকৃষ্ট।

বয়স্কদিগের অনুরূপ বালকাদিগেরও লিথিমিয়া হইতে পারে, তদ্রূপ স্থলে তাহার উপযুক্ত চিকিৎসা আবশ্যক। শ্বেতসার এবং মিষ্ট দ্রব্যের পরিমাণ হ্রাস করা উচিত। অধিক মিষ্ট দ্রব্য সেবনের ফলে অনেক সময় লিথিমিয়া হয়।

যে সকল শিশুর বর্ণ পাংশুটে এবং পরিপোষণ ভাল নহে, তাহাদিগের পক্ষে কড্-লিভার অইল উৎকৃষ্ট। কতক দিবস কড্-লিভার অইল এবং কতক দিবস আয়রণ এবং আর্সেনিক সেবন করাইলে বিশেষ সুফল হয়, দেহে মেদের অভাব থাকিলে যদি পরিপাক শক্তি অক্ষুণ্ণ থাকে, তবে মেদময় পদার্থ সেবন করাইতে হয়।

অপরিপাক জন্য শিরঃপীড়া আহারের এক ঘণ্টা পর এবং তিন ঘণ্টা পরে আরম্ভ হয়। অধিক আহারই ইহার কারণ।

শিশুদিগের রক্তাল্পতার জন্য শিরঃপীড়া হইলে রক্তাল্পতার অন্যান্য লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। এই শ্রেণীর শিরঃপীড়া সর্ব্বদা স্থায়ী, ধীর প্রকৃতি বিশিষ্ট। পরিশ্রমের পর বৃদ্ধি হয়।

নিয়মিত পরিশ্রম, বিশুদ্ধ বায়ু, পোষক পথ্য এবং আর্সেনিক ও আয়রণ উপকারী।

শিশুদিগের সামান্য সামান্য কারণে শিরঃপীড়া হইতে পারে—যেমন কর্ণের পীড়া, কর্ণের ময়লা বা তন্মধ্যে বাহ্য বস্তুর অবস্থান, টনসিলের বিবৃদ্ধি, এডিনইড ইত্যাদি কারণে শিরঃপীড়া হইতে পারে। ইহার চিকিৎসা কারণ দূর করা।

ম্যালেরিয়া জন্য শিরঃপীড়া জ্বরসহ পর্য্যায়ক্রমে হতে পারে।

পূপিউসের উচ্ছেদ করার ফলে একটী বালকের অক্সিপিটাল হেডেক আরোগ্য হইয়াছিল। সুতরাং শিশুদিগের শিরঃপীড়া হইলে জননেন্দ্রিয়ের কোন দোষ আছে কি না, তাহা দেখা কর্ত্তব্য।

উপদংশজাত শিরঃপীড়াও শিশুদিগের হয়। রজনীতে এই বেদনা বৃদ্ধি হয় মেনিঞ্জাইটিস্ জন্য শিরঃপীড়া হইলে পশ্চাৎ কপালে বেদনা হয়, এবং গ্রীবাপেশী সমূহ কঠিন হয়।

শিশুদিগের শিরঃপীড়া যান্ত্রিক কারণ জন্য অল্পই হইতে দেখা যায়। প্রত্যাবর্ত্তক কারণ না পাইলে পরিপোষণ—স্বাস্থ্য হীনতার কোন কারণ আছে কি না, তাহা অনুসন্ধান করা উচিত।

সাধারণ বলকারক চিকিৎসা এবং পথ্যাদির দোষ সংশোধন করাই প্রধান কর্ত্তব্য। বিশেষ চিকিৎসার প্রতি লক্ষ্য করা উচিত নহে। উপশম করণের জন্য ঔষধ প্রয়োগ করিতে হয়, এই শ্রেণীর ঔষধের মধ্যে ব্রোমাইড এবং এণ্টিপাইরিন প্রধান। ক্লোরালও আবশ্যক হইতে পারে। যান্ত্রিক পীড়ার জন্য

অনেক সময়ে বাধ্য হইয়া ক্লোরাল প্রয়োগ করিতে হয়। তবে যতদূর সম্ভব ইহা ব্যবহার না করাই ভাল। অনেক স্থলে অহিফেন প্রত্যাবর্ত্তক বা অর্দ্ধ শিরঃপীড়া সম্পূর্ণ উপশম করিতে সক্ষম হয় না। পরন্তু সম্পূর্ণ আরোগ্য হওয়ারও বিঘ্ন উপস্থিত করে।

সর্ব্বক্ষণ স্থায়ী পুরাতন শিরঃপীড়া।

এক শ্রেণীর রোগী দেখা যায়—তাহারা বলে যে তাহারা সর্ব্বদাই শিরঃপীড়া ভোগ করে। বেদনা কখন প্রবল এবং কখন নাতি প্রবল ভাবে নিয়তঃ বর্ত্তমান থাকে। নানা কারণে এই প্রকৃতির শিরঃপীড়া হয়। পূর্ব্বে যে সমস্ত শিরঃপীড়ার বিষয় উল্লেখ করা হইয়াছে তাহার কোন শ্রেণীর পীড়া হইতে পারে। তবে সাধারণতঃ মস্তিষ্কের আবরক ঝিল্লির পীড়ার জন্য এই প্রকৃতির শিরঃপীড়া হয়। মেনিঞ্জাইটিস বা মেনিঞ্জিয়াল উত্তেজনাই ইহার প্রধান কারণ। নানা প্রকারের বেদনা হইতে পারে। অর্দ্ধ শিরঃশূল, সম্মুখ বা পশ্চাৎ কপালের বেদনা, বাতজনিত বেদনার অনুরূপ হইতে পারে। চক্ষের দোষ জন্য এই শ্রেণীর পীড়া হয় না। হিষ্টিরিয়া বা শ্বাসকাসের সহিত স্থায়ী শিরঃপীড়া থাকিতে দেখা গিয়াছে।

মেনিঞ্জাইটিস জন্য হইলে অল্প মাত্রায় বাইক্লোরাইড্ অফ্ মার্কুরী এবং প্রত্যুগ্রতা সাধক ঔষধে সুফল হয়। স্থান পরিবর্ত্তন বিশেষ উপকারী।

নিউরালজিয়া।

মস্তকের নিউরালজিয়াও শিরঃপীড়ার মধ্যে গণ্য করা যাইতে পারে। পঞ্চম স্নায়ুর শাখাই অধিক আক্রান্ত হয়। যেমন সুপ্রাঅর্ব্বিটাল নিউরালজিয়া হইতে অনেক শিরঃপীড়া আরম্ভ হয় সাধারণতঃ ইহাকে ব্রোএগিউ বলা হয়। এতৎ বিষয় পূর্ব্বেই উল্লেখ করা হইয়াছে: সুপ্রাঅর্ব্বিটালনচে এই বেদনা আরম্ভ হইয়া মস্তকের উর্দ্ধ এবং পার্শ্বদেশে বিস্তৃত হয়। সুপ্রাঅর্ব্বিটালনচের একটু উপরে অল্প স্থানে টনটনানী বর্ত্তমান থাকে। এই টনটনানী উর্দ্ধ অক্ষি পল্লবের বাহ্য পার্শ্বে কিম্বা অপর কোন স্থানে এই টনটনানী থাকিতে পারে। কর্ণের ৩ ইঞ্চি উর্দ্ধে প্যারাইটাল অস্থিতে টনটনানীর নির্দ্দিষ্ট স্থান হইতে পারে।

যাহাদের আধকপালী মাথার ব্যথা আছে শৈত্য সংলগ্নে, বরফ সেবনে তাহাদেরই সুপ্রাঅর্ব্বিটাল বা অক্সিপিটাল নিউরালজিয়া হইতে পারে।

নিউরালজিয়ার বিষয় আলোচনা করিতে হইলে প্রবন্ধ সুদীর্ঘ হয়। তজ্জন্য তাহা পরিত্যাগ করিয়া যে সকল ঔষধ বিভিন্ন প্রকৃতির শিরঃপীড়ায় প্রয়োজিত হয় তদ্বিষয় উল্লেখ করিয়া প্রবন্ধের উপসংহার করিতে হইল।

আইওডাইড অফ্ পটাশিয়ম সেবনে সর্দ্দির লক্ষণ সহ ট্রাইজিমিনাল নিউরালজিয়ার লক্ষণ প্রকাশ পাইতে দেখা যায়।

সাধারণ স্বাস্থ্যোন্নতির জন্য আয়রণ, আর্সেনিক ইত্যাদি ব্যবস্থা করা কর্ত্তব্য।

জেলসিমিনম বিশেষ উপকারী ঔষধ বলিয়া কথিত হয়। দন্তক্ষত জন্য বেদনায় বিশেষ উপকারী। লিকুইড একষ্ট্রাক্ট উৎকৃষ্ট প্রয়োগ রূপ। প্রথমে অল্প মাত্রায় আরম্ভ

করিয়া ক্রমে মাত্রা বৃদ্ধি করিতে হয়। বিষাক্ততার লক্ষণ—সামান্য শিরোঘূর্ণন, দর্শন শক্তির হ্রাস লক্ষণ সকল প্রকাশ পাইলে আর অধিক মাত্রায় প্রয়োগ না করিয়া সেই মাত্রাতেই কয়েক দিবস প্রয়োগ করিতে হয়।

পূর্ণ মাত্রায় ক্যানাবিশ ইণ্ডিকা প্রয়োগ করিলেও উপকার হয়। প্রথমে অল্প মাত্রায় আরম্ভ করা উচিত।

ক্রোটন ক্লোরাল ৫ গ্রেণ মাত্রায় দুই ঘণ্টা পর পর সেবন করাইলে উপশম এবং আরোগ্য উভয়ই হইতে পারে।

অনেকে আর্সেনিক, কুইনাইন এবং ক্যানাবিশ ইণ্ডিকা একত্রে দীর্ঘকাল প্রয়োগ করিতে উপদেশ দেন।

স্থানিক প্রয়োগের ঔষধ শিরঃপীড়ার অনুরূপ।

সম ভাগে ক্যাম্ফার এবং ক্লোরাল মিশ্রিত করিয়া মর্দ্দন করিলে তরল হয়। ইহা মালিশ করিলে বেদনার উপশম হয়।

অতঃপর আমরা কেবল মাত্র ঔষধের তালিকা এবং প্রয়োগের বিশেষ স্থান মাত্র উল্লেখ করিব।

শিরঃপীড়ায় প্রযোজ্য ঔষধ।

ঔষধের নাম—	যে প্রকৃতির শিরঃপীড়ায় প্রযোজ্য। মাত্রা।
এসিটানিলিড্—	মাইগ্রেণ ও স্নায়বীয় দুর্ব্বলতা জনিত শিরঃপীড়ায় অর্দ্ধঘণ্টা পর পর ৫ গ্রেণ মাত্রায় সাবধানে ১৫ গ্রেণ পর্য্যন্ত প্রয়োগ করিবে।
একোনাইট—	শোণিত সঞ্চালনের উত্তেজনা, একোনিটিন $\frac{1}{100}$ গ্রেণ মাত্রায় দুই ঘণ্টা পর।
এলকোহল—	শিরঃপীড়ার আরম্ভে উপকারী কিন্তু পরে অপকারী।
এমোনিয়া—	½ ড্রাম মাত্রায় এরোমাটিক স্পিরিট। স্নায়বীয় শিরঃপীড়ায় উপকারী।
এমোনিয়ম ক্লোরাইড—	হেমিক্রেনিয়া, ১০—১৫ গ্রেণ মাত্রায়।
এনাস্থিটিক—	প্রবল বেদনায় মাদক ঔষধে উপকার না হইলে।
এনিলিন—	প্রবল বেদনায়।
এণ্টিপাইরিন—	মাইগ্রেণ এবং অপর প্রকারের। মাত্রা ৫—১০ গ্রেণ। সোডিয়ম বাই-কার্ব্বনেট সহ প্রয়োগ করিলে অধিক সুফল হয়।
এপেরিয়েণ্ট—	নানা প্রকার শিরঃপীড়ায় উপকারী।
আর্সেনিক—	ব্রোএগিউ এবং রক্তাল্পতাজ শিরঃপীড়ায়।
এসাফিটিডা—	মাইগ্রেণে, মানসিক দুর্ব্বলতায়।
এট্রোপিন—	মাইগ্রেণে চক্ষে প্রয়োগ।