হইলে তাহা বাহির করিয়া লইবে; প্রয়োজন হইলে একটী বিপরীত ছিদ্র (counter opening) করিবে। অতঃপর উণ্ড্‌টী যথাসম্ভব এসেপ্টিক্ করিবে এবং তাহা হইতে রস রক্ত নিষ্কাশনের ব্যবস্থা করিবে। Counter opening করা হইলে ড্রেনেজ্‌টিউব্ মস্তিষ্কের ভিতর দিয়া চালিত করিতে হইবে। যেখানে কোন উণ্ড্ থাকে না, কিন্তু রক্ত প্রস্রুত হওয়াতে কর্টিক্যাল্ মোটর এরিয়ার কম্প্রেশানের এবং স্থানিক উগ্রতার চিহ্ন সকল প্রকাশ পায়, সেই স্থলে ট্রিফাইন্ করা আবশ্যক। ট্রিফাইন্ করিবার আগে তাহার উপযুক্ত স্থান নিরূপণ করিয়া লইতে হইবে। প্যারালিসিসের বিপরীত দিকস্থ রোল্যাণ্ডের ফিশারের রেখায় পার্ফোরেশান্ করিতে হইবে।

INTRA CRANIAL INFLAMMATION.—যদিও সময়ে সময়ে ইহা মেম্‌ব্রেণ্ সমুদায়ে localized থাকিতে পারে (meningitis) অথবা মস্তিষ্কে (Encephalitis) নিবদ্ধ থাকে, কিন্তু যে প্রকারেই ইহার আরম্ভ হউক না কেন, অনেক সময় ইহা একটী হইতে অন্যটীতে বিস্তৃত হইয়া থাকে Meningoencephalities।

CAUSES.—স্ক্যাল্পের উণ্ড্, অস্থির কণ্টিউশান্ বা ফ্র্যাক্চার্, মস্তিষ্কের কন্কাশান্, ল্যাসেরেশান্ ও পেনিট্রেটিং উণ্ড্, মধ্য কর্ণের পীড়া।

PATHOLOGY.—ইহা একিউট্ বা ক্রণিক্ localized or diffused হইতে পারে।

ACUTE INFLAMMATION—ডিউরায় আরম্ভ করিয়া সেই মেম্‌ব্রেণেই নিবদ্ধ থাকিতে, অথবা অভ্যন্তরে অগ্রসর হইয়া অন্যান্য মেম্‌ব্রেণ্ সকলে ও মস্তিষ্কে বিস্তৃত হইতে পারে। অথবা মস্তিষ্কেই উৎপন্ন হইতে পারে কিন্তু সে অবস্থায় পায়া অতিক্রম করিয়া ক্বচিৎ আরও বাহিরে বিস্তৃত হইয়া থাকে (lepto meningitis)। যখন ইহা অস্থি হইতে ডিউরা পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়, তখন ইহা প্রথম প্রথম circumscribed থাকে, এবং প্রদাহোদ্ভূত পদার্থ সকল এবং পূঁয হইলে তাহাও অস্থি ও ডিউরার্ মধ্যে আবদ্ধ থাকে। কিছু পরে প্রদাহ এরেক্‌নয়েড্ পর্য্যন্ত এবং তাহা হইতে পায়া ও মস্তিষ্কের সার্ফেসে বিস্তৃত হয়। তখন তদ্দ্বারা সমস্ত সাব্‌ডিউর‍্যাল্ স্পেস্ ও সেরিব্র‍্যাল্ কর্টেক্স্ ব্যাপ্ত হইয়া পড়ে। মস্তিষ্কে ইহার আরম্ভ হইলে ইহা মস্তিষ্ক উপাদান পদার্থের কণ্টিউশান্ বা ল্যাসেরেশান্ জন্য হইয়া থাকে। তাহা circumscribed থাকিতে পারে এবং পরিশেষে সেরিব্র‍্যাল্ এব্‌সেসে পরিণত হইতে পারে। অথবা ক্রমে পায়ার মধ্যে বিস্তৃত হইয়া পরে ব্যাপক প্রকৃতি ধারণ করিতে পারে। ক্বচিৎ ইহা দ্বারা এরেক্‌নয়েডের সার্ফেস্ আক্রান্ত হইতে দেখা যায়। পোষ্টমর্টেম্ পরীক্ষায় ডিফিউজ্ প্রকারে সচরাচর দেখা যায় যে, মস্তিষ্কের ও তাহার মেম্‌ব্রেণ্ সকলের ভ্যাস্কুল্যারিটী বৃদ্ধি পাইয়াছে, কন্‌ভলিউশান্ সকলের মধ্যে এবং উপরিভাগে এক প্রকার হরিদ্রাভ পীত লিক্ষ্ প্রস্রুত হইয়াছে, এবং তাহার ভেণ্ট্রিক্‌ল সকল একপ্রকার রক্তাক্ত

সিরাম্‌ময় রস দ্বারা বিস্ফারিত হইয়াছে এ দিকে গ্রে ম্যাটার লালাভ বর্ণ ধারণ করিয়াছে, তাহা কোমল হইয়া পড়িয়াছে এবং শ্বেত পদার্থের উপর স্বাভাবিক অপেক্ষা অধিকতর puncta vasculosa দৃষ্ট হইয়া থাকে। ক্রণিক্ প্রকার প্রদাহ অস্থির কেরিজ্ বা নিক্রোসিস্ অথবা ক্ষাচং মস্তিষ্কের কোন ইঞ্জুরীর জন্য উদ্ভূত হয়। ইহাতে ডিউরা পুরু হয় ( pachymeningitis ) এবং য়্যারেক্‌নয়েড্ পুরু এবং পাষা ও দৃঢ় হইয়া থাকে। এই জন্য পায়ামেটারকে অস্তরিত করিবার সময়, তাহার যে সকল প্রলম্ব কন্‌ভলিউশান্ সমূহের মধ্যে নিমগ্ন থাকে, তৎসমুদায় ছিঁড়িয়া যায় না।

SYMPTOMS—প্রদাহ একিউট্ বা ক্রণিক্ অথবা সীমাবদ্ধ বা ব্যাপক যে প্রকার হইবে, ডিউরা, ব্রেণ বা পাষা যেস্থানে ইহার প্রথম আরম্ভ হইবে, এবং ভার্টেক্স্ বা মস্তিষ্কের বেস্ আক্রান্ত হওয়ার উপর লক্ষণ সকলের তারতম্য ঘটিয়া থাকে। রোগের তরুণ প্রকারের প্রাথমিক অবস্থায় নিম্নলিখিত সাধারণ লক্ষণ সকল প্রকাশ পায়; আলোক ও শব্দে অসহিষ্ণুতা, অবিরত বমনের ইচ্ছা কিন্তু জিহ্বা প্রায় পরিস্কার থাকে; নাড়ী দ্রুত ও পূর্ণ, মুখ আরক্তিম, তারকাদ্বয় সঙ্কুচিত, কেরটাড্‌দ্বয়ের প্রবল স্পন্দন, অস্থিরতা, অনিদ্রা, এবং সময়ে সময়ে আক্ষেপ কিম্বা উৎকট প্রলাপ। পরে লক্ষণ সকল কম্প্রেশানের ভাব ধারণ করে। তখন তারকাদ্বয় বিস্ফারিত ও স্থির হয়; নাড়ী মৃদু এবং শ্বাস প্রশ্বাস ষ্টার্টারাস্ হইয়া পড়ে। অতঃপর পক্ষাঘাত, কোমা ও মৃত্যু আসিয়া উপস্থিত হয়। পূজ হইলে সম্ভবতঃ রাইগার দেখা দেয়। কর্টেক্স্ প্রধানতঃ আক্রান্ত হইলে মোটার কেন্দ্র সকলের ইরিটেশান্ জন্য আক্ষেপ ও পক্ষাঘাত হইতে পারে। বেস্ আক্রান্ত হইলে মস্তকের retraction একষ্টেন্‌সার্ সকলের দৃঢ়তা এবং আপ্টক্ নিউরাইটিস্ বর্ত্তমান থাকিতে পারে। প্রদাহের ক্রণিক্ প্রকারে লক্ষণ সমূহ একিউটের ন্যায় হয়, তবে প্রভেদের মধ্যে এই যে তৎসমুদায়ের কঠোরতা কম্ এবং সাধারণতঃ বিলম্বে প্রকাশ পায়। ঐ সকল লক্ষণ প্রকাশ পাইবার পূর্ব্বে শিরঃপীড়া, উগ্রতা দেখা দিয়া থাকে।

METHOD OF LOCALIZING THE INFLAMMATION—ইঞ্জুরীর পর হইতে বার দিন অতীত হইবার পর লক্ষণসমূহ হঠাৎ প্রকাশ পাইবে, তাহার পূর্ব্বে কিয়ৎপরিমাণে শিরঃপীড়া হইয়া থাকিবে। সিরাম্ প্রস্রুত হওয়াতে যদি অস্থি হইতে পেরিক্রেনিয়ামের বিয়োগ জন্য ইঞ্জুরীর স্থিতিস্থানের উপর শোথগ্রস্ত স্ফীতি হয়, যদি হাড় বাহির হইয়া পড়ে এবং তাহা শুষ্ক সাদা ও বিবর্ণ বোধ হয় অথবা উণ্ড্ অসুস্থ দেখায় এবং যদি প্যারালিসিস্ loaalized হয় তাহা হইলে বোধ হয় প্রদাহ অস্থি ও ডিউরার মধ্যে উৎপন্ন হইয়া থাকিবে; এবং যদি রাইগার হয়, তাহা হইলে সম্ভবতঃ পূঁজ জন্মিয়া থাকিবে। ২। পক্ষান্তরে স্ক্যাল্প বা অস্থির যদি কোন প্রকার ইঞ্জুরী না হয়, যদি রোগীর কন্কাশান হয় এবং যদি ইঞ্জুরীর কয়েক ঘণ্টা পরেই লক্ষণ সকল প্রকাশ পায়, তাহা হইলে মস্তিষ্ক কিম্বা

পায়ার প্রদাহ হইয়া থাকিবে। সেখানে কঙ্কাশানের পরবর্ত্তী বিবর্দ্ধিত ভ্যাস্কিউলারিটী জন্য তাহা হইবার সম্ভাবনা অথবা যদি কিঞ্চিৎ সুস্থতা লাভ করিয়া ইঞ্জুরীর চার পাঁচ দিন পরে লক্ষণ সকল প্রকাশ পায়, তাহা হইলে হয়ত পায়া কিম্বা ব্রেণে প্রদাহ হইয়া থাকিবে; কিন্তু এস্থলে তাহা মস্তিস্কেরকণ্টিউশান্ বা ল্যাসেরশান্ জন্য হইয়াছে বলিয়া বোধ হয়। ৩। আর যদি লক্ষণ সকল কয়েক সপ্তাহ পরে প্রকাশ পায়, যদি অপ্টিক্ নিউরাইটিস্ কিম্বা একটি বা তদধিক মোটার এরিয়া আক্রান্ত হইবার লক্ষণ সকল প্রকাশ পায়, তাহা হইলে প্রদাহ মস্তিষ্কের কোন অংশে localized হইয়া থাকিবে এবং যদি সেই সঙ্গে রাইগার হয় তাহা হইলে সেরিব্র্যাল এব্সেস্ হইয়াছে মনে করিতে হইবে।

Treatment—চিকিৎসা দুই প্রকার preventive এবং curative। কোন উণ্ড থাকিলে সেই উণ্ডের যাহাতে কোন সেপ্টিক্ পরিবর্ত্তন না হয়, তদুপযুক্ত উপায় অবলম্বন করিতে হইবে; এবং পূর্ব্ব বর্ণিত উপায় দ্বারা মস্তিষ্কের ও তাহার মেম্ব্রেণ্ সমুদায়ের কঞ্জেশ্চান্ নিবারণ করিতে হইবে। ক্যাল মেল্ বিরেচক, টেম্পল দুইটীতে জলৌকা এবং মাথায় আইস্ ব্যাগ্ প্রয়োগ করিয়া প্রদাহের প্রথম লক্ষণ সকল সত্বর বিদূরিত করিতে হইবে। এদিকে অহিফেন সাবধানে প্রয়োগ করিয়া বেদনা দূরীকরণ ও নিদ্রা আনয়ন করিতে হইবে। উপরল্লিখিত উপায় অবলম্বিত হইলেও যদি প্রদাহ প্রকাশ পায় তাহা হইলে সেই প্রদাহোৎপন্ন পদার্থ সকলকে নিষ্কাশিত করাই ইহার curative চিকিৎসা। যদি অস্থি ও ডিউরার মধ্যে স্থানিক পুয়োদ্ভবের লক্ষণ সকল দেখা দেয়, ইঞ্জুরীর স্থিতি স্থানের উপরেই ট্রেফাইন্ প্রয়োগ করা আবশ্যক। অথবা যদি আঘাতের স্থান স্থির করিতে না পারা যায় তাহা হইলে localized প্যারালিসস্ বা spasm যে স্থলে দেখা দিবে, সেই স্থলের মোটর এরিয়ার উপর ট্রেফাইন্ বসাইয়া পূয বাহির করিয়া দিবে। হাড় তুলিয়া ফেলিলে যদি কোন পূয না দেখা যায়, কিন্তু যদি ডিউরা বাহির হইয়া পড়ে, এবং যদি মস্তিষ্কের স্পন্দন অনুভূত না হয়, তাহা হইলে ডিউরা পার্ফোরেট্ করিতে হইবে। যদি তাহাতেও পূয দেখা না যায়, কিন্তু পূয়ের চিহ্ন সকল স্পষ্ট প্রকাশ পায়, তাহা হইলে ব্রেণ পদার্থের ভিতর একটী ট্রোকার ও ক্যানিউলা সাবধানে প্রবেশিত করা আবশ্যক যদি সেরিব্র্যাল্ এব্সেসের চিহ্ন সকল দেখা যায়, তাহা হইলে সেই সন্দিগ্ধ স্থানের উপর একটী ট্রেফাইন্ প্রয়োগ করিয়া ডিউরা ইন্সাইজ্ করিবে, মস্তিষ্ক সাবধানে প্যাংচার করিবে এবং যদি পূয দেখা যায়, তাহা হইলে সেই ছিদ্র বাড়াইয়া লইয়া ড্রেণেজ টিউব্ ন্যস্ত করিবে। প্রদাহ স্থানিক না হইয়া যদি ব্যাপক্ হয়, তাহা হইলে কোন প্রকার অস্ত্র প্রয়োগ করা যুক্তিযুক্ত বলিয়া বোধ হয় না; কিন্তু সে স্থানে এই প্রশ্ন উঠিতে পারে যে, প্রচলিত expectant চিকিৎসা অপেক্ষা ট্রেফাইন্ দ্বারা পূয বা সিরাম্ যথাকালে বাহির করিয়া দিলে, উৎকৃষ্ট ফল পাওয়া যাইবে কি না?

(ক্রমশঃ)

# রোগ নির্ণয়।

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার হরিচরণ গুপ্ত।

আমরা চিকিৎসা করিতে যাইয়া মাঝে মাঝে এইরূপ রোগী পাইয়া থাকি—যাহার লক্ষণাদি আধুনিক কোন বিজ্ঞানে খুঁজিয়া পাওয়া ভার। তখন মনে হয়—রোগী বোধ হয় তাহার প্রতি সহানুভূতি আকর্ষণ করিবার জন্য ভাণ করিতেছে। কিন্তু যখন অসময়ে রোগ স্থির হয়, তখন আমাদের চিকিৎসা বিষয়ে অজ্ঞতা জনিত ক্ষোভ ও অনুতাপের অবধি থাকে না।

আমরা অদ্য একটী রোগীকে পাঠকদিগের নিকট উপস্থিত করিব। ইহা হইতে স্পষ্ট বুঝা যাইবে যে, রোগ স্থির করিতে আমাদিগকে সময়ে সময়ে কিরূপ ভ্রমে পতিত হইতে হয়।

রোগীর বয়স প্রায় ৩২ বৎসর। জাতিতে মুসলমান। ২৫ ফেব্রুয়ারীতে রোগী সামান্য জ্বর নিয়া হাসপাতালে ভর্ত্তি হয়। যে দিবস সকাল বেলা দৈহিক উত্তাপ ১০১.৪° ডিঃ হিঃ এবং বৈকালে ১০৪ ২° ডিঃ হিঃ থাকে। সকালে উহাকে castor oil দ্বারা জোলাপ দি এবং বিকাল বেলা Fever Mixture দেওয়া যায়। তৎপর দিবস তাপমান যন্ত্রে উত্তাপ সকাল বেলা ১০১·২ ডিঃ হিঃ হইল এবং বিকাল বেলাতে জ্বর বিরাম লাভ করিল। ২৮শে সকাল বেলাতে জ্বর না থাকায় উহাকে ৩ দাগ Quinine Mixture দিলাম এবং পথ্য দুধ রুটী দেওয়া গেল। ১লা মার্চ্চ রোগীকে ২ দাগ Tonic Mixture এবং অল্প পথ্য দেওয়া হয়। বিকাল বেলা রোগী প্রকাশ করে যে, তাহার নাকের ভিতর হইতে কিছু রক্ত বাহির হইয়াছিল।

২·৩·৩ রোগী ভাল থাকাতে অদ্য তাহাকে পূর্ণ পথ্য দেওয়া যায়।

৩·৩ ০৩ সকাল বেলাতে রোগী বলে যে রাত্রিতে সে কিছু জ্বর বোধ করিয়াছি। প্রাতে জ্বর না থাকাতে এক মাত্রা Quinine দেওয়া গেল। বেলা ১২ টার সময় ডাকিবার জন্য লোক আসিল। আমরা যাইয়া দেখি—রোগীর উত্তাপ ১০৫° ডিঃ হিঃ, রোগী কথা বলে না, ঔষধ খায় না, এবং মুখ খুলে না, অথবা খোলা যায় না। মুখ খুলিতে চেষ্টা করিলে ওষ্ঠদ্বয় পর্য্যন্ত বন্ধ করিয়া রাখে। রোগীর নাড়ী স্থির, সবল এবং মিনিটে ১২০ বার স্পন্দিত হইতেছে। শ্বাস প্রশ্বাস মিনিটে ২৫ বার চলিতেছে। Pupil দুটী সমান এবং আলোতে ক্রীড়া করে। তাহার শুশ্রূষা দ্বারে সাবান জলের পিচকারী দেওয়া হইল, কিন্তু জল বাহির হইল না এবং শীতল জল দ্বারা গা মোছান গেল ও মস্তিকে জল পটী দেওয়া গেল।

রাত্রি ৮টার সময় ১০৪° ফাঃ হিঃ তখন তাহাকে এক মাত্রা

| | |
|---|---|
| Re | |
| Phenacitine | gr x |
| Ammon Bromide | gr xx |
| Fever Mixture | ℥ii |

গুহ্য দ্বারে পিচকারী দ্বারা দেওয়া গেল।

অত্যন্ত জোর করিয়া মুখ খুলিয়া যদি কিছু রোগীর মুখে দেওয়া যায়, তাহা হইলে সে থুৎকার করিয়া উহা ফেলিয়া দেয়। নাসিকা চাপিয়া ধরিলে কথঞ্চিৎ অধঃস্থ করে। অত্যন্ত অধিক বল প্রয়োগ করিতে হয় বলিয়া এরূপ প্রবল জ্বরে আমরা রোগীকে মুখ দ্বারা কিছু খাওয়াইতে চেষ্টা করি নাই।

রাত্রি ১টার সময়েও জ্বর প্রায় সেইরূপই ছিল। আমরা অতি কষ্টে

| | |
|---|---|
| Croton oil | m i |
| Sugar | q s. |

এক মাত্রা তাহার গালের পার্শ্বে গুজিয়া দি। কিন্তু তাহাতে কোন ক্রিয়া করিল না।

উত্তাপ ১০৪° ফাঃ হিঃ। কথা বলে না, কিন্তু কথা বেশ বুঝিতে পারে। ইঙ্গিতে কথায় উত্তর করে। ভয় প্রদর্শন করিবার জন্য এক forceps আনিয়া রোগীকে বলা হইয়াছিল যে, যদি সে মুখ সহজে না খুলে, তাহা হইলে তাহার একটী দাঁত তুলিয়া দিয়া সে রাস্তাতে তাহাকে ঔষধ খাওয়ান হইবে। ইহাতে রোগী ওষ্ঠদ্বয় আরও দৃঢ় ভাবে বন্ধ করিয়া রাখিল এবং মুখ এপাশ ওপাশ করিতে লাগিল।

বাহ্য না হওয়াতে পুনরায় এক মাত্রা croton oil দিলাম। বেলা ১২টার সময়েও তাপ ১০৪° ফাঃ হিঃ ছিল। কিন্তু একটু বাহ্য হইল। অপরাহ্নে অপর রোগীদের সহিত ২।১টী কথা বলিয়াছিল এবং প্রায় ৪ আউন্স পরিমাণ দুগ্ধ পান করিয়াছিল।

যকৃতের উপরে টিপিলে একটু বেদনা অনুভব করে—বোধ হওয়াতে একটী গাহয়ের প্লস্তারা দেওয়া গেল। এবং

| | |
|---|---|
| Calomel | gr v |
| Bi carbonate of soda | gr v |
| Honey | q.s. |

দিয়া রোগীর গলদেশে পুরিয়া দেওয়া গেল। কারণ তখনও তাহার মুখ খোলা যায় না।

মুখের চেহারা বরাবর স্থির এবং শান্ত। কোনরূপ বিকৃত ভাব ছিল না। চক্ষে রক্তাধিক্য ছিল না। তথাপি সন্দেহ হওয়াতে গ্রীবার পশ্চাতে একটী প্লস্তারা দেওয়া গেল।

রাত্রি ৮ ঘটিকা—রোগী প্রায় সেইরূপ। তখন

| | |
|---|---|
| Anti febrine | gr iv |
| Honey | q.s |

পূর্ব্বরূপ মুখে দেওয়া গেল। রোগী অদ্য বেশ ভাল আছে। দৈহিক উত্তাপ মাত্র ১০১·৪° ফাঃ হিঃ। আমাদের সহিত কথা বলে এবং মুখ খুলে। স্বচ্ছন্দে ঔষধ ও পথ্য গ্রহণ করে। গত রাত্রিতে তাহার ৪।৫ বার দাস্ত হইয়াছিল। বিকালে তাপ প্রায় ১০৩° ফাঃ হিঃ হয় এবং পুনরায় বাকরোধ ও মুখ বন্ধ হয়।

তাপ ১০২° ফাঃ হিঃ। নাড়ী অত্যন্ত দুর্ব্বল, কিন্তু গতি সমান ছিল। অদ্য Cornia তে স্পর্শ বোধ ছিল না। অবস্থা ক্রমে খারাপ হইয়া রাত্রিতে রোগী মারা যায়।

পাঠক! রোগটী কি স্থির করিলেন? আমরা কিন্তু এখনও কোন স্থির সিদ্ধান্তে আসিতে পারি নাই। ইহা কি সাধারণ অবিরাম জ্বর, না ইহাতে কোনরূপ যান্ত্রিক উপসর্গ আছে? একবার মনে হয় মস্তিষ্কে কিছু হইয়া থাকিবে। মুখ না খোলা, কথা না বলা, ইহা কেবল দুই দিবসের জন্যই ছিল। তৎপর রোগী কথা বলিয়া আহারাদি গ্রহণ করিয়াছে। তাহার মুখশ্রী অত্যন্ত শান্ত এবং শ্বাস প্রশ্বাস স্বাভাবিক ছিল। সমস্ত হাত পা রীতিমত চালনা করিতে পারিত এবং তাহাতে যথেষ্ট বল ছিল।

আমাদের কুতূহল নিবারণ করিবার জন্য শব ছেদ করিলাম। দেখা গেল, মস্তিষ্কের উপরের ঝিল্লী ( membrane ) সমূহে একটু রক্তাধিক্য হইয়াছে।

এরাকেনয়েড ( arachnoid ) পর্দ্দার নিম্নে মস্তিষ্কের উপরিস্থিত প্রত্যেক fissure প্রভৃতিতে একরূপ পাতলা পুঁজ। Lateral ventricleএর মধ্যে অল্প পরিমাণ পুয়যুক্ত তরল পদার্থ ছিল। মস্তিষ্কের ভিতরে দক্ষিণ পার্শ্বে Corpus Striatum এবং Optic Thilamusএর মধ্যে Sylvian fissureএর নিকট একটী বড় জলপাইয়ের মত রক্তের চাই পাওয়া গেল। ইহার নিকটস্থ মস্তিষ্ক তন্তু নরম হইয়া গিয়াছিল এবং কথঞ্চিৎ পুজে পরিণত হইয়াছিল। এত বড় একটী আগন্তুক পদার্থ মস্তিষ্কের ভিতরে কিছুদিন যাবৎ থাকা সত্ত্বেও কোনরূপ স্থায়ী চাপের লক্ষণ না দেখা যাওয়াই এই রোগীটীর বিশেষত্ব।

# কৃষ্ণবর্ণের সন্তান গৌরবর্ণ।

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার ব্রজনাথ মিত্র।

পূর্ব্বে শুনিয়াছিলাম বা পড়িয়াছিলাম ঠিক স্মরণ নাই; যে, বিলাতবাসিনী কোন দম্পতীর কাফ্রির ন্যায় এক পুত্র জন্মাতে উক্ত ভদ্রলোক অতিশয় বিস্ময়াবিষ্ট হইয়া অথচ চিন্তিত হইয়া তাহার পত্নীকে অভয় দিয়া জিজ্ঞাসা করিয়া ছিলেন যে, প্রকৃত পক্ষে এই সন্তানের পিতা কে? পত্নী অভয় পাইয়া নিঃশঙ্ক চিত্তে উত্তর দিয়াছিলেন যে, যে ঋতুতে তাহার প্রাগুক্ত গর্ভ হইয়াছিল তাহার অব্যবহিত পরেই অসাবধান বশতঃ বাটীর দরজা উন্মুক্ত থাকা প্রযুক্ত জাহাজের কোন কাফ্রি নাবিক সুরাপানে উন্মত্ত অবস্থায় বাটীর মধ্যে প্রবেশ পূর্ব্বক তাহাকে বলাৎকার করিয়া গিয়াছিল, এভিন্ন তিনি আর কিছু জানিতেন না। ভদ্র লোকটী এই বিষয় শুনিয়া সন্তুষ্ট হইয়াছিলেন। আর একটী বিষয় স্মরণ হয়—জনশ্রুতি কি লেক্‌চারে শুনিয়াছি, স্মরণ নাই। বিলাতস্থ কোন দম্পতীর উপর্য্যুপরি কাফ্রির ন্যায় দুইটী বালকের জন্ম হওয়াতে এবং পত্নীর চরিত্র ও সতীত্ব সম্বন্ধে সন্দেহ না থাকায় এবং পত্নীর নিকট বাচনিক পূর্ব্ব ঘটনার অনুযায়ী কোন বৃত্তান্ত জানিতে না পারায় বড়ই ক্ষুব্ধচিত্ত হইয়াছিলেন। তিনি একজন ধনশালী ব্যক্তি

ছিলেন এবং সংবাদ পত্রে এই দুখাবহ ঘটনার বিজ্ঞাপন দিয়াছিলেন এবং বিজ্ঞাপনে ইহাও লেখা ছিল—যদি কোন ব্যক্তি এই ঘটনার কারণ অনুসন্ধান করিয়া দিতে পারেন এবং ইহার কোন প্রতিষেধক উপায় নির্দ্ধারণ করিতে পারেন তবে তাঁহাকে ১০০০ এক হাজার পাউণ্ড পুরস্কার দেওয়া যাইবে। ইহার পর কোন চিকিৎসা ব্যবসায়ী ভদ্র লোক তাহার নিকট উপস্থিত হইয়া আনুপূর্ব্বিক ঘটনা শুনিবার পর তাঁহাদিগকে কিছু দিনের নিমিত্ত পূর্ব্বাপর ঐ বাটী যেরূপ অবস্থায় ছিল সেইরূপ ভাবে রাখিয়া উক্ত বাটী পরিত্যাগ করিয়া যাইতে অনুরোধ করেন। দম্পতীযুগল তাহা করার পর চিকিৎসা ব্যবসায়ী ভদ্র লোক সমস্ত বাটীর সমস্ত অংশ তন্ন তন্ন করিয়া অনুসন্ধান করিবার পর ধার্য্য করিলেন যে, উক্ত দম্পতীর শয়ন কক্ষে একটী কাফ্রি বালকের ছবি ছিল। দম্পতী যুগল শয়ন করিলে ঠিক তাহাদের সম্মুখেই ঐ ছবি দেখা যাইত। কাফ্রি বালকের ছবি ঐরূপ যায়গায় অবস্থানই ঐ ঘটনার একমাত্র কারণ বলিয়া চিকিৎসক অনুমান করিলেন। অর্থাৎ তাঁহার ধারণা হইল—গর্ভসঞ্চারের সময় উক্ত ভদ্র লোকের পত্নীর সম্মুখেই ঐ ছবি থাকিত ও তখন ঐ বালকের চিত্র গর্ভিনীর মনোমধ্যে অঙ্কিত হওয়ার দরুণ তাহার ঐরূপ পুত্রদ্বয় হইবার সম্ভবতঃ কারণ; তিনি উক্ত ছবিখানি সরাইয়া তৎ পরিবর্ত্তে সেই স্থানে সুচেহারা-যুক্ত কোন ছবি লাগাইয়া দিলেন এবং দম্পতীযুগলকে তথায় আসিয়া বাস করিতে বলিলেন। কি করিলেন না করিলেন কিছুই প্রকাশ করিলেন না। বলা বাহুল্য সেই শয়ন কক্ষে আরও অনেক ছবি ছিল এবং ঐ কাফ্রি বালকের ছবি ঠিক ভাবে স্থাপিত ব্যক্তির সম্মুখেই অবস্থিত করিত। দম্পতী-যুগল সেই বাটীতে আসিয়া বাস করিতে লাগিলেন এবং চিকিৎসক আসিয়া কি করিলেন কিছুই বুঝিতে পারিলেন না। এবং যেহেতু বাটীতে অনেকগুলি ছবি ছিল তজ্জন্য কাফ্রি বালকের ছবি স্থানান্তর করণ তাহারা জানিতে পারেন নাই। কিছুকাল পরে ভদ্র লোকের পত্নী তয় বার সন্তান প্রসব করিলেন এবং সেই সন্তান সাধারণ বিলাতবাসী-দের সন্তান যেরূপ হয় সেইরূপ হইল, ভদ্র লোক বিশেষ সন্তোষ লাভ করিয়া চিকিৎসা ব্যবসায়ীকে আহ্বান করনান্তর বিজ্ঞাপিত পুরস্কার দিতে চাহিলেন। চিকিৎসা ব্যবসায়ী আর একটী সন্তান না হওয়া পর্য্যন্ত পুরস্কার লওয়া স্থগিত রাখিতে অনুরোধ করিলেন। কালক্রমে আর একটী সন্তান হইল কিন্তু সেও কাফ্রি বালকের ন্যায় না হইয়া তদ্দেশস্থ সাধারণ বালকের ন্যায় হইল। চিকিৎসা ব্যবসায়ী অঙ্গীকৃত পুরস্কার পাইয়া সন্তোষ লাভ করিলেন। দম্পতীযুগলও অতিরিক্ত সন্তোষ লাভ করিলেন। উপ-রোক্ত ঘটনা দুইটী লেখার কারণ—শ্বেতকায় পুরুষের ঔরষে শ্বেত রমণীর গর্ভে কৃষ্ণকায় সন্তান কিরূপে জন্ম গ্রহণ করে। প্রথমোক্ত ঘটনায় দেখা যায়—কৃষ্ণকায় পুরুষের ঔরষে শ্বেতকায় রমণীর গর্ভে কৃষ্ণকায় সন্তান জন্মিয়াছে। দ্বিতীয় ঘটনায় দেখা যায় শ্বেতকায় পুরুষের ঔরষে শ্বেতকায় রমণীর গর্ভে কৃষ্ণকায় পুত্র জন্মিয়াছে এবং এই শেষোক্ত ঘটনা—কেমন করিয়া হয় তাহা অতিশয় বিস্ময়কর।

ইহা শুনা যায় এবং বিশ্বাস যোগ্য বিষয় যে, স্ত্রীলোকের সহবাস কালীন যে ভাব হয় তদনুরূপ সন্তান হইতে পারে। দ্বিতীয় ঘটনা ইহার এক উদাহরণ। এই পর্য্যন্ত যাহা বর্ণিত হইল তাহা লেখার উদ্দেশ্য নিম্নলিখিত ঘটনাতে প্রকাশ পাইবে। সম্প্রতি হাজারীবাগ দাতব্য চিকিৎসালয়ে যত দিন আসিয়াছি ইহার মধ্যে এক দিন ইংরাজ মহিলাদিগের যেরূপ সন্তান হয় সেইরূপ একটী ১॥ দেড় বৎসর বয়স্ক কন্যা চিকিৎসার্থ আমার নিকট আনীত হইয়াছিল। তাহারা জাতীতে বেণে বা বণিক। জিজ্ঞাসা করিয়া জানিলাম ১১ বৎসর বয়স্কা তাহার এক ভগ্নি ঠিক ঐ প্রকার, তাহারা দুই ভগ্নী ও তিন ভাই। ভগ্নী দুটীকে সাধারণতঃ আমাদের বেণে শ্বেতী বালিকা ভিন্ন আর কিছু বলা যায় না। ভাই তিনটী কেহই ঐরূপ নহে। আর এক বিশেষ উল্লেখ যোগ্য ঘটনা যে বৌদ্রের দিকে তাহারা মোটেই তাকাইতে পারে না। যেটুকু তাকাইতে পারে তাহাতে ভালরূপ দেখিতে পায় না। ইহা আমি অনুসন্ধানে জানিয়াছি ঘটনা ক্রমে জ্যেষ্ঠা ভগ্নিও আমার নিকট চিকিৎসার্থ আসিয়াছিল, সেও পূর্ব্বোক্তের ন্যায়। নিম্নলিখিত পারিবারিক ইতিহাস জানিতে পারা যায়—কেহই ঐ দুই বালিকার ন্যায় ছিলনা। উক্ত বর্ণিত বালিকাদ্বয়ের পিতা মাতা বর্ত্তমান আছে, পিতার বয়স ৩৭ বৎসর, শারীরিক অবস্থা ভাল, রং শ্যামবর্ণ অপেক্ষা কিছু ময়লা। মাতার বয়স ৩০ বৎসর, রং আমাদের দেশের গৌর বর্ণ, স্বাস্থ্য ভাল। বালিকাদ্বয়ের পিতামহের বয়স ৬৫ বৎসর ও পিতামহীর বয়স ৫০ বৎসর। পিতারা ৫ ভাই, ও তিন ভগ্নি, সকলেরই রং মধ্যম রকম, মাতার রং গৌরবর্ণ মাতামহ শ্যামবর্ণ, মাতুল ৩ জন; ছোট মাতুল গৌরবর্ণ, প্রথম দুইজন শ্যামবর্ণ, মাতারা ৫ ভগ্নি—সকলেরই রং গৌরবর্ণ, যাহাদের বিষয় বলা হইতেছে তাহারা ৩ ভাই ২ ভগ্নি, প্রথম বালক বয়স ১৩ বৎসর, বর্ণ শ্যাম, ২য় কন্যা বয়স ১২ বৎসর, শারীরিক অবস্থা সমস্ত শ্বেতী, ৩য় পুত্র বয়স ১০ বৎসর, বর্ণ প্রথমের ন্যায়, ৪র্থ বালক বয়স ৮ বৎসর, বর্ণ তৃতীয়ের ন্যায়, ৫ম বালক বয়স ৬ বৎসর, রং উজ্জ্বল শ্যামবর্ণ, ৬ষ্ঠ কন্যা বয়স ১॥ বৎসর, শারীরিক অবস্থা সমস্ত প্রথমা কন্যার ন্যায়, ৪র্থ বালক জীবিত নাই। উক্ত বালিকাদিগের পিতামহকে জিজ্ঞাসা করা হয় যে, এইরূপ সন্তান হওয়ার কারণ তাহারা কিরূপ অনুমান করেন, তাহাতে যাহা তিনি উত্তর দিয়াছেন তাহার ভাবার্থ এই যে, তাহাদের শয়ন কক্ষে অনেকগুলি ছবি ছিল এবং এদেশবাসী পণ্ডিতেরা নির্দ্ধারণ করিয়া বলিয়াছেন যে, গর্ভসঞ্চার কালীন বালিকাদিগের মাতার দৃষ্টি ঐ ছবির উপর পড়িত এবং তদনুরূপমনের ভাবান্তর হেতু ঐরূপ সন্তান হইয়াছে। আমিও পূর্ব্বোক্ত ঘটনা স্মরণ করিয়া বিশ্বাস করিলাম। কিরূপ ছবি তাহাদের ঘরে ছিল তাহা আমি তাহাদের বাড়ী গিয়া দেখিয়া আসিয়াছি, তাহাতে আমার দুই দিন লাগে। ১ম দিন খালি ছবি দুইখানি দেখিয়া আসিয়াছিলাম, দুই খানি ছবিই একরূপ, ছবি খানি এই—একটী মেম সাহেবের কোলে একটী শিশু সন্তান রহিয়াছে, মাথায় একটী মুকুট আছে; ২য় দিন যাওয়ার উদ্দেশ্য ছবি কোন গৃহে

কি অবস্থায় থাকিত তাহা দেখা। যে গৃহে দম্পতী যুগল শয়ন করিতেন এবং করেন তাঁহা দেখিতে ২য় দিন যাই, তাহাতে জানিতে পারি যে, উক্ত ছবি দুইখানি বিপরীত দিকস্থ দুইখানি দেয়ালের উর্দ্ধ ভাগে টাঙ্গান ছিল এবং শয়ন করিবার খাটিয়া ছবির দিকে লম্বালম্বি ছিল। দম্পতীযুগল কখন খাটের এক প্রান্তে মাথা রাখিয়া শয়ন করিতেন অর্থাৎ দুই দিকের যে দিকে মাথা রাখিয়া শয়ন করিতেন, তাঁহাদের সম্মুখে ঐ দুইখানি ছবির একখানি পড়িতই পড়িত। প্রথম ঘটনা উল্লেখ করিয়াছিলাম—সাদার পেটে কাল জন্মিয়াছিল, এবারের ঘটনায় কালর পেটে সাদা জন্মিয়াছে। আমি যে, এইরূপ ঘটনা এই প্রথম দেখিলাম এরূপ নহে, আরও অনেক সময় অনেক শ্বেত পুরুষ ও অনেক শ্বেত স্ত্রীলোক দেখিয়াছি, কিন্তু তাহাদিগের এইরূপ বিবরণ সংগ্রহ করিবার সুযোগ ঘটে নাই। আপনার পাঠক, অনুপাঠক ও অপর সাধারণ অনেকেই এইরূপ দেখিয়া থাকিবেন কিন্তু এই বিষয়ের আলোচনা আমি কখন কোন যায়গায় হইতে দেখি নাই, তজ্জন্য আপনার পত্রিকায় স্থান পাওয়ার জন্য লিখিতেছি। আর এক বিস্ময়ের বিষয় এই, কন্যা দুইটীই ঐরূপ হইয়াছে, চারিটী পুত্রের মধ্যে কেহই ঐরূপ হয় নাই। আর ইহারা বৌদ্রের দিকে চাহিতে পারে না, ইহারই বা কারণ কি? আমি আমাদের দেশবাসীর মধ্যে আরও শ্বেত মানুষ দেখিয়াছি, তাহাতে বোধ অনেকেই আলোক রশ্মি সহ্য করিতে পারেন। আমাদের দেশে সাধারণ স্ত্রীলোক দিগের এবং পুরুষের মধ্যে অনেকের সংস্কার আছে—ঋতু স্নানের অব্যবহিত পরেই স্ত্রীলোকের স্বামীর মুখ দেখা উচিত, অপর কাহারও মুখ দেখিতে দেওয়া হয় না, স্বামী বাটীতে বর্ত্তমান থাকা সত্তেও তাহাকে ঐরূপ অবস্থায় দেখা বোধ হয় লজ্জাস্কর কার্য্য বলিয়া ঐ রীতি প্রচলিত নাই, তজ্জন্য প্রৌঢ়া স্ত্রীলোকেরা অন্যান্য স্ত্রীলোকদের পরামর্শ দেন যে, ঋতু স্নানের পর তাহারা যেন অন্য কাহারও মুখ না দেখিয়া সূর্য্য দর্শন করিয়া প্রণাম করেন। এস্থলে ইহা বলা অত্যুক্তি হইবে না যে, পিতা মাতার মধ্যে উভয়ে বিভিন্ন বর্ণযুক্ত থাকায় তাহাদের সন্তানগণ বিভিন্ন বর্ণযুক্ত হইয়াছে অর্থাৎ কেহ কৃষ্ণবর্ণ হইয়াছে, কেহ গৌরবর্ণ হইয়াছে। আবার ইহাও প্রত্যক্ষ করা গিয়াছে যে, পিতা মাতা উভয়ই শ্যামবর্ণ অথচ সন্তান গৌরবর্ণ ও উজ্জ্বল শ্যামবর্ণ হইয়াছে। অপর পক্ষে পিতা মাতা উভয়ই গৌর বর্ণ অথচ সন্তান শ্যামবর্ণ ও উজ্জ্বল শ্যামবর্ণ হইতে দেখা গিয়াছে। কিন্তু এই শেষোক্ত ঘটনার সংখ্যা অতি অল্প বা বিরল বলিলেও চলে। এইরূপ ঘটনার সম্ভবতঃ কারণ পূর্ব্বোক্ত দুই কারণের একটী বা অপর কারণ বলিয়া অনুমান করা যায়। এই বিষয়ে এই প্রবন্ধ পাঠ করিয়া অন্য কেহ যদি আলোচনা করেন, সেই আশাতেই এই প্রবন্ধ পাঠাইতেছি।

হাজারীবাগ।

# বিবিধ তত্ত্ব।

## সম্পাদকীয় সংগ্রহ।

### বস্তিগহ্বরের পূঁয় সঞ্চয়ে যোনি মধ্যে অস্ত্রোপচার।

( Montgomery )

বস্তিগহ্বর মধ্যে পূয়োদ্ভব হইলে তলপেটে অস্ত্রোপচার করিয়া বহির্গত করাই অনেক চিকিৎসক সুবিধাজনক বলিয়া মনে করেন। সুবিধা বোধের কারণ এই যে—

(১) অস্ত্রোপচারের স্থান প্রশস্ত।

(২) চক্ষে উত্তমরূপে দেখিয়া অস্ত্রোপচার করা যায়।

(৩) অস্ত্রোপচার্য্য বিষয় যতই জটিল এবং বৃহৎ হউক না কেন, অস্ত্রোপচারে কোন বিঘ্ন হয় না।

(৪) অভ্যন্তরস্থিত পদার্থ বহির্গত করার প্রশস্ত পথ প্রাপ্ত হওয়া যায়।

(৫) শোণিত স্রাবাদি কোন বিঘ্ন উপস্থিত হইলে সহজে তাহার প্রতিবিধান করা যায়।

(৬) পরীক্ষা কার্য্য উত্তমরূপে সম্পাদিত হইতে পারে ইত্যাদি।

বিস্তর সুবিধা থাকায় অনেক চিকিৎসক বস্তিগহ্বরের যে কোন কারণ জন্য অস্ত্রোপচার হউক না কেন, তলপেট প্রশস্ত ক্ষেত্র মনে করেন। কিন্তু মণ্টেগোমারী মহাশয় এই মতের বিরোধী। তিনি বলেন—যে স্থলে বস্তিগহ্বরের নিম্ন পশ্চাদংশে পূয় সঞ্চিত থাকে; পেলভিক হিমেটোমা বা নলের পীড়ার জন্য বস্তিগহ্বরের নিম্নাংশে পূয় সঞ্চিত হইলে এবং যদি রোগিণীর অবস্থা এমত হয় যে, সে অবস্থায় গুরুতর অস্ত্রোপচার করা সম্ভব পর নহে, তখন যোনিপথে অস্ত্রোপচার করিয়া ড্রেণেজের ব্যবস্থা করাই কর্ত্তব্য। কারণ এইরূপ ভাবে যোনিপথে অস্ত্রোপচার করিয়া দিলে রোগিণীর আশু উপশম হয় এবং সময় পাইলে রোগিণীর অবস্থা ভাল হওয়ার পর তখন গুরুতর অস্ত্রোপচার করিয়া পীড়া নির্ম্মূল করার জন্য সময় পাওয়া যায়। যোনিবছাদে অস্ত্র করিয়া যদি দেখা যায় যে, অণ্ডাশয় এবং নল এত নষ্ট হইয়াছে যে, তাহা রক্ষা করা নিষ্প্রয়োজন, তখন তাহা দূরীভূত করা যায় কিনা, তাহাও বিবেচনা করিবে।

**অস্ত্রোপচার।**—অস্ত্রোপচারের কয়েক দিবস পূর্ব্ব হইতে রোগিণীকে অস্ত্রোপচারের জন্য প্রস্তুত করিয়া লইতে হয়। অন্ত্র যতদূর সম্ভব পরিষ্কার করা আবশ্যক। নিম্নের অন্ত্র পুনঃ পুনঃ এনেমা দ্বারা পরিষ্কার করা কর্ত্তব্য। অঙ্গুলিতে পচন নিবারক গজ জড়াইয়া যোনি প্রাচীর পরিষ্কার করিতে হয়, ক্রিয়োলিন দুই ড্রাম এবং টিংচার সেপোন ভিরিডী দুই আউন্স এক বোতল উষ্ণ জল সহ মিশ্রিত করিয়া তদ্দ্বারা, তৎপরে পরিষ্কার জল দ্বারা এবং পরিশেষে এলকোহল দ্বারা যোনি গহ্বর পরিষ্কার

করিয়া সর্ব্বশেষে পচন নিবারক গজ দ্বারা যোনি এবং যোনি দ্বার শুষ্ক করিয়া অস্ত্রোপচার আরম্ভ করিবে।

জরায়ু গ্রীবা ডবল টেনাকিউলাম দ্বারা ধারণ করিয়া সম্মুখ দিকে আকর্ষণ করিয়া এবং পেরিনিয়ম রিট্রাক্টার দ্বারা নিম্ন দিকে সঞ্চালিত করিয়া রাখিলে অস্ত্রোপচারস্থল প্রশস্ত ও পরিস্কার হইবে। যোনির ছাদের পশ্চাদংশে কাঁচি বা ছুরিকা দ্বারা কর্ত্তন করিয়া অভ্যন্তরে পূয় ইত্যাদি যাহা সঞ্চিত হইয়াছিল, তাহা বহির্গত করিয়া দিবে। সমস্ত পূয ইত্যাদি বহির্গত হইয়া গেলে ইরিগেটারের সাহায্যে উষ্ণ লবণ দ্রব দ্বারা পূয়োগহ্বর পরিস্কার করিয়া ধৌত করিবে। পরিস্কার হওয়ার পর অঙ্গুলী দ্বারা বস্তিগহ্বরের যন্ত্রাদি উত্তমরূপে পরীক্ষা করিয়া দেখিবে। নল এবং অণ্ডাশয় সহজেই পরীক্ষা করা যায়, পরীক্ষা করিয়া যদি বোধ হয় যে পূয ইত্যাদি অপর কোন পদার্থ থলীর মধ্যে আছে তবে তাহাতে কর্ত্তন করিয়া তন্মধ্যস্থ পদার্থ বহির্গত করিয়া দিবে। এই থলীর মধ্যস্থল আইওডো ফরম গজ দ্বারা পূর্ণ করিয়া দিবে। নল মধ্যে পূয-পূর্ণ আছে অথচ তাহা কর্ত্তনের সন্নিকটে আইসে নাই—পরীক্ষা দ্বারা ইহা স্থির হইলে, যোনির সম্মুখ প্রাচীরের উপরে ছাদে কর্ত্তন এবং তন্মধ্য দিয়া অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশ নিম্ন দিকে আকর্ষণ করিয়া লইয়া আসিলে তদ্রূপ অবস্থাবন্ন নল সহজেই আয়ত্বাধীন হইতে পারে এবং তখন তাহার অবস্থা দৃষ্টে যথাকর্ত্তব্য তাহা করা হইতে পারে।

অনেক অস্ত্র চিকিৎসক এই সময়ে স্রাবাদি সহজে বহির্গত হইয়া যাওয়ার জন্য ড্রেনেজ নল ইত্যাদির ব্যবস্থা করেন কিন্তু ইঁহার মতে আইডোফরম গজ স্থাপন করিলেই যথেষ্ট হয়। কেবল যোনি মধ্যে আইডোফরম গজ স্থাপন করিলে যত শীঘ্র আরোগ্য হয়, অন্য রূপ ড্রেনেজের ব্যবস্থা করিলে তাহা হয় না। এইরূপ চিকিৎসার পরিমাণ ফলও সন্তোষজনক।

যোনির পশ্চাৎ প্রাচীরের কর্ত্তনের মধ্য দিয়া যদি নলাদি উত্তমরূপে পরীক্ষা করা না যায় তবে তদ্রূপ অবস্থায় তাহা আয়ত্বাধীনে আনয়ন করার জন্য বিশেষ ঘাঁটাঘাঁটি না করিয়া যোনির সম্মুখ ছাদের অংশে আর একটী কর্ত্তন করাই বিধি। এই স্থানে কর্ত্তন করিলে জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশ সম্মুখাংশে আনয়ন করা যায়। জরায়ুর এই অংশ সম্মুখে আসিলেই তৎসহ অণ্ডাশয় এবং নল তৎসহ সন্নিকটে আইসে, সুতরাং কার্য্য করার সুবিধা হয়। জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশ উল্টাইয়া সম্মুখে আনয়ন করিলে ব্রডলিগামেণ্ট সটান হয় সুতরাং নল অণ্ডাশয় ইত্যাদি কোন স্থানে আবদ্ধ আছে কি না, তাহা সহজে স্থির করা যাইতে পারে। অবস্থানুযায়ী কার্য্য করাও সহজ হয়। কিন্তু পশ্চাৎ ছাদে কর্ত্তন দ্বারা এই কার্য্য করার সুবিধা হয় না। যোনির ছাদের পশ্চাদংশে কর্ত্তন অপেক্ষা সম্মুখাংশে কর্ত্তন দ্বারা জরায়ুর ধমনী সহজে দৃষ্ট এবং প্রেসার ফরসেপ্‌স দ্বারা সহজে সঞ্চালিত করা যায়। লিগামেণ্টের ঊর্দ্ধাংশে বন্ধন করিতে হইলে ক্রমিক ক্যাটগট এবং ধমনীও তদ্দ্বারাই বন্ধন করা কর্ত্তব্য। তৎপরে বস্তি গহ্বর আইডোফরম গজ দ্বারা গাঢ়পূর্ণ করিয়া দিতে হয়।

জরায়ু মধ্যে ক্ষুদ্র সৌত্রিক অর্ব্বুদ থাকার জন্যই যদি পুয়োৎপত্তি হইয়া থাকিলে, সেই অর্ব্বুদও যোনি পথের এই অস্ত্রোপচার দ্বারাই বহির্গত করা যাইতে পারে। জরায়ু কর্ত্তন করিয়া অর্ব্বুদের আবরণ উন্মুক্ত করতঃ আয়তনে ক্ষুদ্র করতঃ বহির্গত করা যাইতে পারে।

যোনি পথের এই প্রণালীর অস্ত্রোপচার করায় নিম্নলিখিত কয়েকটী সুবিধা পাওয়া যায়। যথা—

১। রোগিণী মনে করে যে, উদর প্রাচীর কর্ত্তন করা অপেক্ষা এই অস্ত্রোপচার অল্প বিপদ্‌জনক সুতরাং অপেক্ষাকৃত পূর্ব্বাহ্নে অস্ত্রোপচারের অনুমতি পাওয়া যায়। রোগিণী দীর্ঘ কাল পীড়া ভোগ করিয়া শরীর অবসন্ন হইয়া পড়ার পর অস্ত্রোপচারে সম্মতি দেওয়া অপেক্ষা তদপেক্ষা পূর্ব্বে—শরীর সকল থাকিতে সম্মতি দেওয়ায় অস্ত্রোপচারের পরিণাম ফল ভাল হওয়ার সম্ভাবনা অধিক।

২। রোগিণী এই অস্ত্রোপচারে অপেক্ষাকৃত অল্প যন্ত্রণা এবং অসুবিধা ভোগ করে।

৩। উদর প্রাচীরের অস্ত্রোপচার অপেক্ষা যোনি প্রাচীরে অস্ত্রোপচার করিলে আরোগ্যানুখাবস্থা শীঘ্র উপস্থিত হয়।

৪। শরীরে অস্ত্রোপচারের কোন চিহ্ন থাকে না।

**বস্তি গহ্বরের পীড়ায় ড্রেনেজ।**—পূর্ব্বের চিকিৎসকদিগের ধারণা ছিল যে, ড্রেনেজ যত ভাল হইবে ক্ষতাদি তত শীঘ্র ভাল হইবে। নতুবা পীড়িত স্থানে স্রাবাদি সঞ্চিত হইয়া থাকিলে আরোগ্য হওয়ার বিঘ্ন হয়। এইজন্য যদি স্রাব হয়—এই আশঙ্কায় তাহা বহির্গত হইয়া যাওয়ার জন্যই ড্রেনেজ নল প্রয়োগ করা হইত। কিন্তু বর্ত্তমান সময়ে চিকিৎসকদিগের মধ্যে যাঁহারা বস্তিগহ্বরের অস্ত্রোপচার আদি করেন, তাঁহাদের মধ্যে অনেকে ড্রেনেজের বিপক্ষ। তবে অন্যান্য স্থানের অস্ত্রোপচার অপেক্ষা যোনিপথের অস্ত্রোপচারে ড্রেনেজ অধিক আবশ্যক হয়, তাহার কোন সন্দেহ নাই। বস্তিগহ্বরে পুয়োৎপত্তি, স্ফোটক, সূতিকাদোষ জন্য বা গনোরিয়া জন্য পুয়োৎপত্তি হইলে বিশেষ বিবেচনা করিয়া কার্য্য করিতে হয়, আর যে পূয় দূষিত থাকে, তাহা অস্ত্রোপচারের ক্ষত দূষিত করিতে পারে সত্য কিন্তু কয়েক দিবস পরে হয়ত সেই পূয়ের সেই দোষ না থাকিতে পারে। সেইজন্য রোগিণীর জীবন রক্ষার পক্ষে যতদূর সম্ভব অপেক্ষা করিয়া প্রবল তরুণ অবস্থা নাতি প্রবল প্রকৃতি ধারণ করিলে তৎপর অস্ত্রোপচার করাই বিধি সঙ্গত। গনোরিয়া জন্য হইলে সহজে এই নিয়ম প্রতিপালন করা যাইতে পারে কিন্তু সূতিকার জন্য অবস্থানুসারে স্বতন্ত্র ভাবে বিবেচনা করিতে হয়। যদি সম্ভব হয় ড্রেনেজ না দেওয়াই ভাল। সূতিকা জন্য, ব্রড লিগেমেণ্ট বা অস্থি কি সন্ধি পীড়ার জন্য বস্তিগহ্বরে পূয় জন্মিলে ড্রেনেজ আবশ্যক, তাহা শীঘ্র করাই ভাল। এবং যোনি পথে ড্রেনেজ করাই নিরাপদ। অন্য পথে অস্ত্রোপচার করা অপেক্ষা যোনিপথে অস্ত্রোপচার করিলে অধিক ড্রেনেজ আবশ্যক হয় জন্য অনেক চিকিৎসক এই পথে অস্ত্রোপচার করিতে আপত্তি করেন। কিন্তু Baldy ড্রেনেজের বিপক্ষ বলিলেও চলে। কারণ, তিনি যত অস্ত্রোপচার করিয়াছেন তাহার শতকরা ৫ টীর অধিক ড্রেনেজ প্রয়োগ করেন নাই।

তাঁহার মতে ড্রেনেজ নল দ্বারা দোষ সংক্রমিত হইয়া ক্ষত দূষিত করা সম্ভব। যে চিকিৎসক ড্রেনেজ ব্যবহার করেন না, তিনি শোষ দ্বা র্য দূষিত ক্ষত কদাচিত দেখিতে পান। ড্রেনেজ যত কম ব্যবহার করা যায় ততই ভাল।

---

## উপদংশের চিকিৎসা।

### ( JADASSOHN )

প্রবন্ধ লেখকের প্রধান আলোচ্য বিষয় এই যে, শিশ্নে ক্ষত প্রকাশ হওয়ার পর কোন অবস্থায় পারদ প্রয়োগ করা বিধেয় এবং কোন অবস্থাতেই বা অবিধেয়। Heuss, Caspary, Neumann এবং Blaschko প্রভৃতির চিকিৎসকগণ সন্দেহযুক্ত ক্ষতাবস্থায় পারদ প্রয়োগের বিরোধী।

১। Heuss বলেন—শিশ্নেক্ষত প্রকাশিত হওয়ার পর যে পর্য্যন্ত ত্বকে বজিওলা নির্গত না হয় সে পর্য্যন্ত পারদ ব্যবহার করা বিধেয় নহে। লেখকের মতেও তাহাই কর্ত্তব্য —যে পর্য্যন্ত সন্দেহযুক্ত ক্ষত উপদংশ ক্ষত বলিয়া স্থির সিদ্ধান্ত না হয়, সে পর্য্যন্ত পারদ সেবন করান বিধেয় নহে। তবে বিশেষ ফেজেডিনিক ক্ষত সম্বন্ধে স্বতন্ত্র নিয়ম। সন্দেহযুক্ত ক্ষত সময়ে পারদ প্রয়োগ করার দোষ এই যে, পারদ প্রয়োগ করার পর উপদংশের লক্ষণ অপ্রকাশিত থাকে, যদি উপদংশের অপর কোন লক্ষণ প্রকাশিত না হয়, তাহা হইলে সেই ক্ষত উপদংশ ক্ষত কি না, তাহা আর স্থির করা যায় না। এই অনিশ্চিত অবস্থা উপদংশ হওয়ার অবস্থা অপেক্ষাও বিপদ্‌জনক। কারণ আর কেহই বলিতে পারেন না যে, তাহার উপদংশ হইয়াছিল, কি না। লেখক ইহা স্বীকার করেন যে, উপদংশ নির্ণয় করা সহজ নহে, এবং অভিজ্ঞতা না থাকিলে নির্ণয় করা অসম্ভব হইয়া থাকে। পরন্তু বোজিওলা নির্গত হওয়ার জন্য অপেক্ষা করিয়া সময় নষ্ট করিলে অনিষ্টও হয়। লেখক তাহাও স্বীকার করেন সত্য কিন্তু তত্রাচ বলেন যে, অনিশ্চিত স্থলে পারদ প্রয়োগ করা অপেক্ষা নিশ্চয় করার জন্য অপেক্ষা করাই ভাল। এক শ্রেণীর চিকিৎসক আছেন, তাঁহাদের মতে উপদংশের কোন লক্ষণ প্রকাশিত হইতে না পারে এই উদ্দেশ্যে সন্দেহযুক্ত ক্ষতে ( Preventive ) প্রথম অবস্থাতেই পারদ প্রয়োগ করা সৎযুক্তি সঙ্গত বলিয়া মনে করেন। কিন্তু ইহাঁর মতে (ক) বোজিওলা নির্গত না হওয়া পর্য্যন্ত নিশ্চিতরূপে উপদংশ বলিয়া স্থির করা যাইতে পারে না। (খ) অনুপযুক্ত সময় পারদ প্রয়োগ করিয়া উপযুক্ত সময়ে তাহা আর প্রয়োগ করা যায় না। (গ) অনুপযুক্ত সময়ে পারদ প্রয়োগ ফলে পীড়ার গতি অনিয়মিত এবং পরিণাম ফল অসন্তোষজনক হইয়া থাকে।

Baumler, Hutchinson, Jullien, long, এবং welander প্রভৃতি চিকিৎসকগণ প্রথম হইতেই পারদ প্রয়োগ করার পক্ষ সমর্থন করিয়া আসিতেছেন।

২ Heuss এর মতে যে স্থানে প্রথম ক্ষত হয় যে—স্থান দিয়া শরীরে বিষ প্রবেশ করে, সেই স্থানের ক্ষতের উপদংশ বিষ বিনষ্ট করিলেই যে দেহ ব্যাপক উপদংশের আক্রমণ রোধ করিতে পারা যায়, তাহা নহে। তিনি স্বয়ং তাহা পরীক্ষা করিয়া দেখিয়াছেন এবং

অপরেও তদ্রূপ পরীক্ষা করিয়া দেখিয়াছেন। তবে কথা এই যে, কয়েকজন পরীক্ষা করিয়া অকৃতকার্য্য হইয়াছেন বলিয়া যে, সকলেই অকৃতকার্য্য হইবে, এমত কোনও নিয়ম হইতে পারে না। তজ্জন্য Jadassohn বিশ্বাস করেন যে, যে স্থান দিয়া উপদংশ বিষ শরীরে প্রবেশ করে, সেই স্থানে বিষ প্রবেশের অব্যবহিত পরেই যদি সেই স্থানের উপদংশ বিষ নষ্ট করা যায়, কেবল তাহা হইলেই যে, উপদংশ পীড়ার আক্রমণ রোধ করা যায় তাহা নহে, পরন্তু উপদংশজ শ্যাঙ্কারের উৎপত্তি হইলে প্রথমেই যদি সেই অংশ গভীর ও বিস্তৃত কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করা যায়, তাহা হইলেও কোন কোন স্থলে উপদংশের আক্রমণ রোধ করা যাইতে পারে। কারণ, শরীরের কোন স্থানে বিষ প্রবেশ মাত্র সকল শরীরেই যে সমভাবে দ্রুতগতিতে বিষ পরিচালিত হয় তাহা নহে—শরীর বিশেষে কাহারও বা দ্রুত এবং কাহারও বা অপেক্ষাকৃত বিলম্বে দেহ মধ্যে বিষ পরিচালিত হয়। ইনি নিজ চিকিৎসিত ঐরূপ তিনটী রোগীর বিবরণ দ্বারা নিজ পক্ষ সমর্থন করিতেছেন। যে সময়ে অপেক্ষাকৃত বৃহৎ লসীকাবহা বা লসীকাগ্রন্থি আক্রান্ত হয় তখন চেষ্টা করিলে অবশ্যই কোন সুফল লাভ করা যায় না; তাহা বলাই বাহুল্য। এই জন্যই অনেক স্থলে আমরা সুফল লাভে বঞ্চিত হইয়া থাকি।

ত্বকে সন্দেহযুক্ত সঙ্গমজাত যে কোনরূপ ক্ষত হউক না কেন (হারপিচ ব্যতীত) তাহা যতদূর সম্ভব তৎক্ষণাৎ বিনষ্ট করা কর্ত্তব্য। ত্বকে সামান্য নোমচা ঘা হইলেও তাহা বিশুদ্ধ কার্ব্বলিক এসিড দ্বারা দগ্ধ করিয়া দেওয়া কর্ত্তব্য। 'সফ্টশ্যাঙ্কার এবং হার্ড শ্যাঙ্কারের আরম্ভ অবস্থায় সকলপার্শ্বের সুস্থবিধান সহ গভীর কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করতঃ কর্ত্তিত ক্ষত কার্ব্বলিক এসিড বা অগ্নি দ্বারা দগ্ধ করিয়া দিলে উপদংশ বিষ শরীর মধ্যে প্রবেশ নাও করিতে পারে। যে সকল লোকের উপদংশ পীড়া হওয়ার সম্ভাবনা থাকে, সেই সকল লোকের সন্দেহ মাত্র তৎক্ষণাৎ চিকিৎসার আশ্রয় লওয়া কর্ত্তব্য। তাহা প্রচার করা চিকিৎসকের কর্ত্তব্য।

৩। Fournier প্রভৃতি চিকিৎসকদিগের মত এই যে, উপদংশ আক্রান্ত হওয়ার প্রথম বৎসর পুনঃ পুনঃ পারদ প্রয়োগ করা উচিত। উপদংশের কোন প্রকাশ্য লক্ষণ থাকুক বা না থাকুক পারদ প্রয়োগ করা আবশ্যক। লেখক সবিচ্ছেদে দীর্ঘকাল পারদ প্রয়োগের পক্ষপাতী। যে সময়ে লক্ষণাদি প্রকাশিত হয় সেই সময়ে পারদ প্রয়োগ করা হইল, প্রকাশ্যে কোন লক্ষণ না থাকিলে পারদ প্রয়োগ করা হইল না। এই মত সমীচীন নহে।

উপদংশ পীড়ার চিকিৎসার ইহাই উদ্দেশ্য নহে যে, কোন মতে প্রকাশ্য লক্ষণ সমূহ নয়নের অন্তরাল করা। কিন্তু তাহার সংক্রমণ শক্তি নষ্ট করা, সন্তানাদিরও যাহাতে উক্ত পীড়া না হইতে পারে এবং উপদংশ পীড়ার দূরবর্ত্তী ফল (Parasyphilitic troubles) যাহাতে উপস্থিত না হইতে পারে, এই সমস্ত প্রতিবিধান করাই চিকিৎসার প্রধান উদ্দেশ্য। কিন্তু উপস্থিত লক্ষণ দৃষ্টে মৃদু ঔষধ সবিচ্ছেদে পারদ প্রয়োগে কখনই উক্ত উদ্দেশ্য সফল হইতে পারে না। দীর্ঘকাল চিকিৎসা

করা আবশ্যক। লেখক এতৎসম্বন্ধে বিস্তর প্রমাণ প্রয়োগ উদ্ধৃত করিয়াছেন। ইঁহার মতে উপদংশের বাহ্য লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিলে পারদ যেমন সেই উপদংশ বিষ নষ্ট করিয়া লক্ষণ সমূহ বিনষ্ট করে, তদ্রূপ শরীরের মধ্যে গুপ্ত ভাবে উপদংশ বিষ বর্ত্তমান থাকিলে তাহাও বিনষ্ট করে। সুতরাং দীর্ঘকাল পারদ প্রয়োগ করিলেও কোন মন্দ লক্ষণ প্রকাশিত হয় না। লেখক প্রথম বৎসরে পীড়ার প্রকৃতি অনুসারে একবার অধিক এবং দুইবার অল্প পরিমাণে এবং দ্বিতীয় বৎসরে এক বার অধিক এবং এক কি দুই বার অল্প পরিমাণ; তৃতীয় বৎসরে পীড়ার অবস্থানুসারে দুই বার অল্প বা অধিক পরিমাণে পারদ প্রয়োগ করিতে উপদেশ দেন। পরিশেষে পীড়ার লক্ষণ দৃষ্টে আবশ্যক হইলে চতুর্থ বৎসরেও পারদ প্রয়োগ আবশ্যক হইতে পারে।

৪। কি প্রণালীতে পারদ প্রয়োগ কর্ত্তব্য? লেখক তাহাও আলোচনাকরিয়াছেন। ইঁহার মতে মালিশ এবং অধস্ত্বাচিক প্রয়োগ প্রণালী উৎকৃষ্ট। অদ্রবনীয় পারদের মধ্যে মার্কুরী স্যালিসিলেট লিকুইড প্যারাফিন সহ (১—১০) প্রয়োগ করিয়া থাকেন। অল্প মাত্রায় আরম্ভ করা উচিত। আবশ্যক হইলে মুখ পথে প্রয়োগ করা হইয়া থাকে।

ইনি টার্সিয়ারী সিফিলিসেও পারদ প্রয়োগ করিতে উপদেশ দেন। ইঁহার মতে সেই অবস্থায় পারদ যেরূপ কার্য্য করে, আইওডাইডও তদ্রূপ কার্য্য করিয়া থাকে। অধিকন্তু এমত দেখিতে পাওয়া যায় যে, আইওডাইড দ্বারা কোন উপকার হইতেছে না, সেই অবস্থায় যদি মার্কুরী প্রয়োগ করা যায় তবে বিশেষ উপকার পাওয়া যায়। এই কারণ জন্যই টার্সিয়ারী অবস্থায় পারদ এবং আইওডাইড একত্রে প্রয়োগ করিয়া অধিক সুফল লাভ করা যায়। এই প্রণালীতে চিকিৎসা করিলে পীড়ার পুনঃ পুনঃ আক্রমণের সংখ্যা হ্রাস হয়। টার্সিয়ারীর লক্ষণ সমূহ অন্তর্হিত হওয়ার কতক দিবস পরও যদি পুনর্ব্বার পারদ প্রয়োগ করা যায় তাহা হইলে পীড়ার পুনরাক্রমণের সম্ভাবনা থাকে না।

লেখকের মতে ম্যালিগন্যাণ্ট সিফিলিসেও পারদ প্রয়োগ করিয়া উপকার লাভ করা যায় কিন্তু অধিকাংশ চিকিৎকের মতে এই অবস্থায় পারদ উপকারী না হইয়া বরং অপকারী হয়। কিন্তু ইনি বলেন—অত্যল্প মাত্রায় আরম্ভ করিয়া ক্রমে মাত্রা বৃদ্ধি করিলে ম্যালিগন্যাণ্ট সিফিলিসে পারদ উপকার করে।

সেরেব্রোস্পাইনাল সিফিলিসে যে সময়ে অস্থি এবং সন্ধিস্থল আক্রান্ত হয় সে সময়ে পটাসিয়ম আইওডাইড উপকারী। উপদংশ দ্বারা বিষাক্ত হওয়ার লক্ষণ—জ্বর, শিরঃপীড়া প্রভৃতি লক্ষণ অল্প সময় মধ্যে উপশম হয়। টার্সিয়ারী সিফিলিসের কখন কখন এমন রোগী দেখা যায় যে, সাধারণ মাত্রায় আইওডাইড প্রয়োগ করিয়া পীড়া দমন করা যায় না, সেই সকল স্থলে অত্যন্ত অধিক মাত্রায় পটাশ আইওডাইড প্রয়োগ করা আবশ্যক—প্রথমে অল্প মাত্রায় আরম্ভ করিয়া ক্রমে মাত্রা বৃদ্ধি করিয়া আবশ্যক হইলে দৈনিক ৩০০—৭৫০ গ্রেণ পর্যন্ত প্রয়োগ করিতে হয়। সন্ধি,

শিরঃপীড়া, শোথ ইত্যাদি আইওডিজমের লক্ষণ উপস্থিত হইয়া অধিক মাত্রায় প্রয়োগ করার বিঘ্ন উপস্থিত করিলে ৮—১৫ গ্রেণ মাত্রায় প্রত্যহ তিন মাত্রা এণ্টিপাইরিণ প্রয়োগ করিলে আইওডাইড সহ্য হইতে পারে। আইওডাইড সহ্য হইলে আর এণ্টি-পাইরিণ প্রয়োগ করিতে হয় না।

---

## দগ্ধ ক্ষতের চিকিৎসা।

( Munson )

ডাক্তার মানসন্ মহাশয় দগ্ধ ক্ষতের চিকিৎসা বিষয়ে Medical News পত্রিকায় একটী উৎকৃষ্ট প্রবন্ধ লিখিয়াছেন। তাহার চিকিৎসা প্রণালীর পক্ষ সমর্থনার্থ বিস্তর উদাহরণ উদ্ধৃত করিয়াছেন। আমরা তন্মধ্য হইতে কয়েকটী জ্ঞাতব্য সার সঙ্কলন করিলাম। তাঁহার চিকিৎসার মূল সূত্র চারিটী—

১। কখন শুষ্ক ড্রেসিং প্রয়োগ করিবে না।

সবলে কখন বিনষ্ট ত্বক বা গভীর গঠন ইত্যাদি দূরীভূত করিবে না। সম্ভব হইলে নষ্ট না করিয়া বরং তাহা রক্ষা করিতে যত্ন করিবে। তখন পচন নিবারক ঔষধ দ্বারা ক্ষত পুঁজ বিহীন করিয়া রাখিবে। সুস্থ ক্ষতাঙ্কুর উৎপন্ন হইলেই আপনা হইতেই বিনষ্ট বিধান সমূহ দূরীভূত হইবে। ত্বক আবরণ রূপে কার্য্য করে।

২। তৈল বা তদ্রূপ পদার্থ কখন ড্রেসিং রূপে প্রয়োগ করিবে না। তাহা করিলে পুয়োৎপন্ন হইয়া থাকে।

৩। শীঘ্র শীঘ্র ড্রেসিং পরিবর্ত্তন করিবে না। উৎকৃষ্ট পচন নিবারক ড্রেসিং ক্ষত পরিষ্কার রাখে। কোন গন্ধ হইতে দেয় না। তজ্জন্য শীঘ্র শীঘ্র ড্রেসিং পরিবর্ত্তনের আবশ্যকতা উপস্থিত হয় না।

দগ্ধ ক্ষতের চিকিৎসায় দগ্ধ হওয়া মাত্র যত শীঘ্র ড্রেসিং প্রয়োগ করা হয় ততই ভাল। তবে সকল সময়ে এই প্রণালীতে চিকিৎসা করা যায় না। শীঘ্র ড্রেসিং প্রয়োগ করিলে রোগী সুবিধা বোধ করে। ডাক্তার মানসন্ মহাশয় এমন দেখিয়াছেন যে, দীর্ঘকাল—মাসাধিক কাল কুচিকিৎসায় অতিবাহিত হওয়ায় ক্ষতে পূয হইয়াছে, কিন্তু পচন নিবারক প্রণালীতে চিকিৎসা করায় সেই ক্ষত ৪ ৫ দিবস মধ্যে পূয় রহিত হইয়া সুস্থ ক্ষতাঙ্কুর দ্বারা পূর্ণ হইয়াছে। অল্প সময় মধ্যে ক্ষত শুষ্ক হইয়া গিয়াছে। ক্ষত শুষ্কজন্য কঠিন স্কার হয় নাই। রোগীর শরীর পূর্ব্ব হইতে সুস্থ থাকিলে কোনরূপ ঔষধ পান করানের আবশ্যকতা উপস্থিত হয় না। কোনরূপ উত্তেজক, বিরেচক, বা অবসাদক ঔষধের আবশ্যকতা উপস্থিত হয় না। কেবল মাত্র প্রথম সময়ে বেদনা নিবারণ—জন্য স্নায়বীয় উত্তেজনা নিবারণ জন্য এক মাত্রা অধস্ত্বাচিক ঔষধ প্রয়োগ করা উচিত। নতুবা এণ্টিসেপ্টিক্ ড্রেসিং প্রয়োগ করিলেই আর কোন ব্যাপক মন্দ লক্ষণ উপস্থিত হইতে দেখা যায় না।

তৈল পচন নিবারক নহে এবং পুয়োৎপত্তির বাধা প্রদান করে না। এই কারণ জন্য তৈল প্রয়োগ করিতে নিষেধ করেন। এসিড এবং নাইট্রেট অব্ সিলভার প্রয়োগ করিলে বিনষ্ট গঠন পুনর্গঠনের সাহায্য না করিয়া বরং বাধা প্রদান করে, এই ঘটনায়

স্কাবের উৎপত্তি হয়, তজ্জন্য ঐ সমস্ত ঔষধ প্রয়োগ করা উচিত নহে। এটেসিভ ষ্ট্যাপস্ দ্বারা ক্ষতাঙ্কুর বিনষ্ট হয়, সুস্থ গ্রানুলেশন উৎপত্তির বাধা প্রদান করে। তজ্জন্য ইহাও প্রয়োগ করা অনুচিত। কার্ব্বনেট অব্ লেড ড্রেসিং প্রয়োগ করিলে তদ্দ্বারা বিষাক্ত হওয়ার বিশেষ আশঙ্কা থাকে। তজ্জন্য এই ঔষধ প্রয়োগ করিতে নাই। এই কার্ব্বনেট অব্ লেড দ্বারা বিষাক্ত হওয়ার উহা প্রদাহরণ প্রদান করিয়াছেন। কার্ব্বনেট অব্ সোডা এবং হাইড্রোজেন ডাই অক্সাইড্ দ্বারা চিকিৎসা করিলে মন্দ ফল হয় না, তবে এই ঔষধের বিধানের জীবনীশক্তি বৃদ্ধি করার শক্তি নাই অথচ দগ্ধ ক্ষতের চিকিৎসায় এইটীই প্রধান বিষয়। সুতরাং উক্ত ঔষধ দ্বারা চিকিৎসা করাও সুবিধাজনক নহে। এই প্রণালীতে লেখক প্রচলিত প্রায় অধিকাংশ ঔষধই অকর্ম্মণ্য বলিয়া উল্লেখ করিয়াছেন।

ডাক্তার মানশনের মতে চিকিৎসা করিতে হইলে নিম্নলিখিত প্রণালীতে ঔষধ প্রয়োগ করিতে হয়।

দগ্ধ ক্ষতের চিকিৎসার জন্য আহূত হইলে প্রথমেই বেদনা নিবারণ জন্য অধস্ত্বাচিক প্রণালীতে এক মাত্রা ঔষধ প্রয়োগ করিবে।

দ্বিতীয়। রোগীর শয়নের জন্য কোমল শয্যা প্রস্তুত করিবে। যদি দেহ দগ্ধ হইয়া থাকে তবে সমস্ত অংশ আবৃত হইতে পারে এমত একখণ্ড রবারের চাদর বা গটাপার্চ্চাটিস্থ সংগ্রহ করিবে। ইহার উদ্দেশ্য এই যে, ড্রেসিং হইতে ঔষধ বাষ্প হইয়া উড়িয়া যাইতে পারে না এবং শয্যাও নষ্ট হয় না।

তৃতীয়—এক ইঞ্চ স্থূল এবসর্বেণ্ট কটন এত বড় হওয়া আবশ্যক যে, দগ্ধের স্থান সম্পূর্ণ আবৃত হইতে পারে।

চতুর্থ—এমত বৃহৎ ও বিস্তৃত এক খণ্ড পাত্র সংগ্রহ করিবে যে, তাহাতে পূর্ব্বোক্ত এবসর্বেণ্ট কটন খণ্ড ভিজাইতে পারা যায়। এই পাত্রে উপযুক্ত, উষ্ণ পচন নিবারক দ্রব ঢালিয়া দিয়া তন্মধ্যে ঐ কটন ভিজাইয়া লইয়া রবারের চাদরের উপরে বিস্তৃত করিয়া স্থাপন করিবে। এই কটনের উপরে এক খণ্ড পাতলা গজ স্থাপন করিবে। ইহাও পচন নিবারক জলে সিক্ত করিয়া লইতে হয়। এই গজ প্রয়োগ করার উদ্দেশ্য এই যে তুলা ক্ষতসহ আবদ্ধ হইয়া না থাকিতে পারে।

এইরূপে ড্রেসিং প্রস্তুত হইলে তদুপরি রোগীকে শয়ন করাইয়া পূর্ব্বোক্ত রবারের চাদর সহ কটন দ্বারা রোগীর দেহ বেষ্টন করিয়া প্রথমে কটনের উভয় পার্শ্ব একত্র করিয়া আবদ্ধ করিয়া তারপর রবারের চাদরের উভয় পার্শ্ব একত্র করিয়া সেলাই করিয়া আবদ্ধ করিয়া রাখিবে। খুব কষিয়া বাঁধা না হয় তৎপ্রতি লক্ষ্য রাখা আবশ্যক।

রোগী সম্পূর্ণ আরোগ্য না হওয়া পর্য্যন্ত এই প্রণালীতেই ঔষধ প্রয়োগ করিবে। রোগীর শয্যা কোমল হওয়া আবশ্যক।

দগ্ধ ক্ষত চিকিৎসায় এমন আর ক্যাংগ অইলের দিন নাই। কারণ তাহা পচন নিবারক নহে।

---

## দগ্ধ ক্ষতের চিকিৎসা।

( BIDDLE. )

ডাক্তার বাইডল মহাশয় এসল্যাণ্ডার মিলার হস্পিটালে দীর্ঘকাল যাবৎ বহুসংখ্যক দগ্ধ-

ক্ষতের রোগীর চিকিৎসায় কার্ব্বনেট অফ্ লেড প্রয়োগ করিয়া সুফল লাভ করতঃ তৎ বিবরণ পেন্‌সিল ভায়না মেডিকেল জর্ণাল নামক পত্রিকায় প্রকাশ করিয়াছেন। আমরা তাহার স্থূল মর্ম্ম নিম্নে সংগ্রহ করিলাম।

কার্ব্বনেট অফ্ লেড্, পল্‌ভ একাসিয়া, বাহ কার্ব্বনেট অফ্ সোডা এবং তিসির তৈল দ্বারা পাতলা মলম প্রস্তুত করিয়া তাহা ফ্লানেলে লিপ্ত করিয়া থাকেন। মলম তৈল দ্বারা এমত পাতলা করিতে হয় যে তাহা যেন সহজে ফ্লানেলের উপর লাগান যায়। ডাক্তার বাইডলের মতে বর্ত্তমান সময় পর্য্যন্ত দগ্ধ-ক্ষতের চিকিৎসার যত প্রকার ঔষধ প্রয়োগ হয় তন্মধ্যে ইহাই সর্ব্বোৎকৃষ্ট। তাঁহার মতে যদি উপযুক্ত ভাবে এই ঔষধ প্রয়োগ করা যায় তবে ক্ষত শুষ্কের দাগ হইতে পারে না। ক্ষতোপরি মলম এ ভাবে প্রয়োগ করিবে যে তাহা সম্পূর্ণরূপে আবৃত হইতে পারে। ব্যাণ্ডেজ দ্বারা আবদ্ধ করিয়া রাখা আবশ্যক।

ইনি দগ্ধ ক্ষতের উপরে যদি বিনষ্ট ত্বক দেখিতে পান তাহা তৎক্ষণাৎ কাঁচি দ্বারা কাটিয়া দূরীভূত করিয়া থাকেন। ইঁহার বিশ্বাস এই যে, বিনষ্ট ত্বক্ বা বিনষ্ট বিধান অপেক্ষা উৎকৃষ্ট ড্রেসিং দ্বারা ক্ষত উত্তমরূপে আবৃত রাখা যাইতে পারে। যখন আবশ্যক বোধ করিবে তখনি ড্রেসিং পরিবর্ত্তন করিতে হইবে। ক্ষতাঙ্কুর উচ্চ হইয়া উঠিলে স্যালিসিলিক এসিড চূর্ণ প্রক্ষেপ করিলেই তাহা সমান হইতে পারে। কার্ব্বনেট অফ্ লেড মলম ১০—১৫ বা তদপেক্ষা অধিক দিবস প্রয়োগ করা যাইতে পারে। কত দিবস প্রয়োগ করা উচিত, তাহা ক্ষতের অবস্থা দেখিয়া স্থির করিতে হয়। যে স্থলে অধিক স্থান দগ্ধ হয় সেস্থলে স্কিন গ্রাফ্টিং করা আবশ্যক। অঙ্গ বিকৃতির আশঙ্কা থাকিলে, কোন টেনডনের নিকট কিম্বা গভীর ক্ষত হইলেও শীঘ্র স্কিন গ্রাফ্টিং আবশ্যক।

অন্ত্রের প্রদাহ জন্য উদরাময় হইলে সব্ নাইট্রেট অফ্ বিসমথ, স্যালোল, এবং ক্রিয়োজোট প্রয়োগ করিলে তাহা দমন হয়।

নিউমোনিয়া উপস্থিত হওয়াতেই অনেক দগ্ধ ক্ষতগ্রস্ত লোকের জীবন নষ্ট হয়। ডিউডিনমের ক্ষত জন্য অধিক লোকের জীবন নষ্ট হয় না, ইহাই লেখকের বিশ্বাস। বিস্তৃত ক্ষতের স্রাব জন্য অবসন্নতাও মৃত্যুর প্রধান কারণ।

পূয়োৎপত্তির পর দীর্ঘকাল উক্ত মলম ব্যবহার করিলে বিষাক্ততার লক্ষণ প্রকাশিত হওয়ার সম্ভাবনা। বিষাক্ততার লক্ষণ প্রকাশিত হইলে ইনি সালফেট অফ্ ম্যাগনেসিয়া প্রয়োগ করিয়া থাকেন। কিন্তু লেখক বিষাক্ততার জন্য কখন মন্দ লক্ষণ উপস্থিত হইতে দেখেন নাই। তাহা একেসিয়ার সহিত লেডের মিশ্রিত হওয়ার ফল।

প্রথমে ডাক্তার মানশনের দগ্ধ ক্ষতের চিকিৎসা প্রণালী উদ্ধৃত করিয়াছি। তৎসহ পাঠক মহাশয় সেই লেখকের চিকিৎসা প্রণালী মিল করিয়া দেখিবেন। উভয়ের মত কত বিভিন্ন এবং কত বিপরীত। অধিকাংশ বিষয়ে চিকিৎসকদিগকে সেইরূপ বিভিন্ন মতাবলম্বী হইতে দেখা যায়। কোন্ মত উৎকৃষ্ট, তাহা নির্ণয় করা সহজ নহে। একজন যাহা ভাল বলেন, অপরে তাহাই মন্দ বলেন। সুতরাং ভাল মন্দ স্থির করা বড়ই কঠিন।

## আঞ্জুনীর চিকিৎসা।

( H. D Burns )

আঞ্জুনী ইত্যাদি বিশেষ চক্ষু চিকিৎসক-দিগের আয়ত্বাধীন হইলেও সকল চিকিৎসকেই ইহার অল্প বিস্তর চিকিৎসা করিতে হয়। আঞ্জুনী না উঠিয়া বসিয়া যায় সেইজন্য জলৌকা প্রয়োগ করা হয় কিন্তু সাধারণ চিকিৎসকের পক্ষে জলৌকা প্রয়োগ না করাই ভাল। আঞ্জুনী বসাইয়া দিতে ইচ্ছা করিলে বেশী উষ্ণ জলের সেক ব্যবস্থা করা উচিত। সেই সেকে আঞ্জুনী বসিয়া যাওয়ার সম্ভাবনা কিন্তু একবার শ্বাবস্ত হইলে তাহা কদাচিৎ বসিয়া যায়। না বসিলেও সেক দ্বারা যন্ত্রণাদির বিশেষ উপশম হয়, তাহার সন্দেহ নাই। পরন্তু উষ্ণ সেক দ্বারা না বসিলে তাহা শীঘ্র সুপক্ক হয় এবং তখন সূচ দ্বারাই হউক বা অন্য অস্ত্র দ্বারাই শীঘ্রই পূয বাহির করিয়া দেওয়া কর্ত্তব্য।

আঞ্জুনী একবার হইলে পুনঃ পুনঃ হইতে দেখা যায়। ইহার প্রতিবিধান জন্য মার্কুরী বাইক্লোরাইড্ লোশন (১—১০০০) দ্বারা ভ্রূ, অক্ষিপক্ষ্মের বাহ্যদেশ এবং তৎসন্নিকট-বর্ত্তী অন্যান্য স্থান ধৌত করা কর্ত্তব্য। এই ঔষধ প্রয়োগ সময়ে চক্ষু বন্ধ করিয়া থাকিতে হইবে। দ্রব সদ্যঃ প্রস্তুত করিয়া ব্যবহার না করিলে সুফল হয় না। পূযোৎপাদকজীবাণু বিনষ্ট হওয়ায় আর আঞ্জুনী হয় না। এক পক্ষকাল দুই বেলা ঔষধ প্রয়োগ আবশ্যক।

---

## কর্ণ গহ্বর হইতে বাহ্য বস্তু বহিষ্করণের নূতন উপায়।

বালক বালিকারা খেলারচ্ছলে অনেক সময়ে মটর কলাই ইত্যাদি পদার্থ কর্ণের মধ্যে প্রবিষ্ট করাইয়া থাকে। সেই পদার্থ বহির্গত করা যে কত কঠিন, চিকিৎসক মাত্রেই তাহা অবগত আছেন। প্রবিষ্ট পদার্থ স্ফীত হইয়া আবদ্ধ হইলে শেষে এত বেদনা হয় যে অন্যান্য যন্ত্রাদি প্রবেশ করান তো দূরের কথা কর্ণ স্পর্শ করিলেই শিশু কাঁদিয়া অস্থির হয়। ঐ সকল পদার্থ বহির্গত করার যে সমস্ত বিশেষ যন্ত্র আছে, পল্লীগ্রামের চিকিৎসক দিগের মধ্যে অতি অল্পসংখ্যক চিকিৎসকের সে সমস্ত যন্ত্র থাকিয়া থাকেন। সুতরাং সকলেরই এইরূপ উপায় অবগত থাকা আবশ্যক মনে করিয়া নিম্নলিখিত সহজ উপায়টী আমরা Med press নামক পত্রিকা হইতে সঙ্কলিত করিলাম।

কর্ণের মধ্যে সহজে যাইতে পারে এমত একটী কোমল রবারের নল সুবিধা অনুযায়ী কিঞ্চিৎ ন্যূনাধিক তিন ইঞ্চ দীর্ঘ করিয়া কাটিয়া লইবে। ইহার এক অস্ত প্যারাফিনের মধ্যে ডুবাইয়া সেই অস্তই ধীর ভাবে অল্পে অল্পে কর্ণের মধ্যে প্রবেশ করাইতে আরম্ভ করিবে। যখন ঐ নল কর্ণ মধ্যস্থিত বাহ্য বস্তুর সহিত সংলগ্ন হইবে, তখন নলের অপর প্রান্ত চিকিৎসক নিজ মুখের মধ্যে দিয়া সবলে আকর্ষণ করিবেন। যে ভাবে হুঁকায় দোম দেওয়া হয় সেই ভাবে আকর্ষণ করিয়া নিজ মস্তক পশ্চাৎ দিকে দ্রুত সরাইয়া লইবেন। এইরূপ আকর্ষণ এবং মস্তক পশ্চাৎ দিকে সরানের সময়েই নলের সহিত বাহ্য বস্তু বহির্গত হইয়া আইসে। মসুর, মটর, কলাই ইত্যাদির ন্যায় গোলাকার পদার্থ হইলে এই উপায়ে তাহা বহির্গত হওয়া সম্ভব

নতুবা কোণাকৃতির কোন পদার্থ হইলে বর্ণিত উপায়ে বহির্গত হইবে কি না, সন্দেহ।

## টিউবারকিউলোসিসের ঔষধীয় চিকিৎসা।

(J. SHOOP.)

টিউবারকিউলোসিসের চিকিৎসায় নিম্নলিখিত শ্রেণীর ঔষধ প্রয়োগ করা উচিত।

১। যে সকল ঔষধ বৈধানিক পরিবর্ত্তন করিয়া সুস্থ বিধান প্রস্তুত করে। যেমন—লৌহ, আর্সেনিক, ষ্ট্রীকৃনিন্, ফস্‌ফরস্, এবং উদ্ভিজ্য বলকারক।

২। যে সকল ঔষধে রোগ জীবাণু নষ্ট করে এবং ফুস্‌ফুস্ পথে বহির্গত হওয়া সময়ে পীড়িত বিধানের উপর কার্য্য করার সুযোগ প্রাপ্ত হয়। ক্রিয়োজোট এই শ্রেণীর ঔষধ। অধিক মাত্রায় প্রয়োগ করিতে হয়। কিন্তু স্থানিক মর্দ্দন, বাষ্প প্রয়োগ বা মুখ পথে প্রয়োগ করিয়া আশানুরূপ ফল পাওয়া যায় না। কারণ মালিশ করিলেও ইহার গন্ধ অসহ্য বোধ হয় এবং উত্তেজনা উপস্থিত করে। বাষ্পরূপে নাসিকা পথে প্রয়োগ করিলেও অত্যন্ত উত্তেজনা উপস্থিত করে, পরন্তু সাধারণ বায়বীয় তৈল অপেক্ষা অধিক ফল প্রদান করে না, মলদ্বার পথে প্রয়োগ করিয়াও সুফল পাওয়া যায় না। ইহা প্রয়োগ করিতে হইলে পিচকারী দ্বারা ট্রোকিয়ার মধ্যে প্রয়োগ করিয়াই সুফল পাওয়া যায়। এই প্রণালীতে প্রয়োগ করায় শীঘ্রই কাসের উপশম হয় এবং শ্লেষ্মার দুর্গন্ধ পরিবর্ত্তিত হয়। লেখক Guaiacol কেই উৎকৃষ্ট বিবেচনা করেন। কারণ গোয়েকল প্রয়োগ করিলে রোগী তত অসহ্য বোধ করে না, পরিপাক যন্ত্রের তত উপদ্রব উপস্থিত করে না, এবং অল্প সময়ে পরিপাক হয়। সাধারণতঃ গোয়েকল কার্ব্ব ব্যবস্থা করা হইয়া থাকে। কিন্তু যে স্থলে স্নায়বীয় লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে সে স্থলে গোয়েকল কার্ব্ব অপেক্ষা গোয়েকল ভেলেরিয়েনেট উৎকৃষ্ট। এই ঔষধ বেশ সহ্য হয়। লেখক ইক্‌থাইওল ব্যবহার পরিত্যাগ করিয়াছেন। কারণ এই ঔষধে বিবমিষা, উদ্গার ইত্যাদি উপসর্গ আনয়ন করে। ইক্‌থাইওলে গন্ধক বর্ত্তমান থাকে জন্যই তদ্দ্বারা উপকার পাইয়া থাক সুতরাং সালফার দিলেই হইতে পারে।

৩। যে সকল ঔষধে ফ্যাগোসাইটোসিস্ উত্তেজিত করে তাহা ব্যবস্থা করা কর্ত্তব্য। সিরম, সিনামিক এসিড্ ইত্যাদি এই শ্রেণীর। এতৎ সহ আর্সেনিক মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করিলে অধিক সুফল হওয়ার সম্ভাবনা। নিম্নলিখিত প্রণালীতে ঔষধ প্রয়োগ করিতে হয়।

Re

| | |
|---|---|
| এসিডাই আর্সেনেসাই | gr x |
| পটাশ কার্ব্ব | gr xvii |
| এসিডাই সিনামিসাই | ʒss |
| একোয়া ডিষ্টিল | ad ʒi |

মিশ্রিত করিয়া স্ফুটিত করিয়া ও তৎপর নিম্নলিখিত ঔষধ সংযোগ করিতে হইবে।

| | |
|---|---|
| একষ্টা লিকুইড ওপিয়াই | m xxx |
| ভাইনাই গ্যালিসাই | ʒss |
| একোয়া ডিষ্টিল | ʒii |

এই মিশ্রিত করিয়া প্রথমে তিন ফোটা মাত্রায় আরম্ভ করিয়া ক্রমে ক্রমে মাত্রা বৃদ্ধি করিয়া বিশ ফোটা পর্য্যন্ত বৃদ্ধি করিয়া আর

বৃদ্ধি করার আবশ্যক হয় না। আহারান্তে সেবন করা উচিত। প্রত্যহ দুইবার সেবন করা আবশ্যক।

---

## ম্যালেরিয়ায় কুইনাইন এবং মিথিলিন ব্লু।

( J. T. Moore )

ডাক্তার মুর এবং এলিশন মহাশয়দ্বয় ম্যালেরিয়ার উপর কুইনাইন এবং মিথিলিন ব্লু, কিরূপ কার্য্য করে, তাহা পরীক্ষা করিয়া পরস্পর তুলনা করিয়া দেখিয়াছেন, তাঁহাদিগের পরীক্ষার ফল নিম্নে সঙ্কলিত হইল।

১। মিথিলিন ব্লু, দ্বারা অনেক স্থলে ম্যালেরিয়া রোগজীবাণু বিনষ্ট হয় সত্য কিন্তু কুইনাইন অপেক্ষা ইহার ক্রিয়া অনিশ্চিত।

২। সম্ভবতঃ পুরাতন পীড়ায় মিথিলিন ব্লু, দ্বারা বিশেষ উপকার হইতে পারে। কিন্তু তাহা কুইনাইন অপেক্ষা অধিক উপকারী নহে।

৩। ইহার ক্রিয়া কুইনাইন অপেক্ষা অতৃপ্তীকর।

৪। গর্ভাবস্থা কিম্বা ধাতুপ্রকৃতির বিশেষত্ব ইত্যাদি কোন কারণ জন্য যেস্থলে কুইনাইন প্রয়োগ অবিধেয়। কেবল সেই স্থলেই মিথিলিন ব্লু ব্যবস্থা করা কর্ত্তব্য। নতুবা কুইনাইনের পরিবর্ত্তে সমান কার্য্যকারী ঔষধ বলিয়া কখন ব্যবস্থা করা উচিত নহে।

৫। যে স্থলে জ্বর সহ হিমেচুরিয়া বা হিমোগ্লোবিনিয়া বর্ত্তমান থাকে সেস্থলে কুইনাইন অপেক্ষা মিথিলিনব্লু প্রশস্ত। কারণ মিথিলিন ব্লুএর মূত্র কারক ক্রিয়া থাকায় অধিক উপকার হওয়ার আশা করা যাইতে পারে কিন্তু তাহা এখনও পরীক্ষা করা হয় নাই।

৬। মিথিলিনব্লু অপেক্ষা কুইনাইন শীঘ্র কার্য্য করে এবং ইহার ক্রিয়াও নিশ্চিত। সুতরাং মিথিলিন ব্লু অপেক্ষা কুইনাইনই শ্রেষ্ঠ।

## নিফ্রাইটিসজাত চক্ষু পীড়া।

( W O Nance )

মূত্রপিণ্ডের পীড়া হইলে চক্ষু আক্রান্ত হওয়া অতি সাধারণ। চক্ষে এমন কোন শোণিতবহা নাই যে, তাহা নিফ্রাইটিস পীড়া জন্য আক্রান্ত না হয়। রেটিনা, কঞ্জংটাইভা, এবং অক্ষিপল্লব সমূহ আক্রান্ত হইতে পারে। বাহ্যপেশী সমূহে বৈকারিক পরিবর্ত্তনের লক্ষণ উপস্থিত হয়, চক্ষিপল্লবে শোথ—বিশেষতঃ নিম্ন অক্ষিপল্লবে শোথ হইলে মূত্রপিণ্ডের পীড়া হইয়াছে, এমত সন্দেহ সহসাই উপস্থিত হইয়া থাকে। কঞ্জংটাইভার রক্ত জমা অথবা শোথের লক্ষণ হইতে দেখা যায়। এই সকল অবস্থায় মূত্র পরীক্ষা করা বিশেষ আবশ্যক। অবশ্য উপযুক্ত কারণ না পাইলেই এই কারণ সন্দেহ করিতে হয়; ৪০ বৎসরের অধিক বয়স্ক কোন লোকের কঞ্জংটাইভায় পুনঃ পুনঃ রক্ত সঞ্চিত হইতে থাকিলে নিফ্রাইটিসের সন্দেহ করিতে হয়। উপদংশ কিম্বা রক্তের কোন ইতিবৃত্ত নাই অথচ আইরাইটিস্ হইয়াছে, সেস্থলেও মূত্র পরীক্ষা করা আবশ্যক। মধ্য বয়সে দৃষ্টিশক্তির বিঘ্ন হওয়ার কারণ অনেক স্থলে মূত্র যন্ত্রের প্রদাহ। নিফ্রাইটিস্ পীড়ার মন্দ অবস্থাতেই রেটিনাইটিস হইতে দেখা

যায় এবং এইরূপ ঘটনার পরিণাম ফল নিশ্চয়ই মন্দ।

এমন অনেকস্থলে দেখা গিয়াছে যে, মূত্র যন্ত্রের কোন পীড়া আছে, পূর্ব্বে তাহা সন্দেহ করা হয় নাই। কিন্তু চক্ষের পীড়া হওয়ায় মূত্র পরীক্ষা করিয়া দেখা গিয়াছে যে, মূত্র যন্ত্রের পীড়া খুব প্রবল ভাবে বর্ত্তমান আছে। তজ্জন্য চক্ষের অনেক পীড়াতেই মূত্র পরীক্ষা করিতে হয়।

---

## চক্ষের পীড়ায় উষ্ণ এবং শীতল জল।

( W. O. Nance )

১। চক্ষের পীড়ায় উষ্ণতা এবং শৈত্য প্রয়োগ করিতে হইলে তাহা বস্ত্রখণ্ড সিক্ত করিয়াই উত্তমরূপে প্রযোগ করা যায়। তাহার ফলও সন্তোষজনক। থলী পূর্ণ করিয়া বরফ বা উষ্ণ জল প্রয়োগ করা অপেক্ষা বস্ত্রখণ্ড সিক্ত করিয়া প্রয়োগ করিলে অধিকতর সুফল হইতে দেখা যায়। এই প্রণালীতে প্রয়োগ করিলে তাহার ক্রিয়া-গভীর স্তর পর্য্যন্ত প্রবেশ করে এবং অধিক রোগজীবাণু নাশক ক্রিয়া প্রকাশ করে।

২। নিম্নলিখিত কয়েক অবস্থায় উষ্ণতা প্রয়োগে অধিক সুফল হয় যথা—কর্ণিয়ার অপকর্ষতা জনিত অবস্থা; যেমন—হণ্টার-ষ্টিসিয়াল এবং ক্লিষ্টানিউলার কিরেটাইটিস, কর্ণিয়ার ক্ষত, পানাস, কর্ণিয়ার দূষিত আঘাত, পূয়োযুক্ত প্যান অফ্থ্যলমাইটিস্, আইরাইটিস্, সিক্লাইটিস্, পৈশিক আক্ষেপ, এবং অক্ষিপল্লবের কাণ্টউশন। অক্ষি পল্লবে রক্ত জমা ( ব্ল্যাক আই ) হইয়া থাকিলে যদি উষ্ণতা প্রয়োগ করা যায় তবে শীঘ্র তাহা শোষিত হয়।

৩। রোগী যে পরিমাণ উষ্ণতা সহ্য ( ১১০—১৩৫ ) করিতে পারে তাহাই এক বারে ১৫ মিনিট কাল প্রয়োগ করিবে। ২।৩ ঘণ্টা পর পুনর্ব্বার প্রয়োগ করিবে। আবশ্যক হইলে প্রত্যহ কয়েকবার প্রযোগ করা যাইতে পারে।

৪। নিম্নলিখিত কয়েকটী অবস্থায় শৈত্য উপকারী। যথা—কঞ্জঙ্কটাইভার রক্তাধিক্য এবং প্রদাহ, পূয়যুক্ত কঞ্জঙ্কটাইভাইটিসে শৈত্য প্রয়োগ করিলে বিশেষ উপকার হয়। আইরিশ এবং লেন্সে আঘাত। অক্ষিপল্লবে আঘাত জন্য কণ্টিউশন হইলে প্রথম অবস্থায় শৈত্য প্রয়োগ করিয়া সুফল পাওয়া যায়।

৫ পুরুলেট কঞ্জঙ্কটাইটিসে যতক্ষণ পর্য্যন্ত কর্ণিয়া ভাল থাকে ততক্ষণ পর্য্যন্ত বরফ প্রযোগ করা যাইতে পারে। কিন্তু কর্ণিয়া আক্রান্ত হইলে বরফ প্রয়োগে উপকার না হইয়া বরং অপকার হয়।

৬। চক্ষে ঔষধ প্রয়োগ করিয়া তৎপর যদি উষ্ণতা প্রয়োগ করা যায় তাহা হইলে অনেক ঔষধীয় দ্রব শীঘ্র শোষিত হয়। ঔষধ প্রয়োগ করিয়া তাহার অব্যবহিত পরেই উষ্ণতা প্রয়োগ করা আবশ্যক।

---

## শিশুর লোবার নিউমোনিয়া চিকিৎসা।

( Dr. Cheney )

স্যানফ্রান্সিকোর ডাক্তার চিনী মহাশয়

বলেন—শিশুদিগের দোবার নিউমোনিযার চিকিৎসা সরল হওয়া উচিত। কারণ পীড়ার গতি আপনা হইতেই সীমাবদ্ধ, পীড়ার নির্দ্দিষ্ট ভোগকাল শেষ হইলে তাহা আপনা হইতেই আরোগ্য হয়, তবে যে পর্য্যন্ত পীড়ার ভোগকাল শেষ না হয় সে পর্য্যন্ত শিশুর শক্তি রক্ষা করিয়া যাইতে হয়। তজ্জন্য পথ্যের প্রতি সতর্ক দৃষ্টি রাখিয়া নিযমিত সময় পর পর উপযুক্ত পথ্য প্রযোগ করা আবশ্যক। যে শিশু মাতৃস্তন্য পান করে তাহাকে তাহাই পান করিতে দেওয়া উচিত। যে শিশু কৃত্রিম খাদ্যে বর্দ্ধিত হইতেছে তাহাকেও সেই খাদ্য দেওয়া উচিত; তবে দেখিতে হইবে যে, তাহা পরিপাক হইতেছে কিনা, যদি না হয় তবে পেপ্‌টোনাইজ করিয়া দেওয়া আবশ্যক। দৈহিক উত্তাপ অধিক হইলে খাদ্য জীর্ণ হয় না জন্যই সেইরূপ করিতে হয়। জ্বর নাশক কোন ঔষধ প্রয়োগ করিতে নাই। শীতল জল দ্বারা গা মুছাইয়া দিলে উত্তাপ কম হয় অথচ কোন অবসাদন আনয়ন করে না। কাসীর প্রাবল্য, অধৈর্য্য এবং অনিদ্রা নিবারণ জন্য ডোভারস্ পাউডার উৎকৃষ্ট ঔষধ, ডাক্তার চিনী মহাশয় শিশুদিগের দোবার নিউমোনিয়া পীড়ায় কেবল এই ঔষধটীর প্রযোগ করিয়া থাকেন। অবসাদের লক্ষণ—যেমন নাড়ীর গতি প্রতি মিনিটে ১৫০ উপর হইলে বা অস্বাভাবিক দোর করিলে ব্রাণ্ডী ব্যবস্থা করিতে হয়। ১০—৩০ মিনিম মাত্রায় দুই ঘণ্টা পর পর পান করাইবে। এতৎসহ যথেষ্ট পরিমাণে জল মিশ্রিত করা উচিত। ১/১০—১/৫০ গ্রেণ মাত্রায় ষ্ট্রীকনিন ছয় ঘণ্টা পর পর দেওয়া যাইতে পারে। ১/১০০—১/১৫০ গ্রেণ মাত্রায় এট্রোপিন ছয় ঘণ্টা পর পর সেবন করাইলে উপকার হয়। ক্রাইসিসের সময় জ্বর ত্যাগ হইয়া যখন অবসন্নতা উপস্থিত হয় তখন উষ্ণ মাষ্টার্ডবাথ প্রযোগ করিলে বেশ সুফল হইতে দেখা যায়। ইহার পরে ঘর্ষণ দ্বারা দেহ উষ্ণ করার চেষ্টা করিতে হয়। ইহা স্মরণ রাখা উচিত যে, অনেক সময়ে শিশুর পীড়ার জন্য যত অনিষ্ট না হয় অত্যধিক ঔষধ প্রয়োগে তদপেক্ষা অধিক অনিষ্ট হইয়া থাকে।

# সংবাদ।

## বঙ্গীয় সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রেণীর পঞ্চম বার্ষিক পরীক্ষার প্রশ্ন।

১৫ই এপ্রিল, ১৯০৩।

### শরীর তত্ত্ব।

১। স্কন্ধ সন্ধির বর্ণনা কর। এই সন্ধির সহিত যে যে পেশীর সম্বন্ধ আছে, তাহা লিখ।

২। পল্পিটিবাল স্পেচের বর্ণনা কর। (ক) তাহার সীমা, (খ) তাহার অবস্থান, (গ) তন্মধ্যে যে যে গঠন বিদ্যমান থাকে, তাহা লিখ।

৩। ব্রেকিয়াল ধমনীর গতি, সম্বন্ধ এবং শাখা সমূহের নাম লিখ।

### অস্ত্র চিকিৎসা তত্ত্ব।

১। গ্যাংগ্রেণ কি? তাহার নানা-

প্রকার কারণ, লক্ষণ, ভাবিফল, এবং চিকিৎসা বর্ণনা কর।

২। একটী আইবাইটিস্ রোগীর বর্ণনা কর। তাহার কারণ, লক্ষণ, ভাবিফল এবং চিকিৎসা বর্ণনা কর।

৩। ক্লাভিকেল অস্থি কিরূপে ভগ্ন হয়? তাহার লক্ষণ বর্ণনা কর এবং তুমি যেরূপে চিকিৎসা করিবে, তাহা লিখ

## চিকিৎসা তত্ত্ব।

১। যে এণ্টোজোয়া মনুষ্য শরীর আক্রমণ করে, তাহার নাম লিখ। কোন স্থানে তাহা দেখা যায় এবং কিরূপে শরীরে প্রবেশ করে, তাহা শরীর হইতে বহির্গত করার জন্য বা বিনষ্ট করার জন্য কিরূপ চিকিৎসার আবশ্যক।

২। একটী বসন্ত রোগীর বর্ণনা কর। তাহার লক্ষণ, ভাবিফল এবং চিকিৎসা বর্ণনা কর। চিকেন পক্সের সহিত কিরূপে পার্থক্য নিরূপণ করিবে, তাহা লিখ।

## ঔষধ প্রস্তুত প্রকরণ তত্ত্ব।

২। নিম্নলিখিত ঔষধ সকল কোন্ কোন্ ঔষধ সম্মিলনে প্রস্তুত? এবং তাহাদিগের মাত্রা লিখ।

পিল হাইড্রার্জিয়াইসবক্লোরিডাই কম্পোজিটা

পল্‌ভ্ বিয়াই কম্পোজিটা

টিংচার ক্যাম্ফার কম্পোজিটা

টিংচার ক্লোরফরমাই ইট মর্ফিনী কম্পোজিটা

পলভ জালাপ কম্পোজিটা

পিল কলসিন্ধ কম্পোজিটা

## ভৈষজ্য তত্ত্ব।

১। একোনাইট, বেলেডোনা এবং স্কুইল, ইহাদিগের ক্রিয়া এবং আময়িক প্রয়োগ বর্ণনা কর।

২। বমনকারক ঔষধগুলির নাম ও তাহাদিগের প্রয়োগ প্রণালী এবং মাত্রা লিখ।

৩। যে প্রযোগরূপে গোয়ে কম আছে তাহার নাম লিখ। তাহার মাত্রা লিখ।

## চিকিৎসালয় এবং সাধারণ স্বাস্থ্য তত্ত্ব।

১। অপরিস্কার জল ব্যবহার করিলে কোন্ কোন্ পীড়া হওয়ার সম্ভাবনা। জল পরিস্কার করার জন্য তুমি কি উপায় অবলম্বন করিবে?

২। জেলখানার ডিসেণ্ট্রি এবং টিউবারকিউলোসিস্ পীড়া বিস্তৃতির প্রতিবিধান জন্য তুমি কিউপায় অবলম্বন করিবে?

## বৈদ্যিক ব্যবহার তত্ত্ব।

১। জলমগ্নে মৃত ব্যক্তির অনুমৃত পরীক্ষায় যে যে লক্ষণ পাওয়া যায় তাহা লিখ।

২। অহিফেন দ্বারা বিষাক্ততার লক্ষণ, চিকিৎসা এবং অনুমৃত পরীক্ষার বিবরণ বর্ণনা কর।

৩। গর্ভের লক্ষণ কি কি? গর্ভস্রাব জন্য মৃত্যু হইলে অনুমৃত পরীক্ষার বিবরণ লিখ।

## টিকা তত্ত্ব।

১। একজনের হস্ত হইতে লিম্ফ লইয়া অন্যের হস্তে কি প্রণালীতে টিকা দিতে হয়, তাহা বর্ণনা কর।

(ক) যে বালককে টিকা দেওয়া হইবে তাহার সম্বন্ধে এবং

(ঘ) যে বালকের হস্ত হইতে লিম্ফ লওয়া হইবে, তাহার সম্বন্ধে কি কি বিষয়ে সতর্কতা অবলম্বন করিতে হয়?

---

## ENGLISH EXAMINATION.

15 April 1903

### ARITHMETIC

1 Mutiply :—$97\frac{5}{8}$ by $8\frac{2}{3}$

2 add. $5\frac{1}{2}+3\frac{3}{4}+7\frac{1}{8}+3$.

3 What sum in Indian money is equivalent to £46. 15s. 6d. when the rupee is worth s $4\frac{1}{4}$.

4. How many patients can be accommodated in a ward 25 ft. long 18 ft. broad and 12 ft high allowing 75 sq. ft superficial area and 990 cub. ft per patient.

5. The average daily population of a jail is 325. The number of admissions into Hospital is 156 and of deaths 3—

Give the ratios per 1000 of admissions into Hospital and of ortality to daily average strength.

### DICTATION.

As the law at present stands, unqualified practice is absolutely legal. Any person however ignorant, however dirty in his methods may treat any patient, may administer an anaesthetic, perform or try to perform any operation, on anyone who is fool enough to submit himself or herself for treatment. That this state of things should exist is neither more nor less than a scadal and the only possible reason why the law allows it, is that it considers that a man has a right to do as he pleases with his own body as long as he does not interfere with the health of his neighbours, body.

---

## হস্পিটাল এসিটাণ্টশিপ পরীক্ষার ফল।

১৯০৩

### ক্যাম্বেল মেডিকেল স্কুল।

প্রথম বিভাগ

১। শরৎচন্দ্র মুখোপাধ্যায়।

দ্বিতীয় বিভাগ

১। কাশীনাথ দত্ত।
২। নবকৃষ্ণ ঘোষাল।
৩। দাসরথী কুমার।
৪। রাধা প্রসন্ন চক্রবর্ত্তী।
৫। রামেন্দ্র নাথ দে।
৬। চারুবালা হাজরা।
৭। শীতলচন্দ্র বন্দোপাধ্যায়।
৮। শরৎচন্দ্র আচার্য্য।
৯। রাধামাধব ভট্টাচার্য্য।
১০। নীলচন্দ্র ঘোষ।
১১। ধীরেন্দ্রনাথ ধর।
১২। বিষ্ণপদ নন্দী।
১৩। যতীন্দ্রনাথ বন্দোপাধ্যায়।

নিম্নলিখিত কয়েকজন স্পেসিয়াল মেডিকোলিগাল পরীক্ষায় উত্তীর্ণ হইয়াছেন।

১। শরৎ চন্দ্র মুখোপাধ্যায়।
২। নবকৃষ্ণ ঘোষাল।
৩। শরৎ চন্দ্র আচার্য্য।

টেম্পল মেডিকেল স্কুল। পাটনা

( এই স্কুলের সকলেই মেডিকো-লিগাল পরীক্ষায় উত্তীর্ণ )

প্রথম বিভাগ

১। ভিনায়ক কেশেও ইন্দব কব।
২। মহাদেও লালকৃষ্ণ দে।
৩। এস্ সেসা চার্লু।

দ্বিতায় বিভাগ

১। সি ভগলিন গাম।
২। শ্রীপতিচবণ সবকার।
৩। রামচন্দ্র গোবিন্দ সোণাক।
৪। মহমদ আমীর খাঁ।
৫। গোলাম রহমান।
৬। কৃষ্ণ কেশেও চিৎলা।
৭। এস্ নরসিং রাও।
৮। প্রিয়নাথ চোধুরী।
৯। উজীব মহমদ।
১০। বালকৃষ্ণ চিন্তামন হবসেব।
১১। দেও নারান প্রসাদ।
১২। শরৎচন্দ্র মুখোপাধ্যায়।
১৩। পুরুষোত্তম সখারাম জসে।
১৪। শিব প্রসাদ।
১৫। লতিফ্ হোসেন।
১৬। বাখাল দাস।
১৭। আবদুল রহিম।

ঢাকা মেডিকেল স্কুল

( এই স্কুলের সকলেই মেডিকোলিগাল পরীক্ষায় উত্তীর্ণ )

প্রথম বিভাগ

১। সতীশ চন্দ্র চক্রবর্ত্তী।
২। মোহিনী মোহন বিশ্বাস।

দ্বিতীয় বিভাগ

১। মহেন্দ্রনাথ দাস।
২। বিপীনবেহারী সেন
৩। রমেশচন্দ্র চক্রবর্ত্তী।
৪। নবীনচন্দ্র চক্রবর্ত্তী।
৫। অমৃতলাল মুখোপাধ্যায়।
৭। বটকৃষ্ণ বিশ্বাস।
৭। সরসী কুমার চক্রবর্ত্তী।
৮। যদুনাথ ঘটক।
৯। রাধিকা মোহন চক্রবর্ত্তী;
১০। চিন্তাহবণ সেন।
১১। নিশিকান্ত বসু।
১২। রমণী কান্ত দাস।
১৩। যোগেশ চন্দ্র সেন।
১৪। প্রসন্নকুমাব মজুমদাব।
১৫। শবৎচন্দ্র বসাক।
১৬। বিজয়চন্দ্র দাস।
১৭। দেবেন্দ্র চন্দ্র দাস।
১৮। নাসির উদ্দীন খাঁ।
১৯। প্রিয়কান্ত সেন।
২০। পরেশনাথ সোম।
২১। প্রভাতচন্দ্র সুর।
২২। বেণীমাধব দে।
২৩। হিরণ্যমোহন রায়।
১৪। শশীভূষণ সেন।
২৫। বিপীন বেহারী গোস্বামী।
২৬। সফি উদ্দীন আহমদ।
২৭। কুমুদিনী কান্ত সেন।
২৮। হেমচন্দ্র বসু।
২৯। মতিলাল সেন।
৩০। গুরুনাথ বসু।
৩১। দিজেন্দ্র চন্দ্র মালাকার

৩২। নীলকান্ত দাস।
৩৩। রামলাল মজুমদার।
৩৪। বাণেশ্বর রায়।
৩৫। হেমচন্দ্র সেন গুপ্ত।
৩৬। জগৎচন্দ্র নন্দী।

## কটক মেডিকেল স্কুল

(ইহাঁরা সকলেই মেডিকো-লিগাল পরীক্ষায় উত্তীর্ণ)

প্রথম বিভাগ

১। পূর্ণচন্দ্র মিত্র।
২। আদিত্য নাথ নেওগী।
৩। রমেশ চন্দ্র দে।

দ্বিতীয় বিভাগ

১। বৈকুণ্ঠনাথ রায়।
২। গোপীনাথ দাস।
৩। কৃতান্ত কুমার রায়।
৪। যশদানন্দ মহাপাত্র।
৫। কাজী করিমুদ্দীন আহমদ।
৬। দুর্গাচরণ পাহী।
৭। ক্ষেত্রমোহন রায়।
৮। জগৎ চন্দ্র ভট্টাচার্য্য।
৯। যুধিষ্ঠির সামন্তরা।
১০। প্যারী মোহন সোম।
১১। ললিত মোহন দত্ত।
১২। গোপীমোহন পট্ট নায়ক।
১৩। গোবিন্দ চরণ দাস।
১৪। কানাইলাল দত্ত।
১৫। কুমারী আনা সাহু।
১৬। শ্রীযুক্তা ইমোজিম সাস্ত্রা।
১৭। সম্পন সাহু।

# ভিষক-দর্পণের নিয়মাবলী।

১। বঙ্গীয় গবর্ণমেণ্টের অনুমোদনে এবং আনুকূলে প্রতি মাসে একবার প্রকাশিত হয়।

২। মূল্য বার্ষিক ছয় টাকা। অগ্রিম মূল্য ভিন্ন কাহাকেও গ্রাহক শ্রেণীভুক্ত করা হয় না।

৩। মূল্য শেষ হইলে যদি পত্রিকাপ্রেরণ-নিষেধ-পত্র না আইসে, তবে নিয়মিতরূপে পত্রিকা প্রেরণ করিব এবং গ্রাহক মূল্যের জন্য দায়ী থাকিবেন।

৪। পত্রের উত্তর পাইতে ইচ্ছা করিলে ৵১০ ডাক টিকিট পাঠাইতে হয়।

৫। পুরাতন গ্রাহক নিজ নিজ নম্বর উল্লেখ করিয়া পত্র লিখিবেন।

৬। মূল্য বাকী পড়িলে আমরা যে কোন সময়ে ভি পি পোষ্টে ভিষক-দর্পণ পাঠাইব। গ্রাহক মহাশয় তাহাতে আপত্তি করিতে পারিবেন না।

৭। কোন মাসে যদি কেহ পত্রিকা না পান, তবে পরের সংখ্যা পাওয়ামাত্র সংবাদ দিলে, পুনর্ব্বার বিনা মূল্যে পত্রিকা পাঠাইয়া থাকি; কিন্তু বিলম্বে সংবাদ দিলে মূল্য দিতে হয়।

৮। ভিষকদর্পণ সংশ্লিষ্ট যে কোন পত্র, প্রবন্ধ, সংবাদ এবং পুস্তকাদি আমার নামে নিম্নলিখিত ঠিকানায় পাঠাইতে হয়।

১১৮ নং আমহার্ষ্ট ষ্ট্রীট
কলিকাতা।

শ্রীগিরীশচন্দ্র বাগচী
ভিষকদর্পণ সম্পাদক
এবং স্বত্বাধিকারী।

WRITERS' BUILDINGS
Rcvd. on the 16 JUN 1903



# সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রেণীর ষাম্মাসিক পরীক্ষার ফল। ১৯০৩। ১৫ই এপ্রিল।

| বর্ত্তমান শ্রেণী | নাম | কার্য্য স্থান | কার্য্যে নিযুক্ত হওয়ার তারিখ | | | যে শ্রেণীতে উন্নীত হইলেন | যে তারিখ হইতে উন্নীত হইলেন | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| তৃতীয় | মীর আবদুল বাড়ী | বিদায় প্রাপ্ত | ৯ | ২ | ৯১ | দ্বিতীয় শ্রেণী | ১৫ | ৪ | ৫৩ |
| ঐ | সৈয়দ মহমদ আবদুল শকুর | বাঁকিপুর পুলিশ হস্পিটাল | ১৯ | ১ | ৯১ | ঐ | | ঐ | |
| ঐ | চন্দ্রকুমার গুহ | মুর্শিদাবাদ পুলিশ হস্পিটাল | ১৯ | ৪ | ৯২ | ঐ | | ঐ | |
| ঐ | ললিতকুমার সরকার | বুড়ীগঞ্জ ডিস্‌পেনসারী, বগুরা | ১৯ | ৪ | ৯২ | ঐ | | ঐ | |
| ঐ | পতিতপাবন সিংহ | কটক মেডিকেল স্কুলের শিক্ষক | ১২ | ১ | ৯৩ | ঐ | ১২ | ১ | ০৩ |
| ঐ | মাধবচন্দ্র গোপ | জেমো ডিস্‌পেন্সারী, সারন | ১১ | ২ | ৯৩ | ঐ | ১১ | ২ | ০৩ |
| চতুর্থ | মহমদ খলিল | খিজর সরাই ডিস্‌পেন্সারী, গয়া | ১৫ | ১০ | ৯৭ | তৃতীয় | ১৫ | ৪ | ০৩ |
| ঐ | নৃত্যগোপাল ঘোষ | মহারাজগঞ্জ ডিস্‌পেনসারী,সারণ | ৯ | ১১ | ৯৭ | ঐ | ৯ | ১১ | ০২ |
| ঐ | অখিলচন্দ্র দাসগুপ্ত | আলীপুর জেল | ১২ | ১ | ৯৮ | ঐ | ১২ | ১ | ০৩ |
| ঐ | হরেন্দ্রকুমার গঙ্গোপাধ্যায় | নবহান ডিস্‌পেন্সারী, দ্বারভাঙ্গা | ১ | ৪ | ৯৮ | ঐ | ১ | ৪ | ০৩ |
| ঐ | নৃত্যলাল মুখোপাধ্যায় | বিদায় প্রাপ্ত | | ঐ | | ঐ | | ঐ | |
| ০ | আবদুল হক্ | নবী নগর ডিস্‌পেন্সারী, গয়া | ২৫ | ২ | ৯৩ | ২৫৲ বেতন | | | |

ইংরাজী পরীক্ষায় উত্তীর্ণ।

দুর্গাপ্রসাদ বেহারা ... ফুলবাড়ী। দিনাজপুর .. ১৪ ৮ ০০

# ভিষক্-দর্পণ।

## চিকিৎসা-তত্ত্ব-বিষয়ক মাসিক পত্রিকা।

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

১৩শ খণ্ড। | মে, ১৯০৩। | ৫ম সংখ্যা।


## নব্য-অস্ত্রচিকিৎসা-প্রণালী।

( পূর্ব্ব প্রকাশিতের পর )


লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার মৃগেন্দ্রলাল মিত্র, এল এম্ এস্।


HERNIA CEREBRI—ক্রেনিয়াম্ ও ডিউরাস্থিত কোন ছিদ্র দিয়া ব্রেণ্ পদার্থ নির্গত হইলে তাহাকে হার্নিয়া সেরিব্রাই কহে।

CAUSES.—ইণ্ট্রা ক্রেনিয়্যাল্ চাপের বৃদ্ধির জন্য ইহা হইয়া থাকে। (১) ক্রেনিয়ামের কোন ইঞ্জুরী হইলে যদি তাহাতে অস্থি নষ্ট হয়, এবং তৎপরে তাহার নিম্নস্থিত মস্তিষ্কের সেপ্টিক্ প্রদাহ হয়, তাহা হইলে হার্নিয়া সেরিব্রাই হইতে পারে। এই জন্যে ইহা কম্পাউণ্ড্ ডিপ্রেস্ড্ বা পাংচার্ড্ ফ্র্যাক্চারের পর অথবা সেরিব্র্যাল্ এব্সেস্ কিম্বা অন্য কোন ব্রেণ্ লিশানের জন্য ট্রেফাইন করার পর এসেপ্সিস্ রক্ষিত না হইলেও হইতে পারে। (২) যদি একটী সেরিব্র্যাল্ টিউমার কিছুতেই দূর করিতে পারা না যায়; সেই টিউমারের pressure symptom হইতে রোগীকে শান্তি দিবার জন্য যদি ট্রেফাইন্ করা যায়, তাহা হইলে সেই ট্রেফাইনের পর হার্নিয়া সেরিব্রাই উৎপন্ন হয়।

PATHOLOGY.—প্রোট্রুশান্ সেপ্টিক্ ইন্ফ্লামেশান্ জন্য হইলে তাহাতে প্রদাহোৎপন্ন পদার্থ, গ্র্যানিউলেশান্ টীসু ও ব্রেণ পদার্থ দেখা যায়। ইহার কারণ মস্তিষ্কের প্রদাহ জন্য স্ফীতির জন্য মস্তিষ্কের অভ্যন্তরে চাপের বৃদ্ধি হয়, এবং সেই চাপ, প্রদাহিত মস্তিষ্ককে ক্রেনিয়ামের ছিদ্র দিয়া ঠেলিয়া বাহির করিয়া দেয়। সেই ছিদ্রের কিনারা দ্বারা বহির্গামী মস্তিষ্কাংশ সঙ্কাপিত হওয়াতে অবরুদ্ধ ক্যাপিলারী সকল ফাটিয়া যায়, তজ্জন্য রক্ত প্রস্রুত হয়। সময়ে সময়ে ক্যাপিলারী সকলের বিস্তৃত রাপ্চার্ হইলে টিউমার মধ্যে কেবল রক্তই জমাট দেখা যায়।

যখন সেরিব্রাল টিউমারের ক্রমিক বৃদ্ধি পাইতে থাকে ট্রেফাইনের ছিদ্র দিয়া হার্নিয়া ঠেলিয়া বাহির হইতে থাকে তৎকালে তাহাতে কেবল ব্রেণ পদার্থই দেখা যায়।

SIGNS—হার্নিয়া লালাভ কটা বর্ণাক্ত, তাহা দেখিতে ফাঙ্গাসের মত পুঞ্জাকার। ক্রেনিয়ামের যে গর্ত্ত দিয়া তাহা বাহির হয় সেই গর্ত্তের উপর অবস্থিত থাকে। মস্তিষ্কের সহিত সময়ে সময়ে তাহা স্পন্দিত হইয়া থাকে। প্রদাহ কমিয়া গেলে উহার আয়তন ক্রমে ক্রমে হ্রাস হইয়া আইসে এবং রোগী আরোগ্য লাভ করে। কিন্তু প্রদাহ সমভাবে থাকিয়া গেলে হার্নিয়ার আয়তন বৃদ্ধি পায়, এবং মস্তিষ্ক ক্রমে ক্রমে অধিকতর আক্রান্ত হইয়া রোগী কোমাগ্রস্ত হইয়া মৃত্যুমুখে পতিত হয়। কোন কোন সময়ে বহির্গত অংশের তলদেশ সঙ্কুচিত ( constricted ) হইয়া পড়ে এবং তাহাতে পোষণ ক্রিয়ার ব্যতিক্রম হইয়া সমুদয় হার্নিয়াটি স্লাফ্ হইয়া যায় ও অবশেষে সিকেট্রিক্স্ হইয়া আরোগ্য হয় কিম্বা তাহার অভ্যন্তরের সন্নিহিত প্রদেশে একটী এব্সেস্ হইয়া cerebral compression জন্য মৃত্যু ঘটে।

টিউমারের জন্য ট্রেফাইন করিবার পর প্রোট্রুশান্ হইলে টিউমারের বৃদ্ধি সহকারে হার্নিয়াও বৃদ্ধ পাইতে থাকে।

TREATMENT.—ইণ্ট্রাক্রেনিয়াল ইন্ফ্লামেশান্ নামক প্রস্তাবের বর্ণনাকালে উক্ত প্রকার প্রদাহের প্রশমনার্থ যে সকল উপায় বর্ণিত হইয়াছে, এ স্থলে সেই সকল উপায় অবলম্বন করা আবশ্যক। সেই সকল উপায়ের প্রধান উদ্দেশ্য প্রদাহের প্রশমন। পূর্ব্বে হার্নিয়ার উপর চাপ দান, অথবা তাহা মুণ্ডিত করিয়া তদুপরি কষ্টিক প্রয়োগ করা হইত। কিন্তু তাহাতে কোন সুফল পাওয়া যাইত না। এক্ষণে তাহা বিজ্ঞানবিরোধী বলিয়া পরিত্যক্ত হইয়াছে। চাপ দিলে এব্সেস্ উৎপন্ন করিবার সম্ভাবনা, কিন্তু টেনশান্ সমভাবে থাকা বশতঃ প্রদাহ বৃদ্ধি করিতে পারে, অতএব হার্নিয়া অমনি রাখিয়া দিবে, তাহাতে প্রতাহ এব্সোলিউট্ এল্কোহল প্রয়োগ করিবে এবং প্রদাহ ক্রনিক-ভাব ধারণ করিলে যদি তাহাতে উপযুক্তরূপ প্রেশার্ দেওয়া যায়, তাহা হইলে প্রদাহোৎপন্ন পদার্থ সকল শোষিত হইয়া হার্নিয়া ক্রমে সঙ্কুচিত ও যথা স্থানে প্রত্যাবৃত্ত হইতে পারে। Keen বলেন, ডিউরার অপচয় হইলে, স্কাল্ হইতে পেরিক্রেণিয়ামের একটী ফ্ল্যাপ তুলিয়া লইবে এবং তাহার osteogenetic layer উপরের দিকে রাখিয়া ডিউরার সহিত সেলাই করিয়া দিবে। এইরূপে হার্নিয়ার উদ্ভব নিবারণ করিতে পারা যায়। অনেকে নিম্নস্থিত একষ্টার্ণেল্ টেবেল সমেত স্কাল্পের একটী ফ্ল্যাপ্ তুলিয়া গহ্বর রুদ্ধ করিতে বলেন। কেহ বা সেলিউলয়েড্ প্লেট্ প্রয়োগ করিতে পরামর্শ দেন।

TREPHING OF THE SKULL.—নিম্নলিখিত অবস্থায় স্কালে ট্রেফাইন্ করিতে হইবে,—১। পাংচার্ড্ ফ্র্যাক্চারের সকল স্থলে। ২। Compound depressed ফ্র্যাক্চারের সকল স্থলে। ৩। সিম্পল্ ডিপ্রেস্ড্ ফ্র্যাক্চারের সহিত কন্ভাল্শানের লক্ষণ থাকিলে। ৪। অস্থি ও ডিউরার মধ্যে রক্তের localized extra-

vassation থাকিলে। ৫। ক্রেণিয়ামের ভিতরে পূঁয হইলে সেই পূঁজ যদি সীমাবদ্ধ হয় এবং যদি তাহা অস্থি ও ডিউরার মধ্যে সাব ডিউর‍্যাল কিম্বা সাব্‌এরেক্‌নয়েড্‌ স্পেসে কিম্বা মস্তিষ্কের উপাদান পদার্থের মধ্যে আবদ্ধ থাকে। ৬। মস্তিষ্কের অধিগম্য স্থানে (accessible situations) বুলেট্‌ নিবিষ্ট হইলে, সেই বুলেট বাহির করিবার জন্য। ৭। হনার্‌ টেবেলের ফ্র্যাক্‌চার্‌ হইলে ৮। মৃগী বা উন্মাদে এবং মস্তিষ্কের কোন ইঞ্জুরীর পর দীর্ঘকাল ধরিয়া শিরঃপীড়া থাকিলে। ৯। সেরিব্র্যাল্‌ টিউমার দূর করিতে হইলে। ১০। হাইড্রসীর সঙ্গে মাইক্রোকেফ্যালি থাকিলে। ১১। Simple ডিপ্রেস্‌ড্‌ ফ্র্যাক্‌চারে কম্প্রেশানের কোন লক্ষণ না থাকিলে ট্রেফাইন্‌ করা যুক্তিযুক্ত কিনা, তৎসম্বন্ধে মতভেদ দেখা যায়। Compression অত্যন্ত অধিক হইলে নিশ্চয়ই ইহা করা আবশ্যক, কেন না ইন্টার্‌ ক্রেণিয়্যাল্‌ হেমরেজ্‌ প্রভৃতি আসন্ন বিপদ হইতে রোগী অব্যাহতি পাইলেও সে মৃগী, শিরঃপীড়া, ম্যানিয়া প্রভৃতি গৌণ ফল হইতে কষ্ট পাইতে পারে।

OPERATION.—ইহাতে আদ্যোপান্ত সর্ব্বাপেক্ষা অধিক সাবধানতা সহকারে এণ্টিসেপ্টিক্‌ উপায় অবলম্বন করিতে হইবে। সমগ্র স্ক্যাল্প্‌ কামাইয়া দিয়া গরম জল ও সাবানে এসেপ্টিক্‌ নেল্‌ব্রাশ্‌ ভিজাইয়া তদ্দ্বারা মাথা রগড়াইয়া দিবে। তাহার পর সমস্ত হেয়ার্‌ উঠাইয়া দিবার নিমিত্ত ইথার্‌ ও ক্লোরফর্ম্ম মর্দ্দন করিবে; অনন্তর কার্ব্বলিক এসিড লোশান্‌ এবং পরিশেষে বিন্‌ আয়োডাইড্‌ অভ মার্কারী লোশান্‌ দ্বারা ধৌত করিবে। (Hydr Patassic Iodi)। স্ক্যাল্পে কোন উণ্ড থাকিলে তাহা বাড়াইয়া লওয়া যাইতে পারে; অন্যথা স্ক্যাল্পের একটী বড় অর্দ্ধচন্দ্রাকার ফ্ল্যাপ্‌ পেরিক্রেণিয়াম্‌ সমেত তুলিয়া লইবে। অপারেশানের পর যখন তাহা পুনঃ স্থাপিত হইবে, যেন তদ্দ্বারা ট্রেফাইনের গর্ত্ত সম্পূর্ণরূপে আচ্ছাদিত হয়। স্ক্যাল্পের উপর রোল্যাণ্ডিক্‌ ফিশারের স্থিতিস্থান এনিলাইন পেন্‌সিল্‌ দ্বারা চিহ্নিত করিবে। ট্রেফাইনের পিন্‌ ১/৮ ইঞ্চি বাহির হইয়া থাকিবে। এই অবস্থায় তাহা প্রয়োগ করিয়া ধীর ও দৃঢ়ভাবে ঘুরাইতে থাকিবে। একটী এসেপ্টিক্‌ স্পঞ্জ্‌ বা ব্রাশ্‌ দ্বারা তাহার দাঁতগুলি মধ্যে মধ্যে পরিষ্কৃত করিয়া লইবে। হাড় বসিয়া গেলে পিনটী সেই ডিপ্রেশানের যতদূর সম্ভব নিকটবর্ত্তী সুস্থ অস্থিতে প্রয়োগ করিবে, যেন ট্রেফাইনের ক্রাউন কিয়ৎপরিমাণে সুস্থ অস্থির ও কিয়ৎপরিমাণে ডিপ্রেস্‌ড্‌ অংশের উপর থাকে। এইরূপে অস্থিতে একটী নির্দ্দিষ্ট গভ প্রস্তুত হইলে পিন্‌ তুলিয়া লইবে। ডিপ্লোইতে যন্ত্র উপনীত হইলে অস্থি চূর্ণ সকল কোমল ও লাল হইয়া থাকে। সেই সময় অধিকতর সতর্কতা অবলম্বন করিতে হইবে। কোন স্থানে পার্ফোরেশান হইয়াছে কিনা, মধ্যে মধ্যে সেই গ্রুভের ভিতর প্রোব্‌ প্রবেশিত করিয়া দেখিবে। অস্থির ক্রাউন শিথিল হইলে সিকোয়েষ্ট্রাম্‌ ফর্সেপ্‌স্‌ দ্বারা তাহা তুলিয়া লইবে এবং যদি তাহা পুনঃস্থাপিত করিবার প্রয়োজন থাকে, তাহা হইলে ষ্টেরিলাইজ্‌ সেলাইন্‌ সোলিউসানে রাখিয়া দিবে এবং

অপারেশান্ হইয়া গেলে খণ্ড খণ্ডাকারে কাটিয়া গর্ত্তমধ্যে স্থাপন করিবে, অনন্তর তদুপরি ফ্ল্যাপ্ বসাইয়া দিবে। এই প্রক্রিয়ায় অনেক স্থলে চিকিৎসা করিয়া সাফল্যলাভ করা গিয়াছে। উণ্ড্ এসেপ্টিক্ থাকিলে তাহা ফার্ষ্ট ইন্টেন্সানে সারিয়া যায় এবং ক্রেনিয়ামের দৃঢ়তা সম্পূর্ণ রূপে পুনঃ প্রতিষ্ঠিত হইয়া থাকে। অস্থির ক্রাউন তুলিয়া লওয়ার পর ডিপ্রেস্ড্ হাড়ের নিম্নে এলিভেটার্ চালিত করিয়া তাহাকে যথাস্থানে সংস্থাপিত করিতে হয়। ইহা অপেক্ষা অধিক স্থান আবশ্যক হইলে rongier forceps অথবা সার্জ্জিক্যাল এঞ্জিন্ দ্বারা ট্রেফাইনের গর্ত্ত বাড়াইয়া লইবে। কিন্তু তাহার পূর্ব্বেই ডিউরা পৃথক্ করিয়া রাখিতে হয়। ডিউরা উন্মুক্ত করিতে হইলে ট্রেফাইন্ হোলের সম রেখায় এবং তাহার কিনারা হইতে সিকি ইঞ্চ দূরে তাহা ইন্সাইজ্ করিতে হইবে। তাহাতে সেরিব্র্যাল ভেসেল্গুলি যেন আহত না হয়, এইজন্য বিশেষ সতর্ক হওয়া আবশ্যক। ডিউরার কোন ভেসেল্ আহত হইলে একটী বাঁকা ছুঁচে খুব সরু রেশমী সূতা পরাইয়া ডিউরার ভিতর দিয়া চালাইয়া সেই আহত ভেসেল্ বন্ধন করিবে। যদি কোন সাইনাস্ উন্মুক্ত হয় তাহা হইলে প্যাকার্ দিলেই তাহা বন্ধ করিতে পারা যায়। সরু সিল্ক্ বা ক্যাট্ গাট দ্বারা ডিউরা সেলাই করিবে এবং উণ্ড্ বন্ধ করিয়া দিবে। কেবল তাহার নিম্নতম অংশ খুলিয়া রাখিবে, কেন না সেই স্থান দিয়া তাহার স্রাব সকল নির্গত হইবে। যেখানে ইঞ্জুরী দ্বারা স্ক্যাল্পের কিনারা lacerated হয়, সেই আহত অংশগুলি কাটিয়া লইবে। তাহাতে উহা পরিষ্কার ও সমান হইবে। একটী এণ্টিসেপ্টিক্ ড্রেসিং প্রয়োগ করিয়া একটী হেড্ক্যাপ্ দ্বারা তাহা আবদ্ধ রাখিবে এবং ইন্ফ্লামেশান্ নিবারণ করিবার নিমিত্ত তদুপরি আইস্ব্যাগ্ স্থাপন করিবে। সাইনাস্ বাহির করা অথবা কোন ধমনী বন্ধন করা অভিপ্রায় না থাকিলে কোন সুচার কোন এয়ার্ বা ভেনাস্ সাইনাস্, অথবা মিড্ল্ মেনিঞ্জিয়াল্ আর্টারীর উপর ট্রেফাইন্ প্রয়োগ করিতে নাই। কনিক্যাল্ ট্রেফাইন্ অধিকতর নিরাপদ, কারণ ইহাতে ডিউরা মেটার আহত হইবার অতি অল্পই সম্ভাবনা এবং ইহার হ্যাণ্ডেল্টীও বেশ সুবিধাজনক। কোন সেরিব্র্যাল্ টিউমার্ দূর করিবার জন্য ট্রেফাইন্ প্রয়োগ করিবার আগে মর্ফিয়া খাইতে দিবে। তাহাতে ছোট ছোট রক্তনালীগুলি সঙ্কুচিত হয়, এবং রক্তস্রাবের সম্ভাবনা কমাইয়া দেয়। যদি কোন এনিস্থেটিক্, বিশেষতঃ যদি ক্লোরফর্ম্ম প্রয়োগ করিতে হয় তাহা হইলে রোগীকে মার্ফিয়া প্রয়োগ করা হইলে উক্ত এনিস্থেটিক্ অল্প মাত্রায় দিবে। অধুনা কতকগুলি সার্জ্জন ট্রেফাইন্ প্রয়োগ না করিয়া স্ক্যাল্প্ ইন্সাইজ্ এবং হাড়ের ভিতর দিয়া চিসেল্ করিয়া স্ক্যাল্প্ ও হাড়ের একটী ফ্যাপ্ তুলিয়া লইয়া থাকেন। ( ostofeo-plastic flap )। সেইখানে সেই হাড় ভাঙ্গিয়া কোমলাংশের সহিত বসাইয়া দেওয়া হয়। এই অপারেশানের পর অষ্টিয়োক্লিউটেনিয়াস্ ফ্ল্যাপ্ যথাস্থানে পুনঃস্থাপিত হয় এবং তাহা

সেলাই করিয়া দেওয়া হয়। এই উপায়ে মস্তিষ্কের একটী বৃহৎ অংশ প্রকাশিত হইয়া থাকে।

## DISEASES OF THE HEAD.

PARASITIC INFLAMMATION AND ULCERATION OF THE SCALP—ইহাদের মধ্যে Phthiriasis নামক গুলিই সর্ব্বাপেক্ষা অধিক দেখা যায়। ইহারা Pedeculus Capitis হইতে উদ্ভূত। Tinea tonsurans অর্থাৎ দদ্রু যাহা trychophyaton tonsurans নামক কীটাণু দ্বারা উৎপাদিত অপেক্ষাকৃত কম দৃষ্ট হয়। ফেবাস্ ও (achorion schouleinii দ্বারা উৎপাদিত) সময়ে সময়ে দৃষ্ট হইয়া থাকে।

PHTHYRISIS—হইলে শুষ্কীভূত প্রাদাহিক রস দ্বারা কেশদাম স্ক্যাল্পে জটা পাকাইয়া যায়। তাহার নিম্নে ক্ষত বিদ্যমান থাকে। Lice অর্থাৎ উকুন সকলের ওভাম দ্বারা কেশগুলি ঘন মণ্ডিত হয় এবং স্ক্যাল্পের উপর সেই সকল কীট পরিদৃষ্ট হইয়া থাকে। গ্রীবাস্থিত লিম্ফাটিক্ সকল বর্দ্ধিতায়তন হয় এবং প্রদাহিত হইয়া পূঁয উৎপাদন করিতে পারে।

TREATMENT.—মাথা মুড়াইয়া প্রত্যহ প্রাতে ও সন্ধ্যায় কার্ব্বলিক সাবান দিয়া স্ক্যাল্প্ ধৌত করিবে। ক্ষতগুলি ধৌত ও পরিষ্কৃত করিয়া বোরাসিক্ অয়েণ্টমেণ্ট দ্বারা ড্রেস্ করিবে এবং গ্ল্যাণ্ডিউলার্ এব্সেস হইলে তাহা উন্মুক্ত করিয়া ড্রেস্ করিবে।

TINEA TONSURANS.—ইহা দেখিতে চক্রাকার প্যাচ্। ইহাদের উপরিস্থিত কেশ সম্পূর্ণ উঠিয়া না গেলেও কমিয়া যায়। সেই কেশ উৎপাটিত করিয়া তাহাদের মূল অণুবীক্ষণ দ্বারা পরীক্ষা করিলে তাহাতে ট্রাইকোফাইটন্ নামক কীটের স্পোর্ ও মাইসিলিয়াম্ পাওয়া যাইবে। এই প্রকার ভগ্ন ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র কেশ থাকায় তদ্দ্বারা এপোপেশিয়া এরিয়েটা হইতে টিনিয়ার্ প্রভেদ বুঝা যায়। এপোপেশিয়া এরিয়েটা হইলে প্যাচ্গুলি অনাবৃত মসৃণ ও উজ্জ্বল হইতে দেখা যায়। অত্যধিক উগ্র চিকিৎসা দ্বারা টীনযার প্যাচ্ সময়ে সময়ে প্রদাহিত হয় এবং তাহা হইতে এক প্রকার চক্রাকার অল্প উন্নত লাল এরিয়া উৎপন্ন হইয়া থাকে। ইহা kerion নামে বিদিত। এই রোগ অতীব সংক্রামক। কোন বড় ছাত্রাবাসে একবার আরম্ভ হইলে ইহাকে উন্মূলিত করা কঠিন হইয়া পড়ে।

TREATMENT.—প্রথম অবস্থায় Caster's paste (Indine with oil of Tar or creosote, ক্রোটন অয়েল, আয়োডাইড্ অভ্ মার্কারী, কিম্বা glacial acetic acid প্রয়োগ করা যাইতে পারে। রোগ ক্রণিক্ হইলে স্ক্যাল্প্ মুণ্ডিত করিয়া তাহাতে প্রত্যহ প্রাতে ও রাত্রে নরম সাবান ও কার্ব্বলিক্ য়্যাসিড্ লোশান্ দ্বারা ধুইয়া কার্ব্বলিক্ অয়েণ্ট্মেণ্ট্ (Gr, xii to zi.) দিয়া ড্রেস করিবে। পীড়িত কেশগুলি ফ্রেসেপস্ দিয়া তুলিয়া লইবে এবং এসিডে প্রোব্ ডুবাইয়া তদ্দ্বারা পূঁযোৎপাদী ফলিক্ল গুলিতে লাগাইয়া দিবে। আরোগ্যান্তে যে

সকল অনাবৃত প্যাচ্ থাকে কেহ তাহাতে সুস্থ কেশ transplant করিতে বলেন।

ERYSIPELAS OF THE SCALP—কোন উণ্ডের ভিতর দিয়া এই রোগের মাইক্রোকাক্কস্ প্রবেশ করিলে এই রোগ হইতে পারে। কখন কখন নিকটস্থ কোন অংশ হইতেও এরিসিপেলাস্ বিস্তৃত হইতে পারে। সেপ্টিক্ স্ক্যাল্প্ উণ্ডের পর সচরাচর ইহা উদ্ভূত হইতে দেখা যায়। কিন্তু অনেক সময় মুখমণ্ডল, আক্ষ পল্লব, কিম্বা কর্ণের একটী স্ক্যাব্ বা একজিমাময় এক্সোরিয়েশান্ হইতেও উৎপন্ন হইতে পারে, অথবা ম্যাষ্টয়েডের নিক্রোসিসের সহিত অটাইটিস্ মিডিয়া কিম্বা purulent রাইনাইটিস্ হওয়ার পর ইহা প্রকাশ পাইতে পারে।

SIGNS—ইহার প্রথম চিহ্ন স্ক্যাল্পের pitting; মুখের মত ইহা লাল না হইয়া মলিন ও শোথগ্রস্ত হইয়া থাকে। শিরঃপীড়া, তন্দ্রালুতা বা প্রলাপ ইহার অনুসঙ্গী, সঙ্গে সঙ্গে জ্বরের অন্যান্য লক্ষণও দেখা যায়। ইহা কমিয়া যাইতে অথবা সেলুলাইটিসে পরিণত হইতে পারে, কিম্বা স্কালের ভিতর দিয়া মেনিঞ্জিসে বিস্তৃত হইয়া সাংঘাতিক মেনিঞ্জাইটিস্ উদ্ভাবিত করিতে পারে। অন্যান্য স্থলের এরিসিপেলাসের ন্যায় চিকিৎসা করিবে।

CELLULITIS AND ABSCESS OF THE SCALP.—ইহা এপনিউরোসিসের উর্দ্ধে, এপনিউরোসিস্ ও পেরিক্রেনিয়ামের মধ্যে অথবা পেরিক্রেনিয়ামের নিম্নে হইতে পারে।

(1) Superficial to the aponeurosis—এই স্থানে বড় অধিক পূঁয হয় না, ইহাতে একটী ছোট এব্সেস্ উৎপন্ন হয় এবং এপিডার্মিসের একটী পাতলা স্তরে তাহা আবদ্ধ থাকে। এপিডার্মিস্ ছিন্ন হইয়া ক্ষত উৎপন্ন হয় সচরাচর প্যারাসিটিক্ ইন্ফেক্শনের জন্য ইহা হইয়া থাকে। একটী ছোট ইন্সিশান্ করিয়া ব্যাণ্ডিটী পরিষ্কার করিয়া দিবে এবং ব্যাধিযুক্ত কেশগুলি তুলিয়া লইবে।

(2) Between aponeurosis and pericranium—সচরাচর স্ক্যাল্প উণ্ড হইয়া এই স্থানে পূঁয জন্মে। পূঁজ জন্মিবার পূর্ব্বে এরিসিপেলাসের ন্যায় এক প্রকার ইন্ফ্ল্যামেশান্ হইয়া থাকে। স্ক্যাল্পের নিম্নস্থিত কনো ষ্টভ্ টিসুপুঞ্জ অতিশয় শিথিল, সেইজন্য কোন বাধা না পাওয়াতে পূঁয তন্মধ্যে অবাধে ছড়াইয়া পড়ে। এইরূপে অক্সিপিট্যাল প্রটিউবারেন্স্ হইতে সুপ্রাঅর্ব্বিট্যাল্রিজ্ সমুহের সহিত সংযোগ পর্য্যন্ত সমগ্র স্ক্যাল্প যতক্ষণ না পূঁযে ভাসিতে থাকে, ততক্ষণ পূঁয বিস্তৃত হইতে থাকে। ধমনী ও স্নায়ু সকল পরিহার করিয়া এই পরিধির চারিদিকে নানা স্থানে ভাটিকেল্ ইন্সিশান্ করিবে, ড্রেনেজ্ টিউব্ বসাইবে, এবং মধ্যে মধ্যে ধৌত করিবে।

(3) Beneath the pericranium—পেরিক্রেনিয়াম্ কতকগুলি অস্থিময় গ্রন্থির সহিত সংযুক্ত থাকাতে এখানে পূঁয বিস্তৃত হইতে পায় না। কোন ইন্ফেক্টেড্ স্ক্যাল্প উণ্ড অস্থি পর্য্যন্ত প্রবিষ্ট হইলে তদ্দ্বারা ইহা উৎপাদিত হইতে পারে। অস্থিকার্য্যে উৎপন্ন

cephal haematoma ভাঙ্গিয়া গেলে, অথবা নিম্নস্থিত অস্থির সিফিলিটিক্ বা টিউবার্কিউলাস্ পীড়া জন্যও ইহা সম্ভবতঃ হইতে পারে; কিন্তু তাহা অতিশয় বিরল। কোন কোন সময়ে মেট্যাষ্টেসিস্ বা পায়িময়াও ইহার কারণ হইতে পারে। কঠিন এপোনিউরোসিসের নিম্নে একটী পাতলা স্তরে পূঁয বিস্তৃত হয়, এই জন্য তাহা প্রায়ই সহজে নির্ণয় করিতে পারা যায় না। কিন্তু প্রদাহ জন্য ইণ্ডুরেশান্ দীর্ঘকাল স্থায়ী হইলে একটী ইন্‌সিশান্ দ্বারা তাহা নির্ণয় করা আবশ্যক। এব্‌সেস্ অবাধে ইন্‌সাইজ্ করিবে। অভ্যন্তরস্থ গাঢ়ত পদার্থ চাঁচিয়া লইবে এবং গজ দ্বারা আপূরিত করিবে। নিম্নস্থ অস্থি আক্রান্ত হইলে তাহা যখন আলগা হইবে, তখন তাহা খুলিয়া লইবে।

CYS OF THE SCALP OR WENS—স্কাল্পের ত্বকে যদিও বিস্তর সিবেশাস্ গ্ল্যাণ্ড আছে, এবং যদিও তাহাদের স্রাব সকল শুকাইয়া কেশমল বা মরা মাস রূপে পরিণত হয়, তথাপি এ স্থানের obstruction cyst অতিশয় বিরল। স্কাল্পের সাধারণ সিবেশাস্ সিষ্ট ডাক্টেয়েড্ সিষ্টের অনুরূপ বলিতে হইবে। সিষ্টের প্রাচীর স্তরীভূত এপিডার্মিস্ ও সিবেশাস্ গ্ল্যাণ্ড বিশিষ্ট কোরিয়ামে গঠিত, কিন্তু তাহাতে কোন hair follicle নাই। তাহার আধেয় সকল কোমল (pultaceous) এবং সিবেশাস্ পদার্থের ন্যায় এক প্রকার বিচিত্র গন্ধ বিশিষ্ট। কিন্তু তাহাদের মধ্যে কেশ, কিম্বা অন্য কোন প্রকার এপিডার্মিস্ সংশ্লিষ্ট বিধান নাই। এই সকল সিষ্ট সচরাচর বহুল পরিমাণে উৎপন্ন হয়, এক পরিবারের অনেক পরিজনে দেখা যায়। স্ত্রীজাতি দ্বারা প্রায়ই তাহা সন্তানসন্ততিগণে সংক্রামিত হইয়া থাকে।

SIGNS—এই সকল সিষ্ট স্ক্যাল্পের ত্বকের গভীর স্তরের সংসৃষ্ট ছোট ছোট নোডিউলরূপে আরম্ভ হয়। তাহারা যেমন বৃদ্ধি ও পুষ্টিলাভ করে, ত্বক তেমনই বিস্ফারিত হয়। তাহাতে কেশগুলি খুস দুরবর্ত্তী হইয়া পড়ে। কিম্বা চুলের ফলিকেলগুলি খর্ব্বতা প্রাপ্ত হয়। উপরিভাগ পাতলা ও চক্‌চকে হইয়া থাকে। যদিও তাহারা ত্বকের সহিত সংযুক্ত থাকে তত্রাচ অবশিষ্ট সিষ্ট প্রাচীর ক্যাপ্‌সিউল্ দ্বারা সমাকরূপে আবৃত হয় এবং তাহারা এক প্রকারে শিথিল কনেক্টিভ্ টিস্থ দ্বারা এপনিউরোসিসের সহিত সংযুক্ত থাকে। সিষ্টগুলি বর্দ্ধিত হইয়া ক্রমে ক্রমে নিম্নাভিমুখে ঝুলিয়া পড়ে, তাহাদিগকে দূর না করিলে ক্রমে calcarious হইয়া পড়ে। এইজন্য পূর্ব্বে ইহারা atheromatous cyst নামে অভিহিত হইত। সিষ্ট ফাটিয়া যাইতে এবং তাহার অভ্যন্তর গাত্র বাহিরে ঠেলিয়া বাহির হইতে পারে। তৎকালে তাহা একটা কদর্য্য গ্র্যাণ্ডুলেশান্ পুঞ্জের আকার ধারণ করে, দেখিতে অনেকটা malignant আল্‌সারের মত। কিন্তু বাস্তবিক তাহা malignant আল্‌সার নহে, কারণ তাহা হইলে তাহার চতুর্দ্দিকে induration এবং গ্ল্যাণ্ডসকলের বিবৃদ্ধি থাকিত এবং তাহার আরম্ভের ঐ প্রকার ইতিহাস শুনা যাইত না। রোগের চিকিৎসা না করিলে সম্ভবতঃ পরিণামে তাহার এপিথিলিয়োমেটাস্ পরিবর্ত্তন হইয়া

থাকে। আবার কোন সিষ্টের স্রাব যদি একটী ক্ষুদ্র ছিদ্র দিয়া অবিরত বাহির হয়, সেই সিবেশাস্ পদার্থ কঠিন হইয়া শৃঙ্গের আকার ধারণ করিতে পারে।

TREATMENT—অতি ক্ষুদ্র সিষ্টে পাংচার করিয়া নাইট্রেট্ অভ্ সিল্ভারের দানা অভ্যন্তরে নিক্ষিপ্ত হইতে পারে। তাহার পর দুই একদিনের মধ্যেই সেই ছিদ্রের ভিতর দিয়া সিষ্টের প্রাচীর টানিয়া বাহির করিয়া লইতে পারা যায়। এনেস্থেটিক্ বিনাই একটা বড় সিষ্ট দূর করা যাইতে পারে। এরূপ করিতে হইলে একটী লম্বা সোজা বিষ্ট্রী দ্বারা সিষ্ট দ্রুত ভেদ করিয়া উর্দ্ধ দিকে ছেদন করিতে হইবে। তখন অভ্যন্তর প্রাচীরের গভীরতম অংশ ধরিয়া টানিয়া বাহির করিয়া লইবে; তাহা হইলে সমস্ত অভগ্ন প্রাচীর বাহির হইয়া আসিবে। উণ্ডটী সূচার দ্বারা বদ্ধ, বা গজ দ্বারা আপূরিত করা যাইতে পারে। এনেস্থিটিক্ প্রয়োগ করিয়া একটী লম্বা ইন্‌সিশানের ভিতর দিয়া সিষ্ট সহজে নিষ্কাশিত হইতে পারে। তাহা হইলে সিষ্টের সংলগ্ন ত্বক তাহার সঙ্গে বাহির হইয়া আইসে। তাহার পর উণ্ড্ সম্পূর্ণ রূপে সেলাই করিয়া দেওয়া যাইতে পারে। সিষ্টের সংলগ্ন ত্বক্ ছাড়াইতে চেষ্টা করা ভুল, কারণ তাহাতে তাহার কিনারাগুলি এত bruised হয় যে, প্রথম ইণ্টেন্‌শানে সংযোগ ঘটে না, Ulceration হইলে যদি তাহাকে malignant বলিয়া সন্দেহ হয়, তাহা হইলে তাহা অবাধে এক্‌সাইজ্ কিম্বা সম্যক্‌রূপে scrape করা যাইতে পারে।

ANGIOMATA OR VASCULOR TUMOURS OF THE SCALP—স্কাল্পের যে কোন স্থানে capillary nævi সকল উৎপন্ন হইতে পারে, তন্মধ্যে এণ্টিবিয়ার ফণ্টানেলির উপর যে গুলি জন্মে সেইগুলিই বিশেষ বর্ণনযোগ্য। নিতান্ত ক্ষুদ্র হইলে কটারী পয়েণ্ট্ দ্বারা তাহারা সুচারু রূপে নষ্ট হইতে পারে। বড় হইলে তাহাদিগকে এক্‌সাইজ করা আবশ্যক। এণ্টিবিয়ার ফণ্টেনেলীর উপর সাবধানে ডিসেক্ট করিতে হইবে। ফণ্টানেলী যে পর্য্যন্ত না বিশেষরূপে আবদ্ধ হইয়া যায় সে পর্য্যন্ত, নিভাস্ বিস্তৃত না হইতে থাকিলে অস্ত্র প্রয়োগ স্থগিত রাখা আবশ্যক।

CIRSOID ANEURYSM OR ANEURYSM BY ANASTOMOSIS.—টেম্পোর‍্যাল্ ধমনীর শাখা সমূহে উৎপন্ন হয়। এই টিউমার আজন্ম; তবে বয়ঃপ্রাপ্তির পূর্ব্বে ইহা দ্বারা কোন গোল যোগ হইবার সম্ভাবনা নাই। সূক্ষ্ম প্রাচীর বিশিষ্ট, পরস্পরে সম্মিলিত বিলম্বিত ও পাকান পাকান কতকগুলি ধমনী লইয়া ইহারা গঠিত। সেই সকল রক্তনালীর সহিত কতক পরিমাণে fat ও ফাইব্রাস্ টিস্থ থাকে। ইহারা স্পন্দনশীল টিউমার এবং তাহাদের সংযোজক রক্তনালী সঙ্কোপিত করিলে তাহাদিগের স্পন্দন বন্ধ হইয়া যায়; টিউমার বড় হইলে pendulous হইতে দেখা যায়। কখন কখন ক্ষত ও রক্তস্রাব হইয়া এনিমিয়া উৎপন্ন হয়। এনিউরিজম্ দূর না করিলে তাহাতে রোগীর প্রাণনাশ হইবার সম্ভাবনা।

TREATMENT—টিউমারের চারিদিকে একটী বৃত্তাকার ইন্‌সিশান্ করিয়া এবং

দুইটী ক্ল্যাম্প্ ফর্সেপ্সের মধ্যে রক্তনালী সকল ছেদন করিয়া এনিউরিজম্ এক্সাইজ করা আবশ্যক। ইহার পূর্ব্বে টেম্পোরাল বা অক্সিপিট্যাল্ আর্টারী বন্ধন বা compression করিয়া রক্তসংযোজনা বন্ধ করা যাইতে পারে। যে ছিদ্র থাকিবে, plastic অপরেশান্ দ্বারা বা skin grafting দ্বারা আচ্ছাদিত হইতে পারে।

VENOUS OR CAVERNONS TUMOUR OR CEPHAL HÆMATOCELE—এই প্রকার ভ্যাস্কিউলার টিউমার্ সর্ব্বাপেক্ষা অধিক বিরল। ইহা বড় বড় ভিনাস্ স্পেসে গঠিত; লঙ্গিটিউডিন্যাল্ সাইনাসের সহিত সেই সকল ভিনাস্ স্পেসের সংযোগ দেখা যায়। একটী কোমল স্ফীতি জন্মে; তাহার আচ্ছাদক ত্বকের বর্ণ নীল হইয়া থাকে। স্কালস্থ ছিদ্র অনুভব করা গেলে সেই স্ফীতি compress বা সম্পূর্ণরূপে reduce করা যাইতে পারে। তাহা pulsation বিনাই পুনর্ব্বার পরিপূর্ণ হয়। রোগী কাসিলে তন্মধ্যে একটী বেগ জন্মে এবং বেগ দানকালে অথবা মাথা নমিত করিলে তাহা tense হইয়া পড়ে। প্রথমে টিউমারের মার্জ্জিনে exploratory incision করিয়া তৎসংসৃষ্ট বড় বড় শিরা বন্ধন করা যাইতে পারে। সাইনাসের সহিত তাহার প্রত্যক্ষ সংযোগ থাকিলে ইহাকে সত্বর উন্মুক্ত করিতে হইবে এবং সাইনাসের সহিত সংযুক্ত গর্ত্ত অঙ্গুলিচাপে কিম্বা স্পঞ্জ অথবা এণ্টিসেপ্টিক্ গজের প্লাগ্ দ্বারা রুদ্ধ করা যাইতে পারে। টিউমারের যতদূর সম্ভব এক্সসাইজ্ করিবে, উহা সেলাই করিয়া দিবে এবং এণ্টিসেপ্টিক্ ড্রেসিঙের উপর দৃঢ় সঙ্কাপ প্রয়োগ করিবে। লঙ্গিটিউডিন্যাল সাইনাসের সহিত সাযোগ অত্যন্ত অবাধ (free) হইলে সর্ব্বাগ্রে টিউমারের পশ্চাতে ও সম্মুখে উক্ত সাইনাসের লিগেচার করা আবশ্যক।

CARIES AND NECROSIS OF THE SKULL—এরিসিপেলাস্, স্কাল্পের সেলিউলাইটিস্ বা এবসেস্, ফ্র্যাক্চারের সহিত অথবা ফ্র্যাক্চার ব্যতীত একটী সেপ্টিক ঊণ্ড কিম্বা কোন দগ্ধ ক্ষত যাহা স্কাল্পের কিয়দংশ দগ্ধ করিয়া স্কাল্‌কে অনাবৃত করিয়া ফেলিয়াছে। এই সকল পীড়ার পর স্কালের কেরিজ্ ও নিক্রোসিস্ হইতে পারে। সিফিলিটিক্ ও টিউবার্কিউপীড়া, রোডেণ্ট্ আল্সার্ এবং অন্যান্য নূতন গ্রোথ্ সকলও ইহার কারণরূপেও কার্য্য করিয়া থাকে।

SYPHILITIC DISEASE OF THE SCALP AND SKULL—. ইহা একটী টার্শিয়ারী গামেটাস্ পীড়া। একটী মাত্র বড় গামা বাহ্য টেব্‌ল হইতে শোণিত সংযোজনা রুদ্ধ করিতে, অথবা অস্থির মধ্যে বিস্তৃতরূপে ব্যাপ্ত হইতে পারে। কিম্বা কতকগুলি ছোট ছোট গামা ভিন্ন ভিন্ন স্থানে ইহাকে আক্রমণ করিতে পারে। এইজন্য মৃত্যুর পর দেখিলে স্কালটী কীটভক্ষিত বলিয়া বোধ হয়। Sharply-cut ও বৃত্তাকার আল্সার্ সকল, কিম্বা serpiginous আল্সার সকল স্কাল্পে প্রকাশ পায়। তাহাদের নিম্নস্থ অস্থি অনাবৃত থাকে।

নিক্রোসিস্ যেমন বিস্তৃত হয় ডিপ্লোইর

শিরা ও ভিনাস্ সাইনাস্ সমুদায়ে থ্রম্বোসিস্ অথবা সাব্‌ডিউর‍্যাল এব্‌সেস্ উৎপন্ন হইয়া পরিশেষে সাঙ্ঘাতিক সেপ্টিক মেনিঞ্জাইটিস্ ও এব্‌সেস্ হইবার আশঙ্কা হইয়া থাকে। কোন কোন সময়ে ডিউরা পুরু হয়, তাহাতে অবিরত শিরঃপীড়া, অথবা এপিলেপ্‌সি পর্য্যন্ত হইতে পারে। জীবিতকালে ইহার নির্ণয় করিতে হইলে সিফিলিসের সাধারণ নিদর্শন দ্বারা এবং টিউবার্কিউলোসিসের কোন লক্ষণ না থাকার উপর নির্ভর করিতে হয়। সিফিলিস্‌গ্রস্ত রোগীদিগের শুষ্কীভূত স্কাল্ দেখিলে কীটভক্ষিত বলিয়া বোধ হয়; তাহাদের বাহ্য টেবেলের নিক্রোসিস, নূতন নূতন পেরিঅষ্টিয়াল্ অস্থিসঞ্চয় জন্য স্থানে স্থানে স্থূলীভবন এবং ডিপ্লোইর স্ক্লেরোসিস্ দৃষ্ট হয়। স্কালটি পম্পূর্ণরূপে perforated হইলে অস্থি দ্বারা সেই গর্ত্ত পরিপূরিত হয় না এবং নিক্রোসিস্ হইলে সিকোয়েষ্ট্রাম invaginated হইতে দেখা যায়। পূর্ব্বে যে সকল অবস্থা সিফিলিটিক্ বলিয়াই অনেকে বিশ্বাস করিতেন তাহাদের অনেক স্থলেই যে অষ্টিয়াইটিস্ ডিফর্ম্যান্স্ বা সার্কোমা কিংবা টিউবার্কিউলোসিস্ বিদ্যমান থাকে তাহা প্রমাণিত হইয়াছে। সিফিলিটিক্ আল্‌সারের চিকিৎসায় অধিক মাত্রায় আয়োডাইড অভ্ পট্যাসিয়ামের সহিত অল্প মাত্রায় মার্করী ব্যবস্থা এবং মার্কউরিয়াল্ বা আয়োডোফর্ম্ম্ অয়েণ্ট্‌মেণ্ট প্রয়োগ করা আবশ্যক। অনাবৃত অস্থি বাহির হইয়া পড়িলে আল্‌সার স্ক্রেপ করিয়া যত দিন না সমগ্র সার্ফেস্ গ্র্যানিউলেশানে আচ্ছন্ন হয়, ততদিন সেই অনাবৃত অস্থির সহিত গজ্ সংলগ্ন রাখিতে হইবে। বাহ্য টেব্‌ল্ বিনষ্ট হইলে যতক্ষণ না ভ্যাস্কিউলার্ অস্থি পাওয়া যায়, যতক্ষণ তাহা চাঁচিয়া ফেলিতে হইবে। কখন কখন স্কালের সমগ্র স্থূল অংশ একসাইজ্ করা আবশ্যক হয়; এবং ডিউরা মেটারের বাহ্য সার্ফেস্ আক্রান্ত হইলে তাহাও ধীরে ধীরে স্ক্রেপ করিয়া দিতে হইবে।

TUBERCULOSIS OF THE SCALP AND SKULL.—এই প্রকার টিউবার্কিউলার্ পীড়া বিরল। যে সকল রোগী অন্যান্য টিউবার্কিউলাস্ পীড়া যথা লিউপাস্, সাব্‌কিউটেনিয়াস্ ও গ্ল্যাণ্ডিউলার এব্‌সেস্ এবং টিউবার্কিউলাস্ বোন্ ও জয়েণ্টের পীড়ায় আক্রান্ত হইয়াছিল, এই রোগ সচরাচর তাহাদিগকে আক্রমণ করে। রোগীর পারিবারিক ইতিহাসে জানা যায়, যে তাহাদের টিউবার্কিউলোসিস্ আক্রমণের অধিক প্রবণতা থাকে। পরিণামে সেই রোগী পাল্‌মোনারি কিম্বা মেনিঞ্জিয়াল্ পীড়ায় প্রাণত্যাগ করে। ইহা সর্ব্ব প্রথম অস্থিতে প্রকাশ পায়। ইহা পেরিঅষ্টিমারের নিম্নে একটী নোডিউল বা টিউমারের আকারে দেখা যায়। তাহা স্ক্যাল্পের দিকে বিস্তৃত হয় এবং ফাটিয়া যায়, এবং একটী টিউবার্কিউলাস্ আলসার্ উৎপন্ন হয়, অনাবৃত স্কালের দ্বারা তাহার তল প্রস্তুত হইয়া থাকে। সচরাচর এই সকল আল্‌সার্ একত্রে অনেকগুলি অঙ্কুত হয়; কিন্তু তাহারা পরস্পরের সহিত মিশিয়া যায়। অস্থি, কেসিয়াস্ টিউবার্কিউলাস্ পদার্থ দ্বারা বিস্তৃত infiltrated হয় এবং ছেদন করিলে ঠিক পনিরের মত কাটিয়া যায়; কিম্বা গ্র্যানিউ-

লেশান্ মিশ্রিত কোমল ডেব্রিতে পরিণত হইয়া থাকে। স্কালের নিম্নে ডিউরার বহির্ভাগে টিউবার্কলপুঞ্জ বিস্তৃত হয়। পরিণামে ভিনাস্ সাইনাস্ সমূহের থ্রম্বোসিস্, এবং মেনিঞ্জিস্ কিম্বা লাংস আক্রান্ত হয়। তাহা সাঙ্ঘাতিক হইতে পারে।

DIAGNOSIS—সিফিলিস্ হইতে ইহার এই মাত্র প্রভেদ যে, ইহাতে সিফিলিসের কোন লক্ষণই থাকে না, কিন্তু টিউবার্কেলের লক্ষণ সকল প্রতীয়মান হয়। ইহাতে পনীরবৎ কেরিস্ এবং সিফিলিসে নিক্রোসিস্ হইয়া থাকে, এবং পুনর্গঠনের কোন প্রবণতাই দেখা যায় না। ইহা হইতে যে সকল স্রাব নির্গত হয় অথবা চাঁচিয়া যাহা কিছু লওয়া যায় তৎসমুদয়ের অণুবীক্ষণ দ্বারা পরীক্ষা করিলে টিউবার্কল্ ব্যাসিলাই দেখিতে পাওয়া যায়; কিন্তু তাহাদের সংখ্যা এত কম যে, তাহা দৃষ্টিপথে আদৌ পতিত না হইতে পারে।

TREATMENT—সুস্থ ভ্যাস্কিউলার্ অস্থি যতক্ষণ না পাওয়া যায় ততক্ষণ infiltrated অস্থি scrape ও gouge করিতে হইবে। পীড়িত স্থান দূর করিলে ডিউরার নিম্নস্থ যে কোন সঞ্চিত পদার্থ নিষ্কাশিত হইতে পারে। আয়োডোফর্ম্ম গজে উত্তম অতঃপর ড্রেস করিয়া টিউবার্কিউলোসিসের সাধারণ চিকিৎসা করিবে।

MENINGOCELE AND ENCEPHALOCELE—এই সকল টিউমার জন্মজ, কিন্তু সর্ব্বদা দেখা যায় না। অস্থিতে পরিণত হয় নাই—এরূপ স্কালের কোন অংশ দিয়া মস্তিষ্কের মেম্ব্রেণ সকল বাহির হইলে এই সকল টিউমার উৎপন্ন হয়। অনেকের বিশ্বাস ইহাদের উৎপত্তি ও বৃদ্ধি হাইড্রোকেফেলাসের উপর নির্ভর করে; সাব্ এরেক্নয়েড্ স্পেস্ অথবা মস্তিষ্কের ভেণ্টিকেলে অতিরিক্ত জল জমাতে কেবল মেম্ব্রেণ সকলের (meningocele) কিম্বা মস্তিষ্কের (encephalocele) নির্গমন হইয়া থাকে। শেষোক্ত অবস্থায় ভেণ্ট্রিকল্ মস্তিষ্কের বহির্গামী অংশের ভিতর পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইতে পারে। এই অবস্থাকে hydrencephalocele বলা যায়। অক্সিপিট্যাল্ বিজ্ঞানে ফোব্যামেন্ ম্যাগনামের ঠিক পশ্চাতে যে চারিটী কেন্দ্র হইতে অক্সিপিট্যাল্ অস্থির এই অংশ অসিফায়েড্ হয় সেই চারিটী কেন্দ্রের মধ্যে এরূপ টিউমার সর্ব্বাপেক্ষা অধিক হইয়া থাকে। কখন সুপ্রা অক্সিপিট্যাল অংশ আদৌ উৎপন্ন হয় না ও একটী বৃহৎ ফোবামেন্ ম্যাগনামের ভিতর দিয়া স্যাক্ নির্গত হয়, নাসামূলে ফ্রণ্ট্যাল্ নেস্যাল্ অস্থিসকলের মধ্যস্থলে ইহার আধিক্য দেখা যায়। কিন্তু সুচার সকলের মধ্য দিয়া যে কোন স্থানে ইহা বহির্গত হইতে পারে। এবং এমন কি নেস্যাল্ ফসি ও ফেরিংসে ঝুলিয়া পড়িতে পারে।

SYMPTOMS—অক্সিপিট্যাল রিজানে এই সকল টিউমার্ সচরাচর pedunculated ও বৃহদায়তন হইয়া থাকে—এমন কি সময়ে সময়ে শিশুর মাথার মত বড় হইতে দেখা যায়। নাসিকামূলে প্রায়ই তাহারা আয়তনে ছোট ও sessile হয়। তাহাদের আচ্ছাদক ত্বক স্বাভাবিক থাকে। শিশুর ক্রন্দনকালে তাহা ফুলিয়া উঠে; টিপিয়া ধরিলে তাহা

সম্পূর্ণরূপে অথবা আংশিক reduce করিতে পারা যায়। এই বিভাক্সানের জন্য সময়ে সময়ে কন্‌ভালসান অথবা অন্যান্য brain symptoms প্রকাশ পায়। তাহারা কেবল রসে পরিপূর্ণ থাকিলে ( meningocele ) কোমল, fluctuating, opaque এবং কেবল আংশিকরূপে reducible হয়। তাহারা স্পন্দিত হইতে থাকে এবং সচরাচর sessile, তাহাদিগকে দেখিলে স্কাল্পের অন্য কোন প্রকার টিউমার বলিয়া ভুল হইতে পারে, বিশেষতঃ congenital ডার্ময়েড সিষ্ট্ ও ডিজেনারেটেড্ নীভাইয়ের সহিত ভুল হইবার অধিক সম্ভাবনা। যাহা হউক অস্থির সহিত তাহাদের ঘনিষ্ঠ সম্বন্ধ। সুচার সকলের গতিপথে তাহাদের স্থিতি এবং তাহাদের আংশিক বা সম্পূর্ণ reducibility শ্বাস গ্রহণের সঙ্গে সঙ্গে স্ফীতি এবং সকল সময়ে মস্তিষ্কের সহিত সমকালে স্পন্দিত হওয়া প্রভৃতি লক্ষণ দ্বারা রোগ নিরূপণে প্রায়ই বিশেষ সাহায্য পাওয়া যায়। সময়ে সময়ে স্কালের গর্ত্তটীও ধরিতে পারা যায় এবং সঞ্চালনে brain symptoms উৎপন্ন হইতে পারে।

TREATMENT—সচরাচর তাহাদিগকে অমনি রাখিয়া দেওয়া ভাল, অথবা কেবল একটী প্যাড্ ও ব্যাণ্ডেজ্ দ্বারা support করিয়া রাখিবে। মেনিঞ্জোসিল pedunculated হইলে এবং কেবল একটী ক্ষুদ্র ছিদ্র দ্বারা ক্রেনিয়ামের অভ্যন্তরের সহিত মিলিত থাকিলে, তাহাকে এক্‌সাইজ করিবে।

FUNGOUS TUMORS.—ইহাদের প্রকৃতি সচরাচর সার্কোমার মত। স্ক্যাল্প বা পেরিক্রেনিয়ামের টিসুসকল হইতে অথবা ডিপ্লোই বা ডিউরামেটার হইতে উদ্গত হয় এবং তাহার পর অস্থি ভেদ করিয়া প্রবিষ্ট হইতে পারে। ইহাদিগকে দেখিলে অস্থির বা পেরিক্রেনিয়ামের কোন প্রকার প্রাদাহিক বা সিফিলিটিক্ পীড়া বলিয়া ভ্রম হইতে পারে। কিন্তু তাহাদের দ্রুত বৃদ্ধি, মার্কারী প্রভৃতি ঔষধ দ্বারা কোন উপকার না হওয়া, পাংচার করিলে কেবল রক্ত নির্গমন এবং সেই সঙ্গে রোগীর শরীর ভার হ্রাস ও বলক্ষয় প্রভৃতি অবস্থা দেখিলে সচরাচর তাহাদের পার্থক্য বুঝিতে পারা যায়। কিন্তু কোন কোন স্থলে অভ্রান্তরূপে নিরূপণ করিবার নিমিত্ত exploraty incision করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। যে সকল সেকেণ্ডারী টিউমার স্পন্দিত হয় এবং যাহারা থাইরইড গ্ল্যাণ্ড টিসুতে গঠিত, ম্যালিগন্যাণ্ট গইটার হইলে সময়ে সময়ে তাহাদিগকে দেখা যায়।

TREATMENT—সাধারণ ভাবে ব্যাপ্ত ( Dissemination ) হওয়ার কোন প্রমাণ না থাকিলে এবং টিউমারটী ছোট ও সুস্পষ্ট সীমাবদ্ধ হইলে তাহাকে দূর করা যাইতে পারে। স্ক্যাল্প হইতে উৎপন্ন হইলে সচরাচর সহজেই ইহা সম্পন্ন করিতে পারা যায় কিন্তু যখন তাহা অস্থি বা ডিউরামেটার হইতে উদ্ভূত হয়, তখন কঠোরতর অস্ত্রোপচার আবশ্যক হইতে পারে, কেন না স্কালের একটী বৃহৎ অংশ কাটিয়া ফেলিতে এবং সম্ভবতঃ ডিউরামেটার উন্মুক্ত করিতে হইবে। কঠোরতম এণ্টিসেপ্‌টিক্ সতর্কতা অবলম্বন করিতে হইবে।

DISEASES OE THE BRAIN AND ITS MEMBRANES THAT MAY CALL FOR SURGICAL INTERFERENCE

MENINGITIS.—Injuries of the Head নামক অধ্যায়ে মস্তিষ্কের মেম্‌ব্রেণ সমূহের আভিঘাতিক প্রদাহের বিচার আলোচিত হইয়াছে। কিন্তু অনাভিঘাতিক পীড়া সমুদায়ে অস্ত্র চিকিৎসা সাহায্যে আরোগ্য সাধনে অল্পই চেষ্টা করা হইয়াছে। টিউবার কিউলাস্ মেনিঞ্জাইটিসে স্কাল ট্রেফাইন্ করিয়া বিপরীতদিকের একটী গর্ত্তের ভিতর দিয়া মেমব্রেণ সকল প্রক্ষালিত হইয়াছে। ডুপার সার্ভাইক্যাল ভাটিব্রাব একটি লামিনা কাটিয়া লইয়া উক্ত গর্ত্ত করিতে হয়। কিন্তু টিউবার্কিউলাস্ পেরিটোনিয়াম প্রক্ষালিত করাতে যে সুফল পাওয়া যায়, এই প্রক্রিয়া দ্বারা সেই প্রকার সুফল পাওয়া যায় না।

SEPTIC THROMBOSIS OF THE VENOUS SINUSES OF THE DURAMATER.—প্রত্যক্ষ সেপ্টিক্ ইন্‌ফেক্‌শানে, অথবা শাখা শিরা সকল দ্বারা অপ্রত্যক্ষ ইন্‌ফেক্‌শান্ জন্য এই পীড়া হইতে পারে। এইরূপে অর্ব্বিটের পূয়োদ্ভব, মুখের কার্ব্বঙ্কল্, উর্দ্ধ জ্য-অস্থির নিক্রোসিস্, এবং নেস্যাল্ ফসীর সেপ্টিক্ প্রদাহ জন্য ক্যাভার্নাস্ সাইনাস্ আক্রান্ত হইবার সম্ভাবনা। সেইরূপ স্ক্যাল্প ও স্কালের সেপ্টিক্ উণ্ডে সুপিরিয়ার লঙ্গিটুডিন্যাল্ এবং পুরোবেণ্ট অটাইটিস্ মিডিয়ায় ল্যাটারাল সাইনাস্ আক্রান্ত হইতে পারে। ফল কথা, যে কোন সাইনাস্ আক্রান্ত হউক না কেন, প্যাথলজিক্যাল পরিবর্ত্তন সকল স্থানে প্রায় এইরূপই হইয়া থাকে। একমাত্র ল্যাটারাল সাইনাস্ ভিন্ন আর সর্ব্ব স্থানেই রোগের নিরূপণ করা কঠিন। অস্ত্র চিকিৎসা দ্বারা অল্পই ফল লাভ করা যাইতে পারে। এই স্থলে সেইজন্য ল্যাটারাল্ সাইনাসের থ্রম্বোসিসের কথা বলা যাইতেছে।

SEPTIC THROMBOSIS OF THE LATERAL SINUS.—purulent otitis media হইলে ঐ রোগ প্রায়ই দেখা যায়। নানাবিধ সেপ্টিক্ প্রোসেস্ বিস্তৃত হইয়া অথবা ম্যাষ্টয়েড্ এণ্ট্রাম্ বা সেল সমুদায়ের কেরিজ্ বা নিক্রোসিস্ দ্বারা মধ্যকর্ণ হইতে সাইনাসে চালিত হইতে পারে। প্রত্যেক স্থলেই সাইনাসে রক্ত জমাট বাঁধে ও একটী সেপ্টিক্ ক্লট্ উদ্ভূত হয়। সেই ক্লট ক্রমে ক্রমে জুগুলার শিরায় বিস্তৃত হইতে পারে। অতঃপর disintegration ঘটিবার সম্ভাবনা এবং রক্তস্রোতে সেপ্টিক্ অণুসমূহ বাহিত হইতে পারে।

SIGNS.—সেপ্টিক্ কণাসকল যখন সাধারণ রক্তস্রোতে প্রবিষ্ট হয়, সেই সময়ে উৎকট ও দীর্ঘ রাইগার হইয়া থাকে; শারীর তাপ সহসা ১০৫ বা ১০৬ ডিগ্রিতে উত্থিত হয় এবং তাহার পতনও সেইরূপ আকস্মিক হইয়া থাকে। তাহা স্বাভাবিকের নিম্নে নামিয়া আইসে এবং তৎসঙ্গে প্রচুর ঘাম হইতে থাকে। থ্রম্বস্ যখন ইণ্টার্ণ্যাল্ জুগুলার্ ভেনে প্রবিষ্ট হয় তখন তাহা গ্রীবাদেশে কঠিন ও বেদনাযুক্ত (tender)

রজ্জুবৎ প্রতীত হইতে থাকে। কিন্তু এই ভেনের গতিপথে যে সকল বড় বড় লিম্ফ্যাটিক্ গ্ল্যাণ্ড আছে, যদি তাহা তৎ সমুদায় দ্বারা আচ্ছন্ন হয় তাহা হইলে কিছুই অনুভব করিতে পারা যায় না। ক্লটটী যেমন ভাঙ্গিতে থাকে রাইগার তত বারম্বার হইতে থাকে, সঙ্গে সঙ্গে pulmonary, abdominal বা meningeal লক্ষণাদি সহ অবসন্নতা দেখা দেয়। শিরঃ পীড়া, সময়ে সময়ে অপ্টিক্ নিউরাইটিস্ প্রকাশ পায়, গণ্ডদ্বয় আবক্তিম বর্ণ ধারণ করে; জিহ্বা শুষ্ক ও brown শ্বাস দুর্গন্ধময়, নিশ্বাস প্রশ্বাস দ্রুত,; এবং নাড়ীর frequency অতিশয় বৃদ্ধি পায়। বমন ও অতিসারও আরম্ভ হইতে পারে এবং এবডোমেনের উপর এক প্রকার পেরিটিনিয়াল্ র‍্যাশ্ প্রকাশ পাইতে পারে। Absorption বন্ধ না করিলে ফুস্‌ফুসের multiple abcess ও গ্যাংগ্রিণ ঘটিতে পারে এবং রোগীর সাধারণ পায়িমিয়া রোগে প্রাণত্যাগ করে। কোন কোন স্থলে ইণ্টার্ণ্যাল্ জুগুলার্ ভেনের নিম্ন প্রান্তে ক্লট্ ভাঙ্গে না। এবং প্লাগ্ স্বরূপ হইয়া শোণিত সঞ্চালন হইতে সেপ্টিক্ কণাসকলের গতি রুদ্ধ করিয়া দেয়। ইহাতে ক্লটের পূযোদ্ভব হওয়াতে শিরাপ্রাচীরের শ্লাফ্ হয় এবং গ্রীবাদেশে দুর্গন্ধময় দূষিত একটী বৃহৎ পূয়পূর্ণ এব্‌সেস উৎপন্ন হয়; ইহাদের চতুঃপার্শ্বস্থ টিসু সকলের ক্রমাগতই শ্লাফ্ ঘটিতে পারে এবং তাহার পরিণাম সাঙ্ঘাতিক হইবার সম্ভাবনা। অথবা এব্‌সেস্ সীমাবদ্ধ হইয়া পড়ে এবং রোগী আরোগ্য লাভ করে।

TREATMENT—পুরাতন মধ্যকর্ণের রোগ বিশিষ্ট কোন রোগীর কঠোর রাইগার হইবা মাত্র তাহারা ম্যাষ্টয়েড্ এণ্ট্রাম explore ও পরিষ্কৃত করিবে, তাহার পর ল্যাটারাল্ সাইনানের বাহ্য প্রাচীর ছেদন করিয়া তাহা প্রকাশিত করিবে। ইহার গর্ভের সম্মুখ সীমা ম্যাষ্টয়েড্ সেলের সম্মুখ মার্জ্জিনের সহিত মিলিত হয়। অক্‌সিপিটাল অস্থি হইতে একটী বক্রবেখা ম্যাষ্টয়েড প্রোসেসের পোষ্টিরিয়ার বর্ডারে যাইয়া মিলিত হইয়াছে। এইটীই তাহার পশ্চাৎ সীমা। মিয়েটাসের কেন্দ্রস্থলের ১½ ইঞ্চ পশ্চাতে রিডের বেস্‌লাইনে ট্রেফাইন বা গাউজ করিলে সাইনাসের সিগময়েড এণ্ড বহিষ্কৃত হইলে তাহা ইন্‌সাইজ করিবে। সেপ্টিক্ ক্লট বাহির করিয়া দিবে এবং যদি তখনও শোণিতস্রাব হইতে থাকে, তাহা হইলে গজের প্লেজেট অথবা এসেপ্টিক্ মোমে উল্ মিলাইয়া উণ্ড আপূরিত করিবে। অতঃপর গ্রীবার বুণ্ডলার্ ভেন্ অনাবৃত করিবে এবং যদি তাহাকে patent দেখা যায় তাহা হইলে দুইটী বন্ধনীর মধ্যে তাহা ছেদন করিবে এবং ত্বকের উণ্ড বন্ধ করিয়া দিবে। ক্লট আছে বলিয়া বুঝা গেলে, যদি সম্ভব হয়, সেই ক্লটের খুব নীচে একটী লিগেচার স্থাপন করিবে ½ ইঞ্চ উর্দ্ধে একটী clamp forceps বসাইবে। অতঃপর সেই বন্ধনী ও ক্ল্যাম্প ফর্সেপ্সের মধ্যে সেই শিরাটী বিভক্ত করিবে, তাহার উর্দ্ধমুখ উত্তোলিত করিয়া স্কিন উণ্ডের উর্দ্ধ কোণে স্থাপন করিবে এবং গজ দ্বারা আপূরিত করিয়া রাখিবে, তাহার পর ক্ল্যাম্প খুলিয়া লইবে

এবং এই উর্দ্ধপ্রান্ত ও ল্যাটার‍্যাল্ সাইনাসের মধ্যস্থিত ক্লট পিচকারী করিয়া বাহির করিয়া ফেলিবে।

এই উপায়ে সচরাচর পাইমিয়ার বিস্তার নিবারিত হইতে পারে। দুর্ভাগ্য বশতঃ কোন কোন স্থানে সেপ্‌টিক্ কণাসকল অন্য পথ দিয়া শোণিত সঞ্চালনে উপনীত হইতে পারে।

ABSCESS OF THE BRAIN —Causes, ইহার দুইটী প্রধান কারণ এই— 1. Middle-ear disease , 2, Head injuries , ইহার সহিত ক্রেণিয়ামের অস্থি সকলের ফ্র্যাক্‌চার থাকিতে পারে, নাও থাকিতে পারে। ২, নিম্নলিখিত তিনটী অবস্থাও সময়ে সময়ে কারণরূপে কার্য্য করে নাসিকা, গলা বা অর্ব্বিটের কোন পীড়া অভিঘাত বা অস্ত্রোপচারের পর উক্ত তিনটী ক্যাভিটি হইতে সেপ্‌টিক্ বিষের প্রত্যক্ষ বিস্তৃতি। অথবা সিফিলিস্ বা টিউবার্কেল্ হইবার পর ক্রেণিয়্যাল্ অস্থি সকলের নিক্রোসিস্ বা কেরিজ হইলেও সেপ্‌সিস্ উত্তমরূপে বিস্তৃত হইতে পারে। ইহাও অন্যতম কারণ। ৪। ফুস্‌ফুসের গ্যাংগ্রিণ, আলসারেটিভ এণ্ডোকার্ডাইটিস্, এণ্টেরিক্ জ্বর প্রভৃতি জন্য মেট্যাষ্টেসিস্ বা পাইমিয়া এবং ৫। সাধারণ টিউবার্কিউলোসিস্।

এণ্টিসেপ্‌টিক্ সমূহের প্রচলনাবধি ট্রমেটিক্ এবসেস্ বড়ই বিরল হইয়াছে। ইতিপূর্ব্বে ইহার বিষয় বর্ণিত হইয়াছে।

মেট্যাষ্টেটিক্ ও পায়িমিক এবসেস্ সকল সচরাচর মস্তিষ্কে multiple এবং তাহাদের কোন localizing sign পাওয়া যায় না সেই জন্য অন্য চিকিৎসা দ্বারা কোন ফলই ফলে না।

ABSCESS OF THE BRAIN FROM MIDDLE EAR DISEASE—ক্রণিক্ পুরুলেণ্ট অটাইটিস্ সেপ্‌টিক্ প্রকৃতি ধারণ করিয়া বিস্তৃত হইলে তাহার ফলস্বরূপ এই পীড়া হইতে পারে। কয়েক বৎসর ধরিয়া হয়ত ইহা স্থিরভাবে থাকিয়া ধীরে ধীরে এটিক্ ও ম্যাষ্টয়েড অস্থিময় প্রাচীর সকলের কেরিজ ও নিক্রোসিস্ উৎপাদন করিয়া থাকিবে। ইহা কখনই প্রাইমারী একিউট, পুরুলেণ্ট অটাইটীস্ মিডিয়ার ফলস্বরূপ উৎপন্ন হয় না,—যদি হয় তাহা ক্বচিৎ। ইহার এক্‌সাইটিং কারণ (১) শুষ্কীভূত পুঁসের অন্তরালে কোন প্রকার সেপ্‌টিক্ পদার্থ আবদ্ধ থাকিলে; পলিপায়েড্ গ্র্যাণিউলেশান্‌পুঞ্জ অথবা মিয়েটাস মধ্যে প্রবিষ্ট উলের প্লাগ অথবা (২) কঞ্জেশ্চান দ্বারা হইতে পারে, শৈত্য, সামান্য আঘাত, কিম্বা কর্ণ, নাসিকা বা গণ্ডের অস্ত্রোপচার তাহাতে সেপ্‌টিক্ পদার্থ পড়িয়া থাকিলে, এই কয়টী ব্যবস্থার ফলস্বরূপ হইতে পারে।

PATHOLOGY.—মধ্য সেরিব্র্যাল ফসা কিম্বা টেম্পোরোস্ফিনইড্যাল্ লোব্ অথবা সেরিবেলার্ ফসা বা ল্যাটার‍্যাল্ সেরিবেলার্ লোবে এবসেস্ উৎপন্ন হইতে পারে। উভয় প্রকারেই নিম্নলিখিত অবস্থা ইহার কারণরূপে কার্য্য করে। (ক) টেগমেন টিম্পেনাইয়ের ভিতর দিয়া মধ্য সেরিব্র্যাল ফসার অথবা পশ্চাদ্ভাগে ল্যাটার‍্যাল সাইনাস্ গুহ্যে সেপ্‌টিক্ বিষ প্রত্যক্ষরূপে বিস্তৃত হইবে এবং তাহা হইতে সেরিবেলার ফসার

উপনীত হইতে পারে। প্রথমটীতে ডিউরার নিম্নে কিম্বা সাব্ডিউর‍্যাল্ স্পেসে, টেম্পোরো স্ফিনইড্যাল সন্নিহিত স্থানে এবসেস্ উদ্ভূত হইবার সম্ভাবনা। শেষোক্ত অবস্থায় ল্যাটার‍্যাল সাইনাসের সেপ্টিক্ থ্রম্বোসিস্ হইতে পারে, অথবা ল্যাটার‍্যাল্ সেরিবেলার লোবে একটী এবসেস্ উৎপন্ন হইতে পারে। (খ) কোন শিরা বা লিম্ফ্যাটিকের ভিতর দিয়া অপ্রত্যক্ষ ইন্ফেক্শান্ জন্য এব্সেস্ উদ্ভূত হইতে পারে। সুস্থ অস্থি, মেমব্রেণ সকল, ও ব্রেণ সাবষ্ট্যান্স্ সেইরূপ অবস্থায় কর্ণস্থিত সেপ্টিক্ ফোকাস্ ও এবসেস্ ক্যাভিটীর মধ্যে অবস্থিত থাকিবে। তখন এবসেস্টীও একটী স্বতন্ত্র এবং প্রায়ই পুরু প্রাচীর দ্বারা বেষ্টিত থাকিবে এবং তাহা দারুণ দুর্গন্ধ পূঁয ধারণ করিতে পারে এবং কেবল কোমলীভূত ব্রেণ টিসু দ্বারা পরিবেষ্টিত হইতে পারে।

একটী এবসেস্ কয়েক সপ্তাহ বা মাস স্থিরভাবে থাকিয়া অবশেষে সঞ্চালিত হইতে পারে। এরূপ হইলে pressure ও septic absorption দ্বারা ধীরে ধীরে; সেপ্টিক্ মেনিঞ্জাইটীস্ ব্রেণের বেস্ হইয়া কর্ড্ বা মেডালায় বিস্তৃত হইয়া থাকে। ইহা অতিশয় দ্রুতবেগে ধাবিত হয়। অথবা ইহা হঠাৎ দেখা দিলে এপোপ্লেক্সির ন্যায় লক্ষণ সকল প্রকাশ পায়। সাব্ এরেক্ নয়েড স্পেসে, কিম্বা একটী ল্যাটার‍্যাল্ বা চতুর্থ ভেন্ট্রিকেলে তাহা ফাটিয়া যাওয়াতে এইরূপ লক্ষণাদি উৎপন্ন হয়।

SYMPTOMS—সেরিব্র্যাল্ এবসেসের লক্ষণ সকল প্রায়ই অস্পষ্ট ও অনির্দ্দিষ্ট নিম্নলিখিত কয়েকটী অবস্থার সহিত তাহারা আলোচিত হইতে পারে;—যথা, (a) Septic signs, (b) signs of intracranial tension and cerebral tumour এবং (c) localizing signs.

(A) SEPTIC SIGNS.—ইহাতে এস্থেনিক্ বা টাইফয়েড্ টাইপের জ্বর হইতে পারে। প্রথম প্রথম ইহা বৃদ্ধি পাইতে পারে, কিন্তু সাধারণতঃ ক্রমে ক্রমে কমিয়া আইসে এবং কমিয়া subnormal হইতে পারে। নাড়ী দ্রুত না হইয়া মৃদু হইতে পারে এবং প্রতি মিনিটে পঞ্চাশ বা তদপেক্ষা কম স্পন্দিত হইতে পারে। জিহ্বা প্রথমে পরিষ্কার থাকে, কিন্তু ক্রমে বিশিষ্ট, শুষ্ক, ও brown হইতে পারে। শ্বাসে দুর্গন্ধ, মুখবর্ণ মৃত্তিকাবৎ এবং চোখ মুখাদি বসিয়া যায়। subnormal শরীর তাপের সহিত কোন এস্থেনিক্ বা টাইফয়েড্ অবস্থাগ্রস্ত রোগীর নাড়ী মৃদু হইলে,—বিশেষতঃ যদি তাহার অটাইটিস্ মিডিয়া থাকে, তাহা হইলে তাহার সেরিব্র্যাল্ এব্সেস্ হইয়াছে, বলিয়া সন্দেহ হইবে।

(B) SIGNS OF INTRACRANIAL PRESSURE AND CEREBRAL TUMOUR—অবিরাম শিরঃপীড়া এবং নিদ্রাভাব, পরে তাহা কোমায় পরিণত হয়। এই চিহ্ন সচরাচর প্রকাশ পায়। কিন্তু যতদিন না এব্সেস্ হঠাৎ ফাটিয়া যায়, ততদিন একমাত্র শিরঃপীড়া ভিন্ন অন্য কোন লক্ষণ দেখা না দিতে পারে। তখন এপোপ্লেক্সির মত লক্ষণ সকল প্রকাশ পায়। ক্রণিক প্রকৃতির প্রাথমিক অবস্থায় মানসিক লক্ষণ সকল প্রায়ই বিচিত্র হইতে দেখা

যায়। সঙ্ক্ষেপে তৎসমুদায়কে slow cerebration, মানসিক অভিনিবেশের অভাব, মানসিক আচ্ছন্নতা, তৈমিত্যের প্রবণতা এবং নিজ বলপ্রয়োগে রোগীর অসামর্থ্য বলিয়া নির্দ্দেশ করা যাইতে পারে। সেরিব্র্যাল্ টিউমারের প্রধান প্রধান চিহ্ন সকল যথা, অপ্‌টিক্ নিউরাইটিস্ থাকিতে পারে; ইহা সামান্য কিম্বা স্পষ্ট এবং এব্‌সেসের দিকে অতিশয় স্পষ্ট হইতে পারে। অনেক সময় ইহা সম্পূর্ণ অনুপস্থিত থাকে। বমন ক্বচিৎ গুরুতর; এবং সম্ভবতঃ আহারের পর সময়ে সময়ে কেবল দেখা দেয়। শিরঃপীড়া সর্ব্বদাই থাকে, তাহা অবিরাম হইয়া পড়ে এবং এব্‌সেসের স্থিতিস্থানে তাহা নির্দ্দিষ্ট হইতে পারে, না হইতেও পারে।

LOCALIZING SIGNS —Frontal বা tempero-sphenoidae লোবে, কিম্বা সেরিবেলামের ল্যাটার‍্যাল্ লোবে এব্‌সেস্ হইলে তাহার localizing অর্থাৎ স্থিতিনির্দ্দেশক কোন চিহ্ন না থাকিতে পারে; তবে যদি এব্‌সেস্‌টী বড় হয়, এবং বাক্, সেনসরী মোটার, শ্রবণ কিম্বা দর্শন কেন্দ্রের উপর, অথবা তাহার চাপ ইণ্টার্ণেল ক্যাপ্‌সিউল্, বা সেরিবেলার পিডাঙ্কলের উপর আসিয়া পড়ে, তাহা হইলে localizing signs পাওয়া যায়। সেন্‌সেরি মোটার্ এরিয়া আক্রান্ত হইলে যে সকল localizing signs প্রকাশ পায়, Injuries of the Brain শীর্ষক প্রবন্ধে তাহার কথা বলা হইয়াছে। টেম্পোরো-স্ফিনইড্যাল্ লোবে এব্‌সেস্ হইলে তাহার দ্বারা অডিটারী সেণ্টার আক্রান্ত হইতে পারে এবং তাহাতে বধিরতা,—বিশেষতঃ বিপরীত কর্ণের উৎপন্ন হইতে পারে; কিন্তু এই লক্ষণের তত দূর গুরুত্ব নাই, কারণ অটাইটিস্ মিডিয়া কর্ণেই প্রকাশ পায় এবং তাহাতে উভয় দিকেরই শ্রবণশক্তি মন্দাভূত হইয়া থাকে। ১। মস্তিষ্কের বেসে—বিশেষতঃ তৃতীয় নার্ভটীতে এব্‌সেস্ প্রেস করিতে পারে এবং ptosis বাহ্য squint ও সেই দিকেরই পিউপিলের বিস্ফারণ সাধন করিতে পারে। ২। Facial কর্টেক্সে ইহা প্রেস্ করিতে পারে এবং তাহাতে মুখের মাসল্ সকলের আক্ষেপ বা প্যারালিসিস্ হইবার সম্ভাবনা। একথা স্মরণ রাখা আবশ্যক যে, ফ্যাসিয়াল নার্ভ যখন তাহা একুইডাক্টাস্ ফ্যালোপিয়াইয়ের মধ্যে থাকে, তখন টিম্প্যানামে পূঁয হইলেই তাহাও পীড়িত হইতে পারে। এই শেষোক্ত অবস্থায় মুখের প্যারালিসিস সম্পূর্ণ হইতে দেখা যায় এবং যে দিকে পূঁয সেই দিকেই তাহা প্রকাশ পায়। কিন্তু প্রথমোক্ত অবস্থায় তাহা বিপরীত দিকে উদ্ভূত হয়, রোগী চক্ষু বুজিতে পারে এবং তাহার জিহ্বার দ্বিতীয়াংশে তাহার স্বাদশক্তি নষ্ট হয় না। ৩। এব্‌সেস্ প্রেস্যার দ্বারা অক্‌সিপিট্যাল লোবের visual area আক্রমণ করিয়া সেই দিকের রেটিনায় টেম্পোর‍্যাল্ হাফের এবং বিপরীত দিকের নেস্যাল্ হাফের visual perception দূষিত hemianaopsia করিতে পারে। ৪। এব্‌সেস্ প্রেস্যার্ দ্বারা সম্মুখে সেন্‌সরি মোটার এরিয়া দূষিত করিতে পারে; তাহাতে গুরুতর monospasm or (monoplegia)—বিশেষতঃ বিপরীত দিকের বাহুর পক্ষাঘাত অধিক

হইতে দেখা যায় এবং পা ও মুখ অল্প আক্রান্ত হয়। ৫। এব্‌সেস্ ইণ্টারনেল ক্যাপ্‌সিউল্ press করিতে পাবে তাহাতে সেনসরী ও মোটার প্যাবালিসিস্ হয় এবং পা, বাহু ও মুখ যুগপৎ অথবা পূর্ব্বোক্ত বিধিক্রমে আক্রান্ত হইয়া থাকে। কার্টিকেল এরিয়ার উপব চাপ পডিলে পক্ষাঘাতেব পর্য্যায় উল্‌টাইয়া যায়। তাহা হইতে কোন-রূপ এনেস্থিসিয়া হয় না। ৬। বামদিকে এব্‌সেস্ হইলে ব্রোকার কন্‌ভলিউশানে চাপ পড়াতে বোগীব কোনপ্রকাব এফেশিয়া দেখা যাইতে পারে। ফল কথা সেরিব্র্যাল এব্‌সেসের সাধারণ লক্ষণাবলীর সহিত যদি তৃতীয় স্নায়ুব প্যারালিসিস্ (ধর দক্ষিণ দিকে) থাকে, সেই সঙ্গে বামদিকে spasm বা paralysis দেখা দেয; এবং যদি সেই স্প্যাজ্‌ম্ বা পক্ষাঘাত মুখমণ্ডলে আরম্ভ হইয়া অঙ্গেব কিয়দংশ আক্রমণ কবে, কিম্বা যদি বাহু নিবাময থাকে এবং যদি সেনসরী প্যাবালিসিস্ না দেখা দেয়, তাহা হইলে বুঝিতে হইবে দক্ষিণ টেম্পোরো স্ফিনইড্যাল লোবে একটী বড এব্‌সেস্ হইয়াছে।

( ক্রমশঃ )

# স্ত্রীবস্তিগহ্বরে স্ফোটক।

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তাব প্রমথনাথ ভট্টাচার্য্য L. M S.

অস্ত্রচিকিৎসাব বর্ত্তমান উন্নতিব দিনে উদর গহ্বরেব স্ফোটকাদি চিকিৎসায় অনে-কেই অস্ত্রেব সাহায্য লইবাব পক্ষপাতী। চিকিৎসক পরিপক্ক হস্ত হইলে এবং উপযুক্ত শুশ্রূষার লোক হইলে উক্ত চিকিৎসা অবশ্য কর্ত্তব্য। কিন্তু যে স্থানে সেরূপ সুবিধা নাই তথায় অত্যন্ত আবশ্যক না হইলে উদব প্রাচীর অথবা যোনী প্রাচীর বিদারণ অপেক্ষা প্রকৃতির উপর নির্ভর করাই শ্রেয়ঃ। নিম্নলিখিত রোগিণীব বিবরণটীতে তাহা সুন্দর প্রতিপন্ন হইবে।

রংপুর জেলার অন্তর্গত টেপা মধুপুর গ্রামে চিকিৎসার্থ আহূত হইয়া দেখিলাম যে, একটী রোগিণী ক্রমাগত ২২ দিন জ্বর ভোগ করিতেছে। উদরের বাম পার্শ্বে সঞ্চাপে বেদনা আছে। জ্বর প্রাতে ১০২F ডিগ্রি ও বৈকালে ১০৫F ডিগ্রি হয়। ঋতুর সময় অতিরিক্ত স্রাব হইয়াছিল। তাহা নিবৃত্ত হইলেই এই জ্বব আবম্ভ হইয়াছে। রোগিণী অত্যন্ত দুর্ব্বলা হইয়া পড়িয়াছে। নাড়ী অত্যন্ত ক্ষীণ ও দ্রুত। বোগিণীর স্ববলে পার্শ্ব পবিবর্ত্তনেব ক্ষমতা নাই। চক্ষু রক্ত-শূন্য ও নিষ্প্রভ। জিহ্বা অত্যন্ত মলিন ও দুই ধারে দন্তের দাগ লাগিয়াছে। অত্যন্ত Diarrhoea বিদ্যমান আছে। মল পরীক্ষায় দেখা গেল যে, কিছুই পরিপাক হয় নাই। সামান্য বিকৃত অবস্থায় ভুক্তদ্রব্য বহির্গত হইয়াছে। রোগিণী আভ্যন্তরিক যন্ত্রণাতে অনবরতঃ কোঁকাইতেছে। উদর প্রাচীরের পেশীগুলি অত্যন্ত শক্ত। কাজেই সঞ্চাপে অভ্যন্তরের অবস্থা সম্যক অবগত হওয়া কঠিন। তবে বস্তিগহ্বরের বাম পার্শ্বে যে

বিশেষ বেদনা আছে তাহা সুন্দর অনুভব করা গেল। যোনিগহ্বর পরীক্ষায় জরায়ু মুখ হইতে একপ্রকার দুর্গন্ধযুক্ত শ্বেত বর্ণের স্রাব দেখা গেল। জরায়ু মুখের বাম পার্শ্বে একটী নরম Fluctuating bulging দেখা গেল। অবস্থা দৃষ্টে আমার নিকট বাম পার্শ্বের ovary এবং Fallopian নালীতে একটী প্রকাণ্ড স্ফোটক বলিয়া মনে হইল এবং তাহা হইতে সামান্য কিছু পূয় জরায়ু গহ্বরে প্রবেশ করিয়া তথায় প্রদাহ উপস্থিত করিয়াছে এমত বিশ্বাস হইল। আমার পূর্ব্ববর্ত্তী চিকিৎসক জ্বর পরিত্যাগ করাইবার জন্য fever mixture, জ্বরের কমের অবস্থাতে Qunine Hydro Bromate এবং উদর প্রাচীরের উপর দুই বার Blister দেওয়ার পর ঘা শুষ্ক হইলে Extract Belladonna ও Cocaine একত্র করিয়া প্রলেপ দিতে ব্যবস্থা করিয়া ছিলেন। পথ্য বার্লি দেওয়া হইত। আমি রোগিণীর দুর্ব্বলতা, অপরিপাক জন্য Diarrhoea, অবস্থান এবং অস্ত্রোপচারের সময় ক্লোরোফরম প্রয়োগ জন্য অন্য চিকিৎসকের সাহায্যের আশা না থাকায় প্রবল (Shock) অবসন্নতার ভয়ে যোনি প্রাচীর বিদারণ পূর্ব্বক ড্রেনেজ প্রয়োগে বিরত থাকিয়া রোগিণীর সাধারণ স্বাস্থ্যের উন্নতি বিষয়ে মনঃসংযোগ করিলাম। রোগিণীর একটু বলাধান হইলেও যদি স্ফোটক নিজ হইতে কোন স্বাভাবিক পথে উন্মুক্ত না হয় তখন অস্ত্রের উপর নির্ভর করিতে সংকল্প করিলাম। ঔষধ quinine sulphat, Ext Ergot Liq, acid n.m.dil দিবসে ৪ বার দেওয়া হইল। Diarrhoeaর জন্য Liq. Morphia Hydrochlo. এবং Spt. chloroform এর মিশ্র দিবসে ২ বার দেওয়া হইল। Pot. Permanganas এর লোশন করিয়া যোনিগহ্বরে ডুশ ( douche ) দিবসে ৩ বার দিবার ব্যবস্থা করিলাম। কপোত পক্ষীর Jug soup প্রস্তুত করিয়া তৎসহ Pepsin এবং vin gallici মিশ্রিত করিয়া ২ আং পরিমাণ এবং দুগ্ধ Peptonised করিয়া ১ পোয়া ব্যবস্থা করিলাম। উদর প্রাচীরের উপর Belladonna glycerine প্রয়োগ করিয়া তদুপরি তৈলাক্ত কাগজ রাখিয়া তদুপরি গরম তিসির পুল্‌টিস ব্যবস্থা করিলাম। এই ব্যবস্থানুসারে ২ দিনেই রোগিণীর অপরিপাক দূর হইল। নিদ্রা সুখ অনুভব করিয়া অনেক শান্তি লাভ করিল, জ্বর কমিয়া ১০০F ডিগ্রি হইল। আর দুই দিন উহা চালাইয়া তৎপরে Ferri Et quinine citras প্রথম মিশ্রের সহিত যোগ করিলাম। দ্বিতীয় মিশ্র রাত্রে ১ বার দেওয়া হইতে লাগিল। ৬ষ্ঠ দিবসে মধ্যাহ্ন কালে সংবাদ পাইলাম যে, রোগিণীর মলদ্বার পথে প্রায় ১॥ পোয়া পরিমাণ দুর্গন্ধযুক্ত পূয় নির্গত হইয়াছে। সেই বৈকালেই জ্বর ত্যাগ হইয়া রোগিণীর অবস্থা উত্তরোত্তর উন্নত হইতে লাগিল। ঔষধ পরিবর্ত্তন করিয়া Burney, yeo's Chlorine mixture এবং সহ ২গ্রেণ কুইনিন এবং অন্যান্য ঔষধ মিশ্রিত করিয়া দিতে আদেশ করিলাম। . acid Carbolic Salol এবং Bismuth দিয়া অন্য একটী মিশ্র দিবসে ২ বার দিলাম। ইহা দিবার উদ্দেশ্য এই যে, অন্ত্র হইতে কোন দূষিত পদার্থ স্ফোটক গহ্বরে প্রবেশ না করিতে পারে

এইজন্য অন্ত্রের মধ্যে পচন নিবারক ও জীবাণুনাশক ঔষধ প্রয়োগ করা, ফ্লোটকোপরি পুল্‌টিস একটু ভারি করিয়া দেওয়া হইল। রোগিণীকে বাম পার্শ্বে শয়নের ব্যবস্থা করিলাম। পরদিন প্রাতে ফ্লোটকোপরি সঞ্চাপে তন্মধ্য হইতে গ্যাস নির্গত হইয়া অন্ত্র মধ্যে প্রবিষ্ট হওয়ার শব্দে, Sigmoid Flesture এ উন্মুক্ত হইয়াছে বুঝিতে পারিলাম। রোগিণীর অবস্থা উত্তরোত্তর উন্নত হইতে আরম্ভ হইলে পথ্যক্রমে সুজিতে উঠান হইল। জ্বর ত্যাগের চতুর্থ দিনে একটু জ্বর হইয়াছিল; কিন্তু ৮ম দিনের অবস্থা অত্যন্ত ভয়ানক হইয়াছিল। ঐ দিন জ্বর ১০৫ ডিগ্রি ও স্ফোটকস্থান অত্যন্ত স্ফীত ও বেদনা যুক্ত হইয়া রোগিণীর অবসন্ন অবস্থা হইবার উপক্রম হইল। প্রথমে অবস্থা দেখিয়া আমার তৎক্ষণাৎ অস্ত্রোপচার করিতে ইচ্ছা হইল। কিন্তু নিজে কিছু স্থিতিশীল হওয়ায় এবং অকস্মাৎ এত পূয় কোথা হইতে উৎপন্ন হইল স্থির করিতে না পারায় ২ ঘণ্টা পর্য্যন্ত অপেক্ষা করিতে সংকল্প করিলাম। ইতি মধ্যে পীড়িত স্থানে সঞ্চাপ দেওয়াতে অনেক গ্যাস বহির্গত হইয়া যাওয়ায় রোগিণী অনেক সুস্থ হইল। কিছুক্ষণ অতীত হইলে জ্বর ও কমিতে আরম্ভ হইল। কাজেই আর অস্ত্র প্রয়োগের আবশ্যকতা রহিল না। সেইদিন হইতে আর কোন উপসর্গ উপস্থিত হয় নাই। কেবল ৪ দিন পর পর একটু করিয়া উত্তাপ বৃদ্ধি হয় মাত্র। তাহা স্থান পরিবর্ত্তণে দূর হইবে এমত আমার বিশ্বাস।

মন্তব্য।—রোগীর অবস্থানুসারে বিশেষ বিবেচনা করিয়া কঠিন অস্ত্রোপচার করা কর্ত্তব্য। বিলম্বে অনেক সময়ে বিশেষ সুফল পাওয়া যায়। উল্লিখিত রোগিণীর অস্ত্রোপচারে বিলম্ব করায় দুই বারই বিশেষ সুফল হইয়াছে। সময়ে২ অন্ত্র মধ্যস্থিত বায়ু স্ফোটক গর্ভে প্রবিষ্ট হওয়ায় যে লক্ষণ উপস্থিত হয় তাহাও বিশেষ দ্রষ্টব্য। তজ্জন্য ব্যস্ততা প্রকাশ না করিয়া ধীর ভাবে কারণ অনুসন্ধান করা কর্ত্তব্য। মফঃস্বলে প্রস্তুতের যন্ত্রাদির অভাবে Jug soup দেওয়া হয় না। এই রোগিণীর চিকিৎসায় আমরা একটী এনামেলের গ্লাস ও তৎমুখ আকৃত করিতে পারে এমত একটী উক্তরূপ বাটী দিয়া Jug soup প্রস্তুত করিয়াছি।

রংপুর। ২৭শে মে, ১৯০৩।

---

# অজীর্ণ পীড়াগ্রস্তের চিকিৎসা।

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার গিরীশচন্দ্র বাগছী।

ইংরাজীতে যে পীড়া সাধারণতঃ ডিস্‌পেপ্‌সিয়া নামে উক্ত হইয়া থাকে, আমরা এস্থলে সেই পীড়াই অজীর্ণ সংজ্ঞা দিয়াছি। পাঠক মহাশয় যদি অজীর্ণ পীড়ার অর্থ বুঝিতে কোন গোল বোধ করেন, এইজন্য এ কথার উল্লেখ করিলাম।

অজীর্ণ পীড়া অতি সাধারণ, এবং ইহার শ্রেণী বিভাগও বিস্তর। আমার বোধ হয়

সাধারণ চিকিৎসক এই শ্রেণীর রোগী যত প্রাপ্ত হন অপর কোন পীড়াগ্রস্ত রোগী সংখ্যায় তত প্রাপ্ত হন না। সাধারণ দাতব্য চিকিৎসালয়েও এই শ্রেণীর রোগীর সংখ্যা নিতান্ত অল্প হয় না। এই পীড়ার উৎপত্তির কারণও যেমন বেশী, লক্ষণাদির বিভিন্নতাও তেমনই বেশী। সকল শ্রেণীর লোকেই এই পীড়া দ্বারা আক্রান্ত হইয়া থাকে। কিন্তু অধিকাংশ স্থলেই পীড়ার আশু ফল মারাত্মক হয় না। তজ্জন্য রোগীও চিকিৎসার অর্থাৎ পীড়া নির্ম্মূল করার জন্য তত ব্যস্ত হয় না। অম্ল হইয়াছে, একটু ক্ষারাক্ত, ঔষধ সেবন করিল, বা ক্ষারাধিক্য অনুমান করিয়া একটু অম্লঘটিত ঔষধ সেবন করিল, কিম্বা পিত্তাধিক্য হইয়াছে মনে করিয়া তিক্ত সংশ্লিষ্ট অথবা অপর পিত্তনাশক সেবন করিল। চিকিৎসকও ঐ পর্য্যন্ত ব্যবস্থা দিয়া নিশ্চিন্ত হইলেন। কয়েকদিন চিকিৎসা করা হইল, দুই চারিজন চিকিৎসক পরিবর্ত্তন করা হইল, বিশেষ সুফল হইল না। রোগী মনে করিল ডিস্‌পেপসিয়া আরোগ্য হয় না; এইরূপে কত রোগী চিকিৎসাধীনে আইসে, সুফল না পাইয়া চলিয়া যায়। যে সমস্ত পীড়ায় এই রূপ ফল হয়, তাহার আলোচনাও যথেষ্ট হয়। তজ্জন্য ডিস্‌পেপসিয়া সম্বন্ধে পুস্তক এবং প্রবন্ধের সংখ্যাও বিস্তর। চিকিৎসার ফল সর্ব্বত্রই প্রায় সমান। কলিকাতার অনেক অজীর্ণ পীড়াগ্রস্ত লোকের বিশ্বাস এই—পীড়া আরোগ্য হয় না। সুতরাং চিকিৎসককে অনর্থক পয়সা দেওয়া কেন? এই জন্য আমরা ডিস্‌পেপসিয়া সম্বন্ধে কিছু আলোচনা করিব। সম্প্রতি ডাক্তার G-Rankin মহাশয় এ সম্বন্ধে একটী প্রবন্ধ প্রকাশ করিয়াছেন। আমরা সেই প্রবন্ধ অবলম্বন করিয়া এই প্রবন্ধের অবতারণা করিলাম।

অজীর্ণ পীড়াগ্রস্ত রোগী আসিলেই আমরা তাহার উপস্থিত লক্ষণ দৃষ্টে একটী ব্যবস্থাপত্র দিয়া বিদায় করিলাম—খাদ্য, পরিশ্রম, অভ্যাস—জীবনযাত্রা নির্ব্বাহের প্রণালী ইত্যাদি সম্বন্ধে বিশেষ অনুসন্ধান করিলাম না। এইরূপ ভাবে চিকিৎসা করিলে কখন অজীর্ণ পীড়া আরোগ্য হইতে পারে না। এইরূপ অমনোযোগের জন্যই এই প্রবাদ প্রচারিত হইয়াছে যে, ডিস্‌পেপসিয়া আরোগ্য হয় না। চিকিৎসকের এইরূপ অমনোযোগিতার জন্যই অবধৌতিক, স্বপ্নাদ্য এবং হাতুবিদ্যার ঔষধ ডিস্‌পেপসিয়াগ্রস্ত রোগী অধিক ব্যবহার করে। এ পক্ষে চিকিৎসকের দোষ, রোগীর নহে। রোগীর যে দোষ থাকে, তাহা পরে বলিব। চিকিৎসক যদি ডিস্‌পেপসিয়াকে সামান্য পীড়া বলিয়া অগ্রাহ্য না করিতেন, তাহা হইলে এ ধারণা সাধারণের মধ্যে প্রচারিত হইত না যে, ডিস্‌পেপসিয়া পীড়া চিকিৎসকের অসাধ্য এবং তজ্জন্য কোন কোন লোকের সমস্ত জীবন রোগের যন্ত্রণার কষ্টে অতিবাহিত হইত না। চিকিৎসক রোগীকে বুঝাইয়া দিলেন—এ পীড়া আরোগ্য হইবে না, সামান্য পীড়া, বিশেষ কষ্ট নাই, ইহাতে জীবন নষ্ট হইবে না, রোগীও তাহাই বিশ্বাস করিল, আর বিশেষ চিকিৎসকের আশ্রয় গ্রহণ করিল না, সমস্ত জীবন ঐ সামান্য কষ্ট দ্বারা অতিবাহিত করিতে আরম্ভ করিল। অবশ্যই সকল স্থলেই যে এইরূপ হয় তাহা

বলা আমার উদ্দেশ্য নহে, তবে ঐরূপ দৃষ্টান্ত বিস্তর দেখিতে পাওয়া যায়। কিন্তু ইহা যে সত্য নহে, তাহা আমরা সকলেই অবগত আছি। শরীরের শান্তি এবং শক্তি রক্ষার জন্য প্রধান আবশ্যকীয় বিষয় পোষণ, পরিপাক ক্রিয়াই সেই পোষণ প্রদান করে সুতরাং ইহার বিকৃতিতে শরীরের পোষণ এবং শক্তির বিকৃতি হয়। সুতরাং কেবল যে জীবন ধারণই কষ্টকর হয় তাহা নহে, পরন্তু জীবনের পরিমাণও তৎ সঙ্গে সঙ্গে হ্রাস হয়। আমরা যদি এই বিষয়টী অজীর্ণ পীড়াগ্রস্ত লোককে বিশেষরূপে হৃদয়ঙ্গম করাইয়া দিতে পারি, তাহা হইলে অনেক অজীর্ণ পীড়াগ্রস্ত লোক দীর্ঘকাল চিকিৎসকের অধীনে থাকিতে পারে।

অতিরিক্ত ভোজন এবং অত্যধিক শারীরিক অত্যাচার করিয়া যে অজীর্ণ পীড়া হয় তাহা নিয়মিত ভোজন এবং অত্যাচার পরিহার করিলেই আরোগ্য হয়। সে শ্রেণীর পীড়ার বিষয় আলোচনা করা আমার উদ্দেশ্য নহে। তবে প্রসঙ্গক্রমে তাহাও উল্লেখ করা আবশ্যক। যে শ্রেণীর রোগীর চিকিৎসা আবশ্যক, চিকিৎসা করিলে তাহাদিগের যে সকলেই নিরোগ হইতে পারে, একথা বলা আমার উদ্দেশ্য নহে। তবে তাহার অধিকাংশের পীড়া নিঃশেষ আরোগ্য না হইলেও চিকিৎসার ফলে যে তাহারা শান্তিতে কাল যাপন করিতে পারে তাহার কোনও সন্দেহ নাই।

আমাদের পরিপাক যন্ত্র আছে। স্বাভাবিক নিয়মে সে কার্য্য করিতেছে। আমরা তাহার কিছুই জানিতে পারিতেছিনা কিন্তু যখন তাহার সেই স্বাভাবিক কার্য্যের বিঘ্ন ঘটে তখন তাহা আমরা জানিতে পারি। সেই স্বাভাবিক কার্য্যের খাদ্য, যন্ত্র, পরিপাক কার্য্যের রাসায়নিক ব্যতিক্রম, এবং রোগ-জীবাণু ইত্যাদি দ্বারা নানা প্রকারে বিঘ্ন হইতে পারে। বয়স, জাতি, কৌলিক প্রকৃতি এবং ব্যবসা ইত্যাদি চিকিৎসার সময়ে আলোচনা করিতে হয়। অন্য পীড়ার উপসর্গরূপে অজীর্ণ পীড়া উপস্থিত হইতে পারে, সেক্ষেত্রে মূল পীড়ার চিকিৎসা আবশ্যক। কেবল উপসর্গের চিকিৎসা করিয়া কি সুফলের আশা করা যাইতে পারে?

## শ্রেণী বিভাগ।

শ্রেণী বিভাগ সম্বন্ধে নানা মুণির নানা মত। এক এক গ্রন্থকার এক এক ভাবে শ্রেণী বিভাগ করিয়া থাকেন। ডাক্তার বার্নকিন মহাশয় সাধারণতঃ তরুণ এবং পুরাতন এই দুই শ্রেণী বিভাগ করিয়া পুরাতনকে আবার তিন শ্রেণীতে বিভাগ করিয়াছেন—এটোনিক, এসিড্ এবং নারভাস। তবে সকল শ্রেণীতে কতকগুলী সাধারণ লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। আবার এক এক শ্রেণীর কতকগুলী বিশেষ লক্ষণ থাকে। তদ্দ্বারা এক শ্রেণী হইতে অপর শ্রেণীর পার্থক্য নিরূপণ করা যায়।

কোন কোন স্থানে বিষাক্ত পদার্থ শোষিত হওয়ার জন্য অজীর্ণ পীড়া হয়। Sir Lauder Brunton বলেন—

পাকস্থলীর অজীর্ণ খাদ্য পদার্থ কেবল যে যান্ত্রিক উপায়ে পাকস্থলীতে উত্তেজনা উপস্থিত করে তাহা নহে। পরন্তু উক্ত অজীর্ণ

পদার্থে উৎসেচন ( Fermentation ) উপস্থিত হইয়া যথার্থ বিষাক্ত পদার্থ উৎপন্ন করে। উদাহরণ স্বরূপ বুটাইরিক এসিডের নাম করা যাইতে পারে। পাকস্থলীর অজীর্ণ খাদ্য দ্রব্যে উৎসেচন ক্রিয়ার ফলে এই বিষাক্ত পদার্থ উৎপন্ন হয়। এই পদার্থ যে প্রবল বিষ ধর্ম্মাক্রান্ত এবং স্নায়ুকেন্দ্রের উপর কার্য্য করে তাহা Ottoweber প্রমাণ করিয়াছেন।

ডিস্‌পেপসিয়া পীড়ার বিভিন্ন শ্রেণীর চিকিৎসা বিভিন্ন প্রণালীর। তজ্জন্য প্রত্যেকের নির্দ্দিষ্ট লক্ষণদ্বারা অপর শ্রেণী হইতে পৃথক্ করিতে না পারিলে তাহার উপযুক্ত চিকিৎসা হইতে পারে না। তজ্জন্য উপরে যে কয়েক শ্রেণীর বিষয় উল্লেখ করা হইয়াছে। তাহার সংক্ষিপ্ত বিবরণ নিম্নে উল্লেখ করা হইল।

তরুণ অজীর্ণপীড়া (Acute Dyspepsia)—এতৎ সম্বন্ধে বিশেষ আলোচনা করা বর্ত্তমান প্রবন্ধের উদ্দেশ্য নহে। তবে সংক্ষেপে এই বলা যাইতে পারে যে ইহা অনেক সময় পুরাতন পীড়াই কোন কারণে প্রবল ভাব ধারণ করে। তবে সাধারণতঃ দেখিতে পাওয়া যায় যে, অনুপযুক্ত এবং অতিরিক্ত ভোজন ইত্যাদি খাদ্যের দোষ, অতিরিক্ত পরিশ্রম, বা দুশ্চিন্তা, বা অন্য কারণ জন্য অবসন্নতা উপস্থিত হইয়া স্নায়ুকেন্দ্রের অবসন্নতা, পাকস্থলীর সর্দ্দি ইত্যাদি কারণে উপস্থিত হইতে দেখা যায়। পীড়া উপস্থিত হওয়ার কোনও নিয়ম নাই। গুরুতর ভোজনের পর দিন প্রাতঃকালে অনেক স্থলে পীড়ার লক্ষণ প্রকাশ পায়। প্রথমতঃ পাকস্থলী প্রদেশে অবসন্নতা অনুভব হয়। তাহার পরেই পেটে বেদনা আরম্ভ হয়। বেদনা অত্যন্ত প্রবল হইতে পারে। বিবমিষা, বিবমিষার পরেই বমন আরম্ভ হয় এবং বমন হওয়ার পর উপশম বোধ হয়। ভাল করিয়া বমন না হইলে উদর স্ফীতি, অস্থিরতা, শিরঃপীড়া, শিরঃঘূর্ণন, পিপাসা এবং বুক জ্বালা ইত্যাদি লক্ষণ উপস্থিত হয়। নাড়ী—দ্রুত এবং কখন কখন ক্ষণবিলুপ্ত, জিহ্বা—প্রলেপ যুক্ত, শুষ্ক। প্রশ্বাস বায়ু—দুর্গন্ধ যুক্ত, এবং দৈহিক উত্তাপ বর্দ্ধিত হইতে পারে। কখন কোষ্ঠ বদ্ধ থাকে এবং কখন বা তরল ভেদ এবং উদরে আক্ষেপবৎ বেদনা হইতে দেখা যায়। প্রস্রাব পরিষ্কার হয় না। ইহাতে যথেষ্ট লিথেট প্রাপ্ত হওয়া যায়। যকৃৎ বৃহৎ এবং বেদনাযুক্ত হইতে পারে। এই সমস্ত লক্ষণ কয়েক ঘণ্টা ভোগ করার পর ঘর্ম্ম হইতে দেখা যায়, কখন কখন ত্বকে কণ্ডূ বহির্গত হয়। সমস্ত লক্ষণ কয়েক ঘণ্টা বা দুই তিন দিন ভোগ করিতে পারে। ক্ষুধার উদ্রেক এবং ভাল নিদ্রা না হইলে রোগী স্বচ্ছন্দতা লাভ করিতে পারে না।

দুর্ব্বলতা জন্য অজীর্ণ পীড়া—( Atonic Dyspepsia )—এই শ্রেণীর পীড়াগ্রস্ত রোগীর সংখ্যা অধিক এবং পুরুষ অপেক্ষা স্ত্রীলোকে অধিক আক্রান্ত হয়। যে সকল লোকের পোষণ কার্য্য ভাল নহে, এবং রক্তহীন, তাহারাই এইরূপ অজীর্ণ পীড়া ভোগ করিয়া থাকে। পাকস্থলীর শক্তি হীনতার জন্য তাহা ভালরূপে সঙ্কুচিত হইতে পারে না এবং আবশ্যকানুযায়ী স্রাবও নির্গত হয় না, তজ্জন্যই এই শ্রেণীর পুরাতন অজীর্ণ পীড়া উপস্থিত হয়। ইহার লক্ষণ খাদ্য

দ্রব্য পাকস্থলীতে উপস্থিত হইলে পাকস্থলীর স্থানে ভার বোধ এবং অস্বচ্ছন্দতা বোধ হইতে থাকে। কিন্তু প্রকৃত বেদনা উপস্থিত হয় না। পরিপাক কার্য্য আরম্ভ হইলেই এই অস্বচ্ছন্দ ভাব অন্তর্হিত হয়। প্রথম বেলার আহারের পর অপেক্ষা দ্বিতীয় বেলার আহারের পর অসুখ বোধ অধিক হয়। ক্ষুধা থাকে না, তবে খাইতে পারে এবং চেষ্টা করিলে অধিক খাইতে পারে, অত্যধিক পিপাসা থাকে না। উদরাধ্মান একটী প্রধান লক্ষণ; প্রায় সকল রোগীতেই এই লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিতে দেখা যায়; খাদ্যের অজীর্ণ অংশ দ্বারা এই লক্ষণ প্রবল হয়। শাকসব্জী ইত্যাদি খাইলে এই লক্ষণ অধিক হইতে দেখা যায়। অনেক রোগীরই অম্লোদ্গার উঠিয়া থাকে। অধিক সময় বিবমিষা বর্ত্তমান থাকিলেও কদাচিৎ বমন হয়। জিহ্বা বিস্তৃত এবং ঈষৎ স্ফীত ভাব এবং রক্তের দাগ যুক্ত, কোষ্ঠ শুদ্ধি প্রায়ই হয় না। প্রশ্বাস বায়ু গন্ধযুক্ত; নাড়ী দুর্ব্বল ও কোমল; ত্বকের স্থিতিস্থাপকতা শক্তি অল্প এবং চট্‌চটে, বর্ণ অপবিষ্কার; শ্বাস প্রশ্বাস ক্ষীণ এবং অল্প পরিশ্রমেই হৃদ্‌কম্প উপস্থিত হয়। সর্ব্বদা অবসন্ন ভাব, মানসিক অবসন্নতা, নিরুৎসাহ, প্রস্রাব গাঢ় ও অত্যধিক অম্লাক্ত, আহারান্তেও ক্ষারাক্ত হয় না। সম্মুখ কপালে বেদনা এবং শিরোঘূর্ণন কখন বর্ত্তমান থাকে। পাকস্থলীর উপর আঘাত করিলে তাহা হইতে তরল পদার্থ পূর্ণের ন্যায় শব্দ উত্থিত হয়। স্বাভাবিক অবস্থায় আহারের অব্যবহিত পরেই এইরূপ শব্দ হইতে পারে। অন্য সময়ে হয় না কিন্তু এই পীড়ায় পাকস্থলীর কার্য্যকরার শক্তি দুর্ব্বল হওয়ায় খাদ্য দ্রব্য দীর্ঘকাল পাকস্থলীতে থাকে। দুর্ব্বল পাকস্থলী উপযুক্ত সময়ে তাহা বহির্গত করিয়া দিতে পারে না তজ্জন্য অন্য সময়েও ঐরূপ শব্দ উত্থিত হয়। অনেক রোগী অসুখের ভয়ে কিছু খায় না, তাহার ফলে পোষণাভাব জন্য সে আরো দুর্ব্বল হইতে থাকে।

**অম্ল জন্য অজীর্ণ পীড়া** ( Acid Dyspepsia )—যে সকল লোক সবল, কার্য্যতৎপর, তাহাদিগের মধ্যে এই প্রকৃতির পীড়া অধিক হইতে দেখা যায়। পাকস্থলীতে অধিক হাইড্রো ক্লোরিক এসিডের উৎপত্তি বা সঞ্চিত হওয়াই ইহার কারণ। এই পীড়ায় ক্ষুধা অত্যন্ত অধিক এবং পরিপাকের প্রথম অবস্থাতে কোন অসুখ বোধ হয় না, কিন্তু তাহার কয়েক ঘণ্টা পরেই পাকস্থলী প্রদেশে ভার এবং বেদনা বোধ হয়, অতৃপ্তিকর অম্ল উৎগার উঠিতে থাকে এবং সেই পদার্থ পাকস্থলী হইতে বহির্গত হইলে যেন আরাম হইবে—এমত বোধ হয়। প্রথম প্রথম পরিপাক কার্য্যের বিশেষ কোন পরিবর্ত্তন হয় না কিন্তু কয়েক দিবস পরেই বিঘ্ন উপস্থিত হয়—কিয়দংশ অম্ল পাকস্থলীতে অবশিষ্ট থাকে। ইহাই অনর্থের মূল, ইহা হইতেই যত লক্ষণ প্রকাশিত হয়। এই পদার্থ পাইলোরাস্ দ্বারা অন্ত্র বা বমন দ্বারা গলার পথে বহির্গত হইয়া গেলেই উপশম বোধ হয়—বেদনা এবং অস্বচ্ছন্দতা বোধ থাকে না কিন্তু পুনর্ব্বার আহারান্তে সেই সমস্ত লক্ষণ উপস্থিত হয়। এইরূপ পর্য্যায়ক্রমে পুনঃ পুনঃ হইতে থাকে।

পাকস্থলী শূন্য হওয়ার অব্যবহিত পূর্ব্বেই যদি পুনর্ব্বার নূতন খাদ্য দেওয়া যায় তাহা হইলে কতক্ষণের জন্য উপশম থাকে, কারণ, পাকস্থলীতে যে আবশ্যকাতিরিক্ত অম্ল ছিল, তাহা কার্য্য করার জন্য নূতন খাদ্য দ্রব্য প্রাপ্ত হওয়ায় আর পাকস্থলীর প্রাচীরের উপর উত্তেজনা উপস্থিত করিতে পারে না কিন্তু এই নূতন প্রেরিত খাদ্য যখন নিঃশেষ হয় তখন সেই অতিরিক্ত অম্ল পুনর্ব্বার পাকস্থলীতে উত্তেজনা উপস্থিত করায় আবার যন্ত্রণা উপস্থিত হয়। এইরূপ পুনঃ পুনঃ হইতে থাকে। পাকস্থলীতে যে অতিরিক্ত অম্ল সঞ্চিত হয় তাহার প্রকৃতি সর্ব্বত্র একরূপ হয় না। ইহা সাধারণতঃ হাইড্রোক্লোরিক এসিড এবং জৈবক অম্লের সংমিশ্রণ মাত্র। অব্যবহিত পূর্ব্বের খাদ্য দ্রব্যের বিভিন্ন প্রকৃতি অনুসারে সেই শেষোক্ত অম্লের বিভিন্ন প্রকৃতি এবং পরিমাণ হইতে পারে। সবল, কার্য্যে রত লোকের পাকস্থলীতে সহসা উৎসেচন ক্রিয়া আরম্ভ হয় না। উৎসেচন ক্রিয়া হইতে বিলম্ব হয় অথচ যথেষ্ট অম্ল সঞ্চিত হইতে দেখা যায়, ইহার কারণ কি? এতদুত্তরে এই কল্পনা সিদ্ধান্ত করা হয় যে, অত্যধিক পাচক রস নিঃসৃত হওয়া এবং অন্য কারণে সেইরূপ অম্লাধিক্য হইয়া থাকে। আহারান্তে মূত্রে ক্ষারাক্ত ধর্ম্ম বর্ত্তে এবং ক্লোরাইডের পরিমাণ হ্রাস হয়। ইহাই প্রমাণ স্বরূপ উল্লিখিত হয়।

উদরাধ্মান, মানসিক অবসন্নতা, স্বভাব খিটখিটে, সাধারণ নিস্তেজতা প্রভৃতি লক্ষণ অপর শ্রেণীর ডিস্‌পেপসিয়াতে যেমন দেখিতে পাওয়া যায় এই শ্রেণীতেও তদ্রূপ হইয়া থাকে। মধ্যে মধ্যে মুখ দিয়া জল উঠা এই শ্রেণীর একটী বিশেষ লক্ষণ। পাকস্থলীর অম্লের প্রতিক্রিয়ার জন্য লাল নিঃসৃত হয়, একবারে অনেক লাল নির্গত হয়, কতক রোগী গিলিয়া ফেলে, ইহাতে কতক উপশম হয়। কারণ, পাকস্থলীস্থিত অম্লের সহিত ইহা মিশ্রিত হওয়ায় তাহার তেজ হ্রাস হয়। কতক বহির্গত হইয়া মুখ মধ্যে আইসে, এই লাল মুখ মধ্যে উপস্থিত হইলে তাহার বিশেষ কোন আস্বাদ বোধ হয় না, দেখিতে পরিষ্কার।

এই শ্রেণীর রোগীর জিহ্বা অপেক্ষাকৃত ছোট, সূক্ষ্মাগ্র, এবং বিশেষ রক্তবর্ণ বিশিষ্ট। গল কোষ রক্তাধিক্য এবং দানা যুক্ত। শীতল জল পানের প্রবৃত্তি অত্যন্ত অধিক। পূর্ণ মাত্রায় বাহ কার্ব্বনেট অব্ সোডা বা তদ্রূপ কোন ক্ষারাক্ত ঔষধ সেবন করিলে তখনি উপশম বোধ হয়।

**স্নায়বীয় অজীর্ণ পীড়া।**—(NervousDyspepsia) যে সকল লোক স্নায়বীয় প্রকৃতি বিশিষ্ট, তাহারাই এই শ্রেণীর ডিস্‌পেপসিয়া দ্বারা আক্রান্ত হইয়া থাকে। মানসিক দুশ্চিন্তা, অথবা অপর কোন কারণে এই শক্তি অবসন্ন হইয়া পড়িলে পীড়ার উৎপত্তি হইয়া থাকে। যে সময়ে পাকস্থলী শূন্য থাকে সেই সময়ে রোগী পাকস্থলীর স্থানে অবসন্নতা অনুভব করে—বোধ করে যেন তথায় কিছুই নাই। কিছু আহার করিলেই এই ভাব দূরীভূত হয় কিন্তু কিছু কাল পরেই পুনর্ব্বার পূর্ব্ব ভাবের আবির্ভাব হইতে দেখা যায়। এইজন্য পুনঃ পুনঃ খাদ্য গ্রহণের প্রবৃত্তি জন্মে। জিহ্বা ফেণা যুক্ত, ঈষৎ শীত

ভাব ও কম্পযুক্ত হয়। কখন বা শুষ্ক থাকে এবং কখন বা বেশ পরিষ্কার দেখা যায়। ঊর্দ্ধ বা পশ্চাৎ কপালে বেদনা থাকে। মানসিক উত্তেজনায় অস্থিরতা প্রভৃতি বিবিধ স্নায়বীয় লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে, মূত্রের পরিমাণ অধিক, তাহার আপেক্ষিক গুরুত্ব অল্প কিন্তু পরিষ্কার স্বচ্ছ। কোষ্ঠ পরিষ্কার হয় না। অনেক সময়ে উদরে শূলবৎ বেদনা হয়। পেটের মধ্যে ফুট ফাট করে, কখন বা তরল ভেদ হয়, সকালে খাদ্য গ্রহণ করার পরেই এই প্রকার অজীর্ণ খাদ্য দ্রব্য সহ তরল ভেদ হয়। কখন কখন এমত দেখিতে পাওয়া যায় যে, রোগী যতবার আহার করে ততবার তরল ভেদ হয়। রোগী কখন ভাল থাকে, আবার কখন লক্ষণ সমূহ প্রবল ভাব ধারণ করে কিন্তু কেন যে, সহসা প্রবল ভাব ধারণ করে, তাহার কারণ অনুসন্ধান করিয়া কিছু স্থির করা যায় না। তবে শরীরে অন্য কোন রূপ স্নায়বীয় লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিতে পারে। যে সকল ঔষধের সাক্ষাৎ সম্বন্ধে পাকস্থলীর উপর বা পরিপাক ক্রিয়ার উপর কোন কার্য্য নাই এমন বলকারক ঔষধ দ্বারা চিকিৎসা করিলেও উপকার হইতে দেখা যায়। রজনীতে ভাল নিদ্রা হয় না—দুঃস্বপ্নে নিদ্রা ভঙ্গ হয়। এই কারণে রোগী বড় কষ্ট বোধ করে। পাকস্থালী প্রদেশের বেদনার জন্যও রোগী অত্যন্ত যন্ত্রণা বোধ করে। মানসিক দুর্ব্বলতা অত্যন্ত অধিক হয়। সময়ে সময়ে এই জন্য উন্মাদের লক্ষণ দেখা দিতে পারে।

## চিকিৎসা।

তরুণ পীড়ার চিকিৎসা বিষয় বিশেষ আলোচনা করা নিষ্প্রয়োজন। অজীর্ণ পদার্থ বহির্গত করিয়া দেওয়াই তাহার প্রধান উদ্দেশ্য; যিনি যে কোন প্রণালীতে চিকিৎসা করুন না কেন, উদ্দেশ্য একই থাকে।

পুরাতন পীড়ার যে কয়েক প্রধান শ্রেণীর বিষয় উল্লিখিত হইল। তাহার প্রত্যেক শ্রেণীর জন্য পৃথক চিকিৎসা প্রণালী আবশ্যক।

পীড়ার মূল কারণ দূরীভূত করাই চিকিৎসার প্রধান উদ্দেশ্য, কিন্তু দুঃখের বিষয় অনেক স্থলে কারণ স্থির করিতে পারা যায় না, তজ্জন্য লক্ষণ দৃষ্টে চিকিৎসা করিতে হয়। অনুপযুক্ত খাদ্য, উপযুক্ত পরিশ্রমের অভাব বা অনুপযুক্ত পরিশ্রম, কোষ্ঠশুদ্ধি না হওয়া ইত্যাদি শরীর রক্ষা বিষয়ে এইরূপ যে সমস্ত সাধারণ নিয়ম আছে, তাহা ভঙ্গ করা, মানসিক দুশ্চিন্তা ইত্যাদি বিষয়ে প্রথম দৃষ্টি রাখিতে হইবে। ঐ সমস্তের মধ্যে কোন একটীও বর্ত্তমান থাকিলে তাহা সংশোধন না করিয়া চিকিৎসা করিলে কোন ফল হইতে পারে না। কাহারো হয়তো অনুপযুক্ত খাদ্যের দোষে অজীর্ণ পীড়া হইয়াছে। সেই খাদ্যের দোষ সংশোধন না করিয়া কেবল ঔষধ সেবন করাইয়া কখন পীড়ার নিঃশেষ আরোগ্য করা যাইতে পারে না। কার্য্যের অনুরোধে হয় তো অনেককে আধা সিদ্ধ ভাত এবং অসিদ্ধ দাল দ্বারা উদর পূর্ণ করিয়া দুই ক্রোশ দূরে চাকরী করিতে যাইতে হয়। কার্য্য স্থানে যাইয়া ৫।৬ ঘণ্টা কাল মানসিক পরিশ্রম করিতে হয়। এইরূপ কারণ জন্য অজীর্ণ পীড়া হইলে প্রথম তাহার এই অস্বাভাবিক কার্য্য তৎপরতা হ্রাস করিয়া তৎপর ঔষধের ব্যবস্থা করিলে তবে উপকার

হইতে পারে, নতুবা নহে। অজীর্ণ পীড়ার অধিকাংশ স্থলেই প্রধান কারণ খাদ্যের দোষ।

পুরাতন অজীর্ণ পীড়া যে কোন শ্রেণীর হউক না কেন, উপযুক্ত এবং নিয়মিত খাদ্যের ব্যবস্থা করা সর্ব্ব প্রধান কর্ত্তব্য। কারণ যে কোন শ্রেণীর পীড়া হউক না কেন সকল স্থলেই পরিপাক শক্তি ব্যাহত হইয়া থাকে।

খাদ্য নির্ণয় করা প্রধান কর্ত্তব্য হইলেও তাহা নির্ণয় করা সহজ হয় না, এমন দুইটী রোগী দেখিতে পাওয়া যায় না যে, তাহারা একই প্রকার খাদ্য গ্রহণ করিয়া সমান ভাবে পরিপাক করিতে পারে। ধাতু প্রকৃতি অনুসারে খাদ্য নির্ণয় করিতে হয়। কিন্তু পূর্ব্বে ধাতু প্রকৃতি নির্ণয় করা যায় না।

কোন্ রোগী কি খাদ্য সহজে জীর্ণ করিতে পারিবে, তাহা রোগীর অবস্থা দেখিয়া স্থির করিতে হয়। সাহেবের লিখিত প্রবন্ধের বা পুস্তকের উল্লিখিত খাদ্য বিবরণ এবং তন্নির্ণয় উল্লেখ করায় কোন উপকার তো নাই বরং সময়ের অপব্যবহার করায় অপকার হয়।

সংক্ষেপে এই বলা যাইতে পারে যে শাগু, বার্লী প্রভৃতি হইতে আরম্ভ করিয়া রোগীর পরিপাক শক্তি অনুযায়ী ক্রমে বৃদ্ধি করিয়া স্বাভাবিক খাদ্যে উপস্থিত হইতে হয়। যে সকল খাদ্য সহজে পরিপাক হয় না, তাহা ব্যবস্থা করিতে নাই। কোন কোন রোগীর বিশেষতঃ স্নায়বীয় প্রকৃতির অজীর্ণ পীড়ায় অল্প পরিমাণ খাদ্য অল্প সময় পর পর কয়েক বার প্রদান করিলে অধিক সুফল হইতে দেখা যায়। দ্রুত ভোজন করা, আহারের অব্যবহিত পরেই মানসিক বা শারীরিক অতিরিক্ত পরিশ্রম করা নিষেধ। যে খাদ্যদ্রব্য ধীরে ধীরে উত্তমরূপে চর্ব্বণ করিয়া লালার সহিত উত্তমরূপে মিশ্রিত করিয়া পরে গলাধঃকরণ করিলে দুই ঘণ্টার মধ্যে জীর্ণ হয়। সেই খাদ্যদ্রব্যই বিনা চর্ব্বণে দ্রুত গলাধঃকরণ করিলে তদপেক্ষা অধিক সময়ে জীর্ণ হইয়া থাকে। এদেশে পূর্ব্বে সকালে কার্য্য করিয়া মধ্যাহ্ন ভোজনের পর বিশ্রাম করিয়া পুনরায় কার্য্য করার প্রথা প্রচলিত ছিল। ইহাতে পরিপাক কার্য্য উত্তমরূপে সম্পন্ন হইত কিন্তু এক্ষণে সকালে বিশ্রাম করিয়া মধ্যাহ্ন ভোজনের পরেই গুরুতর পরিশ্রম করা হয়। এই প্রথা দূষণীয়। ইহাতে পরিপাক কার্য্যের বিঘ্ন হয়। আহার শেষ করিয়া পরে জল পান করা উচিত। আহারের মধ্যে মধ্যে জলপান করিলে পরিপাকের বিঘ্ন হয়। লালা এবং পাচক রস জল মিশ্রিত হওয়ায় তাহার পরিপাক করার শক্তি হ্রাস হয়। আঠার মত দ্রব্য, সদ্য প্রস্তুত পাউরুটী, ছানা, দুবার পাক করা মাংস, কঠিন বীজযুক্ত ফল, শাক সব্জী ইত্যাদি সহজে পরিপাক হয় না জন্য ব্যবস্থা না করাই ভাল। মিষ্ট দ্রব্য অল্প পরিমাণ ব্যবহার করা যাইতে পারে। চা ইত্যাদি উত্তেজক দ্রব্য অপকারী।

নিয়মিত পরিশ্রম, দৈনিক স্নান, অঙ্গ মর্দ্দন, গ্যালভ্যানিজম, প্রফুল্লতা উৎপাদক কার্য্য, জল বায়ু পরিবর্ত্তন ইত্যাদি বিশেষ উপকারী।

প্রত্যেক রোগীর মুখগহ্বর উত্তমরূপে পরীক্ষা করা আবশ্যক, দন্তক্ষত বর্ত্তমান থাকিলে তাহার উপযুক্ত চিকিৎসা করিবে।