পরিপাক কার্য্যের প্রথম সহায় দন্ত, তাহার পীড়া থাকিলে পরিপাক কার্য্যের বিঘ্ন হইবে, ইহা সহজ কথা। পরন্তু পীড়িত দন্ত হইতে পচন উৎপন্ন হয়, লালা এবং খাদ্যদ্রব্যসহ মিশ্রিত হইয়া সেই পচা পদার্থ পাকস্থলীতে নীত হইয়া তথায় স্বাভাবিক পরিপাক কার্য্যের বিঘ্ন উপস্থিত করে। সকল প্রকার পরাতন পীড়াতেই পাকস্থলী ধৌত করা সাহেবী চিকিৎসার প্রধান অঙ্গ কিন্তু এদেশের চিকিৎসকদিগের মধ্যে ঐ প্রণালীতে কেহই চিকিৎসা করেন না সুতরাং তাহা আলোচনা করিয়া প্রবন্ধ কলেবর দীর্ঘ করা নিরর্থক।

পুরাতন ডিস্‌পেপসিয়া পীড়া গ্রস্ত লোকের প্রায় কোষ্ঠ পরিস্কার হয় না, তজ্জন্য প্রথমেই তৎপ্রতি লক্ষ্য করিতে হয়। অবস্থানুসারে ঔষধ ব্যবস্থা করিতে হয়। সাধারণতঃ নিম্ন লিখিত বটিকা সেবন করাইয়া পরে একষ্ট্রাক্ট ক্যাসকেরা স্যাগরেডা, সেনা, সালফার রুবার্ব্ব ইত্যাদি সেবন করাইলে কোষ্ঠ বেশ পরিষ্কার হয়।

R,

হাইড্রাজ সবক্লোরাইড	gri
পিল কলসিন্থ কোঃ	gvi

মিশ্রিত করিয়া এক বটিকা। নিম্নলিখিত বটিকা সেবন করাইলে যে কেবল কোষ্ঠ পরিষ্কার হয় তাহা নহে পরন্তু যকৃতের মৃদু উত্তেজনা উপস্থিত করিয়া উপকার করে। যথা

R.

আইরিডিন	grii
একষ্ট্রা রুবার্ব্ব	griii

মিশ্রিত করিয়া এক বটিকা। এই বটিকা অপরাহ্ণে সেবন করাইলে পর দিবস প্রাতঃকালে কোষ্ঠ পরিষ্কার হইতে পারে। না হইলে ক্যারলবাদ সল্ট ইত্যাদির ন্যায় কোন লাবনিক বিরেচক এক কি দুই ড্রাম এক গেলাস উষ্ণ জলসহ পান করিলে বেশ কোষ্ঠ পরিষ্কার হয়। ভিচী, ফ্রেডিক্সহল প্রভৃতি লাবনিক জল পান করিলেও বেশ উপকার হয়। এই শ্রেণীয় জলের সংখ্যা বিস্তর।

সাধারণভাবে উল্লেখ করিতে হইলে অসংখ্য ঔষধের নাম উল্লেখ করিতে হয়, আমরা ঐরূপ নাম উল্লেখ করিয়া পাঠক মহাশয়ের ধৈর্য্য নষ্ট করিতে ইচ্ছা করি না।

বর্ত্তমান সময়ে সকল চিকিৎসায় যেমন এণ্টিসেপ্‌টিক ঔষধ প্রয়োগ করার প্রথা প্রচলিত হইয়াছে। ডিস্‌পেপ্‌সিয়াতেও তেমনি এণ্টিসেপ্‌টিক ঔষধ প্রয়োগ করা হইতেছে। ডিস্‌পেপ্‌সিয়ার চিকিৎসায় সমস্ত এণ্টিসেপ্‌টিক ঔষধের মধ্যে ডাক্তার ব্যানকিন মহাশয় কর্ব্বলিক এসিডকে উৎকৃষ্ট মনে করেন। কারণ ইহার অম্লত্ব অতি সামান্য। তজ্জন্য অম্ল বা ক্ষার যে কোন শ্রেণীর ঔষধ ব্যবস্থা করা হউক না কেন তৎসহই কার্ব্বলিক এসিড মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করা যাইতে পারে। অনেক রোগী ইহার গন্ধের জন্য আপত্তি করিতে পারে; এমত মনে হয়, কিন্তু কার্য্যক্ষেত্রে তদ্রূপ আপত্তি উত্থিত হয় না।

এটোনিক ডিস্‌পেপ্‌সিয়ার চিকিৎসা।—এই শ্রেণীর রোগীর পক্ষে প্রথমে ডাইলুট হাইড্রোক্লোরিক এসিড, কার্ব্বলিক এসিড, ষ্ট্রীকৃনিন্ এবং জিঞ্জার ব্যবস্থা করিলে বিশেষ সুফল পাওয়া যায়। হাইড্রোক্লোরিক এসিড কর্ত্তৃক পাকস্থলীর

হাইড্রোক্লোরিক এসিডের এবং পাচক রসের অল্পতা নিবন্ধন যে অভাব হয় সেই অভাব দূরীভূত করে, কার্ব্বলিক এসিড উৎসেচন নিবারণ করে, ষ্ট্রিকনিন্ পাকস্থলীয় প্রাচীরের পৈশিক শক্তির দুর্ব্বলতা নিবারণ করে এবং জিঞ্জার বায়ুনাশক এবং লালা-নিঃসারক ক্রিয়ার উত্তেজনা করিয়া সুফল প্রদান করে। এতৎসহ গ্লিসিরিণ মিশ্রিত করিলে মিশ্র সুখাদ্য হয়। নিম্নলিখিত প্রণালীতে মিশ্র ব্যবস্থা করিলে উত্তমরূপে সহ্য হয়। উপযুক্ত পরিমাণ জল মিশ্রিত করিয়া আহারের এক ঘণ্টা পরে সেবন করান উচিত।

Re.

এসিড হাইড্রোক্লোরিড	১৫ মিনিম।
বিশুদ্ধ কার্ব্বলিক এসিড	২ গ্রেণ
লাইকর ষ্ট্রিকনিন	৫ মিনিম
টিংচার জিঞ্জার	২০ মিনিম
গ্লিসিরিণ	½ ড্রাম

মিশ্রিত করিয়া এক মাত্রা।

এই শ্রেণীর অজীর্ণ পীড়াগ্রস্ত লোক প্রায় দুর্ব্বল এবং রক্তহীন হইয়া থাকে। তজ্জন্য পূর্ব্বোক্ত ঔষধ সেবন করিয়া কিছু উপশম হইলেই বলকারক ঔষধ সেবন করান আবশ্যক। কুইনাইন ও আয়রণ সহ ষ্ট্রীকনিন্ এবং কার্ব্বলিক এসিড মিশ্রিত করিয়া সেবন করাইলেই সফল হইতে দেখা যায়। নিম্নলিখিত ব্যবস্থা পত্রানুযায়ী বটিকারূপে উক্ত ঔষধ ব্যবস্থা করা যাইতে পারে।

Re

কুইনাইন সালফ্	১ গ্রেণ
ফেরি সালফ্	২ গ্রেণ
কার্ব্বলিক এসিড	১ গ্রেণ
ষ্ট্রীক্‌নিন্	১/৬০ গ্রেণ
একষ্ট্রাক্ট ক্যানাবিস ইণ্ডিকা	½ গ্রেণ

মিশ্রিত করিয়া এক বটিকা। আহারান্তে সেবন করাইবে।

আয়রণ বা কুইনাইন অসহ্য হইলে তৎ পরিবর্ত্তে ৩।৪ গ্রেণ মাত্রায় পেপেইন প্রয়োগ করা উচিত। কেহ কেহ পেপসিন ব্যবস্থা করিতে উপদেশ দিয়া থাকেন কিন্তু এই অবস্থায় পেপসিন কোন সুফল প্রদান করিতে পারে কি না, সন্দেহ। কারণ, যথেষ্ট হাইড্রোক্লোরিক এসিড্ বর্ত্তমান থাকিলে তবে পেপসিন কার্য্য করিতে পারে কিন্তু এই শ্রেণীর অজীর্ণ পীড়ায় হাইড্রোক্লোরিক এসিডের অভাব হয়। সুতরাং পেপ্‌সিন কিরূপে কার্য্য করিবে? অপর পক্ষে পেপেইন সকল অবস্থাতেই—অম্ল বা ক্ষার কিম্বা সমক্ষারাম্ল সকল অবস্থাতেই কার্য্য করিতে পারে এবং Finkler এর মতে পেপেইন নিজ গুরুত্বের ১০০০—২০০০ গুণ অণ্ডলালিক পদার্থ জীর্ণ করিতে পারে। এতৎব্যতীত পাকস্থলীর উপর বলকারক এবং অবসাদক ক্রিয়া প্রকাশ করে। পাকস্থলীর প্রাচীরের গাঢ় শ্লেষ্মা আবদ্ধ থাকিলে তাহা দ্রব করে, এবং ইহার পচন নিবারক ক্রিয়াও আছে। সুতরাং পেপ্‌সিন অপেক্ষা পেপেইন উৎকৃষ্ট।

আহারের পূর্ব্বে ক্ষারাক্ত ঔষধ সেবন করিলে পাকস্থলী হইতে অধিক অম্লরস নিঃসৃত হয় এবং অম্ল ঔষধ সেবন করিলে অধিক ক্ষার রস নিঃসৃত হয়—এই সিদ্ধান্ত পুরাতন, এই পুরাতন সিদ্ধান্ত অনুসারে

এটোনিক ডিস্‌পেপসিয়ায় হাইড্রোক্লোরিক এসিডের পরিমাণ হ্রাস হয় এইজন্য আহারের পূর্ব্বে ক্ষারাক্ত ঔষধ ব্যবস্থা করাই যুক্তিসঙ্গত বলিয়া বোধ হয় কিন্তু ঐ সিদ্ধান্ত অনুসারে ব্যবস্থা করিয়া কেবল অল্পদিনের পীড়ায় সুফল হইতে দেখা যায়। পুরাতন পীড়ায় কোন সুফল প্রদান করে না। ইহাই র‍্যানকিন সাহেবের মত। তজ্জন্য ইনি এটোনিক ডিস্‌পেপসিয়ায় এসিড দ্বারা চিকিৎসা করিতে উপদেশ দেন। এটোনিক ডিস্‌পেপসিয়ায় উদর প্রাচীরের ম্যাসাজ এবং ইলেকট্রিসিটি প্রয়োগ করিলে উদর প্রাচীরের পৈশিক বল বৃদ্ধি হওয়ায় বিশেষ উপকার হয়। তাহা আর প্রসারিত হইতে পারে না।

Birminghamএর ডাক্তার Soundby মহাশয় উদর প্রাচীরের দুর্ব্বলতার জন্য কোষ্ঠবদ্ধ নিবারণ উদ্দেশ্যে নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিতে উপদেশ দেন—জিহ্বা অপরিষ্কার থাকিলে প্রথমে ক্যালমেল বা ব্লুপিল সেবন করাইয়া বেশ কোষ্ঠ পরিষ্কার করিয়া লইবে। ক্যাসকেরা ব্যবস্থা করিলে কোষ্ঠ পরিষ্কার

Re.

বিসমথ কার্ব্ব	১০ গ্রেণ
সোডাবাই কার্ব্ব	১০ গ্রেণ
পলভ রিয়াই	২০ গ্রেণ
মিউসিলেজ	১৫ মিনিম

মিশ্রিত করিয়া এক মাত্রা অথবা

Re,

সোডা বাই কার্ব্ব	১০ গ্রেণ
টিংচার রিয়াই	১৫ মিনিম
একষ্ট্রা ক্যাসকেরা লিকুইড্	১০ মিনিম
টিংচার নক্সভমিকা	১০ মিনিম
টিংচার জিঞ্জিবারী ফোর্ট	৫ মিনিম
ইন্‌ফিউ জেনসিয়ান কোং	q. s to ad ʒi

মিশ্রিত করিয়া এক মাত্রা। আহারের অব্যবহিত পূর্ব্বে সেবন করাইবে।

ক্ষারাক্ত ঔষধ প্রয়োগ করিতে হইলে উল্লিখিত ব্যবস্থাপত্রানুযায়ী অথবা তদ্রূপ ঔষধ ব্যবস্থা করিতে হয়। ডাক্তার সানড্‌বীর মতে সামান্য পীড়ায় নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলেই উপকার হয়।

Re.

এসিড নাইট্রো হাইড্রোডিল	১৫ মিনিম
টিংচার নক্সভমিকা	১০ মিনিম
একষ্ট্রাঃ ক্যাসকেরা ফ্লুইড	১০ মিনিম
টিংচার জিঞ্জার	৫ মিনিম
ইন্‌ফিঃ জেনসিয়ান্ কোং	q. s to ad ʒi.

মিশ্রিত করিয়া এক মাত্রা। আহারের অব্যবহিত পরে সেবন করিতে হয়। ইহার মতে সামান্য পীড়ার জন্য খাদ্য সম্বন্ধে বিশেষ নিয়মের বশবর্ত্তী হওয়ার কোন কারণ নাই। তবে গ্যাষ্ট্রাইটিসের লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিলে অনুত্তেজক পথ্যের উপর নির্ভর করিতে হয়।

পাকস্থলীর পরিপাক কার্য্যের সাহায্যের জন্য বর্ত্তমান সময়ে নানাবিধ পাচক ঔষধ আবিষ্কৃত হইয়াছে। ইনি ঐ সমস্ত ঔষধের উপর বিশ্বাসহীন। খাদ্য গ্রহণের পর অসুস্থতা বোধ হওয়ার কারণ—পাকস্থলীর প্রাচীরের পৈশিক শক্তির দুর্ব্বলতা, উপযুক্ত সময়ে খাদ্য দ্রব্য পাকস্থলী হইতে ডিউডিনামে যাইতে না পারায় অসুস্থভাব উপশিত হয়। বিরেচক ঔষধ, নক্সভমিকা এবং ক্যফেইন প্রভৃতি ঔষধ উক্ত শক্তি বৃদ্ধি করিয়া উপকার

করে। হাইড্রোক্লোরিক এসিডের অল্পতা নিবন্ধন পরিপাকের বিঘ্ন হয় সত্য কিন্তু যত অধিক পরিমাণে উক্ত এসিড সেবন করাইলে অল্পতার প্রতিবিধান হইতে পারে তত অধিক পরিমাণে সেবন করান অসম্ভব। আহারান্তে ৩০ মিনিম মাত্রায় ডাইলুট হাইড্রোক্লোরিক এসিড বিশ মিনিট পর পর দুই ঘণ্টা পর্য্যন্ত পান করাইলে সেই অভাব দূরীভূত হইতে পারে কিন্তু এত অধিক মাত্রায় প্রয়োগ করা কি সম্ভব? পাকস্থলী পরীক্ষা করিয়া দেখা হইয়াছে—হাইড্রোক্লোরিক এসিডের অভাব না হইলে কখন পেপসিনের অভাব হয় না। পরন্তু উক্ত ডাক্তার মহাশয়ের বিশ্বাস এই যে, আমরা যে পেপেইন খরিদ করিতে পাই, তাহার পরিপাক শক্তি অল্পই আছে. তজ্জন্য ইনি ইহাও প্রয়োগের বিরোধী। লালা নিঃসরণের অভাব হয় না সুতরাং ডায়ষ্টাস প্রয়োগ করা নিষ্প্রয়োজন। এইরূপে উক্ত লেখক প্রত্যেক পাচক ঔষধ প্রয়োগ করার বিরুদ্ধে মত প্রকাশ করিয়াছেন। কিন্তু এই মতের পক্ষ সমর্থক চিকিৎসকের সংখ্যা অল্প। পরন্তু ইনি ইহাও প্রমাণ করিতেছেন যে, পাকস্থলীর পরিপাক ব্যাহত হইলেও কেবল অন্ত্রের পরিপাক দ্বারাই শরীর পোষণ কার্য্য উৎকৃষ্টরূপে সম্পাদিত হইতে পারে। ইহা যে কেবল অপর প্রাণীর শরীরে পরীক্ষা দ্বারা প্রমাণ করা হইয়াছে তাহা নহে, পরন্তু মনুষ্যের শরীরেও schlatter এবং অপর অনেকে সমগ্র পাকস্থলী উচ্ছেদ করিয়া কেবল অন্ত্র পথেই পরিপাক এবং পোষণ কার্য্য সম্পন্ন হইতে দেখিয়াছেন।

Dr. Francin মহাশয় ফিলাডেলফিয়া জর্ণালে পাকস্থলীর উৎসেচন নিবারণার্থ বিসরসিন, কার্ব্বলিক এসিড বা ক্রিয়োজোট সহ স্পিরিট এমোনিয়া এরোমেটিক, এবং সাডা বাই কার্ব্ব প্রয়োগ করিতে পরামর্শ দেন। এতৎসহ বিসমথ, পেপসিন, বা অপর পাচক ঔষধ প্রয়োগ করা যাইতে পারে। নিম্নে Ewald এর ব্যবস্থাপত্র উদ্ধৃত করিলাম।

Re.

টিংচার নক্সভমিকা	Fʒ vi
রিসবসিন বিসবলাইম	Fʒi
টিংচার সিঙ্কোণা কোং	Fʒiiss

মিশ্রিত করিয়া ১০—১৫ মিনিম মাত্রায় দুই ঘণ্টা পর পর সেবন করিবে।

Re

বিসরসিন রিসবলিমেট	ʒiiss
বিসমথ সব নাইটা	ʒiiss
সোডা বাই কার্ব্ব	ʒii
একষ্ট্রা রিজোমী ক্যালামাই	ʒii
সাকারাই আলবা	ʒii

মিশ্রিত করিয়া এক ড্রাম মাত্রায় দুই ঘণ্টা পর পর সেব্য।

Dr. William Pepper মহাশয় নিম্ন লিখিত ঔষধ প্রয়োগ করিতে উপদেশ দেন।

Re.

ক্রিয়োজোট বিচউড	M. vi
সোডা বাই কার্ব্ব	ʒii
পলভ একসিয়া	q. s.
স্যাকারাই	q. s.
স্পিঃ ল্যাভেণ্ডি কোং	ʒii
একোয়া	q. s. to ad ʒiii

মিশ্রিত করিয়া এক ড্রাম মাত্রায় আহারের পর সেব্য।

ফিলাডেলফিয়ার ইউনিভারসিটী হস্পিটালে Dr, John H, Musserএর একটী ব্যবস্থা পত্র কার্ব্বোল সোডা নামে পরিচিত। ইহাও বেশ উপকারী। যথা—

Re,

এসিডাই কার্ব্বলিসাহ	mvi
সোডা বাই কার্ব্ব	ʒii
স্পিঃ এমোঃ এরো	ʒiv
স্পিঃ ক্লোরফরম	ʒii
মিষ্ট সোডা মিষ্ট	ʒiii

মিশ্রিত করিয়া এক ড্রাম মাত্রায় আহারান্তে সেব্য।

কার্ব্বলিক এসিডের পরিবর্ত্তে ক্রিয়োজোটা ব্যবহার করা যাইতে পারে।

পাকস্থলীর প্রাচীরের দুর্ব্বলতার জন্য পাকস্থলী বিস্তৃত হইলে কোন কোন চিকিৎসক ক্রমিক বর্দ্ধিত মাত্রায় নক্সভমিকা প্রয়োগ করিতে উপদেশ দেন। আহারের অব্যবহিত পূর্ব্বে ঔষধসেবন করাইতে হয়। উক্ত কারণ জন্য অত্যন্ত কোষ্ঠবদ্ধ থাকিলে নিম্নলিখিত ঔষধ দ্বারা উপকার হইতে পারে।

Re,

সিলভার নাইট্রেট	½ গ্রেণ।
একষ্ট্রা বেলেডোনা	½ গ্রেণ।

মিশ্রিত করিয়া এক বটিকা। প্রত্যহ কয়েক বটিকা সেবন করাইতে হয়।

বিবমিষা এবং বমন নিবারণার্থ নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করা যাইতে পারে।

Re.

বিসমথাই স্যালিসিলাস	ʒii
পেপাসিন	ʒii
কোকেন হাইড্রোক্লোরেট	gr. i
একোয়া সিনামোমাই	ʒiii

মিশ্রিত করিয়া এক ড্রাম মাত্রায় প্রত্যহ তিনবার কিম্বা অধিক বার প্রয়োগ করা আবশ্যক।

অম্লজনিত অজীর্ণ পীড়ার (Acid Dyspepsia) চিকিৎসায় ক্ষার ঔষধ বিশেষ আবশ্যকীয়। আহারের পর দুই তিন ঘণ্টা অতীত হইলে তৎপর ক্ষারাক্ত ঔষধ প্রয়োগ করিতে হয়। ডাক্তার রাঙ্কিনের মতে ক্ষার সহ পচন নিবারক ঔষধ মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করিলে অধিক উপকার হইয়া থাকে। সমস্ত ক্ষার ঔষধের মধ্যে বিসমথ অধিক উপকারী। অম্ল নিবারণ জন্য বিসমথের অন্যান্য প্রয়োগ রূপ অপেক্ষা কার্ব্বনেট অধিক উপকারী। ৩০—৪০ গ্রেণ মাত্রায় ১০ গ্রেণ স্যালোল, ১৫ গ্রেণ সোডি সালফো কার্ব্বোলাস কিম্বা ২ গ্রেণ কার্ব্বলিক এসিড এবং ষ্ট্রীক্‌নিন্ ও জিঞ্জার মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করা যাইতে পারে। এমোনিয়াও উপকারী। অত্যন্ত বেদনা থাকিলে মর্ফিয়া সহ প্রয়োগ করা আবশ্যক। ডাক্তার রাঙ্কিন মহাশয় নিম্নলিখিত ব্যবস্থা পত্রানুযায়ী ঔষধ প্রয়োগ করিতে উপদেশ দেন।

Re.

বিসমথ কার্ব্বনেট	৩০ গ্রেণ।
স্পিঃ এমোঃ এরোঃ	৩০ মিনিম।
কার্ব্বলিক এসিড	২ গ্রেণ।
লাইকর ষ্ট্রীক্‌নিন্	৫ মিনিম।
লাইকর মর্ফিয়া	১০ মিনিম।

উপযুক্ত পদার্থ সহ (মিউসিলেজ, গ্লিসিরিণ) মিশ্র প্রস্তুত করিয়া এক মাত্রা। বেদনা না থাকিলে মর্ফিয়া দেওয়া অনাবশ্যক।

বিসমথ স্যালিসিলাস একটী উৎকৃষ্ট

ঔষধ। ইহার অম্ল নাশক এবং পচন নিবারক উভয় শক্তিই আছে। ১০—১৫ গ্রেণ মাত্রায় প্রয়োগ করা আবশ্যক।

এক গেলাস উষ্ণ জল মধ্যে ৩০ গ্রেণ বাইকার্ব্বনেট অব্ সোডা মিশ্রিত করিয়া পান করিলে তৎক্ষণাৎ উপশম হয়। যত অধিক উষ্ণ সহ্য হয় তত উষ্ণ জল পান করা উচিত।

খাদ্যের প্রধান অংশ শ্বেতসার সমন্বিত হইলে ২—৩ আউন্স মাল্ট ইমলিফিউশন খাদ্য সহ প্রয়োগ করা আবশ্যক, পাকস্থলীতে হাইড্রোক্লোরিক এসিডের আধিক্য হইলে লালার পরিপাক করার শক্তি হ্রাস হয় তজ্জন্য শ্বেতসার অজীর্ণ অবস্থায় বহির্গত হইয়া যায় কিন্তু মাল্ট প্রয়োগ করিলে শ্বেত সার পরিপাক হয়।

এটোনিক ডিস্‌পেপসিয়ার চিকিৎসা বর্ণন সময়ে বলা হইয়াছে যে, অজীর্ণ পীড়ার লক্ষণ অন্তর্হিত হইলে পচন নিবারক ঔষধ সহ বলকারক এবং রক্তজনক ঔষধ সেবন করান আবশ্যক। এই শ্রেণীর পীড়াতেও অম্লের আধিক্য হ্রাস হইলে তদ্রূপ বলকারক ঔষধ—রক্তজনক এবং স্নায়বীয় বলকারক ঔষধ প্রয়োগ করা আবশ্যক। ধাতব অম্ল ব্যবস্থা করিলেও বেশ উপকার হইতে পারে. তবে এটোনিক ডিস্‌পেপসিয়ার ন্যায় আহারের পরে না দিয়া আহারের পূর্ব্বে দেওয়া আবশ্যক।

স্নায়বীয় অজীর্ণ পীড়ার (Nervous Dyspepsia) চিকিৎসার প্রথমেই যাহাতে ক্রমে ক্রমে অল্প অল্প দ্রুত খাদ্যের পরিমাণ বৃদ্ধি করা যাইতে পারে, তাহা কর্ত্তব্য। এক প্রকারের খাদ্যের পরিমাণ বৃদ্ধি না করিয়া বিভিন্ন প্রকারের খাদ্য দিতে হয়। মেদযুক্ত খাদ্য যত অধিক জীর্ণ করিতে পারে রোগীর পক্ষে ততই ভাল। রোগী স্নায়বীয় অবসন্নতার জন্য পাকস্থলীতে অস্বচ্ছন্দতা অনুভব করে স্থানিক অসুস্থতা সার্ব্বাঙ্গিক অসুস্থতার ফল। সুতরাং তাহা যে প্রচলিত নিয়মে ক্ষার বা অম্ল দ্বারা চিকিৎসা করিলে অন্তর্হিত হইবে না, তাহা সহজে অনুমান করা যাইতে পারে। তবে পাকস্থলীর উৎসেচন ক্রিয়া নিবারণ করার জন্য ঔষধ প্রয়োগ করা উচিত। কারণ অন্যান্য শ্রেণীর অজীর্ণ পীড়ার ন্যায় ইহাতেও উৎসেচন জন্য স্থানিক অস্বচ্ছন্দতা উপস্থিত হয়, তজ্জন্য পচন নিবারক ঔষধ প্রয়োগ করিতে হয়। ডাক্তার রাঙ্কিনের মতে এই শ্রেণীর চিকিৎসায় জিঙ্ক ভেলেরিয়ান এবং আর্সেনিক উৎকৃষ্ট ফল প্রদান করে। ক্যাপসুলরূপে প্রয়োগ করিলে ভেলেরিয়ানের দুর্গন্ধ আবৃত থাকে। নিম্নলিখিত প্রণালীতে ব্যবস্থা করা যাইতে পারে।

Re.

জিঙ্ক ভেলেরিয়ান	৩ গ্রেণ।
কার্ব্বলিক এসিড	২ গ্রেণ।
আর্সেনিয়াস এসিড	১/৬০ গ্রেণ।
একষ্ট কেনাবিশ ইণ্ডিকা	১/২ গ্রেণ।

মিশ্রিত করিয়া এক মাত্রা। সাহেবগণ ক্যাপসুলরূপে ব্যবস্থা করেন। আমাদের তাহা সহজ হয় না জন্য আমরা বটিকা রূপে ব্যবস্থা করি। প্রত্যহ তিনবার সেব্য। আহারান্তে সেবন করা আবশ্যক। রজনীতে নিদ্রার বিঘ্ন হইলে বিশেষতঃ যদি পাকস্থলীর বেদনায়

জন্য নিদ্রা না হয় তবে শয়নের সময়ে ৩০ গ্রেণ সোডিয়ম ব্রোমাইড্‌ সহ ১৫ গ্রেণ এণ্টিপাইরিন সেবন করাইলে নিদ্রা হইতে পারে। মানসিক দুশ্চিন্তা এবং শারীরিক পরিশ্রম পরিহার করিতে হয়। স্থান পরিবর্ত্তন, জল বায়ু পরিবর্ত্তন, নূতন নূতন স্থান দর্শন, প্রফুল্লতা সম্পাদন কার্য্য ইত্যাদি বিশেষ উপকারী।

প্রবন্ধ বড় বৃহৎ হইবে বলিয়া এবারে কেবল মাত্র দুই এক জন লেখকের মত মাত্র সংগ্রহ করিলাম। পরান্তে অন্যান্য লেখকের মত, তাহা পাঠক মহাশয়দিগকে অবগত করাইতে যত্ন করিব।

বিবিধ তত্ত্ব।

সম্পাদকীয় সংগ্রহ।

তরুণ সন্ধিবাতের চিকিৎসা।

(McGee)

ডাক্তার ম্যাকজী মহাশয় ক্লেভল্যাণ্ড মেডিকেল জর্ণালে তরুণ সন্ধিবাতের চিকিৎসা সম্বন্ধে একটী প্রবন্ধ লিখিয়াছেন। আমরা থেরাপিউটিক গেজেট হইতে তাহার স্থূল মর্ম্ম সংগ্রহ করিলাম।

বর্ত্তমান সময়ে সন্ধিবাতের চিকিৎসায় যে কোন প্রযোগরূপ রূপে স্যালিসিলিক এসিড প্রয়োগ করা হয়। ইহা অব্যর্থ মহৌষধ না হইলেও ইহা দ্বারা চিকিৎসা করিয়া সন্তোষজনক ফল লাভ করা যায়, তাহার কোন সন্দেহ নাই। উক্ত এসিড যে কোন রূপে প্রয়োগ করা হউক, সন্ধি-বেদনার এবং জ্বরের উপশম করে। অধিকাংশ চিকিৎসক সোডিয়ম স্যালিসিলেট ভাল মনে করেন। ১৫—২০ গ্রেণ মাত্রায় ২।৩ ঘণ্টা পর পর প্রয়োগ করা হইয়া থাকে পীড়ার উপশম বা ঔষধের পূর্ণ ক্রিয়া প্রকাশ হইলে আর উক্ত মাত্রায় প্রয়োগ করা হয় না। লেখকের মতে ক্ষারসহ—যেমন বাইকার্ব্বনেট অফ্‌ সোডা সহ প্রয়োগ করিলে আরও সুফল ফলিতে দেখা যায়। প্রথম কয়েক দিবস এই প্রণালীতেই ঔষধ প্রয়োগ করা আবশ্যক। তৎপর বেদনার স্যালিসিলেটের ক্রমিক হ্রাস মাত্রায় প্রয়োগ করিতে হইবে। পীড়ার লক্ষণ অন্তর্হিত হইবার পরও কয়েক দিবস ঔষধ সেবন করিতে হয়। অনেক স্থলে স্যালিসিলেট প্রয়োগে পাকস্থলীর ক্রিয়া বিকার উপস্থিত হইতে দেখা যায় তদ্রূপস্থলে অধিক জল মিশ্রিত করিয়া বিস্বাদ পেপসিন্‌ সহ মিশ্রিত করিয়া ঔষধ প্রয়োগ করা আবশ্যক। এই প্রণালীতে প্রয়োগ করিলেও যদি ঔষধ সহ্য না হয় তবে এ ঔষধ প্রয়োগ না করাই ভাল। মস্তিষ্কের কোন গোলমাল বুঝিলেও স্যালিসিলেট প্রয়োগ করা নিষিদ্ধ। বিশেষ আবশ্যক হইলে অল্প মাত্রায় প্রয়োগ করিবে। নেফ্রাইটিস্‌ বা গর্ভাবস্থা থাকিলেও এই ঔষধ প্রয়োগে অপকার হয়। কোন কোন চিকিৎসক স্যালিসিলেট অফ্‌ সোডা প্রয়োগ না করিয়া স্যালিসিলেট অফ্‌ এমোনিয়া বা ষ্ট্রনসিয়ম প্রয়োগ করেন। এই সকল ঔষধ

পাকস্থলীতে বেশ সহ্য হয়। সন্ধিবাতে এই ঔষধ উপকারী। তবে এই সমস্ত ঔষধ হৃদ্‌পিণ্ডের উপর অবসাদক ক্রিয়া প্রকাশ করে, এই একটী বিবেচ্য বিষয়। অনেকে বলেন—ঔষধ প্রয়োগ কর, কারণ এই ঔষধ অপেক্ষা পীড়ায় হৃদ্‌পিণ্ড অধিক ক্ষতি করে, সুতরাং পীড়া আরোগ্য করা প্রধান কর্ত্তব্য। অন্যান্য ঔষধ সহ্য না হইলে সুভাবজ উইণ্টার গ্রীণ তৈল দ্বারা উপকার হয়। কৃত্রিম উপায়ে প্রস্তুত অইল অফ মিথল স্যালিসিলেট বিষ ধর্ম্মাক্রান্ত কিন্তু স্বভাব জাত তৈল বিষাক্ত নহে। ইহার ব্যবহারে প্রয়োগ করিতে হয়। লেখক সম ভাগ ব্রাণ্ডি তৈল সহ মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করেন।

নূতন যে সমস্ত ঔষধ আবিষ্কৃত হইয়াছে, সেই সমস্তের মধ্যে স্যালোফেন্ মন্দ নহে। এই ঔষধ ব্যবহারে মস্তিষ্কের বিকৃতি, গোলমাল উপস্থিত হয় না। এমপিরিক্স অল্প দিবস মাত্র প্রচারিত হইয়াছে, ইহা সেবনে কোন অসুবিধা নাই এবং কদাচিৎ অসহ্য হয়। সোডিয়ম স্যালিসিলেটের তুল্যরূপ কার্য্য করে এবং তদনুরূপ মাত্রায় প্রয়োগ করিতে হয়। এক্ষণে অনেকেই এই ঔষধকে ভাল বলিতেছেন। ইনি কখনও স্যালোফেন প্রয়োগ করেন না। কারণ, ইহাঁর ভয় হয় পাছে ইহার এসিড বিড্‌নীর কোন অনিষ্ট করে। স্যালিসিন ঔষধ ভাল এবং নিরাপদে প্রয়োগ করা যায় কিন্তু পূর্ব্বে যে রূপ প্রয়োজিত হইত এক্ষণে আর তত হয় না। কোলটার হইতে প্রস্তুত ঔষধও স্যালিসিলেটের পরিবর্ত্তে প্রয়োগ করিয়া সুফল লাভ করা যায়। ইনি ফেনাসিটিনকেই ভাল মনে করেন। অপর ঔষধ—এণ্টিফ্যাইরিন, এনালজেসিন ইত্যাদিও ভাল। জ্বর এবং বেদনা কমে কিন্তু মূল পীড়ার উপর কোন কার্য্য করে না।

বাতজ্বরে পীড়ার প্রধান উপসর্গ হৃদ্‌পিণ্ডের পীড়া। মূল পীড়া আরোগ্য হওয়ার পর অনেক দিন পর্য্যন্ত এই পীড়া বর্ত্তমান থাকে। এই পীড়া উপস্থিত হইলে শান্ত সুস্থির অবস্থায় অবস্থান করা প্রধান কর্ত্তব্য। জ্বর এবং বেদনা অন্তর্হিত হওয়ার পরও অনেকদিন পর্য্যন্ত এই নিয়ম প্রতিপালন করিতে হয়। বালকদিগের পক্ষেই এই বিষয়টী বিশেষরূপে লক্ষ্য করিতে হয়। শান্ত সুস্থির অবস্থায় শয়ন করিয়া থাকিলে হৃদ্‌পিণ্ডের পীড়ার হ্রাস হয়। সেই সুস্থির অবস্থায় থাকে। ইহার চিকিৎসায় ভগ্ন হৃদ্‌পিণ্ডের স্থানে ক্ষুদ্র ব্লিষ্টার দেওয়া উচিত। লেখক অহিফেণকে অধিক বিশ্বাস করেন। ইহার যে কোন প্রয়োগরূপ ব্যবস্থা করা যাইতে পারে। তরুণ লক্ষণ অন্তর্হিত হইলে সোডিয়ম আইওডাইড্ বা সিরপ অফ হাইড্রোয়াডিক এসিড্ প্রয়োগে সুফল পাওয়া যায়। উত্তাপ হ্রাস করণ জন্য শীতল স্নান উপকারী। উত্তাপনাশক ঔষধ অপেক্ষা ইহা ভাল। পীড়িত সন্ধিতে কেবল ক্লোরোফরম্ লিনিমেণ্ট মালিশ করিতে বলেন। এতৎসহ গেলপেরিয়া তৈল মিশ্রিত করিয়া লইলেও ভাল হয়। তুলা দ্বারা আবৃত করিয়া রাখিবে। দুগ্ধ, তরলীয় পথ্য দেওয়া আবশ্যক।

ক্ষয়কাশে টেুকিয়াতে ইঞ্জেকশন।

(ANDERSON)

ডাক্তার অণ্ডারসন্ মহাশয় জর্ণাল অফ্

টিউবারকিউলোসিস্ নামক পত্রিকায় থাই-সিসে ইণ্ট্রাট্রেকিয়াল ইন্‌জেকশন্ সম্বন্ধে একটী প্রবন্ধ লিখিয়াছেন থেরাপিউটিক গেজেট ঐ প্রবন্ধের সার সঙ্কলন করিয়াছেন। আমরা শেষোক্ত পত্রিকার স্থূল মর্ম্ম গ্রহণ করিলাম।

ক্ষয়কাশ পীড়া যখন অত্যন্ত বৃদ্ধি হয় তখন ট্রেকিয়াতে সাক্ষাৎ সম্বন্ধে ঔষধ প্রয়োগ করিয়া অপেক্ষাকৃত সুফল লাভ করা যাইতে পারে। কাশীর উপদ্রব অত্যন্ত অধিক, পূয় মিশ্রিত শ্লেষ্মা যথেষ্ট নির্গত হইতে থাকে, জ্বর হয়, এই হেকটিক অবস্থা দেখিয়া আমরা বুঝিতে পারি যে, সেপ্টিক পইজোনিং হইয়াছে। এই অবস্থায় পিচকারী প্রয়োগ করিয়া লক্ষণ সমূহের উপশম করা যাইতে পারে। কাশীর উপদ্রব হ্রাস হয়, শ্লেষ্মা নির্গত হওয়া সহজ হইয়া আইসে, তাহার পরিমাণও হ্রাস হয়, এবং এতৎসহ জ্বরের বেগ হ্রাস হয়।

কিন্তু সকল রোগীতেই যে ঐরূপ ফল হয় তাহা নহে। কখন কখন উত্তেজনা উপস্থিত হয়—কাহারো বা ঔষধ প্রয়োগ সময়ে কাহারো বা তাহার কয়েক ঘণ্টা পরে উত্তেজনা উপস্থিত হয়। শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির রক্তাধিক্যের ন্যূনাধিক্য জন্য উত্তেজনারও কম বেশী হইতে দেখা যায়। রক্তাধিক্য অধিক থাকিলে উত্তেজনা অধিক হয়। রক্তাধিক্য থাকিলেই উত্তেজনা উপস্থিত হইবে, ইহা আমরা বুঝিতে পারি। তজ্জন্য প্রথমেই রক্তাধিক্যের উপশম করিয়া তৎপর পিচকারী প্রয়োগ করা উচিত। ব্রঙ্কাইটিস পীড়ার রক্তাধিক্য অবস্থায় পিচকারী প্রয়োগ করিয়া এই অভিজ্ঞতা লাভ হইয়াছে। ক্ষয় কাশের পীড়ার কষ্টকর কাশীর জন্য অথবা আনুষঙ্গিক ব্রঙ্কাইটিস জন্য শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির তরুণ প্রবল রক্তাধিক্য থাকিলে প্রথম অপর চিকিৎসা দ্বারা এই দুইটীর উপশম করিয়া না লইলে কখন ট্রেকিয়ায় পিচকারী দেওয়া যাইতে পারে না। স্পর্শাধিক্য বর্ত্তমান থাকিলে প্রথমে কোকেন স্প্রে প্রয়োগ করিয়া তৎপরে পিচকারী প্রয়োগ করিতে হয়। প্রথম প্রথম এই উপায় অবলম্বন করিয়া পিচকারী প্রয়োগ করা উচিত।

যে সকল স্থানে ফুসফুস এবং লেরিঙ্কস্ এই উভয় স্থলে টিউবারকেল বর্ত্তমান থাকে সেই সকল স্থলে এই চিকিৎসায় অধিক উপকার হয় এই চিকিৎসায় যে বিশেষ কোন স্থায়ী উপকার হয়, তাহা নহে। তবে অস্থায়ী উপকার যাহা পাওয়া যায় তদ্দ্বারাই রোগী যথেষ্ট উপশম মনে করে, তজ্জন্যই অস্থায়ী উপকার হইলেও এই চিকিৎসা করিতে হয়।

ক্ষয়কাশের শ্বাস কষ্ট এই পিচকারী দ্বারা নিবারিত হয়। পীড়ার শেষ অবস্থায় যে সময়ে ফুসফুস অত্যন্ত খারাপ হইয়া যায় তখন কোন উপকার হয় না। ব্রঙ্কিয়াল মিউকস্ মেম্‌ব্রেণের স্নায়ু অন্তের উপর অবসাদক ক্রিয়া প্রকাশিত হওয়ায় এই উপকার হয়। পিচকারী প্রয়োগের কয়েক মিনিট পরেই তাহার ফল প্রকাশিত হইয়া কয়েক ঘণ্টা এমন কি এক দিবস স্থায়ী হয়। যে রোগী পিচকারী প্রয়োগের পূর্ব্বে শ্বাস কষ্টের জন্য অস্থির থাকে, পিচকারী প্রয়োগের পর সে স্বচ্ছন্দে গমনাগমন করিতে

পারে। কাশীর কষ্ট থাকে না। গয়েবের পরিমাণ হ্রাস হয়।

বক্ষ মধ্যে কেমন এক প্রকার অশান্তি বোধ করে, পিচকারী প্রয়োগের পর তাহা থাকে না। রোগী বক্ষঃস্থল সহজ বোধ করে। এই সকল অস্থায়ী উপকার লাভ করিয়াই রোগী যথেষ্ট সন্তুষ্ট হয়।

বিগত ১লা সেপ্টেম্বর তারিখে উক্ত ডাক্তার মহাশয়ের চিকিৎসাধীনে একটী রোগী আইসে তাহার অক্ষুধা, কাশ, বক্ষে বেদনা, অপরাহ্ণে জ্বর, নিশাঘর্ম্ম এবং শরীর ক্ষয় ইত্যাদি বিবিধ লক্ষণ ছিল তখন পরীক্ষা করায় দৈহিক উত্তাপ ১০০F, উভয় ফুসফুসের উর্দ্ধাংশের নিম্নে অবস্থা, ব্রঙ্কিয়াল ব্রিদিং, এবং কয়েকটী মিউকসরালস্ পাওয়া গিয়াছিল। এই অবস্থায় প্রথম কয়েক দিবস হণ্ট্রাট্রেকিয়াল ইঞ্জেকশন এবং তৎপর এক দিবস পর পর উক্ত প্রণালীতে ঔষধ প্রয়োগ করায় কাশী, শ্বাসকৃচ্ছ্র ও বক্ষঃস্থলের বেদনা হ্রাস এবং শীত বোধ ও নিশাঘর্ম্ম এক কালীন অন্তর্হিত হইয়াছিল। দৈহিক উত্তাপও প্রায় স্বাভাবিক হইয়াছিল সত্য কিন্তু যত দিবস পরীক্ষাধীন ছিল তত দিবস প্রত্যহ স্বাভাবিক অপেক্ষা হ্রাস বৃদ্ধি হইত। বক্ষঃস্থলের দক্ষিণ পার্শ্বের উর্দ্ধাংশের পূর্ণ পূর্ণগর্ভ শব্দ আর পাওয়া যাইত না কিন্তু বাম পার্শ্বের উক্ত অবস্থা বর্ত্তমান ছিল। ব্রঙ্কিয়াল ব্রিদিং বর্ত্তমান ছিল। সাধারণ স্বাস্থ্য ভাল হইয়াছিল। রোগী স্বয়ং অনুভব করিতে পারিত যে, তাহার বক্ষঃস্থলের যে অসুস্থাবস্থা ছিল, চিকিৎসার ফলে তাহা আর নাই। অপর ঔষধের মধ্যে যাহাতে সাধারণ স্বাস্থ্য উন্নত হয় তদ্রূপ বলকারক ঔষধ ব্যবস্থা করা হইয়াছিল অল্প দিবসের জন্য ক্রিয়োজোট ব্যবস্থা করা হইয়াছিল। ডিসেম্বর মাসের শেষ অংশে এই রোগী ম্যাঞ্চেষ্টারে গমন করে। তথা হইতে প্রত্যাগমন করিয়া প্রকাশ করিয়াছে—তাহার স্বাস্থ্য ভালই হইতেছে। এই রোগীর স্বাস্থ্য ভাল হওয়ার কারণ—উক্ত ইঞ্জেকশন।

ইনি পিচকারী প্রয়োগ জন্য কেবল নির্দ্দিষ্ট কয়েকটী ঔষধ প্রয়োগ করিয়া থাকেন। ঔষধ প্রয়োগ করার সুবিধার জন্য গ্লিসভ অইল ব্যবহার করেন সাধারণতঃ ইনি লিকুইড গোয়েকল শতকরা দুই অংশ, এবং ক্যাম্ফার মেন্থল (কর্পূর এবং মেন্থল সমভাগ) শতকরা পাঁচভাগ, ইহাই প্রয়োগ করেন। ইহাতে কদাচিৎ উত্তেজনা এবং অসুখকর লক্ষণ প্রকাশিত হইতে দেখা যায়। অপর অনেক স্থলে ইহাই ভাল বলেন। ইকথাইওল শতকরা দুই অংশ সহ ক্যাম্ফার মেন্থল শতকরা পাঁচ অংশ প্রয়োগ করিলে স্রাবের পরিমাণ হ্রাস হয় সত্য কিন্তু প্রথমোক্ত ঔষধ প্রয়োগ করাই সুবিধা। শেষোক্ত ঔষধ রোগী অসহ্য বোধ করে এবং অনেক রোগীর অসহ্য হয়।

শতকরা ১—২ অংশ আইওডোফরম প্রয়োগ করিয়া দেখিয়াছেন। ইহা তৈল মধ্যে সহজে দ্রব হয় না। তৈলে শতকরা দুই অংশ অপেক্ষাও অল্প পরিমাণ আইওডোফরম গ্রহণ করে। সাধারণতঃ বলা হয় যে, আইওডোফরম সকল টিউবার্কিউলোসিস পীড়ায় বিশেষ উপকারী ঔষধ। কিন্তু প্রকৃত পক্ষে তদ্রূপ

ফল প্রদান করে কিনা, তাহা বহু পরীক্ষা দ্বারা সপ্রমাণিত হওয়া আবশ্যক। এইরূপে পরীক্ষা করিতে হইলে অন্য ঔষধের সহিত পরস্পর তুলনা করিয়া দেখা আবশ্যক

ঔষধ প্রয়োগের পূর্ব্বে তাহা ষ্টেরেলাইজড করিয়া লওয়া কর্ত্তব্য। ঔষধপূর্ণ বোতল উষ্ণ জলের মধ্যে ৪৫ মিনিট রাখিলেই উদ্দেশ্য সিদ্ধ হইতে পারে।

লেখক এই প্রয়োগ প্রণালীর যেরূপ প্রশংসা করিয়াছেন, তাহাতে সকল চিকিৎসকেরই কর্ত্তব্য যে, একবার পরীক্ষা করিয়া দেখেন। আমাদের দেশে ক্ষয়রোগের প্রাদুর্ভাব ক্রমে অধিক হইতেছে, তজ্জন্য ইহার চিকিৎসা প্রণালীও ক্রমে ক্রমে বিস্তৃত হওয়া বাঞ্ছনীয়।

সংবাদ।

বঙ্গীয় সিভিল হস্পিটাল এসিস্টাণ্ট শ্রেণীর নিয়োগ, বদলী, বিদায় ইত্যাদি। ১৯০৩ এপ্রিল।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত তারকনাথ রায় মুঙ্গের ডিস্‌পেনসারীর সুঃ ডিঃ হইতে চম্পারণ জেলার বেতিয়া সব-কুমায় অহিফেন বিভাগে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত কেশবানন্দ পাত্র, ক্যাম্বেল হাস্পাটালের সুঃ ডিঃ হইতে ভাগলপুরের অন্তর্গত প্রতাপগঞ্জ ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত কালীপ্রসন্ন দাস মালদহ ডিস্‌পেনসারীর সুঃ ডিঃ হইতে দারজিলিং জেল হস্পিটালের কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত শশীভূষণ গঙ্গোপাধ্যায় ক্যাম্বেল হস্পিটালের রেসিডেণ্ট হস্পিটাল এসিষ্টাণ্টের কার্য্য হইতে শ্রীযুক্ত ছোটলাট সাহেবের চট্টগ্রাম ভ্রমণের সঙ্গে যাইতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত হরেন্দ্রকুমার চক্রবর্ত্তী বগুরা জেল এবং পুলিশ হাস্পাটালের অস্থায়ী কার্য্য হইতে বুড়ীগঞ্জ ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন

দ্বিতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত কামাখ্যাচরণ চক্রবর্ত্তী বগুরা ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য সহ তথাকার জেল এবং পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য অস্থায়ী ভাবে সম্পন্ন করিতে আদেশ পাইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত জয়গোপাল বসু সুন্দরবন কমিশনারের সঙ্গ হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

২০। শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত নিবারণচন্দ্র দে রাঙ্গামাটীর সুঃ ডিঃ হইতে জলপাইগুড়ী পুলিশ হস্পিটালের কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

শ্রীযুক্ত রাজমোহন চৌধুরী চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট [illegible]

১লা এপ্রিল হইতে ঢাকা মিটফোর্ট হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

শ্রীযুক্ত হেমন্তকুমার রায় চৌধুরী চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট নিযুক্ত হইয়া ক্যাম্বেল হস্পিটালের রেসিডেণ্ট হস্পিটাল এসিষ্টাণ্টের কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত শশীভূষণ গঙ্গোপাধ্যায় ক্যাম্বেল হস্পিটালের রেসিডেণ্ট হস্পিটাল এসিষ্টাণ্টের কার্য্য হইতে (ইনি ছোট লাট সাহেবের চট্টগ্রাম ভ্রমণের সঙ্গে যাইতে আদেশ পাইয়াছেন) ক্যাম্বেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত নিবারণচন্দ্র উকিল সিকিমের অন্তর্গত চিদাম (নামথং) ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত ইন্দুভূষণ সেন গুপ্ত যশোহর পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে সিকিমের অন্তর্গত চিদাম (নামথং) ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সিভিল হাস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত জয়গোপাল বসু ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে যশোহর পুলিশ হাস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হাস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত রাজমোহন চৌধুরী ঢাকা মিটফোর্ড হাস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে মেদিনীপুর জেলার অন্তর্গত খরগপুরের গভর্ণমেণ্টের [illegible] নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হাস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত শচীনাথ ঘোষ পাবনা ডিস্‌পেনসারীর সুঃ ডিঃ হইতে মেদিনীপুর জেলার খরগপুরে ইমগ্রেসন বিভাগে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত শশীভূষণ গঙ্গোপাধ্যায় ক্যাম্বেল হাস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে রাজসাহী সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালের কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

সিনিয়র শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত কামনাকুমার গুহ বিদায় অন্তে ক্যাম্বেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

৩৫ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত অভয়কুমার সরকার বাঙ্গুরা পুলিশ হাস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত আছেন। ইনি নিজ কার্য্য সহ অস্থায়ী ভাবে তথাকার বাঙ্গুরা সদর ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য সম্পন্ন করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হাস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত গঙ্গাধর নন্দ কটক জেনেরাল হস্পিটালের সুঃ ডি হইতে কটকের অন্তর্গত হকাইতলা ডিস্‌পেনসারীতে নিযুক্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত বৈদ্যনাথ গুই কটকের অন্তর্গত হকাইতলা ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

২৫। শ্রেণীর সিভিল হাস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত ইমাম আলী খাঁ ক্যাম্বেল হাস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে খুলনা জেলার অন্তর্গত বাগের

হাট মহকুমার কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত ক্ষেত্রমোহন চন্দ্র কটক মেডিকেল স্কুলের শরীর তত্ত্বের দ্বিতীয় ডেমনষ্টেটারের কার্য্য সহ পথমা ডেমনষ্টেটারের কার্য্য এবং ইবিগেশান হস্পিটালের কার্য্য অস্থায়ী ভাবে সম্পন্ন করিতে আদেশ পাইলেন।

শ্রীযুক্ত ভাগলবী মহান্তী চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট নিযুক্ত হইয়া ১৫ই এপ্রিল হইতে কটক জেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

সিভিল হাস্পটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত অনন্তকুমার বড়ুয়া চট্টগ্রাম পার্ব্বত্য প্রদেশের মাণিক চড়ী ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে ১১ই হইতে ১৮ই এপ্রিল পর্য্যন্ত পাহার তলীতে মহামুনীর মেলার কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত সেখ আবদুল হোসেন বাঁকীপুর হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে গয়া জেলার অন্তর্গত আরাঙ্গাবাদ মহকুমার কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত দেবেন্দ্রনাথ ঘোষ মেদিনীপুরের অন্তর্গত কাণ্টাইএর স্পেসিয়াল কলেরা ডিউটী হইতে দারজিলিংএর অন্তর্গত তিস্তাভেলী রাস্তার P. W D. বিভাগে সোয়াকায় কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত হেনরী সিংহ ক্যাম্বেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে যশোহরে কলেরা ডিউটী করিতে আদেশ পাইলেন।

৩৫ শ্রেণীর সিভিল হাস্পটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত গোবিন্দচন্দ্র বিশ্বাস চাঁইবাসা পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে সিংহভূমের মনোহরবাদে কলেরা ডিউটী করিতে আদেশ পাইলেন

প্রথম শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত গোপালচন্দ্র ঘোষ চাঁইবাসা হস্পিটালের কার্য্য সহ তথাকার পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য অস্থায়ী ভাবে সম্পন্ন করিতে আদেশ পাইলেন

শ্রীযুক্ত দেওনারায়ণ প্রসাদ চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হাস্পটাল এসিষ্টাণ্ট নিযুক্ত হইয়া বাঁকীপুর জেল হস্পিটালে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত হীরালাল মুখোপাধ্যায় যশোহর জেল হস্পিটালের কার্য্য ২২শে জানুয়ারী হইতে ৫ই ফেব্রুয়ারী এবং যশোহর ডিস্‌পেনসারীতে ৬ই ফেব্রুয়ারী হইতে ৩রা মার্চ্চ পর্য্যন্ত সুঃ ডিঃ করিয়াছিলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত হালমউদ্দীন মহমদ কাণ্টাইয়ের কলেরা ডিউটী হইতে মেদিনীপুর ডিস্‌পেন্‌সারীতে সুঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত দেওনারায়ণ প্রসাদ বাঁকিপুর জেল হস্পিটালের সুঃ ডিঃ হইতে মুঙ্গেরের অন্তর্গত সেখপুরের ডিস্‌পেন্‌সারীর কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত উদয়চন্দ্র নন্দী গয়া জেল হস্পিটাল হইতে সরকারী কার্য্য পরিত্যাগ করার জন্য আবেদন করিয়াছিলেন। তাহা মঞ্জুর হইয়াছে

সিনিয়ার শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত চন্দ্রকান্ত দাস পুবাব অন্তর্গত কণারকে P W. D. বিভাগেব কার্য্য হইতে পুরী পিলগ্রিম হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ কবিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীব সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত সুরেন্দ্রনাথ দত্ত দাবাজলিংএব তেরাইয়ের ট্রাবলিং হস্পিটাল এসিষ্টাণ্টেব কার্য্য সহ তথাকার পাস্থাবাড়ী ডিস্‌পেন্‌সাবাব কার্য্য ১৭ই ডিসেম্বব হইতে ৯ই জানুয়ারী পর্য্যন্ত কবিয়াছিলেন।

চতুর্থ শ্রেণীব সিভিল হস্পিটা। এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত মধুসূদন বন্দ্যোপাধ্যায় চট্টগ্রাম জেল হস্পিটালেব কার্য্যসহ তথাকাব মাদ্রাসাব কার্য্য ৫ই ডিসেম্বর হইতে ৪ঠা ফেব্রুযাবি পর্য্যন্ত করিয়াছিলেন। তাহা মঞ্জুব হইযাছে।

প্রথম শ্রেণীব সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত অনাদিনাথ সেন ভাগলপুবেব অন্তর্গত প্রতাপগঞ্জ ডিস্‌পেন্‌সারীব কার্য্য হইতে দুই মাসেব প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

২৫। সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট খাদেম আলী দারজিলিং জেল হস্পিটালেব অস্থায়ী কার্য্য হইতে তিন মাসের প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

২০। সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত ফণীভূষণ নন্দী জলপাইগুড়ি পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে দুই মাসের প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

দ্বিতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত চন্দ্রভূষণ সেন ক্যাম্বেল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ প্রাপ্ত হইয়াছিলেন। তৎ পরিবর্ত্তে তিন মাসের প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত সাতকড়ি গঙ্গোপাধ্যায় দ্বারভাঙ্গার অন্তর্গত বসেরা ডিস্‌পেন্‌সারীর অস্থায়ী কার্য্য হইতে এক মাসেব প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীব সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত কামিনীকুমাব গুহ রাজসাহী সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালেব কার্য্য হইতে আড়াই মাসের প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

সিনিয়ার শ্রেণীব সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত বাধামাধব দে বাঙ্কুরা ডিস্‌পেন্‌সাবীর কার্য্য হইতে তিন মাসেব প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীব সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত গোলকপ্রসাদ সিংহ কটক ইমিগ্রেশন হস্পিটাল এবং মেডিকেল স্কুলের এনাটমীব প্রথম ডেমনষ্টেটাবের কার্য্য হইতে এক মাসের প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত মণীন্দ্রনাথ বন্দ্যোপাধ্যায় চট্টগ্রাম পার্ব্বত্য প্রদেশের মহাচড়ী ডিস্‌পেন্‌সারীর কার্য্য হইতে বিদায়ে আছেন। ইনি পীড়ার জন্য বিগত ৭ই জানুয়ারী পর্য্যন্ত বিদায় পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীব সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত বিধুভূষণ সেন গুপ্ত সিকিমের অন্তর্গত চিদাম ডিস্‌পেন্‌সারীব কার্য্যে নিযুক্ত হইয়াছিলেন. এক্ষণে দুই মাসের প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত উমামোহন সরকার গয়ার অন্তর্গত আরঙ্গবাদ মহকুমার কার্য্য হইতে দুই মাসের প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত যদুনাথ বসু খুলনার অন্তর্গত বসীরহাট মহকুমার কার্য্য হইতে দেড় মাসের প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত লালা বিহারীলাল রায় পুরীর সুঃ ডিঃ হইতে তিন মাসের প্রাপ্য বিদায় এবং নয় মাসের ফার্লো পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত ফণীভূষণ মুখোপাধ্যায় চট্টগ্রাম পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য হইতে ১৯ দিবসের পীড়ার জন্য বিদায় পাইয়াছিলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত গতিকৃষ্ণ বসু মুঙ্গেরের অন্তর্গত সেখপুরা ডিস্‌পেন্‌সারীর কার্য্য হইতে দুই মাসের প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত উমেশচন্দ্র মজুমদার কালনা মহকুমার অস্থায়ী কার্য্য হইতে বিদায় পাইয়াছিলেন। ইনি আরো ৭ দিবসের প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

প্রেরিত পত্র।

প্রেরিত পত্র মতামতের জন্য সম্পাদক আদৌ দায়ি নহেন।

মান্যবর

শ্রীযুক্ত ভিষক্ দর্পণ সম্পাদক

মহাশয় সমীপেষু

মহাশয়

গত মার্চ্চ মাসের ভিষক্ দর্পণে বিচ্ছু-বিষে মন্ত্রের কার্য্যকারিতা অবগত হইয়াছি। সর্প বিষে মন্ত্রের ফল যাহা স্বচক্ষে দেখিয়াছি "মন্ত্রে বিশ্বাস" প্রবন্ধে বিবৃত করিলাম। অনুগ্রহ পূর্ব্ব আপনার সুবিখ্যাত পত্রিকায় প্রকাশ করিয়া অনুগৃহীত ও বাধিত করিবেন নিবেদন ইতি।

ধুনট ডাক্তারখানা
১৭।৫।১৯০৩।

বশংবদ
এলাম উদ্দীন আহামদ

মন্ত্রে বিশ্বাস।

অতি প্রাচীনকালে এদেশের লোকের মন্ত্রে দৃঢ় বিশ্বাস ছিল। অবশ্য অশিক্ষিতের মধ্যে এই বিশ্বাস আরও বেশী। যতই দেশের লোক সভ্য হইতে আরম্ভ করিল, মন্ত্রে বিশ্বাসও ততই হ্রাস পাইতে লাগিল। এখন প্রায় কাহাকেই আর মন্ত্রে বিশ্বাস করিতে দেখা যায় না। মন্ত্র মুখের কথা, মুখের কথায় দুরারোগ্য দুশ্চিকিৎস্য কোন পীড়ার উপশম বা আরোগ্য হওয়া অনেকেরই ধারণায় আইসে না, আমারও আসিত না। কিন্তু সর্প বিষে মন্ত্রের প্রত্যক্ষফল দেখিয়া আমার সেই বিশ্বাস অনেক পরিমাণে অপনিত হইয়াছে। যদিও চিকিৎসা শাস্ত্রের গভীর আলোচনায় দুই একটী প্রতিষেধক ঔষধ আবিষ্কৃত হইয়াছে ও হইতেছে, কিন্তু তাহার ফল অতি অনিশ্চিত এবং তদ্রূপ আশু ফলদায়ক নয়। আমি মন্ত্রের তাড়িত শক্তির ন্যায় কার্য্য দেখিয়া সকলকেই উহার ফল পরীক্ষার অনুরোধ করি। কেননা পীড়া নিবৃত্তিই চিকিৎসার মুখ্য উদ্দেশ্য এবং যে উপায়ে বা ঔষধে দ্রুত ফল পাওয়া যায় তাহাই গ্রহণ করা বাঞ্ছনীয়।

১৮৯৪ সালে নওগিলা অবস্থান কালে একইদ মাঠে উপাসনার্থে প্রায় ১॥০ হাজার মুসলমান একত্রে সমবেত হয়। আমিও সেই উপাসনা ক্ষেত্রে উপস্থিত ছিলাম। উপাসনান্তে দেখিতে পাইলাম আমার দক্ষিণ পার্শ্বে দুরে কতিপয় ব্যক্তি উদ্বিগ্নতার সহিত ইতস্ততঃ ছুটা ছুটি করিতেছে। আমি আশ্চর্য্যান্বিত হইয়া তাড়াতাড়ি তথায় উপস্থিত হইলাম এবং দেখিলাম ২২।২৩ বৎসর বয়স্ক একজন যুবাকে দুই ব্যক্তি ধরিয়া দণ্ডায়-

মান রাখিতে চেষ্টা করিতেছে এবং অপর এক ব্যক্তি জল অভাবে ধুলি লইয়া ঝাড়িতে আরম্ভ করিয়াছে। কারণ জিজ্ঞাসায় জানিতে পাইলাম উক্ত ব্যক্তিকে সর্পে দংশন করিয়াছে। দ্রষ্ট ব্যক্তি স্থিরভাবে দাড়াইতে পারিতেছে না, পড়িয়া যাইতে উপক্রম হইতেছে, মাথা ঢুলিয়া পড়িতেছে এবং মুখ হইতে লালা নির্গত হইতেছে। কথা বলিবার শক্তি নাই, পরন্তু শরীর ঈষৎ ঘর্ম্মাক্ত। দ্রংষ্ট ব্যক্তির তৎকালীন অবস্থা দর্শনে অনেকেরই মনে জীবনের আশায় হতাশ হইতে হইল। ইতি মধ্যে জনৈক মুসলমান ওঝা এক ঘটি জল মন্ত্রপূত করিয়া মুখে ছিটাইয়া দিল এবং হাতচালানি আরম্ভ করিল। গ্রাম্য চলিত কথায় এইরূপ বিষ ঝাড়নকে হাতচালানি বা চাপাশাঠ বলে। ১ম বারে হাতচালানিতে গ্রীবাদেশে, ২য় বারে কটিদেশে, ৩য় বারে পদে এবং ৪র্থ বারে হস্ত মৃত্তিকায় নিপতিত হইল। এই চারি বারে হাত চালানিতে মোট ২০ মিনিটের অধিক সময় লাগে নাই। যেই হস্ত মৃত্তিকায় পতিত হইল অমনি আক্রান্ত ব্যক্তি বলিয়া উঠিল—বাতাস দাও। তৎপর ক্রমশঃ অবস্থার পরিবর্ত্তন ও প্রকৃতস্থ হইয়া সুস্থ ব্যক্তির ন্যায় কথা বলিতে লাগিল। অনুসন্ধানে দেখা গেল বাম পদের গোড়ালির বাহ্য পার্শ্বে কামড়ের দাগ বর্ত্তমান রহিয়াছে। এই ঘটনার ১ঘণ্টা পরে উক্ত ব্যক্তি সুস্থ লোকের ন্যায় হাঁটিয়া বাড়ী যাইতে সমর্থ হইয়াছিল। ক্ষত স্থানে ২।৩ দিন বেদনা ছিল, পরে সম্পূর্ণ সুস্থ হয়।

১৮৯৭ সালে বাড়ী অবস্থান কালে আমার ভ্রাতষ্পুত্রের পদে সর্পে দংশন করে; তখন তাহার বয়স ৯।১০ বৎসর। জঙ্গলের ধারে খেলিতেছিল। শুনা মাত্রেই আমি উপস্থিত হইয়া দেখি, অজ্ঞান হইয়া মৃত্তিকায় পড়িয়া গিয়াছে। আমি কার্ব্বনেট অব এমোনিয়া আঘ্রাণ করানে সংজ্ঞালাভ হইল কিন্তু ক্ষণ বিলম্ব ব্যতিরেকে পূর্ব্বাবস্থা পাইতে লাগিল। তৎকালে ওঝা নিকটে ছিল না। আমি তাড়াতাড়ি ওঝা ডাকাইতে লোক পাঠাই এবং নিজের যে যে প্রতিষেধক ঔষধ জানা ছিল ব্যবহার করাই। ১ ঘণ্টা পরে ওঝা আসিয়া উপস্থিত হয়। এ কাল মধ্যে ঔষধে এই মাত্র ফল হইয়াছিল যে, লক্ষণ ক্রমশঃ গুরুতর হইয়া দাড়ায় নাই। ওঝা পূর্ব্বোক্ত উপায়ে ঝাড়িতে আরম্ভ করায় ১৪।১৫ মিনিট মধ্যে সুস্থ হয়। এবং আহারে ব্যস্ততা প্রকাশ করে। ক্ষত স্থানে ২।৩ দিন বেদনা ছিল। এক্ষেত্রে যদিও ১ ঘণ্টাকাল কোন দুর্লক্ষণ প্রকাশ না পাইয়া একভাবে থাকা ঔষধের কার্য্য বলিয়া প্রতীতি হয় তত্রাপি মন্ত্রের ১৪।১৫ মিনিটের আরোগ্যকারী শক্তির নিকট ঔষধের কার্য্যকারিতা নিশ্চয় পরাভূত।

এই ঘটনার পরে আমি আরও ২।৩টী রোগীতে মন্ত্রের ঐরূপ আশুফল দেখিয়াছি। কিন্তু তাহাদের সর্প দংশনের কোন বিশিষ্ট প্রমান না থাকায় এস্থলে উল্লেখে বিরত রহিলাম। অবস্থা দৃষ্টে সর্প দ্রংষ্ট বলিয়া প্রতীতি হইয়াছিল। সর্প বিষে মন্ত্রে কিরূপে কাজ করে, তাহা অবশ্য অবগত নহি কিন্তু ক্রিয়ার উৎকর্ষতা দৃষ্টে আশ্চর্য্যান্বিত না হইয়া থাকিতে পারি না। এ বিষয়ে গভীর আলোচনা হইলে বোধ হয় প্রকৃত তথ্য আবিষ্কার হইতে পারে। ইতি। ১৭।৫।১৯০২

ধুনট, বগুড়া
ডাক্তার খানা
এলাম উদ্দীন আহাম্মদ

মন্ত্রের প্রতিবাদ।

মন্ত্র চিকিৎসার দ্বারায় যে সকল উপকার সাধিত হয় তাহা আমার আদৌ বিশ্বাস নাই। ব্রজনাথ বাবু মন্ত্রের বিষয় যাহা লিখিয়াছেন কেবল যে মন্ত্রের বিষক্ষয় হয় তাহা নহে। মন্ত্র শিক্ষকগণ বলেন, কতকগুলি ঔষধ (বা গদ) না ব্যবহার করিলে কেবল মন্ত্রের দ্বারায় উপকার হয় না। ব্রজনাথ বাবু বলেন যে, যখন কিছু কামড়ানর বেলাতে মন্ত্র খাটে, তখন সর্প দংষ্ট ব্যক্তির পক্ষে কেন খাটিবে না। এবং আরও বলেন যে, সর্বজ্ঞ

সকল ঘটনাতে না খাটিতে পারে। এ কথাও মন্ত্রের উপদেশ মধ্যে আছে, যে কতকগুলি লক্ষণ রোগীতে উপস্থিত দেখিলে ঝাড়া উচিত নয়। যেহেতু ঐ সকল লক্ষণ মৃত্যু জ্ঞাপক। আমার বক্তব্য এই, যে সকল রোগীর মৃত্যু লক্ষণ না থাকে তাহা সামান্য কোন ঔষধ (বা গদ) ব্যবহারে উপকার হয়। আর যাহাদের মৃত্যু লক্ষণ জানিতে পারা যায় তাহাদিগকে তখন ঝাড়িবার দরকার নাই, ইহা যদি মন্ত্রের উপদেশ তবে শিক্ষা করার প্রয়োজন কি? যখন রোগীর লক্ষণের উপর নির্ভর (অর্থাৎ মৃত্যু লক্ষণ কি আরোগ্য হইবার লক্ষণ) তখন মন্ত্র তন্ত্র পরিত্যাগ করা উচিত।

যে সকল রোগীর লক্ষণ দেখিয়া জানা যায়—আরোগ্য হইবে। ঈশ্বরের কৃপায় তাহারা সামান্য ঔষধে আরোগ্য হইবে। আর যাহাদের লক্ষণ সকল মৃত্যু বলিয়া জানিতে পারা যায় তাঁহাদিগকে মহামন্ত্র তন্ত্র ঝাড়ুক না কেন কিছুতেই আরোগ্য হইবে না। তবে এই মাত্র বলা যাইতে পারে—বিশ্বাস হইতেছে মূল, যাহার আরোগ্য হইবার কারণ আশা করা যায় তাহার ঔষধেই (বা গদ) আরোগ্য হইবে। মন্ত্র তন্ত্র শিক্ষা করা চিকিৎসা সমাজে উচিত নয়। এমন কোন ঔষধ আবিষ্কার করিবার চেষ্টা করা উচিত যাহাতে ব্যবহারে বা প্রলেপে উপকার হয়। যদি বলেন ইংরাজেরা চেষ্টা করিতে অসাধ্য হইয়াছে। সেই জন্য মন্ত্রতন্ত্র শিক্ষা করিবার উপদেশ দিতেছি। এমন কোন অসাধ্য জিনিষ নাই যাহা চেষ্টায় না হইতে পারে, যদি মন্ত্র তন্ত্রের শিক্ষা করিবার পূর্ণ উল্লেখ দেখি তবে আরও বাদ প্রতিবাদ করিবার বাসনা রহিল।

শ্রীসেখ জাহেদবকস খাঁ
সাং কনকপুর। পোঃ কৈকালা, জেলা হুগলি।

কয়েকটী মুষ্টিযোগের বিবরণ।

বিচ্ছু দংশন করিলে জ্বালা নিবারণ করিবার পক্ষে শোলা একটী বিশেষ উপকারি। আমার ভ্রাতার এক দিন রাত্রে বিচ্ছুতে কামড়াইয়াছিল। ডাক্তারি ঔষধ যাহা যাহা জানা আছে, তাহা ব্যবহারে কোন ফল পাই নাই, আমার এক বন্ধু সেই সময় উপস্থিত ছিলেন তিনি বলিলেন— তুমি খানিকটা শোলা পোড়াইয়া হুকার জলের সহিত মিশ্রিত করিয়া যে স্থানে কামাইয়াছে সেই স্থানে প্রলেপ দেও। আমার ভ্রাতা তাহাই করিল। কিন্তু তৎক্ষণাৎ জ্বালা নিবারণ হইল। আমিই ২৩ জনকে উপরোক্ত উপায়ের দ্বারায় আরোগ্য করিয়াছি! ইহা সকলে যাহাতে ব্যবহার করেন সেই উদ্দেশে লিখিলাম।

ডুম্বুরের বিবরণ।—প্রায়ই সকলে অবগত আছেন সেই জন্য পূর্ণ উল্লেখ করিলাম না। ডুম্বুর গাছের আঠা বিশেষ উপকারী। Apthas রোগে যেখানে ডাক্তারি ঔষধে ফল পাওয়া যায় না, সেইখানে প্রয়োগ করিলে বিশেষ উপকার হয়। প্রত্যহ ২।৩ বার ক্ষত স্থানে আঠা প্রয়োগ করিলে ২।৩ দিবসের মধ্যে আরোগ্য হয়। তা ছাড়া Apthas রোগে সকল সময়ে উপরোক্ত নিয়মে ব্যবহার করিলে উপকার হয়।

বাতরোগের বেদনাতে।— রাংচিতরা পাতা ও সাজিমাটিতে উপকার হয়। এমন কি যদ্যপি কোন স্থানে লাঠির দ্বারা আঘাত লাগিয়া বেদনা বর্ত্তমান থাকে সেই স্থানেই ইহার প্রলেপ করিলেও উপকার হইয়া থাকে। প্রথমে রাংচিতার পাতাকে পানের ন্যায় উহার শির (বা ডাঁটা) সকল ফেলিয়া দিবেন, অর্দ্ধ পোয়া পাতা ও অর্দ্ধ তোলা সাজি মাটি এক সঙ্গে পেষণ করিয়া বেদনা ও ফুলা যে পর্য্যন্ত বর্ত্তমান থাকিবে সেইখানে প্রলেপ দিবেন। প্রত্যহ ২ বার ২।৩ দিবস প্রয়োগ করিলেই বেদনা ও ফুলা আরোগ্য হয়।

শ্রীসেখ জাহেদ বক্স খাঁ
জেলা হুগলি, গ্রাম কনকপুর

ভিষক্-দর্পণ।

চিকিৎসা-তত্ত্ব-বিষয়ক মাসিক পত্রিকা।

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

১৩শ খণ্ড। | জুন, ১৯০৩। | ৬ষ্ঠ সংখ্যা।

নব্য-অস্ত্রচিকিৎসা-প্রণালী।

(পূর্ব্ব প্রকাশিতের পর)

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার মৃগেন্দ্রলাল মিত্র, এল এম্ এস্।

সেরিবেলামের ল্যাটারাল লোবে এব্‌সেস্ হইলে রোগী যদি চলিতে পারে, তাহা হইলে তাহার পা টানিতে থাকে এবং পীড়িত দিকে পড়িয়া যাইবার প্রবণতা দেখা যায়। ইহার কারণ এই যে, এক দিকের সেরিবেলাম্ অন্যদিকে সেরিব্রামের একার্দ্ধকে সাহায্য করে। অপ্টিক্ নিউরাইটিস্ ও বমন অধিকতর স্পষ্ট এবং মাথার retraction ও পঞ্চম, ষষ্ঠ অডিটারী ও ফেশিয়াল্ প্রভৃতি নার্ভে প্রেশ্যার পড়িতে পারে। সেরিব্রামের এব্‌সেস্ হইলে কম্প্রেশানের লক্ষণ সকল যত শীঘ্র প্রকাশ পায়, ইহাতে তাহা অপেক্ষা আরও সত্বর দেখা দেয়।

DIAGNOSIS—সর্ব্বদাই বড়ই দুরূহ। প্রথমতঃ এণ্টেরিক্ ফিভার্ বা সেপ্টিক্ বিষীকরণের কোন জটিল কারণ, যথা,—ক্রণিক্ এম্পাইয়া প্রভৃতি হইতে পৃথক্ করিয়া লইতে হইবে। তাহার পর ম্যাষ্টয়েড্ এণ্ট্রাম ও সেল্ সকলের কোন সাপিউরেশান্ ও এব্‌সেস্, মেনিঞ্জাইটিস্, এবং সাইনাস্ থ্রম্বোসিসের মধ্যে পার্থক্য বুঝিয়া লইতে হইবে। মেনিঞ্জাইটিস্ হইলে শরীরতাপ সচরাচর উচ্চ হয়, নাড়ী দ্রুত, বিষম ও intermittent, শিরঃপীড়ার সঙ্গে আলোকাসহিষ্ণুতা, শব্দাসহিষ্ণুতা, ও সাধারণ হাইপারিস্থিসিয়া দেখা যায়। অনেক সময় আবার strabismus, spasm ও convulsionsও তৎসঙ্গে প্রকাশ পায়। সাইনাস্ থ্রম্বোসিসে শারীরতাপ পাইমিক্ প্রকৃতি ধারণ করে, তৎসঙ্গে উৎকট রাইগার হইতে থাকে। নাড়ী দ্রুত এবং lateral সাইনাস্ কিম্বা জুগুলার ভেইনের গতিপথের উপর ব্যথা বা টেণ্ডারনেস্ থাকিতে পারে। ম্যাষ্টয়েড্ সাপিউরেশান্ হইলে ম্যাষ্টয়েডের উপর সচরাচর ব্যথা ও টেণ্ডার-

নেস্ এবং পরে স্ফীতি ও পোঁথ দেখা যায়। অনেক স্থলেই exploratory অপারেশান্ দ্বারা [illegible] নির্ণয় করিতে পারা যায়।

TREATMENT—পূর্ব্বের কোন অপারেশান্ যদি না করা হইয়া থাকে, তাহা হইলে ম্যাষ্টয়েড্ ও এণ্ট্রাম সাবধানে explore করিতে হইবে এবং বাহ্য অডিটারী মিয়েটাসের পোষ্টিরিয়ার্ দেয়াল কাটিয়া ফেলিয়া দুইটীকে একটী করিবে। তখন দেখা যাইবে, তথায় necrosed bone রহিয়াছে। অতঃপর ইহার অনুসরণ পূর্ব্বক middle cerebral fossa ঊর্দ্ধদিকে অথবা লাটীরাল সাইনাসের গ্রুভ্ পশ্চাদ্দিকে উদ্ঘাটিত করিতে হইবে। তখন ডিউরার নিম্নে যে কিছু পূঁষ দেখা যাইবে, তাহা বাহির করিয়া দিবে এবং ক্যাভিটী ড্রেণ করিবে। পূঁষ না পাওয়া গেলে ছিদ্র হইতে একটু দূরে ডিউরার নিম্নে কোন এব্সেস্ আছে কি না, তাহার নিরূপণ করিবার নিমিত্ত ডিউর‍্যাল এলিভেটার একটু এদিক ওদিক চালিত করিবে। যদি দেখা যায় ডিউরা ফাঁপিয়া উঠিয়াছে ও মস্তিষ্কের ভিতরে টেনশান্ রহিয়াছে এবং যদি স্থিতি নির্দ্দেশক লক্ষণ সকল বেশ স্পষ্ট প্রতীয়মান হয়, তাহা হইলে ডিউরার একটী ফ্ল্যাপ্ তুলিয়া লইবে এবং সম্মুখ ও ঊর্দ্ধাভিমুখে অধিক হাড় কাটিয়া লইয়া ছিদ্র বাড়াইয়া দিবে। এবার একটী সাবডিউর‍্যাল এব্সেস দেখা যাইবে; মস্তিষ্ক ঠেলিয়া বাহির হইবে এবং অঙ্গুলি দ্বারা প্যাল্পেশান্ করিলে বর্দ্ধিত বাধা প্রদান করিবে। অতঃপর একটী পূর্ণাবয়ব হাইড্রোসিল্ ট্রোকার্ মস্তিষ্ক উপাদানের ভিতর প্রবেশিত করিবে; কোন বড় শিরা দেখা গেলে তাহা পরিহার করিতে হইবে। তাহা হইলে ক্যানিউলার্ ভিতর দিয়া পূঁষ প্রবাহিত হইবে, কিম্বা ক্যানিউলা বাহির করিয়া



Fig 209.

Fig. 209.—Galt's conical trephine.

লইলে পূঁষ বাহির হইতে থাকিবে; অথবা মস্তিষ্কের কেবল কোমলীভবন হইলে ক্যানিউলার একটা দুর্গন্ধ পাওয়া যাইবে। প্রথম পাঙ্কচারে এব্সেস না পাওয়া গেলে ব্রেণ সার্ফেসের দুই এক ইঞ্চের মধ্যেই ট্রোকার্ ও ক্যানিউলা সকল দিকেই চালিত করিবে। ট্রোকারের অগ্রভাগ খুব তীক্ষ্ণ হইবে, অন্যথা তাহা পাঙ্কচার করিতে পারিবে না। অথবা পুরু প্রাচীর বিশিষ্ট এব্সেস্‌কে একদিকে ঠেলিয়া দিবে; এবং ক্যানিউলাটী বেশ বড় হওয়া আবশ্যক, নতুবা পূঁষ বাহির হইবে না। সিদ্ধ জল কিম্বা আয়োডিনের কোন উইক্ সোলিউশান্ দ্বারা এব্সেসের ক্যাভিটী মৃদুভাবে প্রক্ষালিত করিবে, একটী ড্রেণেজ-টিউব কিম্বা আয়োডোফর্ম্ গজ তন্মধ্যে স্থাপন করিবে এবং উহার অবশিষ্টাংশ বদ্ধ, ও এণ্টিসেপ্টিক্ গজ দ্বারা ড্রেস করিয়া দিবে। মিডল্ সেরিব্র্যাল্ ফসা বাহির করিলে যদি দেখা যায় ডিউরা ঠেলিয়া উঠে নাই, এবং যদি স্থিতি নির্দ্দেশক লক্ষণাদি দ্বারা কোন সাহায্য না পাওয়া যায়, তাহা হইলে কোন কোন সার্জ্জন মস্তিষ্কের অন্বেষণ করিবার

আগে পোষ্টিরিয়ার সেরিব্র্যাল্ ফসা অনুসন্ধান



Fig 210

Fig 210 —Crown trephine

করিয়া থাকেন। টেম্পরো-স্ফিনইড্যাল্ লোবে যদি কোন এব্‌সেস না থাকে, তাহা হইলে এইটী কর্‌রতেই হইবে এবং তাহার পর সেরিবেলাম্ সেইরূপে অনুসন্ধান করিবে। ইহাতেও অকৃতকার্য্য হইলে যদি অটাইটিস্ মিডিয়া বাইল্যাটার‍্যাল দেখা যায়, তাহা হইলে অবিলম্বে অথবা পরবর্ত্তী কোন অপারেশানে বিপরীত দিগের টেম্পরো-স্ফিনয়ড্যাল লোব্ এবং সেরিবেলামের ল্যাটার‍্যাল লোব্ সেইরূপ অন্বেষণ করিবে।

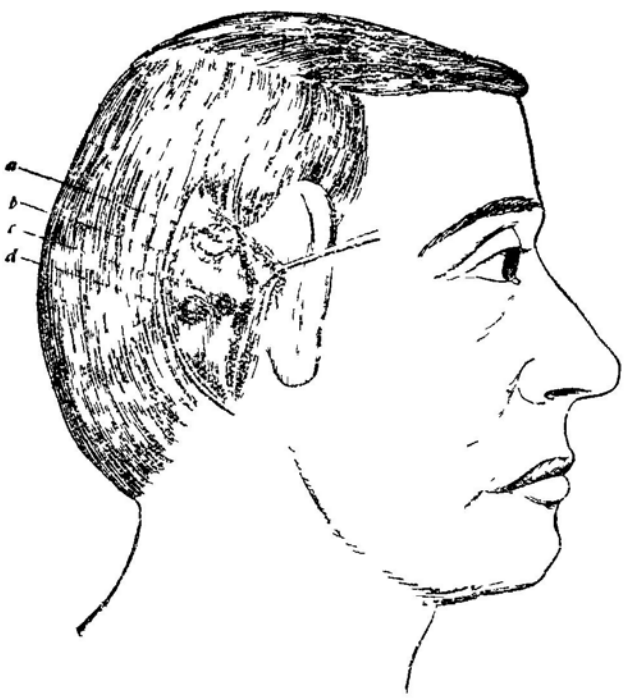


Fig. 211.

Fig. 211 — Opening the mastoid antrum and the lateral sinus exposure of the temporosphenoidal lobe and puncture of the descending horn of the lateral ventricle; a, temporosphenoidal lobe (descending cornu of lateral ventricle is 1 cm. deeper); b, inner surface of periosteum: c. mastoid antrum; n, lateral sinus.

কর্ণের পশ্চাৎস্থিত একটী বক্র ইন্‌সিশানের ভিতর দিয়া ম্যাষ্টয়েড্ এণ্ট্রাম সর্ব্বাপেক্ষা উত্তমরূপে বাহির করা যায়। কর্ণ সম্মুকদিকে আকৃষ্ট হইবে, পেরিয়ষ্টিয়াম্ অপসারিত করিবে এবং Macewen's tiangle, অথবা সুপ্রা-মিষেট্যাল্ ফ্লেয়ার-নির্ম্মায়ক অস্থিখানি একটী চিসেল্ দ্বারা কাটিয়া লইবে। এক্সটার্ণ্যাল্ অডিটারী মিয়েটাসের উর্দ্ধ কিনারার অব্যবহিত উর্দ্ধে, সম্মুখ ও উর্দ্ধ অভিমুখে আরও অধিক হাড় কাটিয়া ফেলিলে মিড্‌ল্ ফসা বাহির হইয়া পড়ে। এবং পশ্চাদ্ভাগে অস্ত্র চালাইলে ল্যাটারাল্ সাইনাসের গ্লুভ উন্মুক্ত হইয়া থাকে। টেম্পরো-স্ফিনয়ড্যাল্ লোব্ একবারে বাহির করিতে হইলে এক্‌ষ্টার্ণ্যাল্ অডিটারী মিয়েটাসের অব্যবহিত উর্দ্ধে আরম্ভ করিয়া উর্দ্ধ ও পশ্চাদ্ভাগে হাড় চিজ্‌ল্ করিতে হইবে। অথবা যদি ট্রেফাইন্ প্রয়োগ করা হয়, তাহা হইলে বিডের বেস্ লাইনের ৩ ইঞ্চ উর্দ্ধে এক্‌ষ্টার্ণ্যাল্ অডিটারী মিয়েটাসের পোষ্টিরিয়ার্ মার্জ্জিনের সহিত এক করিয়া ট্রেফাইনের পিন্ বসাইতে হইবে। সেরি-বেলামের ল্যাটার‍্যাল্ লোব্ বাহির করিতে হইলে হাড় কাটিয়া ফেলিলে, অথবা বিডের বেল্-লাইনের সিকি ইঞ্চ নিম্নে এবং এক্‌ষ্টার্ণ্যাল্ অডিটারী মিয়েটাসের কেন্দ্রের দেড় ইঞ্চ পশ্চাতে ট্রেফাইন্ বসাইতে হইবে। এরূপ অবস্থায় অপারেটার্ ইঞ্চের ভগ্নাংশ মাপ পরিমাণ অপেক্ষা bony points দ্বারা ভাল পরিচিত হইতে পারেন। জীবিতাবস্থায় প্রকৃত মাপ বা পরিমাণ পাওয়া বড়ই কঠিন, এবং শিশুদিগের ত কথাই নাই।

TUMOURS.—মস্তিষ্কের যে সকল টিউমার ও নিউগ্রোথ অস্ত্রসাধ্য তন্মধ্যে gliomata, ও psammomata, localized tuberculous lesions. ঔষধ দ্বারা যে সকল সিফিলিটিক্ স্কার এব্‌সর্ব্ করিতে পারা যায় না, ইঞ্জুরীর পরবর্ত্তী স্কার-টিসু ও সিষ্টিক্ গঠন এবং প্যারাসিটিক্ সিষ্টগুলিই উল্লেখযোগ্য। সার্কোমেটাস্ ও কার্সিনো-মেটাস্ গ্রোথগুলি সচরাচর এত বড় হয় যে, দূর করা যায় না, অথবা প্রথমাবধিই তাহারা Multiple আকার ধারণ করে। ইহার উপর আবার তাহাদের কোন ক্যাপ্-সিউল্ না থাকাতে চতুষ্পার্শ্বস্থ মস্তিষ্ক উপাদান হইতে তাহাদিগের পার্থক্য সহজে বুঝিতে পারা যায় না, কাজেই তাহাদের সম্পূর্ণ এক্-সিশান হয় না, এবং স্কার হইতে আবার উৎপন্ন হয়। সেরিব্র্যাল টিউমারের প্রধান লক্ষণাবলী—বমন, অবিরাম শিরঃপীড়া, অপ্টিক্ নিউরাইটিস্, localized আক্ষেপ বা পক্ষাঘাত, এবং মৃগীবৎ কন্‌ভালশান্; নূতন গ্রোথ্ দ্বারা আক্রান্ত কর্টিক্যাল্ এরিয়ার সহিত সংশ্লিষ্ট অংশে সচরাচর আক্ষেপের আক্রমণ প্রথম আরম্ভ হইতে দেখা যায়। ইহাকে Jacksonian Epilepsy কহে। যে সকল লক্ষণ দেখিয়া সার্জ্জন গ্রোথের উদ্ভবস্থান নির্দ্দিষ্ট করিতে পারেন, নিম্নে তৎসমুদায় বিবৃত হইল।—১। মৃগীবৎ আক্ষেপের আরম্ভেই যদি—(ক) ব্যথা, বিচিত্র অনুভূতি, ফ্লুকসান্, বা বৃদ্ধাঙ্গুষ্ঠের হাইপার্-এক্‌ষ্টেন্‌শান্ হয়, তাহা হইলে রোল্যাণ্ডের ফিশারের উর্দ্ধ প্রান্তে মিড্‌ল্ লাইনের নিকটে কর্টেক্‌সের বিপরীত দিকে লেগ এরিয়ার কোন লিশান্ হইয়াছে, বুঝা যাইবে; (খ)

স্কন্ধের সঞ্চালন হইলে উক্ত ফিশারের ঊর্দ্ধ অংশের নিকটে, বরঞ্চ তাহার সম্মুখে লিশান্ বুঝিতে হইবে; (গ) অঙ্গুষ্ঠের ফ্লেক্শান্ হইলে, ফিশারের গেদুর কাছাকাছি কোন লিশান্ নির্দ্দেশ করিবে' (ঘ) বিপরীত দিকে মাথা ও চক্ষুর্দ্বয় ঘুরিয়া গেলে সুপিরিয়ার ও মিডল্ ফ্রণ্ট্যাল্ কন্‌ভলিউসান্ দ্বয়ের পশ্চাতে লিশান্ বুঝিতে হইবে; (চ) মুখ ও জিহ্বার সঞ্চালন হইতে থাকিলে রোল্যাণ্ডের ফিশারের নিম্ন প্রান্তে কোন পীড়া হইয়াছে, বুঝা যাইবে। উক্ত স্থান সমূহের যে কোনটীতে হউক, মৃগীবৎ আক্ষেপ হইলে তাহার পর কিয়ৎকাল ধরিয়া উক্ত স্থানের ক্ষমতাবাহিতা ঘটিবে। ২। মোটার এফেশিয়া—ইহা দ্বারা ব্রোকার কন্‌ভলিউশানের লিশান বুঝিতে হয়। ৩। Hemianopsia অর্থাৎ দুই চক্ষুরই দৃষ্টিক্ষেত্রের অর্দ্ধেক করিয়া নাশ হইলে, সেই প্রনষ্ট দৃষ্টিক্ষেত্রের বিপরীত দিক্‌স্থিত কিউনিয়াশের লিশান্ হইয়াছে বুঝিতে হইবে। ৪। শ্রবণের হানি হইলে দুইটী আপার্ টেম্পরোস্ফিনয়ড্যাল লোবের লিশান্ হইয়াছে, বুঝা যায়। ৫। এম্নেশিয়া, সেন্‌সারী এফেশিয়া, বাগবধিরতা (word-deafness), অথবা কোন শব্দের উচ্চারণ সম্বন্ধে ভুল হইলে বাম পার্শ্বের ফার্ষ্ট টেম্পোরো-স্ফিনয়ড্যাল্ কন্‌ভলিউশনের পোষ্টিরিয়ার্ হাফের লিশান্ বুঝিতে হয়। ৬। Alexia, বাগন্ধতা, অথবা লিখিত কোন কথার আকৃতি সম্বন্ধে স্মৃতিনাশ ঘটিলে, বাম দিগের এঙ্গিউলার্ ও সুপ্রা মার্জ্জিন্যাল্ কন্‌ভলিউশান্ সূচিত হয়। ৭। Agraphia, অথবা লিখনকার্য্যের পৈশিক সঞ্চালনের স্মৃতিনাশ হইলে মোটাক্ এবিয়ার নিম্নে কিম্বা দ্বিতীয় ফ্রণ্ট্যাল্ কন্‌ভলিউশানের পোষ্টিরিয়ার অংশের লিশান্ বুঝিতে হইবে। ৮। অপ্টিক্ নিউরাইটিস্ একদিকে হইলে বুঝিতে হইবে সেইদিকে একটি টিউমার হইয়াছে। দুইদিকে হইলে বুঝিতে হইবে যে, যে দিকে নিউরাইটীস্ সর্ব্বাপেক্ষা অধিক বিশ্লিষ্ট সেই দিকেই টিউমার হইয়াছে।

উপরিউক্ত লক্ষণাবলীর অনুশীলন দ্বারা যেখানে একটী টিউমার্ বা নিউ গ্রোথ circumscribed বা সীমাবদ্ধ ও অধিগম্য বলিয়া বুঝা যাইবে, সেস্থানে স্কাল্ ট্রেফাইন্ করিবে, Hey's saw, হফ্‌ম্যানের বা কীনের ফর্সেপ্‌স, কিম্বা সার্জ্জিক্যাল্ এঞ্জিন দ্বারা সেই গ্রোথ্‌কে সম্পূর্ণ প্রকাশ করিবার জন্য অস্থির উপযুক্ত অংশ কাটিয়া লইতে হইবে। এবং সেই গ্রোথের চারিদিকে মস্তিষ্কে সোজা ইন্‌সিশান্ করিয়া কাটিয়া ফেলিবে। তাহার পর একটী শার্প স্পুন্ দ্বারা তাহা তুলিয়া লইবে। কর্টেক্‌সের কিয়দংশ দূর করিলে সেই দূষীকৃত অংশের ক্রিয়ারাহিত্য ঘটে; কিন্তু চতুঃপার্শ্বস্থ স্থান সমূহের সাহায্যে সেই নষ্ট শক্তি—বিশেষতঃ স্থূল স্থূল গতিকার্য্য পুনর্ব্বার পাওয়া যায়। অঙ্গুষ্ঠের ও অঙ্গুলি-সকলের সূক্ষ্মগতি সম্পূর্ণ ফিরিয়া আইসে না। সেই জন্য এই সকল স্থলে সাফল্যলাভের নিমিত্ত কর্টেক্‌সের যতটুকু দূর করা নিতান্ত আবশ্যক, ততটুকু করিতে হইবে। প্যারা-সিটিক্ সিষ্টসকল ড্রেণ করা আবশ্যক।

FOCAL EPILEPSY, GENERAL PARALYSIS, CEPHALALGIA.—কোকোল্ এপিলেপসীতে.

অর্থাৎ কোন মোটার্ লিশান বিনা যে মৃগী হয়, সেই মৃগীতে ফিট বড় ঘন ঘন যথা ঘণ্টায় একবারের অধিক হইতে থাকিলে, এবং মানসিক ভাব আরও দূষিত হইয়া পড়িলে কর্টেক্‌সের যে ফোকাসে initial movements প্রতিফলিত হয়, সেই ফোকাস্ expose করিবে, ফ্যারাডিক্ কারেণ্ট দ্বারা মস্তিষ্ক উত্তেজিত করিলে ইনিশিয়্যাল মুভ্‌মেণ্টের প্রকৃত স্থল পাওয়া যাইবে। তখন কর্টেক্‌সের সেই এরিয়া এক্‌সাইজ করিবে। এইপ্রকার অপারেশাণের পর ফিটের সংখ্যা কমিয়া আসিবে এবং রোগীর স্বাস্থ্যের উন্নতি হইবে, এরূপ আশা করা যাইতে পারে। জেনারাল প্যারালিসিং। রোগের প্রথম ক্রমে ট্রেফাইন্ করিয়া কতিপয় স্থলে উপকার পাওয়া গিয়াছে। কঠোর কেফ্যালাল্যালজিয়ায় রোগী কার্য্য অপারগ হইলে, অথবা তাহার নিদ্রার বাধা ঘটিলে, ট্রেফাইন দ্বারা শান্তিলাভ হইতে পারে। এই প্রকার স্থলে একটী এক্‌সষ্টোসিস্, হাড়ের একটী স্পিকিউলাম, একটী বিবর্দ্ধিত Pachionian body, কিম্বা একটী ফাইব্রাস টিউমার্, অথবা ডিউরা মেটারের সিষ্ট, পাওয়া গিয়াছে, এবং তাহার দূরীকরণে রোগী সম্পূর্ণ স্বাস্থ্য লাভ করিয়াছে। অন্যান্য স্থলে কোথাও হয়ত একটী টিউমার্ দেখা যায়, কিন্তু তাহা কোন উপায়ে দূর করা যায় নাই, সেরূপ স্থানে সঞ্চাপের উপশম করিয়া রোগীকে উৎকট যাতনা ও আজন্ম অন্ধতা হইতে উদ্ধার করা গিয়াছে।

HYDROCEPHALUS, বিশেষতঃ (ক) fits ইহার অনুগামী থাকিলে, (খ) অপটিক্ স্নায়ুর প্রোগ্রেসিভ্ এট্রফি বোধ হইলে, কিম্বা (গ) ডিমেন্সিয়া বা কোমা দেখা দিলে, মধ্যে মধ্যে ভেণ্ট্রিকল উন্মুক্ত করিয়া তাহার চিকিৎসা করিতে হইবে। অথবা যদি ইহাতে কার্য্য সিদ্ধি না হয়, তাহা হইলে ভেণ্ট্রিকলগুলির অবিরাম ড্রেণ করিতে হইবে।

MICROCEPHALY COMBINED WITH IDIOCY.—অনেকের ধারণা এই যে, ক্রেণিয়্যাল্ সুচার সকলের—বিশেষতঃ স্যাজিট্যাল্ ও করোণাল—অতি শীঘ্র সিনষ্টোসিস্ জন্য এই রোগ হয়। ক্রেণিয়েক্‌টমী দ্বারা ইহার প্রতিকার করা যাইতে পারে। ইহাতে স্কালের মধ্যরেখার দুই পার্শ্ব হইতে এক খণ্ড করিয়া অস্থি তুলিয়া লইতে হয়। এই অপারেশাণের উদ্দেশ্য এই যে, আশু সিনষ্টোসিস্ দ্বারা মস্তিষ্কের পরিস্ফুরণের যে বাধা ঘটিয়াছিল, তাহা দূর করিয়া মস্তিষ্ককে বিস্ফারিত হইতে দিতে হইবে। কোন কোন স্থলে অস্ত্রোপচারের পর শিশুর বুদ্ধিশক্তি উৎকর্ষ লাভ করিয়াছে, এরূপ বিবরণ দেখা যায়।

CRANIO CEREBRAL TOPOGRAPHY.—মস্তিষ্কের কোন পীড়ার চিকিৎসা করিতে হইলে, সর্ব্বাগ্রে সেই পীড়ার স্থিতিস্থান নির্ণয় করিতে চেষ্টা করিবে; তাহার পর সেই পীড়ার প্রকৃতি এবং পরিশেষে কোন্ প্রকার চিকিৎসা প্রণালী শাস্ত্রসঙ্গত, অথবা অন্য প্রকার অবলম্বন করা যুক্তিযুক্ত, তদ্বিষয়ে স্থির নিশ্চয় হইবে। মস্তিষ্ক সংক্রান্ত যে কোন অপারেশান করিতে হউক না কেন, কতকগুলি নিয়ম ও কল্প-

ভলিউশানের স্থিতিস্থান বিষয়ে সার্জ্জনের অবশ্য অভ্রান্ত অভিজ্ঞতা থাকা আবশ্যক।

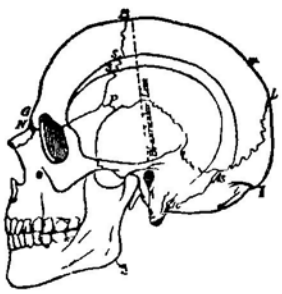


Fig. 213.

Fig 213—Skull showing the points named by Broca ; As. asterion (junction of the occipital, parietal, and temporal bones), basion, middle of anterior wall of foramen magnum ; B, bregma (junction of the sagittal and coronal sutures); G, ophryon (on a level with the superior border of the eyebrows), and corresponding neariy to the glabella, the smooth swelling between the eyebrows) ; g, gonion (angle of the lower jaw); I, inion (external occipital protuberance) ; L, lambda (junction of sagittal and lambdoidal sutures) ; N, nasson (junction of the nasal and frontal) ; Ob, obelion (the sagittal suture between the parietal foramina) ; P pterion (point of junction of great wing of sphenoid and the frontal parietal, and squamous bones. This may be H-shaped or K. shaped, or "retourne,' in which the frontal and temporal just touch), S, stephanion (or, better, the superior stephanion, intersection of ridge for temporal fascia and coronal suture), S, inferior stephanion (intersection of ridge for temporal muscle and coronal suture).

ক্রেণিয়ো সেরিব্র্যাল টপোগ্রাফি বিজ্ঞান ঐ সকল ফিশার ও কন্‌ভলিউশানের স্থিতি-স্থানের নিরূপণের অন্তর্গত।

ব্রোকার্ডের নিকট হইতে আমরা ক্রেণিয়ো সেরিব্র্যাল্ টপোগ্রাফি সংক্রান্ত স্থানসূচক শব্দ সকল প্রাপ্ত হইয়াছি। মিডিল্ মেনিঞ্জিয়াল্ আর্টারী টিবিয়ানে (pterion) এক্‌ষ্টার্ণ্যাল্ এঙ্গিউলার প্রোসেসের ১½ ইঞ্চ পশ্চাতে অর্ব্বিটের রুফের সহিত সমতলে পাওয়া যায়। ২১৪, ২১৫ ও ২১৬ চিত্রে মাস্তিষ্কের ফিশার ও কন্‌ভলিউশানগুলি প্রদর্শিত হইল। আইনিয়ান্ (inion) হইতে এক্‌ষ্টার্ণ্যাল্ অডিটারী প্রোসেস্ পর্য্যন্ত প্রত্যেকদিকেই একটী রেখা টানিলে সেই রেখা দ্বারা fissure of Bechat চিহ্নিত হইয়া থাকে। গ্লোবেলা হইতে আইনিয়ান্ পর্য্যন্ত একটী রেখা টানিলে সেই রেখা মিডিয়ান্ ফিশার ও সুপিরিয়ার্ লঞ্জিটিউ-ডিন্যাল্ সাইনাসের উপর দিয়া যাইবে। রোল্যাণ্ডের ফিশার বড়ই প্রয়োজনীয়, কারণ ইহা দ্বারা মস্তিষ্কের মোটার রিজান্

নির্দ্দিষ্ট হইয়া থাকে। আইনিয়ান্ ও গ্লেবেলার মধ্যস্থানের আধ ইঞ্চ পশ্চাতে মিডিয়াম্ লাইনে ইহা আরম্ভ হইয়াছে। এই ফিশার ৬৭·৫°; কোণে ৩½ ইঞ্চ ব্যাপিয়া নিম্ন ও সম্মুখভাগে বিস্তৃত হইয়াছে। Chiene নিম্নলিখিত প্রক্রিয়া দ্বারা রোল্যাণ্ডের ফিশার বাহির করিয়া থাকেন ;—একখণ্ড চতুষ্কোণ কাগজ লইয়া কোণাকুণী ত্রিকোণাকারে তাহা

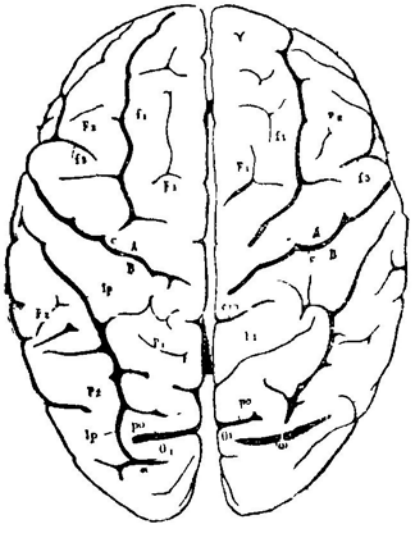


Fig. 214,

Fig. 214.—View of the brain from sleve (Ecker).

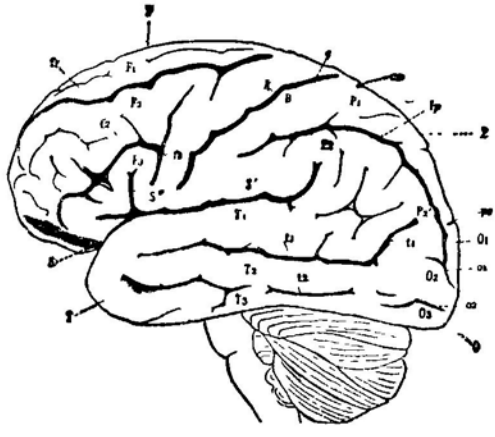


Fig. 215.

Fig 215—Outer surface of the left hemisphere of the brain.

যুড়িবে, এই ত্রিভুজের B A C এঙ্গল ৪৫°, ইহার কিনারা বিন্দুবিশিষ্ট।

A E রেখার উপর আবার যুড়িয়া লইবে, D A E angle ৪৫° ডিগ্রির অর্দ্ধেক অর্থাৎ ২২৫° ডিগ্রি হইবে এবং C. A.E. কোণটীও তাহার সমান হইবে। C. A. লাইনে কাগজখানি খুলিয়া লও, ইহাতে যে একটী ফিসার হইবে তাহার B A. C. —৪৫° এবং E. A. C.—২২, ৫°, E. A. B.—৬৭, ৫°। এই এঙ্গলটীই অভিপ্রেত। উর্দ্ধে A. বিন্দু স্থাপন কর, A, B. দিক মস্তিষ্কের মধ্যরেখার উপরে এবং A, E. রেখা রোল্যাণ্ডোর ফিশারের সহিত মিলিত হয়। Chiene এর প্রক্রিয়ানুসারে মস্তিষ্কের ভিন্ন ভিন্ন অংশ কিরূপে বাহির করিতে হয়, ২১৮ চিত্রে তাহাই প্রদর্শিত হইয়াছে।

Horsly তাঁহার ধাতব cyrtometer দ্বারা রোল্যাণ্ডিক্ ফিশারের স্থিতিস্থান নির্ণয় করিয়া থাকেন। শূন্য দ্বারা চিহ্নিত বিন্দু তিনি আইনিওগ্লবেলার্ লাইনের উপর এবং আইনিয়ান ও গ্লেবেলার মধ্যপথে স্থাপন করেন। সিলভিয়াসের ফিশার (fig 215 S. S′ S″.) বাহির করিতে হইলে এক্‌টার্ণ্যাল্ এজিউলার প্রোসেস্ হইতে আরম্ভ

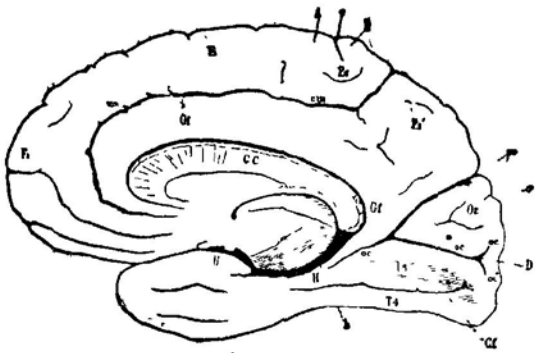


Fig. 216.

Fig. 216—Inner surface of the right hemisphere of the brain (Ecker)

সিপিট্যাল্ প্রোটিউবারেন্স্ পর্য্যন্ত একটী রেখা টানিবে। এক্‌ষ্টার্ণ্যাল এঙ্গিউলার্ প্রোসেসের ১½ ইঞ্চ পশ্চাতে উক্ত রেখার উপর সিলভিয়াসের ফিশার আরম্ভ হইয়াছে। এই

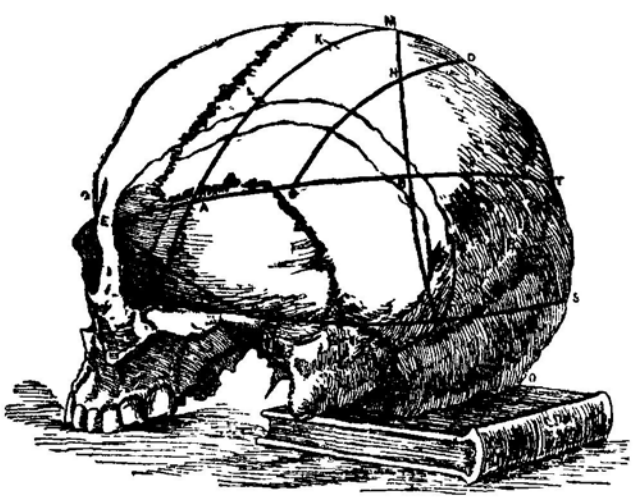


Fig. 217

Eig. 217.—Chiene's lines for localizing brain-areas. M. D. C. A. Rolandic or motor area; A, anterior branch of middle maningeal and bifurcation of fissure of Sylvius; A C, horizontal part of Sylvian fissure, the highest part of the lateral sinus touches P. S. at R; M, A. precentral sulcus; I, beginning of superior frontal sulcus; B C contains the supramargial convolution; B, angular gyrus.

ফিশারের মূল শাখা প্যারায়েটাল্ এমিনেন্সের দিকে বিস্তৃত হইয়াছে ; ইহার ঊর্দ্ধগামী শাখা স্কোয়ামোসোক্সিনইড্যাল সূচারের সহিত মিলিত হইয়াছে এবং সূচারের আধ ইঞ্চ ঊর্দ্ধে সেই রেখাতেই বিস্তৃত হইয়াছে।

Precentral sulcus দ্বারা (fig 215)

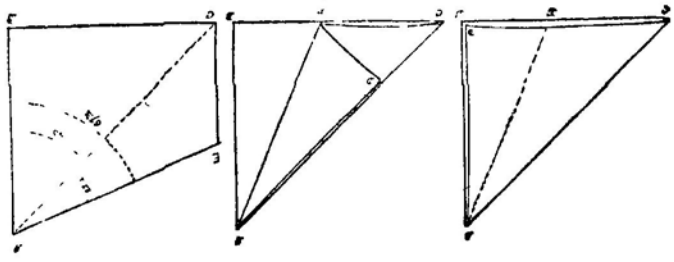


Fig 218.

Fig 218.—Chiene's method of fixing position of the Rolandic fissure.

য়্যাসিডিং ফ্রণ্ট্যাল্ কনভলিউশানের পশ্চাদ্ভাগে স্থাপিত হইয়াছে। কবোন্যাল্ সূচারের ঠিক পশ্চাতে ও তাহার সহিত প্যারালেল্ভাবে এবং রোল্যাণ্ডোর ফিশারের এক অঙ্গুলি সম্মুখে ইহা বিস্তৃত হইয়াছে। ইণ্টাপ্যারায়েটাল্ ফিশার দ্বারা (Fig 214) মোটর বিজান্ পশ্চাদ্ভাগে সীমাবদ্ধ হইয়াছে। এই ফিশার্ রোল্যাণ্ডোর ফিশারের নিম্ন ও মধ্য তৃতীয়াংশের



Fig 219

Fig-219—Horsley cyrtometer.

সংযোগস্থল হইতে আরম্ভ হইয়াছে, লঞ্জিটিউডিন্যাল ফিশারের প্যারালেল্ লাইনে এবং রোল্যাণ্ডিক্ ফিশার ও প্যারায়াটাল এমিনেন্সের মধ্যপথে ঊর্দ্ধমুখে ধাবিত হইয়াছে ; প্যারায়েটো-অক্সিপিট্যাল্ ফিশারের ধারে ধারে চলিয়াছে এবং অক্সিপিট্যাল্ লোবের নিম্নভাগে ও পশ্চাদ্ভাগে যাইয়া উপস্থিত হইয়াছে। মোটর এরিয়াগুলি বাহ্য সার্ফেসে রোল্যাণ্ডোর ফিশারের সন্নিহিত। ২১৪ এবং ২১৬ চিত্রে এইগুলি প্রদর্শিত হইয়াছে।

আইনিয়ান্ হইতে গ্লেবেলা পর্য্যন্ত একটী রেখা টানিলে তাহা সুপিরিয়ার্ লঞ্জিটিউডিন্যাল্ সাইনাসের উপর দিয়া যাইবে। অক্সিপিট্যাল প্রোটিউবারেন্স্ হইতে ঐরূপ

অণ্টাল্ ভাবে বাহির দিকে একষ্টার্ণ্যাল অডিটারী মিয়েটাসের এক ইঞ্চ পশ্চাৎস্থিত একটী

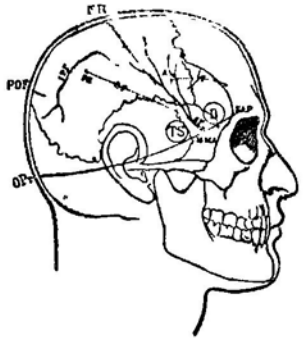


Fig. 220.

Fig 220—Head, skull, and cerebral fissures Bcorresponds to Broca's convolution, E A P, external angular process ; F R, fissure o Rolando ; I F inferior frontal sulcus I P F, intraparietal sulcus ; MMA, middle meningeal artery ; OPr, occipital protuberance ; PE, parietal fissure ; P O F, parietooccipital fissure ; SE, Sylvian fissure , A, its ascending limb , TS, tip of temporosphenoidal lobe. The pterion (to the left of B) is the region where three sutures meet. viz, those bounding the great wing of the sphenoid where it joins the frontal parietal, and temporal bones,

বিন্দু পর্য্যন্ত একটী রেখা টানিলে এবং সেই বিন্দু হইতে ম্যাষ্টয়েড্ প্রোসেস্ পর্য্যন্ত আর একটী রেখা টানিলে এই দুইটী রেখা দ্বারা ল্যাটারাল্ সাইনাস্ নির্দ্দিষ্ট হয়। ম্যাকিউ-য়েনের সুপ্রামিয়েট্যাল্ ত্রিভুজ (Macewene's suprameatal triangle) জাইগোমার পোষ্টিবিয়ার্ রুট অডিটারী মিয়েটাসের পোষ্টিরিয়ার্ অস্থিময় প্রাচীর এবং এই দুইটির সংযোগসাধক একটী রেখা দ্বারা সীমাবদ্ধ হইয়াছে। ল্যাটারাল্ সাইনাসে যাহাতে কোন ইঞ্জুরী না লাগে, তজ্জন্য ম্যাষ্টয়েড প্রোসেস্ এই ত্রিভুজের ভিতরে উন্মুক্ত করা হয়। টেম্পরো স্পিনইড্যাল্ লোবের কোন এব্সেসে ট্রেফাইন প্রয়োগ করিতে হইলে Barker's pointই তাহার উপযুক্ত স্থল। এই পয়েণ্ট্ একষ্টার্ণ্যাল্ অডিটারী মিয়েটাসের মধ্যভাগের ১½ ইঞ্চ পশ্চাতে এবং ১½ ইঞ্চ উর্দ্ধে অবস্থিত। নানা বৈজ্ঞানিকগণের অনুমোদিত ভিন্ন ভিন্ন প্রক্রিয়া দ্বারা ক্রেনিয়ো সেরিব্র্যাল্ টোপোগ্রাফির যে সকল প্রধান প্রধান বিন্দু নির্দ্দিষ্ট হইয়াছে ২৪১চিত্রে তৎসমুদয় স্পষ্ট প্রদর্শিত হইল।

মেরুদণ্ডের অপায়াদি।

SPRAINS—স্পাইনের স্প্রেণ বড়ই সচরাচর ঘটে; পৃষ্ঠের কোন সবল মোচড় বা আনমন দ্বারা ইহা হইতে পারে। অনেকে বলেন—স্পাইন্যাল্ লিগ্যামেণ্ট পেশী বা ফেশিয়া সকলের আংশিক ছেদভেদ জন্য সেগুলি হইয়া থাকে। কিন্তু এই কথার যথার্থ নিরূপণের সুবিধা ক্বচিৎ পাওয়া যায়। পৃষ্ঠের স্প্রেণের সঙ্গে স্পাইন্যাল কর্ডের কম্পাশান, সাব্কিউটেনিয়াস্ টিসু মধ্যে রক্ত সঞ্চার অথবা কিড্নীর কণ্টিউষাণ্ বা রাপ্চার্ ঘটিয়া থাকে। এই সকল ব্যাপারের

পর স্পাইনের নিকটে ফাইব্রাস্ টিস্থ ও ইণ্টার্ভার্টিব্র্যাল্ জয়েণ্ট সকলের প্রদাহ হইতে পারে। এই প্রকার প্রদাহ সময়ে সময়ে মেম্ব্রেণ সকলে ও কর্ডে বিস্তৃত হইতে পারে; কিম্বা এই সকল প্রদাহিত স্থান হইতে ভার্টিব্র্যাল্ কেরিজ্ আরম্ভ হইতে পারে।

SYMPTOMS—রোগীপ্রায়ই একটী স্থানে সাধারণতঃ লাম্বার রিজানে উৎকট ব্যথা অনুভব করে; নড়িলে চড়িলে বা টিপিলে সেই ব্যথার বৃদ্ধি হয়। পরীক্ষা করিলে সেই ব্যথাবিশিষ্ট স্থানের নিকট একটু অস্পষ্ট ফুলা, অথবা ক্বচিৎ রক্ত সঞ্চার ভিন্ন আর কোন ইঞ্জুরী দেখা যায় না। সার্ভাইক্যাল্ রিজানে স্প্রেণ্ হইলে সময়ে সময়ে ডিস্লোকেশানের লক্ষণ প্রকাশ পাইতে পারে। রোগী যাতনায় মাথা এক দিকে স্থির করিয়া রাখে; এজন্য গ্রীবার এক ধারে ট্র্যান্স্ভার্স্ প্রোসেস্গুলি স্বাভাবিক অপেক্ষা অধিকতর প্রকাশমান হয়। লাম্বার প্রদেশে উৎকট স্প্রেণ্ হইলে সময়ে সময়ে স্পাইন্যাল্ কর্ডের ইঞ্জুরী বলিয়া বোধ হইতে পারে, কারণ রোগী স্বীয় চরণদ্বয়ের দৌর্ব্বল্য অনুভব করে, অথবা হয় ত পা নাড়িতে পারে না। হয়ত মলমূত্রত্যাগেও তাহার কষ্ট হয়। পরীক্ষা করিলে সচরাচর দেখা যাইবে যে, এ সকল স্থলে প্রকৃত প্যারালিসিস্ ঘটে নাই; কিন্তু রোগীর পদসঞ্চালনে কষ্ট হওয়াতে তাহার সেইরূপ শক্তিহীনতা উপস্থিত হইয়াছে।

TREATMENT.—বিশ্রাম, যাতনা-প্রশমনের নিমিত্ত গরম গরম ফোমেণ্ট এবং পরে উত্তেজক লিনিমেণ্ট। পীড়া উৎকট হইলে রোগীকে আট দশ দিন শয্যাশায়ী করিয়া রাখিবে, পরে ব্যথাও দৃঢ়তা দূর করিবার নিমিত্ত শ্যাম্পুইং, মেশ্যাজ্ গ্যাল্ভানিজম প্রয়োগ করিবে।

WOUNDS OE THE SPINAI MEMBRANES AND CORD—পৃষ্ঠে ছুরিকাঘাতে বা তীক্ষ্ণধার দ্রব্যের উপর পতন দ্বারা ঐ সকল উণ্ড্ হইতে পারে। কেবল মেম্ব্রেণগুলি আহত হইলে সেরিব্রো স্পাইন্যাল্ রস নির্গত হইতে থাকে, তদ্ব্যতীত আর কোন লক্ষণ সচরাচর দেখা যায় না। কিন্তু ইহার পরে প্রদাহ আরম্ভ হইলে স্পাইন্যাল্ মেনিঞ্জাইটিসের সাধারণ চিহ্ন সকল প্রকাশ পাইতে পারে। স্পাইন্যাল্ স্নায়ুসকলের কোন উণ্ড্ হইলে তাহাদিগের দ্বারা পরিপুষ্ট স্থল সমূহের এবং কর্ডের উণ্ড্ হইলে ইঞ্জুরীর স্থিতি স্থানের নিম্নস্থিত অংশের প্যারালিসিস্ হইয়া থাকে। ছেদভেদ সম্পূর্ণ হইলে নীজার্ক সম্পূর্ণ লোপ পায়; অসম্পূর্ণ হইলে নীজার্ক বৃদ্ধি পাইয়া থাকে।

TREATMENT—রোগীকে সম্পূর্ণ বিশ্রাম দিবে এবং যাহাতে প্রদাহ না হয়, তজ্জন্য উণ্ড্ সম্পূর্ণ এসেপ্টিক রাখিবে। কিন্তু কর্ড বিভক্ত হইলে অবশ্য প্যারালিসিস্ চিরজীবনের জন্য স্থায়ী হইয়া পড়িবে। প্রদাহ হইলে মেনিঞ্জাইটিসের উপযুক্ত ঔষধ সকল প্রয়োগ করিবে।

DISLOCATION AND FRACTURE—স্পাইনের ফ্র্যাক্চার না হইয়া কেবল ডিসলোকেশান্ হইতে ক্বচিৎ দেখা যায়। বাস্তবিক সার্ভাইক্যাল্ রিজান্ ভিন্ন

আর কুত্রাপি ইহা কখনই হয় না। সেইরূপ আবার ডিস্‌লোকেশান্ না হইয়া ফ্র্যাক্‌চার হইতে দেখা যায় না। তবে কখন কখন স্পাইনাস্ প্রোসেস ও ল্যামিনা সমূহের এবং আরও কচিৎ ট্র্যান্সভার্স ও আর্টিকিউলার্ প্রোসেস্ সমুদায়ের বিনা ডিস্‌লোকেশানেই ফ্র্যাক্‌চার হইতে দেখা যায়। অধিকাংশ স্থানেই ফ্র্যাক্‌চার্ ও ডিসলোকেশান্ এক সঙ্গে হয়। যথা, একটী কিম্বা তদধিক ভার্টিব্রার বডী ও আর্টিকিউলার্ প্রোসেসের ফ্র্যাক্‌চারের সঙ্গে সঙ্গে নিম্নস্থ স্পাইন্ হইতে ইঞ্জুরীর স্থিতিস্থানের উর্দ্ধস্থিত সমগ্র স্পাইনের ডিসলোকেশান্ হইয়া থাকে। এই প্রকার ইঞ্জুরী fracture dislocation নামে বর্ণিত হয়।

FRACTUREDISLOCATION —causes :—স্পাইনে প্রত্যক্ষ বল প্রয়োগ অথবা অপ্রত্যক্ষ বল প্রয়োগ,—যেমন মাথা পাতিয়া পড়িয়া যাওয়া—এই দুই প্রকার কারণ বশতঃ ইহা হইতে পারে। ১। প্রত্যক্ষ বল স্পাইনের পোষ্টিরিয়ার্ অংশেই লাগিতে পারে। প্রত্যক্ষ বলপ্রয়োগে এই ইঞ্জুরী হইলে ভার্টিব্র্যাল্ কেনালের কোন অনিষ্ট না হইয়াই একটী কিম্বা দুইটী স্পাইনাল্ প্রোসেস্ বিচ্ছিন্ন হইতে পারে। বলপ্রয়োগ অত্যন্ত অধিক হইলে—যেমন কোন উচ্চ স্থান হইতে একখানা কড়ি বা বেলের উপর চিৎ হইয়া পড়িয়া গেলে, কিম্বা কোন গুরুভার দ্রব্য হইতে গুরুতর আঘাত লাগিলে স্পাইন্ সবলে সম্মুদিকে নমিত হয়। তাহাতে সেই কেনালের এণ্টিরিয়ার গঠনগুলি চূর্ণ ও নিষ্পিষ্ট হইয়া থাকে। এইজন্য ভার্টিব্র্যাল্ বডীসকল প্রায়ই অনাহত রহিয়া যায়, কিন্তু এক দিকে আকৃষ্ট হইয়া থাকে, ইণ্টার-ভার্টিব্র্যাল্ কার্টিলেজ সকলের বাপ্‌চার্ হয়, এণ্টিরিয়ার কমন্ লিগ্যামেণ্ট্ ছিঁড়িয়া যায় এবং আর্টিকিউলার ও স্পাইনাস প্রোসেসগুলি চূর্ণ ও নিষ্পিষ্ট হইয়া যায়। ইঞ্জুরীর উর্দ্ধস্থিত ভার্টিব্রা সকল সম্মুখদিকে dislocated হয়, আর্টিকিউলার প্রোসেসগুলি fractured এবং ইণ্টারভার্টিব্র্যাল কার্টিলেজ সকল ছিঁড়িয়া যায়। তাহাদিগকে যথাস্থানে সংরক্ষা করিবার জন্য কিছুই থাকে না। ২। অপ্রত্যক্ষ বল, যথা কোন উচ্চ স্থান হইতে মাথার উপর ভর দিয়া পতন কিম্বা কোন খিলান, বা দরজার ভিতর দিয়া গমনকালে উপরের চৌকাট বা খিলান মাথায় লাগিলে, অথবা কোন গুরুভার দ্রব্য মাথায় বা স্কন্ধে পতিত হইলে স্পাইন্ সজোরে সম্মুখ দিকে নমিত হয়; তাহাতে সেই কলামের এণ্টিরিয়ার্ অংশ নিষ্পিষ্ট এবং পোষ্টিরিয়ার্ অংশ ছিন্ন হইয়া যায়। এখানে উর্দ্ধস্থ ভার্টিব্রা সকলের মধ্যে দুই একটী বডী এবং ইণ্টারভার্টিব্র্যাল্ কার্টিলেজ্ সকল নিষ্পিষ্ট হয়। উক্ত ভগ্ন অংশের একটী টুকরা প্রায়ই ভার্টিব্র্যাল্ কেন্যালে পশ্চাদ্দিকে প্রক্ষিপ্ত হইয়া থাকে, এদিকে আর্চ্ সকল এবং স্পাইনাস্ ও আর্টিকিউলার্ প্রোসেস্ সকল বিচ্ছিন্ন হইয়া পড়ে। এই ইঞ্জুরীর সহিত সময়ে সময়ে ষ্টার্ণামের ফ্র্যাক্‌চার্ অনুসঙ্গী হইতে দেখা যায়। অনেকে বলেন, দারুণ আঘাতে স্পাইন সম্মুখ দিকে দ্বিখণ্ডিত হওয়াতে চিন্ সজোরে আসিয়া ষ্টার্ণামে পতিত হয়; তাহাতেই ষ্টার্ণমের ফ্র্যাক্‌চার্ হইয়া থাকে।

স্পাইনের ফ্র্যাক্চার ডিস্‌লোকেশানে স্পাইনাল্ কর্ড সচরাচর আহত হয় বলিয়া, ইহার উপর উক্ত ইঞ্জুরীর গুরুত্ব যত নির্ভর করে ভার্টিব্রার ফ্র্যাকচারের উপর তত নহে। কারণ তাহাতে কর্ড সময়ে অব্যাহতি পায়। কিন্তু অনেক সময় ইহা compressed হয়, অথবা সম্পূর্ণ বিভক্ত হইয়া পড়ে, কিম্বা এত চূর্ণ হইয়া থাকে যে, অতি শীঘ্রই ইহার প্রদাহিক কোমলীভবন হয়। দ্বিতীয় পৃষ্ঠার ভার্টিব্রার নিম্নে ইঞ্জুরী থাকিলে কর্ড অবশ্যই বাঁচিয়া যায়, কারণ তাহা সেই স্থানে শেষ হইয়াছে, কিন্তু সেরূপ অবস্থায় কডা ইকুইনার স্নায়ু সকল আহত হইতে পারে।

SIGNS AND SYMPTOMS.—স্থানিক লক্ষণ সকল সচরাচর অল্পই থাকে। অভিঘাতের স্থানে ব্যথা থাকিতে পারে, কিম্বা স্পাইনাস্ প্রোসেস্ সকলের অসমতা লক্ষিত হইতে পারে, কিন্তু কখন এগুলি থাকিতে নাও পারে। কর্ডের অবস্থার উপর সাধারণ চিহ্ন সকল নির্ভর করে এবং ইহার কোনরূপ ইঞ্জুরী না হইলে কোন চিহ্নই দেখা যায় না। কিন্তু ইহার উপর চাপ পড়িলে বা ইহা নিষ্পিষ্ট হইলে নিম্নস্থ অংশ সকলের প্যারালিসিস্ হয়; তবে ইঞ্জুরীর পরিমাণ অনুসারে তাহার পূর্ণতার তারতম্য ঘটিয়া থাকে। লোয়ার সারভাইক্যাল্ কিম্বা আপার ডর্স্যাল রিজানের একটী ফ্র্যাক্চার্ দৃষ্টান্তস্বরূপ লওয়া যাইতে পারে। এই স্থানেই অধিক ফ্র্যাক্চার্ হয়। তাহার সঙ্গে কর্ডের উৎকট compression বা crushing হইয়া থাকিলে ইঞ্জুরীর স্থিতিস্থানের নিম্নস্থ সমগ্র অংশের গতি ও অনুভূতি উভয় কার্য্যেরই প্যারালিসিস্ হইবে (paraplegia); এবং বোধ হয় কর্ডের আহত অংশের অব্যবহিত উর্দ্ধ হইতে যে সকল স্নায়ুমূল নির্গত হইয়াছে, তৎসমুদায়ের ইরিটেশান্ হওয়াতে উক্ত আহত অংশের ঠিক উর্দ্ধাস্থতস্থানে কিয়দ্দূর ধরিয়া হাইপেরিস্থিসিয়া হইয়া থাকে। এদিকে ইণ্টার্কষ্ট্যাল্ পেশী সমুদায়ের প্যারালিসিস্ হওয়াতে কেবল ডায়ফ্রাম্ দ্বারাই শ্বাসকার্য্য সাধিত হয়, ইহার কারণ এই যে, উক্ত পেশী ফ্রেনিক্ সকলের দ্বারা nerve supply প্রাপ্ত হয় এবং ফ্রেণিক্ ইঞ্জুরীর স্থিতিস্থানের উর্দ্ধে উৎপন্ন হয়। এইজন্য চেষ্ট্ যখন গতিহীন থাকে, শ্বাসপ্রশ্বাসের সময় এব্‌ডোমেন্ উত্থিত ও পতিত হয়। ব্ল্যাডার্, রেক্টাম্ এবং তাহাদের স্ফিংক্টারগুলিও ঐ প্যারালিসিসের অংশ ভোগ করে; এইজন্য প্রথম প্রথম মূত্র ও মলের অবরোধ ঘটে এবং ব্ল্যাডার যখন বিস্ফারিত হইয়া আর মূত্র ধারণ করিতে পারে না, তখন তাহা আপনা হইতে নিঃসৃত হয় এবং মলও অসাড়ে নির্গত হইতে থাকে। প্রায়াপিজম্ অথবা পেনিসের involuntary erection প্রায়ই এইসঙ্গে দেখা যায়, অথবা ক্যাথিটার্ প্রয়োগে তাহার উত্থানে সহায়তা হইয়া থাকে। শরীর তাপের তারতম্য ঘটে, কখন কখন ইহা স্বাভাবিক অপেক্ষা নিম্ন সীমায় আইসে, কিন্তু প্রায়ই ইহা অত্যন্ত অধিক বাড়িয়া উঠে; এমন কি মৃত্যুর অল্প পূর্ব্বেই ১০৭ ডিগ্রিতে উত্থিত হয়। সেই সময়ে মাথায় কোন আঘাত না লাগিলে চৈতন্যের কোন ব্যাঘাত ঘটে না। নিম্ন প্রত্যঙ্গে reflexগুলি প্রথমে স্তম্ভিত থাকে; কিন্তু রোগী যদি বাঁচিয়া উঠে, তাহা হইলে তাহারা

আবার ফিরিয়া আইসে। গভীর reflex গুলি সম্পূর্ণ নষ্ট হইয়া যায়; তাহাতে বুঝা যায় যে, কর্ডের সংবাহনশক্তি (conducting power) সম্পূর্ণ ধ্বংসপ্রাপ্ত হয়। যদি তাহা ফিরিয়া আইসে, তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে, অভিঘাতের স্থিতিস্থানে কর্ডের কোন কোন অংশে সংবাহনশক্তি অবশিষ্ট ছিল। কোন ব্রঙ্কিয়াল্ পীড়ায় চব্বিশ ঘণ্টা হইতে কয়েক দিনের মধ্যে মৃত্যু সচরাচর ঘটিতে দেখা যায়। কিন্তু আপার ডর্স্যাল রিজানে ফ্র্যাক্চার্ হইলে রোগী দুই হইতে তিন সপ্তাহ পর্য্যন্ত বাঁচিয়া থাকিতে পারে এতদ্ব্যতীত কতকগুলি সেকেণ্ডারী অস্বস্তি ঘটে, তন্মধ্যে bed sores ও chronic cystitis (1) Bedsores —যে সকল স্থানে অধিক চাপ পড়ে, সেই সকল স্থানেই বেড্‌সোর্ হয়। তত্রত্য স্নায়ুসকলের শক্তি কমিয়া যাওয়াতে টিসু সমুদয়ের জীবনীশক্তি হ্রাস পায় এবং তথায় রক্তাধিক্য হইয়া থাকে। ইহাই বেড্‌সোরের কারণ। এতদ্ভিন্ন রোগীর মল মূত্র লাগিয়া শরীরের অনেক স্থান সর্ব্বদাই আর্দ্র থাকে, সেই সকল স্থানেও বেড্‌সোর্ হইতে পারে। (2) Chronic cystitis. —ইহাও সম্ভবতঃ স্নায়ুশক্তির হানি জন্য কতক পরিমাণে এবং ক্যাথিটার্ চালানে সামান্য আঘাত জন্যও কতক পরিমাণে সম্ভূত হয়। অথবা ক্যাথিটার্ চালাইবার সময় Micrococcus ureæ নামক জীবাণুসকল ব্লাডার মধ্যে প্রবেশ করিয়া সিষ্টাইটিস্ উৎপাদিত করে। মূত্র প্রথমে অম্ল থাকে; তাহার পর তাহার ইউরিয়া কার্ব্বনেট্ অভ্ এমোনিয়ার পরিণত হওয়াতে তাহা এমোনিয়াকাল এবং ফস্ফেট সমূহের সঞ্চয় ও রজ্জুবৎ মিউকাসের মিশ্রণ জন্য পুরু হইয়া পড়ে। ইহার প্রদাহ ইউরিটার্ হইয়া কিড্‌নীতে উপস্থিত হয়, সেরূপ অবস্থায় কিড্‌নীর পেলভিসের ও সারষ্ট্যান্সের পুয়োদ্ভব (pyelonephritis) হইতে পারে।

লক্ষণ সকলের প্রকৃতি ও গুরুত্ব অনেক পরিমাণে ফ্র্যাক্চারের স্থিতিস্থান এবং কর্ডের ইঞ্জুরীর পরিমাণের উপর নির্ভর করে। কোন কোন স্থলে প্যারালিসিস্ না থাকিতে পারে, অসম্পূর্ণ হইতে পারে, অর্থাৎ তাহাতে কেবল গতিশক্তির হানি হইতে পারে, কিম্বা কেবল একটী প্রত্যঙ্গের বা একটী পেশীপুঞ্জের পক্ষাঘাত হইতে পারে, অথবা কোন নির্দ্দিষ্ট স্থানের মধ্যে কেবল অনুভূতিশক্তির দোষ ঘটিতে পারে।

CAUSES OF DEATH.—১। চতুর্থ সার্ভাইক্যাল্ ভার্টিব্রার্ উর্দ্ধে ফ্র্যাক্চার্ হইলে মেডেলাস্থিত শ্বাসকেন্দ্র হইতে ফ্রেণিক্ স্নায়ুসকল বিশ্লিষ্ট হওয়াতে তখনই মৃত্যু হইয়া থাকে। ২। নিম্ন সার্ভাইক্যাল্ বা আপার ডর্স্যাল্ রিজানে নিম্নলিখিত দুইটী কারণে মৃত্যু হয়,—(ক) কর্ডের চারিদিকে রক্তস্রাব ক্রমে ক্রমে ফ্রেণিক্ নার্ভ সকলের উদ্ভবস্থান পর্য্যন্ত বিস্তৃত হওয়াতে, কিম্বা (খ) কতক পরিমাণে হাইপোষ্টেটিক্ কঞ্জেশ্চান্, কতক পরিমাণে অসম্পূর্ণ স্নায়ুশক্তি, এবং কতক পরিমাণে কাশিয়া ফুসফুস্ পরিষ্কার করিবার অসমর্থতা জন্য এক প্রকার দৌর্ব্বল্যকর ব্রঙ্কাইটিস্ হওয়াতে। ৩। পরিশেষে সচরাচর অবসাদ জন্য মৃত্যু হয়। সেই অবসাদ নিম্নলিখিত দুইটী কারণে হইয়া থাকে :—(ক)

বেড্‌সোরগুলির শ্লফ্ হওয়াতে, কিম্বা (খ) সিষ্টাইটিস ইউরিটার্ দ্বয় হইয়া কিড্‌নীদ্বয় পর্য্যন্ত বিস্তৃত হওয়াতে, এবং কতক পরিমাণ পায়েলো নিফ্রাইটিস্ হওয়াতে।

PROGNOSIS—ফ্র্যাক্‌চারের স্থিতি-স্থান এবং কর্ডের অবস্থার উপর পরিণাম নির্ভর করে। যথা, সার্ভাইক্যাল বিভাগে ফ্র্যাক্‌চার্ হইলে, যদি সেই মুহূর্ত্তেই মৃত্যু না হয়, তাহা হইলে রোগী বার ঘণ্টা হইতে দুই দিন, কিম্বা তিন দিন পর্য্যন্ত বাঁচিয়া থাকিতে পারে; সচরাচর কিন্তু প্রায় চব্বিশ ঘণ্টার মধ্যেই মৃত্যু হয়। অপার ডর্স্যাল্ রিজানে হইলে রোগী দুই তিন সপ্তাহ পর্য্যন্ত জীবিত থাকিতে পারে। লোয়ার্ ডর্স্যাল্ রিজানে হইলে, সচরাচর যে সময়ে প্রদাহিক সঙ্কট সকল উপস্থিত হয়, রোগী যদি সেই সময়টা কোনরূপ কাটাইতে পারে, তাহা হইলে সে বাঁচিয়া উঠিতে পারে, তবে কর্ড গুরুতর আহত হইলে সে চিরজীবনের জন্য প্যারাপ্লিজিক্ থাকিয়া যায়। লম্বার বিভাগে হইলে সে আরোগ্যলাভ করিতে পারে, হয়ত তাহাতে তাহার কোন একটী নিম্ন প্রত্যঙ্গের অথবা কোন একটী পেশীপুঞ্জের-প্যারালিসিস্ হয়; কিম্বা হয়ত তাহা না হইতেও পারে। আর যদি কর্ডের ইঞ্জুরী এত উচ্চে হয় যে গ্রীবার নিম্নে সমগ্র শরীরের প্যারালিসিস্ হইয়া যায়, তাহা হইলে ক্বচিৎ কোন রোগীকে কয়েক মাস বা বৎসর জীবিত থাকিতে দেখা যায়।

TREATMENT.—১। যে সকল স্থানে কিছুমাত্র প্যারালিসিস্ হয় না, অর্থাৎ যদি দেখা যায় যে, কর্ড আহত হয় নাই, সেই সকল স্থানে স্পাইন্‌কে সম্পূর্ণ বিশ্রাম দিবে। তাহাতে কেবল যে ফ্র্যাক্‌চারের সংযোগ হইবে, এমন নহে, তদ্দ্বারা ফ্র্যাগ্‌মেণ্টগুলির displacement এবং কর্ডের কোন ইঞ্জুরী হইবে না। ২। সচরাচর অনেক স্থলেই প্যারালিসিস্ হয় এবং তাহা হইলেই বুঝা যাইবে যে, কর্ড আহত হইয়াছে, যে সকল স্থলে কোন fragment যদি কর্ডের উপর চাপ দিতেছে বলিয়া বুঝা যায়, তাহা হইলে সেই টুকরা দূর করিবে এবং যতদিন না অস্থি সকলের সংযোগ সাধিত হয়, ততদিন সেই সকল অংশকে বিশ্রাম দিবে। ৩। যে সকল স্থলে, সচরাচর ঘটিয়া থাকে, টুকরাগুলি দূর করিতে পারা যায় না, কিম্বা যখন কর্ড একেবারে নিষ্পিষ্ট হইয়া গিয়াছে, সে সকল স্থানে যাহাতে বেড্‌সোর্ এবং ক্রণিক সিষ্টাইটিস্ ও তাহার অনুষঙ্গী দোষ সকল না ঘটে, তাহাতে যত্নবান্ হইতে হইবে। এইজন্য রোগীকে একটী ওয়াটার বেডের উপর রক্ষা করিবে এবং ধীরে ধীরে তাহার পাশ ফিরাইয়া দিবে; তাহা হইলে ক্রমাগত একটী অঙ্গেই চাপ লাগিতে পাইবে না। এদিকে তাহাকে খুব পরিষ্কার পরিচ্ছন্ন ও শুষ্ক এবং মল মূত্রের সংস্পর্শ হইতে দূরে রাখিতে হইবে। প্রয়োজন হইলে এনিমা দিবে অথবা অত্যধিক ডায়েরিয়া হইলে মর্ফিয়া সাপোজিটারী, কিম্বা ষ্টার্চ্চ ও অপিয়াম্ ইঞ্জেক্‌শান্ দ্বারা তাহার দমন করিবে। বেড্‌সোর্ হইবার সম্ভাবনা দেখা গেলে রেক্‌টিফাইয়েড স্পিরিট্ দ্বারা ত্বক্ কঠিন করিবে এবং অক্সাইড্ অভ্ জিঙ্ক্ ও ষ্টার্চ্চ পাউডার ভূরিপরি ছড়াইয়া

দিবে। বেড্‌সোর্ জন্মিলে আয়োডোফর্ম্ম, বাল্‌সাম্ অভ্ পেরু প্রভৃতি মৃদু এণ্টিসেপ্টিক্ দ্বারা তাহাদের dress করিবে এবং ওয়াটার কুশান্ ব্যবহার করিয়া তাহাদের চতুঃপার্শ্বস্থ ত্বক্ হইতে সকল প্রকার চাপ দূর করিবে। সিষ্টাইটিস্ নিবারণ করিবার নিমিত্ত একটি নরম রবার ক্যাথিটার্ কার্ব্বলিক্ লোশানে উত্তমরূপে ধৌত ও পরিষ্কৃত করিয়া এবং গ্লিসিরিণে ডুবাইয়া দিবসে দুইবার করিয়া চালিত করিবে। মূত্র alkaline হইয়া পড়িলে কোন একটী এণ্টিসেপ্টিক সোলিউশান্ যথা, সেলল (gr x to ℥i) অথবা বোরিক্ এসিড্ (gr. x to ℥i) দিয়া ব্ল্যাডার্ প্রক্ষালিত করিবে।

EXTENSION AND LAMINECTOMY—যে সকল স্থানে স্পাইনাস্ প্রোসেসের স্পষ্ট অসমতা জন্য কর্ডের উপর ফ্র্যাগমেণ্ট গুলির সঞ্চাপ করিবার সম্ভাবনা দেখা যায়, সেই সকল স্থানে স্পাইন্ extend এবং স্থানভ্রষ্ট ভার্টিব্রা সকলের reduce করিবার জন্য অতি সাবধানে চেষ্টা করিবে, এবং সেই এক্‌ষ্টেন্‌শানের সময়ে একটী plaster of paris case প্রয়োগ করিতে হইবে। কোন কোন স্থানে এক টুকরা অস্থি, প্রকৃত রক্ত, কিম্বা প্রাদাহিক এডিশান বা এক্সুডেশান্ কর্ডে চাপ দিতেছে বলিয়া বুঝা গেলে তৎসমুদায়কে দূর করিবার জন্য নিউর‍্যাল্ আর্চ্‌গুলি এক্সাইজ (lamenectomy) করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। কর্ড আংশিক বিভক্ত হইলে গতি ও অনুভূতি শক্তির সম্পূর্ণ প্যারালিসিস্ এবং গভীর রিফ্লেক্স সকলের সম্পূর্ণ ধ্বংস হইয়া থাকে; এরূপ অবস্থায় ঐ অপারেশান্ নিষ্ফল হইয়া থাকে। রক্ত জন্য কম্প্রেশান্ হইয়াছে কি না, তাহার প্রমাণ এই যে, ইঞ্জুরীর অব্যবহিত পরেই প্যারালিসিস্ থাকে না, কিন্তু তাহা ক্রমে ক্রমে শরীরের ঊর্দ্ধাংশে বিস্তৃত হয়।

CONCUSSION OF THE SPINAL CORD—রেলওয়ে ও অন্যান্য দুর্ঘটনায় যে সকল নানা প্রকারের ইঞ্জুরী হয়, উহা দ্বারা তাহাই বুঝা যায়। কিন্তু প্রকৃতপক্ষে যে সকল স্থানে কর্ডের কেবল concussion বা কম্পন হয়, উক্ত বাক্যটী সেই সকল কেসেই নির্দ্দিষ্ট করা উচিত।

TRAUMATIC SPINAL HÆMORRHAGE—কোন ইঞ্জুরীতে স্পাইন্যাল্ কর্ডের কোন ইঞ্জুরী হউক বা না হউক, তাহার ফল স্বরূপ কর্ডের সাব্‌ষ্টান্সে রক্তস্রাব হইতে পারে (intra medullary haemorrhage) অথবা কর্ডের চারিদিকে রক্তস্রাব (extra medullary hæmorrhage) হইতে পারে। সেইরূপ অবস্থায় সেই রক্ত extra dural অথবা কখন কখন intra dural হইতে দেখা যায়। ইণ্ট্রা মেডালারী শোণিত প্রায় সচরাচর তত ব্যাপ্ত হইতে পায় না, কিন্তু কর্ডের যে সেগমেণ্টে ইহা হয়, অনেক সময় সেই সেগমেণ্টটি অল্পাধিক পরিমাণে অথবা সম্পূর্ণরূপে ধ্বংস হইয়া থাকে। এইরূপ হইলে নিম্নস্থিত সকল অংশের গতি ও অনুভূতি উভয়েরই হঠাৎ সম্পূর্ণ প্যারালিসিস্ হয়। শোণিতস্রাব বিস্তৃত না হইলে প্যারালিসিস্ অপেক্ষাকৃত অল্প এবং অসম্পূর্ণ হইয়া থাকে এবং তাহা কোন কোন

পেশী পুঞ্জে হইতে দেখা যায়। Extra-medullary রক্তস্রাবে দুর্ঘটনা ও প্যারালিসিস আবরণের মধ্যে কতকটা ব্যবধান থাকে, কারণ কতকটা রক্ত সঞ্চিত হইলে তবে কর্ড compressed হয়। রক্ত যেমন স্পাইন্যাল কেন্যালের ঊর্দ্ধে বিস্তৃত হইতে থাকে, প্যারালিসিস্ ততই বৃদ্ধি পাইতে থাকে, অবশেষে শ্বাসকেন্দ্রে তাহা উপস্থিত হইলেই মৃত্যু হয়। কর্ড হইতে নির্গত স্নায়ু সকল রক্ত দ্বারা ক্রমে ক্রমে যেমন সঞ্চাপিত হইতে থাকে, স্পাইন্যাল ইরিটেশানের লক্ষণ সকল, যথা, ব্যথা, হাইপেরিস্থিসিয়া, muscular spasms আরম্ভ হয়। এই সকল লক্ষণের সহিত জ্বর থাকে না।

TREATMENT—বিশ্রাম, স্পাইনে cold ও আর্গটিনের সাব্‌কিউটিনিয়াস্ ইঞ্জেক্শান্ করিয়া পরীক্ষা করা যাইতে পারে। একটা মেডালাবী রক্ত নিষ্কাষিত করিয়া দিলে কর্ডের উপর প্রেশ্যার কমিয়া যাইবে।

DISEASES OF THE SPINE.

SCOLIOSIS OR LATERAL CURVATURE.—ইহা স্পাইনের এক প্রকার গঠন বিকার; ইহাতে স্পাইন্ দুই তিন স্থানে পাশের দিকে বাঁকিয়া যায়। Convex অংশ সকল বিপরীত দিকে গিয়া পড়ে। এদিকে সেই সকল বক্রতার মধ্যস্থিত কলমের অংশ সকল তাহাদের vertical অক্ষে এরূপ বিবর্ত্তিত হয় যে, স্পাইনাস্ প্রোসেস্‌গুলি সেই সকল বক্রতার কন্‌কেভ্-ভাগে চালিত হইয়া থাকে।

CAUSES.—ল্যাটার‍্যাল্ কার্ভেচারের আশু কারণ ইন্টার্ ভার্টিব্র্যাল কার্টিলেজ্ সকলের দীর্ঘকাল ব্যাপিয়া অসম সঞ্চাপ। এই অসম সঞ্চাপ নিম্নলিখিত চারিটী কারণে উদ্ভূত হয়; ১। যে সকল অবস্থা হইতে পেল্‌ভিসের চিরস্থায়ী অথবা অভ্যাসগত বক্রতা উৎপন্ন হয় এবং তজ্জন্য বিপরীত দিকে স্পাইন গিয়া পড়ে, যথা, চরণদ্বয়ের অসম দৈর্ঘ্য, নক্-নী, ফ্ল্যাট্ ফুট্, কাষ্ঠময় চরণ ব্যবহার, এক পায়ে দাঁড়ান, পা মুড়িয়া বসা, হিপের আজন্ম ডিস্‌লোকেশান্। ২। বসিবার, দাঁড়াইবার, অথবা শুইবার সময় শরীরের একপেশে ভাব, অথবা স্তন্যদান, কিম্বা এক হাতে কোন দ্রব্য বহন, ইত্যাদি কার্য্য দ্বারা যদি ঐরূপ একপেশে ভাব উৎপন্ন হয়। ৩। এম্পাইমার্ পর চেষ্টের এক পাশের সঙ্কোচন। ৪। বিরোধী পেশী সকলের প্যারালিসিসের পর স্পাইন্যাল্ পেশী-সকলের একপেশে সঙ্কোচন। প্রথম ও দ্বিতীয় কারণের অন্তর্গত অবস্থা সকল দ্বারা সর্ব্বাপেক্ষা অধিক সময় ও অধিক সংখ্যায় ডিফর্ম্মিটী ঘটিয়া থাকে। উপরিউক্ত কারণ-সকলের মধ্যে প্রত্যেকটী lateral curvature উৎপাদনে সমর্থ হইলেও কতকগুলি অবস্থা ডিফর্ম্মিটীর পূর্ব্বপ্রবর্ত্তক কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। সেই সকল অবস্থা দ্বারা অগ্রে পেশীসমুদায়ের tone নষ্ট হয়, লিগ্যামেণ্ট্ সকল দুর্ব্বল হইয়া পড়ে এবং অস্থিসমূহের একপ্রকার কোমল অবস্থা উৎপন্ন হয়। সেই সকল অবস্থা, সাধারণতঃ নিম্নলিখিত কয়েকটী কারণ হইতে উদ্ভূত। (১) হেরিডিটি (২) সাধারণ দৌর্ব্বল্য; (৩) রিকেট্‌স্ এবং (৪) দ্রুত বৃদ্ধি। বালকদিগের

অপেক্ষা বালিকাদিগের ইহা অধিক সময় হইতে দেখা যায় এবং চতুর্দ্দশ হইতে অষ্টাদশ —এই বয়সেই অনেক অধিক হইয়া থাকে।

PATHOLOGY.—ইণ্টারভার্টিব্র্যাল্ কার্টিলেজ্ সমুদায়ের দীর্ঘকালব্যাপী অসম সঞ্চাপ জন্য তাহারা ওযেজের আকার ধারণ করে, এবং সেই সকল কার্টিলেজ্ স্পাইনের



Fig. 221.

Fig 221.—Lateral dorsal curvature to the right, and compensatory lumbar curve to the left.

যে অংশে অবস্থিত, সেই অংশ চিরকালের জন্য এক পাশে বাঁকিয়া যায়। ঐ বক্রতা, যদি ডর্স্যাল্ রিজানে উৎপন্ন হয় এবং তাহার কন্‌ভেক্স্ অংশ দক্ষিণদিকে গিয়া পড়ে, তাহা হইলে ঠিক সেই সঙ্গে স্পাইনের সমতা সংরক্ষা করিবার নিমিত্ত লাম্বার রিজানে আর একটী কার্ভ হইতে আরম্ভ করে। ইহার কন্‌ভেক্স্ অংশ বামদিকে থাকে। দুইটী কার্ভেরই আরম্ভ ও বৃদ্ধি এক সঙ্গে হইতে থাকে। এই সকল পরিবর্ত্তনের সঙ্গে সঙ্গে ভার্টিব্রার ভার্টিক্যাল্ অক্ষের rotation হয়। ইহাতে ঐ সকল বডী যখন কার্ভের কন্‌ভেক্স্ অংশের দিকে ফিরে, স্পাইনাস্ প্রোসেস্ সকলের এপেক্স্ সমুদায় তাহার কন্‌কেভ্ অংশের দিকে বিবর্ত্তিত হয়। অতএব এই সকল প্রাইমারী, ও সেকেণ্ডারী অথবা কম্পেন্‌সেটীং কার্ভ্ গঠিত হইলেও ইহার উপর ঐ সকল কার্ভের মধ্যে স্পাইনের আর এক একটী মোচড় হইয়া থাকে। ইহার ফল-স্বরূপ কন্‌ভেক্স্ দিকের পঞ্জর সকল ট্রান্স্-ভার্স্ প্রোসেস্‌গুলির সমেত পশ্চাদ্দিকে গিয়া পড়ে, তাহাতে সেই দিকের স্ক্যাপিউলার্ এঙ্গল্ project করিয়া থাকে। এদিকে কনকেভ্ দিকের পঞ্জরগুলি ঠিক সেই কারণেই সম্মুখদিকে চালিত হয়; তাহাতে তাহার সংস্পৃষ্ট বক্ষের এক অংশ উঁচু হইয়া পড়ে। এই বোটেশানের কারণ অনেকে অনেক রকম দেখাইয়া থাকেন। তবে নিম্নলিখিত থিয়রিটি সর্ব্বাপেক্ষা অধিক পরিগৃহীত হইয়াছে,—ভার্টিব্র্যাল্ কলমের পোষ্টিরিয়ার্ অংশ চেষ্ট্ ও এব্‌ডোমেনের ডর্স্যাল্ প্যারাইটীজের একটী অংশমাত্র, সেই জন্য ইহা দেহকাণ্ডের মিডিয়ান্ প্লেনে লিগ্যামেণ্ট্ ও পেশী সকল দ্বারা আবদ্ধ থাকে, কিন্তু যে এণ্টিরিয়ার্ অংশটী বক্ষ ও উদর গহ্বরে প্রোজেক্ট্ করে, তাহার পার্শ্বভাগে সেরূপ কোন বন্ধনী না থাকাতে স্পাইন্ যখন এদিকে ওদিকে inclined হয়, তখন সেই এণ্টিরিয়ার্ অংশটী মিডিয়ান্ প্লেনের বামে বা দক্ষিণে সহজেই সঞ্চালিত হইতে পারে। প্রথম প্রথম অস্থিগুলির কোন দোষ ঘটে না; কিন্তু কার্টিলেজ্ সকলের কম্প্রেষণ্ স্থায়ী হইয়া পড়িলে, ভার্টিব্রাগুলির বডী সকল ক্রমে ক্রমে ওযেজ্ আকার ধারণ করে, এদিকে আর্টিকিউলার্ প্রোসেস্ সকল কন্‌কেভ্ দিকে কুঞ্চিত ও চাপটা এবং কন্‌ভেক্স্ দিকে লম্বিত হইয়া থাকে। আরও কনকেভ্ দিকের লিগ্যামেণ্ট্ ও পেশীসমূহ খর্ব্বিত ও ক্ষয়িত হয়; কিন্তু কন্‌ভেক্স্ দিকে লিগ্যামেণ্ট্‌গুলি বিস্তৃত এবং পেশী সকলের হাইপারট্রফি হইয়া থাকে।

SIGNS.—পৃষ্ঠদেশে ব্যথা, কিম্বা দৌর্ব্বল্যবোধ, সাধারণ অবসাদ, এবং একটু ঝুঁকিয়া পড়িবার ভাব, এই সকল সর্ব্বাগ্রে প্রকাশ পায়। কিন্তু স্ক্যাপিউলার্ সামান্য প্রোজেক্শান্, অথবা ইলিয়াক্ ক্রেষ্টের একটু দৃশ্যমান উচ্চতা ঘটে,—যেন রোগীর স্কন্ধ বা হিপ্ বাহির হইয়া পড়িয়াছে। সে প্রথম প্রথম এই অস্বস্তির চিকিৎসা করাইবার জন্য চিকিৎসকের নিকট উপস্থিত হয়। সামান্য সামান্য কেসে, স্পাইনাস্ প্রোসেস্গুলির এপেক্স্ সমুদায়ের অল্পই বক্রতা ঘটে, কখন কখন আদৌ ঘটে না। যদি সামান্য ঘটে, রোগিণীকে ঝুলাইয়া অথবা উপুড় করিয়া শায়িত রাখিলেই তাহার প্রতিকার হইতে পারে। পীড়া কঠোর হইলে লক্ষণ সকল বিস্পষ্টভাব ধারণ করে। যথা রোগের অধিকতর সাধারণ প্রকারগুলিতে সচরাচর একটী dorsal curve উৎপন্ন হয়, তাহার কন্ভেক্স্ দক্ষিণদিকে গিয়া পড়ে, এবং ইহা অপেক্ষা একটী ছোট লাম্বার্ কিম্বা dorsal lumber curve হয়, তাহার কন্ভেক্স্ অংশ বাম দিকে চালিত হইয়া থাকে। দক্ষিণ স্কন্ধ প্রায় সকল সময়ে উচু হয়, এবং রাইট্ স্ক্যাপিউলার কোন রাইট্ ইলিয়াক্ ক্রেষ্ট ও বাম বক্ষ উচু হইয়া উঠে। এদিকে বামদিকের lumber atransverse process গুলির পশ্চাদ্দিকে প্রোজেক্শান্ হওয়াতে বামদিকের lumbar পেশী সকল একটী উচু আলির মত খাড়া হইয়া উঠে। অন্যান্য স্থলে compensating curve এত সামান্য হয় যে, একটী মাত্র কার্ভ্ দেখা যায়; তাহার কন্ভেক্স্ ভাগ হয় বাম নয় দক্ষিণ দিকে থাকে, তাহা সমগ্র স্পাইন্ কিম্বা প্রধানতঃ আপার্ ডর্স্যাল্ বা লাম্বার্ ভার্টিব্রা সকলকে আক্রমণ করে এবং স্ক্যাপিউলার্ কঠোরতা বা স্থিতিস্থান অনুসারে তাহার অল্পাধিক প্রোজেক্শান্, অথবা ইলিয়াক্ ক্রেষ্টের দৃশ্যমান উচ্চতা সাধিত করিয়া থাকে।

নিউমনিয়াগ্রস্তের চিকিৎসা।

(সার ডাংচ ডকওয়ার্থ এম, ডি, এফ্, আর, সি, এস, মহাশয়ের মত।)

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার গিরীশচন্দ্র বাগচী।

নিউমোনিয়া অর্থাৎ ফুসফুস প্রদাহ পীড়াগ্রস্ত রোগীর সংখ্যা নিতান্ত অল্প নহে। এই পীড়া আক্রমণের সময় শরৎ এবং বসন্ত কালের প্রারম্ভ হইলেও অন্যান্য সময়েও ইহা যথেষ্ট দেখিতে পাওয়া যায়। উচ্চ নীচ সকল শ্রেণীর চিকিৎসকেই এই শ্রেণীর রোগী যথেষ্ট প্রাপ্ত হন। সুতরাং এতৎ বিষয়ে ভিষকদর্পণে বহুবার আলোচিত হইলেও পুনর্ব্বার আলোচনা করায় উপকার ব্যতীত অপকার নাই। পরন্তু উচ্চ শ্রেণীর প্রাচীন বিভিন্ন চিকিৎসকের মত কি? তাহা যত অধিক অবগত হওয়া যায় ততই মঙ্গল। এই বিবেচনা করিয়া আমরা অদ্য বিলাতের সুপ্রসিদ্ধ চিকিৎসক শ্রীযুক্ত সার ডাইচ ডকওয়ার্থ মহাশয় সেণ্টবার্থলম্ হস্পিটালে নিউমোনিয়ার চিকিৎসা সম্বন্ধে যে বক্তৃতা

করিয়াছিলেন তাহার স্থূল-মর্ম্ম এস্থলে সঙ্কলিত করিলাম। নিউমোনিয়ার চিকিৎসা বলিলে এই বুঝিতে হয় যে, আমরা নিউমোনিয়ার চিকিৎসা করি না কিন্তু যে ব্যক্তি নিউমোনিয়ার দ্বারা আক্রান্ত হইয়াছে তাহার চিকিৎসা করি। পীড়ার চিকিৎসা করা হয় না কিন্তু পীড়িত ব্যক্তির চিকিৎসা করা হয়।

নিউমোনিয়া পীড়ার আধিক্য এবং পূর্ব্বে পরিণাম ফল শোচনীয় হইত বলিয়া এতৎ সম্বন্ধে বিস্তর আলোচনা হইয়াছে, এবং এখনও হইতেছে। নিউমোনিয়া পীড়ার বিষয় যে অবগত আছে, তাহার নিউমোনিয়া পীড়া হইলেই সে মনে করে যে, আর বাঁচিলাম না। চিকিৎসকও ব্যস্ত হইয়া উঠেন। সেই জন্যই ইহার জন্য এত অধিক আলোচনা হয়। কিন্তু ত্রিশ বৎসর পূর্ব্বে নিউমোনিয়ার মৃত্যু সংখ্যা যত অধিক ছিল, এখন আর তত নাই। পীড়ার নিদান তত্ত্ব এবং চিকিৎসা সম্বন্ধে মত পরিবর্ত্তনই ইহার এক মাত্র কারণ। কিন্তু প্রাচীন কোন কোন চিকিৎসকের মতে পীড়ার প্রকৃতি পরিবর্ত্তনই মৃত্যু সংখ্যা হ্রাসের কারণ।

পূর্ব্বে নিউমোনিয়াকে স্থানিক পীড়া—ফুসফুসের প্রদাহ পীড়া—কোন প্রকারে শৈত্য সংলগ্ন হওয়ায় ইহার উৎপত্তি হয় বলিয়া কথিত হইত। এবং স্থানিক প্রদাহ নষ্ট করার জন্যই চিকিৎসা করা হইত। রক্ত মোক্ষণ, ক্যালমেল এবং দুর্ব্বল কারক পথ্য দ্বারা সে সময়ে চিকিৎসা করা হইত। এই রূপ চিকিৎসায় যদি তিনজনের মধ্যে একজন আরোগ্য লাভ করিত তাহা হইলেও লোকে সন্তুষ্ট হইত, কারণ সেকালে নিউমোনিয়া হইলে আরোগ্য হওয়া কঠিন। ইহাই সাধারণের ধারণা ছিল। ভায়নার চেরেটী হস্পিটালে রোগীকে শান্ত সুস্থির অবস্থায় রাখিয়া পোষক পথ্য প্রদান করার ফলে মৃত্যু সংখ্যা হ্রাস হওয়ায় পূর্ব্বের চিকিৎসা প্রণালী ক্রমে ক্রমে পরিবর্ত্তিত হইয়া নূতন প্রণালীতে উপনীত হইয়াছে। রক্ষমোক্ষণ, ক্যালমেল প্রয়োগ এবং দুর্ব্বল কারক পথ্য দ্বারা এক্ষণে আর কেহ নিউমোনিয়াগ্রস্তের চিকিৎসা করেনা। ভায়নার ডাক্তার skoda এই নূতন চিকিৎসা প্রণালী প্রবর্ত্তনের মূল। নূতন চিকিৎসা প্রণালীর প্রবর্ত্তন হওয়ায় নিউমোনিয়াগ্রস্তের মৃত্যু সংখ্যা তিনজনের মধ্যে ১ জনের স্থলে ২৬ জনের মধ্যে ১ জন হইয়াছে।

সকল দেশের নূতন এবং পুরাতন চিকিৎসকদিগের মধ্যে মতভেদ দৃষ্ট হয়। নূতন চিকিৎসায় নিউমোনিয়াগ্রস্তের মৃত্যু সংখ্যা হ্রাস হওয়ায় পুরাতন চিকিৎসকগণ এই সিদ্ধান্ত করিলেন যে, বর্ত্তমান সময়ের নিউমোনিয়া পীড়া পূর্ব্ব কালের নিউমোনিয়া পীড়া অপেক্ষা ভিন্ন এবং মৃদু প্রকৃতির; এই জন্য মৃত্যু সংখ্যা অল্প। মৃত্যু সংখ্যা হ্রাস হওয়া নূতন চিকিৎসার ফল নহে। একথার মধ্যে কোন সত্য আছে কিনা, তাহা জানি না। তবে ইহা দেখিতে পাইবে যে, বৎসরের সকল সময়ের নিউমোনিয়া সমান মারাত্মক হয় না—কোন কোন সময়ে মৃত্যু সংখ্যা অধিক হয়, কোন সময়ে বা মৃত্যু সংখ্যা অল্প হয়। পাঠক মহাশয় ইহা, অবশ্যই অবগত আছেন যে, এক সময়ে হয় তো যে দুই একটী নিউ-

মোনিয়াগ্রস্ত রোগী চিকিৎসাধীনে আসিল তৎসমস্তেরই মৃত্যু হইল, আবার অন্য সময়ে যে সকল রোগী চিকিৎসাধীনে আসিল সব কয়েকটীই আরোগ্য হইল। এরূপ অনেক সময়ে অনেক পীড়ায় দেখিতে পাওয়া যায়। এবার কলিকাতার প্লেগ রোগীর মৃত্যু সংখ্যা অন্যান্য বৎসর অপেক্ষা অল্প। ইহাও কি পীড়ার প্রকৃতি পরিবর্ত্তনের ফল? কিম্বা অন্য কারণ আছে? পীড়ার প্রকৃতি মারাত্মক হইলে যে কোন প্রণালীর চিকিৎসা অবলম্বিত হউক না কেন, ফল সমান হয়।

Sir dyce duck worth মহাশয় বলেন—তিনি প্রথম বয়সে যে প্রকৃতির নিউমোনিয়া পীড়া দেখিয়াছেন এবং এক্ষণে অল্প কয়েক বৎসর যাবৎ যে প্রকৃতির নিউমোনিয়া পীড়া দেখিতেছেন, এই উভয় সময়ের পীড়ার প্রকৃতি সম্পূর্ণ ভিন্ন—তখন পীড়ার প্রকৃতি মৃদু এবং অল্প মারাত্মক ছিল। কিন্তু এক্ষণে পীড়ার প্রকৃতি গুরুতর এবং অধিক মারাত্মক বলিয়া বোধ হইতেছে। কিন্তু উভয় সময়ের রোগীর যথাযথ বিবরণ না পাইলে এই বিষয় প্রমাণ হইতে পারে না।

নিউমোনিয়া পীড়া তরুণ এবং ফুসফুসের প্রদাহ মাত্র হইলেও এতৎসহ কেবল প্রদাহ ব্যতীত আরও কিছু আছে। প্রদাহ স্থানিক এবং জ্বর বিশেষ প্রকৃতির, তাহার কোনও সন্দেহ নাই কিন্তু ইহার বিশেষত্ব—উৎপত্তি বিষয়ে কিছু বিশেষত্ব আছে—দুই তিন প্রকৃতির রোগ জীবাণু হইতে একপ্রকার বিশেষ প্রকৃতির বিষাক্ত পদার্থ উৎপন্ন হয়, সেই বিষাক্ত পদার্থই সকল লক্ষণের মূল। উক্ত বিষাক্ত পদার্থ Toxin। নিউমোকোকাস্, ষ্টাফিলোকোকাস্ এবং ষ্ট্রেপ্টোকোকাস্—এই সমস্ত রোগ জীবাণু হইতে উক্ত বিষাক্ত পদার্থের উৎপত্তি হয়। কিন্তু যে কোন প্রকৃতির রোগ জীবাণু হইতেই নিউমোনিয়ার উৎপত্তি হউক না কেন, সমস্ত লক্ষণ এবং পীড়া জনিত সমস্ত বৈধানিক পরিবর্ত্তন ইত্যাদি সর্ব্বস্থলেই একরূপ হইতে দেখা যায়। সুতরাং আণুবীক্ষণিক রোগ জীবাণু বিষয়ে আলোচনা করা নিষ্প্রয়োজন।

নিউমোনিয়া পীড়া দ্বারা আক্রান্ত হইলে প্রথমে অবসন্নতা, সম্মুখ কপালে বেদনা, এবং কম্প হইয়া জ্বর হওয়া প্রথম লক্ষণ। সর্ব্বত্রই যে এই কয়েকটী লক্ষণ উপস্থিত হয় তাহা নহে, তবে অধিকাংশ স্থলেই ঐ কয়েকটী লক্ষণ প্রথমে উপস্থিত হইতে দেখা যায়। এই অবস্থায় অনেকে কার্য্যে অশক্ত হইয়া শয্যা গ্রহণ করে।

জ্বর প্রায় ১০৩F. হয়, এই অবস্থায় ফুসফুস পরীক্ষা করিয়া বিশেষ কিছুই অবগত হওয়া যায় না। সুতরাং কি পীড়া স্থির করাও যায় না। রোগীর রেমিটেণ্ট ফিভার হইবে, কি বা বসন্ত হইবে, তাহা এই অবস্থায় বলা অসম্ভব বলিলেও অত্যুক্তি হয় না। অথচ এই ভাবে এক কিম্বা দুই দিবস অতীত হইতে পারে। তবে অভিজ্ঞ চিকিৎসক হইলে তিনি—বর্দ্ধিত উত্তাপের সমভাব, মুখমণ্ডলের উজ্জ্বলবর্ণ, ঘন ঘন শ্বাস প্রশ্বাস এবং দ্রুত ধমনী স্পন্দন দ্বারা মনে সন্দেহ করিবেন যে, হয়তো নিউমোনিয়া হইয়াছে এবং এইজন্য তিনি প্রত্যহ বক্ষ পরীক্ষা করিতে আরম্ভ করিবেন। কিন্তু এই সমস্ত নিউমোনিয়ার নির্দ্দিষ্ট লক্ষণ নহে।

ক্রমে ক্রমে ফুসফুসের নিম্নেট অবস্থার বৃদ্ধি, ক্রমিক শ্বাস প্রশ্বাসের দ্রুতত্ব বৃদ্ধি, প্রবল জ্বর, ধমনী স্পন্দন এবং শ্বাস প্রশ্বাসের স্বাভাবিক সম্বন্ধের ব্যতিক্রম—(স্বাভাবিক অবস্থায় একবার শ্বাসপ্রশ্বাসের সময়ে মধ্যে ধমনী ৪—৫ বার স্পন্দিত হয় কিন্তু এই অবস্থায় একবার শ্বাসপ্রশ্বাস সময়ের মধ্যে ধমনী ২—৩ বার মাত্র স্পন্দিত হয়। ফুসফুসের যত অধিক অংশ আক্রান্ত হয় শ্বাসপ্রশ্বাসের সংখ্যা তত দ্রুত হয়।) ইত্যাদি অবস্থা লক্ষ্য করিলে নিউমোনিয়া হইয়াছে বলিয়া অনুমান করা যাইতে পারে

এই সময়ে সামান্য কাশী থাকে—কাশীলে যে শ্লেষ্মা নির্গত তাহা হয় রক্তমিশ্রিত পাটা-বর্ণ, গাঢ় চট্‌চটে।—ত্বক উষ্ণ এবং শুষ্ক। উক্ত কয়েকটী লক্ষণ থাকিলে নিউমোনিয়া পীড়া স্থির করা যায়। তৃতীয় বা চতুর্থ দিবসে নাকের, মুখের কোণে হারপিস্ বহির্গত হইতে পারে কিন্তু এ দেশে সকল স্থলে তাহা হয় না। ইউরোপের ইহা একটী বিশেষ লক্ষণ। সাহেবদিগের মধ্যে অনেকেই তরুণ একজ্বর সহ দ্রুত শ্বাসপ্রশ্বাস এবং ওষ্ঠে হারপিস দেখিলেই নিউমোনিয়া স্থির করিয়া থাকেন। ওষ্ঠে ও নাসিকার হারপিচ নির্গত হওয়া পরিণাম শুভ নির্দ্দেশক। এদেশেও "জ্বর শুঁঠা বহির্গত হইলে আর কোন ভয়ের কারণ নাই" বলা হয়। কিন্তু এমন অনেক স্থলে দেখিতে পাওয়া যায় যে, হারপিস বহির্গত হওয়ার পরেও রোগীর মৃত্যু হইয়াছে। তজ্জন্য হারপিস বহির্গত হইলেই যে রোগী নিরাপদ হইবে এ কথা বলা যায় না। মন্দ অবস্থাপন্ন অনেক রোগীরও হারপিস বহির্গত হয় না।

Sir William Gull মহাশয়ের মতে নিউমোনিয়া রোগীর চিকিৎসার প্রধান কর্ত্তব্য—উষ্ণ শয্যায় শান্ত সুস্থির অবস্থায় শায়িত রাখা। অধিক ঔষধ সেবন করাইতে বিশেষ আবশ্যক করে না। ঔষধ অপেক্ষা উত্তমরূপ সেবা শুশ্রূষায় অধিক উপকার হয়। এই কয়েকটী বিষয় যে বিশেষ আবশ্যকীয় তাহার কোন সন্দেহ নাই। রোগীর ক্ষুধা থাকে না তজ্জন্য যথেষ্ট পথ্য প্রদান করা আবশ্যক করে না। জ্বরের রোগীর জন্য যেমন লঘু পথ্য ব্যবহার করা হয় ইহারও তদ্রূপ কর্ত্তব্য। নিউমোনিয়া হইয়াছে সুতরাং প্রথম হইতেই ব্রণ এবং ব্রাণ্ডীর ব্যবস্থা করিতে হইবে, এ মতের পক্ষপাতী কেহই নহে। সাধারণ দুর্ব্বল হইলেই যথেষ্ট হয়। তবে বিশেষ লক্ষণ থাকিলে বিশেষ-ভাবে বিবেচনা করিতে হয়। নিউমোনিয়া পীড়ায় ১০৩ বা তদ্রূপ জ্বর থাকিলে সে জ্বরের চিকিৎসার জন্য কোন ঔষধ প্রয়োগ করিতে হয় না। নিউমোনিয়ার উহা সাধারণ লক্ষণ। এ জ্বর অপরিহার্য্য কিন্তু জ্বর যদি অত্যন্ত অধিক হয়—১০৪, ১০৫, বা ১০৬ হয় তবে তাহা প্রবল জ্বরের মধ্যে বিবেচনা করিয়া তাহার হ্রাস করার জন্য উপায় অবলম্বন করিতে হয়। কারণ ঐ জ্বর জন্যই বিপদ হইতে পারে। উত্তাপ হ্রাস করার জন্য নানা উপায় অবলম্বন করা যাইতে পারে—শীতল জল দ্বারা গা মোছাইয়া দেওয়া, উষ্ণ জল দ্বারা গা মুছাইয়া দেওয়া, মস্তকে বরফ দেওয়া, বোগলে এবং পদে বরফের থলী সংস্থাপন করা ইত্যাদি নানা উপায় অবলম্বন করা যাইতে পারে। সার ডকওয়ার্থ মহাশয়

শীতল জলে স্নানের বিরোধী। আমেরিকা ও ইউরোপের নানা স্থানে এবং ভারতবর্ষের অনেক চিকিৎসক উক্ত মতের পক্ষপাতী। ইঁহার মতে শীতল জল দ্বারা গা মোছাইয়া মস্তকে, বোগলে এবং পদে বরফের থলী প্রয়োগ করিলেই যথেষ্ট হয়। বরফ জলে স্নান করান আবশ্যক করে না। এই উপায়ে উত্তাপ হ্রাস না হইলে উত্তাপ নাশক ঔষধ ব্যবস্থা করা আবশ্যক। কুইনাইন উত্তাপ নাশক—৫ গ্রেণ মাত্রায় কুইনাইন দুই ঘণ্টা পর পর কয়েক মাত্রা সেবন করাইলেই উত্তাপ হ্রাস হয়। অবস্থানুসারে ৩ বা ৪ ঘণ্টা পর পর দেওয়া যাইতে পারে। উত্তাপ সংহারক নূতন ঔষধ—এণ্টিপাইরিন, এণ্টি ফেব্রিণ, ফেণাসিটিন ইত্যাদি ঔষধ কখন প্রয়োগ করা উচিত নহে। এই শ্রেণীর ঔষধ দ্বারা উত্তাপ হ্রাস হয় হয় সত্য কিন্তু সময়ে সময়ে বিশেষ অনিষ্ট হইতে দেখা যায়। এদেশে কিন্তু ইহার বিপরীত দেখিতে পাই অর্থাৎ উত্তাপ হ্রাস করার জন্য বরং এণ্টিফেব্রিণ ইত্যাদি ব্যবস্থা করিতে দেখা যায় কিন্তু এই উদ্দেশ্যে কুইনাইনের ব্যবহার বিরল।

আভ্যন্তরিক প্রয়োগ জন্য সাধারণতঃ ক্ষারাক্ত ঔষধ ব্যবস্থা করা হয়, যেমন—পটাশিয়ম সাইট্রেট, এমোনিয়ম এসিটেট ইত্যাদি। জ্বরনাশক মিশ্রের পক্ষে ইহা উৎকৃষ্ট; এতদ্দ্বারা মূত্রযন্ত্র এবং ত্বকের ক্রিয়া বৃদ্ধি হয়। এইরূপ ঔষধ চারি পাঁচ ঘণ্টা পর পর সেবন করাইয়া সুফল হইতে দেখা যায়। Dr. Andrew মহাশয়ের মতে নিউমোনিয়া পীড়ায় কুইনাইন একটী উপকারী ঔষধ। ইনি ২ বা ৩ গ্রেণ মাত্রায় ছয় ঘণ্টা পর পর সেবন করাইতে উপদেশ দিতেন। এই ঔষধে যথার্থই উপকার হয়। দুই এক দিবস অতীত হইলে পূর্ব্বোক্ত ঔষধ সহ অর্দ্ধ ড্রাম মাত্রায় টিংচার সিনকোনা কম্পাউণ্ড সংযোগ করিলে অধিকতর সুফল হইতে দেখা যায়।

রোগীর কষ্ট না হয় তৎপ্রতি লক্ষ্য রাখিয়া প্রত্যহ বক্ষ পরীক্ষা করা আবশ্যক। এই ভাবে পরীক্ষা করিলে পীড়ার গতি কিরূপ তাহা অবগত হওয়া যাইতে পারে। সাধারণতঃ একটী মাত্র ফুসফুস প্রদাহ গ্রস্ত হয়, এবং ফুসফুসের উর্দ্ধাংশ মাত্র আক্রান্ত হইলে তাহা Apex Pneumonia নামে পরিচিত। Basal নিউমোনিয়া অপেক্ষা এই স্থানের পীড়ায় আশঙ্কা অধিক। কারণ Apical নিউমোনিয়ার সহিত প্রায়ই টিউবারকিউলার পীড়ার সংস্রব থাকে। বিশেষতঃ যে পরিবারের মধ্যে টিউবারকিউলার পীড়ার প্রাদুর্ভাব সেই পরিবার মধ্যে যদি কাহারো Apical নিউমোনিয়া হয় তবে তাহার ক্ষয়কাশের পীড়া হইবে বলিয়া বিশেষ আশঙ্কা জন্মে। ফুসফুসের উর্দ্ধাংশে প্রদাহ হইলে আরো একটী বিশেষ উপসর্গ দেখিতে পাওয়া যায়—প্রায়ই প্রলাপ উপস্থিত হয়, দিবসে না হইলেও রজনীতে প্রলাপ হওয়ার খুব সম্ভাবনা। ঐ স্থানের প্রদাহে কেন যে অধিক প্রলাপ উপস্থিত হয়, তাহা আমরা জানি না। এইরূপ হওয়ার সম্ভাবনা জানা পরিচর্য্যাকারী লোকদিগকে পূর্ব্বেই অবগত করান ভাল।

দুই ফুসফুস আক্রান্ত হইলে তাহা অবশ্য

নিউমোনিয়া নামে পরিচিত। এক ফুসফুস আক্রান্ত হওয়া অপেক্ষা উভয় ফুসফুস আক্রান্ত হওয়া মন্দ লক্ষণ। ফুসফুসের যত অধিক অংশ আক্রান্ত হয়, আশঙ্কা ততই অধিক হয়। কখন কখন পীড়া দ্রুত ভাবে বিস্তৃত হইয়া পড়ে। আবার কখন বা একবার এস্থানে, আর বার অন্য স্থানে—এই ভাবে বিস্তৃত হয়। এই শ্রেণীর পীড়া Migrating নিউমোনিয়া নামে উক্ত হয়।

সাধারণ নিয়মে ষষ্ঠ বা সপ্তম দিবসে পীড়ার গতি—প্রদাহের বেগ শেষ হয়। এইজন্য প্রত্যহ দৈহিক উত্তাপ পরীক্ষা করা আবশ্যক। প্রায়ই পঞ্চম দিবসে উত্তাপ অল্প পরিমাণে হ্রাস হয়। এই সময়েই হয়া মনে হয় যে, হয় ত পর দিবস জ্বর এককালীন ত্যাগ হইবে। কিন্তু কার্য্যতঃ অনেক স্থলে তাহা হয় না, এই দিবস পূর্ব্বের ন্যায় আবার উত্তাপ বৃদ্ধি হইয়া সপ্তম দিবসে জ্বর এককালীন ত্যাগ হইয়া দৈহিক উত্তাপ স্বাভাবিক উত্তাপ অপেক্ষাও অল্প উত্তাপে পরিণত হয়। প্রথম দিবসের উত্তাপ হ্রাসকে Precrisis বা fals crisis বলা হয়। এতদ্দ্বারা ইহাই অনুমান করা যাইতে পারে যে true crisis নিকটবর্ত্তী হইয়া আসিয়াছে। উত্তাপ হ্রাস হইয়া গেলেই অপেক্ষাকৃত সুস্থতা অনুভব করে, তাহার যন্ত্রণা অনেক হ্রাস হয়। এই সময়ে অপর লক্ষণও উপস্থিত হইতে পারে। যেমন—উদরাময়, অত্যন্ত ঘর্ম্ম ইত্যাদি। এই সমস্ত ঘটনায় শরীরের অপকারী পদার্থ বহির্গত হইয়া যায়। সুতরাং সহসা তাহা বন্ধ করিতে যাওয়া উচিত নহে। স্বভাব কর্ত্তৃক যাহা ভালর জন্য হইতেছে, তাহাতে বাধা দেওয়া আমাদের কর্ত্তব্য নহে। এই সমস্ত বিষয়ে স্বভাব আমাদিগের অপেক্ষা ভাল বুঝিতে পারে।

দৈহিক বর্দ্ধিত উত্তাপ হ্রাস হওয়ায় জ্বর ত্যাগ হইলে পর রোগী বিশেষ আরাম বোধ করে বটে কিন্তু বক্ষ পরীক্ষা করিয়া দেখিলে সেরূপ আরোগ্যের উপযুক্ত বিশেষ কোন লক্ষণ পাওয়া যায় না। পূর্ব্বের সমস্ত লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে—ফুস্‌ফুস্ নিরেট হওয়ার জন্য যে যে লক্ষণ উপস্থিত হইয়া থাকে সেই সমস্ত লক্ষণ—প্রতিঘাতে পূর্ণগর্ভ শব্দ, টিউবিউলার ব্রিদিং এবং বিডাক্স ক্রিপিটেশন পাওয়া যায়।

নিউমোনিয়া বিশেষ প্রকৃতির জ্বর, জ্বর ত্যাগ হইলে পর ফুস্‌ফুসের অবস্থা পরিষ্কৃত হইতে আরম্ভ হয়—নিসৃত স্রাব শোষিত হইতে থাকে। ফুস্‌ফুস্ অত্যন্ত দুর্ব্বল হয়, তজ্জন্য সাবধানে চিকিৎসা করা আবশ্যক।

নিউমোনিয়া পীড়ার প্রকৃতভোগের সময়ে প্রস্রাবের প্রকৃতি জ্বরের প্রস্রাবের প্রকৃতি ধারণ করে—পরিমাণ অল্প এবং গাঢ়বর্ণ বিশিষ্ট হয়, পরন্তু আরও একটু বিশেষত্ব আছে—নিউমোনিয়া পীড়া ভোগের সময়ে প্রস্রাবে ক্লোরাইডের পরিমাণ হ্রাস হইয়া যায়। উক্ত পীড়া আরোগ্য হইলেই পূর্ব্বের ন্যায় মূত্রে ক্লোরাইড্ প্রত্যাবর্ত্তন করে। সুস্থ ব্যক্তির মূত্রের সহিত যদি বিশুদ্ধ নাইট্রিক এসিড্ সংযোগ করিয়া তৎসহ নাইট্রেট অফ্ সিলভার সংযোগ করা যায় তাহা হইলে উক্ত মূত্র শুভ্রবর্ণ অধঃপতিত পদার্থ দ্বারা ঘোলা হইয়া যায়। কিন্তু নিউমোনিয়া পীড়াগ্রস্ত রোগীর প্রস্রাব লইয়া এরূপ প্রক্রিয়া করিলে তদ্রূপ হয় না। পীড়ার

আরম্ভে প্রস্রাবে সামান্য ক্লোরাইড থাকে, পূর্ণ বৃদ্ধির সময়ে একবারে থাকে না এবং আরোগ্যোন্মুখ সময়ে অল্পে অল্পে পুনর্ব্বার ক্লোরাইডের পরিমাণ বৃদ্ধি হইতে থাকে। ইহার কারণ এই যে, যে ক্লোরাইড মূত্র সহ নির্গত হইয়া যাইত তাহা ফুস্‌ফুসের প্রদাহ হওয়ায় তাহার স্রাব মধ্যে আবদ্ধ হইয়া থাকে। আরোগ্যোন্মুখ সময়ে যখন ফুস্‌ফুসের উক্ত স্রাব সমূহ শোষিত হইতে আরম্ভ হয়, সেই সময়ে পুনর্ব্বার প্রস্রাবে ক্লোরাইড্ আইসে অর্থাৎ এই সময়ে কিড্‌নী পুনর্ব্বার ক্লোরাইড্ বাহির্গত করিয়া দিতে সমর্থ হয়। কখন কখন নিউমোনিয়ার সময়ে মূত্রে অণ্ডলাল নির্গত হয় কিন্তু তজ্জন্য ইহা মনে করা উচিত নহে যে, কিডনীর কোন পীড়া হইয়াছে, নিউমোনিয়া নিঃশেষ আরোগ্য হইলেই মূত্রে আর অণ্ডলাল থাকে না।

সকল স্থলেই যে প্রায় সপ্তম দিবসে দৈহিক বর্দ্ধিত উত্তাপ স্বাভাবিক উত্তাপে পরিণত হইয়া জ্বর ত্যাগ হয়, তাহা নহে। কোন কোন স্থলে ৮ম, ৯ম, ১০ম, কিম্বা ১২শ দিবস পর্য্যন্ত বর্দ্ধিত উত্তাপ বর্ত্তমান থাকে। তদ্রূপ অবস্থায় জ্বর ত্যাগ হইলে না কেন? এই প্রশ্ন উঠিতে পারে। এইরূপ ঘটনায় ১০ম বা ১২ শ দিবসে বক্ষ পরীক্ষা করিলেই সাধারণ নিউমোনিয়া, কি অপর কিছু কিম্বা কোন উপসর্গ উপস্থিত হইয়াছে কি না, তাহা স্থির হইতে পারে। হয় তো রোগী অত্যন্ত দুর্ব্বল, পীড়ার গতিরোধ হইতেছে না, অথবা প্লুরার মধ্যে স্রাব সঞ্চিত হইয়াছে এবং সম্ভবতঃ এম্পাইমা হইবে। অনেকস্থলে নিউমোনিয়ার পর এম্পাইমা হয়।

সাধারণতঃ সপ্তম দিবসের পর জ্বর ত্যাগ হইল না, ফুলফুসের নিরেটভাব এবং ব্রঙ্কিয়াল ব্রিদিং বর্ত্তমান রহিয়াছে। তখন মনে করিতে হইবে যে, ইহাতে নিউমোনিয়া ব্যতীত অপর কিছু আছে। এই রূপ অবস্থায় কখন কখন বক্ষের নিম্নেট স্থানে সূচিকা প্রবেশ করাইলে পূয বাহির্গত হইতে দেখা যায়। তবে দুই সপ্তাহ অতীত না হইলে এইরূপ পরীক্ষা করা বিধেয় নহে।

নিউমোনিয়া পীড়া হইলে সকল স্থলেই যে সপ্তম দিবসে জ্বর ত্যাগ হয় তাহা নহে। অনেক স্থলে এমত দেখিতে পাওয়া যায় যে নিউমোনিয়ার অনেক লক্ষণ—জ্বর, বক্ষস্থলের নিম্নেটভাব ইত্যাদি নিউমোনিয়ার সাধারণ সমস্ত লক্ষণ উপস্থিত হইয়া তৃতীয় বা চতুর্থ দিবসে সহসা জ্বর ত্যাগ হওয়ায় সমস্ত লক্ষণ অন্তর্হিত হইল। এই প্রকৃতির নিউমোনিয়াকে এবোর্টিভ নিউমোনিয়া বলা হয়। বয়স্ক এবং শিশু সকল লোকেরই এই প্রকৃতির নিউমোনিয় হইতে দেখা যায়।

স্নায়বীয় লক্ষণের মধ্যে দুইটী লক্ষণের বিষয় বিশেষ ভাবে উল্লেখ করা আবশ্যক। ইহার মধ্যে প্রলাপ প্রধান। প্রায় সমস্ত অবসাদগ্রস্ত রোগীর বজনীতে প্রলাপ উপস্থিত হয় বিশেষতঃ সেই রোগী যদি বৃদ্ধ বা মদ্যপায়ী হয় তবে তাহার পরিণাম অশুভ হইবার বিশেষ সম্ভাবনা। অপরিমিত মদ্যপায়ীর ডবল নিউমোনিয়া হইলে তাহার আরোগ্যলাভের আশা করা বৃথা। সুস্থ যুবক বা যুবতীর নিউমোনিয়া হইলে তাহারা প্রায়ই আরোগ্যলাভ করে কিন্তু বৃদ্ধ বা পুরাতন পীড়ায় পীড়িত অথবা অপরিমিত মদ্যপায়ীর

নিউমোনিয়া পীড়া মারাত্মক। ৩০ বৎসর বয়সের সন্নিকটবর্ত্তী বয়সের লোকের নিউমোনিয়া হইলে মারাত্মক হয় না। ইহাই Hughes Bennett এর মত।

ইন্‌ফ্লুয়েঞ্জার পর নিউমোনিয়া বিশেষতঃ রোগী যদি বৃদ্ধ হয় তবে পরিণাম ফল শোচনীয় হওয়ার সম্ভাবনা।

অনিদ্রা অত্যন্ত মন্দ লক্ষণ। স্নায়বীয় শক্তি অবসন্ন হইয়া পড়িলে এই লক্ষণ উপস্থিত হয়। প্রবল জ্বর এবং শ্বাসকষ্টের যন্ত্রণায় রোগী অবসন্ন হইয়া পড়ে। ক্রাইসিস্ হওয়ার পূর্ব্বে ষষ্ঠ বা সপ্তম দিবসে যদি অনিদ্রা প্রবল হয় তবে তাহার প্রতিবিধান জন্য বিশেষ যত্নবান হওয়া উচিত।

নিউমোনিয়া পীড়াগ্রস্ত রোগীকে অহিফেন ব্যবস্থা করা সম্বন্ধে বিভিন্ন মত পরিদৃষ্ট হয়। এক সম্প্রদায় চিকিৎসক বলেন—অহিফেন বিশেষ উপকারী। অপর পক্ষ বলেন—অহিফেন সেবন করাইলে বায়ুনলীর স্রাবের পরিমাণ হ্রাস হয় এবং এমত জড়তা প্রাপ্ত হয় যে, সে কাশার আবশ্যকতা অনুভব করে না। পরন্তু কিডনীর বিষয়ও বিবেচনা করিতে হয়। হয় তো তাহার কোন পীড়া থাকিতে পারে এবং তাহার নিঃসারক ক্রিয়ার বিঘ্ন হইতে পারে। ইঁহার মতে অবস্থা বিশেষে যে স্থলে কিডনীর অসুস্থতা বর্ত্তমান নাই সে স্থলে অহিফেন উপকারী। নিম্নলিখিত ব্যবস্থা পত্রানুযায়ী ঔষধ প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

Re.

লাইকর মর্ফিন	১৫ মিনিম
স্পিরিট ইথর কম্পাউণ্ড	১ ড্রাম
[illegible]	১ আউন্স

মিশ্রিত করিয়া এক মাত্রা। এই ঔষধে বেশ নিদ্রা হয়। এক মাত্রায় নিদ্রা না হইলে পুনর্ব্বার দিবে। মর্ফিয়া এবং ইথরে হৃদ্‌পিণ্ডের ক্রিয়া সবল করে এবং নিদ্রা আনয়ন করে।

মাস্ক অর্থাৎ মৃগনাভী একটী উৎকৃষ্ট ঔষধ।

নিউমোনিয়াগ্রস্ত রোগীর বিশেষতঃ রোগীর বয়স যদি ৪০ বৎসরের অধিক হয় তবে হৃদ্‌পিণ্ডের ক্রিয়া লোপ হওয়ার আশঙ্কা-সর্ব্বাপেক্ষা গুরুতর। নিউমোনিয়া পীড়ায় হৃদপিণ্ডকে যে গুরুতর পরিশ্রম করিতে হয় সেই পরিশ্রম হৃদ্‌পিণ্ড অনেক স্থলে সহ্য করিতে পারে না। অত্যন্ত পরিশ্রম কেন করিতে হয়—নিশ্বাস প্রশ্বাসের স্থান ফুস্‌ফুস্, সেই স্থানের পরিমাণ অত্যন্ত অল্প হইয়া আইসে—বায়ুর কোষ সমূহ স্রাব পরিপূর্ণ হইয়া যায়। সূক্ষ্ম শোণিত নালী সমূহ সঞ্চাপিত হওয়ায় শোণিত সঞ্চালন প্রতিরুদ্ধ হয়, তজ্জন্য শোণিত প্রবাহ হৃদ্‌পিণ্ডের দক্ষিণ কোটিরাভিমুখে যে বাধা প্রাপ্ত হয় তজ্জন্য এই স্থানে শোণিতাবেগ প্রবল হয়। শোণিতাবেগ পশ্চাৎদিকে দিকে শিরা অভিমুখে বেগ প্রাপ্ত হয়—শিরার শোণিতাবেগ প্রবল হয়। এই ঘটনায় পরস্পরায় নীলিমা উপস্থিত হইয়া থাকে, কখন বা কাঁওল উপস্থিত হয়। এই ঘটনার ফল অত্যন্ত মন্দ। অনেক হৃদ্‌পিণ্ড ইহা সহ্য করিতে পারে না। পরন্তু হৃদ্‌পিণ্ড যদি পূর্ব্ব হইতেই অন্য কারণে দুর্ব্বল হইয়া থাকে, পূর্ব্ব পীড়ার জন্য কিম্বা অধিক বয়সের জন্য যদি দুর্ব্বল হইয়া থাকে তবে তাহার পক্ষে ইহা সহ্য করা অসম্ভব হইয়া

পড়ে। অনেক স্থলে শোণিত মোক্ষণ করায় ইহার উপশম হয়—অল্প পরিমাণ শোণিত মোক্ষণ করিলে উপকার হয় সত্য কিন্তু এক্ষণে আর তাহা করা হয় না। শুষ্ক প্লুরিসীর জন্য যন্ত্রণা হইলেও দুই তিনটী জলৌকা দ্বারা রক্ত মোক্ষণ করিলে উপকার হইতে দেখা যায়। অল্প সময়ের মধ্যে বেদনার উপশম হয়।

যদি হৃদ্‌পিণ্ডের ক্রিয়া কম হওয়ার উপক্রম বলিয়া বোধ হয়—অত্যন্ত দুর্ব্বল হইয়া আইসে—ধমনীর গতি বিষম এবং ক্ষুদ্র হয় তবে তখনি তাহার প্রতিবিধান জন্য যত্নবান হওয়া আবশ্যক। অধিক বয়স্কদিগেরই এইরূপ অবস্থা অধিক হয়, তজ্জন্য ঐ বয়সে এতৎ প্রতি বিশেষ দৃষ্টি রাখিতে হয়। অক্সিজেন প্রয়োগ করিলে ইহার উপশম হইতে পারে। শীঘ্র প্রয়োগ করা উচিত কিন্তু এ এদেশে ইহার প্রযোগ প্রচলিত হয় নাই। ত্বক নিম্নে লাইকর ষ্ট্রিকনিয়া প্রযোগ করিলেও বেশ উপকার হয়। ৪—৮ মিনিম মাত্রায় প্রয়োগ করা আবশ্যক। হৃদপিণ্ডের কেন্দ্রকে উত্তেজিত করিয়া, উপকার করে। ইহার প্রয়োগ জন্য অনেক রোগী মৃত্যুমুখ হইতে রক্ষা পায়। ষ্ট্রীকনিয়া যেরূপ উপকারী, ডিজিটেলিশ তদ্রূপ উপকারী নহে। পরন্তু এই অবস্থাই মৃগনাভী প্রয়োগ করার উপযুক্ত অবস্থা। ইহা প্রয়োগের একমাত্র প্রতিবন্ধক ইহার বহুমূল্যতা! অত্যন্ত অধিক মূল্য জন্য সকল রোগী ইহার ব্যয় বহন করিতে সক্ষম হয় না। অধিক মূল্য জন্য একবারে দুই গ্রেণের অধিক প্রযোগ করা হয়না কিন্তু ঐরূপ অল্প মাত্রায় প্রয়োগ করিয়া আশানুরূপ সুফল পাওয়া যায় না। পূর্ব্ববর্ত্তী চিকিৎসকগণ ৯—১২ গ্রেণ মাত্রায় মিউসিল ও সিরপ দ্বারা মিশ্র প্রস্তুত করিয়া প্রয়োগ করিতেন। সুতরাং তাঁহারা যে বর্ত্তমান কালের অল্প মাত্রা অপেক্ষা অধিক ফল পাইতেন তাহার কোন সন্দেহ নাই। যে সময়ে মৃগনাভী প্রয়োগ করা আবশ্যক বলিয়া মনে করা হয় তখন ঔষধ অপেক্ষা জীবনের মূল্য অধিক ইহা বিবেচনা করা উচিত। অনেকে ইপমাানের এনোডাইন সহ টিংচার মাস্ক মিশ্রিত করিয়া প্রযোগ করিয়া থাকেন। তদ্রূপ প্রযোগ করিতে হইলে অল্প সময় পর পর ঔষধ সেবন করান উচিত।

উপসর্গ স্বরূপ নিউমোনিয়া সম্বন্ধে অধিক বলা নিষ্প্রযোজন। বাতজ্বরের সহিত নিউমোনিয়া হইলে তত মারাত্মক হয় না। স্যালিসিলেট দ্বারা চিকিৎসা করা হয়। ইহার অপর সমস্ত লক্ষণ সাধারণ কেবল পাটল বর্ণ শ্লেষ্মা নির্গত হয় না। অপরাপর পীড়ার উপসর্গ হইলেও তাহাও মূল পীড়ার অনুবর্ত্তী।

বালকদিগের নিউমোনিয়া পীড়া মারাত্মক নহে ৪০ বৎসরের অধিক বয়স হইলে মারাত্মক হয় এবং বৃদ্ধ ও পুরাতন পীড়াগ্রস্ত লোকের নিউমোনিয়া পীড়া অত্যন্ত মারাত্মক।

সামান্য প্রকৃতির নিউমোনিয়া পীড়ায় সাধারণ জ্ঞানে চিকিৎসা করিলেই যথেষ্ট হয়। বিশেষ চিকিৎসার কোন আবশ্যক করে না।

উত্তেজক ব্যবহার করা সম্বন্ধে কোন সাধারণ নিয়ম হইতে পারে না। অন্যান্য পীড়াতেও যে নিয়মে উত্তেজক ব্যবহার

করিতে হয়। এই পীড়াতেও সেইরূপ নিয়ম প্রতিপালন করিতে হয়। নিউমোনিয়া হইয়াছে বলিয়া কখন আবশ্যক না হইলে উত্তেজক দিতে নাই অল্প বয়স্কদিগের নিউমোনিয়া পীড়া হইলে উত্তেজক ব্যবহার না করিয়াই চিকিৎসা করা যাইতে পারে। তবে হৃদ্‌পিণ্ডের দক্ষিণ পার্শ্বে রক্তাবেগ অধিক হইলে, ধমনী স্পন্দন অত্যন্ত দ্রুত হইলে এবং এওয়ার্টের স্থানে হৃদ্‌পিণ্ডের প্রথম শব্দ অস্পষ্ট হইয়া আসিলে উত্তেজক ব্যবহার করা আবশ্যক. সমস্ত দিবসে ১—৪ আউন্স ব্র্যাণ্ডী হইলেই যথেষ্ট হয়। তবে ক্বচিৎ এতদপেক্ষা অধিক ব্যবহার করার আবশ্যক হা উপস্থিত হয় এতৎ সম্বন্ধে কোন নিয়ম নাই। যত আবশ্যক হয় তত ব্যবহার করিবে।

অনেক স্থলে যথেষ্ট পরিমাণে জলপান করিতে দেওয়া উচিত। কিন্তু দুঃখের বিষয় এই যে, অনেক জ্বরের রোগীকে যথেষ্ট পরিমাণে জলপান করিতে দেওয়া হয় না

পীড়ার প্রথম অবস্থায় পাচনীয় বিরেচক দেওয়ার পর আর বিরেচক আবশ্যক করে না। তৎপর কেবলমাত্র লাবনিক ঔষধ ব্যবহার করিতে হয়। কয়েক দিবস পর এতৎসহ সিনকোনা সংযোগ করা আবশ্যক। পথ্য দুগ্ধ এবং মাংসের ঝোল হইলেই যথেষ্ট হয়। বিশেষ সাবধান ভাবে সেবা শুশ্রূষা এবং অবস্থা লক্ষ্য করিতে হয়। শীতকালে পীড়িত পার্শ্ব উষ্ণ পুল্‌টিশ দ্বারা আবৃত করা আবশ্যক। গ্রীষ্মকালে তুলাতে স্পিরিট ক্যাম্ফার প্রক্ষেপ করিয়া তদ্দ্বারা আবৃত করিয়া রাখিলেই যথেষ্ট হয়। হৃদ্‌পিণ্ডের ক্রিয়ার প্রতি সতর্ক দৃষ্টি রাখা একটী প্রধান কর্ত্তব্য।

নিউমোনিয়া গ্রস্ত রোগী সকল চিকিৎসকেই চিকিৎসা করিয়া থাকেন সুতরাং সকল চিকিৎসকেরই কর্ত্তব্য যে, এই বিষয়ে আলোচনা করেন

শাপে বর।

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার রেবতীরঞ্জন রায়।

প্রস্তাবিত রোগীকে একটা ঔষধ খাইতে দিয়াছিলাম, সে উহা আমার উপদেশানুযায়ী, সেবন না করাতে এরূপ অবস্থা ঘটিয়াছিল যাহা হইতে আমি নানারূপ বিপদের আশঙ্কা করিয়াছিলাম। ফলতঃ—বিপদ কিছুই ঘটিল না; প্রায় দুই মাস কাল ব্যাপী আমার সযত্ন চিকিৎসাতেও যে রোগী নিরোগ হইতেছিল না; অল্পকাল মধ্যে সে সুন্দররূপে আরোগ্যলাভ করিল। এই ঘটনা অঙ্গমুণির অভিশাপে অপুত্রক রাজা দশরথের পুত্র-রত্ন লাভের মত বোধ হওয়ায় অত্র প্রবন্ধের "শাপে বর" নামাকরণ করা হইল।

রোগীর বয়স ২৫।২৬ বৎসর; বাসস্থান ম্যালেরিয়া বিষপূর্ণ স্থানে নহে; শরীর মধ্যমাকার সুগঠিত এবং রোগ প্রবণ নহে। বিষয় কর্ম্মোপলক্ষে ম্যালেরিয়া প্রপীড়িত ভিন্ন জেলার এক গণ্ড গ্রামে কিছুদিন অবস্থান হেতু জ্বররোগাক্রান্ত হয়। তথায় একটী

পেটেণ্ট আবক দ্বারা রোগ চাপা দিয়া বাড়ী চলিয়া আইসে এবং এক জন কবিরাজের চিকিৎসাধীন হয়। রোগ আরোগ্য না হওয়ায় অন্য একজন কবিরাজের উপর চিকিৎসাভার অর্পণ করে। এই ভাবে তিন মাস ব্যাপিয়া দুই তিন জন কবিরাজ চিকিৎসা করে। তাহাতে কোন ফল হয় না। ফল হইবার কথা কি? যে সব কবিরাজেরা চিকিৎসা করেন তাঁহারা সকল প্রকার চিকিৎসা শাস্ত্রেই বিশারদ। তাঁহাদের চিকিৎসা প্রণালী এইরূপ :—আজ কবিরাজী বড়ী দিলেন, দুই দিন পরে একটু কুইনাইন ব্যবস্থা করিলেন, আবার দুই দিন পরে হয়তো পাঁচন চালাইলেন। ইহার মাঝে হোমিও প্যাথির ২।৪ ফোটাও ঢালিলেন। এইরূপ চিকিৎসায় রোগী যে এ পর্য্যন্ত প্রাণে বাঁচিয়া আছে, ইহাই যথেষ্ট।

ইহার পর রোগী আমার চিকিৎসাধীন হয়। তখন রোগের অবস্থা এইরূপ :—দিবা রাত্রি মধ্যে জ্বর একবারও বিচ্ছেদ হয় না। প্রাতে উত্তাপ ৯৯F,১০০F এবং বৈকালে ১০০F,১০১F থাকে। প্লীহা অতি সামান্য বর্দ্ধিত। যকৃৎ বৃদ্ধি প্রাপ্ত হয় নাই; উহার ক্রিয়া বিকার আছে। ক্ষুধা ভাল হয় না। সময় সময় মাথা ব্যথা করে। রক্তাল্পতা বর্ত্তমান আছে। রোগী শয্যাগত নয়। হাঁটিয়া এ পাড়া ওপাড়া বেড়াইতে পারে। পারিলেও ইহাতে কষ্ট হয়। কোষ্ঠ ভাল হয় না। জিহ্বা ময়লা দ্বারা আবৃত। যখন রোগী আমার হাতে আইসে, তখন মাঘ মাস। এলোপ্যাথিক মতে চিকিৎসা আরম্ভ করিলাম। ২ সপ্তাহ মধ্যে শারীরিক উত্তাপের কোন বৈলক্ষণ্য লক্ষিত হইল না। যকৃতের কার্য্য অনেকটা সংশোধিত হইল এক মাস ঔষধ ব্যবহারের পর উত্তাপ ১ ডিগ্রি করিয়া কম বোধ হইতে লাগিল। কিন্তু এ ভাব স্থায়ী থাকে না; ২।৪ দিবস পরে যেরূপ সেইরূপই হয়। প্রথমে রোগীকে বলিয়াছিলাম এক মাসেই জ্বর যাওয়ার সম্ভব, দুই মাসে শরীর সম্পূর্ণ শোধরাইবে। এক মাসে বিশেষ ফল হইল না দেখিয়া রোগী আমাকে বিরক্ত করিতে লাগিল। আমিও কিসে রোগ আরোগ্য হইবে চিন্তা করিতে লাগিলাম। আমি পেটেণ্ট ঔষধের পক্ষপাতী নহি। তবে অনেক বড় বড় চিকিৎসককে Patent ব্যবহার করিতে দেখিয়াছি এবং ঔষধের কাগজে একটী দেশীয় Patent বটীকার উপকারিতা সম্বন্ধে অনেক উচ্চপদস্থ লোক এবং Assistant surgeon'র প্রশংসাপত্র দেখিয়া এই ক্ষেত্রে উহা ব্যবহার করিবার লোভ সম্বরণ করিতে পারিলাম না। ২।৪ বটীতে উপকার না হউক ধৈর্য্যের সহিত কিছুদিন ব্যবহার করিলে ফল হইবে আশা করিয়া ঔষধ আনাইয়া ব্যবহার করাইতে লাগিলাম। বসন্তের হাওয়া এইরূপ পুরাতন রোগ আরোগ্যের পক্ষে অনেক সময় সহায়তা করিয়া থাকে। এই রোগীর পক্ষে এ কথা খাটিবে মনে মনে এইরূপ আশাও হইতে লাগিল। ঔষধ ১৫।১৬ দিন ব্যবহার করা হইল। কিন্তু কোন ফল হইল না। ইহার মধ্যে জ্বর সময়ে একটু কম হইত আবার পূর্ব্বভাব ধারণ করিত। এইরূপ Adynamic Chronic Fever চিকিৎসায় বিশেষ ধৈর্য্যের প্রয়োজন। এ

রোগ সহজে যাইতে চায় না। তাই আয়ুর্ব্বেদের সূক্ষ্ম দৃষ্টিতে ইহার নাম মজ্জাগত জ্বর। তবে যে আমি Patentর আশ্রয় লইয়াছিলাম সে কেবল রোগীর ব্যস্ততায়। এখন আবার নিজমতে চিকিৎসা আরম্ভ করিলাম। পাঠকের মধ্যে কেহ কেহ মনে করিতে পারেন আমি যে সব ঔষধ ব্যবহার করিয়াছি তাহার Prescription গুলি উল্লেখ করিলে ভাল হইত। তাহা হইলে তাঁহারা উহার দোষগুণ বিচার করিতে পারিতেন। এই ক্ষুদ্র প্রবন্ধ লেখকের মত লোকের দোষ থাকাই সম্ভব। আমি চিকিৎসক, আমার হাতের রোগী আরাম করিতে পারিতেছি না আমি দোষী নইতো কি? কুইনাইন, আর্সেনিক, ষ্ট্রীকনিয়া, এমন ক্লোরাইড, টেরেবেন্থিনাম, কেরোসিন, এসিড নাইট্রোমিউর, আয়রন, সেলিসিন, এমন পিক্রেট, আইওডিন, চিরতা, জেন্সিয়ান প্রভৃতি ঔষধ আমি ব্যবহার করিয়াছিলাম. নূতনত্ব বর্জ্জিত ব্যবস্থাপত্র দ্বারা প্রবন্ধের কলেবর বৃদ্ধি করা অনাবশ্যক মনে করি, ফাল্গুন মাস অতীত হইতে এক সপ্তাহ বাকী আছে। রোগী এক দিন বলিল—কয়েক দিন যাবৎ সময় সময় আমার মুখ দিয়া জল ওঠে এবং নাভীর চতুর্দ্দিকে চিন্‌চিনিয়া ব্যাথা করে। জিজ্ঞাসায় জ্ঞাত হইলাম রাত্রে নিদ্রিতাবস্থায় দাঁত কড়মড় করে। এই সব কৃমির লক্ষণ মনে করিয়া—নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম :—

R.

(১) Santonin ৫ গ্রেণ
Sodi Bicarb ৫ গ্রেণ

নিশাইয়া একমাত্রা শয়নকালে সেব্য।

R.

(2) Hydrarg subchlor ৫ গ্রেণ
pul jalap co ১৫ গ্রেণ
Sodii Bicarb ১৫ গ্রেণ

মিশাইয়া এক মাত্রা। পরদিন প্রাতে সেব্য। পূর্ব্বের মোডকে কোন্‌টী কোন্ সময়ে সেব্য স্পষ্ট করিয়া লিখিয়া দেওয়া সত্ত্বেও রোগী ঔষধ খাইতে বিষম ভুল করিল। ১নং পুরিয়া শয়ন কালে সেবন করিল। ২নং পুরিয়ায় বেশী ঔষধ ছিল বলিয়া উহা চারি ভাগে ভাগ করিয়া চারি দিনে খাইল। ইহার ফলে বীতমত মুখ আসিয়া লালা নিঃসরণ হইতে লাগিল। ম্যাটেরিয়া মেডিকায় যে সব অবস্থায় পারদ প্রয়োগ নিষিদ্ধ হইয়াছে, বিবর্দ্ধিত প্লীহা তাহার মধ্যে একটী. যদিও এ ক্ষেত্রে প্লীহা নাম মাত্র বর্দ্ধিত ছিল তথাপি—মুখ আসাতে রোগীর অবস্থা মন্দ হইতে পারে এইরূপ আশঙ্কা হইতে লাগিল। রোগীকে কাওজলোসন দ্বারা কুলকুচি করিতে দিলাম এবং বিংকর্ত্তব্যতাধারণ জন্য পুথি পুস্তক অন্বেষণ করিতে লাগিলাম। সৌভাগ্য ক্রমে "কুইনাইনের উপকারিতা" সম্বন্ধে প্রবন্ধ ডাঃ সার উইলিয়ম মুর কে, সি, আই ই, (Indian Medical service) যে প্রবন্ধ লেখেন তাহার কয়েক ছত্রের উপর আমার দৃষ্টি পড়িল। উহাদের বঙ্গানুবাদ এইরূপঃ—"কুইনাইন হইতে সম্পূর্ণ-বিপরীত স্বভাবাপন্ন অনেকগুলি ঔষধেরও পর্য্যায় নিবারক ক্ষমতা আছে। কয়েক বৎসর পূর্ব্বে সার্জ্জন হেয়ার বলেন যে, ক্যালোমেল ম্যালেরিয়া জ্বরের প্রতিষেধক। ইহা ব্যবহারে মুখ আসিলে তখনই জ্বর ত্যাগ

হয়; এবং সেই মুহূর্ত্ত হইতেই জ্বর ম্যাজিকের ন্যায় অদৃশ্য হয়।” আমার আশঙ্কা দূর হইল। কাণ্ডিজ লোসন বন্ধ রাখিয়া কেবল উষ্ণ জল দ্বারা পুনঃ পুনঃ কুলকুচি করিতে বলিলাম। উদ্দেশ্য লাল নিঃসরণ কিছুদিন হয়। ৫।৬ দিবস মধ্যে স্যালিভেসন বন্ধ হইয়া মাড়ীর ফুলা ও ক্ষত সারিয়া গেল। বাস্তবিকই জ্বর ম্যাজিকের ন্যায় অদৃশ্য হইল। রোগী সকল বিষয়ে আরোগ্য লাভ করিতে লাগিল। ইহার পর ঔষধের মধ্যে মাত্র কয়েক শিশি সাধারণ Tonic Mixture দিয়াছিলাম।

একটী কলেরার রোগী চিকিৎসা করিয়াছিলাম। রোগী খুব বলবান এবং রোগের প্রকৃতি সাংঘাতিক ছিল। বিশেষ যত্নের সহিত চিকিৎসা করাতে রোগী আরোগ্যোন্মুখ হইল। অন্ন পথ্য দেওয়া হয় নাই রোগীর ৯৯।১০০° জ্বর এবং কোষ্ঠবদ্ধ আছে।

Tinct. Nux Vomica	mv.
Aqua pura	℥iv.

মিশাইয়া এক মাত্রা।

এইরূপ তিন মাত্রা দিবসে তিন বার খাইবার ব্যবস্থা করা হইল। তিন দিবস ঔষধ ব্যবহার করাতেও কোষ্ঠ পরিষ্কার হইল না। এইরূপ অবস্থায় বেশী দিন থাকিলে অনিষ্ট হইতে পারে ভাবিয়া Hydrag Sub chloride Gr v. Sodi Ricarb gr. x মিশ্রিত করতঃ এক পুরিয়া খাইতে দিলাম। ৩ দিবস অতীত হইল একবারও বাহ্যে হইল না। চতুর্থ দিবস মুখ আসিল। পূর্ব্বে এ রোগীকে Hydrarg Subchlorid দেওয়া হয় নাই। মুখ আশা হইতেই জ্বর অদৃশ্য হইল। ৬।৭ দিবস লালা নিঃসরণ হইয়াছিল। উভয় রোগীই বলে—মুখ আসাতে তাহাদের শরীর পূর্ব্বাপেক্ষা ভাল হইয়াছে। পারদ দ্বারা এইরূপ মুখ আনান 'রসায়ণ' চিকিৎসার অন্তর্গত। আয়ুর্ব্বেদ শাস্ত্রকারেরা বলেন যে ঔষধ বার্দ্ধক্য এবং সর্ব্বপ্রকার রোগনাশক তাহাকে "রসায়ণ" ঔষধ কহে।

নানাপ্রকার জ্বরে ক্যালোমেল ব্যবহৃত হয় পুস্তকে লিখিত আছে। কিন্তু বিরেচক মাত্রায় ভিন্ন মুখ আনার উদ্দেশ্যে অতি অল্প সংখ্যক ভিষকই বোধ হয় ইহা ব্যবহার করিয়া থাকেন। এবং আমিও প্রাগুক্ত "কুইনাইনের উপকারিতা" বিষয়ক প্রবন্ধ ব্যতীত কোন গ্রন্থে এবম্বিধ ব্যবহারের বিষয় পাঠ করিয়াছি বলিয়া মনে হয় না। এই ফল, এই সুলভ অথচ উপকারী ঔষধ জ্বর রোগে কোন্ কোন্ অবস্থায় অবাধে ব্যবহার করা যাইতে পারে, ইহা কিরূপ ভাবে শরীরের উপর কার্য্য করিয়া উত্তাপ কমায়, এবং ইহা ব্যবহারে যে সব সুবিধা অসুবিধা আছে তদ্বিষয় একটু বিশদ ভাবে আলোচনা করা চিকিৎসা ব্যবসায়ের পক্ষে মঙ্গলজনক, সন্দেহ নাই। এ সম্বন্ধে বারান্তরে লিখিবার ইচ্ছা রহিল। তবে কোন যোগ্যতর ব্যক্তি এ বিষয়ে হস্তক্ষেপ করিলে ভাল হয়।

আলী পোঃ আঃ ঢাকা।

বিবিধ তত্ত্ব।

সম্পাদকীয় সংগ্রহ।

গর্ভস্রাব নিবারক চিকিৎসা।

(Edge,)

১। ডাক্তার এজ মহাশয় বারমিংহাম মেডিকেল রিভিউ নামক পত্রিকায় গর্ভস্রাব নিবারণার্থে নিম্নলিখিত চিকিৎসা প্রণালী বর্ণন করিয়াছেন।

১। প্রবল শরীর সঞ্চালনের সকল কার্য্য পরিত্যাগ করাইতে হইবে।

২। ভয় এবং দুশ্চিন্তার কারণ হইতে দূরে রাখিতে হইবে।

৩। বিশেষ আবশ্যক ব্যতীত বিশেষ কোন অস্ত্রোপচার করিবে না। চারি মাস অতীত হইলে আর পেশারী ব্যবহার করিবে না। ডেজাইন্যাল ডুস ব্যবহার করিবে না। ডেজাইন্যাল ডুস ব্যবহার করার প্রথমে হয় তো বন্ধ্যা দোষ নষ্ট করিয়া গর্ভ সঞ্চারের সাহায্য করে কিন্তু গর্ভসঞ্চার হওয়ার পর তাহা ব্যবহার করিলে গর্ভপাত হওয়ার সম্ভাবনা। তাহা স্মরণ রাখা আবশ্যক। উষ্ণ স্নানের ফলও এইরূপ।

৪। বৃন্তযুক্ত অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ এবং জরায়ুর অর্ব্বুদ বস্তিগহ্বরে থাকিলে তাহা উদর গহ্বরে উঠাইয়া রাখা আবশ্যক। প্রসব না হওয়া পর্য্যন্ত এই স্থানেই থাকা আবশ্যক। জরায়ু স্বস্থান ভ্রষ্ট হইয়া থাকিলে তাহাকে স্বাভাবিক স্থানে স্থাপন করিতে হয়—অনেক স্থলে পশ্চাৎ দিকে বক্র হইয়া যায়। বক্ষজানু অবস্থানে থাকিলে ইহা সংশোধিত হইতে পারে। চতুর্থ মাস পূর্ণ না হওয়া পর্য্যন্ত পেশারীও প্রয়োগ করা হইতে পারে। গর্ভের সহিত বস্তিগহ্বরের প্রদাহ একত্র থাকা কঠিন, অনেক সময়ে প্রদাহ আরোগ্য হইয়া যায়, আবদ্ধতা দীর্ঘ এবং কোমল হয়। না হইলে সাধারণ নিয়মে চিকিৎসা করিতে হয়।

৫। কষিয়া কাপড় পরা নিষেধ।

৬। যাহাতে কোষ্ঠ নিয়মিত পরিষ্কার হয় তাহা করা কর্ত্তব্য। অনেকের বিশ্বাস থাকে এনেমা প্রয়োগ করিলে অনিষ্ট হয়, বাস্তবিক কিন্তু তাহা নহে, মৃদুভাবে অল্প পরিমাণ এনেমা প্রয়োগে অনিষ্ট হয় না। অত্যন্ত শীতল বা অত্যন্ত উষ্ণ কিম্বা সবলে এনেমা দিলে গর্ভস্রাব হওয়ার সম্ভাবনা।

৭। ব্যাপক দুর্ব্বলতা, রক্তহীনতা কিম্বা উপদংশ পীড়া থাকিলে তাহার চিকিৎসা করিতে হইবে। পূর্ব্বে গর্ভস্রাব হইয়া থাকিলে প্রসব না হওয়া পর্য্যন্ত অল্প মাত্রায় পারদ ঘটিত ঔষধ ব্যবস্থা করিতে হইবে। অনেকের মতে শিশু যত দিন পর্য্যন্ত স্তন্যপান করে তত দিবস পর্য্যন্ত পারদ ঘটিত ঔষধ সেবন করান উচিত।

৮। জরায়ুর অভ্যন্তরে প্রদাহ, জরায়ুর