এপিডেমিক ড্রপসি বা সংক্রামক শোথ।

(পূর্ব্ব প্রকাশিতের পর)

লেখক—শ্রীযুক্ত ডাক্তার দেবেন্দ্রনাথ রায় এল, এম, এস্.

ডেলানি সাহেব নিম্নলিখিত জেলগুলি পরিদর্শন করেন :—যথা, নোয়াখালি, কুমিল্লা, চট্টগ্রাম, শ্রীহট্ট, গৌহাটি, মৈমনসিংহ, শিলং, তেজপুর, ফরিদপুর, ঢাকা, এবং রামপুর বোয়ালিয়া। প্রত্যেক স্থানে বেরি বেরি বা এপিডেমিক ড্রপসির উপস্থিতি সম্বন্ধে বিশেষ ভাবে তদন্ত করেন। পরিদর্শনের ফলে তিনি যে সকল সিদ্ধান্তে উপনীত হয়েন, তাহার মর্ম্ম এইরূপ :—

(১) পূর্ব্ববঙ্গ এবং আসাম বিভাগের জেল সমূহে বেরি বেরি একেবারেই নাই এবং যে সকল রোগী ইদানীং আক্রান্ত হয় তাহারা বেরি বেরি দ্বারা আক্রান্ত হয় নাই।

(২) ঐ রোগের প্রকৃত নাম এপিডেমিক ড্রপসি।

(৩) তাঁহার ধারণা—এপিডেমিক ড্রপসি শ্রীহট্ট ও শিলং জেলে ১৮৭৮—৭৯ সাল হইতে বিদ্যমান আছে।

(৪) আসামে বেরি বেরি রোগ নির্ণয় সম্বন্ধে বিশেষ গোলযোগ আছে, এমন কি যে, কোন কারণেই শোথ হউক না কেন সে শোথকে বেরি বেরি বলিয়া নির্দ্ধারিত হইত।

ডেলানি সাহেবের মতে দুটি রোগের বিভিন্নতা, নিম্নলিখিত বিষয়গুলিতে বেশ বুঝিতে পারা যায়—

(ক) বেরি-বেরিতে শতকরা ৯৫টি ক্ষেত্রে জঙ্ঘাক্ষেপ প্রথমে বৃদ্ধি হয় এবং পরে লোপ পায়। কিন্তু ড্রপসিতে শতকরা ৩টিতে কম থাকে কিম্বা লোপ পায়।

(খ) বেরি-বেরির প্রধান লক্ষণ—অসাড়তা এবং এই অসাড়তা প্রত্যেক রোগীতে অল্প বিস্তর বর্ত্তমান থাকে। কিন্তু ড্রপসিতে যদিও অসাড়তা থাকে, ইহা শোথ স্থান ভিন্ন অপর কোথায় দেখা যায় না।

(গ) বেরি-বেরিতে প্রকৃত পক্ষাঘাতের লক্ষণ প্রকাশ পায় যথা—পদানুষ্ঠের পতন, মণিবন্ধের পতন, ইত্যাদি। ড্রপসিতে যদিও অল্প মাত্রায় পক্ষাঘাতের লক্ষণ সকল প্রকাশ পায়, কিন্তু সে সকল কেবল হস্ত পদাদিতে শোথের কারণ।

(ঘ) বেরি-বেরিতে পেশী সকলে চাপ দিলে ব্যথা বোধ হয় এবং এই ব্যথা শোথযুক্ত ও শোথশূন্য স্থানে সমভাবে বোধ হয়। কিন্তু ড্রপসিতে স্পর্শবোধাধিক্য কেবল মাত্র শোথযুক্ত চর্ম্মে এবং চর্ম্ম নিম্নস্থান সকলে বর্ত্তমান থাকে।

(ঙ) যদিও ড্রপসি রোগে কতকগুলি ক্ষেত্রে সার্ব্বাঙ্গিক ক্ষীণতা দেখিতে পাওয়া যায় এবং যদিও এই গুলি শীর্ণতাযুক্ত বেরি-বেরির ন্যায় দেখায়, তথাপি রোগীরা নড়িতে চড়িতে পারে এবং বেশী দিন শয্যাশায়ী থাকে না।

(চ) বেরি-বেরিতে অনেক গুলি ক্ষেত্রে হটাৎ মৃত্যু হয় এবং যে সব রোগী অল্প

ভোগে, তাহারাও হঠাৎ মারা যায়। কিন্তু ড্রপসিতে তাহা হয় না।

(ছ) ড্রপসিতে শ্বেত কণিকার বৃদ্ধি এবং রক্তাল্পতা বিশেষ ভাবে দেখা যায়। কিন্তু বেরি-বেরিতে থাকে না।

ডাক্তার ডেলানি বলেন—ইহা একটি বিশেষ সংক্রামক বা জীবাণুজনিত ব্যাধি এবং ইহা ছাবপোকার দ্বারা এক ব্যক্তি হইতে অপর ব্যক্তিতে নীত হয়। (বিশেষ বিবরণ পরে দ্রষ্টব্য)

কলিকাতায় এপিডেমিক :—

গত ইংরাজী বৎসরের মাঝা মাঝি হইতে বর্ত্তমান সময় পর্য্যন্ত কলিকাতা সহরে রোগটি ক্রমশঃ বিস্তার করিয়াছে। এমন কি এক এক পাড়ায় বেশ আঁকিয়া বসিয়াছে (যেমন, তালতলা, হাটখোলা, শ্যামবাজার প্রভৃতি)। বেশ অবস্থাপন্ন ও শিক্ষিত লোক, যাঁহারা নিজেদের শরীরের উপর যত্ন রাখেন, তাঁহাদের বাটিতে অনেকগুলি রোগী দেখা গিয়াছে এবং ইহারা নানা প্রকার চিকিৎসা করিয়াও শেষে বায়ু পরিবর্ত্তন করিয়াও নিস্তার পান নাই।

বিশেষ আশ্চর্য্যের বিষয় এই যে, এই বারে অনেকগুলি কলিকাতার চিকিৎসক এই রোগে আক্রান্ত হইয়াছেন (এবং ইঁহারা এখনও পর্য্যন্ত ভুগিতেছেন (প্রথম এপিডেমিকের সময়ে কোন চিকিৎসক আক্রান্ত হন নাই—ম্যালসন্)। লেখকের জানিত নিম্নলিখিত চিকিৎসকগণ পরিবারবর্গের সহিত আক্রান্ত হন।—শ্রীযুক্ত সুরেশচন্দ্র ভট্টাচার্য্য, হীরালাল বসু রায় বাহাদুর, প্রভাস চন্দ্র পাল, কুঞ্জেশ্বর মিশ্র, সত্যশরণ চক্রবর্ত্তী, উপেন্দ্র নাথ মিত্র, শ্যামাচরণ সেন, শ্যাম চাঁদ বড়াল, নীলরতন সরকার, প্রাণধন বসু, সত্যশরণ মিত্র, হীরালাল সিংহ, চুণীলাল সেন, কৈলাস চন্দ্র বসু রায় বাহাদুর, রাজেন্দ্র চন্দ্র মিত্র, কেদার নাথ দাস, সুরেন্দ্রনাথ মুখোপাধ্যায়, হরি নাথ দে ও লেডি ডাক্তার হোয়াইট।

কেথুন স্কুলের বোর্ডিংএ অনেকগুলি মেয়েদের মধ্যে সংক্রামক শোথ দেখা যায় এবং তাহারা অনেক দিন ধরিয়া ভোগে। ক্যাম্বেল স্কুলের মেয়েদের হোস্‌টেলে রোগটি দেখা দেয় এবং ৯ জনের মধ্যে ৮ জন আক্রান্ত হয়, ইহাদের মধ্যে একজনের রক্তবমি হইয়াছিল। মির্জাপুর ষ্ট্রীটস্থ জেনানা মিশনে অনেকগুলি রোগী দেখা যায় এবং ইহারাও অনেক দিন হইতে ভোগে।

কিন্তু স্কুলের ছেলেদের মেসে কিংবা হোস্‌টেলে রোগটি একেবারেই বিরল। হিন্দু হোস্‌টেলে যেখানে অনেক ছেলে বাস করে, সেখানে একজনও আক্রান্ত হয় নাই।

আর একটি আশ্চর্য্যের বিষয় এই যে, রোগটি গরিবদের মধ্যে মোটেই দেখা যায় নাই। কেবলমাত্র অন্নাহারি বাঙ্গালীদের মধ্যেই বেশী দেখা যায়। মুসলমান কিংবা হিন্দুস্থানীদের মধ্যে লেখক একটিও দেখেন নাই। ইংরাজদের মধ্যেও একটিও দেখা যায় নাই। বাঙ্গালী বাবুদের সহিত তাঁহাদের বাটীর ঝি ও চাকরদের আক্রান্ত হইতে দেখা গিয়াছে। কিন্তু আলাহিদা এই সব শ্রেণীর লোকদের মধ্যে রোগটী প্রকাশ পায় নাই।

রোগটী সকল বয়সে আক্রমণ করিতে দেখা গিয়াছে। তবে খুব বৃদ্ধ ও খুব শিশুদের মধ্যে দেখা যায় নাই।

বৎসরের মধ্যে বর্ষার পর হইতে রোগটি বেশী দেখা যায়, শীতকালে সমভাবেই থাকে। গরম পড়িলে কমিয়া যায়।

স্ত্রী পুরুষ সমভাবে আক্রান্ত হইতে দেখা যায়। যদিও কেহ কেহ বলেন—স্ত্রীলোকেরা বেশী মাত্রায় আক্রান্ত হয় ও বেশীদিন ভোগে। লেখকের এ বিষয়ে মতভেদ আছে। তিনি দেখিয়াছেন যে বাটীতে বেশী পুরুষ আছে, তাহারা সকলেই আক্রান্ত হইয়াছে; আবার যে বাটীতে স্ত্রীলোক বেশী আছে তাহারা সকলেই আক্রান্ত নাই।

অন্যান্য রোগের সহিত সংক্রামক শোথ একসঙ্গে থাকিতে দেখা গিয়াছে যথা—বহুমূত্র, ম্যালেরিয়া প্রভৃতি। ইহাতে যে পূর্ব্বেকার রোগের কিছু অপকার করিয়াছে বা লক্ষণের বৈলক্ষণ্য হইয়াছে, তাহার কিছুই প্রমাণ নাই।

সামাজিক অবস্থার সহিত বা বাসস্থানের সহিত রোগের কোন সম্পর্ক নাই। শেঁত শেঁতে এক তালায় রোগী দেখা গিয়াছে। পূর্ব্বেই বলা হইয়াছে স্বচ্ছন্দতা, পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতার সহিতও রোগের কোন সম্পর্ক নাই।

ব্যবসা বা পেশার সহিতও কোন সংশ্রব নাই। ছাত্র, কেরাণী, উকিল, শিক্ষক, চিকিৎসক, ব্যারিষ্টার সকলকেই সমভাবে আক্রান্ত হইতে দেখা গিয়াছে। বরং যাঁহারা সমাজের উচ্চ শ্রেণীতে বিরাজ করেন, তাঁহারাই ভয়ানক রূপে আক্রান্ত হইয়াছেন।

কতকগুলি রোগীর বিশেষ বিবরণ :—

(১) শ্রীযুক্ত ডাক্তার সত্যশরণ চক্রবর্ত্তী মহাশয় কিছু আশ্চর্য্যরূপে আক্রান্ত হয়েন। এপিডেমিক শোথ দ্বারা আক্রান্ত কোন রোগীর অস্ত্রচিকিৎসা করিবার সময় ইঁহার নিজ অঙ্গুলীতে সূচ ফুটিয়া যায়। সেই সময় যদিও রক্তপাত হয় নাই, কিন্তু অঙ্গুলির লিম্ফ গহ্বর সকল উন্মুক্ত হইয়াছিল. তিন দিবস পরে তিনি তাঁহার পায়ে শোথ লক্ষ্য করেন এবং তিনিই তাঁহার পরিবারের মধ্যে প্রথম শোথ রোগে আক্রান্ত হন।

(২) আর একজন প্রসিদ্ধ চিকিৎসকের সুস্থ অবস্থায় এক রাত্রে পায়খানা হইতে আসিবার সময় অত্যন্ত শ্বাসকৃচ্ছতা হয়, এমন কি তাঁহার শুইবার আর শক্তি থাকে না। তিনি সেই সময় দেখেন যে, তাঁহার নাড়ী অত্যন্ত দ্রুত এবং কোমল। ইহার তিন দিন পরে তাঁহার "পা ফোলা" আরম্ভ হয়।

(৩) লেখকের চিকিৎসাধীনে একটি রোগীর অর্শ ছিল। কিন্তু কখনও তাহা হইতে রক্ত স্রাব হইত না। শোথ দ্বারা আক্রান্ত হওয়ার পর হইতে তাঁহার অত্যন্ত রক্তস্রাব হইত। অপর একটি রোগীর নাসিকা হইতে অত্যন্ত রক্তস্রাব হইত।

(৪) লেখকের চিকিৎসাধীনে একটি সম্ভ্রান্ত ঘরের স্ত্রীলোক শোথ দ্বারা আক্রান্ত হন। তিনি চারি মাস অন্তঃসত্ত্বা ছিলেন। কিন্তু ভ্রূণ গর্ভে মারা যায় এবং পরে অস্ত্রোপচার করিয়া ভ্রূণ বাহির করিতে হয়।

(৫) লেখকের চিকিৎসাধীনে ঐরূপ আর একটী স্ত্রীলোকের সাতমাসে গর্ভস্রাব হয়। তিনি একটী মৃত সন্তান প্রসব করেন; প্রসবের পর সেপ্টিসিমিয়া হইয়া প্রাণত্যাগ করেন। বিস্তর চেষ্টা করিয়াও তাঁহাকে বাঁচান যায় নাই।

(৬) শ্রীযুক্ত সত্য শরণ মিত্র মহাশয়ের চিকিৎসাধীনে একটী স্ত্রীলোকের পৃষ্ঠদেশে একটি nævus ছিল। আট বৎসরের মধ্যে ইহা দুই একবার একটু কষ্ট দিয়াছিল এবং নাইট্রিক এসিড দিয়া পোড়াইয়া ফেলার পর হইতে কোন গোলযোগ হয় নাই। কিন্তু শোথ রোগে আক্রান্ত হওয়াবধি nævusটি অত্যন্ত বাড়িয়াছিল এবং ইহা হইতে বেশী মাত্রায় রক্তস্রাব হইত।

(৭) মিত্র মহাশয়ের চিকিৎসাধীনে একটি বালকের যদিও স্থানে স্থানে রক্তাভ দাগ দেখা গিয়াছিল, তথাপি শোথের লক্ষণ আদৌ দেখা দেয় নাই। বালকটি বায়ু পরিবর্ত্তনের জন্য মেদিনীপুর যায় এবং সেখানে ভাল থাকে। কিন্তু সেখানে বাই সাইকেলে বেড়াতে তাহার দক্ষিণ হৃৎপিণ্ডের বিবৃদ্ধি ঘটিয়াছিল। ইহার জ্বর, পেটের পীড়া কিংবা শোথ মোটেই হয় নাই। দশ সপ্তাহ বাদে বালকটি মারা যায়।

(৮) শ্রদ্ধাস্পদ মিঃ এন, এন, ঘোষ, মেট্রোপলিটন কলেজের প্রিন্সিপাল,—অনেক দিন হইতে সংক্রামক শোথ দ্বারা আক্রান্ত হইয়া ভুগিতেছিলেন। একদিন রাত্রে পাইখানা হইতে আসিয়া তাঁহার শ্বাসকৃচ্ছ হয়, পরে হঠাৎ মারা যান।

(৯) এপিডেমিকের প্রারম্ভে হাট খোলার এক বর্দ্ধিষ্ণু পরিবারে এক ভদ্রলোকের এইরূপ শোথ হয়। তিনি এত ফুলিয়াছিলেন যে, দেখিলে তাঁহাকে চেনা যাইত না। তিনি হৃদাবরণের মধ্যে জল হইয়া মারা যান।

(১০) শ্রীযুক্ত ডাক্তার গোপালচন্দ্র চট্টোপাধ্যায়ের চিকিৎসাধীনে একটি রোগী ঢাকা হইতে আসিয়াছিলেন। ইনি neurasthenia রোগে ভুগিতেছিলেন। তাঁহার একটি বিশেষ লক্ষণ ছিল—যখনই তিনি কাসিতেন, তখনই তাঁহার নাড়ী দমিয়া যাইত। তাঁহার পাফোলা হইয়াছিল এবং পেটের পীড়াও ছিল। এক রাত্রিতে হঠাৎ তিনি মারা যান।

(১১) ডাক্তার এস, বি, মিত্র মহাশয়ের চিকিৎসাধীনে একটি পরিবারের মধ্যে শোথ প্রকাশ পায়। আশ্চর্য্যের বিষয় এই যে, সেই বাটীর একটি গরুর গর্ভস্রাব হয়।

(১২) শ্রীযুক্ত ডাক্তার চুনীলাল বসু মহাশয় একটি পরিবার মধ্যে শোথের চিকিৎসা করেন। রোগীরা সকলেই এক ঘরে বাস করিত। কিন্তু আর একটি পরিবারও সেই বাটীতে বাস করিত। ইহাদের এক জনও আক্রান্ত হয় নাই।

(১৩) শ্রীযুক্ত ডাক্তার সত্যেন্দ্র নাথ সেনের চিকিৎসাধীনে একটি রোগীর শোথ কিংবা অন্যান্য লক্ষণ একেবারেই প্রকাশ পায় নাই। এক দিন পায়খানা হইতে আসিয়া অত্যন্ত শ্বাসকৃচ্ছ হইয়া হঠাৎ মারা যান।

(১৪) ডাক্তার বীরেশ্বর মিত্র মহাশয়ের চিকিৎসাধীনে একটি স্ত্রীলোকের কোমর হইতে পা পর্য্যন্ত অত্যন্ত ফুলিয়াছিল। ইহার রক্তবমি হইয়াছিল এবং রক্তাল্পতা অত্যন্ত বেশী মাত্রায় বর্ত্তমান ছিল। প্রথমে ফুস্‌ফুসে রক্ত জমিয়া ছিল। পরে ফুস্‌ফুসে শোথ হইয়া রোগিণী মারা যায়।

(১৫) শ্রীযুক্ত ডাক্তার কুঞ্জেশ্বর মিশ্র মহাশয়ের বাটীতে যাঁহারা এক হাঁড়ীতে পাক করিয়া খাইতেন, তাঁহারাই আক্রান্ত হইয়াছিলেন। কিন্তু বিধবারা যাঁহারা অপর হাঁড়ীতে পাক করিতেন, তাঁহারা আক্রান্ত হন নাই।

(১৬) শ্রীযুক্ত ডাক্তার ইন্দু মাধব মল্লিকের চিকিৎসাধীনে একটি ১১ বৎসরের বালক সংক্রামক শোথ দ্বারা আক্রান্ত হয়। অন্যান্য লক্ষণের সহিত তাহার অন্ত্র হইতে এত ভয়ানক রূপে রক্তস্রাব হয় যে, কোন চিকিৎসায় কিছুই ফল হয় নাই; অবশেষে বালকটি মারা যায়।

ঐ বাটীতে আর একটি রোগীর অর্শ হইতে অত্যন্ত রক্তস্রাব হইয়া মৃত্যু হয়।

শ্রীযুক্ত ডাক্তার সুরেশ চন্দ্র সরকারের চিকিৎসাধীনে একজন দেশীয় খ্রীষ্টিয়ানের বাটীতে ৩।৪ জন শোথ রোগে আক্রান্ত হয়। ইহারা বলে—যে দিন এক নূতন দোকান হইতে চাউল খরিদ করা হয় তাহার পর দিন হইতে তাহারা সকলেই শোথের লক্ষণ দেখিতে পায়। পরে বুক ধড় ফড়, শ্বাসকৃচ্ছতা প্রভৃতি লক্ষণ প্রকাশ পায়। ইহা হইতে বেশ প্রমাণ হয় যে, চাউলের সহিত রোগটীর বিশেষ সংস্রব আছে।

(১৮) শ্রীযুক্ত ডাক্তার মনীন্দ্রনাথ দাসের চিকিৎসাধীনে একটী রোগীর এরূপ সর্ব্বাঙ্গে একনি (acne) হইয়াছিল যে, উহা সারিতে দশমাস যায়।

স্থায়িত্ব—বেশীর ভাগ রোগীরা আরোগ্য লাভ করে; শতকরা ৫।১০ জন মারা যায়। প্রায় দেখা যায় ৯৩ মাসের কমে রোগীরা ভাল হয় না। তাহাও আবার যাহারা অল্প মাত্রায় আক্রান্ত হয়। যাহাদের পাকোলার সহিত হৃৎপিণ্ড সংক্রান্ত লক্ষণাদি প্রকাশ পায় ও রক্তাল্পতা বেশী মাত্রায় বর্ত্তমান থাকে; তাহারা ৫।৬ মাস ভোগে। যাহারা স্থান ত্যাগ করে তাহারা শীঘ্রই আরোগ্য লাভ করে। কিন্তু পুনরায় ফিরিয়া আসিলে আক্রান্ত হয়। দেখা গিয়াছে যে, পুরাতন বাসস্থান বেশ করিয়া মেরামত করিয়া ও বীজাণুনাশক ঔষধাদি দ্বারা ধৌত করিবার পরেও অনেকে আবার সংক্রামক শোথ দ্বারা আক্রান্ত হইয়াছেন। পুনরায় আক্রমণ অনেক ক্ষেত্রে দেখা গিয়াছে অর্থাৎ গত বৎসর প্রায় একেবারে রোগ হইতে মুক্ত হইয়া নির্ব্বিঘ্নে যে সব রোগীরা কার্য্যে প্রবেশ করিয়াছিলেন এবারে তাঁহারা বেশীমাত্রায় হৃৎপিণ্ডের কষ্ট, শ্বাসকৃচ্ছ প্রভৃতি হইতে ভুগিতেছেন।

মৃত্যুর কারণ—শ্বাসকৃচ্ছতাই মৃত্যুর প্রথম কারণ; এ শ্বাসকৃচ্ছ ফুসফুসের বিকারজনিত লক্ষণ নহে। ইহা হৃৎপিণ্ডের বিবৃদ্ধি হেতু জন্মায়। ফুসফুসের শোথ, রক্তস্রাব, রক্তবমন, হৃদাবরণের মধ্যে সিরম প্রভৃতি মৃত্যুর অন্যান্য কারণ।

পূর্ব্বেকার এপিডেমিকের বিবরণ এবং বর্ত্তমান এপিডেমিকের সহিত তুলনা।

ইংরাজী ১৮৭৭ সালে সংক্রামক শোথ কলিকাতার দক্ষিণ উপনগরে সকলে দেখা যায়। উক্ত বৎসরের শীতের সময় পর্য্যন্ত রোগটি থাকে, গ্রীষ্মের সময় তিরোহিত হয় এবং পরবৎসরের শীতের সময় অনেকগুলি

স্থানে দেখা যায়। পুনরায় গ্রীষ্মের সময় তিরোহিত হয় এবং তৃতীয়বার কলিকাতা সহরে ও উপনগরে অনেক স্থান অধিকার করিতে দেখা যায়। যে সকল নূতন স্থানে রোগটি দেখা যায়, তাহারা প্রায় পুরাতন স্থানের সন্নিকটবর্ত্তী, কিন্তু রোগটি অন্যদিকেও শাখা প্রশাখা বিস্তার করিয়াছিল। সর্ব্বাপেক্ষা বেশী দূরবর্ত্তী স্থান হইতেছে আসামের শীলং, পূর্ব্ববঙ্গের ঢাকা এবং শ্রীহট্টের চাবাগান। ১৮৭৮ সালের নভেম্বর মাসে মরিসস্ দ্বীপে ঐরূপ একটী এপিডেমিকের আবির্ভাব হয় এবং উহা ১৮৭৯ সাল পর্য্যন্ত স্থায়ী হয়। আসামের ও শ্রীহট্টের চাবাগানের কুলিরা এবং মরিসস্ দ্বীপের ঐ ক্ষেত্রের শ্রমজীবিরা কলিকাতার মধ্য দিয়া যাতায়াত করিত। মরিসসের লোকেরা যেখানে জাহাজে উঠিত ঠিক সেই স্থানে রোগটি প্রথমে দেখা যায়।

এই অসাধারণ এপিডেমিকের যখন আবির্ভাব হয় তখন প্রত্যেক পল্লীতে ইহা বিশেষ করিয়া পর্য্যবেক্ষণ করা হইয়াছিল এবং ইহার লক্ষণ সকল পুঙ্খানুপুঙ্খভাবে, ডেভিডসন, ও ব্রায়েন, ক্রম্‌বি প্রভৃতি চিকিৎসকগণ লিপিবদ্ধ করেন। প্রথমে ইহা বেরি-বেরির রূপান্তর বলিয়া পরিগণিত হইয়াছিল। কিন্তু বিশেষ পর্য্যবেক্ষণের ফলে জানা যায় যে, যদিও দুটিতে শোথের লক্ষণ সকল প্রকাশ পায় কিন্তু অন্যান্য বিষয়ে দুয়ের বিশেষ পার্থক্য আছে। আধুনিক গবেষণায় জানা গিয়াছে যে, বেরি-বেরি একটি Peripheral neuritis; কিন্তু কলিকাতায় এবং মরিসসে যে রোগ প্রকাশ পায় তাহার স্নায়বিক লক্ষণ সকল নিম্নস্থানীয় এবং অসাড়তা ও পক্ষাঘাত প্রভৃতি বেরি-বেরির লক্ষণ সকল বর্ত্তমান ছিল না। ঐ সময়ে জানা গিয়াছিল যে, স্থানের ঋতুর সহিত রোগটির কোন সম্পর্ক নাই। কলিকাতায় রোগের আবির্ভাবের সময় হইতে বুঝিতে পারা যায় যে, শীতের সময় রোগটি প্রবল হইয়াছিল এবং শীতকালেই শীলং, ঢাকা এবং শ্রীহট্টে রোগটি দেখা যায়। কিন্তু মরিসসে যখন রোগ দেখা দেয় তখন তাপ বা শৈত্য, বৃষ্টি বা অনাবৃষ্টি, জমির উচ্চতা, বা উর্ব্বরতার সহিত রোগের কোন সংস্রবই লক্ষ্য হয় নাই। এমন কি খাদ্য, পানীয়, বাসস্থান, পরিচ্ছদ, পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতা, স্বচ্ছন্দতা এবং জলবায়ুর সহিত রোগের উৎপত্তি এবং বিস্তারের কোন সম্পর্ক লক্ষ্য হয় নাই।

ইং ১৮৭৬ এবং ১৮৭৭ সালে দক্ষিণ ভারতবর্ষে ভয়ঙ্কর দুর্ভিক্ষ হয় এবং যে সময় কলিকাতায় সংক্রামক শোথ দেখা দেয় সেই সময়ে বাঙ্গালা দেশে খাদ্য দ্রব্যের অভাব হেতু সকল দ্রব্যই মহার্ঘ্য হইয়াছিল। দলে দলে লোকেরা দুর্ভিক্ষপীড়িত স্থান সব হইতে কলিকাতায় আসিয়াছিল এবং তাহাদের মধ্যে জ্বর, বিসূচিকা, বসন্ত ভীষণ মূর্ত্তিতে দেখা দেয়। কিন্তু এই শোথ কেবল মাত্র দুর্ভিক্ষপীড়িত ও রুগ্নদের আক্রমণ করে নাই; যেখানে এদুটি মোটেই ছিল না সেখানেও খুব ছিল। এই এপিডেমিকের প্রারম্ভে কেবল মাত্র ভারতবাসীরা আক্রান্ত হইয়াছিল, তাহাও আবার একটি সম্প্রদায় মধ্যে প্রকাশ পায়; পরে ক্রমে অপরাপর সম্প্রদায় মধ্যে প্রবেশ করে।

কলিকাতায় মুসলমান দর্জিরা এবং মাঝিরা প্রথমে আক্রান্ত হয়; এবং ক্রমে ক্রমে উহাদের গ্রামবাসীরা আক্রান্ত হয়। অল্প সংখ্যক ইউরোপীয়ান এবং আর্ম্মেণী আক্রান্ত হইয়াছিল বটে, কিন্তু কোন ইউরোপীয়ন আক্রান্ত হয় নাই। শিলংএ কেবল মাত্র বাঙ্গালীরা ভোগে। পরে কতকগুলি পাহাড়ী এবং গুরখা আক্রান্ত হয়। ঢাকায় কেবল মাত্র দেশীয়দের মধ্যে রোগটি দেখা দেয়। শ্রীহট্ট পরগণার কুলিদের মধ্যে এবং মরিসসে দেশীয় শ্রমজীবিদের মধ্যে স্ত্রীলোক অপেক্ষা পুরুষ বেশীমাত্রায় আক্রান্ত হয়।

অনেকের সে সময় বিশ্বাস হয় যে, মাদ্রাজের দুর্ভিক্ষ্য পীড়িত স্থান হইতে রোগটি আমদানী হয়। ডাক্তার বামলাল রায় দুর্ভিক্ষ্যপীড়িত দেশে প্রায় ৫০০ শত রোগী দেখিয়াছিলেন। তিনি এ রোগটি বেরি বেরি বলিয়া চিকিৎসা করেন। পরে তিনি কলিকাতায় ফিরিয়া আসিলে কলিকাতার রোগ এবং মাদ্রাজের রোগ যে এক ইহা তিনি স্বীকার করেন। কলিকাতা যে রোগটির কেন্দ্রস্থান হইয়াছিল সে বিষয়ে কোন ভুল নাই। কারণ কলিকাতা হইতে ঢাকা, শ্রীহট্ট, শিলং, এবং মরিসসে রোগটি নীত হয়। রোগটি মানুষের দ্বারা এক স্থান হইতে অপর স্থানে নীত হইত। বলিষ্ঠ ও সুস্থকায় এবং পাণ্ডুবর্ণ ব্যক্তিরা সকলে সমভাবে আক্রান্ত হয়। ডাঃ কেলি, ডাঃ ওব্রায়েন, ডাঃ হার্ভি, ডাঃ রামময় রায় প্রভৃতি চিকিৎসকেরা সকলেই ঐ বিষয়ের পোষকতা করেন।

ডাঃ লাওয়েল যদিও স্বীকার করেন যে, মরীসসে ভারতবাসীর খাদ্য দ্রব্যের মধ্যে পুষ্টিকর পদার্থ কিছুই ছিল না এবং সেই কারণে রক্তাল্পতা তাহাদের মধ্যে বেশীমাত্রায় বর্ত্তমান ছিল; কিন্তু এই জন্যই যে সংক্রামক শোথের আবির্ভাব হয় সে বিষয় তিনি স্বীকার করেন না।

ইং ১৮৯৪ সালে যে এপিডেমিক হয় সে বিষয়ে ডাঃ কেনেথ ম্যাকলিয়ড বলেন—ইং ১৮৭৭ সালে কলিকাতায় যে এপিডেমিক হয় তাহার উৎপত্তি কিরূপে হয় তাহা জানা যায় নাই। কিন্তু ইহা স্থির যে, রোগটি স্পর্শাক্রমক। তবে রক্তে লিউকোসাইটের বৃদ্ধি ও গ্রানুলার পদার্থের উপস্থিতি হইতে বুঝা যায় যে, রক্ত নির্ম্মাণকারী গ্রন্থি সকলের উগ্রতা বর্ত্তমান থাকে।

ডাঃ হার্ভি মাদ্রাজের দুর্ভিক্ষ পীড়িত স্থান সকলে সরকারি কার্য্যে ব্যাপৃত ছিলেন এবং তিনি বেরার, কাডাপা, মধ্যভারত, রাজপুতানা প্রভৃতি স্থানে বিস্তর রোগী দেখিয়াছিলেন। তিনি বলেন কলিকাতার শোথ এবং ঐ সকল স্থানের শোথ একই এবং তিনি নিম্নলিখিত মন্তব্য প্রকাশ করেন—the one (the beri-beri of Marshall and Hamilton) is exceedingly chronic and the swelled feet are at the end of a long train of symptoms; the other (the Calcutta disease) is at first essentially acute and the swelling is often the earliest symptom অর্থাৎ মার্শেল ও হামিলটন সাহেবের বেরি-বেরি একটি পুরাতন রোগ

এবং পা ফোলা অনেকগুলি লক্ষণের শেষে প্রকাশ পাইত! কিন্তু কলিকাতার রোগটি তরুণ এবং শোথ প্রায়ই তাহার প্রথম লক্ষণ।

ডাঃ চেভার্ণ রোগটীকে বেরি-বেরি জ্বর বলেন।

ডাঃ জোষেফ ফেরার কলিকাতার এবং শিলংএর এপিডেমিক লইয়া বিস্তর আলোচনা করেন এবং বেরি বেরি সম্বন্ধে নূতন ও পুরাতন তত্ত্ব সকল সংগ্রহ করেন। তাঁহার মতে কলিকাতার এপিডেমিক বেরি বেরি। ইহা বাঙ্গালার স্থানে স্থানে আবির্ভাব হইয়া পরে এপিডেমিক ভাবে দেখা দেয় এবং সেই-জন্য লক্ষণের বৈচিত্র হইয়াছিল।

সার উইলিয়ম মুর—ইঁহার বেরি বেরিতে বিচক্ষণতা খুব ছিল—কলিকাতা ও মরিসসের এপিডেমিকের বিষয় পাঠ করিয়া বলেন যে, রোগটী নিশ্চয়ই বেরি বেরি এবং ইহা স্কার্ভি রোগের রূপান্তর মাত্র।

(ক্রমশঃ)

ভারতবর্ষীয় চিকিৎসা-সম্মিলনীর বিবরণী।

(২)

(৯) মহামারীর সংক্রমণীয়তা।

(মেজর জি, ল্যাম্ব)।—মানুষের যে প্লেগ হয় তাহা একমাত্র মুষিককুল হইতেই প্রাপ্ত। মুষিক হইতে মুষিকান্তরে এবং মুষিক হইতে মানব দেহে মুষিকের গাত্রস্থ মক্ষিকা (Rat-flea) দ্বারাই প্লেগজীবাণু বাহিত হয়। মানব শরীরস্থ প্লেগজীবাণু সংক্রামক নহে। অর্থাৎ যে ব্যক্তির প্লেগ হইয়াছে তাহাকে স্পর্শ করিতে ব্যত্যয় নাই। অস্বাস্থ্যকর বা অপরি-চ্ছন্ন অবস্থায় বাস করিলেই যে প্লেগাক্রমণ করিবার ভয়, তাহার কারণ আর কিছুই নহে, ঐ সকল স্থানে মুষিকের বাস করিবার সুযোগ বেশী, এই মাত্র। এক স্থান হইতে স্থানান্তরে বা দেশ হইতে দেশান্তরে প্লেগ মানব কর্ত্তৃকই বাহিত হয়; আগন্তুক ব্যক্তির কাপড় চোপড় বা তল্পিতল্পার সঙ্গে মুষিক গাত্রস্থ মক্ষিকা এক দেশ হইতে দেশান্তরে চালিত হইয়া তথায় প্লেগের উৎপত্তি করে। অতএব প্লেগ বিস্তারে মক্ষিকা প্রত্যক্ষ ও মানব পরোক্ষ কারণ বটে।

(১০) প্লেগ প্রতিষেধ।

কাপ্তেন ডব্লু, জি, লিষ্টন্।

প্রচুর পরিমাণে খাদ্য, নিরুপদ্রব-আশ্রয় ও শত্রুর অভাব, এমন অবস্থা পাইলে মুষিক কেনই বা গৃহে আশ্রয় লইবে না? এই সকল কথা ভারতবর্ষের প্রত্যেক গৃহস্থেরই স্মরণ রাখা কর্ত্তব্য। এক্ষণে কর্ত্তব্য কি? কর্ত্তব্য, প্রথমতঃ, মুষিককুলকে ধ্বংস করা। আমার মতে প্রত্যেক গ্রামের লোক পিছু শতকরা দুইটী ইন্দুর ধরিবার কল থাকা উচিত; ঐ সকল কল রীতিমত ব্যবস্থানুযায়ী-রূপে ব্যবহৃত হওয়া কর্ত্তব্য; যে বাটীতে যে তারিখে যতগুলি ইন্দুর মারা গেল তাহা যথারীতি লিপিবদ্ধ করা প্রয়োজন; গ্রামে

প্রত্যেকের, একযোগে, অথবা এক প্রান্ত হইতে আরম্ভ করিয়া প্রান্তান্তরে মুষিক ধ্বংসের ব্যবস্থা হওয়া উচিত। ইতস্ততঃ স্বেচ্ছানুযায়ীক বা তাচ্ছিল্য ভাবে ঐ কার্য্য হইলে অবশেষে কার্য্যেরই উপরে দোষারোপিত হইবে। আইনানুসারে মুষিক-সঙ্কুল গৃহ বা প্রাঙ্গনকে "জঞ্জালাকীর্ণ স্থান" (Nuisance) বলিয়া ঘোষিত করিবার ক্ষমতা প্রত্যেক স্বাস্থ্যরক্ষকের থাকা উচিত, তাহা হইলে কোনও গৃহস্থ আর সহজে, অন্ততঃ স্বেচ্ছায়, মুষিককুলকে গৃহে পালিত করিবে না। একটী কথা অতি স্পষ্টভাবেই বলিয়া রাখি যে রীতিমত সম্বদ্ধ উপায়ে এই কার্য্যে ব্রতী হওয়া একান্তই আবশ্যক। আমাদের দ্বিতীয় কর্ত্তব্য লোকজনের তল্পিতল্পা সকলকে dis-infect করা। মুষিক মাত্রেই যে প্লেগপীড়িত বা প্লেগজীবাণুদ্বারা আক্রান্ত, তাহা নহে। তবে মুষিকই যে একমাত্র প্লেগজীবাণুবাহক তদ্বিষয়ে কাহারো সন্দেহ নাই। প্লেগে ইন্দুর মরিয়া গেলে, ইন্দুর গাত্রসংলগ্ন মক্ষিকাগুলি, আর তাহার গাত্রে সংলগ্ন থাকিতে পায় না : তাহারা ইতস্ততঃ বিচরণ করিয়া মনুষ্যদেহকেই তখন আশ্রয় করে এবং মনুষ্যের বস্ত্রাদিতে সংলগ্ন হইয়া থাকে। এই কারণেই লোক জনের বস্ত্রাদি বাষ্প বিধুমিত করিয়া দেওয়া উচিত। শুধু তাহাই নহে ; প্লেগসংক্রামিত স্থান হইতে মুষিক গাত্রসংলগ্ন মক্ষিকাগুলি মানবকর্ত্তৃক সুস্থদেশে আনিত হইলে, তাহারা অচিরাৎ মানবদেহ ত্যাগ করিয়া সুস্থ মুষিকের দেহ আশ্রয় করে। এইরূপে গ্রাম হইতে গ্রামান্তর প্লেগ কর্ত্তৃক আক্রান্ত হইতে থাকে। জলপথে যাত্রীদের তল্পিতল্পা রীতিমত শুদ্ধ (Disinfect) করিয়া লওয়া হয় ও quarantine এর ব্যবস্থা আছে বলিয়া জলপথে প্লেগ তত বেশী বাহিত হয় না ; কিন্তু স্থলে ঐ সকল প্রতিষেধক বিধির প্রতি লোকের তাদৃশ মনযোগ নাই বিধায়ে আমাদের এত দুর্গতি।

(১১) প্লেগের পুনরাক্রমণ।

(মেজর ব্রাউনিং স্মিথ)।—এ যাবৎ যত তালিকা বা বিবরণী প্রকাশ হইয়াছে তদ্দৃষ্টে এই কয়েকটী কথা প্রতীয়মান হয়। (ক) পঞ্জাব প্রদেশের স্থানে স্থানে সম্বৎসরই প্লেগ পাওয়া যায়। যখন সমগ্র পঞ্জাবে প্লেগ তিরোহিত হয়, তখনও এই সকল স্থানে প্লেগ অল্পাধিক পরিমাণে থাকে। এবং পর বৎসরের প্লেগ মহামারি পূর্ব্ব বৎসরের মহামারীর সহিত এই শৃঙ্খলসূত্রে গ্রথিত হইয়া থাকে। (খ) গ্রীষ্ম-কালে যখন সাধারণ ভাবে প্লেগের প্রকোপ কমিয়া যায়,তখনো দুই একটা লোককে প্লেগে আক্রান্ত হইতে দেখা যায়, বিশেষতঃ মুষিক কুলে ত হয়ই। (ক) ও (খ) ধারার বর্ণিত কারণ কিন্তু রীতিমত প্রকোপ উৎপাদন করে না। একটী পূর্ণ বৎসর চুপ করিয়া থাকিয়াও প্লেগ আকস্মিকরূপে ও তীব্রভাবে পুনঃ প্রকাশিত হইতে পারে।

এই সকল দেখিয়া মনে হয় যে কি নিয়মের অধীনে যে প্লেগ প্রকাশিত হয় তাহা স্থির করা অসম্ভব না হইলেও বড়ই জটিল ও দুরূহ ব্যাপার। আমার মতে কিন্তু ঐ বিশৃঙ্খলার মধ্যেও শৃঙ্খলা আছে বলিয়া বোধ হয়, এই জন্য আমি নিম্ন বর্ণিত বিধিগুলি লিপিবদ্ধ করিলাম। (ক) যেদেশে প্লেগ প্রকোপ অসম্পূর্ণ ভাবে পূর্ব্ব বৎসরে হইয়া

গিয়াছে, সেই দেশে তৎপরবর্ত্তী বৎসরের প্লেগ প্রকোপ দারুণ ভাবেই হয়; যে দেশে দারুণ গ্রীষ্মবশতঃ সমস্ত মুষিককুল প্লেগ সংক্রামিত না হয় সেই দেশেই প্লেগ পরবর্ত্তী বর্ষে বেশী হয়। (খ) এক বৎসরে প্লেগের অসম্পূর্ণ প্রকোপ হইলেই যে পরবর্ত্তী বৎসরে প্রকোপ বেশী হইবে, এমন কথা নাই, কারণ হয় ত যে বৎসরে প্লেগ সামান্য হইল, তাহার কারণ সেই প্লেগ মরসুমের শেষ ভাগে কোনও ব্যক্তি বা ইন্দুর কর্ত্তৃক সেই প্লেগ নূতন করিয়া আনা হইল। সেই নবাগত বিষ কিছুকাল নিরুপদ্রব থাকিয়া পরে সামান্যাকারে দেখা দিতে পারে। যে বৎসরে প্লেগ প্রকোপ খুব বেশী হয় তৎপরবর্ত্তী বৎসরে প্লেগ সাধারণতঃ একটু দেরীতেই দেখা দেয়। ইহার কারণ, অনুমান করা যায়, আর কিছুই নহে, সুধু মুষিক কুলের স্বাস্থ্য ও সংখ্যার বৃদ্ধি সাধন না হইলে প্লেগ কাহার দ্বারা প্রচারিত হইবে? এবং সংখ্যায় ও স্বাস্থ্যে বৃদ্ধি হইতে সময় লাগে। (ঘ) যে বৎসরে মুষিক কুল অল্প সংখ্যায় আক্রান্ত হয় তৎপরবর্ত্তী বৎসরে প্লেগ প্রকোপ তদনুপাতে বেশী হয়। (ঙ) অতএব কোনও বৎসরে প্লেগ কম হইলে, তৎপরবর্ত্তী বৎসরে প্লেগ অতি সকালে এবং অতি তীব্র ভাবেই দেখা দেয়। (চ) যে স্থানটী যত অস্বাস্থ্যকর সেই স্থানটী ততই বেশী প্লেগ সংক্রামিত হইবে, কারণ তথায় ততই বেশী সংখ্যায় ইন্দুর ও তৎগাত্র সংলগ্ন মক্ষিকা থাকিতে পারে। (ছ) আমার মতে, যে বৎসরে মানুষের প্লেগ কম হয় সেই বৎসরে ইন্দুরের প্লেগও কম হয়।

(১২) **জাহাজে প্লেগ নিবারণ।** ডাঃ জি, জে, ব্লাকমোর। ইহার মতে রীতিমত শিক্ষিত লোকের দ্বারা ইন্দুর কুলকে ধ্বংস করা উচিত এবং প্রত্যেক বন্দরে ঐরূপ লোক নিযুক্ত রাখা কর্ত্তব্য। কলের সাহায্যে অথবা বিড়াল, কুক্কুর প্রভৃতির সাহায্যে বা বিষাক্ত খাদ্যের দ্বারা বা বিষাক্ত ধূমদ্বারা তাহাদের ধ্বংস করা উচিত।

(১৩) **"প্লেগ সেপ্টিসিমিয়া।"**— ডাঃ এন্ এইচ্ চোক্সী। প্লেগরোগীর সেপ্টিসিমিয়া হইয়াছে কিনা তাহা অভ্রান্তরূপে বলা বড়ই কঠিন; নাড়ী যদি সূত্রবৎ, অতীব নমনীয় অথবা বোধাতীত হয়, এবং তৎসঙ্গে যদি কামলা (jaundice), মুখমণ্ডলের ত্বরিত ক্ষয়, এবং স্নায়বিক দৌর্ব্বল্য থাকে তবেই আন্দাজ করা যাইতে পারে যে রোগীর সেপ্টিসিমিয়া হইয়াছে, ঐরূপ হইলে মাত্র শতকরা তিন কি চার জন বাঁচে; এই সেপ্টিসিমিয়া প্রবল হইলে বাঁচান অসম্ভব। সামান্য হইলে, এণ্টি-প্লেগ সিরাম অধস্ত্বাচিক প্রয়োগে রোগী আরোগ্য লাভ করিতে পারে। যে সকল রোগী সপ্তাহকাল প্রবল সেপ্টিসিমিয়া ভোগ করে, তাহাদের ক্রমশঃ এক প্রকার ক্ষয়ের অবস্থা (marasmus) দাঁড়ায়; তাহার ফলে, প্রায়ই তাহারা স্বল্পায়ু হয়।

(১৪) **এণ্টি প্লেগ টীকা।** মেজর আর এইচ্ ষ্টাণ্ডেজ। বাঙ্গালোরে কি কি উপায়ে প্রায় সমগ্র দেশবাসীগণকে টীকা দেওয়া হয় তাহা বর্ণনা করিয়া, ডাক্তার সাহেবের ধারণা যে তাহার জন্য প্লেগ বিশেষ রূপে তথায় কমিয়াছে।

(১৫) প্লেগ ও বিড়াল। কর্ণেল ঐ, বুকানন। সকলেরই নির্ণয় করা উচিত প্লেগ ও বিড়াল একত্রে বহুল সংখ্যায় থাকিতে পারে কি না? বিড়াল ইন্দুরের শত্রু; ইন্দুর প্লেগের বাহক। মুসলমানেরা বিড়াল পোষে; হিন্দুরা বিড়াল পোষে; অথচ ইহাদের মধ্যে এত প্লেগ কেন? কাহারো অনুসন্ধান করা উচিত যে (ক) বিড়াল দ্বারা কখনো প্লেগের প্রতিষেধ হয় কি না? (খ) স্থানের স্থানের বিড়ালের ও প্লেগের সংখ্যা নির্নীত করিয়া উভয়ের মধ্যে কোনও সম্বন্ধ আছে কি না? যদি থাকে তবে কি অনুপাতে? যদি সম্বন্ধ স্থাপিত হয় তবে সহজেই বিড়াল পোষা যাইতে পারে।

(১৬) বোম্বাইসহরের পুনঃপৌনিক জ্বর। ডাঃ চোক্‌সী। ইয়ুরোপীয়দিগের ও ভারতবর্ষীয়দের মধ্যে এই জ্বরের কি কি সাদৃশ্য বা প্রভেদ আছে তাহা নিম্ন কোষ্টকে দেওয়া গেল:—

লক্ষণাবলী।	য়ুরোপীয়।	ভারতবর্ষীয়।
ইনকুবেসন কাল	৫।৭ দিন	৭ দিন
প্রথম আক্রমণের স্থিতিকাল	৫-৬	৫-৭দিন
জ্বরশূন্যাবস্থার কাল	৭-১০	৫-১৩
পুনরাক্রমণ থাকে না	?	শতকরা ৫০ জন
সংখ্যা	১-২	৪০ মধ্যে ১ জন
স্ফীতি ও ঘর্ম্ম বোধ	থাকে	থাকে
হাতে পায়ে ব্যথা	ঐ	ঐ
টকসিমিয়া	থাকে	থাকে
ক্রাইসিসের পর নাড়ীর মান্দ্য	ঐ	থাকেই
জিহ্বা	বৃহৎও ভিজা	বৃহৎও ভিজা
ক্ষুধাবোধ	সামান্য	সামান্য
কামলা	ঐ	শতকরা ৮০ জনের
মুখবিবর্ত্তন	সাধারণ	ঐ
উদরাময়	ক্ষণিক	শতকরা ১২ জনের
পেটফাপা	খারাপ রোগীতে প্রবল ভাবে	খারাপ রোগীতেই থাকে
হিক্কা	থাকে	বড়ই কষ্টকর
পাকযন্ত্রহইতে রক্তস্রাব	বিরল	সাধারণ
যকৃত	বিবৃদ্ধ	বিবৃদ্ধ ও ব্যথাযুক্ত
প্লীহা	ঐ	ঐ
কর্ণমূলফোলা	বিরল	শতকরা ১০ জনের
প্রস্রাব	রক্তাভ, সামান্য পরিমাণে রক্তাভ পাওয়া যায়।	
রক্তপ্রস্রাব	?	ঐ
নাসিকা হইতে রক্তস্রাব	বিরল	শতকরা ১০ জন
ফুসফুসের পীড়া	ঐ	পাওয়া যায়।
অতীব বিকার	ঐ	বিরল
চক্ষুর পীড়া	ঐ	ঐ
গর্ভপাত	ঐ	সাধারণ
মৃত্যুসংখ্যা	শতকরা ৫	শতকরা ৩০।৪০

(১৭) চক্ষের ছানির উপর অস্ত্রোপচার। চক্ষের ছানির সম্বন্ধে দুই চারিটী প্রবন্ধ পঠিত হইয়াছিল; সেইগুলির ব্যক্তিগত শ্রেণী বিভাগ না করিয়া, বিষয়গত বিভাগ করিয়া দিলাম।

(ক) সকোষ ছানি উচ্ছেদ। (Intra capsular extraction of lens) পঞ্জাব প্রদেশস্থ জলন্ধর বিভাগের সিভিল সার্জ্জন মেজর হেনরি স্মিথ সাহেব এই অস্ত্রোপচারের অধুনাতন প্রবর্ত্তক। তিনি যেরূপ দক্ষতার সহিত এই অস্ত্রোপচার সম্পাদন করিয়া থাকেন, সেরূপ দক্ষতার সহিত অপর কেহই ইহা সম্পাদন করিতে না পারায় চিকিৎসা পত্রিকায় উক্ত অস্ত্রোপচার সম্বন্ধে নানারূপ বিরুদ্ধমত প্রকটিত হইয়াছে। সেই সকল প্রবন্ধের প্রতি কটাক্ষ করিয়া মেজর স্মিথের ছাত্র কাপ্তেন ম্যাক্‌কেচনী প্রমুখ কয়েক জন উক্ত অস্ত্রোপচারের সুখ্যাতি সূচক প্রবন্ধ পাঠ করেন। প্রবন্ধ পাঠে বোধ হয় যে "নাচিতে না জানিলেই উঠানের দোষ" ইত্যাকার কারণই কলঙ্ক রটনাকারীদের দোষ। কাপ্তেন ম্যাক্‌কেচনী বলেন যে "জলন্ধর স্মিথের" ন্যায় ধীর, ক্ষিপ্রহস্ত, অব্যর্থলক্ষ ব্যক্তি ব্যতীত অপর কাহারো দ্বারা এমন দুরূহ অস্ত্রোপচার এত সুচারুরূপে সম্পন্ন হইতে পারে না। তিনি স্বয়ং কিয়ৎকাল "জলন্ধর স্মিথের" নিকটে শিক্ষা-নবীশ থাকিয়া বিশেষরূপে উপলব্ধি করিয়াছেন যে, যে ঐ অস্ত্রোপচারের ন্যায় সর্ব্বাঙ্গসুন্দর বিশুদ্ধ দুরূহ আর কোনও প্রকার ছানি উচ্ছেদের অস্ত্রোপচার হইতে পারে না; যে যে ব্যক্তি ঐ অস্ত্রোপচারের দোষ দিয়া থাকেন তিনি স্বয়ংই দোষী; ঐ অস্ত্রোপচার করিতে হইলে স্বয়ং এবং সহায়তাকারী উভয়কেই সুদক্ষ হওয়া বাঞ্ছনীয়। ঐ অস্ত্রোপচার কালীন চক্ষুর উপরের পল্লবটীকে স্থিরভাবে টানিয়া রাখা অতীব সূক্ষ্ম হিসাব ও ধৈর্য্যের কাজ; কোষের বিদারণ বা ভিট্রিয়াসের নিষ্কাশন নিতান্ত অপক্ক সার্জ্জনের দোষ। এই একই বিষয়ে ধুরন্ধর কাপ্তেন এইচ্ গিড্‌নী কয়েকটী অতীব আবশ্যকীয় কথার অবতারণা করিয়া বলিয়াছেন যে—

(খ) ভিট্রিয়াস নিষ্কাশণ—বিশেষ তেমন একটা ভয়ের কারণ নহে। যে যে কারণে ভিট্রিয়াস নিষ্কাশণ হয় তাহা এই :—রোগী যদি বড় চঞ্চল হয় বা কুন্থন দেয়; অস্ত্রাঘাতের পরিমাণ যদি বেশী হয় এবং স্ক্লেরটিক আবরণের বড় নিকটবর্ত্তী হয়; সার্জ্জন যদি ক্ষিপ্রহস্ত বা স্থির এবং অব্যর্থ সন্ধানযুক্ত না হয়েন; যদি রোগীর নির্ব্বাচন উপযুক্ত ভাবে না হয়; চিকিৎসক যদি অক্ষিগোলকের উপরে অযথা বলপ্রয়োগ করেন বা অনর্থক তাড়াতাড়ি করেন; স্পেকুলাম যদি সম্যকরূপে ব্যবহৃত না হয়;—এই সকল অবস্থানিচয়ে ভিট্রিয়াস বাহির হইয়া পড়ে।

(গ) অস্ত্রোপচারের পরবর্ত্তী ব্যবস্থা—সম্বন্ধে অ্যাসিষ্ট্যাণ্ট সার্জ্জন কেদার নাথ ভাণ্ডারির মতামত এই :—রোগীকে ২৪ ঘণ্টাকাল চিত্‌ভাবে অন্ধকার ঘরে শায়িত রাখা উচিত। তাহার পরে তিনদিন তিনি পার্শ্ব পরিবর্ত্তন করিতে পারেন। চতুর্থ দিবসের পরে তাঁহাকে উঠিয়া বসিতে দেওয়া যাইতে পারে। অস্ত্রোপচারের ৬।৮ ঘণ্টা

পরে তবে তাঁহাকে আহার্য্য দেওয়া যাইতে পারে—সে আহার্য্য দুধ—ভাত; অনেকক্ষণ উপবাসের পরে তরল আহার্য্য দিলে, বমনোদ্রেক হইবার সম্ভাবনা, বমনের ফলে, কোরইড্ বিচ্যুত হইয়া পড়িতে পারে। তাম্রকূট ও অহিফেণ সেবীকে উভয়ই খাদ্যের পরে দেওয়া যাইতে পারে। কোষ্ঠ শুদ্ধির দিকে দৃষ্টি থাকা বাঞ্ছনীয়, এবং আবশ্যক বোধে আধ আউন্স গ্লিসিরিণ গুহ্যদ্বার পথে দিলে সুশৃঙ্খলায় কোষ্ঠশুদ্ধি হইতে পারে। কোষ্ঠকাঠিন্য হইলেই চক্ষের অপকার হইতে পারে এই মনে রাখিয়া ব্লুপিল ৫ গ্রেণ বা একটা সিড্লিজ পাউডার সেবন করাইতে দ্বিধা করিতে নাই।

(১৭) সকোষ ছানি-উচ্ছেদ—অস্ত্রোপচারের বিশেষত্ব এই গুলি (কাপ্তেন আই, সি, এস, অক্লি):—এই অস্ত্রোপচারটী অতীব নিরাপদ; ইহাতে ছানির অংশ (cortex) থাকিয়া যাইবার ও তদ্ধেতু আইরিস—প্রদাহ উপস্থিত হইবার আশঙ্কা আদৌ নাই; ইহাতে "incarceration of *capsule*" অর্থাৎ কোষ—অবরোধ নামক বিপদের সম্ভাবনা নাই; ইহাতে astigmatism ও ক্ষতের দূষিত হইবার কথা কম, ইহাতে পরে রেটিনার বিচ্যুতি হইবার ভয় নাই; এবং ইহাতে অন্যান্য ছানি—উচ্ছেদ অস্ত্রোপচারের অপেক্ষা চক্ষের দৃষ্টি অধিকতর স্পষ্ট ও প্রখর হয়। রোগীকে প্রায়ই ষষ্ঠ দিবসে হাঁসপাতাল হইতে বিদায় দেওয়া যাইতে পারে।

(১৮) পেরিনিয়াম পথে পাথরী-চিকিৎসা (Perineal Litholapaxy). সার্জ্জন জেনারেল এইচ্ উবলু ষ্টিভেনসন্—প্রধানতঃ দুই অবস্থাতেই এই অস্ত্রোপচারের উপকারিতা উপলব্ধি করা যাইতে পারে: মূত্র-মার্গের সংকোচযুক্ত বয়ঃপ্রাপ্ত রোগীর মূত্রথালিতে যদি পাথরী হয়, এবং শিশুদিগের মূত্রথালিতে পাথরী থাকিলে, এই প্রকারের অস্ত্রোপচারই বাঞ্ছনীয়। যেহেতু কোনও কোনও অবস্থায় বয়ঃক্রমের ন্যূনতা বশতঃ মূত্রমার্গ অতীব ছোট এবং সঙ্কীর্ণ হইতে পারে; অথবা রোগী প্রাপ্তবয়স্ক হইলেও তাহার মূত্রনলীর সংকোচ থাকিবার যথেষ্ট কারণ থাকিতে পারে, অথবা রোগীর বয়স ও তাহার মূত্রমার্গের অবস্থা নির্ব্বিশেষে, তাহার মূত্রথালিস্থ প্রস্তর এত বড় বা এত কঠিন হইতে পারে যে সহজে কোনও যন্ত্রের সাহায্যে তাহাকে চূর্ণ করা অসম্ভব হইতে পারে, এই সকল অবস্থায় এই অস্ত্রোপচারটী অতীব প্রয়োজনীয়। তাহার অন্য কারণও বর্ত্তমান আছে। যে কোনও অস্ত্রোপচার করা যাউক না কেন, সেই অস্ত্রাঘাত জনিত সক্ ও অস্ত্রোপচারের পরবর্ত্তী চিকিৎসা এতদুভয় বিবেচনা করিয়া আমাদের চলা উচিত। লেটারাল্ লিথটমী বালকদের পক্ষে বেশ নিরাপদ; সুপ্রাপিউবিক লিথটমী ও সুন্দর ব্যবস্থা কিন্তু পেরিনিয়মের পথে পাথরটীকে চূর্ণ করা তদপেক্ষা নিরাপদ ও সুখকর, যেহেতু ইহার জন্য বিদার সামান্যই করিতে হয়; এবং সেই বিদারণ সহজে আরোগ্য হয়।

ঐ অস্ত্রোপচারের সময়ে কি কি কর্ত্তব্য?

(ক) রোগীর সম্পূর্ণরূপে চৈতন্যাপহরণ করা আবশ্যক. কারণ রোগী কুন্থন দিলে অস্ত্রোপ-

চাবের বিষম বিঘ্ন ঘটে। (খ) ঠিক্ যতটুকু আবশ্যক তদপেক্ষা বিদার করা অযৌক্তিক। (গ) প্রস্তর খণ্ডকে চূর্ণ করিবার পূর্ব্বেই মূত্রমার্গের সংকোচটী নষ্ট করিবার অভিপ্রায়ে সন্তর্পণে এবং ক্রমিক ভাবে তাহাকে প্রসারিত করিবার চেষ্টা করা উচিত—এবং যন্ত্রটী সহজে মূত্রমার্গে পরিচালিত হইতে পারে এরূপ প্রসারণ আবশ্যক। (ঘ) একবার মূত্রমার্গের সন্ধান পাইয়া কদাচ তাহাকে হারাইবে না, তাহার মধ্যে যন্ত্রটী (lithotrite) বা অন্ততঃ একটী শলাকা দিয়া রাখিবে, যে হেতু একবার উহা লক্ষভ্রষ্ট হইলে সহজে আর উহাকে অনুসন্ধান করা যায় না, এবং অনুসন্ধান করিবার আশায় বৃথায় খোঁচা খুঁচি করা ভুল কারণ ঐ রূপ অন্ধকারে খোচা দিলে মূত্র নালির চতুষ্পার্শস্থ সেলুলার তন্তু ছিন্ন হইয়া বিষম বিপদ আনয়ন করিতে পারে। অতএব যদি সহজে মূত্র মার্গকে না পুনঃ প্রাপ্ত হওয়া যায় তবে সে দিনকার মত অস্ত্রাঘাত বন্ধ করিয়া সেই স্থানটীকে সহজে সারিতে দিয়া ভবিষ্যতে স্থানান্তরে পুনরায় অস্ত্রাঘাত করাই সমীচিন। (ঙ) মূত্রথালি খালি থাকিলে তাহাকে জল পূর্ণ করিয়া তবে প্রস্তর খণ্ডকে চূর্ণ করিতে হয় নতুবা মূত্রথালির গাত্র পেষিত হইয়া যাইতে পারে এবং যন্ত্রটীর ও মুখ বন্ধ হইয়া যাইতে পারে। (চ) যন্ত্রটীকে মূত্র-থালির মধ্যে প্রবিষ্ট করাইয়া প্রস্তর খণ্ডটীকে চূর্ণীকৃত করিয়া এবং সেই সকল চূর্ণীকৃত খণ্ড গুলিকে বহিষ্কৃত করিয়া যদি দেখা যায় যে দুই একটী টুকরা ভিতরে রহিয়া গিয়াছে তবে *সাধারণ ড্রেসিং ফর্সেপ্স* যন্ত্রের সাহায্যেই তাহাদের বাহির করা যাইতে পারে। (ছ) ছোট বালকদের মূত্রথালি স্বল্পায়ত এবং তাহাদের গাত্র কতক পরিমাণে পাতলা; এই জন্য সাধারণ Evacuator ব্যবহার করার বিপদের আশঙ্কা থাকায় একটা সাধারণ চার আউন্স পিচকারী ব্যবহার করাই যুক্তিসিদ্ধ। (জ) সহজে মূত্র মার্গে প্রবিষ্ট হয় এরূপ যন্ত্র ব্যবহার করা শ্রেয়ঃ, কারণ কোনও মতে বল প্রয়োগ করিয়া প্রবিষ্ট করা ভ্রমাত্মক কার্য্য। (ঝ) কোনও কোনও মূত্র থালিতে বেশী জল ধরে না; এরূপ রোগীকে রীতিমত ক্লোরোফরম দ্বারা অজ্ঞান করিয়া রাখিলে তবে যথা আবশ্যক জল মূত্রথালিতে প্রবিষ্ট করান যাইতে পারে। (ঞ) কিয়ৎকাল যন্ত্রটী (lithotrite) ব্যবহার করিবার পরে যদি দেখা যায় যে তাহা সহজে নড়িতেছে না তবে বুঝিতে হইবে যে তাহার কারণ হয়—উক্ত মূত্রমার্গের শৈবিক রক্তাধিক্য নতুবা উক্ত-মার্গের বিশুষ্ক অবস্থা নতুবা খণ্ডীকৃত প্রস্তর ঐ যন্ত্রের মধ্যে আটকাইয়া গিয়াছে। এইরূপ কোনও কারণ বর্ত্তমান থাকিলে অপেক্ষাকৃত ক্ষুদ্রায়ত যন্ত্র ব্যবহার বা যে যন্ত্রটী ব্যবহৃত হইতেছে তাহার গাত্রে আরো তৈল বা সাবান লাগাইলে সব গোল মিটিয়া যায়। (ট) এই এই কারণ বর্ত্তমান থাকিলে এই অস্ত্রোপচারের পরে রক্তস্রাব হইতে পারে:—যদি মূত্রথালি উত্তেজিত বা প্রদাহযুক্ত অবস্থায় থাকে, যদি প্রষ্টেট গ্রন্থি বিবৃদ্ধি অবস্থায় থাকে, যদি meatus ক্ষুদ্র থাকে অথবা তাহাকে কর্ত্তিত করিয়া লওয়া হয়; যদি যন্ত্রের মুখে (eye of the lithotrite তীক্ষ্ণ গাত্র প্রস্তর খণ্ড বাধিয়া থাকে। যদি মূত্রথালি উত্তেজিত থাকে, তবে ক্লোরোফরম বেশী

করিয়া দিতে হয়; যদি প্রষ্টেট বিবর্দ্ধিত থাকে তবে অতি সন্তর্পণে অস্ত্রোপচার করা উচিত। অথবা supra-pubic পথে ডাঃ ফেযারের প্রষ্টেট উচ্ছেদ অস্ত্রোপচারের সঙ্গে প্রস্তর নিষ্কাশনও চলিতে পারে। (ঠ) যদি প্রস্তর খণ্ডটী এত বড় হয় যে, যন্ত্রদ্বারা তাহাকে ধরা অসম্ভব তবে তাহার গাত্রে "খুবলাইযা" (মৎস্য যেমন করিয়া দংশন করে) তাহাকে আংশিক ভাবে খণ্ডীকৃত করা যাইতে পারে) এবং ক্রমশঃ প্রত্যেক খণ্ডকে চূর্ণীকৃত করা অনাযাসে সম্ভব হইতে পারে। (ড) যদি প্রস্তর খণ্ড অতীব কঠিন হয় তবে পেরিনিয়াম পথে তাহাকে চূর্ণীকৃত করাই বাঞ্ছনীয়। (ঢ) যদি পাথরীর সহিত মূত্রনলীর সঙ্কোচ থাকে, তবে পূর্ব্বাহ্নে সঙ্কোচটীকে প্রসারিত করিয়া বা তাহার উপরে অস্ত্রাঘাত করিয়া হয় মূত্রমার্গের সাহায্য নতুবা পেরিনিয়াম পথে প্রস্তরটীকে নিষ্কাশিত করা যাইতে পারে। (ণ) মূত্রথালি থাকিতে পারে এবং তাহার মধ্যে প্রস্তর থাকিতে পারে, এ কথা আমি বিশ্বাস করি না।

ক্রমশঃ

শ্রীরমেশচন্দ্র রায়।

মহামহোপাধ্যায় কবিরাজ দ্বারকানাথ সেন।

(নব্যভারত)

জন্ম—১৭ই ভাদ্র, ১২৫০ সাল, শকাব্দা ১৭৬৫, শুক্রবার, শুক্লপক্ষ, রাত্রি অনুমান ১২ ঘটিকা, খাণ্ডারপাড় গ্রাম। ১৮৪৫ খ্রীষ্টাব্দ।

মৃত্যু—২৯শে মাঘ, ১৩১৫ সাল, বৃহস্পতি বার, কৃষ্ণপক্ষ, ১১ই ফেব্রুয়ারী, ১৯০৯ খ্রীঃ। রাত্রি আনুমানিক ১০ ঘটিকা।

যাঁহাদিগের অভ্যুত্থানে ধরা ধন্য হইয়াছে, দ্বারকানাথ তাঁহাদিগের অন্যতম। দ্বারকানাথ ফরিদপুরের গৌরব। তাঁহাকে পাইয়া আমরা ধন্য হইয়াছিলাম। হায়, দেখিতে না দেখিতে, ভাল করিয়া সম্ভোগ করিতে না করিতে, তিনি স্বর্গত হইলেন। দেশের ঘরে ঘরে আজ আর্ত্তনাদ উঠিয়াছে।

দ্বারকানাথ সম্ভ্রান্ত বংশে জন্মগ্রহণ করিয়া যে দেবদুর্লভ চরিত্রধনের অধিকারী হইয়াছিলেন, তাহা আজীবন তাঁহাকে সর্ব্ব-পূজ্য করিয়া রাখিয়াছিল। তাঁহার অমায়িক ব্যবহার ও নিরহঙ্কার মূর্ত্তি, তাঁহার উদারতা ও মধুর বাণী সকলকে মোহিত করিত; দ্বারকানাথ মানব-দেবতা।

দ্বারকানাথ দরিদ্রের ঘরে জন্ম গ্রহণ করিয়া, স্বীয় অসাধারণ ক্ষমতা-বলে, প্রভূত সম্পত্তির অধিকারী হইয়াছিলেন, কিন্তু এক দিনের জন্যও তিনি পূর্ব্ব কথা ভুলেন নাই ও বিলাসী হন নাই। এ সংসারে দেখিয়াছি কত শত শত দরিদ্রের বন্ধু, ধনী হইয়া, শেষে আর দরিদ্র বন্ধুর সহিত সম্বন্ধ রাখেন না; কিন্তু দ্বারকানাথের চরিত্রে এ কলঙ্ক কখনও স্পর্শে নাই—তাঁহার সকল বন্ধুকেই তিনি আজীবন সমান ভাবে ভালবাসা দিয়া গিয়া-

ছেন। তাঁহার স্বজন-বাৎসল্য মহাত্মা বিদ্যাসাগরের যোগ্য। তাঁহার বন্ধুদিগের প্রতি তাঁহার সদয় ব্যবহার স্মরণ হইলে, মনে হয় যেন দ্বিতীয় বিদ্যাসাগর বঙ্গে অবতীর্ণ হইয়াছেন। এরূপ চিত্র অহংজ্ঞানসর্ব্বস্ব বঙ্গে বড় বিরল।

সে দিন মহামান্য শ্রীযুক্ত এস, পি সিংহের উদারতার কথা শুনিতেছিলাম। তিনি উচ্চ পদ পাইয়া, যে সব বন্ধু প্রথমে তাঁহাকে সাহায্য করিয়াছিল, তাঁহাদিগকেই সর্ব্বাগ্রে স্মরণ করিয়াছিলেন। এই অসাধারণ গুণ দ্বারকানাথের জীবনের ভূষণ ছিল। যে সকল ব্যক্তি তাঁহাকে একদিনও ভালবাসিয়াছিল কিম্বা একদিনও সাহায্য করিয়াছিল, তিনি আজীবন তাঁহাদিগের মঙ্গল সাধন করিয়া গিয়াছেন। কৃতজ্ঞতায় দ্বারকানাথ অপ্রতিদ্বন্দ্বী বীর।

পরের উপকার করা তাঁহার জীবনের একমাত্র ব্রত ছিল। তিনি কত দরিদ্র রোগীকে কপর্দ্দক না লইয়াও চিকিৎসা করিয়াছেন এবং কত দরিদ্রকে প্রতিপালন করিয়াছেন, তাহার সংখ্যা হয় না। তিনি বলিতেন —"চিকিৎসা করা আমার কাজ, অর্থ গ্রহণ আমার কাজ নয়, যে যাহা পারে, দিবে; না পারে, না দিবে।" আরো বলিতেন,—জানিবেন, কেহ কাহার নিকট ঋণী থাকে না, যে উপকার পায়, একদিন সে প্রত্যুপকার করিবেই করিবে।" এই দুই মন্ত্র তিনি চিরদিন জীবনে সাধন করিয়া গিয়াছেন। দ্বারকানাথ আজীবন দরিদ্রের বন্ধু ছিলেন।

দ্বারকানাথ অদ্বিতীয় পণ্ডিত কবিরাজ ছিলেন, কিন্তু সে জন্য তাঁহার আদর ছিল না; তিনি অসাধারণ প্রতিভাশালী ব্যক্তি ছিলেন, সে জন্যও বুঝি বা তাঁহার সম্মান ছিল না। তাঁহার সম্মান—তাঁহার দেবদুর্লভ চরিত্রে। তিনি ঋষিপ্রতিম ব্যক্তি ছিলেন। যে ধর্ম্মসাধন বলে মানব দেবত্বে উন্নীত হয়, দ্বারকানাথ সেই নৈষ্ঠিক ধর্ম্মসাধনাবলে মানব চরিত্রের অনিন্দিত পূতাংশ লাভে সমর্থ হইয়াছিলেন; কেহ কখনও তাঁহার ইন্দ্রিয়স্খলন বা চিত্ত-বিচ্যুক্তির পরিচয় পায় নাই। তদীয় চরিত্র মাধুর্য্যে সদা বিরাজিত থাকিত—বিনয়, সহৃদয়তা, ভক্তি, প্রেম, পুণ্য। তিনি অসাধারণ ধার্ম্মিক ব্যক্তি ছিলেন, এই ধর্ম্মবলেই তিনি অন্তশ্চক্ষুর দৃষ্টিবলে রোগ নির্ণয়ে সমর্থ হইতেন; যাহাকে যে ঔষধ দিতেন, তাহাতেই তাহার রোগ আরোগ্য হইত। তিনি যে রোগীর ভার সানন্দে গ্রহণ করিতেন, নিশ্চয় সে আরোগ্য হইত। এরূপ কত ঘটনা জানি। সন্দিগ্ধ ভাবে টাকার খাতিরে, প্রায়ই রোগী গ্রহণ করিতেন না; যদি কখনও করিতেন, হয়ত তাহার ফল ভাল হইত না। অনেক সময় অনেক রোগীর ভার গ্রহণ করিতে অনুরোধ করিয়া অকৃতকার্য্য হইয়াছি, বলিতেন, "কিছু হইবে না, অযথা অর্থব্যয় করাইতে পারি না।" পূতচরিত্রের বলেই তিনি অসাধারণ চিকিৎসক হইয়াছিলেন। কখনও সংবাদপত্রে একটী বিজ্ঞাপন দেন নাই—তবুও তাঁহাকে না জানে, বঙ্গে এমন লোক নাই। শুধু বঙ্গ কেন, ভারতে এমন স্থান নাই, যে স্থান হইতে তাঁহার নিকট শিক্ষার্থ শিষ্য না আসিত। তাঁহার বাড়ী আয়ুর্ব্বেদ শাস্ত্রের যেন বিশ্ববিদ্যালয় ছিল। আমাদের মনে

হয়, তাঁহার সমান চিকিৎসক কলিকাতাতে আর অভ্যুদিত হয় নাই। এই ক্ষমতায় ৺ গঙ্গাধর এবং গঙ্গাপ্রসাদ প্রভৃতি মহাজনদিগের তিনি অতিক্রম করিয়াছিলেন। তিনি চিরকাল "স্বদেশী" থাকিলেও গবর্ণমেণ্ট তাঁহাকে স্বতঃপ্রবৃত্ত হইয়া, চিকিৎসকগণের মধ্যে সর্ব্বপ্রথম, মহামহোপাধ্যায় উপাধি দিয়াছিলেন। তিনি তাহাতেও "স্বদেশীত্ব" এক দিনের জন্যও পরিত্যাগ করেন নাই। যোগ্য ব্যক্তিতে উপাধি দান এই বঙ্গের প্রথম ঘটনা।

কত সময়ে তিনি কত অমূল্য কথা বলিতেন, এখন নিভৃতে বসিয়া ভাবিতেছি, সে সকলই তদীয় দেবদুর্লভ চরিত্রের যোগ্য। বাহুল্য ভয়ে সে সকল লিখিতে বিরত রহিলাম। কিন্তু এ কথা না লিখিলে প্রত্যবায় আছে যে, আমরা তাঁহার চরিত্রের সংস্পর্শে আসিয়া মহেশ্বরের চরিত্রের জীবন্ত দৃষ্টান্ত দেখিয়া কৃতার্থ হইয়াছি। তিনি এই বঙ্গে প্রকট দেবমূর্ত্তি ছিলেন। আজ তাঁহার অভাবে আমাদের হৃদয়শূন্য, ফরিদপুর অন্ধকারাচ্ছন্ন, কলিকাতা শোকাচ্ছন্ন। তাঁহার তুলনা কেবল তিনিই ছিলেন। তাঁহার পূত দেবচরিত্র তাঁহার বংশে সংক্রামিত হউক, বিধাতার নিকট কেবল ইহাই প্রার্থনা।

তাঁহার সংক্ষিপ্ত জীবন-চরিত এখানে তুলিয়া দিলাম। তাঁহার বংশ পূর্ব্ববঙ্গীয় বৈদ্যসমাজের মধ্যে শ্রেষ্ঠ কুলীন, শক্তি গোত্রীয় হিঙ্গুসেন বংশীয়। কবিরাজ মহাশয়েরা বংশানুক্রমে শাস্ত্রচর্চ্চার জন্য প্রসিদ্ধ। এই পরিবারে মহামহোপাধ্যায় অভিরাম কবীন্দ্র জন্মগ্রহণ করেন। তিনি রাজা সীতারাম রায়ের সভার প্রধান পণ্ডিত ও রাজবৈদ্য ছিলেন। সীতারাম তাঁহার সর্ব্বতোমুখী প্রতিভা, অসাধারণ পাণ্ডিত্য ও অদ্ভুত চিকিৎসা-নৈপুণ্য দর্শনে মুগ্ধ হইয়া তাঁহাকে মহামহোপাধ্যায় উপাধিভূষিত করেন। অভিরামের পুত্র দুর্গাদাস শিরোমণি পিতার সুযোগ্য পুত্র ও শাস্ত্রচর্চ্চায় বিশেষ কৃতী ছিলেন। এই পরিবারে বংশানুক্রমে যে টোল প্রতিষ্ঠিত আছে, তাহাতে বাঙ্গালাদেশের অনেক শ্রেষ্ঠ কবিরাজ শিক্ষা লাভ করেন। 'রসেন্দ্র সার-সংগ্রহ' নামক বিখ্যাত সংস্কৃত আয়ুর্ব্বেদীয় গ্রন্থপ্রণেতা সুপ্রসিদ্ধ গোপাল কর, দ্বারকানাথের বৃদ্ধ প্রপিতামহ প্রথিতনামা শঙ্কর কবিরাজের ছাত্র ছিলেন। কুমারটুলীর সুবিখ্যাত গঙ্গাপ্রসাদ কবিরাজের পিতা স্বনামধন্য নীলাম্বর কবিরাজ দ্বারকানাথের পিতামহ রামসুন্দর কবিরাজের নিকট শিক্ষালাভ করেন।

দ্বারকানাথ বাল্যকালে বিক্রমপুরের সংস্কৃত চতুষ্পাঠীতে ব্যাকরণ ও কাব্যালঙ্কার অধ্যয়ন করেন। অনন্তর মুর্শিদাবাদে, ভারতের অদ্বিতীয় পণ্ডিত গঙ্গাধর কবিরাজের টোলে ন্যায়, দর্শন, স্মৃতি, উপনিষৎ প্রভৃতি অধ্যয়ন করিয়া বিবিধ শাস্ত্রে পারদর্শী হন। আয়ুর্ব্বেদ শাস্ত্রও এইখানে অধীত হয়।

১২৭৫ খ্রীষ্টাব্দে দ্বারকানাথ শুভক্ষণে কলিকাতায় চিকিৎসা ব্যবসায় আরম্ভ করেন। অতি অল্প সময়ের মধ্যেই তাঁহার চিকিৎসায় সুযশ সর্ব্বত্র পরিব্যাপ্ত হইয়া পড়ে। তিনি জীবনে কখনও কোনও বিজ্ঞাপন দ্বারা আত্মপ্রচার করেন নাই, কিন্তু ভারতবর্ষের ঘরে ঘরে তাঁহার নাম প্রচারিত ছিল। সর্ব্বসাধারণে তাঁহার পাণ্ডিত্য ও চিকিৎসা-নৈপুণ্যের এতদূর পক্ষপাতী হইয়া পড়িয়াছিলেন

যে, অনেক রোগী তাঁহার দর্শনলাভ মাত্রেই যেন রোগমুক্ত হইলেন, এরূপ মনে করিতেন। এই অসাধারণ গুণবলে তিনি ভারতীয় আয়ুর্ব্বেদীয় চিকিৎসকগণের মধ্যে শীর্ষস্থান অধিকার করিতে সমর্থ হন।

ভারতবর্ষের নানা স্থানের রাজন্যবর্গ তাঁহাকে, পারিবারিক চিকিৎসার জন্য সসম্মানে আহ্বান করিতেন। এই সকল রাজন্যদিগের মধ্যে মিবারের মহারাণা বাহাদুর একতম। ১৯০১ খ্রীষ্টাব্দে তথাকার যুবরাজ বাহাদুরের বিশেষ অসুস্থতার জন্য, মহারাণা বাহাদুর গবর্ণমেণ্টের নিকট ভারতের *সর্ব্বশ্রেষ্ঠ কবিরাজকে* যুবরাজের চিকিৎসার জন্য পাঠাইতে অনুরোধ করিয়া লিখেন। সরকার বাহাদুর দ্বারকানাথকেই মনোনীত করিয়া মিবারের রাজধানী উদয়পুরে পাঠাইয়াছিলেন।

দ্বারকানাথের অসামান্য চিকিৎসা-খ্যাতিবলে আকৃষ্ট হইয়া ভারতবর্ষের বিভিন্ন প্রদেশ সমূহ হইতে বহু ছাত্র তাঁহার নিকট অধ্যয়ন করিতে আসিতেন। পাঞ্জাবী, রাজপুত, মারাঠী, মান্দ্রাজী, হিন্দুস্থানী, বাঙ্গালী, ভারতবর্ষে শিক্ষিত এমন হিন্দুজাতি নাই, যাহারা দ্বারকানাথের শিষ্যত্ব গ্রহণ করে নাই। ভারতবর্ষের বহু স্থানে—বম্বে, মান্দ্রাজ, লাহোর, দিল্লী, মুলতান, জয়পুর, বঙ্গগিরি, হায়দরাবাদ প্রভৃতি কেন্দ্রে ও বঙ্গের প্রায় সকল স্থানেই তাঁহার ছাত্রগণ আজ চিকিৎসা করিতেছেন। গত চৌত্রিশ বৎসরের মধ্যে তাঁহার নিকট আনুমানিক পাঁচ হাজার ছাত্র আয়ুর্ব্বেদ শিক্ষা করিয়াছেন। ছাত্রদিগকে তিনি পুত্রের ন্যায় লালন পালন করিতেন। তাহাদিগের সহিত সদাই হাস্য কৌতুকে কথাবার্ত্তা কহিতেন। তাহাদিগের সুচারু শিক্ষার জন্য তিনি সুশ্রুতের বিশদ্ টীকা লিখিতে আরম্ভ করিয়াছিলেন, কিন্তু কালের কুটীল গতি বশতঃ তাহা আর শেষ করিয়া যাইতে পারেন নাই।

দ্বারকানাথের অসাধারণ পাণ্ডিত্য ও সর্ব্বরোগপ্রশমনী চিকিৎসা-ক্ষমতা দর্শনে ১৯০৬ খ্রীষ্টাব্দে গবর্ণমেণ্ট আয়ুর্ব্বেদীয় চিকিৎসকগণের মধ্যে সর্ব্বপ্রথমে তাঁহাকেই মহামহোপাধ্যায় উপাধি-ভূষিত করেন। তাঁহার পূর্ব্বে আয়ুর্ব্বেদীয় চিকিৎসকগণের মধ্যে আর কেহ ইংরাজ গবর্ণমেণ্টের নিকট হইতে এই উপাধি পান নাই।

দ্বারকানাথের মন অশেষ অসাধারণ গুণে পূর্ণ ছিল। তিনি বহু লোকের আশ্রয়-স্বরূপ ছিলেন, যে কোন দরিদ্র অনাথ তাঁহার নিকট আসিত, সে নিরাশ্রয় হইত না। দানে তিনি মুক্তহস্ত ছিলেন, কিন্তু তাঁহার দান গ্রহীতা ভিন্ন অন্য কেহ জানিত না। দেবতা ও ব্রাহ্মণে তাঁহার অসাধারণ ভক্তি ছিল; যথার্থ পণ্ডিত-ব্রাহ্মণ যে কেহ তাঁহার নিকট আসিতেন, তিনি তাঁহাকেই কিছু না কিছু বিদায় দিতেন। কেহ কখনও তাঁহার নিকট প্রত্যাখ্যান হন নাই। যথার্থ পণ্ডিত ব্রাহ্মণদিগের নিকট, দরিদ্র অনাথ আতুর ব্যক্তিদিগের নিকট ও স্বজাতির নিকট তিনি কখনও দর্শনী গ্রহণ করিতেন না। তিনি জীবনে কখনও বিলাসিতার ধার ধারেন নাই। তিনি অতি অমায়িক ও মিষ্টভাষী ছিলেন; সকলের সহিতই হাস্য কৌতুকে আলাপ করিতেন। বিষয় সম্পত্তি রক্ষণে ও

মোকর্দ্দমা মামলা পরিচালনে তাঁহার অসামান্য শক্তি ছিল। হাইকোর্টের জটিল মোকর্দ্দমাতেও অনেক সময় উকীল ও ব্যারিষ্টার প্রভৃতি না রাখিয়া স্বয়ংই আত্মপক্ষ সমর্থন করিয়াছিলেন। তিনি উৎকৃষ্ট কবি, বৈয়াকরণ ও আলঙ্কারিক ছিলেন; স্মৃতিশাস্ত্রে তাঁহার যথেষ্ট অধিকার ছিল। তাঁহার স্মরণশক্তি অসাধারণ ছিল; যে রোগীকে একবার চিকিৎসা করিয়াছেন, বিশ বৎসর পরে দেখিলেও তাঁহাকে চিনিতে পারিতেন। উপনিষদ্ প্রভৃতি তিনি স্বয়ং হাতে লিখিয়া পাঠ করিয়াছিলেন। একই সময়ে তিনি রোগীর নাড়ী দেখিতেন, কাহারও ঔষধের ব্যবস্থা করিতেন, কাহাকেও বা উপদেশ দিতেন। পরোপকার তাঁহার জীবনের সর্ব্ব প্রধান ব্রত।

স্বদেশের রাষ্ট্রনৈতিক আলোচনায় দ্বারকানাথ বিশেষ উৎসাহী ছিলেন। ভারতের রাষ্ট্রীয় মহাসভায় (কংগ্রেসের কলিকাতাস্থ প্রায় সকল অধিবেশনেই) তিনি সভ্য অথবা অভ্যর্থনা সমিতির সভ্যরূপে উপস্থিত থাকিতেন। স্বদেশীগ্রহণ ও বিদেশী বর্জ্জনে তাঁহার ঐকান্তিক যত্ন ছিল।

প্রায় আট মাস পূর্ব্বে মহামহোপাধ্যায় দ্বারকানাথের একটু সামান্য জ্বর ও পেটের অসুখ হয়। তাহা ক্রমশঃ বৃদ্ধি পাইয়া উদরবোগে পরিণত হয়। গত ভাদ্র মাসে ৺কাশীধামে যাইয়া কতকটা সুস্থ হইয়াছিলেন। গত ১৬ই মাঘ কলিকাতায় ফিরিয়া আসেন। তাহার পর হইতে রোগ ভয়ানক বাড়িয়া যায়। এই রোগেই গত ২৯শে মাঘ বৃহস্পতিবার রাত্রি দশটার সময়ে সজ্ঞানে দেহত্যাগ করেন।"

গরীব ডাক্তারদিগের অসুখ হইলে কলিকাতা সহরে চিকিৎসিত হওয়া বড়ই কঠিন কার্য্য। খ্যাতনামা ডাক্তারগণ ঐরূপ চিকিৎসকের চিকিৎসা কার্য্যে আহ্বান করিলে তাঁহারা দর্শনী গ্রহণ করেন না। অথচ "সময় নাই" আপত্তি উপস্থিত করিয়া দেখিতেও আইসেন না। এই জন্য অনেক গরীব ডাক্তার বিনা চিকিৎসায় মৃত্যুমুখে পতিত হন। ৺দ্বারকানাথ কবিরাজ মহাশয়ের এই দোষ ছিল না। তিনি বিশেষ যত্নসহকারে এইরূপ রোগীর চিকিৎসা কার্য্যে ব্রতী হইতেন। একবার ডাকিলে যতবার আবশ্যক ততবার আসিতেন। অথচ দর্শনী বা ঔষধের মূল্য কিছুই গ্রহণ করিতেন না। তিনি গরীব ডাক্তারদিগের বিশেষ উপকারী বন্ধু ছিলেন।

সংবাদ।

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

মার্চ্চ, ১৯০৯।

সিনিয়র শ্রেণীর সিভিল হাস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত রামতারণ বন্দ্যোপাধ্যায় মতিহারী পুলিশ হস্পিটালের নিজ কার্য্যসহ তথাকার মতিহারী হস্পিটালের কার্য্য এসিষ্টাণ্ট সার্জ্জনের পরীক্ষাদান কার্য্যের জন্য অনুপস্থিত কালের জন্য ১৯০৮ খৃষ্টাব্দের নবেম্বর মাসের ৬ই হইতে ১৬ই তারিখ পর্য্যন্ত অস্থায়ী ভাবে সম্পন্ন করিয়াছেন।

প্রথম শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত আবদুল গফুর ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্বঃ ডিঃ হইতে দ্বারভাঙ্গা জেলার দুর্ভিক্ষ বিভাগে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত তোরাবাক হোসেন ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্বঃ ডিঃ হইতে দ্বারভাঙ্গা জেলার দুর্ভিক্ষ বিভাগে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিষ্টাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত বীরেন্দ্রনাথ রায় ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্বঃ ডিঃ হইতে দ্বারভাঙ্গার দুর্ভিক্ষ বিভাগে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

৩৫। শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত অক্ষয়কুমার সরকার ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্বঃ ডিঃ হইতে দ্বারভাঙ্গা জেলার দুর্ভিক্ষ বিভাগে 'কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত মনোমথনাথ রায় বহরমপুর হস্পিটালের স্বঃ ডিঃ হইতে দ্বারভাঙ্গা জেলার দুর্ভিক্ষ বিভাগে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত অর্জ্জুন মহান্তী পুরুলিয়া ডিস্‌পেন্‌সারীর স্বঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইয়া পরে দ্বারভাঙ্গা দুর্ভিক্ষ বিভাগে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত মণীন্দ্রগোপাল সরকার বালেশ্বরের স্বঃ ডিঃ হইতে দ্বারভাঙ্গার দুর্ভিক্ষ বিভাগে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

তৃতীয় শ্রেণীর সিভল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত ত্রিলোকচন্দ্র রায় ক্যাম্বেল হস্পিটালের রেসিডেণ্ট হস্পিটাল এসিষ্টাণ্টের কার্য্য হইতে তেলজলার অস্থায়ী বসন্ত হস্পিটালের কার্য্য সম্পন্ন করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত বিজয়কৃষ্ণ মিত্র ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্বঃ ডিঃ হইতে উক্ত হস্পিটালের রেসিডেণ্ট হস্পিটাল এসিষ্টাণ্টের কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত যতীন্দ্রমোহন ঘোষ ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্বঃ ডিঃ হইতে তেলজলার বসন্ত হস্পিটালে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত সৈয়দ রফিউদ্দীন হোসেন মেদিনী-

পুর জেলার অন্তর্গত চন্দ্রকোণা ডিস্‌পেন্‌সারীর অস্থায়ী কার্য্য হইতে মেদনীপুর ডিস্‌পেন্‌সারীতে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইয়া তৎপরে গয়া জেলার অহিফেন ওজন বিভাগে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত অদ্বৈতপ্রসাদ বসু যশোহর ডিস্‌পেন্‌সারীর স্থঃ ডিঃ হইতে মতিহারী জেলার অহিফেন ওজন বিভাগে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত প্রমোদচন্দ্র কর বহরমপুর পুলিশ ট্রেনিং স্কুলের কার্য্যসহ তথাকার জেল হস্পিটালের কার্য্য অস্থায়ী ভাবে সম্পন্ন করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত সৈয়দ আবদুল হোসেন ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে ২৪ পরগণা জেলার অন্তর্গত ফ্রেজারগঞ্জ ডিস্‌পেনসারীর কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত যতীন্দ্রনাথ সেন গুপ্ত সেনিটারী কমিশনরের অধীনে ম্যালেরিয়ার অনুসন্ধান বিভাগের কার্য্য হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত কৃষ্ণমোহন কেশ সেনিটারী কমিশনরের অধীনে ম্যালেরিয়ার কারণ অনুসন্ধানের কার্য্য হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত মনীন্দ্র নাথ মোদক সেনিটারী কমিশনরের অধীনে ম্যালেরিয়ার কারণ অনুসন্ধানের কার্য্য হইতে ইঁহার পূর্ব্বের কার্য্য —বর্দ্ধমান পুলিশ হস্পিটালের কার্য্যে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত শঙ্কর প্রসাদ কমিলা সেনিটারী কমিশনরের অধীনে ম্যালেরিয়ার কারণ অনুসন্ধানের কার্য্য হইতে কলিকাতা মেডিকেল কলেজে শিক্ষকতা-কার্য্য শিক্ষার জন্য আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত খুদীরাম মুখোপাধ্যায় বর্দ্ধমান পুলিশ হস্পিটালের অস্থায়ী কার্য্য হইতে বর্দ্ধমান হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত যোগেন্দ্রনাথ মুখুটী দমদম বারাসাত রেলওয়ে বিভাগের কার্য্য হইতে ক্যাম্বেল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত রজনীকান্ত ঘোষ কটক জেলার অন্তর্গত বাঁকী ডিস্‌পেনসারীর অস্থায়ী কার্য্য হইতে কটক জেনেরাল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত কালীপ্রসন্ন চক্রবর্ত্তী ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে তেলজলা বসন্ত হস্পিটালে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত অন্নদা চরণ সেন ক্যাম্বেল হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে "ডায়মণ্ডহারবার মগরাহাট ড্রেণেজ" বিভাগের ডিস্‌পেনসারীতে অস্থায়ী ভাবে কার্য্য করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত বজনীকান্ত ঘোষ কটক জেনেবাল হস্পিটালেব স্থঃ ডিঃ হইতে হাজাবীবাগ সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালের দ্বিতীয় হস্পিটাল এসিষ্টাণ্টের কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত খুদীবাম মুখোপাধ্যায় বর্দ্ধমান হস্পিটালের স্থঃ ডিঃ হইতে উক্ত জেলার অন্তর্গত কাটোয়া মহকুমার কার্য্যে অস্থায়ী ভাবে নিযুক্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীব সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত যতীন্দ্র নাথ সেন গুপ্ত ক্যাম্বেল হস্পিটালেব স্থঃ ডিঃ হইতে হুগলী জেল হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত মনোরঞ্জন গঙ্গোপাধ্যায় সম্বলপুর জেল হস্পিটালেব কার্য্য হইতে দুমকা জেল হস্পিটালের কার্য্যে বদলী হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত ইয়াসাক চন্দ্র দাস দুমকা জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে সম্বলপুর জেল হস্পিটালের কার্য্যে বদলী হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত নবেন্দ্রকুমার মতিলাল চম্পারণের অন্তর্গত বাওয়া ডিস্‌পেনসারীর অস্থায়ী কার্য্য হইতে মতিহারী হস্পিটালে স্থঃ ডিঃ করিতে আদেশ পাইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত সেখ আবদুল আজিজ চাইবাশা পুলিশ হস্পিটালের কার্য্য বিগত ফেব্রুয়ারী মাসের ৫ই হইতে ৯ই পর্য্যন্ত অস্থায়ী ভাবে সম্পন্ন করিয়াছেন।

চতুর্থ শ্রেণীব সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত ইন্দ্র কমল রায় যশোহর পুলিশ হস্পিটালেব অস্থায়ী কার্য্য হইতে যশোহর ডিস্‌পেন্‌সাবীতে ৩০শে মার্চ্চ হইতে স্থঃ ডিঃ করার আদেশ পাইলেন।

বিদায়।

তৃতীয় শ্রেণীব সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত বিচিত্রানন্দ সিংহ দ্বারভাঙ্গার দুর্ভিক্ষ বিভাগেব কার্য্য হইতে তিন মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীব সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত ললিত মোহন অধিকারী বহরমপুর জেল হস্পিটালের কার্য্য হইতে দুই মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত সৈয়দ মহমদ সাফিক ২৪ পরগণার অন্তর্গত ফ্রেজাব গঞ্জ ডিস্‌পেনসাবীর কার্য্য হইতে একমাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীব সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত সেখ ওয়াহেদ আলী মগরাহাট ডায়মণ্ডহাববাব ড্রেনেজ ডিস্‌পেনসারীর কার্য্য হইতে পাঁচ সপ্তাহ প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

চতুর্থ শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত হেম নাথ রায় হাজারীবাগ সেণ্ট্রাল জেল হস্পিটালের দ্বিতীয় হস্পিটাল এসিষ্টাণ্টের কার্য্য হইতে তিন মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

প্রথম শ্রেণীর সিভিল হস্পিটাল এসিষ্টাণ্ট শ্রীযুক্ত শ্রীপতীচরণ সরকার বর্দ্ধমান জেলার অন্তর্গত কাটোয়া মহকুমার কার্য্য হইতে এক-মাস প্রাপ্য বিদায় প্রাপ্ত হইলেন।

ভিষক্-দর্পণ।

চিকিৎসা-তত্ত্ব-বিষয়ক মাসিক পত্রিকা।

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

১৯শ খণ্ড। | এপ্রেল, ১৯০৯। | ৪র্থ সংখ্যা।

অনিদ্রা।

(Insomnia)

লেখক শ্রীযুক্ত ডাক্তার কুলচন্দ্র গুহ, এল, এম, এস।

অনিদ্রা একটী ব্যায়াম নয়; কিন্তু অন্যান্য ব্যারামের একটী অবস্থা মাত্র। মানব জাতিমাত্রেই জীবনের অন্ততঃ কোন এক অংশে এই অনিদ্রার অবস্থা হইতে ত্রাণ পাইয়াছে কিনা, সন্দেহ ও এই অবস্থা সচরাচরই দেখিতে পাওয়া যায় বলিয়া চিকিৎসক মাত্রেরই এই বিষয়ের মূল কারণ ও তদ্রূপ উপযুক্ত চিকিৎসার যতই জ্ঞান লাভ করা যায়, ততই যে মানবজাতির পক্ষে সুফলপ্রদ, তাহার আর কিছুই সংশয় নাই। উপরোক্ত উদ্দেশ্যে, যদিও এই অনিদ্রা অবস্থা বিষয়ে সকলেরই জ্ঞান [illegible] তথাপিও সদাসর্ব্বদাই এই অবস্থার চিকিৎসার জন্য রোগী চিকিৎসকের শরণাপন্ন [illegible] দরুণ আমি যথা-সম্ভব অনিদ্রার কারণ ও চিকিৎসার প্রণালী বিষয়ে যৎকিঞ্চিৎ বর্ণনা করিতে প্রয়াস পাইলাম। অনিদ্রা অবস্থা বর্ণনা করিতে হইলে পূর্ব্বাহ্নে নিদ্রাটী কি ও নিদ্রা কি প্রকারে সাধিত হয়, তাহা জানা বিশেষ দরকার।

নিদ্রা। (Sleep)

নিদ্রাটী একটী স্নায়বিক কার্য্য মাত্র; (সমস্ত জন্তুতেই ইহা একটী জাত ও স্বকৃত কার্য্যকারী ক্ষমতার রূপান্তর মাত্র) ইহা আভ্যন্তরিক কার্য্যের হীনতা কিংবা বাধকতা অথবা বাহিরের বস্তু জ্ঞানের অনবরত বা ত্বরিত বিচ্ছেদের উপরই নির্ভর করে। নিদ্রা-

বস্থায় মস্তিষ্কের বস্তু জ্ঞানের নানা স্তরের বিচ্ছেদ হয়, জাগ্রতাবস্থায় তাহাদের পুনঃ অবিচ্ছেদ বা সংযোগ হয়। এইরূপ অবস্থান্তরই সাধারণ জান্তব নিয়ম এবং এই নিয়মের উপরই সমস্ত যন্ত্রের প্রাকৃতিক ও স্নায়বিক কার্য্য নির্ভর করে। কার্য্যই বিশ্রামকে এবং বিশ্রামই কার্য্যকে আহ্বান করে। যন্ত্রের প্রত্যেক কোষেরই কতক সময় কার্য্যের পরে বিশ্রাম প্রয়োজন হয়; বিশেষতঃ অবস্থান্তরানুরূপ ও প্রবৃত্ত্যনুরূপ কার্য্যের বিভিন্নতার দরুণ স্নায়বিক যোগের বিশ্রামের বিশেষ প্রয়োজন এবং নিদ্রাই এই বিশ্রামের কার্য্য সম্পন্ন করে। উপরোক্ত উক্তি হইতে ইহা অনুধাবন করা যায় যে, নিদ্রা শরীর প্রকৃতির অবশ্যম্ভাবী রূপে আবশ্যক। আমরা যদি কোষের জীবনের আলোচনা করি, যে কোষ একটী জীবাণু মাত্র ও যে জীবাণু কেবল মাত্র অণ্ডলালীয় পদার্থে গঠিত, তাহা হইলে দেখিতে পাই যে, জীবাণুর অণ্ডলালীয় পদার্থের কার্য্যও বিশ্রামের উপরই তাহার শরীর পুষ্টি নির্ভর করে। আর যদি উক্ত জীবাণুর কার্য্য রোধ করা যায় তবে জীবাণু হয়, মৃত্যুমুখে পতিত হয়। নচেৎ খর্ব্বাকার ও স্ফূর্ত্তিহীন হইয়া জড়তা প্রাপ্ত হয়। উপরোক্ত জীবাণুর কার্য্যের ন্যায় সমস্ত জীবের জীবাণুর কার্য্যও বিশ্রামের উপর জীবের শরীরপুষ্টতা নির্ভর করে।

সাধারণতঃ এই বিষয়ে দুইটী প্রশ্ন উত্থিত হইতে পারে—প্রথম প্রশ্ন এই যে, নিদ্রার শরীর গঠন প্রণালীর উপর কোন ভিত্তি আছে কি না? দ্বিতীয় প্রশ্ন এই যে, যন্ত্রের কার্য্য রোধের কারণ কি?

প্রথম প্রশ্নের উত্তরে জীবতত্ত্ববিৎ, নৈয়ায়িক এবং পরীক্ষাতত্ত্ববিৎ গণ নানা মত প্রকাশ করেন। ঐ সমস্ত মত কেবল অনুমানিক মাত্র। নিদ্রা মস্তিষ্কের রক্তহীনতা বা রক্তাধিক্যের দরুণ হয় বলিয়া অনেকেই মত পোষণ করেন। ক্লড্, বারনার্ড, মসো, হামল্ড ডারহাম্, ভুবেল ইত্যাদি মহোদয়গণ নিদ্রা মস্তিষ্কের রক্তহীনতার দরুণ হয় বলিয়া বিশ্বাস করেন। ভুবেল ও লোপিন মহোদয় গণের ন্যায় অন্যান্য মহোদয়গণ মস্তিষ্কের ডেন্ড্রাইটস্ এর শাখা ও প্রশাখা র' কুঞ্চন দরুণ তাহাদের মধ্যে নিজেদের সংযোগ সম্বন্ধ বিচ্ছেদ হওয়াই নিদ্রার কারণ বলিয়া বিশ্বাস করেন। এস্থলে ডেনড্রাইটস্ কাহাকে বলে, তাহাই পূর্ব্বে জানা দরকার। মস্তিষ্ক সাধারণতঃ স্নায়বিক ও অন্যান্য বিধান উপাদান ও রক্ত চলাচলের নালী দ্বারা গঠিত, এই স্নায়বিক কোষ হইতে বৃক্ষের শিকরের ন্যায় সরু অণ্ড লালীয় পদার্থ সংশ্লিষ্ট শিকড় বাহির হইয়াছে এবং ইহারা একে অন্যের সহিত সংযোগ হয় এবং ইহা মস্তিষ্কের উপরিভাগে সাধারণতঃ স্থাপিত আছে। এই স্নায়বিক কোষের শিকরের নাম ডেনড্রাইটস্। আমাদের শারীরিক ও মানসিক বৃত্তি ইত্যাদি চলাচলের শাসন শক্তি এই স্নায়বিক কোষেই ন্যস্ত আছে। সুতরাং যখনই এই ডেনড্রাইটস্ কুঞ্চিত হয়, তখনই নিম্নের ডেন্ ড্রাইটস্ এর সহিত সংযোগের বিচ্ছেদ হয়; তদ্দরুণ আমাদের বাহিরের বস্তু জ্ঞান ইত্যাদির লোপ [illegible] পূর্ব্বের মতানুসারে নিদ্রা আইসে। গলজীর নিয়মানুসারে কোষ রঞ্জিত [illegible] দেখা যায়

যে, কোষের কার্য্যাবস্থায় ও বিশ্রামাবস্থায় বিভিন্নরূপে রঞ্জিত হয়।

নিদ্রার কারণের মতামতও একই রকম অস্থায়ী।

বাসায়নিক তত্ত্বানুসারে পিটন্ কফার ভয়েট এবং ফ্লুগার মহোদয়গণের মতে মস্তিষ্কের মূর্চ্ছা হয় এবং এই মূর্চ্ছা কতক সময়ের অন্তর অন্তর হয়। অথবা ওবারষ্টিনার, বিং, এরেরা ইত্যাদির মতে মস্তিষ্কে কতক সময় অন্তর অন্তর বিষাক্ত বস্তু সঞ্চিত হওয়ার দরুণ স্নায়বিক কেন্দ্র উত্তেজিত হয়। বোকর্ড দিগের মতে প্রস্রাবে একরকম বিষ দেখিতে পায়, যাহাতে নিদ্রায় অভিভূত করে। ডিভয় প্রাকৃতিক অস্মসিস্ নিয়মানুসারে নিদ্রার কারণ ব্যাখ্যা করেন। এই অস্মসিস্ নিয়মানুসারে শোণিতবহা নলী হইতে শোণিতের রস বাহির হইয়া আসার দরুণ শোণিত ঘনীভূত হয় ও শোণিত চলাচলের গতি কমাইয়া দিয়া কিঞ্চিৎ রোধ করে। সুতরাং জ্ঞান অপরিষ্কার হয় ও তজ্জনিত জীবদেহের রসের সাধারণ স্বাভাবিক ও সমান সম্বন্ধের ব্যতিক্রম হওয়ার দরুণ নিদ্রা আইসে। অন্য একজন লেখক বলেন যে, নিদ্রা মস্তিষ্কের একটী প্রত্যাবর্ত্তক বা স্বাভাবিক ক্রিয়া মাত্র। সর্ব্বশেষে কেহ কেহ মত প্রকাশ করেন যে, মস্তিষ্কে নিদ্রারও এক বিশেষ কেন্দ্র আছে, যাহার দরুণ নিদ্রা কার্য্যও অন্যান্য কার্য্যের ন্যায় সম্পন্ন হয়।

যাহা হউক উক্ত মত সকল গ্রাহ্যনীয় হউক আর নাই হউক, নিদ্রার কারণ ও কার্য্যপ্রণালী এখনও বিবেচনাধীন। কেন না উক্ত মতে মস্তিষ্কের রক্তবৃদ্ধি কিংবা রক্তহীনতা যে নিউরনম্ কুঞ্চিত হওয়া ও সময় সময় শরীর গঠন উপাদানে বিষ সঞ্চয় হওয়াই কারণ, এখনও তাহা নিশ্চয় রূপে ব্যাখ্যা করা যায় না।

স্বাভাবিক নিদ্রা অস্বাভাবিক নিদ্রা হইতে পৃথক করিবার জন্য উক্ত মত সকলের বিষয় আলোচনা প্রয়োজনীয় এবং নিদ্রার অভাবের চিকিৎসা করিবার সময় এই সকল মতের বিশেষ সহায়তা পাওয়া যাইতে পারে।

নিদ্রা স্বাভাবিক ও অস্বাভাবিক উভয় (ব্যারাম জনিত) হইতে পারে। যথা 'নারকোলেপছি' ইহাতে দিনের কোন সময়ে অবশ্য অবশ্য নিদ্রাভিভূত হইবে; "লেথারজি" ইহা একটী হিষ্টিরিয়ার ক্রিয়ামাত্র ও সচরাচর হিষ্টিরিয়ার আক্রমণের পর দেখা যায়। 'সুম্নাম্বলিজম' ইহাও একটি হিষ্টিরিয়ার কার্য্য ও ইহাতে রোগী নিদ্রাবস্থায় বেড়ায়। নাইট টেরর্স্—ইহাতে ছোট ছোট ছেলে মেয়েদের রাত্রে জাগ্রত করায় ও ভীত চকিত সন্তর্পণে পিতা মাতার সম্মুখে বর্ত্তমান সত্ত্বেও অজ্ঞান অবস্থায় চীৎকার করায়। "স্লিপ্ ছিক্নেস্" ইহা একটী আফ্রিকাদেশীয় ভয়ানক জীবাণুজনিত (Trypanosomiasis) ব্যারাম। উপরোক্ত অস্বাভাবিক নিদ্রার বিষয় নিয়া আমরা আলোচনা করিব না। এই সমস্তই আশ্চর্য্য কার্য্য ও বিশেষ পড়া শুনার বিষয়। আমরা এখন একেবারে "ইন্সম্নিয়ার বিষয় আলোচনা করিব। ইহাও নিদ্রার একটী অস্বাভাবিক অবস্থা মাত্র এবং ইহাতে নিদ্রা ঘন ঘন ভাঙ্গিয়া যায় ও অর্দ্ধনিদ্রাতে পরিয়া থাকে।

অনিদ্রা।

"ইন্‌সমনিয়া দুই রকম—(ক) সম্পূর্ণ। (খ) অসম্পূর্ণ। পূর্ব্বেই লিখিয়াছি যে যদিও নিদ্রাব কাবণ ও প্রণালীর বিষয় কিছুই ঠিক রকম জানা নাই, তবু ইহা আশ্চর্য্যেব বিষয যে অনিদ্রা বা নিদ্রাহীনতার বিষয় তদপেক্ষা সহজে ও সন্তোষরূপে ব্যাখ্যা কবা যাইতে পারে।

ব্যাবাম ও যে যে অবস্থায় ইন্‌সমনিযাব উৎপত্তি হয় তাহা নিম্নলিখিত প্রণালীতে বিভাগ কবা যায়, যথা—

(১) অনিদ্রার আনুষঙ্গিক কারণ। সাধারণতঃ দেখা যায় যে, বাড়ী কিম্বা কোন স্থান বা বিছানার পবিবর্ত্তন কখন কখন অনিদ্রা আইসে এবং এই অনিদ্রা সম্পূর্ণ কিম্বা ক্ষণস্থায়ী হইতে পারে। বিছানার ছার-পোকা কিম্বা মসার আধিক্যেও অনেক সময নিদ্রা হয় না, কোন রকম উত্তেজনায় মনের চাঞ্চল্যে, হঠাৎ কোন ভাল বা মন্দ সংবাদে, নিজের জীবনেব কিংবা সম্মুখ ও দুববর্ত্তী কোন আত্মীয়ের কোন সৌভাগ্য কিম্বা দুর্ভাগ্য ঘটনা বশতঃ, কোন মনস্তুষ্টি ও মনঃপীড়া কিম্বা বিশেষ চিন্তায়, কোন পূর্ব্বনিবিষ্ট মনেব দরুণ, কোন নির্দ্ধারিত সময়ে নিদ্রা হইতে উঠিবার মানসে, শুইতে যাইবার পূর্ব্বে মানসিক কার্য্যের আধিক্যে, কোন এক বিষয়ে অধিককাল এক মনে চিন্তার দরুণ—যে চিন্তা সচরাচর বৈজ্ঞানিক ও দার্শনিকদিগের মধ্যে দেখা যায়, অথবা কোন কারণ বশতঃ কোন একটী প্রয়োজনীয় কার্য্য নিদ্রা যাইবার সময় সম্পন্ন করিবার মানসে অতি ব্যগ্রতার দরুণ, সময়ে সময়ে নিদ্রার বিশেষ বাধা হয়। রাত্রে গরম কিম্বা শীতাধিক্যও সময়ে সময়ে নিদ্রার বিশেষ বাধা দেয়।

যদিও উপবোক্ত কারণসমূহের দরুণ অধিক সময়ে নিদ্রাব ব্যাঘাত হয়, তথাপি প্রত্যেক মানুষেব বিশেষত্বেব উপরও যে অনিদ্রা অনেক সময় নির্ভর করে, তাহা সদা সর্ব্বদাই মনে রাখা কর্ত্তব্য। অনেক সময় দেখা যায় যে, এক কাবণেব জন্যই এক জনের নিদ্রাভাব হয় ও অন্য জনের নিদ্রার একেবারেই কোন ব্যাঘাত হয় না, নচেৎ অতি সামান্য বকমে ব্যাঘাত হয়।

(২) ব্যাপক এবং স্থানিক বেদনা জাত কারণ। এই বিভাগে শরীরেব কোন অঙ্গে বিস্তাবিত আঘাতজনিত বা সেলুলাই-টিসের ন্যায কোন প্রদাহের দরুণ অনিদ্রা আইসে। কোন কোন বিশেষ অস্ত্র চিকিৎ-সাব পবে, নানা প্রকাব স্নায়বিক বেদনার দরুণ, যাহা প্রায়ই রাত্রে বৃদ্ধি পায, দাঁতের বেদনা, প্রুবাইটিস্, ব্যাবাম,—বিশেষ যখন গুহ্যদ্বার সম্মুখে হয়, সেই সময়ে, অঙ্গ দগ্ধ হইয়া যাওয়ায়, অঙ্গের শুড়শুড়ি ও ঠাণ্ডা জ্ঞানাধিক্য ইত্যাদির দরুণ, ত্বকের নানা-জাতীয় যন্ত্রণায়, এবং শ্রবণেন্দ্রিয়ের ঝণ্ ঝণ্ শব্দেব দরুণ অনেক সময়ে নিদ্রাবির্ভাব হয় না। এই সমস্ত সময়েই বেদনা অনিদ্রার একটী বিশেষ কারণ।

(৩) সাধারণ পরিপোষণাভাব। যখন শরীর পোষণাভাবে স্বাভাবিক দুর্ব্বলতা আইসে ও শরীর জীর্ণ শীর্ণ কঙ্কালবৎ হইয়া যায়, তখন নিদ্রার অনেক সময় ব্যাঘাত হয়

অথবা একেবারে অনিদ্রা আইসে। কেবল বিশেষ বিশেষ ব্যারাম যাহার দরুণ শরীর পৌষণাভাবে শরীর জীর্ণ শীর্ণ হইয়া যায়, তাহারাই যে অনিদ্রার জন্য এক মাত্র দায়ী তাহা নহে, যে সকল ব্যক্তির চতুর্দ্দিক বিশেষ অস্বাস্থ্যকর এবং কষ্ট ও খাদ্যাভাবে মস্তিষ্কে রক্ত সঞ্চালনের বেগাভাব ও হীনতার দরুণ, যাহারা মলিন, দুর্ব্বল ও কঙ্কালবৎ হইয়াছে, এই অনিদ্রা তাহাদের ভিতরও দেখা যায়। সাধারণতঃ এই সকল ব্যক্তিরা তাহাদের কার্য্য উপযুক্তরূপে সুসম্পন্ন করিতে পারে না। তাহারা অনেকেই অলস এবং অলসতা শরীর পোষণাভাবের সহিত সংযোগই অনিদ্রার কারণ; অবশ্যই ইহা ব্যক্তির বিশেষত্বের উপরও নির্ভর করে; এক জনের অন্যজনের ন্যায় অনিদ্রা হয় না। যে কারণে একজনের হয়ত গভীর নিদ্রায় আবির্ভাব হয়, সেই কারণেই তখন অন্যের একেবারেই অনিদ্রা কিংবা সামান্য নিদ্রা হয়। অনেকেরই নিদ্রার বিশেষ ব্যাঘাত হয়। সাধরণতঃ যদি ক্ষুধা রাখিয়া শুইতে যায়, তবে দেখা যায় অনেকে নিদ্রা যাইতে না পারায় অধিক কাল বিছানায় জাগিয়া শুইয়া থাকে এবং অনেকে মধ্য রাত্রিতে খাওয়ার জন্য জাগিয়া উঠে এবং যে পর্য্যন্ত কিছু না খায় সে পর্য্যন্ত ঘুমাইতে পারে না।

(৪) যান্ত্রিক পীড়া।—নানা প্রকার ব্যারামের ভিতর হৃৎপিণ্ডের ব্যারামে নিদ্রাভাব একটী প্রধান লক্ষণ। হৃৎপিণ্ডের ব্যারামে যখন সঙ্কোচন সম্পূর্ণরূপে হইতে পারে না, তখন রোগীর শ্বাস প্রশ্বাস লওয়া কষ্ট হয়, শুইতে পারে না, হৃৎপিণ্ড ধড়্ ফর্ করে এবং হৃৎপিণ্ডের উপর বেদনা অনুভব হওয়ায় নিদ্রার বিশেষ ভাবে ব্যাঘাত হয়; হৃৎপিণ্ডের ব্যারামের রোগী কখনও উপযুক্তরূপে নিদ্রা যায় না এবং তাহারা হয় বসিয়া থাকে, নচেৎ ঠেস্ দিয়া শোয়া অবস্থায় থাকিতে বাধ্য হয় এবং তাহাদের মাথা নাড়িতে নাড়িতে ক্ষণিক নিদ্রাভাস হইতে দেখা যায়। তাহারা সময় সময় এমন সন্তর্পণের সহিত জাগিয়া উঠে যে তাহারা নিদ্রা ত্যাগ করিবার বিশেষ প্রয়াস পায় ও চিন্তিত হয়। প্রস্রাবাধিক্যের সহিত কিডনীর ব্যারাম এবং যকৃতের সঙ্কোচনেও নিদ্রার ব্যাঘাত হয়। পাকস্থলীর বা অন্ত্রের ডিস্‌পেপসিয়া রোগে কখন কখন নিদ্রা হয় না। টক্‌উদ্গার, পাকস্থলীর পূর্ণতা জনিত অস্বচ্ছন্দতা, পাকস্থলীর ভার অনুভব অথবা পাকস্থলীর শূন্য বলিয়া অনুভব, এবং পেটে বায়ু একত্রিত হওয়ায় অনেক সময়ে রোগীকে নিদ্রা হইতে বঞ্চিত করিতে পারে অথবা যৎকিঞ্চিৎ নিদ্রানুভব করাইতে পারে। এনিমিয়া, ক্লরসিস ইত্যাদি রক্তের ব্যারামের অনিদ্রা একটী লক্ষণ মাত্র, রক্তহীনাস্ত্রীলোক অনেক সময়ে নিদ্রাভাবের বিষয় অভিযোগ করে। আরথ্রাইটিস্, গাউট, ডায়েবিটিস্ এবং আরটিরিও স্ক্লেরোসিস্ ব্যারাম অনিদ্রার এক একটী কারণ। সাধারণতঃ বৃদ্ধদের ঘুম হয় না। দেখা যায়, সম্ভবতঃ ইহা আরটিরিওস্ক্লেরোসিস ব্যারামের দরুণই হয় না।

(৫) (৬) সংক্রামক এবং বিষক্রিয়াজনক জীবাণু কিংবা উত্তেজক পদার্থ-জনিত ব্যারামে রক্তের পরিমাণ ও গুণের পরিবর্ত্তনই কখন কখন অনিদ্রার কারণ। ছেলে

পিত্তে পাকস্থলীর ও অন্ত্রের নিজের বিষে জর্জ্জরিত হইয়া জ্বর হওয়ায় প্রায়ই অনিদ্রা আইসে। টাইফয়েড্ জ্বর, গ্রিপ্, নিউমনিয়া ইত্যাদি ব্যারামের আক্রমণ সময়ে অনিদ্রা একটি বিশেষ লক্ষণ। জীবাণু-জনিত ব্যারামে অধিক জ্বর সদা নিদ্রার বিপক্ষ, ইহাতে চঞ্চলতা, ঘর্ম্ম ও সহজে উত্তেজিত হওয়ায় রোগীকে দুর্ব্বল করিয়া ফেলে ও রোগী শুধু ভোরে নিদ্রায় অভিভূত হয়, কখন প্রলাপের সহিত জ্বরাধিক্যে উপর্য্যোপরি দিন রাত্রি নিদ্রা আসিতে বাধা দেয়; ইহা সাধারণতঃ জীবাণুজনিত ব্যারামে দেখা যায়। তখন এই ব্যারাম উপরি উক্ত নূতন কিংবা পুরাতন উত্তেজক নিজের বিষে জর্জ্জরিত হইয়া ব্যারামের উপসর্গের সহিত ইহা মিশ্রিত হয়। যদি কোন মদখোর ব্যক্তির টাইফয়েড নিউমনিয়া বা অন্যান্য রকমের জ্বর হয় তবে প্রলাপ শীঘ্র শীঘ্র আসিয়া উপস্থিত হয় এবং অনিদ্রা সম্পূর্ণরূপে বিরাজ করে।

উত্তেজক পদার্থের পরিমাণানুসারে অনিদ্রা আইসে; যখন তাহারা পুরাতন হয় এবং রোগী তাহার ব্যবহারে অভ্যস্ত হইয়া যায় তখন তাহার নিদ্রার তত বাধা হয় না। যাহা হউক যখন অধিক পরিমাণে পান করা যায়, তখন নিদ্রা হয়, নচেৎ আংশিক সম্পূর্ণ রূপে নিদ্রা বাধা পায়। ভয়জনক স্বপ্নে রোগীকে জাগ্রত করিয়া দেয়। নূতন মধ্যবিৎ মদ উত্তেজনায় প্রায় সময়েই অনিদ্রা আনয়ন করে। পক্ষান্তরে নূতন অধিক উত্তেজকে রোগীকে নিদ্রায় আকর্ষণ করে এবং শীঘ্রই তাহাকে অজ্ঞান করিয়া ফেলে। অনভ্যস্ত লোকের তামাক বা কাফী পানের ফল সমস্তেই জানেন। হিষ্টিরিয়া ও অন্যান্য মানসিক ব্যারামে মদ, চা ও কাফী পান করা নিদ্রার পক্ষে বিশেষ অপকারী; ইহাও সত্য যে কোন কোন সময়ে তামাক, মদ, ও কাফী পান করিলে নিদ্রা হয় দেখা যায়। কিন্তু সাধারণ অভিজ্ঞতায় আমাদের শিক্ষা দেয় যে, সময় সময় বা অনবরত যে রকমেই তাহাদের পান করা যাউক তাহাতেই তাহারা স্নায়ু যন্ত্রের কার্য্যের উপর নিশ্চয়ই বাধা দেয় এবং বিশেষতঃ নিদ্রার ব্যাঘাত জন্মায়।

(৭) **মানসিক পীড়া।** নানা রকম ইনসেনিটিতে অনিদ্রা একটী সাধারণ লক্ষণ। এই অনিদ্রা কোন উত্তেজিত অবস্থার বা কোন অনবরত ভয়াবহ মনের ভাবের ফল। কখন কখন ইহা কোন মনের ব্যারামের যাহা ক্রমান্বয়ে গভীর ও বর্দ্ধিত হইতেছে, তাহার ফল মাত্র; যখন কোন মনের ব্যারামের ফল মাত্র হয় তখন সময়ে সময়ে এই অনিদ্রা, ভাবি মনের বিশেষ অসুখের যাহার দরুণ আস্তে আস্তে মনের এক অংশপরে অন্য অংশকে গুপ্ত ভাবে আক্রমণ করে, তাহার অনেক পূর্ব্বে দেখা যাইতে পারে। কোন বাহিরের কারণ ব্যতীত অধিক কাল স্থায়ী এবং অনবরত নিদ্রার বাধা, মধ্যে মধ্যে নিদ্রা ও আংশিক নিদ্রার ইতিহাস অতি গভীর ব্যারামের লক্ষণ মাত্র। এখন উন্মাদ ব্যারামের নানা স্তর আলোচনার বিষয়।

সাধারণ প্রলাপ যাহা উত্তেজক জীবাণু-জনিত, অত্যধিক মদ পান জনিত, ব্যারামে দেখা যায়(তাহাকে ডেলিরিয়াম ট্রিমেনস্ বলে) এই ডেলিরিয়াম ট্রিমেনস্ যে কম্পন সহিত

গভীর উত্তেজনার অবস্থা তাহা সকলেই জানেন এবং ইহাতে রোগী তাহার সমস্ত ইন্দ্রিয়ের নিদ্রা ও জাগ্রত অবস্থায় ভয়াবহ স্বপ্ন দেখে এবং তদ্দরুণ তাহার নিদ্রা আইসে না এবং এই নিদ্রা আনয়ন করা একটী বিশেষ কষ্ট-সাধ্য।

মানস রোগের মধ্যে "মেনিয়া" অন্য এক ব্যারাম, এই ব্যারামেও রোগী উত্তেজিত থাকায় অনিদ্রা এই রোগের একটী প্রধান লক্ষণ। রোগীর জীবনের প্রত্যেক স্তরে এই উচ্চ মানসিক অবস্থা প্রকাশ পায় এবং বিশেষ বিশেষ ইন্দ্রিয় সকল অনবরত উত্তেজিত অবস্থায় থাকার দরুণ রোগীর নিদ্রার ব্যাঘাত হয়। মেলেঙ্কলিয়া রোগে রোগী নিজে নিজকে দোষে, মনে মনে বেদনা অনুভব করে, নিজে শারীরিক ও মানসিক অপদার্থ বলিয়া মনে করে, নিজকে নিজে ধ্বংস করিতে চায় এবং দিনে রাত্রে সকল সময়ে রোগী পাপের প্রলাপকে—যেন সেই পাপের আর ক্ষমা নাই; এই সমস্ত লক্ষণই রোগীর অনিদ্রার প্রচুর কারণ। এই প্রকার পুরাতন পাগল যে সদাই ভাবে, রীতিমত রচিত প্রলাপ বকে বা স্বপ্ন দেখে যে বিশেষ কোন কার্য্য সম্পন্ন করিতে অনবরত কল্পনা করে, যাহার অন্তঃকরণ ঠিক এক দুষিত ভাবে নিবিষ্ট, যে তাহার ঈর্ষার অবস্থায় দুই এক জন ব্যক্তিকে তাহার মনে সদা জায়গা দেয় এবং যে এই প্রতিহিংসা পালনের জন্য সদা চিন্তা করে, তখন সে জাগ্রত অবস্থায় স্বপ্ন ও বিভীষিকা দেখে ও নিদ্রা হইতে ছুটি হয়।

ডিমেনসিয়া প্রকারে রোগী প্রায়ই বিভীষিকা দেখার দরুণই অনিদ্রা ভোগে। বৃদ্ধ পাগলের (যে বয়সের দরুণ পাগল হইয়াছে) যে কেবল মস্তিষ্কই নষ্ট হয় তাহা নহে, তাহার আরটিরিওস্কেলরসিস ব্যারাম ও তদ্দরুণ সে অনিদ্রায় ভোগে, সে সর্ব্বদা অত্যাচারিত হইবে বলিয়া মনে করে ও তাহাতে যন্ত্রণা পায় এবং সদাই, তাহাকে কেহ প্রতারিত করিবে কেহ তাহার জিনিষ চুরি করিবে বা তাহাকে কেহ মারিবে বলিয়া ভয় করে এবং যখন এই প্রকার পাগলে তাহার নিজের রচিত শব্দকে দেখে বা তাঁহার বিষয় শ্রবণ করে, তখনই সাধারণতঃ তাহার নিদ্রার ব্যাঘাত হয়। যে সমস্ত মানসিক অবস্থায় অনিদ্রার উৎপত্তি হয় তাহার বিস্তৃত বিবরণ দেওয়া এই স্থানে আর বিশেষ দরকার মনে করি না। কোন কোন মানসিক ব্যারামে অনিদ্রা যে একটী বিশেষ লক্ষণ, তাহা উপরোক্ত মানসিক রোগের বিবরণ হইতেই বোধ করি অনেকেই বুঝিতে পারিয়াছেন। মোটা মুটি আমরা এই বলিতে পারি যে, যাহারা বিভীষিকাময় প্রলাপ বকে বা স্বপ্ন দেখে তাহারাই অনিদ্রায় বিশেষ ভোগে এবং ইহা বেশ অনুধাবন করা যায় যে, তাহাদের মনোযোগ ও আশা ভরসা অবস্থায় নিজে একেবারে বিমোহিত হওয়াই অনিদ্রার কারণ এই সমস্ত রোগীর ভিতরের জ্ঞান বিকৃত হয় এবং রাত্রিই পুনরায় রোগীকে পূর্ব্বের ন্যায় বিভীষিকাপূর্ণ লক্ষণের দিকে আনয়ন করে। উত্তেজিত রোগীর হয় নিদ্রা কম হয়, নচেৎ প্রায় একেবারেই হয় না এবং এই নিদ্রা নানা প্রকার বিভীষিকা স্বপ্নে পরিপূর্ণ এবং এই

স্বল্প রোগীর অসুস্থ যান্ত্রিক জ্ঞানের সহিত সম্বন্ধ। প্রকৃত মানসিক ব্যাধাম উৎপন্ন হওয়ার পূর্ব্বেই অনেক সময় পর্য্যন্ত অনেক রোগী এই অনিদ্রায় ভোগে, এই বিষয় পুনঃ বিশেষ প্রকারে বলা হইতেছে এবং অনেক সময়ে এই অনিদ্রা কেবল ভাবী বড় ব্যাধামের পূর্ব্ব লক্ষণ মাত্র।

যখন অনিদ্রা কোন স্নায়ুর চঞ্চলতা বা স্মরণ শক্তির হ্রাস বা সাধারণ রোগের অবসাদের সহিত হয়, তখন ইহা বিশেষ সন্দেহের চক্ষে দেখা দরকার। রক্তের অবস্থা এবং বিশেষতঃ শোণিত সঞ্চাপই পাগলের অনিদ্রার কারণ বলিয়া বিশদরূপে বুঝাইয়া দিতে পারে। অন্ত্রের ও অন্যান্য কারণে নিজের বিষে নিজের উত্তেজনা ও নালী হীন গ্রন্থির কার্য্য বিকৃতিই অনিদ্রা - এবং মনের ভাবের পরিবর্ত্তনের মূল কারণ। রক্ত সঞ্চাপের পরিবর্ত্তনই সম্ভবতঃ অনিদ্রার সোজা কারণ বলিয়া বোধ হয়। স্বাভাবিক নিদ্রায় শোণিত-সঞ্চাপ মধ্যবিধ থাকে। কিন্তু যখনই এই সঞ্চাপ কমে বা বৃদ্ধি পায়, তখনই অনিদ্রা আসিয়া উপস্থিত হয়।

(৮) স্নায়বীয় ব্যারাম। স্নায়বিক ব্যারামে অনিদ্রা প্রায়ই দেখা যায়। বস্তুতই কখন কখন অনিদ্রার বিষয় জানাই বিশেষ দরকার; কেননা সময়ে সময়ে এই অনিদ্রা রোগ স্নায়বিক কিংবা মানসিক গভীর ব্যাধামের পূর্ব্ববর্ত্তী লক্ষণ মাত্র। মস্তিষ্কের ব্রণ, উপদংশ বিষ, রক্তনালীর প্রদাহ, রক্তস্রাব, কোমলতা ও আবটিরিয়ো স্ক্লেরসিস্ স্নায়বিক যন্ত্রের ব্যারামে অনিদ্রা একটী বিশেষ লক্ষণ। এই সমস্ত অবস্থায় রক্তের পরিবর্ত্তনে মস্তিষ্কের কোষ ও তাহার সৌত্রিক বিধানের উপর উত্তেজক কার্য্য করার দরুণ অনিদ্রার উৎপত্তি হইতে পারে। মস্তিষ্কে উপদংশজ বিধান সঞ্চয়, ব্রণ এবং মস্তিষ্কের ভিতর রক্ত সঞ্চাপে বেদনা উৎপন্ন করে এবং এই বেদনা সময় সময় অতি উৎকট হয় এই অনিদ্রা বেদনা ও রক্ত চলাচলের ব্যাঘাত দরুণ হয়। মেনিন্‌জাইটিস্ ব্যারামে রক্তনলীর প্রদাহ জনিত উত্তেজনা ও জ্বর অবস্থা রক্ত সঞ্চালনের বিকৃতির সহিত মিলিত হইয়া মস্তিষ্কের উত্তেজনা ও অনিদ্রা উৎপন্ন করে। ইহাও সত্য যে, মস্তিষ্কের ব্রণ, মেনিন্‌জাইটিস্ এবং গামেটায় শুধু রক্তনালীর প্রসারের দরুণও বেদনা হইতে পারে এবং এই রক্তনালী পঞ্চম স্নায়ুর শাখা দ্বারা শাসিত। মোটামুটী ভাবে ইহাও বলা যায় যে, মস্তিষ্কের রক্তনালীর ব্যাধামে রক্ত চলাচলের বিকৃতি হয় এবং তাহাই বেদনা ও অনিদ্রার কারণ। মেরুদণ্ডের কোন কোন ব্যারামে অনিদ্রা সমস্ত লক্ষণের মধ্যে একটী প্রধান লক্ষণ। কিন্তু এই লক্ষণ তখনই প্রকাশ পায় যখন মেরুদণ্ডের মূল ব্যারাম মস্তিষ্কের দিকে বৃদ্ধি হইয়া মস্তিষ্ক এবং মেরুদণ্ডের বিধান সমূহ আক্রান্ত হয়। স্নায়ুর ক্রিয়া-বিকার জনিত ব্যাধামে অনিদ্রা উপস্থিত হয় এবং তাহাদের নামও অসংখ্য—যথা হিষ্টিরিয়া, নিউরস্থিনিয়া, হাইপকণ্ড্রিয়া এবং এই সমস্ত ব্যারামের রোগী চিকিৎসক মাত্রেই দেখিতে পান। একজন নিউরস্থিনিয়া বা হাইপকণ্ড্রিয়াক রোগীও দেখা যায় না যে অনিদ্রার বিষয়ে বলে না; হাইপকণ্ড্রিয়াক্ রোগীরা নানা অনিদ্রার স্তর বিশদরূপে বর্ণনা

করিতে আরম্ভ করে, কোন কোন রোগী কোন্ সময় নিদ্রা যায় ও কোন্ সময় জাগ্রত হয় ও কত সময় জাগ্রত অবস্থায় থাকে ইত্যাদি ঘণ্টা, মিনিট পর্য্যন্ত বিশদরূপে বর্ণনা করে। এই সমস্ত রোগীর অনিদ্রা মাসাধিকাল পর্য্যন্ত দেখা যায় ও তাহারা এই বিষয় পুঙ্খানুপুঙ্খরূপে তাহাদের নোট পুস্তকে লিখিয়া রাখে। হাইপকণ্ড্রিয়ার রোগীরা, সাধারণতঃ এই অনিদ্রা তাহাদের কোন যন্ত্রের বিশেষ কোন ব্যারামের সহিত সম্বন্ধ আছে বলিয়া মনে করে ও জাগ্রত থাকিয়া অনিদ্রার কোন কারণ বাহির করিবার প্রয়াসে তাহাদের নিজের যন্ত্র সকল অতি সূক্ষ্মরূপে পরীক্ষা করিতে আরম্ভ করে ও কাজেই অনিদ্রা আসিয়া উপস্থিত হয়। এই সমস্ত রোগী প্রথমতঃ তাহাদের হৃৎপিণ্ড, পরে মস্তিষ্কের বিষয় ভাবে, নানা রকম ঔষধে কোন সুফল প্রাপ্ত না হইয়া কোন উপদেষ্টার উপদেশ না নিয়া এই বিষয়ের নানা পুস্তক পড়িতে আরম্ভ করে। তাহারা তাহাদের মস্তিষ্কের ব্রণ, সিফিলিস্, নানারকম ইন্‌সেনিটি ও কোন অঙ্গ অবসাদপ্রায় হওয়ার দরুণই অনিদ্রা উপস্থিত হইয়াছে বলিয়া মনে করে। যদিও ২।৩ বৎসর পর্য্যন্ত তাঁহারা অনিদ্রায় ভোগে তবু উপরোক্ত কোন কঠিন ব্যারাম প্রকাশ পায় না। অনিদ্রা তাঁহার মনের দরুণ এবং সূক্ষ্মরূপে প্রশ্ন করিলে জানা যায় যে, যদিও তাহার নিদ্রার ব্যাঘাত হয়, তবু সে দিনরাত্রে—২৪ ঘণ্টার মধ্যে অন্ততঃ ৬।৭ ঘণ্টা নিদ্রা যায়। অনেক হাইপকণ্ড্রিয়াক্ রোগী আছে যাহাদের স্বাভাবিক নিদ্রা হয়, তবু নিদ্রার স্বপ্ন দেখে বলিয়া মনে করে নিদ্রা হয় নাই। যদিও তাহাদের স্বাভাবিক ঘুম হয় বলিয়া বলা যায়, তথাপি তাহা তাহারা বিশ্বাস করে না। তাহারা অনিদ্রায় ভোগে বলিয়া বিশ্বাস করে, ও নিজে তাহার কারণ নির্ণয় করিবার জন্য নিজেকে বিশেষ ভাবে পরীক্ষা করে।

নিউরেস্থানিয়ার রোগীর সম্পূর্ণ অনিদ্রা বা নিদ্রার ব্যাঘাত হয় বলিয়া আপত্তি করে। এই ব্যারামে যদিও পুরাতন শারীরিক ও মানসিক ক্লান্তির দরুন নিদ্রার আশা করা যায়, তথাপি ইহার বিপরীত অবস্থাই (অনিদ্রা) প্রায় দেখা যায়। উৎসাহ কার্য্যকরী শক্তি, স্নায়বিক যন্ত্রের দ্বারা উৎপন্ন হয় না। কিন্তু সমস্ত শরীর পোষণ হইতে উৎপন্ন হইয়া থাকে। এই শরীর পোষণের ব্যাঘাতই কার্য্যকরী শক্তির নানা পরিবর্ত্তন সম্পাদন করে। এই কার্য্য সাধারণতঃ ক্ষণিক। বিশ্রাম এই কার্য্যের ক্লান্তির নাশ করে। কাজেই এই উৎসাহ প্রচুর পরিমাণে উৎপন্ন ও একত্রিত করিয়া রাখিতে হয়, যেন সময় সময় ইহা আবশ্যকমত ব্যয় করা যাইতে পারে। কোন ব্যারাম অবস্থায় ইহার উৎপত্তির হ্রাস হয় ও ব্যারামের আধিক্য হয়। নিউরস্থানিক ব্যক্তি সুস্থ ব্যক্তি হইতে অনেক কার্য্যক্ষম হওয়ায় অসম্পূর্ণরূপে বিশ্রামের আশ্রয় লয়। মস্তিষ্কের রসায়নিক কার্য্যের উৎকর্ষ হওয়ায় তাহার বিধান সমূহের অত্যধিক ক্লান্তি উপস্থিত করে ও বিশেষ উত্তেজিত হওয়ায় নিদ্রার ব্যাঘাত জন্মায়। Mosso and Fere র মতে ক্লান্তিতে মানসিক উত্তেজনা বৃদ্ধি করে। স্বভাবতঃ নিউরেস্থানিকের নিদ্রা অসম্পূর্ণ। রোগী

হয় অতি কষ্টে ঘুমাইয়া পড়ে, নচেৎ রাত্রিতে চিন্তাযুক্ত ও উত্তেজিত অবস্থায় অনেক বার জাগ্রত হয়। যদি নিদ্রা আইসে তবে তাহা সদাই সামান্য ও বিভীষিকাময়, স্বপ্নে পরিপূর্ণ। নিউরেস্থানিকের মনের অবস্থা ভয়ে জর্জ্জরিত ও নিজকে নিজের অধীনে রাখিতে অপারগ হওয়ায় নিদ্রার অভাব হয়, ইহাতে মস্তিষ্কের কোষ সমূহ অনবরত এক দিগে অধ্যবসায় সহিত কার্য্য করে। হিষ্টিরিয়া রোগী সকল, বিশেষতঃ যাহাদের মনের অবস্থা অতি সহজে উত্তেজিত হয় তাহারা সদাই নিদ্রা হইতে চ্যুত হয়। এই ব্যাবামের স্বভাবই এই যে, মনের ও স্বভাবের পরিবর্ত্তন এবং চিন্তা জ্ঞানের ও কার্য্যের বিশেষ অবস্থাই মস্তিষ্কের রোগের স্বাভাবিক বিশ্রামের অন্তরায় হয় ও কাজেই নিদ্রার ব্যাঘাত জন্মায়। যদি ঘুমও হয়, তবু তাহা স্বপ্নেও হটাৎ ভয়ে ব্যাঘাত জন্মায়। হিষ্টিরিয়ায় মনের ভাবের বিশেষ পরিবর্ত্তন হয়, অত্যধিক হাসে বা কাঁন্দে, দিনে রাত্রে অস্বাভাবিক স্বপ্ন দেখে ইত্যাদিরূপে প্রধান মনের ভাবের প্রকাশ হয়, তখন নিদ্রা হয় কমিয়া যায়, নচেৎ একেবারে বন্ধ হয়। এবং এই নিদ্রা অতি সামান্য হয় ও অতি অল্প গণ্ডগোল বা স্বপ্নেই ইহার ব্যাঘাত হয়। সাধারণতঃ ক্ষণিক ইহা আঘাতজনিত হিষ্টিরো নিউরেস্থেনয়েড অবস্থার উপর বিশেষ লক্ষ্য রাখা উচিত। এই অবস্থার অধিকাংশ রোগীই রেলওয়ের আঘাত দরুণ উৎপন্ন হয়। এই শ্রেণীর রোগীর সকল লক্ষণের মধ্যে অনিদ্রাই একটী প্রধান লক্ষণ। শরীরে কোন আঘাতের চিহ্ন না থাকিলেও শকে সমস্ত স্নায়ুযন্ত্রের কার্য্যের এমন ব্যাঘাত জন্মায় যে, যখনই উক্ত আঘাতের বিষয়, স্থান ইত্যাদি মনে উদয় হয় তখনই রোগী ভয়ে জর্জ্জিত ও কম্পিত হয়। এই আঘাতের অবস্থার চিন্তা রোগীর মস্তিষ্ক কখনও ত্যাগ করে না এবং ইহা এমন ভাবে জরিত হইয়া থাকে যে রোগী কখনই ইহা হইতে অব্যাহতি পায় না। এমত অবস্থার স্বাভাবিক ফলই—অনিদ্রা। এই অনিদ্রা রেলওয়ের কর্ত্তাদের সহিত মোকদ্দমা হওয়ার পরও অনেক কাল পর্য্যন্ত বিদ্যমান থাকে। এই আঘাতে মস্তিষ্কের বিধানসমূহে শক এতই কঠোর হয় যে তাহাদের স্বাভাবিক প্রকৃতিতে আনয়ন করিতে চেষ্টা করাও অতি কঠিন ব্যাপার।

চিকিৎসা।

অনিদ্রা উপস্থিত করার কারণের বিভাগের সহিত ইহার চিকিৎসা প্রণালীর ও বিভাগ বিশেষ দরকার। সেই প্রণালীতে চিকিৎসার বিশেষ বিবরণ দেওয়া গেল এবং যখনই সম্ভব তখনই অনিদ্রার কারণ পরীক্ষা করিয়া তাহা উৎপাটন করিতে পারিলেই অনিদ্রা সারিয়া যাইবার আশা করা যায়। আমাদের মনে রাখা উচিত যে, মনের উত্তেজনা, শক্ ও বিশেষ চিন্তা আমরা বন্ধ করিতে পারি না। জীবনই তাহাদের দ্বারা পরিপূর্ণ। তবে ইহা একেবারে বন্ধ করিতে প্রয়াস না পাইয়া মন ও চিন্তাকে কোন এক বিপরীত দিকে নিযুক্ত রাখিতে পারিলেই বিশেষ ফল লাভের আশা করা যায়। উভয় অবস্থায়ই হিপ্নটিজ্‌ম্

অবশ্য এই অসুখের রোগীদের আয়ত্তাধীন করিতে পারে। কিন্তু এই প্রণালী অবৈজ্ঞানিক ও একেবারে অনাবশ্যকীয়। পক্ষান্তরে কোন কোন রোগীতে ঔষধের পিপাসা ও অভ্যাস এরূপ ভাবে অভ্যস্থ করাইতে পারে যে, ইহা পরে ভয়াবহ হইতে পারে। কোন ঔষধ ব্যবহার করিবার পূর্ব্বে নিদ্রা আনয়নের অন্যান্য প্রণালী সকল ব্যবহার করা বিশেষ কর্ত্তব্য; ঔষধ দ্বারা নিদ্রা আনয়ন করিবার চেষ্টা না করিয়া স্বাভাবিক নিদ্রার চেষ্টা করা উচিত। যে সমস্ত অবস্থায় মস্তিষ্কের প্রদাহ জন্মায়, আঘাত দেয় বা উত্তেজিত করায় তাহা সমস্তই অপসারিত করা দরকার। রোগী যতই মিতাহারী বা মিতস্বভাবী হউক না কেন, রাত্রে বেশী পেট ভরিয়া খাওয়া উচিত নয়, রাত্রের খাওয়া অল্প পরিমাণে দুগ্ধ ও ডিম হওয়া উচিত ও মধ্যাহ্নের ভোজনে অল্প পরিমাণ মাংস দেওয়া যাইতে পারে। আমাদের দেশে যে স্থানে মাংস ও ডিম আহার করে না, সেই স্থানে মোটামুটী সামান্য পরিপাকোপযোগী আহার দেওয়া উচিত। কখনও অধিক পরিমাণে আহার দেওয়া উচিত নয়। কোন বেলাই প্রচুর পরিমাণে আহার দেওয়া উচিত নয়। ইহার কারণ এই যে, অধিক পরিমাণে যেন আহারাবশিষ্ট বস্তু অন্ত্রে একত্রিত হইয়া কোন উত্তেজিত বিষাক্ত পদার্থ উৎপন্ন করিয়া শরীরে শোষিত হইতে না পারে। এইরূপ অবস্থায় দুগ্ধই আদর্শ খাদ্য। মিষ্ট পদার্থ পরিত্যাগ করা উচিত। চা, কফি ইত্যাদি উত্তেজক পদার্থ সকল পরিত্যাগ করান দরকার, এমন কি তামাক পর্য্যন্ত হয় একেবারে পরিত্যাগ, নচেৎ যত কমান যাইতে পারে, কমান দরকার।

যে রকমেই হউক বৈকালে তামাক পান করা নিষেধ। যত শীঘ্র হয় বাহ্য পরিষ্কার করান উচিত। এই সকল রোগীতে শরীরের যন্ত্র ও বিধান সমূহ স্বাভাবিক অবস্থায় থাকে বলিয়াই মনে করা হয় এবং এই মস্তিষ্কের স্বাভাবিক বিশ্রামের ব্যাঘাত দরুণ মনের হঠাৎ উত্তেজিত ভাবই এই অনিদ্রার কারণ। উপরোক্ত আহারের বন্দোবস্তের সহিত জলীয় চিকিৎসা বিশেষ সাহায্যকারী। শুইতে যাওয়ার কিছু পূর্ব্বে অর্দ্ধ ঘণ্টা পর্য্যন্ত সামান্য গরম জলে স্নান করিলে বা রাত্রে যখন জাগ্রত হওয়া যায় তখনই উপরোক্তরূপে পুনঃ স্নান করিলে নিদ্রা আইসে এবং যদি তবুও নিদ্রা না আইসে তবে অর্দ্ধ মিনিট পর্য্যন্ত ঠাণ্ডা কি গরম ঝরণায় স্নান করিলে অথবা এক মিনিট পর্য্যন্ত অল্প গরম জলে চাদর ভিজাইয়া তাহা শরীরে আবৃত করিয়া রাখিলে নিদ্রা হয়। কখন কখন যখন উপরোক্ত জলচিকিৎসায় নিদ্রা আনয়ন করিতে অসমর্থ হয়, তখন অনেক সময়ে একটী গামছা শীতল জলে ভিজাইয়া বিছানায় ঘাড়ের উপর স্থাপন করিলে নিদ্রা হয়। সর্ব্বশেষে অনেক সময়ে ১৫ মিনিট পর্য্যন্ত গরম জলে পা হইতে জানুসন্ধি পর্য্যন্ত ডুবাইয়া রাখিলে নিদ্রা আনয়ন করিতে কৃতকার্য্য হওয়া যায়। অবশ্যই যখন অতি দুঃখ বা অনবরত মন নিবিষ্ট থাকার দরুণ অনিদ্রা হয় তখন উপরোক্ত জলচিকিৎসায় আশানুরূপ ফল পাওয়া যায় না। উপযুক্ত রূপ ভিতরের ও বাহিরের চিকিৎসা প্রচুর না হওয়ার দরুণ এই সকল রোগীর চিকিৎসা

বড়ই কঠিন ব্যাপার হইয়া উঠে। অনিদ্রার কারণ ভিতরে লুক্কায়িত, ইহা মস্তিষ্কের কার্য্যে ও মস্তিষ্কের নানা ভাবের প্রণালীতে যাহা এতই স্থায়ী যে রোগী তাহা হইতে নিজকে কিছুতেই মুক্ত করিতে পারে না, তাহাতে অনিদ্রা লুক্কায়িত থাকে। সুতরাং ইহার আরোগ্যের ঔষধও রোগীর নিজের হাতে। তাহাকে আয়ত্তাধীনে আনা, শিক্ষা দেওয়া ও অবস্থানুরূপে চালনই চিকিৎসকের প্রধান কর্ত্তব্য। চিকিৎসক যদি নিপুণ ও কার্য্যক্ষম হন্ তবে তিনি অনেক উপকার করিতে পারেন। দুঃখ কষ্ট ইত্যাদি মনের ব্যারামের অনবরত আক্রমণ কি প্রকারে আয়ত্তাধীন করিতে হয় রোগীকে তাহা চিকিৎসকের শিক্ষা দেওয়া উচিত। রোগীর শয়নাগার রাস্তার ধার হইতে অন্যত্র উঠাইয়া লইয়া ও ঘরে আলো না রাখিয়া সম্পূর্ণ শান্তভাবে শুইয়া থাকার পরামর্শ দেওয়া কর্ত্তব্য, পরে তাহাকে আত্মসমর্পণ করিয়া সম্পূর্ণরূপে শিথিল ভাবে শুইয়া থাকিতে অনুরোধ করা দরকার। যখনই মনে তাহার স্বাভাবিক চিন্তার উদয় হয় তখনই সেই চিন্তারাশির পরিবর্ত্তন করিয়া অন্য চিন্তার দিকে জোর করিয়া মনকে লইয়া যাইতে হইবে; পুরাতন চিন্তা যতই স্থায়ী হইতে চেষ্টা করিবে রোগীও ততই নূতন নূতন চিন্তার দিকে মনকে লইয়া যাইবার চেষ্টা করিবে এবং এইরূপ বারম্বার চেষ্টার ফলে পূর্ব্বের চিন্তা আর সেইরূপ প্রধান থাকিতে পারগ হইবে না; কাজেই সেই চিন্তা ছিন্ন বিচ্ছিন্ন হইয়া অবশেষে একেবারে লোপ পাইবে। অপর পক্ষে রোগীর মস্তিষ্কও তাহার ক্ষমতা প্রাপ্তির জন্য অভ্যস্ত হইতে ও উন্নতি করিতে পারিবে। সুতরাং রোগীও ইচ্ছানুসারে চিন্তাকে পরিত্যাগ করিতে পারিবে; ইহাই স্বাভাবিক অবস্থা।

যখন কোন ব্যক্তি বিশাল প্রকৃত বিপদে মগ্ন হইয়া গভীর দুঃখে ও কষ্টে পতিত হইয়া নিদ্রা যাইতে না পারে, তখন চিকিৎসকগণের তাহাদের মানসিক চিকিৎসার যত্ন অবশ্যই লওয়া কর্ত্তব্য। এই মানসিক চিকিৎসার প্রণালীও নানা রকম। যথা, জীবনই এইরূপ দুঃখে কষ্টে পরিপূর্ণ এবং এই জগতে এমন কেহই আছেন কিনা, বিশেষ সন্দেহ, যিনি তাহার জীবনের কোন সময়ে দুঃখে কষ্টে পতিত হন নাই ও এই সকল দুঃখ কষ্ট জীবনের চিরসঙ্গী ও ইহা একেবারে পরিত্যাগ করা অতি দুরূহ ও অসম্ভব; মনুষ্যত্ব বিহীন লোকেই কেবল এই দুঃখ কষ্টে অধীর হয়, জীবনের কার্য্য নূতন করিয়া আরম্ভ করিবার মানসে উক্ত ক্ষণিক নৈরাশ্যকে অবশ্যই পরাভূত করিতে হইবে ও ত্যাগ করিতে হইবে; এই সমস্ত দুঃখ কষ্ট ক্ষণস্থায়ী, যদিও অবশ্যম্ভাবী এবং ইহার দরুণ সদা সর্ব্বদা মনে কষ্ট করা ও কার্য্য পরিত্যাগ করিয়া দুঃখে দিনাতিপাত করা কেবল মূর্খেরই শোভা পায়; প্রত্যেক মনুষ্যই তাঁহার বর্ত্তমান অবস্থার উন্নতি মানসে নানারূপ উৎসাহে মনের উন্নতি সাধন করিয়া কর্ম্মক্ষেত্রে পুনঃপ্রবেশ করা কর্ত্তব্য ইত্যাদি প্রকারে এই সমস্ত রোগীকে উপদেশ দেওয়া বিধেয়। ব্যক্তি ও অবস্থানুসারে অবশ্যই উপরোক্তরূপ উপদেশেরও পরিবর্ত্তন অবশ্যই কর্ত্তব্য এবং যদি ইহা দৃঢ়তার সহিত অথচ অতি ভদ্রভাবে ও সহানুভূতি সহকারে

রোগীকে বিশদরূপে বুঝাইয়া দেওয়া যায় তবে আশা করা যায়—তাঁহার অনিদ্রাজনিত কষ্টের অনেক লাঘব হইবে। এইরূপ মানসিক চিকিৎসার ফলে অনেকের বিশ্বাস নাই, তাঁহারা বলেন যে, ইহা কেবল সাধারণ ও অল্প জ্ঞানীদিগের উপকারে আইসে। কিন্তু ইহা একটী ভুল বিশ্বাস, কেন না অনেক সময় অনেকেই অবশ্য দেখিয়াছেন যে, অতি বিদ্বান ও বুদ্ধিমান ব্যক্তিও এইরূপ সান্ত্বনা বাক্যে অনেক সময় শান্তি লাভ করেন। আমরা আমাদের জীবনের কার্য্যাবলী যতই স্পষ্ট রূপে দেখিতে ও জানিতে পারি না কেন, তবু অনেক সময়ে ভাল ও সহানুভূতি বিশিষ্ট বন্ধুর সহানুভূতি ও অনুনয় বিনয় উপদেশ জীবনের সময়ে সময়ে বিশেষ উপকারী ও প্রয়োজনীয়, তাহা আর কাহাকেও বুঝাইয়া দেওয়ার বিশেষ দরকার করে না। আমরা সদা সর্ব্বদাই অনেককে এইরূপ উপদেশ দান করি বলিয়াই যে আমরাও অন্যান্য যাহারা এ সব বিষয়ে অনভিজ্ঞ তাঁহাদের মতন উপদেশে ফল লাভ করিব না, এমত নহে। পরন্তু ঐরূপ উপদেশ সময়ে সময়ে আমাদের দরকার ও জীবনের একমাত্র আরাম বলিয়া বোধ হয়।

অনিদ্রায় উপরোক্ত রূপে চিকিৎসাই যে কেবল করিতে হইবে, এমত নহে। ইহার সহিত জলীয় চিকিৎসাও সংযোগ করা যাইতে পারে। এইরূপ সংযোগে অনেক সময় অতি সুফলও পাওয়া যায়। কোন কোন সময়ে ইহারও ফল আশানুরূপ হয় না অথবা একেবারেই হয় না। শুধু তখনই ঔষধীয় চিকিৎসায় আমার প্রবৃত্ত করা উচিত। প্রত্যেক দুই ঘণ্টা অন্তর ১০ গ্রেণ মাত্রায় সডিয়াম বা ষ্ট্রন্‌সিয়াম ব্রমাইড ব্যবহার করিলেই নিদ্রা আনয়নের পক্ষে প্রচুর হইতে পারে। যখন আবশ্যক হয় তখন সুনিদ্রা আনয়নের জন্য ঘণ্টায় ঘণ্টায় ৩৪ বার পর্য্যন্ত ৫ গ্রেণ মাত্রায় ভিরনেল বা আট ভাগের এক ভাগ কোডেন ব্যবহার করিলে বিশেষ ফল পাওয়া যায় কিম্বা উপযুক্ত মাত্রায় ট্রাইয়োনেল বা সালফোনেলও সেই কার্য্য সম্পন্ন করিতে পারে। যন্ত্রণাবস্থায় অনিদ্রা—বেদনার জন্য অনিদ্রার চিকিৎসা প্রণালীর নিয়ম নির্দ্দেশ করা তত কঠিন নয়। প্রদাহ, আঘাত, প্লুরাইটিস ও নিউরেলজিয়ার জাত অনিদ্রার চিকিৎসা উক্ত ব্যারামের চিকিৎসার অনুরূপ মাত্র। বেদনা অপসারিত হইলে স্বাভাবিক নিদ্রা আরম্ভ হয়। অনেক সময় ইহা দেখা যায় যে, যখন বেদনা দীর্ঘকালস্থায়ী হয় তখন বেদনা অন্তর্হিত হইলে পর অবসাদ আসিয়া উপস্থিত হয়, এমতাবস্থায় রোগী কয়েক ঘণ্টা পর্য্যন্ত জাগ্রত অবস্থায় শুইয়া থাকে এবং নিদ্রা যাইতে পারে না। এই অবস্থায় পূর্ব্বের উল্লিখিত চিকিৎসার যে কোন প্রণালী ব্যবহার করিলে ফললাভের আশা করা যায়। ১৫।৩০ মিনিট পর্য্যন্ত উষ্ণ জলে স্নান করাইলে আশাতীত নিদ্রা আনয়ন করা যাইতে পারে। শরীর পোষণাভাব জনিত অনিদ্রার চিকিৎসা সহজ। কিন্তু যে সকল অবস্থার দরুণ শরীর পোষণের বস্তুর অভাব হয়, তাহা পরিষ্কার করা আমাদের ক্ষমতার অতীত হওয়ায় অনেক সময় এই অনিদ্রার চিকিৎসায় আমরা কৃতকার্য্য হইতে পারি না। রোগীর শরীরের শোচনীয় অবস্থার দরুণ অনিদ্রায়, নিদ্রার ঔষধ সেবন

করাণ যুক্তিযুক্ত নয় এবং সময় সময় ইহার কুফলও দেখা যায়। এই সমস্ত রোগীর গাত্র মর্দ্দন, অল্প উষ্ণ জলে স্নান ও নিদ্রার পূর্ব্বে বাহিরে বেড়াইয়া আসায় নিদ্রার বিশেষ উপকার হয়। কিন্তু সমস্ত সময়েই রোগীর শরীরের অবস্থার উন্নতি করিতে অনবরত বিশেষ যত্ন লওয়া উচিত।

শরীরের কোন যন্ত্রের অসুখের দরুণ অনিদ্রায় অবসাদক বা নিদ্রাকারক ঔষধ এই প্রকারে সেবন করান অনেক সময়ে অবিধেয়, কেন না যদিও নিদ্রা আনয়ন করা যাইতে পারে তথাপি রোগীর যদি কোন হৃৎপিণ্ডের বা ফুসফুসের ব্যারাম বর্ত্তমান থাকে তবে উক্ত ঔষধ সেবন বিধেয় নহে। এমত অবস্থায় নিদ্রাকারক ঔষধ ব্যতীত অন্যান্য সাধারণ নিয়মে চিকিৎসা করিতে হইবে। আস্তে আস্তে মস্তক মর্দ্দন, অল্প উষ্ণ জলে স্নান, উপযুক্ত প্রণালীতে শয়ন, যথা—হৃৎপিণ্ডের ব্যারামে রোগীর যখন শ্বাসকৃচ্ছ্র হয় তখন মস্তক একটু উচ্চ স্থানে রাখিয়া সমস্ত শরীর একটু বাঁকাইয়া শয়ন ইত্যাদিতে, নিদ্রার আবির্ভাব হইতে পারে। রক্তের ব্যারামজনিত অনিদ্রাতেও নিদ্রাকারক ঔষধ ব্যবস্থা করিলে উপরোক্ত কারণে কোন ফল হয় না ও নিদ্রার জন্য অন্যান্য প্রণালীর সাহায্য লওয়া দরকার করে। মূল ব্যারাম, যাহার দরুণ অনিদ্রা হয়, তাহারই আরাম করিবার বিশেষ চেষ্টা করা কর্ত্তব্য।

জীবাণুজনিত ব্যারামে অনিদ্রা রোগীর জ্বরের সহিত ঘনিষ্ঠ সম্বন্ধ সুতরাং জ্বর কমাইবার বা তাড়াইবার ব্যবস্থা করাই আমাদের কর্ত্তব্য। অনেক সময়ে এই জীবাণুজনিত ব্যারামে মেনিন্‌জিয়েল উপসর্গ হয়, তখন অনিদ্রার কারণ দ্বিবিধ। জ্বর ত্যাগ না হওয়া পর্য্যন্ত এ অবস্থায় নিদ্রাকারক ঔষধ দেওয়া অকর্ত্তব্য। রোগীর যখন প্রলাপ ও ছট্‌ফট্ দরুণ মেনিনজিয়েল উত্তেজনার লক্ষণ প্রকাশ করে, তখন সাধারণ অবসাধক ঔষধ ব্যবহার করা যাইতে পারে। শুধু জলীয় চিকিৎসায়ই শরীরের উত্তাপ কমাইতে ও মেনিন্‌জিয়েল লক্ষণের অপসারিত করিতে সক্ষম এবং ইহাতে নিদ্রারও আবির্ভাব করে। সময়ে সময়ে কতক মিনিটের জন্য মস্তক বরফাচ্ছাদন করিলে, মদ মিশ্রিত ঠাণ্ডা জল দ্বারা গা আস্তে আস্তে মর্দ্দন করিয়া দিলে অথবা উষ্ণ বা অল্প ঠাণ্ডা জলে স্নান করাইলে নিদ্রা আসিতে পারে। মদের উত্তেজনায় নিদ্রার ব্যাঘাত হয়। মদের উত্তেজনার সহিত প্রলাপ ও বিশেষ বিভীষিকাময় স্বপ্ন সংযোগ হওয়ায় রোগীকে আরও উত্তেজিত করে। ইহার চিকিৎসা বিষয় নিম্নে লিখিতেছি। যখন মধ্যবিধ বা অত্যধিক মদ বা কফী বা তামাক পানের সহিত অনিদ্রার সংস্রব থাকে, তখন এই সমস্ত বিষ পান পরিত্যাগ করাইলেই নিদ্রা স্বভাবতঃই আইসে। স্বাভাবিক নিদ্রা আনয়নের জন্য নিয়মিত রূপে জীবনযাত্রা নির্ব্বাহ, শরীর পালনের সাধারণ নিয়ম পালন, সহজ পরিপাকোপযোগী খাদ্য ও উত্তেজিত পদার্থের পরিত্যাগই প্রচুর।

স্নায়বিক যন্ত্রের ব্যারামের জন্য অনিদ্রার চিকিৎসায় স্নায়বিক যন্ত্রের নানাবিধ ব্যারামের বিষয় আলোচনা করা দরকার। মস্তিষ্কের রুগে অসহ্য যন্ত্রণার অবসাদেই নিদ্রা আইসে। সিফিলিস জনিত মস্তিষ্কের ব্যারামে

থায়রা ও আইওডাইড ঘটিত ঔষধই প্রশস্ত, এমনকি যখন রোগীতে সিফিলিসের ইতিহাস পাওয়া যায় না অথচ অনিদ্রা কিছুতেই আরাম করা যাইতেছে না তখন সিফিলিসের চিকিৎসা বিষয় চিন্তা ও ঔষধ ব্যবহার করা উচিত। মস্তিষ্কের আবটিরিও স্ক্লেরসিস্ ব্যারামে নাইট্রোগ্লিসারিণ ঔষধে উপশম হয়। মস্তিষ্কের রক্তস্রাবে মস্তিষ্ক উচ্চ স্থানে স্থাপন করিলে নিদ্রার আবির্ভাব হইতে পারে। কিন্তু রক্তনালী বন্ধজনিত যখন মস্তিষ্ক গলিত অবস্থা প্রাপ্ত হয়, তখন মস্তিষ্ক নিম্ন স্থানে স্থাপন করিলে উপকার হয়। কখন কখন হিষ্টিরিয়ার অনিদ্রায় উদ্যমশীল প্রণালীর ব্যবস্থা দরকার, নিদ্রাকারক ঔষধ ব্যতীত নিম্নলিখিত নিয়মানুসারে চিকিৎসা করিলে অনেক সময় সুফল পাওয়া যায়। যথা—প্রত্যেক রকমের উত্তেজক পদার্থের পরিত্যাগ, নিয়মিতরূপে পুষ্টিকারক ও অনধিক আহার, পাকস্থলী ও অন্ত্র কার্য্যোপযোগী অবস্থায় রাখা, উত্তেজক দৃশ্য পরিত্যাগ, রাত্রিতে পাঠ না করা, নিয়মিতরূপে বাহিরে বেড়াইতে যাওয়া, মোটামোটী জীবন যাপনের নিয়ম পালন রাত্রিতে উষ্ণ জলের স্নানরূপ জলীয় চিকিৎসা ইত্যাদিতে সুফল পাওয়া যায়। কিন্তু কখন কখন বাধ্য হইয়া নিদ্রাকারক ঔষধও সেবন করাইতে হয়।

হিষ্টিরিয়া রোগী যখন বিশেষ উত্তেজিত হয়, তখন তাহাকে একটা বিছানায় বন্ধ করিয়া রাখাই একটী ভাল প্রণালীর চিকিৎসা। প্রকৃত পক্ষে রোগী যখন বিশেষ আপত্তি না করে তখন প্রথমেই পূর্ব্বোক্ত চিকিৎসা একেবারে আরম্ভ করা যাইতে পারে। এই প্রকারে রোগীকে সম্পূর্ণরূপে আয়ত্তাধীনে আনা যাইতে পারে ও তাহার সহিত একজন বুদ্ধিমান বন্ধু বা মেয়ে চিকিৎসক রাখা উচিত; যেন রোগীর সহিত যত অল্প সম্ভব আলাপ করিতে পারেন ও রোগীর যখন মন খিটখিটে, উত্তেজিত ইত্যাদি প্রকার জ্ঞানের চঞ্চলতা হয়, তখন সুমিষ্ট ও সান্ত্বনাবাক্যে তাঁহাকে প্রবোধ দিতে পারেন, এমত অবস্থায় রোগীর চতুর্দ্দিকের অবস্থার উপরই সমস্ত নির্ভর করে। রাত্রি আগমনে রোগীর কপাল মৃদুমর্দ্দনে ও তাঁহার নিদ্রা যাইবার জন্য অনুরোধে, রোগীকে আস্তে আস্তে স্বাভাবিক ও সুনিদ্রায় আকর্ষণ করে। দশ গ্রেণ মাত্রায় এক দাগ ব্রোমাইডও দেওয়া যাইতে পারে। নিদ্রাগার কিছু অন্ধকার করিলে এবং সমস্ত গোলমাল বন্ধ করিলে প্রায় সদা সর্ব্বদা রোগীর নিদ্রা আইসে। জলীয় চিকিৎসার সাহায্যও লওয়া যাইতে পারে। কিন্তু সদাই জলের উষ্ণতার হঠাৎ পরিবর্ত্তন করা অকর্ত্তব্য।

স্নায়ুর উত্তেজনায় শরীরের বিশেষ অবসাদ অবস্থাতেই *নিউরেস্থেনিক্ রোগীদের অনিদ্রা* আইসে। বিছানায় সম্পূর্ণ বিশ্রাম, পুষ্টিকারক খাদ্য এবং শরীর পালনের স্বাভাবিক নিয়ম পালনের সহিত নিউরেস্থেনিয়া রোগীর শরীরের উন্নতিসাধন করে ও নিদ্রার আবির্ভাব হয়।

হাইপকণ্ড্রিয়াক রোগীর নিদ্রা আনয়ন করাই বিশেষ কষ্টসাধ্য, এই শ্রেণীর রোগিগণ তাহাদের পাকস্থলী, যকৃৎ, কিডনি ও হৃৎপিণ্ড, ইত্যাদির অসুখের বিষয় নিয়া চিরকাল ব্যতিব্যস্ত করে ও নিশ্চয়ই অনিদ্রার বিষয় নিয়াও সদা সর্ব্বদা চিকিৎসকের মন আকর্ষণ করে। ইহাও সত্য যে তাঁহাদের

নিদ্রার ব্যাঘাত হয় ও নিদ্রা আসিবার পূর্ব্বে ঘণ্টাবধিকাল জাগ্রত অবস্থায় শুইয়া থাকে। কিন্তু এই সমস্ত রোগী অনেকেই প্রচুর পরিমাণে নিদ্রা যায়। সে তাঁহার দিনের কল্পিত পীড়িত যন্ত্রের বিষয় ঠিক একই ভাবে স্বপ্নে দেখে ও এই স্বপ্ন তাঁহার দিনের চিন্তার অংশ মাত্র। যখন সে জাগ্রত হয়, তখন স্বপ্ন তাঁহার দিনের চিন্তা ব্যতীত অন্য কিছুই নয় ভাবিয়া নিজের শরীর সম্বন্ধে চিন্তায় জর্জ্জরিত হয় ও অবশেষে ক্লান্ত হইয়া পরেও নিদ্রা হয় না। এই সমস্ত রোগীর অনিদ্রা ও অন্যান্য ব্যারাম তাঁহাদের মনের অবস্থাবদরুণ হওয়ায় তাঁহাদের মনেরই চিকিৎসার উপকার হইতে পারে। রোগের নির্ণয়ের পর রোগীকে তাঁহার রোগ প্রকৃত নয় বলিয়া কখনও বলা উচিত নয়; সুচিকিৎসার জন্য রোগীর চিকিৎসকের উপর সম্পূর্ণ বিশ্বাস জন্মাইতে হইবে বলিয়া রোগীর মনে এইরূপ ভাবের উৎপত্তি করাইতে হইবে যে, রোগী যেন বুঝিতে পারে যে, চিকিৎসকেরও তাঁহার উপর বিশেষ সহানুভূতি আছে ও এই অনিদ্রা অন্য কোন স্নায়ুর অসুখের উপর নির্ভর ও তাহার আরাম হইলেই অনিদ্রা আপনি আপনি ভাল হইয়া যাইবে। সাধারণ মনের অসুখের সাধারণ চিকিৎসা প্রণালী পূর্ব্বেই বর্ণনা করা হইয়াছে। কোন যন্ত্রের অসুখের বিষয়ে মনের ঠিক একই ভাব মন হইতে সরাইয়া কোন এক নূতন ভাব জন্মাইতে সদা যত্ন করিবে এবং এই কার্য্য অনবরত অনুরোধ দ্বারা সম্পন্ন করিতে হইবে এবং রোগীর অবস্থা ও ভাবের সহিত এই প্রণালীর পরিবর্ত্তন আবশ্যক। মোটের উপর চিকিৎসক যদি নিজের উপর রোগীর বিশ্বাস স্থাপন করাইতে পারেন, তবে সুফলের আশা করা যাইতে পারে। শরীর রক্ষার সাধারণ নিয়ম ও আহারাদির বিষয় ব্যবস্থা করিতে অবশ্য কখন ভুল হওয়া উচিত নয়। ঔষধ যতদূর সম্ভব অল্প ব্যবহার করা উচিত। কেবল শেষ অবস্থার জন্যই তাহা রাখিয়া দেওয়া কর্ত্তব্য।

সাইকোস্থেনিক রোগীর অনিদ্রার চিকিৎসাও পূর্ব্বোক্ত মনের চিকিৎসার ন্যায় করিতে হইবে। এই বিষয়ে আর পুনরুক্তির দরকার নাই।

সর্ব্বশেষে উন্মাদ রোগের জন্য অনিদ্রার চিকিৎসা বিষয় নিয়া আমরা আলোচনা করিব। বিভীষিকাময় কল্পিত ও অপ্রাকৃতিক মনের ভাবরাশি দ্বারা জর্জ্জরিত চঞ্চল মনের নিশ্চয়ই সুনিদ্রার বিশেষ দরকার। ইহাতে প্রায়ই হয় নিদ্রা হয় না, নচেৎ নিদ্রার ব্যাঘাত জন্মে। দূষিত মনের ভাব অনবরত বর্দ্ধিত হইতে থাকে অথবা যখন এই ভাব নিবিষ্ট হইয়া যায় তখন ২৪ ঘণ্টার ভিতর অনেক ঘণ্টা পর্য্যন্ত রোগীর মন বিশ্রাম না পাওয়ায় পূর্ব্বের মূল দূষিত মনের ভাবের সহিত প্রত্যেক পরবর্ত্তী ভাব যোগ হওয়ায় পূর্ব্বের মনের অবস্থা ক্রমেই অধিকতর শোচনীয় অবস্থায় পরিণত হইতে থাকে। পক্ষান্তরে নিয়মিতরূপে নিদ্রা আনয়ন করিতে পারিলে রোগীর অবস্থা ক্রমেই ভাল হয় ও একেবারে আরোগ্যলাভ করিতে দেখা যায়। পাগলা গারদের চিকিৎসকগণ তাই এই বিষয়েই বিশেষ মনোযোগ করেন, অধিকাংশ

চিকিৎসকের বহুদর্শিতার ফলে রোগীকে একা বিছানায় রাখিয়া চিকিৎসা করার পক্ষপাতী। সমস্ত রকম মনের ভাবই, রোগীকে বিছানায় বদ্ধ করিয়া রাখিলে, বিশেষ উন্নতি লাভ করে। কিন্তু যে স্থলে রোগীর মন অত্যন্ত উত্তেজিত, রোগী অশান্ত ও অন্যকে আক্রমন করিতে উদ্যত, সেই স্থানে রোগীকে একা বদ্ধ করিয়া রাখিলেই ভাল ফল পাওয়া যায়। ডিমেন্‌সিয়া, পেরাইটস্ এবং পেরনিয়াক রোগীর মনের বিষাদ অবস্থায় ও বিছানায় বিশ্রাম করাইতে পারিলে সুফল হয়। ইহাতে বস্তুতঃ রোগীর নিদ্রা আইসে ও অন্যান্য উপসর্গ ক্রমে অন্তর্হিত হইয়া যায়। জলীয় চিকিৎসা ও সাধারণ গাত্র মর্দ্দন সদাই ব্যবহার করা উচিৎ এবং ইহা রোগীর স্বভাব, রোগের গাঢ়ত্ব ও উন্নতির সহিত পরিবর্ত্তন করিতে হইবে। রোগীকে একা রাখিলে সদাই উপকার হয়। কোন রোগীকেই যেপর্য্যন্ত তাঁহাকে সাধারণ চতুর্দ্দিকের সম্বন্ধ হইতে সরান না হয় সেই পর্য্যন্ত উপযুক্তরূপে চিকিৎসা করিতে পারা যায় না। পাগলা গারদে রোগীকে তাঁহার অবাস্তব প্রলাপ বা উত্তেজিত অবস্থায় সদাই সম্পূর্ণরূপে একা বদ্ধ করিয়া রাখা হয়। এমন অবস্থায় অনেক দিন রাখার পর যখন তাঁহার দূষিত মনের অবস্থার পুনঃ উদ্রেক হওয়ার সমস্ত কারণ অপসারিত হয় তখন তাহার চিন্তা ও উত্তেজনা ভাব ক্রমশঃ অপসারিত হইতে আরম্ভ করে ও প্রত্যেক দিনই নিদ্রার উন্নতির ভাব দেখা যায় এবং যখন নিদ্রা ব্যাঘাৎ না পাইয়া নিয়মিতরূপে আইসে তখন অন্যান্য লক্ষণও উন্নতি লাভ করে

ডেলিরিয়াম ট্রিমেনস্ রোগে নিদ্রা আনয়ন করা অধিকতর কষ্টসাধ্য, এই ব্যারামে অনিদ্রা সম্পূর্ণ ভাবে বিরাজ করে। ইহাতে রোগীকে একা বিছানায় শোয়াইয়া রাখিলে সুফল পাওয়া যায় না; স্নানে বিশেষ উপকার হয়। রোগীর যে পর্য্যন্ত উত্তেজনা কমিয়া না যায় সেই পর্য্যন্ত এক বা ততোধিক ঘণ্টা পর্য্যন্ত তাহাকে স্নান করাইলে বিশেষ ফল পাওয়া যায় এবং একবারে স্নানে উপকার না হইলে বারংবার উক্তরূপ স্নান করাইলে সুফল পাওয়ার আশা করা যায়। কখন কখন বার ঘণ্টা পর্য্যন্ত স্নানে আশানুরূপ সুফল পাওয়া যায়। সময় সময় এই স্নানের সহিত ১০।১৫ গ্রেন মাত্রায় প্রত্যেক ২।৩ ঘণ্টা অন্তর ব্রোমাইড ঔষধ সেবন করাইতে হয়। কোন মানসিক ব্যারামে অধিক ঠাণ্ডা জল পরিত্যাগ করা উচিত, উষ্ণ জলই বিশেষ উপযুক্ত। কোন কোন সময়ে স্নানের সহিত ব্রোমাইডেও উপকার না হইলে অন্য নিদ্রাকারক ঔষধ ব্যবস্থা করা যাইতে পারে। ভিরনেল্, কডিন্, ট্রায়নেল ও সালফনেল ইত্যাদি ঔষধ দেওয়া যাইতে পারে। যে অবস্থায় স্নানের জন্য রোগীর শুশ্রূষার লোকের অভাব হয় তখন স্নান না করাইয়া নিদ্রাকারক ঔষধই ব্যবস্থা করা দরকার, কেন না স্নান করাইবার জন্য রোগীর বন্ধুগণ অনেক সময় অর্থ বা অন্যান্য কোন কারণে শুশ্রূষার লোক যোগাইতে না পারিলে রোগীর স্নানের ব্যবস্থা করা অসঙ্গত। স্নান ব্যবস্থা করিলে একটী শুশ্রূষা করিবার লোকের বিশেষ দরকার, নচেৎ রোগীকে কোন এক চিকিৎসালয়ে

পাঠাইয়া দেওয়া উচিত যে স্থানে এইরূপ চিকিৎসা অনেক রোগীরই নিত্য হয়। যখন রোগীর বন্ধুবর্গ এইরূপ চিকিৎসালয়ে পাঠাইতে অসম্মত হন তখন ও স্নান ব্যবস্থা করা উচিত নয়। ব্রোমাইড ব্যতীত ক্লোরেল্, পেরালডিহাইড, ক্লোরেলএমাইড, আফিম্, মরফিয়া, হাইওসিন্ ও স্কপোলেমাইন ব্যবহার করা যাইতে পারে কিন্তু কোন কোন চিকিৎসক ক্লোরেল ব্যবহার করা বিশেষ অসঙ্গত মনে করেন, তাঁহারা বলেন যে ক্লোরেল ঔষধে ডেলিরিয়াম ট্রিমেনসে স্নায়ুর উত্তেজনার হ্রাস না করিয়া বরং বৃদ্ধি করে। অতএব ক্লোরেল নিদ্রার উদ্রেক না করিয়া বরং নিদ্রার ব্যাঘাৎ জন্মায়। যখন অন্যান্য ঔষধ সমূহ ব্যবহারে ভাল ফল না পাওয়া যায়, তখন পূর্ব্বমতের বিরুদ্ধে অনেকে পুনঃ ক্লোরেল এর সহিত মরফিয়া ব্যবহার করেন। যদিও ইহা আপাততঃ বিরুদ্ধমত বলিয়া বোধ হয় তবু মরফিয়া থাকাতে ক্লোরেল এর উত্তেজনা শক্তির বিশেষ প্রকাশ পাইতে পারে না। পারলডিহাইড বিষাক্ত ঔষধ নয় কিন্তু ইহার অসুবিধা এই যে, ইহাতে অতি অল্প নিদ্রা আনয়ন করে এবং ঔষধ বারম্বার সেবনে ঔষধের অভ্যাস জন্মিয়া যায়। উপরোক্ত অসুবিধার জন্য (অভ্যাস জন্মিবার আশঙ্কায় আফিংও ব্যবহার করা উচিত নয়) ইন্সেনিটি ব্যারামে, উত্তেজনা ও অনিদ্রারই কেবল চিকিৎসা করিতে হয়; যদিও তাহারা সদা একত্রে বাস করে তবু তাহাদিগকে পৃথক করা যায় এবং তাহাদের চিকিৎসাও স্বভাবতঃ একই। মন্তব্যে ইহা বলা যাইতে পারে যে অনিদ্রার কারণ ঠিক করিয়া তাহার উচ্ছেদ চেষ্টাই প্রকৃত চিকিৎসা; কেননা সদা ঔষধ ব্যবহার করিয়া রোগীকে ঔষধের অভ্যাস জন্মাইয়া দেওয়া অনৌক্তিক ও সময় সময় ইহার কুফলও দেখিতে পাওয়া যায়।

দীর্ঘায়ুঃ লাভের উপায়।

লেখক—ডাক্তার শ্রীযুক্ত রমেশচন্দ্র রায়, এল্, এম্, এস্।

রক্তের শ্বেত কণিকার Phagocytosis ক্ষমতার আবিষ্কর্ত্তা অধ্যাপক মেচ্‌নীকফ (Metchnikoff) সম্প্রতি দীর্ঘায়ুঃ লাভের উপায় নির্দ্ধারণ করিয়াছেন। তিনি স্থির করিয়াছেন যে, দধি ভোজনই একমাত্র দীর্ঘায়ুঃ লাভের সহজ উপায়। এই কথাটী সম্পূর্ণ শাস্ত্রানুমোদিত বলিয়া তিনি নিম্ন প্রকারে প্রতীয়মান করিয়াছেন।

মানব, আমিষ ভোজীই হউন বা নিরামিষ ভোজীই হউন, খাদ্যের সহিত অনেক পরিমাণে অণ্ডলাল জাতীয় (proteid) ভোজ্য ভক্ষণ করিয়া থাকেন। ডাইল, শুঁটী, ছোলা প্রভৃতিতে বহুল পরিমাণে প্রোটীড্ (বা অণ্ডলাল জাতীয় খাদ্য) বর্ত্তমান থাকে; উক্ত প্রোটীড্ পরিপাককালীন, নানা জাতীয় বায়ু (gas) ও অন্যান্য উপাদানে পরিবর্ত্তিত হয়,

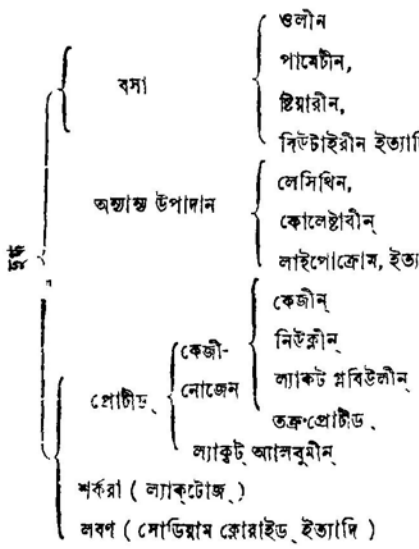
যথা—লিউসিন, টাইরোসিন, ইণ্ডোল, স্কেটোল, ফেনোল, ইত্যাদি। এই সকল পরিবর্ত্তিত বস্তু, দেহের মধ্যে গৃহীত না হইলে, ক্ষুদ্রান্ত্রমধ্যস্থ নানাজাতীয় জীবাণু কর্ত্তৃক বিভিন্ন প্রকারের পদার্থে পরিণত হয়; সেই সকল পদার্থ বা তৎকর্ত্তৃক সৃষ্ট নানাজাতীয় বিষ (toxin বা ptomaine) বৃহদান্ত্র হইতে রক্ত মধ্যে গৃহীত হয়। এই বিষ রক্তের সহিত মিলিত হইয়া নানারূপ দৈহিক অশান্তি, দেহ যন্ত্রের ক্রিয়ার বিকৃতি (Auto-intoxication) প্রভৃতি উপসর্গ আনয়ন করিয়া মানব শরীরকে ক্ষীণ, অকর্ম্মণ্য ও ক্রমশঃ স্বল্পায়ু করিয়া ফেলে। ক্ষুদ্রান্ত্রস্থ নানাজাতীয় জীবাণুর এই ক্রিয়াকে ইংরাজীতে proteolytic (বা অণ্ডলালজাতীয় বস্তুর বিভাজক বা সংহারক) ক্রিয়া কহে; ইহার ফলে নানা প্রকারের বিজাতীয় বায়ুর উৎপত্তি ও বিষের সৃষ্টি এবং পাকযন্ত্রের এত পরিশ্রমের ফল একেবারে বৃথায় নষ্ট। এই সকল কথার সবিশেষ প্রমাণ সকলেই কিছু না কিছু অবগত আছেন। যে ব্যক্তি গুরুতর ভোজন করে তাহার আলস্য আইসে। যে ব্যক্তির কোষ্ঠ শুদ্ধি হয় না, তাহার তাবৎ দেহই বিকল। বৃদ্ধলোকেরা অহিফেনসেবী হইলে, আকস্মিক উদরাময় ভোগ করিয়া থাকেন। যাঁহারা ক্বচিৎ মাংসাহারী তাঁহারা উপর্য্যুপরি মাংসাহার করিলে বা বেশী আহার করিলে, অশেষ প্রকারের শারীরিক গ্লানি ভোগ করিয়া থাকেন। মাংসভোজীদের মধ্যে উদরাময়, বিসূচিকা বা আমাশয় যেরূপ মারাত্মক, শাকান্নভোজীদের মধ্যে উহা তদ্রূপ নহে। অতএব বেশ প্রতীতি হইতেছে যে, আমাদের যাবতীয় আহার্য্যের মধ্যে অণ্ডলাল জাতীয় আহার্য্যই সর্ব্বাপেক্ষা অধিক পচনশীল; এবং ইহাই অন্ত্রপথে তত্রস্থ জীবাণু (intestinal flora) কর্ত্তৃক নানা প্রকারের বিষাক্ত পদার্থে পরিণত হইয়া, পরে রক্তের সহিত মিলিত হইয়া, মানবকে স্বল্পায়ুঃ করিয়া থাকে।

অতএব, উহা নিবারণের উপায় কি? উপায়, উক্ত জাতীয় পদার্থের বর্জ্জন বা হ্রাস করণ। কিন্তু উপদেশ সকল সময়ে সকল ব্যক্তি কর্ত্তৃক পালিত হওয়া অসম্ভব। অধ্যাপক মেচনীকফ্ তুরস্ক প্রদেশস্থ বুলগেরিয়ায় ভ্রমণকালীন লক্ষ্য করেন যে, অন্যান্য দেশ অপেক্ষা তথায় সর্ব্বাপেক্ষা বৃদ্ধের সংখ্যা বেশী। এবং যাবতীয় কারণানুসন্ধানেও, তিনি এই সিদ্ধান্তে উপনীত হয়েন যে, সেই দেশের সকল লোকেই এক প্রকার দধি সেবন করিয়া থাকেন, এবং তাহাই তাঁহাদের দীর্ঘায়ুঃ হইবার একমাত্র কারণ। এক্ষণে দেখা যাউক ঐ কথার মূলে কতটা সত্য আছে।

ভারতবর্ষে দধি ও ছানা, ঈজিপ্তে লেবেন্ (Leben), রুশিয়ায় কুমিস্ (Koumiss) ও কেফির (Kephyr), আর্মেনিয়ায় মাজুন (Mazun) বোমে অক্সিগালা (Oxygala), গ্রীসে কিষ্টন্ (Chiston), আলজিরিয়ায় ও টীউনিসে রায়েৎ (Rayet) বুলগেরিয়ায় জগহুর্ত্ত (Yoghourt) প্রভৃতি অশেষ প্রকারের দধি জগদ্বিখ্যাত। ঐসকল দুগ্ধের বিকার কেমন করিয়া হয়?

এই কথার মীমাংসা করিবার পূর্ব্বে, দুগ্ধের উপাদান কি কি, ও সাধারণতঃ দুগ্ধ কি

উপায়ে দধি হইয়া যায়, এতদ্বিষয়ের আলোচনা এস্থলে অপ্রাসঙ্গিক হইবে না। দুগ্ধ এই এই উপাদানে গঠিত :—



এক্ষণে জিজ্ঞাস্য, সাধারণতঃ "ঘোল" (whey) ও "দধিতে" (curd) কি কি থাকে?

"দধিতে" থাকে—বসা, কেজীন, দুগ্ধাম্ল; "ঘোলে" থাকে—লবণ, শর্করা, দ্রবণীয় প্রোটীড। আর একটী কথা, প্রোটীড জাতীয় দ্রব্যের ধর্ম্ম এই যে, উহাকে উত্তপ্ত করিলে উহা জমিয়া যায় (Coagulated)। দুধে যথেষ্ট পরিমাণে প্রোটীড আছে, দুগ্ধ ফোটাইলে তাহা জমিয়া যায় না কেন? ইহার কারণ, ল্যাক্ট-আলবুমেন্ বা দুগ্ধ প্রোটীড্ যতক্ষণ ক্ষার প্রতিক্রিয়াযুক্ত থাকে, ততক্ষণ উহা জমিয়া যায় না। তবে দুগ্ধ কেমন করিয়া জমান্ যায়? উহাকে অম্ল প্রতিক্রিয়াযুক্ত করিলেই দুগ্ধ জমিয়া যায়। দুগ্ধে যথেষ্ট পরিমাণে দুগ্ধ শর্করা বা ল্যাক্টোজ বর্ত্তমান আছে; ঐ ল্যাকটোজ মাতৃস্তনস্থ বা বায়ুস্থ নানা প্রকার উৎসেচক জীবাণুর ক্রিয়ার ফলে ল্যাকটিক অ্যাসিড বা দুগ্ধাম্লে পরিণত হয় এবং তদ্রূপ হইলেই দুগ্ধ জমিয়া যায়; কেজীনোজন ছিঁড়িয়া কেজীন, ল্যাক্ট গ্লবিউলীন প্রভৃতি দ্রব্যে পরিণত হয়। ইহা ফিজিওলজী বা শারীর-বিধান তত্ত্বের শিক্ষা।

সাধারণতঃ গোয়ালারা কিরূপে দধি প্রস্তুত করে তাহা কাহারো অবিদিত নাই। প্রথমতঃ দুধকে কতকটা ফোটাইতে হয়; পরে সেই দুধকে কতকটা ঠাণ্ডা করিতে হয়—একেবারে শীতল নহে, রক্তের তাপের সহিত সমান তাপে আনিতে হয়। ঐ দুধে সূচ্যগ্রে যতটুকু ধরে, ততটুকু "দম্বল" বা "সাজো" দিয়া উহাকে গরম কাপড় (কম্বল) ঢাকিয়া রাখিয়া দিলে, আন্দাজ বার ঘণ্টা পরে সুন্দর দধি প্রস্তুত হয়।

ঐ "দম্বল" বা "সাজো" কি? ঐ দম্বল বিশুদ্ধ ল্যাকটিক অ্যাসিড জীবাণুর আবাস ভূমি। উহা সুস্বাদু, সুগন্ধ; উহাতে অন্য কোনও জীবাণু পাওয়া যায় না, কারণ ল্যাকটিক অ্যাসিড জীবাণু অপর সকল জীবাণুকে ধ্বংস করে এবং নিজেও অল্প দিনের মধ্যে মরিয়া যায়। উহা সাত আট দিবস বিশুদ্ধ থাকে; গোয়ালারা দধি পাতিলেই তাহা হইতে একটু দধি ঐ দম্বলের পাত্রে ঢালিয়া দেয়, এবং দধি পাতিবার আবশ্যক হইলে দম্বলের পাত্র হইতে দম্বল তুলিয়া লয়; এইরূপে যুগযুগান্তর ধরিয়া পাত্রে ল্যাকটিক অ্যাসিড জীবাণুর বিশুদ্ধ "চাষ" (যাহা "দম্বল" নামে পরিচিত) গোপগণ কর্ত্তৃক পরিরক্ষিত হইয়া থাকে।

বলা বাহুল্য প্রস্তুতের তারতম্য ভেদে, দধির প্রকার ভেদ হইয়া থাকে। "ভাব

প্রকাশ" গ্রন্থে দধির এইরূপে প্রকার ভেদ ও গুণ বর্ণনা আছে :—'যে দধি দুগ্ধবৎ ও অব্যক্তরস ও কিঞ্চিৎ ঘন (ভাল করিয়া বসে নাই) তাহা মন্দ দধি। উহা মলমূত্র প্রবর্ত্তক, ত্রিদোষজনক ও বিদাহ কারক। যে দধি সম্যক ঘনতাপ্রাপ্ত হইয়াছে, (অর্থাৎ যাহা হইতে জল কাটে না) যাহাতে স্বাদু রস ব্যক্ত এবং অম্লরস অব্যক্ত তাহা স্বাদুদধি। ইহা অতি অভিষ্যন্দি, বৃষ্য মেদ ও কষ্টজনক. বাতনাশক, মধুর পাক ও রক্তপিত্ত প্রসাদন কর। গাঢ়, মধুর রস ও কষায়ানুরসযুক্ত দধিকে (স্বার্দ্ধাম্লদধি) বলা যায় এবং সাধারণ দধির ন্যায় ইহার গুণ। "অম্ল" দধিতে কিছু-মাত্র মধুর রস নাই; অম্লরসই ব্যক্ত; ইহা অগ্নিদীপক, পিত্ত, রক্ত ও শ্লেষ্মাবর্দ্ধক। যে দধি অত্যম্ল, দন্তহর্ষ, রোমহর্ষ ও কণ্ঠাদির দাহহারক তাহাকে "অত্যম্ল" দধি কহে; উহা অগ্নিদীপক ও অতি রক্ত পিত্ত ও বাতজনক।" স্থূল হিসাবে দধিকে দুই শ্রেণীতে বিভক্ত করা যাইতে পারে। (১) "উত্তম" দধি—যাহা সদ্গন্ধ বিশিষ্ট, সুস্বাদু, ও ভাল বসিয়াছে;—অর্থাৎ যাহার আধার পাত্রকে হেলাইলে জল (whey) কাটিয়া যায় না। (২) "অধম" দধি—যাহা তীব্র অম্ল গন্ধ ও স্বাদ বিশিষ্ট এবং যাহা হইতে সহজেই জল (whey) কাটিয়া যায়। এই "জল কাটা" দুগ্ধে জলের দোষে নহে, জীবাণুর কার্য্যাক্ষমতার দোষে।

দধির তারতম্যের কারণ কি? কারণ দুগ্ধে অপরজীবাণুর সত্তা। যে দুগ্ধ বিশুদ্ধ ল্যাকটিক অ্যাসিড জীবাণুদ্বারা দধিতে পরিণত হয়, তাহা উত্তম দধি; তাহাতে জল কাটিবে না। যে দুগ্ধে yeast প্রভৃতি বর্ত্তমান থাকে তাহা অধম দধি। বিশুদ্ধ ল্যাকটিক অ্যাসিড্ জীবাণু, দুগ্ধের বসা বা প্রোটীডকে ধ্বংস করিয়া পেপ্টোন্, অকসি—বিউটাইরিক প্রভৃতি অম্ল প্রস্তুত করে না, যাহা মন্দ দধিতে yeast দ্বারা হইয়া থাকে। ল্যাকটিক অ্যাসিড্ জীবাণু দুগ্ধ শর্করাকে দুগ্ধাম্লে পরিণত করে; কেজীনকে জমাট বাঁধাইয়া দেয় মাত্র (রেনেট প্রসূত কেজীন এই জীবাণু সম্ভূত কেজীন হইতে পৃথক) এবং বসার উপরে কোনও উপদ্রব করে না। এই দধি বহুকাল রাখিলেও রসার কোনও পরিবর্ত্তন হয় না।

বিশুদ্ধ ল্যাকটিক অ্যাসিড জীবাণু সংঘটিত দধিতে নানা প্রকারের রোগজীবাণু দিয়া পরীক্ষা করা গিয়াছে, তাহারা কেহই ঐ দধিতে অধিক কাল জীবিত থাকিতে পারে না। কোন্ কোন্ জীবাণু ঐ দধিতে কত ঘণ্টা পরে মরিয়াছে, তাহার তালিকা এই :—

কমা জীবাণু	...	২৪ ঘণ্টা
টাইফয়েড জীবাণু শীগার জীবাণু	}	৪৮ "
প্যারাটাইফয়েড জীবাণু কোলন জীবাণু	}	৭২ "

এক্ষণে প্রশ্ন করা যাইতেছে, তবে কি করিলে দীর্ঘায়ু হওয়া যায়? অভ্রান্তস্বাস্থ্যানু-মোদিত উপায়ের সঙ্গে সঙ্গে যদি "উত্তম" দধি রীতিমত আহারের সহিত সেবন করা যায় তবে দীর্ঘায়ু লাভ করা যাইতে পারে। এ কথা হিন্দুদের অবিদিত ছিল না। দুর্গোৎসবে, মহাষ্টমীর স্নানের সময়ে, দধি লেপন করিয়া হিন্দু প্রার্থনা করেন 'পুত্রায়ুর্ধন

বৃদ্ধার্থং"। গুরুতর ভোজনের পরে, দধি সেবনের বহুকালের ব্যবস্থা আছে। তবে অধিক মাত্রায়, অথবা বাজারের তীব্র অম্ল রসাত্মক দধি সেবনের উপকারিতার সীমা আছে, একথা সকলেই স্বীকার করিবেন। উদরাময়ের অবস্থায় "ঘোল" সেবনের গার্হস্থ, ব্যবস্থা আছে, ইত্যাকারে দৃষ্টান্তের বাহুল্য করা নিষ্প্রয়োজন।

সম্প্রতি বুলগেরিয়ার "জুগহুর্ত্ত" দধি হইতে লব্ধ ল্যাকটিক অ্যাসিড জীবণুকে চাকৃতি (tablet) আকারে বিক্রয় করা হইতেছে। উক্ত চাকতী দুই রকমের বাজারে বিক্রীত হইতেছে, একটীর Lactone tablet, অপরটীর নাম Fermenlactyl Tablet. পূর্ব্বোক্তটীর সাহায্যে দুগ্ধকে দধিতে পরিণত করিয়া সেবন করিতে হয়, শেষোক্তটী দুগ্ধ সেবনের সঙ্গে সঙ্গেই সেবন করিতে হয়। তিন ছটাক দুগ্ধে তিন ছটাক জল মিশ্রিত করিয়া সিদ্ধ করিয়া তাহাকে কিঞ্চিৎ শীতল করিয়া একটী চাকৃতি তাহাতে দিয়া ৮।১০ ঘণ্টাকাল রাখিলে দধি প্রস্তুত হয়। কিন্তু এতদুভয় ঔষধি-প্রস্তুত দধি আমাদের "উত্তম' দধির সমান হয় না, উহা হইতে বহুল পরিমাণে "ছানার জল কাটে।" আমাদের দেশের দুধে "দম্বল" বা "সাজোর" বিন্দু দিয়া যেমন উৎকৃষ্ট দধি হয় তেমন উৎকৃষ্ট দধি কোনও ঔষধ সাহায্যে হয় না।

উদরাময়, আম্লিকজ্বর, বিসূচিকা, আমাশয়, প্রভৃতি উদরের পীড়ায় দধি ব্যবহৃত হইতেই পারে; উপরন্তু, *Arterio sclerosis* ব্রাইটস্ ব্যাধি, আমবাত (urticaria), বহুমূত্র প্রভৃতি ব্যাধিতেও এই খাদ্য ব্যবহার করিয়া প্রভূত উপকার পাওয়া গিয়াছে। এতৎ সম্বন্ধে বহুল আলোচনা প্রার্থনীয়।

আমার একটী বন্ধুর কতকগুলি পালিত কুকুর আছে; তিনি বলেন কুকুরদের উদর সম্বন্ধীয় যাবতীয় পীড়ার অমোঘ মহৌষধ দধি বা ঘোল। কুকুর প্রটীড খাদ্য ভোজী; কুকুরের পরিপাক ক্রিয়ার ব্যতিক্রম হইলে, দধি ভোজনে তাহার সকল পরিপাক দোষ নষ্ট হইয়া যায়।

এক্ষণে প্রশ্ন হইতেছে যে, দধি বা ঘোলে ল্যাকটিক অ্যাসিড বা দুগ্ধাম্ল আছে; কোনও কোনও পাশ্চাত্য চিকিৎসকের মতে, বাত (Rheumatism) ব্যাধি, শরীরাভ্যন্তরে ল্যাকটিক অ্যাসিড্ সঞ্চয়ের ফল। "দধি ভোজনে বাত হইবে" অস্মদ্দেশীয় প্রবাদও এই কথার পোষকতা করিতেছে। এই কথার মূলে কতটা সত্য আছে তাহা ডাক্তার T. J Maclagan কর্ত্তৃক 'Rheumatism' পুস্তক পাঠে বুঝা যাইবে। "ভাব প্রকাশের" ন্যায় প্রামাণিক গ্রন্থে এই মতের পোষকতা নাই; মান্দ্রাজবাসীরা প্রায় প্রত্যহই দধি ভোজন করিয়া থাকেন, অথচ তাঁহারা বাত ব্যাধি প্রপীড়িত নহেন। তবে অপকৃষ্ট দধি সেবন করিয়া, দুগ্ধের বসার বিকৃতি সেবন করিয়া, অজীর্ণরোগ আনয়ন করিয়া বাত পীড়িত হওয়া আমাদের লক্ষ্যস্থল নহে।

প্রবন্ধের উপসংহারে, অপ্রাসঙ্গিক হইলেও, একটি কথা বলা বড়ই প্রয়োজন হইতেছে, বোধ হওয়ায়, এ স্থলে আভাষে বলিব। দিন দিন *Dyspepsia* বা অগ্নিমান্দ্য ব্যাধি সমস্ত বাঙ্গালীকে জীর্ণ করিতেছে; ম্যালেরিয়া রাক্ষসী আমাদের সর্ব্বনাশ করিতেছে; প্লেগ,

বিসূচিকা, বসন্ত প্রভৃতি আরো কত শত্রুর নাম করিব? কিন্তু তদ্ব্যতীত আরো আমাদের সমাজের একটী শত্রু আছে, সেটি গো-চিকিৎসক বা হাতুড়ে। আমি যে শুধু উপাধি বিহীন চিকিৎসককে লক্ষ্য করিতেছি তাহা নহে; যে কোনও চিকিৎসক বিশেষ চিন্তা না করিয়া ঔষধের ব্যবস্থা করেন, তিনিই গো-চিকিৎসক। আমাদের দেশের যদি কোনও ব্যক্তির অজীর্ণ ব্যাধি হইল, অমনি চিকিৎসক মহাশয় তাঁহাকে পেপ্‌সীন ব্যবস্থা করিলেন, একথা কল্পনাপ্রসূত নহে। কিন্তু পেপ্‌সীনে আমাদের উপকার কোথায়? কেন, আমাদের দেশে কি পেঁপে জন্মায় না, না নারিকেলোদকের অভাব আছে? ঘোলের উপকারিতা আমাদের অপেক্ষা কাহারা জানে? যদি রোগী কি খাইবে জিজ্ঞাসা করে, তবে প্যানোপেপ্‌টন, মেলিন্‌স্ ফুড বা হর্লিক্‌স্ ফুড্ প্রভৃতি অজ্ঞাত-ধর্ম্ম, বাসি, বিজাতীয় খাদ্যের তালিকা লিখিয়া দিয়া বিদ্যাবুদ্ধির পরাকাষ্ঠা প্রদর্শন করি! কেন, আমাদের দেশে চিঁড়া, খৈমণ্ড,সন্দেশ প্রভৃতি কি নাই? এ সকল খাদ্যের ধর্ম্ম সম্বন্ধে আমরা কিছুই জানি না, জানিবার জন্য লালায়িতও নহি! বাস্তবে, সুবিধা পাইলে, দুই চারি কথা বলিবার মানস রহিল।

সংক্রামক শোথ।

লেখক—ডাক্তার শ্রীযুক্ত দেবেন্দ্রনাথ রায়, এল্, এম্, এস্।

(পূর্ব্ব প্রকাশিতের পর)

ইং ১৮৯৪ সালের এপিডেমিক সম্বন্ধে আরও কয়েকটী বিষয় ম্যাকলিয়ড সাহেব লিপিবদ্ধ করিয়াছেন। তিনি বলেন কলিকাতায় রোগটি প্রথমে আবির্ভাব হয় এবং বেশীদিন থাকে, তাহার কারণ এ স্থানটি একটি দ্বীপের মধ্যে অবস্থিত। ইহার বিপরীত অবস্থা পার্ব্বত্য শালডে এবং জল বেষ্টিত মরিসসে বর্ত্তমান থাকায় রোগটি বেশী দিন এই দুই স্থানে থাকিতে পারে নাই। আবার কলিকাতায় যে সব স্থানে রোগের বৃদ্ধি হইয়াছিল সে স্থানগুলি জলাময় এবং জল নিকাশের ব্যবস্থাও এসব স্থানে অত্যন্ত নিকৃষ্ট ছিল। চাউল এ সময়ে দ্বীগুণ মূল্যে বিক্রী হইয়াছিল, এবং নিম্নশ্রেণীর লোকেরা প্রায় অর্দ্ধাশনে বাঁচিয়া থাকিত।

১৯০১ সালে যে এপিডেমিক কলিকাতায় আবির্ভাব হয় তাহার সম্বন্ধে হেলথ আফিসার ডাঃ কুক রোগের লক্ষণগুলি বর্ণনা করিয়া এক নুটিশ জারি করেন এবং ডাঃ রজার্স (ইনি মেডিকেল কালেজের নিদান শাস্ত্রের অধ্যাপক) তাঁহার রচিত "Fevers in the Tropics" নামক গ্রন্থে কতকগুলি রোগীর বিষয় লিপিবদ্ধ করিয়াছেন। তিনি বলেন—যদিও রোগটি তিনটি বর্দ্ধিষ্ণু এবং সম্ভ্রান্ত হিন্দুর বাটীতে হইয়াছিল তথাপি ইহা কেবলমাত্র দেশীয় দিগের মধ্যে সীমাবদ্ধ

হইয়াছিল। এই সময়ে বেথুন স্কুলের মেয়েদেব মধ্যে রোগটী দেখা দেয়। যে বাটীতে রোগটী প্রথম দেখা দেয় সেই বাটীব নিকট কিছু দিন হইতে মৃত্তিকা খনন হইতে ছিল; এই মৃত্তিকা খননের সহিত বোগেব কোন সংস্রব ছিল, কিনা তাহা জানা যায় নাই। উপবোক্ত তিনটি বাটীতে বজার্স সাহেব বোগটী বিশেষ কবিয়া পর্য্যবেক্ষণ করিয়া দেখেন। ৩৮ জনেব মধ্যে ৩১ জন আক্রান্ত হয়, ইহার মধ্যে কতকগুলি বালক বালিকা ছিল। ৭ জন আক্রান্ত হয় নাই। ইহাদের মধ্যে ৩জন নিতান্ত শিশু এবং এক জনের বযস তিন বৎসব; ইহাবাই বাটীব শিশু সন্তান, অপব কোন শিশু ওখানে ছিল না।

ম্যাকলিয়ড সাহেব যে বলেন শিশুবা আক্রান্ত হয না, তাহা ইহা হইতে বেশ প্রমাণ হয়। পূর্ণ বয়স্কা স্ত্রীলোকেরা সকলেই আক্রান্ত হয় এবং সকলেব অপেক্ষা খারাপ রোগী স্ত্রীলোকের মধ্যেই দেখিতে পাওয়া যায়। দুটি পরিবাবে চাকবেরা প্রথমে আক্রান্ত হয় এবং সম্ভবতঃ তাহারা বোগটিকে পরিবার মধ্যে আমদানী কবে। রজার্স সাহেবের মতে রোগের সহিত বাসস্থানের বিশেষ সংস্রব আছে। কাবণ একটি বাটিতে ১৭ জনের মধ্যে ১৪ জন আক্রান্ত হয়; কিন্তু অপর একটি বাটীতে যাহাব সহিত উপবোক্ত বাটীর বিশেষ ঘনিষ্ঠতা ছিল একটিও আক্রান্ত হয় নাই।

পুরাতন এপিডেমিকের সহিত নূতন এপিডেমিকের তুলনা করিলে বুঝা যায় যে,

(১) দুটিই খাদ্য দ্রব্যের মহার্ঘ্য সময়ে দেখা দেয়।

(২) দুটিই বর্ষার সময় আরম্ভ হয় এবং শীত পর্য্যন্ত জাকিয়া থাকে।

(৩) দুটিই কিরূপে সূত্রপাত হয় তাহা কিছুতেই ধবা যায় নাই।

(৪) দুয়েব লক্ষণ সকলেব কিছুমাত্র প্রভেদ হয় নাই।

(৫) দুটিই অন্নাহারী জাতীব মধ্যে প্রকাশ পায়; কোন ইউবোপীয়ানদের মধ্যে প্রকাশ পায় নাই।

(৬) দুটি এপিডেমিকেই বেশ বুঝা যায় যে, বাসস্থান, পবিচ্ছদ, পরিস্কার পরিচ্ছন্নতাও স্বচ্ছন্দতাব সহিত বোগের কোন সম্পর্ক নাই।

(৭) দুয়েই সবল, সুস্থকায় লোক সকল হঠাৎ আক্রান্ত হইয়াছে।

(৮) কিন্তু এবাবকাব এপিডেমিকে ভদ্র ও সম্ভ্রান্ত লোকেরা বেশী মাত্রায় আক্রান্ত হইয়াছেন। ইতব লোকের মধ্যে বিশেষ ভাবে প্রকাশ পায় নাই।

(৯) এবারে কলিকাতা হইতে রোগের বিস্তার হয় নাই। বরং ঢাকা প্রভৃতি স্থান হইতে কলিকাতায় প্রবেশ করিয়াছে (ডেলানি)

(১০) এবাবে অনেকগুলি চিকিৎসক আক্রান্ত হইয়াছেন; এইটি এবারের নূতন ঘটনা।

(১১) এবারে রোগীদের মধ্যে রক্তস্রাব বেশীমাত্রায় লক্ষিত হইয়াছে। এমন কি রক্ত স্রাবে অনেকগুলি মৃত্যু পর্য্যন্তও হইয়াছে।

(১২) এবারেও রোগনির্ণয় সম্বন্ধে চিকিৎসকদের মধ্যে যথেষ্ট মতভেদ দেখা গিয়াছে।

(১৩) চিকিৎসগণ এবারে রক্ত পরীক্ষা করিয়া অনেক নূতন তথ্য আবিষ্কার করিয়াছেন।

(১৪) এবারে চাউলের সহিত যে রোগের বিশেষ সম্পর্ক আছে, তাহা অনেকে স্বীকার করিয়াছেন।

রোগ নির্ণয়।—সংক্রামক শোথের সহিত নিম্নলিখিত রোগগুলির কিছু কিছু সাদৃশ্য থাকায় রোগ নির্ণয় সম্বন্ধে বিশেষ গোলযোগ হয়। কিন্তু একটু সাবধানের সহিত লক্ষ্য করিলে বুঝা যায় যে, তাহারা সকলেই পৃথক। রোগগুলি এই :—

(ক) স্কবভি

(খ) হৃদ্‌রোগের শোথ

(গ) ব্রাইটস্ রোগের শোথ

(ঘ) যকৃতের সিরোসিসের শোথ

(ঙ) রক্তাল্পতার শোথ

(চ) বেরি বেরির শোথ

(ক) পুরাতন এপিডেমিকের সময় খাদ্য দ্রব্যের মহার্ঘ্য হেতু অনেক চিকিৎসক রোগটিকে স্কবভি বলিয়া স্থির করিয়াছিলেন। কিন্তু এবারে কেহ সে ভ্রমে পতিত হন নাই। যাহা হউক স্কবভির প্রধান লক্ষণগুলি স্মরণ রাখিলে ভুল করিবার সম্ভাবনা নাই। যথা—দন্তের মাড়ী স্পঞ্জবৎ, চর্ম্মের নিম্নে রক্তস্রাব ও একিমোসিস্, স্বল্পাঘাতে রক্তপাত, বুক ধড় ফড় করা, এবং হৃৎপিণ্ডের মর্ম্মর শব্দ। উপযুক্ত খাদ্যাভাবে রোগের আবির্ভাব এবং বিশুদ্ধ বায়ু সেবন ও "সরস উদ্ভিদ আহার দ্বারা" আরোগ্য লাভ —ইহাই রোগের প্রধান লক্ষণ।

(খ) হৃদ্‌রোগে যে শোথ জন্মায় তাহার প্রধান কারণ রক্ত সঞ্চালণের ব্যাঘাত। হৃৎপিণ্ডের বৈধানিক পীড়ায় হৃদগহ্বরের প্রসার ও বিবৃদ্ধি, রক্ত প্রত্যাবর্ত্তণের বিশেষ বৈলক্ষণ্য, উদরী প্রভৃতি ভাবিফল জন্মায়। কিন্তু শোথ এই রোগে প্রথমে দেখা যায় না। ষ্টেথস্‌কোপ দ্বারা হৃৎপিণ্ডস্থানে শুনিলে হৃৎকপাটস্থ রোগ বেশ বুঝিতে পারা যায়। সংক্রামক শোথে হৃৎপিণ্ডে মর্ম্মর শব্দ শুনা যায় বটে কিন্তু ইহা বৈধানিক পীড়া নহে, কখনও শুনা যায়, কখনও যায় না।

(গ) ব্রাইটের পীড়ায় শোথ প্রথমে চক্ষু পল্লবে প্রকাশ পায়। এই শোথ প্রাতঃকালে বেশ লক্ষিত হয়। মূত্র পরীক্ষা করিলে ইহার আপেক্ষিক ভার লঘু, বর্ণ মলিন এবং অণ্ডলাল পূর্ণ লক্ষিত হয়। অণুবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিলে প্রস্রাবে বিভিন্ন প্রকারের কাষ্ট দেখিতে পাওয়া যায়। সংক্রামক শোথ রোগে শোথ পায়ে প্রথমে লক্ষিত হয় এবং প্রস্রাবে একেবারেই এলবুমেন থাকে না।

(ঘ) যকৃতের পীড়ায় শোথ দেখা যায় বটে কিন্তু প্রথমে যকৃতের বিবৃদ্ধি, পরে হ্রাস, পরিপাক শক্তির লোপ, কোষ্ঠকাঠিন্য বা উদরাময়, জ্বর, উদরী প্রভৃতি লক্ষণ প্রকাশ পায়। উদরের শিরা সকল বৃদ্ধি হয় এবং চর্ম্মের বর্ণ হরিদ্রাবর্ণ হইয়া যায়। সংক্রামক শোথে কদাচিৎ যকৃতের বিবৃদ্ধি দেখা যায়। তবে যেখানে হৃৎপিণ্ডে মর্ম্মর শব্দ বা তাহার প্রসার থাকে, সেখানে যকৃতের বিবৃদ্ধি দেখা যায়।

(ঙ) ম্যালেরিয়া জ্বরে, পুরাতন পেটের পীড়ায়, রক্তামাশায়, বা anchylostoma

নামক কৃমি রোগে রক্তাল্পতা হয় বটে কিন্তু সংক্রামক শোথের রক্তাল্পতা পশ্চাতে দেখা দেয়। এই রক্তাল্পতা শোথের কারণ নহে; বরং শোথ হেতু রক্তাল্পতা জন্মায়। এই শোথ স্নায়ু সকলের ক্রিয়ার বিকৃতি হেতু ধমনীর প্রসার হইতে জন্মায় (angio-neurotic)। উপরন্তু এই শোথ ক্লোরোসিস রোগের ন্যায় লাক্ষণিক নহে।

(চ) সর্ব্বাপেক্ষা বেরি বেরির সহিত অনেকগুলি লক্ষণের সাদৃশ্য থাকায় প্রথম এপিডেমিক হইতে এতাবৎ কাল পর্য্যন্ত অনেকের সংক্রামক শোথকে বেরি বেরি বলিয়া ভুল হইয়াছে। ডাক্তার হার্ভি ও ডাক্তার রামময় রায়ের সময় হইতে আজ পর্য্যন্ত চিকিৎসকগণের মধ্যে মতভেদ চলিতেছে, মতভেদের কারণও যথেষ্ট আছে। যে যে বিষয়ে দুটি রোগের সাদৃশ্য আছে.তাহা ডেলানী সাহেবের সরকারি রিপোর্ট হইতে নিম্নে দেওয়া গেল।

(১) দুটি রোগই এপিডেমিক ভাবে দেখা যায়।

(২) দুয়েই জঙ্ঘাক্ষেপের বিকৃতি ঘটে।

(৩) দুয়েই অল্পবিস্তর শোথের লক্ষণ দেখা যায়।

(৪) দুয়েই হৃৎপিণ্ড সংক্রান্ত অনেক গুলি লক্ষণ দেখিতে পাওয়া যায়।

(৫) দুয়েই পেরিকার্ডিয়মে ও পেরি টোনিয়মে জল হয়।

(৬) দুয়েই ফুসফুসে শোথ হয়।

(৭) দুয়েই স্পর্শ শক্তির ব্যতিক্রম দেখা যায়।

(৮) দুয়েই hyperaesthesia বা চৈতন্যাধিক্য জন্মায়।

(৯) দুয়েই চলৎশক্তির ব্যাঘাত বা হ্রাস হয়।

(১০) দুয়েই মৃত্যুর পূর্ব্বে শ্বাসকৃচ্ছ্রতা দেখা যায়।

সাদৃশ্য থাকা সত্ত্বেও যে যে বিষয়ে দুয়ের প্রভেদ আছে, তাহাও পূর্ব্বে বর্ণিত হইয়াছে এবং ডেলানি সাহেবের মতও পূর্ব্বে লিখিত হইয়াছে।

পূর্ব্বে যে কলিকাতা মেডিকেল ক্লাবের অধিবেশনের কথা বলা হইয়াছে সেই অধিবেশনে এবং অপর একটী অধিবেশনেও স্থির হয় যে রোগটি, বেরি বেরি নহে।

কলিকাতার হেলথ আফিসার ডাক্তার পিয়ার্স বলেন যে, বেরি বেরি ও সংক্রামক শোথের মধ্যে যদিও কিছু প্রভেদ অছে কিন্তু বস্তুতঃ তাহারা পৃথক নহে। দুয়ের মধ্যে অনেক সাদৃশ্য দেখিতে পাওয়া যায় এবং দুই রোগেরই এপিডেমিকে এমন রোগী দেখা যায় যাহাদের লক্ষণের মধ্যে এত সাদৃশ্য থাকে যে, একটি আর একটি হইতে পৃথক করা দুষ্কর। সেই জন্য ডাক্তার পিয়ার্স অনুভব করেন যে, দুয়েরই মূল কারণ এক— এবং খুব সম্ভবতঃ ইহা একটি জীবাণুজনিত ব্যাধি।

ডাক্তার পিয়ার্সের এই মত লইয়া ডাক্তারদের মধ্যে অনেক তর্ক উত্থাপিত হয় এবং কলিকাতার এসিয়াটিক সোসাইটির মেডিকেল বিভাগের সভ্যদের এক অধিবেশন হয়। সেখানে ডাক্তার রজার্স, ডাক্তার হ্যারিস্ প্রমুখ বিজ্ঞ চিকিৎসকগণ

এক বাক্যে স্বীকার করেন যে, রোগটি বেরি বেরি নহে। রজার্স সাহেব বলেন—বক্তাল্পতা, লিউকোসাইটোসিস্, জ্বর এবং চর্ম্মের ইরপসন (nettle rash) ইহা কোন শোথ রোগে দেখা যায় নাই এবং বেরি বেরিতে কখনই দেখা যায় না।

আমরা পাঠকগণের সুবিধার জন্য নীচে একটি প্রভেদ-নির্ণায়ক তালিকা সন্নিবিষ্ট করিলাম। ইহা বোম্বাই মেডিকেল কনগ্রেসে পঠিত ম্যাকলিয়ড্ সাহেবের প্রবন্ধ হইতে উদ্ধৃত হইল।

প্রভেদ নির্ণায়ক তালিকা।

	বেরি-বেরি	সংক্রামক শোথ।
ভৌগলিক বিভাগ	জাপান, কোরিয়া, চীনদেশ, ফর্ম্মোজা, মানিলা, মালয়দ্বীপ, পূর্ব্ব আর্কিপিলেগো, মাদ্রাজ, ব্রহ্মদেশ, লঙ্কাদ্বীপ, মধ্য আফ্রিকা, মধ্য এবং দক্ষিণ আমেরিকা, অষ্ট্রেলিয়া, ফিজি ব্রিটেন এবং প্রায়ই জাহাজে দেখিতে পাওয়া যায়।	নিম্ন বাঙ্গালা, পূর্ব্ববাঙ্গালা, আসাম, মাদ্রাজ, মরিসস্।
ঋতু	গ্রীষ্ম ও আর্দ্রতা রোগের অনুকূল, গ্রীষ্মপ্রধানদেশে বৎসরের সকল সময়ে দেখা যায়।	বর্ষাকাল।
প্রাকৃতিক ভূগোল	সমুদ্র ও নদীতীরবর্ত্তী নিম্নপ্রদেশ সকল, পার্ব্বত্য প্রদেশের বদ্ধ উপত্যকা ভূমি।	সমতল ভূমি ও ৫০০০ ফিট পর্য্যন্ত উচ্চ পার্ব্বত্য ভূমি।
এপিডেমিকের বিবরণ	কতকগুলি লোক যখন অস্বাস্থ্যকর স্থানে একত্রে বাস করে যথা, জেল, কুলি লাইন, জাহাজ প্রভৃতি। রোগটি এন্‌ডেমিক ও এপিডেমিক ভাবে দেখা দেয় ও মানুষের দ্বারা বিস্তার হয়।	বাসস্থান ও সংস্থাপন সকল আক্রান্ত হয়; প্রায়ই এপিডেমিক ভাবে দেখা দেয় এবং মানুষের দ্বারা রোগটি নীত হয়।
কারণ	অজ্ঞাত।	অজ্ঞাত।
প্রচ্ছন্নাবস্থা	অজ্ঞাত, সম্ভবতঃ অনেক দিন।	অজ্ঞাত, সম্ভবতঃ ৩,৪ দিন (পিয়ার্স)।

প্রভেদ নির্ণায়ক তালিকা

	বেরি-বেরি	সংক্রামক শোথ।
আক্রমণ	মৃদু; লক্ষণ ধীরে ধীরে প্রবাশ পায়।	প্রায়ই হটাৎ এবং লক্ষণগুলি প্রবল ভাবে দেখা দেয়।
জ্বর	কদাচিৎ, সবিরাম	প্রাথমিক; স্বল্পবিরাম,
পরিপাকের ব্যাঘাত	কদাচিৎ, বোষ্টবদ্ধ	পেটের পীড়া স্বাভাবিক এবং বেশী দিন স্থায়ী।
চর্ম্মের উগ্রতা	অভাব	প্রায়ই দেখা যায় (ঝিন ঝিন, জ্বালাও ব্যথা বোধ)।
চর্ম্মের রোগ	অভাব	প্রায়ই দেখা যায়।
শোথ	অপ্রধান, সম্ভবতঃ আংশিক, কতকগুলিতে ঈষৎ, জননেন্দ্রিয় আক্রান্ত হয় না, মাধ্যাকর্ষণের সহিত কোন সংস্রব নাই।	প্রধান লক্ষণ, চর্ম্ম কিংবা চর্ম্ম নিম্ন স্থান সকলে; জননেন্দ্রিয় আক্রান্ত হয়; মাধ্যাকর্ষণের সহিত সংস্রব বর্ত্তমান।
অসাড়তা	প্রত্যেক ক্ষেত্রে বর্ত্তমান; কাহারও কম, কাহারও বেশী।	শোথযুক্ত স্থানে; কখনও কখনও হ্রাস হয়।
পক্ষাঘাত	প্রায়ই সকল ক্ষেত্রে, মণিবন্ধের ও পদাঙ্গুষ্ঠের পতন; মত্তের ন্যায় চলন।	অত্যন্ত অল্প, তাহাও আবার শোথের স্থান সকলে।
জঙ্ঘাক্ষেপ	প্রথমাবস্থায় বিবর্দ্ধিত, পরে লোপ।	কখনও বিবর্দ্ধিত, কখনও লোপ।
স্নায়বিক লক্ষণ	প্রধান, বহুকাল স্থায়ী।	অপ্রধান বা অভাব।
রক্তাল্পতা	অভাব।	বর্ত্তমান।
শীর্ণতা	প্রায়ই পৈশিক।	সার্ব্বাঙ্গিক।
শ্বাসকৃচ্ছ্রতা	বর্ত্তমান।	বর্ত্তমান।
হঠাৎ মৃত্যু	প্রায়ই দেখা যায়।	দেখা যায় না।
মৃত্যু সংখ্যা	৫-১০ %	২-৫ %
স্থায়িত্ব	বহুদিন	২-৩ মাস
ভাবিফল	পক্ষাঘাত; পৈশিক শীর্ণতা।	শীর্ণতা, রক্তাল্পতা ও শোথ।
শবচ্ছেদে	স্নায়ুর ও পেশীর অপকর্ষতা, হৃৎপিণ্ডের প্রসার, হৃদ্‌কপাট অকর্ম্মণ্য।	বৈধানিক শোথ ও রক্তাধিক্য, একিমোসিস্; হৃৎপিণ্ডের প্রসার।