

বাতরোগ-চিকিৎসা
(হোমিওপ্যাথিক মতে)

ডঃ খগেন্দ্রনাথ বসু

সূচী

উপক্রমণিকা	...	৭
বাতজ্বর	...	১২
আমবাত	...	২৭
বাতরক্ত	...	২৮
পুরাতন গাউট	...	৩৫
অনিয়মিত গাউট	...	৩৫
পুরাতন সন্ধিপ্রদাহ	...	৪১
পেশীবাত	...	৪৭
সেফালোডাইনিয়া	...	৪৮
টর্টিকলিস	...	৪৯
ওমোডাইনিয়া	...	৪৯
পুরোডাইনিয়া	...	৪৯
লাম্বোগো	...	৪৯
উদর-প্রাচীরের বাত	...	৫০
গৃধ্রসীবাত	...	৫০
ঘাড়ের বাত ও স্কন্ধবাত বা কাঁধের বাত	...	৫৬
প্রমেহ এবং উপদংশজাত সন্ধি বাত	...	৫৭
পুরাতন বাত	...	৬০
ঝিনঝিনে-বাত বা ঝিনঝিনিয়ারোগ	...	৬৩
পক্ষাঘাত	...	৬৮
কশেরুক-মাজ্জায় ক্ষয় বা মেরুমজ্জার ক্ষয়	...	৭২
স্থানিক পক্ষাঘাত	...	৭৩
ডিপথিরিয়াজাত পক্ষাঘাত	...	৭৭
হিষ্টিরিয়াজাত পক্ষাঘাত	...	৭৭

সীস পক্ষাঘাত	...	...	৭৭
সকম্প পক্ষাঘাত বা বেপথু	...	...	৭৭
বাতজাত পক্ষাঘাত	...	...	৮০
উন্মাদের পক্ষাঘাত	...	...	৮০
শিশুদের পক্ষাঘাত	...	...	৮৭
শিশুদের মেরুদন্ডের পক্ষাঘাত	...	...	৮৯
সর্বপ্রকার বাতরোগের পথ্যাপথ্য ও আনুষঙ্গিক চিকিৎসা	...	...	৯১
সর্বপ্রকার বাতরোগের চিকিৎসা	...	...	১০০
ঔষধের বিস্তৃত বিবরণ	...	...	১০৬

রেপার্টরি

রেপার্টরি (সাধারণ)	...	...	১৩৫
সন্ধি	...	...	১৪২
বৃদ্ধি	...	...	১৪৫
উপশম	...	...	১৪৮

পারিশিষ্ট

মুষ্টিযোগ	১৫২
-----------	-----	-----	-----

বাতজ্বর

(Rheumatic fever)

বাতজ্বর বা rheumatic fever এক প্রকার তরুণ ব্যাধি। ইহাতে জ্বর সহ শরীরের ছোট-বড় বিশেষত বড়-বড় সন্ধিগুলি প্রদাহিত হয়। তীব্র বেদনা, আরক্ততা ও স্ফীতি ইহার প্রধান লক্ষণ। বাতজ্বর হইতে হৃৎপিণ্ডের এন্ডোকার্ডিয়ামের (অন্তর্দেশ আবরক-ঝিল্লির) প্রদাহ হইয়া থাকে। হৃৎপিণ্ডের উপসর্গ সদা সর্বদাই দেখা যায় এবং ইহার সাংঘাতিকতা অত্যন্ত ব্যাপক। এই উপসর্গের প্রতি সর্বদা লক্ষ্য রাখা এবং প্রতিদিনই হৃৎপিণ্ডকে সাবধানতার সঙ্গে পরীক্ষা করা চিকিৎসকের অবশ্য কর্তব্য কর্ম। ইহার সাংঘাতিকতা সম্বন্ধে এস্থলে উল্লেখ করা যায়—বর্তমান কালের বহু বিজ্ঞ চিকিৎসকের ধারণা এই যে, তরুণ সন্ধিবাতের পরিণামরূপে শতকরা ৮০ ভাগ হৃৎপিণ্ডের যান্ত্রিক (organic) জটিল রোগের উৎপত্তি হইয়া থাকে। এই ব্যাধির প্রকৃত কারণ এখনও অজ্ঞাত। ডাক্তার পইন্টন, পেইন, ওয়াকার এবং বিটি প্রভৃতি মনীষীগণ একপ্রকার জীবাণুকে ইহার মুখ্য কারণ বলিয়া বর্ণনা করিয়াছেন কিন্তু উহা অনুমান মাত্র। কেহ কেহ বলেন রক্তের মধ্যে ইউরিক অ্যাসিড উৎপন্ন হইয়া সন্ধিতে জমিলে বাতজ্বর হইয়া থাকে। *Micrococcus rheumaticus* নামক একপ্রকার বিশিষ্ট জীবাণুর কথাও অনেকে বলেন কিন্তু বাস্তবিক ইহার প্রকৃত মুখ্য কারণ এখনও স্থিরীকৃত হয় নাই।^১ তবুও ইদানীং অনেকে মনে করেন, ইহা

১ The nature of the specific germ is still under discussion. Mantle in 1887 obtained a micrococcus from the fluid of the joints and from the blood, since which time many observers have described forms of staphylococci, streptococci and various organisms. The work of Poynten and Payne, Walker, Beattie and others shows that from the joint's fluid, the throat and the endocardial vegetations and sometimes

যে একটি জীবাণুঘটিত ব্যাধি সে বিষয়ে কোন সন্দেহ নাই এবং নানাপ্রকার বাতরোগের মধ্যে ইহাই সর্বাপেক্ষা মারাত্মক ব্যাধি।

ডাঃ ন্যাস তাঁহার একটি প্রবন্ধে ডাঃ রবার্টস এর নামোল্লেখ করিয়া বলিয়াছেন—রক্তে কোন প্রকার দূষিত পদার্থের বিদ্যমানতা—বাতজ্বরের প্রধান সাময়িক কারণ। এই দূষিত পদার্থ তাঁহারা ল্যাকটিক অ্যাসিড বলিয়া মনে করেন। পরিপাক এবং পরিপোষণ ব্যবস্থার গোলযোগে ইহা উদ্ভূত হয়। এই অ্যাসিড রক্তে পাওয়া যায় কি না সে বিষয়েও সন্দেহ আছে। ডাঃ ন্যাস অবশেষে বলিয়াছেন, আমার বিশ্বাস বাতজ্বরের প্রকৃত কারণ কি তাহা আমরা জানি না—এবং এই ‘না জানা’র মত পোষণ করাই সমীচীন বলিয়া মনে হয়।

ডাঃ ক্যারো বলেন, Clinical observations have taught us that, in many cases, the microbes (either pneumococci, streptococci or staphylococci), if it be these causing the disease, are primarily located in other parts of the system (tonsils, teeth, nose, ears, in the deep veins of the shanks etc.). In these cases rheumatism is as a rule not due to an embolism

from the blood, organisms may be obtained which, inoculated into animals, cause a condition very similar to that of acute rheumatic fever with arthritis, endocarditis and even the fibrous nodules. The difficulty is that the organisms described do not coincide, and Cole in a series of cases, in my clinic at the John Hopkins Hospital with the strains of streptococci from various sources was able to produce experimentally endocarditis and arthritis. But Beattie claims that the lesions produced by his micrococcus rheumaticus are different—*The Principles and Practice of Medicine*, by Sir W. Osler, 8th ed., p. 373.

conveying the bacilli themselves, but to the toxins of the germs, the rheumatic fever thus being rather an anaphylactic reaction of the system. অর্থাৎ, ব্যবহারিক পর্যবেক্ষণ হইতে আমরা অবগত হইতে পারি অনেক রোগীতে, (নিউমোকোকাই, স্ট্রেপটোকোকাই, অথবা স্ট্র্যাফিলোকোকাই) জীবাণুই যদি ব্যাধির কারণ হয়, ইহারা প্রথমে শরীরের অন্যান্য স্থানে অবস্থিতি করে (যেমন টনসিল বা তালুমূল গ্রন্থি, দন্ত, নাসিকা, কর্ণ, shanks বা জানু হইতে গুল্ফ পর্যন্ত অংশের গভীর শিরা মধ্যে) সাধারণত সমাবরোধন বা এমবোলিজম জীবাণুকে বহন করিয়া আনিতেছে, তাহা বাতরোগের কারণ নহে, কিন্তু জীবাণুর টকসিন বা বিষই ইহার কারণ সুতরাং ইহা শারীরবিধানের অ্যানাফিল্যাকটিক প্রতিক্রিয়া^১।

আরও অল্প সংখ্যক ক্ষেত্রে বাতজ্বরের কারণ—সর্দির মধ্যে জীবাণুর সাক্ষাৎ আক্রমণ (direct embolic invasion)। এই সকল ব্যতিক্রম রোগীতে সাংঘাতিক পাইমিয়া^২ লক্ষণ দেখা যায়।

আর্দ্রতা এবং শীতলতা উপভোগ, আহারে গোলযোগ, স্ত্রীলোকগণের ঋতুবন্ধ প্রভৃতি ইহার উত্তেজক কারণ বলিয়া গণ্য। ইহা অনেক সময় স্কার্লেটিনা বা আরক্ত জ্বরের পরে প্রকাশ পায় এবং পৈতৃক ধারায় উপস্থিত হইয়া থাকে। পরিবর্তিত ঋতু বাতরোগের পক্ষে বিশেষ অনিষ্টকর, সুতরাং জলবায়ু এবং ঋতুর প্রভাবও এই ব্যাধির কারণে বিশেষভাবে দৃষ্ট হইয়া থাকে। বাত ধাতুবিশিষ্ট ব্যক্তিদের সন্ধিতে আঘাত লাগিলে অথবা উহা মটকাইয়া গেলে তাহারা বাতজ্বরগ্রস্ত হইয়া থাকে।

^১ Rheumatism, p. 8.

^২ Pyemia—রক্তে পূজোৎপাদক বীজাণু সঞ্চারণ—Pyemic bacteria circulation in the blood and formation of abscesses.

ইহা নাতিশীতোষ্ণ এবং আর্দ্র প্রদেশের ব্যাধি, উত্তর-ল্যাটি-চিউডে (north latitude) সমধিক প্রচলিত। ডাঃ অসলার যে হিসাব দিয়াছেন, তাহাতে দেখা যায় মনট্রিলের জেনারেল হাসপাতালে ১৮৯১ হইতে ১৯০৩, এই ১২ বৎসরে ১২০৪৪ জন রোগীর মধ্যে ৪৮২টি বাতজ্বর এবং উহাতে ২টি মৃত্যুমুখে পতিত হয়। উক্ত মনট্রিলে রয়াল ভিক্টোরিয়া হাসপাতালেও ১৮৯৩—১৯০৩, এই দশ বৎসরে ৯২৮৬ রোগীর মধ্যে ২৮৫টি বাতজ্বর এবং উহাতে ৩টির মৃত্যু হয়, এই সমস্ত হইতে সাধারণত একই ধারণা জনো যে বাতজ্বর অন্যান্য দেশ অপেক্ষা ব্রিটিশ দ্বীপপুঞ্জে অধিক পরিমাণে বিরাজ করিয়া থাকে, কিন্তু এ ধারণার মূলে কোন সত্য আছে বলিয়া মনে হয় না।

ঋতুভেদে এই ব্যাধি কম বেশি হইয়া থাকে, লন্ডন নগরে সেপ্টেম্বর এবং অক্টোবর মাসে সর্বাপেক্ষা অধিক রোগী হয়। মনট্রিল এবং বলটিমোর হাসপাতালে দেখা যায়, জানুয়ারী হইতে এপ্রিল মাস পর্যন্ত সর্বাপেক্ষা অধিক রোগী ভর্তি হইয়া থাকে, কিন্তু ভিন্ন-ভিন্ন দেশে ভিন্ন-ভিন্ন ঋতুতে এই ব্যাধির আবির্ভাব হইতে পারে^১।

বাতজ্বরের প্রকোপ সাধারণত তরুণ যুবকগণের উপর অধিক পরিমাণে পতিত হইতে দেখা যায়। বালকদের মধ্যেও ইহা নিতান্ত বিরল নহে, কিন্তু উভয়ের মধ্যে লক্ষণাবলীর পার্থক্য দৃষ্ট হইয়া থাকে। এই ব্যাধি কর্তৃক, সাধারণতঃ ১৫ হইতে ৩৫ বৎসর বয়স্ক যুবকগণ আক্রান্ত হইয়া থাকে। ১৫এর নিম্নে বালকগণও এই ব্যাধি কর্তৃক পীড়িত হইয়া থাকে। পাঁচ বৎসরের নিম্নবয়স্ক শিশুদের মধ্যেও দুই-একটি রোগী দেখিতে পাওয়া যায়, কিন্তু দুই বৎসরের নিম্ন-বয়স্ক দুগ্ধপোষ্য শিশুদের মধ্যে ইহা কখনও দৃষ্ট হয় না^২।

১ ডাঃ টিডি বলেন, লন্ডনে সর্বাপেক্ষা বেশি রোগী হয় অক্টোবর ও নভেম্বরে এবং সর্বাপেক্ষা কম ফেব্রুয়ারী ও মার্চে; কিন্তু আমেরিকায় সর্বাপেক্ষা বেশি মার্চে হইয়া থাকে।—*A Synopsis of Medicine*. 3rd ed. p. 247.

২ মনট্রিল সাধারণ হাসপাতালে ৪৫৬ রোগীর মধ্যে ১৫ বৎসরের নূন বয়স্ক বালকের সংখ্যার হার ছিল শতকরা ৪.৩৮; ১৫ হইতে ২৫ বৎসর বয়স্কের ৪৮.৬৮, ২৫ হইতে ৩৫ বৎসর বয়স্কের ২৫.৮৭; ৩৫ হইতে ৪৫ বৎসর বয়স্কের ১৩.৬ এবং তদুর্ধ্বে ৭.৪। ব্রিটিশ মেডিক্যাল অ্যাসোসিয়েশনের জন্য ডাঃ উইফ্যাম (Whipham) ৩৫৫ রোগীকে পরীক্ষা করেন, উহাতে ১০ বৎসরের নিম্ন বয়স্কের

স্ত্রী-পুরুষের মধ্যে কাহারো অধিক আক্রান্ত হয়? শিশু হইতে বৃদ্ধ, সর্ববয়সের হিসাব লইলে দেখা যায় স্ত্রী অপেক্ষা পুরুষেরাই অধিকতর আক্রান্ত হইয়া থাকে, কিন্তু তরুণ বয়স্কদের মধ্যে পুরুষ অপেক্ষা স্ত্রীলোকেরাই এই ব্যাধিতে অধিক পরিমাণে ভুগিয়া থাকে। দশ হইতে পনের বৎসর পর্যন্ত বালিকাদের আক্রান্ত হইবার বিশেষ সম্ভাবনা। ফলত বাতজ্বরের প্রাথমিক আক্রমণ তরুণ বয়স্কদের মধ্যেই দেখা যায়, যৌবনের প্রথম উন্মেষ হইতে কুড়ি বৎসর পর্যন্ত অধিকাংশ রোগী আক্রান্ত হয়, ছয় বৎসর বয়স হইতে যৌবনের প্রথম উন্মেষ পর্যন্তও কতক রোগী আক্রান্ত হয় এবং কুড়ি হইতে ত্রিশ পর্যন্ত ইহা হইতেও কম রোগীকে আক্রান্ত হইতে দেখা যায়, কিন্তু চারি বৎসরের নিচে এবং ত্রিশের উপরেও এই রোগের প্রাথমিক আক্রমণ কখনও কখনও দৃষ্ট হয়।^১ কেহ কেহ বলেন, এই ব্যাধি পৈতৃক; পিতৃপুরুষের থাকিলে সন্তানে বর্তিয়া থাকে। আবার অনেকে বলেন, ইহা অনুমান মাত্র, এ উক্তি কখনও সত্য নহে। নিউমোনিয়ার ন্যায় এই ব্যাধি একবার হইলে পুনঃপুনঃ হইবার সম্ভাবনা থাকে।

বাতজ্বরে আক্রান্ত রোগীর সন্ধি আরক্ত হয়, ফুলিয়া উঠে, উহার মধ্যস্থ তরল পদার্থ মলিন এবং অ্যালবুমেনযুক্ত হয়। নিউকোসাইট বা শ্বেতকণিকার বৃদ্ধি ঘটে এবং অল্প পরিমাণে ফাইব্রিন (an organic substance constituting the principal part of the solid portion of animals or the flesh) বর্তমান থাকে। ফুসফুস অথবা হৃৎপিণ্ড আক্রমণ করিলে

মধ্যে মাত্র ৩২টি রোগী পাওয়া গিয়াছিল; কিন্তু ২০ হইতে ৪০ বৎসরের মধ্যে শতকরা ৮০টি রোগী ছিল—*The Principles and Practice of Medicine*, p. 372.

১ হোমিওপ্যাথিক রেকর্ডারের প্রধান সম্পাদক ডাঃ এইচ এ রবার্টস, এম ডি লিখিত এবং তৎসম্পাদিত মাসিক পত্রিকায় প্রকাশিত প্রবন্ধ হইতে।

ইহা সাংঘাতিক আকার ধারণ করিতে পারে নতুবা বাতজ্বরকে কখনও মারাত্মক হইতে দেখা যায় না। Hyperpyrexia বা অত্যধিক জ্বর হইতে মৃত্যু হইলে দেহের কোন বিশিষ্ট পরিবর্তন দেখিতে পাওয়া যায় না, কেবল মাত্র রক্তে অতিরিক্ত পরিমাণে ফাইব্রিন বর্তমান থাকে।

সাধারণত বাতজ্বরের আক্রমণ হঠাৎ উপস্থিত হইয়া থাকে, ক্ষেত্রবিশেষে পূর্বে সন্ধিতে অনিয়মিত বেদনা, অস্বচ্ছন্দতা, গলাবেদনা ও টনসিলের প্রদাহ বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। জ্বরের সঙ্গে সামান্য শীত থাকে, পীড়া প্রথম হইতে কঠিন আকার ধারণ করিলে জ্বরের সহিত শীত ও কম্প এবং বৃহৎ সন্ধি পীড়িত হইয়া থাকে। এরূপ অবস্থায় হঠাৎ হৃৎপিণ্ড আক্রান্ত হয়।

জ্বরের বেগ দ্রুত বৃদ্ধির সহিত একটি বা অধিক সন্ধি বেদনায়ুক্ত হয়। ব্যাধির আক্রমণ হইতে ২৪ ঘন্টার মধ্যে উহা পূর্ণত্ব প্রাপ্ত হয়; গাত্রতাপ ১০২ হইতে ১০৪ ডিগ্রি পর্যন্ত হইয়া থাকে। নাড়ী দ্রুত ও কোমল এবং উহার গতি প্রতি মিনিটে এক শতের উপরে থাকে। জিহ্বা প্রথমে আর্দ্র থাকে কিন্তু অবিলম্বে সাদা প্রলেপযুক্ত হয়। সাধারণ তরুণ জ্বরের ন্যায় অক্ষুধা, পিপাসা, কোষ্ঠবদ্ধ এবং স্বল্প পরিমাণে অত্যন্ত লাল অম্লপ্রস্রাব বর্তমান থাকে। অধিকাংশ স্থলে রোগীর প্রচুর পরিমাণে অম্লগন্ধযুক্ত ঘর্ম হয়। গাত্রে সুডামিনা নামক সাদা ঘামাচি এবং মিলিয়ারিয়া নামক এক প্রকার লালবর্ণের উদ্ভেদ (eruption) বহু পরিমাণে উঠিয়া থাকে। জ্বর অত্যন্ত প্রবল অর্থাৎ ১০৬° ১০৭° এবং ততোধিক না হইলে মস্তিষ্ক আক্রান্ত হয় না এবং উহা বরাবরই পরিষ্কার থাকে। সন্ধির প্রদাহাদি লুপ্ত হইয়া ঘর্ম লোপ পাইলে হৃৎপিণ্ডাদির আক্রমণে জ্বর অত্যন্ত বৃদ্ধি পাইতে পারে এবং সেই সঙ্গে বিকারাদি উপসর্গ উপস্থিত হয়, কিন্তু অনেক সময়ে দেখা যায়, জ্বর ১১০ ডিগ্রি পর্যন্ত উঠিয়াছে অথচ মস্তিষ্ক-লক্ষণ প্রকাশ পায় নাই। ১০৬।৭।৮ ডিগ্রি জ্বর অতি ভয়ের কথা এবং শীঘ্র না কমিলে রোগীর জীবনের আশা করা যায় না।

সন্ধির আক্রমণ প্রায়ই নিয়মানুসারে হয়। সাধারণত সমস্ত সন্ধি একই সময়ে আক্রান্ত হয় না, কিন্তু একটির পরে অন্যটি হইয়া থাকে। প্রথমে হাঁটুর সন্ধি, পরে গুলফ, গ্রীবা, মণিবন্ধ, কনুই, উরু, হস্ত ও পদের সন্ধি আক্রান্ত হয়, অপর সন্ধি পীড়িত হইলে প্রথমটির আরক্ততা ও স্ফীতি ইত্যাদি বিলীন হইয়া যাইতে পারে^১। স্ফীতি কেবলমাত্র সন্ধিকেই আশ্রয় করিয়া থাকে অর্থাৎ কেবলমাত্র সন্ধিই স্ফীত হইয়া থাকে কিন্তু মণিবন্ধে ও গুল্ফে মাংসপেশীর আবরক-পর্দা আক্রান্ত হওয়াতে হস্ত ও পদের স্ফীতি অত্যধিক লক্ষিত হইয়া থাকে। বড়-বড় সন্ধি মধ্যস্থ সাইনোভিয়াল মেমব্রেন (synovial membrane) নামক পর্দার রসহেতু (যাহাকে সাইনোভিয়া বলে) সন্ধি স্ফীত হইতে দেখা যায়। এক সন্ধির প্রদাহাদি কমিতে আরম্ভ করিলে অন্য একটির প্রদাহ অধিকতর তীব্র পরিমাণে আরম্ভ হওয়ায় রোগীর যন্ত্রণার অবধি থাকে না। বাস্তবিক তরুণ বাতজ্বরের ন্যায় যন্ত্রণাদায়ক ব্যাধি আছে কিনা সন্দেহ। সামান্য সঞ্চালনেও রোগী যন্ত্রণাসূচক কাতরতা প্রকাশ না করিয়া পারে না।

ইহাতে শীঘ্র-শীঘ্র রক্তের পরিবর্তন ঘটে এবং রক্তে যথেষ্ট পরিমাণে লিউকোসাইট বা শ্বেতকণিকা বর্তমান থাকাতে রোগী অতি শীঘ্রই রক্তশূন্য হইয়া পড়ে। বাস্তবিক আর কোন জ্বরযুক্ত তরুণ ব্যাধিতে রোগীকে এত শীঘ্র রক্তশূন্য হইতে দেখা যায় না।

প্রস্রাব পরিমাণে কমিয়া যায়, অত্যন্ত অল্পযুক্ত হয় এবং উহাতে ইউরেটস তলানি পড়ে। ডাঃ ওয়াকারের (Dr. Walker) মতে ফরমিক অ্যাসিড বর্তমান থাকে, জ্বরের জন্য উহাতে অ্যালবুমেনও অধিক পরিমাণে বিদ্যমান থাকিতে দেখা যায়।

১ কোন্ সন্ধি কি হারে আক্রান্ত হয়, ডাঃ সাজু তাঁহার প্রসিদ্ধ পুস্তক *Analytic Cyclopaedia of Practical Medicine*-এ তাহার একটি বিবরণ দিয়াছেন, যথা, গুল্ফসন্ধি (ankle)—শতকরা ২৭.৮; জানুসন্ধি (knee)—১৭.৯; মণিবন্ধ (wrist)—৯.৬; ঋন্ধ (shoulder)—৬.২; বক্ষগসন্ধি (hipjoint)—৪.১; প্রপদাস্থি (metatarsus)—৩.৭; কফোনীসন্ধি (elbow)—২.২; করভাস্থি (metacarpas)—১.২; পদাস্থি (toes)—০.৮; হস্তাস্থি (fingers)—০.৮।—Vol. VIII, 10th ed., p. 2.

বাতজ্বরের উপসর্গসমূহ বিশেষ প্রবল। (ক) অত্যন্ত গাত্রতাপ ইহার প্রথম উপসর্গ। প্রথম আক্রমণের কয়েক দিবস পরেই গাত্রতাপ হঠাৎ অত্যন্ত বৃদ্ধি পাইতে পারে। গাত্রতাপ প্রবল হইলে মস্তিষ্কলক্ষণ কোনও কোনও ক্ষেত্রে প্রকাশ পাইতে পারে। ডা কোস্টার (Da Costa) একটি রোগীর গাত্রতাপ ১১০ ডিগ্রি পর্যন্ত উঠিয়াছিল অথচ তাহার মস্তিষ্ক লক্ষণ প্রকাশ পায় নাই। সাধারণত দ্বিতীয় সপ্তাহে এইরূপ গাত্রতাপ লক্ষিত হয়। প্রবল জ্বরের সহিত নাড়ী অত্যন্ত দুর্বল ও দ্রুত হইয়া পড়ে, রোগীর অবসন্নতা বৃদ্ধি পায়, পরে অজ্ঞানতা উপস্থিত হয়।

(খ) হৃৎপিণ্ডের প্রদাহ (১) এন্ডোকার্ডাইটিস অর্থাৎ হৃৎপিণ্ডের মধ্যে আবরক-ঝিল্লী প্রদাহ। ইহাই সর্বাপেক্ষা সাধারণ অথচ মারাত্মক উপসর্গ। ইহা তরুণ বয়সের রোগীর একটি বলবৎ উপসর্গ এবং বয়স যত বৃদ্ধি পাইতে থাকে, এন্ডোকার্ডাইটিসের সম্ভাবনাও তত কমিয়া যায়, (২) পেরিকার্ডাইটিস অর্থাৎ পেরিকার্ডিয়াম বা হৃদাবরক-ঝিল্লির প্রদাহ। পেরিকার্ডিয়ামে রক্তাধিক্য হয় এবং প্রদাহ জন্মে। ইহার মধ্যে ফাইব্রিন সঞ্চিত হইতে পারে (simple fibrinous)। পীড়া ক্রমশ বর্ধিতাকার ধারণ করিলে সিরোফাইব্রিন অর্থাৎ রসযুক্ত ফাইব্রিন সঞ্চিত হয় (serofibrinous)। শিশুদের পীড়ায় পুঁজ দেখা দিলে ইহাকে purulent pericarditis বলে। হৃৎপিণ্ডস্থানে বেদনা এবং স্পর্শসহিষ্ণুতা, সেই সঙ্গে শ্বাসকষ্ট ও শুষ্ক কাশি বর্তমান থাকে। হৃদস্পন্দন বা প্যালপিটেশন (palpitation of heart) উহার অন্যতম লক্ষণ। ইহা এন্ডোকার্ডাইটিসের সহযোগে উপস্থিত হইতে পারে অথবা ভিন্নভাবে আক্রমণ করিয়া থাকে। (৩) মায়োকার্ডাইটিস অর্থাৎ হৃৎপিণ্ডের মাংসপেশীর প্রদাহ। সাধারণত এন্ডোকার্ডিয়াম ও পেরিকার্ডিয়ামের প্রদাহ প্রসারিত হইয়া মাংসপেশীকে আক্রমণ করিয়া থাকে, অথবা স্বতই ইহার প্রদাহ উপস্থিত হয়; মাংসপেশী প্রথমে কালচেবর্ণের হইয়া পরে ধূসরবর্ণে পরিবর্তিত হয়। অন্তবর্তী স্থান সিরাম সঞ্চিত হয়; তজ্জন্য উহা