

كيف وصلت الى طريقتي في

علاج داء امان المخدرات

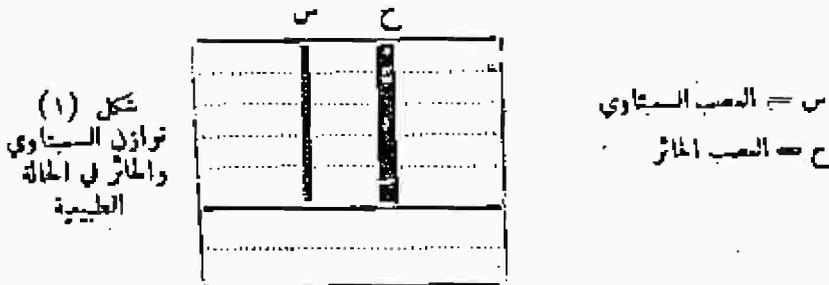
مختلصات الغدد الصماء

بمشاركة الدكتور د. ر. أ.

المقدمة الثالثة

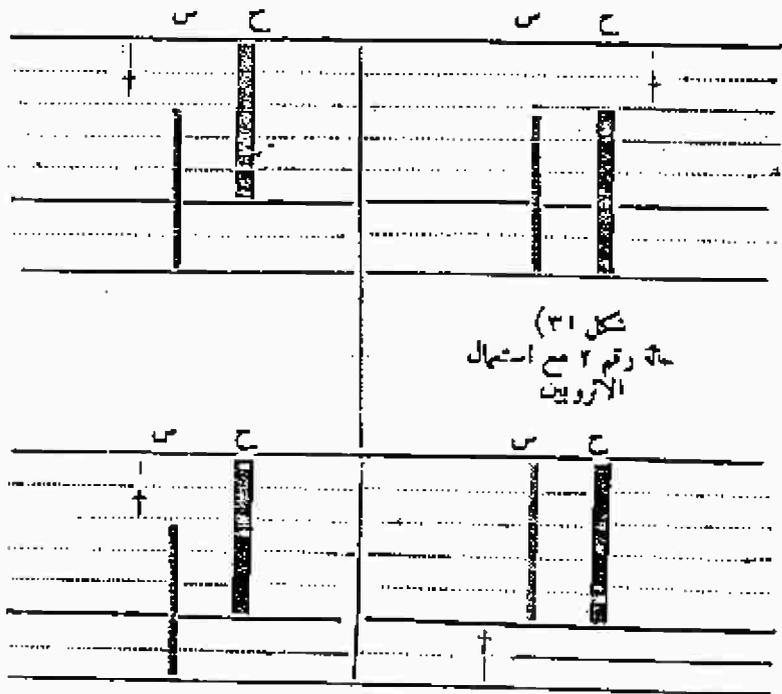
سواء سلمنا في حالة التسمم بالانبيون وقولوياته بجواز نظرية نشاط العصب الحائر او يمكننا بانضوية نظرية خمول العصب السمبائوي فالتا تواجهه في كلتا الحالتين خلافاً في التوازن او التكاثر بين العيين السمبائوي والحائر

فاذا ما اردنا اصلاح هذا الخلل واعادة العيين الى حالة التوازن الطبيعية فقد يتخيل البنا لاول وهمة انهُ سواء انجح العلاج الى تنشيط العصب السمبائوي مباشرة بالادرنالين، او الى كبح العصب الحائر بالاتروپين، فالنتيجة العلاجية يجب ان تكون واحدة . ولكنها في الواقع ليست كذلك. اذ قد علمنا انما تقدم ان الاحتصاصين في الامراض الزهرية لا يستعملون الاتروپين في علاج الصدمة الزرنيحية بل الادرنالين . وقد فسنا على هذا علاج التسمم بالمورفين . فاهو السبب اذاً في استعمال الادرنالين ونبد الاتروپين في هذه الاحوال ؟



ان مجرد النظر الى الرسم السابق وما يليه هو برهان حسي يقننا بان لادرنالين افضلية طبية وعملية عظمى على الاتروپين في اصلاح خلل التوازن بين العيين السمبائوي والحائر في حالة التسمم بالمورفين او مشتقاته، بل هو العلاج المباشر لهذه الحالة منطقياً وعملياً. ومنهُ بنبت لنا ايضاً جلياً ان نظرية خمول العصب السمبائوي هي النظرية الصحيحة فالشكل الاول يمثل حالة او درجة التوازن الطبيعي بين العيين السمبائوي والحائر

واما الشكل الثاني فيمثل حالة خلل التوازن ينحرف فيها على أثر التسمم بالمورفين أي خمول او هبوط النصب السباتوي مع بقاء النصب الحائر على حاله . ففي هذه الحالة يكون النصب الحائر ظاهرياً أنشط من النصب السباتوي مع أن درجة نشاطه في الواقع لم ترتفع عما كانت عليه قبل التسمم بالمورفين



شكل (٣) حالة رقم ٢ مع استعمال الأرويين

شكل (٤) حالة رقم ٢ مع استعمال الأدرنالين

والشكل الثالث يمثل حالة التسمم المتأخرة أي شكل ٢ مع كبح النصب الحائر بفعل الأرويين . ففي هذه الحالة يري شبه توازن في درجة نشاط النصبين، ولكن هذا التوازن ليس طبيعياً صحيحاً بل شاذ لأن كلا النصبين في حالة هبوط ، إذ أن السباتوي قد هبط بفعل المورفين والحائر بفعل الأرويين . ولما كان تأثير الأرويين في المدمن هو أسرع زوالاً من تأثير المورفين بالنظر لحداثة استعمال الأول وقدم نشاطه الثاني ، فهذا التوازن الوتقي الشاذ لا يلبث أن يختل سرياً ويمود تدريجياً إلى حالة الشكل الثاني
 أما إذا أردنا اصلاح حالة الخلل الموضحة في الشكل الثاني اصلاً أصولاً حقيقياً وارجاعها إلى حالة التوازن الطبيعي كما في الشكل الأول . فإلينا ألا أن نشط للنصب

السبتاوي مباشرة بالأدرنالين فيمورد التوازن شكل (ة) الى الحالة الطبيعية كما في الشكل الاول هذا وان استعمال الادرنالين هو اوسع مجالاً من استعمال الاثروبين بمراحل. اي ان تكرار تماطي جرعات الاثروبين بمقتة تسم سريع لا يخلو من الخطر، اما تكرار جرعات الادرنالين فلا خطر منه ولا يوصل الى ضرر إلا بعد ان يمرد المصّب السبتاوي الى درجة نشاطه العادي وينجاوزها مجاوزاً بعيداً وذلك اذا استعمل الادرنالين وقتاً طويلاً لا يقل عن شهر بعد الشفاء من التسم. والخلاصة فانه:

في حالة التسم بالأدفيرين او قلوبانه اذا اردنا اصمّح قتل النوائذ بين المصّين السبتاوي والمخائر - اقلل الناسى وعن ضمور العصب السبتاوي بسبب هذا التسم وبالتالي ارجاع النوائذ بينهما الى الحالة الطبيعية المصّية ، فالاصمّح بالأدرنالين هو اصمّح واقير من الاصمّح بالأثروبين . وليس المراد منهما الاقطار المررقة عن الثاني

في هذا الاثناء توفقت الى العثور على حادثة مدمن مورنين منذ سبعة عشر سنة كان قد عولج بطرائق متوعة ومهاطريقة العلاج بالاثروبين ولم يشف. عاجلته حينئذ بالادرنالين فكان حكمة على هذه الطريقة لها اخف ائماً من غيرها في منح المخدر. ولكن هذا المريض لبث يشعر بشيء من التعب الذي لم يكن يفارقه بعد العلاجات السابقة الى ان عاد الى تماطي المورنين بعد شهر تقريباً

ان هذا الفشل لم يبط عزيمتي بل دفني الى مواصلة البحث باهتمام اشد. ولم استغرب امر هذا الفشل اذ قد علمنا مما سبق ان استعمال الاثروبين بمثابة تقيض المورنين ، لا يفلح الا في حوادث التسم الحادة ، وان لا فائدة منه في احوال التسم المزمن . وقاماً على هذا فان علاج ادمان الايون او قلوبانه بالأدرنالين مباشرة مع انه مفيد فائدة كبرى في تخفيف آلام دور حذف المخدر، الا انه لا يشفي الادمان شفاء تاماً قاطعاً لان الادمان ليس تسمماً حاداً بل مزمناً وقد استتجت من هذا:

انه نظرية ضمور العصب السبتاوي وانه نكن صميحة لتفسير نأكبر الافيرين وقلوبانه في مراد التسم الحاد الا انها غير كافية لتفسير مائة الادمان اذ هو تسم مزمن . وبعبارة اوضح: انه الحالة المرضية التي تنشأ عن

التسمم المزمن بالمخدر أي الدومامه لا تقتصر على ضمور العصب السمبتاري فقط مع ما يترتب عليه من هزل في التوازن بين السمبتاري والحائر (Dysvégétation) بل هي أشد وطأة وأبعد مرمى

وهنا أتبع لي مجال البحث لمعرفة مركز هذه العلة ومدىها

الحلقة الرابعة

علنا نلاحظ أن التسمم الحاد بالمخدر (واعني به هنا الافيون وقليواته) يورث العصب السمبتاري هبوطاً أي خولاً وبالتالي فإنه ينشئ خلافاً في التوازن بين السمبتاري والحائر أما إذا رجنا الى المؤلفات الدراسية ترى أنها تضع في صدد هذا الحلل حداً فاصلاً بين حالتى نشاط السمبتاري (Sympathicotonie) ونشاط الحائر (Vagotonie) طبقاً لما رسمه الاستاذان اينجر وهس سنة ١٩٠٩ (Eppinger et Hess). وان كلا من هاتين الحالتين ترتبط ارتباطاً متيناً بافرازات الغدد الصماء كما اثبتت ذلك الاختبارات الفسيولوجية. فان افرازات الغدة النرقية مثلاً وكذلك الادرنالين تنشط المجموع العصبي الضوي (أي السمبتاري والبراسمبتاري). كما أن هذا المجموع العصبي الضوي ينظم افرازات الغدد الصماء. فإذا كان هذا المجموع سلباً تكون افرازات الغدد الصماء طبيعية سلبية أيضاً. أما إذا اهل هذا المجموع فافرازات الغدد الصماء تتأثر هي أيضاً ولو بعد حين وتعدو عليه أي غير طبيعية. والخلاصة « فان الرابطة الفسيولوجية بين المجموع العصبي الضوي وبين الغدد الصماء هي من الثابتة بحيث يستحيل فصل أحد الجهازين عن الآخر من حيث السلسل الفسيولوجي »^(١)

وهنا لا ارى بداً من الاشارة الى ان المؤلفات الدراسية اذ تضع حداً فاصلاً بين حالتى نشاط السمبتاري ونشاط الحائر إنما تقصد تسهيل الفهم على الطالب. ولكن إذا رجنا الى المطولات نرى ان هذا الحد ليس فاصلاً حتماً لان حالتى السمبتاري والحائر هما في الواقع اثبه بمركة كفتى الميزان قلما يستقر على حالة ثابتة. لان العامل الذي ينشط العصب الحائر مثلاً لا يعرض عن العصب السمبتاري إغراضاً تاماً بل يتناهبه بوجه الجزء الاعظم من عمله الى التأثير على الحائر اذ هو بصرف ما تبقى وهو جزء طفيف التأثير على السمبتاري

(١) Traité de Pathologie Médicale et de Thérapie appliquée tome IX. Sympathique et Glandes Endocrines 1921 p. 19. R. Porak — Les Syndromes Endocrines 2e, édition 1929 page 23

أيضاً ^(١) ولولا ذلك لاحتلَّ عمل هذا الأخير اختلالاً لا يخلو من خطر. ولهذا النقطة شأن كبير في تطبيق العملي أي العلاج. وقد استخلصت مما تقدم النتيجة الآتية وهي :

إذا اقتصر النسم الحار بالمخدر على ضمور العصب لسبناري وانشاء قمل في التوازن بين السبناري والحائر فالنسم المزمن لا يلبث عشر شهراً المخدر ينحفظه الى الأبد في الفرد الصمد أيضاً
فأهي الالة التي تصيب هذه الندد ؟

الخلفة الخاصة

إذا اردنا تحديد هذه الالة تحديداً علياً فنياً اصولياً لا يترك مجالاً للشك فن الواجب الالتجاء الى عامل الفسيولوجيا العييلة والامانة من فيها من الاختصاصين في اجراء الاختبارات على الحيوانات القرية للانسان . وأول هذه الاختبارات بل ابرها الى الذهن هو ادمان هذه الحيوانات المخدر ثم اخذ نماذج دم من ورید كل غدة صماء وحفظها في الحيوانات السليمة، ثم درس الاعراض التي تطرأ على الحيوانات المحقونة بخلاف الاعراض الناشئة عن صدمة حقن المواد البروتينية الموجودة في هذه النماذج . واخيراً تشرح الحيوانات المدمنة ومحت حالة اعضائها من الوجهة التشريحية عضواً عضواً ومنها الندد الصماء . ولكن هذه الاختبارات هي من الدقة بحيث لا يستطيع اثنان عملها الا الاختصاصيون الذين مارسوا هذا السبل من طويلة

اما الطبيب انمارس العلاج فلا يستطيع القيام بعمل كهذا . وإذا لم يسعفه الحظ بالوصول الى معدل كفو لاجراء هذه الاختبارات فلا لوم عليه ولا حرج ان هو عمد الى الاستدلال بالمبادئ المثبتة علمياً بنخذها كقدمات يبنى عليها نتيجة منطقية صحيحة، ثم يستعين بهذه النتيجة في التطبيق العملي للوصول الى نتيجة حسيّة وهي شفاء المريض . ولذا نرى ان جانياً كبيراً من العلاجات الحديثة هو نتيجة التطبيق السلي الكلينيكي وانا بصفتي طبيباً ممارساً قاني مع اضطراري الى سلوك طريق غير طريق المعمل الفسيولوجي فأنا أمحول عن هذا الأخير مرغماً ولكني لا اتكأ اعلى النفس بالعودة اليه اذا سمعتي الحظ بالوصول الى اختصاصي كفو لسمل هذه الاختبارات وغيرها حسبها يقتضي الحال . اما الآن قاني انتع بمواصلة سلة ابحاثي الآتفة الذكر

اذا تجمّع شخصٌ سُمّاً فإِ هو مصير هذا السم في جسمه^(١) ؟ — إنا ان تمصّه العدة ككلاماً أو ان تدفع جزءاً منه بالقيء وتنص الباقي ، اما دقائق الجزء المنص نسير الى الخلايا ، وعندئذ اما أن تقرب الى داخلها فتؤذيها او ان ترسب خارجها بفعل المواد الزلالية . وهذا المصير لا يتغير سواء حصل تناول السم عن طريق الفم او الجلد او الاغشية كالاغاف والسقيم وغيرها

وقد اثبتت الاختبارات العلمية ان السم يختار اولاً انخر الخلايا واشرفها اي ذات الالهية الكبرى في عوامل التفاعل الجيوي كخلايا الغدد مثلاً^(٢) فيسرع اليها ويصارعها اشد مصارعة واخطرها . وعندئذ اما ان يصرعها ويطل عملها كلية فهو التسمم الميت او يطل عملها وقتياً فهو التسمم العارض او يلبث خارجها مكبلاً بفعل المواد الزلالية فيتأثر الجسم منه تأثراً طارئاً غالباً من الاذية . اما في احوال التسمم المزمن ومنها ادمان الخدّرات فالواو الزلالية تنظب اولاً على دقائق السم وتلفها ولكن وزود نجات اخرى متوالية، اي تناول جرعات جديدة من الخدّر يكفل الاتصاف لهذا السم نهائياً

وخلايا الانراز في الغدد الصماء هي من اشرف الخلايا في الجسم واعظمها اهمية اذ تنتج الدم والاعضاء بخيار ذات اهمية رئيسية حيوية وقد تضعي الحياة مسخلة بفقد بعضها كالغدة الناجية Surrénale مثلاً

والمؤلفات الطبية الحديثة لا سيما ما يختص منها بدرس السموم لا تقتصر على شرح تأثير السموم في المجموع العصبي الشوكي فقط كما كان الحال قديماً بل تنهم ايضاً بما يصيب الجهاز العصبي العضوي Systeme Nerveux Végétatif من تأثير السم تأثراً جليلاً يترق عمل الغدد الصماء فيحدث تغييراً في تكوين خلاياها وخلافاً في افرازاتها^(٣)

ان الخلل الذي يطرأ على افرازات الغدد الصماء اما ان يكون خللاً في كمية الافرازات او كيفيتها اي صفها الفسيولوجية او كليهما معاً . فالكمية تتأثر بالتقصان (Hyposécrétion) او الزيادة (Hyper-sécrétion) وانكيفية بالانحراف (Déviation) وهذه الاخيرة اما ان تكون مصحوبة بنقص او زيادة الافراز

فأيّ خلل من هذه الثلاثة يطرأ على افرازات الغدد الصماء في داء ادمان الخدّرات ؟

(١) Traité de Pathologie Médicale et de Thérapie appliquées tome XXII. Intoxications 1922. p. 10 - 14.

(٢) Id. p. 13

(٣) Id. p. 14