كيف وصلت الى طريقتي في

علاج داء ادمان المخدرات

بخلاصات الغدد الصماء

بحث مبتكر للدكتور فرا

لما انتشر داء ادمان المخدرات في القطر المصري وانتبه الرأي العام الى الاضرار الجسيمة التي نشأت عنهُ عمدتُ الى درس هذا الموضوع درساً مطوّلاً . ولما كان الافيون ومشتقاتهُ كالمورفين والهيروين والبكودال وخلافها هي المواد المخدرة الاكثر انتشاراً فقد اختصصتها في هذا الدرس . فطالعت مؤلفات عديدة باللغة الفرنسية لاطباء اختصاصيين في علاج هذا الداء منها ما يقتصر على ايراد رأي المؤلف فقط ومنها مايشرح آراء اختصاصيين من مختلف الشعوب بلا تحيُّز ولا تحامل ومنها ما يفنّد آراء البعض ويجذّ آراء الآخرين

وهاك ملخص ما تجمع لديَّ من هذه المطالعات الواسعة النطاق :

(أ) — الوجهة النظرية

ان فريقاً من هؤلاء الاختصاصيين لا يرى في المدمن الاّ شخصاً ستوهاً او خاملاً ضعيف العزيمة او سفيهاً سافلاً لاهمّ له الاّ السعي وراء لذة الكيف اي النعيم الوهمي . وآخر ينسب السقوط في ادمان المخدر الى استعداد شخصي اي ضعف سابق في القوى العقلية

وثمة فريق ثالث ينظر الى المدمن كمريض جسماً وعقلاً في آنٍ واحد فمنهم من يرجح فيه صفة العلة او الرذيلة مع اعتباره مريضاً مرضاً جسميًّا ايضاً . ومنهم من يرجح فيه العلة الجسمية ترجيحاً كليًّا وذلك بالنظر الى الاعراض المرضية الشديدة التي تعتريه والآلام المبرحة التي تنتابه متى رام التخلص من دائه وعمد الى قوة العزيمة طارحاً المخدر جانباً فلا يقوى على ذلك طويلاً بل تراه يُغلب على امره ويعود الى تعاطي المخدر رغم صحة عزيمته وعقله

وهنا لا ارى بدًّا من الاشارة الى ان حكم الفريقين الاولين انما يرتكن الى احصائيات تتناول على الغالب المدمنين الذين أُرسلوا الى ملاجيء المتوهين على أثر مضاعفات عقلية ولكنها لا تشمل غيرهم من المدمنين العاقلين

ولم يذهب واحد من هؤلاء الاختصاصيين الى ان داء ادمان المخدر هو مجرد مرض تسمّمي كالتسممات الاخرى له مميزات خاصة ولكن لا علاقة له مبدئيًّا بالقوى العقلية

٢ — الوجهة العلمية

ان اكثر الاعراض السريرية التي تظهر على المدمن في اثناء حالة الاحتياج الى المخدر ترجع الى حالة (Vagotonie) اي نشاط العصب الحائر . واني اوجّه نظر القارىء الى هذه النقطة الاساسية لاني سأعود اليها في ما يلي

٣ — الوجهة العملية او العلاج

قد حاول الاختصاصيون معالجة مدمني المخدرات بطرائق متنوعة لا مجال لسردها هنا بالتفصيل . انما اقول بالاجمال ان كل اختصاصي قد رسم خطة في العلاج تنطبق على رأيه وكل منهم يحبّذ طريقته طبعاً ويسرد النتائج الحسنة التي وصل اليها في منع المخدر عن المدمن . ولكن لم يقُلْ احد منهم بان طريقتهُ مضمونة النجاح حتماً في عدم العودة الى تعاطي المخدر بعد العلاج . بل على الضدّ فان اكثرهم يجاهر بان حوادث عديدة آلت الى نكسة . ومنهم من أورد احصائيات تبين نسبة حوادث النكسة الى عدد الحوادث التي عالجها وهي نسبة لا يستهان بها . ولم يتوصل احدهم الى تحديد علة مرضية اساسية يصح ان تعدّ سبباً مباشراً لحصول النكسة بل هم يكادون يجمعون على اسناد النكسة الى اسباب نفسانية تكون الشيمة والميل الى لذة الكيف والضعف العقلي وما اشبهُ . وبالطبع فان احداً منهم لم يُسند حصول النكسة الى نقص في العلاج . مع ان البعض منهم قد جاهر بانهُ لم تزل توجد امور غامضة يجب البحث عنها لجلاء ما نعرفهُ عن حالة المدمن المرضية والوصول الى تعليل الاعراض التي تنتابهُ في حالة الاحتياج الى المخدر

والخلاصة فانهُ رغم تعدد طرائق العلاج المعروفة لم تفلح واحدة منها فلاحاً تامًّا في ازالة الدافع القهري اي حالة احتياج المدمن الى المخدر حتى بعد العلاج . اذ ان من المدمنين الذين عولجوا مَنْ عاد الى تعاطي المخدر بعد بضعة ايام ومنهم بعد شهر تقريباً

نعم انهُ قد ورد ذكر حوادث قليلة شفيت شفاء تامًّا . وسأشرح تعليل ذلك فيما بعد

سلسلة أبحاثي

بعد هذا اخذت افكّر في امر جزيل الشأن وهو : ان المدمن الذي يسعى من تلقاء نفسه بنزعة صادقة الى التخلص من دائه قد يعاني اثناء حذف المخدرْ بطرائق العلاج المعروفة آلاماً شديدة مبرّحة . فهل يُعقل ان مَنْ قاسى آلاماً كهذه يعود الى تعاطي المخدر لمجرّد لذة الكيف ؟ عندئذٍ لاحت لي فكرة وهي : قد يحتمل ان التسمم المزمن بالمخدر يورث المدمن علة مرضية تدفعه عاجلاً او آجلاً الى العودة لتعاطي المخدر بعد العلاج لان

هذا العلاج قد اقتصر على حذف المخدر فقط مع بقاء هذه العلة على حالها

والشأن ابحث عن هذه العلة . ولكن لم يسعفني الحظ للوصول الى معمل بيولوجي مستعد لاجراء اختبارات فنية على الحيوانات القريبة للانسان . فلم يكن لي مناص من الالتجاء الى الابحاث الاخرى من مبادىء فيسيولوجية واقرباذينية او اعراض سريرية وما اشبه

الخلفة الدولي

ان احدى طرائق العلاج المعروفة هي العلاج بالاتروبين ارتكاناً الى ما هو ثابت علمياً من التناقض (Antagonisme) بين تأثير المورفين والاتروبين

بحثت عن منشإ هذا التناقض فلم اجده في التركيب الكيماوي. ولكن مانكا (Manquat) ذكر في مؤلفه الدراسي الشهير في علم الاقرباذين ما ملخصه : « ان التناقض بين المورفين والاتروبين هو ظاهري فقط . اما في الواقع فان التناقض يوجد في تأثير كل منهما على العصب الحائر (Nerf Vague) والعصب السمباوي (Nerf Sympathique). على ان استعمال الاتروبين كنقيض للمورفين لا يفلح الا في علاج حوادث التسمم الحاد اما في احوال التسمم المزمن فلا فائدة في استعماله [1] »

ان المبادىء الفيسيولوجية تعلمنا : (١). ان العصب السمباوي والعصب الحائر هما نقيضان وان قوتيهما يجب ان تكونا متكافئتين في حالة الصحة . فاذا رجحت قوة احداهما على الآخر اختلت الموازنة في اتمام وظيفة العضو الذي يأمر بامرهما وينشأ عن ذلك اعراض مرضية تتفاوت شدة بتفاوت درجة هذا الخلل :(٢) ان تأثير العصب الحائر على القلب هو انقاص عدد النبضات اما تأثير العصب السمباوي عليه فهو زيادة هذا العدد :(٣) ان الاتروبين يكبح العصب الحائر وقد يشله ايضاً اذا كانت الجرعة كبيرة

وقد اثبتت اختبارات هيم دي بلزاك Heim de Balzac انه اذا استعمل الاتروبين حقناً متتالياً تلاشت قوة العصب الحائر تدريجاً. فترجح اذ ذاك قوة العصب السمباوي بنسبة ضعف نقيضه اي العصب الحائر وعندئذ يسهل دوس نسل العصب السمباوي فان اقل اجهاد في هذه الحالة كحركة المشي مثلاً او الوقوف وقتاً طويلاً يزيد نبضات القلب حتى الخفقان» [2]

ثم ان الفيسيولوجي الشهير لوى دي جراتز (Loewi,deGratz) قد نشر في اوائل سنة ١٩٢٩ بعض نتائج من ابحاثه واختباراته التي كان قد ابتدأ بها منذ سنة ١٩٢١ لمعرفة السر او العامل

(١) A. Manquat-Therapeutique; Tome III; 6 edition; 1913 p.472-475
(٢) Bulletin de la Societe de Medecine de Paris, seance du 12 Avril 1929; No7, p. 192

الذي يولّد القوة التي تتسلط بها الاعصاب على العضو الذي يأمر بأمرها. ومن هذه النتائج :

(١) انهُ لدى تهييج العصب السمبتاوي او العصب الحائر وعلى الخصوص فروعها التي تنتهي في عضلات القلب ينشع من منتهى هذا العصب شبه سائل طيار (perfusat) يحوي مادة تؤثر في الياف العضلة التي ينتهي اليها هذا العصب . وهذه المادة هي السبب المباشر لانكماش هذه العضلة . (٢) ان الاتروبين يفني السائل الذي ينشع من العصب الحائر كما ان الارجوتامين يفني السائل الذي ينشع من العصب السمبتاوي[1] . وحينما لو أجريت اختبارات كهذه لمعرفة فعل المواد المخدرة في هذين العصبين والسائل الذي ينشع منهما علمنا اذن مما تقدم : اولاً — ان العصب السمبتاوي والعصب الحائر هما نقيضان وان ما يضعف قوة احدهما يرجح قوة الآخر بديهيًّا

ثانياً — ان استعمال الاتروبين في علاج داء ادمان المخدرات انما يقصد منهُ كبح قوة العصب الحائر او افنائها وقتيًّا. وعليهِ فالنتيجة المباشرة التي يصح ان نستنتجها مما تقدم هي هذه :

ان تأثير المخدر على الجسم اما ان يكون نشاط العصب الحائر (Vagotonie) او خمول العصب السمبتاوي (Sympathicosthénie) وبالتالي انحلال الطاقة او النوائية بين قرينيهما

الحلقة الثانية

اخذت ابحث في حل السؤال الآتي لانهُ يتفرع عن النتيجة المتقدمة وهو :

هل تأثير المخدر المباشر هو النشاط في العصب الحائر او الخمول في العصب السمبتاوي ؟

قابلت بين هذا السؤال وبين ما نعلمهُ عن تعليل الصدمة الشديدة التي تحصل احياناً على اثر حقن الزرنيخ القوية — ثلاثيًّا كان او خماسيًّا — في علاج مرض الزهري او خلافه[2]

اننا نعلم ان هذه الصدمة قد تحدث عند مريض على أثر اول حقنة وعند آخر على اثر حقنتين أو أكثر ولا تصيب الثالث مهما تعددت الحقن وعظمت الجرعة العلاجية . اما متى حدثت هذه الصدمة على أثر حقنة ما فلا بدَّ من حدوثها ايضاً على أثر الحقن التالية الا اذا احتاط لها الطبيب المعالج بالادرنالين . كما ان افضل وانجع علاج لهذه الصدمة هو حقن الادرنالين ايضاً . وقد اختلفت آراء الاختصاصيين في الامراض الزهرية سابقاً في تفسير هذه الصدمة فمنهم من نسبها الى ضعف قلوية السائل ومنهم الى استعداد شخصي خاص على ان احدث

(١) La Revue de Biologie Medicale; Juin-Juillet 1929, p. 241-262.

(٢) (Crise nitritoide des Arsenobenzénes)

لنظرية تتلخص في « أن هذه الصدمة هي حالة نشاط العصب الحائر (Vagotonie) » أي رجحان كفته على كفة العصب السمباوي . وهي لا تصيب اشخاصاً ذوي «عصب سمباوي نشيط»[1]

اذن علنا مما سبق أن الاختصاصيين في داء ادمان المخدرات يفسرون الاعراض السريرية التي تظهر على المدمن وهو في حالة الاحتياج الى المخدر بأنها حالة نشاط العصب الحائر (Vagotonie) وهنا نرى ان الاختصاصيين في الامراض الزهرية يعللون الصدمة الزرنيخية بحالة (Vagotonie)

ثم ان الطب يعلمنا بأن علاج نشاط العصب الحائر (Vagotonie) هو الاتروبين لكبح هذا العصب

ولكن قد رأينا فيما تقدم ان علاج مدمني المخدرات بالاتروبين لم يأت بنتيجة حاسمة لان الشفاء لم يكن تاماً قاطعاً. وهنا نرى ان العلاج الناجع بل العلاج الخاص (Spécifique) للصدمة الزرنيخية وقايةً او شفاء هو الادرنالين وليس الاتروبين. وكلنا نعلم ان الادرنالين لا يؤثر في العصب الحائر مباشرة بل ان عمله المباشر هو تنشيط العصب السمباوي

لا ريب اذاً في انه يوجد تناقض بين الوجهتين النظرية والعملية وقد قال الاستاذ العظيم لاينيك Laënnec : ما معناهُ « ما النظرية الا فكاهة عقلية تساعد على ربط الوقائع . فتى عصتها واقعة واحدة وجب أغفال هذه النظرية »

تجاه هذه المقدمات لا ارانى مخطئاً اذا اعرضت عن نظرية نشاط العصب الحائر (Vagotonie) في تعليل الصدمة الزرنيخية اولاً ورجحت عليها نظرية توازيها ظاهريًّا وتفوقها واقعيًّا وعلميًّا وهي خمول العصب السمباوي (Sympathicosthénie) لاسيما وان الصدمة الزرنيخية لا تصيب الاشخاص الذين لهم عصب سمباوي نشيط كما تقدم القول

ثم بالنظر : اولاً — الى المقارنة بين التسمم بالمخدر وبين التسمم بالزرنيخ (وهذا الاخير يجلب الادمان ايضاً كما اشتهر ذلك عن فلاحي مقاطعة التيرول وغيرها) . وثانياً — ارتكاناً الى ما تقدم عن ترجيح نظرية خمول العصب السمباوي على نظرية نشاط العصب الحائر في الصدمة الزرنيخية فقد استنتجت بالاستقراء

ان نظرية خمول العصب السمباوي مباشرة هي اصح في تعليل تأثير المورفين ومشتقاته على الجسم . وعلى كل فان التسمم في كلتا الحالتين ينشىء خللاً في التوازن او التكافؤ بين عمل العصب السمباوي والعصب الحائر Dysvégétatonie

[له بقية]

(١) Lacapère,-Traitement de la Syphilis; 4e édition 1925;p.146-147