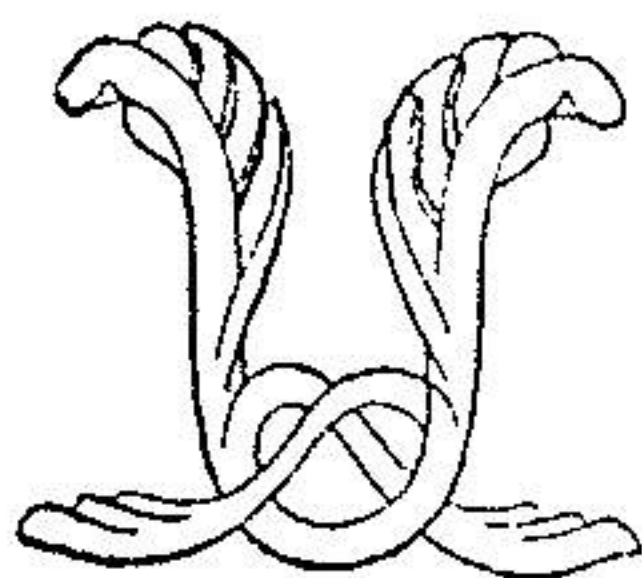


توانا بود بستر که دانا بود



نامه ما مانده
دانشکده پزشکی

شماره ۳

آذر ماه ۱۳۴۶

سال پنجم

بیماریهای روانی

صرع

نگارش

دکتر نصرت الله جیحون

و

دکتر حسین رضاعی

دستیار بخش پزشکی بیمارستان روزبه

استاد کرسی بیماریهای روانی

از آنچه که تاکنون - شاهدات همکاران محترم نشان داده و میدهد
بیماری صرع یکی از امراض شایع ایران میباشد و در هر يك از شهر ها و
قصبات و دهات این سرزمین که طبیعی وارد شود از روز اول بین مشتریان
ابتدائی خود يك یا چند مصروع مشاهده خواهد کرد .

من باب مثال معروض میگردد در مدت اقامت و تفحص دو ماهه

یکی از ما در قراء و قصبات شمال ایران هر دهکده صاحب يك يا چند بیمار مصروع میبود ، علیهذا شایسته است که اطباء ایرانی توجه خاصی بدین بیماری داشته باشند تا مگر با تعمق و مطالعه فراوان بتوان بدرمان مصروعین پرداخت .

اکنون مقاله را که از نظر قارئین محترم میگذرانیم حاوی جدید ترین مطالعات و مشاهدات علمی است که در مکتبهای علمی و بیمارستانی طهران تاکنون بعمل آمده است و بیشتر از نظر علت و درمان این بیماری مطرح و مورد نظر اساتید و قرار گرفته است لذا مانیز از ذکر عوارض این بیماری که معروف کتب علمی قدیم و جدید است صرف نظر کرده بشرح دو مبحث فوق می پردازیم :

صرع یکی از بیماریهای قدیمی تاریخ طب میباشد و چنانکه گفته اند خار راه طبابت است و از ازمینه قدیم آنرا میشناخته با علائم و عوارض آن کم و بیش آشنائی میداشته اند و در هر عصری اسمی از برای آن انتخاب نموده بودند برخی آن را درد آسمانی نامیده اند و بعضی که تابع مکتب علوم دینی بوده اند مثل شرقی ها و ممالک اسلامی صرعی را جن زده و حملات صرع را برابر با تازیانه خوردن از طرف جن ها میدانسته اند .

طب و علوم طبی با ترقیات خارق العاده که اخیراً نموده است تا اندازه پرده از روی معمای پیچیده صرع برداشته بطوریکه میتوان امروزه تمام حوادث صرعی و حالات مصروعین را تقریباً تفسیر نمود باید دانست که اکنون مشکلات بسیاری در راه معالجه این بیماری قرار دارد که مطالعات آتیه میبایست آن را روشن سازد .

حملات صرعی با وضع عجیبی که ظاهر میشود و سرعت زیاد آن که مریض را به پرتگاه مرگ و خفقان میکشاند و دعوت آنی آن به حال عادی طبیب را دچار بحران فکری مینماید که آیا اختلال حاصله عضوی است یا غیر عضوی و عبارت دیگر مرضی بدنی است یا روانی و با وجود آنکه اطباء بدوتائی بودن بدن و روان قائل نبوده امراض روانی را تظاهرات دماغ مریض میدانند و بگفته فیزیولوژیست ها مغز میانداشد همانطور که کبد زرداب ترشح میکند (۱)

معذلك باید اعتراف کرد که فکر و مغز دو تاست همانطور که کبد و صفرا دو جسم متفاوتند بنابر این اگر فلاسفه در این معنی هنوز بدو دستگی خود باقی مانده اند بایستی اذعان کرد که اظهار عقیده قطعی در مورد اینگونه مسائل مشکل و از موضوع مورد بحث خارج است لهذا در مورد مرض صرع جای تعجب نیست که پزشك در روانی بودن و یا بدنی بودن آن مشکوک گردد و اگر آنرا بدنی فرض نماید از خود سؤال کند آیا مرضی است واحد؟ یا علامتی است که از سرشتی مخصوص ناشی میگردد و در صورت قبول سرشتی بودن آن سرشت مخصوص کدام است؟

چون بیماری صرع در تمام ادوار حیات نوزد زن و مرد با شکل گوناگون تظاهرات مینماید و این نشانه ها بقدری متنوع است که بالاجبار برای هر صورتی از آن اسمی قائل شده اند و وجه تشابه آنها را تاکنون نیافته اند و همین موضوع سبب مجهول ماندن کیفیت صرع گردیده است.

اکنون باز که مدارکی چند تظاهرات بالینی صرع را در ضمن دو

فهرست بیان میکنیم:

۱- le cerveau émane la pensée comme le foie secrète la bile

۱- بررسی تحلیلی (۱)

۲- بررسی ترکیبی (۲)

ضمناً متذکر میگردیم که مشاهدات بالینی همکاران محترم تاکنون روی بررسی تحلیلی بوده است و آن توجهی که باید ببررسی ترکیبی نداشته‌اند و روی این اصل همیشه هر نوعی از مصروعین را شکلی جدید پنداشته‌اند غافل از آنکه کلیه آنها دارای وجه مشترکی میباشند.

من باب مثال چند نوع از آنها ذکر می‌گردد تا همکاران گرامی ملاحظه فرمایند از چه راه این اشکالات پیش می‌آمده و فهم صرع را مشکل مینموده است.

مثلاً بعضی از بیماران با بروز دوره بلوغ دچار حمله صرع گردیده‌اند و برعکس برخی با آن علاج شده یا بهبودی حاصل کرده‌اند و عجب‌تر آنکه یکنوع مداوا بهبودی دسته را تأمین میکند و برعکس روی عده دیگری هیچگونه اثر مساعد ندارد.

دیگری دختری است که ابتداء اولین حمله صرع او بعد از ترس شدید حاصل شده اکنون حملاتش رو به تزاید است.

دیگری پس از زمین خوردن روی مغز دچار حمله‌های صرعی می‌گردد و دیگری در ۳۰ سالگی اولین علامت حمله صرعش بشکل نسیان (۳) یا گریز (۴) بروز میکند و یا مبتلی بحملات نوع بر او و ژاکسونی (۵) می‌باشد که علاوه بر حمله‌های متناوب که غالباً بدون بیهوشی کامل حاصل میشود بعضی مشخصات موضعی بودن مرض را از قبیل فلج یا پارزی (۶) یا پارسیزی (۷) و غیره بطور دائم دارد و یا با سردرد و سرگیجه همراه

۱- étude analitique ۲- étude synthétique ۳-absence
۴-fugue ۵-Bravais Jacksonien ۶- parésie ۷-parésthésie

است و یا زمانی *obnibulation* دارد.

من باب مثال واضح تری شرح حال جوانی درج میگردد.

این شخص شرح حال خود را چنین ذکر مینمود.

که در سه ماهه تا بهستان ۱۳۲۰ چهل مرتبه حمله برای او دست داده هفته دوبار.

سال دوم در فصل تابستان مجدداً حملات شروع و روزی یکمرتبه بوده است و سال سوم و چهارم از اردیبهشت ماه تا اول خرداد در گرمسیر مرتباً حملاتی دست میداده و بمحض آنکه از منطقه گرمسیر به نقاط سردی مسافرت نموده تعداد حملات نقصان یافته بطوریکه هر دو سه هفته یکی بروز میکردند است و تأثیر سرما در بروز حملات او بقدری محرز است که معمولاً کلیه این حملات از ساعت ده صبح تا ۱۷ بوده است.

بیمار دیگری «ف - ب» اولین حمله او بعد از مشاجره در خصوص ازدواج و گرفتن خون زیاد بوسیله حجامت از او بروز کرده است

چون بناء این مقاله بر اختصار گذاشته شده است از ذکر شرح حالهای عجیب دیگر صرف نظر میشود معذاک از ذکر شرح حال طفلی ۱۲ ساله خودداری نمیتوان نمود که حمله او بمحض آنکه دستی من غیر انتظار بسر او میخورد بروز مینمود و پس از دو دقیقه بحال عادی رجعت می نمود.

من حیث المجموع عوامل ذیل در بروز بیماری صرع تأثیر کلی و بسزائی دارند:

عوامل فیزیکی

عوامل شیمی

عوامل روحی (۱)

بیولوژیک

ناگواریهای جزئی یا کلی زندگی

بعضی ضایعات عفونی در مغز و یا هر نقطه از سطح بدن و بسیاری از

امراض اجتماعی

توارث و امراض موروثی

نوع کار و غیره

علائم صرع از نظر آنالیتیک

از خفیف تر و کم دوام تر شروع کنیم که عبارتست از .

absence

crise avorté

état crépusculaire

fugue

equivalence épileptique

crise fraîche

که دارای سه دوره مشخص و پی در پی است.

phase tonique

« « clonique

« « stertore et coma

بعد حالت سخت صرعی است .

état de mal épileptique

یکی دیگر از عجائب صرع حمله سقط شده (۲) است که باعث حیرت

اطرافیان میشود .

مثلا شخصی در اطاق کثیف هست و نفس عمیق میکشد حمله ظاهر

۱- psychique ۲- crise avorté

میشود و چون در هوای آزاد رفته و چند نفسی بکشد دیگر ظاهر نخواهد شد .
و در بعضی دیگر فشار بر روی سرخ رنگ گردنی^(۱) حمله های
صرعی را متوقف می سازد .

علائم مشروحه در فوق تنهائمتضمن بررسی تحلیلی بوده که تاکنون
کم و بیش ذکر گردیده بودند روی همین اصل ما از ذکر چگونگی هر
يك از حالات فوق صرف نظر کردیم و ای بعضی صفات مشترك وجود دارد
که جزو بررسی ترکیبی بوده از مطالعات مادام مین کوسکا^(۲) ذکر
می گردد .

تجربه در تیمارستان و مشاهده بخش بیماران مصروع
بررسی ترکیبی

منظور از مطالعه ترکیبی ذکر علائم و صفات مشترك همگانی
مصروعین است که سرشت و ساختمان مصروعین میباشد ،
مادام مین کوسکا در این موضوع تحقیقات بسیاری نموده حالاتی را تحت
عنوان روحیه مصروعین بقرار ذیل ذکر مینماید .

۱- تیره گی صورت - مثل آنکه خون وریدی در صورت آنها بیشتر
جریان دارد .

۲- قد و قامت بیشتر عضلانی

۳- عده قرمات نبض در حال عادی کم^(۳)

۵- روحیه بخیل و کینه جو^(۴)

۶- غالباً قبل از شروع حمله صرع و بعد از خاتمه آن چند روز به

تحریكات عصبی شدید مبتلی است .

۱- carotide primitive ۲- Mm . Miukovska

۳- vagotone ۴- impulsif

۷- لکنت زبان دارد

۸- در وضع راه رفتن سنگین .

۹- خواب آنها سنگین و غالباً در خواب دچار سنگینی شدید میشوند

که در زبان عوام آل زدگی میگویند

۱۰- حمله‌ها بیشتر شب و هنگام خواب صورت میگیرد

علائم بدنی مشترك مصر و عین که با بروز حمله مشاهده میشود

عبارتند از :

زیاد شدن قرات نبض

زیاد شدن فشارخون

پیدایش لنفوسیت در مایع قراتی

از دیاد فشار شریان شبکیه

پس از ذکر علائم مشترك مصر و عین اکنون مسئله مهم تری مطرح

می گردد که تاکنون سابقه نداشته و آن عبارت از این است که بروز صرع

فقط در نتیجه تحریک منطقه محرکه^(۱) نیست .

بروز صرع تنها نتیجه تحریک منطقه قشری و تحت قشری^(۲) نیست!

به تجربه ثابت شده است که اولاً صرع هائی موجود است که مرکز

تحریک آنها در مزانسفال^(۳) و طبقه تحتانی مغز میباشد و مطالعات پلان^(۴)

از «تولوز» دال بر این است

و دیگر آنهایکه با تغییرات و اختلالات احشائی توأم است که آن

را صرع رویشی^(۵) گویند و مراکز آن را در هسته های اپتواستریه^(۶)

نشان داده اند

۱- zone moteur ۲- zone cortical et sous cortical

۳- mésencephale ۴- Plang ۵- épilepsie végétatif

۶- noyau opto-strié

و بعلاوه در صرع «بر او» ژا کسنی بن^۱ که علت را بطور قطع وجود اکزوستوز^(۱) و سایر آسیب‌های عضوی میدانند گاه دیده شده است که وجود ضایعه یقین بوده ولی حملاتی وجود ندارد برای مثال مذکور میگردد :

بیماری که در بخش چشم پزشکی بیمارستان امیر اعلم در خرداد ماه ۱۳۲۴ بستری بوده و باداشتن ورم پایی^(۲) و نابینائی کامل دو چشم و در رادیوگرافی‌های مکرر از کاسه سر او غده آهکی شده باندازه يك تخم مرغ در ناحیه قدامی طرف چپ بوده ولی مشارالیه بهیچوجه تا آن زمان دچار حمله صرع نشده بود،

۲- بیمار دیگری که فقط دارای علائم پسی کاستنی^(۳) بوده و در سرویس جراحی اعصاب غده باندازه يك تخم مرغ از لوب فرونتال او خارج نمودند تا آن زمان نیز بهیچوجه این بیمار دچار عارضه صرع نشده بود
۳- بیمار دیگری که هم اکنون در سرویس داخلی بیمارستان روزبه بستری و دارای غده در نزدیکی «کیاسما اوپتیک» و هیپوفیز است ولی بهیچ وجه دچار حملات صرعی تا کنون نشده است

بنابر این اگرچه تا کنون بروز حملات صرع را در اقلی محدود و بواسطه تحریک منطقه محرکه مغزی میدانستند باید اذعان نمود که برای چنین بیماری نظری سطحی بیان کرده بودند و تنها بصرف فرض که چون ناحیه محرکه مغزی در قشر دماغ^(۴) واقع و روی عدم توجه بسایر علائم بیماری عقیده مذکور را اظهار داشته بودند

۱- éxostose ۲- oedème de la papille ۳- psychasténie
۴- cortex

زمینه یا مزاج صرعی (۱)

اگرچه صفات مشترکی که قبلاً ذکر شد خود دلیل واضحی بر وجود زمینه صرعی است ولیکن مطالعه PH خون و مغز مصروعین این عقیده را بیشتر تأیید میکند و امروز مسلم است که اختلال خلطی و هوموری مثل قلیائی در بدن و یا اختلال هورمون‌های تخمدانی باشوک آ نافیلا کتیک باشوک کلوئید و کلازیک و یا عدم ترشحات دافع و یا عدم تعادل PH خون و بطور کلی ناپایداری خلطی و تمایل به آکالوز (۲) و تغییرات PH سلولهای مغزی باعث بروز حمله صرع میگردد و اکثر اوقات بتجربه رسیده است که PH سلولهای مغزی با تغییرات PH خون توأم نیست مثلاً بعد از ختم حمله PH مغز اسید میشود در صورتیکه PH خون همیشه قلیائی است
بروز حملات صرع علامتی فیزیکی و الکتریکی دارد

امروز با اختراع دستگاه الکتروانسفالوگراف مسلم گردیده که نیروی عصبی و روانی از نوع الکتریسیته میباشد که قابل اندازه گیری و ترسیم میباشد دارای ولتاژ و فرکانس مخصوصی است و بعبارت دیگر جریان الکتریکی متناوب است

در سال ۱۹۲۵ برژه (۳) ثابت کرد که فعالیت الکتریکی مغزی دارای خواص ذیل است:

- ۱- این نیرو بخودی خود از سلولهای عصبی خارج میشود.
- ۲- هیچگونه تحریک خارجی در تراوش آن مؤثر نیست.
- ۳- از ریتم و نوسان معین و منظمی تشکیل یافته.
- ۴- ولتاژ آن در حدود یک ده هزارم ولت بوده بوسیله الکتروانسفالوگراف بخوبی رسم میگردد.

آزمایش بادستگاه فوق در مصروعین چنین نشان میدهد :

که در مصروعین اصلی نیروی الکتریکی سلولهای دماغی خواه در حال حمله و خواه در فواصل حمله بهیچوجه آن نظم و تناوب معمولی را ندارد و ارتفاع امواج نیز متساوی نمیباشد بلکه اختلالی در عده نوسانها در ثانیه و در ارتفاع امواج موجود میباشد که اساس فرضیه دوبلینو^(۱) را بیان مینماید :

فرضیه دوبلینو - این شخص معتقد است که صرع عبارت از يك اختلال روانی است که در تحت شرایط سرشتی مخصوص در جریان نیروی عصبی و روانی مغز حاصل میشود و آن اختلال عبارت است از :

بطبی (۲)

وقفه (۳)

رها شدن نیروی عصبی و روانی (۴)

حملات صرعی و اکنشی است که در مقابل هر چیزی که سبب انحراف عمل سلولهای مغز از جریان طبیعی خود میشود ظاهر میگردد .

وضعیت حمله صرع از نظر روحی

باتوجه بعلم و وضع صرع میتوان چنین توجیه نمود که اولاً صرع يك عرض نیست بلکه پائین افتادن سریع نیروی مغزی است از نسیان^(۵) گرفته تا حمله کامل که با هر عاملی که باشد حاصل شده جریان طبیعی مغز از مسیر دائم خویش خارج میگردد .

باتوجه بجدول سینوپتیک که راجع به اصل جنون در مقاله آقای دکتر حسین رضاعی و دکتر داهی تصریح گردیده است این قضیه روشن میگردد .

در موقع بروز حمله فعالیت دماغی^(۶) بترتیب از مراحل ذیل می

۱- Dublineau ۲-ralentissement ۳-arrêt ۴-liberation
۵- absence ۶- activité mentale

گذرد و چون عبور از این مراحل در حال عادی یکمرتبه صورت میگیرد در آخر کار حمله ظاهر شده در نتیجه مجدداً مصروع را بحال طبیعی میرساند در واقع حمله حکم درمان اینحالت پائین افتادن ناگهانی فعالیت دماغی است برای درك بهتر تابلوی ذیل نگاشته میشود،

فعالیت عادی دماغی در مصروع

به ترتیب شعور (۱)

آکتیو

حقیقی

سقوط ناگهانی بطرف

فعالیت غیر عادی دماغی

به ترتیب لا شعور (۲)

پاسیو

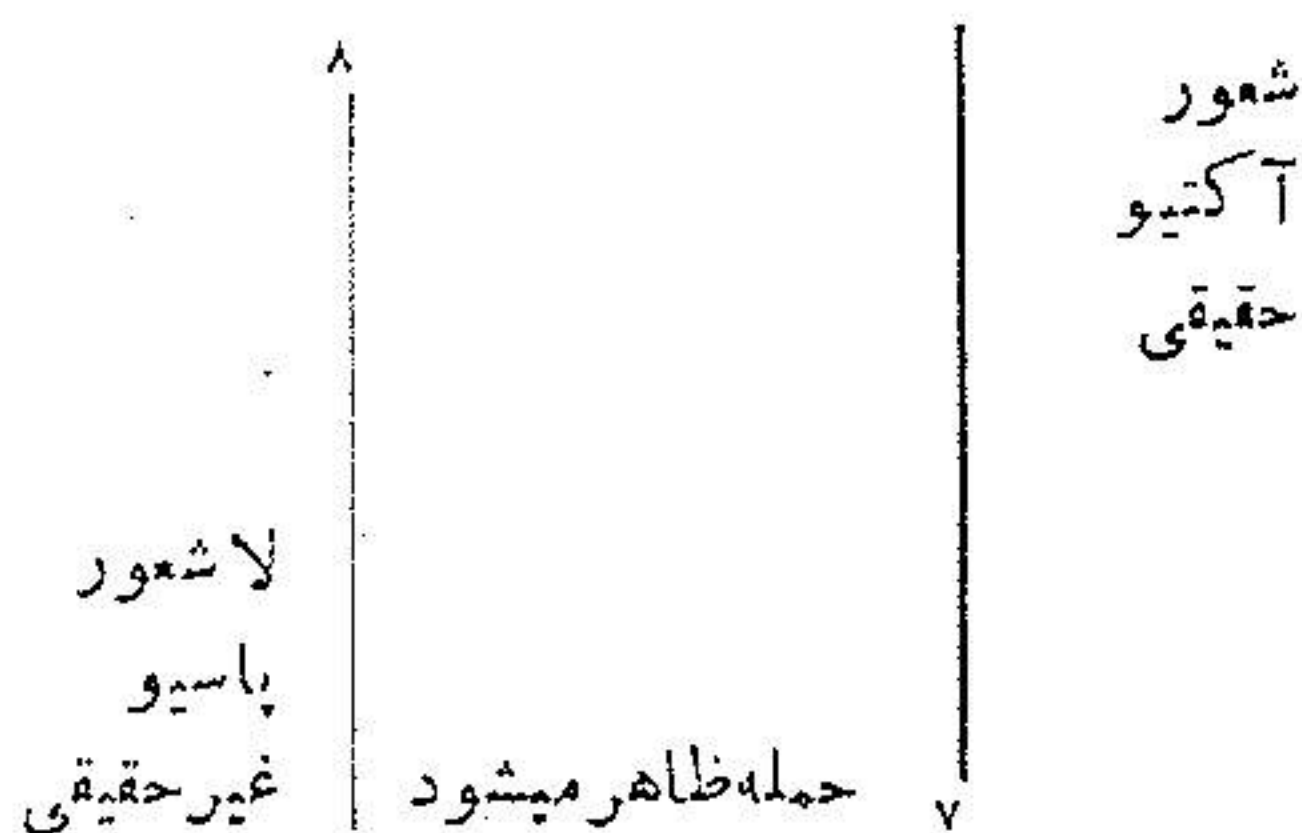
غیر حقیقی

تحريك حمله صرع

بر اثر این سقوط ناگهانی حمله ظاهر میشود تا پائین افتادن فعالیت

دماغی را درمان کند و پس از انجام حمله از مرحله لا شعور غیر حقیقی به

طریق ذیل بمرحله شعور میرسد:



درمورد نسیان چنین است که فعالیت مغز کم شده بطوریکه بیمار واقف بچگونگی احوال خود نیست و این موضوع در ابتدای حمله صرع بروز میکند و گاهی هم بهمین جا ختم شده شخص بحال عادی بر میگردد اگر نقصان فعالیت مغزی بیشتر باشد بیمار قادر بانجام کاری نبود حالت پاسیویته^(۱) است و خواب اورا فرا میگیرد و در مرحله آخر حالت خفقان و تشنج و غیره بروز میکند
و اگر فعالیت نیروی دماغی بمرحله

لا شعور
آکتیو

حقیقی

برسد و از این حد پائین تر نرود آنوقت گریز^(۲) و حرکت در خواب^(۳) ظاهر میگردد

حملات بیشتر نیز وقتی خواهد بود که نقصان فعالیت مغزی در مراحل

شعور

پاسیو

غیر حقیقی

متوقف گردد.

درمورد حمله تنانی در این جماعت تا اندازه روشن است زیرا یونهای آزاد کلسیم در هنگام تب کافی از برای نگاهداری تعادل نیروی عصبی نیست و اختلال خلطی و هوموری در آن بخوبی مشهود است لهذا در ضمن ازدیاد درجه حرارت که فعالیت بدن متوجه مبارزه با عامل مولد تب است یکمرتبه همان شرایط آزاد شدن و یا بعبارت دیگر دشارژ ظاهر شده یکمرتبه فعالیت صفر میشود و بیمار بحال خفقان و مرگ افتاده و چون حمله ظاهر

۱- passivité ۲- fugue ۳- somnambulisme

شد بیمار درمان شده از حالت مرگ در آمد تعادل خونی برقرار میگردد تا باز دوباره این جریان تکرار گردد.

نتیجه و بحث

اکنون از مندرجات فوق چنین استنباط میشود که صرع بدون شك از سرحد بیماری های عصبی خارج و در ردیف اختلالات روانی قرار می گیرد.

و اگر بخواهیم آنرا مرض حساب کنیم چون بخودی خود مریض بحال عادی بر میگردد باید حمله صرعی را مرض و درمان توأم بهم فرض نمود زیرا بروز و زوال آن بهم پیوسته است و درمانهایی که میشود باید بعنوان پیش گیری نمود.

همچنین عارضه ایست روانی نه عضوی زیرا در بسیاری از اوقات که وجود ضایعه عضوی یقین است صرع وجود ندارد و برعکس در اکثر اوقات بدون علت بارزی صرع اصلی موجود میباشد.

لذا صرع عبارتست از وقفه یا صفر شدن نیروی حیاتی روانی که اینجا پائین افتادن یکمرتبه از حالت طبیعی بصفر باعث بروز حمله صرع میگردد و چون در اینحال بیمار معالجه شده مجدداً نیروی حیاتی بیمار از صفر بطرف طبیعی سیر میکند.

و روی همین اصل اساسی است که در بیماری آدام استوکس بر اثر اختلال گردش خون مغزی و بطبی جریانات طبیعی قلب مقدار خون کافی به دستگاه عصبی نرسیده در منتهای شدت یعنی وقتی که قرعات نبض به ۵ الی ۶ در دقیقه میرسد آنوقت حمله صرع ظاهر میشود زیرا درین حال آخرین ذرات اکسیژن مغز مصرف گردیده دیگر ماده وجود ندارد که احتراق آن انرژی سلولهای دماغی را برای نیروی حیاتی تأمین

نماید لهذا شرایط صفر شدن نیرون حیاتی مهیا و در نتیجه حمله صرع ظاهر میشود .

درمان

درمان حمله صرع با خود حمله توام است
پس آنچه بعنوان درمان ذکر میگردد در حقیقت جنبه پیش گیری دارد .

بطوریکه همکاران گرامی مستحضرنند این بیماری چون از ازمینه قدیمه شناخته شده است داروهای بسیار و بخصوص دعاها و پیشگیری از نظر الهیون برای آن فراهم ساخته اند که از گنجاندن شرح و چگونگی اثر آنها در این مقاله عاجزیم و اثر درمانی اغلب آنها بی شباهت به استعمال دعاها و میخلف نبوده است .

بین داروهائی که از قدیم و جدید تا اندازه مورد استفاده بوده و هنوز هم کم و بیش بکار برده میشود داروهای ذیل میباشد .

انقوزه	تارترات بوریکوپوتاسیک
صبر زرد	برومورها
زعفران	لومینال
فصد	ورونال
کانتاریدین	پرومینال
حبشه فلفل	دی فنیل های دالبومینات ۵۰۵ سدیم
والریان	زرق هواداخل و انتریکولها و مجرای تیره پشت
ژوسکیام	بزل کمر
کلورال	Solantyl
بلادون	Brocedol

کلیه منومهای دیگر

و باید اعتراف نمود که تا کنون هیچ يك از این داروها معالج و پیشگیر مصروعین نیستند و بکلی تأثیر لو مینال در تحریکات قشر مغز و بر و مور هادر تحریکات تحت قشر مغز جز سدی بیش نمیباشد و با استعمال بی رویه این ادویه تنهائنتیجه تسکین عاید میگردد و هیچ مصروعی وجود ندارد که بطور قطع و یقین از استعمال داروهای فوق الذکر بهبودی کامل حاصل کرده باشد و بیشتر شفایافتگان از نوع دیگری بوده اند زیرا همانطور که صرعشان در دوره از حیات ظاهر شده ممکن است طبق شرایطی در دوره دیگر از حیات بهبودی حاصل کرده یا درمان شود. لذا بطور اجمال برای معالجه مصروعین نکات ذیل که در درجه اول اهمیت قرار گرفته است لازم است در نظر گرفته شود و این قانون شامل حال بیمارانی نیست که بعادت ضایعه مخصوص حاصله از دمل های مغزی و یا کوفت دچار صرع شده اند زیرا در این قبیل موارد که ضایعه اصلی شناخته شود اساس درمان مبارزه با آن عامل است و من بعد هر گونه مصروعی که صرع اصلی^(۱) نامیده شود میتواند با این طریقه عمل منظور یعنی پیش گیری را درباره او مجری داشت تا اینکه با میزان کمتری از داروهای خواب آور نتیجه بهتری بدست آورد.

۱ - اول درمان زمینه - همانطور که آستم و کپیر و سنگ کایه و اگزما بترتیب تظاهراتی در ریه و جلد و کلیه و پوست دارند صرع تظاهرات سرشتی بیمار مصروع است در مرحله اول تغییر این زمینه و سرشت لازم و ضروری است روی این اصل اکنون از سرمهای ضد صرع استفاده میشود.

و یا میتوان از اوتوهموتراپی و یا بهتر از آن اوتوسروتراپی استفاده نمود.

و دیگر داروی نفیسی که در کلیه بیماریهای فوق الذکر اثری شدید و رضایت بخش دارد هاپامین^(۱) است که در تغییر سرشت و اصلاح مرض بزرگترین خدمت را انجام میدهد و با استفاده از کلسیم تراپی و تارترات در گوتامین و آدرنالین و سولفات دومینزی و هیپوسولفیت دوسود و اورو پروپین میبایست حتی الامکان زمینه و سایر جهازات را تقویت نمود و سپس با استعمال دی نیترو فنول که احتراق سلولها را زیاد میکند و عمل متعارفی نورون را شدید میسازد با احتیاط تام تنفس سلولهای مغزی را بهبودی بخشید.

در حله آخر میتوان به تجویز هر کدام از داروهای فوق الذکر که خاصیت خواب آور آنها یقین است بتریب ذیل استفاده نمود.

اولاً - باید داروی خواب آور با داروی ضد خواب توأم گردد زیرا بتجربه ثابت شده است که داروهای ضد خواب اثر خوبی روی صرع دارند.

ثانیاً - در جریان مدت معالجه با الکتروانسفالو گراف نوسان مغزی بیمار را کنترل کرد تا آنکه نوسانهای او نزدیک به طبیعی و حتی کامل گردد آنوقت آن میزان دارویی خواهد بود که بیمار همیشه بکار خواهد برد تا اینکه معالجات زمینه بتواند مریض را بطور قطع معالجه نماید آنوقت باز لازم است تحت کنترل دقیق الکتروانسفالو گراف بطوریکه در نظم طبیعی نوسانهای مغزی بیمار تغییری رخ ندهد از میزان داروی خواب آور و ضد آن بتدریج کاست و هر وقت که کوچکترین نوسان غیر طبیعی اتفاقاً ظاهر شد مجدداً به میزان دارو افزود و این عمل آنقدر باید تکرار شود تا اینکه مقدار استعمال دارو به صفر برسد.