



أكاديمية الملكية المغربية
Academie Royale Marocaine



مطبوعات أكاديمية المملكة المغربية

شهادات وأعمال

البروفيسور عبد اللطيف بربيش

2017

أكاديمية المملكة المغربية

أمين السر الدائم : عبد الرحيل لحاجمرى
أمين السر المساعد: محمد الكتاني
رئيسة الجلسات : رحمة بورقية
المقدمة : مصطفى الزباخ

العنوان : كلام 4 ، شارع محمد السادس ، ص. ب. 5062
الرمز البريدي 10170 - الرباط - المملكة المغربية

البريد الإلكتروني : arm@alacademia.org.ma
الهاتف : 05 37 75 51 99 / 05 37 75 52 00
الفاكس : 05 37 75 51 01 / 05 37 75 51 89

الإيداع القانوني : 2017MO3141

ردمك : 978-9981-46-091-1

الآراء المعبّر عنها في هذا الكتاب تلزم أصحابها وحدهم

الفهرس

• تقديم	11
• تعزية جالة الملك محمد السادس حفظه الله- الموجهة لأسرة المرحوم عبد اللطيف برييش	15
• السيرة الذاتية للبروفيسور عبد اللطيف برييش	19
• تعيين جالة الملك الحسن الثاني للبروفيسور عبد اللطيف برييش عضوا في الأكاديمية	25
• توشيح البروفيسور عبد اللطيف برييش يوسام العرش من درجة ضابط	29
• تعيين البروفيسور عبد اللطيف برييش سفيرا بالجزائر.	33
• انتخاب البروفيسور عبد اللطيف برييش أمين السر الدائم لأكاديمية المملكة المغربية.	39
• أعمال البروفيسور عبد اللطيف برييش	47
- أثر التغذية في نمو الدماغ خلال حياة الجنين في الرحم وفي السنوات الأولى من حياة الإنسان	49
- تأملات في المظاهر التقنية والخلقية الناجمة عن تطور العلوم الطبية	67
- التكوين المستمر في مجالات الطب	87
- في أخلاقيات نقل الأعضاء	99
- أخلاقيات البحث والتجريب الطبي على الإنسان	123
- التشريح والشيخوخة: معطيات وتحليلات	145
- تأملات في موضوع الدواء	163
- تأملات في الحياة والموت	181
• كلمة الترحيب بالبروفيسور عبد اللطيف برييش في مؤسسة آل البيت التي ألقاها العضو عباس الجباري.	203
• كلمة الالتحاق بالمجمع الملكي لبحوث الحضارة الإسلامية للبروفيسور عبد اللطيف برييش	209



البروفيسور عبد اللطيف برييش

تقديم

تقديم

عندما تفقد الأكاديمية عضواً من أعضائها يكون الخطيب عظيماً، ولكن عندما تفقد رجلاً أثمن إلى جانب عمله الأكاديمي يقدر كبير في علاج مرضاه، وإخلاصه لدينه ووطنه وملحّكه يكون الخطيب أعظم، ومهما قلنا في حقه فلن نبلغ بلاغة ما قاله في تأييده الراعي الأمين للأكاديمية صاحب الجلالة الملك محمد السادس - حفظه الله - حين خاطب أسرته قائلاً : «إن رحيل الفقيد العزيز إلى دار البقاء ، لا يعد خسارة لأسرتكم الموقرة فحسب ، وإنما يعد أيضاً خسارة لوطنه المغرب ، الذي فقد فيه طيباً مرموقاً ، وأكاديمياً مبرزاً مشهوداً له بالخلال النبيلة ، والتواضع الكبير ، وبغيرته الشديدة على الارتفاع بالبحث العلمي في وطنه الذي كرس حياته لخدمته في تفان وإخلاص ، ووفاء مكين للعرش العلوي الجيد» .

لقد ترك المرحوم عبد اللطيف بريش أثراً عميقاً في المدرسة الطبية المغربية التي كون أطباءها وطور برامجها وأشرف على أول عملية لزرع الكلية الاصطناعية ، وفي المدرسة الدبلوماسية التي عزز فيها قيم التعاون بتوجيهات من مؤسس الأكاديمية جلاله الملك المغفور له الحسن الثاني طيب الله ثراه ، وفي مدرسة الأكاديمية التي عنى فيها بالترااث الحضاري المغربي ومعالجة قضايا ومشكلات العصر برؤيه علمية معاصرة.

فاعتبر بذلك دعامة راسخة للبحث العلمي ، والمواطنة المنفتحة ، والقيم الأخلاقية الرفيعة .

وتقديرًا من أكاديمية المملكة المغربية لجهوده الإدارية والعلمية المحمودة، وصوناً لذاكرة عطاءاته العلمية المتميزة، ووفاءً من زملائه أعضاء الأكاديمية، تصدر الأكاديمية هذا الكتاب بمناسبة الذكرى التأبينية لوفاة المرحوم بربيش، متوجاً بالرسالة الملكية السامية في تأييه، ومتضمناً مساهمات الفقيد في الجلسات الخميسية، والكلمات التي ألقاها في دورات الأكاديميات بفرنسا وإسبانيا، وكذا شهادات تقديرية من زملائه أعضاء الأكاديمية.

وإذ ننشر هذا الكتاب اعتراضًا بجليل علم المرحوم، وبنبل خصاله، وفضائل أعماله، فإننا نسأل الله أن يتغمده برحمته ويسكنه فسيح جنانه، ويرزق أهله وأعضاء الأكاديمية ومحبيه الصبر والجلد ولا يقول إلا ما يرضي ربنا . . . الله ما أخذ ولهم ما أعطى ﴿ وشر الصابرين الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله وإنما إليه راجعون ﴾ صدق الله العظيم.

عبد الجليل الحجري
أمين السر الدائم
لأكاديمية المملكة المغربية

تعزية

جلالة الملك محمد السادس - حفظه الله .

الموجهة لأسرة المرحوم عبد الطيف بريش



كِلَّ الْمُهَمَّاتِ

الحمد لله رب العالمين، والسلام على من أشرأه الله وآل بيته وآله وآل بيته.

فِتْيَةٍ جَنَابُنَا الشَّهِيرُ بِقِرْدَلِ السَّلْكِ
الْمَسْحُومُ لِلْبَرِّ وَقِيسُونُ عَبْدُ الْطَّيْقِ بِشَرِيكِ

السلامُ عَلَيْكُمْ وَرَحْمَةُ اللّٰهِ تَعَالٰى وَبَرَكَاتٍ،
وَبَعْدَ، فَقَدْ عَلِمْنَا بِعَمَيْلِ الْأَسْنٰى وَالْأَسْفَ بِنَعِيِّ الْمَشْهُ— وَلَ
يَعْبُوُ اللّٰهُ عَوْرَصُونَ، الْبَرُّ وَبِسُورِ عِنْدِ الْلَّطِيفِ بِرِيشِ، أَمِيزُ الْسَّرَّ
الْدَّائِمُ لِأَكَادِيمِيَّةِ الْمُعْلِكَةِ الْمَغْرِبِيَّةِ، تَفْتِلَةُ اللّٰهِ تَعَالٰى عَلَيْهِ
الصَّالِحِينَ مِنْ عِبَادِهِ وَأَسْكَنَهُ بِسِيمِ جَنَانِهِ.

وبِعْنَادِهِ الْمُنَاسِبَةُ الْمُعْزَنَةُ، نَعْبُ لَكُمْ وَمُرْخَلُكُمُ الْيَوْمَ كَافَةً
أَهْلَكُمْ وَذَوَّبُكُمْ، وَلَا سُرْتَهُ الْعَلْمِيَّةُ الْكَبِيرَةُ، وَلَا سِيمَا أَعْظَمُهُ
أَكَادِيمِيَّةُ الْمَلَكَةِ الْمُعَيَّنَةِ، مَنْ أَحْرَى تَعَازِيزُنَا وَأَهْدَافُ مُوَاصَانَا
فِي هَذَا الْمُصَابِ الْجَلِلِ، الَّذِي لَمْ يَرَأْ لِفَضَاءِ الْلَّهِ فِيهِ، سَائِلِينَ
شَيْئًا نَّهَا، أَزْيَلُهُمْ كُمْ جَمِيعًا جَمِيلًا الصَّبَرِ وَحُسْنَ الْعَزَاءِ.

إِنَّ رَحِيلَ الْعَقِيدِ الْعَزِيزِ الَّذِي دَارَ الْبَيْعَاءَ لَمْ يُعَدْ خَسَارَةً لِلْأَئِمَّةِ قَمَّ
الْمُوَرَّلَةِ، فَحَسْبٌ، وَإِنَّمَا يُعَدْ أَيْضًا خَسَارَةً لِوَهْنِهِ الْمَغْرِبِ



الذي فقد فيه كسيباً مرموفاً، وأكاديمياً شيشرياً، مشهوداً له
بالجمال النبيلة، والتواضع الكبير، وبغيرته الشديدة لعله الارتفاع
بالمبحث العلمي؛ ولهذه، الذي كرس حياته لخدمته تبيان
والخلص، وفاءً مكين للعرش العلوي المجيد.

وأتنا نستحضر في هذه المناسبة ما كان يحيط به العقيد الكبير
من سلوكي رفيع، خلال توليه لشئون المسؤوليات السامية كعميد لكلية
الهند، وأمين السر الدائم للأكاديمية الملكية، وكعضو في العديد
من الأكاديميات والجمعيات الوطنية والدولية، مما جعله شخصاً
يتقدّم بنا المولوي الخاص، وباحترام كل من عروقه.

وإذ شالمرئكم أحراناًكم في هذا الزرع العاذج، مؤكدين لكم
سابع عطشينا وسامي رحابتنا، لنسائله تعالى، في هذه الأيام الفتوية
المباركة، بأذن ربنا العظيم الكبير الجنان الأشرف، على ما أسمى لوهنه
من خدمات جليلة، وأزتعم بالله بواسع رحمته ومغفرته، ويتقبله
نرارة عباده المنعم عليهم بفضله وإحساناته، ومن يتوئهم سبعانته
بسليم جنانه، مع النبيين والصديقين والشهداء والصالحين وحسن أولئك
رفقا.

(يا أيتها النفس ال欺يمية ارجع إلى رثراها من رضية فما ذُخي في
في عيده وادخله جنتي) . وإنما لله وإنما إليه راجعون.

وختتم بيوم الخميس ٩ دیسمبر ٢٠١٥ الموافق لـ ١٤٣٦ هـ

٢٠١٥

محمد السادس
ملك المغرب

السيرة الذاتية
للبروفيسور عبد اللطيف برييش

عبد الطيف بريش
عضو أكاديمية المملكة المغربية منذ سنة 1980م

- من مواليد 17 ماي 1934.
- الدراسة الثانوية بثانوية مولاي يوسف وثانوية كورو بالرباط.
- دكتوراه الدولة في الطب من كلية الطب بمومبولي (1961).
- طبيب داخلي بمستشفيات المغرب (أول مبارأة وطنية، 1959).
- تخصص طب الكلى والإعاش الطبي في مستشفى نيكلز بجامعة باريس (Hôpital Necker) (1964-1962).
- أستاذ محاضر مبرّز في الطب بكلية الطب بالرباط (1967).
- طبيب رئيس أقسام الطب الداخلي والإعاش الطبي بمستشفى ابن سينا (1968).
- عميد سابق لكلية الطب بالرباط (1968-1974).
- أستاذ التعليم العالي بصفة رسمية (1972).
- رئيس اللجنة العليا المكلفة بتأهيل الأطباء (منذ 1972 إلى غاية يومه).
- نائب أمين السر الدائم لأكاديمية المملكة المغربية 1980م.
- أمين السر الدائم لأكاديمية المملكة المغربية منذ أبريل 1982م.
- سفير المغرب بالجزائر (ماي 1988 - يناير 1989).
- رئيس اللجنة التنظيمية لتظاهرات «زمان المغرب بفرنسا» (1999).
- عضو مؤسس في الجمعيات المغربية للعلوم الطبية وطب الكلى.

- عضو الجمعيات الفرنسية والدولية لطب الكلى.
- عضو الجمعية الوطنية الفرنسية للطب الباطن.
- عضو مراسل للأكاديمية الوطنية الفرنسية للطب (1989).
- عضو مراسل لمجتمع اللغة العربية بكل من القاهرة ودمشق ومؤسسة آل البيت.
- عضو اللجنة التأسيسية لأكاديمية الحسن الثاني للعلوم والتكنولوجيات.
- عضو أكاديمية الحسن الثاني للعلوم والتكنولوجيات
- عضو المجلس الأعلى للتعليم.

من أعماله

- مسببات أعراض باشي بالمغرب (Etiologies du Syndrome de Banti au Maroc)
- الالتهابات الكلوية الجمعية الخبيثة (Les Glomérulo néphrites - malignes) بحث نهاية التدريب كطبيب مساعد بمستشفى باريس.
- دراسات حول العديد من المواضيع في مجال الأمراض الباطنة والطرق العلاجية والصحة العمومية والأمراض الوبائية (منشورة في مجلات طبية وطنية ودولية).
- أشرف على أول عملية لزرع الكلى في المغرب في أكتوبر من سنة 1968. وأحدث أول مركز لغسيل الكلى في المملكة سنة 1973.

الجوائز والأوسمة

- ميدالية حاسي بيبة ونجمة الحرب (1963).
- وسام العرش من درجة قائد (المملكة المغربية، 1993).
- الوسام الملكي فكتوريا من درجة قائد (1987).
- وسام الفنون والآداب من درجة قائد (الجمهورية الفرنسية، 1989).
- وسام كتيبة الشرف من درجة قائد (2000).
- وسام الاستحقاق من درجة قائد (إسبانيا، ألمانيا، الدنمارك، إيطاليا، البرتغال، السنغال).
- الجائزة الكبرى للفرانكوفونية التي تمنحها الأكاديمية الفرنسية (1997).
- توفي رحمه الله يوم 1 يناير 2015م.

**تعيين جلالـة الملك الحسن الثاني
للبروفيسور عبد اللطيف بريـش
عضوـاً فـي الأكـاديمـية**



خطينا الأرخر المكرور عبد الله الطيب با بوريش
أمنك الله ورعاك وسلام عليك ورحمة الله وبركاته.
وبعد، بنظر المفحة التي يشمها المغاربة في مختلف المياحيين،
ونظر لما يسكن أن تهمي بلادنا من جل نسل الأعمالي سبيل المقام عن الغيم
الروحية، فضيحة في ذلك جهودها الوجهة الذين يخوضون هذه الغيم أساساً
لسلوكهم وفاعلاً له لذاته ممارسانهم،
وإيمانه برسالة العنكروأثره العقاري بعثاه بوعية الشعوب واستهانه بهم فيها
وتثبتت خصوصاتها على طريق التغذم والرقة،
ولذرائلاً لغيمة التباكي العلمي والبعكري بين الرجال الذين يمثلون مختلف
الجهات الثغرة وما يكتنز الشخصي، ولما يسكن أن يجيئ إليه هذا التبعاع
الملايين من توقيع غزى التعارف والتقارب بين شعبنا والشعوب التي تربطنا بها
وشانع المؤكلة والتعاون، ويفربنا منها اليقان بالغيم الروحية والبعكري
والحضارية المشتركة، وتشاهرنا الرغبة في توطيد السلام وضيافة النشر الدنائية
النبيلة،

وحرصاً على أن تسهم المملكة المغربية مساهمة إيجابية وفاعلية في إنشاء
وتوسيع وتعزيز البهث والدراسة في شتى ميادين النشاط البكري، بما في ذلك
العلوم النظرية والتجريبية والتطبيقية، والعلوم الدنائية من مختلف وفلسفية وأداب
وتربية وفنون جميلة، والعلوم العقافية واللغافية والمعجمية والفقامية
والدبلوماسية والإدارية، وتكلم الاستراتيجية الغربية،
فقد أحدثنا أكاديمية للمملكة المغربية بموجب كضهيرنا الشريع بمثابة
قانون الصادر بتاريخ 24 شوال عام 1397 (8 أكتوبر سنة 1977)، ووضعنها ثبت

رعايتنا السامية، وجعلناها تتألّب مزيتين عضواً، نصيّبهم من مواجحته مملكتنا
ويملون صبة أعضاء مفيمين، والنصب الآخر من الشخصيات الهمتية بجنسيات
أجنبية ويملون صبة أعضاء مشاركين،

ونظر المزايا إلى النسائية والمهنية العاديّة، ولما يتوفّر في مشرّوه
الذهبية والشعاية هي مقلنا شاهد مما يتطلّب مع مقتضيات ظهيرنا الشريع،
ولذ سيما صيّتك الدائم هي ميدان الصبا، وخدماتك المشكورة هي مقل الصدقة
العامة، وعملك الناشئ هي فلّحان الجامعة، وإنما ينذركم كاستاذ نابه،
بغدرنا الموافقة علم ترشحكم مزقبل البنية التأسيسية، وعيناكم عضواً
مفيما باكماديمية المملكة المغربية، تشريعآ لشخصكم، وركيـا لخدماتكم، وتقدـيراً
لعلـكم بالقيم الروحية والتغافية والحضارية، وتنويـها بـنـدارـكمـ هيـ المـيدـانـ المـأـدـىـ
تـكـرـىـنـ لـهـ عـمـلـكـ.

واعتباراً لذلك، نوجه إليـكـ بأـمـرـناـ السـامـيـهـ أنـ تـبـدـلـ فـصـارـيـ جـهـدـكـ،
لـالمـشارـكـةـ المـوـصـولـةـ هيـ أـعـمـالـ الـكـامـادـيمـيـةـ، وـالـمـاسـاـهـمـةـ الـدـاـوـوـيـةـ هيـ تـقـيـيفـ
الـهـدـاـبـاـبـاـتـ التيـ توـخـيـنـاـهاـ مـنـ تـأـسـيـسـهاـ، هـتـوـ تصـحـ الـمـلـكـةـ الـمـغـرـبـيـةـ مـرـكـزاـ
مـرـمـوـفـاـ مـنـ إـرـثـ الـشـعـاعـ وـالـتـوـهـيـ، مـيـاـمـيـنـ الـعـلـمـ وـالـتـغـافـةـ وـالـبـعـرـ، وـهـتـيـ
تـبـوـأـهـ ذـلـكـ الـمـكـانـةـ الرـوـقـيـعـةـ بـيـنـ الـأـسـمـ وـالـشـعـوبـ). وـالـلـهـ يـوـبـعـكـ.

وحرر بالغـرـ الملـكـ بالـربـاطـ هيـ يـوـمـ الـمـبـتـ 26ـ جـمـادـيـ الـأـوـلـيـ 1400ـ الـمـوـاـجـنـ
12ـ اـبـرـيلـ 1980ـ.

**توضيح البروفيسور عبد اللطيف بريش
بوسام العرش من درجة ضابط**

توضيح البروفيسور عبد اللطيف برييش
بوسام العرش من درجة ضابط

خالص جلاله الملا المغفور له الحسن الثاني البروفيسور
عبد اللطيف برييش بمناسبة توشحه بوسام العرش من درجة ضابط
بالكلمة التالية :

«أنت الوحيد الذي يمكننا إدراك السرور الذي ينالبنا وفنون نوشئنا
بهذا الوسام. أنت الوحيد الذي يمكننا تقدير عمق عواطفنا وإحساسنا
بهذه المناسبة. إننا لغفوريون بأن يكون لدينا شبان من هميتنا. ولو لا يقيننا
برغبتنا في متابعة التحصيل والبحث العلمي لما عوغضناك بعميد آخر. إننا
ندرك أن ولضيافة العميد تقتضي منه أن يقوم بالأمور الإدارية على حساب
الأمور الحصبية، ولكننا أنت من الأصحاب المميزين، ومن الناس الذين نعتقد
عليهم أمل كبيراً، فارجع لمهنتك وتتابع مسيرة البحث فيها، مع علمنا أننا
ستبقى كذلك مشاركاً فيما ينجز الكلمة».

تعيّان البروفيسور عبد اللطيف برييش
سفيرًا بالجزائر



جلالة الملك المغربي
المملكة المغربية

الحمد لله رب العالمين وَالصَّلَاةُ وَالسَّلَامُ عَلَى رَبِّ الْعَالَمِينَ
مِنْ عَبْدِ اللَّهِ الْمُعْتَمِدِ عَلَى اللَّهِ أَمِيرِ الْمُؤْمِنِينَ بْنِ أَمِيرِ
الْمُؤْمِنِينَ بْنِ أَمِيرِ الْمُؤْمِنِينَ بْنِ أَمِيرِ الْمُؤْمِنِينَ



إلى حضرة صاحب الفخامة السيد الشاذلي بن حمدوش رئيس
الجمهورية المغربية الشعبية الجماهيرية، تخليه مباركة طيبة
وبعد؛ فنظر الأكيدر بتنا في توقيع أو اصدار الصدقة والجنة
والتفاهم بين بلداننا وحفظ الروابط التاريخية بينهما،
اخترت الدكتور عبد اللطيف بن يحيى سفيرًا فوق العادة
ومفوقاً بالجلافة الذي فخamtكم فإن ما عهدناه في
الدكتور عبد اللطيف بن يحيى من كفاياته وأماناته ليحملنا
على الاعتقاد بأن اختياره سيفق لدى فخامتكم موقعًا
حسناً وأنه سيؤدي مهمته بجو الله وحسن توقيفه
على الوجه الذي يحظى بتاييدكم ويظفر بمحبكم تقديركم،
ولذا نرجو من فخامتكم أن تنتهزوا كامل ثقامتكم وتقتدوا
في كل ما يبلغكم إليكم باسعنا باسم حكومتنا. وتعتزم هذه
الفرصة لبعثت إلى فخامتكم بحالص وذاتي أستئنكم
...



لشخصكم وصادق أمانت العظمة يladكم ورفاہیتہ الشعب
بجزائی ولسلام .
وکور بالقصور الملکی بالکاظمی فی ۱۴ شوال ۱۴۰۸ المافق ۳۰ مای ۱۹۸۸ .

ملحق

لوگو

تعيين البروفيسور عبد اللطيف بريش سفيراً بالجزائر

استقبل صاحب الجلالة الملك الحسن الثاني نصره الله، الدكتور عبد اللطيف بريش، وسلمه أوراق اعتماده كسفير للجمهورية الجزائرية الشعبية الديمقراطية وقبل أماء القسم خالص الملك الدكتور عبد اللطيف بريش بالكلمة السامية التالية:

نضرأ للعلاقات التاريخية بين دولة المغرب العربي، فإني لا أعين اليوم سفيراً كالسفراء، لكنني بحد ذاتي تعيين سفير هو في آن واحد صديق ولصيق، بحيث إن الصداق التي بيني وبينك، هي صداق ولصيق بالطبع، لكنها في الوقت نفسه صداق بشريّة مبنية على نوع من القرب هو خاص جدًا. كان في إمكانك أن أختار سفيراً ينتمي إلى ميدان آخر ولكن وقع الاختيار عليّاً أن لا يخفا ما لنا من رغبة ولصيقك في إبراز حسن النية المغربية على جميع المستويات، ورغبتنا الأكيدة في أن ننهض بالمراميل حتى تتمكن من أن تنسى نحن وأجيالنا القائمة، أن ننسى جميعاً، هنا وعند جيراننا، ما حار وما كان، لتبين المستقبل على أساس ايجابية، لأن الحق والحقيقة لم يكونوا في أي وقت من الأوقات ولا في أي مكان من الأماكن، لم يكونوا الأرضية والقاعدة الصحيحة والسليمة التي ينسى عليها المستقبل.

ومما لا شك فيه، أن شفاعة الرئيس السيد الشاذلي بن جديك جارنا وصديقنا، هو وشعبه، يفكرا في كل التفكير نفسه، ولهم المحمومات والآهداف نفسها. ولد سيناً مقبلون على مؤتمر "قمة العزازير". فبلغ شفاعة الرئيس عواطفنا الذهنية وتقديرنا السامي والعميق وقل له بأننا سنحاول بكل توأضع، ولكن بكل أخلاص وكل صراحة، سنحاول أن نعمل متواضعين لكي يكون هذا المؤتمر مؤتمراً ناجحاً، لأن نجاح مؤتمر "قمة عرب" في عاصمة من عواصم المغرب العربي هو حقيقة، نجاح الجميع بهذه المنحصة. فقدم ورقة أعمالاً قبل وصولنا إن شاء الله. وأعتقد أنه بالنسبة لها وبالنسبة لمهمتنا فهذا "حالع نيم" كوننا أخرين ورقة تعيننا اليوم. وفي غضون أقل من أسبوع سأكون متواجداً شخصياً في البلد التي أنت معتمداً بها، وكُن على يقين بأن المامورية ليست صعبة بل هي مامورية تتعالج للإيمان وللعارضة البشرية نظراً لما في البلدين من شوق عظيم ومحققي لربع الوقت وتدارك الماضي. وفقاً للله وأعانتنا.

وبما أن التقاليد تقضي القسم، فتقديم لتفويت القسم.

القسم:

- أقسم بالله العظيم أن أكون فلحاً الدين ولملكي ولوهني وأن أؤدي مهمتي بصدق وأمانة.

يتبع جلاله المغفور له العسن الثاني: --- إن الأكاديمية الملكية مازالت في حاجة إليها، وفي المملكة التي قضيتها في خدمة هذه المؤسسة عرف المغاربة اهلاًة جديدة، ونفساً جديداً فيما ينصر الناحية الثقافية والعرفانية بين حقول العالم.

انتخاب البروفيسور عبد اللطيف بريش
أمين السر الدائم
لأكاديمية المملكة المغربية

انتخاب البروفيسور عبد اللطيف بربيش أمين السر الدائم لأكاديمية المملكة المغربية

مدير الجلسات السيد عبد اللطيف بنعبد الجليل :

بسم الله أعلن افتتاح الجلسة الأخيرة لدورة أكاديمية المملكة المغربية " الماء والتنمية وتزايد السكان " (27- 30 أبريل 1982) :

حضرات الزملاء الأعزاء، كما في علمكم أن صاحب الجلالة الملك الحسن الثاني أعزه الله، عبر لأخي وزميلي الدكتور عبد اللطيف الفيلالي مساء أمس عن عزمه على أن يكلفه بمهمة جديدة في نطاق العمل الوطني، وأنه سيحتفظ بمقعده بيننا في أكاديمية المملكة المغربية، وإني إذ أنهن السيد عبد اللطيف الفيلالي على ثقة عاشر البلاد الفقدي ورضاه، أرجو له كامل التوفيق في كل ما سيوكّل إليه من مهام ومسؤوليات، وأخبركم بناء على ذلك بشغور منصب أمين السر الدائم لأكاديمية المملكة المغربية، وأقترح عليكم أن تقوم في هذه الجلسة بانتخاب أمين السر الدائم الجديد، وإذا نال هذا الاقتراح موافقتكم فإني أعلن على فتح باب الترشيح.

كلمة السيد الحاج محمد "با" حنيبي : بسم الله الرحمن الرحيم، حضرة السيد مدير الجلسات، حضرات الزملاء الأفاضل، يسرني سروراً كبيراً، ويشرفني تشريفاً كثيراً أن أتمنى منكم إسناد منصب أمين السر الدائم، وقد أصبح شاغراً لعضو بارز مرموق من أعضاء أكاديمية المملكة المغربية، ذكركم العضو الذي يتبوأ من

مودتنا جميعاً، وصداقتنا جميعاً، وتقديرنا جميعاً، المقام المحمود، والظل الممدود، إنّ
هو إلاّ أخونا الأستاذ الدكتور السيد عبد اللطيف برييش. إنّ أخانا هذا، يبذل منذ
تأسيس هذه الأكاديمية من الجهد المتواصلة المطبوعة بطبع الإخلاص، الموسومة
بسمات الجد والكفاية والاقتدار، ما تنهج به النفس ابتهاجاً، وتمتليء به إكباراً واعتزازاً.
لقد دأب يبذل من وقته الثمين، وعلمه الجب، وخبرته المتينة، وتجربته الواسعة،
وذكائه الثاقب، ورأيه الصائب، ولباقيه ذائعة الصيت، وتأسيسه الجميل ما شدّ أزر
هذه المؤسسة الناشئة وأعانها على سلوك الحكم والرشاد. فإذا عززتم ما أقدمه من
اقتراح وأيدتم ما أدعوه إليه من اختيار، وما إخالكم لما أعلمته وتعلمونه إلاّ فاعلين، فإنّ
ما أُتي أخونا الأستاذ برييش من وافر المزايا، وظاهر السجايا، من شأنه أن يؤهله
لتحمل مهام الأمانة الدائمة بكل كفاءة واقتدار، والله الموفق للصواب، وشكراً.

كلمة الرئيس ليوبول سيدار سنغور:

Monsieur le Directeur, j'appuie cette proposition! En effet depuis la création de l'Académie, exactement depuis la nomination du Professeur BERBICH comme Chancelier, nous avons pu le connaître, et faire l'expérience de sa gestion. Comme par delà ses fonctions de Professeur, il a prouvé dans la ligne de son ancien Professeur Jean BERNARD, qu'il était un humaniste du temps moderne, et je suis sûr qu'il remplira parfaitement ses nouvelles fonctions.

كلمة الزميل عبد الرحمن الفاسي : شكرنا السيد الرئيس، نظراً لاقتناعي بكل
ما جاء في كلمة أخيها صاحب المعرف الأستاذ با حنيبي وسيادة الرئيس(سنغور)
أؤكد هذا الاقتراح بكل اقتناع. شكرنا.

كلمة الزميل صبحي الصالح : سيدى المدير، كانت فرصة عظيمة جداً التي أتيحت لنا بالإدارة الحكيمية التي امتاز بها زميلنا الكبير، الدكتور عبد اللطيف برييش، إلى جانب زملائه وأخواته في العمل الجدي لاستخلاص أفضل النتائج العلمية والحضارية لهذه الأكاديمية الفتية، من أجل ذلك أثني وأعزز هذا الاقتراح الذي تقدم به الإخوة جميعاً، وشكراً.

كلمة السيد أبو يكر القادري : زملائي الأعزاء، إن الاقتراح الذي تقدم به إلينا أخونا وزميلنا الحاج أمحمد با حنيبي، اقتراح صادف منا كل الارتياح، ذلك أن معرفتنا ومخالطتنا واختبارنا لأخينا الزميل الدكتور عبد اللطيف برييش أكدت لنا أنه الفرد الصالح الكفاء، الأخلاقي المتميز بكثير من النبل والمطلع على كثير من القضايا وأنه أهل لهذا المنصب، أهل له بشققنا وبشقة جلالة الملك وبشقة الشعب المغربي قاطبة. فإني أؤكّد وأثني وأثليت وأربع على ما تقدم به الزملاء الأعزاء، وأصوت على تعينيه أمين السر لالأكاديميتنا، وشكراً.

كلمة السيد محمد المكي الناصري : هذا الاقتراح الذي تقدم به زميلنا السيد الحاج أمحمد با حنيبي يتفق تمام الاتفاق مع ما في ضمائرنا جميعاً من تقدير لشخصية البروفيسور عبد اللطيف برييش، تقديرنا شاملأ لكتاباته ولأخلاقه ولخبرته وتجربته ولثقة الغالية التي يتمتع بها من راعي الأكاديمية ومن كافة أعضائها الكرام. أنا أضم صوتي إلى صوت الرفاق، أزيّ هذا الترشيح وأعتقد أنه سيكون كسباً كبيراً

لالأكاديمية في مرحلتها المتوازنة إلى الأمام والمقبلة على نشاط أوسع وأكبر بحول الله مع قوته، وأتمنى أن يكون الجميع متفقاً ومزيكاً لهذا الترشيح والله الموفق. وشكرا.

كلمة الرئيس تساسوس :

Monsieur le Directeur, je voudrais au premier lieu, remercier Monsieur el Filali pour tous les services qu'il a rendu à l'Académie durant tout ce temps que nous avons collaboré avec lui, et nous n'oublierons jamais son zèle et ses capacités, et je le félicite en plus pour les services qu'il va rendre à ce pays en dehors de l'Académie.

Quant à la proposition faite pour Monsieur BERBICH je crois que je dois souscrire sans réserve à la proposition faite. Monsieur BERBICH connaît l'Académie mieux que tout autre, il a une expérience profonde, il a des qualités d'homme de science et d'administration, et nous serons très heureux de continuer les travaux de l'Académie sous sa direction.

كلمة السيد مدير الجلسات : بعد هذا الإجماع ستنقل إلى عملية الانتخاب. ما دام القانون يفرض عملية الانتخاب، ولهذا يجب أن تكون متطابقين معه، لهذا نطلب منكم أن تصوتوا بنعم أو لا، ومن الأحسن كتابة الاسم.

هذه نتيجة الانتخابات : عدد الأصوات هو 33، المصوتون بنعم : 32 صوتاً، وبطاقة بيضاء (هي في غالب الظن للسيد بريش)، إذن فقد انتخب أخونا السيد عبد اللطيف بريش أمين السر الدائم للأكاديمية المملكة المغربية بإجماع الحاضرين.

أصالة عن نفسي أعبر لك أئبها الزميل العزيز عن تهاني الحارة ومتمنياتي لك بال توفيق والنجاح سائلا الله أن يعينك على ما أنت بصدده من مسؤوليات جديدة، وتفضل بالكلام.

كلمة السيد عبد اللطيف برييش : بسم الله الرحمن الرحيم، سيدى مدير الجلسات، حضرات الزملاء الأعزاء، إني والله لمتأثر جدا من عطف أخوتك ومن إجماعكم الغالي. إنه ليسعني ويشرفني أن أحظى هذا اليوم بشرف انتخابكم لي أمين السر الدائم لأكاديمية المملكة المغربية، خلفا لأخي وصديقي الدكتور السيد عبد اللطيف الفيلالي الذي اقتضت الإرادة الملكية السامية أن تعهد إليه بمهمة جديدة في نطاق عمله الوطني وجهاده لخدمة العرش المغربي. وإنه ليطيب لي في هذا المقام أن أثني الثناء كله على السيد الفيلالي الذي يغادر مكتب أكاديمية المملكة المغربية اليوم بعدما قضى أكثر من سنة بين ظهرا نينا متحملا مسؤولية أمانة السر الدائم بكل كفاءة وإخلاص. وإنني لأوجه له الشكر الجليل على ما بذل من جهود وما قام به من أعمال طوال هذه المدة.

سيدي المدير، حضرات الزملاء الكرام، يسرني بعد أن قمت بأداء واجب الثناء على سلفي وزميلي الدكتور عبد اللطيف الفيلالي أن أوجه عميق الشكر وأجزله للأخ الزميل ومعالي الوزير السيد الحاج احمد با حنيفي الذي قام بترشি�حي لهذه المهمة السامية وللزملاء الأعزاء الذين ثنوا وتلعوا ورتبوا على الترشيح، إنيأشكر لهم جميعا شعورهم ومواقفهم وحسن ظنهم، وأود حضرات الزملاء الأعزاء، أن أشكركم جميعا على ثقتكم الغالية في، راجيا من العلي القدير أن أكون عند حسن

ظمكم، تحقيقاً لأمانى راعي الأكاديمية جلالـة الملك الحسن الثاني أىـده الله ونصرـه فيما يصبوـ إليه من أن تتبـواـ هذه الأكاديمية مـكانـتها العلمـية الـلائـقة بها وتبـلغ سـمعـتها العـالـمية، لـتـصلـ الشـرقـ بالـغـربـ، والـشـمـالـ بالـجـنـوبـ، والإـنـسـانـ بـالـإـنـسـانـ. إـنـيـ إذـ أـعـرـبـ لـكـمـ عنـ اعتـزاـزـيـ بـهـذـاـ التـشـرـيفـ الـذـيـ أـولـيـتـمـونـيـ إـيـاهـ، لاـ يـسـعـنيـ إـلاـ أـطـلـبـ مـنـكـمـ الـوقـوفـ بـجـانـبـ نـاصـحـينـ وـمـرـشـدـينـ بـأـرـاءـكـمـ السـدـيـدةـ، وـحـكـمـتـكـمـ، إـعـانـةـ لـيـ عـلـىـ حـمـلـ الـأـمـانـةـ وـالـقـيـامـ بـالـمـسـؤـولـيـةـ إـلـىـ جـانـبـ ماـ أـنـاـ مـطـوـقـ بـهـ، وـمـلـزـمـ بـأـدـائـهـ فـيـ الجـامـعـةـ وـالـمـسـتـشـفـيـ. حـضـرـاتـ السـادـةـ، لـأـرـيدـ أـنـ أـفـيـضـ فـيـ القـوـلـ، فـإـنـ خـيـرـ الـكـلـامـ مـاـ قـلـ وـدـلـ وـأـرـجـوـ أـنـ تـشـهـدـ أـكـادـيـمـيـةـ الـمـمـلـكـةـ الـمـغـرـيـبـيـةـ بـكـمـ كـلـ رـفـعـةـ وـفـخـرـ وـمـجـدـ، وـالـسـلـامـ عـلـيـكـمـ وـرـحـمـةـ اللهـ.

كلـمةـ السـيـدـ عبدـ اللـطـيفـ الفـيلـالـيـ: بـسـمـ اللهـ الرـحـمـانـ الرـحـيمـ سـيـديـ المـدـيرـ، أـيـهاـ الزـمـلـاءـ الـأـجـلـاءـ، عـنـ تـوـدـيـعـيـ لـمـسـؤـولـيـةـ أـمـانـةـ الـأـكـادـيـمـيـةـ أـسـتـسـمـحـكـمـ بـالـإـفـصـاحـ عـنـ اعتـزاـزـيـ بـشـرـفـ تـحـمـيلـيـ أـعـبـائـهـ سـنـةـ فـيـ عمرـهـ المـدـيدـ، وـإـنـهاـ فـيـ الـحـقـيقـةـ لـمـسـؤـولـيـةـ أـثـبـتهاـ بـأـحـرـفـ بـارـزـةـ فـيـ سـجـلـ حـيـاتـيـ، وـبـدـعـكـمـ الـمـوـصـولـ حـالـفـنـيـ بـحـمـدـ اللهـ التـوـفـيقـ فـيـ الـإـسـهـامـ بـجـهـودـيـ الـمـتـواـضـعـةـ فـيـماـ أـنـيـطـ بـيـ مـنـ وـاجـبـ ضـاعـفـ مـنـ تـقـانـيـ فـيـ أـدـائـهـ، مـاـ يـحـيـطـنـيـ بـهـ الـعـاـهـلـ الـمـفـدـىـ صـاحـبـ الـجـلـالـةـ الـحـسـنـ الثـانـيـ دـامـ عـلـاهـ مـنـ مـكـيـنـ الثـقـةـ وـيـشـمـلـنـيـ بـهـ مـنـ سـابـعـ الرـضاـ، وـبـتـوجـيهـاتـهـ السـامـيـةـ لـجـعـلـ هـذـهـ الـأـكـادـيـمـيـةـ تـجـمـعاـ للـحـوارـ الـبـنـاءـ. وـأـعـتـنـتـ هـذـهـ الـمـنـاسـبـ لـأـعـرـبـ لـكـمـ زـمـلـائـيـ الـأـفـاضـلـ عـنـ وـافـرـ شـكـريـ وـبـالـغـ اـمـتنـانـيـ لـلـرـوحـ الـأـخـوـيـةـ الـتـيـ يـسـرـتـ أـمـامـنـاـ جـمـيعـاـ تـحـقـيقـ مـاـ وـقـفـنـاـ لـإـنجـازـهـ مـنـ

جليل العمل وقيمه، واعتزازي كذلك بديموتي كعضو في الأكاديمية، يسعدني الالتزام
أمامكم بالاستمرار بوجودي بينكم لأساهم معكم في رسالة مؤسستنا الملكية الفتية.

اسمحوا لي الآن أن أتوجه إلى الأخ الدكتور عبد اللطيف بريش الذي يخلفني
في شرف تحمل مسؤولية أمانة السر الدائمة، بتمنياتي الصادقة له بكامل التوفيق
والسداد مع تهنئته بالثقة التي أولاها له الزملاء الأعزاء.

وفي الأخير لا يفوتي أن أنوه بما لمسته بوضوح من ضمير مهني لافت وجاد
في كافة مساعدتي في إدارة هذه المؤسسة، فشكرا لهم جميعا، وشكرا لكم أيها
السادة الأعضاء والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

أعمال
البروفيسور عبد اللطيف برييش

أثر التغذية في نمو الدماغ خلال حياة الجنين في الرحم وفي السنوات الأولى من حياة الإنسان^(*)

يعرف معجم «روبير» التغذية بأنها :

«مجموعة مسلسلاتٍ من التمثل أو من عدم التمثل التي تحدث في جهاز الكائن الحي، وتتيح له العيش السليم، وتروده بالطاقات الحيوية اللازمة».

يعني لفظ النمو لدى الطفل مجموعة متتالية ديناميكية من المسلسلات التي تفضي إلى التطور التدريجي للإنسان منذ بداية خلقه إلى سن البلوغ.

يُتم النمو العام للطفل باقتران نموه الجسدي بنموه العقلي، بمعنى شمول هذا النمو عدة ظواهر: من بينها ارتفاع نموه الجسدي، نُضج في تركيب الخلايا وفي وظائفها المختلفة، كما يشمل هذا النمو أيضاً نموًّا دماغ الطفل على أوسع نطاق، في نشاطه العقلي والنفسي والحركي والجسدي والمعرفي والاجتماعي والعاطفي.

كما يعرف المعجم سوء التغذية بأنه «عدم الملاءمة التي تحدث في إرضاء حاجات الفرد أو حاجات الجماعة إلى الطعام، وفي الكيفية التي يتم بها إرضاء هذه الحاجات».

يمكن أن يؤدي سوء التغذية لدى الطفل إلى عواقب مباشرة تؤثر على معدلات نسب الأمراض والوفيات، كما يمكن أن يكون له تأثير سلبي على نموه الجسدي والعقلي.

(*) ألقى هنا العرض ضمن أحاديث الخميس يوم 14 يونيو 1990.

ولعل سوء التغذية من أكبر الآفات انتشاراً في عالم اليوم، إذ إنه يمثل أهم مشكلة يواجهها المسؤولون عن الصحة العمومية في الدول السائرة في طريق النمو.

لقد قدرت إحصائيات منظمة الأمم المتحدة لسنة 1976 عدد الأطفال دون خمس سنوات الذين يعانون أحد أشكال سوء التغذية في العالم بـثلاثمائة وعشرين مليون طفل⁽¹⁾. ويمكن تقدير عددهم اليوم على الأقل بـخمسمائة مليون طفل، من بينهم عشرون مليوناً من المصابين بأشد أنواع الحالات المرضية خطورة كالسُّغل العادي "marasme"، والسُّغل الحاد "athrepsie"، وظاهرة الكواشيوركور أو ما اضطلاع على أن يطلق عليه "الكساح".

تمثل إصابة الأطفال بالسُّغل العادي أي متوسط الخطورة والناشئ عن قلة التغذية أكثر الحالات انتشاراً في العالم، وتعتبر من الإصابات التي ترافقها أعراض هزال مفرط مع انكماس عضلي وضعف في الحواس.

وتمثل إصابة السُّغل الحاد إحدى الحالات الخطيرة الناجمة عن قلة التغذية لدى الأطفال الرضع، ويرافق هذه الحالة ذوبان تام للنسيج الذهني، كما تجتمع على المصاب اضطرابات في الجهاز الهضمي، وتعفنات واضطرابات استقلالية، تهمّ توازن الماء والأملاح وعناصر أخرى ضرورية لنموّ الجسم.

أما الكساح أو الكواشيوركور فيمثل إصابة ناجمة عن إفراط في انعدام التغذية، يظهر في نقصان البروتينات الملحوظ لدى عدد كبير من الأطفال في إفريقيا السوداء شمال وجنوب خط الاستواء.

وتتصف هذه الإصابة ببطء في النمو يظهر في نهاية مرحلة التغذية بالثدي وبعد الفطام، كما تتصف بتغيرات تلحق لون جلد الطفل ولون شعره، الأمر الذي يجعل الطفل الإفريقي الأسود ذا لون أحمر أو أشقر. وترافق هذه الحالة أضرار جلدية وانتفاخات واضطرابات في جهاز الهضم، وبكيفية خاصة في المعدة والأمعاء، من بينها الإسهال وفقدان الشهية.

إن الكلمة الدالة على هذه الإصابة، "كواشيوركور kwashiorkor" كلمة آتية من لغة ساكني غانا في إفريقيا، وهي تعني لديهم "ال طفل الأحمر". وقد دلت بعض الدراسات اللغوية الحديثة على أن هذه الكلمة تعني الطفل المفطوم أو الطفل الذي تهمل رعايته عندما يولد للأسرة وليد جديد.

تظهر حالات سوء التغذية في الغالب الأعم على شكل نقصان في البروتينات والحراريات. وقد تكون هذه الحالات منعزلة ! كما قد تكون مجتمعة أحياناً بنقصان هام في الفيتامينات "ك" أو في الأملاح المعدنية أو في الحديد، أو في الحامض الفولي ، أو اليود مثلاً، مما قد يتسبب في العمى وفقر الدم وأمراض الغدة الدرقية، منها : الدُّراق والقدامة (crétinisme) أي البلاهة والتآخر في الإدراك العقلي.

وقد يتجلّى من بحث وقع في المغرب أوائل السبعينيات أنه من بين ستة آلاف وتسعمائة وعشرة أطفال (6910) يوجد نحو 40% منهم مصابين بسوء التغذية، الناشئ عن نقص في البروتينات والطاقة الحرارية مع عجز في الوزن يتراوح بين 20 و 40%، وأن 5% من هؤلاء الأطفال مصابون بكيفية فظيعة بعجز في الوزن يفوق . 640%

كما تجلى من بحث آخر أُنجز خلال سنة 1976 بأنه من بين 183 طفلاً تتراوح أعمارهم بين أربعة أشهر وأربع سنوات، أقول تجلى، أن سوء التغذية تسبب في وفاة 39 طفلاً أي ما يمثل 3.30% من معدل الوفيات عند هؤلاء الأطفال⁽²⁾.

هذا، وقد حدث الآن تطور مدهش في وسائل علاج حالات سوء التغذية؛ حيث أصبح بالإمكان التخفيف من معدل الوفيات الناجم عنه، بشكل محسوس، نظراً للتقنيات العصرية المحققة في ميدان الإنعاش الطبي، والتقنيات الحديثة المتعلقة بتصحيح الأضطرابات الحاصلة في ماء الجسم وأملاحه، والإمكانات المتوفرة لزيادة المنتظمة في مقدار البروتينات والطاقيات التي يتناولها الطفل.

ورغم كل هذه الإنجازات لعل من المفيد أن يشار في هذا المجال إلى أن قضية سوء التغذية لدى الطفل ليست من القضايا التي يمكن أن يُصرح بأنه قد تم اليوم إيجاد الحلول الناجعة لها بصورة نهائية.

إن إصابة غالبية الأطفال بسوء التغذية، ومرور ملايين الأطفال الكبار بهذه المرحلة، مرة واحدة على الأقل خلال صباحهم، مما يوجب علينا البحث جدياً في عقایل سوء التغذية المبكر، وأثره على النمو العقلي، وفي اكتساب المعرف، وما يمكن أن يلحق تصرفات الطفل من آثار آجلة من جراء تلك الإصابات.

ذلك أن الدماغ، وهو الجهاز العجيب والخارق للعادة لدى الإنسان يعتبر أكثر أجهزة الجسم عرضة لإصابات سوء التغذية.

نعلم جميعاً أن الوزن المتوسط للدماغ الإنسان هو 1450 غ. وبأي الدماغ، بهذا الوزن، في المرتبة الثالثة بين أدمة المملكة الحيوانية بعد وزن دماغ الفيل الإفريقي،

الذى يصل وزنه إلى 5 كغ، والحوت الأزرق الذى يزن دماغه 7 كغ، في حين أن دماغ القرد من نوع (الكوريل) لا يتجاوز وزنه 400 غ، علماً بأن وزن الفيل يقدر بـ 5 أطنان ووزن الحوت 100 طن والكوريل 250 كغ. وإذا كان دماغ الإنسان يأتي في المرتبة الثالثة من حيث الوزن، فإنه في المرتبة الأولى من حيث علاقة وزن الدماغ بوزن الجسم كله⁽¹⁷⁾. إن هذه العلاقة تمثل 1/35 عند الإنسان، و 1/560 عند الفيل، و 1/15.000 عند الحوت الأزرق⁽¹²⁾.

والملاحظ أن وزن دماغ الإنسان يخضع لبعض الاختلافات من حيث الوزن من شخص لآخر: إذ صادف أن كان وزنه لدى اللورد بايرون 2,300 كغ، و 1,100 كغ فقط عند السيد كامبتو، أحد كبار رجال الدولة في فرنسا، وقد عاشا في فترة زمنية واحدة، في ظروف اجتماعية واقتصادية متشابهة، وكان عمرُ أحدهما يقارب عمرَ الآخر.

إن النشاط الوظيفي للدماغ الإنساني لا يتعلق بوزنه وحسب، بل إنه يتعلق كذلك ببنياته الأساسية. إذ من المعلوم أن الدماغ يحتوي على عشرة مليارات من الخلايا العصبية النبيلة أو العصبونات (كما يطلق عليها علميا *neurones*)، كما يحتوي الدماغ أيضاً على أكثر من مائة مليار من الخلايا الداعمة المدعومة علميا خلايا التيفروكيلي (*Cellules névrolgiques*). وتتجدر الإشارة هنا إلى أن العصبون النبيل الواحد يستطيع أن يقوم في المتوسط بربط نحو عشرة آلاف اتصال مع الخلايا العصبية المماثلة. وبذلك يستطيع الدماغ أن يمتلك شبكة كثيفة من الخلايا الواسعة (*ramifications dendritiques*) والألياف الرابطة التي تمثل طاقتها الوظيفية أكثر

من ضعف الطاقة التي يتوفّر عليها مجموع شبّكات الاتصالات السلكية واللاسلكية المعروفة في العالم⁽¹⁷⁾.

إن الصناع البديع الذي يوجد عليه الدماغ الإنساني، والإمكانيات الهائلة التي يتوفّر عليها، سعة ودقة، تفوق في الأهمية أقوى جهاز حاسوب متصرّر في الوجود.

إن الدماغ البشري هو الجهاز الوحيد الذي يتوفّر على مثل هذه الطاقات الهائلة، التي يقرّ العلماء أن الإنسان البالغ العادي لا يستغل منها في تصرفاته إلا نسبة ضئيلة جداً. وإن استغلال هذه الطاقات يكتسي أهمية كبرى في تصرفات العناصر الأكثر ذكاءً من الناس؛ إذ يظهر أن لذلك ارتباطاً وثيقاً بالعدد المرتفع من خلايا الدعم التي يتوفّرون عليها. ذلك أن لهذه الخلايا اتصالاً بـشرايين الدماغ وهي التي قد تعمل على تأميم تغذيته.

في سنة 1955، السنة التي توفي فيها صاحب نظرية النسبية إينشتاين تمّ إحراق جسده، باستثناء دماغه الذي احتفظ به سليماً من قبل الطبيب الذي أشرف على تشريح جشه.

وفي سنة 1986، تمكّنت السيدة «ماريون ديموند» العالمة الأمريكية الأخصائية في علم التشريح، الباحثة في جامعة بيركلي في كاليفورنيا، بعد سنوات عدّة من التفاوض مع الطبيب، من الحصول على بضعة أجزاء صغيرة من دماغ العالم الشهير، ثم عكفت خلال ستة أشهر على عدّ الخلايا العصبية وخلايا التيغركلي التي يحتوي عليها. وقد أسفرت بحوثها عن اكتشاف أن نصف الدماغ الأيسر لاينشتاين يحتوي على 73% من خلايا الدعم أكثر مما يحتوي عليه دماغ الشخص العادي⁽¹¹⁾.

ولقد وقعت مراقبة ملاحظة هذه الباحثة على بعض الفئران الأذكياء، فأثبتت المراقبة صدق ملاحظتها.

إلا أنه من الصعب في الوقت الحاضر، التسليم بمطابقة هذه المراقبة التجريبية للواقع، واستخلاص نتائجها، وإنما يكتفى بأخذ العلم بنتائجها على سبيل الاستئناس.

ولكي يبلغ الدماغ الإنساني مبلغه من النمو لا بد له من عدة سنوات تبدأ مع مدة الحمل (تسعة أشهر) وتمتد من الولادة حتى البلوغ، مستغرقة حوالي خمسة عشر عاماً، يبلغ الدماغ خلالها تمام نموه.

والملاحظ، مع هذا، أن الدماغ لا يكبر بصفة خطية منتظمة، بل يتميز نموه بوجود مرحلتين تدعيان عادة بمرحلة النمو السريع^(8, 16).

تبدأ المرحلة الأولى خلال الأشهر الثلاثة الأولى للحمل، وبصفة مدققة، في الأسبوع السادس لغياب العادة الشهرية عن المرأة الحامل أي بعد مضي شهرين على وجه التقرير من الحمل.

ففي هذه المرحلة من النمو السريع يمكن أن تظهر بعض التشوّهات في الأنوب العصبي (tube neural) وهي المعبر عنها علمياً بحالة "سبينا بيفيدا" (spina bifida) أو السنسنة المشقوقة.

ويبدو أن سوء التغذية، الذي تتعرض له الأم، في هذه المرحلة، هو الذي يمكن أن تعزى إليه مثل هذه العوارض لدى الجنين : حيث أظهرت بعض الدراسات التي أجريت على بعض الحوامل اللواتي وضعن طفلاً مصاباً بعوارض من هذا القبيل

أنه بالإمكان تجنب الإصابة في الولادات المولالية، عن طريق تناول الحامض الفولي، ومجموعة مركبات فيتامينات خلال الأسابيع السابقة للإخصاب، وكذلك في الأسابيع اللاحقة، في حين أن بعض العوامل الموجودة في نفس الوضعية من سوء التغذية ولم يقع تدارك وضعيتها بتناول الأدوية المشار إليها، قد وقعت مواليدهن في المهدور⁽¹⁰⁾.

لا توجد بين أيدينا حجج دامجة تمكيناً من ربط الخلل الملاحظ في الأنوب العصبي بنقص في الحامض الفولي أو نقص في بعض الفيتامينات، إلا أن نتائج الدراسة المحصل عليها ذات أهمية في الموضوع، ومن شأنها أن تبرر مواصلة اتخاذ التدابير الوقائية لدى العوامل المتوقعة تعرض الأجنة في بطونهن لمثل هذه الأخطار، إذا كان خاضعات لسوء التغذية.

أما المرحلة الثانية لنمو الدماغ السريع فتتميز بما يُعبر عنه علمياً بدقة النمو أو انفجاره الشبيه بما هو معروف عند الأنواع الأخرى من الكائنات الحيوانية.

إن انفجار النمو هذا يبدأ من منتصف مدة الحمل إلى حين بلوغ الصبي سنتين أو سنتين ونصفاً⁽⁸⁾، إلا أن هذه المرحلة لا تبدأ، وهذا مهم جداً، إلا حين يكون الدماغ قد استكمل سائر خلاياه العصبية التي يبقى عددها ثابتة مدى الحياة.

ومعلوم أن وزن دماغ الطفل عند الولادة يصل إلى 350 غ، ويتضاعف ثلاث مرات على رأس السنة الأولى للحياة، وفي سن الثالثة يبلغ وزن دماغه 80% من وزنه النهائي.

في حين أن وزن الجسد يتطلب 18 سنة من النمو، قبل أن تصل هذه النسبة إلى 80% من وزنه النهائي.

وفي هذه المرحلة يتم نمو أكبر عدد ممّهم من البنيات الدماغية الأساسية، وكذا نمو الشبكات العضوية الكيميائية.

أما أجهزة الربط والاتصال فتأخذ أماكنها مع نمو التفصّنات وتكوين المشابك (synapses)، ثم يأخذ حجم الخلايا العصبية (العصبونات) في الكبر، وتتضاعف خلاياها الواسطة بشكل غريب لتصل إلى مائة ألف خلية واسطة مقابل كل خلية عصبية (عصبون) كما أوضحت ذلك الدراسات الحديثة بواسطة الميكروسكوب الإلكتروني واستريوتاكسي (stéréotaxie)⁽⁷⁾.

وخلال هذه المرحلة من النمو السريع تتضاعف احتياجات الدماغ بشكل مثير، إذ إن الدماغ يستهلك حوالي 50% من الأكسجين والعناصر المغذية الأخرى لدى الولادة من مجموع ما يحتاج إليه الجسم، في حين يلاحظ أنه لا يستهلك من هذه العناصر إلا حوالي 20% أثناء البلوغ.

كما تتميز هذه المرحلة من نمو الدماغ السريع بحساسية مفرطة، وتأثير بلين بالعوامل الخارجية كالتجذية الناقصة، والتعرق والتسممات، وغيرها من الأعراض المضرة⁽⁸⁾.

ومع هذا، فإنه لا يمكن القطع بأن آثار عوامل التغذية هي وحدها العوامل التي تسهم في نمو الدماغ وعلى الأخص في نموه النفسي والحركي كما سُنرَى فيما بعد.

ويبدو أن العناية بتنمية مواهب الطفل في هذا المجال لا تقل في أهميتها عن العناية بتغذيته. تجدر الإشارة هنا إلى الدور المهم الذي يجب أن يلعبه المحيط في هذا المجال. ومع ذلك فإن العناية بأحد هذين العنصرين لا تُغني عن الآخر، إذ إنه مهما كانت العناية بالبيئة المحيطة بالطفل تامة وقائمة، فإنها وحدها لا تكفي، وتبقى عديمة الأثر، إذا ما كانت العناية بالتغذية ناقصة أو كانت التغذية غير ملائمة.

ففقد أظهر العالم جون دوبينغ⁽⁶⁾ (J. DOBBING)، من قسم نمو الطفل وتطوره بما يشترى في إنجلترا من خلال بحوثه التجريبية على الحيوانات سنة 1968، أنه توجد مفارقة مثيرة ملحوظة في الحساسية المفرطة للدماغ من جراء سوء التغذية في مرحلة النمو هذه، وبين مقاومة الدماغ مقاومة شبه تامة لسوء التغذية لدى الإنسان البالغ.

وهكذا ظهر من التجربة التي أجريت على الحيوان أن نقصان التغذية الخفيف الذي يمكن مقارنته بما نصادفه عادة في البلاد السائرة في طريق النمو، أو بما نصادفه أحياناً حتى لدى بعض الدول المصنعة، قد تنشأ عنه مضاعفات أو اختلالات مستديمة في الدماغ إذا ما لحق نقصان التغذية ببنياته الأساسية في مرحلة من مراحل نموه الحرجة.

وبالمقابل، فإنه يمكن حرمان بعض الحيوانات في طور البلوغ من تغذيتها خلال مدة طويلة جداً قد تصل بها إلى الهزال الذي تفقد معه النصف من أوزانها أو تموت جوعاً دون أن تمكنا من ملاحظة أي تأثير على وزن الدماغ أو على بنيات خلاياه الأساسية من جراء ذلك كله.

فإذا ما عدنا إلى الإنسان الذي نحن بصدده دراسة آثار التغذية على دماغه، فإنه يمكننا القول بأن الصحة العامة للأطفال ونموهم ونمو أدمغتهم مرتبطة على العموم أشد

ما يكون الارتباط بانتظام أشكال التغذية التي تتناولها الأمهات الحوامل أثناء مدة الحمل وخلال فترة الإرضاع⁽¹⁴⁾.

ومع هذا كله، فإنه على الرغم من سوء التغذية الشديد الذي تتعرض له المرأة الحامل في بعض الأحيان فإن الجنين يواصل استخلاص البروتينات اللازمة لنموه ونمو الأنسجة الضرورية لحياته جهد ما يستطيع، اعتماداً على التحولات الغذائية الطبيعية لدى المرأة الحامل التي تعمل على توفير أقصى قدر من الحماية للجنين في هذه المرحلة، ذلك لأن المرأة الحامل كيماً كانت ظروف تغذيتها في بداية حملها، تعمل، بإمكاناتها الخاصة، على تخزين بعض أنواع من الدهنيات التي تصلح، من جهة لسد حاجة الجنين في الرحم أثناء مرحلة نموه السريع، كما تصلح، من جهة أخرى، لمواجهة الجهود الطاقية التي يتطلبها إرضاع الطفل.

فإذا كانت الأم مصابة بسوء تغذية متوسط فإن أولى الأعضاء التي يمكن أن تتضرر من ذلك هي الكبد والتوتة (Thymus) وكذا الوزن الإجمالي للجنين وطوله، ويبيق الدماغ نسبياً بمعزل عن هذه الإصابة.

وإذا كانت الأم مصابة بسوء تغذية شديد قبل الحمل وأنائه فإن قدرتها الطبيعية على تخزين هذه الأنواع من الدهنيات الضرورية للجنين تكون جدّ محدودة وغير مجديّة من الناحية العملية. وعلى هذا، فإن النمو التام للجنين وكذا نمو دماغه يكون معرضاً لكثير من الأخطار. فإذا ما استمر سوء التغذية لدى الأم حتى وضعت الصبي على هذه الحالة، ولم يتم تدارك نقص التغذية الملحوظ خلال الفترة الحرجة التي يجتازها نمو الطفل، فإن نمو الدماغ لديه، قد تصيبه عقابيل وخيمة لا شفاء معها.

إن تأخر نمو الجنين في بطن أمه، ينبع عنه على صعيد التشريح نقصان في وزن الدماغ وحجمه، وكذا في دائرة الجمجمة. ويلاحظ أن هذا النقصان يلحق بصفة أخصّ المخيخ الذي يصاب بعجز فيما يتعلق بالخلايا العصبية، كما يلاحظ ضرر في حجم هذه العصبونات مع نقصان في عددها العام.

وبما أن المخيخ هو الجهاز المسؤول عن تنسيق الحركات فإن النقصان في عدد خلاياه الببتيلية قد تنتج عنه اضطرابات في تنسيق حركات الطفل من جراء ذلك، مما قد يفقد معه الطفل القدرة على التحكم السليم في بعض الحركات والأفعال⁽¹³⁾ (*Maladresses*).

أما على صعيد التحليل الدقيق للأنسجة، فلا يمكن العثور على إصابات واضحة أو صمور موضعي في متن الدماغ، إنما يلاحظ فقط تعدد بلوغ بعض البنى الدماغية كامل نموها بأعداد كافية وبخاصة على مستوى المخيخ كما وقعت الإشارة إلى ذلك آنفاً.

ومن جهة أخرى لن نجد مواضع متضررة ولا أمارات عصبية كالشلل أو بعض الاختلالات الحسية. وفي الحالات التي نعثر فيها على هذه الأمارات لن يكون سوء التغذية بالضرورة هو المسؤول عنها وحده، بل إنه يصار إلى البحث عن منشأ هذه الاختلالات في علل أخرى كما في حالات النقص المطول لمادة السكر (*Hypoglycérine prolongée*) بعد الولادات، أو في إصابات أخرى مما يمكن تحديده، أو تبقى أسبابه غير محددة طبياً، كالتغيرات الفيروسية والميكروبية والطفيلية. وكثيراً ما تنتهي هذه التغيرات عن التهاب السحايا (*Méninges ORL*، وأجهزة السمع والشم والحلقوم⁽⁴⁾).

إن الإصابات الوحيدة التي يمكن التعرف إليها بواسطة الميكروسكوب الإلكتروني تنحصر في قلة عدد «الخلايا الوابلة» أو المشابك (Synapses) التي قد تصل إلى 40% كما تظهر في نقص مقدار النخاعين الموجود في المحاور العصبية وفي التغضبات، وكذا في الأنسجة العصبية، علما بأن مادة النخاعين هذه تقوم بدور مهم في نمو التوتر العضلي لدى الطفل⁽³⁾.

وعلى الصعيد البيوكيميائي هناك إمكانية حدوث اختلال في تكوين الشحميات الفوسفورية التي تأخذ في التناقض والتغثُّر وخاصة منها الشحميات التي يدخل قسم منها في التركيب الكيميائي لمادة النخاعين آفة الذكر. يلاحظ هنا كذلك تناقض الخلايا العصبية الناقلة⁽⁵⁾.

إن مجموع هذه التغيرات الملحوظة على مختلف الأصعدة سالفه الذكر إن على الصعيد التشريحي أو على صعيد التحليل الدقيق للأنسجة أو على الصعيد البيوكيميائي، ستكون مسؤولة عن جميع العوارض الوظيفية لدماغ الطفل أثناء نموه، كما ستكون له عواقب وخيمة على مستقبله.

أما من جهة النمو العقلي والنفسي والحركي فيكاد يكون من المؤكد أن نمو الجهاز الدماغي لدى الطفل وبلغه درجة كاملة من التفتح ينشأ عنه العديد من المكتسبات الحسية والحركية والمعرفية والنفسية والعاطفية التي يتكون في مجملها في المرحلة الأولى لنشأة الطفل.

إن مختلف الأشكال التي يتخذها نمو الصبي مرتبطة أشد ما يكون الارتباط بعدة عناصر تشريحية ووراثية وهرمونية... إلا أن تأثير البيئة المحيطة بنمو الصبي لا

يمكن أن يُنكر في هذا المجال، ونعني بذلك إلى جانب آثار التغذية، ظروف العيش صحياً، ومسكناً، ومترباً، وما يتبع ذلك من منشآت صحية، وما يمكن أن يصاب به من أمراض، وكذلك إمكانية تلقي العلاج، ونوعية هذا العلاج وفعاليته، وكذا حجم الأسرة (تباعد ما بين الولادات) ونظام العيش، والحالة الصحية للوالدين، ومستوى تكوينهما، ومستواهما الاجتماعي والاقتصادي، ونوع العلاقات الموجودة بين الأم وأولادها والجو العاطفي العام الذي يسود داخل الأسرة.

ولن من الصعب جداً إفراد كل عنصر من هذه العناصر بمقدار الأهمية التي يكتسيها نظراً لتدخل بعضها مع بعض. وينبغي أن يعاد إلى الذاكرة أن التغذية تؤثر في النمو كمّاً وكيفاً بحسب أنواع الطعام الذي يتناوله الطفل، كما يتأثر نمو الطفل كذلك بنوع العلاقة بينه وبين أمه المتمثلة في عدة عناصر عاطفية وتربيوية وتعلمية كتعلم اللغة والحركات وبعض التصرفات. ويرتبط النمو الحركي والعاطفي للطفل ارتباطاً وثيقاً ببنية جهازه العصبي.

إن اندماج مادة النخاعين في الأنسجة العصبية الحركية يتم تدريجياً شيئاً فشيئاً، ويتيح على التوالي الحصول على التوتر العضلي، والقدرة على المشي، وتعلم الإشارات، والتنسيق بين الحركات، وبموازاة مع هذا تنمو بالتدريج، الأجهزة الخاصة بالحواس: (السمع أولاً ثم البصر ثم الشم...) وينبغي أن يشار بهذا الصدد إلى أنه ثبت من بحوث عديدة أُنجزت في المكسيك⁽¹⁸⁾ والجاماييك⁽¹⁵⁾ والهند⁽¹⁾ أن سوء التغذية يعيق نمو الطفل من حيث الحركات والحواس إعاقة تكون أخطر بكثير مما تحدثه الولادات السابقة لأوانها على نمو الطفل.

ويشمل النمو المعرفي كل المكتسبات المعرفية التي ينشأ عنها نمو الذكاء الذي يعتبره بعض الاختصاصيين بمثابة «نمط من السلوك يميز الإنسان عن كل أنواع الحيوانات الأخرى بحاسة التقدير، والعقل، وقابلية التأقلم مع الأوضاع المستجدة».

ويلاحظ أن النمو الاجتماعي - العاطفي يتضامن بكيفية تدريجية : فخلال السنة الأولى من حياة الطفل تنشأ العلاقة، أولاً وقبل كل شيء، مع الأم، ثم تنتقل تدريجياً لتشمل بقية العناصر المحيطة به.

وتتميز السنة الثانية بتكون علاقات عاطفية مع آخرين غير الأم، كما تتميز بظهور رغبة عند الطفل في التعبير والاتصال عن طريق اللغة والكلام.

إن القدرة على الكلام واللغة مكتسب ثقافي مرتبط أشد ما يكون الارتباط بالجوانب الاجتماعية والثقافي والعاطفي المحيط بالطفل، بحيث نلاحظ أن الطفل المنعزل تماماً عن الناس لا يمكنه أن يتعلم الكلام. وقد يستحيل في بعض الأحيان على الطفل اكتساب ملكة الكلام إذا ما فات سن الثامنة أو العاشرة من العمر وهو منعزل عن الناس، كما في حالات الأطفال المتتوحشين⁽¹⁰⁾. تجدر الإشارة هنا إلى أن مسلسل التعلم يمر وفق نظام معين بموازاة مع نمو الدماغ : إن السنوات الأولى من حياة الطفل هي الأكثر ملاءمة لظروف التعلم، وكلما تأخر الطفل لسنوات أصبحت ظروف التعلم صعبة بالتدريج، وقد يقال قيل بحق : «التعلم في الصغر كالنقش على الحجر».

هل بالإمكان علاج الآثار الناشئة عن سوء التغذية التي يصاب بها الدماغ ؟

يلاحظ عند الحيوان أن تصحيح آثار سوء التغذية يمكنه أن يمحو التغيرات التشريحية اللاحقة بالدماغ، وكذا التغيرات النسيجية، إلا أنه من العسير أن نعرف

ما إذا كان بالإمكان علاج الأضرار الوظيفية. كما أن ما ينطبق على الحيوان لا يمكن الزعم بأنه ينطبق بالضرورة تمام المطابقة على ما يمكن أن يحدث لدى الإنسان، إذ إن التجارب الخاصة بزرع البروتينات والحراريات التي تطبق على الحيوان لا يمكنها أن تطبق على الإنسان ضمن نفس البروتوكولات والظروف، كما أن العوامل الاجتماعية والبيئية للإنسان لا يمكن أن تتوافر لدى الحيوان⁽⁶⁾.

وخلاصة القول يمكن التأكيد بأن سوء التغذية التي يصاب بها الأطفال حالة منتشرة بكثرة في العالم وبخاصة في البلاد المتخلفة. وبغض الطرف عما ينشأ عنها من آثار مباشرة مرضية أو مسببة لوفيات فإنها ترك لدى الطفل عواقب سيئة تمتد مراحل نموه كلها.

ويمكن التأكيد بأن الطفل يتتأثر نموه على المدى الطويل من جراء سوء التغذية: فتقلل مقاومته للأمراض، وتتأثر قدراته الجسدية بذلك، وكذلك سائر إمكانياته على وجه العموم.

هذا علاوة على ما يصاب به الطفل من اختلالات في نمو دماغه من جراء معاناته لسوء التغذية خلال مرحلة النمو السريع التي أشير إليها في هذا الحديث، وخاصة خلال فترة الحمل والأيام الأولى لحياته.

ويبدو من عدة ملاحظات أجريت في البلاد المتقدمة والبلاد السائرة في طريق النمو أنه عندما يكون سوء التغذية خلال مرحلة نمو دماغه الحرجة المشار إليها فإن بالإمكان معالجة الاختلالات الناشئة عن ذلك شريطة أن يصار إلى العلاج، بسرعة وقوة وفي آن واحد، على مستوى سوء التغذية وعلى مستوى البيئة العامة

المحيطة بالطفل. ذلك، أن العجز الملحوظ في غالبية الأحيان يكون أيضا ناشئا عن نقص في الجانب الاجتماعي والعاطفي وكذا التربوي.

لذلك يجب الإلحاح كثيرا على العناية التامة بالبيئة العامة المحيطة بالطفل، إلى جانب الاهتمام التام بالسهر على حسن تغذيته الغذاء الكامل الملائم.

Bibliographie

- (1) BANK ; N.D.D.et al. *Effect of malnutrition on psychomotor development in Indian babies.* "Arch. Of Child Health". Calcutta; 1973; 15; n°3; p.119-126.
- (2) BOUAICHA ABOU BAKR. *Malnutrition protéino-calorique : devenir psychosomatique lointain.* Thèse doctorat en médecine ; n°88/1976 ; Rabat.
- (3) BOURRE J.M ; MORAND O. ; CHANEZ C.et al. *Influence of intrauterine malnutrition on brain development : alteration of myelination.* «Biology of the neonate». 1981; 39; n°1-2; p.96.
- (4) BRAND Ingeborg. *Brain growth fetal malnutrition, and clinical consequences.* journal of perinatal medicine. 9 (1981) 3.
- (5) COHEN; E.L. et WURTMAN; R.J. *Nutrition and brain neurotransmitters* in Winick M (Ed) «Nutrition : pre and postnatal development». Vol. 1; N. Y. 1979.
- (6) DOBBING J. *Retard de croissance d'origine nutritionnelle et système nerveux .* Actes du XXVIème Congrès de pédiatrie ; 1981 ; Toulouse.
- (7) DOBBING, J. et SANDS, J. *The quantitative growth and development of the human brain.* «Dis. Child» 48; p.757-767; 1973.
- (8) DOBBING; J. ET SANDS; J. *Vulnerability of developing brain : IX, the effect of nutritional growth retardation on the timing of the brain growth spurt.* «Biology of Neonate» 19/1971; p.363-378.

- (9) GLUGSTON; G.A. *Effet de la malnutrition sur la croissance cérébrale et le développement intellectuel.* «Rev. Centre International de l'Enfance»; 1981-11 ; n°1.
- (10) *L'enfant en milieu tropical.* C.J.E.n° 177/1988 Thème : Alimentation ; Environnement; (Développement de l'Enfant).
- (11) L'homme futur- Science n°1 ; Tome 6 ; P.14-15.
- (12) L'Universelle Bordas (Encyclopédie). Biologie-Ordre des cétacés p.120.
- (13) LYNCH A. ; SMART J.L. et DOBBING J. *Motor coordination and cerebellar size in adult rats undernourished in early life.* «Brain Res»; 83 p.249-259; 1975.
- (14) MAUVAIS- JARVIS P. *Sémiologie endocrinienne et métabolique.* Ed. Delachaux, 1972; p.22.
- (15) RICHARDSON, S.A. et al. *The contribution of differing degrees of acute and chronic malnutrition to the intellectual development of Jamaican boys.* «Early Hum. Develop». 1978; 2; p.163.
-

تأملات في المظاهر التقنية والخلقية الناجمة عن تطور العلوم الطبية^(*)

شهدت العلوم الطبية في العقود المتأخرة تطورات سريعة لم يسبق لها مثيل. ولئن كان الطب قدّما قدم الإنسانية، فإنه باستطاعتنا أن نميز، عبر تاريخه الطويل، بين فترتين رئيسيتين : إحداهما تمتد عبر آلاف من السنين، بينما تقتصر الفترة الثانية على قرنين من الزمان.

تمتد الفترة الأولى من عصر ما قبل التاريخ إلى نهاية القرن الثامن عشر الميلادي. وقد مرّ الطب خلال هذه الفترة بمراحل متميزة، لها اتصال يكاد يكون مباشرًا بالحضارات والثقافات المتواتلة زماناً، ومكاناً.

هكذا عرفت الإنسانية الطب البابلي أو طب حضارة ما بين النهرين، ثم الطب الفرعوني أو طب الحضارة المصرية القديمة، ثم تبع ذلك الطب اليوناني أو طب الحضارة الإغريقية، ثم عرفنا الطب الروماني - الإغريقي، ثم جاء الطب الفارسي أو طب الحضارة العربية الإسلامية، ثم عصر الدهضة، خلال القرنين الخامس عشر والسادس عشر، الذي تبعه طب القرنين السابع عشر والثامن عشر.

في هذه الفترة، تأسست القواعد الكبرى لمهنة الطب كعهد إيبوقراط، كما عرفت فيها أسماء عباقرة الأطباء، وبعض الاكتشافات الباهرة في عالم الطب.

(*) ألقى هذا العرض ضمن أحاديث الخميس يوم 26 ربيع الثاني 1411 الموافق 15 نوفمبر 1990.

وتعطي العلوم الطبية خلال هذه الفترة، انطباعاً بأن مسيرة تطورها قد اعترافاً بها من البطء أو عدم الفاعلية. ولعل مما يزيد في تعميق هذا الانطباع، أن كثيراً من القواعد الطبية الخاصة بهذه الفترة غالباً ما كان منشأها متأسساً على عادات قديمة، أو معتقدات أو اعتبارات دينية لم يبق العمل جارياً بها في أيامنا هذه.

ويرجع تاريخ الفترة الثانية إلى بداية القرن التاسع عشر التي تم خلالها تطور العلوم الطبية في الغرب، على إيقاع متتسارع للغاية. وبلغت المعرفة الطبية في هذه الفترة حدّها الأقصى حيث تمت خلالها إقامة القواعد الكبرى لعلم الطب الحديث.

ولقد حدث هذا التطور بسرعة كبيرة، وشمل العديد من القضايا، حتى إنه ليبدو من الصعب تحديد المراحل التي مر بها هذا التطور العظيم.

ولعل من المفيد أن يشار في هذا الصدد إلى ظهور أنواع جديدة من التخصصات الطبية التي عرفت ازدهاراً متميزاً، وإشعاعاً مرموقاً، يذكر من ذلك، التطور الذي شهدته علم الجراثيم وما يرتبط به من تلقيح ووقاية، وعلم التشريح المرضي والطب التجاري، وعلم الفيزيولوجيا المرضية، وكذلك علم ميكانيزمات الأمراض، وعلم الوراثة، وعلم الصناعة، دون أن ننسى التطور الذي عرفه العلوم الصيدلية وعلوم صناعة الأدوية بصفة عامة.

ومع نهاية الحرب العالمية الثانية، استفادت العلوم الطبية استفادة قصوى من التطور المحسوس الذي شهدته بقية العلوم الأخرى، مما نشأ عنه تقدم عظيم. هكذا، وبفضل ازدهار علوم الرياضيات والإحصائيات والمعلومات وبعض العلوم البحتة الأخرى كالبيوكيمياء، والفيزياء النووية، شهدت العلوم الطبية تغيرات جمة، وتقدّمت خلال هذه الفترة الزمنية تقدماً لم تصل إليه طيلة ثلاثة آلاف سنة السابقة.

لقد تحقق هذا التقدم المدهش، بكيفية خاصة في ميداني البيولوجيا ومعرفة الإنسان، وفي هذا الصدد يؤكد ج. هامبورجي: «إن هذه الاكتشافات البيولوجية، بالنسبة لعصرنا الحاضر، هي أكثر أهمية من غزو الفضاء».

وبحسب زميلنا السيد جان بيرنارد «فإنها قد بلغت من الأهمية أن الإنسان قد أصبح قادرا على تغيير الإنسان».

لقد مكن تطور العلوم الطبية خلال النصف الثاني من القرن العشرين من بلوغ مطامح عالية كانت تعتبر سابقا من قبيل العلم الخيالي.

ويرجع الأصل في هذا التطور المدهش إلى اكتشاف المجموعات النسيجية وإلى اكتشاف النظام المعروف بنظام «هـ.لـ.أـ./ H.L.Aـ.»، وهو نظام تطابق الأنسجة (ج. دوسي J. Daussert). يقوم هذا النظام على أن الأفراد ينقسمون، كما تنقسم الكريات الحمر، إلى مجموعات، تمتلك خلاياها وأنسجتها خصصيات مناعة متماثلة، محمولة من قبل مضاداتها، وتتحدد هذه المضادات انطلاقا من الكريات البيض .(Leucocytes)

إن جماع ذلك هو ما يشكل نظام «هـ.لـ.أـ./ H.L.Aـ.». وهي الأحرف الأولى التي تتكون منها العبارة الإنجليزية الدالة على هذا المعنى (مضادات الإنسان الموجودة في الكريات البيض .) (Human Leucocyte Antigen

إن التعرف بدقة على هذا النظام أمر أساسي لزراعة الأعضاء في الشخص الآخذ والشخص المعطي، حتى يمكن للعضو المزروع أن ينسجم مع النسق النسيجي

للمضادات، لتنجح عملية الزرع. ومنذ تم اكتشاف هذا النظام سنة 1954، تمت بنجاح عدة عمليات لزرع الأعضاء.

إن الإنجازات والأكتشافات التي تحققت في مجال تقدم العلوم الطبية لم تخل من مصاعب وأخطار حاقت بالإنسان والجنس البشري بصفة عامة.

ولعل بإمكان المرء أن يتأنّى بعمق المشاكل العلمية والخلقية التي يمكن أن تطرحها التغييرات الجذرية الحاصلة في هذه الميادين، وتترك آثارها على الأجيال، وعلى تطور الجنس البشري.

ولعله أيضاً من حق كل أحد اليوم أن يتساءل باللحاج وبكامل الجدية عن آفاق هذه التطورات وحدودها: ولقد سبق لـ «هامبورجي» منذ سنة 1972 أن وضع طائفة من هذه التساؤلات الملحة في مؤلف له يحمل عنوان : «قوة وضعف»، وفي نفس الحقبة نشر ج. برنارد كتابين رائعين يحمل أولهما اسم : «عظمة الطب، وإغراءاته»، والثاني اسم، «الإنسان قادر على تغيير الإنسان». وانعقدت سنة 1974 ندوة دولية في جامعة السوربون بباريز في موضوع: «البيولوجيا ومستقبل الإنسان» كان من نتائجها تأسيس الحركة العالمية من أجل تحمل المسؤولية العلمية «M.u.r.s». يرأسها البروفسور ج. دوسي مخترع نظام H.L.A، والحاصل على جائزة نوبل للعلوم الطبية.

المظاهر التقنية لتطور العلوم الطبية

تهيمن على مسيرة العلوم الطبية التطورات الهائلة التي يعرفها التقدم الحاصل في المعارف والعلوم في عصرنا هذا، وذلك أن حجم المعطيات والمعلومات العلمية

الضروري لعلاج الأمراض المختلفة في تصاعد مستمر، وتعجز المقدرة الإنسانية والشخصية للأطباء عن اكتسابها، وتمثلها، واستحضارها كاملة، في وقتنا الحاضر.

إن المعلومات النظرية التي يجب على طالب العلوم الطبية وعلى الأطباء أن يتقنوا معرفتها، من أجل ممارسة قوية لمهنتهم، تتکاثر يوماً عن يوم. كما أن برامج التكوين المعدة من أجلهم يتزايد حجمها بسرعة لا يتمكن القائمون عليها من ملاحظة ثقلها، وكبر حجمها.

إن ضرورة الاطلاع على هذه المعلومات لا يقتصر على الجانب النظري منها وحسب، بل إن الجانب العملي يجعل الإحاطة علماً بها أمراً أكثر أهمية وخطراً، إذ يتعلق الأمر بمرضى يمكن أن تسهم هذه المعطيات في علاج بعضهم، أو يمكن أن تكون سبباً في وفاة آخرين منهم في حين كان بالإمكان إيقافهم من الأخطار المحدقة بهم.

ويتعلق الأمر، بناءً على ذلك، بعدم كفاية المعلومات والمعارف الطبية، التي ينشأ عنها في كثير من الحالات القيام بتشخيص ناقص، أو خاطئ كليّ، أو بوصف دواء غير ملائم لبعض الأعراض المرضية.

وغير خاف أن بعض الأمراض لا يمكن شفاؤها إلا بوصف طريقة للعلاج، بناءً على تشخيص مصيبة المرض. وأكثر من هذا، فإن المريض قد ينجر إلى مرض آخر ناشئ عن الأدوية الموصوفة وصفاً لم يكن ملائماً لعلاج مرضه الأصلي (Maladie iatrogène)، الأمر الذي قد يسبب خطراً على حياة بعض المنهوكيين من المرضى. والأمثلة على ذلك أكثر من أن يذكر بها في هذا المجال. فبعض الإحصائيات

في الولايات المتحدة الأمريكية تشير إلى أنه يوجد مريض واحد من بين كل ثلاثة يدخلون المستشفيات مصاباً بأمراض ثانوية ناشئة عن تعاطي بعض العقاقير والأدوية.

وهكذا، يمكن أن نجد بعض المرضى من لا يزالون يعانون المرض أو «يُقضى عليهم فيموتون» من جراء نقص بعض المعرف أو المعلومات الطبية لدى الطبيب المعالج، وأحياناً يمكن أن تتجمع لدى الطبيب كافة المعطيات المتعلقة بالأعراض المرضية الازمة للقيام بتشخيص سليم للمرض، إلا أنه لا يمكن من أن يستغل هذه المعطيات، ذلك لأن ذاكرته «البشرية» لا تسعه في الإحاطة بكل المعلومات المتعلقة بهذا المرض ولا بالأدوية النافعة في العلاج.

كيف يمكن حل هذه القضايا الطارئة؟ هناك حلول، يذكر من بينها:

أولاً : التقليل من حجم المعلومات المتطلبة، تخفيفاً على ذاكرة الطبيب، وتسهيلاً لمهنته. وبالإمكان الوصول إلى هذا الحل عن طريق «التخصص» فلا تُعطى للطبيب المتخصص الممارس إلا بضعة فصول من العلوم الطبية التي يحتاج إلى معرفتها في اختصاصه. لكن ذلك لا يحل في واقع الأمر جوهر القضية، إذ أن المعلومات الخاصة بفرع من فروع الطب، سرعان ما تتکاثر، مما يضطرنا إلى البحث عن حلول تخصصية داخل إطار كل تخصص.

والأمثلة على ذلك عديدة في أمراض الهضم والعيون والأسنان وغيرها.

ثانياً : اللجوء إلى استشارة عدة أطباء اختصاصيين. في الحالة المثلثي فإن الطبيب المعالج يكون عنده من الخلق والجرأة ما يجعله يعترف بعجزه عن النظر في

المرض المطروح، مما يدفعه إلى استشارة بعض زملائه من المختصين. هنا توضع أمام المريض القضية المادية. وهنالك إمكانية أخرى تقوم على استشارة مجموعة من الأطباء متعدد الاختصاصات، يعملون في مكان واحد يعرض المريض فيه عليهم، آنياً أو بالتباطع.

ثالثاً : الاستشارة الطبية بالهاتف. والمثل على ذلك تعطيه المراكز الصحية ضد التسمم، المبثوثة اليوم في كثير من البلدان، وخاصة في المدن الكبرى منها، حيث توجد مداومة يومية لمدة 24 ساعة مستمرة، لإرشاد الأطباء الذين يحتاجون إلى استشارة ما، لمواجهة بعض حالات التسمم الطارئة، وكذلك لإرشاد بعض المرضى الذين يصابون بمعقبات أو تسممات ناجمة عن تناول بعض الأدوية.

رابعاً : الرجوع إلى المؤلفات والدوريات والمنشورات العلمية الطبية لصقل المعلومات والحصول على تحيينها، وما جد في عالم الطب منها. إلا أن ذلك لا يحل المشكل تماماً وذلك :

أ- لغلاء أثمان هذه الوثائق من جهة :

ب- لعدم وجود الوقت الكافي لدى الطبيب للاطلاع على محتوياتها :

ج- لصعوبة الاهتداء بسهولة إلى المعلومات التي يحتاج إليها الطبيب في حالات معينة :

د- لصعوبات أخرى تتعلق إما بمنهج البحث البيلليوغرافي الذي ليس في متناول كافة الناس، أو بفهم اللغات الأجنبية التي حررت بها هذه الوثائق العلمية.

خامساً : استعمال الحاسوب(الكمبيوتر) الذي يتميز ببروزه برامجه وأجهزته شبه الآنية وبأقصى سرعة، مما جعل إدخاله في الميدان الطبي إحدى الضرورات في كل البلدان الغنية منها أو الفقيرة على حد سواء.

فهو جهاز مهم جداً، سواء بالنسبة لخزن المعلومات والمعارف الطبية الضرورية، أو بالنسبة للتذكرة الطبيب الممارس بما ينبغي له أن يتذكره، إضافة إلى استعماله في مجال تسيير المستشفيات والملفات الطبية، والمختبر، والصيدليات، والعيادات الخاصة.

وينبغي لفت النظر إلى أن الحاسوب لا يمكن أن يقوم مقام الطبيب. ذلك أن دوره الرئيس كامن في مساعدة الطبيب على التذكر والتفكير، تماماً كالكتاب أو المجلة أو الدورية العلمية. *

. إن الحاسوب لا يمكن أن يعطي إلا أجهزة ذات صبغة عامة، وعلى الطبيب أن يتحمل مسؤوليته في اتخاذ القرار الذي تملئه عليه معرفته بخصوصيات حالة كل مريض يعالجه شخصياً.

القضايا الخلقية

إن القضايا الخلقية الناجمة عن تطور العلوم الطبية عديدة جداً، ويصعب التعرض لها بأجمعها في هذا البحث، إلا أنه يمكن الاقتصار على ذكر بعض المظاهر المهمة من بينها:

1- يتوجه الحديث بادئ ذي بدء، إلى ما وراء التحكم في قضايا الإنجاب الإنساني وما قد ينجم عنها من عواقب وخيمة.

فمنذ العهود القديمة، اهتم الطب والأطباء بعلاج مختلف الأمراض عند حدوثها. أما اليوم، فقد وجهت العلوم الطبية اهتماماتها إلى الوقاية من الأمراض قبل الحاجة إلى علاجها.

وصولاً إلى تلك الغاية، ينبغي التعرف القبلي على مصدر هذه الأمراض. وقد كان هذا الأمر سبباً في نشأة فرع جديد من فروع العلوم الطبية ألا وهو «الطب التنبؤي» كمرحلة ابتدائية لطب وقائي شامل يهتم بالإذار بكافة أنواع الأمراض قبل وقوعها، علاوة على الوقاية من الأمراض المعدية.

ويوجه الطب التنبؤي اهتماماته، عبر دراسة الذمة الوراثية للإنسان، وخاصة منها نظام «هـ. لـ. أـ.ـ هـ. لـ. أـ.ـ» إلى التعرف مبكراً، على العناصر المهددة بأخطار بعض الأعراض المرضية قصد الوقاية منها أو الشروع في علاجها.

إن بعض الأشخاص الميسورين الذين يرغبون في معرفة مدى قابلتهم لأن يصابوا بهذا المرض أو ذاك، بإمكانهم التوصل إلى ذلك عن طريق إجراء تحليل شامل لنظام «هـ. لـ. أـ.ـ» وهو تحليل مرتفع الثمن.

وينبغي التنبيه في هذا المجال على أن الحصول على دراسة الذمة الوراثية لشخص ما ومعرفة قابلته لأن يصاب بمرض ما، لا يعني بالضرورة أنه سيصاب حتماً بالمرض الذي قد يشير التحليل إلى احتمال وقوعه، فقد يصاب به أو لا يصاب، لكنه يعيش حياته قلقاً مضطرباً من تهديد المرض المحتمل.

2- أبلغ من هذا، فإن بعض الأطباء، يعملون جاهدين على التوصل إلى تشخيص بعض الأمراض الوراثية الخطيرة التي قد تصيب بعض الأجنة في بطون الأمهات الحوامل، عن طريق استعمال تقنيات التشخيص قبل الولادة (Diagnostic anténatal).

يقام بهذه التحليلات في السائل الأميني (Liquide amniotique) ويمكن لنتائجها أن تحمل الطبيب على أن ينصح المرأة الحامل بالإجهاض تجنباً لحملها الذي قد يكون محاطاً بكثير من الأخطار كما في حالات الولادة المغولية (Mongolisme ou trisomie) 21)، ونفس هذه التقنية استعملت لاختيار جنس المولود، وخاصة في الصين.

وهناك تقنيات أخرى أكثر دقة تعتمد على البيولوجيا الجزيئية (Biologie moléculaire) إذ بالإمكان في الأسبوع المبكرة من الحملأخذ قسم صغير جداً من المشيمة (Placenta) عن طريق الفرج، والتعرف على «أمارات» القابلية للإصابة ببعض الأمراض الوراثية.

3- وهناك تقنيات أخرى أكثر جرأة لعلها من قبيل التقنيات المستقبلية المهمة، كما في حالة الأنسال (Manipulation génétique) المحصل عليها بزرع نواة خلية ما في بويضة أزيلت منها نواتها الأصلية.

إن هذه التقنية جار بها العمل في البактерيات، كما هو الشأن بالنسبة للكولي باسيل وصنع الأنسولين. أما عند الرجل فالامر شيء آخر، اللهم عندما يتعلق الأمر بمراقبة طريقة عمل الجينات التي قد يمكن استعمالها وسيلة لعلاج بعض الأمراض كما في بعض الحالات فقر الدم الخطير وبعض أمراض العضلات (Myopathies). وهناك مرحلة أخرى أكثر تقدماً، وهي تتعلق باستعمال الحامض النووي الريبي (A.D.N.) (أي الوحدة الأساسية للمادة الحيوية)، في منظومة لمجموعة كروموزمية جديدة، الأمر الذي قد يؤدي إلى أبحاث جريئة في ميدان تحسين النسل وتطوره .(Eugénisme)

إن معظم هذه التقنيات حديثة الوجود، كما أن الأخطار الناشئة عن استعمالاتها لم يقع حسابها بالدقة الكافية أو الضرورية، إذ إن اللجوء إليها قد يؤدي إلى أحسن النتائج كما قد يوصل إلى أقبح العواقب.

من أحسن هذه النتائج المتوقعة علاج بعض الأمراض الخطيرة أو المميتة والوقاية من أخطارها على المدى القريب أو البعيد.

كما أن المبالغة في إجراء التجارب على الجينات الحاملة للتراث الوراثي الإنساني قد تكون له أسوأ العواقب على الإنسان. أحسن العواقب، أو أقبحها؟ الأمر هنا يمكن أن يُشبّه بتفجير النزرة واستعمالاتها : يكون ذا عاقبة حسنة إذا ما تم استعمال الطاقة المتولدة عنها في إنتاج الطاقة المفيدة للإنسان، كما يكون ذا عاقبة وخيمة إذا ما استعملت في إنتاج القنبلة الذرية.

4- إن التجربة في مجال علاج بعض الأمراض تثير كذلك قضايا من الخطورة بمكان.

فالقضاء على بعض الأمراض المستعصية يتوقف على التقدم الحاصل في البحوث العلمية الطبية، وتقدم العلوم الطبية لا يمكن التوصل إليه دون تجارب ومحاولات على الحيوان وأحياناً على الإنسان نفسه.

إن بعض الأمراض الخاصة بالإنسان، والنماذج التجريبية المتوفرة لا تفي بالغرض المطلوب، حتى ولو كانت معمولة على حيوانات من نوع خاص كبعض أنواع القردة، الأمر الذي يفرض علينا إجراء بعض التجارب مباشرة على الإنسان، كما هو الشأن في بعض أمراض السرطان، وبعض الأمراض الفيروسية، بل

حتى عندما تكون التجارب ممكناً على بعض أنواع الحيوانات فإن تعميم النتائج المحصل عليها على الإنسان يكون من الصعب اللجوء إليه في بعض الأحيان، نظراً لاختلاف درجة التأثير بعض الأدوية بين الإنسان والحيوان.

وفي بعض الأحيان فإن التجربة لا يمكن القيام بها إلا على الإنسان نفسه، كما في التجارب المتعلقة ببعض الأدوية الخاصة بالمرضى النفسيين.

كيف يمكن إذن إجراء التجربة الاستشفائية على الإنسان؟

- إن الحالة المثالية هي أن يقبل المرء أن تُجرى عليه التجربة ويتطلع لذلك.

والواقع أن المتطلع الحق هو الطبيب المُجرب نفسه، الذي يقوم متطلعاً، بتجربة الدواء على نفسه، لكن يلاحظ أن هذه حالة استثنائية.

- هناك إذن طرق وحالات أخرى من بينها:

أ- التجارب المأجورة : وهذه تجري في الولايات المتحدة الأمريكية على بعض الطلبة أو العاطلين الذين يجدون في هذه الطريقة وسيلة لكسب لقمة العيش، دون أن يعياؤا بما يمكن أن يطرأ على صحتهم من جراء التجارب المجرأة عليهم.

ب- التجارب على المسجوبين بناء على وعد بتخفيف الأحكام الواقعة عليهم. إنه في الحقيقة قبول مرفوض.

ج- تجارب مجرأة على أشخاص يتّمون لبلدان مختلفة، برضاء منهم أو بغير رضا، وفي غالبية الأحيان دون رضاهم.

والأمثلة على ذلك كثيرة تأتي من بورتوريكو ومن بعض بلدان إفريقيا وأسيا وأمريكا اللاتينية... بشكل مفجع ومحزن للغاية.

وبغض النظر عن بعض الأدوية المضرة، فإنه ينبغي أن يشار في هذا الصدد إلى أن التجربة العلاجية على الإنسان ليست بأقل ضررا ولا خطرا على الصحة من المبالغة في استعمال بعض الأدوية.

والواقع أن كل استشارة طبية، إذا ما اتخذ الطبيب بشأنها أكبر قدر من الحذر، وراعى الأحوال الخاصة بكل مريض، فإن هذه الاستشارة غالباً ما تنتهي بوصفة طبية ليست في الواقع سوى واحدة من التجارب العلاجية الخاصة.

إن التجربة مرحلة ضرورية لتحسين وسائل العلاج، ولتحسين ظروف حياة الإنسان. المهم ألا يتتحول الإنسان جملة وتفصيلاً، إلى حيوان صالح لكل تجربة علمية.

5- السر المهني في الميدان الطبي يعتبر من الموضوعات التي تنشأ عنه قضايا خلقية على درجة كبرى من الأهمية أيضاً.

ذلك أن عهد أبوقراط يلزم الطبيب ألا يفشي الأسرار الموكولة إليه وألا يخونها (ينظر تصريح جنيف لسنة 1948).

لقد كانت الأمور تجري بين الطبيب وبين مريضه ويبقى السر الطبي محفظاً به لدى الطبيب بكامل الرعاية.

فماذا يمكن أن يقال عن السرّ الطبي في الظروف الحالية؟ وماذا عسى أن تكون عليه الحالة غداً؟

لقد حدث شيء جديد اليوم :

أ- فمع نشأة مؤسسات التعاون الاجتماعية والتأمينات الصحية، أصبح السر المهني الطبي أمراً نسبياً في الجملة. ذلك أن السر الطبي إذا كان محفظاً به تماماً لدى الطبيب المعالج، فإن الأمر لا يكون بالضرورة كذلك، لدى العديد من الموظفين الذين يتولون مهام تكوين الملف الاجتماعي للمريض وأمر قبولة. إن التطور الذي يشهده عالم المعلومات واستعمال الحاسوب لخزن المعلومات الموجودة في الملفات الطبية للمرضى والمهن على إدارتها، من شأن ذلك كله، أن يعمل على إذاعة الأسرار الطبية ونشرها في آفاق أوسع من أفق الموظفين العاملين في مؤسسات التأمينات الاجتماعية والضمان الاجتماعي.

ب- إن مفهوم السر المهني الطبي يتبع في تطوره، المتطلبات المشروعة لمجتمع اليوم، حقاً، إن دور الطبيب الأساسي هو أن يكون دائماً إلى جانب المريض يدافع عن أسراره كشخص له كامل الحق في ذلك، إلا أن هذا الدور ينبغي إلا ينسيه واجباً عليه نحو مجموع الأشخاص الآخرين الذين يتكون منهم المجتمع: لذلك، يفرض القانون على الطبيب أن يخبر السلطات المعنية بظهور بعض الأمراض المعدية لدى اطلاعه على ذلك. إن الطبيب وهو يشعر السلطات بحالات بعض المرضى الذين يعالجهم من أمراض هم بها مصابون، كالزهري والحمى المعوية، وقدان المناعة المكتسبة، أو غيرها من الأمراض الخبيثة أو المعدية قصد اتخاذ التدابير الوقائية منها، إلا يكون بعمله هذا قد أفشى سراً مهنياً كان عليه الاحتفاظ به؟!

6- قضايا خلقيه أخرى ناجمة عن تطور الـطب

أود أن آخذ الأمثلة على ذلك من قضية زرع الكليتين، لتبقى بعد ذلك القضايا الخلقية المطروحة ذات طبيعة واحدة ومتباينة في كل عملية من عمليات زرع الأعضاء الآخنة في الانتشار والاتساع يوما عن يوم، حتى إنها لتكاد تشمل اليوم أعضاء الإنسان كافة.

بدأت هذه القضايا في الظهور، في المراكز الصحية المكلفة بإيقاذ حياة بعض المرضى المصابين بأمراض الكليتين في الوقت الذي يصل فيه تطور المرض عندهم إلى الحد الأقصى.

لقد تم اللجوء في البدء إلى استعمال الكلية الصناعية التي تقوم بتنظيف دم المريض من التراكمات المجتمعة في خلاياه وفي شرائنه من جراء تعطل كليتي المريض الطبيعيتين عن أداء وظيفتها المعتادة.

ولقد حاولت هذه المراكز القيام بزرع كلية طبيعية للمريض لتقوم مقام الكلية الاصطناعية لتحرير المريض من أمررين اثنين :

أ- من أداء الشمن الباهظ المترتب أداوه عن استعمال الكلية الاصطناعية.

ب- من العناء الجسدي والنفسي الذي يعتريه خلال ثلاث جلسات في الأسبوع ولمدة خمس ساعات في كل جلسة.

وهنا توضع القضية الخلقيه بشكل بالغ الخطورة: ألا وهي مسألة اختيار المريض الذي ينبغي إعطاؤه الأولوية في الاستفادة من الأسبقية في برنامج استعمال الكلية

الاصطناعية. إن هذا الاختيار ينبغي أن يخضع لعدة شروط، من بينها لا يتعدي سن المريض الخمسين أو الستين سنة، وأن يكون ذا مردودية في المجتمع أو يعتبر كذلك، غنياً غنى يجعله قادراً، بصفة مباشرة أو بوساطة الهيئات التعاقدية والمصالح الاجتماعية، على أداء تكاليف بقائه على قيد الحياة، قريباً سكنه من مركز العلاج، إلى غير ذلك من الشروط الواجب توافرها، والتي يكاد التشدد في اشتراطها، يجعل من قبيل المستحيل قبول أغلبية المرضى في رحاب هذه المراكز الصحية.

أمام هذه الصعوبات أخذت المستشفيات والمراكز العلاجية تقوم بعمليات زرع الكلية البشرية، في البدء، كانت هذه المراكز تمارس عمليات الزرع بكلٍ يتبرع بها أشخاص أحياء ومتطوعون، ومنهم على علاقة عائلية بالمرضى.

أما اليوم، فلا تزال هذه الطريقة متبعة، إلا أن التطور الحاصل في مواد التخدير والأدوية المستعملة لتأمين عدم رفض العضو المزروع، قد مكن قبول أية كلية من جثة أي شخص مطابق صنف المريض حتى ولو كان من ليس له أية علاقة عائلية بالمريض.

وسواء في هذه الحالة أو تلك، توضع قضايا خلقية على قدر كبير من الأهمية والحرج.

أ- بالنسبة للكلى الصادرة عن متبرعين أحياء :

- هل بالإمكان قبول التبرع الطوعي بعضو من أعضاء الإنسان؟ في هذه الحال:

- هل يتعلق الأمر، حقيقة بعمل تطوعي صادر برضاء المتبوع، وبعفوية تامة؟
وبناء على تفكير وتدبر؟

- أم يتعلق الأمر بدفقة عاطفية نحو شخص عزيز، أخاً أو اختاً أو أمّا، ربما يكون المحيط العائلي أو الطبيب المعالج نفسه قد أسهم بحظ وافر في إيجادها.

- هل لأحد الحق في أن يتسبب لمتبوع سليم على قيد الحياة، في خطر ما قد يصيب حياته، ولو كان خطراً طفيفاً جداً؟

بـ- بالنسبة للكلى الصادرة عن جثث أصحابها في حكم الأموات:
يبدو أن الأمر أخذ طريقه نحو الهدوء شيئاً فشيئاً منذ نجاح عمليات زرع بعض الأعضاء المأخوذة من جثث أحياء في حكم الأموات.

الواقع أن الأمر لا يتعلق بأخذ العضو المراد زرعه من أية جثة من الجثث.
ذلك أن جثة باردة برودة تامة إذا أخذ منها عضو ما فلا يمكن أن تنجح به عملية الزرع: إن النموذج الأمثل الصالح لنجاح مثل هذه العمليات أن يؤخذ العضو المراد زرعه من مريض في حالة إغماء عميق لا يرجى له معها استعادة الحياة، محتفظاً به على قيد الحياة اصطناعياً وبوسائل إعاش راقية، تستطيع الحفاظ على سلامـة دقات القلب والتنفس.

وينبغي أيضاً أن يكون المريض الميؤوس من حياته قد أجريت عليه التحليلات المختلفة الضرورية، ومن بينها ضبط الأصناف الدموية العادية والخاصة مثل أصناف

(H. L. A.) نفس التحليلات يجب القيام بها فيما يخص المريض المتلقى للعضو المزروع. ولهذا الغرض، توجد مراكز متخصصة على الصعيد الوطني والدولي تقوم بفرز المتربيعين والمترقبين على حد سواء. وهنا يكون للحاسوب دوره المتحكم، وحكمه الفاصل. ومن ذلك: فهناك أسئلة لا ترتاح النفس الإنسانية لأية إجابة من أجوبتها وهذه نماذج منها:

هل يمكن أن يتتأكد المرء تأكداً تاماً من أن المريض المغمي عليه ميؤوس فعلاً من شفائه؟

أليست هنالك مجازفة خطيرة عندما يتعمد المرء القضاء على حياة شخص ما لقاء أمل في إنقاذ حياة شخص آخر؟

وحتى في حالة ما إذا كان بالإمكان تجنب أي قدر ولو طفيف من الخطأ، وحتى في حالة ما إذا كان تأكيد تشخيص الوفاة المتوقعة، بموت خلايا المخ، المععتبرة حالياً قانونية للفصل بين الحياة والموت، حتى في مثل هذه الحالة، هل للمرء الحق في أن يطلب من أسرة أصابتها مصيبة المرض والموت في عزيز عليها أن تأذن له في اقتطاع عضو من أعضاء هذا القريب العزيز وهو لا يزال محفظاً بحرارة الحياة؟!.

هنالك قضية أخرى موضوعة وهي، في هذه المرة ذات طبيعة مالية، لكنها تثير كذلك عواقب أخلاقية محزنة.

إن زرع الأعضاء غالباً ما يكون مقابل تكاليف مالية عالية جداً، ليس فقط بسبب المقادير المدفوعة بمناسبة القيام بالعملية، ولكن لما يتطلبه الاحتفاظ

بالمريض على قيد الحياة من تكاليف قبل إجراء العملية وبعدها، نادراً ما يتمكن المريض من أدائها.

والسؤال المحير هل للمرء الحق في ممارسة عمليات علاجية على هذا القدر من الغلاء والشمن المرتفع جداً؟ لفائدة قلة قليلة، في حين أن الغالبية العظمى من الناس يوجدون في أمس الحاجة إلى أشياء أساسية في العلاج وهم محرومون منها، كالأدوية المضادة للتعفنات، مثلما هم في حاجة إلى أدوية رخيصة جداً وليس بمستطاعهم الحصول عليها.

يصبح حجم السؤال أضخم إذا ما علمنا أن من بين خمسين ألف مريض بعجز مزمن في الكلىتين سنوياً لا يمكن إنقاذ حياة أكثر من أربعة آلاف مصاب منهم؟!

تلكم تأملات في المظاهر التقنية والقضايا الخلقية التي أثارتها، ولا تزال تثيرها التطورات الحثيثة، والتقدم الهائل الذي تعرفه العلوم الطبية في عصرنا الحاضر.

إن الباحث يجد نفسه أمام معادلة صعبة: كلما حاول التغلب على قضية من القضايا الخلقية العديدة التي تتعرض طرقه ظهرت تطورات تقنية وعلمية جديدة تحمل معها قضايا خلقية في حاجة ماسة إلى حلول إنسانية ومنطقية سريعة.

لقد قيل قديماً: إن لكل مشكلة حل، ولكل داء دواء. فلعل الباحث العالم وهو يسترشد بهذه الحكمة القديمة، لا ييأس من أن يجد ويجتهد في البحث عن حلول أخلاقية جديدة لكل مظهر من مظاهر تطورات العلوم الطبية الحديثة. وما ذلك على همة العلماء والباحثين عزيز !.

التكوين المستمر في مجالات الطب^(*)

إن للتكوين المستمر للعاملين في القطاع الصحي وجهين أساسين : أحدهما يولي عنايته بالدرجة الأولى إلى التكوين المستمر للطبيب في مجال الطب العام أو الطب الاختصاصي ، في حين يهتم الوجه الآخر بتكوين مجموع الآخرين العاملين في المجال الصحي بدءاً من الممرضة والمؤلفة، إلى التقنيين العاملين في المختبر ، وغيرهم من الموظفين المكلفين بمكافحة انتشار الأوبئة والوقاية من الإصابات المختلفة. ونؤود في هذه الدراسة توجيه الاهتمام إلى التكوين المستمر المتعلق بالطبيب.

إن التكوين المستمر في مجال الطب أصبح اليوم أمراً أكيداً، نظراً لما هو ملاحظ من سرعة تنامي تقدم العلوم وتطور التقنيات. فهو مفيد للطبيب الذي يستعين به على إتقان مهنته والقيام بها أحسن قيام، كما أنه مفيد للمريض الذي تتضاعف لديه به حظوظ الأمان والشفاء، كما أن فيه منافع اقتصادية يمكن للمجتمع أن يستفيد من نتائجها استفادة محققة.

يعني التكوين المستمر في هذا المجال التكوين الذي يتعاطاه الطبيب إثر دراساته الأساسية في الطب، أو عند الاقتضاء إثر دراسات إضافية تعدد لممارسة مهنته في الطب العام أو كطبيب اختصاصي. بعبارة أخرى يبدأ هذا التكوين مباشرة بعد الحصول على الشهادات التي توهله لمواصلة المهنة.

(*) ألقى هذا العرض ضمن أحاديث الخميس يوم 16 يوليو 1992.

إن التكوين المستمر من شأنه أن يُثْبِت من معلومات الطبيب ويزيد من كفاءته المهنية، ولا يعني بحال من الأحوال الحصول على ألقاب علمية جديدة أو شهادات إضافية.

ونظراً للتطور الذي يشهده مجال العلوم الطبية، فإن على الطبيب الممارس أن يعمل ما في وسعه للحصول على المعارف الجديدة المتممة لمعلوماته، حتى يستطيع متابعة مزاولة مهنته بكل فعالية، ويتحقق بذلك الثقة الموضعية فيه من قبل مريضه.

لقد أصبح التكوين المستمر من الضرورات المسلم بأهميتها لكل طبيب، وقد ألح على ذلك منذ أقدم العصور أكابر الأطباء. فقد جعل موسى بن ميمون، أحد مشاهير أطباء قرطبة، من فكرة هذا التكوين أساس دعاء الطبيب حيث قال فيه ما معناه: «رب اجعل مريضي يشكون بي وبمعرفتي، وبعد عني فكرة أني أعلم كل شيء، واعطني القدرة والإرادة والفرصة لتوسيع معرفتي العلمية إلى أبعد الحدود».

وفي أيامنا هذه، نلاحظ أن تطور العلوم الطبية قد بلغ حدّاً أصبحت معه المعلومات والمعارف التي يحصل عليها الطالب في تكوينه الجامعي متتجاوزة بكيفية مذهلة. ومن المتوقع أن يصيّبها التقادم بعد مرور ما بين خمس إلى عشر سنوات من حصول الطالب على شهادة الدكتوراه في الطب.

أكثر من هذا، وأخذنا بعين الاعتبار طول المدة التي يقضيها الطالب في الدراسات الطبية التي تدوم عادة ما بين سبع سنوات إلى ثلاثة عشر عاماً، حسب الكليات وحسب نوعية الدراسات المتّبعة، فإن نسيان المعلومات العلمية يمكن أن يحصل قبل أوان استفادة الطالب منها.

هكذا يمكننا أن نتصور في نهاية الدراسة، أن قسما هاما من البرامج المقررة في بداية التعليم، قد اعتبره التبديل وأصبح متجاوزا، مما يستدعي بالضرورة إعادة النظر في تكوين الطالب عند تخرجه والقيام بتجديد معارفه قبل حصوله على شهادة نهاية التعليم.

هذا، ويمكن التأكيد على أن الطبيب عند تخرجه من الجامعة لا يكون مهيأً كامل التهيئة لممارسة نشاطه المهني، مما يستدعي المزيد من الحرص على تكوينه تكوينا مثاليا بشكل دائم، يمتد من بداية دراساته العليا إلى نهاية حياته المهنية. وقد تستغرق هذه المدة أكثر من 50 عاما!

ويكاد يكون الطب هو المجال الحيوي الوحيد الذي يتطلب بذلك أقصى الجهود للتعلم وتتجدد المعرف العلمية باستمرار. وبدون ذلك يوشك الطبيب أن يفقد سمعته، فلا يلبي المريض أن يقاسي العواقب الوخيمة من جراء ذلك.

إن الأطباء، على اختلاف تخصصاتهم، يشعرون بالأهمية الكامنة في التكوين المستمر، سواء كانوا يعملون في مستوصفات، أو في مراكز صحية، أو في مصالح الوقاية، أو في المستشفيات، أو في مراكز الاستشفاء الجامعي، أو في القطاع الخاص.

إلا أنه يستفاد من بعض الإحصاءات في فرنسا أن نسبة تتراوح ما بين 15% و 20% فقط من الأطباء هم الذين يلزمون أنفسهم بمتابعة الدورات المنظمة للتكوين المستمر في المجال الطبي، فيواطئون على الحضور بانتظام في المؤتمرات والندوات العلمية.

في حين يختار غالبية الأطباء تكوين أنفسهم بأنفسهم مكتفين بالاطلاع على المستجدات العلمية في بعض الكتب والمجلات الطبية.

ولعل من المناسب التأكيد في هذا المجال على أن التكوين المستمر للطبيب هو في الوقت ذاته حاجة أساسية بالنسبة له، والتزام علمي كذلك، فلا يحق له إلا يكون على علم بالتقدم الحاصل في مجال اختصاصه، هذا بالإضافة إلى أن القوانين الخلقية الطبية كافة تلح على هذا المعنى.

إن الفصل 32 من الظهير الشريف الخاص بالتصديق على القانون المغربي للأخلاقيات الطبية ينص على ما يلي: «على الطبيب واجب تجديد معارفه العلمية وتحسينها».

ويؤكد زميلنا الأستاذ جان بُرنارد، الرئيس السابق للجنة الوطنية للأخلاقيات بفرنسا، على أن هذا الالتزام هو التزام معنوي يهم الأطباء جميعاً، حيث يقول : «لا يمكننا أن نتصور طبيباً يمارس مهنة الطب، من غير أن يجد في نفسه حاجة ملحة بعمق إلى تجديد معارفه العلمية، حتى يستطيع الاستجابة المفيدة لحاجات مرضاه ولمقتضيات المجتمع الذي يعيش فيه».

إن الكفاءة والاقتدار في المجال الطبي هي أولى متطلبات الأخلاق المهنية لكل طبيب، يؤكد ذلك زميلنا الأستاذ جان بُرنارد بقوله : «إن الضمير المهني بدون علم غير مفيد».

إن القوانين تنص على أن شهادة الدكتوراه في الطب هي شهادة للطب العام متنوعة المعلومات، يستطيع حاملها بموجتها مزاولة مهام التشخيص ووصف الأدوية، وكذا القيام بكل العمليات والتحريات التي يرى الحاجة ماسة إليها.

لكنّ تنوع المعلومات المحصل عليها لا يعطي الطبيب كفاءة متعددة للنظر في جميع الحالات والاختصاصات. وعلى ذلك جاء الفصل 44 من مدونة الأخلاقيات للتذكير بأن «الطبيب أن يزاول كل أعمال التسخيص والوقاية والعلاج، لكن لا يجوز له إلا في حالات استثنائية أن يقدم علاجاً، أو يتابعه، أو يقوم بوصف أدوية في المجالات التي تتعدي اختصاصاته أو إمكاناته».

وهذا ما يدل بوضوح، على أن الطبيب لا يجوز له أن يقوم بأعمال ليس له التكوين الكافي للقيام بها أو الخبرة المطلوبة منه في مثل هذه الأحوال.

إن الطبيب يعرض نفسه لأقصى العقوبات القانونية عندما يتسبب في عجز مستديم، أو يؤدي عمله إلى وفاة مريض، إذا كان ذلك ناشئاً عن عدم كفاءته في ميادين طبية جرت العادة بـألا يزاولها إلا بإذن من بعض السلطات الرسمية كوزارة الصحة العمومية، أو المجلس الأعلى للأطباء. يضاف إلى ذلك أن الصلاحية الحقيقة التي يمكن الطبيب من الاستجابة لحاجات مرضاه لا تنبع من خصائصه التقنية فقط، بل إن لصفاته الأخلاقية والمعنوية ولسلوكه الشخصي حظاً كبيراً في الحصول على تلك الصلاحية.

فالتكوين المستمر للطبيب إذاً، التزام خلقي ومعنوي. ويمكن تحديد الوسائل الالزمة للقيام بهذا الالتزام، إلا أنه من الصعب في غالب الأحيان تحديد آفاقها.

تأتي في قائمة هذه الوسائل الشجاعة الشخصية للطبيب وقدرته على الاعتراف بارتباكه أو جهله أمام حالة من الحالات الصحية، حتى لا يتبع الفرصة لمريضه بأن يستخلص بأنه بين يدي طبيب جاهل أو بين يدي دجال.

أما الوسيلة الثانية فتكمن في أن يتولى الطبيب تكوين نفسه بالاطلاع على المراجع العلمية المعتمدة. إنها وسيلة صالحة تمثل جهدا حميدا يشرف الطبيب، لكنها لا تستجيب إلا جزئيا لمقتضيات تكوين جيد. ولكي يستطيع الطبيب متابعة تجدد المعارف العلمية، فإن عليه أن يخصص ساعات عديدة في كل أسبوع للاطلاع على المجالات والدوريات الطبية في محاولة جادة للتعرف من موادها على ما ينبغي له أن يعمق من معلوماته منها.

إلا أن هذه الدوريات لا تسد دائما الحاجة العلمية المتعلقة بكل التخصصات. ويُعتبر الاشتراك في المجالات الطبية من أكثر الوسائل استعمالا من قبل الأطباء في هذا المجال.

وهناك وسائل أخرى عديدة جرى العمل باللجوء إليها، وهي تختلف من بلد آخر، ومن منطقة لأخرى، وذلك حسب التطور الحاصل في هذه البلدان، وحسب الإمكانيات المالية لكل طبيب والوقت المخصص لهذا الغرض.

ومن هذه الوسائل :

- حضور العروض والموائد المستديرة والمحاضرات ؛

- المشاركة في النشاطات الاستشفائية الجامعية ؛

- التداريب في المستشفيات من حين لآخر؛

- التسجيل في بعض الندوات والمؤتمرات؛

- استعمال الأشرطة المرئية والمسموعة؛

- الاشتراك في البرامج الطبية المتلفزة بواسطة قنوات خاصة بالأطباء.

إن هذه الوسائل كلها نافعة ومفيدة. ولا يمكن التأكيد بأن فيها ما هو أَنْجَعُ من غيرها أو أَفْيَدُ. فما على الطبيب إلا أن يختار من بينها ما يلائم طبعه وعاداته في العمل. إلا أنه لا ينبغي في أي حال من الأحوال أن تنفصل هذه الوسائل عن حياة الطبيب في المستشفى، التي تُعدُّ مقوماً أساسياً من مقومات الطب في العصر الحديث.

إن كثيراً من الأطباء، لا يستطيعون التطوع لحضور جلسات التكوين هذه، نظراً لنشاطاتهم والتزاماتهم تجاه مرضاهem.

ولعل من بين الأهداف التي تؤسس من أجلها العيادات الجماعية في أيامنا هذه أنها تتوجه للأطباء العاملين فيها الاستفادة الدورية من التكوين المستمر.

إن الطبيب الشاب، حين يغادر مقاعد الكلية، يكون قد اكتسب جملة من المعارف العلمية المهمة، دون أن يكون قد أتقن كثيراً مما يلزم إتقانه عن الطب العام، ودون أن يكون قد أعدَّ الإعداد الكافي للقيام بمهنته خير قيام. لذا فإنه من غير المعقول ومن غير المنتظر منه في هذه الحال أن يتكلف بتكوين نفسه بنفسه التكوين المستمر المطلوب. ذلك لأن التعليم الذي تلقاه أثناء دراسته العليا كان قائماً على قاعدة «حفظ الدرس كل الدرس ولا شيء سوى الدرس». وهي القاعدة التي لا يزال اليوم العمل جارياً بها في العديد من كليات الطب ومن بينها كليات الطب في المغرب.

هذا، ويمكننا أن نضيف أن الأطباء الاختصاصيين على كل المستويات وفي شتى الاختصاصات، بل وحتى بعض الجامعيين منهم، قد يجدون صعوبات جمة

إذا ما دعوا من يوم لآخر لتعويض طبيب ممارس في مجال الطب العام. ذلك لأنهم اعتادوا ممارسة طب خاص بهم، يختلف نوعاً ما أو كلياً عن الطب الذي يزاول في المستوصفات أو في العيادات الخاصة، معتمدين على العمل الجماعي، مستعينين فيه بالمخابر وببعض التقنيات الحديثة المتقدمة، في حين يعتمد الطبيب العامل في مجال الطب العام على نفسه فقط، حيث يجد نفسه وحيداً أمام مريضه، ولا يمكنه الاستعانة في هذه الحالة إلا بخبرته الشخصية وحدسه الطبي.

إن هذا الوضع قد دفع بعض الدول الأوروبية إلى جعل التدريب في ميدان الطب العام إجبارية في العيادات الخاصة، وإدماجها في برنامج التكوين العلمي للطبيب إضافة إلى التدريب في المستشفى.

وإن هذا الوضع قد يهيب بالمسؤولين يوماً ما، إلى التفكير في إنشاء ما يمكن أن يطلق عليه «شعبة الاختصاص في الطب العام»، وإشراك بعض كبار الأطباء العاملين بالقطاع الخاص في مجال الطب العام في عملية التعليم هذه.

فلعل في هذه العملية ما قد يرفع من قيمة الطب العام ويُعلي من شأنه الذي بدأ يتناقض لدى العديد من الأطباء الشباب لكونه يتطلب الحصول على معارف علمية واسعة جداً، ولا شيء يشجع الأطباء على المغامرة في مجاله من الناحية المالية، وأنه يصعب عليهم كثيراً المحافظة فيه على معارفهم العلمية أو تحسينها باستمرار.

هذا وتصادف الطبيب الاختصاصي بدوره بعض الصعوبات في تنظيم تكوينه المستمر نظراً لتعدد الاختصاصات ودقتها. فإذا أخذنا مثلاً اختصاص أمراض العيون، فإننا نلاحظ وجود تخصصات دقيقة في موضوعه تتناول القرنية والعصب البصري

والعدسة ومسالك الدموع. وكل واحد من هذه التخصصات يستقل بالعمل فيها طبيب متخصص على افراد، وهذا ما يجعل من الصعب على الطبيب المتخصص بكيفية تقليدية في أمراض العين متابعة التطورات الحاصلة في هذا المجال، والاستفادة من الندوات العلمية والمؤتمرات التي يمكن حضورها. فعلى سبيل المثال هناك مؤتمرات طبية عديدة على مستوى عال جداً من التخصص يلتقي فيها كبار الأطباء لتبادل المعلومات فيما بينهم، لكن الطبيب العادي المتخصص يكاد لا يجد مكانه بينهم، نظراً لعلو مستوى تخصص المؤتمرين.

إن هذه الصعوبات التي يلاقتها الأطباء سواء منهم العاملون أو الاختصاصيون توضح السبب في الإقبال الضعيف من جهتهم على المشاركة في الاجتماعات والنشاطات العلمية ما بعد الجامعية. إن عدم مواطنتهم يثير بالحاج قضية اهتمامهم الشخصي وحرصهم على حضور هذه النشاطات العلمية الكفيلة بتأمين تكوينهم المستمر: ففي مجال الطب الخاص يلاحظ أن حاجة الطبيب إلى الحفاظ على سمعته تشكل أكبر حافر له على ذلك، إذ إنه بمجرد ما يهمل قضية تكوينه المستمر تتناقض سمعته ويتحرك بعامل المنافسة وقانون السوق لإيقاذ هذه السمعة.

أما الأطباء العاملون في مصالح الدولة، فالملحوظ أن التكوين المستمر ليس التزاماً قانونياً بالنسبة إليهم، ولا يمكن أن يكون كذلك لأن كل واحد منهم له أسبقيات عليه القيام بها.

ويبقى الالتزام الخلقي الذي تحدثنا عنه أعلاً من الصعب تحقيق غاياته، كما أن الالتزام الرجعي يكون عديم الجدوى في هذا المقام. لذا ينبغي هاهنا تأسيس أنواع

من الحوافر (motivations) التي تدفع غالبية الأطباء إلى الحرث على متابعة تكوينهم الطبي المستمر.

إن التعليم ما بعد الجامعي ينبغي أن يصبح يوماً ما إلزامياً، وينبغي تطبيق هذه الإلزامية بشيء من المرونة، إذ يمكن أن يطالب الأطباء بمتابعة برامج تعليمي مستمر باختيارهم، وتسليمهم شهادات صلاحية تتيح تمييز الذين بذلوا جهوداً خاصة لتحسين معلوماتهم، من الذين لم يحسبوا أي حساب لمزايا التكوين المستمر. هذه التدابير مطبقة بالفعل في بعض البلدان كألمانيا والولايات المتحدة الأمريكية، حيث يطبقون نظام إعطاء الشهادة، وأداء مكافآت وتعويضات عن حضور البرامج التكوينية.

وبطبيعة الحال، فإنه ينبغي مساعدة الطبيب في جهوده التي يبذلها في هذا السبيل، وذلك ما هو منصوص عليه في قانون الأخلاقيات الطبية في الفقرة الثانية من الفصل 32 التي تنص على ما يلي : «على الطبيب أن يشارك دورياً في الندوات والمؤتمرات والمحاضرات وفي دروس التذكير المنظمة لهذا الغرض، وينبغي أن تعطى له التسهيلات المناسبة للقيام بذلك بناء على طلبه».

ومجلس الأعلى للأطباء الذي أنشأ المدونة الطبية المشار إليها مطلوب منه ضمnia أن يشارك في تنظيم التكوين المستمر في المجال الطبي، وأن يتحمل مسؤوليته كاملة بتعاون مع المؤسسات المعنية في مختلف القطاعات الصحية كالجامعة، ووزارة الصحة العمومية، والنقابات الطبية، والجمعيات العلمية، والجمعية الوطنية للعلوم الطبية، وجمعية الأساتذة، والمسؤولين عن الصناعة الصيدلية.

بعد هذا يمكننا الانتقال إلى الحديث عن قضية أخرى لا تقل أهمية عما سبق، إلا وهي قضية تمويل التكوين المستمر في المجال الطبي. لقد قدر سنة 1977 أن الأطباء في الولايات المتحدة الأمريكية (في الكليات والمستشفيات والجمعيات الطبية والصناعة الصيدلية والحكومة الفدرالية) ينفقون سنوياً ما يفوق مبلغ 600 مليون دولار لهذا الغرض. زد على ذلك تكلفة إضافية قدرها مليار ونصف من الدولارات يتحملها الأطباء أنفسهم مباشرة وتمثل المبلغ المقابل للدخل الذي يتنازل عنه الأطباء عندما يخصصون جزءاً من أوقاتهم للمشاركة في برنامج التكوين المستمر.

وفي فرنسا قدّر مبلغ التكوين المستمر في سنة 1982 بثلاثين ملياراً من السنطيات.

أما في بلادنا فهناك حقاً مساعدات تعطى للأطباء. وهكذا :

- فإن الطبيب الذي يعمل مع الدولة يُسمح له بالغياب لحضور المؤتمرات والندوات الطبية لتحسين وضعه العلمي ؛

- وتسمح الدولة للطبيب في مجال الطب الخاص بأن يخصم مجموع المصروفات المؤداة عن التكوين المستمر من مبلغ الضرائب المترتبة عليه ؛

- وتساعد الصناعة الصيدلية على إقامة مناظرات واجتماعات خاصة بالتكوين المستمر في المجال الطبي، شريطة إدخال معلومات إشهارية بصورة مباشرة أو غير مباشرة في الوثائق المهدأة إلى الأطباء أثناء هذه الاجتماعات.

ورغم هذا كله، فإن الكلفة المالية العامة للتكوين في المجال الطبي تبقى مرتفعة جداً لتجاوز في غالب الأحيان إمكانيات الطبيب الممارس. ويصل مجموع واجب

الاشتراكات في الدوريات وواجب المشاركة في مؤتمر واحد في الخارج ونفقات السفر والإقامة ما يقارب ثلاثة أو أربع مرات الراتب الشهري للطبيب الممارس في مجال الصحة العمومية مثلاً.

ولعل من نافلة القول أن نشير في نهاية الحديث إلى أن موضوع التكوين المستمر أصبح اليوم من الموضوعات الأساسية التي تشغله حيزا هاما من تفكير العلماء والمسؤولين في مختلف شعب العلوم والتقنيات.

إلا أن الطب يعد المجال الحيوي الذي يتطلب بذل أقصى الجهد لتجديده المعارف العلمية المتطرورة بتصدره على الدوام، وذلك بتنظيم التكوين، وتجديده مناهجه، وتطوير أساليبه، وتخصيص الإمكانيات المالية لمساعدة الأطباء على الإقبال عليه والاستفادة مما هو معمول به لدى الدول المتقدمة في العلوم الطبية وممارسة المهنة.

في أخلاقيات نقل الأعضاء^(*)

خطت العلوم الطبية في الأربعين سنة الماضية خطوات عملاقة في إنقاذ حياة الإنسان، بسبب التطور المدهش الذي عرفته التقنيات الجديدة. ويحتل موضوع نقل الأعضاء مكانة مرموقة في هذا المجال.

ذلك لأن جوانب هذا الموضوع متعددة وتشير قضايا مختلفة، ذات أبعاد دينية وأخلاقية وفلسفية وقانونية، وتقنية ومالية.

وقبل الدخول في صميم الموضوع أود أن أؤكد أهمية الجانب الديني دون أن أخوض في أعماقه مذكراً بأن هناك فتاوى شرعية وقرارات، وقوانين صادرة في بلاد عربية إسلامية تؤخذ "النظر الاجتهادي" إلى الموضوع معتمدة على "الحاجة" و"الضرورة" و"المصلحة" ومبادئ "التكافل" و"الإحسان" و"الإيثار" وغيرها من القيم الإسلامية، لتبرير نقل الأعضاء بين الأحياء أو من الأموات، وتقتين ذلك، وفق ضوابط فكرية مقبولة من قبل الشرع الإسلامي الحنيف.

هكذا بدأ منذ سنة 1969 ظهور فتاوى تبيح نقل أعضاء الموتى إلى الأحياء، يذكر من بينها :

- "فتوى المؤتمر الإسلامي الدولي (ماليزيا) أبريل 1969" :

(*) ألقى هذا العرض ضمن أحاديث الخميس يوم 13 فبراير 1997.

- "فتوى الشيخ جاد الحق (مصر) 1979":
- "فتوى هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية 1402 هـ":
- "القانون الكويتي 1983 بناء على فتوى وزارة الأوقاف الكويتية (1980)":
- وبالخصوص "فتوى المجمع الفقهي لرابطة العالم الإسلامي بمكة (1985)":
- و"قرارات مجمع الفقه الإسلامي المتباين عن منظمة المؤتمر الإسلامي منذ سنوات 1986 - 1988 - 1990".

كما أذكر بأنه قد تم تفخيم نقل الأعضاء في كثير من البلاد العربية يذكر من بينها الجزائر، تونس، الأردن، العراق، مصر، سوريا، والسودان، ومشروع القانون العربي الموحد بإشراف جامعة الدول العربية. أما في المغرب فإن مشروع القانون المنظم لنقل الأعضاء قد تم البت فيه من قبل الهيئات المختصة وينتظر صدوره قريباً⁽¹⁾.

وسأحاول فيما يلي أن أتناول بالتحليل الجوانب الأخلاقية المتعلقة بهذا الموضوع: إن فكرة نقل الأعضاء ليست حداثة العهد بالظهور، بل إنها تعود إلى عصور ما قبل التاريخ⁽²⁾. فلقد اهتم الأطباء أيام اهتمام بتعويض عضو في جسم إنسان تعرض للتلف أو للتشوه، وكان علينا أن ننتظر النصف الثاني من القرن العشرين لشاهد المحاولات الحقيقة الأولى لنقل الأعضاء.

إن العلاج الجراحي في هذا المجال الذي كان يعد خارقاً للعادة أول الأمر، قد عرف تطويراً سريعاً ولم يعد يشكل أية صعوبة على الصعيد التقني.

وكما سُنِّي بعد حين، فإن عملية نقل الأعضاء، نظراً لما لاقته من تطور ونجاح، قد تجاوزت إطار العلاج الجراحي، لتتّخذ بعدها آخر، كظاهرة جديدة في المجتمع الإنساني المعاصر.

ولا يأس قبل الدخول في صميم الموضوع، من الإشارة إلى أنّ المرحلة الأساسية لنقل الأعضاء، قد تأثرت إلى حد كبير بالتطور السريع الذي عرفه البحث العلمي في ميدان الجراحة التجريبية.

ونذكر في هذا الصدد بالأعمال التي حققها «بول بيرت» في باريس⁽³⁾، وهو من تلامذة «كلود بيرنارد» الشهير، التي تبعتها إنجازات «أولي» OLLIER بمعية مساعديه «الكسيس كاريل» و«لوريش» في ليون بفرنسا. وقد اهتموا، جميعهم، بنقل الأنسجة والأعضاء لدى الحيوان، حيث كانت البحوث التجريبية في البداية لا تبتغي تطبيق عملية النقل على الإنسان، بل كانت تهتم فقط بمعرفة كيفية تمكن شخص ما من إدراك أن العضو المنقول إليه، المأخوذ من شخص آخر هو غريب عن جسمه، كما كانت تهتم بالتعرف على الطريقة التي يتم بها رفض العضو الغريب.

هذا، وقد تم التوصل منذ ذلك الحين إلى استنتاج هام جداً، مفاده أن كل شخص من بين ملايين الأشخاص الموجودين على ظهر الأرض، يمتلك مميزات تابعة لجزئيات خلاياه الخاصة به دون سواه، والمحددة لشخصيته كيميائياً، بحيث لا يشترك معه فيها أي شخص آخر باستثناء التوائم الحقيقية.

ومنذ سنة 1959، لوحظ أن بعض المرضى المشرفين على الموت بسبب هلاك كلّاهم، أصبح بالإمكان إنقاذ حياتهم عن طريق نقل الكلية، شريطة إضعاف ظاهرة التعرف على العضو الغريب، وكذلك إضعاف ظاهرة رفض العضو المنقول.

ولقد عرف تاريخ الطب منذ ذلك الحين قضايا لم تكن بالحسبان نشأت مع هذا الحدث الطبي الهام.

إن مسألة نقل الأعضاء هذه قد لعبت دوراً كشف عن تغيرات جذرية في نظرتنا إلى الإنسان، وإلى حياته، وإلى الأمراض التي تصيبه، وكذلك تغيرات جذرية في نظرتنا إلى وفاة الإنسان. والحق أن هذه القضية قد بدأت في الظهور قبل الشروع في عملية نقل الأعضاء، ثم أخذت تتطور بكيفية موازية لها. بدأ ذلك يوم لوحظ أنه بالإمكان إقاذ حياة بعض المرضى المصابين بأمراض حادة أو مزمنة خطيرة، شريطة استبدال الكليتين المصابتين عندهم بكلية اصطناعية، أو استبدال الرئتين باللة تنفس اصطناعية، أو استعمال منبهٍ كهربائي لمساعدة القلب علىمواصلة نبضه.

لقد أتاحت هذه الطرق الجديدة في العلاج شفاء العديد من المرضى المشرفين على الموت، إلا أن الشفاء لم يكن دائماً من نصيب جميع المصابين، وهذا ما جعل أفكارنا القديمة عن الموت تتغير كلياً بسبب الإخفاق الذي عرفته بعض الحالات: إذ يمكن القول بأن الموت كان في الواقع متستراً وراء استعمال بعض الأجهزة الاصطناعية.

ذلك أن بعض المرضى يحتفظون بحياة ظاهرية، لكنهم في الحقيقة أموات، إذا ما اعتبرنا أن بعض الأعضاء لديهم قد هلكت أو تميئت، الأمر الذي يجعل من المحاولات الطبية في إيقائهم على قيد الحياة وهم على هذا الحال عناداً غير مقبول ولا أخلاقي.

إن هذا الأمر هو ما حمل بعض الباحثين في هذا الموضوع على إعادة النظر في تحديد معنى الموت.

والواقع، أن القضايا الخلقية المطروحة ذات وجوه عديدة، كما أن الأوجية عنها قد تكون معقدة أو متضاربة، أو خارجة عن حدود إمكانياتنا.

لذا يجب علينا أن نتقدم بخطوات وطيدة وفي كثير من التواضع والحذر، وألا نحاول فرض آرائنا بسرعة قبل إخضاعها إلى التمحيق والنقد الذي يجعلها مقبولة من قبل الجميع.

ذلك أنتا نلاحظ - ولأول مرة في تاريخ الطب -، أن إبقاء شخص ما على قيد الحياة يمكن أن يكون رهيناً بموت شخص آخر، ومن اللازم معرفة ما إذا كان هذا الأمر مقبولاً أو لا يتعارض مع القيم المعمول بها لدى كل المجتمعات الإنسانية.

وسوف ينقسم البحث إلى قسمين سأتناول في أولهما "الأخلاقيات ونقل الأعضاء"، وفي ثانيهما "الأخلاقيات وأخذ الأعضاء".

القسم الأول : الأخلاقيات ونقل الأعضاء

لابد إذاً من وجود شخص متبرع، قيد حياته أو بعد وفاته، وتنشأ عن ذلك حتماً، قضايا عديدة : من بينها، تعريف الموت، أهمية الموت في المجتمع، الموافقة على أخذ عضو من جسم الإنسان، مفهوم بتر عضو من أعضاء جسم الإنسان، توزيع الأعضاء، تحويل الجسم الإنساني إلى بضاعة تجارية، إلى غير ذلك من القضايا والتساؤلات التي لا يمكن تجاهلها أو الإعراض عن النظر فيها بشيء من الحكمة والتعقل.

وهي تساؤلات وقضايا أساسية ليس من حق أحد أن يسكت عنها، إذ إنها تشغل الناس كثيراً، لدرجة أنها تجعلهم لا ينظرون إلى العملية الجراحية - عملية النقل نفسها- إلا بكيفية ثانوية مع أنها في الواقع هي التي تضمن مصير المريض ومستقبله.

فلننظر أولاً إلى موقف الطبيب نفسه من عملية نقل الأعضاء :

إن التفكير الأخلاقي في هذا الموضوع لا بد وأن يشغل بال الطبيب المهتم بنقل الأعضاء، سواء كان جراحًا أو طبيباً مختصاً، خاصة وأن نقل الأعضاء لم يعد اليوم، أمام الاتساع المعرفي في هذا المجال، من قبيل الأحلام.

إن الاكتشافات التي قام بها العالم جان دوسي سنة 1958 المتعلقة بالمنظومة المعروفة بمنظومة ه.ل.أ. H.L.A، وكذلك تقدم البحث في ميادين علم الأحياء، وعلم الوراثة، وعلم المناعة، والمهارة المتطرفة في التقنيات الجراحية وإمكانيات الاحتفاظ بالأعضاء، وبالأنسجة المأخوذة من جسم الشخص المتبوع، والتقدم الحاصل في الطرق العصرية للعلاج وإضعاف قوة المناعة أو كبتها، كل ذلك أعطى للطبيب قدرة خارقة للعادة تجعل بإمكانه التصرف في مصير الأحياء.

ومن المؤكد أن الطب يسمح اليوم بتبديل أعضاء جسم الإنسان المصابة بالتلف والتحلل مثلما تبدل قطع الغيار في السيارة.

والواقع أن الوقت قد حان لمعرفة ما إذا كان استعمال هذه السلطة سيقع لصالح المرضى وحفظ حياة الإنسان، مع الإبقاء على إنسانيته وكرامته محفوظتين، أو ما إذا كان الطبيب سيطغى ويتعدي عمله الحدود اللائقة.

إن نقل الأعضاء يمارس اليوم تقريباً في العالم أجمع على مختلف أعضاء جسم الإنسان، بدءاً من النخاع العظمي، والكلية، والكبد، والبنكرياس، والأمعاء، والرئة، والقلب، والقلب والرئتين معاً، بل وحتى مجموع الأعضاء الموجودة في بطن الإنسان قد أصبح بالإمكان القيام بنقلها، بعد نشر الأعمال التي قادها في الولايات المتحدة "البروفيسور ستارزل" في مدينة Pittsburgh⁽⁴⁾.

هكذا أمكن إقاذ حياة العديد من المرضى بواسطة هذه الطريقة. ولقد تم، حتى متمّ ديسمبر 1995، نقل أعضاء لـ 320.000 مريض في جميع أنحاء العالم، من بينهم 35.000 بفرنسا.

وتعود هذه الإحصاءات تزايداً مطرداً، حيث يتم مثلاً نقل ما يقارب 3000 عضو كل سنة في فرنسا.

هكذا أنجزت فرنسا سنة 1995، 408 عملية نقل في القلب، و22 في القولون، و48 في الرئة، و646 في الكبد، و1644 في الكلية، و55 في البنكرياس، وتتضمن لائحة الانتظار ما يقرب من 5000 مريض في التاريخ نفسه وفي فرنسا ذاتها⁽⁵⁾.

أما في المغرب فقد أنجزت حتى الآن 25 عملية في نقل الكلية، وعملية واحدة في نقل القلب.

وهكذا صارت عملية نقل الأعضاء من ضمن وسائل العلاج التي أصبحت بين أيدي الأطباء خاصة وأنها خرجت من طور التجربة إلى حيز التطبيق وأنها تحرز على نسب عالية من النجاح.

فبالنسبة للكلية مثلا، تفيد إحصائيات فرنسية من مستشفى «لابيتي» (La Pitié) أن نسبة النجاح فيها قد بلغت مائة في المائة، ست سنوات ونصف بعد إجراء عملية النقل على 7 من المرضى الذين يتلقون مادة «السيكلوسبورين» قصد كبت مناعتهم. كما بلغت هذه النسبة ثمانين في المائة فيما يخصّ مرضى آخرين يعالجون بمزيج من مادتي البريدنيزون والازاثيوبرين (Cortisone+Azathioprine⁽⁶⁾).

وبحسب إحصائيات إجمالية نشرها كاريلانيي سنة 1996 فإن نسبة البقاء على قيد الحياة في عمليات نقل مختلفة، تتراوح ما بين 70 إلى 90 في المائة، حسب الأعضاء المنقولة وحسب الفرق الطبية.

بهذا يبدو أن عمليات نقل الأعضاء لا ينشأ عن اللجوء إليها أي مشكل أكبر من ذلك الذي قد ينشأ عن استعمال أي دواء جديد، أو إجراء علاج جراحي جديد، بل إنه يمكن تصنيفها من بين أهم الوسائل العلاجية التي أصبح بإمكان الأطباء اللجوء إليها لممارسة مهماتهم الإنسانية في حماية حياة الإنسان.

ومما لا جدال فيه أن نقل الأعضاء يتيح الحفاظ على حياة المريض وعلى كرامته أيضاً، وهذا ما جعل الجدال في موضوع أخلاقيات نقل الأعضاء يكاد يكون نادر الوقوع.

ولعل الخطر الحقيقي الوحيد الذي يمكن أن ينجم عن مثل هذه الممارسات، يحدث حين يتجاوز الطبيب الحدود المسموح له بها في نطاق العلاج، بسبب بعض الإساءات التي قد تصيب شخصية المريض المراد إنقاذ حياته.

لكن يظهر من التأكيدات التي أتى بها هامبورجي منذ سنة 1964 أن المخاوف في هذا الصدد لا ترتكز على أساس حيث يقول : «إنه من الخطأ أن يفترض أن عملية نقل الكلية أو الكبد أو القلب قد ينشأ عنها تغير أي شيء في شخصية المصاب».

واضح جداً أن الخصائص المتعلقة بالشخصية الفكرية للمريض المستقبل للعضو المنقول هي وحدها التي لها الاعتبار الأسمى في هذا المجال : عقله وفكره وعواطفه، وحواسه وعالمه الداخلي، كل ذلك هو ما نحن مطالبون بالحفظ عليه، وأية طريقة للعلاج قد تسيء إلى شخصيته، يجب استبعادها. إذاً ليس هناك من خطر يذكر في هذه العمليات، باستثناء عملية نقل الدماغ التي قد يمكن أن يوجه لها مثل هذا النقد والتي هي لحسن الحظ من باب المستحيل.

لكن وعلى الرغم من كل شيء، فإن عناد الطبيب من أجل إطالة عمر مريضه بأي ثمن كان، عن طريق تكرار نقل الأعضاء يمكن أن يؤدي في النهاية إلى نوع من المحاولات العابثة (chimères) من أجل تأخير الوفاة الطبيعية إلى أقصى حد لها، أي إلى موت الدماغ، وهنا تطرح بحدة مشكلة كرامة الإنسان.

القسم الثاني : أخلاقيات أخذ الأعضاء

إن إتاحة الفرصة لمريض مشرف على الذهاب من الاستفادة من نقل عضو ينقذ حياته لا تطرح في حد ذاتها أية قضية أخلاقية عند الأطباء.

لكن ما يمكن أن يعد مشكلًا يثير جدلاً من الناحية الأخلاقية هو قضية أخذ الأعضاء، مع العلم أنه ليست هذه هي المرة الأولى التي يستخدم فيها الإنسان علاجاً للإنسان. وما قضية تحاقن الدم بعيدة عن الأنظار، بل إنها تعتبر مثالاً من أقدم الأمثلة في هذا الصدد، ولم يسبق لأحد ما أن تقول عليها، سواء من حيث ضررها أو من حيث منافعها، وكذا نقل القرنية التي مضى على ممارستها ما يقرب من ستين سنة. إلا أن هذه أول مرة يقع فيها استخدام أعضاء بشرية غير متتجددة في العلاج.

لذا فإن القضايا الأخلاقية الناجمة عن أخذ الأعضاء تختلف باختلاف ما إذا كانت هذه الأعضاء تؤخذ من متبرعين أحياء أو من جثث بعض الأموات.

1- الحيثية الأولى هي أخذ أعضاء من جسم حي سليم :

إن القضايا الأخلاقية مطروحة هنا منذ بداية العمل بنقل الأعضاء وبخاصة منها نقل الكلية، ويتعلق الأمر بعدة نقط متصلة بعضها بعض من بينها : شرعية العملية نفسها، المخاطر المقبولة بالنظر إلى الفوائد المنتظرة، القبول الصريح بالعملية من قبل المتبرع، قضايا المجانية، والحرية، والسرية (Anonymat).

ومن المعلوم أن أخذ بعض الأعضاء من جسم الإنسان لا يمكن تصوره إلا فيما يخص أعضاء قابلة للتتجدد مثل النخاع العظمي أو في أعضاء مزدوجة الوجود، لا يقع للتبرع بسببيها ضرر بلigh.

ومنذ أمد قريب صار ممكنا اقتطاع ونقل جزء من الكبد أو من الرئة لكونهما العضوين الوحدين في جسم الإنسان اللذين يمكن التبرع بجزء منهما قيد حياة

(646) عملية نقل الكبد التي أجريت في سنة 1995 في فرنسا توجد 10 عمليات من هذا القبيل.

وحتى اليوم، فإن الأخلاق المهنية المدعومة بالتشريع القانوني كانت ولا تزال تسمح للطبيب أن يبتُر من جسم الإنسان أي جزء مريض تكون في استئصاله مصلحة علاجية ويكون استئصاله شرطاً أساسياً لإنقاذ حياته.

إلا أن هذا الإذن لا يسري مفعوله إذا ما تعلق الأمر بالمساس بجسم إنسان سليم من أجل إنقاذ حياة إنسان آخر. بل إنّ هذا قد يعتبر بمثابة الضرب والجرح العمد.

أضف إلى هذا أنه من غير المسموح به التسبب لمريض ما أثناء معالجته في خطر أكبر مما كان معرضاً له لو أنه بقي بدون علاج.

هذا، وقد أصبح اليوم كل شخص معافٍ في بدنٍ سليماً في فكره حرّاً في التصرف بجسمه أو بأي عضو من أعضائه متى أراد، شريطةً ألا يُلْحق من جراء ذلك أضراراً فادحةً بصحته الشخصية.

وفعلاً فإن الجميع متفق اليوم على أن التبرع بالأعضاء يعتبر بحق رمزاً للكرم والشهامة والأخوة لا يقوى على القيام به إلا الإنسان.

لـكـن يـتـبـادـر إـلـى الـذـهـن التـسـاؤـل الـأـتـي :

من له الحق في اتخاذ القرار في شأن الخطر المتوقع وفي التأكيد على أنه معقول؟ أهو الشخص المتبرع؟ أم الطبيب المعالج؟ أم المجتمع؟

- إن المتبرع الطوعي يكون مبدئياً على علم حقيقي بما يحيط بعملية أخذ العضو من أخطار، ونتائجها المحتملة، لكن قرابته من المصاب قد تضع غشاوة على عينيه فلا يرى إلا بعيوني عاطفته.

- كذلك فإن الطبيب، الذي يعتزم الإشراف على عملية النقل وهو في عمرة الحيرة، لا يمكن أن يطالب بالقيام بعملية تمثل خطراً بالنسبة لمريضه.

- أما المجتمع، فكيف له أن يحدد من هذه القضية موقفاً دون أن يعتمد على التشريعات القانونية لوضع الحدود المقبولة للقيام بالعملية؟ يلاحظ أنه لا توجد أوجوبة مرضية لمثل هذه الأسئلة!

أ- بالنسبة للمتبرع الحي

إن التبرع بأعضاء قابلة للتتجدد كالنخاع العظمي، أو بأعضاء زوجية كالكلية، أو بأعضاء قابلة لنقل جزء منها إلى طفل مريض، كالكبد، أصحى أكثر قبولاً، ولا غبار عليه من الناحية الأخلاقية ما دام صادراً عن متبرع حي مرتبط بقرابة عائلية بالمريض المتلقى.

ويقى من الضروري الحصول على رضى "المعطي" وموافقته التامة بكامل الحرية والوضوح، لأن قبول "المتبرع" بربما منه واختيار حر لمما يصعب حصوله في كل الأحوال، نظراً لما يمكن أن يتعرض له من ضغوط عائلية، ومن ضغوط أخرى عاطفية، شعوراً من المتبرع بالواجب نحو قريبه المصاب أو رداً لدين في عنقه تجاهه، أو شعوراً بالحرج عندما يكون أحد أفراد عائلته مصاباً بمرض خطير ولا يتوقع حصول شفائه إلا عن طريق أخذ عضو من أعضاء أحد أقربائه.

بـ- هناك احتمال آخر يطرح

حين لا يكون للمتبرع أية رابطة نسب بالآخذ، في هذا الاحتمال، تختلف الأنظار : لكن في الغالب الأعم يرفض التبرع في مثل هذه الحالة باستثناء حالة نقل الكلية عندما لا يمكن للأخذ أن يستفيد من العلاج المزمن والدوري بواسطة الكلية الاصطناعية لأسباب مادية.

جـ- هناك احتمال ثالث يطرح

حين يكون أخذ الأعضاء من متبرعين قاصرين لم يبلغوا سن الرشد بعد، أو من أشخاص بالغين فاقدي الأهلية عقلياً وواقعين تحت الحجر القانوني، إن الأخلاقيات لا تجيز أخذ أعضاء من أمثال هؤلاء، لمخالفته لمبدأ الرضا الثام والحر الذي تحدّثنا عنه قبل قليل، يستثنى من ذلك فقط التبرع بالنخاع العظمي أو بكلية متبرع توأم حقيقي لأخيه أو أخيه، شريطة الحصول على الرضا المعتبر عنه بجلاء من قبل الوصي على القاصر أو على فاقد الأهلية.

2- أخذ أعضاء من الجثة

لا يثير هذا الأخذ مبدئياً قضاياً أخلاقية كبيرة، ومع ذلك فإن الجدل بهذا الصدد أكثر حذراً وأشد تحمساً، لاتصاله بمجال عاطفي شديد الحساسية.

أـ- المسألة الأولى هي احترام جثة الميت

ينبغي هنا أن نعلم أن الظروف العاطفية التي تجري فيها المطالبة بأخذ أعضاء من جثة ميت تكون مناسبات جد صعبة على الأسر، وكذا على الطبيب.

كما أن أقرباء الهاشك، وهم يعانون الأسى العميق في فقد عزيز عليهم، يصرّون في الغالب على معاملة جثة فقيدهم بكمال العناية والاحترام، ويرفضون أن يضاف إلى عنائهم أمر التفكير في التمثيل بجثة الفقيد وخاصة إذا كان من شأن هذا العمل أن ينشأ عنه تغير في المظهر الخارجي أو يؤثر بشكل من الأشكال على النظرة الأخيرة للفقيد التي تخلد عندهم ذكراه، وهذا ما جعل القوانين الجاري بها العمل تفرض إعادة المظهر الخارجي كاملاً لجثة الهاشك بعد الأخذ.

من هنا القبيل أيضاً أنّ أسرة الميت موضوع الأخذ، قد تنشأ لديها مخاوف من جراء بتر العديد من أعضاء جسم فقيدها بقصد إقاذ عدة مرضى في آن واحد، الأمر الذي قد يحيل جثة الفقيد إلى أدنى حالات وجودها قبيل إقامة الشعائر الدينية على الجنازة.

هذه المخاوف قد يكون لها أساس معقول، ويجب على الطبيب أن يكون شديد الحذر وأن يحدد بدقة الحدود التي لا يمكن تجاوزها بحال من الأحوال.

بـ- المسألة الثانية هي أخلاقيات أخذ الأعضاء

هنا ينبغي أن نؤكد أنّ أخذ الأعضاء لا يمكن ممارسته إلا من أجل أهداف علاجية أو علمية. وبالطبع فإنّ أخذ الأعضاء من جسم الميت مرتبط تمام الارتباط بمعاينة الوفاة. وهكذا نصل إلى تحديد الوفاة.

إنّ أول قضية يواجهها الطبيب قبل أخذ الأعضاء من جثة الميت هي تحديد الوفاة. وتعريف الوفاة من الأهمية بمكان لما يثار بشأنه من ردود فعل مختلفة : عاطفية وفكرية وروحية وقانونية وفلسفية.

والواقع أن الأطباء يجنحون إلى اعتبار الحدث الأساسي في وفاة شخص ما يرتبط بموت الدماغ حتى ولو استمر الجسم يحمل مظاهر الحياة بسبب أجهزة اصطناعية تساعد القلب على الخفقان والرئتين على التنفس. لكن عندما اتفق على تحديد الوفاة بموت الدماغ صار من الواجب اتخاذ العديد من الاحتياطات الشديدة للتحقق من أن هذا التحديد هو المعمول به بالفعل، وألا يقع أخذ أي عضو قبل ثبوت موت الدماغ.

إن التشخيص السريري العادي للوفاة يتم عبر ثلاثة ملاحظات⁽⁷⁾:

1- وجود حالة إغماء عميقه وطبيعية مع توقف أي رد فعل لنشاط الدماغ وغياب المنعكسات التابعة له؛

2- انعدام جميع ردود العمود الدماغي وانعكاساته؛

3- انعدام التنفس التلقائي كلياً رداً على وقف التنفس الاصطناعي.

هذا ويجب تأكيد الوفاة في هذه الحالة بأحد الفحصين التاليين :

1- إما بتسجيل النشاط الكهربائي للدماغ لمدة نصف ساعة ومرتين بفارق أربع ساعات بين التسجيل الأول والثاني، ويتأكد من التسجيلين موت الدماغ.

2- وإما بإجراء صورة بالأشعة لشرايين الدماغ بإدخال مادة اليود في الشريان السباتي (Artère carotide) والتتأكد من عدم سريان المادة في شرايين الدماغ الشيء الذي يدل على الوفاة بكيفية قطعية.

إن هذه الاحتياطات القصوى في تحديد الوفاة تلزم اتخاذها القوانين الجارى بها العمل، والغاية منها استبعاد خطر أخذ أعضاء من مريض حي في حالة إغماء أو في حالة انعدام الوعي بكيفية مزمنة.

كما أن الغاية منها كذلك تجنب الجدال الذى قام بشأن الوفاة «الحقيقة» للسيدة الزنجية التي أخذ منها قلبها لاستعماله في أول عملية لنقل القلب كان قد أنجزها البروفيسور بارنار سنة 1967 في مدينة الكاب بـإفريقيا الجنوبية⁽⁸⁾.

وتنقل الآن إلى الحديث عن مسألة الرضا أو الموافقة على أخذ الأعضاء، وهذه المرة بعد الوفاة، حيث سبق الحديث من قبل عن الموافقة المطلوبة من متبرع حي.

- الواقع أنه إذا كان الشخص الراشد قد أبدى موافقته قيد حياته على أخذ أعضاء من جسمه حين وفاته، فالامر لا يثير أية قضية خلقية؛

- وإذا ما أبدى شخص معارضته للأخذ، فإنه يصبح من المتحتم النزول عند إرادته؛

- فإذا كان المتبرع قاصراً أو فاقد الأهلية، فإن الموافقة يجب أن تعطى عن طريق الوسيط الشرعي لكل منهما، وكيفما كان الحال، فإن وثيقة التبرع يقع تقييدها لدى رئيس المحكمة الابتدائية الواقعة في محل سكني الشخص المتبرع؛

- وللمتبرع الحق في أن يعلن عن إلغاء تبرعه، لدى السلطة آفة الذكر وضمن نفس الشكليات إذا أراد؛

- وعندما لا يكون الموقف محدداً بكيفية واضحة من قبل الشخص قيد حياته، أي أنه لم يتم بإيداع وثيقة تثبت موافقته على التبرع أو معارضته، فإن في وسع الطبيب أن يفترض موافقة المتبرع.

ومع ذلك، فعلى الطبيب أن يأخذ بعين الاعتبار موقف العائلة من هذا الوضع وأن يتصرف معها بمنتهى اللباقة.

والملاحظة الأخيرة، هي أن على الطبيب أن يحرص قبل كل شيء على أن يكون العضو المراد نقله سليماً وغير مصاب بمرض من الأمراض المعدية أو من شأنه أن يهدد حياة الشخص المراد إنقاذ حياته.

إن هذا الاحتياط ليس من قبيل الرياضة الفكرية، ومن غير المستبعد أن يطالع الأطباء يوماً ما على حالات نقل أعضاء مأخوذة من جثث مرضى كانوا مصابين بالسيだ أو غيرها من الأمراض الفيروسية الفتاكـة.

المخاطر المحتملة : نصل الآن إلى جانب من أخطر جوانب موضوع حديثنا، إلا وهو جانب المخاطر المحتملة. إن الحاجة إلى أعضاء سليمة في ازدياد مستمر، وبخاصة في البلاد الغنية، كما أن آماد انتظار وجود العضو المطلوب تكون أحياناً طويلة جداً.

هذان العاملان كانا وراء ظهور بعض المخاطر المحتملة أهمها اعتبار الجسم الإنساني بمثابة بضاعة تحط من قيمة الإنسان وكرامته.

مثل هذه التصرفات اللا أخلاقية، أسهمت إلى حد ما، وفي كل بقعة من بقاع العالم، في خلق أسواق تجارية كبرى مختصة في بيع جسم الإنسان وشرائه، لفائدة الأقوياء والأغنياء، وعلى حساب الضعفاء والفقراء.

هناك ثلاثة أنواع من هذه الأسواق :

- 1- الأول خاص ببيع عضو إنسان فقير حي إلى إنسان آخر مريض وغنيّ؛
- 2- الثاني خاص ببيع أعضاء من جثة ميت، تبعها عائلته التي تفكر أولاً وقبل كل شيء في كسب المال؛
- 3- الثالث خاص بشراء الأولوية في لائحة الانتظار يشتريها مريض غنيّ.
في كل هذه الحالات الثلاث، يعتبر جسم الإنسان وكذا الأعضاء المأخوذة منه بمثابة أشياء تجارية خاضعة لقانون السوق.

وتزدهر تجارة الأعضاء هذه خاصة في البلدان الفقيرة، الإفريقية والأمريكية اللاتينية والآسيوية، ويرتفع العرض بكيفية ملموسة في كل من الفلبين والبنغلاديش والهند، في حين يرتفع الطلب من اليابان والدول الأوروبية.

ويشمل هذا النوع من التجارة أعضاء يبيعها أصحابها وهم على قيد الحياة وأخرى مأخوذة من جثث بعض الأموات.

فعمدما يكون البائع حيا :

يختلف الشمن بحسب ما إذا كان الشخص المعطي شاباً أو معمراً، صحيحاً معافى أو مريضاً، والشمن عال جداً في بعض الحالات.

يشار إلى ذلك المريض الياباني الذي اشتريَ كليَة بما يقرب من 150.000 دولار أمريكي، أخذ صاحبها، وهو محكوم عليه بالإعدام قبل وفاته، مبلغ 2200 دولار لا غير. بينما تم تقسيم المبلغ الباقي ما بين الوكالة اليابانية المروجة والمركز الطبي الفلبيني الذي أجريت فيه عملية الأخذ.

وبغض النظر عن إمكانية هذه الصفقة التجارية "الطوعية" فإن الإنسان قد يجد نفسه، تحت تأثير ضغوط خاصة أو معرضاً لوسائل عنف حقيقة، مرغماً على إعطاء العضو المستهدف من أعضاء جسمه، (قضية الأتراك).

بالإمكان كذلك أن تصور بيع جسم الإنسان بكامله قيد حياته، مما يؤدي بنا إلى شكل جديد من أشكال الرق التي أبطلها التصريح العالمي لحقوق الإنسان حيث نص على أن "الناس يولدون أحرازاً متساوين في الكرامة وفي الحقوق".

ولعل مما ينشأ عن تحويلي أعضاء جسم الإنسان إلى عملية تجارية، أن الاتجار فيها، سوف تنتج عنه لا محالة مخاطر أخرى محققة من شأنها القضاء على عواطف النبل والوجود ومحبة الغير والأخوة الإنسانية.

ذلك أن أي أحد لا يمكن أن يقبل بالتبني بعضو من أعضاء جسمه إذا صار بالإمكان شراء هذا العضو من شخص آخر.

ومن حسن الحظ أن التجارة في جسم الإنسان مرفوضة بتاتاً من قبل جميع التشريعات المعروفة، وكذا من قبل جميع المؤسسات الرسمية المختصة في نقل الأعضاء.

وعندما يكون العضو مأخوذًا من جثة :

يكون الاتجار في الأعضاء أكثر اتساعاً حيث يمتد إلى كافة الأعضاء التي يمكن نقلها. وقد يشكل هذا النوع من الاتجار فضيحة أخلاقية إذا ما امتد إلى شراء الأسبريقية في لائحة الانتظار، وهو أمر أثار كثيراً من الانتقادات، وتسبيب في العديد من الفضائح أشهرها «فضيحة المرضى الإيطاليين» في فرنسا الذين نقلت إليهم الأعضاء بالأولوية على غيرهم باستعمال الوسائل المادية الضخمة، وقد عولج الوضع في فرنسا عن طريق إنشاء «المؤسسة الفرنسية لنقل الأعضاء» التي كان من أولويات مهامها تطبيق القواعد الخاصة :

- بتسهيل السجل الوطني الآلي للمرضى الموجودين في حالة انتظار النقل بكيفية عادلة؛

- وبتوزيع الأعضاء الصالحة للنقل بكيفية عادلة.

المشكل الأخير الذي أودّ أن أطرق إليه بإيجاز هو الكلفة المالية للعملية :

لا يمكن صرف النظر عن التعرض للبعد الاقتصادي لعملية نقل الأعضاء لأن الكلفة المالية لهذه العمليات مرتفعة جداً، وتختلف الكلفة حسب البلدان وحسب الأعضاء المنقوله اختلافاً كبيراً.

ففي فرنسا مثلاً : تقدر الكلفة عملية نقل الكبد بـ 75 مليون س.م. وكلفة عملية نقل الكبد 300 مليون سنتيم مغربي⁽⁹⁾، وهذا فقط بالنسبة للسنة الأولى التي يقع فيها نقل الأعضاء دون احتساب الكلفة الإنسانية التي يصعب تقديرها، حيث تتعلق

بوجود فريق طبي مهم مع كل مريض، مكون من مجموعة من الأطباء المختصين والجراحين والممرضين وأطباء مستشارين من سائر الاختصاصات.

إن نقل الأعضاء إذن، عملية ذات كلفة عالية خاصة بالنسبة للبلدان النامية التي لا يمكنها أن ترصد لقطاع الصحة إلا ميزانية محدودة.

هنا تبادر إلى الذهن سلسلة من التساؤلات :

أولها : هل من اللازم القيام بنقل الأعضاء في هذه البلدان ؟

الجواب عن هذا التساؤل ينبغي معرفة ما إذا كان مقبولاً أخلاقياً تخصيص مبالغ مالية ضخمة لنقل الأعضاء، في الوقت الذي تبدو فيه الحاجة ملحة إلى صرف هذه المبالغ، عن طريق الأولوية، في قضايا الصحة الأساسية، والطب الوقائي، وتطوير وسائل العلاج الأولية في هذه البلدان.

ولعله من الصعب الوصول إلى إجابات مرضية عن هذه التساؤلات الحرجة، نظراً لما تلاقيه المستشفيات حالياً من صعوبات مالية خانقة في توفير الحاجات اليومية.

ومع ذلك، فإن الطبيب لا يمكن إلا أن يكون في صف الموافقين على القيام بعمليات نقل الأعضاء، لأنَّه مقتنع في أعمقه بأنَّ ذلك يساعد على تطوير البحث العلمي الذي لا يمكن تقدم الطب إلا عن طريقه، ويبيِّن علينا انتظار موافقة المسؤولين عن قطاعي الصحة والمالية، لتخصيص ميزانية جزئية للتجهيزات الضرورية وللتيسير، على أن يقع تأميم الجزء الباقٍ مثلاً عن طريق عصبة وطنية لنقل الأعضاء يكون من أولى اهتماماتها جمع الأموال الضرورية من المحسنين المتطوعين.

نوع ثان من هذه التساؤلات : يرد بصدق استحالة تحمل النفقات الناجمة عن إجراء عمليات نقل الأعضاء من قبل الدولة حتى في البلدان الغنية.

- من هو الشخص الذي سيقع نقل العضو إليه^(10/8)؟
- هل هو من بين المرضى الذين بإمكانهم الإسهام مالياً في نفقات العملية؟
- أم يقع اختياره من بين العناصر الشابة؟ وابتداءً من أي سن؟
- أم من المعمرين؟ وإلى حدود أي سن؟
- هل نبدأ بالأشخاص المنتجين العاملين؟ أم بآرباب العائلات؟
- أم الذين تدعوا الضرورة إلى نقل أعضاء إليهم لأول مرة؟
- أم الذين هم في حاجة إلى إعادة نقل الأعضاء إليهم بعدما لم يتهيأ لهم النجاح في عمليات سابقة؟
- أم المواطنون؟ أم الأجانب؟
- ومثيلاتها من الأسئلة الصعبة التي هي أدخل في السياسة الاجتماعية منها في الأخلاقيات الطبية.

كثير من هذه القضايا له علاقة متينة بقضاياها حضارية وأخرى فكرية، إن لم نقل فلسفية تمس قيم الإنسان، وحياته، وأعضائه، ومصيره، وجسده، بعد الموت، وكرامته الإنسانية وحرি�ته، وحقوقه وواجباته على العموم. لا بد إذاً من فتح حوار في هذا المجال الذي تتعدد فيه الآراء والاتجاهات لصالح الإنسان الذي كرمه الله وفضله أياً ما تفضل.

الهواش

(1) مراجع

- نصوص القرارات والفتاوی المختلفة الصادرة عن جمیع الفقهاء الإسلامی بجده.
- نصوص القوانین المتعلقة بقل الأعضاء الصادرة في كل من تونس، والجزائر، والکویت، والأردن، والعراق، وسوریا، ومصر، ومشروع القانون العربي الموحد، ومشروع القانون المغربي قيد الصدور.
- الشتوی الصادرة عن الأمانة العامة لهیأة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية.
- وكذا الدراسة التحلیلية المقیدة الموجودة في الصفحات 217 و 228 من كتاب «الطیب أدبہ وفقہ» تأليف زهیر أحد السباعی و محمد علی البار.

- (2) D. GUTHRIE. *A history of medicine* - Philadelphie-USA: Lippincott 1946 , p. 12.
- (3) Paul BERT. *De la greffe animale* thèse 1863- Paris.
- (4) Thomas STARZL. *Transplantation en masse des organes abdominaux* «Bulletin de l'Académie Nationale Française de Médecine», 1991- Tome 175 p.835.
- (5) Didier HOUSSIN. *Rapport Préliminaire sur les activités de prélèvement et de greffe en France en 1995* «E.F. des greffes». Juin 1996- p.16.
- (6) B. BARROU et coll. *Transplantation rénale à partir de donneurs vivants apparentés* «Statistique du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière» Paris 1995.
- (7) *Décret français Relatif aux conditions du constat de la mort* «Revue du praticien» Med. Génè-Tome 10- N°350/ 16.9.96.
- (8) P. H. MULLER. *prélèvements et transplantations d'organes : Aspects juridiques et éthiques.* «Rev. Praticien» 1993 - 43 - 6 p.787.
- (9) A. CARPENTIER. *Ethique et transplantation in «Transplantation d'organes»* Medecine-Sciences Flammarion p. 369.
- (10) J. DE KERVASDOUE. *Ethique et choix économique en politique de santé.* «in Ethique et transplantation- séminaire du club de la transplantation-Cilag» p. 93- 98

أخلاقيات البحث والتجريب الطبي على الإنسان (*)

إن الموضوع الذي سأطرق إليه هو موضوع دقيق في مفاهيمه وواسع في مشمولاته، وأن من يود الخوض فيه لن تكفيه جلسة واحدة. لهذا سأحاول أن يكون العرض مركزاً ومبسطاً.

أود في البداية أن أذكر بعض الحقائق البديهية، ذلك أن العلوم الطبية لا تتقدم إلا بالتجريب، وأن الأطباء درجوا منذ العصور القديمة على اتخاذ الإنسان موضوعاً لدراساتهم وأبحاثهم. ويمكن القول إن كلّ وصفة طبية هي في الحقيقة تجريب. بهذا الصدد سبق لأبرهارط أن أشار في مبحثه "عن الطب القديم" إلى أن فن التطبيب مؤسس على البحث الذي بدونه لا يكون علاج المرضى سوى ضرب من التماس الحظ.

من بين هذه الحقائق البديهية، كذلك أن التجارب الطبية على العموم تنطوي على فروق وتناقضات بينية بين قيمتين أساسيتين :

القيمة الأولى :

هي إثراء المعرفة العلمية مع احترام حرية العالم في القيام بأبحاثه وتجاربه الضرورية المشروعة كشرط لابد منه لتقدم الطب.

(*) ألقى هذا العرض ضمن أحاديث الخميس يوم 18 أكتوبر 2001.

أما القيمة الثانية :

فهي احترام الإنسان وحمايته وعدم المساس بشخصه وكرامته. وبالفعل فإن ضرورة تطوير العلم قد تحجّب عن الباحثين، وهم يمارسون تجاربهم، الآثار التي لربما تكون ضارةً بصحة الإنسان الذي تمارس عليه التجارب، وهي آثار مؤكدة خاصة إذا مارس الباحثون تجاربهم على الإنسان مباشرة دون اللجوء إلى الحيوان كما سُنِّي فيما بعد.

قبل أن أطرق للبحث كما يمارس على الإنسان في عصرنا الحاضر، سأقوم بتذكير يتناول من جهة، المراحل التاريخية، ومن جهة ثانية النظم والتوصيات التي يجري بها العمل منذ ما يزيد عن الخمسين سنة.

فمنذ إمبراط وإلى بداية القرن العشرين، لم يتلزم الباحثون بأية حدود أو ضوابط سوى ما يوحى به ضميرهم وإيمانهم وأعرافهم. بإمكاننا أن نذكر من بين هؤلاء الباحثين الطبيب الأنجلبي إدوار جينير (Edward JENNER) الذي اكتشف في نهاية القرن الثامن عشر اللقاح المضاد للجدري (Variole)، وقد عالج به طفلاً سليمًا يبلغ من العمر ثمان سنوات دون أن يتسبب ذلك في إصابته بأي مرض. وقع عزل هذا اللقاح انطلاقاً من صديد جدري البقرة. ولعل هذه التجربة، رغم حسن نية صاحبها، وحسب المعايير المعتمدة اليوم، مذمومة أخلاقياً لأنها مورست على طفل صغير لم يكن بمقدوره أن يمنع موافقة واعية على التجربة مما سنتعرض إليه فيما بعد.

ونستحضر في نفس السياق العالم الفرنسي لويس باستور (Louis PASTEUR) الذي أبدع سنة 1885 تقنية التلقيح ضد داء السعار (Rage) بعد أن طعم راعياً شاباً بفيروس مخفّف.

وبشكل عام كان هدف الأطباء الباحثين أساساً هو تطوير العلم بما كانواوا يتوفرون عليه من إمكانيات للقيام بتجارب متعددة. وقد تسبب هذه التجارب في آثار كارثية على المرضى، إلا أن ذلك كان يظل مجهولاً من طرف الجمهور.

وإلى جانب هذه التجارب التي كان يقوم بها باحثون من ذوي النيات الحسنة قد يكون مفيداً أن نتعرّض لبعض التجارب التي أُنجزت خلال الحرب العالمية الثانية في مخيمات الاعتقال الألمانية والتي لم يُكشف عنها النقاب إلا في نهاية الحرب. إنها تجارب إجرامية لم يتم بها أطباء مجازين ولكنها كانت مقصودة وبسباق إصرار من قبل أطباء نازيين من بينهم علماء بارزون من ذوي الكفاءات العالية، وسأكتفي بذلك طبيبين من بين هؤلاء أولهما الدكتور راشر (RASCHER) الذي قام ببحث يتعلق بآثار التبريد (Hypothermie) على جسم سجناء مدنيين يتظرون تنفيذ حكم الإعدام عليهم. أراد هذا الطبيب أن يحدد الوقت الكافي لتحصل الوفاة جراء البرد، مع العلم أنه في تلك السنوات كانت تمارس بعض العمليات الجراحية على الدماغ تحت تأثير الخفض الاصطناعي لدرجة حرارة الجسم إلى حدود 27/28 درجة عوض 37 التي هي معدل الحرارة الطبيعية عند الإنسان.

العالم النازي الآخر هو البروفيسور كلوبرغ (CLAUBERG)، وكان يتمتع بشهرة واسعة، تتلخص تجاريته في بث مواد سامة بالأعضاء الجنسية لليهوديات المسجونات بقصد تعقيرهن.

إن هول هذه التجارب الإجرامية أدى سنة 1947 إلى إعداد وثيقة ذات بعد دولي في مجال الأخلاقيات الطبية صُودقَ عليها بعد محاكمة نورمبرغ، تحمل اسم

”مدونة نورمبرغ“ (Code de Nuremberg) وتُلْحِّ على الضرورة القصوى للحصول على الموافقة الطوعية للأشخاص المراد إخضاعهم للتجربة، كما تنص هذه المدونة على أنه لا يمكن إجراء أية تجربة على إنسان إلا إذا أبدى موافقته الحرة وبعد أن يحصل على أدق المعلومات المتعلقة بالتجربة⁽¹⁾.

توجد نصوص أخرى تُتمم المبادئ الأخلاقية المشار إليها، ويتعلق الأمر بـ «تصريح هلسينكي» (Déclaration d'Helsinki) الصادر سنة 1964 من قبل «الجمعية الطبية العالمية»، والذي يقضي بأنه في حالة معالجة أي مريض يمكن للطبيب اللجوء إلى منهج تشخيصي أو علاجي جديد إذا ارتأى أن هذا المنهج يعطي بارقةأمل في إيقاد الحياة أو المعافاة من المرض أو تخفيف آلام. يلزم هذا التصريح في نفس الوقت الطبيب بأن يعرض خطة بحثه على لجنة أخلاقية مستقلة، مع التنصيص على «الالتزامات الضمانات الخاصة في حالة تجربة لا فائدة علاجية منها، تجري على متطوعين سليمي الجسم أو على مرضى مصابين بداء لا علاقة له بموضوع التجربة»⁽²⁾.

ومن النصوص المهمة تأتي على ذكر «تصريح ماينلا» (Déclaration de Manille) الذي أصدرته «المنظمة العالمية للصحة» سنة 1981، وتصريح «مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية» (cioms) الصادر سنة 1993، وهذا التصريحان يُنهيان لضرورة التزام العلماء المجريين في البلدان المتنامية بالقواعد والمعايير⁽³⁾.

صادق «المجلس الأوروبي» مؤخراً على توصية تحدد المبادئ الأخلاقية والقانونية التي ينبغي أن تُراعى في التجارب الطبية على الإنسان، وتنص هذه التوصية على قواعد أساسية ثلاثة :

- القاعدة الأولى هي أن كل بحث طبي ينبغي أن ينجز في إطار خطة علمية، بتبرير أخلاقي مقبول وهو توسيع دائرة المعارف الطبية المفيدة للإنسان؛
- القاعدة الثانية هي لزوم موافقة الأشخاص الذين سيخضعون للتجربة، على أن تكون هذه الموافقة حرة واعية؛
- القاعدة الثالثة هي أن احترام أخلاقيات التجربة الطبي ي ينبغي أن يكون بضمانة مؤسسات مستقلة ومتحدة الاختصاصات مثل اللجان الأخلاقية.

بعد هذا التذكير التاريخي، واستعراض بعض النصوص والتوصيات الصادرة عن المنظمات الدولية المختصة للحيلولة دون التجاوزات، سأتناول الآن الحديث في موضوع منهجية التجربة.

من الناحية المنهجية وقبل التصديق النهائي على تجريب دواء من الأدوية لا بد أن تكون التجارب مسبوقةً بدراسات كيميائية وسمومية وصيدلية تسمى الدراسات قبل السريرية (Précliniques)، تتم في مرحلة أولى على صعيد المخابر قبل أن تجري على الحيوانات من أنواع مختلفة وبأعداد كافية (2-3 و4).

تنجز في هذه المرحلة (قبل السريرية) دراسات تحرك الدواء في جسم الإنسان (pharmacocinétique) بما في ذلك شروط الامتصاص والانتشار والإفراز من لدن الجسم بواسطة البراز والبول والعرق واللعاب. وهذه المرحلة هي تمهد ضروري ولازم قبل أن يستعمل دواءً ما لدى الإنسان، وغالباً ما تدوم هذه المرحلة مدة طويلة تتراوح بين ثلاث وست سنوات.

ثم تأتي فيما بعد مرحلة التجارب السريرية التي سوف تستغرق، حسب أصناف المواد العلاجية، من أربع إلى ثمانى سنوات. وهذه التجارب تخضع لنظام دقيق، ولا يمكن أن تمارس إلا على أشخاص متطوعين وقع إخبارهم بالأخطار التي يمكن أن يتعرضوا لها وأعربوا عن موافقتهم المسبقة، وهم إما أن يكونوا من المرضى المعنيين بالتجربة أو من الأشخاص السالمين.

من اللازم أن تكون الموافقة على التجربة حرفة، بمعنى أن المريض لا يقع عليه أي ضغط ولو كان خفيفاً، وأن يكون في كامل قواه العقلية، وأن يعرف مسبقاً أن بإمكانه الانسحاب من التجربة متى شاء دون تقديم أي مبرر⁽⁵⁾.

إذا كان التجربة سيقع على أشخاص قاصرين، أو على أشخاص بالغين موجودين تحت الحماية القانونية، فإن الموافقة تُستصدر من السلطة العائلية أو من الوكيل الشرعي.

ثم إن الموافقة يجب أن تكون واعية، بمعنى أن المريض يتتوفر على كل المعلومات حول الهدف من التجربة وخطتها وسيورته، ويكون إخباره بهذه المعلومات مُبسطاً، ومفهوماً ومتجنباً الدخول في التفاصيل التي قد تخفف المريض وتدفعه إلى اتخاذ موقف الرفض. وجدير بالإشارة إلى أن الموافقة يمكن أن تكون شفهية بمحضر شهود، أو كتابية.

فيما يخص المتطوع السليم الذي يخضع للتجربة، يجب الإشارة إلى أنه لا يطمئن في الحصول على امتياز شخصي له علاقة بصحته. وعليه، فلا يكون التجربة

مقبولاً إلا إذا وقع الحرص على تجنب المتطوع التعرض لأي خطورة ولو كانت بسيطة، وإنما إذا أجري في ظل مؤسسة طبية تضمن سلامته وأمنه. ومن الضروري في هذه الحالة أن تكون الموافقة الحرة والواعية موضوع «عقد تجريب» مكتوب وموثق عليه من الطرفين، ينص على الالتزامات المتبادلة وعلى المبلغ الذي قد يؤدي إلى المتطوع، وهو مبلغ لا يمكن اعتباره كأجرة، لكن فقط كتعويض عن عدم تمكن المتطوع من كسب قوته اليومي في المدة التي يتطلبه التجربة والتي يمكن أن تطول.

ولا بد من الإشارة إلى أنه في التجريب الطبي، يُقصى المسجونون الذين يمكن إغراوهم بتقليل مدة حبسهم أو العفو التام عنهم، كما يُقصى القاصرون أو الموجودون تحت الحماية القانونية أو المصابون بمرض لا علاقة له بالبحث الجاري، ويُعتبر عدم إقصاء هؤلاء من السلوكات التي تُخلّ بالأخلاقيات المرعية.

هذا وتوجد حالات خاصة لا بد من التنصيص عليها في الخطة التجريبية التي تُعرض على لجنة الأخلاقيات مثل حالة طلبة الطب والنساء الحوامل أو المرضعات والأشخاص الذين تربطهم بالمسؤولين عن التجربة علاقات عائلية... الخ.

وهناك حالة خاصة أخرى تستحق أن نتوقف عندها لكونها تطرح عدداً من المشكلات الأخلاقية. يتعلق الأمر بإدماج أشخاص مسنين في البحث، وهذا البحث لا غنى عنه فيما يخص الأمراض التي لا يصاب بها إلا المتقدمون في العمر كمرض الخرف (Maladie d'Alzheimer) وغالباً ما تكون بنية هؤلاء الأشخاص وصحتهم هشة، و غالباً ما يكون رد فعلهم على تناول الدواء مخالف تماماً لرد فعل المرضى الشباب.

من ناحية أخرى هناك عراقب قد تواجه التجربة لدى الأشخاص المسنين وذلك للأسباب التالية :

1. من الممكن أن يجدوا على هؤلاء تردد فيما يخص خصوصهم للتجربة، ناتج عن الخوف من الإبر أوأخذ العينات الدموية مثلاً.
2. في الغالب تكون صحتهم العقلية غير ثابتة مما لا يسعفهم في اتخاذ قرار مقبول أو إعطاء موافقة حرة وواعية على الخضوع للتجربة.
3. تكون الحالة الصحية لهؤلاء هشة مما يفرض في الطبيب اتخاذ إجراءات خاصة حتى لا يقع المساس بأجسادهم أو حياتهم الخاصة.
4. كون مقدرتهم محدودة لفهم طبيعة التجربة والإدلاء بتقييم صحيح لنتائجها أو عواقبه.

والعرقلة التي يصعب كثيراً تجاوزها هي التي توجد لدى المرضى المسنين الذين هم في عجزٍ تام، وهم بصفة خاصة المصابون بالخرف. إن هذا المرض يتميز بنقصان انحلالي في حجم الدماغ، يؤدي في مرحلة أولى إلى فقدان الذاكرة، قد يتتطور تدريجياً بسرعة أكثر أو أقل حسب الحالات، ويؤدي في مرحلة ثانية إلى اختلال عقلي شيخوخي تام.

ونظراً لأن هذا المرض لا يصيب إلا الإنسان فإن اللجوء إلى التجربة على الحيوان غير مفيد في إعداد الأدوية.

هنا نحن أمام معضلة أخلاقية تُسائلنا أولاً، هل يعتبر إدماج هؤلاء المرضى في التجربة الذي لن يستفيدوا منه قابلاً للتبشير؟

ثانياً، هل يعتبر التخلّي عن القيام بالتجربة على المرضي مقبولاً أخلاقياً مع العلم بأنّ هذا التجربة يكون الفرصة الوحيدة للوصول يوماً ما إلى الوقاية من المرض أو علاجه؟ وهذا التساؤل مطروح منذ كولد برتار في نهاية القرن التاسع عشر، وتتلخص الإجابة عنه اليوم في أن لا يُضحي بأفراد من أجل فائدة محتملة قد تتجلى مستقبلاً وقد لا تتجلى.

إن قواعد التجارب الطبية، مهما كانت الأهداف المتواخة منها، لا بد أن تُعرض على لجنة مهمتها الأساسية هي حماية الأشخاص الخاضعين للتجربة، وغالباً ما تُستوحي هذه القواعد من التنظيمات التي وضعتها «إدارة التغذية والأدوية» - (F.D.A.)، الأمريكية التي توجد في واشنطن وتحتّص بمنح التراخيص لقبول الأدوية الجديدة في الولايات المتحدة.

تنص التنظيمات على أن التجربة يتم عبر ثلاث مراحل، يمكن أن تضاف إليها مرحلة رابعة عند الاقتضاء :

- المرحلة الأولى مخصصة لدراسة تحمل الإنسان للدواء، ويتعلق الأمر بضبط الآثار الجانبية والآثار غير المرغوب فيها. ويهتم المُجرب في هذه المرحلة بالتأكد من شروط التأمين الضرورية لاستعمال الدواء وتحمله من حيث المقاييس الموصوفة ومعايير نشاطه وتنبله؛

- المرحلة الثانية تبدأ حين تكون نتائج المرحلة الأولى مُرضية ويتم فيها تحديد الفائدة من الدواء، وتشخيص منافعه العلاجية، وتحديد أفضل الظروف لاستعماله، وبعبارة أخرى ضبط فعاليته، ومقاييس استعماله. ولا بد للمُجرب في هذه

المرحلة من مواصلة الانتباه للآثار الجانبية أو غير المرغوب فيها ومخاطر تفاعل الدواء مع أدوية أخرى قد يكون الشخص الخاضع للتجربة يتناولها.

وإذا تأكّد المُجرب في نهاية المرحلة الثانية من أن الدواء ليس له أثر إيجابي، أو يتسبّب في بعض المضار، فإنه من الواجب توقيف التجربة، أما إذا تأكّدت فعالية الدواء المُجرب، وأنه لا ضرر فيه فإنه يسمح للمُجرب أن يمر إلى المرحلة الثالثة التي هي مخصصة للحصول على أدقّ تقييم لفعالية الدواء بالمقارنة مع أدوية مرجعية أخرى موجودة ومستعملة، أو مع عناصر غير فعالة تطلق عليها لفظة (Placebo) وتترجمها المعجم العربي الطبي الموحد بكلمة (غفل)، وهو شبه دواء أو بديل لا مفعول له، يجب أن يتّخذ نفس المظاهر ونفس السمات للدواء المُجرب.

تستغرق هذه المرحلة الثالثة، التي هي أعلى المراحل من حيث الكلفة، مدة طويلة، لا بد أن تجري فيها التجارب على عدد كبير من المرضى، مع وجوب توزيعهم إلى فريقين متخاصمين تسحب أسماؤهم بالقرعة، يخضعان إلى منهج : "العمى المزدوج" (Double aveugle)؛ الفريق الأول يعالج بالدواء المُجرب، ويُصرف للفريق الثاني إما دواء مرجعي، وإما شبه دواء (غفل). أهم ميزة لهذه المنهجية التجريبية أن العلاجات المقارنة تتم بطريقة لا يعرف فيها الطبيب والمريض أي المتنوجين هو المؤثر بالفعل، وهذا من شأنه أن يجنب الاثنين التأثر بظواهر أو إيحاءات نفسية.

إن الاعتراض الأخلاقي على استعمال الغفل أو البلاسيبو هو أن تحرّم بعض المرضى من منافع علاج يمكن أن يكون فعالاً، إلا أن هذا الاعتراض يسقط إذا ثبت أن الدواء المُجرب له آثار جانبية سيئة.

هكذا تشكل المرحلة الثالثة الحلقة الخامسة في تقييم العلاج لأنها تتيح الصياغة الكاملة للعلاقة بين الفوائد والمضار، وكذلك العلاقة بين التكلفة والفوائد.

الملاحظ أن من بين ألف من المركبات الكيميائية المقترحة للتجربة نجد أن 50 فقط تصل إلى مرحلة التقييم قبل السريري و 10 فقط تكون موضوعاً للمرحلة الثانية وواحدة فقط تكون موضوعاً للمرحلة الثالثة.

بقي أن أقول إن المرحلة الثالثة تتوج بمنح شهادة هي نتيجة تقييم طبي وإداري يتيح الحصول على الإذن بترويج الدواء في السوق *Autorisation de mise sur le marché ou A.M.M.*

وحين يصدر الإذن بترويج الدواء في السوق تتحمل الدولة المسؤولية في حالة ظهور أضرار جديدة، لذلك يكون ملف طلب الإذن بترويج الدواء موضوع دراستين: دراسة يقوم بها فريق من الصيدليين المرموقين المشهود لهم بالكفاءة العالية، ودراسة يقوم بها فريق عمل متكون من الاختصاصيين في السموميات والصيدلة والأطباء السريريين. ويشترط في الفريقين أن لا تكون لهما علاقة بالمؤسسة الصانعة للدواء ولا بالإدارة مما يعطي ضماناً قوياً بالاستقلالية العلمية للاعتراف الدولي بقيمة الدواء وترويجه.

هناك مرحلة رابعة ممكنة - كما أشرت إلى ذلك من قبل - مخصصة لعمليات تقييم إضافية بعد أن يصدر الإذن بالترويج التجاري للدواء. وتحتاج هذه المرحلة بتدقيق المعرف الطبية المتعلقة بالآثار غير المرغوب فيها، وحصر مضبوط لأنماط استعمال الدواء. تستغرق هذه المرحلة زمناً طويلاً، وقد تأتي بعض المفاجآت غير السارة كتسجيل آثار جانبية متأخرة لا تظهر إلا بعد سنوات من رواج الدواء.

وفي بعض الأحيان تكون الآثار الجانبية سارة، كالاكتشاف المتأخر لمنافع لم تكن في الحساب ولا تدخل في إطار ما هو متوازي من الدواء.

وتتجدر الإشارة إلى أنه بالنسبة لمعظم المنتجات ذات العلاقة بالصحة تم وضع مساطر شبيهة بالمساطر المتبعة في تجربة الأدوية.

هكذا تخضع جميع الآلات والأدوات العلاجية والتشخيصية والوقائية للتصديق، كلما كان استعمالها قد يؤدي مباشرة أو بصفة غير مباشرة إلى أخطار تهدد صحة أو حياة المرضى أو المستعملين.

وهذا المقتنص يطبق على الأدوات الصغيرة كالإبر والمُحقنات (seringues) والضمادات (pansements)، كما يطبق على الأدوات الكبرى وألات الاستطلاع الإشعاعي وأداة تصوير الأوعية (angiographie) والسكانيير (scanners) وأدوات التصوير بالرنين المغناطيسي النووي (résonance magnétique nucléaire) كما يطبق كذلك على الأجهزة المعقدة الخاصة بالجراحة والتخدير والإعاش.

بل ويطال هذا المقتنص حتى المنتجات الدموية التي تشمل صنفين متميزين :

1- المنتجات الدموية الثابتة، المهمة بشكل صناعي والتي تعتبر كادوية حقيقة مثل عوامل تختثر الدم وبعض الهرمونات كهرمونات النماء... إلخ. وأذكر هنا بالفضيحة التي تسبب فيها قبل سنوات استعمال هذه المادة التي تفرزها الغدة النخامية (hypophyse) والتي تبين أنها تحمل عامل مرض جنون البقر أو مرض كروتسفيلد جاكوب (creutzfeld jacobs).

ـ المنتجات الدموية غير الثابتة وهي الدم الكلوي (sang total) والبلازما والخلايا الدموية من أصل بشري، وأذكر كذلك هنا بالقضيحة التي أثارها منذ خمس عشرة سنة تحقين الدم المصاب بفيروس السيدا في فرنسا.

وستعمل نفس الإجراءات التي تتحدث عنها فيما يخص الكواشف (*réactifs*) المستعملة في مختبرات التحليلات.

أما التجارب في العلاجات غير الدوائية مثل العلاج الإشعاعي أو الجراحي فإن التمييز بين المراحل الثلاث أو الأربع أقلّ وضوحاً، بحيث إن المرحلة الثالثة هي التي تكون حاسمة في تقسيم العلاج، وهي كذلك مرحلة دقيقة للغاية.

فيما يتعلق بالتجارب الهدافة إلى ضبط وسائل الوقاية يجب منطقيا القيام بالتقسيم حسب نفس المبادئ التي يعتمد عليها في تجربة الأدوية. وذلك ما يتحقق مثلاً حين يهمُ الأمر اختبار قيمة لقاح من اللقاحات وفعاليته، المثال على ذلك لقاح سالك (Salk) المضاد لشلل الأطفال (*poliomyélite*). وبعد أن مورست التجارب المخبرية على هذا اللقاح بنجاح، تبين في مرحلة أولى أنه فعال وغير ضار لدى الحيوانات، ثم بدأ استعماله لدى الإنسان سنة 1957. وقد أجريت هذه التجارب في الولايات المتحدة الأمريكية على 400 ألف طفل، اختيار النصف الأول منهم بالقرعة، وهذا النصف يستفيد من اللقاح. بينما أعطي النصف الثاني دواءً غفلاً (*Placebo*)، وبفضل هذه التجارب ثبتت فعالية اللقاح في ظرف خمسة عشر شهراً.

وهكذا فسح المجالُ لعمليات التلقيح ضد هذا المرض الخطير في أمريكا ثم في بقية أنحاء العالم.

الملحوظ فيما يخص الوقاية : أن منهجية التجربة صعبة التطبيق، وهذا يرجع إلى صعوبة تشكيل مجموعات متجانسة وقابلة للمقارنة، وكذا إلى استحالة عزل الأفراد، ذلك ما يحدث إذا كان التجربة الوقائي يتطلب إدخال مادة على أي منتج غذائي لمنع الإصابة بمرض، كإدخال مادة اليد على ملح المطبخ أو على الماء الصالح للشرب للوقاية من تضخم حجم الغدة الدرقية أو كإدخال مادة الفلبيور للوقاية من تسوس الأسنان.

بعد هذه التحليلات ذات الطبيعة التقنية وال المتعلقة بسير التجربة، من المناسب أن نتناول الآن بعض الأمثلة الأخلاقية التي تترتب عليه. ولقد اتضح أن توصيات المنظمات الدولية وكذا النصوص المستنبطة منها في معظم الدول تفرض على كل مهندس احترام أخلاقيات البحث البيولوجي والطبي، وتتصدر قائمة المبادئ الأخلاقية حماية الكائن البشري ومراعاة كرامته⁽⁶⁾. لكن على الرغم من كل الاحتياطات التي تفرضها أخلاقيات البحث فإن التجاوزات ما زالت موجودة وتؤدي إلى خرق سافر للتعليمات التي تنص عليها «مدونة نورمبرغ» و«تصريح هلسنكي».

تُمارس هذه الخروقات مع الأسف بصفة أساسية على الأشخاص الضعفاء والمهمومين وعلى كل من هم في وضع هش، وقلما ينتهي إلى الدول المصنعة. ولعل الأمثلة التالية من شأنها أن تطلعنا على هذه الممارسات :

المثال الأول :

أجريت ما بين 1932 و 1972 دراسة تحمل اسم توسكيجي (Tuskegee) تحت مراقبة المعاهد الوطنية للصحة (NIH) بواشنطن ومركز مراقبة الأمراض في أطلانتا

(CDC) بالولايات المتحدة الأمريكية (7و8)، تناولت هذه الدراسات مرض الزهري، (syphilis) لمعرفة كيفية تطوره، سواء في حالة المعالجة أو عدمها. وقد شملت هذه الدراسات عينة تعدادها 412 أمريكي زنجي يعانون من الزهري البين احتفظ بهم تحت المراقبة وبدون علاج، وعينة مقارنة تعدادها 204 أمريكي سالمين من هذا المرض. استمرت الدراسة ليس فقط في المدة التي لم يكن يتوفّر الأطباء فيها على دواء مفيد، بل وحتى بعد أن توفّرت "البنسلين" المضادة للجراثيم وتأكدت فاعليتها.

وعلّوم أن البنسلين اكتُشِفت سنة 1928 على يد "الكسندر فليمونغ" وببدأ استعمالها سنة 1940، الشيء الذي جعل هذا العالم الإنجليزي يفوز بجائزة نوبل في الطب سنة 1945.

لقد توقفت دراسة (توسكيجي) حين نبه لهذه الوضعية الشاذة أحد الصحافيين مما أثار السخط الذي عبرت عنه بعض الجرائد في صفحاتها الأولى، وقد أدى ذلك إلى مضائق إدارة الرئيس نيكسون. وفي هذه التجربة يتجلّى المس بالمبادئ الأخلاقية على مستويات عدّة :

- أ - الأشخاص الذين أخضعوا للتجربة لم يعطوا موافقتهم الوعية؛
- ب - لم يستند هؤلاء الأشخاص من العلاج الأفضل بواسطة ما كان معروفاً من الأدوية؛
- ج - استمرار الدراسة رغم توافر العلاج الناجع مع بداية استعمال البنسلين سنة 1940.

وكانت حجة القائمين بالتجربة أن أولئك الأميركيتين السود لم ولن يستفيدوا على كل حال من الدواء المتوفر لقلة ما يديهم، وأن الباحثين أكتفوا بمشاهدة ما كان يجب أن يحدث بشكل تلقائي.

المثال الثاني :

جاء سنة 1997 على يد منظمة أمريكية غير حكومية تحمل اسم «فريق البحث في صحة المواطنين»، التي احتجت بقوة ضد الشروط التي أُنجزت فيها بعض التجارب السريرية بطاليلاندا وفي بعض بلدان إفريقيا السوداء بهدف قياس خطر نقل فيروس داء فقدان المناعة المكتسبة أو السيدا من المرأة المريضة إلى طفلها خلال فترة الحمل أو الرضاعة⁽⁹⁾. لقد كان الهدف من تلك التجارب السريرية إخضاع الحوامل والمرضعات لبحث يعطي فيه لهنّ دواء غفل (Placebo) لمعرفة ما إذا كان خطر نقل الوباء في البلدان المتقدمة مساوياً أو أقل أو أكثر بالمقارنة مع النساء اللواتي عُولجن بمادة «AZT» التي هي أول دواء اكتشف ضد السيدا.

وقد شبّهت افتتاحية المجلة الطبية الأمريكية - «نيو إنجلند جورنال أوف مديسين(NEJM)» هذه الأبحاث بدراسة "توسيكيجي" من حيث إنهما معاً خرق بيّن حقوق الأشخاص الخاضعين للدراستين.

وتسبّبت الأطباء المجربون لهذه الدراسة وكذا الهيئة المالية التي تدعمهم بمبررات أهمها التكلفة العالية لصنف الدواء AZT المستعمل بفعالية في الدول الغربية. ومن المعروف، من خلال البحوث المنشورة منذ سنة 1994 في المجلة الطبية المشار إليها والتي أكّدتها فيما بعد دراسات أخرى في أمريكا وفرنسا، أن استعمال AZT عند

النساء الحوامل المصابات بالسيدا يقلل بنسبة أكثر من 50% خطر نقل الوباء إلى المولود. هكذا نجد أنفسنا أمام نسرين من المرجعيات : نسق الدول النامية الغنية، ونسق الدول المختلفة الفقيرة. النسق الأول يوظف استثمارات هائلة للقيام بالتجارب، والنسق الثاني يوفر الأشخاص المصابين الذين يجري عليهم التجريب، إنها قضايا تدفعنا إلى أن نطرح تساؤلات عدّة حول ظروف البحث في الدول المختلفة وحول العواقب الأخلاقية الناجمة عنه، علمًا بأننا متأكدون مسبقاً أن الفئات المستهدفة لن تستفيد من نتائج التجريب حتى في حالة نجاحه^(10،11).

إن هذه الوضعية المأساوية دفعت بعض المتخصصين في مجال الأخلاقيات إلى التساؤل عن مفهوم الأخلاق في الدول الفقيرة التي تتعرض ساكنتها لمخاطر كبرى كالجفاف والفيضانات والجوع وانتشار الأوبئة. ترى "نويل لونووار" (Noëlle LENOIR) عضو اللجنة الوطنية الفرنسية للأخلاقيات الطبية⁽²¹⁾ أن الأخلاق في مفهومها الحقيقي تعني قبل كل شيء بالنسبة لتلك الدول الفقيرة القضاء على الأمية، وتلقي قدر أدنى من العناية الصحية والتغذية الكافية المتوازنة. إذ تقول هذه السيدة : ما الفائدة من التفكير في الأخلاقيات ونحن نعلم أن 41 مليون طفل يموتون هناك سنويًا بسبب عدم وجود التلقيح أو المعالجة المناسبة لأمراض خطيرة مثل داء الحصبة (بوحرمون = rougeole)، وأن مليونين من الأشخاص يتوفون كل سنة من جراء حمى المستنقعات، وأن 90% من المكفوفين في العالم يعيشون في الدول الفقيرة، وأن مجموعات من السكان في إفريقيا مهددة بالانفراط بسبب وباء السيدا؟

إذا عدنا للحديث عن السيدا بصفة خاصة، نقول إن أخطر مشكلة تواجهها الدول الغنية هي أن الاستثمار الذي توظفه الشركات الصيدلية لاكتشاف دواء أو

لما كان هو استثمار ضخم جداً، وأن (بروتوكولات) العلاج المتوفرة حالياً والمستعملة لدواعين أو ثلاثة أو أربعة (bi ou tri ou quadri thérapie) في نفس الوقت في الدول النامية باهضة الثمن، ومن البديهي أن لا يكون بمقدور مرضى الدول الفقيرة الحصول عليها رغم الجهد المبذول من طرف بعض الدول النامية كالبرازيل والهند وجنوب إفريقيا من أجل تقليل هذا الثمن. إنها جهود تهدف إلى الاستغناء عن الأدوية غالياً الثمن المنتجة من لدن الشركات الصيدلانية العالمية، سواء كانت أمريكية أم أوروبية، وتعويضها بما يطلق عليه مصطلح "الأدوية الجنسية" (medicaments génériques). والدواء الجنس هو نسخة طبق الأصل من دواء موجود في السوق أصبحت رخصته ضمن الملك العام. يمكن إذن إنتاج هذا الدواء المرجعي الذي يتمتع قانونياً باحتكار الاستغلال خلال مدة الترخيص التي هي عشرون سنة.

إلا أن الشركات الغربية الصانعة للأدوية لا تتقبل هذه المبادرات بالرضي، ولا تعرب عن تضامنها مع الدول النامية، بل إنها تعتريض اعترافاً تاماً على استعمال الجنس مبررة ذلك بأن إنتاجها المضاد للسيدا لم يبلغ عمره العشرين سنة القانونية وأنه ما زال محمياً بالترخيص أو البروفي (brevet).

وأتخذت الولايات المتحدة موقف الدفاع عن الصناعة الصيدلية الأمريكية، وذهبت إلى حد رفع دعوى قضائية، في شهر فبراير من سنة 2001 ضد البرازيل أمام منظمة التجارة العالمية لمنع الإنتاج المحلي للأدوية الجنسية المضادة للسيدا، كما رفعت 39 مؤسسة دعوى قضائية جماعية في نفس المجال ضد حكومة جنوب إفريقيا التي قررت إنتاج هذه الأدوية محلياً بمقتضى قانون اتخذه سنة 1997.

تجاه هذه الوضعية وبمناسبة اجتماع دولي حول السيدا انعقد في نفس السنة بأيدجان، اقترح الرئيس الفرنسي (جاك شيراك)، وهو واع بالمشكل وخطورته، إنشاء صندوق دولي للتضامن يتتكلف بمرضى السيدا، إلا أن البنك الدولي، ومع الأسف، ارتأى أن صرف الاعتمادات الباهظة التي قد تخصص لدراسة وباء السيدا وعلاجه في إفريقيا قد يمنع من مواجهة أمراض أخرى في العالم، وأنه من غير المعقول أن تتم إفاده المرضى الأفارقة بنفس الإمكانيات العلاجية التي يتلقاها المرضى في الدول الغربية!

مهما يكن من أمر فإن الوقاية من وباء السيدا أو علاجه لن يتما في الآجال القريبة ولو بلغت مساعدات الدول الغربية المصنعة للدول الإفريقية أعلى المستويات المقترحة والموعود بها أي 61% من الإنفاق الداخلي الخام لهذه الدول الغنية.

إن تقليص الفوارق بين الدول الغنية والفقيرة من حيث مواجهة هذا الوباء يمر عبر تقليل الفوارق في مستوى العيش والدخل. ومعلوم أن الفرق بين المصاريف الخاصة بالصحة في الدول الغنية والفقيرة شاسع ومهول إلى درجة أن في بعض الدول الفقيرة لا يصرف على صحة الفرد إلا 5 دولارات سنوياً بينما يصل هذا المبلغ إلى معدل 1500 دولار في الدول الأوروبية وحتى إلى 3000 أو 4000 دولار في الولايات المتحدة.

هذه الأرقام بليغة تُغْنِي عن كل تعليق، كما تبين بوضوح أن المشكلة الأخلاقية المطروحة على الصعيد الدولي والمتربطة على وباء السيدا وغيره من الأوبئة الفتاكـة لن تجد حلها في الأفق المنظور.

هذه هي الملاحظات العامة التي عملت على عرضها بقصد أخلاقيات التجريب الطبي والدوائي على الإنسان. ويلاحظ كم هي عديدة ومتعددة هذه المشاكل سواء في جوانبها التاريخية أو التقنية أو المنهجية أو الأخلاقية، مما يجعل من الصعب جدا تناولها في أدق تفاصيلها.

Bibliographie

- (1) *Les essais de nouveaux traitement chez l'homme : Réflexions et propositions du Conseil Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Santé.* Paris - 9 Octobre 1984.
- (2) *Les Etapes de la Recherche et pharmacothérapie* in «La Bioéthique» - Edition du Renouveau Pédagogique David J. Roy et al. Quebec - Canada.
- (3) Jean Marc BOIVIN et François ALLA. *Les Essais thérapeutiques* in «La Revue du Praticien» 15 Novembre 2000 Tome 50.
- (4) C. MANUEL et J.L. SAN MARCO. *Sida les enjeux éthiques* Doin Editeurs Paris 1994
Sida les enjeux éthiques.
- (5) Gilles BOUVENOT. *Problèmes éthiques posés par l'expérimentation humaine des médicaments* Ch. X.
- (6) Enjeu International pour la protection des droits de la personne Résolution adoptée par consensus par la 93^e conférence inter-parlementaire. Madrid 1er avril 1995.
- (7) Marcia ANGELL. *L'Ethique de la recherche clinique dans le tiers monde.* «New England Journal of Medicine». (N.E.J.M.) 19 septembre 1997.
- (8) Harold VARMUS et David STACHER. *Les complications éthiques des recherches effectuées dans les pays en voie de développement* «N.E.J.M.» 2 octobre 1997.
- (9) F.M. CONNORS et al. *Reduction of maternal infant transmission of human immunodeficiency virus type I with Zidovudine treatment.* «N.E.J.M.» - Tome 331 - 1994 p. 1173.

- (10) J.P. LÉVY. *Le drame africain : le cas du Sida* in «Aux frontières de la vie» Tome II - La Documentation Française - Paris 1991.
- (11) Herbert GESCHWIND. *Le Sida, dans les pays en développement* in «Espace éthique» - A.P. des Hôpitaux de Paris. n° 45 - 1998.
- (12) Noëlle LENOIR. *Ethique et inégalité de développement* in «Aux frontières de la vie» Tome I - La Documentation Française - Paris 1991.
- (13) Paul BENKIMOUN. *Les géants de la pharmacie et les traitements génériques du Sida* in «Le Monde» du 7 mars 2001.
-

التشيخ والشيخوخة: معطيات وتحليلات^(*)

لقد كان حلم الإنسانية دوماً أن يتحقق لها الخلود، أو على الأقل الحياة الأطول. وهذا الحلم أصبح على وشك أن يصبح حقيقة واقعة. ذلك أنه بفضل التقدم العلمي صار بمقدور الإنسان، وهو مبدع آثار وإبداعات عظيمة، أن يتدخل في مصيره وفي مدة بقائه على قيد الحياة فوق البسيطة. وبالفعل فإنه ومنذ عهد قريب ظهرت مناهج مخبرية تطبق على حيوانات كالالفئران والأسماك تحقق إطالة الحياة بنسبة 25 إلى 30% وذلك في ظروف ممتازة. هذه المناهج المخبرية تقوم على إبطاء تطور الشيخوخة السوي، أو على تعزيز الآليات البيوكاماوية التي يفترض أن تقاومه، بدون تدخل في الثوابت الوراثية أو تعديلها⁽¹⁾⁽²⁾.

من ناحية ثانية، وبفضل التلقىحات وغيرها من التدابير الصحية والوقائية، تمكّن الإنسان راهناً من القضاء على جزء كبير من الأمراض التعفنية والمعدية، ويأمل في مستقبل قريب نسبياً، أن يعطي لحياته بعداً يحرره من أوهان الشيخوخة، وينحه وضوح الذهن ومضاءً موازاةً مع صحة جسمية جيدة، كما يتتيح له دفعة تطورية تتبيّح له أن يستعمل كلّ طاقاته العقلية ويلتفع منها. لقد حقق الإنسان تقدماً هائلاً في الآونة الأخيرة، إلا أن تطلعه لا يصل إلى حد إطالة الحياة إلى أقصى حد، وإنما إلى العمل على أن يرتفع معدل الحياة. وبالفعل فقد تضاعف هذا المعدل خلال بضعة

(*) ألقى هذا العرض ضمن أحاديث الخميس يوم 14 مارس 2002.

عقود، وهذا الإنجاز أدى إلى أن عدد الأشخاص المسنين (في حدود الستين سنة) سيصل إلى مليار شخص بعد مضي ربع قرن من الآن، 72% منهم ينتمون إلى البلدان السائرة في طريق النمو⁽²⁾.

ارتفاع متوسط الأمل في الحياة من جهة، وتقلص وفيات الأطفال من جهة أخرى، سيكون من شأنهما تشريح الساكنة العالمية بما فيها ساكنة العالم الثالث.

في ضوء هذه المعطيات التمهيدية سأطرق في مرحلة أولى لمفهوم التشريح الفردي، ثم سأستعرض نظريات التشريح السوي (Vieillissement normal) مشيراً إلى آثاره على أعضاء الإنسان، وكذا تجليات التشريح المرضي وآثاره، وفي مرحلة ثانية سأتناول بإيجاز تشريح الساكنة.

مفهوم التشريح السوي

إن التشريح السوي تطور طبيعي يبتدئ بازدياد الإنسان وينتهي بوفاته، وتترتب عنه تغيرات تكون أحياناً ضعيفة لا تكاد تدرك، وأحياناً أخرى تكون قوية وضاحكة خصوصاً في بعض الفترات الأساسية من حياة الإنسان. هكذا يعرف التشريح بأنه مجموع التغيرات العضوية والوظائفية والنفسية التي تطرأ على الفرد طيلة حياته، وهي تغيرات يكون منظوراً إليها في مرحلة الطفولة والمراحلقة على أنها إيجابية، وفيما بعد عندما يتقدم الإنسان في السن، ينظر إليها سلباً كجزء لتراث في النهاية انحلال الجسم. في هذا الصدد نقول إن الطفل إنه ينمو، وعن المراهق إنه ينضج، وعن الشخص البالغ إنه يشيخ، وكل شخص يكبر وينضج ويتشريح بطريقة متميزة تتوافق مع طبيعة استقلاليه وتشكيلته النفسية.

وترتبط الشيخوخة في غالبية المجتمعات بانخفاض لا مفرّ منه للقدرة الجسمية مع ضعف القدرات العقلية والإبداعية، والإصابة بأمراض جسمية تتطور إلى أن يقع التفسخ الذي يسبق الوفاة.

وهنا نسجل بالنسبة للشيخ السوي أن الشيخوخة تحدث بصفة متدرجة ودون ظهور أعراض مرضية رغم التغيرات العديدة التي تصاحبها والتي تشكل صيغة الشيخ السوي، لذلك تعتبر مرحلة من مراحل الحياة تمتاز باكتمال العقل وامتلاك الخبرة والحكمة والوقار.

مع ذلك فإن اختلاف المفهوم بين التشريح والشيخوخة يلقيه بعض الغموض لما يدخله من مشاعر الألم والحسرة لأن الشخص المسن ينفعل سلباً بإحساسه بأن النهاية قد أشكت، كما يقول الفيلسوف الفرنسي صامويل ليفيناس Samuel LEVINAS: «أن يشيخ الإنسان معناه الفعلي الضياع، على الأقل أن اللحظة الممتلقة تصبح في خبر كان».

نظريات التشريح⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾

تنتقل الآن إلى استعراض عام لنظريات التشريح بادئين بالشيخ السوي، وهي نظريات متعددة أحصاها (ميدفيديف) سنة 1990 في نحو 300 نظرية سبقت على ذكر الأهم منها، وهي تجد أصولها في الرفض الغريزي للموت الذي يكبر مع الانحلال التدريجي للوظائف الدماغية مقارنةً مع بعض الوظائف التي لا تؤثر إصابتها على جسم المسن.

خلال صيورة التشريح تطرأً تغيرات تمسُّ جميع الأعضاء بكيفية مختلفة. وتكون إحدى هذه التغيرات أساسية ومرتبطة بآلية (Mécanisme) متعددة العوامل قد يكون سببها الرئيس موجوداً في الحامض النووي أي ال (ADN) الذي يحمل المورثات أو الجينات.

حسب هذه النظرية «الوراثية» قد يكون التشريح مُبرمجاً ومثبتاً منذ أطوار الجينين الأولى، ويرجع إلى اتلاف في جزيئات ال (ADN)، ويحتمل أن تكون هذه الجينات مسؤولةً لا عن التشريح نفسه وإنما عن عديد من الأعراض الثانوية والهامشية التي تتماشى مع التشريح. وليس من المعقول أن نعتقد في وجود جينات تحدد تسارع التشريح، كما توجد جينات أخرى تحدد الأصناف الدموية أو لون العين... ومعلوم اليوم أن تشريح شخص ما، هو من جهة نتيجة لظروف حياته بما فيها البيئة والتقلبات المناخية والصدمات والانفعالات إلخ... ومن جهة أخرى، نتيجة لتأثير جينات متعددة تتفاعل بشكل غير مباشر.

وهنا أود أن أبدي ملاحظة - بكيفية عارضة - وأقول إنه يعكس ما ينطبق على التشريح فإنه أكتشف في السنة الماضية جين أو جينات مرتبطة بطول الحياة (Longévité). فقد أعلن الدكتور Thomas PERLE في «حوليات الأكاديمية الوطنية للعلوم» بالولايات المتحدة عن اكتشاف فريقه في مدينة بوسطن لمجموعة من الجينات توجد في الصبغية الرابعة (Chromosome 4). وقد حصل هذا الاكتشاف بعد أبحاث ودراسات طويلة المدى ومعمقة أجريت على 308 من الإخوة والأخوات المسننين الذين يفوق عمرهم التسعين ويتراوح بين 91 و109 سنة. وإذا كان قد

تم تمويع هذه الجينات في الصبغية الرابعة (Chromosome 4) فإنه لم يتم بعد تحديدها بدقة⁽⁵⁾.

إن أعراض التشيخ تظهر في تعاقب زمني خلال التطور الطبيعي، أي خلال مراحل مختلفة ومتغيرة في الجسم وهي: مرحلة المضفة، ومرحلة الجنين، ومراحل الرضاعة والطفولة والمراهقة والنضج والشيخوخة، ويفترض هذا التعاقب الزمني إشغال جينات مختلفة طوال مراحل العمر، تسهر على وظائف استقلالية (Métaboliques) أساسية ومتناوبة، ثم سيطّل عملها بشكل تدريجي وفي مراحل معينة من النماء: المثال الواضح هنا هو المتجلّي عند المرأة من جراء انقطاع الطمث (Ménopause).

توجد أيضاً نظريات مشروطة بعامل المصادفة ويطلق عليها النظريات العرضية، (Théorie stochastique) تبني على المبدأ التراكمي للأعطال المتعددة الناجمة عن عوامل داخلية أو خارجية، وينتهي الأمر بتلك الأعطال إلى أن تبلغ حدّاً لا يتلاءم مع البقاء على قيد الحياة.

تنتج الأعطال الأولى عن عوامل جوانية تسمى بالجذور الحرة أو بالجذور المحمّلة بالأكسجين (Radicaux libres ou oxygénés)، وهذه الذرات تحمل إلكترونات غير ثابتة تتفاعل بشدة مع الأعضاء وتُمثّل خطراً على خلايا الجسم التي يمكن أن تموت ما لم يقع تحييد هذه العناصر الممزوجة بالأكسجين بواسطة إنزيمات خاصة.

أما الأعطال الآتية من الخارج فيرجع السبب فيها إلى عوامل مختلفة خارجية كالأشعة فوق البنفسجية. فالمقدار اليومي الذي يتلقاه الإنسان من الأشعة فوق البنفسجية مثلاً يُثير ثلاثة إلى خمسين ألف خلل جزيئي في الحامض النووي داخل خلية واحدة من خلايا الجسم، ومن المعلوم أن الخلية تصلح بسرعة معظم

الأعطال التي تصيبها، لكن آلياتها في الإصلاح ليست دائما ذات فعالية كاملة أو كافية لمنع حدوث التشريح.

النظرية الثالثة في شرح التشريح هي نظرية المناعة (Théorie immunologique) المرتبطة بالأعضاء في مجملها. وتنطلق من المبدأ القائل إن طاقة المنظومة المناعية تضعف مع تواли السنين، وأن تغيراتها تطرأ ليس فقط على الخلايا والأعضاء ولكن تشمل الجسم كله. ولعل أفضل تشخيص لهذه النظرية هو من خلال الأمراض الناتجة عن التحصين الذاتي (Maladies auto-immunes)، ومنها بعض الأمراض كمرض "الذَّاب الحُمَّامِيُّ المُنْتَشِرُ" (Lupus érythémateux disséminé). وهذا المرض يكون مصحوباً بتنوع كبير من الأجسام المضادة لمستضدات المريض (Antigènes) الآتية من الحامض النووي، ووجود هذه المضادات في دم الإنسان يقود إلى تشخيص هذا المرض.

ومن الممكن جداً أن لا تكون واحدة من النظريات التي ذكرنا المهم منها بكافية لشرح مجموع التغيرات التي ينبع عنها التشريح، وذلك لتنوع عوامله ولتعقد الظواهر التي تميزه. ومن اللازم الرجوع إلى محصلة هاته النظريات مما يتاح مقاربة أصول لفهم نشوء التشريح⁽⁶⁾.

ويجب التأكيد على وجود عامل غير ثابت بين الأفراد يرجع إلى اختلاف العمر الزمني عن العمر الفيزيولوجي الوظائي، مما تصعب معه معرفة الوقت الذي يدخل فيه شخص ما حالة التشريح. المؤكد هو أنه حين يبدأ تراجع النماء، ويكون هذا التراجع مصحوباً بمحدودية القدرات الجسمية والنفسية، فإن الشخص المعنى يعي

أن ملكاته بدأت تضعف. ولقد سبق للورد بيكونسفيلد (Beaconsfield) المعروف باسم دزرائيلي (DISRAELI) الذي مكث طويلاً كوزير أول للملكة فكتوريا والذي كان كاتباً وروائياً، سبق له أن ميز ثلات مراحل في الشيخوخة : الأولى يعي فيها الشخص المسن ضعف ملاته، والثانية يعي فيها الشخص المسن والأشخاص المحيطون به في نفس الآن بذلك الضعف، والثالثة لا يعي ضعف المسن فيها إلا الأشخاص المحيطون به وحدهم.

إن التغيرات التي تحصل بفعل التشيخ تمتد أولاً للخلايا، وينجم عن ذلك في البداية تقلص الوظيفة الخلوية ثم هلاك الخلايا، وأخيراً تقلص وظائف الأعضاء التي تشكلها تلك الخلايا. والحال أن جميع الأعضاء تمتلك طاقات قوية للادخار الوظيفي (Réserve fonctionnelle)، وهو احتياطي حيوي يترتب عن انخفاض طاقته ضيق هامش السلامة حين تظهر «صعوبة» ما.

إن كل ما ذكر يشرح كون أعراض التشيخ عند الأشخاص المسنين لا يكون موعيًّا بها، ما دامت الأعضاء تقوم بوظائفها، إلا حين تقع الإصابة بمرض معين، وهذا يبين أن من سمات حالة التشيخ الهشاشة، إن على مستوى الجسم أو النفس أو العلاقات الاجتماعية.

مقاييس التشيخ

إن ضعف وظائف الأعضاء الناجم عن ضعف الوظائف الخلوية وهلاك الخلايا، يتتنوع حسب التغيرات الجسدية أو الفزيولوجية أو النفسية للتشيخ : فمن

الناحية البيولوجية يتجلّى ارتفاع وتيرة التردي في كل خلية وكل نسيج في الهزال والتنفس والانكماش. من جراء كل هذا يصاب الشخص المسن بضعف تغذية الخلايا والإضرار بعنائتها.

وعلى مستوى النسيج الضام (Tissu conjonctif) يحدث نقصان في المكون الهلامي (Collagène) ومادة الإيلاستين التي تعطي للجلد لданة وليونة، ويظهر هنا النقصان على الجلد بسبب ذوبان النسيج تحت الجلد فيصبح رقيقاً ولا معاً ومتوجاً.

وعلى مستوى الأعضاء كلها يحدث انخفاض في مقدار الماء الذي يوجد داخل الخلايا (Déshydratation intra-cellulaire)، كما يحدث ارتفاع نسبي للنسيج الذهني.

وهكذا يصاب الجهاز العصبي بفقدان بعض الخلايا العصبية وانكماسها وانخفاض السائلة الدموية في الدماغ، وتقلص الهرمونات الوسيطة (Neuro-médiateurs).

وعلى مستوى القلب والشرايين يلاحظ وقوع حالة عصاد (Athéromatose) ينجم عنها انسداد في شرايين القلب وتصلب شراييني عام وانخفاض في صبيب القلب (Débit cardiaque) واحتلال في إيقاعه (Trouble du rythme).

وعلى مستوى الجهاز التنفسي يلاحظ انخفاض في مساحة الحويصلات الرئوية (Surface alvéolaire) الشيء الذي يتسبب في تقلص التبادلات الغازية في الرئة وضعف في سعة الرئة الحيوية (Capacité vitale).

وعلى مستوى الجهاز الهضمي يلاحظ حدوث حالة عصاد وضمور في الغشاء المخاطي، وتباطؤ في التفريغ مع انتفاخ مزمن وتمثل سوء للمواد الغذائية يتبعه الهزال.

ومما يحدث أيضاً فقدان ملكة التحمل (Adaptation) بشكل تدريجي، وخاصة تحمل التقلبات الجوية والأمراض وتعب الشغل. أضف إلى هذا الهزال وانخفاض الوزن واسترخاء الأعضاء والجلد. كما يلاحظ ضعف في الوظيفة الجنسية بشكل متدرج واضح حسب الأمزجة والعادات المكتسبة.

وعلى الصعيد العاطفي والعقلي تنخفض ردود الأفعال الوجدانية بتقدم سن الشخص. كما ينخفض الانتباه إلى الشيء الذي يعتبر مظهراً عقلياً للتشيخ السوي ويمنع المسن من أن يركز ذهنه على مهام متعددة وفي نفس الوقت. ويؤدي به إلى صعوبة إدراك الجزئيات، ويزداد عدم الانتباه خطورة بسبب النقصان الذي يلحق السمع والبصر في بعض الأحيان.

فيما يتعلق بالذاكرة فإنها تضعف وتحدث اختلالات تعتبر هي الميزة الرئيسة لما يصيب القدرة العرفانية (Altération cognitive) من تدهور في حالة التشيخ السوي. والحقيقة أنه من الصعب معرفة درجة النسيان التدريجي لأنه، ومع السنين، تحدث سلسلة من الاختلالات المشار إليها في الإدراك الحسي كالسمع والبصر والشم واحتلالات في ملكرة الانتباه تؤثر على التذكر بشكل واضح⁽⁷⁾.

وينبغي التنبيه هنا إلى أن ضعف الذاكرة يتعلق في البداية، لدى الشخص المسن، بالأشياء الحديثة الوقع أو التي وقعت قبل دقائق أو لحظات قليلة، في حين يمكنه أن يتذكر أحداثاً وقعت في الماضي البعيد. وقد تأكّد أن ضعف الذاكرة يعيّ به الشخص المسن ويُسبب له في حالة من القلق والتحسّر، لأنّه يخشى أن يكون إيداناً ببداية الإصابة بمرض الخرف (الألزايمر) أو بأشكال أخرى من الأمراض

العصبية. حين يصل الأمر إلى هذه الدرجة من الهلع يجب إنجاز كشف عام (Bilan) لمعرفة ما إذا كان الأمر يتعلق بضعف عادي في الذاكرة أو بمرض الخرف. وتجدر الإشارة هنا إلى أن تناول بعض الأدوية الم-tonمة أو المهدئة للأعصاب بكيفية مستمرة من شأنه أن يضعف الذاكرة خصوصاً عند الأشخاص المسنين، لهذا يحذّر الأطباء من تناول هذه الأدوية لمدة طويلة أو بكيفية مزمنة.

ومن تجليات التشخيص السوي الاضطرابات النفسية التي تمر عبر مرحلتين : مرحلة تتميز بتناوب أحاسيس الضعف والقوة، ومرحلة تسودها أحاسيس دفينة بأن الشخص المسن لم يعد نافعاً، وبعكس ذلك نلاحظ أنه من الممكن جداً أن يعيش الشخص شيخوخته بصورة متوافقة، بل قد يتألق من حيث القدرة التأملية والتصدي للضغوطات، وهذه أمور تؤكّد ما أشير إليه سابقاً من التنوع الكبير في تجليات التشخيص حسب الأشخاص.

فيما يخص التشخيص المرضي

بداية يجب إقصاء التشخيص المبكر، لأنّه حالة خاصة تدعى مرض (Werner) ويتعلق الأمر بعرض نادر ينتقل بالوراثة، خصائصه الظاهرة لا تتجلى إلا في العوامل المتماثلة وراثياً. إنه تشوّه وراثي له علاقة بالـ (ADN) ولا يعالج أبداً. إن المرضى الذين يصابون بهذا العرض غالباً ما يكونون في سن الشباب بين 20 و 30 سنة، وهم قصار القامة وأطراف جسمهم غير متناسبة وكأنّهم شاخوا قبل الأوان، مع بياض وفقدان للشعر. وما يلاحظ كذلك في هذه الحالة وجود تكتّف في عدسة العين (Cataracte) يمنع الإبصار، وضمور في الجلد واضطرابات غددية، وإصابة بداء السكري.

ويغض النظر عن التجليات المتماثلة لمرض(فيزير) هذا، والتي هي شبه نمطية، فإن التغيرات التي يتسبب فيها التشريح السوي أو المرضي، كما سبق ذكره، متنوعة، والاختلاف كبير بين الأشخاص في معاناة تلك الآثار والتعامل معها. وإذا كانت التغيرات الناجمة عن التشريح تتواتي مع تقدم السن فإن ذلك ينعكس على ممارسة طب التشريح (Gériatrie).

فالأمر يتعلق بمحابين مسنين جسدياً وبيولوجيّاً، حالتهم الجسمية هشة ويغادرون في الغالب مشاكل صحية متعددة، جسمية ونفسية، ويتّفّلّقون على قيد الحياة مرهون بالأدوية الطبية التي ينبغي أن يتناولوها بشكل دائم، وهؤلاء المسنون المعالجون يتميّزون بعدد من السمات :

1- انخفاض استقرارهم (Diminution de leur homéostasie) أي انخفاض قدرة الحفاظ على الوظائف الفسيولوجية المتقلصة، أو تثبيتها. وهذا الانخفاض من شأنه أن يقلّص هامش سلامته يسمح بأن تؤدي الأعضاء وظائفها، وأن يزيد من مخاطر التحلل في حالة الإصابة بمرض. وهذا التحلل يمكن أن يمس عدة أعضاء وأن يقع بشكل متسلّل. ومعلوم أن تعرض الشيخ المريض لأية إصابة يتسبّب، وبسرعة، في تعقيدات، والنتيجة أن الاستشفاء يكون طويلاً والعلاج بطيناً، والناقة تأخذ وقتاً مديناً؛

2- إن أمراض الشخص المسن تكون غالباً شاذة لا تخضع لأية نمذجة مما يجعل التشخيص الطبي صعباً والمعالجة مؤجلة. أضاف إلى هذا أن مبحث الأعراض يكتنفه بعض الغموض، واستجواب المعالج عن سوابقه الصحية

وبنهاية مرضه لا يوفر المعلومات الكافية، لأن الإجابات تكون في الأعم فضفاضة. إن المريض المسن يتكون له تصور شخصي عن مرضه الذي يعلمه غالباً بسته بل ولا يغير لمؤشرات هذا المرض الأهمية اللازمة من جراء خوفه من الوقع في حالات محتملة من اليأس والحسرة والانهيار العصبي؛

3- إن الأعراض المرضية المتعلقة بالشخص المسن متعددة ومتتشابكة تذكر ما هو متواتر منها :

- التعقدات الناجمة عن تجليات تصلب الشرايين الذي يصيب بالأساس أوردة القلب والدماغ؛
- شيوخ داء المفاصل؛
- تخلخل العظام (Ostéoporose) وخطر الكسر من جراء أبسط حوادث السقوط؛
- إصابات الجهاز العصبي ومنها بالخصوص مرض (Parkinson).
- الأضطرابات النفسية المختلفة وبخاصة تردد حالات الانهيار العصبي؛
- وأخيراً الإصابة بأنواع مختلفة من السرطان الذي يكثر احتمال إصابة المسنين به.

وازاء هذه الأعراض المرضية تكون مهمة الطبيب جد صعبة، لدرجة أن غایته في بعض الأحيان لا تكون هي شفاء المسن المريض، بل فقط وحسب الإمكان، التخفيف من آلامه وتمكينه من أن يحافظ على استقلاله الذاتي وتأمين متابعة أحواله. إن هذه المتابعة ضرورية نظراً لإمكان تعرض الأعضاء لإصابات تكون في الغالب

مصحوبة باضطرابات نفسية. لذلك يكون المريض المسن في حاجة إلى أن ترتفع له معنوياته خاصة في بعض اللحظات الحرجية بسبب أحداث كبرى قد تحصل له في نهاية حياته كفقدان الزوج أو الزوجة أو أحد الأقرباء. والهدف المتواخي هو أن تُجنب الشيخ التهلكة وأن نعيشه على الاستمرار في الحياة بأي ثمن.

وهذا أمر لا يمكن القيام به بشكل سهل، لأنّه يطرح مشكلات تقنية ويستوجب بنيات أساسية للتدخل، ويطلب على الخصوص تفانياً نموذجياً من طرف الأطر الطبية التي ترعى الشيخ. نحن هنا نشير مشكلة كبرى هي التضامن الإنساني واحترام الأخلاقيات المهنية التي قد تكون موضوع حديث مقبل.

و قبل أن أنهي الكلام عن التشريح الفردي أود أن أذكر بأنه من الصعوبة بمكان إقامة حد فاصل بين التغيرات المرتبطة بالتشريح السوي والتشريح المرضي.

تشريح الساكنة

هناك ظاهرة بارزة تترتب عن التقدم الحاصل في تأمين الماء العذب وشروط السلامة الصحية وتوفير التغذية، وكذا عن التقدم الذي يتحققه الطب سواء في مجال المعالجات أو في مجال التدابير الوقائية، هذه الظاهرة هي انخفاض نسبة الوفيات انخفاضاً كبيراً في كل الدول المتقدمة، وبدرجة أقل في الدول السائرة في طريق النمو. وينجم عن هذا الانخفاض الكبير الزيادة في متوسط العمر من جهة، والزيادة المدهشة في صفوف الأشخاص المسنين من جهة أخرى. ففي الولايات المتحدة مثلاً ارتفع هذا الأمل من 47 إلى 77 سنة، أي بزيادة 26%.

وفي فرنسا كان أمل الحياة في بداية سنة 2002 هو 83 سنة بالنسبة للنساء و 75.5 سنة بالنسبة للرجال⁽⁸⁾. وفي المغرب كان الأمل في الحياة يصل إلى زهاء 74 سنة في الخمسينات من القرن الماضي أما اليوم فهذا المتوسط يبلغ حسب إحصائيات الأمم المتحدة 69 سنة، 67 سنة بالنسبة للرجال و 71 سنة بالنسبة للنساء. في بلادنا كذلك يبلغ عدد الأشخاص المسنين اليوم ما يزيد قليلاً عن مليوني شخص أي نسبة 67% من ساكنة المغرب، ويزداد تشيخ الساكنة كل سنة بما نسبته 2.8%.

وتتجدر الإشارة إلى أن عدد سكان العالم سينتقل خلال قرنين (أي من 1900 إلى 2100) من مليار و 600 مليون نسمة إلى 11 مليار نسمة⁽⁹⁾، وسينجم عن هذه الزيادة تغير هائل في البنية العمرية للساكنة (Tranches d'ages de la population). إن هذه التطورات الديمografية بدأت تفرز مشاكل بالنسبة للطلب ومهنيي الصحة، هكذا سيكون على الطلبة الذين يدرسون الطب اليوم أن يعوا أن عليهم أن يخصصوا جهداً كبيراً، بعد حصولهم على الدكتوراه للتকفل أكثر فأكثر بالأشخاص المسنين.

ويلاحظ أن هذه البلدان بدأت تعرف تغيراً في التوجيه بإدخال مادة علم التشيخ (Gérontologie) ضمن المواد الإلزامية في التعليم الطبي بالنسبة للسلك الثاني. وقد دخل هذا الإصلاح فعلاً في طور التنفيذ منذ سنة 1997 في فرنسا.

تلاحظ من ناحية أخرى أن في فرنسا وألمانيا وإنجلترا والولايات المتحدة سيتضاعف عدد الأشخاص المسنين الذين يفوق عمرهم 60 سنة في العشرينات المقبلة، وبكيفية موازية سينخفض الشطر العمري من 0 إلى 15 سنة، بسبب الانخفاض الكبير في نسبة المواليد⁽¹⁰⁾.

من ناحية أخرى تبين التوقعات انطلاقاً من المعطيات الإحصائية أنه من الآن وإلى سنة 2030، سينخفض عدد الساكنة النشطة من 16 إلى 69 سنة بنسبة 45.5%， وهذا الانخفاض سيصل في بعض الدول إلى 15% في إسبانيا، و 18% في إيطاليا، و 24% في ألمانيا⁽¹¹⁾.

وكنتيجة لهذا التطور الديمغرافي يطرح التشيخ مشاكل كثيرة على السلطات العمومية منها :

- مشاكل لها علاقة بالمالية لأن التشيخ يتسبب في زيادة الإنفاق العمومي، فبالإضافة إلى أداء رواتب التقاعد والمعاشات، يجب تأمين الميزانية لتعويضات العناية الصحية التي أصبحت تشكل كاهلاً لمؤسسات التأمين الاجتماعي. يضاف إلى هذا كله صعوبة مواجهة الأزمة الاقتصادية التي تترتب عن ارتفاع أعداد العاطلين عن الشغل وانخفاض أعداد الأشخاص النشيطين؛
- مشكل ثانٍ ويتعلق بإمكانية إعادة هيكلة سوق التشغيل، لأن على الأشخاص الذين يتطلعون إلى العيش طويلاً أن يتلاءموا مع التغيرات قصد الانتقال بدون صعوبة كبيرة من شغل إلى آخر بواسطة استثمار أدنى وضروري في التكوين؛
- مشكل ثالث وهو مساعدة الأشخاص المسنين على أن يبقوا نشطين ومتعبين باستقلالهم الذاتي مع تقدمهم في السن، وكذا إتاحة الفرصة لهم لملء أوقات فراغهم فيما تبقى لهم من سنوات الحياة وحسب إمكانياتهم الخاصة؛
- مشكل رابع وهو التوازن الجديد الذي يجب أن يتحقق للأشخاص بين التحملات والمسؤوليات الفردية والجماعية، وأكد أن الصرف العمومي قد

يتقلص ويستوعب جزئياً إذا ما تدخل القطاع الخصوصي، وإذا ما انتهت
أسلوب التضامن الجماعي الفاعل الموجه نحو المساندة المادية والمعنوية
للشخص المسن، ونحو أخلاقيات مبنية على احترام الكائن البشري.

خلاصة القول

يمكن اعتبار التشيخ، تأثيراً للزمان على الحياة. وكما قال الفيلسوف البلجيكي
هارشير (HAARSCHER) «فأن يشيخ الإنسان معناه الإحساس بمحودية الوجود».

في إطار هذه الرؤية حاولت من جهة أن أحدد مفهوم التشيخ لتبين مختلف
أوجهه، سواء منه السوي أو المرضي، كما حاولت من جهة أخرى عرض النظريات
الأساسية الشارحة له وعلى مظاهره السريرية والبيولوجية.

هكذا تكون قد علمنا، من خلال ما تطرقنا إليه، أن التغيرات التي تلحق الخلايا
في مختلف أطوار الحياة تؤدي في النهاية إلى التشيخ. وهذا الأخير يكون في البداية
بيولوجياً، وتصحبه إصابات تمتد كل الأعضاء وبالخصوص الدماغ مما يستوجب
تكلفاً طبياً للتشيخ بصفة مركزة.

إن الطب، كما رأينا وعبر انتصاراته الكبرى على الأمراض والأوبئة، كان السبب
في ارتفاع متوسط الأمل في الحياة وتشيخ الساكنة، لكن ينبغي، ورغم كل هذا،
أن نكون يقظين تجاه الثقل الكبير للتحملات الباهظة التي على المجتمع أن يتحملها
لتمويل تقاعده الأشخاص المسنين ومعاشاتهم، وهي تحملات تتضاعف بالنظر إلى
العدد المتضائل للأشخاص المنتجين.

ولعل القارئ قد أدرك صعوبة الموضوع لأنه يدخل تحت طائلة تخصصات معرفية متعددة ومتعددة كالطب والبيولوجيا والسوسيولوجيا والديمغرافيا والاقتصاد... فهل يا ثُرى وُفق هذا البحث في توضيح بعض عناصر التشخيص رغم كل الصعوبات المذكورة؟

Bibliographie

- (1) Eric LE BOURG. *Augmentation expérimentale de la longévité*. In «Le vieillissement en question» C.N.R.S. Editions Paris 1998.
 - (2) Jean DAUSSET. *Le vieillissement*, «cahiers du mouvement universel pour la responsabilité scientifique» (M.U.R.S.). Cahier n°2, 1985.
 - (3) Guy LAZORTHES. *L'homme, la société et la médecine*. Masson, 1995, Paris.
 - (4) Ladislas ROBERT. *Le vieillissement*. C.N.R.S. Editions Paris, 1994.
 - (5) Thomas PERL, A.A. PUCCA and all. A Genome-wide scan for linkage to human exceptional Longevity identifies a locus in chromosome 4. «Proceedings of the National Academy of Sciences» - Vol. 98, 28 Août 2001.
 - (6) Gerard J. LIGHTAR. *Le vieillissement*. Editions de l'Université de Bruxelles - 1997.
 - (7) Martin L. ALBERT. *Le vieillissement*. Edition de l'Université de Bruxelles - 1997.
 - (8) Espérance moyenne de vie en France, in «Le Monde» du 7 février 2002.
 - (9) Etienne Emile BAULIEU. *Qu'est-ce que la vie?* Editions Odile Jacob 2000 - Paris.
 - (10) J.M. CHABOT. « Revue du Praticien » 1^{er} novembre 1997, tome 47, 1975.
 - (11) Philippe PITAUD. In *Gérontologie Sociale* p.9. Editions Eres 1999, Ramonville Saint Agne.
-

تأمّلات في موضوع الدواء^(*)

يعتبر الدواء مادةً أو مركباً يمتلك خصائص علاجية أو وقائية تنفع المرضى من البشر أو من الحيوانات، وتضع حدأً لأعراضهم أو أحوالهم الجسمية غير السوية.

يدخل في نطاق الأدوية كذلك المنتجات الصحية الموصى باستعمالها بهدف التشخيص الطبي، وكذا بعض المنتجات الصحية المشتملة على عناصر تعجل بالشفاء. لا ينبع الدواء مبدئياً إلا في الصيدليات، ويحتل مكاناً أساسياً في مجال الصحة. أما استعماله بناء على ما ذكر، فهو أمر لا يمكن تجنبه أكان ذلك للشفاء من الأدواء أم للتخفيف من أعراضها، إلا أن كلفته مع الأسف ترتفع أكثر فأكثر وتطرح مشاكل عويصة للحصول عليه في العالم كله وبالخصوص في الدول الفقيرة أو السائرة في طريق النمو.

ومن ناحية ثانية، وبفضل تطور البحث العلمي، أصبحت فعالية الدواء متزايدة، لكن وفي نفس الوقت يمكن أن يتسبب الدواء في آثار جانبية لا تكون أحياناً في الحسبان. لكل هذه الأسباب وغيرها قد يكون من المفيد تناول بعض المظاهر العلاجية التي يطرحها الدواء اليوم.

إن التحليلات التي ستعرض في هذه الورقة تتخللها مصطلحاتٌ طبية قد لا تكون مُستساغةً للناس جميعاً ولكنها ضرورية لصياغة الحديث، ولهذا فإني سأحاول

(*) ألقى هذا العرض ضمن أحاديث الخيس يوم 06 يناير 2005.

أن أوافي القارئ في نفس الوقت بالمصطلحات العربية والأجنبية، حتى أكون واضحاً جهد المستطاع.

أود أن أستهل هذه الورقة بلمحة تاريخية عن تطور الدواء عبر العصور.

يمكن اعتبار الماء الدواء الأول والطبيعي. وقد دلل على ذلك بالأثر العلاجي لحقن مضل الدم (sérum)، أو إدخال الماء أو شريه في عدة حالات من الاجتفاف الحاد الذي ينبع عن القيء المسترسل أو الإسهال الغزير أو الحرارة المفرطة، وأحياناً عن نضح مائي هام بواسطة الكلية كما هو الشأن مثلاً في استفحال عرض التبول عند المصاب بداء السكري حين يقع اختلال في توازن علاجه.

إن أعداد الأدوية وطبيعتها تتزايد وتتنوع عبر القرون. وكانت النباتات أول ما استعمل، حتى إن المعتقدات الشعبية ظلت مدةً طويلةً تعتبر أن لكل داء ما يُستطعُ به من الأعشاب أو النباتات.

وقد وقع التنصيص في الجدول السومري (table sumérienne) لمدينة نينور، وهي مدينة توجد في مابين النهرين والتي تسمى الآن مدينة نيفر، أقول وقع التنصيص على ستمائة منتج من أصل نباتي أو حيواني لأهداف علاجية، منها معدن واحد هو الكبريت. وبُعتبر هذا الجدول الذي يرجع تاريخه إلى نهاية الألفية الثالثة قبل الميلاد أول صيغة صيدلية في العالم.

ويعالج بُردي إبريس (papyrus ebers) (1550 قبل الميلاد) فن المداواة وهو ينمّ عن معارف صيدلية لدى قدماء المصريين. وقد ذكر فيه أكثر من سبعمائة دواء من بينها

منتجات معدنية كالرصاص والرئيق والنحاس، ومنتجات نباتية كالنافع والزعفران والعنانع والجُنطيان (وهو نبات تستخرج منه مادة مُرة منعشة) واللحلاح (colchique) وهو نبات تشقق منه مادة الكولشسين التي تفيد في معالجة داء التقرّيس (goutte) وأمراض أخرى، وكذا تحضيرات دقيقة تستعمل الشحومات والزيت والحليب أو الخمر مما يضاف إلى الدواء حتى يصبح سائغاً. وقد كان المصريون في وقتهم يستعملون النّقاutes (tisane) والجرولات والأقراص والمراهم والفتائل (suppositoires)، لكن الفضل يرجع إلى الصينيين، فهم أول من قاموا بتحضير عصارات النباتات (essences végétales).

هذا ويشير كتاب الحكمة، وهو من النصوص التراثية، إلى أن الملك سليمان (931 - 970 ق.م) كان يعرف نباتات فنيقياً والخواصيات العلاجية لكل منها.

ويُعد جاليوس (GALIEN) أب الصيدلة، وقد عاش بين 131 و 204 ق.م وكان طبيباً كبيراً أباطرة الروم مارك أوريل وسيثيم سيفير (Septime SEVERE)، وقد قام بنفسه بتحضير الأدوية وإجراء بحوث عن السموم بواسطة التجربة.

وفيما بعد انتقل فن العلاج إلى أيدي العرب لعدة قرون. فقد كانوا هم الأوائل في إنجاز التقطر (distillation) والحصول على الماء المقطر والحامض الخلّي (acide acétique) وخاصة الكحول باستعمال الخل والخمري. ويرجع إليهم الفضل أيضاً في اكتشاف الإكسير واللعوق اللوزي وتراثات الفضة والدواء العسلاني المعجون. وقد ظهر أثر العرب جلياً في الجامعات الأوروبية خلال العصر الوسيط في باليرمو ومونبوليه وأوكسفورد وباريis وهاندبليرغ.

في القرن السابع عشر اغتنمت الدراسات العلاجية باستعمال دواعين هامتين ما زالاً يستعملان حتى وقت متاخر من القرن الماضي وهما من ناحية عرق الذهب

(ipeca)، وهو نبات تستخرج منه مادة الأيميتين التي تعالج تعفن الأمعاء بالمتmorات (amibes)، ومن ناحية أخرى الكانكينا (quinquina)، وهي نبات تستخرج من قشرته مادة الكين الصالحة لمعالجة حتى المستنقعات. وتمتاز هذه الحقبة بالإقبال الكبير على الأدوية ذات الأصول الحيوانية عن طريق العقارب والثعابين والنمل والذباب الهندي (cantharide) (وهي مادة منعشة جنسياً) ودود الأرض والمفرزات كإفراز المسك وإفراز القندس (castor) الذي يستعمل كدهن لمعالجة داء المفاصل (الروماتيزم).

ومع بداية القرن الثامن عشر؛ أدخلت زبدة الكاكاو الذي يصلح لصناعة الشوكولاتة ويستعمل هنا كسواغ (excipient)، وأكتشفت عدة أدوية منها الكورار (curare) المنشق من نبات سام يشل تناوله العضلات ويستعمل في عملية التخدير (anesthésie)، كما أدخلت الديجيطالين، وهي نبات سام يستعمل لتطبيه وقوية ضربات القلب.

في سنة 1748، تضمن الجدول الفرنسي للأدوية (Codex) 931 دواء من بينها 709 من أصل نباتي و117 من أصل معدني و105 من أصل حيواني. وقد وضعت قيد الاستعمال عدة أدوية في شكل «اختصاصي»، مضمون ببراءة اختراع وملكية.

في نهاية القرن الثامن عشر ظهر الطب التجانسي (homéopathie)، وهو علاج الداء بالداء، ويستعمل الأدوية بمقادير صغيرة للغاية. وتميز القرن التاسع عشر بعزل الأجسام في حالتها الخام كالمورفين والديجيطالين وسم الستريلكين (strychnine) وكذلك الأسيبرين التي اكتشفت سنة 1853، كما تميز باستعمال الأمصال واللقاحات بفضل أبحاث العالم الفرنسي لويس باستور.

في نفس هذا التاريخ اخترع الفرنسي ستانيسلاس ليموزان الجبابات أو الأمبولات الزجاجية (ampoules) والقناع الخاص لاستعمال الأدوية الغازية كالإسيجين والأثير والكلوروفورم المستعملة في التخدير. وتميزت هذه الحقبة باكتشاف المحقنة والإبرة الموجفة (aiguille) التي تصلح لضخ الدواء في الجسم.

خلال النصف الأول من القرن العشرين طرأت تغيرات جذرية على الدواء بحيث دخل في مرحلة الاكتشافات الكبرى والتركيب (synthèse). حتى الوصفات الطبية نفسها تغيرت وتطورت : فالمكبوسات والحبات، والجليولات جاءت لتعويض السوائل كالجلاب والإيسير والشراب المُسَكِّر (sirop).

في هذا الوقت تم اكتشاف القيتامينات (B1, C, D, PP, K, B12) وأكتشاف البنسلين والسوْلَفَامِيد (sulfamide) المضادين للمicrobates، والهستامين المضادة للحساسية وعديد من المضادات الأخرى وكذلك الكورتيزون التي تعد أقوى دواء لمعالجة الالتهاب.

وفي النصف الثاني من القرن العشرين ظهرت الأدوية المضادة للفطريات والمضادة للطفيليات وكذلك المهدئات والعلاج الكيميائي ضد السرطان ومضادات الانهيار العصبي (anti-dépresseurs)، وهي متعددة، وأشهر ما اكتشف منها في السنتين الأخيرة البروزاك.

ويفضل البحث والتجريب انتقل الدواء من المرحلة التقليدية إلى أن أصبح مقاولة صيدلية صناعية تولتها الشركات متعددة الجنسيات المعروفة في يومنا هذا. ولم تفت المعرف المتعلقة بالأدوية تغتني مع تقدم العلوم التي هي أساس الاكتشافات

الصيدلية. وهكذا وسعت وظائف الدواء علوم الكيمياء والبيوكيمياء والسموم والصيدلة وعلم المناعة وعلم الوراثة، كما تنوّعت أنماط صناعتها وتصريفها وأتاحت للطبيب ترسانة علاجية تتتطور باستمرار. وتجدر الإشارة في هذا الصدد إلى المضادات الحيوية (antibiotiques) في آخر أشكالها المستحدثة، والأدوية الناجعة ضد داء السل، والأدوية الواقية من رفض الأعضاء المنقوله في جسم الإنسان، وكذا إلى الأدوية المضادة للفيروسات والتي تستعمل لعلاج مرض جلدي معروف بالعقبولة (herpès) وآخر معروف بالمنطقة أو الزونة (zona) وكذلك داء فقدان المناعة المكتسب (sida). كما يجب الإشارة إلى أدوية أخرى ولقاحات جديدة تصنع بواسطة الهندسة الوراثية والتي سأخصص لها كلمة وجينة في آخر الورقة.

أما أهم استعمالات الأدوية فهي جدًّا متعددة منها معالجة الأمراض وإنجاز التخدير، والحماية من ظهور مرض أو تفاقمه، والتخفيف من الأمراض ومن حالات اختلالات التوازن، وتعديل السلوكيات والقدرات.

هنا نتساءل : متى ونحن نتوفر على أدوية فعالة؟

بعد التوصيات الأولى التي اشتغلت عليها اللوائح السويسرية منذ خمسة آلاف سنة يمكن أن نؤكد أن الأدوية ذات الأصول النباتية والحيوانية المقترحة لم تكن ذات فعالية حقيقية، وأن هذه الفعالية لم تبدأ إلا مع الأفيون والديجيتالين والأسبرين. لم تكن الأدوية تستعمل آنئذ إلا كعلاج بديل (placebo) حامل لوعود بالعلاج أو التحسن، لا يوصى به إلا في حدود التخفيف عن المريض أو طمأنة وسطه العائلي.

كان علينا أن ننتظر سنة 1930 ليبدأ عصر الصيدلانية الفعالة بإنجاز الأشكال الأولى من الممارسات العلاجية المضادة للجراثيم التي هي المُكَبِّراتات (Sulfamides) ثم البنسلين التي اكتشفت مصادفةً سنة 1928 على يد الإنجليزي إلْكِسِنْدِرْ فُلِيمِينْج واصطبغت بتركيب كِيماوي سنة 1945. هذه المادة صارت معجزة حقيقة في ميدان الطب حيث دشّنت عصر المضادات الحيوية (antibiotiques)، ولعل نتائجها الباهرة هي أصل تقلص نسب الوفيات من جراء الأمراض التعففية التي كانت السبب الرئيس للوفاة في الماضي.

من ناحية أخرى أدى اكتشاف الأدوية الفعالة للمعالجة النفسية (médicaments psychotropes) إلى ثورة حقيقة في مجال العلاج التحليلي النفسي وإلى انقلاب ثقافي فعلي. وهكذا، ففي خلال السنوات الأخيرة راج في السوق الكثير من الأدوية القادرة على تعديل سلوك المرضى أو الأصحاء، تلك هي الحال بالنسبة للمنبهات وللمواد المنشطة المراد منها تعزيز القدرات في المجالات الفكرية والرياضية والجنسية والإنتاجية.

لقد أشرتُ في بداية هذا النص إلى الآثار الجانبية التي قد تسببها بعض الأدوية في جسم الإنسان. هذه الأمراض العلاجية المُنْشِأ أو المثار طبياً^(1et2) (maladies iatrogènes) يمكن أن تحدث دون أي خطأ يرتكبه الطبيب، لأنَّه أصبح من السهل اقتناء الأدوية من بعض الصيدليات بدون وصفة طبية، بل ومن المجمعات التجارية الكبرى (drugstores) أو حتى في بعض الأسواق الأهلية في بلادنا. ويعاني المرضى من هذه الأدواء في الغالب دون معرفة الأسباب أو إرجاع الأعراض إلى

الأدوية المستهلكة. لذا كان علينا أن ننتظر عشرات السنين لنعرف أن هناك أدوية تعتبر غير مؤذية في الظاهر عند بداية استعمالها، يمكن أن يتبيّن فيما بعد أنها هي الأصل في عوارض خطيرة، والأدوية المثيرة لهذه المضاعفات كثيرة نذكر منها على سبيل المثال من جهة أولى المضادات للالتهاب المستعملة لعلاج داء المفاصل (الروماتيزم) كالكورتيزون والأسبرين ومواد أخرى، وكلها قد تسبب في نزيف في الجهاز الهضمي خاصة عند الأفراد الذين يعانون من التهاب أو حساسية خاصة أو جرح في المعدة أو الأمعاء، ومن جهة أخرى الأدوية المقاومة لتخثر الدم المستعملة بدون مراقبة دقيقة منتظمة، والتي قد تؤدي أيضاً إلى نزيف خطير في حالة تجاوز مقدار الدواء.

هناك أدوية أخرى قد تسبب في آثار جانبية خطيرة كالحساسية والاختلالات الدموية والهضمية والعصبية وأوجاع الرأس والآلام والدوران إلخ... وتقدر إحصاءات المسجلة في الولايات المتحدة الأمريكية⁽³⁾ أن هذه الأعراض هي السبب في ثلث الحالات الاستشفائية، وتحتل الصف الخامس في أسباب الوفيات، وهي تفوق الوفيات التي تسبب فيها حوادث السير والاعتداءات والانتحرارات مجتمعة. وقد اتضح أن مائة ألف حالة وفاة المسجلة سنوياً في المستشفيات⁽¹⁾ لها علاقة بتناول الأدوية. فالكلفة البشرية لهذه الأمراض كثيرة جداً. أما الكلفة المالية فهي خيالية وتقدر في الولايات المتحدة الأمريكية بنحو 76 مليار دولار في السنة.

أما في أوروبا فتشير هذه الأرقام العلاجية المنشأ في استشفاء 15% من المرضى.

وتؤدي الحالات المتعلقة بالأدوية في فرنسا سنوياً إلى مليون حالة استشفائية وألاف عدة من الوفيات⁽⁴⁾، وبموازاة مع ما ذكر وحسب تحقيق قام به المركز الفرنسي للرصد الصيدلاني (pharmacovigilance) الموجود في مدينة أميان بفرنسا (Amiens)، فإن من بين 150 ألف وصفة طبية لمرضى تتجاوز أعمارهم 70 سنة توجد 13500 وصفة يمكن أن تتسبب في أخطار طبية و 680 وصفة كان يجب منع استعمالها منعاً مطلقاً^(6,7).

والحقيقة أن الأمراض العلاجية المنشأ يمكن تفاديتها بنسبة 50% حين يتعلق الأمر بخطأ في الوصفة أو بخطأ في كيفية تناول الدواء الموصوف. ويمكن تقليل توثر هذه الحالات بتحسين كيفية الوصفة التي يجب أن تأخذ بعين الاعتبار السن والوزن والأمراض السالفة وتداعيات التداوي. كما يجب الحرص على إعطاء الوصفة بالإشارة إلى الجرعات المطابقة واحترام الحالات التي يمنع فيها تناول الدواء الموصوف وإخبار المريض بالمخاطر ذات العلاقة بالعلاج. وفي الغالب، نجد أهم الأسباب ترجع إلى خروج عن القياس في الجرعات الموصوف بها أو تفاعلات دوائية خطيرة. إن التعارض الفسيولوجي أو الصيدلاني يمثل خطراً فادحاً بفعل كثرة الأدوية، وينتج ليس فقط عن خلط عديد من العناصر ولكن أيضاً عن تناول متزامن لعدة أدوية أو في فترات زمنية متقاربة أو تناول أدوية مع بعض المواد الغذائية المتعارضة. هكذا يمكن أن يؤدي التداخل بين الأدوية (interaction) أو بين الأدوية والأغذية إلى إبطال المفعول وعدم صلاحية الوصفة، كما أن الخلط بين دواعين قد يؤدي لا إلى الجمع بين أثرين فحسب، بل وفي بعض الحالات إلى مفعول أقوى. ذلك ما يمكن أن يقع مثلاً في حالة الجمع بين المهدئات والمنومات (tranquillisants et somnifères).

هذا وتوجد اليوم برامج أو حُبّكات إعلامية (logiciels) تُعين على التحليل والبرمجة وتساعد على استصدار الوصفات مما يتيح للطبيب القيام بعمليات للتأكد من نجاعة الأدوية تحول دون الوقع في أخطاء، زيادة على إمكانيةأخذ الكلفة المالية للوصفة بعين الاعتبار.

أما الأخطاء الطبية فتتمثل جانبا آخر من هذه التأملات⁽⁷⁾: وهي تتعلق في الغالب بالوصفات، لكن يمكن أيضا أن تكون نتيجة للمقاربات التشخيصية. وكثيرا ما يتغاضى عن هذه الأخطاء حين يستعمل الدواء عند المرضى خارج المستشفيات.

ورغم ذلك وبمقتضى ما يسمى قانون الصمت، فمن النادر ضبط الأخطاء الطبية المؤدية إلى الالتحاق بالمراكيز الاستشفائية أو تمديد الإقامة فيها. وقد بين بحث أُنجز في جامعة هارفارد⁽⁸⁾ أن الأخطاء الطبية تؤدي إلى وفاة ما بين 44.000 و 98.000 مريض في كل سنة في الولايات المتحدة الأمريكية، في حين أن ثمة أخطاء أخرى تُتدارك في آخر لحظة داخل المستشفيات. تلك مثلا حالة وصفة دواء أعطيت لطفل مريض وهي في الحقيقة، في تركيبها، تعطى عادة لشخص متقدم في السن، وتم التنبية لها هذا الغلط من قبل الطبيب أو أبيه الطفل في اللحظة المناسبة، كذلك حالة الممرضة التي تتنبه في آخر لحظة بأنها كانت على وشك حقن مريضها بعلاج موصى به لمريض آخر.

هذه الأنواع من الأخطاء التي يقع التنبه لها في الوقت المناسب قلما تسجل أو يُعلن عنها. والحقيقة أن عدم التدقيق في مثل هذه الحالات يجعل الأطر الصحية المسئولة تستحق اللوم والتوبیخ.

إن فعالية الدواء تُقاس ببنجاعته في تحسين تطور مرض أو عرض له علاقة باختلالات عضو أو جهاز، غير أن هناك أدوية عديدة ليست ذات فعالية ولو سبق لها أن حصلت في وقت ما على الترخيص بالتسويق، ومع ذلك يواصل الأطباء توصيفها نزولاً عند رغبة المريض أحياناً أو لمجرد الأخذ بخاطره. ومع ذلك فإن هذه الأدوية رغم ضعف فعاليتها تصرف لها التمويضات التأمينية.

إن الانطباع الذي يحصل عند المريض بكونه تماثل للشفاء من جراء تناول الأدوية غير الفعالة انطباع قد يعود إلى الآثار الصيدلانية للدواء على الجسم، أكان الأمر يتعلق بعلاج بديل (placebo) أم بمجرد تطور تلقائي مفيد للمرض. وتعد هذه الظاهرة من حسن الحظ إلى أن بعض الأعراض وبعض الأمراض الحادة تتجه طبيعياً وتلقائياً نحو الشفاء. من جملة الأدوية غير الفعالة الأدوية التجانسية التقليدية (homéopathiques) المستعملة كعلاجات بديلة والتي ما زال يستصدرها بعض الأطباء إلى اليوم لعدم خطورتها على المريض، ولقلة ثمنها، ولتجنب الاستعمال المبالغ فيه للمضادات الحيوية (antibiotiques)، لكن في حالة تعفن فيروسي بسيط، مثلاً، لن تنفع هذه الأدوية على كل حال.

وقد اقترحت الوكالة الفرنسية للتأمين الصحي سنة 2001، سحب 835 دواء وعدم كفايتها للمعالجة الطبية، مما يمثل تقريباً 19% من 4500 منتوج مدروس ومتوافر في الصيدليات ومعوض من طرف مؤسسات التأمين. وبالفعل فقد سُحب أخيراً عدد كبير من الأدوية التي ليست لها فعالية حقيقة كما سُحب من لائحة أخرى أدوية كانت تُعرض فيما قبل.

تأمل آخر يخص مراقبة الدواء ودراسته بعد تسويقه : من المعلوم أن كل الأدوية تخضع للتجارب والاختبارات العلاجية الالزمة قبل الترخيص بتسويقهها، حين يتأكد توفرها على الفعالية المطلوبة مقارنة مع علاجات بديلة أو مع الأدوية المنافسة الموجودة في السوق والتي لها نفس الأهداف العلاجية.

وفي الحقيقة لا يعني حصول دواء ما على الترخيص بالتسويق (autorisation de mise sur le marché) أن الأمر انتهى، بل تُواكب المختبرات الصيدلانية والأطباء والسلطات الإدارية والصحية على ممارسة رقابة دقيقة، وإجراء دراسات معمقة للأدوية بمضاعفة التجارب على الحيوانات والتجارب السريرية على المرضى خلال مدة طويلة. هذا الحرص العلمي يمكن من معرفة أفضل للآثار غير المرغوب فيها، ومن اكتشاف آثار أخرى أقل بروزاً، ومن التقسيم الموضوعي والدقيق للفعالية العلاجية، وكذلك الاكتشاف الممكن لمؤشرات باستعمالات جديدة للدواء المعنى بهذه العملية.

هذا وإن التعرف على الأثر غير المرغوب فيه، مما كان مجهولاً من قبل، يمكن أن يحث السلطات الصحية على التراجع وسحب الترخيص الذي منحته من قبل، أو تقييده ببعض الشروط.

إن تقسيم الفعالية الحقيقة لدواء جديد هو من الأهداف الرئيسة للبحث الطبى المعاصر، ويفيد المعالجين لأن همهم الدائم هو معرفة الأدوية الأكثر صلاحية. وتجرى هذه الأبحاث والمتابعات لصالح المرضى أنفسهم، ولصالح المجتمع الذي يتحمل كلفة العلاج. لذلك نرى أن الدراسات السريرية التي تُجرى قبل تسويق أي دواء لا تبدو كافية لتوفير المعلومات الدقيقة عن درجة فعالية الأدوية الرائجة.

وينبغي التنبيه هنا على أن الدراسات العلاجية البعدية مكلفة جداً كلما ارتفع عدد المرضى الخاضعين للتجربة وطالت مدة العلاج. والحقيقة أن صناع الأدوية الذين يتحملون التكاليف الباهظة ل القيام بذلك الدراسات، والتي قد تصل إلى مبلغ خمسمائة مليون دولار للدواء الواحد، ليسوا دائماً مستعدين، بعد تحقيق أهدافهم، لتأمين التمويل الضوري لمتابعة البحث، خاصة وأن مصلحتهم في إمكانية استثمار جديد لأدوية غير مؤكدة. لذلك فإن تدقيق المعارف حول فعالية الأدوية مرهون بمبادرات الطبيب أو مجموعة الأطباء الذين يتفرغون للبحث التطبيقي.

هذا وتُستعمل الأدوية كذلك في الوقاية من بعض الأمراض المهدّدة لصحة الناس وحياتهم، كما تستعمل لتأمين مناعة السكان ضد الأمراض المعدية. ويتعلق الأمر باللقياحات التي تُجرى لحدّي الولادة والأطفال لوقايتهم من الخناق (diphthérie) والسعال الديكي (coqueluche) وشلل الأطفال (poliomyélite) وداء السلّ وداء الحَصَبة (rougeole) والحمى الحُمِيراء (rubéole) والكُزار (tétanos) إلخ... كما يتعلق الأمر باللقياحات التي تنجز في حالات الأوّبة كالنزلة الواقفة (grippe)، والتهاب الكبد الشّفروسي (hépatite) (أ-وب)، والتهاب السحايا، والحمى التيفية (fièvre typhoïde). وقد أدى استعمال هذه اللقاحات في المغرب إلى القضاء على عدد من الأمراض مثل شلل الأطفال والجدري وغيرهما بفضل برنامج التلقيح الموسع الذي تقوم به وزارة الصحة.

وتُستعمل الأدوية أيضاً لتعديل أنشطة عضوٍ أو وظيفة فيزيولوجية. فالأشخاص الأصحاء الذين يشكون ارتفاع نسبة الكوليستيرول في الدم، رغم اتباعهم للحمية

بالتقليل من استهلاك الدهون، يمكنهم تناول أدوية تقلص تلك النسبة المرتفعة، وتحول دون حدوث مضاعفات، كأنسداد شرايين القلب أو الدماغ. ونفس تلك الأدوية يوصى بها الآن للوقاية من الانسداد القلبي عند المرضى المهددين بتضيق الشريان التاجي (coronaire) حتى ولو لم تكن نسبة الكوليستيرول مرتفعة في الدم. من جهة أخرى فإن علاج ارتفاع الضغط الدموي غايته الحقيقة حماية الشخص من إصابات شرايين القلب والدماغ وغيرها والتي تهدد صحته.

وتوجد كذلك علاجات وقائية لأمراض العظام يُوصى بها للنساء اللائي يئسن من المحيض، لحمايتهن من أن تكسر عظامهن لسقوط بسيط على الأرض مثلاً، أو اصطدامهن بحاجز، وتقوى هذه الآفات بسبب ضعف تمعدن العظام (déminéralisation)، وهي حالة متفشية لدى هؤلاء النساء.

وهناك الأدوية المستعملة من أجل إنماء قدرات الإنسان السليم وهي متعددة ونكتفي في هذا الصدد بأن نعرض بعض الحالات الأكثر وقوعاً :

- الأولى تخص التلاميذ والطلبة الذين يحرضون على الحفظ بسرعة ويجهرون الليل لتحضير امتحاناتهم، ويفرطون فيأخذ الأدوية المهيجة للجهاز العصبي كالامفيتامين والأقراص المنشطة المانعة للنوم (pilules anti-sommeil)، مع الإكثار من احتساء القهوة؛

- والثانية تخص الأشخاص الذين يشكون السمنة أو البدانة ولا يتزدرون في استهلاك أدوية تفقد لهم شهوة الطعام وتجعلهم يخضون من وزنهم مما قد يتسبب لهم في اضطرابات قلبية وعصبية خطيرة.

وتحمة حالات أخرى نشير إليها باختصار: الأولى تخص الأشخاص الذين يريدون تقوية ممارساتهم الجنسية فيستعملون بعض العقاقير كـ(الشياغرا) أو أدوية أخرى مماثلة بدون أي احتياط، والثانية تخص الأشخاص الذين يتطلعون إلى مواجهة ضغوط الحياة اليومية فيتناولون بعض المهدئات أو مضادات التوتر النفسي أو هما معا، والثالثة تهم الرياضيين الذين يتعاطون المنشطات (dopage) قصد رفع مستوى الأوكسجين في الدم وتقوية العضلات وتحسين القدرات البدنية لتحقيق الأرقام القياسية.

وأخيرا يمكن استعمال الأدوية لأهداف غير علاجية، وهي ممارسة منتشرة وتُعد انحرافا خطيرا، في هذا المجال، وتلك هي حالة المدمنين على المخدرات والمسكرات والأفيون والكوكايين وغيرها.

ثم هناك حالة المستعملين لبعض العقاقير المنومة، يُلْجأُ أحياناً إليها مثلاً في الاستنطاقات البوليسية الخاصة في بعض البلدان، لكي يصل المتهم إلى درجة من النوم يجعله يفوه بالحقيقة ويعرف بما فعله (*sérum de vérité*).

وهناك حالة تصريف أنواع من الأدوية لبعض المعارضين، قصد تبديل شخصيتهم والادعاء بأنهم مصابون بأمراض عقلية تستلزم مكوثهم المستمر في مستشفيات الأمراض العقلية كما كان يقع في بعض بلدان ما وراء الستار الحديدي.

ثم هناك استعمال آخر للأدوية، في حالات الاتجار، وفي حالات القتل العمد، وكذلك لتنفيذ حكم الإعدام على المتهمين في بعض الدول كالولايات المتحدة الأمريكية، ويجري هذا الإعدام بحقن الأدوية السامة في العروق بمقدار مرتفعة ومميتة.

هذا وكما أشرتُ إليه آفًا، فإن الهندسة الوراثية توظف لصناعة الدواء، ذلك أن هذا الفرع من العلوم يستعمل جراثيم وفيروسات لصناعة أدوية بالتحويل الجيني، فتُنتج هذه الجراثيم بروتينات علاجية مثل الأنسولين والإريثروبتيدين وتُنتج لقاحات مثل اللقاح المضاد للتهاب الكبد التيروسى من نوع ب.

ويمكن أن تكون الهندسة الوراثية في المستقبل البعيد، مصدراً آخر للتداوي، وذلك بإدخال مورثات سليمة في جسم شخص يحمل مورثات مرضية، كما هو الشأن في بعض الأمراض الوراثية، وهكذا قد تُنتج المورثات المدمجة البروتينات الضرورية لحسن أداء الأعضاء لوظائفها. ولإدخال هذه المورثات يلجأ لحامل يساعد على ذلك وهو التيروس أو الباكيريا، خصوصاً منها العصيات الكولونية (E.Coli).

جانب مهم آخر يجدر بنا أن نشير إليه ولو بكيفية عابرة ويخص الدواء النوعي (générique) هذا الدواء، هو في الحقيقة نسخة طبق الأصل للدواء المرجعي، لكن لا يُسمح بإنتاجه إلا بعد مضي 25 سنة على إنتاج الدواء الأصلي والشروع في تسويقه وبعد أن يسقط في الملكية العمومية. وهكذا يحق لأي مختبر أن يعيد إنتاجه كدواء نوعي وترويجه واستغلاله بشرط آخر غير شكل الدواء المرجعي من حيث اللون أو التعليب أو غير ذلك.

ملاحظات أخرى كثيرة تهم عدة جوانب من الأدوية، نكتفي بجراحتها كالوصفات غير الشرعية وحجم الوصفة والمبالغة في استهلاك الأدوية والفائدة في تنمية تسويقها والإشهار لفائتها الخ...

خلاصة القول إن الأدوية كما يتنا، موجهة في العادة لمعالجة الأمراض، أو على الأقل للوقاية منها. إلا أن مفهوم الدواء نفسه أخذ يعرف تغيراً جذرياً، سواء من حيث الغرض منه أو من حيث كيفية تعاطيه. وقد بدت في الأفق بشكل جلي معالم هذا التغيير في سلوكات الأفراد وهم يرتدون الأسواق الكبرى في اختيارهم للمواد الغذائية حسب الرغبات أو التخوفات، على أن تكون تلك المواد مخففة أو مقواة. فالحليب مثلاً يعرض كمنتج خام أو معزز بالكالسيوم أو الفلور أو مضادات التأكسد أو الفيتامينات، كل ذلك من أجل تحسين الجسم أو تقويته وجلب منافع علاجية تميز كل مادة غذائية، تخفض نسبة الكوليستيرول، أو تخفف التمعدن العظمي، أو تقوى الذاكرة، أو تحافظ على الحيوية. وهكذا ليس المرضى وحدهم الذين يتعاطون الأدوية بل حتى الأصحاء الراغبون في رفع قدراتهم الجسمية والعقلية أو الحفاظ على هذه القدرات ما أمكن.

Bibliographie

- (1) J. LAZAROU all. *Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients.* «J.A.M.A», 1998 n°279 p.1200
- (2) P. POUYANNE and all. *Admissions to hospital caused by adverse drug reactions* «B.M.J.», 2000, n°320, p.1036
- (3) J. A. JHONSON and J. L. BOOTMAN. *Drug relation morbidity and mortality : Economic impact*, «A.M.J.Health Sust», Parmany; 1997 n°54 P.554

- (4) *Enquête sur les accidents médicamenteux*, «Le moniteur des pharmacies», n°2283 du 28.11.1998
- (5) C. TOURBE. *Une ordonnance sur 50 est dangereuse* «Science et Avenir» ; juin 1999.
- (6) J. ANKRI. *Risque iatrogène et population âgée*. «Actualités et Dossiers en santé publique»; 27 juin 1999
- (7) Claude BÉRAUD. *Les erreurs médicales* in «petite encyclopédie critique du médicament», Les Editions de l'Atelier; Paris 2002
- (8) S.N. WEINGART and ali. *Epidemiology of medical error*, «B.M.J.» 2000 n°320. p.774.
-

تأمّلات في الحياة والموت

بقلم الدكتور عبد اللطيف بريش

ترجمة وتقديم العضو إدريس خليل

تقديم

هذه «تأمّلات في الحياة والموت»، كان الزميل الدكتور عبد اللطيف بريش، أمين السر الدائم لأكاديمية المملكة المغربية رحمة الله، قد أعدّها قبل وفاته بشهور قليلة ليقدمها ضمن سلسلة أحاديث الخميس التي دأبت الأكاديمية على عقدها يوم الخميس في مقرّها مرتين كل شهر، منذ 1982، بعد سنتين تقريباً من إحداث هذه المؤسسة الملكية سنة 1980، يقدم فيها العضو حديثه، أو محاضرته في مدة تتراوح ما بين خمس وأربعين وستين دقيقة، في موضوع علمي من اختياره. ثم تلي الحديث مناقشة الأعضاء الحاضرين، وهي عبارة عن تساولات أو تعقيبات توجه للمحاضر في صميم الموضوع؛ مما يجعل أحاديث الخميس مناسبة علمية وثقافية ممتعة يحضرها كلّ أعضاء الأكاديمية المقيمين ولا يتغيب عنها إلا من كان يستحيل عليه الحضور. وفي كل سنة تصدر الأكاديمية هذه الأحاديث في «مجلة الأكاديمية» مطبوعة وتوزع على مختلف المؤسسات والشخصيات العلمية على المستوى الداخلي والخارجي.

لقد آتت على نفسي، وبطلب من زملائي أعضاء الأكاديمية أن أقدم حديث الزميل المرحوم الدكتور بريش ضمن أحاديث الخميس، بعد قيامي بترجمة نصه إلى

اللغة العربية. ذلك أن الزميل المرحوم كان قد كتبه باللغة الفرنسية، جرياً على عادته: يحرر غالباً مقالاته بالفرنسية ثم يترجمها إلى العربية أو الإنجليزية. ومن المعروف عنه أنه كان يتقن الفرنسية إتقاناً وكان له فيها قلم جميل وسيال، تصدر الأفكار عنده أولاً بلغة موليير دون أن يكلف نفسه عناء البحث عن الكلمات الدقيقة والألفاظ المناسبة والجمل الصحيحة المفيدة في اللغة العربية. ولعل ذلك هو حال جل المثقفين المغاربة من جيل الدكتور عبد اللطيف برييش، الذين درسوا في المغرب أيام الحماية وتابعوا تكوينهم في أوروبا، فتمكنوا في الوقت نفسه من اللغة الأم ومن اللغة الأجنبية، مع كثير أو قليل من الامتياز للغة التي أصبحوا يستعملونها في عملهم اليومي، من تدريس في المعاهد والجامعات، وكتابة المقالات، وقراءة المراجع العلمية والمنشورات الثقافية. وكان في هذا الصدد حظ اللغة الفرنسية كبيراً.

وفيما يخص الدكتور برييش رحمة الله، كان ميله إلى الكتابة بالفرنسية عادة لا أقل ولا أكثر. ما زلت أتذوق، كلما تذكرته، الخطاب الرقيق الممتع الذي ألقاه تحت قبة الأكademie الفرنسية (Académie française) عندما استقبلت أختها المغربية بجميع أعضائها المقيمين والمشاركين والمراسلين - (65 عضواً - سنة 1987). وكان خطاب الدكتور برييش جواباً على خطاب الترحيب الذي ألقاه مورييس دريون (Maurice DRUON) أمين السر الدائم للأكademie الفرنسية، محاطاً بأعضائها مرتدبين لباسهم الرسمي.

لقد فارق الدكتور برييش الحياة في اليوم الأول من سنة 2015، تاركاً فيما حسرة وألمًا شديدين. نسأل الله أن يتقبله قبولاً حسناً ويغفر له برحمته الواسعة، جزاء على ما قدمه لبلده ولطلابه وزملائه من جليل الأعمال.

ينصب تأمل الزميل الدكتور برييش في حديثه هذا «تأملات في الحياة والموت» على ثلات قضايا مرتبطة ارتباطاً وثيقاً كانت تشكل جزءاً كبيراً من انشغالاته، شهوراً قبل وفاته، وهي تلخص نظرته إلى الحياة بصفته طبيباً ومتفكراً ومربيضاً : 1) طبيباً يرى الواقع بموضوعية وتجدد، 2) متفقاً يتأمل مصير الإنسان، 3) مريضاً يعني مريضاً خبيثاً لم يمهله طويلاً، مريضاً استسلم لقضاء الله وقدره دون أن يقطع أمله في رحمته تعالى وتنبه في أن يأتي التقدم البيولوجي والطبي بالفرح، الشيء الذي أفضى به إلى تحصيص حيز وافر من بحثه لمسائل كانت دائماً تشغله باله فكتب فيها مقالات في مجلة «الأكاديمية»، ألا وهي أخلاقيات الطبيب، حيث إنه يرى فيها الدعوة إلى الحفاظ على الحياة وسلامة الإنسان وعلى صون كرامته المريض واحترامه حتى بعد الممات.

إليكم فيما يلي حديث الدكتور عبد اللطيف برييش رحمة الله الذي لم يكتب له أن يقدمه في الجلسات الخميسية.

تأملات في الحياة والموت

ليس هناك أسرع من الحياة زوالاً وأكثر منها غرابة.

وما هي الحياة يا ترى وما هو الموت؟ لا أجد لهما تعريفاً أقل اختصاراً من تعريف موسوعة لاروس الفرنسية، حيث جاء فيها ما يلي : «الحياة هي المدة الزمنية التي يقضيها الإنسان على ظهر البسيطة من يوم ولادته إلى يوم وفاته». وفي كتابه «بحوث فيزيولوجية في الحياة والموت»، يصف العالم الفرنسي أكرافيسي بيشا (Xavier Bichat) الحياة بقوله : «إنها مجموعة الوظائف التي تقاوم الموت».

يقال عادة إن الموت جزء من الحياة؛ فالحديث عنه إذن أمر طبيعي، إلا أن الموت ليس واحداً، إذ تبين التجربة أنه يكتسي صيغاً وأشكالاً عدة، مما يجعل الطبيب أو العالم بصفة عامة، يقف إزاءه مواقف مختلفة تتغير بتغير الأحوال والظروف؛ حيث إن الموت يهم الخلايا البيولوجية، والأنسجة والأعضاء والجسد بأكمله.

فحياة الخلايا مستقلة عن حياة الجسم الذي توجد فيه. إنها تنشأ وتحيا ثم تموت في جسم لا يزال يتمتع بالصحة والعافية. ذلك شأن البشرة أو الجلد الخارجي - الذي يموت ويتجدد باستمرار وعند موته يصير وسخاً يذهب عند الاستحمام.

على خلاف الجلد، قد تستمر الحياة بعض الوقت في خلايا وأعضاء جثة إنسان أو حيوان مات حديثاً. والأمثلة كثيرة، أذكر منها على سبيل المثال :

- أكتشف العالم الفرنسي كلود برنارد (Claude BERNARD) صاحب كتاب «مدخل إلى الطب التجاري» أن خلايا الكبد تستمر في فرز مادة الكليكوجين (glycogène) عدة ساعات بعد الموت؛
- لاحظ الطبيب الفرنسي الشهير المتخصص في الأمراض العصبية وعلم الغدد الصماء، برونوں سیکوار (Brown SEQUARD)، أن ساعد أشخاص ماتوا بالكولييرا يظل يتحرك ساعات بعد توقف القلب؛
- حركة الهضم في الأمعاء، نمو الشعر والأظافر، تظل كلها حية ساعات بعد الوفاة؛
- يستطيع السائل المنوي المأخوذ من حيوان بعد موته أن يُخصب الأنثى بطريقة اصطناعية؛
- يظل قلب المحكوم عليه بالإعدام ينبض دقائق بعد تنفيذ العقوبة بالمقصلة (guillotine)؛
- يبقى الدم في حالة سائل مطهر في العروق ساعات بعد الموت، إذا احتفظ بالجثة في الحرارة العادية، أو قريبة من صفر، وفي حالات معينة يمكن نقل ذلك الدم عدة أيام بعد الوفاة إذا أضيفت إليه مادة النترات ذي صوديوم واحتفظ به في الثلاجة. وقد جرب ذلك أثناء الحرب العالمية الثانية من طرف الاتحاد السوفيافي؛
- خلايا الدم الحمراء لا ينالها أي تحلل طوال أسبوعين أو ثلاثة أسابيع بعد أخذها من مانح؛
- يمكن للأعضاء أن تستمر في الحياة في جسم آخر بعد استئصالها من شخص على وشك الموت؛

تشخيص الموت

الحديث عن زرع الأعضاء ينقلنا إلى الكلام عن تشخيص الموت. مرّ هذا بمراحل كثيرة، انتقل فيها من التشخيص التجريبي إلى التشخيص العلمي الدقيق.

قديماً، كان الطبيب يعلن عن موت المريض إثر توقف تنفسه، وكان يكتفي بوضع مرآة قرب فم أو أنف المحتضر، فإذا لم يظهر أثر البخار على تلك المرأة، فهذا يعني توقف التنفس وموت المريض.

ثم انتقل التحقيق من موت الإنسان بتوقف نبضات قلبه؛ مع أن الطب الشرعي لا يصرح بالوفاة إلا بعد ثلاث ساعات من توقف القلب، إذ إن هذا قد يعود إلى القيام بوظيفته بعد انقطاعه قليلاً، وهناك أمثلة عن الإعلان بالوفاة خطأ.

لقد حققت العلوم الطبية والتكنولوجية تقدماً عظيماً في مجال الإنعاش الطبي وفي وسائله وأداته التي أصبحت قادرة على أن تنبو عن أعضاء حيوية في ذات الإنسان، فتقوم مؤقتاً بوظائفها. هذا بالإضافة إلى تقنيات زرع الأعضاء كالقلب والكلية والرئة والكبد والأمعاء ونخاع العظام،... إلخ، باستثناء الدماغ الذي يستحيل حالياً تعويض وظائفه اصطناعياً. لذلك صار هذا الأخير يحتل الصدارة في تعريف الحياة والموت. ولا يمكن إذن التأكيد من الموت إلا بموت الدماغ، والتأكد من موت الدماغ يقتضي - فضلاً عن المعاينة السريرية - القيام بـ تخطيط دماغي وفي بعض الحالات بـ تخطيط شريان الدماغ. غير أن هذه التقنيات الخاصة لا يلجأ إليها الطب إلا في حالة استئصال عضو من أعضاء الميتقصد زرعه في جسم آخر.

قد يمر الإنسان قبل الموت بمرحلة الغيبوبة، والغيبوبة لا تعني الموت. لأن في هذه الحالة لا ينقص المريض إلا الوعي بوجوده وبعلاقته بمحیطه. والغيبوبة من أربعة

أصناف ومستويات : 1) الغيوبة الخفيفة ، 2) الغيوبة المتوسطة ، 3) الغيوبة العميقه ،
4) الغيوبة المتجاوزة.

قلت في بداية حديثي إن الموت واحد ولكنه متعدد الأسباب.

1- هناك الموت الذي يقال عنه إنه موت طبيعي أو موت أبيض ، وهو الذي تنتهي معه الحياة طبيعياً كما بدأت طبيعياً مع الولادة، حيث يشيخ الإنسان وتخور قواه فيسلم نفسه لبارئها آمناً مطمئناً راجياً رحمة ربها، لا يخاف ولا يتأسى من روح الله. دور الطبيب هنا، يقتصر على تقديم كل رعايته وعنايته للمحضر وكل ما من شأنه أن يخفف من معاناته وألمه؛

2- الموت الناجم عن آفة مرضية خطيرة أو تسمم أو عن غيرهما من الإصابات المزمنة أو الحادة، فعلى الطبيب أن يعتبر تلك الحالة غير مقبولة، فيبذل كل ما في وسعه لإنقاذ المريض إلى أن يتماثل للشفاء، أو حتى يتبيّن له بصورة قطعية أن الداء قد تفشي في ذات المريض ويستحيل إنقاذه. وفي ذلك يمكن الحد الفاصل بين العلاج المقبول والعلاج المفرط؛

3- كما ذكرت من قبل، هناك حالة تؤدي آجلاً أو عاجلاً إلى الوفاة، وهي التي تتطلّع فيها وظائف عضو حيوي كالكلية والقلب والكبد، بينما لا تزال باقي الأعضاء سالمة، قادرة على الاستمرار في نشاطها الطبيعي. هنا، العلاج الملائم يكمن في تعويض العضو المصاب، كما تُعوض في الميكانيك قطعة ميكانيكية أصبحت غير صالحة بأخرى جديدة، من ذلك جاءت فكرة زرع الأعضاء.

الإنسان أمام الموت

حققت العلوم الطبية خلال العقود الأخيرة تقدماً ملحوظاً، ارتفع بفضلها معدل الأعمار بالنسبة لجميع الناس في مختلف أرجاء العالم، مما جعل الحدود بين الموت والحياة أكثر غموضاً وإبهاماً، فنجمت عنه قضايا طبية وأخلاقية معقدة وصعبة التحليل والحلول، قضاياها تعود إلى المبالغة في الحفاظ على بعض المرضى على قيد الحياة وهم قاب قوسين أو أدنى من الموت، أو هم كما يقال «أحياء - أموات»، وذلك بطرق اصطناعية تستعمل فيها آلات متطرفة الصنع والأدوار، تقوم بوظائف جل أعضاء الجسم باستثناء وظائف الدماغ.

صادف نفس القضايا عندما يزداد ولدان بعاهات خطيرة في الدماغ تأتي نهائياً على قدراتهم الفكرية، أو عند المصابين في حوادث السير بإعاقة حركية أو نفسية حركية يستحيل معها إدماجهم في المجتمع. إزاء هؤلاء «الأموات - الأحياء»، تنقلب المبادئ الأخلاقية رأساً على عقب، وتتأثر المواقف الإنسانية لدى الطبيب بصفة خاصة. لذلك سوف يكون أول تفكيري يخص الإنسان أمام الموت.

أقول بداية إنه لا ينبغي أن نعتبر الموت حدثاً مخيفاً مفزعاً مخالفًا للطبيعة، بل بالعكس إنه يشكل نهاية طبيعية عادية. واضح أن مسألة الموت لا يطرحها إلا الإنسان، فهو المخلوق الوحيد الذي يعرف أن نفسه ذاتقة الموت لا محالة، خلافاً للحيوان الذي يجهل أنه ميت.

منذ صار الإنسان يضرب في الأرض ويشاهد ويتأمل، تعلم مبكراً أنه معدٌ ليفارق الحياة، إن عاجلاً أو آجلاً، وأن الحياة الدنيا مرحلة عابرة. الجنس البشري لا

يعلم أنه سيموت إلا من خلال التجربة. يجزم المفكر الفرنسي ثولتير (VOLTAIRE) أن الطفل إذا نشأ وكبر في جزيرة قاحلة، فإنه سوف لا يشك أكثر من الحيوانات أنه مفارق الحياة الدنيا.

الإنسان يعرف أن الموت آت لا ريب فيه، ولكنه لا يستطيع أن يتمثل نهايته؛ فيتصرف في حياته كما لو كان مخلداً. من جهة أخرى، قد يبدو الموت للناس كحدث عبلي، لكونه يأتي على الإنسان بعد أن راكم تجارب كثيرة وأصبح أكثر فعّاً لغيره ولبلده، ثم إنه قد يكون كارثياً ثقافياً، إذ إنه كما يقول الكاتب المالي أحمد امباتيا (Amadou HAMPÂTÉ BÂ) : «عندما يموت شيخ، تحرق خزانة».

ولئن كان الموت حقيقة لا مرية فيها، فإن وقت نزوله مجهول لدى الإنسان، مما يجعله يحتفظ بحيويته ونشاطه وطموحاته إلى آخر أيامه.

معظم الحضارات القديمة مثل الحضارات المكسيكية والهندية والمصرية لا ترى أدنى انقطاع بين الحياة والموت؛ الفراعنة مثلاً كانوا متيقنين من أن الانتقال من الأولى إلى الثانية ليس إلا انتقالاً من دار إلى دار، من دار الحياة إلى دار الموت.

كما أسلفت قبل قليل، نلاحظ أن الموت أنواع :

- فهناك أولاً الموت الذي يسميه الغربيون بـ "الموت الجميل" ، والذي يتمونه، بل يتمناه كل واحد، ألا وهو الموت الذي ينزل على الإنسان فجأة خلال النوم من غير وعي ودون سابق إنذار ولا هواجس ولا إرهاصات. وكذلك الأمر بالنسبة إلى الموت بنوبة قلبية أو سكتة دماغية عميقة؛

• وهناك الموت الأكثر شناعة، وهو الذي يعي فيه الإنسان أن كل لحظة تقربه منه بعد مرض طويل أو احتضار شاق أو معاناة قاسية. فيه يمر المريض من مراحل متتالية تتخللها لحظات من الأمل ولحظات من اليأس، فيها يرفض الاعتراف بخطورة إصابته حتى ولو كان هو نفسه طبيبا، لحظات يمر فيها المريض بحالة من التمرد على القدر وتقدّم مصير الإنسان، ثم يمر أخيراً بحالة من اليأس قبل أن يستسلم للواقع، فيعود إلى الإيمان بالقضاء والقدر.

للموت وجهان عند المؤمن : أولهما الإحساس بفارق العائلة والأصدقاء والزملاء والمعارف وجمال الدنيا؛ وثانيهما اليقين من بلوغه الأجل المحتموم الذي ينبغي منطقياً أن تقبله بسهولة.

العلاقة بين الطبيب والمحضر

أود بداية أن أذكر بأن أخلاقيات المهنة تقدّم الطبيب واجب بذل كل ما في وسعه وطاقاته لتخفيف معاناة المريض ومساعدته على تقبل قضاء الله وقدره بهدوء واطمئنان، دون إفراط في الفحوص والعلاج. إن أولوية أولوياته أن يشفى المريض ويكتصر بعون الله على الموت المحقق بالمحضر، وبعد ذلك أكبر حافر له عند اختياره مهنة الطبيب؛ إن الموت يعد أقصى محنّة يمر منها هذا الأخير باعتبارها إخفاقاً لجهوده وإيلاماً له بفقدان إنسان نسجت الأيام بينهما صداقة وتعاطفاً.

إن تقدم العلوم الطبية منح الإنسان حياة أفضل ومدد في معدل الأعمار، إذ لم يكن يتتجاوز ذلك المعدل 48 سنة في المغرب بداية الستينيات من القرن الماضي؛

بينما يبلغ اليوم 74 سنة بالنسبة للذكور و78 بالنسبة للإناث؛ غير أن الزيادة في العمر مهما ارتفعت فإنها لا تلغى حتمية الموت. لذلك لا يبقى للطبيب، أمام عجزه عن إيقاظ المحتضر، إلا مصاحبته بمعرفه وحنان وإنسانية فائقة، وكيف لا وهو يشاهد نظرات المريض كما لو كان يستعطفه ويرجوه النجاة. لذلك تعلمنا مهنة الطب بتجاربها وترأكماتها أن المعالجة النفسانية التي تقدم للمحتضر تعد أساسية وواجبًا من أوجب الواجبات وأسمتها؛ ومع ذلك لا يمكن للطبيب إلا أن يقدم للمريض في آخر أيامه ما يسمى بالعلاج المسكن، الذي يقال عنه بسخرية إنه العلاج الذي يتبقى بعد أن لا يبقى علاج. يفهم من العلاج المسكن كل الإجراءات التي يقوم بها الطبيب لتخفيض معاناة المريض المحتضر الذي أصيب بمرض خطير، وحمايته من كل ما يعرضه للألم الجسدي وال النفسي. يقتصر العلاج على أدوية مسكنة وتغذية ملائمة، إذ يجب الحفاظ على جودة الحياة وعلى نفسية المريض ووحدة شخصيته في مختلف أبعادها، الجسدية والنفسانية والروحية والاجتماعية. من ذلك يتبيّن أن العلاج المسكن يندرج في إطار متعدد التخصصات ومختلف المهن، يشترك فيه الممرضات والمختصون في علم النفس وعلم الاجتماع، بحيث لا يقل دور هؤلاء أهمية عن دور الطبيب. لكن هذه الترسانة من العلاج والمسكنات والعناية الإنسانية لا تقي من المصير المحتوم.

واضح أن الإنسان لا يفارق الحياة دونما حسرة وأسف، ولكن عندما يصل أجله بعد حياة مليئة بالحيوية والنشاط، يشعر بتعب عميق ويقتنع أن تسليم روحه لبارئها هي الْهَايَةُ الْأَوَّلَدُ وَالْمُمْكِنَةُ وَلَا يَوْجُدُ غَيْرَهَا. أحياناً يتمنى الموت معتبراً أن وظيفته في الدنيا قد انتهت، فيما هو في صفاء روحي ثام؛ وبفقدانه أهم قواه يجد أن مفارقة الحياة أمر عادي اقتضته الحكمة الإلهية.

كما ألمحنا إلى ذلك قبل قليل، إن المريض عند وقت الاحتضار لا يكون في أتم وعيه إلا نادراً، حيث يكون متاثراً بالعقاقير المسكنة التي يتناولها في أيامه الأخيرة، وتجعل من هذه الأيام لحظات هادئة لطيفة. ينبغي إذن أن نعرف أن الموت ليس مؤلماً في حد ذاته، بل الخوف من الموت هو الألم بعينه.

كتب الأستاذ جان ميليز (Jean MILLIEZ)، وهو طبيب فرنسي ذو صيت عالمي، عالج عدداً كبيراً من المرضى، ينتمون إلى جنسيات وديانات مختلفة ورؤساء دول، أقول كتب في كتاب «حسن استعمال الحياة والموت» أنه على قدر إيمان المرء يخف خوفه من الموت، مضيفاً أن المرضى المسلمين هم أقل خوفاً من الموت من غيرهم من المؤمنين وأكثر شجاعة عند اقترابها، يسبحون باسم الله وينطقون بالشهادة. في حين أن كثيراً من المؤمنين المنتسبين إلى ديانات أخرى، تنتابهم حالة من التمرد على الموت باعتبارها، حسب معتقداتهم، سبيل المثال أمام محكمة مخيفة قاسية.

أخلاقيات مهنة الطبيب

أمام حالات مرضية ميؤوس من شفائها، يجد الطبيب نفسه في حيرة من أمر إخبار المريض بحقيقة مرضه أو إخفائه. قد يتصادم في هذه الحالة إثباته "المدينة الفاضلة"، وفيه يعترف للطبيب وحده بحق الكذب باعتباره زيادة في أمل المريض وفي مقاومته للداء. فال موقف الذي يتبعه الطبيب يعد من قبيل الكذب المباح، حين يلجأ إلى لغة طبية غامضة عند كلامه عن السرطان مثلاً. الصعوبة فيما

يرجع لهذا المرض، هي أن جمهور المصابين به لا يعرفون أنه يعالج كما يعالج غيره من الأمراض الأخرى، لا سيما إذا وقع تشخيصه مبكراً وعولج بشكل جيد. إن وضع المحتضر يشبه وضع المحكوم عليه بالإعدام، الذي يحتفظ بأمل كبير عندما يتمنى العفو من رئيس الدولة، وقد يكون في نفس الحالة النفسية كل من الطبيب وطاقم المرضى والعائلة والأصدقاء، مما يخفف على المريض قلقه وهواجسه، لا سيما إذا كان مؤمناً بالله، متديناً. أشير هنا، كما هو معلوم، أن للقاضي وللطبيب القدرة على كشف الحقيقة، ولكن واجب كشفها لا يلزم إلا الأول، وأما الثاني فله حرية التصرف، يكشف الحقيقة أو لا يكشفها حسب تقديره لحالة المريض وحسب ما يميله عليه ضميره؛ فمسئوليته في كلتا الحالتين لا تخلو من عواقب.

على الطبيب أن يخبر المريض بحقيقة مرضه ونوع العلاج ويتوقعاته بلطاف وبوضوح، وذلك للأسباب الآتية :

1) مزايا الكشف عن الحقيقة للمريض:

- العقد الضمني بين الطبيب والمريض يفرض عليه ذلك مبدئياً;
- المريض الذي يجهل الحقيقة لا يساهم في علاجه ولا يقاوم بالإرادة المطلوبة مرضه، مما يفضي به إلى الاعتقاد أن الأدوية التي يتناولها هي سبب محتنته وتدھور حالته الصحية، بل يذهب إلى اتهام الطبيب بعدم الكفاءة؛
- تفادى مشاكل عائلية قد تكون لها عواقب وخيمة إذا لم يقم المريض بترتيب شؤونه ككتابة وصية أو رغباته الأخيرة وغير ذلك؛

- الكشف عن الحقيقة قد يسمح للمريض بتهييء نفسه للموت روحياً وفي انسجام مع معتقداته.

من الملاحظ أن في الولايات المتحدة الأمريكية، يخبر الطبيب جميع المرضى أو جلهم بكل جزئيات التشخيص وتدابير العلاج وتوقعاته، وذلك دون أي اعتبار عاطفي أو نفسي، غير أن الكشف عن الحقيقة يفترض أن المريض يتمتع برباطة جأش وبالصبر وتحمل المحن، هذا مع العلم أن الإنسان لا يقبل بسهولة، أنه مشرف على الموت ويعيش أيامه الأخيرة ولو كان في أتم الوعي بخطورة إصابته، ولا يستسلم للموت إلا في اللحظات الأخيرة من عمره، وعندما يتكلم عن حالته الصحية فلكي يطمئن نفسه ويبحث عما يمنحه الأمل في الشفاء، فيقبل بسذاجة الأكاذيب والوعود الواهية. فالطبيب نفسه عندما يكون محتضراً، يستسلم لللذب والأوهام، ويقبل حججاً لا تصدق، سبق أن استعملها مراراً مع مرضى.

لهذا، فإن إخبار المريض بالحقيقة، قد تكون له عواقب وخيمة عليه ولو كان شجاعاً، ذلك أنه قد يصاب بالفرغ فيرفض كل علاج ويلجأ إلى المشعوذين، مضينا بذلك حظوظ شفاء محتمل.

(2) عواقب الكشف عن الحقيقة للمريض:

إن إخفاء الحقيقة لا يعني التخلّي عن العلاج أو تعطيله. وفي حالة ما إذا أخفيت الحقيقة، فيجب كشفها لأحد أقرباء المريض كالزوج والأولاد أو غيرهم ممن يرى فيهم الطبيب تعقلاً وتوازناً نفسانياً والقدرة على عدم إفشاء السر وليسوا شركاء في نزاع عائلي أو لهم أطماع معينة.

أجل، إنه يصعب تحديد قواعد تخص كيفية إطلاع المريض على حقيقة مرضه، ولكن يجب أن يعتمد الطبيب استراتيجية يسعى من خلالها إلى معرفة شخصية المصاب وإيجاد أحسن السبل ل المباشرة بالخبر. هذا مع العلم أن الطبيب مطالب في جميع الأحوال بأن يتلزم الحذر ويتجنب إصدار أحكام مطلقة ونهائية، ذلك أن هناك من المرضى من كان ميؤوساً من حالته الصحية، مصاباً بمرض لا ينفع فيه علاج، فنجاه الله تعالى.

نعرف أن أخلاقيات الطبيب تلزم هذا الأخير بإخبار المريض بكل عواقب العلاج الذي يخضع له أو لعملية تجري له، ولكنها تقبل بأن يخفى توقعاته. على كل حال لا يوجد في قسم أپقراط (HIPPOCRATE) ولا في غيره، ما يلزم به بذلك؛ كيما كان الأمر، فإنه لا يمكن أن يوجد موقف قطعي يتخدنه الطبيب، لأن الطب ليس علماً فحسب بل دراية، ولذلك سمي فنا. في هذا الصدد، أريد أن أذكر بكلمة منسوبة إلى عالم النفس سigmund FREUD (سيغموند فرويد)، ذلك أنه خاطب، وهو مصاب بمرض السرطان، طبيه قائلاً : «قلتم لي إنني مصاب بالسرطان، فمن أعطاكم الحق في أن تنشوا لي بهذا الخبر؟».

من جهة أخرى، تطرح مسألة كشف الحقيقة أو إخفائها على صعيد يتجاوز مستوى المريض، ذلك عندما يتعلق الأمر بشخصية عامة أو رئيس دولة. قد يظن بعض الناس أن الكشف عن مرضهم فضول وتطفل وخرق لأسرار المهنة.

إن الأخلاقيات الطبية تؤكد أن السر المهني ملزم لجميع الأطباء بصورة عامة ومطلقة، حتى بعد موت المريض؛ لا شيء يقوى إذن على واجب حفظ الأمانة وحفظ أسرار المريض.

بِطبيعة الحال، لا ينبغي أن يرخص الطبيب لضغط الصحافة ولا لوسائل الإعلام أو لغيرها. ولكن عندما نمعن النظر في المسؤوليات الملقاة على عاتق رؤساء الدول مثل هتلر، موسوليني، ستالين، روزفلت، بامبيدو، ميتران، وغيرهم، ونعي انعكاسات قراراتهم على مصير شعوبهم، قد نميل إلى الاعتراف بأن حالتهم الصحية والعقلية والنفسية يجب أن تُعرف وتتعرفها شعوبهم. في الولايات المتحدة مثلاً يخضع المترشحون للانتخابات الرئاسية لفحص طبي عميق وتنشر النتائج ليطلع عليها عامة الناس، كما تجري للرئيس المنتخب دورياً وطيلة انتدابه فحوصات طبية.

فإذا كان لنا أن نختار بين سر المهنة وبين مصلحة الشعوب بل ومصلحة الإنسانية كلها، فمصلحة الشعوب أولى، حيث يمكن اعتبارها دفاعاً مشروعاً عن النفس.

قضايا أخلاقية مختلفة

تخطر بالي أفكار أخرى تتعلق هذه المرة بطرفين الحياة، وهما ولادة الإنسان ونهايته.

خلال نمو الجنين والوليد، تتبدي مستويات الحياة وتنمو تدريجياً، وفي الطرف المقابل تتطور تلك المستويات في اتجاه معاكس، باختفاء الحياة الاجتماعية والحياة البيولوجية ثم اختفاء الوعي بالوجود. إنها حالات تفصل بين الحياة والموت.

قد يكون إذن من المفيد أن أتوقف عند قضايا أخلاقية يصادفها الطبيب بخصوص تلك الحالات. سوف أخص بالذكر، قضايا الإفراط في العلاج (euthanasie) والموت الرحيم (acharnement thérapeutique).

تبدو المبالغة في العلاج لأول وهلة كأنها أمر طبيعي يجب أن يعتمد لها الطبيب مهما كان الثمن. معالجة المرضى بإصرار وضراوة، وبحيوية ومثابرة. من ناحية أخرى، نعرف أن التقدم العلمي منح الطبيب وسائل استشفافية خارقة، ومكنته من القدرة على تجاوز حدود الحياة وتأجيل اليوم المعهود. ولكن النجاح غير مضمون في حالات مرضية معينة؛ وقد لا ينتج عن الإفراط في العلاج إلا سقوط المريض في غيبوبة عميقه.

لذا، نتساءل : هل يجوز ويحق لطبيب أن يمتد اصطناعيا أيام المحتضر، وقد يكون ذلك رغم إرادته وإرادة ذويه، الشيء الذي يطرح إشكالاً عوياً فيما يرجع للحق في الموت والاعتراف به قانونياً : ذلك أن العناid في العلاج بهدف الزيادة في عمر المحتضر إنما هي زيادة في معاناته وألمه. نتساءل إذن : هل ذلك ما ينتظره المريض من طبيبه المكلف بمساعدته في أوقات الاحتضار ؟

للحق في الموت اعتبارات كثيرة أحملها في ثلاثة حالات :

الحالة الأولى : هي حالة مريض لا يمكن إطالة أجله إلا لسويعات أو أيام قليلة ولو استعملت كل الوسائل الممكنة لإنقاذه.

الحالة الثانية : هي حالة مريض لا ينفع العناid في العلاج إلا ليحيا حياة رديعة، بائسة، مشلولة متوقفة على عقاقير مضنية.

ذلك هو مصير :

- 1) المريض الذي أنقذ من غيبوبة عميقه بفعل الإفراط في العلاج؛
- 2) المولود قبل وقته بشهور.

هاتان الحالتان تطرحان مشكل الموت الرحيم، ويتعلق الأمر بتوقيف العلاج والاكتفاء بمساعدة المريض في أيامه الأخيرة.

الحالة الثالثة : هي الحالة التي يرفض فيها المريض قبل غيبوته أو عائلته العناد في العلاج بينما للطبيب فيها مؤشرات تحمله على الاعتقاد بإمكانية إنقاذ المحتضر.

عندما يطرح سؤال محير يتعلق بمعرفة ما إذا كان للطبيب أن يقوم بواجبه الطبي، فيتصرف ضد إرادة المريض ويتمسك بحماية الحياة وإنقاذه، أو أن يستسلم لطلب المريض أو طلب عائلته فيوقف متابعة العلاج. بطبيعة الحال، ينبغي أن يستفتى الطبيب المريض إذا كان في حالة وعي تام وعلى علم بجميع المعطيات المتعلقة بحالته الصحية، وهي شروط مع الأسف لا تتوافر إلا نادراً، الشيء الذي يحتم على الطبيب في هذه الحالة أن يتوجه إلى عائلة المريض ويأخذ رأي من يرى فيه أهلية اتخاذ القرار بأمانة وتجدد ولا تكون له مصلحة في موت المحتضر.

هناك قضايا أخرى عويصة تتعلق بالموت الرحيم الذي يرغب فيه المحتضر أو عائلته، وذلك بـإمداده بجرعة كافية من مادة قاتلة. هذا النوع من الموت مسموح به في عدد من الدول الأوروبية بصفة خاصة، ومن نوع في البلاد الإسلامية.

هنا أشير إلى المشاكل التي تواجه الطبيب في اتخاذ قرار الموت الرحيم، وتعود كلها إلى غياب القوانين التي تسمح بذلك وتتضمن حمايته. لقد جرت محاكمات في أوروبا الغربية، توجّع فيها أطباء أشفقوا على محتضرين ولبوا طلبهم الملحق في إنهاء حياتهم، بل إنهاء عذابهم ومعاناتهم القاسية.

هذا مع العلم أن التشريع في مجال الموت الرحيم إذا وجد يفترض مبدئياً وقوع أخطاء، فكثير من سبق أن طالبوا الطبيب بمساعدتهم على الموت قد تراجعوا عن طلبهم في الوقت المريح، بل منهم من استمعطفه لإنقاذه.

الموت الرحيم ينبغي عند الاقتضاء أن يجري على إنسان في أتم وعيه وسبق أن أدلى كتابة بشهادته يصرح فيها برغبته بعدم تمديد معاناته وألامه الجسدية والنفسانية إذا ما أصيب يوماً بمرض لا ينفع فيه علاج. ومع ذلك يظل القرار النهائي بين يدي الطبيب في تحقيق أو عدم تحقيق إرادة المريض. غير أنه يخشى أن يصبح الموت الرحيم مذكرة للمساعدة على الانتحار.

**كلمات عند اختيار
البروفيسور عبد اللطيف بربيش
عضوًا في مؤسسة آل البيت**

كلمة الترحيب بالروفيسور عبد اللطيف برييش
في مؤسسة آل البيت
ألقاها العضو عباس الجراري

نص الكلمة التي ألقاها في تقديم الدكتور عبد اللطيف برييش عضواً جديداً في المجمع الملكي لبحوث الحضارة الإسلامية 'مؤسسة آل البيت'، وذلك في أولى جلسات المؤتمر التاسع للمجمع، زوال يوم الثلاثاء 22 محرم 1414هـ / 13 يولوز 1993م، بالمركز الثقافي الملكي بعمان (المملكة الأردنية الهاشمية).

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الحمد لله رب العالمين والصلوة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين

معالي الأخ الأعز رئيس المجمع الملكي الموقر
زملائي الكرام
حضرات السيدات والسادة

من بين دياجي مغالبة قاسية وحوالك مكافحة عاتية، ومن نطاق رحم كليلة أرادتها الأقدار محملة بأحزان آسرة وأشجان مكبلة، انبثق خيط نور ربيع دقيق يشع الإشراق ويُشيع الضياء، مبشرًا بميلاد فجر جديد يلقي أحرف صحائف كتابه وحكمته، محبرة عبر ما ينفعه آل البيت الأطهار في مشرق الأمة ومغاربها، ينترون

ريحان أفنانهم يانعة بهية، وينشرون روح أزاهرهم طيبة ندية، فواحاً عبرها بما يبعث
الкоامن والأمنيات ويقوى الهم والعزمات.

في رحاب المجمع الملكي لبحوث الحضارة الإسلامية بالأردن الكريم العريق،
ومن أهاء أكاديمية المملكة المغربية وطنكم الحبيب الشقيق، ومنذ ما ينف على
عقد من السنين، انبلاج هذا الشعاع بصيص أمل يراود المتطلعين إلى غد باسم رفيه.
وهو اليوم يتسع ويعلو قوي الأسباب متين الأوصال ممدوح الأنفاس مبسوط الظلال.

فما أعظم سعادتنا جمِيعاً في لحظات هذا الحفل البهيج، والعرى التي شدت
القطبين النيرين يزيد اليوم أصرها باستقبال اثنين من علماء المغرب الأمثال الأفذاذ
أحتظاهما جلالة الحسين المعظم بعضوية المؤسسة الشريفة التي يرعاها حفظه الله
بكرِيم عنايته وسدِيد توجيهاته.

واني لأشعر ببهج غامر وقد عهد إلى أن أكون مقدم الرصيف الجديد السيد
عبد اللطيف بريش إلى أخلاق المجمع الموقر، والمرحب به في هذه الجلسة
المحفية الحافلة.

زميلي الكريم وصديقي الحميم

إلى أرومة عرب بنى حسان ينتهي عزيز محتدك وعميق منبك، أولئك
المعاقلة الذين وفدوا إلى المغرب من شبه الجزيرة العربية في القرن السادس الهجري،
ليستقروا في جنوبه وينتلقوا من بلاد شنقيط إلى ما بعدها من الأقطار الإفريقية
حتى نهر النيجر، ساعين إلى نشر الدين الحنيف. وما تزال منهم في هذه البقاع أسر
تحافظ على اسمها حتى اليوم.

وقد كان قدومهم مبكراً إلى مدينة الرباط حتى اشتهروا بالفضل والخير والصلاح، ونبع فيهم علماءٌ أعلامٌ مثل محمد بن عبد الله برييش المتوفى عام 1316هـ = 1898م، وكان إلى جانب مشاركته المعرفية الواسعة مبرزاً في النحو إلى حد لقب بـ "سيبويه عصره وشيخ نحاة مصره"، والمكي بن أحمد برييش المتوفى سنة 1373هـ = 1953م، ويعد طليعة في الأساتذة المقرئين وحجة في قراءات الكتاب المبين، وعنه أخذ الوالد بعضها مجازاً منه، وحظني السعد فتلقيت في طفولتي جملة من الأحزاب تبرّكت فيها منه بالتلقين.

في كنف هذا البيت الكريم كان مولده يوم ثانٍ صفر سنة ثلاث وخمسين وثلاثمائة وألف هـ، الموافق سابع عشر ماي من عام أربعين وثلاثين وتسعمائة وألف مـ. وفي أحضائه نشأت وتترعرعت، متابعاً تعليمك في شتى مراحله، بدءاً من مدرسة أبناء الأعيان إلى ثانوية مولاي يوسف و"ليسي گورو"، لتلتتحق بعد ذلك بصفوف طلاب الطب في جامعات فرنسا، فتحرز الدكتوراه من "مونبوليي" سنة إحدى وستين، وشهادة التخصص في أمراض الكلية والإنشاش الطبي من باريس عام أربعين وستين.

ولا بدّع، وقد غدوت كامل الأهلية لحمل رسالة نبلة سامية، أن تتّلاق طيباً باطانياً في مستشفيات المغرب، وأن تسند إليك رئاسة مصلحة هذا التخصص والإنشاش الطبي في مستشفى ابن سينا بالرباط، ثم أن تكمل عالي تكوينك بنيل شهادة التبريز في الطب الباطني عام سبعة وستين، لتتبّواً بعد ذلك كرسي الأستاذية في كلية الطب بالرباط ومنصب عمادتها.

وفي جميع هذه المجالات كنت بحرص ودؤوب تصرف عنائك، وتجد استطاعتك، تلمس الوعر فيقاد لك ويأتيك، وتراهن على المنع البعيد فيمكنك ويوائلك، وانتظم لك من صعب أمره ما تراود وتروم، فيتسق لك سهلا يسيرا ويستقيم.

وإذا كنت لا تستطيع أن أعدد مكارمك ومفاحرك ومعاليك وماثارك – وأنني ذلك – فلا أقل من أن أشير إلى مفید تدریسك وسدید توجيهك في روح عربي ونفس إسلامي كنت بهما سباقا إلى تقديم أطارات بسان الصاد تشرف عليها وتناقشها، إحياء للبحث العلمي في لغتنا بعد أن ران عليها الإهمال وتوالى الاتهام، وأن أشير كذلك إلى ما أغنيت به هذا البحث من دراسات رصينة، كأطروحتك عن "أسباب تضخم الطحال بالمغرب" ومواضيع مختلفة نشرتها في مجلات محلية وعالمية حللت فيها أمراض الطحال في شمال إفريقيا، وأدواء التسمم وقضايا الصحة العمومية، وداء السرطان والأمراض الدورية وإصابات الكلية، وكنت قد أشرفت على أول عملية لزرعها في المغرب سنة ثمان وستين، وأنشأت أول مركز فيه للكلية الصطناعية عام ستة وسبعين.

بهذا وغيره مما لا يتسع المجال لتبعه من أعمالك الرائعة النافعة، حظيت بما أنت به جدير حقيق وبه قمين خلائق، فحلي صدرك بأعلى الأوسمة وأرفقها وطنية وأجنبية، وانتظم اسمك في عقد مجتمع علمية وجمعيات متخصصة مغربية وأوروبية وإفريقية ودولية.

وحظيت قبل هذا وبعد بمكان حلته في كل قلب، إذ تفردت وأنت خل وفاء وخدن صفاء، لا يطوع أي لسان عنك إلا بطيب الذكر وجميل الخبر، فلمع نجمك الساطع وعلا بدرك الطالع، وكنت غرة الأقران وزهرة الإخوان.

طلبت المراتب العلية وتطلعت إلى المراقي السنية، فأدركت العلي وتسنممت الذرى، ونلت من النباهة والجاه ما رقى به وبلغت الغاية. وأية غاية أسمى من الوصول إلى أجلّ موقع وأشرف موضع حيث تسعد بالقرب من مولانا أمير المؤمنين جلالـة الملك الحسن الثاني يزلفك عنـه ويدنيـك، ويحظـيك لـديـه ويجـزيـك، فيـعينـك في زمرة أطبـائـه الخواصـ، ويـؤـمنـك على سـرـ أـكـادـيمـيـةـ المـمـلـكـةـ المـغـرـبـيـةـ، ويـعـهـدـ إـلـيـكـ بـجـلـيلـ الـمـهـمـاتـ، يـقـيـنـاـ مـنـهـ نـصـرـهـ اللـهـ بـماـ تـتـمـيـزـ بـهـ مـنـ نـقـاءـ سـرـيـةـ وـفـقـادـ بـصـيـرةـ، وـمـاـ تـتـحـلـىـ بـهـ مـنـ مـضـاءـ عـزـمـ وـنـهـوـضـ حـزـمـ. وـمـاـ إـيـفـادـ إـيـاكـ سـفـيرـاـ لـجـلـالـتـهـ فـيـ الـجـزاـئـرـ عـامـيـ ثـمـانـيـةـ وـثـمـانـيـنـ وـتـسـعـةـ وـثـمـانـيـنـ إـلـاـ أـحـدـ الدـلـائـلـ عـلـىـ مـاـ أـنـتـ بـهـ حـرـيـ أـثـيرـ.

أيها الرصيف العزيز

هل تراني – على تقصيرـيـ فيـ تـقـدـيمـكـ – أـغـفـلـتـ شـيـئـاـ مـاـ يـجـبـ ذـكـرـهـ وـالـإـشـادـةـ بـهـ وـالـتـنـوـيـهـ؟ لـقـدـ حـرـتـ الصـدـارـةـ بـيـنـ زـمـلـائـكـ مـنـ طـلـائـعـ الـأـطـبـاءـ الـأـوـلـيـنـ الـرـوـادـ، وـاشـتـهـرـتـ بـدـمـائـةـ خـلـقـكـ وـلـيـنـ طـبـكـ، وـبـرـجـاحـةـ عـقـلـكـ وـسـمـاحـةـ شـيـمـكـ، مـعـ إـيـاءـ نـفـسـ وـعـلـوـ هـمـةـ، وـفـيـ تـوـاضـعـ جـمـ قـلـ مـثـيـلـهـ بـيـنـ ذـوـيـ الـعـلـمـ وـالـجـاهـ، وـعـرـفـتـ بـيـنـ النـاسـ بـرـقـةـ شـعـورـكـ وـدـقـةـ حـذـقـكـ، وـسـدـادـ تـشـخـيـصـكـ لـلـأـمـراضـ وـالـأـدـوـاءـ، فـأـشـارـوـاـ إـلـىـ نـبـوـغـكـ فـيـ تـعـلـيـلـهـ وـأـكـتـشـافـ خـبـيـاـهـاـ بـحـسـ خـفـيـ وـفـرـاسـةـ موـحـيـةـ. وـذـاعـ بـيـنـ الـمـرـضـىـ حـنـوكـ عـلـيـهـ وـالـرـفـقـ بـالـفـقـرـاءـ مـنـهـ وـالـإـحـسـانـ إـلـيـهـمـ وـالـسـعـيـ الدـائـمـ لـإـسـعـافـهـمـ وـإـسـعـادـهـمـ. وـاعـتـرـفـ لـكـ تـلـامـيـذـكـ مـنـ الـأـطـبـاءـ الشـبـانـ إـذـ تـبـلـغـهـمـ كـوـامـنـ الـمـعـرـفـةـ وـتـلـقـيـهـمـ أـسـرـارـ الـسـلـوـكـ وـتـبـثـ فـيـهـمـ صـدـقـ الـلـهـجـةـ وـتـنـيـرـ لـهـمـ سـبـلـ الـمـارـسـةـ. وـشـهـدـ لـكـ الـعـارـفـونـ أـنـكـ لـمـ تـتـخـذـ الـطـبـ مـهـنـةـ فـقـطـ، وـلـكـنـكـ طـلـبـتـهـ عـلـمـاـ تـعمـقـ الـبـحـثـ فـيـ خـبـيـاـهـ، وـتـسـبـرـ أـغـوارـ

شائئ قضياءه، وتتوسل لذلك باللون من المعارف الإنسانية تراها -كما رأها النطس الأقدمون- أسرّ إدراك الحكمة وعلومها التي لا حدود لها ولا فواصل بينها.

وإن شغفك بهذه الحكمة وعلومها وما أتاح الإسلام لها في ظل حضارة راقية وثقافة سامية لفي مقدمة الأسباب التي قررت خطاك إلى هذا البلد المعروف بحسن الإلطاف والإدناء، وجميل الترحيب والاحتفاء، وأحظتك بالانتماء إلى مجتمعه الملكي المؤسس في رحاب آل البيت الأصفياء، أنت الذي بهم كان دائماً تعلق قلبك، وإليهم هفو نفسك، فياضة منها مشاعر حب صادق وتفان خالص تغمرك وتنديك.

وإن تشريف جلاله الحسين المعظم لك بهذا الانتماء لأكبر دليل على تقديره -أيده الله وأعز أمره- لنبيل شخصك ومميز علمك وعالٍ مكانتك. فهوئننا لك أخي ما نلت من إكرام وإنعام، وهنئنا لنا جميعاً إذ التحقت بنا في انضمام والتئام.

وشكرنا لحضراتكم ما تفضلتم به من إصغاء وإنصات. وسلام الله عليكم ورحمة منه تعالى وبركاته.

كلمة الاتصال بالمجمع الملكي لبحوث الحضارة الإسلامية للبروفيسور عبد اللطيف بربيش

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

صاحب السمو الملكي الأمير الحسن بن طلال ولي العهد المعظم؛
صاحب المعالي الأستاذ الدكتور ناصر الدين الأسد رئيس المجمع الملكي
لبحوث الحضارة الإسلامية مؤسسة آل البيت؛
أصحاب السماحة والفضيلة أعضاء المؤتمر العام التاسع.

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، تحية من المغرب وعلماء المغرب، أقدمها
إليكم وإلى المجمع الملكي لبحوث الحضارة الإسلامية الموقر، وأنا أخطو فيه الخطوات
الأولى، متلهياً جلال الموقف، معتزاً بجميل التكريم الذي حظيت به، مما أكاد أجدهني
معه، قلباً ولساناً، عاجزاً عن أداء بعض ما تحمله النفس، لهذا البلد العربي "الأردن"
الشقيق، من محبة واعتبار.

ويقضي الواجب، في هذه اللحظات التاريخية، التي أسعد فيها بالانتساب
إلى هذا الصرح الحضاري الماجد، أن أقدم بين يدي دخولي فيه، عبارات التقدير
والامتنان والعرفان، لعاهل هذا البلد العربي المسلم، جلاله الملك الحسين المعظم

ملك المملكة الأردنية الهاشمية، مؤسس هذه المعلمة الحضارية الكبرى، في هذا القرن الخامس عشر الهجري.

ويقضي الوفاء أيضاً، أن أتقدم بالشكر الجليل والثناء الجميل، والذكر الحسن، لصاحب السمو الملكي الأمير الحسن بن طلال ولبي العهد المعظم، على ما يفتأً يقدمه للعلم والعلماء، من تشجيع ورعاية للأعضاء المنتسبين إلى هذا المجمع الموقر.

حضرات السادة

إن وجود مؤسسة علمية، مثل مؤسسة آل البيت، تستقطب الكفاءات العلمية، في مؤتمرات دورية، يتفرغ أعضاؤها للبحث والدرس والعطاء، ليتعدّ بحق فرصة نادرة وثمينة، لبث الإشعاع الحضاري والتفتح الفكري، وتحريك عجلات التنمية والتقدم في أرجاء الوطن العربي، في وقت تتنازع فيه الأمة العربية والإسلامية عوامل التخلف، وتتجاذبها الأهواء، وتتقاذفها العواصف من كل جانب.

ومن المعتقد، أن المجمع الملكي لبحوث الحضارة الإسلامية، بما يخطط من مشروعات علمية هادفة، وبما يمهد من سُبُل لاتصال العلماء بعضهم ببعض، إنما يرسم بعمله الموضوعي طريق الخلاص المبين لأمتنا العربية والإسلامية. لقد صر العزم من طائفة من هذه الأمة، على حمل مشعل الحضارة بحقه، ورفع لواء التقدم من أساسه، يقيناً منها بأن أمل الإنقاذ المؤكّد ممّا نحن فيه، إنما هو البحث العلمي المعمق، وأن أساس التقدّم التكنولوجي إنما هو كامن في صلة القول بالفعل، وربط العلم بالعمل، وصلة ماضينا العلمي بحاضرنا التقني صلة ذكية، تستفيد من حديث المخترعات، ولا تنكر لما هو معروف، في حضارتنا من بدائع المكتسبات.

حضرات السادة

إنني أتحقق بالمجمع الملكي لبحوث الحضارة الإسلامية معجباً بما يحققه العلماء المشاركون فيه من إنجازات مشهودة لصالح العرب والمسلمين والإنسانية جماء، وكلّي أمل في أن أستطيع أداء حقّ حملني حسنُ ظنكم فيما أملك من بضاعة علمية وما أحمل من خبرة مهنية متواضعة.

إنني أتحقق بكم مزوّداً بمعلومات و المعارف في ميدان الطب الباطني وأمراض الكلية، إضافة إلى تجربة خاصة في مجال التعليم الجامعي والتكوين المهني وفي ميدان الممارسة الطبية الخاصة.

فماذا عسانى أستطيع الإسهام به إلى جانبكم إخواني وزملائي أساطين العلم ومعلمات الحضارة الناطقة، أعضاء هذا المجتمع الموقر؟

لقد تعلمت في الجامعة أنه لا حد للعلم، ولا نهاية للبحث، وتعلمت في بيت أبيائي تلك الحكمة العربية الأصيلة التي تحدث الإنسان على طلب العلم من المهد إلى اللحد، فحفظتها حكمة بالغة، وذكرتها مثلاً سائراً، ولا أزال أتعلم منها وأعلمها للأجيال الصاعدة.

وعلمتني الحياة المهنية أن الله عز وجل قد كرم الإنسان، وفضله على كثير ممن خلق تفضيلاً. من أجله خلق العلم، ومن أجله كان الطب، بل لعل من أجله كانت الحياة!

لا معنى للعلم إذا لم يكن العلم في خدمة الناس. لا طعم للحضارة إذا لم يكن هدفها الأساسي هو الإنسان.

وإذا كانت العلوم البحتة، وكانت المبالغة في التخصصات العلمية تنظر إلى الإنسان نظرة تفصيلية، وتوجه كامل عنایتها لدقائق أعضائه الحيوية، في أنسجتها

وخلالياها وذراتها المختلفة ومكوناتها الكيميائية، فإنه تنقصها، ولا شك، تلكم النظرة المتكاملة إلى الإنسان كآدمي ميّزه الله بنور العقل، وخصه بالحكمة والرأي، ووهبه القدرة على المشاركة في صنع أحداث التاريخ، وعلى إبداع الآداب والفنون الجميلة.

إن العلوم الإنسانية تمكّنا، حضرات السادة، من إطلالة وافية على هذه المجالات، ولعل علم الطب من بين هاتيك العلوم التي تسمح بالجمع بين مزايا هذه القيم، والمزاوجة بين ما هو إنساني صرف، وما هو منها خلقي صرف، وما هو منها مادي صرف في نظرية إنسانية جامعة تحفظ على الإنسان عقله وبنائه وفكره جمِيعاً.

وكم يسعدني أن أرى جماع هذه القيم متمثلة في إنجازات هذا المجمع الملكي العظيم.

صاحب السمو الملكي

سيدي الرئيس

أصحاب الفضيلة

لا يسعني في ختام كلمة الالتحاق والدخول هذه، إلا أنأشكر أخي وزميلي الدكتور عباس الجراري، على ما أثني به عليٍ من كلام هو به حقيق، وما زكاني به من صفات ومؤهلات هو بها جدير، فهي في الحق منه وإليه، وقليل مما عندكم جميعاً، أيها العلماء المحترمون.

أشكر لكم حسن إصغائكم، أيها الإخوة الأعضاء الزملاء، والسلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته.

Discours

de M. Le Professeur Abdellatif BERBICH

Monsieur le Président de l'Union Académique Internationale,

Monsieur le Secrétaire Général adjoint,

Mes chers collègues,

Mesdames et Messieurs,

En juin de l'année 1993, l'Académie du Royaume du Maroc avait eu l'honneur de recevoir à Fès, capitale spirituelle de notre pays, l'Union Académique Internationale, à l'occasion de la tenue de sa 67^{ème} Assemblée Générale.

Aujourd'hui, l'Académie a le plaisir d'accueillir en son siège à Rabat le second atelier international, consacré aux «Aspects sociologiques, éthiques et bioéthiques de la dignité humaine». A cette occasion, je suis heureux de souhaiter la bienvenue et un très agréable séjour au Maroc à l'ensemble des participants, ainsi qu'aux membres du Secrétariat chargé de la mise sur pied du projet, et particulièrement, Mademoiselle Guiomar COLL de l'Institut des Etudes Catalanes avec laquelle j'ai eu grand plaisir à coopérer, durant ces derniers mois, pour la préparation de cette importante réunion.

Mes chers collègues,

Mesdames et Messieurs,

Il est universellement admis que le devoir dû à tout être humain est le respect de sa dignité. Celle-ci, comme les grandes notions de l'éthique, a des contours flous et se prête difficilement à une définition précise. Il est cependant permis de considérer qu'elle fait référence à une qualité intimement liée à l'être même de l'Homme, ce qui implique qu'elle doit être la même pour tous et qu'elle n'admet pas de hiérarchisation.

J'éviterai, dans cette brève allocution, d'anticiper sur les communications qui vont être présentées au cours de cette séance d'ouverture par les Professeurs Guy STROUMSA et Marcus DÜELL. J'éviterai également de me référer aux considérations théologiques ou métaphysiques qui ont présidé à l'explication de la notion de « dignité humaine », et je me situerai volontiers en aval pour observer comment la dignité humaine est reconnue dans la pratique de la vie sociale.

Les signataires de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, adoptée en 1948, juste après la fin de la seconde guerre mondiale, reconnaissaient à l'unanimité, malgré leurs appartenances philosophiques, religieuses et politiques différentes, voire opposées, «la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine» et les droits qui en découlent.

La notion de «dignité humaine» est, actuellement, à la base des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, tels que l'abolition de l'esclavage ou tels que l'interdiction de la torture, des discriminations, des asservissements et des traitements dégradants des êtres humains. Plusieurs Etats ont inscrit ces principes dans leurs

Constitutions Nationales. Par conséquent, toute personne a droit au respect, mais il faut instituer des lois pour leur application et pour que, au nom de la dignité, le plus fort respecte le plus faible.

Malheureusement, ce que nous constatons aujourd'hui, nous oblige à penser que les textes fondateurs des droits de l'homme ne sont pas respectés. Plus fâcheux encore, le droit à la vie, qui est fondamental et premier, est ignoré par tous ceux qui entretiennent des guerres locales et régionales. Des populations civiles sont quotidiennement tuées par des bombes ou par des voitures piégées. Dans quelques cas, on ignore l'identité des combattants, bien qu'ils se revendiquent de tel ou tel mouvement politique ou religieux. On a tué au nom de la religion, on a tué au nom de l'épuration ethnique. On a fait, de jeunes enfants promus à un avenir serein, de farouches guerriers qui tuent avec détermination. Et tandis que les populations fuient la mort en se déplaçant continuellement, abandonnant leurs maisons, leurs terres et leurs biens, les marchands d'armes s'enrichissent de ces guerres et les traîquants de drogue apportent l'argent nécessaire.

Au terme de ces malheurs, on ne compte plus le nombre de traumatisés mentaux, de handicapés physiques, d'enfants orphelins qui n'ont pas connu l'école, qui n'ont pas joué, et qui n'ont pas mangé à leur faim.

Mes Chers collègues,

Mesdames et messieurs,

En deçà de la négation de la vie humaine qui consiste à donner la mort, toute action qui avilît l'être humain vivant est une atteinte à sa

dignité. Le respect de la personne humaine commence dès la conception et il est d'autant plus requis que l'homme se trouve, à un moment de sa vie, dans un état de faiblesse et de vulnérabilité.

A cet égard, l'enfant doit être l'objet de toute notre attention. Le commerce d'enfants, la pratique de la pédophilie, de nos jours de plus en plus médiatisée, la prise d'enfants en otage, la mise d'enfants au travail ou à la mendicité à des fins pécuniaires, et d'autres déviations possibles et imaginables constituent des manquements très graves à cet être fragile, innocent et sans défense qu'est l'enfant.

L'abandon des vieillards grabataires, le refus de leur assurer les soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie, la non-assistance aux personnes en danger, l'humiliation des prisonniers par les gardiens dans un établissement carcéral sont des actes condamnables car ils illustrent l'état de délaissé imposé au plus faible par le plus fort.

Que dirions nous d'un Etat qui pratique la dictature, ignore les lois, interdit les droits les plus élémentaires du citoyen ? Et des régimes totalitaires passés ou attendus qui soumettent des millions de personnes aux pires exactions au nom d'idéologies prétendument progressistes ?

C'est souvent le fait de simples personnes mégalomanes devenues chefs d'Etat et que la médecine qualifie de paranoïaques. Nous voyons que la notion de dignité humaine, illustrée dans la pratique par ces exemples, ne cesse de nous interpeller. Il semble qu'il faille promouvoir la culture du respect de la dignité humaine en tant que valeur suprême qui préside aux droits reconnus à l'être humain. Espérons que les travaux de cet atelier nous éclaireront davantage sur la manière de faire aboutir cette culture.

Mes chers collègues,

Mesdames et messieurs,

La dignité humaine doit être considérée avec beaucoup de vigilance par rapport aux progrès de plus en plus prodigieux de la médecine, de la biologie et de la biotechnologie. Cette vigilance était à l'origine de la tenue en 1974, du colloque mondial «Biologie et devenir de l'homme», auquel étaient conviés de nombreux savants représentant la communauté scientifique internationale.

Parmi plusieurs thèmes soumis à leur réflexion collective, les participants devaient se pencher sur «les nouveaux pouvoirs de la science et les nouveaux devoirs de l'homme, et essayer de préciser devant la communauté humaine leur propre responsabilité en tant qu'hommes de sciences».

De ce colloque était né le «Mouvement Universel de la Responsabilité Scientifique (MURS) dont la création a été inspirée par les graves problèmes engendrés par les progrès de la recherche médicale et biologique. Ainsi est née la «bioéthique», discipline nouvelle, basée sur le respect de la personne, le respect de la connaissance, le refus du gain et du profit, et la responsabilité du chercheur.

Depuis, la bioéthique a été l'objet de nombreux textes, notamment ceux de l'UNESCO qui stipulent dans «La Déclaration Universelle sur la Bioéthique» adoptée en 2005 que les droits humains et les libertés fondamentales doivent être pleinement respectées et que les intérêts et le bien être de l'individu doivent l'emporter sur le seul intérêt de la science ou de la société. Parmi ces textes figurent également la Déclaration de l'UNESCO de 1997 qui stipule que «le génome humain est un patrimoine

de l'humanité ne pouvant faire l'objet de commercialisation, que son décodage ne peut être breveté et que seules pourraient l'être ses applications thérapeutiques»).

Il est utile ici de rappeler la formule d'Emmanuel KANT, selon laquelle l'être humain doit être considéré non comme un moyen, mais comme une fin en soi. L'être humain n'est pas une chose, car une chose a un prix et peut être remplacée par une autre chose équivalente. L'être humain, lui, a une dignité. Il est unique, il est supérieur à tout prix, n'admet pas d'équivalent et ne peut être remplacé.

La formule de KANT invite à la non- instrumentalisation de l'être humain. Nous ne devrons pas soumettre l'être humain à des essais ou à des expérimentations scientifiques à but non thérapeutique qui risquent de mettre sa vie en danger, même si ces expériences pourraient nous permettre d'entrevoir la possibilité de développer de nouveaux moyens thérapeutiques.

Nous ne devrons pas non plus permettre que des personnes qui vivent de manière précaire, puissent vendre leurs organes pour survivre. Cela se passe malheureusement assez fréquemment, pour le rein par exemple, dans plusieurs pays sous-développés d'Afrique ou d'Asie.

Les prouesses actuelles de l'Ingénierie Génétique ne devront pas nous faire accepter les interventions sur la lignée germinale, ou la prédétermination de caractères particuliers ou le clonage humain à des fins de reproduction. Dans la pratique médicale quotidienne, le médecin et ses collaborateurs ne doivent pas considérer le malade de manière technique. Le patient n'est pas simplement un cas, mais une personne qui a une dignité et qui pose l'exigence d'être traitée de façon humaine.

En guise de conclusion, chers collègues, mesdames et messieurs, nous dirons que la notion de dignité humaine, bien que procédant de considérations théoriques diverses et complexes, nous aide à comprendre et à légitimer dans des domaines divers et dans la bioéthique, en particulier.

Pour ce faire, et afin de préserver le sens de l'humain dans notre société, de plus en plus dominée par les progrès de la science, la dignité humaine a besoin d'être concrétisée par des formulations telles que le droit, le consentement, la confidentialité, l'intégrité physique etc. Elle fixe les repères des rapports entre les hommes et ceux de la pratique biomédicale, et dans cette dernière, elle fait comprendre que c'est la science biomédicale qui est faite pour être au service de l'homme et non pas l'inverse.

Je vous remercie de votre aimable attention.

Discours de M. le Professeur Abdellatif BERBICH
A l'occasion de la tenue du second atelier
international consacré aux aspects sociologiques,
éthiques et bioéthiques de la dignité humaine
Rabat, 26 - 27 Juin 2007

Chers collègues, Mesdames et Messieurs,

Je voudrais à la fin de ce bref exposé remercier Monsieur le Président Gil ALUJA et Monsieur Aldo OLCESE, ainsi que notre collègue André AZOULAY, pour leur aimable et efficace coopération dans la préparation de cette session.

Je tiens à remercier l'équipe de traduction simultanée qui nous a permis de communiquer et de nous comprendre.

Pour terminer, il me reste à vous dire que nous allons adresser au nom de tous les participants, un message à Sa Majesté le Roi Mohammed VI, pour le remercier pour sa grande sollicitude à notre égard et pour le grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant de placer cette session sous son Haut Patronage.

Je vous remercie de votre aimable attention.

Au plan de la géopolitique euro-méditerranéenne, le Maroc et l'Espagne sont évidemment concernés au plus haut degré. L'espace euro-méditerranéen doit rester un espace de paix et de développement humain. Le terrorisme, les faits de guerre doivent en être bannis, comme partout ailleurs. Nous devons militer ensemble pour apporter des solutions aux problèmes en suspens.

Nous saluons, à cette occasion, la construction patiente et exemplaire de l'Union Européenne et nous l'invitons à réfléchir à l'importance stratégique de la rive Sud de cette Union.

L'entreprise marocaine, dont le dynamisme n'est plus à démontrer, saura, avec sa collègue espagnole, trouver des domaines de coopération, et je ne manquerai pas de dire qu'il est souhaitable que la rencontre d'aujourd'hui se poursuive au gré des rendez-vous pris par les intéressés eux-mêmes.

Le dossier juridique et social est important, mais encore une fois, seul le suivi et la prévention des accidents de parcours arriveront à bout des problèmes en place, ou d'autres qui pourraient surgir.

Mesdames et Messieurs,

Les bonnes relations entre les Etats ne connaissent la stabilité et l'excellence que dans le respect bien compris des intérêts communs. L'Espagne et le Maroc ont tout intérêt à se convaincre, qu'au-delà de passagères aigreurs, ils sont et resteront des pays amis, appelés au nom de l'histoire, du voisinage et des intérêts évidents, à construire ensemble un destin dont seront fiers nos enfants.

Discours de clôture de la Session

Monsieur le Président de la Real Academia de Ciencias Económicas y Financieras

Mesdames et Messieurs.

Au terme de nos travaux, il m'est agréable de souligner le caractère exceptionnel de cette rencontre qui ouvre dans les relations hispano-marocaines des horizons nouveaux et prometteurs. Je dois vous dire que déjà, lors des préparations, toutes les personnalités marocaines sollicitées à participer à cette session, ont, sans exception, réagi avec enthousiasme et exprimé leur souhait que pareil événement se produise plus souvent. C'est dire combien le dialogue est ressenti ici comme le meilleur moyen de se comprendre et de ne pas laisser planer les doutes et les déceptions.

Nous ne pouvons donc que nous féliciter de cette initiative qui nous vient de nos amis espagnols. La tenue de cette session conjointe de la Real Academia de Ciencias, Económicas y Financieras et de l'Académie du Royaume du Maroc restera l'exemple à suivre car il permet aux institutions, aux penseurs et aux représentants des diverses activités des deux pays, des moments de réflexion insensibles aux aléas de la politique officielle. Les domaines économiques et culturels restent des champs de prédilection où nos forces créatrices doivent constamment constituer les passerelles qui mènent à l'entente et aux échanges.

Les relations de notre Académie avec l'Espagne se sont illustrées également par les deux sessions que nous avons tenues, l'une à Madrid en 1989 sur les «Similitudes indispensables entre pays voulant créer des ensembles régionaux», et l'autre, à Grenade en 1992, consacrée à l'étude du «Patrimoine commun hispano-mauresque».

Les actes de ces deux sessions constituent une référence pour les chercheurs. Je ne manquerai pas de noter à ce propos que, lors de notre séjour à Gharnata, nous avons pu apprécier la beauté du site et bénéficier d'une hospitalité espagnole exemplaire.

Mesdames et Messieurs,

Je souhaite un excellent séjour à Rabat à tous les membres de la délégation espagnole et tout le succès que méritent les travaux de cette session. J'espère que vous serez les meilleurs interprètes de notre amitié à la Real Academia et au peuple d'Espagne. Je ne saurai assez vous dire combien nous aimons que cette amitié s'inspire de celle qui lie nos deux augustes souverains.

Je vous remercie de votre aimable attention.

fois, notre partenaire, notre interlocuteur et notre avocat auprès des gouvernements et des instances que nous sollicitons.

Mesdames et Messieurs,

Notre Académie, placée sous la Haute Protection de Sa Majesté le Roi Mohammed VI, est le lieu privilégié de rencontres pareilles à celle d'aujourd'hui.

Inaugurée par SM le Roi Hassan II en 1980, elle est multinationale et multidisciplinaire et a pour objectif : le développement de la recherche et de la réflexion dans les principaux domaines d'activités de l'esprit.

Elle a tenu 72 sessions et colloques sur des sujets d'actualité internationale et nationale et ses travaux figurent à ce jour dans une centaine de publications.

Parmi ses membres a figuré le regretté Emilio Garcia GOMEZ et figure encore parmi nous notre ami et collègue Alfonso DE LA SERNA. Le premier nous a malheureusement quittés en 1995. Il était titulaire des chaires de langue arabe dans les Universités de Madrid et de Grenade, Président de l'Académie Royale d'Histoire, et Directeur de l'Institut Hispano Arabe de Madrid. Il était mondialement connu pour ses travaux sur l'Andalousie, et sur l'histoire et la littérature arabe. Quant à Monsieur Alfonso DE LA SERNA, il a fait une brillante carrière diplomatique et littéraire et reçut le prestigieux prix «Mariano de Cavia». Il fut Ambassadeur de son pays auprès du Maroc, et continue d'entretenir d'excellentes relations avec ses nombreux amis marocains. Des raisons de santé l'empêchent d'être parmi nous aujourd'hui.

que le peuple espagnol le sait et qu'il est intimement convaincu que nous déplorons la mort de ses enfants dans cette tragédie épouvantable. Nous nous associons ici solennellement au deuil des familles éprouvées et nous adressons nos prières de miséricorde divine pour les disparus et de rétablissement pour les survivants, touchés dans leur chair.

Vous savez qu'il y a un an, la ville de Casablanca fut frappée par des mains aussi criminelles qui voulaient faire l'amalgame, en visant plusieurs communautés en même temps. Le sang marocain et espagnol a coulé ce jour-là dans ce crime commis contre l'amitié tranquille qui a toujours unis nos deux communautés. Devant cette terreur aveugle qui tue des innocents, nous sommes, les uns et les autres dans cette tragédie universelle, des victimes potentielles, et nous voulons aussi nous unir afin de combattre la terreur qu'on veut nous imposer. Je voudrais illustrer cette situation par une parole de Jules ROMAINS qui pourrait être une maxime : «Pour faire sentir un sentiment à autrui, il est bon de commencer par le sentir soi-même».

Mesdames et Messieurs,

Le Maroc est un pays d'ouverture. Il a toujours été le berceau d'un Islam tolérant, le lieu de rencontre des religions et de cultures. Il pratique la démocratie et respecte les droits de l'homme.

Jaloux de son identité, il s'efforce de s'enrichir de ce qu'il y a de meilleur chez les autres. Par l'effet du voisinage et de l'histoire séculaire qu'il a entretenu avec l'Europe, il souhaite acquérir auprès de celle-ci une place que lui vaut sa bonne volonté, sa constance et le désir d'accéder à plus de développement économique et technologique. L'Espagne est, avec d'autres pays amis, toute désignée pour être à la

de toutes ces capacités humaines à construire notre avenir commun. Nous saluons avec une grande satisfaction la présence dans la délégation espagnole de leurs Excellences Monsieur le Président du Parlement Espagnol, Monsieur le Secrétaire d'Etat Espagnol à l'Economie et Monsieur le Président de l'Institut d'Espagne.

Nous saluons toutes les personnalités espagnoles et marocaines qui contribuent à rehausser le niveau de nos débats par leurs interventions programmées ou par leur présence autour de cette table et leur participation aux discussions.

Notre avenir nous commande de faire preuve d'une grande disponibilité et d'une capacité commune, de faire face aux imprévus afin de préserver l'essentiel qui est l'excellence de nos relations bilatérales et la sécurité qu'implique notre voisinage. Il nous appartient alors d'encourager les rencontres entre nos institutions représentatives, entre les femmes et les hommes de nos sociétés civiles, ainsi qu'entre nos sociétés savantes, afin d'échanger nos expériences et nos compétences, et maintenir, quelles que soient les vicissitudes, le dialogue culturel et social que notre longue histoire nous dicte d'entretenir et d'enrichir. Ainsi, il nous sera permis de dire : «Ne doutons jamais, puisque le doute est l'effet de la réflexion !».

Mesdames et Messieurs,

Le Maroc est un pays qui prône la paix, aussi bien pour lui-même que pour autrui. Les événements qui ont frappé Madrid le 11 mars 2004 sont terribles. Le Maroc les condamne très énergiquement, et nous espérons

combien nous sommes heureux de recevoir sous cette coupole les membres de l'Académie Royale des Sciences Economiques et Financières d'Espagne, à l'occasion de la tenue de sa première session, organisée exceptionnellement à l'étranger, depuis qu'elle a vu le jour, il y a plus de soixante ans.

Nous y voyons un signe d'amitié et de choix annonciateurs d'une collaboration loyale entre nos deux Institutions, bien plus, entre nos deux pays.

Un concours de circonstances heureux a voulu que cette manifestation se tienne juste après la visite officielle qu'effectua à notre pays le Premier Ministre d'Espagne, S.E. Monsieur José Luis Rodriguez Zapatero, au lendemain de son investiture.

Nous ne doutons pas que les entretiens de Sa Majesté le Roi Mohammed VI et de son illustre hôte aient eu pour thème central les relations de nos deux pays, ainsi que les questions régionales et internationales qui, de près ou de loin, ont un impact sur nos rapports bilatéraux.

Nos deux pays appartiennent à cette mer méditerranée que nous aimons et qui doit rester un lieu de paix, de tolérance et d'échanges. Nous sommes heureux et nous nous félicitons que le monde méditerranéen soit inclus justement dans le thème de cette session qui traitera des «relations bilatérales hispano-marocaines dans le contexte euro-méditerranéen».

Mesdames et Messieurs,

Cette rencontre entre Académiciens, hommes politiques et hommes du monde de l'entreprise est audacieuse, car elle sollicite la contribution

Discours d'ouverture

Monsieur le Premier Ministre,

Monsieur le Président du Parlement Espagnol,

Monsieur le Président de la Chambre des Représentants,

Monsieur le Président de la Chambre des Conseillers,

Messieurs les Conseillers de Sa Majesté le Roi,

Messieurs les Ministres,

Monsieur le Wali de Rabat-Salé,

Messieurs les Ambassadeurs

Monsieur le Président et Messieurs les Membres de l'Académie Royale des Sciences Économiques et Financières d'Espagne

Messieurs les Membres de l'Académie du Royaume du Maroc,

Mesdames et Messieurs,

C'est un jour de fête que nous vivons aujourd'hui, et qui est dû à l'initiative de nos deux souverains, SM le Roi Mohammed VI, Roi du Maroc et SM le Roi Juan Carlos I^e, d'Espagne. Aussi est-il de notre devoir d'adresser à nos deux souverains nos plus vifs remerciements et le témoignage de notre profond respect.

Mesdames et Messieurs,

En mon nom personnel et au nom de mes collègues de l'Académie du Royaume du Maroc, je vous souhaite la bienvenue et vous dis

**Discours prononcés par
M. le Professeur Abdellatif BERBICH
à l'occasion de la tenue de la session exceptionnelle
de l'Académie Royale des Sciences Economiques
et Financières d'Espagne
au siège de l'Académie du Royaume du Maroc**

Maîtres qui nous ont quittés. Mes pensées vont, entre autres, à mes Patrons: Jean HAMBURGER, Jean CROSNIER, Jean BERNARD, Jacques RUFFIÉ et Jacques MIROUZE, auxquels je demeure éternellement reconnaissant pour leur accueil chaleureux, leur enseignement exemplaire et pour tout ce que j'ai pu apprendre auprès d'eux. Ils ont tous été Membres ou Présidents de votre compagnie et ont fait partie de cette pléiade de médecins illustres qui, grâce à l'intérêt particulier qu'ils portent aux sujets d'actualité médicale et, grâce à leurs éminents travaux de recherches, ont contribué à la mise en place du merveilleux réseau de réflexion, d'échange et d'expertise dont dispose avec fierté l'Académie Nationale de Médecine.

Mes chers collègues,

Mesdames et Messieurs.

Les deux thèmes proposés à notre réflexion collective par l'Académie Nationale de Médecine concernent le Devenir des formations médicales et le Diabète de type II. Il s'agit là de deux thèmes très intéressants et d'une brûlante actualité qui seront longuement traités par une douzaine d'éminents orateurs français et marocains.

Pour terminer, je voudrais vivement remercier l'ensemble des collègues, académiciens ou non, qui ont accepté de participer à cette séance et qui ne manqueraient pas d'intervenir dans la discussion et de rehausser par leurs points de vue le niveau de nos débats.

Je souhaite donc plein succès aux travaux de cette rencontre franco-marocaine et je vous remercie de votre aimable attention.

de s'assurer de leur participation et de s'entendre avec eux sur les sujets de leurs communications.

Cette séance mémorable avait été présidée par le Professeur Francis TAYEAU, ancien Président de l'Université Bordeaux II, et qui avait, ainsi que d'autres enseignants bordelais et montpelliérains, activement participé à la mise en route de la première Faculté de Médecine marocaine, à Rabat.

En ma qualité d'ancien Doyen de cette Faculté, il est de mon devoir de rendre un hommage très appuyé à sa mémoire ainsi qu'à celle de tous les enseignants français qui l'avaient accompagné dans cette noble entreprise. Parmi ceux qui sont encore de ce monde, je citerai tout particulièrement le Professeur Jean MEUNIER, ancien histopathologiste de l'Université de Bordeaux. Je tiens à lui exprimer ici ma profonde reconnaissance et celle de l'Université Marocaine pour les énormes sacrifices qu'il avait consentis et pour l'aide inestimable qu'il avait bien voulu apporter à la Faculté de Médecine de Rabat et, plus tard, à celles de Casablanca et de Fès.

Son dévouement exemplaire n'a d'égal que la qualité de l'enseignement qu'il a assuré de façon régulière, durant presque trois décennies.

Je saisiss cette occasion pour lui souhaiter un prompt rétablissement, une longue vie et une bonne santé.

Mes chers collègues de l'Académie Nationale de Médecine.

Je profite par ailleurs de votre présence parmi nous pour rendre devant vous un vibrant hommage à la mémoire de certains des grands

Mes chers collègues,

Le Maroc est honoré d'être actuellement représenté au sein de votre compagnie par cinq membres associés ou correspondants, comme il est fier d'être le premier pays du monde africain, arabe et musulman à avoir été choisi par l'Académie Nationale de Médecine pour y tenir séance à titre exceptionnel.

Je voudrais toutefois rappeler que dans le domaine médical, les relations entre votre Académie et les médecins marocains ne datent pas d'aujourd'hui et remontent à bientôt un quart de siècle. En effet, la médecine marocaine avait été honorée par l'aimable invitation adressée, en 1985, par votre compagnie à un groupe d'enseignants marocains de la Faculté de Médecine de Rabat, composé de feu le Professeur Slimane NEJMI, des Professeurs Abdelkader TOUNSI, Azeddine LARAKI, Taïeb CHKILI et de moi-même, en vue de participer à une réunion commune. Cette invitation avait été naturellement acceptée sans hésitation et avec joie et avait valu à notre délégation un accueil officiel des plus chaleureux, lors de la séance franco-marocaine, tenue à Paris, le 18 juin 1985, au siège de l'A.N.M.

Mes chers collègues,

Mesdames et Messieurs,

Adepte du culte du souvenir, je ne manquerai pas d'avoir une pensée très émue pour notre confrère feu le Docteur Roger OCCELLI, ancien Directeur de l'Institut Français des Sciences de la Santé, qui avait pratiquement pris en charge tout seul l'organisation de cette rencontre et avait été amené pour cela, malgré ses problèmes de santé, à effectuer plusieurs déplacements à Rabat, afin de recruter les orateurs marocains,

introduit dans le texte du Dahir Royal créant cette institution un usage louable en permettant à l'Académie de tenir certaines de ses séances dans d'autres villes du Royaume et parfois même, à titre exceptionnel, hors du territoire marocain, dans des pays amis, voulant ainsi assurer la rencontre des hommes de sciences et l'échange fructueux des connaissances entre des personnalités représentatives de cultures et de spécialités différentes. Car rien d'autre que cela ne peut assurer la compréhension et la coopération mutuelles entre les états et les peuples ainsi que la stimulation de la recherche scientifique.

La France figure, tout naturellement, au premier rang des pays désignés pour instaurer une telle collaboration entre leurs Académies et autres institutions scientifiques et culturelles, et l'Académie du Royaume du Maroc. Car beaucoup de traits communs unissent nos deux pays.

Le Maroc et la France sont en effet deux Etats anciens et authentiques. Ils ont tous les deux acquis leurs titres de noblesse et pris part de façon remarquable à la civilisation, à l'Ouest de la Méditerranée, sur la Côte Atlantique et dans d'autres parties du monde.

Nos deux pays sont par ailleurs liés par des liens historiques très anciens, qui ne cessent de se développer et de se consolider au point que personne aujourd'hui ne peut imaginer pouvoir éviter ou ignorer leur avenir commun.

C'est dans ce contexte d'excellentes relations et d'amitié que la première session de l'Académie du Royaume du Maroc, programmée hors des frontières nationales, s'est tenue à Paris en juin 1987 au siège de l'Académie Française. Et, c'est certainement dans le même esprit et avec le même objectif que se tient aujourd'hui à Rabat, cette séance de l'A.N.M.

Mes chers collègues,

La Médecine marocaine vit aujourd’hui une journée de fête grâce à l’heureuse initiative des Professeurs Jacques-Louis BINET et Charles PILET, respectivement Secrétaire Perpétuel et Président de la Commission Internationale de l’Académie Nationale de Médecine de France.

Aussi est-il de notre devoir de leur adresser, ainsi qu’aux Professeurs Driss MOUSSAOUI, Claude JAFFIOL et Moulay Driss ARCHANE, notre reconnaissance et nos vifs remerciements pour les efforts qu’ils ont accepté de fournir afin de rendre possible la tenue de cette réunion franco-marocaine.

Mes chers Collègues de l’A.N.M.

C'est pour moi un grand honneur, aussi insigne qu'agréable, de m'adresser tout particulièrement à votre illustre aréopage.

En tant que premier membre correspondant de votre Académie et, en ma qualité de Secrétaire Perpétuel de l’Académie du Royaume du Maroc, j'ai le plaisir de vous transmettre le salut le plus chaleureux et le plus amical de mes collègues de l’Académie et de mes confrères médecins marocains.

En leurs noms et en mon nom personnel, je vous souhaite la bienvenue et un séjour très agréable au Maroc et vous dis combien nous sommes heureux de vous accueillir, sous cette coupole, à l’occasion de cette séance conjointe, tenue pour la première fois dans un pays étranger, par votre Académie, depuis sa fondation par Louis XVIII en 1820.

Je voudrais signaler à cet effet que Feu Sa Majesté le Roi Hassan II, Fondateur de l’Académie du Royaume du Maroc, avait très judicieusement

**Discours prononcé
par M. le Professeur Abdellatif BERBICH
lors de la réunion tenue par l'Académie Nationale
de Médecine de France à Rabat**

M. l'Ambassadeur,

M. le Conseiller de la Coopération et de l'Action Culturelle,

M. le Secrétaire Perpétuel de l'Académie Nationale de Médecine,

M. le Président de l'Académie Nationale de Médecine,

M. le Secrétaire Perpétuel de l'Académie Hassan II des Sciences et Techniques,

M. Le Président de l'Université Mohammed V – Souissi,

Madame et Messieurs les Doyens,

Mes chers confrères,

Mesdames et Messieurs,

L'idée d'une réunion décentralisée de l'Académie Nationale de Médecine au Maroc a été envisagée depuis déjà pas mal de temps par les hautes autorités de cette institution. Aussi sommes-nous aujourd'hui, particulièrement heureux de l'aboutissement de cette idée à la tenue à Rabat d'une séance exceptionnelle, bénéficiant par ailleurs de la grande sollicitude de Sa Majesté le Roi Mohamed VI et de son Haut Patronage.

**Discours prononcé
par M. le Professeur Abdellatif BERBICH
lors de la réunion tenue par l'Académie Nationale
de Médecine de France à Rabat**

Permettez-moi, Messieurs, pour terminer, de m'adresser en particulier à votre Secrétaire Perpétuel pour lui dire : «Merci beaucoup, cher ami, d'avoir organisé cette rencontre qui est une grande première, puisque c'est la première fois, dans sa longue histoire, que l'Académie française reçoit, sous sa coupole, de façon solennelle, l'ensemble des membres d'une Académie étrangère.

Vous savez en quelle estime vous êtes tenu par notre Roi, et par nos confrères de l'Académie du Royaume du Maroc. Mais, ce que vous ne savez pas, c'est que vous êtes, pour tous ceux qui peuvent vous entendre parler chez nous, un modèle et une école de l'éloquence française, et de l'éloquence tout court. Vous ayant longuement et attentivement écouté, un de mes amis me disait que, non seulement vous lui avez fait aimer encore un peu plus la langue de MOLIÈRE, mais que vous avez créé chez lui un élan irrésistible vers l'étude de la rhétorique arabe».

Merci, Messieurs, de votre hospitalité et de votre très aimable attention.

l'émerveillement ou de l'étonnement, qui avait succédé à celui du préjugé et de l'incompréhension. Qu'ils soient ici remerciés.

De l'autre côté du *mare nostrum*, nos élèves continuent à réciter LA FONTAINE, et nos étudiants à scruter la pensée de SARTRE. Des centaines de milliers, voire des millions de livres français garnissent les bibliothèques marocaines ou circulent même, depuis quelques temps par camions spéciaux, jusqu'aux sommets de l'Atlas et à travers les dunes et les grandes étendues de notre Sahara.

L'interpénétration de nos valeurs intellectuelles s'opère donc au niveau du quotidien. Elle aura trouvé sa voie royale le jour où la langue arabe ne paraîtra plus inaccessible aux jeunes Français et où MOUTANABI, SHAWQI, Ibn ROCHD, Ibn KHALDOUN et Taha HOUSSINE seront lus dans le texte par autant de lycéens et d'étudiants chez vous, qu'il s'en trouve, chez nous, qui déclament, en les savourant, des poèmes de VERLAINE ou de MUSSET ou se penchent attentivement sur des pages de FLAUBERT ou de BALZAC.

En tout état de cause, les représentants permanents de votre honorable Compagnie au sein de la nôtre, autrement dit, nos membres associés Français, pourront témoigner de notre ardeur à étudier votre civilisation et de notre désir de nous en imprégner. Monsieur le Président de la République Française se demandait, très récemment, pour s'en féliciter, si votre pays, lui, n'était déjà pas un peu arabe. Vous ne serez donc pas trop surpris si Jean BERNARD, Maurice DRUON et Edgar FAURE vous reviennent un jour de chez nous, à l'issue de l'une de nos sessions académiques semestrielles, habillés de djellabas et de burnous. De leur arabité, vous n'aurez vu que la surface.

du champ de bataille entre deux rives de la Méditerranée, il n'est pas moins prouvé qu'une symbiose des idées, des mœurs et des mentalités entre Latins, Grecs, Gaulois, Egyptiens, Arabes, Berbères, Ibères et Africains, s'amorçait déjà dans la plus haute Antiquité.

De nos jours et fort heureusement, les hommes envisagent de mieux en mieux, malgré les apparences, la possibilité de coexister, sans avoir à s'entre-tuer. Ils ont l'espoir de ne plus se regarder en chiens de faïence, mais en compétiteurs et en émules comme ils le font, déjà, sur les terrains de sports. L'équipe culturelle méditerranéenne a tout intérêt à rassembler ses effectifs au plus tôt, à recenser les disciplines où elle a les meilleures chances d'exceller, et, surtout, à se doter de l'esprit de corps dont elle a besoin. Bien sûr, nous nous connaissons déjà, mais pas assez, et souvent mal. Dans de nombreux domaines, c'est souvent par clichés que nous nous citons les uns les autres, et à partir de bribes insignifiantes, nous prétendons nous saisir, nous juger et, souvent, nous condamner réciproquement. De ce point de vue, il y a une œuvre gigantesque à entreprendre en commun pour que de graves lacunes soient comblées. Et, seuls des échanges intensifs pourraient y aider.

Jadis, vos philosophes ont renoué avec ARISTOTE grâce à AVERROÈS, grâce aussi au Latin et à l'Arabe. Vos médecins ont étudié minutieusement AVICENNE et vos mathématiciens ont avidement assimilé KHAWARIZMI. En nous empruntant, vous vous cantonnez prudemment dans le domaine de la philosophie et des sciences, exactement comme nous avions fait, nous, en empruntant aux Grecs. De nos jours, des arabisants et des islamisants de talent et de grand cœur, tels un Louis MASSIGNON, un Maxime RODINSON, un André MIQUEL et d'autres, ont fait dépasser à vos compatriotes, face à la culture arabo-musulmane, le stade de

de détail. Nos différentes interprétations du monothéisme n'en devront néanmoins pas cesser de se faire loyalement concurrence. « Si Dieu ne neutralisait pas une partie des hommes par une autre, la terre serait corrompue », dit le Saint Coran. Thomas d'AQUIN devra continuer à se disputer avec AVERROÈS, et MAÏMONIDE à faire semblant d'ignorer GHAZALI. C'est à dessein que nous avons « convoqué » ces deux derniers à notre colloque d'Agadir, pas plus tard qu'il y a deux ans.

Et puis, il y a le volet moderne de notre fonds commun. Vos enseignants ne venaient-ils pas par milliers, dans mon pays, jusqu'à il y a une décennie à peine, apporter leur contribution à notre renouveau culturel et scientifique? Ils ont fait aimer à trois, au moins, de nos générations votre belle langue, dont la position internationale fait de plus en plus l'objet de la sollicitude officielle de vos dirigeants. Dans cette perspective, et dans le cadre plus vaste de la stratégie évoquée à l'instant, c'est en alliés, Messieurs, que nous sommes aujourd'hui vos hôtes. Si, jadis, des soldats amis de la France sont venus clamer sur place de Paris : « La Fayette, nous voici ! », permettez que nous disions, nous, sous cette prestigieuse coupole, sans accent martial, mais fermement : « RACINE, CORNEILLE, CHÂTEAUBRIANT, VIGNY, HUGO, MAURIAC, nous voici ! ... Vous nous avez nourris de vos vers et de votre prose; vous nous avez appris à apprécier l'esprit français, et par contrecoup, à faire un retour bénéfique sur nous-mêmes, à effectuer une plongée salutaire en nos propres âmes et un réajustement de nos propres valeurs. »

Ces valeurs n'ont pas toutes été dépréciées par le temps, il s'en faut de beaucoup; et nous sommes prêts à les partager. Si le champ culturel a dû être considéré pendant deux millénaires comme le prolongement

central de ce propos, que votre aimable et patiente audience me permettra de développer encore un instant.

Vous êtes, sans le moindre doute, mieux placés que quiconque pour observer le branle-bas culturel, dont j'ai dit un mot, et pour imaginer le regroupement de forces qu'il implique. Des ensembles culturels se constituent, où se tissent des alliances destinées à transcender les identités linguistiques ou religieuses et à ignorer les disparités politiques et économiques. Il est permis d'espérer que ces alliances ne chercheront jamais à anéantir l'adversaire, mais à l'amener simplement à prendre position pour se définir et pour défendre ce qu'il estime être, chez lui, fondamental. Il est permis d'espérer aussi que ce mouvement de regroupement des cultures débouchera sur une civilisation universellement reconnue, harmonieuse et créative, où chacun aura ses valeurs les plus authentiques.

Or, il est inscrit dans l'histoire de l'Antiquité, comme dans celle du Moyen Âge et des Temps Modernes, que le bassin méditerranéen est «condamné» à s'unifier, s'il a la volonté réelle de survivre, de prospérer et de s'épanouir en tant qu'entité autonome. Qui dit bassin méditerranéen, à l'échelle du siècle prochain, dit Europe, Afrique et Moyen-Orient. Et qui parle d'union, parle d'une union culturelle, économique et pourquoi pas, à terme, politique. Je n'évoquerai que l'aspect culturel.

Nous avons déjà en commun l'immense culture Abrahamique, dont les ramifications successives attestent la vitalité. On oublie souvent qu'elle continue de rayonner en tous sens, de tout son éclat. Les Nations d'Asie qui sont restées en dehors d'elle en perçoivent mieux que nous l'unité profonde, et s'étonnent de nos querelles à propos de divergences

Et c'est là, Messieurs, qu'apparaissent vraiment les avantages de la pluridisciplinarité dont se caractérise la composition de notre Compagnie. Ce n'est pas un mince privilège que de pouvoir observer de près un mathématicien s'affronter – oh, de la façon la plus amène! – avec un sociologue ou un théologien, un médecin disséquer les propos d'un historien ou d'un éducateur, ou un économiste aider amicalement un philosophe à redescendre des hautes sphères de la spéculation intellectuelle.

Je vous disais tout à l'heure, Messieurs, que votre hôte d'un jour, notre jeune Académie, est ambitieuse. Elle l'est plus que vous ne pouvez croire. Pensez donc, en plus de son aspiration à devenir un foyer de rencontre entre cultures, entre croyances, entre modes de pensées, entre modes de vie, bref un melting-pot, un creuset des visions du monde, en plus de cette vaste aspiration, elle se voudrait l'instrument principal d'une stratégie culturelle, dont son fondateur et protecteur a puisé les éléments dans sa grande sensibilité aux palpitations du souffle Créateur qui porte l'humanité. Sa Majesté Hassan II a tôt fait de percevoir, en effet, qu'une civilisation de l'universel est en gestation. Ses contours sont déjà nettement dessinés. Chacun contribuera à son édification en y apportant ce qu'il a de plus spécifique, de plus dense, de plus original. Tout se passe comme si l'homme faisait l'inventaire de ses moyens les mieux adaptés à permettre de relever quelque défi venant de Mars, de Vénus, de Pluton, ou de plus loin.

Dans ce branle-bas de combat, les moins aptes sont nécessairement relégués en arrière, et les plus pugnaces se regroupent en avant par affinités historiques ou géographiques. J'en arrive, Messieurs, au point

si j'ose dire, nous avons aussi demandé de débattre, avec nous, des «problèmes éthiques engendrés par la maîtrise des nouvelles techniques de procréation humaine», ou de la relation pouvant exister entre les formes modernes de la piraterie et l'atteinte au droit des gens.

C'est l'Académie du Royaume du Maroc qui s'est ainsi présentée à vous, Messieurs, et qui vous a fait part non sans fierté, des activités par elle déployées durant les sept premières années de sa jeune existence. Fascinée par les lumières de votre belle capitale, tant aimée par notre Roi, elle est venue, en ce beau printemps français où le charme de la nature invite à se délecter de la joie de vivre, elle est venue y réunir des hommes qui ont à cœur de savoir «quelles mesures il convient de prendre et quels moyens il faut mettre en œuvre en cas de catastrophe nucléaire involontairement provoquée».

En dehors de ses deux sessions publiques, l'Académie du Royaume du Maroc ne chôme évidemment pas. Retirée dans sa modeste mais agréable demeure de l'avenue Imam Malik, à Rabat, elle s'active en commissions le reste de l'année, soit pour répondre aux besoins d'organisation et de mise en ordre de sa vie matérielle et administrative, soit pour poursuivre la réflexion sur des questions relatives au patrimoine culturel national, aux valeurs spirituelles et intellectuelles de l'Islam, à l'éducation, ou à la vie et à l'évolution de la langue arabe.

Dans ses réunions générales bimensuelles, regroupant les membres résidents, elle procède à des synthèses, fait le point de l'avancement des travaux de ses commissions, puis écoute et commente l'exposé littéraire, philosophique, historique, théologique ou scientifique effectué par l'un de ses membres sur un sujet choisi en commun.

Hassan II, des thèmes d'autant plus ardu斯 qu'ils soulèvent des problèmes d'une brûlante actualité. Jugez-en vous-même, Messieurs, en examinant dans leur succession chronologique, les sujets sur lesquels l'homme moderne, qu'il soit africain, européen, américain, asiatique ou océanique, a été invité à concentrer sa réflexion pendant des mois, pour venir en livrer le fruit à ses pairs et semblables en deux ou trois jours de débats fructueux dont la vivacité ne le cède en rien à la courtoisie.

Ainsi a-t-on cherché, en commun dans le courant du dernier trimestre 1980, à intéresser des penseurs de toutes nationalités et de différentes disciplines au développement de la télématique dans ses rapports avec la morale. Ainsi a-t-on voulu, par la suite, éclairer d'un jour nouveau la question du Jérusalem - Al Qods -, ville de vieille civilisation, s'il en est. Aussi a-t-on tenté d'élucider les causes profondes des crises spirituelles et intellectuelles qui secouent le monde contemporain.

A lui seul, le thème de l'eau associée à la nutrition et à la démographie a retenu l'attention pendant un an. On s'est interrogé aussi sur la propension de la puissance économique des uns à rendre inopérante la souveraineté politique et diplomatique des autres. L'urgence de réclamer une déontologie pour la conquête de l'espace, la nécessité de définir la notion du droit des peuples à disposer d'eux-mêmes, et l'utilité de tracer une voie à la conciliation entre le terme du mandat présidentiel et la continuité de la politique intérieure et étrangère dans les Etats démocratiques, ont amené votre invitée de ce jour à réunir autour de tables rondes des dizaines de savants, d'universitaires et d'experts, en des forums où des hommes peuvent se concerter autrement qu'en épitant les uns les arrière-pensées des autres. À ces «citoyens du monde»,

cadette, qui lui apporte un message. Elles se connaissent, bien sûr, du moment qu'elles communiquent entre elles, sinon ne communient depuis des années déjà. Mais «la Vieille Dame» veut en savoir davantage sur son invitée d'une heure.

Elle semble ambitieuse, la jeune amie, elle qui se propose d'être un point d'appui pour «l'effort volontaire de l'esprit» et de contribuer à faire jouer pleinement à son pays le rôle «de liaison et de synthèse entre les peuples et les civilisations d'Europe et d'Afrique, du monde méditerranéen et du monde atlantique», rôle à lui, dévolu par son histoire et sa géographie, elle qui se propose de ne rien épargner pour aider à concilier traditions et progrès et à promouvoir une «éthique transcendante», qui puisse mettre les sciences et techniques au service du bien-être réel de l'être humain. Elle se propose encore, en associant à sa tâche «des hommes qui, dans les différentes parties du monde, auront rendu les plus éclatants services à la civilisation», d'œuvrer pour le «développement de la recherche et de la réflexion dans les principaux domaines d'activité de l'esprit : Théologie, philosophie, morale, droit, art de gouvernement, histoire, lettres, beaux arts, mathématiques, sciences expérimentales, éducation, médecine, diplomatie, stratégie, administration, économie, industrie, urbanisme et techniques appliquées».

Elle se veut «un lieu permanent de rencontres, d'échanges et d'amitié» et s'en donne les moyens, en s'autorisant à «tenir séance, exceptionnellement il est vrai, en dehors du territoire national», et en adoptant comme langues de travail le français, l'espagnol et l'anglais, en plus de l'arabe, sans fermer la porte aux autres langues.

Elle tient deux sessions publiques par an, où elle développe des thèmes que lui inspire Son Illustre Fondateur et Protecteur, Sa Majesté

Ils ont été bien sages, les Rois de France, qui, voyant sous leurs yeux mourir le Latin, ont eu l'idée, combien féconde, de se faire les protecteurs du bien de consommation courante le plus indispensable à la vie de la nation française, à sa cohésion, à son développement et à son épanouissement, à savoir le Français. La création de l'Académie, en 1634, couronne les efforts effectués dans ce sens par les prédecesseurs de Louis XIII. Depuis cette date, votre Compagnie, Messieurs, a siégé sans désemparer, le court intermède de la révolution n'ayant été pour elle qu'un regrettable accident de l'histoire. Elle n'a évidemment pas échappé aux querelles littéraires des époques qu'elle a traversées, à celle du Cid, par exemple, à celle des anciens et des modernes. Elle a fait aussi l'objet de pressions politiques et d'infiltrations doctrinaires, mais le bel édifice intellectuel et moral qu'elle incarne est resté inébranlable.

On serait tenté de croire que les historiens, dans leur souci de n'être les interprètes que de ce qui appartient définitivement au passé, ont hésité longtemps avant de chercher à connaître de ses défauts et qualités. Finalement convaincus qu'il est appelé à meubler éternellement l'espace français, ils ont entrepris de l'étudier vivant, de l'extérieur comme de l'intérieur, sans parvenir à dissimuler leur humeur. Ils traitent irrévérencieusement la Compagnie de «Vieille Dame du Quai Conti», bien qu'étant de ses propres enfants. Ils lui prêtent une vie secrète. Ils spéculent sur la «fièvre verte» qui en secoue les membres, et se demandent si, au moins, elle a la foi. Mais, imperturbable, elle passe son chemin, le regard fixé sur un horizon qu'elle veut toujours lointain.

Voilà qu'elle s'arrête aujourd'hui, un moment sans plus, pour recevoir une hôte, très jeune, de presque trois siècles et demi sa

«La lenteur est une beauté», disait l'un des plus grands de vos sculpteurs, dont l'œuvre, en moins de deux générations, a pris option sur l'éternité. J'ajouterai que la lenteur est une sagesse, du moment qu'elle engendre la durée. Il faut, pour comprendre votre grave démarche, avoir le goût de l'éloquence et le sens de la beauté incarnée dans le langage.

Mes confrères marocains m'ont chargé de vous dire combien nous apprécions la solennité de vos débats et les grandes envolées marquant vos discours, nous, les dépositaires d'une langue qui bannit la précipitation dans le débit du discours et, surtout, dans la diction des mots. La diction n'est-elle pas la «mère de la poésie», comme le proclamait l'un des vôtres, celui-là même qui s'était déclaré ennemi de toutes les facilités ? Vous reconnaissiez Paul VALERY. Mais, voilà, il n'est pas du tout commode d'être l'ennemi des facilités, en quelque domaines que ce soit, sauf, sans doute, pour une institution garantie par sa pérennité, telle la vôtre, qui ne se soucie point de savoir de quel côté souffle le vent éphémère de la mode. Gardiens vigilants, mais placides, du patrimoine linguistique français — quel trésor ! —, vous entendez le tenir hors d'atteinte des phénomènes dénaturants qui le guettent en permanence. Rome aurait souhaité vous avoir en ses murs, et Athènes au temps de sa gloire : le Grec et le Latin n'en auraient pas été réduits à être classés langues mortes. Si l'Arabe, leur héritier direct et légitime, n'a pas connu le même sort — disons-le en passant —, il le doit au fait que la providence l'a établi en cette citadelle imprenable qu'est le Coran, dont le créateur a dit : C'est Nous qui avons révélé le Livre, et c'est Nous qui en assurons la conservation.

et complexe, de votre civilisation. Je compris la leçon et la retins pour longtemps.

Mais, l'expérience venant avec l'âge, je me suis surpris plus d'une fois à penser que c'est la parole qui gouverne réellement les sociétés humaines, puisque c'est elle qui gouverne la pensée. Mon enfantine compréhension du rôle qui vous est assigné, n'avait donc pas été tellement erronée, du fait que c'est vous qui gouvernez le mot, en France, et au-delà du mot, l'âme de la culture française. C'est vous, Messieurs, qui gouvernez la nation dans ce qu'il y a chez elle de plus permanent et de plus spécifique. Vous le faites de façon admirable, croyez-en l'avis de gens venus d'assez près, pour juger avec sympathie, mais d'assez loin, pour apprécier avec des yeux neufs. Croyez-en l'avis de gens qui, eux aussi, cultivent amoureusement le verbe. Tant il est vrai qu'il ne peut émaner que de l'esprit.

Oui, Monsieur, vous vous acquitez admirablement de la mission noble et sans fin dont l'histoire de votre pays vous a chargés. A mission sans fin, personnages immortels. Voilà, je crois, la vraie justification de la qualification que l'on vous décerne. Mûrement, vous pesez chaque mot, c'est-à-dire chaque clé de la connaissance : vous en appréciez l'adéquation à la chose, à la notion, à l'idée ou au sentiment qu'il se propose d'exprimer. Et vous faites cela depuis plus de cinquante ans ! Il n'est pas aisé de saisir la portée de votre action, et encore moins de comprendre votre manque d'inclination à la hâte et à l'empressement. Vous travaillez au rythme des décades et des siècles, pendant que d'autres comptent le temps de leurs actes pour le mieux, en mois ou en années.

Discours

de M. le Professeur Abdellatif BERBICH

Monsieur le Secrétaire Perpétuel

Monsieur le Directeur

Mes chers Maîtres

Mes chers Collègues, Mesdames et Messieurs.

Il y a de cela un peu plus de quarante ans, feuilletant maladroitement les dernières pages d'un petit Larousse que me prêtait parcimonieusement mon frère aîné, je suis tombé sur une liste de noms français, surmontée d'une vignette où il était inscrit : «Académie française».

A l'âge que j'avais alors — dix ou douze ans —, je n'eus pas l'idée de chercher dans la partie «langue» du dictionnaire le sens du mot «Académie». Peut-être n'aurais-je pas su, du reste. Mais, une fois que j'eus compté les noms sur les deux ou trois colonnes de la liste, la culture populaire marocaine vint à mon secours, à sa manière, en me suggérant le sens du mot-clé de l'éénigme qui se posait à moi. N'avais-je pas entendu dire, plusieurs fois, qu'un pays est toujours gouverné soit par un Roi, soit par une Assemblée de quarante personnes qui siègent ensemble ? Vous devinez ma conclusion : pour l'enfant que j'étais, l'Académie française gouvernait la France. Quelques années plus tard, je ris de mon innocente bévue lorsque mes professeurs de français m'indiquèrent la place exacte impartie à votre honorable compagnie dans la structure, riche

Ne soyez donc pas surpris si c'est à un autre médecin, le Professeur Abdellatif BERBICH, que j'adresse les vœux que l'Académie Française forme pour sa sœur chérifienne. Ce jeune Secrétaire Perpétuel est ancien Doyen de Faculté de Médecine de Rabat.

En lui se résume toute l'affabilité marocaine. De même qu'en lui s'incarne vraiment l'esprit de sa compagnie. Nul ne saurait mieux illustrer la double culture que le Professeur BERBICH, cet élève de Jean HAMBURGER et de Jean Bernard qui, avec une égale aisance, peut traduire en français une sourate du Coran et en arabe un traité de néphrologie. La voilà bien l'alliance de la tradition et de la modernité! Et, comme il est réconfortant de la voir s'épanouir chez un homme de dévouement !

Une pensée de Confucius, en cet instant, me revient à la mémoire: «le véritable sentiment religieux consiste à développer en soi un sentiment désintéressé de l'ordre universel». N'est-ce pas ce sentiment qui doit habiter, idéalement, les compagnies, telles que les nôtres, et leur faire préfigurer, selon le beau nom que Léopold SENGHOR lui a donné, la civilisation de l'universel ?

Puissions-nous, les uns les autres, nous y aider.

vient même de la banlieue du globe, puisque cette Académie compte l'astronaute qui le premier posa le pied sur le sol lunaire.

C'est de tels creusets que sortira la statue de l'homme futur, en même temps que les instruments qui permettront à l'homme de se délivrer des pièges qu'il se tend à lui-même.

Ainsi que le disait hier matin René-Jean DUPUY, prenant séance en votre jeune compagnie : «L'Humanité se pense au-delà des vivants.»

Où donc imaginerait-on que se puissent aujourd'hui rencontrer, avec des médecins, des biologistes, des démographes, et pour évoquer «les problèmes d'éthique engendrés par les nouvelles maîtrises de la procréation humaine», plusieurs Oulémas, un Cardinal de la Sainte Eglise romaine, lui-même originaire du Bénin, un Rabbin new-yorkais, un Historien palestinien, un Pasteur anglican ? Or, cela s'est vu, l'automne dernier, à Agadir.

Je ne m'éloignerai guère de la médecine et de la biologie si j'adresse un salut particulier à son Excellence Monsieur Azzedine LARAKI, Premier Ministre du Maroc, après avoir été longtemps Ministre de l'Education Nationale. Professeur de médecine, et membre de l'Académie du Royaume, dont il est présentement Directeur, il nous prouve que médecine, gouvernement et académie, loin d'être incompatibles, peuvent être activités complémentaires. J'ai d'ailleurs constaté que, comme par la force des choses, les médecins sont en comparable proportion dans nos deux compagnies, les ministres et anciens ministres aussi.

Le soin non seulement des corps, mais des âmes, des sociétés et des langages est affaire commune, en notre temps plus que jamais.

Pour nous, appartenir à votre compagnie-sœur est plus qu'un honneur, c'est la joie parfaite, et combien rare, d'avoir vu un avenir heureux nous donner raison. L'active harmonie qui existe entre nos villes, nos universités, nos entreprises industrielles, nos diplomatises, en apporte la preuve quotidienne.

Il y a fallu, des deux côtés, la présence aux affaires de grands hommes d'Etat, sans lesquels les grandes mutations ne peuvent s'opérer.

Comment n'aurions-nous pas en mémoire le Roi Mohammed V et le Général de Gaulle, ces deux compagnons dans la Libération ?

Se libérer des hégémonies, se libérer des préjugés, se libérer de l'ignorance, se libérer de la pauvreté, se libérer de la courte vue, se libérer des contraintes économiques, et libérer la totalité du territoire national, c'est là ce qui inspire, pour son peuple, l'effort de Sa Majesté le Roi Hassan II, dans lequel chacun s'accorde à voir, à présent, l'une des grandes figures du siècle, donnant autant d'impulsion à tous les domaines du développement intérieur qu'il provoque de surprises, par ses expertes initiatives internationales.

En créant l'Académie du Maroc, votre Souverain a voulu établir un lieu où toutes les activités de l'esprit et toutes les cultures puissent, en liberté, coopérer.

La civilisation de l'Antiquité accomplit un de ses plus décisifs progrès, le jour où l'homme inventa de fondre, en de certaines proportions, l'étain qui venait d'Ecosse et le cuivre qui venait de Chypre.

Dans l'Académie marocaine se fondent des esprits qui viennent de vingt et une nations du globe, y compris la Chine immense. L'un d'eux

Comme le faisait observer récemment l'un des nôtres, ce n'est pas la colonisation qui engendre le sous-développement, mais le sous-développement qui crée fatallement les conditions de la colonisation. Mais, une fois le développement en route, les rapports se modifient pour ne plus laisser en présence que des partenaires, ou mieux encore, des associés.

Messieurs mes confrères marocains,

C'est LYAUTHEY, si épris de votre peuple, qui vous accueille aujourd'hui sous la Coupole, lui qui écrivait : «La France libérale, ordonnée, laborieuse, l'Islam, rénové et rajeuni, apparaissent comme deux forces, deux grandes et nobles forces, dont l'union doit être un facteur prépondérant pour la paix du monde». Son rêve, au-delà de lui, s'est accompli.

C'est aussi François MAURIAC et c'est aussi Georges IZARD, le grand écrivain et le grand légiste, qui avaient épousé avec une égale ardeur la cause de la fraternité. Leur ombre est présente parmi nos habits verts.

Nous restons, sur ces travées, quelques-uns, au premier rang desquels le Président Edgar FAURE, l'homme du moment crucial, qui avaient compris que l'intérêt supérieur voulait, pour le futur des deux pays, que le Maroc qui fut toujours souverain reprit, dans un monde différent, le plein exercice de cette souveraineté.

Nous n'étions pas encore de l'Académie française, et nous ne pouvions pas imaginer qu'il y aurait une Académie du Maroc, dont nous ferions partie.

Point de passage le plus étroit, point de jonction peut-on dire, entre l'Europe et l'Afrique, en même temps que verrou de la Méditerranée, son importance géoculturelle autant que géostratégique n'est plus à souligner.

Assis sur maints sédiments ethniques, comme l'est aussi la France, nation millénaire, comme l'est la France elle-même, le Maroc offre au monde présent le type du pays de double culture, parfaitement fidèle à ses longues traditions religieuses, dynastiques, sociales, artistiques, à tout ce qui, en un mot, compose son identité, mais capable tout également de relever les défis de la modernité.

Ajouterai-je que le Maroc, le Maroc religieux mais tolérant, le Maroc qui s'est doté des instruments de la démocratie, le Maroc intelligent, ouvert à tous les échanges de bonne foi, le Maroc est à la tête des Nations en train de sauver l'Islam, l'Islam auquel certaines de ses fractions fanatiques et intégristes font courir le risque de dresser contre lui une hostilité générale. Heureusement, le Maroc nous présente, de l'Atlas à l'Océan, un autre visage, celui qu'il offrit, en un jour mémorable d'août 1985, au Pape Jean-Paul II !

La double culture, dont la fonction première est d'élargir l'entendement, et qui constitue l'une des caractéristiques du Maroc actuel, est le fruit de l'histoire, de l'histoire telle qu'elle s'est déroulée entre nos deux pays, nos deux civilisations.

Nous avons su de part et d'autre en limiter les aspérités et en épouser les bavures, en effacer même les cicatrices, pour ne conserver que ce qui pouvait servir au bien commun.

L'une des originalités de l'Académie du Royaume du Maroc, et qui la fait très représentative de notre civilisation du déplacement, est d'être une académie ambulante. J'entends par là que, non seulement elle appelle à s'assembler des hommes venus des quatre points cardinaux, ce que d'autres font déjà, avec plus ou moins d'effet ou de constance, mais encore elle peut, en dehors de son siège administratif, se réunir en tout lieu propice à ses travaux et à sa réputation.

Ainsi a-t-elle tenu session dans la plupart des grandes villes chérifiennes. Elle a siégé à Fès, auprès de la Quarauine, et à Marrakech, à l'ombre de la Koutoubia. Elle a siégé à Casablanca, à Rabat, à Agadir, et peut le faire demain à Laâyoune, aussi bien qu'à Tanger.

Il lui est même loisible, avec la gracieuse permission de son fondateur et protecteur, le Roi Hassan II, de siéger hors des frontières du Maroc, ce qu'elle fait aujourd'hui pour la première fois. Comment ne serions-nous pas sensibles à ce que Paris ait été choisi, entre toutes places du monde, pour le premier exercice de cette capacité ?

Comment ne pas saluer, du geste et du cœur, cette compagnie neuve, mais où se groupe et s'échange la longue expérience des plus vieilles civilisations, et qui a mis le français parmi ses langues de travail, ce français dont elle use avec fréquence et perfection pour traiter des problèmes capitaux que l'homme pose à l'homme, en cette charnière des millénaires ?

Dans la vaste et si diverse Francophonie, dont l'Académie française a le souci et à laquelle elle apporte l'attention que lui commandent ses responsabilités, le Maroc a une place tout ensemble exceptionnelle et exemplaire.

Discours de Mr. Maurice DRUON

Messieurs,

Les grandes traditions ne demeurent vivantes et efficaces que par l'insertion, de temps à autre, de quelque innovation, née de la circonstance, et qui redonne évidence à leur essentielle signification.

L'événement de ce jour constituera peut-être un précédent, mais il n'en a point dans l'histoire de l'Académie française. Et pourtant, il s'inscrit naturellement dans la symbolique de nos missions.

Notre compagnie a vu, au long du temps, se créer, plus ou moins à son image, et, de l'Espagne à la Suède ou au Brésil, maintes académies avec lesquelles elle entretient comme des liens de famille, liens qui se manifestent lors de nos fêtes de mémoire, par l'envoi de quelque cousins, je veux dire de quelques délégués.

Aujourd'hui nous faisons plus. Aujourd'hui, nous accueillons et honorons in corpus la cadette des grandes académies du monde, à laquelle quatre des nôtres appartiennent de fondation, et où nous pouvons reconnaître, avec l'émotion de l'ancêtre, interrogeant le visage de la dernière-née, quelques traits ataviques, mais où nous distinguons aussi, avec bonheur, une singulière vigueur et des originalités déjà bien affirmées.

Discours prononcés
par M. le Professeur Abdellatif BERBICH
lors de la réception solennelle de l'Académie
du Royaume du Maroc à l'Académie Française
le jeudi 11 Juin 1987

Sommaire

• Discours prononcés par M. le Professeur Abdellatif BERBICH lors de la réception solennelle de l'Académie du Royaume du Maroc à l'Académie Française le jeudi 11 Juin 1987	
– Discours de Mr. Maurice DRUON.....	9
– Discours de M. le Professeur Abdellatif BERBICH.....	17
• Discours prononcé par M. le Professeur Abdellatif BERBICH lors de la réunion tenue par l'Académie Nationale de Médecine de France à Rabat.....	33
• Discours prononcés par M. le Professeur Abdellatif BERBICH à l'occasion de la tenue de la session exceptionnelle de l'Académie Royale des Sciences Economiques et Financières d'Espagne au siège de l'Académie du Royaume du Maroc	
– Discours d'ouverture.....	41
– Discours de clôture de la Session.....	47
• Discours de M. Le Professeur Abdellatif BERBICH à l'occasion de la tenue du second atelier international consacré aux aspects sociologiques, éthiques et bioéthiques de la dignité humaine, Rabat, 26 - 27 Juin 2007.....	53

ACADEMIE DU ROYAUME DU MAROC

Secrétaire Perpétuel : Abdeljalil LAHJOMRI

Chancelier : Mohamed KETTANI

Présidente des Séances : Rahma BOURQIA

Rapporteur : Moustapha ZEBAKH

**Adresse : Km 4, Avenue Mohammed VI (10170) -Souissi,
B. P. : 5062 - Rabat - Maroc**

E-mail : arm@alacademia.org.ma

Téléphone : 05 37 75 51 99/05 37 75 52 00

Fax : 05 37 75 51 01/05 37 75 51 89

Dépôt légal : 2017MO3141

ISBN : 978-9981-46-091-1



Publications de l'Académie du Royaume du Maroc

**Témoignages et Travaux
du Professeur Abdellatif BERBICH**

2017



الأكاديمية الملكية المغربية
Academie Royale Marocaine