



مطبوعات أكاديمية المملكة المغربية

شهادات وأعمال البروفيسور عبد اللطيف بربيش

2017



أكاديمية المملكة المغربية
†ⲕⲟⲗⲥⲉⲛ† | †ΧΗΛⲁⲛ† | ΗΕΥΘΣΘ



مطبوعات أكاديمية المملكة المغربية

شهادات وأعمال البروفيسور عبد اللطيف بربيش

2017

أكاديمية المملكة المغربية

أمين السر الدائم : عبد الجليل لحجمري
أمين السر المساعد: محمد الكتاني
رئيسة الجلسات : رحمة بورقية
المقرر : مصطفى الزباخ

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

البريد الإلكتروني : E-mail : 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 المعبر عنها في هذا الكتاب تلزم أصحابها وحدهم

الفهرس

- تقديم 11
- تعزية جلالة الملك محمد السادس - حفظه الله - الموجهة لأسرة المرحوم عبد اللطيف بريش 15
- السيرة الذاتية للبروفيسور عبد اللطيف بريش 19
- تعيين جلالة الملك الحسن الثاني للبروفيسور عبد اللطيف بريش عضوا في الأكاديمية 25
- توشيح البروفيسور عبد اللطيف بريش بوسام العرش من درجة ضابط 29
- تعيين البروفيسور عبد اللطيف بريش سفيرا بالجزائر 33
- انتخاب البروفيسور عبد اللطيف بريش أمين السر الدائم لأكاديمية المملكة المغربية 39
- أعمال البروفيسور عبد اللطيف بريش 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
- التشيخ والشيخوخة: معطيات وتحليلات 145
- تأملات في موضوع الدواء 163
- تأملات في الحياة والموت 181
- كلمة الترحيب بالبروفيسور عبد اللطيف بريش في مؤسسة آل البيت 203
- كلمة الالتحاق بالمجمع الملكي لبحوث الحضارة الإسلامية للبروفيسور عبد اللطيف بريش 209



البروفيسور عبد اللطيف بريش

تقديم

تقديم

عندما تفقد الأكاديمية عضوا من أعضائها يكون الخطب عظيما ، ولكن عندما تفقد رجلا أسهم إلى جانب عمله الأكاديمي بقدر كبير في علاج مرضاه ، وإخلاصه لدينه ووطنه وملكه يكون الخطب أعظم ، ومهما قلنا في حقه فلن نبليغ بلاغة ما قاله في تأبينه الراعي الأمين للأكاديمية صاحب الجلالة الملك محمد السادس -حفظه الله - حين خاطب أسرته قائلا : «إن رحيل الفقيد العزيز إلى دار البقاء ، لا يعد خسارة لأسرتكم الموقرة فحسب ، وإنما يعد أيضا خسارة لوطنه المغرب ، الذي فقد فيه طيبا مرموقا ، وأكاديميا مبرزاً مشهوداً له بالخصال النبيلة ، والتواضع الكبير ، وبغيرته الشديدة على الارتقاء بالبحث العلمي في وطنه الذي كرس حياته لخدمته في تفران وإخلاص ، ووفاء مكين للعرش العلوي المجيد» .

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

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

وتقديرًا من أكاديمية المملكة المغربية لجهوده الإدارية والعلمية المحمودة،
وصونا لذاكرة عطاءاته العلمية المتميزة، ووفاء من زملائه أعضاء الأكاديمية،
تصدر الأكاديمية هذا الكتاب بمناسبة الذكرى التأبينية لوفاة المرحوم بربيش،
متوجًا بالرسالة الملكية السامية في تأبينه، ومتضمنًا مساهمات الفقيه في
الجلسات الخمسية، والكلمات التي ألقاها في دورات الأكاديميات بفرنسا
وإسبانيا، وكذا شهادات تقديرية من زملائه أعضاء الأكاديمية.

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

عبد الجليل لحجمري
أمين السر الدائم
لأكاديمية المملكة المغربية

تعزية

جلالة الملك محمد السادس - حفظه الله -
الموجهة لأسرة المرحوم عبد اللطيف بربيش



جَالَةُ مَلِكِ الْمَغْرِبِ

الجليلة وحدهم ، وَالسَّلَامُ عَلَيَّ وَمَوْلَانَا سُورِ اللّٰهِ وَالْمَدِينَةِ وَالْمَغْرِبِ

فَحْتِي كِنَانَنَا الشَّرِيفِ (فِي رَأْسِ سَلْمَةٍ)
الْمَرْحُومَةِ الْبُرُوقِيْسُورِيِّ عَبْدِ اللّٰطِيفِ بِنَرْبِيْتِنَا

السَّلَامُ عَلَيكُمْ وَرَحْمَةُ اللّٰهِ تَعَالَى وَبَرَكَاتُهُ ،
وَبَعْدُ ، فَقَدْ عَلِمْنَا بَعْمِيقِ الْأَسَى وَالْأَسْفِ بِنَعْيِ الْمَشْمُومِ
بَعْفُو اللّٰهِ وَرَحْمَتِهِ ، الْبُرُوقِيْسُورِيِّ عَبْدِ اللّٰطِيفِ بِنَرْبِيْتِنَا ، أَمِينِ السِّرِّ
الدَّائِمِ لِأَكَادِمِيَةِ الْمَمْلَكَةِ الْمَغْرِبِيَّةِ ، تَفْتَلُهُ اللّٰهُ بِعَدَدِ
الصَّالِحِينَ مِنْ عِبَادِهِ وَأَسْكَنَهُ بِسِيحِ جَنَانِهِ .

وَبَعْدُ الْمُنَاسِبَةِ الْمُنْحَنَةِ ، نَعْبُدُ لَكُمْ وَمِنْ خِلَالِكُمْ إِلَى كَاقَةِ
أَهْلِكُمْ وَذَوِيكُمْ ، وَلِأَسْرَتِهِ الْعَلْمِيَّةِ الْكَبِيرَةِ ، وَلَا سِيْمَا أَعْضَاءِ
أَكَادِمِيَةِ الْمَمْلَكَةِ الْمَغْرِبِيَّةِ ، عَنْ أَحْرَ تَعَاذِينَا وَأَهْلِهِ وَمُؤَاسَاتِنَا
بِهِ هَذَا الْمُصَابِ الْجَلِيلِ ، الْبَدِيحِ لِأَرَادَةِ لِفَضَاءِ اللّٰهِ فِيهِ ، سَائِلِينَ
سُبْحَانَهُ أَنْ يُلْهِمَكُمْ جَمِيعاً جَمِيلَ الصَّبْرِ وَحُسْنَ الْعَزَاءِ .

إِنَّ رَحِيلَ الْبَعِيدِ الْعَزِيزِ إِلَى دَارِ الْبِقَاءِ لَا يُعَدُّ خَسَارَةً لِأَسْمِعْ نَعْمَ
الْمُوقَلَّةِ ، بِحَسْبِ ، وَإِنَّمَا يُعَدُّ أَيْضاً خَسَارَةً لَوْ هُنَّ الْمَغْرِبِ ،
...../.



الذي ففد فيه لهيباً مرموفاً، وأكاديمياً مبرزاً، مشهوداً له
بالخصال النبيلة، والتواضع الكبير، وبغيرته الشديدة على الارتقاء
بالبحث العلمي، ولهنه، الذي كرس حياته لخدمته كتفاني
وأخلاص، ووفاء مكن للعرش العلوي العبيد.

وإنا نستحضر في هذه المناسبة ما كان يجسده العفيد الكبير
من سلوك ربيع، خلال توليه لشتى المسؤوليات السامية كعميد لكلية
الطب، وأمين السر الدائم لأكاديمية المملكة، وكعضو العديد
من الأكاديميات والجمعيات الوطنية والدولية، مما جعله يخلص
بتفدينا المولي الخاص، وباحترام كل من عرفه.

وإذ نشأ لركم أحزانكم في هذا الرزء العادح، مؤكداً لكم
سابع مخلصنا وسامي رمايتنا، لسألنا تعالى، في هذه الأيام النبوية
المباركة، بأن يجزي العفيد الكبير الجزاء الأوفى، على ما أسدى لوطنه
من خدمات جليلة، وأن يتعمده بواسع رحمته ومغفرته، ويتقبله
زمره عباده المنعم عليهم بفضلهم وإحسانهم، ممن يؤمنهم سبحانه
بسيح جنانه، مع النبيين والصديقين والشهداء والصالحين وحسن أولئك
وقفاً.

﴿يَا أَيُّهَا النَّعْسُ الْمُضْمِنَةُ ارْجِعِي إِلَى رَبِّكِ رَاضِيَةً مَرْضِيَّةً فَانْخَلِي
عِي عِبَادِي وَأَدْخُلِي جَنَّتِي﴾. وَإِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاغِبُونَ.

وخرجه يوم الخميس 9 ربيع الأول 1436 هـ الموافق لـ 14 يناير

2015 م

محمد السليمان
ملاك العفيد

السيرة الذاتية
للبروفيسور عبد اللطيف بريش

عبد اللطيف بريش عضو أكاديمية المملكة المغربية منذ سنة 1980م

- من مواليد 17 ماي 1934.
- الدراسة الثانوية بثانوية مولاي يوسف وثانوية گورو بالرباط.
- دكتوراه الدولة في الطب من كلية الطب بمونپوليه (1961).
- طبيب داخلي بمستشفيات المغرب (أول مباراة وطنية، 1959).
- تخصص طب الكلى والإنعاش الطبي في مستشفى نيكر بجامعة باريس (1962-1964) (Hôpital Necker).
- أستاذ محاضر مبرّز في الطب بكلية الطب بالرباط (1967).
- طبيب رئيس أقسام الطب الداخلي والإنعاش 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 لتظاهرة «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 لمجامع اللغة العربية بكل من القاهرة ودمشق ومؤسسة آل البيت.
- عضو اللجنة التأسيسية لأكاديمية الحسن الثاني للعلوم والتقنيات.
- عضو أكاديمية الحسن الثاني للعلوم والتقنيات
- عضو المجلس الأعلى للتعليم.

من أعماله

- مسببات أعراض بانتي بالمغرب (Etiologies du Syndrome de Banti au Maroc)
- الالتهابات الكلوية الجمعية الخبيثة (Les Glomérulo néphrites - malignes)، بحث نهاية التدريب كطبيب مساعد بمستشفيات 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 لزراع الكلي في المغرب في أكتوبر من سنة 1968. وأحدث أول مركز لغسيل الكلي في المملكة سنة 1973.

الجوائز والأوسمة

- ميدالية حاسي بيضة 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، السينغال).
- الجائزة الكبرى للفرانكفونية التي تمنحها الأكاديمية الفرنسية (1997).
- توفي رحمه الله يوم 1 يناير 2015م.

تعيين جلالة الملك الحسن الثاني
للبروفيسور عبد اللطيف بريش
عضوا في الأكاديمية

الحمد لله وحده

وصلى الله على سيدنا محمد وآله وصحبه



خطابنا الأرفع الدكتور عبد اللطيف بربيش
أمرك الله ورحمك وسلام عليك ورحمة الله وبركاته .
وبعد ، فنضراً للندوة التي يشهدها المغرب في مختلف الميادين ،
ونظراً لما يمكن أن توليه بلادنا من جلالة الأعمال في سبيل الدفاع عن القيم
الروحية ، مضيئة في تلك جهودها الوجهة الذين يضعون هذا القيم أساساً
لسلوكتهم وفاعلة لأن نماله ممارساتهم ،
وإيماناً برسالة الفكر وأثره الفعال في بعث حيوية الشعوب ، واستنهاض هممها
وتبثتها خصوصاً على صعيد التقدم والترقي ،
وإحراكاً لقيمة التبادل العلمي والفكري بين الرجال الذين يمثلون مختلف
التجاهات الثقافية وميادين التخصص ، ولما يمكن أن يعرض إليه هذا التبادل
التحليل من توثيق عمق التعارف والتغارب بين شعبنا والشعوب التي تربطنا بهما
وشائج الموحدة والتعاون ، ونفرتنا منها الإيمان بالقيم الروحية والفكرية
والمخاضية المشتركة ، وتماهنا الرغبة في توحيد السلام وضامة المشل الانمائية
النبيلة ،

وعرضاً على أن تسهم المملكة المغربية مساهمة إيجابية وفاعلة في إنعاش
وتوسيع وعميق البحث والدراسة في شتى ميادين النشاط الفكري ، بما في ذلك
العلوم النظرية والتجريبية والتطبيقية ، والعلوم الانمائية من عفاؤك وفسحة وآداب
وتربية وبنون جميلة ، والعلوم العفوية والغانونية والسيامية والافتصاحية
والدبلوماسية والإدارية ، وعلم الاستراتيجية الحربية ،
وفد أحداثنا أكاديمية للمملكة المغربية بموجب كضهيرنا الشريفة بمثابة
فانون الصاخر بتاريخ 24 شوال عام 1397 (8 أكتوبر سنة 1977) ، ووضعناها تحت

رعايتنا السامية، وجعلناها تتألب من ستين عضواً، نصبهم من مواهبنا مملكتنا
ويعملون صفة أعضاء مقيمين، والنصف الآخر من الشخصيات المنتهية لهنسيات
أجنبية ويعملون صفة أعضاء مشاركين،

ونظراً لمزاياك الانسانية والمهنية العديدة، ولما يتوفر فيك من شروط
الاهلية والحماية في حفل نشألك مما يتكافؤ مع مقتضيات كضيرنا الشريفة،
ولما سيمت صيتك الخانع في ميدان الطب، وهذا ما تك المشكورة في حفل الصحة
العلمية، وعملك الناشئ في فصاع الجامعة، إلى جانب افتخارك كأستاذ نابه،
فقد فررنا الموافقة على ترشيحك من قبل اللجنة التأسيسية، وعيناك عضواً
مقيماً باكاليمية المملكة المغربية، تشريعاً لشخصك، ورعيماً لخدماتك، وتغديراً
لتغلك بالقيم الروحية والثقافية والحضارية، وتوجيهاً بجمادتك في الميدان الخائ
تكرس له عملك.

واعتباراً لثلك، نتوجه اليك بأمرنا السام أن تبذل فصارى جهلك،
للمشاركة الموصولة في أعمال الأكاديمية، وللمساهمة اللاؤوبة في تحقيق
الأهداف التي توخيناها من تأسيسها، حتى تصبح المملكة المغربية مركزاً
مرموقاً من مراكز الإشعاع والتوقيع في ميادين العلم والثقافة والفكر، وحتى
تتوأى ذلك المكانة الرجعية بين الأمم والشعوب. والله يوفقك.

وحرر بالعصر الملكي بالرباط في يوم السبت 26 جمادى الأولى 1400 الموافق
12 أبريل 1980.

توشيح البروفيسور عبد اللطيف بريش
بوسام العرش من درجة ضابط

توشيح البروفيسور عبد اللطيف بريش بوسام العرش من درجة ضابط

خالص جلالته الملك المغفور له الحسن الثاني البروفيسور
عبد اللطيف بريش بمناسبة توشيعه بوسام العرش من درجة ضابط
بالكلمة التالية :

«أنت الوحيد الذي يمكننا إدراك السرور الذي يجلبنا ونحن نوشحنا
بهذا الوسام. أنت الوحيد الذي يمكننا تقدير عمق عواطفنا وإحساسنا
بهذه المناسبة. إننا نغفرون بأن يكون لدينا شبان من هويتنا. ولولا يقيننا
برغبتنا في متابعة التحصيل والبحث العلمي لما عوضناك بعميد آخر. إننا
ندرك أن وظيفته العميد تقتضي منه أن يقوم بالأمر الإداري على حساب
الأمر الهببة، ولكننا أنت من الألباء المبرزين، ومن الناس الذين نعقد
عليهم أملا كبيرا، فارجع لمهنتنا وتابع مسيرة البحث فيها، مع علمنا أننا
ستبقى كذلك مشاركا فيما نحن الكلية».

تعين البروفيسور عبد اللطيف بريش
سفيراً بالجزائر



جَلَالَةُ مَلِكِ الْمَغْرِبِ
الْمَمْلُكَةِ الْمَغْرِبِيَّةِ

الحمد لله وحده والصلاة والسلام على رسول الله
من عبد الله المعتمد على الله أمير المؤمنين بن أمير
المؤمنين بن أمير المؤمنين بن أمير المؤمنين



إلى حضرة صاحب الفخامة السيد الشاذلي بن جديد رئيس
الجمهورية الديمقراطية الشعبية الجزائرية، تحية مباركة طيبة
ووعده؛ فنظراً لأکید رغبتنا في توثيق أو اصر الصدافة والمحبة
والتفاهم بين بلدنا وحفظ الروابط التاريخية بينهما،
اخترنا الدكتور عبد اللطيف بريش مسفراً فوق العادة
ومفوضاً لجلالتنا لدى فخامتكم وإن ما عهدناه في
الدكتور عبد اللطيف بريش من كفاية وأمانة ليحملنا
على الاعتقاد بأن اختياره سيقع لدى فخامتكم موقعاً
حسناً وأنه سيؤدي مهمته بحمد الله وحسن توفيقه
على الوجه الذي يحظى بتأييدكم ونظراً بحمائل تقديركم،
واننا نرجو من فخامتكم أن تمنحوه كامل ثقافتكم وتعمدوه
في كل ما يبلغه إليكم باسمنا واسم حكومتنا. وتعتنم هذه
الفرصة لنبعث إلى فخامتكم بخالص ودنا وأسئلتنا لتقديرنا
... / ...



لشخصكم وصادق أما بيتنا العظيمة بلادكم ورفاهية الشعب
الجزائري والسلام.
وحرز بالقصر الملكي بالرباط في 14 شوال 1408 الموافق 30 ماي 1988.

تعيين البروفيسور عبد اللطيف بريش سفيراً بالجزائر

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

نظراً للعلاقات التاريخية بين دول المغرب العربي، فإنني لا أعين اليوم سفيراً كالسفراء، لكنني بكم تعيين سفير هو في آن واحد صديق ولصيب، بحيث إن الصلات التي بيني وبيننا، هي صلات وهدية بالصبح، لكنها في الوقت نفسه صلات بشرية مبنية على نوع من القرب هو خاص جداً. كان في إمكانه أن أختار سفيراً ينتسب إلى ميثاق آخر ولكن وقع الاختيار علياً أنت لإظهار ما لنا من رغبة وهدية في إبراز حسن النية المغربية على جميع المستويات، ورغبتنا الأكيدة في أن نصوي المراحل حتى نتمكن من أن ننسى نحن وأجيالنا القادمة، أن ننسى جميعاً، هنا وعند جيراننا، ما صار وما كان، لنبنى المستقبل على أسس إيجابية، لأن العقد والضغينة لم يكونا في أي وقت من الأوقات ولا في أي مكان من الأماكن، لم يكونا الأرضية والقاعدة للصحة والسلامة التي يُبنى عليها المستقبل.

ومما لا شك فيه، أن فخامة الرئيس السيد الشاذلي بن جديد جازنا وصدقنا، هو وشعبه، يفكران ككلمة التفكير نفسه، ولهم الصموات والأهداف نفسها. ولا سيما أننا مقبلون على مؤتمر "قمة الجزائر". فبلغ فخامة الرئيس عواطفنا الأخوية وتقديرنا السامي والعميق وقُل له بأننا سنحاول بكل تواضع، ولكن بكل إخلاص وكل صراحة، سنحاول أن نعمل متواضعين لكي يكون هذا المؤتمر مؤتمراً ناجحاً، لأن نجاح مؤتمر "قمة عربي" في عاصمة من عواصم المغرب العربي هو حقيقة، نجاح لجميع هؤلاء المنصقة. فقدم ورقة أعمالنا قبل وصولنا إن شاء الله. واعتقد أنه بالنسبة لنا وبالنسبة لمهمتنا فهذا "صالح يمين" كوننا أخذنا ورقة تعييننا اليوم. وفي غضون أقل من أسبوع سأكون متواجداً شخصياً في البلاد التي أنت معتمد بها، وكُن على يقين بأن المأمورية ليست صعبة بل هي مأمورية تحتاج للإيمان والحرارة البشرية نظراً لما في البلدين من شوق عظيم وحقيقي لربح الوقت وتشارك الماضي. وفقنا الله وأعاننا.

وبما أن التقاليد تقتضي القسم، فتقدم لتؤدي القسم.

القسم:

- أقسم بالله العظيم أن أكون مخلصاً لديني وملكتي ولوطنيني وأن أؤدي مهمتي بصدق وأمانة.

يتابع جلالة المغفور له الحسن الثاني: --- إن الأكاديمية الملكية مازالت في حاجة إلينا، وفي المملكة التي قضيتها في خدمة هؤلاء المؤسسة عرف المغرب انطلاقة جديدة، ونفساً جديدةً فيما يخص الناحية الثقافية والعرفانية بين حول العالم.

انتخاب البروفيسور عبد اللطيف بريش
أمين السر الدائم
لأكاديمية المملكة المغربية

انتخاب البروفيسور عبد اللطيف بريش أمين السر الدائم لأكاديمية المملكة المغربية

مدير الجلسات السيد عبد اللطيف بنعبد الجليل :

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

حضرات الزملاء الأعزاء، كما في علمكم أن صاحب الجلالة الملك الحسن الثاني أعزه الله، عبّر لأخي وزميلي الدكتور عبد اللطيف الفيلاي مساء أمس عن عزمه على أن يكلفه بمهمة جديدة في نطاق العمل الوطني، وأنه سيحتفظ بمقعده بيننا في أكاديمية المملكة المغربية، وإني إذ أهنئ السيد عبد اللطيف الفيلاي على ثقة عاهل البلاد المُفدى ورضاه، أرجو له كامل التوفيق في كل ما سيوكل إليه من مهمات 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، و إذا نال هذا الاقتراح موافقتكم فإني أعلن على فتح باب الترشيح.

كلمة السيد الحاج امحمد "با" حيني : بسم الله الرحمان الرحيم، حضرة السيد مدير الجلسات، حضرات الزملاء الأفاضل، يسرني سروراً كبيراً، ويشرفني تشريفاً كثيراً أن أتمس منكم إسنادَ منصب أمين السر الدائم، وقد أصبح شاغراً لعضوٍ بارزٍ مرموقٍ من أعضاء أكاديمية المملكة المغربية، ذلكم العضو الذي يتبوأ من

مودتنا جميعا، وصدقتنا جميعا، وتقديرنا جميعا، المقام المحمود، والظل الممدود، إن هو إلا أخونا الأستاذ الدكتور السيد عبد اللطيف بربيش. إن أخانا هذا، يبذل منذ تأسيس هذه الأكاديمية من الجهود المتواصلة المطبوعة بطابع الإخلاص، الموسومة بسمات الجدّ والكفاية والافتدّار، ما تتبهج به النفس ابتهاجاً، وتمتلى به إكباراً واعتزازاً. لقد دأب يبذل من وقته الثمين، وعلمه الجَمِّ، وخبرته المتينة، وتجربته الواسعة، وذكائه الثاقب، ورأيه الصائب، ولباقته ذائعة الصيت، وتأسيه الجميل ما شدّ أزر هذه المؤسسة الناشئة وأعانها على سلوك الحكمة والرشاد. فإذا عززتم ما أقدمه من اقتراح وأيدتم ما أدعو إليه من اختيار، وما إخالكم لما أعلمه وتعلمونه إلا فاعلين، فإن ما أوتي أخونا الأستاذ بربيش من وافر المزاي، وظاهر السجايا، من شأنه أن يؤهله لتحمل مهام الأمانة الدائمة بكل كفاءة وافتدّار، 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 connaitre, 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 الرحمان الفاسي : شكرا السيد الرئيس، نظرا لاقتناعي بكل ما جاء في كلمة أخينا صاحب المعارف الأستاذ با حنيني وسيادة الرئيس (سنغور) أوكد هذا الاقتراح بكل اقتناع. شكرا.

كلمة الزميل صبحي الصالح : سيدي المدير، كانت فرصة عظيمة جدا التي أتحت لنا بالإدارة الحكيمة التي امتاز بها زميلنا الكبير، الدكتور عبد اللطيف بربيش، إلى جانب زملائه وإخوته في العمل الجدي لاستخلاص أفضل النتائج العلمية والحضارية لهذه الأكاديمية الفتية، من أجل ذلك أثني وأعزز هذا الاقتراح الذي تقدم به الإخوة جميعا، وشكراً.

كلمة السيد أبوبكر القادري : زملائي الأعزاء، إن الاقتراح الذي تقدم به إلينا أخونا وزميلنا الحاج امحمد با حنيني، اقتراح صادق منا كل الارتياح، ذلك أن معرفتنا ومخالطتنا واختبارنا لأخينا الزميل الدكتور عبد اللطيف بربيش أكدت لنا أنه الفرد الصالح الكفاء، الأخلاقي المتميز بكثير من النبل والمُطلع على كثير من القضايا وأنه أهل لهذا المنصب، أهل له بثقتنا وبثقة جلالة الملك وبثقة الشعب المغربي قاطبة. فإني أوكد وأثني وأثلت وأربع على ما تقدم به الزملاء الأعزاء، وأصوت على تعيينه أمين السرّ لأكاديميتنا، وشكراً.

كلمة السيد محمد المكي الناصري : هذا الاقتراح الذي تقدم به زميلنا السيد الحاج امحمد با حنيني يتفق تمام الاتفاق مع ما في ضمائرنا جميعا من تقدير لشخصية البروفيسور عبد اللطيف بربيش، تقديرا شاملا لكفاءته ولأخلاقه ولخبرته وتجربته ولثقة الغالية التي يتمتع بها من راعي الأكاديمية ومن كافة أعضائها الكرام. أنا أضم صوتي إلى صوت الرفاق، أزي هذا الترشيح وأعتقد أنه سيكون كسبا كبيرا

للأكاديمية في مرحلتها المتوثبة إلى الأمام والمقبلة على نشاط أوسع وأكبر بحول الله مع قوته، وأتمنى أن يكون الجميع متفقا ومزكيا لهذا الترشيح والله الموفق. وشكرا.

كلمة الرئيس تساتسوس :

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 سننتقل إلى عملية الانتخاب. ما دام القانون يفرض عملية الانتخاب، ولهذا يجب أن نكون متطابقين معه، لهذا نطلب منكم أن تصوتوا بنعم أو لا، ومن الأحسن كتابة الاسم.

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

أصالة عن نفسي أعبّر لك أيها الزميل العزيز عن تهانئي الحارة و متمنياتى لك بالتوفيق والنجاح سائلا الله أن يعينك على ما أنت بصدده من مسؤوليات جديدة، وتفضل بالكلام.

كلمة السيد عبد اللطيف بربيش : بسم الله الرحمن الرحيم، سيدي مدير الجلسات، حضرات الزملاء الأعزاء، إني والله لمتأثر جدا من عطف أخوتكم ومن إجماعكم الغالي. إنه ليسعدني ويشرفني أن أحظى هذا اليوم بشرف انتخابكم لي أمين السر الدائم لأكاديمية المملكة المغربية، خلفا لأخي وصديقي الدكتور السيد عبد اللطيف الفيلاي 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 الشناء كله على السيد الفيلاي الذي يغادر مكتب أكاديمية المملكة المغربية اليوم بعدما قضى أكثر من سنة بين ظهرا نينا متحملا مسؤولية أمانة السر الدائمة بكل كفاءة وإخلاص. وإني لأوجه له الشكر الجزيل على ما بذل من جهود وما قام به من أعمال طوال هذه المدة.

سيدي المدير، حضرات الزملاء الكرام، يسرني بعد أن قمتُ بأداء واجب الشناء على سلفي وزميلي الدكتور عبد اللطيف الفيلاي أن أوجه عميق الشكر وأجزله للأخ الزميل ومعالي الوزير السيد الحاج امحمد با حنيني الذي قام بتدريسي لهذه المهمة السامية وللزملاء الأعزاء الذين ثنوا وتلثوا وربّعوا على الترشيح، إني أشكر لهم جميعا شعورهم ومواقفهم وحسن ظنهم، وأود حضرات الزملاء الأعزاء، أن أشكركم جميعا على ثقتمكم الغالية في، راجيا من العلي القدير أن أكون عند حسن

ظنكم، تحقيقاً لأمني راعي الأكاديمية جلالة الملك الحسن الثاني أيده الله ونصره فيما يصبو إليه من أن تتبوأ هذه الأكاديمية مكانتها العلمية اللائقة بها وتبلغ سمعتها العالمية، لتصل الشرق بالغرب، والشمال بالجنوب، والإنسان بالإنسان. إني إذ أعرب لكم عن اعتزازي بهذا التشريف الذي أوليتموني إياه، لا يسعني إلا أن أطلب منكم الوقوف بجانبنا ناصحين ومرشدين بآرائكم السديدة، وحكمتكم، إعانة لي على حمل الأمانة والقيام بالمسؤولية إلى جانب ما أنا مطوق به، وملزم بأدائه في الجامعة والمستشفى. حضرات السادة، لا أريد أن أفيض في القول، فإن خير الكلام ما قل ودل وأرجو أن تشهد أكاديمية المملكة المغربية بكم كل رفعة وفخر ومجد، والسلام عليكم ورحمة الله.

كلمة السيد عبد اللطيف الفيلاي: بسم الله الرحمن الرحيم سيدي المدير، أيها الزملاء الأجلاء، عند توديعي لمسؤولية أمانة الأكاديمية أستسمحكم بالإفصاح عن اعتزازي بشرف تحميلي أعبأها سنة في عمرها المديد، وإنها في الحقيقة لمسؤولية أثبتتها بأحرف بارزة في سجل حياتي، وبدعمكم الموصول حالفني بحمد الله التوفيق في الإسهام بجهود المتواضعة فيما أنيط بي من واجب ضاعف من تفاني في أدائه، ما يحيطني به العاهل المفدى صاحب الجلالة الحسن الثاني دام علاه من مكين الثقة ويشملني به من سابغ الرضا، وتوجيهاته السامية لجعل هذه الأكاديمية تجمعا للحوار البناء. وأعتنم هذه المناسبة لأعرب لكم زملائي الأفاضل عن وافر شكري وبالغ امتناني للروح الأخوية التي يسرت أمامنا جميعا تحقيق ما وُفقنا لإنجازه من

جليل العمل وقيمه، واعتزازي كذلك بديمومتي 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 بربيش 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 يفوتني أن أنوه بما لمستته بوضوح من ضمير مهني لافت وجاد في كافة مساعديّ في إدارة هذه المؤسسة، فشكرا لهم جميعا، وشكرا لكم أيها السادة الأعضاء والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

أعمال

البروفيسور عبد اللطيف بريش

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

يعرّف معجم «روبير» التغذية بأنها :

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

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

ينمُّ النمو العام للطفل باقتران نموه الجسدي بنموه العقلي، بمعنى شمول هذا النمو عدة ظواهر: من بينها ازدياد نموّه الجسدي، نُضجٌ في تركيب الخلايا وفي وظائفها المختلفة، كما يشمل هذا النموّ أيضاً نموّ دماغ الطفل على أوسع نطاق، في نشاطه العقلي والنفسي والحركي والجسمي والمعرفي والاجتماعي والعاطفي.

كما يعرّف المعجم سوء التغذية بأنه «عدمُ 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 سييء على نموه الجسدي والعقلي.

(*) أُلقي هذا العرض ضمن أحاديث الخميس يوم 14 يونيو 1990.

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

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

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

وتمثل إصابة السَّغَل الحاد إحدى الحالات الخطيرة الناجمة عن قلة التغذية لدى الأطفال الرضع، ويرافق هذه الحالة ذوبان تام للنسيج الدهني، كما تجتمع على المصاب اضطرابات في الجهاز الهضمي، وتعبئات واضطرابات استقلابية، تهتمّ توازن الماء والأملاح وعناصر أخرى ضرورية لنمو 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 "الطفل الأحمر". وقد دلت بعض الدراسات اللغوية الحديثة على أن هذه الكلمة تعني الطفل المفظوم 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 أحيانا بنقصان هام في الفيتامينات "ك" أو في الأملاح المعدنية أو في الحديد، أو في الحامض الفولي، أو اليود مثلا، مما قد يتسبب في العمى وفقر الدم وأمراض الغدة الدرقية، منها: الدُّراق والفدامة (crétinisme) أي البلاهة والتأخر في الإدراك العقلي.

وقد يتجلى من بحث وقع في المغرب أوائل السبعينات 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 و40%، وأن 5% من هؤلاء الأطفال مصابون بكيفية فظيعة بعجز في الوزن يفوق 40%.

كما تجلّى من بحث آخر أُنجز خلال سنة 1976 بأنه من بين 183 طفلا تتراوح أعمارهم بين أربعة أشهر وأربع سنوات، أقول تجلّى، أن سوء التغذية تسبب في وفاة 39 طفلا 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 التخفيض من معدل الوفيات الناجم عنه، بشكل محسوس، نظراً للتقنيات العصرية المحقّقة في ميدان الإنعاش الطبي، والتقنيات الحديثة المتعلقة بتصحيح الاضطرابات الحاصلة في ماء الجسم وأملاحه، والإمكانيات المتوفرة للزيادة المنتظمة في مقادير 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 يُصرّح بأنه قد تمّ اليوم إيجاد الحلول الناجعة لها بصورة نهائية.

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

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

نحن نعلم جميعا أن الوزن المتوسط لدماغ الإنسان هو 1450غ. ويأتي الدماغ، بهذا الوزن، في المرتبة الثالثة بين أدمغة المملكة الحيوانية بعد وزن دماغ الفيل الإفريقي،

الذي يصل وزنه إلى 5 كغ، والحوت الأزرق الذي يزن دماغه 7 كغ، في حين أن دماغ القرد من نوع (الكوريل) لا يتجاوز وزنه 400 غ، علما 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، و1,100 كغ فقط عند السيد كامبتا، أحد كبار رجال الدولة في فرنسا، وقد عاشا في فترة زمنية واحدة، في ظروف اجتماعية واقتصادية متشابهة، وكان عُمرُ أحدهما يقارب عُمرَ الآخر.

إن النشاط الوظيفي للدماغ الإنساني لا يتعلق بوزنه وحسب، بل إنه يتعلق كذلك بغنى بنياته الأساسية. إذ من المعلوم أن الدماغ يحتوي على عشرة مليارات من الخلايا العصبية النبيلة أو العصبونات (كما يطلق عليها علميا neurones)، كما يحتوي الدماغ أيضا على أكثر من مائة مليار من الخلايا الداعمة المدعوة علميا خلايا النيفروكلي (Cellules névrologiques). وتجدر الإشارة هاهنا إلى أن العصبون النبيل الواحد يستطيع أن يقوم في المتوسط بربط نحو عشرة آلاف اتصال مع الخلايا العصبونية المماثلة. وبذلك يستطيع الدماغ أن يمتلك شبكة كثيفة من الخلايا الواصلة (ramifications dendritiques) والأنابيب الرابطة التي تمثل طاقتها الوظيفية أكثر

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

إن الصنع البديع الذي يوجد عليه الدماغ الإنساني، والإمكانيات الهائلة التي يتوفر عليها، سعة ودقة، تفوق في الأهمية أقوى جهاز حاسوب متصوّر في الوجود.

إن الدماغ البشري هو الجهاز الوحيد الذي يتوفر على مثل هذه الطاقات الهائلة، التي يقرر العلماء أن الإنسان البالغ العادي لا يستغل منها في تصرفاته إلا نسبة ضئيلة جدا. وإن استغلال هذه الطاقات يكتسي أهمية كبرى في تصرفات العناصر الأكثر ذكاء من الناس: إذ يظهر أن لذلك ارتباطا وثيقا بالعدد المرتفع من خلايا الدعم التي يتوفرون عليها. ذلك أن لهذه الخلايا اتصالا بشرايين الدماغ وهي التي قد تعمل على تأمين تغذيته.

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

وفي سنة 1986، تمكنت السيدة «ماريون دياموند» العالمة الأمريكية الأخصائية في علم التشريح، الباحثة في جامعة بيركلي في كاليفورنيا، بعد سنوات عدة من التفاوض مع الطبيب، من الحصول على بضعة أجزاء صغيرة من دماغ العالم الشهير، ثم عكفت خلال ستة أشهر على عدّ الخلايا العصبونية وخلايا التيفرُكلي التي يحتوي عليها. وقد أسفرت بحوثها عن اكتشاف أن نصف الدماغ الأيسر لايتشتاين يحتوي على 73% من خلايا الدّعم أكثر ممّا يحتوي عليه دماغ الشخص العادي⁽¹¹⁾.

ولقد وقعت مراقبة ملاحظة هذه الباحثة على بعض الفئران الأذكاء، فأثبتت المراقبة صدقَ ملاحظتها.

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

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

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

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

ففي هذه المرحلة من النمو السريع يمكن أن تظهر بعض التشوهات في الأنبوب العصبي (tube neural) وهي المعبر عنها علميا 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 وُضعن طفلا مصابا بعوارض من هذا القبيل

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

لا توجد بين أيدينا حجج دامغة تمكننا من ربط الخلل الملحوظ في الأنبوب 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 الحوامل المتوقع تعرض الأجنة في بطونهن لمثل هذه الأخطار، إذا كنّ خاضعات لسوء التغذية.

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

إن انفجار النمو هذا يبدأ من منتصف مدّة 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 ثابتاً مدى الحياة.

ومعلوم أن وزن دماغ الطفل عند الولادة يصل إلى 350غ، ويتضاعف ثلاث مرات على راس 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 مهم من البنيات الدماغية الأساسية، وكذا نمو الشبكات العصبية الكيميائية.

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

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، وتأثر بليغ بالعوامل الخارجية كالتغذية الناقصة، والتعفنات والتسممات، وغيرها من الأعراض المضرة^(7و8).

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 سنرى فيما بعد.

ويبدو أن العناية بتنمية مواهب الطفل في هذا المجال لا تقل في أهميتها عن العناية بتغذيته. تجدر الإشارة هاهنا 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.

فلقد أظهر العالم جون دوبينغ⁽⁶⁾ (J. DOBBING)، من قسم نمو الطفل وتطوره بمائشستر 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 تصادفه عادة في البلاد السائرة في طريق النمو، أو بما تصادفه أحيانا حتى لدى بعض الدول المصنعة، قد تنشأ عنه مضاعفات أو اختلالات مستديمة في الدماغ إذا ما لحق نقصان التغذية بينياته الأساسية في مرحلة من مراحل نموه الحرجة.

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

فإذا ما عدنا إلى الإنسان الذي نحن بصدد دراسة آثار التغذية على دماغه، فإنه يمكننا القول بأن الصحة العامة للأطفال ونموهم ونمو أدمغتهم مرتبط 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 كيفما كانت ظروف تغذيتها في بداية حملها، تعمل، بإمكاناتها الخاصة، على تخزين بعض أنواع من الدهون 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، ويبقى الدماغ نسبياً بمعزل عن هذه الإصابة.

وإذا كانت الأم مصابة بسوء تغذية شديد قبل الحمل وأثنائه فإن قدرتها الطبيعية على تخزين هذه الأنواع من الدهون الضرورية للجنين تكون جدّ محدودة وغير مجدية 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 يتمّ تدارك نقص التغذية الملحوظ خلال الفترة الحرجة التي يجتازها نمو الطفل، فإن نمو الدماغ لديه، قد تُصيبه عقابيل وخيمة لا شفاء معها.

إن تأخر نمو الجنين في بطن أمه، ينتج 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 العصبونية، كما يُلاحظ صغر في حجم هذه العصبونات مع نقصان في عددها العام.

وبما أن المخيخ هو الجهاز المسؤول عن تنسيق الحركات فإن النقصان في عدد خلاياه النبيلة 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⁾ (Maladdresses).

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

ومن جهة أخرى لن نجد مواضع متضررة ولا أمارات عصابية كالشلل أو بعض الاختلالات الحسية. وفي الحالات التي نعثر فيها على هذه الأمارات لن يكون سوء التغذية بالضرورة هو المسؤول عنها وحده، بل إنه يصر 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 طبيًا، كالتعفنات الفايروسية والمكروبية والطفيلية. وكثيرا ما تنجم هذه التعفنات عن التهاب السحايا (Meninges ORL)، وأجهزة السمع والشم والحلقوم⁽⁴⁾.

إن الإصابات الوحيدة التي يمكن التعرف إليها بواسطة الميكروسكوب الإلكتروني تنحصر في قلة عدد «الخلايا الواصلة» أو المشابك (Synapses) التي قد تصل إلى 40% كما تظهر في نقص مقدار النخاعين الموجود في المحاور العصبونية وفي التغصنات، 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 التناقص والتعثر وخاصة منها الشحميات التي يدخل قسم منها في التركيب الكيميائي لمادة النخاعين آفة الذكر. يلاحظ هنا كذلك تناقص الخلايا العصبية الناقلة⁽⁵⁾.

إن مجموع هذه التغيرات الملحوظة على مختلف الأصعدة سألقة الذكر إن على الصعيد التشريحي أو على صعيد التحليل الدقيق للأنسجة أو على الصعيد البيوكيميائي، ستكون مسؤولة عن جميع العوارض الوظيفية لدماع 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 وبلوغه 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 صحيا، ومشربا، ومسكنا، وما يتبع ذلك من منشآت صحية، وما يمكن أن يصاب به من أمراض، وكذلك إمكانية تلقي العلاج، ونوعية هذا العلاج وفعاليتها، وكذا حجم الأسرة (تباعدا 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.

وإن من الصعب جدا أفراد كل عنصر من هذه العناصر بمقدار الأهمية التي يكتسبها نظرا لتداخل بعضها مع بعض. وينبغي أن يعاد إلى الذاكرة أن التغذية تؤثر في النمو كماً وكيفاً بحسب أنواع الطعام الذي يتناوله الطفل، كما يتأثر نمو الطفل كذلك بنوع العلاقة بينه وبين أمه المتمثلة في عدة عناصر عاطفية وتربوية وتعليمية كتعلم اللغة والحركات وبعض التصرفات. ويرتبط النمو الحركي والعاطفي للطفل ارتباطا وثيقا بنضج جهازه العصبي.

إن اندماج مادة النخاعين في الأنسجة العصبية الحركية يتم تدريجيا شيئا فشيئا، ويتيح على التوالي الحصول على التوتر العضلي، والقدرة على المشي، وتعلم الإشارات، والتنسيق بين الحركات، وبموازاة مع هذا تنمو بالتدرج، الأجهزة الخاصة بالحواس: (السمع أولا ثم البصر ثم الشم...) وينبغي أن يشار بهذا الصدد إلى أنه ثبت من بحوث عديدة أنجزت في المكسيك⁽¹⁸⁾ والجامايك⁽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 يتنامى 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 أشخاص 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 بالجو الاجتماعي 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 المتوحشين⁽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 بالتدرج، وقديماً 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 بزراع البروتينات والحراريات التي تطبق على الحيوان لا يمكنها أن تطبق على الإنسان ضمن نفس البرتوكولات 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 للوفيات فإنها تترك لدى الطفل عواقب سيئة تمس مراحل نموه كلها.

ويمكن التأكيد بأن الطفل يتأثر نموه على المدى الطويل من جراء سوء التغذية: فتقل مقاومة 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". Calcuta; 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 قديماً 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 مباشراً بالحضارات والثقافات المتوالية 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 النهضة، 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 نونبر 1990.

وتعطي العلوم الطبية خلال هذه الفترة، انطبعا بأن مسيرة تطورها قد اعترها شيء من البطء أو عدم الفاعلية. ولعل مما يزيد في تعميق هذا الانطباع، أن كثيرا من القواعد الطبية الخاصة بهذه الفترة غالبا ما كان منشأها متأسسا على عادات قديمة، أو معتقدات أو اعتبارات دينية لم يبق العمل جاريا بها في أيامنا هذه.

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

ولقد حدث هذا التطور بسرعة كبيرة، وشمل العديد من القضايا، حتى إنه ل يبدو 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 التجريبي، وعلم الفيزيولوجيا المرضية، وكذلك علم ميكانيزمات الأمراض، وعلم الوراثة، وعلم الصناعة، دون أن ننسى التطور الذي عرفته 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 كالكيمياء، والفيزياء النووية، شهدت العلوم الطبية تغيرات جمة، وتقدمت خلال هذه الفترة الزمنية تقدما لم تصل إليه طيلة الثلاثة 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 «ه.ل.أ. / H.L.A.»، وهو نظام تطابق الأنسجة (ج. دوسي J. Dausser). يقوم هذا النظام على أن الأفراد ينقسمون، كما تنقسم الكريات الحمر، إلى مجموعات، تمتلك خلاياها وأنسجتها خاصيات مناعة متماثلة، محمولة من قبل مضاداتها، وتتحدد هذه المضادات انطلاقا من الكريات البيض (Leucocytes).

إن جماع ذلك هو ما يشكل نظام «ه.ل.أ. / H.L.A.»، وهي الأحرف الأولى التي تتكون منها العبارة الإنجليزية الدالة على هذا المعنى (مضادات الإنسان الموجودة في الكريات البيض Humain Leucocyte Antigen).

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

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

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

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

ولعله أيضا من حق كل أحد اليوم أن يتساءل بالحاح 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 قوينة لمهنتهم، تتكاثر 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 إنقاذهم من الأخطار المحدقة بهم.

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

وغير خاف أن بعض الأمراض لا يمكن شفاؤها إلا بوصف طريقة للعلاج، بناء على تشخيص مصيب للمرض. وأكثر من هذا، فإن المريض قد ينجر إلى مرض آخر ناشئ عن الأدوية الموصوفة وصفاً لم يكن ملائماً لعلاج مرضه الأصلي (Maladie latrogène)، الأمر الذي قد يسبب خطراً على حياة بعض المنهوكين 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 مصابا بأمراض ثانوية ناشئة عن تعاطي بعض العقاقير والأدوية.

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

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

أولا : التقليل من حجم المعلومات المتطلبة، تخفيفا على ذاكرة الطبيب، وتسهيلا 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 تتكاثر، مما يضطرنا إلى البحث عن حلول تخصصية داخل إطار كل تخصص.

والأمثلة على ذلك عديدة في أمراض الهضم والعيون والأسنان وغيرها.

ثانيا : اللجوء إلى استشارة عدة أطباء اختصاصيين. في الحالة المثلى 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. وهناك إمكانية أخرى تقوم على استشارة مجموعة من الأطباء متعددي الاختصاصات، يعملون في مكان واحد يُعرضُ المريض فيه عليهم، آنياً أو بالتتابع.

ثالثاً: الاستشارة الطبية بالهاتف. والمثل على ذلك تعطيه المراكز الصحية ضد التسمم، المبتوثة 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 البيبليوغرافي الذي ليس في متناول كافة الناس، أو بفهم اللغات الأجنبية التي حررت بها هذه الوثائق العلمية.

خامسا : استعمال الحاسوب (الكمبيوتر) الذي يتميز بمرونة برامجه وأجوبته 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 جدا، سواء بالنسبة لخزن المعلومات والمعارف الطبية الضرورية، أو بالنسبة لتذكير الطبيب الممارس بما ينبغي له أن يتذكره، إضافة إلى استعماله في مجال تسيير المستشفيات والملفات الطبية، والمخابر، 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، تماما كالكتاب أو المجلة أو الدورية العلمية.

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

القضايا الخلقية

إن القضايا الخلقية الناجمة عن تطور العلوم الطبية عديدة جدا، 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 بالإنذار بكافة أنواع الأمراض قبل وقوعها، علاوة على الوقاية من الأمراض المعدية.

ويوجه الطب التنبؤي اهتماماته، عبر دراسة الذمة الوراثية للإنسان، وخاصة منها نظام «ه. ل. أ. - H. L. A.» 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 قابليتهم لأن يصابوا بهذا المرض أو ذاك، بإمكانهم التوصل إلى ذلك عن طريق إجراء تحليل شامل لنظام «H. L. A.» وهو تحليل مرتفع الثمن.

وينبغي التنبيه في هذا المجال على أن الحصول على دراسة الذمة الوراثية لشخص ما ومعرفة قابليته 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 الأمني (Liquide amniotique) ويمكن لتنتاجها 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 الأسابيع المبكرة من الحمل أخذ 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 بزراع نواة خلية ما في بويضة أزيلت منها نواتها الأصلية.

إن هذه التقنية جار بها العمل في الباكثيريات، كما هو الشأن بالنسبة للكولي باسيل وصنع الأنسولين. أما عند الرجل فالأمر شيء آخر، اللهم عندما يتعلق الأمر بمراقبة طريقة عمل الجينات التي قد يمكن استعمالها وسيلة لعلاج بعض الأمراض كما في بعض حالات 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 كروموزومية جديدة، الأمر الذي قد يؤدي إلى أبحاث جريئة في ميدان تحسين النسل وتطويره (Eugénisme).

إن معظم هذه التقنيات حديثة الوجود، كما أن الأخطار الناشئة عن استعمالها 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 أسوء العواقب على الإنسان. أحسن العواقب، أو أقبحها؟ الأمر هنا يمكن أن يُشبه بتفجير الذرة 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 وأحيانا على الإنسان نفسه.

إن بعض الأمراض الخاصة بالإنسان، والنماذج التجريبية المتوافرة لا تنفي بالغرض المطلوب، حتى ولو كانت معمولة على حيوانات من نوع خاص كبعض أنواع القرود، 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 ممكنة على بعض أنواع الحيوانات فإن تعميم النتائج المحصل عليها على الإنسان يكون من الصعب اللجوء إليه في بعض الأحيان، نظراً لاختلاف درجة التأثير ببعض 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 النفسانيين.

كيف يمكن إذن إجراء التجربة الاستشفائية على الإنسان؟

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

والواقع أن المتطوع الحق هو الطبيب المجرب نفسه، الذي يقوم متطوعاً، بتجربة الدواء على نفسه، لكن يلاحظ أن هذه حالة استثنائية.

- هناك إذن طرق وحالات أخرى من بينها:

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

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

ج- تجارب مجراة على أشخاص ينتمون لبلدان مختلفة، برضا منهم أو بغير رضا، وفي غالبية الأحيان دون رضاهم.

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

وبعض الطرف 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 غالبا 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 يتحول الإنسان جملة وتفصيلا، 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 أيضا.

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 محتفظا به لدى الطبيب بكامل الرعاية.

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

لقد حدث شيء جديد اليوم :

أ- فمع نشأة مؤسسات التعاون الاجتماعية والتأمينات الصحية، أضحى السرّ المهني الطبي أمراً نسبياً في الجملة. ذلك أن السر الطبي إذا كان محتفظاً به تماماً لدى الطبيب المعالج، فإن الأمر لا يكون بالضرورة كذلك، لدى العديد من الموظفين الذين يتولون مهام تكوين الملف الاجتماعي للمريض وأمر قبوله. إن التطور الذي يشهده عالم المعلومات واستعمال الحاسوب ل تخزين المعلومات الموجودة في الملفات الطبية للمرضى والسهر 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 كـشخص له كامل الحق في ذلك، إلا أن هذا الدور ينبغي ألا ينسبه واجبا 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، وفقدان المناعة المكتسبة، أو غيرها من الأمراض الخبيثة أو المعدية قصد اتخاذ التدابير الوقائية منها، ألا يكون بعمله هذا قد أفشى سرا مهنياً كان عليه الاحتفاظ به؟!!

6- قضايا خلقية أخرى ناجمة عن تطور الطب

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

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

لقد تمّ اللجوء في البدء إلى استعمال الكلية الصناعية التي تقوم بتنظيف دم المريض من التراكمت المجتمعة في خلاياه وفي شرايينه من جراء تعطل كليتي المريض الطبيعيتين عن أداء وظيفتهما المعتادة.

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

أ- من أداء الثمن الباهظ المترتب أدائه 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 الخلقية 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 ألا يتعدى سن المريض الخمسين أو الستين سنة، وأن يكون ذا مردودية في المجتمع أو معتبرا كذلك، غنيا غنى يجعله قادرا، بصفة مباشرة أو بوساطة الهيآت التعاضدية والمصالح الاجتماعية، على أداء تكاليف بقائه على قيد الحياة، قريبا سكنه من مركز العلاج، إلى غير ذلك من الشروط الواجب توافرها، والتي يكاد التثدد 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 بكلى يتبرع بها أشخاص أحياء ومتطوعون، ممن هم 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 صنفه لصنف المريض حتى ولو كان ممن ليست له أية علاقة عائلية بالمريض.

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

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 برضا المتبرع، وبغفوية تامة؟
وبناء على تفكير وتدبير؟

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

- هل لأحد الحق في أن يتسبب لمتبرع سليم على قيد الحياة، في خطر ما قد يصيب حياته، ولو كان خطرا طفيفا جدا؟

ب- بالنسبة للكلى الصادرة عن جثث أصحابها في حكم الأموات:

يبدو أن الأمر أخذ طريقه نحو الهدوء شيئا فشيئا منذ نجاح عمليات زرع لبعض 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 عميقة لا يرجى له معها استعادة الحياة، محتفظا به على قيد الحياة اصطناعيا وبوسائل إنعاش راقية، تستطيع الحفاظ على سلامة دقات القلب والتنفس.

وينبغي أيضا 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 المتلقي للعضو المزروع. ولهذا الغرض، توجد مراكز متخصصة على الصعيد الوطني والدولي تقوم بفرز المتبرعين والمتلقين على حد سواء. وهنا يكون للحاسوب دوره المتحكم، وحكمه الفاصل. ومن ذلك: فهناك أسئلة لا تتراح النفس الإنسانية لأية إجابة من أجوبتها وهذه نماذج منها:

هل يمكن أن يتأكد المرء تأكدا تامًا من أن المريض المغمى عليه ميوّوس فعلا 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 تأكد تشخيص الوفاة المتوقعة، بموت خلايا المخ، المعتبرة حاليا 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 تآذن له في اقتطاع عضو من أعضاء هذا القريب العزيز وهو لا يزال محتفظا بحرارة الحياة؟!.

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

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

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

والسؤال المحير هل للمرء الحق في ممارسة عمليات علاجية على هذا القدر من الغلاء والثلث المرتفع جدا؟ 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 جدا وليس بمستطاعهم الحصول عليها.

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

تلكم تأملات في المظاهر التقنية والقضايا الخلقية التي أثارتها، ولا تزال تثيرها التطورات الحديثة، 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 تعترض طريقه ظهرت تطورات تقنية وعلمية جديدة تحمل معها قضايا خلقية في حاجة ماسة إلى حلول إنسانية ومنطقية سريعة.

لقد قيل قديما: إن لكل مشكلة حلا، 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 بعزير!.

التكوين المستمر في مجالات الطب (*)

إن للتكوين المستمر للعاملين في القطاع الصحي وجهين أساسيين : 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 والمولدة، إلى التقنيين العاملين في المخبر، وغيرهم من الموظفين المكلفين بمكافحة انتشار الأوبئة والوقاية من الإصابات المختلفة. ونودُّ 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 تعده لممارسة مهنته في الطب العام أو كطبيب اختصاصي. بعبارة أخرى يبدأ هذا التكوين مباشرة بعد الحصول على الشهادات التي تؤهله لمزاولة المهنة.

(*) ألقى هذا العرض ضمن أحداث الخميس يوم 16 يوليوز 1992.

إن التكوين المستمر من شأنه أن يُثبَّت 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، ويستحق بذلك الثقة الموضوعة فيه من قبل مرضاه.

لقد أصبح التكوين المستمر من الضرورات المسلم بأهميتها لكل طبيب، وقد أُلح على ذلك منذ أقدم العصور أكبر الأطباء. فقد جعل موسى بن ميمون، أحد مشاهير أطباء قرطبة، من فكرة هذا التكوين أساس دعاء الطبيب حيث قال فيه ما معناه: «رب اجعل مرضاي يثقون بي وبمعرفتي، وابعد عني فكرة أنني 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 متجاوزة بكيفية مذهلة. ومن المتوقع أن يصيبها التقادم بعد مرور ما بين خمس إلى عشر سنوات من حصول الطالب على شهادة الدكتوراه في الطب.

أكثر من هذا، وأخذاً 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 اعتراه التبدل 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 مهياً كامل التهيئة لممارسة نشاطه المهني، مما يستدعي المزيد من الحرص على تكوينه تكويناً مثالياً بشكل دائم، يمتد من بداية دراساته العليا إلى نهاية حياته المهنية. وقد تستغرق هذه المدة أكثر من 50 عاماً!

ويكاد يكون الطب هو المجال الحيوي الوحيد الذي يتطلب بذل أقصى الجهود للتعلم وتجديد المعارف العلمية باستمرار. وبدون ذلك يوشك الطبيب أن يفقد سمعته، فلا يلبث المريض أن يقاسي العواقب الوخيمة من جراء ذلك.

إن الأطباء، على اختلاف تخصصاتهم، يشعرون بالأهمية الكامنة في التكوين المستمر، سواء كانوا يعملون في مستويات، 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، فيواظبون 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 ألا 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 برنارد، 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 والاعتدال في المجال الطبي هي أولى متطلبات الأخلاق المهنية لكل طبيب، يؤكد ذلك زميلنا الأستاذ جان برنارد 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 بموجبها مواصلة مهام التشخيص ووصف الأدوية، وكذا القيام بكل العمليات والتحرّيات التي يرى الحاجة ماسة إليها.

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

وهذا ما يدل بوضوح، على أن الطبيب لا يجوز له أن يقوم بأعمال ليس له التكوين الكافي للقيام بها أو الخبرة المتطلبة 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 بالأزاولها إلا بإذن من بعض السلطات الرسمية كوزارة الصحة العمومية، أو المجلس الأعلى للأطباء. يضاف إلى ذلك أن الصلاحية الحقيقية التي تمكن الطبيب من الاستجابة لحاجات مرضاه لا تنبع من خصائصه التقنية فقط، بل إن لصفاته الخلقية والمعنوية ولسلوكة الشخصي حظاً كبيراً في الحصول على تلك الصلاحية.

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

تأتي في قائمة هذه الوسائل الشجاعة الشخصية للطبيب وقدرته على الاعتراف بارتبائه أو جهله أمام حالة من الحالات الصحية، حتى لا يتيح 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 لآخر، 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 أنجع من غيرها أو أفيد. 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 التطوُّع لحضور جلسات التكوين هذه، نظراً لنشاطاتهم والتزاماتهم تجاه مرضاهم.

ولعل من بين الأهداف التي تؤسس من أجلها العيادات الجماعية في أيامنا هذه أنها تتيح 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 بمهمته خير قيام. لذا فإنه من غير المعقول ومن غير المنتظر منه في هذه الحال أن يتكلّف بتكوين نفسه بنفسه التكوينَ 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 نوعا ما أو كليا عن الطب الذي يزاول في المستوصفات أو في العيادات الخاصة، معتمدين على العمل الجماعي، مستعينين فيه بالمخبر وبعض التقنيات الحديثة المتطورة، في حين يعتمد الطبيب العامل في مجال الطب العام على نفسه فقط، حيث يجد نفسه وحيدا أمام مريضه، ولا يمكنه الاستعانة في هذه الحالة إلا بخبرته الشخصية وحُدسه الطبي.

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

وإن هذا الوضع قد يهيب بالمسؤولين يوما 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 يتناقص لدى العديد من الأطباء الشباب لكونه يتطلب الحصول على معارف علمية واسعة جداً، ولا شيء يشجع الأطباء على المغامرة في مجاله من الناحية المالية، ولأنه 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 مختص على انفراد، 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 يُمكن حضورها. فعلى سبيل المثال هناك مؤتمرات طبية عديدة على مستوى عالٍ 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 يلاقيها الأطباء سواء منهم العامون أو الاختصاصيون توضح السبب في الإقبال الضعيف من جهتهم على المشاركة في الاجتماعات والنشاطات العلمية ما بعد الجامعية. إن عدم مواظبتهم يثير بالبحاق 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 حافز له على ذلك، إذ إنه بمجرد ما يهمل قضية تكوينه المستمر تنافس سمعته ويتحرك بعامل المنافسة وقانون السوق لإنقاذ هذه السمعة.

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

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

من الحوافز (motivations) التي تدفع غالبية الأطباء إلى الحرص 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 برنامج 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 كالألمانيا والولايات المتحدة الأمريكية، حيث يطبق عندهم 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».

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

بعد هذا يمكننا الانتقال إلى الحديث عن قضية أخرى لا تقل أهمية عما سبق، ألا وهي قضية تمويل التكوين المستمر في المجال الطبي. لقد قدر سنة 1977 أن الأطباء في الولايات المتحدة الأمريكية (في الكليات والمستشفيات والجمعيات الطبية والصناعة الصيدلانية والحكومة الفدرالية) ينفقون سنويا 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 جزءا من أوقاتهم للمشاركة في برنامج التكوين المستمر.

وفي فرنسا قُدِّر مبلغ التكوين المستمر في سنة 1982 بثلاثين مليارا من السنتميات.

أما في بلادنا فهناك حقا مساعدات تعطى للأطباء. وهكذا :

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

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

- وتساعد الصناعة الصيدلانية على إقامة مناضرات واجتماعات خاصة بالتكوين المستمر في المجال الطبي، شريطة إدخال معلومات إخبارية بصورة مباشرة أو غير مباشرة في الوثائق المهداة إلى الأطباء أثناء هذه الاجتماعات.

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

الاشتراكات في الدورات وواجب المشاركة في مؤتمرات واحد في الخارج ونفقات السفر والإقامة ما يقارب ثلاث 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 تشغل حيزاً هاماً من تفكير العلماء والمسؤولين في مختلف شعب العلوم والتقنيات.

إلا أن الطب يعد المجال الحيوي الذي يتطلب بذل أقصى الجهود لتجديد المعارف العلمية المتطورة بصدده على الدوام، وذلك بتنظيم التكوين، وتجديد 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 أن جوانب هذا الموضوع متسعة وتثير قضايا مختلفة، ذات أبعاد دينية وأخلاقية وفلسفية وقانونية، وتقنية ومالية.

وقبل الدخول في صميم الموضوع أودّ أن أؤكد أهميّة الجانب الديني دون أن أخوض في أعماقه مذكراً بأن هناك فتاوى شرعية وقرارات، وقوانين صادرة في بلاد عربية إسلامية توخت "النظر الاجتهادي" إلى الموضوع معتمدة على "الحاجة" و"الضرورة" و"المصلحة" ومبادئ "التكافل" و"الإحسان" و"الإيثار" وغيرها من القيم الإسلامية، لتبدير نقل الأعضاء بين الأحياء أو من الأموات، وتقنين 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 المنبثق عن منظمة المؤتمر الإسلامي منذ سنوات 1986 - 1988 - 1990".

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

وسأحاول فيما يلي أن أتناول بالتحليل الجوانب الأخلاقية المتصلة بهذا الموضوع: إن فكرة نقل الأعضاء ليست حديثة العهد بالظهور، بل إنها تعود إلى عصور ما قبل التاريخ⁽²⁾. فلقد اهتمّ الأطباء أيّما اهتمام بتعويض عضو في جسم إنسان تعرّض للتلف أو للتشوّه، وكان علينا أن ننظر النصف الثاني من القرن العشرين لنشاهد المحاولات الحقيقية الأولى لنقل الأعضاء.

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

وكما سنرى بعد حين، فإن عملية نقل الأعضاء، نظراً لما لاقته من تطوّر ونجاح، قد تجاوزت إطار العلاج الجراحي، لتتخذ بُعداً آخر، كظاهرة جديدة في المجتمع الإنساني المعاصر.

ولا بأس 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 «أوليي» OLLIER بمعية مساعديه «ألكسيس 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 تهتمّ فقط بمعرفة كيفية تمكن شخص ما من إدراك أن العضو المنقول إليه، المأخوذ من شخص آخر هو غريب عن جسمه، كما كانت تهتمّ بالتعرف على الطريقة التي يتّم 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 مميّزات تابعة لجزئيات خلاياه الخاصة به دون سواه، والمحدّدة 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 كلاهم، 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.

إنّ مسألة نقل الأعضاء هذه قد لعبت دوراً كشف عن تغيرات جذرية في نظرتنا إلى الإنسان، وإلى حياته، وإلى الأمراض التي تصيبه، وكذا تغيّرات جذرية في نظرتنا إلى وفاة الإنسان. والحق أنّ هذه القضية قد بدأت في الظهور قبل الشروع في عملية نقل الأعضاء، ثم أخذت تتطور بكيفية موازية لها. بدأ ذلك يوم لوحظ أنه بالإمكان إنقاذ حياة بعض المرضى المصابين بأمراض حادة أو مزمنة خطيرة، شريطة استبدال الكليتين المصابتين عندهم بكلية اصطناعية، أو استبدال الرئتين بآلة تنفس اصطناعية، أو استعمال منبّه كهربائي لمساعدة القلب على مواصلة 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 تتغيّر 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 تميّت، الأمر الذي يجعل من المحاولات الطبية في إبقائهم 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 الأجوبة عنها قد تكون معقدة أو متضاربة، أو خارجة عن حدود إمكانياتنا.

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

ذلك أننا 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

لابدّ 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 بدّ وأن يشغل بال الطبيب المهتم بنقل الأعضاء، سواء كان جراحاً أو طبيباً مختصاً، خاصةً وأنّ نقل الأعضاء لم يعد اليوم، أمام الاتّساع المعرفي في هذا المجال، من قبيل الأحلام.

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

ومن المؤكّد أن الطّبّ يسمح اليوم بتبديل أعضاء جسم الإنسان المصابة بالتلف والتحلل مثلما تبدّل 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 ويتعدى عمله الحدود اللائقة.

إنّ نقل الأعضاء يمارس اليوم تقريباً في العالم أجمع على مختلف أعضاء جسم الإنسان، بدءاً من النخاع العظمي، والكلى، 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⁽⁴⁾ Pittsburgh.

هكذا أمكن إنجاز حياة العديد من المرضى بواسطة هذه الطريقة. ولقد تمّ، حتى متّم دجنبر 1995، نقل أعضاء لما مجموعه 320.000 مريض في جميع أنحاء العالم، من بينهم 35.000 بفرنسا.

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

هكذا أنجزت فرنسا سنة 1995، 408 عملية نقل في القلب، و 22 في القولون، و 48 في الرئة، و 646 في الكبد، و 1644 في الكلية، و 55 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 عمليّة في نقل الكلية، وعمليّة 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 للكلىة مثلا، تفيد إحصائيات فرنسية من مستشفى «لاييتي» (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 يخص مرضى آخرين يعالجون بمزيج من مادتي البريدنيزون والآزاثيوبرين⁽⁶⁾ (Cortisone+Azathioprine).

وحسب إحصائيات إجمالية نشرها كاريانتيي 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 الجدل 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 أنّ المخاوف في هذا الصدد لا تتركز على أساس حيث يقول : «إنه من الخطأ أن يفترض أن عملية نقل الكلية أو الكبد أو القلب قد ينشأ عنها تغيير 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 بالحفاظ عليه، وأية طريقة للعلاج قد تسيء إلى شخصيته، يجب استبعادها. إذاً ليس هنالك 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 الهلاك من الاستفادة من نقل عضو ينقذ حياته لا تطرح في حد ذاتها أية قضية أخلاقية عند الأطباء.

لكن ما يمكن أن يعد مشكلاً 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 ببعيدة عن الأنظار، بل إنها تعتبر مثالا 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 متجددة 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 ببعض 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 للتجدد مثل النخاع العظمي أو في أعضاء مزدوجة الوجود، لا يقع للمتبرع بسببها ضرر بليغ.

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

المتبرع، وتجدر الإشارة بهذا الصدد إلى أنه من مجموع ستمائة وست وأربعين (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 إنَّ 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 معافى في بدنه سليماً في فكره حرّاً في التصرف بجسمه أو بأي عضو من أعضائه متى أراد، شريطة ألا يلحق من جراء ذلك أضراراً فادحة بصحّته الشخصية.

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

لكن يتبادر إلى الذهن التساؤل الآتي :

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

- إن المتبرِّع الطَّوعي يكون مبدئياً على علم حقيقي بما يحيط بعملية أخذ العضو من أخطار، وبتنائجها المحتملة، لكن قرابته من المصاب قد تضع غشاوة على عينيه فلا يرى إلا بعيني عاطفته.
- كذلك فإن الطبيب، الذي يعتزم الإشراف على عملية النقل وهو في غمرة 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 أجوبة مرضية لمثل هذه الأسئلة!

أ- بالنسبة للمتبرع الحيّ

إن التبرع بأعضاء قابلة للتجدد كالنخاع العظمي، أو بأعضاء زوجية كالكلية، أو بأعضاء قابلة لنقل جزء منها إلى طفل مريض، كالكلبد، أضحى أكثر قبولاً، ولا غبار عليه من الناحية الأخلاقية ما دام صادراً عن متبرع حي مرتبط بقراءة عائلية بالمريض المتلقي.

ويبقى من الضروري الحصول على رضی "المعطي" وموافقته التامة بكامل الحرية والوضوح، لأن قبول "المتبرع" برضا منه واختيار حر لمّا 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 بالحرع عندما يكون أحد أفراد عائلته مصاباً بمرض خطير ولا يتوقع حصول شفائه إلا عن طريق أخذ عضو من أعضاء أحد أقربائه.

ب- 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 للآخذ أن يستفيد من العلاج المزمن والدوري بواسطة الكلية الاصطناعية لأسباب مادية.

ج- هناك احتمال ثالث يُطرح

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

2- أخذ أعضاء من الجثة

لا يثير هذا الأخذ مبدئياً قضايا أخلاقية كبيرة، ومع ذلك فإن الجدل بهذا الصدد أكثر حذراً وأشدّ تحمّساً، لاتصاله بمجال عاطفي شديد الحساسية.

أ- المسألة الأولى هي احترام جثة الميت

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

كما أن أقرباء الهالك، وهم يعانون الأسى العميق في فقد عزيز عليهم، يصرّون في الغالب على معاملة جثة فقيدهم بكامل العناية والاحترام، ويرفضون أن يضاف إلى عنائهم أمر التفكير في التمثيل بجثة الفقيد وخاصة إذا كان من شأن هذا العمل أن ينشأ عنه تغيّر 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 الهالك بعد الأخذ.

من هذا القبيل أيضاً أنّ أسرة الميّت موضوع الأخذ، قد تنشأ لديها مخاوف من جراء بتر العديد من أعضاء جسم فقيدها بقصد إنقاذ 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.

ب- المسألة الثانية هي أخلاقيات أخذ الأعضاء

هنا ينبغي أن نؤكد أن أخذ الأعضاء لا يمكن ممارسته إلا من أجل أهداف علاجية أو علمية. وبالطبع فإن أخذ الأعضاء من جسم الميّت مرتبط تمام الارتباط بمعاناة الوفاة. وهكذا نصل إلى تحديد الوفاة.

إن أول قضية يواجهها الطبيب قبل أخذ الأعضاء من جثة الميّت 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 استمرّ 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 ثلاث ملاحظات⁽⁷⁾:

1- وجود حالة إغماء عميقة 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) والتأكد من عدم سريان المادة في شرايين الدماغ الشيء الذي يدل على الوفاة بكيفية قطعية.

إن هذه الاحتياطات القصوى في تحديد الوفاة تلزم اتخاذها القوانين الجاري 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 الجدل الذي قام بشأن الوفاة «الحقيقية» للسيدة الزنجية التي أخذ منها قلبها لاستعماله في أول عملية لنقل القلب كان قد أنجزها البروفيسور بارنار سنة 1967 في مدينة الكاب بإفريقيا الجنوبية⁽⁸⁾.

وننتقل 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.

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

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

- فإذا كان المتبرع قاصراً أو فاقداً الأهلية، فإن الموافقة يجب أن تعطى عن طريق الوصي الشرعي لكل منهما، وكيفما كان الحال، فإن وثيقة التبرع يقع تقييدها لدى رئيس المحكمة الابتدائية الواقعة في محل سكنى 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 يطّلع الأطباء يوماً ما على حالات نقل أعضاء مأخوذة من جثث مرضى كانوا مصابين بالسيدا أو غيرها من الأمراض الفيروسية الفتاكة.

المخاطر المحتملة: نصل الآن إلى جانب من أخطر جوانب موضوع حديثنا، ألا وهو جانب المخاطر المحتملة. إن الحاجة إلى أعضاء سليمة في ازدياد مستمر، وبخاصة في البلاد الغنية، كما أن آمام 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 وغني؛
- 2- الثاني خاص ببيع أعضاء من جثة ميت، تبيعها عائلته التي تفكر أولاً وقبل كل شيء في كسب المال؛
- 3- الثالث خاص بشراء الأولوية في لائحة الانتظار يشتريها مريض غني.

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.

فعندما يكون البائع حيا :

يختلف الثمن بحسب ما إذا كان الشخص المعطي شابا أو معمرًا، صحيحا معافى أو مريضا، والثمن عال جدا في بعض الحالات.

يشار إلى ذلك المريض الياباني الذي اشترى كلية 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" فإنّ الإنسان قد يجد نفسه، تحت تأثير ضغوط خاصة أو معرضاً لوسائل عنف حقيقية، مرغماً على إعطاء العضو المستهدف من أعضاء جسمه، (قضية الأتراك).

بالإمكان كذلك أن نتصور 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 أحراراً متساوين في الكرامة وفي الحقوق".

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

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

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

وعندما يكون العضو مأخوذاً 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 الأسبقية في لائحة الانتظار، وهو أمر أثار كثيراً من الانتقادات، وتسبب 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 :

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

- وتوزيع الأعضاء الصالحة للنقل بكيفية عادلة.

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

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

ففي فرنسا مثلاً : تقدر كلفة عملية نقل الكلية ب 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 والمرضى 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 تتبادر إلى الذهن سلسلة من التساؤلات :

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

للجواب عن هذا التساؤل ينبغي معرفة ما إذا كان مقبولا أخلاقيا 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، نظرا لما تلاقيه المستشفيات حاليا 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، لأنه مقتنع في أعماقه بأن ذلك يساعد على تطوير البحث العلمي الذي لا يمكن تقدم الطب إلا عن طريقه، ويبقى علينا انتظار موافقة المسؤولين عن قطاعي الصحة والمالية، لتخصيص ميزانية جزئية للتجهيزات الضرورية وللتسيير، على أن يقع تأمين الجزء الباقي مثلا عن طريق عصابة وطنية لنقل الأعضاء يكون من أولى اهتماماتها جمع الأموال الضرورية من المحسنين المتطوعين.

نوع ثان من هذه التساؤلات : يرد بصدد 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 ماليا 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 بأرباب العائلات؟
- أم الذين تدعو 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 بقضايا حضارية وأخرى فكرية، إن لم نقل فلسفية تمس قيم الإنسان، وحياته، وأعضائه، ومصيره، وجسده، بعد الموت، وكرامته الإنسانية وحرية، وحقوقه وواجباته على العموم. لا بد إذاً من فتح حوار في هذا المجال الذي تتعدد فيه الآراء والاتجاهات لصالح الإنسان الذي كرمه الله وفضله أيما تفضيل.

الهوامش

(1) مراجع

- نصوص القرارات والفتاوى المختلفة الصادرة عن مجمع الفقه الإسلامي بجدة.
- نصوص القوانين المتعلقة بنقل الأعضاء الصادرة في كل من تونس، والجزائر، والكويت، والأردن، والعراق، وسوريا، ومصر، ومشروع القانون العربي الموحد، ومشروع القانون المغربي قيد الصدور.
- والفتوى الصادرة عن الأمانة العامة لهيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية.
- وكذا الدراسة التحليلية المفيدة الموجودة في الصفحات 217 و 228 من كتاب «الطبيب أدبه وفقهه» تأليف زهير أحمد السباعي ومحمد علي البار.

(2) D. GUTHRIE. *A history of medicine* - Philadelphie-USA: Lippin-cott 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-Saleprière» 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 سأتطرق إليه هو موضوع دقيق في مفاهيمه وواسع في مضمولاته، وأن من يودّ الخوض فيه لن تكفيه جلسة واحدة. لهذا سأحاول أن يكون العرض مركزاً ومبسّطاً.

أودّ 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 إنّ كلّ وَصْفَةٍ طبية هي في الحقيقة تجريب. بهذا الصدد سبق لأبقراط أن أشار في مبحثه "عن الطب القديم" إلى أن فن التطبيب مؤسّس 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 بيّنة بين قيمتين أساسيتين :

القيمة الأولى :

هي إثراء المعرفة العلمية مع احترام حرية العالم في القيام بأبحاثه وتجاربه الضرورية المشروعة كشرط لا بد منه لتقدّم 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 تَحَجَّبُ عن الباحثين، وهم يمارسون تجاربهم، الآثار التي لربما تكون ضارةً بصحة الإنسان الذي تُمارَس عليه التجارب، وهي آثار مؤكدة خاصة إذا مارس الباحثون تجاربهم على الإنسان مباشرة دون اللجوء إلى الحيوان كما سنرى فيما بعد.

قبل أن أتطرق للبحث كما يُمارس على الإنسان في عصرنا الحاضر، سأقوم بتذكيرٍ يتناول من جهة، المراحل التاريخية، ومن جهة ثانية النظم والتوصيات التي يجري بها العملُ منذ ما يزيد عن الخمسين سنة.

فمنذ أبقرراط وإلى بداية القرن العشرين، لم يلتزم الباحثون بأية حدود أو ضوابط سوى ما يوحي به ضميرهم وإيمانهم وأعرافهم. بإمكاننا أن نذكر من بين هؤلاء الباحثين الطبيب الأنجليزي إدوار جينير (Edward JENNER) الذي اكتشف في نهاية القرن الثامن عشر اللقاح المضاد للجُدري (Variole)، وقد عالج به طفلاً سليماً يبلغ من العمر ثماني سنوات دون أن يتسبب ذلك في إصابته بأي مرض. وقع عزل هذا اللقاح انطلاقةً 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 يمنح موافقة واعية على التجربة مما سنتعرض إليه فيما بعد.

ونستحضر في نفس السياق العالم الفرنسي لوي باستور (Louis PASTEUR) الذي أبدع سنة 1885 تقنية التلقيح ضد داء السُّعار (Rage) بعد أن طعمَ راعياً شاباً بفيروس مخفَّف.

وبشكل عام كان هدفُ الأطباء الباحثين أساساً هو تطوير العلم بما كانوا يتوفرون عليه من إمكانيات للقيام بتجارب متعددة. وقد تتسبب 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 أنجزت خلال الحرب العالمية الثانية في مخيمات الاعتقال الألمانية والتي لم يُكشف عنها التّقاب إلا في نهاية الحرب. إنها تجارب إجرامية لم يقم بها أطباء مجانيين ولكنها كانت مقصودة وبسبق إصرار من قِبَل أطباء نازيين من بينهم علماء بارزون من ذوي الكفاءات العالية، وسأكتفي بذكر طبيبين من بين هؤلاء أولهما الدكتور راشر (RASCHER) الذي قام ببحث يتعلق بآثار التبريد (Hypothermie) على جسم سجناء مدنيين ينتظرون تنفيذ حكم الإعدام عليهم. أراد هذا الطبيب أن يحدد الوقت الكافي لتحصل الوفاة جراء البرد، مع العلم أنه في تلك السنوات كانت تُمارس بعض العمليات الجراحية على الدماغ تحت تأثير خفض الاصطناعي لدرجة حرارة الجسم إلى حدود 28/27 درجة عوض 37 التي هي معدل الحرارة الطبيعية عند الإنسان.

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

إن هَوْلَ هذه التجارب الإجرامية أدّى سنة 1947 إلى إعداد وثيقة ذات بُعد دولي في مجال الأخلاقيات الطبية صُوِّدِقَ عليها بعد محاكمة نورمبرغ، تحمل اسم

”مدونة نورمبرغ“ (Code de Nuremberg) وتُلحَّح على الضرورة القصوى للحصول على الموافقة الطوعية للأشخاص المراد إخضاعهم للتجريب، 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 تُتَمِّمُ 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 يُعطي بارقة أمل في إنقاذ الحياة أو المعافاة من المرض أو تخفيف آلام. يُلزم هذا التصريح في نفس الوقت الطبيب بأن يعرض خطة بحثه على لجنة أخلاقية مستقلة، مع التنصيص على «التزامات الضمانات الخاصة في حالة تجربة لا فائدة علاجية منها، تجرى على متطوعين سليمي الجسم أو على مرضى مصابين بداء لا علاقة له بموضوع التجربة»⁽²⁾.

ومن النصوص المهمة نأتي على ذكر ”تصريح مانिला“ (Déclaration de Manille) الذي أصدرته «المنظمة العالمية للصحة» سنة 1981، وتصريح «مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية» (cioms) الصادر سنة 1993، وهذان التصريحان يُتَبَّهان لضرورة التزام العلماء المجرئين 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 ثلاث :

- القاعدة الأولى هي أن كل بحث طبي ينبغي أن يُنجزَ في إطار خطة علمية، بتبَيُّرٍ أخلاقي مقبول وهو توسيع دائرة المعارف الطبية المفيدة للإنسان؛

- القاعدة الثانية هي لزوم موافقة الأشخاص الذين سيخضعون للتجريب، على أن تكون هذه الموافقة حرة واعية؛

- القاعدة الثالثة هي أن احترام أخلاقيات التجريب الطبي ينبغي أن يكون بضمانة مؤسسات مستقلة ومتعددة 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 التجريب.

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

تُنجز 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 واللُّعاب. وهذه المرحلة هي تمهيد 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 ثماني سنوات. وهذه التجارب تخضع لنظام دقيق، ولا يمكن أن تُمارَس إلا على أشخاص متطوعين وقع إخبارهم بالأخطار التي يمكن أن يتعرضوا لها وأُعربوا عن موافقتهم المسبقة، وهم إما أن يكونوا من المرضى المعنيين بالتجريب أو من الأشخاص السالمين.

من اللازم أن تكون الموافقة على التجريب حرة، 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 ودون تقديم أي مبرر⁽⁵⁾.

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

ثم إن الموافقة يجب أن تكون واعية، بمعنى أن المريض يتوفر على كل المعلومات حول الهدف من التجريب وخطته وسيرويته، ويكون إخباره بهذه المعلومات مُبسّطاً، ومفهوماً ومتجنباً الدخول في التفاصيل التي قد تخيف المريض وتدفعه إلى اتخاذ موقف الرفض. وجدير بالإشارة إلى أن الموافقة يمكن أن تكون شفوية بمحضر شهود، أو كتابية.

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

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

ولا بد من الإشارة إلى أنه في التجريب الطبي، يُقضى المسجونون الذين يمكن إغراؤهم بتقليل مدة حبسهم أو العفو التام عنهم، كما يُقضى 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 الممرضات والأشخاص الذين تربطهم بالمسؤولين عن التجريب 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 هشّة، وغالباً ما يكون رد فعلهم على تناول الدواء مخالفاً تماماً لرد فعل المرضى الشباب.

من ناحية أخرى هناك عراقيل قد تواجه التجريب لدى الأشخاص المسنين وذلك للأسباب التالية :

1. من الممكن أن يبدو على هؤلاء ترددٌ فيما يخص خضوعهم للتجريب، ناتج عن الخوف من الإبر أو أخذ العينات الدموية مثلاً؛
2. في الغالب تكون صحتهم العقلية غير ثابتة مما لا يُسَعِّفهم في اتخاذ قرار مقبول أو إعطاء موافقة حرة وواعية على الخضوع للتجريب؛
3. تكون الحالة الصحية لهؤلاء هشّة مما يفرض في الطبيب اتخاذ إجراءات خاصة حتى لا يقع المساس بأجسادهم أو حياتهم الخاصة؛
4. كون مَقْدِرَتِهِمْ محدودة لفهم طبيعة التجريب وللإدلاء بتقييم صحيح لنتائجهِ أو عواقبه.

والعرقلة التي يصعب كثيراً تجاوزها هي التي توجد لدى المرضى المسنين الذين هم في عجز تام، وهم بصفة خاصة المصابون بالخرف. إن هذا المرض يتميز بنقصان انحلالي في حجم الدماغ، يؤدي في مرحلة أولى إلى فقدان الذاكرة، قد يتطور 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 التجريب على الحيوان غير مفيد في إعداد الأدوية.

هنا نحن أمام معضلة أخلاقية تُسألنا أولاً، هل يعتبر إدماج هؤلاء المرضى في التجريب الذي لن يستفيدوا منه قابلاً للتبرير؟

ثانياً، هل يعتبر التخلي عن القيام بالتجريب على المرضى مقبولاً أخلاقياً مع العلم بأن هذا التجريب يكون الفرصة الوحيدة للوصول يوماً ما إلى الوقاية من المرض أو علاجه؟ وهذا التساؤل مطروح منذ كلود برنار في نهاية القرن التاسع عشر، وتتلخص الإجابة عنه اليوم في أن لا يُضَحَّى بأفراد من أجل فائدة محتملة قد تتجلى مستقبلاً وقد لا تتجلى.

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

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

- المرحلة الأولى مخصصة لدراسة تحمّل الإنسان للدواء، ويتعلق الأمر بضبط الآثار الجانبية والآثار غير المرغوب فيها. ويهتم المجرّب في هذه المرحلة بالتأكد من شروط التأمين الضرورية لاستعمال الدواء وتحمله من حيث المقادير الموصوفة ومعايرة نشاطه وتقبّله؛

- المرحلة الثانية تبدأ حين تكون نتائج المرحلة الأولى مُرضية ويتم فيها تحديد الفائدة من الدواء، وتأمين منفعه العلاجية، وتحديد أفضل الظروف لاستعماله، وبعبارة أخرى ضبط فعاليته، ومقادير استعماله. ولا بد للمجرّب 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 تأكد المُجرب في نهاية المرحلة الثانية من أن الدواء ليس له أثر إيجابي، أو يتسبَّب في بعض المضار، فإنه من الواجب توقيف التجريب، أما إذا تأكدت فعالية الدواء المجرب، وأنه لا ضرر فيه فإنه يسمح للمجرب أن يمر إلى المرحلة الثالثة التي هي مخصصة للحصول على أدقِّ تقييم لفعالية الدواء بالمقارنة مع أدوية مرجعية أخرى موجودة ومستعملة، أو مع عناصر غير فعالة تطلق عليها لفظة (Placebo) وترجمها المعجم العربي الطبي الموحد بكلمة (غفل)، وهو شبه دواء أو بديل لا مفعول له، يجب أن يتخذ نفس المظهر ونفس السمات للدواء المجرب.

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

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

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

المُلاحظ أن من بين ألف من المركبات الكيميائية المقترحة للتجريب نجد أن 50 فقط تصل إلى مرحلة التقييم قبل السريري و10 فقط تكون موضوعاً للمرحلة الثانية وواحدة فقط تكون موضوعاً للمرحلة الثالثة.

بقي أن أقول إن المرحلة الثالثة تتوّج 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 عملٍ متكون من الاختصاصيين في السموميات والصيدلة والأطباء السريريين. ويشترط في الفريقين أن لا تكون لهما علاقة بالمؤسسة الصانعة للدواء ولا بالإدارة مما يُعطي 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. وتتميز هذه المرحلة بتدقيق المعارف الطبية المتعلقة بالآثار غير المرغوب فيها، وحصص مضبوط لأنماط استعمال الدواء. تستغرق هذه المرحلة زمناً طويلاً، وقد تأتي ببعض المفاجآت غير السارة كنتسجيل آثار جانبية متأخرة لا تظهر إلا بعد سنوات من رواج الدواء.

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

وتجدر الإشارة إلى أنه بالنسبة لمعظم المنتجات ذات العلاقة بالصحة تمّ وضع مساطر شبيهة بالمساطر المتبعة في تجريب 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 المقتضى يطبق على الأدوات الصغيرة كالإبر والمُحَقِّنات (seringues) والضمادات (pansements)، كما يطبق على الأدوات الكبرى وآلات الاستطلاع الإشعاعي وأداة تصوير الأوعية (angiographie) والسكانير (scanners) وأدوات التصوير بالرّنين المغناطيسي النووي (résonance magnétique nucléaire) كما يطبق كذلك على الأجهزة المعقدة الخاصة بالجراحة والتخدير والإنعاش.

بل وبطال هذا المقتضى حتى المنتجات الدموية التي تشمل صنفين متميزين :

1- المنتجات الدموية الثابتة، المهياة بشكل صناعي والتي تعتبر كأدوية حقيقية مثل عوامل تخثر الدم وبعض الهرمونات كهرمونات النّماء... إلخ. وأذكّر هنا بالفضيحة التي تسبب فيها قبل سنوات استعمال هذه المادة التي تفرزها الغدة التُّخامية (hypophyse) والتي تبين أنها تحمل عامل مرض جنون البقر أو مرض كروتسفيلد جاكوب (creutzfeld jacs).

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

وتستعمل نفس الإجراءات التي نتحدث 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 أقل وضوحاً، بحيث إنّ المرحلة الثالثة هي التي تكون حاسمة في تقييم العلاج، وهي كذلك مرحلة دقيقة للغاية.

فيما يتعلق بالتجارب الهادفة إلى ضبط وسائل الوقاية يجب منطقياً القيام بالتقييم حسب نفس المبادئ التي يعتمد عليها في تجريب الأدوية. وذلك ما يتحقق مثلاً حين يهّم الأمر اختبار قيمة لقاح من اللقاحات وفعاليتها، المثال على ذلك لقاح سالك (Salk) المضاد لشلل الأطفال (poliomyélite). فبعد أن مورست التجارب المخبرية على هذا اللقاح بنجاح، تبين في مرحلة أولى أنه فعّال وغير ضار لدى الحيوانات، ثم بدأ استعماله لدى الإنسان سنة 1957. وقد أُجريت هذه التجارب في الولايات المتحدة الأمريكية على 400 ألف طفل، اختير النصف الأول منهم بالقرعة، وهذا النصف يستفيد من اللقاح. بينما أعطى النصف الثاني دواءً غفلاً (Placebo)، وبفضل هذه التجارب ثبتت فعالية اللقاح في ظرف خمسة عشر شهراً.

وهكذا فُسِحَ المَجَالُ لتعميم عملية التلقيح ضد هذا المرض الخطير في أمريكا ثم في بقية أنحاء العالم.

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

بعد هذه التحليلات ذات الطبيعة التقنية والمتعلقة بسير التجريب، 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 مجرب 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 خرقٍ سافرٍ للتعليمات التي تنص عليها «مدوّنة نورمبرغ» و«تصريح هلسنكي». تُمارس هذه الخروقات مع الأسف بصفة أساسية على الأشخاص الضُعفاء والمحرومين وعلى كل من هم في وضع هش، وقلّمًا ينتمون إلى الدول المصنّعة. 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 أطلانطا

(CDC) بالولايات المتحدة الأمريكية^(7و8)، تناولت هذه الدراسات مرض الزُّهري، (syphilis) لمعرفة كيفية تطوره، سواء في حالة المعالجة أو عدمها. وقد شملت هذه الدراسات عينة تعدادها 412 أمريكي زنجي يعانون من الزُّهري 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 يتوفر الأطباء فيها على دواء مفيد، بل وحتى بعد أن توفرت "البنسلين" المضادة للجراثيم وتأكدت فعاليتها.

ومعلوم أن البنسلين اكتُشِف سنة 1928 على يد "الكسندر فليمنغ" وبدأ استعمالها سنة 1940، الشيء الذي جعل هذا العالم الإنجليزي يفوز بجائزة نوبل في الطب سنة 1945.

لقد توقفت دراسة (توسغيجي) حين نبه لهذه الوضعية الشاذة أحد الصحفيين مما أثار السُّخط الذي عبرت عنه بعض الجرائد في صفحاتها الأولى، وقد أدّى ذلك إلى مضايقة إدارة الرئيس نيكسون. وفي هذه التجربة يتجلى المس بالمبادئ الأخلاقية على مستويات عدة :

- أ - الأشخاص الذين أُخضعوا للتجريب لم يعطوا موافقتهم الواعية؛
- ب - لم يستفد 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 بالتجريب أن أولئك الأمريكيين السود لم ولن يستفيدوا على كل حال من الدواء المتوفر لقلة ما بيدهم، وأن الباحثين اكتفوا بملاحظة 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 أنجزت فيها بعض التجارب السريرية بطايلاندا 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 يعطى فيه لهنَّ دواء غفل (Placebo) لمعرفة ما إذا كان خطر نقل الوباء في البلدان المتنامية مساويا أو أقل أو أكثر بالمقارنة مع النساء اللواتي عُولجنَ بمادة «AZT» التي هي أول دواءٍ اكتشف ضد السيدا.

وقد شبَّهت افتتاحية المجلة الطبية الأمريكية - «نيو انجلند جورنال أوف مدسين» (NEJM) هذه الأبحاث بدراسة «توسكيجي» من حيث إنها معا خرقٌ بيِّنٌ لحقوق الأشخاص الخاضعين للدراستين.

وتشبَّهت 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 أكدتها 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 نسقين من المرجعيات : نسق الدول النامية الغنية، ونسق الدول المتخلفة الفقيرة. النسق الأول يوظف استثمارات هائلة للقيام بالتجارب، والنسق الثاني يوفر الأشخاص المصابين الذين يُجرى عليهم التجريب، إنها قضايا تدفعنا إلى أن نطرح تساؤلات عدة حول ظروف البحث في الدول المتخلفة وحول العواقب الأخلاقية النَّاجمة عنه، علماً بأننا متأكدون مسبقاً أن الفئات المستهدفة لن تستفيد من نتائج التجريب حتى في حالة نجاحه^(10 و11).

إن هذه الوضعية المأساوية دفعت ببعض المتخصصين في مجال الأخلاقيات إلى التساؤل عن مفهوم الأخلاق في الدول الفقيرة التي تتعرض ساكنتها لمخاطر كبرى كالجفاف والفيضانات والجوع وانتشار الأوبئة. ترى "نُول لُونُوار" (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 قدرٍ 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 سنوياً بسبب عدم وجود التلقيح أو المعالجة المناسبة لأمراض خطيرة مثل داء الحصبة (بوحمرن = rougeole)، وأن مليونين من الأشخاص يتوفون كل سنة من جراء حُمى المستنقعات، وأن 90% من المكفوفين في العالم يعيشون في الدول الفقيرة، وأن مجموعات من السكان في إفريقيا مهددة بالانقراض بسبب وباء السيدا؟

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

لقاح هو استثمار ضخم جدا، وأن (بروتوكولات) العلاج المتوافرة حاليا والمستعملة لدوائين أو ثلاثة أو أربعة (bi ou tri ou quadri thérapie) في نفس الوقت في الدول النامية باهظة الثمن، ومن البديهي أن لا يكون بمقدور مرضى الدول الفقيرة الحصول عليها رغم الجهود المبذولة من طرف بعض الدول النامية كالبرازيل والهند وجنوب إفريقيا من أجل تقليص هذا الثمن. إنها جهود تهدف إلى الاستغناء عن الأدوية غالية الثمن المنتجة من لدن الشركات الصيدلانية العالمية، سواء أكانت أمريكية أم أوروبية، وتعويضها بما يُطلق عليه مصطلح "الأدوية الجنيصة" (medicaments génériques). والدواء الجنيص 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 الصّانعة للأدوية لا تتقبل هذه المبادرات بالرضى، ولا تعرب عن تضامنها مع الدول النامية، بل إنها تعترض اعتراضاً تاماً على استعمال الجنيص مبررة ذلك بأن إنتاجها المضاد للسيدا لم يبلغ عُمره العشرين سنة القانونية وأنه ما زال محمياً بالترخيص أو البروڤي (brevet).

واتخذت الولايات المتحدة موقف الدفاع عن الصناعة الصيدلانية الأمريكية، وذهبت إلى حد رفع دعوى قضائية، في شهر فبراير من سنة 2001 ضد البرازيل أمام منظمة التجارة العالمية لتمنع الإنتاج المحلي للأدوية الجنيصة 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.

تُجاه هذه الوضعية وبمناسبة اجتماع دولي حول السيدا انعقد في نفس السنة بأبيدجان، اقترح الرئيس الفرنسي (جاك شيراك)، وهو واع بالمشكل وخطورته، إنشاء صندوق دولي للتضامن يتكلف 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 إفادة 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 1% من الإنتاج 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 تُغني عن كل تعليق، كما تبين بوضوح أن المشكلة الأخلاقية المطروحة على الصعيد الدولي والمترتبة على وباء السيدا وغيره من الأوبئة الفتاكة لن تجد حلها في الأفق المنظور.

هذه هي الملاحظات العامة التي عملت على عرضها بصدد أخلاقيات التجريب الطبي والدوائي على الإنسان. ويلاحظ كم هي عديدة ومتنوعة 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 كالفئران والأسماك تحقق إطالة الحياة بنسبة 25 إلى 30% وذلك في ظروف ممتازة. هذه المناهج المخبرية تقوم على إبطاء تطوّر الشيخوخة السوي، أو على تعزيز الآليات البيوكيماوية التي يفترض أن تقاومه، بدون تدخل في الثوابت الوراثية أو تعديلها⁽¹⁾⁽²⁾.

من ناحية ثانية، وبفضل التلقيحات وغيرها من التدابير الصحية والوقائية، تمكن الإنسان راهنا من القضاء على جزء كبير من الأمراض التعفننية والمعدية، ويأمل في مستقبل قريب نسبياً، أن يعطي لحياته بعداً يحرره من أوهان الشيخوخة، ويمنحه وضوح الذهن ومضاءه موازاةً مع صحة جسمية جيدة، كما يتيح له دفعة تطويرية تتيح له أن يستعمل كل طاقاته العقلية وينتفع 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

(*) أُلقي 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 تشيخ الساكنة العالمية بما فيها ساكنة العالم الثالث.

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

مفهوم التشيخ السوي

إن التشيخ السوي تطور طبيعي يتبدى بازدياد الإنسان وينتهي بوفاته، وتترتب عنه تغيرات تكون أحياناً ضعيفة لا تكاد تُدرك، وأحياناً أخرى تكون قوية وضاجة خصوصاً في بعض الفترات الأساسية من حياة الإنسان. هكذا يعرف التشيخ بأنه مجموع التغيرات العضوية والوظائفية والنفسية التي تطرأ على الفرد طيلة حياته، وهي تغيرات يكون منظوراً إليها في مرحلة الطفولة والمراهقة على أنها إيجابية، وفيما بعد عندما يتقدم الإنسان في السن، ينظر إليها سلباً كعجز لترادف في النهاية انحلال الجسم. في هذا الصدد نقول عن الطفل إنه ينمو، وعن المراهق إنه ينضج، وعن الشخص البالغ إنه يشيب، وكل شخص يكبر وينضج ويتشيخ بطريقة متميزة تتوافق مع طبيعة استقلابه وتشكيلته النفسية.

وتُربطُ الشيخوخة في غالبية المجتمعات بانخفاضٍ لا مفرَّ منه للقوَّة الجسمية مع ضعفِ القُدَّرات العقلية والإبداعية، والإصابة بأمراضٍ جسمية تتطور إلى أن يقع التفسُّخ الذي يسبق الوفاة.

وهنا نسجل بالنسبة للشيخ السوي أن الشيخوخة تحدث بصفة مندرجة ودون ظهور أعراض مرضية رغم التغيرات العديدة التي تصحبها والتي تشكل صيرورة التشيخ السوي، لذلك تُعتبرُ مرحلة من مراحل الحياة تمتاز باكتمال العقل وامتلاك الخبرة والحكمة والوقار.

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

نظريات التشيخ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

ننتقل الآن إلى استعراض عام لنظريات التشيخ بادئين بالتشيخ السوي، وهي نظريات متعددة أحصاها (ميدفيدف) سنة 1990 في نحو 300 نظرية سنتقتصر على ذكر الأهم منها، وهي تجد أصولها في الرفض الغريزي للموت الذي يكبر مع الانحلال التدريجي للوظائف الدماغية مقارنةً مع بعض الوظائف التي لا تُؤثِّرُ إصابتها على جسم المُسن.

خلال صيدورة التَشِيخ تطراً تغيرات تَمَسُّ جميع الأعضاء بكيفية مختلفة. وتكون إحدى هذه التغيرات أساسية ومُرتبطة بآلية (Mécánisme) متعددة العوامل قد يكون سببها الرئيس موجوداً في الحامض النووي أي ال (ADN) الذي يحمل المورثات أو الجينات.

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

وهنا أودّ أن أبدي ملاحظة - بكيفية عارضة - وأقول إنه بعكس ما ينطبق على التَشِيخ فإنه اكتشف 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 الصَّبغية الرابعة (Chromosome 4). وقد حصل هذا الاكتشاف بعد أبحاثٍ ودراساتٍ طويلة المدى ومُعَمَّقة أجريت على 308 من الإخوة والأخوات المُسنين الذين يفوق عمرهم التسعين ويتراوح بين 91 و 109 سنة. وإذا كان قد

تمّ تموضع 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 ومتعاقبة في الجسم وهي: مرحلة المضعّة، ومرحلة الجنين، ومراحل الرضاعة والطفولة والمراهقة والنضج والشيخوخة، ويفترض هذا التعاقب الزمني إشغال جينات مختلفة طوال مراحل العمر، تسهر على وظائف استقلابية (Métaboliques) أساسية ومتناوبة، ثم سيبتل عملها بشكل تدريجي وفي مراحل معينة من النماء: المثال الواضح هنا هو المتجلي عند المرأة من جراء انقطاع الطمث (Ménopause).

توجد أيضاً نظريات مشروطة بعامل المصادفة ويطلق عليها النظريات العرضية، (Théorie stochastique) تنبني على المبدأ التراكمي للأعطاب المتنوعة الناجمة عن عوامل داخلية أو خارجية، وينتهي الأمر بتلك الأعطاب إلى أن تبلغ حداً لا يتلاءم مع البقاء على قيد الحياة.

تنتج الأعطاب الأولى عن عوامل جُوانية 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 الأعطاب الآتية من الخارج فيرجع السبب فيها إلى عوامل مختلفة خارجية كالأشعة فوق البنفسجية. فالمقدار اليومي الذي يتلقاه الإنسان من الأشعة فوق البنفسجية مثلاً يُثير ثلاثين إلى خمسين ألف خللٍ جزيئي في الحامض النووي داخل خلية واحدة من خلايا الجسم، ومن المعلوم أن الخلية تصلح بسرعة معظم

الأعطاب التي تصيبها، لكن آلياتها في الإصلاح ليست دائماً ذات فعالية كاملة أو كافية لمنع حدوث التشيخ.

النظرية الثالثة في شرح التشيخ هي نظرية المناعة (Théorie immunologique) المرتبطة بالأعضاء في مجملها. وتنطلق من المبدأ القائل إن طاقة المنظومة المناعية تضعف مع توالي السنين، وأن تغيراتها تطراً 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 "الذَّابُّ الحُمَامِيّ المنتشر" (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 ينتج عنها التشيخ، وذلك لتعدد عوامله ولتعقد الظواهر التي تميّزه. ومن اللازم الرجوع إلى محصلة هاته النظريات مما يتيح مقارنة أصوب لفهم نشوء التشيخ⁽⁶⁾.

ويجب التأكيد على وجود عامل غير ثابت بين الأفراد يرجع إلى اختلاف العمر الزمني عن العمر الفيزيولوجي الوظيفي، مما تصعب معه معرفة الوقت الذي يدخل فيه شخص ما حالة التشيخ. المؤكد هو أنه حين يبدأ تراجع النماء، ويكون هذا التراجع مصحوباً بمحدودية القدرات الجسمية والنفسية، فإن الشخص المعني 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 ثلاث مراحل في الشيخوخة : الأولى يعي فيها الشخص المسن ضعف ملكاته، 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 تمس أولاً الخلايا، 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 موعىً 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.

مفاعيل التشيخ

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

الناحية البيولوجية يتجلى ارتفاع وتيرة الترددي في كل خلية وكل نسيج في الهزال والتنشف والانكماش. من جراء كل هذا يصاب الشخص المسن بضعف تغذية الخلايا والإضرار بغشائها.

وعلى مستوى النسيج الضام (Tissu conjonctif) يحدث نقصان في المكون الهلامي (Collagène) ومادة الإيلاستين التي تعطي للجلد لدانة وليونة، ويظهر هذا النقصان على الجلد بسبب ذوبان النسيج تحت الجلد فيصبح رقيقاً ولامعاً و متموجاً.

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

وهكذا يصاب الجهاز العصبي بفقدان بعض الخلايا العصبية وانكماشها وانخفاض السيولة الدموية في الدماغ، وتتقلص الهرمونات الوسيطة (Neuro-médiateurs).

وعلى مستوى القلب والشرايين يلاحظ وقوع حالة عصاد (Athéromatose) ينجم عنها انسداد في شرايين القلب وتصلب شراييني عام وانخفاض في صيب القلب (Débit cardiaque) واختلال 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 عصادٍ وضمور في الغشاء المخاطي، وتباطؤ في التفرغ مع انقباض مزمن وتمثلٍ سيئٍ للمواد الغذائية يتبعه الهزال.

ومما يحدث أيضاً فقدان ملكة التحمل (Adaptation) بشكل تدريجي، وخاصة تحمل التقلبات الجوية والأمراض وتعب الشغل.أُضف إلى هذا الهزال وانخفاض الوزن واسترخاء الأعضاء والجلد. كما يلاحظ ضعف في الوظيفة الجنسية بشكل متدرج وواضح 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 واختلالات في ملكة الانتباه تؤثر على التذكر بشكل واضح⁽⁷⁾.

وينبغي التنبيه هنا إلى أن ضعف الذاكرة يتعلق في البداية، لدى الشخص المسن، بالأشياء الحديثة الوقوع أو التي وقعت قبل دقائق أو لحظات قليلة، في حين يمكنه أن يتذكر أحداثاً وقعت في الماضي البعيد. وقد تؤكد أن ضعف الذاكرة يعي به الشخص المسن ويتسبب له في حالة من القلق والتحسر، لأنه يخشى أن يكون إيذاناً ببداية الإصابة بمرض الخرف (ألزيمر) 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 المنومة 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 التشيخ السوي الاضطرابات النفسية التي تمر عبر مرحلتين : مرحلة تتميز بتناوب أحاسيس الضعف والقوة، ومرحلة تسودها أحاسيس دفيئة 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 تؤكد ما أشير إليه سابقاً من التنوع الكبير في تجليات التشيخ حسب الأشخاص.

فيما يخص التشيخ المرضي

بداية يجب إقصاء التشيخ المبكر، لأنه حالة خاصة تدعى مرض (Werner)، ويتعلق الأمر بعرض نادر ينتقل بالوراثة، خصائصه الظاهرة لا تتجلى إلا في العوامل المتماثلة وراثياً. إنه تشوه وراثي له علاقة بال (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 متناسقة وكانهم شاخوا قبل الأوان، مع بياضٍ وفقدان للشعر. ومما يلاحظ كذلك في هذه الحالة وجود تكثف في عدسة العين (Cataracte) يمنع الإبصار، وضمور في الجلد واضطرابات غدديّة، وإصابة بداء السكري.

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

فالأمر يتعلق بمصابين مستين جسدياً وبيولوجياً، حالتهم الجسمية هشّة ويعانون في الغالب مشاكل صحية متعددة، جسمية ونفسية، ويقاؤونهم على قيد الحياة مرهون بالأدوية الطبية التي ينبغي أن يتناولوها بشكل دائم، وهؤلاء المسنون المعالجون يتميزون بعدد من السمات :

1- انخفاض استنبابهم (Diminution de leur homéostasie) أي انخفاض قدرة الحفاظ على الوظائف الفسيولوجية المتقلصة، أو تثبيتها. وهذا الانخفاض من شأنه أن يقلص هامش سلامة يسمح بأن تؤدي الأعضاء وظائفها، وأن يزيد من مخاطر التحلل في حالة الإصابة بمرض. وهذا التحلل يمكن أن يمس عدة أعضاء وأن يقع بشكل متسلسل. ومعلوم أن تعرض الشيخ المريض لأية إصابة يتسبب، وبسرعة، في تعقيدات، والنتيجة أن الاستشفاء يكون طويلاً والعلاج بطيئاً، والنقاهاة تأخذ وقتاً مديداً؛

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

وبداية مرضه لا يوفر المعلومات الكافية، لأن الإجابات تكون في الأعم فمضافة. إن المريض المسن يتكون له تصور شخصي عن مرضه الذي يعلله غالباً بسنه بل ولا يعير لمؤشرات هذا المرض الأهمية اللازمة من جراء خوفه من الوقوع في حالات محتملة من اليأس والحسرة والانهيار العصبي؛

3- إن الأعراض المرضية المتعلقة بالشخص المسن متعددة ومتشابهة نذكر ما هو متواتر منها :

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

وإزاء هذه الأعراض المرضية تكون مهمة الطبيب جد صعبة، لدرجة أن غايته 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 نرفع له معنوياته خاصة في بعض اللحظات الحرجة بسبب أحداث كبرى قد تحصل له في نهاية حياته كفقْدان الزوج أو الزوجة أو أحد الأقرباء. والهدف المتوخى هو أن نُجنب الشيخ التهلكة وأن نعينه على الاستمرار في الحياة بأي ثمن.

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

وقبل أن أنهى الكلام عن التشيخ الفردي أود أن أذكر بأنه من الصعوبة بمكان إقامة حد فاصل بين التغيرات المرتبطة بالتشيخ السوي والتشيخ المرضي.

تشيخ الساكنة

هناك ظاهرة بارزة تترتب عن التقدم الحاصل في تأمين الماء العذب وشروط السلامة الصحية وتوفير التغذية، وكذا عن التقدم الذي يحققه 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 قليلا عن مليوني شخص أي نسبة 7% من ساكنة المغرب، ويزداد تشيخ الساكنة كل سنة بما نسبته 2.8%.

وتجدر 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 الديمغرافية بدأت تفرز مشاكل بالنسبة للطب ومهنيي الصحة، هكذا سيكون على الطلبة الذين يدرسون الطب اليوم أن يُعوا أن عليهم أن يخصصوا جهداً كبيراً، بعد حصولهم على الدكتوراه للتكفل أكثر فأكثر بالأشخاص المسنين.

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

نلاحظ من ناحية أخرى أن في فرنسا وألمانيا وانجلترا والولايات المتحدة سيتضاعف عدد الأشخاص المسنين الذين يفوق عمرهم 60 سنة في العشرينيات 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 النشيطة من 16 إلى 69 سنة بنسبة 5.4%، 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 تثقل كاهل مؤسسات 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 استثمارٍ أدنى وضروري في التكوين؛

- مشكل ثالث وهو مساعدة الأشخاص المسنين على أن يبقوا نشيطين ومنتفعين 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 انتُهج أسلوب التضامن الجماعي الفاعل الموجه نحو المساندة المادية والمعنوية للشخص المسن، ونحو أخلاقيات مبنية على احترام الكائن البشري.

خلاصة القول

يمكن اعتبار الشيخ، تأثيراً للزمان على الحياة. وكما قال الفيلسوف البلجيكي هارشير (HAARSCHER) «فإن يشيخ الإنسان معناه الإحساس بمحدودية الوجود». في إطار هذه الرؤية حاولت من جهة أن أحدد مفهوم الشيخ لنتبين مختلف أوجهه، سواء منه السوي أو المرضي، كما حاولت من جهة أخرى عرض النظريات الأساسية الشارحة له وعلى مظاهره السريرية والبيولوجية.

هكذا نكون قد علمنا، من خلال ما تطرقنا إليه، أن التغيرات التي تلحق الخلايا في مختلف أطوار الحياة تؤدي في النهاية إلى الشيخوخة. وهذا الأخير يكون في البداية بيولوجياً، وتصحبه إصابات تمس كل الأعضاء وبالخصوص الدماغ مما يستوجب تكفلاً طبياً للشيخ بصفة مركزة.

إنّ 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 تقاعد 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 ومتنوعة كالطب والبيولوجيا والسوسولوجيا والديمغرافيا
والاقتصاد... فهل يا ترى وُفق هذا البحث في توضيح بعض عناصر الشيخ 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) Ladislav 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.

تأملات في موضوع الدواء (*)

يُعتبر الدواء مادةً أو مُركَّباً يمتلك خاصيات علاجية أو وقائية تنفع المرضى من البشر أو من الحيوانات، وتضع حداً 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 تعجّل بالشفاء. لا يباع الدواء مبدئياً إلا في الصيدليات، ويحتل مكاناً أساسياً في مجال الصحة. أما استعماله بناءً على ما ذكر، فهو أمر لا يمكن تجنبه أكان ذلك للشفاء من الأدوية 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 مُصطلحاتٌ طبيّةٌ قد لا تكون مُستساعَةً للناس جميعاً ولكنها ضرورية لصياغة الحديث، ولهذا فإني سأحاول

(*) أُلقي هذا العرض ضمن أحداث الخميس يوم 06 يناير 2005.

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

أودّ أن أستهلّ هذه الورقة بلمحة تاريخية عن تطور الدواء عبر العصور.

يمكن اعتبار الماء الدواء الأول والطبيعي. وقد دلت على ذلك بالأثر العلاجي
لحقن مصل الدم (sérum)، أو إدخال الماء أو شربه في عدة حالات من الاجتفاف
الحاد الذي ينتج عن القيء المستمر 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 ظلّت مُدَّةً طويلةً تعتبر أن لكلِّ داء ما
يُسْتَطْبُّ به من الأعشاب أو النباتات.

وقد وقع التنصيص في الجدول السومري (table sumérienne) لمدينة نيبور، وهي
مدينة توجد في ما بين النهرين والتي تسمى الآن مدينة نيفر، أقول وقع التنصيص على
ستمائة منتج من أصل نباتي أو حيواني لأهداف علاجية، منها معدن واحد هو الكبريت.

ويُعتبر هذا الجدول الذي يرجع تاريخه إلى نهاية الألفية الثالثة قبل الميلاد أول
صيغة صيدلية في العالم.

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

منتجات معدنية كالرصاص والزئبق والنحاس، ومنتجات نباتية كالنافع والزعفران والنعناع والجَنطيان (وهو نبات تستخرج منه مادة مُرّة منعشة) واللحلاح (colchique) وهو نبات تشتق منه مادة الكولشسين التي تفيد في معالجة داء النَّقرس (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 التّقاعات (tisane) والجروعات 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 فنيقيًا والخاصيات العلاجية لكل منها.

ويُعدّ جالينوس (GALIEN) أب الصيدلة، وقد عاش بين 204 و131 ق.م وكان طبيباً لكبير أباطرة الروم مارك أوريل وسبثيم سيثير (Septime SEVERE)، وقد قام بنفسه بتحضير الأدوية وإجراء بحوث عن السموم بواسطة التجريب.

وفيما بعد انتقل فن العلاج إلى أيدي العرب لعدة قرون. فقد كانوا هم الأوائل في إنجاز التقطير (distillation) والحصول على الماء المقطر والحامض الخلي (acide acétique) وخاصة الكحول باستعمال الخلّ والخمر. ويرجع إليهم الفضل أيضاً في اكتشاف الأكسبر واللّعوق اللّوزي ونترات الفضة والدواء العسلي المعجون. وقد ظهر أثر العرب جلياً في الجامعات الأوروبية خلال العصر الوسيط في باليرمو ومونبوليه وأوكسفورد وباريس وهأيديلبيرغ.

في القرن السابع عشر اغتنت الدراسات العلاجية باستعمال دوائين هامّين ما زال يُستعملان حتى وقت متأخر من القرن الماضي وهما من ناحية عرق الذهب

(ipeca)، وهو نبات تستخرج منه مادة الأيميتين التي تعالج تعفن الأمعاء بالتممورات (amibes)، ومن ناحية أخرى الكانكينا (quiquina)، وهي نبات تستخرج من قشرته مادة الكينين الصالحة لمعالجة حمى المستنقعات. وتمتاز هذه الحقة بالإقبال الكبير على الأدوية ذات الأصول الحيوانية عن طريق العقارب والثعابين والنمل والذباب الهندي (cantharide) (وهي مادة منعشة جنسياً) ودود الأرض والمفرزات كإفراز المسك الطبيعي المستخرج من غدة توجد في عنق نوع من الغزال يعيش في شرق إفريقيا، وإفراز القندس (castor) الذي يستعمل كدهن لمعالجة داء المفاصل (الروماتيزم).

ومع بداية القرن الثامن عشر؛ أدخلت زبدة الكاكاو الذي يصلح لصنع الشوكولاتة ويستعمل هنا كسواغ (excipient)، واكتشفت عدة أدوية منها الكورار (curare) المنشق من نبات سام يشل تناوله العضلات ويستعمل في عملية التخدير (anesthésie)، كما أدخلت الديجيطالين، وهي نبات سام يستعمل لتبطين وتقوية 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 براءة 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 السترنيكين (strychnine) وكذلك الأستبرين التي اكتشفت سنة 1853، كما تميز باستعمال الأمصال واللقاحات بفضل أبحاث العالم الفرنسي لويس باستور.

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

خلال النصف الأول من القرن العشرين طرأت تغيرات جذرية على الدواء بحيث دخل في مرحلة الاكتشافات الكبرى والتراكيب (synthèse). حتى الوصفات الطبية نفسها تغيرت وتطورت: فالمكبوسات والحَبّات، والجيلولات جاءت لتعويض السوائل كالجُلاب والإكسير والشراب المُسكر (sirop).

في هذا الوقت تم اكتشاف الفيتامينات (B1, C, D, PP, K, B12) واكتشاف البنسيلين والسولفاميد (sulfamide) المضادين للمكروبات، والهستامين المضادة للحساسية وعديد من المضادات الأخرى وكذلك الكورتيزون التي تعدّ أقوى دواءٍ 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 متعدّدة، وأشهر ما اكتشف منها في السنين الأخيرة البروزاك.

وبفضل البحث والتجريب انتقل الدواء من المرحلة التقليدية إلى أن أصبح مقولة صيدلية صناعية تولتها الشركات متعددة الجنسيات المعروفة في يومنا هذا. ولم تفتأ المعارف المتعلقة بالأدوية تغني مع تقدم العلوم التي هي أساس الاكتشافات

الصيدلية. وهكذا وسّعت وظائف الدواء علوم الكيمياء والبيوكيمياء والسموم والصيدلة وعلم المناعة وعلم الوراثة، كما تنوّعت أنماط صناعتها وتصريفها وأتاحت للطبيب ترسانة علاجية تتطور باستمرار. وتجدر الإشارة في هذا الصدد إلى المضادات الحيوية (antibiotiques) في آخر أشكالها المستحدثة، والأدوية الناجعة ضد داء السلّ، والأدوية الوقائية من رفض الأعضاء المنقولة في جسم الإنسان، وكذا إلى الأدوية المضادة للفيروسات والتي تستعمل لعلاج مرضٍ جلدي معروف بالعقولة (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 ساخّص لها كلمة وجيزة في آخر الورقة.

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

هنا نتساءل : منذ متى ونحن نتوفر على أدوية فعّالة؟

بعد التوصيفات الأولى التي اشتملت عليها اللوائح السومرية 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 آنئذٍ إلا كعلاج بديل (placebo) حامل لوعود بالعلاج أو التحسن، لا يوصى به إلا في حدود التخفيف عن المريض أو طمأننة وسطه العائلي.

كان علينا أن ننتظر سنة 1930 ليبدأ عصر الصيدلانية الفعالة بإنجاز الأشكال الأولى من الممارسات العلاجية المضادة للجراثيم التي هي المُكَبَّرَات (Sulfamides) ثم البنسيلين التي اكتشفت مصادفةً سنة 1928 على يد الإنجليزي ألكسندر فليمنج واصطُنِعَتْ بتركيب كيماوي سنة 1945. هذه المادة صارت معجزة حقيقية في ميدان الطبِّ حيث دشنت عصر المضادَّات الحيوية (antibiotiques)، ولعل نتائجها الباهرة هي أصل تقلص نسب الوفيات من جراء الأمراض التعفنية التي كانت السبب الرئيس للوفاة في الماضي.

من ناحية أخرى أدى اكتشاف الأدوية الفعالة للمعالجة النفسية (médicaments psychotropes) إلى ثورة حقيقية 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 المُنشَأُ أو المثارة طبيياً^(1et2) (maladies iatrogènes) يمكن أن تحدث دون أي خطأ يرتكبه الطبيب، لأنه أصبح من السهل اقتناء الأدوية من بعض الصيدليات بدون وصفة طبية، بل ومن المجمّعات 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 يتبين 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) كالكورتيوزون والأسبرين ومواد أخرى، وكلها قد تتسبب 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 والمستعملة بدون مراقبة دقيقة منتظمة، والتي قد تؤدي أيضاً إلى نزيف خطير في حالة تجاوز مقادير الدواء.

هناك أدوية أخرى قد تتسبب في آثار جانبية خطيرة كالحساسية والاختلالات الدموية والهضمية والعصبية وأوجاع الرأس والآلام والدوران الخ... وتقدر إحصاءات مسجلة 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 والانتحارات مجتمعة. وقد اتضح أن مائة ألف حالة وفاة المسجلة سنويا 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 فتسبب هذه الأمراض العلاجية المنشأ في استشفاء 15% من المرضى.

وتؤدي الحالات المتعلقة بالأدوية في فرنسا سنوياً إلى مليون حالة استشفائية وآلاف 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 و680 وصفة كان يجب منع استعمالها منعاً مطلقاً^(6و7).

والحقيقة أن الأمراض العلاجية المنشأ يمكن تفاديها بنسبة 50% حين يتعلق الأمر بخطأ في الوصفة أو خطأ في كيفية تناول الدواء الموصوف. ويمكن تقليص تواتر 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 دوائين 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 حُبكات إعلامية (logiciels) تُعين على التحليل والبرمجة وتساعد على استصدار الوصفات مما يُتيح للطبيب القيام بعمليات للتأكد من نجاعة الأدوية تحول دون الوقوع في أخطاء، زيادة على إمكانية أخذ الكلفة المالية للوصفة بعين الاعتبار.

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

ورغم ذلك وبمقتضى ما يسمّى قانون الصّمت، فمن النادر ضبط الأخطاء الطبية المؤدية إلى الالتحاق بالمراكز الاستشفائية أو تمديد الإقامة فيها. وقد بين بحث أنجز في جامعة هارفارد⁽⁸⁾ أن الأخطاء الطبية تؤدي إلى وفاة ما بين 44.000 و98.000 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 أُعطيت لطفل مريض وهي في الحقيقة، في تركيبها، تعطى عادة لشخص متقدم في السن، وتمّ التنبيه لهذا الغلط من قبل الطبيب أو أبوي الطفل في اللحظة المناسبة، كذلك حالة الممرضة التي تنبه في آخر لحظة بأنها كانت على وشك حقن مريضها بعلاج موصى به لمريض آخر.

هذه الأنواع من الأخطاء التي يقع التنبيه لها في الوقت المناسب قلما تُسجل أو يُعلن عنها. والحقيقة أن عدم التدقيق في مثل هذه الحالات يجعل الأطر الصحية المسؤولة تستحق اللوم والتوبيخ.

إن فعالية الدواء تُقاس بنجاعته في تحسين تطور مرض أو عرض له علاقة باختلالات عضو أو جهاز، غير أن هناك أدوية عديدة ليست ذات فعالية ولو سبق لها أن حَصَلَتْ في وقت ما على الترخيص بالتسويق، ومع ذلك يواصل الأطباء توصيفها نزولا عند رغبة المريض أحيانا أو لمجرد الأخذ بخاطره. ومع ذلك فإن هذه الأدوية رغم ضعف فعاليتها تصرف لها التعويضات 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. وتعود هذه الظاهرة من حسن الحظ إلى أن بعض الأعراض وبعض الأمراض الحادة تتجه طبيعيا وتلقائيا 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، مثلا، لن تنفع هذه الأدوية على كل حال.

وقد اقترحت الوكالة الفرنسية للتأمين الصحي سنة 2001، سحب 835 دواء لعدم كفايتها للمعالجة الطبية، مما يمثل تقريبا 19% من 4500 منتج مدرّوس ومتوافر في الصيدليات ومعوض من طرف مؤسسات التأمين. وبالفعل فقد سُحِبَ أخيرا عدد كبير من الأدوية التي ليست لها فعالية حقيقية كما سُحِبَت من لائحة أخرى أدوية كانت تُعوض فيما قبل.

تأمل آخر يخص مراقبة الدواء ودراسته بعد تسويقه : من المعلوم أن كل الأدوية تخضع للتجارب والاختبارات العلاجية اللازمة قبل الترخيص بتسويقها، 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 تُواظب 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 التقييم الموضوعي والدقيق للفعالية العلاجية، وكذلك الاكتشاف الممكن لمؤشرات باستعمالات جديدة للدواء المعني 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 تقييم الفعالية الحقيقية لدواء جديد هو من الأهداف الرئيسة للبحث الطبي المعاصر، ويفيد المعالجين لأن همّهم 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 الراضية.

وينبغي التنبيه هنا على أن الدراسات العلاجية البعيدة مكلفة جدا كلما ارتفع عدد المرضى الخاضعين للتجريب وطالت مدة العلاج. والحالة أن صناع الأدوية الذين يتحملون التكاليف الباهظة للقيام بتلك الدراسات، والتي قد تصل إلى مبلغ خمسمائة مليون دولار للدواء الواحد، ليسوا دائما مستعدين، بعد تحقيق أهدافهم، لتأمين التمويل الضروري لمتابعة البحث، خاصة وأن مصلحتهم في إمكانية استثمار جديد لأدويتهم أمر غير مؤكد. 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 المهددة لصحة الناس وحياتهم، كما تستعمل لتأمين مناعة السكان ضد الأمراض المعدية. ويتعلق الأمر باللقاحات التي تُجرى لحديثي الولادة والأطفال لوقايتهم من الخناق (diphthérie) والسعال الديكي (coqueluche) وشلل الأطفال (poliomyélite) وداء السلّ وداء الحصبة (rougeole) والحمى الحُميرية (rubéole) والكزاز (tétanos) الخ... كما يتعلق الأمر باللقاحات التي تنجز في حالات الأوبئة كالنزلة الوافدة (grippe)، والتهاب الكبد الفيروسي (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 الموسّع الذي تقوم به وزارة الصحة.

وتستعمل الأدوية أيضا لتعديل أنشطة عضو 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، كانسداد شرايين القلب أو الدماغ. ونفس تلك الأدوية يوصى بها الآن للوقاية من الانسداد القلبي عند المرضى المهددين بتضييق الشريان التاجي (coronaire) حتى ولو لم تكن نسبة الكوليستيرول مرتفعة في الدم. من جهة أخرى فإن علاج ارتفاع الضغط الدموي غايته الحقيقية 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 تُكسر عظامهن لسقوط بسيط على الأرض مثلاً، أو اصطدامهن بحاجز، وتتقوى 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 يحرصون على الحفظ بسرعة ويسهرون الليل لتحضير امتحاناتهم، ويفرطون في أخذ الأدوية المهيجة للجهاز العصبي كالأمفيتامين والأقراص المنبهة المانعة للنوم (pilules anti-sommeil)، مع الإكثار من احتساء القهوة؛

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

وثمة حالات أخرى نشير إليها باختصار: الأولى تخص الأشخاص الذين يريدون تقوية ممارساتهم الجنسية فيستعملون بعض العقاقير ك (الفيآگرا) 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، والحالة الثالثة 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 والمسكّرات والأفيون والكوكايين وغيرها.

ثم هناك حالة المستعملين لبعض العقاقير المنومة، يُلجأ أحيانا إليها مثلا في الاستنطاقات البوليسية الخاصة في بعض البلدان، لكي يصل المتهم إلى درجة من النوم تجعله يفوه بالحقيقة ويعترف 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 الانتحار، وفي حالات القتل العمد، وكذلك لتنفيذ حكم الإعدام على المتهمين في بعض الدول كالولايات المتحدة الأمريكية، ويجري هذا الإعدام بحقن الأدوية السامة في العروق بمقادير مرتفعة ومميّنة.

هذا وكما أشرتُ إليه آنفاً، فإن الهندسة الوراثية تُوظف لصناعة الدواء، ذلك أن هذا الفرع من العلوم يستعمل جراثيم وفيروسات لصناعة أدوية بالتحويل الجيني، فنتج هذه الجراثيم بروتينات علاجية مثل الأنسولين والإريثروبويتين وتُنتج لقاحات مثل اللقاح المضاد لالتهاب الكبد الفيروسي من نوع ب.

ويمكن أن تكون الهندسة الوراثية في المستقبل البعيد، مصدراً آخر للتداوي، وذلك بإدخال مورثات سليمة في جسم شخص يحمل مورثات مريضة، كما هو الشأن في بعض الأمراض الوراثية، وهكذا قد تنتج المورثات المُدمجة البروتينات الضرورية لحسن أداء الأعضاء لوظائفها. ولإدخال هذه المورثات يُلجأ لحامل يساعد على ذلك وهو الفيروس أو البكتيريا، خصوصاً منها العُصَيَّات الكولونية (E.Coli).

جانِب 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 التعليل أو غير ذلك.

ملاحظات أخرى كثيرة تهم عدة جوانب من الأدوية، نكتفي بجردها كالوصفات غير الشرعية وحجم الوصفة والمبالغة في استهلاك الأدوية والفائدة في تنمية تسويقها والإشهار لفائدتها إلخ...

خلاصة القول إن الأدوية كما بيّنا، موجهة في العادة لمعالجة الأمراض، أو على الأقل للوقاية منها. إلا أن مفهوم الدواء نفسه أخذ يعرف تغييراً جذرياً، سواء من حيث الغرض منه أو من حيث كيفية تعاطيه. وقد بدت في الأفق بشكل جلي معالم هذا التغيير في سلوكيات الأفراد وهم يرتادون الأسواق الكبرى في اختيارهم للمواد الغذائية حسب الرغبات أو التخوفات، على أن تكون تلك المواد مخففة أو مقوّاة. فالحليب مثلاً يُعرض كمنتوج خام أو معزز بالكالسيوم أو الفلويور 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 تقوي 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.

Bibilographie

- (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 all. *Epidemiology of medical error*, «B.M.J.» 2000 n°320. p.774.
-

تأملات في الحياة والموت

بقلم الدكتور عبد اللطيف بربيش

ترجمة وتقديم العضو إدريس خليل

تقديم

هذه «التأملات في الحياة والموت»، كان الزميل الدكتور عبد اللطيف بربيش، أمين السر الدائم لأكاديمية المملكة المغربية رحمه الله، قد أعدها قبل وفاته بشهور قليلة ليقدّمها ضمن سلسلة أحاديث الخميس التي دأبت الأكاديمية على عقدها يوم الخميس في مقرها مرتين كل شهر، منذ 1982، بعد سنتين تقريباً من إحداث هذه المؤسسة الملكية سنة 1980، يقدم فيها العضو حديثه، أو محاضراته في مدة تتراوح ما بين خمس وأربعين وستين دقيقة، في موضوع علمي من اختياره. ثم تلي الحديث مناقشة الأعضاء الحاضرين، وهي عبارة عن تساؤلات أو تعقيبات توجه للمحاضر في صميم الموضوع؛ مما يجعل أحاديث الخميس مناسبة علمية وثقافية ممتعة يحضرها كل 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 آليت على نفسي، وبطلب من زملائي أعضاء الأكاديمية أن أقدم حديث الزميل المرحوم الدكتور بربيش 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 بربيش، 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 بربيش رحمه الله، كان ميله إلى الكتابة بالفرنسية عادة لا أقل ولا أكثر. ما زلت أتذوق، كلما تذكرته، الخطاب الرقيق الممتع الذي ألقاه تحت قبة الأكاديمية الفرنسية (Académie française) عندما استقبلت أختها المغربية بجميع أعضائها المقيمين والمشاركين والمراسلين - (65 عضواً - سنة 1987). وكان خطاب الدكتور بربيش جواباً على خطاب الترحيب الذي ألقاه موريس دريون (Maurice DRUON) أمين السر الدائم للأكاديمية الفرنسية، محاطاً بأعضائها مرتدين لباسهم الرسمي.

لقد فارق الدكتور بربيش الحياة في اليوم الأول من سنة 2015، تاركاً فينا حسرة وألماً شديدين. نسأل الله أن يتقبله قبولاً حسناً ويتغمده برحمته الواسعة، جزاء على ما قدمه لبلده ولطلابه وزملائه من جليل الأعمال.

ينصب تأمل الزميل الدكتور بربيش في حديثه هذا «تأملات في الحياة والموت» على ثلاث قضايا مرتبطة ارتباطاً وثيقاً كانت تشكل جزءاً كبيراً من انشغالاته، شهوراً قبل وفاته، وهي تلخص نظرتة إلى الحياة بصفته طبيباً ومفكراً ومريضاً : (1) طبيباً يرى الواقع بموضوعية وتجرد، (2) مثقفاً يتأمل مصير الإنسان، (3) مريضاً يعاني مرضاً خبيثاً لم يمهل طويلاً، مريضاً استسلم لقضاء الله وقدره دون أن يقطع أمله في رحمته تعالى وثقته في أن يأتي التقدم البيولوجي والطبي بالفرج، الشيء الذي أفضى به إلى تخصيص حيز وافر من بحثه لمسائل كانت دائماً تشغل باله فكتب فيها مقالات في مجلة «الأكاديمية»، ألا وهي أخلاقيات الطبيب، حيث إنه يرى فيها الدعوة إلى الحفاظ على الحياة وسلامة الإنسان وعلى صون كرامة المريض واحترامه حتى بعد الممات.

إليكم فيما يلي حديث الدكتور عبد اللطيف بربيش رحمه الله الذي لم يكتب له أن يقدمه في الجلسات الخمسية.

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 أگرافيني 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:

- اكتشف العالم الفرنسي كلود برنارد (Claude BERNARD) صاحب كتاب «مدخل إلى الطب التجريبي» أن خلايا الكبد تستمر في فرز مادة الكليكوجين (glycogène) عدة ساعات بعد الموت؛
- لاحظ الطبيب الفرنسي الشهير المتخصص في الأمراض العصبية وعلم الغدد الصم، بَرُون سِيكوار (Brown SEQUARD)، أن ساعد أشخاص ماتوا بالكوليرا 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 الأنتى 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 احتُفظ بالجملة في الحرارة العادية، أو قريبة من صفر، وفي حالات معينة يمكن نقل ذلك الدم عدة أيام بعد الوفاة إذا أُضيفت إليه مادة النترات ذي صوديوم واحتُفظ به في الثلجة. وقد جُرب ذلك أثناء الحرب العالمية الثانية من طرف الاتحاد السوفياتي؛
- 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.

قديمًا، 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 المرآة، فهذا يعني توقف التنفس وموت المريض.

ثم انتقل التحقق 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 قليلا، وهناك أمثلة عن الإعلان بالوفاة خطأ.

لقد حققت العلوم الطبية والتكنولوجية تقدماً عظيماً في مجال الإنعاش الطبي وفي وسائله وآلاته التي أضحت قادرة على أن تنوب عن أعضاء حيوية في ذات الإنسان، فنقوم مؤقتاً بوظائفها. هذا بالإضافة إلى تقنيات زرع الأعضاء كالقلب والكلى والرئة والكبد والأمعاء ونخاع العظام،... الخ، باستثناء الدماغ الذي يستحيل حالياً تعويض وظائفه اصطناعياً. لذلك صار هذا الأخير يحتل الصدارة في تعريف الحياة والموت. ولا يمكن إذن التأكد من الموت إلا بموت الدماغ، والتأكد من موت الدماغ يقتضي - فضلاً عن المعاينة السريرية - القيام بتخطيط دماغي وفي بعض الحالات بتخطيط شريان الدماغ. غير أن هذه التقنيات الخاصة لا يلجأ إليها الطب إلا في حالة استئصال عضو من أعضاء الميت قصد 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 وعلاقته بمحيطه. والغيبوبة من أربعة

أصناف ومستويات : 1) الغيبوبة الخفيفة، 2) الغيبوبة المتوسطة، 3) الغيبوبة العميقة،
4) الغيبوبة 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 ربه، لا يخاف ولا ييأس من روح الله. دور الطبيب هنا، يقتصر على تقديم كل رعايته وعنايته للمحتضر وكل ما من شأنه أن يخفف من معاناته وألمه؛

2- الموت الناجم عن آفة مرضية خطيرة أو تسمم أو عن غيرها من الإصابات المزمنة أو الحادة، فعلى الطبيب أن يعتبر تلك الحالة غير مقبولة، فيبذل كل ما في وسعه لإيقاظ المريض إلى أن يتمثل للشفاء، أو حتى يتبين له بصورة قطعية أن الداء قد تفشى في ذات المريض ويستحيل إيقاظه. وفي ذلك يكمن الحد الفاصل بين العلاج المقبول والعلاج المفرط؛

3- كما ذكرت من قبل، هناك حالة تؤدي آجلاً أو عاجلاً إلى الوفاة، وهي التي تتعطل 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 أضحت غير صالحة بأخرى جديدة، من ذلك جاءت فكرة زرع الأعضاء.

الإنسان أمام الموت

حققت العلوم الطبية خلال العقود الأخيرة تقدماً ملحوظاً، ارتفع بفضل 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، قضايا 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 متطورة الصنع والأدوار، تقوم بوظائف جل أعضاء الجسم باستثناء وظائف الدماغ.

نصادف نفس القضايا عندما يزداد ولدان بعاهات خطيرة في الدماغ تأتي نهائياً على قدراتهم الفكرية، أو عند المصابين في حوادث السير بإعاقات 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 مخالفاً للطبيعة، بل بالعكس إنه يشكل نهاية طبيعية عادية. واضح أن مسألة الموت لا يطرحها إلا الإنسان، فهو المخلوق الوحيد الذي يعرف أن نفسه ذائقة الموت لا محالة، خلافاً للحيوان الذي يجهل أنه ميت.

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

يعلم أنه سيموت إلا من خلال التجربة. يجزم المفكر الفرنسي فولتير (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 عبثي، لكونه يأتي على الإنسان بعد أن راكم تجارب كثيرة وأصبح أكثر نفعاً لغيره ولبلده، ثم إنه قد يكون كارثياً ثقافياً، إذ إنه كما يقول الكاتب المالي أحمد امباتيا (Amadou HAMPÂTÉ BÂ) : «عندما يموت شيخ، تحترق خزانه».

ولئن كان الموت حقيقة لا مريية 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 يتمنونه، بل يتمناه كل واحد، ألا وهو الموت الذي ينزل على الإنسان فجأة خلال النوم من غير وعي ودون سابق إنذار ولا هواجس ولا إرهابات. 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 ونقد مصير الإنسان، ثم يمر أخيرا بحالة من اليأس قبل أن يستسلم للواقع، فيعود إلى الإيمان بالقضاء والقدر.

للموت وجهان عند المؤمن: أولهما الإحساس بفراق العائلة والأصدقاء والزملاء والمعارف وجمال الدنيا؛ وثانيهما اليقين من بلوغه الأجل المحتوم الذي ينبغي منطقيًا أن نتقبله بسهولة.

العلاقة بين الطبيب والمحتضر

أود بداية أن أذكر بأن أخلاقيات المهنة تقلد 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 يشفي المريض وينتصر بعون الله على الموت المحقق بالمحتضر، ويعد ذلك أكبر حافز له عند اختياره مهنة الطبيب؛ إن الموت يعد أقصى محنة يمر منها هذا الأخير باعتبارها إخفاقا لجهوده وإيلا ما له بفقدان إنسان نسجت الأيام بينهما صداقة وتعاطفا.

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

بينما يبلغ اليوم 74 سنة بالنسبة للذكور و78 بالنسبة للإناث؛ غير أن الزيادة في العمر مهما ارتفعت فإنها لا تلغي حتمية الموت. لذلك لا يبقى للطبيب، أمام عجزه عن إنقاذ المحتضر، إلا مصاحبته بمعروف وحنان وإنسانية فائقة، وكيف لا وهو يشاهد نظرات المريض كما لو كان يستعطفه ويرجوه النجاة. لذلك تعلمنا مهنة الطب بتجاربها وتراكماتها أن المعالجة النفسانية التي تقدم للمحتضر تعد أساسية وواجباً من أوجب الواجبات وأسمائها؛ 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 لتخفيف معاناة المريض المحتضر الذي أصيب بمرض خطير، وحمائته من كل ما يعرضه للألم الجسدي والنفسي. 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 يتبين 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 ويقنع أن تسليم روحه لبارئها هي النهاية الأوحده والممكنة ولا يوجد غيرها. أحياناً يتمنى الموت معتبراً أن وظيفته في الدنيا قد انتهت، فيموت وهو في صفاء روحي تام؛ ويفقدانه 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 متأثراً بالعقاير 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 ميلييز (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 اقتربها، يسبحون باسم الله وينطقون بالشهادة. في حين أن كثيراً من المؤمنين المنتمين إلى ديانات أخرى، تنتابهم حالة من التمرد على الموت باعتبارها، حسب معتقداتهم، سبيل المثول 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 إخفائها. قديماً، تحدث أفلاطون عن هذا الأمر في كتابه "المدينة الفاضلة"، وفيه يعترف للطبيب وحده بحق الكذب باعتباره زيادة في أمل المريض وفي مقاومته للداء. فالموقف الذي يتبناه الطبيب يعد من قبيل الكذب المباح، حين يلجأ إلى لغة طيبة 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 مبكرا وعولج بشكل جيد. إن وضع المحتضر يشبه وضع المحكوم عليه بالإعدام، الذي يحتفظ بأمل كبير عندما يلتمس العفو من رئيس الدولة، وقد يكون في نفس الحالة النفسية كل من الطبيب وطاخم الممرضين والعائلة والأصدقاء، مما يخفف على المريض قلقه وهواجسه، لا سيما إذا كان مؤمنا بالله، متدينا. 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 يمليه عليه ضميره؛ فمسؤوليته في كلتا الحالتين لا تخلو من عواقب.

على الطبيب أن يخبر المريض بحقيقة مرضه ونوع العلاج وبتوقعاته بلطف وبوضوح، وذلك للأسباب الآتية :

(1) مزايا الكشف عن الحقيقة للمريض:

- العقد الضمني بين الطبيب والمريض يفرض عليه ذلك مبدئيا؛
- المريض الذي يجهل الحقيقة لا يساهم في علاجه ولا يقاوم بالإرادة المطلوبة مرضه، مما يفضي به إلى الاعتقاد أن الأدوية التي يتناولها هي سبب محنته وتدهور حالته الصحية، بل يذهب إلى اتهام الطبيب بعدم الكفاءة؛
- تفادي 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 روحيا 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 بسداجة الأكاذيب والوعود الواهية. فالطبيب نفسه عندما يكون محتضرا، يستسلم للكذب والأوهام، ويقبل حججا لا تصدق، سبق أن استعملها مرارا مع مرضاه.

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

(2) عواقب الكشف عن الحقيقة للمريض:

إن إخفاء الحقيقة لا يعني التخلي عن العلاج أو تعطيله. وفي حالة ما إذا أخفيت الحقيقة، فيجب كشفها لأحد أقرباء المريض كالزوج والأولاد أو غيرهم ممن يرى فيهم الطبيب تعقلا وتوازنا نفسانيا 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 استراتيجيته يسعى من خلالها إلى معرفة شخصية المصاب وإيجاد أحسن السبل لمباشرته بالخبر. هذا مع العلم أن الطبيب مطالب في جميع الأحوال بأن يلتزم الحذر ويتجنب إصدار أحكام مطلقة ونهائية، ذلك أن هناك من المرضى من كان ميؤوسا من حالته الصحية، مصابا 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 تجرى له، ولكنها تقبل بأن يخفي توقعاته. على كل حال لا يوجد في قسم أبقراط (HIPPOCRATE) ولا في غيره، ما يلزمه بذلك؛ كيفما كان الأمر، فإنه لا يمكن أن يوجد موقف قطعي يتخذه الطبيب، لأن الطب ليس علما فحسب بل دراية، ولذلك سمي فنا. في هذا الصدد، أريد أن أذكر بكلمة منسوبة إلى عالم النفس سيغموند فرويد (Sigmund FREUD)، ذلك أنه خاطب، وهو مصاب بمرض السرطان، طبيبه قائلا: «قلتم لي إنني مصاب بالسرطان، فمن أعطاكم الحق في أن تفشوا لي بهذا الخبر؟».

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

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

بطبيعة الحال، لا ينبغي أن يرضخ الطبيب لضغوط 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 وتعرفها شعوبهم. في الولايات المتحدة مثلاً يخضع المترشحون للانتخابات الرئاسية لفحص طبي معمق وتُنشر النتائج ليطلع عليها عامة الناس، كما تجرى 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 ببالي أفكار أخرى تتعلق هذه المرة بطرفي الحياة، وهما ولادة الإنسان ونهايته.

خلال نمو الجنين والوليد، تتبدى 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 (acharnement thérapeutique) والموت الرحيم (euthanasie).

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

لذا، نتساءل : هل يجوز ويحق لطبيب أن يمدد اصطناعيا أيام المحتضر، وقد يكون ذلك رغما عن إرادته وإرادة ذويه، الشيء الذي يطرح إشكالا عويصا فيما يرجع للحق في الموت والاعتراف به قانونيا : ذلك أن العناد في العلاج بهدف الزيادة في عمر المحتضر إنما هي زيادة في معاناته وآلامه. نتساءل إذن : هل ذلك ما ينتظره المريض من طبيبه المكلف بمساعدته في أوقات الاحتضار؟

للحق في الموت اعتبارات كثيرة أجمالها في ثلاث حالات :

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

الحالة الثانية : هي حالة مريض لا ينفع العناد في العلاج إلا ليحيا حياة رديئة، بأئسة، مشلولة متوقفة على عقاقير مضية.

ذلكم هو مصير :

(1) المريض الذي أنقذ من غيبوبة عميقة بفعل الإفراط في العلاج؛

(2) المولود قبل وقته بشهور.

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

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

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

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

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

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

الموت الرحيم ينبغي عند الاقتضاء أن يجري على إنسان في أتم وعيه وسبق أن أدلى كتابة بشهادة يصرح فيها برغبته بعدم تمديد معاناته وآلامه 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 مدعاة للمساعدة على الانتحار.

كلمات عند اختيار
البروفيسور عبد اللطيف بريش
عضوا في مؤسسة آل البيت

كلمة الترحيب بالبروفيسور عبد اللطيف بريش في مؤسسة آل البيت ألقاها العضو عباس الجراري

نص الكلمة التي أقيمت في تقديم الدكتور عبد اللطيف بريش 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 يوليو 1993م، بالمركز الثقافي الملكي بعمان (المملكة الأردنية الهاشمية).

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الحمد لله رب العالمين والصلاة 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 مكابدة عاتية، ومن نطاق رحم كيلة أرادتها الأقدار محملة بأحزان أسرة وأشجان مكبلة، انبثق خيط نور رفيع دقيق يشع الإشراق ويشيع الضياء، مبشراً بميلاد فجر جديد يلقي أحرف صحائف كتابه وحكمته، محبرة عبر ما ينفحه آل البيت الأطهار في مشرق الأمة ومغربها، ينثرون

ريحان أفانينهم يانعة بهية، وينشرون روح أزاهرهم طيبة ندية، فواحا عبيرها بما يبعث الكوامن والأمنيات ويقوي الهمم والعزمات.

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

فما أعظم سعادتنا جميعا في لحظات هذا الحفل البهيج، والعري التي شدت القطبين النيرين يزيد اليوم أصرها باستقبال اثنين من علماء المغرب الأمثال الأفاضل أحظاهما جلالة الحسين المعظم بعضوية المؤسسة الشريفة التي يراها حفظه الله بكريم عنايته وسديد توجيهاته.

وإني لأشعر ببهج غامر وقد عهد إلي أن أكون مقدم الرصيف الجديد السيد عبد اللطيف بربيش إلى أخلاء المجمع الموقر، والمرحب به في هذه الجلسة الحفوية الحافلة.

زميلي الكريم وصديقي الحميم

إلى أرومة عرب بني حسان ينتمي عزيز محتدك وعميق منبتك، أولئك المعاقلة الذين وفدوا إلى المغرب من شبه الجزيرة العربية في القرن السادس الهجري، ليستقروا في جنوبه وينطلقوا 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 مبكرا إلى مدينة الرباط حتى اشتهروا بالفضل والخير والصلاح، ونبغ فيهم علماء أعلام أمثال محمد بن عبد الله بريش 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 بريش المتوفى سنة 1373هـ = 1953م، وبعد طليعة في الأساتيد المقرئين وحجة في قراءات الكتاب المبين، وعنه أخذ الوالد بعضها مجازاً منه، وحظني السعد فتلقيت في طفولتي جملة من الأحزاب تبركت فيها منه بالتلقين.

في كنف هذا البيت الكريم كان مولدك يوم ثاني صفر سنة ثلاث وخمسين وثلاثمائة وألف هـ، الموافق سابع عشر ماي من عام أربعة وثلاثين وتسعمائة وألف م. وفي أحضانه نشأت وترعرعت، متابعا تعليمك في شتى مراحلها، بدءاً من مدرسة أبناء الأعيان إلى ثانوية مولاي يوسف و"ليسي گورو"، لتلتحق بعد ذلك بصفوف طلاب الطب في جامعات فرنسا، فتحرز الدكتوراه من "مونبولي" سنة إحدى وستين، وشهادة التخصص في أمراض الكلية والإنعاش الطبي من باريس عام أربعة وستين.

ولا بدع، وقد غدوت كامل الأهلية لحمل رسالة نبيلة سامية، أن تتألق طبيباً باطنياً في مستشفيات المغرب، وأن تسند إليك رئاسة مصلحة هذا التخصص والإنعاش الطبي في مستشفى ابن سينا بالرباط، ثم أن تكمل عالي تكوينك بنيل شهادة التبريز في الطب الباطني عام سبعة وستين، لتتبوأ بعد ذلك كرسي الأستاذية في كلية الطب بالرباط ومنصب عمادتها.

وفي جميع هذه المجالات كنت بحرص ودؤوب تصرف عنايتك، وتجد استطاعتك، تلمس الوعر فينقاد لك ويأتيك، وتراهن على المنيع البعيد فيمكنك ويواتيك، وينتظم لك من صعب أمره ما تراود وتروم، فيتسق لك سهلا يسيرا ويستقيم.

وإذا كنت لا أستطيع أن أعدد مكارمك ومفاخرك ومعاليك ومآثرك - وأنى لي ذلك - فلا أقل من أن أشير إلى مفيد تدريسيك وسديد توجيهك في روح عربي ونفس إسلامي كنت بهما سباقا إلى تقديم أطاريح بلسان الضاد 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" وموضوعات 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 الاصطناعية عام ستة وسبعين.

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

وحظيت قبل هذا وبعد بمكان حللته في كل قلب، إذ تفردت وأنت خل وفاء وخذن 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 العلى وتسمنت
الذرى، ونلت من النباهة والجاه ما رقيت به وبلغت الغاية. وأية غاية أسمى من
الوصول إلى أجلّ موقع وأشرف موضع حيث تسعد بالقرب من مولانا أمير المؤمنين
جلالة الملك الحسن الثاني يزلفك عنده ويدنيك، ويحظيك لديه ويجزيك، فيعينك
في زمرة أطبائه الخواص، ويؤمنك على سر أكاديمية المملكة المغربية، ويعهد إليك
بجليل المهمات، يقينا منه - نصره الله - بما تتميز به من نقاء سريرة ونفاذ بصيرة،
وما تتحلى به من مضاء عزم ونهوض حزم. وما إيفاده إياك سفيرا لجلالته في الجزائر
عامي ثمانية وثمانين وتسعة وثمانين إلا أحد الدلائل على ما أنت به حري أثير.

أيها الرصيف العزيز

هل تراني - على تقصيري في تقديمك - أغفلت شيئا مما يجب ذكره والإشادة
به والتنويه؟ لقد حزت الصدارة بين زملائك من طلائع الأطباء الأولين الرواد،
واشتهرت بدمائة خلقك ولين طبعك، وبرجاجة عقلك وسماحة شيمك، مع إباء
نفس وعلو هممة، وفي تواضع جم قل مثيله بين ذوي العلم والجاه، وعرفت بين الناس
برقة شعورك ودقة حذقك، وبسداد تشخيصك للأمراض والأدواء، فأشاروا إلى
نبوغك في تحليلها واكتشاف خباياها بحس خفي وفراسة موحية. وذاع بين المرضى
حنوك عليهم والرفق بالفقراء منهم والإحسان إليهم والسعي الدائم لإسعافهم وإسعادهم.
واعترف لك تلاميذك من الأطباء الشبان إذ تبلغهم كوامن المعرفة وتلقنهم أسرار
السلوك وتبث فيهم صدق اللهجة وتنير لهم سبل الممارسة. وشهد لك العارفون أنك
لم تتخذ الطب مهنة فقط، ولكنك طلبته علما تعمق البحث في خباياه، وتسبر أغوار

شائك قضاياها، وتتوسل لذلك بألوان من المعارف الإنسانية تراها -كما رآها النطس الأقدمون- أسَّ 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 قربت خطاك إلى هذا البلد المعروف بحسن الإلطاف والإدناء، وجميل الترحيب والاحتفاء، وأحظتكَ بالانتماء إلى مجتمعه الملكي المؤسس في رحاب آل البيت الأصفياء، أنت الذي بهم كان دائما تعلق قلبك، وإليهم هفو نفسك، فيأضة منهما مشاعر حب صادق وتفان خالص تغمرك وتنديك.

وإن تشريف جلالة الحسين المعظم لك بهذا الانتماء لأكبر دليل على تقديره -أيده الله وأعز أمره- لنبيل شخصك ومميز علمك وعالي مكانتك. فهنيئا لك أخي ما نلت من إكرام وإنعام، وهنيئا لنا جميعا إذ التحقت بنا في انضمام والتنام.

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

كلمة الالتحاق
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، متهيئاً لجلال الموقف، معتزلاً بجميل التكريم الذي حظيت به، مما أكاد أجدني
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 أسعدُ فيها بالانتساب
إلى هذا الصرح الحضاري الماجد، أن أقدم بين يدي دخولي فيه، عبارات التقدير
والامتنان والعرفان، لعاهل هذا البلد العربي المسلم، جلالة الملك الحسين المعظم

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

ويقضي الوفاء أيضاً، أن أتقدم بالشكر الجزيل والثناء الجميل، والذكر الحسن، لصاحب السمو الملكي الأمير الحسن بن طلال وليّ العهد المعظم، على ما يفتأ 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، ليعدّ بحقّ فرصة نادرة وثمينة، لبثّ 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 كلّ جانب.

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

حضرات السادة

إنني ألتحق بالمجمع الملكي لبحوث الحضارة الإسلامية معجباً بما يحققه العلماء المشاركون فيه من إنجازات مشهودة لصالح العرب والمسلمين والإنسانية جمعاء، وكلي أمل في أن أستطيع أداء حقِّ حمّليته حسنُ ظنّكم فيما أملك من بضاعة علمية وما أحمل من خبرة مهنية متواضعة.

إنني ألتحق بكم مزوداً بمعلومات ومعارف في ميدان الطب الباطني وأمراض الكلية، إضافة إلى تجربة خاصة في مجال التعليم الجامعي والتكوين المهني وفي ميدان الممارسة الطبيّة الخاصة.

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

لقد تعلمت في الجامعة أنه لا حدّ للعلم، ولا نهاية للبحث، وتعلّمت في بيت آباي تلك الحكمة العربية الأصيلة التي تحثّ 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، وفضّله على كثير ممّن خلق تفضيلاً. من أجله خلق العلم، ومن أجله كان الطب، بل لعل من أجله كانت الحياة!

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

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

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

إن العلوم الإنسانية تمكننا، 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 نظرة إنسانية جامعة تحفظ على الإنسان عقله وبدنه وفكره جميعاً.

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 أن أشكر أخي وزميلي الدكتور عباس الجراري، على ما أثنى به عليّ 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.

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 légiférer 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.

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 devons 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 devons 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**.

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

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 délaissement 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.

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 trafiquants 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 avilit l'être humain vivant est une atteinte à sa

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, reconnaissent 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

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.

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 Economicas 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 entretenue 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 Economiques 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 1^{er}, 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 saisis 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,

Adeptes 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 MOLIERE, 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 HOUSSEINE 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 AVERROËS, 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 cantonniez prudemment dans le domaine de la philosophie et des sciences, exactement comme nous avons 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 «convocé» 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 tût 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 ardues 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 États 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 épiant 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 prédécesseurs de Louis XIII. Depuis cette date, votre Compagnie, Messieurs, a siégé sans désespérer, 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 doctrinales, 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 reconnaissez Paul VALÉRY. 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 acquittez 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'énigme 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 diplomaties, en apporte la preuve quotidienne.

Il y a fallu, des deux côtés, la présence aux affaires de grands hommes d'État, 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 fatalement 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 LYAUTEY, 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 limer les aspérités et en éponger 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 Quaraouine, 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 quelques 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

ACADÉMIE 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

Les opinions exprimées dans ce livre n'engagent que leurs auteurs



Publications de l'Académie du Royaume du Maroc

**Témoignages et Travaux
du Professeur Abdellatif BERBICH**

2017





Publications de l'Académie du Royaume du Maroc

**Témoignages et Travaux
du Professeur Abdellatif BERBICH**

2017