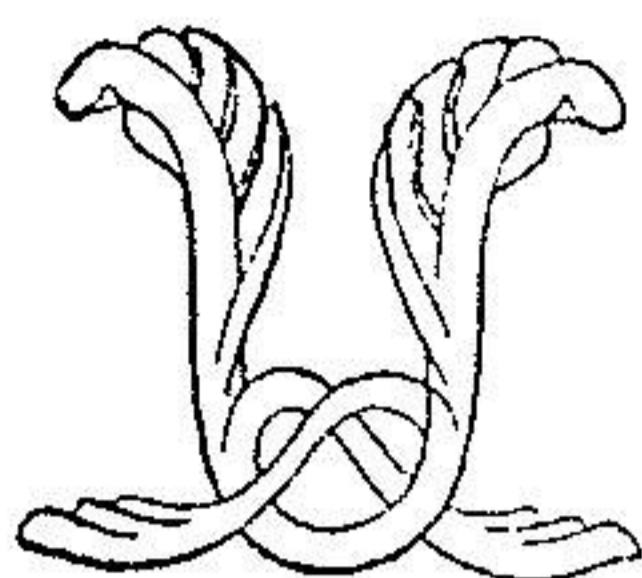


توانا بود هر که دانا بود



نامه ما لانه
دانشکده پزشکی

شماره ۳

آذر ماه ۱۳۲۶

سال پنجم

بیماریهای روانی

صرع

نگارش

دکتر نصرت الله جیحون

و

دکتر حسین رضاعی

دستیار بخش پزشکی بیمارستان روزبه

استاد کرسی بیماریهای روانی

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

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

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

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

صرع یکی از بیماری‌های قدیمی تاریخ طب میباشد و چنانکه گفته‌اند خار راه طبابت است و از ازمینه قدیم آنرا میشناخته با علائم و عوارض آن کم و بیش آشنائی میداشته‌اند و در هر عصری اسمی از برای آن انتخاب نموده بودند برخی آن را درد آسمانی نامیده‌اند و بعضی که تابع مکتب علوم دینی بوده‌اند مثل شرقی‌ها و فمالک اسلامی صرع را جن زده و حملات صرع را برابر با تازیانه خوردن از طرف جن‌ها میدانسته‌اند.

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

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

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

چون بیماری صرع در تمام ادوار حیات نزدیک و مرد با شکل گوناگون
تظاهرات مینماید و این نشانه‌ها بقدری متنوع است که بالاجبار برای هر
صورتی از آن اسمی قائل شده‌اند و وجه تشابه آنها را تا کنون نیافته‌اند و
همین موضوع سبب مجہول ماندن کیفیت صرع گردیده است.

اکنون با ذکر مدارکی چند تظاهرات بالینی صرع را در ضمن دو

فهرست بیان میکنیم:

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

۱- بررسی تحلیلی (۱)

۲- بررسی ترکیبی (۲)

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

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

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

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

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

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

است و یا زمانی *obnubilatio* دارد.

من باب مثال واضح تری شرح حال جوانی درج میگردد.

این شخص شرح حال خود را چنین ذکر مینمود.

که در سه ماهه تا بهستان ۱۳۲۰ چهل مرتبه حمله برای او دست

داده هفته دوبار.

سال دوم در فصل تابستان مجدداً حملات شروع و روزی یکمرتبه

بوده است و سال سوم و چهارم از اردیبهشت ماه تا اول خرداد در گرمسیر

مرتباً حملاتی دست میداده و بمحض آنکه از منطقه گرمسیر به نقاط سردی

مسافرت نموده تعداد حملات نقصان یافته بطوریکه هر دو سه هفته یکی

بروز میگردد است و تأثیر سرما در بروز حملات او بقدری محرز است که

معمولاً کلیه این حملات از ساعت ده صبح تا ۱۷ بوده است.

بیمار دیگری «ف - ب» اولین حمله او بعد از مشاجره در خصوص

ازدواج و گرفتن خون زیاد بوسیله حجامت از او بروز کرده است

چون بناء این مقاله بر اختصار گذاشته شده است از ذکر شرح

حاله‌های عجیب دیگر صرف نظر میشود معذک از ذکر شرح حال طفلی ۱۲

ساله خودداری نمیتوان نمود که حمله او بمحض آنکه دستی من غیر

انتظار بسر او میخورد بروز مینمود و پس از دو دقیقه بحال عادی رجعت

می نمود.

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

بسنائی دارند:

عوامل فیزیکی

عوامل شیمی

عوامل روحی (۱)

بیولوژیک

ناگواربهای جزئی یا کلی زندگی

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

امراض اجتماعی

توارث و امراض موروثی

نوع کار و غیره

علائم صرع از نظر آنالیتیک

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

absence

crise avorté

état crépusculaire

fugue

equivalence épileptique

crise fraîche

که دارای سه دوره مشخص و پی در پی است.

phase tonique

« « clonique

« « stertore et coma

بعد حالت سخت صرعی است .

état de mal épileptique

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

اطرافیان میشود .

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

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

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

تجربه در تیمارستان و مشاهده بخش بیماران مصروع
 بررسی ترکیبی

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

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

۲- قد و قامت بیشتر عضلانی

۳- عده قرمات نبض در حال عادی کم^(۳)

۵- روحیه بخیل و کینه جو^(۴)

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

تجریکات عصبی شدید مبتلی است .

۱- carotide primitive ۲- Mm . Miukovska

۳- vagotone ۴- impulsif

۷- لکننت زبان دارد

۸- در وضع راه رفتن سنگین .

۹- خواب آ نپاسنگین و غالباً در خواب دچار سنگینی شدید میشوند

که در زبان عوام آل زدگی میگویند

۱۰- حمله‌ها بیشتر شب و هنگام خواب صورت میگیرد

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

عبارتند از :

زیاد شدن قرعات نبض

زیاد شدن فشارخون

پیدایش لنفوسیت در مایع قفرائی

از دیاد فشار شریان شبکیه

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

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

فقط در نتیجه تحریک منطقه مجر که (۱) نیست .

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

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

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

از «تولوز» دال بر این است

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

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

نشان داده‌اند

۱- zone moteur ۲- zone cortical et sous cortical

۳- mésencephale ۴- Plang ۵- épilepsie végétatif

۶- noyau opto-strié

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

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

۲- بیمار دیگری که فقط دارای علامت پسی کاستنی^(۳) بوده و در سرویس جراحی اعصاب غده باندازه يك تخم مرغ از لوب فرونتال او خارج نمودند تا آن زمان نیز بهیچوجه این بیمار دچار عارضه صرع نشده بود

۳- بیمار دیگری که هم اکنون در سرویس داخلی بیمارستان روزبه بستری و دارای غده در نزدیکی «کیاسما اوپتیک» و هیپوفیز است ولی بهیچ وجه دچار حملات صرعی تا کنون نشده است

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

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

زمینه یا مزاج صرعی (۱)

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

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

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

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

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

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

بطئی^(۲)

وقفه^(۳)

رهاشدن نیروی عصبی و روانی^(۴)

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

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

باتوجه بجدول سینوپتیک که راجع به اصل جنون در مقاله آقای دکتر
 حسین رضاعی و دکتر داهی تصریح گردیده است این قضیه روشن میگردد .
 در موقع بروز حمله فعالیت دماغی^(۶) بترتیب از مراحل ذیل می

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

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

فعالیت عادی دماغی در مصروع

به ترتیب شعور (۱)

آکتیو

حقیقی

سقوط ناگهانی بطرف

فعالیت غیر عادی دماغی

به ترتیب لاشعور (۲)

پاسیو

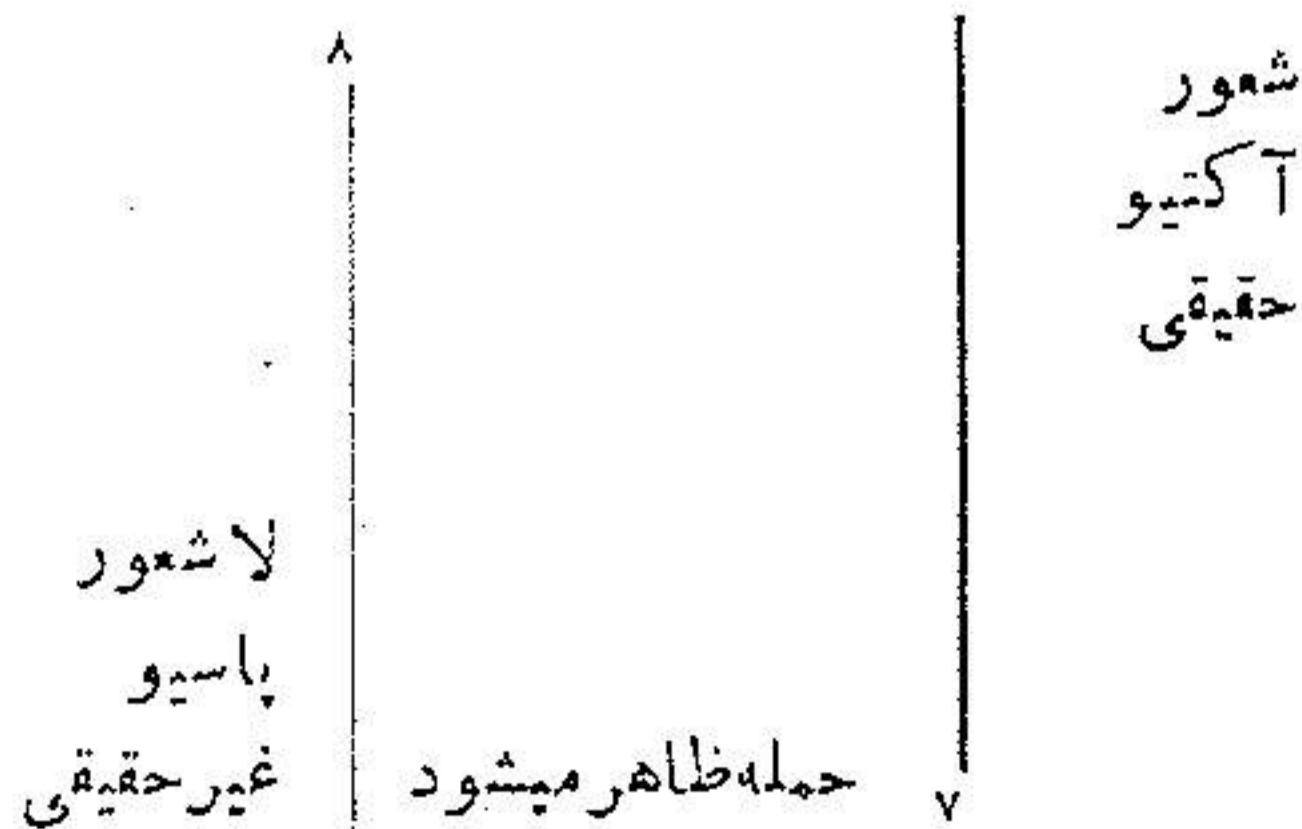
غیر حقیقی

تحریک حمله صرع

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

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

طریق ذیل بمرحله شعور میرسد:



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

لاشعور
آکتیو

حقیقی

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

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

در مراحل

شعور

پاسیو

غیر حقیقی

متوقف گردد.

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

۱- passivité ۲- fugue ۳- somnambulisme

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

نتیجه و بحث

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

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

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

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

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

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

درمان

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

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

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

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

کلیه منومهای دیگر

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

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

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

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

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

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