

قدمی بسوی انتخاب آزاد جنسیت نطفه - ترا توسپرمی^۱

در زیر سعی میکنیم اول بوسیله ۶ شرح حال بیمار ترا توسپرمی را آنطوریکه امروز شناخته شده است تعریف کنیم . بعداً ضمن تشریح دانسته های امروزی علت مداوای آن را بجوئیم و در آخرین وهله سعی میکنیم از کاوشهای دانشمندان برای تعیین قبلی جنسیت نطفه بنفع ترا توسپرمی استفاده نماییم .

شرح حال ۱:

خانم ب... بیست و هشت ساله فعلاً باردار شش ماهه - حاملگی دوم - از حاملگی اول دختری دارد که فعلاً سالم است و بعلت غیر طبیعی بودن دیلاتاسیون (Dilatation) و پرزانتاسیون سر (Presentation du Siege) با سزارین (Cesarienne) بدنیا آمده است و باوزن ۳۵۰۰ گرم .

امتحان بیمار :

همه چیز طبیعی است . ارتفاع رحم ۲۶ سانتیمتر ۳۸ روز بعد ارتفاع رحم ۳۵ سانتیمتر ۴۸ روز بعد از امتحان اول ارتفاع رحم ۳۶ سانتیمتر . در این امتحان با آنکه یک ماه به تاریخ زایمان باقی است چون وجود هیدرامنیوس (Hydramnios) در نزد بیماری که قبلاً سزارین شده است تهدید به ترکیدن رحم میباشد تصمیم به سزارین گرفته میشود . نتیجه پسری است بوزن ۲۹۵۰ گرم که ظاهراً طبیعی است و بلافاصله جینج میکشد . از رحم بیش از ۴ لیتر مایع آمنیوتیک (Amniotique) گرفته میشود . فردای آنروز وقتی اولین شیر را به بچه میدهند بچه سیاه میشود و نفس تنگی شدیدی عارض او میگردد .

امتحان اکتشافی مری :

سندازونازین (Sonde Oesophagienne) در ۹ سانتیمتری بمانع برخورد میکند .

* - رئیس آزمایشگاه بیمارستان رازی

امتحان رادیولوژی :

ارتباط مری - قصبه‌الریه .

عمل :

بچه چندساعتی پس از عمل فوت مینماید .

امتحان شوهر : (Spermogramme)

عده اسپرم در میلی‌مترمکعب	۴۲۰۰۰
غیر طبیعی	۶۶٪
بیحرکت	۴۷٪
اندیس قابلیت تولید (Indice de Fertilité I.E)	۸٪

شرح حال فوق از نظر تقيصه مری- قصبه‌الریه جالب است. اگرچه علل این تقيصه هنوز بطور دقیق معلوم نشده است ولی با ملاحظات ویلیامس (Williams) و ماکنزی (Machenzie) انطباق دارد. ویلیامس در یک خانواده سه بچه را مبتلا به این تقيصه ذکر میکند. ماکنزی وضع مردی را شرح میدهد که سه دفعه زناشویی کرده است و از سه زناشویی یک بچه مبتلا به این تقيصه پیدا کرده است. گاستل بلوم (2) (Gastelblum) اخیراً نوشته است این تقيصه اغلب همراه با هیدرآسنیوس و زایمان جلو افتاده است.

شرح حال ۲ :

خانم ژ... بیست و نه ساله فعلاً باردار شش ماهه (شکم دوم) از حاملگی اول دختری دارد سالم که بوزن ۳۴۵۰ گرم در سر موعد بدنیا آمده است.

امتحان بیمار :

ارتفاع رحم ۲۹ سانتیمتر - مایع زیاد در رحم .
۳۷ روز بعد - ارتفاع رحم ۳۵ سانتیمتر و در این روز هفت ماهه وضع حمل مینماید .
نوزاد پسری است بوزن ۱۸۸۰ گرم که ۷۲ ساعت بعد میمیرد.

کالبد شکافی :

خون ریزی مغزی و منتر و تقيصه استخوان بینی .

امتحان شوهر : اسپرموگرام .

عده اسپرم در میلی متر مکعب ۴۸۰۰۰

غیرطبیعی	۶۰٪
بی حرکت	۴۲٪
اندیس قابلیت تولید	۴٪

شرح حال ۳ :

خانم پ... بیست و هفت ساله . پنج سال است زناشوئی کرده است . از وضع حمل اول (سروعه) پسر مرده ای بدنیا میآید بوزن ۲۸۰۰ گرم که علت سرگ (بدون کالبد گشائی) خونریزی مغزی و مننژ شناخته میشود بعد از چهار سال انتظار مجدداً حامله میشود که یکماه سقط می کند .

امتحان شوهر : اسپرموگرام

عده اسپرم در میلی متر مکعب	۷۰۰۰
غیرطبیعی	۸۲٪
بی حرکت	۷۸٪
اندیس قابلیت تولید	۰٫۰۰۸

شرح حال ۴ :

خانم پ... بیست ساله . چندروزی است تأخیر قاعدگی دارد . علت رجوع فوری بیمار ترشحی است که از حاملگی اول دراو تولید شده است . باین عبارت که از حاملگی اول شش ماهه پسری بوزن ۱۷۰۰ گرم بدنیا آمده بوده است که در هشتمین روز با خونریزی مغزو مننژ فوت نموده است .

حاملگی فعلی در ۸ ماهگی با خونریزی رحمی و سقط خاتمه می یابد .

امتحان شوهر : اسپرموگرام

عده اسپرم در میلی متر مکعب	۱۴۰۰۰۰
غیرطبیعی	۴۳٪
بی حرکت	۴۰٪
اندیس قابلیت تولید	۱٫۹

شرح حال ۵ :

خانم ش... بیست و چهار ساله . بعلت درد درلگن و مخصوصاً ترس از حاملگی رجوع میکند بعد از عروسی در سن هیجده و نیم سالگی دودفعه حامله شده است . از حاملگی اول پسری

بوزن ۲۶۵۰ گرم هشت ماهه و نیمه بدنیا میآید که بعلت تقیصه جهاز هاضمه چهار ماه و نیمه فوت مینماید.

امتحان بیمار :

تمام استخوانات کلینیکی و مکمل آن منفی است . فقط مختصر عقب افتادگی رحمی - (Retroversion) دردناک دارد که آنرا عمل میکنیم .

امتحان شوهر : اسپرموگرام

عده اسپرم در میلیتر مکعب	۲۷۰۰۰
غیر طبیعی	۴۰٪
بی حرکت	۵۸٪
اندیس قابلیت تولید	۰٫۸

شرح حال ۶ :

خانم ... بیست سال و نیم . تأخیر چند روز قاعدگی .

امتحان بیمار :

رحم کمی بعقب برگشته است و علامت شروع حاملگی را دارد . تا شش ماه و نیمه همه چیز طبیعی است . در این تاریخ درد زایمان شروع میشود و پسری بوزن ۱۵۰۰ گرم بدنیا میآید که فریاد خفیفی میزند و ۸ روز بعد می میرد .

کالبد شکافی :

ایلئوس مکنونیال (Ileus Meconial) بدون آسیب لوزالمعده.

امتحان شوهر : اسپرموگرام

عده اسپرم در میلی متر مکعب	۴۸۰۰۰
غیر طبیعی	۴۷٪
بی حرکت	۳۵٪
اندیس قابلیت تولید	۰٫۶

نتیجه بدست آمده از این شش شرح حال و شش شرح حال دیگر که جمعا ۱۲ عدد میشود آنست که در نزد این ۱۲ زوج که اسپرم غیر طبیعی بوده است ۱۹ بار حاملگی بشرح زیر بوجود آمده است

۱۲ زوج — ۱۹ بار

— ۵ سقط بدون دلیل

— ۳ دختر سالم و سرموعد

— ۱۱ پسر مرده (با ۸ زایمان جلو افتاده):

— ۳ هیدرآمنیوس Hydramnios

— ۴ نقیصه واضح Malformations evidentes

— ۲ خونریزی مغزی Hemorragies Cerebro-meningées

— ۱ ایلتوس مکنونیال Ileus meconiale

— بقیه کارشناسی نشده.

تابلوی فوق که نتیجه مذاقه در ۱۲ بیمار است تراتوسپرمی را بطور روشن چنین تعریف میکند:

تراتوسپرمی یعنی بیماری منتجه از وجود اسپرم غیر طبیعی در اسپرموگرام شوهر با عده پسر بیش از دختر (۷۸٫۵٪ پسر- ۲۱٫۵٪ دختر) دخترها سالم و زنده هستند و پسرها (بعلا نقیصه . سقط وغیره) و نبودن علت مربوط بمادر .
حال سعی میکنیم در زیر طرز تکثیر طبیعی سلولهای تولید مثل را تشریح کنیم و از آن تولید تراتوسپرمی را نتیجه بگیریم .

یادآوری نکات اصلی راجع به تقسیم کروموزم و جنسیت

بی ثمر نیست یادآوری نمائیم که در هر سلول جنسی ۶ کروموزوم وجود دارد . ۲۲ زوج (۴۴ عدد) این کروموزمها موسومند به کروموزمهای جسمانی و یا سوماتیک (C. Somatiques) و یا اتوزوم (Autosomes) که نمو جسمانی را تأمین میکند . و دو کروموزم باقیمانده موسومند به کروموزمهای جنسی و یا C. Sexuels و یا گونوزم (Gonosomes) .

اتوزمها: در سال ۱۹۶۰ دسته مطالعات دنور (Denver study groups) ثابت کرد که هر زوج از کروموزم های جسمانی دارای صفات مشخصی است و متفاوت از زوجهای دیگر و به این ترتیب میتوان اتوزمها را از ۱ تا ۲۲ زوج و بنا بصفات مخصوص هر زوج طبقه بندی نمود (همانطوریکه میدانیم هر زوج کروموزم یعنی دو کروموزم شبیه که یک کروموزم آن از مادر و یک کروموزم آن از پدر وارث رسیده است) . این طبقه بندی امروز تقریباً مورد قبول کلیه متخصصین امر میباشد .

گونوزم‌ها :

درزن هردو گونوزم یک جور میباشند و هر کدام را X می نامند و در سلول چنین نمایش داده میشوند XX (که یک کروموزم X از مادر و یک کروموزم X از پدر آمده است) . بنا براین زن دارای ۴۴ عدد اتوزم و دو عدد گونوزم X می باشد که چنین نمایش میدهد .

$$(44A + XX)$$

در مرد - همان ۴۴ عدد اتوزم موجود است ولی گونوزم های یک جور نیستند . گونوزمیکه از مادر رسیده است همان گونوزم X است ولی گونوزم رسیده از پدر گونوزم Y است که چنین نمایش داده میشود $(44A + XY)$ حال بینیم تکثیر (Multiplication) در سلولهای جنسی بچه طریق صورت میگیرد . همه میدانیم که تکثیر و تقسیم سلولهای جسمانی بوسیله می‌توز (Mitose) میشود ولی تکثیر سلولهای جنسی بطریق زیر است :

در سلولهای جنسی تکثیر بشکل میتوز تخفیفی (Mitose reductionnelle) و یامه یوز- (Meiose) انجام میگیرد بدین طریق که سلول جنسی دیپلوئید تبدیل به دو سلول هاپ لوئید (Haploïde) می شود که در سلول زن و مرد از حیث ترکیب کروموزمی باهم فرق دارند .

تکثیر اول یا اوژنز (Ovogenèse)

در این حالت سلول به دو هاپ لوئید تقسیم میشود که هردو هاپ لوئید دارای ترکیب کروموزمی $(22A + X)$ میباشد .

تکثیر اسپرم (Spermatogenèse)

در این حالت دو هاپ لوئید از حیث اتوزم مشابه اند ولی از حیث گونوزم یکی دارای گونوزم $X(22A + X)$ و دیگری دارای گونوزم $Y(22A + Y)$ میباشد . جنسیت نطفه منوط به نوع گونوزم اسپرماتوزئید است . اگر اسپرماتوزئید تلقیح شده حامل گونوزم X باشد نطفه دختر و اگر دارای گونوزم Y است نطفه پسر میشود .

بی ثمر نیست در اینجانب نوشته هین گله (4) (Hinglais) را یادآوری کنیم . هین گله مینویسد اسپرماتوزئید دارای دو عمل است :

۱- باردار کردن اول (Fonction fecondante) - که بوسیله آن اول تحریک میشود و شروع به تقسیم می نماید .

۲- عمل تولید حیات و جنس (Fonction ontogenique) - با این عمل اسپرم نه تنها اثر خود را در جنسیت در اوول میگذارد بلکه در فاکتور سیتوشیمیکی (Cyto chimique) سلول اثری میگذارد که آتیه مثل بدن مربوط است.

روشن است که اگر یکی از مولدین (اسپرم و یا اوول) غیر طبیعی باشند مثل غیر طبیعی خواهد بود و بایک نظر سطحی تشخیص میدهم که این دو مولد میتوانند از حیث کمیت کروموزی غیر طبیعی باشند و یا از حیث ماهیت و قدرت خلاقه بهمان طوریکه هین گله آنها تعریف کرده است. مادر زیر هر دو حالت راسعی میکنیم پیورانیم.

کمیت - ممکن است در موقع تکثیر و تقسیم کروموزمها از هم جدا نشوند و دو کروموزم یکجا به مثل بروند طبیعتاً مثل تولیدی غیر طبیعی بوده و یک کروموزم بیش از مثل طبیعی خواهد داشت. اگر کروموزم تقسیم نشده اتوزم باشد مثل دارای یک کروموزم بیشتر از طبقه تقسیم نشده میشود - مثال. عدم تقسیم کروموزم ۲۱ تولید مثلی را با سه کروموزم طبقه ۲۱ می نمایند که آنرا تری زومی (Tresomie) کروموزم ۲۱ و یا مون گولیسم (Mongolisme) می نامند. ولی اگر کروموزم تقسیم نشده گونوزم باشد:

۱- درزن - عده ای از اوول ها بدون X خواهند بود در صورتیکه اوول های دیگر XX دارند.

۲- درمرد - پهلوی اسپرم های بدون گونوزم - اسپرم های دارای X Y دیده خواهد شد این سلولهای جنسی غیر طبیعی تولید مثل، مثل های غیر طبیعی سندرم و تورنر و یا سندرم کلاین-فیلتر و یا سندرم سوپر فمیل را می نمایند.

(44A + X) Syndrome de Turner

(44A + XXY) Syndrome de Klinefelter.

(44 A + XXX) Syndrome Superfemelle.

خواننده با در نظر گرفتن علامات سندرمهای تولیدی فوق الذکر و جزئی توجهی استنباط مینماید که بیماری تراتواسپرمی علت کمیت کروموزمی ندارد و جزء سندرمهای فوق الذکر نیست و بنا بتعریف و شرح حال باید علت آنها در غیر طبیعی بودن ماهیت مولدین پیدا کرد چه در تراتواسپرمی کمیت کروموزمی طبیعی است. کروموزم X طبیعی است (بدلیل اینکه دخترها سالم مینامند).

کروموزم Y از حیث کمیت طبیعی است ولی از حیث ماهیت معلول است و ضعف خود را نشان

میدهد (بدلیل اینکه پسرها تولید میشوند و بیش از دخترها هستند ولی ناقص الخلقة اند - زود بدنیا میآیند و همه میمیرند)

و بدین منظور ما در زیر سعی میکنیم گونوزم Y را با میکروسکپ نگاه کنیم و شکل طبیعی و غیرطبیعی آنرا از هم تشخیص دهیم و از آن بِنفع تراتواسپرمی نتیجه بگیریم (ضمناً یادآوری مینمائیم که اغلب موشکافی های متجسین در اطراف غیر طبیعی بودن کرموزم Y انجام گرفته است).

شکل کرموزم Y طبیعی و اشکال غیر طبیعی اش بطور موجز - امتحان اسپرم
با میکروسکپ نشان داده است که کرموزم Y شبیه کرموزم ۲۲ است یعنی مانند او کوچک است ولی کمی چاق تر - سر کوچک و گردی دارد و در مرکز حلقه ای که از کرموزم های دیگر تشکیل شده است قرار دارد که حلقه را میتوان بگلویندی از سرورید شبیه کرد.

در اشخاصی که اسپرموگرام آنها طبیعی است یعنی شکل اسپرم ها طبیعی است اگر کرموزم Y را با میکروسکپ در آنها نگاه کنیم همیشه وضعیت ثابت فوق را می بینیم ولی اگر اسپرموگرام غیر طبیعی باشد می بینیم که این وضعیت تغییر کرده و اغلب کرموزم Y طویل تر از معمولی است .

این غیر طبیعی بودن کرموزم Y را در اسپرموگرام غیر طبیعی که در تراتواسپرمی نیز موجود است میتوان بدو طریق توجیح نمود .

۱- تغییر جابجا ویا ترانس لوکاسیون (Translocation) در این حالت کرموزم Y در اثر تغییر جابجا سرمایه کرموزمی خود را تا حدی از دست داده است و تولید بیماری در مثل میشود به نام بیماریهای در اثر تغییر جابجا (Par . translocation) که عده ای از آنها امروز مشخص شده اند .

۲- تغییر جنسیت ویا موتاسیون (Mutation) در این حالت کرموزم Y تغییر ماهیت داده است و چون میدانیم که اسپرم اسید دزکسی ریبونوکلیک (Desoxy ribo nucleique) ویا ADN می باشد که خیلی حساس است و با کمترین لغزش اتم هیدروژن می تواند بکلی زیرور شود لذا تغییر ماهیت کرموزم بطور حتم آنرا نیز تحت تأثیر قرار داده و اسپرمی با صفات وشی غیر طبیعی تولید مینماید . تحقیقات لوکتن برگر (5) (Leuchtenberger) در روی ADN طبیعی و غیرطبیعی و در نتیجه اسپرم با اثر ویی ثمر از تحقیقات مهم امروز است .

استنباط از مراتب فوق بِنفع تعیین علت تراتواسپرمی :

در تراتواسپرمی ضایعه کمیت کرموزمی وجود ندارد - ولی کرموزم Y از حیث ماهیت

(ترانس لوکاسیون ویا موتاسیون) غیر طبیعی است و تولید تراتواسپرمی را با کلیه اشکال مختلف آن می نماید .

مداوا .

روشن است که پس از تعیین تقریبی علت تراتواسپرمی بشرح فوق مداوای آن دو طریق پیدامی کند .

۱- مداوای اسپرم حامل Y غیر طبیعی.

۲- تشویق اسپرم های حامل X به تلقیح .

مداوای غیر طبیعی بودن اسپرم های حامل Y تا امروز بنا به گواهی کلیه اشخاص که در این رشته کار کرده اند بی حاصل مانده است .

تشویق اسپرم حامل X به تلقیح نتایجی داده است که مادر زیر ضمن بارز جدا کردن اسپرم های حامل گونوزم X از اسپرم های حامل گونوزم Y شرح میدهم .

دانسته های امروز در روی جدا کردن اسپرماتوزئید حامل X از اسپرماتوزئید حامل Y.

نتایجی که در این زمینه گرفته شده است بشرح زیر میباشد :

عده ای چون تصور میکردند که اسپرماتوزئیدها بنا به pH واژن خود بخود دو دسته میشود سعی کرده اند در این جهت محیط واژن را با دارو اسیدو یا آلكالن نمایند ولی نتیجه ای از آن بدست نیاورده اند . عده ای اختلاف وزن و حجم اسپرم حامل X و اسپرم حامل Y را مدرك قرار داده با سائتریفوگاسیون ساده اسپرم سعی کرده اند آنها را از هم جدا نمایند . این عده چون اسپرماتوزئید X را سنگین تر می دانستند منتظر بودند لزوما رسوب ته سائتریفوگاتور از اسپرم X تشکیل شده باشد . بدبختانه نتوانستند نتیجه منتظره را بگیرند . کولت زوف وشریدر (Koltzoff, Schroder (6) جریان برق را از مخلوط اسپرماتوزئید در محلولهای مخصوص رد کردند و نشان دادند که اسپرماتوزئیدهای اطراف آنود مخصوصاً اسپرماتوزئید حامل X و اطراف کاتود اسپرماتوزئید حامل Y میباشد . چند سال بعد گوردن توانست عملاً با انسمی ناسیون مصنوعی (Insemination) ۷۱٪ مؤث با اسپرم آنودیک ۶۴٪ مذکر با اسپرم کاتودیک بدست آورد .

نتیجه :

در تراتواسپرمی علت درمایت کرموزم Y است و برای معالجه آن قدمهای بزرگی برداشته شده است ولی هنوز راه پیمودنی طولانی است .

BIBLIOGRAPHIE :

1- Robert Legros: determinisme du Sexe et tratospermie presse medicale
1^{er} er. Fev . 1964. P. 326.

2- Gastelblum , A : Atresie congenitale de l'oesophage bull . soc . Roy .
Belge Gyn . obst. 1962. 32. 278.

3- Denver Study group : A Proposed standard system of nomenclature
* of human mitotic chromosomes. AM. J. human Genet. 1960, 12, 384.

4- Hinglais , H : Capacité fecondante et valeur ontogenique du sperme
humain. La progenese . centre intern . de l'enfance, Masson et Cie, édit . Paris
1955 - 499.

5- Leuchtenberger, C. Leuchtenberger R. Schrader , F , et Weir , D. --
reduced amounts of desoxyribose - nucleic acid in testicular germ cells of --
infetilemen with active sperma to genesis. Lab . invest . 1956 /5.

6- Koltzoff , Net Schroder, V. Artificial control of sex in pregnancy of
mammals. nature, 1938 , 131 , 429.