

## **ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΤΗΝ ΙΡΙΔΟΔΙΑΓΝΩΣΗ**

**Βαγγέλης Κουρούκλης, Ιατρός Παθολόγος**

Η Ιριδολογία είναι μια νέα κατεύθυνση της ιατρικής, που εμφανίζει μεγάλη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια, τόσο στον επιστημονικό-ερευνητικό τομέα όσο και στην ιατρική κοινότητα.

Στην Αμερική και Ρωσία διδάσκεται ως ειδικότητα της Ιατρικής, ενώ στην Ευρώπη ακόμα δεν υπάρχει σε πανεπιστημιακό επίπεδο αλλά ασκείται στο πλαίσιο της εναλλακτικής ιατρικής, είτε από ιατρούς είτε από πρακτικούς ή ακόμα ως επικουρικό εργαλείο διάγνωσης από συναφείς ειδικότητες στο χώρο της υγείας, όπως π.χ. φυσιοθεραπευτές, ομοιοπαθητικούς, βελονιστές κλπ.

Στη Ρωσία η Ιριδολογία γνώρισε σημαντική ανάπτυξη τα τελευταία 20 χρόνια και δημιουργήθηκαν ιριδολογικά κέντρα και σχολές σε πολλές περιφέρειες και νομούς. Εφαρμόστηκαν νέα διαγνωστικά και θεραπευτικά κριτήρια, δημιουργήθηκαν νέα ιατρικά μηχανήματα και ιριδολογικοί αλγόριθμοι για την εκπαίδευση των ιατρών και σήμερα εκπαιδεύονται νέοι επιστήμονες στις ιριδολογικές μεθόδους.

Στις Η.Π.Α. επίσης η Ιριδολογία αναπτύσσεται ραγδαία και στην Αυστραλία, στη Γερμανία και σε πολλές άλλες χώρες κερδίζει συνεχώς έδαφος.

Η Ιριδολογία εξετάζει το ανθρώπινο σώμα μέσω της ίριδας του ματιού, δηλαδή του έγχρωμου τμήματος που περιβάλλει την κόρη, και συλλέγει χρήσιμες πληροφορίες για την υγεία του ανθρώπου σε επίπεδο διάγνωσης και πρόληψης. Οι νευρικές απολήξεις που φθάνουν στον εύπλαστο ιστό της ίριδας από όλα τα σημεία του σώματος μέσω του εγκεφάλου, τη διαφοροποιούν τόσο χρωματικά όσο και ανατομικά, έτσι ώστε δεν υπάρχουν δυο άτομα με την ίδια ίριδα.

Τόσο η ίριδα όσο και τα δακτυλικά αποτυπώματα είναι χαρακτηριστικά για το άτομο και δεν υπάρχουν δυο άτομα με ίδια δακτυλικά αποτυπώματα ή με ίδια ίριδα. Η ίριδα παρουσιάζει μεγαλύτερη ποικιλομορφία από τα δακτυλικά αποτυπώματα, και η απόκρυσή της ή η παραχάραξή της είναι σχεδόν αδύνατη, σε αντίθεση με τα δακτυλικά αποτυπώματα που εύκολα κρύβονται ή «αλλάζουν» με ένα γάντι.

Τα πρώτα μηχανήματα ταυτοποίησης ατόμων από την ίριδα είχαν εγκατασταθεί στις βάσεις υψίστης ασφαλείας, ώστε να είναι αδύνατη η πρόσβαση σε κάποιους χώρους των ατόμων χωρίς άδεια. Αρχικά, έκαναν τέλεια την δουλειά τους. Μετά όμως από αρκετούς μήνες λειτουργίας, οι ειδικοί παρατήρησαν ότι κάποιες φορές τα μηχανήματα πάθαιναν «εμπλοκή» σε κάποια άτομα που, ενώ είχαν άδεια, τα μηχανήματα δεν τα αναγνώριζαν και σήμαιναν συναγερμό. Στη συνέχεια, οι άνθρωποι αυτοί έμπαιναν με την παλιά καθιερωμένη μέθοδο ελέγχου από υπάλληλο.

Μετά από αρκετούς ψευδοσυναγερμούς, παρατηρήθηκε ότι τα άτομα αυτά σε μικρό χρονικό διάστημα έπαιρναν αναρρωτική άδεια, και μερικά αναγκάζονταν να εισαχθούν σε νοσοκομείο για κάποια σοβαρή ασθένεια, π.χ. έλκος στομάχου, πνευμονία, ηπατίτιδα, κολικό νεφρού.

Τότε το ερώτημα που τέθηκε ήταν: **Μήπως τα μηχανήματα κάνουν σωστά τη δουλειά τους και η ίριδα παρουσιάζει αλλαγές λόγω της επερχόμενης νόσου;**

Δεν είχαν, λοιπόν, παρά να συγκρίνουν την εικόνα που είχε αποθηκευτεί ως αρχική με αυτήν που αποθηκεύτηκε ως «εισβολέας». Και η σύγκριση έδωσε σημαντικά αποτελέσματα: **Η ίριδα αλλάζει.**

Το σημαντικό αυτό εύρημα προσήλκυσε το ενδιαφέρον των κορυφαίων επιστημόνων των μυστικών εργαστηρίων της ΕΣΣΔ σε μια επιστήμη που μέχρι τότε ήταν υπό αμφισβήτηση, αφού οι μεμονωμένοι ερευνητές που είχαν ασχοληθεί είχαν δεχτεί τα πυρά της επικρατούσας επιστημονικής κοινότητας.

Ένα νέο ερώτημα, όμως, γεννιέται: **Η αλλαγή αυτή είναι παθολογική ή όχι;** Δηλαδή, η μεταβολή της ίριδας μπορεί να οδηγήσει σε διάγνωση πάθησης ή είναι τυχαία;

Για να απαντηθεί αυτό το ερώτημα χρειάστηκε αρκετός χρόνος. Έπρεπε να φωτογραφηθούν οι ίριδες δεκάδων ή και εκατοντάδων ανθρώπων πασχόντων από το ίδιο νόσημα και πολύ περισσότερων που δεν έπασχαν και να συγκριθούν.

Η σύγκριση έδωσε θετική απάντηση: **Στα συγκεκριμένα νοσήματα τα σημάδια των αλλαγών στην ίριδα είναι παθολογικά.**

Τότε άρχισε ένας μεγάλος αγώνας γεμάτος ερωτήματα, που οδήγησε στη θεμελίωση μιας νέας μεθόδου, της Ιριδοδιαγνωστικής ή Ιριδολογίας.

Οι επιστήμονες άρχισαν να δημιουργούν μεγάλες προσδοκίες για τη μελλοντική Ιατρική του διαστήματος. Γνώριζαν ότι οι αστροναύτες που είναι απομονωμένοι για αρκετό χρόνο στο διάστημα δεν έχουν πολλές δυνατότητες για ιατρική περίθαλψη και πολύ περισσότερο για διάγνωση. Αν γινόταν να φωτογραφηθεί η ίριδα και να γίνει η διάγνωση, αυτό θα τους έλυne τα χέρια. Αν γινόταν δε επιδρώντας στην ίριδα να υπάρξουν και θεραπευτικά αποτελέσματα, αυτό θα τους έδινε μεγάλο προβάδισμα απέναντι στο αντίπαλο στρατόπεδο.

Οι Ρώσοι επιστήμονες άρχισαν έτσι τα πρώτα ερευνητικά προγράμματα, μυστικά και απόρρητα, ώστε η μέθοδος να τους ανήκει ολοκληρωτικά. Στη μετέπειτα ρωσική βιβλιογραφία αναφέρονται δυο επιστήμονες, οι Α. Gliganov και V. Motef (1969), ως επικεφαλής των προγραμμάτων αυτών.

Αυτοί άρχισαν να συγκεντρώνουν ίριδες χιλιάδων ατόμων με διαφορετικές παθήσεις και να τις συγκρίνουν με ίριδες υγιών ατόμων. Ανακάλυψαν έτσι ότι οι διάφορες παθήσεις ενός οργάνου προκαλούν αλλαγές σε ένα συγκεκριμένο τμήμα της ίριδας. Δημιούργησαν έτσι Ιριδολογικούς χάρτες στους οποίους αντιστοιχούσαν τοπογραφικά τα όργανα και οι ιστοί. Ταυτόχρονα, αναζητούσαν στοιχεία στην παγκόσμια βιβλιογραφία.

Ανακάλυψαν ότι η πρώτη επιστημονική δημοσίευση όπου αναφερόταν ότι η ίριδα αλλάζει και η αλλαγή είναι παθολογική ήταν ενός Ούγγρου γιατρού, του Dr. Ignatz von Peczely (1961) ο οποίος δίκαια αναγνωρίστηκε από όλους ως ο πατέρας της Ιριδολογίας.

[Ο Von Peczely (1826-1911) γεννήθηκε στο Egervár κοντά στη Βουδαπέστη της Ουγγαρίας στις 26 Ιανουαρίου του 1826. Όταν ήταν ακόμη έντεκα χρόνων, ο Von Peczely προσπάθησε να απελευθερώσει μια κουκουβάγια που είχε παγιδευτεί στον κήπο, όταν ξαφνικά της έσπασε χωρίς να το θέλει το ένα πόδι. Παρατήρησε σχεδόν αμέσως την εμφάνιση μιας σκοτεινής λουρίδας στο κάτω μέρος του ματιού της. Ο νεαρός Von Peczely της έδεσε το πόδι, την περιέθαλψε μέχρι να γίνει καλά και κατόπιν την απελευθέρωσε. Παρόλα αυτά, το πουλί παρέμεινε στον κήπο του για αρκετά χρόνια, και αργότερα ο Von Peczely παρατήρησε την εμφάνιση λευκών και διασταυρούμενων γραμμών σ' εκείνο το τμήμα του ματιού που αρχικά υπήρχε η σκοτεινή λουρίδα. Το γεγονός του έκανε ζωνηρή εντύπωση και το δημοσίευσε.]

Ταυτόχρονα σχεδόν, άρχισαν να γίνονται παρόμοιες έρευνες στην Αμερική, οι οποίες οδήγησαν σε παρόμοια αποτελέσματα.

Οι δύο πλευρές, δουλεύοντας ανεξάρτητα και μυστικά, οδηγήθηκαν στα ίδια μονοπάτια προσπαθώντας η κάθε μια να διεκδικήσει τα ηνία, και κατέληξαν στην χαρτογράφηση παρόμοιων χαρτών με πολύ μικρές διαφοροποιήσεις.

Η μυστικότητα με την οποία περιβαλλόταν αρχικά η νέα αυτή επιστήμη άρχισε να χάνεται και να ωριμάζει η σκέψη ότι αυτή θα μπορούσε να χρησιμεύσει ως προγνωστικό εργαλείο για τις ευρείες κοινωνικές μάζες στις λαϊκές δημοκρατίες της τότε ΕΣΣΔ.

Ενώ οι επιστήμονες άρχισαν να στελεχώνουν πανεπιστημιακές έδρες και τεχνολογικά ινστιτούτα, η διαμάχη φούντωνε για το ποιος είναι ο πρώτος που ανακάλυψε την Ιριδολογία. Ο Velchover, τότε καθηγητής της έδρας της Ιριδολογίας στο πανεπιστήμιο της Μόσχας, υπέδειξε την ύπαρξη Ιριδολογικών χειρογράφων στην Αρχαία Αίγυπτο, τα οποία οι αρχαιολόγοι θεωρούσαν χάρτες του ουράνιου θόλου.

Προκύπτει έτσι ένα νέο ερώτημα: **Η Ιριδολογία είναι μια νέα επιστήμη ή μήπως είναι μια πανάρχαια, ξεχασμένη επιστήμη που ανακαλύπτεται εκ νέου;**

## ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η διάγνωση της ασθένειας μέσω του ματιού εμφανίζεται στη μακρινή μας προϊστορία. Οι προσπάθειες να γίνουν αντιληπτές οι αλλαγές στο μάτι και να συσχετιστούν με αλλαγές στο ανθρώπινο σώμα λέγεται ότι χρονολογούνται από την εποχή των πρώτων Χαλδαιών. Η σύγχρονη ιριδοδιάγνωση προήλθε από προφητείες συνδεδεμένες με την αρχαία αστρολογία.

Οι πρώτοι λαοί που χρησιμοποίησαν την ίριδα για διαγνωστικό σκοπό στο μακρινό παρελθόν, μας άφησαν για μαρτυρία σε σπηλιές της Μικράς Ασίας σκίτσα της ίριδας με τα οποία συνέδεαν τον οργανισμό. Πριν από 3.000 χρόνια, στην Ινδία και στην Κίνα εφάρμοζαν την αναγνώριση ασθενειών μέσω του ματιού. Παρατηρούσαν όχι μόνο την ίριδα αλλά και την κατάσταση των βλεφάρων, το σκληρό χιτώνα (ασπράδι του ματιού) και την κόρη. Υπάρχουν δε παρόμοιες αναφορές τόσο στη σχολή του Ιπποκράτειου Σαλερίνου όσο και στον Φιλόστρατο.

Ο φιλόσοφος Αριστοτέλης (384-322 π.χ.) γράφει: «Τα μάτια όλων των νεογέννητων είναι ανοιχτόχρωμα». Ο καθηγητής G. Tsigelmager του πανεπιστημίου του Μονάχου σχολιάζει σχετικά με αυτό σε άρθρο με θέμα «Εικόνα της ίριδας και ιδιοσυγκρασία» στο περιοδικό Die Heilkunst τεύχος 10/1951: «Αυτό ισχύει σίγουρα για τον ευρωπαϊκό χώρο, με μεμονωμένες εξαιρέσεις».

Ο Απόστολος Λουκάς γράφει στην «Αλληγορία του φωτός» Κεφάλαιο II, Στίχοι 33-36: «Κανένας δεν ανάβει ένα φως για να το βάλει σε μια κρυψώνα ή κάτω από το τραπέζι, αλλά σε ένα λυχνάρι για να βλέπουν αυτοί που μπαινούν τη λάμψη του φωτός. Το φως του σώματός σου είναι το μάτι σου. Αν το μάτι σου είναι καθαρό, ολόκληρο το σώμα σου είναι στο φως, αλλά αν είναι σκοτεινό, τότε και το σώμα σου βρίσκεται στο σκοτάδι. Πρόσεχε να μη γίνει σκοτάδι το φως που βρίσκεται μέσα σου. Αν ολόκληρο το σώμα σου βρίσκεται

στο φως, χωρίς να έχει κανένα μέρος στο σκοτάδι, τότε θα είσαι τελείως στο φως, όσο το φως με τη λάμψη του θα σε φωτίζει».

Με την διάγνωση μέσω της ίριδας ασχολήθηκαν και οι Αιγύπτιοι γιατροί στην εποχή του Φαραώ Τουταγχαμών. Ονομαστός έμεινε ο μάγος - θεραπευτής Ελ Ακσού, που δόξασε την Ιριδολογία και την έκανε γνωστή από την Αίγυπτο ως την Βαβυλώνα, το Θιβέτ και την Ινδοκίνα. Περιέγραψε τον τρόπο διάγνωσης σε δυο παπύρους μήκους 50 μέτρων, που βρέθηκαν στις ανασκαφές τάφων στη Γκίζα. Τώρα, φυλάσσονται στην βιβλιοθήκη του Βατικανού. Σ' αυτούς γίνεται αναφορά για κάποιο μηχάνημα «φωτογράφισης» με τη βοήθεια ειδικών μεταλλικών πλακών από τσίγκο ή νικέλιο με ειδική επικάλυψη. Ο Ελ Ακσού τις τοποθετούσε σε απόσταση 2 εκατοστών από το μάτι του ασθενούς επί 4 λεπτά. Και μετά, με κάποια χημική διεργασία, εμφανιζόταν η έγχρωμη εικόνα. Τέτοιες φωτογραφίες διατηρούνται μέχρι τις μέρες μας, αλλά παραμένει ακόμα άγνωστο το μυστικό της Αιγυπτιακής έγχρωμης φωτογράφισης.

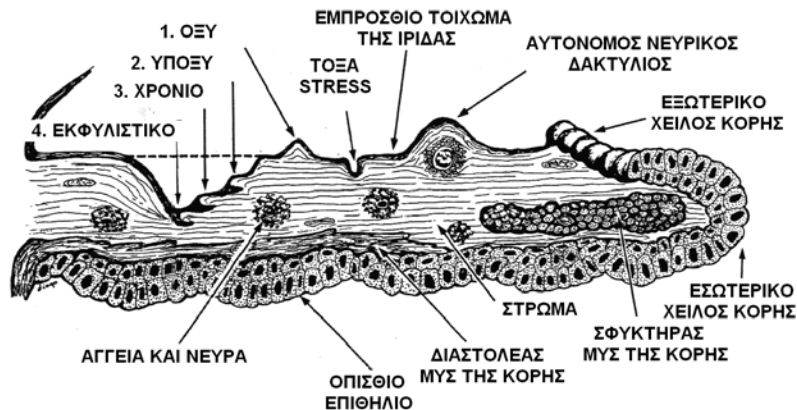
Στο νεκρικό θάλαμο του Τουταγχαμών έχουν βρεθεί μερικές πλάκες με χαραγμένα τα μάτια του Φαραώ. Στο Θιβέτ έδιναν μεγάλη σημασία για τη διάγνωση στην όψη του δέρματος, της γλώσσας, των ματιών, στον τύπο των κινήσεων και της αναπνοής. Μεγάλη ανάπτυξη είχε και η Αριστοτέλεια διδασκαλία για την κατασκευή και έκφραση του ανθρώπινου σώματος και πρόσωπο που ήταν γνωστή ως φυσιολογική.

## ΓΙΑΤΙ ΚΑΙ ΠΩΣ ΑΛΛΑΖΕΙ Η ΙΡΙΔΑ

Η ίριδα είναι το διάφραγμα της φωτογραφικής αυτής μηχανής και ο ρόλος της είναι να ανοίγει και να κλείνει, έτσι ώστε να επιτρέπει τη διέλευση καθορισμένης ποσότητας φωτός. Όταν υπάρχει πολύ φως, αυξάνει την επιφάνειά της (οπότε η κόρη συστέλλεται) ενώ, αντίστροφα, όταν το φως είναι λίγο, μειώνει την επιφάνεια που καλύπτει (και η κόρη διαστέλλεται).

Δεδομένου ότι ο φωτισμός μεταβάλλεται συνεχώς καθώς στρέφουμε το βλέμμα μας προς την μια ή την άλλη κατεύθυνση, η ίριδα βρίσκεται συνεχώς σε κίνηση και ανταποκρίνεται πάντα με επιτυχία σε κάθε αλλαγή του φωτισμού.

Η ίριδα συνίσταται από έναν πολύ ευαίσθητο ιστό (χαλαρό συνδετικό ιστό) αποτελούμενο από πολλές μικρές ίνες, ενώ η τελευταία στοιβάδα της αποτελείται από μελανοκύτταρα που αποτελούν μια σκοτεινή κουρτίνα, όπως φαίνεται και στο παρακάτω σχήμα.



Εκτός του βασικού ερεθίσματος που είναι το φως, η ίριδα δέχεται νευρικά ερεθίσματα και από τον εγκέφαλο με τον οποίο έχει κοινή εμβρυολογική καταγωγή (εκτόδερμα – μεσόδερμα).

Ο εγκέφαλος με τη σειρά του επικοινωνεί με όλα τα όργανα και τους ιστούς μέσα από νευρικά ερεθίσματα. Δηλαδή, σε κάθε διαδικασία και λειτουργία του σώματός μας ο εγκέφαλος δίνει εντολές και παίρνει απαντήσεις τις οποίες επανεπεξεργάζεται και δίνει νέες εντολές. Έτσι, καθώς εμείς π.χ. θα φάμε κάτι, θα γίνουν παρασκηνακά και χωρίς να το αντιλαμβανόμαστε πάρα πολλές τέτοιες «ενδοεπικοινωνίες» για να ρυθμιστεί η έκκριση των σιελογόνων αδένων, των γαστρικών και παγκρεατικών υγρών, της χολής, του περισταλτισμού του στομάχου και των εντέρων, θα καθοριστεί τότε θα ανοίξει ο σφικτήρας του πλωρού και πολλές άλλες ακόμα διαδικασίες.

Τα νευρικά αυτά ερεθίσματα είναι στην πραγματικότητα ηλεκτρικές νευρικές ώσεις με καθορισμένη ένταση. Όταν υπάρχει μια παθολογία, τα ηλεκτρικά αυτά ερεθίσματα από τα όργανα ή τους ιστούς είναι είτε πιο ισχυρά είτε πιο αδύναμα, ανάλογα με το αν το όργανο υπολειπεται ή υπερλειπεται. (π.χ. υπερέκκριση γαστρικών υγρών, δηλαδή υπεροξύτητα στομάχου ή χαμηλή έκκριση, δηλαδή υπο-οξύτητα στομάχου).

Οι ηλεκτρικές αυτές ώσεις διαχέονται στον εγκέφαλο και ένα μέρος τους φτάνει στην ίριδα μέσω του οπτικού νεύρου, όπου και αλλάζει τον τόνο των ινών του συνδετικού ιστού στην περιοχή που αντιστοιχεί με το όργανο ή τον ιστό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι ίνες της ίριδας να χαλαρώνουν σχηματίζοντας τρύπες, (που στη γλώσσα της Ιριδολογίας ονομάζονται λακούνες ή lacunae), εσοχές ή εξογκώματα ή να τεντώνουν (σχηματίζοντας τις ηλιακές ακτίνες ή radii solaris) ή να σπάνε αποκαλύπτοντας το κατώτερο στρώμα. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστεί αλλαγή του χρώματος των ινών (ετεροχρωμία) σε μικρή ή μεγάλη έκταση (τομεακή – τοπική)

Η ίριδα έχει 3 στρώματα ινών, όπως φαίνεται και στο παραπάνω σχήμα.

Όλες αυτές οι αλλαγές που μπορεί να γίνουν στην ίριδα, αλλά και πολλές άλλες στις οποίες θα αναφερθούμε στη συνέχεια, καταγράφονται με ειδικά μηχανήματα και συνεκτιμώνται πριν βγει μια διάγνωση.

## ΙΡΙΔΟΛΟΓΙΚΟΙ ΧΑΡΤΕΣ

Πολλές προσπάθειες έγιναν και γίνονται ακόμα ώστε η ίριδα να μπορέσει να χαρτογραφηθεί με τον πληρέστερο και σαφέστερο τρόπο.

Για να μπορούμε εύκολα και πρακτικά να βρίσκουμε ένα συγκεκριμένο όργανο, διαιρούμε την ίριδα σε τομείς αντίστοιχα με τις ώρες του ρολογιού (1-12) ή σε μοίρες ( $0^{\circ}$  - $360^{\circ}$ ).

Υπάρχουν και άλλες διαιρέσεις που όμως δεν είναι πρακτικές. Μια άλλη διαίρεση είναι αυτή που χωρίζει την ίριδα σε 3 ομόκεντρους δακτυλίους, ώστε να μπορούμε να καθορίσουμε με ακρίβεια τις συντεταγμένες ενός σημείου. Ο πιο εσωτερικός δακτύλιος αντιστοιχεί στο στομάχι, ο αμέσως επόμενος στα έντερα (λεπτό και παχύ), και ο εξωτερικός (ακτινωτή ζώνη) στα όργανα του σώματος. Το όριο μεταξύ δευτέρου και τρίτου δακτυλίου είναι ευδιάκριτο και προέχει. Το όριο αυτό ονομάζεται **κολάρο ή νευρικός δακτύλιος**. Η εξωτερική περίμετρος της ίριδας αντιστοιχεί στο δέρμα.

Παλαιότερα, θεωρούσαν ότι κάθε σημείο της ίριδας αντιστοιχεί σε ένα και μόνο σημείο του σώματος, ενώ σήμερα η επικρατούσα άποψη είναι ότι κάθε όργανο ή ιστός έχει περισσότερα από ένα αντανακλαστικά σημεία στην ίριδα.

Από μια πολύ μικρή περιοχή που φθάνει μόλις τα 2-3 cm<sup>2</sup> είναι δυνατό μέσω της ιριδοδιάγνωσης να εξαχθούν πολλά χρήσιμα συμπεράσματα για ολόκληρο τον ανθρώπινο οργανισμό. Σε κάθε σημείο της ίριδας έρχονται ερεθίσματα από κάποιο σημείο του ανθρώπινου σώματος. Έτσι, ολόκληρη η ίριδα είναι μια μικρογραφία του ανθρώπινου οργανισμού.

Χρειάζεται, λοιπόν, αρκετά μεγάλη μεγέθυνση και τέλειος εξοπλισμός ώστε να μπορέσουμε να παρατηρήσουμε τις απειροελάχιστες αλλοιώσεις που μοιάζουν με μικροσκοπικές κουκίδες και να συλλέξουμε τις πληροφορίες που θα μας βοηθήσουν στη διαγνωστική διαδικασία.

Επίσης, ένα άλλο λεπτό σημείο είναι ότι η ίριδα δεν είναι επίπεδη επιφάνεια αλλά παρουσιάζει έντονα ανάγλυφη μορφή που μοιάζει περισσότερο με κρατήρα. Ο νευρικός δακτύλιος ή «κολάρο» είναι η περιοχή που προέχει. Το ανάγλυφο της ίριδας μάς δίνει σημαντικές πληροφορίες για την κατάσταση των ιστών. Η απλή φωτογράφιση δεν μπορεί να απεικονίσει αυτό το ανάγλυφο, όπως η αεροφωτογραφία μιας γεωγραφικής περιοχής δεν μπορεί να μας δώσει πληροφορίες για τις υψομετρικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων περιοχών, π.χ. για το ανάγλυφο των λοφίσκων, βουνών, οροπεδίων, ποταμών και λιμνών.

Παρακάτω θα εξετάσουμε πώς διαγιγνώσκεται μια ασθένεια όπως η γαστρίτιδα ή το έλκος 12-δακτύλου από τα σημάδια στην ίριδα.

## ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΛΚΟΣ 12-ΔΑΚΤΥΛΟΥ

Το πεπτικό έλκος είναι μία από τις πιο συχνές παθήσεις αφού προσβάλλει περίπου το 25% των ανδρών και το 15% των γυναικών. Εν τούτοις μόνο το 5-10% των ατόμων εκδηλώνει συμπτώματα της νόσου του.

Το δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι 2-3 φορές πιο συχνό από το έλκος του στομάχου και 2-3 φορές πιο συχνό στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες.

Το έλκος στομάχου παρουσιάζεται με την ίδια σχεδόν συχνότητα και στα δύο φύλα. Αν και το έλκος μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, εν τούτοις τα συμπτώματα είναι συχνότερα μεταξύ 20-40 ετών για τα δωδεκαδακτυλικά έλκη και 40-70 για τα έλκη στομάχου ενώ τελευταία προσβάλλει όλο και πιο νεαρές ηλικίες.

Το 1998 η ομάδα των Velchover, Pitschatze, Romason για να ελέγξουν την ιριδολογική εικόνα των παθήσεων του γαστρεντερικού εξέτασε 1124 ασθενείς (629 άνδρες και 495 γυναίκες) ηλικίας από 18 ως 85 ετών με παθολογία του στομάχου και του δωδεκαδάκτυλου. Από αυτούς 402 είχαν διαγνωσμένη γαστρίτιδα, 278 έλκος δωδεκαδάκτυλου, 212 έλκος στομάχου, 163 καρκίνο του στομάχου και 69 πολύποδες στομάχου.

Ως ομάδα έλεγχου εξετάστηκαν 500 πρακτικά υγιή άτομα που δεν είχαν ενοχλήματα και κατά την κλινική μελέτη και σε μερικές περιπτώσεις με εργαστηριακές εξετάσεις δεν βρέθηκαν παθολογικές αλλοιώσεις σε αυτά τα όργανα (298 άνδρες και 202 γυναίκες) ηλικίας από 19 ως 50 ετών.

Γαστροσκόπηση έγινε στο 100% των ασθενών και στο 20% των υγιών ατόμων και σε ακτινογραφικό έλεγχο υποβλήθηκαν όλοι.

Ιριδολογικά σε όλα τα πρακτικά υγιή άτομα η προβολική ζώνη του στομάχου και του δωδεκαδάκτυλου ήταν καθαρή, με έντονο χρώμα ή ήταν μονόχρωμη με αυστηρά ακτινοειδή κατεύθυνση των σωληνίσκων, (αυτά είναι τα κύρια ιριδολογικά χαρακτηριστικά του υγιούς στομάχου και δωδεκαδάκτυλου) χρωστικές κηλίδες στην προβολική ζώνη του στομάχου δεν υπήρχαν σε κανέναν, λακούνες στην προβολική ζώνη του δωδεκαδάκτυλου είχαν 9 άτομα, ενώ τράβηγμα του αυτόνομου δακτυλίου είχαν 6.

### **Γαστρίτιδα:**

Από τους 402 ασθενείς με γαστρίτιδα 98 άτομα είχαν οξεία μορφή, 112 ύφεση, 106 επούλωση, και χρόνια 86. Επιφανειακή γαστρίτιδα είχαν 20%, ατροφική 56%, ελκώδη 18% και ατροφικό-υπερτροφική 6% των περιπτώσεων. Στους μισούς ασθενείς οι παθολογικές αλλαγές εντοπίστηκαν στο άντρο, στο άλλο μισό – στο θόλο, στον πυλωρό- 12 δάκτυλο και πυλωρικό τμήμα του στομάχου.

Χαρακτηριστικό της γαστρίτιδας ήταν μία ολόκληρη χρωστική συγκάλυψη της βλεφαριδικής ζώνης με πλήρη ή τμηματική ασάφεια του σχήματος των σωληνίσκων. Τα τοποσταθερά σημεία στην προβολική ζώνη του στομάχου ήταν: χρωστικές κηλίδες σε 24%, και λακούνες στο 6% των περιπτώσεων. Εμφανίζεται το ερώτημα: γιατί οι χρωστικές κηλίδες και οι λακούνες εκδηλώνονται στην προβολική ζώνη του στομάχου στα άτυπα είδη της γαστρίτιδας; Αυτό το γεγονός δεν μειώνει την διαγνωστική σημασία των τοποσταθερών σημείων αν λάβουμε υπ' όψη μας ότι η γαστρίτιδα είναι μια περίπλοκη κλινικό-ανατομική διαδικασία με παρουσία φλεγμονικό-ατροφικών και υπερπλαστικών εστιών, οιδήματος και διήθησης (infiltration) του υπό-επιθηλιακού και του κυρίου στρώματος της βλεννομεμβράνης του στομάχου. Η κλινικό-ανατομική πείρα δείχνει, ότι δεν μπορούν να αποκαλυφθούν όλες οι εστίες στην γαστρίτιδα με την βοήθεια των σημερινών μεθόδων διάγνωσης, ενώ είναι δυνατόν, η ιριδοδιαγνωστική σ' αυτήν την ασθένεια να δίνει περισσότερες πληροφορίες.

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων της γαστροσκόπησης και της βιοψίας με τα αποτελέσματα της ιριδολογικής εξέτασης στις γαστρίτιδες απέδειξε την αντιστοιχία τους στο 81% των περιπτώσεων.

### **Έλκος 12-δακτύλου:**

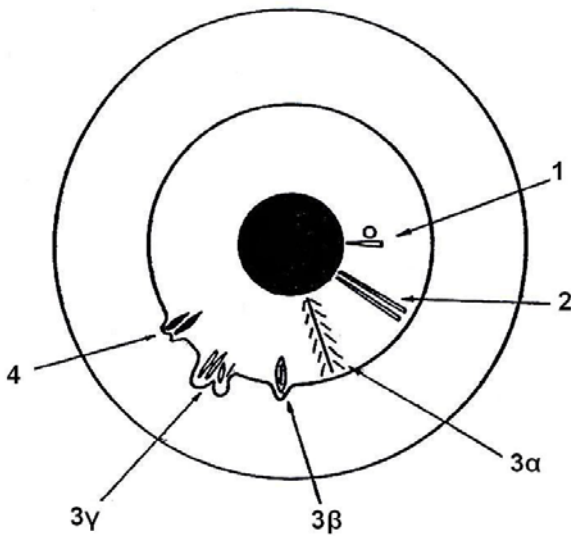
Από τους 278 ασθενείς με έλκος του δωδεκαδάκτυλου, ενδοσκοπικά, αυτό εντοπιζόταν στο εμπρόσθιο τοίχωμα στο 4% των περιπτώσεων, στο οπίσθιο 15,9%, στην μεγάλη καμπύλη 16,6%, στην μικρή καμπύλη 9,9%. Στο 12,6% των περιπτώσεων υπήρχαν πληροφορίες έλκους από το ιστορικό. Στην αντικειμενική εξέταση ανακαλύφθηκε μόνο παραμόρφωση του βολβού του δωδεκαδάκτυλου.

Φάνηκε ότι η παραμόρφωση του βολβού του δωδεκαδάκτυλου που επιβεβαιώθηκε γαστροσκοπικά αντιστοιχεί στο τοπικό τράβηγμα του αυτόνομου δακτυλίου σε 229 από τους 278 ασθενείς και οριοθετήθηκε στον τομέα «5.00-7.00» και από τις δύο πλευρές, στα 102 άτομα ήταν δεξιά και στα 101 αριστερά. (Velchover, Pitschatze).

Η μελέτη του φαινομένου αυτού στους 1124 ασθενείς και στα άτομα της ομάδας έλεγχου έδειξε, ότι το φαινόμενο του τοπικού τραβήγματος συναντάται κατά 4-10,5 φορές πιο συχνά στους ασθενείς με έλκος του δωδεκαδάκτυλου από ότι στους υγιείς και στους ασθενείς με άλλες αρρώστιες όπως γαστρίτιδα, έλκος και καρκίνο του στομάχου. Αυτό μας δίνει αφορμή να θεωρούμε, ότι το τοπικό τράβηγμα του αυτόνομου δακτυλίου στον τομέα «5.00-7.00» είναι ουσιαστικό αλλά όχι κύριο σημείο της παραμόρφωσης του βολβού του δωδεκαδάκτυλου.

Οι τελευταίες έρευνες δείχνουν ότι το τοπικό τράβηγμα του αυτόνομου δακτυλίου δεν είναι παθογενετικό της ελκώδους διαδικασίας του δωδεκαδάκτυλου. Ο συγγραφέας Β. Κονοβαλον θεωρεί, ότι το τράβηγμα του αυτόνομου δακτυλίου στην 5-7 ώρα είναι ένα σημείο ανεκδήλωτης κληρονομικής προδιάθεσης έλκους του δωδεκαδάκτυλου, γαστρο-12δακτυλίτιδας και γαστρίτιδας με υπεροξύτητα. Ο Velchover συμφωνεί πλήρως με μια τέτοια ερμηνεία αφού όταν έκανε προληπτική εξέταση σε 320 υγιή ανήλικα άτομα ανακάλυψε το σύμπτωμα του τοπικού τραβήγματος του αυτόνομου δακτυλίου στο 14% των εξεταζομένων. Οι κλινικο-εργαστηριακές εξετάσεις, δεν έδειξαν παραμόρφωση του βολβού του δωδεκαδάκτυλου, αλλά τα περισσότερα άτομα είχαν κληρονομικό ιστορικό έλκους. Το τράβηγμα του αυτόνομου δακτυλίου λοιπόν στην πλειοψηφία των περιπτώσεων μαρτυρά την παρουσία έλκους και σε μικρότερο ποσοστό την κληρονομική προδιάθεση ανάπτυξης έλκους ή γαστρο-12δακτυλίτιδας.

***Ιριδολογικά σημεία του έλκους του στομάχου και του δωδεκαδάκτυλου (κατά I. Broi ).***



Τα πιο συχνά ιριδολογικά σημεία του έλκους του στομάχου και του δωδεκαδάκτυλου κατά τον I. Broi είναι: 1) προδιάθεση για έλκος: το σφηνοειδές ή διάτρητο ελάττωμα του σφινγκτήρα 2) στο οξύ έλκος: ο τομέας των λαμπρών άσπρων δεσμών των ινών στην ζώνη της κόρης 3) στο επολυωθέν έλκος: α) σχισμοειδές ελάττωμα, που πάει από την κόρη δια μέσου όλης της βλεφαριδικής ζώνης και συνοδεύεται από λοξές ανοιχτές ίνες, β) ελάττωμα με μία ανοιχτή πλαισίωση στην βλεφαριδική ζώνη, το οποίο φουσκώνει τον αυτόνομο δακτύλιο, γ) το ανώμαλο φούσκωμα του αυτόνομου δακτυλίου με ρομβοειδείς και οξείες λακούνες στην βλεφαριδική ζώνη 4) στο κακώθες έλκος: πολύ σκούρες οξείες λακούνες, που μπήγονται στον αυτόνομο δακτύλιο.

Βρέθηκε επίσης, ότι στο μεγαλύτερο μέρος των ασθενών με έλκος του δωδεκαδάκτυλου η δεξιά κόρη ήταν πιο πλατειά από την αριστερή.

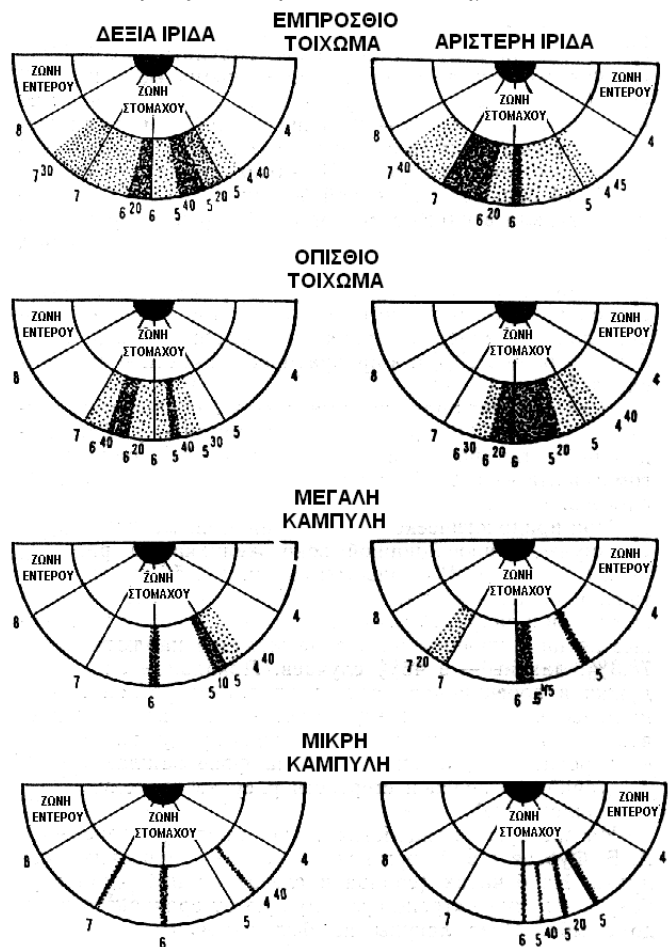
Τα βασικά ιριδολογικά σημεία του έλκους είναι οι λακούνες και οι χρωστικές κηλίδες. Είναι ενδιαφέρον, ότι στους ασθενείς με ανοιχτές ίριδες λακούνες υπήρχαν 2 φορές συχνότερα από ότι χρωστικές κηλίδες, ενώ στα σκουρόχρωμα μάτια ήταν σχεδόν όμοιες.

Τα τοπογραφικά σημεία του έλκους βρίσκονται στην βλεφαριδική ζώνη. Η θέση τους σε μεγάλο βαθμό εξαρτάται από την εντόπιση του έλκους στον βολβό του δωδεκαδάκτυλου. Στην παρακάτω διάγραμμα παριστάνεται η τοπογραφία των ιριδολογικών σημείων στο έλκος του βολβού του δωδεκαδάκτυλου στην ζώνη της ίριδας σύμφωνα με τους Velchover και Romason. Η ένταση του χρωματισμού είναι ανάλογη με την συχνότητα της παρουσίας των ελκών.

Τα έλκη του μπροστινού τοιχώματος προβάλλονται κυρίως εσωτερικά από το σημείο «6.00-6.20».

Παρουσιάζονται σαν λακούνες αλλά και σαν χρωστικές κηλίδες. Τα έλκη του οπίσθιου τοιχώματος προβάλλονται πιο πλάγια από το σημείο «5.40» και είναι περισσότερο στην δεξιά ίριδα. Τα έλκη της μεγάλης καμπύλης προβάλλονται με την μορφή μικρών δρομίσκων και στις δύο ίριδες. Τα επίκεντρά τους βρίσκονται στα σημεία «5.00» στο δεξιό μάτι και «6.00-6.15» στο αριστερό. Τα έλκη της μικρής καμπύλης προβάλλονται σαν στενές λουρίδες, πιο συχνά δεξιά, από ότι αριστερά. Οι πιο συνηθισμένοι τομείς τους ήταν «6.00» δεξιά και «6.40» αριστερά.

Πρέπει να σημειώσουμε, ότι τα έλκη της μεγάλης καμπύλης, του μπροστινού και οπίσθιου τοιχώματος κατά 1,4 φορές συχνότερα προβαλλόντουσαν πάνω στην ίριδα σαν λακούνες, από ότι σαν χρωστικές κηλίδες. Όμως τα ιριδολογικά σημάδια των ελκών της μικρής καμπύλης 1,6 φορές συχνότερα παρουσιάστηκαν σαν χρωστικές κηλίδες, παρά σαν λακούνες. Ανεξάρτητα από την τοπογραφία των ελκωδών σημείων στην ίριδα στο 70% των περιπτώσεων αυτά βρισκόντουσαν στην ζώνη του τοπικού φουσκώματος του αυτόνομου δακτυλίου, δηλαδή είχαν σχέση με το σημείο της παραμόρφωσης. Η συντριπτική πλειοψηφία των ελκωδών σημείων βρισκόντουσαν στην κορυφή ή στην άκρη του σημείου της παραμόρφωσης.



Τα αποτελέσματα των μελετών έδειξαν, ότι ένα πολύ σοβαρό κριτήριο για την εκτίμηση της ελκώδους διαδικασίας μπορεί να αποτελεί η λεγόμενη συμμετρική τοποθεσία των ελκωδών σημείων. Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι εντοπίζεται μία λακούνα ή χρωστική κηλίδα και στις δύο ίριδες σε αυστηρά συμμετρικές ζώνες, π.χ. και δεξιά και αριστερά στην ζώνη «6.00». Για να επιβεβαιώσουμε αυτή την υπόθεση, μπορούμε να αναφέρουμε τις ιριδολογικές συγκρίσεις, που έγιναν σε τρεις ομάδες ασθενών: I – με έλκος του εμπρόσθιου τοιχώματος, II – με έλκος του οπίσθιου τοιχώματος, III – με έλκος της μεγάλης καμπύλης.

Από τους 212 ασθενείς με έλκος στομάχου οι μισοί εισήχθησαν στην κλινική στο οξύ στάδιο, οι άλλοι μισοί στο χρόνιο στάδιο. Στους 95 ασθενείς ήταν συχνές οι οξύνσεις, ενώ στους 117 ήταν σπάνιες οι οξύνσεις της ασθένειας. Σύμφωνα με τα εργαστηριακά δεδομένα και με την χειρουργική επέμβαση, η ελκώδης διαδικασία εντοπιζότανε στο καρδιακό στόμιο στο 12,6%, στην ζώνη του σώματος στο 26.9% και στο πυλωρικό τμήμα στο 60,5% των περιπτώσεων.

Στην ιριδολογική εξέταση χρωστικές κηλίδες και λακούνες στην προβολική ζώνη του στομάχου πάνω στην ίριδα ανακαλύφθηκε στο 82,4% των ασθενών, από αυτούς το 47,4% είχε μόνο χρωστικές κηλίδες, το 47,5% είχε συνδυασμό χρωστικών κηλίδων και λακούνων, ενώ το 5,1% είχε μόνο λακούνες.

Συνολικά χρωστικές κηλίδες στην προβολική ζώνη του στομάχου παρατηρήθηκαν στο 77,8% και λακούνες στο 44,5% των περιπτώσεων. Τα τοπικά σημεία της ίριδας στην προβολική ζώνη του δωδεκαδάκτυλου στο έλκος του στομάχου βρέθηκαν πολύ σπάνια, μόνο στο 7,9% περιπτώσεων.

Ο Α. Fourson, περιγράφει μία ενδιαφέρουσα ιριδολογική εικόνα στο έλκος και στην στένωση του πυλωρού του στομάχου. Στην 6 ώρα (δεξιά και αριστερά) παρατήρησε μία βαθιά λακούνα – «χαραμάδα», που πήγαινε από την άκρη της κόρης μέχρι την περιφέρεια. Το χρώμα της λακούνας δεν άλλαζε και ο αυτόνομος δακτύλιος δεν ήταν παραμορφωμένος από αυτήν. Στην γαστροσκόπηση: ο πυλωρός είχε σπασμό, και στο εμπρόσθιο τοίχωμα υπήρχε έλκος 0,3x0,5 cm.

Η παραβολή των κλινικο-εργαστηριακών και ιριδολογικών δεδομένων επέτρεψε να εντοπιστεί η τοποθεσία των σημείων που αντιστοιχούν στην θέση της ελκώδους διαδικασίας μέσα στο στομάχι. Αυτά τα δεδομένα τέθηκαν στην βάση του τοπογραφικού χάρτη των προβολικών ζωνών του στομάχου πάνω στην ίριδα.

Η συγκριτική ανάλυση των δεδομένων της γαστροσκόπησης και της ιριδοδιαγνωστικής απέδειξε την σύμπτωση της τοπικής διάγνωσης στο 85,4% των ασθενών.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ο ιριδολόγος, λοιπόν αναλύοντας τους σχηματισμούς και τις χρωματικές διαφορές με τη βοήθεια της σύγχρονης τεχνολογίας και με βάση κάποια αντικειμενικά κριτήρια, βγάζει συμπεράσματα για την κατάσταση των ιστών του σώματος αλλά και για τη σχέση των οργάνων μεταξύ τους. Έτσι, μπορεί να διαπιστώσει τις προδιαθέσεις, να προγνώσει και να εμποδίσει μια ασθένεια πριν από την κλινική εκδήλωση της. Μπορεί όμως και να παρακολουθήσει την εξέλιξη και την ίαση ή επιδείνωση μιας ασθένειας και να βγάλει συμπεράσματα για τη σωστή ή όχι θεραπεία. Μπορεί επίσης να βοηθήσει τον άνθρωπο αλλάζοντας μερικά πράγματα στον τρόπο ζωής του ή χρησιμοποιώντας ήπιες μεθόδους π.χ. ομοιοπαθητική αγωγή, ομοτοξικολογική αγωγή, δίαιτα. Είναι, πράγματι, θαυμαστό ο άνθρωπος να μπορεί από ένα τόσο μικρό τμήμα του οργανισμού να συλλέγει τόσες πληροφορίες με έναν τόσο απλό και ανώδυνο τρόπο.

Η Ιριδολογία είναι μια απλή, ανώδυνη, οικονομική, μη επεμβατική μέθοδος και δεν ενέχει παρενέργειες ή κινδύνους για τον ασθενή.

*«Το αληθινό ταξίδι της ανακάλυψης δεν είναι να αναζητάς νέα μέρη, αλλά να αποκτήσεις νέα ματιά.»  
Marcel Proust*