LAROUSSE

DICȚIONAR DE MEDICINĂ



univers enciclopedic

ABDOMEN. Cavitate situată la partea inferioară a trunchiului, conținând cea mai mare parte a viscerelor aparatului digestiv și a aparatului urinar.

Conținutul abdominal este învelit într-un sac conjunctiv: peritoneul. Cavitatea abdominală se împarte pe două niveluri. Etajul superior cuprinde ficatul, căile biliare, pediculul hepatic, primul duoden, pancreasul, stomacul și splina. Etajul inferior cuprinde intestinul gros, intestinul subțire (jejunul și ileonul) și apendicele. O parte a colonului și rectul se găsesc în bazinul mic, subdiviziune a etajului inferior limitată prin arcul osos al centurii pelviene (sacrumul și osul iliac). Acesta mai conține, la bărbat, vezica urinară, ansa sigmoidă și ansele subțiri; la femeie, vezica urinară, uterul, trompele și ovarele.

EXAMENE. Palparea abdominală permite examinarea ficatului, splinei, uterului, vezicii urinare, detectarea anumitor tumori, perceperea unei distensii gazoase (meteorism) sau a unei efuziuni peritoneale (ascită). Explorarea clinică a conținutului abdominal mai poate face apel și la tușeul rectal, asociat cu tușeul vaginal la femeie.

Mijloacele de explorare a abdomenului, luate în ordinea crescândă a complexității lor, sunt: radiografia simplă (abdomen fără pregătire), ecografia, scanografia și imageria prin rezonanță magnetică (I.R.M. sau imagerie R.M.N.).

PATOLOGIE. Peretele abdominal poate comporta zone de mai mică rezistență, care stau la originea herniilor: canalul inghinal, ombilicul etc. Însuși abdomenul, în afara organelor, poate fi sediul unor contuzii sau unor plăgi.

■ *O contuzie* poate provoca o leziune mai mult sau mai puțin importantă a unui organ intern plin: ficat, splină, pancreas, cu risc de hemoragie internă în cazul primelor două organe, de pancreatită în cazul ultimului organ. O contuzie atrage adesea după sine și o smulgere vasculară, sursă de hemoragie, și spargerea unui organ intern cavitar, ceea ce provoacă o peritonită. Cele două leziuni pot fi asociate. Semnele unei hemoragii interne sau ale unei peritonite determină intervenția de urgență.

■ *O plagă* poate să nu lezeze decât peretele abdominal sau să fie penetrantă, adică transfixiantă (să comporte o intrare și o ieșire). Orice plagă penetrantă necesită condiții operatorii perfecte. Tratamentul se bazează pe două principii: corectarea șocului și sângerării printr-o reanimare rapidă, explorarea chirurgicală completă a cavității abdominale.

ABDOMEN DE LEMN. Contractură permanentă, ireductibilă și dureroasă a peretelui abdominal.

Acest simptom este caracteristic pentru peritonita generalizată, indiferent de originea acesteia (apendicită, ulcer perforat, perforație colică etc.). Simptom de o valoare diagnostică primordială, el nu trebuie să fie atenuat, nici mascat prin administrarea de analgezice sau antibiotice și impune o intervenție chirurgicală de urgență.

ABDOMEN FĂRĂ PREGĂTIRE. Examen radiologic simplu al abdomenului văzut din față.

Abdomenul fără pregătire este un examen care se desfășoară fără administrarea prealabilă a unui medicament opacifiant și nu necesită să fie efectuat pe nemâncate, ceea ce rămâne totuși preferabil.

ABERAȚIE CROMOZOMIALĂ. Anomalie privind numărul sau structura cromozomilor.

În numeroase cazuri, aberațiile cromozomiale sunt congenitale, provenind dintr-o proastă repartiție cromozomială (în timpul formării ovulului sau spermatozoidului, sau în cursul primelor diviziuni ale ovulului fecundat), sau din un aranjament cromozomic anormal al unuia dintre părinți, dar ele pot fi și dobândite (cromozomul Philadelphia în leucemia mieloidă cronică, de exemplu).

DIAGNOSTIC. Aberațiile cromozomiale sunt puse în evidență prin studierea cariotipului (reprezentarea fotografică a cromozomilor unei celule). În cazul unei sarcini cu riscuri (antecedente familiale, femeie în vârstă de peste 38 ani), medicul propune prin a 15-a săptămână de sarcină o analiză cromozomică a celulelor fătului, celule prelevate în cursul unei amnioscenteze sau al unei biopsii a vilozităților coriale. În caz de detectare a unei anomalii grave, poate fi pusă problema întreruperii sarcinii. Un genetician evaluează cu această ocazie riscurile apariției unei anomalii în decursul sarcinilor ulterioare.

TRATAMENT. Dată fiind natura anomaliilor decelate, care se răsfrâng asupra tuturor celulelor unui individ, nu este posibilă vreo vindecare. Majoritatea anomaliilor autosome nu permite o supraviețuire de durată. Tratamentele hormonale și chirurgicale contribuie la corectarea unor anomalii de dezvoltare caracteristice sindroamelor Turner și Klinefelter. → SFAT GENETIC, KLINEFELTER (sindromul), TRISOMIE 21, TURNER (sindromul), TIPĂTULUI DE PISICĂ (boala).

ABLAȚIE. Operație constând din îndepărtarea unui organ, unui ansamblu de țesuturi sau a unui corp străin pe cale chirurgicală. SINONIM: *exereza*.

ABRIKOSOV (tumoră a lui). Tumoră benignă rară, localizată pe piele sau pe mucoase, îndeosebi pe limbă. SINONIME: *mioblastom, miom mioblastic, tumoră cu celule granuloase*.

ABSENȚĂ. Întrerupere trecătoare a stării de conștiență.

Absența care survine mai ales în decursul celei de a doua părți a copilăriei se caracterizează printr-o rupere a contactului în cursul căreia copilul își întrerupe activitățile, are o privire goală, nu răspunde.

ABSORBȚIOMETRIE BIFOTONICĂ. Tehnică ce permite calcularea densității țesuturilor traversate de două feluri de radiații X de energie diferită.

INDICAȚII. Această tehnică permite urmărirea evoluției conținutului mineral osos (densitatea osoasă) în anumite afecțiuni ale scheletului, precum și urmărirea efectelor

ACID ACETILSALICILIC. Medicament analgezic și antipiretic (activ față de durere și febră) de referință. SINONIM: *aspirină*.

Acidul acetilsalicilic, singur sau în asociere cu alte principii active, intră în compoziția a numeroase preparate farmaceutice. Utilizarea sa terapeutică depinde de posologie. În doze mici, este un antiagregant plachetar: el împiedică plachetele sanguine să se prindă unele de altele, ceea ce evită formarea cheagurilor de sânge în vase. În dozele medii obișnuite, acidul acetilsalicilic este analgezic și antipiretic. În doză mare, este un antiinflamator, indicat în unele afecțiuni reumatismale.

CONTRAINDICAȚII. Atunci când în antecedente există un ulcer de stomac sau un astm, prescrierea acidului acetilsalicilic devine o problemă delicată. El este contraindicat la sfârșitul sarcinii, subiecților alergici la salicilați (grupul de medicamente căruia îi aparține) și copiilor sub 12 ani pe durata unei boli virale. În plus, există numeroase interacțiuni nedorite cu alte substanțe: antiinflamatoarele nesteroide și anticoagulantele.

EFECTE SECUNDARE. Principalele efecte secundare sunt: leziunile digestive (gastrită), tulburările hemoragice (sângerări digestive, hemoragii la sfârșitul sarcinii), trombopeniile (scăderea numărului de plachete sanguine), sindromul lui Reye (afectarea ficatului și encefalului, la copiii mai mici de 12 ani infectați cu un virus). Pot interveni și intoxicații grave, mai ales la copil; ele se manifestă prin tulburări de auz, transpirații, vomă, hipotensiune arterială, somnolență și acidoză (exces de acizi în organism).

ACID ASCORBIC. → VITAMINA C.

ACID DEZOXIRIBONUCLEIC (A.D.N.). Acid nucleic, suport al controlului activităților celulare și al transmiterii caracterelor ereditare.

Molecula de A.D.N., foarte lungă, comportă două fire răsucite unul în jurul celuilalt într-o dublă elice.

A.D.N.-ul este principalul constituent chimic al cromozomilor. Pe unul din cele două fire se găsesc informațiile care permit enzimelor să sintetizeze proteinele, care controlează activitățile celulare. În timpul diviziunii celulare, enzimele separă cele două fire și sintetizează alte două fire noi în fața celor vechi. Astfel se formează două noi molecule de A.D.N., identice cu cea veche, destinate fiecare căte unei celule-fiice. Acest fenomen, denumit replicarea A.D.N.-ului, asigură identitatea genetică în timpul multiplicării celulare.

ACID FOLIC. Vitamină hidrosolubilă a grupului de vitamine B, având un rol fundamental în formarea celulelor organismului. SINONIM: *vitamina B9*.

Acidul folic, intervenind în sinteza A.D.N.-ului, joacă un rol capital în producția de celule noi în organism. În particular, el este indispensabil formării de globule roșii ale sângelui de către măduva osoasă.

SURSE. Acidul folic este prezent în numeroase alimente: ficat, lapte, brânzeturi fermentate, legume verzi (sparanghel, spanac, varză verde, morcovi). Necesitățile zilnice de acid folic sunt foarte mari: de la 100 la 500 micrograme, în funcție de vârstă și starea fiziologică a subiectului. Totuși, o alimentație diversificată aduce cantități suficiente de acid folic.

CARENȚA. Carența se poate observa în caz de subalimentare, în tulburările de absorbție (datorate unor anomalii digestive), în sarcină, în cazul luării de medicamente cu activitate antifolică. Principala manifestare a carenței în acid folic este o varietate de anemie macrocitară zisă megaloblastică. Atunci este prescris ca medicament acidul folic cu administrare pe cale orală (sau, adesea, derivatul său, acidul folinic, pe cale injectabilă).

ACID GRAS. Acid organic, principalul constituent al lipidelor.

În natură există mai mult de 40 de acizi grași naturali diferiți.

În organism, acizii grași constituie, împreună cu glucidele, o sursă primordială de energie. Ei provin din degradarea glucidelor sau a lipidelor alimentare. O alimentație echilibrată trebuie să aducă cele două tipuri de acizi grași. Produsele lactate și carnea sunt adesea bogate în acizi grași saturați, solizi la temperatura ambiantă. Uleiurile vegetale și peștele sunt mai curând bogate în acizi grași nesaturați, lichizi la temperatura ambiantă și ușor oxidabili: aceste alimente râncezesc în contact cu aerul.

ACID NICOTINIC. → VITAMINĂ PP.

ACID PANTOTENIC. → VITAMINĂ B5.

ACID RIBONUCLEIC (A.R.N.). Acid nucleic care utilizează informația ereditară purtată de către acidul dezoxiribonucleic (A.D.N.) pentru a sintetiza proteinele.

Molecula de A.R.N. are o structură analoagă celei a unui fir de A.D.N.

În nucleul celular, informația genetică purtată de către A.D.N. este transcrisă în A.R.N., apoi tradusă într-o proteină a citoplasmei.

ACID URIC. Acid rezultat din degradarea acizilor nucleici (A.D.N. și A.R.N.) ai organismului.

Acidul uric conținut în sânge este filtrat de către rinichi, care îl elimină prin urină. La subiectul sănătos, rinichii acționează astfel încât mențin uricemia (procentajul sangvin de acid uric) în limite acceptabile. Uneori, eliminarea renală a acidului uric este insuficientă sau producerea sa este excesivă (boli de sânge, boli enzimatice ereditare), provocând o hiperuricemie (procente anormal de ridicate de acid uric în sânge). În acest caz, acidul uric tinde să precipite sub formă de cristale, ceea ce poate

declanșa crize de gută, o litiază urinară sau ambele concomitent.

ACIDITATE GASTRICĂ. Caracteristică a stomacului datorată secretării, de către mucoasa gastrică, a sucului gastric acid conținând pepsină (enzima care degradează proteinele), acid clorhidric (care omoară bacteriile din alimente și favorizează acțiunea pepsinei) și factor intrinsec (esențial pentru absorbția vitaminei B12 în intestinul subțire).

Senzațiile de acru și arsurile de stomac nu sunt adesea decât o hipersecreție acidă trecătoare provocată de către unele alimente (grăsimi prăjite, alcool).

ACIDOCETOZĂ. Formă particulară de acidoză (aciditate sangvină excesivă) metabolică, datorată unei acumulări de corpi cetonici (acetonă și substanțe chimice înrudite).

ACIDOZĂ. Deranjament al echilibrului acidobazic al organismului corespunzând unei creșteri a concentrației de acid în plasmă și în lichidele interstițiale (lichidele în care se scaldă celulele, cu excepția sângelui).

Acidoza metabolică. Această dereglare a echilibrului acidobazic al organismului poate fi provocată de o producție crescută de acizi în organism sau printr-o pierdere de baze (bicarbonatul de sodiu, de exemplu). Acidocetoza, o formă de acidoză metabolică, survine într-un diabet zaharat prost stăpânit și, într-o măsură mai mică, în post. O acidoză metabolică poate, de asemenea, să fie provocată de o pierdere de bicarbonați în caz de diaree severă sau de intoxicație cu aspirină. Dar cauza principală a acidozei metabolice o constituie eliminarea insuficientă a acidului prin urină: atunci se vorbește despre o acidoză renală.

Acidoza respiratorie. Acidoza respiratorie sau acidoza gazoasă este o dereglare a echilibrului acidobazic al organismului care se produce atunci când prin respirație nu se realizează eliminarea bioxidului de carbon în cantitate suficientă; excesul de bioxid de carbon rămas în sânge se va dizolva în el, formând acid carbonic și provocând astfel creșterea acidității sangvine.

Acidoza respiratorie poate fi acută, cauzată de o depresie a centrilor nervoși respiratori, ca în cazul asfixiilor (înec, strangulare), al paraliziilor respiratorii (poliomielită, acțiune a extractelor de curara) sau după luarea de medicamente hipnotice. Ea mai poate fi și cronică (bronșită cronică, enfizem, cifoscolioză).

ACIDOZĂ LACTICĂ. Formă particulară de acidoză (aciditate sangvină excesivă) metabolică datorată unei acumulări de acid lactic în sânge.

Acidoza lactică poate fi consecința unei diminuări a cantităților de oxigen disponibil, ca în decursul unui colaps (cădere de tensiune) sau al unei insuficiențe respiratorii. Ea se mai întâlnește și în alte boli: diabet zaharat; insuficiență renală; leucemie; intoxicație medicamentoasă sau alcoolică; unele deficite enzimatice congenitale. Acidoza lactică se manifestă printr-o stare de șoc cu hipovolemie (scăderea volumului sangvin total circulant). Diagnosticarea sa este confirmată prin examene sangvine (procentajul de lactat, pH). Tratamentul acidozei lactice este deosebit de intensiv (doze mari de bicarbonat în perfuzie intravenoasă) și mai ales trebuie să atace cauzele apariției acidozei.

ACNEE. Dermatoză provocată de inflamarea foliculilor pilosebacei.

Forma sa cea mai frecventă, acneea juvenilă, afectează aproximativ 80% dintre adolescenți și se vindecă spontan către vârsta de 19 ani în 90% din cazuri, fără a lăsa cicatrice. Acneea rozacee sau rozaceea se observă mai ales la femei cu vârsta cuprinsă între 40 și 50 ani. Acneea neonatală afectează fața noului-născut; ea nu durează decât câteva luni. În plus, există forme de acnee foarte particulare: acneea necrotică (a frunții), acneea cheloidiană (a cefei), acneea conglobata (întinse abcese supurative cu fistule). Acneele medicamentoase sunt provocate de ingerarea de medicamente (corticosteroizi, vitamina B12, corticotrofină, barbiturice, bromuri, săruri de litiu, unele medicamente antituberculoase și imunodepresoare și, la femei, hormonii androgeni și contraceptivele orale conținând derivați androgenici) sau în urma contactului cu produsele cosmetice, industriale (uleiuri minerale, hidrocarburi aromatice halogenate, clor industrial) sau din cauza unei expuneri accidentale la dioxine; ele se caracterizează prin leziuni inflamatorii congestive și supurate, apărând îndeosebi pe față.

Acneea juvenilă. Acneea juvenilă este datorată unor dereglări hormonale: la pubertate, secreția sebacee, care depinde de androgeni (hormonii sexuali masculini) și de estrogeni (hormonii sexuali feminini) produși de către glanda suprarenală și de testicul sau ovar, crește în mod deosebit.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Această acumulare de sebum (substanța grasă secretată de glandele sebacee ale pielii), la care se adaugă o hiperkeratoză (hipersecreția de keratină, elaborată în exces de către peretele foliculului) și o proliferare bacteriană, antrenează o inflamare a foliculilor pilosebacei, dând posibilitatea formării de comedoane, când deschise (puncte negre), când închise (microchisturi), a unor papule, unor pustule (papule având deasupra un punct alburiu supurant), chiar de noduli (tumori). În formele cele mai grave de acnee se observă chisturi profunde și purulente, care adesea se golesc la suprafață. Acneea apare mai ales în zonele cu mare concentrație de glande sebacee, în special fața, gâtul, pieptul și spatele.

Acneea rozacee. Cauzele acneei rozacee sunt controversate: unii o atribuie unei hipoclorhidrii (diminuarea proporției de acid clorhidric în sucul gastric); se pare că ceaiul, cafeaua, nucile, ciocolata, piperul, alcoolul și mirodeniile joacă un rol favorizant.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acneea rozacee este caracterizată prin pustule apărând pe un fond de roșeață difuză și de

cuperoză care afectează pomeții și nasul în principal. Este frecventă asocierea cu o eczemă a feței.

TRATAMENTUL ACNEEI. Depinde mai puțin de tipul acneei și mai mult de severitatea leziunilor.

■ *În acneele superficiale*, este suficient un tratament local pe cale externă. Respectarea igienei este foarte importantă, în special spălarea cu săpun blând de două ori pe zi. Este necesară aplicarea de medicamente active în hiperkeratoză (acid retinoic, numit și vitamina A acidă), în seboree (izotretinoină, local), în inflamație (peroxid de benzoil în concentrație 5 sau 10%). Aplicarea medicamentelor trebuie să fie realizată după reguli precise pentru a evita o iritare prea puternică. Nu este indicată expunerea la soare pe durata tratamentului. Ameliorarea apare după 3–4 săptămâni de la începutul tratamentului. Antibioterapia locală (eritromicină, tetraciclină) dă, de asemenea, rezultate bune în acneele superficiale. Toate aceste produse pot declanșa o iritare sau o uscare a pielii, adesea chiar recrudescența leziunilor în primele săptămâni. O cremă hidratantă aplicată zilnic remediază aceste probleme. Rezultatele obținute sunt foarte satisfăcătoare în 80% din cazuri, cu condiția totuși să se depună eforturi de îngrijire pe durata a cel puțin 3–4 luni.

■ *În acneele grave* prin persistența sau prin importanța leziunilor, tratamentul este general. El are drept scop evitarea cicatricelor. Antibioticele administrate pe cale orală (ciclinele în special), utilizate timp de cel puțin 4 luni pentru a evita recăderile, sunt extrem de eficiente. Femeia însărcinată va evita antibioterapia generală.

Retinoidele orale constituie un progres recent deosebit în caz de eșec al antibioticelor sau în formele foarte severe de acnee. Ele diminuează secreția sebacee și elimină definitiv acneea în 4 până la 6 luni de tratament. Folosirea retinoidelor impune mijloace de contracepție foarte sigure deoarece pot produce malformații congenitale. Contracepția trebuie să înceapă cu o lună înainte de începerea tratamentului, se continuă pe durata tratamentului și se prelungește mai multe luni după oprirea acestuia.

La femei, estroprogestativele suficient dozate în estrogeni (minipilulele și micropilulele sunt ineficiente în acnee), chiar și androgenii, sunt, uneori, prescrise pentru tratamentul acneei.

PREVENIREA ACNEEI. Folosirea anumitor produse cosmetice comedogene, abuzul de detergenți ca și scoaterea comedoanelor și a cosurilor trebuie evitate, precum și orice expunere la soare. → ROZACEE.

ACOMODARE. Modificare a curburii cristalinului sub influența mușchiului ciliar, care permite formarea unor imagini clare pe retină, atât în vederea de aproape, cât și de la distanță.

Acomodarea regresează începând cam de la 40 ani datorită rigidității progresive a cristalinului: aceasta este prezbiția, care se traduce prin pierderea clarității în vederea de aproape și poate fi corectată purtând lentile convexe.

ACONDROPLAZIE. Afecțiune a dezvoltării osoase care duce la nanism.

Acondroplazia este o afecțiune ereditară rară, care atinge un individ la 20 000.

ACROCIANOZĂ. Dereglare circulatorie trecătoare responsabilă de o cianoză a extremităților corpului (urechi, mâini, picioare).

Destul de rară, acrocianoza atinge îndeosebi fetele tinere în timpul și după pubertate.

CAUZA. Această afecțiune este cauzată de un spasm al vaselor cutanate mici (capilare și venule), provocând o încetinire locală a circulației sângelui. Într-adevăr, acrocianoza este însoțită adesea de perturbări ale ciclului menstrual. Acrocianoza se observă câteodată în cadrul bolii lui Raynaud.

SIMPTOME ȘI EVOLUȚIE. Cianoza se accentuează cu frigul și umiditatea, care pot chiar provoca unele dureri ușoare. Ea se mai agravează în caz de emoție. Cianoza poate depăși extremitățile corpului și poate atinge coapsele și antebrațele. Adesea i se asociază transpirația și răcirea pielii.

Evoluția este de obicei benignă, ameliorarea survenind spontan cu timpul.

TRATAMENT. Tratamentul cel mai eficace constă în evitarea expunerii la frig. Au mai fost propuse și alte măsuri pentru a lupta împotriva atoniei acestor mici vase (vitaminoterapie, fitoterapie), dar eficacitatea lor este nesigură. Nu există vreo măsură preventivă.

ACRODINIE. Boală vazomotorie a extremităților, observabilă la copilul de vârstă cuprinsă între 6 luni și 5 ani.

Acrodinia este datorată unei intoxicații, cel mai adesea medicamentoasă, cu mercur. Mâinile și picioarele sunt tumefiate, roșii, dureroase. Copilul este obosit, slăbește, se scarpină, transpiră mult, suferă de parestezii (senzații de furnicare) și de tahicardie. Nu are febră. Suprimarea tratamentelor în curs pe bază de mercur (substanțe vermifuge, gamaglobuline, pomezi pe bază de mercur) asigură vindecarea acrodiniei.

ACROKERATOZĂ. Dermatoză caracterizată printr-o îngroșare a epidermei afectând în principal palmele mâinilor și tălpile picioarelor. SINONIM: *hiperkeratoză ortokeratozică*.

ACROMEGALIE. Afecțiune caracterizată prin modificări morfologice hipertrofice ale mâinilor, picioarelor și capului, asociate cu tulburări cardiace.

Acromegalia este o afecțiune rară, care se întâlnește la aproximativ 40 de indivizi dintr-un milion, în special la femeile de vârste cuprinse între 30 și 40 ani. Ea se datorează

unei hipersecreții de hormon de creștere (somathormon) de către un adenom (tumoră benignă) al lobului anterior al hipofizei. La un subiect tânăr care încă poate crește, această dereglare hormonală provoacă gigantismul. La adult, creșterea osoasă fiind încheiată, această dereglare hormonală antrenează acromegalia.

ACROPARESTEZIE. Senzație de amorțire, de pișcătură sau de furnicare la extremitățile membrelor.

ACROPATIE ULCEROMUTILANTĂ. Sindrom care afectează extremitățile membrelor (mâini și, mai ales, picioare), caracterizat prin ulcerații nedureroase ale pielii asociate cu mutilări osoase.

ACROPUSTULOZĂ INFANTILĂ. Boală benignă, neinfecțioasă, a nou-născutului și sugarului, caracterizată prin grupuri de pustule mici, ce apar pe palme și pe degetele mâinilor, pe tălpile picioarelor și pe degetele de la picioare, mai rar în alte zone ale corpului.

Acropustuloza infantilă afectează în principal, și fără un motiv evident, sugarii negri de sex masculin. Această boală este deranjantă din cauza mâncărimii pe care o provoacă și a recidivelor care survin fără încetare. Boala rezistă la tratamentele locale (în schimb se tratează simptomele ei cu ajutorul antisepticelor și a dermocortico-steroizilor), dar se vindecă spontan spre vârsta de 2–3 ani.

ACTH → CORTICOTROFINĂ.

ACTINOMICOZĂ. Boală infecțioasă provocată de actinomicete.

Actinomicetele trăiesc în mod normal în cavitatea bucală a ființelor umane. Apariția infecției este favorizată de o igienă dentară precară și de o stare imunodeprimată. Infecția se dezvoltă adesea pornind de la un focar inițial (carie dentară) și se propagă în organism. Localizările obișnuite ale actinomicozei sunt pielea, oasele, creierul, plămânul și pleura.

Evoluția este, în general, favorabilă mulțumită unei antibioterapii prelungite, de mai multe luni, cu penicilină. O intervenție chirurgicală este necesară adesea pentru a exciza sau drena fistula.

ACTINORETICULOZĂ. Dermatoză cronică a adultului, cauzată de o hipersensibilitate a pielii la lumină.

Actinoreticuloza afectează îndeosebi bărbații trecuți de 50 ani. Ea pare să fie cauzată de asocierea unui teren alergic familial și personal cu o fotosensibilizare. Leziunile, foarte pruriginoase, predomină pe zonele expuse la lumină. De la simple plăci eczematiforme roșii și descuamante, ele se transformă la capătul a câtorva luni sau ani în papule mari care pot să se întindă pe zonele protejate de lumină și, în final, să se întindă pe tot corpul.

Singurul tratament este corticopuvaterapia (tratament care asociază corticosteroizii cu radiațiile ultraviolete A). Măsurile de protecție față de lumină sunt indispensabile.

ACUFENĂ. Percepție, în general, eronată a unei senzații sonore (zumzăit, fluierat, țârâit).

Acufenele constituie un fenomen frecvent. Ele pot afecta o ureche sau ambele. Adesea, pacientul nu poate preciza partea atinsă și pare să perceapă acufena la mijlocul craniului.

CAUZE. Orice leziune obstructivă a urechii externe, orice leziune a urechii medii sau interne este susceptibilă să antreneze acufene: dopul de cerumen, otita medie acută, otospongioza, prezbiacuzia (diminuarea naturală a auzului cauzată de înaintarea în vârstă) sau de o tumoră a nervului auditiv. Dacă zgomotul este audibil de către un subiect exterior, sincron cu pulsul, el poate avea o origine vasculară.

TRATAMENT. Tratamentul acufenelor este dificil deoarece, până în prezent, nici o metodă nu a făcut dovada unei eficacități constante.

ACUMETRIE. Măsurare clinică a auzului.

Acumetria permite diagnosticarea cu ușurință a tipului de surditate a pacientului chiar dacă, spre deosebire de audiometrie (măsurarea auzului cu ajutorul unui echipament electronic), nu este decât o apreciere aproximativă realizată de către medic.

ACUPUNCTURĂ. Ramură a medicinei tradiționale chinezești constând în practicarea de înțepături cu ace în puncte precise ale suprafeței corpului unui pacient, cu scopul de a vindeca anumite boli sau de a provoca un efect analgezic.

ISTORIC. Chinezii sunt cei care au descoperit acupunctura între anii 4000 și 3000 î.Hr., elaborând această tehnică poate plecând de la observarea remisiunilor inexplicabile la cei răniți de săgeți sau ale celor torturați cu ace ascuțite. Practicarea sa s-a răspândit în Franța începând cu deceniul al patrulea.

INDICAȚII. Așa cum în China, în prezent, medicina occidentală este mult practicată, acupunctura s-a dezvoltat și ea foarte bine în țările occidentale, cel mai adesea în completarea altor tratamente.

Indicațiile ei țin de aceleași specialități ca cele ale medicinei generale: de la reumatologie la pneumologie, trecând prin ginecologie (vomele din timpul sarcinii, dismenoreele), gastroenterologie, otorinolaringologie (sinuzite, rinolaringite, traheite cronice) sau unele tulburări de comportament (nervozitate, trac, angoase, enurezis, afecțiuni consecutive stresului). Ea este indicată în mod particular în caz de inflamație, de spasme și de dureri (nevralgii, migrene, dureri-fantomă ale amputaților, mialgii, contractură), în afara cazului unei leziuni organice importante.

Manifestările alergice (astm, febra fânului) constituie, de asemenea, unul dintre domeniile de predilecție ale acupuncturii. În fine, în caz de entorsă sau de accident muscular banal (întindere), acupunctura permite o ușurare a durerilor pacientului.

Utilizată pe scară largă în China, analgezia acupuncturală, eronat denumită anestezie prin acupunctură, nu este utilizată în Occident decât în obstetrică (nașterea fără dureri) și în stomatologie (îngrijiri dentare), încercările de înlocuire a anesteziei prin acupunctură, în cursul unor adevărate intervenții chirurgicale, nu dau rezultate suficiente, după criteriile occidentale.

PRINCIPIUL. S-a demonstrat că acupunctura eliberează în sistemul nervos central endorfine (hormoni cu efect analgezic). Mai mult, introducerea de ace, stimulând nervii periferici, ar distrage atenția de la durerea de bază.

După medicina tradițională chineză, *ki*, influxul vital, circulă în corp în lungul a 24 meridiane sau linii de înaintare, în legătură unele cu altele. Pe lungimea fiecărui meridian se găsesc punctele-cheie. Ele se împart în 5 categorii:

— punctele de tonificare, al căror rol este de a stimula o funcție organică deficitară;

— punctele de dispersie, al căror rol este de a calma o funcție organică ce suferă prin exces (hiperfuncție, hipersecreție etc.);

— punctele surse care reglează;

— punctele de alarmă sau punctele Hérault, dureroase spontan atunci când meridianul pe care se găsesc este perturbat;

— punctele de trecere, prin care se scurge energia vitală atunci când ea se află în exces într-un organ.

Acupunctura tratează pacientul prin inserarea acelor în aceste puncte precise (787 în total). În funcție de boală, se stabilesc temperatura acului, unghiul de introducere, mișcarea de basculare sau de vibrație a acului în momentul introducerii lui, rapiditatea introducerii sau retragerii acului, precum și durata de menținere în această așezare. Unii specialiști în acupunctură chiar recurg la trecerea unui curent electric pentru a stimula deblocarea meridianului.

TEHNICI. Bolnavul trebuie să fie lungit pe spate sau pe burtă. Penetrarea acelor este puțin dureroasă pe ansamblul corpului, mai dezagreabilă la extremități. În general, nu trebuie să se depășească 15 până la 20 ace pe ședința de tratament. Profunzimea de implantare a lor nu depășește 3 sau 4 milimetri.

Ședințele durează între 15 și 30 minute. Ele sunt prescrise, în general, în serii de câte 5 sau 10, în ritmul de o ședință pe zi sau la fiecare două zile.

Acele, din wolfram sau oțel inoxidabil, sunt sterilizate toate sau sunt de unică întrebuințare, fiind aruncate după folosire.

EFECTE NEDORITE. Riscul cel mai grav al acupuncturii l-ar constitui transmiterea infecțiilor, în particular SIDA și hepatita virală, dacă aceasta nu s-ar preveni prin sterilizarea instrumentarului după norme stricte sau, mai bine, prin folosirea acelor de unică întrebuințare. Au fost descrise și cazuri de răniri; acesta este unul dintre motivele de interdicție a practicării acupuncturii de către nemedici, interdicție valabilă în unele țări ca Franța. De altfel, acupunctura practicată fără discernământ ar putea duce la pierderea beneficiilor unui tratament modern mai eficace.

ACUT, -Ă. Care survine brusc și evoluează rapid, atunci când se vorbește despre o boală.

O evoluție subacută este mai puțin brutală; o evoluție supraacută este extrem de rapidă și violentă.

ADAM (măr al lui). Proeminență formată de cartilagiul tiroid al laringelui, situată în partea mediană a gâtului.

ADAMANTINOM. Tumoră recidivantă a maxilarelor, în general benignă. SINONIME: *amelobalston, amelom.*

Localizat mai ales în regiunea molarilor și pe ramura ascendentă a maxilarului inferior, adamantinomul distruge țesutul osos și gingia, dar nu duce la formarea de metastaze. Bolnavul este cel mai bine protejat față de recidive prin ablația chirurgicală a tumorii.

ADAM-STOKES (sindromul lui). Accident neurologic cauzat de o diminuare bruscă a irigării cerebrale.

Sindromul lui Adam-Stokes atinge mai ales bărbații trecuți de vârsta de 50 ani. La originea lui se află o încetinire extremă a ritmului cardiac, prin bradicardie sau bloc auriculoventricular, răspunzătoare de o oprire cardiocirculatorie.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Caracteristica sindromului este sincopa spontană, nelegată de efort. Subiectul își pierde brusc conștiența: el este palid, inert, dar respiră în permanență în pofida încetinirii sau dispariției pulsului. El redevine conștient după câteva zeci de secunde.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Confirmarea acestei dereglări de conducție este obținută prin înregistrarea Holter (înregistrare electrocardiografică timp de 24 ore) și prin înregistrarea fasciculului lui His (care asigură conducția influxului nervos până în ventricule), prin sondă intracardiacă. Cu scopul de a evita sincopele, ale căror consecințe pot fi grave, bolnavii beneficiază de implantarea unui stimulator cardiac (pacemaker), care declanșează contracțiile cardiace în cazul opririi acestora.

ADDISON (boală a lui). Boală rară, cauzată de afectarea glandelor suprarenale, conducând la un deficit total în aldosteron și în cortizon. SINONIM: *insuficiența suprarenaliană lentă.*

CAUZE. Cândva, cauza bolii era îndeosebi tuberculoza. Astăzi, cauza cea mai frecventă este retracția corticală (involuția corticosuprarenalelor). Aceasta, care atinge ambele suprarenale, poate surveni izolat, în cadrul unui

sindrom poliendocrin autoimun (anticorpii produși de către sistemul imunitar atacând glandele suprarenale), asociind tiroidita limfocitară cronică, insuficiența ovariană, diabetul insulinodependent, sau poate fi legată de un deficit enzimatic al metabolismului acizilor grași cu lanț lung.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acestea se instalează progresiv: oboseală fizică și psihică, resimțite mai ales seara, pigmentarea maronie a pielii la plicile de flexiune, a zonelor de frictiune și a mucoaselor, hipotensiune arterială, anorexie, tendință la hipoglicemie și o preferință deosebită pentru sarea de bucătărie.

DIAGNOSTIC. Se bazează pe absența creșterii proporției de cortizon și de aldosteron la o oră după injectarea de corticotrofină (ACTH) și pe creșterea spontană a cantității de ACTH. Diagnosticul implică cercetarea anticorpilor antisuprarenalieni, un bilanț endocrin și general și o scanografie a regiunii suprarenaliene.

EVOLUȚIE. O insuficiență suprarenală acută poate fi declanșată de o agresare infecțioasă, psihică sau traumatică, sau printr-o intervenție chirurgicală, și este marcată prin deshidratare, tulburări digestive (dureri abdominale, vomă și diaree). Ea necesită un tratament de urgență.

TRATAMENT. Se prescriu un tratament de întreținere, pe cale orală, pe toată durata vieții și un regim alimentar normosodat. Tratamentul trebuie să fie suplimentat temporar în caz de agresiune sau de intervenție chirurgicală, cu scopul de a preveni o insuficiență suprarenală acută.

ADENITĂ. Inflamație a unui ganglion limfatic. SINONIM: *limfadenită*.

O adenită este cel mai adesea de origine infecțioasă: ea poate fi virală (mononucleoză infecțioasă), parazitară (toxoplasmoză), cauzată de un germene obișnuit sau piogen (generator de puroi: adenita supurată cu apariția de adenoflegmoane), sau de bacilul lui Koch (adenita tuberculoasă). Localizările obișnuite ale adenitei sunt pe gât, subsuoară, plica inghinală, dar unele sunt mai profunde, mediastinale sau abdominale, și pot comprima organele din vecinătate.

SIMPTOME ȘI EVOLUȚIE. Cel mai adesea o adenită nu provoacă nici un simptom. Uneori se manifestă prin dureri abdominale și febră. Boala cea mai caracteristică, adenita mezenterică, frecvent de origine virală, se întâlnește la copil, care simulează o criză de apendicită.

TRATAMENT. Tratamentul constă în administrarea de analgezice, pentru a calma durerile, de antipiretice, pentru a scădea febra, și de antibiotice când infecția este de natură microbiană.

ADENOFIBROM. Tumoră benignă care se dezvoltă pe o glandă și care este constituită dintr-o proliferare a elementelor glandulare (adenom) și de țesut conjunctiv fibros (fibrom).

Adenofibromul își are sediul de obicei la sân și uneori la ovar.

ADENOFLEGMON. Supurație a unui ganglion inflamator.

Adenoflegmonul formează un abces, superficial sau profund, circumscris sau difuz, care se întinde în vecinătatea ganglionară. Tratamentul constă în administrarea de antibiotice.

ADENOGRAMĂ. Examen citologic (studiul celulelor) și bacteriologic (căutarea germenilor) al ganglionilor superficiali.

O adenogramă este prescrisă pentru precizarea originii infecțioase, hematologice sau tumorale a unei adenopatii.

Adenograma se efectuează plecând de la prelevarea prin punctie a tesutului ganglionar, practicată cu ajutorul unui ac subțire.

ADENOIDECTOMIE. Ablația chirurgicală a vegetațiilor adenoide (hipertrofia amigdalelor faringiene ale lui Luschka).

Adenoidectomia, denumită în mod curent operație de vegetații, este practicată la copilul care face în mod repetat otite acute sau care manifestă o importantă surditate de transmisie (din cauza unei atingeri a urechii medii sau externe). Practicată sub anestezie generală de durată scurtă, adenoidectomia nu necesită spitalizare și copilul poate reîncepe să se alimenteze normal de a doua zi.

ADENOM. Tumoră benignă ce se dezvoltă pe o glandă și care reproduce structura ei.

Un adenom poate atinge majoritatea organelor (rinichi, sân, prostată, ficat, pancreas), precum și glandele endocrine și unele mucoase (colon, mucoasa uterină).

DIAGNOSTIC. Se bazează pe palpare, pentru adenoamele superficiale, sau pe tușeul rectal pentru adenoamele digestive; ecografia confirmă prezența lor sau dezvăluie prezența celor mai profunde. Caracterul benign al tumorii este atestat de biopsie.

EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT. Uneori, adenomul evoluează spre o tumoră malignă, adenocarcinomul. Riscul este cu atât mai mare cu cât tumora este mai voluminoasă. Unele adenoame multiple sunt frecvent punctul de pornire al unui cancer, mai ales pe colon.

Tratamentul constă în ablația chirurgicală (pe organe) sau endoscopică (pe mucoase).

ADENOMATOZĂ PLURIENDOCRINĂ. Formare de adenoame (tumori benigne) pe două sau mai multe glande endocrine.

Adenomatozele sunt afecțiuni foarte rare a căror transmisie poate fi ereditară.

ADENOPATIE. Afecțiune a ganglionilor limfatici, de origine inflamatorie, infecțioasă sau tumorală.

O adenopatie se caracterizează printr-o adenomegalie (creștere în volum a ganglionilor).

ADERENȚĂ. Unire anormală a două țesuturi sau două organe alăturate printr-un țesut conjunctiv.

Aderențele pot fi cauzate de o anomalie congenitală (aderența prepuțului la gland, în fimoză) sau pot să rezulte dintr-o rănire ori dintr-o arsură. Aderențele interne afectează cel mai des membranele seroase care căptușesc viscerele și cavitățile toracică și abdominală. Ele pot constitui, de altfel, originea unor dureri (aderență între ovar sau trompa uterină și apendice), unei perforații (aderența vezicular la colon, responsabilă de un ileus biliar), unei ocluzii intestinale (aderență peritoneală din cauza unei peritonite sau a unei intervenții chirurgicale). În principal, se operează aderențele care antrenează o sterilitate (aderența trompelor uterine cauzată de sechele de salpingită) sau o ocluzie intestinală.

ADH. → ANTIDIURETIC (hormon).

ADIE (sindrom al lui). Afecțiune neurologică ce este caracterizată printr-o diminuare sau o dispariție a reflexelor osteotendinoase (contracția involuntară a unui mușchi provocată prin lovirea tendonului său) și prin reacții pupilare anormale (pupilă tonică).

ADIPOCIT. Celulă a organismului conținând lipide.

Adipocitele, sau celulele adipoase, se grupează în lobuli și formează ceea ce se numește în mod obișnuit grăsime.

ADITIV ALIMENTAR. Substanță naturală sau chimică adăugată alimentelor într-un scop științific sau tehnic precis.

Reglementarea privind aditivii alimentari este foarte strictă în numeroase țări, îndeosebi în Franța, unde a fost adoptată politica listei pozitive: nu sunt autorizate decât produsele care figurează pe această listă explicit și pentru o utilizare precisă. Această concepție a fost reluată de instanțele Comunității Economice Europene, ale căror directive joacă un rol decisiv în acest domeniu, unde se confruntă concepții științifice, argumente pasionale și interese financiare.

A.D.N. → ACID DEZOXIRIBONUCLEIC.

ADOLESCENȚĂ. Perioadă a evoluției unui individ care face trecerea de la copilărie la vârsta adultă.

Adolescența începe la pubertate (către 11–13 ani la fete și 13–15 ani la băieți) și este însoțită de importante transformări pe planurile biologic, psihologic și social.

TRANSFORMĂRILE FIZICE. Adolescența semnează accesul la maturitatea genitală, cu dezvoltarea gonadelor (glandele reproducătoare, ovarele și testiculele) și a caracterelor sexuale secundare (semnele exterioare ale diferenței între sexe). Creșterea se accelerează, mai întâi la fete, mai târziu la băieți. Vocea se schimbă, morfologia se transformă după sexe.

■ *La băieți*, se înregistrează o creștere a volumului testicular și a lungimii penisului, cu apariția primelor ejaculări. Masa musculară devine mai mare, umerii se lățesc. Mai târziu începe să se instaleze pilozitatea de tip masculin.

■ *La fete*, uterul și ovarele cresc în volum. Ciclul menstrual succede, după un interval de aproximativ 2 ani, primei manifestări de formare a sânului. Formele se dezvoltă (sâni, șolduri, bazin), cu apariția pilozității de tip feminin.

TRANSFORMĂRILE PSIHOLOGICE. Adolescența este o perioadă normală de conflicte, necesară unui echilibru ulterior, și a cărei complexitate nu se pretează deloc unor discursuri prea generalizatoare. Totodată, adolescența poate fi considerată ca o evoluție dinamică, având drept finalitate autonomia, identitatea și adaptarea sexuală. Adolescentul simte nevoia de a evada din eul său, de a-și lărgi interesele dincolo de cercul familial. Identificării cu părinții i se suprapune identificarea cu însuși grupul de vârstă, cu eroul colectiv, „gașca".

Aici intervine clasicul „conflict al generațiilor". Dacă tânărul se exprimă prin afirmații sau negații tăioase, fără a-i păsa de contradicții, nu mai puțin este în căutare de dezbateri. Adultul nu trebuie să confunde această dorință de a dezbate cu provocarea. În pofida aparențelor, adolescentul este necruțător cu el însuși. În fața corpului său, a capacităților sale de seducție, el poate trăi un sentiment de nesiguranță, chiar de rușine.

În același timp, el este torturat de reviviscența complexelor infantile (oedipiene, îndeosebi). Tânărul, dacă are înclinații spre revoltă, e neliniștit de normalitate. Pentru el e important să-l asigure că mijloacele de interpretare statistică, atât de relative, sunt depășite de calitatea experienței amoroase.

De asemenea, adultul nu trebuie să-l destabilizeze prin ironie sau jenă, în ce privește problemele pubertății sale (primul ciclu, acneea, particularitățile formelor corporale). O masturbare, supapă adesea culpabilizantă, un atașament homosexual trecător, care traduce căutarea idealizată a unui duplicat, a unui confident, nu trebuie blamate niciodată. Datorită frânei pusă în fața eliberării sexuale de teama de SIDA, de darea la o parte din structurile familiale, de incertitudinea viitorului profesional, adolescentul de azi, care nu mai beneficiază de vechile sisteme de referință, depinde cu atât mai mult de o cooperare și de un dialog sincer cu adultul pentru a aborda astfel de probleme ca: contracepția (50% dintre adolescenți au primul contact sexual înaintea vârstei de 17 ani; între 7 și 10% din întreruperile voluntare de sarcină sunt practicate pe minore), prevenirea delincvenței, a toxicomaniei, a îmbolnăvirii de SIDA etc. Adolescentul are nevoie de adult pentru a-i vorbi de fericire, de sensul vieții. În acest fel, elanurile inimii și spiritului, atât de bogate în timpul acestei „vârste ingrate", vor avea șansa să nu dispară odată cu ea.

TULBURĂRILE ADOLESCENȚEI

■ *Tulburarile fizice* care trebuie depistate cu prioritate privesc locomoția (scolioza), dinții (carii, dentiția de minte)

și pielea (acneea). De asemenea, trebuie supravegheate funcțiile vizuală și auditivă. Examenul ginecologic, atunci când se dovedește necesar, trebuie să fie explicat clar unei tinere fete. Tulburările de greutate și de alimentație pot fi legate de un surmenaj, de o lipsă de somn, dar și de o infecție necunoscută (primo-infecția tuberculoasă, o parazitoză).

■ *Tulburările de comportament* sunt, de asemenea, variate dar — în general — benigne, deși ele supără anturajul. „Criza de originalitate juvenilă" trebuie să ne îngrijoreze mai puțin prin excesele ei decât prin absența ei. Retragerea în sine, persistența unui comportament copilăresc, mai ales dacă sunt însoțite de un regres la învățătură și de o dispariție a oricărei plăceri ar trebui în aceeași măsură să alerteze părinții ca și o prea zgomotoasă „furie de a trăi". Astfel de semne preced sau însoțesc adesea o depresiune, chiar o psihoză. Toxicomania, delincvența, anorexia, bulimia, sinuciderea constituie alte riscuri preocupante. Uscarea gurii, nevoia continuă de a bea, o roșeață conjunctivală pot trăda un consum de droguri. O fugă de acasă nu trebuie niciodată nici dramatizată, nici banalizată. O consultare medicală specializată, deși întotdeauna de dorit, nu aduce rezolvări miraculoase. În toate cazurile, prognoza depinde de calitatea și soliditatea exemplelor parentale, care-l ajută pe adolescent să-și restabilească conștiința propriei valori, să se iubească pe sine pentru a-și iubi mai bine apropiele.

ADRENALINĂ. Hormon produs de glanda suprarenală cu rol primordial în funcționarea sistemului nervos simpatic. SINONIM: *epinefrină*.

Adrenalina este fabricată de regiunea medulară (centrală) a glandei suprarenale. Secreția sa este declanșată de către partea zisă simpatică a sistemului nervos autonom (vegetativ), ca urmare a unui stres, unei emoții, unui pericol. Adrenalina este unul dintre elementele de răspuns de apărare al organismului: stimularea aparatului cardiovascular (accelerarea bătăilor inimii, hipertensiune, vasoconstricție); dilatarea bronhiilor, cu facilitarea respirației; creșterea nivelului sangvin de glucoză, sursa de energie pentru celule. Adrenalina acționează asupra celulelor țintă, fixându-se pe două tipuri de receptori, alfa și beta, care declanșează reacția celulelor.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Adrenalina, fabricată pe cale sintetică începând cu anul 1900, este utilizată în terapeutică, mai ales în forma injectabilă.

AERATOR TRANSTIMPANIC. Sistem de drenaj plasat în membrana timpanică ce pune în comunicație urechea medie și urechea externă. SINONIME: *diabolo, dren transtimpanic, yoyo*.

Amplasarea unui aerator transtimpanic, rară la adult, este frecventă la copil. Ea este indicată în cazul unei surdități de transmisie (datorită unei afectări a urechii medii sau externe), legată în principal de o otită seroasă sau de repetate otite medii acute. Aeratorul permite ventilarea urechii medii și eliminarea secrețiilor, deci recuperarea auditivă. Implantarea, care implică o perforare a timpanului, se face cu ajutorul unui microscop, sub anestezie generală. În mod obișnuit, aeratorul este lăsat pe loc o perioadă mergând de la 6 luni la 1 an. Prezența sa interzice de obicei scăldatul. Riscul principal al aeratoarelor transtimpanice este neînchiderea perforației timpanice după îndepărtarea drenului, ceea ce poate necesita o intervenție chirurgicală.

AEROBILIE. Prezență a aerului în căile biliare (canalul coledoc sau vezicula biliară).

AEROCOLIE. Distensie a colonului printr-un conținut gazos supraabundent.

Aerocolia provoacă o umflare a abdomenului resimțită de către pacient. Ea poate să fie izolată, în cazul tulburărilor funcționale intestinale, sau asociată altor fenomene patologice abdominale: colica hepatică, colica nefretică, peritonita etc. Un examen radiologic (abdomen fără pregătire) permite să se confirme diagnosticul. Această tulburare, fără gravitate în sine, nu reclamă un tratament specific.

AEROFAGIE. Deglutiție de aer care poate provoca o aerogastrie.

Ingestia unei anumite cantități de aer este normală. Când este excesivă, ea este provocată de o mare nervozitate care se manifestă prin mișcări frecvente de deglutiție. Dilatarea anormală a stomacului pe care o poate provoca (aerogastria) dă o senzație de colici abdominale. La sfârșitul mesei, excedentul de aer este adesea dat afară (eructație).

Aerofagia nu are tratament specific eficace în afara tratamentelor aplicate pentru tulburările nervoase.

AEROGASTRIE. Prezență excesivă a aerului în stomac și care poate duce la distensia acestui organ.

Aerogastria este, în general, consecința unei deglutiții excesive de aer, dar poate, de asemenea, să constituie dovada atingerii unui organ apropiat. În afara excepțiilor, aerogastria nu reclamă un tratament specific.

AEROSOL. Starea în care particule foarte fine ale unui lichid, unei soluții sau unui solid se găsesc dispersate într-un gaz.

Aerosolii sunt utilizați în general în tratamentul bolilor respiratorii.

AFAKIE. Absența cristalinului.

Afakia survine fie după o operație de cataractă (extragerea chirurgicală a cristalinului), fie, mult mai rar, după un traumatism ocular.

Ochiul lipsit de cristalin își pierde capacitățile de acomodare (care permit o vedere clară, atât de aproape, cât și de departe) și devine hipermetrop.

Afakia este corectată cu ochelari sau lentile și, încă, printr-un cristalin artificial implantat chirurgical.

AFAZIE. Tulburare sau pierdere a capacității de exprimare și de înțelegere a limbajului deprins, vorbit sau scris, independente de orice stare demențială, atingere senzorială sau disfuncție a musculaturii faringolaringeene.

Afazia este urmarea, cel mai des, a unui accident vascular cerebral afectând emisfera dominantă (stânga pentru dreptaci), dar ea poate fi consecința unei tumori, unui traumatism sau unei infecții cerebrale.

AFECTIUNE. Modificare patologică a organismului.

Acest termen este în mod curent folosit ca un sinonim pentru termenul „boală".

AFONIE. Pierdere a sonorității vocii.

Afonia poate fi cauzată de o inflamație a laringelui (laringită acută sau cronică), de o tumoră sau de o paralizie a nervilor motori ai laringelui. Există și afonii psihice, de origine isterică, survenind adesea după un traumatism violent. → DISFONIE.

AFTĂ. Mică ulcerație superficială, dureroasă, observată cel mai des pe mucoasa bucală și uneori pe mucoasa genitală.

Aftele pot fi izolate sau pot să se integreze într-o boală mai generală, aftoza. Dacă originea lor este necunoscută, nu există nici o îndoială că recidivele lor, foarte frecvente, sunt legate de factori infecțioși, hormonali, alimentari și de surmenaj. Ele se vindecă, de obicei, fără a necesita tratament, în vreo zece zile.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Evoluând în pusee, aftele pot fi de mărime foarte mică (aftele miliare) sunt uriașe (aftele necrotice ale lui Sutton). Aftele bucale sunt ulcerații rotunde sau de formă ovală, pe fond gălbui și înconjurate de un halou roșu inflamator. Ele afectează gingiile, marginea internă a buzelor și fălcilor, marginile limbii. Aftele genitale, rar izolate, se observă în principal în boala lui Behçet, în care ele sunt asociate la numeroase afte bucale.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul constă în aplicarea de antiseptice, de anestezice locale și de antibiotice (tetraciclină), spălături de gură antiseptice, aport de vitamine din grupul B. Măsurile de prevenire clasice sunt importante pentru aftele bucale: o bună higienă bucodentară și suprimarea alimentelor care declanșează pusee: șvaiterul, fructele uscate sau acide (nuci, alune etc.) și condimentele. → FEBRĂ AFTOASĂ.

AFTOZĂ. Afecțiune cronică ce este caracterizată prin pusee de afte bucale și/sau genitale.

În aftoze, puseele de afte sunt asociate cu semne extramucoase (leziuni oculare, nervoase sau vasculare, febră, afectare a stării generale) și recidivează la intervale mai mult sau mai puțin apropiate.

AGAMAGLOBULINEMIE. Absență a gamaglobulinelor (imunoglobulinelor G, sau IgG, plasmatice care joacă rol de anticorpi) în sânge.

Absența gamaglobulinelor favorizează apariția infecțiilor bacteriene grave și recidivante. În toate cazurile, tratamentul asociază o antibioterapie cu injectarea de gamaglobuline purificate.

AGENEZIE. Absență totală sau parțială a unui țesut, a unui organ sau a unei structuri din timpul vieții embrionare, datorată unei cauze ereditare.

Spre deosebire de aplazie (în care absența organului este consecința unei opriri a dezvoltării în timpul vieții intrauterine), agenezia poate să însoțească anomaliile altor organe rezultate din același lot de celule embrionare.

DIAGNOSTIC. O agenezie este vizibilă la ecografie antenatală. După naștere, alte examene confirmă diagnosticul: radiografia (radiografia toracică pentru agenezia pulmonară, radiografia membrului superior pentru agenezia cubitusului sau radiusului), scanografia sau imageria prin rezonanță magnetică (agenezia corpului etc.).

Ageneziile, de orice fel, necesită acordarea asistenței în mediu specializat.

AGEUZIE. Pierdere totală sau parțială (în acest caz se vorbește de hipogeuzie) a simțului gustului.

Senzațiile gustative elementare sunt: sărat, dulce, amar și acid. Senzațiile gustative mai elaborate se realizează prin intervenția simțului mirosului și a sensibilității generale a gurii. În general, ageuzia este asociată unei pierderi a simțului mirosului (anosmie).

AGLUTINARE. Reacție specifică de apărare a organismului, caracterizată prin adunarea în mici grămezi a globulelor roșii, bacteriilor sau altor elemente, în prezența anticorpilor corespunzători.

Acest fenomen servește în laborator la punerea în evidență a diferitelor tipuri de antigene sau de anticorpi. Hemaglutinarea, testul folosit în mod curent pentru determinarea grupului sangvin căruia îi aparține un individ, se bazează pe acest principiu.

AGLUTININĂ. Anticorp capabil să producă aglutinarea elementelor (celule, germeni, globule roșii etc.) purtătoare ale antigenului împotriva căruia el se îndreaptă.

Aglutininele antibacteriene apar în serul subiecților care au fost în contact cu anumite bacterii. Acest contact poate să fi fost spontan, în timpul unei infecții datorată germenului cauzal (febra tifoidă) sau provocată printr-o vaccinare (vaccinul TAB, contra febrei tifoide).

Punerea în evidență a aglutininelor la un nivel ridicat permite să se aducă dovada indirectă a responsabilității unui germene într-o infecție. Variația acestor niveluri de aglutinine este un martor al evoluției bolii.

AGNOZIE. Incapacitate de a recunoaște obiectele, independentă de vreun deficit senzorial.

DIFERITELE TIPURI DE AGNOZIE. Agnozia nu privește, în general, decât o singură funcție: auzul, pipăitul sau văzul. Astfel, un obiect va putea fi recunoscut cu văzul și auzul, dar nu prin pipăire.

■ *Agnozia auditivă* este incapacitatea de a identifica zgomotele cunoscute, sunetele muzicale și limbajul vorbit, în pofida unui auz normal.

■ *Agnozia tactilă* este incapacitatea de a recunoaște obiectele doar prin contactul acestora cu degetele.

■ *Agnozia vizuală* este incapacitatea de a recunoaște cu ajutorul văzului, atunci când pacientul nu este orb, formele sau semnele cunoscute: obiecte, imagini, culori, litere, cifre etc. Când pacientul este incapabil să identifice o față cunoscută sau propria sa imagine într-o oglindă, se vorbește de prosopagnozie.

AGRAFĂ. Mică lamă metalică utilizată pentru suturarea plăgilor.

Agrafele se scot după 6–8 zile, dar, cu scopul de a obține o cicatrice cât mai delicată, este posibil să fie desfăcute sau îndepărtate din două în două din a patra zi. Ele sunt adesea înlocuite prin benzi hiperadezive sau prin fire.

AGRAFIE. Incapacitate de a scrie, independentă de orice tulburare motorie.

AGRANULOCITOZĂ. Absență în sânge a granulocitelor neutrofile (globule albe care intervin în lupta împotriva agenților infecțioși).

AGREGARE PLACHETARĂ. Fenomen consecutiv aderării plachetelor una de alta și la colagen (proteină a țesutului conjunctiv), sub efectul adenozindifosfatului pe care acestea îl eliberează.

Agregarea plachetară constituie etapa prealabilă coagulării sangvine atunci când este lezat un vas. Ea poate avea și efecte nedorite atunci când se produce pe o placă de aterom: în acest caz favorizează constituirea trombusului (cheagului), care se desprinde și astupă un vas mic ce irigă creierul, ceea ce constituie un accident ischemic tranzitoriu.

AGRESIVITATE. Tendință de a se opune aproapelui sau de a-l ataca, în mod real sau închipuit.

Agresivitatea se găsește în strânsă legătură cu satisfacerea necesităților vitale, stăpânirea mediului și afirmarea de sine. Actele agresive sunt cele care rețin cel mai bine atenția datorită caracterului lor spectacular și potențial periculos (crizele de furie), dar agresivitatea poate lua și alte forme: atitudini (mimici, priviri), cuvinte (ironie, bârfă, amenințări, insulte) sau halucinații.

La originea numeroaselor tulburări mintale se află o agresivitate latentă, care dă naștere angoasei și sentimentului de vinovăție. Simptom al psihopatiei, agresivitatea se întâlnește în diferite boli psihiatrice: nevroze, psihoze și în toxicomanii, epilepsie etc.

Terapeutica agresivității se bazează mai întâi de toate pe tratamentul cauzei sale, atunci când aceasta este cunoscută (alcoolism, boală psihiatrică etc.). Ea trebuie, de asemenea, să încerce amenajarea condițiilor de viață și de igienă mintală a pacientului (acțiuni pedagogice vizând consolidarea, prin punerea lor în valoare, a atitudinilor de toleranță, de înțelegere). În toate cazurile, chimioterapia se dovedește eficace: tratamentul sedativ cu tranchilizante și cu neuroleptice. Uneori poate fi propusă o psihoterapie.

AHILE (tendonul lui). Tendon care asigură inserția mușchiului triceps sural (mușchiul puternic al gambei) pe calcaneu (osul călcâiului).

Tendonul lui Ahile, cel mai voluminos tendon din organism, permite flexia plantară a gleznei. Foarte rezistent, acest tendon poate suporta o încărcătură de 400 kilograme.

PATOLOGIE

■ *Ruptura subcutanată* a tendonului lui Ahile urmează unui efort violent și provoacă o rupere a țesuturilor. Ea survine la sportivul adult al cărui tendon este fragilizat printr-o degenerescență a fibrelor tendinoase. Subiectul resimte o durere brutală și se prăbușește, absolut incapabil să meargă sau să alerge. El nu poate să stea în vârful picioarelor și deasupra călcâiului se formează o depresiune marcată.

Imobilizarea gleznei într-o gheată gipsată este necesară pe durata a aproximativ 2 luni. Pacientul poate să facă din nou sport după 4–6 luni. La sportivii de mare nivel sau în caz de recidivă se poate avea în vedere o operație chirurgicală. → BURSITĂ, TENDINITĂ, TENOSINOVITĂ.

AINS → ANTIINFLAMATOR.

AKINEZIE. Tulburare caracterizată printr-o rărire a mișcărilor spontane ale corpului și o încetinire a mișcărilor voluntare, în pregătirea lor sau în timpul executării lor, manifestări independente de vreo leziune a căii motorii principale. SINONIM: *acinezie*.

CAUZE. Akinezia este unul din principalele simptome ale bolii lui Parkinson. Ea este consecința leziunilor sistemului extrapiramidal, îndeosebi a nucleilor cenușii centrali (mase de substanță cenușie situate în emisferele cerebrale).

ALĂPTARE. Mod de alimentare a nou-născutului și a sugarului în care laptele joacă rolul exclusiv sau principal.

Perioada de alăptare exclusivă se întinde în mod obișnuit de la naștere până la vârsta de 2–4 luni. În timpul acestei perioade, necesitățile copilului sunt deosebit de ridicate în apă, energie (proteine, glucide și lipide), în calciu și în fosfor, toate aceste elemente fiind prezente în lapte.

Alăptarea maternă. Aceasta este alăptarea la sân.

Laptele de mamă este alimentul cel mai bine echilibrat pentru sugar (conținutul în grăsimi, elemente minerale,

oligoelemente și vitamine). Laptele îi aduce sugarului anticorpii indispensabili pentru a lupta împotriva infecțiilor, în special a gastroenteritelor. De altfel, alimentarea sugarului la sân creează un raport fizic și afectiv privilegiat între mamă și copil.

De la primele ore după naștere, glanda mamară secretă un lichid gălbui și vâscos, colostrul, foarte bogat în elemente antiinfecțioase. Adevărata secreție lactată apare adesea mai târziu. Sânii devin adesea tari și dureroși. Primul supt este de o mare importanță, deoarece de buna desfășurare a sa va depinde buna continuare a alăptatului. Ideal este să se pună nou-născutul la sân la 2 ore după naștere. Bebelușul trebuie să prindă între buzele sale întreaga areolă a sânului. După 5 minute de supt, mama îl va pune la celălalt sân. Supturile următoare sunt în general frecvente (în jur de 7 sau 8 în 24 ore) și durează între 3 și 5 minute pentru fiecare sân. Este recomandat ca supturile să fie distanțate puțin câte puțin, mai ales noaptea, astfel încât să nu i se mai dea sugarului decât 6 supturi zilnice.

IGIENA MAMEI. Este indicat ca mama să se hrănească cu alimente bogate în proteine și în calciu (cel puțin un litru de lapte pe zi sau echivalentul sub formă de produse lactate diverse) și să se odihnească regulat. Este sfătuită să bea mult, cel puțin 2 litri pe zi, dar să evite consumul de băuturi alcoolice, cafea sau ceai. Tutunul poate provoca apnee (întreruperi respiratorii treătoare) nou-născutului.

Înaintea fiecărui supt, mama trebuie să-și spele mâinile cu săpun și să usuce vârfurile sânilor pentru a evita riscul apariției de crăpături sau a unei infecții. O spălare zilnică cu apă și săpun este suficientă. Un sutien cu deschidere frontală ușurează suptul și permite să se evite distensia țesutului conjunctiv de susținere a sânului.

SUPRAVEGHERE. La sugar, răgâitul (eructația), de la sfârșitul suptului, este fiziologic și poate fi însoțit de regurgitarea unei mici cantități de lapte. Se schimbă copilul care adoarme apoi în mod natural și care se manifestă adesea 3 sau 4 ore mai târziu pentru suptul următor.

În mod obișnuit, sugarul are scaune de 4 sau de 5 ori pe zi, cu un aspect galben-auriu și grunjos. Luarea în greutate trebuie urmărită regulat. În prima săptămână, cântărirea se face zilnic. În continuare, este suficient să fie cântărit o dată sau de două ori pe săptămână. Greutatea sugarului crește cu 25–30 grame pe zi până la 2 luni, apoi cu 20 grame pe zi până la 6 luni.

INCIDENTE ȘI CONTRAINDICAȚII. La începutul lactației, obturarea sânilor, dureroasă pentru mamă, poate împiedica sugarul să sugă în mod convenabil. Atunci este recomandabil să se utilizeze o pompă „trage-lapte" sau să se preseze sânul manual pentru a preleva excedentul de lapte.

Crăpăturile mamelonare, foarte dureroase, sunt destul de frecvente. Tratamentul lor nu poate fi propus decât de către medic. Ele pot fi protejate prin utilizarea unui mamelon artificial. De asemenea, este posibil să se tragă laptele cu pompa „trage-lapte" și să fie dat sugarului într-un biberon. Prevenirea crăpăturilor constă într-o igienă locală riguroasă și în aplicarea de creme protectoare neparfumate.

Incidente infecțioase ca o limfangită (inflamația vaselor limfatice) sau un abces al sânului, care provoacă febră și durere mamară, necesită un tratament cu antibiotice al mamei și o oprire temporară a alăptării. De altfel, unele boli (SIDA, limfangita) pot fi transmise prin laptele matern. Alăptarea propriului copil sau trimiterea laptelui la un lactarium nu este permisă, în aceste cazuri.

În cursul alăptării, se ajunge câteodată să se aibă în vedere trecerea rapidă la alăptarea artificială (din cauza unei insuficiențe de lapte, de exemplu). Atunci i se administrează mamei bromocriptină (inhibitor al prolactinei). Pentru a evita reactivarea secreției lactate, nu trebuie tras laptele din sân.

Alăptarea mixtă. Acest mod de alimentare alternează alăptarea la sân cu cea cu biberonul.

Cel mai adesea, secreția lactată scade treptat. Pentru a evita o întărcare prea brutală, mama poate înlocui atunci un supt cu un biberon de lapte la mijlocul zilei, apoi, după 3-4 zile de adaptare, se suprimă un nou supt. Se va evita suprimarea a două supturi unul după altul și se va menține de preferință suptul de dimineață și, dacă este posibil, pe cel de seară.

Alăptarea artificială. Aceasta este alăptarea cu biberonul.

La naștere, oprirea lactației poate fi obținută prin administrarea de bromocriptină. Mama trebuie să evite consumul de prea multe lichide. Ea poate recurge în mod excepțional la înfășarea pieptului cu o bandă Velpeau. Atunci când mama nu alăptează, ea folosește lapte dietetic special, adaptat vârstei, nou-născut sau sugar, conformându-se prescripțiilor pediatrului. Numărul de biberoane este fixat în funcție de greutatea inițială a copilului. Compoziția diferitelor tipuri de lapte artificial se apropie de cea a laptelui de mamă. Laptele pentru prima vârstă este înlocuit la capătul a 6 luni prin laptele pentru vârsta a doua, mai bogat în calciu și fier. Tipurile de lapte pasteurizat sau sterilizat nu trebuie să fie avute în vedere înaintea vârstei de 1 an.

IGIENĂ A MATERIALULUI. Un set de biberoane și tetine permite să se aibă întotdeauna la îndemână un biberon gata să fie încălzit. Pregătirea trebuie să respecte reguli stricte de igienă. Există două metode: sterilizarea la cald și sterilizarea la rece. Pentru sterilizarea la cald se lasă biberoanele și tetinele în apă adusă la fierbere 15 până la 20 minute sau într-o oală sub presiune (sau un sterilizator) timp de 5 până la 10 minute. Biberoanele pentru ziua respectivă pot fi preparate simultan, apoi puse în frigider. Pentru sterilizarea la rece, biberoanele și tetinele sunt cufundate într-o soluție antiseptică timp de aproximativ 30 minute. Foarte simplă, această metodă necesită o clătire prelungită a biberoanelor și tetinelor înainte de utilizare. Oricare ar fi metoda aleasă, fiecare biberon este reîncălzit înainte de folosire fie la baie-marie, fie într-un încălzitor de biberoane.

SUPRAVEGHERE. Este ușoară deoarece cantitatea de lapte primită de copil este cunoscută de părinți. Totuși, greutatea

copilului trebuie supravegheată, ca și scaunele, deoarece riscurile de diaree sunt mult mai mari, mai ales vara.

INCIDENTE. Incidentele sunt consecința, în principal, unei pregătiri defectuoase a biberoanelor sau unui lapte prost adaptat: diaree, eritem, stagnare a greutății, rărire a numărului de urinări, proastă digestie etc. Pe termen lung, unele proteine conținute în laptele de vacă (în particular β-lactoglobulina și cazeina, care nu există în laptele de mamă) pot produce la copil reacții alergice.

ALBEAȚĂ. Opacitate mai mult sau mai puțin întinsă a corneei, adesea de origine cicatriceală.

CAUZE. Albeața poate fi consecința unui traumatism al corneei (plagă sau arsură) sau a unei keratite infecțioase (herpes, abces al corneei).

SIMPTOME. Albeața se manifestă sub forma unei pete în general albe. Această pată antrenează o scădere a acuității vizuale dacă ea este situată în centrul corneei, pe axul vizual. Albeața, care în principiu este stabilă, se întinde în cazuri rare prin pusee inflamatorii.

TRATAMENT. Tratamentul, chirurgical, constă în keratoplastie (grefă de cornee).

ALBINISM. Afecțiune ereditară rară, caracterizată printr-o depigmentare totală sau parțială a pielii, părului și perilor.

Frecvența albinismului este mai importantă la subiecții cu pielea închisă la culoare. Această afecțiune este cauzată de un defect al metabolismului melaninei și este caracterizată printr-o absență a acestui pigment care protejează pielea de radiațiile solare. Părul și perii albinoșilor sunt albi, pielea decolorată, ochii lor sunt roz, cu irisul translucid de culoare gri albăstrui. Acuitatea lor vizuală este mai puțin bună decât cea medie. Ei constituie subiecții eritemelor solare (insolații) și ai atingerii mai frecvente de cancere cutanate în raport cu cifra normală. Ei trebuie deci să evite radiația solară, să poarte ochelari cu lentile colorate și să aplice pe piele o cremă solară cu mare grad de protecție.

ALBUMINĂ. Proteină hidrosolubilă sintetizată în ficat, constituind, împreună cu globulinele, principalele proteine sangvine.

Albumina reprezintă 55% din toate proteinele plasmei sangvine, în care cantitățile de albumină (albuminemia) sunt în jur de 40 grame la litru.

O hipoalbuminemie (scăderea cantității de albumină din sânge) poate fi cauzată de mai mulți factori: un deficit în aportul alimentar în proteine, o dereglare a absorbției intestinale în cursul anumitor boli digestive, o anomalie a sintezei hepatice ca în cazul cirozelor, o pierdere excesivă prin scaune și mai ales prin urină (albuminurie). Acest ultim caz este consecința trecerii, în mod normal în cantitate mică, a albuminei dar și a altor proteine plasmatice prin filtrul renal atunci când rinichiul este afectat, de exemplu, în cursul unei hipertensiuni arteriale sau al unui diabet zaharat. Atunci se vorbește de proteinurie.

Hiperalbuminemiile (creșterea nivelului de albumină în sânge), foarte rare, sunt aproape întotdeauna urmarea unei deshidratări.

ALBUMINURIE. Prezență a unei proteine, albumina, în urină.

Acest termen trebuie să fie înlocuit prin cel de proteinurie (prezența proteinelor în urină), deoarece în cursul bolilor de rinichi toate proteinele (și nu doar albumina) sunt detectate în urină.

ALCALINELOR (sindrom al). → BURNETT (sindrom al lui).

ALCALINIZANT URINAR → PH-ULUI URINAR (modificator al).

ALCALOID. Substanță azotată de origine vegetală, cu proprietăți terapeutice sau toxice.

Alcaloizii sunt adesea baze puternice combinate cu acizi, extrase din diverse plante (belladonă, mac, brebenoc etc.) sau obținute prin sinteză.

Unii alcaloizi sunt utilizați ca antispastice digestive, colinergice, anticanceroase, analgezice, antipaludice sau antigutoase.

ALCALOZĂ. Tulburare a echilibrului acidobazic al organismului, corespunzând unei diminuări a concentrației de acid în plasmă și în lichidele interstițiale (lichide ale sectorului extracelular, cu excepția sectorului vascular, în care se scaldă celulele).

ALCOOL ETILIC. Substanță lichidă ce cuprinde o structură chimică numită hidroxil (formată dintr-un atom de oxigen și un atom de hidrogen); intră în compoziția băuturilor alcoolizate; utilizat ca antiseptic. SINONIM: *etanol*.

Alcoolul aduce multă energie, 30 kilojouli (7 kilocalorii) pe gramul de alcool. El este rapid transformabil în grăsimi.

EFECTE NEDORITE. Acțiunea alcoolului asupra sistemului nervos modifică funcționarea acestuia, fără ca subiectul să fie în mod necesar conștient: înlăturarea inhibițiilor psihologice, conducând adesea la comportamente periculoase; relaxarea, continuată de o stare de somnolență; euforia, încrederea în sine putând să fie urmată de o oboseală și de o dispoziție depresivă; diminuarea capacităților de concentrare și de judecată. Performanțele psihice și reflexele sunt alterate începând de la o alcoolemie (concentrația de alcool în sânge) de 0,5 grame pe litru. Un consum excesiv de alcool antrenează starea de beție care se traduce prin vomă și tulburări respiratorii, complicate cu o comă zisă „etilică" (alcoolism acut), și numeroase leziuni organice pe termen lung (alcoolism cronic). În cazul unei come etilice (se spune că subiectul este beat mort), poate surveni moartea prin colaps sau asfixie.

Alcoolul interacționează cu numeroase medicamente: el poate diminua efectele lor (în cazul unora dintre antibiotice), sau poate să le amplifice (risc crescut de somnolență în asocierea cu tranchilizantele, analgezicele, antitusivele).

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Sub o formă improprie consumului (alcool denaturat sau modificat, adică cu adăugarea unei substanțe colorante), alcoolul etilic se utilizează ca antiseptic contra bacteriilor, doar pentru piele și în absența oricărei plăgi. El este comercializat în grade diferite de diluare: 90,70 sau 60% în volum. Forma 70% în volum (70 mililitri de alcool diluați în 30 mililitri de apă) asigură cea mai eficientă asepsie (comparativ cu celelalte concentrații).

ALCOOLEMIE. Conținutul în alcool etilic al sângelui. Alcoolemia este indicatorul cel mai precis pentru a aprecia importanța unei ingestii de alcool. Se consideră că dincolo de 0,50 grame pe litru pot apărea anomalii de comportament. Beția corespunde unor valori de la 1 la 2 grame; dincolo de 3 grame, poate surveni o comă. Totuși, valorile alcoolemiei variază în funcție de mai mulți factori: gradul alcoolic, cantitatea ingerată în raport cu vârsta și cu greutatea corporală a subiectului, momentul ingestiei (pe nemâncate sau în cursul unei mese) și natura alimentelor ingerate în același timp cu alcoolul, sexul și starea de sănătate a subiectului.

Legislația definește o valoare a alcoolemiei de la care plecând conducerea vehiculelor este interzisă. Această valoare variază după țară de la 0,20 la 0,80 grame la litru. În medie, 3 pahare de vin roșu sau 2 pahare de băutură mai alcoolizată sunt suficiente pentru a crește nivelul alcoolemiei dincolo de 0,50 grame la litru.

ALCOOLISM. Dependență față de alcool și ansamblul manifestărilor patologice care rezultă de aici. SINONIM: *etilism*.

Termenul de alcoolism desemnează deci atât consecințele patologice ale unui consum excesiv și prelungit de alcool (alcoolopatie), cât și dependența de alcool (alcoolodependența).

Incidența alcoolismului crește în lume de ani de zile. În societățile industrializate, alcoolismul constituie a treia cauză de deces după afecțiunile cardiovasculare și diferitele tipuri de cancere.

Personalitatea alcoolicului a dat loc unor numeroase investigații (psihanalitice, genetice, sociologice): se reține adesea o identificare a efectelor dăunătoare ale unui tată, ale unei mame, concomitent tiranici și supraprotectori, ceea ce ar antrena la subiect un sentiment de nesiguranță, o dificultate în afirmarea sa, precum și o agresivitate prost stăpânită.

La femei, alcoolismul apare adesea într-un context de frustrare narcisistă, de insatisfacție familială, de divorț, în situații de regres. Prost tolerat din punct de vedere social, alcoolismul feminin păstrează un caracter mai secret și solitar. Anumite nevroze, în particular cele fobice, constituie o cauză insuficient cunoscută a alcoolismului feminin.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Clasic, intoxicația alcoolică evoluează în trei faze:

— asimptomatică, cu camuflare (ascunderea sticlelor) și vinovăție;

— crucială, cu polarizarea pe alcool, scăderea voinței, începutul unei atingeri organice;

— cronică (după 4 până la 6 ani) cu alterarea gravă a stării generale și tulburări psihice asociate (cu asonognozie sau necunoașterea bolii sale de către subiect). În acest stadiu, alcoolicul nu se mai poate stăpâni să bea, chiar dacă dorește aceasta.

Simptomele alcoolismului sunt foarte variate: modificări ale personalității (gelozie, stări de furie necontrolate, iritabilitate), promisiuni repetate de a înceta băutura, schimbări în maniera de a bea (trecerea de la bere la alcooluri tari, de exemplu), dezinteresul față de mâncare, neglijență fizică, tulburări de memorie etc. Subiectul poate avea grețuri, poate voma, poate tremura dimineața, poate suferi de dureri abdominale, de crampe musculare, de amorțiri și furnicături. Pulsul său poate fi neregulat, fața roșie cu o dilatare a capilarelor, mersul îi devine instabil.

O privare bruscă de alcool a subiectului dependent poate declanșa un delirium tremens (tremurături, halucinații, convulsii).

PATOLOGIE. Persoanele care consumă de obicei mari cantități de alcool sunt expuse diferitelor patologii: sensibilitate crescută față de infecțiile bacteriene, cancere ale orofaringelui, esofagului, bronhiilor, boli hepatice (ciroză, hepatită alcoolică), leziuni nervoase grave (encefalopatii).

Alcoolismul antrenează, de asemenea, tulburări psihice. Alcoolismul cronic conduce la delirium tremens sau la forma sa atenuată, delirul subacut. Unele deliruri se aseamănă cu paranoia pe anume teme (gelozie, persecuție). Demența, consecința finală a unor alcoolisme, necesită internarea într-o instituție.

La femei, alcoolismul evoluează mai rapid decât la bărbați, din cauza unei fragilități fiziologice crescute.

TRATAMENT. Nu poate fi întreprins decât la cererea subiectului alcoolic după recunoașterea excesului. Dezobișnuirea este adesea ușoară. Ea implică un sprijin energic (eventuală spitalizare), o alimentație echilibrată și o chimioterapie (tranchilizante, antidepresive, neuroleptice, vitamine). Tehnicile care se bazează pe schimbarea hotărârii subiectului au recurs la disulfiram și la metronidazol.

Mai delicată este îngrijirea de lungă durată, indispensabilă în caz de recidive severe sau prea frecvente. Această îngrijire necesită o urmărire psihologică a subiectului, centrată pe conflictele sale și viitorul său: trebuie să fie ajutat să-și restaureze capacitățile relaționale, să-și regăsească autonomia etc. Asociațiile foștilor băutori aduc adesea un sprijin serios.

ALCOOLIZARE. 1. Impregnare alcoolică cronică. 2. Tehnică constând în infiltrarea unui nerv sau a unui ganglion nervos cu alcool etilic absolut sau cu fenol pentru a suprima durerea din zona corespunzătoare sau pentru a distruge țesuturile patologice.

Alcoolizarea constituie, de asemenea, un tratament paliativ, de utilizare recentă, al tumorilor maligne ale ficatului, când sunt de mărime mică (cel mult 5 cm în diametru): alcoolul antrenează atunci o topire a țesutului tumoral. Injecția (cu 8 până la 10 mililitri de alcool) se practică pe cale percutană sau pe ventru deschis, sub control radiologic. Dacă tumorile sunt numeroase, sunt necesare mai multe ședințe de infiltrație.

ALCOTEST. Aparat destinat măsurării conținutului în alcool al aerului expirat de un subiect (Brevet).

Etilotestele, răspândite în marele public, permit fiecăruia să-și măsoare propria impregnare alcoolică.

ALDOSTERON. Hormon steroid secretat de glanda suprarenală, jucând un rol capital în menținerea echilibrului sodiu-potasiu în organism și în reglarea tensiunii arteriale.

Aldosteronul este cel mai puternic și cel mai important dintre mineralocorticosteroizi, hormonii sintetizați în cortexul (partea periferică) glandei suprarenale și activi asupra substanțelor minerale (sodiu, potasiu, de exemplu). El permite rinichiului să absoarbă sodiul și, în schimb, favorizează eliminarea potasiului.

PATOLOGIE

■ *Hiperaldosteronismul* (hipersecreția de aldosteron) se caracterizează printr-o hiperkaliemie (scăderea nivelului sangvin al potasiului). El se numește secundar atunci când secreția de aldosteron este stimulată în mod excesiv ca răspuns al unei scăderi a volumului sangvin. Se numește primar în alte cazuri: atunci este consecința, adesea, a unui adenom al lui Conn (tumoră benignă a glandei suprarenale).

■ *Hipoaldosteronismul* (hiposecreția de aldosteron) este caracterizat printr-o pierdere de sodiu și de apă prin urină, provocând o deshidratare cronică și necesitând un tratament hormonal substitutiv permanent. Hipoaldosteronismul se observă mai ales în caz de distrugere a glandelor suprarenale, caracteristică bolii lui Addison. → ADDISON (boală a lui). CONN (sindrom al lui).

ALERGEN. Substanță care antrenează o reacție alergică la unii subiecți.

■ *Pneumalergenele*, care pătrund pe cale respiratorie în organism, sunt conținute în acarienii din praful de casă, în polenuri, peri, scuame și pene de animale, în mucegaiuri și în poluanții industriali.

■ *Trofalergenele*, care pătrund pe cale digestivă, sunt prezente în lapte, ouă, carne, pește, unele fructe și legume. Unele alimente sunt, de fapt, pseudoalergene, adică ele produc simptome care simulează alergia deoarece sunt bogate în histamină, substanța care declanșează efectele alergiei (brânzeturi, băuturi fermentate, varză murată, cârnați, conserve), sau pentru că provoacă eliberarea acesteia de către celulele organismului (ouă, crustacee, nuci, arahide, căpșuni, roșii, ciocolată, pește, alcool).

■ *Calea alergene* afectează omul pe alte căi, foarte variate, calea sangvină, de exemplu; ele se găsesc în medicamente, în veninuri, în microbi.

ALERGIE. Reacție anormală și specifică organismului venit în contact cu o substanță străină (alergen) care nu antrenează tulburări la majoritatea subiecților.

Pentru a surveni alergia, este necesar ca un prim contact să fi avut loc între alergen și organismul subiectului (sensibilizare).

MECANISM. Rolul sistemului imunitar este de a recunoaște antigenele care se găsesc la suprafața microorganismelor și de a produce anticorpi (imunoglobuline) și globule albe (limfocite) sensibilizate. Acestea vor intra în contact cu aceste antigene cu scopul de a distruge microorganismele. Un proces asemănător se produce în mecanismul alergiei, dar sistemul imunitar produce atunci anticorpi și limfocite sensibilizate față de substanțe inofensive, alergenele, care sunt identificate pe nedrept ca antigene periculoase.

CAUZE. Alergiile survin la subiecții genetic expuși: este un lucru frecvent ca manifestări alergice atât de diferite ca astma, eczema atopică, rinita alergică sau urticaria să afecteze mai mulți membri ai unei familii. Alți factori favorizează apariția reacțiilor alergice: mediul (prezența unui animal), infecțiile virale și factorii emoționali.

DIAGNOSTIC. Evocat plecând de la antecedentele personale și familiale ale subiectului, de la obiceiurile de viață, de la semnele clinice (eczemă, urticarie, rinită, astm, diaree etc.), diagnosticul este susținut de testele cutanate.

TRATAMENT. Cel mai bun tratament constă în evitarea, în măsura posibilităților, a oricărui contact cu alergenul în cauză. Desensibilizarea este utilă pentru alergiile cu veninuri de insecte, la acarieni sau la unele polenuri: administrând, sub o supraveghere medicală strictă, unele doze mici și progresiv crescătoare de alergen, se favorizează formarea anticorpilor, care vor bloca în consecință reacțiile alergice. Acest tratament reușește în aproximativ 2 cazuri din 3, dar trebuie să fie urmat timp de 3 ani cel puțin. Tratamentul poate provoca efecte nedorite (mâncărimi, edeme, erupții), rar unele serioase (astm, șoc anafilactic). Antihistaminicele ușurează simptomele (mâncărimile datorate unei înțepături de insecte, de exemplu). → TOXIDERMIE.

ALERGOLOGIE. Știință care studiază manifestările patologice (alergii) care survin atunci când organismul este expus la anumite substanțe sensibilizante (alergene).

ALEXIE. Incapacitatea de a înțelege semnele scrise sau tipărite. SINONIM: *cecitate verbală*.

ALFABLOCANT. Substanță capabilă să se opună unor efecte ale adrenalinei. SINONIM: *alfaadrenolitic*.

Medicamentele alfablocante sunt cuttilizate contra hipertensiunii arteriale fiind administrate pe cale orală (sau injectabile, în caz de urgență). Ele sunt contraindicate la copilul sub 12 ani și pot fi responsabile de o scădere exagerată a tensiunii arteriale, de tulburări neurosenzoriale (amețeli, zumzete în urechi), de tulburări digestive, de o reacție alergică sau de o slăbiciune cardiacă.

ALFASTIMULANT. Substanță capabilă să reproducă unele efecte ale adrenalinei. SINONIME: *alfaadrenergic*, *alfasimpatomimetic*.

ALGIE. Durere localizată, regională sau viscerală, indiferent de cauza ei.

ALGIE FACIALĂ. Durere a feței.

Se disting două tipuri principale ale algiei faciale.

■ *Algia vasculară a feței*, cauzată de o anomalie în funcționarea vaselor, se manifestă printr-o durere intensă care afectează jumătatea feței, cel mai adesea în spatele ochiului, însoțită de o roșeață cutanată, de o lăcrimare și de o scurgere nazală, pe aceeași parte. Evoluția se face în crize de 30 minute până la câteva ore, pe durata unei perioade care poate ajunge de la 15 zile la mai multe luni.

■ *Nevralgia de trigemen*, cauzată uneori de o boală neurologică (scleroza în plăci), dar cel mai adesea fără cauză cunoscută, se manifestă printr-o durere deosebit de intensă, cu durata de 1 sau 2 minute, localizată de o singură parte a feței. Ea este declanșată prin excitarea unei zone cutanate numită „zona trăgaci". Crizele durează câteva zile, chiar câteva săptămâni.

TRATAMENT. Tratamentul algiilor faciale cuprinde îndeosebi utilizarea analgezicelor obișnuite (paracetamol) sau a antidepresivelor (amitriptilină). În cazul nevralgiei de trigemen, dacă aceste analgezice se dovedesc insuficiente, se prescriu betablocante (propranolol) sau antiepileptice (carmabazepină). În caz de eșec, poate fi efectuată o intervenție chirurgicală asupra nervului trigemen.

ALGODISTROFIE. Sindrom dureros al unei mâini, unui picior, chiar al unui membru întreg, cu tulburări vasomotorii și trofice, și demineralizare osoasă pronunțată.

Algodistrofia rezultă probabil dintr-o perturbare de funcționare a nervilor simpatici ai unui membru. Instalându-se în urma unui traumatism (fractură, entorsă), a unei intervenții chirurgicale sau fără cauză aparentă, algodistrofia atinge cel mai des membrele inferioare, dar poate atinge membrul superior (sindromul umăr-mână după un infarct miocardic, de exemplu).

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Apare progresiv o neputință dureroasă a mâinii, piciorului, chiar a întregului membru. Se observă atunci o demineralizare osoasă pronunțată și întinsă, asociată, în primul moment, cu o umflare a țesuturilor moi însoțită de încălzire locală, apoi, în a doua fază, cu o răcire și o retracție a acestora, la originea unei rigidități a articulației.

Diagnosticul clinic se bazează pe caracterul extrem de deosebit al durerilor și pe tulburările trofice. Atingerile osoase pot fi puse precoce în evidență multumită scintigrafiei, apoi diferitelor procedee de imagerie (absorbțiometrie bifotonică, scanografie).

TRATAMENT ȘI PROGNOZĂ. Tratamentul comportă, înainte de toate, punerea în repaus a segmentului de membru atins: utilizarea unui baston sau a unei cârje este cel mai sigur mijloc de a suprima durerile provocate de o algodistrofie a genunchiului sau piciorului. Simptomele încetează foarte des în mod spontan la capătul a 6 până la 18 luni. Dar calcitonina, vasodilatatoarele și anesteziile locoregionale prin blocaj nervos simpatic sunt utilizate frecvent pentru a grăbi vindecarea. O reeducare poate ajuta să se lupte împotriva anchilozei.

Un oarecare grad de rigiditate poate persista ca sechelă definitivă, chiar atunci când algodistrofia atinge mâna, retracțiile fixează degetele în forma unei gheare ireductibile.

ALIMENT. Substanță consumată în stare naturală sau după gătire, susceptibilă să furnizeze materiale de creștere, să repare uzura țesuturilor, să susțină necesitățile energetice și să formeze substanțele de rezervă ale organismului. Toate alimentele sunt formate dintr-un mic număr de elemente simple, printre care se disting proteinele, glucidele, lipidele, apa, sărurile minerale și fibrele.

CONSTITUENȚII ALIMENTELOR

■ *Proteinele* sunt elementele celulei vii. Alimentația este cea care furnizează organismelor proteine. Proteinele de origine animală rezultă din carne, pește, ouă, lapte și derivatele lui (iaurt, brânzeturi). Valoarea lor nutritivă este mare deoarece coeficientul lor de absorbție digestivă este ridicat și pentru că sunt bogate în aminoacizi esențiali. Proteinele de origine vegetală (cereale, legume uscate) au un coeficient de absorbție mai mic și sunt lipsite de unii aminoacizi esențiali.

■ *Glucidele*, sau hidrații de carbon, sunt substanțe energetice rapid utilizabile de către organism. După trecerea prin traiectul digestiv, ele pot fi utilizate direct, pot fi depozitate în ficat sub formă de glicogen sau transformate în lipide în țesutul adipos.

■ *Lipidele*, sau grăsimile, utilizabile imediat sau depozitate în țesutul adipos, sunt cea mai bună sursă de energie. Ele reprezintă aproximativ 13% din greutatea corporală la bărbați, 20% la femei.

■ *Apa* permite transportul elementelor nutritive spre celulă. Ea reprezintă între 60 și 70% din greutatea corpului uman.

■ *Sărurile minerale* (potasiu, calciu, magneziu etc.) se găsesc suspendate în apă. Calciul este necesar unei stări bune a oaselor și dinților. Pentru metabolismul celular sunt necesare doze infime de zinc și magneziu. Clorura de sodiu (sarea de masă) menține echilibrul fluidelor corporale.

Excesul de clorură de sodiu poate favoriza o hipertensiune arterială.

■ *Fibrele* sunt formate în mare parte din glucide nedigerabile.

Alimentația trebuie să acopere necesitățile nutriționale. Pentru a fi echilibrată, ea trebuie să facă apel la mai multe tipuri de alimente care se completează.

CLASIFICAREA ALIMENTELOR. În mod obișnuit alimentele se clasează în șase grupe, ținând cont de caracteristicile lor nutriționale: grupa I (lapte și produse lactate); grupa II (carne, pește, ouă); grupa III (alimente grase: unt, margarină, smântână, uleiuri); grupa IV (cereale și derivatele lor, cartofi, legume uscate); grupa V (fructe și legume); grupa VI (zahăr și produse zaharoase).

■ *Alimentele din grupa I* aduc proteine animale. Aportul lor în lipide și în glucide este variabil. Ele sunt foarte bogate în calciu, în vitamine (A, B2, B12), dar conțin puțin fier și practic deloc vitamină C.

■ *Alimentele grupei II* au un conținut ridicat în proteine. Ele aduc fier și vitamine B, chiar vitamină A în unele cazuri.

■ *Alimentele grupei III* nu reprezintă decât fracțiunea vizibilă a aportului de lipide. În fapt, există grăsimi „invizibile" conținute în alimentele animale. Ele sunt bogate în lipide, vitamina A (unt, smântână) și E (margarină, anumite uleiuri).

■ *Alimentele grupei IV* sunt alimente energetice bogate în glucide, conținând de la 10% (cereale) la mai mult de 20% (legume uscate) proteine. Doar cartoful conține numai 2% proteine. Aceste alimente conțin fibre și vitamine ale grupelor B și D.

■ *Alimentele grupei V* sunt bogate în apă, în săruri minerale, în vitamine, cu un conținut în glucide variind de la 5 la 20%. Prin celuloza pe care o conțin, ele formează un element de balast, facilitând funcționarea intestinului. Ele sunt aproape întotdeauna lipsite de lipide. Gătirea lor permite creșterea digestibilității fructelor și legumelor, dar, prelungită, gătirea alimentelor poate avea efecte nefaste provocând distrugerea vitaminelor C și B9 și dispariția unei părți a sărurilor minerale.

■ *Alimentele grupei VI* (zahăr, miere, dulceață, ciocolată, produse de cofetărie, siropuri, sucuri de fructe zaharate etc.) furnizează glucidele rapid utilizabile de către organism.

→ NUTRIMENT, NUTRIȚIE.

ALIMENT DEGRESAT. Aliment cu valoare calorică redusă.

Alimentele degresate sunt produse al căror conținut în glucide și/sau în lipide a fost redus, în modalitatea de a propune consumatorului alimente de mai mică valoare energetică și de a evita astfel o eventuală luare în greutate. Dacă, pe termen scurt, consumul anumitor alimente pare să limiteze sau să evite creșterea în greutate, efectul lor pe termen lung este prost cunoscut și face actualmente obiectul al numeroase studii.

ALIMENTAȚIE. Acțiune de a se alimenta.

Prin extensie, acest termen acoperă toate procesele care duc la ingerarea de alimente, precum și ansamblul relațiilor între subiect și alimente. Alimentația diferă de nutriție, care privește ansamblul fenomenelor biologice de asimilare și de degradare a alimentelor care se îndeplinesc într-un organism, permițându-i astfel creșterea, menținerea și funcționarea sa.

TULBURĂRI DE ALIMENTAȚIE. Comportamentul alimentar mobilizează încărcături afective complexe și depinde în parte de primele raporturi cu mama. El constituie un adevărat „limbaj" și participă la schimburile și legăturile din interiorul unui același sistem cultural.

Tulburările de alimentație pot avea o cauză organică (tulburări de metabolism, anomalie digestivă congenitală etc.) sau să rezulte dintr-un stres sau dintr-un conflict, de asemenea, poate acoperi un tablou mai grav. Anorexia poate astfel să fie indiciul unei depresiuni, al unei stări nevrotice, chiar al unei psihoze. El se potivește chiar pentru bulimie și unele toane: gusturi și aversiuni excesiv de selective, pica (nevoia imperioasă de a mânca substanțe necomestibile ca deșeuri, cărbune, pământ) sau chiar coprofagia (consumul propriilor materii fecale).

Ca regulă generală, medicamentele nu trebuie vreodată să facă concurență unei alimentații echilibrate. Regimurile excesive, anorexigenele (substanțe care provoacă o diminuare a poftei de mâncare), de asemenea, laxativele și automedicația constituie riscuri pentru sănătate. → NUTRIMENT, NUTRIȚIE.

ALIMENTAȚIE ENTERALĂ. Alimentație pe cale digestivă. SINONIM: *gavaj*.

Alimentația, sau nutriția, enterală este utilă bolnavilor la care aporturile alimentare sunt imposibile, insuficiente sau ineficace pe cale orală, dar al căror intestin rămâne funcțional.

TEHNICĂ. Alimentația enterală este realizată cu ajutorul unei sonde, în general nazogastrică (introdusă prin nas până în stomac), dar care poate fi introdusă și prin gastrostomie sau jejunostomie (printr-o deschidere practicată în faringe, stomac sau jejun). Administrarea de nutrimente, continuă sau discontinuă, este controlată printr-o pompă cu debit reglabil, fixă sau portativă, eventual dotată cu un dispozitiv de agitare și de răcire (nutripompă). → NUTRIMENT.

ALIMENTAȚIE PARENTERALĂ. Alimentație pe cale intravenoasă.

Alimentația, sau nutriția, parenterală este utilă bolnavilor la care aporturile alimentare sunt imposibile, insuficiente sau ineficace pe cale orală sau enterală (pe cale digestivă). Eficacitatea sa este dovedită sau sugerată în gastroenterologie, în reanimare și în chirurgia grea.

TEHNICĂ. Se introduce un cateter fie într-o venă periferică (antebraț) pentru aporturile moderate și/sau de scurtă durată, fie într-o venă profundă (subclavia sau jugulara internă) pentru aporturile prelungite și/sau importante. Soluțiile nutritive, condiționate în flacoane sau în pungi (acestea din urmă limitând riscul infecțios și permițând alimentarea parenterală la domiciliu), sunt administrate cu ajutorul pompelor de perfuzie continuă, cu debit precis și reglabil, dotate cu dispozitive de siguranță. → NUTRIMENT.

ALOPECIE. Cădere totală sau parțială a părului sau perilor datorată vârstei, unor factori genetici sau constituind urmarea unei afecțiuni locale sau generale. SINONIM: *psiloză*.

Alopecia se poate întâlni atât la bărbați, cât și la femei.

Alopeciile necicatriceale. În alopeciile necicatriceale, creșterea părului este inhibată fără a exista vreo leziune a pielii capului. În funcție de cauza lor, aceste alopecii pot fi reversibile. După cât este de extinsă căderea părului, se disting alopeciile localizate de alopeciile difuze.

■ *Alopeciile necicatriceale localizate* sunt reprezentate, în principal, prin peladă și chelbe.

■ *Alopeciile necicatriceale difuze* au cauze foarte diferite.

Alopecia seboreică, numită și alopecie androgenogenetică sau calvăția comună, este consecința unui exces de androgeni (hormoni masculini). Este cea mai frecventă dintre alopecii. Ea începe la nivelul tâmplelor și cununii, unde părul este mai subțire și este înlocuit în mod progresiv de către puf. Acest tip de alopecie privește în mod obișnuit bărbații, dar poate atinge și femeile în momentul menopauzei sau ca urmare a tratamentului unui fibrom cu androgeni.

Alopeciile necicatriceale difuze pot, de asemenea, să fie urmarea unui șoc nervos sau a unui stres (avort, șoc psihologic — afectiv sau profesional —, surmenaj, intervenție chirurgicală, naștere). Numeroase medicamente (anticoagulante, anticonvulsivante, antitiroidiene, betablocante, hipocolesterolemiante, retinoide, anticanceroase) sunt adesea responsabile de o cădere difuză a părului. Maladiile infecțioase cu febră mare (gripa hipertermică, infecția bronșică, scarlatina), tulburările endocrine (diabet, hipotiroidie, hipertiroidie) și bolile metabolice (anemie, carența de fier, regimul de slăbire) pot antrena o alopecie trecătoare.

În sfârșit, agresiunile mecanice sunt responsabile de alopecie: perierea violentă, vopsirea părului, permanentele, spălările prea frecvente sau tricotilomania (ticul care constă în smulgerea unor smocuri de păr, care se observă mai ales la copii). Totuși, se întâmplă ca uneori să nu fie depistată nici o cauză.

TRATAMENT. Tratamentul alopeciei necicatriceale este cel al afecțiunii de origine (diabet, anemie, stres etc.). A fost propusă prevenirea căderii părului în urma unei chimioterapii anticanceroase, cu cască sau refrigerare locală; din nefericire, aceste rezultate rămân adesea decepționante. Femeile afectate de alopecie seboreică pot urma o cură hormonală pe bază de estroprogestative sau antiandrogeni. În toate cazurile trebuie respectată igiena pielii capului; spălarea blândă cu șampon o dată sau de două ori pe săptămână, suprimarea sau distanțarea manipulărilor chimice sau mecanice agresive (permanente, vopsiri). Tratamentele generale bazate pe vitaminele din grupul B pot ajuta. Eficacitatea minoxidilului, întrebuințat local sub formă de soluții (două aplicații pe zi timp de 6 luni), este temporar satisfăcătoare. La încetarea tratamentului, părul cade din nou, dar tratamentul poate fi reluat. Grefele de păr constituie singurul tratament eficace al alopeciei seboreice.

Alopeciile cicatriceale. Alopeciile cicatriceale sunt caracterizate printr-o distrugere definitivă a foliculilor piloși, adesea de origine inflamatorie. Pielea capului este atunci netedă și lucioasă. Aceste alopecii pot fi fie congenitale (aplazia pielii capului, keratoza pilară decalvantă și atrofiantă etc.), fie dobândite, și atunci în urma anumitor boli infecțioase (favus, sifilis), autoimune (lupus eritematos, sclerodermie, sarcoidoză) sau metabolice (amiloză), unor dermatoze bășicate sau unor cancere (epiteliom bazocelular). Unele răniri (arsură, radiodermie) pot, de asemenea, să provoace o alopecie cicatriceală. → CALVIȚIE, CHELBE, PELADĂ.

ALPERS (boală a lui). Boală care se manifestă la copil, după o perioadă de dezvoltare normală, printr-o degenerescență a substanței cenușii a creierului și creierului mic (cortexul și nucleii cenușii).

ALPORT (sindrom al lui). Sindrom care asociază o boală renală (nefropatie ereditară), o atingere auditivă și, uneori, leziuni oculare.

Nu există nici un tratament specific al sindromului lui Alport, dacă e vorba de surditate sau de nefropatia în sine. Această nefropatie evoluează, în general, spre o insuficiență renală cronică, tratată prin hemodializă (purificarea sângelui prin filtrare printr-o membrană semipermeabilă).

ALUMINIU. Substanță care intră în compoziția pansamentelor și antiacidelor digestive.

Aluminiul medicamentos se prezintă sub formă de fosfat sau hidroxid, eventual asociat cu alte produse ca magneziul. Proprietățile sale antiacide îl fac să fie prescris pentru tratamentul de completare al durerilor de stomac și de esofag. Efectele sale nedorite sunt o constipație și o diminuare a absorbției digestive a fosforului alimentar sau a anumitor medicamente.

ALUMINOZĂ. Boală respiratorie provocată de inhalarea și fixarea în plămân a pulberilor de aluminiu metalic (bauxită).

ALUNITĂ → LENTIGO.

ALVEOLĂ DENTARĂ. Cavitate a oaselor maxilare în care este fixat un dinte.

ALVEOLĂ PULMONARĂ. Cavitate naturală prezentă în țesutul lobulului pulmonar.

Elemente terminale ale ramificațiilor bronșice, alveolele pulmonare constituie sediul schimburilor gazoase ale plămânului. Astfel, în alveolă aerul dă o parte din oxigenul său pentru a transforma sângele venos roșu închis în sânge arterial roșu aprins. Aerul conținut în alveolă se îmbogățește atunci în gaz carbonic (CO_2), evacuat prin expirație.

ALVEOLITĂ DENTARĂ. Infecție a alveolei dentare. SINONIM: *periostita alveolodentară*.

ALVEOLITĂ PULMONARĂ. Inflamație a alveolelor pulmonare.

CAUZE. După cauza lor, se disting mai multe tipuri de alveolită pulmonară. O alveolită de origine infecțioasă — cazul cel mai frecvent — este numită pneumopatie bacteriană. Unele alergene respiratorii (dejecții de păsări, mucegaiuri de fân etc.) sunt responsabile de o alveolită numită pneumopatie de hipersensibilitate, numită de asemenea și boala crescătorilor de păsări. Alveolita fibrozantă este o boală de cauză necunoscută, probabil autoimună, cu intervenția posibilă a factorilor genetici. Alveolita radică, inflamație cauzată de expunerea la radiații, este o complicație rară a radioterapiei cancerelor de plămân sau de sân.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Alveolita antrenează cel mai des tulburări respiratorii (gâfâială la efort și tuse uscată). Clinic, alveolita se traduce prin raluri localizate la ascultare și printr-o reducere a capacității respiratorii. În caz de alveolită alergică, suprimarea alergenului răspunzător de boală este indispensabilă și poate antrena ea singură vindecarea.

ALZHEIMER (boală a lui). Afecțiune neurologică cronică, cu evoluție progresivă, caracterizată printr-o alterare ireversibilă a intelectului care ajunge la o stare demențială.

Boala lui Alzheimer se traduce printr-o degenerescență nervoasă cu evoluție inevitabilă, cauzată de o diminuare a numărului de neuroni, cu atrofie cerebrală și prezența „plăcilor senile".

ISTORIC. În 1906, neuropatologul german Alois Alzheimer a descris alterările anatomice observate în creierul unei paciente de 51 ani atinsă de demență, halucinații și tulburări de orientare. De atunci, s-a definit boala lui Alzheimer ca o demență presenilă (putând apărea înainte de 65 ani). Comunitatea științifică reunește astăzi sub denumirea de „demență de tip Alzheimer" boala lui Alzheimer *stricto sensu* și demențele senile.

FRECVENȚA. Boala lui Alzheimer este cea mai obișnuită dintre demențe. Frecvența sa globală, după 65 ani, variază între 1 și 5,8%. Ea crește cu vârsta, atingând 10% după 85 de ani. Această boală riscă să devină, odată cu creșterea continuă a speranței de viață, o adevărată problemă socială. În pofida eforturilor întreprinse pentru a mări numărul centrelor de primire, acestea sunt insuficiente ca număr pentru a găzdui persoanele lipsite de autonomia lor și care nu pot fi îngrijite de către cei apropiați.

CAUZE. Acestea rămân necunoscute. Au fost formulate numeroase teorii, dar nici una dintre ele nu este pe deplin satisfăcătoare sau complet verificată.

■ *Ipoteza neurochimică* se bazează pe o diminuare a nivelurilor unei enzime, colin-acetil-transferaza, în diferite zone ale creierului (cortex și hipocamp). Acest deficit ar antrena o diminuare a cantității de acetilcolină, un neurotransmițător (substanță chimică asigurând transmiterea influxului nervos), dar nu explică degenerescența nervoasă.

■ *Ipoteza genetică* se bazează pe studiile epidemiologice care indică existența unor antecedente familiale ale bolii la 15% dintre subiecții atinși. În aceste familii se constată, de asemenea, o creștere a probabilității de naștere a unui copil cu trisomie 21 (mongolism), fără ca să se poată determina rațiunile unei astfel de asocieri.

■ *Ipoteza virală* este stârnită prin analogia cu boala lui Creutzfeldt-Jakob, o boală cerebrală rară care atinge persoanele vârstnice. Totuși, dacă există un agent infecțios răspunzător de boala lui Alzheimer, el ar avea nevoie de un anume context genetic, imunitar sau toxic pentru a se manifesta.

■ *Ipoteza imunologică* se bazează pe diminuarea globală a numărului de limfocite circulante și pe prezența crescută a autoanticorpilor. Totuși, aceste perturbări sunt frecvente cu înaintarea în vârstă în afara oricărei demențe.

■ *Ipoteza vasculară și metabolică* este sprijinită de o reducere a debitului sangvin cerebral, a oxigenării sângelui și de capacitatea sa de a capta glucoza. Totuși, aceste deficite pot fi consecințe și nu cauza deteriorării cerebrale.

■ *Ipoteza toxică* se bazează pe creșterea nivelurilor de aluminiu în creier. Dar concentrațiile de 5 ori mai mari întâlnite la cei dializați nu produc degenerescență nervoasă.

■ *Ipoteza radicalilor liberi* se sprijină pe faptul că îmbătrânirea este consecința, în parte, efectelor distructive ale acestora. Ea constituie actualmente obiectul a numeroase cercetări.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Începutul bolii este, în general, discret, marcat prin simptome banale. Expresia lor variază mult de la o persoană la alta. Importanța lor se agravează, în general, cu timpul.

■ *Tulburările de memorie* constituie primul simptom al bolii. Ele pot fi izolate și pot dura mai multe luni sau mai mulți ani. Bolnavul nu mai reușește să-și amintească numele unei persoane sau al unui loc deși îi sunt bine cunoscute. Se pot constata, de asemenea, tulburări de orientare în timp și în spațiu. Abia mai târziu tulburările de memorie afectează faptele vechi (incapacitatea bolnavului de a evoca faptele importante ale vieții sale), cunoștințele dobândite în anii de școală sau ai vieții profesionale și bagajul cultural.

■ *Tulburările de comportament* sunt, şi ele, relativ precoce dar pot să nu fie remarcate decât târziu. O indiferenţă, o reducere a activităţii sunt constatate adesea; ele reprezintă o reacţie a bolnavului la tulburările sale de memorie, dar atestă adesea şi un sindrom depresiv. Tulburări de caracter (iritabilitate, idei de persecuţie) pot, de asemenea, să apară.

■ *Tulburările de limbaj* (afazie) trec adesea neobservate la început: bolnavul îşi caută cuvintele, utilizează frecvent perifraze şi cuvintele valabile în orice împrejurare. Mai târziu, afazia este neîndoielnică: discursul este puţin informativ sau incoerent, apar inversiuni de silabe sau de cuvinte. Se instalează tulburări severe de înţelegere a limbajului.

■ *Tulburările de comportament motor* se manifestă printr-o dificultate de a efectua gesturi cu toate că ele sunt cotidiene (să se îmbrace, să ţină o furculiţă) atunci când nu este afectat de vreo paralizie.

■ *Tulburările de recunoastere a fetelor* nu mai permit pacientului să-i recunoască pe cei apropiaţi, chiar să se *recunoască pe sine într-o oglindă*.

Uneori, boala debuteaza printr-o stare confuzională spontană sau declanşată de luarea unor medicamente (anticolinergice în particular), o boală sau un şoc afectiv (dispariţia cuiva apropiat, schimbarea domiciliului etc.).

EVOLUŢIE. Evoluţia bolii lui Alzheimer este treptată. În faza cea mai avansată, bolnavul a pierdut orice autonomie şi trebuie să fie asistat în toate actele vieţii sale cotidiene ca mersul, scuiatul, mâncatul sau efectuarea toaletei. Adesea este inevitabilă o incontinenţă totală.

TRATAMENT. Actualmente nu există vreun tratament specific al bolii lui Alzheimer, dar pot fi avute în vedere întotdeauna îngrijiri paleative care să diminueze simptomele. Unele antidepresive pot fi prescrise pentru a ameliora dispoziţia bolnavului şi a diminua starea sa de anxietate, dar trebuie evitată mai ales utilizarea antidepresivelor triciclice din cauza proprietăţilor lor anticolinergice. De o manieră generală, trebuie să fie exclus orice medicament anticolinergic. De fapt, esenţa tratamentului se bazează prin luarea în responsabilitate a bolnavului de către cei apropiaţi într-o primă etapă, dacă este posibil, sau de către un ajutor la domiciliu. În toate cazurile, autonomia pacientului şi menţinerea lui la domiciliu trebuie să fie prelungite cât mai mult timp posibil. Spitalizarea trebuie avută în vedere doar în ultima fază a bolii. Numeroase studii se află în curs pentru a evalua eficacitatea diverselor terapeutice vizând, în particular, să remedieze, deşi doar superficial, carenţa în acetilcolină, între care tacrina (admisă recent în SUA şi în Franţa), care, în doze moderate, a permis, în unele cazuri, să se atenueze simptomele bolii.

AMALGAM DENTAR. Material utilizat pentru obturarea cavităţilor aflate pe premolari şi pe molarii cariaţi.

Adaptarea sa festă la pereţii dentari şi bunele sale proprietăţi mecanice îl fac cu totul indicat pentru restaurarea dinţilor posteriori, supuşi la presiuni mari. Apariţia amalgamelor cu mare conţinut de cupru a permis să se întârzie coroziunea materialului şi să se amelioreze comportarea sa în timp.

AMBLIOPIE. Pierdere parţială sau relativă a acuităţii vizuale (cea care permite formarea pe retină a unei imagini clare, desluşite, bine focalizate).

Se disting ambliopiile organice, urmare a unei leziuni a globului ocular (traumatism, intoxicaţie sau infecţie) sau a căilor optice cerebrale, şi ambliopiile funcţionale, consecinţă a unei dereglări a vederii binoculare, fără leziune organică. În folosirea obişnuită, termenul de ambliopie acoperă ambliopiile funcţionale.

DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT. Ambliopia funcţională poate fi reversibilă dacă este diagnosticată şi tratată înaintea vârstei de 6 sau 7 ani, înainte ca reflexul binocular (echilibrul vizual între cei doi ochi) să se fi stabilit. Depistările precoce permit detectarea ambliopiilor funcţionale încă din fragedă copilărie.

În afara tratamentului adecvat al unei cataracte sau al unui ptozis, tratamentul ambliopiei constă, într-o primă etapă, în corectarea ametropiilor existente, apoi în corectarea ochiului amblior. Tehnica cea mai utilizată constă în obturarea ochiului neatins timp de câteva ore pe zi cu scopul de a stimula acuitatea vizuală a ochiului ambliop. Această ocluzare trebuie totuşi supravegheată, deoarece, la rândul lui, ochiul normal poate deveni ambliop pe măsură ce acuitatea vizuală a celuilalt ochi se restabileşte. În caz de strabism, se practică adesea o intervenţie chirurgicală asupra muşchilor pentru a repune ochiul deviat pe axa bună.

AMBULATOR. Se spune despre un act chirurgical, despre un tratament etc., care permite mersul şi ansamblul activităţilor care sunt legate de acesta.

AMENOREE. Absenţă a fluxului menstrual.

Amenoreea primară înseamnă absenţa apariţiei fluxului menstrual la vârsta obişnuită a pubertăţii (în general, spre vârsta de 13 ani). Amenoreea secundară înseamnă dispariţia fluxului menstrual timp de cel puţin trei luni la o femeie care anterior a avut ciclu (a se face deosebirea de spaniomenoree, adică de raritatea şi spaţierea excesivă a menstruaţiilor).

Amenoreea primară. Foarte adesea este vorba de o simplă întârziere pubertară. Mai rar, cauzele pot să fie o malformaţie congenitală, o insuficienţă ovariană primitivă (sindromul lui Turner) sau o boală hipotalamohipofizară (adenom hipofizar). Diagnosticul ginecologic se bazează pe existenţa sau absenţa caracterelor sexuale secundare, examinarea organelor genitale şi măsurarea gonadotrofinelor hipofizare (FSH, LH).

Amenoreea secundară. În faţa unei amenoree secundare, se evocă mai întâi o sarcină (amenoree gravidică), dar şi absenţa ciclului după încetarea unei contraceptii

hormonale, care se poate prelungi câteva luni. Dacă nu e nevoie de mai mult, diagnosticul este orientat prin elemente clinice: variații ponderale, bufeuri de căldură, galactoree, semne de hiperandrogenie (pilozitate, acnee), cefalee, tulburări de vedere și alte semne evocând o boală endocrină. Un test cu progestative (hormoni care provoacă venirea ciclului după 10 zile de tratament) permite să se aprecieze secreția de estrogeni. Dozarea prolactinei servește la diagnosticarea cauzelor hiperprolactemiei. Când acest prim bilanț este negativ, măsurarea nivelului de gonadotrofine permite să se distingă două cauze: insuficiențele ovariene și disfuncțiile hipotalamohipofizare. În sfârșit, amenoreea este permanentă după menopauză sau după histerectomie.

TRATAMENTUL AMENOREEI. În majoritatea cazurilor de amenoree, descoperirea cauzelor permite instituirea unui tratament, de tip chirurgical sau hormonal. → ESTROGEN, GONADOTROFINĂ, TURNER (sindrom al lui).

AMETROPIE. Anomalie a refracției oculare perturbând claritatea imaginii de pe retină (miopatie, hipermetropie, astigmatism).

AMEȚEALĂ. Tulburare caracterizată printr-o alterare a simțurilor putând evolua spre o pierdere a stării de conștiență.

O amețeală este cel mai adesea benignă. Ea poate fi consecința unei hipotensiuni ortostatice (scădere momentană a presiunii arteriale atunci când se trece rapid din poziție culcată sau așezată la poziția în picioare), unei indispoziții vagale (încetinirea frecvenței cardiace și căderea presiunii arteriale), unei hipoglicemii (scăderea concentrației de zahăr în sânge), unui vertij paroxistic benign, făcând să fie căutată o origine otorinolaringologică, unei emoții puternice, unei insuficiențe vertebrobazilare (artroza coloanei vertebrale, antrenând o amețeală atunci când capul se apleacă pe spate, prin comprimarea unei artere, aceasta, la rândul ei, adesea fiind ateromatoasă).

Amețeala poate avea și alte cauze, mai rare dar mai serioase: o tulburare a ritmului sau a conducției cardiace; un accident ischemic trecător (obstrucția parțială sau intermitentă a circulației cerebrale); un hematom intracerebral, mai ales după un traumatism, sau o tumoră cerebrală.

Amețelile cele mai benigne dispar în stare de repaus. Persistența lor, evoluția tulburărilor spre vertije indică o agravare și constituie o invitație la un consult medical.

AMFETAMINIC. → ANOREXIGEN.

AMIANT. Mineral compus din silicat de calciu și silicat de magneziu.

Proprietățile izolante ale amiantului, termice și fonice, explică utilizarea sa frecventă în industrie. Inhalarea intensă și prelungită a pulberilor de amiant sau de asbest (numele dat fibrelor ușor colorate, verzui sau cenușii datorită prezenței impurităților, spre deosebire de termenul „amiant", care desemnează fibrele albe și strălucitoare) este răspunzătoare de asbestoză, una dintre cele mai importante boli profesionale pulmonare. Ea mai poate duce la apariția plăcilor de îngroșare a pleurei (membrana care căptușește toracele și învelește plămânii), la calcificări ale diafragmei, la efuziune pleurală, la un mezoepiteliom (tumoră a pleurei), chiar la un cancer bronșic.

AMIBIAZĂ. Boală parazitară cauzată de infestarea cu amiba *Entamoeba histolytica*.

Amibele sunt protozoare din clasa rizopode, constituite dintr-o singură celulă mobilă care se poate înconjura de un înveliș subțire și să formeze astfel o sferă de câțiva microni sau zeci de microni în diametru: chistul amibian.

Această boală privește mai ales regiunile tropicale cele mai sărace, lipsite de canalizare, de latrine, de apă potabilă, și unde folosirea dejecțiilor umane ca îngrășământ este o practică obișnuită. Ea survine mai ales la călători, în timpul șederii în / sau al întoarcerii din țările tropicale, care nu pot urmări regulile de igienă alimentară.

CONTAMINAREA. Boala se contractează prin ingestia de chisturi amibiene care contaminează apa, fructele sau legumele. Amiba atinge intestinul gros și se instalează aici (cel mai adesea în colon), mai întâi la suprafața mucoasei: „purtător sănătos", subiectul nu prezintă atunci nici un simptom; totuși, materiile lui fecale conțin chisturi infecțioase susceptibile să contamineze alte persoane. Într-o a doua etapă, amiba se implantează în grosimea peretelui intestinului gros: atunci se declară amibiaza propriu-zisă.

SIMPTOME ȘI EVOLUȚIE. Amibiaza se manifestă printr-o dizenterie (diaree dureroasă cu pierdere de sânge): se vorbește atunci de dizenteria amibiană. Complicațiile grave și destul de frecvente, amibiaza hepatică și abcesul amibian al ficatului se manifestă printr-o febră, o durere a ficatului (organ care adesea crește în volum) și o jenă respiratorie. Abcesul ficatului poate să se rupă sau să comprime vasele sangvine și canalul coledoc. Amibiaza poate, de asemenea, să genereze un abces amibian al plămânului: bolnavul suferă atunci de dureri în torace și de febră, tuse și respiră cu greu; în anumite cazuri, el expectorează un puroi maroniu, mai mult sau mai puțin sangvinolent. Amibiaza mai poate, deși mai rar, să antreneze formarea unui abces al creierului, al rinichiului sau al altor organe.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Parazitul este căutat în scaune prin examen microscopic, înlesnit în caz de dizenterie; amibiazele hepatice și pulmonare sunt diagnosticate prin cercetarea anticorpilor specifici în sânge. Abcesele sunt localizate prin ecografie sau scanografie, abcesul amibian al ficatului necesitând adesea o punție sub control ecografic.

Tratamentul amibiazei constă în administrarea de amibocide difuzibile (dehidroemetină, metronidazol etc.)

și de amibocide de contact (hidroxichinoleine) pentru purtătorii sănătoși. Acest tratament, deosebit de eficace, asigură vindecarea.

PREVENIRE. Constă în urmărirea regulilor de igienă alimentară: consumarea de apă minerală din butelii capsulate sau de apă potabilă, clătirea fructelor și legumelor cu apă fiartă sau clorată.

AMIGDALĂ. Ansamblu de formațiuni limfoide situate în perimetrul faringelui. SINONIM: *tonsila*.

Amigdalele prezintă o suprafață neregulată marcată de depresiuni profunde denumite cripte amigdaliene. Amigdalele cele mai importante și cele mai voluminoase sunt cele palatine, situate de o parte și de alta a omușorului. Alte amigdale au o funcție mai accesorie: amigdalele linguale, situate la baza limbii, amigdalele faringiene (vegetațiile adenoide), în profunzimea foselor nazale; amigdalele velopalatine, pe fața posterioară a vălului palatin; amigdalele tubare, în jurul orificiilor trompei lui Eustachio.

Amigdalele contribuie la apărarea organismului față de microbi formând globule albe, producând anticorpi și jucând rol de barieră la intrarea căilor respiratorii superioare.

PATOLOGIE. Infecțiile acute repetate (angine sau amigdalite, otite) duc la slăbirea amigdalelor, care devin ele însile un focar de infecție. O ablație chirurgicală, amigdalectomia pentru amigdalele palatine sau adenoidectomia pentru vegetațiile adenoide, este avută atunci în vedere.

AMIGDALECTOMIE. Ablație chirurgicală a amigdalelor.

INDICAȚII. Amigdalectomia este indicată în caz de infecție amigdaliană cronică sau repetată, sau când amigdalele hipertrofice împiedică respirația.

DESFĂȘURARE ȘI CONVALESCENȚĂ. Operația se practică sub anestezie generală de scurtă durată. Uneori, la 24 ore după intervenție, survin sângerări ale gâtlejului, pacientul trebuie să rămână atunci în poziție întinsă, culcat pe o parte, pentru a putea înghiți mai ușor. Durerile din gâtlej și din urechi, obișnuite, necesită adesea administrarea unui analgezic. O alimentație lichidă și dulce (înghețată, de exemplu) este dată pacientului. Durerile de deglutiție din timpul meselor pot persista pe durata a 2–3 săptămâni aproximativ. Vindecarea completă este realizată în mod normal în două săptămâni. Dacă mai târziu se produce o sângerare, este necesar să fie consultat fără întârziere un medic.

AMIGDALITĂ. Inflamație acută sau cronică, de origine infecțioasă, a amigdalelor palatine sau linguale.

Amigdalitele sunt frecvente la copilul sub 9 ani, mai rare la adolescent sau la adult. O amigdalită provoacă dureri ale faringelui și dificultăți la deglutiție. Alte semne sunt o febră, ganglioni palpabili la nivelul gâtului și o respirație rău mirositoare. La examenul clinic, gâtlejul este roșu. La adult, infecția se poate complica cu un flegmon periamigdalian (abces între peretele faringelui și amigdală). Dacă simptomele persistă mai mult de 24 ore sau dacă pe amigdale apare un depozit alburiu, trebuie consultat fără întârziere un medic. Orice băutură și mâncare de la gheață aduc o ușurare. Alimentația va fi bogată în lichide. O amigdalită acută reclamă un tratament cu antibiotice. Dacă este necesar, se recurge la amigdalectomie.

AMILAZĂ. Enzimă de origine salivară sau pancreatică intervenind în degradarea amidonului în maltoză. SINONIM: *alfaamilază*.

Creșterea nivelului de amilază în sânge poate fi dovada unei pancreatite acute și se întâlnește, de asemenea, în unele cancere digestive și în oreion.

AMILOZĂ. Afecțiune caracterizată prin infiltrarea în țesuturi a unei substanțe numită amiloid. SINONIME: *amiloidoză, boală amiloidă*.

O amiloză poate surveni fără motiv cunoscut (amiloză primitivă) sau poate fi complicația unei alte boli cronice (amiloză secundară): tuberculoză, dilatarea bronhiilor, osteomielită, lepră, poliartrită reumatoidă, cancer etc. Cauza producerii substanței amiloide și a depunerii sale în țesuturi nu este cunoscută.

AMIOTROFIE. Diminuare în volum a unui mușchi striat prin reducerea numărului de fibre contractile care îl constituie.

O amiotrofie este consecința, în general, a unei lezări a fibrelor musculare (amiotrofie miogenă), a unei lezări a sistemului nervos (amiotrofie neurogenă) sau a unei imobilizări prelungite.

AMNEZIE. Pierdere totală sau parțială a capacității de memorizare a informației și/sau de reamintire a informației înmagazinate.

CAUZE. O amnezie poate fi cauzată de o leziune a ariilor cerebrale legate de funcțiile memoriei, de origine vasculară, tumorală, traumatică (comoție cerebrală), infecțioasă (encefalită), degenerativă (boala lui Alzheimer), hemoragică (hemoragie subarahnoidiană) sau consecința lipsei de vitamină B1, observată mai ales la alcoolici (sindromul lui Korsakov).

Ea mai poate surveni și în cursul bolilor psihiatrice, ca urmare a unei crize de epilepsie sau a unui șoc. În sfârșit, numărul tulburărilor de memorie este legat de consumul de medicamente, în particular de tranchilizante (benzodiazepine). Utilizate pe lungă durată, ele induc adesea o amnezie anterogradă, care se manifestă prin imposibilitatea de a fixa amintirile noi, sau prin tulburări acute de memorie apropiate de ictusul amnezic.

TRATAMENT. Natura sa depinde de cauza subiacentă pierderii memoriei. Tratamentul amneziilor de origine

emoțională (psihoze, stări nevropatice etc.) este, în principal, psihologic. El vizează îndepărtarea inhibițiilor și readucerea în conștiința subiectului a amintirilor uitate, prin jocul liberei asocieri a ideilor. Unele medicamente pot stimula memoria în caz de dismnezie (tulburare de memorie fără o amnezie importantă), de surmenaj școlar sau profesional.

AMNIOCENTEZĂ. Prelevare de lichid amniotic din abdomenul mamei în scopul analizării lui.

INDICAȚII. Amniocenteza este practicată cel mai des între a șaisprezecea și a optsprezecea săptămână de amenoree (oprirea ciclului), dar ea este făcută și mai târziu pentru a evalua gravitatea unei incompatibilități sangvine feto-materne. Amniocenteza poate, de altfel, să aibă loc în orice moment al sarcinii, mai ales în caz de anomalie decelată la ecografie.

Amniocenteza permite analizarea celulelor fetale descuamate în lichidul amniotic și însuși acest lichid, ceea ce poate pune în evidență eventuale anomalii fetale.

■ *Studiul celulelor fetale* permite, pe de o parte, cercetarea anomaliilor cromozomiale (sindromul Turner, trisomia 21) prin stabilirea hărții cromozomiale a fătului (cariotip) și, pe de altă parte, cercetarea unor afecțiuni ereditare prin studiul A.D.N.-ului. Amniocenteza este indicată femeilor peste 38 ani pentru depistarea unei trisomii 21, în măsura în care riscul pentru nou-născut crește odată cu vârsta mamei.

■ *Studiul lichidului amniotic* permite dozarea mai multor elemente a căror existență în cantitate anormală poate traduce unele patologii fetale (spina-bifida [malformație care lasă deschis tubul neural], mucoviscidoză etc.). Studiul acestuia permite, de asemenea, să se pună diagnosticul unor boli infecțioase transmisibile de la mamă la făt. Se pot, în sfârșit, prevedea riscurile bolii membranelor hialine (sindrom de deficiență respiratorie observat la copiii deosebit de prematuri), studiind unele din componentele acestui lichid.

TEHNICĂ ȘI DESFĂȘURARE. Prelevarea este efectuată, sub anestezie locală și sub control ecografic, cu ajutorul unui ac introdus prin peretele abdominal până în uter. Cantitatea de lichid prelevată variază între 10 și 40 mililitri. Această operație permite, de asemenea, injectarea de medicamente în cavitatea amniotică, astfel fiind posibil tratamentul precoce al copilului *in utero*. Amniocenteza se practică în mediu spitalicesc sau la ginecolog; ea nu durează decât câteva minute. După prelevare este indicată puțină odihnă, precum și absența unei activități fizice intense timp de 1-2 zile.

EFECTE SECUNDARE. Amniocenteza nu prezintă nici un pericol pentru mamă; foarte rar, ea provoacă (în mai puțin de 0,5% din cazuri) o naștere falsă datorată unei fisurări a membranelor sau unei infecții determinate de prelevarea lichidului. Cele mai neînsemnate simptome de febră, de sângerare, de pierderi vaginale sau de dureri în cursul zilelor care urmează examenului necesită o consultare medicală. Riscul traumatic fetal este nul; mai mult, nu există risc infecțios dacă sunt respectate precauțiile de asepsie.

AMNIOS. Membrană fină care căptușește interiorul cavității în care se găsește fătul.

Amniosul, care acoperă, de asemenea, cordonul ombilical și placenta, este dublat de o altă membrană, corionul, lipit de mucoasa uterină. Amniosul se umple în cursul sarcinii cu lichid amniotic. Amniosul și corionul, care protejează fătul, sunt evacuate cu placenta după naștere.

AMNIOSCOPIE. Examen direct al lichidului amniotic și al membranelor realizat la sfârșitul sarcinii.

INDICAȚII. Amnioscopia este practicată după 36 săptămâni de amenoree (încetarea fluxului menstrual) la o femeie care prezintă contracții uterine și la care nașterea pare să se declanșeze. Amnioscopia permite examinarea clarității și culorii lichidului amniotic și, în particular, căutarea prezenței meconiului (primul scaun verzui al fătului), dovadă a unei suferințe fetale. Acest examen poate servi la verificarea existenței unei fisurări a pungii apelor și permite declanșarea prematură a nașterii dacă aceasta este necesar.

TEHNICĂ ȘI DESFĂȘURARE. Medicul introduce amnioscopul, tubul înzestrat cu un sistem optic, în vagin, apoi îl face să înainteze de la col spre uter pentru a atinge membranele cavității amniotice.

Examenul se practică la spital și durează câteva minute. El aduce informații utile înainte de a începe nașterea.

EFECTE SECUNDARE. Amnioscopia, nedureroasă, declanșează câteodată contracții uterine, normale în acest stadiu al sarcinii. Ea nu poate da ocazia decât la ceva pierderi de sânge, care nu prezintă vreo gravitate.

AMNIOTIC, -Ă. Referitor la amnios.

Lichid amniotic. Lichidul amniotic este un lichid limpede în care se scaldă fătul în interiorul uterului matern. El protejează copilul față de șocurile exterioare și îi permite să fie menținut la o temperatură stabilă într-un mediu aseptic. Volumul de lichid crește în decursul sarcinii. Transparent, el este constituit din apă în care se găsesc celule fetale (amniocite). El provine, în principal, din secrețiile membranelor care înconjoară fătul, din urina fetală și din lichidul de origine pulmonară. Lichidul amniotic se reînnoiește în permanență: el este înghițit de către făt și apoi eliminat în cursul micțiunii. În sfârșit, în timpul nașterii, el se scurge după ruperea (spontană sau provocată) a membranelor și realizează o lubrifiere a căilor genitale ale mamei cu scopul de a ușura trecerea copilului.

Există două examene care permit studierea lichidului amniotic: amnioceneteza și amnioscopia.

La sfârșitul sarcinii, volumul lichidului atinge 1,5 litri, cu aproximație. Insuficiența sa (oligoamnios) sau excesul său (hidramnios) sunt patologice, rezultând din malformații fetale sau provocând unele dintre ele. Examenul clinic, care

permite decelarea unui exces sau a unei insuficiențe de lichid, trebuie să fie completat printr-o ecografie, pentru căutarea eventualelor malformații. În caz de suferință fetală, lichidul amniotic se înverzește, datorită emisiei premature de meconiu (primul scaun verzui) de către făt. Atunci este necesar adesea să fie provocată nașterea.

AMORTIRE. Greutate, insensibilitate, furnicătură, neputință afectând cel mai adesea un membru.

O amorțire poate fi cauzată de o circulație insuficientă sau printr-o lezare a sistemului nervos, ca în scleroza în plăci. În caz de atingere nervoasă, întinderea zonei afectate *dă informații asupra locului și mecanismului de lezare.*

AMPRENTĂ GENETICĂ. Configurație particulară a secvențelor de A.D.N. al unui individ dat, care îi este specifică. SINONIM: *carte de identitate genetică.*

Ca și imaginea amprentelor digitale, amprenta genetică este specifică fiecărui individ: cu excepția gemenilor adevărați (homozigoți), probabilitatea ca amprentele genetice a doi indivizi să fie identice este mai mică de 1 la 10 miliarde. Necesitând foarte puțin material biologic (sânge, spermă, fragmente de piele, păr etc.), studiul amprentei genetice este folosit îndeosebi în cercetarea paternității sau, în criminalistică pentru a disculpa sau ca probă hotărâtoare în acuzarea unui suspect.

AMPUTAȚIE. Ablație a unui membru sau unui segment de membru.

INDICAȚII. Amputația chirurgicală se practică cel mai adesea în cazul membrelor inferioare. Totuși, astăzi ea se practică rar pentru completarea unei amputații accidentale, în general fiind încercată reimplantarea membrului. Amputația chirurgicală este cel mai adesea indicată pentru tratarea tumorilor maligne ale oaselor sau părților moi ale membrelor, sau, la subiecții în vârstă, pentru a preveni cangrena unui membru total lipsit de circulație sangvină (arteriopatie, tromboză), atunci când o operație de revascularizare este imposibilă sau a eșuat. În sfârșit, se poate recurge la amputarea unor membre care și-au pierdut motricitatea și adesea orice sensibilitate, atunci când prezența lor deranjează sau împiedică punerea unei proteze.

REEDUCARE ȘI APARATURĂ. După o amputație, subiectul poate simți senzații anormale care iau uneori forma de dureri intense: aceasta este algohalucinoza, sau durerea membrului fantomă, care corespunde unei interpretări eronate de către creier a senzațiilor nervoase ale ciotului ca și cum ar proveni de la membrul, de fapt, amputat. Amputațiile care păstrează călcâiul, genunchiul sunt mai bine tolerate decât amputațiile de coapsă. Amputația membrelor inferioare la un subiect în vârstă poate să-l condamne la a zace în pat; în alte cazuri, și în funcție de starea generală a amputatului, o proteză bine adaptată îi va permite să regăsească o viață socială normală. De asemenea, reeducarea ciotului este întreprinsă imediat după amputare cu scopul de a obține o cicatrizare satisfăcătoare a țesuturilor și de a pregăti membrul pentru aparatură.

ANABOLIZANT. Medicament care favorizează anabolismul (formarea țesuturilor pornind de la substanțe nutritive).

Anabolizantele steroidiene sau androgenii anabolizanti sunt substanțele cele mai prescrise. Ele favorizează sinteza proteinelor, mai ales în mușchi și în oase. Sunt indicate în lupta împotriva carențelor în proteine, în osteoporoze (boli care fragilizează oasele). Sportivii care utilizează aceste substanțe în mod ilegal, ca dopante, nu cunosc bine toxicitatea lor. *Anabolizantele sunt administrate, în general, prin injecții intramusculare,* distanțate una de alta la mai multe săptămâni. Ele sunt contraindicate în cursul bolilor de prostată și de ficat. Efectele lor cele mai cunoscute sunt cele virilizante la femei (creșterea pilozității, asprirea vocii, dereglări ale ciclului) și la copil (acnee, seboree).

ANAFILAXIE. Stare a unei ființe vii care, sensibilizată fiind prin introducerea unui alergen în organism, este susceptibilă să reacționeze violent la introducerea ulterioară a unei noi doze, chiar minime, din acest alergen.

Toate simptomele alergiei pot fi observate în timpul reacției anafilactice (eczemă, astm, edem Quincke); șocul anafilactic, reacția alergică acută și adesea mortală constituie manifestarea cea mai gravă.

Subiectul care manifestă o asemenea sensibilitate la un alergen trebuie să evite orice contact cu alergenul în cauză sau să aibă în vedere un tratament de desensibilizare, în cursul căruia va fi obișnuit în mod treptat să suporte contactul cu alergenul.

ANALGEZIC. Medicament destinat suprimării sau atenuării durerii. SINONIM: *antalgic.*

Analgezicele sunt fie periferice, acționând la locul durerii, fie centrale, acționând asupra sistemului nervos central (măduva spinării, creier). Analgezicele periferice, între care unele sunt eficace și împotriva febrei, sunt reprezentate, în principal, de paracetamol și de aspirină. Analgezicele centrale sunt, în general, derivați de morfină.

Analgezicele sunt prescrise adesea în completarea tratamentului privind cauza durerii. Ele sunt asociate uneori unor medicamente mai specifice simptomelor (antispastice, antiinflamatoare, antimigrenoase etc.), care pot chiar să le înlocuiască în mod avantajos. În caz de durere intensă și rebelă, prescripțiile se fac în ordinea crescândă a toxicității: paracetamol, apoi alte analgezice periferice, apoi morfinice minore și la sfârșit morfinicele majore.

Administrarea poate fi orală, rectală, intramusculară, intravenoasă sau locală (prin cateter).

EFECTE NEDORITE. Foarte numeroase și uneori grave, ele sunt specifice fiecărui tip de produs și sunt favorizate de automedicație. Analgezicele centrale trebuie să constituie obiectul unei prescripții medicale.

ANALGEZIE. Abolire a sensibilității la durere, spontană sau terapeutică.

■ *Analgezia spontana* poate surveni ca urmare a unei lezări a sistemului nervos periferic (ansamblul de nervi care leagă sistemul nervos central de restul corpului).

■ *Analgezia terapeutică* constă în suprimarea sensibilității la durerea acută, fie că durerea este tranzitorie (ca urmare a unui act chirurgical, de exemplu), fie cronică (de origine canceroasă, de exemplu). După tipul de durere și după intensitatea sa, analgezicele folosite sunt periferice (aspirina și paracetamolul, în principal) sau centrale (morfina).

Administrarea analgezicelor periferice ca derivații de paracetamol este modalitatea de analgezie cea mai obișnuită. Analgezia se face mai întâi pe cale intravenoasă cu scopul de a obține un efect imediat. Ea este apoi înlocuită cu cea pe cale orală pe o durată de 24 până la 48 ore.

Recurgerea la morfină sau la alte produse morfinomimetice (produse de sinteză reproducând acțiunea analgezică a morfinei) este necesară în caz de durere intensă. Morfina este prescrisă, în general, pe cale subcutanată, intramusculară sau intravenoasă. Ea mai poate fi administrată pe cale rahidiană sau peridurală cu scopul de a acționa direct asupra receptorilor cornului posterior al măduvei spinării. Metoda numită a „analgeziei autocontrolate", care constă în acordarea posibilității ca pacientul să-și administreze el însuși morfina, mulțumită unui cateter intravenos fixat definitiv, este din ce în ce mai mult utilizată. Medicul determină doza și intervalul de timp minim între două administrări. Toate metodele care utilizează morfina sau produsele morfinomimetice necesită o supraveghere îndeaproape a pacientului, deoarece ele expun la complicații ca o depresie respiratorie (inhibiție de origine centrală a comenzii de respirație), o retenție acută de urină, un prurit, vomă.

Alături de aceste mijloace farmacologice clasice există alte metode de analgezie: crioterapia (tratamentul prin frig), termoterapia (tratamentul prin căldură), electroterapia și acupunctura.

ANARTRIE. Incapacitate sau dificultate de a articula sunete, independentă de vreo leziune a organelor de fonație și atunci când înțelegerea limbajului oral și scris este normală.

ANASARCĂ. Edem generalizat al țesutului celular subcutan cu efuziune în cavitățile seroase (pleură, pericard, peritoneu).

ANASTOMOZĂ. Îmbinarea cap la cap, chirurgicală sau spontană, a două vase sangvine, a două viscere cavitare sau a două filete nervoase.

ANATOMIE. Știință care are ca obiect studiul formei, structurii, raporturilor și funcției diferitelor elemente constitutive ale corpului uman.

ANATOMOPATOLOGIE. Studiu al modificărilor organice ale țesuturilor și celulelor provocate de boală. SINONIM: *anatomie patologica*.

ANATOXINĂ. Substanță de origine microbiană utilizată ca vaccin.

ANCHILOSTOMIAZĂ sau **ANCHILOSTOMOZĂ.** Boală parazitară cauzată de infestarea cu anchilostomi.

Anchilostomul (*Ancylostoma duodenale* și *Necator americanus*) este un vierme parazit din clasa nematodelor, de câțiva milimetri lungime. El pătrunde în intestinul subțire și se hrănește cu sângele pe care îl obține mușcând mucoasa intestinală.

CONTAMINARE ȘI SIMPTOME. Larvele eclozează pe sol, plecând de la ouăle care se găsesc în materiile fecale umane. Când se merge cu picioarele goale pe solul contaminat, larvele pătrund în organism prin piele, provocând o mâncărime deosebită numită anemia de tunel sau bubele dulci ale minerilor (de fapt, anchilostomul face ravagii în mine și tunele). Ca urmare, larvele lor migrează în plămân pe cale sangvină și limfatică: prezența lor se manifestă prin tuse, o jenă la deglutiție și la vorbit. Larvele ajung în cele din urmă în intestin. Infecția se traduce atunci prin dureri și arsuri epigastrice, printr-o diaree, grețuri și slăbire. Când viermii sunt foarte numeroși, ei provoacă o anemie, caracterizată prin paloarea bolnavului, gâfâiala, tumefierea feței și membrelor.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul se bazează pe administrarea medicamentelor antihelmintice ca pyrantelul, flubendazolul sau albendazolul. În zona tropicală, se previne infestarea evitând așezarea direct pe sol și mersul cu picioarele goale, ca și interzicerea utilizării dejecțiilor umane ca îngrășământ.

ANCHILOZĂ. Limitarea parțială sau totală a mobilității unei articulații.

Consecință a leziunilor articulației, anchiloza este aproape întotdeauna ireversibilă și nu trebuie deci să fie confundată cu redoarea (rigiditatea) articulară, care este tranzitorie. Anchiloza poate fi consecința unui traumatism (fractură articulară), unei inflamații (artrită acută sau cronică, reumatism poliarticular) sau unei artrodeze (fuzionarea chirurgicală a oaselor unei articulații). O anchiloză parțială poate să fie ameliorată printr-o kineziterapie, eficace dacă ea este întreprinsă devreme. Pentru anchilozele complete, singurul tratament este cel chirurgical.

ANDROGEN. Fiecare dintre hormonii steroizi masculini secretați de testicule, ovare și glandele suprarenale.

Testosteronul este androgenul cel mai activ, prezent la un nivel de 20 de ori mai mare la bărbat decât la femeie. Secreția lui în exces de către glandele suprarenale sau de către ovare conduce la femeie la un hirsutism (dezvoltarea excesivă a sistemului pilos) sau la alte manifestări de

virilism. La băieți, producerea excesivă a acestor hormoni poate antrena o pubertate precoce.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Androgenii de sinteză sunt utilizați în tratamentul insuficiențelor funcției testiculare, a stărilor severe de denutriție, a aplaziilor medulare (dispariția celulelor formatoare ale sângelui în măduva spinării), a unor cancere neoperabile de sân etc. Se pot deosebi androgenii de sinteză virilizanți de cei nevirilizanți. Primii sunt contraindicați la bărbații atinși de un cancer al prostatei și la femei aflate la vârsta fertilă. În fapt, ei pot antrena efecte indezirabile ca virilismul și dereglările de ciclu la femei, pubertatea precoce la copii, edem, acnee la făt, masculinizarea unui făt de sex feminin.

Androgenii de sinteză pot fi administrați pe cale orală, percutană sau parenterală.

ANDROLOGIE. Studiu al elementelor anatomice, biologice și psihice care concură la buna funcționare a aparatului urogenital masculin.

ANDROPAUZĂ. Diminuare a activității genitale la bărbat.

Termenul, creat prin analogie cu cel de menopauză, este criticabil, deoarece el nu corespunde unei realități clinice și hormonale echivalente.

ANEMIE. Diminuare a nivelului de hemoglobină (pigmentul globulelor roșii care asigură transportul oxigenului de la plămâni la țesuturi) din sânge.

Valorile normale ale nivelului de hemoglobină variază cu vârsta și cu sexul (se vorbește de anemie dacă nivelul este mai mic de 13 grame/decilitru la bărbați și 12 grame/decilitru la femei). Anemia este cauza cea mai frecventă de consult în hematologie.

Anemia este un simptom care poate fi explicat prin mai mult de 200 de cauze diferite. Totuși, anemiile pot fi clasificate în două mari tipuri, după mecanismul fiziologic în cauză: excesul de pierderi de sânge sau defectul producerii de sânge.

SIMPTOMELE ȘI SEMNELE ANEMIEI. Simptomul cel mai vizibil al anemiei este paloarea pielii (palmele) și a mucoaselor (mucoasa bucală). Alt simptom major este oboseala, care survine la efort atunci când anemia este moderată, dar și în repaus atunci când este mai severă. La subiecții în vârstă pot apărea semnele unei insuficiențe cardiace, însoțite de edeme ale gleznelor și ale feței.

Acestor semne nespecifice, comune diferitelor anemii, li se pot asocia simptome proprii anumitor anemii. Anemiile hemoragice se manifestă printr-o emisie de sânge roșu (negru atunci când este digerat) și printr-o mare sete. Când anemia este foarte severă, se asociază semnele șocului (căderea tensiunii arteriale). Anemiile hemolitice sunt însoțite adesea de o creștere în volum a splinei (din cauza distrugerii importante de globule roșii în acest organ) și de un icter (din cauza creșterii nivelului de bilirubină, pigmentul bilei). Anemia feriprivă, prin carență în vitamina B12 și în acid folic, se caracterizează printr-o atrofie a mucoasei linguale.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT AL ANEMIEI. Este un lucru frecvent ca o anemie să fie diagnosticată pe baza unei simple analize, cea a numărării formulei sangvine, în absența oricărui semn clinic evident. Totuși, diagnosticul se bazează pe hemogramă (examenul citologic al sângelui). El este orientat prin două valori: volumul globular mediu și nivelul reticulocitelor (globulele roșii la începutul formării lor), ceea ce permite să se facă distincția între defectele de producție medulară și excesul de pierderi.

Tratamentul anemiei depinde de cauza sa. Astfel, anemia prin carență în acid folic se tratează prin aport al acestei vitamine pe cale orală; anemia prin carență în vitamina B12 se tratează prin injectarea intramusculară de vitamină B12, iar anemia feriprivă este tratată printr-un aport de fier. Transfuziile sunt rezervate anemiilor a căror cauză nu are tratament.

ANEMIE FERIPRIVĂ. Diminuare a nivelului de hemoglobină în sânge consecutivă lipsei de fier din organism. SINONIME: *anemie prin carență martială, anemie sideropenică.*

Anemia feriprivă este cea mai frecventă dintre anemii. Lipsa de fier are răsunet mai ales asupra sintezei globulelor roșii.

CAUZE. Ele sunt foarte numeroase și variază cu vârsta și cu sexul. La sugar, cauza cea mai frecventă este insuficiența aportului alimentar bogat în fier. La femeia însărcinată, carența de fier este frecventă, mai ales când sarcinile sunt apropiate una de alta, deoarece fătul utilizează fierul mamei sale pentru a-și fabrica propriile globule roșii. Totuși, cea mai frecventă carență în fier se găsește la femeile care au ciclu menstrual. De fapt, necesitățile în fier ale femeilor (de 2 până la 3 miligrame pe zi) sunt perfect acoperite printr-o alimentație normală; orice creștere a pierderilor, oricât de mică ar fi, duce la o insuficiență a fierului. Abundența fluxului menstrual (cu sau fără cauză organică) poate fi deci răspunzătoare de o carență în fier. În toate celelalte împrejurări, cauza cea mai frecventă este o sângerare digestivă, foarte adesea latentă, care justifică explorarea completă a tubului digestiv. Malabsorbția fierului, foarte rară, intră în general în cadrul unei malabsorbții generale (boală celiacă).

ANESTEZIC. Medicament care antrenează diminuarea sau chiar suprimarea sensibilității generale sau locale, întrerupând conducția nervoasă.

Anestezice generale. Cu acțiune rapidă, ele provoacă o narcoză (somn profund). Sunt utilizate în anesteziile generale în cursul intervențiilor chirurgicale. Ele se administrează fie pe cale intravenoasă, fie pe cale respiratorie.

Anestezice pe cale intravenoasă. Cele mai întrebuințate sunt barbituricele. Administrarea lor este indicată în timpul inducției (începutul anesteziei), apoi repetată din 30 în 30 de minute. Dar aceste anestezice pot antrena tulburări respiratorii (oprirea respirației, spasmul bronhiilor sau al laringelui) sau cardiace.

Anestezice pe cale respiratorie. Produsele volatile anestezice sunt amestecate cu aer sau cu oxigen. Ele sunt administrate cu ajutorul unei măști sau prin intubare. Principalele riscuri sunt o hipoxie (insuficiența oxigenului în organism) în cazul protoxidului de azot și o hepatită în cazul altor produse.

Anestezicele locale. Se disting anestezice de suprafață și anestezice injectabile.

Anestezice de suprafață. Lidocaina se aplică local (sub formă de gel, prin pulverizare etc.) pe piele și pe mucoase, atunci când sunt necesare examene sau îngrijiri dureroase, ca cele dentare, de exemplu.

Anestezice injectabile. Lidocaina, de asemenea, procaina și bupivacaina sunt injectate local, adesea pe cale subcutană. Aceste medicamente servesc la efectuarea anesteziilor regionale (de exemplu pentru insensibilizarea membrelor inferioare). Infiltrația produsului se poate face în jurul unui trunchi nervos sau a unui plex (filete nervoase); cu ocazia unei peridurale, infiltrația se face în jurul meningelor măduvei spinării, iar în cazul unei rahianestezii, în interiorul acestor meninge.

ANESTEZIE. Suspendare mai mult sau mai puțin completă a sensibilității generale, ori a sensibilității unui organ sau a unei părți a corpului.

Anestezia poate fi spontană, survenind în cursul unei boli (în special în timpul afecțiunilor neurologice), sau provocată de un agent anestezic.

ANESTEZIE GENERALĂ. Suspendare a ansamblului de sensibilități ale organismului.

Anestezia generală este utilizată pe scară largă în timpul intervențiilor chirurgicale. Se mai recurge la ea în vederea anumitor examene de durată sau dureroase, cu scopul de a îmbunătăți confortul pacientului și a asigura o calitate tehnică suficientă. Ea se obține mulțumită utilizării diferitelor anestezice administrate pe cale respiratorie, digestivă sau parenterală (venoasă) care antrenează o pierdere completă a stării de conștiență.

PRINCIPIU. Anestezia generală asociază trei tipuri de acțiune: narcoza (sau pierderea conștienței, ori somn profund), care este datorată administrării unui agent anestezic, fie prin inhalare (cândva de eter, azi de protoxid de azot sau de agenți halogenați), fie pe cale intravenoasă (barbiturice, ketamină, etomidat și, mai recent, diprivan); analgezia (dispariția durerii) care este obținută mulțumită substanțelor morfinomimetice ca fenoperidina sau fentanilul; curarizarea (folosirea unei substanțe paralizante), care permite relaxarea musculară necesară unei bune desfășurări a intervenției.

DESFĂȘURARE

■ *Înaintea operației*, este esențială o consultare a medicului anestezist cu pacientul. Ea dă posibilitatea medicului să stabilească un contact psihologic cu pacientul (să înlăture eventual temerile acestuia, explicându-i desfășurarea intervenției), să cunoască antecedentele sale medico-chirurgicale și familiale (reacții la anesteziile suferite anterior de către pacient sau de membrii familiei sale, tratamente în curs, alergii, intoxicație alcoolică etc.), precum și să efectueze un examen clinic complet. Acestei consultări i se adaugă uneori examene complementare ca măsurarea ureei și glicemiei în sângele recoltat de la pacient, căutarea zahărului și albuminei în urină, electrocardiograma și radiografia pulmonară. Cu o seară înainte, pacientul este lăsat pe nemâncate pentru a evita vomatul în timpul intervenției. Cu o oră sau două înaintea anesteziei, pacientului i se administrează adesea un sedativ și un derivat de beladonă care dă posibilitatea să se evite reacțiile stânjenitoare (hipersalivație, încetinire cardiacă sau vomă).

■ *În timpul operației*, adormirea (sau inducția anestezică) este realizată prin administrarea unui agent anestezic, cel mai des în prezent prin injectare intravenoasă decât prin inhalarea unui anestezic gazos. Anestezia prin inhalare constă în aplicarea pe fața pacientului a unei măști legate la un balon ce conține un amestec gazos de oxigen (30% minimum) și protoxid de azot (70% maximum) asociate cu un anestezic volatil (halotan). Anestezia prin injecție intravenoasă constă în introducerea în circulația sangvină a unui agent hipnotic anestezic căruia i se adaugă, în principal, un preparat curarizant (care suprimă acțiunea nervilor motori asupra mușchilor) și un preparat analgezic de tip morfinic atunci când este necesar să fie diminuată durerea. Menținerea anesteziei intravenoase se efectuează fie prin reinjectarea periodică a agenților anestezici intravenoși, fie prin inhalarea unui anestezic volatil. Anestezia generală necesită o supraveghere permanentă a funcțiilor vitale, respiratorii și circulatorii ale pacientului pe toată durata intervenției. Anestezistul controlează presiunea arterială și întreprinde, dacă este necesar, o perfuzie adaptată. El supraveghează profunzimea somnului, care trebuie să rămână la stadiul chirurgical, adică cu respirație regulată și cu relaxare musculară.

■ *După operație*, pacientul este condus într-o sală specializată numită „sală de trezire". Supravegherea trezirii este foarte importantă deoarece se întâmplă adesea ca în acest moment să se producă accidente anestezice (înghițirea limbii) sau legate de actul operator. Bolnavul nu este readus în camera sa decât atunci când și-a regăsit o stare normală a conștienței și reflexe suficiente. Totuși, utilizarea anumitor calmante ca benzodiazepinele provoacă adesea o amnezie postoperatorie, iar pacientul, nereamintindu-și de această primă trezire, are impresia că nu s-a trezit decât în camera

sa. Este necesar un răgaz de câteva ore înainte ca pacientul să poată începe să bea, apoi să mănânce.

ANESTEZIE LOCOREGIONALĂ. Abolirea tranzitorie a sensibilității unei părți a corpului pentru o intervenție chirurgicală, un examen sau un tratament.

Anestezia locoregională constă în injectarea de anestezice locale în vecinătatea unui nerv sau a măduvei spinării, cu scopul de a insensibiliza o regiune dată a organismului. Starea de conștiență a pacientului nu este afectată.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE

■ *Înaintea intervenției*, medicul anestezist evaluează starea cardiacă, vasculară și respiratorie a pacientului, îl interoghează cu privire la eventualele alergii și la tratamentele pe care le urmează și se informează în ce privește posibilitatea de a corecta o anestezie locoregională insuficientă trecând-o într-o anestezie generală ușoară. La pacienții mai anxioși, anestezia locoregională trebuie să fie precedată de administrarea unui tranchilizant pe cale orală sau prin injectare.

■ *În timpul intervenției*, este întreprinsă o perfuzie intravenoasă pentru administrarea medicamentelor anxiolitice sau destinate să prevină sau să trateze eventualele efecte secundare. Supravegherea tensiunii arteriale și a ritmului cardiac este indispensabilă.

INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII. Anestezia locoregională permite practicarea intervențiilor chirurgicale urgente asupra bolnavilor a căror stare cardiacă sau respiratorie contraindică anestezia generală, sau asupra accidentaților care nu se află „pe nemâncate", deci nu sunt operabili sub anestezie generală (risc de inhalare bronșică a conținutului gastric). Ea permite și evitarea la subiecții în vârstă a inconvenientelor anesteziei generale: somnolență, grețuri și vomă, complicații cardiace și respiratorii. Contraindicațiile sunt, în principal, tulburările de coagulare, urmarea de tratamente anticoagulante, alergiile la produsele anestezice locale și o infecție la punctul de puncționare sau când accesul la acest punct este imposibil: prezența unei plăci metalice pe coloana lombară poate, de asemenea, să împiedice realizarea unei anestezii peridurale.

EFECTE SECUNDARE. Un anestezic administrat în doză prea mare sau absorbit prea rapid poate provoca reacții mai mult sau mai puțin grave, ca: vertije, pierderea conștienței, convulsii, chiar oprire cardiacă tranzitorie. Reacțiile alergice la produsul în sine sunt rare. În cazul anesteziei peridurale și al rahianesteziei, reducerea activității sistemului nervos simpatic antrenează uneori o scădere a tensiunii arteriale căreia i se poate adăuga, în caz de anestezie peridurală, o retenție tranzitorie de urină, cefalee și, în mod excepțional, un hematom peridural. Accidentele sunt extrem de rare: leziunile nervoase cel mai adesea sunt minore și fără sechele. → PERIDURALĂ, RAHIANESTEZIE.

ANEVRISM. Dilatare a unei artere sau a peretelui inimii.

ANEVRISM ARTERIAL. Dilatare a unui segment de vas arterial.

Un anevrism arterial este consecința, în general, a unei atingeri a peretului vascular de un aterom (depozit lipidic răspunzător de ateroscleroză). El survine mai rar în cadrul unei boli inflamatorii (boala lui Horton), unei boli de origine infecțioasă sau din cauza unei anomalii congenitale a peretelui arterial (boala lui Marfan). Se disting anevrismele sacciforme (constituind o pungă) de anevrismele fuziforme (o simplă dilatare).

Un anevrism arterial nu provoacă simptome deosebite, în afara cazurilor de complicații. Acestea pot fi multiple: fisurarea răspunzătoare de o durere locală, compresia organelor situate în apropiere, embolii cauzate de un cheag care tapisează peretele anevrismului sau ruptura unui anevrism antrenând o hemoragie adesea mortală. Riscul de rupturã a anevrismului depinde de mărimea acestuia, care crește cu o viteză variabilă.

DIAGNOSTIC. Un anevrism arterial, atunci când este superficial, se caracterizează printr-o tumefiere pulsatilă, expansivă și nedureroasă. Dacă nu este superficial, diagnosticul se bazează pe ecografie, arteriografie cerebrală (anevrism sacciform intercranian), scanografie sau imagerie prin rezonanță magnetică (I.R.M. sau I.R.M.N.).

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. În cazul formelor complicate de anevrism arterial și pornind de la un anumit diametru, ținând cont de riscul inevitabil al rupturii sau al trombozei (formarea unui cheag), este de dorit intervenția chirurgicală de fiecare dată când este posibilă. Prevenirea presupune o supraveghere crescută a factorilor de risc ai aterosclerozei (hipertensiune arterială, diabet, hipercolesterolemie) și cea, realizată prin ecografie la intervale regulate, a evoluției diametrului unui anevrism aortic.

ANEVRISM ARTERIOVENOS. Fistulă care face să comunice o venă și o arteră fie direct, fie prin intermediul unei pungi chistice intercalate.

Un anevrism arteriovenos este cel mai des de origine traumatică, produs prin ruptură sau prin perforare, dar se întâmplă să fie congenital. E de dorit să se distingă cazul foarte particular al unei fistule arteriovenoase create la nivelul membrului superior pentru a permite ședințele de hemodializă, în insuficiența renală cronică.

ANEXĂ. Ansamblu format de către trompa uterină și ovar și care se leagă, la dreapta și la stânga, de uter.

Infecția anexelor este numită anexită sau salpingită.

ANEXECTOMIE. Ablație unilaterală sau bilaterală a anexelor uterului (trompe și ovare).

Anexectomia este o operație chirurgicală efectuată în caz de cancer al ovarului sau al uterului.

Anexectomia unilaterală nu provoacă sterilitate. În schimb, după o anexectomie bilaterală, trebuie avută în vedere o hormonoterapie substitutivă.

ANGAJARE CEREBRALĂ. Deplasare a unei părți a encefalului printr-un orificiu membranos sau osos, ducând la o compresiune gravă a sistemului nervos.

CAUZE. Cauzele unei angajări sunt leziunile unui anumit volum (tumoră, hematom, de origine traumatică sau nu, abces) care stânjenesc curgerea lichidului cefalorahidian, care se acumulează dând naștere unei hipertensiuni intracraniene și care împinge regiunea corespunzătoare de encefal.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Simptomele depind de tipul de angajare. Angajarea temporală, de exemplu, se caracterizează printr-o midriază (dilatarea pupilei), consecutivă lezării structurilor care comandă ochiul. Angajarea amigdalelor cerebeloase provoacă accese de hipertonie (redoare) a membrelor, asociate eventual unei încetiniri a ritmului cardiac sau unei opriri respiratorii. Formele minore nu se semnalează decât printr-o ținută afectată sau printr-o înclinare a capului spre partea respectivă.

TRATAMENT. Tratamentul face apel la intervenția neurochirurgicală care trebuie practicată fără întârziere pentru a decomprima creierul.

ANGEIOLOGIE. Studiu al vaselor aparatului circulator (artere, vene și vase limfatice). SINONIM: *angiologie*.

ANGEITĂ. Inflamație a peretelui vaselor sangvine. SINONIM: *vasculartită*.

Angeitele fac să intervină diferite tipuri de procese inflamatorii (imunologice, autoimune, alergice), putând antrena o stenoză (îngustare) sau o ocluzie a vasului atins. Țesuturile irigate de acest vas sunt atunci lezate sau chiar distruse prin ischemie (întreruperea sau diminuarea circulației sangvine).

Se deosebesc angeitele arteriale și angeitele cutanate.

Angeitele arteriale. Angeitele arteriale, inflamație a pereților arterelor, pot îmbrăca aspecte foarte diferite.

■ *Tromboangeita obliterantă*, de origine controversată, este o angeită a membrelor; ea provoacă dureri, amorțeli și, în cazurile grave, gangrenă.

■ *Arterita temporală sau boala lui Horton*, de origine necunoscută, survine în special spre vârsta de 60 ani.

■ *Boala lui Takayashu sau boala femeilor fără puls* este o afecțiune rară de origine necunoscută, poate autoimună. Atinge mai ales femeile tinere și afectează vasele mari ieșite din cârja aortică (carotidele și subclaviile). Ea poate antrena o claudicație intermitentă (prin atingere a arterei femurale sau iliace), sincope, sau încă și cecitate.

■ *Periarterita nodoasă* este o boală autoimună care poate afecta arterele din diferite regiuni ale corpului, cauzând dureri abdominale, testiculare sau toracice, o jenă respiratorie și uneori apariția de tumefacții moi sub piele.

Angeitele cutanate. Angeitele cutanate, inflamație a pereților vaselor cutanate, se traduc în mod obișnuit prin apariția unei purpure (pete roșii care nu pălesc la presiune) localizate frecvent pe membrele inferioare și asociindu-se uneori cu zone de ulcerații cutanate. Unele sunt angeite pur cutanate; altele se asociază unor atingeri ale organelor interne (mușchi, nervi, viscere).

TRATAMENTUL ANGEITELOR. Tratamentul angeitelor depinde de cauza lor. Se poate face apel la antiinflamatoare (corticosteroizi), la imunodepresoare dar și la metodele de chirurgie vasculară. → HORTON (boală a lui), PERIARTERITĂ NODOASĂ, WEGENER (granulomatoză a lui).

ANGINĂ. Boală inflamatorie acută a faringelui.

Atingerea este rar generalizată la întregul faringe (faringită) și se limitează cel mai adesea la amigdale (amigdalită).

Anginele sunt de origine virală și uneori bacteriană (infecții datorate germenilor ca streptococii, stafilococii sau cei din genul *Haemophilus*). Ceva obișnuit în decursul unui guturai sau al unei gripe, angina poate, în mod excepțional, să constituie semnul precursor al altei boli mai grave (mononucleoză infecțioasă sau difterie).

Angina roșie. Angina roșie este o inflamație acută a faringelui, care dezvăluie, la examenul clinic, o mucoasă mai roșie decât este normal.

DIFERITE TIPURI DE ANGINĂ ROȘIE

■ *Angina eritematoasă* sau angina roșie catarală, cea mai răspândită, survine mai ales la copilul sub 10 ani. Febră, dureri vii la deglutiție, migrene, acestea sunt simptomele. Examenul faringelui dezvăluie o roșeață difuză și o creștere de volum mai mult sau mai puțin importantă a amigdalelor. Angina eritematoasă poate să se complice cu un flegmon periamigdalian (abces între peretele faringelui și amigdală), care provoacă un trismus (contractura mușchilor masticatori) și o disfagie (dificultate de deglutiție).

■ *Angina bolilor eruptive* este un simptom major al scarlatinei, al rujeolei și, în mai mică măsură, al rubeolei.

■ *Angina streptococică a reumatismului articular acut* precede cu câteva zile sau săptămâni manifestările acestui reumatism. Ea se manifestă printr-o amigdalită (inflamația amigdalelor) cu vomă și dureri de cap. Studiul bacteriologic arată prezența streptococilor hemolitici ai grupului A care pot antrena, în afara atingerilor articulare și cardiace, complicații renale. Acest risc, cândva grav, este prevenit astăzi, în țările dezvoltate, prin antibioterapia sistematică a acestor angine.

TRATAMENT. Bolnavul trebuie să se odihnească și să evite răcelile. Alimentația trebuie să fie ușoară și băuturile în cantitate mare. Tratamentul este, pe de o parte, local, vizând ușurarea durerii și dezinfectarea gurii și faringelui cu gargarisme, pulverizări și, pe de altă parte, general, prin administrarea de antibiotice. Tratamentul de referință este penicilinoterapia timp de 10 zile, asociată cu analgezice,

antiinflamatoare, antipiretice și colutorii. În caz de recidivă frecventă, este indicată amigdalectomia.

Angina albă. Angina albă este o inflamație acută a faringelui care prezintă, la examenul clinic, o mucoasă acoperită de un strat albicios.

DIFERITE TIPURI DE ANGINĂ ALBĂ

■ *Angina eritematopultiacee* provoacă aceleași simptome ca angina roșie, dar amigdalele sunt acoperite de un strat albicios și uneori cenușiu-gălbui, în general ușor de îndepărtat cu un tampon de vată.

■ *Angina pseudomembranoasă* provoacă formarea unui strat mai aderent (falsă membrană cenușie), care poate să stârnească temeri că ar fi vorba de o difterie. Astăzi, această boală, multumită vaccinării antidifterice, practic a dispărut în țările occidentale. Totuși, orice anginâ pseudomembranoasă trebuie să constituie obiectul unei prelevări bacteriologice și, la cea mai mică îndoială, bolnavul trebuie să primească ser antidifteric pentru a opri evoluția unei eventuale difterii. Această anginâ albă este adesea semnul precursor al unei mononucleoze infecțioase.

■ *Angina veziculoasă și angina herpetica* au ca origine, respectiv, virusul zonei zoster și al herpesului. Orofaringele ia un aspect roșu punctat de vezicule albe, sparte sau nu, asemănătoare unor mici ulcerații.

TRATAMENT. Bolnavul trebuie să se odihnească și să evite răcelile. În afara unei acțiuni locale (gargarisme, pulverizații), tratamentul poate comporta antibiotice pe cale generală. În anginele veziculoase antibioticele sunt totuși fără efect, în afara cazurilor de suprainfecție bacteriană. Cel mai adesea, este suficientă administrarea de analgezice.

Angina ulceroasă. Angina ulceroasă este o inflamație acută a faringelui, care prezintă, la examenul clinic, o mucoasă faringeană afectată de una sau mai multe ulcerații.

DIFERITE TIPURI DE ANGINĂ ULCEROASĂ

■ *Angina lui Vincent* survine mai ales la adolescent sau la adultul tânăr. Multiplicarea pe mucoasa faringeană a două bacterii comensale (trăind pe seama gazdei fără a-i face rău), bacilul fuziform și spirilul, determină angina lui Vincent, ușor diagnosticată prin examenul microscopic al unui frotiu al gâtlejului după colorarea bacteriilor (colorația lui Gram). Durerea, puțin intensă, se accentuează la deglutiție. Ea afectează o singură parte a faringelui: cel mai adesea, angina lui Vincent nu afectează decât o singură amigdală, care este acoperită atunci de ulcerații suple la palpare și o falsă membrană. Ea poate fi cauzată de o proastă stare a dentiției.

■ *Angina lui Duguet* se observă în decursul febrei tifoide. Ea se caracterizează printr-o ulcerație nedureroasă a unuia sau chiar a celor doi stâlpi ai vălului palatin.

■ *Angina bolilor hematologice* se observă frecvent în cazul mononucleozei infecțioase sau al leucemiei. Diagnosticarea sa se bazează pe examenele sangvine.

■ *Angina lui Ludwig* se caracterizează printr-o importantă deformare a gâtului (exterioară), o febră ridicată și dureri vii.

TRATAMENT. Se bazează pe penicilină.

ANGINĂ PECTORALĂ. → ANGOR.

ANGIOBLASTOM. Tumoră cerebrală vasculară, cel mai des benignă. SINONIM: *hemangioblastom*.

Angioblastomul este localizat, în general, la creierul mic, uneori în măduva spinării, trunchiul cerebral și, mai rar, în emisferele cerebrale. Dureri de cap, vomă, ataxie (incoordonarea mișcărilor) și nistagmus (mișcări rapide și involuntare ale ochilor) sunt principalele simptome ale afecțiunii.

ANGIOCARDIOGRAFIE. Examen radiologic care permite vizualizarea cavităților cardiace.

INDICAȚII. Practicat în mod curent, acest examen permite punerea în evidență a anomaliilor valvelor cardiace (scăpări, îngroșări), ale vaselor (poziționare anormală, îngroșare), ale mușchiului cardiac (dilatație ventriculară, diminuare localizată sau difuză a contractilității ventriculului stâng, mai ales în cazul unui infarct al miocardului) și a comunicărilor anormale între diferitele cavități (comunicație interauriculară, comunicație interventriculară).

TEHNICĂ. Un produs de contrast iodat, opac la radiațiile X, este injectat cu ajutorul unui cateter subțire introdus într-o venă sau într-o arteră periferică, până în inimă. Acest produs va ajunge în interiorul cavităților cardiace, continuându-și apoi drumul după curentul sangvin.

Angiocardiografia izotopică realizează examenul ventriculelor: o doză mică de produs radioactiv (tehneții 99) este injectată într-o venă a brațului în timp ce o cameră video înregistrează contractilitatea cavităților cardiace. Acest examen aduce informații complementare, în măsura în care poate fi practicat în timpul efortului fizic.

DERULARE. Angiocardiografia necesită o spitalizare de 24 până la 36 ore. Ea se practică sub anestezie locală și durează între 30 minute și o oră și 30 minute. Starea pacientului este supravegheată prin electrocardiogramă pe toată durata examenului.

EFECTE SECUNDARE. Sunt rare și, în general, benigne: grețuri, indispoziții, hemoragii de mică intensitate. Injectarea produsului de contrast iodat putând provoca o reacție alergică, medicul trebuie să se informeze cu privire la antecedentele alergice ale bolnavului și, la nevoie, să-i prescrie un tratament antialergic.

ANGIOCOLITĂ. Infecție bacteriană a căii biliare principale și a căilor biliare intrahepatice (situate în interiorul ficatului).

CAUZE. Angiocolita este cauzată, în general, de prezența unui corp străin în căile biliare. Cel mai des, este vorba de

migrarea unui calcul vezicular în canalul coledoc (calea biliară principală), rar de o tumoră și, uneori, de o infectare cu un vierme sau cu gălbează.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Angiocolita se manifestă printr-o febră de 40°C cu frisoane, asociată uneori cu dureri abdominale și cu un icter.

TRATAMENT. Angiocolita trebuie să fie tratată rapid cu antibiotice, datorită riscurilor de septicemie, de insuficiență renală și de colaps cardiovascular. O intervenție chirurgicală sau endoscopică, având drept scop eliminarea obstacolului în cauză, trebuie să fie realizată urgent după regresia semnelor infecției.

ANGIOEDEM. → QUINCKE (edem al lui).

ANGIODERMITĂ PURPURICĂ ȘI PIGMENTARĂ. Afecțiune cutanată frecventă, caracterizată printr-o inflamație bilaterală și simetrică a părții inferioare a gambelor. SINONIM. *dermită ocre a gambelor*.

Angiodermita purpură și pigmentară este o complicație a insuficienței venoase cronice, consecință a varicelor sau unei flebite. Ea se caracterizează prin apariția treptată a plăcilor pigmentate, de culoare ocru sau maronie, mai mult sau mai puțin întinse. Ea se poate complica prin atrofie, prin suprainfectare bacteriană și prin ulcere ale gambei.

Tratamentul constă în antisepsia cutanată, legată de o cură medicală sau chirurgicală a insuficienței venoase.

ANGIOGRAFIE. Examen radiologic care permite examinarea volumului interior al unui vas sangvin (arteră sau venă) și ale ramurilor în care se împarte acest vas.

INDICAȚII. O angiografie este utilizată, în principal, pentru studierea vaselor inimii și ale plămânilor, celor ale creierului și măduvei spinării (angiografii cerebrale și medulare) și a celor ale membrelor și viscerelor (rinichi, mezenter). Acest examen servește la depistarea leziunilor arteriale, îndeosebi ale stenozelor (îngroșările) consecutive ateromului (depozit lipidic pe peretele arterial), anevrismelor (dilatații localizate ale arterelor), ocluziilor unui vas de către un aterom sau de către un cheag. Angiografia mai permite să fie distinsă o disecție arterială (clivaj al pereților) sau prezența unei malformații arteriovenoase.

Înaintea unei intervenții chirurgicale, o angiografie dă posibilitatea să se studieze raporturile anatomice între vase și leziunea de operat. În sfârșit, angiografia permite să se practice angioplastii (tehnici de dilatare a unui vas), embolizații (ocluzii terapeutice ale unui vas) și o chimioterapie *in situ* (injectare pe cale intravasculară a medicamentelor anticanceroase). Această tehnică este denumită „radiologie intervențională".

CONTRAINDICAȚII. Cantitatea de radiații X primită în cursul acestui examen este mică. Totuși, acest examen nu se practică la femeia gravidă. Injectarea unui produs de contrast iodat poate provoca o reacție alergică ce se caracterizează prin grețuri, vomă, erupții cutanate și în plus o scădere a tensiunii arteriale. Medicul se asigură deci că pacientul nu a prezentat vreodată alergie (astm, eczemă, alergie la iod). În cazul că a prezentat vreo formă de alergie, medicul poate prescrie pacientului un tratament antialergic, care trebuie să fie urmat în zilele dinaintea examenului.

Pentru a preveni orice risc de hemoragie, luarea de anticoagulante trebuie să fie diminuată sau suspendată provizoriu.

Persoanele care suferă de insuficiență renală trebuie să ia anumite precauții, în special să consume din abundență lichide în zilele care preced și urmează examenului. Medicul prescrie efectuarea analizelor privind nivelul de uree și de creatinină.

TEHNICA. Medicul practician introduce un cateter (un mic tub suplu) într-un vas, prin piele (artera carotidă a gâtului, artera humerală a plicii cotului, artera femurală a plicii inghinale, o venă a membrelor). Atunci când funcționarea nu este directă, practicianul ghidează acest cateter până la vasul de examinat, supraveghind înaintarea sa pe un ecran de control. Apoi injectează un produs de contrast iodat, opac la radiațiile X, și ia imagini ale drumului său. Apoi cateterul este retras și punctul de funcționare este apăsat.

■ *Angiografia clasică sau convențională* este un examen radiologic al vaselor sangvine care constă în înregistrarea drumului produsului pe un film radiologic, prin clișee la intervale diferite sau în serie.

■ *Angiografia digitalizată sau numerizată* este un examen radiologic al vaselor sangvine care constă în tratarea informatică a imaginilor. Aceasta permite să se prindă imaginile video pe un amplificator de strălucire cu o cameră adecvată, apoi ameliorarea acestor imagini prin îndepărtarea anumitor informații radiologice care nu privesc vasul de studiat (provenind, de exemplu, de la structurile osoase).

Angiografia prin imagerie prin rezonanță magnetică sau angio- I.R.M. sau I.R.M.N. este o aplicație recentă a imageriei prin rezonanță magnetică nucleară la examinarea vaselor.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. Examenul necesită cel mai des o spitalizare de 24 până la 48 ore. El se practică sub anestezie locală (uneori generală) și durează de la câteva minute până la două ore. Punctul de funcționare arterială trebuie să fie urmărit pe durata următoarelor 24 ore.

EFECTE SECUNDARE. Injectarea produsului de contrast provoacă o senzație trecătoare de căldură. Poate surveni un mic hematom la locul funcționării și se pot produce reacții alergice trecătoare. Dar complicațiile cardiace, hemoragice sau neurologice sunt foarte rare. → ANGIOCARDIOGRAFIE, AORTOGRAFIE, ARTERIOGRAFIE, CORONAROGRAFIE, FLEBOGRAFIE, SPLENOPORTOGRAFIE.

ANGIOGRAFIE OCULARĂ. Examen radiologic care permite observarea vaselor fundului de ochi (care irigă coroida și retina).

INDICAȚII. Angiografia oculară este esențială în supravegherea diabetului, precum și în studierea irisului. Ea poate completa un examen al fundului de ochi aducând informații mai precise asupra localizării și întinderii leziunilor observate.

TEHNICĂ. Se bazează pe injectarea unei mici cantități de produs de contrast, fluoresceinatul de sodiu, într-o venă periferică, în general a plicii cotului. Colorantul circulă în sânge până la vasele oculare. Atunci — prin intermediul unor filtre speciale — se realizează clișee ale fundului de ochi. Examenul durează aproximativ 15 minute. Azi, noile tehnici permit obținerea de imagini numerizate pe un ecran.

EFECTE SECUNDARE. Incidentele sunt cel mai adesea benigne (vomă, indispoziție). Accidentele alergice datorate fluoresceinei, foarte rare, pot fi prevenite printr-un tratament antialergic. Vederea încețoșată și orbirea provocată de lumina de la luarea clișeelor, consecințe ale dilatării pupilei printr-un colir ciclioplegic, pot fi deranjante timp de câteva ore după efectuarea examenului.

ANGIOKERATOM. Leziune cutanată care se prezintă sub forma unei mici papule de culoare roșu închis acoperită cu un strat keratozic tare.

ANGIOLEIOMIOM. Mică tumoră benignă care se dezvoltă pe piele, în interiorul hipodermului; ia naștere în peretele muscular al unei vene subcutanate.

ANGIOM. Malformație care afectează sistemul vascular: artere, capilare, vene și vase limfatice.

Angiomul este o leziune congenitală, benignă, a vaselor sangvine (hemangiom) sau limfatice (limfangiom), care se traduce printr-o deformare a structurilor vasculare. El poate exista încă de la naștere sau poate apărea în cursul copilăriei sau vieții adulte. În anumite cazuri, el poate și să regreseze sau să dispară.

Localizarea este fie superficială (piele, mucoase), fie profundă (viscere, de exemplu creierul, ficatul, plămânul); angioamele profunde riscă să provoace hemoragii.

Angioamele cutanate. Printre angioamele cutanate, se disting angioamele imature, angioamele mature sau plane, angioamele stelare și angioamele capilarovenoase.

■ *Angioamele imature* sunt malformații ale sistemului vascular, foarte frecvente la sugari, care se dezvoltă plecând de la dermul superficial.

Ele se prezintă sub două aspecte diferite: angioamele tuberoase sau angioamele căpșună formează proeminențe mai mult sau mai puțin voluminoase, bine delimitate și de culoare roșie; angioamele subcutanate par mai puțin superficiale, iar proeminența lor poate fi acoperită de o piele normală sau albăstruie.

În majoritatea cazurilor, angioamele imature regresează în mod spontan, iar abținerea de la orice fel de tratament este conduita cea mai rațională. O simplă supraveghere dermatologică regulată este suficientă, în afara cazului că angiomul este localizat într-o zonă importantă din punct de vedere funcțional (pleoape pentru vedere, laringe pentru respirație, buze pentru dentiție). Într-o asemenea situație, pot fi avute în vedere o corticoterapie sau ablația chirurgicală.

■ *Angioamele mature* sau plane sunt malformații foarte frecvente ale sistemului vascular, care se dezvoltă plecând de la capilarele dermului superficial. Acestea sunt clasicele „pete de vin" care, în pofida aspectului lor uneori impresionant, nu antrenează vreo tulburare funcțională. Angiomul plan se va extinde în decursul vieții pacientului; el va lua o culoare mai închisă și se va acoperi de noduli proeminenți. Angiomul matur este tratat cu laserul cu argon. Totuși, rezultatele nu sunt întotdeauna perfecte și adesea este necesară repetarea operației.

■ *Angioamele stelare sau telangiectazice* sunt malformații ale sistemului vascular care se prezintă ca mici pete roșii în formă de stea, ușor suprainălțate. Ele se află mai ales pe față și pe extremități și sunt favorizate de sarcină. Mai sunt întâlnite și în cadrul cirozelor alcoolice. Când nu dispar spontan, aceste angioame se tratează prin electrocoagulare sub anestezie locală.

■ *Angioamele capilarovenoase* sunt malformații rare ale sistemului vascular care se prezintă ca proeminențe albăstrui situate pe traiectele venoase, crescând în volum în timpul unui efort. Ele pot fi tratate prin injectarea de produse sclerozante sau prin ablație chirurgicală, dar impun practicarea unor examene complementare înaintea intervenției.

ANGIOMATOZĂ. Boală caracterizată prin apariția de angioame (malformații congenitale ale vaselor sangvine sau limfatice) multiple la suprafața pielii sau în profunzimea organelor, asociată uneori cu alte malformații. → RENDU-OSLER, STURGE-WEBER-KRABBLE.

ANGIOM PLAN. Pată violacee numită în mod curent „pată de vin".

ANGIOPATIE. Orice boală a vaselor sangvine sau limfatice.

ANGIOPLASTIE. Intervenție chirurgicală constând în repararea, dilatarea sau remodelarea unui vas deformat, îngustat sau dilatat.

DESFĂȘURARE. Angioplastia poate fi practicată prin incizie chirurgicală sau pe cale transcutanată.

■ *Angioplastia prin incizie* utilizează un fragment de venă sănătoasă (prelevat, în general, de la gamba bolnavului) sau de țesut sintetic (patch) cu care se restaurează partea bolnavă după incizia longitudinală a peretelui vasului.

■ *Angioplastia* pe cale transcutanată utilizează o sondă cu un balonaș gonflabil. Ea nu se aplică decât îngustărilor localizate. În plus, ea este inoperantă pe un fragment arterial

total obturat. Injectarea unui produs de contrast iodat, reperabil prin radiografie, permite localizarea zonei îngustate și controlul în ce privește poziționarea sondei. Aceasta este introdusă în vasul bolnav pe ocolite, printr-un vas periferic (de exemplu, artera femurală); balonașul, plasat la nivelul îngustării arteriale, este apoi umflat pentru a dilata segmentul atins. După obținerea unui rezultat satisfăcător (dispariția completă a stenozei sau persistența unei stenoze minime nu deranjează curgerea sângelui), sonda și balonașul sunt retrase.

COMPLICAȚII ȘI PROGNOZĂ. Complicațiile grave ale angioplastiei pe cale transcutanată (obturarea arterei prin clivajul peretelui său, hematom, hemoragie) sunt rare. După o vreme, poate uneori să reapară o nouă îngustare (restenoză): ea este atunci tratată, în mod obișnuit cu succes, printr-o nouă angioplastie. În cazurile de restenoze coronare, relativ frecvente, tehnicile de reparare s-au diversificat azi: utilizarea laserului, a unui rotoblator (freză pivotantă de mare viteză) sau amplasarea unui stent (armătură intraarterială).

ANGOASĂ. → ANXIETATE.

ANGOR. Durere toracică ce poate iradia spre gât, maxilarul inferior sau braț, consecință a unei proaste irigări a inimii. SINONIM: *angină pectorală*.

Angorul este o afecțiune frecventă în țările dezvoltate, unde reprezintă una dintre principalele probleme ale sănătății publice.

CAUZE. Angorul se explică prin îngustarea anormală a uneia sau mai multor artere ale inimii, coronarele. În majoritatea cazurilor de angor stabil cronic și de angor instabil, aceste diminuări de calibru se manifestă în cursul efortului, când necesitățile cardiace de oxigen sunt crescute. Atingerea arterelor coronare este, ca regulă generală, consecutivă unui aterom (depozit lipidic pe pereții arteriali), ai cărui principali factori de apariție sunt vârsta, sexul (angorul e mai tardiv la femei), hipertensiunea arterială, diabetul, obezitatea, hipercolesterolemia, tabagismul și ereditatea.

Angorul spastic este legat de contracția spasmodică a unei artere coronare fără ca să existe în mod necesar o îngustare a arterei în stare normală.

SIMPTOME ȘI EVOLUȚIE. Angorul se manifestă în timpul unui efort printr-o senzație de strângere în spatele sternului, putând iradia spre gât, maxilarul inferior, spate, brațe (mai ales stângul). Complicația angorului constă în infarctul de miocard: artera îngustată se astupă. Infarctul se traduce printr-o criză dureroasă, intensă și prelungită, cu transpirații, grețuri sau vomă și stare de rău (hipotensiune arterială); această situație impune transportarea fără întârziere cu o ambulanță specială la un serviciu de urgență cardiologică.

DIAGNOSTIC. În esență clinic, diagnosticul se bazează pe caracteristicile și durata durerii survenite la un pacient care prezintă unul sau mai mulți factori de risc al ateromului. Modificări ale electrocardiogramei apar în timpul durerii. Alte examene sunt utilizate pentru a cerceta leziunile arterelor coronare și pentru a ghida tratamentul: proba la efort pe bicicletă sau pe covorul rulant (care poate declanșa simptomul dureros), scintigrafia miocardică și coronarografia.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Angorul stabil se tratează prin medicamente (betablocante, trinitrină, inhibitori calcici, aspirină), în timp ce forma instabilă impune o spitalizare pentru a diminua riscul de apariție a unui infarct. Alte două soluții terapeutice pot fi avute în vedere: angioplastia coronariană sau chirurgia (pontaj aortocoronar), indicațiile lor fiind funcție de rezultatele coronarografiei și de eficiența medicamentelor. Tratamentul angorului spastic face apel la vasodilatatoare din familia inhibitorilor calcici. Cea mai bună prevenire constă în lupta împotriva factorilor de risc ai ateromului: regim alimentar sărac în grăsimi, practicarea unui sport adecvat, încetarea fumatului, o viață ordonată.

ANGRENARE. Interpenetrare a fragmentelor unui os în timpul unei fracturi.

ANGUILULOZĂ. Boală parazitară cauzată de infestarea cu anguilule. SINONIM: *strongiloidoză*.

Anguilula, *Strongyloides stercoralis*, este un mic vierme din clasa nematodelor, de 2-3 milimetri lungime. Viermele se implantează în intestinul subțire, în particular în duoden. El se întâlnește, în principal, pe solurile calde și umede unde sunt deversate materiile fecale umane, în țările tropicale și în perimetrul Mediteranei.

CONTAMINARE. Larvele de anguilulă se depun pe sol odată cu scaunele și se dezvoltă aici. Când se merge cu picioarele goale pe solul contaminat, ele pătrund în organism trecând prin piele și, prin circulația sangvină și limfatică, ajung în plămâni și apoi în intestinul subțire.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Infecția se traduce mai întâi prin tuse, prin dificultate de a respira, apoi prin dureri și arsuri epigastrice, o diaree cu repetiție, pusee de urticarie, mâncărimi și o inflamație a dermului.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Anguiluloza este combătută prin administrarea de antihelmintice ca tiabendazolul sau, din ce în ce mai frecvent, ivermectina, medicament deosebit de eficace și de bine tolerat. Se previne infestarea în regiunile tropicale evitând mersul cu picioarele goale și interzicând folosirea dejecțiilor umane ca îngrășământ.

ANHIDROZĂ sau **ANIDROZĂ.** Absență a secreției sudorale.

În caz de diminuare a secreției sudorale, se vorbește de hipohidroză.

■ *Anhidroza congenitală*, sau boala lui Christ-Siemens, este rară.

■ *Anhidrozele dobândite* pot fi consecința utilizării de medicamente care diminuează secreția sudorală (anticolinergice, simpatolitice) sau unor tulburări endocrine (hipotiroidie) sau nervoase (leziuni ale hipotalamusului). Unele dermatoze (lichenul scleros, sclerodermie, radiodermite) pot de asemenea, distrugând aparatul sudoral, să cauzeze o anhidroză.

Anhidroza antrenează o uscăciune a pielii, care este tratată cu lapte emolient, și uneori tulburări ale reglării termice (risc de insolație vara). → TRANSPIRAȚIE.

ANIRIDIE. Absența irisului, de origine congenitală sau traumatică.

Absența irisului are drept consecință o puternică diminuare a acuității vizuale și o jenă resimțită la lumină, irisul nefiind prezent pentru a filtra razele luminoase.

ANISAKIAZĂ. Boală parazitară rară cauzată de infestarea cu larve de anisakis.

Anisakiile (mai ales *Anisakis simplex*) sunt viermi din clasa nematodelor care trăiesc în stare larvară în cavitatea abdominală și în mușchii peștilor de apă de mare ca heringul, morunul și macroul.

CONTAMINARE ȘI SIMPTOME. Ingerată prin intermediul peștilor infestați, larva ajunge în stomac sau în intestin, apoi se cuibărește în peretele lor. Prezența sa se manifestă printr-o durere abdominală uneori violentă și prin semne alergice (urticarie, prurit, edem etc.).

Când boala nu este tratată, la câteva săptămâni după infestare se declanșează o ocluzie intestinală, provocată de formarea unei tumori care înglobează larva (granulom eozinofil al intestinului).

TRATAMENT. Tratamentul anisakiazei constă în extragerea chirurgicală a larvei. Anisakiaza se previne asigurând congelarea peștelui oceanic în momentul pescuirii lui (el trebuie să fie eviscerat și apoi congelat la - 20°C) și gătindu-l pe foc înainte de a-l consuma.

ANITĂ. Inflamație a regiunii anale.

O anită este cauzată de prezența hemoroizilor sau a unei infecții cutanate. Ea se traduce prin senzații de arsură, prin mâncărimi. Diagnosticul este stabilit prin anuscopie. Tratamentul face apel la pomezile antiinflamatorii.

ANODONȚIE. Absență totală sau parțială a dezvoltării dinților.

Anodonția este cauzată fie de un factor ereditar, fie de o boală a mamei (în timpul sarcinii) sau a copilului (în prima parte a copilăriei) împiedicând formarea germenilor dentari. Ea mai poate să fie legată de un proces natural de evoluție a danturii (pierderea incisivului lateral maxilar și a dinților de minte). Descoperirea precoce a anodonției la copil, adesea prin clișee radiografice, permite instituirea unui tratament ortodontic vizând umplerea zonei edentate sau pregătirea punerii ulterioare a unei punți.

ANOFTALMIE. Malformație congenitală caracterizată prin absența unuia dintre globii oculari sau a ambilor.

ANORECTITĂ. Inflamație a anusului și rectului.

O anorectită se manifestă printr-o iritație anală, printr-o senzație de tensiune rectală, prin nevoia falsă de a defeca, printr-o emisie frecventă de mucozități și de sânge. Identificarea cauzei se face plecând de la un examen bacteriologic sau parazitologic al prelevatelor, de la biopsii. Diagnosticul se face prin anuscopie, iar tratamentul recurge la medicamente administrate pe cale generală sau locală (spălături, supozitoare).

ANOREXIE. Diminuare sau încetare a alimentării, prin pierdere a poftei de mâncare sau prin refuzul de a se alimenta.

Anorexia poate avea o origine organică, psihică sau poate fi legată de un abuz de medicamente, în special de amfetamine.

ANOREXIE MINTALĂ. Refuzul mai mult sau mai puțin sistematic de a se alimenta.

Anorexia mintală, care apare cel mai des în timpul adolescenței, atinge în majoritate sexul feminin (80% dintre cazuri). Anorexica, numită și anorectică, este adesea schipiătoare și foarte activă putând fi perfect integrată în viața profesională. Dacă uneori îi este foame, ea neagă că i-ar fi. Obsedată de greutatea sa corporală, ea poate abuza de laxative sau de diuretice cu intenția de a slăbi și poate avea perioade de bulimie mai mult sau mai puțin asociate cu vomă provocată.

CAUZE. Acestea sunt controversate. Anorexia mintală traduce aproape întotdeauna conflicte afective, familiale (cel mai adesea cu mama) sau profesionale. Se pare, de asemenea, că postind cu obstinație pacienta se străduie să-și controleze modificările fizice și fiziologice legate de feminitate și de viața sexuală (pubertate, ciclu, legătură amoroasă, sarcină). Alți cercetători explică anorexia mintală printr-o fobie față de împlinire a trupului sau printr-o dereglare a hipotalamusului.

SIMPTOME ȘI SEMNE. În afara pierderii de greutate care poate ajunge până la o slăbire extremă, adesea negată de către bolnavă, amenoreea (oprirea ciclului) este un simptom caracteristic al anorexiei. Ea se asociază foarte des cu o constipație rebelă și cu tulburări biochimice consecutive privațiunilor.

TRATAMENT. Trebuie să fie flexibil și bine adaptat. El impune o separare de familie, cu scopul de a nu dramatiza situația, cu spitalizare într-un serviciu specializat care asociază psihiatri, psihologi și nutriționiști. Reluarea în greutate, care nu este un scop în sine, depinde de reușita

tratamentului psihoterapic și a măsurilor dietetice întreprinse. În caz de angoasă și de depresie, anxioliticele și antidepresivele pot fi prescrise. O dată greutatea stabilizată, subiectul anorexic, pentru a evita o recădere, trebuie să continue terapia psihică timp de mai multe luni, chiar de mai mulți ani.

Anorexia sugarului. Frecventă, anorexia sugarului este dereglarea alimentară cel mai des constatată la copilul în vârstă de la 3 luni la 24 luni. De o intensitate și o durată limitate, ea trece cel mai des neobservată.

Anorexie obișnuită. Este o formă accentuată a refuzului alimentar. Ea este cel mai des urmarea unui răspuns neadecvat al anturajului față de acest refuz neașteptat. Anorexia obișnuită este adesea legată de un eveniment al vieții copilului: apariția dinților, înțărcarea, o boală infecțioasă (rinofaringită, de exemplu), nașterea unui frate sau a unei surori, reluarea lucrului de către unul din părinți, conflicte familiale. Sugarul anorexic dacă refuză să mănânce la mese, rontăie totuși ceva în timpul zilei și acceptă întotdeauna să bea. Părinții tind adesea să îl forțeze să mănânce, utilizând tot felul de metode: jocuri, povestiri, promisiuni, intimidare. Conflictul se întețește cu atât mai mult că nu este rar faptul ca sugarul să se alimenteze normal atunci când intervin alte persoane (doica, bunicii sau personalul creșei).

După un examen clinic care să elimine eventualitatea unei boli organice curabile, medicul îi ajută pe părinți să detensioneze situația și le oferă sfaturi adaptate mediului familial sau stadiului de dezvoltare a copilului: să-i prezinte alimentele și să i le ia înapoi în caz de refuz, să-l lase pe sugar să mănânce cu degetele, să admită un orar mai liber al meselor, să se joace mai mult cu el etc. Majoritatea anorexiilor obișnuite nu durează și sunt tratate rapid. Luarea în greutate rămâne mică, dar va crește. Totuși, diagnosticul trebuie repus în discuție în cazul unei slăbiri persistente.

Anorexie severă. Mai rară, ea poate apărea la câteva zile după naștere. Sugarul prezintă o importantă întârziere ponderală, iar curba greutății sale este „tăiată". Dezvoltarea sa psihomotorie și cognitivă (dobândirea de cunoștințe) este încetinită. Pot fi evocate trei diagnostice:

— o anorexie obișnuită prost tratată se poate deplasa spre o anorexie severă dacă relația părinte-copil devine puternic perturbată;

— anorexia severă poate fi consecința unei boli organice. Refuzul alimentar nu se încadrează atunci în tulburările de comportament, ci mai curând în situația dispariției senzației de foame, legată de o patologie;

— anorexia severă poate, în fine, să dezvăluie dereglări psihopatologice. Ea este atunci asociată altor simptome ca tulburările de somn, neregularitatea progreselor psihomotorii și cognitive ale copilului, comportamente anormale (apatie și agresivitate), comunicare și socializare perturbate.

Anorexia severă a sugarului poate necesita o supraveghere somatică sau psihopatologică.

ANOREXIGEN. Medicament destinat să diminueze pofta de mâncare.

ANOSMIE. Pierdere totală sau parțială (atunci se vorbește de hiposmie) a mirosului.

Anosmia, care uneori nu se manifestă decât față de anumite mirosuri, trece neobservată de pacient sau este luată drept o tulburare a simțului gustativ. Când nu este afectată decât o singură parte a nasului, se vorbește de hemianosmie.

ANTALGIC. → ANALGEZIC.

ANTEBRAT. Parte a membrului superior situată între cot și încheietura pumnului.

Radiusul în afară, cubitusul înăuntru, reunite prin ligamentul interosos, delimitează două regiuni ale antebrațului: regiunea antebrahială anterioară și regiunea antebrahială posterioară.

ANTIACNEIC. Medicament utilizat în tratamentul acneei.

Antiacneicele se prezintă sub două forme: produse de uz extern și medicamente administrabile pe cale orală. Retinoidele, peroxidul de benzoil, acidul salicilic, rezorcina și unele antibiotice sunt comercializate sub formă de creme, geluri, loțiuni (aplicații locale). Retinoidele și antibioticele sunt prezente, de asemenea, sub formă orală, precum și antiandrogenii pentru femei (acetatul de ciproteronă care se opune acțiunii la nivelul pielii a hormonilor androgeni).

În toate cazurile de acnee, sunt recomandate îngrijirile care țin de igiena locală: curățarea cu săpun nealcalin și cu lapte de toaletă, clătirea cu apă curentă. Dacă aceste măsuri sunt insuficiente, aplicațiile locale de antiacneice, urmate adesea timp de 2–3 luni, constituie cea mai bună opțiune inițială. Formele de acnee care rezistă la tratament sau care devin severe dintr-o dată justifică un tratament suplimentar pe cale orală.

EFECTE NEDORITE. Efectele nedorite ale tratamentelor locale sunt rare și sunt constituite dintr-o iritație, o fotosensibilizare (reacție cutanată la soare). Riscul este mult mai mare în cazul retinoidelor administrate pe cale orală, care pot antrena malformații fetale și trebuie în consecință asociate cu o contracepție eficace la femeile de vârstă fertilă.

ANTIAGREGANT PLACHETAR. Medicament care reduce capacitatea de agregare a plachetelor sangvine.

Antiagregantele plachetare (aspirina în doze mici, ticlopidina, sulfinpirazonul, dipiridamolul) inhibă funcțiile plachetare care participă la hemostază (oprirea hemoragiilor). Ele sunt administrate pe cale orală.

Antiagregantele plachetare sunt indicate pentru a preveni formarea de cheaguri și apariția emboliilor (migrările de cheaguri) după un infarct de miocard, un accident vascular cerebral (hemiplegie, de exemplu), sau în cursul hemodializelor (curățirile artificiale ale sângelui). Ele sunt

contraindicate — mai puțin totuși decât anticoagulantele — în caz de risc hemoragic. Interacțiile cu alte substanțe (antiinflamatoare, anticoagulante) cresțe riscul de sângerări.

Efectele nedorite sunt tulburările digestive, reacțiile alergice, hemoragiile, distrugerile de celule sangvine (căderea dramatică a nivelului plachetelor sau al globulelor albe).

ANTIANGINOS. Medicament utilizat în tratamentul insuficienței coronariene (defect de irigare a mușchiului cardiac de către arterele coronare). SINONIM: *antiangoric.*

ANTIARITMIC. Medicament destinat corectării unor tulburări ale ritmului cardiac, mai ales ale contracțiilor prea rapide sau ineficace.

ANTIBIOGRAMĂ. Examen bacteriologic care permite să se aprecieze sensibilitatea sau rezistența unei bacterii la mai multe antibiotice.

O antibiogramă permite determinarea concentrațiilor minime inhibitorii (C.M.I.), adică a cantităților de antibiotice necesare pentru a împiedica creșterea bacteriană. Procedeul constă în cultivarea bacteriilor prezente într-un prelevat (sânge, urină etc.) cu scopul de a le identifica și de a testa pe coloniile obținute eficacitatea diferitelor antibiotice.

ANTIBIOTERAPIE. Terapeutică utilizând unul sau mai multe medicamente antiinfecțioase din clasa antibioticelor, a căror activitate se exercită asupra bacteriilor.

Antibioterapia poate fi preventivă sau profilactică (se vorbește atunci de antibioprofilaxie); ea mai poate fi curativă, destinată să combată o infecție deja instalată, evidentă sau nu (în acest ultim caz, este vorba de o antibioterapie curativă precoce).

În funcție de antibioticul ales, de modul său de administrare și de gravitatea cazului se poate impune o spitalizare.

Problema cea mai mare a antibioterapiei este apariția, în creștere fără încetare, sușelor bacteriene rezistente la antibioticele utilizate. O antibioterapie trebuie deci justificată pentru a fi prescrisă și trebuie dusă până la capăt.

ANTIBIOTIC. Substanță de origine naturală sau sintetică, utilizată contra infecțiilor cauzate de bacterii.

Se dispune de mai multe zeci de antibiotice, grupate în mai mult de zece familii.

CARACTERISTICI ȘI ADMINISTRARE. Fiecare antibiotic posedă mai multe caracteristici.

■ *Spectrul de actiune* este lista bacteriilor asupra cărora antibioticul este activ. Spectrul poate să fie larg sau îngust după numărul de tipuri de germeni sensibili la acest antibiotic. Alte bacterii se numesc „rezistente" (rezistență naturală). După necesități, un prelevat local conținând bacterii este trimis la un laborator, care realizează o antibiogramă (studiul eficacității alegerii unor antibiotice pentru bacteria în cauză) în scopul adaptării tratamentului.

■ *Caracterul bacteriostatic sau cel bactericid* al antibioticului corespunde opririi proliferării sau, respectiv, distrugerii bacteriilor.

■ *Devenirea lui în organism* determină căile de administrare posibile (locală, orală, injectabilă) în funcție de repartiția preparatului în țesuturi, de puterea sa de penetrare în celule, de organul prin care se elimină (rinichi sau ficat).

■ *Toleranța* depinde de toxicitatea preparatului și de probabilitatea de alergie a bolnavului față de medicament.

Alegerea unui antibiotic depinde, de asemenea, de natura infecției (localizare, gravitate) și de starea bolnavului (antecedente de alergie, boală renală sau hepatică). Uneori este necesar să se asocieze mai multe preparate în timpul unui tratament, de exemplu în cazul infecțiilor grave.

EFECTE NEDORITE. Majoritatea antibioticelor poate provoca grețuri, o diaree (prin modificarea florei intestinale) sau chiar reacții alergice (cutanate sau mai severe), care interzic folosirea ulterioară a oricărui antibiotic din aceeași familie. Ele pot, de asemenea, să favorizeze apariția unei micoze (în principal, candidoza).

Pe de altă parte, există un risc mai general: apariția la o bacterie a unei rezistențe la un antibiotic față de care ea era anterior sensibilă (rezistență dobândită), prin secretarea unei enzime care se opune acțiunii medicamentului (de exemplu, betalactamaza se opune acțiunii betalactaminelor). O rezistență apărută la unele sușe și la un bolnav dat poate, în anumite cazuri, să se extindă de o manieră epidemică în sânul florelor bacteriene ale bolnavului și ale anturajului său. Acest efect este favorizat de o utilizare prea frecventă și inadecvată a antibioticelor.

ANTICANCEROS. Medicament utilizat în tratamentul chimioterapic al unor cancere. SINONIME: *antimitotic, antineoplazic, citostatic.*

Anticanceroasele vizează distrugerea celui mai mare număr posibil de celule canceroase sau împiedicarea multiplicării lor, cruțând în același timp majoritatea celulelor sănătoase ale organismului. Fiecare varietate de cancer este sensibilă la anumite produse și rezistentă la altele. Medicamentele sunt adesea asociate, ceea ce permite micșorarea dozelor lor. → CHIMIOTERAPIE ANTICANCEROASĂ.

ANTICOAGULANT. Substanță medicamentoasă sau naturală care se opune coagulării sângelui.

FORME PRINCIPALE

■ *Heparinele* acționează direct asupra coagulării, într-o manieră rapidă, și sunt injectate pe cale subcutană sau intravenoasă.

■ *Antivitaminele K*, derivați de cumarină sau de indanedionă, împiedică sintetizarea de către ficat a factorilor activi ai coagulării; ele sunt administrate pe cale orală și au o întârziere mai mare în exercitarea acțiunii.

INDICAȚII. Anticoagulantele sunt indicate pentru prevenirea și tratarea trombozelor (formarea de cheaguri) vaselor sangvine și a complicației lor principale, embolia (migrarea unui fragment de cheag care astupă un vas). Ele sunt prescrise în bolile și în situațiile următoare: flebită (tromboză venoasă) și embolie pulmonară; tromboză și embolie arteriale; intervenție chirurgicală; imobilizarea membrului inferior (în gips sau imobilizare prelungită la pat); unele boli cardiace (infarct, valve artificiale). Heparina, prescrisă în primul rând în cazurile acute, este înlocuită cu antivitaminele K dacă tratamentul trebuie să se prelungească.

SUPRAVEGHERE. Examenele sangvine sunt indispensabile, cu excepția cazurilor de tratamente preventive cu heparină, ale cărei doze sunt adesea foarte mici. Coagularea trebuie să fie suficient modificată, dar nu excesiv (riscul hemoragiilor).

EFECTE NEDORITE. Supradozarea provoacă hemoragii (ale gingiilor, ale căilor digestive sau urinare etc.) și formarea de hematoame. Acest risc este crescut dacă există deja o leziune (ulcer al stomacului), dacă pacientul ia aspirină sau antiinflamatoare. Trebuie să fie evitate injecțiile intramusculare. Sângerările puțin abundente nu justifică, în general, decât o diminuare a dozei. Pe de altă parte, antivitaminele K pot provoca malformații fetale și sunt deci contraindicate la femeia însărcinată.

ANTICOLINERGIC. Substanță care inhibă acțiunea acetilcolinei (neurotransmițătorul sistemului parasimpatic) în sistemul nervos vegetativ. SINONIM: *parasimpatolitic*.

ANTICORP. Proteină a serului sangvin secretată de către limfocitele B (globulele albe care intervin în imunitate) ca reacție la introducerea unei substanțe străine (antigen) în organism. SINONIM: *imunoglobulină*.

În principal, antigenul poate fi un virus, o bacterie, un parazit, un venin, un vaccin, o celulă canceroasă.

Ca urmare a unei dereglări a sistemului imunitar, anticorpii pot să se întoarcă împotriva celulelor organismului care îi produce. Astfel de anticorpi sunt denumiți autoanticorpi; ei sunt răspunzători de bolile autoimune ca lupusul eritematos diseminat sau ca boala lui Biermer. → IMUNOGLOBULINĂ.

ANTICORP ANTINUCLEAR. Autoanticorp față de unul sau mai multe elemente ale nucleului celulelor organismului care îi produce.

ANTICORP ANTITIROIDIAN. Anticorp capabil să se fixeze pe anumiți constituenți ai celulelor glandei tiroide.

ANTICORP MONOCLONAL. Anticorp produs de către o clonă de celule (un grup de celule identice cu celula-mamă din care s-au dezvoltat) și utilizat în scopuri de diagnostic și terapeutice.

ANTIDEPRESIV. Medicament utilizat în tratamentul depresiei.

Antidepresivele clasice sunt fie triciclice (amitriptilină, amoxapină etc.), fie inhibitori ai monoaminoxidazei, sau I.M.A.O. (nialamida, iproniazida etc.), dar numeroase alte produse nu aparțin acestor grupe (trazodona, maprotilina etc.). Administrarea se face pe cale orală, în afara cazurilor severe (cale intramusculară sau perfuzie intravenoasă). Tratamentul nu-și face simțit efectul decât după câteva zile sau după câteva săptămâni și trebuie uneori să fie urmat timp de mai multe luni. Există totuși întotdeauna un risc de trezire a anxietății, risc care justifică o supraveghere îndeaproape și un tratament individualizat.

EFECTE NEDORITE. Inhibitorii de monoaminoxidază trebuie să fie însoțiți de un regim alimentar strict: trebuie evitate alimentele și băuturile care conțin tiramină (brânză, vin roșu), căci acestea riscă să provoace o creștere importantă a tensiunii arteriale. Anumite medicamente pot produce același efect. Pe de altă parte, majoritatea antidepresivelor antrenează uneori o uscăciune bucală, o vedere încețoșată, vertije, o somnolență, o constipație și o durere la micțiune.

ANTIDIABETIC. → HIPOGLICEMIANT.

ANTIDIURETIC (hormon). Hormon care favorizează absorbția apei. SINONIM: *vasopresină*.

Deficitul în hormon antidiuretic este responsabil de un diabet insipid, afecțiune caracterizată printr-o poliurie (emisie de mari cantități de urină) și o polidipsie (sete intensă și imperioasă). Hipersecreția inadecvată de hormon antidiuretic, sau sindromul lui Schwartz-Bartter, se caracterizează printr-o scădere a nivelului sodiului în sânge și prin reducerea cantității de urină.

ANTIDOT. Contraotravă specifică a unui produs toxic, utilizată în caz de intoxicație în completarea unui tratament simptomatic. → INTOXICAȚIE.

ANTIEPILEPTIC. Medicament utilizat în tratamentul epilepsiei.

Antiepilepticele, prescrise pe cale orală sau injectabilă, previn în mare parte apariția de noi crize la epileptici. Prizele de medicamente antiepileptice trebuie să fie zilnice, întotdeauna la aceleași ore, fără întrerupere. Oprirea tratamentului, atunci când este hotărâtă, trebuie să se facă întotdeauna sub supraveghere medicală strictă, căci poate provoca o stare de rău (crize succesive). Antiepilepticele au numeroase interacțiuni nedorite, atât între ele, cât și cu alte medicamente. Asocierea mai multor antiepileptice este evitată, în general, cu scopul de a împiedica acumularea efectelor nedorite și de a limita interacțiunile medicamentoase, dar există cazuri în care ea este absolut necesară.

ANTIESTROGEN. Medicament care se opune acțiunii estrogenilor (hormoni feminini secretați de ovare).

Citratul de clomifenă favorizează declanșarea ovulației și este utilizat în tratamentul unor sterilități feminine. Un inconvenient important, deși puțin probabil, este apariția unei sarcini multiple. Tamoxifenul este utilizat în tratamentul unor cancere ale sânului, zise hormonodependente (favorizate de estrogeni).

Aceste două medicamente sunt contraindicate în caz de sarcină, iar citratul de clomifenă de asemenea și în caz de cancer genital. Aceste medicamente pot provoca tulburări ginecologice (bufeuri de căldură, hemoragii uterine, umflarea sânilor).

ANTIFUNGIC. Medicament utilizat în tratarea micozelor (infecții cu ciuperci microscopice). SINONIM: *fungicid*.

ANTIGEN. Substanță străină organismului, susceptibilă să declanșeze o reacție imunitară provocând formarea de anticorpi.

ORIGINE ȘI STRUCTURĂ. Virusurile, bacteriile, paraziții și celulele alterate ale organismului (infectate cu un germene sau tumorale) sunt antigene. Poate să fie vorba fie despre molecule izolate de o mărime suficientă pentru a comporta unul sau mai multe situsuri antigenice, fie despre structuri complexe sau de elemente fixate la suprafața microorganismelor patogene. Unele antigene provoacă o reacție alergică stimulând producerea de imunoglobuline, sau anticorpi de tip E (IgE): acestea sunt alergene, care au origini foarte diferite (venin de viespe, polen, produse chimice etc.).

Deși un antigen este, în general, o substanță străină organismului, în cazul bolilor autoimune, chiar un element al organismului nu este recunoscut de acesta ca fiind al său.

Antigenele sunt, în majoritatea cazurilor, glicoproteine (proteine combinate cu glucide). Lipidele sunt mult mai rar antigenice, în afara cazului că sunt asociate altor structuri moleculare mai mari.

ANTIGRIPAL. Medicament utilizat în tratamentul sindroamelor gripale.

Antigripalele (în limbaj curent) fac parte din tratamentul simptomelor, și nu al cauzei, numeroaselor infecții virale curente care seamănă cu gripa. Se prescriu deci medicamente ca paracetamolul sau aspirina pentru a lupta concomitent împotriva febrei și a diverselor dureri (curbaturi, dureri de cap). Lor le sunt asociate uneori antihistaminice. Utilizarea vitaminei C, deși curentă, nu este de o eficacitate dovedită științific.

ANTIHELMINTIC. → ANTIPARAZITAR.

ANTIHIPERTENSOR. Medicament utilizat în tratamentul hipertensiunii arteriale.

Alegerea între diferite antihipertensoare, comportând eventual o asociere a mai multora dintre ele, este hotărâtă în funcție de vârstă, de patologiile asociate, de toleranța față de produs.

Antihipertensoarele diminuează valorile presiunii arteriale sistolice (maxima) și diastolice (minima) cu scopul de a preveni complicațiile hipertensiunii. Tratamentul este, în general, de lungă durată. O supraveghere la intervale regulate se impune pentru a verifica eficiența tratamentului, absența unei căderi excesive a tensiunii, absența apariției efectelor nedorite.

ANTIHISTAMINIC. Medicament care se opune acțiunii unei substanțe naturale a organismului, histamina (care declanșează efectele alergiei și crește secreția gastrică).

Antihistaminicele acționează prin blocarea receptorilor de histamină, situați pe diferite tipuri de celule.

ANTIINFECTIOS. Medicament activ față de infecțiile microbiene. → ANTIBIOTIC, ANTIFUNGIC, ANTIPARAZITAR, ANTITUBERCULOS, ANTIVIRAL.

ANTIINFLAMATOR. Medicament utilizat în tratamentul local sau general al inflamației.

Antiinflamatoarele se repartizează în două clase: steroidiene și nesteroidiene. Acestea sunt medicamente simptomatice, care nu acționează asupra cauzei inflamației. Ele sunt indicate atunci când inflamația, proces normal de apărare față de agresiuni, devine supărătoare, în special din cauza durerii pe care o provoacă. Ele sunt asociate, în caz de nevoie, cu alte îngrijiri antiinflamatorii, de exemplu simpla imobilizare a regiunii inflamate. Antiinflamatoarele se administrează pe cale orală, injectabilă sau locală. Steroidienele și nesteroidienele au unele efecte nedorite comune: agresivitatea față de mucoasa stomacului (mai ales cele nesteroidiene), riscul de gastrită, chiar de ulcer, diminuarea rezistenței la infecții (mai ales în cazul steroidienelor).

Antiinflamatoare steroidiene. Denumite și corticosteroizi, aceste produse (prednison, prednisolon, betametason) sunt derivați ai corticosteroizilor naturali, hormoni secretați de către glandele suprarenale. Corticosteroizii sunt foarte puternici și permit stăpânirea inflamației atunci când ea devine severă sau când se declanșează fără motiv evident, ca în cazul bolilor zise inflamatorii (poliartrită reumatoidă, alergii severe etc.). Denaturarea pielii, fragilitatea osoasă, apariția unei stări diabetice fac parte din numeroasele lor efecte nedorite. Corticosteroizii au îmbunătățit prognoza de viață și funcțională în numeroase boli chiar dacă nu li se cunoaște cauza.

Antiinflamatoare nesteroidiene. Aceste produse, denumite și AINS (fenilbutazonă, indometacin etc.), aparțin diverselor categorii, dar sunt toate capabile să blocheze formarea unor substanțe ca prostaglandinele, mediatorii

chimici necesari dezvoltării inflamației. Ele sunt eficace îndeosebi în fazele acute ale inflamației și sunt utilizate în reumatologie (artrită, puseu inflamatoriu al unei artroze, tendinită), în traumatologie, în urologie (colici nefretice), în ginecologie (ciclu menstrual dureros). Antiinflamatoarele nesteroidiene nu trebuie să fie asociate între ele, nici cu anticoagulante (risc de sângerări), nici cu sterilet (risc de ineficacitate contraceptivă). În general, ele sunt contraindicate în caz de antecedente alergice la unul dintre cele două, ori la aspirină. Există, de asemenea, antiinflamatoare cu acțiune lentă (săruri de aur, metotrexat), al căror efect nu este constatat decât după câteva săptămâni.

ANTIMETABOLIT. → CHIMIOTERAPIC ANTICANCEROS.

ANTIMIGRENOS. Medicament utilizat în tratamentul migrenei fie în decursul crizelor, fie pentru a evita recidivarea lor.

Antimigrenoasele cele mai importante sunt derivații extrași din cornul secarei (ciupercă parazită a cerealelor) și betablocantele. Primele (dihidroergotamina, ergotamina) sunt administrate pe cale orală sau injectabilă (unele preparate conțin și cofeină). Ele sunt eficace în cursul crizei migrenoase, mai ales dacă sunt administrate la începutul ei, dar folosirea lor pe termen lung este limitată de un efect nedorit și grav, ergotismul: diminuarea calibrului arterelor brațelor și gambelor sfârșește prin a provoca furnicături și dureri care evoluează uneori, în absența unui tratament, spre gangrenă (moartea celulelor țesuturilor). Unele betablocante sunt, de asemenea, indicate împotriva migrenei, dar numai ca tratament de bază, pe termen lung, pentru a evita recidivele prea frecvente. Ele sunt administrate pe cale orală și eventualele lor efecte nedorite sunt, în principal, cardiace (ele pot antrena o bradicardie).

Printre alte antimigrenoase utilizate, sumatriptanul este un produs recent, care stimulează receptorii situați pe celulele vaselor sangvine cerebrale. Prescrierea sa este limitată la migrenele care s-au dovedit rezistente la tratamentele clasice. El este administrat pe cale orală sau injectabilă.

În sfârșit, numeroase migrene benigne sunt sensibile la analgezicele obișnuite (paracetamol etc.). → MIGRENĂ.

ANTIONCOGENĂ. Genă a cărei absență de exprimare sau a cărei deleție poate antrena apariția unei tumori canceroase. SINONIM: *genă supresoare a tumorii*.

Antioncogenele sunt prezente în mod normal în fiecare celulă a individului și sunt necesare pentru ca aceste celule să rămână sănătoase. În schimb, distrugerea sau absența lor, asociate cu alți factori, pot provoca o proliferare canceroasă.

ANTIPALUDIC. Medicament utilizat în prevenirea pe termen scurt și în tratamentul paludismului. SINONIM: *antimalaric*.

Alegerea unui medicament sau a unei asocieri de medicamente depinde de scopul urmărit: tratarea unui acces sau prevenirea bolii la un călător într-o zonă cu paludism. Această alegere depinde, de asemenea, de țara unde persoana a fost infectată sau de țara în care acesta urmează să meargă. De fapt, parazitul devine adesea rezistent, în mod treptat, la medicamentele între-buințate, dar de o manieră variabilă după țară. Rezistența parazitului la diferite antipaludice fac obiectul unei supravegheri permanente la scară internațională și unei aduceri la zi anuale. Administrarea antipaludicelor se face pe cale orală, uneori intravenoasă pentru chinină. Efectele nedorite și contraindicațiile variază după produs. Se observă adesea tulburări digestive (grețuri), vertije, cefalee, erupții cutanate sau alergii mai grave. Meflochina și halofantrina sunt contraindicate în timpul sarcinii.

ANTIPARAZITAR. Medicament utilizat în tratamentul bolilor cauzate de paraziți.

În funcție de tipul de parazit ce trebuie distrus, antiparazitarele sunt fie antihelmintice, fie antiprotozoare. Ele sunt administrate pe cale orală.

■ *Antihelminticele*, denumite în mod curent vermifuge, sunt active asupra cestodelor (viermi plați segmentați: tenia, echinococul), asupra tramatodelor (viermi plați nesegmentați: gălbeazâ, bilharzie sau schistosom), asupra nematodelor (viermi cilindrici nesegmentați: ascaris, anchilostom, anguilulă, filarie, oxiur, trichină, tricocefal).

■ *Antiprotozoarele* sunt utilizate în tratamentul amibiazei (cauzată de amibe), al paludismului (cauzat de plasmodiu), al giardiazei (cauzată de giardia), al leishmaniozei (cauzată de leishmania), al tricomonazei (cauzată de tricomonas), al toxoplasmozei (cauzată de toxoplasme), al bolii somnului (cauzată de tripanosome).

ANTIPIRETIC. Medicament utilizat în tratamentul simptomatic al febrei. SINONIM: *febrifug*.

ANTIPRURIGINOS. Medicament utilizat în tratamentul pruritului (mâncărimi).

ANTIREUMATISMAL. Medicament utilizat în tratamentul unor afecțiuni reumatologice.

Antireumatismalele sunt destinate calmării reumatismului și durerilor de articulații. În afara antiinflamatoarelor propriu-zise (steroidiene sau nesteroidiene), care acționează asupra inflamației dar nu asupra cauzei ei, se prescriu substanțe mai specifice, adesea care acționează după o perioadă de timp: săruri de aur, penicilaminâ, imunodepresoare, antipaludice.

Aceste medicamente sunt rezervate îndeosebi tratamentului de fond al reumatismelor cronice poliarticulare și inflamatorii (de exemplu, poliartrita reumatoidă). Ele sunt eventual asociate între ele și/sau cu analgezicele obișnuite. Antireumatismalele sunt administrate pe cale orală sau injectabilă. Fiecare dintre ele este susceptibil să antreneze efecte nedorite, uneori grave.

ANTISEPSIE. Ansamblul procedeelor utilizate pentru a lupta contra unei infecții microbiene de suprafață.

Antisepsia este unul dintre fundamentele igienei medicale. Sunt întrebuințate diferite mijloace care variază după scopul urmărit: utilizarea produselor chimice sau a căldurii. Produsele chimice, utilizabile doar în aplicații externe (hipoclorit de sodiu, derivați de amoniu cuaternar, tinctură de iod, alcool, mercurisceină etc.), permit o asepsie a pielii și a plăgilor superficiale. Alte produse chimice, utilizate pentru dezinfecția materialului medical sau chirurgical care nu se aruncă după utilizare, sunt adaptate în mod particular la distrugerea bacteriilor, ciupercilor microscopice și a majorității virusurilor (în special cel al SIDA).

ANTISEPTIC. Produs utilizat pentru a lupta împotriva germenilor de pe piele și de pe mucoase.

Antisepticele de uz extern. În funcție de structura lor chimică și de proprietățile lor, se deosebesc numeroase substanțe: alcoolul, apa oxigenată, derivații de amoniu cuaternar (benzalkoniu), clorhexidina, derivații fenolului, oxidanți, acizi, derivați metalici (mercur, argint, cupru, zinc), coloranți (eozină, albastru de metilen), hexetidină, hexomedină, iod. Criteriile de alegere sunt numeroase și complexe: toxicitatea, probabilitatea de a declanșa o alergie, puterea iritantă interzicând aplicarea pe mucoase sau pe plăgi, rapiditatea de acțiune, necesitatea de a elimina în mod radical germenii sau doar a împiedica proliferarea lor.

Antisepticele de uz intern. Unele medicamente neantibiotice sunt prescrise pe cale orală în tratarea infecțiilor intestinale sau urinare (sulfamide).

ANTISEROTONINĂ. Medicament destinat să inhibe acțiunea unei substanțe naturale a organismului, serotonina, neurotransmițător al sistemului nervos central.

Antiserotoninele împiedică serotonina să se fixeze de receptorii săi celulari sau sunt medicamente care au mecanisme de acțiune mai complexe. Este vorba de un ansamblu de produse eterogene, care pot fi prescrise în următoarele cazuri: vomă (odansetron, granisetron), depresie (clomipramină), migrenă (metisergid, sumatriptan), alergii etc.

ANTISPASMODIC. Medicament utilizat în tratamentul spasmelor musculare.

ANTISUDORAL. Substanță utilizată pentru a diminua o transpirație excesivă. SINONIM: *antiperspirant*.

Antisudoralele sunt adesea preparate pe bază de săruri de aluminiu (de exemplu, cloruri). Ele se prezintă, eventual, incluse într-un deodorant, sub formă de loțiune, de cremă sau de spray. Antisudoralele pot irita pielea, pot provoca o senzație de arsură și de înțepătură sau o alergie.

Hipersudațiile cu adevărat mari sunt uneori tratate cu medicamente pentru sistemul nervos vegetativ, rezervate doar prescripției medicale.

ANTITIROIDIAN. Medicament utilizat în tratamentul hipertiroidiilor (excesul secreției de hormoni de către glanda tiroidă).

Antitiroidienele, obținute prin sinteză, inhibă producerea de hormoni tiroidieni. Ele sunt adesea eficace în prescripția de lungă durată (un an sau mai mult). În cazul contrar, ele se asociază administrării de iod radioactiv sau unui tratament chirurgical. Efectele nedorite, rare, sunt uneori grave și necesită o supraveghere regulată: agranulocitoză (scăderea numărului de globule albe, cu risc de infecție majoră), hepatită, febră cu erupție cutanată.

ANTITOXINĂ. Anticorp secretat de către organism în contact cu o toxină bacteriană și înzestrat cu putere neutralizantă.

ANTITUBERCULOS. Medicament antibiotic utilizat în tratamentul tuberculozei.

Antituberculoasele sunt întotdeauna asociate între ele (de la două la patru produse) și administrate pe durata a cel puțin 6 luni, pe cale orală. Un bilanț prealabil și un control regulat sunt indispensabile pentru a limita efectele nedorite: izoniazida, rifampicina și pirazinamida au o anume toxicitate pentru ficat; utilizarea etambutolului necesită un examen oftalmologic regulat pentru a depista eventuala apariție a dereglărilor de vedere în culori. → ANTIBIOTIC.

ANTITUSIV. Medicament tilizat în tratamentul simptomatic al tusei.

■ *Antitusivele opiacee* (codeină, codetilină, folcodină etc.) acționează prin inhibarea centrilor nervoși cerebrali și tratează tusea uscată, fără expectorație. Ele sunt prezentate sub formă de siropuri și de comprimate. Au un efect sedativ și pot provoca somnolență.

■ *Alte antitusive*, neopiacee (acetilcisteina, carbocisteina), sunt expectorante, fluidifiante sau mucolitice. Ele sunt folosite în tratamentul tusei umede. Asociate uneori cu antispasmodice, ele se găsesc sub formă de sirop sau de pliculețe.

Dintre diferitele antitusive disponibile, trebuie să se selecționeze produsul și doza care nu vor împiedica eliminarea eventualelor expectorații, ceea ce ar risca atunci întârzierea vindecării, prin suprainfectare. Pe de altă parte, folosirea de antitusive nu scutește căutarea cauzei tusei.

ANTIULCEROS. Medicament utilizat în tratamentul ulcerelor gastrice și duodenale sau în prevenirea recidivării lor.

Antiulceroasele acționează fie prin diminuarea secreției de acid clorhidric de către mucoasa stomacului (antiacide), fie protejând această mucoasă față de aciditate (efectul „pansament" al protectorilor gastrici).

ANTIVIRAL. Medicament utilizat în tratamentul bolilor virale.

Antiviralele sunt destinate distrugerii virusurilor sau cel puțin împiedicării multiplicării lor. Majoritatea antiviralelor

acționează inhibând sinteza materialului genetic al virusului, adică a A.D.N.-ului sau a A.R.N.-ului. Ele sunt administrate pe cale orală sau injectabilă, unele fiind mai multi disponibile pentru uz local (boli cutanate sau oculare). Se întâmplă adesea ca un antiviral să nu prezinte interes în tratamentul infecțiilor curente, deși prescrierea sa devine justificată și eficace pentru bolile grave. Apariția unor noi medicamente, antiprotează, și utilizarea simultană a trei antivirale în tratarea SIDA permite rezultate care dau speranțe.

EFECTE NEDORITE. Efectele nedorite ale antiviralelor sunt provocate în parte de faptul că ele altrează, o dată cu virusul, și celulele-gazdă ale acestuia. În particular, acesta este cazul zidovudinei, ale cărei efecte indezirabile sunt de natură hematologică (atingerea globulelor roșii și a globulelor albe). Astfel, multe substanțe sunt active în laborator, dar sunt inutilizabile din cauza toxicității lor.

ANTRACOZĂ. Boală pulmonară consecutivă inhalării de particule de cărbune sau de grafit.

Antracoza, boală profesională din familia pneumoconiozelor, afectează în mod deosebit lucrătorii din minele de cărbune. În general, ea nu antrenează fibroză (întărirea și îngroșarea țesutului pulmonar), dar poate provoca cu timpul o insuficiență respiratorie.

Diagnosticul este stabilit, în general, chiar înainte de apariția semnelor clinice, cu ocazia unui examen radiologic al plămânului. În acest stadiu, încă nu e târziu să se înceteze expunerea pacientului la pulberile incriminate. Nu există un tratament al antracozei, ci doar cel al simptomelor (insuficiența respiratorie). → PNEUMOCONIOZĂ.

ANTRAX. 1. Aglomerat al mai multor furuncule formând mari noduli inflamatorii plini de puroi. 2. Cărbune.

ANTROPOZOONOZĂ. Boală a animalului transmisibilă ființei umane. SINONIM: *zoonoză*.

ANURIE. Oprire a producerii de urină de către rinichi.

Se disting două tipuri de anurie:

■ *Anuria excretorie* este provocată de un obstacol în scurgerea urinei la nivelul bazinetului sau al ureterei. Cauza poate fi constituită de numeroase boli urologice. Cele mai frecvente cauze le constituie calculii urinari, precum și tumorile de prostată sau de vezică, acționând prin astuparea celor două căi excretorii.

■ *Anuria secretorie* este consecința unei opriri a producerii urinei la nivelul nefronilor (unitățile funcționale elementare ale rinichiului), în straturile superficiale (cortex) sau profunde (medulara) rinichiului. Cauzele sunt foarte numeroase: boală a glomerulilor (unitățile filtrante ale rinichiului), vascularizarea rinichiului, absorbția de toxice etc.

TRATAMENT. Tratamentul unei anurii constituie o urgență datorită insuficienței renale acute, care apare foarte rapid.

■ *Tratamentul anuriei excretorii* constă în suprimarea obstacolului din calea de scurgere a urinei sau, dacă aceasta nu este posibil, derivarea urinei în amonte de obstrucție. Derivația urinară poate fi realizată fie prin amplasarea în ureterul obstruat a unei sonde fine introdusă pe căile naturale sub control endoscopic, fie prin introducerea unei sonde direct în căile urinare dilatate prin puncționarea prin piele.

■ *Tratamentul anuriei secretorii* este hemodializa (tehnică de curățire a sângelui prin filtrarea printr-o membrană semipermeabilă), care dă posibilitatea să se evite consecințele insuficienței renale acute și să se aștepte, după elucidarea cauzei anuriei, recuperarea funcției renale în câteva zile.

ANUS. Orificiu terminal al tubului digestiv, permițând defecarea.

PATOLOGIE. Principalele afecțiuni ale anusului sunt: malformațiile congenitale, puțin frecvente, care trebuie să fie tratate chiar de la naștere; deficiența sfincterelor sau a sistemului nervos care le comandă, răspunzătoare de incontinența anală; hemoroizii; leziunile inflamatorii și supurate, ca abcesul sau fistula anală (necesitând incizarea și drenarea); cancerul anusului.

ANUS (cancer de). Cancer care atinge canalul anal sau bordura anală, în principal sub forma unui carcinom epidermoid (tumoră malignă a țesutului epitelial), mai rar sub forma unui adenocarcinom (tumoră malignă a țesutului glandular).

Cancerul de anus este destul de rar, dar frecvența sa crește lent și el atinge atât bărbații, cât și femeile. Apariția sa ar fi legată de un agent viral. Cancerul de anus se prezintă ca o leziune îndurată care sângerează mai mult sau mai puțin și care nu se vindecă. Atunci când se dezvoltă, el dă loc unor adenopatii inghinale. Tratamentul face apel în esență la radioterapie, asociată uneori cu ablația tumorii dacă aceasta este voluminoasă. Rezultatele terapeutice sunt bune în formele mai puțin extinse.

ANUS ARTIFICIAL. Îmbinare chirurgicală a tubului digestiv la peretele anterior al abdomenului, practicată după chirurgie colică sau rectală cu ablația unui segment de intestin.

Segmentul îmbinat poate fi colonul (colostomie) sau ileonul (ileostomie). Peretele colonului sau al ileonului este astfel deschis spre exterior printr-o incizie a peretelui abdominal, înlesnind evacuarea scaunelor într-o pungă etanșă care nu permite exalarea mirosului. După evacuarea intestinală, punga este schimbată (o dată sau de două ori pe zi). Anusul artificial este fie temporar, precedând restabilirea continuității intestinale, fie definitiv. Aparatura modernă pentru anusuri artificiale permite o foarte bună toleranță și o viață normală.

ANUSCOPIE. Examen care permite explorarea anusului și a rectului inferior.

Anuscopia servește la stabilirea diagnosticului de hemoroizi, al fisurilor și fistulelor anale, al șancrului și cancerului de anus.

Acest examen, care nu necesită vreo pregătire specială, se practică cu ajutorul unui anuscop, un tub metalic cilindric, cu lungimea de aproximativ 10 cm, dotat cu un sistem optic.

Acest instrument este introdus în anus atunci când pacientul se află în poziție genupectorală (în genunchi, coatele pe masa de examinare, obrazul culcat pe masă, spatele bine arcuit). Examenul, precedat de un tușeu anorectal, durează câteva minute.

ANXIETATE. Tulburare emoțională care se traduce printr-un sentiment nedefinit de nesiguranță.

Dacă există o anxietate „normală" care ameliorează învățătura și performanțele, anxietatea poate deveni și patologică: subiectul este atât de profund marcat încât nu mai poate să se controleze.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Anxietatea comportă trei caracteristici principale: presentimentul unui pericol vag și iminent, reacții psihice variate (senzație de sufocare, palpitații, transpirație, uscarea gurii, vertije, tremurături, tulburări de tranzit), impresia penibilă a neputinței sau slăbiciunii în fața pericolului, fiecare simptom întărînd sentimentul de punere în gardă. Clasic, termenul de anxietate este dat laturii psihice a tulburării, în timp ce laturii somatice i se rezervă termenul de angoasă.

Bolnavul poate fi agitat, poate merge fără țintă sau poate rămâne pironit pe loc de panica ce crește în el. Durata unei crize de anxietate este, în general, de una-două ore. Când crizele se repetă la un subiect care prezintă un fond anxios permanent, se vorbește de nevroză de angoasă.

TRATAMENT. Se bazează mai întâi pe atitudinea anturajului pacientului, care trebuie să rămână calm și liniștit, fără a se înduioșa excesiv, dar și fără agresivitate, nici cu dispreț. Există o întreagă gamă de medicamente împotriva anxietății (tranchilizante [benzodiazepine], betablocante, neuroleptice ușoare și unele antidepresive), dar anxietatea nu poate fi tratată fără aviz medical, sub amenințarea unei agravări uneori legată de luarea abuzivă de medicamente (farmacomanie). Tratamentul de fond se orientează adesea spre o psihoterapie. Tehnicile de relaxare, exercițiul fizic, o mai bună igienă a vieții constituie în toate cazurile un adjuvant remarcabil.

ANXIOLITIC. Medicament utilizat în tratamentul anxietății și al diferitelor ei manifestări.

EFECTE NEDORITE. Un risc împărtășit prin numărul acestor produse este creșterea efectelor lor atunci când sunt asociate cu alcoolul. Interacțiunile cu alte medicamente sunt numeroase. De altfel, somnolența pe care o provoacă un anxiolitic face periculoasă conducerea unui vehicul. Benzodiazepinele, deși puțin toxice dacă sunt respectate regulile de prescripție, pot provoca o dependență, chiar o adevărată toxicomanie. Utilizarea lor trebuie să fie urmărită în mod special la foștii toxicomani.

AORTĂ. Principala arteră a organismului, formându-se de la baza ventriculului stâng și distribuind sângele oxigenat de către plămâni în întreg corpul.

PATOLOGIE. Se pot observa diferite anomalii: o îngustare congenitală la nivelul istmului (coarctație); o atingere a peretelui, în general de către o placă de aterom, ducând la o dilatare (anevrism) sau la o îngustare a vasului. În ambele cazuri, formarea de cheaguri este frecventă și răspunzătoare de emboliile creierului și ale membrelor. O altă leziune ateromatoasă este disecția, clivajul producându-se în grosimea peretelui. Toate aceste atingeri justifică un tratament chirurgical.

AORTITĂ. Inflamație a peretelui aortei.

AORTOGRAFIE. Examen radiologic care permite vizualizarea aortei și a ramurilor sale.

INDICAȚII. Aortografia permite o explorare a diferitelor patologii ale aortei: anevrism al aortei, disecție aortică, sindromul lui Leriche (tromboza aortei terminale și bifurcarea ca în arterele iliace primitive), coarctația aortei, explorare făcută înainte de intervenția chirurgicală.

DESFĂȘURARE. Când aortografia este realizată prin puncție arterială necesită o spitalizare de 24 până la 48 ore. Ea se practică sub anestezie locală (pentru un copil, sub anestezie generală ușoară) și sub control electrocardiografic. Examenul durează între o jumătate de oră și trei sferturi de oră.

EFECTE NEDORITE. Sunt de două tipuri: alergice și traumatice.

■ *Complicațiile alergice* sunt provocate de iodul conținut de produsul de contrast. Alergia la iod se traduce prin grețuri, vomă, erupții cutanate și o scădere a tensiunii arteriale. Cu ocazia unei consultații precedând examenul aortografic, medicul trebuie să se asigure că pacientul n-a prezentat vreodată simptomele unei alergii, iar dacă e cazul să-i prescrie un tratament antialergic.

■ *Complicațiile traumatice* sunt legate de riscul unei plăgi vasculare, mai ales în caz de puncție arterială, și pot antrena o hemoragie locală. Este absolut necesar ca, înainte de orice aortografie, să se verifice la pacient orice tulburare de coagulare.

APARAT. Ansamblu de organe care concură la îndeplinirea unei funcții fiziologice.

Aparatul se distinge de sistem (ansamblul complex de elemente — fără limitare la organe — a căror sumă de efecte produce o funcție în totalitatea sa), ca și de căi (ansamblul drumurilor organice — pline sau cavitare — care

vehiculează o funcție de la punctul ei de origine până la punctul ei de utilizare).

APARAT CARDIOVASCULAR. → CIRCULATOR (aparat).

APARAT CIRCULATOR. → CIRCULATOR (aparat).

APARAT DENTAR. Dispozitiv fix sau mobil utilizat ca proteză dentară pentru a înlocui dinții lipsă, pentru a corecta poziția unor dinți pe arcadă sau pentru a compensa pierderile de substanță generate de malformațiile congenitale (fantă labiopalatină, de exemplu) sau de boli (cancer bucal).

APARAT DIGESTIV. → DIGESTIV (aparat).

APARAT GENITAL FEMININ. → GENITAL FEMININ (aparat).

APARAT GENITAL MASCULIN. → GENITAL MASCULIN (aparat).

APARAT LACRIMAL. → LACRIMAL (aparat).

APARAT LOCOMOTOR. → LOCOMOTOR (aparat).

APARAT RESPIRATOR. → RESPIRATOR (aparat).

APARAT URINAR. → URINAR (aparat).

APĂ. Lichid incolor, inodor și fără gust care intră în compoziția majorității organismelor vii.

Molecula de apă (H_2O) se compune din doi atomi de hidrogen legați la un atom de oxigen. Apa fierbe la temperatura de +100°C, se solidifică la 0°C. Ea se numește potabilă atunci când răspunde unor norme fixate prin texte legiferate: ea trebuie să fie plăcută la băut atât în ce privește gustul, cât și culoarea și mirosul ei, și, ca regulă absolută, nesusceptibilă să aducă vreo atingere sănătății. Apa potabilă trebuie să nu conțină nici microorganisme patogene, nici substanțe toxice (cupru, plumb, fluoruri, cianuri, arsenic, compuși fenolici etc.). Concentrația sa în anumite substanțe chimice (săruri minerale, amoniac, nitriți, nitrați, cloruri, materii organice) trebuie să fie limitată.

Apa este principalul solvent organic. Corpul omenesc este constituit, în medie, din 60% apă.

Apa permite transportul diferitelor substanțe pe care le cuprinde în soluție și reacțiile chimice dintre ele. Organismul uman pierde, în medie, 2,5 litri de apă pe zi, în principal prin urină, aceste pierderi fiind reglate de către rinichi (sub efectul hormonului antidiuretic), prin tubul digestiv, prin plămâni (respirația) și prin piele (transpirația). Pierderile organice în apă trebuie să fie compensate printr-un aport corespunzător: apă de băut, apă conținută în alimente și apă metabolică, provenind din combustia nutrimentelor. Metabolismul apei este reglat de către organism. Setea este primul semnal care indică subiectului un deficit în apă. În unele situații patologice, conținutul în apă al organismului poate varia. În timpul unei deshidratări, ea este insuficientă în organism. Și invers, în timpul unei secreții prea mari de hormon antidiuretic, organismul are tendința să rețină prea multă apă, ceea ce poate provoca formarea de edeme, în particular a unui edem cerebral, susceptibil să antreneze tulburări de conștiență, chiar o comă.

APĂ MINERALĂ. Apă de izvor a cărei compoziție în elemente minerale permite utilizarea ei terapeutică.

Apele minerale sunt clasificate după conținutul lor în minerale: ape foarte puțin mineralizate (mai puțin de 50 miligrame pe litru), ape puțin mineralizate (de la 50 la 500 miligrame pe litru) și ape foarte bogate în săruri minerale (mai mult de 1 500 miligrame pe litru). Apele minerale pot fi plate sau gazoase (cu o încărcătură de gaz carbonic [CO_2] care reprezintă de câteva ori volumul lichid). Apele gazoase sunt adesea mai bogate în sodiu și neindicate în regimurile hiposodate prescrise în caz de insuficiență cardiacă sau de hipertensiune. Doar apele minerale care pot fi consumate fără contraindicație de către persoanele sănătoase sunt cele care primesc autorizația de îmbuteliere și liberă comercializare. Apele puțin mineralizate pot servi la prepararea biberoanelor dacă nu sunt gazoase. Apele bogate în calciu pot contribui la compensarea unei alimentații sărace în minerale. Unele ape îmbogățite în fluoruri pot avea un efect benefic în prevenirea cariei dentare. La fel, conținutul foarte mic în sodiu al unor ape minerale permite consumarea lor cotidiană de către persoanele constrânse la un regim hiposodat. Proprietățile apelor minerale sunt utilizate în terapeutică, în cadrul curelor termale, fie pe cale internă (băutură), fie pe cale externă (băi). → CURĂ TERMALĂ.

APĂ OXIGENATĂ. Soluție antiseptică, dezinfectantă și hemostatică. SINONIM: *peroxid de hidrogen*.

Apa oxigenată este utilizată ca antiseptic sub forma unei soluții diluate, capabilă să elibereze oxigen gazos echivalent a 10 volume ale lichidului respectiv. Ea este indicată datorită capacităților sale de curățire a plăgilor cutanate benigne și de asigurare a asepsiei acestora, precum și pentru proprietățile ei hemostatice (oprirea sângerărilor) în cursul epistaxisului.

APENDICE. Prelungire a unui organ.

Apendicele vermicular, sau apendicele ileocecal, numit apendice în vorbirea curentă, se formează în dedesubtul orificiului ileocecal, la punctul de joncțiune între intestinul subțire și intestinul gros. De formă destul de cilindrică, el măsoară de la 7 la 8 centimetri în lungime și de la 4 la 8 milimetri în diametru.

PATOLOGIE. Datorită apropierii lui de materiile de la sfârșitul digestiei, apendicele vermicular constituie frecvent

sediul unei infecții sau al unui abces, apendicita. Apendicele poate fi, de asemenea, sediul unor tumori, benigne sau maligne. În sfârșit, apendicele poate în mod excepțional să sufere o torsiune (sau volvulus), simulând o apendicită acută.

APENDICECTOMIE. Ablația chirurgicală a apendicelui.

INDICAȚII. Apendicectomia este practicată în caz de apendicită pentru a preveni ruptura apendicelui inflamat, care ar provoca o peritonită sau un abces abdominal.

DESFĂȘURARE. Apendicectomia se efectuează prin incizarea chirurgicală a abdomenului sau, mai recent, prin celoscopie. Incizia, oblică sau transversală, este practicată în dreapta abdomenului, în fosa iliacă. În general, i se permite pacientului să bea și să mănânce la 24 ore de la intervenție.

Abcesele apendiculare sunt drenate și apendicele este îndepărtat fie imediat, fie mai târziu. În caz de peritonită, apendicectomiei i se asociază o curățire și un drenaj al cavității peritoneale.

COMPLICAȚII. Apendicectomia expune la mai multe complicații, excepționale, ca desfacerea bontului sau peritonita postoperatorie a copilului (sau peritonita de a cincea zi), sau mai frecvente, ca abcesul peretelui. Dar, în majoritatea cazurilor, este o operație benignă care necesită de la două la șase zile de spitalizare și o scurtă convalescență.

APENDICITĂ. Inflamație a apendicelui.

Apendicita poate surveni la orice vârstă, dar este, în mod particular, mai frecventă la adolescent și la adultul tânăr. Originea inflamației nu este întotdeauna determinată; ea poate fi cauzată de obstruarea apendicelui de către o acumulare de materii fecale. Apendicita cea mai curentă, caracterizată printr-o simplă inflamație a mucoasei, este denumită „catarală" sau „supurată". Când mucoasa este obstruată de puroi, acesta rămâne uneori localizat, provocând o aglutinare a anselor intestinale sudate prin aderențele din jurul abcesului: aceasta este peritonita plastică sau plastronul apendicular.

În caz de necroză a peretelui apendicelui, puroiul poate invada întregul peritoneu; se declanșează atunci peritonita generalizată.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Atunci când apendicele este normal situat, apendicita se traduce printr-o durere care survine brusc în fosa iliacă (partea laterală și inferioară a abdomenului) dreaptă, însoțită de grețuri, chiar de vomă, și de o febră moderată (38–38,5°C); palparea zonei este dureroasă și provoacă o reacție de apărare (întărirea peretelui abdominal); tranzitul intestinal este încetinit.

Diagnosticul este mai greu de pus atunci când apendicele este situat anormal: în spatele cecumului, inflamația se traduce prin dureri lombare; la femeie, foarte jos în bazinul inferior, el provoacă simptome analoage celor ale inflamației trompelor uterine; sub ficat, el simulează o infecție veziculară acută. Diagnosticarea este, de asemenea, delicată în formele atenuate de apendicită, nici un examen radiologic nefiind destul de demn de încredere pentru a putea detecta cu certitudine inflamația.

TRATAMENT. Tratamentul apendicitei este apendicectomia. Aceasta nu trebuie să fie hotărâtă decât pe baza unor semne probatorii: febră în jur de 38°C, reacție de apărare abdominală, creșterea numărului de globule albe rezultată din numărarea globulelor.

După stabilirea diagnosticului, intervenția este practicată fără întârziere pentru a evita dezvoltarea unei peritonite plastice, chiar generalizate. O criză acută de apendicită se poate calma spontan, dar prezintă mereu un risc de recidivă; doar în unele cazuri, la persoanele foarte în vârstă, ia uneori o alură cronică.

În absența mijloacelor chirurgicale, se încearcă stăvilirea inflamației prin administrarea de antibiotice. În caz de peritonită plastică, abcesul poate fi evacuat imediat sau „la rece"; ablația apendicelui nu va fi efectuată decât după vindecarea abcesului. Peritonita generalizată necesită în schimb o intervenție de urgență, cuprinzând ablația apendicelui și curățirea completă a cavității peritoneale.

COMPLICAȚII. Apendicitele nu necesită în mod normal decât câteva zile de spitalizare și permit reluarea activităților normale după două sau trei săptămâni. O peritonită apendiculară poate totuși să se complice la bătrâni, la subiecții subnutriți, la diabetici sau la obezi, și obligă să se recurgă la o ședere în reanimare chirurgicală, mai ales când abcesele intraperitoneale s-au dezvoltat.

APGAR (cotare a lui). Sistem pus la punct pentru evaluarea marilor funcțiuni vitale ale unui nou-născut din primul minut de viață și aprecierea evoluției la 3, 5 și 10 minute mai târziu.

La naștere sunt notate cinci elemente: frecvența cardiacă; mișcările respiratorii; colorația pielii (albastră, în caz de conținut mic în oxigen al sângelui, sau prea palidă); tonusul muscular; reacțiile la stimuli.

APIREXIE. Absență a creșterii temperaturii normale a corpului (în jur de 37°C).

APLAZIE. Insuficiență sau oprire congenitală a dezvoltării unui țesut sau a unui organ.

Astfel, aplazia urechii se caracterizează printr-o creștere incompletă a urechii externe sau medii. Ea poate fi majoră (nu există nici o structură a urechii externe sau medii) sau minoră (afectând o parte a urechii externe sau medii). Aplazia se corectează, în general, prin amplasarea unei proteze concomitent estetică și funcțională.

APLAZIE MEDULARĂ. Boală caracterizată printr-o rarefiere a măduvei osoase, care se traduce printr-o diminuare a numărului de globule roșii, de globule albe și de plachete.

CAUZE. Aplazia este cauzată de incapacitatea măduvei osoase de a produce celulele-suşe, forma de origine a celulelor sangvine. Cauzele toxice sau infecţioase sunt cel mai bine identificate: radiaţiile ionizante (radiaţii X), absorbţia unor medicamente sau produse chimice (derivaţi ai benzenului, anticanceroase, unele antibiotice — îndeosebi cloramfenicolul —, arsenicale, antitiroidiene, săruri de aur, antiepileptice, unele neuroleptice) sau anumite infecţii (hepatită recentă, tuberculoză). Atunci când numărarea formulei sangvine, mielograma şi/sau biopsia măduvei osoase nu permit găsirea vreunei cauze, aplazia este denumită idiopatică. Se pare că în jumătate din cazuri este atunci implicat un mecanism imunologic.

SIMPTOME ŞI SEMNE. Lipsa de globule roşii antrenează o anemie (paloare şi oboseală), lipsa de globule albe expune subiectul la infecţii, iar lipsa plachetelor provoacă hemoragii (purpură, de exemplu).

EVOLUŢIE ŞI TRATAMENT. Când cauza este medicamentoasă şi celulele-suşe sunt cruţate, aplazia medulară regresează spontan. În formele idiopatice, aceastã eventualitate este mai rară. O aplazie medulară poate în mod excepţional să preceadă o leucemie.

Tratamentul simptomatic constă într-o bioterapie masivă în cazul unei infecţii, într-o transfuzie de plachete în caz de hemoragie sau de globule roşii dacă există o anemie gravă. Tratamentul de fond se bazează pe administrarea de imunosupresoare (ciclosporină şi ser antilimfocitar), pe grefa de măduvă osoasă, efectuată plecând de la un donator compatibil, la subiecţii tineri, şi pe administrarea de androgeni (care stimulează celulele-suşe ale măduvei) dacă tratamentul cu imunosupresoare nu este eficace.

APNEE. Oprire a respiraţiei, cu durată variabilă, fără oprire cardiacă.

O apnee poate fi temporară (de la câteva secunde până la unul sau două minute) sau poate dura mai mult timp, punând în pericol viaţa subiectului prin provocarea de leziuni cerebrale ireversibile. Apneea poate fi voluntară (plonjare submarină, explorare a funcţiei respiratorii) sau nu.

Apneea de somn. Poate surveni la ambele sexe şi la orice vârstă. Ea este socotită în unele cazuri cauza morţii subite a nou-născutului; frecvenţa apneei somnului creşte cu vârsta. Atunci când puseele de apnee sunt foarte numeroase (mai mult de 30 în 6 ore), ele sunt răspunzătoare de o dezorganizare a somnului şi de o oxigenare insuficientă a sângelui.

Se estimează că forma cea mai curentă şi cea mai gravă de apnee a somnului, apneea obstructivă a somnului, afectează un individ din o sută, între vârstele de 30 şi 50 ani, cel mai adesea obez şi care sforăie mult.

TRATAMENT. Majoritatea bolnavilor fiind constituită din obezi, tratamentul constă, în primul rând, într-o reducere a greutăţii. În plus, trebuie evitat consumul de alcool cu două ore înainte de culcare şi să nu se ia somnifere.

Un tratament eficace al apneei de somn există deja de mai mulţi ani: prin aplicarea unei măşti pe nas şi gură în timpul somnului, se obţine menţinerea unei presiuni pozitive constante în căile respiratorii; aerul, provenind de la un compresor, este trimis prin mască în căile nazale şi în interiorul căilor respiratorii pentru a le menţine deschise. Uneori este utilă o intervenţie chirurgicală: ea constă din îndepărtarea totală sau parţială a vălului palatin (palatoplastie), şi chiar, în unele cazuri rebele, practicarea unei traheotomii (deschiderea traheii) pentru a scurt-circuita căile aeriene superioare.

APOFIZĂ. Proeminenţă osoasă.

Există apofize articulare, a căror formă variază cu tipul de articulaţie căreia le aparţin, şi apofize nearticulare, care constituie locul de inserţie a unui muşchi sau a unui tendon. Acestea din urmă sunt denumite, după localizarea lor, tuberozitate, tubercul, spină, creastă sau linie.

APOFIZITĂ. Inflamaţie a unei apofize.

Originea apofizitelor, varietăţi de osteocondroze de creştere, este încă prost cunoscută. Aceste afecţiuni ar putea surveni ca urmare a unui traumatism, a unei infecţii microbiene, a unor tulburări vasculare sau endocrine. În general benigne, ele se întâlnesc cel mai des la subiecţii tineri. Evoluţia lor poate dura mai multe luni şi, în anumite cazuri, poate impune o imobilizare cu gips.

APONEVROZĂ. Membrană albicioasă, rezistentă, constituită din fibre conjunctive.

APRAGMATISM. Tulburare a activităţii învăţate, caracterizată prin incapacitatea subiectului de a realiza acţiunile cele mai curente.

APRAXIE. Tulburare a realizării gesturilor concrete (manipularea obiectelor) sau simbolice (semnul crucii) independent de orice atingere a funcţiilor motorii şi senzitive şi de orice tulburare de înţelegere.

ARAHNODACTILIE. Alungire patologică a degetelor de la mâini şi de la picioare.

Acestea, alungite şi subţiate, amintesc prin forma lor ghearele păianjenului. Arahnodactilia este una dintre anomaliile morfologice care intră în sindromul lui Marfan, dar uneori se întâlneşte şi izolat.

ARAHNOIDITĂ. Inflamaţie subacută sau cronică a arahnoidei (una dintre cele trei membrane care constituie meningele).

CAUZE. O arahnoiditã poate apărea la mai mulţi ani după o meningită purulentă sau o hemoragie meningeană. Ea mai poate să se dezvolte şi în contact cu un focar infecţios rahidian ca o spondilită. Destul de frecvent, nu se găseşte

nici una dintre aceste afecțiuni și în acest caz se vorbește de arahnoiditâ primitivă.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acestea variază după localizarea și întinderea bolii. Poate fi vorba de dureri de cap, de crize de epilepsie, de atingeri ale rădăcinilor măduvei spinării cu apariția unor tulburări senzitive, de iritație a măduvei spinării cu apariția de tulburări motorii (paraplegie sau tetraplegie) și genitosfincteriene (incontinență urinară, de exemplu).

TRATAMENT. Tratamentul este în esență cel al cauzei infecțioase (antibioterapie).

ARC CORNEAN. Inel albicios constituit din colesterol și situat în jurul corneei.

Arcul cornean se observă de obicei la persoanele în vârstă, atestând o infiltrare lipidică a stromei (în acest caz mai este denumit și arc senil sau gerontoxon). Dacă arcul apare la un subiect tânăr, trebuie căutată o hiperlipidemie (creșterea anormală a nivelului de lipide în sânge). Această anomalie nu alterează niciodată vederea.

ARC REFLEX. Traiect parcurs de influxul nervos provocând un reflex.

ARDEZIERILOR (boală a). → SCHISTOZĂ.

ARENOBLASTOM. Tumoră masculinizantă a ovarului, cel mai des benignă.

Arenoblastomul survine, în principal, la femeia tânără. El antrenează manifestări de virilism (hirsutism, seboree, înăsprirea vocii), prin secretarea de androgeni, hormonii sexuali secretați în principal în testicule și cortico-suprarenale. Tratamentul constă în ablația ovarului afectat.

ARGIRIE sau **ARGIROZĂ.** Afecțiune caracterizată printr-o pigmentare difuză cenușie a pielii cauzată de depunerea intradermică de particule de argint. SINONIM: *argiriază*.

Argiria este consecutivă absorbției prelungite, prin piele sau prin mucoase, a sărurilor de argint (picături nazale, colire, pansamente gastrice, nitrat de argint etc.).

Particulele de argint se depun în glandele sudoripare ale dermului în mod definitiv. Prevenirea argiriei este deci indispensabilă.

ARIERAȚIE MINTALĂ. → DEFICIENȚĂ MINTALĂ.

ARITMIE CARDIACĂ. Tulburare a ritmului cardiac, de natură fiziologică sau patologică.

DIFERITE TIPURI DE ARITMIE. Se pot distinge extrasistolele (contracțiile premature), tahicardiile (accelerările bruște și trecătoare ale ritmului cardiac), bradicardiile (diminuările bruște și trecătoare ale ritmului cardiac), fibrilațiile ventriculare (contracțiile anarhice și ineficace).

CAUZE. Toate cardiopatiile, îndeosebi cardiopatiile ischemice (arterioscleroza, aterosclerozа) și chiar simpla îmbătrânire a inimii sunt cauze ale aritmiei. Printre alte origini, trebuie să citâm: embolia pulmonară, brohopneumopatiile, tulburările hidroelectrolitice, anumite medicamente (diuretice, unele antiaritmice etc.), abuzul de tutun, excitantele precum cafeaua, alcoolul.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acestea sunt variate. Cel mai frecvent este vorba de sincope, de o gâfâială, de palpitații, stări de rău, de o cădere a tensiunii arteriale, de angor (angină pectorală) sau de semnele unei insuficiențe cardiace.

În caz de palpitații, este important să se repereze dacă bătăile sunt regulate sau neregulate, dacă apariția tulburării este progresivă sau brutală și care a fost durata sa, și să se noteze frecvența cardiacă, atunci când este posibil.

DIAGNOSTIC. Este asigurat prin electrocardiograma în perioadă de criză, de unde interesul monitorizării prin înregistrarea de lungă durată (holter). În acest caz, un receptor și un înregistrator sunt purtate timp de una sau mai multe zile de către pacient. Uneori, o electrocardiogramă endocavitară (înregistrare cu un electrod urcat prin calea venoasă până în cavitățile cardiace drepte) este indicată. Este vorba de un examen specializat practicat în mediu spitalicesc.

TRATAMENT. Acesta face apel la medicamente antiaritmice care diminuează excitabilitatea inimii, accelerând sau încetinind frecvența ritmului sau influențând sistemul nervos simpatic. Stimularea cardiacă, temporară sau permanentă (pacemaker), este posibilă de asemenea. În unele cazuri, este practicată o electroterapie (șoc electric). De asemenea, poate fi avută în vedere o distrugere foarte localizată, prin energie electrică, sau radiofrecvență, a zonei de origine a tulburării. Unele tulburări de ritm, în particular în absența cardiopatiei, nu necesită nici un tratament.

ARMSTRONG (boală a lui). Boală infecțioasă cauzată de un arenavirus (virus al cărui patrimoniu genetic este constituit dintr-o moleculă de A.R.N.), virusul lui Armstrong. SINONIM: *coriomeningită limfocitară*.

Boala lui Armstrong este o meningită acută, care se manifestă printr-o febră, dureri de cap, grețuri și vome. Puncția lombară arată un lichid cefalorahidian limpede, conținând limfocite. Evoluția acestei boli este benignă și nu necesită nici un tratament curativ particular.

A.R.N. → ACID RIBONUCLEIC.

ARNOLD (nerv al lui). Nerv format de ramura posterioară a celei de a doua rădăcini cervicale.

ARNOLD (nevralgie a lui). Leziune dureroasă a nervului mare al lui Arnold.

CAUZE. O nevralgie a lui Arnold survine, în general, spontan, dar uneori ea este provocată de o presiune locală

sau de anumite mișcări ale capului. Atunci când durerea este continuă, trebuie căutată o cauză locală (leziune cervicală superioară sau leziune cervico-occipitală, de exemplu).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Nevralgia lui Arnold se manifestă printr-o durere care, plecând din partea de sus a cefei, iradiază până în vârful capului. Cu intensitate mare, asemănătoare junghiurilor sau arsurilor, această durere poate fi intermitentă sau continuă.

TRATAMENT. Analgezicele și antiinflamatoarele sunt rareori eficace. O infiltrație locală de corticosteroizi sau de novocaină ușurează durerile pacientului în general, dar uneori doar temporar.

AROMATERAPIE. Terapeutică prin ingestie, masaj al corpului sau inhalare de uleiuri esențiale vegetale sau de esențe aromatice.

Aromaterapia este o ramură a fitoterapiei, tratarea bolilor prin produse derivate din plante.

Uleiurile esențiale se utilizează fie în stare naturală, cu sau excipient, fie condiționate sub formă de capsule cu scopul de a fi protejate față de oxidare.

Capsulele cu esență de salvie pot fi prescrise în unele stări spasmofilice; chiparosul, busuiocul, ienupărul, eucaliptul sunt active în caz de bronșită. În ansamblu, aromaterapia are reputația de a fi activă, mai ales în fenomenele infecțioase. Mulțumită ei, se pot evita, la unele persoane, efectele nedorite ale medicamentelor după ce s-a constatat absența unei cauze serioase a tulburărilor lor și inutilitatea unui tratament mai eficace.

ARSURĂ. Leziune a pielii sau a mucoaselor provocată de expunerea lor la o căldură intensă sau prin contactul lor cu un agent fizic sau chimic.

Arsurile pot fi cauzate de către lichide în fierbere, de către solide calde sau în combustie, de către agenți chimici (acizi, baze, fosfor), de către electricitate sau de către agenții radioactivi (radiații X).

După întinderea lor, se disting arsuri zise benigne (atingând mai puțin de 15% din suprafața corpului) și arsuri grave (afectând între 15 și 60% din suprafața corpului). Ele se mai clasifică și în funcție de profunzimea lor.

Arsurile de gradul întâi. Arsurile de gradul întâi afectează epidermul și se manifestă printr-o roșeață, uneori urmată de o descuamare. Ele pot antrena o febră ușoară. Insolația este o arsură de acest tip.

TRATAMENT. Durerea poate fi calmată prin aplicarea de comprese reci sau cu apă curentă proaspătă. Arsurile de gradul întâi sunt tratate eventual prin aplicarea de creme grase și calmante și pansate pentru a evita infectarea lor. Flictenele (bășici conținând plasmă) pot fi excizate chirurgical. Aceste arsuri se vindecă repede, în general în mai puțin de trei săptămâni.

Arsurile de gradul al doilea. Arsurile de gradul al doilea pot fi superficiale (afectarea epidermului și o parte a dermului, cruțând insule de membrană bazală) sau profunde (distrugerea epidermului și a totalității dermului). Ele se traduc prin apariția flictenelor și pot provoca un șoc cardiovascular cu cădere de tensiune și tahicardie. Arsura, alterând bariera cutanată, favorizează suprainfecția.

TRATAMENT. Arsurile de gradul al doilea necesită o dezinfectare și punerea unui pansament steril. Dacă dermul este carne vie, poate fi aplicată o pomadă deasupra arsurii pentru a ajuta cicatrizarea. În unele cazuri, arsura conduce la o pierdere treptată a pielii, care se elimină în vreo două săptămâni. Aceasta este urmată de o regenerare cutanată provenind din zona periferică a arsurii, care permite acoperirea zonei arse.

În caz de arsură profundă și întinsă, cicatrizarea nu poate avea loc rapid: recurgerea la tehnicile de chirurgie reparatorie (grefă, lambou) este indicată atunci, o excizie chirurgicală precoce a țesuturilor moarte și grefele de piele oferind un mai bun rezultat funcțional și estetic decât cicatrizarea de la sine.

Arsurile de gradul al treilea. Arsurile de gradul al treilea, sau carbonizarea, distrug epidermul, dermul și hipodermul. Foarte profunde, ele pot ocaziona distrugerea mușchilor, a tendoanelor sau a osului subiacent și pot să provoace moartea pacientului, în special când este vorba de subiecți în vârstă. Totuși, tehnicile chirurgicale actuale permit supraviețuirea subiecților afectați pe 80% din suprafața corpului, chiar în cazul de 95% arsură la subiecții tineri.

TRATAMENT. Aceste arsuri impun o spitalizare într-un centru specializat și o reparare în mai mulți timpi: excizia chirurgicală a țesuturilor moarte, repararea chirurgicală (autografă de epiderm îndeosebi) apoi cicatrizarea, asociată

Primele îngrijiri care se acordă unui ars

Arsurile superficiale de mică întindere (mai puțin de 15% din suprafața corporală) și care nu implică regiuni de risc (față, plicile de flexiune, orificiile naturale) nu necesită spitalizare. Partea arsă a corpului trebuie ținută sub apă curentă rece, dar nu de la gheață, timp de cel puțin 5 minute, trebuie dezinfectată cu un antiseptic diluat, trebuie îndepărtat epidermul desprins și neaderent. Flictenele cele mai mari (bășicile conținând plasmă) trebuie să fie excizate de către un medic, iar leziunile să fie acoperite cu un pansament gras (tul gras, de exemplu). O injecție cu ser antitetanic este practicată la nevoie, uneori asociată cu administrarea unui analgezic sau a unui anxiolitic.

Dacă arsura este întinsă sau profundă, se evită dezbrăcarea persoanei, în afara cazului că hainele nu sunt îmbibate cu lichid fierbinte sau dacă, fiind fabricate din fibre sintetice, ele riscă să se topească în contact cu pielea. Îndeosebi trebuie evitat să obligi arsul să bea și, dacă a ingerat produse caustice, să-l faci să vomite. Înfășurat în cearceafuri curate, el trebuie să fie îndreptat imediat spre un centru specializat.

uneori cu intervenții de chirurgie plastică. În caz de arsuri întinse, este practicată imersarea arsului în băi de ser fiziologic pentru a reduce pierderile de plasmă prin suprafețele arse, pentru a menține temperatura corporală și a atenua durerea.

Reeducarea kineziterapeutică este esențială în tratarea *marilor arși pentru evitarea formării bridelor cicatriceale* și redarea unei amplitudini normale a mișcării în regiunile *lezate, mai ales la nivelul degetelor. Masajele sunt întreprinse încă din perioada de cicatrizare. Reeducarea prin* jocuri și ergoterapie poate duce la reînvățarea manipulării diferitelor obiecte, mai ales când e vorba de copil. Ulterior, cicatricile urâte și deranjante sunt corectate prin chirurgie plastică. Curele termale cu dușuri puternice reușesc să aplatizeze unele cicatrici mari.

ARSURĂ DE STOMAC. → GASTRITĂ.

ARTERĂ. Vas care vehiculează sângele inimii spre țesuturi.

Arterele sunt tuburi flexibile cu pereți groși. Diametrul lor se micșorează pe măsură ce ele se depărtează de inimă și se subdivid; ansamblul constituie arborele arterial. Ultimele lor ramificații sunt arteriolele, care alimentează vasele capilare. Printre arterele principale, aorta (pornită din ventriculul stâng) și ramurile sale de divizare distribuie sângele oxigenat, roșu, spre ansamblul țesuturilor, cu excepția plămânilor; arterele pulmonare vehiculează sângele albastru, bogat în gaz carbonic, de la ventriculul drept spre plămâni, unde el este oxigenat.

O arteră poate constitui obiectul leziunilor traumatice (orice plagă arterială necesită o comprimare imediată în amonte, apoi o reparație în mediu spitalicesc pentru a evita o hemoragie abundentă), degenerative și/sau inflamatorii (aterom, arterioscleroză, arterită etc.).

ARTERIOGRAFIE. Examen radiologic care permite vizualizarea directă a unei artere și a ramurilor sale, precum și studiul eventualelor anomalii ale teritoriului pe care îl irigă.

O arteriografie este realizată prin injectarea într-o arteră a unui produs de contrast iodat. Ea se numește globală dacă produsul este injectat într-un trunchi arterial (aortografie) și selectivă atunci când produsul este injectat într-o ramură (artera renală, de exemplu).

INDICAȚII. Arteriografia este utilizată, în principal, pentru stabilirea diagnosticelor preoperatorii; ea dă posibilitatea să se prevadă caracterul mai mult sau mai puțin hemoragic al unor intervenții, să se precizeze amplasarea vaselor și a leziunilor lor și să se obțină informații importante cu privire la circulația venelor și arterelor.

Arteriografia permite să se localizeze o îngustare arterială, un anevrism sau originea unei sângerări digestive. Ea detectează, de asemenea, unele malformații ale vaselor (angioame, fistule), leziunile traumatice și patologiile ischemice, adică provocate de o întrerupere sau o diminuare a circulației sangvine (tromboză arterială sau venoasă). Astfel, în cazul unui infarct intestinal, ea permite să se constate o obliterare acută prin tromboză sau embolie și diminuarea circulației sangvine. Arteriografia selectivă a arterei hepatice permite să se precizeze extinderea unui cancer al ficatului.

DESFĂȘURARE. Arteriografia necesită o spitalizare de 24 *până la 48 ore. Ea se practică sub anestezie locală* și poate *dura de la 30 minute până la două ore.*

EFECTE SECUNDARE. Acestea sunt de două tipuri: alergice și traumatice. Efectul alergic este cauzat de iodul conținut de produsul de contrast. Alergia la iod se traduce prin grețuri, vome, erupții cutanate sau o scădere a tensiunii arteriale. Medicul trebuie să se asigure de faptul că pacientul n-a prezentat vreodată simptomele alergiei și, în caz că da, să-i prescrie în prealabil un tratament antialergic. Efectul traumatic constă într-un risc mic de hemoragie locală. Este util, înainte de orice arteriografie, să se verifice absența la pacient a vreunei deficiențe de coagulare. La fel, o dată retras cateterul după examen, punctul de puncționare va fi puternic comprimat și supravegheat timp de 24 ore.

ARTERIOLĂ. Vas sangvin de diametru mic care asigură legătura între o arteră și un capilar.

ARTERIOPATIE. Orice boală a arterelor, oricare ar fi cauza ei.

ARTERIORAFIE. Sutura rea chirurgicală a unei artere.

ARTERIOSCLEROZĂ. Boală degenerativă a arterei consecutivă distrugerii fibrelor musculare netede și a fibrelor elastice care o constituie.

DIFERITE TIPURI DE ARTERIOSCLEROZĂ. Sub termenul de arterioscleroză sunt reunite, în general, două boli distincte.

■ *Arterioscleroza* propriu-zisă este caracterizată printr-o îngroșare difuză a peretelui arterelor de calibru mic consecutivă depunerilor de aspect vitros, constituite, în principal, din proteine plasmatice, fără depozit lipidic. Arterioscleroza afectează arteriolele.

■ *Ateroscleroza*, care este adesea asociată arteriosclerozei, este caracterizată prin depuneri lipidice pe peretele arterial și este însoțită uneori de mediacalcoză (calcificarea peretelui).

CAUZE. Arterioscleroza, care este însoțită de o îmbătrânire precoce a elementelor vasculare, este favorizată de un anumit număr de factori de risc cardiovascular între care principalele sunt tabagismul, hipertensiunea arterială, diabetul, obezitatea, existența unui nivel ridicat de colesterol în sânge, antecedente familiale de arterioscleroză și sedentarismul. Incidența bolii crește cu vârsta, procesul patologic fiind, de obicei, lent, dar progresiv. Proporția de

bărbați afectați de arterioscleroză este mai mare decât cea de femei.

SIMPTOME ȘI EVOLUȚIE. Arterioscleroza nu se manifestă decât atunci când îngustarea arterei deranjează circulația sangvină. Simptomele sunt atunci aproape aceleași cu cele ale aterosclerozei: crize de angor, vertije, dureri. Leziunile pot evolua spre infarct al miocardului, arterită a membrelor inferioare, accident vascular cerebral sau insuficiență renală.

EXAMENE. Anumite examene permit să se estimeze localizarea și extinderea bolii: radiografia simplă, ecografia vasculară sau arteriografia atunci când este avut în vedere un tratament chirurgical sau o angioplastie (dilatarea unei îngustări arteriale cu ajutorul unei sonde cu balonaș, montată pe un cateter de ghidare).

TRATAMENT. Înainte de toate, tratamentul este preventiv și se bazează pe o ameliorare a igienei vieții (detensionare psihică, activitate fizică moderată, suprimarea tutunului, regim alimentar sărac în grăsimi). Tratamentul medicamentos deține un rol restrâns: vasodilatatoare și antiagregante plachetare.

ARTERIOTOMIE. Incizie a peretelui unei artere.

ARTERITĂ. Leziune inflamatorie a unei artere.

Prin extensie, acest termen grupează toate leziunile arteriale, oricare ar fi mecanismul lor de apariție.

O arterită se poate întinde de o manieră difuză sau se poate limita la un teritoriu vascular localizat (arterele membrelor inferioare, arterele coronare sau arterele carotide). Ea este uneori limitată la un singur vas (artera temporală în boala lui Horton, artera retiniană în arterita cu același nume) sau la porțiuni ale unui vas (periarterită nodoasă). → ANGEITĂ, ARTERIOPATIE.

ARTERITĂ TEMPORALĂ. → HORTON (boală a lui).

ARTICULAȚIE. Ansamblul elementelor prin care oasele se unesc unele cu altele.

Articulațiile pot fi afectate de două procese, unul degenerativ, artroza, celălalt inflamator, artrita, precum și de traumatismele și de tumori.

■ *Artroza* este consecința uzurii cartilagiului, care se subțiază, și este însoțită de o osteofitoză („ciocuri de papagal") în vecinătate. Urmează o diminuare a mobilității, o deformare a extremităților osoase aflate în contact și dureri la cea mai mică mișcare articulară. Articulațiile cel mai des afectate de artroză sunt umărul și genunchiul.

■ *Artrita*, inflamația articulației sau a sinovialei, poate fi de origine inflamatorie sau infecțioasă, microcristalină sau nervoasă. Puseele de artrită pot preceda sau însoți artroza.

■ *Un traumatism* al articulației poate provoca o contuzie sau o plagă. Prima se traduce printr-o durere, uneori printr-o echimoză sau o hidrartroză (efuziune de lichid seros intraarticular). Dacă unul sau mai multe ligamente s-au rupt, este vorba de o entorsă. Dacă articulația este separată în două piese, este vorba de o luxație. Mai mult, o plagă aflată pe o articulație expune cartilagiul, care este fragil, și poate antrena o infecție.

■ *Tumorile* pot, de asemenea, să se dezvolte pe articulații, fie pe seama cartilagiului, fie a osului; unele tumori sunt benigne (condrom, osteom, fibrom), altele maligne (sarcom).

ARTRALGIE. Durere cu sediul la nivelul articulațiilor sau în chiar articulații, putând să nu fie însoțită de o modificare a aspectului exterior al îmbinării.

ARTRITĂ. Orice afecțiune inflamatorie, cronică sau acută, care afectează articulațiile. SINONIM: *osteoartrită*.

Dacă este atinsă o singură articulație, se vorbește de monoartrită; când sunt atinse două, trei sau patru articulații e vorba de oligoartrită; mai mult de patru articulații, e vorba de poliartrită. Se numesc acropoliartrite artritele care afectează articulațiile distale (mâini, picioare); poliartritele rizomelice sunt artritele care afectează, în principal, articulațiile din care se formează membrele (umăr, șold); spondilartropatiile sunt artritele membrelor care se asociază atingerilor inflamatorii ale coloanei vertebrale sau ale articulațiilor sacro-iliace. O artrită care durează mai mult de 3 luni se numește cronică.

Artrita se caracterizează prin dureri adesea nocturne care pot trezi bolnavul. Dimineața, articulațiile își regăsesc mobilitatea doar după o perioadă de încălzire, a cărei durată constituie un bun martor al gradului de inflamație. Local, epidermul este trandafiriu sau roșu, chiar violaceu. Articulația este adesea umflată, în parte datorită unei efuziuni de lichid sinovial; analiza acestuia, după prelevarea prin artrocenteză (puncționarea articulației), permite confirmarea caracterului inflamator al bolii și căutarea germenului patogen sau a microcristalelor. La nevoie, poate fi realizată, sub anestezie locoregională, o biopsie a membranei sinoviale combinată cu o artroscopie, care permite controlul vizual.

Artritele inflamatorii aseptice. Artritele inflamatorii aseptice formează un grup de afecțiuni cu cauze foarte diverse.

■ *Reumatismul articular acut sau boala lui Bouillaud* este una dintre principalele artrite inflamatorii aseptice. El afectează puțin articulațiile, în principal genunchii, coatele și gleznele, iar inflamația este foarte dureroasă dar de scurtă durată, atingerea trecând în câteva zile de la o articulație la alta. Complicațiile cardiace sunt foarte frecvente (cardita reumatismală).

■ *Poliartrita reumatoidă*, cea mai frecventă dintre marile reumatisme inflamatorii, aparține grupului de boli de sistem sau conectivitelor. Ea se instalează fără cauză decelabilă, fiind favorizată de unele circumstanțe (surmenaj, infecție, slăbiciune generală). Ea atinge mai multe articulații

simultan, mai ales degetele și încheietura pumnului, și evoluează pe mai mulți ani.

■ *Artritele reactionale* apar ca reacție la o infecție cu sediul în afara articulației și care este provocată de numeroase enterobacterii, transmise, în general, prin alimentație sau în decursul infecțiilor genitale. Aceste artrite intră în cadrul sindromului oculo-uretro-sinovial (sindromul lui Fiessinger-Leroy-Reiter). În 1973 s-a descoperit că aceste artrite se declanșează mai ales la subiecții purtători ai unui grup leucocitar ereditar (grupul HLA B27) prezent, de asemenea, la 90% dintre subiecții atinși de spondilartrită anchilozantă. Este unul dintre motivele care au determinat gruparea acestor afecțiuni sub denumirea de spondilartropatii.

■ *Spondilita anchilozantă* este o afecțiune cronică frecventă la bărbați, care are sediul la nivelul articulațiilor sacro-iliace și intervertebrale. Evoluția sa se întinde pe mai mulți ani.

■ *Poliartrita cronică juvenilă* sau *boala lui Still*, afectează mai ales copiii în vârstă sub 4 ani. Este o poliartrită simetrică asociată cu adenopatii (umflarea unuia sau mai multor ganglioni limfatici), cu o splenomegalie (creșterea în volum a splinei) și cu o erupție cutanată.

Artrite septice. Artritele septice sau artritele infecțioase sunt provocate de un germene care a pătruns în articulație fie pe cale sangvină de la un focar infecțios situat la distanță, fie accidental, cu ajutorul unei răni deschise, chiar a unei infiltrații. Acestea sunt aproape întotdeauna monoartrite. Umflată, caldă, uneori roșie, articulația atinsă devine repede dureroasă astfel încât face imposibilă orice mișcare. Bolnavul are febră, însoțită de frisoane.

Când se suspectează o artrită septică la un subiect, acesta trebuie să fie izolat, iar germenele în cauză să fie identificat cât mai repede posibil. Această identificare va fi făcută prin hemocultură dacă germenele a putut fi transmis pe cale sangvină, prin prelevare ginecologică, urinară, din gâtlej sau din orice eventual focar infecțios (dentar, sinuzal, cutanat etc.) și/sau prin puncție a articulației pentru a studia lichidul sinovial și a-l pune în cultură.

Artrite microcristaline. În artritele microcristaline, inflamația este declanșată prin acumularea în articulații a microcristalelor de acid uric (gută), de pirofosfat de calciu (condrocalcinoză) sau de apatită (boala calcificărilor multiple). Aceste artrite provoacă crize foarte dureroase, cu umflarea rapidă, dar tranzitorie, a articulației. Ele se vindecă fără a lăsa sechele.

Artrite nervoase. Artritele nervoase sau artropatiile nervoase se observă în cursul unor boli ale sistemului nervos (tabes, siringomielie, diabet, lepră, paraplegie și tetraplegie de origine traumatică), provocând o pierdere a sensibilității articulației. Traumatismele și constrângerile care se exercită asupra articulației nu mai declanșează atunci contractura reflexă protectoare a mușchilor din vecinătate, ci antrenează o mobilitate exagerată, susceptibilă să deterioreze articulația și să creeze o deformație importantă numită articulația lui Charcot (umflarea, chiar distrugerea articulară mai mult sau mai puțin marcată).

TRATAMENTUL ARTRITELOR. Unele artrite necesită un tratament specific: antibiotice pentru artritele septice, uricozurice în cazul gutei, antiinflamatoare și corticosteroizi în poliartrita reumatoidă. În majoritatea cazurilor, analgezicele și antiinflamatoarele atenuează durerea. Unele artrite inflamatorii aseptice pot antrena deformații sau distrugeri articulare, necesitând uneori o artroplastie (înlocuirea articulației cu o proteză), chiar o artrodeză (fusionarea chirurgicală a oaselor articulației). Tratamentul artritelor septice trebuie să fie precoce, deoarece leziunile osului și cartilagiilor, consecutive acțiunii germenelui, pot deveni ireversibile în câteva zile. Se poate ca, așteptând ca germenele să fie identificat, să se înceapă un tratament cu antibiotice, care va fi ajustat atunci când germenele va fi cunoscut și sensibilitatea sa la diverse antibiotice va fi precizată. Un repaus de câteva zile, cu imobilizarea articulației sau articulațiilor, este recomandabil. Tratamentul artritelor monocristaline este cel al afecțiunii în cauză (guta, de exemplu). Deși sunt importante, deformările ocazionate de artritele nervoase lasă, în general, largi posibilități funcționale. O contenție într-un aparat ortopedic poate fi necesară pentru a limita mișcările anormale. → POLIARTRITĂ REUMATOIDĂ, REUMATISM ARTICULAR, SPONDILARTROPATIE.

ARTRITĂ CRONICĂ JUVENILĂ. → STILL (boală a lui).

ARTRITĂ DENTARĂ. Inflamație a ligamentului alveolodentar.

Artrita dentară este provocată de o compresie exercitată asupra terminațiilor nervoase ale ligamentului între două structuri dure și inextensibile: osul alveolar și rădăcina dentară. Aceasta poate fi cauzată de complicații ale bolilor pulpare sau printr-o reacție congestivă și dureroasă a ligamentului din cauza unui șoc sau unei serii de traumatisme (strângerea unui croșet, suprainălțarea protetică etc.). Artrita dentară se traduce printr-o mobilitate a dintelui și o senzație de contact prematur cu dinții antagoniști (impresia de „dinte lung").

TRATAMENT. Suprimarea acestor cauze, care este suficientă adesea pentru a vindeca artrita dentară, poate fi completată cu luarea de analgezice și de antiinflamatoare.

ARTROCENTEZĂ. Funcționare a unei articulații în scopuri diagnostice sau terapeutice.

Artrocenteza se practică sub anestezie locală. Ea permite prelevarea lichidului sinovial; se introduce în acest scop un ac destul de lung în cavitatea articulară. Lichidul sinovial prelevat poate apoi să fie supus unor examene biologice cu scopul căutării germenilor patogeni sau a celulelor anormale. După diametrul acului utilizat, este, de asemenea,

posibil să se introducă un artroscop (sau oricare alt aparat) pentru a vizualiza articulația. În sfârșit, artrocenteza permite injectarea directă în articulație a medicamentelor necesare pentru tratarea unei afecțiuni articulare (corticosteroizi, antibiotice).

ARTRODEZĂ. Intervenție chirurgicală constând în blocarea definitivă a unei articulații cu scopul de a o face nedureroasă și stabilă.

INDICAȚII. Inconvenientul major al unei artrodeze este limitarea mobilității membrului sau a regiunii de corp în cauză. Chirurgii nu practică această intervenție decât atunci când este imposibil să realizezi o artroplastie (refacerea chirurgicală a articulației) sau în caz de eșecuri repetate ale acesteia. O artrodeză poate fi practicată, de asemenea, pe o articulație foarte deteriorată sau pentru care pierderea de mobilitate este puțin deranjantă, sau când protezele disponibile nu sunt suficient de fiabile.

ARTROGRAFIE. Examen radiologic care permite vizualizarea interiorului unei articulații.

Artrografia necesită o puncție articulară și injectarea unui produs de contrast, care poate fi aerul (artrografie gazoasă), un produs de contrast iodat (artrografie opacă sau iodată) sau un amestec al acestor două metode (artrografia în dublu contrast).

INDICAȚII. Artrografia este utilizată, în principal, pentru stabilirea unui diagnostic sau pentru a realiza clișee preoperatorii. La genunchi, ea permite detectarea unei leziuni a unui menisc sau a unui ligament răsucit care provoacă dureri, blocaje, instabilitate sau umflare. La umăr, examenul poate confirma ruptura musculară și complicațiile prin unele tendinite care generează dureri și impotență funcțională. Pentru toate articulațiile, arteriografia realizează o explorare de finețe a suprafeței articulațiilor, a învelișului lor cartilaginos, sau căutarea unui corp străin intraarticular, adesea de natură cartilaginoasă și care ar fi invizibil la o radiografie simplă.

DESFĂȘURARE. O arteriografie nu necesită spitalizare și durează în jur de 30 minute. După examen, pacientul poate să-și reia activitatea totuși, fără să solicite prea curând articulația examinată.

EFECTE SECUNDARE. Acestea sunt rare și, în general, benigne: grețuri, indispoziție, hemoragie locală de mică intensitate. Injectarea produsului de contrast iodat poate provoca o reacție alergică. Medicul trebuie deci să se asigure că bolnavul n-a prezentat vreodată simptomele unei alergii sau, dacă da, să îi prescrie în prealabil un tratament antialergic.

ARTROLIZĂ. Intervenție chirurgicală vizând redarea mobilității unei articulații, limitată în ce privește mișcările sale, prin tăierea ligamentelor și a capsulei care înconjoară articulația.

Artroliza, practicată sub anestezie locală sau generală, poate fi chirurgicală, artroscopică sau, pur și simplu, manuală.

ARTROPATIE. Orice boală reumatismală, indiferent de cauza sa. SINONIM: *osteoartropatie*.

ARTROPLASTIE. Intervenție chirurgicală constând în restabilirea mobilității unei articulații prin crearea unui nou spațiu articular.

■ *Artroplastia simplă* constă în suprimarea articulației bolnave fără a pune o proteză în locul ei. Ea este relativ rară în afara cătorva cazuri particulare (degete de la picioare în formă de ciocan).

■ *Artroplastia complexă* constă în înlocuirea, în parte sau în totalitate, a articulației bolnave printr-o proteză. Ea permite utilizarea sa ulterioară cu o bună mobilitate. Intervenția poate fi realizată pe numeroase articulații (șold, genunchi, cot, umăr, degete).

PROGNOSTIC. Înțelegerea biomecanicii articulațiilor și evoluția diferitelor materiale utilizate au permis ameliorarea duratei de viață a protezelor. Din nefericire, aceasta nu este totuși nelimitată. Un element se desprinde uneori de suportul său osos în timp ce pe durată lungă se poate produce o uzură care antrenează o disfuncție a pieselor mecanice.

Realizarea unei artroplastii totale de umăr este mult mai puțin frecventă decât cea a unei artroplastii de șold, deoarece prima dă rezultate mai puțin satisfăcătoare.

ARTROSCOPIE. Examen endoscopic al interiorului unei articulații ce permite stabilirea unui diagnostic, în general printr-o biopsie dirijată, și tratarea leziunilor.

Artroscopia permite examinarea structurilor invizibile prin radiații X: cartilagiu, membrană sinovială, ligamente încrucișate și meniscuri. Artroscopia cea mai frecvent realizată este cea a genunchiului și umărului, dar toate celelalte articulații pot, de asemenea, să fie examinate și operate astfel.

TEHNICĂ. După o deschidere minimă a articulației, practicată sub anestezie locală, medicul introduce artroscopul, tubul rigid dotat cu aparatura optică și instrumentele care permit realizarea chirurgiei intraarticulare. Majoritatea componentelor articulației sunt accesibile sub artroscopie: un corp străin articulației poate fi îndepărtat, un cartilagiu — remodelat, iar un menisc — recusut sau scos. În sfârșit, ligamentele pot face obiectul unor acte chirurgicale directe. Avantajul major al chirurgiei sub artroscopie este acela de a reduce timpul de spitalizare și răgazul necesar reluării funcționalității. Cicatricea este, de altfel, foarte mică în raport cu cea lăsată de chirurgia clasică. Miniaturizarea materialului, transmiterea imaginilor pe ecran au permis accesul și la alte articulații decât genunchiul și umărul.

ARTROZĂ. Afecțiune articulară, de origine mecanică și neinflamatorie, caracterizată prin leziuni degenerative ale

articulațiilor, asociate cu o proliferare a țesutului osos subiacent.

Localizările cele mai frecvente ale artrozei sunt genunchiul, mâna, piciorul, șoldul, gâtul și coloana vertebrală. Artroza rahidiană intervertebrală, sau discartroza, poate leza discul intervertebral și poate fi răspunzătoare de degenerescența sa, de herniile discale și deci de sciatică. Artroza, care se manifestă mai ales după vârsta de 60 ani, este de trei ori mai frecventă la femei decât la bărbați. Deși ea nu este în sens strict o consecință a îmbătrânirii, frecvența sa crește atunci când cartilagiul nu mai are calitățile sale inițiale de suplețe, elasticitate, alunecare. Lezarea cartilagiului articular este uneori de origine traumatică. Defectele genetice de fabricație sunt, de asemenea, susceptibile să o favorizeze. Un cartilagiu normal, supus la tensiuni anormale din cauza unei articulații prost constituite sau din cauza unei activități profesionale sau sportive prea intense, poate să se fisureze și să favorizeze dezvoltarea unei artroze. Aceasta explică de ce unele articulații, mai expuse la traumatisme sau la malformații, sunt mai des atinse decât altele, sau încă de ce, în unele familii, artrozele sunt deosebit de numeroase și precoce. Artroza trebuie deci să fie considerată o etapă finală comună a diferitelor cauze (genetice, traumatice etc.) ale căror combinații sunt unele mai variate.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Durerea pe care o ocazionează o artroză este „mecanică": ea apare după orice efort susținut și dispare în repaus, nederanjând somnul. La trezire, ea este adesea neplăcută timp de câteva minute (dezmorțire sau, mai plastic, dezruginire). De altfel, severitatea și evoluția unei artroze se apreciază prin latența de apariție a durerii.

Artroza poate evolua în pusee zise congestive, în cursul cărora durerea devine mai persistentă. Articulația este înțepenită, umflată printr-o efuziune de lichid sinovial, iar artrocenteza precizează caracterul „mecanic" și neinflamator. Puseele congestive corespund la faze de distrugere a cartilagiului (condroliză), în decursul cărora, înmuiat, el este foarte fragil. Poate surveni o subțiere a acestuia cu o jumătate de milimetru până la câțiva milimetri.

DIAGNOSTIC. Radiografia nu poate revela nimic în timpul unui prim puseu de artroză.

Semnele radiologice ale artrozei evoluate sunt o pensare locală a spațiului articular, o condensare a osului situat sub cartilagiu și prezența osteofitelor sau a „ciocurilor de papagal" (proliferare anormală a țesutului osos din jurul cartilagiului bolnav), atestând eforturile de refacere ale organismului. Situate în afara articulației, aceste osteofite nu antrenează în sine nici o durere, cel mult o ușoară diminuare a amplitudinii articulare.

TRATAMENT. În timpul puseelor congestive, punerea în repaus a articulației este indispensabilă: utilizarea unui baston pentru artrozele membrelor inferioare, purtarea unui colier sau a unui lombostat pentru artrozele cervicale sau lombare. Analgezicele, aspirina, antiinflamatoarele și infiltrațiile de corticosteroizi pot ușura durerea, dar nu protejează față de condroliză. O dată criza trecută, articulația își regăsește adesea o funcționare normală. Trebuie totuși să se evite traumatismele și surmenajul, susceptibile să declanșeze un nou puseu; tratamentul constă uneori dintr-un regim alimentar, pentru a diminua greutatea suplimentară exercitată asupra articulațiilor. Malformațiile articulare pot fi operate chirurgical (osteotomie) în acest stadiu.

Întreținerea unei bune musculaturi compensează, în parte, proasta stare articulară. Termalismul, fizioterapia pot fi, de asemenea, utile. Când cartilagiul este complet distrus și artroza antrenează o impotență funcțională importantă, se recurge uneori la o artroplastie (chirurgie de înlocuire articulară) sau la o artrodeză (sudura chirurgicală a unei articulații).

ASBESTOZĂ. Boală pulmonară cronică cauzată de inhalarea intensă și prelungită a fibrelor de amiant.

Fibrele de amiant, pătrunzând în plămân, provoacă o inflamație care se transformă treptat în fibroză pulmonară (îngroșarea țesutului pulmonar).

Asbestoza este o boală profesională din familia pneumoconiozelor. Între debutul expunerii la pulberile de amiant și apariția bolii trec mai mulți ani (în general, 10 ani). Gâfâiala, principalul simptom al asbestozei, se agravează pe măsură ce boala înaintează. Ea este însoțită de o tuse uscată și de o senzație de strângere a pieptului. Ca urmare, se instalează o insuficiență respiratorie.

Asbestoza și inhalarea amiantului cresc riscul de contractare a tuberculozei sau a unui cancer al plămânilor, în special la fumători.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se bazează pe radiografie, scanografie, explorările funcționale respiratorii (care pun în evidență o diminuare a funcției respiratorii) și detectarea corpilor asbestozici în expectorații, în lichidul bronhoalveolar și în biopsia pulmonară. O dată declarată, asbestoza nu are un tratament eficace. Boala antrenează o invaliditate crescândă.

PREVENIRE. Prevenirea este esențială: controlul normelor de expunere profesională și la mediu, supravegherea radiologică riguroasă a indivizilor expuși. De altfel, în ultimii cincizeci de ani, amiantul este înlocuit în industrie cât de des este posibil prin alte minerale, și în special prin fibrele de sticlă.

ASCARIDIAZĂ sau **ASCARIDIOZĂ.** Boală parazitară cauzată de infestarea cu ascaris.

Ascaris lumbricoides (limbricul) este un vierme parazit din clasa nematodelor, de culoare roz și de 20-30 cm lungime. El se implantează în cavitatea intestinului subțire și se hrănește cu chimul intestinal, lichidul care rezultă din digestia gastrică a alimentelor.

CONTAMINARE. Ascaridiaza se contractează prin ingestia ouălor de ascaris care murdăresc apa, fructele și legumele. După ce au eclozat în tubul digestiv, viermii ajung în ficat,

plămân și apoi în intestinul subțire, unde devin adulți; femelele depun ouă, eliminate prin scaune.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Prezența viermelui se manifestă inițial sub formă de tuse și de dureri toracice. Simptomele acestei „bronșite" dispar repede: bolnavul prezintă atunci semne de oboseală, devine iritabil și nervos; el suferă de prurit (mâncărimi), de diaree, de dureri abdominale, de grețuri și scade în greutate. Diagnosticul este stabilit prin căutarea ouălor de ascaris în scaune.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul constă în administrarea de medicamente antihelmintice. Infestarea se previne prin respectarea regulilor elementare de igienă: spălarea mâinilor, spălarea legumelor și fructelor cu apă potabilă.

ASCITĂ. Exces de lichid între cele două membrane ale peritoneului, una care căptușește interiorul peretelui abdominal, alta care învelește viscerele abdominale.

CAUZE. Cauzele posibile ale unei ascite sunt numeroase. Poate fi vorba de:

— o boală care atinge peritoneul (tuberculoză, cancer primitiv sau secundar);

— o boală a ficatului comportând o hipertensiune portală (ciroza);

— o insuficiență cardiacă dreaptă sau un sindrom nevrotic;

— o subnutriție, scăderea nivelului sangvin de proteine antrenând o retenție de apă.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O ascită de mică abundență nu provoacă nici un simptom deosebit și nu este decelabilă decât prin ecografie sau puncție. În schimb, o ascită de volum mare provoacă o distensie crescândă a abdomenului, care poate antrena o jenă respiratorie. Ecografia este cea care orientează atunci diagnosticul, care este confirmat prin puncție.

TRATAMENT. Tratamentul unei ascite este cel al cauzei sale. În caz de efuziune voluminoasă, este indispensabilă o puncție de evacuare a lichidului. Ea antrenează pentru organism o lipsă de apă, de electroliți și de proteine, ceea ce trebuie compensat prin perfuzii intravenoase.

ASEPSIE. Absența germenilor microbieni susceptibili să cauzeze o infecție.

Asepsia este riguros respectată în timpul intervențiilor medicale și chirurgicale, inclusiv în mica chirurgie (injecții, perfuzii, puncții). De asemenea, se utilizează camere sterile (în întregime aseptice) în timpul tratamentului anumitor boli foarte delicate: leucemii tratate prin iradiere totală, subiecții care ajung să primească o grefă sau ale căror mijloace de apărare imunitară sunt total sau parțial distruse.

În chirurgie, asepsia este înțeleasă ca ansamblul de metode care apără de microbi tot ceea ce vine în contact cu plaga operatorie. Ea este obținută prin dezinfectarea pielii în jurul câmpului operator, prin sterilizarea instrumentelor, a pansamentelor, a mănușilor și îmbrăcămintii chirurgului și ajutoarelor sale și prin dispunerea în jurul zonei operatorii a unor câmpuri sterile, țesături impermeabile de unică folosință. Sala de operație, pereții și pardoseala sunt spălate zilnic, aerisite printr-o ventilație adecvată, aerul fiind decontaminat cu aparate care emit vapori de antiseptic.

ASFIXIE. Dificultate sau imposibilitate de a respira.

Asfixia poate antrena o anoxie (întreruperea aportului de oxigen pentru organele și țesuturile vii), cu risc de comă, chiar de stop cardiac.

Asfixia poate rezulta dintr-o strangulare, dintr-o îmersare (înec) sau dintr- o bstrucție a căilor aeriene superioare (corpi străini, edem, infecție sufocantă); asfixia prin obstrucție poate rezulta din inhalarea unui corp străin, la adult în timpul mesei („pătrunderea accidentală a alimentelor în trahee") sau, la copil, în orice moment („sindromul peanuts", prin inhalarea de alune). Infecțiile pot și ele să astupe căile respiratorii: accidente alergice acute (edemul lui Quincke), unele afecțiuni virale sau bacteriene, tumori ale bronhiilor etc.

De asemenea, asfixia poate fi consecința ultimă a unei insuficiențe respiratorii, acute sau cronice, oricare ar fi cauza ei: paralizia mușchilor respiratori prin afectarea centrului respirator (hemoragie cerebrală) sau prin atingerea nervilor care comandă mușchii, de exemplu.

În sfârșit, asfixia poate fi consecința unei șederi într-un mediu insuficient oxigenat sau unei intoxicații prin inhalare de gaze toxice, de vapori sau de fum (oxid de carbon, fum rezultat din incendii, gaze de luptă etc.).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Simptomele apar rapid în cazul unei asfixii prin obstrucția căilor respiratorii: roșeață și congestionare a feței, mișcări excesive, încercarea de a lupta împotriva obstacolului, transpirații, convulsii. Obstrucția laringeană provoacă o respirație dificilă, cu un timp inspiratoriu prelungit și zgomotos în cursul căruia regiunile părții inferioare a gâtului se scobesc în mod pronunțat (tiraj).

În caz de inhalare de gaze toxice, manifestările variază după natura gazului: adormire progresivă la oxidul de carbon, tuse de iritație la clor.

TRATAMENT. Acesta depinde de cauza asfixiei. Cel mai des, acesta vizează înainte de toate restaurarea libertății căilor aeriene și asigurarea oxigenării de urgență. Dezobstrucția bucală este, în general, primul gest care se face în caz de pătrundere accidentală a alimentelor în trahee. Respirația gură-la-gură permite restabilirea mișcărilor respiratorii în așteptarea primului ajutor, care va practica, dacă este necesar, o respirație asistată și o oxigenare cu mască sau prin intubare. Un copil care este suspectat de o laringită sau de o epiglotită nu trebuie totuși niciodată să fie întins în poziție culcată.

ASIALIE. Absența secretării de salivă de către glandele salivare. SINONIM: *acrinie salivară, aptialie, aptialism.*

În cazul simplei diminuări a secreției salivare, se vorbește de hiposialie. Asialia este adesea definitivă dacă este congenitală sau consecutivă unei radioterapii a feței sau a gâtului sau când face parte din sindromul lui Gourgerot-Sjögren. În schimb, atunci când ea este legată de luarea unor medicamente care frânează secreția salivară (beladonă, atropină, benzodiazepine și betablocante), oprirea luării de medicamente permite, ca regulă generală, revenirea la o salivație normală. Asialia poate provoca atât carii dentare multiple, cât și infecții gingivale. Spălături ale gurii și aplicațiile zilnice pe mucoase ale unui gel cu fluor permit prevenirea complicațiilor. De asemenea, sunt recomandate vizitele regulate la dentist. → XEROSTOMIE.

ASISTENȚĂ CARDIORESPIRATORIE. Ansamblu de tehnici care remediază superficial consecințele unei insuficiențe cardiace acute.

Asistența sau asistarea cardiorespiratorie asociază metodele de asistență respiratorie (ventilație asistată, intubație traheală) și cele de asistență cardiacă (care merg de la masajul cardiac extern la contrapulsie aortică, constând în amplasarea în aorta toracică a unor baloane care sunt umflate în diastolă și dezumflate în timpul sistolei).

ASOCIERE MEDICAMENTOASĂ. Grupare a mai multor principii active într-un același medicament sau asocierea mai multor medicamente permițând creșterea eficienței lor și diminuarea dozelor, deci a riscurilor generate de efectele nedorite ale fiecăruia dintre ele.

ASOMATOGNOZIE. Incapacitate a unui pacient de a recunoaște o parte sau totalitatea corpului său ca urmare a unei leziuni cerebrale localizate.

ASPERGILOZĂ. Boală infecțioasă cauzată de dezvoltarea unei ciuperci microscopice, *Aspergillus fumigatus*.

DIFERITE TIPURI DE ASPERGILOZĂ

■ *Aspergilozele imunoalergice* traduc o alergie la aspergillus. Ele grupează astmul bronșic aspergilar, aspergiloza bronhopulmonară și alveolita alergică intrinsecă (pneumopatia care apare la numai două ore după contactul cu ciuperca-alergen).

■ *Aspergilozele pulmonare localizate* sunt aspergilomul, aspergiloza pleurală, bronșita aspergilară (ciuperca acoperă suprafața bronhiilor).

■ *Aspergilozele difuze* sunt aspergiloza invazivă (importantă la subiectul imunodeprimat), semiinvazivă (importantă la subiecții diabetici sau sub tratament de lungă durată cu cortizon) și diseminată, atingând cel puțin două organe.

CONTAMINARE. Contaminarea se face pe cale respiratorie sau, mult mai rar, prin inoculare (înțepătură de insectă). Sporii de aspergillus sunt prezenți în suspensie în aer: inhalarea lor este deci inevitabilă.

Agent patogen accidental, aspergillus nu se dezvoltă decât atunci când întâlnește condiții favorabile pentru implantarea sa (alergie, imunodepresie etc.).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Se observă o tuse, însoțită uneori de manifestări astmatice (respirație șuierătoare și dificultăți respiratorii).

TRATAMENT. Constă în administrarea de antifungice, în principal amfotericină B, pe cale intravenoasă.

ASPERMIE. Defect de emisie a spermei.

Aspermia constă fie dintr-o absență a ejaculării, fie dintr-o ejaculare retrogradă.

■ *Absența ejaculării* este consecința unei dereglări endocrine, unor probleme psihologice (creând nervozitate și anxietate) sau luării de anumite medicamente (antihipertensoare).

■ *Ejacularea retrogradă* este o ejaculare a spermei în vezică. Această dereglare se constată adesea în timpul unei boli neurologice sau după o intervenție chirurgicală (în special, o ablație a prostatei). Raporturile sexuale efectuate cu vezica plină permit uneori o ejaculare normală.

ASPIRAȚIE. Tehnică constând din evacuarea gazelor, lichidelor sau secrețiilor nedorite din diferite cavități ale organismului cu ajutorul unui dren, a unui fibroscop sau a unei sonde branșate fiecare dintre ele la un aspirator.

ASPIRINĂ. Medicament analgezic, antipiretic, antiinflamator și antiagregant plachetar în funcție de doza utilizată, de folosință foarte obișnuită.

Denumire brevetată în unele țări, cuvântul „aspirină" aparține domeniului public în Franța, și nu numai aici, unde este utilizat în mod curent pentru a desemna acidul acetilsalicilic. → ACID ACETILSALICILIC.

ASPLENIE. Absența splinei, de origine congenitală sau consecutivă unei ablații chirurgicale.

Prin extensie, nefuncționarea splinei este denumită asplenie funcțională. Aceasta se observă în special în drepanocitoza homozigotă (boală sangvină ereditară responsabilă de o anemie foarte gravă).

Splina distruge plachetele sangvine și globulele roșii prea bătrâne sau anormale și produce anticorpi. Asplenia antrenează un risc de tromboză vasculară atunci când plachetele se găsesc în număr prea mare și o fragilitate la infecții, mai ales la copilul de vârstă mai mică de 5–6 ani. La adult, riscul de infecție cu pneumococ poate fi redus prin vaccinare, iar riscul de tromboză prin antiagregante plachetare. La copil sunt necesare vaccinările complexe, iar o antibioterapie preventivă este justificată.

ASTAZIE. Incapacitate parțială sau totală de a păstra poziția de stat în picioare, independentă de orice deficit muscular și de orice dereglare a mecanismelor elementare ale mersului.

ASTENIE. Stare de slăbiciune generală caracterizată printr-o diminuare a puterii funcționale a organismului, neconsecutivă muncii sau efortului și care nu dispare prin odihnă.

Astenia diferă de oboseală, fenomen natural, și de adinamie, fenomen neuromuscular. Mai curând decât de a vorbi de astenie în general, e mai potrivit să vorbim de stări astenice, fiecare având cauza sa (somatică, psihică sau reacțională).

ASTENOPIE. Incapacitate sau dificultate de a susține un efort vizual de apropape, antrenând o vedere îngreunată și dureri de cap.

Astenopia acomodativă poate fi corectată prin purtarea de lentile convergente, astenopia musculară, prin reeducare ortoptică (gimnastica ochilor).

ASTERIXIS. Dereglare neurologică caracterizată prin secuse (contracții) musculare bruște și scurte, din cauza unei întreruperi intermitente a tonusului muscular.

ASTIGMATISM. Defect optic rezultând dintr-o curbură inegală a corneei cel mai frecvent, și mai rar a cristalinului sau a ansamblului globului ocular.

Astigmatismul poate fi congenital sau dobândit (consecutiv cicatricii unei leziuni). El se traduce printr-o deformare a imaginilor: de exemplu, imaginea unui punct apare sub forma a două drepte perpendiculare. O persoană afectată de un ușor astigmatism poate avea o vedere bună, dar poate resimți o anume oboseală vizuală. Ea este uneori în același timp miopă sau hipermetropă.

TRATAMENT. Astigmatismul se corectează purtând lentile cilindrice cu ax variabil. Lentilele nu sunt eficace decât în cazul unui astigmatism moderat (lentile torice).

ASTM. Afecțiune caracterizată prin crize de dispnee (jenă respiratorie) paroxistică sfiantă atestând o contracție brutală a mușchilor care comandă deschiderea și închiderea bronhiilor, cărora li se asociază un edem și o hipersecreție a mucoaselor căilor aeriene (faringe, largine, trahee, fose nazale).

FRECVENȚĂ. Astmul este o afecțiune destul de frecventă, care atinge de la 2 la 5% din populația totală, și debutează în mod obișnuit la vârste cuprinse între 5 și 15 ani.

CAUZE. Ereditatea este unul dintre principalele elemente de dezvoltare a astmului. Acesta este consecința unei reactivități anormale a căilor aeriene la unele alergene (poleuri, acarieni conținuți în scuamele de animale și în praful de casă, mucegaiuri). Aceste alergene, atunci când pătrund în căile aeriene, agresează celulele învelișului interior al bronhiilor, care răspund prin eliberarea de substanțe chimice care acționează direct asupra contracțiilor musculaturii bronhice; alte substanțe, cu acțiune mai tardivă, sunt răspunzătoare de edem și de hipersecreție. Unii factori pot declanșa crize: infecțiile respiratorii, exercițiul fizic (în particular, la aer rece), inhalarea de poluanți (fum de țigară), supărările, luarea unor medicamente (aspirina, de exemplu).

Astmul adultului. Crizele de astm sunt de o gravitate variabilă, mergând de la o simplă gâfâială la o insuficiență respiratorie importantă (stare de rău astmatic). Ele survin cel mai adesea seara sau noaptea. Se pot manifesta unele semne premergătoare: dureri de cap, greutate digestivă, strănuturi, mâncărimi pe tot corpul. După câteva accese de tuse uscată, expirația devine sfiantă (șuierătoare) și dificilă, provocând transpirații și o tahicardie. Poate apărea o cianozare (colorație albastră-violacee a degetelor și buzelor). Bolnavul tușește puțin, eliminând o expectorație vâscoasă. Această criză se liniștește treptat după vreo câteva zeci de minute. Revenirea la calm poate fi totală dar, după o criză puternică, persistă frecvent o respirație sfiantă, accentuată de expirația forțată.

TRATAMENT. Se bazează pe administrarea de bronhodilatatoare (simpatomimetice în aerosoldozator sau în injecție, teofilină în comprimate sau în injecție), chiar corticosteroizi injectabili. În cazurile cele mai grave, este indispensabilă o spitalizare de urgență cu scopul de a administra medicamente prin perfuzie, oxigenarea bolnavului și, uneori, practicarea unei respirații asistate.

Astmul copilului. Astmul copilului poate diferi de cel al adultului prin manifestările sale clinice și prin tratamentul său. El survine rar înaintea vârstei de 2–3 ani, adesea în familiile predispuse și la copiii care prezintă alte manifestări de tip alergic (eczemă a sugarului, rinită alergică etc.). Evoluția sa este variabilă: când rămâne limitată la două sau trei crize izolate, când persistă pe toată durata celei de a doua copilării, dispărând la 7 ani sau la pubertate, dar putând reapărea la vârsta adultă. Acest risc este cu atât mai crescut cu cât prima criză a survenit mai târziu.

Gravitatea astmului infantil ține de faptul că el deranjează adesea dezvoltarea toracelui copilului, precum și viața sa familială și școlară.

TRATAMENT. Tratamentul astmului infantil diferă puțin de cel al adultului: bronhodilatatoarele nu trebuie să fie administrate înaintea vârstei de 5 ani, decât prin nebulizare, corticosteroizii trebuie să fie evitați în prescripție continuă din cauza riscului de a influența creșterea. Igiena vieții (eliminarea alergenelor, exercițiu fizic adaptat cu eventuala prevenire a unui astm la efort, absența tabagismului activ sau pasiv) este, de asemenea, importantă în aceeași măsură ca tratamentul medicamentos.

COMPLICAȚIILE ASTMULUI. Dacă o criză de astm este cea mai impresionantă, dar cea mai benignă dintre dispneele acute, formele de astm evoluate și rebele sunt adesea grave. Acesta este cazul astmului cu dispnee continuă și al stării de rău astmatic, deficiența respiratorie acută putând surveni la orice astmatic, dar a cărei apariție este favorizată de abuzul de medicamente simpatomimetice. Bolnavul este prada unei succesiuni de crize astmatice intense care poate

Astmul și sportul

Exercițiul fizic, mai ales în aer rece, poate antrena o criză de astm. În timpul unui exercițiu de intensitate moderată și de scurtă durată, criza de astm se declanșează în general după oprirea efortului pentru a se calma spontan în 30 minute. Uneori, ea poate surveni în timpul unui efort prelungit, obligând sportivul să-și încetinească ritmul, chiar să-și întrerupă temporar activitatea. În acest din urmă caz, criza se liniștește în câteva minute.

Practicarea regulată a unui sport, sub supraveghere medicală, poate permite depășirea crizei, chiar poate să o evite. Natația în atmosferă caldă și umedă este sportul privilegiat al astmaticilor. Unele sporturi de rezistență (alergarea, ski-fond) sunt prost tolerate dacă nu se respectă perioada de încălzire. În schimb, sporturile cu mingea sunt adesea cel mai bine tolerate. Înaintea efortului, un tratament medicamentos poate preveni criza de astm; deosebit de eficace este cromoglicatul de sodiu.

conduce la asfixie. Starea de rău astmatic se instalează, în general, în câteva ore sau în câteva zile, dar poate surveni uneori fără semne precursoare. Măsurarea gazelor din sânge, indicând o hipoxie (diminuarea nivelului de oxigen sangvin), legată de o hipercapnie (creșterea nivelului de dioxid de carbon sangvin), confirmă diagnosticul.

Este indispensabilă spitalizarea de urgență. Tratamentul se bazează pe inhalarea de oxigen, pe luarea unei doze mari de bronhodilatatoare și pe injectarea de corticosteroizi. În cazurile cele mai grave, poate fi practicată o respirație asistată, dar ea este dificil de realizat din cauza spasmului bronșic care se opune insuflării de aer, ceea ce necesită presiuni ridicate.

PREVENIREA ȘI SUPRAVEGHEREA ASTMULUI. De câte ori este posibil, trebuie să se caute evitarea oricărui contact cu alergenul: utilizarea lenjeriei de pat sintetice, produsele acaricide în caz de alergie la acarieni, îndepărtarea minuțioasă a prafului din locuință. Când debarasarea de alergen este imposibilă și dacă alergenul este unic, o desensibilizare specifică poate fi propusă (prin injectări cu doze crescute de alergen).

Supravegherea pacienților astmatici este realizată prin măsurarea volumului expiratoriu maxim pe secundă (V.E.M.S.), ceea ce permite aprecierea gradului de obstrucție bronșică, evaluarea severității unei crize, adaptarea tratamentului de fond la pacient, prevenirea recăderilor.

PROGNOSTICUL ASTMULUI. Frecvența și gravitatea crizelor de astm sunt variabile după vârsta pacientului. Tratamentele actuale permit ca în majoritatea timpului astmaticii să ducă o viață normală cu condiția de a continua tratamentul de bază, chiar și în absența crizelor. → ALERGIE, INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ.

ASTRAGAL. Os scurt al piciorului în formă de scripete, situat între extremitatea inferioară a gambei și calcaneu.

Fracturile de astragal, destul de rare, survin întotdeauna după un traumatism violent, cel mai des un accident pe drumurile publice. Tratamentul lor este fie ortopedic (cu reducerea externă și imobilizarea gipsată), fie chirurgical. Principalele complicații constau în neconsolidarea fracturii, artroza gleznei și necroza osoasă.

ASTROCITOM. Tumoră malignă a sistemului nervos central care se dezvoltă pe seama astrocitelor (celulele constitutive ale țesutului de susținere a sistemului nervos central).

ASCHIE. Mic fragment de lemn sau din alt material care a pătruns în mod accidental sub piele.

Înfiptă la extremitatea unui deget, o aschie poate provoca un panarițiu. Extragerea sa, câteodată dificilă, trebuie să respecte regulile de asepsie (utilizarea de material steril, dezinfectarea plăgii). În plus, prezența unei aschii, chiar de mărime mică, trebuie să-l incite pe subiect să verifice dacă e la zi cu vaccinarea sa antitetanică.

ATAXIE. Dereglare a coordonării mișcărilor, legată nu de o afectare a forței musculare, ci de un defect de coordonare a modului de funcționare a musculaturii.

Pentru ca realizarea unei mișcări ca mersul, de exemplu, să fie normală, este necesar nu numai ca forța mușchilor implicați să fie normală, ci, în plus, contracția lor să intervină la momentul potrivit și să fie perfect adaptată și coordonată; aceasta presupune o informație permanentă asupra poziției lor. Acesta este rolul sensibilității profunde (proprietate pe care o posedă sistemul nervos de a primi, a analiza și a integra stimulii), cu ajutorul vederii și a aparatului vestibular (cuprinzând labirintul, organul urechii interne, responsabil de echilibru, și căile nervoase vestibulare ale trunchiului cerebral), sub comanda creierului mic.

Atingerea oricăreia dintre aceste structuri poate să se afle la originea unei ataxii.

■ *Ataxia prin afectarea sensibilității profunde* se caracterizează printr-un mers dezarticulat: gamba este aruncată înainte în mod brusc și prost orientată; piciorul ia contact cu solul prin călcâi. Atunci când ochii sunt închiși, dereglarea se accentuează.

■ *Ataxia cerebeloasă* se caracterizează printr-un mers cu picioarele depărtate ca și cum bolnavul ar fi beat. Mișcările sunt executate cu o amplitudine exagerată. Mișcările alternative rapide sunt imposibile. Ataxia cerebeloasă este însoțită, în general, de o dizartrie (dificultatea de a articula cuvinte). Uneori, când leziunea nu afectează decât o jumătate a cerebelului, incoordonarea este limitată la membrele de pe aceeași parte și este însoțită de o tremurătură a acestor membre în cursul mișcărilor voluntare.

■ *Ataxia labirintică* se caracterizează printr-o tendință de a cădea într-o parte și printr-o deviere laterală în timpul mersului.

ATAXIE-TELANGIECTAZIE. Boală ereditară caracterizată prin asocierea unui sindrom cutanat constituit din telangiectazii (dilatarea micilor vase periferice), a unui sindrom neurologic (ataxie cerebeloasă) și a unui deficit imunitar.

ATELĂ. Aparat destinat imobilizării unei articulații sau a unui membru fracturat fie temporar, ca prim ajutor, fie pe durată lungă pentru un tratament complet.

ATELECTAZIE. Prăbușire a alveolelor unei părți a plămânului sau chiar ale unui plămân întreg, din cauza absenței ventilării, o consecință a obstrucției totale sau parțiale a unei bronhii.

CAUZE. Obstrucția unei bronhii poate rezulta din mai multe fenomene: inhalarea accidentală a unui corp străin (alună), astmul, formarea unui dop de mucus sau, mai rar, o complicație a anesteziei generale. Au mai fost identificate și cauze cronice de atelectazie: obstrucția unei bronhii printr-o boală a peretelui bronhic (tumoră malignă sau benignă cel mai des) sau compresia căilor aeriene normale printr-o anomalie învecinată, de exemplu de către ganglionii limfatici a căror origine este cel mai adesea canceroasă sau tuberculoasă.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Simptomul principal al unei atelectazii este jena respiratorie. De asemenea, se pot constata o tuse și o durere toracică, legate, în general, de cauza subiacentă. Diagnosticul este stabilit printr-un examen clinic și printr-o radiografie toracică, care arată o opacitate bine delimitată, aflată pe un lob sau pe un segment pulmonar.

TRATAMENT. Este acela al cauzei afecțiunii: extragerea corpului străin prin fibroscopie bronșică, kineziterapie respiratorie sau fibroaspirație în cazul formării unui dop de secreții. O dată obstrucția dispărută, partea prăbușită de plămân se reumflă, în general, treptat, dar unele regiuni pot rămâne lezate în mod ireversibil.

ATEROM. Depunere lipidică pe suprafața internă a peretelui arterelor.

Placa de aterom este vizibilă pe peretele arterei sub forma unei simple pete gălbui sau alburii, care prinde formă, contrastând cu restul suprafeței rămasă sănătoasă. Aceste plăci sunt de mărime variabilă: de la câțiva milimetri până la câțiva centimetri în diametru. → ATEROSCLEROZĂ.

ATEROSCLEROZĂ. Boală degenerativă a arterei având ca origine formarea unei plăci de aterom (depunere lipidică) pe peretele său.

În Europa, ateroscleroza se află pe locul întâi al cauzelor de mortalitate, responsabilă fiind de mai mult de o treime din decese.

CAUZE. Ateroscleroza este legată de multipli factori genetici și de mediu. Aceștia intervin mai mult ca factori de risc, crescând posibilitatea declanșării bolii, și nu ca factori direcți. Vârsta, sexul (preponderența masculină înainte de 60 ani), unii factori genetici (hipercolesterolemia familială), creșterea anormală a nivelului de colesterol, hipertensiunea arterială, tabagismul, diabetul și obezitatea sunt principalii factori de risc. Asocierea a doi sau mai mulți factori crește în aceeași măsură probabilitatea de apariție a bolii.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Ateroscleroza nu se manifestă decât atunci când placa de aterom a devenit suficient de mare pentru a perturba circulația sângelui în arteră.

Ateroscleroza poate provoca atunci crize de angor, accidente neurologice tranzitorii (vertije) sau dureri în membre. Simptomele depind de localizarea plăcii de aterom. Ateroscleroza privește mai ales zonele apropiate de inimă, răscrucile, bifurcațiile arterelor. Ca ordine de frecvență ateroscleroza atinge: aorta abdominală, coronarele (arterele care hrănesc inima), carotidele interne, care vascularizează creierul, arterele iliace și femurale ale membrelor inferioare.

EVOLUȚIE. Ateroscleroza se află la originea a numeroase boli vasculare: insuficiența coronariană (criza de angor), infarctul de miocard, insuficiența cardiacă, tulburările de ritm cardiac, insuficiența circulatorie cerebrală și accidentele ei neurologice (hemiplegia, afazia, cecitatea), insuficiența circulatorie a membrelor inferioare (arterita), hipertensiunea arterială, insuficiența renală.

TRATAMENT. Leziunile fiind deja constituite în momentul diagnosticării, tratamentul va avea drept scop limitarea consecințelor nefaste. Pot fi prescrise antiagregante plachetare, chiar anticoagulante, pentru a împiedica formarea de cheaguri sangvine. Adesea sunt utile vasodilatatoarele pentru a limita simptomele și a restaura circulația. Dar aceste medicamente nu tratează cauzele afecțiunii.

În unele situații mai grave, pot fi practicate o ablație a segmentului arterial afectat și înlocuirea sa printr-o grefă sănătoasă sau printr-o proteză.

PREVENIRE. Prevenirea, primară (în absența vreunui semn patologic) sau secundară (ca urmare a unei complicații), este esențială. Ea se face prin depistarea factorilor de risc, urmată de suprimarea lor sau de menținerea controlului asupra lor (oprirea fumatului, regim sărac în grăsimi, de exemplu).

În câteva studii privind prevenirea secundară, a putut fi demonstrată încetinirea progresării aterosclerozei, chiar regresia ei.

ATETOZĂ. Dereglare caracterizată prin existența unor mișcări involuntare, lente, neregulate, de amplitudine mică, neîntrerupte, care afectează îndeosebi capul, gâtul și membrele.

CAUZE. Atetoza apare cu ocazia unei leziuni a nucleilor cenușii centrali (masele de substanță cenușie situate în emisferele cerebrale și ajutând controlul mișcărilor), care poate fi consecința unei atingeri cerebrale a copilului în perioada prenatală sau postnatală, unei encefalite (infecția

encefalului), unor boli degenerative precum coreea lui Huntington sau efectelor nedorite ale unor medicamente ca fenotiazinele sau derivații de levodopa. În acest ultim caz, atetoza poate dispărea o dată cu întreruperea tratamentului cu aceste medicamente.

La copil, atetoza este legată, în principal, de o anoxie (întreruperea aportului de oxigen în țesuturi) neonatală și de un icter nuclear (sindrom observat la nou-născut, caracterizat prin alterarea nucleilor cenușii ai creierului). Ea mai poate fi și simptomatică pentru afecțiunile dismetabolice (caracterizate printr-o perturbare a metabolismului) sau degenerative. Atetoza care afectează o jumătate de corp (hemiatetoza) este cel mai des de origine vasculară (hemoragică sau ischemică).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Atetoza poate să se manifeste prin mișcări de torsiune axială și de înclinare sau flexie-extensie a gâtului și trunchiului. Foarte des, ea se combină cu o coree (mișcări dezordonate involuntare) numindu-se atunci coreoatetoză. Adesea, pacientul are, de asemenea, dificultăți să-și păstreze echilibrul și să meargă. Atetoza se atenuează în timpul somnului, dar mișcările atetozice sunt intensificate de oboseală, de muncă intelectuală, de emoții și de stimulii cutanați. Mișcările apar spontan sau parazitează un act voluntar (sincinezie), provocând contracții care fac dificile gesturile zilnice. Acestei agitații permanente i se adaugă spasme care încrenenesc mișcarea timp de câteva momente. Ele nu sunt dureroase, dar provoacă atitudini anormale foarte caracteristice bolii.

La copil, atetoza, legată de icterul nuclear sau de anoxia neonatală, este însoțită de dereglări de motricitate oculară, precum și de o surditate, care, în caz de ischemie neonatală, nu apar decât la câteva luni după naștere.

TRATAMENT. Tratamentul medical al atetozei se bazează, în principal, pe diazepam și pe dantrolen (relaxant muscular). Una dintre metodele de reeducare (prin kinetiterapie, îndeosebi) constă în a învăța pacientul să-și controleze gesturile atunci când este supus unor stimuli senzitivi.

ATIREOZĂ. Absență congenitală a corpului tiroid.

Această afecțiune, extrem de rară, antrenează o hipotiroidie (insuficiența secreției hormonale tiroidiene) precoce, încă din primele zile ale vieții. Cauza acestei anomalii este necunoscută, dar este evocată o transmisie ereditară familială.

ATOPIE. Predispoziție ereditară de a prezenta manifestări de hipersensibilitate imediată ca astmul, febra de fân, urticaria, eczema zisă atopică, polinoza (sensibilitatea la grăunțele de polen), unele rinite și conjunctivite, precum și diverse manifestări alergice digestive.

ATREZIE. Absență sau ocluzie, în general congenitală, a unui orificiu sau a unui conduct natural.

Diferitele forme de atrezie sunt decelate cel mai des la naștere.

ATRICHIE. Malformație congenitală rară, caracterizată prin absența completă a părului și perilor.

ATROFIE. Diminuare a greutății și volumului unui organ, unui țesut sau unui membru, ca urmare a unei hrăniri insuficiente a celulelor sau a unei imobilizări.

O atrofie provine dintr-o deficiență sau dintr-o distrugere a vaselor sangvine, nervilor sau a substanțelor nutritive. Atrofia poate fi patologică (atrofia ficatului consecutivă unei ciroze), dar și fiziologică (atrofia timusului la adolescență și a uterului după instalarea menopauzei). Tratamentul unei atrofii nu este posibil decât în măsura în care mai persistă o parte din organ sau din țesutul normal susceptibil să se multiplice.

ATROPINĂ. Substanță extrasă din beladonă, care posedă o acțiune anticolinergică (inhibând acțiunea sistemului nervos vegetativ parasimpatic).

AUDIOGRAMĂ. Grafic reprezentând capacitățile auditive ale fiecărei urechi.

O audiogramă se stabilește cu ajutorul unui audiometru, aparat electronic care emite sunete de diferite frecvențe (grave, medii sau acute). Pe abscisă sunt exprimate frecvențele în hertz (audiograma tonală) sau procentajele de inteligibilitate (audiograma vocală); pe ordonată apar pierderile auditive în decibeli.

■ *Audiograma tonală* constă în cercetarea pragurilor auditive ale unui subiect pentru diverse frecvențe.

■ Audiograma vocală permite precizarea înțelegerii silabelor, deci evaluarea jenei sociale antrenate de pierderea auditivă și, eventual, prescrierea unei proteze.

AUDIOMETRIE. Măsurare instrumentală a auzului, complement al acumetriei, care este măsurătoarea clinică.

Se poate distinge audiometria subiectivă, care necesită o colaborare între subiectul testat și medicul său, de audiometria obiectivă, care nu necesită un răspuns al subiectului supus testului.

Audiometrie subiectivă. Aceasta se practică cu un aparat electronic numit audiometru.

■ *Audiometria automatică* constă în a-l face pe pacient să asculte sunete variate, mai întâi grave, apoi din ce în ce mai acute, pentru a preciza el însuși, prin propria percepție, pragurile auditive.

■ *Audiometria frecvențelor înalte* constă în testarea auzului pentru frecvențele mai acute decât cele ale spectrului sonor al vocii.

■ *Audiometria tonală* determină pragul de audiție al fiecărei frecvențe pentru fiecare ureche, fie prin conducție aeriană a sunetului, fie prin conducție osoasă.

■ *Audiometria vocală* determină pragurile de audiție nu numai ale sunetelor pure, ci chiar ale cuvintelor din două-trei silabe, ceea ce permite medicului să evalueze dificultățile de comunicare ale pacientului.

Audiometrie obiectivă. Aceasta se bazează pe înregistrarea și analizarea răspunsurilor fiziologice ale sistemului auditiv.

■ *Timpanometria* analizează, mulțumită unei sonde care obturează conductul auditiv extern, ecoul unei vibrații sonore reflectate pe membrana timpanică în funcție de presiuni variabile. Acest test dă informații privind funcționarea urechii medii și privind permeabilitatea trompei lui Eustachio.

■ *Studiul reflexului stapedian* constă în testarea capacităților mușchiului scăriței (oscior al urechii medii).

■ *Înregistrarea potențialelor evocate ale căilor auditive* permite, cu ajutorul electrozilor plasați în diferite părți ale craniului, să se analizeze răspunsurile electrice ale creierului la stimulii sonori emiși de un audiometru.

→ AUDIOGRAMĂ.

AUDIOPROTEZIST. Tehnician specializat, care are misiunea de a alege, a furniza, a adapta și a urmări funcționarea protezelor auditive.

AURĂ. Manifestare clinică trecătoare anunțând o criză de epilepsie.

Aura este foarte variabilă după subiect. Ea poate să îmbrace forma de senzații subiective ca halucinații vizuale (senzație luminoasă percepută de ochi fără ca ea să fie provocată de lumină), auditive (zgomote mai mult sau mai puțin elaborate), olfactive (mirosuri cel mai adesea neplăcute) etc., sau o senzație de mișcare într-o parte a corpului (manifestare adversă: devierea conjugată a capului și ochilor, de exemplu).

AURICUL. Cavitate cardiacă ce primește sângele înainte de a-l face să treacă în ventriculul corespunzător.

Există un auricul drept și unul stâng, fiecare fiind legat de un ventricul printr-o valvulă auriculoventriculară.

AURICULARĂ (boală). Tulburare a ritmului cardiac consecutivă unei alterări a țesutului auriculului din cauza funcționării anormale a nodului sinusal (care asigură stimularea electrică a inimii). SINONIM: *boala ritmică auriculară*.

Cauza poate fi o boală coronariană, o miocardopatie sau o valvulopatie evoluată.

Boala auriculară se manifestă printr-o alternanță a episoadelor de bradicardie (ritm cardiac lent) și de tahicardie (ritm cardiac rapid) sau prin foarte scurte perioade de oprire cardiacă.

Diagnosticul este stabilit după analizarea datelor furnizate de un Holter (înregistrare a ritmului cardiac pe durata a 24 ore).

TRATAMENT. Acesta depinde de cauza bolii și face adesea apel la implantarea unui stimulator cardiac (*pacemaker*).

AURICULOTERAPIE. Terapeutică derivată din acupunctura tradițională, care constă din tratarea diferitelor afecțiuni ale corpului prin înțepături în puncte determinate ale pavilionului urechii.

AUSCULTARE. Acțiune de ascultare a zgomotelor interne ale organismului pentru a controla funcționarea unui organ sau pentru a decela o anomalie.

AUTISM. Ruptură a activității mintale de realitatea exterioară și retragerea mai mult sau mai puțin totală în lumea imaginară și a fantasmelor.

Acest termen, creat în 1911 de către psihiatrul elvețian Eugen Bleuler, se aplică deopotrivă adultului și copilului.

Autismul copilului. La copil, autismul este comun pentru diverse sindroame psihotice. Cauzele sale rămân disputate. Unii, ca psihanalistul american Bruno Betelheim, consideră autismul ca o reacție de apărare a copilului, care vede orice relație cu viul ca fiind distructivă. Alții îl explică printr-o disfuncție a sistemului nervos central.

Autismul infantil se manifestă întotdeauna înaintea vârstei de 30 luni, cel mai adesea în primul an al vieții. Autismul lui Kanner este forma tipică. El se manifestă printr-un dezinteres al copilului față de lumea însuflețită ca și pentru propria sa imagine din oglindă, prin gesturi și jocuri stereotipe cu obiecte ca o pietricică, o sforicică etc. Întârzierea de limbaj este frecventă. Sensul termenului de autism s-a lărgit și acoperă o parte a domeniului psihozelor infantile precoce (înainte de 5 ani). În precizarea diagnosticului, distincția între autism și arierația mintală este adesea delicată.

Nu există tratament al cauzelor autismului infantil. Școli speciale, sprijinirea și sfătuirea părinților și familiilor, uneori o terapie comportamentală (îndeosebi pentru a reduce numărul de automutilări) pot contribui la o ameliorare a bolii.

Autismul la adult. La adult, autismul este cel mai des un simptom clinic al schizofreniei. El apare ca o apărare a subiectului față de angoasa provocată de lumea exterioară, percepută ca ostilă și amenințătoare.

Autismul este o stare indescriptibilă de bizarerie în care se amestecă angoasa și extazul, cu un sentiment de dizolvare în infinit care poate face loc unei impresii de gol și de plictiseală insuportabilă, uneori cauză a sinuciderii. Bolnavul se rupe treptat de lumea reală, care curând nu mai are semnificație, restrângându-se la ceea ce propria sa lume imaginară vede că ar fi.

AUTOANTICORP. Anticorp îndreptat împotriva unui constituent al organismului care îl produce.

Autoanticorpii sunt produși în cursul bolilor autoimune și depistarea lor permite adesea să se confirme diagnosticul bolii.

Totuși, autoanticorpi pot apărea în mod natural la subiecții în vârstă fără să antreneze manifestări clinice. Ei nu par deci să fie în mod sistematic patogeni.

AUTODIALIZĂ. → HEMODIALIZĂ.

AUTOGREFĂ. Grefă în care grefonul este prelevat chiar de la subiectul în cauză.

Autografa este opusul alografei, practicată între doi indivizi ai aceleiași specii, dar diferiți genetic, și se deosebește și de heterografă, efectuată între doi indivizi de specii diferite (de exemplu, grefa de inimă de babuin la un om). Spre deosebire de alografă și heterografă, autografa prezintă avantajul de a nu antrena fenomenul de rejecție (respingere).

AUTOIMUNITATE. Stare patologică a organismului devenit victimă a propriilor sale mijloace de apărare imunitară.

Rolul sistemului imunitar este de a apăra organismul față de agresiunea germenilor exteriori. Dereglarea acestui sistem provoacă apariția anticorpilor dăunători organismului (autoanticorpi). Bolile autoimune se caracterizează prin distrugerea unui organ (glanda tiroidă în tiroidita lui Hashimoto) sau neutralizarea unei funcții (transmiterea influxului nervos către mușchi în cursul miastenici).

AUTOMEDICAȚIE. Luare de medicamente fără avizul medicului.

Unele medicamente, vândute fără rețetă, sunt disponibile pentru o automedicație. Este absolut obligatoriu să se respecte instrucțiunile de folosire în timpul tratamentului sau să fie cerute sfaturi farmacistului. În fapt, aceste medicamente aflate în vânzare liberă pot fi nocive dacă sunt necorespunzător folosite. De altfel, este întotdeauna important să se respecte o prescripție medicală și să fie utilizate medicamentele doar în perioada pentru care au fost prescrise, nu și ulterior pentru o tulburare similară.

AUTOMUTILARE. Comportament în cursul căruia subiectul își provoacă răniri sau leziuni.

Automutilarea se întâlnește la copiii arieraţi sau psihotici instituționalizați: lovituri de cap, repetate, de perete sau mușcarea pumnilor etc. La adult, aceasta constituie o complicație gravă a psihozelor (melancolie, schizofrenie, ipohondrie delirantă), care necesită o spitalizare de urgență. În sfârșit, ea poate fi utilizată ca mijloc de șantaj de către psihopați sau de către isterici, ceea ce nu exclude trecerea la fapte.

AUTOPSIE. Act medical realizat după moarte și destinat determinării cauzelor ei. SINONIM: *necropsie*.

Autopsia trebuie să fie făcută cât mai devreme posibil pentru a evita alterările cadavrului. Ea cuprinde examinarea encefalului, a organelor interne abdominale, a toracelui și a gâtului. Se caută punerea în evidență a leziunilor, în special a acelora care ar fi putut determina moartea, iar prelevările sistematice sunt realizate din toate organele în vederea examinărilor biologice și microscopice. Unele țesuturi pot chiar face obiectul, ca în cursul anchetelor criminalistice, al unui studiu toxicologic.

AUTOTRANSFUZIE. Injectare intravenoasă a unui subiect cu propriul lui sânge, prelevat înaintea unei intervenții chirurgicale sau în cursul acesteia. SINONIM: *transfuzie autologa*.

Primele autotransfuzii datează din deceniul al șaptelea al secolului nostru, iar riscul de a contracta SIDA prin transfuzie a dus după 1987 la creșterea cererilor și a utilizării acestei metode. Autotransfuzia micșorează probabilitatea de a se transmite primitorului un sânge contaminat (cu virusul SIDA, dar și virusul hepatitei, cu agenții paludismului și ai sifilisului), ca și riscul de accidente transfuzionale prin incompatibilitatea de grup sangvin. Totuși, ea nu poate fi utilizată în caz de anemie severă sau când starea generală a pacientului este precară. După modul de obținere a sângelui, se disting diferite tehnici de autotransfuzie.

■ *Autotransfuzia amânată* se practică în luna care precede intervenția. Se efectuează două sau patru prelevări de aproximativ 400 mililitri fiecare la interval de o săptămână. Sângele, pregătit și conservat, este retransfuzat în momentul intervenției sau în orele ori zilele care urmează.

■ *Recuperarea preoperatorie* se practică în cursul anumitor intervenții. Sângele pierdut este recuperat cu ajutorul unor aparate speciale, apoi este filtrat și retransfuzat bolnavului. Această tehnică poate fi izolată sau asociată precedentei tehnici.

■ *Hemodiluția preoperatorie*, asociată tehnicilor precedente sau izolată, constă în prelevarea a două sau trei unități de sânge (de 400 mililitri) cu 24 până la 48 ore înaintea intervenției și în înlocuirea lor printr-un lichid mai puțin dens cu scopul ca bolnavul să-și păstreze volumul său de sânge total.

AUTOZOM. Cromozom ale cărui informații genetice nu intervin în determinarea sexului. → CROMOZOM.

AUZ. Funcție senzorială care permite captarea sunetelor de către ureche și transmiterea lor, prin intermediul nervului cohlear, la creier, unde ele sunt primite și analizate.

Auzul este o funcție posibilă mulțumită sistemelor auditive periferice și a celui central.

■ *Sistemul auditiv periferic* este format din urechea externă, medie și internă.

— Urechea externă (pavilionul și conductul auditiv extern) protejează urechea medie și acționează ca un receptor amplificând unele frecvențe.

— Urechea medie, situată în căsuța timpanului (cavitatea osului temporal), amplifică sunetele și asigură transmiterea lor urechii medii. O membrană elastică foarte subțire, timpanul, izolează urechea medie de exterior. Oscioarele (ciocănelul, nicovala și scărița) transmit vibrațiile urechii interne. Trompa lui Eustachio comunică cu faringele și menține constantă presiunea interioară.

— Urechea internă cuprinde cohleea, în față, și sistemul vestibulosemicircular, în spate. Celulele ciliate externe ale cohleei amplifică mesajul sonor și îl transmit celulelor ciliate interne, care atunci traduc informația într-un mesaj nervos.

■ *Sistemul auditiv central* este constituit din fibre nervoase care, plecând de la celulele ciliate interne, se unesc la baza conductului auditiv pentru a forma nervul auditiv (nervii auditivi constituie a opta pereche de nervi cranieni), ca și din cortexul temporal, unde influxul nervos se transformă în senzație conștientă a mesajului auditiv și permite interpretarea de către subiect.

AVITAMINOZĂ. Ansamblu al fenomenelor patologice cauzate de carențe în una sau mai multe vitamine.

Devenite rare în țările occidentale, avitaminozele se întâlnesc, în principal, în țările în curs de dezvoltare. Ele pot fi consecințe ale unei carențe a aportului alimentar, ale unei absorbții digestive insuficiente sau ale unei utilizări deficiente de către organism a acestor vitamine.

■ *Avitaminoza A* se manifestă, în principal, prin tulburări oculare: hemeralopie (slăbirea sau pierderea vederii în lumină puțin intensă) și xeroftalmie (diminuarea transparenței conjunctivei și corneei).

■ *Avitaminoza B1* are ca expresie majoră boala numită beri-beri.

■ *Avitaminoza B2* sau ariboflavinoza antrenează tulburări oculare (scăderea acuității vizuale, fotofobie prin sensibilitate anormală la lumină) și leziuni cutanomucoase (crăparea buzelor).

■ *Avitaminoza B6* are manifestări multiple și bine cunoscute la animal, dar, în patologia umană, nu există caracterizată o avitaminoză B6.

■ *Avitaminoza B12*, vorbind la propriu, nu există, dar există o afecțiune, boala lui Biermer, care se caracterizează prin absența absorbției de vitamină B12 ca urmare a unei alterări a mucoasei gastrice.

■ *Avitaminoza C* confirmată antrenează scorbutul și, la sugar, boala lui Barlow.

■ *Avitaminoza D* are drept consecință un rahitism la copil, o osteomalacie (afecțiune caracterizată printr-o înmuiere a oaselor) la adult și, la orice vârstă și în anumite împrejurări, o tetanie.

■ *Avitaminoza K* antrenează fenomene hemoragice.

■ *Avitaminoza PP* antrenează pelagra.

AVORT. Întrerupere prematură a sarcinii.

În folosirea curentă, cuvântul avort este utilizat ca sinonim al întreruperii voluntare a sarcinii (I.V.S.), în timp ce expresia naștere falsă desemnează un avort spontan. În plus, se numește avort terapeutic o întrerupere a sarcinii provocată din motive medicale.

Avortul spontan. Acesta înseamnă pierderea neprovocată a fătului înainte de a 180-a zi de sarcină. El este numit, în mod curent, naștere falsă.

CAUZE. Cauzele de avort spontan, multiple, trebuie să fie stabilite pentru a pune în aplicare tratamentul adecvat.

■ *Cauzele materne* grupează cauzele genitale (hipoplazia sau malformațiile uterine, sinechiile, salpingita, fibromul și tumora uterului, beanța colului uterin); cauzele hormonale (insuficiență în estrogeni sau progesteron, insuficiența hormonală globală, hipotiroidia, excesul de androgeni); cauzele generale (carența alimentară, intoxicația, o boală infecțioasă, diabetul, sifilisul, traumatismele diverse). Doar avorturile repetate justifică investigațiile de durată, dar cercetarea cauzei de avort trebuie totuși întreprinsă concomitent cu tratamenul.

■ *Cauzele ovulare* corespund unor anomalii fetale și reprezintă în jur de 70% din nașterile false. Acești factori acționează îndeosebi în timpul primului trimestru de sarcină și provoacă moartea fătului înaintea expluziei sale. Sarcinile multiple și hidramniosul (excesul de lichid amniotic) fac parte din cauzele ovulare.

SIMPTOME ȘI SEMNE. La începutul sarcinii, semnele unei imineațe de avort constau din metroragii (pierderi mici de sânge roșu) nedureroase; uneori li se asociază și colici. Odihna absolută la pat, însoțită de un tratament medical (hormoni, antispastice), se dovedește cel mai bun mijloc de luptă împotriva acestor amenințări de avort. Ecografia permite să se verifice locul de implantare a embrionului (ipoteza unei sarcini extrauterine); în caz de beanță a colului uterin, prevenirea avortului necesită un cerclaj al uterului și repausul total.

În schimb, creșterea progresivă a pierderilor sangvine și a durerilor, însoțite de deschiderea colului, anunță avortul propriu-zis. Avortul se numește complet dacă fătul și placenta au fost expulzate; el nu necesită nici un tratament deosebit. În schimb, dacă există o retenție placentară în cavitatea uterină, ne putem teme de o hemoragie sau de o infecție locală. Este necesară efectuarea unui examen, revizia uterină, în mediu spitalicesc.

TRATAMENT. Pentru a asigura vacuitatea uterină se practică un chiuretaj sub anestezie generală; sunt prescrise imediat antibiotice pentru a preveni o eventuală infecție. Cauza avortului este căutată imediat cu scopul de a putea institui, dacă este cazul, un tratament care să permită evitarea unui nou avort.

Avortul provocat. Aici se face deosebirea între avortul provocat din motive terapeutice și avortul provocat în caz de pericol.

Avort provocat din motive terapeutice. Acesta se practică în orice moment al sarcinii, la cererea ambilor părinți sau a unuia dintre ei, dacă viața mamei se află în pericol (insuficiență fie cardiacă, fie renală, fie respiratorie, SIDA, cancer etc.) sau dacă există un risc mare de atingere a copilului de o afecțiune deosebit de gravă și incurabilă. Examene adecvate permit verificarea presupunerilor de atingere fetală (ecografie, biopsie a vilozităților coriale, amniocenteză, serodiagnostice sangvine).

Avortul terapeutic, ale cărui complicații apar doar în mod excepțional, este efectuat în mediu spitalicesc prin administrarea de prostaglandine.

Avort în situații de pericol. Acesta se realizează la începutul sarcinii, pe baza justificării situației și după informarea privind riscurile medicale la care este expusă femeia.

Acest avort este practicat sub anestezie locală sau generală, prin aspirație endouterină, cu o canulă sau cu o seringă (metoda lui Karman), sau, mult mai rar din cauza riscurilor de lezare a mucoasei uterine, prin chiuretaj. Aspirația poate fi înlocuită, până în a 49-a zi de amenoree, printr-un tratament care asociază mifepristonul (RU 486) și un derivat de prostaglandine, administrat la 36–48 ore după luarea mifepristonului. Aceste produse sunt contraindicate în caz de tabagism regulat sau de alți factori de risc cardiovascular (hiperlipidemie, diabet). Apoi este recomandat un contraceptiv. → ÎNTRERUPERE VOLUNTARĂ A SARCINII, STERILITATE.

AVULSIE DENTARĂ. Extragere sau luxare a unui dinte.

Avulsia dentară poate fi provocată (avulsie terapeutică) sau spontană, ca urmare a unui șoc (avulsie traumatică).

Avulsia dentară terapeutică. Este intervenția chirurgicală denumită în mod curent extracție dentară, în cursul căreia dintele este eliminat în întregimea sa (coroană și rădăcini).

INDICAȚII. Această intervenție radicală, devenită rară în zilele noastre,poate fi realizată:

— atunci când terapeuticile obișnuite sunt inoperante (caria este foarte întinsă, fractură coronoradiculară, parodontopatie avansată etc.);

— atunci când dinții sunt deranjanți sau răspunzători de o malocluzie (proastă suprapunere a dinților maxilarului superior peste cei ai maxilarului inferior, deranjând masticația sau generând complicații infecțioase, sau probleme estetice). Astfel, la copil, dintele definitiv poate erupe atunci când dintele de lapte se află încă pe arcadă. Extragerea acestuia din urmă va permite adesea repoziționarea corectă a dintelui în evoluție;

— în caz de tratament ortodontic;

— pentru a preveni un risc infecțios, înaintea unei operații chirurgicale pe inimă sau a unei radioterapii a cancerelor feței, asupra dinților care constituie focare infecțioase.

DESFĂȘURARE. În general, este practicată o anestezie locală. Anestezia poate fi generală atunci când este vorba de extracția dinților de minte incluși în mod complicat, a mai multor dinți în același timp, ori în cazul pacienților deosebit de anxioși sau a copiilor. Gingia din jurul dintelui este dezlipită de dinte și dintele este tras. Astuparea alveolei se face începând cu cheagul. După complexitatea intervenției, starea dintelui și a bolnavului, antibioticelor și antiinflamatoarelor li se pot asocia analgezice și spălarea gurii cu preparatele obișnuite.

COMPLICAȚII. Puțin frecvente în general, complicațiile pot lua forma unei alveolite (inflamația alveolei) sau a unei hemoragii. Dinții care au fost extrași pot fi înlocuiți prin proteze fixe (punți) sau mobile, sau chiar prin implanturi.

Avulsia dentară traumatică. Aceasta este luxația unui dinte în urma unui șoc.

În acest caz, avulsia este însoțită uneori și de alte leziuni: fractura marginii alveolare, rănirea buzelor. Incisivii superiori ai copiilor de 7–10 ani sunt expuși în mod deosebit, mai ales dacă ei ocupă o poziție prea anterioară. Cu ocazia unui accident, trebuie întotdeauna, pe cât e posibil, să se recupereze dintele sau dinții avulsați; în fapt, se încearcă adesea reimplantarea lor deși rezultatele sunt incerte. Această reușită depinde de supraviețuirea ligamentului parodontal, condiționată de 3 elemente: rădăcina dintelui avulsat nu trebuie să fie nici răzuită, nici curățată; dintele trebuie să fie reimplantat foarte repede (în mai puțin de o oră) și conservat, în așteptarea reimplantării, în ser fiziologic sau în lapte, tratamentul efectuat de către dentist trebuie să cuprindă o contenție și îngrijirea preventivă a rădăcinii. Respectarea acestor condiții, precum și o serioasă supraveghere radiologică timp de un an favorizează menținerea durabilă a dintelui reimplantat.

AZOOSPERMIE. Absență totală a spermatozoizilor în sperma emisă.

Azoospermia este o cauză importantă de sterilitate masculină. Ea diferă de oligospermie (cantitate mică de spermatozoizi) și de astenospermie (insuficienta mobilitate a spermatozoizilor). Azoospermia afectează aproximativ 1% dintre bărbați.

Cercetările efectuate prin examene clinice și dozări hormonale permit să se stabilească două forme de azoospermie: azoospermia excretorie și azoospermia secretorie.

Azoospermia excretorie. Spermatozoizii se formează normal în testicul, dar obstrucția canalelor deferente sau epididimelor împiedică transportul lor spre veziculele seminale și prostată. Această obstrucție poate rezulta dintr-o boală cu transmisie sexuală, dintr-o tuberculoză, dintr-o intervenție chirurgicală practicată în regiunea inghinală sau dintr-o infecție cronică a aparatului genital.

Azoospermia secretorie. Spermatozoizii nu se mai formează în testicul. Biopsia testiculară confirmă această anomalie. Când această azoospermie este congenitală, ea poate proveni dintr-o criptorhidie (testiculele rămase în abdomen), dintr-un sindrom al lui Klinefelter (prezența unui cromozom X suplimentar) sau dintr-o mucoviscidioză. Azoospermia secretorie este uneori consecutivă unei orhite (inflamație testiculară) sau unor tratamente anticanceroase.

Majoritatea acestor forme de azoospermie nu au în prezent vreun tratament.

AZT. → ZIDOVUDINĂ.

Balantidioza, prezentă pe toată suprafața globului, dar mai ales în zona tropicală, afectează porcul și, mai rar, omul. Contaminarea se face prin paraziții închistați (chistul fiind forma de rezistență a protozoarelor în mediul exterior), prin ingerarea apei infestate sau a cărnii de porc insuficient gătită.

Această zoonoză (boală a animalului transmisibilă la om) se traduce printr-o dizenterie cu scaune mucoase și sângerânde, prin dureri abdominale și, uneori, prin hemoragii intestinale, o peritonită și o colită cronică.

BALNEOTERAPIE. Îngrijire prin băi a corpului întreg sau a uneia din părțile sale.

Balneoterapia este utilizată în cura afecțiunilor reumatismale, dermatologice și otorinolaringologice. Se utilizează diferite tipuri de ape cărora li se adaugă sau nu soluții medicamentoase.

■ *Băile medicamentoase* se fac în cadă; aici pot fi introduse numeroase substanțe medicamentoase. Băile antiseptice (triclocarban, clorhexidină, permanganat de potasiu) se impun în dermatozele infectate. Băile emoliente (amidon, ovăz, ulei de soia, ulei de arahide etc.) permit o înmuiere a excesului de keratină epidermică (psoriazis, keratodermii, uscare cutanată [xeroză]. Băile antipruriginoase (produse vegetale, ulei mineral, lipoproteine) sunt prescrise mai ales pentru pruritele alergice.

■ *Băile termale* utilizează apele de izvor termal la temperatura de ieșire la suprafață, răcite sau încălzite. Izvoarele sunt indicate pentru diferite afecțiuni după compoziția apei (bogată în calciu, în sulf, în fier, în cupru, în sulfați, în bicarbonați, în bioxid de carbon etc.).

■ *Băile de nămol* sunt obținute prin amestecarea apei termale cu un noroi. Ele sunt indicate în special în tratamentul reumatismului. → TERMALISM.

BALONARE. → DISTENSIE ABDOMINALĂ.

BANDAJARE. Tehnică utilizată pentru a menține la locul lui un pansament, pentru a exercita o compresie sau pentru a imobiliza o parte a corpului sau a unui membru.

DIFERITE TIPURI DE BANDAJĂRI

■ *Bandajările simple* sunt constituite din rânduri de fâșii (de pânză, de latex, de tricot elastic) care acoperă în întregime sau înconjoară o parte a corpului. Aplicate în mod circular, spiralat, oblic, inversat sau încrucișat, după partea corpului avută în vedere, bandajările simple sunt utilizate frecvent pentru a menține un pansament, pentru a imobiliza membrul care a suferit o entorsă, în particular de gleznă, și pentru contenția abdominală.

■ *Bandajările* zise *pline* sunt realizate cu bucăți mari de pânză pliate astfel încât să imobilizeze un membru rănit (în caz de luxație a umărului, de traumatism al antebrațului etc.) prin legarea sa de torace.

■ *Bandajările tubulare* se realizează cu cilindri din jerse sau împletitură mare utilizate frecvent pentru pansarea degetelor sau, în formă de chilot, pentru pansamentele perineului.

■ *Bandajările mecanice* se fac cu bandaje herniare compuse din una sau două pernițe (bule alungite, în general din cauciuc, destinate comprimării orificiului herniar) și o centură de susținere.

BARBITURIC. Medicament utilizat în tratarea epilepsiei sau în cursul anesteziei.

Barbituricele diminuează activitatea sistemului nervos central, dar nu mai sunt utilizate ca hipnotice (inductori de somn) din cauza efectelor lor nedorite.

Ele sunt contraindicate în caz de alergie la produs, de porfirie (tulburare de metabolism), de o insuficiență renală și respiratorie severă, de sarcină (în afara faptului că este necesar) și de alăptare. Administrarea lor se face pe cale orală sau injectabilă.

EFECTE NEDORITE. Unul dintre principalele lor efecte nedorite este declanșarea unei toleranțe (necesitând o creștere progresivă a dozelor, putând merge până la toxicomanie). Acțiunea sedativă, somnolența pe care ele le antrenează pot fi stânjenitoare; asocierea cu alcoolul amplifică acest efect. Barbituricele provoacă, de asemenea, reacții cutanate, dureri articulare, scăderi de tensiune arterială, anemii și crize de porfirie. Barbituricele sunt în plus inductori enzimatici: ele stimulează enzimele hepatice răspunzătoare de degradarea a numeroase medicamente, care riscă atunci să devină mai puțin eficace (anticoagulante orale, betablocante, depresoare ale sistemului nervos central, contraceptive orale).

BARLOW (sindrom al lui). Tulburare cardiacă asociind un zgomot anormal și un suflu în timpul sistolei. SINONIM: *balonizare valvulară*.

Sindromul lui Barlow este legat de o scăpare de sânge printr-o valvă sau chiar prin două valve mitrale. Această scăpare este consecința unei leziuni speciale, numită prolapsus, caracterizată printr-o mișcare anormală a valvei care face o proeminență în cavitatea auriculului stâng. Acest prolapsus, cauzat de o anomalie a texturii valvei, este detectat la aproximativ 5% din populație, dar numai la o foarte mică proporție dă naștere unor complicații, cel mai adesea benigne (amplificarea scăpării mitrale, tulburări ale ritmului cardiac) sau, în mod excepțional, mai grave (embolie, infecție a valvei).

BAROTRAUMATISM. Orice manifestare patologică legată de variațiile de presiune din interiorul organismului.

Un barotraumatism survine la plonjarea submarină sau în avion fie la coborâre, fie la urcare (accident de decompresie). De asemenea, mai pot surveni accidente zise barometrice la subiecții aflați sub ventilație asistată (subiecți intubați sau traheotomizați), expuși la supraspresiunea unui respirator artificial).

BARTHOLIN (glandă a lui). Fiecare dintre glandele situate de o parte și de alta a jumătății posterioare a orificiului vaginal. SINONIM: *glanda vulvovaginală*.

Rolul lor constă în a secreta în permanență, dar mai ales cu precădere în timpul raporturilor sexuale, un lichid diluat și incolor care contribuie la lubrificarea vaginului.

BARTHOLINITĂ. Inflamație a uneia sau chiar a celor două glande ale lui Bartholin.

O bartholinită survine cel mai des plecând de la o infecție vaginală. Ea poate, de asemenea, să succeadă infecțării unui pseudochist (chist fără epiteliu), format după obturarea canalului excretor al glandei. Simptomele sunt o umflătură roșie și dureroasă a părții posterioare a vulvei, însoțită de febră. Ca urmare, se poate forma un abces, semnalat printr-o tumefiere cu prezența puroiului subiacent. La începutul inflamației, tratamentul face apel la antibiotice. Dacă există un abces, tratamentul este atunci chirurgical.

BARTONELOZĂ. Boală infecțioasă provocată de o bacterie Gram negativă, *Bartonella bacilliformis*, transmisă omului prin înțepătura unei insecte, flebotomul, din genul *Lutzomya*. SINONIME: *anemie de Peru, boala a lui Carrion, febră de Oroya*.

Bartoneloza face ravagii în stare endemică în văile înalte ale Anzilor; omul este singura gazdă cunoscută a acestui germene.

Tratamentul, eficace dacă este aplicat încă din faza inițială, constă în administrarea de antibiotice.

BASEDOW (boală a lui). Boală autoimună a glandei tiroide. SINONIM: *boala a lui Graves*.

Această boală afectează mai ales femeile tinere. Ea este uneori o boală de familie sau este asociată unui diabet zaharat. Un eveniment marcant al vieții pacientului (surmenaj, schimbare familială sau profesională) poate fi un factor declanșant.

Boala lui Basedow este cea mai frecventă dintre cauzele de hipertiroidie (creșterea producției de hormoni tiroidieni).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Sunt observate trei feluri de semne.

■ *Semnele de hipertiroidie*, foarte frecvente, motivează adesea consultația medicală: pierdere în greutate, deși pofta de mâncare se păstrează, tremurături, oboseală și agitație.

■ *Gușa*, mărirea difuză și benignă a tiroidei, ceea ce provoacă o umflare a gâtului, este un semn constant. Palparea tiroidei permite estimarea mărimii și întinderii.

■ *Semnele oculare* se manifestă cu o importanță foarte variabilă: retracția pleoapei superioare, ceea ce face privirea mai strălucitoare, semne inflamatorii (roșeață, edem); exoftalmie (ochii ieșiți din orbite), eventual bilaterală; paralizia mușchilor oculomotori. Atingerea oculară poate preceda sau urma după mai mulți ani de la apariția unei hipertiroidii.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul bolii lui Basedow este clinic, fondat pe asocierea simptomelor. El este confirmat prin examene sangvine, care pun în evidență un nivel mic de tireostimulină și o creștere a nivelului de hormoni tiroidieni, și prin scintigrafia cu tehnețiu, care dezvăluie o hiperfixare difuză a acestei substanțe în totalitatea glandei tiroide.

Tratamentul poate fi medicamentos (antitiroidiene de sinteză), chirurgical (tiroidectomie parțială) sau poate face apel la medicina nucleară (injectarea unei doze individualizate de iod 131 radioactiv care se va fixa în glanda tiroidă și o va distruge în funcție de gradul hiperfuncției sale).

Vindecarea fără sechele este obișnuită, dar sunt posibile recăderile (reșutele).

BAZIN. Centură osoasă situată în josul abdomenului ce susține coloana vertebrală, căreia îi sunt atașate membrele inferioare.

Bazinul este format din cele două oase iliace, care se articulează în spate, de o manieră rigidă, cu sacrumul, prelungit în jos cu coccisul.

EXAMENE. Bazinul se explorează, în principal, prin examene radiologice convenționale. Adesea se realizează o scanografie pentru a face un bilanț mai precis al fracturilor cotilului.

PATOLOGIE. În principal, patologia constă în fracturi.

■ *Fracturile centurii osoase pelviene* sunt frecvente. Ele rezultă cel mai des dintr-un traumatism violent și pot fi asociate cu leziuni ale organelor interne ale bazinului. În caz de dublă fractură a inelului pelvian sau de disjuncție a simfizei pubiene, trebuie împiedicat, prin statul la pat sau prin tracțiune, ca bazinul să suporte greutatea corpului până la consolidare, adesea după reducerea fracturii prin tracțiune sau chirurgie. În schimb, fracturile care nu antrenează instabilitatea bazinului (fractura aripii iliace, fractura prin scoatere musculară sau ligamentară) sunt tratate, în general, prin metode ortopedice nechirurgicale (tracțiune, corset, gips), bazinul suportând atunci greutatea corpului.

■ *Fracturile cavității cotiloide*, frecvente, antrenează o atingere a articulației coxofemurale. De asemenea, tratamentul lor este dificil și apariția unei artroze post-traumatice nu este rară.

■ *Osteita pubiană* (inflamația simfizei pubiene) este cauzată, de obicei, de microtraumatisme repetate care s-au exercitat asupra bazinului. Ea poate surveni la fotbaliști, manifestându-se printr-o durere în partea internă a zonei inghinale, cu umflare. În majoritatea cazurilor, vindecarea este realizată prin repaus.

BĂTĂTURĂ. Calozitate dureroasă pe un deget de la picior. → CALOZITATE.

BĂTRÂNEȚE. Cea de a treia perioadă a vieții, urmând copilăriei și vieții adulte.

BÂLBĂIALĂ. Perturbare a elocuțiunii, caracterizată prin ezitare, repetare sacadată, pauze penibile și chiar împiedicare completă a facultății de a articula.

Bâlbâiala este o tulburare frecventă la copil, mai ales în rândurile băieților.

CAUZĂ. Cauza bâlbâielii nu a fost stabilită cu certitudine. Bâlbâiala poate depinde de cauze afective (șoc emotiv intens, hiperemotivitate nevrotică) sau poate fi consecința unei dezvoltări senzorimotorii defectuoase. Incidența sa familială (între 30 și 35% din cazuri) a dus la incriminarea unui factor ereditar.

SIMPTOME ȘI EVOLUȚIE. Bâlbâiala survine la copil în timpul perioadei de achiziționare a vorbirii și limbajului, în general între 18 luni și 9 ani. Apariția sa se face în mod insidios, întinzându-se pe mai multe săptămâni sau mai multe luni; ea este marcată prin tulburări episodice: copilul se bâlbâie atunci când se află în faze de excitație sau de stres, ori atunci când se grăbește să comunice. Ulterior, tulburarea poate deveni cronică. Se observă semne asociate: tulburări motorii, afectând fața, mușchii respiratori, și fenomene vasomotorii (înroșirea feței, hipersalivație). În plus, un sfert din copiii bâlbâiți prezintă în paralel o întârziere în dezvoltarea vorbirii și a limbajului.

Bâlbâiala este puternic influențată de contextul emoțional. Unele situații (ca telefonul) tind să amplifice tulburarea. Ea se atenuează atunci când copilul strigă sau cântă șoptește și nu afectează cântatul. Lectura, recitarea o atenuează de cele mai multe ori. Bâlbâiala în sine, atunci când este de durată, generează un mare număr de reacții emoționale consecutive sentimentului de a fi incapabil să vorbească în mod corect. Ea poate fi autoîntreținută prin teama de a se bâlbâi.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul se bazează în esență pe reeducarea ortofonică. Aceasta pare în mod particular indicată și eficace în bâlbâiala copilului de vârstă mică. Ea se impune cu atât mai mult în mod imperios când bâlbâielii i se adaugă o întârziere în vorbire și limbaj. Există diferite tehnici de reeducare ortofonică, adaptate la vârsta și la comportamentul fiecărui copil. În caz de bâlbâială fiziologică, se recomandă părinților să nu repete cuvintele copilului care începe să vorbească, cu scopul de a nu favoriza repetările și de a nu fixa fenomenul. De câțiva ani s-au dezvoltat tehnici terapeutice, ca psihoterapia comportamentală, care se adresează mai degrabă copilului mare, copilului care a cunoscut descurajarea, rușinea, dificultățile de afirmare din cauza bâlbâielii sale. Psihoterapiile de tip psihanalitic dau rezultate în cazurile în care predomină o suferință psihologică. Unele medicamente pot fi uneori prescrise în formele severe. Aproximativ 80% dintre copiii atinși de bâlbâială se vindecă, și aceasta înaintea vârstei de 16 ani.

Este util să se repereze dificultățile de instalare a vorbirii și limbajului la copilul foarte mic cu scopul de a le trata cât mai devreme posibil, ceea ce permite adesea să se evite apariția bâlbâielii.

B.C.G. (vaccin). Vaccin antituberculos.

B.C.G.-ul (sigla bacilului lui Calmette și Guérin, inventatorii vaccinului) a fost fabricat plecând de la o cultură de bacili *Mycobacterium tuberculosis bovis*.

Vaccinul B.C.G., un vaccin viu atenuat, permite să se obțină o imunitate durabilă față de tuberculoză. El mai este utilizat și ca imunostimulant în anumite boli maligne (cancer de vezică sau leucemie). Vaccinare obligatorie în 64 de țări, este recomandată în multe alte țări. Vaccinarea se practică uneori chiar de la naștere în mediile de risc (membru al familiei unui tuberculos, copiii personalului spitalicesc etc.), dar cel mai des înaintea intrării în colectivitate (creșă, grădiniță), prin injectare intradermică sau prin multiinjectare (inel) aplicată pe brat sau pe coapsă. Un test de control în ce privește dobândirea imunității este realizat 3 luni mai târziu prin intradermoreacția la tuberculină, cu inel sau timbru. Vaccinarea trebuie să fie recomandată dacă rezultatul testului este negativ; tentativa poate fi reînnoită de trei ori maximum.

Vaccinul nu provoacă decât ușoare reacții locale (mică pustulă cicatriceală). Acestea evoluează în mod excepțional într-o ulcerație sau cu diseminarea leziunii. Bolile de piele și stările de imunodepresie constituie contraindicații ale acestei vaccinări.

BEANȚĂ A COLULUI UTERIN. Malformație caracterizată printr-o deschidere anormală a orificiului colului uterin.

CAUZE. Beanța colului uterin este cel mai des de origine traumatică: ea apare după o naștere dificilă sau după un avort provocat traumatic. Când este congenitală, beanța este asociată adesea cu alte malformații uterine.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Beanța colului uterin se manifestă numai în timpul sarcinii și poate antrena fie un avort tardiv (în cursul celui de al doilea trimestru de sarcină), fie o naștere prematură. Diagnosticul este stabilit prin calibrarea colului cu o bujie (instrument cilindric pentru măsurarea unui canal sau unui orificiu). Diagnosticul este confirmat prin histerografie și/sau histeroscopie.

TRATAMENT. Se bazează pe serclajul colului uterin în primele trei luni de sarcină.

BEHÇET (boală a lui). Afecțiune cronică evoluând în pusee inflamatorii recidivante.

Această boală rară este o afecțiune a vârstei adulte. Ea survine, în principal, în Orientul Mijlociu, în Japonia și în bazinul mediteranean. Boala lui Behçet pare să fie o boală autoimună, în declanșarea căreia ar juca un rol o infecție cauzată de un virus încă neidentificat.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Afecțiunea este adesea cronică și recidivantă; ea se traduce prin afte ale mucoaselor bucală

și genitală, uneori ale pielii, prin artrite și printr-o uveită (inflamație a ochiului). Ea mai poate să stea la originea unei meningite și comportă adesea o atingere vasculară (arterită, anevrism arterial, flebită).

Apariția ulcerelor intestinale, epididimitei și a simptomelor neuropsihiatrice este, de asemenea, posibilă.

TRATAMENT. Administrarea de corticosteroizi în doze ridicate și de imunodepresoare permite cel mai adesea să se oprească rapid fenomenele inflamatorii, îndeosebi inflamațiile oculare. Totuși, o diminuare importantă a acuității vizuale survine în unele cazuri, în general după 6-10 ani de la debutul atingerii oculare.

BEJEL. Boală infecțioasă contagioasă consecutivă unei infestări neveneriene cu *Treponema pallidum*. SINONIM: *sifilis endemic*.

Bejelul există în stare endemică în regiunile de semideșert ale Orientului Mijlociu și Sahelului. Transmiterea sa, a cărei modalitate este prost cunoscută, se face în timpul copilăriei pe cale bucală.

Bejelul provoacă ulcerații cantonate la nivelul mucoaselor și zonelor umede ale pielii (gură, zona anogenitală), nedând loc unei alte complicații și lăsând subiectul într-o stare generală bună. Mai târziu pot apărea leziuni cutanate de mică gravitate (keratodermie palmoplantară [îngroșarea stratului cornos al boltei plantare]).

Treponema pallidum stă, de asemenea, la originea sifilisului; interpretarea serologiei poate fi dificilă la adult. Tratamentul bejelului constă în administrarea de penicilină.

BELADONĂ (atropa belladona). Plantă din familia solanaceelor. SINONIM: *iarba diavolului; mătrăgună*.

Beladona, plantă erbacee înaltă, este deosebit de otrăvitoare. Bacele ei violacee sunt răspunzătoare de intoxicații grave (agitație cu delir). Frunzele sale și rădăcinile sunt folosite pentru extragerea unor alcaloizi (atropină, hiosciamină) cu utilizări terapeutice.

BENIGN, -Ă. 1. Califică o boală care evoluează, în mod simplu și fără consecințe grave, spre vindecare. **2.** Caracterizează o leziune necanceroasă, localizată și care nu antrenează nici o diseminare de metastaze în țesuturile învecinate (spre deosebire de cea malignă).

BENZODIAZEPINĂ. Medicament utilizat, în principal, în tratarea anxietății și insomniei.

INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII. Benzodiazepinele, care au un efect anxiolitic, sunt utilizate ca sedative psihice: ele diminuează anxietatea sub diferitele ei aspecte (tensiune psihică, emotivitate, inhibiții psihologice), tulburările psihosomatice, agitațiile psihiatrice. Unele dintre ele sunt prescrise special împotriva insomniei. În plus, benzodiazepinele sunt utile și în anestezie, pentru a atenua contracturile musculare, și în cursul tetanosului.

Contraindicațiile sunt insuficiența respiratorie și miastenia, ca și oricare asociere cu alte substanțe deprimante ale sistemului nervos central (alcool, psihotrope, de exemplu).

Administrarea se face oral sau, pentru urgențele ca angoasa acută, pe cale injectabilă.

EFECTE NEDORITE. Toxicitatea benzodiazepinelor este în ansamblu slabă. Dar unul dintre efectele nedorite cele mai grave, deși rar, este apariția unei toxicomanii: subiectul este constrâns să urmeze consumarea medicamentului din cauza apariției unor tulburări grave atunci când este oprită folosirea lui. Un alt efect periculos pentru conducătorii de vehicule: somnolența. Se mai poate observa și o obosează, ca și erupții cutanate.

BERGER (boală a lui). Boală cronică a glomerulilor renali, caracterizată prin prezența imunoglobulinei A în aceste unități filtrante. SINONIM: *nefropatie cu IgA*.

Boala lui Berger afectează mai ales subiecții tineri, cu o netă preponderență a celor masculini.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Boala lui Berger poate să se manifeste printr-o hematurie (prezența de globule roșii în urină) vizibilă cu ochiul liber, survenind adesea în paralel cu infecțiile căilor aeriene superioare (laringe, faringe, fose nazale). În alte cazuri, afecțiunea evoluează fără simptome evidente; descoperirea sa, adesea întâmplătoare, este urmarea unui examen care pune în evidență o hematurie microscopică, uneori asociată cu o slabă proteinurie (prezența proteinelor în urină).

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE. Nu există nici un tratament specific al acestei afecțiuni, ale cărei cauze și evoluție sunt încă prost elucidate. Insuficiența renală, care constituie riscul major, face indispensabil un control medical regulat. Boala lui Berger evoluează, în general, foarte lent, în mai multi ani. Aproximativ o cincime din bolnavi ajung la un stadiu care necesită tratamentul prin hemodializă (tehnică de curățire a sângelui printr-o filtrare prin membrană semipermeabilă) sau o grefă renală.

BERI-BERI. Boală cauzată de o carență în vitamina B1 (tiamina).

Beri-beri se întâlnește la unele populații subalimentate din țările în curs de dezvoltare. Boală rară în țările industrializate, ea nu se întâlnește decât la persoanele care au o alimentație foarte dezechilibrată, ca alcoolicii sau unele persoane în vârstă.

CAUZE. Vitamina B1, care se găsește mai ales în cerealele complete, în ficat, în carnea de porc și în drojdia de bere, joacă un rol important în metabolismul glucidelor. Fără ea, creierul, nervii și mușchii nu pot funcționa corect.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Beri-beri se manifestă mai întâi printr-o obosează și o pierdere în greutate. Boala poate evolua în continuare sub două forme:

■ *Beri-beri uscat*, care afectează, în principal, nervii și mușchii, care ca simptome principale o amorțire, o senzație

de arsură a gambelor și o atrofie musculară. În cazurile mai grave, bolnavul nu mai poate merge, nici chiar să se mai ridice în picioare.

■ *Beri-beri umed*, se traduce în principal printr-o insuficiență cardiacă: inima nemaiajungând să-și joace corect rolul de pompă, venele se congestionează și apar edeme pe gambe și uneori pe trunchi și pe față. În absența tratamentului, tulburările de ritm cardiac și o evoluție rapidă a insuficienței cardiace pot avea un deznodământ fatal.

TRATAMENT. Acesta constă în administrarea de vitamină B1 bolnavului. Vindecarea, rapidă, este, în majoritatea cazurilor, totală.

BERILIOZĂ. Boală pulmonară rară, datorată inhalării de pulberi sau de fum conținând beriliu, un metal dur care intră în compoziția a numeroase aliaje.

BESNIER-BOECK-SCHAUMANN (boală a lui). → SARCOIDOZĂ.

BETABLOCANT. Medicament capabil să se opună anumitor efecte ale catecolaminelor (adrenalină, noradrenalină, dopamină) organismului.

INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII. Betablocantul, pe durată îndelungată sau ca urgență, este indicat în hipertensiunea arterială, angorul, tulburările de ritm cardiac, infarctul miocardic și prevenirea morții subite după un infarct, precum și migrenele și algiile feței (sindrom dureros specific feței). Glaucomul (hipertensiunea intraoculară) poate, de asemenea, să fie tratat cu betablocante.

Contraindicațiile, variabile de la un produs la altul, trebuie să fie respectate în mod absolut de către subiectul în vârstă: bloc auriculoventricular (încetinirea conducției influxurilor electrice între auricule și ventricule), insuficiență cardiacă nestăpânită printr-un tratament, bradicardia (încetinirea ritmului cardiac) importantă, arterita, sindromul lui Raynaud (tulburare circulatorie a mâinilor evoluând prin crize).

Aceste medicamente sunt administrate mai ales pe cale orală, uneori pe cale injectabilă, în caz de urgență. Împotriva glaucomului sunt disponibile anumite produse sub formă de colir.

EFECTE NEDORITE. Unele din ele sunt benigne: tulburări digestive (dureri de stomac, grețuri, vome, diaree), astenie, insomnie și coșmaruri, sindromul lui Raynaud și parestezii (furnicături) ale mâinilor și picioarelor, erupție cutanată. Alte efecte sunt mai grave: bloc auriculoventricular, bradicardie, cădere a tensiunii, insuficiență cardiacă, criză de astm, hipoglicemie (mai ales la diabeticii tratați cu hipoglicemiante), impotență.

În plus, trebuie supravegheată asocierea cu alte medicamente antiaritmice și să nu se întrerupă vreodată în mod brusc un tratament cu betablocante, deoarece aceasta poate provoca un infarct la persoanele atinse de angor.

BETALACTAMINĂ. Medicament antibiotic activ împotriva unor bacterii.

Familia betalactaminelor se împarte în două grupuri mari de produse: penicilinele și cefalosporinele.

BETASTIMULANT. Medicament capabil să reproducă unele efecte ale catecolaminelor (adrenalină, noradrenalină, dopamină) organismului. SINONIME: *betaadrenergic, betasimpatomimetic*.

INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII

■ *În pneumologie*, betastimulantele sunt indicate pentru dilatarea bronhiilor, în cursul crizelor de astm sau în tratamentul lor de bază (uneori înaintea unei activități sportive), și în alte bronhopneumopatii obstructive (afectarea difuză a bronhiilor cu jenă respiratorie) ca bronșita cronică.

■ *În obstetrică*, betastimulantele contribuie la diminuarea contracțiilor uterine în cadrul pericolului de naștere prematură și în decursul unor nașteri dificile.

Contraindicațiile sunt angorul necontrolat printr-un tratament și infarctul miocardic. Atunci când medicamentele acestea sunt utilizate pe cale injectabilă, asocierea cu unele anestezice, cu antidepresoarele de tip I.M.A.O., cu digitalicele (medicamente cardiologice) și cu antidiabetice este nerecomandabilă și trebuie să se facă cu prudență.

Administrarea betastimulantelor se face pe cale orală, pe cale injectabilă, sub formă de aerosol, prin nebulizare (pneumologie) sau ca supozitoare (obstetrică).

EFECTE NEDORITE. Se pot produce tulburări neurosenzoriale (agitație, tremurături, vertije, dureri de cap), digestive (grețuri, vome) și cardiace (palpitații, accelerarea ritmului cardiac), reacții alergice, o hiperglicemie (creșterea nivelului glucozei sangvine) sau o hipokaliemie (scăderea nivelului potasiului sangvin).

BEZOAR. Agregat de substanțe nedigestibile care stagnează în tubul digestiv.

Bezoarele se formează cel mai des în stomac, mai rar în intestinul subțire.

Unele bezoare nu dau naștere nici unui simptom; altele antrenează tulburări digestive și alimentare cronice (dureri abdominale, anorexie, grețuri, constipație). Diagnosticul se stabilește printr-o radiografie a tubului digestiv sau printr-o fibroscopie (examenul interiorului stomacului, efectuat cu ajutorul unui gastroscop, aparat de observare dotat cu un sistem optic măritor, care se introduce prin esofag până în stomac).

Tratamentul constă, pe de o parte, în eliminarea bezoarului (fie prin acțiunea enzimelor capabile să-l digere, fie extrăgându-l prin endoscopie sau prin intervenție chirurgicală), iar, pe de altă parte, prin acționarea asupra cauzei.

BICARBONAT DE SODIU. Antiacid utilizat pentru calmarea unei indigestii sau a unui pirozis (acreală a stomacului).

Bicarbonatul de sodiu se administrează pe cale orală, sub formă de pulbere. El provoacă adesea eructații și o jenă abdominală. Din cauza aportului excesiv de sodiu, utilizarea prelungită poate antrena un edem al gleznelor și grețuri. Din aceleași motiv, bicarbonatul de sodiu este contraindicat în caz de insuficiență cardiacă sau renală (risc de edem).

BICEPS. Mușchi al membrelor superioare și inferioare având una dintre extremități legată de os prin două tendoane separate.

BICUSPIDIE. Malformație congenitală a inimii caracterizată prin prezența a două valve sigmoide în loc de trei, în general la nivelul valvulei aortice.

BIERMER (boală a lui). Anemie rezultând dintr-o proastă absorbție a vitaminei B12 în stomac. SINONIME: *anemie a lui Biermer, anemie pernicioasă, boală a lui Addison-Biermer*.

Boala lui Biermer se întâlnește mai ales în a doua jumătate a existenței.

CAUZE. Aceasta este o boală autoimună cauzată de distrugerea celulelor gastrice care secretă acidul clorhidric și factorul intrinsec, absența celui din urmă provocând o proastă absorbție a vitaminei B12. În afara rolului său în sistemul nervos, vitamina B12 este indispensabilă sintezei A.D.N.-ului: absența sa are consecințe importante, îndeosebi asupra vieții țesuturilor în diviziune celulară rapidă, ca măduva osoasă, și antrenează o diminuare a numărului polinuclearelor neutrofile (globule albe care intervin în lupta împotriva infecțiilor) și a plachetelor, precum și apariția de megaloblaste (globule roșii de mărime mai mare decât cea normală).

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Simptomele sunt acelea ale oricărei anemii: paloare, astenie, dispnee. Diagnosticul se stabilește prin mielogramă (examenul celulelor măduvei osoase), care pune în evidență o anemie megaloblastică cu un nivel scăzut de vitamină B12 în sânge, în timp ce nivelul acidului folic (altă vitamină susceptibilă să explice o anemie megaloblastică) este normal. Absența acidului clorhidric și a factorului intrinsec în stomac este pusă în evidență fie prin dozare directă în lichidul gastric prelevat prin tubaj, fie prin testul lui Schilling.

TRATAMENT. Se bazează pe injectarea de vitamină B12 pe cale intramusculară până la corectarea anemiei, apoi o dată pe lună pentru tot restul vieții. Este prudent ca mucoasa gastrică să fie supravegheată prin fibroscopie efectuată din doi în doi ani, boala putând favoriza apariția unor polipi susceptibili să degenereze.

BIGUANIDĂ. Medicament utilizat în tratamentul diabetului neinsulino-dependent.

BILĂ. Lichid secretat de către celulele ficatului, care contribuie la digestia grăsimilor.

Bila, de culoare galben-verzuie și cu gust amar, conține apă, electroliți (substanțe aflate în soluție în apă sub formă de ioni), un pigment, bilirubina, care rezultă din descompunerea hemoglobinei, și din săruri biliare care, emulsionând grăsimile (fragmentându-le în picături microscopice), joacă un rol indispensabil în digerarea lor de către intestin.

Secreția biliară variază la adult de la 0,5 la 1 litru pe zi. Ea este permanentă, dar se amplifică în momentul mesei.

BILHARZIOZĂ. Boală parazitară datorată infestării cu bilharzii (sau schistosomi). SINONIM: *schistosomiază*.

Bilharziile sunt viermi din clasa trematodelor, care trăiesc în aparatul circulator al omului.

DIFERITE TIPURI DE BILHARZIOZE. Omul este afectat de patru tipuri principale de bilharzii: *Schistosoma mansoni* și *Schistosoma japonicum* (care provoacă bilharziozele intestinale, prezente, pentru cea cauzată de *S. mansoni*, în Antile, în Brazilia, în Africa neagră, în Egipt și în Peninsula Arabică, și, pentru cea cauzată de *S. japonicum*, în China, în Filipine, în Indonezia și în Peninsula Indochineză); *Schistosoma intercalatum* (la originea unei bilharzioze rectale, prezentă în Africa Centrală); *Schistosoma haematobium* (cauzând o bilharzioză urinară, prezentă în Africa și în Orientul Apropiat).

Acești viermi diferiți au același ciclu de dezvoltare și de reproducere: fiecare specie de vierme parazitează o specie bine precizată de moluscă de apă dulce. Transmiterea bolii se face la contactul cu apa care conține larvele. Acestea ajung în vasele sangvine, unde se dezvoltă. Viermii adulți, care măsoară câțiva milimetri lungime, trăiesc în cupluri în venele abdomenului, vezicii urinare, intestinului, rectului, ficatului și splinei; durata lor de viață poate depăși 15 ani. Femeia depune zilnic sute de ouă, care se propagă în urină și scaune.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Trecerea embrionilor prin piele provoacă un prurit (mâncărime) la locul de pătrundere. Câteva săptămâni mai târziu apar o febră, o diaree și plăci de urticarie. O analiză a sângelui efectuată în acest stadiu pune în evidență o creștere marcantă a numărului de globule albe eozinofile și a anticorpilor antibilharzieni. Această fază, numită invazie, se observă rar în cazurile de bilharzioză urinară; ea este mai frecventă în bilharziozele intestinale.

Bilharziozele intestinală și rectală se traduc prin diaree și dureri abdominale. Explorarea colonului pune în evidență prezența de polipi și ulcerații ale intestinului gros. Infestarea poate, de asemenea, să provoace o creștere de volum a ficatului și splinei, însoțită adesea de o ascită (efuziune de lichid în cavitatea peritoneală) și de dezvoltarea de varice esofagiene și abdominale.

Bilharzioza urinară se manifestă printr-o hematurie, adică prin prezența sângelui în urină, care este adesea însoțită de dureri la eliminare. Examenul radiologic al vezicii o poate arăta ca fiind calcificată. Ecografia și urografia intravenoasă evidențiază adesea polipi ai vezicii

și o dilatare a cavităților renale. Infestarea mai poate să se traducă și printr-o splenomegalie (creșterea în volum a splinei), prin atingeri ale aparatului genital, ale plămânilor și ale inimii.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Examenul microscopic al scaunelor, urinii și al unui fragment de mucoasă rectală evidențiază prezența ouălor caracteristice parazitului.

Tratamentul constă în administrarea, pe cale orală și timp de una sau două zile, a unor medicamente antihelmintice, oxamnichina (activă față de *Schistosoma mansoni*) sau praziquantel (activ față de cele patru bilharzii). Eficace și bine tolerate, aceste medicamente permit tratarea unui mare număr de bolnavi fără spitalizare.

PREVENIRE. Aceasta constă în asigurarea unui mod organizat de eliminare a fecalelor (construcția de latrine), absența contactului cu apele de suprafață infestate (instalarea de puțuri) sau distrugerea moluștelor prin produse chimice. Recurgerea la vaccinare ar constitui o soluție, dar ea încă nu este practicabilă la scară mare.

BILIRUBINĂ. Pigment galben-brun care provine din degradarea hemoglobinei (și a câtorva alți pigmenți respiratorii) și constituie principalul colorant al bilei.

BILIVERDINĂ. Pigment biliar de culoare verde, rezultând din degradarea hemoglobinei.

Biliverdina este formată în măduva osoasă și în splină prin degradarea hemoglobinei din globulele roșii îmbătrânite. Ea este în continuare transformată în bilirubină și eliminată împreună cu bila în intestin.

BIOCHIMIE. Știință consacrată studiului compoziției și reacțiilor chimice ale materiei vii și ale substanțelor care rezultă în urma acestora. SINONIM: *chimie biologică*.

BIOETICĂ. → ETICĂ MEDICALĂ.

BIOLOGIE MOLECULARĂ. Știință consacrată studiului moleculelor susținătoare ale mesajului ereditar (acizii nucleici: A.D.N. și A.R.N.).

BIOPSIE. Prelevare a unui fragment de țesut sau de organ în scopul de a fi examinat microscopic.

INDICAȚII. O biopsie este indicată atunci când se dorește un studiu anatomopatologic (structura globală a fragmentului văzut la microscop) și uneori biochimic (cercetarea diverselor substanțe), imunologic (punerea în evidență a antigenelor), genetic sau bacteriologic. Biopsia permite, de asemenea, diagnosticarea unei anomalii locale, de exemplu o tumoră, sau ale unor simptome generalizate, ca în timpul unei boli de sistem. Uneori, se caută să se asigure că o leziune cunoscută (ulcer de stomac sau alta) nu conține celule canceroase. Mai multe biopsii succesive pot fi practicate pentru a verifica dacă evoluția unei boli este favorabilă sub tratament. Biopsia intervine adesea după examene mai ușor de realizat (dozări sangvine, radiografii). Ea aduce o certitudine a diagnosticului și nu o probabilitate, și indică, între mai multele varietăți cunoscute ale unei aceleiași boli, pe cea care este în cauză; biopsia precizează întinderea leziunilor, gradul lor de penetrare în țesuturi. Aceste probleme au importante repercusiuni prognostice și terapeutice: de exemplu, un cancer ar fi tratat mai radical dacă s-ar ști că el aparține unei anumite varietăți, sau faptul că el a depășit anumite limite tisulare.

DESFĂȘURARE ȘI EFECTE SECUNDARE. Desfășurarea examenului biopsic este foarte variabilă în funcție de localizarea biopsiei și după tehnica utilizată. Anestezia poate fi locală (biopsia transcutanată a sânului, a pielii) sau generală (biopsia chirurgicală a unui organ profund).

Ca pentru oricare examen medical, indicarea unei biopsii trebuie să fie foarte bine cântărită, astfel ca avantajele să prevaleze asupra inconvenientelor, care sunt excepționale: o biopsie, mai ales transcutanată, poate leza un organ, poate provoca o hemoragie prin traumatismul unui vas sangvin, poate introduce microbi în organism. Totuși, riscurile sunt diminuate considerabil de experiența operatorului, de ghidarea radiografică a instrumentelor, de respectarea unei asepsii riguroase.

BIORITM. Variație periodică a unui fenomen fiziologic. SINONIM: *rîtm biologic*.

Toate ființele vii sunt controlate de bioritmurile lor care se supun mecanismelor endogene (interne organismului), ca secreția anumitor hormoni, sau endogeni (exteriori organismului), ca ciclul zi/noapte, de care depinde ritmul somnului.

Cronobiologia este studiul bioritmurilor. → CRONOBIOLOGIE.

BIOTINĂ. → VITAMINĂ B8.

BISTURIU. Instrument chirurgical cu lamă scurtă, ascuțit și foarte tăios servind la incizarea pielii și țesuturilor. SINONIM: *scalpel chirurgical*.

BISTURIU ELECTRIC. Aparat terminat printr-un vârf unde circulă curenți de înaltă frecvență.

Utilizat în chirurgie, bisturiul electric poate servi, după intensitatea curentului utilizat, fie pentru coagularea sângelui unui vas care sângerează, fie pentru secționarea țesuturilor.

B.K. → KOCH (bacil al lui).

B.K. VIRUS. Adenovirus din familia papovavirusurilor.

B.K. virusul este caracterizat printr-o lungă perioadă de latență; el este responsabil de o encefalită demielinizantă cu evoluție lentă. Această encefalită rară, dar observându-se în cazurile de imunodepresie (SIDA, grefă renală), este

prima boală de acest tip care a fost raportată categoric la un virus.

B.K. virusul nu trebuie să fie confundat cu bacilul lui Koch, răspunzător de tuberculoză.

BLASTOMER. Celulă care rezultă din divizarea oului fecundat.

Cercetările genetice au evidențiat că prelevarea unui blastomer, purtător al patrimoniului genetic al individului, nu compromite dezvoltarea oului. Astfel, în viitor, diagnosticul anumitor boli genetice va putea fi efectuat înainte de implantarea oului în uter.

BLASTOMICOZĂ. Boală infecțioasă provocată de ciuperca *Blastomyces*.

Blastomyces este o ciupercă microscopică din familia blastomicetelor, care se găsește în cele două părți ale continentului american și mai rar în Africa.

Diagnosticul se bazează pe punerea în evidență a ciupercii, care are aspectul unei drojdii, în țesuturile afectate.

Tratamentul constă în administrarea de antifungice (azole) pe cale generală.

BLEFARITĂ. Inflamație a pleoapelor, limitată de obicei la marginea liberă, evoluând de manieră cronică și recidivantă.

O blefarită este responsabilă de mâncărimi uneori deranjante și se traduce printr-o roșeață a marginii libere a pleoapelor, adesea însoțită de scuame albe mai mult sau mai puțin groase.

Tratamentul local (pomezi antiseptice și antibiotice) este adesea foarte decepționant, nepermițând decât remisiuni temporare. Recidivele constituie deci o regulă, în afara situației că a fost clar identificată cauza și că a fost eliminată.

BLEFAROFIMOZĂ. Malformație congenitală, care se caracterizează printr-o îngustare a fantei pleoapelor, din cauza unui epicanthus (pliu cutanat vertical la ungiul intern al pleoapelor) și unui ptozis (căderea pleoapei superioare).

BLEFAROPLASTIE. Operație chirurgicală estetică sau reparatorie a pleoapelor.

■ *Blefaroplastia estetică* este cea care corijează deformațiile pleoapelor sau, mai rar, ptozisul (lăsarea sau căderea pleoapei superioare).

■ *Blefaroplastia reparatorie* corectează stricăciunile (pierderile de țesut) ocazionate de traumatisme sau prin ablația anumitor tumori ale pleoapelor.

REZULTATE. După operație, apar uneori câteva echimoze; ele dispar în 2–3 săptămâni. O corecție excesivă poate conduce la un ectropion (răsturnarea pleoapei inferioare, care-și pierde astfel contactul cu globul ocular și lasă să se vadă o parte a feței sale interne). Dar, în majoritatea cazurilor, rezultatul este deosebit de satisfăcător și persistă timp de mulți ani: cicatricile sunt aproape invizibile sau abia decelabile după câteva luni de cicatrizare.

BLEFAROSPASM. Afecțiune dobândită constând în contracții involuntare ale mușchilor pleoapelor.

Un blefarospasm nu are o cauză cunoscută. El poate apărea în decursul anumitor afecțiuni ale ochiului sau ale pleoapei ori după paralizie facială periferică (prin atingerea nervului facial). El este însoțit adesea de o lăcrimare în cursul masticației (sindromul lacrimilor de crocodil). Această formă de tic poate să mai fie asociată cu contracții tonice ale mușchilor superficiali ai feței, de pe aceeași parte (hemispasm facial).

Tratamentul unui blefarospasm, mult ameliorat prin injecții locale cu toxină botulinică, care blochează stimularea nervoasă, rămâne totuși dificil.

BLENORAGIE. Boală transmisibilă sexual, provocată de *Neisseria gonorrheae*. SINONIME: *gonococie, gonoree, scalament* (popular).

Neisseria gonorrheae este un gonococ Gram negativ. Blenoragia este cea mai veche dintre bolile veneriene cunoscute și se transmite prin raporturi sexuale genitale și bucale, ca și de la mamă la copil în timpul nașterii. Ea este foarte răspândită, însă frecvența ei rămâne un lucru dificil de stabilit.

SIMPTOME ȘI EVOLUȚIE

■ *La bărbat*, o uretrită (inflamația uretrei) este cea mai frecventă dintre manifestări. Ea apare într-un interval de la 4 la 20 zile după contactul infectant, sub forma unei scurgeri uretrale gălbui, abundente, care pătează lenjeria și este însoțită de arsuri la micțiune. În absența tratamentului, pot apărea inflamații locale (prostatită, cistită sau orhiepididimită) și uretrita poate evolua spre o formă subacută sau cronică al cărui risc major este o îngustare a uretrei, sursă a unor dificultăți suplimentare la micțiune.

■ *La femeie*, simptomele sunt adesea mascate, blenoragia declarându-se sub forma de leucoree (pierderi albe) și de inflamații locale (cervicită, bartholinită, cistită). Infecția poate ajunge la ovare și trompe, chiar poate provoca o pelviperitonită (peritonită limitată la bazin), și poate fi cauza unei ulterioare sterilități.

■ *La fetiță*, care poate contracta boala prin folosirea, de exemplu, a unui prosop contaminat de un alt utilizator, blenoragia se manifestă adesea printr-o inflamație a vulvei și a vaginului.

■ *La nou-născut*, transmisia se face în momentul nașterii și se traduce printr-o oftalmie gonococică.

DIAGNOSTIC. Diagnosticarea este uneori dificilă din cauza localizărilor atipice: stomatită și faringită (după raport orogenital), anorectită, endocardită sau meningită consecutivă unei atingeri a faringelui. Diagnosticul trebuie să fie confirmat printr-un examen de laborator, direct (frotiu) sau după cultură, realizate pornind de la prelevatul local.

TRATAMENT. Blenoragia este tratată eficace printr-un antibiotic (penicilină sau alt antibiotic, dacă gonococul responsabil de infecție este rezistent la penicilină). Tratamentul trebuie să fie precoce, iar subiectul trebuie să se abțină de la orice raporturi sexuale în perioada tratamentului, partenerii sexuali fiind tratați preventiv, chiar dacă nu prezintă vreun semn al bolii.

BLOC AURICULOVENTRICULAR. Alterare a conducției electrice în țesutul nodal (țesut propriu mușchiului cardiac) dintre auricule și ventricule. SINONIM: *bloc atrioventricular*.

DIFERITE TIPURI DE BLOC AURICULOVENTRICULAR. Blocurile auriculoventriculare (B.A.V.) sunt clasate după trei grade de gravitate, fiecare tip putând fi acut sau cronic:

— simpla alungire a intervalului de contracție între auricule și ventricule, contracția ventriculelor continuând să urmeze în mod normal pe cea a auriculelor;

— disocierea completă a contracției ventriculului de cea a auriculului, cu absența contracției ventriculului după unele contracții ale auriculului;

— disocierea completă între contracțiile auriculare și contracțiile ventriculare, care sunt încetinite.

CAUZE

■ *Blocurile auriculoventriculare acute* se observă, în principal, în perioada inițială a infarctului de miocard. Ele mai pot interveni și după o intervenție de chirurgie cardiacă, în decursul unei boli infecțioase (endocardită bacteriană) sau virale, sau pot fi favorizate de anumite medicamente (anestezice locale, betablocante, amiodaron).

■ *Blocurile auriculoventriculare cronice* sunt legate cel mai des de o boală degenerativă a căilor de conducție electrică la subiecții trecuți de 60 ani. Alte cauze sunt miocardiopatiile, cardiopatiile valvulare, malformațiile congenitale sau simplul șoc vagal al sportivilor (hiperactivitatea sistemului nervos autonom parasimpatic).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Un bloc auriculoventricular poate fi asimptomatic sau se poate manifesta printr-o sincopă sau printr-un sindrom Adam-Stokes (accident neurologic cauzat de o bruscă diminuare a irigației cerebrale), cu riscul de recidivă și de moarte brutală. Insuficiența cardiacă este posibilă în cazul unei disocieri complete, a unei cardiopatii subiacente și a unei încetiniri importante a ritmului cardiac.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se fundamentează pe o electrocardiogramă, localizarea precisă a blocului putând apela la o înregistrare a fasciculului lui His (înregistrarea endocavitară a activității electrice cardiace cu ajutorul unei sonde introduse în inimă).

Unele blocuri, care nu prezintă simptome și/sau nu antrenează o încetinire cardiacă importantă, nu necesită tratament. Tratamentul de bază al blocurilor acute este antrenarea electrosistolică temporară (sondă intracardiacă stimulând cordul), cel al blocurilor cronice, implantarea unui stimulator extracorporal (pacemaker).

BLOC ENZIMATIC SUPRARENALIAN. Anomalia sau absența funcționării, de origine ereditară, a unei enzime a glandei corticosuprarenale.

În formele sub care se manifestă chiar imediat după naștere, boala se traduce printr-o deshidratare acută dacă există pierdere de săruri. Creșterea este încetinită. În alte cazuri, se observă o hipertensiune arterială. În sfârșit, la fetițe, excesul de androgeni poate antrena un pseudohermafrodism (virilizare cu masculinizarea organelor genitale externe).

În formele cu manifestare tardivă (la pubertate, de exemplu) pot fi constatate: un avans statural, o pubertate precoce sau o sterilitate la adult.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se bazează pe creșterea nivelului sangvin al precursorilor hormonali ai cortizolului.

Tratamentul constă în înlocuirea secrețiilor absente prin medicamente a căror prescriere se face pentru toată viața. Un tratament adaptat și precoce permite prevenirea unui defect de creștere (talie mică) la copil sau semnele de virilism la fetiță.

BLOC ENZIMATIC TIROIDIAN. Tulburare a sintezei hormonilor tiroidieni, de origine ereditară.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acestea constau în asocierea unei gușe și unei hipotiroidii, uneori chiar din primele luni de viață, cu răsunet variabil asupra taliei, dezvoltării scheletului și mai ales asupra facultăților intelectuale.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Depistarea sistematică a hipotiroidiei la naștere permite stabilirea unui prim diagnostic. Dozarea hormonilor tiroidieni permite să se aprecieze gravitatea atingerii. Diagnosticul este facilitat atunci când există o tulburare cunoscută în familie în ce privește sinteza hormonilor tiroidieni.

Tratamentul constă în toate cazurile în administrarea de hormoni tiroidieni de substituție pe toată durata vieții. Trebuie să se realizeze regresia gușei și a compresiei care poate rezulta de la gușă, și să se asigure copilului o dezvoltare psihomotorie și staturo-ponderală normală. În zilele noastre, apariția unei gușe, evoluția sa și eventualul tratament pot fi supravegheate *in utero* prin ecografie obstetricală.

BLOC OPERATOR. Ansamblu de încăperi și de echipamente necesare operațiilor chirurgicale.

Un bloc operator cuprinde cel puțin o sală de operație, o suprafață de circulație pentru transferul bolnavilor și încăperi destinate păstrării și întreținerii materialului.

BLOC DE RAMURĂ. Tulburare cardiacă a conducției influxurilor electrice în ramurile fasciculului lui His, care

merg de o parte și de alta a septului interventricular (membrană musculară care separă ventriculele).

Un bloc de ramură se traduce printr-o încetinire sau chiar o întrerupere a conducției influxului nervos spre unul dintre cele două ventricule. Cum acest influx electric are drept rol declanșarea contracției musculare cardiace, se observă o întârziere a contracției unui ventricul în raport cu celălalt.

Un bloc de ramură este adesea asociat unei cardiopatii (hipertrofie ventriculară, cardiopatie ischemică etc.). El poate fi observat și la pacienții normali. El nu are nici o manifestare clinică, aspectul normal al electrocardiogramei evidențiază întârzierea activării electrice a ventriculului a cărui ramură este blocată. Tratamentul blocului de ramură este cel al cauzei care l-a determinat.

BOALĂ. Alterare a sănătății unei ființe vii.

Orice boală se definește printr-o cauză, prin simptome, prin semne clinice și paraclinice, printr-o evoluție, printr-o prognoză și printr-un tratament.

BOALĂ ALBASTRĂ. Cardiopatie congenitală cianogenă. → CARDIOPATIE. EISENMENGER (sindrom al lui).

BOALĂ AUTOIMUNĂ. Boală caracterizată printr-o agresare a organismului de către propriul său sistem imunitar. ■ *Bolile specifice de organe* sunt diverse: tiroidita lui Hashimoto, miastenia, diabetul juvenil insulinodependent. ■ *Bolile nespecifice de organe* aparțin grupului conectivitelor sau bolilor sistemice (de sistem) și cuprind lupusul eritematos diseminat, poliartrita reumatoidă și dermatopolimiozita.

TRATAMENT. Tratamentul majorității bolilor autoimune nu poate acționa decât asupra simptomelor și actualmente face apel, în principal, la corticosteroizi și la imunosupresoare, precum și, uneori, la plasmafereze (schimburi plasmatice constând în extragerea substanțelor nedorite din sânge).

BOALĂ CELIACĂ. Boală ereditară caracterizată printr-o atrofiere a vilozităților mucoasei intestinului subțire și favorizată de absorbția glutenului (proteină prezentă în grâu, secară și orz). SINONIME: *atrofie vilozitară primitivă, intoleranță la gluten, sprue nostras.*

Boala celiacă afectează mai ales copiii.

SIMPTOME ȘI SEMNE. La sugar, simptomele apar la aproximativ 6 luni după introducerea glutenului în alimentație: pierdere în greutate, scaune grăsoase, deschise la culoare și dezgustătoare, paloarea și oboseala semnalând o anemie. La adult, boala se evidențiază progresiv sub forma de diaree cronică și carențe diverse, provocând o anemie, dureri osoase (din cauza carenței în vitamina D și în calciu), pierdere în greutate, oboseală, anorexie.

TRATAMENT. Tratamentul este dietetic: regim fără gluten, excluzându-se făinile de grâu, de secară și de orz și toate alimentele care le conțin (pâine, biscuiți, paste făinoase etc.). Acest regim, constrângător, trebuie să fie urmat toată viața, dar aduce o ameliorare rapidă: reducerea diareei în decurs de câteva zile, luarea în greutate în câteva săptămâni. Creșterea din nou a vilozităților, mai lentă, necesită câteva luni.

BOALĂ CORONARIANĂ. → INSUFICIENȚĂ CORONARIANĂ.

BOALĂ EREDITARĂ. Alterare a stării de sănătate transmisibilă descendenților prin gameți (celulele reproducătoare) și rezultând din mutația (modificarea patologică) a uneia sau mai multor gene. → EREDITATE.

BOALĂ FAMILIALĂ. Orice boală găsită cu o frecvență neobișnuită la membrii diferitelor generații ale aceleiași familii.

BOALĂ HEMOLITICĂ A NOU-NĂSCUTULUI. Distrugerea globulelor roșii ale unui nou-născut cauzată de o incompatibilitate sangvină între mama sa și el.

BOALĂ HIPEROSTOZANTĂ. Tendință de a fabrica os în exces la nivelul entezei (zona unui os unde se inseră mușchii, tendoanele și ligamentele), care se observă cel mai des la coloana vertebrală, dar și la șolduri, la umeri, la genunchi etc.

Boala hiperostozantă afectează cel mai des persoanele în vârstă, dar poate, de asemenea, să atingă subiecții încă relativ tineri. Cauzele acestei boli sunt prost cunoscute. Se știe totuși că o luare prelungită de vitamina A poate favoriza apariția sa la subiecții tineri.

BOALĂ IMUNITARĂ. Boală având drept origine o disfuncție a sistemului imunitar.

Dacă răspunsul sistemului imunitar este excesiv, ea provoacă o reacție de hipersensibilitate. Când răspunsul sistemului imunitar este insuficient, se vorbește de o imunodeficiență. În sfârșit, răspunsul sistemului imunitar poate să se desfășoare într-un mod anormal întorcându-se împotriva individului însuși.

BOALĂ LIZOZOMIALĂ sau **LIZOZOMALĂ.** Boală ereditară rezultând din depunerea în lizozomi (mici rezervoare de enzime conținute în celule) de molecule specifice nedistruse sau de germeni.

Boala lui Gaucher este cea mai frecventă dintre bolile lizozomiale, printre care mai pot fi citate și boala lui Tay-Sachs, mannosidoza și mucolipidoza.

BOALĂ PERIODICĂ. → FEBRĂ MEDITERANEANĂ FAMILIALĂ.

BOALĂ POLICHISTICĂ A FICATULUI. Boală ereditară a ficatului caracterizată prin prezența pe acest organ a mai multor chisturi. SINONIM: *polichistoză a ficatului.*

În general, nu există simptome. În unele cazuri rare, boala este remarcată printr-o creștere în volum a ficatului. Uneori, volumul mare al chisturilor antrenează dureri sau un icter.

TRATAMENT. În majoritatea timpului, boala nu necesită un tratament.

BOALĂ POLICHISTICĂ A RINICHILOR. Boală ereditară caracterizată prin prezența a numeroase chisturi în cortexul (partea periferică) celor doi rinichi, compromițând pe termen mai lung sau mai scurt buna lor funcționare. SINONIM: *polichistoza renală*.

Boala polichistică a rinichilor poate atinge adultul sau, mult mai rar, copilul.

Boala polichistică a rinichilor adultului. Multă vreme, boala nu se manifestă prin nici un semn. Acestea debutează, în general, între 25 și 30 ani: dureri lombare, prezența de calculi în căile urinare, infecții urinare, prezența sângelui în urină și mai ales hipertensiune arterială. Chisturile rinichilor, numeroase și multiple, sunt asociate adesea cu chisturi ale ficatului, chiar ale pancreasului.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Nu există tratament specific al acestei boli. Chisturile, microscopice la naștere individului, cresc progresiv în volum concomitent cu înaintarea în vârstă și termină prin distrugerea ansamblului țesutului renal funcțional, antrenând o insuficiență renală care necesită recurgerea la hemodializă. Grefa renală constituie, în final, singura speranță.

Boala polichistică a rinichilor copilului. Boala polichistică se poate declara încă de la naștere sau, mai des, către vârsta de șase luni, chiar și mai târziu. Boala polichistică a rinichilor este mult mai gravă la copil decât la adult, deoarece în cazul copilului ea este asociată cu o fibroză hepatică (îngroșarea patologică a țesutului hepatic), aflată la originea a numeroase complicații (hipertensiune portală, hemoragii digestive). Grefa rinichi-ficat constituie singurul tratament eficace.

BOALĂ PROFESIONALĂ. Alterare a sănătății unei persoane consecutivă exercitării sau condițiilor de exercitare a unor meserii.

În țările dezvoltate, bolile profesionale, o dată recunoscute, fac obiectul unei protecții legale.

BOALĂ PSIHOSOMATICĂ. Boală caracterizată prin transformarea (numită conversie) unei dereglări psihologice într-o dereglare somatică (organică).

Bolile psihosomatice pot afecta toate aparatele organismului: sistemul digestiv (ulcer, colită), endocrin (hipertiroidie, diabet), genito-urinar (impotență, enurezie), cardiovascular (infarct al miocardului), respirator (astm, tuberculoză pulmonară), pielea (eczema) etc.

Tratamentul unei boli psihosomatice trece mai întâi prin cel al tulburării fizice. În continuare, este necesară uneori o psihoterapie.

BOALĂ SERICĂ. Ansamblu de manifestări alergice consecutive pătrunderii în organism a serului sau alergenelor medicamentoase. SINONIM: *boala serului*.

Boala serică este consecutivă unei injectări de ser sau, mai rar, unei luări de antibiotice, antiinflamatoare, barbiturice sau hormoni.

După 7 până la 10 zile apar manifestări cutanate (urticarie, mici pete trandafirii cu o ridicătură inelară periferică), o febră, dureri articulare, cărora pot să li se asocieze dureri abdominale cu grețuri și vome; de asemenea, este posibilă o atingere inflamatorie a glomerulilor renali.

TRATAMENT. Formele cele mai grave sunt tratate cu antihistaminice și corticosteroizi, altele se vindecă spontan în câteva zile.

BOALĂ SISTEMICĂ. → CONECTIVITĂ.

BOALĂ TRANSMISIBILĂ SEXUAL. Boală infecțioasă care poate fi contractată sau transmisă în cursul raporturilor sexuale. SINONIM: *boala venteriana, boala venerică*.

Bolile cu transmisie sexuală (B.T.S.) afectează îndeosebi subiecții care au numeroși parteneri sexuali.

Cele mai frecvente B.T.S. sunt infecțiile cu chlamidia, trichomonaza, herpesul genital, ftiriază pubiană, condiloamele genitale, SIDA.

Tratamentul face apel mai ales, în funcție de agentul cauzal, la antibiotice, antiseptice și antimicotice (fungicide). O dată dispărute simptomele, sunt efectuate teste pentru a verifica dacă pacientul mai este contagios.

PREVENIRE. Pentru a împiedica propagarea infecției, tratamentul este propus tuturor partenerilor sexuali recenți ai bolnavului.

Dacă se reușește convingerea subiecților care au avut contact cu un bolnav să fie examinați și să fie îngrijiți, extinderea bolii poate fi încetinită.

Prevenirea individuală se bazează, de altfel, pe diminuarea numărului de parteneri sexuali și, îndeosebi, pe utilizarea prezervativului masculin.

BOL ALIMENTAR. Masă de alimente mestecate-înmuiate și aglutinate prin acțiunea salivei, a dinților și a limbii — gata de a fi înghițită.

BOLI TRANSMISE PRIN ANIMALE. Bolile virale, bacteriene sau parazitare, transmise de către animale omului, fie direct (mușcătură, zgârietură, înțepătură), fie indirect (înțepătură cu carcasa sau cu un os al unui animal mort). SINONIME: *antropozoonoză, zoonoză*.

Animalele intervin în două moduri diferite în transmiterea bolilor la om.

■ *Animalele rezervoare* (micile rozătoare, păsările, primatele, bovinele, caprele, porcii, fructele de mare etc.) asigură supraviețuirea unui agent infecțios (bacterie, parazit sau virus). Omul se contaminează indirect, de

Moluștele pot transmite diferite tipuri de boală.

Ingerarea moluștelor care conțin un germene patogen (bacterie, virus, parazit) este susceptibilă, în anumite cazuri, să provoace o boală infecțioasă.

Moluștele sunt totuși și indirect responsabile de alte boli parazitare; de fapt, ele contribuie la dezvoltarea paraziților servindu-le drept gazdă intermediară.

BOLTĂ CRANIANĂ. Parte superioară a craniului formată din asamblarea mai multor oase plate (frontal, occipital, parietale, temporale), legate între ele prin articulații imobile numite suturi.

BOLTĂ PLANTARĂ. Concavitate fiziologică a tălpii piciorului.

Bolta plantară poate prezenta anomalii de curbură.

■ *Piciorul scobit* se traduce printr-o boltă plantară prea adâncită.

■ *Piciorul plat* este, din contra, caracterizat printr-o prăbușire a bolții plantare, care poate fi inexistentă, în cazurile cele mai marcate, talpa așezându-se în întregime pe sol.

BORBORIGM. Zgomot produs de către alimentele lichide și de către gazele pe care le degajă acestea în stomac sau în intestin în cursul digestiei. SINONIME: *borborism, ghiorăit* (popular).

Borborigmele fac parte din procesul normal de digestie și constituie un fenomen pe deplin benign; nu necesită nici investigații, nici tratamente deosebite.

BORDETELLA. Bacterie dintr-un gen care cuprinde diferiți cocobacili aerobi Gram negativi.

Bacteriile din genul *Bordetella* sunt bacili mici. Ele colonizează ușor celulele ciliate ale arborelui respirator. *Bordetella pertussis* (sau bacilul lui Bordet-Gengou) și *Bordetella parapertussis* sunt responsabile de tusea convulsivă la om. *Bordetella bronchiseptica* afectează mai ales animalele (porcul, câinele etc.) și în mod excepțional omul, în cazurile de imunodepresie, provocând o infecție bronșică.

BORNHOLM (boala lui). Boală infecțioasă contagioasă cauzată de virusul Coxackie B. SINONIM: *mialgie epidemică.*

Această boală se propagă prin mici epidemii. Simptomele ei sunt cele ale unei stări gripale (febră, frisoane, cefalee), cu violente dureri musculare toracice. Ea se vindecă spontan în câteva zile, fără sechele. Tratamentul se limitează la calmarea durerilor.

BORRELIOZĂ. → LYME (boală a lui).

BOSĂ SEROSANGVINĂ. Tumefacție formată de o efuziune de ser și sânge la nivelul subcutan al pielii capului la nou-născut.

Bosa serosangvină este consecința unei presiuni exercitate pe bolta craniană a copilului în timpul nașterii, adesea de către un forceps sau de către o ventuză. Această leziune total benignă dispare în câteva zile fără sechele. Ea poate contribui la agravarea icterului noului-născut sau la prelungirea duratei lui, din cauza degradării progresive a hemoglobinei conținute în bosa serosangvină.

BOTRIOCEFALOZĂ. Boală parazitară a intestinului subțire datorată infestării cu botriocefalul *Diphyllobothrium latum.*

Botriocefalul este o tenie (vierme plat) din clasa cestodelor, care poate atinge mai mulți metri în lungime și se dezvoltă în intestinul subțire al omului și al altor mamifere (câini, pisici etc.).

Botriocefaloza, boală destul de rară, se întâlnește în țările reci și temperate. Infestarea se face prin ingerarea de pești de lac sau de râu (știucă, biban, păstrăv), mai puțin frecvent prin ingerarea peștilor de mare.

Această zoonoză (boală a animalului transmisibilă la om) se manifestă prin dureri abdominale și diaree, mai rar printr-o formă particulară de anemie, apropiată de boala lui Biermer.

Examenul microscopic al scaunelor pune în evidență prezența ouălor de botriocefal.

Tratamentul constă din administrarea unui medicament antihelmintic (niclosamid). Infestarea se previne prin consumul peștelui suficient prelucrat termic.

BOTRIOMICOM. Tumoră cutanată benignă. SINONIME: *granulom piogenic, granulom telangiectazic.*

Botriomicomul are aspectul unei leziuni supraînălțate, roșie-zmeurie, sângerândă la cel mai mic contact, în general pediculată și separată net de pielea normală printr-un șanț. El apare de preferință pe mână, picior, pielea capului. Tumora este analizată prin examen histologic, cu scopul de a elimina posibilitatea unei confuzii cu vreo formă de melanom. Tratamentul face apel la ablația chirurgicală a botriomicomului.

BOTULISM. Intoxicație alimentară provocată de bacilul anaerob Gram pozitiv *Clostridium botulinum.*

Clostridium botulinum este prezent în sol, în ape și în organismele multor animale și produce spori care rezistă la fierbere și la modalitățile de conservare (cu vin, cu oțet sau prin afumare) utilizate în fabricarea conservelor în casă. Acești spori secretă o toxină care inhibă secreția de acetilcolină care intervine în transmisia influxului nervos, provocând astfel paralizii în caz de ingerare a alimentelor care conțin toxina. Uneori au fost semnalate cazuri de botulism și la consumatorii de conserve industriale (legume, pește).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Boala debutează după câteva ore până la 5 zile după consumarea alimentului infectat. Primele semne sunt adesea tulburările de vedere (paralizie, diplopie, pseudoprezbiție) și o midriază (dilatația anormală și persistentă a pupilei). Ele sunt însoțite de o uscăciune intensă a gurii, cu o dificultate la înghițire care poate presupune o

angină. Pot apărea forme grave: encefalită, paralizie musculară, tulburări cardiace, chiar moartea subită.

TRATAMENT. Tratamentul este pur simptomatic și impune adesea spitalizarea cu supraveghere deglutiției, respirației și stării cardiace. În general, este recomandată injectarea de ser antibotulinic. Boala regresează în general lent, în câteva săptămâni.

PREVENIRE. Aceasta se bazează pe respectarea scrupuloasă a regulilor de pregătire alimentară și de tăiere a animalelor. Conservele dubioase (capacul bombat, miros suspect) trebuie să fie aruncate și neconsumate. Sterilizarea conservelor timp de o oră și jumătate la 120°C este o măsură de igienă eficace, deoarece distruge toxina.

BOUILLAUD (boală a lui). → REUMATISM ARTICULAR ACUT.

BOURNEVILLE (scleroză tuberoasă a lui). Boală de origine ereditară ce afectează pielea și sistemul nervos. SINONIM: *epiloia*.

Boala se caracterizează prin malformații și tumori, mai ales cerebrale și cutanate, dar și oculare, renale, cardiace, pulmonare și digestive. Principalele consecințe sunt următoarele: epilepsie și întârziere mintală; mici excrescențe sau pete decolorate pe piele; insuficiență a funcției renale. În stabilirea diagnosticului, căutarea acestor semne este completată prin radiologia creierului (scanografie, imagerie prin rezonanță magnetică), cu scopul de a detecta alte eventuale tumori.

Tratamentul nu se adresează decât simptomelor (epilepsie, insuficiență renală etc.). Durata de viață este adesea redusă din cauza atingerii cerebrale și renale, dar de o manieră foarte variabilă în funcție de severitatea bolii.

BOUVERET (boală a lui). Tahicardie paroxistică cu debut și final brusc. SINONIM: *tahicardie paroxistică supraventriculară*.

Boala lui Bouveret se poate declanșa la un subiect cu inima normală sau poate fi asociată unei cardiopatii. Ea face parte dintre tulburările de ritm întâlnite în hipertiroidie. Unele cazuri sunt legate de existența anormală a unei căi suplimentare a țesutului nodal (țesut care asigură conducția nervoasă a inimii), provocând o deviere a influxului nervos.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Boala lui Bouveret se traduce printr-o accelerare cardiacă bruscă, foarte rapidă (între 180 și 200 pulsații/minut); electrocardiograma arată un ritm foarte regulat. Perioada de accelerare poate dura de la câteva minute la mai multe ore, iar criza poate recidiva după intervale foarte variate. Ea se încheie brusc cu o revenire imediată la frecvența cardiacă normală și este urmată adesea de o criză poliurică (nevoia frecventă de a urina).

Tolerarea crizei este, în general, bună, dar i se poate asocia o senzație de indispoziție, o gâfâială, o durere toracică, chiar o scădere a tensiunii arteriale.

Criza se întrerupe frecvent prin declanșarea unui reflex care stimulează nervul vag, încetinitor al ritmului cardiac: inspirație profundă, îngrarea unui aliment sau a unei băuturi, schimbarea poziției, compresia globilor oculari.

TRATAMENT. Tratamentul acut al crizei face apel la manevrele care declanșează reflexul vagal și la injectarea intravenoasă de acid adenozintrifosforic. În continuare, poate fi prescris un tratament preventiv antiaritmic.

BOWEN (boală a lui). Tumoră de natură precanceroasă a pielii sau mucoaselor.

Boala lui Bowen este o varietate de carcinom epidermic ce se dezvoltă, la început, doar în epiderm (forma intraepitelială sau *in situ*).

Tumora formează pe piele una sau mai multe plăci roz-cenușii, rotunjite, cu suprafață neregulată; pe mucoasele genitale sau anale, ea formează pete roșii, rotunjite și ușor suprainălțate (la bărbat), cenușii și albicioase (la femeie). Aceste leziuni se întind lent, putând să se transforme într-un veritabil epiteliom spinocelular (formă de cancer cutanat). Boala a putut fi asociată cu existența unor cancere viscerale profunde.

Diagnosticarea bolii lui Bowen se face pe baza examenului microscopic al unui prelevat, iar tratamentul pe distrugerea definitivă a leziunilor prin criochirurgie, prin laser sau prin ablație chirurgicală.

BRADICARDIE. Încetinire a bătăilor inimii sub 60 pulsații/minut.

Ritmul cardiac normal variază, la majoritatea subiecților, de la 60 la 100 pulsații/minut; media este de 70-80 pulsații pe minut, mai puțin la unii sportivi.

CAUZE. O bradicardie poate fi sinusală, adică datorată unei încetiniri a activității electrice a nodului sinusal (stimulatorul fiziologic al inimii). Ea nu este sistematic patologică și se observă la atleți și la sportivii bine antrenați, la persoanele în vârstă și la subiecții vagotonici, la care se constată o hiperactivitate a sistemului nervos parasimpatic.

Bradicardia mai poate fi datorată și acțiunii unor medicamente cronotrope negative (care încetinesc frecvența cardiacă): betablocante, digitalice, numeroase antiaritmice, unii inhibitori calcici.

O bradicardie patologică se asociază adesea unor tulburări ale conducției influxului electric prin inimă (disfuncție sinusală, bloc auriculoventricular) sau unor boli ca hipotiroidia sau infarctul de miocard.

EVOLUȚIE. Bradicardia rămâne fără consecințe atunci când este moderată sau dacă se instalează progresiv. Dacă ea este excesivă și survine brusc, poate fi responsabilă de astenie, indispoziții sau de sincope.

TRATAMENT. Depinde de mecanismul responsabil de bradicardie ca și de caracterul ei patologic sau nu, precum și de toleranța clinică. O bradicardie sinusală, de exemplu, poate fi îngrijită prin administrarea de derivați atropinici. O bradicardie datorată unui bloc auriculoventricular necesită, de obicei, implantarea unui stimulator cardiac (pacemaker).

BRAILLE (alfabet). Scriere în relief pentru uzul nevăzătorilor.

Acest sistem de scriere și de citire a fost pus la punct de către Louis Braille (1809–1852). Citirea se face prin atingerea semnelor constituite de puncte în relief.

BRAT. Parte a membrului superior cuprinsă între umăr și cot.

Scheletul brațului este constituit din humerus, de unde se despart două membrane intermusculare, externă și internă, pornite din aponevroza brahială. Ele împart astfel două regiuni numite loji, una anterioară, alta posterioară.

PATOLOGIE. Patologia brațului este esențialmente traumatică: fractura de humerus, ruptura tendonului bicepsului, leziunea nervului radial. Atingerile vasculare (arterită, flebită) se observă mult mai rar la membrul superior decât la membrul inferior.

BRÂNZĂ. Produs lactat obținut prin coagularea laptelui sub acțiunea cheagului și/sau a fermenților lactici și care a fost scurs de zer.

Brânzeturile sunt alimente de o mare diversitate, dar toate au comună bogăția lor în proteine și în calciu. Ele au un conținut variabil de lipide și de sodiu.

Conținutul lor în apă variază între 35 și 80%. Procentajul de materii grase indicat pe ambalaj este calculat pe reziduul uscat al produsului. Brânzeturile cu pastă fiartă sunt cele mai grase, dar și cele mai bogate în calciu. O parte din vitaminele hidrosolubile dispare în timpul scurgerii brânzei, dar se produce o îmbogățire în vitaminele B2, B3, B6 și B9 sub acțiunea mucegaiurilor. Vitamina A se găsește din abundență în brânzeturile grase.

În regimurile de slăbire, este recomandat să se limiteze consumul de brânzeturi (din cauza conținutului bogat în lipide, și deci în calorii). Brânzeturile cu pastă moale sunt contraindicate la subiecții care fac tratament cu inhibitori de monoaminoxidază (I.M.A.O.).

BRIDĂ. Bandă de țesut conjunctiv fibros care unește în mod anormal două organe sau dezvoltată la nivelul unei cavități seroase.

Bridele peritoneale sunt formațiuni consecutive unei inflamații sau prezenței, în cavitatea peritoneală, a serozităților sau a sângelui. Ele nu constituie în mod necesar un factor de tulburări, dar o răsucire a unei anse intestinale în jurul bridelor (volvulus) poate provoca o ocluzie intestinală acută. O intervenție chirurgicală restabilește un circuit intestinal normal.

BROMIDROZĂ sau **BROMHIDROZĂ.** Emisia unei transpirații cu miros fetid.

Bromidroza este datorată unei disfuncții a glandelor sudoripare. Sudoarea este de abundență normală, dar mirosul ei, a rânced sau a mucegai, este uneori sursă a unui handicap social. Anomalia poate fi localizată (picioare) sau generalizată (plicile corpului).

Tratamentul constă dintr-o igienă riguroasă și aplicarea de deodorante pe bază de aluminiu, zinc sau zirconiu.

BRONHIE. Conduct cilindric ce asigură transportul aerului între trahee și alveolele pulmonare.

Pornite din trahee, cele două bronhii principale (dreaptă și stângă) se subîmpart, în fiecare plămân, în bronhii lobare, apoi în ramificații din ce în ce mai mici înainte de a se termina în bronhiole sau bronșiole. Ansamblul formează arborele bronhic sau bronșic. Bronhiile au o armătură fibrocartilaginoasă și musculoasă care le fac semirigide. Ele sunt căptușite cu o mucoasă acoperită cu cili (servind la evacuarea pulberilor în exterior) și de glande.

PATOLOGIE. Bolile bronhiilor constituie afecțiuni de o gravitate variabilă după locul și întinderea leziunilor și după efectul lor asupra ventilației pulmonare. Se pot distinge inflamația acută sau cronică a mucoasei bronhice (bronșita), obliterarea localizată (tumoră, prezență a unui corp străin, stenoză) sau difuză (bronhospasmul) conductului bronhic, dilatarea bronhiilor (bronșiectazia) și bolile cartilagiului bronhic (diskinezia traheobronșică). Bronhiile pot să constituie, de asemenea, sediul unui cancer, cel mai des localizat pe bronhiile principale sau pe bronhiile lobare.

BRONHIILOR (chist al). Chist caracterizat printr-o cavitate rotundă sau ovală bine limitată, amplasat cel mai des în bronhiile lobului superior al plămânului. SINONIME: *chist bronhogenic, chist bronhopulmonar*.

Chisturile bronhiilor sunt congenitale. Ele au un perete subțire și neregulat. Adesea, medicul nu descoperă existența lor decât cu ocazia unor radiografii sistematice, a unor boli infecțioase ale copilului și adultului tânăr, cu expectorație purulentă sau chiar cu hemoptizie (expectorarea de sânge provenind din căile aeriene).

În aceste ultime două cazuri, ablația chirurgicală poate să se dovedească necesară.

BRONHIILOR (tumoră a). Tumoră benignă sau malignă situată în căile aeriene din dedesubtul glotei (adică în bronhii, dar, de asemenea, prin extensie, în trahee și plămâni).

Majoritatea tumorilor bronhiilor este constituită din cancerele bronhice. Principalele simptome clinice sunt foarte variabile, uneori inexistente. Tumorile bronhiilor pot antrena o tuse, o dispnee (dificultate respiratorie), chiar o hemoptizie (expectorație a sângelui care provine din căile aeriene).

Dacă radiologia serveşte vizualizării tumorii și posibilelor ei consecințe pulmonare, diagnosticul se bazează, în principal, pe bronhoscopie, care permite să se facă o prelevare, iar studierea la microscop a prelevatului va da informații privind natura țesuturilor în cauză și caracterul benign sau malign (susceptibil să invadeze țesuturile înconjurătoare și de a se răspândi în altă parte în corp prin metastaze) al tumorii.

Tratamentul, adesea chirurgical, și prognosticul depind direct de natura tumorii. → BRONHIOLO-ALVEOLAR (cancer), BRONHOPULMONAR (cancer).

BRONHOCEL 1. Dilatație bronhică (bronșică) situată dedesubtul unei îngustări consecutive unei tumori sau unei inflamații (infecție banală, tuberculoză, cancer) și umplută de puroi, cazeum sau mucus. **2.** Tumoră a gâtului, cel mai adesea congenitală, în comunicare cu o bronhie.

BRONHOCONSTRICTOR. Substanță care provoacă o bronhoconstricție (diminuare a diametrului bronhiilor), deranjând respirația și putând să sfârșească printr-o criză de astm.

BRONHODILATATOR. Substanță care provoacă o bronhodilatație (creștere a diametrului bronhiilor) și diminuează jena respiratorie din cursul astmului și a bronșitei cronice.

Unele substanțe naturale ale organismului sunt bronhodilatatoare, ca adrenalina.

BRONHOGRAFIE. Examen radiografic al bronhiilor. SINONIM: *bronhografie cu lipiodol*.

BRONHOPATIE. Orice afecțiune a bronhiilor, indiferent de cauza sa.

BRONHOPNEUMONIE. Pneumonie caracterizată printr-o infecție mai mult sau mai puțin întinsă a bronșiolelor, alveolelor pulmonare și/sau a interstițiului pulmonar.

Bronhopneumonia, cel mai curent numită congestie pulmonară, este una dintre afecțiunile extrem de frecvente. Ea survine cel mai des la copiii mici și la subiecții în vârstă sau debilitați fiziologic.

CAUZE. Originea unei bronhopneumonii este infecțioasă, bacteriană (pneumococ, streptococ), virală (rujeolă) și uneori micologică (aspergillus).

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Diagnosticul este fundamentat pe asocierea unei febre adesea ridicate (39 sau 40°C), cu simptome ca tusea și expectorația. Pentru a-l confirma, medicul poate cere o radiografie pulmonară. În unele cazuri, pentru a determina care este germenele în cauză, se poate practica și un examen al scuipatului, chiar o fibroscopie bronșică.

TRATAMENT ȘI DIAGNOSTIC. Un tratament cu antibiotice este, în general, eficace în 48 ore și majoritatea bolnavilor se vindecă total în două săptămâni. Dar radiografia lor nu redevine normală decât după patru săptămâni.

BRONHOPULMONAR (cancer). Cancer dezvoltat pe seama țesuturilor bronhiilor și plămânilor.

Cancerele bronhopulmonare sunt cancere bronșice, singurele cancere dezvoltate cu adevărat plecând de la țesutul pulmonar fiind cancerul bronhiolo-alveolar și cancerele secundare.

Cancerul bronhopulmonar primitiv. Este cancerul cel mai frecvent din lume. Tabagismul este cauza principală a cancerelor bronhopulmonare primitive. Chiar o expunere pasivă la fumul de tutun are efecte cancerigene: pentru un nefumător care trăiește printre mari fumători, riscul de apariție a unui cancer bronhopulmonar primitiv este mai mare cu 35% decât riscul prezentat pentru un nefumător neexpus fumului de tutun. Mediul (nu poluarea atmosferică ci o expunere, profesională sau nu, la radiații ionizante sau la anumite materiale ca amiantul, cromul, nichelul, hidrocarburile) constituie un alt factor de risc.

Se deosebesc două categorii de cancere bronhopulmonare primitive, în funcție de mărimea celulelor lor.

■ *Cancerele* zise *„nu cu celule mici"* grupează tumorile epidermoide (45%), adenocarcinoamele (20%) și cancerele nediferențiate cu celule mari (15%). Aceste cancere se manifestă prin semne respiratorii (tuse persistentă, gâfâială, dureri toracice, expectorație sangvinolentă, șuierături respiratorii, abces al plămânului, pleurezie purulentă), cărora li se asociază mai târziu o alterare a stării generale a subiectului.

■ *Cancerele cu celule mici* cu mare potențial metastazant și cu invadare mediastinală precoce sunt deosebit de grave. Manifestările lor sunt asemănătoare cu cele ale cancerelor „nu cu celule mici". Din cauza volumului tumorilor și a proliferării lor, apar uneori dilatații ale venelor superficiale ale toracelui și un edem al bazei gâtului în caz de compresie a venei cave superioare, precum și un sindrom paraneoplazic (îndeosebi sindromul lui Schwartz-Barter, cauzat de secreția anormală de hormon antidiuretic de către tumora malignă).

DIAGNOSTIC. Descoperirea unui cancer bronhopulmonar primitiv are loc, în general, cu ocazia unui examen radiologic prescris din cauza simptomelor descrise anterior. Obținerea de țesuturi (prin biopsie, realizată, în general, prin fibroscopie bronșică) sau de celule canceroase (prin analiza scuipatului) permit confirmarea diagnosticului.

EVOLUȚIE. După o evoluție locoregională, cancerele bronhopulmonare primitive pot antrena metastaze extratoracice, dintre care cele mai frecvente sunt cele osoase, hepatice și cerebrale.

TRATAMENT

■ *Tratamentul cancerelor „nu cu celule mici"* depinde de întinderea lor în torace, chiar în afara lui (metastaze), și de starea funcției respiratorii a subiectului. La capătul acestui bilanț, doar 30% dintre bolnavi sunt operabili. Printre aceștia, 25% pot beneficia de o eradicare completă a cancerului, ablația putând fi făcută pentru un segment de lob, un lob întreg (lobectomie) sau un plămân întreg (pneumonectomie). Radioterapia nu oprește extinderea tumorii decât într-un foarte mic număr de cazuri. În ce privește chimioterapiile, acestea dau rezultate mediocre.

■ *Tratamentul cancerelor cu celule mici* se bazează pe chimioterapia de asociere (făcând apel la mai multe medicamente). Este de dorit ca ea să fie asociată cu o radioterapie a toracelui în cazul formelor localizate.

PREVENIRE. Ea cuprinde, în principal, lupta împotriva tabagismului și măsurile de protecție profesională.

Cancerele bronhopulmonare secundare. Din cauza bogatei vascularizări a plămânului, aceste cancere sunt foarte frecvente. Ele se datoresc metastazelor, mult mai des celor pulmonare și bronșice, provenind fie pe calea sangvină, fie pe cea limfatică, de la un cancer primitiv al cărui sediu este variabil, situat cel mai des la sân, la tubul digestiv, la rinichi sau la bronhii. Simptomele lor sunt aceleași cu cele ale cancerelor bronhopulmonare primitive. La radiografie, cancerele bronhopulmonare secundare pot îmbrăca aspecte foarte diverse. Tratamentul lor depinde mai ales de natura cancerului primitiv; în mod excepțional, tratamentul poate fi chirurgical. Prognosticul lor este, în general, sever.

BRONHOREE. Creștere patologică a secreției de mucus a bronhiilor, care se traduce printr-o expectorație în mod normal abundentă.

BRONHOSCOPIE. Explorare a traheei și bronhiilor cu ajutorul unui bronhoscop. SINONIM: *endoscopie bronșică*.

Bronhoscopul, fie rigid (tub optic înzestrat cu un sistem de iluminare), fie, cel mai des, suplu (fibroscop format din fibre optice care transportă lumina), permite observarea directă a stării mucoasei bronșice. Instrumentele adaptabile acestui aparat permit practicarea unor tipuri diferite de intervenție, în principal prelevări locale (biopsie, periere, aspirație etc.).

Bronhoscopia este un examen nedureros, întrucâtva deranjant, dar nepericulos. Ea se practică de preferință pe nemâncate, în mod obișnuit sub anestezie generală. Bronhoscopul este introdus, în general, printr-o nară, uneori prin gură. Examenul durează în medie între 10 și 20 minute.

De asemenea, bronhoscopia poate să aibă un rol terapeutic: extragerea corpilor străini inhalați (adesea la copil), dezobstruarea, cu ajutorul laserului sau prin crioterapie, a unei bronhii astupate de o tumoră, aspirarea secrețiilor care deranjează respirația, punerea unei sonde de intubație etc.

BRONHOSPASM. Contracție spasmodică a mușchilor netezi ai peretelui bronhiilor.

Bronhospasmul antrenează o îngustare temporară a bronhiilor și deci o reducere a debitului de aer care le traversează, provocând fie o șuierătură la expirație, fie o tuse. Cauza sa cea mai frecventă este astmul.

BRONSIECTAZIE. Creștere permanentă și ireversibilă a calibrului bronhiilor. SINONIM: *dilatare a bronhiilor*.

Bronșiectazia există sub două forme diferite: boala bronșiectazică, difuză, și sindromul bronșiectazic, localizat.

Boala bronșiectazică. Aceasta se instalează în decursul unei agresiuni infecțioase acute (tuse convulsivă, rujeolă etc.) sau cronice, uneori favorizată de o boală generală (mucoviscidoză, deficit imunitar etc.).

Simptomul principal al bolii bronșiectazice este tusea, cu precădere dimineața și în poziție culcată, eliminând o expectorație cronică purulentă. Puseele de infecție sunt frecvente și se manifestă prin febră, o recrudescență a expectorației și, adesea, prin hemoptizii (scuipat cu sânge).

Diagnosticul este confirmat de aspectul bronhiilor pe radiografii și mai ales la scanografie. Explorările funcționale respiratorii (măsurarea volumelor și debitelor inspirate și expirate) ajută diagnosticarea și permit să se aprecieze gravitatea bolii. Evoluția bolii bronșiectazice este cronică, începând cel mai des în copilărie.

Tratamentul se limitează la kineziterapie respiratorie: drenaj postural (subiectul este așezat într-o poziție care ușurează expectorația), expectorația dirijată (ajutarea unei expectorații eficace cu minimum de eforturi), educarea tusei.

Antibioticele nu servesc decât la jugularea puseelor infecțioase.

Sindromul bronșiectazic localizat. Este vorba de o sechelă a unei agresiuni bronhopulmonare severe, dar localizate: tuberculoza, abcesul pulmonar, corp străin în arborele bronșic etc.

Sindromul bronșiectazic localizat se manifestă printr-o dispnee (jenă respiratorie) mai mult sau mai puțin importantă, o tuse uscată în caz de prezență a unui corp străin, o expectorație purulentă în caz de abces și hemoptizii uneori abundente.

Spre deosebire de boala bronșiectazică, sindromul bronșiectazic poate fi tratat chirurgical dacă bronșiectazia este handicapantă și dacă kineziterapia se dovedește ineficace.

BRONSIOLĂ. Ramură de divizare a unei bronhii în interiorul plămânului.

Bronșiolele (mai întâi bronșiolele terminale, apoi bronșiolele respiratorii) se termină în mici saci în formă de ciorchine de strugure, numiți alveole, de-a curmezișul pereților prin care se efectuează schimburile gazoase cu sângele.

BRONȘIOLITĂ. Inflamație acută a bronșiolelor evoluând spre o decompensare respiratorie.

O bronșiolită survine mai ales la copiii sub vârsta de 2 ani.

De origine virală (în principal, provocată de virusul respirator sincițial), ea se propagă pe cale aeriană: contaminarea se face prin scurgerea nazală și prin picăturile emise în momentul tusei, uneori și prin mâinile personalului din colectivități (infecții nozocomiale).

De asemenea, bronșiolitele sunt frecvente în mediu spitalicesc și în creșe, prin epidemii mai ales de iarnă.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Bronșiolita, care survine adesea după o rinofaringită, se traduce printr-o dificultate respiratorie: creșterea frecvenței respiratorii (polipnee), scobirea toracelui la inspirație, expirație prelungită și șuierătoare. O tuse iritativă, raluri în rafale (atestând o bronhoalveolită asociată) și uneori o accelerare a ritmului cardiac sunt simptome suplimentare. Hipersecreția

mucusului bronșic favorizează stânjenirea căilor respiratorii. În general, febra este moderată.

Boala este mai gravă la copiii sub 3 luni și în caz de antecedente de prematuritate sau de hipotrofie. Ea poate să se manifeste atunci printr-o cianoză care indică o diminuare a concentrației în oxigen a sângelui, o bătaie a nărilor dezvăluind o insuficiență respiratorie, un refuz de a se alimenta, o agitație, tulburări de conștință.

Diagnosticul, evocat de simptome și prin auscultare, trebuie să fie confirmat prin radiografie pulmonară.

TRATAMENT ȘI PROGNOZĂ. Tratamentul poate fi efectuat la domiciliu, cu excepția formelor grave, în care copilul trebuie să fie spitalizat. Tratamentul se bazează pe kineziterapie respiratorie, destinată să dezobstrueze căile aeriene superioare. Uneori, bronhodilatatoarele sunt prescrise. Pentru a evita o suprainfecție bacteriană poate fi util un tratament cu antibiotic. Tratamentul antiviral este rezervat formelor severe când există un teren cu risc (boală cardiopulmonară). Copilul poate fi spitalizat pentru a beneficia de un aport de oxigen sau de o asistență respiratorie, precum și de o alimentație prin sondă gastrică sau pe cale intravenoasă.

Bronșiolita evoluează, de obicei, în câteva zile și se vindecă fără sechele. Uneori, episoadele pot să se repete din cauza unei imunități de scurtă durată față de virus. Un sugar poate deci să facă 2-3 bronșiolite pe an. După un timp, apariția unui astm la copiii care au avut o bronșiolită ar fi posibilă, mai ales în familiile care prezintă un teren alergic.

BRONȘIOLO-ALVEOLAR (cancer). Cancer pulmonar deosebit, care căptușește fața internă a alveolelor fără să le distrugă arhitectura. SINONIM: *cancer alveolar*.

Singurul „cancer de plămân" veritabil, deoarece se dezvoltă plecând de la celulele terminațiilor arborelui respirator (bronșiole și alveole), cancerul bronșiolo-alveolar nu reprezintă decât 3% dintre cancerele bronhopulmonare primitive. Cauza sa rămâne necunoscută.

Cel mai des se prezintă sub aspectul unei tumori rotunde unice, localizată la periferia plămânilor. Tratamentul ideal este atunci cel chirurgical. După ablație, prognoza este destul de bună.

Mai caracteristică, dar mai rară, este forma pneumonică (atingerea acută a unui întreg lob pulmonar), însoțită uneori de o expectorație abundentă, care este ușor de recunoscut radiologic prin opacitatea sistematizată (bine limitată la un lob sau la un segment pulmonar). În acest caz, tratamentele clasice (chirurgie, radioterapie, chimioterapie) sunt inutile, dar evoluția este atunci destul de lentă și metastazele extratoracice sunt rare.

BRONȘITĂ. Inflamație a bronhiilor, acută sau cronică, traducându-se printr-o tuse umedă și prin expectorații.

Bronșita acută. Bronșita acută, una dintre afecțiunile respiratorii cele mai frecvente, este consecința unei infecții virale a bronhiilor (bronșită) sau a bronșiolelor (bronșiolită). Cu apariție bruscă și de durată scurtă, bronșita este favorizată de tabagism și de poluarea atmosferică, și survine mai ales iarna.

Semnele clinice sunt o tuse în accese, răgușeală, expectorații (scuipat) și o febră a cărei manifestare variază după virusul în cauză, dar care nu depășește 39°C. Diagnosticarea nu necesită examene suplimentare.

EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT. Simptomele pot dispărea spontan în mai puțin de două săptămâni. Totuși, evoluția poate să se îndrepte și spre o suprainfecție bacteriană, expectorația devenind atunci purulentă (groasă, gălbuie sau verzuie). Complicațiile, ca o pneumonie sau o pleurezie, sunt excepționale. În plus, există un risc de insuficiență respiratorie la subiecții fragili (sugar, bătrân).

Tratamentul unei bronșite acute se efectuează doar pentru îndepărtarea simptomelor: medicamente împotriva infecției și excesului de secreții bronșice, administrate pe cale orală sau rectală, sau în inhalații. Antibioticele sunt indicate în caz de suprainfecție și la subiecții fragili.

Bronșita cronică. Bronșita cronică se caracterizează printr-o hipersecreție bronșică permanentă sau recidivantă. Se vorbește de bronșită cronică atunci când perioadele de tuse și de expectorație durează mai mult de 3 luni consecutiv și se întind pe cel puțin doi ani.

Fumatul joacă un rol important în această boală: frecvența bronșitei cronice la nefumători este de ordinul a 8%, în timp ce ea atinge 50% la subiecții care fumează mai mult de 20 țigări pe zi. Mai intervin și alți factori: poluarea atmosferică (uneori legată de locul de muncă) și infecțiile repetate.

Diagnosticul se stabilește doar prin auscultație. Totuși, pot fi prescrise unele examene: radiografia toracică, analizele sângelui și explorarea funcțională respiratorie.

EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT. Bronșita cronică evoluează spre insuficiența respiratorie cronică și spre enfizem (distensia și distrugerea alveolelor pulmonare), care antrenează o hipertensiune arterială pulmonară marcată printr-o gâfâială, o cianoză, un edem al membrelor inferioare.

După mai mulți ani, jena respiratorie la efort persistă și în repaus, și devine invalidantă. În plus, există un risc de apariție a cancerului bronhopulmonar.

Tratamentul, care variază după gravitatea bolii, se bazează pe încetarea fumatului, pe supraveghere și tratamentul antibiotic precoce și sistematic la fiecare nouă infecție bronșică, pe kineziterapia respiratorie, pe administrarea de medicamente (bronhodilatatoare, fluidifiante ale secrețiilor, analeptice). În formele cele mai serioase, poate fi administrat oxigen la domiciliu. Prevenirea constă în lupta individuală și colectivă împotriva tabagismului și a poluării.

BROSAJ. Procedeu de osteosinteză care utilizează broșe (tije metalice) pentru a menține fragmentele osoase ale unei fracturi, în mod temporar sau definitiv.

INDICAȚII. Broșajul este utilizat adesea în repararea oaselor de mărime mică (mână, picior și deget) și pentru menținerea reducerii fracturilor extremității inferioare a radiusului (încheietura mâinii). În unele cazuri, broșajul poate fi utilizat ca mijloc de contenție temporară a unei fracturi înaintea instalării unei plăci; broșele au atunci funcția de a menține fragmentele osoase pe loc și a facilita astfel osteosinteza.

BRUCELOZĂ. Boală infecțioasă cauzată de o bacterie aerobă Gram negativă din genul *Brucella*, transmisă omului de către animale. SINONIME: *febră de Malta, febră ondulantă, melitococie*.

Bruceloza este o antropozoonoză larg răspândită, mai ales în regiunile mediteraneene. Ea este transmisă prin bovine (*Brucella abortus bovis)*, prin caprine (*Brucella melitensis*) sau prin porcine (*Brucella abortus suis)*, pe cale cutanată (la crescătorii de animale) sau digestivă (consumul de lapte crud sau de brânzeturi proaspete contaminate).

SIMTPOME ȘI SEMNE. Incubația poate dura mai multe săptămâni. Boala se declară printr-o febră prelungită, ondulantă (de intensitate variabilă), însoțită de transpirații și de dureri difuze. Aceastăfebră se asociază diverselor manifestări neuromeningeene, osteoarticulare, hepatice sau genitale, uneori și manifestărilor septicemice, mai ales endocarditei.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se bazează, la începutul bolii, pe punerea în evidență a germenului prin hemocultură (cultura biologică a sângelui prelevat de la bolnav), apoi pe serodiagnosticul lui Wright sau pe intradermoreacția lui Burnet.

Bruceloza este tratată prin administrarea de antibiotice, eficace atunci când două sau trei produse (cicline, chinolone, aminozide) sunt utilizate în asociere. Tratamentul trebuie să fie urmat timp de două luni, începând cu faza acută. Formele cronice ale bolii, în particular cele care comportă focare osteoarticulare, sunt dificil de îngrijit. Se poate recurge la o desensibilizare prin injectare de antigene, la corticoterapie, chiar la psihoterapie atunci când simptomele invocate sunt amplificate de o notă subiectivă („ramolisment brucelos").

BRUXISM. Mișcări repetate și inconștiente de scrâșnire a dinților. SINONIM: *bruxomanie*.

Bruxismul este, de obicei, un tic nervos datorat unei stări de tensiune emoțională sau de stres. Se întâmplă, de asemenea, să aibă o cauză locală prin existența unor contacte nearmonioase ale dinților unii cu alții.

Bruxismul poate determina o uzură importantă a dinților, provocând o sensibilitate la schimbările de temperatură și la alimentele acide; de asemenea, poate ocaziona o oboseală musculară la nivelul maxilarului și al cefei.

Tratamentul constă în administrarea de sedative atunci când tensiunea nervoasă este prea puternică, în restaurarea și echilibrarea suprafețelor dentare și, uneori, purtarea de către subiect a unei proteze protectoare în timpul nopții.

B.T.S. → BOALĂ TRANSMISIBILĂ SEXUAL.

BUBON. Inflamație a ganglionilor limfatici, evoluând spre supurație.

Un bubon se dezvoltă îndeosebi în regiunea inghinală.

BUFEU DE CĂLDURĂ. Senzație de căldură subită și trecătoare (care nu durează decât 1-2 minute) resimțită pe față, gât și torace, însoțită de transpirații și de frisoane.

Bufeurile de căldură constituie întotdeauna semnele unei modificări a activității hormonale. Cel mai des, ele sunt consecutive unei diminuări a producției de estrogeni în timpul menopauzei. Uneori, ele survin după o histerectomie totală cu castrare (ablația ambelor ovare). Bufeurile sunt favorizate de emoții și de schimbările temperaturii exterioare. Apariția lor este imprevizibilă și incontrolabilă, iar intensitatea lor variabilă.

Tratamentul bufeurilor de căldură consecutive menopauzei sau castrării chirurgicale se bazează pe hormonoterapia substitutivă. Unele medicamente neuroleptice pot fi utilizate dacă sunt contraindicați hormonii.

BULĂ DERMATOLOGICĂ. Ridicătură cutanată rotundă, de mărime mare, umplută cu o serozitate care conține sau nu sânge. SINONIM: *flictena*.

CAUZE. Unele bule sunt provocate de agenți fizici precum frecarea (băsică), căldura (arsură), frigul (degerătură) sau prin contactul cu substanțe chimice caustice. Alte bule constituie expresia unor anomalii numite dermatoze buloase. Ele au origini variabile: fotodermatoza (sensibilitatea exagerată la lumină); toxidermia (reacția alergică ce poate fi datorată unor numeroase medicamente, precum sulfamidele, barbituricele, aspirina etc., una dintre formele ei fiind sindromul lui Lyell). Impetigo, de origine bacteriană, poate lua la debutul său aspectul unei bule, ca și alte boli dermatologice: pemfigus vulgar, pemfigoida buloasă, unele eriteme polimorfe, dermatita herpetiformă. Bolile buloase ereditare, rare, pot să se manifeste din copilărie: incontinentia pigmenti, epidermoliza buloasă, porfiriile congenitale.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Bula se deosebește de vezicula, care e foarte mică, și de pustulă, care conține puroi. Ea este fragilă și ruperea ei nu lasă decât o eroziune a pielii, acoperindu-se eventual de o crustă, ceea ce face diagnosticarea mai dificilă.

EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT. O bulă poate fi simptomul unei boli grave. Bolile buloase întinse au uneori o prognoză severă, ca de exemplu sindromul lui Lyell, care impune un tratament în reanimare. Tratamentul bulelor, foarte variabil, depinde de cauza lor.

BULB RAHIDIAN. Parte inferioară a encefalului, care constituie un centru nervos important.

Bulbul rahidian este situat între protuberanța inelară — deasupra — și măduva spinării — dedesubt. El constituie sediul centrilor neurovegetativi extrem de importanți. Bulbul rahidian conține fasciculele piramidale, formate din nervii motori care coboară ordinele primite de la creier spre măduvă, precum și alte fascicule care urcă informațiile senzitive către diferite zone ale encefalului. În plus, bulbul are și un rol activ mulțumită prezenței nucleilor (mici centri de comandă) mai multor nervi cranieni. El intervine, de asemenea, parțial în sensibilitatea feței, în sensibilitatea și motricitatea limbii, a faringelui, a laringelui și, prin intermediul nervului pneumogastric, în cea a viscerelor toracoabdominale.

Afectarea regiunii bulbare cu ocazia traumatismelor (fractura primei vertebre cervicale) este unul dintre cele mai grave traumatisme medulare, provocând o tetraplegie (paralizia tuturor celor patru membre). → SINDROM BULBAR.

BULIMIE. Tulburare a comportamentului alimentar caracterizată printr-o necesitate necontrolabilă de a mânca în mare cantitate, manifestată de un subiect care, în mod obișnuit, nu este un „mare mâncău". SINONIM: *hiperfagie, hiperorexie, poliorexie*.

Comportamentul bulimic are semnificații foarte diferite. El poate fi legat de numeroase probleme psihologice sau medicale, poate constitui, de exemplu, o variantă a unei alte tulburări ale conduitelor alimentare, anorexia mintală.

FRECVENȚĂ. Comportamentul bulimic se instalează adesea în timpul adolescenței, poate ceva mai frecvent la fete. Frecvența sa rămâne încă imprecisă.

CAUZE. În afara cazurilor de dereglări metabolice (diabet, dereglare hormonală) și a unor leziuni nervoase, principalele cauze ale bulimiei sunt de ordin psihologic. Foarte des, comportamentul bulimic apare ca o apărare față de depresie și stres: faptul de a mânca nu vizează atât nutrirea subiectului, cât liniștirea angoasei, compensarea frustrării sau repunerea în valoare a imaginii sale. Ea poate constitui, de asemenea, un ritual nevrotic sau o compensare a insatisfacției sexuale (la isteric, îndeosebi). În anorexia mintală, crizele de bulimie cu luarea în greutate întrerup uneori postul, fără ca celelalte simptome să dispară. Psihic, pacienta devine o anorexică. Unele devin direct bulimice, fără post și fără slăbire prealabile.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Comportamentul bulimic nu este preocupant atâta vreme cât rămâne ocazional, cum este cazul la subiecții care au poftă de alimente cu puternică încărcătură afectivă și simbolică; „poftele" femeilor însărcinate constituie astfel o formă de bulimie fiziologică. Bulimia depresivă și nevrotică se manifestă în mod periodic sub forma unor porniri tiranice. Ea oferă o potolire momentană, spre deosebire de bulimia anorexicilor. Bulimia anorexicului se caracterizează prin ingerarea la foarte mici intervale de timp (în general, mai puțin de două ore) a unor mari cantități de hrană, cu sentimentul că nu-și mai poate controla alimentația. Pacientul are în plus tendința de a-și provoca vomatul, de a lua laxative și de a practica, în restul timpului, un regim sever cu scopul de a evita luarea în greutate.

În cazurile cele mai grave, accesele bulimice însoțite de vomitare provocată pot antrena o deshidratare și o pierdere de potasiu (care se manifestă prin stare de slăbiciune și prin crampe), leziuni esofagiene și dentare provocate de aciditatea lichidului gastric regurgitat.

TRATAMENT. Este orientat de diagnostic și de un bilanț organic prealabil. Pentru a fi eficace și durabil, tratamentul trebuie să fie instituit pe bază de încredere reciprocă pacient–medic, cu scopul de a acționa asupra cauzelor psihologice ale bulimiei. Psihoterapia, asociată eventual cu o prescripție de antidepresoare, urmărește o maturare emoțională și o rezolvare a conflictelor afective. Astfel, pacientul și medicul cooperează cu scopul de a stabili noi deprinderi alimentare. Un regim n-ar trebui întreprins fără aviz medical, iar anorexicilor le este strict interzis un regim.

BURIC. → OMBILIC.

BURKITT (limfom al lui). Tumoră ganglionară malignă a copilului.

Limfomul lui Burkitt, de tip nehodgkinian, se întâlnește aproape exclusiv în Africa tropicală, unde reprezintă cea mai frecventă dintre tumorile copilului. În Europa și în America de Nord, limfomul lui Burkitt este foarte rar, dar constituie totuși jumătate dintre limfoamele copilului.

CAUZE. În Africa, apariția tumorii este consecința mai multor infecții succesive ale subiectului, antrenând o stimulare a sistemului său imunitar și, îndeosebi, a limfocitelor B.

Se constată, de exemplu, o infecție cu virusul lui Epstein-Barr, contractat, în general, plecând de la mamă, apoi un paludism cu *Plasmodium falciparum*; în continuare va surveni tumora, atunci accidente genetice antrenează translocația (schimbul) cromozomilor 8 și14.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Forma africană este caracterizată printr-o tumefacție situată, în general, la maxilar; forma din Europa și America de Nord este mai degrabă localizată în abdomen sau în amigdale. Evoluția este rapidă: creșterea în volum a tumorii, apoi diseminarea în ganglioni și, mai ales, în sistemul nervos central, în măduva osoasă și în sânge (leucemie acută).

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Doar biopsia tumorii permite identificarea unui limfom al lui Burkitt. În ultimii cincisprezece ani, tratamentele chimioterapice, utilizând un număr crescând de medicamente anticanceroase, permit să fie vindecate majoritatea formelor localizate și mai mult de jumătate dintre formele întinse. Timp de 5 sau 6 luni, chimioterapia este administrată pe cale venoasă, dar și prin puncție lombară, pentru a preveni sau vindeca atingerile

sistemului nervos; ea este completată cu o radioterapie. Acest tratament necesită spitalizări repetate și destul de îndelungate. Pacientul este considerat ca vindecat dacă nu intervine o reșuță în anul care urmează celui scurs de la începerea tratamentului; în caz că intervine o reșuță, este practicată o nouă chimioterapie, urmată de o autogrefă de măduvă.

BURNETT (sindrom al lui). Sindrom care asociază o hipercalcemie, o alcaloză (alcalinitate excesivă a sângelui) și o insuficiență renală. SINONIME: *sindrom al băutorilor de lapte, sindrom al laptelui și alcalinelor*.

Sindromul lui Burnett este provocat de un consum excesiv și prelungit de lapte și/sau de medicamente antiacide (împotriva acidității gastrice). Acest sindrom se observă adesea la pacienții suferind de un ulcer gastroduodenal și de tulburări renale asociate. Boala se manifestă printr-o stare de slăbiciune, prin dureri musculare, printr-o apatie. Tratamentul constă în reducerea consumului de lapte și/sau de medicamente antiacide.

BURSĂ SEROASĂ. Pungă limitată printr-o membrană de aceeași natură cu o membrană sinovială articulară și destinată facilitării alunecării pielii, unui mușchi sau unui tendon pe un os.

BURSITĂ. Inflamație acută sau cronică a unei burse seroase. SINONIM: *higroma*.

Dată fiind analogia de structură între bursa seroasă și bursa sinovială, bursitele au aceeași origine cu artritele infecțioase, microcristaline sau inflamatorii. În plus, ele pot fi provocate de către o iritație locală (frecare). Ele ating cel mai des cotul, rotula (în profesiunile care impun lucrul în genunchi) și tendonul lui Ahile (purtarea de pantofi nepotriviți).

O bursită se manifestă printr-o durere locală cu umflare și prezența de lichid în bursă. Ea este însoțită uneori de o inflamare a capsulei articulare alăturate. Tratamentul constă în puncționarea lichidului, în administrarea de antiinflamatoare, la nevoie în injectarea locală de corticosteroizi, chiar într-o intervenție chirurgicală în caz de recidivă.

„BUTÉE" OSOS. Grefon osos aplicat chirurgical în apropierea unei articulații cu scopul de a-i crește suprafața. Termen francez adoptat în limbajul medical.

Grefonul, cel mai des prelevat de la pacientul în cauză, poate fi aplicat la șold pentru a trata o displazie (malformație sau anomalie a dezvoltării), cu scopul de a crește suprafața portantă a articulației și de a încetini apariția unei artroze. Grefonul este adesea asociat cu o osteotomie (corectare chirurgicală) a femurului, destinată recentrării capului femural în articulația mărită prin „butée". În caz de artroplastie totală a șoldului (înlocuirea articulației printr-o proteză), un „butée" osos poate fi realizat în cavitatea articulară pentru a asigura menținerea de durată a protezei. El mai poate fi realizat și la umăr atunci când cavitatea articulară a omoplatului a fost deteriorată prin luxații repetate: asociat unei repuneri sub tensiune a capsulei articulare, grefonul permite prevenirea altor luxații.

BUTON. Leziune benignă a pielii luând, în general, forma unei mici tumefacții, uneori inflamată.

Termenul se aplică, în folosirea curentă, tuturor felurilor de leziuni cutanate, printre care terminologia medicală distinge mai precis: macula (pată plană), papula (mică pată ușor supraînălțată), vezicula (mică ridicătură umplută cu un lichid limpede), bula (ridicătură mai mare umplută cu lichid), pustula (ridicătură conținând puroi), nodulul (sferă mică sau medie, mai mult sau mai puțin profundă).

BUTON DE FEBRĂ. → HERPES.

BUTON DE ORIENT. → LEISHMANIOZĂ CUTANATĂ.

BUZĂ. Fiecare dintre cele două părți cărnoase limitând, sus și jos, orificiul extern al cavității bucale.

Buza superioară poate fi sediul unei malformații, fanta labială (fantă mediană, denumită în mod obișnuit buză-de-iepure). Alte afecțiuni ale buzelor sunt cheilitele (inflamații), tumorile benigne și tumorile maligne, care se observă, în principal, la marii fumători.

BUZĂ-DE-IEPURE. → FANTĂ LABIOPALATINĂ.

BUZE. Cele două buze mari și cele două buze mici ale aparatului sexual extern feminin. SINONIM: *labiile mari și labiile mici*.

Buzele mari. Este vorba de cele două pliuri cutanate ale vulvei (ansamblul organelor genitale externe ale femeii).

Buzele mici. Este vorba de cele două mici pliuri cutanate din interiorul buzelor mari, de o parte și de alta a vestibulului vulvei. Buzele mici, dreaptă și stângă, se unesc și formează, în față, capișonul care acoperă clitorisul și, în spate, furșeta. Buzele mici, sau nimfele, mărginesc meatul uretral și orificiul vaginului.

În timpul unei excitări sexuale, buzele mici, din cauza sensibilității lor proprii, exercită atunci o stimulare a clitorisului și participă astfel la orgasm.

BYWATERS (sindrom al lui). Insuficiență renală acută ce survine în caz de afectare gravă a musculaturii. SINONIM: *sindrom de zdrobire*.

Sindromul lui Bywaters survine ca urmare a leziunilor întinse ale mușchilor scheletici, provocate prin fenomene de compresie sau zdrobire. El este consecința eliberării în circulația sangvină a unui pigment conținut în mod normal în celulele musculare, mioglobina. Prezentă în cantitate mare în sânge, aceasta devine rapid toxică și blochează tubulii renali, ceea ce provoacă o insuficiență renală acută.

Tratamentul face cel mai des apel la hemodializă, vindecarea efectuându-se, în general, fără sechele. În paralel, un tratament chirurgical al leziunilor musculare se dovedește uneori a fi necesar.

asigură soliditatea, sub formă de fosfat de calciu și citrat de calciu. El intervine în funcționarea mușchilor, în particular a miocardului, și în comandarea mușchilor de către nervi. Calciul joacă, de asemenea, un rol în permeabilitatea membranelor celulare față de ioni, în recepționarea mesajelor hormonale de către celule și în activarea enzimelor. În sfârșit, el intervine în mai multe etape ale coagulării sângelui.

SURSE. Calciul este conținut în principal de produsele lactate. Ele aduc între 60 și 80% din calciul total consumat. Laptele furnizează 120 miligrame pe 100g, brânzeturile proaspete între 70 și 170 miligrame pe suta de grame, iar cele uscate între 150 și 1200 m / 100g. Aportul zilnic de calciu recomandat este de: 600–1200 miligrame până la adolescență, apoi de 900 miligrame la adult (cel puțin 1200 miligrame pentru femeia aflată la menopauză, 1200–1500 miligrame în timpul sarcinii și alăptării). Se recomandă să se consume cel puțin un produs lactat la fiecare masă.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Calciul utilizat în scopuri terapeutice se ia pe cale orală și pe cale injectabilă.

■ *Pe cale orală*, calciul este indicat dacă alimentația este carențată în calciu, în demineralizările osoase (rahitism, osteoporoză), în completarea altor tratamente și uneori în spasmofilie (totuși fără a exista dovada științifică a eficacității sale).

■ *Pe cale injectabilă*, este indicat în hipocalcemie și tetanie hipocalcemică.

Calciul este contraindicat dacă există deja o supraîncărcare cu acest mineral (hipercalcemie, calcul urinar) și la pacienții tratați cu digitalice (medicamente utilizate în cardiologie). Efectele nedorite ale calciului sunt în mod excepțional tulburările digestive. Supradozarea provoacă o hipercalcemie care necesită uneori un tratament de urgență.

CALCIURIE. Cantitate de calciu eliminată în urină.

La subiectul normal, calciuria pe 24 ore nu trebuie să fie mai mare de 300 miligrame la bărbat și de 250 miligrame la femeie. → HIPERCALCIURIE, HIPOCALCIURIE.

CALCUL. Concrețiune pietroasă care se formează prin precipitarea anumitor componente (calciu, colesterol) ale bilei și urinei.

Calculii se dezvoltă cel mai des în căile biliare, în rinichi și în căile urinare. Cei mai benigni dintre ei se dezagregă spontan sau sunt evacuați pe căi naturale. Alții, la originea colicilor hepatice sau nefretice, trebuie să fie eliminați prin extragere chirurgicală sau prin litotripsie (fărâmițare prin ultrasunete). → LITIAZĂ.

CALE. Ansamblu al conducturilor organice goale sau pline situate unul în prelungirea celuilalt și vehiculând fluidele sau influxurile.

Căile biliare, de exemplu, transportă bila elaborată de către ficat până în intestinul subțire (duoden); căile optice transmit senzația vizuală primită pe retină până la cortexul cerebral al lobului occipital.

Căile trebuie să fie deosebite de aparate și de sisteme, ele constituind elemente componente ale acestora din urmă: căile biliare fac parte din aparatul digestiv, căile optice, din sistemul nervos, de exemplu.

CALORIE. Unitate de măsură a energiei eliberate de căldură, utilizată pentru a exprima consumurile și necesitățile energetice ale organismului, precum și valoarea energetică a alimentelor.

Unitatea de măsură oficială internațională pentru energie este joule, dar caloria este foarte mult utilizată, în particular în dietetică. Forma cea mai utilizată este cea de „calorie mare" sau kilocalorie (simbol kcal), care face 1000 calorii, iar o calorie echivalează cu 4,185 joule.

CALOZITATE. Îngroșare cutanată localizată, legată de frecări repetate.

Calozitățile ortopedice, bătăturile sau durilloanele, sunt cele mai frecvente. Bătătura formează un con gălbui dureros și poate lua un aspect macerat (ochi-de-potârniche); ea apare în spatele articulațiilor degetelor de la picioare, între degete sau pe tălpile picioarelor. Durillonul, rotund, păstrează la suprafața sa desenul normal al liniilor cutanate, spre deosebire de verucă; el afectează fața plantară și marginile laterale ale picioarelor. Bătătura și durillonul sunt provocate adesea de o malformație a picioarelor, chiar minoră.

Tratamentul asociază o decapare mecanică (cu bisturiul) sau chimică (pomadă cu acid salicilic) și, la nevoie, purtarea de încălțăminte adaptată, chiar corectarea chirurgicală a unei malformații.

CALUS OSOS. Substanță osoasă, ce se formează pleacând de la țesutul conjunctiv, permițând consolidarea unui os fracturat.

CALVIȚIE. Absență sau pierdere a părului.

Calvița afectează între 15 și 30% din populația masculină. Originea sa este adesea ereditară, dar ea poate fi și dobândită, consecutivă absorbției anumitor medicamente (chimioterapie anticanceroasă, de exemplu), unei iradieri cu radiații X etc.

La bărbatul în jur de 30 de ani, calvița începe printr-o pierdere de păr în regiunea tâmplelor, apoi prinde progresiv porțiunea frontală mediană. În continuare, apare o calviție în regiunea vârfului craniului. Calvița hipocratică, cea care apare în jurul vârstei de 50 de ani, atinge totalitatea craniului și nu lasă decât o coroană de păr dedesubtul urechilor și pe conturul regiunii occipitale de la baza craniului. Evoluția sa este, în general, rapidă atunci când apare la vârste de 25–30 de ani, mult mai lentă când survine către 50 de ani.

TRATAMENT. Acesta face apel la mai multe procedee.

■ *Tratamentul medical* comportă prescrierea, pe mai multe luni, a stimulantelor pentru creșterea germenilor piloși.

■ *Grefa de piele a capului*, tehnică utilizată încă din deceniul al şaselea al secolului nostru, constă în prelevarea dintr-o zonă puţin vizibilă (deasupra şi în spatele urechilor, din regiunea occipitală) a unor benzi mici de piele a capului care cuprind fiecare între 10 şi 50 de fire de păr, care sunt grefate în zona lipsită de păr.

■ *Microgrefa de piele a capului*, tehnică utilizând acelaşi principiu ca precedenta, dar care este mult mai recentă decât aceasta (nu este practicată decât după 1970), constă în grefarea de insulițe cu câte 1–3 fire de păr. Tratamentul este deci destul de îndelungat (6 până la 12 şedinţe), deoarece sunt necesare sute de mici grefe pentru a obţine un rezultat satisfăcător.

■ *Tehnica lambourilor de piele a capului* constă în plasarea în zonele dezgolite a unei fâşii mari de piele a capului vascularizată de o arteră sau o venă.

■ *Expandoarele* sunt balonaşe siliconate care se umflă treptat sub pielea capului cu scopul de a o dilata pentru a creşte suprafaţa care poartă păr şi pentru a masca astfel o calviţie de nu prea mare importanţă. Inconvenientul principal al acestei tehnici este faptul că pacientul trebuie să sufere o deformare a craniului timp de şase săptămâni până la două luni, durată necesară dilatării.

■ *Implanturile de piele a capului* permit să se amplaseze păr artificial, fir cu fir. Din nefericire această tehnică provoacă frecvent mici infecţii la rădăcina acestor fire. În plus, se observă o pierdere anuală a 15–20% din implanturi. Dacă tehnica este bine tolerată, poate fi repetată în mod regulat.

■ *Perucile* permit camuflarea calviţiei. Ele sunt astăzi deosebit de bine adaptate, menţinute prin lipire, împletire, implanturi subcutanate cu retenţie prin ploturi magnetice sau de titan. → ALOPECIE.

CANALULUI ARTERIAL (persistenţă a). Anomalie caracterizată prin absenţa închiderii, după naştere, a canalului care leagă la făt aorta de ramura stângă a arterei pulmonare.

Canalul arterial este sistematic obliterat pe cale chirurgicală. Foarte recent a fost propusă o metodă de închidere a canalului arterial: ea constă din amplasarea, în cursul unui cateterism (introducerea unei sonde pe cale vasculară), unui fel de dublă umbrelă. Rezultatele tratamentului şi prognosticul sunt excelente.

CANALULUI CARPIAN (sindrom al). Sindrom caracterizat printr-o senzaţie de amorţire, de furnicătură sau chiar de durere a degetelor.

Sindromul canalului carpian survine mai ales noaptea sau dimineaţa la trezire. El este provocat de compresia nervului median în canalul carpian, pe faţa anterioară a încheieturii mâinii şi se complică uneori prin paralizia degetelor. Sindromul afectează cel mai des femeile în timpul sarcinii şi la vârsta menopauzei.

Dacă simptomele rezistă la injecţiile cu corticosteroizi în canalul carpian, poate fi avută în vedere o intervenţie chirurgicală sub anestezie locoregională cu scopul de a elibera nervul.

CANALULUI RAHIDIAN (sindrom de îngustare a). Sindrom provocat de o compresie a rădăcinilor măduvei spinării (care inervează membrele inferioare) la nivelul canalului rahidian lombar.

Sindromul de îngustare a canalului rahidian poate avea o origine congenitală (acrondroplazie), poate fi urmarea alunecării unei vertebre (spondilolistezis) sau deformării unui disc intervertebral (protruzie discală). În sfârşit, el este uneori provocat de o hipertrofiere a ligamentelor sau a ţesutului gras care înconjoară dura-materul sau de o tumoră intrarahidiană.

Subiectul suferă puţin în stare de repaus, dar durerea apare la mers: după 100 sau 1000 metri, el trebuie să se oprească, ţinându-se aplecat în faţă sau cu spatele lipit de perete sau chiar aşezat; după câteva minute poate să-şi reia mersul pentru o distanţă echivalentă (claudicaţie intermitentă).

Tratamentul va fi fie medical (reeducare, purtare a unui lombostat, injectare de corticosteroizi), fie chirurgical, fie mixt.

CANCER. Boală care are ca mecanism o proliferare celulară anarhică, necontrolată şi neîntreruptă.

Se menţionează, în Europa şi în America de Nord, predominanţa cancerelor de plămân, atribuibile în proporţie de 90% tabagismului, a cancerelor colorectale, legate, probabil, în parte de alimentaţie, şi a cancerelor de sân, cu cauze încă puţin clare. În Africa se evidenţiază frecvenţa cancerelor de ficat în zonele endemice pentru hepatită B şi cea a cancerelor de col uterin în ţările în care natalitatea este ridicată şi unde încă igiena este defectuoasă, ceea ce are drept consecinţă un nivel ridicat al bolilor transmisibile sexual (papiloma sau herpes), care pot sta la originea acestor cancere.

CAUZELE. Cancerele sunt cauzate de expunerea la virusuri, la substanţe naturale sau chimice, la radiaţii. Aceasta are ca efect inducerea de mutaţii sau de exprimări neadecvate ale diferitelor gene numite oncogene, implicate în proliferarea celulelor, în diferenţierea lor şi în reglarea acestor fenomene. Oncogenele se află în mod normal sub controlul genelor inhibitoare, antioncogenele, care pot fi pierdute sau pot suferi ele însele o mutaţie sub acţiunea agenţilor mai sus enumeraţi, funcţia lor fiind în acest caz redusă. Dar aceste antioncogene pot lipsi în mod ereditar, ceea ce explică, în parte, existenţa predispoziţiilor familiale la cancere.

ALCOOLUL. La bărbat, alcoolul este un factor de risc pentru cancerele cavităţii bucale, ale faringelui, ale esofagului şi ale ficatului (creşterea riscului variază între 2 şi 15% după cantităţile băute şi după organele atinse). În sfârşit, efectul

conjugat al alcoolului și tutunului corespunde unor riscuri mai mari decât suma riscurilor luate separat (efect multiplicativ). Un număr de studii arată că există un risc crescut de cancer de sân la femeile care beau băuturi alcoolizate, comparativ cu cele care nu beau astfel de băuturi.

ALIMENTAȚIA. Studii au atras atenția asupra rolului alimentației în geneza anumitor cancere, alimentele fiind incriminate ca atare (grăsimile), prin deficiență (fibre, vitamine) sau prin contaminare intermediară (aflatoxină, nitriți). Rolul grăsimilor în carcinogeneză este suspectat mai ales în cazul cancerelor colorectale, dar și în cancerele de sân, ale endometrului și ale prostatei. Studii au pus în evidență o creștere a riscului în paralel cu consumul de grăsimi, dar au revelat un efect protector al fructelor și legumelor; în ce privește rolul cafelei în cancerele de pancreas, acesta n-a putut fi dovedit. Nitriții, provenind din sarea utilizată pentru conservarea alimentelor, sunt acuzați că ar crește riscurile cancerului de stomac. Aflatoxina, contaminând hrana depozitată în locuri calde și umede, este incriminată în cancerele primitive de ficat, în asociere cu virusul hepatitei B.

IRADIEREA. În 1944, o publicație dezvăluia faptul că radiologii mureau de zece ori mai mulți de leucemii decât ceilalți medici. La supraviețuitorii bombardamentelor atomice de la Hiroshima și Nagasaki, în 1945, primele cazuri de leucemie au fost observate în 1948, cu un vârf în 1951–1952. Au fost observate alte tipuri de cancere în număr anormal de mare la 15 ani după expunere și unele se mai întâlnesc și azi, la supraviețuitorii care primiseră mai mult de 1 gray (unitatea de doză de iradiere). În acest ultim caz, există o creștere semnificativă a numărului de cancere, care variază după țesuturile iradiate: în principal, sunt afectate măduva osoasă, glanda tiroidă, sânul, osul. Leucemiile apar în medie la 8 ani după iradierea cauzală, sarcoamele la 20 de ani după ea, alte tumori la 30–40 ani după iradiere.

Reglementarea radioprotecției a permis să dispară riscurile profesionale, în particular la radiologi, la manipulatorii și lucrătorii de la instalațiile atomice. În plus, progresele radiologiei și noile metode de imagerie medicală au diminuat pentru pacienți riscurile legate de radiografii.

BOLILE. Câteva boli rare sunt însoțite de un risc crescut al cancerelor care afectează în mod specific anumite organe (de exemplu, retinoblastomul în trisomia 21). Ele pot da naștere dintr-o dată unor tumori maligne care fie sunt singura lor manifestare (retinoblastomul, nefroblastomul), fie constituie o manifestare a sindromului, ori dau naștere unei patologii netumorale, dar cu mare probabilitate de transformare malignă (de exemplu, polipoza colică).

MEDICAMENTELE CANCERIGENE. Atenția asupra rolului cancerigen al hormonilor a fost atrasă prin apariția cancerului de vagin la fetițele născute din mame care au primit dietilstilbestrol (estrogen) în primele 3 luni de sarcină. Atunci când estrogenii sunt utilizați drept contraceptive, adică asociați cu progestative, riscul de a apărea un cancer de sân este sensibil același la utilizatoare și la neutilizatoare. Utilizarea de contraceptive orale stârnește unele rezerve, privind durata de utilizare, utilizarea înaintea unei prime sarcini și utilizarea de către femeile atinse de o afecțiune benignă a sânului. Totuși, anchetele americane, realizate pe o populație de femei aflate la menopauză și care au primit un tratament estrogenic, au arătat o creștere, de ordinul 4–8 ori, a riscului unui cancer al corpului uterin — această creștere fiind direct legată de doza și de durata tratamentului cu estrogeni. Totuși, utilizarea actuală a estroprogestativelor pare să fi făcut să dispară acest risc, chiar să se dovedească faptul că ele sunt protectoare.

În afara hormonilor, medicamentele pentru care s-a pus în evidență o creștere a riscului de cancer sunt în principal imunosupresoarele, anticanceroasele și derivații arsenicali.

PREDISPOZIȚIILE FAMILIALE. La unele cancere se observă predispoziții familiale. Astfel, membrii unei familii care cuprinde o persoană afectată de un cancer de colon, de ovar sau de sân prezintă un risc de 2–4 ori mai mare decât altele de a fi atinse de același cancer. Această creștere a riscului este totuși mică și probabil poate fi explicată printr-un mecanism care depinde de mai multe gene, antrenând o predispoziție căreia i se adaugă riscurile legate de factorii de mediu.

RADIAȚIILE SOLARE. Modul de a se bronza din aceste ultime decenii este însoțit, în toate țările, de o puternică creștere a incidenței tumorilor cutanate, carcinoamelor și melanoamelor. Rolul radiațiilor U.V. (ultraviolete), în particular ale U.V.B., cele mai scurte ca lungime de undă și cele mai nocive, în apariția tumorilor cutanate a fost pus în evidență atât prin observații epidemiologice, cât și prin modele experimentale. Cancerele cutanate sunt mult mai frecvente la subiecții cu pielea deschisă la culoare.

SUBSTANȚELE CANCERIGENE. În 1975, a fost stabilită relația între expunerea la funingine a coșarilor și apariția unui cancer al scrotului. În 1985, un mare număr de cancere de vezică a fost semnalat la muncitorii din industria coloranților. Cele mai recente evaluări ale Centrului internațional de cercetare privind cancerul arată că, din 707 substanțe și procedee industriale testate, 7 procedee și 23 substanțe s-au dovedit a fi cancerigene pentru om.

TUTUNUL. Explozia spectaculară a cancerelor bronhopulmonare atrăgea atenția, în urmă cu 40 de ani, asupra rolului tutunului. În conformitate cu numeroase anchete epidemiologice, tutunul este răspunzător de aproximativ 90% din cancerele pulmonare. Riscul este cu atât mai important cu cât se fumează mai mult, de mai multă vreme, cu cât se inhalează mai mult fumul și cu cât se începe fumatul mai de tânăr. Filtrul micșorează riscul, tutunul negru îl crește. În sfârșit, trebuie menționată o creștere a riscului cancerelor bronhopulmonare la persoanele care trăiesc într-un mediu cu fum (fumătorii pasivi).

A trăi cu un cancer

Din ce în ce sunt mai numeroși pacienții care trăiesc ani de zile cu un cancer care nu poate fi eradicat, dar a cărui evoluție este oprită sau, cel puțin, frânată suficient de mult pentru a fi îndepărtat orice pericol pe termen mediu. Această stabilizare a bolilor încă incurabile este, adesea, primul pas spre viitoarele vindecări. Ea creează noi raporturi pe care pacienții și medicii învață să le realizeze, astfel încât ea le modifică în mare măsură comportamentele, făcându-i pe primii să aibă mai multă încredere, iar pe ceilalți să dovedească mai multă transparență. Această situație nouă generează noi probleme medicale, integrate în viața zilnică a bolnavilor.

Astfel, în cazul apariției infecțiilor, care sunt adesea mai frecvente la pacienții cu imunitatea alterată prin tratamente sau prin boală, pacienții trebuie să fie vaccinați profilactic cu vaccinurile adecvate și să fie tratați când infecțiile se instalează. Alimentația pacienților nu trebuie să fie neglijată: ei trebuie să-și ia vitaminele necesare sub formă de cruditați, să mănânce îndeosebi peșce oceanic, ale cărui lipide au un efect preventiv asupra cancerelor și poate chiar asupra extinderii lor. Pofta de mâncare, adesea mică, poate fi restabilită, eventual prin administrarea de corticosteroizi sau de anabolizante. Eforturile fizice nu le sunt, în general, contraindicate; din contră, pacientul trebuie să ducă o viață pe cât de normală posibil.

În ceea ce privește starea psihică, aceasta merită cea mai mare atenție din partea medicilor, care pot prescrie medicamente împotriva anxietății, cu condiția de respectare a contraindicațiilor. Durerile, dacă există, pot fi calmate întotdeauna. Medicii, uneori, le subestimează; pacientul trebuie să țină cont de ele și să le trateze. În sfârșit, subiectul care este purtător al unui cancer trebuie să poată recurge, de fiecare dată când dorește, și la un al doilea sfat privind tratamentele propuse sau în curs. Medicii trebuie să dea curs acestei cereri, dovedind un spirit de cooperare legitimă.

VIRUSURILE. Rolul retrovirusurilor este acum bine stabilit la animal; la om, după cunoștințele actuale, doar retrovirusurile H.I.V. (SIDA) și HTLV I (leucemie) par să aibă o potențialitate oncogenică. În schimb, se precizează rolul anumitor virusuri A.D.N. (acid dezoxiribonucleic) în apariția unor cancere umane.

Prima legătură pusă în evidență între virus și cancer a fost cea a unui virus din familia *Herpesviridae* (virusul lui Epstein-Barr) cu limfomul african al lui Burkitt (1964). Același virus a fost, doi ani mai târziu, incriminat în cancerul nazofaringelui. În 1978, a fost evocată legătura între virusul hepatitei B (HBV) și cancerul primitiv al ficatului, atunci când s-a observat concordanța de distribuție geografică între zonele cu risc înalt de hepatocarcinom și cele cu hepatită B. Raportul între papilomavirusuri (HPV) și cancerele colului uterin reprezintă al treilea sistem virus-cancer. De mulți ani, s-a arătat rolul bolilor virale transmisibile sexual în dezvoltarea cancerelor de col uterin. Se acumulează elementele care evidențiază rolul predominant al unor HPV (în particular sușele 16, 18, 33).

SIMPTOMELE ȘI DIAGNOSTICUL. Multiplicitatea cancerelor și specificitatea lor proprie fac dificilă enumerarea tuturor simptomelor bolii. Totuși, o pierdere importantă în greutate și mai mult sau mai puțin rapidă, o lipsă de poftă de mâncare, o stare de oboseală intensă, o pierdere de sânge prin scaune sau pe gură, în sfârșit dureri diverse sunt semne funcționale care pot fi asociate cu prezența unui cancer. Dezvoltarea adesea silențioasă a cancerelor tinde să întârzie diagnosticarea și ridică probleme medicilor, care nu văd pacientul decât într-un stadiu deja avansat al bolii. Uneori, boala este descoperită dintr-o întâmplare, în cursul unei vizite medicale sau al unui examen al sângelui. Diagnosticul se pune prin examenul clinic, prin examene de laborator, prin examene radiologice și endoscopice, prin biopsii.

EVOLUȚIA CANCERULUI. O dată declanșate prin activarea oncogenelor, care au suferit sau nu mutație, și din cauza pierderii sau alterării prin mutație a uneia sau mai multor antioncogene, cancerele suferă o creștere a malignității care le face din ce în ce mai capabile să ocolească obstacolele pe care organismul sau tratamentele le pun în calea lor. Ele avansează, de asemenea, în organism, adică se întind pe loc în mod caracteristic în țesutul de origine și în țesuturile învecinate, putând fi responsabile de compresia organelor. În același timp, ele diseminează la distanță, prin mici focare distincte, metastazele.

Avansarea anatomică a cancerului trebuie să fie evaluată prin diferite examene complementare (scanografie, imagerie prin rezonanță magnetică, scintigrafie). Această evaluare permite o clasificare a fiecărui cancer care, asociată cu caracteristicile sale histologice, permite alegerea tratamentului cel mai bine adaptat.

TRATAMENTUL ȘI PREVENIREA. Tratamentul se face prin chirurgie, radioterapie (radiații X sau de înaltă energie, cobaltoterapie), chimioterapie (administrarea de medicamente având un efect distructor și imunologic) și/sau hormonoterapie (administrarea de hormoni). Cercetările actuale se orientează spre metode terapeutice capabile să redea celulelor canceroase caracterele normale (tratament de rediferențiere). În acest domeniu, au fost obținute succese reale recent în unele tipuri de leucemie. Din pricina dificultăților de depistare și de tratare a bolii, prevenirea cancerului are o deosebită importanță. Sensibilizarea populației pare un factor decisiv. Anumite gesturi, ca autopalparea sânilor, ar trebui să fie curente. De asemenea, trebuie insistat asupra respectării unei anumite igiene a vieții și abolirii, în măsura posibilităților, a comportamentelor de risc.

→ ANTIONCOGENĂ, CHIMIOTERAPIE, ANTICANCEROASĂ, COBALTOTERAPIE, CURIETERAPIE, HORMONOTERAPIE ANTI-

CANCEROASĂ, IMUNOTERAPIE ANTICANCEROASĂ, ONCOGENĂ, RADIOTERAPIE.

CANCEROLOGIE. Specialitate medicală care se consacră studiului și tratării cancerelor. SINONIME: *carcinologie, oncologie*.

CANCERULUI (prevenire a). Ansamblu de măsuri care vizează lupta împotriva expunerii la factorii de risc ai carcinogenezei (prevenția primară) și tratarea stărilor precanceroase (prevenția secundară).

Factorii de risc sunt definiți plecând de la anchetele epidemiologice retrospective și prospective. Bolile ereditare, predispunând la un cancer, și tumorile al căror risc este transmis ereditar nu stau la originea decât a puține forme de cancer. În schimb, 90% dintre cancere sunt legate de factori exteriori sau de mediu. Cancerele consecutive poluării sau unei expuneri profesionale sunt estimate la 10%. Modul de viață, comportamentul individual constituie cauza în mai mult de 80% dintre cancere.

PREVENȚIE PRIMARĂ. Aceasta se bazează pe modificarea modurilor de viață și de comportament, factorii de risc cei mai frecvenți.

■ *Tutunul* este răspunzător de 30% din totalitatea deceselor prin cancer. Mai mult de 90% dintre cancerele bronhopulmonare, prima cauză de mortalitate prin cancer din lume, și cancerele căilor aerodigestive (cancere orofaringolaringeene și esofagiene) îi sunt direct imputabile.

■ *Alcoolismul*, nu direct carcinogen, dar foarte des asociat tabagismului, are un rol de cofactor multiplicativ de risc pentru cancerele căilor aerodigestive superioare: 9/10 dintre acestea se observă la indivizii consumatori de alcool și de tutun.

■ *Alimentația*, atunci când este bogată în grăsimi saturate și în proteine, și săracă în fibre, multiplică riscul cancerelor digestive (stomac, colon și rect), dar și pe cel al cancerelor hormonodependente (sân, endometru, prostată). Un consum excesiv de alimente afumate majorează riscul cancerului de stomac.

■ *Alți factori de risc*, ca expunerile prelungite la soare sau infecțiile cu papilomavirus (boli virale transmisibile sexual), favorizează, respectiv, apariția cancerelor cutanate, în special a melanoamelor maligne, și a cancerelor anogenitale.

CANDIDOZĂ. Orice boală cauzată de proliferarea ciupercilor levuriforme din genul *Candida*. SINONIM: *moniliază*.

Candidozele cutanate și ale mucoaselor. Acestea se pot prezenta sub trei aspecte cracteristice:

■ *Candidozele bucale* se traduc cel mai des printr-un muguet: după o fază acută în care limba și fața internă a obrajilor sunt de un roșu aprins, uscate și lucioase, apar depuneri albicioase cremoase, care se desprind dacă sunt raclate cu apăsătorul de limbă și care pot înnegri limba.

■ *Candidozele cutanate* sunt localizate la nivelul plicilor corpului și sunt favorizate de macerare. Ele se traduc printr-un intertrigo, leziune care începe din profunzimea plicii, care devine roșie, zemuindă și pruriginoasă, se întinde simetric de o parte și de alta a unui guleraș albicios. Candidozele cutanate pot să se dezvolte, de asemenea, la baza unghiilor, unde provoacă o turniolă (panariții superficial), sau complică un eritem fesier al sugarului.

■ *Candidozele genitale* se traduc, la femeie, printr-o vulvovaginită cu pierderi albicioase, iar la bărbat printr-o balanită cu apariția unei secreții albe cremoase în șanțul situat între gland și prepuț, mâncărimi și scurgere uretrală frecventă.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticarea candidozelor pliilor și mucoaselor se bazează pe analizarea prelevatelor, cu examinare directă sau după cultivare. Infecția este tratată prin aplicarea de antifungice locale prescrise sub formă de creme, de pomezi, de soluții sau de ovule, în funcție de localizare. Un tratament sistematic al partenerului se impune în caz de candidoză genitală. Tratamentul cu antifungice generale este necesar în formele severe sau recidivante.

Candidozele profunde. Acestea sunt consecutive propagării unei candidoze a pielii sau a mucoaselor care disemnează pe cale sangvină sau plecând de la o perfuzie și se manifestă la subiecții imunodeprimați, la pacienții dotați cu corpuri străine definitive (proteză valvulară cardiacă, cateter intravenos) și la heroinomani. Ele pot să atingă creierul (meningită, abces al creierului), ochiul (retinită septică, endoftalmie), inima (endocardită), plămânii, ficatul, splina, rinichii și căile urinare superioare. Candidoza orofaringeană are drept complicație frecventă o atingere a esofagului cu disfagie (jenă la deglutiție).

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticarea se face prin punerea în evidență a levurilor prin examen direct și prin cultivarea pe mediul specific a prelevatelor, ceea ce permite identificarea speciilor. Examenul serologic (căutarea anticorpilor anti-*Candida*) se dovedește adesea puțin operant ca mijloc de diagnosticare. Tratamentul face apel la antifungice pe cale locală sau generală.

CANIȚIE. Albire fiziologică sau patologică a părului.

Canița este, în general, legată de vârstă, începând între 30 și 50 ani la etniile europene. În caz de apariție mult mai precoce, ea este de origine ereditară.

O canițe prematură poate, de asemenea, să fie urmarea unei îmbătrâniri precoce, consecința unei anomalii genetice, sau unor boli autoimune. Acesta din urmă este cazul cu vitiligo (tulburări de pigmentație), cu pelada (alopecie localizată și brutală) în faza de recreștere a părului, a unei tiroidite (inflamație a glandei tiroide) etc.

Nu există un tratament medical.

CANNABIS. 1. Denumirea științifică a cânepii *(Cannabis indica).* **2.** Substanță extrasă din cânepa indiană, utilizată ca stupefiant sub diferite forme, ca hașișul și marijuana.

În afara dependenței psihice, cannabisul provoacă numeroase efecte secundare: grețuri, vome, accelerare cardiacă, anomalii de coordonare a mișcărilor, iritabilitate, tulburări de memorie și de raționament, pierderea noțiunii timpului și spațiului și, luat în doze mari, crize schizofrenice și paranoice.

CANULĂ. Mic tub de metal, material plastic sau cauciuc care permite trecerea aerului sau a unui lichid printr-un orificiu, natural sau practicat chirurgical.

CAPACITATE PULMONARĂ. Cantitate de aer prezentă în plămâni, măsurată în scopuri diagnostice în timpul unei explorări funcționale respiratorii.

CAPILAR. Vas de diametru foarte mic care conduce sângele de la arteriole la venule. SINONIM: *capilar sangvin.*

CAPILARITĂ. Inflamație acută sau cronică a capilarelor sangvine, uneori a arteriolelor și venulelor alăturate, antrenând manifestări cutanate predominant la nivelul gambelor.

CAUZE. Capilaritele au cauze și mecanisme, în general, prost cunoscute. Uneori poate fi invocat un mecanism imunologic, o diminuare a circulației venoase (varice și flebite ale membrelor inferioare) sau un factor alergic.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Capilaritele sunt răspunzătoare de mai multe simptome cutanate, mai mult sau mai puțin difuze, asociate în mod divers: purpura, semnul cel mai caracteristic; o colorație brună sau gălbuie a pielii, datorată depunerilor de fier provenind din globulele roșii distruse pe loc; o formă frecventă este dermita ocre a gambelor, consecința unei insuficiențe cronice a circulației venoase.

TRATAMENT. Nu există un tratament curativ realmente eficace, în afara celui al unei eventuale cauze. Corticosteroizii și pomezile atenuează mâncărimile și leziunile eczematiforme pe care le prilejuiește această inflamație.

CAPILAROSCOPIE. Tehnică de examinare a vaselor capilare cutanate, permițând diagnosticarea unor tulburări circulatorii: vascularitele și conectivitele.

Simplă, rapidă și inofensivă, examinarea constă în observarea capilarelor prin piele. Pacientul își pune mâna pe o placă luminoasă. Medicul observă, cu ajutorul unui microscop, pielea de la marginea unghiei cu scopul de a nota numărul și aspectul capilarelor.

Fotografiile vor permite comparațiile ulterioare.

CARACTER. În genetică, desemnează orice caracteristică individuală transmisibilă în mod ereditar generațiilor următoare.

CARACTERIAL, -Ă. Se referă la un subiect, cel mai des un copil, al cărui caracter este perturbat fără ca el să prezinte totuși o adevărată boală psihiatrică.

La copil, tulburările caracteriale (sau de caracter) se manifestă printr-un comportament de opoziție: agresivitate, turbulență, intoleranță la disciplină, lenevie, dispersare continuă a atenției. Acestea pot fi cauzate de probleme afective sau relaționale, dar și de o afecțiune organică: astm, infecție necunoscută, parazitoză, sechele ale unui traumatism cranian etc. Tratamentul acestor tulburări trebuie deci precizat de la caz la caz. Termenul caracterial, concomitent restrâns și deosebit de extensibil, nu caracterizează nici o boală precisă și tinde astăzi să cadă în desuetudine.

CARATE. Boală infecțioasă contagioasă neveneriană provocată de o bacterie, *Treponema carateum.* SINONIM: *pinta.*

Carate este o treponematoză endemică în anumite țări din America Latină. Transmiterea se face prin contacte cutanate directe și prin ustensile de bucătărie. Ea afectează copilul și adultul.

Această boală se manifestă prin papule scuamoase, apoi prin pete roz, roșii sau violacee care, când îmbătrânesc, iau o culoare brună-negricioasă sau se albesc. Boala nu are complicații.

Carate este tratată eficace prin administrarea de penicilină.

CARBAMAT. Medicament utilizat în tratamentul manifestărilor de anxietate.

CARCINOGENEZĂ. Apariție a unui cancer pornind de la o celulă transformată prin mai multe mutații. SINONIME: *cancerogeneză, oncogeneză.*

CARCINOID. Tumoră benignă sau malignă puțin voluminoasă care se dezvoltă mai ales în mucoasele digestive, uneori în mucoasa bronșică, pe seama celulelor endocrine zise argentafine (colorabile cu unele săruri de argint). SINONIM: *tumoră argentafină.*

Carcinoidele benigne nu se manifestă prin nici un simptom și sunt descoperite cu ocazia unei intervenții sau al unui examen efectuat pentru altă boală (apendicectomie sau endoscopie). Carcinoidele maligne pot obstrua intestinul și pot da metastaze în ficat și în ganglionii abdominali.

Tratamentul carcinoidelor benigne constă în ablația chirurgicală completă a tumorii sau a tumorilor (carcinoidele apendicelui, de exemplu). În caz de carcinoid malign, evoluția foarte lentă a tumorii justifică terapiile multiple: radioterapia, ablația chirurgicală extinsă a metastazelor, în mod excepțional transplantul hepatic.

CARCINOM. Tumoră malignă dezvoltată pe seama țesuturilor epiteliale. SINONIM: *epitelioma.*

Carcinoamele reprezintă în jur de 80% din cancere. Ele pot să se dezvolte pe piele, mucoasele digestive, respiratorii,

genitale și urinare, pe toate glandele anexate acestor țesuturi (sân, ficat, pancreas, rinichi, prostată) și pe glandele endocrine (tiroidă, suprarenală). Gravitatea lor depinde de sediul tumorii (carcinomul pielii are, în general, o evoluție favorabilă) și de aspectul său microscopic, adică de capacitatea acesteia de a reproduce mai mult sau mai puțin fidel țesutul în care ea se dezvoltă.

CARDIOLOGIE. Studiu al funcționării cordului și, în particular, al bolilor care ating cordul și vasele sangvine.

CARDIOMEGALIE. Creșterea în volum a inimii.

CAUZE. Ele sunt de trei tipuri.

■ *Dilatarea uneia sau mai multor cavități cardiace* poate rezulta dintr-o proastă funcționare valvulară, dintr-un defect de irigare a mușchiului cardiac (cardiopatie ischemică), sau dintr-o boală chiar a mușchiului cardiac.

■ *Hipertrofia miocardică* (îngroșarea mușchiului cardiac la nivelul unuia sau ambelor ventricule) poate fi consecutivă prezenței unui obstacol al ejecției sangvine a inimii (hipertensiune arterială, îngustarea severă a valvulei aortice) sau existența unei boli a mușchiului cardiac însuși; atunci se vorbește de o cardiopatie hipertrofică.

■ *Efuziunile pericardice* sunt responsabile de o lărgire a profilului cardiac, vizibilă la radiografie și ecografie, urmare a acumulării de lichid în interiorul pericardului (învelișul inimii). Acest lichid este de tip serofibrinos, serohematic sau doar din sânge, în funcție de cauza sa.

Tratamentul unei cardiomegalii este cel al cauzei sale, atunci când ea este curabilă.

CARDIOMIOPATIE. → MIOCARDIOPATIE.

CARDIOPATIE. Orice boală de inimă, indiferent de originea ei.

CARDIOSTIMULARE. Metodă de tratament a unor tulburări de ritm cardiac prin șoc electric extern. SINONIM: *defibrilare*.

CARDIOTONIC. Medicament care crește forța de contracție a inimii. SINONIM: *tonicardiac*.

Medicamentele cardiotonice sunt indicate în caz de insuficiență cardiacă și pentru a trata unele tulburări ale *ritmului* (*accelerare*, *încetinire*). Ele *sunt prescrise fie pe* cale injectabilă în caz de urgență, între care șocul cardiogenic și stopul cardiocirculator, fie pe cale orală pe termen lung (modul obișnuit de administrare a medicamentelor digitalice).

Fiecare produs are propriile lui efecte nedorite, dar toate au un risc comun: apariția tulburărilor de ritm cardiac, uneori grave (accelerarea sau încetinirea prea intense).

CARENȚĂ AFECTIVĂ. Absență sau insuficiență a schimburilor afective esențiale dezvoltării și echilibrului afectiv al unui subiect.

Privarea prelungită de contactul cu mama sau un substitut matern antrenează la sugar o inhibiție anxioasă, un dezinteres pentru lumea exterioară (depresiune anaclitică) care sunt însoțite de anorexie, insomnie, agitație, întârziere psihomotorie și tulburări psihosomatice. Este ceea ce se numește sindromul de spitalism. Dacă această carență se prelungește dincolo de 3–4 luni, copilul riscă să sufere afectări psihice și fizice ireversibile.

La adult, situațiile ca doliul, infirmitatea, emigrarea etc. pot amplifica unele tendințe la paranoia, la introvertire sau la tulburări de caracter care închid individul în singurătate și riscă, în semn de reacție, să declanșeze tulburări psihiatrice acute. La subiectul în vârstă, lipsa de schimburi afective precipită adesea procesul de senilizare și chiar poate declanșa reacții de prăbușire, mergând până la sinucidere.

CARENȚĂ ALIMENTARĂ. Absență sau insuficiență a unor alimente indispensabile echilibrului și dezvoltării fizice a subiectului.

O carență alimentară poate fi globală sau selectivă și poate să se refere la nutriminte, acționând în foarte mici doze, ca sărurile minerale, oligoelementele, acizii aminați sau vitaminele. Ea poate fi legată de un defect de aport, de un regim dezechilibrat sau de o incapacitate a organismului de a utiliza nutrimentele sus-menționate. Afecțiunile organice care însoțesc anorexia (cancerul, hepatita, tuberculoza) au, de asemenea, drept consecință carențele de diferite grade de gravitate.

Efectele unei carențe alimentare sunt cu atât mai dezastruoase cu cât survin mai precoce. La embrion, făt sau sugar, carența alimentară împiedică diviziunea celulară. Un copil care a suferit o carență alimentară înainte de naștere sa și în cursul primului său an de viață riscă să prezinte debilități ale sistemului nervos central și atunci rău este ireversibil. În schimb, o carență alimentară care afectează un copil mai mare de un an nu are decât efecte temporare, deoarece acesta poate fi restabilit în urma unei alimentații corecte.

CARIE. Boală ce distruge structurile dintelui, evoluând de la periferie (smalț) spre centrul dintelui (pulpa dentară).

FRECVENȚĂ. În prezent, în regiunea pariziană, de exemplu, un adolescent de 12 ani prezintă în medie 4 carii. Această incidență este probabil consecința abundenței cresc*ânde* a alimentației cu glucide.

CAUZE. O carie este cauzată de acțiunea combinată a trei factori: placa dentară (substanța care se formează pe dinți, compusă din resturile alimentare, din mucusul salivar și din bacterii), terenul (constituția dintelui, ereditatea) și alimentația. Bacteriile plăcii dentare asimilează zaharurile rapide, proliferează și secretă un acid care atacă dinții și antrenează formarea unei cavități.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Caria se instalează de preferință în zonele neregulate, dificil de curățat. Ea începe prin a ataca smaltul, creând o cavitate. La început nedureroasă, ea

progresează în țesutul calcificat care acoperă pulpa (dentina), mărind cavitatea și permițând bacteriilor să invadeze pulpa dezgolită din centrul dintelui. Dintele devine atunci sensibil la contactul cu frigul și cu căldura, apoi la cel cu zaharurile. Netratată, caria antrenează distrugerea dintelui și infectarea osului subiacent prin pătrunderea microbilor.

PREVENIRE. Prevenirea trebuie să acționeze asupra celor trei cauze ale cariei: placa bacteriană trebuie să fie eliminată zilnic printr-un periaj minuțios completat cu trecerea printre dinți a ației dentare. O alimentație echilibrată, săracă în zaharuri rapide (pe care le putem înlocui prin zaharuri de substituție) este, de asemenea, eficace. În particular, nu trebuie încurajați copiii să mănânce dulciuri, nici să li se ofere acestea înainte de culcare. În sfârșit, este posibil să se intervină de o manieră precoce asupra constituției dintelui întărindu-i smaltul prin administrarea de fluor (în apă, în sare sau în comprimate) în cursul primilor doisprezece ani de viață. În plus, se impune o supraveghere regulată (aproximativ anual) prin consultarea unui dentist.

CARIOTIP. Totalitatea cromozomilor unei celule sau ai unui individ, specifică unei anumite specii. SINONIM: *complement cromozomic*.

Prin extensie, termenul cariotip desemnează reprezentarea fotografică a cromozomilor unei celule.

În medicină, examenul cariotipului permite punerea în evidență a aberațiilor cromozomiale (anomalii privind numărul sau structura cromozomilor). Astfel, în trisomia 21 (mongolism), cariotipul evidențiază 3 cromozomi 21 (de unde și numele bolii) în loc de 2 cromozomi.

CARL SMITH (boală a lui). Boală acută a copilului, probabil de origine virală, care se traduce printr-o hiperlimfocitoză (creșterea marcată a numărului de limfocite, un tip de globule albe, din sânge).

Boala se caracterizează printr-o rinofaringită febrilă cu diaree, asociată uneori cu o erupție cutanată sau cu o meningită limfocitară, foarte rar cu adenopatii (creșterea în volum a ganglionilor) și cu o splenomegalie (creșterea în mărime a splinei). Evoluția este scurtă, benignă și nu necesită nici un tratament.

CARNE. Aliment furnizat de carnea și viscerele de mamifere și păsări.

Carnea este un aliment de mare interes dietetic, în special datorită conținutului său bogat în proteine de bună valoare nutrițională (de la 18 la 20 grame în medie pe 100 grame carne), în fier (prezent sub forme deosebit de bine asimilabile de către organism), în zinc și alte minerale ca vitaminele, în principal cele ale grupului B. Valoarea sa energetică, variind după speciile animale și după bucată, depinde în mare parte de conținutul său în lipide: de la 110 (cal, vacă slabă, pui, bibilică) până la 500 kilocalorii (mezeluri) pentru 100 grame produs, cu un conținut în lipide care poate varia de la 2 la 47%.

Contrar unei opinii răspândite, „carnea albă" (pui, bibilică, viței, iepure de casă etc.) este tot atât de bogată în proteine ca și carnea „roșie" (cal, vacă etc.). Astfel, valoarea nutrițională a cărnii de pasăre este apropiată de cea a altor cărnuri: ea aduce între 110 (pui, bibilică, porumbel) și 230 (rață, gâscă) kilocalorii pentru 100 grame carne și furnizează între 17,5 și 23 grame de proteine și între 2,5 și 18 grame de lipide; aceste lipide sunt, în principal, localizate în pielea animalului și sunt compuse în cea mai mare parte din acizi grași mononesaturați, care au un efect favorabil asupra HDL colesterolului supranumit și „colesterol bun".

CARNITINĂ. Acid aminat al cărui deficit poate provoca o miopatie (boală gravă a mușchilor).

CAROTEN. Pigment portocaliu, liposolubil, precursor al vitaminei A, prezent în morcovi, roșii, unele legume verzi, în fructe, în laptele integral și în unt.

Un consum excesiv de alimente bogate în beta-caroten provoacă o îngălbenire a pielii. Această colorație dispare rapid de îndată ce se suprimă excesul de aport alimentar în beta-caroten. Beta-carotenul protejează pielea față de soare prin stimularea sintezei melaninei.

CAROTIDĂ (arteră). Arteră a gâtului și a capului.

Există două carotide primitive, una dreaptă, alta stângă. Cele două vase merg de o parte și de alta a traheei de la baza gâtului până la înălțimea larginelui, unde se divid fiecare în două ramuri principale, carotida internă și carotida externă.

FIZIOLOGIE. Carotidele au două zone sensibile, de fiecare parte a gâtului; sinusul carotidian, care intervine în reglarea tensiunii arteriale, și corpusculul carotidian, sau glomusul carotidian, care joacă un rol important în reglarea saturării în oxigen a sângelui și în funcționarea respirației.

PATOLOGIE. Întreruperea tranzitorie a circulației într-o arteră carotidă poate provoca un accident ischemic tranzitoriu (A.I.T.). Ocluzia uneia dintre aceste artere poate antrena un accident vascular cerebral (A.V.C.).

CARP. Totalitate a oaselor și articulațiilor situate între mână și antebraț, formând osatura încheieturii mâinii.

CARTILAGIU. Țesut conjunctiv care constituie scheletul la embrion; la adult se întâlnește în cantitate mică, îndeosebi la nivelul suprafețelor osoase ale unor articulații.

Cartilagiul (cartilajul), o lamelă albă, netedă și lucioasă, suplă, rezistentă și elastică, este format din celule, condriocitele, care asigură reînnoirea lui, fibre de colagen și substanța de bază, constituită mai ales din proteoglicani (molecule mari spongioase).

PATOLOGIE. Unele boli infecțioase, tumorale, inflamatorii (artrita) sau degenerative (artroza), sau bolile osoase ca osteocondrita sau condrocalcinoza provoacă o alterare a cartilagiului.

CASTRARE. Ablație chirurgicală a testiculelor (orhidectomie bilaterală) sau a ovarelor (ovariectomie bilaterală).

Castrarea face parte din tratamentul unor cancere genitale (de ovare). Ea mai este practicată și pentru reducerea nivelurilor sangvine de hormoni, estrogeni sau testosteronul, care stimulează dezvoltarea cancerelor hormonodependente de sân și de prostată. Această intervenție trebuie să fie deosebită de ablația unilaterală a testiculului sau a ovarului, practicată pentru tratarea tumorilor acestor organe și nu antrenează nici una dintre consecințele castrării.

CAȘEXIE. Stare de slăbiciune profundă a organismului, legată de o denutriție foarte importantă.

Cașexia în sine nu este o afecțiune, ci un simptom ale cărui cauze sunt diverse. Ea poate constitui consecința unei anorexii (diminuarea sau pierderea totală a poftei de mâncare).

CATALEPSIE. Stare fizică tranzitorie caracterizată printr-o rigiditate a mușchilor feței, trunchiului și membrelor, care rămân încremeniți în atitudinea de origine.

CATAPLEXIE. Dispariție bruscă a tonusului muscular, antrenând cel mai des căderea subiectului.

Cataplexia survine cu ocazia unor emoții puternice, agreabile sau neplăcute, și durează, în general, de la câteva secunde până la câteva minute. Ea rezultă din declanșarea intempestivă a mecanismelor somnului.

Un tratament psihostimulant permite prevenirea acestui risc la cei care prezintă această manifestare.

CATAR. Inflamație acută sau cronică a unei mucoase, mai ales din căile aeriene superioare (nas, faringe), cu hipersecreția nepurulentă a acestor glande.

CATARACTĂ. Opacifiere parțială sau totală a cristalinului, consecutivă alterării metabolismului fibrelor cristaliniene și responsabilă de o scădere progresivă a vederii.

DIFERITE TIPURI DE CATARACTĂ

■ *Cataracta subiectului în vârstă* este cea mai frecventă. Începând de la 65 de ani, orice individ poate prezenta un început de cataractă, care se accentuează cu vârsta. Cauzele nu sunt încă exact cunoscute.

■ *Cataracta adultului* poate fi de origine traumatică. Ea mai poate rezulta și dintr-o boală generală (diabet, cel mai des), din tulburări de metabolism fosfocalcic (hipoparatiroidie, tetanie), din unele afecțiuni neurologice sau dermatologice, precum și din unele tratamente prelungite cu corticosteroizi.

■ *Cataracta copilului* are o origine uneori dificil de stabilit. Ea poate fi congenitală, cauzată de o boală infecțioasă contractată de mamă în timpul sarcinii și transmisă embrionului (rubeolă), sau, mai rar, poate fi consecința unei boli metabolice, precum galactozemia congenitală, sau poate însoți o trisomie 21 (mongolism).

SIMPTOME ȘI SEMNE. O cataractă se traduce printr-o scădere progresivă a acuității vizuale, întinzându-se uneori pe mai mulți ani. O senzație de ceață este frecventă, precum și de orbiri de scurtă durată rezultat al difracției razelor luminoase într-un mediu care se opacifiază.

TRATAMENT. Pot fi instilate colirele destinate încetinirii evoluției unei cataracte. Totuși, tratamentul propriu-zis al cataractei este cel chirurgical: extragerea cristalinului cu implantarea, sau nu, a unui cristalin artificial.

■ *La adult*, înlocuirea cristalinului bolnav printr-un cristalin artificial (implant) a devenit practic sistematică (cu excepția subiecților foarte miopi), toleranța pe lung termen fiind foarte bună.

■ *La copil*, utilizarea de cristaline artificiale rămâne o problemă controversată, deoarece se cunoaște prea puțin despre toleranța pe termen lung. De aceea, punerea unui implant este adesea evitată: corecția este făcută atunci prin lentile de contact sau prin ochelari corectori dacă afecțiunea este bilaterală.

CATETER. Tub din material plastic, de calibru milimetric și de lungime variabilă.

CATETERISM. Introducere a unui catater (tub din material plastic, de calibru milimetric) într-un vas sangvin sau într-un canal natural în scopuri diagnostice sau terapeutice.

Cateterismul este utilizat în special cu intenția de a realiza o radiografie, după injectarea unui produs de contrast, pentru a vizualiza cavitățile organismului; pentru a explora și a dilata, cu ajutorul unui cateter cu balonaș, îngustările vasculare și cardiace; pentru a măsura debitele și presiunile sângelui în diferitele vase; pentru a introduce local substanțe medicamentoase sau pentru a evacua un lichid.

CATETERISMUL CARDIAC. Constă în introducerea în cavitatea unui vas sangvin a unui cateter, care este făcut să alunece până în cavitățile inimii pentru a-i explora funcționarea.

Cateterismul cardiac permite diagnosticarea unei boli cardiace, evaluarea gravității sale și aprecierea răsunetului ei, dacă este vorba de o boală congenitală sau dobândită.

TEHNICĂ. Cateterismul cardiac este realizat sub control radioscopic și necesită o spitalizare de 48 până la 72 de ore. Se practică o anestezie locală și o mică incizie la punctul de introducere a cateterului, în general la plica inghinală. Cateterul este introdus într-o venă pentru explorarea cavităților drepte ale inimii, și într-o arteră pentru cea a cavităților stângi; apoi cateterul este împins până în inimă prin vas.

Examenul durează între 30 de minute și o oră și 30 de minute.

COMPLICAȚII. Rare, complicațiile pot fi mecanice: hemoragia la punctul de puncționare sau, excepțional, tromboza vasculară; ele pot fi și infecțioase sau chiar să antreneze tulburări ale ritmului: declanșarea de extrasistole izolate sau în salve, adesea tranzitorii și fără consecințe grave, în timpul trecerii sondei în cavitățile cardiace. Riscul de accident fatal, extrem de mic, nu este legat, în general, de examenul în sine, ci de gravitatea bolii care a motivat practicarea cateterismului cardiac.

CATGUT. Fir rezorbabil, obținut prin folosirea ca materie primă a țesutului conjunctiv al intestinului subțire de oaie.

CAUTERIZARE. Distrugere a unui țesut cu scopul de a suprima o leziune, de a opri o sângerare sau de a face să regreseze înmugurirea exuberantă a unei cicatrici.

Cauterizarea este cel mai des localizată și superficială, practicată pe piele sau pe o mucoasă. Principalele metode de cauterizare sunt electrocoagularea, prin trecerea unui curent electric prin bisturiul electric, distrugerea cu laser, crioterapia (tratamentul prin frig). Uneori se recurge la aplicarea unei substanțe caustice.

CAUZALGIE. Durere intensă și prelungită cauzată de lezarea unui nerv.

CAVĂ (venă). Vas care aduce sângele albastru (sărac în oxigen și încărcat cu gaz carbonic) spre partea dreaptă a inimii.

Venele cave sunt în număr de două.

■ *Vena cavă superioară* drenează sângele din jumătatea superioară a corpului (cap, gât, membre superioare și torace).

■ *Vena cavă inferioară*, cea mai voluminoasă, drenează sângele părții inferioare a corpului (abdomen, bazin și membre inferioare).

CAVERNĂ. Cavitate care apare în plămân, mai rar în rinichi sau în ficat, după eliminarea cazeumului (focar de necroză tuberculoasă, păstos și alb).

CĂI BILIARE. Ansamblu al canalelor care asigură colectarea și transportul bilei care provine din ficat și este excretată în intestinul subțire.

CĂI DIGESTIVE. Ansamblu al organelor cavitare ale aparatului digestiv.

Începând de sus în jos, se disting: cavitatea bucală, faringele, esofagul, stomacul, intestinul subțire (duodenul, jejunul, ileonul), colonul — care se termină prin sigmoid —, rectul și anusul. → DIGESTIV (aparat).

CĂI LACRIMALE. Ansamblu al conducturilor care vehiculează lacrimile provenind de la glandele lacrimale spre canalul lacrimonazal, care se deschide în fosele nazale. → LACRIMAL (aparat).

CĂI LIMFATICE. Ansamblu al vaselor limfatice care drenează limfa până în circulația sangvină prin canalul toracic. → SISTEM LIMFATIC.

CĂI OPTICE. Structuri nervoase care transmit senzația vizuală a retinei la cortexul occipital al creierului.

PATOLOGIE. Leziunile căilor optice pot fi urmarea unor boli vasculare, inflamatorii, degenerative și îndeosebi tumorale. Tratamentul lor depinde de cauza lor.

■ *Atingerea unui nerv optic*, pe traiectul său între globul ocular și chiasmă, se manifestă printr-o scădere a vederii la ochiul al cărui nerv este lezat.

■ *Atingerea chiasmei oculare* se traduce printr-un defi-cit al câmpului vizual, variabil după localizarea leziunii. Atingerea chiasmei în porțiunea ei laterală provoacă un deficit în câmpul vizual nazal de pe aceeași parte; atingerea chiasmei în partea sa mediană antrenează un deficit în câmpul vizual al ambilor ochi (hemianopsie bitemporală).

CĂILE RESPIRATORII. Ansamblu al organelor cavitare ale aparatului respirator care conduc aerul până la alveolele pulmonare, unde se efectuează schimburile gazoase între sânge și aer (oxigenarea sângelui, în principal). → RESPIRATOR (aparat).

CĂILOR BILIARE (cancer al). Tumoră malignă care atinge vezicula biliară sau calea biliară principală sub forma unui adenocarcinom (cancer al țesutului glandular).

Cancerul vezicului biliare. Acesta afectează subiecții în vârstă și se dezvoltă la unii pacienți plecând de la un adenom (tumoră benignă) care se transformă în adenocarcinom.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acestea apar tardiv, la câteva luni după instalarea cancerului; ele constau în grețuri și vome, un icter, o pierdere în greutate, prezența unei mase palpabile în regiunea superioară dreaptă a abdomenului și dureri în această regiune, iradiind uneori spre umărul drept.

Odată apărut, cancerul veziculei biliare se întinde rapid la ficat, la duoden, la ganglionii din vecinătate și uneori la colon.

TRATAMENT. Tratamentul constă în ablația veziculei biliare.

PREVENIRE. Pacienții care au o litiază biliară trebuie supravegheați, dar riscul de cancerizare este prea mic pentru a justifica o colecistectomie (ablația veziculei biliare) preventivă în mod sistematic.

Cancerul căii biliare principale. Acesta este o tumoră malignă care blochează scurgerea bilei la înălțimea canalului coledoc.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Această tumoră antrenează un icter, o febră, mâncărimi și dureri.

TRATAMENT. Tratamentul este, în principal, chirurgical și poate fi curativ (ablația zonei tumorale cu restabilirea continuității biliare) sau paliativ — el vizează atunci menținerea scurgerii bilei cu scopul de a regresa icterul și mâncărimile, intervenția constând în amplasarea unei proteze din material plastic care ocolește tumora.

CĂILOR LIMFATICE (cancer al). → LIMFOM.

CĂLĂTORII (sfaturi pentru). Ansamblu de măsuri de luat înainte, în timpul și după deplasarea într-o țară tropicală sau într-o țară în care igiena este defectuoasă și care permit evitarea majorității bolilor parazitare, bacteriene sau virale.

VACCINĂRI. Înaintea oricărei călătorii de acest fel, este indispensabil să se ia cunoștință de bolile endemice din țara sau din țările respective cu scopul de a proceda la vaccinările necesare organizate pe lângă un consulat, o companie aeriană, un centru de vaccinare etc.

Actualmente, doar vaccinul împotriva febrei galbene este cerut pentru intrarea în anumite țări, pe baza reglementării Organizației Mondiale a Sănătății (O.M.S.); de fapt, el este indispensabil înaintea oricărei călătorii în Africa și în America intertropicală, chiar și în țările în care nu este cerut un certificat de vaccinare.

Vaccinul împotriva holerei nu este indicat de către O.M.S. În prezent, un nou vaccin este în curs de evaluare. Alte vaccinări sunt facultative, dar recomandate din plin, ca rapelul sau vaccinarea antitifoidică, antitetanică, antipoliomielitică și vaccinul contra hepatitelor A (mai ales subiecții sub 40 de ani) și B.

CHIMIOPROFILAXIE. Aceasta privește, în principal, prevenirea paludismului cu *Plasmodium falciparum* (singurul paludism care poate fi mortal), indispensabilă în toate regiunile intertropicale din Africa și America de Sud, și în zonele de hățișuri ale aceloraşi regiuni din Asia. Ea constă în luarea de antipaludice (priză zilnică sau săptămânală după produsul utilizat), începând din ziua sosirii până la 6 săptămâni sau două luni după întoarcere. Totuși, în funcție de locul și durata călătoriei sau de eventualele contraindicații, aceste formule de prevenire pot varia și oricum trebuie să ne asigurăm înaintea plecării, consultând un specialist în profilaxie, pe care din formule s-o adoptăm. Mai rar, pot fi indicate și alte chimioprofilaxii, în particular împotriva filariozelor, tripanosomiazei africane și holerei.

MĂSURI DE IGIENĂ. În avion, mai ales în timpul zborurilor de lungă durată, este indicat să te miști cât mai mult posibil și mai ales să te ridici des în picioare, să eviți încălțămintea, curelele și cravatele prea strânse care împiedică circulația sângelui și, în cazul unei boli venoase, să urmezi un tratament anticoagulant preventiv. Durerile de cap, frecvente, rezultă din presurizarea și deshidratarea datorată uscăciunii aerului condiționat: ele pot fi prevenite bând din abundență (aproximativ 1 litru de apă la câte 4 ore). Pentru limitarea efectelor decalajului orar, sunt posibile două atitudini: fie, pentru o călătorie vest-est, încercarea de a dormi în avion cu scopul de a sosi în cea mai bună formă posibilă (este recomandabil să se ia hipnotice cu durată scurtă de acțiune, astfel ca efectele lor să fi dispărut la sosire), fie, pentru o călătorie est-vest, să se reziste somnului cât mai mult posibil, cu scopul de a te adapta orarului țării de primire.

La sosire, pentru a evita accidentele cauzate de căldură, călătorilor din țările temperate le este recomandat să evite eforturile fizice intense la mijlocul zilei și să-și săreze bine alimentele (pentru a preveni deshidratarea) la începutul șederii lor în țara respectivă. În caz de deplasare bruscă la altitudine, călătorul este sfătuit să respecte un repaus de 48 de ore pentru a facilita adaptarea organismului său la un aer mai sărac în oxigen. Călătorii sunt sfătuiți să se doteze, în cantități suficiente, cu produsele farmaceutice pe care le folosesc de obicei (antidiabetice, pilule contraceptive etc.).

■ *Igiena alimentară* constă în consumul exclusiv de apă minerală sau băuturi capsulate (dacă aceasta nu e posibil, apa trebuie să fie filtrată, fiartă sau dezinfectată în prealabil), în abținerea de a consuma înghețate sau bucăți de gheață, unt crud sau nepasteurizat, legume crude, fructe care nu se pot decoji, fructe de mare, precum și carne sau pește insuficient prelucrate termic. În plus, pentru spălarea dinților trebuie folosită apa minerală.

■ *Igiena pielii* este capitală într-un climat tropical; de fapt, aceasta este cel mai frecvent supusă infecțiilor bacteriene sau micotice, a căror apariție este favorizată de căldură, conjugată cu umiditatea:

— protecția împotriva soarelui: utilizarea de creme filtrante, expunerea progresivă la radiațiile solare, administrarea de vitamină PP, de clorochin sau de beta-caroten în caz de fotoalergie; este recomandabil, în regiunile calde și uscate, să se poarte o pălărie ușoară, de culoare deschisă, care să protejeze de insolații; în schimb, dacă e vorba de un climat cald și umed, pălăria nu este necesară și jenează evaporarea transpirației de pe gât și de pe pielea capului;

— protecția contra umidității și căldurii: o bună igienă corporală (dușuri, utilizarea unei pudre care menține pielea uscată), folosirea îmbrăcămintei comode, de culoare deschisă (care reflectă razele soarelui), de preferință din bumbac (țesăturile sintetice nu absorb transpirația);

— protecția împotriva bolilor parazitare în care contaminarea se face prin calea cutanată (bilharzioză, anguilulloză etc.), evitând mersul cu picioarele goale în nori sau pe teren umed, sau scăldatul în apă dulce, stătătoare sau cu curgere slabă (brat de apă, fluvii, lacuri);

— protecția față de dermitele datorate contactului cu unele vegetale (păduri exotice, sucuri de arbori, de plante sau de fructe), evitând manipularea acestora fără precauții;

— protecția împotriva acarienilor (căpușe, sarcoptul scabiei) sau a insectelor (purece, ploșnițe, țâuni, țânțari), cu ajutorul plaselor împotriva țânțarilor (musticarii), emițătoarelor de ultrasunete sau împrăștietoarelor de insecticide etc.

■ *Igiena sexuală* constă în utilizarea prezervativelor în cursul oricărui contact sexual.

CĂLCÂI. Parte posterioară a piciorului.

Scheletul călcâiului este constituit din calcaneu. El formează punctul de sprijin posterior al piciorului.

PATOLOGIE. Afecțiunile călcâiului pot rezulta fie dintr-o atingere a călcâiului (calcaneită, osteocondrită a calcaneului la adolescent, fractură etc.), fie a tendonului lui Ahile, care se inseră pe calcaneu, sau încă mai poate fi o consecință a prăbușirii podului plantar, de exemplu în cazul unei imobilizări prelungite. În toate cazurile, un exces de greutate sau o tulburare statică a piciorului (orientare defectuoasă a axei calcaneului, îndeosebi) pot agrava simptomele.

CĂRBUNE. Boală infecțioasă contagioasă consecutivă unei bacteridii cărbunoase cu *Bacillus anthracis*, Gram negativ.

Boala poate fi transmisă omului de către animale, în principal ovine, cabaline și caprine, vii sau moarte. Contaminarea se face cel mai des în timpul manipulării produselor de ecarisaj, pe cale cutanată sau mucoasă, și uneori prin inhalarea sau ingerarea de spori ai bacteriei.

Incubația durează două sau trei zile. Aspectul cel mai caracteristic al bolii cărbunelui este o pustulă localizată adesea pe față și care devine repede o tumefacție negricioasă.

Tratamentul cu antibiotice (penicilină în doză mare), instaurat de urgență, a trecut această boală în rândul celor rare, cu excepția țărilor în curs de dezvoltare.

CĂRBUNE ACTIVAT. Medicament utilizat pentru proprietățile lui adsorbante (fixare prin simplul contact) față de gaze, lichide și toxice.

Cărbunele este obținut prin calcinarea materiilor de origine vegetală sau animală. El se numește activat sau activ când a suferit o pregătire specială destinată să crească puterea sa adsorbantă. Este administrat pe cale orală.

CÂMP. 1. Regiune delimitată a corpului pe care se practică o intervenție chirurgicală. **2.** Bucată sterilă de țesătură sau hârtie aplicată pe piele și care delimitează zona ce face obiectul unei intervenții chirurgicale.

CÂMP VIZUAL. Ansamblul punctelor din spațiu pe care ochiul îl poate percepe atunci când este imobil.

EXPLORAREA CÂMPULUI VIZUAL

■ *Explorarea clinică* are avantajul de a putea fi realizată în orice loc, fără instrumente. Principalul ei inconvenient este faptul de a nu fi reproductibilă: ea nu poate servi decât ca examen de depistare. În testul de confruntare, subiectul, care privește drept în fața lui, trebuie să semnaleze momentul în care percepe un obiect („testul") pe care examinatorul îl deplasează în fața ochilor săi de la periferie spre centru. În proba lui Amsler, subiectul trebuie să fixeze punctul central al unei scheme desenând anomaliile pe care le percepe.

■ *Explorarea instrumentală* prezintă avantajul de a fi reproductibilă: ea permite deci, dacă e cazul, să se urmărească evoluția diferiților parametri. Ea utilizează un test luminos mobil și înregistrează diferitele locuri în care acesta devine vizibil pentru pacient. Explorarea instrumentală se face, în general, cu ajutorul unui aparat numit „perimetrul lui Goldmann". Analizorul lui Friedmann folosește aceleași principii.

ANOMALII ALE CÂMPULUI VIZUAL

■ *Amputarea* este o îngustare a limitei periferice a câmpului vizual. În anumite cazuri, ea este consecința unui glaucom foarte evoluat sau unei retinopatii pigmentare (degenerescență ereditară). În alte cazuri, amputarea câmpului vizual este urmarea unei atingeri a căilor vizuale. Ea este localizată atunci într-o parte precisă, antrenând o cuadranopsie (amputarea unui sfert de câmp vizual al fiecărui ochi) sau o hemianopsie (amputarea unei jumătăți a câmpului vizual al unui ochi), mai des verticală decât orizontală.

■ *Scotomul* este o zonă de orbire sau de vedere slabă din interiorul câmpului vizual cauzată de o atingere a retinei sau a căilor vizuale. Subiectul poate să nu perceapă această zonă în mod spontan sau poate să o perceapă ca pe o pată.

CEAFĂ. Regiune posterioară a gâtului, curbată și suplă, cuprinzând toate părțile moi situate în spatele rachisului cervical și limitată lateral de marginile anterioare ale mușchilor trapezi.

CEC. Porțiune inițială a colonului situată dedesubtul ileonului și prelungită cu apendicele.

CECITATE. Stare de a fi orb sau nevăzător.

Cecitatea poate fi totală sau parțială, congenitală sau dobândită.

Cecitatea poate fi parțială (acuitatea celui mai bun ochi este cuprinsă între 1/20 și 1/50), aproape totală (acuitatea celui mai bun ochi este cuprinsă între 1/50 și pragul de percepere a luminii) sau totală (nu se percepe deloc lumina).

CECOSTOMIE. Operație chirurgicală care constă în deschiderea cecului, partea inițială a intestinului gros, pentru a-l goli de conținutul său. → STOMIE.

CEFALEE. Orice durere de cap, indiferent de cauza ei. SINONIM: *cefalgie*.

Cefaleele, numite de obicei dureri de cap, sunt localizate pe bolta craniană. Evoluția lor este foarte variabilă, de la câteva ore la câteva zile, accesele putând să se repete timp de mai mulți ani.

DIFERITE TIPURI DE CEFALEE. Clasic, se disting trei tipuri de cefalee.

■ *Cefaleele psihogene*, foarte frecvente, sunt consecința unei oboseli, a unor tulburări psihologice benigne (anxietate, stres), chiar și a unei veritabile depresiuni. Tensiunea psihică poate provoca o contracție exagerată a mușchilor cefei, cu iradierea durerii spre cap. Cefaleele psihogene sunt permanente și pot obliga o încetinire moderată a activității. Evoluția lor este cronică.

■ *Migrenele* afectează aproximativ 5–10% din populația globului. Cauza lor primitivă este necunoscută, dar se știe că are loc o constricție urmată de o dilatare a anumitor artere ale capului și că există adesea un teren familial. În general, durerea este intensă, pulsatilă, localizată la jumătate din craniu, asociată cu tulburări digestive (grețuri, vomă), exacerbată de către lumină, zgomot, activitate fizică. Evoluția este cronică și paroxistică: se observă crize de frecvențe foarte variabile (de la una pe an la câteva pe lună), durând între două ore și câteva zile.

■ *Cefaleele simptomatice* nu constituie ele în sine o boală, dar sunt simptomul unei afecțiuni organice, în special a bolii lui Horton, a unor afecțiuni oculare (glaucom, tulburări de vedere), otorinolaringologice (sinuzită, otită), dentare sau reumatologice (artroză cervicală). Ele sunt uneori ocazionate de o hipertensiune arterială, de o intoxicație cu oxid de carbon, unele medicamente (vasodilatatoarele, de exemplu), de o febră. O cefalee simptomatică poate, de asemenea, să fie consecința unei hemoragii meningeene, a unei meningite, a unei tumori cerebrale, care, stânjenind circulația lichidului cefalorahidian, declanșează în amonte o hipertensiune intercraniană, a unui hematom cerebral posttraumatic sau a unui anevrism cerebral. În caz de hipertensiune intracraniană, cefaleea predomină la sfârșitul nopții sau la trezire.

TRATAMENT. În afara eradicării eventualei cauze și a folosirii unor mijloace specifice (medicamente antimigrenoase dacă este vorba de o migrenă), tratamentul este cel al durerii în general; el face apel la analgezicele uzuale ca paracetamolul. Unele măsuri calmează uneori durerea: pacientul poate să se întindă în poziția culcat, să evite factorii agravanți (camera zgomotoasă, prost aerisită), să-și întindă sau să-și maseze mușchii umerilor, gâtului, feței și pielii capului și, dacă este posibil, să doarmă câteva ore. → MIGRENĂ.

CEFALHEMATOM. Efuziune sangvină benignă a boltei craniene la noul-născut.

Un cefalhematom este observat uneori după o naștere dificilă, când a avut loc aplicarea unui forceps pe cap. În zilele următoare nașterii apare pe cap o tumefacție rotundă și asimetrică, cu marginile nete, ceea ce o deosebește de bosa serosangvină, cu aspect mai difuz.

Cefalhematomul se resoarbe spontan și complet în câteva săptămâni; nu este necesar nici un tratament.

CEFALORAHIDIAN (lichid). Lichid care înconjoară întreg sistemul nervos central și umple, de asemenea, cavitățile ventriculare encefalice.

Lichidul cefalorahidian poate fi prelevat prin puncție lombară, în scopuri diagnostice.

PATOLOGIE. O stânjenire a curgerii sau a rezorbției lichidului cefalorahidian, cauzată de existența unei tumori, unei infecții sau unei malformații, poate provoca în amonte de obstacol o hidrocefalie (dilatare a cavităților), asociată sau nu cu o hipertensiune intracraniană (creșterea presiunii lichidului). În plus, o fractură de bază a craniului poate genera o ruptură meningeană, lăsând să scape lichid cefalorahidian care curge atunci prin ureche sau pe nas.

CEFALOSPORINĂ. Medicament antibiotic înrudit cu penicilina și activ față de numeroase bacterii.

Cefalosporinele sunt bactericide, adică ele distrug bacteriile fără a se mulțumi doar să oprească dezvoltarea lor.

Indicațiile foarte întinse ale cefalosporinelor includ îndeosebi septicemiile, infecțiile respiratorii, genitale, urinare și cele ale urechilor. Bine tolerate în ansamblu, aceste medicamente au totuși ca efect nedorit comun reacțiile alergice. În particular, 10% dintre subiecții alergici la penicilină sunt, de asemenea, alergici și la cefalosporine (alergie încrucișată).

CELIAC, -Ă. Califică ceea ce se raportează la cavitatea abdominală.

CELIOCHIRURGIE. Tehnică chirurgicală ce permite să se intervină sub controlul unui endoscop (tub dotat cu un sistem optic) care se introduce în cavitatea abdominală. SINONIM: *chirurgie prin laparoscopie, chirurgie sub videoscopie, videochirurgie*.

Această metodă operatorie constituie extinderea la chirurgie a unei tehnici de diagnostic, celioscopia. Aplicată inițial la intervențiile efectuate pe aparatul genital feminin, celiochirurgia s-a extins la numeroase regiuni și organe.

Celiochirurgia se practică în mediu spitalicesc, sub anestezie generală. Pentru intervențiile practicate în abdomen, cele mai frecvente, se introduce într-o primă etapă, printr-un ac înfundat în ombilic sau în regiunea subcostală stângă, dioxid de carbon cu scopul de a realiza un pneumoperitoneu (spațiu mare gazos care îndepărtează peretele viscerelor și permite manipularea instrumentelor). Un trocar (instrument în formă de poanson, montat pe un mâner și conținut de o canulă) este apoi introdus prin regiunea ombilicală cu scopul de a permite trecerea endoscopului. Acesta este legat la o cameră TV; imaginea poate fi urmărită pe un ecran și, eventual, înregistrată pe casetă video. Alte trocare, cu calibrul de la 5 la 12mm, sunt introduse în diferite puncte ale peretelui pentru a permite trecerea instrumentelor necesare intervenției.

CELIOSCOPIE. Tehnică de explorare constând în introducerea prin peretele abdominal a unui endoscop (tub dotat cu un sistem optic) cu intenția de a observa organele abdominale și de a practica prelevări. SINONIM: *laparoscopie*.

Termenul laparoscopie este întrebuințat mai ales pentru a califica explorarea părții superioare a abdomenului (ficat, în particular), în timp ce termenul celioscopie se aplică mai curând explorării bazinului mic.

INDICAȚII. Celioscopia este utilizată pentru a descoperi unele cauze ale sterilității, pentru a preleva ovule — sau pentru a le reimplanta odată fecundate — cu ocazia fecundațiilor artificiale, pentru a diagnostica o sarcină extrauterină, o salpingită (infecția trompelor), natura unui chist ovarian.

TEHNICĂ ȘI DERULARE. Celioscopia se practică sub anestezie generală după injectarea de dioxid de carbon în cavitatea peritoneală. Endoscopul este apoi introdus printr-o mică incizie ombilicală de aproximativ 1 centimetru. Aparatul este legat la o cameră TV care transmite aceste imagini pe un ecran și poate să le înregistreze pe o casetă video. O celioscopie, care durează între 15 și 30 de minute, necesită o spitalizare de o zi.

EFECTE SECUNDARE. Acest examen este remarcabil de bine suportat mulțumită inciziei sau inciziilor sale foarte mici. La trezire nu se simte nici o durere, ci doar o ușoară balonare, din cauza injectării de dioxid de carbon în abdomen.

CELULĂ. Element constitutiv fundamental al oricărei ființe vii.

STRUCTURĂ. Majoritatea celulelor umane se dovedește a avea o structură asemănătoare, compusă din trei elemente principale.

■ *Nucleul* celulei conține A.D.N., suportul informației genetice.

■ *Citoplasma* este o materie fluidă, conținând numeroase organite (mitocondrii, ribozomi etc.) implicate în toate activitățile funcționale (metabolism) ale celulei.

■ *Membrana celulară* este un înveliș extern care separă celula de mediul exterior și joacă un rol major în schimburile de materie (reglarea trecerii substanțelor nutritive, a oxigenului, a bioxidului de carbon, a hormonilor etc.).

DIVIZIUNEA CELULARĂ. Celulele se reproduc în două moduri diferite, prin mitoză sau prin meioză. Mitoza este cea mai întâlnită formă: cromozomii care se găsesc în nucleul celulei inițiale sunt exact duplicați și transmiși într-un număr egal celor două celule-fiice. Meioza este un tip particular de diviziune celulară, specific ovulelor și spermatozoizilor: celulele-fiice nu dobândesc decât jumătate din materialul cromozomial al celulei mame.

În plus, cancerele sunt caracterizate printr-o proliferare celulară anarhică.

CELULITĂ. Modificare sau alterare vizibilă a țesutului cutanat sau subcutanat, uneori de origine inflamatorie.

Termenul de celulită desemnează două afecțiuni care nu au nici o legătură între ele: celulita în sensul obișnuit, zisă celulită estetică, și celulitele medicale, care acoperă la rândul lor mai multe boli.

Celulita estetică. Este vorba de o modificare a pielii provocată de depuneri de grăsime subcutanată.

Mai frecventă la femei, celulita este rezultatul mai multor cauze care pot fi asociate: ereditatea, aportul caloric prea mare, retenția de apă. Acest din urmă factor provine la rândul lui dintr-o dereglare hormonală, excesul de estrogeni, manifestându-se în particular înaintea fluxului menstrual și în timpul sarcinii, dintr-o insuficiență a circulației venoase sau limfatice, sau dintr-un factor mecanic constituit din purtatul îmbrăcămintei prea strâmte. Totuși, apariția unei celulite în forma sa moderată este un proces fiziologic normal, care privește 90% dintre femei.

DESCRIERE. Celulita apare la pubertate; ea este atunci tare și sensibilă, pielea devenind roșie și granuloasă pe pulpe și pe fese. Între 25 și 50 de ani, ea devine moale, apoi flască, apar bule subcutanate care apoi se accentuează; pielea ia din ce în ce mai mult un aspect capitonat numit „coajă de portocală".

TRATAMENT. Se încearcă o corectare a tuturor factorilor în cauză. Un regim moderat poate da rezultate, dar nu trebuie să-i supraestimăm eficacitatea, deoarece el acționează în primul rând asupra adipocitelor (celulele grăsoase) situate în afara regiunilor celulitei. Poate fi, de asemenea, corectat un dezechilibru hormonal sau vascular și se recomandă purtatul hainelor largi. Eșecurile sunt frecvente și sunt preconizate uneori metode manuale (masaje), o distrugere a adipocitelor prin injecții sau ultrasunete, o intervenție chirurgicală. Aceste tehnici, care n-au făcut obiectul unei verificări științifice, provoacă propriile lor efecte nedorite, ca, de exemplu, riscul unor sechele dizgrațioase. Se impune o anumită prudență, atâta vreme cât celulita este doar o problemă estetică și fără vreo incidență patologică.

Celulita infecțioasă. Este vorba de o infecție acută sau cronică a țesutului subcutanat.

Este o infecție de origine bacteriană, cel mai des cu streptococ, uneori cu stafilococ auriu sau cu diferiți germeni Gram negativi, consecutivă unei plăgi cutanate. Ea se manifestă, de obicei, sub forma unei mari zone roșii, calde și dureroase, afectând mai ales membrele inferioare, asociată cu o febră, cu frisoane și cu o stare de indispoziție generală.

O celulită infecțioasă necesită o spitalizare de urgență; ea este tratată prin administrarea de antibiotice.

CEMENT. Țesut calcificat foarte fin care acoperă rădăcina dintelui și asigură coeziunea acestuia cu osul maxilarului.

CENTURĂ ORTOPEDICĂ. Centură destinată susținerii abdomenului și conținerii unei hernii sau corectării deviațiilor coloanei vertebrale.

CERCETARE A PATERNITĂȚII. Cercetare întreprinsă pentru a determina dacă un individ, cel mai des un copil, provine sau nu din părintele presupus.

O astfel de cercetare se sprijină astăzi pe analize biologice (în principal, sangvine și de biologie moleculară), care permit stabilirea faptului că o persoană poate fi tatăl altei dacă ambele persoane prezintă caractere care n-au putut fi transmise decât prin ereditare: grup sangvin, grup H.L.A. sau de compatibilitate tisulară (determinând posibilitatea de a primi sau de a dona un organ cu ocazia unei grefe), asemănare genotipică (în succesiunea constituenților A.D.N.-ului cromozomilor) etc. Cel mai des mama este și ea solicitată și suportă, de asemenea, analizele.

CEREALĂ. Plantă din familia gramineelor, ale cărei grăunțe, întregi sau transformate în făină, sunt utilizate în alimentația umană.

Cerealele cel mai des consumate sunt grâul, secara, orezul, porumbul, orzul, ovăzul, meiul. Cerealele conțin concomitent proteine, grăsimi, zaharuri, săruri minerale și vitamine. Ele sunt deosebit de bogate în vitaminele B (B1, B2, B3, B6) și E, în magneziu și în fibre, dar conțin puțin calciu. Grăuntele lor conțin între 10 și 15% apă, între 70 și 76% glucide (în special sub forma particulară numită amidon), între 8 și 12% proteine și între 2 și 4% lipide. Ele pierd o parte din valoarea nutritivă dacă grăuntele sunt decorticate sau dacă făina e cernută.

CERUMEN. Substanță de consistență moale, cu aspect ceros, situată în fundul conductului auditiv extern.

DOP DE CERUMEN. În mod normal, cerumenul este evacuat spontan. Totuși, el poate să se acumuleze în fundul conductului auditiv extern, mai ales din cauza utilizării bețișoarelor cu vată (Coton-Tige), și poate provoca un dop care poate sta la originea unei iritații, chiar a unei diminuări a acuității auditive. Evacuarea dopului de cerumen, uneori dificilă, trebuie să fie realizată de către un medic fie prin aspirație, fie prin irigare (spălătură), sau chiar prin extracție.

CERVICAL, -Ă. Relativ la gât. → VERTEBRĂ.

CERVICALGIE. Durere a gâtului, indiferent de cauza sa.

CERVICARTROZĂ. Artroză care afectează rachisul cervical.

O cervicartroză se întâlnește la majoritatea subiecților trecuți de 50 de ani, dar leziunile (pensare discală și osteofite), puse în evidență prin examen radiologic, nu sunt însoțite uneori de nici un simptom; în general, nu există o corelație între importanța leziunii și durerile resimțite.

Cel mai des, cervicartroza nu antrenează decât o ușoară infirmitate. Durerea, semnul puseelor congestive, stânjenește mișcările gâtului, adesea mai mult într-o parte decât în cealaltă, și ea este agravată de oscilațiile pasive ale capului așa cum se întâmplă în mașină. La majoritatea indivizilor, după câteva pusee dureroase care durează fiecare mai multe săptămâni, chiar mai multe luni, jena diminuează cu prețul unei pierderi a mobilității gâtului. O cervicartroză poate contribui la îngustarea canalului cervical și poate antrena pe termen lung leziuni ale măduvei spinării cu tulburări ale mersului.

TRATAMENT. Se bazează pe prescrierea de analgezice și pe punerea în repaus a gâtului printr-un colier cervical în timpul puseelor dureroase. Masajele, reeducarea sau curele termale pot fi utile în afara episoadelor de criză.

CERVICITĂ. Inflamație a colului uterin. SINONIM: *metrită a colului*.

O cervicită poate fi de origine bacteriană, virală sau parazitară și survine întotdeauna pe o mucoasă lezată sau anormală. Ea există sub două forme, externă și internă.

■ *Exocervicita*, sau inflamația peretelui extern al colului, se traduce prin pierderi anormale, chiar purulente. Ea este vizibilă cu speculul.

■ *Endocervicita*, sau inflamația peretului intern al colului, se traduce printr-o scurgere purulentă.

Cele două forme merg adesea împreună. Tratamentul poate fi local (ovule ginecologice) sau general (pe cale orală).

CETOZĂ. Stare patologică consecutivă acumulării în organism a corpilor cetonici, substanțe produse în cursul procesului de degradare a grăsimilor.

Se observă în caz de diabet, de vomismente acetonemice, în anumite tulburări digestive sau hepatice sau în cursul postului.

Cetoza se traduce printr-o prezență anormal de ridicată de corpi cetonici în sânge și în urină. Ea poate rămâne simptomatică sau poate provoca o acidocetoză, complicație acută survenind atunci când cantitatea de corpi cetonici depășește capacitățile de eliminare ale organismului.

O cetoză simplă se tratează, în principal, redând organismului, prin alimentație, prin reechilibrare a diabetului, posibilitatea de a utiliza sursele de energie, ceea ce îl scutește să recurgă în prea mare măsură la degradarea grăsimilor.

CEZARIANĂ. Incizie chirurgicală care permite extragerea unui nou-născut din uterul mamei.

În zilele noastre, cezariana se practică la 8 până la 15% dintre nașteri.

INDICAȚII. Cezariana este obligatorie în anumite cazuri: disproporția fetopelviană (făt prea mare pentru bazinul mamei); suferința fetală acută (încetinirea ritmului cardiac al fătului, impunând o extracție rapidă); placenta praevia (inserția joasă a placentei); prezentarea proastă a fătului (cu umărul, în poziție transversală); patologia gravă a mamei la sfârșitul sarcinii (hipertensiune arterială, toxemie, coagulopatii). Operația cezariană este programată atunci când nu este de dorit ca femeia să nască pe cale naturală; ea poate, de asemenea, să fie decisă și practicată în cursul travaliului dacă survin semnele unei suferințe fetale.

TEHNICĂ. Intervenția poate avea loc sub anestezie generală sau peridurală. Incizia se face pe abdomen, la înălțimea culmii pubisului și cel mai des în sensul orizontal, ceea ce permite o cicatrizare solidă și estetică. Uneori, incizia uterului, sau histerotomia, permite extragerea fătului și a placentei. Diferitele planuri incizate sunt apoi suturate cu fire rezorbabile. Cicatricea este închisă cu fire sau cu agrafe, care sunt scoase între a șasea și a noua zi.

SUPRAVEGHERE ȘI EFECTE SECUNDARE. Supravegherea și convalescența unei femei care a născut prin cezariană sunt mai îndelungate decât după o naștere pe cale naturală, deoarece este vorba de o intervenție chirurgicală. Complicațiile sunt totuși rare și diminuate de folosirea preventivă a antibioticelor și anticoagulantelor. După o primă naștere prin cezariană, o naștere pe cale naturală poate fi avută în vedere dacă dimensiunile bazinului o permit. Dar o femeie poate face obiectul a trei sau patru cezariene consecutive dacă cicatrizarea este bună.

CHAGAS (boală a lui). Boală parazitară acută sau cronică cauzată de protozoarul *Trypanosoma cruzi*. SINONIM: *tripanosomiază americană*.

Boala lui Chagas este transmisă prin dejecțiile cu triatome (gen de ploșniță) hematofage și se contractează pe cale cutanată sau prin mucoasă. Această parazitoză gravă se întâlnește în stare endemică în America Centrală și în nord-estul Braziliei; mai multe milioane de persoane sunt afectate de această boală.

SIMPTOME. Forma acută, care durează mai multe zile și poate fi mortală, corespunde prezenței paraziților în sânge. Ea este caracterizată printr-o febră neregulată.

În forma cronică, o reacție autoimună a organismului distruge pe de o parte celulele ganglionare ale plexurilor mienterice (plexul Auerbach) al esofagului și colonului, pe de altă parte țesutul miocardic. Aceste leziuni se traduc printr-o disfuncție a sfincterelor esofagiene și prin hipertrofia unor organe (tiroidă, ficat, splină, intestin). Atingerea miocardului poate sfârși printr-o insuficiență cardiacă gravă.

TRATAMENT. Se limitează la tratarea simptomatică a diferitelor manifestări.

CHARCOT (boală a lui). Afecțiune a sistemului nervos central în cursul căreia leziunile celulelor nervoase provoacă progresiv paralizii. SINONIM: *scleroză laterală amiotrofică*.

Boala lui Charcot predomină la bărbat. Cauza sa este necunoscută, însă 5% dintre cazuri sunt ereditare.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. În general, se observă simultan două niveluri de leziuni ale neuronilor. Nivelul „central" se raportează la unii neuroni cu funcție motorie ai cortexului cerebral. Nivelul „periferic" privește neuronii cu funcție motorie ai cortexului cerebral. Nivelul „periferic" privește neuronii servind drept relee precedenților.

■ *Sindromul central*, sau sindromul piramidal, asociază exagerarea reflexelor și hipertonia (redoarea) membrelor.

■ *Sindromul periferic*, legat de leziunile măduvei, constă într-o amiotrofie (atrofie musculară) și într-o paralizie atingând adesea mai întâi membrele superioare. Atingerea neuronilor encefalului provoacă o disartrie (anomalie a vocii, care devine prost articulată, apoi nazală), tulburări de deglutiție, o atrofie a limbii.

TRATAMENT. Pentru moment, nu există un tratament specific al bolii lui Charcot. Totuși, sunt în curs cercetări în domeniul genetic, infecțios și imunologic.

CHARCOT-MARIE (boală a lui). Afecțiune rară a nervilor, antrenând paralizii. SINONIM: *boala lui Charcot-Marie-Tooth*.

Boala lui Charcot-Marie este o afecțiune ereditară cu transmitere autosomică dominantă sau recesivă, cu evoluție foarte lentă. Mușchii piciorului și gambei sunt primii afectați. Se observă o amiotrofie (atrofie musculară) progresând de jos în sus. Piciorul are tendința de a cădea cu vârful în jos, bolnavul trebuie să ridice sus gamba la fiecare pas pentru a nu se împiedica de sol cu vârful piciorului. Bolta plantară se scobește, degetele de la picioare se transformă în gheare. Mult mai târziu, amiotrofia cuprinde mâinile și apoi antebrațele. Acestor semne principale li se pot adăuga tulburări senzitive (pierderea sensibilității cutanate) și vizuale.

TRATAMENT. Evoluția este foarte lentă, neantrenând decât foarte rar un handicap real. Este posibilă limitarea consecințelor neputinței (reeducare, mersul cu cârje), dar încă nu există un tratament curativ specific al acestei boli.

CHASSE (sindrom al lui). Totalitate a manifestărilor clinice observate după luarea mesei de către unii subiecți care au suferit o ablație de stomac. SINONIM: *dumping syndrome*.

Semnul cel mai caracteristic este o astenie (slăbiciune generalizată) intensă survenind la 5–20 minute după sfârșitul mesei și obligând pacientul să se culce.

Tratamentul este esențialmente dietetic: fracționarea meselor (4 sau 5 mese pe zi), ingerarea de băuturi în afara meselor, excluderea zaharurilor rapide, care favorizează sindromul. Pot fi, de asemenea, utilizate produsele care încetinesc viteza de absorbție a zaharurilor.

CHEAG. Masă semisolidă care se formează atunci când sângele coagulează.

Un cheag este constituit din celule sangvine (globule roșii și plachete) și din fibrină. Atunci când sângele proaspăt este lăsat în contact cu aerul, el se transformă rapid într-o masă amorfă. După câteva ore, aceasta se retractă și exsudă un lichid, serul. Masa compactă supernatantă constituie cheagul.

Cheagurile au funcția de a opri hemoragia atunci când vasele sangvine sunt rupte. Ele pot totuși să se constituie și spontan (tromboză), și să aibă grave consecințe provocând o ocluzie sau o embolie.

Cheagurile patologice, numite și trombusuri, survin tot așa de bine în artere ca și în vene. Atunci când se formează în rețeaua venoasă, ele declanșează tromboflebite, complicate uneori cu o embolie pulmonară dacă cheagul migrează spre plămân. Atunci când se formează în rețeaua arterială, ele pot provoca tromboze ale arterelor cerebrale, coronariene sau periferice, după localizarea lor.

O proastă circulație (varice, imobilitatea mâinilor), o proastă stare a vaselor (infecție, ateroscleroză) și o vâscozitate prea mare a sângelui sunt tot atâtia factori de risc pentru formarea cheagurilor patologice. → HEMOSTAZĂ PRIMARĂ.

CHEILITĂ. Inflamație acută sau cronică a mucoasei buzelor.

Cheilitele au cauze foarte numeroase. Cauzele externe cuprind factorii fizici (ticul de mușcare a buzelor, aparat dentar prost adaptat, expunerea la frig sau la soare), utilizarea de cosmetice (roșu de buze, pastă de dinți) și de pomezi antiseptice sau antibiotice, contactul cu unele alimente (citrice, condimente, cafea solubilă). Cauzele interne pot fi infecțioase (micoză, infecție bacteriană, sifilis), medicamentoase (retinoide prescrise împotriva acneei, antibiotice), carențiale (lipsa de zinc, de vitamina B2).

În plus, unele cheilite sunt forme atenuate ale bolilor dermatologice ca eczema sau psoriazisul.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O cheilită acută se traduce printr-o roșeață, o umflătură, o senzație de arsură. În cheilita cronică, predomină fisurile și crustele. Leziunile se întind uneori și la pielea din jur.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul este dificil; mai întâi se caută cauzele externe, apoi cauzele interne, în sfârșit cauzele dermatologice. Dacă nu este găsită nici o cauză, tratamentul este cel al simptomelor și face apel, în principal, la materii grase și la vitamina A sub forma de aplicații locale.

CHELBE. Infecție a pielii capului provocată de o ciupercă microscopică din grupa dermatofiților.

Chelbea este contagioasă și transmisibilă fie de la animal la om, fie de la un bolnav la o persoană sănătoasă (printr-un pieptene contaminat, de exemplu).

DIFERITE TIPURI DE CHELBE

■ *Kerionul* este cauzat de un dermatofit din genul *Trichophyton*. El se manifestă printr-o vignietă supraînălțată împestrițată de mici „puțuri" de unde țâșnește puroi și prin care iese părul căzut.

■ *Chelbea favica*, sau *favusul*, are, de asemenea, la origine un dermatofit din genul *Trichophyton*. Se observă mici plăci de puroi acoperite cu o crustă, în centrul cărora se găsește un fir de păr.

■ *Chelbele tondante* sunt fie de tip microsporic, fie de tip tricofitic. Formele microsporice, provocate de un dermatofit din genul *Microsporon*, se manifestă prin plăci mari fără păr, puțin numeroase. Formele tricofitice, cauzate de *Trichophyton*, comportă plăci foarte mici (mai puțin de 2 centimetri diametru), mai numeroase și acoperite cu păr foarte scurt, rupt.

TRATAMENT. Tratamentul cuprinde raderea zonelor atinse și prescrierea, timp de una sau două luni, de antifungice (grizeofulvină, imidazol) pe cale orală.

CHELOID. Sul fibros dezvoltat pe o cicatrice.

Un cheloid apare, în general, pe o cicatrice de intervenție chirurgicală, de vaccinare sau de rănire. El este consecutiv proliferării celulelor și fibrelor țesutului conjunctiv. Cel mai frecvent apare la subiecții negri și asiatici.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul cuprinde masaje regulate, infiltrații cu corticosteroizi, crioterapie sau cure termale (dușuri filiforme la înaltă presiune). Rezultatul este o aplatizare a leziunii sau o încetinire a evoluției ei. Tratamentul chirurgical constă în implantarea unui fir de substanță radioactivă sau în îndepărtarea cheloidului cu laser cu dioxid de carbon. Totuși, tratamentele chirurgicale trebuie să fie conduse cu prudență din cauza eficacității lor parțiale și a frecvenței recidivelor. Tratamentul preventiv trebuie să fie întreprins cât mai sistematic posibil. El se bazează, în principal, pe compresia postchirurgicală a inciziilor.

CHELTUIALĂ ENERGETICĂ. Cantitatea de energie cheltuită de către un individ pentru a-și asigura metabolismul de bază, menținerea temperaturii corporale interne, a creșterii și a activității sale musculare.

CHEMOSIS. Umflătură edematoasă a conjunctivei.

Un chemosis se prezintă sub forma unui sul infiltrat cu lichid. El apare în cursul inflamațiilor acute ale conjunctivei (conjunctivitele alergice acute) sau al arsurilor acestei membrane. Uneori, o hemoragie subconjunctivală este cea care provoacă o distensie a conjunctivei: atunci e vorba de un chemosis hemoragic.

Tratamentul face apel la antiinflamatoarele locale.

CHESOANELOR (boală a). Ansamblu de manifestări patologice care afectează subiecții supuși unor compresii sau decompresii foarte rapide.

Persoanele expuse bolii chesoanelor sunt lucrătorii care muncesc în incinte metalice presurizate (constructorii de piloni de poduri, de exemplu), scafandrii și scufundătorii.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Manifestările acute ale bolii chesoanelor pot fi tranzitorii (dureri articulare, mâncărimi cutanate, vertije, tulburări de vedere sau auditive) sau, mai grave, neurologice (paraplegie) sau respiratorii (edem pulmonar). Pe termen lung se instalează tulburări cronice (vertije, otite, scăderea auzului și necroze articulare, în special ale șoldului).

TRATAMENT ŞI PREVENIRE. Bolnavul trebuie să fie transportat de urgenţă într-o cameră de decompresie (cheson hiperbaric). Dacă tratamentul este instituit la timp, boala chesoanelor este totalmente reversibilă. Dacă nu, subzistă riscurile de complicaţii după o perioadă îndelungată (paralizia parţială).

Prevenirea bolii chesoanelor se bazează pe ridicarea lentă la suprafaţă, prin paliere de decompresie, permiţând gazelor eliberate să treacă treptat din ţesuturi în plămâni.

CHEYNE-STOKES (dispnee a lui). Tulburare a frecvenţei şi a amplitudinii respiratorii.

Dispneea lui Cheyne-Stokes este caracterizată printr-o suită de cicluri respiratorii de amplitudine crescândă apoi descrescândă, separate unele de altele printr-o perioadă de apnee (oprire respiratorie). Ea poate fi consecinţa unei insuficienţe renale severe, unei funcţionări anormale a centrului respirator bulbar (accident vascular cerebral, traumatism cranian) sau a unei intoxicaţii medicamentoase.

CHIASMĂ OPTICĂ. Încrucişare în X a căilor optice (ansamblu de neuroni care conduc influxul nervos de la retină la lobul occipital) din encefal.

Chiasma optică este situată la baza creierului, chiar deasupra hipofizei. Compresia sa, cauzată, de exemplu, de o tumoră a hipofizei poate provoca o pierdere parţială a vederii, numită hemianopsie bitemporală: subiectul, atunci, nu mai vede părţile laterale ale câmpului său vizual, ca şi cum ar avea ochelari de cal.

CHIL. Lichid lăptos constituit din limfă şi din grăsimile provenind din alimentaţie.

CHIMIONUCLEOLIZĂ. → NUCLEOLIZĂ.

CHIMIOTERAPIE ANTICANCEROASĂ. Tratament medicamentos care are drept scop eliminarea celulelor canceroase din totalitatea ţesuturilor.

Medicamentele anticanceroase ating celulele care au început un ciclu celular, perioada în care o celulă se pregăteşte să sufere o mitoză (diviziune celulară). Unele dintre ele, acţionând asupra unei faze precise a ciclului, se numesc fazodependente.

DIFERITELE TIPURI DE TRATAMENT. Printre criteriile de alegere a unui medicament trebuie să se ţină seama de sensibilitatea sau de rezistenţa spontană a cancerului la tratament. Gradul de sensibilitate depinde mai ales de tipul de ţesut (pulmonar, mamar). Mai pot interveni şi alţi factori, ca o slabă irigare vasculară a tumorii, diminuând ajungerea medicamentelor conţinute în sânge sau o reparare a A.D.N.-ului lezat al celulelor canceroase, leziunile fiind provocate de medicamente.

Trebuie, de asemenea, să se ţină seama de slaba eficacitate a monochimioterapiei (tratamentul cu un singur medicament). Cel mai des, se practică o polichimioterapie care asociază mai multe medicamente.

Mai există şi alte criterii de alegere a medicamentelor, ca vârsta pacientului şi bolile sale, anterioare sau actualmente asociate cancerului, care pot constitui o contraindicaţie pentru anumite produse.

TRATAMENTUL PE CALE GENERALĂ. Acesta poate să fie oral sau injectabil. Administrarea se face prin cure de una sau mai multe zile, la intervale regulate (în fiecare lună, de exemplu), fie continuu pe perioade lungi. În principal, tratamentul are loc în mediu spitalicesc.

Chimioterapia anticanceroasă poate fi asociată cu hormoterapia, în cancerele hormonodependente (sân, corp uterin, prostată), pentru a acţiona concomitent asupra celulelor nehormonosensibile şi asupra celor hormonosensibile.

Tratamentul pe cale generală poate, de asemenea, să fie asociat cu un tratament locoregional nemedicamentos, prin radioterapie sau chirurgie. În plus, tratamentul pe cale generală este singurul care poate distruge eventualele metastaze, celulele canceroase diseminate uneori la foarte mare distanţă în organism.

TRATAMENTUL PE CALE LOCOREGIONALĂ. Unele medicamente anticanceroase pot fi administrate în seroase (pleură, pericard, peritoneu) sau în vezică. De altfel, în unele cancere otorinolaringeene şi în unele cancere ale membrelor, bazinului sau ficatului, medicamentul poate fi injectat în artera care irigă regiunea unde se găseşte tumora. Aceasta permite să se atingă concentraţii locale mari fără ca produsul să se împrăştie în organism. În majoritatea cazurilor, tratamentul, prin cure repetate, este început la spital şi poate fi continuat sub supraveghere medicală la domiciliu.

EFECTE NEDORITE. Din nefericire, medicamentele anticanceroase nu acţionează doar asupra celulelor tumorale. Ele sunt toxice şi pentru celulele normale cu reînnoire rapidă (celulele sangvine sau digestive) şi pentru unele organe. Această toxicitate poate fi imediată, apărând chiar în momentul administrării; ea poate fi decalată cu câteva zile în raport cu tratamentul, prin afectarea ţesuturilor cu reînnoire rapidă, sau poate chiar să fie întârziată în funcţie de doze, pentru unele medicamente având o toxicitate de organ deosebită.

TOXICITATE SANGVINĂ. Toate medicamentele anticanceroase, cu excepţia bleomicinei, sunt toxice pentru celulele sangvine. Atingerea celulelor sangvine în curs de formare în măduva osoasă se traduce în circulaţia sangvină printr-o diminuare a numărului de globule albe şi de plachete, prima fiind responsabilă de infecţii, cea de a doua de hemoragii, care survin la 10–14 zile după începerea tratamentului.

Aceste inconveniente pot actualmente să fie diminuate prin luarea de alte medicamente, factorii de creştere celulară, destinate accelerării formării celulelor sangvine în măduva

osoasă. Practica grefelor de măduvă, asociate sau nu cu aceste medicamente, permite astăzi realizarea unor chimioterapii la doze mult mai mari.

TOXICITATE DIGESTIVĂ. Sărurile de platină sunt medicamentele cele mai toxice pentru aparatul digestiv. Totuşi, greţurile şi vomele pe care le provoacă nu mai constituie un obstacol pentru chimioterapie: asociate sistematic, medicamentele cele mai vomitive cu antiemeticele din familia antiserotoninelor, se poate ajunge la suprimarea în parte a acestor reacţii la majoritatea pacienţilor.

ALTE TOXICITĂŢI. Este vorba despre efectele nedorite imediate sau tardive. Ele necesită o supraveghere regulată şi trebuie să fie luate în calcul la alegerea medicamentelor.

■ *Atingeri neurologice* se pot produce. În cazurile de neuropatii, afectarea mai mult a membrelor inferioare decât a celor superioare, precum şi pierderea gustului şi a sensibilităţii au fost observate în cursul tratamentelor prelungite cu săruri de platină. Astfel de afectări sunt reversibile.

■ *Căderea părului* este frecventă în cursul tratamentelor anticanceroase. Antraciclinele, alcaloizii din brebenoc, derivaţii de podofilotoxină sunt cei care provoacă astfel de reacţii. Căderea părului este reversibilă după oprirea tratamentului. Totuşi, ea poate fi frânată prin punerea unei căşti refrigerante în tot timpul perfuziei. Frigul provoacă o vasoconstricţie a pielii capului care împiedică pătrunderea produselor la rădăcina părului.

■ *Efectele asupra inimii* constau în tulburări ale ritmului cardiac în orele care urmează tratamentului cu antracicline.

■ *Efectele asupra gonadelor* (celulele sexuale) se manifestă printr-o sterilitate care justifică faptul ca un pacient aflat la vârsta procreaţiei să aibă în vedere conservarea spermei sale înainte de începerea tratamentului.

■ *Pielea şi mucoasele* pot fi atinse: fluorouracilul provoacă reacţii eritematoase (roşeaţă) pe pielea sănătoasă; metotrexatul antrenează an eritem şi ulceraţii ale gurii sau ale pielii, iar bleomicina, leziuni ale mucoaselor sau ale pielii. Toate aceste reacţii regresează de la sine la oprirea tratamentului.

■ *Efectele asupra plămânilor* sunt fibrozele pulmonare ireversibile, provocate de bleomicină, în particular la persoanele în vârstă sau atunci când medicamentele sunt asociate cu o radioterapie. Bolnavii trataţi cu metotrexat riscă un pneumotorax (pătrunderea aerului în cavitatea pleurală), care este vindecabil independent de tratament.

REZISTENŢA LA TRATAMENT. Se întâmplă să apară în cursul tratamentului, cu ocazia unei chimioterapii, o rezistenţă a cancerului pacientului la mai multe medicamente. Mai multe produse pot inversa această tendinţă: verapamilul, tamoxifenul şi ciclosporina.

Totuşi, atunci când se produce o astfel de rezistenţă, este necesar, adesea, să se schimbe tratamentul şi să se recurgă la un mod de acţiune diferit.

CHININĂ. Alcaloid extras din coaja unor specii de *Chinchona*, utilizat în tratamentul şi prevenirea paludismului.

Chinina este contraindicată în caz de alergie la produs — aceasta se manifestă prin palpitaţii, reacţii cutanate, diaree, vertije — şi la persoanele atinse de anomalii cardiace ca tulburările de conducţie. Asocierea cu meflochină (alt antipaludic) produce o interacţie medicamentoasă nocivă care agravează efectele nedorite.

Chinina este administrată pe cale orală sau intravenoasă. Efectele nedorite sunt alergiile, rare, dar uneori grave.

CHINOLON. Substanţă medicamentoasă de sinteză, înzestrată cu proprietăţi antibacteriene.

CHINTĂ. Tip de tuse ce survine, în particular, în cursul tusei convulsive.

Chinta este constituită dintr-o serie de secuse expiratorii, în general, în număr de cinci, urmate de o apnee scurtă şi de o inspiraţie zgomotoasă şi prelungită (repriză), denumită clasic „cântatul cocoşului" în tusea convulsivă.

CHIROPRACTIE sau **CHIROPRAXIE.** Metodă de tratament paramedicală constând în manipularea vertebrelor. SINONIM: *vertebroterapie*.

Chiropractia este fundamentată pe o teorie empirică după care majoritatea bolilor ar fi datorată deplasărilor vertebrale care antrenează o deteriorare a funcţiei nervoase normale. Această metodă pretinde că acţionează asupra tulburărilor funcţionale ale diferitelor aparate (respirator, cardiovascular) şi asupra unor dureri (vertebrale, toracice, abdominale şi pelviene), prin manipulări scurte şi bruşte fie ale vertebrei în cauză, fie asupra gâtului, trunchiului sau membrelor. Aceste manipulări, care exagerează jocul fiziologic al vertebrei, sunt criticate pentru efectele pe care le pot antrena. În Franţa, chiropractia este practicată de către nemedici, iar diploma de chiropractor nu este recunoscută. În unele ţări, există o diplomă de stat pentru această meserie.

CHIRURGIE. Disciplină medicală specializată în tratarea bolilor şi a traumatismelor, care constă în practicarea, manual şi cu ajutorul unor instrumente, de acte operatorii asupra unui corp viu.

CHIRURGIE ESTETICĂ. Specialitatea chirurgicală care grupează totalitatea intervenţiilor ce constau în ameliorarea aspectului fizic al unui individ.

O discuţie între medic şi pacient permite chirurgului să stabilească motivaţiile pacientului său şi să îi explice clar derularea intervenţiei, riscurile de complicaţii, precum şi limitele operaţiei. Această discuţie este urmată de un examen medical, cu scopul de a stabili modul de anesteziere care să fie folosit (anestezie locală, locoregională sau generală). Şi alte examene pot fi utile: radiografie sau scanografie, îndeosebi pentru a studia membrana nazală; imageria prin rezonanţă magnetică (I.R.M.) pentru a depista

excesele de grăsime ale gleznelor, genunchilor etc. Uneori se dovedește absolut necesară o consultație psihiatrică.

Pentru intervențiile minore, este suficientă spitalizarea de o zi. În schimb, riscurile de complicații postoperatorii serioase impun o spitalizare mai lungă în caz de anestezie locală potențializată (consolidată prin neuroleptice), care se prelungește mai mult de o jumătate de oră sau în cazul unei anestezii generale.

COMPLICAȚII. O paralizie provocată prin secționarea unui nerv mic, cu excepția unei ramuri importante, poate să se manifeste imediat după operație. Un hematom survine uneori fie imediat după operație, fie în următoarele trei sau patru zile. Se pot deosebi hematoamele mici (echimoze), care se resorb spontan, de hematoamele importante care antrenează formarea unei pungi de sânge și care trebuie drenate prin puncție sau prin incizie chirurgicală. Infecția este o complicație rară și cel mai des locală. În sfârșit, există complicații specifice: închistarea sau alergia la silicon după aplicarea unei proteze mamare, tulburări ale cicatrizării cutanate după un lifting, sau, încă, ectropionul (întoarcerea în afară a pleoapei inferioare, care-și pierde astfel contactul cu globul ocular și lasă să se vadă partea feței sale interne) în cazul blefaroplastiei.

EȘECURI. Acestea sunt rare. Se admite că există 1% vicii de cicatrizare sau alte probleme minore, complicațiile mai grave nereprezentând mai mult de 1 caz la 1000 de operații. Totuși, cazurile de insatisfacție a pacientului, care judecă rezultatul ca insuficient, inacceptabil sau contestă necesitatea intervenției, sunt mult mai frecvente. Cel mai des acestea sunt consecința lipsei unei informații prealabile sau unei supravegheri postoperatorii insuficiente.

CHIRURGIE REPARATORIE. Specialitate chirurgicală care grupează totalitatea intervențiilor constând în repararea diverselor leziuni ale corpului uman.

ARSURILE. Chirurgia arsurilor, prin grefă de piele prelevată de la subiect, a făcut recent un foarte mare progres. În fapt, este de acum posibil să se fabrice epiderm prin culturi de țesuturi: prelevând 1 centimetru pătrat de piele sănătoasă, se poate astfel dezvolta în trei săptămâni o suprafață de piele nouă de până la 1 metru pătrat.

TRAUMATISMELE FEȚEI. Aceste traumatisme sunt legate cel mai des de accidente în casă, de accidente pe drum, de agresiuni. Chirurgia reparatorie permite să se limiteze prejudiciul estetic. Ea face apel la diverse tehnici: grefă, plastie osoasă, sutura unui lambou de piele smulsă etc.

TRAUMATISMELE MEMBRELOR. Aceste traumatisme se tratează prin grefări de lambouri musculocutanate sau cutanate și, la nevoie, prin tehnici de microchirurgie, care permit îndeosebi reimplantarea unui membru secționat. O bună vascularizare și o continuitate osoasă solidă sunt necesare la repararea corectă a unui membru. Dacă aceste principii sunt respectate, reconstruirea membrului durează cel mai des între 2 și 6 luni. Dacă nu, pot subzista handicapuri importante și unele reparații se pot întinde pe mai mulți ani, sfârșind cu un rezultat nesatisfăcător, chiar cu o amputație.

MALFORMAȚIILE CONGENITALE. Malformațiile congenitale (în principal, fantele de buză, de palat și de față, precum și malformațiile abdomenului, organelor genitale, ale vezicii și ale membrelor) revin chirurgiei reparatorii.

CHIST. Cavitate patologică situată într-un organ sau într-un țesut, conținând o substanță lichidă, moale sau mai rar solidă, și limitată printr-un perete care îi este propriu.

Toate organele pot conține chisturi cauzate de malformații; aceste chisturi iau cel mai des aspectul unei tumori.

Ele pot perturba funcționarea unui organ, comprimându-l, sau pot antrena un prejudiciu estetic. În general, ele sunt tratate fie prin puncție cu acul, fie prin ablație chirurgicală.

CHIST BRANHIAL. Malformație congenitală localizată pe gât, rezultând dintr-un defect de umplere a arcurilor branhiale (sinuozităților de țesut aflate la originea mandibulelor și gâtului) ale embrionului. SINONIM: *chist al gâtului*.

Tratamentul unui chist branhial este ablația chirurgicală, realizată de îndată ce chistul a fost identificat, cel mai des de la naștere.

CHIST HIDATIC → ECHINOCOCOZĂ UNILOCULARĂ.

CHIURETAJ. Operație constând din golirea conținutului unei cavități naturale sau patologice (uter, os, articulație, plagă), răzuind-o cu ajutorul unei chiurete.

Chiuretaj biopsic al uterului. Prelevare, realizată cu ajutorul unei chiurete, de fragmente uterine destinate analizării la microscop. Chiuretajul biopsic este deosebit de utilizat pentru diagnosticarea afecțiunilor intrauterine: polipi ai uterului, hiperplazie a mucoasei, cancer al uterului. Această intervenție este aproape sistematic precedată de o histeroscopie (examen al uterului, cu ajutorul unui endoscop, tub înzestrat cu un sistem optic inserat prin vagin), care permite localizarea exactă a patologiei uterine. Chiuretajul biopsic se practică sub anestezie locală sau generală, durează aproximativ 5 minute și nu necesită spitalizare decât de o zi.

CHIVA → CURĂ HEMODINAMICĂ A INCONTINENȚEI VALVULARE ÎN AMBULATORIU.

CHLAMYDIA. Bacterie responsabilă de numeroase afecțiuni genitale, oculare și respiratorii acute și cronice.

Trebuie recunoscută bacteriilor din genul *Chlamydia* o importanță patologică din ce în ce mai mare. Ele constituie, în special, cauza cea mai frecventă a cecității în lume și prima cauză de sterilitate feminină. Există trei specii patogene pentru om, *Chlamydia trachomatis*, responsabilă

de infecțiile genitale și oculare (trahom), *Chlamydia psittaci*, responsabilă de infecții pulmonare, și *Chlamydia pneumoniae*, responsabilă de pneumopatii și de bronșite.

BOLILE CU TRANSMISIE SEXUALĂ PROVOCATE DE CHLAMIDII. Acestea sunt cele mai frecvente boli transmisibile sexual. Infecția se manifestă la bărbat printr-o uretrită (inflamație a uretrei), cu scurgere și care se complică adesea printr-o epididimită (infecție a epididimului). La femeie, ea provoacă o cervicită (inflamație a colului uterin) sau o salpingită (inflamație a trompelor), putând să se manifeste prin dureri abdominale și pelviene, printr-o febră, prin pierderi albe și prin sângerări în afara fluxului menstrual sau poate rămâne asimptomatică: această latență și frecvența atingerilor trompelor explică numeroasele cazuri de sterilitate cauzate de chlamidii și subliniază importanța unei depistări și a unui tratament întreprinse sistematic.

Tratamentul infecțiilor genitale cu chlamidii se bazează îndeosebi pe administrarea de antibiotice (tetracicline și macrolide) timp de zece până la douăzeci de zile după gravitatea infecției, pe cale intravenoasă în cazul afectării salpingiene severe. Depistarea altor boli transmisibile sexual este întreprinsă sistematic, precum și tratarea partenerului sau partenerilor sexuali. → LIMFOGRANULOMATOZĂ VENERIANĂ.

CHLOASMĂ. Afecțiune cutanată caracterizată prin pete brune pe față. SINONIM: *melasma, cloasma*.

CAUZE. Această afecțiune este, mai întâi de toate, hormonală, ceea ce explică faptul că poate să se dezvolte la femeia însărcinată, traducându-se printr-o „mască de sarcină" care se șterge cel mai des de la sine, treptat, după naștere; dar aceasta poate recidiva în caz de o nouă sarcină. Ea mai poate apărea în timpul utilizării de pilule contraceptive puternic dozate în estrogeni.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Pentru chloasmele persistente, tratamentul face apel la agenți depigmentanți (asocieri de acid retinoic, corticosteroizi și hidrochinonă, acid azelaic), prescriși întotdeauna cu multă precauție din cauza riscului de depigmentare exagerată. Rezultatul tratamentului este obținut după un timp îndelungat și recidivele sunt frecvente după expunerea la soare.

CHVOSTEK (semn al lui). Contracție a mușchilor feței, mai precis a părții mediane și laterale a buzei superioare, după percuția nervului facial la nivelul pometelui.

Semnul lui Chvostek se observă în caz de scădere a nivelurilor sangvine de calciu și/sau de magneziu. El mai este caracteristic spasmofiliei, hipoparatiroidiei și tetaniei.

CIANOCOBALAMINĂ. → VITAMINĂ B12.

CIANOZĂ. Colorație violetă sau albăstruie a pielii cauzată de prezența unor niveluri anormal de crescute (mai mult de 50 grame pe litrul de sânge) de hemoglobină neoxigenată în vasele capilare ale pielii și care predomină la unghii și buze.

CAUZE. O cianoză poate fi consecința unei insuficiențe respiratorii acute sau unei tulburări circulatorii (stare de șoc), a unei boli vasculare periferice (tromboză, embolie sau spasm), precum și a unei anomalii de fixare a oxigenului pe hemoglobină sub efectul toxicelor chimice sau medicamentoase (methemoglobină și sulfhemoglobină).

Diagnosticul și tratamentul se confundă cu cele ale bolii cauzale.

CICATRICE. Țesut fibros care înlocuiește definitiv sau pe o perioadă foarte lungă un țesut normal, după ce acesta a suferit o leziune.

Țesutul cicatriceal se formează atât în organele interne (ca urmare a unei rupturi musculare, a unei intervenții chirurgicale), cât și pe piele.

O cicatrice normală este abia vizibilă, suplă la palpare și fără modificare a culorii pielii. Totuși, uneori, ea capătă un aspect anormal.

Tratamentul cicatricilor patologice este întotdeauna dificil. Cicatricile hipertrofice pot fi ameliorate prin masaje cu sau fără un produs activ (corticosteroizi), prin infiltrații de corticosteroizi, prin aplicații de azot lichid sau chiar printr-o simplă compresie. Tratamentul este parțial asemănător celui pentru cicatricile cheloidiene, dar el este mai puțin eficace. Dacă prejudiciul estetic este mare, cicatricile depigmentate pot fi tatuate, iar cicatricile pigmentate sunt masate cu produse depigmentante. Doar chirurgia este eficace în cazul cicatricilor retractile. Evoluția cicatricilor situate pe zonele „mobile" (plicile coatelor și genunchilor) trebuie să fie supravegheată timp de mai mulți ani, deoarece, în cazuri rare, aceste cicatrici pot să degenereze.

Prevenirea cicatricilor patologice ține, pe de o parte, de tratamentul medical corect al plăgilor, pe de altă parte de tehnicile de sutură a inciziilor chirurgicale. → CHELOID.

CICATRIZARE. Reparare spontană a unui țesut după o leziune, sfârșind ca regulă generală prin formarea unei cicatrici.

Cicatrizarea depinde de mai mulți factori, îndeosebi genetici și etnici: astfel, formarea unei cicatrici cheloidiene (cicatrice patologică ce este caracterizată printr-un sul fibros) este mai frecventă la subiecții negri și asiatici. În plus, administrarea anumitor medicamente (corticosteroizi) întârzie cicatrizarea.

CICLOPLEGIE. Paralizie a mușchiului ciliar al ochiului care se manifestă prin imposibilitatea de acomodare în vederea de aproape.

Cauzele ciclopleqiei sunt rare: paralizii toxiinfecțioase (difterie, botulism), toxice (amanită faloidă — [ciuperc㠄 otrăvitoare]), traumatice (contuzia globului ocular) sau infecțioase (sifilis).

O ciclioplegie se traduce printr-o stânjenire a vederii de aproape, importantă mai ales la subiecții tineri care au o vedere normală sau pentru hipermetropi.

CICLOSPASM. Spasm de acomodare cauzat de contracția permanentă a mușchiului ciliar.

Un ciclospasm se traduce printr-o pseudomiopizare: miopul își vede miopia lui crescând, subiectul cu vedere normală devine miop și hipermetropul își vede hipermetropia lui micșorându-se. Vederea de aproape este întotdeauna excelentă, uneori apare o senzație de vedere mărită a obiectelor (macropsie) și se resimt dureri de cap mai ales frontale, în bară.

Tratamentul unui ciclospasm datorat unei tulburări a refracției sau unui echilibru oculomotor deficitar, doar ca paliativ, constă în folosirea ochelarilor corectori.

CICLOSPORINĂ. Medicament imunosupresor (care diminuează activitatea sistemului imunitar), utilizat îndeosebi în cursul transplantărilor de organe. SINONIM: *ciclosporina A*.

Ciclosporina inhibă sistemul imunitar al subiectului, în particular limfocitele T4. Ea împiedică astfel rejecția unui organ transplantat (rinichi, inimă, plămân, ficat, pancreas) sau a unui țesut grefat (măduvă osoasă). De altfel, ea este indicată sau experimentată în formele grave și rezistente ale unor boli: psoriazis, boli reumatismale (poliartrita reumatoidă), afecțiuni ale rinichiului (sindromul nefrotic), diabetul insulinodependent.

Ciclosporina este administrată cel mai des pe cale orală, uneori pe cale intravenoasă. Contraindicațiile sunt alergia la acest medicament și sarcina. Interacțiunile medicamentoase sunt numeroase: cu antibioticele, antiinflamatoarele, contraceptivele, vaccinurile. Prescripția, delicată, nu poate să se facă decât în mediu spitalicesc și necesită o supraveghere regulată a nivelului sangvin de ciclosporină.

EFECTE NEDORITE. Principalul dintre ele este toxicitatea renală, dar se mai pot observa și o dezvoltare excesivă a pilozității, o hipertensiune arterială, o hepatită, tremurături.

CICLOTIMIE. Stare de spirit caracterizată prin alternanța fazelor de excitație și de descurajare.

Atunci când ciclotimia ia un caracter exagerat, ea intră în domeniul patologic și poate duce la o psihoză maniacodepresivă.

CICLU MENSTRUAL. Perioadă cuprinsă între fiecare început al menstruației, în decursul căreia se succed o mulțime de fenomene fiziologice și hormonale care fac posibilă ovulația, ciocnirea gameților, fecundarea și nidația embrionului în sânul mucoasei uterine.

Ciclul menstrual se repetă la femeie, de la pubertate până la menopauză, și, în mod normal, nu este întrerupt decât prin perioadele de sarcină (el poate fi provocat artificial prin contraceptie hormonală). Ciclul durează în medie 28 zile și cointeresează hipofiza, ovarele, uterul și vaginul.

Ciclul menstrual se subdivide în faza foliculară și cea luteală.

■ *Faza foliculara* durează aproximativ 14 zile, timp în care secreția hipofizară de hormon foliculostimulant (FSH) provoacă maturarea mai multor foliculi ovarieni, din care doar unul va ajunge la maturitate. Această secretă estrogenii responsabili, la rândul lor, de o îngroșare a endometrului (mucoasa internă a uterului) și de o secreție abundentă de gleră cervicală, destinată facilitării ascensiunii spermatozoizilor.

■ *Faza luteală* începe către a 14-a zi, atunci când o creștere ușoară a nivelului de estrogeni declanșează în hipofiză o importantă secreție de hormon luteinizant (LH), care provoacă ovulația și transformarea folicululul rupt în corp galben. Corpul galben, la rândul lui, secretă progesteron, hormon care crește temperatura corporală, face glera cervicală improprie ascensiunii spermatozoizilor și contribuie la pregătirea endometrului pentru o eventuală nidație a oului. Dacă ovulul nu este fecundat, corpul galben se ofilește și degenerează. Scăderea nivelului de progesteron ce urmează antrenează descuamarea endometrului, care se evacuează formând scurgerile menstruale sau menstrele. Un alt ciclu poate reîncepe, care va pregăti din nou corpul feminin pentru primirea unui nou ou. → CONTRACEPȚIE, MENSTRUAȚIE, REVENIREA CICLULUI.

CIFOSCOLIOZĂ. Dublă deformare a coloanei vertebrale, asociind o deviere laterală (scolioză) și o deviere cu convexitatea posterioară (cifoză). → CIFOZĂ, SCOLIOZĂ.

CIFOZĂ. Deformație a coloanei vertebrale, anormal de convexă în urmă.

Curbura rachisului dorsal, în mod normal convex în urmă, este excesivă în cifoză, care afectează în mod obișnuit coloana dorsală între cei doi omoplați, rotunjind spatele și proiectând gâtul în față.

Tratamentul cifozelor este cel al afecțiunii de origine. El se bazează atât pe kineziterapie, cât și pe reeducarea corectivă. În cazurile grave, este absolut indispensabil purtatul unui corset.

CILINDROM. Tumoră epitelială, benignă sau malignă, constituită dintr-o îngrămădire de celule tumorale grupate în jurul unei cavități, ca și cum ar forma un cilindru.

Principalele localizări ale cilindromului sunt cutanate și bronhice, dar acesta mai poate afecta glandele salivare și sânul.

TRATAMENT. Ablația chirurgicală constituie singurul tratament. Recidivele sunt posibile și necesită atunci asocierea radioterapiei și a chirurgiei. Laserul dă rezultate bune în cazul cilindromilor traheobronșici.

CILINDRURIE. Prezență a unui număr excesiv de mare de cilindri în urină.

Fiecare tip de cilindru orientează către o varietate de nefropatie: cilindrii hematici (conținând globule roșii) indică o atingere a glomerulilor (unitățile filtrante ale rinichiului), cilindrii leucocitari (compuși din globule albe) o boală inflamatorie.

CIOCAN. Oscior al urechii medii.

Ciocanul sau ciocănelul face parte, împreună cu nicovala și scărița, din lanțul de oscioare situat în căsuța timpanului. Acestea sunt articulate între ele și prinse de pereții conductului auditiv prin ligamente.

CIOT sau **BONT.** Parte restantă a unui membru amputat.

Un ciot poate fi dureros din cauza prezenței unui nevrom, tumoră benignă rezultând din cicatrizarea fibrelor nervoase secționate. De altfel, amputații pot să se plângă de dureri care par să fie localizate în segmentul amputat al membrului, dincolo de ciot („durerile membrului fantomă"). Acestea trebuie să fie tratate cât mai devreme posibil (analgezice, psihotrope).

CIRCULATOR (aparat). Ansamblu constituit din inimă și vasele corpului uman. SINONIM: *aparat cardiovascular.*

Ansamblul aparatului circulator face obiectul unei reglări foarte precise și complexe care intervine în mecanismele nervoase (nervii simpatici și parasimpatici), hormonale (rinichii și glandele medulosuprarenale) și umorale (sistemul renină-angiotensină-aldosteron, factorul antinatriuretic, prostaglandinele, kininele). Acest aparat permite astfel să se transforme un debit pulsatil, datorat contracțiilor regulate ale inimii, într-un debit continuu în micile vase periferice, propice schimburilor între sânge și țesuturi. Aceste schimburi asigură aportul de oxigen și nutrimentele necesare funcționării diferitelor țesuturi și organe, și transportul deșeurilor din metabolismul celular spre organele lor de eliminare naturală: plămâni, rinichi.

Aparatul circulator participă, de asemenea, și la echilibrul mediului interior prin funcția sa de reglare a presiunii arteriale și a temperaturii intracorporale.

PATOLOGIE. Atingerile aparatului circulator sunt numeroase: anomalie a influxului electric cardiac sau o tulburare a ritmului cardiac; valvulopatie (atingere a valvulelor cardiace); atingere vasculară caracterizată printr-o stenoză (îngustare) sau printr-un anevrism (dilatare) al unei artere; disecție aortică (clivaj al pereților aortei), adesea asociată cu un anevrism; flebită (obstrucția unei vene printr-un cheag); insuficiență coronariană, cunoscută sub denumirea de angor sau de angină pectorală, putând duce la un infarct miocardic în caz de astupare a unei artere coronare sau a uneia din ramurile în care aceasta se ramifică; hipertensiune arterială; insuficiență cardiacă; malformație congenitală a inimii, de gravitate variabilă; miocardită (atingere a mușchiului cardiac, de origine toxică, infecțioasă sau inflamatorie), cardiopatie hipertensivă, valvulară sau ischemică, sau miocardiopatie (atingere a mușchiului cardiac, de origine necunoscută); endocardită (atingere inflamatorie sau infecțioasă a tunicii interne a inimii), de origine infecțioasă sau reumatismală; pericardită (atingere inflamatorie a învelișului extern al inimii). → CORD.

CIRCULAȚIA SANGVINĂ. Mișcare a sângelui în diferitele vase sub impulsionarea pompei cardiace.

Circulația sangvină furnizează celulor organismului, prin intermediul sângelui, oxigenul și substanțele de care au acestea nevoie pentru a supraviețui și a-și juca rolul în funcționarea organelor. Pentru a realiza aceasta, sângele urmează două circuite: primul, numit circulația pulmonară sau mica circulație, îi permite să se reoxigeneze în contact cu alveolele pulmonare; al doilea, numit circulația sistemică sau marea circulație, irigă organele cu sânge reoxigenat. Toate schimburile gazoase între sânge și organe se efectuează prin intermediul capilarelor, ramificațiile terminale de foarte mică mărime ale vaselor sangvine.

CIRCULAȚIE EXTRACORPORALĂ. Tehnică utilizată în chirurgia cardiacă pe cord deschis, permițând în mod temporar și artificial asigurarea circulației și oxigenării sângelui în locul inimii și plămânilor.

Circulația extracorporală este folosită atunci când intervențiile trebuie să fie efectuate pe inima nemișcată, scutită de circulația sangvină, de exemplu în cazul pontajului aortocoronarian, de înlocuire a unei valvule cardiace sau de închidere a comunicațiilor anormale între diferite cavități cardiace.

CIRCUMCIZIE. Ablație a prepuțului. SINONIM: *post-hectomie.*

Circumcizia este o practică rituală pentru anumite religii. Ea mai poate fi realizată din motive de igienă, ablația prepuțului evitând acumularea de secreții sub prepuț, uneori sursă de infecții.

În patologie, circumcizia este practicată de către un medic atunci când prepuțul este prea lung, glandul dificil de decalotat, sau în caz de jenă la micțiune consecutivă unei îngustări prepuțiale, de balanită (infecție a șanțului prepuțial) și, la adult, în caz de parafimoză (strangulare dureroasă a bazei glandului printr-un inel prepuțial prea strâmt, făcând recalotarea imposibilă).

CIROZĂ. Boală a ficatului provocată de o alterare a celulelor sale.

Ciroza este una dintre primele cauze de mortalitate în țările industrializate. Ea se traduce printr-o scleroză a țesutului hepatic, prin dezvoltarea în ficat a unei rețele de cicatrici fibroase și prin noduli de regenerare, insule de celule viabile separate unele de altele prin țesut cicatriceal.

CAUZE. Cauzele cirozelor sunt multiple: alcoolismul este cea mai frecventă în țările industrializate, dar ciroza mai

poate fi provocată de o boală virală (hepatitele B, C și D), autoimună (ciroza biliară primitivă, hepatita cronică autoimună), metabolică (hemocromatoza, boala lui Wilson, fructozemia, galactozemia, tirozinemia, mucoviscidioza etc.); unele ciroze sunt încă cu cauze necunoscute.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Evoluția clinică a unei ciroze trece prin mai multe etape. La început, boala este total asimptomatică. După un tip variabil apar primele tulburări: astenie (slăbiciune generalizată), pierdere în greutate, ascită (efuziune lichidiană în interiorul peritoneului), hemoragii digestive consecutive unei hipertensiuni portale (creșterea presiunii sangvine în vena care conduce circulația intestinală și splenică spre ficat) cu risc de ruptură a varicelor esofagiene. Într-un stadiu avansat, insuficiența hepatocelulară se traduce printr-un icter, prin hemoragii difuze, printr-o encefalopatie (somnolență, comă). Ciroticii sunt deosebit de sensibili la infecții: tuberculoză, infecții respiratorii și urinare, infecție a lichidului de ascită. În stadiul terminal apare o insuficiență renală gravă. Când ciroza evoluează pe parcursul câtorva ani, ficatul poate deveni sediul unui hepatocarcinom (tumoră malignă dezvoltată plecând de la celulele hepatice).

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul de ciroză nu poate fi clar stabilit decât pe baza unei biopsii hepatice, transcutanate sau chirurgicale.

Tratamentul, complex, vizează, în principal, prevenirea sau încetinirea constituirii fibrozei, ciroza fiind ireversibilă o dată instalată. Totuși, procesul cirotic poate fi încetinit prin suprimarea imediată și completă a oricărei băuturi alcoolizate. Prevenirea și tratamentul principalelor complicații (tratamentul infecțiilor; a hipertensiunii portale, prin derivația chirurgicală a vaselor bolnave; a ascitei, prin administrarea de diuretice și prin reducerea aportului de sare) au permis prelungirea considerabilă a vieții ciroticilor, dar pacienții riscă atunci să contracteze un hepatocarcinom. În acest caz, este uneori posibil să se realizeze ablația chirurgicală a tumorii. Transplantul hepatic constituie singurul tratament radical al cirozei. El nu este aplicabil decât unui număr limitat de cazuri, la pacienții destul de tineri și în absența complicațiilor vasculare grave.

CISTALGIE. Durere de vezică.

CISTECTOMIE. Ablație chirurgicală a întregii vezici sau a unei părți din ea.

Cistectomia este una din modalitățile de tratament al tumorilor vezicale. Există două tipuri de cistectomie, după numărul și situarea tumorilor de îndepărtat.

Cistectomia parțială permite conservarea unei micțiuni normale pe căi naturale. Ea este indicată pentru tumorile vezicale unice situate pe o parte mobilă a peretelui vezicii. Capacitatea vezicii este adesea redusă după intervenție, dar o capacitate normală este recuperată în câteva luni.

Cistectomia totală este asociată adesea, la bărbat, cu ablația prostatei (prostatocistectomie) și, la femeie, cu cea a uterului și a uretrei (pelvectomie anterioară). Această intervenție este practicată în cazul unui cancer întins al vezicii. Operatul nu va mai putea să urineze pe căi naturale, trebuind să fie realizată o derivație.

CISTICERCOZĂ. Boală parazitară provocată prin infestarea cu cisticerci, larvele teniei porcului.

Cisticercoza se întâlnește mai ales în Madagascar, în America Latină, în Réunion și în unele țări din Asia și Europa (Portugalia).

Boala se contractează prin ingerarea de alimente crude sau prost spălate pe care se găsesc ouă de tenie. Oul eclozează în stomac, apoi embrionul de tenie ajunge în mușchi, derm și mai ales la ochi sau în creier și se închistează, provocând apariția unei mici tumori de mărimea unui bob de orez, larva cisticercului.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Localizarea în creier provoacă crize de epilepsie, dureri de cap, convulsii și vome repetate. Localizarea în globul ocular poate antrena o cecitate.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se bazează pe localizarea larvelor închistate fie prin radiografie sau scanografie cerebrală, fie prin biopsie. Tratamentul constă în administrarea de praziquantel pe cale orală. Chistul trebuie uneori să fie scos pe cale chirurgicală.

CISTINOZĂ. Boală cauzată de o tulburare a metabolismului cisteinei, acid aminat care se depune în unele țesuturi (ochi, rinichi, îndeosebi).

CISTINURIE. Boală congenitală caracterizată printr-o excreție urinară anormal de ridicată a cistinei și altor acizi aminați dibazici (lizina, arginina, ornitina).

CISTITĂ. Inflamație acută sau cronică a mucoasei vezicale.

O cistită este cel mai des mărturia unei infectări cu germeni patogeni, bacili *(Escherichia coli* [colibacilozã] *Proteus mirabilis)* sau, mai rar, cu o ciupercă *(Candida albicans).* Ea este mult mai frecventă la diabetici, la femeile tinere în perioada de activitate sexuală și la femeile însărcinate (cistita putând cauza contracții uterine cu pericolul unei nașteri premature). Ea este adesea legată de o boală care stânjenește eliminarea vezicală a urinii (îngustare sau diverticul al uretrei, calculii vezicali, tumoră vezicală) sau din cauza unor bride himenale care antrenează, în timpul actului sexual, o inoculare în uretră și în vezică a unor germeni prezenți în vagin. La bărbat, ea poate fi cauzată de un obstacol prostatic (adenom).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Cistita se manifestă adesea brutal printr-o durere suprapubiană, dureri la micțiune, micțiuni frecvente și nevoia imperioasă de a elimina doar câteva picături de urină. Această tulburare este semnul prezenței

puroiului (piurie), rău mirositor și care conține adesea sânge (cistita hematurică). Temperatura rămâne normală, apariția unei febre semnalând trecerea spre o infecție mai evoluată a căilor urinare.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se bazează pe ansamblul acestor semne. Germenii în cauză sunt identificați printr-un examen citobacteriologic al urinii (E.C.B.U.), iar printr-o antibiogramă se testează sensibilitatea la antibioticele uzuale.

Cistita este tratată prin administrarea de antibiotice cu bună eliminare urinară. La 48 ore după încheierea tratamentului se face un control al sterilității urinii. Recent, a fost încercat un tratament „monodoză" (o singură priză de antibiotic).

PREVENIRE. Tratarea cauzei favorizante este, de obicei, suficientă pentru a preveni noi accese de cistită. În numeroase cazuri totuși nu poate fi pusă în evidență nici o cauză. Recidiva este atunci frecventă și prevenirea se bazează pe respectarea regulilor igienice și dietetice: consumul de lichide (mai mult de doi litri pe zi), micțiunile frecvente, igiena perfectă genitală și perineală, tratarea eventualelor constipații.

CISTOCEL. Coborârea vezicii în vagin.

Un cistocel survine mai ales la femeile care au mai mulți copii, ca urmare a nașterilor sau, mai des, după menopauză. Cistocelul este tratat prin reeducarea perineului, cu scopul de a-i întări mușchii, sau printr-o intervenție chirurgicală numită cistopexie, care urmărește reamplasarea vezicii în cavitatea pelviană.

CISTOGRAFIE. Examen radiologic care studiază starea și funcționarea vezicii.

INDICAȚII. Cistografia permite să fie observate contururile vezicii, capacitatea sa de evacuare și starea uretrei. Ea se adresează în mod deosebit bărbaților, la care afecțiunile prostatei legate de vârstă (adenomul de prostată) pot provoca o întârziere și o dificultate la urinat, precum și o evacuare incompletă a vezicii. Ea permite, de asemenea, să se localizeze tumorile, polipii vezicali și calculii și să se deceleze prezența unui reflux vezico-uretral (refluxul urinii către rinichi în cursul micțiunii).

TEHNICĂ ȘI DESFĂȘURARE. Cistografia necesită opacifierea vezicii, lucru realizabil în două modalități.

■ *În timpul cistografiei prin urografie intravenoasă*, opacifierea se obține indirect, produsul de contrast, injectat pe cale venoasă, fiind eliminat prin rinichi în urină și opacifiind astfel căile urinare. Clișeele vezicii sunt realizate înainte, în timpul și după micțiune, permițând evaluarea stării uretrei și punerea în evidență a eventualului reziduu vezical postmicțional. Această tehnică nu permite observarea refluxului vezico-uretral.

■ *În timpul cistografiei pe cale retrogradă sau suprapubiana*, produsul de contrast, diluat în ser fiziologic, este injectat direct în vezică printr-o sondă introdusă prin peretele suprapubian (cateterism suprapubian sub anestezie locală) sau în uretră; această tehnică necesită o asepsie riguroasă, iar un scurt tratament cu antibiotice poate fi prescris pentru a preveni orice risc infecțios. Mai multe clișee sunt realizate în timp ce vezica se umple, apoi în timpul micțiunii și după aceea.

EFECTE SECUNDARE. Spre deosebire de cistografia retrogradă, în care produsul iodat nu trece în sânge, cistografia prin urografie intravenoasă poate antrena o reacție de intoleranță la iod; aceasta este evitată printr-un tratament antialergic prescris preventiv pacienților sensibili.

CISTOMANOMETRIE. Examen care permite măsurarea presiunilor în vezică pe măsură ce aceasta se umple.

Cistomanometria este practicată cu ajutorul unei mici sonde dotată cu captoare, introdusă în vezică după o ușoară anestezie locală la bărbat (introducerea fiind mai neplăcută la bărbați). Vezica este umplută cu apă și presiunile înregistrate sunt reprezentate grafic.

Astfel se pot studia tulburările vezicale funcționale de origine neurologică și incontinențele urinare de efort.

CISTOPLASTIE. Intervenție chirurgicală care urmărește înlocuirea în totalitate a vezicii sau a unei părți din ea după o cistectomie.

CISTOSCOPIE. Examen endoscopic al vezicii.

INDICAȚII. Cistoscopia are scopuri diagnostice și terapeutice: observarea mucoasei vezicale, a orificiilor ureterale, a colului vezical și a uretrei, efectuarea de prelevări dintr-o leziune suspectă, introducerea unei sonde ureterale, ghidată până în rinichi pentru a căuta, de exemplu, originea unei sângerări sau a celulelor tumorale; și, de asemenea, realizarea unor radiografii ale căilor renale prin injectarea printr-o sondă ureterală, a produselor radioopace, tratarea unor tumori vezicale prin rezecție electrică sau cu laser, distrugerea sau extragerea unor calculi vezicali.

DESFĂȘURARE. Cistoscopia, în scop diagnostic, nu necesită spitalizare și se practică cel mai des fără anestezie la femei și sub anestezie locală, prin aplicarea unui gel, la bărbați. Cistoscopia, în scop terapeutic, se desfășoară în blocul operator, sub anestezie generală sau peridurală.

Examenul este practicat cu ajutorul unui cistoscop, un tub rigid sau suplu dotat cu un sistem optic, care se introduce în uretră. Cistoscopia de tip suplu permite o explorare vezicală atraumatică și nedureroasă la bărbați.

CISTOSTOMIE. Tehnică chirurgicală constând în deschiderea vezicii direct la nivelul pielii.

Cistostomia poate fi temporară sau definitivă. Destinată să permită evacuarea urinei atunci când acest lucru nu este posibil pe căile urinare joase naturale, ea este practicată deasupra pubisului.

CITAFEREZĂ. Prelevare sangvină selectivă a unui singur tip de elemente celulare, celelalte elemente fiind reintroduse donatorului.

Elementele prelevate pot fi plachete (trombaferează), globule albe (leucaferează), limfocite (limfaferează), globule roşii (eritroferează).

Citafereza, utilizată în terapeutică pentru îndepărtarea celulelor în exces la un bolnav în timpul leucemiilor sau trombocitemiilor (exces al nivelului de trombocite), este mai des practicată la un donator sănătos pentru a realiza rezerve de produse specifice care pot fi transfuzate apoi bolnavilor.

CITOCROM. Proteină indispensabilă producerii de energie de către celule.

CITODIAGNOSTIC. Metodă de diagnostic bazată pe studiul microscopic al celulelor prelevate din organism, fie prin puncţie (sânge, măduvă osoasă), fie prin raclare (exsudate, produse de descuamare).

CITOKINĂ. Moleculă secretată de către limfocite (globule albe care intervin în imunitatea celulară) şi de către macrofage (celulele de apărare a organismului cu misiunea de a absorbi particulele străine) şi implicată în dezvoltarea şi reglarea răspunsurilor imunitare.

Citokinele sunt peptide, mici proteine constituite din aminoacizi, care acţionează asupra celulelor de tipuri variate posedând receptori proprii fiecăruia dintre ele. Unele citokine au primit denumirea după funcţia lor principală (interferoni, factor necrozant al tumorilor); altele poartă un nume generic, interleukină, urmat de un număr (de la 1 la 18).

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Producţia industrială de citokine, după clonarea genelor lor, a permis deja utilizarea lor în tratamentul cancerelor şi al bolilor sistemului imunitar.

CITOLOGIE. Studiu al caracterelor morfologice şi funcţionale ale celulelor.

Citologia recurge, în principal, la examenul microscopic al celulelor.

CITOMEGALOVIRUS. Virus A.D.N. din familia *Herpesviridae* (herpes virus).

Citomegalovirusul este transmis prin contactul cu saliva şi urina contaminate şi prin globulele albe (transfuzie). O dată pătruns în organism, citomegalovirusul se stabileşte în limfocite şi rămâne pentru toată viaţa.

Citomegalovirusul este responsabil de infecţii congenitale (boala incluziilor citomegalice) şi, la orice vârstă, de infecţii latente care, frecvent, nu dau nici un simptom, sau se traduc printr-o febră prelungită cu mononucleoză sangvină, eventual asociată cu o hepatită, o pneumopatie sau o encefalită. Infecţia poate, de asemenea, să declanşeze o formă deosebit de gravă de retinită, aproape exclusiv observată la subiecţii atinşi de SIDA sau imunodeprimaţi.

DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT. Diagnosticul se face prin imunofluorescenţă (cercetare în sânge a anticorpilor făcuţi să devină fluorescenţi pentru a fi vizualizaţi), prin cultivarea sângelui, urinei sau secreţiilor, sau prin examen serologic. Tratamentul antiviral, la nevoie pe cale locală în atingerile oculare, este preconizat în caz de leziuni constituite la subiectul imunodeprimat.

CITOPATOLOGIE. Studiu al modificărilor morfologice ale celulelor, provocate de către boli.

CITOPLASMĂ. Totalitate a elementelor care se află în interiorul celulei, cu excepţia nucleului.

CITOPUNCŢIE. Tehnică constând în prelevarea, cu ajutorul unui ac fin, de celule dintr-o leziune situată în profunzime în vederea unui diagnostic citologic. SINONIM: *citologie prin puncţie*.

INDICAŢII. Deşi toate organele sunt accesibile unei citopuncţii, terenurile privilegiate de aplicare a acesteia sunt chisturile ovariene lichidiene (pe care citopuncţia permite, de altfel, să le trateze prin vidanjarea chistului) şi tumorile (îndeosebi cele ale sânului).

DESFĂŞURARE. Puncţia este ghidată prin palpare sau, pentru organele profunde (plămân, ficat, pancreas), prin tehnicile de imagerie medicală (radiologie, ecografie, scanografie). Dacă inocuitatea şi simplicitatea realizării citopuncţiei au făcut din ea o tehnică de explorare de un foarte mare interes, ea nu permite totuşi, spre deosebire de biopsie, să stabilească un diagnostic clar.

CIUMĂ. Boală infecţioasă şi contagioasă gravă cauzată de o bacterie, bacilul lui Yersin sau *Yersinia pestis*. SINONIM: *pesta*.

Încă sunt observate cazuri izolate şi puţine în Noul Mexic (sudul SUA), în Mexic, în India, în Turkestan etc.

Rezervorul de bacili este şobolanul, sau, în Asia Centrală, merionul (un rozător sălbatic). Boala se transmite între animale şi de la animal la om prin intermediul puricilor. Omul poate, de altfel, să contracteze boala într-o formă deosebită de ciumă (pesta pulmonară), prin inhalarea de picături de salivă provenind de la un subiect infectat.

SIMPTOME ŞI SEMNE

■ *Ciuma bubonică* se contractează prin înţepătura puricelui. Ea se traduce printr-o febră ridicată, prin frisoane şi prin dureri difuze, urmate de o importantă umflare a ganglionilor limfatici, în particular a celor inghinali, şi prin supurarea lor (bubon pestos).

■ *Ciuma* sau *pesta pulmonară* generează o febră ridicată şi o pneumopatie acută asfixiantă, cu expectoraţii abundente şi sangvinolente.

■ *Forma septicemică* pură survine direct după contaminare sau după apariția buboanelor pestoase. Ea se traduce printr-o febră ridicată, prin frisoane, printr-un delir și o stare de prostrație; evoluția este rapidă, fatală în absența tratamentului.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Antibioticele (streptomicina) tratează deosebit de eficace ciuma. Riscurile de extindere epidemică sunt aproape nule dacă supravegherea sanitară și măsurile oficiale sunt respectate.

Ciuma este o boală cu declarare obligatorie. Autoritățile cer izolarea bolnavului (reglementare sanitară internațională). Există un vaccin recomandat profesiunilor de risc (tehnicienii din laboratoarele care manipulează bacilul, muncitorii agricoli din zonele afectate de această boală).

CIUPERCI. Organisme vii ce posedă un nucleu celular tipic. Lipsite de clorofilă, ele trăiesc pe seama materiilor organice (fie saprofite pe materialele inerte, fie parazite la om, animale și plante). Ele se hrănesc prin absorbția realizată de-a curmezișul peretelui celular.

Există mai bine de 100 000 specii de ciuperci. Unele sunt microscopice (levuri, mucegaiuri etc.), altele posedă carpofori, acestea fiind „ciuperci" în adevăratul sens al cuvântului.

Unele ciuperci sunt utile și joacă un rol în industriile de fermentație (bere, vin, pâine), în prepararea brânzeturilor, în procesarea de enzime etc. În domeniul medical, interesul lor rezidă în prepararea de antibiotice, de estrogeni, de anabolizante. Alte ciuperci sunt vătămătoare, parazitează plantele, alterează alimentele după recoltare, deteriorează materialele.

O serie de ciuperci, care cresc spontan în natură sau care sunt cultivate, constituie excelente materii comestibile; conținând până la 90% apă, ele sunt concomitent bogate în glucide, în proteine, în săruri minerale și în vitamine. Altele sunt otrăvitoare și provoacă intoxicații grave, uneori mortale. Unele specii, conținând psilocibină, au proprietăți halucinogene.

Ciupercile sunt implicate în trei tipuri de boală: micoze (infecția unui țesut viu), alergii (reacția unui individ legată de inhalarea sporilor la contactul cu o ciupercă), micotoxicozele (intoxicații rezultând din ingerarea metabolitilor fungici toxici).

Intoxicațiile alimentare cauzate de ciuperci. În caz de ingerare a unor ciuperci otrăvitoare, intoxicația se poate manifesta imediat sau după o perioadă de incubație variabilă, după tipul de ciupercă ingerată. Se deosebesc diferite tipuri de intoxicație după toxina responsabilă și după efectul pe care îl produce.

Pentru a evita orice otrăvire cu ciuperci, este indispensabil să se învețe identificarea prin caracterele lor a speciilor periculoase și să se interzică sistematic consumarea oricărui exemplar a cărui identificare este îndoielnică.

TRATAMENT. În fața unei intoxicații, se impune alertarea centrului de specialitate cel mai apropiat cu scopul să se administreze tratamentul adecvat: spălături stomacale, tratarea hepatitei sau a nefritei, reechilibrarea ionică a sângelui etc.

CLACAJ. Rupere a unui mic număr de fibre musculare. SINONIM: *miorexă*.

Un clacaj este consecința unui efort de intensitate superioară capacităților mușchiului. Durerea pe care o occazionează un clacaj este vie și localizată, iar apariția unui hematom, frecventă. O ecografie poate completa examenul clinic confirmând hematomul.

Tratamentul face apel la odihnă, un bandaj compresiv asociat cu aplicarea de gheață și administrarea de antiinflamatoare. El poate fi completat, în cazul unor leziuni importante, prin kineziterapie (masaje de drenare, electroterapie).

CLAMPAJ. Obturare temporară a unui vas sau a tubului digestiv cu ajutorul unei cleme.

CLAUDE BERNARD-HORNER (sindrom al lui). Sindrom care afectează un ochi sau ambii și asociază o mioză (micșorarea diametrului pupilei), o îngustare a fantei palpebrale prin ptosis (căderea pleoapei superioare) și o enoftalmie (înfundarea globului ocular în orbită).

Sindromul lui Claude Bernard-Horner este consecutiv unei atingeri a sistemului nervos vegetativ simpatic.

Tratamentul sindromului Claude Bernard-Horner este cel al cauzei.

CLAUDICAȚIE. Neregularitate a mersului. SINONIM: *șchiopătat*.

CLAUDICAȚIE INTERMITENTĂ. Sindrom caracterizat printr-o durere sau o slăbiciune musculară ce survine în timpul mersului, obligând subiectul să se oprească.

Cauzele claudicației intermitente pot fi vasculare sau neurologice.

CLAUSTROFOBIE. Teamă bolnăvicioasă de spațiile închise.

Claustrofobia este adesea rezultatul unei experiențe traumatizante asociată de un loc închis. Poate fi vorba de un fenomen trecător, care dispare de la sine. Totuși, claustrofobia necesită o psihoterapie de fond sau o terapie comportamentală.

CLAVICULĂ. Os lung, în formă de S foarte alungit, situat la nivelul umărului.

■ *Fracturile de clavicula* sunt cele mai frecvente fracturi. Ele survin cel mai des prin căderea pe umăr. Tratamentul lor este ortopedic, prin simplă imobilizare cu un bandaj sau cu un inel elastic îndoit în formă de 8 care solidarizează umerii.

■ *Luxațiile de clavicula* survin mai ales la sportivi. Ele pot fi mai mult sau mai puțin grave, de la simpla entorsă până

la ruperea ligamentară completă. Tratamentul este fie funcțional (reeducare), fie chirurgical.

CLAVUS. → BĂTĂTURĂ, DURILLON.

CLEPTOMANIE. Pornire maladivă de a comite furturi.

Cleptomania este adesea apropiată de nevroza obsesională. Mai frecventă la femei, ea se caracterizează printr-o dorință obsedantă de a fura, o luptă împotriva acestei dorințe și o ușurare în timpul trecerii la acțiune, urmată de remușcări. Furturile cleptomaniace nu au vreodată un caracter utilitar și se înrudesc cu alte conduite compulsive (pasiunea patologică pentru jocurile de noroc, de exemplu). Tratamentul este bazat pe psihoterapie.

CLIMATOLOGIE. În medicină, studiul influenței climatelor asupra organismului.

Unele climate marine sunt binefăcătoare în caz de reumatism. Expunerea la soare, din cauza acțiunii ultravioletelor asupra sintezei vitaminei D, este favorabilă vindecării rahitismului. Efectul sedativ al climatelor de șes este recomandat îndeosebi pacienților surmenați și convalescenților.

CLINIC, -Ă. Care se referă la observarea pacientului.

Informația clinică este adunată prin întrebările puse subiectului și în urma examinării lui directe, operații efectuate de către medic cu intenția de a pune un diagnostic.

CLITORIS. Mic organ erectil al aparatului genital extern feminin situat în partea anterioară a vulvei.

Bogat inervat și irigat, clitorisul devine turgescent și mai sensibil în cursul unei stimulări sexuale.

CLONĂ. Totalitatea celulelor care derivă de la o singură celulă și care au, în consecință un patrimoniu genetic riguros identic cu cel al celulei inițiale.

CLONIE. → MIOCLONIE.

CLONORHIAZĂ sau CLONORCOZĂ. Boală parazitară apărută în urma infestării canalelor biliare ale ficatului cu trematode (distomatoză). SINONIM: *opistorhiază*.

Clonorhiaza este cauzată de ingestia de trematode (viermi plați de câțiva milimetri lungime). Aceasta se întâmplă mâncând pești cruzi infestați, care îl pot contamina pe subiect cu trematode. Clonorhiaza se întâlnește în țările din Extremul Orient și în Europa Centrală.

Clonorhiaza se manifestă prin crize de colică hepatică, prin pusee de icter (gălbinare), o ciroză asemănătoare cirozei alcoolice, mai rar printr-un cancer al căilor biliare.

Tratamentul, foarte eficace, constă în administrarea pe cale orală de praziquantel.

Prevenirea constă în prepararea termică a peștelui înainte de a fi consumat. → DISTOMATOZĂ.

CLOROFORM. Lichid incolor, volatil, utilizat cândva ca anestezic.

CLOSTRIDIUM. Bacterie anaerobă strict Gram pozitivă.

COADĂ DE CAL. Fascicul de cordoane nervoase situat în partea inferioară a coloanei vertebrale.

Coada de cal este constituită din rădăcinile nervilor măduvei spinării, care se află la nivelul ultimelor trei vertebre lombare, vertebrele sacrale și vertebrele coccigiene.

O compresie în acest loc provoacă ceea ce se numește sindromul cozii de cal. Acesta este consecutiv, de cele mai multe ori, unei hernii discale situate între vertebrele lombare. Această compresie antrenează o paraplegie zisă periferică sau flască, ce se caracterizează printr-o diminuare a tonusului muscular al membrelor inferioare, o atrofie a mușchilor și o abolire a reflexelor. Bolnavul suferă de dureri care iradiază în regiunea lombară la înălțimea perineului și a membrelor inferioare, precum și insensibilitate a pielii perineului, organelor genitale și a părții de sus a coapselor. Se observă, de asemenea, și semne genitale (impotență), și sfinctoriene (pierderea nevoii de a urina, incontinență sau, din contră, retenție de urină). Sindromul cozii de cal trebuie să fie tratat de urgență printr-o intervenție neurochirurgicală de decompresie (ablația unei hernii discale sau a unei tumori etc.).

COAGULARE. Transformare a sângelui lichid în gel semisolid.

Antrenând formarea cheagului, coagularea permite ca sângerarea consecutivă unei răniri să fie oprită. Acest proces este consecința unei înlănțuiri de reacții chimice implicând diferite substraturi și enzime plasmatice. Ea pune în joc 13 factori, care intervin în acest lanț de reacții. Aceste interacțiuni complexe au drept rezultat transformarea unei proteine solubile, fibrinogenul, într-o proteină insolubilă, fibrina, care formează armatura cheagului.

TULBURĂRI DE COAGULARE

■ *O coagulare deficientă* este, în general, consecința unei trombopenii (cantitate insuficientă de plachete), a unei carențe în diferiți factori ai coagulării sau a unei anomalii a vaselor sangvine.

Acestea se traduc printr-o predispoziție de a suferi hemoragii interne și externe.

■ *O coagulare prea mare* sau *hipercoagularea* poate fi legată de o creștere a nivelului factorilor de coagulare, la sfârșitul unei sarcini de exemplu, de o diminuare a cantității de enzime anticoagulante (boală hepatică), de o încetinire a fluxului sangvin. Această supracoagulare poate antrena o tromboză (formarea unui cheag într-o arteră sau într-o venă).

PROBE DE COAGULARE. Diferitele tulburări ale coagulării sunt diagnosticate prin examene ale procesului

coagulării sângelui, un examen global (timpul de coagulare) sau analitic (durata fiecăreia dintre cele trei faze), și prin numărători ale globulelor (măsurarea nivelului de hemoglobină și a numărului de globule albe, de plachete și de globule roșii pe milimetrul cub de sânge).

Aceleași examene permit, de asemenea, să se urmărească rezultatele unui tratament cu anticoagulant administrat subiectului cu scopul de a reduce un risc de tromboză.

COAGULARE INTRAVASCULARĂ DISEMINATĂ. Sindrom hemoragic caracterizat prin formarea de cheaguri în micile vase sangvine, antrenând prăbușirea factorilor de coagulare.

COANE. Orificii posterioare ale foselor nazale.

Atrezia coanală (absența congenitală a dezvoltării coanelor) antrenează dificultăți respiratorii la nou-născut. Tratamentul constă în deschiderea lor pe cale chirurgicală.

COAPSĂ. Segment al membrului inferior cuprins între șold și genunchi. SINONIM: *pulpă*.

Scheletul coapsei este constituit din femur, articulându-se în partea de sus cu cotilul pentru a forma șoldul, iar în jos cu tibia și rotula pentru a forma genunchiul.

PATOLOGIE. Coapsa poate fi sediul leziunilor osoase (fracturi de femur), leziunilor vasculare (arterită, plagă arterială, flebită, varice), durerilor de origine nervoasă (cruralgie, sciatică) sau al leziunilor musculare (întindere, hematom sau ruptură a cvadricepsului).

COARCTATIE AORTICĂ. Îngustare congenitală a aortei, localizată în principal în torace, la originea părții descendente a aortei toracice, după formarea arterei subclaviare. SINONIM: *stenoză a istmului aortic*.

Coarctația aortică stânjenește curgerea sângelui în aortă. Ea provoacă o creștere a presiunii arteriale în amonte și diminuarea ei în aval; aceasta creează o slăbire sau, mai des, o supresie a bătăilor arterelor femurale în zona inghinală.

Chirurgia constă în ablația zonei îngustate și într-o suturare a celor două segmente aortice supra și subiacentă.

COARDĂ VOCALĂ. Mică structură fibroasă a laringelui, în formă de cordon, permițând fonația.

STRUCTURĂ ȘI FUNCȚIONARE. În număr de două, corzile vocale schițează o mică proeminență orizontală pe peretele lateral al laringelui. Între ele se găsește regiunea glotei, care separă regiunea supraglotică și regiunea subglotică, totul constituind laringele.

Corzile vocale sunt examinate de către medicul specialist în decursul unei laringoscopii.

PATOLOGIE. Laringita (inflamația) cronică este una dintre patologiile cele mai frecvente ale corzilor vocale, iar tratamentul său este cel al cauzei (tabagism etc.). În plus, există mai multe feluri de tumori benigne, între care nodulul corzilor vocale (profesori, oratori, cântăreți etc.); un simplu repaus vocal cu ședințe de ortofonie (reeducarea vocii) rezolvă problema, în caz contrar trebuie practicată ablația. Cancerul laringelui, adesea consecutiv unei laringite cronice, poate fi limitat doar la corzile vocale; prognosticul lui este atunci destul de bun, mai ales dacă tratamentul este precoce. De altfel, funcționarea corzilor vocale poate fi perturbată de o compresie a nervilor laringelui cauzată de o tumoare a gâtului, capului sau toracelui.

COASTĂ. Fiecare dintre oasele plate, în formă de arc, care constituie armătura toracelui.

Se socotesc, de sus în jos, 12 perechi de coaste, fiecare fiind atașată unei vertebre dorsale. Totalitatea lor constituie împreună cu sternul cușca toracică. Se pot deosebi coastele adevărate (de la 1 la 7), unite cu sternul prin cartilagiile costale; coastele false (de la 8 la 10), a căror extremitate anterioară se unește cu cartilagiul costal supraiacent; și coastele libere (11 și 12), al căror cartilagiu rămâne liber.

PATOLOGIE. Fracturile de coaste sunt frecvente la adult, mult mai mare la copil, din cauza supleței toracelui său. Survenite în mod obișnuit după o cădere sau după o lovitură, fracturile provoacă o durere ascuțită și o umflare a țesuturilor adiacente. Diagnosticul este confirmat prin radiografie. Fracturile care nu afectează decât un număr limitat de coaste sunt benigne și tratamentul lor este doar analgezic. Durerile, accentuate de către mișcările respiratorii sau de tuse, dispar de la sine în câteva săptămâni. În schimb, fracturile pluricostale, mai ales cele care provoacă un volet toracic (porțiune a peretului toracic desolidarizată de ansamblul scheletului), pot pune în pericol viața rănitului prin decompensare respiratorie acută. Tratamentul, instituit de urgență și în mediu spitalicesc (chirurgie), necesită fixarea voletului toracic și o ventilație asistată.

COASTEI CERVICALE (sindrom al). Compresie a vaselor (artera subclaviară) și a plexurilor nervoase ale bazei gâtului (originea nervilor membrului superior) de către o coastă supranumerară.

Unii indivizi se nasc purtători ai unei coaste suplimentare numite coastă cervicală, pornită din a șaptea vertebră cervicală și situată deasupra coastelor normale. Compresia arterei subclaviare poate provoca o ischemie sau o tromboză, cea a plexului brahial parestezii (furnicături) sau dureri ale membrului superior. Radiografia permite diagnosticul. Tratamentul constă în ablația chirurgicală a acestei coaste supranumerare.

COBALTOTERAPIE sau **COBALTERAPIE.** Utilizare terapeutică a radiațiilor gamma de înaltă energie (1,25MeV), provenind de la o sursă de cobalt 60 radioactiv, cu intenția de a distruge celulele canceroase.

Cobaltoterapia este tehnica cea mai utilizată în radioterapie. Ea a subminat, începând cu deceniul al cincilea, razele X, deoarece protejează mai bine pielea și obține un

randament mai bun, în profunzime și o mai mare omogenitate a radiației. → RADIOTERAPIE.

COC. Bacterie de formă rotundă sau ovalară.

COCAINĂ. Alcaloid natural sau sintetic, utilizat în medicină ca anestezic local și considerat stupefiant.

INDICAȚII. În stare naturală, cocaina nu mai este întrebuințată decât sub forma de soluție uleioasă (colir 2%) și de pomadă cu atropină și cocaină. Clorhidratul de cocaină, substanță sintetică, este un puternic anestezic local și un puternic vasoconstrictor. Ea este înscrisă pe lista substanțelor stupefiante.

INTOXICAȚIA. Folosirea prelungită a cocainei (prin inhalare sau injectare) duce la toxicomanie: aceasta provoacă o excitare a centrilor cerebrali psihici și senzoriali și o diminuare a senzației de oboseală. De altfel, inhalările regulate pot antrena leziuni ale septului nazal, iar dozele puternice generează uneori un comportament psihotic. Supradoza poate antrena convulsii, o comă sau un colaps care sfârșește uneori cu moartea prin stop cardiac. „Crack"-ul este o formă purificată de cocaină ale cărei efecte sunt mult mai rapide, mai intense și mai puțin prelungite. Consecințele asupra activității cardiace pot fi mortale.

COCCIDIOIDOZĂ. Boală infecțioasă provocată de către ciuperca *Coccidioidis immitis*. SINONIM: *coccidioidomicoză*.

Coccidioidoza se întâlnește în regiunile deserticе din California, America Centrală și America de Sud. Această boală se contractează prin inhalarea de pulberi conținând spori.

Coccidioidomicoza provoacă simptome pulmonare febrile, asemănătoare celor ale gripei sau ale tuberculozei, care pot să se asocieze unor manifestări generale: eritem nodos (eruptie de plăci pe membrele inferioare), supurații osteoarticulare, meningită.

Coccidioidomicoza este tratată prin administrarea de antifungice.

COCCIDIOZĂ INTESTINALĂ. Boală parazitară provocată de prezența în intestin a coccidiilor.

Coccidiile sunt protozoare care infestează, de obicei, animalele, mai rar oamenii.

Tratamentul coccidiozei este cel al simptomelor.

COCCIGODINIE. Durere a regiunii coccigiene.

O coccigodinie are drept origine un traumatism direct sau o entorsă a ligamentelor sacrococcigiene. La persoanele în vârstă, ea poate dezvălui o fractură de oboseală a sacrumului (fractură spontană legată de îmbătrânirea sau de uzura osului). În sfârșit, ea este asociată uneori cu o stare depresivă. Redeșteptată de presiunea vârfului coccisului, coccigodinia face dificil statul în șezut.

Tratamentul depinde de cauză, dar, în toate cazurile, trebuie să se evite timp de câteva săptămâni poziția șezândă pe cocis, ajutându-se de perne pentru a evita sprijinul pe partea de sus a coapselor.

COCCIS. Segment inferior al coloanei vertebrale.

Fractura de coccis este cel mai des consecutivă unei căderi pe fese. Ea provoacă o durere vie, care deranjează în poziția așezat. Examenul și radiografiile confirmă diagnosticul. Această fractură se complică după un timp cu o coccigodinie, durerea coccisului persistând mai multe săptămâni. Tratamentul său, la fel ca și al coccigodiniei, este simptomatic și se limitează la prescrierea de analgezice sau de antiinflamatoare.

COCOBACIL. Bacterie a cărei formă este intermediară între cea a unui coc (sferic) și cea a unui bacil (alungit).

COD GENETIC. Sistem multumită căruia informația genetică, conținută sub formă chimică în A.D.N.-ul nucleelor celulelor, poate comanda sinteza proteinelor constitutive ale materiei vii.

COEFICIENT INTELECTUAL. Raport între vârsta mintală și vârsta reală a unui individ, multiplicat cu 100, vârsta mintală fiind evaluată printr-o serie de teste.

Prin definiție, coeficientul intelectual normal este 100. Dacă este sub 70, el traduce o debilitate mintală. Dacă este mai mare de 140, el indică, la un copil, faptul că este supradotat.

Coeficientul intelectual a fost criticat adesea, deoarece nu ține cont de personalitatea globală a subiectului și pentru că rezultatele determinării lui pot fi influențate de mediul sociocultural al copilului, de reacția sa afectivă față de examinator etc. Acesta trebuie deci să fie completat cu alte teste, în special cu teste de personalitate ca cel al lui Rorschach.

COHLEE. Parte a urechii interne destinată auditiei. SINONIM: *melcul*.

Cohleea este porțiunea anterioară a labirintului, cavitate inclusă în stâncă (partea internă orizontală a osului temporal). Ea se află astfel în legătură cu vestibulul, porțiunea posterioară a labirintului responsabil de echilibru.

COLAGEN. Proteină responsabilă de coeziunea țesuturilor, cea mai abundentă a corpului uman.

PATOLOGIE. Unele boli sunt caracterizate printr-o formare anormală de fibre de colagen, care invadează atunci organismul într-o manieră difuză și provoacă bolile numite conectivite, altădată denumite colagenoze. Așa este, de exemplu, cazul cu sclerodermia, care se manifestă printr-o îngroșare fibroasă a pielii.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. În dermatologie, colagenul din pomezile și din cremele cosmetice neputând pătrunde în grosimea pielii, eficacitatea sa terapeutică n-a fost încă dovedită. Injecțiile intradermice de colagen bovin sunt

utilizate adesea pentru a face să dispară ridurile. Atunci trebuie să se țină cont de contraindicații (eventuale alergii, boli autoimune etc.) și să se realizeze teste prealabile (dozări de anticorpi sangvini, teste cutanate). Rezultatul este adesea satisfăcător dar foarte tranzitoriu, rar cu o valabilitate mai mare de 12 luni.

COLAGENOZĂ. → CONECTIVITĂ.

COLAGOG. Medicament destinat provocării unei goliri a vezicului biliare în intestin.

■ **COLANGIOGRAFIE.** Examen radiologic care permite vizualizarea vezicului și a căilor biliare.

Se deosebesc mai multe tipuri de colangiografie, în funcție de modul de opacifiere utilizat.

■ *Colangiografia intravenoasă.* O colangiografie intravenoasă se face în sala de radiologie. Pacientul este lungit pe pat, i se injectează produsul de contrast prin perfuzie în antebraț și, la sfârșitul perfuziei, se realizează o serie de clișee. Examenul durează aproximativ o oră.

■ *Colangiografia retrogradă.* O colangiografie retrogradă necesită o spitalizare și o anestezie generală ușoară, neadormind total pacientul. În timpul examenului, medicul introduce un fibroscop în gura pacientului, îl face să înainteze până în duoden. Apoi, medicul împinge prin conductul fibroscopului un cateter fin care ajunge până la orificiul de îmbinare duodenală a coledocului și canalului pancreatic al lui Wirsung (la nivelul ampulei lui Vater), ceea ce îi permite să injecteze un produs de contrast în căile biliare și în canalul pancreatic și să vadă imaginea lor pe un ecran. Apoi se fac mai multe clișee, care se developează pe loc pentru a repera vreo eventuală anomalie, ca de exemplu prezența calculilor, și a o trata imediat. După examen, pacientul rămâne sub control medical riguros la spital timp de una până la trei zile și primește un tratament antibiotic pentru a preveni riscul de infecție.

■ *Colangiografia transhepatică.* O colangiografie transhepatică necesită o spitalizare și se practică în sala de radiologie. Înaintea examenului, se administrează un medicament calmant pacientului care se află lungit pe pat și căruia i se injectează un produs anesteziant la înălțimea ficatului înainte de a realiza o puncție a căilor biliare cu ajutorul unei seringi. Atunci când bila apare ușor, aceasta indică faptul că acul de puncție este bine plasat în canalele biliare, produsul de contrast este injectat și sunt realizate mai multe clișee și developate imediat. Acestea precizează natura și localizarea obstacolului, iar medicul poate pune un cateter pentru a permite drenarea bilei. Examenul durează aproximativ o oră.

COLANGIOM. Tumoră a ficatului, constituită din canale al căror aspect amintește pe cel al canalelor biliare.

Un colangiom poate fi benign, dar cel mai des el este malign. Colangioamele maligne, sau colangiocarcinoamele, afectează în jumătate din cazuri un ficat sănătos, spre deosebire de hepatocarcinoame, care constituie cel mai des complicația unei ciroze. În formele localizate, este posibilă ablația chirurgicală.

COLANGITĂ SCLEROZANTĂ. Afecțiune cronică inflamatorie și fibrozantă a căilor biliare intrahepatice și extrahepatice.

Nu există un tratament specific al bolii. Dacă aceasta atinge un stadiu avansat, poate fi propus un transplant hepatic.

COLAPS CARDIOVASCULAR. Cădere severă a presiunii arteriale sistolice (maxima) sub 80 milimetri coloană mercur.

Asociat în mod obișnuit cu existența unui puls slab și rapid, un colaps cardiovascular este consecința unei proaste funcționări a mușchiului cardiac, unei diminuări a volumului sangvin, unei infecții grave sau unei hipotonii vasculare responsabile de o vasodilatație importantă. Dacă un colaps vascular se prelungește, apare o stare de șoc, o adevărată insuficiență circulatorie acută. Acest tip de rău necesită deci o spitalizare de urgență și măsuri de reanimare, precum și un tratament al cauzei.

COLECISTECTOMIE. Ablație a vezicului biliare.

INDICAȚII. O colecistectomie este indicată, în principal, în caz de litiază veziculară (prezența unuia sau mai multor calculi în vezicula biliară). De fapt, în absența tratamentului chirurgical, și uneori chiar brusc, calculii pot avea complicații precum o colecistită (inflamația veziculei), un piocolecist (infecție supurată), chiar o colică hepatică (durere acută provocată prin migrarea unui calcul în canalul coledoc, care conduce bila în intestin), urmată uneori de un icter sau de o pancreatită (inflamarea pancreasului).

TEHNICI. Pot fi întrebuințate două tehnici chirurgicale pentru îndepărtarea vezicului biliare și pentru prevenirea sau tratarea acestor complicații.

Tehnica clasică se bazează pe laparatomie, adică pe incizarea abdomenului, cel mai des chiar dedesubtul ultimelor coaste din dreapta. Operația durează între 60 și 90 de minute și necesită o spitalizare de 4–5 zile. Complicațiile sunt foarte rare.

A doua tehnică chirurgicală, prin celioscopie, constă în vizualizarea cavității abdominale cu ajutorul unei mici incizii în ombilic, prin care s-a introdus un tub optic legat la o cameră de luat vederi, cu ecran video. Alte incizii abdominale permit introducerea unor instrumente adaptate specific acestui tip de chirurgie. După secționarea arterei sale, vezicula este desprinsă de ficat și apoi extrasă prin incizia ombilicală. Această tehnică nu necesită decât o spitalizare de una până la trei zile și antrenează mai puține dureri postoperatorii decât tehnica clasică. Totuși, riscul de eșec este mai ridicat decât la tehnica laparoscopică.

COLECISTITĂ. Inflamație a vezicului biliare.

O colecistită este consecința unei inflamații și/sau unei infecții bacteriene a vezicului biliare. Cea mai frecventă este

colecistita litiazică, legată de prezența calculilor în vezicula biliară, dar există și forme fără litiază.

SIMPTOME. O colecistită se manifestă prin dureri de colică hepatică localizate în regiunea subhepatică, care blochează inspirația profundă și sunt exacerbate prin palpare. Greturile și vomele sunt frecvente. Un sindrom infecțios (febră, creșterea numărului de globule albe) este prezent întotdeauna.

TRATAMENT. Colecistectomie (ablația veziculei) este indispensabilă, prin metoda chirurgicală tradițională sau prin celioscopie. Operația este realizată adesea după câteva zile de antibioterapie. Gheața pusă pe ventru poate calma durerile.

COLECTAZIE. Dilatație acută, parțială sau totală, a colonului, ca urmare a prezenței gazelor.

COLECTOMIE. Ablație chirurgicală a colonului sau a unuia dintre segmentele sale.

INDICAȚII. O colectomie este practicată în cazul atingerilor tumorale benigne (polipi) sau maligne, sau pentru atingeri infecțioase (diverticulită).

TEHNICĂ. Colectomia poate fi totală sau parțială: colonul drept (cel vertical, care urmează după intestinul subțire), transversal (orizontal, între colonul drept și cel stâng), stâng (vertical, care se continuă cu rectul). După ce colectomia propriu-zisă a fost efectuată, chirurgul dispune de două tehnici pentru a termina operația, anastomoza sau colostomia.

■ *În cazul anastomozei* el restabilește imediat continuitatea digestivă, punând cap la cap cele două bucăți de intestin rămase.

■ *În cazul colostomiei*, chirurgul fixează orificiul tubului digestiv pe peretele anterior al abdomenului constituind un anus artificial. Colostomia este utilizată ori de câte ori anastomoza imediată este imposibilă, fie pentru că segmentul din aval al colonului este obliterat (de exemplu, din cauza unei invazii canceroase), fie pentru că peretele intestinului nu este suficient cicatrizat pentru a permite o sutură fără risc. Ea poate fi definitivă sau urmată ulterior de o anastomoză.

COLECȚIE. Acumulare de lichid fiziologic sau patologic (sânge, puroi etc.) într-o cavitate a organismului.

COLEDOC (canal). Porțiunea terminală a căii biliare principale.

Canalul coledoc ia naștere la confluența canalului cistic, care vine de la vezicula biliară, cu canalul hepatic, pornit din ficat. El se termină în duoden după ce s-a unit cu canalul pancreatic al lui Wirsung în ampula lui Vater.

Canalul coledoc poate fi sediul unor calculi sau tumori. El poate fi comprimat de către tumori, îndeosebi de cancere ale capului de pancreas.

COLEDOCOTOMIE. Deschidere sau secționare a canalului coledoc, practicată cel mai des pentru evacuarea calculilor.

O coledocotomie se practică adesea în același timp cu o colecistectomie (ablația veziculei biliare).

COLERETIC. Medicament destinat creșterii secreției de bilă.

COLESTAZĂ. Diminuarea sau oprirea secreției de bilă.

DIFERITE TIPURI DE COLESTAZĂ

■ *Colestaza extrahepatică* este o stagnare a bilei în canalele situate dedesubtul hilului ficatului. Cauzele cele mai frecvente sunt calculii coledocului, cancerele de pancreas, de coledoc și de ficat.

■ *Colestaza intrahepatică* este o stagnare a bilei în căile biliare situate în interiorul ficatului. Cauzele cele mai frecvente sunt cancerele, hepatitele acute sau cronice și cirozele.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Principalele semne sunt un icter și un prurit (mâncărimi), deși există colestaze și fără icter. Absența acizilor biliari în interiorul aparatului digestiv se traduce printr-o diaree grăsoasă și printr-un deficit de vitamine neasimilate. Lipsa bilirubinei în tubul digestiv provoacă o decolorare a scaunelor.

DIAGNOSTIC. Testele biologice hepatice (dozarea elementelor de origine hepatică din plasma sangvină) arată o creștere a unor enzime ca bilirubina. Ecografia permite verificarea permeabilității căilor biliare și decelarea unui eventual obstacol.

TRATAMENT. Cel mai des este chirurgical; când cauza este extrahepatică, vizează restabilirea scurgerii bilei din ficat spre duoden. El este, în principiu, medicamentos atunci când cauza este intrahepatică.

COLESTEATOM AL URECHII MEDII. Tumoră benignă a urechii medii, localizată cel mai des la căsuța timpanului.

Colesteatomul este format din celule epidermice. El tinde să se dezvolte foarte lent, invadând și distrugând urechea medie, apoi urechea internă; el poate antrena o surditate completă. Ablația chirurgicală este singurul tratament al colesteatomului. Sunt posibile recidivele.

COLESTEROL. Substanță lipidică, sintetizată, în principal, de către ficat plecând de la o altă substanță, acetilcoenzima A.

Principalele surse alimentare de colesterol sunt gălbenușul de ou, măruntaiele, produsele lactate, carnea și peștele.

În organism, colesterolul intră în constituția celulelor, făcând parte, de exemplu, din structura membranei lor. El mai intervine în mai multe metabolisme: pe de o parte, el este punctul de plecare al sintezei hormonilor (corticosteroizii, în particular) în glanda suprarenală și în ovar; pe de altă parte, el este transformat de către ficat în acizi biliari, aruncați în intestin împreună cu bila și indispensabili digestiei lipidelor.

PATOLOGIE. Lipidele precum colesterolul și trigliceridele sunt transportate în sânge, asociate proteinelor, adică sub forma de lipoproteine. Printre acestea, LDL (lipoproteinele de mică densitate) sunt deosebit de bogate în colesterol, fiind susceptibile să se depună pe pereții arterelor; ateroscleroza este, de fapt, o atingere a acestor artere prin exagerarea acestor fenomene. Invers, HDL (lipoproteinele de densitate mare) îndepărtează colesterolul de peretele vaselor și îl duc în ficat, care îl poate reutiliza. → COLESTEROLEMIE, DISLIPIDEMIE, HIPERCOLESTEROLEMIE.

COLESTEROLEMIE. Nivel al colesterolului în sânge.

Colesterolemia este unul dintre indicatorii riscului de ateroscleroză. Valorile normale (de la 5,2 la 6,5 milimoli pe litru, aproximativ, sau după unitățile vechi, de la 2 la 2,5 grame pe litru) cresc cu vârsta. → HIPERCOLESTEROLEMIE.

COLIBACIL. → ESCHERICHIA COLI.

COLIBACILOZĂ. Afecțiune urinară sau digestivă cauzată de un colibacil *(Escherichia coli)*, indiferent de manifestări.

Colibacilul este o enterobacterie (bacterie prezentă în flora naturală a tubului digestiv).

COLICĂ. **1.** Care se referă la colon. **2.** Durere spasmodică legată de distensia tubului digestiv, a canalelor glandulare sau ale căilor urinare.

Colicile biliare sau hepatice sunt legate de blocarea canalelor de către calculi; colicile intestinale sunt provocate fie de o iritație produsă de o gastroenterită sau de o colită, fie de o ocluzie intestinală. De asemenea, există colici pancreatice, cauzate de obstrucția canalului lui Wirsung, și salivare, datorate unei litiaze.

Colica se traduce prin repetarea paroxismelor dureroase foarte violente, întretăiate de perioade de acalmie. Ea poate să fie însoțită de grețuri și de jenă respiratorie (colicile biliare sau hepatice), de agitație și de vome (colicile nefretice).

Colicile sunt tratate prin administrarea de analgezice și de antispastice. Ele impun căutarea cauzei obstructive (calcul, cheag), care poate fi tratată prin extracție.

COLICĂ NEFRETICĂ. Durere acută și violentă în regiunea lombară, datorată unei obstrucții acute a ureterei, antrenând o dilatare bruscă a căilor urinare în amonte de obstacol.

CAUZE. Cel mai des, o colică nefretică este consecința migrării unui calcul care obstruează, complet sau nu, fie bazinetul, fie uretera.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Colica nefretică se traduce printr-o durere violentă, care debutează, cel mai des, treptat, intensificându-se rapid și evoluând prin paroxisme foarte violente, rapid devenite insuportabile, fără a se găsi vreo poziție în care durerea se calmează. Durerea are un traiect deosebit, caracteristic acestui tip de afecțiune: ea înconjoară flancul și se propagă în jos, coborând spre organele genitale externe. Când obstacolul este situat jos în ureteră, pacientul se plânge adesea de tulburări micționale care se traduc prin nevoia frecventă de a urina fără emisie de urină totuși.

TRATAMENT. Cuprinde tratamentul durerii și, în unele cazuri, extragerea calculului.

■ *Tratamentul durerii* este o urgență, fiind vorba de o afecțiune greu de suportat și care poate dura ore. El constă în suprimarea oricărei băuturi sau în oprirea unei eventuale perfuzii, creșterea cantității de urină agravând sau perpetuând durerea prin creșterea dilatației în amonte de obstacol. Această măsură se asociază prescrierii de analgezice și de antispastice sau de antiinflamatoare.

■ *Extracția calculului* nu este întotdeauna necesară. De fapt, acesta este adesea expulzat de la sine și găsit în urină. Extracția este necesară în caz de durere persistentă — se vorbește atunci de o colică nefretică hiperalgică — în pofida administrării de analgezice, sau, când colica nefretică este asociată unei infecții urinare febrile, din cauza riscurilor de septicemie în absența unui tratament; în acest caz, extracția este asociată administrării de antibiotice. → LITIAZĂ, LITOTRIPSIE.

COLICĂ UTERINĂ. Contracție uterină ce survine după naștere, care este destinată evacuării lohiilor (sângerările uterine).

Colicile sunt cu atât mai dureroase cu cât femeia a avut mai mulți copii. Ele durează de la două la șase zile, sunt exacerbate de suptul mameloanelor în timpul hrănirii la sân, dar sunt ușor de calmat cu antispastice.

COLINERGIC, -Ă. Substanță care crește sau care imită acțiunea acetilcolinei. SINONIM: *parasimpatomimetic(ă)*.

Colinergicele favorizează acțiunea sistemului nervos parasimpatic, în particular bronhoconstricția, precum și comanda nervoasă a mușchilor scheletului.

Medicamentele colinergice au diferite indicații (miastenie, glaucom) și sunt prescrise pe cale orală, injectabilă sau locală (colire). Ele sunt contraindicate în caz de astm și de boala lui Parkinson. Colinergicele provoacă adesea dureri abdominale, grețuri, diaree, o încetinire a ritmului cardiac.

COLINESTERAZĂ. Enzimă capabilă să inhibe acțiunea unui neurotransmițător, acetilcolina. SINONIM: *acetilcolinesteraza*.

COLIR. Soluție sterilă instilată sub formă de picături în sacul conjunctival inferior pentru a produce un efect asupra ochiului.

Colirele sunt constituite dintr-un principiu activ dizolvat în apă distilată, acestei soluții, ulterior diluate cu ser fiziologic, adăugându-i-se un antiseptic, iar în final condiționate în flacoane sterile. După deschiderea flaconului, păstrarea se va face într-un loc rece, la adăpost de lumină și soluția va fi utilizată în următoarele 15 zile. Produsul este instilat în golul pleoapei inferioare și difuzează în interiorul ochiului prin cornee.

COLITĂ. Inflamație acută sau cronică a colonului.

Termenul de colită acoperă un număr foarte variat de afecțiuni, cu excepția tumorilor și malformațiilor colonului.

CAUZE

■ *O colită acută* poate avea o origine infecțioasă (bacteriană, virală sau parazitară), medicamentoasă (laxative iritante, tratament prelungit cu antibiotice), poate fi consecința unei radioterapii sau unei ischemii (insuficiență circulatorie a peretelui intestinal).

■ *O colită cronică* are adesea o cauză necunoscută și apare în cursul unor afecțiuni ca boala lui Crohn sau rectocolita hemoragică.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Colita se traduce, în principal, printr-o diaree, asociată sau nu cu dureri abdominale.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se bazează pe coloscopie, care permite, de altfel, să se efectueze o biopsie pentru a căuta o cauză bacteriologică sau virală a colitei și a-i preciza caracteristicile histologice. Coloscopia este însă contraindicată în caz de colită gravă, de sigmoidită diverticulară și de colită ischemică evoluată.

Tratamentul este cel mai adesea medicamentos (antibiotice pentru colitele infecțioase, corticosteroizi pentru boala lui Crohn și pentru rectocolita hemoragică), uneori chirurgical în cursul sigmoiditelor diverticulare sau postradioterapice.

COLOANĂ VERTEBRALĂ. → RAHIS SAU RACHIS.

COLOBOM. Malformație congenitală a ochiului constând dintr-o fantă care poate fi localizată la nivelul irisului, coroidei, nervului optic și/sau pleoapei superioare.

COLON. Parte a intestinului, începând de la valvula lui Bauhin (sfârșitul intestinului subțire) și terminându-se la rect, care elaborează și vehiculează materiile fecale. SINONIM: *intestin gros*.

Colonul primește alimentele; el exercită o funcție mecanică (stocare și amestecare) și este sediul fenomenelor de absorbție (el primește aproximativ 1,5 litri de apă pe zi, din care absoarbe aproximativ 90%) și de digestie (asigurată de către flora bacteriană). Aceste procese metabolice sunt însoțite de o producere de gaze și sfârșesc prin constituirea scaunelor.

PATOLOGIE. Colonul este sediul diverselor afecțiuni, inflamatorii (colite), tumorale (polipi, adenocarcinoame) și mecanice (volvulus, sau torsiunea unei anse intestinale). Colonul poate fi prea lung (dolicocolon) sau prea larg (megacolon).

COLONIE. Grămadă de bacterii identice provenind din aceeași celulă bacteriană.

COLONULUI (cancer al). Cancer care atinge colonul, cel mai des sub formă de carcinom.

CAUZE. Riscul de cancer de colon este mai ridicat la persoanele predispuse genetic la polipii intestinali, la cei care au antecedente personale și/sau familiale de polip sau de cancer colic, și la cei care suferă de o colită inflamatorie veche. Alți factori de risc intervin, în particular, în regimurile alimentare sărace în fibre.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Cancerul de colon se prezintă sub forma unei tumori ulcerate și/sau înmugurite, putând antrena o îngustare a cavității colonului. El se traduce prin semne digestive: modificări recente de tranzit, dureri abdominale persistente, sângerare digestivă, și prin semne extradigestive: anemie, febră, alterare a stării generale. El mai poate fi pus în evidență printr-o ocluzie intestinală sau cu ocazia apariției unor metastaze, în particular la nivelul ficatului.

TRATAMENT. Acesta constă dintr-o colectomie parțială (ablația porțiunii atinse a colonului, apoi restabilirea continuității), asociată cu o ablație de vase și de ganglioni din apropiere și completată în unele cazuri printr-un tratament medicamentos chimioterapic. Acest supliment permite să se diminueze în mod semnificativ numărul de recidive ale bolii canceroase. În cancerele rectului inferior, ablația părții bolnave este urmată de o colostomie, crearea unui anus artificial.

PREVENIRE. Se bazează mai ales pe un diagnostic precoce al bolii și pe depistarea și rezecția polipilor, ei fiind adesea cei care stau la originea cancerului. Identificarea recentă a genei răspunzătoare de cea mai frecventă dintre polipozele intestinale familiale reprezintă astăzi o mare speranță pentru această prevenire. Detectarea prin căutarea sângelui în scaune cu ajutorul unui test, Hemocult, este, de asemenea, în studiu pentru efectuarea unui screening la nivel de populație.

COLONULUI (tumoră a). Tumoră localizată pe colon.

Tumorile benigne de colon sunt foarte frecvente și iau cel mai des forma de adenoame (polipi), mai rar cea de leiomioame, lipoame și angioame.

Polipii fac obiectul unei depistări la subiecții cu risc (antecedente personale și familiale) și al unei ablații sistematice, deoarece unii constituie leziuni benigne precanceroase. → COLONULUI (cancer al).

COLOPATIE. Orice boală a colonului.

COLOPATIE FUNCTIONALĂ. Tulburare de funcționare a colonului, de origine necunoscută, fără leziune organică decelabilă. SINONIM: *sindrom al intestinului iritabil*.

Colopatia funcțională este deosebit de răspândită. La originea afecțiunii există probabil o anomalie a funcționării neuromusculare a colonului și intestinului subțire; starea psihologică a pacientului are și ea o importanță.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Colopatia funcțională se traduce prin dureri de tip spasmodic localizate pe traiectul colonului, prin tulburări ale tranzitului intestinal (constipație, diaree, alternanța celor două), în sfârșit, prin dificultăți la defecare. Ea este frecvent asociată cu o balonare abdominală. Nu apare nici febră, nici vreo atingere a stării generale.

DIAGNOSTIC. Diagnosticarea este adesea limitată la o examinare clinică. Examene complementare, ca explorarea colonului sau a intestinului subțire, nu sunt prescrise decât dacă examinarea clinică este echivocă sau dacă există un risc de tumoră a colonului: apariția recentă de tulburări, antecedente personale sau familiale, vârstă avansată.

TRATAMENT. Acesta se bazează în parte pe respectarea unei bune igiene alimentare: regimul trebuie să fie ușor diversificat și să conțină multe fibre alimentare. Medicamentele, antispastice contra durerii, antidiareice, anticonstipante, sunt prescrise cu parcimonie, de o manieră discontinuă. Pacientului trebuie să i se explice că tulburările sunt benigne și nu comportă nici un risc de complicații.

COLOPEXIE. Fixare chirurgicală a colonului pe peritoneul parietal.

COLOPLASTIE. Operație chirurgicală având drept unul din rezultate modificarea formei și funcției colonului.

COLORANT. Substanță colorată naturală sau sintetică, adăugată unui aliment pentru a-i îmbunătăți prezentarea.

Utilizarea coloranților ca aditivi alimentari este reglementată sever: coloranții nocivi (unii dintre ei sunt bănuiți că ar avea acțiune cancerigenă) sunt interziși; coloranții a căror inocuitate este testată sunt limitați la foarte mici cantități. Unele persoane totuși, în particular copiii, absorb cantități masive de produse de cofetărie sau de băuturi colorate industrial, cazuri în care nu se cunosc exact consecințele unui astfel de consum. → ADITIV ALIMENTAR.

COLOSCOPIE. Examen care permite explorarea întregii mucoase a colonului sau a unei părți din ea și, în anumite cazuri, a ultimei anse a intestinului subțire.

Coloscopia permite cercetarea cauzei de diaree, de sângerare digestivă, de dureri abdominale și diagnosticarea unui polip sau a unui cancer al colonului; ea mai permite și supravegherea pacienților care au fost operați de un cancer al colonului sau al rectului. Se poate, în timpul examenului, să se practice o polipectomie (ablația polipului) și o prelevare biopsică în scopuri de diagnostic.

Coloscopia necesită, în general, o scurtă spitalizare și poate să fie practicată fără anestezie sau sub o anestezie generală ușoară. Înainte de examen, colonul pacientului este total curățat prin ingestia, cu o seară înainte de examen, a unei diete lipsite de fibre și prin absorbția în doi timpi (în seara dinainte și în ziua examenului) a 4 litri de soluție specială; aceasta provoacă o diaree.

În timpul examenului, pacientul este lungit pe pat și, dacă examenul coloscopic se face sub anestezie, i se injectează un anestezic într-o venă a antebrațului. Medicul efectuează un tușeu rectal, apoi introduce în anus un coloscop, un lung tub flexibil dotat cu fibre optice, unele conducând lumina, altele trimițând imaginea pe un ecran video sau printr-un ocular. Coloscopul înaintează în colon datorită unei insuflări de aer. Examenul durează aproximativ 30 de minute. Pacientul rămâne sub supraveghere medicală timp de 3 ore după examen.

EFECTE SECUNDARE. În timpul examenului practicat sub anestezie, insuflarea de aer necesară înaintării coloscopului este uneori dureroasă. Perforarea, foarte rară, este singurul accident grav. Acest risc impune examene foarte prudente în caz de colon patologic (colită ulceroasă, diverticuli). Ablația unui polip poate antrena, în mod excepțional, o hemoragie.

COLOSTOMIE. Îmbinarea chirurgicală a colonului la nivelul pielii, constituind un anus artificial, temporar sau definitiv.

Colostomia constă în crearea unui orificiu pe abdomen, prin care materiile fecale se golesc în parte sau în totalitate, în loc să fie evacuate prin anus.

Există două feluri de colostomie, laterală și terminală.

■ *Colostomia laterala constă în crearea unui orificiu în* peretele colonului și în fixarea acestuia la o incizie cutanată. Această derivație, în general temporară, este practicată ca tratament de urgență a unei ocluzii intestinale (întreruperea tranzitului), în amonte de întrerupere.

■ *Colostomia terminala* este practicată ca urmare a unei ablații chirurgicale complete a colonului. Orificiul segmentului în amonte este deschis la nivelul pielii. În operația lui Hartmann, colostomia este provizorie: segmentul în aval al colonului, constituit din rect și din anus, fiind păstrat, restabilirea continuității colice va fi posibilă într-un al doilea timp. În alte cazuri, colostomia este definitivă, deoarece

segmentul din aval a fost scos, din cauza unui cancer, de exemplu.

După o colostomie, strângerea materiilor fecale și a gazelor se face într-o pungă. Aceasta, fixată de piele la nivelul flancului stâng printr-un sistem adeziv, este schimbată la fiecare golire a intestinelor. Aceste goliri au loc în mod spontan, de una-două ori pe zi. Dar pacientul poate păstra un anumit control, pe de o parte datorită unui regim alimentar, iar pe de altă parte prin trezirea devreme dimineața pentru a evita evacuarea în timpul zilei. Există o mare varietate de materiale, discrete, etanșe la materii și la mirosuri, neiritante. După ce a deprins, în general în mediul spitalicesc sau printr-o asociație a bolnavilor de acest fel, modul de a se folosi de acest sistem, pacientul poate să-și manipuleze singur punga. Multe persoane colostomizate, în pofida constrângerilor și dificultăților psihologice de la început, duc o viață socială, familială și sportivă normală. → ANUS ARTIFICIAL, STOMIE.

COLOSTRU. Lichid gălbui secretat de glanda mamară în primele zile după naștere, înainte de apariția secreției lactate.

COLOCTOMIE. Deschiderea chirurgicală a peretelui colonului, cu scopuri diagnostice sau terapeutice.

COLPECTOMIE. Intervenție chirurgicală constând în îndepărtarea unei părți a vaginului, atunci când acesta este relaxat (slăbit).

Colpectomia este o intervenție practicată mai ales în caz de prolaps genital (căderea vaginului și a uterului).

COLPOCEL. Relaxare cu prăbușire a pereților vaginului.

Un colpocel este, în principal, de origine traumatică, legat de o naștere dificilă. El se asociază aproape întotdeauna cu un prolaps (coborârea organelor). Un colpocel al peretelui anterior al vaginului este însoțit, în general, de un cistocel (coborârea vezicii). Un colpocel al peretelui posterior antrenează cel mai des un rectocel (coborârea rectului). Colpocelul se manifestă printr-o senzație de greutate pelviană, uneori cu o incontinență urinară.

Tratamentul chirurgical se face dacă este posibil prin căile naturale.

COLPOCISTOGRAFIE. Examen radiologic ce permite explorarea unui prolaps (coborârea unui organ) la femeie.

DESFĂȘURARE. Examenul se desfășoară în sala de radiologie. Pacienta este lungită pe masa de examinare, în poziție ginecologică, cu genunchii îndoiți. Vaginul, uretra, vezica și rectul sunt opacifiate prin injectarea de produse de contrast în căile naturale. Masa de examinare este apoi basculată astfel încât să permite luarea de clișee în poziția în picioare. Sunt luate două clișee, primul în efort de reținere (contracție musculară maximă), al doilea în efort de propulsie (extensie musculară maximă).

EFECTE SECUNDARE. În zilele care urmează examenului, pacienta poate resimți ușoare arsuri la micțiune, din cauza introducerii sondei în canalul uretral; acestea dispar de la sine.

COLPOHISTERECTOMIE. Ablație chirurgicală a uterului și a părții superioare a vaginului.

O colpohisterectomie este practicată mai ales în tratamentul cancerelor genitale (adenocarcinom endometral; adenocarcinom sau carcinom epidermoid al colului uterin), dar ea mai este indicată și în unele cazuri de prolaps genital (coborârea vaginului și uterului).

COLPOPERINEORAFIE. Operație chirurgicală ce urmărește să redea vaginului și perineului forma, poziția și dimensiunile lor normale după o ruptură sau după un prolaps (coborâre a organelor).

COLPOSCOPIE. Examen al vaginului și al colului uterin cu ajutorul unui colposcop (lupă binoculară fixată pe un specul).

INDICAȚII. Colposcopia este un mijloc de diagnostic și de supraveghere indispensabil pentru toate patologiile colului uterin; ea dă posibilitatea de a se detecta eventualele leziuni, benigne sau suspecte de malignitate, de a se efectua prelevări biopsice, de a practica tratamente (utilizarea laserului sau conizația cervicală).

TEHNICĂ ȘI DESFĂȘURARE. După ce s-a realizat depărtarea pereților vaginului cu ajutorul unui specul, medicul efectuează un prim examen al țesuturilor. Apoi el aplică o soluție de acid acetic, care face să apară leziunile precanceroase. Dacă este necesar, el practică o biopsie a țesuturilor necolorate.

Cea mai bună perioadă pentru efectuarea unei colposcopii se situează între a 8-a și a 14-a zi a ciclului menstrual, perioadă în care colul este cel mai deschis. Acest examen nu are nici un efect secundar, chiar și în cazul unei sarcini.

COL UTERIN. → UTER.

COL UTERIN (cancer de) → UTER (cancer de).

COLUTORIU. Preparația medicamentoasă destinată a fi aplicată pe mucoasele cavității bucale.

Un colutoriu, în funcție de compoziția sa, poate fi antiseptic, antibiotic, anestezic sau de o altă natură.

COMĂ. Alterare totală sau parțială a stării de conștiență.

CAUZE. O comă poate fi consecința leziunilor cerebrale de origine vasculară, infecțioasă, tumorală sau traumatică (edem, hemoragie sau contuzie cerebrală). Ea poate rezulta și dintr-o oxigenare cerebrală insuficientă (insuficiență circulatorie, asfixie, intoxicație cu oxid de carbon), poate fi cauzată de o criză de epilepsie, de o intoxicație a țesuturilor cerebrale (intoxicație medicamentoasă, alcoolică,

supradoză de drog), de o boală metabolică (encefalopatie respiratorie sau hepatică, acidocetoză diabetică, hipoglicemie) sau endocrină (comă mixedematoasă).

DIFERITE TIPURI DE COMĂ. Se disting mai multe tipuri de comă după întinderea alterării funcțiilor de relație. Un subiect poate intra în comă de oricare stadiu. Primele stadii (I și II) sunt mai ușor reversibile dacă este suprimată cauza comei. Dacă nu, aceasta se agravează până la stadiul IV, care este ireversibil.

■ *Stadiul I*, sau *coma vigilă*, este caracterizat prin reacții de deșteptare a subiectului atunci când este supus unei stimulări dureroase (deschiderea ochilor, bombăniturii).

■ *Stadiul II* se manifestă prin dispariția capacității de deșteptare a subiectului. Reacțiile motorii persistă totuși, ca retragerea unui membru atunci când este ciupit; reacțiile sunt cu atât mai puțin adaptate la stimuli cu cât tulburarea este mai gravă.

■ *Stadiul III*, sau *coma carus*, este caracterizat prin dispariția oricăror reacții motorii și prin apariția tulburărilor oculare (mișcări asimetrice ale ochilor) și vegetative, îndeosebi respiratorii, care pot cauza decesul prin anoxie (suprimarea aportului de oxigen pentru țesuturi).

■ *Stadiul IV*, sau *coma depășită*, definește moartea cerebrală deci moartea bolnavului.

DIAGNOSTIC. Examenul neurologic permite să se aprecieze profunzimea comei. Traseul electroencefalogramei indică reactivitatea subiectului la stimuli.

TRATAMENT. Un bolnav în comă trebuie să fie spitalizat de urgență. Independent de tratamentul cauzei, când aceasta este posibil, este necesară o supraveghere foarte strictă a subiectului cu scopul de a veghea la menținerea funcțiunilor sale vitale: respirație (oxigenarea și, adesea, ventilația asistată) și circulația sangvină (rehidratarea, lupta împotriva colapsului). Bolnavul este hrănit artificial prin perfuzie, chiar prin sondă digestivă. Îngrijirile medicale vizează prevenirea complicațiilor zăcutului la pat (escarele), protecția ochilor etc. Tratamente medicale specifice permit să se lupte contra edemului cerebral, să se prevină sau să se trateze crizele convulsive și să se prevină complicațiile tromboembolice cu ajutorul unui tratament anticoagulant.

PROGNOSTIC. Un subiect poate rămâne într-o comă profundă timp de mai multe luni, chiar mai mulți ani, cu o activitate cerebrală slabă sau imperceptibilă (starea vegetativă cronică). În schimb, orice leziune a trunchiului cerebral provoacă o alterare a funcțiilor vitale (respirație, îndeosebi), conducând cel mai des la o comă depășită.

COMĂ DEPĂȘITĂ. Stare de moarte cerebrală caracterizată prin oprirea definitivă a tuturor funcțiilor creierului și trunchiului cerebral, cu persistența activității cardiace. SINONIM: *moarte cerebrală*.

Oprirea definitivă a activității cerebrale este atestată prin două electroencefalograme plate care au fost practicate la un interval de câteva ore. Spre deosebire de starea vegetativă cronică, coma depășită este ireversibilă. Oprirea cardiacă definitivă survine în câteva ore sau câteva zile. Dacă este avută în vedere o prelevare de organe, este continuată reanimarea pentru a menține vitalitatea organului (sau organelor) de transplantat.

COMEDON. Leziune elementară a foliculului pilosebaceu caracteristică acneei.

Un comedon rezultă din obstrucția canalului unui folicul pilosebaceu, care poartă un fir de păr și care drenează sebumul, secreția glandei sebacee. Atunci se formează un dop de keratină (proteină a epidermului) și de sebum, care dilată glanda subiacentă. Comedoanele sunt amplasate mai ales pe frunte, pe nas, pe obraji, pe spate și pe piept. Apariția lor este favorizată de căldura umedă, de o configurație strâmtă a canalelor care drenează secrețiile sebacee, de ciclul menstrual, de anumite materii grase. Se pot deosebi comedoanele închise sau punctele albe, microchisturi albicioase, și comedoanele deschise sau punctele negre, care formează mici noduli ce au deasupra un orificiu negru și dilatat; conținutul lui este o materie albă și densă.

TRATAMENT. Scoaterea manuală a comedoanelor fără asepsie prealabilă este nerecomandabilă, deoarece ea poate provoca o infecție a foliculului. Este recomandabil să se spele pielea cu grijă folosind un săpun nealcalin și să se facă un tratment local sau general activ față de hiperkeratoză, în particular cu retinoide.

COMISUROTERAPIE. Operație chirurgicală destinată lărgirii unui orificiu cardiac pentru a separa valvele anormal sudate între ele.

COMOȚIE CEREBRALĂ. Zdruncinare a ansamblului creierului în cursul unui traumatism al craniului, care duce la o comă provizorie.

O comoție cerebrală nu se traduce, în afara comei, prin nici un semn clinic, nici electroencefalograma, nici scanografia nu relevă o leziune. Coma încetează după un interval de timp, mergând de la câteva minute la câteva zile. Totuși, chiar în formele de foarte scurtă durată, este recomandabil un examen medical imediat cu scopul de a depista o eventuală anomalie cerebrală mai gravă (hematom, de exemplu).

COMPATIBILITATE SANGVINĂ. Posibilitate de a amesteca sângele unui individ cu cel al altuia fără a provoca reacția imunitară de hemoliză.

Regula compatibilității sangvine este aceea de a nu aduce antigene împotriva cărora primitorul are anticorpi, de exemplu a sângelui A care are antigenul A transfuzat unui bolnav O care posedă anticorpi anti-A.

Compatibilitatea sangvină cea mai simplă este identitatea de grup între produsul sangvin și primitorul de sânge:

astfel, un bolnav de grup sangvin A va fi transfuzat cu sânge de grup A. Verificarea compatibilității trebuie să fie efectuată imediat înaintea oricărei transfuzii, chiar la patul bolnavului. În fapt, unii anticorpi există în mod natural (anticorpii sistemului ABO); alții, numiți aglutinine neregulate, nu apar decât în anumite împrejurări și trebuie deci să fie căutați înaintea oricărei transfuzii. → GRUP SANGVIN.

COMPÈRE-LORIOT. → ULCIOR.

COMPLEMENT. Sistem enzimatic care participă la reacțiile antigene/anticorpi și, în particular, la distrugerea antigenelor.

Complementul joacă un rol fundamental în lupta împotriva bolilor infecțioase și a vectorilor lor. Un deficit, înnăscut sau dobândit, în ce privește una dintre componentele complementului, antrenează un mai mare risc de a contracta anumite boli.

COMPLEX. Totalitate a tendințelor inconștiente, cu mare încărcătură emoțională, care condiționează organizarea personalității subiectului. Complexele nu sunt patologice dar pot deveni, cauzând tulburări caracteriale la copii, tulburări psihice la adult.

Complexul de inferioritate ia naștere atunci când copilul își dă seama de slăbiciunea sa naturală (față de adulți, mai ales). Fiecare individ caută să-și corecteze starea de inferioritate în funcție de valoarea afectivă sau simbolică ce o reprezintă pentru el; acest mecanism se numește compensație.

COMPLEX IMUN CIRCULANT. Asociere între un antigen și unul dintre anticorpii corespunzând acestui antigen, care circulă în sânge și poate provoca boli autoimune.

COMPLIANȚĂ PULMONARĂ. Elasticitate a plămânilor, a cărei măsurătoare este utilizată în bilanțul bolilor respiratorii.

COMPLICAȚIE. Stare patologică ce survine în decursul evoluției unei boli, căreia îi agravează prognosticul.

O complicație poate fi secundară evoluției spontane a însăși bolii: în cursul unei apendicite, de exemplu, apendicele inflamat se poate perfora și poate antrena o peritonită (infecție a întregii cavități abdominale). O complicație poate, de asemenea, să fie consecința unui tratament medical neadecvat: o antibioterapie ineficace asupra unui germene sau insuficientа dozare a antibioticului pot fi responsabile de o septicemie.

COMPORTAMENT (tulburare de). Defect manifestat în adaptarea la viața socială.

Tulburările de comportament iau forme multiple: ele pot afecta prezentarea (îmbrăcămintea, fizionomia), comportamentul zilnic (igienă, somn, alimentație), contactul cu apropiații (teamă, opoziție, indiferență) sau se poate manifesta prin trecerea la acțiune (realizarea unor dorințe impulsive), ca de exemplu fuga de acasă, sinuciderea.

Tulburările de comportament sunt deosebit de frecvente în stările demențiale, în psihopatii, în fazele acute de psihoză, de isterie și de alcoolism. Dar ele mai pot fi provocate de unele afecțiuni organice: tumori și accidente vasculare cerebrale, epilepsie, decompensări metabolice (de exemplu, un diabet), intoxicații etc.

COMPRESĂ. Bucată de tifon hidrofil îndoită de mai multe ori și sterilizată.

Compresele sunt folosite în îngrijirile medicale (spălarea, pansarea plăgilor) și în chirurgie, pentru a absorbi sângele și a degaja organele de operat.

COMPRESIE A MĂDUVEI sau **COMPRESIE MEDULARĂ.** Sindrom cauzat de o compresie excercitată asupra măduvei spinării, responsabilă uneori de paralizii.

Cauzele întâlnite sunt multiple: tumoră benignă sau malignă, infecție, malformație vasculară a măduvei spinării sau artroza coloanei vertebrale. Compresia se exercită fie direct pe măduva spinării, fie pe vase, diminuând circulația sangvină locală.

Tratamentul unei compresii a măduvei este o urgență. Variabil, în funcție de cauză, el este totuși cel mai des chirurgical (ablația unei tumori, de exemplu). În absența tratamentului, evoluția se face în sensul agravării progresive a simptomelor, în particular a paraplegiei (paralizia totală a membrelor inferioare), și către ireversibilitatea leziunilor. De altfel, o agravare brutală poate surveni în orice moment, legată de compresia unei artere.

COMPULSIE. Tulburare de comportament caracterizată printr-o pornire irezistibilă de a îndeplini unele acte, la care subiectul nu poate să reziste, negăsindu-și liniștea.

COMUNICARE INTERAURICULARĂ. Absență a închiderii septului cardiac, care separă în mod normal auriculul drept de auriculul stâng.

Comunicarea interauriculară este anomalia cardiacă cea mai frecventă după comunicarea intraventriculară. De mărime adesea importantă, orificiul lasă să treacă sângele oxigenat din auriculul stâng către auriculul drept, din cauza presiunii mai ridicate în partea stângă a inimii (inima stângă) decât în partea ei dreaptă (inima dreaptă), realizând un șunt (scurtcircuit).

DIAGNOSTIC ȘI EVOLUȚIE. Această malformație nu se manifestă prin nici un simptom la copil, dar printr-o găfâială la adult. Ea poate fi totuși bănuită datorită unui suflu depistat la auscultare.

Uneori remarcabil tolerată în absența tratamentului, comunicarea interauriculară permite o supraviețuire care poate atinge 60 sau 70 de ani. Dar adesea ea se complică

spre vârsta de 40 de ani, apărând tulburări ale ritmului cardiac și oboseală cardiacă.

TRATAMENT. Închiderea orificiului în timpul copilăriei evită apariția complicațiilor la vârsta adultă.

COMUNICARE INTERVENTRICULARĂ. Absența închiderii septului cardiac, care separă în mod normal ventriculul drept de ventriculul stâng.

Comunicarea interventriculară este cardiopatia congenitală cea mai frecventă (8 cazuri la 1 000 nașteri). Din cauza diferenței de presiune între cele două ventricule, sângele roșu (oxigenat) trece, prin acest orificiu care are de la 1 la 2 centimetri diametru, din ventriculul stâng în ventriculul drept, apoi în artera pulmonară.

SIMPTOME. Comunicarea intraventriculară este, în general, o boală fără simptome. Adultul poate resimți uneori o gâfâială. La auscultare, un suflu sistolic (în timpul contracției inimii) permite să fie detectată boala.

TRATAMENT. Atunci când orificiul este mic, el are tendința să se închidă spontan. Singurul risc îl constituie boala lui Osler, în care un microb se prinde pe acest orificiu. Atunci când orificiul este mare, comunicarea interventriculară antrenează adesea o puternică hipertensiune în artera pulmonară, ceea ce impune o închidere chirurgicală a orificiului înaintea vârstei de doi ani. Bine stăpânită, această tehnică are rezultate excelente.

CONCEPȚIE. Fecundarea ovulului, gametul femelă, de către spermatozoid, gametul mascul.

În mod normal concepția are loc în treimea externă a trompei lui Fallopio, la 12 până la 48 de ore în medie după un contact sexual fecundant.

CONDILOM GENITAL. Leziune genitală transmisibilă sexual, de origine virală. SINONIM: *vegetație veneriană*.

Un condilom genital este o tumoră cutanată sau pe mucoasă de origine virală (papilomavirus), benignă, nedureroasă, asemănătoare unei veruci, care se dezvoltă pe colul uterin, în vagin, pe vulvă sau pe anus la femeie; pe gland, testicul sau anus la bărbat. Aceste leziuni afectează mai ales subiecții tineri, 90% dintre bolnavi având mai puțin de 40 de ani. Actualmente condiloamele genitale cunosc o recrudescență.

Condilomul genital poate lua diferite forme: excrescență mare, numită popular „creastă-de-cocoș", sau condilomul plan vizibil numai după colorare.

Inconvenientele pe care le generează condiloamele genitale sunt de ordin local: jenă, zemuire, miros urât. Infecția cu papilomavirusul favorizează în plus dezvoltarea unui cancer al uterului. Tratamentul este local: aplicații cu podofilină, electrocoagulare, laser. Aceasta este o afecțiune dificil de tratat din cauza localizării și a tendinței de recidivă. Tratamentul pacientului îl impune și pe cel al partenerului.

CONDROCALCINOZĂ ARTICULARĂ. Boală reumatismală caracterizată prin încrustarea de cristale de pirofosfat de calciu în cartilagiul articular și în meniscuri.

Condrocalcinoza articulară poate fi primitivă, frecvența sa crescând cu vârsta. Cauza sa reală este necunoscută; se menționează totuși forme familiale în care boala este mai precoce și mai gravă. De altfel, ea poate surveni ca urmare a unor boli ca hiperparatiroidia sau hemocromatoza.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Cristalele pot declanșa o criză acută de artrită microcristalină, sau pseudoguta, sau chiar, fragilizând cartilagiul, ele pot favoriza dezvoltarea unei artroze. În sfârșit, multiplicitatea atingerilor articulare poate simula un reumatism inflamator. Dar, condrocalcinoza articulară rămâne uneori latentă.

TRATAMENT. Accesele de pseudogută sunt ameliorate prin antiinflamatoare sau printr-o puncție a efuziunilor articulare, urmată de o infiltrare de corticosteroizi. În formele cronice, artrocliza (spălarea chirurgicală a articulației) are uneori o acțiune calmantă. Tratamentul este chirurgical atunci când leziunile sunt foarte distrugătoare și asociate cu artroza.

CONDROM. Tumoră cartilaginoasă benignă.

Un condrom survine cel mai des la oasele mâinilor și picioarelor (falange, metacarpiene și metatarsiene), mai rar la rădăcina membrelor și în trunchi. Această tumoră poate să fie pusă în evidență printr-o tumefacție palpabilă, printr-o fractură (condromul compromițând soliditatea osului, care se poate rupe cu ocazia unui efort) sau poate fi descoperită în timpul unui examen radiologic. Tratamentul constă în ablația chirurgicală completă a condromului, care permite prevenirea riscului de fractură și evitarea unor recidive.

CONDROMALACIE. Ramolire (înmuiere) localizată a cartilagiului articular.

Condromalacia, care afectează mai ales cartilagiile de la articulația genunchiului (rotulă, femur), poate fi consecința unui traumatism consecutiv practicării unui sport sau constituie semnul precursor al unei artroze. O durere vie este resimțită atunci când genunchiul este întins (alergare, urcatul și coborâtul scărilor etc.).

Diagnosticul se bazează pe artroscopie, care permite să se vadă și să se palpeze ramolismentul. Tratamentul principal este punerea în repaus a articulației afectate (gutieră gipsată, chiar imobilizare) timp de câteva luni, asociată cu o reeducare. Chirurgia nu este indicată decât în cazul unei importante anomalii a rotulei.

CONDROMATOZĂ. Afecțiune caracterizată prin prezența condroamelor, mici tumori cartilaginoase.

CONDROSARCOM. Tumoră malignă primitivă a osului, de origine cartilaginoasă.

Un condrosarcom atinge mai ales oasele voluminoase, ca femurul, tibia sau humerusul, dar poate să fie localizat

și la bazin sau la numeroase alte oase. Este una dintre formele cele mai frecvente ale cancerului osos. El afectează mai ales adultul după cel de al treilea deceniu de viață.

Condrosarcomul se dezvoltă în interiorul sau în exteriorul osului fie spontan, fie ca o complicație a unei tumori benigne preexistente (condrom, osteocondrom). El se manifestă prin dureri foarte vii și, atunci când afectează un os superficial, printr-o tumefiere.

Tratamentul constă în ablația chirurgicală mare a tumorii. Evoluția condrosarcomului este dominată de două riscuri: recidiva locală dacă ablația n-a fost completă și apariția de metastaze, îndeosebi pulmonare.

CONDUCȚIE. Transmitere a influxului nervos cardiac responsabil de contracțiile automate și ritmate ale inimii.

Influxul nervos cardiac se produce mulțumită unui țesut miocardic specializat, denumit țesut nodal.

PATOLOGIE. Tulburările de conducție pot să se producă în oricare parte a țesutului nodal. Aceste tulburări pot să se prezinte ca o întârziere a conducției (bloc incomplet) sau ca o absență a conducției (bloc complet). Blocul poate fi intermitent sau permanent.

O tulburare a conducției este adesea fără simptom la început și poate rămâne așa. În caz de blocaj complet al activării cardiace, dacă zonele de automaticitate ale țesutului nodal subiacent (pacemakere naturale) nu se schimbă, se produce o sincopă, sau sindromul lui Adams-Stokes. Diagnosticul poate fi pus prin electrocardiografie, monitorizare, Holter electrocardiografic, uneori printr-o electrocardiografie endocavitară, pentru a pune în evidență nivelul blocajului și pentru a deduce o eventuală indicație a implantării unui stimulator.

Numeroase tulburări ale conducției nu reclamă nici un tratament și trebuie doar să fie supravegheate. În caz de sincopă sau de probleme echivalente, este indicată o antrenare electrostatică temporară (montarea unei sonde de stimulare electrică, folosind calea venoasă până în cavitățile cardiace) sau permanentă (implantarea unui stimulator cardiac).

CONECTIVITĂ. Orice boală caracterizată printr-o atingere inflamatorie și imunologică a țesutului conjunctiv și prin difuzia leziunilor. Denumirea de boală sistemică este preferată azi. SINONIME: *colagenoză, boală de sistem.*

CAUZE. Acestea sunt încă prost cunoscute. Există probabil o tulburare a sistemului imunitar uneori ereditară.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Țesutul conjunctiv fiind prezent în tot organismul, toate organele sunt mai mult sau mai puțin susceptibile de a fi afectate într-un mod asociat, de unde și marea varietate de simptome (atingere articulară, cutanată, cardiacă, pulmonară, hepatică, renală, a sistemului nervos central sau periferic, vasculară, digestivă). Principalele conectivite sunt poliartrita reumatoidă, lupusul eritematos diseminat, sclerodermia, conectivita mixtă, sau sindromul lui Sharp, dermatopolimiozita, periarterita nodoasă. Evoluția, în general cronică, este marcată de pusee frecvent asociate unui sindrom inflamator. Deznodământul acestor boli depinde, în principal, de atingerile organelor vitale.

TRATAMENT. Constă cel mai des în corticoterapie sau în folosirea imunosupresoarelor pe cale orală sau injectabilă, în pofida numeroaselor lor efecte nedorite, în particular infecțioase. De asemenea, se poate face apel la injecțiile intravenoase cu imunoglobuline plasmatice (plasmaferează), în mediu spitalicesc.

CONFUZIE MINTALĂ. Stare patologică ce se caracterizează printr-o dezorganizare a conștiinței.

CAUZE. O confuzie mintală este cel mai des datorată unei afecțiuni organice cerebrale (epilepsie, accident vascular cerebral, encefalită) sau unei boli generale (infecție febrilă, accident metabolic).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Confuzia mintală se traduce printr-o slăbire sau o dezordine a tuturor proceselor psihice; scăderea vigilenței (năucire, obnubilație sau toropeală); incapacitatea de a-și coordona ideile; tulburări ale percepției și ale memoriei; dezorientare în spațiu și timp; anxietate; delir oniric cu halucinații senzoriale uneori înspăimântătoare. Bolnavul este ca rătăcit, perplex, incapabil să se regăsească pe sine și să înțeleagă situația. Ca regulă generală, confuzia mintală se asociază cel mai des cu semne organice (febră, deshidratare, dureri de cap) care pot pune în pericol viața subiectului.

TRATAMENT. Confuzia mintală este o urgență care necesită o supraveghere spitalicească și odihnă, dar partea principală a tratamentului constă în îngrijirea bolii de origine. După vindecare, bolnavul recuperează totalitatea facultăților sale mintale.

CONGENITAL, -Ă. Care este prezent de la naștere.

CONGESTIE. Acumulare anormală de sânge într-un organ sau într-un țesut. SINONIM: *hiperhemie.*

CONGESTIE CEREBRALĂ. → ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL.

CONGESTIE PULMONARĂ. → PNEUMOPATIE.

CONIZAȚIE CERVICALĂ. Ablație a unui fragment de țesut în formă de con de la baza colului uterin.

TEHNICĂ ȘI DESFĂȘURARE. După o incizie conică în col și în endocol (interiorul colului), țesuturile rămase sunt apropiate cu scopul de a reface un nou col. Intervenția se practică sub anestezie locală sau generală și necesită o spitalizare.

Nu există deloc inconveniente secundare grave. Trebuie totuși ca o sarcină ulterioară să fie supravegheată mai mult din cauza riscului crescut de naștere prematură. O conizație mare poate, de asemenea, să modifice glera cervicală și să o facă puțin propice pătrunderii spermatozoizilor: la o

femeie care dorește să aibă copii, se procedează atunci la îmbunătățirea calității glerei prin administrarea de estrogeni.

CONJUNCTIVĂ. Membrană tip mucoasă transparentă care acoperă fața internă a pleoapelor (conjunctiva tarsală) și care căptușește o parte a globului ocular (conjunctiva bulbară). SINONIM: *tunica conjunctiva*.

Conjunctiva protejează globul ocular de agresiunile externe.

PATOLOGIE. Conjunctiva poate fi sediul diferitelor afecțiuni: inflamația (conjunctivita); leziunea degenerativă (pinguecula, o mică proeminență gălbuie; pterigionul, îngroșare membranoasă care apare cu vârsta sau la expunerea prelungită a ochilor la soare sau la intemperii); tumora, benignă sau malignă; în sfârșit, ea poate suferi un traumatism (hemoragie subconjunctivală, arsură cu sau fără simblefaron, aderență între cele două foițe ale conjunctivei) sau o ușcăciune oculară.

CONJUNCTIVITĂ. Inflamație a conjunctivei, de origine infecțioasă, virală parazitară sau alergică.

Conjunctivitele sunt frecvente și adesea benigne.

CAUZE. Conjunctivitele infecțioase sunt provocate de agenți bacterieni (stafilococi, streptococi, pneumococi). Conjunctivitele virale sunt cauzate adesea de unele adenovirusuri; ele pot, de asemenea, să fie imputabile unor virusuri herpetice sau să rezulte din afecțiuni virale cu rujeola sau varicela. Conjunctivitele de origine parazitară, foarte rare în regiunile noastre climatice, pot fi provocate de o filarioză cauzată de paraziul african loa-loa. Conjunctivitele alergice, uneori asociate unei blefarite sau unei eczeme a pleoapelor, sunt cauzate fie de unele particule aeriene (polenuri, particule de praf), fie de produse cosmetice, de colire sau de lentilele de contact.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Conjunctivitele se manifestă în mod obișnuit printr-o înroșire a ochiului, cu precădere în fundul sacilor conjunctivali, sub pleoape, fără a exista o senzație de durere. Jena provine din mâncărime sau din impresia de a avea fire de nisip sub pleoapă. O conjunctivită de origine alergică se traduce printr-o lăcrimare intensă, iar o conjunctivită infecțioasă prin secreții purulente care, uneori, lipesc genele dimineața la deșteptare. Ele sunt dezlipite cu ajutorul unei bucăți de vată îmbibate în ser fiziologic sau în apă fiartă.

TRATAMENT. În cazul conjunctivitelor infecțioase, tratamentul este pe bază de colire cu antibiotice adaptate germenilor în cauză. Dacă o conjunctivită este virală, colirele cu antiseptice și antibiotice servesc la prevenirea suprainfectării, destul de frecventă. Antiviralele sunt eficiente împotriva virusului de tip herpes. Tratamentul conjunctivitelor alergice, pentru a fi eficace, trebuie să privească în același timp și simptomele și cauzele: utilizarea colirelor antiinflamatorii steroidiene și desensibilizarea față de alergenul în cauză.

CONN (sindrom al lui). Sindrom legat de o hipersecreție de aldosteron de către un adenom (tumoră benignă) al uneia dintre glandele corticosuprarenale.

Sindromul lui Conn, o boală rară, este de două ori mai frecvent la femei decât la bărbați.

Hipersecreția de aldosteron antrenează o hipertensiune arterială și o hipokaliemie (scăderea nivelului sangvin de potasiu) de importanță variabilă. Hipertensiunea arterială poate fi moderată sau foarte severă, însoțită de dureri de cap sau de o atingere a vascularizării retiniene, apreciată prin examenul fundului de ochi. Se mai manifestă crampe, o astenie, tulburări ale ritmului cardiac sau o polidipsie (sete excesivă) cu poliurie.

TRATAMENT. Tratamentul medical cu antialdosteroni permite normalizarea presiunii arteriale și nivelului de potasiu sangvin înainte de ablația adenomului, care pune capăt acestor tulburări.

CONSANGVINITATE. Existență a unei legături de înrudire între doi indivizi.

Un mare grad de consangvinitate într-un cuplu crește în mod important probabilitatea de apariție a unei afecțiuni ereditare recesive la copiii cuplului. În fapt, aceste boli nu pot să se manifeste la un subiect decât atunci când cele două gene purtătoare ale bolii, una transmisă de către tată, alta transmisă de către mamă, sunt prezente pe o pereche de cromozomi omologi.

CONSTIPAȚIE. Emisie anormal de rară a scaunelor.

Nu există un ritm „normal" de defecare, frecvența medie a scaunelor fiind, după individ, de la două pe zi la trei pe săptămână. De asemenea, nu se vorbește de constipație decât dacă este vorba de mai puțin de trei scaune pe săptămână.

DIFERITE TIPURI DE CONSTIPAȚIE. Mecanismele puse în joc sunt diferite. Unele constipații sunt consecința unei încetineli a înaintării fecalelor în lungul cadrului colic. În alte cazuri, această înaintare este normală, dar există tulburări de evacuare din cauza unei proaste funcționări a rectului și anusului. Constipația poate fi ocazională, provocată de un zăcut la pat, de o febră, de un regim restrictiv, de medicamente care încetinesc tranzitul, de o sarcină, de o călătorie etc., sau poate fi cronică și permanentă.

CAUZE. Dacă sunt scoase din discuție cazurile rare legate de o boală organică (cancer, boală inflamatorie), majoritatea constipațiilor sunt pur funcționale, nefiind găsită nici o cauză organică. În majoritatea cazurilor, este sunt favorizate de alimentația occidentală, săracă în fibre, de sedentarism și de stres.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Se fac mai multe investigații doar pentru constipațiile apărute recent; o analiză clinică a situației digestive conduce cel mai frecvent la diagnosticul de constipație funcțională benignă. Atunci trebuie convins pacientul că nu este vorba de o boală în adevăratul sens al cuvântului și că rărirea scaunelor nu

■ *Contagiune directă* se face, în principal, pe cale aeriană (în cursul vorbitului, tușitului, strănutului: rujeola, varicela, gripa), prin sânge sau prin spermă infectată (SIDA) sau prin contact cutanat (scarlatină, herpes genital, scabie, pediculoză).

■ *Contagiunea indirectă* se face, în principal, prin intermediul îmbrăcămintei sau lenjeriei de pat (păduchi), al apelor sau al materiilor de eliminare (fecale, urină) infectate. Astfel, în cazul unor boli ca hepatitele A și E, holera, amibiaza și enterovirozele ca poliomielita, este implicat un ciclu de contagiune orofecal.

Utilizarea vaccinurilor și antibioticelor a redus considerabil problemele contagiunii, iar astăzi este repusă în discuție problema izolării bolnavului, practică privită în mod tradițional ca singurul mijloc eficace de a lupta împotriva extinderii infecțiilor. Mai persistă încă măsurile de evicție școlară pentru unele boli contagioase (vezi tabelul din pagina anterioară).

CONTENȚIE. Procedeu terapeutic care permite imobilizarea unui membru, exercitarea unei compresiuni asupra țesuturilor sau protejarea unui bolnav agitat.

■ *În psihiatrie*, contenția servește la împiedicarea unor bolnavi prea agitați sau violenți să se automutilieze sau să rănească pe cineva din jur.

■ *În traumatologie*, contenția servește la imobilizarea fracturilor, entorselor sau luxațiilor. Ea mai este practicată în timpul accidentelor tendinoase și musculare cele mai benigne sau, preventiv, în practicarea unui sport.

TEHNICĂ

■ *În psihiatrie*, contenția prin cămașă de forță nu se mai practică. În caz de agitație extremă, așteptând ca neurolepticele să-și facă efectul, bolnavul este protejat de accidente cu legături suple, aplicate la încheieturile mâinilor și la glezne.

■ *În traumatologie*, contenția face apel la chirurgie sau la diferite materiale: gips, gutieră, bandaj. În acest ultim caz se disting două procedee:

— contenția adezivă, sau strapping, este realizată cu benzi adezive, elastice sau nu, după patologia în cauză; ea permite o imobilizare relativă a unei articulații, o reducere a durerilor și a edemului;

— contenția neadezivă este mai puțin utilizată. Benzile elastice sunt întrebuințare pentru comprimarea unei efuziuni sangvine (hematom), pentru imobilizarea provizorie a unei articulații sau în caz de alergie la contențiile adezive. Benzile neelastice sunt utilizate pentru menținerea unui membru într-o poziție bună („eșarfă" în așteptarea ajungerii la spital în caz de luxație a umărului, de exemplu).

Centurile de contenție abdominală sunt destinate să împiedice ieșirea în exterior a eventrațiilor și herniilor, dar rolul lor real este deosebit de discutat.

CONTRACEPȚIE. Metodă care vizează, de o manieră reversibilă și temporară, evitarea fecundației unui ovul de către un spermatozoid sau, în caz că fecundația a avut loc, evitarea nidației oului fecundat.

DIFERITE TIPURI DE CONTRACEPȚIE. Contracepția utilizează în prezent patru tipuri de acțiuni: mijloacele mecanice (prezervative, diafragme); metodele chimice (creme, bureți, ovule spermicide); dispozitivele intrauterine (sterilete); metodele hormonale (contracepția estroprogestativă și pilula de a doua zi). Acestora li se adaugă metodele zise „naturale", bazate pe abstinența periodică în timpul celei de a doua părți a ciclului. Eficacitatea acestor metode diferite este măsurată prin indicele lui Pearl: un indice cu valoarea 3 semnifică faptul că se constată 3 sarcini la 100 femei care au utilizat respectiva metodă timp de un an.

Nu este necesar să se întrerupă contracepția cu câteva luni înainte cu scopul de a avea un copil: concepția poate avea loc în luna următoare opririi contracepției, știind că fecunditatea este în jur de 25% pe ciclu și pe cuplu. După naștere, o metodă contraceptivă trebuie aplicată începând cu a 25-a zi, deoarece o ovulație poate să se producă, fie că femeia alăptează, fie că nu.

Mijloacele mecanice. Este vorba de metode care vizează interpunerea unui obstacol între ovul și spermatozoid.

■ *Prezervativele* (masculine și, în unele țări, feminine) se găsesc în vânzare liberă și asigură o bună protecție cu condiția să fie utilizate corect, ceea ce presupune, îndeosebi, schimbarea prezervativului masculin la fiecare nou raport sexual. Unele prezervative masculine sunt unse cu un produs spermicid. Indicele lui Pearl al prezervativelor masculine este estimat între 1 și 5. Ele constituie, în plus, cea mai bună protecție împotriva bolilor cu transmisie sexuală, în particular SIDA.

■ *Diafragmele*, care se folosesc de preferință asociate cu un produs spermicid, pot conferi o bună protecție față de sarcină. Indicele lui Pearl variază între 1, 4 și 5. Formate, în principal, dintr-o membrană suplă care se aplică pe colul uterin, ele trebuie să fie adaptate la particularitățile anatomice ale utilizatoarei. Alegerea dimensiunii și utilizarea lor presupun o consultație prealabilă la un ginecolog și o supraveghere medicală.

Metodele chimice. Aceste metode constau în aplicarea locală de produse spermicide.

■ *Ovulele, cremele și buretii spermicizi* acționează prin distrugerea spermatozoizilor. În scopul de a le crește eficacitatea, ele nu trebuie să fie folosite singure, ci în asociere cu barierele mecanice.

Dispozitivele intrauterine (D.I.U.). Acestea implică introducerea în uter a unui corp străin care posedă o anumită putere spermicidă și împiedică în plus o eventuală nidație a oului din cauza alterării microscopice a mucoasei uterine pe care o provoacă.

■ *Steriletele cu cupru* au o durată de acțiune de 4 până la 5 ani și indicele lui Pearl este cuprins între 0,3 și 2. Implantarea unui sterilet nu se poate face decât în mediu

medical și trebuie să fie obiectul unei supravegheri riguroase. În cazul dorinței de a purta o sarcină, dispozitivul intrauterin este retras fără dificultate de către medicul ginecolog. Dispozitivele intrauterine sunt contraindicate pentru femeile care n-au avut nici un copil, pentru cele care au avut deja salpingite (infecții ale trompelor) sau sarcini extrauterine, din cauza riscului de infecție genitală superioară pe care-l antrenează și a frecvenței celei mai mari a sarcinilor extrauterine la femeile care poartă sterilet. În plus, aceste dispozitive pot provoca dureri pelviene, hemoragii sau o perforație uterină; se poate întâmpla ca aceste dispozitive să fie expulzate spontan.

■ *Steriletul de a doua zi*, pus în termen de 7 zile care urmează unui raport sexual, are o foarte bună eficacitate.

Metodele hormonale. Aceste metode acționează concomitent pentru inhibarea ovulației (acționând asupra hipofizei care nu mai eliberează gonadotrofine) și prin modificarea mucoasei uterine și a glerei cervicale (care împiedică trecerea spermatozoizilor).

■ *Pilula contraceptivă* există sub trei forme: cea mai obișnuită constă în administrarea zilnică de estrogen și progestativ, simultan și în doze fixe (pilula combinată, normodozată sau minidozată); mult mai puțin frecventă este administrarea estrogenului singur, apoi a doi hormoni cu dozări variabile după faza ciclului (pilula secvențială); în sfârșit, în caz de contraindicație față de unul dintre aceste două tipuri de pilule estroprogestative, este posibil să se ia un progestativ singur, eventual în doze mici (micropilulă). Practicate în mod riguros, aceste metode contraceptive sunt extrem de eficace: indicele lui Pearl este apropiat de 0. Pilulele cele mai recente sunt progestativele de generația a treia, asociate cu doze de estrogeni din ce în ce mai slabe.

Pilulele pot fi contraindicate în următoarele cazuri: vârstă mai mare de 40 de ani, tabagism, patologie cardiovasculară, canceroasă, ginecologică, hepatică. Deși bine tolerate în general, pilulele pot antrena diferite efecte nedorite: boli cardiovasculare (flebită, hipertensiune...), diabet, exces de colesterol. Aceste efecte sunt stăpânite în mare parte printr-o supraveghere regulată.

■ *Pilula de a doua zi* împiedică nidația oului în caz de raport sexual fără contraceptie și presupus fecundant. Această metodă constă în luarea, la aproximativ 24 de ore după raportul sexual, de două ori a câte două pilule speciale care antrenează o hemoragie. Această priză medicamentoasă nu se poate face decât sub control medical strict.

Metodele naturale

■ *Metoda temperaturilor* constă în abținerea de la orice raport sexual până când valoarea temperaturii, timp de trei zile în șir, semnifică faptul că nu există vreun risc de fecundare. Curba temperaturii, luată în fiecare zi la aceeași oră dimineața la trezire, reflectă, în absența oricărei afecțiuni febrile, diferitele stadii ale ciclului: într-o primă fază, în care temperatura se situează sub valoarea de 37°C, urmează o fază în platou deasupra valorii de 37°C (efectul progesteronului secretat de corpul galben), care începe aproximativ în jurul celei de a 14-a zile a ciclului (ovulația) și se termină cu scurgerile menstruale. Chiar înaintea decalajului termic, curba atinge punctul său cel mai de jos, denumit nadăr. Această metodă are inconvenientul de a fi constrângătoare și de a prezenta un mare număr de eșecuri. Ea este convenabilă mai ales pentru cuplurile care doresc să spațieze nașterile fără a se teme de o sarcină. → OGINO-KNAUS (metoda lui), PREZERVATIV, STERILET.

CONTRACTURĂ. Contracție a unui mușchi al scheletului, spontană, durabilă și dureroasă, survenind în absența oricărei leziuni anatomice.

CONTRACȚIE UTERINĂ. Încordare intermitentă a mușchiului uterin în timpul nașterii.

Contracțiile ritmice și mai mult sau mai puțin dureroase ale uterului anunță în mod normal începutul travaliului de naștere. Mecanismul lor de declanșare, probabil hormonal (ocitocină), este încă necunoscut. Contracțiile cresc în intensitate și în frecvență pe toată durata travaliului, antrenând mai întâi ștergerea, apoi dilatarea colului uterin și, în sfârșit, expulzia fătului și a placentei. Trebuie să facem o distincție între aceste contracții adevărate, care anunță nașterea, și contracțiile lui Braxton-Hicks, care sunt adesea perceptibile începând cu luna a 6-a de sarcină, dar care nu sunt dureroase și nu antrenează modificarea colului uterin.

CAUZE. O contractură poate fi provocată de un mare număr de boli infecțioase. Astfel, tetanosul provoacă contracturi generalizate; o reacție la o iritație inflamatorie locală explică contractura coloanei vertebrale în cursul meningitelor. Contracturile survin, de asemenea, în cursul unor intoxicații, cu strichnină de exemplu, în unele boli ale sistemului nervos central (paralizii) sau în isterie. Însuși mușchiul este direct atins în caz de miozită (inflamația mușchilor) sau de surmenaj muscular.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O contractură poate fi permanentă sau tranzitorie (crampă). La palpare, mușchiul este tare și dureros.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Odihna și aplicarea de comprese reci sunt asociate la nevoie cu masaje și cu kineziterapie, precum și cu medicamente în caz de durere intensă (analgezice, decontracturante musculare sau miorelaxante, antiinflamatoare).

Contracturile consecutive unui efort sportiv prea mare în raport cu nivelul de antrenament pot fi prevenite: respectarea regulilor de încălzire progresivă, adaptarea efortului la gradul de antrenament, încetarea practicării sportului timp de 7 până la 14 zile după o primă contractură. → CRAMPĂ.

CONTRAINDICAȚIE. Condiție care face inaplicabil un act medical.

O contraindicație decurge din starea bolnavului și interzice un tratament medicamentos, o intervenție chirurgicală sau un examen complementar.

CONTROL AL NASTERILOR. Sistem medical aflat sub control legislativ, aplicat într-o țară pentru a favoriza dezvoltarea contracepției.

În țările occidentale, contracepția și avortul erau considerate subiecte tabu înainte de anul 1965. Guvernele se tem de conflictele morale și politice pe care legislația unor astfel de acte le-ar putea genera, în pofida atitudinii mai curând favorabile a opiniei publice. Astăzi, prezervativele se găsesc în vânzare liberă (gratuite în Italia și Regatul Unit), în timp ce vânzarea pilulelor și steriletelor se face sub prescripție medicală. Sterilizarea este autorizată în SUA, Danemarca, Marea Britanie, dar nu este reglementată nici în Belgia, nici în Franța, nici în Italia (în aceste ultime două țări, totuși ea poate fi contestată, legea interzicând „mutilarea trupului"). Legislația privind avorturile variază după țară: interzisă în Polonia, Spania și Irlanda, practica întreruperii de sarcină este autorizată în Franța, Anglia, Elveția și Suedia, de exemplu, dar ea continuă să ridice la ora actuală multe contestări în SUA, Canada și Germania.

CONTUZIE. Vânătaie provocată de o lovitură, fără ruperea pielii și fără fracturarea oaselor.

O contuzie poate fi de o gravitate variabilă și poate fi însoțită de hematoame și de leziuni interne.

CONVALESCENȚĂ. Perioadă de tranziție dintre sfârșitul unei boli și al tratamentului ei și revenirea bolnavului la o bună sănătate psihică și fizică.

CONVULSII. Contracții bruște și involuntare ale mușchilor și care survin în crize.

CAUZE. Natura cauzei găsite, când ea poate exista, variază: febră sau deshidratare la sugar, traumatism cranian, infecție (meningită, encefalită), accident vascular cerebral, tumoră intracraniană, tulburare metabolică (scăderea nivelului sangvin, al glucozei sau calciului), intoxicație (alcool, oxid de carbon, medicament).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Termenul de convulsii se referă, în general, la fenomene musculare generalizate la întregul corp, zise „clonice", secuse, mișcări sacadate ale membrelor, feței și ochilor. Fenomenele zise „tonice" se traduc, la rândul lor, printr-o redoare intensă a corpului și pot fi asociate manifestărilor precedente în cursul aceleiași crize. Există și o pierdere a stării de conștiență, cel puțin în cursul crizelor generalizate. Se vorbește de epilepsie atunci când crizele au o tendință de a recidiva în decurs de mai multe luni sau de mai mulți ani, fie că este sau nu cunoscută cauza lor. La un sugar, convulsiile impun o spitalizare cu scopul de a ști dacă este vorba de o cauză întâmplătoare sau de începutul unei epilepsii.

TRATAMENT. În afara suprimării unei eventuale cauze, tratamentul se face uneori cu diazepam (prin injecții intramusculare sau pe cale intrarectală) în timpul crizei. La nevoie, diazepamul și alte antiepileptice (fenobarbitalul etc.) administrate pe cale orală previn recidivele pe termen lung.

Convulsiile febrile ale copilului. Convulsiile pricinuite de febră se produc doar la copiii sub 5 ani, cel mai des înainte de 2 ani. Febra este întotdeauna destul de ridicată, mai mare de 38°C.

Convulsiile febrile sunt de scurtă durată, sub 2–3 minute. Examinarea copilului arată că dezvoltarea psihomotorie este normală și că sistemul nervos nu este atins. Totuși, de cele mai multe ori spitalizarea este indicată cu scopul de a înlătura suspiciunea unei cauze grave subiacente, în particular o meningită.

Unele criterii indică faptul că există pentru copil un risc mare de recidivă în decursul unui alt puseu febril; aceste criterii sunt: o întârziere psihomotorie, o anomalie a examenului neurologic, o vârstă sub 9 luni, convulsii prelungite, antecedente familiale de convulsii febrile. În ce privește riscul ulterior de epilepsie (persistența convulsiilor pe durată lungă, chiar fără febră), acesta este foarte mic, sub 2%.

Tratamentul convulsiilor febrile nu diferă de cel al altor tipuri de convulsii: diazepam, cel mai bine pe cale intrarectală. Uneori se dă un tratament preventiv continuu până la vârsta de 5 ani dacă există un factor de risc.

COOLEY (anemie a lui). Formă gravă și homozigotă de talasemie, boală genetică a sângelui, caracterizată prin prezența unei hemoglobine de tip fetal în sânge. SINONIM: *betatalasemie homozigotă*.

COORDONARE. Totalitate a mecanismelor nervoase care asigură, în fiecare moment, coordonarea contracțiilor și decontracțiilor diferitilor mușchi ai scheletului.

Coordonarea presupune intervenția mai multor organisme. Căile nervoase aduc informațiile la encefal de la căile sensibilității profunde (poziția articulațiilor, gradul de tensionare a mușchilor), ale sensibilității tactile, ale vederii, ale echilibrului. Sisteme motoare comunică în sens invers instrucțiunile encefalului comandând contracțiile musculare: căile piramidale, care vin de la cortexul cerebral, transmit mișcările voluntare, iar căile extrapiramidale transmit pozițiile și ajută mișcarea voluntară. Controlul acestui ansamblu este realizat de creierul mic.

COPIL ALBASTRU. → CARDIOPATIE.

COPILĂRIE. Perioadă a vieții ce se situează între naștere și pubertate, care caracterizează o ființă umană pe calea dezvoltării sale.

Stadiile copilăriei. Copilăria cuprinde mai multe stadii succesive: perioada neonatală, prima copilărie și cea de a doua copilărie.

■ *Perioada neonatală, adică stadiul de nou-născut*, începe de la naștere până în a 28-a zi a vieții și debutează printr-o perioadă de adaptare la viața extrauterină (din ziua întâi până în ziua a 7-a), în timpul căreia copilul ar putea fi expus în mod deosebit la patologii ca anoxia (lipsa oxigenării, a creierului în special). Această perioadă este, de asemenea, cea în care se pot descoperi eventuale anomalii, unele dintre ele fiind sistematic depistate (fenilcetonuria, hipotiroidia).

■ *Prima copilărie* caracterizează copilul a cărui vârstă se găsește între 29 zile și 2 ani. Aceasta este o perioadă de dezvoltare intensă a tuturor organelor și în particular a creierului. Achizițiile psihomotorii sunt rapide. În timpul acestei faze de adaptare imunitară, copilul trebuie să facă față multiplelor agresiuni infecțioase, al căror obiect îl constituie (mai ales virale, uneori bacteriene). Patologia infecțioasă constituie astfel primul motiv de consultare a sugarilor. În timpul acestei perioade este recomandat să se procedeze la depistarea eventualelor tulburări auditive sau vizuale.

■ *Copilăria a doua* se situează între 2 și 12 ani. Viteza de creștere este mai mică (în jur de 5 cm pe an) și achizițiile copilului se situează în esență în domeniul sociocultural. Se pot distinge vârsta preșcolară (2–6 ani) și vârsta școlară (6–12 ani), față în timpul căreia se lărgesc și se perfecționează cunoștințele.

COPROCULTURĂ. Examen bacteriologic al scaunelor.

O coprocultură se practică în caz de dizenterie, de diaree febrilă și de diaree survenind într-un context epidemic pentru a căuta germenii responsabili de afecțiune. Examenul trebuie să fie efectuat pe scaunul proaspăt emis și înaintea oricărui tratament cu antibiotic.

COPROLALIE. Impuls de a profera termeni obsceni, de natură scatologică sau sexuală.

COPROLIT. Fragment de materie fecală întărit și calcifiat care ia aspectul unei pietricele. SINONIM: *calcul stercoral*.

Coproliții pot să fie localizați în apendice sau într-un diverticul colic, provocând uneori o apendicită sau o diverticulită.

COPROFAGIE. Consumare de materii fecale.

Această tendință este dovada unei regresii la un stadiu infantil primitiv (sadic anal și sadic oral), care se observă la dementi (gatism), la schizofrenici, la handicapații mintali, uneori la maniaci și la unii perverși. La copilul de vârstă mică, acest gen de manifestare, cel mai des minim și trecător, nu prezintă un caracter patologic.

CORD. Organ musculos cavitar situat în partea mediană stângă a toracelui, între cei doi plămâni, care asigură circulația sangvină în corp mulțumită contracțiilor sale regulate. SINONIM: *inimă*.

STRUCTURĂ. Inima se compune din 4 cavități conținute într-un înveliș, pericardul: două auricule și două ventricule, fiecare auricul fiind separat de ventriculul subiacent printr-o valvulă: la dreapta, valvula tricuspidă, constituită din 3 valve; la stânga, valvula mitrală, constituită din două valve. Valvele se inseră pe peretele ventriculului corespunzător prin cordaje legate de protuberanțele musculare numite stâlpi.

■ *Inima dreaptă*, care asociază auriculul drept și ventriculul drept, are misiunea să propulseze sângele dezoxigenat, prin artera pulmonară și ramurile sale, până în plămâni (mica circulație).

■ *Inima stângă* care asociază auriculul stâng și ventriculul stâng, culege sângele oxigenat care vine de la plămâni și îl propulsează, prin aortă și ramurile ei, în tot organismul (marea circulație).

■ *Auriculele* primesc sângele dezoxigenat prin intermediul venelor cave inferioară și superioară, pentru auriculul drept, și sângele oxigenat de la cele 4 vene pulmonare pentru auriculul stâng. Auriculele sunt separate printr-o membrană, septul interauricular.

■ *Ventriculele* trimit sângele în artere. Cel drept, triunghiular și mai puțin gros, comunică cu artera pulmonară, de care este separat prin valvula pulmonară, formată din 3 valvule sigmoide. Ventriculul stâng, de formă ovoidă și mai gros decât cel drept, comunică cu aorta, de care este separat prin valvula aortică, compusă din 3 valve sigmoide. Ventriculele sunt separate printr-o membrană musculară, septul interventricular.

■ *Peretele cardiac* cuprinde 3 straturi: endocardul, care tapisează interiorul cavităților; miocardul, care constituie mușchiul cardiac în sine; pericardul, un fel de sac amplasat în jurul inimii.

FIZIOLOGIE. Aportul sangvin către mușchiul cardiac este asigurat de către arterele coronare, care iau naștere la partea inițială a aortei toracice. Întoarcerea sângelui venos coronar este asigurată de către vene, care se adună pentru a forma sinusul coronar și se îmbină cu auriculul drept. Sângele venos sosește în auriculul drept prin venele cave, apoi pătrunde în ventriculul drept. El este ejectat atunci către artera pulmonară cu o frecvență de 70 pulsații pe minut. După îmbogățirea cu oxigen în plămâni, sângele se întoarce la inimă prin venele pulmonare. Atunci el trece din auriculul stâng în ventriculul stâng, apoi este ejectat în circulația arterială prin intermediul aortei și al ramurilor sale.

Inima este un organ contractil: mișcările sale sunt generate și se propagă mulțumită țesutului nodal, pe care l-am putea compara cu un circuit electric. Acesta cuprinde nodul sinusal, situat în auriculul drept, care comandă frecvența cardiacă, și nodul auriculoventricular, plasat la joncțiunea auriculelor și ventriculelor, prelungit spre cele două ventricule prin fasciculul lui His și ramificațiile sale, care permit trecerea influxului spre ventricule. Funcționarea țesutului nodal este influențată de către sistemul nervos

vegetativ și de către catecolamine (adrenalină, noradrenalină, dopamină).

CORD ARTIFICIAL. Dispozitiv implantat în torace în locul ventriculelor.

Prin extensie, acest termen poate desemna procedeele de asistență ventriculară stângă.

În prezent, cordul artificial se utilizează în așteptarea unei grefe cardiace. El este constituit din pungi de plastic animate cu energie obținută pe cale pneumatică. → GREFĂ DE CORD.

CORD PULMONAR. Orice tulburare privind partea dreaptă a inimii, în esență ventriculul, cauzată de o afecțiunea pulmonară.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Este vorba de semne clinice de insuficiență cardiacă dreaptă, și anume o creștere în volum a ficatului, o hipertensiune venoasă, edeme ale membrelor inferioare.

EVOLUȚIE. După tratament, tulburările legate de cordul pulmonar acut pot dispărea fără sechele. În schimb, în cordul pulmonar cronic, evoluția merge către o agravare progresivă prin pusee paralele către boala pulmonară.

TRATAMENT. Tratamentul este cel al cauzei și constă în utilizarea de anticoagulante, în embolia pulmonară, și de antibiotice, cu ocazia infecțiilor bronșice. Uneori, este indicat un tratament diuretic; trebuie tratată și o eventuală anomalie a ritmului cardiac. Oxigenoterapia prescrisă în embolia pulmonară trebuie supravegheată în mod deosebit la persoanele suferind de insuficiență respiratorie, deoarece hipoxia (micșorarea nivelului de oxigen în țesuturi) a devenit, la acești bolnavi, principalul stimulent al centrului de comandă respiratorie.

CORDON OMBILICAL. Structură tubulară conjunctivă ce conține vasele care leagă fătul de placentă, asigurându-i un aport de oxigen și de elemente nutritive ce provin din sângele mamei.

Cordonul ombilical se prezintă ca un cordon răsucit, lung, între 40 și 60 centimetri și larg de 1 până la 2 centimetri.

PATOLOGIE. Accidentele sau anomaliile cordonului ombilical sunt deosebit de grave, deoarece ele riscă să întrerupă aportul sangvin către făt. Nodurile cordonului, de exemplu, pot antrena moartea fătului *in utero*. În timpul travaliului, compresia cordonului se traduce prin încetinirile cardiace ale fătului, care pot impune o extracție rapidă cu forcepsul, dacă există o dilatație suficientă a colului, sau prin cezariană.

CORDON SPERMATIC. Cordon fibros care leagă cavitatea abdominală de epididim și de testicul.

Cordonul spermatic cuprinde toate elementele vasculare, nervoase și funcționale destinate epididimului și testiculului: canalul deferent, vasele spermatice și deferențiale, filetele nervoase și ligamentul lui Cloquet.

CORDOTOMIE. Secționarea chirurgicală a fasciculelor de fibre nervoase senzitive ale măduvei spinării, efectuată cu o intenție analgezică.

Cordotomia are indicații foarte precise: dureri intense (adesea de origine canceroasă) care sunt localizate în partea inferioară a trunchiului sau în membrele inferioare și rezistă la cele mai puternice analgezice.

COREE. Sindrom acut sau cronic caracterizat prin apariția unor mișcări involuntare de un tip special, scurte, rapide, neregulate și predominând la rădăcina membrelor (umăr, șold).

Cauzele acestui sindrom sunt numeroase: inflamatorii, vasculare, tumorale, endocrine, toxice (oxid de carbon, alcool) sau medicamentoase (pilule contraceptive, antiepileptice). Coreea este caracteristică pentru două boli, coreea lui Huntington și coreea lui Sydenham; cea de a doua, cunoscută mai obișnuit sub numele de dansul St-Guy, a dispărut astăzi ca urmare a folosirii antibioticelor.

→ HUNTINGTON (coree a lui). SYDENHAM (coree a lui).

COREOATETOZĂ. Stare caracterizată prin mișcări intermediare între mișcările coreeice obișnuite și mișcările atetozice, mai lente, mai puțin ample, afectând extremitățile membrelor, dând adesea o impresie generală de reptație (tărâre).

CORIOCARCINOM. Tumoră malignă rară care se dezvoltă în uter pornind de la placentă, după o sarcină, sau, la bărbat, în testicul. SINONIM: *carioepiteliom*.

CORIOEPITELIOM. → CORIOCARCINOM.

CORIZĂ. Rinită acută, de origine infecțioasă sau nu. SINONIM: *guturai*.

Coriza este una dintre afecțiunile cele mai răspândite. Întreaga populație este afectată în fiecare an cu frecvențe variabile (în medie 6 până la 10 episoade la copil, 2 până la 4 episoade la adult). Ea este cel mai des de origine virală și foarte contagioasă de aproape.

SIMPTOME ȘI SEMNE

■ *Coriza infecțioasă*, de origine virală, debutează cu curbaturi, o stare de oboseală, pișcături sau arsuri în nas, urmate de o obstrucție nazală bilaterală, de o rinoree apoasă și de strănuturi în salve, adesea însoțite de o tuse. Examinarea foselor nazale arată o mucoasă inflamată și sensibilă. Complicațiile sunt frecvente mai ales la copii, sub forma unei otite medii acute sau a unei bronșite.

■ *Coriza spasmodică*, caracterizată prin crize de strănuturi deosebit de numeroase, este de natură alergică (febra fânului). Ea se declanșează cel mai des primăvara, traducând o reacție alergică la polenuri. Crizele de strănuturi sunt

uneori acompaniate de dureri de cap, de pișcături în ochi și ale laringelui, de obstrucție nazală.

TRATAMENT

■ *Coriza infecțioasă* evoluează favorabil, în general de la sine, în majoritatea cazurilor. Nu există vreun tratament care să fi făcut dovada unei eficacități reale. Esența tratamentului este pur simptomatică și vizează ameliorarea scurgerii. Inhalarea vaporilor calzi este susceptibilă să suspende multiplicarea virală. La copil, se practică dezobstruarea foselor nazale prin spălarea cu aer fiziologic și suflarea nasului.

■ *Coriza spasmodică*, sau febra fânului, dispare spontan atunci când pacientul e scos de sub acțiunea agentului alergen. Simptomele pot fi tratate prin administrarea de antihistaminice sau de corticosteroizi, fenomenul alergic în sine putând ceda la o desensibilizare.

CORN CUTANAT. Excrescență tare, de culoare cenușie sau brună, localizată pe față sau pe mâini, cel mai des la subiecții în vârstă.

Un corn cutanat se traduce printr-o proeminență în formă de piramidă, care crește lent și poate măsura până la doi centimetri. El este tratat printr-o ablație chirurgicală, urmată de un examen histologic pentru a verifica absența unui cancer subiacent.

CORNEE. Membrană fibroasă și transparentă inserată în sclerotică (albul ochiului) care constituie partea anterioară a globului ocular.

FIZIOLOGIE. Corneea intervine în procesul de refracție formând primul dioptru (lentilă) pe traiectul razelor luminoase. Ea are, de asemenea, un rol protector pentru ochi.

PATOLOGIE. Aceasta variază după pătura celulară implicată. De asemenea, există malformații congenitale ale corneei.

■ *Atingerile epiteliului* sunt keratitele (inflamațiile corneei). Originea lor este traumatică (ulcerații, plăgi, corpi străini, arsuri, îndeosebi prin agent chimic sau arc electric) sau infecțioasă (abces, herpes). Uscăciunea oculară poate, de asemenea, să cauzeze o keratită. Tratamentul face apel la medicamente antiinfecțioase locale, la cicatrizante corneene și, în caz de dureri importante, la colire cicloplegice care permit punerea în repaus a corpului ciliar.

■ *Atingerile stromei* sunt, în principal, de origine traumatică (afectarea profundă a corneei prin edem, plagă, arsură) și distrofică (keracon: anomalie a colagenului cornean). Tratamentul lor face apel la antiinflamatoare locale, sau generale în caz de edem. De asemenea, se poate recurge la keratoplastie (grefă).

■ *Atingerile endoteliului* sunt, în principal, distrofice. E vorba, în principal, de distrofia endoepitelială a lui Fuchs, sau *cornea guttata* (diminuarea densității celulare a endoteliului), descoperită în mod obișnuit în cursul unui examen sistematic. Doar o keratoplastie poate remedia boala.

■ *Malformatiile congenitale* sunt megalocorneea (mărirea diametrului cornean), cel mai des glaucomul congenital și microcorneea (îngustarea diametrului cornean), asociată, de obicei, cu microftalmia.

CORNUL SECAREI (derivați din). Derivați sintetici ai unei ciuperci parazite a cerealelor, cornul secarei, sau *Claviceps purpurea*, utilizați ca medicament.

INDICAȚII. Acestea sunt variate: migrenă (ergotamina și dihidroergotamina); tratamentul bolii lui Parkinson (bromocriptina, lisurida), ca înlocuitor pentru levodopa în stadiul tardiv al bolii; consecințele hiperprolactinemiei (creșterea secreției de prolactină de către glanda hipofiză); tulburări ale ciclului menstrual, sterilitatea sau galactoreea (scurgerea patologică de lapte) la femeie, ginecomastia (hipertrofia mamelelor) sau impotența la bărbat (bromocriptină, lisurid); hemoragiile după o naștere sau după un avort (metilergometrină).

EFECTE SECUNDARE. Administrarea de derivați din cornul secarei comportă un risc de ergotism mergând până la a provoca o gangrenă a extremităților membrelor inferioare. Acest risc este crescut în caz de asociere cu un antibiotic din grupa macrolidelor; această asociere este deci contraindicată.

COROANĂ DENTARĂ. Parte de dinte acoperită de smalț dentar, care iese total din maxilar.

Prin extensie se vorbește de coroană protetică pentru a desemna o coroană artificială elaborată de chirurgul-dentist cu scopul de a acoperi coroana naturală în caz de leziune importantă (carie, fractură a dintelui), sau de culoare anormală a acesteia. În funcție de amplasarea dintelui sau de exigențele estetice ale pacientului, coroana aleasă poate fi confecționată din ceramică sau din metal.

COROIDITĂ. Inflamație a coroidei (membrana ochiului situată între retină și sclerotică). SINONIM: *uveită posterioară*.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O coroidită se manifestă, în principal, printr-o scădere a acuității vizuale, fără înroșire și fără durere oculară. Uneori, acuitatea vizuală este păstrată și pacientul semnalează percepția unei pete mai întunecate, care nu se mișcă o dată cu mișcările globului ocular. În sfârșit, când ea rezultă dintr-o toxoplasmoză congenitală, coroidita este adesea neobservabilă la naștere: un focar (zonă inflamatorie limitată) corioretinian nu apare atunci decât la pubertate.

DIAGNOSTIC ȘI EVOLUȚIE. Diagnosticul se bazează pe examenul fundului de ochi. Dozarea anticorpilor antitoxoplasmatici în umoarea apoasă, mult mai mulți decât în ser, permite, de asemenea, identificarea coroiditei cauzată de toxoplasmoză.

Gravitatea bolii depinde de atingerea maculei: dacă aceasta este afectată, scăderea vederii este imediată și ireversibilă.

TRATAMENT. Acesta este în primul rând cel al bolii care provoacă coroidita. Astfel, în cadrul unei toxoplasmoze, tratamentul coroiditei trebuie să fie precedat de un tratament antiparazitar. Antiinflamatoarele corticosteroidiene pot fi folosite în continuare în doze puternice.

CORONARĂ (arteră, venă). Vase sangvine care asigură irigarea mușchiului cardiac.

Arterele coronare. Arterele coronare sunt responsabile de oxigenarea cardiacă. Ele sunt în număr de două: artera coronară dreaptă și artera coronară stângă. Arterele coronare iau naștere din partea inițială a aortei. Ele sunt explorate prin coronarografie.

PATOLOGIE. Arterele coronare pot prezenta îngustări cauzate de aterom, spasme responsabile de un angor (angină pectorală) sau o ocluzie care se află la originea infarctului miocardic.

CORONAROGRAFIE. Examen radiologic care permite vizualizarea arterelor coronare care irigă inima.

INDICAȚII. Coronarografia furnizează un bilanț precis al stării arterelor coronare în caz de angor (angină pectorală) sau de infarct miocardic. Ea poate fi completată printr-o angiocardiografie, care permite să se aprecieze contractilitatea ventriculului stâng. Uneori, în caz de arteră astupată sau foarte îngustată, o angioplastie (dilatarea îngustării) este efectuată în cursul examenului coronarografic.

TEHNICĂ. După anestezia locală, artera femurală dreaptă este punctionată în plica inghinală cu scopul de a permite introducerea unei mici sonde. Aceasta este atunci împinsă până la originea arterelor coronare. Prin sondă este injectat un produs de contrast iodat, opac la razele X, care desenează interiorul arterelor coronare furnizând o adevărată schemă anatomică. O cameră de luat vederi filmează drumul produsului în arterele coronare cu scopul de a putea analiza în cele mai mici detalii anomaliile de calibru al vaselor. La sfârșitul examenelor, sonda este retrasă și la punctul de puncție femurală se aplică un pansament compresiv.

DESFĂȘURARE. Coronarografia necesită, în general, o spitalizare de 1–2 zile și durează între 20 minute și 1 oră și 30 de minute. Este de dorit ca pacientul să stea lungit în pat 24 de ore după examen pentru a evita riscurile de hemoragie locală.

EFECTE SECUNDARE. Unii pacienți pot simți în momentul injectării produsului de contrast o stare de rău legată de o alergie la produsul iodat. Acest lucru trebuie să fie semnalat în mod sistematic medicului înainte de examen în caz că este știut, sau trebuie cercetat pe bază de teste. În plus, în absența unei compresii asupra punctului de puncționare, la încheierea examenului, se poate produce un hematom.

CORP CETONIC. Una dintre cele trei substanțe (acetonă, acid diacetic, acid betaoxidobutiric) produse în cursul procesului de degradare a grăsimilor în organism.

În circumstanțe normale, corpii cetonici, în majoritate acizi, sunt eliminați prin rinichi în urină. Dacă acumularea lor devine prea importantă și depășește posibilitățile de eliminare ale organismului, ca în diabet, atunci se produce o acidocetoză: pH-ul plasmei sangvine devine acid, provocând tulburări care evoluează către o comă.
→ ACIDOCETOZĂ.

CORP GALBEN. Glandă endocrină care se dezvoltă în ovar, de o manieră temporară și ciclică după ovulație, și care secretă progesteron.

CORP PLUTITOR. Pată închisă la culoare, de mărime și de formă variabile, zărită sub formă de puncte, filamente sau spirale, care se mișcă odată cu mișcările ochiului.

Perceperea corpilor plutitori (flotanți) exprimă o dezlipire posterioară a corpului vitros (masă gelatinoasă transparentă care umple bulbul ochiului), care se separă de retină. Ea este, în cea mai mare parte a timpului, benignă și fără consecințe.

CORP STRĂIN. Substanță sau obiect care se află, deși n-ar trebui să fie așa, într-un organ, într-un orificiu sau într-un conduct al corpului omenesc.

Un corp străin este fie adus în mod accidental din exterior (obiect inhalat, înghițit, introdus), situație frecventă la copiii mici, fie în mod spontan plecând de la însuși corpul omenesc (calculi, calcificări intraarticulare).

Ochi. Un corp străin superficial și vizibil (pietriș, insectă, praf), poate fi îndepărtat cu un colț de batistă curată; dacă el este plantat în cornee, este absolut obligatoriu ca operația de extracție să fie încredințată unui oftalmolog, deoarece poate interveni o pierdere a umorii apoase și, dacă acest corp străin este metalic, el riscă să se oxideze și să elibereze pigmenți toxici care pot antrena o orbire de lungă durată. Corpul străin va fi îndepărtat chirurgical cu ajutorul unui electromagnet. Prevenirea unor astfel de accidente constă în utilizarea ochelarilor de protecție în caz de risc (accidente de muncă).

Ureche. Prezența unui corp străin în ureche poate fi semnalată de către copil sau se manifestă prin otalgie (durere de ureche) sau chiar printr-o otoragie (hemoragie prin conductul auditiv extern). Obiectul introdus trebuie de urgență să fie îndepărtat, exclusiv de către un medic (încercând să se retragă obiectul prin manevre intempestive se riscă lezarea timpanului), prin spălarea urechii sau cu ajutorul unor microinstrumente adaptate.

Căi digestive. Corpurile străine care au fost înghițite, cel mai des de către un copil mic sau de către un bolnav psihic, necesită supravegherea clinică a subiecților (apariția unor semne ca durerile, oprirea tranzitului intestinal), precum și

supraveghere radiografică (înaintarea corpului străin în lungul tubului digestiv). După ingestie, majoritatea corpurilor străine mici, care nu sunt nici toxice, nici ascuțite (nasture, bilă etc.), sunt eliminate prin scaun fără pericol pentru organism. În caz contrar (baterii mici, ace de păr, oase de pește, așchii de oase de pui sau de iepure, alte așchii, cioburi de sticlă etc.), este necesară o extracție prin fibroscopie.

Căi respiratorii. Prezența unui corp străin inhalat este frecventă, mai ales la copilul mic (jucărie, fragment de jucărie sau un corp vegetal, ca de exemplu o alună).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Pătrunderea în căile respiratorii trece prin trei stadii. Sindromul de pătrundere, în cursul trecerii prin laringe (falsă rută), se manifestă printr-un acces brusc de sufocare și printr-o tuse uscată; acest episod se petrece cel mai des în câteva minute și nu provoacă decât în mod excepțional moartea subită prin asfixie. Cea de a doua fază, mai puțin spectaculară, corespunde unei implantări, în general bine tolerată, a corpului străin în bronhii; acesta provoacă uneori episoade de tuse și o jenă respiratorie permanentă sau intermitentă. Cea de a treia fază, tardivă, este cea a complicațiilor cu bronșite sau pneumopatii repetate, abces al plămânului, chiar dilatarea bronhiilor.

TRATAMENT. În caz de asfixie acută, corpul străin poate fi expulzat prin manevra lui Heimlich, exercitând o presiune puternică și brutală la baza cuștii toracice sau, dacă este vorba de un sugar, dându-i câteva palme între omoplați. De cele mai multe ori, după faza de pătrundere, copilul nu prezintă nici un simptom deosebit. Este totuși necesar să se efectueze o fibroscopie bronșică pentru a găsi obiectul inhalat. Acesta este îndepărtat prin bronhoscopie, sub anestezie generală. → EXTRACȚIE, FALSĂ RUTĂ ALIMENTARĂ, HEIMLICH (manevră a lui).

CORP VITROS. → VITREOASĂ.

CORSET. Aparat purtat pe trunchi în vederea tratării diferitelor afecțiuni.

Un corset are drept obiectiv să se opună deviațiilor coloanei vertebrale (scolioză, cifoză benignă), să evite agravarea lor și să ușureze durerile de articulații intervertebrale (lombalgii cronice și recidivante). El mai este folosit și în caz de fractură a rahisului.

CORT CU OXIGEN. Incintă care permite oxigenoterapia unui bolnav.

Un cort cu oxigen este făcut din mătase sau dintr-o țesătură sintetică, suplă, ușoară, transparentă, ncinflamabilă și susținută de un cadru metalic. Cu o capacitate de 200 litri, el acoperă toracele și capul bolnavului, care poate să se miște liber.

După ce a urmat un instructaj, un pacient sau un membru al familiei sale poate să utilizeze un cort cu oxigen la domiciliu.

CORTEX CEREBRAL. Parte periferică a emisferelor cerebrale, sediul funcțiunilor nervoase cele mai elaborate ca mișcarea voluntară și conștiința. SINONIM: *scoarta cerebrala*.

STRUCTURĂ. Cortexul cerebral este format din substanța cenușie, varietate a țesutului nervos conținând corpii celulari (partea principală) ai neuronilor. El se află în legătură cu restul sistemului nervos multimitate multiplelor prelungiri fine ale neuronilor. Mergând în grosime, de la suprafața emisferelor spre profunzime, organizarea cortexului îl face să fie comparat uneori cu circuitele electronice, deși el este mult mai complex. De fapt, în el se disting la microscop mai multe straturi suprapuse, fiecare cuprinzând o rețea de corpi celulari și de prelungiri. De altfel, fiecare emisferă cerebrală este divizată în 4 lobi mari: granițele dintre lobi corespund unor brazde adânci, scizurile, la suprafața cortexului.

Cortexul joacă un rol important, pe de o parte, în funcțiunile nervoase de bază (motricitate, sensibilitate, senzorialitate), pe de altă parte, în funcțiunile superioare (limbaj, memorie etc.). Aici se observă adesea, ca și în restul sistemului nervos central, fenomenul de încrucișare: cortexul drept asigură mișcările și sensibilitatea jumătății stângi a corpului și vederea jumătății stângi a spațiului, în timp ce cortexul stâng controlează jumătatea dreaptă a corpului și jumătatea dreaptă a vederii fiecărui ochi.

Lateralizarea este un fenomen specific cortexului: pentru anumite funcțiuni, cele două emisfere nu sunt simetrice, una dintre ele fiind dominantă (stânga la un dreptaci, stânga sau dreapta la un stângaci). → CREIER, ENCEFAL.

CORTI (organ al lui). Organ al urechii interne, responsabil de auz.

Organul lui Corti, situat în canalul cohleei (parte a urechii interne), conține celule senzoriale care sunt dotate la suprafața lor cu cili care se scaldă într-un lichid, endolimfa. Acești cili suferă mișcări datorate undelor de lichid declanșate de sunete și le transformă pe acestea în fenomene electrice care se propagă la celulele nervoase.

CORTICODEPENDENT, -Ă. Se spune despre o boală al cărei tratament prin corticosteroizi, pentru a-și păstra eficacitatea, trebuie să fie urmat cu reducerea progresivă a dozelor și, de cele mai multe ori, incomplet.

CORTICOID. → CORTICOSTEROID.

CORTICOSTEROID. Hormon secretat de către glandele corticosuprarenale, pornind de la colesterol și utilizat în terapeutică îndeosebi ca antiinflamator și ca imunosupresor. SINONIM: *corticoid*.

FIZIOLOGIE. Glandele corticosuprarenale, situate la partea periferică a celor două glande suprarenale, secretă 3 grupe de hormoni: androgenii suprarenalieni (mai ales sulfatul de dehidroepiandrosteron), care participă la

dezvoltarea caracterelor sexuale masculine și favorizează dezvoltarea musculară; glucocorticosteroizii (mai ales cortizolul), care intervin în reacțiile chimice ale organismului, mai ales în cele care privesc glucoza; mineralocorticosteroizii (mai ales aldosteronul), care rețin sodiul și apa în organism.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Corticosteroizii de sinteză, cu structură chimică identică celei a hormonilor naturali sau apropiată de a lor, sunt utilizați în terapeutică.

■ *Glucocorticosteroizii*, asociați unor mineralocorticosteroizi, se substituie hormonilor naturali în caz de insuficiență suprarenaliană lentă (boala lui Addison). Unii derivați chimici (prednisonul, betametazonul) au un efect antiinflamator, antialergic și imunosupresor. Mulțumită acestei ultime proprietăți, ei permit prevenirea rejecției organelor transplantate și tratamentul leucemiilor, în asociere cu anticanceroasele. Produsele pot fi administrate sub formă orală sau injectabilă, sau pot fi aplicate local. În acest ultim caz, este vorba, în principal, de dermocorticosteroizi, utilizați pentru tratarea afecțiunilor cutanate.

■ *Mineralocorticosteroizii* (9-alfa-fludrocortizon), asociați glucocorticosteroizilor, permit tratamentul insuficienților suprarenaliene. Administrarea are loc pe cale orală sau injectabilă. Prescripțiile pe durată lungă necesită o supraveghere a echilibrului hidroelectrolitic (privind apa și substanțele minerale, ca sodiul și potasiul) pentru a limita apariția edemelor și a hipertensiunii arteriale.

EFECTE NEDORITE. Într-o cură de scurtă durată, corticoterapia prezintă puține pericole, cu condiția să se respecte un regim sărac în sare de bucătărie. În schimb, o corticoterapie pe durată lungă provoacă numeroase efecte nedorite: osteoporoză și tasare vertebrală, edem, o lăsare a musculaturii, sindromul lui Cushing (obezitatea feței și a trunchiului), hirsutism (pilozitate excesivă), fragilitate cutanată, peteșii (mici pete hemoragice subcutanate), infecții, diabet, hipertensiune arterială, tulburări psihice (psihoză), glaucom, cataractă, încetarea creșterii la copil, tulburări hormonale la fat. Puse în repaus, glandele suprarenale pot să se atrofieze fără vreun semn vizibil, expunând subiectul la accidente grave (insuficiență suprarenaliană acută), în caz de oprire bruscă a corticoterapiei, infecții sau intervenție chirurgicală. O oprire bruscă a tratamentului poate, de asemenea, să provoace o revigorare a afecțiunii care a motivat prescrierea corticosteroizilor.

Dermocorticosteroizii provoacă uneori aceleași efecte, trecând în sânge prin piele, atunci când sunt aplicați pe suprafețe prea mari, mai ales la copil. În plus, o utilizare timp de mai multe luni induce anomalii adesea ireversibile: subțierea pielii, acnee, cuperoză, vergeturi, mai ales pe față. De asemenea, administrarea de corticosteroizi pe durată îndelungată necesită un minuțios bilanț prealabil pentru a depista un eventual diabet sau o hipertensiune arterială, ambele fiind susceptibile să se agraveze sub corticoterapie, ceea ce poate necesita o modificare a tratamentului lor. În plus, un focar infecțios, ca o veche tuberculoză sau o parazitoză, ca anguiluloza, riscă să se agraveze sub corticoterapie și trebuie să fie îngrijite înainte de începerea tratamentului.

CORTICOSUPRARENALĂ (glandă). Zonă periferică a fiecăreia dintre cele două suprarenale, care elaborează și secretă corticosteroizii (hormonii sintetizați plecând de la colesterol).

PATOLOGIE. În mod obișnuit, produsele intermediare între colesterol și corticosteroizi, numite precursori, sunt regăsite în sânge la niveluri foarte mici. Atunci când echipamentul enzimatic al glandei este incomplet, sinteza hormonilor activi nu poate avea loc și precursorii sunt secretați în mare cantitate. Această dereglare poartă numele de bloc enzimatic suprarenalian.

Alte boli care afectează corticosuprarenala pot antrena o oprire a producerii de hormoni, ca în cazul bolii lui Addison (insuficiență corticosuprarenaliană lentă, care se poate complica ajungând la o insuficiență corticosuprarenaliană acută); ele pot, de asemenea, să provoace un hipercorticism (exces de producere de hormoni), care poate genera un sindrom al lui Cushing, un sindrom al lui Conn sau un virilism (apariția la femeie a caracterelor masculine), cauzate de o hipersecreție de cortizol, de aldosteron sau de androgeni.

Un deficit de secreție al corticosuprarenalelor poate fi compensat prin hormoni de substituție administrați zilnic pe cale orală. De altfel, atunci când o boală sau o intervenție chirurgicală distruge una dintre corticosuprarenale, cea de a doua este capabilă să asigure de una singură funcționarea suprarenaliană.

CORTICOTERAPIE. Terapeutică utilizatoare a corticosteroizilor.

Corticosteroizii sunt hormonii secretați în mod natural de cortexul glandelor suprarenale. În terapeutică, se utilizează corticosteroizi de sinteză, sub forme variabile în funcție de afecțiunea de tratat: cale orală, injecții, creme, loțiuni, pomezi.

CORTICOTROFINĂ. Hormon secretat de către antehipofiză. SINONIME: *adrenocorticotrofină, corticostimulină, hormon corticotrop hipofizar*.

Corticotrofina acționează, în principal, asupra zonelor fasciculată și reticulată ale glandelor corticosuprarenale, excitând secrețiile lor (cortizol și androgeni).

PATOLOGIE. O tumoră a hipofizei, responsabilă de un exces de producere de corticotrofină, va antrena o hipersecreție de corticosteroizi suprarenalieni (sindromul lui Cushing). În schimb, o insuficiență a secreției de corticotrofină este foarte rară; ea poate fi întâlnită în cadrul unei insuficiențe hipofizare (hipertuitarism).

CORTIZOL. Hormon elaborat pornind de la colesterol, secretat de glanda corticosuprarenală. SINONIM: *hidrocortizon*.

CORTIZON. Hormon din familia glucocorticosteroizilor, secretat de glanda corticosuprarenală pornind de la un alt hormon, cortizolul, sau care este fabricat sintetic.

COSMETIC. Substanță nemedicamentoasă aplicată pe piele, pe mucoase sau pe dinți în vederea curățirii, protejării, modificării aspectului sau al mirosului lor.

Intoleranțele la cosmetice au devenit mai puțin frecvente în unele țări, ca Franța, datorită severității reglementărilor în vigoare. Unele efecte nocive sunt legate direct de contactul cu pielea (iritație cutanată), simpla dermită alergică, acneea. Alte efecte sunt provocate de către agenții fotosensibilizanți, expunerea la soare declanșând o inflamație cutanată. Nu există vreo acțiune cancerigenă demonstrată pentru cosmeticele a căror vânzare este autorizată, dar acest subiect este controversat în permanență, în particular pentru cosmeticele care conțin derivați benzenici.

COSTEN (sindrom al lui). Afecțiune a articulației temporomandibulare care se manifestă printr-o durere, o senzație de ureche astupată sau printr-o scurgere de lichid în ureche și uneori prin dificultăți la deschiderea gurii.

Sindromul lui Costen este o artralgie care rezultă în mod obișnuit dintr-o proastă articulare dentară și care poate fi asociat cu un bruxism (mișcări inconștiente de frecare a dinților antagoniști unii de alții, sau scrâșnire) și cu pârâituri articulare în timpul masticației. Tratamentul constă în ajustarea și armonizarea relațiilor dintre dinți.

COȘ. → MILLIARIA.

COT. Articulație situată la joncțiunea brațului și antebrațului.

Cotul este constituit prin juxtapunerea a trei articulații: humeroradială, humerocubitală și radiocubitală, dar printr-o singură cavitate articulară, o singură sinovială, o capsulă și un aparat ligamentar unic. În față, cotul cuprinde regiunea plicii cotului, în spate, regiunea olecraniană.

PATOLOGIE

■ *Luxația de cot* este deplasarea în bloc a scheletului antebrațului față de humerus. Luxația posterioară, cea mai frecventă, se observă la adultul care a căzut pe palma mâinii. Imediat după căderea, fața posterioară a cotului este sediul unei depresiuni caracteristice, care este rapid copleșită de o umflătură difuză. Această luxație, pusă în evidență prin radiografie, poate fi asociată diverselor fracturi (apofiza coronoidă, capul radiusului). După reducerea luxației se impune imobilizarea; uneori este necesară o reparare chirurgicală a elementelor capsuloligamentare.

■ *Sindromul pronației* dureroase survine la copilul mic pe la vârsta de 3 ani, când adultul îl ridică de mână. Copilul se plânge că îl doare cotul; antebrațul său inert rămâne în pronație. Reducerea este obținută realizând o mișcare de flexie a cotului și de supinație a antebrațului.

■ *Fractura de olecran* necesită punerea unui gips, care trebuie purtat timp de aproximativ o lună. Dacă a avut loc o deplasare a osului, este necesară o operație pentru reparația osoasă prin sercląj sau cu ajutorul unui șurub.

COTIL. Cavitate articulară scobită a osului iliac, unde se articulează cu femurul. SINONIME: *acetabulum, cavitate cotiloidă.*

COWDEN (boală a lui). Afecțiune cutanată ereditară asociind diverse malformații cu multiple leziuni ale pielii și viscerelor, care poate avea o evoluție malignă.

COXACKIE (virus). Enterovirus A.R.N. din familia picornavirusurilor.

Se pot deosebi două virusuri coxackie, A și B, cu transmitere orofecală (din scaun la gură prin intermediul mâinii), responsabile de infecții de cele mai multe ori inaparente, dar uneori de epidemii de meningită, de encefalită virală cu lichid cefalorahidian limpede, de exantem, de conjunctivită sau de pericardită. Virusul coxackie A este, de altfel, responsabil de boala lui Bornholm (mialgie epidemică), iar virusul coxackie B, de herpangină (faringită veziculoasă).

COXALGIE. Infecție tuberculoasă a articulației șoldului.

Termenul este, de fapt, greșit, dar utilizarea lui este clasică.

COXARTROZĂ. Artroză a șoldului.

Coxartroza afectează subiecții trecuți de 50 de ani. Ea evoluează lent, în pusee marcate prin dureri în regiunea inghinală, ale feței anterioare a coapsei și ale genunchiului și care pot antrena o claudicație.

Atâta vreme cât mai există cartilagiu, tratamentul medical este util (utilizarea de bastoane, prescrierea de antiinflamatoare, injecțiile intraarticulare cu corticosteroizi sau cu acid hialuronic, curele termale). Când cartilagiul a dispărut, jena funcțională devine de așa natură încât recurgerea la o artroplastie (înlocuirea articulației printr-o proteză totală) a șoldului este indispensabilă. Când o coxartroză debutează la un subiect tânăr, se caută o anomalie a formei șoldului susceptibilă să fie corectată chirurgical în scopul de a opri evoluția bolii.

COXA PLANA. Aplatizare a capului femural.

Coxa plana este o secheală a unei afecțiuni osoase, boala lui Legg-Perthes-Calvé. În timpul acestei boli, care survine cel mai des la copiii de vârste între 5 și 10 ani, capul femural pe cale de a crește este sediul unei necroze de origine vasculară, care îl fragilizează.

Coxa plana este nedureroasă. Totuși, ea antrenează, în general, după mai mulți ani, chiar după câteva zeci de ani de la apariția ei, o artroză precoce care este necesar să fie tratată.

COXA VALGA. Deformație a extremității superioare a femurului, caracterizată printr-o deschidere excesivă a unghiului cervicodiafizar (unghiul format de colul femural și de diafiză).

Coxa valga poate fi congenitală (asociată, de exemplu, cu o luxație congenitală a șoldului) sau dobândită (cauzată de o fractură a colului femural). Nedureroasă, deformația poate provoca totuși o claudicație, dar, mai ales, ea ocazionează în general, după mai mulți ani, chiar după câteva zeci de ani de la apariția ei, o artroză precoce care trebuie să fie tratată.

Singurul tratament pentru coxa valga este cel chirurgical: el constă în restabilirea unui unghi normal între colul femural și diafiză.

COXA VARA. Deformație a extremității superioare a femurului, caracterizată printr-o închidere a unghiului cervicodiafizar (unghiul format de colul femural cu diafiza).

Coxa vara poate fi o deformație congenitală sau dobândită, ca urmare a unei fracturi a colului femural sau a unei afecțiuni a copilăriei, epifizioliza capului femural. Nedureroasă, ea poate totuși antrena o claudicație. Pe termen lung (după câțiva ani, chiar după câteva zeci de ani), ea dă, în general, prilejul apariției unei artroze precoce, care trebuie să fie tratată.

Singurul tratament pentru coxa vara este cel chirurgical: el constă în restabilirea unui unghi normal între colul femural și diafiză.

COXIELLA. Gen bacterian constituit dintr-o singură specie, *Coxiella burnetti*. SINONIM (ieșit din uz): *Rickettsia burnetti*.

Transmiterea la om se poate face prin înțepătura de căpușă sau pe cale aeriană (inhalare).

Coxiella burneti este agentul patogen responsabil al febrei Q. → FEBRĂ Q.

COXOMETRIE. Studiu al șoldului constând în măsurători efectuate pe un clișeu radiologic.

CRAMPĂ. Contracție involuntară, brutală, intensă și dureroasă a unui mușchi al scheletului.

Crampele sunt uneori consecință a unei boli neurologice care afectează celulele nervoase din măduva spinării (boala lui Charcot) sau din nervi (diabet, alcoolism). Ele pot, de asemenea, să fie în legătură cu o arterită a membrelor inferioare (îngustarea arterelor prin depunerea de aterom), cu tulburări metabolice legate de ioni (sodiu pierdut prin transpirație, potasiu, calciu), cu un efort prelungit sau cu o deshidratare. Crampele care survin în timpul practicării unui sport au o origine complexă, vasculară (insuficiență a circulației sangvine în raport cu necesitățile) și metabolică (producerea excesivă de acid lactic). Cauza unor alte crampe (crampele nocturne, crampele de sarcină) este încă puțin cunoscută.

TRATAMENT. O crampă dispare sau se atenuează adesea în urma unui masaj al mușchilor sau la retragerea ei pasivă, piciorul fiind îndoit pe gambă pentru o crampă de pulpă. Dacă se găsește o cauză, ea trebuie să fie tratată. Atunci când crampele recidivează, se prescriu adesea miorelaxante (relaxante musculare) și săruri minerale (calciu). La sportiv, prevenirea se bazează pe următoarele puncte: antrenament de fond suficient și progresiv, încălzire înaintea efortului, bună hidratare, bună cunoaștere a gestului tehnic (poziția corectă a corpului), material adaptat sportivului și specialității pe care o practică (forma încălțămintei, mărimea rachetei de tenis etc.). → CONTRACTURĂ.

CRAMPĂ INTESTINALĂ. Contracție dureroasă, repetată, cu caracter paroxistic, a colonului terminal, însoțită de o falsă necesitate iminentă de a defeca.

CRANIOFARINGIOM. Tumoră a regiunii hipofizei.

Craniofaringiomul este, în jumătate din cazuri, o tumoră a copilului, la care reprezintă 15% dintre tumorile cerebrale. Simptomele sale sunt durerile mari de cap și vomele cauzate de o hipertensiune intracraniană (creșterea presiunii lichidului cefalorahidian), precum și tulburările vizuale (amputarea câmpului vizual, scăderea acuității vizuale) provocate prin compresia nervilor optici. Se observă, de altfel, o insuficiență a secreției de hormoni hipofizari, responsabilă mai ales de o întârziere a creșterii și a pubertății.

Tratamentul craniofaringiomului este ablația chirurgicală a tumorii, completată eventual printr-o radioterapie. Mai mult, trebuie să fie instituit un tratament hormonal definitiv de înlocuire.

CRANIOSTENOZĂ. Sudură prematură a suturilor craniene la copil, ce deranjează dezvoltarea creierului. SINONIM: *craniosinostoză*.

Craniostenoza este însoțită adesea de semne neurologice (cecitate, de exemplu) consecutive fie unei leziuni asociate creierului, fie compresiei creierului într-un volum neexpandabil prea rapid (hipertensiune intracraniană).

Pe termen lung, evoluția fără tratament a craniostenozei lasă sechele neurologice, de exemplu o întârziere mintală. Tratamentul, chirurgical, constă în depărtarea oaselor craniului prin desprinderea oaselor sudate. Această intervenție dă rezultate excelente.

CRANIU. Cutie osoasă care conține și protejează encefalul.

STRUCTURĂ. Craniul este de formă aproximativ ovală, cu un pol posterior mai voluminos și cu o capacitate de aproximativ 1.500 centimetri cubi.

Partea superioară a craniului formează bolta craniană, închisă spre partea de jos printr-o porțiune osoasă orizontală, baza.

PATOLOGIE. Traumatismele craniului, cu sau fără **fractură**, sunt patologiile cele mai frecvente. Ele reprezintă aproximativ 80% dintre accidentele casnice ale copilului (**căderea** de pe o masă de înfăşat, de pe un scaun, de pe o **scară**, de pe bicicletă etc.). Semnele unei fracturi a craniului **depind** de regiunile atinse ale creierului şi de natura **leziunilor**: vertije, tulburări de vedere, pierdere a stării de **conştienţă**, paralizie, pierdere a sensibilităţii etc. Tratamentul chirurgical al fracturii, dacă este necesar, constă în **înlocuirea** unui os sau în evacuarea unui hematom. De altfel, **craniul** poate fi afectat de aceleaşi boli ca şi oricare alt os: **anomalii** de calcificare, conscenţă, de exemplu, a unor **tulburări** hormonale, tumori benigne sau maligne etc. → TRAUMATISM CRANIAN.

CREASTĂ-DE-COCOŞ. → CONDILOM GENITAL.

CREATINĂ. Substanţă azotată a organismului, care joacă **un** rol în contracţia musculară.

CREATININĂ. Substanţă azotată provenind din degradarea creatinei, constituent al ţesutului muscular.

După trecerea în sânge, unde concentraţia sa normală **este de** aproximativ 62 până la 115 micromoli pe litru (de **la 7 la 13** miligrame pe litru), creatinina este eliminată prin **rinichi în urină**.

UTILIZARE ÎN SCOPURI DE DIAGNOSTIC. Creşterea **nivelului** de creatinină în sânge permite diagnosticarea unei **eventuale** insuficienţe renale. În paralel, este posibil, **calculând** *clearance*-ul urinei (numărul de mililitri de **plasmă** epuraţi de rinichi într-un minut), să se măsoare **gradul** insuficienţei renale şi să se decidă, dacă este cazul, **efectuarea** unei epurări extrarenale a sângelui, cu un rinichi **artificial** de exemplu.

CREATINKINAZĂ. Enzimă esenţialmente musculară **care** intervine în conservarea energiei prin fosforilarea creatinei. SINONIM: *creatinfosfokinaza (C.P.K.)*.

În mod normal, concentraţia sangvină a acestei enzime **este mai** mică de 200 unităţi internaţionale pe litru. Ea creşte **în caz de** infarct miocardic şi pentru unele miopatii (boli **ale** muşchilor scheletului).

CREIER. Parte a encefalului, cea mai elevată, mai voluminoasă şi mai complexă, constituind sediul facultăţilor intelectuale.

STRUCTURĂ. Creierul cuprinde două emisfere reunite prin **creierul** mijlociu, sau diencefalul, şi prin corpul calos. El **este situat** deasupra trunchiului cerebral şi a creierului mic. **Creierul** este înconjurat de meninge care sunt în număr de **trei**.

Creierul este constituit, ca şi restul sistemului nervos **central**, dintr-o substanţă cenuşie (corpul de neuroni şi de **sinapse**) şi din substanţa albă (fibrele mielinizate). În **emisfere**, substanţa cenuşie se repartizează într-un strat de suprafaţă gros, cortexul, şi în nucleii profunzi, nucleii cenuşii centrali (pallidum, putamen şi nucleul caudatus). Diencefalul este compus, în principal, din doi nuclei mari cenuşii simetrici, talamusul. Aceştia sunt situaţi deasupra hipotalamusului, structură care cuprinde mici nuclei şi care se prelungeşte cu două glande, hipofiza jos şi epifiza în spate.

Fiecare emisferă controlează jumătatea corpului care se găseşte pe partea opusă.

FUNCŢIONARE. Substanţa cenuşie, compusă dintr-o îngrămădire de celule nervoase, este responsabilă de funcţiunile nervoase; substanţa albă, formată din fibre nervoase, asigură conexiunile din interiorul fiecărei emisfere, între emisfere şi cu sistemul nervos central subiacent. În cortex, substanţa cenuşie este punctul de plecare al motricităţii voluntare, punctul de sosire al sensibilităţii şi sediul principal al funcţiunilor superioare (conştiinţă, memorie, emoţie, limbaj, gândire).

EXAMENE. Creierul este explorat, ca şi restul encefalului, prin imagerie radiologică, scanografică şi mai ales prin imagerie de rezonanţă magnetică (I.R.M.).

PATOLOGIE. Creierul poate fi atins de aceleaşi afecţiuni ca şi restul encefalului: traumatisme craniene, accidente vasculare cerebrale (obstrucţia sau ruptura unei artere cerebrale), tumori benigne sau maligne, encefalite, infecţioase (adesea virale) sau nu, abcese, intoxicaţii diverse, boli degenerative (boala lui Parkinson, boala lui Alzheimer, scleroza în plăci), bolile congenitale cromozomice (trisomia 21). Bolile psihiatrice propriu-zise nu corespund nici unei leziuni cunoscute; totuşi, depresia sau schizofrenia pot avea o origine metabolică.

CREIER MIC. Parte a encefalului situată la baza craniului, în spatele trunchiului cerebral şi responsabilă de coordonarea activităţii musculare necesare echilibrului şi mişcărilor. SINONIM: *cerebel*.

PATOLOGIE. Atunci când creierul mic sau fibrele nervoase în legătură cu encefalul sunt lezate, survine un sindrom cerebelos, comportând o ataxie (tulburare a coordonării motrice). Uneori, atingerea vermisului (structura mediană, lobul de forma unui vierme, aflată între cei doi lobi cerebeloşi) predomină, iar subiectul prezintă o hipotonie musculară (relaxare musculară excesivă); el depărtează mult picioarele în poziţia în picioare şi merge ca şi cum ar fi în stare de ebrietate. Dacă predomină atingerea unui lob cerebelos, bolnavul are probleme la începerea şi oprirea mişcărilor, care sunt prea depărtate de corp (hipermetrie); bolnavul nu mai poate realiza mişcări alternative rapide (mânuirea marionetelor, de exemplu); gesturile sale sunt adesea deranjate de un tremurat. → ENCEFAL.

CREIERULUI (abces al). Colecţie de puroi localizată în creier.

Un abces al creierului rezultă aproape întotdeauna din propagarea unei infecţii situate în altă parte a corpului;

aceasta vine din urechea medie sau din sinusurile nazale în 40% din cazuri.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Simptomele cele mai obișnuite ale unui abces al creierului sunt durerile de cap, o somnolență, vome. Uneori se observă o febră, tulburări vizuale, crize de epilepsie, chiar semne specifice pentru regiunea lezată de abces ca, de exemplu, paralizia unui membru.

TRATAMENT. Acesta face apel la antibiotice în doze mari, asociate cel mai des cu drenarea sau ablația abcesului de către chirurg.

CREIERULUI (tumoră a). Tumoră, benignă sau malignă, situată în creier.

Se pot distinge tumorile primitive, care se dezvoltă pornind de la celulele creierului, și tumorile secundare, care sunt metastaze.

Tumoră primitivă a creierului. Aproximativ 60% dintre tumorile primitive sunt glioame; se formează plecând de la celulele gliale care înconjoară și susțin celulele nervoase; ele pot fi benigne sau maligne. Meningioamele, care sunt plasate pe meninge, sunt, de asemenea, frecvente; ele sunt întotdeauna benigne. Cauzele tumorilor primitive nu sunt cunoscute.

Simptomele sunt de trei feluri: deficit neurologic (afazie, paralizie localizată), epilepsie în unul din cinci cazuri și semne de hipertensiune intracraniană (dureri de cap, alterarea funcțiilor mintale, vome). Apariția simptomelor este mai precoce și evoluția lor mai rapidă și mai extensivă în cazul unei tumori maligne. Tehnicile de imagerie medicală (scaner cerebral și imagerie prin rezonanță magnetică [I.R.M.]) permit determinarea locului exact de amplasare a tumorii și obținerea de indicații cu privire la natura ei. Dar diagnoticul precis nu poate fi stabilit decât după o biopsie cerebrală. Tratamentul, atunci când este posibil, constă în ablația chirurgicală a tumorii, completată eventual cu radioterapie.

Tumoră secundară a creierului. Tumorile secundare sunt metastaze, adesea multiple, care provin, în principal, dintr-un cancer bronhopulmonar sau un cancer de sân. Simptomele sunt aceleași ca și cele ale tumorilor primitive ale creierului, dar evoluează într-un mod mai rapid.

Diagnosticul se bazează pe tehnicile de imagerie medicală, care pun în evidență leziunile cerebrale și, într-un caz din două, cancerul primitiv. Tratamentul este cel al cancerului primitiv dacă el a fost descoperit. Este indicată și radioterapia cerebrală.

CRENOTERAPIE. Tratamentul cu ape de izvor la punctul lor de ieșire la suprafață. → TERMALISM.

CRESCĂTORILOR DE PĂSĂRI (boală a). → PLĂMÂNULUI CRESCĂTORILOR DE PĂSĂRI (boală a).

CRESTEREA COPILULUI. Creștere a mărimii diferitelor elemente ale organismului între naștere și sfârșitul adolescenței.

Există diferiți factori care intervin în creșterea în greutate și în înălțime.

■ *Factorii ereditari* justifică evaluarea înălțimii unui copil, pentru a judeca dacă e normală, în funcție de înălțimea părinților.

■ *Factorii alimentari* explică necesitățile în substanțe incorporate în țesuturile noi, de exemplu în proteine pentru sintetizarea osului sau a mușchiului.

■ *Factorii hormonali* sunt reprezentați mai ales prin hormonul de creștere secretat de hipofiză, glandă endocrină situată la baza creierului. Hormonii glandei tiroide și hormonii sexuali masculini sau feminini intervin, de asemenea, în creștere, precum și în maturare.

ETAPE ȘI VITEZĂ DE CREȘTERE. Creșterea normală se efectuează în mai multe etape, fiecare dintre ele având caractere deosebite: creșterea din prima copilărie (de la 1 lună la 2 ani), cea din a doua copilărie (de la 2 ani la 12 ani), din timpul pubertății. Viteza de creștere staturală (câștigul de înălțime în centimetri, pe an), de exemplu, este foarte ridicată la sugar: mai mult de 20 de centimetri în primul an, aproape 10 în cel de al doilea an. Astfel, înălțimea, care este de aproximativ 50 de centimetri la naștere, se dublează la 4 ani, factorii nutriționali fiind deosebit de importanți în toată această perioadă. Viteza de creștere se reduce în continuare la 5–6 centimetri pe an și proporțional cu vârsta. Ea scade și mai mult în perioada pubertară, apoi suferă o creștere puternică (vârf de creștere) la pubertate datorită efectului hormonilor sexuali asupra scheletului. O nouă reducere survine în faza postpubertară, reducând creșterea la aproximativ 1 centimetru pe an timp de 3 ani.

Mai mult, fiecare regiune a corpului, fiecare organ are propria sa viteză de creștere. Membrele ating creșterea lor maximă la începutul pubertății, coloana vertebrală crește mai ales în timpul și după pubertate. Creșterea encefalului, estimată prin măsurarea perimetrului cranian, se efectuează cu o viteză mai rapidă în cursul primilor 2 ani; encefalul atinge volumul său aproape definitiv la vârsta de 5 ani.

SUPRAVEGHEREA CREȘTERII. Creșterea este supravegheată pe toată durata copilăriei cu scopul de a repara, dacă este posibil, o insuficiență, mai ales de a depista o boală responsabilă de întârzierea creșterii, care ar fi în același timp gravă și curabilă. În practică, este recomandat să se măsoare înălțimea și greutatea unui copil lunar până la 6 luni, din două în două luni până la un an, o dată sau de două ori pe an până la sfârșitul adolescenței; perimetrul cranian este, de asemenea, măsurat la copiii de vârstă mică.

TULBURĂRI ALE CREȘTERII. O întrerupere a curbei ponderale în mersul ei ascendent pote fi urmarea unei carențe de aport alimentar, a unei proaste absorbții

Creşterea şi sportul

Sportul favorizează creşterea copilului din punct de vedere cardiac, respirator şi dezvoltarea psihomotorie. Travaliul muscular trebuie să rămână echilibrat şi moderat cu scopul de a evita deviaţiile scheletului, durerile musculare, articulare sau osoase. Un antrenament intensiv (mai mult de 12 ore pe săptămână) poate încetini creşterea şi poate întârzia pubertatea, dar poate rămâne fără consecinţe asupra înălţimii definitive a copilului. În timpul pubertăţii, în schimb, sportul de înalt nivel, asociat unui dezechilibru alimentar sau hormonal, poate antrena tulburări, mai ales în maturarea osului, care pot avea un răsunet asupra înălţimii la vârsta adultă.

intestinale, de exemplu în cursul bolii celiace, a unei atingeri a cordului, rinichilor sau plămânilor (mucoviscidoză).

O înălţime mică este adesea ereditară, fără caracter patologic atunci când viteza de creştere nu este redusă şi curba de creştere este regulată. Uneori, mai ales la băieţi, este vorba de o simplă întârziere a pubertăţii, care se va produce normal, dar puţin mai târziu decât pentru medie; prognoza înălţimii finale este, în general, favorabilă. Mult mai rar se poate asocia o înălţime mică cu o situaţie patologică. O înălţime mare, adesea de natură constituţională, nu intră în cadrul tulburărilor de creştere, cu excepţia faptului că face parte dintr-un sindrom malformativ (sindromul lui Marfan). → GIGANTISM. NANISM.

CREŞTERE INTRAUTERINĂ. Dezvoltare a fătului în interiorul uterului matern. SINONIM: *creştere fetală*.

În mod normal, fătul cântăreşte aproximativ 200 grame la patru luni, 1.300 grame la şapte luni şi 3.400 grame la termen. Astăzi, ecografia dă posibilitatea să se măsoare în fiecare stadiu diametrul biparietal (diametrul transversal al capului de la o bosă parietală la alta), diametrul abdominal transversal şi lungimea femurului.

PATOLOGIE

■ *Un exces al creşterii intrauterine* se întâlneşte în unele familii (gigantism familial) sau la femeile atinse de diabet în cursul sarcinii.

■ *O întârziere a creşterii intrauterine* poate fi consecinţa unei anomalii cromozomiale, ca trisomia 21 (mongolism) sau a altor factori genetici. Această întârziere poate rezulta din disfuncţiile sau din anomaliile placentare sau chiar dintr-o alterare a fluxurilor sangvine uteroplacentare observată la femeile hipertensive sau suferind de preeclampsie (leziune renală care se traduce prin prezenţa proteinelor în urină, prin edeme şi printr-o hipertensiune arterială). O întârziere a creşterii intrauterine poate, de asemenea, să provină dintr-o malnutriţie a fătului provocată de fumatul excesiv matern, malnutriţia maternă sau alcoolismul cronic matern.

CREUTZFELDT-JAKOB (boală a lui). Boală cerebrală foarte rară, ce evoluează către demenţă.

Boala lui Creutzfeldt-Jakob este cauzată de o particulă infecţioasă de un tip particular (prion). În pofida acestei origini infecţioase, boala are mai multe puncte de asemănare cu bolile degenerative. Ea este inclusă, îndeosebi cu boala kuru din Noua Guinee, printre encefalopatiile (boli ale creierului) spongiforme, denumite aşa după aspectul celulelor nervoase privite prin microscop.

Boala se manifestă printr-o demenţă asociată cu diverse tulburări neurologice: mişcări anormale, cecitate, paralizii, deficite senzitive, hipertonie (redoare musculară excesivă).

Electroencefalografia aduce elemente esenţiale pentru diagnosticarea bolii.

Boala lui Creutzfeldt-Jakob începe cel mai des după vârsta de 50 de ani, apoi evoluează rapid, deşi s-au observat şi forme prelungite de boală. Actualmente nu există un tratament curativ. Lucrări ştiinţifice recente lasă de gândit că unele cazuri de boală Creutzfeldt-Jakob ar fi legate de boala vacilor nebune.

CREVASĂ. Fisură cutanată puţin profundă.

Crevasele apar din cauza frigului (plesnituri), sau a unei afecţiuni dermatologice (dermită cronică, eczemă, psoriazis). Ele sunt vizibile, în general, pe mâini şi pe picioare, şi sunt adesea dureroase.

Tratamentul se bazează pe utilizarea antisepticelor pentru a împiedica o infecţie, apoi pe diferite pomezi cicatrizante, cel mai des pe bază de vitamină A.

CRIOCHIRURGIE. Utilizare a frigului în cursul unei intervenţii chirurgicale.

Indicaţiile criochirurgiei acoperă multiple specialităţi medicale. În dermatologie, terenul ei de electie, criochirurgia dă posibilitatea tratării tumorilor benigne sau maligne, unice sau multiple chiar în caz de recidivă. Criochirurgia este utilizată în oftalmologie (cataractă, dezlipire de retină). Unele leziuni ale anusului şi ale rectului (hemoroizii, de exemplu) pot fi operate prin această metodă. În sfârşit, nu de multă vreme, se recurge la criochirurgie în unele cancere ale ficatului (când acestea nu sunt prea evoluate), sau pentru a distruge o tumoră care obstruează bronhiile mari.

Criochirurgia în profunzimea organismului necesită o anestezie generală. În dermatologie, din contră, tratamentul, mai de suprafaţă, este foarte simplu şi relativ nedureros imediat după tratament, deoarece frigul insensibilizează terminaţiile nervoase.

CRIOGLOBULINĂ. Imunoglobulină anormală precipitând la temperaturi inferioarre temperaturii de 37°C.

Semnele patologice asociate prezenţei crioglobulinelor sunt variate. Se pot observa semne cutanate, vasomotorii (tulburări circulatorii, ca în sindromul lui Raynaud) sau complicaţii renale şi neurologice.

Tratamentul este cel al cauzei. El este eventual asociat cu o plasmafereză (curăţirea sângelui de imunoglobulinele anormale).

CRIOTERAPIE. Tratament care utilizează frigul sub formă de gheață, de săculeți cu substanțe chimice congelate sau de gaz (criofluran).

Crioterapia este utilizată pentru a atenua durerea, pentru a combate inflamația și edemul sau pentru a distruge leziunile cutanate. Frigul realizează o vasoconstricție (reducerea calibrului vaselor) care diminuează debitul sangvin.

Crioterapia face parte din tratamentul inițial al entorselor, al rupturilor musculare și al leziunilor tendoanelor. Ea constă în aplicarea de gheață sau de gaz pe piele, care este protejată de o pânză pentru a nu o leza. Aplicarea durează minimum 20 de minute și este repetată de mai multe ori pe zi timp de 2 până la 6 zile, în funcție de leziune. Crioterapia este utilizată, de asemenea, pentru tratamentul îndeosebi al tumorilor bronșice sau al hemoroizilor, precum și în cel al unor tumori cutanate. → CRIOCHIRURGIE.

CRIPTORHIDIE. Anomalie congenitală a poziției testiculului. SINONIM: *ectopie a testiculului*.

Criptorhidia afectează 3 până la 4% dintre nou-născuți, cel mai des pe partea dreaptă.

DIAGNOSTIC ȘI EVOLUȚIE. Diagnosticul se face de cele mai multe ori la nou-născut prin palpare, în cursul primelor examene pediatrice. Totuși, în unele cazuri absența testiculului în scrot nu este sesizată, dacă nu s-a efectuat examenul organelor genitale, sau în caz de testicul oscilant (mobil), iar diagnosticarea se face mult mai târziu. Dacă testiculul se află la rădăcina bursei (scrotului), este suficient să i se constate poziția și imposibilitatea de a-l face să coboare în scrot. Dacă testiculul nu este detectat, dozările de testosteron sangvin permit să se verifice faptul că el este prezent în abdomen și că este funcțional. Examenul cercetează, de asemenea, și o eventuală altă malformație asociată, ca de exemplu o hernie inghinală sau o anomalie a penisului.

Testiculul coboară spontan în aproximativ 50% dintre cazuri înaintea vârstei de 3 luni și, în mai mult de două cazuri din trei, înaintea vârstei de 1 an. Dacă testiculul nu coboară, este necesar să se practice un tratament. În fapt, în afara tulburărilor psihologice ulterioare provocate de absența aparentă a unuia sau chiar a ambelor testicule, o criptorhidie persistentă favorizează sterilitatea și, mai ales, cancerizarea testiculului atins.

TRATAMENT. Criptorhidia trebuie să fie tratată din cauza riscului de complicații, mai ales dacă ea persistă peste vârsta de 2 ani. Într-un prim stadiu de tratament, se încearcă tratarea cu hormon coriogonadotrofic (H.C.G.), pentru a provoca coborârea testiculului (testiculelor). Rata sa de succes este cuprinsă între 10 și 50%, cu atât mai ridicată cu cât testiculul se află amplasat mai jos. Eșecul acestui tratament impune un tratament chirurgical prin orhipexie (coborârea testiculului în bursa seroasă).

CRISTALIN. Lentilă biconvexă, situată în spatele irisului și în fața corpului vitros, care intervine în procesul de acomodare.

Punerea la punct a imaginilor în funcție de distanță se efectuează datorită modificării curburii cristalinului sub impulsul mușchiului ciliar. Rigiditatea progresivă a cristalinului, legată de îmbătrânirea naturală a ochiului, antrenează o pierdere a puterii de acomodare a ochiului: aceasta este prezbiția care provoacă o diminuare a vederii de aproape. Pierderea transparenței cristaliniene, care afectează în principal persoanele în vârstă, stă la originea cataractei.

CRIZĂ DE FICAT. Tulburare digestivă fără legătură cu vreo boală a ficatului, de cele mai multe ori legată de o indigestie.

CROHN (boală a lui). Boală inflamatorie cronică a intestinului, de origine necunoscută.

Boala lui Crohn se întâlnește la orice vârstă, dar mai ales la adolescent, la adultul tânăr și la subiecții trecuți de 60 de ani. Ea evoluează prin pusee succesive și lezează segmente ale intestinului, cu predilecție ileonul (intestinul subțire terminal), colonul și anusul. Leziunile comportă o subțiere a peretelui și ulcerații.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Boala se manifestă de cele mai multe ori printr-o diaree acută sau cronică cu pierdere a poftei de mâncare, pierdere în greutate și anemie. Ea se complică prin fistule și, uneori, cu abcese localizate în general la anus, ocluzii intestinale și fistule interne. Ea poate, de asemenea, să se afle la originea unei uveite (inflamație oculară) și a unei spondilartropatii (afecțiune inflamatorie cronică ce se caracterizează printr-o atingere articulară vertebrală). Diagnosticul se bazează pe examenul clinic, care pune în evidență o distensie abdominală dureroasă, și pe examene biologice și morfologice (radiografii intestinale, rectosigmoidoscopie), care dau posibilitatea să se constate subțierea peretelui intestinal, cu ulcerații.

TRATAMENT. Acesta este, în principal, cel al inflamației, care constă în administrarea de corticosteroizi și de derivați de salazosulfapiridină. În unele cazuri rebele, se recurge la un tratament imunodepresor. Tratamentul chirurgical privește complicațiile bolii (ocluzie, hemoragie, fistula gravă) și formele rezistente la tratament. → SPONDILARTROPATIE.

CROM. Oligoelement metalic necesar organismului în diferite reacții biochimice: metabolismul glucidelor și lipidelor îndeosebi.

Cromul (Cr) este indispensabil corpului uman, dar în cantități infime. În concentrație prea ridicată în organism, el are grave efecte toxice. Cromul provoacă leziuni inflamatorii ale pielii și mucoaselor, în particular a mucoasei nazale dacă este inhalat. La subiecții expuși în mod cronic la vaporii de crom, frecvența cancerelor de plămân este semnificativ mai ridicată.

CROMATIDĂ. Fiecare dintre cele două copii identice ale unui cromozom, reunite prin centromer în momentul mitozei.

CROMATINĂ. Constituent principal al nucleului celulelor între două diviziuni celulare.

CROMATOPSIE. Percepție vizuală a culorilor, datorată conurilor din retină.

CROMOMICOZĂ. Micoză cutanată datorată unor ciuperci din genurile *Cladosporium* și *Phialophora*. SINONIM: *cromoblastomicoză*.

Omul se contaminează, de cele mai multe ori la mâini și picioare, zgâriindu-se cu spinii pe care se găsesc sporii acestor ciuperci.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Într-o primă fază apare pe piele o placă roșie nedureroasă care se transformă treptat într-o dermatită verucoasă cronică — zisă „în conopidă" —, uneori în leziuni asemănătoare unor tumori, care pot să ulcereze.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul constă într-un examen microscopic al prelevatelor cutanate și în cultivarea lor pe medii de cultură. Un tratament de lungă durată, pe bază de antifungice, permite eliminarea acestei micoze.

CROMOZOM. Element situat în nucleul celulei, purtător al informației genetice.

Cromozomii conțin genele și permit distribuirea lor egală între cele două celule-fiice în cursul diviziunii celulare. Ei sunt formați dintr-o moleculă lungă de A.D.N., asociată cu proteine (histone, îndeosebi). Între două diviziuni celulare, cromozomii nu sunt individualizați, iar molecula de A.D.N., făcută ghem, formează cromatina. Cromozomii se condensează treptat în cursul diviziunii celulare pentru a lua un aspect caracteristic în formă de X cu două brațe scurte și două brațe lungi, legate printr-un centromer.

Numărul și forma cromozomilor (cariotipul) sunt aceleași pentru toți indivizii unei specii date. Gameții (celulele sexuale) nu posedă decât un singur exemplar din fiecare cromozom, în timp ce celelalte celule ale organismului, numite celule somatice, posedă două exemplare ale fiecărui cromozom.

Fiecare celulă umană, cu excepția gameților, posedă 22 perechi de cromozomi numiți autosomi, numerotați de la 1 la 22 în ordinea descrescândă a mărimii, și o pereche de cromozomi sexuali numiți gonosomi: XX la femeie și XY la bărbat.

Anomaliile privesc fie numărul, fie structura cromozomilor și se numesc aberații cromozomiale sau cromozomice. Ele pot fi detectate înainte de naștere prin analiza cariotipului celulelor fetale obținute prin punctia trofoblastului sau prin amniocenteză. → EREDITATE.

CRONIC, -Ă. Se spune despre o boală cu evoluție lentă și fără tendință de a se ameliora.

Spre deosebire de o boală acută, o boală cronică nu este marcată printr-un debut precis și se dezvoltă pe nesimțite în timp de luni sau de ani; ea poate totuși să fie marcată prin pusee acute mai mult sau mai puțin brutale. Boala acută duce la leziuni adesea ireversibile.

CRONOBIOLOGIE. Studiu științific al bioritmurilor (ritmurile biologice ale ființelor vii).

Cronobiologia studiază fenomenele temporale interne determinate genetic, precum și fenomenele externe (ciclurile zilnice, sezoniere etc.) și influența lor asupra diferitelor organisme vii.

În medicină, aplicațiile cronobiologiei sunt multiple: tratamentul tulburărilor de somn și de dispoziție prin „resincronizarea" pacientului; în farmacologie, studiul cronotoxicității (variația efectelor toxice în funcție de timp) și al cronoesteziei (variația sensibilității unui organ) în vederea administrării mai eficace și mai puțin nocive a medicamentelor etc.

CRONOFARMACOLOGIE. Studiu al influenței momentului administrării unui medicament asupra acțiunii sale.

CRP. → PROTEINĂ C-REACTIVĂ.

CRUP. Difterie cu localizare laringeană.

Crupul se observă mai ales la copil, în țările în care nu se practică vaccinarea antidifterică. Primele simptome ale bolii sunt o tuse aspră și o voce stinsă. Se formează false membrane care obstrucționează filiera laringeană și glota, antrenând o perturbare a respirației, chiar o asfixie.

Tratamentul de urgență utilizează serul antidifteric și antibioticele.

CRURALGIE. În sens strict, durere a coapsei.

În practică, termenul de cruralgie este rezervat nevralgiilor (durerilor vii simțite pe traseul nervului crural).

După rădăcina nervoasă atinsă, durerea se propagă de la coapsă la genunchi, chiar până la tibie. Ea se atenuează în 3–6 săptămâni în cruralgile zise „obișnuite", consecutive de cele mai multe ori unui conflict discoarticular (hernie discală) sau unei artroze posterioare unde s-a dezvoltat un chist. O cruralgie poate, de asemenea, să dezvăluie o compresie nervoasă provocată de o leziune oarecare, benignă, malignă sau infecțioasă, care s-a dezvoltat pe traiectul nervului.

CRYPTOCOCOZĂ. Micoză provocată prin inhalarea unei levuri, *Cryptococcus neoformans*. SINONIM: *torulozā*.

Cryptococcus neoformans, prezent pe întreaga suprafață a globului, se dezvoltă pe sol, pe fructe, în lapte, în gălnațul de porumbel. Omul se contaminează pe cale respiratorie, digestivă sau, mai rar, pe cale cutanată.

Manifestarea cea mai obisnuită este o meningită sau o meningoencefalită cu lichid cefalorahidian limpede, cu evoluție subacută, uneori cu atingeri pulmonare, cutaneo-mucoase, sub formă de ulcerații sau sub formă diseminată.

Antifungicele administrate pe cale generală permit ameliorarea simptomelor și sterilizarea leziunilor.

CUBITUS. Os lung al antebrațului, paralel și intern radiusului, articulându-se în partea de sus cu humerusul, iar în partea de jos cu oasele carpului.

PATOLOGIE

■ *Fracturile extremității superioare a cubitusului* afectează mai ales olecranul: ele se produc în cazul căderii pe mână sau pe antebraț. Tratamentul lor este, în general, chirurgical. Mult mai rar, apofiza coronoidă este cea afectată (luxația posterioară a cotului). Tratamentul este atunci cel mai des ortopedic (imobilizare gipsată).

■ *Fracturile extremității inferioare a cubitusului* pot afecta cotul, mai rar capul cubitusului și în mod excepțional apofiza, în afară de cazul că ele nu sunt asociate cu o fractură a extremității inferioare a radiusului (fractura lui Pouteau-Colles). Tratamentul lor este, în general, ortopedic (imobilizare gipsată).

CULTURĂ. Tehnică de laborator care permite multiplicarea bacteriilor conținute într-un prelevat luat de la un bolnav cu scopul de a le izola și a le identifica.

CUPEROZĂ. Dilatație permanentă și vizibilă a vaselor mici ale pielii feței.

Cuperoza este o afecțiune foarte frecventă, care atinge mai ales femeile cu pielea deschisă la culoare și fragilă, între vârstele de 30 și 50 de ani. Ea este favorizată de emoții, de excitante (alcool, cafea, tutun), de sarcini, de tulburări digestive, de utilizarea abuzivă de medicamente dermatologice pe bază de corticosteroizi și, la bărbat, mai ales de alcoolismul cronic.

DESCRIERE. Cuperoza se manifestă printr-o roșeață a feței, survenind mai întâi în pusee după ce subiectul a mâncat, apoi în permanență, și printr-o telangiectazie, adică o dilatare a vaselor mici de suprafață, desenând mici traiectorii fine de culoare roșie sau violet-purpurie, ramificate, însoțite adesea de venule albăstrui mai mari. Leziunile sunt simetrice, localizate pe pomeți și pe părțile laterale ale nasului la început, apoi devenind mai difuze. Mai pot apărea și alte semne (proeminențe umplute cu puroi), rinofima (hipertrofia reliefată a nasului).

TRATAMENT. Acesta este mai ales local și vizează distrugerea vaselor dilatate, folosind electrocoagularea, cu ajutorul unui bisturiu electric sau utilizând un laser cu argon. În cazurile rebele, se pot practica scarificările sau dușurile filiforme, în particular în cadrul curelor termale.

CUPRU. Metal de culoare roșu-brun.

Cuprul (Cu) este un oligoelement indispensabil organismului. El este, de fapt, necesar unei bune funcționări a anumitor enzime, jucând îndeosebi un rol în protecția față de anumite substanțe toxice (radicalii liberi). Necesitățile zilnice de cupru la adult ar fi de ordinul a 1,5 până la 3 miligrame.

CURARIZANT. Medicament utilizat în cursul anesteziei în completarea unui anestezic principal. → CURARIZARE.

CURARIZARE. Tehnică complementară anesteziei generale, constând în blocarea transmisiei neuromusculare.

INDICAȚII. Provocând o relaxare musculară completă a subiectului, curarizarea dă posibilitatea să se opereze în condiții excelente și a contribuit în mare măsură la lărgirea câmpului de indicații ale chirurgiei moderne.

CURĂ CHIRURGICALĂ. Orice intervenție care vizează ablația sau corectarea unei leziuni sau a unei malformații.

CURĂ DE SOMN. Metodă terapeutică constând în îngrijirea prin somn a unor afecțiuni psihologice sau psihosomatice.

O cură de somn se practică în instituții specializate: pacientul este cufundat într-un somn artificial, cât mai apropiat de un somn natural, mulțumită medicamentelor alese în funcție de fiecare caz.

CURĂ HEMODINAMICĂ A INCONTINENȚEI VALVULARE ÎN REGIM AMBULATORIU. Tehnică de tratament chirurgical al varicelor care nu necesită spitalizare.

INDICAȚII. Cura hemodinamică a incontinenței valvulare în regim ambulatoriu (CHIVA) se aplică persoanelor atinse de varice (dilatarea venelor superficiale) ale membrelor inferioare. Tulburarea își are sediul în vena safenă internă, în lungimea feței interne a gambei și a pulpei; ea provoacă senzația de picioare grele și varice, uneori asociate cu un edem.

REZULTAT. CHIVA presupune o reperare prealabilă, prin eco-Doppler, a venelor care funcționează normal. Această intervenție, realizată sub anestezie locală, nu necesită spitalizare. Totuși, această tehnică este destul de recentă așa încât rezultatele ei pe durată îndelungată (sechele, procentaj de recidivă) sunt încă puțin cunoscute.

CURĂ TERMALĂ. Timp petrecut într-un centru termal, în decursul căruia subiectul supus curei, asistat din punct de vedere medical, își îngrijește tulburările de care este afectat folosind proprietățile terapeutice ale apelor locale.

O cură termală se practică în instituții specializate cu ape luate chiar de la izvor, înainte ca ele să-și piardă proprietățile biologice și farmacodinamice care se datoresc bogăției lor în ioni și în oligoelemente. Aceste proprietăți variază în funcție de compoziția specifică a fiecărei ape termale, fiecare stațiune adresându-se unui tip diferit de afecțiune.

DIFERITE UTILIZĂRI ALE APELOR. Cura constă în hidroterapie pe cale internă (absorbție) sau externă (băi, dușuri, pulverizări, nămoluri). Gazele conținute în apă sunt utilizate fie chiar o dată cu apa, fie în băi de aburi sau prin inhalare.

REZULTATE. Rezultatele terapeutice se manifestă după 1–3 luni de la terminarea curei, durează aproximativ un an și pot să se prelungească dacă aceste cure sunt reînnoite. Durata prescrisă este, în general, de 21 de zile.

Virtuțile curei pot fi amplificate prin efectele benefice ale climatului (climatul de semialtitudine uscat și însorit pentru astmatici, de exemplu). Cura poate fi practicată în asociere cu o reeducare funcțională. Pacientul poate, de asemenea, să primească, în cadrul curei, sfaturi de igienă alimentară și corporală, precum și informații care îi permit mai bine să combată afecțiunea de care suferă. În sfârșit, o staționе termală este, de asemenea, un centru de destindere și de readaptare pentru pacienții afectați de boli invalidante.

INDICAȚII. Acestea sunt îndeosebi afecțiunile cronice (reumatism, astmă, infecții dermatologice, tulburări circulatorii) și tulburările funcționale (colopatie funcțională). O cură nu poate fi practicată decât la prescrierea medicului.

CURĂȚARE GANGLIONARĂ. Ablație chirurgicală a unui grup de ganglioni limfatici. SINONIM: *evidare ganglionară*.

O curățire ganglionară este indicată în chirurgia cancerelor. De fapt, atunci când cancerul începe să se întindă, celulele canceroase ale organismului atins sunt drenate de către limfă până în ganglionii cei mai apropiați.

CURĂȚENIEI (deprindere a). Aptitudine a unui copil de a-și stăpâni funcțiile de micțiune și de defecare, atât ziua cât și noaptea.

Etapa esențială a autonomiei unui copil, deprinderea curățeniei, se petrece, în general, în decursul celui de al doilea an de viață pentru curățenia de zi și între 2 și 4 ani, în funcție de copil, a curățeniei nocturne. Ea este indicator al unui proces natural: la un anumit stadiu al dezvoltării sale, copilul este capabil să devină curat „de la sine", fără a trebui să fie constrâns de o ucenicie în acest sens.

Stăpânirea sfincterului anal se obține înainte de cea a sfincterului vezical. De altfel, deprinderea curățeniei de zi o precede pe cea a curățeniei de noapte, mai dificil de controlat. Acest mers progresiv poate fi marcat prin câteva întoarceri înapoi, îndeosebi cu ocazia intervenției unor evenimente cu mare încărcătură afectivă, ca de exemplu nașterea unui frate sau a unei surori.

EDUCAREA ÎN SPIRITUL CURĂȚENIEI. Educarea în spiritul curățeniei nu trebuie începută nici prea devreme, nici prin constrângere. În fapt, se riscă perturbarea copilului, întârzierea achiziției fiziologice normale și chiar obținerea unui rezultat opus celui urmărit (enurezie, emisie nocturnă de urină după vârsta de 3 ani, refuzul de autonomie al copilului). Copilul trebuie să aibă oricând la dispoziție oliță lui. Va fi ajutat să coboare din pat atunci când manifestă o necesitate. Va fi întrebat, atunci când începe să devină curat, dacă dorește sau nu să se întindă puțin pentru a-și face siesta și i se va respecta dorința. Copilul trebuie susținut în voința lui de a deveni „mare", încurajat în fiecare etapă de învățare a curățeniei și fiind alături de el în momentele dificile. De asemenea, micile „accidente" nu trebuie dramatizate, în caz contrar copilul ar fi afectat și umilit. În orice caz, sunt total nerecomandabile ședințele de pus pe oliță la ore fixe, folosirea forței sau a amenințărilor, a ironiilor, a trezirilor nocturne impuse, raționalizarea apei consumate seara. Dobândirea deprinderii de a fi curat se face fără constrângere și, în general, rapid dacă i se lasă copilului posibilitatea de „a alege" momentul ei. → ENCOPREZIS, ENUREZIS.

CURBATURĂ. Senzație de durere, de oboseală a mușchilor după un efort neobișnuit sau în faza inițială a unor boli virale (gripă, hepatită etc.).

CURBĂ DE TEMPERATURĂ. *1.* Traseu al temperaturii rectale luate la ore fixe timp de mai multe zile succesive și care permite urmărirea evoluției unei stări febrile a unui subiect în timpul unei boli, în particular infecțioase, sau a unei spitalizări. *2.* Traseu al temperaturii rectale luate la trezirea dimineața de către femeie și care permite determinarea momentului ovulației sale, fie pentru a evita o sarcină, fie, din contra, pentru a îmbunătăți șansele de fecundare.

CURIETERAPIE. Tehnică din domeniul radioterapiei care utilizează radiațiile gamma emise de surse radioactive închise, introduse în organism cu scopul de a distruge celulele canceroase ale acestuia.

DIFERITE TIPURI DE CURIETERAPIE. Se deosebesc două modalități de utilizare: curieterapia interstițială și curieterapia endocavitară.

■ *Curieterapia interstitială, sau curiepunctura*, constă în implantarea în tumoră a unor fire de iridiu radioactiv în formă de bastonașe sau bucle. Acest tratament, de scurtă durată, este indicat în numeroase cancere ale pielii sau ale orificiilor (orificiul penisului, anusul, urechea, buzele), sau ca un complement al unei ablații parțiale a sânului. Firele de iridiu sunt introduse în tubulaturi fine de plastic sau în ace metalice goale în interior, plasate în prealabil, în timpul unei anestezii, sub piele.

■ *Curieterapia endocavitară* constă în introducerea în cavitățile naturale ale organismului, atinse de o tumoră, a unor surse de cesiu 137 radioactiv. Indicația cea mai frecventă este cancerul colului uterin. Sursele de cesiu sunt introduse în colul uterin și în fundurile de sac laterale ale vaginului prin vulvă, cu ajutorul tubulaturilor de plastic amplasate aici sub anestezie. Aceste tubulaturi sunt legate

la un aparat de stocare care furnizează sursele de radiații. Acest dispozitiv se numește curietron.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. Curieterapiile necesită o reperare radiologică, pentru a putea reconstitui structura anatomică tridimensională cu ajutorul unui ordinator și pentru a permite un calcul precis al timpului de iradiere. Tratamentul, practicat sub responsabilitatea unui radioterapeut, trebuie să aibă loc într-o cameră specială, echipată cu perete absorbant al radiațiilor pentru protecția personalului și familiei pacientului. Vizitele, scurte, sunt făcute în spatele paravanelor de plumb. La sfârșitul curieterapiei, sursele radioactive sunt retrase și bolnavul nu mai prezintă vreun pericol radioactiv pentru cei din jur. Tratamentul durează între 2 și 6 zile.

EFECTE SECUNDARE. Curieterapia provoacă o iritație intensă a zonei tratate (piele, mucoase), care se atenuează după 3–4 săptămâni. O convalescență de o lună între două ședințe este necesară pentru o mai bună tolerare a tratamentului.

CUSHING (sindrom al lui). Ansamblu de tulburări legate de o hipersecreție de corticosteroizi (hormoni produși de către glandele corticosuprarenale).

CAUZE. Cauzele sindromului lui Cushing sunt hipofizare, suprarenaliene sau extraendocrine. Trei sferturi din sindroamele Cushing se pun pe seama unei boli numită boala lui Cushing. Aceasta este provocată de o hipersecreție de corticotrofină de către hipofiză, cauzată, în general, de un adenom hipofizar. Boala lui Cushing se observă mai ales la femeile de vârste cuprinse între 20 și 40 de ani.

Alte cauze ale sindromului lui Cushing sunt mai puțin frecvente. Poate fi vorba de un adenom suprarenalian, tumoră de cele mai multe ori benignă, afectând o glandă suprarenală.

Luarea excesivă de corticosteroizi antrenează manifestări de hipercorticism (hipersecreție de corticosteroizi) asemănătoare celor ale sindromului lui Cushing.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Sindromul lui Cushing este caracterizat printr-o obezitate localizată la față, la gât și la trunchi, o hipertensiune arterială, o atrofie musculară cu astenie și o osteoporoză. De asemenea, se observă vergeturi purpurii pe abdomen, pe pulpe și pe piept, precum și o dezvoltare excesivă a sistemului pilos pe față. Aproximativ 20% dintre bolnavi suferă de un diabet zaharat.

DIAGNOSTIC ȘI EVOLUȚIE. Diagnosticul trebuie să fie confirmat prin dozări hormonale (corticotrofină și cortizol), sangvine și urinare, atât statice (spontane), cât și dinamice (prin administrarea de substanțe medicamentoase sau hormonale care frânează sau stimulează secreția cortico-suprarenaliană). Examenele radiologice hipofizare și suprarenaliene urmăresc prezența adenoamelor.

Evoluția spontană se face în sensul agravării progresive. TRATAMENT. Acesta depinde de cauza sindromului și poate fi fie medical, fie chirurgical. Suprarenalectomia totală (ablația celor două glande suprarenale) poate și ea să fie avută în vedere; ea trebuie să fie urmată de un tratament hormonal substitutiv care va trebui să fie urmat toată viața. Prognosticul acestei boli, diagnosticată și tratată la timp, este favorabil.

CUSCĂ TORACICĂ. Ansamblu al oaselor scheletului toracelui.

Cușca toracică este formată în partea din spate din douăsprezece vertebre dorsale, pe părțile laterale din coaste, iar în față de stern, osul plat și alungit situat în centrul părții anterioare a toracelui și prelungit cu apendicele xifoid. Cușca toracică este limitată în partea de jos de diafragm, care joacă un rol esențial în respirație.

CUTIREACȚIE. Test de reacție inflamatorie cutanată caracterizat prin introducerea în organism, prin scarificare, a unei toxine sau a unui produs față de care subiectul poate fi sensibilizat.

Cutireacția nu se pretează bine la o apreciere cantitativă a reacției cutanate și nici pentru studii epidemiologice. Din acest motiv se preferă intradermoreacția lui Mantoux, singura metodă de referință pentru un studiu precis al hipersensibilității la tuberculină.

CUTIS LAXA. Alterare a proprietăților viscoelastice ale țesuturilor de susținere, manifestată îndeosebi la nivelul pielii.

Cutis laxa este o boală rară a țesutului conjunctiv, ereditară sau secundară unei afecțiuni cutanate inflamatorii.

CUTIS MARMORATA. Cadrilaj de culoare violacee al pielii, desenând o rețea de ochiuri.

Cutis marmorata este o reacție normală a pielii, observată la sugar și declanșată de frig.

CVADRICEPS CRURAL (mușchi). Mușchi al feței anterioare a coapsei. SINONIM: *mușchiul cvadriceps*.

În partea de sus, mușchiul drept anterior se leagă de bazin, ceilalți prinzându-se de femur. În partea de jos, cele patru porțiuni ale mușchiului se reunesc într-un tendon comun care se termină pe rotulă și pe tibie.

Cvadricepsul crural este cel mai putenic extensor al genunchiului: el este indispensabil pentru menținerea în poziția în picioare deoarece împiedică genunchiul să se flecteze. În plus, el este mușchiul flector al coapsei față de bazin.

PATOLOGIE. Leziunea cel mai des întâlnită a cvadricepsului crural este hematomul, care, provocat printr-o lovitură violentă dată în coapsă, se formează sub piele după câteva zile, fără gravitate, el se resoarbe de la sine. Foarte rar, se declanșează un proces de calcificare a hematomului, antrenând o pierdere de mobilitate a coapsei.

DEBIT-VOLUM (buclă). Grafic desenat de un aparat de măsură a respirației, utilizat pentru diagnosticarea și supravegherea afecțiunilor respiratorii.

DECALAJULUI ORAR (simptome ale). Modificare a ciclului biologic de 24 de ore consecutive, provocată prin schimbarea fusului orar prin călătoria cu avionul.

Principalele simptome ale decalajului orar sunt tulburările de somn, mai importante atunci când zborul se face spre est (care scurtează ziua), decât cele provocate de zborul spre vest; tulburările digestive: tulburări de tranzit, ale digestiei etc.; dereglări psihice și fizice provocate de perturbarea secreției de cortizol (hormonul secretat de glandele suprarenale), de obicei de două până la trei ori mai mare dimineața decât la sfârșitul după amiezii. Adaptarea organismului la un nou fus orar necesită adesea mai multe zile. Copiii foarte mici sunt mai sensibili la decalajul orar și au nevoie de un timp de adaptare mai lung.

DECALCIFICARE. Diminuarea importantă a conținutului în calciu al organismului, în mod particular în oase și în dinți. SINONIM: *decalcifiere*.

Decalcifierea poate fi consecința unei hiperclorhidrii (exces de acid clorhidric gastric), unor tulburări ale glandelor paratiroide, unei carențe în vitamina D. Diabetul, imobilizarea prelungită și sarcina sunt, de asemenea, factori de decalcificare.

Decalcificarea antrenează diferite tulburări ca, la copil, un rahitism (calcificarea insuficientă a oaselor și cartilagiilor de creștere). La adult, ea are drept consecință o osteoporoză (porozitatea țesutului osos) sau o osteomalacie (ramolirea [înmuierea] oaselor și demineralizarea oaselor).

TRATAMENT. Înainte de toate, tratamentul este dietetic: consumul de vegetale și de făinuri bogate în calciu (varză, legume uscate, pâine integrală), de lactate, de preparate pe bază de calciu și de fosfor, de vitamină D.

DECALOTARE sau **DECALOTAJ.** Acțiunea de descoperire a glandului penian făcând să alunece pielea prepuțului către baza organului viril.

Decalotarea, până nu demult practicată frecvent la naștere sau în decursul primei copilării, este din ce în ce mai puțin efectuată azi din cauza micilor leziuni pe care le poate ocaziona. Totuși, este posibil să se ridice ușor prepuțul pe gland pentru a-l curăța mai bine.

DECEREBRARE. Tulburare apărută din cauza unei leziuni grave a trunchiului cerebral (partea encefalului situată chiar dedesubtul creierului).

O decerebrare poate avea drept cauză o tumoră cerebrală, un traumatism cranian sau o intoxicație cu o substanță chimică. Ea se manifestă printr-o rigiditate a celor patru membre în extensie, însoțită de accese de încordare a întregii coloane vertebrale, cu capul aruncat spre spate. Aceste semne apar la un subiect aflat în comă și dovedesc o agravare a stării comatoase. Tratamentul, dacă este posibil, constă în intensificarea, pe de o parte, a manevrelor de reanimare și, pe de altă parte, în acționarea asupra cauzei (antidotul pentru un toxic, de exemplu). Prognosticul este, în pofida acestor eforturi, sumbru.

DECLARARE OBLIGATORIE A BOLILOR INFECȚIOASE. Informație care, conform reglementărilor, trebuie dată în mod obligatoriu autorităților sanitare, naționale sau internaționale (Organizația Mondială a Sănătății) de către medicul care consultă un bolnav atins de unele boli infecțioase contagioase, a căror listă a fost stabilită prin decret.

DECOMPENSARE RESPIRATORIE ACUTĂ (sindrom de). Formă particulară a insuficienței respiratorii acute caracterizată prin gravitatea și apariția sa rapidă în cazul unor plămâni sănătoși, în prealabil.

CAUZE. Cauza poate fi, la adult, o agresiune pulmonară directă (infecție pulmonară, inhalare de gaze toxice sau de lichide [vomismente, înec], contuzie pulmonară) sau indirectă (traumatisme grave, stări infecțioase grave, șoc infecțios, transfuzii masive etc.). La noul-născut, acest sindrom este de cele mai multe ori consecința unei lipse de surfactant (lichidul care tapisează suprafața internă a alveolelor pulmonare).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Sindromul de decompensare respiratorie acută se traduce printr-un edem pulmonar cu leziuni.

Semnele insuficienței respiratorii acute (respirație accelerată și dificilă) sunt adesea intricate cu cele ale bolii în cauză.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Tratamentul sindromului de decompensare respiratorie acută este cel al bolii în cauză. El se bazează, de altfel, pe ventilația artificială, în așteptarea recuperării pulmonare. Riscul este de a se observa instalarea la bolnav a unei fibroze pulmonare cicatriceale ireductibile, care se traduce prin persistența unui anumit grad de insuficiență respiratorie, constatându-se, în același timp, regresia leziunilor inițiale și a edemului.

DECOMPRESIE. Diminuare a presiunii care se exercită asupra organismului unui subiect după ce acesta a fost supus unei presiuni mai mari decât presiunea atmosferică.

ACCIDENTE DE DECOMPRESIE. Accidentele de decompresie afectează, în principal, plonjorii în scafandru autonom și muncitorii care lucrează în chesoanele presurizate (atunci se vorbește de boala chesoanelor), dar și aviatorii și astronauții.

Decompresia, atunci când este prea rapidă, antrenează formarea de bule în vasele și țesuturile organismului. Simptomele, ca un enfizem subcutanat (infiltrație gazoasă subcutanată) și mâncărimi, pot precede dureri articulare

violente, în particular la umeri și la genunchi. Atingerile sistemului nervos se traduc, mai ales, printr-o slăbiciune a gambelor și prin tulburări ale vederii și echilibrului, dar ele pot, de asemenea, să se manifeste printr-o paraplegie, legată de prezența bulelor de azot în țesuturile nervoase, precum și prin hemiplegii și prin crize de epilepsie prin embolie gazoasă.

De la apariția primelor tulburări, subiectul trebuie să fie condus de urgență la un centru specializat, unde se impune o recompresie într-un cheson cu suprapresiune. Prevenirea constă în respectarea palierelor de decompresie, de exemplu în timpul urcării la suprafață a plonjorilor.

DECROȘARE DE MAXILAR. → LUXAȚIE TEMPORO-MANDIBULARĂ.

DECUBIT sau **DECUBITUS.** Atitudine a corpului alungit pe un plan orizontal.

Decubitul poate fi dorsal (pe spate), ventral (pe burtă) sau lateral (pe-o parte) drept sau stâng.

DEDUBLARE A PERSONALITĂȚII. Tulburare a unității conștiinței de sine, caracterizată prin apariția în alternanță a unei prime personalități și a uneia sau a mai multor personalități secundare la un același subiect.

DEFECARE. Acțiunea prin care sunt expulzate fecalele din intestin.

Defecarea este un fenomen complex, în parte reflex, în parte voluntar, această ultimă parte fiind dobândită prin educație. Trecerea materiilor fecale din colonul sigmoid în rect trezește dorința de a defeca. Prin controlul exercitat asupra sfincterului striat al anusului și asupra tonusului peretelui abdominal, subiectul poate fie să expulzeze scaunul, fie să îl rețină. Scaunele sunt eliminate prin contracții succesive.

Pierderea acestei înlănțuiri poate constitui o cauză a constipației. Invers, o presiune prea puternică a materiilor fecale în caz de diaree se află la originea unei incontinențe de nestăpânit.

DEFECOGRAFIE. Examen radiologic care permite vizualizarea mecanismului defecării.

INDICAȚII. Defecografia permite determinarea cauzelor unei constipații zisă terminală, din cauza unei imposibilități a rectului de a evacua materiile fecale sau, din contră, ale unei incontinențe anale care împiedică pacientul să se rețină. Defecografia este practicată după investigații clinice și examene complementare ca endoscopia sau spălătura baritată.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. Pacientul se dezbracă și se întinde pe-o parte. În prima fază, medicul introduce o canulă în rect și îl umple cu o pastă baritată groasă, a cărei consistență este apropiată de cea a materiilor fecale. Apoi, pacientul se așează pe un scaun special, radiotransparent (transparent la radiațiile X), ca și cum ar merge la toaletă. Atunci, radiologul execută mai multe clișee ale rectului în repaus, în situație de reținere și în situație de împingere. Clișeele sunt luate din jumătate în jumătate de secundă, iar examenul durează aproximativ 15 minute.

DEFICIENȚĂ MINTALĂ. Insuficiență a dezvoltării intelectuale. SINONIME: *arieratie mintală, debilitate mintală, oligofrenie*.

Deficiența mintală se deosebește de psihozele infantile primitive, de sindroamele de carență (spitalismul) și de deficitele senzoriale, perceptive sau motorii (surditate, instabilitate psihomotorie, dislexie). Ea grupează ansamblul de afecțiuni care împiedică accesul copilului la autonomie și la adaptare socială.

CAUZE. Deficiența mintală poate fi congenitală: aberații cromozomiale (trisomia 21), tulburare ereditară de metabolism, boală endocrină a tiroidei sau paratiroidei, malformație craniocerebrală, facomatoză, epilepsie. Ea poate, de asemenea, să fie dobândită, în urma unei boli infecțioase (rubeolă, toxoplasmoză) contractată de mamă în timpul sarcinii, unei encefalite, unei meningite sau unei suferințe cerebrale (provocată de o anoxie, o hemoragie, un icter nuclear [sindrom caracterizat prin leziuni ale nucleilor cenușii ai creierului]). În 50% dintre cazuri, cauza rămâne necunoscută.

TRATAMENT. Orientarea și tratamentul copilului depind de mai mulți factori: structura afectivă (uneori foarte bogată); starea funcțiilor senzoriale, motorii și instrumentale; stabilitatea comportamentului; armonia familială; toleranța mediului etc. Copilul are mai ales nevoie să simtă încredere în alții și în el însuși. Asociată cu o susținere psihoterapeutică, reeducarea permite adesea să se obțină progrese apreciabile; în caz de agitație sau de agresivitate a copilului, se asociază uneori neuroleptice ușoare.

DEFILEULUI CERVICOBRAHIAL (sindrom al). Sindrom provocat de compresia vaselor și nervilor din defileul cervicobrahial (care leagă gâtul de fiecare dintre brațe). SINONIM: *sindromul defileului toracobrahial*.

Compresia rădăcinilor nervoase provoacă dureri, o oboseală rapidă în cursul activităților care necesită ridicarea brațelor, furnicături sau descărcări electrice în membrul superior aflat de partea corespunzătoare atingerii. Compresia venei axilare antrenează apariția unui edem intermitent și uneori a unei veritabile flebite a membrului superior. În sfârșit, compresia arterei, mult mai rară, se traduce prin obosirea rapidă a brațului corespunzător și poate merge până la ocluzia vasului, manifestându-se printr-o răcire brutală a întregului membru.

TRATAMENT. Un tratament chirurgical este necesar uneori: el constă în suprimarea tuturor elementelor osoase sau musculare care comprimă vasele sau nervii. În caz de insuficiență musculară, tratamentul constă într-o reeducare.

DEGENERESCENTĂ OCULARĂ. Alterare a funcționării unor țesuturi ale ochiului.

Degenerescența musculară. Aceasta constă dintr-o distrugere progresivă a maculei (zonă retiniană cu diametrul de câțiva milimetri care permite vederea precisă, zisă vedere centrală). Principalii factori favorizanți sunt miopia și, mai ales, vârsta, deoarece această degenerescență este mai frecventă după 70 de ani. Degenerescența musculară se manifestă printr-o scădere a vederii centrale care împiedică mai ales cititul, pe când restul vederii, zisă periferică, rămâne normală. Diagnosticul se bazează pe examenul fundului de ochi. Evoluția, foarte gradată, duce la pierderea vederii centrale (scotom central). Tratamentul, prin fotocoagulare cu laser, nu este indicat decât în anumite forme ale bolii.

DEGERĂTURĂ. Înroșire a extremităților (mâini, picioare, nas, urechi) din cauza frigului.

Degerătura obișnuită nu trebuie confundată cu degerătura gravă, accidentul acut grav care rezultă în urma expunerii la un frig intens (la alpiniști, de exemplu). În general, declanșare de un timp rece și umed, degerăturile afectează mai ales femeile și copiii. Asociate adesea cu o acrocianoză (tulburare a circulației sangvine responsabilă de o cianoză a extremităților), ele sunt consecința concomitentă unei diminuări a debitului sangvin în arteriole prin vasoconstricție și unei acumulări de sânge în sistemul venos de întoarcere.

Ea se caracterizează prin plăci roșii-violacee, groase, reci, foarte dureroase. În scurtă vreme, ele pot să se complice cu fisuri, ulcerații sau bășici care antrenează o jenă în activitate sau la mers. Tulburările încep toamna și se opresc treptat primăvara.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Nu există un tratament radical al degerăturilor; sunt recomandate băile calde și reci (fără temperaturi extreme) făcute alternativ, masajele ușoare cu alcool camforat, luarea de vitamine și de vasodilatatoare. În schimb, în timpul perioadei reci, este esențială prevenirea: protecția împotriva frigului și evitarea hainelor prea strâmte, care încetinesc circulația sangvină.

DEGERĂTURĂ GRAVĂ. Leziune gravă a țesuturilor *cauzată* de frig.

Degerăturile grave se produc în unele circumstanțe favorizante: imobilitate prelungită, îmbrăcăminte prea strâmtă sau jilavă, vânt. Toate regiunile corpului pot fi afectate, dar degerătura gravă afectează mai ales extremitățile (degetele de la mâini și picioare, nasul, urechile). Degerăturile grave se manifestă printr-o senzație de pișcătură apoi printr-o amorțire treptată, un important semn de alarmă, deoarece în continuare victima nu mai simte nimic. Pielea este albă și rece, apoi devine violacee și umflată. În formele cele mai grave și netratate apar flictene (bășici conținând plasmă), apoi o cangrenă.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Tratamentul constă în luarea bolnavului din frig, în desfacerea hainelor fără a i le scoate și înfășurarea sa într-o pătură. Se impune spitalizarea de îndată ce este posibil. O încălzire prea brutală este periculoasă, mai ales bolnavul nu trebuie frictionat, nici pus într-o baie caldă, nici chiar încălzit în preajma unui radiator.

Prognosticul este variabil, de la vindecare rapidă până la amputația chirurgicală. → FRIG (dermatoze provocate de).

DEGET DE LA MÂNĂ. Fiecare dintre cele cinci apendice independente și articulate care formează extremitatea mâinii.

Fiecare dintre degetele lungi (indexul, mijlociul, inelarul și auricularul [sau cel mic]) are câte trei segmente: falanga, falangina și falangeta; policele (policarul sau degetul gros, uneori denumit impropriu și degetul mare) nu are decât două falange.

PATOLOGIE

■ *Plăgile degetelor* sunt foarte frecvente. Este întotdeauna mai bine să fie consultat un medic pentru a ne asigura de absența leziunilor profunde ale elementelor importante ale degetelor, ca tendoanele, nervii sau mușchii. Deși plăgile grave ale tendoanelor se recunosc prin lipsa de mobilitate a degetului, o plagă parțială nu poate antrena nici o jenă dar poate favoriza, dacă nu este îngrijită, o ruptură mai tardivă a tendonului lezat.

■ *Fracturile degetelor* reclamă de cele mai multe ori un tratament ortopedic. Articulațiile degetelor pot de asemenea să constituie sediul luxațiilor sau entorselor.

■ *Infecțiile pulpei degetului* ca panarițiul sau turniola (panarițiu superficial cu tendința de a înconjura unghia) sunt cauzate, în general, de o bacterie care pătrunde în piele după o tăietură sau o înțepătură.

■ *Bolile* care afectează degetele sunt foarte numeroase: boala lui Dupuytren, bolile reumatismale, tumorile țesuturilor moi sau ale oaselor.

■ *Secționarea unui deget* necesită o reimplantare de urgență. De îndată ce s-a petrecut accidentul, este esențial ca degetul tăiat să fie învelit într-o compresă curată și să fie pus la gheață (nu în interiorul gheței, ci deasupra).

DEGET DE LA PICIOR. Fiecare dintre cele cinci degete de la picior.

Scheletul degetului de la picior este constituit din mici oase tubulare, falangele, articulate între ele, în număr de două pentru degetul mare și de 3 sau 4 pentru celelalte degete de la picior.

PATOLOGIE. Degetele de la picior pot constitui sediul a numeroase boli congenitale sau dobândite, agravate, în general, de purtatul încălțămintei nepotrivite.

■ *Deformațiile și malformațiile degetelor de la picior*, frecvente, demonstrează, în general, o deformare globală a piciorului (picior plat sau scobit, un antepicior [segmentul

piciorului reprezentat de tarsul anterior, metatarsiene și degete| triunghiular etc.):

— hallux valgus este o deviere a degetului mare către cel de al doilea deget, răspunzătoare de o tumefacție dureroasă denumită în mod curent bătătură („mont");

— hallux rigidus este o artroză a articulației degetului mare, care devine rigid și dureros; tratamentul său este mai întâi medical (infiltrații locale și purtatul de încălțăminte rigidă), dar, în general, este indispensabilă o intervenție în cazul formelor evoluate;

— exostoza subunghială este o tumoră osoasă benignă amplasată mai ales pe ultima falangă a degetului mare: ea ridică unghia, care devine foarte dureroasă la mers și care trebuie să fie îndepărtată chirurgical;

— quintus varus este o deviere a celui de al cincilea deget care îl încalecă pe cel de al patrulea. Tratamentul său este chirurgical;

— grifa (forma de gheară) a degetelor se traduce printr-o flexie exagerată și permanentă a degetelor în direcția tălpii piciorului. Deformația poate fi corectată prin purtatul de tălpi ortopedice sau printr-o intervenție chirurgicală;

— degetul în „ciocan" este deformația unuia sau mai multor degete de la picior, flectate excesiv de mult.

■ *Leziunile cutanate*, foarte frecvente, sunt consecința, de cele mai multe ori, unui șoc direct. Ele sunt reduse ortopedic sau, mai rar, chirurgical. Cele două extremități ale osului fracturat sunt imobilizate cu ajutorul unui bandaj elastic ce fixează degetul fracturat de un deget adiacent intact. Reluarea mersului este, în general, posibilă începând cu a 15-a zi după accident.

■ *Leziunile cutanate cauzate de frecări* sunt deosebit de frecvente la degetele de la picioare și sunt adesea asociate cu deformațiile osoase descrise anterior. Bătătura și durillonul sunt îngroșări de formă rotunjită, ușor bombate, ale stratului cornos al pielii, de consistență tare, dezvoltându-se pe zonele supuse unor presiuni puternice și repetate. Bătătura dintre degete („l'oeil-de-perdrix") este o ulcerație care rezultă din frecarea pielii unui deget de la picior de pielea degetului alăturat, într-un spațiu prost aerisit, unde transpirația provoacă macerarea pielii. Tratamentul acesteia constă în amplasarea între degete a unui tampon care să le depărteze unul de altul. Chirurgia este rezervată doar ulcerațiilor cronice.

DEGET ÎN „RESORT". Blocare a unui deget în poziție îndoită.

Un deget în „resort" este provocat de cele mai multe ori de un nodul al tendonului flector care stânjenește alunecarea tendonului în interiorul tecii sale sinoviale sau, uneori, de o inflamație a tecii tendonului. Un deget în „resort" poate fi redresat printr-o tracțiune blândă, care îl eliberează atunci dintr-o dată.

O injecție locală cu corticosteroizi asigură cel mai des vindecarea. Mai rar, o intervenție chirurgicală este necesară pentru a elibera tendonul.

DEGLUTITIE. Act prin care bolul alimentar trece din gură în esofag, apoi în stomac.

Deglutiția cuprinde doi timpi: timpul faringean, concomitent voluntar și reflex, și timpul esofagian, în totalitate reflex. → DISFAGIE.

DÉJERINE-KLUMPKE (sindrom al lui). Sindrom care afectează membrul superior și ochiul.

Sindromul Déjerine-Klumpke este consecința unei lezări a fibrelor inferioare ale plexului brahial (încrucișarea filetelor nervoase din scobitura axilei dând, în principal, nastere nervilor brațului). Cauza inițială poate fi un traumatism, o compresie sau o infiltrație printr-un cancer învecinat (cancer bronhopulmonar al apexului plămânului). Semnele sunt o paralizie a mâinii, o pierdere a sensibilității antebrațului și a mâinii, un sindrom al lui Claude Bernard-Horner. → CLAUDE BERNARD-HORNER (sindrom al lui).

DÉJERINE-SOTTAS (boală a lui). Boală ereditară, caracterizată printr-o hipertrofie a nervilor, responsabilă de atrofie musculară și paralizii.

Boala lui Déjerine-Sottas este ereditară și se transmite într-o manieră autosomă dominantă: gena purtătoare se găsește pe un cromozom care nu este un cromozom sexual; este suficient ca gena să fie transmisă de unul dintre părinți pentru ca boala să se dezvolte la copil. Semnele sunt o paralizie a membrelor inferioare, apoi a membrelor superioare, precum și o diminuare a sensibilității cutanate. Se adaugă adesea dureri, o deformare a coloanei vertebrale, tulburări ale motricității oculare. Evoluția începe foarte devreme, uneori chiar la naștere și sfârșește adesea printr-o invaliditate totală fără ca vreun tratament să o poată opri.

DELIR. Pierdere a simțului realității care se traduce printr-un ansamblu de convingeri false, iraționale, la care subiectul aderă ferm.

Delirul se deosebește de onirism (confuzie mintală), de dezorientarea caracteristică unor tulburări neurologice (amnezie, demență), precum și de produsele imaginației mitomanului sau istericului.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Delirul se descrie după diferitele trăsături: după mecanismele sale (delirul de interpretare, halucinațiile sau iluziile, construirea unui scenariu imaginar etc.); după temele sale (delirul de persecuție, megalomania, delirul mistic sau profetic, gelozia, autoacuzarea, sentimentul de a fi condus de o forță exterioară etc.); după structura sa (delirul bine construit și coerent; delirul fantastic, a cărui construcție pornește în toate sensurile dar care rămâne totuși organizat; delirul imprecis, necoerent); după declanșarea sa, când dintr-odată și pe neașteptate (bufeul delirant), când insidios și progresiv; după evoluția sa (reversibilă sau nu, intermitentă, extensivă, însoțită sau nu de un deficit intelectual).

Episodul delirant acut. Delirul psihozelor cronice îmbracă forme foarte variate. Paranoia și parafrenia se

traduc printr-un delir foarte coerent, care se dezvoltă în mod treptat, fără slăbire a intelectului. Schizofrenia este marcată printr-un delir imprecis, incoerent, puțin organizat, denumit delir paranoid. Delirul caracteristic al psihozei maniaco-depresive amplifică dereglarea dispoziției: megalomanie euforică la maniac, autoacuzații, idei ale neexistenței de sine sau a inexistenței unei părți a corpului la melancolic.

Tratamentul și prognosticul delirului. Ca regulă generală, prima apariție a unui delir trebuie să fie tratată în mediu specializat. Prognosticul depinde de rapiditatea și de calitatea îngrijirilor. Analiza experienței delirante, a fazelor de recrudescență și de remisie este esențială pentru orientarea tratamentului. După gravitatea tulburărilor de personalitate, neuroleptice, litiul, uneori antidepresivele, asociate unui evantai de psihoterapii — individuale sau de grup —, ca psihanaliza, socioterapia, art-terapia (prin modelare, desen, pictură, mimă), permit să se stăvilească delirul. Prin urmare, atunci când tulburările delirante rămân minore și nu comportă un risc de a trece la acțiune (agresiune, automutilare, sinucidere), spitalizarea nu se mai impune. Psihoterapia și un tratament simplu, de întreținere, sunt adesea suficiente pentru a permite pacientului să-și păstreze capacitatea de adaptare socioprofesională.

DELIRIUM TREMENS. Sindrom acut și grav consecutiv dezobișnuirii bruște de alcool a unei persoane care suferă de alcoolism cronic.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acestea constau în tremurături generalizate, ale membrelor sau ale limbii, în transpirații abundente, febră, într-o accelerare a ritmului cardiac, într-o agitație, într-o confuzie mintală, într-un delir cu halucinații (zoopsii sau viziuni ale unor animale fantastice). Bolnavul „își vede delirul" și se găsește antrenat în activități imaginare, de exemplu în încercări de a scăpa de animalele pe care le vede. De asemenea, pot surveni și convulsiile.

Simptomele se instalează de obicei la 24 până la 36 de ore după ultima priză de alcool, apoi sub forma unui predelirium (tremurături, agitație fără delir). În timpul deliriumului propriu-zis, pacientul este expus la riscuri grave: consecințele unor acte periculoase (defenestrarea, de exemplu), deshidratarea putând duce la colaps cardio-vascular (prăbușirea tensiunii arteriale) și declanșarea unei encefalopatii (afecțiune a creierului) grave, numită Gayet-Wernicke.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul deliriumului tremens constă în rehidratarea intensivă a pacientului prin perfuzie intravenoasă, sub administrarea de medicamente sedative (anxiolitice) pe cale injectabilă și sub supraveghere în mediu spitalicesc. Luarea de vitamină B1 permite evitarea apariției unei encefalopatii. Se impune un tratament preventiv: trebuie să se vegheze la o bună rehidratare și la administrarea de sedative pe cale orală în situațiile de dezobișnuire alcoolică, voluntară sau involuntară.

DELTOID. Mușchi al feței externe a umărului.

În formă de con cu vârful îndreptat în jos, deltoidul este voluminos și gros. El acoperă în întregime articulația umărului și unește centura scapulară cu fața externă a humerusului.

Deltoidul participă la toate mișcările articulației umărului. Partea sa centrală, foarte puternică permite abducția (ridicarea pe lateral) a brațului. Părțile sale anterioară și posterioară servesc la ridicarea brațului în față și în spate și participă la mișcările de torsiune.

PATOLOGIE. Atingerea celor de a 5-a și a 6-a rădăcini nervoase cervicale, cauzată, în principal, de o hernie discală la nivelul rahisului cervical, antrenează o pierdere a abducției brațului.

DEMENȚĂ. Slăbirea progresivă a ansamblului de funcțiuni intelectuale, în urma unei lezări a celulelor nervoase cerebrale.

Demențele se împart în două categorii: demențele simptomatice, care constituie o consecință a unei alte boli bine determinate, și demențele degenerative, cu cauză necunoscută sau puțin precisă.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Se observă tulburări intelectuale ca o slăbire a memoriei, a atenției, a judecății, a rațiunii. Destul de repede apar tulburări ale afectivității, limbajului și comportamentului: indiferență, alterarea limbajului, conduită violentă sau impudică. Bolnavul este uneori conștient multă vreme de tulburările sale. În demențele senile, se menționează predominanța ideilor delirante de prejudiciu și persecuție.

DIAGNOSTIC. Diagnosticul necesită un aviz specializat, neurologic sau psihiatric, bazat pe interogatoriul luat bolnavului și anturajului său. A doua fază a diagnosticului se bazează pe căutarea unei cauze eventual curabile, prin analize ale sângelui și printr-un scaner cerebral. Uneori, această anchetă este negativă și diagnosticul privind varietatea de demență este imposibil de pus: doar apariția totală a semnelor va fi cea care va permite atunci stabilirea diagnosticului.

EVOLUȚIE. Evoluția cea mai caracteristică a unei demențe este următoarea: debutul discret plecând de la vârsta matură, lentoare a agravării (zece ani sau mai mult), aspect inexorabil. Totuși, unele demențe de origine vasculară survin brusc.

TRATAMENT. Unele demențe simptomatice sunt vindecate sau ameliorate prin tratarea cauzei lor. În demențele degenerative (boala lui Alzheimer sau a lui Pick), nu există un tratament specific, dar medicamentele pot atenua unele simptome (sedative împotriva agitației, de exemplu).

DEMIELINIZARE. Pierdere a tecii de mielină care înconjoară unele fibre nervoase.

Demielinizarea este observată în diferite boli (sindromul lui Guillain-Barré, scleroza în plăci).

DEMINERALIZARE. → OSTEOPOROZĂ.

DEMONS-MEIGS (sindrom al lui). Sindrom caracterizat prin asocierea unei tumori ovariene benigne (adesea un fibrom) și unei efuziuni de lichid în cavitatea peritoneală (ascită) și în pleură (hidrotorax). SINONIM: *sindromul lui Meigs*.

Ascita se traduce printr-o umflare a abdomenului, iar efuziunea pleurală printr-o jenă respiratorie.

Tratamentul constă în ablația chirurgicală a tumorii, care antrenează vindecarea imediată.

DENGĂ. Boală infecțioasă provocată de diferite virusuri din grupa arbovirusurilor. SINONIM: *febră roșie*.

Denga este transmisă omului printr-o înțepătură de țânțar, *Aedes aegypti*. Aceasta este o boală endemică, survenind în epidemii în numeroase regiuni calde ale globului (Asia de Sud-Est, Pacific, Africa, America Centrală și de Sud, Caraibe).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Denga se declară în mod obișnuit între a cincea și a opta zi după înțepătură, manifestându-se ca o stare gripală cu o febră ridicată și cu dureri difuze. A doua zi apare o eruptie eritematoasă cutanată. După o remisiune de o zi, simptomele se reiau, apoi survine vindecarea în vreo zece zile, lăsând bolnavul într-o stare de mare oboseală.

O altă formă a bolii, denga hemoragică, provoacă hemoragii cutanate, viscerale și digestive; ea este uneori mortală.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul vizează scăderea febrei și a durerilor. Prevenirea constă, în principal, în protecția față de înțepăturile de țânțari (musticar).

DENSITOMETRIE OSOASĂ. Măsurare a densității osoase prin evaluarea conținutului mineral al oaselor, în principal a calciului.

Densitometria osoasă se utilizează pentru a pune în evidență sau pentru a urmări afecțiunile care sărăcesc scheletul de conținutul în calciu, ca osteoporoza și osteomalacia, fie din contră a celor care duc la creșterea exagerată a acestuia, ca în fluoroza osoasă. → ABSORBȚIOMETRIE BIFOTONICĂ.

DENTINĂ. Țesut calcificat albicios care acoperă pulpa dintelui. SINONIM: *ivoriu*.

DENTISTICĂ. → ODONTOLOGIE.

DENTIȚIE. Evoluție fiziologică a oricărui sistem dentar, care realizează treptat amplasarea totalității dinților.

Dentiție de lapte. Dinții de lapte, sau dinții temporari, sunt în număr de 20. Ei încep să iasă în afara gingiei către vârsta de 6–7 luni. Mai întâi, apar cei doi incisivi centrali inferiori, urmați de omologii superiori, în general pe la vârsta de 8 luni. Către 10 luni apar incisivii laterali superiori, apoi incisivii laterali inferiori. Între lunile a 12-a și a 18-a, are loc erupția primilor molari temporari, apoi a caninilor (între luna a 18-a și a 24-a) și celor de ai doilea molari temporari (între 24 și 30 luni). Dinții de lapte sunt deci constituiți în ansamblul lor către vârsta de 3 ani și orice întârziere în erupția dentară mai mare de un an peste aceastâ vârstă trebuie să fie considerată patologică.

Erupția poate fi însoțită de salivație, de roșeața gingiilor, eventual tumefiate, lucioase și dureroase. Uneori se observă mici chisturi albăstrui, o coriză seroasă, o înroșire a obrajilor.

Dentiție definitivă. Începând cu vârsta de 6 ani, dinții de lapte sunt înlocuiți treptat cu dinții permanenți și copilul se află într-o perioadă mixtă: primul molar definitiv apare mai întâi în spatele molarilor temporari și servește drept ghid pentru erupția dentiției permanente, care cuprinde apariția incisivilor, apoi a primilor premolari către vârsta de 9 ani, a caninilor către 11 sau 12 ani și a celorlalți doi molari permanenți la 12 ani. Cea de a treia grupă de molari, sau dinții de minte („măselele de minte"), evoluează începând de la 18 ani aproximativ, dar eruptia lor poate să nu aibă loc niciodată.

PATOLOGIE. Erupția unui dinte poate fi împiedicată de lipsa locului, dintele rămânând atunci total sau parțial inclus în maxilar. O discordanță de volum între dinți și baza lor osoasă se traduce, dacă dinții sunt prea mici, prin spații între ei, iar dacă sunt prea voluminoși printr-o încărcare dentară (rotație, încălecare) sau prin incluzii; încărcarea dentară poate fi tratată purtând un aparat dentar. Un dinte poate, de asemenea, să prezinte anomalii de structură sau de culoare, vizibile de la apariția lui (displazie dentară), sau poate fi supranumerar.

DENUTRIȚIE. Stare patologică în care necesitățile energetice sau proteice ale organismului nu sunt acoperite.

Atunci când denutriția afectează copiii, dacă este energetică, se vorbește de marasm, denutriția proteică fiind denumită kwashiokor. Carențele în vitamine, în fier și în alte minerale sunt foarte des asociate în aceste stări.

CAUZE. O denutriție survine din cauza unei carențe de aport fie absolută (aport alimentar insuficient), fie relativă (creșterea necesităților energetice sau proteice ale subiectului), aceste două cauze putând să se conjuge la unul și același bolnav.

■ *Carențele de aport* absolute sunt, în general, urmarea unei deficiențe alimentare: foamete, sărăcie, tulburare de comportament alimentar (regim excesiv de slăbire, aberație dietetică, anorexie psihogenă, depresiune, grevă a foamei). O carență de aport poate, de asemenea, să fie consecința unei anomalii a procesului de digestie sau de absorbție a alimentelor consumate.

■ *Carențele de aport relative* intervin în cursul diverselor boli, când cheltuielile energetice cresc ca urmare a creșterii

cheltuielilor celulare: cancer, boală infecțioasă (SIDA, tuberculoză), inflamatorie (poliartrită reumatoidă) sau metabolică (hipertiroidie), insuficiență respiratorie cronică, insuficiență cardiacă. Acestei creșteri a nevoilor energetice i se poate adăuga, în multe din aceste boli, o carență de aport din cauza unei proaste digestii, unei proaste absorbții a alimentelor consumate sau unei lipse de poftă de mâncare.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Denutriția se manifestă printr-o pierdere importantă în greutate, o creștere a dimensiunilor ficatului, o uscăciune a pielii și părului, unghii casante, striate sau deformate și, uneori, când denutriția este în principal proteică, prin edeme, precum și prin perturbații funcționale (deficiență imunitară). O denutriție proteică se traduce printr-o topire a masei musculare și prin diminuarea nivelului de proteine plasmatice. O denutriție energetică se manifestă printr-o topire a rezervelor adipoase.

TRATAMENT. Dacă este posibilă alimentația orală (apetitul este conservat, aparatul digestiv este intact), realimentația se practică urmând reguli foarte stricte (realimentația progresivă și prudentă întinsă pe mai multe săptămâni). Dacă alimentația orală nu este posibilă, nutrimentele vor fi date bolnavului cu ajutorul unei sonde plasate în stomac sau în duoden (alimentație enterală) sau cu ajutorul unui cateter venos central, împins până în vena cavă superioară (alimentație parenterală).

DEPENDENȚĂ. Stare rezultând din absorbția periodică sau continuă a unui drog.

După natura drogului consumat (medicamente, tutun, alcool, hașiș, heroină), starea subiectului și toleranța sa față de produs, dependența poate fi psihică sau fizică.

■ *Dependenta psihică* se traduce prin nevoia de a consuma droguri care modifică activitatea mintală. Abstinența provoacă o dorință compulsivă, tiranică, de a recurge din nou la produs.

■ *Dependenta fizică* se traduce prin tulburări organice din momentul în care drogul încetează a mai fi consumat: aceasta este starea de lipsă, caracterizată prin vome, crampe, o angoasă intensă etc.

DEPIGMENTARE. → LEUCODERMIE.

DEPISTARE. Totalitate a examenelor și testelor efectuate în cadrul unei populații aparent sănătoase cu scopul de a depista o afecțiune latentă în stadiu precoce.

Testele de depistare, teoretic, trebuie să aibă o sensibilitate (proporția de teste pozitive printre subiecții bolnavi) și o specificitate (proporția de teste negative printre subiecții nebolnavi) ridicate.

Depistarea se aplică mai ales cancerelor (sân, prostată, tub digestiv, col uterin), permițând descoperirea lor precoce și crescând net șansele de vindecare. De la apariția epidemiei de SIDA, depistarea privește, de asemenea, seropozitivitatea la H.I.V., în particular la grupele expuse.

DEPISTARE ANTENATALĂ. Depistare a unei boli a fătului înainte de naștere. SINONIM: *diagnostic prenatal*.

ISTORIC. Depistarea antenatală, o adevărată revoluție în concepția obstetricii, jalonată de câteva date: 1958 — prima ecografie obstetricală; 1972 — prima amniocenteză; 1976 — prima fetoscopie (examenul direct al fătului în uter); 1982 — prima prelevare de sânge fetal ghidată prin ecografie; 1983 — prima biopsie a vilozităților coriale (prelevarea de țesut placentar sau trofoblast).

TEHNICI

■ *Amniocenteza* constă în prelevarea lichidului amniotic prin puncție abdominală. Ea dă posibilitatea să se depisteze antenatal anomaliile cromozomiale prin studierea cariotipului celulelor fetale, studierea A.D.N.-ului și măsurarea unor enzime. Ea se efectuează către a 17-a săptămână de amenoree (absența scurgerilor menstruale). Depistările cel mai des efectuate sunt cele ale trisomiei 21 (mongolism) și ale hemofiliei.

■ *Biopsia vilozităților coriale* constă în prelevarea unui eșantion de țesut placentar (trofoblast) pe cale vaginală sau abdominală sub control ecografic sau endoscopic. Ea are aceeași importanță ca și amniocenteza, dar poate să se facă mai precoce (către a 10-a săptămână de amenoree) și furnizează rezultatele mai rapid.

■ *Ecografia* se bazează pe emisia de ultrasunete reflectate de țesuturi și analizate în funcție de frecvența lor. Metoda ecografică permite vizualizarea fătului, măsurarea sa și urmărirea creșterii sale, analizarea aspectului anatomic al eventualelor anomalii fetale, precum și răsunetul lor funcțional și evoluția lor pe parcursul sarcinii. Studiul comportamentului fătului (mobilitate, de exemplu) dă informații asupra stării bune a copilului.

■ *Fetoscopia* este practicată plecând din a 3-a lună introducând un tub dotat cu un sistem optic pe cale abdominală trecând prin peretele uterului până în punga amniotică. El servește la căutarea unor anomalii ale extremităților în special și la realizarea unor biopsii cutanate.

■ *Prelevarea de sânge fetal*, practicată sub control ecografic plecând din luna a 4-a de sarcină, permite depistarea infecțiilor fetale, realizarea cariotipului, analizarea sângelui fetal și decelarea anomaliilor sangvine (anemie, trombopenie) și a anomaliilor biologice (enzime hepatice, gaze din sânge). Unele analize sunt realizate azi plecând de la prelevarea sângelui matern, care permite, începând cu luna a 3-a, efectuarea unor diagnostice biologice oferind rezultate comparabile și fără risc pentru făt. În viitor, prelevarea de sânge matern va permite studiul celulelor fetale care au traversat bariera fetoplacentară și circulă în sângele matern.

DEPOZIT URINAR. Depozit format prin sedimentarea urinei. SINONIM: *sediment urinar, culot urinar* (din franceză).

Studiul depozitului urinar servește la cercetarea celulelor, cristalelor sau germenilor patogeni. El este practicat pe urina proaspăt recoltată, conservată la rece și centrifugată.

DEPRESIE. Stare patologică caracterizată printr-o stare de spirit tristă și îndurerată, asociată cu o reducere a activității psihomotorii. SINONIM. *depresiune*.

CAUZE. Numeroase depresiuni apar ca urmare a unui eveniment neplăcut sau a oricărei alte experiențe care cere subiectului să se adapteze la o situație nouă. Astfel de depresiuni sunt caracterizate ca fiind reacționale. O depresiune mai poate fi declanșată de o boală psihică, de o schimbare hormonală (ca urmare a unei nașteri), sau de o dereglare endocrină (hipotiroidie). În unele cazuri, sindromul depresiv apare în legătură cu o evoluție nevrotică sau psihotică.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Trăsăturile specifice ale tulburărilor depresive sunt atât psihice, cât și fizice. Ele ating maximumul de intensitate la sfârșitul nopții și la începutul zilei. Pe plan psihic, subiectul are o stare de spirit tristă cu pierderea motivațiilor, autodepreciere, dificultate de a se concentra, teamă de viitor, anxietate. Suferința morală poate să-l aducă în situația de a se gândi la sinucidere, cu atât mai mult cu cât senzația că timpul se scurge încet îl domină pe subiect. Depresivii au comun un sentiment de vinovăție și de neputință. Pe plan psihic, depresivul suferă de tulburări ale poftei de mâncare, de tulburări digestive, de cefalee, de palpitații, de oboseală, de insomnie și de alterare a libidoului.

TRATAMENT. Riscul major al depresiunii este sinuciderea, de temut mai ales în cazurile de melancolie, în fazele acute de psihoze (schizofrenie) și la persoanele în vârstă. În afara tratamentului cu antidepresive sau cu stabilizatori ai dispoziției (litiu), care au redus în mod considerabil folosirea electrosocurilor, se recomandă întotdeauna o psihoterapie.

Depresia adolescentului. Depresia adolescentului, apropiată ca manifestări de cea a adultului (anxietate, sentiment de inferioritate, stare de spirit tristă), diferă de aceasta printr-o mai mică inhibiție, printr-o atitudine mai mult distantă decât umilă, un sentiment de gol și de abandon mai curând decât de decădere. De altfel, o stare depresivă se poate ascunde sub niște simptome înșelătoare (depresie mascată): tulburări de comportament (fugă, mânie, gust morbid pentru risc), anorexie, bulimie; adolescentul se plânge de dureri (curbaturi, dureri de cap, de stomac), are probleme la învățătură. Principalele complicații ale depresiunilor adolescentului sunt psihoza (schizofrenia, psihoza maniacodepresivă) și, mai ales trecerea la acțiune (delincvență, toxicomanie, sinucidere).

TRATAMENT. Acesta nu va trebui să se limiteze la administrarea de substanțe psihotrope (antidepresive, anxiolitice), care riscă să provoace o dependență. În majoritatea cazurilor, psihoterapia va aduce adolescentului aprofundarea a ceea ce el caută, ajutându-l în mod eficace în maturizarea lui și în a se accepta pe sine.

Ajutarea unui depresiv

Cei din jurul bolnavilor trebuie să-l facă pe acesta conștient de starea sa și de necesitatea de a se îngriji. De fapt, una dintre caracteristicile depresiunii este aceea de a fi dificil de identificat, mai ales că bolnavul se plânge, în principal, de tulburări fizice, de unde și calificativul de depresiune „mascată": bolnavului îi repugnă ideea de a lua cunoștință de starea lui, este reticent față de ideea de a merge la un psihiatru și se culpabilizează pentru a explica tulburările sale. Cea mai bună soluție este atunci aceea de a-l determina să se întâlnească cu mediul de familie. În schimb, a-i cere bolnavului să facă dovadă de bunăvoință, să-și schimbe ideile, luând în acest scop o vacanță etc., sunt acțiuni care merg împotriva sensului vindecării depresiei.

Depresia persoanei în vârstă. Depresia persoanei în vârstă îmbracă forme foarte diferite. Forma cea mai gravă este melancolia de involuție, care se traduce printr-o suferință morală intensă cu idei de prejudiciu și de persecuție, o ipohondrie (teamă nejustificată de a fi bolnav), o deteriorare a stării generale. Alte forme se manifestă prin insomnie, prin tulburări de caracter, printr-o închidere în sine, prin afecțiuni psihosomatice diferite, uneori printr-o pseudodeteriorare intelectuală care poate simula o demență.

TRATAMENT. Se face apel la electrosocuri în caz de melancolie de involuție și, de o manieră generală, la antidepresive și la unele sedative (neuroleptice, hipnotice nebarbiturice). În aceeași măsură cu psihotropele, sfatul medical rămâne indispensabil. El îl ajută pe vârstnic să-și regăsească statutul său social, să-și mențină aptitudinile psihice și fizice, chiar să urmeze o evoluție creatoare.

DERANJAMENT GASTRIC. Ansamblu de simptome gastrointestinale, prost definite, puțin grave, de durată variabilă, însoțite sau nu de febră.

Un deranjament gastric este fie provocat de o afectare a intestinului (infecție cu răsunet gastroduodenal), fie consecutiv unei intoxicații alimentare. El se traduce prin senzații de indispoziție, de vertije, de arsuri la stomac, de eructații, de grețuri și vome. Aceste tulburări sunt de cele mai multe ori fără gravitate, necesitând doar o rehidratare cu un aport suficient de săruri minerale (sodiu, potasiu), asociate cu antiemetice pentru a combate vomele.

DERIVAT NITRAT. Medicament utilizat în tratamentul angorului (anginei pectorale).

INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII. Derivații nitrați sunt indicați fie în cursul crizelor de angor sub forma lor cu acțiune rapidă, fie în tratamentul de fond, de lungă durată, pentru a preveni recidivele, sub forma lor cu acțiune prelungită. Ei mai sunt folosiți în tratamentul de completare

în cursul insuficienței cardiace, cronice sau acute (care provoacă un edem acut pulmonar).

Derivații nitrați sunt contraindicați în caz de miocardiopatie obstructivă (afecțiune a mușchiului cardiac formând un sul în interiorul cavității ventriculare) și de glaucom (creșterea presiunii intraoculare).

MOD DE ADMINISTRARE. În caz de criză, administrarea se face pe cale sublinguală (sub limbă), sub formă de comprimate sau de pulverizați. Tratamentul preventiv de fond face apel la calea orală sau chiar la calea transdermică, sub forma de „timbru" lipit pe piele timp de 24 de ore sau sub forma de pomadă.

EFECTE NEDORITE. Derivații nitrați pot provoca destul de frecvent dureri de cap, bufeuri de căldură și înroșiri cutanate, palpitații sau chiar o scădere a tensiunii arteriale care declanșează imediat o stare de rău și necesită o ajustare a dozelor. Administrarea lor continuă și prelungită riscă să ducă la un efect de toleranță și la o pierdere a eficacității, pe care o suspendare temporară a tratamentului o poate restabili.

DERIVAȚIE. Intervenție chirurgicală care constă în crearea unei căi artificiale pentru scurgerea materiilor sau lichidelor, înlocuind calea naturală (tub digestiv, cale urinară etc.) pe care se află un obstacol.

Se pot deosebi derivații ile definitive, destinate scurtcircuitării unui obstacol inoperabil, derivațiile provizorii, practicate în așteptarea efectuării unei noi intervenții. Derivațiile mai pot fi clasificate și după cum ele sunt externe sau interne. O derivație externă se termină fie la exteriorul corpului (îmbinarea colonului la piele pentru a crea un anus artificial), fie într-o cavitate deturnată de la rolul ei normal (cavitatea cardiacă, cavitatea peritoneală). O derivație internă permite scurtcircuitarea unui obstacol. După ce acesta a fost înlăturat, materiile și lichidele sunt readuse pe calea lor naturală.

DERM. Pătură mijlocie a pielii, care separă epidermul de hipoderm.

FIZIOLOGIE. Dermul asigură soliditatea pielii multumită fibrelor de colagen și elasticitatea acesteia datorită fibrelor de elastină. El protejează regiunile subcutanate de agresiunile mecanice și participă la schimburile termice între corp și mediul exterior reglând pierderile de căldură ale organismului. De altfel, multumită numeroaselor sale vase superficiale, dermul asigură nutriția epidermului.

DERMABRAZIUNE. Tehnică de abrazare a leziunilor cutanate.

Dermabraziunea se practică pe cicatrici, tatuaje, riduri. Tehnica se bazează pe o șlefuire a leziunilor cu ajutorul unei freze sau a unei perii metalice cu rotație rapidă, ceea ce permite îndepărtarea straturilor superficiale ale pielii (epiderm și dermul superficial).

Intervenția, efectuată sub anestezie locală, nu necesită spitalizare. Cicatrizarea ia 15–20 de zile. O polizare prea profundă riscă să lase în urmă o cicatrice dizgrațioasă. O creștere sau o diminuare a pigmentării cutanate în zona tratată constituie și ele riscuri de luat în calcul ale acestei tehnici.

DERMATITĂ. Orice inflamație a pielii, oricare ar fi originea ei. SINONIM: *dermită*.

DERMATITĂ HERPETIFORMĂ. Boală cutanată caracterizată prin bule umplute cu lichid, asociate adesea cu o atingere digestivă.

Tratamentul se bazează pe sulfone, medicamente utilizate în acest caz pentru proprietățile lor antiinflamatoare.

DERMATOFITIE. Infecție a pielii, a pielii capului sau a unghiilor cauzată de o ciupercă microscopică, dermatofitul. SINONIME: *dermatofitoză, micoză*.

Contaminarea se face cel mai des prin contact uman; uneori, ea se face prin intermediul animalelor domestice; în alte cazuri, ea este urmarea unui contact al subiectului cu un sol, o apă sau cu obiecte contaminate.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Semnele clinice sunt foarte variabile.

■ *Leziunile superficiale* se clasează în două grupe. Primul grup cuprinde atingeri ale pielii glabre, de exemplu herpesul circinat (placă de câțiva centimetri în diametru, cu margine roșie) sau intertrigo (inflamație a pielii la nivelul plicilor). Cel de al doilea grup cuprinde atingerile părului, chelbea, și cele ale unghiilor, sau oncomicozele, semnalate printr-o schimbare a culorii și o îngroșare a unghiilor.

■ *Leziunile profunde* pot fi acute sau cronice. Leziunile acute cuprind îndeosebi kerioanele (chelbele supurative caracterizate prin prezența unor placarte tumefiate pustuloase pe pielea capului) și prin sicozis (supurație la rădăcina perilor din barbă). Leziunile cronice se prezintă sub forma de plăci roșii sau de noduli subcutanați.

DIAGNOSTIC. Diagnosticul trebuie să fie confirmat prin examinarea la microscop a prelevatelor de piele sau a secrețiilor leziunilor.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul unei dermatofitii se bazează pe folosirea antifungicelor, asociate cu aplicarea unei creme sau a unei loțiuni. Prevenirea constă în evitarea contagiunii, de exemplu propunând evicția școlară pentru un copil.

DERMATOLOGIE. Parte a medicinii care studiază și îngrijește bolile pielii, ale fanerelor (păr, unghii) și ale mucoaselor.

DERMATOMIOZITĂ. Boală inflamatorie a mușchilor striați și a pielii. Dermatomiozita, o boală rară, probabil de origine imunologică, se întâlnește de două ori mai frecvent

la femei decât la bărbaţi, survine mai ales între 20 şi 50 de ani şi mai poate fi observată şi la copii. În unele cazuri, ea este asociată cu un cancer visceral.

SIMPTOME ŞI SEMNE

■ *Semnele cutanate:* roşeaţă care apare pe pleoape şi care se întinde simetric pe faţă, apoi pe braţe, pe mâini şi pe membrele inferioare sub forma unor placarde roz-violacee uniforme care pot da senzaţii de căldură sau de arsură. Aceste placarde roşii se asociază adesea unui edem al feţei şi al rădăcinilor membrelor.

■ *Atingerea musculară*, care constituie al doilea semn al bolii, se traduce printr-o diminuare a forţei musculare care afectează îndeosebi rădăcina membrelor şi face dificile, chiar imposibile, unele gesturi curente. La copil, boala poate antrena o calcinoză (prezenţa depozitelor de calciu în ţesuturile moi) şi o întârziere a creşterii din cauza atingerii musculare.

TRATAMENT. Acesta constă, în principal, în administrarea de corticosteroizi în doză mare, urmată până la stabilizarea semnelor musculare, apoi redusă treptat pe o durată de 2 până la 3 ani. La copil, corticoterapia generală trebuie să fie însoţită de o preocupare deosebită pentru motricitate. În cazul unui cancer asociat, sindromul de dermatomiozită regresează în funcţie de tratamentul tumorii.

DERMATOZĂ. Orice boală de piele, oricare ar fi cauza ei.

Termenul se aplică, de asemenea, prin extensie, afecţiunilor mucoaseor şi anexelor cutanate (păr, unghii).

DERMATOZĂ CU IgA LINEAR. Boală cutanată rară, caracterizată prin apariţia unor bule lichidiene pe partea inferioară a corpului.

DERMATOZĂ PUSTULOASĂ SUBCORNOASĂ. Boală cutanată a vârstei mature, cu evoluţie cronică, dar benignă.

Dermatoza pustuloasă subcornoasă este o boală rară, de cauză necunoscută. Ea se manifestă prin apariţia, de cele mai multe ori la femei, a unor pustule de mai puţin de 1 centimetru în diametru, desenând, pe trunchi în special, un fel de inele. Boala începe în jurul vârstei de 50 de ani, apoi evoluează prin pusee succesive.

Tratamentul constă în administrarea, pe cale orală, a unor medicamente din grupa sulfonelor; tratamentul duce, în general, la atenuarea simptomelor. Totuşi, recidivele sunt posibile atunci când sunt micşorate dozele.

DERMITĂ DE APROPIERE. Erupţie cutanată consecutivă unei expuneri la soare după contactul cu o plantă.

Dermita de apropiere, uneori denumită în sens restrâns dermită de contact, este consecinţa conjugării a trei factori: umiditatea (de exemplu, subiectul a făcut o baie în râu), contactul cu o plantă (se întinde pe iarbă), apoi expunerea la lumina destul de intensă (soarele de vară). Plantele responsabile de această erupţie sunt numeroase, între ele, de exemplu, floarea-broşteneasă. Boala se manifestă prin striuri lineare roşii, uneori împestriţate cu bule (dezlipiri cutanate umplute cu lichid) de câtiva milimetri, desenând grosier forma plantei. Dermita de apropiere începe brutal, apoi regresează spontan în câteva zile. Tratamentul se limitează la aplicarea de antiseptice cutanate pentru a evita o infecţie.

DERMITĂ DE SCAUN. → ERITEM FESIER.

DERMITĂ OCRE A GAMBELOR. → ANGIODERMITĂ PURPURICĂ ŞI PIGMENTATĂ.

DERMITĂ ORTOERGICĂ. Iritaţie cutanată consecinţă, în general, a contactului cu un produs chimic cu pielea. SINONIM: *dermatită artificială*.

Cauzele ei sunt foarte numeroase: substanţe iritante conţinute în cosmetice (săpunuri), vopsele, detergenţi menajeri, produse de folosinţă profesională (cele utilizate de zidari, de exemplu).

DIFERITE TIPURI DE DERMITĂ ORTOERGICĂ. După evoluţia lor, acută sau cronică, dermitele ortoergice se clasează în două categorii.

■ *În formă acută*, semnele sunt acelea de durere sau de senzaţii de arsură adesea intense, o roşeaţă, bule (mici proeminenţe cutanate umplute cu lichid), chiar zone de necroză (pată negricioasă din cauza morţii celulelor) cu escare.

■ *În forma cronică*, legată adesea de manipularea profesională a unei substanţe prost tolerate, pielea este uscată, fisurată sau îngroşată în unele locuri, uneori dureroasă.

TRATAMENT ŞI PREVENIRE. Tratamentul constă în curăţarea pielii cu ser fiziologic în faza acută şi în utilizarea exclusivă a săpunurilor dermatologice speciale în faza cronică, precum şi în aplicarea de produse grase. Prevenirea constă în suprimarea contactului cu substanţele responsabile, de exemplu, aplicând creme izolante sau purtând mănuşi înainte de a le manipula.

DERMITĂ SEBOREICĂ. Afecţiune cutanată caracterizată prin înroşiri şi scuame cu predominenţă pe faţă. SINONIM: *dermatită seboreică*.

CAUZE. Dermita seboreică este provocată de o cauză necunoscută. Totuşi, se crede că unele cazuri ar fi cauzate de o infecţie cu o ciupercă microscopică.

SIMPTOME ŞI SEMNE. Boala se manifestă prin mici pete sau prin plăci mari roşii acoperite de scuame unsuroase şi gălbui. Leziunile predomină în zonele unde secreţia seboreică este cea mai importantă: pielea capului îndeosebi, părţile laterale ale nasului, porţiunea dintre nas şi buze, sprâncene.

■ *În formele benigne*, se observă doar câteva pete roșii și scuame ale pielii capului, formând la sugar ceea ce se numește „cruste de lapte".

■ *În formele grave*, pielea capului este atinsă până la frunte, constituind „casca seboreică". De asemenea, poate fi atins trunchiul.

EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT. La sugar, boala începe încă din primele săptămâni și se oprește de la sine înainte de 4 luni. Crustele de lapte nu necesită decât spălarea cu un săpun blând și aplicarea de ulei de migdale dulci. La adult, evoluția dermitei seboreice este cronică. Tratamentul constă în primul rând în evitarea cosmeticelor și a scărpinatului.

În formele mai grave ale bolii, se face adesea apel la antiseptice cutanate, adesea la dermocorticosteroizi, dar, în acest caz, prescripția este limitată la produse mai puțin puternice, în cure scurte și în mod deosebit de prudent la copii.

DERMOCORTICOSTEROID. Corticosteroid (hormon corticosuprarenal) natural sau de sinteză, aplicat pe piele pentru a trata inflamațiile cutanate.

DERMOGRAFISM. Reacție cutanată locală consecutivă unei stimulări mecanice (frecare, zgâriere) și asimilată cu o urticarie.

DESCUAMARE. Eliminare normală sau patologică a stratului cornos al pielii.

Descuamarea se poate face în diferite moduri, prin mici scuame foarte fine, prin lambouri mari sau dintr-o singură bucată: în acest ultim caz se vorbește de scuamă-crustă.

În afara tratamentului bolii în cauză, se mai pot face băi de amidon și aplicații de excipienți neutri.

DESENSIBILIZARE. Metodă terapeutică destinată să diminueze sensibilitatea alergică a unui subiect.

Desensibilizarea constă, după identificarea alergenului (factorul care declanșează alergia), în injectarea de doze inițial foarte mici, apoi crescânde treptat, a antigenului responsabil de fenomenul alergic; acest procedeu ajută subiectul să dezvolte o toleranță față de antigenul în cauză. Este o metodă destul de constrângătoare, care începe întotdeauna sub supraveghere medicală și necesită câteva luni, chiar câțiva ani, de tratament regulat.

Desensibilizarea alergicilor dă foarte bune rezultate la copil atunci când sunt puține alergene în cauză, precum alergiile în cazul înțepăturilor de insecte, în particular cele de himenoptere (albine, viespi).

DESHIDRATARE. Ansamblu de tulburări consecutive unei pierderi excesive de apă din organism.

CAUZE. Într-un climat temperat, pierderile normale de lichid din organism, cauzate de transpirație, respirație și urină, sunt de aproximativ 1,5 până la 2 litri pe zi. Ele sunt combinate cu o pierdere de substanțe dizolvate în lichidele corporale, în special pierderea de clorură de sodiu (sare de bucătărie). Deshidratarea survine atunci când aceste pierderi nu sunt compensate cu un aport echivalent sau în cursul pierderilor hidrice excesive, de origine cutanată, digestivă, renală sau respiratorie.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O stare de deshidratare se manifestă printr-o sete imensă, o uscăciune a gurii, a limbii și a pielii, o diminuare a rezistenței globilor oculari la presiune, o diminuare a volumului urinelor, o hipotensiune arterială, cu un puls rapid. Pierderile de sare provoacă dureri de cap, crampe, chiar tulburări de conștiență care agravează deshidratarea, subiectul devenind atunci incapabil să mai simtă sau să-și exprime senzația de sete.

TRATAMENT. Întotdeauna urgent, îndeosebi la vârstele extreme ale vieții (sugar, subiectul vârstnic), tratamentul constă în administrarea de soluții (apă asociată cu clorură de sodiu), fie pe cale digestivă, în caz de deshidratare ușoară, fie pe cale venoasă atunci când deshidratarea este mai gravă.

PREVENIRE. În caz de febră, vome sau de diaree, și dacă ne aflăm într-un climat cald, este recomandat să se bea cel puțin 0,5 litri de apă la fiecare două ore. Pierderile de sare provocate de o transpirație intensă vor fi compensate prin adăugarea unui sfert de linguriță de sare la jumătate de litru de apă sau prin consumarea de apă minerală.

DESHIDRATARE ACUTĂ A SUGARULUI. Stare determinată de eliminarea rapidă a unei cantități importante de apă din organismul unui copil mai mic de 2 ani.

Cauza majoră a deshidratărilor acute ale sugarului o constituie diareele mai ales de origine infecțioasă, asociate eventual cu vome. Aici trebuie adăugate și febra, indiferent de originea ei. Doar în puține cazuri, pierderile sunt urinare (anomalie renală congenitală, diabet, insuficiența suprarenaliană) sau sunt o urmare a unei insolații.

Pierderea în greutate este un semn primordial, care ajută la diagnosticarea deshidratării și permite evaluarea gravității ei.

Diagnosticul este dat prin examinarea copilului și interogatoriul părinților. Examene complementare pot să confirme diagnosticul după spitalizarea de urgență a sugarului. Atunci când cauza persistă, evoluția formei celei mai benigne merge către forma mai gravă, lucru care se poate întâmpla în câteva ore. Uneori apar complicații, mai ales renale (insuficiență renală) și neurologice (hematom subdural).

TRATAMENT. Tratamentul deshidratărilor vizează suprimarea cauzei atunci când aceasta este posibil, rehidratarea prin aport de apă, corectarea dezechilibrelor electrolitice și a eventualelor complicații. Copiii suferind de o formă benignă sunt rehidratați pe cale orală. În formele cele mai grave, rehidratarea are loc prin perfuzii intravenoase practicate în spital.

PREVENIRE. Prevenirea, simplă în fond, constă în buna hidratare și supraveghere a copilului în caz de diaree și/sau

febră. În perioada caldă a anului este necesar să se dea regulat de băut copilașului.

DESOSARE. Dezvelirea porțiunii radiculare a dintelui prin retractarea țesutului gingival.

DETARTRARE. Eliminare a tartrului de pe suprafețele dentare.

Detartrarea permite evitarea diferitelor neplăceri cauzate de tartru (depozit calcaros de origine, în principal, salivară); dezvoltarea unor sușe bacteriene, boli și iritații ale gingiei, colorarea inestetică legată de consumul de coloranți alimentari și de tutun.

S-au realizat aparate cu ultrasunete care desprind tartrul sub efectul vibrațiilor. Odată eliminat tartrul, suprafețele detartrate sunt reșlefuite prin aplicarea unei paste ușor abrazive.

DEVITALIZARE. Extirpare chirurgicală a pulpei (nerv și vase) unui dinte. SINONIM: *pulpectomie*.

O devitalizare necesită o anestezie locală. Dintele este izolat printr-un obstacol, iar smaltul și dentina care surplombează cavitatea pulpară sunt îndepărtate prin frezare. Pulpa conținută în canalele rădăcinilor este atunci eliminată cu ajutorul unor ace subțiri spiralate. Dintele este apoi obturat ermetic cu gutapercă(*gutta-percha*) și cu ciment.

Din cauza deteriorărilor importante care au condus la devitalizarea sa, dintele devitalizat este, din punct de vedere mecanic, mult mai fragil decât un dinte viu, motiv pentru care necesită adesea să fie îmbrăcat într-o coroană.

DEXTROCARDIE. Anomalie congenitală a amplasării inimii, așezată în dreapta toracelui, iar cavitățile sale cardiace fiind inversate.

O dextrocardie izolată nu are nici un răsunet asupra vieții subiectului. Ea nu necesită nici un tratament cu excepția cazului că există o malformație cardiacă sau pulmonară asociată.

DEZINFECȚIE. Distrugere momentană a microbilor prezenți pe un material.

Spre deosebire de antisepsie, dezinfecția nu se aplică bolnavului, ci mediului în care se află: lenjerie de corp și de pat, instrumente medicale, încăperi și mobilier. Pentru unele boli infecțioase (holeră, febră tifoidă) dezinfecția se efectuează la sfârșitul bolii.

DEZLIPIRE sau **DECOLARE DE RETINĂ.** Afecțiune gravă a ochiului consecutivă separării retinei (membrana nervoasă sensibilă la lumină, care tapisează fundul ochiului) de foița subiacentă sub efectul trecerii de lichid vitros sub retină.

Dezlipirea de retină, destul de frecventă, afectează, în general, un singur ochi. Ea survine mai frecvent la persoanele afectate de o miopie puternică sau de afakie (lipsa cristalinului), la subiecții în vârstă și la cei pentru care există antecedente familiale sau personale de dezlipire de retină. O dezlipire poate rezulta în urma unui traumatism (contuzie sau plagă a globului ocular). Ea mai poate fi de origine tumorală sau inflamatorie.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Semnele zise premonitorii indică fenomenele care preced dezlipirea: percepția de mici muște zburătoare sau de puncte albăstrui luminoase care semnalează piederea aderenței normale a corpului vitros la retină; apariția unor fulgere albăstrui și fixe care pun în evidență presiunea exercitată de corpul vitros asupra retinei, sau vederea unei „ploi de funingine" care indică o sângerare a retinei, ruptă în acest caz, de corpul vitros. Atunci când retina este dezlipită, subiectul are impresia că vede o pânză neagră pusă pe o parte a câmpului său vizual. Scăderea vederii indică faptul că macula (zona centrală a retinei) a fost atinsă.

DIAGNOSTIC ȘI EVOLUȚIE. Diagnosticul se bazează pe examenul fundului de ochi după dilatarea pupilară.

Evoluția, invariabil nefavorabilă în absența tratamentului, este în prezent frânată datorită progreselor chirurgiei.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul, întotdeauna chirurgical, se bazează pe trei principii: reperarea cu precizie a dehiscențelor periferice, obturarea lor prin presiune puternică asupra ochiului și refacerea aderenței între foițele desolidarizate folosind crioaplicația (aplicația de frig prin sclerotică), ceea ce provoacă o reacție inflamatorie aflată la originea cicatrizării. De asemenea, uneori este necesar să se practice ablația corpului vitros sau chiar o puncționare a lichidului subretinian. Spitalizarea durează aproximativ o săptămână.

Tratamentul preventiv rămâne esențial. El constă în supravegherea subiecților care prezintă risc și în tratarea leziunilor degenerative, de la periferia retiniană prin fotocoagulare cu laser cu argon înainte ca ele să producă dezlipirea retinei.

DEZLIPIRE sau **DECOLARE EPIFIZARĂ.** Traumatism osos, specific copilului și adolescentului, ce afectează cartilagiul de conjugare (zona de creștere a osului).

Epifizele (extremitățile oaselor lungi) sunt separate de diafiză (corpul osului) printr-o lamă cartilaginoasă subțire, cartilagiul de conjugare, numit și cartilagiu de creștere, care constituie zona de creștere activă a osului. Un accident poate provoca separarea, numită dezlipire sau decolare, acestui cartilagiu de restul osului, căreia i se poate asocia sau nu o fractură. La examinare, regiunea este dureroasă și uneori deformată; diagnosticarea necesită o radiografie.

TRATAMENT. De cele mai multe ori tratamentul este ortopedic: el constă într-o manipulare externă făcută sub anestezie și destinată să pună în poziție normală regiunea traumatizată, apoi aplicarea unui aparat gipsat până la consolidare. Rezultatele sunt, în general, bune; totuși, pot apărea anomalii în continuare fără a putea fi prevăzute, iar o supraveghere serioasă a acestei zone este necesară până la sfârșitul perioadei de creștere a copilului.

DEZOBISNUIRE DE UN TOXIC. Oprire treptată sau bruscă a consumului unei substanțe toxice față de care subiectul este dependent.

Oricare ar fi această substanță (alcool, tutun), dezobișnuirea nu poate fi programată decât cu acordul persoanei vizate, alegând metoda sau metodele cele mai potrivite cazului său.

■ *Dezobișnuirea de alcool.* Tratamentul nu este posibil decât dacă subiectul are o motivație. Luarea acestei hotărâri poate necesita o spitalizare pentru a lupta împotriva simptomelor de privare de toxic: agitație, agresivitate, insomnie, delirium tremens. Un control biologic și un sprijin psihiatric sunt în general necesare, asociate cu o rehidratare și cu luarea de tranchilizante, de antidepresive, de vitamine din grupul B (B1 și B6), cu scopul — în cazul ultimelor — evitării polinevritelor (atingeri ale nervilor periferici, mai ales ale nervilor membrelor inferioare). Pe durată lungă, se folosesc încă și alte medicamente, zise disuazive (care te fac să-ți modifici hotărârile, ca disulfiramul, care provoacă grețuri și vome la cea mai mică absorbție de alcool.

Acest tratament, care poate dura mai multe luni, chiar mai mulți ani, necesită să fie urmat în mod regulat.

■ *Dezobișnuirea de un drog.* Acesta este unul din timpii tratamentului toxicomaniei. Dezobișnuirea se desfășoară în două faze consecutive, dar deosebit de intricate: dezobișnuirea fizică, faza care pune în joc abstinența și consecințele ei psiho-organice (dureri viscerale, indispoziții, angoasă intensă, „neliniștile" gambelor), și evoluează în câteva zile; dezobișnuirea psihologică (eliberarea de orice nevoie de toxic), lungă, neplăcută, faza care marchează sfârșitul toxicomaniei. Metoda de dezobișnuire diferă puțin de la un drog la altul. Actualmente se preferă reducerii progresive a dozelor o „înțărcare" brutală, cu susținere temporară cu anxiolitice, analgezice sau antidepresive, fie o „înțărcare" treptată, realizată cu ajutorul unei substanțe de înlocuire, metadona.

Dezobișnuirea de drog se face de cele mai multe ori în mediu spitalicesc, dar uneori este posibil să se evite spitalizarea, ceea ce necesită atunci adeziunea totală a subiectului și îngrijiri mai vigilente. Recidivele sunt numeroase, urmate adesea de noi cerințe terapeutice, care trebuie de fiecare dată luate în considerație cu aceeași seriozitate.

Un nou-născut a cărui mamă este toxicomană necesită o dezobișnuire de toxic în aceeași măsură ca și mama sa. Această dezobișnuire nu-i pune viața în pericol, dar îi poate perturba dezvoltarea psihomotorie.

■ *Dezobișnuirea de tutun.* Și în acest caz, dorința de a se dezobișnui trebuie să aparțină fumătorului, metodele propuse servind, înainte de toate, susținerii voinței fumătorului. Printre ele, pot fi citate acupunctura, psihoterapia de grup, precum și toate formele de sprijin în care medicul de familie are un loc privilegiat. Unii înlocuitori conținând nicotină (gumă de mestecat, timbru transdermic), eliberați sub prescripție medicală, au o eficacitate demonstrată la marii fumători atenuând simptomele de lipsă a tutunului (nervozitate, agresivitate, insomnie). Încetarea fumatului antrenează adesea o creștere în greutate, față de care fostul fumător va trebui să fie prevenit și tratat (dietetic). Tentativele de încetare a fumatului constituie un indiciu al unei puternice motivații și preced adesea încetarea definitivă. → ALCOOLISM, AURICULOTERAPIE, TABAGISM, TOXICOMANIE.

DEZOBIȘNUIRE (sindrom de). Ansamblul tulburărilor organice severe de care suferă un subiect toxicoman în stare de dependență fizică atunci când este lipsit de drogul său sau de un medicament pe care îl folosește în mod abuziv.

Sindromul de dezobișnuire se observă în special pentru opiacee (sau morfinice), hipnotice, anxiolitice (barbiturice, carbamați, benzodiazepine) și alcool.

■ *În cazul opiaceelor*, sindromul de dezobișnuire debutează prin sudație, lăcrimare, scurgere nazală; apoi apar crampe intense, tremurături, grețuri, vome, diaree, halucinații.

■ *În cazul hipnoticelor*, anxioliticelor și alcoolului, apar anxietate, contracții musculare involuntare, tremurături, uneori convulsii, halucinații și febră. În cazul alcoolului, se vorbește de delirium tremens.

TRATAMENT

■ *În cazul opiaceelor*, poate fi folosit, în doze descrescătoare, un produs de substituție, metadona.

■ *În cazul hipnoticelor, anxioliticelor și alcoolului* poate fi utilă administrarea de substanțe neuroleptice. În caz de supradozare a benzodiazepinelor, poate fi administrat un antidot, chiar în timpul în care sunt luate măsurile de dezintoxicare (spălătura stomacală, îndeosebi).

DEZOBSTRUCȚIE. Tratament, chirurgical sau nu, constând în suprimarea unui obstacol dintr-un canal natural sau dintr-o cavitate naturală.

DEZORIENTARE. Pierdere a simțului de orientare în timp și/sau în spațiu.

O dezorientare rezultă dintr-o tulburare a percepțiilor mintale care permit în mod obișnuit subiectului să-și găsească repere într-o situație dată.

■ *Dezorientarea în spațiu și în timp (spațio-temporală)* este unul dintre simptomele majore ale confuziei mintale. Ea se mai întâlnește în toate stările de slăbire a conștienței (tulburări de bătrânețe, demență, accidente vasculare cerebrale etc.).

■ *Dezorientarea în timp* este proprie formelor de amnezie în care subiectul nu mai fixează informațiile recente dar trăiește ca prezent o scenă trecută (ecmnezie) și este năpădit de o mulțime de amintiri (mentism).

■ *Dezorientarea în spațiu* se întâlnește în anumite psihoze cronice și în atingerile sistemului nervos central (encefal sau măduva spinării).

DEZVOLTARE A COPILULUI. Ansamblu al fenomenelor care participă la transformarea progresivă a ființei umane de la concepția ei și până la vârsta adultă.

Dezvoltarea psihomotorie a copilului. Aceasta acoperă dezvoltarea motorie (achiziționarea mișcărilor, a coordonării) și dezvoltarea senzorială, intelectuală, afectivă și socială (construcția psihismului) și este o dovadă a maturării progresive a sistemului nervos.

LA SUGAR. Posturile corpului sunt legate de tonusul muscular: hipertonia (exagerarea tonusului) în flexie a membrelor noului-născut scade treptat, în timp ce tonusul axial (cap-gât-spate) se consolidează. Sugarul ține capul drept în poziție șezândă spre 3 luni, începe să se așeze singur spre vârsta de 7 luni și începe să meargă către 1 an. Posibilitatea de a apuca obiecte începe să se manifeste pe la 4 luni, dar cleștele format de degetul mare și cel arătător nu este utilizat decât începând cu vârsta de 9 luni. Copilul mănâncă singur după 18 luni și desenează o linie după 2 ani.

În ceea ce privește limbajul, vocalizarea mai multor silabe (mama, tata) apare către vârsta de 7 luni, suitele de 3 cuvinte mai mult sau mai puțin semnificative la 1 an, propozițiile de 2–3 cuvinte la 2 ani, vârstă la care copilul înțelege perfect ceea ce i se spune. În ceea ce privește relațiile, copilul urmărește cu privirea un obiect sau o figură la vârsta de 3 luni, deosebește figurile cunoscute de cele străine către vârsta de 6 luni și se joacă cu alți copii după vârsta de 2 ani.

Dezvoltarea afectivă și socială se exprimă în primele luni prin satisfacerea necesităților alimentare, prin importanța acordată contactelor fizice, prin rolul liniștitor al vocilor părinților. Copilul trece de la o dependență totală la o autonomie relativă. Aceasta se manifestă prin ceea ce se numește angoasa de separare maternă, care apare către vârsta de 7 sau 8 luni.

Dezvoltării îi mai sunt integrați și alți parametri: ritmul meselor (6 sau 7 pe zi la o lună, 4 după 4 luni), durata somnului (18 ore la 2 luni, 15 ore sau 16 ore la 4 luni, 14 ore sau 15 ore la 9 luni), stăpânirea sfincterelor (copilul este curat ziua începând cu vârsta de 1–3 ani, iar noaptea începând cu 2 până la 5 ani).

Supravegherea medicală constă în verificarea apariției acestor achiziții diferite la o dată adecvată cu scopul de a decela o întârziere psihomotorie, parțială sau generalizată. Totuși, cum fiecare copil evoluează cu propria sa viteză, nu se fixează date precise și riguroase pentru achiziționarea uneia sau alteia dintre funcțiuni, ci doar limite largi. Astfel, deși mersul este achiziționat uneori către vârsta de 1 an, absența sa nu este considerată ca fiind patologică cel puțin până la vârsta de 18 luni.

ÎN TIMPUL PERIOADEI DE COPIL MIC. Dezvoltarea psihomotorie între 2 și 6 ani constă doar în perfecționarea achizițiilor precedente. În ceea ce privește motricitatea generală, copilul este văzut urcând scările singur începând cu vârsta de 2 ani, mergând cu bicicleta după doi ani și jumătate. El face mâzgăliturii începând cu vârsta de 2 ani, imită cercurile la 3 ani și realizează desene variate la 5 ani. Începând cu vârsta de 2 ani, copilul se exprimă în propoziții scurte și are un bagaj de mai mult de 100 de cuvinte, între care și „eu". Totuși, un copil care nu vorbește nu trebuie să-i îngrijoreze pe cei din jur înaintea vârstei de 3 ani. Între 1 și 3 ani, apar, în funcție de moment, o conduită în opoziție cu părinții sau o imitare a acestora; între 4 și 6 ani se plasează identificarea cu sexul masculin sau feminin și constituirea personalității.

Astfel, la vârsta de 3 ani, activitatea motorie, achiziționarea deprinderii de a fi curat, îndemânarea manuală, schițarea de desene și deschiderea către alții autorizează intrarea copilului la grădiniță. La 6 ani, stăpânirea limbajului și progresul grafismului permit începutul școlarizării.

Dezvoltarea fizică a copilului. Aceasta constă în creșterea în înălțime și greutate și în maturarea osoasă, dentară și pubertară a copilului de la naștere până la vârsta adultă. Creșterea în înălțime și în greutate a întregului corp și a fiecărui organ este legată de factori ereditari și hormonali, dar necesită și aporturi alimentare echilibrate. Supravegherea este realizată prin măsurători regulate ale înălțimii și greutății copilului și prin compararea lor cu mediile statistice, transpunând datele pe curbe pentru o citire mai eficace.

Maturarea osoasă este evaluată doar în caz de anomalie a creșterii. Vârsta osoasă este criteriul cel mai folosit: pe o radiografie a mâinii se notează numărul epifizelor (extremităților oaselor lungi) și al oaselor scurte unde țesutul osos a început să înlocuiască cartilagiul. Comparația cu un reper fotografic dă vârsta osoasă, adică vârsta pe care ar trebui să o aibă copilul în conformitate cu maturarea sa osoasă. În mod normal, această vârstă este egală cu vârsta reală a copilului, dar poate pune în evidență un avans sau o întârziere a creșterii osoase.

Maturarea pubertară este ultima etapă a dezvoltării, care transformă copilul într-un adolescent dotat cu capacitate de reproducere.

Tulburări ale dezvoltării. Întârzierea psihomotorie este un motiv frecvent de consultație medicală. De fapt, absența achizițiilor psihomotorii normale la sugar și dificultățile școlare ale copilului sunt cele care alertează în cea mai mare măsură părinții. Totuși, unii dintre ei se liniștesc fără motiv și compară prea sistematic copilul lor cu cei din clasa sa de vârstă. La un copil trebuie apreciate întotdeauna separat achizițiile manuale (apucare și grafism), achizițiile de limbaj (înțelegerea și exprimarea) și achizițiile relaționale. De altfel, rapiditatea dezvoltării intelectuale nu permite nici o apreciere dinainte a calității sale finale.

Se întâmplă totuși ca un copil să aibă probleme de autonomie și de adaptare legate de geneza personalității sale. Orice suspiciune de întârziere psihomotorie trebuie să conducă la o consultație pediatrică, care va verifica în special calitatea vederii și auzului copilului, precum și starea sa neurologică.

copilului. Tratamentul lor depinde de diagnostic, după efectuarea unui bilanț. → ADOLESCENȚĂ, PUBERTATE.

DIABET. Orice boală caracterizată prin eliminarea excesivă a unei substanțe în urină.

Se pot deosebi, diabetul insipid, tulburare a funcțiunii renale, caracterizat printr-o emisie masivă de urină; diabetul zaharat, prezența excesivă a zaharurilor în urină din cauza unei hiperglicemii; diabetul renal, prezența zahărului în urină, fără hiperglicemie; diabetul de sarcină, formă de diabet zaharat survenind în timpul sarcinii.

Folosit fără vreun epitet, cuvântul diabet semnifică diabetul zaharat.

DIABET DE SARCINĂ. Diabet zaharat tranzitoriu care survine în timpul sarcinii.

Diabetul de sarcină sau diabetul gestațional se traduce printr-o hiperglicemie (exces de zahăr în sânge) cauzată de o insuficiență a secreției de insulină de către pancreas. Această formă de diabet este cel mai frecvent detectată în a doua jumătate a perioadei de sarcină, copilul fiind găsit mai mare decât este normal, ori în timpul unui examen urinar care pune în evidență o glicozurie (prezența de zahăr în urină); totuși, o glicozurie postprandială (după luarea unei mese) este obișnuită în timpul sarcinii și nu semnifică un diabet. Pentru a evita riscurile la care este expus fătul (malformații, dezvoltarea prea rapidă), sarcina trebuie să fie supravegheată cu strictețe.

DIABET INSIPID. Tulburare funcțională caracterizată printr-o incapacitate a rinichilor de a concentra urina, traducându-se printr-o poliurie (emisia unei cantități foarte importante de urină diluată) și printr-o polidipsie (sete intensă).

În diabetul insipid, hormonul antidiuretic poate lipsi sau nu este deversat în circulație (diabet insipid central), sau chiar, deși secretat în mod normal, el nu poate acționa asupra celulelor tubului colector (diabet insipid nefrogenic).

CAUZE

■ *Diabetul insipid central*, cel mai frecvent, poate avea cauze multiple: traumatism cranian, ablația hipofizei, chist sau tumoră hipotalamofizară (craniofaringiom, metastază), tuberculoză, sarcoidoză, meningită, encefalită etc. În unele cazuri nu este depistată cauza bolii. Există forme familiale și congenitale.

■ *Diabetul inspid nefrogenic* poate fi de origine congenitală sau secundară în unele boli renale cronice (pielonefrită), în boli generale care afectează rinichiul (mielom, amiloză) sau când se iau medicamente ca litiul, utilizat în tratamentul psihozei maniacodepresive.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Pacientul este supus la o probă de restricție hidrică (suprimarea aporturilor lichidiene), efectuată sub strictă supraveghere medicală: în caz de diabet insipid, emisia de urină rămâne importantă, iar pacientul se deshidratează. Cercetarea cauzei diabetului insipid central se face, în principal, cu imageria prin rezonanță magnetică (I.M.R.) a zonei hipotalamohipofizare.

Tratamentul constă mai întâi dintr-un aport abundent de apă, sub formă de băuturi sau, dacă e necesar, de perfuzii. Unele dintre aceste diabete se vindecă prin suprimarea cauzei (oprirea tratamentului cu litiu, de exemplu). În diabetele insipide de origine centrală, se administrează un echivalent al hormonului antidiuretic, cel mai des prin pulverizări nazale, uneori prin injecții.

DIABET RENAL. Prezența excesivă a zahărului în urină atunci când nivelul glucozei în sânge este normal.

Diabetul renal se deosebește de diabetul zaharat, în care zahărul prezent în urină este consecutiv unei hiperglicemii (exces de zahăr în sânge). Aceasta este o tulburare funcțională decurgând dintr-o boală congenitală a tubulilor renali, caracterizată printr-un defect de reabsorbție a glucozei.

Fără consecință patologică, diabetul renal nu reclamă nici un tratament.

DIABET ZAHARAT. Afecțiune cronică ce se caracterizează printr-o glicozurie (prezența de zahăr în urină) provenind dintr-o hiperglicemie (exces de zahăr în sânge).

Diabetul zaharat este cauzat de o insuficiență sau o încetinire a secretării insulinei de către pancreas, hormonul necesar utilizării glucozei pentru a răspunde necesităților energetice celulare. Această formă de diabet afectează 4% din populația țărilor industrializate și are adesea un teren familial: între 5 și 7% dintre copiii care au avut un părinte diabetic riscă să facă boala. Cele două tipuri principale de diabet sunt diabetul insulinodependent și diabetul neinsulinodependent. În plus, se mai disting diabetul zis gestațional, care apare în decursul sarcinii, și diabetele zise secundare, mai puțin frecvente, care se manifestă în decursul diferitelor afecțiuni (pancreatită cronică, hemocromatoză, acromegalie, sindromul lui Cushing, feocromocitom), sau al tratamentelor medicamentoase (corticosteroizi), sau legate de un anume tip de subnutriție (diabetul tropical).

Diabetul insulinodependent. Este vorba de o formă de diabet zaharat caracterizată printr-un deficit major al secreției de insulină. Diabetul insulinodependent survine adesea înaintea vârstei de 20 de ani, uneori la puțin timp după naștere. El poate avea o cauză genetică, virală și mai ales autoimună; un antigen necunoscut ar sta la originea unei reacții imunitare care duce la distrugerea celulelor beta din pancreas, cele care secretă insulina.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Diabetul insulinodependent se traduce atât printr-o sete intensă, cât și printr-o emisie abundentă de urină, o slăbire brutală și o oboseală marcată. El poate, de asemenea, să se declare prin apariția unei complicații acute ca acidocetoza (acumulare excesivă de corpi cetonici în organism), semn că lipsa de insulină obligă organismul să pompeze din rezervele de grăsimi pentru a produce energia necesară. Dacă nu este tratat, diabetul insulinodependent evoluează inevitabil spre coma diabetică.

DIAGNOSTIC. Diagnosticarea constă în principal în analiza glicemiei (nivelul de zahăr din sânge). Existența unui diabet este stabilită atunci când două măsurători ale glicemiei, realizate pe nemâncate, arată un nivel de zahăr mai mare sau egal cu 1,40 grame la litru (7,7 milimoli la litru). Dacă glicemia pe nemâncate (à jeun) este mai mică decât această valoare, se recurge la hiperglicemia provocată pe cale orală (măsurarea glicemiei înainte și după absorbția unei cantități date de zahăr pe cale orală); se pune diagnosticul de diabet dacă glicemia rămâne mai mare de 2 grame la litru (11 milimoli pe litru) după două ore de la absorbția glucozei, în decursul a două examene realizate la interval de 6 luni. De asemenea, se poate face dozarea insulinemiei (nivelul de insulină în sânge).

TRATAMENT. Acesta face apel în mod imperativ la injectarea zilnică de insulină, aceasta putând fi de origine animală sau produsă prin inginerie genetică (insulină sintetică). Insulina este administrată fie prin injectare subcutană (de la una la trei injecții pe zi) cu ajutorul unei seringi sau a unui stilou injector, fie de o manieră continuă mulțumită unei mici pompe legate printr-un cateter de un ac implantat în pielea abdomenului. În prezent este experimentată o pompă implantată sub piele și legată la un cateter plasat în cavitatea abdominală. Pacientul trebuie în plus să fie supus unui regim alimentar echilibrat, sărac în zaharuri „rapide" și adaptat dozelor de insulină administrate, și, dacă este posibil, unei activități fizice regulate.

Diabetul insulinodependent necesită o supraveghere din partea diabeticului însuși (autosupraveghere), care poate să-și măsoare glicemia de mai multe ori pe zi pornind de la picăturile de sânge prelevate din deget și puse în contact cu benzi reactive. Există aparate care permit citirea numerizată automată a glicemiei. Glicemia și dozele de insulină sunt notate pe un carnet de supraveghere. Această tehnică permite o adaptare, zi de zi, a dozelor de insulină cu scopul de a o apropia cât mai mult de o glicemie normală.

Tratamentele moderne și o supraveghere scrupuloasă (testările glicemiei și urmărirea medicală regulate, respectarea regimului alimentar) permit majorității diabeticilor să ducă o existență normală. Grefa de pancreas, care ar constitui tratamentul ideal, ridică încă numeroase probleme, dar cercetările continuă.

Diabetul neinsulinodependent. Este vorba de o formă de diabet zaharat cauzată de o secreție insuficientă de insulină, survenind cel mai des la un subiect obez, sau care a fost obez, și este descoperit în general după vârsta de 40 de ani.

Secreția de insulină este mare la începutul bolii, dar ea nu poate să asigure o reglare a zahărului în sânge deoarece subiectul este parțial insensibil la acțiunea acestei insuline. Secreția de insulină poate scădea ulterior și această formă de diabet poate evolua către un diabet insulinodependent (deficit major al secreției de insulină). În afară de obezitate, factorii de risc ai diabetului neinsulinodependent sunt legați de repartiția abdominală a țesutului adipos și de o insuficientă activitate fizică.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Diabetul neinsulinodependent nu se traduce adesea prin nici un simptom și este descoperit întâmplător în timpul unui examen sau a unei complicații

Alimentație și sport

Indiferent de tipul de diabet, trebuie să fie respectat un regim alimentar echilibrat, cu scopul de a furniza rația calorică necesară, de a reduce hiperglicemia și de a menține o greutate corporală satisfăcătoare și stabilă. Rația alimentară trebuie să fie repartizată în trei mese și una sau două gustări și să furnizeze 55% din calorii sub formă de glucide (din care două treimi să fie glucide complexe zise cu absorbție lentă și o treime glucide simple zise cu absorbție rapidă), repartizate pe diferitele mese și adaptate la un eventual efort fizic; băuturile alcoolizate, care pot provoca o hipoglicemie la diabeticii tratați cu insulină, trebuie să fie evitate.

Aportul în proteine (care trebuie să reprezinte de la 12 la 15% din aporturile energetice) este asigurat prin carne, pește, ouă, lapte, pâine, cereale, cartofi, legume uscate, soia. Aportul în glucide este asigurat prin cartofi, fructe proaspete, legume verzi, pâine și cereale, lapte, iaurt. Glucidele din produsele zaharoase (patiserie, băuturi cu zahăr) trebuie limitate, chiar evitate, și consumate doar în timpul meselor. Lipidele (care trebuie să reprezinte 30% din aporturile energetice) sunt furnizate de unt, ulei, grăsimile din carne și din brânzeturi. Grăsimile vegetale trebuie să fie preferate grăsimilor animale cu scopul de a limita riscurile afectării arterelor de ateroscleroză.

Regimul bolnavului de diabet neinsulinodependent care prezintă o supraîncărcare ponderală trebuie, de asemenea, să fie echilibrat, dar, concomitent, să fie și hipocaloric. Și în acest caz băuturile alcoolizate nu sunt recomandate, ținând cont de aportul caloric suplimentar care l-ar putea constitui. Rația calorică totală este adaptată evoluției greutății și tratamentului.

Un exercițiu fizic regulat (între 30 și 45 de minute de trei ori pe săptămână), de preferință un sport de rezistență (bicicletă, natație, mers cu piciorul), ameliorează trecerea zahărului în celule, micșorând necesitățile de insulină ale organismului. Totuși, exercițiul este susceptibil de a provoca o hipoglicemie la pacientul insulinodependent. Aceasta este prevenită prin injectarea de insulină într-o zonă nesolicitată de exercițiul fizic, prin adaptarea dozei injectate la efortul făcut și prin autocontrolul glicemiei înainte și după activitatea fizică. Înainte de a permite orice efort fizic, trebuie să ne asigurăm de absența unei insuficiențe coronariene (destul de silențioasă la un diabetic) printr-un examen cardiologic cu electrocardiogramă, completat — dacă este necesar — cu o probă la efort.

ce decurge dintr-un diabet deja instalat, cel mai des neuropatia (lezarea nervilor periferici) și infecția cutano-mucoasă; boala este suspectată atunci când există antecedente familiale de diabet neinsulinodependent. El mai poate fi suspectat cu ocazia nașterii unui copil cântărind mai mult de 4 kilograme (o cantitate excesivă de glucoză transmisă fătului antrenează o dezvoltare mai rapidă decât cea normală) sau se traduce prin simptome de hiperglicemie pronunțată: polidipsie (sete intensă), poliurie (creșterea volumului de urină emisă), pierdere în greutate.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Ca și pentru diagnosticarea diabetului insulinodependent se procedează la măsurarea glicemiei. Tratamentul face apel la un regim alimentar echilibrat — chiar hipocaloric, în caz de obezitate, și sărac în zaharuri simple (produse de patiserie, băuturi cu zahăr etc.), cu revenirea la greutatea normală — și la desfășurarea unei activități fizice. În caz de eșec, se asociază medicamente hipoglicemiante (sulfamide și biguanide).

Sarcina și diabetul. Cele mai multe femei diabetice pot avea o sarcină normală. Totuși, un nivel de glucoză prea ridicat în momentul concepției, poate constitui un risc de malformație pentru făt; de asemenea, sarcina trebuie să fie planificată și supravegheată. În plus, o glicemie prea crescută poate provoca o dezvoltare a fătului mai rapidă decât este normal, crescând riscurile la naștere (hidramnios, distocie) și ducând la nașterea unui copil mai mare de 4 kilograme. Un tratament cu sulfamide și biguanide, care expun la riscuri de malformare a fătului, trebuie imperios oprit în timpul sarcinii și înlocuit eventual cu o insulinoterapie tranzitorie.

Ce trebuie știut

Un diabetic insulinodependent fiind expus neplăcerilor hipoglicemiei, nu poate practica unele meserii „de siguranță", în care o pierdere a conștienței ar putea avea consecințe grave pentru el sau pentru alții. Tot așa, un diabetic va renunța la profesarea unor meserii prea obositoare sau care necesită orare neregulate.

În ceea ce privește conducerea automobilului, diabeticii insulinodependenți pot obține permis pentru grupa I (în Franța), care le este eliberat cu titlu temporar. Ei nu pot obține permisul pentru grupa a II-a (camioane). Diabeticii neinsulinodependenți pot obține ambele tipuri de permise după avizul dat de o comisie medicală.

Nu toate țările dispun de aceleași produse; diabeticul trebuie să-și ia cu el în călătorie provizia necesară de insulină.

În fine, există în unele țări tabere de vacanță și case de odihnă cu caracter sanitar pentru tinerii diabetici. De asemenea, există numeroase asociații care se adresează diabeticilor și tuturor persoanelor interesate de această problemă.

Complicațiile diabetului. Aceste complicații privesc atât pacienții insulinodependenți, cât și pe cei neinsulinodependenți, dar sunt mai frecvente, mai timpurii și mai grave la cei insulinodependenți.

COMPLICAȚII CRONICE. Acestea sunt, în principal, consecințe ale alterării vaselor sangvine, fie a vaselor mici (microangiopatie), fie a vaselor mari (macroangiopatie).

■ *Macroangiopatia* este responsabilă de arterita membrelor inferioare și de insuficiența coronariană, ambele agravate de prezența altor factori de risc al ateromului (hipertensiunea arterială, tabagism, hiperlipidemie).

■ *Nefropatia diabetică* se traduce prin apariția unei proteinurii (trecerea unei prea mari cantități de proteine în urină) evoluând în cele din urmă spre o insuficiență renală. Această evoluție este accelerată prin apriția unei hipertensiuni arteriale. Nefropatia diabetică afectează 40% dintre diabetici.

■ *Neuropatia diabetică* se traduce, în principal, prin tulburări ale sensibilității (superficiale și profunde) membrelor inferioare, aflându-se la originea tulburărilor trofice (nutriția țesuturilor) și complicațiilor infecțioase, în special ale ulcerațiilor piciorului (rău perforant plantar), care pot evolua spre o cangrenă. Alte complicații, mai rare, pot de asemenea să survină, ca o mononevrită (atingere inflamatorie izolată a unui nerv periferic), o neuropatie digestivă, vezicală sau cardiacă prin atingerea sistemului nervos vegetativ (disautonomie).

■ *Retinopatia diabetică* (leziune a retinei) este practic o manifestare constantă după cincisprezece ani de evoluție a diabetului. Această afecțiune trebuie cercetată sistematic în fiecare an la oricare diabetic prin examinarea fundului de ochi, completată la nevoie cu o angiografie retiniană (radiografie a vaselor retinei după injectarea unui produs opacifiant). În pofida tratamentului cu laser, retinopatia diabetică rămâne prima cauză de orbire în țările occidentale.

■ *Infecțiile cronice* au o origine microbiană sau micotică. Ele constau, în principal, în afecțiuni urinare, ginecologice și în diabetide (infecții cutanate localizate).

COMPLICAȚII ACUTE

■ *Acidocetoza*, acumularea excesivă de corpi cetonici în organism, constituie rezultatul diabetului insulinodependent netratat, cu acumulare de corpi cetonici în sânge care antrenează o acidoză: bolnavul slăbește brusc, suferă de amețeli, de tulburări digestive, de o oboseală și apatie pronunțate. Unul singur dintre aceste semne trebuie să ne alerteze: în absența tratamentului, evoluția se face către o comă.

■ *Coma hiperosmolară*, hiperglicemia marcată însoțită de deshidratare, este o complicație rară a diabetului neinsulinodependent la un subiect vârstnic. Acidocetoza și coma hiperosmolară impun o spitalizare de urgență într-o instituție specializată și sunt tratate prin injectarea masivă de insulină.

■ *Hipoglicemie* (glicemia foarte scăzută prin lipsă de zahăr) este o consecință a tratamentului însuși sau a excesului în privința regimului alimentar sau a exercițiului fizic. Ea se traduce printr-o oboseală subită, o senzație de foame,

amețeli și transpirații și este tratată prin administrarea de zaharuri „rapide" pe cale orală dacă bolnavul este conștient sau prin injectarea subcutană de glicagon.

DIAFIZĂ. Parte mijlocie a corpului unui os lung.

DIAFRAGM. Membrană musculotendinoasă care separă cavitatea toracică de cavitatea abdominală.

STRUCTURĂ ȘI FIZIOLOGIE. Diafragmul are forma unei bolte neregulate care se implantează prin baza sa pe conturul orificiului inferior al toracelui.

Diafragmul, contractându-se în timpul inspirației, crește diametrul toracelui și ușurează respirația.

PATOLOGIE. Orificiile diafragmului, în particular orificiul esofagian, pot fi deschise anormal de mult și pot lăsa să treacă o parte din stomac prin mușchiul diafragmului: aceasta se numește hernie hiatală. Contracții spasmodice repetate și involuntare ale diafragmului, urmate de o închidere bruscă a glotei care oprește sosirea aerului, provoacă un sughiț ceea ce produce sunete caracteristice. În sfârșit, o leziune a nervilor frenici antrenează o paralizie diafragmatică, care împiedică plămânii să se destindă complet în timpul inspirației; o radiografie toracică arată atunci ascensiunea unei cupole diafragmatice.

DIAFRAGMĂ CONTRACEPTIVĂ. Membrană de cauciuc, montată pe un inel suplu, care se plasează pe fundul vaginului astfel încât acoperă colul uterin.

O diafragmă trebuie prescrisă de către un medic; inserarea ei necesită un scurt instructaj. Diafragma trebuie să fie unsă cu o cremă spermicidă înaintea fiecărui raport sexual și apoi lăsată pe loc timp de 6 până la 8 ore, dar niciodată mai mult de 24 ore. După utilizare ea trebuie să fie spălată, clătită, uscată, pudrată cu talc și păstrată la adăpost de praf.

Asociată cu un spermicid, diafragma este un bun contraceptiv: dacă instrucțiunile de utilizare sunt respectate, indicele de eșec este de 3%. Pentru a fi eficace, diafragma contraceptivă trebuie să fie perfect adaptată anatomiei utilizatoarei; orice modificare corporală importantă (slăbire, luare în greutate, naștere) necesită un control medical pentru ajustarea sa și, uneori, înlocuirea sa.

DIAGNOSTIC sau **DIAGNOSTICARE.** Etapă a actului medical care permite identificarea naturii și cauzei afecțiunii de care este afectat un pacient.

Un diagnostic se stabilește în mai multe etape.

Diagnosticul propriu-zis cuprinde un examen clinic: întrețînerea unei discuții cu pacientul, care permite urmărirea istoricului bolii, precizarea antecedentelor familiale, chirurgicale, ginecologice, igiena și modul de viață, și un examen fizic, general sau orientat, în continuarea discuției. La capătul consultației, examenul clinic poate fi completat prin examene paraclinice sau complementare, necesitând eventual o spitalizare.

DIAGNOSTIC PREIMPLANTATOR. Identificarea unei anomalii genetice la un embrion multumită tehnicilor de fecundație *in vitro* și de biologie moleculară.

Diagnosticul preimplantator se adresează cuplurilor care doresc un copil și care au dat deja naștere unuia sau mai multor copii afectați de o boală genetică gravă și incurabilă.

După ce s-a realizat o fecundație *in vitro* și înainte de transferul embrionilor în uterul mamei, o celulă din fiecare embrion este prelevată și analizată cu scopul de a detecta anomalia genetică respectivă. Se introduc în uterul femeii doar embrionii lipsiți de anomalie genetică.

Diagnosticul preimplantator este practicat în centre foarte specializate. Din cauza riscului unei derive eugenice (preselecția indivizilor „celor mai buni"), autorizarea fecundației *in vitro* face obiectul unor consultări pe plan legislativ în majoritatea țărilor Europei.

DIAGNOSTIC PRENATAL. → DEPISTARE ANTENATALĂ.

DIALIZĂ. Tehnică vizând suplinirea unei funcții renale prăbușite, prin eliminarea concomitentă a excesului de apă din organism și a produselor rezultate din metabolism aflate în sânge.

INDICAȚII. Rolul principal al rinichiului este acela de a menține în organism un echilibru în electroliți (sodiu, potasiu, calciu) și în apă, precum și de a elimina produsele rezultate din metabolism (uree, acid uric). Atunci când funcția renală este perturbată, brutal (insuficiența renală acută) sau progresiv (insuficiența renală cronică), aceste procese sus-menționate sunt puse în dificultate: se impune atunci efectuarea unei dialize.

PRINCIPIU. Există două metode de dializă: hemodializa și dializa peritoneală. Ambele fac apel la o membrană semipermeabilă, artificială pentru hemodializă și naturală (peritoneul) pentru dializa peritoneală. Această membrană acționează ca un filtru între sângele pacientului și dializat, așa cum se numește soluția a cărei concentrație este adaptată fiecărui bolnav, după gradul de epurare care se dorește a fi obținut, și al cărei rol este îndeosebi acela de a antrena substanțele toxice acumulate în sânge. Schimburile între dializat, preparat dinainte, și sânge se produc printr-o membrană, după două mecanisme: difuzia și ultrafiltrarea.

DIALIZĂ PERITONEALĂ. Tehnică de dializă utilizând ca membrană de schimb și filtrare un învelis intern al corpului, peritoneul.

Peritoneul (membrana cu strat dublu care căptușește cavitatea abdominală și organele pe care aceasta le conține și care are una dintre fețe parcursă de numeroase capilare sangvine) este utilizat ca sistem natural de filtrare în decursul acestei tehnici de epurare extarenală. Schimburile de apă și de substanțe dizolvate (sodiu, potasiu, calciu) se efectuează atunci între sângele conținut în capilarele peritoneale și dializat, preparat în prealabil într-un săculeț de

plastic; acest dializat este introdus în cavitatea peritoneală printr-un cateter de silicon implantat chirurgical în peretele abdominal, servind, de asemenea, și la evacuarea dializatului. Introducerea dializatului în cavitatea peritoneală și golirea sa sunt ușurate prin utilizarea mașinilor automate. Odată difuzat, dializatul este aruncat și înlocuit cu un dializat proaspăt.

DIAREE. Emisie, acută sau cronică, de scaune foarte frecvente.

Diareea acută. Această emisie de scaune lichide și frecvente este caracterizată printr-un debut brutal și o durată limitată.

Diareele acute sunt provocate de germeni, paraziți sau virusuri. Ele se contractează prin ingestia apei sau a alimentelor infectate sau prin transmiterea fecalelor contaminate la gură prin intermediul mâinilor. Unele cazuri de diaree infecțioasă, în majoritate de origine microbiană, sunt contagioase prin transmisie orofecală directă sau indirectă; cea mai cunoscută formă este toxiinfecția alimentară care afectează mai multe persoane pornind de la un aliment contaminat. Sindromul dizenteric (scaune mucoase și sangvinolente) este o variantă severă a diareei acute.

Pericolul unei diaree acute ține, în principal, de riscul de deshidratare, îndeosebi crescut la sugari și la persoanele fragile. Tratamentul constă într-o hidratare masivă și din tratarea cauzei. Adesea este util să nu se frâneze o diaree prea devreme, pentru a facilita eliminarea germenilor.

Diareea cronică. Această emisie de scaune lichide și frecvente se întinde pe o perioadă care depășește trei săptămâni.

Diareea cronică poate fi legată de o leziune a peretelui intestinal (tumoră, boală inflamatorie), de un fenomen de malabsorbție (intoleranță la gluten), de o hiperactivitate a tranzitului intestinal (rezultând dintr-o hipertiroidie) sau de o secreție patologică a epiteliului intestinal (diaree secretorie). În cursul diareei cronice, riscul de subnutriție este important. Tratamentul este întâi de toate cel al cauzei. Simultan trebuie asigurată o realimentare corectă.

DIAREE A CĂLĂTORILOR. Diaree de scurtă durată survenind în cursul unei călătorii la distanță mare și datorată unei modificări bruște a obiceiurilor alimentare și practic întotdeauna unei infecții microbiene. SINONIME: *„răzbunarea lui Montezuma"*, *„touristа"* (în franceză).

Diareea călătorilor a devenit foarte frecventă datorită dezvoltării turismului. Frecvența sa în zona tropicală ar fi favorizată de abuzul de băuturi foarte reci (în climatul cald) și de contextul alimentar. Totuși, cauzele infecțioase sunt practic prezente întotdeauna din cauza insuficienței condițiilor de igienă alimentară care favorizează dezvoltarea germenilor (shigelle și salmonelle); episoadele de diaree ale voiajorilor sunt cel mai des benigne, dar posibilitatea unei holere nu trebuie să fie neglijată niciodată, chiar în absența declarării epidemiei în mod oficial de către autoritățile sanitare.

În general, câteva sfaturi pentru prevenirea majorității cazurilor sunt suficiente, îndeosebi recomandări stricte privind alimentația: alimente fierte, fructe decojite, băuturi capsulate sau apă fiartă. Antibioterapia profilactică sistematică nu este deloc recomandată, dar trebuie să fie utilizată la primele semne digestive.

DIAREE A SUGARULUI. Emisie acută sau cronică de scaune mai lichide sau mai frecvente decât în situația normală la un sugar.

Diareea acută a sugarului. Această emisie de scaune mai lichide sau mai numeroase decât în starea normală este caracterizată printr-un debut brutal.

Diareea acută riscă să provoace o pierdere bruscă de apă și de sodiu antrenând o deshidratare acută a sugarului și, la copilul mai mic de trei luni, o subnutriție prelungind ea însăși diareea în mod cronic. Acest tip de diaree are în cele mai multe cazuri o cauză infecțioasă intestinală de origine virală sau uneori microbiană (salmonelle, shigelle, colibacili etc.). Diareea acută este, mai rar cauzată de un alt fel de infecție (otită, infecție urinară sau alta).

Scaunul diareic poate fi verde, ceea ce traduce accelerarea tranzitului intestinal, fără o semnificație infecțioasă deosebită. Diareea lichidă și asociată cu vome traduce un sindrom gastrotoxic. În unele cazuri diareea este mucosangvinolentă și însoțită de febră.

TRATAMENT. Deshidratarea sugarului constituie o urgență; ea se traduce, mai ales la sugarul mic printr-o pierdere în greutate și printr-o ușoară depresie a fontanelei. Tratamentul este stabilit în funcție de gradul deshidratării, evaluat, în principal, în funcție de pierderea în greutate. Dacă acest grad este redus, se propune oprirea oricărui aport de lapte și înlocuirea acestuia prin soluții apoase de clorură de sodiu și zahăr. La copiii trecuți de vârsta de 6 luni, modificările dietetice posibile sunt mai variate: consumarea de orez, morcovi, banane, mere, gutui. Dor dacă se constată o desidratare severă copilul va fi spitalizat și hrănit cu soluții hidroelectrolitice, completate sau nu cu o perfuzie de glucoză și de clorură de sodiu. Antibioticele nu sunt utile decât în caz de diaree mucosangvinolentă sau de diaree consecutivă unei infecții în care există un risc infecțios general. O diaree cu o durată mai mare de 48 de ore, chiar în absența unei deshidratări, trebuie să ducă la consultarea medicului.

Diareea cronică a sugarului. Această diaree se manifestă prin anomalii permanente sau recidivante ale aspectului scaunelor, care sunt prea numeroase și prea moi timp de o perioadă îndelungată, în mod obișnuit mai mare de patru săptămâni.

Majoritatea cazurilor de diaree cronică nu antrenează nici un răsunet asupra curbei de creștere a copilului, care se menține, de altfel, într-o stare generală bună. Scaunele

au un aspect variabil: lichide, fetide, mucoase, conținând alimente nedigerate, și ele dovedesc doar simple manifestări zise „de colon iritabil", fără cauză determinată. Aceste cazuri de diaree necesită măsuri dietetice simple, ca un regim sărac în lactoză și în fibre, uneori cu luarea de medicamente.

În schimb, cazurile de diaree cronică însoțite de o breșă în curba greutății necesită căutarea afecțiunii în cauză: diaree cronică postinfecțioasă, intoleranță la proteinele din lapte, intoleranță la gluten, mucoviscidoză. Aceste cazuri cedează, în general, după un tratament specific.

DIASTOLĂ. Perioadă de relaxare musculară și de umplere a ventriculelor cardiace, urmând sistolei.

DIENCEFAL. Regiune centrală a creierului, acoperită și mascată de cele două emisfere cerebrale, care se unesc de fiecare parte.

DIETĂ. Abținere temporară, totală sau parțială, de a consuma alimente din motive personale sau terapeutice. Dietele se clasifică în trei categorii.

■ *Dieta absolută* constă în neabsorbirea nici de alimente, nici de băuturi pe căi naturale. În acest caz, aporturile esențiale organismului sunt furnizate sub forma diferitelor soluții administrate prin perfuzii intravenoase.

■ *Dieta hidrică* constă în absorbție doar de apă astfel încât să nu se aducă organismului calorii și destinată deci provocării unei pierderi de greutate. Adaptarea organismului la astfel de practici provoacă, în general, efectul invers celui dorit: încetinirea metabolismului, provocată de dietă, persistă și după întreruperea ei, iar pacientul recâștigă întreaga greutate pierdută, chiar și în plus, după reluarea alimentației.

■ *Dieta proteică* limitează alimentația la proteine. Acest tip de regim necesită o funcțiune renală perfectă, în caz contrar ea dovedindu-se foarte periculoasă. Doar medicul o poate prescrie.

Dietele sunt puțin prescrise de medici: de fapt, excluderea unuia sau mai multor tipuri de alimente generează frustrări și carențe și rar produc pe termen lung efectele așteptate.

DIETETICĂ. Studiu al alimentației.

Dietetica include cunoașterea valorii nutritive a alimentelor și a transformării lor în decursul gătirii și conservării. Ea permite să se stabilească regimuri alimentare adaptate necesităților subiecților sănătoși sau bolnavi. Astfel, un copil atins de boala celiacă (intoleranță la gluten) va trebui să primească aporturile energetice necesare creșterii sale, ținând cont de alimentele care îi sunt interzise (ovăz, grâu, orz, secară). În cadrul îngrijirii subiecților obezi sau care prezintă o supraîncărcare ponderală, dietetica va permite stabilirea unui regim hipocaloric, dar echilibrat, care să nu provoace carențe.

DIETILSTILBESTROL. Medicament estrogen puternic, prescris din 1946 până în 1977 femeilor gravide pentru a preveni avorturile spontane și pentru a trata hemoragiile din timpul sarcinii.

După 1977, dietilstilbestrolul, comercializat sub denumirea de Distilbène, nu mai este utilizat datorită riscurilor pe care acesta îl generează pentru copil, riscuri ale căror consecințe au ca perioadă de manifestare, în cea mai mare parte, perioada cuprinsă între 1990 și 2010. Pentru băieți, consecințele, minime, privesc aparatul genitourinar (malformații ale uretrei), dar fetele pot prezenta anomalii ale colului și corpului uterin capabile să antreneze sterilitatea.Atunci când aceste femei, la rândul lor, sunt gravide, ele întâmpină un risc mai ridicat de avort spontan, de sarcină extrauterină și de naștere prematură. De altfel, riscul cancerului de vagin este mai ridicat la ele. Supravegherea copiilor născuți din mame care au fost tratate cu dietilstilbestrol în timpul sarcinii permite prevenirea, într-o oarecare măsură, a apariției unor riscuri legate de acest medicament.

DIFOSFONAT. Medicament utilizat în tratamentul bolilor osoase și al anomaliilor privind calciul sangvin. SINONIM: *bifosfonat*.

Difosfonații acționează prin inhibarea activității osteoclastelor, celule osoase a căror funcție constă în rezorbția osului. Indicațiile difosfonaților sunt foarte precise: boala lui Paget (boală a oaselor cu deformații), osteoporoza (fragilitate osoasă) din cauza menopauzei și complicației sale ca fractura vertebrală, hipercalcemia (creșterea nivelului calciului sangvin) gravă și consecutivă unui cancer. Administrarea se face prin injectare, numai în mediu spitalicesc, sau pe cale orală. Efectele nedorite eventuale sunt tulburări digestive (grețuri, diaree) sau febră.

DIFTERIE. Boală infecțioasă (toxiinfecție) contagioasă, cauzată de bacilul lui Klebs-Löffler, *Corynebacterium diphteriae*.

Difteria afectează mai ales copiii și se transmite pe cale aeriană apropiată (salivă); ea poate fi transmisă de către un bolnav sau de către un purtător sănătos (subiect imunizat care găzduiește germenele). Astăzi ea a dispărut practic din țările occidentale datorită vaccinării sistematice, dar persistă în țările în curs de dezvoltare și reprezintă întotdeauna un risc serios pentru călătorul nevaccinat.

Bacilul lui Klebs-Löffler acționează în mod dublu, pe de o parte se multiplică local, la nivelul faringelui, iar pe de altă parte elaborează o toxină care afectează miocardul și sistemul nervos.

SIMPTOME ȘI SEMNE. După o incubare de 1–7 zile, difteria se manifestă printr-o anginăă subfebrilă, asociată cu o inflamație a ganglionilor submaxilari și cu o obosealăă mare. Examinarea gâtlejului arată false membrane lucioase sau cenușii, mai mult sau mai puțin întinse pe amigdale și pe vălul palatin.

DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT. Diagnosticul se bazează pe examenul clinic şi pe o prelevare din gâtlej pentru a depista germenele. În ţările occidentale, o angină cu false membrane corespunde de cele mai multe ori unei boli benigne, mononucleoza infecţioasă. Tratamentul totuşi trebuie să fie prescris de urgenţă, fără a aştepta rezultatul analizei, care poate fi confirmat prin reacţia Schick (intradermoreacţie care permite decelarea subiecţilor neimunizaţi). Tratamentul constă dintr-o injecţie de ser antidifteric, inclusiv, în caz de îndoială, la un subiect deja vaccinat, şi din administrarea de antibiotice (penicilină, macrolid). Bine îngrijită, boala evoluează favorabil, iar bolnavul încetează să mai fie contagios după câteva zile de tratament cu antibiotice.

COMPLICAŢII. În absenţa tratamentului, infecţia faringelui ia aspectul unei angine maligne, cu false membrane întinse şi hemoragice, cu paralizia vălului palatin, paloare intensă a feţei, pseudoprezbiţie (tulburare de acomodare vizuală). O altă formă gravă este crupul, afectarea laringelui obstruat de membrane, antrenând o disfonie (tulburare a emisiei sunetelor), o jenă respiratorie la inspiraţie, chiar o asfixie care poate necesita o traheotomie.

Altă complicaţie a difteriei, miocardita (inflamaţia muşchiului cardiac, cu tulburări de ritm, cu extrasistole, bloc auriculoventricular) trebuie să fie căutată în toate cazurile.

Spre a treizecea zi a debutului bolii pot apărea semne nervoase, cu paralizie periferică a membrelor şi cu afectarea muşchilor respiratori, provocând treptat o insuficienţă respiratorie acută. Totalitatea acestor manifestări antrenă cândva moartea; reanimarea respiratorie a dus la ameliorarea pronosticului acestei boli.

DIGESTIE. Ansamblu al proceselor mecanice şi biochimice care asigură transformarea şi absorbţia alimentelor.

După ce a fost înghiţit, bolul alimentar trece în faringe, apoi în esofag şi ajunge în stomac datorită unui mecanism involuntar care pune în acţiune muşchi ai peretelui esofagian (peristaltism).

■ *În stomac*, alimentele suferă modificări care permit absorbţia lor ulterioară de către intestinul subţire: digestia gastrică asigură stocarea lor şi fărâmiţarea lor mecanică, sterilizarea lor parţială şi degradarea unor proteine. Stomacul poate stoca până la aproximativ un litru de alimente care sunt transformate aici de secreţiile gastrice. Aceste secreţii, produse de către glandele gastrice, conţin acid clorhidric şi enzime digestive (îndeosebi pepsina, necesară digestiei proteinelor). Mici contracţii, propagate aproximativ din 20 în 20 de secunde de către păturile musculare, permit amestecarea alimentelor cu secreţiile şi împing amestecul obţinut, chimul, către partea inferioară a stomacului. Chimul trece în prima parte a intestinului subţire, duodenul, printr-un sfincter numit pilor.

■ *În intestinul subţire* (duoden, jejun, ileon), digestia continuă prin reducerea glucidelor la nivelul de zaharuri simple, a lipidelor în monogliceride şi în acizi graşi, a proteinelor în acizi aminaţi sau în peptide. Pentru a realiza aceasta, intestinul subţire are nevoie de secreţiile pancreasului şi ale bilei. Secreţia pancreatică este bogată în enzime necesare digestiei proteinelor, glucidelor şi lipidelor, în timp ce secreţia biliară joacă un rol important în digestia lipidelor. Absorbţia substanţelor transformate se face imediat de către enterocitele (celulele intestinale care permit trecerea alimentelor în sânge) din fiecare segment al intestinului subţire. În duoden sunt absorbite preferenţial fierul, calciul şi vitaminele. Glucidele şi lipidele sunt absorbite în duoden şi jejun, iar sărurile biliare în ileon. Materile care n-au fost absorbite înaintează până în intestinul gros prin mişcări peristaltice. Digestia colică (la nivelul colonului) constă, în principiu, într-o degradare microbiană fără prea mare utilitate pentru nutriţie.

DIGESTIV (aparat). Totalitate a organelor având drept funcţie principală asimilarea alimentelor destinate să aducă energia necesară pentru funcţionarea celulelor.

STRUCTURĂ ŞI FIZIOLOGIE. Se obişnuieşte să se facă distincţia între tubul digestiv şi glandele digestive (ficat, pancreas).

■ *Tubul digestiv* are un rol esenţial mecanic, de transportare a alimentelor. El este constituit succesiv din gură, cu limba şi dinţii, faringe, esofag, stomac, intestin subţire, colon şi rect.

■ *Glandele digestive* includ glandele salivare (parotide, submaxilare şi sublinguale), ficatul, pancreasul sau glandele intestinului subţire. Glandele digestive participă la digestia alimentelor secretând sucuri care conţin diferite enzime ale digestiei.

Dintre organele aparatului digestiv, doar ficatul şi intestinul subţire sunt indispensabile vieţii.

PATOLOGIE. Patologia aparatului digestiv este foarte diversificată.

■ *Cancerele* pot lua naştere la toate nivelurile aparatului digestiv (gură, esofag, stomac, colon, rect, ficat, pancreas). Tratamentele depind, în principal, de tipul de cancer, de organul afectat, de stadiul de evoluţie a bolii.

■ *Constipaţia* este una dintre cauzele cele mai frecvente ale consultaţiei medicale. Constipaţii cronici sunt, în societatea noastră, persoane care au un regim alimentar sărac în fibre şi o viaţă sedentară. O musculatură abdominală slabă este, de asemenea, unul dintre elementele problemei. Tratamentul constă în aceste cazuri deci, înainte de orice, într-o schimbare a modului de viaţă.

■ *Diareea* poate fi prezentă în diferite boli. Aşa se întâmplă cu diareea din cazurile de SIDA, cu alternanţele dintre diaree şi constipaţie din unele cancere digestive etc. Totuşi, diareea este de cele mai multe ori unul dintre simptomele gastroenteritelor virale, destul de obişnuite în fiecare an în colectivităţile de copii, ori gastroenteritelor bacteriene cauzate de intoxicaţii alimentare (salmonelloze).

■ *Gastrite*, inflamațiile stomacului, sunt favorizate de către alcool și tutun, și pot provoca dureri și arsuri de stomac.
■ *Hepatitele* sunt boli virale care afectează ficatul și care pot fi transmise îndeosebi pe cale sangvină și pe cale sexuală.
■ *Herniile hiatale* sunt caracterizate prin trecerea unei porțiuni de stomac în torace, prin canalul diafragmului pe unde trece esofagul.
■ *Ulcerele*, bolile stresului, sunt localizate fie pe stomac (ulcerul gastric), fie pe duoden (ulcerul duodenal), ultimul fiind cel mai obișnuit.

DIGITALIC. Medicament utilizat în tratamentul insuficienței cardiace. SINONIM: *glucozid cardiotonic*.

Acțiunea principală a digitalicelor este aceea de a încetini frecvența cardiacă atunci când inima este în fibrilație auriculară rapidă și, în plus, de a crește intensitatea contracțiilor inimii.

Digitalicele sunt contraindicate în mai multe anomalii cardiace (miocardiopatia obstructivă, blocul auriculoventricular, fibrilația și tahicardia ventriculară) și sunt incompatibile mai ales cu calciul administrat pe cale venoasă. Atunci când sunt luate împreună cu diureticele hipokalemiante (care diminuează concentrația de potasiu sangvin), se impune compensarea pierderii de potasiu, pentru a evita tulburările de ritm cardiac, a cărui frecvență este atunci crescută.

Supravegherea tratamentului, în principal clinică și electrocardiografică, trebuie să fie strictă. Ea face uneori apel la dozările sangvine pentru a verifica concentrația medicamentului.

EFECTE NEDORITE. Digitalicele sunt adesea bine suportate. Totuși, datorită unei marje relativ înguste între doza terapeutică și doza toxică, există un risc de supradozare. Acesta, care poate fi grav, se manifestă prin tulburări digestive (grețuri, vome, diaree), neurologice (dureri de cap, vertije, vedere colorată) și cardiace (tulburări de ritm). În acest caz se impun spitalizarea și oprirea, cel puțin temporară, a tratamentului digitalic, chiar și a altor măsuri terapeutice.

DIGITOPLASTIE. Operație chirurgicală constând în repararea printr-o grefă a unui deget amputat parțial sau total în urma unui accident.

DINTE. Organ mineralizat implantat în maxilar, a cărui parte vizibilă pornește din os.

Dinții permit masticația care constituie prima fază a digestiei. Susținând țesuturile moi (buze, obraji), dinții joacă un rol în pronunțarea sunetelor.

La o ființă umană se disting dinții de lapte, temporari, și dinții permanenți. Dinții de lapte apar între vârsta de 6 luni și cea de 30 de luni și sunt în număr de 20. Erupția dinților permanenți, în număr de 32, începe de la vârsta de 6 ani și se termină la 12 ani. Erupția celor 4 dinți de minte poate să se producă începând cu vârsta de aproximativ 18 ani.

STRUCTURĂ. Dintele este un țesut viu, înervat de nervi și irigat de vase sangvine. Acești nervi și vase ajung în centrul dintelui prin intermediul canalului dentar și formează pulpa, plasată în mijlocul dintelui și conținută într-un țesut calcificat, dentina. Zona vizibilă a dintelui, numită coroană, este acoperită de smalț, care constituie țesutul cel mai dur al organismului; rădăcina dintelui, partea implantată în maxilar, este înconjurată de cement, care asigură articularea cu osul prin intermediul filamentelor fine care formează ligamentul alveolodentar.

DIFERITE TIPURI DE DINȚI. Se pot deosebi dinții din față, incisivii și caninii, și dinții posteriori, premolarii și molarii.
■ *Incisivii*, în număr de 8, au o formă de lopată și permit tranșarea alimentelor (tăiere).
■ *Caninii*, în număr de 4, ascuțiți și robuști, sunt dinții cei mai lungi la specia umană. Situați la limita dinților posteriori, ei rup în bucăți alimentele.
■ *Premolarii*, în număr de 8, primii dintre dinții posteriori, pot avea una sau două rădăcini și prezintă două cuspide (protuberanțe situate la suprafața de masticație); ei participă la mărunțirea alimentelor.
■ *Molarii*, în număr de 12, între care patru sunt molarii de minte, au 2 sau 3 rădăcini și 4 sau 5 cuspide; ei joacă un rol esențial în mărunțirea alimentelor.

PATOLOGIE. Dinții și maxilarul pot fi sediul unor dureri, cel mai des din cauza unei carii și consecințelor sale.

O infecție microbiană mai poate, de asemenea, să se producă în cursul unei boli a gingiei și să provoace un abces. În anumite cazuri, sunt prescrise spălături ale gurii cu apă sărată sau cu antibiotice.

Perierea dinților

Este cea care scoate din și dintre dinți resturile alimentare și placa bacteriană; trebuie să fie făcută în fiecare zi, după fiecare masă principală, și să dureze în jur de trei minute. Periuța de dinți trebuie schimbată des, ea trebuind să aibă mânerul suplu, capul mic (pentru a ajunge în zonele cu accesul dificil), părul sintetic trebuie să fie suplu și cu firele rotunjite. Perierea trebuie să fie mai curând minuțioasă decât energică; ea se face pe toate fețele dinților cu o mișcare care este îndreptată de la gingie — care și ea trebuie periată — spre dinte. Unghiul perilor periuței cu suprafața dintelui trebuie să fie de 45°. Pasta de dinți permite polizarea dinților și reîmprospătarea respirației. O dată pe zi, trecerea unei ațe dentare printre dinți completează perierea. Punțile și aparatele ortodontice fixate se spală cu ajutorul unor periuțe interdentare.

DINTE INCLUS. Oprire parțială sau totală a eruperii unui dinte care rămâne sub gingie sau este complet încastrat în osul maxilarului.

Incluzia cea mai frecventă privește dinții de minte. De asemenea, caninii superiori pot să rămână incluși. Dacă evoluția este parțială, bacteriile plăcii dentare alunecă între dinte și gingie și provoacă durere, umflare și indurație ganglionară, ceea ce duce la necesitatea extracției chirurgicale a dintelui.

DINTELUI (abces al). Colecție de puroi localizată în țesuturile care învelesc rădăcina dentară.

CAUZE. Un abces al dintelui rezultă dintr-o infecție a pulpei. Odată distrusă pulpa, infecția afectează osul maxilarului. Această infecție poate rezulta dintr-o fractură a dintelui, dintr-o paradontopatie (boală a gingiilor) sau, de cele mai multe ori, dintr-o carie dentară.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Un abces dentar se semnalează printr-o înroșire și o umflare a gingiei. O durere zvâcnitoare deranjează puternic masticația. Cefalee, febră și oboseală generală însoțesc adesea evoluția abcesului. Dacă drenarea lui se face spontan (ruperea peretelui abcesului), se scurge un puroi verzui și fetid, iar durerea se estompează în general. În acest caz, abcesul sfârșește prin formarea unui granulom (îngrămădire celulară inflamatorie) sau a unui chist.

TRATAMENT. Progresul endodonției (studiul țesuturilor pulporadiculare ale dintelui, al patologiei lor și al tratamentelor legate de aceasta) favorizează astăzi conservarea dintelui. O simplă incizie cu bisturiul permite drenarea puroiului dacă lucrul acesta n-a avut loc în mod natural. Ea este urmată de un tratament endodontic (curățarea canalelor infectate și apoi umplerea cavității cu o pastă de obturație), completat cu punerea unei coroane. În cazul în care incizia este imposibilă (tumefiere fără formarea puroiului), sunt prescrise antibiotice pe cale orală.

DIPLEGIE. Paralizie bilaterală, afectând în mod simetric zone mai mult sau mai puțin întinse ale organismului. → GUILLAIN-BARRÉ (sindrom al lui), LITTLE (boală a lui).

DIPLOPIE. Perceperea a două imagini ale unui obiect privit.

DIFERITE TIPURI DE DIPLOPIE

■ *Diplopiile monoculare* persistă atunci când se închide ochiul care nu este atins: ele provin dintr-o atingere a globului ocular. Diplopiile monoculare apar la debutul anumitor cataracte, în cazul afectării maculei (zona centrală a retinei) sau chiar de iridectomie (ablația unui fragment de iris) chirurgicală sau traumatică.

■ *Diplopiile binoculare*, în schimb, dispar atunci când se închide unul sau altul dintre ochi: este vorba de o atingere a mușchilor oculomotori. Ele pot proveni dintr-o paralizie oculomotorie de origine traumatică, tumorală, vasculară sau din cauza unei afecțiuni, ca diabetul sau scleroza în plăci. O diplopie binoculară poate surveni, de asemenea, în cazul unei afecțiuni musculare (miastenie, miopatie endocriniană) sau în cazul unei heteroforii (tulburare a vederii binoculare legată de variațiile de echilibru ale mușchilor oculomotori). În acest ultim caz, tendința devierii ochiului, corectată în mod obișnuit spontan pentru a evita diplopia, reapare sub efectul oboselii sau al unei intoxicații alcoolice.

TRATAMENT. Tratamentul diplopiilor monoculare este, în principal, cel al cauzei, atunci când este posibil: tratarea unei cataracte, repararea chirurgicală a unei iridectomii prea întinse. Tratamentul diplopiilor binoculare constă în prima etapă în depistarea ochiului afectat, cu scopul de a aduce o micșorare rapidă a suferinței pacientului. Dacă diplopia persistă, se poate ajunge la plasarea pe sticla lentilelor a unor prisme, care vor fi încorporate în sticlă dacă afecțiunea continuă. În ce privește tratamentul chirurgical, el nu poate fi propus decât în unele paralizii definitive. În toate cazurile în care este posibil, tratamentul cauzei este indispensabil.

DISARTRIE. Dificultate a vorbirii nelegată de o atingere a organelor de fonație (limbă, buze, văl palatin etc.) sau de comanda nervoasă a acestor organe.

Există două mari tipuri de disartrie, care diferă fiziologic: tipul paralitic și tipul neparalitic.

CAUZE

■ *Disartriile paralitice* sunt consecințe ale unei atingeri directe a mușchilor (miastenie), unei atingeri a bulbului rahidian (scleroza laterală amiotrofică) sau a unor leziuni bilaterale ale căilor care merg de la cortex la bulb. În acest ultim caz se vorbește de sindromul pseudobulbar; el se întâlnește, de exemplu, în accidentele vasculare cerebrale multiple și la scleroza în plăci.

■ *Disartriile neparalitice* sunt consecințe ale unor atingeri ale encefalului în decursul bolilor neurologice (leziuni ale cerebelului, boala lui Parkinson, coree, atetoză).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Semnele exacte depind de boala în cauză. În atingerile cerebelului, de exemplu, debitul este lent și sacadat; în cursul bolii lui Parkinson, vocea este de intensitate mică și monotonă; în coree și în atetoză, ea este răgușită și forțată, cu variații excesive de putere.

TRATAMENT. Unele disartrii sunt ameliorate prin ortofonie (reducarea vocii). Mai general, tratamentul lor este cel al bolii în cauză.

DISCARTROZĂ. Atingere degenerativă a discului intervertebral legată de o artroză vertebrală.

DISC INTERVERTEBRAL. Structură anatomică rotunjită și plată, constituită dintr-un țesut cartilaginos, reunind vertebrele și jucând între ele un rol de amortizor.

Fiecare disc intervertebral este format dintr-o parte periferică, anulusul, un inel puternic de fibre care aderă bine la vertebre și asigură stabilitatea coloanei vertebrale, și

dintr-o parte centrală, gelatinoasă și elastică, nucleus pulposus (nucleu gelatinos sau mucos), compus dintr-un lichid foarte văscos sub presiune, care absoarbe și repartizează șocurile.

PATOLOGIE. Ca urmare a unui accident sau a unor eforturi repetate, anulusul se poate fisura. Lumbago acut este consecutiv infiltrării nucleului gelatinos în această fisură. Dacă nucleul gelatinos traversează toată grosimea anulusului, aceasta antrenează formarea unei hernii discale care poate declanșa, dacă este comprimată rădăcina unui nerv sciatic, o sciatică. La copil și la adolescent, nucleul poate perfora placa cartilaginoasă a unei vertebre și poate provoca o hernie intraspongioasă.

DISCOGRAFIE. Examen radiologic care permite observarea discurilor intervertebrale.

O discografie este practicată, în principal, în caz de lombalgie rebelă la tratament.

TEHNICĂ ȘI DESFĂȘURARE. Examenul necesită o spitalizare și se desfășoară în sala de radiologie. După anestezie locală, medicul injectează produsul iodat de contrast în centrul discului.

Injectarea poate provoca o durere pacientului, ceea ce permite detectarea discului lezat.

Medicul realizează atunci clișee radiografice ale rachisului lombar, sub diferite unghiuri. Examenul durează aproximativ 30 de minute. Este recomandabil ca bolnavul să rămână așezat la orizontală timp de 24 de ore, pentru a evita cât mai mult posibil revenirea lombalgiei.

EFECTE SECUNDARE. Discografia nu provoacă nici un efect secundar, dacă nu redește apă o durere lombară sau o alergie la iod.

DISCONDROPLAZIE. → ENCONDROMATOZĂ.

DISCORADICULOGRAFIE. → SACCORADICULOGRAFIE.

DISCROMATOPSIE. Alterare a vederii culorilor.

Discromatopsiile pot fi congenitale sau dobândite.

■ *Discromatopsiile congenitale* sunt de origine ereditară și afectează, în principal, bărbații (8% față de doar 0,45% pentru femei). Transmiterea lor este, în fapt, legată de sex și de cromozomul X. Culoarea este percepută de ochi mulțumită conurilor retinei, a căror alterare antrenează o discromato-psie. Printre subiecții atinși, se deosebesc cei care nu percep nici o culoare, ci doar variațiile de luminozitate, și cei care confundă anumite culori (persoanele afectate de daltonism, de exemplu).

■ *Discromatopsiile dobândite* constituie adesea semnul deosebit de precoce al unei atingeri a sistemului de receptie oculară (coroidă, retină și nerv optic). Discromatopsiile care se referă la roșu și verde însoțesc adesea atingerile nervului optic, în timp ce acelea care se referă la galben și albastru sunt asociate adesea cu inflamații ale coroidei și ale retinei.

DIAGNOSTIC. Discromatopsiile sunt depistate prin două tipuri de teste.

■ *Testele de clasare sau de asortare* cuprind, în principal, testul lui Farnsworth, care constă în rânduirea, într-o ordine cerută, a unor eșantioane colorate, de tonalități foarte apropiate.

■ *Testele de confuzie* sunt reprezentate prin atlasul lui Ishihara, constituit dintr-un fond de pastile colorate pe care se reliefează o cifră compusă din pastile de o culoare diferită. Pacientul a cărui vedere este normală vede distinct cifrele, în timp ce pacientul afectat de discromatopsie nu este capabil de acest lucru.

TRATAMENT. Nu poate fi avut în vedere decât în discromatopsiile dobândite și constă în tratamentul cauzei.

DISCROMIE. Orice modificare a culorii normale a pielii, cauzată de o boală dermatologică sau caracteristică unei alte boli a organismului.

DISECȚIE. Operație care constă în separarea metodică și în individualizarea diferitelor părți ale unui organism.

DISECȚIE AORTICĂ. Ruptură longitudinală a tunicii medii a peretului arterial al aortei. SINONIM: *anevrism disecant*.

O disecție aortică survine adesea chiar la începutul aortei, după ruptura peretelui său intern deasupra valvelor sigmoide aortice. Disecția aortică conduce la existența a două canale: adevăratul canal prin care sângele curge în condiții normale și cel fals, creat prin disecția peretelui arterial.

CAUZE. În general, există un teren arterial deosebit: subiecții suferind de ateroscleroză sau prezentând anomalii de constituție a fibrelor elastice (boala lui Marfan), când o hipertensiune arterială severă s-a instalat de multă vreme sau după un traumatism toracic important.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Bolnavul se plânge de dureri toracice cu apriție brutală, intense, chiar insuportabile, al căror sediu se deplasează pe măsura extinderii disecției.

DIAGNOSTIC ȘI EVOLUȚIE. Diagnosticul trebuie stabilit rapid, mulțumită anumitor examene complementare ca radiografia toracelui, ecografia cardiacă, mai ales pe cale transesofagiană, scanografia, arteriografia sau imageria prin rezonanță magnetică (I.M.R.).

Riscul principal este ruperea arterei disecate în pericard sau în alte părți ale toracelui, cu hemoragie internă uneori fulgerătoare. Este necesară spitalizarea de urgență.

TRATAMENT. Acesta constă în înlocuirea chirurgicală a părții de aortă atinsă de disecție printr-o proteză, reimplantând la nevoie ramurile create ale părții de înlocuit de proteză. O altă tehnică se bazează pe folosirea unor lipiciuri speciale, zise biologice, pentru sudarea constituenților peretelui arterial disecat. În sfârșit, în anumite localizări, chirurgia nu este indispensabilă, tratamentul hipertensiunii

arteriale putând fi de ajuns pentru evitarea extinderii disecției.

DISEMBRIOM. Tumoră benignă sau malignă care se dezvoltă pe seama celulelor embrionare, rămase prezente în organism, și care este capabilă să dea naștere la diferite tipuri de țesuturi. SINONIM: *teratom.*

DISFAGIE. Tulburare a deglutiției legată de dificultatea trecerii alimentelor din gură spre stomac.

CAUZE. Disfagiile pot fi de origine otorinolaringologică, digestivă sau neurologică. Primele sunt, în principal, consecința infecțiilor faringeene (anginâ, faringită), tumorilor benigne și maligne ale faringelui, cancerului de esofag, refluxului gastroesofagian și acalaziei (pierderea coordonării mișcărilor tubului digestiv). O disfagie de origine neurologică poate fi observată în cursul sindromului pseudobulbar. Acest sindrom, care asociază tulburări ale deglutiției, ale vorbirii și ale mobilității feței, este, în general, de origine vasculară. Disfagii de origine neurologică pot, de asemenea, să fie provocate de o miastenie, o difterie, un botulism, o poliomielită anterioară acută și o poliradiculonevrită.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Disfagia survine cel mai des în timpul luării de medicamente solide, apoi se agravează treptat, producându-se ca urmare chiar și în timpul ingestiei de lichide. Ea poate merge până la afagie (imposibilitatea de a înghiți). O disfagie poate să fie însoțită de false-rute alimentare, de dureri cervicale sau retrosternale, de hipersalivare (secreție excesivă de salivă).

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Orice disfagie prelungită impune un examen complet al faringelui și al esofagului (fibroscopie, radiografie, chiar manometrie, sau măsurarea presiunilor esofagiene), și, dacă este nevoie, de explorări otorinolaringologice și neurologice.

Tratamentul unei disfagii este cel al cauzei sale.

DISFONIE. Anomalie a calității vocii care devine răgușită, stinsă, prea ascuțită, prea gravă sau bitonală (emiterea simultană a două sunete).

Există două tipuri de disfonie, după mecanismul implicat: tulburări ale mobilității laringelui prin compresia sau iritarea nervilor care îl comandă, antrenând o paralizie; anomalie a însăși mucoasei laringelui, mai ales a corzilor vocale.

Principalele cauze ale paraliziilor sunt tumorile (ale glandei tiroide, ale esofagului, ale bronhiilor, ale faringelui), infecțiile (gripă, febră tifoidă), traumatisme (ale craniului, ale gâtului), atingeri neurologice ale trunchiului cerebral sau ale nervilor cranieni 9, 10 și 11. Cauzele anomaliilor care afectează direct laringele sunt surmenajul vocii, laringitele acute, laringitele cronice, legate în particular de fumat, și mai ales cancerele laringelui. Atunci când o disfonie este urmarea surmenajului vocal (oratori, cântăreți), se încearcă reeducarea vocii prin tehnici de ortofonie. Totuși, rămâne important să se trateze cauza disfoniei.

O disfonie nu trebuie banalizată sau neglijată, deoarece pacientul nu-și dă seama de valoarea acestui semn; un examen medical aprofundat se impune de îndată ce alterarea vocii se prelungește mai mult de câteva zile.

DISFIBRINOGENEMIE. Anomalie congenitală sau dobândită a coagulării cauzată de producerea unui fibrinogen (factor de coagulare) anormal.

DISGENEZIE. Malformație a unui organ sau a unui țesut, survenind în timpul dezvoltării embrionare.

■ *Disgenezia epifizară*, legată de o hipotiroidie congenitală, se manifestă la copil prin anomalii de dezvoltare a nucleului de osificare a epifizelor, extremitățile oaselor lunì.

■ *Disgenezia gonadică*, malformație a glandelor genitale, este o cauză a sterilității. Ea este consecința fie a unei anomalii cromozomiale (sindromul lui Turner la femeie, sindromul lui Klinefelter la bărbat), fie unei mutații genetice.

DISGLOBULINEMIE. Anomalie cantitativă sau calitativă a globulinelor, unul dintre grupurile de proteine ale sângelui.

Cele mai multe dintre disglobulinemii sunt benigne și cresc ca frecvență o dată cu vârsta. Ele se traduc, în general, printr-un sindrom inflamatoriu important (creștere puternică a vitezei de sedimentare).

Disglobulinemiile monoclonale izolate, zise benigne, ale subiectului vârstnic, fără sindrom inflamator, nu necesită decât o supraveghere regulată. Atunci când o disglobulinemie atestă o boală a sângelui, tratamentul se confundă cu cel al bolii în cauză.

DISHIDROZĂ. Formă de eczemă caracterizată prin vezicule care apar pe mâini și pe picioare.

Dishidroza, foarte frecventă, nu are întotdeauna o cauză cunoscută. Uneori ea este consecința unei infecții cu o bacterie sau cu o ciupercă microscopică. În alte cazuri, este vorba de o alergie prin contactul prelungit sau repetat cu o substanță precisă (nichelul, de exemplu). Ea poate, de asemenea, să fie legată de o perturbație psihologică.

Boala se manifestă mai întâi prin înroșirea palmelor mâinilor, a plantei piciorului și a feței laterale ale degetelor de la mâini și de la picioare. Apoi apar vezicule. Aceste leziuni se asociază cu mâncărimi. Dishidrozele fără cauză cunoscută au adesea o evoluție sezonieră, recidivând în fiecare primăvară sau în fiecare toamnă.

TRATAMENT. În primul rând, este cel al bolii în cauză dacă ea este cunoscută, asociind aplicarea de antiseptice și de antiinflamatoare (corticosteroizi cutanați, paste pe bază de sulfat de cupru sau de suflat de zinc). Un tratament general pe bază de antihistaminice poate fi util.

DISIMULARE. Acțiune prin care un subiect caută în mod deliberat să ascundă altuia o stare sau un fapt.

Disimularea patologică constituie „un scut" în cursul relațiilor subiectului cu alții. În acest caz disimularea se îndreaptă cu teama, cu tăgăduirea, chiar cu simularea. Pentru a evita să-i fie descoperit un simptom socotit rușinos (delir, idei fixe, ritualuri nevrotice, toxicomanie) sau pentru a se sustrage consecințelor unei încălcări pe care a comis-o (act pervers, delincvență etc.), disimulantul practică evitarea (caută să schimbe subiectul, răspunde pe alături), portițe de scăpare (uzează de subterfugii, de justificări), banalizarea (minimalizează impactul actului său), chiar pseudocriticarea propriei persoane (promite să se îndrepte). Disimularea unui proiect sinucigaș este frecventă la deprimații melancolici.

DISKINEZIE. Anomalie a activității musculare tradu-cându-se prin apariția unor mișcări anormale sau printr-o jenă în mișcările voluntare conferindu-le un aspect anormal.

În practică, termenul se utilizează într-un sens mult mai restrâns: mișcările anormale care predomină fața, gâtul și trunchiul.

Cauza cea mai frecventă este luarea de medicamente neuroleptice.

Tratamentul constă, în principal, în renunțarea la medicamentul în cauză.

DISKINEZIE RECTALĂ. Tulburare a evacuării rectale.

O diskinezie rectală, care poate indica o anomalie funcțională sau leziuni anorectale, impune un examen endoscopic. Tratamentul este legat direct de cauză.

DISLEXIE. Dificultate de a învăța cititul și scrisul, în afara oricărei deficiențe intelectuale și senzoriale și oricărei tulburări psihiatrice.

FRECVENȚĂ. Dislexia afectează aproximativ 8–10% dintre copii, băieții fiind de trei ori mai mult atinși decât fetele.

CAUZE. Cauzele recunoscute actualmente pentru dislexie sunt fie genetice (frecvență semnificativ ridicată a tulburărilor de limbaj oral și scris în unele familii), fie dobândite (boli care afectează dezvoltarea cerebrală în timpul sarcinii).

SIMPTOME ȘI SEMNE. După o perioadă care merge de la câteva luni până la un an de deprindere a cititului, copilul dislexic citește încă foarte lent, dificil, laborios, nu automat: greșeli fonetice, litere sau silabe inversate, omise, înlocuite, confundate, cuvinte schimbate etc. Aceleași dificultăți există la ortografie. Textul citit este adesea prost înțeles. Copilului îi place să meargă la școală; în cele mai multe cazuri el este bun la calcule, dar evită scrisul și lecturile prelungite la toate materiile, chiar și enunțurile de matematică.

O evaluare medicopsihologică arată că atât competențele intelectuale, cât și motivația copilului sunt normale. În 30 până la 50% din cazuri, acesta a prezentat tulburări de vorbire înaintea vârstei de 4 ani.

DIAGNOSTIC. Adesea, dislexia este nedepistată și prost identificată. Părinții, profesorii și medicii trebuie deci să fie vigilenți. Teste de vorbire, de citire și de ortografie, efectuate în prezența unui ortofonist, permit confirmarea diagnosticului.

TRATAMENT ȘI PRONOSTIC. Ședințele de reeducare ortofonică, prescrise de medicul curant, urmate o dată — cel mai adesea — de două ori pe săptămână timp de mai multe luni, permit mai degrabă să se compenseze dereglarea decât s-o vindece. Aptitudinile copilului dislexic (inteligență, înclinație pentru matematică, sport etc.) trebuie să fie identificate în timpul școlarității sale. Atunci când este diagnosticată și tratată suficient de devreme, o dislexie ușoară sau medie permit o școlaritate normală, cu toate că adesea dificilă. Invers, o dislexie severă sau identificată târziu poate sta la originea unor dificultăți școlare mari.

DISLIPIDEMIE. Anomalie a nivelului de lipide din sânge.

DIFERITE TIPURI DE DISLIPIDEMIE

■ *Hiperlipidemiile* (creșterea nivelului de lipide sangvine) sunt reprezentate, în principal, prin hipercolesterolemie, hipermicronemie și hipetrigliceridemie. Tratamentul constă dintr-un regim alimentar și, la nevoie, se bazează pe luarea de medicamente zise hipolipidemiante.

■ *Hipolipidemiile* (micșorare a nivelului lipidelor sangvine) sunt urmările unor importante insuficiențe alimentare sau unor boli ale tubului digestiv care diminuează absorbția lipidelor alimentare. Aceste anomalii pur biologice n-au nici o consecință.

DISMENOREE. Menstruație dureroasă.

Dismenoreea afectează între 30 și 50% dintre femeile aflate în perioada de activitate genitală și deranjează în mod important aproximativ 10% dintre ele. Ea poate apărea la începutul vieții genitale (dismenoree primară) sau mai târziu (dismenoree secundară).

CAUZE. Dismenoreea pare să fie consecința unei anomalii a contractilității uterine, care ar avea mai multe explicații: tulburare a vascularizării uterine, exces de prostaglandine (substanțe secretate de către numeroase țesuturi, intervenind în inflamație și în contracțiile uterine ale nașterii), tulburări hormonale sau psihologice, ereditate.

O dismenoree primară poate să fie cauzată de o anomalie privind forma sau poziția uterului sau de un obstacol cervical în scurgerea sângelui. O dismenoree secundară este uneori consecința unei infecții genitale cronice, a unei endometrioze, a unei boli ovariene, a unei îngustări a canalului cervical.

SIMPTOME ŞI SEMNE. Durerea variază în funcţie de mai multe aspecte:

— sediul ei: ea este pelviană, dar iradiază adesea în spate, către vagin şi către rect; uneori, cuprinde tot abdomenul;

— data sa de apariţie în raport cu fluxul menstrual: atunci când ea precede apariţia scurgerilor menstruale, se confundă cu sindromul premenstrual; la începutul menstrelor, ea traduce mai curând un obstacol în calea sângelui; ea poate, de asemenea, să dureze pe toată perioada ciclului sau să nu marcheze decât a doua jumătate a acestuia;

— tipul ei: ea poate să fie spasmodică (colică amintind durerile de naştere) sau înjunghietoare şi continuă;

— semnele care o însoţesc, care sunt numeroase: tulburări digestive (greţuri, vărsături, diaree), dureri de cap, ameţeli, pierderi ale stării de conştienţă.

TRATAMENT. Durerea poate ceda la administrarea de antispasmodice sau de analgezice, dar medicamentele estroprogestative şi antiprostaglandinele sunt, de asemenea, eficace. Totuşi, doar cercetarea şi tratarea cauzei permit înlăturarea dismenoreei.

DISOSTOZĂ. Malformaţie congenitală gravă şi foarte rară a unuia sau mai multor oase.

CAUZE. Transmiterea este adesea ereditară.

SIMPTOME ŞI SEMNE. În afara malformaţiilor vizibile, uneori majore, ale regiunii în cauză (craniu alungit pe înălţime, degete de la mâini şi picioare fuzionate, pometi puţin dezvoltaţi, maxilar prognat), semnele observate sunt tulburări senzoriale (cecitate, surditate), o epilepsie sau o întârziere mintală.

Evoluţia merge de la o extremă la alta, după tipul de disostoză: de la simpla malformaţie, unică şi stabilă, la decesul survenind la câtăva vreme după naştere.

PREVENIRE ŞI PRONOSTIC. Nu există un tratament curativ. În schimb, este posibilă o prevenire sub forma unui sfat genetic acordat părinţilor purtători ai anomaliei cromozomiale.

DISPAREUNIE. Durere survenind la femeie în timpul raporturilor sexuale.

În general, se deosebesc dispareuniile de penetrare sau superficiale, care survin de la începutul pătrunderii penisului în vagin, şi dispareuniile profunde, resimţite în burtă atunci când penetrarea este completă. De altfel, o dispareunie poate fi primară (survenind de la primele relaţii sexuale), sau secundară (apariţia ca urmare a unui eveniment marcant, o naştere, de exemplu).

Cauzele unei dispareunii sunt fie organice, fie psihologice. Dispareunia este adesea de origine afectivă, putând atunci traduce un refuz al plăcerii sexuale, un fel de conduită de autopedepsire, sau un dezgust faţă de partener.

TRATAMENT. Dacă este vorba de o cauză organică, tratarea ei duce la dispariţia durerii. În caz de dispareunie de origine afectivă, este necesară intervenţia unei psihoterapii, asociată sau nu cu unele tehnici de reeducare sexuală.

DISPEPSIE. Senzaţie de disconfort digestiv, apărând după masă.

O dispepsie poate constitui simptomul unei boli organice: gastrită, tumoră, boală a intestinului subţire sau a colonului. În absenţa oricărei cauze organice, este un simptom de natură funcţională, al cărui mecanism este necunoscut. Dispepsia se traduce prin dureri abdominale, printr-o senzaţie de greutate, printr-o încetinealã a digestiei. Tratamentul este cel al cauzei, atunci când ea este cunoscută. În cazul frecvent al dispepsiei funcţionale, un tratament simptomatic (pansamente gastrice, antispasmodice) este adesea deceptionant.

DISPLAZIE. Anomalie a dezvoltării unui organ sau a unui ţesut antrenând leziuni şi o tulburare a funcţionării.

Unele displazii observate la mucoasele genitale, digestive, respiratorii sau la sân, sunt considerate ca stări precanceroase şi necesită, după caz, o supraveghere seriosă şi un tratament.

DISPNEE. Jenă respiratorie resimţită de către un bolnav, constatată sau nu de către medic.

CAUZE. O dispnee poate fi de origine bronhopulmonară, otorinolaringologică, neurologică, metabolică sau cardiacă. Printre cauzele bronhopulmonare se găsesc afecţiunile bronşice (astm, bronşită cronică, prezenţa unui corp străin sau a unei tumori pe bronhii), tulburările pulmonare (edem acut, infecţie sau tumoră a plămânului, embolie pulmonară), anomalii ale pleurei (pleurezie, pneumotorax) sau ale cuştii toracice (scolioză gravă) jenând mişcările plămânului. Cauzele otorinolaringologice sunt mai ales laringitele la copil, tumorile laringelui la adult. Cauzele neurologice sunt, în principal, coma şi unele boli ale sistemului nervos. Printre cauzele metabolice, poate fi vorba de o diminuare a oxigenării ţesuturilor, ca în cursul hemoragiilor. În sfârşit, dispneea traduce uneori o tulburare cardiacă, îndeosebi o insuficienţă cardiacă.

EVOLUŢIE ŞI TRATAMENT. Evoluţia dispneei depinde de cauza sa, atât în ce priveşte gravitatea sa (mergând de la o simplă jenă la practicarea unor sporturi, pentru subiecţii astmatici, până la o ameninţare vitală imediată, în anumite cazuri de embolie pulmonară), cît şi durata sa (câteva ore pentru laringitele infantile, uneori zeci de ani pentru o bronşită cronică). Tratamentul este, de asemenea, foarte variabil: antibiotice pentru o infecţie pulmonară bacteriană, bronhodilatatoare pentru astm, încetarea fumatului pentru bronşita cronică etc.

DISPROTEINEMIE. Orice afecţiune caracterizată printr-o hiperproducţie de imunoglobuline. → DISGLOBULINEMIE.

DISTENSIE ABDOMINALĂ. Creștere în volum a abdomenului.

O distensie abdominală poate să nu fie decât o balonare, din cauza unei tulburări funcționale, dar ea poate, de asemenea, să indice o ascită (efuziune seroasă în peritoneu), o ocluzie intestinală sau o tumoră abdominală. Sarcina antrenează la femei o distensie abdominală naturală. Cauza este cercetată printr-un examen clinic, o ecografie, uneori o radiografie sau o scanografie.

DISTOCIE. Dificultate care deranjează sau împiedică desfășurarea normală a unei nașteri.

Originea unei distocii poate fi maternă sau fetală.

DISTOMATOZĂ. Boală parazitară a omului și mamiferelor, consecutivă infestării cu diferite specii de *Distoma*.

Distomele sunt viermi plați din clasa trematodelor, având forma unei frunze, posedând două ventuze și putând măsura până la 3 cm lungime.

După organul în care se fixează parazitul, se disting distomatozele hepatice, intestinale sau pulmonare.

Distomatoza hepatică. Distomatoza hepatică, sau fascioloza, este o boală parazitară a ficatului, consecutivă infestării cu *Fasciola hepatica* (numită și gălbeaza mare a ficatului). Ea este prezentă în Franța la ierbivorele domestice (vaci, oi etc.), mai rară la om, ciclul de reproducere al parazitului necesitând prezența unei mici moluște semiacvatice, limnea. Omul se contaminează cu ea consumând salate crude ca cea de păpădie, creson sau fetică, culese din fânețe.

SIMPTOME ȘI SEMNE. După ingestie, viermele merge din stomac în ficat până în căile biliare. În săptămânile care urmează ingestiei parazitului, subiectul are febră, frisoane și simte dureri ale ficatului. De asemenea, survin pusee de urticarie și uneori umflături ale articulațiilor. Trecerea parazitului în căile biliare provoacă un icter, dureri mai acute ale ficatului, colici hepatice și o inflamare a căilor biliare și a veziculei.

DIAGNOSTIC. De la primele simptome, infestarea este diagnosticată prin examene serologice și sangvine, care pun în evidență o hipereozinofilie (creșterea numărului unei varietăți de leucocite care atestă o infestare parazitară). Prezența ouălor viermelui în scaune sau în lichidul biliar, obținut prin tubaj duodenal, confirmă diagnosticul.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul necesită o spitalizare și constă în administrarea de emetină. Prevenirea se bazează pe consumarea de creson și fetică de producție exclusiv industrială; păpădia trebuie să fie spălată cu atenție, și nu trebuie s-o culegem de pe pajiști pe care pasc vacile sau oile.

Distomatozele intestinale. Acestea sunt boli parazitare ale intestinului subțire, frecvente în Extremul Orient și în Egipt, consecutive infestării cu *Fasciolopsis buski* în Asia de Sud-Est, în China și în India, cu *Heterophyes heterophyes* în aceleași regiuni ca și în Orientul Apropiat și în Egipt, și cu *Metagonimus* în Extremul Orient. Viermii responsabili de distomatozele intestinale infestează omul, porcul, pisica, câinele și unele păsări acvatice. Această parazitoză se contractează prin ingestia de vegetale sau pești, în stare crudă, infestați.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Distomatoza intestinală se manifestă prin dureri abdominale și o diaree cronică cu eliminarea de mucozități și de sânge. Subiectul slăbește treptat și resimte o mare oboseală.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se bazează pe examinarea microscopică a scaunelor, care relevă prezența ouălor de viermi. Distomatozele sunt tratate prin administrarea de praziquantel sau de niclosamid. Prevenirea constă în prepararea termică a peștilor de apă dulce și a vegetalelor înainte de a fi consumate.

Distomatoza pulmonară. Distomatoza pulmonară este consecința infestării cu un vierme din genul *Paragonimus* care se găsește în Africa, în America intertropicală și, mai ales, în Asia de Sud-Est. El se cuibărește în bronhiile omului și ale numeroase animale sălbatice și domestice: feline, rozătoare, porc, câine etc. Ciclul lui de reproducere necesită prezența apei dulci și a anumitor moluște acvatice.

Contaminarea se face prin ingestia racilor sau crabilor cruzi. Viermii se prind în bronhii, care se dilată până formează o cavitate. Parazitii pot să rătăcească pe sub piele, uneori în creier, provocând atunci un abces.

Infestarea se traduce prin dureri toracice și o tuse rebelă. Uneori subiectul poate scuipa sânge.

DIAGNOSTIC. Radiografia plămânilor permite să se constate prezența cavităților juxtapuse ca cercurile olimpice. Examenul microscopic al scuipatului și al scaunelor arată prezența ouălor de viermi caracteristici.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Praziquantelul este eficace. Este prudent să se evite consumul de crustacee crude sau băutul apei de o proveniență dubioasă, netratată, în acele regiuni ale globului mai sus menționate.

DISTONIE. Contracție involuntară și dureroasă care înțepenește o parte a corpului sau întreg corpul într-o poziție anormală.

Atunci când o parte a corpului se fixează într-o poziție distonică, zona musculară respectivă se contractă sub efectul unui spasm, zis spasm distonic. Unele distonii nu apar decât cu ocazia unei mișcări precise: atunci se vorbește de distonie de funcție.

În cazul crampei scriitorului, cea mai frecventă dintre distoniile de funcție, se produce o crispare dureroasă a degetelor, încheieturii mâinii și, uneori, a întregului braț de îndată ce subiectul încearcă să scrie. În general, crisparea

este însoțită de o durere, care survine de la începerea scrisului și împiedică continuarea lui.

TRATAMENT. Este bazat pe cel al eventualei cauze și pe luarea de anticolinergice, uneori asociate cu miorelaxante pentru a lupta împotriva durerii. Dopamina, în unele cazuri de distonie generalizată familială, permite obținerea de rezultate spectaculare.

Pentru distoniile localizate și de funcție, kineziterapia joacă un rol fundamental, deoarece ea acționează concomitent pentru decontractarea mușchilor hiperactivi și pentru favorizarea consolidării mușchilor antagoniști. Recent, au fost încercate injecțiile locale cu toxină botulinică; ele provoacă o paralizie trecătoare a mușchilor atinși, ușurând kineziterapia. → TORTICOLIS.

DISTROFIE MUSCULARĂ. Boală musculară familială și ereditară care provoacă o degenerescență progresivă a fibrelor musculare.

Distrofiile musculare se clasifică în diferite tipuri, după modul lor de transmitere (legată sau nu de sex, dominant sau recesiv), rapiditatea dezvoltării bolii și debutul apariției simptomelor.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Semnele încep insidios și se dezvoltă în continuare foarte lent. Forța mușchilor slăbește din ce în ce, în mod simetric de fiecare parte a corpului, provocând un handicap adesea sever. Evoluția poate fi rapidă și gravă, ca în miopatia lui Duchenne, antrenând o insuficiență respiratorie și o atingere a inimii adesea fatală. Alte distrofii sunt de o evoluție mai lentă (boala lui Steinert, miopatia lui Landouzy-Déjérine).

DIAGNOSTIC. O distrofie musculară este diagnosticată prin electromiografie (analiza activității electrice a mușchiului) și confirmată prin biopsie musculară: micșorarea numărului de fibre musculare este întotdeauna considerabilă, iar fibrele persistente sunt foarte inegale în ce privește diametrul, unele fiind puternic hipertrofiate.

TRATAMENT. Actualmente sunt în curs cercetări, dar nici un tratament nu și-a dovedit încă eficacitatea. → MIOPATIE.

DISTROFIE OVARIANĂ → OVARELOR POLICHISTICE (*sindrom al*).

DISULFIRAM. Medicament utilizat în prevenirea rețutelor de alcoolism cronic.

DISURIE. Dificultate de a urina.

O disurie este provocată de existența unui obstacol la evacuarea urinei, ceea ce poate antrena o golire incompletă, cu rămășițe vezicale după micțiune. Adenomul de prostată, scleroza colului vezical, îngustarea uretrei, hipertonia sfincterului striat sunt cauzele obstructive cel mai frecvent întâlnite ale disuriei.

O disurie se manifestă prin micțiuni lente, penibile, în mai mulți timpi, cu necesitatea de a forța pentru evacuarea vezicii.

Tratamentul unei disurii este cel al bolii cauzale. O dilatare a vezicii, apoi a aparatului urinar superior pot apărea treptat în absența tratamentului, cu riscul de a avea răsunet asupra funcției renale.

DIURETIC. Medicament care crește excreția urinară a organismului, utilizat în tratamentul hipertensiunii arteriale și al edemelor.

FORME PRINCIPALE. Există trei tipuri de diuretice, care acționează fiecare asupra unui segment al nefronului (unitatea funcțională a rinichiului). Mecanismul de acțiune generală a diureticelor constă în favorizarea eliminării ionilor din plasma sangvină (mai ales a sodiului și clorului), provocând un fenomen de osmoză care antrenează în urină apa plasmei sangvine.

INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII. Principalele indicații ale diureticelor sunt hipertensiunea arterială și edemele consecutive unei insuficiențe cardiace, unei boli renale sau unei crioze hepatice. Utilizarea medicamentelor diuretice în regimurile de slăbire nu are eficacitate reală: ea provoacă o pierdere de apă, uneori nefastă, dar nici o pierdere de grăsime.

Contraindicațiile și interacțiunile medicamentoase sunt foarte numeroase și variază după produsul folosit. Astfel, diureticele sunt, în general, contraindicate în caz de insuficiență renală și incompatibile cu antiinflamatoarele.

EFECTE NEDORITE. În afara agravării unei insuficiențe renale, diureticele pot avea ca efect nedorit anomalii ale nivelurilor de ioni sangvini (scăderea sodiului, creșterea sau diminuarea potasiului), un diabet, reacții alergice. Diureticele pot antrena uneori o surditate, reversibilă în caz de întrerupere rapidă a tratamentului.

DIUREZĂ. Volum al urinii secretate de rinichi într-o perioadă de timp dată.

DIVERTICUL. Cavitate naturală sau patologică comunicând cu un organ cavitar.

DIVERTICULITĂ. Inflamație a unuia sau mai multor diverticuli.

Diverticulita este o complicație a diverticulozei, care afectează, în principal, colonul sigmoid. În acest caz se mai vorbește și de sigmoidită diverticulară.

DIVERTICULOZĂ COLICĂ. Anomalie a colonului care constă din prezența unor diverticuli în peretele acestuia, mucoasa colică realizând o mică hernie trecând prin pătura musculară.

CAUZA. Aceasta ține cu siguranță de alimentație. În fapt, necunoscută practic în cadrul populațiilor a căror alimentație

este bogată în fibre alimentare, anomalia este foarte frecventă în țările industrializate obișnuite cu un regim sărac în substanțe de balast.

SIMPTOME ȘI EVOLUȚIE. Diverticulii, în număr variabil, au mărimea unui sâmbure de cireașă. Majoritatea diverticulozelor nu prezintă simptome și nici complicații. Diagnosticul lor se pune pe baza unui examen clinic, unuia radiologic și a colposcopiei. Sigmoidita diverticulară sau diverticulita este cea mai frecventă; ea se traduce printr-o durere vie în stânga abdomenului, cu tulburări de tranzit și febră, și cedează cel mai des la tratamentul cu antibiotice, dar poate, de asemenea, să antreneze o peritonită prin perforație, o ocluzie, un abces sau o pseudotumoră inflamatorie. Fistulizarea (formarea unui canal infecțios) în vezică este posibilă. Mai rar, diverticulii pot da naștere la hemoragii. În schimb, diverticuloza nu predispune la cancerul de colon.

TRATAMENT. Acesta face apel la un regim bogat în fibre. Medicamentele sunt puțin utilizate, în afara cazurilor de diverticulită unde se impune antibioterapia. Repetarea crizelor de diverticulită, abcesele, pseudotumorile și fistulele impun un tratament chirurgical: acesta constă în rezecția (ablația segmentului afectat și punerea cap la cap a părților rămase) sigmoidului. Efectuată în perioadă de infecție, operația comportă, în general, doi timpi: colostomia cu stabilirea unui anus artificial temporar, apoi punerea cap la cap a segmentelor de colon, după tratamentul cu antibiotice. În absența infecției, operația se face într-un singur timp, cu restabilirea imediată a continuității colice.

DIZENTERIE. Sindrom infecțios caracterizat prin emisia de scaune mucoase și sangvinolente amestecate sau nu cu materii fecale.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Dizenteria se traduce prin colici (dureri abdominale violente) și prin falsa necesitate de a defeca. Pot surveni rapid o deshidratare și o afectare imediată a stării generale, însoțite adesea de semnele infecției.

DIFERITE TIPURI DE DIZENTERIE. Un sindrom dizenteric poate fi provocat de numeroși agenți infecțioși, parazitari sau microbieni.

■ *Dizenteria amibiană* este cauzată de o amibă *Entamoeba histolytica*. Ea se dezvoltă mai ales în țările calde unde nivelul economic este scăzut și igiena sumară, și se contractează prin ingestia de apă sau de alimente infestate. Diagnosticul se bazează pe studiul scaunelor proaspete sau al prelevatelor directe. Tratamentul face apel la asocierea amibicidelor tisulare (metronidazol) și a amibicidelor de contact.

■ *Dizenteria bacilară* este cauzată de unii germeni invazivi care distrug mucoasa colică (shigelle, salmonelle, colibacili enteropatogeni); ea se contractează prin ingestia alimentelor infestate sau prin transmisie orofecală. Ea poate surveni în mod sporadic; de cele mai multe ori, ea apare în locurile cu mari concentrații umane. Mortalitatea prin deshidratarea și denutriția bolnavului este foarte mare în absența tratamentului, aproape nulă în cazul unor îngrijiri medicale eficace și rapide. Tratamentul face apel, în principal, la rehidratarea și la realimentarea bolnavului; administrarea de antibiotice grăbește vindecarea. → SHIGELLOZĂ.

DIZIGOTI. Se spune despre gemenii proveniți din două ouă diferite (zigoți). SINONIM: *bivitelini*.

Gemenii dizigoți, denumiți în mod obișnuit gemeni falși, apar din fecundarea a două ovule distincte de către doi spermatozoizi distincți. Ei au deci un patrimoniu genetic diferit și pot, spre deosebire de gemenii adevărați (homozigoți), să nu semene între ei și să nu fie de același sex.

DOBÂNDIT, -Ă. Care nu există la naștere și survine în cursul existenței.

■ *Caracterele dobândite* sunt caractere care nu figurează în patrimoniul cromozomic al individului și care apar în decursul vieții sale; ele pot să fie de ordin morfologic, fiziologic sau psihofiziologic. Ele constituie dovada unui fenomen de adaptare la influențele exterioare diferite și se manifestă la orice vârstă, sub influența mediului.

■ *Bolile dobândite* sunt boli ale căror cauze nu sunt genetice.

DOLICOCOLON. Colon deosebit de lung.

În realitate nu se cunosc criterii obiective care să permită determinarea lungimii normale a colonului. Acest tip de colon nu este responsabil de vreo manifestare patologică și nu reclamă vreun anume tratament.

DOMINANT, -Ă . Se spune despre un caracter genetic (sau, prin extensie, despre gena care este purtătoarea acestuia) care se manifestă atunci când este prezent în cariotipul unui subiect pe unul singur din cei doi cromozomi omologi.

În celule, cromozomii există în două exemplare, și se întâmplă foarte des ca o genă să se prezinte sub două versiuni diferite (alele) pe fiecare dintre cei doi cromozomi. Atunci când este cazul, cele două versiuni intră în competiție pentru a se exprima. Dacă ele sunt de forțe inegale, doar una dintre ele se exprimă în înfățișarea individului: ea este numită atunci dominantă (alelă dominantă), cealaltă fiind calificată ca recesivă.

Atunci când o boală genetică este cu transmisie dominantă, este suficient ca un subiect să fi primit de la unul dintre părinți un cromozom purtător al alelei dominante pentru ca boala să se manifeste la el.

DONATOR UNIVERSAL. Subiect care poate să-și doneze sângele unui individ aparținând oricărui grup sangvin al sistemului ABO.

Doar subiecții aparținând grupului O sunt denumiți donatori universali; în fapt, sângele lor nu conține nici antigenul A, nici antigenul B; globulele lor sunt deci compatibile cu toate grupurile sangvine ABO.

DOPAJ. Utilizarea de substanțe dopante, substanțe care permit creșterea în mod artificial a performanțelor sportive ale unui individ.

De cele mai multe ori, substanțele dopante sunt medicamente deturnate de la folosința lor normală: stimulante (amfetamine, cofeină), analgezice, hormoni (anabolizanți, hormoni de creștere, corticosteroizi), betablocante. După caz, ele permit diminuarea oboselii, creșterea volumului și forței musculare sau chiar atenuarea senzațiilor dureroase ale subiectului.

Efectele lor nedorite, numeroase și grave, variază după natura substanțelor. Ele pot fi de ordin cardiovascular (moartea subită în timpul competiției, hemoragie cerebrală, hipertensiune arterială), tumoral (tumori ale ficatului, ale prostatei), hormonal și genital (sterilitate, impotență la bărbat, virilizare la femeie), osos sau traumatic (oprirea creșterii la un adolescent, fracturi, rupturi de tendoane).

Lista substanțelor dopante a căror folosire este interzisă în competiții este fixată de către fiecare federație sportivă, care, de fapt, adoptă de cele mai multe ori lista stabilită de către Comitetul internațional olimpic. Sunt efectuate regulat controale antidopaj în timpul competițiilor și al antrenamentelor, de către medici care au depus un jurământ.

DOPAMINĂ. Neurotransmițător din grupa catecolaminelor, precursor de noradrenalină, având un rol fundamental în creier pentru controlul motricității și utilizat în terapeutică pentru acțiunea sa stimulantă asupra sistemului cardiovascular.

Dopamina este utilizată în scopuri terapeutice pentru proprietăți care le are puțin în stare naturală. De fapt, utilizată ca medicament, dopamina difuzează în totalitatea organismului și nu doar în sistemul nervos. Ea are o acțiune zisă inotropă pozitivă (creșterea forței de contracție a inimii) și este atunci un medicament de urgență în caz de stare de șoc cardiogenic, infecțios, hipovolemic sau traumatic. Administrarea sa, pe cale intravenoasă, este rezervată unor medici specialiști, reanimatori și cardiologi. Dopamina poate provoca grețuri, vărsături, crize de angor prin încetinirea circulației în arterele coronare, tulburări ale ritmului cardiac.

DOPPLER (examen). Examen care utilizează ultrasunetele pentru a măsura viteza circulației sangvine. SINONIM: *velocimetrie Doppler*.

INDICAȚII. Examenul Doppler este prescris, în principal, în cardiologie (afecțiuni ale inimii, ale arterelor și ale venelor) și în neurologie (afecțiuni ale creierului).

■ *Examenul Doppler cardiac* permite studierea mișcărilor sângelui între diferitele cavități cardiace. El este solicitat atunci când se bănuiește o comunicare anormală între auricule sau ventricule, ori o anomalie de funcționare a valvelor cardiace (îngustarea sau insuficiența valvulară).

■ *Examenul Doppler transcranian* permite studierea mișcărilor sângelui în arterele intracerebrale, urmărite prin oasele craniului.

■ *Examenul Doppler vascular* permite studierea mișcărilor sângelui în arterele sau în venele organismului. El permite, de asemenea, analiza unei arteriopatii a membrelor inferioare și depistarea unei flebite.

O sondă emite ultrasunete care se reflectă pe globulele roșii apoi sunt culese de un receptor situat pe aceeași sondă. Se produce un efect Doppler: frecvența undelor reflectate depinde de viteza globulelor roșii (frecvența crește cu viteza) și permite deci măsurarea vitezei. Aparatul emite un sunet cu atât mai ascuțit cu cât viteza este mai mare și mai ales furnizează un grafic pe ecranul de televizor sau pe hârtie. Cuplarea cu ecografia permite vizualizarea formei structurii anatomice examinate (arteră, inimă), vedere în secțiune, în același timp cu fluxul sangvin care o traversează. Utilizarea diferitelor tipuri de sonde și a frecvențelor variate permite studiul structurilor vasculare mai mult sau mai puțin profunde.

DESFĂȘURARE. Examenul Doppler nu necesită nici o pregătire deosebită, nici anestezie, nici spitalizare; el este nedureros. Regiunea examinată este dezbrăcată, iar medicul pune pe piele o sondă în formă de creion, apoi o deplasează, paralel cu traiectul arterei studiate, de exemplu. După examen nu este necesară nici o supraveghere, deoarece acesta nu antrenează vreun efect secundar.

DORSALGIE. Durere a rachisului dorsal.

În limbaj medical „spate" este un termen care desemnează doar regiunea coloanei vertebrale denumită rachis dorsal, care se întinde de la umeri până la talie, adică regiunea caracterizată prin douăsprezece vertebre dorsale pe care se articulează coastele.

Cauzele dorsalgiilor sunt multiple: degenerative (artroză), inflamatorii (artrită), mecanice, legate de o postură proastă (cifoscolioză) sau de o osteoporoză (rarefierea țesutului osos) postmenopauzică sau senilă, sau traumatice (fractură). Totuși, chiar dacă se invocă uneori leziuni osoase, erozive sau ligamentare, numeroase dureri dorsale nu au cauze evidente: așa stau lucrurile în cazul dorsalgiilor zise esențiale, care afectează femeile tinere și care constituie expresia unei stări depresive mascate.

Tratamentul dorsalgiilor depinde de cauza lor. El constă, în principal, din administrarea de analgezice, antiinflamatoare și kineziterapie.

DOWN (sindrom al lui). → TRISOMIE 21.

DOZARE BIOLOGICĂ. Măsurarea concentrațiilor unei substanțe într-un lichid al organismului.

O dozare biologică este indicată fie pentru a confirma sau a completa un diagnostic, fie pentru a supraveghea o boală cunoscută. Lichidul prelevat poate fi natural (sânge,

urină, lichid cefalorahidian) sau patologic (efuziune în pleură, peritoneu, într-o articulație).

DRACUNCULOZĂ. Boală parazitară subcutanată cauzată de infestarea cu *Dracunculus medinensis*, numit și filarie de Medina, vierme de Guineea sau dragon.

Dracunculus medinensis este un vierme din clasa Nematodelor, cu aspect filiform, care măsoară între 90 cm și un metru lungime, la vârsta adultă. Dracunculoza se întâlnește în Africa saheliană și în Orientul Apropiat.

Contaminarea se face prin consumul de apă din ele**ș**tee, mlaștini, râuri care conțin ciclopi (crustacee microscopice) infestați cu larva parazitului; larvele traversează peretele abdominal, apoi se implantează și își efectuează maturarea în țesutul subcutan, cel mai des la gleznе.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Filaria de Medina adultă, la aproximativ un an după contaminare, perforează pielea pentru a-și depune ouăle, formând o băși**c**ă sau o mică plagă pe gleznă sau pe picior. Extremitatea viermelui este atunci vizibilă în puroiul care se scurge. Această plagă poate, în anumite cazuri, să se suprainfecteze și să favorizeze un tetanos. Viermele moare uneori de la sine, calcifi**c**ându-se; o radiografie permite atunci să fie localizat. În alte cazuri, el provoacă o infecție articulară sau un abces subcutanat.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Extirparea viermelui, prin rularea progresivă pe un chibrit sau pe o rămurică de arbust, fără a-l rupe, se dovedește a fi mijlocul cel mai eficace de a suprima parazitul, dar această manevră este lentă și delicată. În completare trebuie administrat un tratament cu antibiotice.

Prevenirea constă în fierberea apei și în filtrarea ei înainte de a fi consumată.

DREN. Tub de cauciuc, ori din fibre de păr de cal, material sintetic sau silicon, destinat fie colectării și evacuării în afara organismului a lichidelor fiziologice (sânge) sau patologice (puroi), ori a lichidelor de spălare, fie la expulzia gazelor.

Retragerea unui dren este un gest medical delicat, deoarece trebuie ales momentul adecvat, trebuie respectată asepsia și evitarea deteriorării țesuturilor. Această operație nu este dureroasă atunci când drenul este plasat în orificii naturale. El este utilizat mai ales la plăgi. Cicatrizarea se face spontan sau cu ajutorul câtorva pansamente dacă cicatricea este ceva mai mare.

DRENAJ. Evacuare în exteriorul organismului a lichidelor, gazelor fiziologice sau patologice în retenție în organism.

Deși pregătirea și desfășurarea unui drenaj sunt extrem de variate, ele au întotdeauna loc într-un mediu spitalicesc, amplasarea unui dren efectuându-se măcar sub anestezie locală. Unul dintre drenajele cele mai obișnuite este cel al efuziunii lichidiene a pleurei. Pacientul fiind așezat pe marginea patului, medicul practică o anestezie locală, apoi înțeapă cu un ac, montat pe o seringă, într-un spațiu intercostal, în regiunea posterioară și inferioară a toracelui. Când lichidul pleural trece în ac, acesta este branșat pe un dren legat de un vas și lăsat în loc timp de câteva zeci de minute. După intervenție, sunt suficiente un pansament obișnuit și un repaus de câteva ore.

DRENAJ POSTURAL. Metodă de kineziterapie care utilizează poziția corpului pentru a facilita drenarea bronhiilor.

Drenajul postural este indicat în anumite boli în care are loc o creștere a secreției bronhiilor mari. Aceste afecțiuni sunt adesea acute, de origine infecțioasă, dar cel mai des cronice (bronșită cronică, dilatația bronhiilor, mucoviscidoză). Tehnica necesită ca bolnavul să fie alungit pe un pat, cu picioarele suprainălțate. Secrețiile sunt drenate în mod natural, prin acțiunea gravitației, către trahee, de unde sunt eliminate apoi prin tuse. Fiecare regiune a plămânilor este drenată în mod preferențial după poziția exactă a corpului (culcat pe partea dreaptă sau pe partea stângă, cu perne puse în diferite părți etc.).

DREPANOCITOZĂ. Boală ereditară a sângelui, caracterizată printr-o mutație a hemoglobinei (hemoglobinopatie), traducându-se printr-o gravă anemie cronică.

Drepanocitoza este cea mai frecventă dintre bolile hemoglobinei. Ea apare în diferite zone ale globului, toate supuse din plin paludismului. Marele număr de subiecți afectați din aceste regiuni se explică prin faptul că subiecții heterozigoți (care n-au moștenit boala decât de la un singur părinte și care deci nu au decât una, din cele două gene, care să fie suferit mutația) sunt protejați de paludism. Această mutație a hemoglobinei este deosebit de frecventă în Africa ecuatorială și în sânul populației negre din Statele Unite.

Drepanocitoza transmisă printr-un singur părinte, zisă heterozigotă, sau AS, este forma cea mai puțin gravă: subiectul este purtătorul genei, dar nu dezvoltă boala. Drepanocitoza transmisă prin ambii părinți (forma homozigotă, sau SS) constituie forma mai gravă.

CAUZĂ. Drepanocitoza rezultă din mutația unui acid aminat al lanțului proteic beta al hemoglobinei, pigment care transportă oxigenul. Într-un mediu sărac în oxigen, această hemoglobină modificată, zisă hemoglobină S, este mai puțin solubilă decât cea normală și formează lanțuri rigide care duc la deformarea globulului roșu, care ia forma de seceră (drepanocit). Globulele roșii deformate se blochează în vasele mici; de altfel ele sunt fragilizate și se distrug ușor, antrenând o anemie hemolitică.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Drepanocitoza se manifestă printr-o anemie hemolitică cronică întreruptă, la copil, de crize de anemie acută (favorizate de hipoxie [scăderea nivelului de oxigen inspirat], cum se poate întâmpla în cursul unei călătorii într-un avion insuficient presurizat) cu o mărire bruscă a volumului splinei, iar la adolescent și adult, prin crize dureroase rezultând din ocluzia vaselor de

către globulele roșii deformate, în particular în articulații. Mortalitatea este crescută în copilărie, prin afectarea funcționalității unor splinei (hemoragii, tromboze care favorizează infecțiile), și la vârsta adultă fiind, în principal, cauza complicațiilor vasculare.

TRATAMENT. Este doar cel al manifestărilor bolii; el constă, în principal, în antibioterapia preventivă și în perfuzia intravenoasă, care are scopul de a rehidrata bolnavul. Atunci când ambii părinți sunt purtători ai genei, este posibil să se diagnosticheze prezența bolii la copil chiar antenatal (amniocenteză, biopsia vilozităților coriale).

DRESSLER (sindrom al lui). Pericardită (inflamație a pericardului, membrana care înconjoară inima) survenind la una sau mai multe săptămâni după un infarct al miocardului.

Evoluția, favorabilă în mod spontan, poate fi grăbită prin administrarea de antiinflamatoare, în particular aspirină. Totuși, în săptămânile care urmează încetării tratamentului, este posibil să apară o recidivă.

DROG. Substanță care poate produce o stare de dependență fizică și/sau psihică și care poate genera o toxicomanie, indiferent de tipul substanței în cauză (stimulantă, analgezică etc.). → TOXICOMANIE.

DUBLU-ORB (testare). Metodă comparativă a eficacității a două terapeutici sau a unui nou medicament și unui placebo.

O testare dublu-orb necesită participarea a două grupuri de pacienți. Produsul testat este condiționat în același mod ca și medicamentul utilizat ca referință sau placebo. Medicul prescrie pacienților unul dintre cele două produse fără a avea el însuși cunoștință de natura sa. Atunci când experimentarea este încheiată, se analizează rezultatele și se verifică, în caz de ameliorare, cărui produs îi este datorată.

DUCHENNE (miopatie a lui). Boală ereditară caracterizată printr-o degenerescență musculară.

Miopatia lui Duchenne este cea mai frecventă și cea mai severă dintre distrofiile musculare, care afectează 1 băiat din 2 500. Modul ei de transmisie este recesiv și legat de sex, adică boala este transmisă de către femei și nu afectează decât băieții. Gena anormală este localizată pe unul dintre cromozomii X ai mamei. Produsul genei respective, distrofina, există în concentrații foarte reduse în mușchii subiecților afectați. Astăzi este posibil să se detecteze această boală în faza antenatală prin biopsia vilozităților coriale sau prin amniocenteză.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Miopatia lui Duchenne debutează în prima copilărie, după deprinderea mersului. Mușchii membrelor inferioare sunt primii afectați, urmați de cei ai membrelor superioare. Copilului îi este din ce în ce mai greu să meargă, iar paralizia se instalează treptat.

Electromiograma permite să se afirme natura musculară a tulburărilor; biopsia musculară confirmă diagnosticul.

EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT. Evoluția este rapidă și severă: mersul devine imposibil către vârsta de 12 ani și necesită recurgerea la fotoliul cu rotile; insuficiența respiratorie devine cronică; este frecventă o atingere a inimii.

Tratamentul vizează combaterea simptomelor și face apel la kineziterapie și la ortopedie.

PERSPECTIVE. Actualmente sunt în studiu două mari căi de cercetare privind tratamentul acestei afecțiuni. Înjectarea de mioblaști(celule musculare tinere) în mușchii atinși a dus la rezultate încurajatoare la animal, dar nu este încă utilizată decât în mod limitat la om. A doua metodă, care este încă de domeniul cercetării, face apel la terapia genică: ea constă în introducerea în celula afectată a genei normale de distrofină.

DUODEN. Parte inițială a intestinului subțire, urmând pilorului (sfincterul muscular de la extremitatea stomacului) și continuându-se cu jejunul (a doua porțiune a intestinului subțire).

Duodenul este un segment fix al tubului digestiv, în formă de cadru care înconjoară capul pancreasului. Lungimea sa este de 25 cm, iar diametrul său variabil după regiuni, de la 3 la 4 cm.

Duodenul joacă un rol important în digestie datorită sosirii la nivelul său a sărurilor biliare și a enzimelor pancreatice. Calciul, fierul, vitaminele, lipidele și o parte a glucidelor sunt în mod deosebit absorbite în această parte a tubului digestiv. Duodenul poate fi sediul unei inflamații sau a unui ulcer.

DUODENITĂ. Inflamație a peretului duodenului.

DUPLICITATE RENALĂ. Anomalie congenitală caracterizată prin prezența a doi rinichi pe aceeași parte, partea opusă putând să fie normală sau să prezinte aceeași malformație.

O duplicitate renală izolată nu antrenează complicații și nu necesită vreun tratament specific.

DUPUYTREN (boală a lui). Afecțiune a mâinii caracterizată printr-o flectare progresivă și ireductibilă a unor degete, îndeosebi a inelarului și auricularului (degetul mic), către palmă.

Boala lui Dupuytren este provocată de îngroșarea și retracția aponevrozei palmare, membrana conjunctivă și fibroasă continuă în mână. Cauza acestei boli este încă necunoscută; în unele cazuri, ea pare să fie favorizată de diabet, de luarea de medicamente antiepileptice sau de alcoolism. Mai frecventă la bărbați decât la femei, ea afectează, în general, ambele mâini.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Retractându-se, aponevroza palmară antrenează formarea de noduli fibroși, duri și

palpabili, în palmă, și a unor benzi de țesut îngroșat, numite bride de retracție, sub piele; articulațiile dintre falange și metacarpiene, precum și cele dintre falange și falangine sunt afectate, provocând o flectare a degetelor. Mișcările mâinii sunt stânjenite, în special în ce privește apucarea obiectelor.

TRATAMENT. Tratamentul chirurgical, care constă în ablația bridelor de retracție și a nodulilor, dă rezultate bune. Totuși poate surveni o recidivă.

DURERE. Senzația neplăcută care se manifestă sub diferite forme (arsură, înțepătură, crampă, greutate, întindere etc.) de intensitate și întindere variabile.

Durerea este asociată cu leziuni tisulare, reale sau potențiale, sau descrisă ca și cum aceste leziuni există. Diversitatea durerii și faptul că ea ar fi întotdeauna subiectivă explică faptul că e dificil să se propună o definiție satisfăcătoare. Această noțiune acoperă, în fapt, o multitudine de experiențe distincte, care variază după diferite criterii senzoriale și afective. Unii subiecți descriu o durere în absența oricărei cauze fiziologice probabile; totuși, este imposibil să se facă deosebirea între experiența lor și cea cauzată de o leziune reală.

Înțelegerea mecanismelor durerii și clasificarea lor sunt, de asemenea, dificil de sesizat. O senzație dureroasă are drept prim obiect protejarea organismului; ea nu se inseră deci în domeniul senzațiilor zise fiziologice, deoarece a suferi nu poate fi considerată o stare normală. Mai mult, această senzație de alarmă față de o agresiune exterioară sau interioară poate, în a doua etapă, dacă nu este ușurată, să se întoarcă împotriva însuși organismului, slăbindu-l în loc să-l ajute. O durere intensă poate acapara universul emoțional și poate subjuga sistemul nervos, făcându-l incapabil să îndeplinească o altă activitate. În sfârșit, aprecierea intensității unei dureri este eminamente variabilă; ea depinde de structura emoțională a subiectului care suferă, ceea ce face iluzorie orice tentativă de a stabili un etalon pentru intensitatea stimulului dureros și suferință.

MECANISM. Durerea este provocată, de cele mai multe ori, de excitarea receptorilor denumiți în mod obișnuit nociceptori (terminații nervoase sensibile la stimulii dureroși), care se află, în principal, în piele și, într-o mai mică măsură, în vase, mucoase, oase și tendoane. Organele interne conțin mai puțini astfel de receptori.

DIFERITE FORME DE DURERE. O durere se definește după sediul ei, după tipul ei, difuz sau localizat, după intensitatea ei, după periodicitatea și caracterul ei: durerea poate fi pulsatilă, batantă, zvâcnitoare (zvâcniturile sunt caracteristice unei inflamații), ca un fulger (atingere nervoasă), poate avea o natură de crampă (atingere musculară) sau de colică (atingere viscerală) etc. În unele cazuri, durerea este resimțită într-o altă parte a corpului decât cea în care se află zona lezată sau traumatizată; atunci se vorbește de durere iradiată. Un alt tip de durere se referă la membrul fantomă; ea este resimțită de aproximativ 65% dintre amputați.

■ *O durere acută* se manifestă cu ocazia unei leziuni tisulare și are ca rol esențial prevenirea individului asupra unei disfuncții a organismului său. Ea este asociată cu palpitații, cu o creștere a presiunii arteriale, a nivelurilor unor hormoni (cortizol, catecolamine) și a frecvenței ventilației (mișcarea aerului în plămâni).

■ *O durere cronică* este o durere persistentă mai mult de o lună peste timpul obișnuit în cazul unei boli acute, ori după timpul socotit după ce a survenit o vindecare sau chiar poate fi o durere asociată unei boli cronice.

TRATAMENT. Lupta împotriva durerii reprezintă una dintre prioritățile medicinei. În afara tratamentului cauzei, tratamentul constă, în general, în administrarea de analgezice nenarcotice (aspirină, paracetamol) pentru dureriile ușoare, de antiinflamatoare nesteroidiene pentru dureriile medii, de analgezice narcotice (înrudite cu morfina) pentru dureriile mari. Tratamentul dureriilor cronice rebele poate, de asemenea, să facă apel la injectarea locală de opiacee, prin cateter epidural sau intradural pentru măduvă și intravascular pentru creier, prin intermediul unui rezervor subcutanat, unde este injectat produsul, sau al unei pompe de infuzie reglabilă la comandă. Tratamentele nemedicamentoase precum crioterapia (aplicarea frigului), masaje, acupunctură, electroterapie, chiar intervențiile de neurochirurgie care vizează întreruperea căilor sensibilității (de exemplu, termocoagularea ganglionului lui Gasser în nevralgiile rebele de trigemen) pot fi, de asemenea, folosite. Centre specifice de tratament al durerii au fost create în acești ultimi ani. Ele cunosc o dezvoltare importantă și se integrează în sistemul de spitalizare a bolnavului.

DURERE DE CAP. → CEFALEE.

DURILLON (fr.). Îngroșare localizată a stratului cutanat al epidermului pe o zonă de frecare a piciorului.

dea din nou naștere, la om, unui alt chist și la câine unei tenii adulte.

Tenia adultă este găzduită mai întâi de către câine, care, defecând, răspândește ouăle teniei pe sol. Omul se contaminează atunci când ingeră ouăle de tenie răspândite pe sol care contaminează apa sau legumele consumate crude, ori când își duce mâinile la gură fără să și le fi spălat, după ce a manipulat pământul sau a mângâiat un câine a cărui blană conține parazitul.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Chisturile pot să se dezvolte în diferite organe. Ele pot să se rupă, eliberând în organism scolexul (sau scolecșii) susceptibil să cauzeze multiple chisturi denumite secundare (echinococză diseminată).

■ *Un chist hidatic al ficatului* provoacă o creștere în volum a ficatului, dureri localizate, un icter (pielea ia o culoare galbenă) și pusee trecătoare de urticarie.

■ *Un chist hidatic al plămânilor* provoacă o tuse, dureri toracice și, uneori, eliminarea unei cantități mici de lichid conținut în chist.

TRATAMENT. Ablația tumorii printr-o intervenție chirurgicală este recomandată întotdeauna. Echinococozele diseminate pot fi tratate cu albendazol.

ECLAMPSIE. Afecțiune gravă care survine, în general, la sfârșitul sarcinii, caracterizată prin convulsii asociate unei hipertensiuni arteriale.

SIMPTOME ȘI EVOLUȚE. Boala începe de cele mai multe ori în al treilea trimestru de sarcină la o femeie care n-a născut niciodată; ea se manifestă mai întâi printr-o hipertensiune arterială, o prezență excesivă de proteine în urină și edeme. Aceste semne se accentuează astfel că apar dureri de cap, vertije, zbârnâituri în urechi, fulgere vizuale și o durere în bară la înălțimea stomacului. În cele din urmă survine eclampsia propriu-zisă, asemănătoare cu o criză de epilepsie: pierderea stării de conștiență, redoarea membrelor urmată de convulsii. Ea se declanșează uneori în timpul nașterii sau imediat după ea.

În absența unui tratament, eclampsia poate pune în joc viața mamei și, în aproximativ 50% dintre cazuri, viața copilului.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul de urgență, în mediu spitalicesc, cuprinde anticonvulsivante și declanșarea nașterii sau cezariana. În marea majoritate a cazurilor, pacienta se vindecă fără sechele și nu există vreo altă recidivă în timpul altor sarcini. Totuși, între 5 și 10% dintre mame prezintă complicații de durată (cerebrale, renale sau cardiace).

Prevenirea eclampsiei constă în depistarea sistematică, în cursul oricărei sarcini, a semnelor de atingere renală (tensi-

în cursul oricărei sarcini, a semnelor de atingere renală (tensi-

ECOCARDIOGRAFIE. Tehnică de imagerie utilizând ultrasunete și destinată explorării inimii.

Ecocardiografia transtoracică. Acest examen utilizează o sondă ecografică plasată pe torace în fața inimii.

INDICAȚII. Bolile cardiace congenitale pot fi decelate prin ecocardiografie transtoracică. Sunt utilizate diferite planuri de secțiuni, sub diferite incidențe.

Ecocardiografia transesofagiană. Ecocardiografia transesofagiană completează ecografia transtoracică în cazul căutării unui trombus (cheag) într-un auricul, a unei comunicări interauriculare, a unei anomalii valvulare mitrale (prolaps, vegetații de endocardită) sau a unei anomalii a aortei toracice (anevrism, trombus, disecție). Ea furnizează imagini mai precise ale auriculelor, ale septului interauricular și ale valvulei mitrale.

TEHNICĂ. După anestezie locală, este introdusă o sondă prin gură și coborâtă pe esofag, până la nivelul auriculelor. Acest tip de ecografie se efectuează în maniera bidimensională.

EFECTE SECUNDARE. Acest examen necesită existența unui material de reanimare, deoarece se poate produce o tulburare de ritm sau o falsă-rută după vărsături.

ECO-DOPPLER VASCULAR. Examen ecografic (bazat pe utilizarea ultrasunetelor) destinat explorării arterelor și venelor.

DIFERITE TIPURI DE ECO-DOPPLER. Eco-Dopplerul vascular comportă trei modalități diferite: ecografia bidimensională, Doppler arterial și eco-Doppler cu codaj de culori.

■ *Ecografia bidimensionala* face apel la o sondă ecografică care permite, atunci când este aplicată pe piele în fața unei artere, să se vadă peretele anterior al acestei artere, apoi lumenul ei (volumul interior) și în sfârșit peretele posterior. Ecografia bidimensională permite, de asemenea, punerea în evidență a plăcilor de aterom și a îngustărilor care pot să se formeze în grosimea peretelui arterial.

În același mod, este posibil să fie vizualizate venele și să se verifice existența unui cheag.

■ *Dopplerul arterial* utilizează o sondă Doppler. Existența unei îngustări localizate într-o arteră provoacă o accelerare a fluxului sangvin în acest loc și o diminuare a fluxului arterial în aval de îngustare. Analiza curbelor înregistrate la diferite niveluri arteriale (carotidian, femural etc.) permite cunoașterea cu precizie a stării rețelei arteriale. În același mod, înregistrarea Doppler a fluxului venos permite punerea în evidență a opririi sau încetinirii fluxului sangvin, cauzate de prezența unui cheag în interiorul venei examinate, în cazul unei flebite.

■ *Eco-Dopplerul cu codaj al culorilor* este o tehnică mai recentă, curentă, care permite vizualizarea pe ecran a fluxului arterial sau venos colorând în mod arbitrar fluxul sangvin

lui arterial sau venos colorând în mod arbitrar fluxul sangvin

EFECTE SECUNDARE. Eco-Dopplerul vascular este un examen nedureros, a cărui durată nu depășește 40 minute, care nu necesită spitalizare și nu antrenează vreun efect secundar.

ECOENDOSCOPIE. Tehnică de examinare care asociază explorarea ecografică, prin reflexia ultrasunetelor în organe, și endoscopia.

INDICAȚII. Ecoendoscopia servește mai ales la explorarea tubului digestiv. Pe calea superioară sau înaltă (endoscopul introdus prin gură), tehnica este utilizată, în principal, pentru a determina existența și întinderea tumorilor esofagiene sau gastrice, benigne sau maligne. Studiul afecțiunilor acute sau cronice ale pancreasului (tumorale, infecțioase) fac, de asemenea, apel la această tehnică, ca în cazul bolilor biliare cu diagnosticare dificilă.

Ecoendoscopia inferioară sau joasă, cu introducerea endoscopului prin anus, studiază îndeosebi tumorile rectale și permite să se aprecieze întinderea unei tumori și cercetarea ganglionilor adiacenți.

DESFĂȘURARE. Ecoendoscopia înaltă (superioară) necesită de cele mai multe ori o anestezie generală, ușoară, care nu adoarme complet pacientul. Acesta este examinat pe nemâncate. Un fibroscop-endoscop, dotat cu fibre de sticlă care trimit o imagine pe un ocular (sistem optic plasat pe partea ochiului observatorului) sau pe un ecran, este introdus prin gură. Apoi un endoscop, dotat la extremitatea sa cu un balonaș plin cu apă pentru a favoriza trecerea ultrasunetelor, este introdus pe aceeași cale până în esofag, stomac sau duoden. Examenul durează între 15 și 30 minute. Ecoendoscopia pe calea joasă (inferioară) se desfășoară în același mod, dar nu necesită anestezie.

ECOGRAFIE. Tehnică permițând vizualizarea unor organe interne sau a unui făt cu ajutorul ultrasunetelor. SINONOM: *ultrasonografie*.

Ecografia este folosită și în imageria intervențională pentru a dirija gesturile punctiei sau biopsiei. În blocul operator, ea poate ghida explorarea chirurgicală, inclusiv pe cea a leziunilor creierului sau a măduvei spinării; datorită simplității și a calității sale de a nu vătăma, ecografia este adesea primul examen practicat pentru stabilirea unui diagnostic.

TEHNICĂ. Ecografia este practicată în două modalități: unidimensională și bidimensională. Prima modalitate, foarte puțin utilizată, indică printr-un traseu structurile întâlnite de către fasciculul de ultrasunete în lungimea unei linii drepte. A doua, cea mai obișnuită, dă imagini anatomice în două dimensiuni. În acest caz se vorbește de ecotomografie.

O sondă este pusă pe piele sau este introdusă într-o cavitate naturală (vagin sau rect). Ea este dotată cu un emițător de ultrasunete (unde acustice nepercepute de urechea umană) care traversează organele, dar sunt reflectate în parte atunci când întâlnesc o modificare a densității țesuturilor.

Există mai multe tipuri de sonde:

■ *Sondele utilizate pe cale externă* sunt plasate pe corpul pacientului deasupra regiunii de explorat.

■ *Sondele endocavitare* (utilizate pe cale internă) sunt introduse fie în vagin (ecografie endovaginală pentru explorarea micului bazin), fie în rect (ecografie endorectală pentru explorarea prostatei), fie în esofag (ecografia endoesofagiană sau transesofagiană pentru explorarea inimii).

■ *Sondele miniaturizate*, introduse prin cateterism în vase, permit ecografia intravasculară.

Ultrasunetele, care se propagă ușor în medii lichide și nu sunt reflectate de acestea, sunt oprite de aer și de oase. De aceea ecografia este puțin sau deloc indicată în examinarea creierului, plămânilor, intestinelor sau a oaselor. Plecând de la ultrasunetele reflectate, ordinatorul produce imagini care pot fi fotografiate. Medicul, comparând diferitele planuri, interpretează clișeele.

DESFĂȘURARE. După zona de explorat, pacientul este lungit pe spate sau pe o parte, cu toracele sau abdomenul dezgolit. Ecografia endovaginală se desfășoară în poziție ginecologică (genunchii îndoiți și depărtați, picioarele puse pe suporți). Pentru ecografiile efectuate din exterior, zona este în prealabil unsă cu gel pentru a favoriza transmiterea ultrasunetelor. Medicul aplică atunci sonda și o deplasează observând continuu organele studiate pe ecranul său de control. El poate da imediat indicații privind rezultatul.

Unele ecografii necesită ingerarea unei cantități suficiente de apă pentru a umple vezica, care astfel nu apare, alte ecografii fiind făcute pe nemâncate sau cu ingerarea unui preparat destinat reducerii cantității de gaze intestinale. Examenul este nedureros și durează între 10 și 20 minute.

EFECTE SECUNDARE. Ecografia este o metodă de imagerie medicală puțin costisitoare, care nu necesită nici pregătirea specială a pacientului, nici spitalizarea sa. Ea nu comportă riscul razelor X. Nu există vreun efect secundar cunoscut. ▸ ECOCARDIOGRAFIE.

ECOGRAFIE OBSTETRICALĂ. Examen care permite vizualizarea unui făt, prin folosirea tehnicii cu ultrasunete.

INDICAȚII

■ *În primul trimestru de sarcină*, ecografia obstetricală permite să se realizeze diagnosticarea vitalității embrionului, să se determine vârsta sarcinii și să se detecteze o sarcină multiplă sau extrauterină.

■ *În al doilea trimestru* (către a 22-a săptămână de amenoree aproximativ), ea servește la controlul înălțimii fătului, al mișcărilor sale și al bătăilor inimii fătului. Ea permite, de asemenea, să se verifice dacă se desfășoară normal creșterea sa.

■ *În al treilea trimestru* (către a 32-a săptămână de amenoree), ea permite verificarea morfologiei fătului și

detectarea eventualelor malformații tardive, evaluarea cantității de lichid amniotic și a poziției placentei.

Ecografia mai permite în plus să se cunoască sexul copilului, chiar dacă este vorba de gemeni sau tripleți, cu o mică marjă de eroare, doar în cazurile rare în care poziția fătului împiedică să i se vadă organele genitale. Atunci când sunt necesare analize, ecografia obstetricală permite să se ghideze o puncție de lichid amniotic sau de sânge fetal, sau chiar prelevarea de vilozități coriale (țesut placentar).

În anumite cazuri, în sfârșit, ecografia permite să se realizeze *in utero* mici intervenții privind anomaliile care sunt luate în grijă de îndată ce nașterea copilului va fi posibilă, în funcție de maturitatea pulmonară.

TEHNICĂ. O sondă este pusă pe piele și plasată pe corpul pacientului deasupra zonei de explorat. Ea este dotată cu un emițător de ultrasunete (unde acustice nepercepute de urechea umană) care traversează organele, dar sunt în parte reflectate după diferențele de densitate ale țesuturilor întâlnite.

DESFĂȘURARE. Înainte de a 4-a lună de sarcină, ecografia obstetricală necesită ingerarea unei cantități de apă suficiente pentru a umple vezica, astfel ca ea să nu apară. Examenul este nedureros și durează între 10 și 20 de minute.

Pacienta este lungită pe spate, cu abdomenul dezgolit. Abdomenul este uns în prealabil cu gel pentru a favoriza transmiterea ultrasunetelor. Medicul aplică atunci sonda și o deplasează observând tot timpul fătul pe ecranul său de control. El poate da imediat indicații cu privire la rezultat.

Ecografia nu comportă riscul pe care îl prezintă razele X. Nu există efect secundar cunoscut.

ECOLALIE. Tulburare a vorbirii care constă în repetarea în mod sistematic a ultimelor cuvinte auzite.

ECOTOMOGRAFIE. Ecografie în modalitatea bidimensională, care furnizează imagini ale diferitelor planuri de secțiune ale organismului. → ECOGRAFIE

ECSTASY. Substanță de structură apropiată amfetaminei și mescalinei, utilizată ca stupefiant datorită efectelor euforice și psihostimulante.

Ecstasy antrenează o stare de dependență și adesea o psihoză, o depresie, o hepatită și o insuficiență renală.

ECTIMĂ. Infecție cutanată caracterizată printr-o ulcerație care survine cel mai des pe membre.

Ectima, provocată de o bacterie, streptococul, afectează în general subiecții debilitați. Ea se traduce printr-o ulcerație cu coji a pielii. Antibioticele (peniciline), luate în urgență și în doze mari, permit oprirea infecției. Îngrijirile locale sunt cele ale unei ulcerații (curățire locală, pansamente antiseptice).

ECTOPIE. Localizare anormală, congenitală sau dobândită, a unui organ.

ECTROPION CERVICAL. Eversiune (întoarcerea) a mucoasei colului uterin.

Ectropionul cervical poate surveni în mod fiziologic în cursul unei sarcini sau în legătură cu luarea de estroprogestative (contracepție orală sau tratament hormonal). El este uneori consecința unei rupturi a colului în timpul nașterii. Se poate manifesta prin pierderi vaginale de abundență variabilă sau prin mici sângerări în timpul raporturilor sexuale sau al toaletei intime.

Tratamentul face apel la căldură (cauterizarea chimică sau electrică), la frig (criochirurgia) sau la laser (vaporizația).

ECTROPION PALPEBRAL. Eversiune (întoarcere) a marginii pleoapei, cel mai frecvent al pleoapei inferioare, ceea ce expune conjunctiva (membrana transparentă care tapisează interiorul pleoapelor), în mod normal aflată în contact cu globul ocular.

CAUZE. Deși un ectropion palpebral poate exista chiar de la naștere (ectropion congenital), acesta se observă mai ales la subiectul vârstnic (ectropion senil) și este cauzat atunci de o relaxare a țesuturilor sau de o inflamație a pleoapei (conjunctivită cronică). El mai poate rezulta și dintr-o proastă cicatrizare a unei plăgi sau a unei arsuri (ectropion cicatriceal) sau poate fi o complicație a unei paralizii faciale (ectropion paralitic).

SIMPTOME ȘI TRATAMENT. Ectropionul palpebral antrenează o lăcrimare permanentă și o iritație a ochiului. Protejată defectuos, cornea este expusă leziunilor trofice: keratită punctată superficială, chiar ulcerație corneană.

Tratamentul unui ectropion palpebral este chirurgical și mai mult sau mai puțin complex după originea acestuia.

ECZEMĂ. Afecțiune cutanată alergică, acută sau cronică, caracterizată prin zone roșii supraînălțate de mici vezicule lichidiene deosebit de pruriginoase.

DIFERITE TIPURI DE ECZEMĂ. După cauza lor se disting trei tipuri principale de eczemă, care pot, fiecare dintre ele, să îmbrace o formă acută sau cronică.

■ *Eczema alergică de contact sau dermita de contact* survine cu ocazia contactelor repetate cu o substanță alergică (nichel, cauciuc, detergenți, unele substanțe medicamentoase etc.). Unii subiecți, cel mai des adulții, ajung astfel să facă un puseu de eczemă la fiecare nou contact.

■ *Eczema atopică*, numită, de asemenea, *eczema constituțională* sau *dermatita atopică*, afectează subiecții atinși de atopie, adică predispuși ereditar la alergii. Ea este foarte frecventă la sugar. Simptomele și puseele sunt declanșate, în principal, de către pneumalergene (praf de casă, animale microscopice ca acarienii, polenuri) sau de către alte alergene prezente în unele alimente: lapte, ouă, soia etc.

■ *Eczema prin sensibilizare internă* este cauzată de prezența unui focar infecțios care declanșează un fel de alergie cu manifestări la nivelul pielii.

Se poate întâmpla ca o afecțiune cutanată (psoriazis) să aibă leziuni asemănătoare celor provocate de eczemă; această complicație este datorată cel mai des aplicării de medicamente alergizante.

SIMPTOME ȘI SEMNE. După cum este acută sau cronică, eczema îmbracă forme foarte diferite.

■ *Eczema acuta* se manifestă prin apariția de plăci de un roșu aprins prost delimitate, pruriginoase; apoi apar vezicule (băsici minuscule) care în continuare se rup, provocând o scurgere; în sfârșit, se formează cruste mai mult sau mai puțin groase, care cad după una-două săptămâni și lasă cicatrice de culoare roz.

■ *Eczemele cronice*, mai variate, se clasifică în trei categorii principale:

– formele uscate, care se traduc prin placarde roșii și cu cruste, prost delimitate, cu o descuamare când fină, când în lambouri mari;

– formele lichenifiate, care se caracterizează prin plaje de piele groasă și de culoare violet-purpuriu, parcurse de șanțuri cu desen cu romburi;

– formele dishidrozice, care se traduc prin apariția de vezicule pe fețele laterale ale degetelor; acestea pot să se rupă și să formeze cruste sau fisuri, în particular pe palme și pe suprafețele plantare.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul este, în primul rând, cel al cauzei, atunci când aceasta este posibil. Doar suprimarea contactului cu alergenul vindecă eczemele de contact, dar acesta este dificil de realizat în practică. În caz de eczemă atopică, suprimarea pneumalergenelor (acarienii) este uneori posibilă, ca și cea a alergenelor alimentare. În sfârșit, o desensibilizare (injecții repetate cu alergene în doze foarte mici) poate fi întreprinsă în unele cazuri de eczemă atopică. În caz de eczemă prin sensibilizare internă, antibioticele vindecă definitiv atât infecția, cât și eczema. Alte tratamente vizează suprimarea sau atenuarea simptomelor locale sau generale. Tratamentele locale implică antiseptice (mai ales în eczema acută) și dermocorticosteroizii (mai ales în eczema cronică). Tratamentul general constă în administrarea orală de antihistaminice cu scopul de a calma mâncărimile. Îngrijirea psihologică, schimbarea climatului ca și curele termale constituie tot atâtea ajutoare de avut în vedere în tratamentul eczemei, mai ales când ea este cronică.

Prevenirea eczemei atopice constă în evitarea la toți copiii, dar mai ales în caz de precedente familiale, a contactelor precoce și repetate cu alergenele potențiale. Acesta constituie unul din motivele pentru care se recomandă actualmente diversificarea progresivă a alimentației sugarului.

EDEM. Retenție patologică de lichid în țesuturile organismului, în particular în țesutul conjunctiv.

CAUZE. Trebuie deosebiți mai mulți factori.

■ *Factorii mecanici* pot provoca edeme. Obstrucările venoase (flebită, insuficiență cardiacă etc.) sau limfatice (limfangite) deranjează circulația lichidelor în organism.

■ *Factorii fiziochimici* pot, de asemenea, să dea naștere unui edem. Astfel pot sta lucrurile în afecțiuni renale, ca sindromul nefrotic sau carențele în proteine.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Edemul se manifestă mai întâi printr-o creștere în greutate. Atunci când se agravează, se constată o umflare care atinge cel mai des membrele inferioare. Această formă de edem este însoțită, în general, de oboseală și se manifestă cel mai frecvent seara. Printre edemele membrelor inferioare, se deosebesc edemul bilateral și edemul unilateral, consecutiv adesea unei insuficiențe venoase la bolnavii care au varice sau flebita unei vene profunde.

Edemul poate, de asemenea, să afecteze alte părți ale corpului (abdomen, gambă, piept, față etc.).

Retenția lichidiană poate cuprinde cavitatea peritoneală, realizând o ascită, sau cavitatea pleurală, formând o efuziune pleurală.

TRATAMENT. Adesea edemele nu pot fi tratate decât prin stimularea evacuării lichidului în urină de către rinichi. Pentru a ajunge la acest rezultat, se impune administrarea de diuretice și ținerea unui regim alimentar hiposodat.

Tratamentul diferă totuși după tipul de edem și după cauza edemului. Un edem unilateral al unui membru inferior, cauzat de o flebită, se reduce în urma unui tratament anticoagulant. Dacă el este cauzat de o insuficiență venoasă, poate fi ameliorat prin purtarea unui ciorap de varice. Un edem bilateral al membrelor inferioare, imputabil unei insuficiențe cardiace, se tratează prin administrarea de medicamente antidiuretice, cardiotonice și vasodilatatoare.

EDEM ACUT AL PLĂMÂNULUI. → EDEM PULMONAR.

EDEM ACUT HEMORAGIC AL SUGARULUI. Afecțiune caracterizată printr-o umflare difuză a țesuturilor subcutanate la un copil în vârstă de la 5 luni la 2 ani. SINONIME: *purpura în cocarda cu edem*, *purpura Seidlmayer*.

Această afecțiune rară a pielii se observă la 8 până la 15 zile după o infecție (boală bacteriană sau virală) sau după tratamentul cu antibiotice sau cu medicamente contra tusei sau febrei.

Boala se vindecă de la sine în două săptămâni și nu lasă sechele. Atunci când simptomele sunt deosebit de marcante (umflare de proporții, durere, echimoze, puncte roșii de purpură), poate fi avut în vedere un tratament cu corticosteroizi.

EDEM ANGIONEUROTIC EREDITAR. Afecțiune ereditară care atinge sistemul de activare a complementului (sistem enzimatic care participă la distrugerea antigenelor) și se traduce prin crize de edem al țesuturilor subcutanate, al mucoaselor și al unor viscere.

Crizele afectează fața și membrele. Edemul care apare se prezintă ca o umflătură moale care crește în decurs de

câteva ore, apoi dispare spontan în răstimp de 24 până la 48 ore.

Atunci când edemul afectează mucoasa laringelui sau bronhiile, el poate provoca un rău respirator și o asfixie.

Administrarea de produse antifibrinolitice (care servesc la evitarea obturării vaselor) și prescrierea de hormoni androgeni (inclusiv la bărbați) constituie principiile de bază ale tratamentului. Acesta, eficace, este prescris fie de o manieră permanentă, fie în momentul crizelor.

EDEM CEREBRAL. Creștere în volum a creierului, consecutivă unei creșteri a conținutului de apă al țesuturilor sale.

Edemul cerebral însoțește diferitele boli ale encefalului: tumoră, traumatism, infecție, inflamație, accident vascular cerebral.

Craniul fiind rigid, edemul cerebral antrenează o hipertensiune intracraniană, care se traduce prin semne ca paralizii, vome, dureri de cap, comă, și poate fi mortal.

Tratamentul necesită o spitalizare de urgență și asociază antiedematoase cerebrale (macromolecule, corticosteroizi) la tratamentul cauzei. Antiedematoasele nu sunt eficace decât în cazul unui edem vasogenic.

EDEM OCULAR. Infiltrare de lichid seros în țesuturile ochiului.

Edemul palpebral. Această infiltrare de lichid sub pleoapă este consecutivă unui traumatism sau unei inflamații (ulcior, de exemplu). Un edem palpebral se manifestă printr-o umflătură bine vizibilă la una sau ambele pleoape, uneori însoțită de o înroșire, de o senzație de căldură sau de o durere. Tratamentul face apel la antiinflamatoarele locale sau generale.

EDEM PULMONAR. Invadare a alveolelor de către plasma sangvină care a traversat peretele capilarelor (vase mici).

Un edem pulmonar este cel mai frecvent de origine hemodinamică, legat de o creștere a presiunilor în circulația pulmonară. Aceasta poate fi datorată unei proaste funcționări a inimii, unui puseu de hipertensiune arterială sistemică sau unei hipervolemii (creșterea volumului sangvin). Mult mai rar, edemul pulmonar poate fi consecința unei alterări a permeabilității capilarelor pulmonare de către agenții infecțioși (virusul gripei, unele bacterii) sau toxici.

SIMPTOME ȘI SEMNE. În edemul pulmonar acut, apar brusc la bolnav o gâfâială intensă, ceea ce-l obligă să stea așezat sau în picioare (ortopnee), precum și o tuse, însoțită uneori de expectorații spumoase rozalii caracteristice. Apariția mai mult sau mai puțin rapidă a semnelor (edem subacut) depinde de modul de evoluție al insuficienței ventriculare stângi.

Auscultarea inimii indică o tahicardie (accelerarea ritmului cardiac), cea a plămânilor raluri uscate, zise crepitante, cu predominență la baza plămânilor. Alte semne de insuficiență cardiacă periferică (creșterea mărimii ficatului, turgescența venelor jugulare) sunt mai rare, edemul pulmonar manifestându-se mai ales atunci când insuficiența ventriculară stângă nu este însoțită încă de complicația unei insuficiențe ventriculare drepte.

TRATAMENT. Diureticele pe cale intravenoasă și/sau vasodilatatoarele, în particular cele venoase, tratează simptomele și antrenează o diminuare rapidă a presiunii în circulația pulmonară. Ameliorarea oxigenării se face prin inhalarea de oxigen cu ajutorul unei sonde sau al unei măști, iar corectarea căderii debitului cardiac se tratează prin medicamente cardiotonice.

Tratamentul de fond este cel al bolii în cauză.

EDULCORANT. Substanță de origine naturală sau de sinteză care dă un gust dulce.

Edulcoranții sunt utilizați ca aditivi alimentari, ca excipienți pentru a facilita administrarea medicamentelor, ca înlocuitori ai zahărului în tratamentul diferitelor dereglări nutriționale (diabet, obezitate etc.).

EEG. → ELECTROENCEFALOGRAFIE.

EFECT NEDORIT. Simptom, afecțiune sau anomalie biologică survenind accidental după luarea unui medicament utilizat în scopuri profilactice, diagnostice sau terapeutice, în doze cunoscute ca fiind normale.

EFELIDĂ. Mică pată cutanată pigmentată.

Efelidele, numite în mod obișnuit „pistrui", sunt frecvente la subiecții cu pielea albă, blonzi sau roșcați; ele se accentuează după expunerea la soare. Sunt mici pete cafenii, galbene sau brune, simetrice, afectând mai ales fața și toracele. În scopuri pur estetice, se pot propune pentru atenuarea lor aplicații foarte superficiale de azot lichid sau utilizarea laserului cu gaz carbonic (CO_2). Prevenirea cu ajutorul unei creme sau a unui lapte protector (ecran total) înaintea expunerii la soare rămâne cea mai eficace metodă.

EFUZIUNE. Prezență de lichid sau de gaz într-o cavitate naturală (peritoneu, pleură, pericard, articulație, bursă) care, în mod normal, nu conține acest lichid sau gaz.

EHLERS-DANLOS (sindrom al lui). Afecțiune ereditară caracterizată prin modificări ale țesutului colagen al pielii și vaselor sangvine.

EISENMENGER (sindrom al lui). Cardiopatie cu cianoză (zisă „boala albastră"), care asociază o malformație congenitală (comunicarea între cavitățile cardiace drepte și stângi sau între aortă și artera pulmonară) și o boală a arteriolelor pulmonare legată cel mai frecvent de această malformație.

Această boală, rar detectată la copil din cauza evoluției sale progresive, nu este excepțională la adult.

SIMPTOME ŞI SEMNE. Simptomul lui Eisenmenger provoacă o mare creştere a presiunilor arteriale pulmonare. Aceasta antrenează trecerea sângelui în cavităţile cardiace drepte şi în artera pulmonară, în cavităţile cardiace stângi sau în aortă pe calea comunicaţiei anormale, fie că e vorba de o comunicaţie între cele două auricule sau de o comunicaţie între cele două ventricule, de persistenţa canalului arterial sau de existenţa unei ferestre între aortă şi artera pulmonară. Această circulaţie anormală a sângelui creează o cianoză a unghiilor şi buzelor. În caz de proastă tolerare apar semnele unei insuficienţe cardiace. Totuşi, această boală este compatibilă cu o viaţă îndelungată.

DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT. Ecocardiografia pune în evidenţă prezenţa unei comunicaţii anormale între diferitele structuri anatomice.

Când această afecţiune este prost tolerată, tratamentul său este chirurgical şi constă din grefă cord-pulmon sau din grefă pulmonară doar, în acest ultim caz, asociată unei corectări a comunicaţiei existente.

EJACULARE. La bărbat, emisie de spermă prin uretră în momentul orgasmului.

Ejacularea este un reflex provocat prin stimulările ritmate ale penisului în timpul raporturilor sexuale sau al masturbării. În momentul ejaculării, sperma este evacuată în uretra prostatică, apoi proiectată în exterior datorită contracţiilor muşchilor perineului. În timpul acestei proiectări, colul vezical situat la ieşirea din vezică este închis, împiedicând atât ca ejaculatul să sufere un reflux către vezică, cât şi ca urina să se amestece cu sperma.

PATOLOGIE

■ *Anejacularea* se caracterizează prin absenţa spermei în timpul ejacularii. Ea survine cel mai des ca urmare a tratamentului unor cancere.

■ *Ejacularea dureroasă* este însoţită de dureri uretrale, perineale sau anale. Ea este, în principal, consecinţa unei infecţii a prostatei.

■ *Ejacularea precoce sau ejacularea prematura* se produce chiar la începutul penetrării, ori chiar şi înaintea acesteia. Ea este cel mai frecvent provocată de o stare de anxietate sau de teama de a nu putea obţine un raport sexual satisfăcător. Prescrierea de anxiolitice asociată cu o psihoterapie poate remedia aceasta.

■ *Ejacularea retrogradă sau ejacularea „uscată"* se produce atunci când sperma, în loc să fie proiectată în exterior, refulează către vezică. Ejacularea retrogradă survine atunci când colul vezicii rămâne deschis în permanenţă, ca de exemplu după ablaţia chirurgicală sau endoscopică a unui adenom de prostată. Ea antrenează o sterilitate.

■ *Ejacularea sângerândă sau hemospermia*, caracterizată prin prezenţa sângelui proaspăt (roşu) sau vechi (brun) în spermă, este în majoritatea cazurilor benignă. Ea poate totuşi să fie cauzată de o infecţie sau de o tumoră a prostatei, care necesită atunci să fie tratată.

ELECTROCARDIOGRAFIE. Examen destinat înregistrării activităţii electrice a muşchiului cardiac.

INDICAŢII. Electrocardiografia (ECG) completează în mod util examenul clinic al inimii. Ea permite detectarea unei tulburări a ritmului sau a conducţiei cardiace, o hipertrofie auriculară sau ventriculară, o pericardită, o ischemie miocardică, în particular un infarct al miocardului.

TEHNICĂ. Electrocardiograful este un aparat înregistrator legat la electrozi de detecţie, dintre care 4 sunt aplicaţi pe încheieturile mâinilor şi la gleznele şi alţi 6 în anumite puncte de pe suprafaţa toracelui. Diferite grupări ale acestor electrozi, corespunzând diferitelor circuite de înregistrare, sunt legate de un stilet care dă un traseu corespunzând unei derivaţii (reflectare localizată a activităţii electrice a cordului). Astfel sunt înregistrate douăsprezece derivaţii.

Electrografia este un examen neinvaziv lipsit de orice inconvenient.

ELECTROCARDIOGRAMĂ. Traseu al electrocardiografiei.

ELECTROCHIRURGIE. Metodă de tratament chirurgical prin utilizarea locală a unui curent electric.

Electrochirurgia utilizează căldura produsă prin trecerea unui curent electric printr-un instrument operator cu scopul de a carboniza ţesuturile patologice. După tipul de instrument folosit, se deosebesc două tipuri de metode.

■ *Electrocoagularea sau termocoagularea*, efectuată cu un ac parcurs de un curent electric sau cu un electrod terminat printr-o mică bulă, permite distrugerea mai întinsă a ţesuturilor, care sunt coagulate. Această tehnică este utilizată mai ales pentru distrugerea tumorilor mici. Inconvenientul îl constituie faptul că atunci nu mai este posibilă examinarea tumorii la microscop.

■ *Electrodisecţia*, făcută cu un bisturiu electric, serveşte la secţionarea ţesuturilor într-o manieră comparabilă cu cea obţinută cu un bisturiu clasic. Este o tehnică de disecţie rapidă şi puţin hemoragică.

Electrochirurgia este utilizată mai ales în dermatologie şi în gastroenterologie.

ELECTROCOAGULARE. Tehnică de electrochirurgie care utilizează căldura degajată de un curent electric pentru a obţine o coagulare locală.

ELECTROCOHLEOGRAFIE. Înregistrare a activităţii electrice a urechii interne.

Electrocohleografia este întrebuinţată, în principal, pentru evaluarea stării auditive a copiilor mici. De fapt, spre deosebire de alte examene de bază ale auzului, în care subiectul trebuie să spună dacă aude un sunet sau nu, electrocardiografia nu necesită cooperarea pacientului. Tehnica constă în introducerea unui electrod sub forma unui ac foarte fin prin timpan, apoi în împingerea sa către

milimetri, nu mai departe de cohlee (organul auzului care face parte din urechea internă).

ELECTROCUTARE. Totalitate a leziunilor consecutive trecerii unui curent electric prin corp, precum și degajării concomintente de căldură.

Nu toți curenții electrici prezintă aceleași riscuri. Cel mai nociv este curentul casnic alternativ cu frecvența de 50Hz. Țesuturile interne ale corpului, umede și sărate, se dovedesc a fi bune conducătoare de electricitate, bariera principală la trecerea curentului venind din partea pielii. Pielea uscată este un bun izolator și prezintă o rezistență mare (mai multe zeci de mii de ohmi), spre deosebire de pielea umedă (doar câteva sute de ohmi).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Orice descărcare electrică poate antrena o siderare (oprire subită a funcționării) centrilor nervoși, o fibrilație ventriculară (contracții cardiace rapide, anarhice și ineficace), o contracție musculară putând împiedica victima să se elibereze de legătura cu sursa de curent, o contractură a mușchilor respiratori și o pierdere a stării de conștiență. Nu este necesar mai mult de o descărcare de vreo zece amperi pentru ca acest curent, străbătând inima, să producă o aritmie (perturbație a ritmului cardiac). Un curent de intensitate mare produs de tensiuni înalte poate carboniza țesuturile în locurile în care rezistența este cea mai mare, în general la punctele de intrare și de ieșire a curentului.

TRATAMENT. Reanimarea trebuie să fie întreprinsă cât mai rapid posibil (în primele cinci minute), pe loc, după ce s-a întrerupt curentul. Ea constă într-o ventilație artificială (gură-la-gură), asociată cu masaj cardiac în caz de stop cardiorespirator. Reanimarea trebuie să fie urmată timp de două sau mai multe ore. În cursul transportării victimei către un centru spitalicesc, nici respirația gură-la-gură, nici masajul cardiac nu trebuie să fie întrerupte. O fibrilație ventriculară necesită o cardioversiune (restabilirea unui ritm cardiac normal prin șoc electric) de urgență.

PREVENIRE. Pentru a evita orice risc de electrocutare în casă, trebuie interzisă instalarea prizelor electrice în apropierea unei alimentări cu apă și, înainte de a întreprinde repararea unei instalații electrice, trebuie verificat dacă este întrerupt curentul electric, trebuie purtată încălțăminte cu talpă de cauciuc (care este un rău conducător electric) și trebuie lucrat într-un mediu uscat.

ELECTROENCEFALOGRAFIE. Examen care permite înregistrarea activității electrice spontane a neuronilor cortexului cerebral.

Traseul obținut este numit electroencefalogramă.

INDICAȚII. Electroencefalografia (EEG) are drept indicație principală epilepsia: ea permite diagnosticarea acestei boli, precum și supravegherea tratamentului și evoluției ei. Ea servește, de asemenea, la stabilirea diagnosticului encefalitei, meningoencefalitei și la determinarea originii metabolice sau toxice a unui sindrom confuzional (dezorientare în timp și în spațiu, tulburări de înțelegere și de memorie, agitație).

Primul ajutor în caz de electrocutare

Corpul omenesc este foarte bun conducător: după ce s-a întrerupt curentul, victima trebuie îndepărtată de sursa electrică; atunci când aceasta este imposibil, trebuie dată deoparte cu ajutorul unui lemn și având grijă să punem sub propriile picioare un obiect uscat.

Atunci când victima este în stare de sincopă respiratorie, trebuie să se practice respirația artificială (gură-la-gură); dacă victima respiră, ea trebuie pusă în poziția laterală de siguranță.

Apoi trebuie acordat primul ajutor în caz de arsură și protejată plaga (aplicarea unui pansament curat) în așteptarea ajutorului.

TEHNICĂ. Pe toată suprafața pielii capului sunt dispuși 10–20 electrozi, mici plăci metalice legate prin fire de aparatul de înregistrat. Acesta măsoară potențialul electric detectat de fiecare electrod și compară electrozii doi câte doi, fiecare comparație traducându-se printr-un traseu numit derivație. Reactivitatea electroencefalografică este evaluată cu ajutorul unor probe simple: deschiderea ochilor, hiperpnee (respirație amplă și lentă), stimulare luminoasă intermitentă obținută cu descărcări luminoase scurte și intense a căror frecvență este crescută treptat.

DESFĂȘURARE ȘI EFECTE SECUNDARE. Examenul nu necesită spitalizare. El durează aproximativ 20 minute, nu antrenează nici durere, nici efecte secundare.

ELECTROFOREZĂ. Tehnică de laborator care permite separarea diferiților constituenți ai unui amestec chimic în vederea identificării și studierii fiecăruia dintre ei.

ELECTROMIOGRAFIE. Examen constând în înregistrarea activității electrice a unui mușchi sau a unui nerv.

INDICAȚII. Electromiografia (EMG) este un examen foarte util în patologia neuromusculară, mai ales în caz de paralizie. Astfel, ea contribuie la diferențierea unei tulburări anorganice (psihologică); unei atingeri a sistemului nervos central (encefal și măduva spinării), unui sindrom neurogen periferic (atingerea nervilor sau a originii lor aflate în măduvă), unei atingeri musculare și unei tulburări a conducției neuromusculare (transmitere a influxului nervos la mușchi).

TEHNICĂ ȘI DESFĂȘURARE. Se deosebesc două tipuri de examene.

■ *Examenul detectării activității musculare* constă în înregistrarea activității electrice spontane a unui mușchi, mai întâi în repaus, apoi în cursul unei mișcări voluntare, cu ajutorul unui electrod, cel mai des în formă de ac, înfundat în mușchi prin piele și legat la un aparat care furnizează pe un ecran și pe hârtie un grafic, succesiunea unor unde

sub formă de limbă, fiecare reprezentând contracția unei unități motorii (grupă de celule musculare comandate de una și aceeași celulă nervoasă).

■ *Examenul de stimulare și de detectare a activității musculare* se bazează pe aceleași principii dar procedează în mod diferit, stimulând un nerv printr-un curent electric de scurtă durată, nedureros. Nervul declanșează atunci propriile reacții electrice care se propagă în toată lungimea sa înainte de a fi transmise mușchiului corespunzător, de unde ele sunt culese. Se poate astfel, pe de o parte să se calculeze viteza de conducție prin nerv și, pe de altă parte, să se studieze conducția neuromusculară.

Examenul se desfășoară într-un cabinet medical sau în regim de consultație spitalicească, fără o pregătire deosebită, și durează între 20 și 30 minute.

ELECTRONISTAGMOGRAFIE. Examen destinat înregistrării nistagmusului ocular (secuse ritmice patologice ale unuia sau ambilor globi oculari), care se întâlnesc în leziunile neurologice ale trunchiului cerebral sau în atingerile urechii interne.

Electronistagmografia servește la diagnosticarea anumitor tulburări de echilibru sau a vertijelor.

După ce 3 electrozi au fost plasați în jurul fiecărui ochi, modificările electrice antrenate prin mișcările globului ocular sunt înregistrate și reprezentate pe un grafic. Examenul durează aproximativ o oră și cuprinde mai multe faze, în timpul cărora ochii sunt fixați sau mobili, pacientul fiind succesiv în plină lumină și în întuneric, imobil și așezat pe un scaun care se balansează. O electronistagmografie poate cauza ușoare senzații de amețeală.

ELECTROOCULOGRAFIE. Examen al ochiului, destinat să înregistreze potențialul de repaus (activitatea electrică de bază, în absența stimulării) al acestui organ în timpul mișcărilor oculare.

Electrooculografia permite confirmarea diagnosticului numeroaselor afecțiuni retiniene (mai precis, ale epiteliului pigmentar), constituționale (chist, degenerescență tapetoretiniană) sau dobândite (epitelită retiniană sau atingere toxică provocată de unele antipaludice de sinteză).

TEHNICĂ ȘI EFECTE SECUNDARE. Se dispun mai întâi 4 electrozi pe piele, de fiecare parte a ochilor. Într-o cameră în care intensitatea luminoasă variază, pacientul trebuie apoi să efectueze mișcări de „du-te vino" ale ochilor între două puncte de lumină roșie. Activitățile electrice captate sunt amplificate de un ordinator, care le înregistrează și le traduce pe un grafic numit electrooculogramă.

Electrooculografia este un examen absolut deloc dureros, care nu este însoțit de vreun efect secundar.

ELECTRORETINOGRAFIE. Examen al ochiului destinat înregistrării activității electrice a retinei după o stimulare luminoasă.

Principalele indicații ale unei electroretinografii le constituie bolile ereditare ale retinei (degenerescența tapetoretiniană), atingerile retiniene toxice sau traumatice, consecutive administrării de antipaludice de sinteză sau prezenței unui corp străin metalic în ochi, și, mai general, au ca scop verificarea bunei funcționări a retinei.

TEHNICĂ. Electroretinografia permite să se distingă, cu ajutorul luminilor de intensități și de culori diferite, activitatea conurilor, sensibile la intensitățile mari și la culoarea roșie (sistemul fotopic), de cea a bastonașelor, sensibile la intensitățile slabe și la albastru (sistemul scotopic). Se obține un traseu, electroretinograma (ERG). Informațiile electrice sunt colectate prin intermediul electrozilor plasați pe cornee și, la marginea orbitei, sub piele. Lentile de contact din material plastic împiedică pleoapele să se închidă în timpul examenului. La copil, poate fi necesară o anestezie generală.

EFECTE SECUNDARE. Pacienții care poartă lentile de contact nu trebuie să și le pună cu 24 ore înainte și la 24 ore după examen. După acesta, pacientul rămâne adesea orbit timp de câteva ore. Electrozii plasați pe cornee pot antrena o ușoară iritare a ochiului, tratabilă cu un colir.

ELECTROȘOC. Metodă terapeutică vizând reducerea anumitor tulburări psihiatrice prin efectul descărcărilor electrice. SINONIM: *sismoterapie*.

Electroșocul constă în trecerea unei descărcări electrice prin creier, în maniera de a provoca o criză convulsivă. Adesea contestată fiind considerată brutală, metoda electroșocurilor rămâne de o eficacitate remarcabilă în tratamentul depresiunilor grave, în particular a melancoliei, a stărilor schizofrenice și a confuziilor mintale persistente.

Electroșocul se practică aproape întotdeauna sub anestezie generală cu o supraveghere medicală riguroasă. Cura, efectuată în mediu spitalicesc, comportă în medie 12 ședințe, în număr de 2–3 pe săptămână. Efectele sale nedorite (luxație, ruptură musculară) sunt benigne și puțin numeroase.

ELECTROTERAPIE. Tratament care utilizează energia electrică.

DIFERITE TIPURI DE TEHNICĂ

■ *Ionizarea* are o afecțiune locală destinată tratării durerilor de cap, nevralgiilor, durerilor tendinoase sau articulare, contracturilor; ea permite, de asemenea, reeducarea anumitor paralizii.

■ *Excitoneuromotoarele*, a căror acțiune are loc asupra fibrelor nervoase sau musculare, au aceleași indicații ca și ionizarea.

■ *Vibrațiile mecanice* sunt indicate pentru tratarea durerilor articulare vertebrale și ligamentare și pentru reducerea cicatricelor. Ele sunt aplicate cu ajutorul unei sonde în contact cu pielea prin intermediul apei sau al unei pomezi analgezice. Ele exercită un efect de micromasaj rapid și un efect termic.

■ *Undele scurte electromagnetice* sunt utilizate datorită acțiunii lor antiinflamatorii și de ameliorare a circulației, precum și pentru a activa procesul de cicatrizare și de regenerare nervoasă.

DESFĂȘURARE ȘI EFECTE SECUNDARE. Electroterapia se practică în cabinet, la un medic neurolog sau reeducator funcțional, sau chiar la spital, într-un serviciu de reeducare sau într-un centru împotriva durerilor. Ea se desfășoară într-o serie de 5 până la 15 ședințe de 10 până la 30 minute fiecare. Această serie poate fi reînnoită de 3 ori. Electroterapia poate antrena câteva rare arsuri, mai ales în cazul metodelor care utilizează direct curenții electrici (ionizare, curenți excitomotori) și radiațiile luminoase.

ELEFANTIAZIS. Formă extremă de limfedem (acumulare de limfă în țesuturile unei regiuni a corpului). → LIMFEDEM.

ELIPTOCITOZĂ. Boală ereditară a sângelui în care se observă globule roșii de formă ovală.

Se disting trei forme patologice după gravitatea lor:

■ *o formă frustă*, care nu dă loc nici unui simptom, cea mai frecventă;

■ *o formă mai puțin gravă*, antrenând o anemie hemolitică moderată, compensată spontan de către bolnav;

■ *o formă gravă*, cu hemoliză severă (distrugerea globulelor roșii) necesitând transfuzii și, eventual, ablația splinei (organul care distruge globulele roșii prost formate).

ELISA. Tehnică de dozare enzimatică a sângelui permițând detectarea imunoglobulinelor îndreptate împotriva unui agent bacterian sau viral.

Testul ELISA permite determinarea faptului că o persoană este sau nu infectată cu un microorganism dat. Testul este numit seropozitiv în caz de infecție și seronegativ în caz contrar. El servește mai ales la diagnosticarea unei seropozitivități datorate virusului SIDA. Orice pozitivitate a acestui test implică verificarea sa printr-un procedeu mai specific, ca reacția Western-Blot.

ELONGAȚIE. → ÎNTINDERE.

EMBARURĂ. Fractură a cutiei craniene cu înfundarea părții fracturate.

EMBOL. Element de dimensiuni mici migrând în circulația sangvină și responsabil de o embolie.

EMBOLIE. Obstrucție brutală a unui vas, cel mai des o arteră, prin migrarea unui corp străin (numit embol) vehiculat prin circulația sangvină.

EMBOLIE ARTERIALĂ A MEMBRELOR. Obstrucție brutală a unei artere a membrului superior sau inferior.

O embolie arterială a unui membru este consecința formării unui cheag pe peretele auriculului sau ventriculului stâng, ea însăși consecutivă unei patologii a unei valvule (îngustare mitrală sau stenoză mitrală), unui infarct de miocard sau unei tulburări a ritmului cardiac (fibrilație auriculară). Mai rar, ea poate fi consecutivă formării unui cheag pe peretele unui anevrism al aortei.

O embolie arterială de acest tip se manifestă printr-o durere bruscă și intensă a unui membru, cel mai des unul dintre membrele inferioare. Pulsul, luat la încheietura mâinii sau la gleznă, este impalpabil. Pielea este rece, palidă, apoi poate deveni insensibilă. Uneori mușchii sunt paralizați. În funcție de artera obstruată, limita superioară a acestor semne este mai mult sau mai puțin ridicată pe membru, care, uneori, poate fi afectat în întregime.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Trebuie practicată de urgență o ablație chirurgicală a embolului, sub anestezie generală sau locală, după deschiderea peretelui arterei. O altă metodă, realizabilă sub anestezie locală, constă, cu ajutorul unei sonde introduse în artera trecând prin piele, în aducerea embolului până la orificiul de puncționare. În absența tratamentului, embolia poate provoca o gangrenă a membrului afectat. Prevenirea recidivelor face apel la anticoagulante sau antiagregante.

EMBOLIE CEREBRALĂ. Obstruare bruscă a uneia dintre arterele destinate irigării sangvine a encefalului.

O embolie cerebrală este consecutivă unei afecțiuni a inimii sau a unei artere: formarea în inimă a unui cheag ca urmare a unei valvulopatii, a unui infarct de miocard, a unei tulburări de ritm cardiac (fibrilație auriculară) sau a implantării unei proteze valvulare, apoi migrarea către creier a fragmentelor acestui cheag; formarea unui cheag pornind de la îngustarea (stenozarea) unei artere carotide sau a unei plăci de aterom (depunere de colesterol); fragmentarea și migrarea materialului ateromatos format în carotidă etc.

Embolia cerebrală provoacă un accident vascular cerebral de tip ischemic, adică datorat unei diminuări a irigării sangvine a unui teritoriu cerebral. Acest accident se traduce în diferite moduri: paralizie, abolirea sensibilității, tulburări ale vorbirii, chiar și de conștiență.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Dacă există siguranța că este vorba de o embolie cerebrală, poate fi propus un tratament anticoagulant, dar există un risc de hemoragie. Prognosticul, relativ sever, depinde de localizarea și de întinderea teritoriului afectat.

EMBOLIE GAZOASĂ. Migrare a bulelor de gaz în vasele sangvine, care le transportă de cele mai multe ori până la creier.

CAUZE. Embolia gazoasă este o formă destul de rară de embolie; ea poate fi provocată de intrarea accidentală de aer într-un vas în cursul unei intervenții chirurgicale (chirurgie cardiacă, pulmonară, neurochirurgie), în timpul unor intervenții implicând circuitul sangvin (transfuzie masivă sub pompare, circulație extracorporală) sau în decursul unor

acte diagnostice sau terapeutice (angiografie, celioscopie, laparoscopie). Un caz deosebit de embolie gazoasă este cauzat de formarea de bule de gaz în vasele sangvine ca urmare a unei decompresii brutale (accidente de plonjare în apă, boala chesoanelor).

SIMPTOME ŞI SEMNE. Embolia gazoasă dă loc unor tulburări neurologice bruşte — convulsii, comă, deficit motor, tulburări vizuale —, surse ale unor posibile sechele şi ale unor tulburări cardio-vasculare: colaps, stop cardio-circulator, tulburări ale ritmului cardiac sau ale insuficienţei coronariene.

TRATAMENT. Tratamentul, care trebuie pus în aplicare de urgenţă, este bazat pe reanimarea cardiorespiratorie, cu restaurarea unei presiuni arteriale normale şi ventilaţia cu oxigen pur, precum şi pe controlul convulsiilor. Oxigenoterapia hiperbarică (metodă care permite creşterea cantităţii de oxigen furnizată ţesuturilor administrându-l la o presiune mai mare decât presiunea atmosferică), efectuată de cele mai multe ori într-un centru specializat, constituie tratamentul cel mai adecvat al emboliei gazoase.

EMBOLIE GRASĂ. Migrare, într-un vas sangvin, a unor particule grăsoase provenind din măduva osoasă.

O embolie grasă este cauzată de eliberarea de fragmente de măduvă osoasă, bogate în grăsimi, în circulaţia sangvină ca urmare a unei fracturi sau, uneori, a unei intervenţii chirurgicale osoase sau articulare, în mod deosebit dacă aceasta are loc la membrele inferioare sau la bazin. Semnele apar după câteva ore: febră, insuficienţă respiratorie acută, purpură (pete cutanate hemoragice) a toracelui şi a conjunctivei; alte complicaţii hemoragice (renale, cardiovasculare) pot, de asemenea, să survină. Tulburările neuropsihice sunt de expresie variabilă (agitaţie, confuzie, comă). Embolia grasă pare mortală în 15 până la 30% dintre cazuri, fără să se poată determina totuşi cu certitudine dacă embolia în sine sau contextul în care ea se produce (traumatisme grave) constituie cauza morţii. Alte cazuri se vindecă adesea fără sechele în cincisprezece zile.

EMBOLIE PULMONARĂ. Obstrurare brutală a uneia dintre ramurile arterei pulmonare.

Embolia pulmonară este o afecţiune frecventă şi o cauză importantă de mortalitate. Ea este cauzată de formarea unui cheag pe peretele unei vene, aproape întotdeauna într-o venă profundă a unui membru inferior, uneori într-o venă a micului bazin sau chiar a abdomenului (vena cavă inferioară), cheag care, eliberat în circulaţia sangvină, migrează şi se opreşte într-o arteră pulmonară. Acest fapt poate fi consecutiv unei naşteri sau unui avort, unei operaţii (în particular, osoasă sau articulară), unei imobilizări prelungite (zăcut la pat, fractură), unei insuficienţe cardiace, unui cancer, unei poliglobulii (creşterea volumului total al globulelor roşii ale organismului).

SIMPTOME ŞI SEMNE. Consecinţele unei embolii pulmonare pot fi de două tipuri: insuficienţă respiratorie acută şi deficit circulator. Cu apariţie bruscă, embolia se traduce printr-o jenă respiratorie, o durere la baza toracelui, o accelerare a bătăilor inimii, angoasă şi uneori hemoptizie (scuiparea de sânge).

TRATAMENT ŞI PREVENIRE. Tratamentul emboliei pulmonare necesită o spitalizare de urgenţă; aceasta constă atât în tratarea simptomelor şi consecinţelor emboliei îndeosebi prin administrarea de oxigen, cât şi în împiedicarea extinderii cheagurilor existente şi a formării de noi cheaguri cu ajutorul unui anticoagulant, heparină, administrată pe cale venoasă apoi înlocuită prin luarea de antivitamină K pe cale orală timp de 3 până la 6 luni. În formele cele mai grave, tromboliticele ca streptokinaza sau urokinaza permit dizolvarea cheagurilor existente.

Tratamentul preventiv al emboliei pulmonare consecutive unei flebotromboze a unui membru inferior sau al regiunii abdominopelviene constă din mobilizarea precoce, după naştere sau după intervenţie chirurgicală, sau din contenţia membrului în caz de intervenţie ortopedică pe un membru inferior, cu prescrierea de heparină pe cale subcutanată.

EMBOLIZARE. Tehnică constând în injectarea într-o arteră a unui material care permite obstruarea ei completă.

Embolizarea este utilizată pentru închiderea unei artere a cărei funcţionare este patologică: dacă artera alimentează un cancer localizat, embolizarea provoacă distrugerea prin necroză a celulelor care depind de această arteră; dacă artera este sediul unui anevrism arteriovenos (comunicare anormală între o arteră şi o venă, putând fi responsabilă de o insuficienţă cardiacă), pentru tratarea acestei malformaţii poate fi suficientă obturarea arterei.

Embolizarea este o intervenţie delicată. Ea necesită o anestezie locală sau generală şi o spitalizare de câteva zile.

EMBRIOGENEZĂ. Ansamblu al transformărilor suferite de către ou fecundat până la dezvoltarea completă a embrionului.

EMBRIOLOGIE. Ştiinţă care studiază dezvoltarea fiinţei vii de la fecundarea oului până la sfârşitul stadiului embrionar (sfârşitul lunii a doua la fiinţa umană), care marchează dobândirea formei definitive.

EMBRION. Fiinţă umană în timpul primelor 8 săptămâni ale dezvoltării sale în interiorul uterului, sau în eprubetă apoi în uter în cazul fecundaţiei *in vitro*.

Totuşi, în practica ginecoobstetricală, există obiceiul de a se face distincţia între perioada embrionară, care se întinde până la sfârşitul celei de a treia luni de sarcină, şi perioada fetală, care urmează acesteia.

EMBRIOPATIE. Afectare a embrionului în timpul primelor 8 săptămâni de sarcină.

Spre deosebire de fetopatii, care afectează un făt începând cu a 9-a săptămână, când deja este bine format,

embrioplatiile survin în perioada de dezvoltare a embrionului (embriogeneză) și, dacă elc nu provoacă un avort spontan, constituie cauza unor grave malformații.

EMBRIOSCOPIE. Examen direct al embrionului în timpul primelor două luni de sarcină.

Embrioscopia se practică la femeile însărcinate care au avut deja un copil afectat de malformații ale membrelor sau de o fantă labiopalatină (buză-de-iepure) pentru a depista acest tip de malformații.

Un tub de fibre optice este introdus în uter, fie pe cale vaginală, fie pe cale abdominală. Adus în contact cu membranele care învelesc embrionul, instrumentul permite să fie văzut embrionul prin transparență, fără a pătrunde în cavitatea ovulară. Examenul, practicat sub anestezie locală, este nedureros și nu durează decât câteva minute. Efectuat în mediu spitalicesc specializat, el necesită, din prudență, un repaus de 24 ore. Riscul de naștere falsă este de ordinul 5 până la 10%.

EMETIC. Medicament destinat provocării vărsăturilor.

EMFIZEM PULMONAR. Afecțiune difuză a plămânilor, caracterizată printr-o distensie a alveolelor cu distrugerea peretelui lor.

CAUZE. Acestea rămân adesea necunoscute, dar vârsta înaintată este un factor favorizant; în formele vârstei de aproximativ 40 ani, zise „juvenile", emfizemul este cauzat de o anomalie a proporțiilor de enzime prezente în plămâni. Emfizemul centrolobular este o complicație a bronșitei cronice, ea însăși consecutivă unui fumat excesiv. Emfizemul profesional este provocat de unele boli pulmonare: tuberculoză, pneumoconioze (silicoza, de exemplu).

SIMPTOME ȘI EVOLUȚIE. Emfizemele pulmonare se traduc printr-o jenă respiratorie. Ele riscă să evolueze către o insuficiență respiratorie cronică cu răsunet asupra funcționării inimii (insuficiență cardiacă).

TRATAMENT. Dacă emfizemul pulmonar este legat de o bronșită cronică sau de o dilatare a bronhiilor, tratamentul ei constă mai întâi în prevenirea agravării afecțiunii: încetarea fumatului, tratamentul precoce al oricărei infecții bronhopulmonare. Restul tratamentului vizează îngrijirea simptomelor: kineziterapie respiratorie, administrare de bronhodilatatoare ca teofilinele și beta-2-simpatomimeticele, inhalații zilnice de oxigen.

EMULSIE. Preparație farmaceutică formată din două faze lichide dintre care una (ulei, rășină), insolubilă în cealaltă, este dispersată în ea sub formă de globule.

ENCEFAL. Parte superioară a sistemului nervos central, constituită din trunchiul cerebral, din cerebel și din creierul mare, asigurând controlul întregului organism.

STRUCTURĂ. Encefalul ocupă cutia craniană și conține trei elemente.

■ *Trunchiul cerebral*, care prelungește măduva spinării, amplasat în coloana vertebrală, cuprinde, începând de jos în sus, bulbul rahidian, protuberanța inelară și pedunculii cerebrali.

■ *Cerebelul* sau *creierul mic* este o masă rotunjită situată în spatele trunchiului cerebral.

■ *Creierul*, situat deasupra trunchiului cerebral, cuprinde diencefalul (talamus, hipotalamus, hipofiză) și cele două emisfere cerebrale, foarte voluminoase, fixate de cele două părți ale diencefalului.

FUNCȚIONARE. Encefalul formează, împreună cu măduva spinării, sistemul nervos central, legat de organe prin nervii sistemului nervos periferic. Substanța albă asigură conexiunile de la un punct la altul al encefalului, precum și între encefal și măduvă. Substanța cenușie asigură recepțarea informațiilor, analizarea lor și elaborarea răspunsurilor (contracțiile musculare, de exemplu). Fiecare parte a encefalului are funcțiuni specifice, a căror complexitate crește odată cu înălțimea localizării sale. Trunchiul cerebral conține centrii de control ai inimii și respirației; creierul mic armonizează mișcările corpului; diencefalul permite trierea generală a informațiilor senzitive (talamus) și comanda superioară a hormonilor și viscerelor (hipotalamus); emisferele sunt responsabile de senzațiile conștiente, de motricitatea voluntară și de funcțiunile superioare (facultățile intelectuale, emoțiile, comportamentele complexe). → CREIER.

ENCEFALINĂ sau **ENKEFALINĂ.** Substanță prezentă în celulele sistemului nervos, cu proprietăți asemănătoare celor ale morfinei.

Studiul substanțelor care activează encefalinele organismului este una dintre căile cercetării terapeutice actuale. De fapt, aceste substanțe ar putea da posibilitatea să se elaboreze medicamente analgezice tot atât de puternice ca morfina, dar cu acțiune mult mai precisă și neavând efectele ei nedorite, în particular cele asupra stării de conștiență și respirației.

ENCEFALITĂ. Afecțiune inflamatorie a encefalului.

CAUZE. Cauzele encefalitelor sunt mai ales infecțioase și cu precădere virale. Virusurile rabiei și herpesului pot provoca o polioencefalită, în timp ce o leucoencefalită poate constitui o complicație a rujeolei, oreionului, gripei, mononucleozei infecțioase. Unele encefalite cu arbovirusuri sunt transmise fie prin țânțari (encefalita japoneză), fie prin căpușe (encefalita de taiga).

SIMPTOME ȘI SEMNE. O encefalită se manifestă printr-o febră asociată cu semne neurologice variate (somnolență, confuzie, delir, tulburări de comportament, cefalee, convulsii). Anumite semne sunt caracteristice, ca un sindrom infecțios clar și semne de localizare temporală în caz de encefalită

herpetică. Redoarea cefei se observă în caz de meningită, paralizii și tulburări senzitive în caz de mielită. Apariția acestor simptome necesită o spitalizare de urgență.

DIAGNOSTIC ȘI EVOLUȚIE. Diagnosticarea se face pe baza electroencefalogramei (înregistrarea activității electrice a creierului), scanografiei cerebrale și examenului lichidului cefalorahidian prelevat prin puncție lombară.

Evoluția permite să se facă distincția între encefalitele acute și cele subacute. Encefalitele acute, cu evoluție rapidă, cuprind două grupuri principale de boli: encefalitele virale primitive (de exemplu, encefalitele herpetice), cele mai grave, și leucoencefalitele perivenoase, sau postinfecțioase (de exemplu, după rujeolă ta copil), care se vindecă de obicei fără sechele. Encefalitele subacute, care durează mai mult, sunt reprezentate mai ales prin boala lui Creutzfeldt-Jacob.

TRATAMENT. Acesta constă, după caz, în reanimare în formele foarte grave, în tratamentul antiviral, care trebuie început imediat în caz de encefalită herpetică, corticosteroizi în caz de leucoencefalită perivenoasă.

ENCEFALOMIELITĂ. Afecțiune inflamatorie a encefalului și măduvei spinării.

Encefalomielitele au o origine adesea inflamatorie, infecțioasă (mai ales virală) sau tumorală. Se observă concomitent semnele de encefalită (somnolență, convulsii etc.), de mielită (paralizii, abolirea sensibilității într-o regiune a corpului) și de meningită (redoarea cefei, dureri de cap și febră). Diagnosticul este confirmat prin puncție lombară sau prin scanografie cerebrală. Tratamentul, după caz, poate face apel la reanimare sau la medicamente antivirale. → ENCEFALITĂ.

ENCEFALOPATIE. Atingere difuză a encefalului legată de o afecțiune generală.

Cauzele encefalopatiilor sunt intoxicațiile, tulburările metabolice (carență în vitamina B1, insuficiență de oxigen) sau alte boli generale (hipertensiune arterială, insuficiență hepatică, alcoolism cronic). Semnele neurologice sunt o încetinire a ideilor, o agitație, o confuzie mintală și, mai rar, convulsii. Examenele complementare și tratamentul variază după boala în cauză. → GAYET-WERNICKE (encefalită a lui).

ENCEFALOPATIE HEPATICĂ. Atingere difuză a encefalului cauzată de o boală gravă a ficatului, acută sau cronică.

Encefalopatia hepatică poate surveni fie în cursul unei hepatite acute, virale sau toxice, pentru care constituie o gravă complicație, fie în cadrul unei ciroze. În acest ultim caz, encefalopatia este favorizată de o hemoragie digestivă, de o infecție bacteriană sau de luarea de medicamente (diuretice sau sedative).

O encefalopatie hepatică necesită o spitalizare de urgență. Tratamentul vizează îngrijirea bolii în cauză și administrarea de lactuloză și/sau de antibiotice cu spectru larg de acțiune.

ENCEFALOPATIE SPONGIFORMĂ. Atingere difuză a encefalului, cauzată de un agent infecțios anume, prionul (proteină capabilă să se replice în absența oricărei informații genetice).

Encefalopatiile spongiforme afectează bovinele (boala vacilor nebune), ovinele și vizonii. La om, ele cuprind două tipuri de boală: boala lui Creutzfeldt-Jacob și kuru. Nu se știe cu certitudine încă dacă omul poate fi contaminat prin consumul de carne infectată. În schimb, transmiterea s-a putut face prin intermediul țesuturilor grefate și al medicamentelor provenind de la animale vii sau moarte (grefa de cornee, injectarea de hormoni de creștere). Encefalopatiile spongiforme se caracterizează printr-o demență gravă, cu evoluție subacută (întinzându-se pe mai multe luni). Confirmarea diagnosticului nu este posibilă decât după moarte și presupune examinarea la microscop a creierului, ale cărui regiuni au aspectul unui burete — de unde și denumirea afecțiunii. Nu există încă tratament pentru aceste boli.

ENCONDROMATOZĂ. Boală genetică traducându-se prin apariția de numeroase condroame (tumori cartilaginoase benigne) pe oasele mâinilor și picioarelor, dar și pe oasele lungi ale membrelor. SINONIME: *boala a lui Hollier, discondroplazie*.

Condroamele trebuie supravegheate radiologic, dat fiind riscul, totuși relativ mic, de degenerescență malignă a acestor tumori.

ENCOPREZIE sau **ENCOPREZIS.** Emisie voluntară și repetată de materii fecale în afara locurilor rezervate acestui scop, la un copil mai mare de 4 ani indemn de orice boală organică.

Calificată ca encoprezie primară dacă e vorba de un copil care n-a deprins curățenia fecală, și secundară dacă ea survine după o perioadă de curățenie, boala afectează în principal băieții. Encoprezia secundară este forma cea mai obișnuită. Ea dovedește, în general, persistența unui comportament foarte infantil și profunde dificultăți afective. Atunci când debutează în jurul vârstei de 6 ani, ea este cauzată, de cele mai multe ori, de unele perturbări provocate de începutul școlarității.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. În toate cazurile, o consultație medicală este lucrul care se impune. Ea va permite eliminarea eventualității unor boli digestive care pot antrena anomalii ale emisiei de scaune. Consultația va permite, de asemenea, să abordeze probleme psihologice susceptibile să influențeze asupra comportamentului unui copil: dificultăți în relațiile cu părinții, depresie, tulburări anxioase.

Spălături, practicate adesea în timpul unei scurte șederi în mediu spitalicesc, sunt recomandate în timpul episoadelor de constipație. De altfel, tranzitul intestinal poate să fie ușurat prin modificări ale regimului alimentar (fibre în mod

deosebit). Se impune, de asemenea, uneori, să se asigure o reeducare a defecării pentru a regulariza ritmul scaunelor. Această reeducare trece îndeosebi printr-o mai bună conștientizare a senzației de necesitate și prin încurajări punând în valoare, în mod sistematic, progresele copilului.

În sfârșit, recurgerea la o psihoterapie individuală sau la o terapie familială se dovedește, în general, indispensabilă pentru încetarea encopreziilor celor mai tenace.

ENDARTERIECTOMIE. Ablație a endarterei, tunica internă a unei artere formată din intima și din partea adiacentă, media, atunci când artera este alterată din pricina aterosclerozei.

INDICAȚII. O endarteriectomie se realizează pe o arteră al cărei calibru este redus de manieră importantă și al cărei perete este neregulat. Ea are drept scop refacerea unui debit bun al arterei bolnave, ca și o vascularizare corectă a teritoriilor irigate de către aceasta.

Endarteriectomia se practică mai ales pe arterele carotide și pe arterele membrelor inferioare.

TEHNICĂ. O endarteriectomie este realizată sub anestezie generală. Intervenția este de lungă durată și delicată, dar riscurile operatorii sunt mici. Ea constă în izolarea, cu cleme (pense), a zonei arteriale lezate de restul circulației, apoi în incizarea vasului, de pe care se îndepărtează, după separare, intima bolnavă, precum și eventualele cheaguri. Incizia este apoi suturată.

ENDEMIE. Persistență a unei boli infecțioase în sânul unei populații sau al unei regiuni.

ENDOCARD. Tunică internă a inimii, tapisând interiorul miocardului și limitând cavitățile cardiace.

ENDOCARDITĂ. Inflamație a endocardului.

O endocardită poate fi de origine infecțioasă sau reumatismală.

Endocardita infecțioasă. Această infecție a endocardului și valvulelor cardiace este cauzată de infecții cu bacterii (streptococi, stafilococi, germeni Gram negativi) sau cu ciuperci (*Candida albicans*), care aparțin uneori florei obișnuite a mucoaselor *organismului*. În două *treimi din* cazuri, endocardita survine la subiecții care suferă de o afectare a valvulelor cardiace (stenoză sau insuficiență aortică, insuficiență mitrală), de o cardiopatie congenitală sau purtători ai unei proteze valvulare; într-un număr de cazuri, ea este consecutivă unui gest cu risc infecțios (tratamente dentare, intervenție chirurgicală).

Endocardita este deosebit de frecventă la toxicomanii care utilizează droguri injectabile pe cale intravenoasă.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Endocardita poate lua două forme clinice, după cum afectează un pacient suferind sau nu de o *atingere* prealabilă a valvulelor cardiace.

■ *Forma acută*, cea mai puțin frecventă, survine pe valvule sănătoase, se manifestă printr-o febră bruscă, ridicată, însoțită de frisoane, de o stare septicemică și adesea de semne de insuficiență cardiacă stângă (edem pulmonar acut).

■ *Forma subacută sau boala lui Osler*, mai frecventă, este o infecție care survine la pacienții suferind de o atingere a valvulelor cardiace de origine reumatismală, congenitală, arteriosclerosă sau degenerativă. Semnele, progresive, asociază o febră persistentă și moderată în jur de 38°C, o oboseală intensă, transpirații, pierdere în greutate, dureri articulare și musculare difuze, modificarea unui suflu la auscultația cardiacă. Palparea pune în evidență o splenomegalie (creștere în volum a splinei). Există, de asemenea, semne cutanate: falsele panariții ale lui Osler (atât la degetele de la mâini, cât și la cele de la picioare), purpură.

EVOLUȚIE. O endocardită este o boală gravă din cauza riscului de complicații cardiace și extracardiace.

TRATAMENT. Tratamentul medical necesită o asociere de antibiotice în doze puternice, active pe germenele izolat prin hemocultură și prescrise pentru 4 până la 5 săptămâni pentru a evita recidivele. Administrarea se face pe cale intravenoasă. Tratamentul chirurgical (înlocuirea valvulei afectate printr-o proteză sau remedierea ei) este indicat dacă se constituie sau se agravează rapid o insuficiență cardiacă sau dacă există o scăpare valvulară importantă, tratamentul medicamentos fiind insuficient în acest caz.

PREVENIRE. Prevenirea endocarditei infecțioase constă dintr-o antibioterapie practicată atunci când un subiect afectat de o cardiopatie (reumatismală, congenitală etc.) este supus unui gest numit „de risc": extracții și devitalizări dentare, adenoidectomie (ablația chirurgicală a vegetațiilor), chirurgia și endoscopia bronșică, urologică, ginecologică, digestivă.

Endocardită reumatismală. Această inflamație a endocardului și a valvulelor cardiace este complicația unei boli specifice: reumatismul articular acut, încă frecvent în unele țări cu asistență medicală redusă.

La originea bolii se află o anghină streptococică; în schimb, atingerea vasculară nu este infecțioasă, ci este cauzată de un conflict imunitar tisular plecând de la infecția streptococică faringeană. Toate valvulele inimii pot fi atinse, provocând o stenoză sau o insuficiență valvulară.

Tratamentul este cel al valvulopatiei, mai întâi medicamentos, apoi, dacă aceasta se agravează, chirurgical prin aplicarea unei proteze valvulare.

ENDOCRINĂ. Se spune despre secrețiile (hormonii) care trec direct în circulația sangvină, precum și despre organele și despre țesuturile care produc aceste secreții.

ENDOCRINOLOGIE. Știință care studiază fiziologia și patologia hormonilor și pe cele ale organelor care îi produc, glandele endocrine, precum și tratamentul acestei patologii.

ENDODONTIE. Disciplină specializată în studiul și tratamentul bolilor pulpei dentare.

ENDOMETRIOZĂ. Afecțiune ginecologică ce se caracterizează prin prezența unor fragmente de mucoasă uterină (endometru) în afara localizării lor normale.

Endometrioza este frecventă mai ales la femeile în vârste de 25 până la 40 ani. Ea este o cauză importantă a sterilității feminine: între 30 și 40% dintre pacientele suferind de endometrioză au probleme de infertilitate. Infertilitatea depinde de locul afectării, localizarea tubară (în trompele uterine) fiind cea mai preocupantă.

CAUZĂ. Cauza bolii este puțin cunoscută: este posibil ca fragmente de mucoasă uterină necliminate în timpul fluxului menstrual să urce în lungimea trompelor lui Fallopio pentru a se fixa pe un organ al cavității pelviene, unde formează un chist. Întocmai ca un endometru normal, fragmentele de mucoasă se supun fluctuațiilor hormonale din timpul ciclului menstrual: ele se dezvoltă sub influența estrogenilor și a progesteronului, apoi sângerează atunci când nivelurile hormonale, scad, provocând declanșarea scurgerilor menstruale.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Umflarea chisturilor provoacă dureri în timpul menstrelor, mai ales către finalul lor. Aceste dureri, care dispar în timpul ciclului, constituie principalul simptom, dar endometrioza mai poate să fie răspunzătoare de hemoragii menstruale abundente și de dureri în cursul raporturilor sexuale.

DIAGNOSTIC. Acesta se stabilește atunci când o femeie în perioada de activitate genitală prezintă semne funcționale concludente, asociate sau nu cu o sterilitate. Diagnosticul este confirmat prin ecografie, care pune în evidență chistul sau chisturile ovariene, și mai ales prin celioscopie, care relevă aderențele și leziunile chistice întunecate implantate în peritoneu.

TRATAMENT. Acesta face apel la ablația chistului sau a chisturilor, sau la distrugerea lor prin electrocoagulare sau laser, sub control endoscopic. În plus, medicamente care suprimă menstruația (progestative, danazol, substanțe analoage gonadoliberinei, un hormon al hipotalamusului) pot fi administrate timp de câteva luni. La sfârșitul tratamentului, poate fi avută în vedere o naștere. După menopauză, leziunile se atrofiază spontan deoarece secreția hormonală încetează. Totuși, dacă durerile persistă, o histerectomie (ablația uterului) poate fi practicată.

ENDOMETRITĂ. Inflamație a endometrului (mucoasa uterină) provocată de către o infecție.

O endometrită, care poate fi acută sau cronică, este cauzată de diferiți germeni, adesea cei care se află la originea bolilor cu transmisie sexuală, chlamydii, micoplasme. Ea poate să urmeze unei nașteri sau unui avort (retența resturilor placentare) sau chiar să rezulte din prezența unui sterilet.

O endometrită acută se traduce prin dureri pelviene, prin pierderi vaginale, prin metroragii (sângerări care survin în afara scurgerilor menstruale) și, uneori, prin febră. O endometrită cronică este descoperită cu ocazia cercetării unei sterilități, a tulburărilor menstruale sau a infecțiilor pelviene.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se bazează pe examenul clinic și pe identificarea germenului prin prelevare locală și cultivare. După caz, un chiuretaj destinat eliminării rămășițelor a căror prezență întreține infecția, îndepărtarea sterletului răspunzător și, eventual, administrarea de antibiotice asigură vindecarea.

ENDOMETRU. Mucoasă care căptușește fața internă a uterului.

Endometrul suferă modificări pe toată durata vieții femeii. În cursul ciclului menstrual, sub influența secreției hormonale, el se îngroașă pentru a pregăti o eventuală nidație a oului și pentru a-i asigura nutriția. În absența fecundației, stratul superficial al endometrului se dezlipește și este eliminat, formând scurgerile menstruale. După menopauză, endometrul se atrofiază, iar ciclul menstrual este întrerupt.

PATOLOGIE. Endometrul poate fi sediul unei inflamații (endometrică), al polipilor, al unui cancer. → UTERULUI (cancer al).

ENDORFINĂ. Substanță produsă de anumite celule ale sistemului nervos central, având proprietăți analgezice asemănătoare celor ale morfinei.

ENDOSCOP. Tub optic dotat cu un sistem de iluminare și utilizat pentru practicarea unei endoscopii.

Se deosebesc două tipuri de endoscoape.

■ *Endoscopul rigid*, utilizat mai ales pentru explorarea vezicii și a cavității abdominale, este constituit dintr-un tub de 5 până la 8 mm în diametru, dotat cu un ocular.

■ *Endoscopul suplu sau fibroscopul*, de diametru mai mic, este făcut din fibre de carbon sau de sticlă care pot transmite lumina ce provine de la o sursă de lumină „rece". El permite o explorare netraumatizantă a cavităților cu acces dificil precum colonul, stomacul sau bronhiile.

Endoscoapele pot fi echipate cu camere video sau cu accesorii chirurgicale: pensă (pentru a prinde și a scoate un corp străin), pensă pentru biopsie (pentru a preleva un fragment de țesut), foarfece, fir pentru scoaterea polipilor, coșulet (pentru a scoate calculi), ansă diatermică (fir metalic răsucit, în formă de buclă, utilizat pentru rezecția polipilor pediculați).

ENDOSCOPIE. Explorarea vizuală a unei cavități, naturale sau nu, prin intermediul unui tub optic dotat cu un sistem de iluminare numit endoscop.

Numeroase organe pot beneficia de un studiu endoscopic: esofagul, colonul, rectul, traheea, bronhiile, stomacul, căile biliare, căile aeriene superioare, uretra, vezica, ureterele, cavitatea peritoneală, uterul, articulațiile mari etc.

Endoscopia, termen generic, acoperă diferite explorări, fiecare dintre ele având o destinație precisă: bronhoscopia (explorarea bronhiilor), coloscopia (explorarea colonului), laparoscopia (explorarea cavității abdominale), artroscopia (explorarea unei articulații) etc. O endoscopie este practicată de obicei sub anestezie locală, uneori sub anestezie generală. Ea poate fi realizată în scopuri de diagnostic sau operatorii.

■ *Endoscopia diagnostică* permite să te apropii de organul bolnav, să îl examinezi, să-i faci biopsia.

■ *Endoscopia operatorie* permite să se efectuaze intervenții complexe, fără deschiderea pereților, pentru tratarea anumitor boli care, altădată, necesitau o cale chirurgicală clasică: ablația tumorilor de vezică, a unei hipertrofieri prostatice, a polipilor din stomac, tratamentul sterilității feminine etc.

ENTERITĂ. Inflamație a mucoasei intestinale a intestinului subțire, de la pilor până la valvula ileocecală.

CAUZE. Acestea sunt multiple: inflamatorii (boala lui Crohn), infecțioase — în particular bacteriene, tuberculoze, virale, parazitare —, tumorale (limfom), vasculare (aterom) și radice (postradioterapie).

SIMPTOME ȘI TRATAMENT. Simptomele cuprind crampe care survin după mese, diaree și, mai puțin frecvent, hemoragii digestive adesea cu febră, precum și o denutriție consecutivă malabsorbției nutrimentelor. Examenul clinic permite să fie decelate semnele (meteorism abdominal localizat, anză intestinală dilatată, masă tumorală) care orientează diagnostic către o boală a intestinului subțire. Boala poate, de asemenea, să se declanșeze în mod brusc printr-o ocluzie intestinală provocată de un obstacol mecanic sau de o obstrucție funcțională a intestinului.

Tratamentul depinde de cauză și poate fi medical (administrarea de antiinflamatorii și de antibiotice) sau chirurgical.

ENTEROBACTERII. Familie de bacili (bacterii în formă de bastonaș) Gram negativi.

Familia enterobacteriilor regrupează vreo douăzeci de genuri diferite având în comun câteva caracteristici biochimice, precum și habitatul lor: tubul digestiv al omului sau cel al animalelor.

ENTEROCOC. Gen bacterian aparținând familiei streptococilor, coci. Gram pozitivi grupați în lanțuri.

ENTEROCOLITĂ. Inflamație simultană a mucoaselor intestinului subțire și a colonului.

Enterocolita infecțioasă. Este o inflamație a mucoaselor intestinului subțire și a colonului care poate fi cauzată de o bacterie, de un virus sau de un parazit. Contaminarea se face prin ingestia alimentelor infectate sau prin transmisie între indivizi. Simptomele ei sunt o diaree apoasă sau sanguinolentă, crampe abdominale, vărsături, asociate sau nu cu febră.

■ *Enterocolita bacteriană* poate fi cauzată de o bacterie vie care distruge mucoasa (shigelloze, salmonelloze, yersinioze cu *Campylobacter jejuni*) sau de o bacterie care produce o toxină responsabilă de o hipersecreție hidroelectrolitică (holeră, intoxicații alimentare). Tratamentul constă, în principal, în rehidratare și în administrarea de antibiotice în caz de afectare severă sau prelungită.

■ *Enterocolita cauzată de o tuberculoză intestinală, sau tuberculoza digestivă*, este încă și azi o cauză relativ frecventă a enterocolitei infecțioase; ea privește mai frecvent pacienții imunodeprimați (SIDA). Tratamentul este cel al diareei (rehidratare, antibiotice) și al tuberculozei.

■ *Enterocolita virală*, cauzată, în particular, de retrovirusuri, afectează, în principal, copiii și evoluează de la sine către vindecare. Citomegalovirusul, care afectează subiecții imunodeprimați și bolnavii de SIDA, poate provoca o atingere uneori gravă a colonului și a rectului, cu leziuni de tip ischemic (întreruperea circulației sangvine).

■ *Enterocolita parazitară* poate fi de origine variată. Parazitozele cele mai frecvente sunt amibiaza (afectarea duodenojejunală); evoluția este favorabilă sub tratament antiparazitar. Bolnavii de SIDA sau persoanele imunodeprimate pot fi subiecții unor infestări intestinale grave (criptosporidioză sau anguililloză).

Enterocolita inflamatorie. Este o inflamație de origine neinfecțioasă a mucoaselor intestinului subțire și a colonului. Boala lui Crohn reprezintă forma principală a acestui tip de enterocolită. În acestă boală cronică a cărei origine este încă necunoscută, orice segment al tubului digestiv poate fi afectat și, îndeosebi, ileonul și colonul.

ENTEROPATIE. Afecțiune a intestinului subțire.

Termenul de enteropatie grupează boli multiple de origine inflamatorie, infecțioasă, tumorală, vasculară etc. De obicei, ea desemnează, în principal, trei afecțiuni: enteropatia la gluten, enteropatia exudativă și enteropatia asociată deficitului de imunoglobuline.

■ *Enteropatia la gluten sau boala celiacă* este provocată de intoleranța la gluten.

■ *Enteropatia exudativă* este consecința pierderii exagerate, în tubul digestiv, a substanțelor (îndeosebi proteinele) prezente în mod normal în sânge, limfă și lichidul intestinal.

■ *Enteropatia asociată cu deficitele în imunoglobuline* (îndeosebi deficitul în IgA și în gamaglobuline) se traduce cel mai frecvent printr-o diaree consecutivă unei malabsorbții, cu sau fără atrofiere a mucoasei intestinale.

→ BOALĂ CELIACĂ.

ENTEROSTOMIE. Deschidere a unui segment al intestinului subțire sau a colonului la nivelul pielii.

ENTEROTOXINĂ. Toxină a cărei țintă este tubul digestiv, îndeosebi jejunul sau colonul, antrenând diaree.

Enterotoxinele sunt eliberate de către anumite bacterii cu transmisie orală (ingestia de apă sau de alimente

contaminate) sau orofecală (fecale aduse la gură prin intermediul mâinilor murdare).

ENTEROVIRUSURI. Totalitate a virusurilor A.R.N. aparținând familiei *Picornaviridae*.

Categoria enterovirusurilor cuprinde, în special, poliovirusurile, virusurile ECHO, virusurile coxackie A și B, enterovirusurile 68-72 și virusul hepatitei A.

ENTORSĂ. Lezare a ligamentelor unei articulații fără deplasarea suprafețelor articulare.

Entorsele sunt provocate de o mișcare bruscă a articulației care o face să depășească amplitudinile sale normale. Se pot distinge entorsele benigne de entorsele grave.

■ *Entorsele benigne*, denumite popular scrânturi, corespund unei întinderi violente a ligamentelor articulare, dar fără o ruptură reală și fără smulgerea acestora. La examinarea clinică, articulația este uneori foarte dureroasă și umflată, dar ea permite mișcări normale. Radiografia este normală. Tratamentul constă în punerea unui bandaj de contenție (strapping) sau a unei atele pentru o durată de 2 până la 3 săptămâni, uneori chiar un gips dacă articulația este foarte dureroasă (gleznă, de exemplu).

■ *Entorsele grave* sunt caracterizate printr-o ruptură sau smulgere ligamentară antrenând mișcări anormal de ample la nivelul articulației. La examenul clinic, articulația se prezintă dureroasă și umflată, dar uneori nu mai mult decât în cazul unei entorse benigne. Deci se impune radiografia pentru a detecta entorse care pot antrena sechele: dureri persistente, înțepenire, instabilitate și fragilitate cronică a regiunii în cauză. O imobilizare timp de mai multe săptămâni poate fi suficientă, dar adesea este necesară o intervenție chirurgicală: ea constă fie în a repara ligamentul smuls, fie în a realiza un transplant ligamentar. În toate cazurile, este necesară o reeducare adecvată până la recuperarea completă.

Practicarea unor sporturi (tenis, fotbal, baschet) expune în mod deosebit articulațiile, mai ales genunchiul și glezna, la producerea unei entorse. În plus, oboseala și supraantrenamentul sunt factori favorizanți. Prevenirea constă în respectarea încălzirii înaintea oricărei activități sportive și în purtarea de bandaje elastice pe articulațiile amenințate.

ENTROPION. Întoarcere a marginii pleoapei spre interiorul globului ocular, afectând cel mai des pleoapa inferioară.

Un entropion este uneori congenital și, în acest caz, el este cauzat de o hipertrofiere a pielii și a mușchiului orbicular subiacent. El este adesea legat de vârstă (entropion senil) și de contractura spasmodică a mușchiului orbicular al pleoapei al cărei plan fibros este relaxat. Căteodată intermitent, el n-apare decât după câteva clipiri.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Entropionul are drept consecință o frecare a genelor de cornee, ceea ce provoacă leziuni superficiale care dau dureri, o sensibilizare a ochiului la lumină, o lăcrimare, un spasm al pleoapei și o înroșire a ochiului. Aceste tulburări agravează, la rândul lor, entropionul.

TRATAMENT. Tratamentul entropionului este doar chirurgical și constă în întinderea din nou a pleoapei. Intervenția necesită o spitalizare scurtă și se practică, al adult, sub anestezie locală.

ENUCLEARE. Ablație a globului ocular prin secționarea nervului optic.

O enucleare poate avea loc la subiecții afectați de o cecitate incurabilă și dureroasă sau la persoanele care au o tumoră ocular malignă. Intervenția are loc cel mai des sub anestezie generală.

Această operație este însoțită de implantarea unei proteze intraorbitare din material sintetic pe care se sutureză mușchii oculomotori pentru a le permite mobilitatea. La câteva săptămâni după intervenție, poate fi pusă o proteză ocular pentru a da aparența că există ochiul adevărat.

ENUREZIE sau **ENUREZIS.** Emisie de urină, involuntară și inconștientă, în general nocturnă, la un copil care a depășit vârsta deprinderii de a fi curat și care nu suferă de vreo leziune organică a căilor urinare.

Enurezia se deosebește de incontinență, în care copilul nu este curat nici ziua, nici noaptea. Enurezia este numită primară atunci când copilul nu este în măsură să-și controleze vezica la vârsta normală a curățeniei, adică între 2 și 4 ani; ea este numită secundară atunci când survine după o perioadă în care curățenia fusese deprinsă.

Tulburarea funcțională a controlului emisiei de urină este frecventă: între 5 și 10% dintre copiii în vârstă de 7 ani și între 0,5 și 1% dintre copiii de 8 ani sunt afectați de această tulburare.

DIFERITE TIPURI DE ENUREZIE

■ *Enurezia nocturnă izolată sau enurezia adevărată* se observă mai ales la băieți și prezintă adesea un caracter familial (părinți, frați și surori). Ea nu survine decât noaptea.

■ *Enurezia prin imaturitate vezicală*, cauzată de persistența unei vezici de tip infantil, foarte contractilă, ea este cea mai răspândită la fete. Ea se caracterizează mai ales prin nevoia frecventă și imperioasă de a urina (mai mult de 6 micțiuni pe zi) sau prin pierderi de urină în timpul râsului, tusei, jocului.

CAUZE. Mecanismul enureziei este încă prost cunoscut. Unii îi atribuie o cauză psihomatică (dificultăți relaționale și afective, climat de tensiune familială, rigoare excesivă a mamei în ceea ce privește dobândirea deprinderii de a fi curat), alții susțin intervenția unui mecanism hormonal (absența reducerii secreției hormonului antiuretic în timpul nopții, conducând la o umplere excesivă a vezicii ceea ce stă la baza pierderii de urină). Aceste explicații rămân doar ipoteze.

TRATAMENT. Tratamentul necesită participarea activă a copilului care va trebui să primească atâtea explicații anatomice și fiziologice cât este posibil să înțeleagă. Trebuie, de asemenea, să i se suprime așternutul sau scutecul, ceea ce menține copilul într-o situație regresivă. Restricția aporturilor de lichide seara nu are un efect terapeutic real. În orice caz, este indispensabil să disculpabilizezi copilul, să nu fie dojenit, nici pedepsit și să nu fie ironizat.

Tratamentul propriu-zis variază în funcție de tipul de enurezie.

■ *Enurezia nocturnă izolată* poate fi suprimată progresiv, după vârsta de 8 ani, cu ajutorul unui aparat numit „pipi-stop" care, plasat sub cearceaf, sună la contactul cu primele picături de urină. El permite stabilizarea unei treziri condiționate, dar trebuie totuși ca responsabilitatea operațiilor să fie dată pe mâna copilului. În fapt, trezirile nocturne impuse de părinți sunt cel mai des epuizante pentru ei și ineficace. Dacă tulburările persistă, recurgerea la un tratament hormonal antidiuretic ușor va avea un efect imediat. În cazurile cele mai severe, poate fi pusă în aplicare o psihoterapie.

■ *Enurezia prin imaturitate vezicală* se tratează, în principal, prin reeducarea micțiunilor copilului, într-un serviciu de urodinamică. Este, de asemenea, posibil să se recurgă la un tratament medicamentos care vizează reducerea contractilității excesive a mușchiului vezicii.

ENZIMĂ. Proteină care accelerează reacțiile chimice ale organismului.

Funcția generală a unei enzime este aceea de a cataliza o reacție chimică, altfel zis de a o accelera fără a-i modifica alte caracteristici și fără ca ea însăși să fie modificată. Enzima se fixează pe o substanță, numită substratul ei, și o transformă. În interiorul celulelor, enzimele sunt astfel responsabile atât în sinteza noilor substanțe care servesc la constuirea celulei (anabolism), cât și la degradarea substanțelor care servesc la producerea de energie (catabolism). Rolul lor este vital, deoarece condițiile fizicochimice (temperatură, pH) care domnesc în corp împiedică majoritatea reacțiilor să se producă cu o viteză suficientă.

ENZIMĂ DE CONVERSIE. Enzimă care participă la reglarea presiunii arteriale. SINONIME: *enzimă de conversie a angiotensinei, kininază II.*

În terapeutică, medicamentele inhibitoare ale enzimei de conversie sunt utilizate pentru tratarea hipertensiunii arteriale.

ENZIMOPATIE. Orice afecțiune cauzată de o dereglare a metabolismului unei enzime.

Enzimopatiile au adesea drept cauză o mutație ereditară a genei care comandă sinteza enzimei. Pentru o enzimă dată care are drept funcție accelerarea uneia dintre reacțiile chimice ale organismului prin transformarea unei substanțe (substratul) în alta (produsul reacției), semnele unei enzimopatii sunt fie o insuficiență a produsului, fie o acumulare anormală de substrat. După enzima în cauză, manifestările sunt foarte variate, uneori foarte grave: astfel, fenilcetonuria se manifestă printr-o atingere severă a sistemului nervos, cu întârziere mintală.

TRATAMENT. Acesta poate fi un regim alimentar de excludere (se suprimă alimentația substratului, care tinde deja să se acumuleze de la sine în organismul bolnavului). El poate fi și simptomatic (atacă nu boala, ci simptomele ei).

EOSINOFILIE. Creșterea numărului de polinucleare cosinofile (un tip de globule albe) din sânge. SINONIM: *hipereosinofilie.*

În general, se vorbește de eosinofilie începând de la nivelul de 500 polinucleare eosinofile pe milimetrul cub de sânge (numărul lor, nu procentajul, este cel care contează). Eosinofilia, diagnosticată cu ocazia unei numărători globulare a sângelui, se observă în circumstanțe patologice variate.

EPENDIM. Membrană care căptușește suprafața canalului central al măduvei spinării, denumit canalul ependimului, și ventriculii cerebrali.

Canalul ependimului permite scurgerea lichidului cefalorahidian. Ependimul în sine poate fi sediul unei tumori, cel mai des benignă: ependimomul.

EPENDIMOM. Tumoră, în general, benignă a sistemului nervos central, dezvoltată pornind de la ependim.

Ependimoamele se observă la orice vârstă, dar sunt mai frecvente la copil și la adolescent. Aceste tumori, de cele mai multe ori benigne, sunt susceptibile să se întindă în sistemul nervos. Tratamentul, neurochirurgical, constă în ablația ependimomului.

EPICANTHUS. Pliu cutanat vertical situat la unghiul intern al ochiului. SINONIM: *pliu epicanthic.*

Epicanthusul este congenital, cel mai des și cel mai marcat la copiii din rasa galbenă comparativ cu copiii din rasa albă. El se întâlnește frecvent în trisomia 21. Dacă maschează o parte a globului ocular, epicanthusul poate simula un strabism (defect al paralelismului axelor oculare). Atunci când este deranjant, epicanthusul trebuie operat.

EPICONDIL. Mică proeminență osoasă situată în vecinătatea unui condil articular (suprafață rotunjită și proeminentă adaptându-se, în general, unei cavități pentru a forma o articulație).

Termenul epicondil desemnează de cele mai multe ori apofiza extremității inferioare a humerusului, situată pe partea externă a cotului care permite inserția numeroșilor mușchi ai antebrațului.

EPICONDILITĂ. Inflamație a tendoanelor care se inseră pe epicondil (apofiza extremității inferioare a humerusului), la partea externă a cotului.

Numeroși mușchi ai antebrațului, îndeosebi cei care comandă extensia și rotația mâinii, se leagă de epicondil. Acești mușchi sunt foarte solicitați în practicarea anumitor sporturi, ca tenisul și golful, dar și prin numeroasele gesturi ale vieții zilnice sau profesionale. O epicondilită, denumită, de asemenea, „tennis elbow" în medicina sportivă, poate surveni după un traumatism violent, dar ea se produce mai des ca urmare a microtraumatismelor frecvente, a unui surmenaj al regiunii cotului sau al repetării intense a anumitor mișcări.

O epicondilită se caracterizează printr-o durere la partea externă a cotului; în cazurile cele mai severe, câteva gesturi precise, ca ținerea unei sticle sau deschiderea unei uși, devin imposibile.

TRATAMENT. Tratamentul constă mai întâi în punerea în repaus a cotului, prin întreruperea eventuală a practicării sportului respectiv timp de cel puțin 15 zile; el cuprinde, de asemenea, și aplicarea frecventă de gheață pe regiunea dureroasă (crioterapie) și prescrierea de antiinflamatoare pe cale orală sau sub formă de pomadă, masajele pot, de asemenea, să contribuie la diminuarea inflamării. Dacă durerea persistă, infiltrațiile locale de corticosteroizi sunt necesare. Reluarea activității sportive va trebui să se facă treptat. În caz de recidivă, trebuie să fie avut în vedere un tratament chirurgical.

PREVENIRE. Pentru a preveni riscurile unei epicondilite atunci când se practică un sport în care brațul este foarte solicitat, este obligatorii să se respecte practicarea încălzirii, să se utilizeze un material studiat (la tenis, de exemplu, să se aibă grijă la folosirea unei rachete cu mânerul adaptat la forța sa și la mâna sa), iar inițierea să se facă sub îndrumarea unui bun antrenor pentru a evita erorile tehnice și gesturile neadecvate.

EPIDEMIE. Dezvoltare și propagare rapidă a unei boli contagioase, de cele mai multe ori de origine infecțioasă, într-o populație.

O epidemie poate rămâne localizată sau se poate extinde pe o regiune mai mare, chiar poate să cuprindă totalitatea globului (pandemie). Ea se poate grefa pe o endemie (boală constant prezentă într-o populație) sau poate surveni pentru prima oară.

EPIDEMIOLOGIE. Disciplină care studiază diferiții factori care intervin în apariția unor boli, frecvența lor, modul lor de distribuție, evoluția lor și aplicarea mijloacelor necesare pentru prevenirea lor.

EPIDERM. Strat superficial al pielii.

Funcția esențială a epidermului este asigurarea unei bariere între organism și mediul exterior. Stratul bazal, cel mai profund, se află pe dermul subiacent epidermului. Straturile următoare (corpii mucoși ai lui Malpighi, apoi stratul granulos) sunt din ce în ce mai bogate în keratină, proteină caracteristică epidermului, până în stratul cornos, superficial, extrem de bogat în keratină. Celulele moarte ale epidermului se elimină prin descuamare.

Keratina de la suprafață se descuamează în lambouri foarte fine pentru a lăsa locul celei care se formează dedesubt. Epidermul, concomitent impermeabil, rezistent și suplu, servește în ansamblu la consolidarea rolului de protecție a pielii, mai ales față de apă și agresiunile fizice și chimice, mulțumită keratinei, și față de agresiunile care amenință imunitatea celulară.

EPIDERMOLIZĂ BULOASĂ. Orice afecțiune cutanată caracterizată printr-o tendință cronică la formarea de bule (băsicuțe).

Epidermolizele buloase pot fi dobândite, manifestându-se atunci la adult, sau ereditare, manifestându-se la nou-născut sau la copil, în acest caz. Ele se manifestă prin apariția de bule conținând un lichid limpede sau uneori cu sânge; localizate în anumite părți sau generalizate pe tot corpul, acestea pot afecta gura. Evoluția lor depinde de la caz la caz, această boală putând când să nu fie caracterizată decât prin câteva bule pe mâini și pe picioare, când să provoace bule diseminate susceptibile să apară chiar de la naștere și să amenințe viața copilului.

În formele dobândite, se impune cercetarea unei boli generale: colită, limfom, disglobulinemie, amiloidoză sau conectivită.

TRATAMENT. Nu există un tratament curativ cu adevărat eficace al epidermolizelor buloase. Totuși, un tratament preventiv (suprimarea sporturilor violente) și simptomatic (dezinfecția bulelor) este necesar. Este recomandat părinților unui copil atins de epidermoliză buloasă ereditară să recurgă la sfatul genetic al unui specialist dacă doresc să mai aibă alți copii.

EPIDERMOTEST. Test pentru depistarea alergiilor cutanate sau respiratorii. SINONIME: *test epicutanat, test epidermic*.

Epidermotestele, denumite în mod obișnuit teste cutanate, sunt practicate în cazul unei eczeme de contact, consecutive venirii în contact a unui alergen (substanță responsabilă de o alergie) cu pielea. Ele constau în aplicarea de substanțe pe piele și în notarea acelora care provoacă o mică eczemă locală; se ajunge astfel la stabilirea alergenelor responsabile de alergie la bolnavul respectiv.

EPIDIDIM. Organ cilindric care se întinde în spatele testiculului, fiind continuarea conurilor aferente, un fel de tuburi mici care ies din testicul, și prelungindu-se prin canalul deferent, sau canalul spermatic, care se deschide în uretră.

PATOLOGIE. Epididimul poate fi sediul a numeroase afecțiuni.

■ *Agenezia epididimară* (dezvoltarea incompletă a epididimului), congenitală, poate antrena o sterilitate atunci când ea implică ambele epididime.

■ *Inflamatia epididimului*, sau epididimita, este aproape întotdeauna asociată unei inflamații a testiculului în cadrul unei orhiepididimite. Atunci când sunt afectate ambele epididime, se poate produce o obstrucție a canalelor epididimare ceea ce antrenează o sterilitate.
■ *Chistul epididimului* se prezintă sub forma unui nodul umplut de lichid. El nu necesită o ablație chirurgicală decât dacă este voluminos sau deranjant și nu are nici o consecință asupra fertilității.

EPIDIDIMECTOMIE. Ablație totală sau parțială a epididimului.

Atunci când a fost îndepărtat doar un singur epididim, cel rămas asigură o funcție de reproducere normală. În schimb, când epididimectomia este bilaterală, ea antrenează o sterilitate.

EPIDIDIMITĂ. Inflamație acută sau cronică a epididimului, cel mai des de origine infecțioasă. → ORHIEPIDIDIMITĂ.

EPIDURITĂ. Inflamație a țesutului epidural, situat în jurul măduvei spinării, între dura-mater și canalul rahidian.

O epiduritĂ este adesea cauzată de un stafilococ auriu, care se localizează în țesutul nervos, cel mai des plecând de la o leziune cutanată. Îngroșarea țesutului antrenează o compresie asupra măduvei spinării, mai mult sau mai puțin întinsă pe lungimea canalului rahidian, provocând o paraplegie sau o cvadriplegie (paralizia membrelor inferioare sau a tuturor celor patru membre). Tratamentul face apel la antibiotice și, eventual, la o intervenție chirurgicală permițând decompresia nervoasă.

EPIFIZĂ. 1. Fiecare dintre cele două extremități ale unui os lung, adesea îngroșată și purtătoare a unei suprafețe articulare. **2.** Mică glandă endocrină situată în susul și în spatele celui de al treilea ventricul al creierului. SINONIM: *glanda pineală*.

Epifiza se calcifică în cursul copilăriei și devine vizibilă pe radiografii după vârsta de 20 ani. Acest proces de calcificare nu-i modifică funcționarea. Ea exercită un rol asupra ciclului de reproducere și conține un mare număr de substanțe biologic active, dintre care prima izolată a fost melatonina. Aceasta inhibă funcția gonadotropă (acțiunea asupra glandelor sexuale) a hipotalamusului (centrul vieții vegetative).

Epifiza poate fi sediul unei tumori foarte rare, pinealomul. → MELATONINĂ.

EPIFIZIOLIZĂ. Deplasare a epifizei superioare a femurului, sau a capului femural, provocată de o anomalie de creștere a cartilagiului de conjugare. SINONIM: *coxa vara a adolescentului*.

Atâta vreme cât durează creșterea femurului, epifiza sa este separată de partea mediană a osului printr-o zonă cartilaginoasă deosebit de fragilă, astfel încît o dereglare care perturbează creșterea poate antrena o deplasare a capului femural în afara lăcașului său. Epifizioliza este o boală rară care apare la copiii de vârste cuprinse între 11 și 14 ani.

Cauzele sale, prost cunoscute, sunt îndeosebi de ordin hormonal. Bolnavul șchiopătează și poate adesea să simtă dureri acute în zona inghinală. Radiografia arată clar alunecarea capului femural în raport cu colul femural. Tratamentul epifiziolizei este de cele mai multe ori chirurgical: el constă în fixarea capului femural la col, în general printr-o mișcare elicoidală. Ea trebuie făcută cât mai rapid posibil, deoarece complicațiile bolii pot fi grave: necroza cartilagiului cu contracturi musculare dureroase, artroză precoce a șoldului etc.

EPIFIZITĂ. Boală a extremităților oaselor, afectând copilul și adolescentul, localizată pe nucleul epifizei anumitor oase.

Surmenajul zonelor articulare în timpul creșterii, pus pe seama, în special, a practicării intensive a unui sport, este o cauză importantă a epifizitei.

Boala se manifestă prin dureri persistente. Ea duce la necroza nucleului osos atins, antrenând sechele uneori mari și deformări ale regiunii articulare lezate.

TRATAMENT. Acesta necesită adesea o imobilizare într-o atelă sau gips pentru a reduce riscul deformării; de asemenea, se poate dovedi necesară o intervenție chirurgicală.

EPIFORĂ. Lăcrimare anormală constând într-o scurgere de lacrimi pe obraji.

O epiforă rezultă din obstruarea canalului lacrimonazal sau dintr-un ectropion al pleoapei inferioare. Lacrimile nu sunt atunci evacuate pe căile lacrimare către fosele nazale și curg pe obraji. Epifora dispare odată cu tratarea cauzei sale.

EPIGASTRALGIE. Durere localizată în epigastru, zona superioară și mediană a abdomenului.

O epigastralgie este, cel mai des, manifestarea unei afecțiuni gastroduodenale (gastrită, ulcer). Durerea este atunci resimțită între mese, regulată, calmată cu luarea de medicamente alcaline (pansamente gastrice) sau cu ingerarea de alimente.

EPIGASTRU. Regiune superioară și mediană a abdomenului, deprimată (doar la obezi nu este cazul) într-o scobitură numită scobitura epigastrică.

EPIGLOTĂ. Mic cartilagiu al regiunii superioare a laringelui.

Epiglota este o lamă de cartilagiu acoperită cu o mucoasă a cărei bază este legată și articulată la restul laringelui. Situată la extremitatea superioară a laringelui, ea face parte din peretele anterior al acestui organ; baza limbii se găsește chiar deasupra și în fața ei.

EPIGLOTITĂ. Inflamație acută a epiglotei.

Epiglotita este cauzată de o bacterie, *Haemophilus influenzae*. Este cea mai gravă dintre laringitele (inflamațiile laringelui) copilului. Simptomele ei apar brusc: febră ridicată, jenă respiratorie importantă, jenă la deglutiție care se traduce printr-o acumulare de salivă. Copilul are tendința de la sine să stea așezat, aplecat în față, cu gura deschisă, manifestând o mare nevoie de aer. Evoluția se desfășoară în câteva ore: agravarea stării respiratorii, cianoză, somnolență. După transportarea de urgență la spital, tratamentul constă dintr-o intubație (introducerea unui tub suplu în trahee trecând prin nas) și printr-o perfuzie cu antibiotice. Prognosticul, rezervat în absența tratamentului, este excelent dacă acesta a fost întreprins cât mai devreme posibil.

→ LARINGITĂ.

EPILEPSIE. Afecțiune caracterizată prin repetarea cronică a descărcărilor (activări bruște) celulelor nervoase ale cortexului cerebral.

Orice persoană poate face o dată în viață o criză de epilepsie, numită și criză comițială. Atunci este vorba de o activare exagerată și trecătoare a unei zone corticale. Nu se vorbește de epilepsie, ori de boala epileptică, decât în cazurile în care crizele se manifestă în decurs de luni sau ani. Epilepsiile fără cauză sunt denumite epilepsii primare idiopatice; altele, provocate mai ales de o tumoră cerebrală sau de o agresiune cerebrală de origine toxică (luarea anumitor antidepresoare, neuroleptice), metabolică (hipoglicemie) sau infecțioasă (encefalită), se numesc secundare.

Epilepsiile generalizate. Aceste activări bruște ale celulelor cortexului cerebral sunt reprezentate, în principal, de forma majoră (*grand mal*) și cea minoră (*petit mal*).

■ *Forma majoră* se caracterizează printr-o pierdere totală a stării de conștiență și prin convulsii durând între cinci și zece minute. După un debut foarte brusc, semnalat printr-un strigăt, apoi printr-o cădere adesea traumatizantă, criza se desfășoară în trei faze: faza tonică, marcată printr-o contracție intensă a întregului corp și adesea prin mușcarea limbii; faza clonică, corespunzând convulsiilor, secusclor bruște și generalizate; faza rezolutivă, caracterizată printr-o respirație zgomotoasă, uneori cu pierderea urinei. Bolnavul nu-și amintește nimic din timpul crizei atunci când aceasta s-a încheiat.

■ *Forma minoră*, cea mai frecventă, numită absență, debutează, în general, la vârste cuprinse între 4 și 6 ani și dispare la pubertate. Tânărul bolnav își pierde brusc starea de conștiență pe durata câtorva secunde, nu se mișcă, nu răspunde la întrebări, iar privirea îi devine fixă. Nu are loc o cădere, iar criza poate trece total neobservată.

■ *Alte epilepsii generalizate* se întâlnesc în encefalopatiile epileptice ale copilului mic, boli în care o epilepsie este asociată cu o întârziere mintală.

Epilepsiile parțiale. Aceste activări brutale ale celulelor unei regiuni a cortexului cerebral se numesc simple dacă nu au loc tulburări de cunoștință: ele cuprind atunci manifestări motorii (convulsii limitate la o regiune, de exemplu brațul), senzitive (furnicături), senzoriale (halucinații). Epilepsiile complexe, traducându-se printr-o alterare a conștienței se manifestă printr-o activitate psihomotorie care poate fi simplă (mișcări de mastigație, bătaie din picior) sau mai complexă (fugă), și de care subiectul nu-și dă seama; de asemenea, se pot observa sindroame psihice (senzație neplăcută și intensă de bizarerie, de deja-văzut, de deja-trăit).

DIAGNOSTIC. Diagnosticarea epilepsiei face apel la electroencefalografie. Scanografia cerebrală și imageria prin rezonanță magnetică (I.R.M.) permit uneori să se depisteze cauza bolii.

TRATAMENT. Tratamentul unei crize de *grand mal* constă mai întâi în măsuri de protecție (alungirea bolnavului în poziția laterală de securitate, punerea unei canule) și dacă este necesar o injecție intramusculară cu benzodiazepină. Tratamentul de fond constă în luarea de medicamente antiepileptice pentru evitarea recidivării crizelor. Epilepsiile secundare nu dispar întotdeauna cu tratarea cauzei lor.

PRONOSTIC. Este dificil să se stabilească un prognostic general pentru epilepsie, acesta depinzând de existența sau nu a unei cauze (în particular, tumoră cerebrală la adult), de frecvența crizelor și de tipul lor. Totuși, majoritatea epilepticilor suferă de o boală bine controlată prin antiepileptice și pot duce o viață practic normală. Această calitate a vieții este obținută cu prețul urmării regulate a tratamentului, care uneori trebuie să fie făcut toată viața. Speranța de viață nu este nicicum micșorată de către această boală.

Epilepsia are totuși răsunet asupra vieții private și profesionale a pacienților. Ei trebuie, în fapt, să respecte o anumită igienă a vieții: ore de somn suficiente și regulate, evitarea consumului regulat de băuturi alcoolice. Doar pacienții care au o epilepsie fotosensibilă (care survine în timpul unei stimulări luminoase intermitente) trebuie să-și ia precauții când privesc la televizor, când lucrează pe ordinator sau când practică jocuri video: cameră suficient de bine luminată, respectarea unei distanțe suficiente între ecran și pacient. În toate cazurile trebuie excluse activitățile sportive în care o criză poate pune în pericol viața subiectului: plonjare submarină, alpinism, sporturi aeriene. Scăldatul în apă de mică adâncime poate fi autorizat dacă e vorba de crize bine controlate, cu condiția ca pacientul să fie însoțit. În plus, unele profesii nu sunt recomandate sau sunt interzise: șofer pe vehicul greu sau de vehicul de transport în comun, personal navigant al companiilor aeriene, profesiuni în care lucrul la înălțime este frecvent etc. În sfârșit, copilul epileptic are adesea dificultăți școlare, ale căror cauze sunt multiple: tulburări de atenție legate de tratament, absenteism din cauza crizelor, tulburări de caracter.

EPISCLERĂ. Membrană fibroasă a ochiului, situată între sclerotică și conjunctivă.

EPISCLERITĂ. Inflamație a episclerei (membrana fibroasă a ochiului situată între sclerotică și conjunctivă).

O episclerită survine de cele mai multe ori la adultul tânăr. Ea nu are, în general, o cauză specifică. Uneori ea este consecutivă unei conectivite sau este favorizată de un teren alergic.

Episclerita se traduce printr-o înroșire a albului ochiului, însoțită de o jenă moderată, de o lăcrimare intermitentă și de o ușoară sensibilitate a ochiului la lumină. Ea este destul de puțin dureroasă.

EPISPADIAS. Malformație congenitală în care meatul urinar (orificiul extern al uretrei) este situat pe fața dorsală a penisului.

Epispadiasul este o malformație rară și foarte gravă care este apropape întotdeuna asociată cu o exstrofie vezicală (dezvoltarea incompletă a vezicii și peretelui abdominal). Tratamentul epispadiasului face apel la o reconstrucție chirurgicală. Sunt frecvente sechelele (incontinență urinară, funcție sexuală perturbată).

EPISTAXIS. Sângerare pe nas. SINONOM: *rinoragie*.

Epistaxisul este frecvent la copii în perioada pubertății, la femei în timpul primelor șase luni de sarcină și la persoanele în vârstă atinse de aterom (depunere de colesterol pe peretele arterelor). Această hemoragie a foselor nazale, cel mai des de origine necunoscută, poate fi cauzată de o hipertensiune arterială, de o tulburare de coagulare (hemofilie, consum excesiv de aspirină), de un traumatism al foselor nazale sau de o afecțiune a sinusurilor, care comunică în mod normal cu fosele nazale.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul formelor benigne obișnuite începe prin suflarea nasului, pentru evacuarea cheagurilor, și se continuă printr-o compresie prelungită (până la 15 minute) a aripilor nasului. Capul subiectului trebuie să fie aplecat în față pentru ca sângele să nu ajungă în gură și să nu se creadă pe nedrept că epistaxisul a încetat. Dacă acest tratament se dovedește ineficace, medicul aplică o meșă de tifon (uneori îmbibată cu un hemostatic), un bandaj lung îngrămădit în fosele nazale. În cazurile cele mai grave, se practică o electrocoagulare a arterelor mici care sângerează, chiar și o ligaturare arterială chirurgicală. Atunci când n-a fost descoperită cauza exactă a epistaxisului, se poate, pentru a preveni recidivele, să se practice o cauterizare chimică (cu nitrat de argint) a unui mic vas al septului nazal.

EPITELIOM. Tumoră malignă care se dezvoltă pe seama țesuturilor epiteliale. SINONOM: *carcinom*.

EPITELIOM BAZOCELULAR. Varietate de tumoră cutanată, cu malignitate redusă.

Epiteliomul bazocelular este foarte frecvent la subiecții cu piele albă, mai ales după 40 ani. Factorii săi favorizanți sunt cunoscuți: expunerea exagerată la soare, expunerea la radiații ionizante, cicatrice de arsură. Atenția trebuie să fie atrasă de orice leziune cutanată (crustă, ulcerație, leziune proeminentă) care devine cronică și recidivantă. Această tumoră se traduce cel mai des printr-o mică perlă, proeminență rotundă de mărimea unui cap de ac, rozalie, translucidă, adesea străbătută de mici vase, survenind cel mai des pe față. Această tumoră poate să se întindă în suprafață sau în profunzime, dar foarte lent și fără diseminare la distanță.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. De cele mai multe ori, trebuie să se procedeze la ablația chirurgicală a tumorii, sub anestezie locală. Distrugerea prin electrocoagulare, azot lichid sau laser cu bioxid de carbon nu se utilizează, în fapt, decât pentru leziunile incipiente, superficiale și neindurate. Prevenirea constă mai ales în evitarea expunerii solare excesive.

EPITELIOM SPINOCELULAR. Varietate de tumoră cutanată sau de mucoasă, de natură malignă, dezvoltată pe seama keratinocitelor epidermului.

Epiteliomul spinocelular se observă mai ales după 40 ani. Mai frecvent la bărbați decât la femei, el este favorizat de o expunere exagerată la soare, de tabagism (epiteliomul buzei) și de leziunile cutanate preexistente zise precanceroase: cicatricea de arsură, leziunile consecutive unei boli cronice (sifilis, ulcer al gambei) sau unei boli ereditare (xeroderma pigmentosum), parakeratoză, iritație cronică (leucoplazie).

Semnele formei celei mai tipice, zisă ulcerovegetantă, sunt o leziune supraînălțată cu suprafața mamelonată și cu baza dură, înconjurată de un halou roșu și prezentând în centrul ei o ulcerație care sângerează ușor. De asemenea, poate fi vorba și de un nodul, de o masă cărnoasă sau de o placă superficială. Formele mucoase pot afecta buza inferioară a fumătorilor și chiar limba, precum și mucoasele genitale. Epiteliomul spinocelular se întinde local destul de repede, diseminându-se uneori în ganglionii limfatici apropiați sau chiar la distanță (metastaze).

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Trebuie să se procedeze la ablația chirurgicală a epiteliomului spinocelular și acesteia să i se asocieze o chimioterapie anticancerosă în caz de diseminare. Prognosticul depinde de gradul de extindere a tumorii. Prevenirea constă în evitarea încă din copilărie a expunerilor exagerate la soare.

EPITELIU. Țesut care acoperă suprafețele organismului, spre exterior (piele, mucoasele orificiilor naturale) sau spre interior (cavitățile inimii, tubului digestiv etc.) și care constituie glandele.

EPITROHLEE. Proeminență osoasă situată pe partea internă a cotului.

Epitrohleea este o apofiză (proeminență osoasă) importantă a extremității inferioare a humerusului.

EPITROHLEITĂ. Inflamație a epitrohleei. SINONIM: *epitrohlealgie*.

Epitrohleita este provocată de un traumatism sau de un surmenaj al antebrațului, îndeosebi de origine sportivă. Ea se caracterizează printr-o durere resimțită în partea internă a cotului. Tratamentul constă, în principal, în punerea în repaus a cotului (oprirea activității sportive) asociată uneori cu antiinflamatoare.

EPIZIOTOMIE. Intervenție chirurgicală care constă în secționarea mucoasei vaginale și a mușchilor superficiali ai perineului cu scopul de a mări orificiul vulvei și a ușura expulzia fătului în cursul unei nașteri.

INDICAȚII. Indicațiile cele mai frecvente ale unei episiotomii sunt nașterea unui copil mare, prezentarea fătului cu șezutul sau extracția cu forcepsul. Această intervenție permite prevenirea rupturilor de perineu și evitarea survenirii unor tulburări urinare ca o incontinență, de exemplu.

DESFĂȘURARE ȘI SUPRAVEGHERE. O episiotomie este efectuată și apoi cusută sub anestezie locală, sau sub anestezie peridurală atunci când aceasta a fost instaurată pentru o naștere. Incizia este laterală sau mediană (spre anus). Îngrijirile postoperatorii au loc de mai multe ori pe zi și sunt repetate după fiecare scaun și după fiecare micțiune: toaleta și uscarea cu aer cald până când sunt scoase firele de sutură, în general în a cincea zi. Raporturile sexuale pot fi reluate după cicatrizarea completă, care are loc la aproximativ 3 săptămâni după naștere. Episiotomia nu are, în general, nici o consecință.

EPSTEIN-BARR (virus al lui). Virus A.D.N. din grupa *Herpes viridae*, responsabil de mononucleoza infecțioasă și implicat în apariția anumitor tumori. SINONIME: *EBV, virusul EB*.

EPULIS. Pseudotumoră inflamatorie a gingiilor.

Epulisul formează o mică proeminență roșie-violacee, situată adesea în spațiul dintre doi dinți. Unele forme cedează de la sine. În alte cazuri, poate fi suficient un tratament antiinflamator (spălarea gurii cu decongestionante); uneori trebuie să se recurgă la o ablație chirurgicală.

ERECȚIE. Umflare și întărire a unor organe sau țesuturi (penis, clitoris, mamelonul sânului).

Erecția este adesea declanșată de o stimulare sexuală, sau — în cazul mameloanelor — și de către frig. Mecanismul erecției peniene este de origine musculară: excitarea nervilor erectori ai măduvei spinării provoacă o dilatație a arterelor penisului, care antrenează un aflux de sânge în corpii cavernoși penieni. Atâta vreme cât durează erecția, sângele este reținut în acești corpi cavernoși, deveniți turgescenți printr-un mecanism de vasoconstricție venoasă încă prost elucidat. Flaciditatea, sau oprirea erecției, reapare atunci când sângele reținut în corpii cavernoși se reîntoarce în circulația venoasă generală.

Impotența se caracterizează prin incapacitatea de a obține sau a păstra o erecție suficientă; când impotența este totală, raporturile sexuale sunt imposibile.

EREDITATE. Transmitere a caracterelor genetice ale părinților către descendenții lor.

Primele legi ale ereditații au fost stabilite de călugărul botanist austriac Gregor Mendel în 1866.

CROMOZOMI AUTOSOMI ȘI CROMOZOMI SEXUALI. La finața umană, nucleul fiecărei celule conține 44 cromozomi omologi (grupați în perechi), denumiți cromozomi autosomi, sau simplu autozomi, și doi cromozomi sexuali: cromozomii sexuali ai femeii sunt identici și sunt desemnați în mod tradițional prin literele XX. Cromozomii sexuali ai bărbatului sunt diferiți și sunt notați prin literele XY.

MOLECULA EREDITĂȚII. *Un cromozom* este constituit din două molecule de A.D.N. în formă de elice, asociate proteinelor. A.D.N.-ul este suportul eredității. Molecula sa cuprinde segmente care corespund câte unui anumit caracter ereditar (culoarea ochilor, de exemplu). Acest element al cromozomului, purtător al unui caracter ereditar, se numește genă. Fiecare cromozom ar conține aproximativ 10.000 gene. Toate celulele unuia și aceluiași organism conțin exact aceleași gene, deoarece ele au rezultat din aceeași celulă care provine din unirea unui ovul cu un spermatozoid în cursul fecundării.

CARACTERE RECESIVE ȘI CARACTERE DOMINANTE. Conform legilor eredității, un caracter genetic este dominant sau recesiv.

■ *Un caracter dominant* (ca de exemplu „ochii negri") se manifestă la copil chiar dacă el nu este transmis decât de către unul din părinți. El se exprimă chiar dacă există alt caracter („ochii albaștri") pe cromozomul omolog.

■ *Un caracter recesiv* (caracterul „ochi albaștri", de exemplu) trebuie să fie transmis de ambii părinți pentru a se putea manifesta la copil. El nu poate să se exprime decât dacă este purtat de către ambele gene omologe.

EREDITATE ȘI REPRODUCEREA CELULELOR. Celulele corpului nostru se reproduc prin diviziune celulară.

O celulă-mamă nesexuală se divide după un proces numit mitoză și dă astfel naștere la două celule-fiice care au un număr de cromozomi și de gene identic cu cel al celulei-mamă.

Celula sexuală, sau gametul, rezultă dintr-un proces deosebit de diviziune, meioza. Aceasta, care nu se produce decât în ovare și în testicule, conduce la formarea de celule care nu conțin fiecare decât jumătate din materialul genetic prezent în celelalte celule, adică 23 de cromozomi între care unul este cromozom sexual: X pentru ovul, X sau Y pentru spermatozoid.

Întâlnirea dintre un ovul și un spermatozoid în cursul fecundației formează o celulă care conține din nou 46 cromozomi, 23 provenind de la tată și 23 de la mamă. Cei doi cromozomi sexuali vor fi fie XX (o fată), fie XY (un băiat).

EREDITATE AUTOSOMICĂ ȘI EREDITATE LEGATĂ DE SEX. Unele caractere și unele boli pot fi transmise prin părinți copiilor, fie prin cromozomii nesexuali, sau autosomi — se vorbește atunci de ereditate autosomică —, fie prin cromozomi sexuali: se vorbește atunci de ereditate legată de sex.

■ *Principiul eredității legate de sex* poate fi ilustrat prin exemplul hemofiliei.

X și Y sunt cromozomi sexuali sănătoși transmiși unui băiat. Cromozomul x' este cromozomul sexual purtător al genei recesive a hemofiliei.

În cursul fecundației după felul spermatozoidului și ovulului prezenți, cromozomii sexuali asociați vor forma una dintre cele patru combinații posibile următoare: cromozomul X al tatălui și cromozomul x' al mamei (Xx'); cromozomul X al tatălui și cromozomul X al mamei (XX); cromozomul x' al mamei și cromozomul Y al tatălui (x'Y); cromozomul X al mamei și cromozomul Y al tatălui (XY).

Doar descendenții care au cromozomii XX (femeie sănătoasă) și XY (bărbat sănătos) nu sunt purtători ai bolii. Gena hemofiliei este prezentă la descendenții Xx' și x'Y, care pot să o transmită. Totuși, în afara unor excepții rare, boala nu se va dezvolta la subiecții Xx' (o femeie purtătoare a genei hemofilice), deoarece cromozomul x', recesiv și purtător al hemofiliei, nu va putea să se exprime în prezența unui cromozom omolog X, dominant și sănătos. În schimb, subiectul x'Y (un bărbat hemofilic) va dezvolta boala: cei doi cromozomi omologi fiind cromozomi sexuali care nu poartă același caracter, unul nu poate împiedica faptul ca celălalt să se exprime.

BOLI EREDITARE. Bolile ereditare sunt consecința mutației unei gene, adică a alterării informației pe care o poartă.

ERETISM CARDIAC. Stare de hiperexcitabilitate a inimii datorată acțiunii sistemului nervos simpatic asupra acestui organ.

Eretismul cardiac se întâlnește la numeroși adolescenți și nu este atunci, în general, semn al vreunei afecțiuni deosebite. Totuși, atunci când el este deranjant, trebuie să fie diminuat prin administrarea unui medicament sedativ sau, chiar mai bine, printr-un medicament betablocant.

E.R.G. → ELECTRORETINOGRAFIE.

ERGOCALCIFEROL. → VITAMINĂ D.

ERGOTERAPIE. Terapie care utilizează activitatea în vederea readaptării handicapaților fizic și mintal.

Scopul ergoterapiei este de a le reda bolnavilor independența fie dându-le posibilitatea să se adapteze la deficitul lor, fie participând la ameliorarea stării lor. Indicațiile ei sunt foarte largi: boli mintale, infirmități motorii (paralizii, sechele posttraumatice, afecțiuni reumatologice, miopatii, arsuri, boli cardiace etc.). Există, de asemenea, o ergoterapie preventivă care vizează evitarea spitalizării, îndeosebi pentru persoanele în vârstă.

■ *Ergoterapia reeducativă-readaptativă* utilizează acțiunea ca mediator pentru a ajunge la un obiectiv dat (căutarea unei mai bune coordonări a mișcărilor, antrenament pentru purtarea unei proteze, reînvățarea acțiunilor zilnice etc.). Pe această bază, orice activitate (activități artizanale ca împletitul sau țesutul; activități de captare a atenției, de exprimare, scris, jocuri; reînvățarea gesturilor vieții zilnice; activități de tip profesional de toate tipurile etc.) sunt bune de folosit în măsura în care pot ajuta pacientul să le adapteze la posibilitățile sale. Această mediere permite să se observe și să se analizeze problemele pe care le pune boala în cauză, apoi să se propună o soluție cu contribuția bolnavului și a medicului curant (cum să eviți durerea în gesturile vieții zilnice la un pacient suferind de dureri lombare, de exemplu).

■ *Ergoterapia preventivă* vizează sfătuirea pacientului în ce privește gesturile cotidiene și amenajarea locuinței și îi permite să-și asume handicapul sau boala rămânând integrat în mediul său de viață.

ERGOTISM. Intoxicație prin cornul secarei, *Claviceps purpurea*, ciupercă parazită a cerealelor, sau prin derivații ei medicamentoși (ergotamină și, mai ales, dihidroergotamina, utilizată în tratamentul migrenelor).

Primele semne ale ergotismului sunt furnicături, dureri și o piele palidă și rece a mâinilor și picioarelor. Intoxicația, netratată, poate, în cea de a doua etapă, să evolueze spre o cangrenă a extremităților.

Apariția unui ergotism impune oprirea imediată a medicamentului răspunzător de apariția primelor semne, spitalizarea în caz că ergotismul este însoțit de delir. Tratamentul spasmului arterial constă în administrarea de nitrit de amil în inhalație, de trinitrit pe cale sublinguală, de papaverină prin injecții.

ERITEM. Înroșire a pielii care pălește la apăsare.

Eritemele sunt urmările unei dilatări a vaselor sangvine cutanate.

■ *Eritemele generalizate* au drept cauză fie o alergie la un medicament, fie o boală infecțioasă (scarlatină, rujeolă, rubeolă, megaleritem epidemic, sifilis exantem subit).

■ *Eritemele localizate* pot avea o cauză fizică (insolație), chimică (dermită artificială), medicamentoasă (eritem pigmentat fix), infecțioasă (intertrigo, erizipel, erizipeloid, pasteureloză, trichinoză) sau dermatologică (dermatomiozită, lupus eritematos diseminat).

ERITEM FESIER. Iritație cutanată a sugarului, afectând regiunea acoperită de scutece. SINONIM: *dermită de șezut.*

CAUZE. Eritemul fesier este extrem de frecvent la sugar. Cauza sa poate fi externă: frecarea scutecelor și contactul prelungit cu urina și cu scaunele acide. El mai poate fi cauzat de anumite boli dermatologice: dermita seboreică a sugarului, psoriazisul etc. A treia cauză posibilă a eritemului fesier, izolat sau ca o complicație a uneia din bolile precedente, este o infecție bacteriană, virală sau micozică (cauzată de o ciupercă microscopică).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Eritemul fesier se manifestă, în principal, printr-o înroșire a pielii de pe fese, de pe sulurile abdominale, de pe partea de sus a pulpelor și de pe organele genitale externe. Pliurile cutanate nu sunt de obicei afectate. Aspectul exact al leziunilor și localizarea lor depind de cauza iritației. În formele severe, eritemul se complică cu ulcerații, care dovedesc adesea o suprainfectare.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul constă din reguli de igienă locală: spălarea frecventă a pielii cu antiseptice blânde, diluate, și clătirea cu atenție; aplicarea după fiecare spălare a loțiunilor sau gelurilor pe bază de imidazolați, lăsarea feselor în aer liber cât mai mult timp posibil în fiecare zi, schimbarea frecventă a scutecelor și înfășarea nu prea strânsă a copilului; evitarea aplicării de pomezi sau de corpuri grase, deoarece favorizează macerația. Infecțiile bacteriene necesită în plus un tratament antibiotic oral.

Respectarea anumitor reguli de igienă trebuie să permită evitarea apariției unui eritem fesier: spălarea șezutului cu săpun de toaletă, clătirea din abundență și uscarea prin tamponare, nu prin frecare. Recurgerea la paste apoase pe bază de zinc, care izolează epidermul de materiile fecale și umiditate, pare să fie mai utilă decât utilizarea corpurilor grase.

ERITEM INELAR CENTRIFUG. Afecțiune cutanată, caracterizată prin leziuni inelare.

Eritemele inelare centrifuge adesea nu au o cauză cunoscută, dar se descoperă în unele cazuri o cauză medicamentoasă (aspirină, vaccin), infecțioasă, dermatologică (pemfigus, lupus eritematos subacut). Ele se manifestă prin plăci mai mult sau mai puțin pruriginoase cuprinzând un centru cu alură normală și un mic sul roșu periferic, deplasându-se de o manieră centrifugă. Evoluția se face prin pusee succesive, pe mai multe luni. Tratamentul eritemului inelar centrifug este cel al bolii în cauză.

ERITEM NODOS. Inflamație acută a hipodermului (stratul profund al pielii).

Eritemul nodos atinge mai ales adulții tineri, cel mai des la membrele inferioare. El poate fi cauzat de o infecție, de o boală generală (sarcoidoză, aftoză), de o colită inflamatorie sau de luarea de medicamente (aspirină, pilule contraceptive, sulfamide). El se manifestă prin noduli subcutanați profunzi, dureroși, calzi, acoperiți cu o piele rozalie sau roșcată, amplasați cel mai des pe fața anteriointernă a gambelor. Tratamentul lui este cel al cauzei dacă ea este identificată. Dacă nu, tratamentul vizează doar simptomele: repaus la pat, uneori administrarea de medicamente antiinflamatoare.

ERITEM PIGMENTAT FIX. Afecțiune cutanată de origine medicamentoasă, manifestându-se prin plăci.

Eritemul pigmentat fix poate fi provocat de analgezice (aspirină, paracetamol), de antiinflamatoare nesteroidiene, de antibiotice (sulfamide, tetracicline), de antiparazitare, de barbiturice, de antihistaminice, de laxative sau de pilule contraceptive. El se manifestă prin apariția de plăci roșii care devin brune apoi negricioase, persistând mai multe săptămâni, chiar mai multe luni. Singurul tratament constă în încetarea luării medicamentului responsabil, vindecarea fiind atunci definitivă.

ERITEM POLIMORF. Afecțiune cutanată caracterizată prin leziuni în formă de cocardă, dovedind o stare de hipersensibilitate. SINONIME: *ectodermoză pluriorificială, eritem exsudativ multiform.*

Printre cauzele eritemului polimorf, se găsesc în principal infecțiile virale, bacteriene sau consumul de medicamente (peniciline, tetracicline, sulfamide, estrogeni, antiinflamatorii). El afectează îndeosebi bărbații tineri și se manifestă prin apariția, cel mai des pe membre, a unor plăci roșii care se întind și iau, în general, un aspect tipic: o bulă centrală înconjurată de o primă coroană deprimată și albă, apoi de o a doua coroană cu mai multe bule. Se asociază o febră și dureri articulare. Tratamentul este mai ales cel al afecțiunii responsabile, dacă ea este identificată, căruia i se adaugă antisepsia bulelor. O varietate deosebit de severă a eritemului polimorf, sindromul Stevens-Johnson, în care leziunile afectează mucoasa gurii, stânjenind alimentarea, poate necesita o reanimare și o alimentare prin perfuzii.

ERITEM SOLAR. Reacție a epidermului datorată unei expuneri solare excesive. SINONIM: *insolație.*

După o expunere prea intensă sau prea prelungită la soare, pielea devine eritematoasă (roșcată), chiar apar bule (băsicuțe) pe ea, iar pacientul simte o durere usturătoare. În partea a doua a episodului, pielea se descuamează în lambouri și se pigmentează neregulat. Eritemul solar corespunde unei arsuri de gradul întâi sau al doilea. El survine fie la persoanele cu tenul alb, cu pielea sărac în melanină (aceasta din urmă favorizând protecția față de radiațiile solare), fie după o expunere insuficient protejată.

Tratamentul constă în aplicarea locală de creme împotriva arsurilor și în luarea de antalgice (calmante) pe cale generală. În caz de insolație asociată, este uneori necesară o rehidratare în mediu spitalicesc.

Pentru prevenirea insolațiilor, expunerea solară trebuie să fie treptată, iar pielea să fie protejată cu creme fotoprotectoare „ecran total" care filtrează radiațiile ce produc arsuri (ultravioletele B). Aplicarea trebuie să fie făcută din două în două ore, mai ales după transpirație sau scăldat.

ERITERMALGIE. Tulburare vasomotorie a extremităților (mâini, picioare), care se manifestă prin accese. SINONIM: *eritromelalgie*.

Foarte rară, eritermalgia poate fi consecutivă luării unor medicamente (inhibitori calcici), unei boli hematologice (poliglobulie) sau sistemice (lupus eritematos diseminat). Extremitățile, mai ales picioarele, devin brusc roșii, calde și usturătoare. Tratamentul constă în luarea de aspirină, iar în caz de eșec, betablocante; tratamentul vizează în plus tratarea cauzei eritermalgiei dacă ea este descoperită.

ERITRASMĂ. Infecție cutanată bacteriană cu predominență în regiunile axilară și inghinală.

Eritrasma este cauzată de o bacterie, *Corynebacterium minutissimum*. Ea se manifestă prin plăci trandafirii simetrice. Tratamentul face apel la antiseptice locale: dezinfecția cu un săpun lichid, aplicarea de derivați imidazolați sau de eritromicină în soluție. Eritromicina administrată pe cale generală dă rezultate bune de obicei.

ERITROBLAST. Celulă a măduvei osoase, specializată în sinteza hemoglobinei.

ERITROBLASTOPENIE. Anomalie sangvină caracterizată prin diminuarea sau prin dispariția eritroblaștilor (celulele măduvei spinării specializate în sinteza hemoglobinei), antrenând o anemie.

Eritroblastopenia, anomalie rară, nu antrenează modificarea altor celule sangvine, plachete și globule albe. Ea se traduce printr-o anemie care provoacă paloare, gâfâială, oboseală și vertije.

ERITROBLASTOZĂ. Trecere în sânge a eritroblaștilor, celulele măduvei osoase aflate la originea globulelor roșii.

Eritroblastoza se observă după ablația splinei, după o hemoragie acută în talasemie (boală ereditară a sintezei de hemoglobină) și în cursul oricărei hemolize importante, în special în boala hemolitică a nou-născutului. Ea poate, de asemenea, să traducă o afectare primitivă a măduvei osoase (leucemie, metastază medulară de cancer).

ERITROCIANOZĂ SUPRAMALEOLARĂ A FETELOR. Afecțiune cutanată cronică benignă.

De origine necunoscută, eritrocianoza supramaleolară a fetelor afectează exclusiv femeile, cu o netă predominanță în timpul adolescenței. Ea are aspectul unei colorații roșii albăstrui sau violacee, simetrică, apărând pe partea inferioară a gambelor și dispărând spontan după câteva luni sau după câțiva ani. Singura neplăcere ocazionată de eritrocianoză este de ordin estetic. Nu se cunoaște vreun tratament cu adevărat eficace al acestei afecțiuni.

ERITROCIT. → HEMATIE.

ERITRODERMIE. Afecțiune caracterizată printr-o erupție cutanată roșie generalizată, asociată cu o alterare a stării generale a organismului.

Eritrodermiile au o cauză precisă în mai mult de 80% din cazuri: boală cutanată preexistentă (psoriazis, eczemă), administrare de medicamente (antibiotice, barbiturice, litiu, antiinflamatoare, anticoagulante), infecție. Pielea, afectată de un eritem roșu aprins, este uscată, se descuamează sau, din contră, zemuiește, se îngroașă și apoi se pigmentează; mâncărimile sunt mai mult sau mai puțin intense. Semne generale se adaugă semnelor precedente: astfel ca o febră ridicată, frisoane, sensibilitate la frig, pierdere în greutate, prezența și apariția de numeroși ganglioni, a măririi în volum a ficatului și splinei.

Tratamentul, adesea efectuat în mediu spitalicesc, este mai întâi cel al simptomelor; el cuprinde odihna la pat, aplicații și băi cu substanțe antiseptice și active față de mâncărimi. Tratamentul eritrodermiei nu trebuie să fie întreprins decât dacă reacția critrodermică a fost jugulată.

ERITROMELALGIE. Afecțiune caracterizată prin violente crize dureroase resimțite la mâini și la picioare, care devin roșii, umflate și fierbinți. SINONIM: *sindrom al lui Weir-Mitchell*.

ERITROPOIETINĂ. Hormon răspunzător de diferențierea și de proliferarea globulelor roșii.

Eritropoietina este produsă, în principal, de către rinichi (90%), dar și de către ficat (10%). Ea acționează asupra celulelor eritroblastice ale măduvei osoase, aflate la originea globulelor roșii.

În caz de insuficiență renală, absența sau reducerea sintezei acestui hormon de către rinichi provoacă o diminuare a numărului de globule roșii.

Eritropoietina obținută prin inginerie genetică este utilizată pentru tratarea anemiei pacienților atinși de insuficiență renală cronică. Medicamentul, injectat pe cale intravenoasă sau subcutanată din două în două zile, evită transfuziile sangvine la bolnavi, conferindu-le astfel un confort apreciabil al vieții.

ERITROPOIEZĂ. Procesul de formare a globulelor roșii în măduvă.

ERITROZĂ. Înroșire a feței consecutivă unei dilatări a vaselor, permanentă sau survenind în accese.

Eritroza, al cărei „bufeu de căldură" constituie o formă paroxistică, afectează în mod obișnuit fețele tinere sub forma unor pusee congestive predominând în obraji, nas și pomeți, survenind cel mai des după masă, după o schimbare de temperatură sau ca urmare a unei emoții sau a unui stres.

Eritroza constituie primul stadiu al acneei rozacee. Tratamentul ei constă în luarea de mici doze de neurosedative și în corectarea eventualelor dezechilibre hormonale. Sunt de respectat unele precauții: mese mici cantitativ care să evite excitantele (condimente, alcool),

luate la ore fixe și mâncând lent; seara, curățarea feței cu un lapte de toaletă pentru pielea uscată, urmată de pulverizări descongestionante de apă minerală sau de serum-zinc (ser fiziologic căruia i s-a adăugat sulfat de zinc); dimineața aplicarea unei creme sau a unei loțiuni descongestionante pe bază de extracte vegetale (sulfină, hamamelis, antociani); la soare, protecția riguroasă printr-o cremă „ecran total"; la frig, protecția prin creme compacte grase. În sfârșit, diferite tratamente mecanice mai pot să aducă o ameliorare: masaje faciale, aplicații de zăpadă carbonică etc.

ERIZIPEL. Boală infecțioasă acută, caracterizată printr-o inflamație a pielii.

Erizipelul este cauzat de o bacterie, streptococul, provenind dintr-o infecție cutanată sau rinofaringiană, denumită „poartă de intrare". Erizipelul feței, foarte acut și dureros, formează un plancard roșu, cald, umflat, înconjurat de un sul și întinzându-se foarte rapid. Erizipelul gambei, mai frecvent, se traduce printr-o creștere în volum a gambei, care devine roșie, asociată cu o durere, o febră și o creștere în volum a ganglionilor inghinali. Tratamentul, instituit atunci de urgență, este cel al focarului infecțios inițial, asociat administrării de penicilină pe cale intravenoasă. Vindecarea este un lucru obișnuit dacă tratamentul este precoce, dar recidivele sunt frecvente.

ERIZIPELOID. Dermită de origine microbiană. SINONIME: *erizipeloidul lui Baker-Rosenbach, rujetul porcului*.

Erizipeloidul lui Baker-Rosenbach este cauzat de o bacterie *Erysipelotrix rhusiopathiae* (bacilul rujetului), care provoacă la animale boala numită rujetul porcului. Bacteria este transmisă prin intermediul unei plăgi în cursul manipulării unui animal contaminat. Este o boală care afectează de cele mai multe ori măcelarii, mezelarii și negustorii de pește.

Această dermită se manifestă sub forma unui placard inflamatoriu dureros, de culoare roșie-violacee, pe mână sau pe un deget și urcă progresiv în lungul brațului. Tratamentul este asigurat prin antibiotice (peniciline, macrolide).

ERLICHIA. Mic bacil Gram negativ aparținând unui gen apropiat de cel al rickettsiilor.

Acești bacili provoacă o febră mare, o leucopenie (scăderea numărului de globule albe), o trombocitopenie (scăderea numărului de plachete sangvine) și anomalii hepatice. Tratamentul constă în administrarea de antibiotice.

EROTOMANIE. Convingere delirantă a unei persoane că este iubită.

Erotomania este o exagerare patologică a pasiunii iubirii. Ea afectează de cele mai multe ori femeile. După opiniile psihoanaliștilor, mecanismul erotomaniei se bazează pe răstălmăcirea dorinței iubirii prin negare și protecție, formula „Îl iubesc" devenind atunci „Nu-l iubesc, el mă iubește". Erotomanul se crede dorit de către o persoană considerată a fi de rang important (vedetă, om politic, pastor, medic). Fiecare din gesturile acestei persoane este interpretat drept un semn de încurajare sau de punere la încercare, inclusiv manifestările de indiferență sau de respingere. Clasic, delirul evoluează în trei faze: speranță, ciudă, ranchiună. În acest ultim stadiu, căutarea erotomaniacă poate să treacă la persecutarea persoanei vizate, cu scandaluri și alte acțiuni. Atunci se impune spitalizarea, chiar internarea.

ERUCTAȚIE. Eliminare zgomotoasă, pe gură, a gazelor conținute în stomac. SINONIM: *răgâit*.

Suptul sugarilor se încheie normal cu o eructație, cu eliminarea unei mici cantități de lapte (regurgitare). Această eructație este provocată de deglutiția bulelor de aer în timpul suptului. Trebuie ca la sfârșitul fiecărei mese, copilul să fie ținut vertical și să fie așteptată această eructație înainte de a reculca copilul, cu scopul de a evita o eventuală rută falsă.

ERUPȚIE. Apariție, cel mai des bruscă, a leziunilor cutanate sau ale mucoaselor.

O erupție poate să fie de origine infecțioasă, ca erupțiile febrile contagioase din copilărie (rujeolă, scarlatină etc.), erizipel, variolă și zona zoster. Ea poate fi asociată infecțiilor virale (cu enterovirus sau cu arbovirus), infecțiilor cu rickettsii (febre exantematice) și unor boli parazitare (toxoplasmoza).

Erupția febrilă a copilului. Această apariție la copii a leziunilor cutanate sau ale mucoaselor are cel mai des o origine infecțioasă.

Apariția unei erupții febrile la copil este un motiv frecvent de consultație. În majoritatea cazurilor, este vorba de principalele boli infecțioase susceptibile să apară la această vârstă: rujeolă, rubeolă, megaleritem epidemic, exantem subit, scarlatină, mononucleoză infecțioasă. Alte erupții sunt legate de boli inflamatorii, ca boala lui Kawasaki, reumatismul articular acut sau boala lui Still.

ERUPȚIE ACNEICĂ. → MILIARIA.

ESCARĂ. Distrugere localizată a pielii survenind la bolnavii care zac la pat.

Escarele apar la persoanele imobilizate la pat, adesea doar numai după câteva ore de imobilizare, mai ales dacă și-au pierdut mobilitatea lor naturală (comă, paralizie) sau dacă se găsesc într-o proastă stare generală (denutriție, deshidratare); în câteva cazuri foarte rare, ele mai pot să apară și sub gipsul folosit la imobilizarea unei părți a corpului. Cauzate de o compresie prelungită exersată asupra unei regiuni proeminente, escarele afectează mai ales zonele de apăsare: călcâi, fese, regiunea sacrală, uneori coatele, omoplații sau partea posterioară a craniului.

SIMPTOME ŞI SEMNE. Mai întâi se observă o regiune roşie şi dureroasă. Apoi pielea devine neagră, ca un carton, insensibilă la atingere. Mai târziu, dispariţia pielii necrozate lasă în loc un ulcer, ţesuturile subiacente (muşchi, tendoane, oase) rămânând descoperite.

TRATAMENT ŞI PREVENIRE. Tratamentul constă în îngrijiri locale: dezinfecţie, curăţarea locului cu ajutorul pomezilor cu tripsină, pudrarea sau „umplerea cu vârf," a ulceraţiei cu ajutorul pansamentelor hidrocoloide. Prevenirea este indispensabilă: aplicată în mod normal tuturor bolnavilor imobilizaţi la pat, ea constă în schimbarea frecventă a poziţiei bolnavului, în efectuarea de masaje locale, de şedinţe cu aplicarea alternată a frigului şi căldurii (bucăţi de gheaţă, apoi uscare), schimbarea imediată a lenjeriei umezite, utilizarea unei saltele zisă alternativă, compusă din mai multe segmente care se umflă şi se dezumflă alternativ. Întotdeauna trebuie verificat dacă un gips nu este prea compresiv. Lenjeria trebuie schimbată des pentru a evita macerarea. În sfârşit, corectarea tulburărilor nutriţionale face, de asemenea, parte integrantă din prevenirea escarelor.

ESCHERICHIA COLI. Bacterie a tubului digestiv al omului. SINONIM: *colibacil*.

Făcând parte din familia enterobacteriacelor, *Escherichia coli* constituie 80% din flora aerobă a tubului digestiv al omului sănătos. De asemenea, este germenele cel mai frecvent responsabil de infecţiile la om şi îndeosebi agentul principal al infecţiilor urinare. Această bacterie se află, de asemenea, la originea diareei călătorilor, cunoscută sub denumirea „tourista".

ESCHILĂ. Mic fragment osos provenind de la o fractură, de cele mai multe ori complexă.

ESOFAG. Conduct musculomembranos care leagă faringele de stomac.

STRUCTURĂ. Esofagul este un conduct suplu şi contractil care măsoară la adult 25 centimetri lungime şi 2,5 centimetri în diametru.

Atunci când bolul alimentar (înghiţitura de alimente digestecate şi cu saliva) ajunge în fundul gâtlejului, sfincterul superior al esofagului, sau gura esofagului, se deschide brusc. Bolul alimentar este atunci condus spre stomac prin mişcări coordonate: peristaltismul. Trecerea în stomac este posibilă datorită deschiderii sfincterului inferior, cardia.

PATOLOGIE. Esofagul poate fi sediul a numeroase afecţiuni.

- *Arsurile cu lichid caustic* conduc la o îngustare a diametrului conductului esofagian.
- *Diverticulii esofagieni* formează pungi laterale în care se acumulează alimente.
- *Inflamaţia mucoasei esofagiene* (esofagita) se traduce printr-o deglutiţie dificilă şi dureroasă.
- *Malformaţiile congenitale* sunt îndeosebi fistulele esotraheale (comunicaţii anormale între esofag şi trahee) şi atrezia esofagului (absenţa unui segment esofagian).
- *Îngustările* (stenozele), de origine inflamatorie sau tumorală, se manifestă printr-o disfagie (dificultate de a înghiţi). Ele pot fi consecinţa unei esofagite sau a unei tumori, benigne sau maligne.
- *Tulburările de motricitate* cuprind îndeosebi acalazia esofagului (pierderea relaxării acestui organ).
- *Tumorile esofagului* sunt frecvente şi cel mai des maligne.

ESOFAGECTOMIE. Ablaţie chirurgicală, parţială sau totală, a esofagului.

Esofagectomia este indicată în caz de tumoră malignă, uneori de tumoră benignă.

ESOFAGITĂ. Inflamaţie a mucoasei esofagiene care se traduce printr-o disfagie (deglutiţie dificilă şi dureroasă).

Esofagita caustică. Această inflamaţie a mucoasei esofagiene este cauzată de ingestia accidentală sau voluntară a unui lichid caustic. În acelaşi timp când mucoasa se regenerează, esofagul se sclerozează şi se îngusteză.

Tratamentul constă în practicarea unor dilataţii repetate ale esofagului cu ajutorul unor aparate dilatatoare (sonde, bujii dilatatorii, balonaşe) sau prin îmbinarea esofagului cu stomacul pe cale chirurgicală, sau prin înlocuirea unei porţiuni de esofag cu un segment de colon.

Esofagita infecţioasă. Această inflamaţie a mucoasei esofagiene poate fi virală (herpes, citomegalovirus), micozică (candida) sau, în mod excepţional, bacteriană. Esofagitele micotice sunt foarte sensibile la medicamentele antifungice. Esofagitele bacteriene, şi uneori şi esofagitele virale, sunt tratate prin antibioterapie.

Esofagita peptică sau prin reflux. Această inflamaţie a mucoasei esofagiene este consecinţa agresării acestei mucoase de către conţinutul acid al stomacului. Cardia (sfincterul situat între esofag şi stomac) împiedică refluxul conţinutului gastric spre esofag. În caz de disfuncţie a acestui sfincter, asociată sau nu cu o hernie hiatală, etanşeitatea esofagului nu mai este asigurată şi refluxul acid îl irită puternic. Pacientul are atunci o senzaţie de arsură care urcă pe esofag către faringe, manifestare numită pirozis, pe care anumite poziţii o agravează: astfel, lucrul acesta se întâmplă când persoana se apleacă în faţă sau când este culcată pe spate.

La fibroscopie, esofagul apare inflamat şi acoperit de ulceraţii.

Evoluţia este marcată uneori de hemoragii şi de o eventuală cancerizare.

TRATAMENT. Acesta presupune încetarea fumatului, un somn în poziţie semiaşezat şi luarea de medicamente (pansamente gastrice, antisecretoare). În caz de eşec al tratamentului medicamentos, se recurge la tehnici chirurgicale

care creează un mecanism antireflux la joncțiunea esofagului cu stomacul.

ESOFAGOPLASTIE. Tehnică chirurgicală care constă în restabilirea continuității tubului digestiv, după o ablație chirurgicală completă a esofagului (nelăsând în loc decât un scurt fragment de esofag cervical).

Esofagoplastia se practică, în general, în caz de cancer al esofagului.

Principalul risc al esofagoplastiei este proasta cicatrizare a suturilor, care se produce în 10% din cazuri. În timpul duratei de cicatrizare bolnavul este hrănit prin perfuzie. Urmările operatorii variază după bolnav: în general, acesta trebuie să evite timp de câteva luni să mănânce prea repede sau în prea mari cantități (5 până la 6 mese pe zi). Prognosticul esofagoplastiei depinde de boala care a justificat ablația esofagului.

ESOFAGULUI (cancer al). Tumoră malignă dezvoltată în mucoasa esofagiană sub forma unui carcinom epidermoid (în partea superioară) sau a unui adenocarcinom (în partea inferioară).

CAUZE. Cancerul de esofag, un cancer frecvent, este cauzat, în principal, de intoxicația cu alcool și tutun.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Cancerul esofagului nu prezintă simptome multă vreme, iar primele manifestări survin adesea într-un stadiu avansat al bolii. Primul semn este o disfagie (dificultate de a înghiți), mai întâi intermitentă, apoi permanentă și dureroasă. Declinul stării generale este rapid.

Diagnosticarea se face prin fibroscopie.

TRATAMENT. Chirurgia constituie tratamentul cel mai eficace: ablația tumorii și a porțiunilor de esofag superioară și inferioară tumorii (esofagectomie). Continuitatea tubului digestiv este cel mai ades restabilită făcând stomacul să urce în torace. Radioterapia permite o ameliorare a disfagiei și poate crește eficacitatea actului chirurgical prin diminuarea volumului tumorii. În sfârșit, chimioterapia este uneori utilă pentru ameliorarea rezultatelor celor două metode precedente.

Tratamentele paliative sunt recomandate în cancerele întinse: punerea unui tub sau a unui tratament cu laser permit să se restabilească trecerea alimentelor.

PREVENIRE. Prevenirea constă în lupta împotriva tabagismului și alcoolismului, precum și supravegherea pacienților afectați de boli predispozante la cancer (acalazie, esofagită).

ESTRADIOL. Hormon steroid (derivat din steroli, alcooli policiclici complecși) secretat, în principal, la femeie de către ovar, și a cărui creștere ca nivel intervine în ovulație. SINONIM: *17-betaestradiol*.

La o femeie gravidă, nivelul de estradiol crește de la începutul sarcinii și rămâne foarte ridicat până la naștere. La menopauză, acest hormon este fabricat în cantitate mică, pornind de la hormonii androgeni, în țesutul adipos. La bărbat, nivelul de estradiol rămâne în mod normal foarte scăzut, dar poate crește în cazul unei boli a ficatului.

În terapeutică, estradiolul de sinteză este utilizat drept componentă a pilulei contraceptive, în asociație cu progesteronul, precum și în tratamentul substitutiv al insuficienței ovariene.

ESTRIOL. Hormon steroid (derivat din steroli, alcooli policiclici complecși), secretat, în principal, la femeie de către ovare, având un rol metabolic în calitatea lui de estrogen.

Estriolul, obținut prin sinteză este întrebuințat în tratamentul substitutiv al menopauzei.

ESTROGEN. Hormon secretat de către ovar și al cărui nivel sangvin, crescând, joacă un rol în ovulație.

Estrogenii naturali. Este vorba despre trei hormoni, estradiolul sau 17-betaestradiolul, estrona și estriolul. Estradiolul este cel mai activ în organism. Estrogenii sunt secretați mai ales de către ovar (singuri în prima jumătate a fiecărui ciclu menstrual, în asociație cu progesteronul în cea de-a doua jumătate) și de către placentă în cursul sarcinii. Glandele suprarenale și testiculele produc mici cantități.

Estrogenii sunt răspunzători de dezvoltarea pubertară și de menținerea ulterioară a caracterelor fizice feminine.

Estrogenii de sinteză. Estrogenii de sinteză sunt utilizați în terapeutică sub forma estroprogestativelor.

Mult mai rar, estrogenii sunt utilizați în injecții, în cazul hemoragiilor uterine grave, și pe cale orală sau injectabilă în cazurile de cancer al prostatei la bărbat.

Printre contraindicații, unele sunt absolute, ca sarcina, cancerul de sân sau de uter. Unele efecte nedorite (iritabilitate, grețuri, dureri de cap, picioare grele, umflarea sânilor și a abdomenului, creșterea în greutate) dispar atunci când se modifică dozele. Luarea de estrogeni necesită întotdeauna o urmărire medicală.

ESTRONĂ. Hormon steroid (derivat din steroli, alcooli policiclici complecși) secretat, în principal, la femeie de către ovare, având un rol metabolic în calitatea lui de estrogen și a cărui existență după menopauză dovedește conversia androgenilor. SINONIM: *foliculina*.

ESTROPROGESTATIV. Medicament hormonal în care estrogenii sunt asociați cu progestativele.

În funcție de indicațiile lor, se deosebesc estroprogestativele contraceptive și estroprogestativele terapeutice.

Estroprogestativele contraceptive. Este vorba despre hormonii estrogeni și progestativi luați pe cale orală, destinați să evite o sarcină substituindu-se ciclului fiziologic al

femeii. Aceste estroprogestative orale, cu efect contraceptiv sunt denumite în mod obișnuit „pilule".

DIFERITE TIPURI DE ESTROPROGESTATIVE CONTRACEPTIVE ORALE

■ *Pilula combinată*, în care fiecare comprimat conține estrogenul și progestativul, se prezintă sub două forme, după cum cantitatea de estrogen este mică (pilula minidozată) sau mare (pilula normodozată).

■ *Pilula secvențială* este o pilulă în care, în prima fază a ciclului (7 sau 14 zile după tipul de pilulă), comprimatele nu conțin decât estrogenii, pe când, în cea de-a doua fază (15 sau 17 zile), ele asociază un estrogen și un progestativ.

MECANISM DE ACȚIUNE. În hipotalamus, estroprogestativele inhibă secretarea de gonadotrofină (Gn-RH, *gonadotrophin releasing hormone* [hormonul de eliberare a gonadotrofinelor]), care blochează ovulația și secrețiile de estrogeni și de progestative prin ovar.

PRESCRIPȚIE. Trebuie luat un comprimat pe zi la oră fixă timp de 21 sau 22 zile, în funcție de metode, apoi să se întrerupă luarea timp de 6 sau 7 zile — scăderea cantităților de hormon în organism provoacă atunci sângerări comparabile cu cele menstruale —, înainte de a începe un nou ciclu.

EFECTE NEDORITE. Riscurile la care sunt expuse femeile care utilizează estroprogestative sunt, în principal, de ordin vascular (accident vascular cerebral, hipertensiune arterială, flebită, diabet, hiperlipidemie, icter). Utilizarea hormonilor estroprogestativi trebuie să fie însoțită în mod obligatoriu de un control medical serios: un bilanț clinic inițial, o supraveghere regulată a greutății corporale, a tensiunii arteriale, a metabolismului (nivelurile de lipide și de glucide din sânge), examenul periodic al sânilor și al organelor genitale (frotiu cervicovaginal).

Efectele nedorite, fără gravitate, sunt cefaleele, greșurile, o luare în greutate, o greutate în picioare.

CONTRAINDICAȚII. Contraindicațiile absolute ale estroprogestativelor sunt sarcina, alăptarea, bolile sau accidentele tromboembolice (ocluzia unui vas sangvin printr-un cheag, sau embol), afecțiunile cardiovasculare, tumorile hipofizare, tumorile de sân și de uter, hemoragiile genitale nediagnosticate, conectivitele (boală de colagen), porfiriile (boală ereditară legată de o tulburare a hemoglobinei), afecțiunile hepatice severe sau recente. Asocierea estroprogestativelor cu medicamentele inductoare enzimatice (barbiturice, rifampicină, grizeofulvină, unele anticonvulsivante) este contraindicată.

Riscul de accident tromboembolic sub progestative crește odată cu vârsta și cu fumatul, ceea ce necesită uneori recurgerea la un alt mijloc contraceptiv.

Estroprogestativele cu obiectiv terapeutic. Este vorba despre hormonii estrogeni și progestativi asociați pentru a corecta unele disfuncții hormonale feminine.

Aceste estroprogestative sunt utilizate în caz de sterilitate cauzată de o insuficiență hormonală, în tratamentul tulburărilor ginecologice ca amenoreea (absența fluxului menstrual) și dismenoreea (dureri legate de sângerările menstruale) și în cel al carenței în estrogeni din cursul menopauzei: atunci se vorbește de o hormonoterapie substitutivă postmenopauzică. Ele se prezintă în diferite moduri de condiționare, administrabile sub formă orală, percutanată sau transvaginală. Dozarea estrogenilor și progestativelor variază după motivul tratamentului.

Efectele nedorite și supravegherea sunt aceleași ca și pentru estroprogestativele contraceptive. → CONTRACEPTIE.

ESARFĂ. Bucată de țesătură care permite menținerea membrului superior (antrebraț, încheietura mâinii, cot sau mână) imobilizat la piept.

Esarfa permite, în regim de urgență, susținerea unui membru superior traumatizat pentru a atenua durerea și pentru a evita agravarea deplasării apoi, după tratament, pentru a susține acest membru și pentru a-l proteja.

ETER. Oxid de etil, lichid incolor, volatil, hipnotic și anestezic.

Eterul era utilizat altădată ca anestezic general (prin inhalarea cu mască, eventual într-un amestec). Mai puțin activ decât cloroformul, astăzi este utilizat doar în micile intervenții.

ETICĂ MEDICALĂ. Ansamblu de reguli de conduită a profesioniștilor din domeniul sănătății față de pacienții lor.

Etica medicală, inevitabil complexă, ține atât de deontologie (ansamblu de reguli interne din cadrul unei profesii), cât și de morală și de știință.

Etica medicală privește aspectul limitat la sănătate al unei noțiuni similare dar mai vaste, bioetica, care reprezintă ansamblul aceloraș reguli aplicate tuturor domeniilor din științele vieții.

ETMOID. Mic os median care face parte concomitent și din craniu și dintre oasele feței.

Etmoidul este situat imediat în spatele nasului, între cele două orbite.

ETMOIDITĂ. Inflamație acută a sinusurilor etmoidului.

SINONIM: *sinuzită etmoidală*.

Etmoidita atinge mai ales copiii între 2 și 4 ani. Ea este datorată unei infecții rinofaringeene care urcă în canalele prin care sinusurile comunică cu fosele nazale. Ea se traduce printr-o afectare gravă a stării generale (febră, deprimare), o scurgere de puroi prin nas, un edem progresiv al pleoapelor începând cu unghiul intern al ochiului. Infecția riscă să evolueze rapid, întinzându-se în jurul globilor oculari (risc de cecitate ulterioară) sau către meninge și creier.

Copilul trebuie să fie spitalizat de urgență. Tratamentul se bazează pe administrarea de antibiotice pe cale intravenoasă.

ETMOIDULUI (cancer al). Cancer care afectează etmoidul sub forma unui adenocarcinom (tumoră malignă care provine dintr-un țesut glandular).

Cancerul etmoidului afectează, în principal, muncitorii din domeniul prelucrării lemnului (ebeniști, tâmplari), mai ales a lemnului exotic. El este cauzat de suspensiile în aer ale taninurilor conținute în lemn, care se acumulează pe mucoasă tapisând oasele foselor nazale. Semnele cancerului de etmoid sunt o obstrucție nazală și scurgeri prin nas, limpezi sau hemoragice, puțin abundente dar repetate. Tratamentul asociază o ablație chirurgicală a etmoidului, o chimioterapie și o radioterapie.

ETILISM. → ALCOOLISM.

ETIOLOGIE. Studiu al cauzelor bolilor.

ETUVĂ. Aparat închis în care o temperatură ridicată, predeterminată, este întreținută cu scopul de a realiza dezinfectarea sau sterilizarea diferitelor obiecte.

Etuvele servesc la dezinfectare sau sterilizare. Ele funcționează cu căldură uscată sau cu căldură umedă.

EUCALIPT. Arbore foarte înalt din familia mirtaceelor, foarte răspândit în regiunile mediteraneene și ale cărui frunze sunt utilizate pentru fabricarea unor medicamente.

Principiul activ esențial al frunzelor de eucalipt este eucaliptolul, obținut prin distilare. El este indicat în tratamentul de completare al afecțiunilor bronhopulmonare sau gripale.

EUGENISM. Teorie care caută să realizeze o selecție privind colectivitățile umane plecând de la legile geneticii.

Utilizarea ei tendențioasă de către naziști în scopuri politice, chiar sterilizarea forțată a anumitor categorii de indivizi, a condus la derive periculoase, motiv pentru care societatea științifică din zilele noastre o evită.

EUSTACHIO (trompă a lui). Conduct care leagă faringele de urechea medie.

Trompa lui Eustachio are forma unui canal fin care se deschide printr-un orificiu în peretele rinofaringelui, de fapt în fosele nazale, și prin celălalt orificiu în căsuța timpanului, sediul urechii medii care conține osciorelele.

Trompa lui Eustachio are ca rol realizarea presiunilor care se exercită pe fiecare dintre fețele timpanului, mai precis presiunea din căsuța timpanului (fața internă) cu presiunea atmosferică (fața externă). La fiecare deglutiție, mișcările faringelui provoacă deschiderea automată a orificiului trompei lui Eustachio, care conduce atunci aerul din faringe către ureche, înlocuindu-l pe cel resorbit în permanență de către mucoasa urechii.

EUTANASIE. Activitate constând în pregătirea unei morți fără suferință unui bolnav atins de o boală incurabilă, care antrenează dureri intolerabile.

Unele țări (Olanda) autorizează eutanasia, dar majoritatea lor o consideră crimă.

EUTIROIDIE. Stare fiziologică corespunzând unui nivel normal al hormonilor tiroidieni.

Eutiroidia este opusă distiroidiei, disfuncția secreției tiroidiene în care se deosebesc hipertiroidia (boala lui Basedow) și hipotiroidia (mixedemul).

EUTOCIE. Situație obstetricală favorabilă care permite să se spere într-o naștere normală.

EVAGINAȚIE. Întoarcere spontană sau chirurgicală, a unui organ cavitar spre interiorul său, ca un deget de mănușă.

În cazul unui prolaps (coborâre a unui organ), vaginul sau rectul pot, de asemenea, să evagineze. Atunci când este necesar un tratament, de exemplu, din cauza unei incontinențe rectale, acesta este de cele mai multe ori chirurgical.

EVALUARE FUNCȚIONALĂ CU OBIECTIV SPORTIV. Ansamblu de teste destinate determinării aptitudinilor fizice ale unui subiect pentru o practică sportivă și pentru a evalua capacitățile funcționale ale organelor implicate în cursul exercitării respectivului sport.

■ *În evaluarea aparatului cardiovascular*, acesta este supus unor teste simple de efort, ca testul lui Ruffier care constă în efectuarea a 30 flexii-extensii ale membrelor inferioare în 45 de secunde. Aceste teste permit să se observe variațiile frecvenței cardiace și ale tensiunii arteriale. Proba pe bicicletă sau pe covorul rulant, cerând un efort mai intens, permite în plus o evaluare a consumului de oxigen în cursul exercițiului, precum și dozarea sangvină a acidului lactic (estimarea participării metabolismului anaerob) și a hormonilor precum catecolaminele (estimarea stării de stimulare a organismului). Testele de teren, ca testul lui Cooper, care constă în parcurgerea în alergare a celei mai mari distanțe posibile în 12 minute, sunt utilizate pentru estimarea aptitudinii fizice în funcție de performanța realizată.

■ *În evaluarea aparatului pulmonar* acesta din urmă este supus unui examen spirometric, care dă informații asupra capacităților ventilatorii ale plămânului.

■ *În evaluarea aparatului muscular*, mușchii sunt testați în diferite condiții: evaluarea capacității de travaliu a mușchiului în cursul testelor de detentă ca cel al detentei pe verticală (subiectul sare cât mai sus posibil și atinge cu mâna o riglă gradată), măsurarea forței maxime voluntare a anumitor grupuri musculare, ca de exemplu a cvadricepsului, cu ajutorul unui dinamometru izocinetic.

În funcție de activitatea sportivă practicată, pot fi necesare alte teste, ca evaluarea neurologică sau oftalmologică.

EVENTRAȚIE. Proeminență a viscerelor abdominale prin pătura musculară a peretelui abdominal și sub piele.

O eventrație este, în general, legată de un defect de cicatrizare după o intervenție chirurgicală.

O eventrație se traduce printr-o proeminență rotunjită, uneori vizibilă doar din poziția în picioare sau când pacientul face un efort. Ea poate crește în volum, uneori chiar foarte mult, mai ales când se află pe linia mediană, deasupra sau dedesubtul ombilicului, sau poate provoca o ocluzie intestinală (oprirea tranzitului materiilor).

TRATAMENT. O eventrație supraombilicală sau subcostală, dacă este mică, nu necesită decât o simplă supraveghere. Dacă e mai mare, ea poate uneori să fie susținută cu o centură abdominală. Totuși, de îndată ce o eventrație devine prea voluminoasă sau dureroasă, ea trebuie să fie operată. Intervenția constă fie în apropierea și suturarea mușchilor și aponevrozelor, fie în înlocuirea lor cu o protecă din material sintetic, denumită placă.

EVICTIE ȘCOLARĂ. Măsură de interdicție aplicată unui elev sau unui membru al personalului afectat de o boală contagioasă de a frecventa o instituție educațională.

Evicția școlară are drept scop evitarea propagării bolii.

EVIDARE GANGLIONARĂ. → CURĂȚARE GANGLIONARĂ.

EWING (sarcom al lui). Tumoră malignă a oaselor.

Sarcomul lui Ewing este o tumoră rară care afectează mai ales copilul între 10 și 15 ani, mai rar adultul tânăr. El atinge de cele mai multe ori diafiza (partea medie) oaselor lungi ca femurul și tibia. Osul bolnav este dureros, tumefiat, fragilizat, el riscă să se rupă.

Diagnosticul se pune pe baza radiografiei; el este confirmat printr-o biopsie care permite analizarea tumorii. Prognosticul sarcomului lui Ewing, grav, este ameliorat astăzi prin radioterapie și chimioterapie. Uneori este necesară o intervenție chirurgicală.

EXAMEN. Observare minuțioasă a unui pacient permițând determinarea unui diagnostic.

■ *Examenul clinic* făcut în urma unui interogatoriu (strângerea de informații privind antecedentele personale și familiale, igiena și modul de viață, istoricul bolii); el cuprinde inspectarea (de exemplu cercetarea unei erupții cutanate), palparea (cercetarea unei hepatomegalii, a unei adenopatii etc.), percuția (a toracelui, de exemplu, în căutarea unui sunet surd, care relevă o efuziune pleurală) și auscultația diferitelor părți ale corpului și unor organe (inimă, plămâni); examenul clinic poate fi general sau orientat, în funcție de simptomele pe care le prezintă bolnavul.

■ *Examenele complementare* (analize biologice, radiografii, endoscopie, electrocardiogramă etc.) pot fi prescrise cu scopul de a completa examenul clinic.

EXAMEN CITOBACTERIOLOGIC. Ansamblu de tehnici care studiază celulele și germenii conținuți în prelevatele de lichide.

Un examen citobacteriologic studiază un eșantion de puroi superficial sau profund, lichide fiziologice (sânge, urină), lichide reacționale (ascită, efuziune pleurală) sau secreții faringeene ori vaginale cu scopul de a stabili dacă ele pun sau nu în evidență o infecție și care este germenele în cauză.

EXAMEN CITOBACTERIOLOGIC AL URINEI. Examinare a urinei la microscop permițând detectarea unei infecții urinare și determinarea numărului de germeni și de globule roșii și albe pe milimetrul de urină.

Un examen citobacteriologic al urinei (E.C.B.U.) este prescris de îndată ce se bănuiește o infecție a aparatului urinar (infecție a prostatei, cistită bacteriană etc.). Pentru a obține un rezultat sigur și interpretabil, este important să se respecte anumite condiții de prelevare: urina trebuie să fie emisă dimineața, pe nemâncate, după dezinfectarea meatului uretral (orificiul exterior al uretrei) și recoltată într-un flacon steril.

■ *Numărul de germeni* prezenți în urină permite să se afirme sau nu existența unei infecții: dacă el este mai mic de 1000/mililitru, nu e vorba de o infecție (în cursul prelevării a intervenit probabil o contaminare); dacă numărul de germeni este cuprins între 1.000 și 100.000 pe mililitru, poate fi o infecție, fără certitudine absolută; dacă numărul de germeni pe mililitru este mai mare de 100.000, atunci este vorba sigur de o infecție. Germenii reperați sunt puși în cultură cu scopul de a fi identificați.

■ *Numărul de celule sangvine* prezente în urină aduce alte informații.

În mod normal, numărul de globule roșii este mai mic sau egal cu 2.000 pe mililitru, la fel ca și numărul de globule albe. În caz de infecție, numărul de globule albe crește și aspectul lor este modificat. O creștere a numărului de globule roșii, definită drept hematurie microscopică, pune în evidență o infecție urinară, o tumoră a vezicii, un calcul al rinichiului etc.

EXAMEN IZOTOPIC. → SCINTIGRAFIE.

EXANTEM SUBIT. Febră eruptivă a primei copilării legată de virusul HHV6 (virus herpetic uman de tip 6). SINONIM: *rozeola infantila, a sasea boala eruptivă*.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Exantemul subit se manifestă printr-o febră bruscă ajungând repede la 39–40°C și menținându-se în platou timp de aproximativ trei zile; ea poate fi complicată cu o criză convulsivă febrilă, în general benignă.

Erupția survine în cea de a treia sau cea de a patra zi; ea este precedată sau este însoțită de scăderea febrei. Se manifestă prin mici pete superficiale, roz deschis, predominând pe trunchi, afectând, de asemenea, membrele și neafectând fața. Erupția durează doar 12 până la 24 ore. Câteodată, boala poate lua și forma unei febre izolate, fără

erupție, cu o înroșire cutanată discretă pe trunchi, de scurtă durată și fără febră.

TRATAMENT. Exantemul subit nu necesită nici un tratament care să fie deosebit de cel destinat combaterii febrei.

EXCIPIENT. Substanță asociată principiului activ al unui medicament și a cărei funcție este de a facilita administrarea, conservarea și transportul acestui principiu activ până la locul său de absorbție.

EXCORIAȚIE CUTANATĂ. Pierdere a substanței din piele neafectând decât straturile superficiale.

Excoriațiile cutanate se observă atunci când un subiect este atins de o boală care provoacă leziuni pruriginoase (psoriazis, lichen) și se scarpină. Ele pot constitui punctul de plecare al unor mici suprainfecțări, provocate în particular de către stafilococi.

EXCRESCENȚĂ. → PIELII (CHIST AL).

EXCREȚIE. Evacuare în afara organismului, sau în afara structurii care le-a elaborat, a secreților sau ale deșeurilor inutilizabile sau nocive.

Organele excretoare sunt rinichii (deșeuri azotate, săruri minerale, medicamente), ficatul (bila), colonul (fecalele), plămânii (dioxidul de carbon și vaporii de apă), glandele sudoripare (săruri și apă).

EXEREZĂ. → ABLAȚIE.

EXOCRIN, -Ă. Se spune despre o glandă sau despre o celulă ale căror produse de secreție sunt excretate direct într-o cavitate naturală (tubul digestiv, de exemplu) sau în exterior (piele), ca și despre secreția unei astfel de glande sau a unei astfel de celule.

Secreția exocrină se deosebește de secreția endocrină, care eliberează produsul în circulația sangvină.

EXOFORIE. Deviere divergentă și latentă (care nu există în starea de repaus a ochiului și care nu apare decât în anumite condiții) a axelor globilor oculari.

Exoforia se deosebește atât de exotropie (strabism) în cursul căreia deviația este permanentă și este însoțită de o dereglare a vederii binoculare, cât și de esoforie, în care deviația este convergentă.

Exoforia este o tulburare frecventă care nu are o cauză specifică.

Tratamentul face apel la purtarea de lentile corectoare, mai ales în cazul miopilor, și la reeducarea ortoptică, ce are drept scop ameliorarea vederii binoculare.

EXOFTALMIE. Proeminare a globului ocular în afara orbitei sale.

Exoftalmia poate fi asociată unei înroșiri a conjunctivei, unui edem al pleoapelor, uneori unei vederi în dublu cu un strabism trecător.

DIAGNOSTIC. Acesta se bazează pe un examen clinic care stabilește dacă exoftalmia este unilaterală sau bilaterală, dacă ea poate fi redusă (globul ocular poate fi împins parțial în spate) sau nu, dacă proeminarea este pe axul orbitei sau oblic, dacă există semne vasculare (suflu la auscultație, bătăi pulsatile resimțite atunci când se apasă pe ochi).

TRATAMENT. Este în primul rând cel al cauzei: el este hormonal — asociat eventual cu o corticoterapie — pentru o exoftalmie basedowiană, antibiotic și antiinflamator pentru exoftalmiile infecțioase, chirurgical, radioterapic sau chimioterapic pentru exoftalmiile tumorale, neurochirurgical sau neuroradiologic în caz de anomalii vasculare.

EXONERARE. → DEFECARE.

EXOSTOZĂ. Tumoră benignă care se dezvoltă la suprafața unui os. Exostozele, altădată denumite osteocondroame, au o origine necunoscută.

Atunci când exostozele sunt multiple și când sunt amplasate pe diferite oase, ele sunt caracteristice unei afecțiuni ereditare, boala exostozelor multiple. Aceasta debutează din copilărie: exostozele comprimă nervii sau arterele; ele nu degenerează în cancer decât foarte rar.

TRATAMENT. Atunci când exostozele sunt deranjante, ele pot fi scoase chirurgical. În alte cazuri, o simplă supraveghere clinică și radiologică este suficientă, dar necesară.

EXOTROPIE. → STRABISM.

EXPECTORANT. Fluidifiant bronșic care ușurează expectorația secreților produse de căile respiratorii inferioare (trahee, bronhii, alveole pulmonare). SINONIM: *fluidifiant, mucolitic*.

Expectorantele sunt indicate în tratamentul de completare al afecțiunilor care provoacă o creștere a secreților (bronșita acută și cronică, mucoviscidioză). Folosirea lor este contraindicată în asociere cu medicamente antitusive sau când secrețiile sunt deja suficient de fluide, și, de asemenea, bolnavilor care nu pot să scuipe din cauza unei stări generale sau respiratorii precare.

EXPECTORAȚIE. 1. Expulzie prin tuse a secreților provenind din căile aeriene inferioare (trahee, bronhii, alveole pulmonare). 2. Produs expulzat prin tuse.

Expectorația, numită în mod obișnuit scuipat, este provocată de o acumulare de secreții, survenită mai ales în cursul afecțiunilor bronhopulmonare: bronșita acută, bronșita cronică, bronșiectazie, astm, infecție pulmonară (pneumonie, abces al plămânului, tuberculoză), modificări bronșice consecutive fumatului.

Expectorația de sânge, sau hemoptizia, este un caz particular; aceasta poate fi consecutivă unei afecțiuni bronhopulmonare (cancer bronșic, embolie pulmonară, tuberculoză) sau unei afecțiuni cardiace acute.

TRATAMENT. Expectorația nu trebuie împiedicată în mod direct; ea nu este decât semnul unei boli și, prin împiedicarea acumulării secrețiilor, are un rol benefic. Atunci când ea este cronică, deosebit de deranjantă sau dacă secrețiile sunt prea groase si dificil de expectorat, se caută totuși ușurarea ei cu ajutorul unor medicamente fluidifiante, chiar folosirea unei kineziterapii respiratorii.

EXPERTIZĂ MEDICALĂ. Studiu practicat de către un medic-expert care duce la stabilirea unui raport de expertiză.

■ *În domeniul asigurărilor*, companiile folosesc medici experți atât pentru fixarea riscului de asigurare, cât și pentru aprecierea daunelor și incapacităților antrenate de o calamitate corporală.

■ *În domeniul judiciar*, expertiza se efectuează la solicitarea unui magistrat. Expertul stabilește cauza si circumstanțele unei morți, evaluează starea psihică si gradul de responsabilitate al unui inculpat. În procedurile civile, el determină cauza și responsabilitățile unei calamități corporale si fixează importanța daunelor.

■ *În domeniul farmacologic*, organismele publice care autorizează punerea pe piață a unor noi medicamente pretind rapoarte de expertiză asupra diferitelor faze ale studiului unui produs : acțiunea pe animal, farmacocinetica (ce se întâmplă cu medicamentul în organism), efectele terapeutice, toxicitatea, efectele nedorite. Orice nouă metodă de diagnostic sau de tratament instrumental face, de asemenea, obiectul unei expertize înainte de a fi autorizate.

În sfârșit, expertiza medicală poate fi cerută de diferite instanțe, ca societățile științifice, asociațiile consumatorilor sau centrele spitalicești pentru a cunoaște valoarea anumitor proceduri de dignosticare sau tratament.

EXSANGUINOTRANSFUZIE. Înlocuirea celei mai mari părți a sângelui sau a globulelor roșii aparținând unui bolnav cu sânge si globule roșii de la donatori.

INDICAȚII. Principalele indicații ale unei exsanguinotransfuzii sunt boala hemolitică a nou-născutului, anemiile sau intoxicațiile grave, babesioza, drepanocitoza.

TEHNICĂ. Exsanguinotransfuzia este practicată în mod manual la nou-născut: un cateter este introdus în vena ombilicală pentru a permite alternativ puncțiile sagvinc la copilaș și injectările de sânge sau de globule roșii de la donator. În alte cazuri (drepanocitoză), se poate utiliza un aparat de citaferează care permite eliminarea globulelor roșii ale bolnavului și restituirea către el a altor elemente ale sângelui său, precum și a globulelor roșii sănătoase.

EXSTROFIE VEZICALĂ. Dezvoltarea incompletă a vezicii și a peretelui abdominal situat sub ombilic.

În extrofia vezicală, vezica, incomplet dezvoltată, se deschide direct pe peretele abdominal, între ombilic și pubis, urina scurgându-se atunci direct în exterior.

O exstrofie necesită mai multe operații: reconstrucția vezicii, a peretelui abdominal, a sfincterului uretral și a uretrei.

EXSUDAT. Picurare (scurgere) lichidiană a unei părți din elementele sângelui prin peretele unui vas.

EXTENSIE. Acțiune de alungire a unui segment al corpului în prelungirea segmentului care îi este adiacent.

A întinde membrul superior, de exemplu, revine la a pune antebrațul în extensie pe braț. Termenul este folosit, de asemenea, pentru a califica o articulație într-o situație dată: genunchiul se află în extensie atunci când piciorul este întins.

Extensia continuă. Este vorba de o metodă ortopedică de tratament al fracturilor prin tracțiune cu ajutorul unor greutăți și a unui sistem de scripeți și cabluri. Tracțiunea pe os este asigurată fie prin intermediul unei broșe care trece prin el, fie prin benzi adezive lipite de membru.

Ea poate fi menținută timp de mai multe săptămâni.

Această metodă este folosită adesea la copii și la fracturile de bazin ale adultului.

EXTEROCEPTIV. Care își primește informațiile de la receptorii senzoriali situați în piele și stimulați de către agenții exteriori organismului.

EXTINCȚIE A VOCII. → AFONIE.

EXTRACȚIE DENTARĂ. → AVULSIE DENTARĂ.

EXTRASISTOLĂ. Contracție cardiacă anormală, survenind în mod prematur în cursul ciclului cardiac.

CAUZE ȘI SIMPTOME. Extrasistolele sunt de cele mai multe ori hiperexcitabilități electrice ale unei zone limitate a miocardului. Ele pot trece complet neobservate sau, invers, sunt însoțite de o senzație de lovituri în piept, de palpitații, de indispoziție sau pauză cardiacă.

DIAGNOSTIC. Extrasitolele sunt ușor detectate prin luarea pulsului și mai ales prin auscultarea cardiacă prelungită, care decelează neregularitatea bătăilor cardiace. Ele sunt cofirmate prin electrocardiografie. Atunci când medicul consideră necesar, prescrie o înregistrare electrocardiografică pe o durată de 24 de ore (înregistrarea Holter), care dă posibilitatea să se precizeze caracteristicile extrasistolelor: sediul și numărul, repetiția la întâmplare sau identică, existența și lungimea unei pauze extrasistolice, variabilitate pe 24 de ore.

F

FABRY (boală a lui). Boală ereditară caracterizată printr-o acumulare de lipide în organe și țesuturi.

Foarte rară, boala lui Fabry este consecința unui deficit în enzima alfagalactozidaza A, ceea ce duce la acumulare de sfingolipide (lipide conținând un alcool azotat, sfingozina, sau derivatul său, dihidrosfingozina) în celulele peretelui vaselor, ale mușchilor, ale rinichilor. Transmiterea este recesivă, legată de cromozomul X (femeile transmit boala, dar aceasta nu afectează decât bărbații). Boala lui Fabry se traduce, pe de o parte prin apariția de angioame (pete roșii cauzate de o dilatare a vaselor) pe piele și pe mucoase, iar pe de altă parte prin crize dureroase care afectează mâinile, picioarele și abdomenul și, în sfârșit, prin atingeri viscerale, mai ales renale, dar și cardiovasculare, neurologice și oculare. Tratamentele curative sunt în studiu, dar ele sunt încă puțin eficace. Tratamentul simptomatic este cel al durerilor, cu analgezice, și al insuficienței renale atunci când ea se agravează (dializa).

FACOMATOZĂ. Boală congenitală, de obicei ereditară, caracterizată prin malformații și facoame (tumori de mărime mică) care afectează nervii, ochii și pielea.

FACTOR DE COAGULARE. Substanța care intervine în procesul de solidificare a sângelui (formarea unui cheag).

Există treisprezece factori ai coagulării, numerotați de la I la XIII: fibrinogen, protrombină, tromboplastină, calciu, proaccelerină, accelerină, proconvertină, factorii antihemofilici A și B, factorii Stuart, PTA, Haegeman și factorul de stabilizare a fibrinei.

FACTOR DE CREȘTERE. Moleculă care favorizează sau inhibă multiplicarea celulelor.

FACTOR INTRINSEC. Glicoproteina produsă de stomac, asigurând protecția și asimilarea vitaminei B12.

FACTOR NATRIURETIC AURICULAR. Hormon peptidic (format din mai mulți acizi aminați) secretat de inimă la nivelul auriculelor, care provoacă o vasodilatație și ușurează eliminarea sodiului.

FACTOR NECROZANT AL TUMORILOR. Substanță a sistemului imunitar având mai ales rol în lupta împotriva celulelor canceroase. În engleză: Tumor Necrosis Factor (TNF).

Factorii necrozanți ai tumorilor fac parte dintre citokine (proteine secretate de o celulă și care se fixează pe o altă celulă pentru a declanșa aici diverse fenomene, ca multiplicarea sa sau diferențierea sa).

FACTOR PREDISPOZANT. Factor care crește riscurile de apariție a unei boli. SINONIM: *factor de risc*.

Există factori predispozanți care țin de mediu (canalizările, gazele de eșapament, fumul de uzină, produsele chimice, radioactivitatea, bolile infecțioase etc.) susceptibili să fie răspunzători de unele boli. Ereditatea, tabagismul, mai ales atunci când fumul este inhalat, iar consumul este mai mare de șase țigarete pe zi, obezitatea, hipertensiunea arterială, hiperlipidemia (nivel ridicat al lipidelor sangvine), mai ales hipercolesterolemia cu niveluri coborâte ale lipoproteinelor de mare densitate (HDL), hiperglicemia (nivel ridicat al lipidelor sangvine), diabetul, sedentarismul, stresul etc., sunt factori predispozanți ai unei boli coronariene. Hipertensiunea arterială este cel mai important factor de risc pentru un accident vascular cerebral.

FACTORUL VIII. Proteină plasmatică ce intervine în mecanismul coagulării sangvine.

FAGOCITOZĂ. Capturare, ingestie și distrugere de către o celulă a particulelor sau a altor celule.

Capacitatea de fagocitoză este proprie anumitor celule, numite fagocite, ca polinuclearele neutrofile și celulele macrofage.

FALANGĂ. Mic os tubular ce constituie scheletul degetelor de la mâini și de la picioare.

Falangele sunt în număr de 3 pentru degetele zise lungi și 2 pentru police și degetul mare de la picior. Prima falangă a unui deget se articulează întotdeuna cu un metacarpian al mâinii sau cu un metatarsian al piciorului; celelalte falange se articulează între ele.

FALCĂ. → MAXILAR INFERIOR, MAXILAR SUPERIOR.

FALLOPIO (trompă a lui). Fiecare dintre cele două conducturi care merg de pe părțile uterului spre ovarul corespondent. SINONIM: *trompă uterină*.

Trompele lui Fallopio, care constituie împreună cu ovarele anexele uterului, sunt tuburi de 7 sau 8 centimetri lungime, prelungite prin pavilioanele tubare.

În timpul ciclului menstrual, ovulul eliberat de către ovar în momentul ovulației este captat de către pavilion, apoi cilii care tapisează peretele intern al trompei îl îndreaptă spre uter. Cel mai des, întâlnirea între ovul și spermatozoid are loc în treimea exterioară a trompei.

Ligaturarea chirurgicală a trompelor, practicată la femeile care nu doresc să mai aibă copii, provoacă o sterilitate, în principiu, definitivă.

PATOLOGIE. Se întâmplă câteodată ca un ovul fecundat să se implanteze în trompă și să înceapă aici dezvoltarea, provocând o sarcină tubară, una dintre formele posibile ale unei sarcini extrauterine.

O infecție a uterului poate provoca o inflamație a uneia sau ambelor trompe ale lui Fallopio (salpingită), și obturarea lor, antrenând o sterilitate. Fimoza tubară este o obturație a uneia sau ambelor trompe consecutivă alipirii franjelor pavilionare, având o etimologie infecțioasă. O colecție lichidiană sau purulentă în trompă este denumită hidrosalpinx sau piosalpinx (abces al trompei). Obturațiile tubare sunt tratate chirurgical.

FALLOT (tetralogie sau tetradă a lui). Cardiopatie congenitală care asociază o comunicare interventriculară, o hipertrofie ventriculară dreaptă și o poziție defectuoasă a aortei.

În această cardiopatie, rară, sângele dezoxigenat (albastru) poate trece în aortă, antrenând o cianoză a unghiilor și buzelor.

Cianoza, progresivă, apare spre vârsta de 6 luni; ea se intensifică la efort și la plânsete, fiind însoțită sau nu de o pierdere a stării de conștiență.

Tratamentul, chirurgical, este practicat, în măsura posibilităților, atunci când greutatea copilului a atins 15 kilograme. El constă aproape întotdeauna în repararea tuturor malformațiilor. Rezultatele intervenției chirurgicale, sunt în ansamblu, satisfăcătoare și bolnavii pot duce o viață aproape normală.

FALLOT (trilogie sau triadă a lui). Cardiopatie congenitală constând în asocierea unei îngustări valvulare (stenoză) la originea arterei pulmonare și a unei comunicări interauriculare.

În această cardiopatie, sângele dezoxigenat (albastru) poate trece în cavitățile cardiace stângi, apoi în aortă prin comunicarea interauriculară, provocând o cianoză. Această malformație este rară.

Tratamentul chirurgical, este practicat, în măsura posibilităților, atunci când greutatea copilului a atins 15 kilograme. El constă în deschiderea îngustării (stenozei) și în închiderea comunicării interauriculare. El dă, pe termen lung, foarte bune rezultate.

FALSĂ NAȘTERE. → AVORT.

FALSĂ RUTĂ ALIMENTARĂ. Accident provocat de inhalarea în căile aeriene de lichide sau de particule alimentare în mod normal destinate esofagului.

CAUZE. Acest accident se produce de cele mai multe ori în cursul mâncatului. Falsele rute sunt mai frecvente la nou-născut și la sugar. Falsa rută poate fi favorizată de erorile în tehnica hrănirii (tetina prea mult perforată, suptul în poziție înclinată).

La adult, ea poate fi consecutivă unei mișcări inspiratorii intempestive sau poate fi dovada unei paralizii a nervilor care comandă faringele și laringele.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Falsele rute se manifestă printr-o jenă respiratorie și prin accese de tuse, chiar printr-o sincopă. Evoluția este, în general, benignă, dar se poate complica cu o pneumopatie sau cu un abces al plămânului. În mod excepțional, ea poate duce la moarte sau la sincopă reflexă.

TRATAMENT. Trebuie oprită imediat hrănirea și, dacă este vorba de un sugar, trebuie favorizată tusea prin bătăi aplicate pe torace, prin așezarea în poziție înclinată cu capul mai jos decât picioarele și, dacă este nevoie să i se facă respirație gură-la-gură. La adult, dacă bolnavul poate respira și vorbi, nu trebuie să ne opunem tentativelor lui de a expulza prin tuse corpurile străine. Dacă obstrucția părților aeriene este completă (imposibilitate de a vorbi, de a tuși sau de a respira) și dacă bonavul este conștient, trebuie să i se aplice manevra lui Heimlich, adică să ne așzăm în spatele lui, să ne trecem brațul în jurul taliei lui, să strângem pumnul acoperindu-l cu cealaltă mână și punându-l pe ombilic sub rebordul costal, înainte de a-l înfunda rapid în abdomen prin tragere puternică în sus; această manevră poate fi repetată de mai multe ori. Dacă asfixia este totală, bolnavul fiind inconștient, trebuie să se practice de urgență manevrele de reanimare cardiorespiratorie; obstrucția căilor aeriene superioare poate necesita o traheotomie de urgență. O endoscopie bronșică permite extragerea corpurilor străine.

PREVENIRE. Aceasta constă din:

■ *la sugari*, alimentarea la sân sau cu biberonul să fie făcută în poziție șezândă sau verticală, veghind ca sugarul să nu bea prea rapid și așteptând înainte de a-l culca, să-și facă eructația;

■ *la sugarii care de obicei vomită*, să se aibă grijă ca vomitatul să se facă în poziție oblică, culcat pe o parte, nu pe spate;

■ *la cei care urmează să fie operați*, să se înceteze alimentarea pacientului cu mai multe ore înaintea anesteziei și a intervenției.

FANCONI (boală a lui). Afecțiune congenitală caracterizată prin malformații multiple și prin tulburări sangvine.

Boala lui Fanconi este o boală genetică rară care asociază diferite malformații ca o pigmentare cutanată, o absență a policelui, o înălțime mică, un rinichi în potcoavă, anomalii oculare și o microcefalie. Riscul cancerelor (de piele, de ficat) este mai ridicat decât pentru populația generală.

În afara grefei de măduvă osoasă, tratamentele sunt pur simptomatice (transfuzii, androgeni în doză mare) și permit ameliorarea supraviețuirii.

FANCONI (sindrom al lui). Afecțiune renală caracterizată prin tulburări ale funcțiilor tubulare antrenând o pierdere prea mare de substanțe ale organismului (acizi aminați, glucoză, fosfați, bicarbonați, calciu, potasiu etc.) în urină. SINONIM: *sindrom al lui De Toni–Debré–Fanconi*.

FANERĂ. Organ de protecție caracterizat printr-o keratinizare intensă.

Părul, dinții, unghiile și perii sunt fanere. Keratina, proteină fibroasă și principalul constituent al păturii superficiale a epidermului, este o substanță dură, rezistentă și protectoare.

FANGOTERAPIE. Tratamentul prin aplicarea de nămoluri de origine vulcanică.

Fangoterapia este, în principal, un tratament de completare al artrozei, oricare ar fi localizarea acesteia.

Nămolul trebuie aplicat local, sub formă de cataplasme, sau pe întregul corp, într-o baie.

FANTĂ LABIOPALATINĂ. Malformație caracterizată printr-o fantă a buzei superioare și/sau a palatului. SINONIM: *buză-de-iepure*.

Fanta labiopalatină este cea mai frecventă la băieți, în timp ce secționarea palatului se întâlnește cel mai des la fete.

CAUZE ȘI SIMPTOME. Fanta labiopalatină se prezintă ca o întrerupere a buzei roșii și a buzei albe cu, uneori, lărgirea importantă a narinei. Atunci când copilul deschide gura, se vede în palat o fantă care merge până la omușor.

Fanta labiopalatină antrenează nu numai un aspect inestetic ci, uneori, și tulburări funcționale: dificultăți la hrănire, la vorbit sau chiar ale auzului, consecutive unei eventuale obstrucții a orificiului trompei lui Eustachio din ureche.

DIAGNOSTIC. Ecografia prenatală pune în evidență astfel de anomalii, ceea ce permite pregătirea psihologică a familiei. La nou-născut, malformația este imediat vizibilă.

TRATAMENT. Acesta este chirurgical și intervine cât mai repede după naștere. Buza, nasul și vălul palatin (palatul moale) sunt reparate înaintea vârstei de 6 luni. Bolta palatină (palatul tare) este, în general, operată ceva mai târziu. Atunci când riscă să se manifeste tulburări ale vorbirii, se intervine chiar pe faringe. În sfârșit, un specialist în otorinolaringologie va verifica libertatea de trecere a aerului în trompa lui Eustachio. În momentul adolescenței sunt uneori necesare mici retușuri.

FARINGE. Conduct muscular și membranos care merge din fundul gurii până la intrarea în esofag.

STRUCTURĂ. Faringele corespunde în gâtlej. El cuprinde trei etaje. De sus în jos, se găsesc: nazofaringele (denumit și rinofaringe sau cavum), orofaringele și hipofaringele (sau laringofaringele).

Mușchii faringelui propulsează alimentele și lichidele în cursul deglutiției, prin îngustarea și ridicarea faringelui.

PATOLOGIE. Principalele boli ale faringelui sunt inflamațiile sau tumorile.

■ *Inflamațiile faringelui*, sau *faringitele*, afectează, izolat sau în același timp, nasul, rinofaringele (rinofaringită)și orofaringele (anginâ).

■ *Tumorile faringelui* sunt de cele mai multe ori maligne decât benigne (polipi, angioame, fibroame nazofaringiene). Cele ale rinofaringelui sunt cauzate de virusul lui Epstein-Barr, cele ale orofaringelui și hipofaringelui de alcool și de tutun. Tratamentul cuprinde de cele mai multe ori o ablație chirurgicală a leziunilor, o chimioterapie și o radioterapie.

FARINGITĂ. Inflamație a faringelui.

După cum evoluția este acută sau cronică, se deosebesc două tipuri de faringită.

Faringita acută. Este vorba de o inflamație acută a orofaringelui (partea medie a faringelui, la înălțimea gâtlejului), numită, de asemenea, anginâ, cauzată de infecții mai frecvente virale, uneori bacteriene; în acest ultim caz, germenii în cauză sunt streptococul, stafilococul sau o bacterie din genul Haemophilus.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Durerea locală este exacerbată la deglutiție și este însoțită de semne generale mai mult sau mai puțin marcate (febră, oboseală, indisoziție). Dacă amigdalele n-au fost scoase, la examinare se constată că ele sunt atinse de inflamație (amigdalită).

TRATAMENT. Se bazează pe administrarea de antibiotice, analgezice și colutorii.

Faringita cronică. Este vorba de a inflamație persistentă a faringelui, ale cărei cauze pot fi numerose: abuzul de tutun sau alcool, rinita sau sinuzita cronică, diabetul, contactul cu poluanții atmosferici (pulberi industriale, gaze toxice etc.), refluxul gastroesofagian (urcarea anormală a conținutului gastric acid în esofag până la faringe, putând să-l irite) etc. Simptomele sunt dureri intermitente în gâtlej și la deglutiție și o uscăciune a faringelui care obligă bolnavul

să-și dreagă vocea tot timpul. La o examinare nu se distinge decât o simplă roșeață faringeană. Tratamentul faringitelor cronice este dificil și se asociază celui al cauzei, atunci când ea este determinată, îngrijirile locale (aerosoli, colutorii etc). și curele termale.

FARINGOPLASTIE. Intervenție chirurgicală care vizează modificarea formei vălului palatin.

INDICAȚII ȘI TEHNICĂ. Faringoplastia constă, în general, în îndepărtarea unei părți a vălului palatin pentru a trata sforăiturile, fie că ele sunt sau nu asociate cu un sindrom de apnee de somn. Mai rar, ea vizează prelungirea vălului palatin cu ajutorul unui grefon constituit din mucoasă a faringelui, în caz de malformație (mai ales fanta labio-palatină).

DESFĂȘURARE ȘI EFECTE SECUNDARE. Faringoplastia se practică sub anestezie locală, și atunci nu este necesar ca pacientul să fie spitalizat, sau sub anestezie generală; ea necesită în acest din urmă caz o spitalizare de 48 de ore. Urmările postoperatorii sunt marcate prin dureri pe o durată de aproximativ o săptămână.

COMPLICAȚII ȘI REZULTATE. Complicația principală a faringoplastiei este apariția unui reflux alimentar pe nas, dovedind,o ablație prea mare a vălului palatin. Acest reflux este adesea asociat unei rinolalii (modificarea vocii, subiectul nemaiputând să pronunțe corect sunetele ocluzive (b, p, d, t, g și k)). Mai mult de 80% dintre faringoplastii practicate pentru înlăturarea sforăiturilor dau bune rezultate; în caz de eșec, este posibilă repetarea intervenției.

FARMACIE. Ramură a științei care are ca obiectiv conceperea, prepararea și distribuirea medicamentelor.

FARMACOCINETICĂ. Totalitate a fenomenelor și reacțiilor care se produc după introducerea unui medicament în organism.

FARMACODEPENDENȚĂ. Tendință la consumul de medicamente care devine din ce în ce mai puțin controlabil în timp. SINONIM: *toxidependență*.

Farmacodependența este una dintre formele de toxicomanie, iar cele două cuvinte sunt frecvent folosite unul în locul celuilalt. Totuși uzanța tinde să desemneze prin farmacodependență mai curând toxicomania care se leagă de folosirea substanțelor medicamentoase.

FARMACOLOGIE. Ramură a științelor medicale care studiază proprietățile chimice ale medicamentelor și clasificarea lor.

FARMACOPEE. Culegere oficială de norme și de informații indispensabile farmacistului pentru a-și exercita profesia.

FARMACOVIGILENȚĂ. Ramură a științelor care are ca obiectiv supravegherea efectelor nedorite ale medicamentelor, precum și furnizarea cunoștințelor, metodelor și mijloacelor necesare pentru aplicarea acestei supravegheri.

FASCICULAȚIE. Contracție localizată a fasciculelor musculare.

Fasciculațiile constau în contracții foarte scurte ale fasciculelor care constituie mușchii, manifestându-se prin fremătări ale suprafeței pielii în regiunile în cauză.

FAȚĂ. Regiune limitată în sus de pielea capului, pe părți de urechi și în jos de gât.

Fața se compune din frunte, ochi, nas, gură, bărbie și obraji.

PATOLOGIE

■ *Atingerea unilaterală a nervului facial* poate antrena o paralizie facială afectând jumătate din față luată pe sensul vertical.

■ *Dismorfiile fetei* sunt malformații faciale, fie congenitale, fie dobândite. Primele sunt foarte rare (1 caz la 50 000 aproximativ); printre ele, boala lui Crouzon este marcată printr-o față foarte largă, ochi depărtați și nas scurt. Dismorfiile dobândite sunt consecutive unor traumatisme sau unor accidente pe drumurile publice.

■ *Fracturile fetei* cele mai frecvente sunt fracturile de nas și de maxilar.

FAUCES. → GÂTLEJ.

FAVISM. Infecție a pielii capului cu o ciupercă microscopică din grupa dermatofitelor.

Favusul, frecvent mai ales în Africa de Nord și în Orientul Mijlociu, este cauzat de o varietate de chelbe, *Trichophyton schönleinii*. Infecția se traduce printr-un godeu favic, o capsulă mică galbenă (crustă acoperind puroi) de unde iese părul parazitat. În absența tratamentului, favusul provoacă o cădere masivă a părului. Tratamentul e bazat pe administrarea de antifungice (grizeofulvină, ketoconazol) pe cale orală sau local. Dacă bolnavul este un copil, se impune evicția școlară.

FAVUS. Forma particulară a unei hemolize acute (distrugerea globulelor roșii) la subiecții care suferă de un deficit ereditar în glucozo-6-fosfatdehidrogenază (sau G-6-PD, enzimă a degradării glucozei) în globulele roșii.

FEBRĂ. Temperatura corporală mai mare de 37°C, măsurată în gură, sau de 37,7°C măsurată în rect. SINONIM: *pirexie*.

CAUZE. Febra este provocată de proteinele zise pirogene eliberate în organism atunci când globulele albe luptă împotriva microbilor responsabili de o infecție. Această creștere a temperaturii acționează împotriva multiplicării

anumitor microbi. O febră mai poate fi prezentă în absența unei infecții (infarct de miocard, tumoră a sistemului limfatic).

SIMPTOME ȘI SEMNE. O stare febrilă este însoțită adesea de o senzație de frig, de sete intensă sau de frisoane, putând merge, la copil, până la convulsii sau delir. La adult, o febră moderată poate să nu fie observată sau poate antrena doar o senzație de indispoziție ori impresie de frig. La bătrân, o febră ridicată poate antrena tulburări de comportament, simulând o meningită, de exemplu.

TRATAMENT. Este necesară o consultație atunci când febra, ca unic simptom sau asociată cu alte simptome, durează mai mult de 3 zile sau dacă bolnavul este un sugar sau un copil care are în antecedente convulsii febrile. Medicamentele antipiretice (contra febrei) pot fi administrate, dar înainte de toate trebuie tratată cauza accesului febril (printr-un tratament antiinfecțios, de exmplu).

FEBRĂ A FÂNULUI. → RINITĂ.

FEBRĂ AFTOASĂ. Boală a bovinelor și porcinelor, care afectează în mod excepțional omul, provocată de un virus din familia picornavirusurilor.

Omul se contaminează pe cale cutanată (plagă), în mod excepțional pe cale digestivă (ingestia de lapte crud infectat); transmisia interumană n-a fost stabilită vreodată.

Febra aftoasă se traduce printr-o stomatită (inflamație și afte ale mucoasei cavității bucale) însoțită de o febră ridicată și de leziuni cutanate veziculopustuloase. Boala durează între două și trei zile. Formele grave afectează glota și plămânul și antrenează tulburări respiratorii. Nu există nici un fel de tratament cu excepția dezinfectării leziunilor și a prescrierii de analgezice pentru a combate durerea.

FEBRĂ FLUVIALĂ DE JAPONIA. Boală infecțioasă cauzată de o bacterie, *Rickettsia tsutsugamushi*. SINONIME: *Febră cu tsutsugamushi, scrubtyphus*.

Febra fluvială este transmisă prin intermediul acarienilor (larva căpușelor) și se observă în Extremul Orient. Rezervorul de microbi îl constituie un rozător de pădure. Durata incubației este de 10 zile. Infecția se traduce printr-o febră și prin frisoane care preced apariția unei escare la punctul de înțepătură, cu adenopatie (inflamarea ganglionilor limfatici) și un exantem macular (erupție cutanată difuză de pete roșii nepreominente). Tulburări mai grave pot surveni (pneumopatie, encefalită, miocardită) de asemenea. Antibioticele sunt eficace în 36 de ore.

FEBRĂ GALBENĂ. Boală infecțioasă gravă cauzată de un flavivirus, virusul amaril. SINONIME: *febră amarilă, tifos tropical*.

Febra galbenă se întâlnește în Africa Centrală, precum și în America tropicală (Amazonia) și în America de Sud. Există două moduri de transmitere: între animale (îndeosebi primate) sau, accidental, de la animal la om (febră de hățiș) prin intermediul tântarilor din genurile *Haemagogus* sau *Aedes* (*Aedes africanus, Aedes simpsoni*); de la om la om (febra citadină), prin intermediul lui *Aedes aegypti*.

SIMPTOME ȘI SEMNE. După o incubație de 3-6 zile, infecția se traduce printr-o febră mare și subită, printr-o congestionare a feței, care devine buhăită, și prin dureri abdominale și musculare. Boala poate regresa spontan după 3–4 zile sau se poate agrava, antrenând o stare de șoc cu hipotermie, icter și vărsături cu sânge, anurie (oprirea producerii de urină), proteinurie mare (nivel anormal de ridicat al proteinelor în urină). Aceste semne traduc o gravă atingere hepatică și renală care poate antrena coma și moartea.

DIAGNOSTIC ȘI PREVENIRE. Diagnosticul este bazat pe examene serologice(cercetarea anticorpilor din sânge); nu există nici un tratament decât cel simptomatic: rehidratare, dializă renală, transfuzie etc. Vaccinul este singura protecție eficace; vaccinarea este obligatorie în zona endemică și protejează pe o durată de cel puțin doi ani.

FEBRĂ HEMORAGICĂ CU SINDROM RENAL. Afecțiune renală acută, de origine infecțioasă.

Este o boală rară cauzată de virusul lui Hantaan (sau hantavirus), care survine, în principal, în mediu rural, afectând de preferință agricultorii și tăietorii de lemne. Ea există sub forma bolii denumite febră hemoragică de Coreea și o formă europeană, descrisă sub numele de *nephropathia epidemica*. Contaminarea omului se face pe cale aeriană, prin inhalarea particulelor care provin din dejecțiile rozătoarelor sălbatice.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Boala debutează brusc. Simptomele sunt la început asemănătoare celor ale unei gripe, apoi apar durerile caracteristice : dureri de cap, dureri musculare, lombalgii, dureri abdominale care pot dura între 6 și 15 zile. Uneori survin hemoragii: sângerări pe nas sau ale cojunctivei, prezența de sânge în urină. A treia fază este cea a insuficienței renale acute: urinile devin rare, hemoragice și conțin proteine. Nivelurile ureei și creatininei în sânge pot crește foarte mult.

TRATAMENT. Nu există un tratament specific al acestei boli, care se vindecă fără a lăsa sechele în una-două săptămâni.

FEBRĂ MEDITERANEANĂ FAMILIALĂ. Boală caracterizată prin accese bruște de febră, care revin periodic, la intervale mai mult sau mai puțin regulate, fără a se putea găsi factori particulari care să o fi declașat. SINONIM: *boală periodică*.

CAUZE ȘI FRECVENȚĂ. De cauze necunoscute, febra mediteraneană este o boală ereditară. Ea afectează, în principal, populațiile din Africa de Nord și din Orientul Mijlociu.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Boala se declară în general înainte ca un copil să ajungă la vârsta de doi ani. Accesele de febră durează de la câteva ore la câteva zile și dispar spontan.

Boala se traduce de asemenea prin dureri abdominale violente și bruște cu o durată de 24 până la 48 ore, fiind însoțite adesea de vărsături și de constipație, precum și de crize articulare foarte dureroase, care durează câteva zile. Acestea, care afectează articulațiile mari, pot provoca o umflare și o înroșire a pielii.

EVOLUȚIE. După câțiva ani, poate surveni o amiloză (boală caracterizată printr-o infiltrație anormală în țesuturile pielii și viscerelor a unei substanțe având aspectul de amidon). De cele mai multe ori, ea afectează rinichiul, evoluând inevitabil spre o insuficiență renală cronică.

TRATAMENT. Utilizarea unui medicament antigutos, colchicina, previne accesele dureroase și le distanțează considerabil în timp; în plus, permite evitarea apariției unei amiloze renale.

FEBRĂ DE TREI ZILE. Boală infecțioasă benignă cauzată de un arbovirus, virus transmis printr-un artropod (insectă). SINONIME: *febră cu flebotom, febră cu pappataci, denga de Orient*.

Febra de trei zile este endemică în Orientul Mijlociu, dar este întâlnită, de asemenea, în Italia și în Franța. Infecția provoacă o febră însoțită de un eritem cutanat. Febra de trei zile este scurtă și benignă, dar lasă o stare de oboseală pe timp îndelungat. Ea nu are un tratament specific.

FEBRĂ PARATIFOIDĂ. Septicemie provocată de un bacil Gram negativ din familia enterobacteriaceelor, *Salmonella paratyphi* A, B sau C. SINONIM: *paratifoidă*.

Febra paratifoidă este apropiată de febra tifoidă prin modul ei de propagare, repartiția ei geografică și simptomele ei clinice.

Tratamentul constă în administrarea precoce de antibiotice.

FEBRĂ PĂTATĂ A MUNȚILOR STÂNCOȘI. Boală infecțioasă cauzată de o bacterie *Rickettsia rickettsii*. SINONIME: *Tick fever*.

Febra pătată se întâlnește în mod deosebit în Statele Unite; ea este transmisă de la anumite mamifere (iepurele de casă) la om prin intermediul căpușelor din familia ixodidelor (*Dermacentor andersoni*) și se traduce printr-o stare febrilă și un exantem (înroșire cutanată) uneori hemoragic care se declanșează către a 6-a zi. Această boală infecțioasă este tratată prin administrarea de antibiotice. Un vaccin, recent pus la punct, este disponibil în Statele Unite.

FEBRĂ PUERPERALĂ. Stare febrilă intervenind în perioada care urmează unei nașteri sau unui avort înainte de reapariția menstrelor. SINONIME: *infecție puerperală*.

Febra puerperală, cândva o cauză importantă de mortalitate feminină, a devenit rară în țările dezvoltate mulțumită unei mai bune supravegheri a mamei după naștere. Ea are patru cauze principale: o endometrită (infecție a uterului), o flebită uteropelviană sau a membrelor inferioare, o infecție urinară, o infecție mamară (înfundare, abces de sân, limfangită). Germenii responsabili sunt, în general, streptococul sau stafilococul. Complicațiile majore sunt o septicemie (infecție generalizată) sau o embolie. Tratamentul face apel la antibiotice.

FEBRĂ Q. Boală infecțioasă puțin frecventă, cauzată de o bacterie din familia Rickettsiilor, *Coxiella burnetti*. SINONIM: *boala lui Derrick–Burnett*.

Febra Q se întâlnește pe toată suprafața globului. Germenele ei are drept rezervor bovinele, caprinele și câteva artropode. Ea se transmite omului prin ingestia laptelui contaminat sau pe cale respiratorie, mai rar prin înțepături sau insecte.

După o incubație de 10 până la 30 zile, boala se declară sub forma unei atingeri pulmonare, manifestându-se printr-o tuse uscată, însoțită de dureri de cap, de dureri toracice și de o febră ridicată. Tratamentul constă în administrarea prelungită de antibiotice.

FEBRĂ RECURENTĂ. → LYME (boală a lui).

FEBRĂ TIFOIDĂ. Septicemie provocată de o bacterie Gram negativă, *Salmonella typhi*, sau bacilul lui Eberth.

Febra tifoidă este endemică în Africa, în Asia și în America de Sud, dar câteva cazuri sporadice mai apar și în țările industrializate. În acest caz, ele au adesea ca origine consumul de fructe de mare sau o contaminare a persoanei în cauză în cursul unei călătorii.

Germenele tifoidei este transmis prin intermediul apei de băut sau al alimentelor contaminate de excrementele umane infectate. Faza de incubație, silențioasă și corespunzând unei multiplicări a germenului, durează între 7 și 15 zile.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Se observă o febră treptat crescătoare, tulburări digestive și nervoase (dureri de cap, insomnii, vertije) în timpul primei săptămâni de evoluție a bolii. Diareea este simptomul dominant în cursul celei de a doua săptămâni. Ea este însoțită de o febră mare, între 39°C și 40°C și de o stare de prostrație și de delir. Gravitatea bolii depinde de riscul eliberării în sângele circulant a endotoxinelor bacteriene responsabile de grave tulburări cardiace (miocardită, colaps cardiovascular), digestive (perforație și hemoragie intestinală) și neurologice (encefalită).

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticarea se bazează pe căutarea bacilului prin hemocultură sau coprocultură(însămânțare pe mediu de cultură a prelevatelor de sânge și fecale). Serodiagnosticul lui Widal și Félix pune boala în evidență plecând de la a doua săptămână de infecție. Depistarea purtătorilor sănătoși (purtători ai bacilului care nu fac boala) trebuie, de asemenea, să fie practicată în anturajul bolnavului pentru a evita împrăștierea bolii.

Tratamentul constă într-o antibioterapie adaptată a cărei durată este cuprinsă între 10 și 15 zile. Acestuia i se asociază o rehidratare și odihnă. Frecvența reșutelor este de aproximativ 5%.

PREVENIRE. Vaccinarea este eficace și recomandată călătorilor, personalului unităților alimentare și al laboratoarelor pe profilul enterobacterioze.

FECALE. Materii neabsorbabile de către organism, formate din reziduuri ale digestiei și excretate la sfârșitul tranzitului digestiv. SINONIME: *excremente*, *materii fecale*, *scaune*.

Fecalele sunt formate în proporție de 80% din apă și de 20% din materii uscate: reziduuri alimentare (mai ales celulozice), celule intestinale descuamate și bacterii. Ele sunt emise între două pe zi și trei pe săptămână, ceea ce înseamnă o medie de cinci ori pe săptămână. Un scaun normal cântărește între 100 și 150 grame. Forma, culoarea și mirosul fecalelor nu au în general o mare semnificație patologică.

Analiza materiilor fecale (coprologie) presupune căutarea germenilor. Analiza chimică (fecalograma) permite să fie decelate tulburări ale absorbției și ale digestiei intestinale.

FECALOM. Masă voluminoasă mare, tare, constituită din materii fecale deshidratate care stagnează în ampula rectală.

Un fecalom se observă cel mai des la bolnavii imobilizați la pat.

El poate urca până în colonul stâng, evocând o tumoră abdominală.

Fecalomul provoacă o constipație intensă și dureroasă, uneori o falsă diaree în caz de desprindere a părții superficiale a fecalomului, asociată cu o incontinență a sfincterelor.

Diagnosticul apelează la un tușeu rectal; evacuarea fecalomului necesită spălături, asociate sau nu cu o fragmentare manuală sau instrumentală a fecalomului.

FECUNDAȚIE. Formarea unui ou (sau zigot) prin unirea unui ovul cu un spermatozoid; fecundația naturală, asigurată prin raporturile sexuale, are loc cel mai des în treimea externă a trompei lui Fallopio, unde se găsește ovulul eliberat de ovar în momentul ovulației. În ce îi privește, mai multe milioane de spermatozoizi, conținuți în sperma, ajung în colul uterin și trec de el. Propulsați prin mișcările flagelului lor, ei urcă în cavitatea uterină, se angajează în trompă și înconjoară ovulul. Capul spermatozoizilor secretă o substanță care deschide o breșă în peretele ovulului. De îndată ce capul unuia dintre spermatozoizi a traversat acest perete, lăsându-și flagelul în exterior, ovulul devine impermeabil la alți spermatozoizi. Capul spermatozoidului se transformă curând într-un corpuscul alungit, pronucleul mascul,care se lipește de nucleul ovulului, pronucleul femelă. În fiecare pronucleu, cromatina, substanță granuloasă, se condensează în 23 cromozomi conținând genele, suporții eredității. Acești cromozomi masculi și femele se împerechează doi câte doi, formând garnitura completă de cromozomi a oului, prima celulă a unui individ.

FECUNDAȚIE IN VITRO. Metodă de procreare asistată medical, constând în prelevarea de la femeie a unui ovul, în fecundația lui artificială în laborator apoi reamplasarea lui în cavitatea uterină a aceleiași femei sau altei femei. SINONIME: *F.I.V.E.T.E.* (*fècondation in vitro et transfert d'embryon*).

Actualmente, procentajul de reușită al fecundației *in vitro* (F.I.V.) este de aproximativ 25%.

INDICAȚII. Recurgerea la fecundația *in vitro* este indicată atunci când sterilitatea unui culplu care dorește să aibă un copil este cauzată, la femei de un obstacol situat în trompele lui Fallopio (absența trompelor, trompe înfundate), care împiedică întâlnirea spermatozoidului cu ovulul.

TEHNICĂ. Tehnica,complexă, este practicată în centre specializate. Ea se desfășoară în mai multe faze și necesită adesea mai multe încercări.

Prima fază constă în stimularea ovulației. Femeia primește, în timpul primei săptămâni a ciclului, injecții cu hormoni care activează maturarea mai multor ovule. Această fază este supravegheată prin dozările de hormoni sangvni și prin ecografii care arată dezvoltarea în ovare a foliculilor ovarieni conținând ovulele.

A doua fază este cea de recoltare a gametilor (celulele sexuale). Imediat înaintea ovulației, declanșată prin injectarea de hormon corionic gonadotrofic (h.C.G), se efectuează o prelevare de ovule prin punctie fie pe cale abdominală, fie pe cale vaginală sub control ecografic. Această punctie necesită o spitalizare de o zi și odihnă în zilele următoare. Sperma bărbatului este recoltată după masturbare.

A treia fază este reunirea gameților. În laborator, ovulele sunt izolate de lichidul folicular și, după una până la șase ore de la punctia ovariană, sunt însămânțate cu spermatozoizii și plasate în incubator.

A patra fază este faza de reamplasare a unuia sau a mai multor embrioni în uterul matern; la 48 ore după punctie, mai mulți embrioni, deja ajunși în stadiul de diviziune la 2 sau la 4 celule, sunt depuși în cavitatea uterină pe cale vaginală. Operația durează mai puțin de o oră.

Șansele de sarcină cresc cu numărul de embrioni implantați, dar riscul unei sarcini multiple incită majoritatea echipelor medicale să limiteze acest număr la 3.

FECUNDITATE. Capacitatea de a se reproduce.

Perioada de fecunditate a femeii în timpul ciclului menstrual durează 4–5 zile: ca începe cu două zile înainte de ovulație — spermatozoizii putând supraviețui 48 ore în căile genitale — și încetează la 2–3 zile după ovulație, ovulul rămânând viu în acest interval de timp.

FECULENT. Aliment glucidic bogat în amidon.

Feculentele sunt reprezentate, în principal, prin cereale (grâu, orez, secară etc.), prin semințele de leguminoase (fasole, linte) și prin tuberculi (cartofi, batate dulci, napi etc.), precum și prin numeroase produse fabricate plecând de la aceste alimente (pâine, paste făinoase). Bogăția lor în amidon le înscrie în categoria surselor de glucide cu

absorbție lentă — care furnizează energie într-un mod lent și treptat, mai ales dacă acestea conțin și fibre. Astfel, este recomandat să se consume feculente înaintea unei activități fizice îndelungate.

FEMINIZARE. Atenuare, la un bărbat a caracterelor sexuale, secundare masculine, urmată de apariția unor caractere sexuale secundare feminine.

Feminizarea poate fi provocată de castrarea parțială sau totală(ablația unui testicul sau a ambelor), dar și de o insuficiență testiculară, de o tumoră feminizantă a testiculului sau de un tratament cu estrogeni. Modificările au loc mai ales în ce privește pilozitatea facială și corporală. Tratamentul este specific cauzei.

FEMUR. Os lung care formează scheletul coapsei (pulpei).

Femurul se articulează în partea de sus cu osul iliac și în partea de jos cu tibia. El constituie locul de inserție al principalilor mușchi ai coapsei. Extremitatea sa superioară cuprinde o proeminență articulară rotunjită, numită capul femurului, care se articulează la o cavitate osoasă aparținând osului iliac, cotilul, pentru a forma articulația șoldului, și două proeminențe rugoase, marele și micul trohanter. Capul femurului se racordează la cele două trohantere printr-o scurtă piesă osoasă, colul femurului. La extremitatea sa inferioară, femurul se rotunjește în două mase, condilele, separate printr-o răscroitură profundă, fosa intercondiliană.

PATOLOGIE. Femurul poate fi sediul a numeroase tipuri de fracturi.

■ *Fracturile colului femural*, la nivelul șoldului, survin în principal la femeia în vârstă ca urmare a unui traumatism minor. Ele sunt favorizate de osteoporoză (rarefierea țesutului osos). Durerea este foarte vie, mersul imposibil. Fracturile colului femural trebuie toate să fie operate. Intervenția este efectuată sub anestezie peridurală sau mai rar sub anestezie generală. Atunci când capul femural a fost înlocuit cu o protează sau dacă fractura, tratată prin osteosinteză, este puțin deplasată, bolnavul poate călca pe piciorul respectiv după 2–3 zile de la intervenție; în schimb, când fractura are o deplasare mare și este tratată prin osteosinteză, imobilizarea poate dura până la 45 de zile, chiar două luni. Reeducarea se bazează pe reluarea mersului și pe kineziterapie.

■ *Fracturile capului femural*, foarte rare, sunt, în general, asociate unei luxații traumatice a șoldului. Tratamentul este de cele mai multe ori ortopedic, uneori chirurgical atunci când fractura este foarte deplasată.

■ *Fracturile izolate ale trohanterului* sunt tratate printr-o punere în repaus a membrului timp de 6 săptămâni sau pe cale chirurgicală dacă fractura este foarte deplasată. Prognosticul este excelent.Fracturile diafizei femurale, corpul femurului, survin îndeosebi la adult după un traumatism violent. Gravitatea lor este legată atât de pierderile foarte importante de sânge pe care le antrenează și de leziunile ososе, viscerale sau craniene care le sunt adesea asociate. Ele sunt reduse, apoi consolidate prin osteosinteză.

■ *Fracturile extremității inferioare a femurului* sunt grave, mai ales când ele lezează suprafețele articulare. Poate rezulta o redoare definitivă a genunchiului, dacă reeducarea nu este întreprinsă rapid, sau o artroză a genunchiului.

FEMURALĂ (arteră, venă). Vase situate în regiunea coapsei.

Arteră femurală obișnuită este artera coapsei care continuă artera iliacă externă la nivelul arcadei crurale, în plica inghinală.

FENILCETONURIE. Boală ereditară caracterizată printr-o acumulare în organism a unui acid aminat, fenilalamina, și a derivaților săi (acidul fenilpiruvic).

Fenilcetonuria este cauzată de un deficit în enzima fenilalaninhidroxilază, care transformă în mod normal un acid aminat, fenilalanina, într-un alt aminoacid, tirozina. Ea provoacă, din primele luni de viață, o depigmentare a pielii și o atingere neurologică ce se traduce prin crize de epilepsie apoi, treptat, printr-o deficiență mintală. Depistarea sistematică este realizată la nou-născut între a 4-a și a 10-a zi după naștere (testul lui Güthrie). Dacă testul este pozitiv, un regim alimentar special, sărac în fenilalanină (conținută de proteinele animale), permite prevenirea apariției manifestărilor clinice ale bolii.

FENOTIP. Totalitate a caracteristicilor corporale ale unui organism.

FEOCROMOCITOM. Tumoră, de cele mai multe ori benignă, dezvoltată în glanda medulosuprarenală sau, mai rar, în lanțul paraganglionar simpatic (în lungul aortei abdominale), și secretând catecolamine (andrenalină, noradrenalină) responsabile de o hipertensiune arterială severă și de tulburări ale ritmului cardiac.

Un feocromocitom este o tumoră rară, în majoritatea timpului izolată și fără o cauză precisă.

Tratamentul chirurgical constă în ablația tumorii.

FERITINĂ. Glicoproteină bogată în fier, sintetizată de către ficat, asigurând stocarea fierului în acest organ, dar și în splină și în măduva osoasă.

Feritinemia (nivelul de feritină din sânge) este mică în cazul de carență în fier și crescută în caz de supraîncărcare, în particular în hemocromatoză.

FERTILITATE. Capacitate de procreare, atât la bărbat, cât și la femeie.

Bărbatul și femeia sunt fertili de la pubertate, dar bărbatul rămâne fertil până la o vârstă înaintată, în timp ce femeia încetează să mai conceapă după menopauză.

FESĂ. Regiune situată la partea posterioară a șoldului, dedesubtul și în spatele crestei iliace.

Fesa are o formă convexă, care este datorată mușchilor fesieri. Volumul ei variază după rotunjimea trupului și musculatura subiectului.

FESIER (mușchi). Mușchi important al regiunii fesiere, care, prin volumul său, condiționează aspectul fesei.

Mușchiul fesier se împarte în trei straturi musculare succesive: marele, mijlociul și micul fesier.

Mușchiul fesier joacă un rol important în mișcările de abducție, de rotație internă și externă a coapsei. Pe de altă parte, atunci când el apasă pe inserțiile femurale, acest mușchi exercită o acțiune asupra bazinului.

FETIȘISM. Deviere a impulsurilor sexuale ale unui subiect către un obiect erotic de substituție care poate fi atât o parte determinată a corpului (păr, sân, fese), cât și un obiect (îmbrăcăminte, încălțăminte).

După psihanaliști, fetișismul ar reprezenta o apărare față de angoasa infantilă de castrare. Un comportament fetișist apare, de asemenea, în nevroze și în psihastenii. Tratamentul fetișismului rămâne, în principal, psihoterapic (psihanaliză, terapie comportamentală).

FETOPATIE. Boală care afectează fetusul (copilul în timpul ultimelor 7 luni de viață uterină).

Fetopatiile cauzate de unele atingeri virale, bacteriene sau parazitare produc infecții masive ale organelor deja formate. Principalii agenți infecțioși responsabili de fetopatii grave, cu sechele, sunt virusul rubeolei, citomegalovirusul, treponema (sifilis) și toxoplasma. Rubeola provoacă o întârzire a creșterii intrauterine cu o mărire în volum a ficatului, o anemie și o trombopenie (diminuare a numărului de plachete în sânge) și uneori osoase. Citomegalovirusul generează o întârziere în creșterea intrauterină și o microcefalie (craniul de dimensiuni mici) uneori responsabilă de o întârziere în dezvoltarea intelectuală. Sifilisul congenital poate da naștere unor septicemii care au uneori consecințe asupra rinichilor, ochilor, oaselor, creierului. În sfârșit, toxoplasmoza poate provoca leziuni cerebrale și oculare.

Fetopatiile cauzate de unele boli materne sunt esențialmente legate de diabet. Diabetul, atunci când este prost echilibrat în timpul sarcinii, poate provoca o macrosomie fetală (talie excesiv de mare a organismului fătului).

Alte fetopatii sunt cauzate de administrarea prost controlată a unor medicamente ca antitiroidienele sau antivitaminele K (anticoagulante).

FETOSCOPIE. Examen destinat examinării fetusului în uterul matern cu ajutorul unui fibroscop (tub dotat cu un sistem optic).

Fetoscopia poate fi practicată din a 19-a săptămână de sarcină până la sfârșitul acesteia. Progresele ecografiei au redus indicațiile fetoscopiei.

INDICAȚII. Indicația principală a unei fetoscopii este căutarea anomaliilor ereditare ale extremităților sau ale pielii, atunci când au existat deja unele cazuri în familie. Fetoscopia permite, de asemenea, unele intervenții de chirurgie fetală înainte de naștere.

TEHNICĂ. Fibroscopul este introdus în cavitatea amniotică printr-o mică incizie abdominală. Examenul, care necesită o anestezie locală, durează între 10 și 20 minute și antrenează un mic risc de falsă naștere.

FETUS sau **FĂT.** Ființă umană începând de la sfârșitul celei de a 2-a luni de sarcină și până la sfârșitul acesteia.

Stadiul de făt urmează celui de embrion: sistemele și organele sunt deja formate; perioada fetală este marcată mai ales prin maturare și creștere.

Creșterea fetală. Evoluția fetusului de la luna a 3-a până la naștere

LUNA A TREIA (A 9-A PÂNĂ LA A 13-A SĂPTĂMÂNĂ). Legat de placentă prin cordonul ombilical, fetusul plutește într-un sac membranos umplut cu lichid amniotic. Ficatul său se dezoltă mult, intestinul i se alungește, rinichii îi funcționează și urinele încep să se deverse în lichidul amniotic. Capul se întărește și fața se modelează: se profilează buzele, ochii, acoperiți de pleoape, apropiindu-se puțin câte puțin de centru feței, se formează primele oase; fetusul își mișcă mâinile și picioarele, dar mișcările nu sunt încă percepute de către mamă. În schimb, stetoscopul de ultrasunete permite ascultarea ritmului fetal. Organele genitale externe se diferențiază; sexul fătului este posibil să fie recunoscut dar încă nu este vizibil la ecografie. În a 13-a săptămână se produc mișcările respiratorii. Fătul deschide și închide gura, schițează mișcări de supt, își întoarce capul. El măsoară 12 cm și cântărește 65 grame.

A PATRA LUNĂ (A 14-A PÂNĂ LA A 18-A SĂPTĂMÂNĂ). Fătul își suge policele, înghite lichid amniotic. Mâinile îi sunt complet formate. Începe să îi crească părul. Sistemul digestiv funcționează: o substanță negricioasă, meconiul, începe să se acumuleze în intestin. Bătăile inimii (140-160 pe minut) devin perceptibile cu stetoscopul obișnuit. La sfârșitul celei de a 4-a luni, fătul măsoară 20 de cm și cântărește 250 de grame.

A CINCEA LUNĂ (A 19-A PÂNĂ LA A 23-A SĂPTĂMÂNĂ). Multiplicarea celulelor nervoase se încheie. Tuleie, denumite lanugo, încep să acopere pielea. Se dezvoltă mugurii dentari. La sfârșitul lunii, fetusul măsoară 30 de cm și cântărește 650 de grame.

A ȘASEA LUNĂ (A 24-A PÂNĂ LA A 27-A SĂPTĂMÂNĂ). Fetusul se mișcă mult (20 până la 60 mișcări într-o jumătate de oră în perioadă activă); perioadele sale de activitate alternează cu perioadele de somn. Fața se face mai delicată, crește părul. Urechea definitivă se află pe locul ei și fătul începe să reacționeze la zgomotele exterioare. Fetusul măsoară 37 cm și cântărește 1.000 de grame.

A ȘAPTEA LUNĂ (A 28-A PÂNĂ LA A 31-A SĂPTĂMÂNĂ). Stomacul și intestinul sunt în stare de funcționare.

Ochii sunt complet deschiși. La sfârșitul lunii fetusul măsoară 42 cm și cântărește 1.500 grame.

A OPTA LUNĂ (A 32-A PÂNĂ LA A 35-A SĂPTĂMÂNĂ). Fătul ia poziția pe care și-o va păstra până în momentul nașterii: de cele mai multe ori, el se așează cu capul în jos, coborât în partea cea mai strâmtă a uterului, cu fesele în sus. Lanugo cade puțin câte puțin, fiind înlocuit cu un strat protector grăsos și albicios, *vernix caseosa*. La sfârșitul lunii, fetusul măsoară 47 centimetri și cântărește 2 500 grame.

A NOUA LUNĂ (A 36-A PÂNĂ LA 39-A SĂPTĂMÂNĂ). Plămânii și inima sunt pregătiți să funcționeze. *Vernix caseosa* se desprinde, rămânând încă în pliuri, și plutește în lichidul amniotic. Pielea este acum bine întinsă.

La termen, fetusul cântărește în medie 3 200 grame și măsoară 50 centimetri. Organele nu au toate structura lor definitivă: în particular, creierul își va mai continua dezvoltarea timp de mai mulți ani.

FIBRĂ ALIMENTARĂ. Substanță reziduală de origine vegetală nedigerată de către enzimele tubului digestiv.

Fibrele alimentare conțin celuloză, hemiceluloze, gume, mucilagii, pectină și lignină. Principalele alimente bogate în fibre sunt cerealele și produsele cerealiere (tărâțe de grâu, făină integrală de grâu etc.), unele fructe (nuci, caise, smochine, prune) și legume (fasole uscată, mazăre, linte).

Fibrele alimentare au un efect regulator asupra tranzitului intestinal: ele cresc volumul și hidratarea scaunelor și diminuează presiunea din interiorul colonului. În plus, ele modifică absorbția glucidelor, lipidelor, proteinelor și sărurilor minerale.

FIBRĂ CONJUNCTIVĂ. Fibră a țesutului conjunctiv (țesut de susținere a altor țesuturi), constituită dintr-o proteină: fie colagen, fie elastină.

FIBRĂ MUSCULARĂ. Celulă alungită formând elementul esențial al mușchiului. SINONIM: *celula musculară*.

Există trei tipuri de fibră musculară: fibrele striate care constituie mușchii scheletului; fibrele musculare care constituie miocardul (mușchiul inimii); fibrele netede, musculatura organelor cavitare. Toate sunt formate din elemente contractile, miofibrilele, care, contractându-se, micșorează lungimea fibrei musculare. Doar fibrele striate scheletice sunt direct sub comanda voinței, celelalte aflându-se sub dependența sistemului nervos vegetativ.

FIBRĂ NERVOASĂ. Fibră formată prin prelungirea unui neuron, înconjurată sau nu de o teacă de mielină (substanță lipidică și proteică a cărei funcțiune este aceea de a accelera transmiterea influxului nervos) și de teaca lui Schwann (constituită din celule gliale care protejează și susțin neuronii).

FIBRILAȚIE AURICULARĂ. Tulburare a ritmului cardiac caracterizată prin dispariția ritmului sinusal normal, înlocuit prin contracții rapide (între 400 și 600 pe minut) și ineficace pentru auricule, și provocând contracția neregulată și adesea rapidă a ventriculelor.

CAUZE. Multiple, ele cuprind majoritatea bolilor cardiovasculare, unele boli bronhopulmonare cu răsunet asupra inimii și câteva boli metabolice, ca hipertiroidia. De asemenea, poate fi provocată de unele medicamente.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Fibrilația auriculară nu este resimțită întotdeauna de către bolnav; dar, adesea, acesta simte palpitații. Ea poate fi evidențiată printr-o complicație embolică, absența contracțiilor eficace ale auriculelor provocând oprirea sau încetinirea curgerii sangvine în acest loc și riscul de formare a cheagurilor susceptibile să migreze în circulația sangvină.

DIAGNOSTIC. Se bazează pe palparea pulsului și mai ales pe auscultarea cardiacă prelungită, care permite să se constate existența unor bătăi neregulate. Electrocardiografia confirmă diagnosticul.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Tratamentul poate fi medicamentos, vizând fie încetinirea cadenței ventriculelor, fie reinstaurarea unui ritm regulat. O cardioversiune (șoc electric extern) poate servi la regularizarea contracțiilor cardiace. Un tratament anticoagulant este asociat, în general, pentru a preveni riscul formării de cheaguri.

Prognosticul depinde de cardiopatia subiacentă.

FIBRILAȚIE VENTRICULARĂ. Tulburare gravă a ritmului cardiac, caracterizată prin dispariția oricărei contracții organizate a ventriculelor, înlocuită printr-o tremulație ventriculară (contracții localizate anarhice și ineficace).

CAUZE. O fibrilație ventriculară poate să fie observată ca urmare a unui infarct miocardic sau a unei alte cardiopatii sau chiar ca o complicație a unei electrocutări.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Tremulația ventriculară provoacă o oprire cardiocirculatorie responsabilă de o pierdere a conștienței și de o stare de moarte aparentă.

DIAGNOSTIC ȘI EVOLUȚIE. Diagnosticul, evocat pe baza stării subiectului, trebuie să fie confirmat prin electrocardiogramă, practicată imediat după internarea de urgență.

TRATAMENT. Tratamentul de urgență constă în cardioconversie (șoc electric extern), destinată să regularizeze contracțiile cardiace.

FIBRINOGEN. Proteină plasmatică sintetizată în ficat și intervenind în coagulare.

Fibrinogenul activat de către trombină, un alt factor al coagulării, se transformă într-un monomer (unitate) de fibrină. Această proteină, în continuare, va polimeriza spontan prin alipirea monomerilor și va deveni insolubilă.

Atunci se constituie o îngrămădire proteică ce se va opune sângerării, obturând plaga.

FIBRINOLITIC. Medicament utilizat pentru distrugerea cheagurilor formate în circulația sangvină. SINONIM: *trombolitic*.

Un fibrinolitic este prescris în caz de tromboză (formarea unui cheag sau trombus) cel puțin la 6 ore într-o arteră sau venă, în particular într-o arteră coronară (infarct miocardic) sau pulmonară (embolie pulmonară). În caz de infarct de miocard, prima injecție poate fi făcută foarte precoce de către reanimator chiar la sosirea la domiciliul bolnavului.

EFECTE NEDORITE ȘI CONTRAINDICAȚII. Un fibrinolitic poate cauza o hemoragie (la punctul de injectare sau generalizată), o febră, reacții alergice. El este contraindicat în cazul unui accident vascular cerebral recent, în caz de risc hemoragic, de hipertensiune arterială, de insuficiență renală sau hepatică gravă.

FIBRINOLIZĂ. Proces de distrugere fiziologică a depunerilor de fibrină (proteină filamentoasă continută în sânge și intervenind în coagulare) sub acțiunea plasminei (forma activă a plasminogenului, elaborat în ficat).

Fibrinoliza, limitând cantitatea de fibrină din sânge, protejează individul de riscurile trombozei. După cicatrizarea unei plăgi hemoragice, ea dizolvă cheagul devenit inutil. Fibrinoliza are deci rol invers, dar complementar, celui al factorilor coagulării.

Totuși, în cazul unei ciroze sau al unui episod de coagulare intravasculară, fibrinoliza poate deveni excesivă și poate provoca hemoragii dificil de stăpânit. Ea poate fi, de asemenea, provocată intenționat, în scopuri terapeutice, cu ajutorul medicamentelor fibrinolitice pentru a dizolva un cheag, de exemplu în cursul fazei acute a unui infarct miocardic sau în cursul unei embolii pulmonare.

FIBRINOPENIE. Micșorare a nivelului de fibrinogen plasmatic sub pragul de 1,5 grame la litru. SINONIM: *fibrinogenopenie*.

FIBROM. Tumoră benignă a țesutului conjunctiv fibros.

Un fibrom este rar, localizat mai ales în piele. De cele mai multe ori, proliferarea fibroasă se asociază celei a altor țesuturi: vasculară (angiohistiofibrom), musculară (fibromiom), cartilaginoasă (fibrocondrom) sau grăsoasă (fibrolipom).

Numele de fibrom dat unor tumori uterine este impropriu, deoarece fibromul uterin se dezvoltă plecând de la celulele musculare netede.

FIBROMATOZĂ. Boală caracterizată prin apariția de fibroame (tumori fibroase) sau a unei fibroze (creșterea fibrelor într-un țesut), mai mult sau mai puțin diseminate.

FIBROMIOM. → FIBROM UTERIN.

FIBROM UTERIN. Tumoră benignă dezvoltată plecând de la mușchiul uterin. SINONIME: *fibromiom uterin, leiomiom uterin, miom uterin*.

Fibromul uterului este mai frecvent la femeile între 40 și 50 ani.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Tumora se manifestă de cele mai multe ori prin tulburări menstruale: menoragii (sângerări din ce în ce mai abundente), asociate cu metroragii (sângerări între fluxurile menstruale). Ea antrenează uneori dureri uterine, o greutate pelviană, o creștere în volum a abdomenului. În 10% dintre cazuri, ea nu provoacă nici un simptom.

DIAGNOSTIC. Examenul ginecologic evidențiază o creștere în volum a uterului, care este tare, fibros, mai mult sau mai puțin neregulat. Mărimea și localizarea fibromului sunt precizate prin histerografie (radiografie a uterului după injectarea unui produs opac) și prin ecografie. Histeroscopia permite să se vadă fibroamele submucoase.

EVOLUȚIE. Unele fibroame rămân mici și, datorită amplasării lor, nu provoacă tulburări. În schimb, altele pot antrena complicații, înainte de toate hemoragii abundente care nu cedează la tratamentul medical și care pot fi la originea unei anemii. Compresiunile nu sunt rare: unele fibroame pot deveni foarte mari fără să antreneze o compresiune gravă, deoarece ele împing organele interne moi, dar cele de col uterin comprimă organele vecine (rețeaua venoasă, uretra, vezica, rectul) de pereții osoși cauzând tulburări ale circulației sangvine, tulburări urinare, o constipație. Alte complicații sunt mult mai rare, ca răsucirea unui fibrom subseros în jurul pedicului său, care se traduce printr-o durere bruscă, degenerescență și necroza fibromului (necrobioză aseptică) sau cancerizarea sa, în mod excepțional.

Prezența unui fibrom nu este un obstacol pentru o sarcină, dar riscul de creștere sau de ramolire a tumorii, precum și complicațiile posibile fac indispensabilă supravegherea lui.

TRATAMENT. Un fibrom care nu antrenează nici un simptom este doar supravegheat. Tratamentul este indicat dacă fibromul antrenează tulburări. Un tratament hormonal (medicamente progestative) poate încetini evoluția sa. Chirurgia este avută în vedere atunci când fibromul este voluminos sau când face complicații: atunci el este îndepărtat. Ablația lui (miomectomie) poate fi realizată pe cale abdominală (laparoscopie) sau prin histeroscopie. Histerectomia totală (ablația uterului, a trompelor și a ovarelor) nu este propusă decât atunci când pacienta nu mai dorește să aibă copii.

FIBROPLASTIE RETROLENTALĂ. → RETINOPATIE A PREMATURILOR.

FIBROSARCOM. Tumoră malignă dezvoltată pe seama țesutului conjunctiv (țesutul de susținere și de nutriție, prezent în majoritatea organelor).

FIBROSCOPIE. Tehnică de endoscopie permițând îndeosebi examinarea stomacului, colonului, intestinului subțire, bronhiilor, vezicii, orofaringelui, căilor biliare și vaselor.

TEHNICĂ. O fibroscopie se efectuează cu ajutorul unui fibroscop, endoscop suplu format dintr-o teacă etanșă cu lungimea între 40 și 160 centimetri și diametrul de la 5 la 12 milimetri, ce conține un fascicul de fibre de sticlă care conduce lumina furnizată de o lampă puternică situată în exteriorul aparatului, dar dând o lumină rece, permițând astfel observația. Diferitele canale sunt destinate insuflării de aer, spălăturilor, aspirării secrețiilor, precum și trecerii unor instrumente suple: pense de biopsie, aparate de secționare, emițătoare laser. Ansamblul aparatelor este pus în mișcare printr-un sistem de cabluri care permite extremității fibroscopului să descrie 360 grade. Este posibil să se instaleze o sondă de ecografie la extremitatea unui fibroscop (ecoendoscopie), care este utilizat, astfel echipat, pentru un studiu fin al tumorilor digestive sau pentru analiza structurilor învecinate cu stomacul (pancreas, căi biliare).

Se poate, datorită fibroscopiei, să se observe, să se fotografieze, să se filmeze, să se efectueze prelevări (endoscopie diagnostică), să se extragă corpii străini, să se spargă sau să se extragă calculii, să se extragă sau să se distrugă tumorile, să se coaguleze vasele care sângerează, să se puncționeze pungile de lichid (endoscopie intervențională).

O fibroscopie se desfășoară, în general, sub anestezie locală; anestezia generală nu este indicată decât pentru coloscopie (fibroscopie a colonului) și pentru fibroscopiile întreprinse la copil. Spitalizarea nu este necesară decât în caz de anestezie generală (observație timp de 24 ore după examen). Riscurile fibroscopiilor sunt foarte mici: perforațiile și hemoragiile nu survin decât în mod excepțional.

FIBROZĂ. Creștere patologică de țesut conjunctiv conținut într-un organ. SINONIM: *scleroză*.

De cele mai multe ori, o fibroză este ultima fază a unei inflamații cronice (abces cronic, tuberculoză pulmonară) sau de cicatrizare a unei răni.

FIBROZĂ HEPATICĂ CONGENITALĂ. Malformație rară a ficatului, caracterizată printr-o fibroză importantă a acestui organ și prin dilatațiile microscopice ale canalelor biliare.

FIBROZĂ PULMONARĂ. Afecțiune respiratorie caracterizată printr-o îngroșare patologică a țesutului pulmonar.

Fibrozele pulmonare au uneori o cauză cunoscută: acțiunea unui toxic (medicament), a unui microb, a unor particule organice sau minerale conținute în atmosferă (la agricultori, la mineri). Dar, destul de des, nu este decelabilă nici o cauză; afecțiunea este numită atunci fibroză primitivă.

Aceste boli se traduc printr-o jenă respiratorie, foarte discretă la început, și prin raluri (zgomote anormale) la auscultație. Tratamentul se bazează pe corticosteroizi, imunosupresoare și, în cazurile cele mai grave, pe administrarea de oxigen.

FICAT. Glandă anexă voluminoasă a tubului digestiv, cu funcțiunui multiple și complexe de sinteză și de transformare a diverselor substanțe.

DESCRIERE. Ficatul este situat deasupra și în dreapta abdomenului, sub cupola dreaptă a diafragmului, care îl separă de plămânul corespunzător și înconjurat în toate părțile de coaste. Sub fața sa inferioară, vezicula biliară îi e alipită împreună cu, în stânga sa, pediculul hepatic; acesta este format din artera hepatică (mergând de la aortă către ficat), de vena portă (care drenează tubul digestiv și mergând spre ficat) și calea biliară (mergând de la ficat către vezicula biliară și intestin).

FUNCȚIONAREA. Ficatul primește, prin artera hepatică și prin vena portă, substanțe chimice, pe care le transformă și le trimite fie în vezicula biliară și apoi în intestin, fie în venele subhepatice, de unde trec în vena cavă apoi în ansamblul circulației sangvine. Mai mult, el poate sintetiza substanțe și le poate stoca. Supraviețuirea fără ficat este de durata a câtorva ore. În caz de insuficiență hepatică gravă, singurul tratament posibil este grefa.

EXAMENE. Explorarea funcțională a ficatului se bazează pe dozările sangvine. Astfel, o insuficiență hepatică se traduce printr-o diminuare a nivelurilor unor proteine (albumină), relevată printr-o alterare a testelor de coagulare (mai ales timpul lui Quick). O colestază (insuficiență a excreției biliare) provoacă o creștere a nivelului sangvin de bilirubină și al fosfatazelor alcaline. O citoliză (distrugerea celulelor hepatice) este însoțită de o creștere a nivelului sangvin al transaminazelor. Nivelul gammaglutamil-transferazei sangvine crește în cursul tuturor afecțiunilor ficatului. Puncția biopsică hepatică, practicată pe cale transcutanată, permite examenul histologic al fragmentului de parenchim hepatic prelevat. Examenele complementare radiologice ale ficatului care au luat azi locul laparoscopiei, sunt ecografia, scintigrafia, scanografia, chiar imageria prin rezonanță magnetică (I.R.M.).

PATALOGIE. Ficatul poate fi atins de o inflamație (hepatică, de origine virală, alcoolică, toxică), de o infecție bacteriană globală sau localizată (abces), de un parazit (amibiază, chist hidatic), de o ciroză, de o tumoră benignă sau malignă (hepatocarcinom, metastaze). În plus, boli de sistem ca sarcoidoza pot comporta o localizare la ficat.

FICATULUI (abces al). Colecție de puroi în ficat.

Un abces al ficatului este cauzat de o invazie de către bacteriile sau paraziții de felul amibei venind fie din intestin,

fie pe căile biliare, fie din sânge. El se manifestă printr-o febră, o pierdere în greutate, o stare de oboseală și uneori dureri intermitente în regiunea subcostală dreaptă. Tratamentul se bazează pe luarea de antibiotice sau de antiamibiene. Dacă acesta se dovedește insuficient, abcesul este drenat prin puncție (un ac, ghidat prin ecografie, traversează peretele abdominal) sau printr-o intervenție chirurgicală.

FICATULUI (cancer al). Tumoră malignă a ficatului.

Un cancer de ficat poate fi primitiv sau secundar (metastaze provenind de la alt cancer).

Cancerul primitiv al ficatului. Cancerul primitiv al ficatului rămâne rar în Europa și în America; el este mai frecvent în Africa și în Asia.

■ *Hepatocarcinomul*, sau cancerul hepatocelular, este cea mai răspândită dintre tumorile hepatice; el survine în 20% din cazuri pe un ficat sănătos, mai frecvent pe un ficat atins de o boală hepatică preexistentă (ciroză, hepatită cronică). Spre deosebire de Europa, unde ciroza alcoolică rămâne cauza principală a acestui tip de tumoră, în țările tropicale, hepatocarcinomul este legat adesea de virusul hepatitelor B și C, uneori de poluarea alimentelor, în special cu aflatoxină (toxină fungică).

■ *Colangiocarcinomul*, mult mai rar, este mai ales obișnuit în Asia de Sud-Est, unde este incriminat rolul unor parazitoze.

■ *Angiosarcomul*, cea mai rară dintre tumorile primitive ale ficatului, este legat câteodată de intoxicațiile cronice (clorura de vinil, arsenic).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Hepatocarcinomul se traduce printr-un ficat mare reperabil la palpare și printr-o stare febrilă pseudoinfecțioasă. El provoacă o durere moderată, localizată în partea superioară a abdomenului. Hepatocarcinomul se mai poate traduce printr-o agravare a unei ciroze deja cunoscute.

DIAGNOSTIC ȘI EVOLUȚIE. Diagnosticul se pune pe baza ecografiei, scanografiei și a biopsiei hepatice ghidate prin ecografie. Riscul de metastaze, în principal, pulmonare și osoase, este important.

TRATAMENT. Acesta comportă ablația chirurgicală a tumorii când aceasta este posibil, prin hepatectomie parțială. În mod excepțional, poate fi avut în vedere un transplant hepatic. În formele care nu fac apel la chirurgie, tratamentul se bazează pe chimioterapie generală sau locală (injectarea produsului direct în tumoră printr-un cateter introdus în artera hepatică) sau pe distrugerea tumorii prin alcoolizare (injecții locale cu alcool).

PREVENIRE. Prevenirea tumorilor primitive ale ficatului se bazează pe lupta împotriva alcoolismului, pe vaccinarea precoce împotriva virusului hepatitei B și C și pe tratamentul hepatitelor cronice B și C.

Cancerul secundar al ficatului. Este cel mai frecvent dintre cancerele ficatului în țările temperate; el poate să se declare în cursul oricărui alt cancer; totuși, este mai frecvent în cancerele aparatului digestiv (colon, stomac, pancreas, căi biliare) și în cancerele ginecologice (uter, ovare, sâni).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Cancerul secundar al ficatului poate să se traducă printr-o alterare a stării generale sau printr-un icter. Examenul clinic poate evidenția la palpare un ficat mare nodular („ficat cu castane"), dureros sau nu.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se pune pe baza ecografiei, scanografiei și a biopsiei indispesabilă pentru a confirma atingerea hepatică. Tratamentul, dacă este posibil, este cel chirurgical (ablația tumorii). În formele difuze se utilizează chimioterapia generală sau locală (injectarea produsului într-un cateter introdus în artera hepatică).

FICATULUI (chist al). Cavitate patologică umplută cu o substanță lichidă sau fluidă și situată în interiorul ficatului.

Unic sau multiplu, chistul ficatului poate fi de origine parazitară (chist hidatic) sau nu.

■ *Chistul hidatic al ficatului* este o manifestare a hidatidozei, infecție a organismului provocată de un parazit al câinelui, *Echinoccus granulosus*. Chistul nu antrenează, în general, nici un simptom timp de ani. Totuși, el se poate rupe, provocând o durere intensă, o febră, o criză de urticarie și, pe cel mai lung termen, o diseminare a parazitului în organism. Tratamentul este ablația chirurgicală a chistului.

■ *Chistul neparaziar al ficatului*, format prin dilatarea micilor canale biliare intrahepatice, este frecvent și nu dă, în general, simptome. Se procedează uneori la ablația chirurgicală a chistului.

FICATULUI (tumoră benignă a). Proliferare de celule normale formând un nou țesut în interiorul ficatului.

Se deosebesc două tipuri de tumori benigne ale ficatului.

■ *Adenomul* se dezvoltă pornind de la hepatocite, celulele ficatului. Voluminos, dureros, el trebuie extras pe cale chirurgicală.

■ *Hemangiomul*, foarte frecvent, este un aglomerat de mici vase sangvine anormale. Hemangiomul nu necesită, în general, decât o simplă supraveghere.

FICOMICOZĂ. Infecție cauzată de unele ciuperci zigomicete (mucegăiuri). SINONIM: *zigomicoză*.

FIER. Oligoelement indispensabil organismului, care intervine în numeroase reacții chimice și permite îndeosebi transportul oxigenului prin hemoglobina globulelor roșii.

FIZIOLOGIE. Aproape 70% din fierul (Fe) organismului se găsește asociat la hemoglobina globulelor roșii și reprezintă aproape 3 grame. Distrugerea permanentă a globulelor roșii eliberează fierul din hemoglobină, care este reutilizat de către organism în cursul sintezei noilor globule roșii. Cealaltă parte a fierului, fierul de rezervă (între 0,6 și 1,2 grame), este situat în țesuturi ca cele ale splinei, măduvei osoase și ficatului, fie sub formă de feritină, rapid

disponibilă în caz de nevoie, fie sub formă de hemosiderină pentru o eliberare mai treptată.

Piederile de fier sunt, în general, foarte mici, de ordinul miligramului pe zi. La femei, în perioada menstrelor cresc pierderile zilnice, care pot atunci să se ridice la 3 miligrame pe zi.

Pentru a compensa aceste pierderi, organismul scoate fierul din alimentație. Aporturile zilnice recomandate sunt între 10 și 18 miligrame după vârstă și sex. Cărnurile roșii (bogate în mioglobină), caltaboșul cu sânge (bogat în hemoglobină), peștele sunt alimente bogate în fier și, într-o mai mică măsură, lintea, spanacul (care, contrar opiniei răspândite, nu este extrem de bogat în fier), fructe uscate. În anumite circumstanțe, se observă o creștere fiziologică a necesităților în fier: la femei în timpul sarcinii și alăptării, la sugari și la adolescenți.

CARENȚĂ. Carența în fier, sau carența marțială, provocată de o creștere a pierderilor sau a necesităților, sau, mult mai rar, printr-o malabsorbție sau un deficit de aport, poate antrena o anemie. De altfel, în cursul reacțiilor inflamatorii, macrofagele (celulele de apărare a organismului), stochează în mod anormal fierul circulant, diminuând astfel fracțiunea disponibilă pentru globulele roșii. Acest fenomen explică acel caracter microcitar (globule roșii de mărime mică) al anemiilor care însoțesc inflamațiile cronice (cancer, reumatism inflamator etc.).

APORT EXCESIV. Invers, se pot observa supraîncărcări în fier ale organismului cauzate de o absorbție excesivă de origine genetică (hemocromatoză primitivă) sau de aporturi repetate sub formă de transfuzii sangvine (hemocromatoză secundară). Puncția biopsică a ficatului confirmă supraîncărcarea.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Fierul este utilizat în tratamentul anemiilor feriprive și în prevenirea lor la subiecții expuși (în caz de sângerare, malabsorbție, sarcini repetate, la sugari). În ce privește sugarii, fierul conținut în laptele matern este suficient pentru a acoperi nevoile sale, până la vârsta de 3 luni; după această vârstă, este necesar un aport

NECESITĂȚI ÎN FIER

Indivizi	Necesități zilnice (în miligrame)
Femeie	de la 1,6 la 1,8
– în timpul sarcinii și perioadei de alăptare	de la 2 la 2,2
Bărbat	1
Sugar și copil (până la 11 ani)	0,1 per kilocorp
Adolescent	
– fată	de la 1,6 la 1,8
– băiat	1,5

cel puțin până la vârsta de un an, fie prin diversificarea alimentației, fie prin aportul de lapte îmbogățit în fier.

Absorbția de fier poate antrena tulburări digestive (constipație, grețuri, vărsături, coloranța închisă a scaunelor) care încetează în 24 de ore după oprirea tratamentului.

FILARIOZĂ LIMFATICĂ. Boală parazitară a ganglionilor și a vaselor limfatice consecutivă infestării cu filarii.

Filaria este un vierme filiform care poate măsura între 4 și 10 cm în lungime. Filaria femelă depune microfilarii (embrioni în formă de viermi) care circulă în limfă și în sânge. Viermii adulți trăiesc în ganglioni și în vasele limfatice.

Filariile sunt transmise prin foarte numeroase înțepături de țânțari infestați aparținând genurilor *Culex, Aedes, Anopheles*, și *Mansonides*, abundente în climatele calde și umede ale zonei intertropicale. Filaria lui Bancroft (*Wuchereria bancrofti*) este una din principalele filarii responsabile de filarioza limfatică.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Filarioza limfatică se manifestă prin pusee trecătoare de febră, însoțite de dureri în ganglionii inghinali. Aceștia cresc în volum (adenită), iar vasele limfatice iau forma de cordoane roșii și umflate sub piele (limfangită). În alte cazuri, bonavul emite urină alburie, din cauza unei fistule între căile urinare și vasele limfatice, care antrenează o emisie de chil în urină (chilurie). Puseele de adenită și de limfangită se continuă timp de mai mulți ani.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. O analiză a sângelui, prelevat de preferință noaptea (perioada în care microfilariile sunt mai abundente), permite decelarea parazitilor și stabilirea diagnosticului. În timpul puseelor de febră, bolnavul trebuie să ia medicamente antiinflamatoare. O dată febra dispărută, medicul prescrie un antiparazitar (vermectină). În caz de chilurie, un regim alimentar bogat în lipide permite atenuarea simptomelor.

PREVENIRE. Singura prevenire constă în apărarea de țânțari cu ajutorul insecticidelor, în țările din zona intertropicală.

FILTRU SOLAR. Produs cosmetic care protejează pielea împotriva radiațiilor solare.

Filtrele solare sunt clasificate după tipurile de radiație pentru care ele sunt active.

■ *Filtrele cu bandă scurtă* protejează mai ales de ultravioletele B (U.V.B.).

■ *Filtrele cu bandă largă* sunt active față de ultravioletele A (U.V.A.) și ultravioletele B (U.V.B.).

Produsele puse în comerț pot asocia mai multe substanțe. Efectul lor global este indicat prin coeficientul de protecție, care nu este definit în practică decât pentru U.V.B. Acest coeficient este raportul dintre durata de expunere fără a suferi insolație și folosind produsul și durata de expunere fără a suferi insolație și fără a folosi produsul. Astfel, aplicarea unei creme având un coeficient împotriva

U.V.B. egal cu 3 la un subiect la care, fără a folosi produsul, face o insolație după 20 de minute de expunere permite, teoretic, aceluiași subiect să rămână expus 20 x 3 = 60 minute fără a suferi insolație. Aceste cifre rămân totuși doar orientative.

În practică, alegerea unui produs depinde de doi factori: gradul de însorire (care merge de la slabă la extremă) și de fototipul subiectului (etalonat cu I pentru pieile albe foarte sensibile la soare și care nu se bronzează, până la VI pentru pielea neagră); în plus, însuși bronzul dobândit este protector. Chiar pentru un produs foarte eficace, expunerea la soare între orele 12 și 16, vara, trebuie evitată.

FIMOZĂ. Strâmtorare a orificiului prepuțial făcând imposibilă decalotarea glandului penian.

O fimoză poate fi congenitală, decelată atunci din copilărie sau, uneori, doar la pubertate, sau consecutivă unei afecțiuni (diabet, infecție, tumoră a penisului). O fimoză este întotdeauna responsabilă de o macerație locală (neevacuarea secrețiilor, stagnarea urinei) cu infecție; în plus, o fimoză face raporturile sexuale dificile. În caz de decalotaj forțat, o fimoză se poate transforma în parafimoză (strangularea bazei glandului printr-un inel prepuțial prea strâmt).

TRATAMENT. Atunci când fimoza nu este prea gravă, se poate, după dezinfectarea locală, să se lărgească treptat inelul prepuțial prin manevre blânde și repetate de decalotaj. Când fimoza este gravă, este indispensabil să se lărgească chirurgical inelul prepuțial sau să se practice o posthectomie (ablația prepuțului).

FISTULĂ. Canal patologic punând în comunicație anormală două viscere (fistulă internă) sau un viscer cu pielea (fistulă externă).

Fistulele sunt fie congenitale, fie dobândite. În acest ultim caz ele pot fi consecința unui traumatism sau unei intervenții chirurgicale, unei inflamații, unei infecții (abces), unei tumori sau unui calcul.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O fistulă poate să nu prezinte nici un simptom sau poate provoca o scurgere a primului organ intern către cel de al doilea sau către exterior, prin piele: scurgerea conținutului digestiv prin urină sau prin piele, de exemplu. Uneori, semnele sunt mai puțin evidente: diaree datorată unei fistule între două segmente ale tubului digestiv, de exemplu.

DIAGNOSTIC. Adesea este necesar să cunoaștem traiectul exact al fistulei prin țesuturi, în vederea tratamentului. Acest diagnostic de localizare este făcut prin explorare chirurgicală sau prin fistulografie, datorită unui produs de contrast iodat și hidrosolubil care, injectat în fistulă, o face vizibilă pe radiografii.

TRATAMENT. O fistulă este adesea vindecată prin tratarea afecțiunii în cauză (tratamentul antibiotic al abcesului). În alte cazuri, chirurgul trebuie să dreneze fistula sau să procedeze la ablația ei.

FISTULIZARE. Apariție patologică sau creare chirurgicală a unei fistule (canal care pune în comunicație directă două viscere sau un viscer și pielea).

FISTULOGRAFIE. Examen radiologic care permite vizualizare unei fistule (canal patologic punând în comunicație directă două viscere sau un viscer și pielea).

FISURĂ ANALĂ. Tip de ulcerație alungită, în formă de crevasă, amplasată la nivelul canalului anal.

Fisura anală este de origine prost cunoscută, fără îndoială legată de prezența unei plăgi minime survenite în cursul defecării și inducând o contractură musculară care deranjează cicatrizarea. Ea se manifestă de cele mai multe ori prin apariția unor dureri violente după defecare (sindrom fisurar).

Tratamentul face apel la aplicarea locală de medicamente (pomezi antiinflamatorii și cicatrizante) sau de injecții subfisurare. În caz de eșec, țesutul sclerozat este îndepărtat chirurgical sub anestezie generală, iar câteva fibre musculare sunt secționate, ceea ce permite cicatrizarea.

FITOTERAPIE. Tratament sau prevenire a bolilor prin folosirea plantelor.

Fitoterapia face parte dintre ramurile medicinei paralele. În majoritatea țărilor, îndeosebi în Occident, doar medicii au dreptul să practice fitoterapia sub formă de consultație, și doar farmaciștii și vânzătorii de plante medicinale (în țările în care această profesie este recunoscută) sunt abilitați să dea sfaturi în momentul cumpărării.

DIFERITE TIPURI DE FITOTERAPIE. În zilele noastre și în țările occidentale există mai multe specialități, eventual combinate între ele, care utilizează plantele în scopuri medicale.

■ *Aromaterapia* este o terapeutică ce utilizează esențele de plante, sau uleiurile esențiale, substanțe aromatice secretate de numeroase familii de plante ca, de exemplu, asteraceele, laminaceele sau opiaceele, și extrase prin distilare. Aceste uleiuri sunt produse complexe care se utilizează cu precauție și respectând dozele prescrise, deoarece ele nu sunt chiar lipsite de nocivitate. Calea de administrare cea mai interesantă, deoarece este cea mai rapidă și mai puțin toxică, este calea percutanată (prin piele).

■ *Gemoterapia* se bazează pe utilizarea extractelor alcoolice și glicerinate de țesuturi vegetale tinere ca mugurii și radicelele aparținând la vreo 60 de plante diferite. Preparatele sunt prezentate sub forma distilată de două ori. Fiecare extract este cunoscut ca având o afinitate pentru un organ sau o funcție. De exemplu, maceratul glicerinat de muguri de *Ribes nigrum*, sau coacăze negre, în diluția a doua, acționează ca un stimulent al zonei corticale a glandelor suprarenale, adică în același mod cu cortizonul.

■ *Herboristeria* corespunde metodei fitoterapiei, în sensul cel mai clasic și mai vechi. După ce căzuse în desuetitudine, în zilele noastre a fost luată din nou în considerație. Herboristeria se servește de plantele proaspete sau uscate;

ea utilizează fie planta întreagă, fie o parte a acesteia (scoarță, floare, fruct, rădăcină). Prepararea constă în metode simple: decocție, infuzie, macerație. Aceste preparații sunt băute sau inhalate, aplicate pe piele sau adăugate apei de baie. Ele mai există și sub formă mai modernă a capsulelor cu praf din plante uscate, pe care subiectul le înghite. Această prezentare are avantajul de a păstra principiile active, care sunt fragile. Pentru ca tratamentul să fie profund eficace, prizele trebuie să se întindă pe o perioadă mergând de la 3 săptămâni la 3 luni.

■ *Homeopatia* recurge la plante în mod preponderent, dar nu exclusiv: trei sferturi din suișe sunt de origine vegetală, restul fiind de origine animală sau minerală. Sunt utilizate plantele proaspete în macerație alcoolică. Aceste preparate alcoolice sunt denumite tincturi-mamă: plecând de la ele se prepară diluțiile care servesc la impregnarea grăunțelor de zaharoză și de lactoză care sunt granulele și globulele. Tinctura-mamă cea mai utilizată este cea de *Calendula officinalis*, sau florile de gălbenele.

■ *Fitoterapia chineză* face parte din ansamblul denumit „medicină tradițională chineză" care include acupunctura și dietetica chineză. Această fitoterapie vizează modificarea cantităților diferitelor energii sau circuitul acestor energii în organism.

■ *Fitoterapia farmaceutică* utilizează produse de origine vegetală obținute prin extracție și care sunt diluate în alcool etilic sau într-un alt solvent. Aceste extracte sunt dozate în cantități suficiente pentru a avea o acțiune susținută și rapidă. Ele sunt prezentate, ca și oricare altă specialitate farmaceutică, sub formă de sirop, de picături, de supozitoare, de capsule, de preparate liofilizate, de preparate nebulizate (sau atomizate, adică extracte de plante, deshidratate prin căldură) etc. Concentrațiile sunt destul de ridicate și netoxicitatea acestor medicamente este uneori relativă.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Fitoterapia este considerată ca având un câmp de acțiune asupra a numeroase tulburări, în scop preventiv și curativ, în cazuri acute sau pentru a modifica terenul subiectului (tendințele generale de a fi victima unui tip de boală).

EFECTE NEDORITE. Acestea sunt rare și, în general, benigne. Atunci când un medic prescrie o rețetă care cuprinde plante care pot fi toxice, ca digitala sau belladona, se impune ca pacientul să nu depășească dozele indicate; tulburările sunt legate adesea de o utilizare abuzivă și prea îndelungată a plantei medicinale.

F.I.V. → FECUNDAȚIE IN VITRO.

F.I.V.E.T.E. → FECUNDAȚIE IN VITRO.

FIZIOLOGIE. Studiu al funcțiilor și a funcționării normale a organismelor vii.

Fiziologia se ocupă de procesele fizice și chimice care au loc în celule, țesuturi, organe și sisteme ale ființei vii sănătoase.

FIZIOPATOLOGIE. Studiul mecanismelor care modifică funcțiile organice (respirație, circulație, digestie, eliminare, reproducție).

Fiziopatologia studiază perturbațiile fiziologiei, permite a se cunoaște mecanismul de acțiune a bolilor și a se merge la sursele lor.

FIZIOTERAPIE. Utilizare terapeutică a agenților naturali ca apa (cure termale, balneoterapie), nămolul (fangoterapie), unele uleiuri minerale ca parafina (parafinoterapie), climatul (soarele, altitudinea), căldura și electricitatea (curenți continui sau discontinui de joasă sau înaltă frecvență [diatermie, ionizare, ultrasunete]).

Fizioterapia, tehnică de reeducare, este indicată în toate afecțiunile degenerative ale scheletului (îndeosebi în artroză) și în bolile articulare inflamatorii (gută, poliartrită reumatoidă etc.), în general între două crize. Ea permite atenuarea durerilor, prevenirea sau diminuarea unei redori articulare, restaurarea forței musculare în jurul unei articulații.

FLATULENȚĂ. Emisie prin anus a gazelor intestinale.

Un adult expulzează zilnic între 2 și 20 litri de gaze care provin, în principal, din fermentațiile intestinale care au loc în colon. Aceste gaze sunt inflamabile și explozive (risc în cazul utilizării unui bisturiu electric). Flatulența este un fenomen normal. Unele alimente, deosebit de fermentescibile, sunt susceptibile să crească producția de gaze: legumele (fasolea uscată, varza, țelina etc.), cerealele (pastele făinoase, pâinea), fibrele (tărâța), fructele (stafidele, caisele, citricele, bananele). Abundența mai mult sau mai puțin mare a gazelor și mirosul mai mult sau mai puțin puternic nu au vreo semnificație patologică și nu necesită tratament.

FLEBECTOMIE. Ablație chirurgicală a unei vene varicoase, de cele mai multe ori de la un membru inferior.

Flebectomia constă în scoaterea chirurgicală, uneori după sclerozarea lor, prin mici incizii, a unor segmente de vene. Această intervenție ușoară, practicată sub anestezie locală sau generală, necesită o spitalizare de 1–4 zile. Reluarea mersului este imediată, dar este recomandabil să se poarte bandaje elastice (ciorapi speciali, de exemplu) în timpul lunii care urmează intervenției.

FLEBITĂ. Constituire a unui cheag în interiorul unei vene asociată adesea cu o inflamație a peretelui venos. SINONIM: *tromboflebită*.

CAUZE. Un cheag riscă să se formeze atunci când o persoană stă prea multă vreme alungită sau imobilizată: de exemplu, ca urmare a unei intervenții chirurgicale, mai ales când aceasta se face pe micul bazin sau pe membre, sau după o naștere. El poate apărea, de asemenea, ca urmare a imobilizării unui membru prin gips sau din cauza unei compresiuni mai mult sau mai puțin îndelungate a unei vene,

de exemplu la femeie la sfârșitul sarcinii sau după un zbor prelungit cu avionul fără a părăsi scaunul.

Tulburări congenitale sau dobândite ale hemostazei (ansamblul fenomenelor fiziologice care conduc la oprirea unei sângerări), ale coagulării sau ale fibrinolizei (dezagregarea fibrinei care antrenează dizolvarea cheagurilor sangvine) sunt uneori cauze ale unei flebite.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. În caz de flebită profundă a unui membru inferior, subiectul suferă dureri spontane sau provocate prin palparea pulpei și simte o senzație locală de căldură. Gamba se umflă. Aceste semne unilaterale se asociază eventual cu febra și cu o creștere a ritmului cardiac. Mai rar, cheagul poate privi venele subcutanate. Dacă acestea devin tari și sunt inflamate pe una din porțiunile lor, este vorba de o flebită superficială. În ambele cazuri, diagnosticul este confirmat printr-un eco-Doppler venos sau printr-o flebografie.

EVOLUȚIE. Cheagul se poate întinde din aproape în aproape, împiedicând circulația sangvină.

Odată constituit, cheagul poate, de asemenea, să se fragmenteze sau să migreze brusc către vena cavă sau către cavitățile cardiace drepte și să se oprească într-o ramură a arterei pulmonare, ceea ce provoacă o embolie pulmonară. În sfârșit, se constată uneori apariția unor edeme, a unor tulburări trofice (relative la nutriția țesuturilor), a varicelor, chiar al unui ulcer al gambei, ansamblu de simptome desemnat sub denumirea de boală postflebitică.

TRATAMENT. Flebitele profunde constituie urgențe medicale, al căror tratament trebuie de preferință să se facă în mediu spitalicesc. Sunt prescrise anticoagulante. Odată flebita vindecată, membrul afectat este comprimat cu un bandaj elastic numit contenție, astfel ca să evite apariția varicelor. O flebită superficială își revine după un tratament antiinflamator și nu îmbracă același caracter de urgență.

PREVENIRE. Prevenirea flebitelor este esențială și constă în măsuri simple: contracții musculare voluntare și repetate sub gips, imobilizarea la pat pe o durată limitată (de exemplu, după o intervenție chirurgicală sau după o naștere) și utilizarea unui tratament anticoagulant preventiv în toate circumstanțele de risc.

FLEBOGRAFIE. Examen radiologic al venelor, după injectarea unui produs iodat de contrast.

Flebografia privește de cele mai multe ori membrele inferioare și vena cavă inferioară, deoarece acestea sunt localizările cele mai obișnuite ale flebitelor și trombozelor venoase.

INDICAȚII. O flebografie este indicată atunci când medicul suspectează o flebită pe care ecografia chiar n-a putut s-o deceleze. Ea este, în general, indicată în caz de embolie pulmonară (obstrucție a unei ramuri a unei artere pulmonare printr-un cheag provenit dintr-o flebită).

TEHNICĂ. Un produs iodat de contrast, opac la razele X, este injectat cu scopul de a putea vizualiza venele profunde ale pulpei, coapsei și a părții joase a abdomenului (vena iliacă).

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. Pacientul este reținut de la mâncare cu cel puțin 12 ore înaintea examenului. Medicul pune garouri la înălțimea gleznei, a gambei și a coapsei cu scopul de a dilata venele profunde. După dezinfectarea părții și șezut corespunzătoare fiecărui picior, medicul înțeapă pielea cu ajutorul unui ac și injectează produsul de contrast. Examenul durează între 15 și 30 minute. Curând după aceea, subiectul poate să-și reia activitatea.

CONTRAINDICAȚII. Flebografia nu este practicată la femeia gravidă. Medicul trebuie să se asigure că pacientul nu este alergic la iod. Persoanele care suferă de insuficiență renală, trebuie să consume din abundență lichide în zilele care preced și care urmează examenul, cu scopul de a evita agravarea insuficienței lor renale.

EFECTE SECUNDARE. Se întâmplă ca unele persoane să simtă, în momentul injectării produsului iodat de contrast, grețuri sau stări scurte de indispoziție, fără gravitate, dar care trebuie semnalate medicului.

FLEBOLOGIE. Ramură a medicinei care studiază ansamblul sistemului venos și bolile sale.

FLEBOTONIC. → VENOTONIC.

FLEGMON. Inflamație acută sau subacută a țesutului conjunctiv subcutanat sau profund.

Un flegmon, de origine infecțioasă, provoacă distrugerea țesuturilor și formarea de puroi. El poate rămâne difuz și să continue să se întindă sau să se transforme în abces.

Tratamentul său constă în luarea de antibiotice și, în caz de abces, din ablația sa chirurgicală.

Flegmonul periamigdalian. Denumit în mod curent, dar pe nedrept, „flegmon al amigdalei", este o inflamație a țesutului conjunctiv pe care se află amigdala palatină (amigdala, în limbajul curent). Această complicație frecventă a unei angine prost îngrijite se manifestă printr-un trismus (contractură musculară care împiedică deschiderea gurii în mod complet) și printr-o febră ridicată; bolnavul are dificultăți la înghițit. Examenul clinic dezvăluie o umflătură a omușorului și o boltă a stâlpului anterior al vălului palatin, de partea atinsă. Tratamentul, condus de urgență, cuprinde incizia și drenajul chirurgical al flegmonului, asociate cu antibioterapie pe cale intravenoasă; două luni mai târziu trebuie practicată amigdalectomia (ablația amigdalelor).

FLICTENĂ. → BULĂ DERMATOLOGICĂ.

FLORĂ BACTERIANĂ. Totalitate a speciilor bacteriene care trăiesc pe suprafața pielii sau a mucoaselor unei gazde fără a-i dăuna. SINONIM: *ecosistem bacterian*.

FLORĂ INTESTINALĂ. Totalitate a germenilor care există în mod normal în intestin.

PATOLOGIE. Administrarea de antibiotice cu spectru larg de acțiune poate perturba în mod grav echilibrul florei intestinale. Acest dezechilibru pasager se traduce de cele mai mult eori prin pierderea mirosului de fecale al scaunelor și prin dezvoltarea de ciuperci, mai rar printr-o diaree benignă, care se manifestă pe toată durata tratamentului. În toate cazurile, oprirea antibioterapiei este urmată de restaurarea treptată a florei intestinale.

O infecție intestinală sau toxiinfecție (secretarea de toxine de către bacterii) pot, de asemenea, să antreneze o perturbare a florei, incapabilă să compenseze acțiunea germenilor patogeni.

FLUOR. Element foarte răspândit în natură sub formă de fluorură de calciu, una dintre componentele țesuturilor dure ale organismului (cartilagii, oase, dinți etc.) și de fluorură de sodiu.

INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII. Fluorul (F) constituie un mijloc de prevenire activă a cariei dentare, incorporarea sa în smaltul dentar permițându-i acestuia să reziste atacului acid. El este, de asemenea, utilizat în tratamentul osteoporozei (rarefierea țesutului osos) vertebrale. El este contraindicat la subiecții care prezintă o insuficiență renală (risc de intoxicare).

MOD DE ADMINISTRARE

■ *Pentru a preveni cariile*, fluorul este uneori administrat sub formă de comprimate copilului, de la naștere și pe toată durata formării dentare. Adolescenții și adulții pot utiliza apele de gură, pastele de dinți sau guma de mestecat, toate cu fluor, dar acțiunea acestor produse nu este reală decât dacă se respectă un timp de contact de cel puțin 15 minute. În sfârșit, fluorul poate fi aplicat trimestrial de către dentist.

■ *Pentru a trata osteoporozele vertebrale*, un derivat al fluorului, fluorura de sodiu, este prescris sub formă de comprimat.

APORT EXCESIV. Este interzis să se mărească în mod nesocotit aporturile de fluor, acțiunea lui fiind benefică în foarte mici doze. În plus, un aport excesiv poate provoca o fluoroză (apariția de pete pe emailul dinților). În tratamentul osteoporozei vertebrale, supradozarea în fluorură de sodiu poate antrena intoxicații grave care necesită o spitalizare de urgență.

FLUOROZĂ. Boală provocată de o intoxicație cronică cu fluor.

O fluoroză poate fi de origine hidrotelurică atunci când apa potabilă conține mai mult de 2,4 miligrame de fluor pe litru, cum este cazul în Africa de Nord, în India, în Argentina, în Islanda și în regiunile vulcanice ale Statelor Unite. Ea poate, de asemenea, să fie legată de o intoxicație profesională, afectând, de exemplu, muncitorii care manipulează criolita (un mineral cu aluminiu).

Fluoroza dă un aspect pătat smaltului dinților. Aceste colorații merg de la simple pete albe transparente până la vinișoare ca ale marmurei, colorate în maro închis.

Tratamentul constă în mascarea petelor neplăcute la vedere prin lipirea unor materiale (compozite, porțelan).

FLUSH. Acces de înroșire a feței. SINONIM: *bufeu vasomotor*.

Un flush poate fi consecința unei emoții, unui efort fizic, unui factor alimentar (masă copioasă, condimente, crustacee, ingestie de alcool), unui medicament (izoniazidă, sulfamide antidiabetice, disulfiram, acid nicotinic), unei tumori (feocromocitom, tumoră pancreatică), unei boli endocrine (boala lui Basedow), unei migrene sau menopauzei. În acest ultim caz, flushul este denumit în mod curent bufeu de căldură.

FLUTTER AURICULAR. Tulburare a ritmului cardiac relativ benignă afectând auriculele, care se contractă în mod regulat și coordonat cu o frecvență ridicată (aproximativ 300 ori pe minut).

CAUZE. Un flutter auricular poate apărea izolat, fără cauză deosebită (el se numește atunci idiopatic), dar de cele mai multe ori însoțește diferite cardiopatii.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Uneori fără simptome, flutterul auricular se traduce totuși cel mai des prin senzații de palpitație. Rapiditatea ritmului ventricular (150 contracții pe minut pentru un flutter auricular 2/1) poate antrena agravarea unei insuficiențe cardiace severe sau a unui angor (angină pectorală).

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se pune pe baza electrocardiografiei. Reducerea flutterului auricular este uneori spontană, dar, de cele mai multe ori, este necesar să se recurgă la o cardioconversie (soc electric extern) sau la o stimulare electrică a auriculelor pentru a restabili un ritm sinusal normal.

FLUX MENSTRUAL. → MENSTRUAȚIE.

FOAME. Nevoie fiziologică de a mânca.

Foamea, ca și opusul ei, sațietatea, este reglată în sistemul nervos central de către hipotalamus, care primește informații din totalitatea organismului asupra rezervelor energetice și comunică cu alte structuri cerebrale provocând senzația de foame. Unele patologii de origine organică sau psihologică pot induce fie o senzație de foame excesivă (bulimie, diabet insulinodependent, hipertiroidie), fie, din contră, la lipsa de apetit (anorexie).

FOBIE. Temere angoasantă și nejustificată de o anume situație, de un obiect sau de îndeplinirea unei acțiuni.

Fobiile cele mai obișnuite sunt teama de spațiile deschise și de mulțime (agorafobie), teama de locurile închise (claustrofobie), teama de a comite un act agresiv sau șocant

(fobia de impulsie), teama de a roși (ereutofobie) și teama, obișnuită la copil și chiar la adult, de anumite animale ca șerpii sau păianjenii. Fobiile trec drept simptomele cele mai răspândite ale nevrozelor, îndeosebi ale nevrozelor fobice.

Tratamentul unei fobii depinde mult de personalitatea subiectului. De cele mai multe ori el constă în psihoterapie și în terapiile comportamentale, foarte eficace în caz de fobie stabilă și izolată. Anxioliticele și antidepresoarele pot constitui un tratament de completare util.

FOCOMELIE. Malformație congenitală caracterizată printr-o inserție directă a picioarelor și mâinilor la trunchi.

Focomelia este, în principal, consecința luării de către mamă, în timpul sarcinii, a unui medicament, thalidomida (hipnotic și antilepros); acest medicament este astăzi administrat mai rar (în tratamentul bolii lui Behçet) și sub contracepție strictă, controlată medical, atunci când este vorba de femei aflate la vârsta fertilă.

FOLICUL. Formațiune anatomică în formă de sac și care încojoară un organ și/sau secretă sau excretă substanță.

FOLICULINĂ. Unul dintre cei doi hormoni secretați de către ovar și placentă. SINONIM: *estronă*. → ESTROGEN.

FOLICULITĂ. Inflamație a foliculilor pilosebacei.

Foliculitele sunt de origine infecțioasă; ele se clasifică în funcție de agentul responsabil.

■ *Foliculitele bacteriene*, cele mai frecvente, sunt cauzate de stafilococul auriu. Superficiale, ele se traduc prin formarea de mici pustule centrate în jurul unui fir de păr din barbă, de pe brațe, de pe coapse; ele se vindecă spontan sau devin cronice. Furunculele și anthraxul sunt foliculite profunde. Tratamentul lor constă în aplicații de antiseptice, uneori în luarea de antibiotice pe cale orală.

■ *Foliculitele micotice* sunt cauzate de unele ciuperci microscopice. *Pityrosporum* cauzează mici leziuni roșii pe trunchi. Dermatofiții din genul *Trichophyton* provocă placarde violacee pe membrele inferioare. Vindecarea este asigurată prin luarea de antifungice (grizeofulvină, ketoconazol) pe cale orală.

FOLICULOSTIMULANT (hormon). Hormon hipofizar intervenind în maturarea folicililor ovarieni la femeie și în formarea spermatozoizilor în tuburile seminifere la bărbat. SINONIM: *foliculotropină*.

FOLICUL OVARIAN. Cavitate a ovarului în care se dezvoltă un ovul. SINONIM: *folicul al lui De Graaf*.

Mai multe milioane de foliculi ovarieni sunt prezenți de la naștere, dar doar 300 sau 400 dintre ei vor ajunge la maturitate. De la pubertate, la începutul fiecărui ciclu menstrual al femeii, în mod normal, la fiecare 28 zile, un folicul crește, proeminează la suprafața ovarului și se sparge pentru a elibera un ovul în 14-a zi: aceasta este ovulația. În continuare, foliculul degenerează, luând denumirea de corp galben.

FONAȚIE. Totalitatea fenomenelor care concură la producerea unui sunet de către organele vorbirii.

În timpul expirației, aerul este modulat prin organele vocale: laringele, cavitățile faringelui, coardele vocale, cavitatea bucală, limba și buzele. Fonația este controlată de către sistemul nervos central. Studiul vocii și al bolilor legate de vorbire se numește foniatrie.

FONTANELĂ. Spațiu membranos cuprins între oasele craniului la sugari.

Oasele craniului noului-născut nu sunt sudate ca la adult: situate pe linia mediană a craniului, la joncțiunea diferitelor oase, fontanelele permit creșterea creierului, foarte importantă în timpul primilor doi ani ai vieții, și se osifică la sfârșitul creșterii cerebrale.

FORCEPS. Instrument utilizat pentru prinderea și protejarea capului fătului cu scopul de a ușura expulzia acestuia în timpul nașterii.

Indicațiile de utilizare a forcepsului pot fi comandate de starea mamei sau de cea a fătului. În primul caz, forcepsul servește la diminuarea efortului expulziei, contraindicat în anumite boli cardiace, respiratorii, oculare, și permite să șteargă din ineficacitatea puseelor explozive. În ce privește fătul, domină trei indicații: suferința fetală, care se traduce printr-o modificare a zgomotelor inimii urmărite prin monitor, durata excesivă a eforturilor de expulzie (mai mult de 30 minute) și protecția craniului fătului, mai ales atunci când nașterea este prematură. Bine aplicat, un forceps nu prezintă pericol, nici pentru mamă, nici pentru făt.

FOSFATAZĂ. Enzimă care eliberează acidul fosforic, prezent în numeroase organe și țesuturi, precum și în sânge.

Nivelul seric al fosfatazelor alcaline, măsurat într-un prelevat sangvin, permite să se evalueze funcțiile biologice ale ficatului.

Nivelul fosfatazelor acide crește în cazul cancerului de prostată.

FOSFENĂ. Senzație de a avea în fața ochiului fulgere luminoase, albăstrui sau albe, vizibile mai bine noaptea și care se repetă des în același loc.

CAUZE. O fosfenă este provocată de o tracțiune a vitroasei pe retină. Ea survine mai ales la persoanele în vârstă și anunță adesea o ruptură de retină, care poate antrena dezlipirea ei. Unele fosfene sunt, de asemenea, provocate de un traumatism al globului ocular.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Un examen al fundului de ochi permite să se observe starea retinei. Fosfena dispare odată cu tratarea cauzei sale.

FOSFOR. Element chimic prezent în organism sub formă de fosfat.

Fosforul (P) este adus prin alimentație, apoi absorbit prin intestin. El este găsit, în principal, în oase, sub forma minerală, și în sânge, asociat cu substanțe organice. Fosforul este, de asemenea, prezent în toate celulele și participă la activitățile lor.

Principalele surse alimentare de fosfor sunt cerealele, cărnurile, peștii și ouăle. Aportul alimentar zilnic este suficient în mod normal să acopere nevoile organismului. Fosforemia (nivelul de fosfor din sânge) crește în caz de insuficiență renală, de insuficiență a glandelor paratiroide, de intoxicație cu vitamină D, și se micșorează în caz de hipersecreție a paratiroidelor și de carență în vitamina D.

CARENȚĂ ȘI APORT EXCESIV

■ *O carență în fosfor* poate fi consecința unui regim alimentar dezechilibrat, unei creșteri ale necesităților (creștere, sarcină, alăptare), unei malabsorbții digestive sau unei utilizări abuzive de medicamente antiacide pe bază de hidroxid de aluminiu. Ea se traduce în cazurile cele mai grave printr-o demineralizare osoasă, prin tulburări respiratorii, cardiace, și/sau neurologice. În compensație pot fi prescrise săruri cu fosfor.

■ *Un aport excesiv în fosfor* poate fi urmarea unei intoxicații prin săruri cu fosfor sau a unui regim dissociat bogat în fosfor și sărac în calciu (alimentație pe bază de orez, de pește și de făinuri necernute, caracteristică țărilor asiatice). El poate provoca o hipocalcemie severă (nivel sangvin de calciu foarte scăzut).

FOTOCOAGULARE. Procedeu terapeutic constând în proiectarea pe retină, pe iris sau pe vasele retiniene a unui fascicul luminos intens și îngust produs de un laser, în general un laser cu argon.

INDICAȚII. Fotocoagularea este utilizată în tratamentul rupturilor de retină și a altor leziuni susceptibile să provoace o dezlipire a retinei. Fotocoagularea este, de asemenea, folosită pentru tratarea leziunilor ischemice ale retinei (cauzate de o diminuare a irigării sale sangvine), consecutive fie unei ocluzii a vaselor, fie unei retinopatii ischemice observate mai ales în cursul diabetului.

În sfârșit, un caz de glaucom cu unghiul prea larg (hipertensiune intraoculară), fotocoagularea cu laser creează mici arsuri pe trabecul (filtru situat în unghiul irisului și corneei), care permit să i se lărgească ochiurile cu scopurile de a da posibilitatea unei mai bune evacuări a umorii apoase.

DESFĂȘURARE. Pentru a fi supus unei fotocoagulări cu laser nu este necesară spitalizarea; doar pentru copiii mici poate fi nevoie de o anestezie generală. În general, fasciculul laser nu este dureros, dar câteodată pacientul resimte o durere scurtă și trecătoare. Pacientul se poate întoarce acasă fără un tratament deosebit. Totuși, nu îi este recomandat să conducă un vehicul în orele care urmează.

EFECTE SECUNDARE. Laserul provoacă un edem retinian localizat, care se resoarbe, în general, în câteva zile. El poate prilejui unele dureri de cap trecătoare, mai ales la subiecții diabetici.

FOTODERMATOZĂ. Boală cutanată declanșată sau agravată prin expunerea la radiația solară.

DIFERITE TIPURI DE FOTODERMATOZĂ. Fotodermatozele sunt clasificate în două mari varietăți.

■ *Fotosensibilizările* sunt cauzate de un agent chimic care face pielea mai sensibilă la radiații.

■ *Bolile de piele* agravate de către soare sunt lupusul eritematos, lichenul, pemfigusul și altele.

SEMNE ȘI TRATAMENT. Semnele unei fotodermatoze nu sunt specifice: roșeață, umflare a țesuturilor cutanate, mici cosuri, băsicute. Tratamentul este cel al fiecărei afecțiuni menționate; prevenirea constă în protejarea pielii față de radiația solară cu ajutorul cremelor de tip ecran total.

FOTODERMATOZĂ JUVENILĂ DE PRIMĂVARĂ. Fotodermatoză (boală cutanată declanșată sau agravată prin expunerea la soare) de cauză necunoscută, frecventă la subiecții tineri.

Fotodermatoza juvenilă de primăvară afectează copilul și adultul tânăr (de la 7–8 ani până la 15–20 ani), mai des subiectul de sex masculin. Ea se manifestă de obicei primăvara, pe timp rece, sub forma unei erupții localizate la urechi. Leziunile, deosebit de pruriginoase, sunt mai întâi edematoase apoi veziculoase (mici ridicături umplute cu serozitate); bulele (ridicăturile mai mari) apar uneori în cea de-a doua etapă.

Boala regresează spontan și fără sechele în timp de două săptămâni, dar recidivează în fiecare an. Tratamentul se limitează la nevoie la deschiderea bulelor și la aplicații locale ale unui corticosteroid în caz de mâncărimi mari. Prevenirea constă în aplicarea unei creme tip ecran total care protejează față de radiațiile solare.

FOTOFOBIE. Senzație vizuală neplăcută produsă de lumină în cursul anumitor boli.

După simptomele care o însoțesc, o fotofobie poate fi consecutivă unei afecțiuni oculare sau neurologice.

Diagnosticarea unei fotobii se bazează pe examenul clinic al pacientului. Tratamentul este cel al cauzei.

FOTOPROTECȚIE. Protecție naturală sau artificială a pielii față de radiațiile solare, în special față de ultraviolete.

Fotoprotecția artificială. Ea poate fi asigurată prin două feluri de mijloace, externe și interne.

■ *Fotoprotecția externă* pentru prevenirea insolațiilor, a îmbătrânirii și a cancerului de piele, se realizează purtând haine care să acopere corpul și aplicând produse protectoare de două feluri: ecran și filtru. Produsele ecran reflectă pur și simplu radiația și o împiedică să pătrundă profund sub

epidermă. Acestea sunt, în principal, substanțe opace, ca bioxidul de titan, care prezintă inconvenientul de a da pielii un aspect albicios. Filtrele sunt substanțe active care absorb radiația și eliberează energie absorbită prin schimb termic cu pielea. Majoritatea acestor substanțe pot da loc unor reacții alergice.

Majoritatea produselor antisolare asociază ecranul cu filtrul. Combinația acestor două tipuri de constituenți permite să se obțină grade variate de protecție, măsurate printr-un coeficient de protecție: protecție slabă (coeficient cuprins între 2 și 4), medie (între 4 și 8), puternică (între 8 și 15) și foarte puternică, pentru condiții de însorire extremă (coeficient care depășește valoarea 15).

■ *Fotoprotecția internă* constă în absorbția pe cale orală a unor medicamente ca vitamina PP, derivații de caroten și antipaludicele de sinteză. Ea este indicată în caz de fotodermatoze, afecțiuni ale pielii declanșate sau agravate de către soare (urticarie solară, de exemplu).

FOTOSENSIBILIZARE. Creșterea sensibilității pielii la radiațiile solare, mai ales la ultravioletele, cauzată adesea de substanțe chimice sau medicamentoase și traducându-se printr-o erupție cutanată.

CAUZE. O fotosensibilizare poate fi idiopatică (fără cauză cunoscută), provocată de un factor declanșant extern sau intern, sau de origine genetică.

■ *Fotosensibilizările de origine externă* survin după aplicarea unei substanțe pe piele (parfum) sau după contactul pielii cu diferite vegetale (floare-broștenească, păstârnac, muștar etc.).

■ *Fotosensibilizările de origine internă* survin după ingestia de substanțe sau de medicamente care exercită o acțiune fotosensibilizantă după ce au fost depuse pe piele: psoralenele, unele antibiotice (îndeosebi tetraciclinele), chinolonele, unele antifungice (grizeofulvina în mod deosebit) etc.

■ *Fotosensibilizările de origine generală* sunt cauzate de unele deficiențe genetice stabilite (xeroderma pigmentosum, albinism, pebaldism).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Ele variază după tipul de fotosensibilizare: plăci roșii pe care sunt suprainălțate vezicule mici și deosebit de pruriginoase, vezicule sau bule.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul constă în aplicarea pe leziuni a unor medicamente antiseptice, a unor produse de catifelare sau a unor corticosteroizi locali. Administrarea pe cale generală a corticosteroizilor sau antihistaminicelor este rezervată pentru formele cele mai grave. Prevenirea se bazează pe protecția pielii (cremă protectoare de tip total) și mai ales pe suprimarea agentului susceptibil să declanșeze fotosensibilizarea. Fotosensibilizările idiopatice pot fi prevenite prin administrarea de vitamine PP, de antipaludice de sinteză (nivachină), de carotenoizi sau prin puvaterapie (expunere la radiațiile ultraviolete A, asociată cu administrarea de psoralene).

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Fotosensibilizarea se folosește în tratamentul unor boli ale pielii, în particular al psoriazisului, în cursul puvaterapiei. → FOTODERMATOZĂ, FOTOPROTECȚIE, PUVATERAPIE.

FOTOTERAPIE. Metodă de tratament utilizând acțiunea luminii asupra pielii. SINONIM: *actinoterapie*.

Sursa de lumină utilizată poate fi lumina solară (heliotерapia) sau lumina artificială. Helioterapia este utilizată pentru a trata leziunile acneice și favorizează, în majoritatea cazurilor, tratamentul psoriazisului.

■ *Luxterapia*, fototerapie specifică, este o metodă a cărei eficacitate nu a fost total demonstrată. Ea constă în expunerea pacientului la o lumină necolorată intensă. Șederile de expunere, de durată variabilă, debutează într-un centru specializat și pot fi urmate la domiciliu până la ameliorarea stării pacientului. Luxterapia este utilizată în tratamentul depresiunilor sezoniere (care se manifestă cu regularitate în anumite perioade ale anului).

FOTOTRAUMATISM. Leziune a ochilor cauzată de radiațiile luminoase, îndeosebi solare. → OFTALMIE.

FOVEA. → MACULA.

FOX și FORDYCE (boală a lui). Afecțiune cutanată caracterizată printr-o erupție de mici leziuni pruriginoase la nivelul axilelor, plicii inghinale, areolei sânului și al pubisului.

FRACTURĂ. Ruptură a unui os sau a unui cartilagiu tare.

Se face deosebire între fracturile deschise, în care fragmentele osoase au trecut prin piele și în care focarul fracturii este în aer liber (de unde și riscul de infecție) și fracturile închise, în care focarul fracturii nu comunică cu exteriorul.

Fracturile patologice survin la oasele fragilizate printr-o leziune preexistentă, fie că aceasta este de origine infecțioasă, fie tumorală.

SIMTOME ȘI SEMNE. Pe plan clinic, o fractură se traduce printr-o durere acută, o imposibilitate de a realiza unele gesturi, un hematom, uneori o deformare. Fragmentele osoase pot să se depărteze unele de altele (fractură cu deplasare), pot să se încalece sau să se prindă unele de altele. În plus, la copil există două tipuri de fracturi specifice: fractura în lemn verde (osul nu este rupt pe toată circumferința lui) și fractura în turtiță de unt (tasare localizată a osului).

TRATAMENT. Primul scop al tratamentului este acela de a pune osul într-o poziție bună printr-o manevră numită reducere, manuală sau chirurgicală. Este vorba de reașezarea extremităților osoase în contact unele cu altele, într-o aliniere perfectă, cu scopul ca fractura să se consolideze într-o poziție bună, restituind osului forma sa inițială. După reducere, controlată radiologic, osul este imobilizat: aceasta

contenție poate fi ortopedică, prin gips sau tracțiune, sau chirurgicală, cu ajutorul unui material extern (fixator extern) sau intern (șurub, placă cu șuruburi, cui, serclaj metalic).

După trecerea perioadei normale de consolidare, se evaluează soliditatea osului fracturat după aspectul radiologic. Cu excepția copilului, la care este de cele mai multe ori inutilă, atunci începe reeducarea: reluarea mișcărilor, refacerea musculaturii, ajutarea pentru reluarea sprijinului complet.

FRACTURĂ DENTARĂ. Leziune care poate afecta smaltul și dentina, sau uneori chiar și pulpa unui dinte.

De origine traumatică, uneori favorizate de o carie, fracturile dentare pot fi orizontale, verticale sau oblice.

Fractura dentară, spre deosebire de cea a osului, nu se consolidează, deoarece nici smaltul, nici dentina nu sunt vascularizate.

FRACTURĂ DE OBOSEALĂ. Fractură survenind pe un os sănătos, care nu a suferit nici un traumatism. SINONIM: *fisură de oboseală*.

O fractură de oboseală survine pe un os supus unor constrângeri excesive și care este cu atât mai fragil cu cât subiectul este mai în vârstă. În medicina sportivă, ea privește de cele mai multe ori membrele inferioare și survine după o activitate fizică intensivă sau neobișnuită (mars îndelung) sau din cauza încălțămintei neadecvate. Astăzi, îmbătrânirea populației, care rămâne totuși foarte activă, a multiplicat numărul de cazuri de fracturi de oboseală, care au loc pe oasele cele mai diverse: bazin, sacrum, femur, tibia etc.

Fracturile de oboseală se manifestă prin dureri, uneori responsabile de un mers șchiopătat, deranjând sau împiedicând mersul. Tratamentul lor se limitează de cele mai multe ori la simpla odihnă. Uneori, este preconizată purtarea unei ghete gipsate.

FRAGILITATE CAPILARĂ. Micșorare a rezistenței vaselor capilare consecutivă alterării peretelui lor.

O fragilitate capilară se observă în purpura simplex sau senilă, boala lui Rendu-Osler, purpura alergică, purpurele metabolice cauzate de scorbut, diabet, boala lui Cushing, ciroză, uremie, precum și de infecții și de disproteinemii. Ea poate rezulta dintr-un tratament de lungă durată cu corticosteroizi. Afecțiunea antrenează sângerări variabile care merg de la purpura benignă până la hemoragia oculară sau cerebrală. Tratamentul este empiric și puțin eficace, în afara cazului că a fost descoperită o cauză curabilă.

FRECVENȚĂ CARDIACĂ. Număr de cicluri cardiace pe unitatea de timp (pe minut, prin convenție).

Frecvența cardiacă în repaus, la vârsta adultă, variază după subiect, între 60 și 100 pe minut. Ea este mai rapidă la copil și se micșorează ușor la subiecții în vârstă. Frecvența cardiacă se accelerează la efort sau în cursul unui stres, sub efectul unei stimulări a nervului simpatic și al acțiunii anumitor hormoni (adrenalină, noradrenalină) asupra nodului sinusal. Ea se încetinește prin stimularea nervului pneumogastric (sau vag) al cărui tonus predomină în repaus. Ea este modulată, mai ales la subiectul tânăr, prin respirație: accelerându-se la inspirație și încetinindu-se la expirație. Dacă acest fenomen este marcat, se vorbește de aritmie respiratorie.

Măsurarea frecvenței cardiace poate să se facă prin luarea pulsului (palparea la nivelul unei artere periferice a undei sistolice, generată de contracția ventriculelor) sau, într-o manieră mai precisă, prin auscultarea prelungită a zgomotelor inimii cu ajutorul unui stetoscop aplicat pe torace. Este posibil, de asemenea, să se determine frecvența cardiacă pornind de la o înregistrare electrocardiografică.

PATOLOGIE. Frecvența cardiacă în repaus poate fi anormal de lentă (mai puțin de 60 cicluri pe minut) sau de rapidă (mai mult de 100 cicluri pe minut): atunci se vorbește, respectiv, de bradicardie și de tahicardie. Dacă ea este neregulată sau anarhică, este vorba de o tulburare de ritm cardiac.

FRENIC, -Ă. Care privește diafragmul.

Nervul frenic inervează diafragmul.

FRIEDMAN (analizor al lui). Aparat care permite înregistrarea câmpului vizual. SINONIM: *campimetrul lui Friedman*.

Analizorul lui Friedman permite o bună explorare a 30 grade centrale ale câmpului vizual. Metodele care utilizează o cupolă, ca perimetrul lui Goldman, permit explorarea unui câmp mai larg.

FRIEDREICH (boală a lui). Boală degenerativă a măduvei spinării.

Boala lui Friedreich, deși foarte rară, este cea mai frecventă dintre degenerescențele spinocerebeloase (afectând măduva spinării și creierul mic). Ea debutează, în general, la pubertate.

Boala lui Friedreich este ereditară.

SIMTOME ȘI EVOLUȚIE. Boala se traduce mai întâi prin dificultăți la alergat și la mers.

Evoluția ei este progresivă. Simptomele cele mai caracteristice se observă câțiva ani mai târziu: ataxie (incoordonarea mișcărilor), parezie (diminuarea forței musculare) predominant la membrele inferioare, abolirea reflexelor, afectarea sensibilității profunde (subiectul, cu ochii închiși, nu poate spune în ce poziție se găsește). Acestor semne neurologice li se asociază un sindrom dismorfic, constituit de cele mai multe ori din scobirea mai accentuată a boltei plantare, mai puțin frecvent printr-o cifoscolioză (deformarea coloanei vertebrale). În plus, mai există și tulburări ale ritmului cardiac.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Actualmente nu există un tratament curativ. Prevenirea constă în sfatul genetic pentru viitorii părinți în familiile cu antecedente. Studiile

în curs se realizează în vederea depistării antenatale a acestei boli. Unele forme fruste permit o viață normală până la o vârstă înaintată.

FRIG (dermatoze provocate de). Afecțiuni cutanate declanșate sau agravate de o expunere la frig.

Frigul pe de o parte, reprezintă o agresiune directă pentru epiderm; pe de altă parte, el provoacă o încetinire a circulației în capilarele sangvine ale dermului. Unele reacții cutanate sunt normale, prezente la toți subiecții: uscarea pielii, mâncărimi, buze fisurate, agravarea unei boli de piele (psoriazis, eczemă); degerăturile nu survin decât la friguri intense, ca de exemplu pe munte. Alte reacții, în schimb, sunt numite anormale: tulburări vasomotorii de diferite tipuri (degerături, acrocianoză, eritrocianoză, livedo, sindromul lui Raynaud); urticaria survine fie fără o cauză cunoscută, fie în legătură cu unele anomalii sangvine (crioglobuline).

FRIGIDITATE. Tulburare a sexualității feminine constând în absența satisfacției sexuale în timpul raporturilor.

Frigiditatea poate fi completă (absența totală de apetit și de plăcere sexuală, denumită și anorgasmie) sau parțială, femeia nu ajunge la orgasm decât foarte rar, dar relațiile sexuale rămân satisfăcătoare în perioada care precede juisarea.

CAUZE ȘI TRATAMENT. Cauzele unei frigidități sunt multiple. Ele pot fi organice (infecție, dezechilibru hormonal, alcoolism, sarcină dificilă, menopauză) sau psihologice (teama de o sarcină sau de o boală sexuală, surmenajul, stresul, depresia, detașarea față de partener). Un tratament este aproape întotdeauna posibil: el poate să se bazeze pe hormonoterapie sau pe psihoterapie, de exemplu.

FRISON. Tremurătură involuntară, mai mult sau mai puțin generalizată, a mușchilor.

Frisonul poate fi însoțit de clănțăniturl ale dinților și de oripilare („piele de găină"). Este o reacție normală a corpului față de frig. Ca răspuns la scăderea temperaturii corpului, reflexul de frison, provocând contracturi musculare, generează căldură.

Frisonul se observă, de asemenea, în asociere cu un puseu de febră, în faza inițială a bolilor infecțioase, sau în cursul septicemiilor, când au loc descărcările microbiene în circulația sangvină.

FROTIU. Prelevare și întindere pe lamă, într-un strat subțire, a unei picături dintr-un lichid biologic (sânge, lichid cefalorahidian, secreție, urină), a unui produs patologic (puroi, scurgere) sau a celulelor dintr-un țesut sau dintr-un organ (ganglion, vagin etc.) în vederea unei observații microscopice.

FROTIU CERVICOVAGINAL. Prelevare și întindere pe lamă a celulelor vaginului și colului uterin în vederea observării lor la microscop.

INDICAȚII. Frotiul cervicovaginal, denumit în mod obișnuit frotiu, este un examen de depistare a cancerului de vagin sau de col uterin; el permite, de asemenea, decelarea modificărilor celulelor înainte ca acestea să devină canceroase, permițând să se instituie un tratament preventiv.

Două frotiuri practicate la un an interval sunt recomandate la începutul vieții sexuale, apoi un frotiu la 2–3 ani până la vârsta de 65 ani. În caz de frotiu normal și/sau de suspiciune de boală transmisibilă sexual, frotiul trebuie să fie efectuat mai des.

DESFĂȘURARE. Frotiul cervicovaginal se practică la un ginecolog sau într-un laborator. El nu trebuie să fie precedat de o toaletă a vaginului. Medicul solicită pacientei să se așeze pe masa de examinare în poziție ginecologică, adică cu genunchii îndoiți și îndepărtați, cu picioarele pe suporți. Ginecologul aplică întâi un specul, un mic aparat în formă de cioc de rață care permite să se depărteze ușor pereții vaginului pentru a-l putea observa mai bine și, de asemenea, pentru a vedea mai bine colul uterin. Prelevatul este întins pe o lamă de sticlă, apoi este colorat cu reactivi.

Frotiul de depistare este o probă nedureroasă; se întâmplă să se producă o ușoară sângerare din cauza frecării cu spatula pe col; această sângerare este fără gravitate și se oprește de la sine în una-două zile. Trebuie știut că perioada sângerărilor menstruale este singurul moment al ciclului care este contraindicată pentru frotiu, deoarece prezența sângelui în prelevat riscă să falsifice interpretarea rezultatelor.

FROTIU SANGVIN. Prelevare și întindere pe o lamă de sticlă a celulelor din sânge în vederea unei observații microscopice a acestora după colorarea specifică.

Un frotiu permite diagnosticarea infecțiilor ca, de exemplu, paludismul, reperând parazitul în globulele roșii.

FRUCT. Produs comestibil al unor vegetale, de savoare în general dulce.

Fructele sunt bogate în apă, în glucide (fructoză, mai ales), în fibre vegetale (celuloză și pectină, prezente mai ales în coaja lor), în vitamine (vitamina C în citrice mai ales, vitaminele B1, B2 și B6 în fructele uscate, precursorii de vitamină A în fructele cu sâmbure și în fructele bacă) și în săruri minerale. Conținutul lor în glucide variază între 5 și 19% pentru fructele proaspete, până la 40%, chiar 60% pentru fructele uscate (curmale, smochine, stafide). Fructele uscate au o valoare calorică mult mai ridicată decât fructele proaspete și sunt foarte bogate în glucide simple, în sodiu, potasiu și calciu. Fructele oleaginoase (migdale, nuci, alune) sunt bogate în fibre, în proteine și mai ales în lipide; ele sunt mult mai calorice decât fructele proaspete: 400 calorii pentru 100 grame.

Consumate în cantități rezonabile, fructele proaspete constituie un bun aport de fibre și de vitamine. Pregătirea lor termică le face mai digestibile datorită modificărilor din compoziția lor în fibre și în glucide, dar, în schimb, apare inconvenientul de a fi suferit o pierdere importantă de vitamine.

FRUCTOZĂ. Glucid prezent în organism și în alimentație. SINONIM: *levuloză*.

Fructoza face parte din glucidele simple, de tipul hexoză (molecula lor cuprinde șase atomi de carbon). Ea poate exista ca atare sau sub forma de zaharoză, formată prin asocierea de molecule de fructoză și a unei molecule de glucoză. Fructoza adusă prin alimentație este conținută în zahăr, în fructe (măr, pară, strugure), în miere. În organism, ea este transformată în glucoză.

INTOLERANȚĂ LA FRUCTOZĂ. Este o afecțiune ereditară consecutivă unui deficit în enzima care transformă fructoza. Ea se manifestă la sugar și la copil printr-o pierdere a poftei de mâncare, prin vărsături, accese de hipoglicemie (scădere bruscă a glucozei sangvine), o întârziere a creșterii. Tratamentul constă în suprimarea fructozei din alimentație, ceea ce face să dispară și tulburările.

F.S.H. → FOLICULOSTIMULANT (hormon).

FTIZIE. → TUBERCULOZĂ.

FUMIGAȚIE. → INHALAȚIE.

FUND DE OCHI. Parte posterioară a interiorului ochiului (papila optică, retina și vasele sale), care se poate observa direct prin cornee și cristalin cu ajutorul unui aparat optic special.

FUNDULUI DE OCHI (examen al). Examen care permite vizualizarea papilei optice, a retinei și a vaselor sale. SINONIM: *oftalmoscopie*.

INDICAȚII. Examenul fundului de ochi, practicat sistematic cu prilejul oricărui examen oftalmologic complet, este indicat pentru a stabili diagnosticul afecțiunilor retinei și pe cele ale coroidei (membrana lipită de retină). El dă posibilitatea, de asemenea, să se observe vascularizația retiniană, care poate fi modificată de numeroase boli.

TEHNICĂ. Examenul este efectuat cu două tipuri de aparate: un oftalmoscop, cu sau fără interpunerea unei lentile puternic convergente, sau un biomicroscop lampă cu fantă), aceasta din urmă necesitând interpunerea între aparat și ochi a unei lentile de contact sau a unei lentile de examinare (lentila cu trei oglinzi). Oftalmoscopul servește la examinarea polului posterior al ochiului (centrul retinei, papila și macula), în timp ce lentila cu trei oglinzi este utilizată pentru examinarea periferiei retiniene în caz de risc de dezlipire a retinei. O dilatație pupilară prealabilă poate fi provocată cu ajutorul unor colire midriatice cu scopul de a permite o viziune mai largă. Odată dilatația realizată, examenul nu durează mai mult de 3 minute pentru un ochi.

EFECTE SECUNDARE. Dilatația pupilei, care nu este practicată în cazul glaucomului cu unghi închis, antrenează o vedere vagă care rămâne deranjantă timp de mai multe ore după examen.

FUNICULITĂ. Inflamație a cordonului spermatic testicular (format de canalul deferent, arterele spermatice și deferențiale și venele spermatice).

FURNICĂTURĂ. Senzație superficială de pișcătură, apărând spontan sau după compresia unui nerv sau a unui vas sangvin.

Furnicătura este adesea benignă atunci când este legată de o compresie mecanică și trecătoare a unui membru. Ea mai poate să fie indiciul unei neuropatii periferice, localizarea furnicăturii dând informații cu privire la nervul atins. → PARESTEZIE.

FURTULUI SUBCLAVIAR (sindrom al). Ansamblul de tulburări provocate de ocluzia uneia dintre arterele subclaviare care irigă fiecare din cele două brațe. SINONIME: *sindromul de furt al subclaviarei, sindromul subclaviarei hoațe*.

Sindromul de furt subclaviar este consecutiv formării unei plăci de aterom (depunere de colesterol pe peretele intern al unei artere) care obstrucează mai mult sau mai puțin complet artera subclaviară la baza cotului: el nu survine decât dacă placa de aterom este situată în amonte de punctul în care ia naștere artera vertebrală, ramură a subclaviarei mergând la gât și irigând creierul.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O parte din sânge, în mod normal destinat creierului, sosește în artera vertebrală de pe partea atinsă, coboară contra curentului și își continuă drumul în partea terminală a subclaviarei, în aval de obstrucție. Creierul este deci mai puțin irigat. În stare de repaus, această afecțiune este în mod obișnuit fără consecințe. Totuși, dacă subiectul face un efort mare cu brațul, mușchii iau mai mult sânge în membrul respectiv, iar scăderea irigării cerebrale provoacă uneori o stare de rău, chiar o scurtă sincopă.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se pune în urma constatării diminuării nete sau chiar a absenței pulsului la încheietura mâinii de partea afectată, ca și a evidențierii unei presiuni arteriale scăzute sau chiar imposibil de luat pe aceeași parte. Diagnosticul este confirmat printr-un examen Doppler sau o arteriografie. Tratamentul trebuie întreprins imediat. El este chirurgical și face apel fie la dezobstruarea arterei prin ablația obstacolului ateromatos, fie prin pontaj (implantarea unei proteze între aortă, de unde vine sângele subclaviarei, și un punct al subclaviarei situat în aval de obstrucție).

genunchiului; în partea de jos, ea este legată de picior prin intermediul gleznei.

PATOLOGIE. Fracturile reprezintă, în principal, traumatismele importante ale gambei. Ele se pot întâmpla în oricare porțiune a acesteia. Cauzele sunt, în general, accidentele sau căderile, îndeosebi de origine sportivă. Tratamentul depinde de tipul și de localizarea fracturii: punerea unei plăci cu șuruburi sau introducerea unui cui în canalul medular al osului fracturat pot fi necesare pentru a favoriza consolidarea lui. Imobilizarea durează, în general, între 45 și 90 de zile. Gamba este, în plus, sediul cel mai frecvent al flebitelor (obliterarea unei vene profunde de către un cheag). Acestea pot surveni după o imobilizare prelungită (în gips, în particular) sau după un traumatism.

GAMET. Celulă reproducătoare. SINONIM: *celulă sexuală*.

Gameții (spermatozoizii la bărbat, ovulele la femeie) sunt produși în glandele sexuale sau gonade (testiculele la bărbat, ovarele la femeie), în cursul meiozei (diviziune celulară de un fel deosebit).

GANGLION LIMFATIC. Organ mic ce aparține sistemului limfatic, care joacă un rol fundamental în funcția imunitară.

Ganglionii limfatici sunt plasați pe traiectul limfei care circulă din țesuturi spre sânge: regiunea inghinală, regiunea axilară, gât etc. Unii ganglioni sunt superficiali și palpabili la subiecții firavi, alții sunt profunzi și vizibili la examenul radiologic (scaner, imagerie prin rezonanță magnetică).

STRUCTURĂ. Un ganglion este constituit din țesut limfoid, țesut în care stau și se multiplică globulele albe de tip limfocite.

PATOLOGIE. Activarea și multiplicarea limfocitelor se traduce printr-o creștere a mărimii ganglionului de la câțiva milimetri la câțiva centimetri.

GANGLION NERVOS. Îngrămădire de celule, formând o mică umflătură pe traiectul nervilor.

Un ganglion nervos conține corpii celulari ai neuronilor (celule nervoase), micile centre de comandă ale neuronilor ale căror prelungiri formează nervii.

GANGRENĂ. Afecțiune caracterizată prin moartea țesuturilor, ce afectează, în principal, membrele, uneori și viscerele ca ficatul, plămânul sau intestinul.

Cauza principală a unei gangrene este o întrerupere locală a circulației sangvine. Există două tipuri de gangrenă: gangrena uscată și gangrena umedă, care se declară atunci când o gangrenă uscată sau o plagă se complică cu o suprainfecție (care dă loc unor gangrene infecțioase, dintre care cea mai frecventă este gangrena gazoasă).

Gangrena uscată. În această necroză a țesuturilor, nu există o infecție bacteriană; zonele atinse mor pentru că sângele nu mai ajunge în ele, țesuturile nemaifiind oxigenate.

Gangrena uscată poate fi provocată de o embolie arterială (migrarea unui cheag care rămâne blocat într-o arteră pe care o obstruează), o tromboză, o amputație traumatică, o compresie (în cursul unui accident) care a durat mai mult de șase ore, o arterită (inflamația unei artere), o arterioscleroză sau o degerătură.

TRATAMENT. Tratamentul gangrenei uscate constă în ameliorarea circulației în regiunile afectate înainte de a nu fi prea târziu. Dacă țesuturile se infectează, pacientului îi sunt administrate antibiotice pentru a se împiedica instalarea unei gangrene umede.

Gangrenă umedă. O gangrenă umedă se caracterizează printr-o necroză a țesuturilor din cauza infecției, cu bacterii, a unei zone de gangrenă uscată sau a unei plăgi. În loc de a fi uscate, țesuturile sunt umflate și zemuinde.

TRATAMENT. În cazul unei gangrene umede, amputația chirurgicală a regiunii bolnave este inevitabilă, precum și ablația țesuturilor vii din apropierea plăgii.

GARDNER (sindrom al lui). Boală ereditară caracterizată prin tumori multiple.

Sindromul lui Gardner survine la copil sau la adolescent și se traduce prin multiple tumori benigne cutanate (fibroame, lipoame, chisturi), prin malformații ale oaselor și dinților și, mai ales, printr-o polipoză rectocolică (polipi ai intestinului gros și ai rectului).

Tratamentul constă în ablația chirurgicală a leziunilor.

GARDNERELIA VAGINALIS. Bacil Gram negativ responsabil de o vaginită negonococică.

GARGARISM. Soluție medicamentoasă utilizată pentru clătirea gurii și a gâtlejului. Gargarismele servesc la tratarea anginelor și a tuturor inflamațiilor gurii. Sunt utilizate diverse soluții: antibiotice, antiseptice, astringente sau emoliente. Soluția trebuie să fie scuipată. Înghițirea unei mici cantități din greșeală este un fapt fără gravitate.

GAROU. Legătura strânsă în jurul unui membru, al cărei scop este de a întrerupe circulația sangvină într-o porțiune a membrului.

În mediu chirurgical, aplicarea unui garou este indicată în intervențiile vasculare și osoase. Datorită acestei tehnici, este posibil să se evite sângerările în timpul operației.

În caz de hemoragie, chiar gravă, nu trebuie niciodată să se pună un garou. În fapt, o simplă compresie la locul de sângerare sau, la nevoie, pe artera în cauză este suficientă. Chiar specialiștii nu aplică un garou decât în împrejurări excepționale (aflux de răniți, amputație) și după reguli precise. Dacă nu se respectă aceste reguli, există riscul provocării unei gangrene. Tot așa, trebuie lăsată în grija specialiștilor retragerea unui garou: substanțele toxice

acumulate în membru, difuzând brusc în organism, riscă, în fapt, să provoace decesul imediat al bolnavului.

GASTRALGIE. Durere de stomac.

GASTRECTOMIE. Ablație chirurgicală parțială sau totală a stomacului.

O gastrectomie este o intervenție chirurgicală majoră, practicată sub anestezie generală. Gastrectomia totală este indicată, în general, pentru un cancer avansat de stomac, iar gastrectomia parțială pentru un cancer într-un stadiu puțin avansat sau pentru un ulcer rezistent la medicația antiulceroasă.

După gastrectomia totală, chirurgul restabilește circuitul digestiv prin îmbinarea esofagului cu jejunul (a doua parte a intestinului subțire). Alimentele trec atunci direct în intestin. Gastrectomia parțială îndepărtează doar antrul (partea inferioară) a stomacului, sau cele două treimi inferioare, sau chiar patru cincimi inferioare ale acestuia; chirurgul realizează apoi o anastomoză între partea restantă a organului și duoden (prima parte a intestinului subțire) sau o ansă de jejun, porțiunea gastrică destinată să fie legată de intestin fiind în prealabil îngustată cu scopul de a evita o golire prea rapidă a stomacului (sindromul de inundare jejunală). În tratamentul ulcerelor, gastrectomia este asociată unei secționări a nervilor pneumogastrici (vagotomie tronculară). → SINDROM POSTPRANDIAL TARDIV. STOMACULUI MIC (sindrom al).

GASTRINĂ. Hormon peptidic secretat de către celulele endocrine ale antrului gastric (partea inferioară a stomacului) și de către pereții duodenului și ai jejunului care participă la digestia alimentelor.

GASTRITĂ. Inflamație a mucoasei stomacului. Gastritele pot fi acute sau cronice.

Gastritele acute. Aceste inflamații acute ale mucoasei stomacului au cauze foarte diferite: medicamentele (îndeosebi antiinflamatoarele), alergia, stresul, agenții infecțioși. Simptomele bolii, inconstante, sunt în principal durerile gastrice (arsuri de stomac), declanșate sau exacerbate de luarea unei mese. Principalul risc al acestei boli este hemoragia digestivă, a cărei importanță este imprevizibilă.

TRATAMENT. Acesta face apel la un regim alimentar puțin iritant (fără condimente, fără alcool, fără prăjeli) și la pansamente gastrice și medicamente antisecretorii (care reduc aciditatea gastrică). Gastritele acute se vindecă în câteva zile.

Gastritele cronice. Aceste inflamații cronice ale mucoasei stomacului sunt cauzate de unii agenți iritanți, în particular tutunul și alcoolul, consumul de medicamente antiinflamatorii sau chiar de unele fenomene de autoimunitate (fabricarea de către organism a unor anticorpi îndreptați împotriva propriilor organe), ca în boala lui Biermer. O gastrită cronică poate să se manifeste prin dureri gastrice. Cel mai des totuși, nu există dureri gastrice, ci uneori doar o pierdere a poftei de mâncare sau o mică hemoragie persistentă.

TRATAMENT. Acesta constă, în principal, în atenuarea simptomelor, atunci când ele există (pansamente gastrice, regim fără alcool). În cazurile în care există suspiciunea unei evoluții tumorale, este necesară o supraveghere gastroscopică.

GASTRODUODENAL, -Ă. Relativ la stomac și la duoden.

GASTRODUODENOSTOMIE. Îmbinarea chirurgicală a stomacului cu duodenul.

GASTROENTERITĂ. Inflamație a stomacului și a intestinului care provoacă tulburări digestive acute, în general trecătoare.

O gastroenterită este de cele mai multe ori de origine infecțioasă, virală (adenovirus, coronavirus, rotavirus, virusul lui Norwalk) sau bacteriană (salmonelle, shigelle, stafilococi) și ele se contractează prin ingestia de apă sau de alimente contaminate sau chiar prin transmisia orofecală (fecale duse la gură prin intermediul mâinilor); astfel de forme apar într-o manieră epidemică în colectivități. O gastroenterită poate surveni, de asemenea, în caz de intoleranță alimentară sau medicamentoasă.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O gastroenterită se traduce printr-o diaree de intensitate variabilă care survine de cele mai multe ori brusc și este însoțită de dureri gastrice, abdominale și de vărsături. Formele cele mai grave pot antrena o deshidratare.

TRATAMENT. Acesta constă, în principal, în odihnă și în absorbția de importante cantități de lichide cărora li s-au adăugat zahăr și sare de bucătărie pentru a compensa apa și electroliții pierduți prin diaree și vome. De asemenea, se pot administra pacientului cărbune medicinal și un antiseptic intestinal. Formele cele mai grave pot necesita o rehidratare în mediu spitalicesc.

GASTROENTEROLOGIE. Specialitate medicală consacrată studiului aparatului digestiv și al bolilor legate de acesta. SINONIM: *hepatogastroenterologie*.

GASTROENTEROSTOMIE. Operație chirurgicală ce constă în legarea directă a intestinului subțire la stomac.

GASTROJEJUNOSTOMIE. Îmbinare (punerea cap la cap) chirurgicală a stomacului și jejunului.

GASTROSCOPIE. Examen ce permite explorarea directă a mucoasei părții superioare a tubului digestiv, precum și practicarea unor intervenții. SINONIM: *fibroscopie gastrică*.

Gastroscopia permite examinarea tubului digestiv de la esofag până la duoden, extragerea corpilor străini și ablația unor tumori mici, precum și oprirea unor hemoragii prin injectare sau coagulare. Tumorile mari pot fi decupate cu ajutorul sondelor laser introduse în gastrofibroscop.

GASTROSTOMIE. Operație chirurgicală constând în legarea directă a stomacului cu pielea printr-o sondă care permite alimentarea. → STOMIE.

GAUCHER (boală a lui). Boală ereditară privind metabolismul lipidelor consecutivă deficitului unei enzime, betaglucozidaza.

Boala lui Gaucher afectează cel mai des adultul între 20 și 30 de ani.

Boala se traduce prin acumularea de glucocerebrozide (lipide legate de glucide, prezente mai ales în creier), în splină, ficat, ganglioni, măduva osoasă și, într-un grad mai mic, în creier. Ea se manifestă printr-o creștere în volum a splinei și a ficatului. Hiperactivitatea splinei antrenează o anemie, o micșorare a numărului de granulocite și de plachete cu riscul hemoragiilor și al infecțiilor. O atingere nervoasă poate să se manifeste, mai ales la sugar și la copil.

Nu există tratament al acestei boli.

GAYET-WERNICKE (encefalopatie a lui). Atingere difuză a encefalului prin carență în vitamina B1.

Encefalopatia lui Gayet-Wernicke este consecința unei carențe decurgând la rândul ei, de cele mai multe ori, dintr-un alcoolism cronic, uneori dintr-o denutriție gravă. Semnele ei sunt o dezorientare spațio-temporală, tulburări ale vigilenței (somnolență), ale statului în picioare și ale mersului, o hipertonie (redoare), o paralizie a musculaturii care pune în mișcare ochii.

Tratamentul constă în injectarea de vitamina B1.

GAZELOR DIN SÂNGE (examen al). Măsurare a nivelului oxigenului și dioxidului de carbon în sângele arterial. SINONIM: *gazometrie arterială*.

Aceste niveluri reflectă hematoza (îmbogățirea sângelui în oxigen și epurarea dioxidului de carbon din el prin plămâni).

Prelevarea sângelui se face plecând de la o arteră superficială, în general artera radială de la încheietura mâinii, sau, la copil, din capilarele urechii. Rezultatul, obținut în câteva minute, este exprimat în „presiune parțială" arterială: PaO_2 pentru oxigen (în mod normal de la 11,3 la 13,3 kilopascali, adică de la 85 la 100 milimetri coloană mercur în vechile unități, aceste valori micșorându-se cu vârsta); $PaCO_2$ pentru dioxidul de carbon (în mod normal de la 4,9 la 5,7 kilopascali, adică de la 37 la 43 milimetri coloană de mercur, valoare care nu se modifică cu vârsta).

Aceste măsurători sunt făcute întotdeauna cuplat cu cele ale altor parametri de importanță fiziologică considerabilă: pH (reflectă concentrația sângelui în ioni bicarbonat și în dioxid de carbon); procentul de hemoglobină oxigenată (de la 97 la 100% în sângele arterial); cantitatea de hemoglobină sangvină; nivelurile de bicarbonați sangvini.

Plecând de la totalitatea acestor elemente, este posibil să se evalueze situația respiratorie a unui bolnav, să se aprecieze perturbațiile echilibrului acido-bazic, să se determine, atunci când se cunoaște debitul cardiac, cantitatea de oxigen pe care inima și plămânii le furnizează țesuturilor periferice. Atunci când sunt cuplate cu măsurătorile de gaze în sângele arterial și de gaze în sângele venos amestecat, prelevat din artera pulmonară în cursul unui cateterism cardiac, este, de asemenea, posibil să se evalueze consumul periferic de oxigen. Examinarea gazelor din sânge face parte din explorarea funcțională respiratorie. Ea permite evaluarea gravității unei insuficiențe respiratorii și determinarea cauzei sale, fiind în același timp utilă pentru interpretarea perturbațiilor de echilibru acido-bazic sangvin (acidoză, alcaloză), pentru evaluarea aportului și utilizării oxigenului.

GĂLBEAZĂ A FICATULUI. → DISTOMATOZĂ.

GĂLBINARE. → ICTER.

GÂT. Parte a corpului situată între cap și trunchi.

Gâtul este format din șapte vertebre cervicale și numeroși mușchi legați de craniu, de vertebrele cervicale și de clavicule. El este străbătut de părțile superioare ale aparatului digestiv (faringe și esofag) și de aparatul respirator (laringe și trahee). El este delimitat pe margineа superioară a claviculelor și de stern. Măduva spinării trece prin gât, aflându-se în canalul rahidian cervical.

GÂTLEJ. Spațiul înconjurat de palatul moale, arcurile palatine și baza limbii; reprezintă orificiul de comunicare dintre cavitatea bucală și faringe. SINONIM: *fauces* (latină).

GÂTULUI (chist congenital al). → CHIST BRANHIAL.

GEAMĂN. Fiecare dintre copiii născuți dintr-o sarcină gemelară.

DIFERITE TIPURI DE GEMENI

■ *Gemenii adevărați, zişi homozigoți*, provin din fecundarea unui singur ovul de către un singur spermatozoid. Fetușii se află în același sac ovular și împart aceeași placentă: ei se numesc univitelini. Întotdeauna de același sex, ei au un patrimoniu genetic identic și seamănă foarte mult unul cu altul. O grefă între gemeni homozigoți nu antrenează nici o rejecție.

■ *Gemenii falși, zişi dizigoți*, provin din fecundarea a două ovule de către spermatozoizi diferiți. Ei au fiecare placenta lui și sacul lui ovular: ei se numesc bivitelini. De același sex, ori de sex diferit, ei nu seamănă mai mult unul cu altul decât frații și surorile provenind din sarcini obișnuite.

SARCINA ȘI NAȘTEREA. În timpul sarcinii, prezența gemenilor este decelată prin ecografie începând de la a 6-a sau a 7-a săptămână de sarcină. O sarcină gemelară trebuie

să beneficieze de o supraveghere clinică și ecografică foarte regulată: o dată pe lună până la a 28-a săptămână de amenoree (absența scurgerilor menstruale), de două ori pe lună până la sfârșitul sarcinii, care se situează în jur de a 37-a sau a 38-a săptămână de amenoree.

Nașterile gemenilor se pot face pe cale naturală, în general sub anestezie peridurală – aceasta, destinzând perineul, accelerează și ușurează expulziile succesive – și sub monitoraj cardiac al celor doi gemeni. Gemenii se prezintă fie în același sens (două prezentări cu capul, două prezentări cu spatele), fie unul cu capul la picioarele celuilalt, fie transversal. De îndată ce s-a născut primul geamăn, dacă al doilea se prezintă transversal, obstetricianul caută să-l orienteze într-o poziție favorabilă de angajare, prin manevră externă sau internă, înainte de a-l extrage (după ruptura celei de a doua pungi a apelor, dacă ea există). Al doilea copil se naște, în general, la 2–5 minute de primul.

După o naștere gemelară, riscul de hemoragie după expulzarea placentei este mai mare. Nou-născuții sunt, în general, mai mici decât copiii unici. Totuși, îngrijirile care li se acordă nu diferă de cele care se dau altor copii. → SARCINĂ MULTIPLĂ.

GÉLINEAU (sindromul lui). Tulburare caracterizată prin accese repetate de nevoie subită de somn (narcolepsie), în cursul cărora tonusul muscular descrește (cataplexie).

Este o afecțiune rară, cu cauze necunoscute, care atinge de cele mai multe ori bărbatul tânăr. Adesea, cataplexia provoacă o cădere a bolnavului. Tratamentul constă în administrarea de amfetamine, imipraminā sau modafinil (o nouă substanță mai eficace și mai bine tolerată).

GENĂ. Segment al A.D.N.-ului ce condiționează sinteza uneia sau mai multor proteine și deci manifestarea și transmiterea unui caracter ereditar determinat.

Genele sunt situate în locuri bine precizate ale cromozomilor, care se numesc loci (singular: locus). Această localizare este întotdeauna identică de la o generație la alta. O ființă umană posedă aproximativ 100 000 gene diferite, totalitatea genelor unui individ constituind genotipul său. Totalitatea materialului genetic, adică toate moleculele de A.D.N. ale unei celule, este denumită genom. Cromozomii mergând în perechi, fiecare celulă posedă fiecare genă în dublu. Doar genele purtate de cromozomii X și Y la individul de sex masculin sunt unice. Diferitele versiuni ale unei gene (gena „culoarea ochilor", de exemplu) sunt denumite alele (ochi albaștri, ochi negri, ochi verzi etc.). Atunci când alela este aceeași pe ambii cromozomi, subiectul este denumit homozigot. Dacă cele două alele sunt diferite, el se numește heterozigot.

O boală ereditară care se manifestă doar dacă cele două alele ale genei respective au suferit o mutație se numește cu transmisie recesivă. Dacă, din contra, o singură alelă care a suferit o mutație este suficientă pentru ca boala să se manifeste, ea se numește cu transmisie dominantă.

GENERALIST. Medic care profesează medicina generală, spre deosebire de medicul specialist. SINONIM: *omnipractician*.

GENETICĂ. Știință al cărei obiect îl constituie ereditatea, normală și patologică.

Genetica analizează și permite să se prevadă transmiterea caracterelor ereditare; aceasta se supune legilor eredității.

GENIOPLASTIE. Operație chirurgicală de modificare sau de refacere a bărbiei.

GENITAL FEMININ (aparat). Totalitatea a organelor femeii care asigură funcția de reproducere.

ORGANE GENITALE EXTERNE. Acestea poartă, în general, denumirea de vulvă. Vulva este formată din două pliuri cutanate, numite buzele (labii) mari, care acoperă două pliuri de mucoasă, numite buzele (labii) mici, și protejează un vestibul în care se deschide uretra în față și vaginul în spate. De o parte și de alta a vestibulului se deschid două glande ale lui Bartholin, care secretă un lichid lubrifiant. La comisura buzelor mici se găsește un tubercul erectil, clitorisul, bogat în terminații nervoase care îi conferă sensibilitate.

ORGANE GENITALE INTERNE. Acestea cuprind două glande sexuale, ovarele, și căile genitale, formate din trompele uterine, uter și vagin.

■ *Ovarele* sunt glande în formă de migdală cu o lungime de 3–4 centimetri. Ele sunt situate de o parte și de alta a uterului, de care sunt legate prin ligamente. Suprafața lor este sidefie și botită. Ele conțin foliculii ovarieni, denumiți și foliculi ai lui De Graaf, care produc ovulele.

■ *Trompele uterine*, sau trompele lui Fallopio, sunt conducturi de 8-9 centimetri lungime. Extremitatea lor liberă, în formă de pavilion este mărginită de franje și se deschide în fața unui ovar. Peretele lor are o musculatură netedă, bine dezvoltată, precum și cili care îi tapisează fața internă. Cealaltă extremitate a trompelor se deschide în colțurile superioare ale uterului, coarnele uterine.

■ *Uterul* este un mușchi cavitar, în formă de pară întoarsă, de 7 centimetri înălțime și de 5 centimetri lățime, situat între vezică și rect. Corpul său se îngustează în jos, către istm, și se termină prin colul uterin, care iese în vagin. Peretele său conține un strat de musculatură netedă și este căptușit în interior de o mucoasă, endometrul, bogată în glande și vase sangvine. În exterior, uterul este acoperit de peritoneu și susținut prin ligamente rezistente. În mod normal, el este înclinat în față (anteflexie) și formează cu vaginul un unghi de aproximativ 90°.

■ *Vaginul* este un conduct musculo-membranos de aproximativ 8 centimetri lungime, al cărui perete este constituit din pliuri longitudinale și transversale. Peretele este tapisat cu o mucoasă bogată în glande care secretă mucus. Îmbogățit cu celule provenind din descuamarea naturală a peretelui,

acest mucus formează pierderile vaginale naturale. Fundul vaginului, ocupat de proeminența cilindrică a colului uterin, formează în jurul acestuia un sul, fundul de sac vaginal. Orificiul inferior al vaginului este închis în parte printr-o cută, himenul, ruptă la primul raport sexual.

FUNCȚIONAREA. Funcția genitală feminină începe la pubertate și ia sfârșit la menopauză. Ea este ritmată prin ciclurile ovariene și prin scurgerile menstruale, care, atunci când femeia nu este gravidă, se produc la fiecare 28 de zile (în medie) sub forma unor scurgeri de sânge provenind din peretele vascularizat al uterului, amestecat cu resturi fine din mucoasa uterină. La fiecare ciclu, în fapt, unul dintre foliculii ovarieni ajunge la maturitate în unul din cele două ovare și se sparge, eliberând un ovul: aceasta este ovulația. Captat de franjele și de pavilionul trompei uterine, ovulul se îndreaptă către uter. Dacă, în timpul parcurgerii acestui traiect, care durează 4 zile, el este fecundat de către un spermatozoid, ovulul se va implanta în mucoasa uterină pentru a deveni embrion. Dacă nu este fecundat, se declanșează scurgerile menstruale. Aceste fenomene se supun unei secreții hormonale hipofizare (hormonul foliculostimulant și cel luteinizant) care controlează ciclul ovarian. În ce privește ovarele, acestea secretă proprii lor hormoni (estrogenii și progesteronul, în principal), care stimulează organele sexuale și pregătesc uterul pentru o eventuală sarcină.

EXAMENELE. Aparatul genital feminin poate fi explorat, în principal, prin 5 tehnici diferite: examenul ginegologic efectuat de medic; radiografia, cu introducerea unui produs de contrast în cazul unei histerosalpingografii (radiografie a uterului și a trompelor); ecografia; colposcopia (examenul direct al vaginului și colului uterin cu ajutorul unui tub optic introdus pe cale vaginală), care permite să se efectueze un frotiu cervicovaginal; în sfârșit, celioscopia (examenul direct al organelor cu ajutorul unui tub introdus printr-o incizie minusculă abdominală). Frotiurile, care trebuie să fie practicate regulat, servesc la depistarea cancerelor uterine.

PATOLOGIA. În afara malformațiilor congenitale, rare (vagin sau uter dublu sau absente, imperforarea himenului, pseudohermafrodismul), deplasările de organe (prolapsus), pozițiile defectuoase ale uterului (retroversie) și sarcinile extrauterine (implantarea oului fecundat în altă parte decât în uter), patologia aparatului genital feminin cuprinde numeroase afecțiuni. Dacă dezechilibrele sau insuficiențele secreției hormonale se află adesea la originea întârzierii pubertății, tulburărilor ciclului menstrual sau ale menopauzei, sau chiar și a unei sterilități, afecțiunile cele mai frecvente sunt infecțiile și tumorile.

GENITAL MASCULIN (aparat). Totalitatea organelor masculine care permit reproducerea.

La bărbat, aparatul genital este strâns legat de aparatul urinar. El cuprinde testiculele, epididimele, canalele deferente, veziculele seminale, prostata, precum și penisul.

■ *Testiculele*, situate în burse, sunt de formă ovoidă și o lungime de aproximativ 4 centimetri. Ele elaborează testosteronul (hormon masculin, ce acționează asupra dezvoltării organelor genitale și asupra caracterelor sexuale secundare) și spermatozoizii.

■ *Epididimul*, conduct situat în spatele testiculului, primește spermatozoizii, pe care-i îndreaptă spre canalul deferent.

■ *Canalul deferent* este situat în cordonul spermatic (pedicul ce conține testiculul și epididimul). Este vorba de un conduct foarte fin care leagă epididimul de ampulele deferențiale și de canalele ejaculatoare. El transportă spermatozoizii.

■ *Veziculele seminale* sunt două buzunare situate în spatele prostatei; ele fabrică plasma seminală, care, amestecată cu secrețiile prostatice, va forma sperma cu spermatozoizii.

■ *Canalele ejaculatoare*, care urmează veziculelor seminale, expulzează sperma în uretră în momentul excitării sexuale.

■ *Prostata* este o glandă care cântărește 15–20 grame, situată sub colul vezical și înconjură uretra. Ea secretă plasma seminală, care, asociată secrețiilor veziculelor seminale și spermatozoizilor, va forma sperma.

■ *Penisul*, sau membrul viril, este constituit din uretră, conductul care vehiculează urina în cursul micțiunii și sperma în cursul ejaculării, și cele două organe erectile numite corpi cavernoși, care sunt flacide în stare de repaus; în cursul erecției, ele devin rigide datorită afluxului de sânge.

EXAMENE. Numeroase examene explorează aparatul genital masculin:

– spermograma (numărarea spermatozoizilor, studierea formei lor, a mobilității lor, a vitalității lor etc.) poate permite diagnosticarea originii unei sterilități masculine;

– dozările sangvine ale testosteronului explorează funcția hormonală a testiculului;

– ecografia este destinată descrierii veziculelor seminale, a prostatei și a testiculelor;

– eco-Dopplerul studiază vascularizarea corpilor cavernoși, care asigură calitatea erecției.

PATOLOGIE. În afara sterilității, principalele patologii care pot afecta aparatul genital masculin sunt:

– atrofiile și ectopiile (poziție anormală, în general de origine congenitală) testiculare;

– tumorile și infecțiile testiculului și ale epididimului;

– tulburările de ejaculare;

– tumorile prostatei, benigne (adenom) sau maligne (cancer);

– tulburările de erecție (impotența sexuală, de exemplu).

GENOM. Totalitate a materialului genetic, adică a moleculelor de A.D.N., dintr-o celulă.

Genomul este constituit din totalitatea genelor (secvențele codante) și din alte secvențe, zise necodante, care constituie cea mai mare parte a A.D.N.-ului cromozomic.

În 1990, o echipă de cercetători francezi a lansat un proiect ambițios: elaborarea hărții genomului uman. De la

realizarea sa efectivă la sfârșitul anului 1993, devine posibilă cunoașterea totalității genelor care constituie genomul, ceea ce va permite să fie caracterizate toate acele gene care se află la originea a aproximativ 5 000 boli genetice inventariate în prezent, deci să se amelioreze diagnosticarea și, pe termen mai lung, să se permită vindecarea prin terapie genică (tratament al bolilor prin modificarea genelor).

GENOTERAPIE. → TERAPIE GENICĂ.

GENOTIP. Totalitate a caracterelor genetice ale unei ființe vii, care se tradu sau nu în fenotipul său (totalitatea caracterelor fizice și biologice ale unui individ).

GENU VARUM. Deviație a gambei spre interiorul axei membrului inferior, cu proeminența genunchiului în afară.

Genu varum, deviație denumită în mod curent „picioare în paranteză", poate evolua spre o artroză a genunchiului (gonartroză) prin exces de presiune pe punctele supuse în mod normal unor presiuni scăzute.

■ *La copil*, genu varum este obișnuit până la vârsta de 18 luni. La copiii trecuți de această vârstă, el poate fi consecința unei boli osoase (rahitism). Genu varum este nedureros. Tratamentul, dacă este necesar, este chirurgical și constă în plasarea unei agrafe pe tibie de partea externă a cartilagiului de conjugare (placa cartilaginoasă situată la extremitățile unui os, asigurând creșterea lui); oasele cresc atunci cu o viteză normală pe partea internă a genunchiului, mai puțin repede pe partea externă, ceea ce permite obținerea unei corecții progresive.

■ *La adult*, genu varum poate fi urmarea unui genu varum infantil netratat sau a unei sechele de fractură. Tratamentul formelor grave este chirurgical, prin osteotomie (secționare osoasă) urmată de o corecție a axei și de o fixare a osului în cauză. Acest act chirurgical nu este obligatoriu urmat de o imobilizare în aparat gipsat.

GENUNCHI. Regiune articulară situată la joncțiunea coapsei cu gamba.

Articulația genunchiului unește femurul cu tibia și cu rotula. Adaptarea perfectă a suprafeței articulare a femurului cu cea a tibiei este asigurată prin existența a două formații fibrocartilaginoase, denumite meniscuri. Ligamentele foarte puternice garantează o stabilitate perfectă a acestei articulații.

PATOLOGIE

■ *Entorsa genunchiului* este o leziune a ligamentelor genunchiului, mergând de la simpla întindere (entorsă benignă) la ruptura completă (entorsă gravă). Ea este adesea cauzată de o mișcare de torsiune forțată a piciorului, survenind îndeosebi în timpul practicării anumitor sporturi ca fotbalul sau schiul. Entorsele benigne se traduc printr-o durere și o umflare a articulației. Purtatul unui simplu bandaj sau a unui gips timp de 3 săptămâni permite calmarea durerii. Entorsele grave se caracterizează printr-o durere vie și hemartroză (sângerare în cavitatea articulară). Subiectul, când stă în picioare, are impresia că îi fuge genunchiul. Ruptura completă a unui ligament lateral necesită o imobilizare gipsată de 6 săptămâni. Ruptura unui ligament încrucișat anterior nu necesită imobilizare gipsată, în afară de cazul în care este reparat chirurgical, prin suturarea sau transpoziționarea ligamentară (cu ajutorul unui fragment de tendon prelevat de pe mușchii învecinați sau de la tendonul rotulian); această reparație, constrângătoare pentru pacient, nu trebuie să fie propusă decât sportivilor de performanță. În fapt, o simplă reeducare, care de altfel oricum trebuie să urmeze, duce aproape întotdeauna la rezultate excelente și la relurarea majorității activităților sportive.

■ *Leziunile meniscurilor genunchiului*, frecvente la sportivii de performanță, sunt în principal rupturi, mergând uneori până la ruptura completă. Tratamentul lor este chirurgical. După intervenție, este recomandat subiectului să-și reia mersul cât mai repede posibil.

■ *Luxatia genunchiului* se caracterizează prin pierderea contactului între suprafețele articulare ale femurului și tibiei; leziunile arterei poplitee și ale nervului sciatic, care trece prin spatele regiunii poplitee, sunt posibile. Luxația genunchiului necesită o reparație chirurgicală.

■ *Alte patologii* se mai observă pentru genunchi, care poate fi contaminat cu un germene care antrenează apariția unei artrite septice, poate fi sediul unei boli inflamatorii afectând sinoviala (membrana care acoperă fața internă a capsulei articulare), ca poliartrita reumatoidă, sau o boală degenerativă care afectează cartilagiile prin uzură treptată, ca artroza. Tumori pot să se dezvolte plecând de la sinovială, de la oase sau de la părțile moi înconjurătoare. În sfârșit, hidrartroza genunchiului, denumită în mod curent scurgere de sinovie sau „apă la genunchi", este cel mai des consecința unui traumatism, unei artroze sau unei poliartrite reumatoide.

GENUNCHIERĂ. Bandaj sau gips servind la menținerea sau protejarea articulației genunchiului.

■ *Genunchierele elastice* sunt utilizate fie pentru a obține o compresie susținută și prelungită în caz de hidrartroză (acumulare de lichid seros în cavitatea articulară) cronică, fie pentru a întări articulația al cărei aparat muscular este deficient.

■ *Genunchierele gipsate*, puse sub control ortopedic, sunt indicate în cazul unor entorse sau fracturi ale genunchiului (în particular, când rotula a fost afectată). Astfel de genunchiere permit mersul atunci când acesta este posibil.

GENUNCHIUL (artroză a) → GONARTROZĂ.

GENU RECURVATUM. Deformație a genunchiului caracterizată prin posibilitatea de a întinde exagerat în față gamba, față de coapsă, formând un unghi deschis în față.

Se deosebesc trei tipuri principale de genu recurvatum.

■ *Genu recurvatum familial*, foarte frecvent, se observă de la primii pași ai unui copil. Benign, el este datorat unei

hiperlaxităţi a articulaţiei şi dispare, în general, la vârsta adultă fără vreun tratament anume. Câteva exerciţii musculare simple, ca mersul în vârfurile picioarelor, sunt recomandate. Se întâmplă totuşi ca deformaţia să persiste şi la vârsta adultă şi să se afle la originea unei artroze a genunchiului.

■ *Genu recurvatum congenital*, mai rar şi mai grav, este întotdeauna asociat unei artrogripoze (luxaţie congenitală a genunchiului prin malformarea complexă a articulaţiei). Acesta necesită de cele mai multe ori un tratament chirurgical.

■ *Genu recurvatum dobândit* este consecinţa unei fracturi a părţii inferioare a femurului sau a părţii superioare a tibiei, consolidată într-o poziţie proastă, sau consecinţa deficitelor musculare în urma unei paralizii care permit genunchiului să aibă o mobilitate anormală. Pentru a preveni riscurile de artrozã a genunchiului, trebuie, în majoritatea cazurilor, practicată o osteotomie (intervenţie chirurgicală care constă în secţionarea osului incriminat pentru a-l reaşeza într-o poziţie mai favorabilă.

GENU VALGUM. Deviaţie a gambei spre exteriorul axei membrului inferior cu proeminenţa genunchiului spre interior.

Dacă deviaţia este marcată, genu valgum, denumit în mod curent genunchi în X, poate împiedica mersul. În plus, genu valgum este adesea un factor de gonartroză (artroza genunchiului), deoarece presiunile nu se exercită pe locurile obişnuite.

■ *La copil*, între 3 şi 5 ani, genu valgum este curent accentuat printr-un exces de greutate. El este cauzat de o hiperlaxitate a ligamentelor interne ale genunchiului sau de unele sechele de fractură (fractura părţii inferioare a femurului sau a părţii superioare a tibiei, care nu este consolidată într-o poziţie bună), de o boală osoasă prin carenţă (rahitism) sau de o malformaţie osoasă. Genu valgum este nedureros. În formele uşoare, el regresează adesea cu gimnastică şi prin creştere. În formele de importanţă, tratamentul necesită filarea de vitamina D (împotriva rahitismului), purtatul de încălţăminte corectoare şi punerea unei atele în timpul nopţii. Chirurgia este rezervată formelor grave; chirurgul practică o osteotomie (secţionare osoasă) care realiniază osul în cauză, apoi îl fixează.

■ *La adult*, genu valgum poate fi urmarea unui genu valgum infantil netratat, unei sechele de fractură a genunchiului consolidată în poziţie proastă sau unei boli osoase (osteomalacie). El stă uneori la originea unei artroze invalidante a genunchiului. În afara vitaminei D (împotriva osteomalaciei), tratamentul formelor grave de genu valgum este osteotomia sau, dacă situaţia a evoluat de prea multă vreme, înlocuirea articulaţiei genunchiului cu o proteză.

GERIATRIE. Disciplină medicală consacrată bolilor datorate de îmbătrânire.

GERMENE INFECTIOS. Oricare microorganism (bacterie, virus, parazit) viu, sursă a unei boli infecţioase.

GERONTOLOGIE. Ştiinţă consacrată studiului îmbătrânirii umane.

GHEARELOR DE PISICĂ (boală a). → LIMFORETICULOZĂ BENIGNĂ DE INOCULARE.

GIGANTISM. Înălţime anormal de mare în raport cu înălţimea medie a indivizilor de aceeaşi vârstă şi acelaşi sex.

Gigantismul cu adevărat patologic, care duce la o statură definitivă foarte mare, este cauzat de o hipersecreţie de hormon somatotrop de către hipofiză (hormoul de creştere), începând la sfârşitul pubertăţi. Este vorba de o acromegalie (dezvoltarea excesivă a oaselor feţei şi a extremităţii membrelor) pubertară.

GILBERT (sindrom al lui). Tulburare consecutivă unei anomalii ereditare a transportului şi transformării hepatice a bilirubinei (pigment biliar rezultat din degradarea hemoglobinei), anomalie legată de un deficit enzimatic.

Sindromul lui Gilbert este o anomalie benignă şi relativ fecventă care se manifestă printr-un icter discret al conjunctivelor. Diagnosticul se pune pe baza constatării unei creşteri moderate a bilirubinei libere în sânge. Afecţiunea nu necesită nici un tratament.

GILLES DE LA TOURETTE (sindrom al lui). Afecţiune neurologică cronică rară caracterizată prin existenţa unor ticuri, însoţite sau nu de coprolalie (emisia de cuvinte murdare) şi de ecolalie (repetarea unor fragmente de cuvinte sau de fraze). SINONIM: *boala a ticurilor*.

Originea sindromului lui Gilles de La Tourette este încă prost cunoscută; ea ar fi o hiperactivitate a sistemelor dopaminergice. Caracterul familial al bolii nu este excepţional.

SIMPTOME ŞI SEMNE. Ticurile apar în mod obişnuit între 2 şi 10 ani, cu o netă predominanţă la sexul masculin. Ele se repetă adesea în salve care le conferă o aparenţă de ritmicitate, şi pot afecta majoritatea muşchilor scheletului. Faptul că ele pot fi controlate prin voinţă le deosebeşte de alte mişcări anormale.

TRATAMENT ŞI EVOLUŢIE. Tratamentul este bazat pe neuroleptice care vindecă până la 80% din cazuri.

GIMNASTICĂ RESPIRATORIE. Metodă de kinezi-terapie respiratorie, constând în învăţarea subiectului să-şi controleze şi să facă să lucreze muşchii respiratori toracici şi abdominali.

Gimnastica respiratorie este indicată în toate bolile cronice care afectează respiraţia: bronşită cronică, astm, emfizem, mucoviscidoză etc. Ea permite îmbunătăţirea ventilaţiei de aer în plămâni, oxigenarea sângelui şi, în consecinţă, a travaliului muscular şi a posibilităţilor de efort fizic. Kineziterapeutul arată bolnavului ce mişcări ale

toracelui și abdomenului trebuie să facă și care mușchi ai toracelui și abdomenului trebuie să se contracte. Îndeosebi, îl învață pe subiect rolul abdomenului: exerciții de inspirație profundă, obținută prin contractarea mușchilor abdominali (prin „sugerea burții"), urmată de o inspirație pasivă, apoi activă, relaxând aceiași mușchi.

GINECOLOGIE. Specialitate medicală consacrată studiului organismului femeii și al aparatului ei genital, atât din punct de vedere fiziologic, cât și patologic.

GINECOMASTIE. Creștere în volum a glandei mamare la bărbat.

Ginecomastia trebuie să fie deosebită de adipomastie, mult mai frecventă, care este o acumulare locală de țesut adipos. Ginecomastia este o afecțiune care afectează destul de frecvent bărbații în vârstă. Ea este, în general, benignă, în afara unor tumori de excepție. Ginecomastia poate fi unilaterală sau, mai des, bilaterală.

Cauzele ginecomastiei sunt diverse: medicamentoase (luarea de digitalice, de antialdosteroni), metabolice (insuficiență hepatică), hormonale (adenom cu prolactină, afectare testiculară) sau mecanice (iritație locală). Totuși, cauza unei ginecomastii rămâne adesea inexplicată. La noul-născut și la adolescentul tânăr, o ginecomastie tranzitorie (întinzându-se pe câteva luni) poate surveni din cauza unui dezechilibru hormonal în favoarea hormonilor feminini, dar ea dispare de la sine în timp.

Un tratament local este asociat tratării cauzei.

GINGIE. Țesut al mucoasei bucale care acoperă fețele interne și externe ale oaselor maxilare.

Gingiile constituie o bandă de 2–4 milimetri care înconjoară dinții.

PATOLOGIE. În afara gingivitei (inflamația gingiilor) și a parodontitei (inflamația țesuturilor de susținere ale dintelui trducându-se printr-o distrugere mai mult sau mai puțin importantă a osului alveolar), gingiile pot fi sediul tumorilor benigne sau maligne (epulis).

GINGIVECTOMIE. Act chirurgical ce constă în incizarea și îndepărtarea unei părți a gingiei care înconjoară un dinte.

După operație, regiunea care înconjoară dintele este sensibilă la frig o durată de timp. Complicațiile depind de starea de deteriorare a osului și de igiena bucală.

GINGIVITĂ. Inflamație a gingiilor.

O gingivită poate fi rezultatul unui prost periaj al dinților, care antrenează o acumulare a plăcii dentare și a tartrului. Modificările hormonale temporare pot, de asemenea, să provoace o gingivită, de exemplu în timpul sarcinii, inflamația dispărând după naștere. În sfârșit, luarea anumitor medicamente antidepresoare sau antiepileptice este, de asemenea, susceptibilă să cauzeze o gingivită. Gingia, roșie și umflată, devine foarte sensibilă și sângerează cu ușurință, îndeosebi în timpul periajului dinților.

O detartrare completă, apoi reluarea periajului zilnic și meticulos fac să dispară simptomele în câteva zile. În absența tratamentului, gingivita poate evolua spre o parodontită, inflamație a țesuturilor de susținere a dintelui provocând o topire a osului (subțiere) în care este implantat dintele. Topirea osului poate antrena o desoasre.

GINKGOLID. Principiu activ extras din frunzele de *Gingo biloba*, arbore chinezesc din familia ginkgoaceelor,și servind la fabricarea de medicamente.

Ginkgolidele sunt indicate în principal pentru acțiunea lor vasculoprotectoare, împotriva durerilor de arteriopatie obliterantă a membrelor inferioare (îngustarea arterelor prin depunere de colesterol); ele sunt folosite de asemenea pentru a corecta diminuarea facultăților intelectuale ale subiecților vârstnici (tulburări de memorie, confuzie etc.) și a tulburărilor circulatorii venoase, îndeosebi în caz de varice ale membrelor inferioare (gambe grele, furnicături, crampe, edeme) și de hemoroizi. Administrarea se face pe cale orală. Efectele nedorite sunt rare: tulburări digestive sau cutanate, dureri, de cap, alergie.

Ginkgolidele sunt, în prezent, în curs de experimentare în tratamentul diverselor patologii ca scleroza în plăci și alte afecțiuni grave.

GIPS. Material de mulaj folosit pentru imobilizarea unui membru, a unui segment de membru sau a unei articulații în caz de fractură osoasă sau de leziuni osteoarticulare.

DIFERITE TIPURI DE GIPS

■ *Gipsurile tradiționale* se prezintă de obicei sub forma de rulouri de tifon încărcate cu gips uscat, gata de folosire după o simplă înmuiere în apă: priza se face în câteva minute, dar soliditatea definitivă nu este obținută decât după 48 de ore. Principalul avantaj este acela de a se ajusta perfect la membru.

■ *Gipsurile compozite*, cel mai des cu rășini, sunt utilizate din ce în ce mai mult datorită faptului că sunt ușoare și au o bună rezistență la apă. Principalul lor inconvenient este acela că, fiind mai puțin maleabile decât gipsurile tradiționale, ele asigură o imobilizare mai puțin strictă.

SUPRAVEGHERE ȘI COMPLICAȚII. Punerea unui gips prezintă unele riscuri: deplasarea osoasă, compresia excesivă a mușchilor în lăcașul lor atunci când gipsul este prea strâns. Un medic sau un chirurg trebuie să fie consultat de urgență în caz de răcire sau de pierdere a sensibilității sau de dureri mari ale extremităților în zilele care urmează punerii unui gips.

GLANDĂ. Organ a cărui funcționare este caracterizată prin sintetizarea apoi prin secretarea unei substanțe.

O glandă este constituită dintr-un tip de țesut numit epiteliu, de aceeași natură cu stratul superficial al pielii

(epiderm) și al mucoaselor. Secreția unei glande poate fi fie exocrină, fie endocrină.

■ *Glandele endocrine*, adică cu secreție internă, aruncă substanța produsă, denumită hormon, în sânge. Hipofiza, tiroida, paratiroidele, suprarenalele și ovarele sunt glande endocrine.

■ *Glandele exocrine*, adică cu secreție externă, aruncă substanța produsă în exterior fie direct (la suprafața pielii), fie indirect (în tubul digestiv, bronhii, căile genitale sau urinare). Ele sunt adesea dotate cu un canal excretor. Glandele salivare, sudoripare și lacrimale sunt glande exocrine.

Unele glande sunt concomitent glande endocrine și exocrine. Astfel, pancreasul secretă în același timp enzime digestive și hormoni (exemplu, insulina) trimiși în sânge. → HORMON, SISTEM ENDOCRIN.

GLAUCOM. Boală a ochiului caracterizată printr-o creștere a presiunii intraoculare cu atingere a capului nervului optic și cu alterarea câmpului vizual, putând duce la cecitate (orbire).

Glaucomul primitiv cu unghi larg. Această creștere a presiunii intraoculare poartă, de asemenea, denumirea de glaucom cu unghi deschis sau de glaucom cronic. Boala afectează între 1 și 14% din populație, adesea cu un caracter familial, apărând, în general, după 45 de ani.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Afectând ambii ochi, acest tip de glaucom se traduce la început printr-o simplă creștere a tensiunii oculare, care nu provoacă nici un simptom. Apoi ea antrenează o alterare a câmpului vizual mai mult sau mai puțin importantă, dar ireversibilă, și modificări ale capului nervului optic (excavație papilară) care poate duce la orbire. În unele forme, alterațiile câmpului vizual apar atunci când tensiunea oculară n-a fost niciodată ridicată. Este vorba atunci de un glaucom fără tensiune, cu o diagnosticare foarte dificilă.

TRATAMENT. Supravegherea tensiunii oculare la subiecții de vârste mai mari de 45 de ani permite tratarea în stadiu precoce, înaintea oricărei alterări a vederii. Tratamentul vizează înainte de toate scăderea tensiunii intraoculare cu ajutorul colirelor antiglaucomatoase betablocante, miotice și adrenalinice și, uneori, ameliorarea circulației sangvine retiniene și papilare cu ajutorul unor medicamente vasodilatatoare. Dacă se dovedește insuficient, se poate restabili scurgerea umorii apoase prin chirurgie (trabeculectomie) sau cu ajutorul unui laser cu argon (trabeculoplastie), primul tip de intervenție fiind mai eficace și mai durabil decât al doilea. În formele care rezistă la orice tratament, se pot utiliza ultrasunetele.

Glaucomul primitiv cu unghi strâmt. Această creștere a presiunii intraoculare poartă și numele de glaucom cu unghi închis sau de glaucom prin închiderea unghiului. El afectează persoanele care au un unghi iridocornean (între iris și cornee) deosebit de mic.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Afectând de cele mai multe ori un singur ochi, acest tip de glaucom se manifestă prin crize acute de dureri oculare și periorbitare, însoțite de o scădere a vederii și uneori de grețuri și vome. La examenul oftalmologic, ochiul este roșu și tare, corneea modificată și pupila dilatată. Evoluția poate fi rapidă și poate duce la pierderea ochiului.

TRATAMENT. Tratamentul crizei constă în a face să scadă cât mai repede tensiunea oculară (injecție intravenoasă cu acetazolamidă, medicament diuretic, instilația de colire antiglaucomatose betablocante și mai ales miotice). În continuare trebuie practicată o mică gaură în iris pentru a permite circulația umorii apoase în ochi. Intervenția poate fi făcută cu laser (iridotomie) sau chirurgical (iridectomie). Dacă tratamentul este întreprins rapid, nu există sechele.

Glaucomul secundar. Această creștere a presiunii intraoculare este urmarea unor boli oculare (inflamații, traumatisme, leziuni ale cristalinului) sau generale (creșterea presiunii în venele orbitare) sau administrării unor medicamente (corticosteroizi, mai ales în instilație oculară).

Simptomele, diagnosticarea și tratamentul unui glaucom secundar seamănă cu cele ale unui glaucom primitiv cu unghi larg. Tratamentul se adresează mai ales bolii cauzale.

GLERĂ CERVICALĂ. Lichid vâscos și transparent secretat de celulele colului uterin sub acțiunea estrogenilor.

PATOLOGIE. Glera cervicală poate conține substanțe care, modificându-i compoziția, se opun trecerii spermatozoizilor. Acestea sunt, de exemplu, agenții infecțioși, care provoacă o inflamație a colului uterin, sau hormonii, îndeosebi progestativi. Un tratament estrogenic antrenează ameliorarea calității glerei și, uneori, vindecarea unei sterilități.

GLEZNĂ. Segment al membrului inferior care unește gamba cu piciorul, format din articulația tibiotarsiană și din țesuturile care o înconjoară. SINONIM: *cambrură a labei piciorului*.

PATOLOGIE. Glezna suferă adesea traumatisme: entorse și fractura lui Dupuytren.

■ *Entorsa* este cauzată de o mișcare forțată a piciorului spre înăuntru, care generează o întindere sau o ruptură a fasciculelor ligamentului lateral extern.

■ *Fractura lui Dupuytren*, cauzată de o mișcare forțată a piciorului în afară, este o fractură bimaleolară care necesită o reducere de urgență pentru a evita o deformație persistentă.

GLICEMIE. Nivel al glucozei în sânge.

Mulțumită mai multor mecanisme de reglare, glicemia este menținută sensibil constantă (în jur de 1 gram la litru) cu scopul de a aduce organelor și țesuturilor cantități constante de glucoză sangvină. Reglarea nivelului sangvin al glucozei este asigurată mulțumită unui echilibru permanent între substanțe, de natură mai ales hormonală, care

micșorează glicemia (insulina) și cele care o cresc (glucagonul, adrenalina, hormonul de creștere).

MĂSURAREA GLICEMIEI. Glicemia se măsoară fie în sângele venos în cursul clasicei „luări de sânge" (glicemia venoasă), fie în sângele capilar după o mică înțepătură în vârful degetului (glicemie capilară), o picătură de sânge fiind întinsă pe o bandă reactivă; măsurarea este atunci stabilită fie prin compararea culorii obținute cu o scară de culori, fie prin citire directă, banda fiind introdusă într-un mic aparat denumit autoanalizor. Valoarea normală a glicemiei este între 4,4 milimoli pe litru și 6,7 milimoli pe litru (adică între 0,8 și 1,2 grame pe litru) luată pe nemâncate și de cel puțin 6,7 milimoli pe litru (1,2 grame pe litru) la două ore după luarea unei mese.

PATOLOGIE

■ *Hipoglicemia* (diminuarea glicemiei) riscă să ducă la o pierdere a cunoștinței dacă scăderea este importantă. Ea este tratată prin administrarea orală de zahăr dacă bolnavul este conștient, prin injectarea de glucagon în caz contrar.

■ *Hiperglicemia* (creșterea glicemiei) este unul dintre semnele caracteristice diabetului. Ea este tratată printr-un regim alimentar adecvat, eventual prin administrarea de medicamente hipoglicemiante și, în unele cazuri (diabet insulinodependent), prin injectarea de insulină.

GLICERID. Lipid simplu rezultând din asocierea unui alcool, glicerolul, și unul sau mai mulți acizi grași.

Gliceridele sunt constituite din trei feluri de substanțe după cum ele conțin un acid gras (monogliceride), doi acizi grași (digliceride) sau trei acizi grași (trigliceride).

Trigliceridele sunt principalii constituenți ai produselor alimentare grase.

TULBURĂRI ALE METABOLISMULUI GLICERIDELOR. Hipertrigliceridemiile (creșterea concentrației sangvine în trigliceride) fac parte din hiperlipidemii (creșterea nivelului de lipide în sânge). Favorizând ateroscleroza (îngustarea diametrului arterelor prin depunerea de lipide), ele necesită un regim alimentar (pierderea excesului de greutate, suprimarea alcoolului și zahărului) și uneori luarea de medicamente hipolipemiante. → TRIGLICERID.

GLICOGEN. Glucid constituit din lanțuri foarte lungi ramificate ale moleculei de glucoză, formând principala rezervă de glucoză a organismului.

GLICOGENOZĂ. Orice boală ereditară caracterizată printr-o supraîncărcare a organelor în glicogen.

Glicogenozele, afecțiuni rare, se transmit în mod autosomic (prin cromozomii nesexuali) recesiv (gena respectivă trebuie să fie primită și de la tată și de la mamă pentru ca boala să se dezvolte). Ele sunt consecința unui deficit în una dintre enzimele responsabile de metabolismul glicogenului, care se acumulează în ficat, inimă, rinichi și mușchi și nu mai furnizează glucoza de care au nevoie celulele.

Tratamentul, puțin satisfăcător în ansamblu, este cel al simptomelor (crize de hipoglicemie); unele forme de glicogenoză sunt, în plus, sensibile la un control al aporturilor alimentare în glucide.

GLICOZURIE. Prezență a glucozei în urină.

În stare normală, urina nu conține decât infime cantități de glucoză. Glicozuria este foarte caracteristică, deși nu specifică, unui diabet zaharat. Ea evidențiază o hiperglicemie (creșterea nivelului de glucoză în sânge) netratată sau al cărei tratament nu are decât o eficacitate parțială; în fapt, atunci când hiperglicemia atinge un anumit nivel, denumit prag renal al glucozei, rinichiul nu mai poate împiedica glucoza să treacă în urină.

GLIOBLASTOM. Varietate de tumoră malignă a sistemului nervos central.

Tratamentul constă în ablația chirurgicală a tumorii și în radioterapie. Dar glioblastomul, tumoră infiltrantă și prost delimitată, recidivează în general; prognosticul bolii este sumbru.

GLIOM. Varietate de tumoră a sistemului nervos central (encefal sau măduva spinării) dezvoltată pe seama celulelor gliale (celule care asigură protecția și nutriția celulelor nervoase).

Glioamele sunt cele mai frecvente dintre tumorile primitive ale sistemului nervos central la adult. Ele grupează diferite tipuri de tumori cerebrale, benigne (astrocitom, oligodendrogliom) sau maligne (glioblastom).

GLOB VEZICAL. Vezică întinsă printr-o retenție de urină.

Globul vezical este mai frecvent la bărbat decât la femeie. El este foarte des cauzat de un obstacol pe calea urinară (adenom de prostată, îndeosebi), de o îngustare a uretrei sau, mai rar, de o disfuncție neurologică a vezicii (atonie a mușchiului vezical, de exemplu). La femeie, globul vezical este cel mai des provocat de o compresie pelviană a aparatului urinar, consecutivă unui fecalom voluminos (masă tare de materii fecale acumulată în intestinul gros), sau de o imobilizare îndelungă la pat.

Globul vezical se traduce prin nesatisfacerea deplină a necesității de a urina și prin dureri. Retenția poate fi completă sau incompletă. Pentru a evita oprirea funcționării rinichilor, trebuie realizată evacuarea rapidă a urinei fie cu ajutorul unui sondaj vezical, fie prin puncționarea directă a vezicii prin peretele abdominal și punerea la locul de puncționare a unui cateter suprapubian. În continuare, este necesară tratarea cauzei globului vezical.

GLOBUL ALB. → LEUCOCIT

GLOBULINĂ. Orice proteină cu greutate moleculară foarte ridicată.

Globulinele, ca și alte proteine, sunt constituite dintr-un foarte lung lanț de acizi aminați. Globulinele sângelui

cuprind lipoproteinele (proteine care transportă lipide de felul colesterolului), seroglobulinele (subgrup de proteine denumite uneori, în mod abuziv, globuline), fibrinogenul (destinat formării fibrelor cheagului sangvin); albumina, în schimb, este exclusă din acest grup.

Dozarea prin electroforeză (metodă de laborator servind la separarea, cu ajutorul unui câmp electric, a diferitelor componente ale unei soluții) permite un studiu al globulinelor sângelui. Această tehnică determină gruparea lor în patru mari familii: alfa-1-globuline, alfa-2-globuline, betaglobuline și gamaglobuline, reprezentând respectiv 1–4%, 6–10%, 8–12% și 12–19% din toate proteinele. Gamaglobulinele cuprind mai ales majoritatea anticorpilor. Se întâmplă adesea ca o boală să modifice proporțiile fiecărei familii de globuline. Astfel, reacțiile inflamatorii se caracterizează printr-o creștere a alfa-globulinelor și alfa-2-globulinelor. Ciroza hepatică crește gamaglobulinele. Gamapatiile monoclonale sunt boli în care se observă o creștere izolată a unei proteine specifice aparținând familiei alfa-2-globulinelor, betaglobulinelor sau gamaglobulinelor (dar nu și o creștere globală a uneia dintre aceste familii), precum și o diminuare a altor proteine.

GLOBUL ROȘU. → HEMATIE.

GLOMERULONEFRITĂ. Orice boală renală caracterizată printr-o atingere a glomerulilor (unitățile filtrante ale rinichiului). SINONIME: *glomerulită, glomerulopatie, nefropatie glomerulară*.

Glomerulonefritele acute. Glomerulonefritele acute sunt, în general, de origine infecțioasă (cauzate de un streptococ), cel mai des consecutive unei angine netratate, mai rar unei infecții cutanate ca impetigo.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Glomerulonefritele acute se manifestă printr-un sindrom nefritic caracterizat printr-o *stingere renală* care survine la 10–15 zile după anginâ: se dezvoltă foarte rapid edeme ale pleoapelor, în regiunea lombară și la gleznе; urina este închisă la culoare și puțină, conținând sânge și proteine, apărând și o hipertensiune arterială; există uneori o insuficiență renală moderată.

TRATAMENT. Tratamentul este cel al siptomelor: restricții în aportul de apă și de săruri, administrarea de diuretice pentru dispariția edemelor. Atunci când aceste măsuri se dovedesc insuficiente, se recurge la un tratament cu medicamente hipotensoare. Vindecarea survine aproape întotdeauna în 10–15 zile fără a lăsa sechele.

Glomerulonefritele cronice. Glomerulonefritele cronice pot fi primitive, fără cauză cunoscută, sau secundare, consecutive unor boli ca lupusul eritematos diseminat, purpura reumatoidă, amiloza, diabetul, paludismul, ori hemoglobinomania sau acțiunea unor medicamente ca sărurile de aur sau D-penicilamina.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Glomerulonefritele cronice se traduc printr-o proteinurie (prezența de proteine în urină) uneori foarte abundentă, care provoacă un sindrom nefrotic (apariția de edeme). Acesta poate, în forma sa majoră, să ducă la anasarcă, edem generalizat care se dublează prin efuziuni pleurale și ascită (acumularea de lichid între cele două foițe ale peritoneului). În grade variabile, toate glomerulonefritele cronice sunt susceptibile să evolueze către o insuficiență renală cronică.

TRATAMENT. Atunci când se manifestă printr-o simplă anomalie urinară, glomerulonefritele cronice nu justifică nici un tratament, dar ele trebuie supravegheate cu regularitate. În anumite varietăți mai grave ale bolii, principalele medicamente utilizate sunt corticosteroizii întrebuințați singuri sau asociați cu imunosupresoarele. Tratamentul simptomelor se dovedește întotdeauna necesar: regim strict fără sare, tratamentul hipertensiunii arteriale, îngrijirea în mediu specializat în caz de insuficiență renală cronică. Într-un stadiu foarte evoluat, glomerulonefritele cronice necesită o dializă și, eventual, un transplant renal.

GLOMERULOPATIE. → GLOMERULONEFRITĂ.

GLOSITĂ. Inflamație a limbii.

O glosită se traduce printr-o modificare a aspectului și culorii limbii, care devine roșie și dureroasă, și printr-o atrofiere a papilelor. Afecțiunea poate fi acută sau cronică.

■ *Glositele acute* pot fi generalizate pe toată limba (scarlatină, intoxicație medicamentoasă) sau localizată (rănire din cauza unui dinte sau unei proteze, arsură).

■ *Glositele cronice* pot fi un semn de anemie prin carență în vitaminele grupei B (boala lui Biermer), în fier (anemie feriprivă) sau în zinc, unul din semnele unei uscăciuni bucale în cadrul sindromului lui Gougerot-Sjögren sau al sifilisului terțiar (al treilea stadiu de evoluție al acestuia); acestea sunt atunci generalizate. Formele localizate cuprind mici eroziuni suprainfectate de sifilis secundar și două afecțiuni deosebite de origine necunoscută:

– glosita exfoliativă, care se caracterizează prin apariția unor plăci roșii a căror formă variază de la o zi la alta;

– glosita losangică mediană, care se traduce printr-o placă roșie de distribuție mai mult sau mai puțin simetrică.

TRATAMENT. Este cel al bolii în cauză dacă ea este cunoscută. O bună igienă dentară și spălături ale gurii sunt recomandate. Glosita exfoliativă marginată nu are un tratament specific; glosita losangică mediană este tratată prin clătiri ale gurii cu antiseptice și cu vitamina PP.

GLOSODINIE. Senzație anormală percepută pe marginile sau pe vârful limbii.

O glosodinie poate fi urmarea unei glosite sau unei iritări a limbii de către dinții aflați în stare proastă; foarte des, ea este legată de un factor psihologic (anxietate, teamă exagerată de cancer). Ea se traduce uneori printr-o adevărată

durere; în alte cazuri, prin senzații de înțepături, de arsură sau de jenă. Tratamentul depinde de afecțiunea în cauză.

GLOTĂ. Regiune a laringelui cuprinsă între corzile vocale. Glota constituie etajul mediu al laringelui, situat între vestibulul laringean (deasupra) și regiunea subglotică (dedesubt). Ea este mărginită de fiecare parte de către o coardă vocală, o sforicică albicioasă orizontală, constituită din mușchi și acoperită cu o mucoasă fină. În timpul respirației normale, aerul expirat nu produce nici un sunet la trecerea prin glotă. În cursul fonației, aerul expirat produce un sunet datorită vibrației corzilor vocale (sunet laringean) și a cavităților orobucale situate deasupra.

PATOLOGIE. Bolile glotei se traduc printr-o modificare a timbrului vocii (disfonie) și sunt adesea cauzate de tutun, care este un factor patogen important. Glota poate fi atinsă de o paralizie laringeană, care o imobilizează, și prin anomalii ale mucoasei: tumori benigne sau maligne și laringite cronice.

GLUCAGON. Hormon secretat de către pancreas și care crește concentrația sangvină a glucozei (glicemie).

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Glucagonul este indicat pacienților diabetici în caz de hipoglicemie (scăderea nivelului glucozei sangvine) cauzată de o supradozare în insulină care a antrenat o stare de rău sau o comă.

GLUCID. Substanță compusă din carbon, hidrogen și oxigen, de origine esențialmente vegetală. SINONIME: *hidrat de carbon, zaharid.*

Împreună cu proteinele și lipidele, glucidele, altădată numite hidrați de carbon, constituie cele trei principale macronutrimente din alimentație. Nevoile sunt de aproximativ 5 grame per kilocorp pe zi și trebuie să reprezinte 50-55% din rația calorică zilnică. Glucidele reprezintă o sursă energetică rapid mobilizabilă și aduc 4 kilocalorii pe gram. După lungimea și complexitatea moleculei lor, ele se clasifică în două categorii.

■ *Glucidele simple,* denumite, de asemenea, zaharuri rapide pentru că sunt rapid absorbite de către mucoasa digestivă, au un gust dulce. Ele se găsesc mai ales în fructe, dulcețuri, bomboane, prăjituri etc.

■ *Glucidele complexe* sunt polizaharide, constituite din asamblarea a foarte numeroase molecule de glucide. Ele nu au, în general, un gust dulce. Polizaharidele hidrolizabile sunt, în principal, reprezentate de către amidon, constituent principal al feculentelor, rădăcinilor și tuberculilor, și de către glicogen prezent mai ales în ficatul animalelor. Polizaharidele nehidrolizabile constituie cea mai mare parte a fibrelor vegetale alimentare (celuloza).

Este recomandabil, pentru a avea o alimentație echilibrată, să se aducă organismului o rație de 50-60% glucide compuse o treime din glucide simple și două treimi glucide complexe.

Principala tulburare a metabolismului glucidelor este diabetul.

GLUCOCORTICOSTEROID. Hormon steroid secretat de zona fasciculată a glandelor suprarenale și a cărui sinteză are drept origine cortizolul. SINONIM: *glucocorticoid.* → CORTICOSTEROIZI.

GLUCOZĂ. Glucid prezent atât în regnul animal, cât și în cel vegetal și care este principala sursă de energie a organismului. SINONIM: *dextroză.*

Glucoza este un glucid simplu (nu poate fi descompus în mai multe alte glucide). Alimentele conțin rar glucoză liberă (cu excepția strugurilor), mult mai des glucoză inclusă în glucidele mai complexe (maltoza sau amidonul, de exemplu) care suferă acțiunea enzimelor din tubul digestiv, fiind transformate în glucoză. Dar glucoza poate, de asemenea, să fie sintetizată în cursul neoglucogenezei hepatice, suită de reacții chimice care transformă în glucoză lipidele și acizii aminați provenind din proteine și acidul lactic.

GLUCOZO-6-FOSFAT DEHIDROGENAZĂ. Enzimă care participă la degradarea glucozei.

PATOLOGIE. Deficitul genetic în glucozo-6-fosfat dehidrogenază este cel mai frecvent dintre deficitele enzimatice ale globulului roșu. Gena responsabilă de producerea acestei enzime este amplasată pe cromozomul X (ca și gena responsabilă de hemofilie). Deficitul afectează mai ales bărbații. Cele două tipuri mai frecvente sunt de tipul A (Africa) și de tipul B (Europa), zis și deficit mediteranean. Acest deficit dă pusee severe de hemoliză în cursul absorbției de medicamente oxidante (antipaludice, sulfamide, de exemplu) sau, uneori, doar ca urmare a ingestiei de semințe de *Vicia fava* (favism). Această distrugere intravasculară antrenează o emisie de urină roșie și eventual o insuficiență renală acută. Deficitul subiectului african este mai puțin sever. Tratamentul este esențialmente preventiv: el constă în interzicerea administrării oricărui medicament cunoscut ca fiind prost tolerat de acești bolnavi. Simptomele regresează la oprirea tratamentului incriminat.

GLUTEN. Proteină prezentă în anumite cereale (ovăz, grâu, orz, secară) ce conține un acid aminat, glutamina, în proporție de 40%. → BOALĂ CELIACĂ.

GOLDMANN (perimetru al lui). Aparat ce permite explorarea câmpului vizual, mai ales a celui periferic.

Perimetrul lui Goldmann este utilizat pentru diagnosticarea deficitelor oculare de tip neurologic, care privesc mai ales câmpul vizual periferic, ca hemianopsiile (pierderi ale vederii afectând o jumătate din câmpul vizual). Forma semisferică a perimetrului lui Goldmann permite, de fapt, studierea unui câmp mult mai întins la periferie decât metodele care utilizează un ecran plan, ca analizorul lui

Friedman. În schimb, câmpul vizual central este analizat într-o modalitate mai puțin precisă prin această metodă.

GOMĂ. Producție patologică de natură infecțioasă, bine delimitată, semănând cu o tumefacție.

GONADĂ. Glandă sexuală, masculină sau feminină (testicul sau ovar), care produce celulele germinale (celulele a căror diviziune și maturare conduc la formarea de celule sexuale sau gameți).

GONADOLIBERINĂ (analog de). Substanță medicamentoasă de sinteză a cărei structură este apropiată de cea a gonadoliberinei (hormon hipotalamic ce acționează asupra hipofizei pentru a stimula sinteza gonadotrofinelor, care stimulează la rândul lor glandele genitale).

Analogii de gonadoliberină, cunoscuți, de asemenea, și sub numele de analogi ai GnRH sau ai LH-RH, sunt utilizați pentru a suprima formarea de gonadotrofine, mai ales în cazurile de pubertate precoce, de cancer al prostatei și de endometrioză, precum și în tratamentul unor sterilități (fecundația *in vitro*).

GONADOSTIMULINĂ. → GONADOTROFINĂ.

GONADOTROFINĂ. Hormon secretat de hipofiză (glandă endocrină situată la baza creierului), care stimulează activitatea și secreția hormonală a gonadelor (ovare și testicule). SINONIME: *gonadostimulină, hormon gonadotrop*.

Există două gonadotrofine: hormonul luteinizant, denumit și luteotrofină sau LH, și hormonul foliculostimulant, cunoscut și sub numele de foliculotropină sau FSH. Ele sunt identice la bărbat și la femeie.

Declanșarea secreției de gonadotrofină se face la pubertate. Producerea lor de către hipofiză depinde de eliberarea de către o regiune cerebrală învecinată, hipotalamusul, a unui hormon, gonadoliberina.

La femeie, gonadotrofinele sunt indispensabile desfășurării normale a ovulației în timpul ciclului menstrual, la maturarea foliculilor ovarieni și la producerea unei cantități adecvate de estradiol și de progesteron, hormoni care pregătesc mucoasa uterină pentru o eventuală implantare a unui ou fecundat.

La bărbat, gonadotrofinele sunt stimulante ale producerii de androgeni și de spermatozoizi începând de la pubertate și în timpul întregii vieți.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Hormonul foliculostimulant și hormonul luteinizant sunt utilizați pentru stimularea ovulației la femeia ale cărei cicluri menstruale sunt absente și pentru stimularea producției de spermatozoizi la bărbatul afectat de un deficit în gonadotrofine. Hormonul luteinizant poate fi înlocuit prin hormonul coriogonadotrofic, produs în mare cantitate de către placentă în timpul primului trimestru de sarcină și purificat pornind de la urina femeilor gravide.

GONADOTROFINEI CORIONICE (hormon al). Hormon secretat, în principal, de către placentă în timpul primelor luni de sarcină. SINONIME: *coriogonadotrofină, hormonul corionic gonadotrofic*.

GONALGIE. Orice durere de genunchi, indiferent de cauza ei.

GONARTROZĂ. Artroză a genunchiului.

Gonartroza este cauza cea mai frecventă a durerii de genunchi la pacienții de 45 de ani și mai mult.

CAUZE. Gonartroza este adesea favorizată de o proastă conformație a articulației – ca un genu varum, în care axa gambei este deviată în interior față de axa coapsei –, provocând o supraîncărcare pe una din părțile genunchiului.

SEMNE ȘI SIMPTOME. Durerea este localizată în articulație și nu iradiază de aici. După zona cartilaginului afectat, ea predomină în față, în interiorul sau în spatele genunchiului. Amplificată la staționarea îndelungată în picioare, la mers, la urcatul și coborâtul scărilor, ea se calmează în repaus. Gonartroza se caracterizează prin pusee evolutive congestive; în timpul acestor perioade, genunchiul este umflat, iar durerea este permanentă.

TRATAMENT. Atunci când artroza, consecutivă unui genu varum, privește partea internă a genunchiului, este practicată sub anestezie generală o intervenție chirurgicală destinată să dea gambei o axă convenabilă. În ce privește artroza părții externe a genunchiului și rotula, un tratament medicamentos, asociat cu reeducare, este suficient. Artrozele consecutive unei leziuni a genunchiului necesită administrarea de analgezice și antiartrozice. Infiltrațiile și spălăturile articulare pot fi de folos. Dacă genunchiul este foarte afectat, în particular dacă mersul este imposibil pe o distanță mai mică de 100 metri fără durere, implantarea unei proteze de genunchi poate să-i redea subiectului o bună capacitate de deplasare.

GONIOSCOPIE. Examen direct al unghiului iridocornean, format de fața anterioară, plană, a bazei irisului și fața posterioară, convexă, a periferiei corneei.

Gonioscopia este fundamentală în studierea glaucomului (creșterea excesivă a presiunii intraoculare), permițând diferențierea diverselor lui forme, îndeosebi pe cele cu unghi larg și pe cele cu unghi strâmt.

Examenul constă în plasarea pe ochiul pacientului a unei lentile de contact conice, în interiorul căreia se găsește o oglindă înclinată care permite să se vadă interiorul unghiului iridocornean, inaccesibil din exterior din cauza opacifierii progresive a corneei la joncțiunea ei cu sclerotica.

GONOCOC. → NEISSERIA GONORRHOEAE.

GONOCOCIE. → BLENORAGIE.

GONOREE. → BLENORAGIE.

GONOSOM. Cromozom sexual. SINONIM: *heterocromozom.*

Gonosomii sunt cromozomii X și Y, care sunt responsabili de determinarea sexului: femeile au doi cromozomi X, în timp ce bărbații au un cromozom X și un cromozom Y.

GOODPASTURE (sindrom al lui). Boală autoimună caracterizată printr-o nefropatie (afecțiune a rinichilor) și o atingere pulmonară.

GOUGEROT-SJÖGREN (sindrom al lui). Afecțiune care asociază o uscăciune oculară cu o uscăciune bucală. SINONIM: *sindrom uscat.*

Sindromul lui Gourgerot-Sjögren afectează mai ales femeile trecute de 40 de ani. El este fie un sindrom izolat, fie – cel mai des – consecutiv unei conectivite (poliartrită reumatoidă, lupus eritematos diseminat, sclerodermie) sau unei afecțiuni autoimune (tiroidită, hepatită cronică activă, ciroză biliară primitivă).

Atingerea oculară se traduce printr-o senzație de arsură („nisip" în ochi) sau de corp străin, printr-o absență a lacrimilor sau o lăcrimare de iritație. Atingerea glandelor salivare se traduce printr-o uscăciune bucală care deranjează deglutiția și alimentarea și poate provoca arsuri ale gurii, fisuri ale comisurilor buzelor și ale limbii și tulburări gingivodentare (gingivite, carii).

TRATAMENT. Acesta se adresează conectivitei atunci când aceasta se află la originea sindromului (corticosteroizi, imunosupresoare). El vizează în plus tratarea simptomelor: substanțele cu acțiune sialogogă cresc producerea de salivă (anetoltritiona); bomboanele acidulate, guma de mestecat, o bună igienă dentară, lacrimile artificiale (colir pus în ochi de mai multe ori pe zi).

GRAM (colorație a lui). Tehnică de colorare utilizată în bacteriologie pentru a vizualiza bacteriile la examenul microscopic.

GRANULOCIT. → POLINUCLEAR.

GRANULOM. Masă inflamatorie de talie mică cauzată de proliferarea într-un țesut a unui număr de celule.

GRANULOM AL CORZILOR VOCALE. Mică masă inflamatorie, complicație frecventă a intubației.

La adult, granulomul corzilor vocale nu antrenează de cele mai multe ori decât o alterare a vocii. El poate dispărea spontan sau necesită o reeducare a vocii (ortofonie), chiar o ablație chirurgicală. La copil, acest tip de granulom poate obstrua laringele și împiedica astfel retragerea tubului. Atunci trebuie procedat la ablația granulomului prin endoscopie.

GRANULOMATOZĂ. Orice boală inflamatorie cronică ce se caracterizează prin apariția de granuloame (mici mase inflamatorii) diseminate în organe și în țesuturi.

Principalele granulomatoze sunt tuberculoza și sarcoidoza, dar și lepra și granulomatoza lui Wegener. În cursul unei afecțiuni, prezența granuloamelor într-un organ orientează deci diagnosticul spre un mic număr de boli. Totuși, aceste boli n-au nici o legătură între ele în ce privește cauza, semnele și tratamentul lor.

GRANULOM DENTAR. Reacție inflamatorie la extremitatea rădăcinii unui dinte. SINONIM: *granulom apical.*

Granulomul dentar urmează pierderii vitalității unui dinte (carie, fractură). Granulomul este îndepărtat prin curățarea și obturarea canalului.

GRANULOM EOZINOFILIC FACIAL. Afecțiune cutanată caracterizată prin apariția unei plăci roșii pe față.

O manifestare rară, granulomul eozinofilic facial survine mai ales la bărbații între 20 și 60 de ani. De origine necunoscută, el se manifestă printr-un placard roșu-maroniu ușor proeminent, în linii mari simetric, a cărui suprafață are un aspect de coajă de portocală (împestrițată de orificii pilare dilatate). Granulomul eozinofilic facial este o afecțiune benignă, care adesea recidivează și tinde să lase cicatrice.

GRANULOM INELAR. Afecțiune cutanată benignă caracterizată prin mici noduli, ce tind să se grupeze în inele.

Un granulom inelar se traduce prin apariția unor mici noduli netezi, tari, nedureroși și nepruriginoși, evoluând într-o manieră centrifugă (din centru spre exterior), formând un inel mai coborât în centru și mai proeminent pe margine. Tratamentul este, în general, limitat la aplicații locale de dermocorticosteroizi pentru formele puțin întinse.

GRANULOM SILICOTIC. Leziune cutanată cauzată de prezența silicei sub piele.

Granulomul silicotic este o reacție inflamatorie la particulele de silice ce au pătruns sub piele printr-o rană care, uneori, s-a produs în urmă cu mai multe zeci de ani. Asociat adesea cu o sarcoidoză (boală de cauză necunoscută, traducându-se printr-o inflamație a ganglionilor limfatici și a altor țesuturi), formează una sau mai multe sfere mici mai mult sau mai puțin proeminente, de un roșu-gălbui, elastice sau moi, la locul cicatricii. Tratamentul granulomului silicotic constă în ablația chirurgicală.

GREAȚĂ. Senzație de a vomita, urmată sau nu de vărsătură.

O greață precede adesea o vomă. Survenind ca un simptom izolat, ea poate revela o boală organică a tubului digestiv (îngustarea pilorului sau a intestinului) sau a sistemului nervos central (hipertensiune intracraniană). Greața poate fi combătută destul de eficient cu medicamente antiemetice, dar, mai ales, trebuie tratată cauza.

GREFĂ. Transferul, pe un bolnav primitor, al unui grefon constituit din celule, dintr-un țesut, de o parte a unui organ sau dintr-un organ în întregime.

Grefa de celule sau de țesut este simplă din punct de vedere tehnic: injectarea intravenoasă a celulelor (grefa de măduvă osoasă) sau aplicarea locală a unui țesut (grefa de piele, de țesut osos, de cornee).

Dacă grefa privește un organ (inimă, ficat, plămân, pancreas, rinichi), trebuie să se restabilească continuitatea circulației sangvine punând cap la cap, chirurgical, vasele (arterele și venele) primitorului cu cele ale grefonului. Atunci se vorbește despre un transplant de organ.

REJECȚIA GREFEI. Rejecția (respingerea) grefei rezultă dintr-o incompatibilitate între sistemul imunitar al primitorului și cel al donatorului.

Acest fenomen a fost constatat de la primele încercări de grefare, atunci când nu se putea explica fenomenul. Condițiile unei compatibilități imunologice între primitor și organul donatorului au fost precizate în anii '70 de către lucrările lui Jean Dausset, îndeosebi. A fost pusă în evidență influența directă, asupra intensității rejecției, a antigenelor definite în sistemul de histocompatibilitate HLA (*Human Leucocyte Antigens* (antigene leucocitare umane)): cu cât sistemul primitorului și sistemul donatorului sunt mai apropiate, cu atât grefonul are mai multe șanse să fie tolerat.

În cursul rejecției de grefă, sistemul imunitar al primitorului sintetizează anticorpi sau produce limfocite T citotoxice pentru a distruge grefonul. Se disting trei tipuri de rejecție.

Rejecția supraacută survine imediat după transplantare și duce la pierderea grefonului. Ea se produce atunci când primitorul posedă deja anticorpi împotriva antigenelor HLA ale donatorului. Acest tip de reacție se observă, de asemenea, atunci când donatorul și primitorul aparțin unor grupuri sangvine diferite ale sitemului ABO. Actualmente nu există tratament capabil să combată astfel de rejecții; prevenirea lor constă în căutarea unei mai bune înrudiri între grupul imunologic al primitorului și cel al donatorului, folosind examene realizate chiar înaintea intervenției.

Rejecția acută este un fenomen cvasiconstant, de intensitate variabilă, consecutiv acțiunii limfocitelor T citotoxice. Rejecția acută survine, în general, în a 7-a zi după transplantare și se traduce printr-o perturbare a funcționării organului transplantat: se observă astfel, pe un rinichi grefat, o insuficiență renală acută, biopsia confirmând leziunile. După o grefă se pot succede mai multe episoade de rejecție acută. Acest tip de rejecție este prevenit și combătut prin asocierea mai multor medicamente imunosupresoare (corticosteroizi, ciclosporină, azatioprină), administrate în doze masive. Se speră mult din partea altor medicamente mai specifice și responsabile de mai mici efecte nedorite, medicamente care se află în studiu.

Rejecția cronică, cu atât mai precoce cu cât rejecțiile acute au fost mai numeroase, constă într-o lentă deteriorare funcțională a unui grefon, ducând în câțiva ani sau în câteva zeci de ani la pierderea organului transplantat. Medicamentele imunosupresoare permit încetinirea acestei evoluții, dar nu reușesc să suprime procesul de rejecție.

GREFĂ DE CORNEE. Transplantare chirurgicală a unei bucăți de cornee. SINONIM: *keratoplastie*.

Principalele indicații ale unei grefe de cornee sunt edemele (distrofia buloasă) sau abcesele corneei, albeața (opacitatea corneei rezultând dintr-o leziune inflamatorie sau accidentală), keratoconul (deformația corneei) și diferite afecțiuni degenerative ale corneei.

TEHNICĂ. Grefa de cornee constă în înlocuirea unei părți a corneei bolnave sau opacifiate cu o aceeași porțiune de cornee sănătoasă sau transparentă, prelevată de la un subiect decedat sau, mult mai rar, de la însuși bolnavul în cauză. Tehnicile actuale permit să se conserve grefonul cinci zile până la o săptămână și deci să se verifice absența riscului de transmitere a unei boli virale.

PROGNOSTIC. De obicei bun, prognosticul depinde mai ales de afecțiunea în cauză. Riscurile de rejecție sunt minime, deoarece cornea este un țesut lipsit de vase, deci relativ izolat de sistemul imunitar.

GREFĂ DE FICAT. Transfer al unei părți sau a totalității ficatului de la un donator la un bolnav primitor. SINONIM: *transplant de ficat*.

Grefa de ficat se practică în caz de boală hepatică congenitală sau de ciroză; alte indicații potențiale ale sale, ca tumorile hepatice, sunt încă discutate. Ficatul bolnavului este scos pentru a fi înlocuit prin cel al unei persoane decedate. La copil, se poate ajunge să se practice, din motive de dimensiune, o grefă redusă (nu se grefează decât o parte din ficatul unui adult, prea voluminos pentru un copil). Numărul mic de ficați disponibili conduce la elaborarea de noi soluții: grefa partajată (doi bolnavi primesc fiecare câte o parte de ficat), prelevarea unui fragment de ficat de la un donator viu. Este posibil ca în viitor, și sub rezerva noilor tehnici care să împiedice rejecția, să se realizeze heterografe (ficat provenind de la un animal). Mortalitatea operatorie este în jur de 5 până la 10%. Actualmente, procentajul de supraviețuire până la 2 ani este de aproximativ 70%. Primele șase luni sunt cele mai expuse complicațiilor. Un tratament imunosupresor pe viață este indispensabil, precum și o supraveghere regulată.

GREFĂ DE INIMĂ. Implantare a inimii de la un donator pe un bolnav primitor. SINONIME: *transplant cardiac, transplant de inimă (cord), grefă cardiacă*.

Majoritatea grefelor cardiace practicate astăzi se realizează cu grefoane umane; totuși, mica disponibilitate a transplantelor și contextul urgent în care trebuie efectuată intervenția au făcut necesară căutarea unor soluții de substituție: transplantarea de inimi de animale (maimuțe mari), pe de o parte, punerea la punct a unei inimi artificiale, pe de altă parte.

INDICAȚII. Grefa se practică în cazurile de insuficiență cardiacă terminală, atunci când alte mijloace terapeutice au devenit ineficiente: infarcte importante sau repetate care au distrus cea mai mare parte a mușchiului cardiac, boli ale miocardului sau ale valvulelor cardiace într-un stadiu avansat. Insuficiența cardiacă are răsunet și asupra plămânilor: de asemenea, în caz de atingere pulmonară, se poate practica o grefă inimă-plămâni.

CONTRAINDICAȚII. Înaintea grefei este indispensabil un bilanț, deoarece anumite boli interzic să se procedeze la o grefă de inimă, ca, de exemplu, o osteoporoză (decalcefiere osoasă) importantă, un ulcer de stomac, o boală pulmonară gravă, o insuficiență renală sau leziuni arteriale difuze.

TEHNICĂ. Problema cea mai delicată este cea a datei la care trebuie intervenit: a opera prea devreme echivalează cu asumarea inutilă a unui risc operator legat de transplantare; a aștepta prea mult poate însemna un risc de moarte subită a bolnavului sau de aducere a acestuia într-o stare prea gravă pentru a mai putea fi operat.

Din aceste motive au fost puse la punct teste pentru a aprecia cât mai bine gravitatea stării bolnavului și a fixa cât mai precis posibil răgazul convenabil. Pacientul e înscris atunci pe o listă de candidați la grefă de inimă și beneficiază de o intervenție mai mult sau mai puțin rapidă după gravitatea stării sale.

Grefa cardiacă este o operație grea, cu numeroase constrângeri: trebuie ca inima donatorului să mai bată în momentul prelevării sale, ceea ce presupune ca donatorul să fie în stare de moarte cerebrală; pe de altă parte, timpul de care se dispune între prelevare și implantare este scurt (10 ore maximum). Compatibilitatea imunologică între donator și primitor, studiată prin compararea grupurilor de tisulare și sangvine (îndeosebi sistemele HLA, ABO și Rhesus), trebuie să fie cea mai bună posibilă pentru a reduce la maximum riscul de rejecție.

Intervenția necesită realizarea unei circulații extracorporale care să asigure un aport de sânge oxigenat creierului și principalelor organe vitale. Inima primitorului este îndepărtată în cvasitotalitatea sa, pereții exteriori ai auriculelor, precum și orificiile vaselor care se deschid în inimă (aortă, venele cave, vasele pulmonare etc.) rămân totuși pe loc. În caz de urgență sau de nedisponibilitate a unui grefon, poate fi avută în vedere implantarea unei inimi artificiale, din material inert neorganic. Această ultimă tehnică are avantajul de a suprima complicațiile de ordin imunologic; ea prezintă totuși încă destule inconveniente, mai ales vasculare (formarea frecventă de cheaguri); la aceasta se recurge deci cel mai des în mod provizoriu, așteptând să fie posibilă o grefă de inimă organică.

COMPLICAȚII. Principalele complicații ale grefei de inimă sunt de ordin imunologic, survenirea unei rejecții putând necesita o retransplantare de urgență. Se încearcă prevenirea prin prescrierea sistematică de imunosupresoare (derivați de cortizon și ciclosporină, îndeosebi).

PROGNOSTIC. Acesta este, în general, bun, cu aproximativ 80% supraviețuiri de un an și un procentaj de decese de ordinul a 5% pentru fiecare an următor. În sfârșit, calitatea vieții unui subiect care a suferit o grefă de inimă poate redeveni cu totul normală, îndeosebi cu reluarea unei activități fizice satisfăcătoare și chiar cu practicarea unui sport.

GREFĂ DE MĂDUVĂ OSOASĂ. Înlocuire a măduvei osoase a unui pacient atins de o boală hematologică cu celule de măduvă osoasă prelevate de la un subiect sănătos. SINONIME: *grefa de celule hematopoietice*, *grefa de măduvă*.

INDICAȚII. Unul din principalele roluri ale măduvei osoase este acela de a produce, mulțumită anumitor celule numite celule-sușe, elementele diferitelor descendențe sangvine (globulele roșii, majoritatea globulelor albe, plachetele etc.). Orice boală a celulelor-sușe poate necesita o grefă de măduvă: leucemia (proliferarea de globule albe și a celulelor lor de origine în măduva osoasă și în sânge), hipoplazia sau aplazia medulară (insuficiența sau absența producerii diferitelor descendențe). Bolnavii trebuie să fie, în general, sub vârsta de 50 de ani și într-o bună stare fiziologică, având în vedere frecvența și gravitatea complicațiilor.

TEHNICĂ. Orice grefă de măduvă tebuie să fie precedată de o distrugere cât mai completă posibilă a măduvei osoase a primitorului cu scopul ca boala să nu recidiveze pe măduva grefată. Această distrugere este obținută, în general, prin chimioterapie și radioterapie intensive. Prelevarea măduvei osoase a donatorului se efectuează de cele mai multe ori sub anestezie generală, prin puncție la nivelul oaselor iliace sau a sternului. În general, se scot 200 până la 500 mililitri de măduvă. Această prelevare, care seamănă cu donarea de sânge, este efectuată de la un subiect viu și nu antrenează nici o consecință ulterioară asupra sănătății donatorului. Măduva astfel recoltată este filtrată, congelată și pregătită

Reacția grefonului împotriva gazdei

Reacția grefonului împotriva gazdei este caracteristică grefei de măduvă. Este vorba de un sindrom cauzat de o incompatibilitate între grefon și primitor: limfocitele T și anticorpii grefonului, după ce au detectat antigenele de origine străină pe celulele primitorului, le atacă. Reacția poate fi acută și poate apărea între 10 și 40 de zile după grefă: erupții cutanate, mâncărimi, tulburări digestive importante (vome, diaree), febră și, uneori, atingere hepatică (icter). Există, de asemenea, reacții cronice ale grefonului împotriva gazdei, reacții care survin după luni, chiar după ani, de la efectuarea grefei și antrenează leziuni cutanate indurate pe palme, pe planta picioarului, pe trunchi, pe fese și pe coapse, uneori asociate cu o hepatită cronică și cu o scleroză pulmonară. Tratamentul face apel la corticosteroizi și la imunosupresoare. În absența tratamentului, acest sindrom poate fi mortal.

pentru grefare, care va avea loc mai târziu printr-o simplă transfuzie: celulele-suse ale donatorului vor merge să colonizeze spontan țesutul osos al primitorului, golit de celulele sale suse bolnave.

Actualmente există două tipuri de grefă de măduvă

■ *Alogrefa* constă în prelevarea de celule de măduvă osoasă de la un subiect sănătos care are același sistem de histocompatibilitate ca și bolnavul. La un frate sau la o soră a acestuia există cele mai mari șanse (25%) de a găsi un donator compatibil. În absența unui donator înrudit, echipa medicală este obligată să facă apel la o bancă de măduvă. Atunci se poate găsi un donator suficient de compatibil în ceva mai puțin de 20% de cazuri.

■ *Autografa* constă în prelevarea, la un bolnav care trebuie să urmeze un tratament de distrugere a măduvei sale osoase (chimioterapie, radioterapie, radiochimioterapie), de celule-suse, într-un stadiu puțin înaintat al bolii când acestea pot fi obținute plecând de la sânge sau de la măduvă. Congelate, ele sunt reinjectate bolnavului după tratament; măduva osoasă se reconstituie atunci în 2–3 săptămâni. Această tehnică privește, în general, subiecții atinși de boli maligne ale ganglionilor limfatici și ale măduvei (mielom multiplu, limfom, leucemie) sau de tumori solide. Spre deosebire de alogrefă, autografa nu antrenează nici un risc de reacție a grefonului față de gazdă; ea poate fi deci folosită și la subiecții mai vârstnici.

COMPLICAȚII. Sunt posibile trei complicații.

■ *Infecțiile bacteriene* pot surveni. Din cauza absenței globulelor albe, consecutivă distrugerii măduvei osoase a pacientului și tratamentului cu imunosupresoare, mai ales în caz de reacție a grefonului împotriva gazdei, ele apar în timpul fazei pregătitoare și după grefă, fiind necesar un răgaz de 2–3 săptămâni pentru ca noua măduvă să înceapă să funcționeze. Aceste complicații infecțioase, grave, sunt combătute prin punerea sistematică a bolnavului sub antibiotice în caz de febră și prin izolarea sa într-o cameră sterilă, vizitele fiind controlate (mască, încălțăminte de protecție etc.). În plus, anemia și hemoragiile cauzate de lipsa de plachete sunt combătute prin transfuzii de plachete și globule roșii.

■ *Complicațiile imunologice*, specifice alogrefelor, sunt reprezentate, în principal, prin reacția grefonului împotriva gazdei, în timpul căreia anumite limfocite (tipuri de globule albe) ale donatorului atacă și distrug celulele (piele, tub digestiv, ficat) primitorului. Această complicație există în aproximativ 50% dintre cazurile de alogrefă; ea este mai rară la subiecții sub vârstă de 20 de ani. Reacția grefonului împotriva gazdei poate fi acută, survenind în următoarele 3 luni după grefă, sau cronică, producându-se la mai multe luni după grefă. Ea este prevenită prin administrarea de imunosupresoare (ciclosporină) și tratată prin adăugarea de alte tipuri de imunosupresoare (corticosteroizii).

■ *Boala inițială poate recidiva*, îndeosebi în caz de leucemie. Totuși, riscul de recidivă este mai mic decât în caz de tratament clasic (chimioterapie și radioterapie). În caz de reșuță, o nouă grefă de măduvă poate, de altfel, să fie încercată.

PROGNOSTIC. Acesta depinde esențialmente de boala tratată, de vârsta pacientului și de starea lui generală în momentul grefei, precum și de tipul de grefă ales.

GREFĂ DE OS. Transplantare chirurgicală a unui fragment osos.

AUTOGREFĂ. De departe cea mai practică dintre grefele de os, ea constă în prelevarea unui fragment de la subiectul în cauză la nivelul tibiei sau crestei iliace (marginea superioară a osului bazinului). Autogrefele sunt întrebuințate pentru a ușura consolidarea unui os fracturat. Ele sunt utilizate, de asemenea, pentru a realiza ceea ce se numește butée (obstacol plasat într-o articulație pentru a limita mișcările excesive și pentru a preveni astfel luxațiile). Grefonul este pus și încastrat în locul pierderii de substanță și, la nevoie, fixat cu șuruburi. Autogrefele au foarte bune rezultate, incorporarea grefonului în osul grefat efectuându-se într-un răstimp de 6 săptămâni.

ALOGREFĂ. Această tehnică se folosește atunci când pierderea de substanță este foarte mare, de exemplu după ablația tumorilor osoase. Grefonul provine atunci de la o persoană decedată sau operată (ablația capului femural în caz de artroză); el a fost tratat prin iradiere și conservat prin congelare sau liofilizare într-o bancă de organe. Grefonul este fixat cu ajutorul unui cui sau a unei plăci atunci când se reconstituie un os, cu ajutorul unei proteze atunci când se reconstituie o articulație și periferia ei. Rezultatul este mai puțin bun decât al autogrefelor. În general, grefonul „nu prinde" și moare: el servește atunci drept tramă pe care se reconstituie treptat noul os.

GREFĂ DE PIELE. Grefă a unui fragment de piele, naturală sau dezvoltată în laborator, pe o regiune unde pielea a fost distrusă.

Grefa de piele este utilizată mai ales în caz de arsură, dar și atunci când o intervenție chirurgicală a dus la îndepărtarea unei suprafețe importante de piele (adesea pentru a trata un cancer) sau după o arsură.

AUTOGREFĂ. Pielea este prelevată de la însuși subiect, dacă este posibil dintr-un loc puțin vizibil (coapsă, partea de jos a burții, pielea capului, regiunea inghinală etc.). În anumite cazuri, îndeosebi în cazurile de pierderi importante de substanță, se poate ajunge la practicarea prelevărilor de porțiuni de mușchi subiacenți: atunci se vorbește de lambouri musculocutanate. Mai rar, ne putem mulțumi cu mici cilindri de piele (grefe în pastilă în ulcerele gambei). Grefonul este fie pus direct pe suprafața de grefat, fie tratat în laborator pentru ca celulele să prolifereze: această tehnică, numită cultură de epiderm, permite să se producă până la 1 metru pătrat de epiderm nou plecând de la un grefon de 1 centimetru pătrat.

Interesul autografei constă în absența rejecției imunitare. Țesuturile subiectului stabilesc progresiv conexiuni cu grefonul și, în aproximativ 10 zile, grefa „prinde".

ALOGREFĂ. Această tehnică, mult mai rar aplicată, nu este indicată decât în caz de arsură întinsă, atunci când subiectul nu mai are destulă piele normală. Pielea grefată provine atunci de la persoane decedate, eventual după o perioadă de conservare a gerfonului într-o bancă de organe. Ea este rapid respinsă de către sistemul imunitar al bolnavului, dar permite să se depășească dificultățile primelor zile, folosind ca pansament proviziu.

GREFĂ DE RINICHI. Transfer al unuia dintre rinichii subiectului donator la un bolnav primitor ai cărui rinichi nu mai funcționează. SINONIM: *transplantare de rinichi*.

Grefa de rinichi nu se practică decât la subiecții atinși de o insuficiență renală gravă. Este grefat un singur rinichi, care va fi de ajuns pentru asigurarea funcției renale pentru întregul organism. Donatorul, de cele mai multe ori o persoană decedată, trebuie să fie apropiat genetic de primitor. Rinichiul grefat este plasat în fosa iliacă, iar vasele sale sunt puse cap la cap cu vasele iliace ale bolnavului, uretera care iese din rinichiul grefat fiind îmbinată la vezica bolnavului sau la una din ureterele sale. După transplantare, se prescrie subiectului un tratament imunosupresor cu scopul de a evita respingerea grefonului.

PROGNOSTIC. Grefa renală este încununată de succes în mai mult de 80% dintre cazuri, rezultatele fiind încă și mai bune dacă donatorul are o bună compatibilitate tisulară (grupul HLA) cu primitorul. În caz de rejecție, pacientul trebuie să-și reia ședințele de dializă. Dacă el este sănătos, poate fi încercată o nouă grefă.

GREFĂ PANCREATICĂ. Transfer al unui pancreas sau de celule pancreatice de la un donator la un bolnav primitor.

Grefarea unui pancreas întreg, sau transplantul de pancreas, este cea mai rară dintre transplantările de organe; ea nu este practică decât în caz de diabet grav. O altă tehnică se va dezvolta poate, cea a grefării de insule ale lui Langerhans, care sunt insulițe de celule ce secretă în mod normal insulină și care ar fi suficient să fie injectate bolnavului.

GREFĂ PULMONARĂ. Transfer al unuia sau ambilor plămâni de la un donator la un bolnav primitor. SINONIM: *transplantare pulmonară*.

Grefa pulmonară, destul de recentă (prima încercare pe om a fost practicată în 1963), este acutalmente încă una dintre grefele de organe cele mai puțin practicate. Ea este indicată în caz de insuficiență respiratorie cronică gravă și în cursul afecțiunilor care ating vasele, ca hipertensiunea arterială pulmonară. După caz, grefa constă în înlocuirea unui plămân sau chiar a ambilor, sau realizarea grefei de bloc inimă-plămân. Această grefă este dificilă din cauza lipsei de plămâni disponibili și a complicațiilor postoperatorii (rejecție imunitară, infecție).

GREUTATE CORPORALĂ. Sumă a greutăților diferitelor elemente ale organismului: masa grasă sau țesutul adipos, masa slabă (țesut conjunctiv, mușchi), scheletul și apa.

EVOLUȚIA ÎN CURSUL VIEȚII. Greutatea (precum și evoluția ei) constituie, în medicină, unul dintre indicii cei mai fiabili. La copil și adolescent, ea permite să se verifice faptul că are loc o creștere normală. În timpul sarcinii, o luare în greutate de 10–12 kilograme de către o femeie de corpolență medie este asociată frecvent cu o greutate normală a copilului la naștere (mai mare de 2,5 kilograme). Ca regulă generală, această greutate la naștere este multiplicată cu 2 la vârsta de 3 luni și cu 3 la un an.

La vârsta adultă, greutatea tinde să se plaseze în jurul unei valori aproximativ stabile dacă aporturile energetice sunt echilibrate. Greutatea fiecărui individ este în mare măsură în funcție de caracteristicile genetice ale acestuia. Modificările care survin în timpul vieții rezultă din influența mediului (activitate fizică, alimentație, efectul anumitor medicamente etc.) și a vârstei. Greutatea tinde să crească cu vârsta, la fel ca și țesutul adipos, în timp ce masa slabă se împuținează. La bătrâni totuși greutatea începe să scadă înainte de a se stabiliza.

VARIAȚII PATOLOGICE. Orice variație importantă a greutății (pierdere sau creștere) pe o durată scurtă trebuie să incite subiectul la consultarea unui medic. Această variație poate traduce, în fapt, o boală de cauză organică sau de alt fel (cancer, edem, tulburări de comportament alimentar, tulburări hormonale). Măsurarea greutății reprezintă, de asemenea, unul dintre cele mai bune criterii ale stării de sănătate a persoanelor în vârstă, la care oricare scădere ponderală rapidă trebuie să fie corectată fără întârziere pentru a evita denutriția.

CORPOLENȚĂ. În afară de măsurarea greutății, luarea în considerație a taliei în calculul indicelui de masă corporală (I.M.C.) permite și el evaluarea corpolenței. După valoarea obținută, subiectul intră într-una dintre categoriile următoare: slab (indice mai mic de 18), delicat (între 18 și mai puțin de 20), normal (între 20 și 25), puternic (între 25 și 30), obez (mai mare de 30). Există, de altfel, mai multe formule de calcul (incluzând îndeosebi vârsta) pentru a defini greutatea ideală teoretică, care nu corespunde în mod obligatoriu cu greutatea „de aparență" a unei persoane (cu care aceasta se simte bine).

MĂSURAREA GREUTĂȚII. Aceasta se face pentru nou-născuți și sugari cu un cântar pentru bebeluși (precizie între 10 și 20 grame aproximativ) și, de îndată ce este asigurată stationarea în picioare, cu un cântar de persoane (precizie în jur de 50 grame). Greutatea va fi măsurată în fiecare săptămână în prima lună de viață, în fiecare lună

până la vârsta de 6 luni, la fiecare 2 luni până la 1 an, apoi în continuare într-o manieră din ce în ce mai distanțată.

Curbele ponderale obținute permit, pe de o parte, să se **aprecieze** greutatea copilului în raport cu greutatea medie a copiilor de vârsta și sexul lui, iar pe de altă parte, să se **evalueze** curba sa de creștere. → CREȘTEREA COPILULUI, OBEZITATE.

GRIPĂ. Boală infecțioasă foarte contagioasă, cauzată de virusurile A.R.N. *Myxovirus influenza* A și B din familia ortomyxovirusurilor.

Gripa este transmisă pe cale respiratorie la distanță scurtă. Ea se manifestă pe toată suprafața globului și este responsabilă de epidemii anuale, în general iarna. La fiecare 10 sau 15 ani survine o epidemie mult mai gravă și mai întinsă, ca cea din anul 1919, care a dus la decesul a 20 milioane de oameni în Europa.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Gripa se traduce, în principal, printr-o stare febrilă însoțită de curbaturi, care durează timp de mai multe zile și regresează de la sine. Aceste simptome, relativ obișnuite, sunt aceleași pentru numeroase boli infecțioase virale sau bacteriene (stări gripale). Afectarea mucoasei respiratorii de către virus provoacă o inflamație a căilor respiratorii superioare (nas, gâtlej, trahee) și inferioare (bronhii, plămâni). Formele severe, mai ales respiratorii (edem acut pulmonar gripal, gripă malignă), pot fi întâlnite cu ocazia epidemiilor. Boala poate, de asemenea, să ia un caracter de gravitate la persoanele în vârstă (tulburări cardiace, complicații infecțioase) și la persoanele suferind de bronșită cronică sau de insuficiență cardiacă.

GRUP SANGVIN. Ansamblu de proprietăți antigenice ale sângelui ce permite clasificarea indivizilor și asigură compatibilitatea transfuziei sangvine între donatori și primitori.

Aceste proprietăți antigenice caracterizează mai multe celule ale sângelui (globule roșii, plachete, granulocite), ceea ce permite să se deosebească diferitele tipuri de grupuri sangvine. Grupul sangvin (ABO, HLA etc.) este unul dintre elementele care determină identitatea fiecărui individ.

GRUPURI SANGVINE ERITROCITARE. Acestea se caracterizează prin antigenele prezente la suprafața globulelor roșii.

■ *Sistemul ABO*, cel mai important, trebuie să fie respectat în toate transfuziile. El este definit mai întâi prin prezența antigenelor A, B sau AB pentru grupurile A, B și AB, sau prin absența antigenului în cazul grupului C; apoi prin prezența anticorpilor în ser: respectiv anti-A, anti-B și anti-A+B la subiecții B, A și O. Subiecții O sunt denumiți donatori universali, iar AB primitori universali.

■ *Sistemul Rhesus* distinge 5 tipuri de antigene: D, C, c, E și e. Prezența antigenului D definește grupul Rhesus pozitiv (citește „er haș pozitiv"), iar absența sa, grupul Rhesus negativ, celelalte antigene fiind prezente în unul sau în altul din cazuri. Anticorpii corespunzând antigenului D nu există în mod natural, dar pot apărea după imunizare, în cursul unei transfuzii sau al unei sarcini, de exemplu.

■ *Alte sisteme majore* în materie de transfuzie sunt sistemul Kell, sistemul Duffy, sistemul Kidd și sistemul MNS. Cel mai important, sistemul Kell, face obiectul unei determinări la femeile gravide și la cei care au suferit mai multe transfuzii și comportă două antigene, dintre care cel mai frecvent antigenul K, stimulează o puternică producere de anticorpi.

ALTE GRUPURI SANGVINE. Alte clasificări se referă la alte grupuri sangvine: antigenele proprii plachetelor (în principal PLA 1 și PLA 2) sunt de puțin interes în cazul transfuziilor; unele antigene sunt proprii granulocitelor; în sfârșit, sistemul HLA (*Human Leucocyte Antigen*) se bazează pe clasificarea antigenelor existente pe toate celulele sângelui, cu excepția globulelor roșii; el prezintă un interes în transfuzie și, de asemenea, trebuie luat în considerație în transplantarea măduvei osoase și a organelor. → ANTIGEN, HISTOCOMPATIBILITATE, RHESUS (sistem).

GUILLAIN-BARRÉ (sindrom al lui). Inflamație acută și demielinizare (distrugere a tecii de mielină care înconjoară fibrele nervoase) a nervilor periferici, responsabile de paralizii. SINONIME: *paralizie ascendentă, poliradiculonevrită acută*.

Sindromul lui Guillain-Barée este cea mai frecventă dintre poliradiculonevrite, afecțiuni care au ca trăsătură comună o inflamație a rădăcinilor nervilor în punctul lor de emergență din măduva spinării.

CAUZE. Mecanismul acestui sindrom este autoimun, organismul fabricând anticorpi împotriva propriilor lui constituenți.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Boala cuprinde trei faze. Prima, care durează mai puțin de patru săptămâni, este caracterizată prin apariția unei paralizii a membrelor inferioare. Aceasta se întinde apoi simetric la membrele superioare (tetraplegie) și la nervii craniени, provocând o paralizie facială, tulburări oculomotorii și tulburări ale deglutiției. Aceste semne se asociază frecvent cu manifestări senzitive: furnicături, dureri musculare, ale spatelui, în lungul nervilor. În cursul acestei faze poate apărea o paralizie a mușchilor respiratori necesitând un tratament de reanimare. A doua fază este caracterizată prin persistența, în platou, a semnelor precedente, uneori timp de mai multe luni. Ceea de a treia fază, care durează de la câteva săptămâni la mai multe luni, este cea de recuperare, semnele dispărând treptat.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Tratamentul constă mai întâi în asigurarea respirației (ventilație asistată la nevoie). Unele tratamente vizează micșorarea extinderii și a duratei paraliziilor, mai ales în cazurile cele mai grave, recurgând la diferite mijloace: schimbări plasmatice (scoaterea anticorpilor anormali din plasma bolnavului), injectarea unor doze masive de imunoglobuline pe cale intravenoasă.

În majoritatea cazurilor, nu rămân sechele și resturile sunt rare.

GURĂ. Cavitate a feței ce formează segmentul inițial al tubului digestiv și asigură funcțiile digestivă, respiratorie și fonatorie.

Gura este limitată în partea de sus de palat, structură osoasă prelungită prin vălul palatin; în partea de jos, prin planșeul bucal, format, în principal, de limbă.

Gura participă la funcțiile de fonație, servind drept cavitate de rezonanță și de modulare pentru sunetele produse în laringe; de digestie, asigurând degradarea alimentelor înainte de deglutiție, datorită enzimelor salivare; de respirație, înlocuind respirația nazală atunci când aceasta este împiedicată (dar aceasta suprimă efectele benefice ale foselor nazale: încălzirea aerului și eliminarea particulelor); de gustare, permițând senzațiile gustative datorită papilelor linguale.

Gura poate fi sediul unor malformații, infecții sau tumori.

GURĂ-LA-GURĂ. Asistență respiratorie de urgență, aplicabilă în așteptarea ajutoarelor medicale în caz de stop respirator sau cardiocirculator, care constă, pentru un salvator, în insuflarea de aer pe care îl expiră, încă bogat în oxigen, subiectului neînsuflețit.

Salvatorul culcă subiectul pe spate, îi eliberează gura de orice corp străin, scoate eventualele proteze dentare ale subiectului și îi trage maxilarul inferior în față pentru a degaja intrarea în căile respiratorii, intrare obstruată la bolnavul inconștient prin căderea limbii în spate. După ce a prins nasul persoanei neînsuflețite între police și index și a efectuat o inspirație profundă, salvatorul își pune gura deschisă pe cea a subiectului și expiră profund. Înălțarea imediată a toracelui subiectului atestă eficacitatea ventilației.

GURII (cancer al). Cancer care poate afecta buzele, limba, planșeul bucal, peretele intern al gingiilor și, mai rar, palatul, sub forma unui carcinom. SINONIM: *cancer bucal*.

Cancerul de gură este destul de frecvent: el reprezintă aproximativ 8% dintre cancere. Bărbații sunt mult mai des afectați decât femeile, mai ales după 50 de ani.

Factorii favorizanți sunt tutunul (65% dintre bolnavi sunt fumători), alcoolul, o proastă igienă bucală și aparate dentare prost adaptate care provoacă frecări cu mucoasa. Orice anomalie, leziune sau înmugurire care nu dispar în aproximativ zece zile, necesită o consultație medicală.

SIMPTOME ȘI SEMNE. La debutul ei, o boală este foarte puțin marcată: senzații de arsură fugace, mici sângerări. Tumora se dezvoltă sub forma unei ulcerații a mucoasei sau a unei înmuguriri însoțită de sângerări. Atunci când se află pe limbă, ea poate face deglutiția și fonația dificile. În sfârșit, într-un stadiu mai avansat al cancerului, durerea devine importantă.

Băile de gură

Băile de gură sunt recomandate în timpul sau după tratamentul bolilor gingiei (gingivită și parodontită). O baie de gură cu apă sărată călduță poate ajuta la calmarea inflamațiilor foarte dureroase cauzate de o incluzie a unui dinte de minte sau unei alveolite dentare, sau la drenarea lichidului purulent al unui abces dentar.

Băile de gură cu substanțe conținând fluor sunt utile în scop preventiv la copil, pentru a evita cariile, întărind smalțul dinților și acționând direct împotriva plăcii. Ele sunt, de asemenea, recomandate în tratamentul curativ, de exemplu după o radioterapie a unui cancer al gurii sau când coletul dentar este sensibil. Soluțiile antiseptice și aromatizante vândute în comerț servesc la clătirea gurii și la eliminarea resturilor alimentare. Ele trebuie să fie utilizate o perioadă scurtă (4 până la 7 zile) în cadrul unei infecții gingivale sau dentare. În fapt, utilizarea lor prelungită poate avea drept consecințe o iritație a țesuturilor și afecțiuni secundare. De altfel, capacitatea lor aromatizantă oferă o senzație plăcută trecătoare, dar nu rezolvă cauza unei halene urât mirositoare, care provine, în general, din cauza unei inflamații a parodonțiului (ansamblu de țesuturi de susținere a dintelui), a unui focar infecțios nazal sau a unor tulburări digestive.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticarea unui cancer de gură nu se face prin biopsie. Cu cât diagnosticul este mai precoce, cu atât sunt mai mari șansele de vindecare.

Sunt posibile trei terapii, după evoluția și dimensiunea tumorii canceroase: chirurgia, cobaltoterapia (radioterapia de înaltă energie) sau chimioterapia, utilizate singure sau în asociere. Chirurgia este adesea mutilantă, antrenând o jenă funcțională și un prejudiciu estetic. O intervenție chirurgicală ulterioară poate ameliora întrucâtva inconvenientele estetice.

GUST. Unul dintre cele cinci simțuri, dând informații cu privire la savoarea și compoziția alimentelor.

Senzațiile gustative își au originea în mugurii gustativi, receptorii senzoriali răspândiți în mucoasa limbii, în cea a vălului palatin și în pereții laterali și posteriori ai gâtlejului.

Există patru feluri de muguri ai gustului, sensibili la patru tipuri fundamentale de savoare – dulce, sărat, acid, amar – din a căror amestecare rezultă orice savoare. Gustul rezultă, de fapt, din conjuncția stimulațiilor senzoriale provenind de la sistemul gustativ și olfactiv: la expirație, o parte a particulelor ingerate sunt expulzate pe cale nazală și stimulează receptorii olfactivi prin componentele lor odorante.

PATOLOGIE. Ageuzia (pierderea gustului) poate fi consecutivă unei pierderi a mirosului, unei boli bucale (infecție, cancer) sau hormonale (hipotiroidie, diabet). Ea influențează comportamentul alimentar, uneori și psihicul, până la provocarea unei depresiuni. → AGEUZIE.

GUŞĂ. Creştere în volum, adesea vizibilă, a glandei tiroide.

Guşa este o afecţiune extrem de frecventă: 800 milioane de persoane sunt afectate în lumea întreagă. Această boală este adesea familială.

CAUZE. Mai multe tipuri de anomalii pot favoriza apariţia unei guşe. Un deficit în iod, constituent obligatoriu al hormonilor tiroidieni, antrenează o guşă prin carenţă iodată. Sintetizarea hormonilor tiroidieni se poate face, de asemenea, în mod perfect, ca urmare a unui deficit enzimatic congenital. Unele boli tiroidiene mai rare provoacă, de asemenea, guşă: boala lui Basedow, tiroidita lui Hashimoto, precum şi alte tiroidite.

SIMPTOME ŞI DIAGNOSTIC. O guşă se manifestă printr-o umflare a regiunii anterioare a gâtului.

Diagnosticul se pune pa baza palpării gâtului. Se caută mai ales semnele unei compresii a organelor din jur, adică o disfagie (jenă la deglutiţie), o disfonie (modificare a vocii) sau o dispnee (jenă respiratorie). Se studiază uneori guşa prin ecografie cervicală care vizualizează lobii tiroidieni şi nodulii, precizând mărimea şi aspectul lor, lichidian (chist) sau solid. Poate să se dovedească necesară o scintigrafie tiroidiană pentru a studia funcţionarea glandei. Un studiu citologic al nodulilor prin citopunctie (aspiraţie cu ajutorul unui ac foarte fin) este realizat uneori. În sfârşit, dozarea hormonilor tiroidieni pune în evidenţă o eventuală creştere sau diminuare a acestora.

EVOLUŢIE ŞI TRATAMENT. De la sine, guşa poate rămâne de dimensiuni mici sau poate creşte în mod regulat şi poate antrena semne compresive. O guşă mai poate deveni şi toxică (secretând hormoni tiroidieni în mod excesiv), şi poate antrena o hipertiroidie. Tratamentul este propus în funcţie de această evoluţie şi de cauza guşei: aport de iod exogen în caz de carenţă, administrare de hormoni tiroidieni în caz de sinteză deficientă a acestora sau ablaţie (tiroidectomie) parţială în cazul unei boli tiroidiene.

GUTĂ. Boală metabolică ce rezultă dintr-un exces de acid uric în organism.

CAUZE. Guta afectează de cele mai multe ori bărbatul de vârstă matură. Ea poate fi consecutivă anumitor boli, hematologice în particular, sau luării unor medicamente, dar de cele mai multe ori este legată de o obezitate sau de excese alimentare. În general, există o predispoziţie genetică pentru fabricarea de prea mult acid uric.

SIMPTOME ŞI SEMNE. Prezent în exces în organism, acidul uric precipită şi cristalizează în articulaţii (cel mai des la baza degetului mare de la picior, dar şi la glezne, genunchi, uneori încheietura mâinii şi degetele mâinii); ea provoacă crize acute de dureri foarte vii (crize de gută), care pot împiedica pacientul să pună piciorul pe pământ. În absenţa tratamentului de fond, articulaţiile se deformează apoi se distrug după câţiva ani de evoluţie, iar acumulările de acid uric de sub piele fac să apară tumefacţii (tofus gutos) pe ureche, pe tendoane şi pe ţesuturile moi. Supraproducţia de acid uric poate, de altfel, să antreneze formarea de calculi renali a căror eliminare provoacă o colică nefretică.

TRATAMENT. Criza de gută este tratată prin administrarea de colchicină şi de antiinflamatoare nesteroidiene. Tratamentul excesului de acid uric în sine depinde de originea sa. Un defect de eliminare este tratat cu un uricozuric (benzbromaron). Un exces de producere, cauzat de unele excese alimentare sau de un consum exagerat de alcool, impune un regim hipocaloric şi suprimarea alcoolului. Subiecţii predispuşi genetic la fabricarea de prea mult acid uric sunt trataţi cu allopurinol, care îi inhibă parţial sinteza. Folosirea acestui medicament a făcut practic să dispară cazurile de gută cronică cu deformare şi distrugere articulară, precum şi insuficienţele cronice renale de origine gutoasă.

GUTURAI. Afecţiune care antrenează o tuse şi o scurgere nazală. → CORIZĂ, RINITĂ.

GÜTHRIE (test al lui). Test de depistare neonatală a fenilcetonuriei.

Testul lui Güthrie este practicat sistematic la noul-născut. Scopul lui este de a diagnostica fenilcetonuria, boală ereditară cauzată de o acumulare de fenilalanină, care provoacă, în absenţa tratamentului, o întârziere mintală. Testul, de obicei practicat între a 8-a şi a 14-a zi de viaţă, constă în dozarea fenilalaninei plecând de la câteva picături de sânge ale copilului, recoltate pe hârtie de filtru apoi puse în contact cu o cultură de bacterii a căror creştere este stimulată de către fenilalanină, creşterea bacteriană fiind proporţională cu concentraţia acesteia în sânge. În caz de rezultat pozitiv (concentraţie de fenilalanină mai mare de 20 miligrame pe mililitru), diagnosticul este confirmat prin alte examene mai precise, care permit să se instituie fără întârziere un regim alimentar sărac în fenilalanină (restricţie protidică), necesar tratării bolii.

Handicapurile motorii. Caracterizate printr-o disfuncție sau printr-o reducere a activității fizice a unui individ (absența mobilității, mișcări parazite), handicapurile motorii afectează membrele, trunchiul sau capul. Ele constituie rangul al doilea în estimările consacrate privind handicapurile severe la tineri.

CAUZE

■ *La copil*, handicapurile motorii provin dintr-o malformație congenitală și sunt consecința unei leziuni cerebrale sau unei atingeri a măduvei spinării survenită înainte, în timpul sau după naștere. Este vorba fie de absența unei părți sau a totalității unui membru (agenezie), fie de pierderea totală sau parțială a motricității prin afectarea mușchilor (miopatie) sau a nervilor care comandă mușchii, fie de mișcări anormale, fie de atingeri articulare.

■ *Handicapurile motorii dobândite mai târziu* afectează copiii și adulții și sunt consecutive unor accidente sau boli. În țările industrializate, accidentele de mașină și de motocicletă (frecvente la tineri) sunt responsabile de amputații, de paralizii, de incapacități de control, de handicapuri grave în urma unor fracturi multiple asociate sau nu unor leziuni viscerale. Creierul sau măduva spinării pot fi atinse, iar o leziune pe traiectul nervului sciatic între măduva spinării și mușchi poate provoca o sciatică paralizantă. Atingerile articulare (poliartrite, artroză) sunt, de asemenea, responsabile de deficiențele motorii.

TRATAMENT. Acesta constă în reconstituirea integrității fizice a subiectului printr-o intervenție chirurgicală, în efectuarea unei reeducări motorii pentru a reduce importanța mișcărilor anormale sau în compensarea absenței unui membru printr-o proteză, care îl înlocuiește în totalitate, sau unei orteze, care se adaptează pe membrul mutilat.

Dezvoltarea ajutoarelor tehnice, mulțumită domoticii și creației de roboți, permite un control al mediului de la domiciliu.

Handicapurile senzoriale. Ele afectează vederea și auzul aproximativ 70 milioane de indivizi din întreaga lume.

■ *Deficiențele vizuale* cuprind îndeosebi atingerile de acuitate vizuală (cecitate sau scăderea acuității vizuale), îngustările câmpului vizual și atingerile pleoapelor și ale mușchilor oculomotori.

■ *Deficiențele auditive* se caracterizează printr-o acuitate auditivă insuficientă.

CAUZE. Cauzele handicapurilor senzoriale sunt variate: accidente, infecții, atingeri congenitale sau foarte precoce etc. Factori specifici pot, de asemenea, să intervină în geneza unor astfel de deficiențe. Astfel, foamea, lipsa de oxigen și epidemiile proprii țărilor în curs de dezvoltare cauzează handicapuri vizuale grave: țările în curs de dezvoltare totalizează 80% dintre orbi. În ce privește surditatea și hipoacuzia, acestea pot fi legate de toxicitatea unor medicamente, de expunerea la zgomot, de un barotraumatism legat de exemplu de plonjare submarină prost controlată) sau de îmbătrânire.

TRATAMENT. Este de fiecare dată cel al cauzei. În plus, se caută compensarea deficienței: proteze auditive și vizuale (ochelari și lupe), implanturi cohleare, ajutoare tehnice (utilizarea microordinatoarelor capabile să transpună scrisul obișnuit în scrisul Braille sau să sintetizeze vocea, subtitrarea emisiunilor televizate).

HANTAAN (virusul lui). Virus A.R.N. din familia Bunyaviridae, responsabil de febra hemoragică de Coreea (febra hemoragică cu insuficiență renală).

HAPTOGLOBINĂ. Proteină a sângelui, haptoglobina este o glicoproteină sintetizată de către ficat. Varietatea anume de haptoglobină pe care o posedă un individ este ereditară, iar identificarea ei este utilizată în medicina legală în cursul cercetărilor de paternitate. Diminuarea concentrației de haptoglobină din sânge indică o hemoliză (distrugerea patologică a globulelor roșii). Creșterea sa este un semn de boală inflamatorie.

HAPTONOMIE. Metodă de pregătire a nașterii care utilizează pipăitul pentru a-i face înainte de naștere să comunice precoce copilul și viitorii lui părinți.

Haptonomia este predată de medici sau de moașe în unele maternități sau în cursul consultațiilor particulare la cabinet. Pregătirea începe în luna a 4-a sau a 5-a de sarcină, când mama începe să simtă copilul mișcând. În timpul ședințelor de haptonomie, părinții învață să comunice cu copilul lor cu ajutorul mâinilor, punându-le pe pântecul matern, și prin vocile lor. Puțin câte puțin, copilul se arată sensibil la contact și răspunde solicitărilor venind să se așeze între mâinile părinților săi. El face astfel o primă cunoștință cu tatăl și mama sa și dobândește o mai mare siguranță afectivă. În ce-i privește pe părinți, aceștia învață să-și asculte copilul și reacțiile sale. Pentru mamă, ședințele de haptonomie sunt o sursă de destindere și de încredere în ea: mușchii ei abdominali și perineali se relaxează spontan, facilitând astfel nașterea. Haptonomia acordă în plus un rol foarte important viitorului tată.

HARADA (boală a lui). Boală care asociază o meningită și o uveită posterioară (inflamație a coroidei, membrana vasculară a retinei).

Boala lui Harada, uveomeningita deosebit de frecventă la asiatici, nu are o cauză cunoscută.

Meningita, de obicei foarte moderată, nu ocazionează decât simptome puțin marcate (febră, dureri de cap, grețuri, jenă oculară la lumină și redoarea cefei). Inflamația coroidei se manifestă prin dezlipiri ale retinei, care regresează de la sine.

Corticosteroizii pe cale generală sunt în ansamblu deosebit de eficace.

HARTNUP (boală a lui). Boală ereditară legată de o anomalie a transportului unor acizi aminați.

Boala lui Hartnup se manifestă din copilărie printr-o erupție cutanată (plăci roșii), prin semne neurologice (pierderea echilibrului; succesiunea de mișcări oscilatorii, scurte și sacadate, ale ochilor).

Tratamentul bolii lui Hartnup, eficace, constă în administrarea pe toată durata vieții de vitamină PP.

HASHIMOTO (tiroidită a lui). Boală tiroidiană benignă cu evoluție cronică, antrenând adesea o hipotiroidie (insuficiență a secreției hormonale tiroidiene).

Tiroidita lui Hashimoto survine, în general, între 30 și 50 de ani. Este vorba de o boală familială, autoimună, care se manifestă printr-o gușă tare, de volum moderat, și prin semne de hipotiroidie (îngroșarea pielii, bradicardie, prudență excesivă, constipație).

În absența tratamentului, tiroidita lui Hashimoto evoluează prin pusee spre o tiroidită profundă.

HDL COLESTEROL. Fracțiune a colesterolului sangvin transportată de către lipoproteine. SINONIM: *colesterol HDL.*

Cantitatea de HDL colesterol nu trebuie să fie mai mică de 1 milimol, adică 0,4 grame, la litru; cu cât nivelul lui este mai ridicat, cu atât riscul de boală coronariană (angor, infarct) este mai scăzut.

HELICOBACTER PYLORI. Bacterie responsabilă de gastrite și ulcere.

Helicobacter pylori este găsită la unii bolnavi atinși de gastrită cronică sau de ulcer al duodenului. Antibioticele permit o vindecare completă, fără recidive.

HELMINTIAZĂ. Boală parazitară umană și animală ivită în urma infestării cu anumiți viermi, helminții. SINONIM: *verminoză.*

DIFERITE TIPURI DE HELMINTIAZĂ

■ *Helmintiazele intestinale* sunt fie cauzate de nematode (viermi rotunzi) ca ascaris, tricocefal, trichină, anghilulă, ankylostom, fie de viermi plați ca tenia vitelor, tenia porcilor, tenia peștilor, distomele intestinale sau bilharziile.

■ *Helmintiazele ficatului* sunt cauzate fie de o infestare cu viermi adulți, gălbezele (gălbeaza mare a ficatului, gălbeaza de China), fie de o infestare cu larve în cazul unui chist hidatic (provocat de o larvă, hidatida) sau în cazul echinococozei alveolare, fie prin prezența ouălor, îndeosebi în cazul bilharziozelor.

■ *Helmintiazele plămânilor* corespund prezenței unor distome (gălbeze) în bronhii, fie dezvoltării unui chist hidatic.

■ *Helmintiazele exclusiv tropicale* afectează ganglionii în cazurile de filarioze limfatice, pielea în cazul loazei, dracunculozei, sau oncocercozei, aceasta din urmă afectând și ochii.

HEMARTROZĂ. Efuziune de sânge într-o articulație, de cele mai multe ori localizată în cavitatea articulară a genunchiului.

În general, o hemartroză survine imediat după un traumatism provocator al unei leziuni severe a articulației.

Hemartroza se caracterizează de cele mai multe ori printr-o umflare și o durere a articulației respective.

TRATAMENT. O pungă cu gheață pusă pe articulație poate ajuta la diminuarea efuziunii și a durerii. În scopul de a opri hemoragia, medicul va putea realiza un bandaj articular relativ strâns și va recomanda punerea în repaus a membrului în poziție supraînălțată timp de 2–3 săptămâni.

HEMATEMEZĂ. Vomă cu sânge de origine digestivă.

O hematemeză traduce o hemoragie digestivă superioară (sânge mai mult sau mai puțin digerat provenind din esofag, stomac sau duoden). Cauzele cele mai frecvente sunt ruptura varicelor esofagiene din cauza hipertensiunii portale la un subiect atins de ciroză, ulcerul gastroduodenal și gastritele hemoragice. O hematemeză necesită o spitalizare de urgență pentru a-i putea aprecia gravitatea și repercusiunile sale.

Tratamentul face apel de cele mai multe ori la medicamente antiulceroase, precum și la sclerozarea, realizată pe cale endoscopică, a varicelor esofagiene sau a unui ulcer hemoragic.

HEMATIE. Celulă sangvină care transportă oxigenul din plămâni spre țesuturi. SINONIME: *eritrocit, globul roșu.*

Hematia poate fi considerată drept un sac care transportă hemoglobina, pigmentul proteinic de culoare roșie însărcinat cu transportul oxigenului.

HEMATOCEL AL VAGINALEI TESTICULARE. Acumulare de sânge între testicul și învelișul său seros, vaginala testicular.

Un hematocel al vaginalei testiculare este adesea consecința unui traumatism al testiculului; mai rar este legat de o tumoră testiculară. Dureros, hematocelul se traduce printr-o creștere în volum a testiculului și a bursei. Tratamentul constă într-o intervenție chirurgicală, care permite evacuarea colecției sangvine și verificarea stării testiculului.

HEMATOCRIT. Mărime a volumului ocupat de globulele roșii într-o probă de sânge în raport cu volumul probei, exprimată în procente.

Hematocritul normal se situează între 40 și 54% la bărbat și între 35 și 47% la femeie. Diminuarea sa conduce la căutarea unei anemii, creșterea sa este consecutivă unei poliglobulii (creșterea masei totale de globule roșii din organism).

HEMATOLOGIE. Știință a bolilor sângelui, măduvei și ganglionilor.

HEMATOM. Colecție de sânge într-un organ sau într-un țesut, apărută ca urmare a unei hemoragii.

Un hematom are aproape întotdeauna drept cauză un traumatism. În majoritatea cazurilor, hematomul regresează spontan. Se evacuează sângele, prin puncție sau prin incizie chirurgicală, doar în cazul hematoamelor voluminoase și compresive.

HEMATOM EXTRADURAL. Colecție de sânge între bolta craniană și dura mater (ultima foiță externă care învelește meningele).

CAUZE ȘI SEMNE. Un hematom extradural este relativ rar. El este consecutiv unei loviturі pe acea parte a capului și provoacă dureri de cap, tulburări ale conștienței (somnolență, comă), uneori o hemiplegie. Evoluția este caracteristică: semnele nu apar decât la câteva ore după traumatism.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Se impune spitalizarea de urgență, diagnosticul este confirmat prin scanografie, iar tratamentul constă într-o intervenție chirurgicală. Chirurgul realizează un volet osos în craniu, evacuează hematomul, apoi reînchide voletul.

HEMATOM RETROPLACENTAR. Efuziune anormală de sânge care poate surveni, în timpul sarcinii, între placentă și peretele uterului.

Un hematom retroplacentar este de cele mai multe ori consecința unei hipertensiuni arteriale și a complicațiilor sale (toxemie gravidică), a unui diabet, a unei sarcini multiple sau a unui hidramnios (exces de lichid amniotic). El se declară, în general, în al treilea trimestru de sarcină și în timpul nașterii, printr-o durere bruscă și intensă, o sângerare vaginală, uneori printr-o stare de șoc (rău, cădere a tensiunii arteriale).

Tratamentul, întreprins de urgență, asociază reanimarea mamei și nașterea prin cezariană.

HEMATOM SUBDURAL. Colecție de sânge în craniu, la interiorul meningelor.

Efuziunea de sânge se formează în spațiul subdural după un traumatism cranian. Se disting două feluri de hematoame subdurale.

- *Hematomul subdural acut* care este consecutiv unui traumatism cranian grav (accident rutier, cădere de la mai multi metri). Curând, apar tulburări ale conștienței (somnolență, comă) și semne neurologice (paralizie etc.). Diagnosticul este confirmat prin scaner. Dacă hematomul este foarte voluminos, chirurgul practică o operație de urgență, sub anestezie generală, pentru a-l evacua. Dar tratamentul este mai ales medical și se adresează simptomelor: medicamente împotriva edemului cerebral (manitol pe cale venoasă). Prognosticul hematomului subdural acut este foarte sumbru.
- *Hematomul subdural cronic* este urmarea unui traumatism minor. După o perioadă de mai multe săptămâni până la câteva luni, apar, asociate sau nu, dureri de cap, tulburări psihice, o încetinire psihomotorie, tulburări ale mersului, uneori un început de hemiplegie sau tulburări de vorbire (afazie). Diagnosticul este confirmat prin scaner. Decizia de a opera depinde de anumiți factori: starea generală a pacientului, volumul hematomului. În cazul în care soluția intervenției chirurgicale nu este reținută, tratamentul medical (supraveghere, corticoterapie etc.) permite, ca regulă generală, resorbția hematomului.

HEMATOPOIEZĂ. Totalitate a mecanismelor care asigură producerea continuă și regulată a diferitelor celule sangvine.

La om, hematopoieza este asigurată de către măduva osoasă.

HEMATOZĂ. Proces fiziologic care permite transformarea, în plămâni, a sângelui venos încărcat cu dioxid de carbon în sânge arterial încărcat cu oxigen.

HEMATURIE. Prezență a sângelui în urină.

O hematurie poate fi macroscopică, decelată chiar de pacientul a cărui urină este de culoare roșie, rozalie sau brună și care conține uneori cheaguri sangvine. Ea mai poate fi microscopică: urina are atunci o culoare normală, sângele nefiind decelat decât la examenul microscopic.

Bolile cele mai frecvente care stau la originea unei hematurii sunt infecțiile urinare (cistite), tumorile și papiloamele vezicii, adenoamele și cancerele prostatei, calculii rinichiului sau ai ureterei, tumorile rinichiului, tuberculozele urinare. Tratamentul constă în tratarea bolii care se află la originea hematuriei.

HEMERALOPIE. Scădere a vederii la lumină slabă (crepuscul, iluminare slabă).

O hemeralopie se întâlnește, în principal, în cursul unor afecțiuni care ating retina, fie că ele sunt congenitale (retinopatie pigmentară), fie dobândite (retinopatie diabetică).

HEMIAGEUZIE. Pierdere a simțului gustativ pe jumătatea dreaptă sau pe jumătatea stângă a limbii.

HEMIANOPSIE. Pierdere a vederii unei jumătăți a câmpului vizual al fiecărui ochi.

Hemianopsiile iau diferite aspecte, dar cele mai obișnuite sunt hemianopsiile laterale, în care fiecare ochi pierde jumătatea temporală (dinspre partea tâmplei, spre exterior) sau jumătatea nazală (de partea nasului, spre interior) a vederii sale.

Leziunile căilor vizuale pot avea drept cauză un traumatism cranian, o compresie exercitată de o tumoră sau un accident vascular cerebral. Tratamentul este doar cel al cauzei.

HEMIPLEGIE. Paralizie care afectează o jumătate (stângă sau dreaptă) a corpului.

Hemiplegia poate fi fie spasmodică (mușchii atinși sunt rigizi), fie flască (mușchii sunt moi și slăbiți).

CAUZE. O hemiplegie are drept cauză o leziune a căii piramidale, fasciculul de fibre nervoase care merg de la cortexul cerebral până la diferite niveluri ale măduvei spinării și care comandă contracția mușchilor. Leziunea se află de partea opusă membrelor atinse. Această leziune este, la rândul ei, consecutivă unui accident vascular cerebral, ischemic (diminuarea sau oprirea circulației) sau hemoragic, unei tumori sau unui traumatism ori a unei infecții a sistemului nervos (abces al creierului).

TRATAMENT. Acesta este, în principal, tratamentul cauzei, care poate face să regreseze hemiplegia sau împiedică să se agraveze. Lui i se adaugă tratamentul simptomelor (ventilație asistată în caz de comă). Ulterior, reeducarea ameliorează adesea secvelele motorii, iar ortofonia, pe cele de limbaj.

HEMOCROMATOZĂ. Boală metabolică consecutivă acumulării de fier în țesuturile organismului. SINONIM: *diabet bronzat*.

DIFERITE TIPURI DE HEMOCROMATOZĂ

■ *Hemocromatoza primitivă* este o boală rară, ereditară.

■ *Hemocromatoza secundară* poate fi legată de un alcoolism cronic și mai ales de transfuziile repetate.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Stocarea excesivă de fier antrenează anomalii hepatice și endocrine. Atingerea hepatică este o ciroză, agravată în cazul consumului de alcool. Atingerea endocrină este mixtă: pancreatică (diabet zaharat) și hipofizară (deficit în gonadotrofine). În plus, supraîncărcarea în fier provoacă o colorație cenușie a pielii.

DIAGNOSTIC. Tratamentul hemocromatozei constă în practicarea unor luări regulate de sânge de la pacienții care nu sunt anemici; aceste sângerări rămân procedeul cel mai eficace pentru a elimina fierul în exces. Totuși, la bolnavii politransfuzați, acest tratament nu este posibil. Administrată în doze mari și de preferință pe cale subcutanată mai multe ore pe zi, deferoxamina (agent chelator al fierului) întârzie procesul de supraîncărcare în fier crescând eliminarea sa urinară și digestivă.

HEMOCULTURĂ. Tehnică de laborator vizând punerea în evidență a prezenței sau absenței unor microorganisme patogene în sânge, deci depistarea stărilor septicemice și precizarea germenului responsabil, precum și a antibioticelor active față de acesta.

HEMODIALIZĂ. Metodă de epurare a sângelui cu ajutorul unui rinichi artificial.

Hemodializa a fost adesea utilizată în anumite cazuri de intoxicație gravă, dar este mai ales tratamentul major al insuficiențelor renale acută și cronică. Cel puțin până când este posibilă practicarea unei grefe renale, tratamentul insuficienței renale cronice prin hemodializă este definitiv.

Hemodializa permite epurarea sângelui de deșeurile care sunt eliminate în mod normal prin urină (uree, creatinină), corectarea unui eventual dezechilibru electrolitic (niveluri anormale de sodiu, de potasiu, de bicarbonați etc. în sânge) și reechilibrarea pH-ului sangvin în caz de acidoză (aciditate sangvină excesivă).

TEHNICĂ. Hemodializa constă în punerea în contact, prin intermediul unei membrane semipermeabile numită dializor (care nu lasă să treacă decât moleculele de dimensiuni mici și medii), a sângelui bolnavului cu un lichid a cărui compoziție este apropiată de cea a plasmei normale (dializat).

DESFĂȘURARE. În caz de insuficiență renală cronică, ședințele de tratament durează între 4 și 5 ore de trei ori pe săptămână. Majoritatea pacienților se deplasează la centrele de hemodializă spitalicești, publice sau particulare. Dar ședința poate avea loc și la domiciliul pacientului (în acest caz, acesta urmează mai înainte o pregătire, el și partenerul de viață, sau părinții dacă este vorba de un copil). În caz de insuficiență renală acută, ședințele au loc în ritmuri variabile, după gravitatea tulburării, în serviciile de nefrologie sau de reanimare, zilnic în cazurile grave.

SUPRAVEGHERE. O supraveghere medicală, asigurată de către un nefrolog, este obligatorie. Acesta fixează durata ședințelor, cantitatea de apă plasmatică de filtrat și tratamentele anexe, dietetice și medicamentoase. Hemodializa este perfect compatibilă cu o viață normală.

HEMODILUȚIE. Tehnică ce constă, înaintea unei operații chirurgicale cu risc hemoragic, în prelevarea a două sau trei unități de sânge de aproximativ 400 mililitri fiecare de la un subiect (înlocuind această cantitate de sânge cu un lichid mai puțin dens) cu scopul de a putea ca, la sfârșitul intervenției sau chiar imediat după ea, sângele propriu să-i fie reinjectat.

HEMOFILIE. Boală ereditară legată de cromozomul X, caracterizată printr-o tulburare a coagulării sângelui.

Hemofilia este transmisă în mod recesiv și legat de sex: gena în cauză se găsește pe unul dintre cei doi cromozomi X ai mamei și doar băieții dezvoltă boala. Fetele nu o prezintă (cu excepția, uneori, a unor tulburări minore). O femeie purtătoare a genei acestei boli va avea jumătate din fiii săi hemofilici, iar jumătate dintre fiicele sale purtătoare ale genei, ceilalți copii, fete sau băieți fiind indemni (neafectați). În schimb, bolnavul hemofilic de sex masculin transmite gena anormală tuturor fiicelor sale, care devin purtătoare ale genei, dar fiii lui scapă neafectați.

DIFERITE TIPURI DE HEMOFILIE. Există două feluri de hemofilie, A și B, prima fiind de zece ori mai frecventă decât cea de a doua. Coagularea normală a sângelui depinde de acțiunea a treisprezece factori sangvini numerotați de la I la XIII. Hemofilia A este legată de un deficit al factorului VIII, iar hemofilia B, de un deficit al factorului IX.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Hemofilia antrenează hemoragii a căror repetare și gravitate sunt proporționale cu importanța deficitului în factorul sangvin VIII sau IX.

■ *În formele usoare*, în care nivelul sangvin al factorului VIII este mai mare de 5%, nu există temerea de hemoragii decât cu ocazia intervenţiilor chirurgicale sau a extracţiilor dentare.

■ *În formele moderate*, în care nivelul sangvin al factorului VIII variază între 2 şi 5%, hemoragiile sunt provocate prin traumatisme, prin căderi.

■ *În formele severe*, în care nivelul factorului sangvin VIII este mai mic de 1%, sângerările se produc spontan aproape în tot organismul, cauzând efuziuni în muşchi, sub piele (hematoame) şi în articulaţii (hemartroze). Hemoragiile interne pot antrena prezenţa sângelui în urină (hematurie).

DIAGNOSTIC. Diagnosticul este confirmat prin măsurarea nivelului factorilor sangvini VIII şi IX. El poate, de asemenea, să fie stabilit înainte de naştere: de la a 10-a săptămână de sarcină, o prelevare a vilozităţilor coriale (viitoarea placentă) permite analiza genetică a fătului. La 18 sau la 20 săptămâni de sarcină, analiza unui prelevat de sânge fetal din cordonul ombilical permite aceeaşi cercetare.

TRATAMENT ŞI PREVENIRE. Hemoragiile sunt oprite cu substanţele coagulante şi, dacă este necesar, pierderea de sânge este compensată printr-o transfuzie. Este practicată o injectare de concentrat de factor VIII liofilizat şi încălzit, sau de factor IX încălzit. Hemofilicii iau, preventiv, doze regulate de concentrat de factor VIII sau IX. Riscul de transmisie prin sânge al mai multor virusuri a modificat modurile de tratament cu utilizarea adjuvanţilor ca desmopresina, sau DDAVP, şi antifibrinoliticele. Astăzi, riscul de transmisie a virusului cauzator al SIDA este în mare parte eliminat prin încălzirea produselor injectate. Riscul transmisiei hepatitei C persistă, dar el este foarte moderat, evaluat între 1–3 pentru 10 000 transfuzii de sânge sau de plasmă; cel al transmisiei virusului hepatitei B este evaluat la 1 pentru 50 000, dar el poate fi prevenit prin vaccinare. De acum înainte, producerea de factor VIII prin inginerie genetică protejează total transmiterea virală pe această cale. Alterările articulare provocate prin hemartroze necesită uneori o reeducare ortopedică.

Riscurile întâmpinate de către hemofilici justifică ideea că, înainte de a concepe, o femeie care aparţine unei familii de hemofilici trebuie să verifice dacă ea este sau nu purtătoare a genei bolii.

HEMOGLOBINĂ. Proteină conţinută în globulele roşii, cărora le conferă culoarea, care vehiculează oxigenul în sânge.

Hemoglobina este sintetizată de către globulele roşii în timpul formării în măduva osoasă. Ea serveşte la transportul dioxidului de carbon din organe (inimă, muşchi) către plămâni, dar mai ales la transportul oxigenului în toate ţesuturile organismului. Hemoglobina este un pigment roşu-aprins, atunci când este oxigenată (culoarea sângelui arterelor din marea circulaţie), albastru atunci când ea şi-a pierdut oxigenul său (venele din marea circulaţie).

A trăi ca hemofilic

Cu scopul de a permite pacienţilor atinşi de o hemofilie să ducă o viaţă pe cât posibil normală, centre specializate oferă (in)formarea hemofilicilor în ce priveşte riscurile, tratamentul şi prevenirea acestei boli: recunoaşterea simptomelor hemoragiei, tratamentul preventiv la domiciliu, sfatul genetic. În aceste centre, infirmiera învaţă pacientul să-şi injecteze produsele substitutive. Copiii sunt iniţiaţi foarte devreme în această practică, în general spre vârsta de 8–10 ani).

Unele precauţii trebuie să fie luate în viaţa zilnică a hemofilicilor: evitarea loviturilor şi căderilor: alegerea de preferinţă a cămăşilor cu mâneci lungi, a hainelor şi pantalonilor matlasaţi, a încălţămintei care acoperă călcâiele; purtarea cu sine a unei truse farmaceutice care conţine cele necesare unei perfuzii. Extracţiile dentare trebuie să fie efectuate în mediu spitalicesc.

Practicarea unui sport nu este interzisă. Totuşi, din cauza riscurilor accidentelor articulare, sunt interzise sporturile violente şi periculoase: artele marţiale, scrima, paraşutismul, plonjarea submarină, fotbalul, echitaţia etc. În schimb, sunt evaluate ca sporturi cu risc mic, cu condiţia să fie practicate cu un echipament adecvat, nataţia, golful, tenisul, voleiul şi baschetul (cu genunchiere şi cu încălţăminte montantă), patinajul pe rotile (cu cască şi cu genunchiere), schiul ca plimbare, ciclismul (cu cască şi cu un scaun bine ajustat), alergatul (cu încălţăminte dotată cu un suport plantar).

Pe plan educativ, doar meseriile manuale sunt excluse din orientarea profesională. În plus, este recomandat ca şcoala să fie informată asupra bolii copilului.

În călătorie, trebuie să fie prevăzută deţinerea unor indicaţii şi informaţii indispensabile privind tratamentul, oferite de medic.

Patologiile, de gravitate foarte variabilă, pot să nu antreneze altceva decât o cianoză sau, tot aşa de posibil, să pună în joc viaţa bolnavului. → NUMĂRARE A FORMULEI SANGVINE.

HEMOGLOBINA GLICOZILATĂ. Hemoglobină pe care este fixată o moleculă de glucoză. SINONIM: *hemoglobina glucozata*.

Hemoglobina glicozilată (HbA_{1C}) este utilizată pentru supravegherea eficacităţii unui tratament pe durată lungă la diabetici.

HEMOGLOBINOPATIE. Boală relativă la hemoglobină.

Printre hemoglobinopatii, se pot deosebi talasemiile (defect de sinteză a hemoglobinei) de hemoglobinoze (boli legate de un defect de structură a moleculei de hemoglobină).

CAUZE. Talasemiile sunt boli consecutive diminuării sau absenței fabricării unuia dintre lanțurile polipeptidice ale hemoglobinei.

Hemoglobinozele, care există în vreo 300 de varietăți, rezultă, în general din mutații genetice punctuale.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticarea anomaliilor se bazează, în principal, pe electroforeză (separarea componentelor sângelui prin utilizarea unui câmp electric), care permite să se detecteze hemoglobinele anormale.

Atitudinea de adoptat în caz de transmisie a unei hemoglobinoze este funcție de tipul de mutație: unele forme nu necesită deloc tratament, ci doar restricții alimentare și medicamentoase; altele antrenează o hemoliză importantă care trebuie să fie tratată prin transfuzii frecvente. Pentru formele grave, viitorii părinți pot recurge la sfatul genetic și la depistarea prenatală cu scopul de a estima riscurile întâmpinate de către copilul lor. → DREPANOCITOZĂ, TALASEMIE.

HEMOGLOBINURIE. Prezență a hemoglobinei în urină.

Hemoglobinuria este un semn de hemoliză (distrugerea globulelor roșii) importantă în interiorul vaselor sangvine. Hemoglobinuria se traduce prin emisia de urină de culoare roșie-închisă. Un astfel de semn trebuie să ducă la căutarea cauzei hemolizei și, îndeosebi, a unei anemii hemolitice.

HEMOGRAMĂ. Numărarea elementelor figurate ale sângelui (globule albe, globule roșii, plachete).

O hemogramă este realizată plecând de la o prelevare de sânge venos la adult, de sânge capilar la un copil mic. Ea comportă două tipuri de analiză. Un tip de analize este cantitativ și descrie numărul de elemente figurate, nivelul de hemoglobină, concentrația medie a globulelor roșii în hemoglobină, valoarea hematocritului (procentul volumului globulelor roșii în raport cu volumul sangvin total) și volumul globular mediu. Celălalt tip este morfologic și descrie aspectul diferitelor celule. Această numărare permite depistarea a foarte numeroase afecțiuni (anemii, inflamații, reacții imunitare etc.). → NUMĂRARE A FORMULEI SANGVINE.

HEMOLIZĂ. Distrugere a globulelor roșii.

Durata de viață a globulelor roșii în organism este, în stare normală, de aproximativ 120 zile. Hemoliza este atunci efectuată de către celulele macrofage ale măduvei osoase și ale ficatului. Diferiții constituenți ai globulului roșu sunt în continuare reciclați și reutilizați de către organism.

HEMOLIZE PATOLOGICE. O hemoliză patologică poate să fie urmarea unei anomalii particulare a globulului roșu, ca în cazul drepanocitozei sau al deficitului în glucozo-6-fosfat dehidrogenază, a unei agresiuni exterioare (hemoliză mecanică din cauza prezenței unei proteze cardiace, paludism) sau a unei boli autoimune.

O hemoliză patologică se traduce printr-o creștere a nivelului de bilirubină liberă, printr-o scădere a unei glicoproteine din plasmă, haptoglobina, și, atunci când hemoliza este mai ales intravasculară, printr-un nivel mai ridicat al hemoglobinei plasmatice din sânge și printr-o hemoglobinurie (prezența hemoglobinei în sânge).

HEMOPATIE. Boală a sângelui.

Anemiile și leucemiile, de exemplu, sunt hemopatii.

HEMOPTIZIE. Eliminare pe gură de sânge provenind din aparatul respirator.

O hemoptizie este consecutivă rupturii unui vas sangvin la un nivel oarecare al arborelui respirator. Ea nu trebuie să fie confundată cu o hematemeză (vomare de sânge provenind din leziuni ale aparatului digestiv), nici cu prezența sângelui în gură rezultată dintr-o sângerare la nivelul nasului (epistaxis).

O hemoptizie este de cele mai multe ori consecutivă unei bronșite cronice care s-a infectat, unei tuberculoze pulmonare vechi sau recente, unei dilatații a bronhiilor, unei embolii pulmonare sau unui cancer al bronhiilor.

Oricare ar fi cantitatea de sânge scuipată, hemoptizia este un semn de alarmă important și trebuie întotdeauna să ducă la o consultație medicală, chiar la o spitalizare imediată.

Cauza hemoptiziei este cea care trebuie tratată cu prioritate. Odihna, medicamentele antihemoragice și anxioliticele sunt, în general, eficace. Dacă hemoptizia este abundentă sau persistentă, se poate dovedi necesară o embolizare arterială bronșică. Ea constă în obliterarea arterei bronșice cu ajutorul unor particule injectate sub control radiologic. O intervenție chirurgicală, în caz de sângerare rebelă și localizată, poate să fie indicată în rare cazuri.

HEMORAGIE. Scurgere de sânge în afara vaselor sangvine.

O hemoragie este numită externă dacă sângele se scurge direct în exterior, internă dacă se produce într-o cavitate (torace, abdomen) sau într-un organ intern (stomac, intestin); când sângele iese pe căile naturale (gură, anus, uretră), hemoragia se numește secundar exteriorizată.

CAUZE. O hemoragie are drept cauză un traumatism, lezarea unui organ (inflamație, ulcer, tumoră) sau o anomalie a vaselor (anevrism, fragilitate prin hipertensiune arterială).

TRATAMENT. Acesta constă în oprirea hemoragiei, în general prin intervenție chirurgicală. Atunci când hemoragia este externă și consecutivă unei plăgi a vaselor gâtului sau ale unui membru, ea poate fi întreruptă prin compresia – cu mâna sau cu un pachet de tifon – punctului de sângerare sau a unui punct situat pe traiectul trunchiului arterial care alimentează sângerarea. De asemenea, se poate pune un garou, fie la rădăcina membrului, fie imediat în amonte de sângerare, dar această tehnică nu este lipsită de pericole. De asemenea, trebuie înlocuit volumul de sânge pierdut

perfuzând într-o venă soluții de umplutură (gelatine, dextrani). Acestea din urmă sunt insuficiente în cazurile cele mai grave, când trebuie să se recurgă la transfuzii sangvine.

HEMORAGIE CEREBRALĂ. Scurgere de sânge în creier. → ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL.

HEMORAGIE DIGESTIVĂ. Scurgere sangvină provenind din tubul digestiv. SINONIM: *gastroragie*.

Hemoragia tubului digestiv superior. Este o sângerare ce provine din esofag, din stomac sau din duoden, exteriorizată prin vome sângerânde numite hematemeze.

CAUZE. O hemoragie a tubului digestiv superior este consecința unui ulcer gastroduodenal, unei tumori (benigne sau maligne), unei rupturi de varice situate în esofag, sau unei gastrite acute, de cele mai multe ori provocate de medicamentele antiinflamatorii.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticarea se face prin fibroscopie. Aceasta, realizată cu ajutorul unui tub optic suplu introdus prin gură în tubul digestiv, permite adesea să se practice în același timp o scleroterapie (injectarea de produse sclerozante în varicele esofagian care sângerează). În caz de hemoragie masivă sau necontrolată, se impune intervenția chirurgicală.

Hemoragia tubului digestiv inferior. Este o sângerare ce provine din intestin (intestinul subțire, colon sau rect), și care se evacuează prin anus.

CAUZE. O hemoragie a tubului digestiv inferior este consecutivă unei rupturi de hemoroid, unei tumori a rectului sau a colonului, unei ulcerații provocate de folosirea termometrului.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Se poate decela o hemoragie a tubului digestiv inferior prin examenul chimic al scaunului, care poate conține sânge roșu sau negru, denumit melenă. Tratamentul, mai mult sau mai puțin urgent, depinde de cauza și de importanța sângerării: el poate fi medical (scleroterapie, electrocoagulare) sau chirurgical în caz de hemoragie masivă. → RECTORAGIE.

HEMORAGIE GINECOLOGICĂ. Scurgere de sânge prin vagin.

Cauza cea mai probabilă a unei hemoragii ginecologice este menstruația.

CAUZE PATOLOGICE ȘI SIMPTOME. Când sângele provine din uter, hemoragia ginecologică poate, de asemenea, să fie cauzată de o endometrită (infecție a mucoasei uterine) sau de un cancer al uterului, boli care pot surveni în aceeași măsură și înainte, și după menopauză. Se deosebesc menoragiile (scurgeri menstruale anormal de îndelungate) și metroragiile (scurgeri sangvine în afara fluxului menstrual), care apar ca urmare a unei tulburări hormonale sau a unui miom (fibrom).

Uterul poate, de asemenea, să sângereze în timpul sarcinii: atunci se vorbește de o hemoragie obstetricală. În timpul primelor luni de sarcină, aceste sângerări pot anunța un avort spontan. Dacă sângerarea intervine într-un stadiu mai avansat al sarcinii, ea poate traduce o problemă fetală sau maternă.

Când sângele provine din colul uterin, sângerarea poate fi cauzată de un ectropion cervical (țesut glandular suplimentar ce înconjoară colul uterin), iar scurgerea survine de cele mai multe ori după raporturile sexuale. O cervicită (inflamație a colului uterin), polipii, un cancer al colului pot, de asemenea, să aibă drept simptom o sângerare a colului uterin.

Sângerările provenind din peretele vaginal sunt mai puțin frecvente decât sângerările colului uterin și ale uterului. Ele pot proveni eventual dintr-o rănire produsă de raporturile sexuale, mai ales după menopauză, pereții vaginali devenind atunci mai subțiri și mai fragili. Se întâmplă ca o vaginită gravă să producă sângerări. O sângerare vaginală poate, de asemenea, să fie cauzată de cancerul de vagin.

TRATAMENT. Tratamentul este cel al cauzei. Infecțiile sunt tratate cu antibiotice. Pereții fragilizați pot fi fortificați prin aplicarea unor creme conținând hormoni estrogeni.

HEMORAGIE INTRAOCULARĂ. Efuziune sangvină într-una din diferitele părți ale ochiului.

După localizare, se deosebesc mai multe feluri de hemoragie intraoculară.

Hemoragia retiniană. O hemoragie retiniană este o scurgere sangvină situată în retină.

CAUZE. O hemoragie retiniană poate fi cauzată de o oclu zie a unei vene care drenează sângele retinei, de o hipertensiune arterială, de un diabet sau de o degenerescență a retinei legată de vârstă sau de miopie.

SEMNE. Ea se manifestă printr-o scădere a vederii atunci când este destul de importantă și când privește polul posterior al retinei și macula. Hemoragiile periferice fără alterarea vederii pot să treacă neobservate; doar examenul fundului de ochi cu lampa cu fantă poate permite decelarea lor. O hemoragie retiniană poate genera o hemoragie intravitroasă.

TRATAMENT. Nu se cunoaște vreun mijloc care să facă să dispară acest tip de hemoragie.

Hemoragia subconjunctivală. Este o scurgere sangvină amplasată sub conjunctivă, membrana transparentă care acoperă albul ochiului.

CAUZE. O hemoragie subconjunctivală se poate produce spontan, fie ca urmare a unei chinte de tuse, a unor vărsături repetate, fie prin creșterea presiunii venoase sau în cursul unui puseu de hipertensiune arterială. Ea mai poate fi cauzată de tulburări ale coagulării.

SIMPTOME ŞI TRATAMENT. O întindere de un roşu aprins uniform, mai mult sau mai puţin extinsă, apare, atingând limbul (limita dintre cornee şi sclerotică). Nu se manifestă nici durere, nici scădere a acuităţii vizuale, iar descoperirea este adesea întâmplătoare. Atunci când această întindere survine în urma unui traumatism, adesea nu este văzută limita posterioară şi este important să se verifice starea altor structuri oculare. Ea se resoarbe în ambele cazuri fără tratament în aproximativ două săptămâni. Episoadele repetate pot traduce o slăbiciune locală a vaselor conjunctivale sau o tensiune arterială crescută de care nu se ştie.

HEMORAGIE MENINGEANĂ. Scurgere de sânge în meninge, învelişurile care înconjoară creierul.

CAUZE. O hemoragie meningeană este consecutivă unei rupturi spontane a unui anevrism arterial (mică zonă dilatată a unei artere) sau unui traumatism cranian. Sângele se scurge între foiţele meningelor şi tapisează encefalul sub bolta craniană.

SEMNE ŞI SIMPTOME. Brusc, bolnavul simte dureri de cap insuportabile, vomită în jeturi, nu suportă lumina (fotofobie) şi, adesea, cade brusc în stare de inconştienţă. Nu are febră. Alte semne dovedesc o leziune cerebrală: nu poate vorbi, are o paralizie facială sau un deficit motor pe o singură parte. Acestea pot să se dezvolte în câteva minute sau în câteva ore.

DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT. O scanografie şi o puncţie lombară, prin care se recoltează un lichid cefalorahidian amestecat cu sânge, sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului. Tratamentul este cel al cauzei, prin intervenţie chirurgicală când aceasta este posibilă. Hemoragiile meningeene sunt accidente vasculare cerebrale al căror pronostic este foarte rezervat.

HEMOROID. Varice ale venelor situate în jurul anusului.

Hemoroizii, patologie destul de obişnuită la adult, se împart, după amplasarea lor, în hemoroizi interni şi hemoroizi externi. Apariţia lor este favorizată de ereditate, de constipaţie, sarcina, prin intermediul hipertensiunii venoase pe care o produce, este, de asemenea, un factor predispozant.

SIMPTOME ŞI SEMNE. Uneori fără simptome, hemoroizii pot totuşi să se manifeste în două feluri: prin dureri şi/sau prin sângerări.

■ *Durerile* pot merge până la o senzaţie de greutate anală, în caz de inflamaţie locală (anită hemoroidală), până la o durere violentă şi insuportabilă în caz de strangulare a unui prolaps hemoroidal (hemoroid exteriorizat şi vizibil), numit procidenţă hemoroidală. Trombozele hemoroidale (tumefacţii albăstrui, rotunjite şi tari, provenite din formarea cheagurilor sangvine), de cele mai multe ori externe, sunt, de asemenea, responsabile de dureri mari.

■ *Sângerările*, sau rectoragiile hemoroidale, provin din leziunile reţelei capilare adiacente zonei hemoroidale interne. Sângerarea, de culoare roşu-aprins, este de cele mai multe ori puţin abundentă şi declanşată de defecaţie. Totuşi, orice sângerare trebuie să conducă la un examen rectoscopic aprofundat, astfel încât să poată exclude ipoteza unui cancer.

DIAGNOSTIC. Diagnosticarea, uşoară, se face în cursul unui examen, zis proctologic, care cuprinde tuşeul rectal, examenul bordului anal şi anuscopia (examenul anusului cu ajutorul unui tub numit anuscop, dotat cu un dispozitiv optic).

TRATAMENT. Acesta începe prin administrarea de laxative neiritante, prin absorbţia de medicamente antiinflamatoare sau destinate ameliorării circulaţiei şi tonicităţii venoase şi prin aplicaţii locale de antiseptice şi de anestezice. Hemoroizii pot, de asemenea, să fie trataţi prin intervenţii realizabile pe cale endoscopică: injecţii sclerozante, ligatură elastică servind la strângerea bazei hemoroidului şi la antrenarea necrozei sale, crioterapie. În caz de eşec al tratamentului medical sau în cazul unei patologii severe, trebuie să se practice o hemoroidectomie (excizia hemoroizilor).

HEMOROIDECTOMIE. Ablaţie chirurgicală a hemoroizilor.

Hemoroidectomia este indicată în caz de complicaţii ale hemoroizilor (hemoragie, dureri, formarea unui cheag, inflamaţia anusului) sau când tratamentele medicale (scleroză, crioterapie, ligatură elastică) au eşuat. Ea este practicată sub anestezie generală.

Urmările acestei intervenţii fiind destul de dureroase, trebuie să fie supravegheate şi necesită îngrijiri postoperatorii asidue, în particular o dilataţie anală prudentă în timpul primelor 10 zile. Trebuie asociate acestora măsuri dietetice (îmbogăţirea regimului alimentar în fibre).

HEMOSIDEROZĂ. Supraîncărcare a ţesuturilor cu hemosiderină, un pigment proteic conţinând o sare ferică.

Hemosideroza poate fi localizată, provocată fiind de o hemoragie, sau generalizată, ca urmare a unei transfuzii.

HEMOSPERMIE. Prezenţă a sângelui în spermă. SINONIM: *hematospermie*.

O hemospermie este de cele mai multe ori benignă, urmarea unei inflamaţii sau unei infecţii ale veziculelor seminale. Mult mai rar, ea este legată de un adenom sau de un cancer al prostatei. Sperma subiectului este colorată în roşu atunci când sângerarea este recentă, în brun, atunci când ea este veche. O hemospermie poate persista mai multe săptămâni, apoi poate dispărea spontan.

HEMOSTATIC. Medicament capabil să oprească sângerările şi hemoragiile.

HEMOSTAZĂ PRIMARĂ. Totalitate a fenomenelor fiziologice care permit oprirea unei hemoragii prin formarea

unui trombus trombocitar (agregare de plachete în contact cu vasul lezat).

HEMOTORAX. Efuziune de sânge în cavitatea pleurală.

Un hemotorax are cel mai des drept cauză un traumatism al toracelui, cu sau fără fractură de coastă.

HEPARINĂ. Substanță anticoagulantă naturală care este conținută de către toate țesuturile organismului.

Heparina este indicată pentru acțiunea ei foarte rapidă asupra trombozei (formarea cheagurilor în vasele sangvine) fie atât în mici doze pe cale subcutanată, cu scop preventiv într-o flebită – de exemplu la persoanele imobilizate la pat –, fie în doze mai mari și pe cale subcutanată sau intravenoasă atunci când există deja o tromboză.

Heparina este contraindicată atunci când pacientul este subiect al unor hemoragii (boală de coagulare) sau dacă este alergic la heparină. Asocierea cu alte medicamente care au, de asemenea, efecte anticoagulante (aspirină, antiinflamatoare, antivitamina K) este proscrisă. Pot surveni unele efecte nedorite: sângerări, trombopenie (scăderea nivelului plachetelor sangvine), osteoporoză (fragilitate osoasă cu risc de fractură spontană) în cursul tratamentelor îndelungate. → ANTICOAGULANT.

HEPATECTOMIE. Ablație chirurgicală parțială sau totală a ficatului.

O hepatectomie este practicată de cele mai multe ori pentru a realiza ablația unei tumori maligne, dar uneori și a uneia benigne, a unui chist sau a unei plăgi. O hepatectomie parțială poate îndepărta până la 70% chiar 80% din ficat. Partea de ficat restantă proliferează și înlocuiește în câteva săptămâni partea îndepărtată. Hepatectomia totală este în mod obligatoriu urmată de un transplant de ficat.

DESFĂȘURARE. Pentru a limita riscul de hemoragie, se începe prin realizarea unui clampaj (compresie cu o mică pensă) al arterei hepatice, al venei porte și, la nevoie, al venei cave inferioare. Mai mult, în hepatectomiile parțiale, pentru a evita sângerarea pe durată lungă a părții rămase de ficat, se practică o ligatură sau un clampaj al vaselor bucății de ficat, completate cu aplicarea unui produs hemostatic numit lipici biologic.

PROGNOSTIC. Hepatectomia este o intervenție grea, dar astăzi e bine cunoscută și a intrat în practica curentă. Prognosticul ei depinde de boala în cauză (cancer, chist).

HEPATITĂ. Inflamație a ficatului, acută sau cronică.

Hepatitele acute. Evoluând în mai puțin de 3 luni, ele au cauze numeroase.

■ *Hepatitele virale* sunt cele mai frecvente.

■ *Hepatitele toxice și medicamentoase* pot fi cauzate de administrarea de antibiotice, de antituberculoase, de paracetamol sau a unor hormoni.

■ *Hepatita acută alcoolică* se aseamănă cu hepatita acută toxică.

■ *Hepatitele acute bacteriene sau parazitare* rezultă din afecțiuni ca tuberculoza.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acestea sunt inconstante și de o intensitate variabilă. Unele sunt comune tuturor hepatitelor: icterul, urina închisă la culoare, scaunele decolorate, grețurile, ficatul sensibil la palpare. Altele sunt funcție de cauză: sindromul pseudogripal în caz de hepatită virală (obosealâ intensă, dureri de cap, curbaturi și dureri articulare); ficatul tare și mărit cu semne de impregnare alcoolică (piele fragilizată, dureri ale membrelor inferioare, tremurături etc.) în caz de hepatită alcoolică.

DIAGNOSTIC. Acesta este confirmat prin prelevările sangvine care arată o creștere adesea importantă a transaminazelor (enzime hepatice), dovadă a distrugerii acute și tranzitorii a celulelor ficatului, precum și o deviere a bilirubinei conjugate (produs al hemoglobinei după legarea sa de albumină în ficat) și a fosfatazelor alcaline, dovadă biologică a icterului.

De asemenea, se mai caută în sânge, îndeosebi la nivelul factorilor coagulării sangvine, între care mulți sunt elaborați de către ficat, semnele insuficienței hepatocelulare cu scopul de a aprecia răsunetul hepatitei asupra funcționării ficatului. Studiul prelevatelor sangvine orientează, de asemenea, spre cauza hepatitei (prezența de anticorpi antivirali, de exemplu).

EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT. Evoluția este legată în mare parte de cauză, de terenul imunitar și de starea ficatului înainte să fi survenit hepatita.

■ *Hepatitele virale* evoluează spontan în mod favorabil în majoritatea cazurilor, fără sechele.

■ *Hepatitele alcoolice* pot necesita transferul pacientului la reanimare atunci când există semne asociate de insuficiență hepatică (hemoragii prin tulburări ale coagulării sangvine, encefalopatie); prognosticul este legat, în principal, de oprirea intoxicației alcoolice.

■ *Hepatitele medicamentoase* regresează la oprirea tratamentului incriminat, dar, uneori, aceasta se întâmplă lent.

■ *Hepatitele bacteriene* se vindecă în mod obișnuit rapid după prescrierea antibioticului potrivit.

Hepatitele cronice. O hepatită este numită cronică atunci când ea evoluează pe o durată mai mare de 6 luni.

CAUZE. Acestea sunt sensibil aceleași cu cele ale hepatitelor acute.

SIMPTOME. Simptomele hepatitei acute se regăsesc, mai mult sau mai puțin de importanță (dureri abdominale, icter, astenie), în hepatita cronică.

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE. Variind puțin în funcție de cauză, tratamentul vizează mai ales simptomele (administrarea de analgezice, transfuzii în caz de hemoragie digestivă, anastomoză portocavă în caz de hipertensiune portală) și

reechilibrarea nutriţională (administrare de vitamine şi de oligoelemente).

Gravitatea hepatitelor cronice este legată de posibilitatea apariţiei cu timpul a unei insuficienţe hepatice ireversibile (tulburări ale coagulării sangvine, encefalopatie hepatică, acidoză metabolică) şi o hipertensiune portală (stânjenire a circulaţiei sangvine în vena portă). Această evoluţie este cauzată de constituirea unei ciroze. Cirozele pot în plus să evolueze spre hepatocarcinom (cancer al ficatului).

HEPATITĂ VIRALĂ. Inflamaţie a ficatului legată de o infecţie virală.

Leziunile ficatului din cursul hepatitelor virale sunt cauzate de două tipuri de atingere care se conjugă: o atingere directă prin virus şi o atingere indirectă prin reacţie imunitară, anticorpii pacientului, produşi pentru a apăra organismul împotriva virusului, atacând şi propriul ficat.

VIRUSURI RESPONSABILE. Două feluri de virusuri sunt în cauză: virusurile hepatotrope, care ating aproape exclusiv ficatul, şi cele pentru care atingerea hepatică nu constituie un element al bolii. Printre primele, cele hepatotrope, se deosebesc virusurile A, B, C, D şi E.

■ *Virusul A*, cauzatorul hepatitei A, cel mai anodin, nu duce la evoluţia bolii spre cronicizare. Contaminarea se face pe cale digestivă prin apă, materii fecale şi contaminarea fructelor de mare.

■ *Virusul B* este cauzatorul hepatitei B, care evoluează, de asemenea, de cele mai multe ori, în mod favorabil, trecerea la cronicitate nefiind observabilă decât în 3–5% din cazuri. Modul de transmisie este sexual, sangvin (în cursul transfuziilor sau al utilizării seringilor întrebuinţate îndeosebi de către toxicomani) sau fetomatern (de la mamă la fetus).

■ *Virusul C*, individualizat mai de curând, este responsabil de hepatita C, care pare mai gravă decât formele A şi B, cu trecerea la cronicizare într-un anumit număr de cazuri. Modul de transmisie, sexual, sangvin şi transplacentar, este asemănător celui al hepatitei B.

■ *Virusurile D şi E* sunt individualizate încă şi mai de curând decât virusul C.

■ *Alte virusuri* care afectează ficatul, hepatita nefiind atunci decât unul dintre polii infecţiei, sunt virusul lui Epstein-Barr, agentul mononucleozei infecţioase, şi citomegalovirusul, care infectează celulele sangvine. Diverse virusuri (ai gripei, rubeolei sau arbovirusuri) pot antrena şi ele, între altele, hepatite.

SIMPTOME ŞI SEMNE. Perioadele de incubaţie sunt variabile: de la 15 la 45 zile pentru hepatita A şi de la 45 la 160 zile pentru hepatita B. Perioada zisă de invazie, care durează între două şi şase zile, se caracterizează printr-un sindrom pseudogripal: febră, dureri articulare şi musculare, uneori erupţie cutanată şi adesea o senzaţie puternică de oboseală. Faza zisă icterică se traduce prin apariţia unei îngălbeniri de o intensitate variabilă cu urine închise la culoare şi scaune decolorate, oboseală persistentă, pierdere a poftei de mâncare, greţuri. Unele hepatite virale trec total neremarcate.

DIAGNOSTIC. Diagnosticarea se face pe baza dozărilor sangvine. Unele semne sunt comune tuturor hepatitelor: creşterea masivă a transaminazelor (enzime hepatice), dovedind distrugerea celulelor ficatului. Altele îndrumă spre o infecţie virală: creşterea numărului de limfocite fără creşterea numărului altor globule albe, polinuclearele. În sfârşit, serologiile specifice permit să se identifice virusul în cauză.

EVOLUŢIE ŞI TRATAMENT. Majoritatea hepatitelor virale sunt benigne, cu vindecare completă şi spontană într-o lună sau două; doar câteva forme sunt grave, fie dintr-o dată (rare forme fulminante), fie de cele mai multe ori când evoluează spre cronicizare cu riscul cirozei şi cancerizării.

■ *În formele obişnuite*, faza de regresie este inaugurată printr-o creştere importantă a volumului urinar. Toate simptomele dispar spontan fără nici o sechelă. Tratamentul constă în esenţă în măsuri de igienă şi de dietetică (odihnă la pat; exclus consumul de alcool); starea de oboseală generală poate totuşi să persiste timp de câteva luni.

■ *Hepatitele grave*, chiar fulminante, antrenează în aproximativ 4 cazuri din 1 000, şi îndeosebi în ce priveşte virusul B şi virusul C, o evoluţie severă cu semne de insuficienţă hepatică (confuzie mintală, encefalopatie, hemoragii) necesitând transferarea într-un serviciu de reanimare, chiar grefa hepatică de urgenţă în cazul distrugerii totale a ficatului.

■ *Hepatitele cronice persistente* au o evoluţie mai lungă, simptomele subzistând timp de mai mult de 6 luni. Ele cer o supraveghere particulară a funcţiilor hepatice şi a markerilor sangvini ai virusului. Vindecarea este totuşi posibilă. Orice tratament este inutil; băuturile alcoolice şi medicamentele metabolizabile de către ficat sunt interzise.

■ *Hepatitele cronice active*, definite printr-o evoluţie pe mai mult de 6 luni şi prin caracteristici histologice, ca cele cu virusuri B şi C în principal, reprezintă între 3 şi 10% din hepatitele virale. Riscul îl constituie survenirea unei insuficienţe hepatice şi apariţia, cu timpul, a unui cancer al ficatului. Tratamentul constă în administrarea de antivirale (vidarabină, interferon). În cele din urmă poate fi necesară grefa.

PREVENIRE. Un vaccin contra hepatitei A e pe cale să fie pus la punct. Cel contra hepatitei B este, de asemenea, disponibil. Este recomandabil ca persoanele expuse riscului (personalul sanitar, politransfuzaţii, drogaţii, hemodializaţii, homosexualii etc.) să se vaccineze. Depistarea hepatitei B a devenit obligatorie la femeia gravidă la 6 luni de sarcină din cauza riscului de transmisie a virusului la copil. Respectarea regulilor de igienă permite de asemenea prevenirea apariţiei hepatitelor virale: spălarea mâinilor, verificarea prospeţimii fructelor de mare (hepatitele A şi E); utilizarea prezervativelor, a seringilor de unică întrebuinţare de către drogaţi (hepatitele B şi D). În sfârşit, încălzirea în prealabil

a produselor sangvine și căutarea anticorpilor la donatorii de sânge au redus drastic riscul de transmisie sangvină a hepatitei C.

HEPATOLOGIE. Specialitate medicală care studiază funcționarea și bolile ficatului și căilor biliare, în principal hepatitele, cirozele și cancerele.

HEPATOMEGALIE. Creștere în volum a ficatului.

O hepatomegalie se observă în foarte numeroase circumstanțe: tumoră benignă sau malignă, boală infecțioasă sau parazitară a ficatului cu reacție inflamatorie, ciroză, insuficiență cardiacă dreaptă (stagnarea anormală a sângelui în ficat). O hepatomegalie poate fi dureroasă, cu excepția cazului unei ciroze.

HEPATOSPLENOMEGALIE. Creștere simultană în volum a ficatului și a splinei.

O hepatosplenomegalie se observă, în principal, în caz de hipertensiune portală, provocată de un obstacol pe vena portă și întâlnită adesea în cursul unei ciroze, a unei boli infecțioase a sângelui.

HERMAFRODISM. Anomalie caracterizată prin prezența, la același individ, a țesutului ovarian și a țesutului testicular. SINONIM: *intersexualitate*.

Un hermafrodism este o afecțiune congenitală excepțională consecutivă unei anomalii a embriogenezei. Această definiție grupează subiecții al căror aspect exterior poate fi foarte diferit: pur feminin, ambiguu sau pur masculin.

TRATAMENT. Atitudinea terapeutică dă mai întâi de toate posibilitatea de a alege, de acord cu părinții, sexul cel mai bine adaptat pentru fiecare caz, după aspectul fizic exterior și starea organelor interne. Dacă diagnosticul nu a putut fi stabilit la naștere, se ia în calcul educația pe care copilul în cauză a primit-o deja. În continuare, este vorba de consolidarea sexului ales prin ablație chirurgicală a organelor neadecvate și prin aport de hormoni dacă acesta este necesar.

HERNIE. Proeminare a unui organ sau a unei părți dintr-un organ în afara cavității în care este conținut în mod normal, printr-un orificiu natural sau accidental.

HERNIE A PERETELUI ABDOMINAL. Proeminare a unei mici părți a conținutului abdomenului prin peretele acestuia.

Hernia conține de cele mai multe ori țesut adipos, un fragment de intestin subțire și uneori al colonului, în mod excepțional apendicele sau un ovar.

CAUZE. O hernie a peretelui abdominal este cauzată de o dehiscență (îndepărtare a fibrelor) a mușchilor abdomenului, prin care se exteriorizează un sac, zis sac herniar, format din peritoneu și acoperit de piele, a cărui bază se numește colet. Cauzele acestei dehiscențe sunt fie congenitale (malformație), fie dobândite, provocate printr-un efort intens sau repetat (ridicare de greutăți), de o tuse cronică, de o luare mare în greutate sau de o intervenție chirurgicală.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Hernia formează o tumefacție mai mult sau mai puțin voluminoasă pe abdomen; ea poate fi abia vizibilă sau poate să nu proemineze decât în anumite momente. Ea iese sau crește în volum atunci când crește presiunea abdominală (efort, tuse). Ea este reductibilă: poate fi împinsă cu ușurință înapoi. Suplă la pipăit, ea este de cele mai multe ori nedureroasă.

Hernia riscă totuși să se complice brusc printr-o strangulație; compresia țesuturilor și vaselor la nivelul coletului poate provoca atunci o ocluzie intestinală (oprirea tranzitului, vărsături, balonare) dacă hernia este formată de un fragment de intestin. Hernia, în acest caz, iese în permanență, nu poate fi redusă și rămâne tare și sensibilă la palpare, semne cărora li se adaugă cele ale unei ocluzii intestinale (vomarea alimentelor, apoi bilă verzuie, oprirea scaunelor).

TRATAMENT. Bandajele herniare sunt aproape întotdeauna nerecomandabile, deoarece ele împiedică foarte rar o hernie să iasă în afară și nu împiedică niciodată strangulația lor. Intervenția chirurgicală, denumită herniorafie, este singurul tratament al herniei.

HERNIE DIAFRAGMATICĂ. Proeminare a unor organe sau a unor părți de organe abdominale în torace printr-un orificiu al diafragmului.

Există două tipuri de hernii diafragmatice, de gravitate foarte diferită: hernia diafragmatică congenitală și, la adult, hernia hiatală.

Hernia diafragmatică congenitală. O hernie diafragmatică congenitală este consecutivă urcării, printr-o breșă a diafragmului legată de o malformație congenitală, a viscerelor abdominale, care comprimă astfel mai mult sau mai puțin intens plămânii și inima. Ea se traduce printr-o hipoplazie a plămânilor (aceștia sunt insuficient dezvoltați) și prin malformații cardiace. Ecografia permite diagnosticarea unei hernii diafragmatice congenitale în timpul sarcinii și asigurarea unei mai bune tratări în perioada postnatală.

La naștere, această hernie se manifestă printr-o insuficiență gravă și acută a respirației. Tratamentul comportă, în general, o reanimare imediată, mai ales respiratorie, urmată de o suturare chirurgicală a diafragmului.

Hernia hiatală. O hernie hiatală este consecutivă urcării, prin orificiul diafragmului destinat în mod normal esofagului, a polului superior al stomacului. Cauza sa este necunoscută, dar obezitatea este un factor favorizant. Hernia în sine nu provoacă simptome. Totuși, ea poate fi cauza unui reflux gastroesofagian, care se traduce uneori prin arsuri care urcă mai mult sau mai puțin sus, spre gură, declanșate de poziția aplecat în față sau culcat și riscând să evolueze spre o esofagită (inflamație) apoi spre o îngustare a esofagului.

TRATAMENT. Este cel al refluxului gastroesofagian: evitarea întinderii în pat imediat după masă, evitarea felurilor de mâncare prea abundente, a alcoolului. Tratamentul chirurgical nu este avut în vedere decât în caz de eșec sau în caz de complicații grave.

HERNIE DISCALĂ. Proeminare a discului intervertebral în afara limitelor sale normale.

Hernia discală survine de cele mai multe ori între 20 și 30 ani. Ea privește discul intervertebral care este constituit din două părți: un nucleu gelatinos central (*nucleus pulposus*) și un inel de fibre periferice care leagă cele două vertebre una de alta. Dacă inelul este fisurat, nucleul trece spre exterior dând naștere unei proeminențe în afara coloanei vertebrale și comprimând de cele mai multe ori o rădăcină nervoasă, chiar măduva spinării. Herniile survin de cele mai multe ori la nivel lombar. Ele afectează mai rar vertebrele cervicale.

Cauza distrugerii discului poate fi un surmenaj moderat, dar repetat (muncitorii manuali), sau ridicarea unei greutăți mari, chiar o torsionare bruscă a trunchiului.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. O hernie discală se manifestă printr-o durere acută și o redoare a coloanei vertebrale. Compresia unei rădăcini nervoase provoacă o nevralgie (sciatică, nevralgie cervicobrahială) asociată cu furnicături, chiar cu o paralizie. Compresia măduvei spinării provoacă paralizii ale membrelor. Herniile lombare antrenează uneori o paralizie a sfincterelor. Diagnosticul este confirmat printr-un scaner sau, mai rar, printr-o saccoradiculografie.

TRATAMENT. Acesta vizează mai întâi de toate atenuarea durerilor vertebrale și nevralgiile: odihnă la pat, analgezice și antiinflamatoare nesteroidiene (la început sub formă injectabilă), la nevoie infiltrații peridurale cu corticosteroizi. Pentru a diminua durerile persistente și pentru a limita reșutele, se pot prescrie masaje, ședințe de kineziterapie și purtatul unui lombostat (corset abdominal) sau a unui colier cervical. În caz de eșec, se recurge la chimionucleoliză (distrugerea nucleului discului prin injectarea unei enzime, papaina), chiar la chirurgie. Paraliziile și, în mod particular, compresiile măduvei impun un tratament chirurgical de urgență.

HERNIORAFIE. Operație pentru cura herniei, care se desfășoară sub anestezie locală, locoregională (peridurală) sau generală, necesitând decât o spitalizare de scurtă durată.

HEROINĂ. → TOXICOMANIE.

HERPES. Boală infecțioasă, contagioasă și recurentă, cauzată de virusul *Herpes simplex*.

CONTAMINARE. Virusul se transmite prin contact direct cu leziunile. Primo-infecția (primul contact cu virusul) dă naștere la reacții inflamatorii (înroșire urmată de vezicule). Virusul rămâne apoi prezent în ganglionii nervoși, ceea ce antrenează reapariția bolii, întotdeauna în același loc. Acest herpes recurent poate recidiva cu diferite ocazii: scurgerile menstruale și sarcina la femeie, expunerile la soare, o boală infecțioasă, un șoc emoțional, episoade febrile, o depresie imunitară în cazul ambelor sexe.

Herpesul bucal. Această boală infecțioasă este cauzată de virusul *Herpes simplex 1*.

Prima contaminare are loc în copilărie.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Primo-infecția nu generează de obicei nici un simptom; ea poate totuși să se traducă printr-o senzație de fierbințeală, urmată de o roșeață pe care se înalță un mănunchi de vezicule dureroase umplute cu un lichid transparent. Această erupție se localizează de cele mai multe ori în jurul gurii și nasului (buton de febră). Veziculele se sparg și lasă în urma lor o crustă gălbuie, care cade în mai puțin de o săptămână fără a lăsa cicatrice. Episoadele recurente sunt întotdeauna vizibile; ele sunt totuși mai puțin vizibile decât primo-infecția.

TRATAMENT. Tratamentul constă înainte de toate în aplicarea, de două ori pe zi, a unor antiseptice locale, care usucă erupția.

Herpesul genital. Această boală infecțioasă, cauzată de virusul *Herpes simplex 2*, este o boală cu transmisie sexuală. Frecvența sa este în creștere în lumea întreagă. Primo-infecția este episodul cel mai intens: ea se manifestă prin apariția, pe organele genitale, uneori și în regiunea anorectală, a unei senzații de arsură, urmată de apariția veziculelor care se sparg lăsând în loc ulcerații: durerea este vie, exacerbată la contactul cu urina. Acest prim puseu durează două sau trei săptămâni. Episoadele recurente sunt mai scurte și mai puțin intense.

COMPLICAȚII. Herpesul genital și, în mai mică măsură, cel bucal sunt de temut mai ales la persoanele imunodeprimate. Tratamentul antiviral cu acilovir este atunci foarte util.

În caz de sarcină, herpesul genital al mamei este periculos pentru copil în momentul nașterii, contaminarea riscând să se producă în timpul expulziei. De aceea un episod intens de herpes recurent poate justifica o cezariană.

DIAGNOSTIC ȘI EVOLUȚIE. Diagnosticul de herpes genital se pune pe baza examenului clinic al pacientului și, dacă e nevoie, prin izolarea virusului din leziunile veziculoase prin cultură specială; cercetarea anticorpilor antivirali specifici în ser nu are decât o valoare secundară.

TRATAMENT. Îngrijirile antiseptice locale sunt suficiente pentru uscarea leziunilor minime și pentru a evita suprainfecțiile; dar, în cursul recidivelor frecvente, în particular genitale sau anorectale, poate fi prescris un tratament antiviral cu aciclovir.

HERPES CIRCINAT. Micoză cutanată cauzată de o ciupercă de tipul *Trichophyton*.

Această afecțiune cutanată se manifestă prin pete roșii, cu marginea netă, circulare și care se descuamează. Extinderea lor este rapidă.

HETEROFORIE. Deviație patologică a globilor oculari care nu apare decât atunci când vederea celor doi ochi este disociată.

Este vorba de o tulburare relativ frecventă, consecutivă atoniei unuia sau mai multor mușchi oculomotori. Heteroforia poate antrena o oboseală vizuală (înroșire a ochiului, dureri de cap) în cursul unei fixări îndelungate a vederii, de exemplu atunci când se lucrează pe un ecran. Heteroforiile prost tolerate pot fi tratate cu o reeducare ortoptică (exerciții ale mușchilor oculari).

HETEROGREFĂ. Grefă în care donatorul și primitorul aparțin unor specii diferite. SINONIM: *xenografă*.

HETEROZIGOT. Se spune despre un individ ale cărui alele (gene cu aceeași funcție, situate la același nivel și purtate de cromozomii aceleiași perechi) sunt diferite. → HOMOZIGOT.

HIDARTROZĂ. Efuziune de lichid seros în interiorul unei articulații. SINONIM: *hidrartroză*.

Lichidul seros servește la lubrifierea interiorului unei articulații. El este secretat de către sinovială (membrana care căptușește fața internă a unei capsule articulare). Hidartroza, impropriu denumită în limbajul curent scurgere de sinovie, poate fi consecutivă unei leziuni traumatice cu o vechime de câteva zile (fractură articulară, entorsă gravă, leziune meniscală), unei artroze sau unei boli inflamatorii a articulației (poliartrită reumatoidă, spondilartrită anchilozantă, condrocalcinoză articulară).

O puncționare a articulației permite calmarea durerilor pacientului și determinarea cauzei hidartrozei (prin analizarea lichidului seros prelevat astfel), articulația fiind ulterior tratată.

HIDATIDOZĂ. → ECHINOCOCOZĂ UNILOCULARĂ.

HIDRADENOM. Tumoră a pielii, de cele mai multe ori benignă, care se dezvoltă pe seama glandelor sudoripare.

Un hidradenom formează un nodul subcutanat de mai puțin de 2 centimetri lăsând să se scurgă un lichid. El se formează cel mai des pe pielea capului sau pe față. Ablația chirurgicală, urmată de un examen al tumorii la microscop, permite confirmarea diagnosticului. O recidivă, eventual canceroasă, fiind posibilă, se impune supravegherea cicatricei.

HIDRAMNIOS. Creștere anormală a cantității de lichid amniotic.

CAUZE. Un hidramnios poate fi consecința unei proaste circulații sangvine între făt și placentă, unui diabet zaharat al mamei sau unei malformații fetale (anencefalie, hidrocefalie, spina bifida, atrezie a esofagului).

SIMPTOME ȘI SEMNE. De cele mai multe ori, hidramniosul se constituie puțin câte puțin în timpul celei de a doua părți a sarcinii și se manifestă printr-un exces de volum și o tensiune a ventrului, o jenă abdominală, uneori printr-o gâfâială și umflare a gleznelor. Riscul cel mai important este o naștere prematură.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Examenul clinic este completat prin ecografie și printr-o amnioceneză, destinată să stabilească harta cromozomală (cariotipul) a fătului cu scopul de a depista vreo anomalie.

Tratamentul se limitează adesea la odihnă și la supraveghere medicală. Unele antiinflamatoare pot fi propuse. Puncționarea unei anumite cantități de lichid amniotic poate liniști pacienta dar comportă riscul declanșării nașterii.

HIDRARGIRISM. Intoxicație cu mercur. SINONIM: *hidrargirie*.

Semnele sunt, în principal, neurologice (tulburări psihice, afectare a cerebelului, cu tremurături, deteriorare intelectuală) și renale (insuficiență renală). Se începe prin căutarea cauzei contaminării, apoi, la spital, medicul administrează un antidot (dimercaprol, D-pe-nicilamină), medicament care captează și elimină mercurul.

HIDRATARE. Introducere terapeutică de apă în organism, pe cale orală sau în perfuzie intravenoasă, cu scopul de a preveni sau de a corecta o deshidratare menținând sau restabilind un echilibru normal al apei.

HIDROCEFALIE. Creștere a cantității de lichid cefalorahidian, provocând o dilatare a cavităților encefalului.

În general, un obstacol, adesea o tumoră, este ceea ce împiedică lichidul din ventricule să se scurgă normal și să iasă spre meninge (hidrocefalie necomunicantă). Mai rar, hidrocefalia este cauzată de o hipersecreție a ventriculelor sau de un defect de resorbție de către meninge (hidrocefalie comunicantă).

Primul tratament, la nevoie de urgență, privește simptomele și constă într-o derivație ventriculară chirurgicală: un cateter (un tub fin) face să comunice ventriculele cerebrale cu toracele sau cu abdomenul și permite în acest mod lichidului astfel drenat să se scurgă în regiunile în care va fi resorbit. Tratamentul cauzei, dacă este posibil, este realizat în cel de al doilea timp (ablația unei tumori).

HIDROCEL AL VAGINALEI. Efuziune de lichid seros situată între cele două foițe ale vaginalei testiculare (învelișul seros al testiculului).

Un hidrocel al vaginalei survine cel mai des fără o cauză decelabilă. Totuși, în cazuri foarte rare, el poate dezvălui un cancer al testiculelor. Nedureros, el se traduce printr-o creștere unilaterală a volumului scrotului.

DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT. Diagnosticul se pune pe baza unei ecografii a scrotului. Un astfel de hidrocel nu se tratează decât dacă este voluminos sau deranjant. Vindecarea sa se obţine prin excizarea chirurgicală a vaginalei testiculare, care secretă lichidul seros. După intervenţie, bursa îşi regăseşte volumul şi supleţea în două-trei luni.

HIDROCOLECIST. Distensie acută a vezicului biliare, consecutivă unei obstrucţii a canalului cistic (canalul care leagă vezicula de căile biliare).

HIDROCORTIZON. Substanţă medicamentoasă destinată suplinirii unui deficit în cortizol (hormon steroid secretat de către glanda corticosuprarenală şi participând la metabolismul glucidelor şi al lipidelor).

MOD DE ADMINISTRARE. Hidrocortizonul poate fi administrat pe cale orală, pe cale intramusculară sau pe cale venoasă. În cursul unei insuficienţe suprarenale acute, în care pacientul este afectat de greţuri şi vărsături, este necesară administrarea parenterală (pe cale intramusculară sau intravenoasă), de urgenţă şi în doze foarte mari.

EFECTE NEDORITE. Tratamentul substitutiv nu antrenează nici un fel de efect nedorit deoarece el restabileşte un echilibru fiziologic.

HIDROCUŢIE. Sincopă reflexă provocată de o imersie bruscă în apă rece.

Acest reflex ia naştere prin contactul pielii cu apa rece, contact care antrenează o vasoconstricţie (diminuarea calibrului vaselor sangvine) în bulbul rahidian. Acest fenomen, dacă este prea brusc, opreşte circulaţia cerebrală şi provoacă sincopa. Subiectul atunci poate cădea vertical cu capul în jos şi se poate înecă prin asfixie.

TRATAMENT. Dacă subiectul poate fi scos din apă fără întârziere, respiraţia gură-la-gură şi, eventual, un masaj cardiac întreprins imediat readuc de cele mai multe ori mişcările respiratorii şi cardiace. Dacă, din contră, subiectul a respirat în apă, trebuie încercată respiraţia artificială prelungită, ca şi pentru alţi înecaţi.

PREVENIRE. Este preferabil a ne abţine de la scăldat după o masă copioasă sau după consumul de băuturi alcoolice, digestia utilizând o parte a capacităţilor energetice ale organismului. Este total nerecomandabil să te scalzi de mai multe ori consecutiv. Mecanismele termoregulatoare ale organismului se declanşează, de fapt, rapid (la aproximativ 5 minute după ce s-a încheiat o baie), dar nu restabilesc un nou echilibru între temperatura exterioară şi cea a organismului decât după aproximativ o oră. Atâta vreme cât acest echilibru nu a fost atins există un risc de hidrocuţie.

Trebuie evitat să se intre brusc în apă rece, mai ales după o expunere la soare sau după un mare efort fizic. În schimb, este recomandat să-ţi umezeşti ceafa şi partea anterioară a toracelui cu puţină apă pentru a pregăti corpul pentru baie.

HIDROFOBIE. Teamă morbidă de apă, unul dintre primele semne ale rabiei.

HIDRONEFROZĂ. Dilataţie acută sau cronică a calicelor (conducturi renale care culeg urina primitivă a rinichiului) şi a bazinetului (segmentul colector format prin reunirea calicelor şi care se prelungeşte cu uretera).

O hidronefroză este consecinţa unei reţineri de urină cauzate de o îngustare sau de o obstruare a ureterei (conductul care asigură transportul urinei până în vezică). Îngustarea poate avea ca origine o malformaţie congenitală a joncţiunii bazinetului şi ureterei, obstrucţia poate fi consecinţa unei boli obstructive (tuberculoză, calcul, tumoră a ureterei). Hidronefroza este pusă în evidenţă prin dureri de rinichi, chiar printr-o colică nefretică.

Tratamentul hidronefrozei este chirurgical: el constă în suprimarea obstacolului responsabil de reţenţia de urină.

HIDROSADENITĂ. Inflamaţie acută sau cronică a glandelor sudoripare.

O hidrosadenită poate exista sub două forme. Forma acută cu stafilococ auriu, seamănă cu un furuncul situat sub axilă, pe faţa internă a coapsei sau în regiunea genitală. Forma cronică, denumită boala lui Verneuil sau supuraţie ano-perineo-fesieră, antrenează formarea, cel mai des inghinal, pe fese sau pe perineu, a unor placarde fibroase neregulate. Tratamentul hidrosadenitelor, dificil deoarece antibioticele nu sunt eficace, constă în esenţă în aplicaţii locale de antiseptice; leziunile, atunci când sunt mari, pot necesita în plus o ablaţie chirurgicală.

HIDROTERAPIE. Tratament prin apă. Hidroterapia îmbracă forme foarte diverse: duşuri (entorse, tendinite, hidrartroze articulare sau tendinoase), împachetări umede reci (boli inflamatorii) sau calde (abcese), băi sedative (nevralgii, reumatism), antiseptice (plăgi infectate), emoliente (psoriazis), antipruriginoase etc. Băile în piscină facilitează reeducarea unor bolnavi. → BALNEOTERAPIE, CURĂ TERMALĂ, TALASOTERAPIE.

HIMEN. Membrană care separă vaginul de vulvă şi care se rupe în cursul primelor relaţii sexuale.

Himenul este în mod normal perforat pe centru pentru a permite trecerea sângelui menstrual. Dar el este uneori de o formă diferită: redus la un guleraş, rupt şi împestriţat cu mici orificii. Himenul este o membrană foarte suplă care se întinde cu uşurinţă; din acest motiv, valoarea sa ca semn al virginităţii este relativă. Rupt de la primele raporturi sexuale (defl orare), himenul se retractă formând la intrarea în vagin nişte mici excrescenţe, lobulii himenali. După prima naştere, aceşti lobuli se modifică şi iau numele de caruncule mitiformi.

Imperforarea himenului necesită o perforare chirurgicală a membranei cu scopul ca sângele menstrual să se poată scurge.

HIPERACTIVITATE A COPILULUI. → SINDROM HIPERKINETIC.

HIPERALDOSTERONISM. Secreție anormal de ridicată de aldosteron, hormon – secretat de către glanda corticosuprarenală – care reglează cantitatea de sodiu și de potasiu din organism și controlează volemia (volumul sangvin circulant).

HIPERBILIRUBINEMIE. Creștere a nivelului bilirubinei (pigment galben-brun provenind din degradarea hemoglobinei) în sânge.

Hiperbilirubinemia poate fi detectată cu ocazia unui examen sangvin sau se traduce printr-un icter atunci când nivelul bilirubinei este de două ori mai mare decât cel normal.

HIPERCALCEMIE. Creștere anormală a calcemiei (nivelul de calciu în sânge) mai mult de nivelul de 2,75 milimoli, adică de 110 miligrame, la litru.

O hipercalcemie este cauzată, de cele mai multe ori, de o creștere a secreției glandelor paratiroide, la rândul ei legată de un adenom paratiroidian.

Hipercalcemia se manifestă prin oboseală, sete intensă, dureri abdominale însoțite de grețuri și de constipație, de depresie. Evoluția hipercalcemiei poate să fie acută, riscând atunci să se complice prin tulburări ale stării de conștiență și tulburări ale ritmului cardiac, chiar printr-o oprire a inimii, fie cronică, nedând multă vreme nici un semn, dar provocând în continuare o osteoporoză sau complicații renale: nefrocalcinoză (depozite de multiple microcristale de calciu în parenchimul renal) și calculi ai căilor urinare, care conduc adesea la o insuficiență renală.

TRATAMENT. Este cel al cauzei: ablația chirurgicală a unui adenom paratiroidian, de cele mai multe ori. Formele grave necesită o spitalizare de urgență.

HIPERCALCIURIE. Creșterea anormală a cantității de calciu excretată în urină.

O hipercalciurie corespunde unei excreții de mai mult de 7,5 milimoli, adică de 0,30 grame pe 24 ore la adult. Ea poate fi consecința unei creșteri anormale a nivelului calciului sangvin sau unei afecțiuni renale.

HIPERCAPNIE. Creștere a concentrației de dioxid de carbon în sânge.

Hipercapnia este un semn de hipoventilație alveolară (diminuarea intrărilor și ieșirilor de aer în alveolele pulmonare). Hipoventilația se observă în caz de insuficiență respiratorie și este asociată, în general, cu o micșorare a concentrației în oxigen din sânge și cu o acidoză respiratorie (creșterea acidității sângelui).

HIPERCLORHIDRIE. Exces al secreției de acid clorhidric produs de către mucoasa stomacului.

O hiperclorhidrie este unul dintre factorii responsabili ai ulcerului gastroduodenal.

HIPERCOLESTEROLEMIE. Creștere anormală a colesterolemiei (nivelul de colesterol din sânge).

Hipercolesterolemia face parte, ca și hipergliceridemia (creșterea nivelului sangvin de trigliceride), dintre hiperlipidemii (afecțiuni caracterizate printr-o creștere a nivelului sangvin al lipidelor). Pentru a stabili diagnosticul, trebuie efectuate cel puțin două dozări ale colesterolului la o lună interval. Se vorbește de hipercolesterolemie începând cu nivelul de 6,5 milimoli, adică 2,5 grame, pe litru. Evaluarea ține cont de creșterea normală a colesterolemiei cu vârsta, cu aproximativ 0,26 milimoli (adică 0,1 grame) pe litru pentru fiecare zece ani de viață în plus peste 30 ani.

Chiar dacă pe termen scurt hipercolesterolemia nu provoacă nici un simptom, prin trecerea anilor ea se complică prin ateroscleroză (îngroșarea pereților arterelor).

În cazuri limitate, se dozează separat cele două varietăți de colesterol: HDL colesterolul care protejează împotriva riscului bolilor coronariene și LDL colesterolul care, din contra, crește acest risc.

TRATAMENT. Acesta constă în reducerea, chiar în suprimarea, consumului de alimente bogate în colesterol: ouăle (gălbenușul, mai ales), organele, cărnurile grase, mezelurile și untul. În plus, trebuie diminuat consumul de acizi grași saturați de origine animală în favoarea acizilor grași nesaturați, conținuți în uleiul de măsline, de floarea soarelui, de porumb, de arahide, în margarina de floarea soarelui sau de porumb și în pește. Dacă, după un regim de trei luni, colesterolemia rămâne foarte ridicată, este prescris un medicament, în general un fibrat sau un inhibitor al unei enzime, HMG-CoA reductaza.

HIPERCORTICISM. Afecțiune caracterizată prin exces al secreției de cortizol (principalul hormon glucocorticosteroid) de către glandele suprarenale.

Hipercorticismul este o boală rară. El este provocat aproape în toate cazurile de prezența unui adenom de hipofiză (boala lui Cushing). Un hipercorticism poate fi, de asemenea, legat de luarea îndelungată, în doze mari, de medicamente corticosteroide.

HIPERESTROGENIE. Secreție prea mare de estrogeni, ceea ce face ca aceștia să se găsească în exces în organism.

Estrogenii (estradiolul, estrolul, estrona) sunt hormoni secretați de către ovar, placentă și glandele suprarenale. Echilibrul lor cu progesteronul asigură buna desfășurare a ciclului menstrual. Forma de hiperestrogenie cea mai frecventă este hiperestrogenia zisă relativă, deoarece secreția de estrogeni este mare, iar cea de progesteron puțin marcată. Ea se manifestă prin dureri de sâni și prin sângerări vaginale. Acest dezechilibru hormonal este un factor de risc în cancerul de sân sau al uterului.

HIPERGLICEMIANT. Substanță capabilă să crească glicemia (nivelul de glucoză din sânge).

Pancreasul secretă în mod natural glucagon, care este o substanță direct hiperglicemiantă.

Unele medicamente (corticosteroizi, diuretice, pilula contraceptivă) au un efect hiperglicemiant care trebuie să fie limitat prin adaptarea dozelor și prin supravegherea biologică a glicemiei.

HIPERGLICEMIE. Creștere anormală a glicemiei (nivelul glucozei din sânge) deasupra valorii de 6,7 milimoli, adică 1,2 grame, pe litru.

Hiperglicemia este caracteristică diabetului. Plecând de la un anumit nivel, ea provoacă o glicozurie (trecerea glucozei în urină).

HIPERHIDROZĂ. Creștere anormală a secreției de transpirație de către piele.

Hiperhidrozele pot fi generalizate sau localizate.

■ *Hiperhidrozele generalizate* sunt de cele mai multe ori fără cauză cunoscută. Totuși, ele sunt uneori un semn de boală hormonală (hipertiroidie, diabet) sau infecțioasă (tuberculoză, bruceloză) sau unei leziuni a hipotalamusului.

■ *Hiperhidrozele localizate* sunt favorizate de stres și de căldură; hiperhidroza axilare ating mai ales femeile; hiperhidroza palmoplantară, care afectează palmele mâinilor și plantele picioarelor, începe la pubertate și se atenuează după 40 ani.

TRATAMENT. Tratamentul hiperhidrozei este întâi de toate cel al unei eventuale cauze. Alte cazuri, dacă sunt benigne, nu necesită decât aplicarea locală a badijonărilor cu săruri de aluminiu sau cu preparate pe bază de formol, iritante totuși după o folosire îndelungată. Tratamentul cazurilor celor mai deranjante este ionoforeza (tehnică ce constă în înmuierea mâinilor și/sau picioarelor în apă obișnuită traversată de un curent special care antrenează difuzia ionilor prin piele), practicată de 3 ori pe săptămână timp de două sau trei săptămâni apoi, mai distanțate în timp, pe încă o durată de câteva săptămâni, chiar luni. Este posibil ca acest tratament să fie urmat la domiciliul pacientului. În caz de hiperhidroză a axilelor, se poate realiza un pelaj chirurgical al glandelor sudoripare (ablația unei mari zone cutanate). Mai sunt posibile încă și alte metode, dar de eficacitate variabilă și aflându-se la originea unor efecte nedorite: medicamentele anticolinergice (risc de somnolență, de uscăciune a gurii, de tulburări vizuale); ablația chirurgicală a nervilor simpatici responsabili de declanșarea transpirației, provocatoare a opririi sudației.

HIPERKALIEMIE. Creștere anormală a potasemiei (nivelul de potasiu din sânge) peste valoarea de 5 milimoli pe litru.

Hiperkaliemia are drept cauză principală insuficiența renală, acută sau cronică.

Hiperkaliemiile importante sunt sursă a complicațiilor musculare (oboseală, chiar paralizie) și cardiace (tulburări ale ritmului, chiar stop cardiac). Tratamentul constă în controlul aporturilor alimentare în potasiu (legume și fructe uscate sau proaspete, carne și păsări, ciocolată), asociat, la nevoie, unor medicamente hipokalemiante ca polistiren sulfonatul de sodiu. În formele foarte grave, doar o hemodializă (filtrarea sângelui printr-o membrană semipermeabilă), practicată de urgență, permite scoaterea rapidă a unei mari cantități de potasiu plasmatic.

HIPERKERATOZĂ. → KERATOZĂ.

HIPERLIPIDEMIE. Creșterea anormală a nivelului de lipide în sânge. SINONIM: *hiperlipoproteinemie*.

Printre clasificările existente ale hiperlipidemiilor, cea mai uzitată este cea a lui De Gennes, care nu ține cont decât de creșterile nivelului sangvin de colesterol (hipercolesterolemii) și de trigliceride (hipertrigliceridemii) și cuprinde 3 grupe de afecțiuni: hipercolesterolemiile, ereditare sau dobândite; hipertrigliceridemiile, favorizate de un consum excesiv de alcool, de glucide sau de calorii (exces ponderal); hiperlipidemiile mixte, asociații ale celor două precedente. În plus, o hiperlipidemie poate fi cauzată de alte afecțiuni: diabet zaharat, boli ale glandei tiroide, boli renale, boli hepatobiliare; pilula contraceptivă poate fi, de asemenea, o cauză.

HIPERLORDOZĂ. Exagerare a lordozei (curbura fiziologică a coloanei vertebrale) spre față, la nivelul regiunii lombare, formând o cambrură excesivă a rinichilor.

HIPERMELANOZĂ. Accentuare anormală a pigmentării pielii, localizată sau generalizată, prin creșterea cantității de melanină pe care o conține.

HIPERMETROPIE. Anomalie de refracție oculară care se traduce printr-o deranjare a vederii de aproape.

În hipermetropie, ochiul este „prea scurt": imaginea se formează în spatele retinei. Dacă hipermetropia este ușoară, acomodarea cristalinului poate fi suficientă pentru readucerea imaginii pe retină asigurând o vedere corectă. Dar vederea de aproape reclamă un efort de acomodare suplimentar, care nu este întotdeauna posibil.

TRATAMENT. O hipermetropie se corectează purtând ochelari, care fac să conveargă razele pe retină (lentile convergente sau pozitive). La adult, aplicarea sticlelor de contact (lentile) este posibilă, dar este totuși mult mai puțin satisfăcătoare decât în cazul corectării miopiei.

HIPERNATREMIE. Creștere a natremiei (nivelul de sodiu în plasma sangvină) la o valoare mai mare decât 145 milimoli pe litru.

O hipernatremie traduce o dehidratare, la rândul ei cauzată de un aport hidric insuficient sau de o pierdere

renală (diabet insipid, de exemplu) sau cutanate (transpirație abundentă, arsuri întinse). Ea antrenează tulburări neurologice: confuzie sau obnubilație mintale, iritabilitate neuromusculară (secuse neuromusculare, chiar convulsii), comă. Hipernatremia se corectează printr-un aport de apă.

HIPEROSTOZĂ. Producere excesivă, localizată sau difuză, de țesut osos.

Hiperostozele au cauze multiple, începând de la calusul osos supraabundent care se dezvoltă după o fractură până la hiperostozele generalizate de origine genetică.

HIPERPARATIROIDIE. Afecțiune caracterizată printr-un exces de secreție de parathormon (hormonul care crește nivelul sangvin de calciu favorizând absorbția intestinală a acestuia) de către una sau mai multe glande paratiroide.

DIFERITE TIPURI DE HIPERPARATIROIDIE

■ *Hiperparatiroidia primară* este legată de dereglarea uneia sau mai multor glande paratiroide (adenom paratiroidian, unic sau multiplu, benign în 95% din cazuri, sau de dezvoltarea anormală a celor patru paratiroide).

■ *Hiperparatiroidia secundară* este consecutivă unei hipocalcemii (diminuarea nivelului calciului în sânge) și/sau unei hiperfosforemii (creșterea nivelului de fosfor în sânge).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Hiperparatiroidia poate provoca, după vreme îndelungată, formarea de calculi în rinichi și complicații osoase (demineralizare osoasă îndeosebi, în mod excepțional fractură sau chist osos). O hiperparatiroidie acută necesită un tratament urgent.

TRATAMENT. Tratamentul hipertiroidiei primare, chirurgical, constă în ablația adenomului, ceea ce permite vindecarea definitivă. Tratamentul hiperparatiroidiei secundare se bazează pe administrarea de derivați de vitamină D și de medicamente care vizează scăderea nivelului de fosfați (derivați de fosfor).

HIPERPLAZIE. Creștere benignă a volumului unui țesut prin multiplicarea celulelor care îl constituie.

HIPERPLAZIE SUPRARENALIANĂ. Creștere în volum a glandelor suprarenale, legată de un deficit enzimatic.
→ BLOC ENZIMATIC SUPRARENALIAN.

HIPERPROLACTINEMIE. Afecțiune caracterizată printr-o creștere a nivelului sangvin de prolactină (hormon secretat de către antehipofiză și având un rol în producerea secreției lactate la femeie, precum și în reproducție și în creștere).

CAUZE. Secreția de prolactină poate fi crescută în numeroase circumstanțe. Cel mai des este vorba de luarea unui medicament; ea poate de asemenea să fie cauzată de o anomalie metabolică precum insuficiența renală cronică sau hipotiroidia. În sfârșit, hipofiza poate fi sediul unui adenom sau al unei tumori.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Creșterea nivelului sangvin de prolactină micșorează în mod variabil secreția de gonadotrofine (hormoni care stimulează celulele sexuale). Acest fenomen antrenează la femeie absența scurgerilor menstruale sau tulburări de menstruație și o scurgere de lapte prin mameloane, precum și o eventuală sterilitate. La bărbat, hiperprolactinemia antrenează apariția unei sterilități cu o scădere a libidoului. În toate cazurile, compresia locală de către adenom a structurilor învecinate poate antrena dureri de cap, o reducere a câmpului vizual sau a acuității vizuale, un hipopituitarism (deficit în hormonii hipofizari) complet sau disociat traducându-se printr-o paloare, o astenie, o depilare.

TRATAMENT. Acesta este mai ales medical: oprirea luării unui medicament, tratarea unei hipotiroidii, luarea de medicamente care diminuează nivelul de prolactină și dimensiunile adenomului. În caz de eșec, tratamentul poate fi chirurgical (ablația adenomului).

HIPERPROTEINEMIE. Creștere anormală a proteinemiei (nivelul proteinelor în sânge) peste valoarea de 80 grame la litru.

O hiperproteinemie poate fi consecutivă unei deshidratări (aport insuficient de apă, diaree, vărsături, arsuri) sau producerii de către organism, a unei cantități masive de imunoglobulină anormală, ca cea care se produce în cursul anumitor boli (mielom multiplu, macroglobulinemia lui Waldenström). Tratamentul hiperproteinemiei este cel al bolii în cauză.

HIPERSENSIBILITATE. Reacție imunitară excesivă responsabilă de tulburări și de leziuni la un individ sensibilizat la un antigen.

Hipersensibilitatea este o reacție exagerată de apărare a organismului împotriva unui antigen dat, recunoscut de către anticorpi deoarece el fusese deja o primă dată în contact cu organismul.

DIFERITE TIPURI DE HIPERSENSIBILITATE. Se deosebesc patru tipuri de hipersensibilitate.

■ *Tipul I*, sau *anafilaxia* ori *hipersensibilitatea imediată*, survine la câteva minute după contactul cu antigenul sub forma unei urticarii, unui astm, unui edem al lui Quincke sau a unui șoc anafilactic.

■ *Tipul II*, sau *hipersensibilitatea citotoxică*, corespunde distrugerii celulelor organismului prin mecanisme autoimune sau prin tratamente (unele medicamente antibiotice, antipaludice sau antihipertensoare).

■ *Tipul III*, sau *hipersensibilitatea semîntârziată*, este caracterizat prin depunerea anticorpilor asociați cu antigenele lor pe pereții vaselor, unde dau naștere la leziuni (alveolită alergică, de exemplu).

■ *Tipul IV*, sau *hipersensibilitatea întârziată*, provoacă reacții inflamatorii importante (eczemă de contact, alergii microbiene, ca de exemplu alergia tuberculinică).
→ ALERGIE.

HIPERSIALOREE. Secreție excesivă de salivă. SINONIM: *ptialism*.

Cauzele hipersialoreei sunt numeroase: leziune a gurii și a faringelui, anghină, stomatită, leziune a esofagului (tumori în particular), boli neurologice (boala lui Parkinson, nevralgie facială) etc. Hipersialoreea care se manifestă în timpul sarcinii are un mecanism prost cunoscut.

Tratamentul depinde de cauză.

HIPERSPLENISM. Stocare și distrugere excesivă a celulelor sangvine în splină, antrenând o diminuare a acestora în sânge.

Un hipersplenism se observă în caz de splenomegalie (creșterea în volum a splinei) importantă, de origine infecțioasă, hematologică, tumorală sau congestivă, adică legată de o hipertensiune portală. Hipersplenismul se traduce printr-o diminuare a unui anumit tip de globule albe, polinuclearele neutrofile, și a plachetelor sangvine. Tratamentul hipersplenismului este cel al bolii în cauză.

HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ. Creștere anormală, permanentă sau paroxistică, a tensiunii arteriale în repaus.

Presiunea sangvină crește în mod normal ca răspuns la activitatea fizică. Hipertensiunea arterială (H.T.A.) apare atunci când, în repaus, cifrele depășesc 16 centimetri mercur pentru presiunea maximă, sau sistolică, și 9 centimetri pentru presiunea minimă, sau diastolică. Nu există hipertensiune atunci când presiunea minimă este mai mică de 9; hipertensiunile pur sistolice sunt mai ales cauzate de emoție și stres. De altfel, aceste praguri pot fi depășite la o persoană în vârstă, deoarece presiunea sangvină crește cu vârsta. Invers, la un copil, aceste cifre sunt mai mici.

CAUZE. La majoritatea subiecților hipertensivi, nu se găsește nici o cauză evidentă; hipertensiunea este calificată atunci ca esențială. La 10% dintre pacienți totuși, hipertensiunea are o cauză; ea este atunci calificată ca simptomatică. În aceste cazuri, ea poate fi pusă pe seama unei boli a rinichiului, unei boli a glandelor suprarenale sau unei coarctații aortice (îngustarea [stenoza] congenitală a istmului aortic). Cu ocazia primei lor sarcini, mai ales dacă este vorba de gemeni, unele femei tinere prezintă o hipertensiune, în general, tranzitorie, denumită hipertensiune arterială gravidică. Ea dispare după naștere și sarcinile ulterioare nu mai sunt afectate de această tulburare.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Cel mai frecvent revelatoare sunt simptomele cerebrale: dureri de cap, mai ales în cea de a doua jumătate a nopții sau la trezire, dezechilibru în picioare și la mers, pierderi de memorie, oboseală, tulburări oculare (orbiri de moment, pierderi trecătoare ale vederii etc.). Simptomele cardiace (jenă respiratorie, anghină pectorală) sau renale, ca o poliurie (secreție de urină în cantitate mare) sau o polakiurie (frecvență exagerată a micțiunilor), sunt mai rar revelatoare. Dar, tot în aceeași măsură, hipertensiunea arterială nu provoacă nici un semn: ea este, în general, descoperită cu ocazia unui examen de rutină. Printre complicațiile unei hipertensiuni arteriale netratate, se găsesc accidentul vascular cerebral, hemoragia meningeană, insuficiența cardiacă, leziunile renale și o retinopatie.

TRATAMENT. Tratamentul trebuie să atace cauza în toate cazurile când este posibil. Așa se face că multe hipertensiuni de origine definită sunt curabile chirurgical: îngustarea (stenoza) istmului aortic, afecțiunea unuia sau ambilor rinichi, tumorile benigne ale suprarenalei. Printre hipertensiunile curabile medical, trebuie reținută hipertensiunea nefritelor acute și hipertensiunea femeilor gravide. În toate cazurile se impune o igienă a vieții: trebuie suprimate surmenajul și eforturile mari, trebuie luptat împotriva stresului, trebuie urmat, în caz de eșec, un regim pentru pierderea din greutatea corporală, trebuie încetat fumatul. Aceste prescripții trebuie să fie cu atât mai stricte cu cât hipertensiunea este mai severă și pacientul mai tânăr. În hipertensiunile severe și în caz de accidente evolutive (hemoragie meningeană, hemiplegie), este necesară odihna. În general, este indicat un regim alimentar fără sare sau puțin sărat.

Betablocantele au, în afară de acțiunea lor hipotensivă, proprietatea de a încetini bătăile inimii. Ele sunt contraindicate în caz de bradicardie (frecvență cardiacă mai mică de 50 bătăi pe minut) și de astm. Diureticele elimină sodiul și apa, dar acțiunea lor asupra potasiului (kaliemia) trebuie să fie controlată. Inhibitorii calcici au o acțiune vasodilatatoare asupra arterelor. Inhibitorii enzimei de conversie împiedică formarea angiotensinei și frânează secreția de aldosteron. Ei pot fi asociați cu diuretice. Antihipertensoarele centrale, precum clonidina, acționează asupra trunchiului cerebral (sediul centrului regulator al tensiunii arteriale) și favorizează somnul. Vasodilatatoarele periferice cresc calibrul vaselor și măresc debitul cardiac și pe cel renal. Toate aceste medicamente sunt prescrise fie izolat, dacă hipertensiunea este moderată, fie asociate în diferite moduri.

Este important ca tratamentul să fie urmat cu regularitate, deoarece o întrerupere intempestivă a acestuia expune la o creștere bruscă de tensiune arterială (fenomen de ricoșeu).

HIPERTENSIUNE INTRACRANIANĂ. Creștere anormală a presiunii în craniu, în interiorul encefalului.

Un edem cerebral (infiltrație difuză de lichid provenind din plasma sangvină), o hipertensiune arterială gravă, o criză de eclampsie (convulsii asociate unei hipertensiuni arteriale) în timpul sarcinii, o ischemie (încetinirea circulației sângelui), un hematom cerebral, o encefalită herpetică (infecție a encefalului cauzată de virusul herpetic) sau o tumoră pot declanșa o hipertensiune intracraniană.

Două semne sunt caracteristice tensiunii intracraniene: cefaleele (durerile de cap) și vărsăturile.

Examenul fundului de ochi (examen al retinei prin pupilă) arată un edem (umflătură) a papilei optice (pată mică ce corespunde originii nervului optic).

Treptat, apar tulburări ale conștienței (somnolență apoi comă), iar perioadele de eclipsă vizuală pot sfârși prin cecitate.

Tratamentul este cel al cauzei, dacă este posibil (medicamente antihipertensoare, ablația tumorii). Există posibilități de tratament al edemului cerebral (corticosteroizi, manitol).

HIPERTENSIUNE PORTALĂ. Creșterea presiunii sangvine în sistemul venos portal.

Vena portă conduce până la ficat sângele venos ce provine din tubul digestiv subdiafragmatic (stomac, intestin subțire, colon), din splină și din pancreas. După epurarea în ficat, acest sânge este condus la inimă prin vena cavă inferioară.

CAUZE. O hipertensiune portală este semnul al numeroase boli, de origine hematologică, tumorală sau infecțioasă. Ciroza este cauza cea mai frecventă, dar compresiile exterioare (cancerul de pancreas), invaziile tumorale (cancerul primitiv al ficatului), trombozele venei porte (sindrom mieloproliferativ, focar infecțios local), sunt, de asemenea, responsabile de o hipertensiune portală.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O hipertensiune portală se traduce printr-o vizibilitate anormală a venelor subcutanate în regiunea superioară a abdomenului sau în regiunea toracică inferioară. Aceste vene corespund unei circulații colaterale dezvoltate plecând de la căile de derivație naturale, care în mod normal sunt puțin sau deloc funcționale, dar care se dilată în caz de obstacol în circulația portală: acesta provoacă o anastomoză portocavă (comunicație între sistemul venei porte și sistemul venei cave) spontană. De asemenea, se formează varice esofagiene sau, mai puțin frecvent, gastrice (tumefacții albăstrui mai mult sau mai puțin voluminoase în partea joasă a esofagului și pe stomac). În sfârșit, poate să se formeze o ascită (efuziune de lichid seros în cavitatea peritoneală) consecutivă reținției de apă și de sare antrenată de insuficiența hepatică, ceea ce poate provoca o importantă distensie abdominală.

Riscul evolutiv este acela al unei rupturi a varicelor, ceea ce antrenează o hemoragie digestivă abundentă, necesitând îngrijirea de urgență.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul hipertensiunii portale este cel al cauzei. Ruptura varicelor esofagiene necesită o reanimare de urgență, cu transfuzie și compresie locală cu sondă cu balonaș, și scleroterapia (injectarea endoscopică a unui lichid sclerozant) varicelor. În caz de eșec, se impune o intervenție chirurgicală de urgență pentru a stăvili hemoragia.

HIPERTERMIE. Creștere a temperaturii corpului peste valoarea sa normală (de 37°C la ființa umană). SINONIM: *febră*.

O hipertermie survine atunci când producerea de căldură de către corp, rezultând din activitatea metabolică a organismului, depășește capacitățile sale de eliminare.

O hipertermie gravă este însoțită de tulburări cardiovasculare, respiratorii, neurologice și metabolice, uneori de tulburări ale coagulării, de probleme renale sau hepatice sau de rabdomioliză (distrugerea mușchilor striați). La copil, ea poate fi sursa unor convulsii.

TRATAMENT. O hipertermie gravă constituie întotdeauna o urgență. Tratamentul constă în administrarea de medicamente antipiretice (contra febrei), miorelaxante în caz de rigiditate musculară anormală și o răcire externă (pungă cu gheață pe piele, împachetări umede la o temperatură mai joasă decât cea a corpului), chiar una internă (perfuzie, spălături).

HIPERTIROIDIE. Afecțiune caracterizată printr-un exces de hormoni tiroidieni.

Cauzele cele mai frecvente ale unei hipertiroidii sunt boala lui Basedow, de origine autoimună, o suprainăcreare cu iod, în mod obișnuit de origine medicamentoasă, și un nodul tiroidian sau o gușă (faza inițială a unei tiroidite subacute). Simptomele cuprind o tremurătură a extremităților, o tahicardie, o senzație de căldură excesivă și o pierdere în greutate.

Tratamentul depinde esențialmente de cauză: chirurgie (ablația parțială a tiroidei), administrarea de antitiroidiene de sinteză, injectarea unei doze unice de iod radioactiv 131.

HIPERTONIE MUSCULARĂ. Exagerare permanentă a tonusului muscular (gradul de rezistență a unui mușchi striat în stare de repaus), de origine neurologică.

Hipertonia este consecutivă unei leziuni a sistemului nervos central, a cărei cauză poate fi diversă (tumorală, vasculară, degenerativă). Ea poate lua două forme.

■ *Hipertonia piramidală, numită și hipertonie spastică sau spasticitate*, este consecința unei leziuni a căii piramidale (fasciculul de fibre nervoase care comandă mișcările voluntare).

■ *Hipertonia extrapiramidală, sau hipertonia plastică*, este consecința unei proaste funcționări a sistemului nervos extrapiramidal, care comandă tonusul muscular și posturile corpului. Ea face parte dintr-un ansamblu de semne denumit sindrom extrapiramidal, a cărui cauză tipică este boala lui Parkinson.

TRATAMENT. Tratamentul este cel al bolii pentru care hipertonia constituie un semn.

HIPERTRICOZĂ. Creștere a pilozității, localizată sau generalizată.

Spre deosebire de hirsutism, hipertricozele apar în locuri dotate în mod normal cu pilozitate. Hipertricozele sunt

congenitale sau dobândite. Formele congenitale, uneori ereditare, apar din copilărie. Formele dobândite sunt puse pe seama unor medicamente (minoxidil, ciclosporină, hidantoin), unor carențe, unor cancere sau unor boli metabolice (porfirii). Tratamentul este cel al bolii responsabile, dacă este posibil, asociat eventual cu o epilare electrică.

HIPERTRIGLICERIDEMIE. Creștere a nivelului de trigliceride în serul sangvin deasupra valorii de 2,3 milimoli, adică de 2 grame, la litru.

CAUZE. O hipertrigliceridemie poate fi primitivă, consecutivă unei dereglări a sintezei sau a degradării lipoproteinelor.

O hipertrigliceridemie poate, de asemenea, să fie consecutivă unei alte afecțiuni (diabet zaharat, insuficiență renală, sindrom nefrotic, alcoolism, hepatită acută etc.) sau indusă de stres.

TRATAMENT. Tratamentul unei hipertrigliceridemii trebuie să fie mai întâi de toate dietetic: regim normolipidic (diminuarea aporturilor alimentare în trigliceride, prezente mai ales în alcool și în feculente) în majoritatea cazurilor, reducerea aportului în anumite zaharuri, de alcool și de tutun. În caz de obezitate, o pierdere în greutate este indispensabilă.

Cel mai des este recomandată o activitate fizică regulată și progresivă. Tratamentul unei boli subiacente (diabet etc.) trebuie, de asemenea, să fie întreprins. În afara unor forme primitive (hiperchilomicronemie, de exemplu) care trebuie să fie tratate din oficiu, un tratament medicamentos pe bază de hipolipemiante (fibrați, uleiuri de pește) nu trebuie să fie întreprins decât după eșecul unui regim corector urmat.

HIPERTROFIE. Creștere în volum a unui țesut sau a unui organ.

HIPERURICEMIE. Creștere a nivelului de acid uric în sânge.

Hiperuricemia este urmarea unei perturbații adesea ereditare a metabolismului bazelor purinice (substanțe azotate care intră în compoziția nucleotidelor, elementele constitutive ale A.D.N.-ului) sau unui regim alimentar prea bogat în purine (momițe de vițel, ficat, rinichi, creier, sardele, heringi). Hiperuricemia antrenează formarea în articulații, rinichi și sub piele a unor depozite de urați (săruri de acid uric), care provoacă guta și calculii urinari. Tratamentul ei constă, pe de o parte, într-un regim alimentar lipsit de purine, pe de altă parte, în luarea de medicamente hipouricemiante.

HIPERVENTILAȚIE. Creștere a cantității de aer care ventilează plămânii.

HIPERVITAMINOZĂ. Orice afecțiune legată de prezența în exces a unor vitamine în organism.

Principalele hipervitaminoze privesc vitaminele A și D. Ele sunt urmarea, în principal, a unor intoxicații de origine medicamentoasă.

HIPNOTIC. Substanță medicamentoasă capabilă să provoace somn. SINONIM: *somnifer*.

EFECTE NEDORITE. Orice substanță are propriile ei efecte nedorite, dar există și riscuri obișnuite. Somnolența poate provoca accidente în caz de conducere a unui vehicul. Pericolele legate de luarea acestor medicamente sunt mai mari în caz de afecțiune respiratorie (depresie respiratorie) și la subiecții în vârstă, care sunt sensibili în mod deosebit la hipnotice (excitație paradoxală, confuzie mintală). Se pot produce o obișnuință și o dependență, chiar o adevărată toxicomanie, mai ales în cazul barbituricelor și benzodiazepinelor. Hipnoticele sunt interzise la copiii mici, deoarece ele sunt suspectate de a fi responsabile de cazurile de moarte subită a sugarului.

HIPNOZĂ. Tehnică indicată pentru inducerea unei stări de somn parțial.

Starea obținută prin hipnoză conservă unele facultăți de relație, în particular cele dintre hipnotizator și pacient, dar antrenează o capacitate de abstracție în raport cu realitatea exterioară și o „paralizie a voinței" (Sigmund Freud). Hipnoza a fost denumită așa după cuvântul grec *hupnos*, „somn", de către medicul englez James Braid, care în 1843 utiliza tehnica pentru a-și anestezia bolnavii. Apoi, la sfârșitul secolului al XIX-lea, acest fenomen a fost studiat, în legătură cu isteria, de către neurologii francezi Jean-Martin Charcot și Hippolyte Bernheim. Observând subiecții aflați sub hipnoză, Sigmund Freud a descoperit importanța subconștientului. După ce o vreme a fost părăsită (cu excepția Statelor Unite), hipnoza cunoaște actualmente un regim preferențial: pentru a favoriza relaxarea, pentru a lupta împotriva durerii și a anxietății.

HIPOACUZIE. Diminuare a acuității auditive.

Atunci când acuitatea auditivă scade în mod important sau dispare complet, se vorbește de surditate.

Organul auzului este constituit din două părți: un aparat de percepție și un aparat de transmisie. Există, pornind de aici, două forme de hipoacuzie.

Hipoacuzia de percepție. Este vorba de diminuarea acuității auditive în care transmisia este bună, dar percepția defectuoasă.

CAUZE ȘI SIMPTOME. Hipoacuzia de percepție este cauzată fie de o leziune a cohleei (organul auzului situat în urechea internă), fie de o atingere a fibrelor nervoase din nervul auditiv sau pe căile auditive centrale (care pornesc din urechea internă și merg până la encefal).

O atingere a cohleei poate avea diferite cauze: subiectul poate suferi de o prezbiacuzie (hipoacuzie prin îmbătrânire), de o fractură de stâncă (partea internă a osului temporal)

sau de boala lui Menière care provoacă șuierături și ameteli. Zgomotele emise cu o intensitate de mai mult de 90 decibeli (traumatisme sonore) și luarea de medicamente toxice (antibiotice ca: aminozidă, aspirină, diuretice) pot de asemenea să lezeze cohleea.

Atunci când sunt afectate fibrele nervoase din nervul auditiv sau căile auditive centrale trebuie căutat, în principal, un neurinom acustic (tumoră benignă a nervului auditiv), o infecție (meningită cerebrospinală) sau un accident vascular (tromboză arterială sau spasm).

TRATAMENT. Dacă hipoacuzia de percepție este cauzată de un neurinom, trebuie făcută ablația chirurgicală a acestuia chiar dacă acesta este situat lângă trunchiul cerebral. Pentru o fractură de stâncă, tratamentul poate fi chirurgical în caz de paralizie facială sau de comunicație între meninge și ureche. În esență, tratamentul în cazul unor medicamente toxice trebuie să fie bazat pe prevenirea unor astfel de accidente, prin întrebuințarea rațională și controlată a acestor medicamente. O proteză auditivă amplificatoare este pusă în cazul când hipoacuzia de percepție devine jenantă (pierdere auditivă mai mare de 30 decibeli). Boala lui Menière, o infecție sau un accident vascular sunt tratate cu medicamente. Atunci când hipoacuzia este provocată de un spasm vascular acut al arterei auditive interne, boala survine brusc și necesită un tratament de urgență sub perfuzie.

Hipoacuzia de transmisie. Este vorba de o diminuare a acuității auditive din cauza unei atingeri a conductului auditiv extern, a urechii externe sau a urechii medii (care conține oscioarele).

CAUZE ȘI SIMPTOME. Cauzele unei hipoacuzii de transmisie sunt mai ales otitele cronice, care pot afecta timpanul și/sau oscioarele, și otospongiozele (una dintre oscioare, scărița, vibrează din ce în ce mai puțin până devine imobil). Otitele acute afectează mai ales copiii, iar otospongioza, femeile.

TRATAMENT. Tratamentul otitei acute, bazat pe medicamente antibiotice, este uneori însoțit de o paracenteză. În caz de otită medie acută recidivantă, tratamentul poate cuprinde o ablație a vegetațiilor (adenoidectomie), chiar plasarea unui aerator transtimpanic (yoyo).

În alte cazuri, tratamentul este adesea chirurgical: timpanoplastie (repararea timpanului și/sau a oscioarelor) pentru otitele cronice sau înlocuirea scăriței printr-o proteză în caz de otospongioză, sub anestezie generală și cu ajutorul unui microscop (microchirurgie).

HIPOALDOSTERONISM. Afecțiune caracterizată printr-o insuficiență a secreției de aldosteron (hormon secretat de către glandele suprarenale pornind de la progesteron, destinat reglării metabolismului sodiului și asigurând menținerea volumului sangvin circulant).

■ *Hipoaldosteronismul primitiv*, cel mai frecvent, este legat de o atingere directă a zonei glomerulare al glandelor corticosuprarenale, ca în cazul bolii lui Addison. Tratamentul constă în administrarea de 9-alfa-fluorocortizon.

■ *Hipoaldosteronismul secundar* este cauzat de un defect de stimulare de către renină a secreției de aldosteron. Această situație poate să fie observată în cursul tratamentelor cu heparină sau cu antiinflamatoare nesteroidiene, în cazul pielonefritelor cronice, al nefropatiilor diabetice sau gutoase. Simptomele sunt o deshidratare, însoțită de vome și de o scădere a tensiunii arteriale, precum și de simptomele hiperkaliemiei (tulburări ale ritmului cardiac). Tratamentul constă în restricția aporturilor alimentare în potasiu, în utilizarea rășinilor (medicamente care, prin schimb de ioni, fixează și elimină potasiul aflat în exces) și în administrarea de mici doze de analogi de aldosteron (substanțe apropiate din punct de vedere chimic de aldosteron și care au aceleași efecte).

HIPOCALCEMIE. Micșorare anormală a calcemiei (nivelul de calciu în sânge) sub 2,26 milimoli, adică 90 miligrame, pe litru la adult și sub 1,75 milimoli, adică 70 miligrame, pe litru la nou-născut.

Hipocalcemia este consecutivă, la adult, unor boli digestive cu defect de absorbție a alimentelor (intoleranță la gluten) unei carențe în vitamina D, unei insuficiențe renale cronice și, la copil, unui rahitism prin carență în vitamina D. Mai rar, ea este cauzată de o hipoparatiroidie (insuficiența secretiei de parathormon de către glandele paratiroide).

Hipocalcemiile minore nu produc semne. Când ele sunt mai importante declanșează crize de tetanie. Pe termen lung, hipocalcemia antrenează tulburări neurologice (tremurături), o cataractă precoce, anomalii dentare. Tratamentul său cuprinde luarea pe cale orală de calciu și de vitamina D. El necesită o supraveghere regulată a nivelului de calciu în sânge și în urină. Formele severe impun o injectare de urgență de calciu.

HIPOCALCIURIE. Micșorare anormală a cantității de calciu excretată în urină.

Hipocalciuria se observă în caz de steatoree (prezența unei cantități excesive de materii grase în scaun), de hipoparatiroidie (defect al secreției glandelor paratiroide), de afecțiune renală cronică și, la copil, în caz de rahitism. Tratamentul său este cel al bolii responsabile de hipocalciurie.

HIPOCAPNIE. Micșorare a concentrației de dioxid de carbon în sânge.

O hipocapnie este consecința unei eliminări excesive a dioxidului de carbon, semn al unei hiperventilații alveolare (creșterea intrărilor și ieșirilor de aer în și din alveolele pulmonare). Hipocapnia poate fi cauzată de un exercițiu intens, de anumite boli (embolie pulmonară în particular), dar și de fenomene nervoase sau legate de comportament și de emotivitate.

Tratamentul hipocapniei ține de cauza ei.

HIPOCOLESTEROLEMIANT. → HIPOLIPEMIANT.

HIPOCRATISM DIGITAL. Deformație a extremităților degetelor de la mâini și, uneori, a celor de la picioare.

Hipocratismul digital poate fi ereditar. De cele mai multe ori totuși, el apare ca urmare a unei boli cronice pulmonare (dilatația bronhiilor, tuberculoză, fibroză, cancer) sau cardiace (endocardită, malformație). Unghiile iau un aspect bombat, iar țesuturile subiacente sunt hipertrofiate; degetul, uneori dureros, are forma unui băț de tobă sau a unei spatule. Tratamentul hipocratismului digital în sine nu există, dar în formele neereditare tratamentul este cel al bolii în cauză.

HIPODERM. Țesut grăsos situate între derm și țesutul celular subcutan.

HIPODERMITĂ. Inflamație acută a hipodermului.

Hipodermitele se manifestă prin apariția de noduli subcutanați dureroși și de culoare roșie-violacee, adesea simetrici, pe gambe. Tratamentul hipodermitelor este cel al cauzei lor, asociat cu odihna la pat și administrarea de antiinflamatoare.

HIPOFIZĂ. Mică glandă endocrină (care secretă hormoni) legată de partea anterioară a creierului. SINONIM: *glandă pituitară*.

DESCRIERE. Hipofiza este situată sub hipotalamus, de care este suspendată printr-o mică tijă, tija pituitară (sau hipofizară). Deasupra și în fața hipofizei se găsește chiasma optică, conținând fibrele nervoase venite de la cele două retine. Structura internă a hipofizei se compune din două porțiuni, separate una de alta, funcționând independent: antehipofiza în față și posthipofiza în spate.

FUNCȚIONARE. Antehipofiza produce 5 hormoni: tireotrofina (TSH), corticotrofina (A.C.T.H.), gonadotrofinele (FSH și LH) și somatotrofina (STH), responsabilă de creștere la copil. Acești hormoni se mai numesc și stimuline. Aceste secreții sunt în rândul lor comandate de către hormonii hipotalamusului. Antehipofiza secretă, de asemenea, prolactina (responsabilă de lactație la femeie). Posthipofiza servește drept loc de stocare provizorie a doi hormoni ai hipotalamusului, hormonul antidiuretic, sau ADH (care împiedică eliminarea apei de către rinichi atunci când ea nu se află în destulă cantitate în organism), și citocina (care stimulează contracțiile uterului la femeie în timpul nașterii).

EXAMENE. Pentru a studia hipofiza, se practică dozări sangvine ale hormonilor și examene radiologice (scaner, imagerie prin rezonanță magnetică). O radiografie a craniului poate pune în evidență o mărire a șeii turcești, semn al unei tumori.

PATOLOGIE. Hipofiza poate fi sediul tumorilor, în general benigne (adenom hipofizar, craniofaringiom). O tumoră poate secreta în mod exagerat hormoni (hiperprolactinemie cu secretarea laptelui de către sân, acromegalie datorată somatotrofinei – cu hipertrofierea organelor; și invers, o tumoră, prin reproducerea secreților (adenom cromofob), poate provoca o diminuare a secreților hormonale normale – ceea ce se numește un hipopituitarism – sau o insuficiență antehipofizară, cauză a întârzierilor de creștere și a deficitelor în hormoni sexuali. Hipofiza, atunci când este sediul unei tumori, poate, de asemenea, să comprime chiasma optică și să provoace o hemianopsie bitemporală: subiectul nu mai are vedere a părților laterale, ca și cum ar avea ochelari de cal. Tratamentul tumorilor hipofizare este hipofizectomia (ablația hipofizei), pe cale transcraniană sau transnazală, și radioterapia.

HIPOGLICEMIANT. Substanță capabilă să diminueze nivelul de glucoză din sânge (glicemie).

Efectul hipoglicemiant este adesea un efect nedorit al unei substanțe (în principal, alcoolul). În schimb, medicamentele hipoglicemiante, ca insulina și antidiabeticele orale, sunt utilizate pentru tratarea diabetului (boală în care glicemia este crescută).

■ *Antidiabeticele* orale sunt indicate în cursul diabetelor neinsulinodependente, când regimul alimentar este insuficient. Există numeroase contraindicații, variabile după produs (insuficiență renală, hepatică, cardiacă sau respiratorie; alcoolism, sarcină), și interacțiuni (cu alcoolul, cu antiinflamatoarele etc.). Luarea de antidiabetice orale impune o supraveghere strânsă din cauza efectelor nedorite, care pot fi grave: hipoglicemie cu sulfamidele, acidoză lactică (exces de acid lactic în organism) cu biguanidele.

■ *Insulina* este indicată, în principal, în cursul diabetului insulinodependent. Vitală în acest caz, ea este administrată prin injecții subcutane.

HIPOGLICEMIE. Diminuare anormală și importantă a glicemiei (nivelul glucozei sangvine) sub 2,4 miimoli, adică 0,45 grame, la litru.

Absorbția de zahăr, în prea mare cantitate și prea rapidă, poate provoca o secreție excesivă de insulină, la rândul ei responsabilă de o hipoglicemie zisă funcțională; aceasta survine după masă, niciodată pe nemâncate. Hipoglicemiile organice (consecutive unei leziuni a unui organ), mai rare, se observă în caz de insulinom (tumoră a pancreasului secretând insulină) sau de insuficiență suprarenală. Acestea survin pe nemâncate, la distanță de luarea mesei sau în cursul exercițiilor fizice intense. În sfârșit, o hipoglicemie poate fi provocată de o intoxicație cu un medicament (insulină, sulfamide, dextropropoxifen, aspirină în doze mari) sau printr-o absorbție excesivă de alcool.

O hipoglicemie se traduce prin palpitații, transpirații, o senzație de foame imperioasă, o paloare, dificultăți de concentrare intelectuală, tulburări ale stării de spirit și ale caracterului, tremurături și tulburări vizuale. Mai rar, ea poate provoca tulburări ale stării de conștiență, chiar o comă.

TRATAMENT. Acesta constă cel mai des în consumul de zahăr, sub forma de alimente zaharate pentru simplele stări de rău sau administrarea de glucoză pe cale intravenoasă de îndată ce se constată tulburări de conștiență; de asemenea, poate fi folosit glucagonul pe cale intramusculară sau subcutanată. Dacă hipoglicemia este consecința unei boli, aceasta trebuie să fie tratată. Hipoglicemiile funcționale au un tratament deosebit: fracționarea alimentelor în mese mici și suprimarea alimentelor zaharate.

HIPOGONADISM. Afecțiune caracterizată printr-o insuficiență a funcționării gonadelor (testicule la bărbat, ovare la femeie).

DIFERITE TIPURI DE HIPOGONADISM. Hipogonadismul poate fi congenital sau dobândit.

■ *Hipogonadismele congenitale* sunt boli foarte rare. Hipogonadismul hipergonadotrofic (cu creșterea gonadotrofinelor) este cauzat de o anomalie a gonadelor. Cazurile cele mai frecvente sunt sindroamele lui Turner și al lui Klinefelter. În aceste cazuri, gonadotrofinele hipofizare (hormonul luteinizant și cel foliculostimulant) cresc normal în timpul pubertății și stimulează gonadele, dar ovarele sau testiculele, anormale, nu produc hormonii sexuali.

■ *Hipogonadismele dobândite* pot rezulta dintr-o tumoră (adenom), dintr-o boală (hiperprolactinemie) sau dintr-o iradiere a zonei hipotalamohipofizare. Ele antrenează o pierdere a caracterelor sexuale secundare și o infertilitate.

TRATAMENT. Tratamentul se substituie secreției fiziologice, dar fără să permită, în general, fecunditatea. La femeie, estrogenii și derivații de progesteron sunt administrați în mod ciclic pe cale orală, percutană sau vaginală. La bărbat, înlocuirea testosteronului se face pe cale injectabilă sau orală.

HIPOKALIEMIANT. Substanță capabilă să diminueze kaliemia (sau potasemia, adică nivelul de potasiu din sânge). Hipokaliemiantele servesc la tratarea hiperkaliemiilor (creșterea nivelului de potasiu din sânge). În caz de hiperkaliemie moderată, rășini „schimbătoare de ioni" (polirenni) sunt administrate pe cale orală; ele schimbă în intestin ionul lor de calciu sau ionul lor de sodiu cu ionul de potasiu, împiedicând astfel absorbția potasiului în organism. În hiperkaliemiile severe, soluțiile alcaline (bazice) cu bicarbonatul de sodiu sunt indicate și administrate în perfuzie într-un serviciu spitalicesc de reanimare. Rășinile hipokaliemiante, foarte bine tolerate, pot uneori să provoace constipație și, în caz de supradozare, o hipokaliemie. Unele diuretice, mai ales din familia tiazidicelor, sunt hipokaliemiante prin creșterea eliminării urinare a potasiului.

HIPOKALIEMIE. Diminuare a kaliemiei (sau potasemiei, adică a nivelului de potasiu în plasmă) sub valoarea de 3,5 milimoli pe litru.

O hipokaliemie este de cele mai multe ori urmarea unor pierderi digestive de potasiu, prin diaree prelungită, vome repetate sau abuz de laxative iritante, dar ea mai poate fi provocată prin luarea de medicamente diuretice hipokaliemiante, de o boală hormonală (hiperaldosteronism, hipercorticism), o alcaloză (alcalinitate excesivă a lichidelor organismului). O hipokaliemie se manifestă mai ales prin tulburări neuromusculare, mergând de la slăbiciune la paralizie musculară, și, atunci când este importantă, prin tulburări ale ritmului cardiac, uneori prin pierderea conștienței, mai rar prin paralizii. Tratamentul este un regim alimentar bogat în potasiu (legume, fructe, cărnuri), la nevoie completat cu comprimate, chiar cu perfuzii, de săruri de potasiu.

HIPOLIPEMIANT. Medicament capabil să micșoreze o hiperlipidemie (creșterea nivelului de lipide în sânge). SINONIME: *hipocolesterolemiant, hipolipidemiant, normolipemiant.*

HIPOMANIE. Stare de excitație trecătoare sau durabilă care se manifestă printr-o hiperactivitate, printr-o stare de spirit exuberantă și printr-o mulțime de cuvinte.

Hipomania poate reprezenta o formă atenuată a fazei de manie în psihoza maniacodepresivă. Ea poate, de asemenea, să fie cauzată de unele intoxicații (alcool, psihostimulante, corticosteroizi).

HIPOMELANOZĂ. Diminuare anormală, locală sau generalizată, a pigmentării pielii prin diminuarea cantității de melanină pe care o conține.

Hipomelanozele sunt uneori de origine genetică, ca albinismul și piebaldismul (suviță de păr frontală de culoare albă). Ele pot și să fie dobândite: agresiunea căldurii, a frigului sau a unei substanțe chimice, o boală a pielii (lepră, sifilis, pityriazis verzicolor), o boală hormonală (diabet), o carență alimentară. Singurul tratament este cel al cauzei, atunci când este posibil.

HIPONATREMIE. Diminuare a natremiei (nivelul de sodiu din plasmă) la o valoare mai mică de 135 milimoli pe litru.

O hiponatremie traduce o hiperhidratare, ea însăși consecința unei retenții de apă (insuficiență renală, insuficiență cardiacă, ciroză hepatică, hipersecreție de hormon antidiuretic) sau unor pierderi de sodiu (pierderi digestive prin vărsături sau diaree, pierderi cutanate prin arsuri sau insuficiență suprarenaliană).

O hiponatremie poate provoca tulburări digestive (dezgust față de apă, apoi grețuri și vărsături) și mai ales neurologice (mergând de la simpla confuzie mintală la comă). Tratamentul său depinde de afecțiunea în cauză.

HIPOPARATIROIDIE. Afecțiune caracterizată printr-un deficit în parathormon (hormonul secretat de glandele

paratiroide și care crește nivelul sangvin al calciului, favorizând absorbția lui intestinală).

CAUZE. Cauza cea mai frecventă a hipoparatiroidiei este chirurgia tiroidiană. În fapt, cele patru glande paratiroide sunt prinse de fața posterioară a glandei tiroide și uneori sunt chiar incluse în peretele tiroidian; în caz de ablație totală a glandei tiroide, ablația accidentală sau devascularizarea paratiroidelor poate antrena un deficit total și permanent în parathormon.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Deficitul în parathormon antrenează o diminuare a calciului și o creștere a fosforului în sânge. O hiperparatiroidie se caracterizează prin accese de tetanie, apariția progresivă a unei cataracte și tulburări cutanate (uscăciune a pielii).

TRATAMENT. O hipoparatiroidie necesită un tratament pe viață, constând în absorbția de vitamină D și de calciu.

HIPOPION. Supurație în camera anterioară a ochiului, între cornee și iris.

Un hipopion se manifestă printr-un nivel orizontal alb-gălbui, vizibil prin ochi. O punctionare a camerei anterioare a ochiului confirmă diagnosticul și poate pune în evidență care este germenele în cauză. Această afecțiune este tratată prin administrarea de antibiotice, pe cale generală sau locală.

HIPOPITUITARISM. Afecțiune caracterizată printr-un deficit global în hormoni hipofizari, îndeosebi în cei secretați de antehipofiză (corticotrofina, tireostimulina, somathormonul, gonadotrofinele și prolactina). SINONIM: *insuficiența hipofizară*.

Acest deficit poate atinge ansamblul secrețiilor hipofizei (panhipopituitarism) sau poate privi doar anumite secrеții (hipopituitarism disociat).

Hipopituitarismul este o boală rară, ale cărei cauze sunt diverse.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acestea se instalează treptat, ceea ce face, uneori, să dureze până când diagnosticul să fie stabilit.

Subiectul este palid și obosește ușor. Zonele în mod normal pigmentate (mameloane, organe genitale) se decolorează treptat. Pielea devine fină și ridată, rece și uscată. Părul ia un aspect fin și sistemul pilos se diminuează, cu dispariția bărbii la bărbat, a părului pubian și axilar la ambele sexe. La copil se observă o breșă în curba de creștere și o oprire sau o încetare a dezvoltării pubertare. La femeie, hipopituitarismul antrenează absența scurgerilor menstruale. Pe plan psihic, apar adesea o încetinire mintală, uneori tulburări ale memoriei și întotdeauna o pierdere a libidoului. Hipopituitarismul este însoțit de o hipotensiune arterială și de o încetinire a ritmului cardiac.

Netratat, hipopituitarismul poate să se agraveze brusc cu ocazia unui stres, a unei infecții sau a unui act chirurgical, de exemplu. Faza acută se traduce printr-o hipoglicemie, o hipotensiune arterială, o diminuare a temperaturii corporale și tulburări ale stării de conștiență care pot merge până la o comă profundă.

TRATAMENT. Acesta constă în înlocuirea hormonilor lipsă prin medicamente. O tumoră hipofizară trebuie să fie operată sau iradiată.

HIPOPLAZIE. Dezvoltare insuficientă a unui țesut sau a unui organ. SINONIM: *hipoplastie*.

Hipoplazia, adesea de origine congenitală, se traduce mai ales prin diminuarea greutății și volumului unui organ, ca în cazul hipoplaziei renale, care poate afecta ambii rinichi.

HIPOPROTEINEMIE. Diminuare anormală a proteinemiei (nivelul proteinelor în sânge) sub valoarea de 60 grame pe litru.

O hipoproteinemie poate fi cauzată de o carență alimentară în proteine (kwashiorkor), de o boală digestivă care diminuează absorbția alimentelor (intoleranța la gluten), de o insuficiență a sintezei proteinelor (insuficiență hepatică severă) sau de o pierdere a proteinelor (prin hemoragie, arsuri întinse, abuz de laxative iritante, sau din cauza unui sindrom nefrotic). Ea se manifestă printr-o topire a mușchilor și prin apariția de edeme. Tratamentul său este cel al bolii în cauză.

HIPOSIALIE. Diminuare a producerii de salivă. → ASIALIE.

HIPOSPADIAS. Malformație congenitală în care meatul uretral (orificiul extern al uretrei) este situat pe partea internă a penisului.

Meatul uretral poate să se deschidă la diferite niveluri ale uretrei. Hipospadiasul se numește balanic când se deschide sub gland, penian când se deschide la mijlocul penisului și penoscrotal când se deschide la unghiul penisului cu scrotul.

TRATAMENT. Tratamentul hipospadiasului constă în reconstruirea chirurgicală a uretrei utilizând piele a prepuțului, penisului sau scrotului pentru a repune meatul uretral cât mai aproape posibil de gland.

HIPOTALAMIC (hormon). Hormon secretat de către hipotalamus și destinat reglării producției de hormoni hipofizari.

HIPOTALAMUS. Regiune centrală a diencefalului situată la baza creierului, sub talamus și deasupra hipofizei, care este legată de el cu o tijă, tija pituitară.

Hipotalamusul asigură un dublu rol de control al secrețiilor hormonale hipofizare și de control al activității sistemului nervos vegetativ.

FUNCȚIONARE. Hipotalamusul secretă doi hormoni care sunt stocați în hipofiză înainte de a fi eliberați în sânge: hormonul antidiuretic, sau vasopresina, care împiedică apa din organism să fie pierdută în prea mare cantitate în urină, și ocitocina, care stimulează contracțiile uterine în cursul nașterii.

Hipotalamusul secretă, de asemenea, liberine, hormoni care controlează secrețiile antehipofizei.

Alt rol al hipotalamusului constă în a acționa asupra funcționării viscerelor (viața vegetativă), de exemplu intervenind asupra ritmului cardiac sau respirator. Hipotalamusul controlează, de asemenea, senzațiile de foame și de sațietate, deci prizele alimentare, precum și termoreglarea.

PATOLOGIE. Patologia hipotalamusului este legată de cea a hipofizei și poate să se traducă prin tulburări diverse ale funcționării hormonale.

Simptomele revelatoare ale unei opriri a secreției hipotalamice sunt legate de mărimea tumorii sau de deficitul hormonal (ca paloarea, astenia, absența scurgerilor menstruale, depilarea).

Tratamentul este rareori chirurgical când atingerea hipotalamică este importantă, ci mai curând medicamentos sau radioterapic. În toate cazurile, un tratament hormonal substitutiv este necesar pentru a corecta hipopituitarismul.

HIPOTENSIUNE ARTERIALĂ. Diminuare a tensiunii arteriale.

Hipotensiunea arterială este caracterizată prin scăderea presiunii sistolice sub 10 centimetri de mercur. Unele persoane având un sistem cardiovascular normal au totuși o tensiune arterială mai mică decât media (aceasta fiind în relație cu fiecare vârstă a vieții). Termenul de hipotensiune arterială este, în general, rezervat la cazurile în care tensiunea arterială scade până la punctul de a antrena amețeli și leșinuri.

CAUZE. O hipotensiune arterială se observă la bolnavii foarte slăbiți, la cei atinși de denutriție, imobilizații la pat sau cei care nu fac vreun efort. O hipotensiune acută (survenită brusc) poate fi urmarea unor răni grave sau unei hemoragii interne cu pierdere mare de sânge, antrenând o scădere a volumului sangvin circulant, a unei intoxicații acute (alcool, de exemplu) sau a unei stări de șoc. Un infarct miocardic, o boală infecțioasă, o alergie majoră (înțepătură de insectă, mușcătură de șarpe, chiar un medicament) pot fi responsabile de hipotensiune.

Hipotensiunea ortostatică. Este un sindrom clinic caracterizat printr-o impresie de vertij și o întunecare a vederii, urmate uneori de sincopă, și însoțit de o cădere a tensiunii de cel puțin 20 milimetrei de mercur, survenind la trecerea din poziția culcat în poziție în picioare.

Hipotensiunea ortostatică este adesea un efect secundar al unui tratament cu antidepresoare sau cu antihipertensoare (utilizate în tratamentul hipertensiunii arteriale). Ea mai poate surveni și la diabeticii care suferă leziuni ale sistemului nervos autonom care perturbă reflexele controlatoare ale presiunii sangvine. În sfârșit, se poate să fie vorba de o afecțiune autonomă de origine necunoscută, boala lui Shy-Drager, survenind de obicei după 50 ani, mai des la bărbat.

TRATAMENT. Dacă hipotensiunea este consecutivă administrării de medicamente, adesea este suficient să se modifice dozajul lor pentru a o corecta. Dacă însă cauza este o boală, un diabet zaharat de exemplu, tratamentul depinde de aceasta. Dacă e vorba de o cauză necunoscută, fenilefrina dă de obicei rezultate bune. → SHY-DRAGER (boală a lui).

HIPOTERMIE. Scădere a temperaturii corpului sub 35°C.

Se deosebesc hipotermiile moderate (de la 35 la 32°C), grave (de la 32 la 26°C) și majore (sub 26°C).

Hipotermia rezultă dintr-o prăbușire a sistemelor fiziologice de luptă împotriva frigului la subiecții fragili (copii, bătrâni care trăiesc în case prost încălzite) sau din expunerea prelungită la frig până la epuizarea mecanismelor de apărare (naufragiu, înec, subiecți fără domiciliu iarna etc.). Ea mai este întâlnită și la persoanele intoxicate (barbiturice sau alcool), intoxicația inhibând mecanismul de apărare împotriva frigului. În timpul unei infecții, o hipotermie poate uneori să se succeadă unei hipertermii acute sau chiar s-o înlocuiască.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Hipotermiile accidentale moderate sunt însoțite de frisoane intense constituind un mijloc de apărare a organismului prin producerea de căldură. În cursul hipotermiilor majore, căderea temperaturii este responsabilă de tulburări ale stării de conștiență, chiar de comă, de depresie respiratorie, de o încetinire a frecvenței cardiace și de o scădere progresivă a presiunii arteriale cu diminuarea debitului cardiac. Cazurile cele mai grave simulează moartea (absența totală a reacțiilor, stop respirator, ritm cardiac extrem de încetinit).

TRATAMENT. În afara tratamentului cauzei și a unor măsuri legate de simptome (oxigenare, ventilație artificială în caz de comă și de hipotermie severă, perfuzii etc.), tratamentul este bazat pe încălzirea din exterior (pleduri cu sau fără încălzire) sau internă (încălzirea aerului administrat prin respiratorul artificial, perfuzii călduțe etc.), care trebuie să fie întreprinse cu atât mai cu prudență cu cât hipotermia este mai profundă și mai îndelungată.

HIPOTIROIDIE. Afecțiune caracterizată printr-un deficit în hormoni tiroidieni (tiroxină și triiodotironină).

Hipotiroidia este destul de frecventă la un adult de o anumită vârstă și afectează mai mult femeia decât bărbatul.

CAUZE. Hipotiroidia are trei cauze principale. Mai întâi, țesutul tiroidian poate fi absent (ablația tiroidei; foarte rar, absența congenitală a acesteia) sau a devenit improductiv după o iradiere a gâtului; încă mai des, este vorba de o tiroidită a lui Hashimoto. Apoi, țesutul tiroidian, în fond normal, poate să nu fie stimulat suficient de către hormonul

tireostimulină (sau TSH, hormon hipofizar care stimulează producerea de hormoni tiroidieni) din cauza unei atingeri a hipotalamusului sau a hipofizei. În sfârșit, țesutul tiroidian este uneori insuficient de productiv prin deficit în alimente iodate, frecvent în lume, sau prin bloc enzimatic tiroidian (absența unei enzime, care fapt împiedică formarea hormonilor tiroidieni).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Hipotiroidia, sau mixedemul, apare în mod treptat: îngroșarea pielii feței și gâtului, ten palid, ca de ceară, palmele uneori portocalii. Pielea este uscată și rece (hipotermie la originea unei sensibilități la frig), părul este uscat și casant, iar sprâncenele, rare, își pierd firele de păr. Aceste semne sunt însoțite de o luare în greutate variabilă, de constipație și de îngroșarea mucoaselor ceea ce duce la o voce aspră și la diminuarea acuității auditive. Hipotiroidia poate antrena formarea unei gușe. Pe plan psihic apar o încetinire intelectuală, tulburări ale memoriei și, în unele cazuri, o depresie semnificativă. Hipotiroidia se manifestă și printr-o încetinire a ritmului cardiac, uneori cu semne de angor (angină pectorală) și prin tulburări ale scurgerilor menstruale și o scădere a libidoului la femeie.

TRATAMENT. Tratamentul substitutiv cu L-tiroxină, administrat pe cale orală, trebuie să fie urmat toată viața.

HIPOTONIE MUSCULARĂ. În neurologie, diminuarea tonusului muscular, responsabilă de o slăbire a mușchilor.

Hipotonia se observă la începutul hemiplegiilor sau ca urmare a injectării anumitor substanțe (anestezice, curara etc.).

HIPOTRICOZĂ. Diminuare sau oprire a dezvoltării sistemului pilos.

Majoritatea hipotricozelor fac parte dintre sindroamele foarte rare, adesea de natură ereditară.

HIPOTRIGLICERIDEMIE. Nivel anormal de scăzut al triglicteridelor în serul sangvin.

Cu apariție excepțională, hipotrigliceridemia este legată fie de un aport alimentar insuficient de trigliceride, fie de o abetalipoproteinemie (nivel anormal de scăzut al betalipoproteinelor în sânge). Tratamentul său constă în prescrierea de vitamină E, administrată pe cale orală.

HIPOURICEMIANT. Medicament capabil să micșoreze nivelul de acid uric în sânge (uricemie).

Se deosebesc trei grupuri de hipouricemiante.

■ *Inhibitorii sintezei acidului uric* (alopurinol, tisopurină), luați sub formă orală, sunt indicați în tratamentul de fond (pe termen lung) al gutei și contraindicați în caz de sarcină și alăptare. Tulburările digestive pe care le provoacă sunt atenuate dacă aceste medicamente sunt înghițite la sfârșitul mesei. Asocierea lor cu un antibiotic anume, ampicilina, este contraindicată.

■ *Uricozuricele* (probenicid, benzbromaron) cresc eliminarea urinară a acidului uric. Ele sunt indicate în tratamentul hiperuricemiilor (prea mare concentrație de acid uric în sânge) provocate de medicamente (diuretice, aspirină). Luate sub formă orală, ele sunt contraindicate la subiecții suferind de insuficiență renală. Ele pot declanșa formarea de calculi urinari. Este nerecomandabilă asocierea lor cu salicilați și cu anticoagulante orale.

■ *Uricoliticele* (urat oxidaza) distrug acidul uric și sunt indicate în hiperuricemiile severe, dar contraindicate la femeia gravidă și la subiecții cu deficit în glucozo-6-fosfat dehidrogenază. Ele sunt prescrise pe cale parenterală în injecție, iar efectele lor nedorite sunt, în principal, reacțiile alergice.

HIPOURICEMIE. Diminuare a nivelului de acid uric în sânge.

O hipouricemie poate fi consecința fie a unei diminuări a sintezei acidului uric, la rândul ei legată de o insuficiență hepatică gravă, fie a unei creșteri a excreției urinare de acid uric, cum se întâmplă în cazul unor cancere. Mai mult, alături de medicamentele hipouricemiante utilizate în tratamentul hiperuricemiilor, numeroase alte medicamente au o acțiune hipoglicemiantă. Hipouricemia este fără consecințe clinice și nu necesită deci nici un tratament.

HIPOVENTILAȚIE. Micșorare a cantității de aer care ventilează plămânii.

HIPOVOLEMIE. Micșorare a volumului sangvin eficace, adică a acelui volum necesar fiziologic pentru menținerea unei funcții circulatorii normale.

Hipovolemia este urmarea pierderilor hemoragice (hemoragie acută, exteriorizată sau nu) sau a unei deshidratări (pierderi plasmatice sau hidroelectrolitice provocate de arsuri întinse, o diaree, vărsături etc.).

SEMNE ȘI DIAGNOSTIC. Semnele de hipovolemie sunt foarte des amestecate cu cele ale cauzei sale. O hipovolemie se manifestă întotdeauna printr-o micșorare a volumului urinei, care este concentrată, o insuficiență renală și o tahicardie (accelerarea ritmului cardiac) asociată de obicei cu o presiune arterială joasă; venele superficiale sunt plate, pielea este rece, marmorată; subiectului îi este sete foarte des. Hipovolemia se traduce adesea printr-o respirație accelerată.

Atunci când mecanismele de adaptare a organismului la hipovolemie (îndeosebi accelerarea ritmului cardiac pentru restabilirea unui debit cardiac suficient) sunt depășite, survine șocul hipovolemic (insuficiență circulatorie acută).

TRATAMENT. Independent de cel al cauzei, tratamentul este bazat pe reumplerea vasculară prin perfuzii care vizează restaurarea volemiei: sângele, apa și electroliții sau substituenții de plasmă, în mod excepțional albumină, plasma, doar, în caz de tulburare gravă a coagulării asociată. Unele

medicamente (dopamină, îndeosebi) favorizează reîntoarcerea venoasă la inimă.

HIPOXIE. Micșorare a concentrației de oxigen din sânge.

Hipoxia este un semn care permite estimarea gravității stării unui pacient. Ea definește o insuficiență respiratorie; mai există și o hipoxie în bolile cardiace avansate. Consecința sa este o micșorare a aportului de oxigen pentru celulele organismului, denumită uneori hipoxie celulară, care se poate traduce printr-o gâfâială și printr-o durere toracică și poate antrena o disfuncție a creierului, inimii și rinichilor. Tratamentul este cel al bolii, căruia i se adaugă eventual administrarea de oxigen.

HIRSCHSPRUNG (boală a lui). Boală congenitală legată de absența, în anumite zone, a ganglionilor nervoși, care controlează musculatura netedă a intestinului (colon). SINONIM: *megacolon aganglionar*.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Boala lui Hirschsprung se manifestă la sugarii mici (între 3 și 5 luni), și chiar la nou-născuți, printr-o distensie abdominală importantă. În fapt, atunci când ajung în porțiunea de intestin afectată, fecalele și gazele nu mai înaintează normal, ceea ce antrenează o dilatație a colonului în amonte. Scaunele, rare, greu de evacuat, au uneori duritatea pietrei. Constipația poate fi întreruptă de câteva episoade de diaree care dovedesc uneori prezența unei enterocolite (inflamație a mucoaselor intestinului subțire și colonului).

TRATAMENT. Acesta este chirurgical și constă în ecoatarea segmentului de intestin neinervat și în legarea colonului subiacent inervat la rect cu scopul de a restabili continuitatea digestivă anatomică și funcțională.

HIRSUTISM. Dezvoltare la femeie a unei pilozități excesive și cu aspect de pilozitate masculină.

Hirsutismul este legat adesea de factori genetici, dar el mai poate fi provocat de luarea de medicamente steroide anabolizante sau de hormoni estroprogestativi, care au efecte androgenice deosebit de marcate. În alte cazuri, el dezvăluie o prea mare secreție de hormoni androgeni de către ovare (distrofie polichistică, tumoră) sau de către glanda corticosuprarenală (hiperplazie suprarenală congenitală, tumoră).

Hirsutismul se declară adesea încă de la primele cicluri menstruale și se accentuează cu timpul. El se manifestă prin fire de păr dese, lungi, groase și pigmentate, apărând în zone neobișnuite la o femeie: barbă, obraji, mustață, areola sânilor, regiunea situată între sâni, linia mediană a abdomenului, sus pe coapse. Alte semne de exces în hormoni androgeni pot fi asociate, realizând un adevărat virilism: tulburări menstruale, căderea părului, hipertrofie a mușchilor și a clitorisului. Toate aceste elemente diferențiază hirsutismul de hipertricoză, care este o hiperpilozitate generalizată, de cele mai multe ori de origine familială.

TRATAMENT. Hirsutismul poate fi revelator al unei boli, care atunci trebuie căutată și tratată. Dacă nu e vorba de o altă boală, tratamentul hirsutismului face apel la hormonii antiandrogeni (acetat de ciproteron), completat cu îngrijiri cosmetice (epilare electrică).

HIS (fascicul lui). Grup de fibre miocardice diferențiate care se situează în septul interventricular al inimii.

FUNCȚIONARE. Fibrele fasciculului lui His conduc rapid în interiorul ventriculelor influxul nervos responsabil de contracția cardiacă.

HISTAMINĂ. Amină provenind din transformarea unui acid aminat, histidina.

Histamina se fixează pe receptorii situați la suprafața celulelor. Ea joacă un rol de mediator chimic în mai multe fenomene; creșterea secreției gastrice, transmiterea mesajelor nervoase în creier, vasodilatația, alergia, chiar șocul anafilactic. Numeroase medicamente antihistaminice sunt utilizate în tratamentul afecțiunilor alergice.

HISTERECTOMIE. Ablație chirurgicală a uterului.

INDICAȚII. O histerectomie este avută în vedere fie după eșecul tratamentului medical al sângerărilor rebele, fie atunci când un fibrom uterin antrenează simptome deranjante (hemoragii repetate, compresia organelor pelviene, dureri în micul bazin), fie în caz de cancer uterin sau chiar după o naștere atunci când hemoragia se dovedește imposibil de controlat.

DIFERITE TIPURI DE HISTERECTOMIE. Există două tipuri de intervenție, practicate sub anestezie generală.

■ *Histerectomia totală* cuprinde ablația corpului și colului uterin. Ea se practică pe cale abdominală (chirurgie clasică) sau, de câte ori este posibil, pe cale vaginală, din cauza avantajelor acestui acces: risc operatoriu mai mic, absența cicatricii, convalescența mai scurtă.

■ *Histerectomia subtotală*, care nu se practică decât pe cale abdominală, constă în îndepărtarea corpului uterin dar lăsând la locul lui colul uterin. Ea permite conservarea în întregime a profunzimii vaginului, dar riscul dezvoltării unui cancer pe colul rămas (acest risc nefiind legat de operație) o face din ce în ce mai rară.

CONVALESCENȚĂ ȘI PROGNOSTIC. După o spitalizare de vreo zece zile, în caz de histerectomie pe cale abdominală, sau de 3–5 zile, în caz de intervenție pe cale vaginală, și după o convalescență de 6 săptămâni, pacienta își reia viața normală. Ea nu mai are scurgeri menstruale și nu va mai avea copii, dar își poate relua viața sexuală normală la o lună după operație.

HISTEROGRAFIE. Examen radiologic al uterului. → HISTEROSALPINGOGRAFIE.

HISTEROMETRIE. Măsurare a profunzimii cavității uterine.

O histerometrie este indicată în cursul oricărei boli care modifică dimensiunile uterului (fibrom uterin sau cancer uterin) și înaintea unor intervenții intrauterine, ca punerea unui sterilet. Ea se efectuează cu ajutorul unei tije gradate – histerometrul –, din metal sau din material plastic, introdusă prin colul uterin până în fundul uterului.

HISTEROPEXIE. Fixare chirurgicală a uterului.

O histeropexie servește la corectarea deplasărilor de uter (prolaps, retroflexiune, retroversiune).

HISTEROPTOZĂ. Coborâre anormală a uterului în micul bazin din cauza unei slăbiri a mijloacelor de fixare a acestui organ.

O histeroptoză rezultă dintr-o insuficiență congenitală a ligamentelor de susținere a uterului sau din traumatismele obstetricale. Tratamentul ei este chirurgical (histeropexie, de exemplu) și se integrează, în general, în cel al prolapsului genital.

HISTEROSALPINGOGRAFIE. Examen radiologic al uterului și al trompelor lui Fallopio.

Acest examen asociază histerografia (examenul radiologic al uterului) cu salpingografia (examenul radiologic al trompelor).

INDICAȚII. Medicul prescrie în mod obișnuit o histerosalpingografie atunci când pacienta suferă de tulburări de ciclu, sângerări anormale sau de sterilitate și în caz de avort spontan.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. Examenul este practicat, într-un centru de radiologie, între a 8-a și a 12-a zi după menstruație, cu vezica goală. Medicul radiolog pune un specul cu scopul de a vedea colul uterin și de a pune aici canula de histerografie care va servi la efectuarea injectării, nedureroasă, a produsului de contrast. Odată injectat, acesta opacifiază progresiv colul uterin, cavitatea uterină apoi trompele lui Fallopio.

O histerosalpingografie durează între 25 și 30 minute. De îndată ce examenul este încheiat, pacienta poate să-și reia activitățile.

EFECTE SECUNDARE. Histerosalpingografia este un examen delicat care poate fi dureros. Uneori, în orele care urmează, pacienta poate resimți dureri în partea de jos a abdomenului, însoțite de febră. Este vorba de o reacție locală la produsul de contrast, care dispare rapid.

Uneori există și unele semne de alergie la iod (mâncărimi, urticarie pe corp).

CONTRAINDICAȚII. Histerosalpingografia trebuie să fie realizată în afara perioadelor de hemoragii (menoragii sau metroragii) sau ale infecțiilor genitale.

Acest examen este contraindicat în caz de alergie cunoscută față de iod, în caz de sarcină sau în caz de infecție cunoscută a vaginului și trompelor (salpingită), deoarece ar risca diseminarea infecțiilor în micul bazin (pelviperitonită).

HISTEROSCOPIE. Examen care permite explorarea cavității uterine cu ajutorul unui histeroscop (tub dotat cu un sistem optic) și, eventual, tratarea leziunilor constatate.

O histeroscopie este indicată în cursul căutării anomaliilor mucoasei uterine (sinechii, polip, fibrom, cancer).

■ *Histeroscopia diagnostică* utilizează un histeroscop lung și subțire de 2 milimetri în diametru, care transmite imaginea captată fie direct de ochiul observatorului, fie, prin intermediul unei camere de luat vederi și a unui monitor de televiziune, pe un ecran. După amplasarea speculului și dezinfecția colului uterin, instrumentul este introdus prin orificiul colului și, sub control vizual, este împins în uter. La femeia care nu este încă la menopauză, examenul este practicat între a 10-a și a 14-a zi a ciclului, adică înainte de ovulație. Histeroscopia diagnostică este un examen nedureros, care durează câteva minute și poate fi efectuat în cursul unei consultări la cabinetul medicului.

■ *Histeroscopia operatorie* utilizează un histeroscop înconjurat de o teacă ce permite alunecarea în interior a instrumentelor operatorii. Este necesară o anestezie, fie generală, fie regională (rahianestezie prin injectarea produsului anestezic în canalul rahidian). Chirurgul îndepărtează atunci leziunea uterină, polip sau fibrom, pe căi naturale. Intervenția nu durează vreodată mai mult de o oră, iar pacienta, spitalizată în dimineața intervenției, poate să părăsească spitalul în aceeași seară.

HISTEROTOMIE. Deschidere chirurgicală a uterului.

O histerotomie, care necesită deschiderea abdomenului, este indicată, în principal, în caz de cezariană.

HISTIOCITOFIBROM. Tumoră benignă a pielii. SINONIM: *dermatofibrom*.

Un histiocitofibrom, foarte frecvent, apare ca un nodul de mai puțin de 2 centimetri diametru, mobil, tare, de culoare roșie-violacee sau cafenie, amplasat mai ales pe față anterioară și internă a membrelor inferioare. Tratamentul histiocitofibromului constă în distrugerea prin crioterapie (aplicarea frigului) sau în îndepărtarea chirurgicală, dar acesta este cu atât mai facultativă cu cât riscă să lase o cicatrice inestetică.

HISTIOCITOLIZĂ. Afecțiune localizată sau difuză, caracterizată prin proliferarea benignă sau malignă a celulelor derivate din globulele albe.

HISTOCOMPATIBILITATE. Compatibilitate a țesuturilor de origine diferită bazându-se pe caracteristicile antigenice de care depinde succesul unei grefe. SINONIM: *sistemul HLA*.

Genele care guvernează sinteza acestor antigene sunt situate pe cromozomul 6 și sunt cunoscute sub numele de

complex major de histocompatibilitate (C.M.H.) sau sistemul HLA (*Human Leucocyte Antigens*). Genele sistemului HLA sunt repartizate în două clase: genele clasei I codifică antigenele de histocompatibilitate prezente în toate celulele nucleate ale organismului și sunt clasate în 3 grupe (A, B și C); genele din clasa II comandă sinteza antigenelor prezente doar în anumite celule ale sistemului imunitar (monocite, macrofage, limfocite B) și sunt, de asemenea, repartizate în 3 grupe (DR, DQ și DP). Actualmente se cunosc mai mult de 120 gene diferite ale sistemului HLA.

IMPORTANȚA ÎN MEDICINĂ. Fiecare individ posedă deci diferite grupe HLA. Părinții transmit fiecăruia dintre copiii lor o jumătate din genele lor. În interiorul unei aceleiași familii, copiii pot să fi moștenit grupe identice în totalitate (ei sunt numiți HLA identici), jumătate din gene (sunt numiți semiidentici), sau pot să nu aibă nici un grup în comun (ei sunt atunci HLA diferiți). Pentru doi subiecți neînrudiți, probabilitatea de a avea comune toate grupele HLA este mică.

Succesul unei grefe se bazează în mare parte pe sistemul de histocompatibilitate. Cu cât diferențele HLA sunt mai mari, cu atât reacțiile de respingere sunt mai intense. În plus, atunci când un subiect a fost în contact cu antigenele de histocompatibilitate pe care nu le posedă, de exemplu în cursul unei transfuzii sangvine, al unei grefe anterioare sau al unei sarcini, el poate dezvolta anticorpi, zișI limfocitotoxici, îndreptați împotriva antigenelor care îi sunt străine: se vorbește de imunizare anti-HLA. Prezența unor astfel de anticorpi face mai dificilă realizarea unei grefe.

HISTOGENEZĂ. Totalitate a etapelor care duc la constituirea unui țesut matur.

HISTOLOGIE. Studiu microscopic al țesuturilor vii.

HISTOPLASMOZĂ. Boală infecțioasă provocată de două ciuperci.

Histoplasmoza americană. Cunoscută și sub denumirea de boala lui Darling, histoplasmoza americană, sau histoplasmoza cu forme mici, este cauzată de o ciupercă, *Histoplasma capsulatum*, capabilă să infecteze numeroase animale domestice și rozătoare. Această ciupercă este prezentă în țesuturi sub formă de levuri, deși, în mediul exterior (sol) sau în cultură, într-un laborator de micologie, ea există sub forma filamentoasă (miceliană).

Histoplasmoza americană se întâlnește des în Statele Unite și în America de Sud. Mai sunt semnalate cazuri în Africa, Asia și Europa.

CONTAMINARE. Omul se contaminează pe cale pulmonară inhalând sporii ciupercilor conținuți în praful de grajd sau de la crescătoriile de porumbei, sau în peșterile unde și contaminate cu dejecțiile animale (lilieci, păsări). În organism, ciuperca se multiplică în interiorul celulelor sistemului reticuloendotelial (celule capabile să absoarbă particule străine ca levurile).

SEMNE ȘI SIMPTOME. Histoplasmoza americană poate îmbrăca trei forme diferite: o formă de primo-infecție, de departe cea mai obișnuită, fără simptome deosebite în 90% dintre cazuri, sau prezentându-se sub forma unei stări gripale; o formă pulmonară cronică (pseudotuberculoză); o formă generalizată, gravă.

TRATAMENT. Noile produse triazolate (medicamente antifungice) permit o vindecare rapidă.

Histoplasmoza africană. Denumită și histoplasmoză cu forme mari, această boală este cauzată de o ciupercă, *Histoplasma duboisii*.

Histoplasmoza africană se întâlnește în mod sporadic în statele Africii subsahariene intertropicale.

CONTAMINARE ȘI SIMPTOME. Modul de contaminare (pe mucoase sau cutanat) este prost cunoscut.

Această micoză afectează mai ales pielea, oasele, ganglionii, unde ea dezvoltă noduli, abcese, ulcerații. Formele diseminate sunt rare, dar de o gravitate extremă.

TRATAMENT. Tratamentul prin medicamente antifungice este, în general, eficace, dar vindecarea este mai lentă decât pentru histoplasmoza americană.

HIV. → SIDA.

HLA (sistem). → HISTOCOMPATIBILITATE.

HODGKIN (boală a lui). Afecțiune canceroasă care atinge îndeosebi ganglionii limfatici și alte organe limfoide (splină, ficat) sub formă de limfom. SINONIM: *limfogranulomatoză maligna*.

Boala lui Hodkin afectează în mod obișnuit persoanele sub 30 ani și mai în vârstă de 60 ani. Cauzele ei sunt încă puțin cunoscute.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Afecțiunea apare mai întâi la ganglionii limfatici (ai gâtului, la cei axilari, inghinali, mediastinali (în spațiul dintre plămâni), crescuți în volum (adenopatii) și unde se observă o proliferare de celule uriașe cu nuclee multiple caracteristice acestei boli, celulele lui Sternberg. Afecțiunea se întinde din apropape în apropape la lanțurile ganglionare și la splină, care crește în dimensiuni. Mai târziu sunt afectate și alte organe ca ficatul, plămânul sau măduva osoasă. Boala este însoțită, mai frecvent la un stadiu avansat, de semne generale de febră, mâncărimi și pierdere în greutate, cu semne biologice de inflamație (creșterea vitezei de sedimentare sangvină).

TRATAMENT. Acesta face apel la polichimioterapie și la radioterapie. Sunt posibile diferite tipuri de tratamente chimioterapice, dintre care principalele sunt MOPP (muștar azotat, vincristină, procarbazină și prednison) și ABVD (care asociază adriblastină, bleomicină, vinblastină și dacarbazină). În unele forme localizate, este uneori posibil

să se propună o radioterapie fără chimioterapie; în acest caz, se efectuează adesea în prealabil ablația splinei, singura metodă posibilă de a verifica dacă ea este atinsă, estimându-se astfel gradul de extindere a bolii și tratamentul de urmat.

HOLERĂ. Boală infecțioasă intestinală, contagioasă, cauzată de o bacterie, vibrionul holeric (*Vibrio cholerae*, varietatea el Tor).

Diseminarea sa este favorizată de absența igienei. Pot fi observate atât pandemii, cât și atingeri sub forma unor focare izolate. Zonele geografice afectate, în principal, sunt Asia, Orientul Mijlociu, Europa și, în ultimii ani, Africa și America de Sud.

CAUZĂ. Holera se transmite, în principal, fie prin ingestia de apă poluată de dejecțiile umane infectate, fie prin ingestia de alimente sau băuturi contaminate, sau chiar prin crustacee infectate ingerate. Vibrionul holeric, introdus în organismul uman, produce o enterotoxină care alterează peretele intestinului subțire fără să-l distrugă.

SIMPTOME ȘI EVOLUȚIE. După una până la cinci zile de la contaminare, se declară brusc o diaree, cu vărsături abundente și crampe musculare. Subiectul nu are febră. Diareea devine curând lichidiană, gravitatea bolii rezidând în amplorea deshidratării. La copil și la subiectul vârstnic, riscul e încă și mai mare, deoarece deficitul în apă este deosebit de rapid, marcat printr-o pierdere în greutate și printr-o înfundare a ochilor în orbite, însoțite de un șoc hipovolemic (insuficiență circulatorie) cu hipotensiune (căderea tensiunii arteriale) și oligurie (scăderea cantității de urină excretată).

TRATAMENT. Tratamentul se bazează pe înlocuirea pierderilor de lichid prin administrarea, timp de câteva zile, fie prin perfuzie intravenoasă, fie pe cale orală dacă nu mai au loc vărsături, a unei preparații standard prescrisă de Organizația Mondială a Sănătății. Un tratament antibiotic poate fi prescris pentru evitarea propagării în întregul organism.

PREVENIRE. Aceasta se bazează pe măsuri sanitare privind circuitul apelor folosite și latrinele și pe reguli de igienă simple: curățenia perfectă a alimentelor și mâinilor, apă de băut la sticle capsulate sau fiartă. Puțin eficace, vaccinul clasic nu mai este recomandat; sunt în curs de evaluare noi vaccinuri.

HOLERIFORM. Se spune despre scaunul lichidian și foarte abundent.

HOLTER (înregistrare). Înregistrare pe o durată de 24 sau 48 ore a activității cardiace a unui subiect care își duce viața sa obișnuită.

Înregistrarea Holter, care nu necesită nici imobilizare la pat, nici spitalizare, lasă bolnavului posibilitatea să se deplaseze și să-și exercite ocupațiile.

INDICAȚII. Acest examen este indicat pentru supravegherea ritmului bătăilor inimii la persoanele care poartă un stimulator cardiac sau care urmează un tratament, îndeosebi împotriva aritmiei cardiace (neregularitatea ritmului cardiac) sau împotriva angorului.

Examenul este, de asemenea, utilizat pentru a detecta o anomalie a nodului sinusal (regiunea miocardului unde iau naștere influxurile nervoase care provoacă contractiile inimii), un bloc auriculoventricular (încetinirea sau întreruperea propagării unui influx nervos între auricule și ventricule)sau, încă, a unei insuficiențe coronariene (proastă irigare a miocardului).

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. Acest examen se efectuează cu ajutorul unui înregistrator cu casetă de dimensiunile și greutatea unui walkman. Electrozii sunt lipiți pe pieptul pacientului. Ei captează bătăile inimii și activitatea sa electrică și transmit datele printr-un cablu la înregistratorul care este înfășurat în jurul taliei.

O tehnică identică permite supravegherea hipertensiunii. Presiunea arterială este atunci măsurată la intervale regulate timp de 24 ore.

HOMEOPATIE. Metodă terapeutică ce constă în prescrierea pentru un bolnav sub formă extrem de diluată și stimulantă, a unei substanțe capabile să producă tulburări asemănătoare celor pe care le prezintă bolnavul.

PRINCIPII. Principiul fundamental al homeopatiei ține de faptul că orice substanță capabilă să producă la un individ sănătos un anume număr de simptome este susceptibilă să vindece un subiect bolnav care prezintă un ansamblu de simptome asemănătoare. Astfel, tratamentul semnelor clinice provocate de o înțepătură de albină (edem, arsură etc.) va face apel la *Apis melifera*, remediu homeopatic preparat plecând de la corpul în întregime al albinei.

Al doilea principiu al homeopatiei constă în diminuarea treptată a dozei unei substanțe medicamentoase până la doze infinitezimale în scopul de a consolida sfera de acțiune a acestuia în același timp diminuând efectul lui toxic. Medicamentele se prezintă fie sub formă de soluții, fie de granule, fie de globule pe bază de lactoză sau de zaharoză, impregnate cu substanța activă și administrate pe cale perlinguală (puse sub limbă, pentru a fi resorbite de către mucoasa linguală) în prize mai mult sau mai puțin repetitive.

INDICAȚII. Homeopatia este indicată mai ales în caz de boală funcțională (cauzată de o proastă funcționare a unui organ, fără leziune a structurii acestuia). Ea este îndeosebi utilizată în afecțiunile în care cauzele psihologice sau psihosomatice sunt predominante sau importante.

PRACTICĂ. Practica homeopată debutează printr-o conversație meticuloasă care vizează aprecierea semnelor clinice și contextul apariției lor, morfologia pacientului, comportamentul său general (temperament extravertit sau introvertit, agitație, manie, prostrație), dorințele sale și aversiunile sale etc.

HOMEOSTAZIE. Proces de reglare prin care organismul își menține diferitele constante ale mediului interior (ansamblul lichidelor organismului) între limitele valorilor normale.

Activitatea permanentă a unor organe concură la menținerea acestui echilibru: rinichiul excretă anumite produse de catabolism (totalitatea reacțiilor de degradare a compușilor organici) și reglează metabolismul apei și pH-ul (aciditatea sau alcalinitatea) sângelui; plămânul elimină dioxidul de carbon și puțină apă; intestinul evacuează reziduurile alimentelor ingerate și secrețiile digestive. În plus, pentru numeroase substanțe (ioni în particular, ca de exemplu calciul, potasiul, sodiul), acest echilibru este asigurat prin acțiunea hormonilor antagoniști; trebuie să intervină adesea un mecanism de control retroactiv, conform căruia, de exemplu, un nivel sangvin excesiv al unei substanțe inhibă stimularea hormonală a producerii sale.

Uneori, mecanismele homeostatice funcționează prost. În cazul diabetului, de exemplu, proasta funcționare a producerii de insulină este cea care antrenează o creștere a nivelului de zahăr în sânge.

HOMEOTERMIE. Constanță a temperaturii corpului, independent de cea care există în exteriorul organismului.

O homeotermie depinde de o reglare fiziologică (termoreglare) care ajustează exact producția de căldură și pierderea termică, oricare ar fi anotimpul sau activitatea fizică.

Termoreglarea este asigurată de către hipotalamus. Acesta comandă, în caz de scădere a temperaturii corporale, un frison și o vasoconstricție a capilarelor cutanate și, în caz de creștere a temperaturii corporale, o transpirație și o dilatare a capilarelor cutanate.

Temperatura normală a organismului variază între 37°C și 37,8°C în repaus.

HOMOCISTINURIE. Boală creditară rară cauzată de un deficit în betacistationin sintetază (enzimă care intervine în metabolismul acizilor aminați).

Boala asociază o întârziere mintală, tulburări ale țesuturilor conjunctive și ale celor osoase, o luxație de cristalin și uneori tulburări vasculare, ca trombozele.

Homocistinuria nu poate fi vindecată, dar administrarea de vitamină B6 asociată cu un regim alimentar bogat în cistină este susceptibilă să atenueze efectele.

HOMOZIGOT. Se spune despre un individ ale cărui alele (gene cu aceeași funcție, situate la același nivel și purtate de cromozomii unei aceleiași perechi) sunt identice.

HORMON. Substanță secretată de o glandă endocrină, eliberată în circulația sangvină și destinată să acționeze în mod specific pe unul sau mai multe organe-țintă cu scopul de a le modifica funcționarea.

Hormonii se împart în trei mari grupe după structura lor: hormonii polipeptidici (formați din mai mulți acizi

SURSE ȘI EFECTE ALE PRINCIPALILOR HORMONI

Glandele	Hormonii
Hipofiză	Agățată de creier, ea este formată din antehipofiză, în față, și de posthipofiză în spate
Antehipofiză	Sintetizează somathormonul, hormonul de creștere, prolactina, care asigură îndeosebi lactația, și stimulinele, activatoare ale altor glande
Posthipofiză	Stochează ocitocina și hormonul antidiuretic provenind de la hipotalamus
Hipotalamus	Această regiune a creierului secretă ocitocina (care declanșează contracțiile uterine în timpul nașterii), hormonul antidiuretic (care provoacă o reținție de apă în organism) și liberinele (care activează stimulinele antehipofizei)
Ovare	Situate de o parte și de alta a uterului, ele secretă estrogenii, hormonii tipic feminini, și progesteronul, hormonul de sarcină
Pancreas endocrin	Este vorba de celulele răspândite în pancreas, care sintetizează insulina (care micșorează concentrația în glucoză a sângelui) și glucagonul (care crește această concentrație)
Paratiroide	În număr de patru, lipite de tiroidă, ele produc parathormonul, care crește concentrația sangvină în calciu
Suprarenale	Fiecare dintre cele două suprarenale, situate pe rinichi, este formată dintr-o corticosuprarenală la periferie și o medulosuprarenală în centru
Corticosuprarenale	Această porțiune externă a glandelor suprarenale secretă glucocorticosteroizii, care influențează reacțiile glucidelor, mineralocorticosteroizii, care rețin sodiul în organism, și androgenii suprarenalieni, virilizanți.
Medulosuprarenale	Acestea produc adrenalina și noradrenalina, hormoni de activare generală a organismului în caz de stres
Testicule	Situate în scrot, ele sintetizează testosteronul, hormonul virilității
Tiroidă	La baza gâtului, ea secretă triiodotironina și tiroxina, indispensabile dezvoltării oaselor și creierului la copil și activatoare ale reacțiilor chimice ale organismului

aminați), de exemplu insulina; hormonii steroidieni (derivați ai colesterolului), precum cortizolul și derivații lui; hormonii derivați dintr-un acid aminat, precum hormonii tiroidieni.

Hormonii sunt secretați, în principal, de către glandele cu secreție internă, adică hipofiza, tiroida, paratiroidele, suprarenalele și glandele genitale, dar și de diferite formațiuni celulare răspândite în organism. În plus, anumite celule ale pancreasului și rinichiului, precum și hipotalamusul, sau, încă, placenta la femeile gravide, sintetizează hormoni specifici. Hormonii sunt cei care guvernează numeroase funcții ale corpului, îndeosebi metabolismul celulelor, creșterea, dezvoltarea sexuală, reacțiile corpului la stres.

Hormonul este eliberat în sânge și circulă cel mai des legat de o proteină care reglează acțiunea sa. El se fixează în continuare pe receptorii purtați de către organele-țintă, cu o specificitate comparabilă celei a unei chei într-o broască, cu scopul de a adapta organismul la nevoile momentului, de exemplu pentru a stimula secrețiile de insulină atunci când ingestia alimentelor antrenează o creștere a nivelului glucozei din sânge. Producția de hormon este la rândul ei stimulată sau frânată printr-un proces regulator, zis retrocontrol, care poate fi hipotalamic sau metabolic; astfel, scăderea glicemiei inhibă secretarea de insulină de către pancreas.

UTILIZAREA TERAPEUTICĂ. Se pot fabrica sintetic hormoni a căror structură chimică este identică cu cea a hormonilor naturali sau este apropiată de aceasta. Aceste substanțe pot fi utilizate în terapeutică pentru a repara o carență hormonală. Acesta este de exemplu cazul cortizonului, antiinflamator puternic, care este un derivat de cortizol elaborat de glandele suprarenale. De asemenea, pot fi utilizați hormoni naturali, extrași din sânge sau din urină și apoi purificați.

HORMONOTERAPIE. Utilizare a hormonilor pentru a compensa un defect al secreției endocrine sau pentru a modifica o funcție a organismului.

HORMONOTERAPIE ANTICANCEROASĂ. Tratament hormonal al cancerului.

Hormonoterapia anticancerosă utilizează efectul anumitor hormoni steroidieni asupra cancerelor zise hormonodependente sau hormonosensibile. Astfel, estrogenii naturali, secretați de către ovar, au o influență asupra cancerelor de sân și ale uterului, iar androgenii, secretați de către testicul, asupra cancerului de prostată. Hormonoterapia are drept scop blocarea semnalului de proliferare dat de hormoni celulelor canceroase.

HORTON (boală a lui). Inflamație a unei artere temporale, sau a ambelor artere temporale, la partea de sus a tâmplelor. SINONIME: *arterită temporală, boala a lui Forestier*.

Boala lui Horton, relativ rară, afectează persoanele în vârstă și cel mai des femeile.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Boala lui Horton se manifestă prin dureri de cap intense, localizate la o tâmplă sau la ambele, cauzată de inflamația peretelui arterial. Uneori, aceste dureri sunt acompaniate de febră și de o stare generală proastă.

DIAGNOSTIC ȘI EVOLUȚIE. Diagnosticul se pune în urma unui examen sangvin, care evidențiază o viteză de sedimentare ridicată, semn al unei inflamații, și a unui examen histologic al țesutului arterial după biopsia arterei temporale, efectuată la spital sub anestezie locală. Principalul risc al bolii rezidă în extensia rapidă a inflamației la artera oftalmică, antrenând o obliterare a vaselor retinei sau ale papilei și orbirea.

TRATAMENT. Un tratament de urgență cu corticosteroizi în doze mari trebuie să fie întreprins. Acest tratament este urmat cu doze lent descrescânde timp de mai mulți ani sub supraveghere regulată a vitezei de sedimentare.

HTA. → HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ.

HTLV. Oncovirus A.R.N. din familia retrovirusurilor, responsabil de leucemiile cu celule T (leucemii cu tricoleucite) și de limfoamele cutanate.

HTLV (din engleză *Human T-cells Leucemia / Lymphoma Virus)* infectează limfocitele și le modifică metabolismul. Repartiția sa geografică, foarte variabilă, pare mai răspândită în anumite populații din Japonia, Caraibe și din Africa. Transmisia acestui virus se face prin sânge și pe cale sexuală, doar bărbații putând contamina femeile.

HUHNER (test postcoital al lui). Examen al glerei cervicale prelevate de pe colul uterin după un raport sexual cu scopul de a analiza compoziția acesteia și de a evalua numărul și mobilitatea spermatozoizilor prezenți.

Testul lui Huhner completează spermograma (analiza spermei) în cursul studiului cauzelor unei sterilități. Prelevarea este făcută la 8 ore după un act sexual, la cabinetul ginecologului sau la spital cu ajutorul unui specul și al unei pipete. Ea durează, cel mult, câteva minute și nu antrenează nici un efect secundar.

HUMERUS. Os care constituie scheletul brațului.

Humerusul este un os lung care permite inserția a numeroși mușchi. El se articulează la partea de sus cu omoplatul, iar în partea de jos cu cubitusul și radiusul.

PATOLOGIE

■ *Fracturile diafizei humerusului* se observă mai ales la adult; ele sunt consecutive unui șoc direct pe braț sau indirect prin căderea în cot; uneori ele au drept cauză o contracție musculară în cursul unui exercițiu de aruncare. Tratamentul lor este mai întâi de toate ortopedic: bandaj cu atelă sau gips. Aparatul ortopedic trebuie păstrat între 6 săptămâni

ILEORECTOPLASTIE. Operație chirurgicală constând în înlocuirea rectului cu o porțiune de ileon.

ILEOSTOMIE. Operație chirurgicală constând în legarea ileonului (partea terminală a intestinului subțire) la un orificiu practicat pe piele.

ILEUS PARALITIC. Ocluzie intestinală consecutivă unei paralizii trecătoare a intestinului subțire.

ILIACĂ (arteră, venă). Vas apropiat de partea superioară a osului bazinului.

IMAGERIE MEDICALĂ. Ansamblu de tehnici pentru transpunerea în imagini a organelor sau diferitelor regiuni ale corpului uman viu.

Această vizualizare are drept obiect stabilirea unui diagnostic și/sau aplicarea unei terapeutici (imagerie intervențională). Imageria medicală se bazează pe radiologie, care utilizează razele X, pe ecografie, care utilizează ultrasunetele, pe imageria prin rezonanță magnetică, care utilizează fenomenul de rezonanță magnetică nucleară (R.M.N.) și pe medicina nucleară, care utilizează izotopi radioactivi.

IMAGERIE PRIN REZONANȚĂ MAGNETICĂ. Tehnică de imagerie radiologică utilizând proprietățile de rezonanță magnetică nucleară (R.M.N.) ale componentelor organismului uman.

INDICAȚII. I.R.M. (sau I.R.M.N.) este indicat în principal în diagnosticarea bolilor sistemului nervos central: imaginile sunt mai precise decât cele obținute cu ajutorul scanerului, mai ales în anumite zone ca măduva spinării sau pentru anumite afecțiuni ca scleroza în plăci. O a doua indicație este diagnosticarea bolilor osoase și articulare, în particular a celor care ating atât scheletul, cât și sistemul nervos, ca herniile discale. Printre dezvoltările cele mai recente ale acestei tehnici, trebuie citate angio-I.R.M. și imageria funcțională a creierului. Angio-I.R.M. permite să se obțină, plecând de la anumite secvențe, imagini ale vaselor. Anomaliile fluxului vascular sunt, începând de la această tehnică, mai ușor observabile. I.R.M.-ul creierului permite analizarea anumitor funcții senzoriale sau motorii.

DESFĂȘURARE. I.R.M. nu necesită nici o pregătire, nici spitalizare, nici odihnă după examen, nici examinarea pe nemâncate. Este necesar să se îndepărteze orice obiect metalic, care ar deranja examenul (ceas, agrafă a sutienului etc.) și să se interzică orice machiaj, unele cosmetice conținând metale. Plombele dentare sunt susceptibile să modifice imaginea.

Pacientul este lungit pe o masă care este făcută să alunece într-un tunel deschis pe ambele părți și care ocupă centrul unui electromagnet (un fel de transee de 50–60 centimetri diametru pe o lungime de aproximativ 2 metri) în interiorul căruia domnește un câmp magnetic intens. Pacientul nu simte nimic, dar aude un zgomot repetat, destul de puternic, corespunzând emisiei de unde de radiofrecvență; el poate rămâne în contact cu medicul datorită unui microfon. Examenul necesită o imobilitate absolută; la persoanele claustrofobe și la copii se practică chiar o anestezie generală. Pentru ameliorarea imaginilor poate fi necesară o injectare de gadoliniu pe cale intravenoasă. Această substanță nu conține iod și nu induce efecte secundare; totuși, ca măsură de precauție, ea nu este injectată femeilor gravide. Examenul durează între o jumătate de oră și trei sferturi de oră.

REZULTATE. I.R.M. este singura tehnică ce oferă imagini în secțiune în planurile orizontale, verticale și oblice. Realizarea secțiunilor în trei dimensiuni ale spațiului permite precizarea mai bună a raporturilor și extinderii unei leziuni. Imaginile sunt tratate mai întâi informatic.

CONTRAINDICAȚII ȘI EFECTE SECUNDARE. I.R.M. este categoric contraindicat în caz de prezență în organism a unor obiecte metalice magnetizabile: fragmente care au pătruns prin accident, material metalic vascular sau intracranian, stimulator cardiac. Aceste obiecte, care nu sunt întotdeauna cunoscute de către pacient, sunt puse în evidență printr-o radiografie prealabilă. Examenul este, de asemenea, imposibil de realizat la pacienții deosebit de corpolenți. El este în schimb compatibil cu prezența protezelor de șold, cu șuruburile utilizate în ortopedie și cu materialul dentar uzual.

I.R.M. este un examen nedureros, care nu provoacă iradiere, spre deosebire de scaner. Actualmente nu este cunoscut nici un risc legat de câmpul magnetic, inclusiv pentru femeia gravidă.

I.M.A.O. → INHIBITOR DE MONOAMINOXIDAZĂ.

IMOBILIZARE. Procedeu terapeutic constând în imobilizarea unei părți bolnave sau accidentate a corpului, chiar și a întregului corp.

Majoritatea fracturilor sunt îngrijite prin imobilizare cu ajutorul unor aparate ortopedice, atele, gipsuri sau prin osteosinteză (reasamblarea fragmentelor osoase cu ajutorul șuruburilor, cuielor, plăcilor și altor mijloace mecanice). Mulțumită acestui procedeu se mai pot trata entorsele, artrita și tuberculoza osteoarticulară, precum și unele afecțiuni ale coloanei vertebrale. Durata imobilizării trebuie să fie destul de mare pentru a putea permite oprirea tulburărilor sau consolidarea, dar nu trebuie să fie prelungită dincolo de această dată cu scopul de a fi întreprinsă cât mai devreme posibil o reeducare și pentru a se evita topirea musculară și redoarea articulației.

IMPEDANTOMETRIE. Studiu și măsurare a supleței timpanului și osciorelor din urechea medie.

Impedanța timpanului caracterizează gradul său de rigiditate: cu cât este mai suplu timpanul, cu atât sunt mai bune calitățile lui. Rigiditatea sa depinde de trei elemente: presiunea în urechea medie, care trebuie să fie egală cu

presiunea atmosferică dacă trompa lui Eustachio funcționează bine; conținutul urechii medii: dacă se găsește lichid în cursul otitelor; funcționarea oscioarelor aflate în spatele timpanului. Dacă cele trei măsurători ale acestei supleți sunt normale, urechea medie este sănătoasă.

IMPETIGO. Infecție cutanată supurată și contagioasă de origine bacteriană.

Impetigo este o afecțiune frecventă. Ea se observă cel mai des la copilul mai mic de 10 ani, uneori sub forma unor mici epidemii afectând o școală sau o familie. Germenii în cauză sunt stafilococul auriu, uneori streptococul, care pot penetra în piele cu ocazia unei tăieturi sau a leziunilor de herpes sau de eczemă.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Semnele încep printr-o mică placă roșie pe care apar vezicule (băsicuțe minuscule umplute cu un lichid limpede) care se umplu cu puroi. Apoi leziunile, foarte fragile, lasă rapid locul unei cruste gălbui de culoarea mierii, care acoperă un puroi unsuros. Ele infectează adesea conturul narinelor, al gurii sau al ochilor, uneori zonele genitale. Impetigo poate fi însoțit de o febră moderată. Căteodată se asistă la multiplicarea leziunilor, scărpinarea crustelor transportând microbul dintr-un punct în altul. Scărpinatul favorizează și mai mult persistența cicatricelor definitive sau prelungite.

TRATAMENT. Acesta se bazează pe administrarea de antibiotice active față de stafilococi și streptococi, pe cale orală, timp de cel puțin 10 zile. Îngrijirile locale sunt, de asemenea, foarte importante: înmuierea crustelor prin pulverizări de ser cu zinc sau aplicații de antiseptice de două ori pe zi, spălarea cu un săpun antiseptic. Fețele de pernă, șervetele de masă și de baie trebuie spălate, pe cât posibil, separat de lucrurile celorlalți. Pentru a evita efectele scărpinatului la copii, se preconizează tăierea unghiilor, ei trebuie să se spele de două ori pe zi și să li se acopere leziunile cu o compresă uscată. În plus, se impune o evicție școlară până la vindecarea completă (8 până la 10 zile).

IMPLANT. Orice material natural sau artificial inserat în organism.

Implanturile sunt destinate să înlocuiască un organ bolnav sau să amelioreze funcționarea sa, să trateze anumite boli, să difuzeze medicamente sau hormoni sau chiar să remodeleze silueta.

Un implant poate fi un aparat, miniaturizat sau nu, un medicament, un țesut sintetic.

IMPLANT CARDIAC. → STIMULATOR CARDIAC.

IMPLANT COHLEAR. Electrozi plasați chirurgical în interiorul cohleei, în urechea internă.

Punerea unui implant cohlear nu este indicată decât în cazul în care protezele auditive nu sunt eficace, în surdițățile de percepție grave, fie de origine congenitală, fie prin atingere toxică a urechii interne.

Aplicarea implantului se face, sub anestezie generală, printr-o incizie practicată în spatele pavilionului urechii. Electrozii vor stimula celulele senzoriale ale urechii interne și vor adresa impulsurile nervoase creierului. Ei sunt legați cu un fir de un mic microfon plasat în exterior deasupra pavilionului urechii, care culege sunetele și le transformă în curent electric. Această tehnică recentă de microchirurgie este încă puțin întrebuințată.

IMPLANT DE CRISTALIN. Lentilă din plastic care înlocuiește cristalinul în interiorul ochiului.

Punerea unui implant de cristalin este indicată după extragerea cristalinului, în general în cazul unei cataracte. Este o intervenție curentă și de scurtă durată, care necesită o spitalizare de aproximativ trei zile. Sub anestezie generală, după ablația cristalinului bolnav, implantul de cristalin este plasat înaintea sau, mai des, în spatele irisului și este menținut în loc prin ansele lui micuțe.

După operație, pacientul trebuie să poarte un obturator pe ochiul operat pentru a-l feri de orice stimulare luminoasă.

Acest implant este pus pe întreaga viață. Complicațiile locale sunt foarte rare, iar rezultatele vizuale, în general, excelente. Lentile corectoare de mică putere pot fi prescrise pentru a prefecționa vederea de departe și pentru a o permite pe cea de aproape.

IMPLANT DENTAR. Mic cilindru din metal (titan), fixat chirurgical în osul maxilar și destinat să înlocuiască rădăcina unui dinte îndepărtat și să slujească drept suport al unei proteze.

INDICAȚII. Aplicarea unuia sau mai multor implanturi dentare este indicată la persoanele care, ca urmare a cariilor sau a deșosărilor, au pierdut un dinte, mai mulți dinți sau totalitatea dinților lor și pentru care purtatul unei proteze este o sursă de inconfort.

TEHNICĂ. Sub anestezie locală, chirurgul incizează gingia și dezlipește o fâșie din ea. Apoi practică o gaură în os și inseră implantul. Apoi pune la loc pe deasupra fâșia de gingie dezlipită și o coase. Pacientul poate resimți dureri din cauza cicatrizării țesuturilor care durează o săptămână.

Implanturile sunt lăsate ca atare în os timp de aproximativ șase luni pentru a se integra bine. După această perioadă, chirurgul dezvelește capul fiecăruia dintre implanturi și le pregătește pentru a putea folosi drept suport pentru proteză. După mai multe săptămâni, un aparat dentar (proteză) asemănător unei punți este adaptat (prin șuruburi, pene sau pivoți) pe suporturile plasate pe implanturile dentare.

REZULTATE. Această tehnică are avantajul de a elimina definitiv orice fenomen de respingere și evită purtatul protezei de către pacient. Prognosticul (durata de viață a implantului) este mai bun pentru implanturile situate pe maxilarul superior decât pentru cele situate pe maxilarul inferior.

IMPLANT MEDICAMENTOS. Medicament radioactiv introdus chirurgical sau nu sub piele în țesutul celular.

Implanturile medicamentoase sunt destinate difuzării conținutului lor (local sau în ansamblul organismului) în mod regulat și permanent. Acțiunea lor se întinde pe o durată proprie fiecăruia, putând merge de la câteva săptămâni la mai mulți ani. Ele se resorb lent.

IMPOTENȚĂ. Incapacitate a unui bărbat de a obține sau de a menține o erecție și, din acest motiv, de a avea un raport sexual satisfăcător.

Impotența desemnează de asemenea, dar în mod abuziv, tulburările ca ejaculareа precoce sau cea retardată.

CAUZE. Impotența, care poate fi observată la orice vârstă la bărbatul adult, este provocată de tulburări de origine organică sau psihică.

■ *Impotența organică* poate fi consecutivă unor afecțiuni vasculare, neurologice sau endocrine, care au răsunet asupra organelor ce permit erecția, în particular nervii, vasele sangvine și corpii cavernoși ai penisului: diabetul, ateroscleroza, arterita, alterarea venelor peniene insuficiența suprarenală, boala lui La Peyronie, alcoolismul, tabagismul, toxicomania (față de opiacee mai ales). Impotența poate, de asemenea, să survină în urma unei intervenții chirurgicale (ablația prostatei, a vezicii sau a rectului) sau în urma unei leziuni a măduvei spinării, provocând întreruperea plexului nervos (intersectarea mai multor ramuri nervoase) al bazinului. Medicamentele utilizate împotriva tensiunii arteriale sunt uneori responsabile de impotență, ca de exemplu psihotropele.

■ *Impotența psihogenă* răspunde de cele mai multe ori unuia sau mai multor eșecuri resimțite ca devalorizante în fața unei partenere sau unei prea mari angoase în momentul raporturilor amoroase.

SIMPTOME ȘI SEMNE. În cursul impotențelor psihogene există erecții normale inconștiente, mai ales în timpul somnului, sau conștiente, la trezire în mod deosebit, dar în afara oricărei situații amoroase.

TRATAMENT

■ *Tratamentul impotentei organice* constă întâi de toate în tratarea afecțiunii în cauză. Când aceasta nu este de-ajuns, în caz de arterită de exemplu, se recurge la injecții intracavernoase cu papaverină sau cu alt produs care antrenează o erecție temporară sau aplicarea unei proteze peniene care permite o erecție artificială.

■ *Tratamentul impotentei psihogene* face apel la psihoterapie. Prezența partenerei în cursul conversațiilor medicale este uneori benefică. Recurgerea la psihotrope (anxiolitice, antidepresive) nu poate fi făcută decât cu măsură și limitată în timp (risc de efecte nedorite și de automedicație). Tratată în mod adecvat, impotența psihogenă se vindecă în general bine.

IMPULSIE. Nevoie irezistibilă de a comite un act absurd sau antisocial.

În cazurile acute, neuroleptice și spitalizarea caută să inhibe descărcările pulsionale. În cazurile nepericuloase, psihoterapia poate reduce încărcăturile emoționale prea intense.

IMUNITATE. Totalitate a mecanismelor de apărare ale unui organism împotriva elementelor străine de organism, în particular împotriva agenților infecțioși (virusuri, bacterii sau paraziți).

Imunitatea pune în joc mecanisme împotriva agresiunii agenților exteriori: imunitatea mediată humoral (pe cale sangvină), în care anumite globule albe, limfocitele B, se transformă în plasmocite care fabrică anticorpi, și imunitatea mediată celular, în care alte globule albe, limfocitele T, intervin multumită secreției diferitelor proteine, citokinele, și își exercită proprietățile lor citotoxice. → SISTEM IMUNITAR.

IMUNIZARE. Totalitate a împrejurărilor și procedeelor care declanșează, la un individ, o reacție imunitară ce permite organismului să se apere împotriva unui element străin (substanță, microorganism), denumit antigen.

IMUNOCIT. Celulă care asigură funcționarea sistemului imunitar.

Imunocitele cuprind, în principal, două categorii de celule: globulele albe denumite limfocite, care posedă structuri membranare denumite receptori, capabile să recunoască antigenele, și celulele al căror rol este să permită recunoașterea antigenului de către limfocite, denumite macrofage sau celule prezentatoare ale antigenului.

IMUNODEFICIENȚĂ. Diminuare congenitală sau dobândită a stării de imunitate a organismului.

Atunci când imunodeficiența este marcată și durabilă, ea face bolnavul deosebit de sensibil la infecțiile oportuniste (cauzate de germeni inofensivi în mod normal și care afectează doar organismele cu mijloace slăbite de apărare).

■ *Imunodeficientele congenitale* pot atinge diferite verigi ale răspunsului imunitar. Atunci când deficitul imunitar privește limfocitele, prognosticul este adesea defavorabil. Unele imunodeficiențe sunt frecvente dar bine tolerate.

■ *Imunodeficientele dobândite* sunt frecvente. În lume, prima cauză a imunodeficienței dobândite este malnutriția. Alte cauze sunt mai rare: sindromul nefrotic (formă de glomerulonefrită) antrenează o hipogamaglobulinemie (micșorarea nivelului de imunoglobuline din sânge) favorizând infecțiile. Chimioterapia și radioterapia în tratamentul cancerelor, corticoterapia în cel al bolilor inflamatorii și imunosupresoarele în prevenirea rejecțiilor de grefă induc deficite mai mult sau mai puțin profunde și mai mult sau mai puțin complete ale imunității. Numeroase virusuri sunt și ele susceptibile să provoace deficite imunitare, trecătoare pentru majoritatea lor. H.I.V. (virusul SIDA) antrenează o imunodeficiență profundă și definitivă. → SIDA.

IMUNODEPRESOR. → IMUNOSUPRESOR.

IMUNOGLOBULINĂ. Proteină a serului sangvin secretată de către plasmocite, provenite din limfocite (globule albe care intervin în imunitatea celulară) de tip B ca reacție la introducerea în organism a unei substanțe străine (antigen). SINONIM: *anticorp*.

DIFERITE TIPURI DE IMUNOGLOBULINE

■ *IgA* joacă un rol important în lupta împotriva bacteriilor în mucoase (căile respiratorii, de exemplu).

■ *IgD* intervin în maturarea limfocitelor.

■ *IgE* au un rol cheie în lupta împotriva paraziților și în mecanismul alergiei. Ele sunt secretate împotriva alergenelor (anumite tipuri de antigene) și antrenează în organism eliberarea de histamină, substanță responsabilă de apariția simptomelor alergiei.

■ *IgG* sunt produse în cursul unui contact cu antigenul, contact care se prelungește, sau în cursul unui al doilea contact al organismului cu un antigen. Acesta este răspunsul-memorie, principiul în baza căruia funcționează imunitatea dobândită și vaccinurile.

■ *IgM* sunt imunoglobulinele secretate în cursul primului contact al organismului cu un antigen.

FUNCȚIE. O imunoglobulină este capabilă să se fixeze pe antigenul care a provocat sinteza sa; ea primește atunci denumirea de anticorp. Imunoglobulinele neutralizează antigenele și le împiedică să se reproducă. Antigenele sunt în continuare distruse de către complement (sistem enzimatic) sau de către celulele fagocitare (macrofage, limfocite T, polinucleare neutrofile, monocite) care se fixează la rândul lor pe imunoglobuline.

UTILIZAREA TERAPEUTICĂ. Imunoglobulinele, de origine animală sau umană, sunt utilizate ca medicamente în imunoterapie. Ele sunt indicate în prevenirea și în tratamentul bolilor infecțioase (tuse convulsivă, hepatite A și B, oreion, rabie, rubeolă, tetanos, varicelă, zona zoster), în caz de deficit imunitar global și în prevenirea incompatibilității Rhesus. Administrate pe cale subcutanată, intramusculară sau intravenoasă lentă, ele oferă o protecție rapidă, dar de durată limitată. → ANTICORP, GAMAGLOBULINĂ.

IMUNOLOGIE. Specialitate biologică și medicală care studiază totalitatea mecanismelor de apărare ale organismului împotriva antigenelor (agenții patogeni exteriori).

IMUNOSTIMULANT. Substanță care stimulează sistemul imunitar, sistemul care asigură apărarea organismului.

■ *Imunostimulanții specifici* sunt vaccinurile. Destinate prevenirii bolilor infecțioase, fiecare dintre ele nu este eficace decât împotriva unui germene precis.

■ *Imunostimulanții nespecifici* cuprind substanțe identice cu substanțele organismului (interleukine, interferoni), substanțe de origine bacteriană și substanțe diverse (levamisol). Folosite pentru tratarea cancerelor, infecțiilor (respiratorii etc.), deficitelor imunitare, bolilor autoimune (în care sistemul imunitar atacă însuși organismul), ele stimulează global mijloacele de apărare, dar eficacitatea lor este adesea parțială. → IMUNOTERAPIE ANTICANCEROASĂ, VACCIN.

IMUNOSUPRESOR. Medicament care atenuează sau suprimă reacțiile imunitare ale organismului. SINONIM: *imunodepresor*.

Imunosupresoarele se prescriu, în principal, în cursul unei grefe, cu intenția de a limita fenomenele de rejecție, și în bolile autoimune.

EFECTE NEDORITE. Micșorând răspunsurile imunitare ale organismului, imunosupresoarele îl expun la complicații infecțioase virale sau bacteriene, iar pe termen lung, la dezvoltarea afecțiunilor maligne (indeosebi limfoame).

O supraveghere foarte regulată a bolnavilor tratați cu imunosupresoare este deci indispensabilă. În caz de efecte nedorite, se pot diminua dozele, se poate trata afecțiunea în cauză sau, dacă aceasta nu este posibil, se poate schimba imunosupresorul.

IMUNOTERAPIE. Tratament al bolilor prin modificarea activității sistemului imunitar.

Imunoterapia constă fie în a stimula răspunsul imun atunci când el este insuficient (imunostimulare), fie în a-l jugula atunci când produce efecte excesive sau nedorite (imunosupresie).

Imunostimularea. Această stimulare a unui sistem imunitar deficient sau „debordat" este indicată în tratamentul deficitelor imunitare, al infecțiilor și al cancerelor.

MIJLOACE NESPECIFICE

■ *Grefa de măduvă osoasă* este indicată în tratarea deficitelor ereditare ale imunității celulare (limfocite T) și humorale (limfocite B). Celulele-suș provenite din măduva unui donator compatibil sunt injectate pe cale venoasă și colonizează măduva bolnavului.

■ *Injectarea de imunoglobuline polivalente* (active pe un mare număr de antigene), pe cale intramusculară sau intravenoasă, este indicată în tratamentul unui deficit imunitar humoral foarte rar: agamaglobulinemia lui Bruton.

■ *Administrarea de antigene* produse plecând de la bacterii, care stimulează apărarea imunitară, a fost folosită ca tratament de completare în cancer. Eficacitatea sa este discutată în infecțiile bronșice cronice, inclusiv la copil.

MIJLOACE PUȚIN SPECIFICE. Aceste metode sunt încă experimentale.

■ *Administrarea de hormoni timici* de sinteză este utilizată în tratamentul deficitelor imunitare celulare.

■ *Administrarea citokinelor* (substanța având un rol în stimularea imunității), fabricate prin inginerie genetică, este indicată în tratamentul unor cancere. Interferonul, antiviral și antitumoral, și interleukina 2 sunt cele mai folosite.

MIJLOACE SPECIFICE

■ *Vaccinarea* este cel mai clasic dintre procedeele de imunostimulare specifică cu o bacterie, un virus sau un parazit, în scop preventiv.

■ *Seroterapia* este utilizată în situații de urgență. Se dispune de anticorpi activi împotriva tusei convulsive, citomegalovirusului, hepatitei B, oreionului, rabiei, rujeolei, rubeolei, tetanosului, varicelei și zonei zoster.

Imunosupresia. Numită, de asemenea, imunodepresie, această inhibiție a reacțiilor excesive sau anormale ale sistemului imunitar este indicată global în alergii, cancere, boli autoimune (caracterizate printr-o dereglare a sistemului imunitar, care atacă însuși organismul subiectului) și în rejecțiile de grefă.

MIJLOACE NESPECIFICE

■ *Metodele chimice* implică administrarea de medicamente numite imunosupresoare. Ele aparțin la 3 categorii: corticosteroizii, antimetaboliții (azatioprină) și alchilanții (ciclofosfamidă, clorambucil, melfalan).

■ *Metodele fizice* includ iradierea organelor limfoide (măduva osoasă, ganglionii limfatici) și plasmafereza. Aceasta din urmă constă în prelevarea sângelui de la bolnav, în separarea celulelor (globule albe, globule roșii și plachete) din plasma bolnavului, care conține anticorpii anormali, și în reinjectarea celulelor în plasma de substituție.

■ *Metodele chirurgicale* constau în practicarea ablației timusului în caz de miastenie (boală autoimună însoțită adesea de o hipertrofie a timusului) sau a splinei în caz de purpură trombocitopenică, având în vedere că atunci plachetele sunt distruse excesiv de acest organ.

MIJLOACE PUȚIN SPECIFICE

■ *Administrarea de ciclosporină A* a permis diminuarea semnificativă a numărului de respingeri de grefă prin neutralizarea limfocitelor T auxiliare, reducând secreția de interleukină 2.

■ *Administrarea de anticorpi monoclonali putin specifici*, fabricați prin inginerie genetică și obținuți plecând de la o descendență celulară unică, denumită clonă, înlocuiește azi injectarea de seruri antilimfocite T, fabricate prin imunizarea cailor și iepurilor împotriva limfocitelor T umane. Anticorpii monoclonali sunt îndreptați împotriva unor limfocite T și B activate sau împotriva unor citokine. Anticorpii anti-CD3 sunt prescriși uneori în cursul grefelor, iar anticorpii anti-CD4, în cursul bolilor autoimune, în particular împotriva poliartritei reumatoide.

MIJLOACE SPECIFICE. Unele dintre ele sunt încă doar experimentale.

■ *Administrarea de anticorpi monoclonali specifici*, care nu recunosc decât o proporție infimă de limfocite, cele care sunt patogene, este în curs de experimentare.

■ *Vaccinarea bolnavului* împotriva propriilor sale limfocite patogene a fost practicată la om.

■ *Desensibilizarea* constituie un caz particular. Acest tratament vizează să redea unei persoane alergice toleranța la antigenul care în mod obișnuit îi declanșează manifestările alergice. → CHIMIOTERAPIE ANTICANCEROASĂ, GREFĂ DE MĂDUVĂ OSOASĂ, IMUNOTERAPIE ANTICANCEROASĂ, PLASMAFEREZĂ, RADIOTERAPIE, SISTEM IMUNITAR.

IMUNOTERAPIE ANTICANCEROASĂ. Tratare a unui cancer prin stimularea sistemului imunitar.

Imunoterapia anticanceroasă, în studiu de aproape un secol, rămâne și azi în faza experimentală. Totuși, ea face obiectul a numeroase încercări terapeutice în întreaga lume și este vorba, fără îndoială, de mari perspective în tratarea și vindecarea cancerelor. Actualmente se cunosc două mari tipuri de tratament: administrarea de citokine și imunoterapia celulară.

INCLUZIILOR CITOMEGALICE (boală a). Boală cauzată de citomegalovirus, virus din familia *Herpesviridae*.

Boala incluziilor citomegalice se întâlnește mai ales la nou-născut, care o contractează prin intermediul mamei sale în timpul sarcinii. Ea poate să se manifeste printr-o anemie hemolitică, o purpură trombopenică (sângerare cutanată prin insuficiența numărului de plachete), o splenomegalie (creștere în volum a splinei), o microcefalie (craniu prea mic) sau o corioretinită (inflamație a retinei și a coroidei) și poate antrena atingeri ale creierului. La adultul sănătos, ea poate fi contractată în cursul unei transfuzii și se manifestă printr-o febră prelungită. Infecția se tratează prin administrarea unui antiviral specific, în principal ganciclovir.

INCOMPATIBILITATE RHESUS. Antagonism între sângele unei femei însărcinate și cel al fătului, sau între sângele unui transfuzat și cel al unui donator, legat de unul dintre antigenele sistemului Rhesus (Rh).

O femie Rh^- și un bărbat Rh^+ pot avea un copil Rh^-: în acest caz nu există vreo problemă de incompatibilitate Rhesus. Dar există și șansa de a avea un copil Rh^+. În acest caz, în timpul sarcinii, orice trecere a sângelui fetal în sângele matern va antrena formarea în sângele mamei a anticorpilor anti-Rhesus. În mod normal, nu există nici un contact între sângele mamei și cel al fătului. Totuși, un contact poate avea loc între sângele mamei și cel al fătului cu ocazia unei episod patologic în timpul gestației (sângerare, sarcină extrauterină, placenta praevia), al unui examen de depistare antenatală (puncționare a sângelui fetal, amniocenteză) sau chiar în cursul nașterii. Prima sarcină a unei femei Rh^- este cel mai des fără pericol pentru copil. Totuși, atunci când ea așteaptă un al doilea copil Rh^+, este posibil ca sângele mamei să conțină anticorpi anti-Rhesus. Aceștia traversează atunci placenta și distrug globulele roșii ale fătului, expunându-l unei grave anemii, boala hemolitică a nou-născutului. Primele semne ale bolii apar la sfârșitul sarcinii și la naștere. Hemoliza este însoțită de un icter. În

absența tratamentului pot surveni leziuni ireversibile ale creierului.

PREVENIRE. Prevenirea constă în supravegherea sarcinii femeilor Rh^- gravide, prin dozări de anticorpi anti-Rhesus materni repetate regulat. După naștere, se injectează mamei gamaglobuline anti-Rhesus (în principal anti-D), substanțe care distrug globulele roșii ale fătului prezente în sângele matern înainte ca acestea să fi declanșat producerea de anticorpi anti-Rhesus.

INCOMPATIBILITATE TRANSFUZIONALĂ. Imposibilitate de a transfuziona sângele unui individ altui individ din cauza unui conflict între antigenele donatorului și anticorpii primitorului.

O incompatibilitate transfuzională apare de cele mai multe ori când globulele roșii ale donatorului poartă antigenele recunoscute de către anticorpii prezenți la primitor, care distrug globulele roșii ale donatorului: așa se explică incompatibilitățile între indivizii aparținând unor grupuri sangvine diferite din interiorul sistemului ABO. Anticorpii în cauză pot fi fiziologici (sistemul ABO) sau dobândiți; ei sunt denumiți în acest ultim caz aglutinine neregulate.

Aceste incompatibilități sunt răspunzătoare de accidente de o gravitate variabilă: ineficacitatea transfuzici, febră, frisoane, stare de rău, icter, insuficiență renală, stare de șoc.

PREVENIREA. Prevenirea accidentelor legate de incompatibilitatea transfuzională se bazează pe respectarea strictă a regulilor transfuzionale. Grupurile sangvine ABO și Rhesus sunt determinate sistematic și, ca regulă generală, grupul ABO al donatorului trebuie să fie identic cu grupul ABO al primitorului. Căutarea aglutininelor neregulate este obligatorie. → GRUP SANGVIN.

INCONTINENTIA PIGMENTI. Afecțiune ereditară caracterizată prin leziuni cutanate asociate cu atingeri viscerale. SINONIM: *boala a lui Bloch-Sulzberger*.

INCONTINENTĂ DE FECALE. Pierdere a controlului sfincterului anal, incapabil să rețină scaunele.

Incontinența de fecale poate avea cauze foarte diverse, unele mecanice (distrugerea sfincterului anal printr-o infecție, o tumoră, o rană), altele nervoase (secționarea nervilor care comandă sfincterul în cursul unei intervenții chirurgicale privind un cancer de rect, o paralizie, o boală cerebrală).

Reeducarea controlului sfincterian este dificilă; totuși, ea poate, în unele cazuri (slăbirea aparatului sfincterian), să aducă o ameliorare a incontinenței.

INCONTINENTĂ URINARĂ. Pierdere involuntară a urinei.

Incontinența urinară nu trebuie să fie confundată nici cu enurezia (pierderea involuntară de urină în timpul somnului), nici cu imperiozitatea micțională (micțiunea involuntară în cursul unei necesități deosebit de imperioase de a micționa). Incontinența urinară, la rândul ei, prezintă două forme: ea poate fi permanentă sau poate surveni la efort.

Incontinența urinară permanentă. Incontinența urinară permanentă este consecutivă unei deficiențe a sfincterului vezicii și a uretrei provocată de o boală neurologică sau de un traumatism care alterează comenzile nervoase ale vezicii și sfincterelor. Ea mai poate apărea după o fractură de bazin însoțită de o ruptură a uretrei sau ca urmare a unei intervenții chirurgicale asupra prostatei. Incontinența urinară permanentă se manifestă printr-o scurgere incontrolabilă de urină.

TRATAMENT. Aceasta constă în reeducarea sfincterului și mușchilor perineului prin mișcări de gimnastică sau cu ajutorul unor stimulatori musculari, mici sonde electrice nedureroase care, introduse în rect prin anus, permit stimularea acestor mușchi în mod artificial. În caz de eșec, se poate practica o intervenție chirurgicală.

Incontinența urinară de efort. Incontinența urinară de efort survine mai ales la femeia în vârstă sau după numeroase nașteri. Ea poate avea drept cauză fie o atrofiere a mușchilor perineului care susțin vezica, fie o coborâre a colului vezicii, fie o slăbiciune a sfincterului. Pierderea de urină survine ca urmare a contracțiilor brutale ale mușchilor abdominali care survin, de exemplu, în urma transportării unei greutăți, unei izbucniri în râs sau unei crize violente de tuse sau strănuturilor.

TRATAMENT. Acesta face apel la o reeducare a sfincterului și a mușchilor perineului. În caz de eșec al reeducării, tratamentul chirurgical dă rezultate foarte bune.

INCUBATOR. Incintă închisă destinată izolării unui nou-născut fragil și menținerii lui în condiții apropiate de cele din uterul matern permițând în același timp acordarea îngrijirilor necesare.

INCUBAȚIE. Perioadă care se scurge între contaminarea organismului cu un agent patogen infecțios și apariția primelor semne ale bolii.

Durata de incubație este variabilă după natura afecțiunii. Cunoașterea duratelor de incubație caracteristice bolilor permite să stabilească data la care a avut loc contaminarea. Ea mai permite și invers să se prevadă data eventualei apariții ale primelor semne ale bolii după un contact contaminant.

Numeroase boli, ca varicela și rujeola, sunt contagioase chiar de la începutul perioadei de incubație. → CONTAGIUNE.

INDIGESTIE. Indispoziție care asociază durerilor abdominale, grețurile și vărsăturile.

Termen din limbajul curent, indigestia poate desemna o intoxicație alimentară sau consecințele luării unei mese copioase, numită pe nedrept „criză de ficat". Totuși, astfel de simptome pot fi și manifestarea altor boli abdominale,

chiar toracice (infarct miocardic). Ele trebuie deci să conducă la consultarea unui medic.

Vindecarea unei indigestii cauzate de un exces alimentar este spontană, favorizată de dietă și de odihnă.

INDUCTOR AL OVULAȚIEI. Medicament utilizat pentru a provoca ovulația la femeie (expulzia unui ovul de către ovar spre trompa uterină).

Inductorii de ovulație cuprind trei grupe de produse: clomifenul; gonadotrofinele umane provenind din urina femeilor aflate la menopauză (hormonul gonadotrofic de menopauză sau h.M. G.) sau a femeilor gravide (hormonul corionic gonadotroginic sau h.C.G.); analogii de gonadoliberină sau LH-RH (hormonul produs de hipotalamus), ca buserelina, leuprorelina, triptorelina, care acționează ca și LH-RF eliberând hormonul luteinizant.

Inductorii ovulației sunt indicați în tratamentul sterilității feminine îndeosebi. În plus, ei stimulează și formarea de spermatozoizi în testicul și sunt deci indicați în tratamentul sterilităților masculine. Administrarea se face pe cale orală sau prin injecții.

Inductorii ovulației sunt contraindicați în caz de sarcină și de tumoră a aparatului genital sau a creierului.

INDUCTOR ENZIMATIC. Susbtanță, medicamentoasă sau nu, care stimulează activitatea enzimelor hepatice ce intervin în metabolismul (degradarea) altor substante medicamentoase.

Inductorii enzimatici pot fi medicamente (fenobarbital, fenitoin, rifampicină etc.) sau produse de diverse origini (alcool, tutun etc.). → INHIBITOR ENZIMATIC.

INFARCT. Necroză (moarte tisulară) care survine într-o regiune a unui organ și este legată de o oprire bruscă a circulației sangvine arteriale.

INFARCT CEREBRAL. Necroză a unei părți mai mult sau mai puțin importante a encefalului, legată de obstrucția uneia din arterele care îl irigă. SINONIM: *ramolisment cerebral*.

Infarctul cerebral este forma cea mai gravă a ischemiei cerebrale (micșorarea aporturilor sangvine arteriale la creier). Cauza cea mai frecvent constatată este o tromboză (obstrucția cu un cheag sau trombus), favorizată de prezența, în interiorul arterei, a unei plăci de aterom (depunere de colesterol). O a doua cauză este embolia, migrarea unui fragment de trombus sau a unei plăci de aterom situate în amonte, pe o arteră (carotidă sau aorta toracică) sau în inimă.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acestea depind de teritoriul cerebral al necrozei, deci de artera implicată. Constrictia unei ramuri a carotidei interne provoacă o hemiplegie, uneori o afazie (tulburare de vorbire). Obstrucția unei ramuri a trunchiului bazilar (arteră născută din reunirea a două artere vertebrale, destinată părții posterioare a cerebelului) provoacă fie tulburări vizuale complexe (pierderea unei părți a câmpului vizual, tulburarea recunoașterii vizuale), fie un sindrom altern (hemiplegia uneia din părți, paralizia feței de pe cealaltă parte) sau un sindrom cerebelos și vestibular (tulburări ale coordonării mișcărilor, vertije).

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se pune pe baza unei examinări scaner.

Tratamentul, în faza acută, este îndeosebi cel al simptomelor: el vizează menținerea funcțiilor vitale, evitarea extinderii leziunilor și complicațiilor legate de imobilizarea la pat. Pe termen lung, medicamentele anticoagulante sau antiagregante evită recidivele. Evoluția se face în mod obișnuit spre o recuperare treptată a deficitului sau deficitelor neurologice (motricitate, limbaj); recuperarea este ajutată prin adaptarea ei la fiecare caz.

INFARCT MEZENTERIC. Necroză a intestinului consecutivă unei obstrucții vasculare. SINONIM: *infarct enteromezenteric*.

Infarctul mezenteric poate fi arterial (embolie, tromboză a unei artere) sau venos (tromboză a unei vene).

Simptomele sunt: dureri abdominale violente, vărsături, uneori diaree și stare de șoc. Diagnosticul se bazează îndeosebi pe rezultatele examenelor radiologice (arteriografie).

Tratamentul este chirurgical: rezecția segmentelor de intestin necrozate, restabilirea permeabilității arteriale. Spitalizarea într-un serviciu de reanimare chirurgicală este indispensabilă.

Prognosticul, relativ sever, depinde de vechimea și importanța infarctului.

INFARCT MIOCARDIC. Necroză a unei părți mai mult sau mai puțin importante de miocard (mușchiul cardiac), consecutivă unei obstruări bruște a unei artere coronare.

În cursul infarctului miocardic, irigarea inimii nu se mai face; lipsite de sânge și de oxigen, celulele miocardului mor, eliberând enzimele lor cardiace care distrug țesutul înconjurător.

Bărbații sunt cel puțin de două ori mai frecvent afectați decât femeile, adesea înaintea vârstei de 60 de ani.

CAUZE. Obstrucția arterei coronare este aproape întotdeauna consecința formării unui trombus (cheag) pe o placă de aterom, constituită din depuneri de colesterol, pe peretele arterial intern. Această afecțiune survine cel mai des la pacienții care prezintă factori de risc ca tabagismul, hipertensiunea arterială, nivelul de colesterol mai mare de 3,40 grame la litru, diabetul, sedentarismul, surmenajul profesional.

SIMPTOME ȘI SEMNE. În aproximativ jumătate din cazuri, infarctul miocardic se produce după o perioadă mai mult sau mai puțin lungă în timpul căreia subiectul suferă de angină pectorală (angor), crize dureroase survenind fie la mers, în particular pe frig și pe vânt, fie în repaus, de preferință noaptea. Aceste dureri (senzații de strângere, de

arsuri, uneori de strivire) sunt resimțite în spatele sternului și pot iradia în brațul stâng, spre falcă, uneori în spate; ele dispar în două sau trei minute.

În jumătate din cazuri, infarctul este inaugural, adică nu este precedat de nici o manifestare dureroasă care să permită prevederea apariției lui. Infarctul se manifestă printr-o durere violentă de același tip ca cea de angor, dar de obicei mai intensă și mai lungă (de mai mult de 30 minute până la câteva ore). Ea iradiază adesea mai amplu în ambele brațe, în falcă și în spate. În unele cazuri, durerea se asociază cu o creștere a tensiunii arteriale, urmată de scăderea ei persistentă. În răstimp de 24 până la 36 de ore apare o febră de intensitate medie care scade treptat.

Unele infarcte, denumite „nerecunoscute" sau „ambulatorii", nu se manifestă prin nici un semn clinic; ele nu sunt detectate decât accidental, cu ocazia unei electrocardiograme.

DIAGNOSTIC. Acesta poate fi pus încă de la primele ore prin două examene complementare: pe de o parte dozarea, în sânge, a enzimelor cardiace, care pun în evidență o creștere a creatinkinazei, enzimă eliberată de către celulele miocardului atunci când ele sunt distruse; pe de altă parte electrocardiograma, care arată semnele unei suferințe acute a miocardului (undele Q de necroză) în cursul opririi fluxului sangvin într-una din arterele coronare.

TRATAMENT. Acesta a progresat considerabil în decursul ultimilor cincisprezece ani. De îndată ce se suspectează un infarct, pacientul trebuie să fie spitalizat de urgență, pus sub supraveghere electrocardiografică permanentă și supus unui tratament trombolitic (injectarea unei substanțe care să vizeze distrugerea cheagului, ca streptokinaza și urokinaza); de asemenea, i se administrează trinitrină, care exercită un efect vasodilatator asupra arterelor coronare. Alte medicamente (betablocante, aspirină, heparină) sunt asociate în continuare cu scopul de a micșora necesitățile în oxigen ale mușchiului cardiac și de a preveni o recidivă prin formarea unui nou cheag.

Astăzi se insistă pe precocitatea tratamentului inițial trombolitic, care poate fi început la domiciliul pacientului sau în ambulanța specializată în îngrijiri de urgență mobile.

În paralel, o radiografie a arterelor coronare (coronarografie) permite să se decidă asupra unei eventuale dezobstrucții a arterei astupate. Aceasta se realizează prin angioplastie transcutanată: o sondă cu balonaș este introdusă prin piele apoi este împinsă în circulația arterială până la coronară, care este dilatată prin umflarea balonașului. Coronarografia prezintă în plus avantajul de a permite un bilanț al leziunilor; dacă ea a dezvăluit leziuni multiple (mai multe artere îngustate), poate fi propus un pontaj aorto-coronarian; acesta constă în grefarea unui fragment de venă sau de arteră între aortă și artera coronară, în aval de obstrucție.

O spitalizare pentru infarct se întinde, în funcție de gravitatea accidentului vascular, pe o perioadă de una sau două săptămâni aproximativ. Ea poate fi urmată de o ședere la o casă de odihnă. Reluarea activității este de cele mai multe ori posibilă într-un interval de la 6 săptămâni (pentru un infarct mic) până la 3 luni după infarct.

EVOLUȚIE. Aceasta depinde în cea mai mare măsură de întinderea infarctului; poate surveni o moarte subită mai ales în primele ore care urmează crizei, ceea ce justifică o spitalizare pe cât de rapidă posibil. Uneori apar complicații chiar din timpul primelor zile: insuficiență cardiacă, ruptura unuia din cei doi stâlpi ai valvulei mitrale sau, mult mai rar, perforarea peretelui cardiac necrozat.

PREVENIRE. Prevenirea infarctului de miocard constă, în principal, în suprimarea factorilor de risc: încetarea fumatului, tratarea hipertensiunii arteriale, a diabetului sau a hipercolesterolemiei. Ea mai presupune și tratarea imediată a oricărui angor; un angor zis „instabil", adică unul care se manifestă prin dureri frecvente și persistente, constituie o amenințare serioasă de infarct și necesită o coronarografie, care va permite realizarea bilanțului necesar.

INFARCT OSOS. Leziune a țesutului osos consecutivă unei obturări a arterei care irigă zona osoasă în cauză.

Toate cauzele de tromboză (formarea unui cheag într-un vas) arterială pot să se afle la originea unui infarct osos.

Infarctul osos poate să nu antreneze nici o tulburare dacă sectorul de os atins este redus. Atunci când infarctul osos se produce în vecinătatea unei articulații, pe capul femural sau la condilul tibial de exemplu, el antrenează o osteonecroză (necroză osoasă) provocând o deformare a articulației, ceea ce face necesară punerea unei proteze, deformația trebuind să fie tratată prin chirurgie ortopedică.

INFARCT PULMONAR. Necroză a unei părți mai mult sau mai puțin importante de parenchim (țesut funcțional) pulmonar, legată de o obstrucție brutală a unei ramuri a arterei pulmonare.

Un infarct pulmonar survine în aproximativ 10% din cazurile de embolie pulmonară, constituind una din complicațiile ei. Infarctul pulmonar este provocat fie de către un trombus (cheag), fie de către un embol (cheag care a migrat dintr-un alt vas al organismului). Semnele care îl caracterizează sunt o durere toracică, o jenă respiratorie, o hemoptizie (scuipat cu sânge), asociate cu o febră.

Tratamentul constă în administrarea de medicamente anticoagulante.

INFECȚIE. Invazie a unui organism viu de către microorganisme patogene care acționează prin multiplicarea lor (virulență) și eventual prin secretarea de toxine. O infecție poate fi localizată sau generalizată, exogenă (provocată de germeni provenind din mediul înconjurător) sau endogenă (germeni provenind de la bolnav însuși).

CAUZE. O infecție se dezvoltă atunci când mijloacele naturale de apărare ale organismului nu pot s-o împiedice; ceea ce determină apariția sau nu a unei boli infecțioase

este raportul între calitatea mijloacelor imunitare, mai mult sau mai puțin compromise într-o perioadă variabilă, și puterea patogenică a germenului respectiv.

O infecție oportunistă este o infecție cauzată de un microorganism care nu provoacă boala la un subiect purtător, dar care devine patogen în cazul unei imunodepresii (alterarea mijloacelor imunitare).

SIMPTOME ȘI SEMNE. O infecție generalizată se traduce printr-o febră ridicată, frisoane și o alterare a stării generale. O infecție locală generează o inflamare a regiunii infectate, care se traduce printr-o durere, o roșeață, un edem, formarea unui abces umplut de purori (infecții cu germeni piogeni), uneori o creștere a temperaturii.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Se asociază un tratament specific (antibacterian, antiviral etc.) împotriva microorganismului în cauză cu un tratament al simptomelor (febră, dureri); în formele grave poate fi necesară o reanimare în serviciu spitalier.

Prevenirea constă într-o bună igienă (privind bacteriile, ciupercile etc.) și în vaccinarea împotriva unor microorganisme (bacterii, virusuri).

INFECȚIE NOZOCOMIALĂ. Infecție contractată în cursul unei spitalizări. SINONIM: *infectie (intra)spitalicească, infecție nosocomială*.

CAUZE. Factorii de infecții nozocomiale sunt multipli și în evoluție constantă. Astăzi, spitalul îngrijește bolnavi din ce în ce mai fragili, execută acte chirurgicale din ce în ce mai grele și invazive care constituie tot atâtea porți de intrare pentru infecții (sonde vezicale, catetere vasculare, ventilație artificială etc.). Astfel, frecvența de apariție a acestor infecții este variabilă după tipul îngrijirilor acordate (mai ridicată în cadrul serviciilor de îngrijire intensivă, de reanimare), după durata spitalizării (mai ridicată în serviciile cu spitalizare îndelungată și de reeducare funcțională din cauza prezenței escarelor, sondelor stabile, care favorizează infecțiile și, în sfârșit, după vulnerabilitatea subiecților: bolile acute grave, organism fragilizat prin vârsta înaintată sau din contra, vârste foarte mici, un cancer, alcoolismul cronic, imunosupresia legată de SIDA, de imunoterapiile anticanceroase sau de grefele de organe.

PREVENIRE. În toate cazurile, este important să se asigure controlul și supravegherea infecțiilor spitalicești pentru a le aduce la niveluri cât mai scăzute posibil în funcție de sectorul de activitate. Acest nivel apare efectiv ca un indicator al calității și securității îngrijirilor, precum și al igienei unei instituții (spital „curat"). O bună formare a personalului de îngrijire, o strategie de prevenire și de control al infecțiilor spitalicești, respectarea regulilor de igienă spitalicească după actele practicate (asepsia sau igiena îngrijirilor în mediu septic) sunt polii luptei împotriva infecției spitalicești.

INFECȚIE (INTRA)SPITALICEASCĂ. → INFECȚIE NOZOCOMIALĂ.

INFECȚIE URINARĂ. Prezență de germeni și de puroi în căile urinare.

Infecțiile urinare sunt extrem de frecvente. La copil, ele sunt provocate de anomaliile congenitale (îngustarea congenitală a ureterei, megaureteră, refluxul vezicorenal).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Toate organele genitourinare pot fi atinse: testiculul și epididimul (orhiepididimită), prostata (prostatită), uretra (uretrită), vezica (cistită), bazinetul rinichiului (pielonefrită) etc. Simptomele infecțiilor urinare depind de organul atins. Cel mai des este vorba de tulburări de micțiune: arsuri, dureri, micțiuni frecvente chiar, în cazul infecției unui țesut (prostată, testicul, rinichi) sau de retenție a urinei infectate (în vezică, în rinichi), febră ridicată, asociată uneori cu frisoane.

DIAGNOSTIC. Acesta se pune în urma examenului citobacteriologic al urinei (E.C.B.U.), care permite să se pună în evidență germenele responsabil – cel mai des Gram negativ (*Escherichia coli*, de exemplu) și asociat cu numeroase leucocite alterate (puroi) – și în urma efectuării numărătorii; numărul de germeni trebuie să fie mai mare sau cel puțin egal cu 100 000 pe mililetru de urină pentru a afirma realitatea infecției.

COMPLICAȚII. Dacă infecția nu este tratată destul de rapid sau eficace, uneori apar complicații: abces al testiculului sau al prostatei la bărbat, abces al rinichiului, pionefroză (supurația țesutului renal și a căilor urinare adiacente), flegmon perinefretic. În plus, infecția poate fi agravată de o stare patologică preexistentă ca diabetul sau imunopresia (SIDA).

TRATAMENT. Acesta comportă o antibioterapie aleasă în funcție de rezultatele antibiogramei, precum și tratarea unei eventuale cauze favorizante, care ameninţă cu recidiva infecției urinare.

Este posibil, în caz de cistită recidivantă, să se urmeze o antibioterapie preventivă luând în fiecare zi, sau la 2–3 zile, antibiotice în foarte mici cantități, timp de mai multe luni în continuare.

INFECȚIOLOGIE. Totalitate a disciplinelor medicale consacrate studiului bolilor infecțioase.

INFILTRAȚIE TERAPEUTICĂ. Injectare cu ajutorul unui ac a unei substanțe medicamentoase sau anestezice într-o structură anatomică delimitată.

O infiltrație are drept scop a face ca substanța injectată, astfel concentrată pe regiunea de tratat, să fie mai eficace decât dacă ar fi administrată pe cale generală. Unele substanțe – ca acidul osmic sau substanțele radioactive, utilizate pentru a distruge membrana sinovială bolnavă – nu pot fi administrate decât prin infiltrație.

Infiltrațiile sunt simplu de realizat atunci când articulația permite un acces ușor (genunchi, cot, canal carpian etc.). Ele nu sunt dureroase, în general. O infiltrație în articulația șoldului sau în discurile intervertebrale, mai dificile ca acces, pot necesita un control radiografic, înaintarea acului fiind urmărită pe un ecran.

INFIRMIER, -Ă. Persoană abilitată să dea îngrijiri pe baza unei prescripții medicale sau în funcție de rolul său propriu.

În Europa, infirmierii beneficiază de un învățământ specific, cu o durată de trei ani în școli publice sau particulare, și obțin o diplomă de stat.

Infirmierul își exercită funcțiile în instituții de spitalizare publice sau private, în servicii medicale de la locurile de muncă, în școli, închisori, dispensare, laboratoare și la domiciliu. În mediu spitalicesc, infirmierul asigură unele îngrijiri privind igiena și viața de zi cu zi a bolnavilor cu participarea ajutoarelor de îngrijire puse sub responsabilitatea sa. Un infirmier poate, printr-o formare complementară, să se specializeze în diferite sectoare (anestezie, reanimare, puericultură, sală de operații).

(În România, echivalentul infirmierei este asistenta medicală, în timp ce infirmiera este ajutorul de îngrijire. N.T.)

INFIRMITATE MOTORIE CEREBRALĂ. Stare patologică neevolutivă și cu o deficiență intelectuală de cele mai multe ori moderată, consecutivă unei leziuni cerebrale perinatale a centrilor motori.

CAUZE. O infirmitate motorie cerebrală (I.M.C.) survine de cele mai multe ori în cursul ultimelor luni de sarcină în momentul nașterii, uneori în perioada neonatală (prima lună de viață). Ea este consecutivă suferințelor perinatale ale copilului, oricare ar fi cauza lor: infecție survenită în cursul sarcinii, hipoxie sau anoxie (diminuarea sau suprimarea oxigenului în țesuturi) în cursul nașterii; infecție a fătului; malformație cerebrală. Se întâmplă ca nici o cauză să nu poată fi pusă în evidență. Atunci când o infirmitate motorie cerebrală intervine în perioada de copil mic, ea se explică prin afecțiunile dobândite: o encefalită, o meningită (infecția membranelor protectoare ale encefalului), sau un traumatism cranian, de exemplu.

SIMPTOME. O infirmitate motorie cerebrală se caracterizează printr-o paralizie (diplegie, hemiplegie sau tetraplegie), mișcări involuntare și anormale, o pierdere a echilibrului, o absență a coordonării în mișcări și uneori prin tulburări neurologice, senzitive, senzoriale, mintale sau nervoase (tulburări de auz, crize de epilepsie). Gradul de incapacitate este extrem de variabil și merge de la o ușoară neîndemânare și mișcări stângace în mers până la o imobilitate completă.

DIAGNOSTIC. Leziunile cerebrale responsabile de o infirmitate motorie cerebrală pot fi puse în evidență prin noile tehnici de imagerie medicală, ca imageria cu rezonanță magnetică (I.R.M.).

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Nu există actualmente tratament al acestei boli. Subiectul atins poate totuși să progreseze în controlul mușchilor și în menținerea echilibrului mulțumită fizioterapiei și în controlul limbajului mulțumită ortofoniei.

Subiecții cu o infirmitate motorie cerebrală pot, de cele mai multe ori, să ducă o viață apropiată de cea normală. → HANDICAP.

INFLAMATOR. Care este caracterizat sau cauzat de o inflamație.

INFLAMAȚIE. Reacție localizată a unui țesut, consecutivă unei agresiuni (rănire, infecție, iradiere etc.).

O inflamație se manifestă prin patru semne principale: roșeață, căldură, tumefacție (umflătură), durere. Atunci când țesutul suferă o agresiune, celule specializate, mastocitele, eliberează histamină și serotonină, care stimulează vasodilatația în partea afectată, ceea ce provoacă înroșire și încălzire. Capilarele (mici vase sangvine), supraîncărcate, lasă să scape lichid, care se infiltrează în țesuturi, antrenând aici o umflătură și cauzând o senzație dureroasă provocată prin stimularea terminațiilor nervoase locale.

Inflamația este însoțită, de obicei, de o acumulare de globule albe care contribuie la asanarea și la restaurarea țesuturilor deteriorate. Ea constituie deci o reacție de apărare a organismului împotriva agresiunilor. Atunci când inflamația este prea importantă pentru a regresa spontan, este combătută cu corticosteroizi sau cu antiinflamatoare nesteroidiene.

INFRAROȘU. Radiație situată, în spectrul electromagnetic, imediat după banda roșie din spectrul luminii vizibile.

Radiațiile infraroșii sunt utilizate pentru acțiunea lor termogenă în tratamentul de completare al unor afecțiuni: ele calmează durerile reumatismale, lumbago și durerile intercostale, activează circulația, ameliorează tulburările circulatorii cutanate și favorizează procesele de cicatrizare.

INGINERIE GENETICĂ. Totalitate a tehnicilor care permit manipularea acizilor nucleici (A.D.N., A.R.N.) în laborator. SINONIME: *manipulări genetice, tehnici de biologie moleculară*.

Ingineria genetică permite să se izoleze o genă și să fie produsă în cantități mari. Aceasta poate fi utilizată pentru diagnosticarea unei boli ereditare (de exemplu la făt). Ingineria genetică studiază, de asemenea, mecanismele care permit exprimarea acestei gene în celule. Izolând gena, se poate, de asemenea, să se producă, în mari cantități, proteina a cărei sinteză o condiționează, cu scopul de a utiliza proteina respectivă în terapeutică. Astfel, este posibil să se realizeze prin inginerie genetică insulina umană, pentru

tratarea subiecților diabetici, sau factorul VIII pentru a trata hemofilicii A. Proteinele astfel produse sunt mai sigure decât cele extrase din prelevate de la oameni, care riscă să fie contaminate viral. În sfârșit, ingineria genetică va permite ca genele izolate, atunci când tehnica va fi pusă la punct, să poată fi folosite pentru tratarea, în mod definitiv, a bolilor genetice.

INHALARE sau **INHALAȚIE**. Absorbția unor medicamente pe căile respiratorii.

DIFERITE TIPURI DE INHALAȚIE

■ *Inhalația unui aerosol* permite absorbția unor particule lichide de substanță terapeutică, inspirată direct în nas și în partea posterioară gurii.

■ *Inhalația prin fumigație* constă în respirarea vaporilor de apă degajați de un decoct de plante ca eucaliptul sau de un amestec de apă fiartă și esență balsamică. Esențele balsamice cele mai obișnuite și cele mai eficace sunt mentolul și smirna.

INDICAȚII. O inhalație permite dezinfecția și descongestionarea nasului și sinusurilor în cursul guturaiului și al sinuzitelor. În cazul unei laringite, inhalarea unui antiseptic completează un tratament antiinflamator.

MOD DE ADMINISTRARE. Un inhalator sau un vas acoperit cu un con perforat făcut din metal emailat sau din hârtie, în perforația căruia subiectul introduce nasul și gura, permite să se realizeze o inhalație.

INHIBITOR AL COAGULĂRII. Substanță naturală sau medicamentoasă susceptibilă să oprească sau să încetinească procesul de coagulare.

Printre moleculele anticoagulante fiziologice (inhibitoare ale coagulării), se găsesc antitrombina III, proteinele C și S și inhibitorul căii intrinseci. Deficitul lor provoacă formarea de cheaguri în sistemul venos (embolie pulmonară, flebită) și uneori și în sistemul arterial.

Efectele nefaste induse de deficitele de inhibitori ai coagulării sunt prevenite prin luarea de anticoagulante pe cale orală.

Substanțele medicamentoase anticoagulante (heparina, antivitaminele K) sunt destinate să împiedice coagularea în cazul pacienților care au risc de tromboză (flebită, imobilizare prelungită, purtatul unei proteze valvulare cardiace).

INHIBITOR AL ENZIMEI DE CONVERSIE. Medicament capabil să blocheze acțiunea enzimei care transformă angiotensina I (proteină prezentă în sânge), inactivă, într-o formă activă, angiotensina II.

INDICAȚII. Inhibitorii enzimei de conversie, sau I.E.C., sunt utilizați în tratamentul hipertensiunii arteriale și al insuficienței cardiace. Recent, a fost pusă în evidență importanța lor ca protector în urmările unui infarct miocardic.

CONTRAINDICAȚII ȘI MOD DE ADMINISTRARE. Aceste medicamente sunt contraindicate în caz de alergie la produs și în caz de sarcină. Administrarea este orală, asociată uneori cu prescrierea unui diuretic, ceea ce presupune o supraveghere a funcției renale.

EFECTE NEDORITE. Acestea sunt în principal amețeli, dureri de cap, o oboseală, o tuse; mai rar, grețuri, o diaree, palpitații, reacții alergice, o scădere bruscă a tensiunii arteriale, o insuficiență renală, care pot impune reducerea dozelor sau oprirea luării medicamentului.

INHIBITOR AL MONOAMINOXIDAZEI. Medicament utilizat fie ca antidepresiv, fie ca antiparkinsonian.

FORME PRINCIPALE ȘI MECANISM DE ACȚIUNE. Inhibitorii monoaminoxidazei (I.M.A.O.) sunt reprezentați, în principal, de iproniazid, nialamidă și toloxaton. Monoaminoxidaza, a cărei sinteză o inhibă aceste substanțe, este o enzimă care împiedică degradarea catecolaminelor creierului și ale sistemului simpatic (adrenalină, noradrenalină, serotonină, feniletilamină).

INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII. Inhibitorii de monoaminoxidază sunt indicați în tratamentul depresiilor care rezistă la antidepresoarele imipraminice, denumite triciclice (I.M.A.O. A. și neselective), și în cel al bolii lui Parkinson și a sindroamelor parkinsoniene (I.M.A.O. B.).

Ei sunt contraindicați în caz de delir, de stare maniacală, de antecedente vasculare cerebrale – mai ales la persoanele în vârstă –, de atingere hepatică gravă, de anestezie generală.

EFECTE NEDORITE. Se pot observa o hipertensiune ortostatică (amețeli la ridicare și în poziție verticală), dar și crize hipertensive, tulburări neurologice (hiperreflexivitate, polinevrită, convulsii), insomnii, chiar o formă gravă de hepatită, zisă fulminantă.

INTERACȚII ȘI PRECAUȚII DE UTILIZARE. În principiu, nici un medicament nu trebuie să fie asociat cu inhibitorii de monoaminoxidază. Băuturile alcoolice și alimentele care conțin amine biogene (brânzeturi fermentate, banane, ficat de pasăre, vin roșu etc.) sunt interzise din cauza riscului de hipertensiune pe care-l antrenează.

INHIBITOR AL SINTEZEI ACIDULUI URIC. Medicament hipouricemiant, care micșorează sinteza acidului uric în ficat, rinichi și mucoasa intestinală.

FORME PRINCIPALE ȘI MECANISME DE ACȚIUNE. Inhibitorii de acid uric sunt alopurinolul și tiopurinolul. Alopurinolul este un inhibitor al xantinoxidazei, enzimă care permite transformarea bazelor purinice (substanțe azotate) și, mai cu seamă, conversia hipoxantinei în xantină apoi în acid uric. Tiopurinolul exercită un efect inhibitor retroactiv (după metabolizare) asupra precursorilor de hipoxantină. Aceste medicamente sunt administrate amândouă pe cale orală.

INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII. Inhibitorii sintezei de acid uric sunt indicați în tratamentul de fond al gutei și

al hiperuricemiei asimptomatice. Ei sunt contraindicați în caz de sarcină.

EFECTE NEDORITE ȘI PRECAUȚII DE UTILIZARE. Litiaza urinară, cu apariție rară, reacțiile alergice cutanate, tulburările digestive, durerile de cap, vertijele, o ginecomastie (dezvoltarea sânilor la bărbat) sunt efecte care pot surveni. Administrarea altui medicament antigutos, colchicina, permite prevenirea acceselor de gută de la începutul tratamentului.

INHIBITOR CALCIC. Medicament capabil să se opună intrării calciului în celule. SINONIM: *antagonist de calciu.*

MECANISM DE ACȚIUNE. Inhibitorii calcici acționează modificând contracția musculară a arterelor.

Ei încetinesc, de asemenea, transmisia influxului nervos spre mușchiul cardiac, ceea ce corectează unele aritmii (tulburări ale ritmului cardiac).

INDICAȚII. Această clasă de medicamente este utilizată în tratamentul insuficienței coronariene (îndeosebi pentru angina pectorală și durerile cardiace) și al hipertensiunii arteriale.

CONTRAINDICAȚII. Inhibitorii calcici nu sunt recomandabili atunci când bolnavul suferă de insuficiență cardiacă și când există tulburări de conducție, adică ale transmisiei influxurilor electrice între auricule și ventricule. Unele asocieri cu medicamente active pe inimă (antiaritmicele, derivații nitrați, betablocantele, digitalicele) sunt întotdeauna delicate și supravegheate îndeaproape.

EFECTE NEDORITE. Cum toți inhibitorii calcici cresc debitul sangvin în țesuturi, eventuale dureri de cap, bufeuri de căldură, vertije (în poziție verticală) pot surveni, dar dispar adesea ca urmare a tratamentului. Ei antrenează uneori edeme (umflări) ale gambelor și o hipotensiune arterială.

INHIBITOR ENZIMATIC. Substanță medicamentoasă sau nu, ce reduce activitatea enzimelor hepatice care intervin în metabolismul (degradarea) altor susbtanțe medicamentoase.

În terapeutică, sunt utilizați unii inhibitori enzimatici, de exemplu, în pancreatitele acute pentru a reduce secreția pancreatică.

INJECȚIE sau **INJECTARE**. Introducere sub presiune a unui lichid sau a unui gaz în organism.

O injecție se face cu o sondă, o canulă sau o seringă dotată cu un ac. Ea necesită o asepsie sau o antisepsie riguroase, sterilizarea materialului de injectare trebuind să fie perfectă. Azi, materialul pentru injectare utilizat este de unică întrebuințare, adesea, condiționate steril.

Injecțiile permit să se obțină acțiunea rapidă a unui medicament și, de asemenea, să se administreze produse care ar fi prost tolerate sub altă formă în doze importante.

INJECȚIE INTRADERMICĂ. Introducere prin înțepare, cu ajutorul unui ac, a unui lichid (medicament, vaccin, alergen etc.) în derm.

INDICAȚII. O injecție intradermică permite să se procedeze la vaccinări (B.C.G., împotriva tuberculozei, de exemplu), la decelarea unei alergii făcând teste de sensibilitate la alergene, la realizarea de intradermoreacții (I.D.R.) utile pentru diagnosticarea bolilor ca tuberculoza, bruceloza, lepra, tularemia etc.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. O injecție intradermică necesită precauții de asepsie: spălarea mâinilor și dezinfectarea locului de injectare cu eter etilic sau cu alcool. Injecția se face pe fața interioară a antebrațului, trăgând puțin de pielea pacientului și introducând acul fără a depăși limita dermului. Tehnica de injectare fiind destul de delicată, acest tip de injecție trebuie să fie făcut de un personal specializat (medic sau asistent medical). Produsul se injectează lent cu o seringă de capacitate 1–2 mililitri, cu ac scurt dar cu bizoul (tăietura oblică a vârfului acului) lung. Pielea se suprainaltă, formează o papulă și ia aspectul coajei de portocală atunci când injecția este bine făcută.

INJECȚIE INTRAMUSCULARĂ. Introducere prin înțepătură a unui medicament lichid în grosimea unui mușchi.

INDICAȚII. O injecție intramusculară, utilizată mai ales în cazul administrării de produse ca soluțiile uleioase (relativ dureroase), permite o acțiune mai rapidă și mai precisă a medicamentului decât administrarea pe cale orală, dar mai puțin rapidă și mai puțin precisă decât cea pe cale venoasă.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. Injectarea se practică într-o regiune în care mușchii sunt groși, în afara traiectului vaselor mari sau al nervilor importanți, cel mai des în fesă. Pentru a evita nervul sciatic, înțepătura trebuie făcută în sfertul superoextern al fesei.

Acele, lungi de la 6 la 8 centimetri – mai mult pentru soluțiile uleioase –, sunt fine și cu bizoul lung. Utilizarea unui material de injectare de unică folosință a devenit obișnuită.

Acul este înfundat perpendicular, cu o lovitură seacă, cu scopul de a evita durerea. Este important să se verifice că nu curge sânge și deci că acul n-a pătruns într-un vas sangvin. Este bine să se alterneze locurile de injectare pentru a limita riscul formării de mici hematoame sau de mici induratii, susceptibile să survină în cursul unor serii lungi de injecții, și tratarea indurațiilor prin aplicarea de comprese calde de mai multe ori pe zi.

INJECȚIE INTRAVENOASĂ. Introducere a unui lichid într-o venă prin înțepare.

INDICAȚII. O injectare intravenoasă, prin introducerea directă a medicamentului în circulația sangvină, permite o acțiune terapeutică difuzată în tot organismul, mai intensă și mai rapidă decât pe alte căi. Ea se utilizează atunci când

produsele prescrise sunt iritante și deci puțin adecvate la injectarea intramusculară.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. O injecție intravenoasă necesită cunoștințe anatomice precise (deosebirea venelor de artere, localizarea venelor etc.) și nu poate fi practicată decât de un personal specializat, medici sau asistente medicale cu diplomă de specialitate.

Injecția se face de cele mai multe ori în plica cotului, unde venele sunt mai vizibile comparativ cu alte locuri ale corpului, dar ea poate fi făcută și în venele antebrațului sau în cele de deasupra mâinii.

Injectarea necesită aplicarea unui garou, destinat să facă vena să iasă în evidență și se îndepărtează după ce vena a fost punctionată, ceea ce se știe atunci când intră sânge în seringă. O injecție intravenoasă se face foarte lent cu seringi de capacitate 5–10 mililitri și cu ace de 4–5 centimetri fungime, cu bizou scurt. Injecția o dată terminată și acul acos, se dovedește necesar să se comprime vena trei-patru minute pentru a evita formarea unei echimoze.

INJECȚIE SUBCUTANATĂ. Introducere prin înțepătură a unui lichid sub piele. SINONIM: *injecție hipodermică*.

INDICAȚII. O vaccinare antitetanică sau antigripală, o injectare de insulină, de anticoagulante sau de anestezie local se fac printr-o injecție subcutanată, care permite o difuzare progresivă a produsului.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. O injecție subcutanată poate fi realizată de către personalul nemedical sau chiar de către pacient. Mai întâi se verifică faptul că nu există aer în seringă, eliminând câteva picături din produs. Injecția se face pe fața externă a brațului sau a pulpei, în abdomen sau în fața omoplatului.

Pielea este ținută între police și index (degetul mare și degetul arătător) și formează o cută de piele în care acul este înfipt rapid, perpendicular pe piele. Lichidul trebuie să fie injectat lent cu seringi de unică întrebuințare de capacități 2–10 mililitri și cu ace cu bizou lung, lungimea acului fiind de 2–5 centimetri. După injectare, acul este scos repede. În caz de tratamente îndelungate (tratamente cu insulină pentru diabetici, de exemplu), se diversifică punctele de injectare cu scopul de a evita complicațiile locale (lipodistrofii, adică bule de grăsime sub piele, de exemplu). Există cutii de plastic cu găuri care dau posibilitatea să se sterilizeze acul de la seringă fără riscul de a te înțepa. În uncle cazuri, acele folosite sunt obligatoriu incinerate.

INLAY DENTAR. Obturație dentară pregătită în laborator după amprenta cavității dentare în prealabil curățată și frasonată (zonă cariată, de exemplu) cu scopul de a reconstitui forma anatomică a dintelui.

Un inlay dentar permite să fie consolidat un dinte sau să-l restaureze dacă este foarte deteriorat. Se poate face din metal, porțelan, acrilat.

INSECTICID. Produs de origine sintetică sau vegetală utilizat pentru distrugerea insectelor.

Insecticidele pot fi răspunzătoare de intoxicații grave prin absorbție accidentală, prin inhalație sau prin contact.

Semnele variază după familia insecticidului în cauză și pot fi digestive (vărsături, diaree, dureri), cardiace (accelerare, rărire sau neregularitate a ritmului cardiac), neurologice (tulburări ale mișcărilor, convulsii).

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. În așteptarea medicului, nu trebuie să se încerce a face bolnavul nici să bea, nici să vomite. După spălarea pielii sau a ochilor cu o mare cantitate de apă, sau după spălătură gastrică, tratamentul este acela al simptomelor (asistență respiratorie, anticonvulsivante), deoarece antidoturile au o eficacitate relativă (atropina și pralidoximul împotriva organofosforicelor). Prevenirea constă în păstrarea produselor insecticide departe de copii și respectarea strictă a modului de folosire.

INSOLAȚIE. Stare patologică consecutivă unei expuneri prea îndelungate la soare.

O insolație se traduce prin arsuri ale pielii sau ale ochilor și prin simptome provocate de creșterea temperaturii în centrii nervoși.

În formele grave, temperatura ridicată și pulsul rapid (tahicardie) sunt însoțite de dureri de cap și de burtă, vertije, grețuri, vărsături și de orbire temporară. Pot surveni un delir și chiar o comă.

Extinderea arsurilor pielii, de gradul întâi și al doilea, determină gravitatea insolației. Leziunile oculare pot merge de la conjunctivită până la alterări ale retinei, care uneori sunt ireversibile.

TRATAMENT. Subiectul trebuie să fie lungit într-un loc răcoros și să bea, dacă este conștient, o soluție de apă sărată (jumătate de linguriță de sare la un litru de apă rece). În caz de tulburări ale conștienței, el va fi așezat în poziția laterală de securitate, așteptând îngrijirile medicale și trezirea subiectului. Evoluția conduce, în general, la recuperarea completă în câteva ore. ▸ ERITEM SOLAR.

INSTILAȚIE. Metodă terapeutică constând în introducerea picăturd cu picătura a unei soluții medicamentoase într-un conduct natural (ureche, nas, trahee, uretră) pentru a spăla, dezinfecta și trata acest conduct sau această cavitate.

INSUFICIENȚĂ AORTICĂ. Defect de închidere a valvulei aortice în diastolă, care se traduce printr-un reflux de sânge în aortă spre ventriculul stâng.

CAUZE. Acestea sunt multiple. Insuficiența aortică poate fi consecutivă unui reumatism articular acut: foarte frecvent în țările în curs de dezvoltare, acesta tinde să apară mai rar în țările industrializate.

Printre alte cauze, se reține endocardita bacteriană (infecție microbiană ce afectează direct valvula), disecția aortică (sângele pătrunde în mod anormal în grosimea peretului

aortic, pe care-l separă în două straturi), anevrismul aortei inițiale.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Insuficiența aortică poate să nu cauzeze nici un simptom: uneori, în cursul unui examen medical de rutină, medicul aude un suflu diastolic (zgomot anormal perceput în timpul diastolei, în cursul fazei de relaxare, după al 2-lea zgomot) puțin intens, la inimă, puțin în stânga sternului.

Inima compensează refluxul de sânge în ventriculul stâng muncind mai puțin. Ea se hipertrofiază și se dilată progresiv, dar, atunci când capacitățile ei de adaptare sunt depășite, forța ei contractilă se micșorează și apar semnele insuficienței cardiace stângi.

TRATAMENT. Atunci când insuficiența aortică este minimă sau moderată și fără simptome, nu este necesar nici un tratament. O simplă supraveghere cardiologică se impune. Bolnavul trebuie să urmeze un regim hiposodat (fără sare sau cu cantitate mică de sare), să diminueze eforturile fizice, să aibă un ritm de viață mai ordonat. Atunci când insuficiența aortică este importantă, prezentând simptome sau dovedindu-se evolutivă, tratamentul impune o înlocuire a părții deficiente a aortei printr-o valvă mecanică sau o proteză.

INSUFICIENȚĂ ARTERIALĂ MEZENTERICĂ. Deficit al aportului sangvin în arterele celiacă și mezenterice care irigă intestinul subțire și colonul (intestinul gros).

Insuficiența arterială mezenterică, puțin frecventă, esențialmente este consecința prezenței plăcilor de aterom pe peretii arterelor.

■ *În intestinul subțire*, insuficiența arterială se manifestă printr-un angor abdominal (dureri intense survenind în cursul digestiei).

Tratamentul constă într-o restabilire chirurgicală a calibrului vascular prin angioplastie sau prin intervenție directă pe arteră.

■ *În colon*, insuficiența vasculară se manifestă prin dureri abdominale însoțite de diaree cu sânge. Ea evolucază, în general, favorabil sub tratament, dar necesită uneori o intervenție de urgență (rezecție chirurgicală a segmentului atins). → INFARCT MEZENTERIC.

INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ. Incapacitate a inimii de a-și asuma funcția de pompare și de propulsare a sângelui.

CAUZE. Insuficiența cardiacă este complicația unei boli cardiace. Ea poate afecta inima stângă, inima dreaptă sau ambele.

Insuficiența cardiacă (sau ventriculară) stângă poate fi consecutivă unei hipertensiuni arteriale, unei atingeri vasculare (îngustarea sau insuficiența aortică sau mitrală), unei boli cardiace congenitale precum coarctația aortică (strâmtarea istmului aortei), unei cardiopatii ischemice (diminuarea sau oprirea circulației sangvine în una sau mai multe artere ale inimii), unei miocardiopatii (boală a mușchiului cardiac).

O tulburare a ritmului, o anemie serioasă, o hipertiroidie pot, de asemenea, să favorizeze apariția unei insuficiențe cardiace.

Insuficiența cardiacă stângă comportă o hipertensiune și o stază de sânge în plămâni (edem pulmonar), responsabilă de o jenă respiratorie, uneori intensă, la efort apoi și în repaus.

Insuficiența cardiacă (sau ventriculară) dreaptă este de cele mai multe ori consecutivă unei hipertensiuni arteriale pulmonare (creșterea presiunii în arterele pulmonare), cauzată la rândul ei de o afecțiune pulmonară (bronșită cronică cu emfizem, embolie pulmonară). Ea mai poate fi datorată unei cardiopatii congenitale (comunicare interventriculară sau interauriculară, stenoză pulmonară).

O insuficiență ventriculară stângă poate să se complice cu o insuficiență ventriculară dreaptă și astfel poate crea o insuficiență cardiacă globală.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Oboseala este un semn frecvent al insuficienței cardiace. Insuficiența cardiacă stângă provoacă o jenă respiratorie (dispnee). La început această jenă se observă doar în timpul sau după exercițiul fizic (dispnee de efort), apoi ea se intensifică și sfârșește prin a persista chiar și în repaus. Pentru a respira mai bine, bolnavul doarme în poziție șezând în pat (dispnee de decubit). El poate să se trezească noaptea din cauza unei crize de edem pulmonar acut (inundare bruscă a alveolelor și a țesutului pulmonar de către plasma sangvină) cu jenă respiratorie acută, respirație zgomotoasă, transpirații și expectorație cu spumă. Această criză necesită un tratament de urgență.

Insuficiența cardiacă dreaptă creează o hipertensiune în sistemul venos, responsabilă de o dilatare a venelor jugulare la gât, de o creștere a volumului ficatului (ficat cardiac), de edeme ale gleznelor și gambelor, uneori de o jenă abdominală și tulburări digestive.

TRATAMENT. Tratamentul este cel al simptomelor și, dacă este posibil, cel al cauzei. El cuprinde odihna la pat în poziție șezândă și respectarea strictă a unui regim alimentar sărac în sare. Bolnavul primește diuretice, destinate să ușureze organismul de excesul său de apă și de sare și care diminuează volumul de sânge circulant. În unele cazuri, sunt administrate vasodilatatoarele (facilitând travaliul inimii) sau digitalicele (tonicardiace) și ele antrenează o ameliorare netă în câteva ore.

O dată controlată insuficiența cardiacă, trebuie atacată cauza ei. O boală valvulară poate fi corectată chirurgical, o cardiopatie ischemică poate fi tratată prin pontaj aorto-coronarian sau prin angioplastie coronariană transcutanată.

Numeroase alte cauze sunt, de asemenea, accesibile tratamentului: hipertensiunea arterială și aritmiile sunt tratate cu medicamente, în timp ce comunicațiile interauriculare și interventriculare sunt închise printr-o intervenție chirurgicală pe cord deschis. Prevenirea este, de asemenea,

esențială și constă în supravegherea oricărei boli de inimă înaintea apariției insuficienței cardiace și în aplicarea unui tratament al primelor stadii ale acesteia. Totuși, atunci când insuficiența cardiacă este consecutivă unei afecțiuni a miocardului (mușchiul cardiac) care evoluează de multă vreme (o miocardopatie, în principal) sau unei boli pulmonare cronice, prognosticul este, în general, mai puțin favorabil.

INSUFICIENȚĂ CORONARIANĂ. Incapacitate a arterelor coronare de a furniza aportul de sânge oxigenat corespunzător necesităților inimii. SINONIME: *boală coronariană, cardiopatie ischemică*.

DIFERITE TIPURI DE INSUFICIENȚĂ CORONARIANĂ. Această lipsă de adaptare între nevoile și aporturile în sânge oxigenat poate rezulta din două mecanisme diferite. O insuficiență coronariană primară (de cauză necunoscută) se traduce printr-o scădere a debitului sangvin în arterele coronare. O insuficiență coronariană secundară (a cărei cauză este cunoscută) corespunde unei creșteri în nevoile de oxigen, în cursul unui efort fizic de exemplu, și unei imposibilități pentru inimă de a aduce acest supliment de oxigen.

FRECVENȚĂ. În țările industrializate, insuficiența coronariană este o coronaropatie (afecțiune a arterelor coronare) extrem de răspândită. În Franța – de exemplu – ea reprezintă prima cauză de deces. Un mare număr dintre ele apar brusc la bărbați și femei de vârstă medie, de altfel într-o stare bună de sănătate, însă majoritatea lor se referă la subiecți de vârste mai mari de 65 de ani.

CAUZE. Originea cea mai obișnuită a unei insuficiențe coronariene este dezvoltarea unei ateroscleroze. În acest caz, arterele coronare sunt astupate de plăci formate dintr-o depunere grăsoasă bogată în colesterol, ateromul. Un trombus (cheag sangvin), format în contact cu suprafața rugoasă a acestor plăci, poate în continuare să agraveze îngustarea coronariană până la ocluzia coronariană.

Cauzele ateromului sunt numeroase și legate între ele. Principalii factori de risc de ateroscleroză sunt predispoziția genetice, bolile ca diabetul zaharat, hipertensiunea arterială sau un mod de viață caracterizat prin tabagism, lipsa de mișcare fizică, excesul de greutate, în sfârșit o alimentație bogată în produse lactate și în grăsimi animale, care provoacă o creștere excesivă a nivelului de colesterol în sânge.

Influența personalității, a comportamentului și a stresului este controversată încă. Unii medici cred că infarctul miocardic este mai frecvent la subiecții având o personalitate de „tip A" (întotdeauna grăbiți, ei urmăresc în permanență ora, suportă greu întârzierile și îi întrerup pe alții în mijlocul propoziției), activi și întreprinzători. Se știe, în plus, că infarctul survine mai frecvent la subiecții deprimați după moartea unei rude apropiate sau după pierderea locului de muncă, de exemplu.

Alte mecanisme reduc aportul în oxigen la inimă: o atingere a vaselor mici (microangiopatie) coronare ca în diabet, o îngroșare a pereților cardiaci, o scădere a oxigenului conținut în sânge sau o incapacitate a mușchiului cardiac de a extrage acest oxigen, de exemplu.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Ateromul coronarelor rămâne mult timp fără nici un simptom. El se poate evidenția fie cu prilejul unei angine pectorale, fie printr-un infarct miocardic.

Angina pectorală apare atunci când miocardul trebuie să furnizeze un travaliu mai intens și când nu primește destul sânge pentru efortul respectiv. Dacă, de exemplu, vascularizarea unei regiuni a miocardului este complet întreruptă de către un cheag, se produce un infarct (tromboză coronariană sau „criză cardiacă"), antrenând moartea (necroza) acestei părți de miocard. Simptomul principal al infarctului este o durere intensă care seamănă cu cea de angină pectorală, dar care nu se calmează la repaus și nu este nici obligatoriu declanșată la efort. Bolnavului poate să-i fie frig, poate transpira și poate simți slăbiciune și grețuri, uneori își poate pierde conștiența.

Angina pectorală și insuficiența coronariană pot antrena tulburări de conducție cardiacă sau tulburări ale ritmului ca o aritmie (neregularitatea bătăilor cardiace), ale căror diferite grade le constituie extrasistolele (contracții prematore) până la tahicardie (accelerarea inimii) și la fibrilație ventriculară (tremulație ineficace a miocardului). Fibrilația poate antrena o pierdere rapidă a conștienței și moartea, în cazul în care ea nu este corectată în minutele ce urmează printr-o defibrilare electrică (întreruperea contracțiilor anormale, necoordonate și continue ale inimii cu ajutorul unui șoc electric aplicat pe torace).

DIAGNOSTIC ȘI EXAMENE. O insuficiență coronariană poate să se traducă prin simptome tipice. Diagnosticul se pune atunci fără îndoială. Examenele complementare îl confirmă: electrocardiografia, atunci când se suspectează un infarct miocardic, măsurarea în sânge a nivelurilor creatinkinazei și transaminazelor ALAT și ASAT (enzime eliberate plecând de la zona de necroză a miocardului), de exemplu. Un bolnav care prezintă crize intermitente de angină pectorală trebuie să fie supravegheat prin examene electrocardiografice practicate în repaus la efort (proba de efort pe bicicletă sau covor rulant sub supraveghere medicală).

TRATAMENT. Angina pectorală beneficiază de o întreagă gamă de medicamente care îmbunătățesc circulația coronară și/sau reduc travaliul inimii în timpul activității fizice. Printre aceste medicamente, se găsesc nitroglicerina și alți derivați nitrați, betablocantele, vasodilatatoarele. Aritmiile sunt tratate cu betablocante, inhibitori calcici sau antiaritmice specifice. În caz de insuficiență cardiacă, vasodilatatoarele sau digitalicele pot să tonifice acțiunea mușchiului cardiac.

În caz de eșec al tratamentului medical sau de leziuni foarte severe ale arterelor coronare, vascularizarea

miocardului poate fi ameliorată printr-un pontaj aorto-coronarian sau printr-o angioplastie transluminală percutanată (dilatație cu balonaș a coroanei îngustate).

Un infarct al miocardului este o urgență care trebuie tratată în mediu spitalicesc. Tromboliticele pot fi administrate pentru a încerca dizolvarea cheagurilor. Ulterior, artera responsabilă de infarct poate fi dilatată prin angioplastie sau scurtcircuitată printr-un pontaj. Uneori, tratamentul vizează pur și simplu să permită inimii să se cicatrizeze de la sine.

PREVENIRE. Insuficiența coronariană este o boală a vârstei mature și a bătrâneții, dar bazele ei se pregătesc în timpul adolescenței și la adultul tânăr.

Se pot reduce considerabil riscurile prin modificarea stilului de viață. A nu fuma niciodată, a face regulat exerciții fizice, a păstra o greutate corporală normală și o tensiune arterială normală, a urma un regim alimentar sănătos permit a fi mai puțin expus la riscul unei boli coronariene până la o vârstă înaintată.

PROGNOSTIC. O dată prezente simptomele, tratamentul poate face mult pentru a îngrădi agravarea lor. Studiile statistice efectuate pe pacienții tratați prin pontaj aorto-coronarian arată că între 80 și 90% dintre acești subiecți încă trăiesc la cinci ani după operație. Rata supraviețuirii este încă și mai bună atunci când boala a evoluat puțin, necesitând doar un tratament medical. Supraviețuirea este încă și mai bună la subiecții care încetează să fumeze. → ANGOR, ATEROSCLEROZĂ, INFARCT MIOCARDIC.

INSUFICIENȚĂ HEPATOCELULARĂ. Totalitate a manifestărilor clinice și biologice consecutive unei diminuări importante a masei celulelor hepatice.

În limbajul curent se vorbește de insuficiență hepatică pentru a desemna tulburările care nu au nici o legătură cu ficatul: migrene, digestii dificile, erupții cutanate.

CAUZE. Insuficiența hepatocelulară are cauze variate: hepatite acute sau cronice, ciroze, tumori care distrug ficatul.

SIMPTOME ȘI SEMNE

■ *La un nivel moderat,* insuficiența hepatocelulară se traduce prin semne puțin specifice: astenie, fatigabilitate, somnolență, pierdere în greutate.

■ *La un stadiu mai avansat* apar o multitudine de tulburări: icter, tulburări de hemostază (mici hemoragii), tulburări nervoase mergând de la somnolență la comă (encefalopatie hepatică) cu tremurături aparte, asterixis. Există, de asemenea, tulburări endocrine: pierderea pilozității, diminuarea libidoului, infertilitatea. Palmele sunt roșii și acoperite de mici angioame stelare (pete roșii în formă de stea). Perturbările funcției renale se traduc printr-o retenție de săruri și prin tulburări ale diurezei. Atingerea aparatului circulator se manifestă printr-o accelerare a pulsului și printr-o creștere a debitului cardiac.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Tratamentul, chiar simptomatic, este dificil și puțin eficace. Pentru a vindeca pacientul nu există, ca în cazul rinichiului, un mijloc artificial de înlocuire (dializă): singura posibilă este grefa de ficat.

INSUFICIENȚĂ MITRALĂ. Defect de închidere a valvulei mitrale (între auriculul stâng și ventriculul stâng) în sistolă, ceea ce antrenează un reflux de sânge din ventricul în auriculul stâng.

În insuficiența mitrală, inima stângă trebuie să lucreze mai intens pentru a ejecta sângele care refluează spre auricul. În timp, se ajunge la constituirea unei insuficiențe cardiace stângi și la acumularea de sânge în amonte de inima stângă, care poate provoca un edem pulmonar.

CAUZE ȘI FRECVENȚĂ. Insuficiența mitrală se observă la indivizii tineri, mai des la bărbați. Ea poate fi consecutivă unui reumatism articular acut, foarte frecvent în țările în curs de dezvoltare, dar tinzând să se rărească în țările industrializate. Printre alte cauze, se află prolapsul valvular mitral.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Insuficiența mitrală rămâne multă vreme fără simptome. Dar evoluția ei poate fi marcată printr-o jenă respiratorie la efort, o oboseală și palpitații. Mai târziu apar semnele insuficienței cardiace stângi, apoi a celei drepte (edem al membrelor inferioare), în absența tratamentului. Insuficiența mitrală poate, de asemenea, să se complice printr-o endocardită.

TRATAMENT. Tratamentul asociază un regim desodat în caz de insuficiență cardiacă, limitarea activităților fizice și medicamentelor.

În caz de dispnee (jenă respiratorie), este prescris un diuretic pentru a combate supraîncărcarea vasculară pulmonară (încărcarea cu sânge a vaselor pulmonare) și edemele. Digitalicele sunt administrate pentru a crește forța contracțiilor cardiace și pentru a le regulariza ritmul; anticoagulantele, uneori, pentru prevenirea formării cheagurilor.

Chirurgia valvulară mitrală (plastie mitrală sau punerea unei proteze) nu este avută în vedere decât atunci când există o jenă la efort sau când ventriculul stâng este puternic dilatat.

PROGNOSTIC. Insuficiența mitrală pură poate fi tolerată timp de douăzeci de ani și chiar mai mult fără simptome deranjante. Prognosticul ei este bun dacă boala este supravegheată cu regularitate și tratată înainte de a se instala vreo alterare ireversibilă a funcției ventriculare stângi deoarece, atunci când apare aceasta, speranța de viață riscă să fie limitată la câțiva ani.

INSUFICIENȚĂ PANCREATICĂ. Deficit al uneia sau al ambelor funcții secretorii ale pancreasului.

Insuficiența privește fie funcția exocrină (secreția în intestin a enzimelor care asigură digestia proteinelor, lipidelor și glucidelor), fie funcția endocrină (secreția în sânge a hormonilor dintre care cel mai important este insulina).

Insuficiența pancreatică exocrină este consecutivă fie distrugerii pancreasului (pancreatită, cancer etc.), fie

obstrucției canalului lui Wirsung, care vehiculează secrețiile externe spre duoden (cancer). Această insuficiență se traduce prin prezența grăsimilor în scaun.

Tratamentul cuprinde, în afara celui al cauzei, dacă este posibil, administrarea de extracte pancreatice pe cale orală pentru a suplini lipsa enzimelor care lipsesc.

INSUFICIENȚĂ PULMONARĂ. Stare patologică, congenitală sau dobândită, caracterizată printr-un defect de etanșeitate a valvulei pulmonare a inimii (între ventriculul drept și trunchiul arterei pulmonare), determinând un reflux de sânge arterial pulmonar către ventriculul drept și putând să antreneze o dilatație a aceluiași ventricul.

Ținând cont de foarte buna toleranță, nu este necesar, de cele mai multe ori, să fie avută în vedere o înlocuire chirurgicală a valvulei pulmonare.

INSUFICIENȚĂ RENALĂ. Reducere a capacității rinichilor de a asigura filtrarea și eliminarea produselor de rebut ale sângelui, de a controla echilibrul corpului în apă și săruri și de a regulariza presiunea sangvină.

Insuficiența renală, cronică sau acută, nu este o boală în sine; ea rezultă din afecțiunile care ating rinichii, caracterizată printr-o diminuare a numărului de nefroni, aceste unități funcționale al căror element principal este glomerulul, mică sferă în care se efectuează filtrarea sângelui și unde se elaborează urina primară.

Insuficiență renală cronică. În această insuficiență renală, atingerea glomerulară este ireversibilă; gradul ei de gravitate este totuși variabil.

CAUZE. Acestea sunt multiple; aproape toate bolile care ating rinichii pot evolua spre o insuficiență renală cronică. Ele se pot clasifica în două categorii:

– bolile renale propriu-zise, fie că ele ating exclusiv rinichii sau nu (diabet);

– bolile căilor excretorii (calice, bazinet, ureteră, vezică), congenitale (malformație, de exemplu) sau dobândite (tumoră a vezicii, de exemplu).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Insuficiențele renale cronice minime sau moderate nu antrenează, în general, decât puține semne. Ele sunt adesea diagnosticate în mod întâmplător, de exemplu cu ocazia unui bilanț privind hipertensiunea arterială, prin proteinurie (prezența proteinelor în urină) sau hematurie (prezența sângelui în urină). Insuficiențele renale cronice mai avansate au, din contra, consecințe clinice și biologice importante și complexe. O insuficiență renală se complică aproape întotdeauna cu o anemie legată de diminuarea secreției de eritropoietină (hormonul care stimulează producerea de globule roșii de către măduva osoasă) de către rinichi și antrenând o stare de oboseală, o gâfâială, dificultăți în realizarea de eforturi fizice. În plus, ea poate să se traducă printr-o hipertensiune arterială; complicații osoase grupate sub termenul de osteodistrofie renală, provocând o demineralizare osoasă și o întârziere a creșterii denumită nanism renal la copil; complicațiile nervoase antrenând îndeosebi tulburări senzitive, chiar o paralizie motorie; o retenție de sodiu la originea consecințelor cardiace grave ca o insuficiență cardiacă stângă care se manifestă printr-un edem pulmonar acut; o creștere a nivelului potasiului în sânge, aflată uneori la originea tulburărilor de ritm cardiac.

DIAGNOSTIC. Diagnosticarea insuficienței renale se bazează pe punerea în evidență a diminuării funcției de filtrare glomerulară printr-o creștere a nivelului sangvin al creatininei. Examenul constă în măsurarea clearance-lui creatininei, adică a numărului de mililitri de plasmă necesari pentru ca glomerulii să se poată debarasa de această substanță de origine musculară într-un minut. Clearance-ul normal al creatininei este de 130 mililitri/minut. Urmărirea regulată a cifrelor pentru clearance permite în plus să se supravegheze evoluția unei insuficiențe normale aflate sub tratament.

TRATAMENT. Subiectul trebuie să urmeze un regim sărac în proteine și în sodiu (sare); alimentele bogate în potasiu (fructe, ciocolată) trebuie să fie evitate, chiar interzise. Tratamentele medicamentoase luptă împotriva simptomelor insuficienței renale: antihipertensoare, derivați de vitamină D, calciu, medicamente destinate scăderii nivelului de fosfor și de potasiu în sânge. Dializa devine indispensabilă atunci când clearance-ul creatininei este mai mic de 10 mililitri/minut; există două tipuri de dializă: hemodializa, sau rinichiul artificial, în care sângele este epurat în afara organismului, printr-o membrană artificială, și dializa peritoneală, în cursul căreia peritoneul bolnavului este utilizat ca membrană de filtrare. Grefa de rinichi este singura posibilitate de tratament definitiv al insuficienței renale. Larg răspândită actualmente, grefa de rinichi privește pacienții relativ tineri (până la 60 de ani în medie) și a căror boală nu este susceptibilă să se reproducă pe grefon.

Insuficiența renală acută. Este o insuficiență renală în care pierderea funcției renale este bruscă, dar, în general, reversibilă.

Spre deosebire de insuficiența renală cronică, insuficiența renală acută se vindecă de cele mai multe ori fără sechele.

DIFERITE TIPURI DE INSUFICIENȚĂ RENALĂ ACUTĂ. După mecanismele în cauză, se deosebesc trei tipuri de insuficiență renală acută.

■ *Insuficienta renala acuta funcțională* este cauzată de un șoc hipovolemic (diminuarea brutală și importantă a volumului sangvin circulant cu scăderea presiunii arteriale), antrenând o scădere a debitului sangvin care irigă rinichii, și nu de leziuni anatomice ale țesutului renal. Ea poate fi provocată de o hemoragie acută abundentă, de o slăbiciune cardiacă, de o deshidratare intensă, de o diaree persistentă sau în urma unor vărsături abundente, unui șoc alergic etc.

■ *Insuficienta renala acuta organica* este consecutivă unor alterări anatomice ale tubulilor (necroză tubulară acută) sau

ale țesutului interstițial (nefrită interstițială acută) al rinichiului. Aceste leziuni pot fi consecința unei intoxicații (medicamente, produse iodate utilizate pentru examene radiografice), unei reacții alergice, unui proces infecțios etc.

■ *Insuficienta renală acută mecanică* este legată de apariția bruscă a unui obstacol (calcul, tumoră) pe căile excretorii (bazinete, uretere, vezică).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Semnul clinic cel mai revelator al insuficienței renale acute este anuria (oprirea oricărei produceri de urină de către rinichi). Totuși, volumul urinelor poate să nu fie deloc diminuat, chiar poate să rămână normal.

Compoziția urinei este modificată: urina este foarte concentrată în potasiu și săracă în sodiu în caz de insuficiență renală acută funcțională sau, invers, săracă în potasiu și bogată în sodiu, în caz de insuficiență renală acută organică.

DIAGNOSTIC. Ca pentru orice insuficiență renală, acesta se bazează pe punerea în evidență a diminuării filtrării glomerulare prin măsurarea creșterii nivelului sangvin de creatinină la pacienții care au avut anterior niveluri normale. În caz de insuficiență renală acută mecanică, trebuie făcut apel la urografie, ecografie și la scaner cu scopul de a vizualiza obstacolul.

TRATAMENT

■ *Insuficienta renala acută funcțională* dispare rapid după tratarea cauzei sale: transfuzie masivă în caz de hemoragie, perfuzare de ser salin în caz de deshidratare etc. Totuși, dacă acest tratament nu este întreprins destul de precoce, ea poate să se transforme într-o insuficiență renală acută organică, mai severă.

■ *Insuficienta renală acută organică* dispare, în general spontan, în două sau trei săptămâni, perioadă în timpul căreia trebuie de cele mai multe ori să se recurgă la metodele de epurare extrarenale (hemodializa sau dializa peritoneală).

■ *Insuficienta renala acută mecanică* este, în general, rapid reversibilă după o intervenție chirurgicală constând în îndepărtarea obstacolului sau în derivarea urinei într-o modalitate care să asigure reluarea funcției renale. Totuși, la unii bolnavi, dereglările sangvine generate de insuficiența renală sunt acelea care, înaintea oricărui act chirurgical, necesită o epurare a sângelui prin hemodializă.

INSUFICIENȚĂ RESPIRATORIE. Incapacitate, acută sau cronică, a plămânilor de a asigura funcția lor, care se traduce printr-o diminuare a concentrației de oxigen în sânge și uneori printr-o creștere a concentrației sangvine de dioxid de carbon.

Există două forme principale de insuficiență respiratorie: insuficiența respiratorie acută și insuficiența respiratorie cronică.

Insuficiența respiratorie acută. Insuficiența respiratorie acută (I.R.A.) este o scădere bruscă și severă a funcției respiratorii, care compromite schimburile gazoase între aer și sânge și care poate antrena moartea.

CAUZE. O insuficiență respiratorie acută poate surveni prin mecanisme diverse.

■ *Insuficienta respiratorie acută prin hipoventilatie* poate fi provocată printr-o obstrucție a căilor aeriene (bronhopneumopatie cronică obstructivă severă, astm, tumoră bronșică), printr-un traumatism toracic, prin deformații rahidiene importante (cifoscolioze) sau printr-o atingere neurologică centrală (comă) sau periferică (poliomielită).

■ *Insuficienta respiratorie acută prin alterarea membranei alveolocapilare* (locul schimburilor gazoase aer-sânge) poate fi provocată de o inhalare de gaze sufocante, de o pneumopatie virală, de o insuficiență ventriculară stângă.

■ *Insuficienta respiratorie acută prin decompensarea unei insuficiente respiratorii cronice* este de cele mai multe ori de origine infecțioasă.

SEMNE ȘI DIAGNOSTIC. Semnele comune tuturor insuficiențelor respiratorii acute sunt consecințele alterării schimburilor gazoase: tulburări de ritm respirator, cianoză, tahicardie cu hipertensiune artificială, tulburări neuropsihice variate putând merge până la comă. Diagnosticarea este, în principal, clinică și se impune spitalizarea de urgență într-un serviciu de reanimare.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Tratamentul se face întotdeauna de urgență. El constă în suplinirea funcției respiratorii slăbite și, simultan, în tratarea cauzei atunci când este posibil (antibiotice, de exemplu). Se poate merge de la simpla oxigenoterapie (îmbogățirea în oxigen a aerului inspirat) la asistarea ventilatorie parțială sau completă cu ajutorul respiratoarelor artificiale, care sunt racordate la bolnav prin intermediul unei sonde de intubație endotraheale sau al unei traheotomii. Prognosticul, o dată faza acută tratată, depinde de terenul respirator și de originea prăbușirii lui.

Insuficiența respiratorie cronică. Insuficiența respiratorie cronică (I.R.C.) este o insuficiență respiratorie permanentă ce rezultă din evoluția a numeroase afecțiuni respiratorii.

CAUZE. Cele mai multe dintre insuficiențele respiratorii cronice sunt legate de o obstrucție a căilor aeriene prin bronhopatie cronică, astm sau emfizem: acestea sunt insuficiențele respiratorii cronice obstructive. Altele, numite insuficiențe respiratorii cronice restrictive, sunt consecutive unei diminuări a volumelor respiratorii legată fie de o atingere neuromusculară (poliomielită, scleroză laterală amiotrofică, miopatie), fie de o atingere osoasă (cifoscolioză gravă, spondilartrită anchilozantă), fie de leziuni pulmonare (pneumectomie sau lobectomie pentru cancer, tuberculoză și sechelele ei, fibroză pulmonară).

SIMPTOME, DIAGNOSTIC ȘI EVOLUȚIE. O insuficiență respiratorie cronică se traduce printr-o respirație dificilă cu distensie toracică, tiraj (scobirea spațiilor

intercostale la inspirație) și cianoză. Ea poate în plus să antreneze o insuficiență ventriculară dreaptă: tahicardie, creștere în volum a ficatului, jugulare turgescente, edeme ale membrelor inferioare.

Insuficiențele respiratorii cronice evoluează lent, agravate prin pusee de insuficiență respiratorie acută. În cazurile cele mai grave, se ajunge la practicarea unei traheotomii definitive.

Diagnosticarea se bazează pe examenul gazelor din sânge, care arată o hipoxie cu hipercapnie. Un cliseu radiografic toracic precizează atingerea pulmonară.

TRATAMENT, PROGNOSTIC ȘI PREVENIRE. Tratamentul asociază oxigenoterapia, practicată la domiciliu timp de mai multe ore pe zi cu ajutorul unui extractor de oxigen, cu administrarea de bronhodilatatoare (teofilină), de antibiotice (pentru tratarea suprainfecției bronșice), uneori de corticosteroizi, de aerosoli și aplicarea kineziterapiei respiratorii. Încetarea fumatului este un imperativ, precum și profilaxia antiinfecțioasă. Prevenirea este esențialmente cea a bronhopatiilor cronice, deci încetarea fumatului și tratarea cu antibiotice a oricărei suprainfecții.

INSUFICIENTĂ SUPRARENALĂ CRONICĂ. Insuficiență a secreției glandelor corticosuprarenale care antrenează un deficit în hormoni glucocorticosteroizi și mineralocorticosteroizi. SINONIM: *Insuficiență suprarenaliană lent*.

CAUZE. O insuficiență suprarenaliană cronică poate fi urmarea unei atingeri a celor două glande suprarenale (boala lui Addison) sau unei insuficiențe a secreției unui hormon produs de către hipofiză, corticotrofina, care asigură în mod normal o stimulare permanentă a corticosuprarenalelor (insuficiență corticotropă).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Principalul simptom al insuficienței suprarenale cronice este o debilitate fizică și psihică (oboseală, dificultăți de concentrare, diminuare a capacității de muncă), care se agravează în cursul zilei și după efort. Acestora li se asociază adesea o anorexie, pierderea în greutate, o hipotensiune arterială și o tendință de hipoglicemie à jeun (pe nemâncate).

COMPLICAȚII. Insuficiența suprarenaliană acută este principala complicație a insuficienței suprarenaliene cronice. Responsabilă de o deshidratare severă, de tulburări digestive și de tulburări ale conștienței (apatie, comă) ca urmare cu ocazia unei încetări a tratamentului pentru insuficiență suprarenaliană cronică sau cu ocazia unui stres (infecție, intervenție chirurgicală). Tratamentul, urgent, este de o eficacitate spectaculară: corticosteroizi injectabili, hidratare.

TRATAMENT. Tratamentul insuficienței suprarenale cronice asociază administrarea pe cale orală a hidrocortizonului și 9-alfa-fluorohidrocortizonului. Acest tratament, care trebuie un echilibru fiziologic, trebuie să fie urmat întreaga viață; dozele sunt crescute de însuși pacient în caz de stres.

INSUFICIENTĂ TRICUSPIDIANĂ. Defect de închidere a valvulei tricuspide (între auriculul drept și ventriculul drept) care antrenează un reflux de sânge din ventriculul drept în auriculul drept în timpul sistolei.

Insuficiența tricuspidiană poate da loc unor semne de insuficiență cardiacă dreaptă, cu edem (acumulare de lichid, apoi umflare) al gleznelor și al abdomenului, cu un ficat mare, sensibil, și dilatarea venelor gâtului.

Tratarea insuficienței tricuspidiene cu diuretice și inhibitori ai enzimei de conversie îndepărtează de obicei simptomele. Dacă ele persistă, poate fi avută în vedere o intervenție de chirurgie vasculară sau înlocuirea valvulei deficiente (punerea unei proteze), ceea ce este foarte rar necesar.

INSUFICIENTĂ VALVULARĂ. Anomalia de funcționare a valvulelor cardiace care antrenează un reflux de sânge în cavitatea cardiacă pe care o părăsește.

Insuficiența valvulară poate privi, în ordinea descrescândă a frecvenței, valvula mitrală, valvula aortică, valvula tricuspidă sau valvula pulmonară. → STENOZĂ VALVULARĂ.

INSUFLAȚIE. Introducere a unui gaz într-o cavitate a organismului.

Astfel, insuflația peritoneală este prima etapă a unei celioscopii (examenul cavității abdominale cu ajutorul unui tub optic introdus printr-o incizie minusculă).

INSULINĂ. Hormon hipoglicemiant (care micșorează nivelul glucozei în sânge) secretat de către pancreas și a cărui insuficiență provoacă diabetul.

Insulina este produsă în pancreas de către celulele beta ale insulelor lui Langerhans sub forma de proinsulină, o formă inactivă de înmagazinare; după nevoile organismului, proinsulina se împarte în două părți: peptidul C și insulina. Insulina, eliberată în sânge, se fixează pe receptorii specifici situați pe membranele celulelor, în ficat, în mușchi și în țesutul adipos.

Insulina este singurul hormon al organismului cu acțiune hipoglicemiantă: el face ca glucoza din sânge să intre în celule, care o folosesc pentru producerea de energie. Totuși, atunci când ea se fixează în ficat, insulina favorizează constituirea rezervei de glucoză sub formă de glicogen. De altfel, acest hormon favorizează sinteza proteinelor și împiedică distrugerea lipidelor. Reglarea secreției de insulină este directă: o hiperglicemie (creșterea nivelului sangvin al glucozei) stimulează sintetizarea sa.

TULBURĂRI ALE METABOLISMULUI INSULINEI. O insuficiență absolută sau relativă a secreției de insulină provoacă un diabet zaharat. Acesta se manifestă. în principal. printr-o hiperglicemie.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Insulina este obținută în mod tradițional prin purificarea extractelor de pancreas de porc sau de vită. De mai mulți ani se dispune de insulină fabricată prin inginerie genetică, insulină care are exact

aceeași compoziție cu insulina umană. După durata ei de acțiune, se deosebesc trei forme de insulină: obișnuită (6–8 ore), intermediară (12 ore), lentă (mai mult de 24 ore). Insulina este prescrisă în caz de diabet, mai ales de diabet insulinodependent. Bolnavul învață să-și facă singur injecțiile pe cale subcutanată, una până la trei pe zi. În plus medicul poate să folosească insulină obișnuită pe cale subcutanată sau intravenoasă (la nevoie cu ajutorul unei pompe electrice care asigură o perfuzie intravenoasă continuă) pentru urgențe (hiperglicemie majoră, acidocetoză diabetică). În viitor, administrarea de insulină pe cale nazală, deja în testare, ar putea să se dezvolte și să înlocuiască administrarea pe cale subcutanată, mai constrângătoare.

INSULINOM. Tumoră a pancreasului, de cele mi multe ori benignă, care secretează insulină.

Insulinomul provoacă crize de hipoglicemie.

Tratamentul constă în ablația chirurgicală a tumorii.

INTERACȚIUNE MEDICAMENTOASĂ. Modificare a efectelor unui medicament de către alt medicament sau de către o substanță dată.

Într-o mulțime de cazuri, efectul este favorabil și medicii îl folosesc pentru a crește eficacitatea unui tratament. De altfel, un medicament poate fi utilizat ca antidot al altuia în caz de intoxicație. În alte cazuri, efectul este nefast. Acesta poate merge de la o simplă blocare a efectului favorabil la o reacție care să pună în pericol viața pacientului (șoc anafilactic, de exemplu). Astfel, o asociere între două medicamente sau între un medicament și o substanță determinată (alcool, în principal) poate fi contraindicată (interzisă), nerecomandabilă (beneficiul așteptat trebuie să prevaleze asupra riscului întâmpinat) sau poate face doar obiectul unor precauții de utilizare (supraveghere mai atentă).

Două medicamente luate simultan pot acționa sinergic (în același sens) și, în acest caz, efectele (bune sau rele) sunt fie aditionate, fie potențate (efect mai puternic decât simpla adiționare). Ele mai pot acționa și în mod antagonist (în sens contrar) și își pot micșora sau anihila reciproc efectele.

Asocierea mai multor medicamente nu trebuie să se facă decât sub prescripție medicală, cu scopul de a evita riscurile interacțiunii medicamentoase.

INTERCOSTAL, -Ă. Care este situat(ă) între două coaste adiacente.

INTERFERON. Substanță a organismului dotată cu proprietăți antivirale, anticanceroase și modulatoare ale funcției imunitare.

Interferonii fac parte din citokine, proteine mici secretate de diferite tipuri de celule, care au o acțiune regulatoare și stimulatoare a sistemului imunitar. Există trei tipuri de interferoni: interferonul alfa, produs de monocite; beta, de către fibroblaști; gama, de către limfocitele T.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Interferonii, obținuți prin inginerie genetică, sunt utilizați în tratamentul sarcomului lui Kaposi din cadrul SIDA, în cel al hepatitei cronice și al unor cancere (leucemia cu tricoleucocite, melanomul malign, carcinomul hepatocelular). Ei sunt administrați pe cale subcutanată sau intramusculară. Efectele lor adverse depind de doza absorbită, dar ele sunt reversibile: sindrom pseudogripal, tulburări digestive, neurologice, cardiovasculare, cutanate, creștere a transaminazelor, prezență a proteinelor și a sângelui în urină. Interferonii gama sunt până la 300 ori mai eficace decât alte tipuri de interferoni, dar ei reduc producția de anticorpi în organism, favorizând astfel suprainfecțiile. În schimb, toți interferonii suscită producția de autoanticorpi (anticorpi îndreptați împotriva însuși subiectului).

INTERLEUKINĂ. Molecula secretată de limfocite sau de macrofage și slujind drept mesager în comunicațiile dintre celulele sistemului imunitar.

Interleukinele fac parte din citokine, mici proteine secretate de diferite tipuri de celule, care au o acțiune regulatoare și stimulatoare în numeroase sisteme, între care și cel imunitar. În nomenclatura internațională, interleukinele sunt notate „IL" urmat de un număr.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Cele mai multe interleukine sunt disponibile în mari cantități datorită tehnicilor de inginerie genetică. Proprietățile lor imunostimulante sunt utilizate în tratamentul unor forme de cancer.

INTEROCEPTIV, -Ă. Care se raportează la sensibilitatea sistemului nervos la stimuli și la informațiile care vin de la viscere (organe interne).

INTERTRIGO. Infecție cutanată situată în plicile pielii (axilar, inghinal, spațiile dintre degetele de la mâini și picioare, ombilic).

Semnele de intertrigo sunt marile placarde roșii, zemuinde, simetrice sau nu, surse de mâncărime și mărginite de un guleraș albicios atunci când sunt de origine micozică. Tratamentul face apel la aplicații locale de antifungice (în caz de micoză) sau de antibiotice (contra bacteriilor) și de antiseptice.

INTESTIN. Segment lung al tubului digestiv constituit din duoden, jejun, ileon, cec, colon și rect.

Rolul intestinului este de a desăvârși digestia începută în cursul masticației și continuată în stomac. Peretele său extern este constituit din două straturi de musculatură netedă, unul cu fibre longitudinale, celălalt cu fibre transversale. Peretele său intern, mucoasa, este acoperit cu epiteliu și posedă în profunzimea sa glanda care secretă sucurile digestive.

În funcție de rolurile lor diferite, se disting două segmente principale ale intestinului: intestinul subțire și colonul.

■ *Intestinul subțire*, lung de aproximativ 7 metri, cuprinde succesiv duodenul, jejunul și ileonul. Mucoasa intestinului subțire este tapisată cu vilozități prin care se efectuează aproape întreaga absorbție a alimentelor.

■ *Colonul, sau intestinul gros*, cu o lungime de aproximativ 1,40 metri, este îmbinat cu ileonul prin porțiunea sa inițială, cecul. El are ca funcție principală absorbția de apă și de electroliți și concentrarea materiilor nedigestibile. Acumularea acestor materii (fecalele) în ultima parte a colonului, rectul, declanșează nevoia de a defeca.

PATOLOGIE. Patologia intestinală cuprinde bolile infecțioase, parazitare, inflamatorii (boala lui Crohn, rectocolita hemoragică), ocluziile, perforațiile, sindroamele de malabsorbție, tumorile benigne și maligne, ulcerele.

INTESTINULUI (cancer al). Tumoră malignă localizată la intestin, subțire sau colon. → COLONULUI (cancer al), INTESTINULUI SUBȚIRE (cancer al).

INTESTINULUI SUBȚIRE (cancer al). Tumoră malignă a intestinului subțire (duoden, jejun și ileon), luând de cele mai multe ori forma de carcinom.

Cancerele intestinului subțire sunt rare.

Multă vreme fără simptome, un cancer al intestinului subțire poate să se manifeste printr-o melenă (emisie de sânge în fecale), vizibilă sau nu, care în timp generează o anemie.

Tratamentul este esențialmente chirurgical (rezecția întregii părți de intestin invadată de tumoră). Prognosticul este în funcție de tipul de tumoră și de precocitatea diagnosticului.

INTOLERANȚĂ ALIMENTARĂ. Reacția patologică ce se produce în cursul consumului anumitor alimente.

Sub termenul generic de intoleranță alimentară sunt grupate un anumit număr de reacții patologice ca diferitele alergii alimentare sau de intoleranțe la anumite nutrimente din cauza unui deficit enzimatic al aparatului digestiv sau a unor tulburări metabolice.

■ *Intoleranta la gluten*, constituent al grâului, secarei, ovăzului și orzului, este responsabilă de boala celiacă.

■ *Intoleranta la lactoză* este consecința unui deficit, congenital sau dobândit, într-o enzimă specifică mucoasei intestinale, lactaza, necesară hidrolizei lactozei (transformarea ei în glucoză și galactoză), principalul glucid din lapte. Ea se manifestă printr-o diaree lichidă și prin dureri abdominale în urma consumului de lapte sau de produse care conțin lactoză. Tratamentul constă în excluderea lactozei din alimentație.

INTOXICAȚIE. Totalitate a tulburărilor provocate de introducerea, voluntară sau nu, în organism a uneia sau mai multor substanțe toxice (otrăvuri). SINONIM: *otrăvire*.

CAUZE. Substanțele toxice pătrund în organism prin ingestie, prin inhalare, prin injectare sau prin absorbție prin piele sau mucoase.

Intoxicațiile acute constituie un procentaj ridicat de spitalizări, fie că sunt accidentale (casnice sau profesionale), fie voluntare (toxicomanie, tentativă de sinucidere). Intoxicațiile cu medicamente, cele mai frecvente, reprezintă 80% dintre intoxicațiile ce necesită o spitalizare de urgență. Ele sunt, în general, provocate prin asocierea mai multor medicamente (65% din cazurile semnalate la adulți). În ordinea descrescândă a frecvenței, medicamentele responsabile sunt benzodiazepinele, analgezicele, antidepresivele, neuroleptice, carbamații, barbituricele și alte psihotrope, în sfârșit, medicamentele împotriva tulburărilor cardiace. Alte toxice sunt produsele industriale (solvenții), produsele menajere (detergenții, apa de Javel [soluție 5–10% de hipoclorit de sodiu]), alcoolul, tutunul și stupefiantele, oxidul de carbon, plantele și ciupercile, precum și produsele utilizate de către agricultori (îngrășăminte, fungicide, erbicide, insecticide, raticide).

Intoxicațiile cronice sunt legate în mod deosebit de activitățile profesionale (mai ales în industrie) și de poluarea mediului.

Gravitatea unei intoxicații depinde de toxicitatea produsului în cauză, de modul de introducere în organism, de doza absorbită, de rezistența organismului și de vârsta subiectului. Adesea imprevizibilă, ea justifică recurgerea sistematică la intervenția medicului. Mortalitatea rezultată în urma intoxicațiilor este actualmente mai mică de 1% la adulți și de 0,5% la copil.

SIMPTOME ȘI TRATAMENT. Acestea depind de toxicul sau de toxicele în cauză. Ținând cont de varietatea acestora, aproape toate funcțiile și toate organele pot fi afectate. Totuși, în caz de intoxicație acută, o preocupare comună este aceea de a decela semnele unui risc vital imediat: insuficiență respiratorie (jena resimțită de către victimă, mișcări toracice prea ample sau prea slabe, prea rapide sau prea lente), insuficiență circulatorie (stare de șoc cu rău, paloare, agitație), puls slab sau prea rapid, scăderea presiunii arteriale), convulsii (contracții musculare generalizate care antrenează o redoare sau secuse), comă (victima, inconștientă, nu se mai mișcă, nu vorbește, nu răspunde la întrebări).

După ce au fost prevenite serviciile medicale (centrul local antiotrăvire), cei din jur trebuie să se abțină de la orice fel de intervenție, îndeosebi: să nu miște victima, să nu o facă să bea (inclusiv lapte), să nu o facă să vomite. Medicul sosit efectuează un număr de gesturi și de verificări, atât la fața locului apoi, dacă este nevoie, și la spital.

PREVENIRE. Medicamentele nu trebuie să fie ținute la îndemâna copiilor. În caz de intoxicație voluntară, este recomandată consultarea unui psihiatru.

INTOXICATIE A COPILULUI. Ansamblu de tulburări cauzate de absorbția, de către un copil, a unei substanțe toxice.

INTOXICAȚIE: PRINCIPALELE PRODUSE TOXICE SAU CU RISC (continuare)

Produs toxic	Simptome	Tratament	Recomandări
Carbon (tetraclorură de) Agenți de scos petele, inflamabili	Grețuri, vărsături, dureri abdominale, dureri de cap, confuzie, tulburări de vedere, toxicitate pentru rinichi și ficat	Spălarea pielii, spălătură stomacală, oxigenoterapie, asistare respiratorie, supraveghere a rinichilor și ficatului	Spitalizare imediată. A nu se lăsa la îndemâna copiilor
Caustice (acizi și baze puternice, acid sulfuric: produse de curățire, de desfundare a toaletelor, detartranți, detergenți etc.)	Dureri intense, arsuri esofagiene, edem care poate astupa căile aeriene, puls rapid, respirație superficială	Diluarea imediată a substanței absorbite dând să se bea apă, după avizul medical, nu spălătură stomacală, nici vome provocate, tratamentul simptomelor	Îndepărtarea hainelor contaminate și spălarea pielii. Spitalizare imediată. Cauză foarte frecventă de intoxicație la copii: a nu se lăsa la îndemâna lor
Cianură Acid cianhidric, ulei de migdale amare, nitroprusiat, sirop de cireșe sălbatice	Tahicardie, dureri de cap, somnolență, hipotensiune arterială, comă, convulsii. Mortală rapid (între 1 și 15 minute)	Antidot: vitamina B12 sau hidroxocobalamină în doze mari. Vome provocate sau spălătură stomacală imediată, asistare respiratorie	Retragerea produsului din mâna bolnavului (ingestie) sau îndepărtarea de sursa toxică (inhalare). Rapiditatea intervenției este capitală
Clor Var clorat, apă de Javel, gaz lacrimogen	Inhalație: iritație severă a căilor respiratorii și ochilor, tuse, vome, edem pulmonar, cianoză. Ingestie: iritație și coroziune a gurii și a căilor digestive, dureri abdominale, tahicardie, prostrație, colaps circulator	Inhalație: oxigenoterapie, asistare respiratorie. Ingestie: sirop de ipecacuacana, spălătură stomacală, tratamentul simptomelor	Spitalizare imediată
DDT Insecticide organoclorurate	Vome, stări de rău, tremurături, convulsii, edem pulmonar, fibrilație ventriculară, insuficiență respiratorie	Vome provocate, spălătură stomacală, administrarea de cărbune activat care să rămână în stomac, supravegherea funcțiilor renale și hepatice	A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Spitalizare imediată
Erbicide, pesticide	Oboseală, sete, înroșire, vome, dureri abdominale, febră ridicată, tahicardie, pierdere a conștienței, dispnee, stop respirator	Vome provocate, spălătură stomacală, purgație, asistare respiratorie	A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Spitalizare imediată
Hipocloriți Apă de Javel, decoloranți	Durere moderată, reacție inflamatorie a gurii și mucoasei digestive, tuse, dispnee, vome, vezicule cutanate	Tratamentul simptomelor, explorarea esofagului dacă a avut loc o ingestie de substanțe concentrate	A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Spitalizare imediată
Insecticide organofosforice Gaz neurotoxic, paration, malation	Grețuri, vome, crampe stomacale, dureri de cap, hipersalivație și hipersecreție bronșică, tulburări de vedere, micșorarea pupilei, confuzie mintală, dificultăți respiratorii, spume la gură, comă	Antidot: sulfat de atropină. Oxigenoterapie, asistare respiratorie, tratamentul simptomelor	Îndepărtarea hainelor, clătirea pielii cu apă, spitalizare imediată. A nu se lăsa la îndemâna copiilor
Morfină și opiacee Codeină, heroină, metadonă, morfină, opiu, petidină etc.	Micșorare importantă a pupilei, somnolență, respirație superficială, tremurături, prăbușire respiratorie	Antidot: nalaxon. Spălătură stomacală, asistare respiratorie, reanimare dacă este necesar	Nu se induce voma. Spitalizare imediată. Risc de toxicomanie
Paracetamol (supradozare, absorbție masivă)	Grețuri, vărsături, icter, atingere hepatică ireversibilă	Antidot: acetilcisteina. Vome provocate, spălătură gastrică	Spitalizare imediată. Cauză foarte frecventă de intoxicație accidentală la copii: nu se lasă la îndemâna lor

INTOXICAȚIE: PRINCIPALELE PRODUSE TOXICE SAU CU RISC (continuare)

Produs toxic	Simptome	Tratament	Recomandări
Paradiclorobenzen Deodorante de WC, insecticide (contra moliilor)	Dureri abdominale, greturi, vome, diaree, convulsii și tetanie	Spălătură stomacală, tratamentul simptomelor.	Spitalizare imediată. A nu se lăsa la îndemâna copiilor.
Plumb (saturnism) ingestia repetată de fragmente de vopsea, de obiecte metalice, alimente stocate în conteinere de ceramică etc.; intoxicație cronică profesională	Inhalație masivă: insomnie, dureri de cap, tulburări de coordonare a mișcărilor, demență, convulsii. Ingestie masivă: sete, arsuri abdominale, vome, diaree, toxicitate neurologică. Intoxicație cronică: dureri de cap, gust metalic în gură, vome, constipație, crampe și dureri abdominale, alterarea conștienței evoluând spre convulsii și comă	Antidot: calciu edetat de sodiu și dimercaprol. Tratamentul simptomelor și diminuarea expunerii la plumb	Spitalizare imediată. Cauză foarte frecventă de intoxicație accidentală la copii: a nu se lăsa la îndemâna lor
Produse petroliere Asfalt, benzină, eter de petrol, păcură, motorină, uleiuri de gresare, kerosen	Inhalarea de vapori: euforie, arsură în piept, dureri de cap, greturi, depresie a sistemului nervos, confuzie, insuficiență respiratorie acută. Ingestie: arsură a gâtlejului și stomacului, vome, diaree	Cum complicațiile majore sunt legate de inhalarea și nu de ingestia lor, în majoritatea cazurilor, spălătura stomacală nu este necesară: tratamentul simptomelor, asistare respiratorie	Toate hainele murdărite trebuie îndepărtate imediat; clătirea pielii cu apă din belșug. Spitalizare imediată. Cauză foarte frecventă de intoxicație accidentală la copii: a nu se lăsa la îndemâna lor
Stricnină (raticide)	Agitație, hiperacuitate vizuală și auditivă, convulsii declanșate de o stimulare minimă, relaxare musculară completă între crize, transpirație, stop respirator	Izolarea bolnavului și sustragerea lui de la orice stimulare pentru a preveni crizele convulsive, luarea de cărbune activ, asistare respiratorie	Spitalizare imediată. A nu se lăsa la îndemâna copiilor
Terebentină Solvent pentru pictură și zugrăveli	Miros de terebentină, arsuri dureroase bucale și gastrice, tuse, sufocare, stop respirator, toxicitate pentru rinichi	Vome provocate, spălătură gastrică, asistare respiratorie, oxigen, tratamentul simptomelor	Spitalizare imediată. A nu se lăsa la îndemâna copiilor

conținutului stomacului mulțumită administrării de medicamente sau prin spălătură stomacală.

Absorbțiile de apă de Javel (soluție de hipoclorit de sodiu) diluată, cele mai frecvente, nu sunt în general periculoase. În schimb, dacă este vorba de înghițirea de apă de Javel concentrată sau de caustice (produse pentru spălatul veselei, detartrante, pentru desfundarea canalului, de exemplu), copilul trebuie spitalizat de urgență într-un serviciu de otorinolaringologie și trebuie căutate eventualele leziuni ale stomacului sau ale esofagului. Inhalațiile de derivați ai petrolului sunt deosebit de periculoase deoarece aceștia pot provoca o atingere pulmonară. O supraveghere în mediu spitalicesc care dispune de un serviciu de reanimare este un lucru care se impune.

PREVENIRE. Pentru informarea și educarea publicului sunt necesare campanii pe teme de prevenirea accidentelor. Medicului îi revine responsabilitatea de a informa familiile asupra pericolelor potențiale legate de absorbția excesivă a produselor pe care el le prescrie.

INTOXICAȚIE ALIMENTARĂ. → TOXIINFECȚIE ALIMENTARĂ.

INTOXICAȚIE CU APĂ (sindrom al). Acumulare în organism a unei prea mari cantități de apă.

Acest sindrom, de mecanism încă prost cunoscut, are uneori drept cauză un cancer (el aparține grupului sindroamelor paraneoplazice), adesea localizat la bronhii. Intoxicația cu apă provoacă tulburări digestive (greturi, în principal) și tulburări ale conștientei, legate de un edem cerebral, cu obnubilație până la pierderea conștientei, chiar până la comă. Tratamentul constă în diminuarea absorbției de băuturi și în tratarea cauzei de hipersecreție a hormonului antidiuretic.

INTRADERMOREACȚIE. Injectare intradermică a unei mici cantități de substanță cu scopul de a studia gradul de sensibilitate al subiectului față de această substanță.

Intradermoreacția la tuberculină constituie un test al sensibilizării la bacilul lui Koch (agentul tuberculozei). La subiectul nesensibilizat, adică la cel care nu a venit în contact cu bacilul lui Koch sau la care vaccinarea nu a fost eficace, nu este observată nici o manifestare în zilele ce urmează injectării. În schimb, la un subiect sensibilizat, o înroșire și o supraînălțare a epidermului apar la punctul de injectare cu aproximativ 10 ore mai târziu. Citirea testului se face în ziua a 2-a sau a 3-a după injecție. Intensitatea reacției este apreciată prin măsurarea diametrului acestor manifestări.

INTROVERSIUNE. Atitudine a unei persoane care are tendința să se izoleze în lumea ei interioară.

Introvertitul preferă valorile subiective ale lumii sale personale în detrimentul realității exterioare concrete. După Jung, această repliere a libidoului spre propria persoană ar favoriza nevroza, autismul, dar și o anumită profunzime și originalitate a gândirii. Opusul introversiunii este extroversiunea.

INTUBAȚIE TRAHEALĂ. Introducere a unui tub în trahee, plecând de la gura sau de la o nară.

■ *În anestezie*, intubația traheală este utilizată pentru a proteja căile aerice ale subiectului și pentru a asigura o ventilație artificială.

■ *În reanimare*, intubația traheală este întrebuințată, de asemenea, în mod curent pentru a practica o ventilație artificială cu scopul de a trata o prăbușire respiratorie, fie că aceasta este legată de o alterare a comenzii respiratorii (comă), fie unei alterări a însuși aparatului respirator (edem pulmonar, bronhopneumopatie etc.). Totuși, atunci când ventilația artificială trebuie practicată pe o durată lungă, intubația traheală poate fi înlocuită cu o traheotomie (deschiderea traheei printr-o incizie a gâtului pentru a pune în legătură traheea cu exteriorul, cu ajutorul unei canule).

INVAGINAȚIE INTESTINALĂ. Pătrundere patologică a unui segment de intestin în segmentul subiacent, ca un deget de mănușă întors, provocând o ocluzie intestinală.

Invaginația intestinală la copilul mic. Invaginația intestinală acută este forma cea mai frecventă. Ea survine inopinat, de cele mai multe ori între vârstele de 3 luni și 3 ani, la un sugar până atunci în stare bună a sănătății, mai frecvent la băieți.

CAUZE. Invaginația intestinală este consecința unei inflamații acute a ganglionilor abdominali în cursul unei boli virale, în prezența unui polip mare sau unei inflamații a diverticulului lui Merckel.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Invaginația intestinală acută se traduce prin apariția brutală a unei stări de agitație însoțită de țipete și de plâns, care durează câteva minute și apoi dispare, pentru a reapărea câteva minute mai târziu; aceste semne sunt însoțite de un refuz alimentar total. Mai târziu poate apărea sânge în scaun.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se pune pe baza ecografiei sau pe cea a spălăturii baritate; acest din urmă examen permite și tratamentul precoce al invaginației: segmentul invaginat este repus la loc printr-o creștere ușoară și treptată a presiunii de injectare a spălăturii. În orele care urmează tratamentului trebuie instituită totuși o supraveghere îndeaproape chiar dacă se pare că s-ar fi liniștit copilul, cu scopul de a detecta o invaginație persistentă.

Invaginația trebuie să fie tratată de urgență. Dacă persistă, ea duce la o deshidratare severă și la o necroză a intestinului invaginat, ale cărui vase sangvine sunt comprimate, putând antrena o peritonită sau o ocluzie intestinală. În caz de insucces al spălăturii sau de intervenție tardivă, o intervenție chirurgicală (rezecția părții invaginate, apoi restabilirea continuității intestinului) poate să se dovedească necesară.

Invaginația intestinală la copilul mare și la adult. Ea este rară și, în general, este provocată de o tumoră (polip benign sau tumoră malignă). Ea se traduce prin semne de ocluzie intestinală. O intervenție chirurgicală (rezecția porțiunii de intestin invadată de tumoră) este întotdeauna necesară, dar nu constituie în mod obligatoriu o urgență.

IN VITRO. Se spune despre reacțiile chimice, fizice, imunologice sau despre toate experiențele și cercetările practice în laborator, în afara unui organism viu. ▪ FECUNDAȚIE IN VITRO

IN VIVO. Se spune despre reacțiile chimice, fizice sau despre intervențiile practicate pe ființa vie, fie în scop de experimentare sau cercetare, fie în scop diagnostic sau terapeutic.

IOD. Element chimic necesar sintezei de hormoni de către glanda tiroidă și care are, de altfel, diverse utilizări în medicină, îndeosebi ca antiseptic.

Organismul obține iodul (I) de care are nevoie în forma de săruri minerale (ioduri) din alimente (apă, vietăți din mare, sare). Carențele în iod se mai observă în unele regiuni muntoase îndepărtate de mare. Ele se traduc printr-o gușă (creșterea în volum a tiroidei), chiar o hipotiroidie (activitate redusă a tiroidei) cu un risc de întârziere mintală la copil.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ ȘI CONTRAINDICAȚII

■ *Iodul pentru uz extern* este reprezentat, în principal, de polividonul iodat în soluție, pomadă, ovule ginecologice și prin soluția alcoolică farmaceutică (denumită impropriu tinctură de iod), care este mai iritantă și se conservă mai puțin bine. Activ împotriva bacteriilor și ciupercilor, iodul

este indicat pentru dezinfecția materialului medical, antisepsia plăgilor cutanate sau a pielii înainte de injecție, tratamentul inflamațiilor și infecțiilor mucoaselor. Contraindicațiile sale sunt vârsta mică (sugar), sarcina și asocierea cu antisepticele mercurice (mercurobutol). Efectele nedorite ale iodului sunt alergiile, o colorație anormală a pielii (galben, brun, aspect murdar) și un efect caustic. Aplicațiile prea întinse și prea repetate provoacă o hipotiroidie.

■ *Iodul pentru uz intern* este întrebuințat în radiologie sub forma de produse de contrast iodate, pentru a face unele structuri, precum căile urinare, opace la radiațiile X.

IODIDĂ. Reacție cutanată de alergie la iod.

Iodidele au drept cauză luarea de medicamente care conțin iod sau sunt prilejuite de examenele radiologice, prin injectarea produselor de contrast iodate, opace la razele X.

IOHIMBINĂ. Medicament vasodilatator.

Iohimbina face parte din simpatolitice (substanțe care inhibă acțiunea sistemului nervos simpatic). Ea acționează fixându-se pe receptorii alfa-adrenergici ai celulelor organismului și împiedică eliberarea andrenalinei. Ea posedă efecte vasodilatatoare periferice, mai ales asupra arterelor cutanate, renale, intestinale și genitale (corpii cavernoși ai penisului).

Administrată pe cale orală, iohimbina este indicată în tratamentul impotenței masculine și în cel al hipotensiunii ortostatice (amețeli la ridicare și în poziție verticală), în particular al hipotensiunii induse de antidepresive. Ea este contraindicată în caz de insuficiență hepatică sau renală severe.

EFECTE NEDORITE. Acestea sunt rare și nu apar decât la doze ridicate: nervozitate, insomnii, migrene, vertije, tremurături, tulburări digestive (grețuri, vome, diaree), îndeosebi.

ION. Atom sau moleculă purtând o sarcină electrică.

Ionii se împart în cationi, care poartă una sau mai multe sarcini pozitive corespunzând fiecare pierderii unui electron, și în anioni, care poartă una sau mai multe sarcini negative corespunzând fiecare capturării unui electron.

IONOGRAMĂ. Listă a ionilor conținuți într-un lichid organic (sânge, urină) și a concentrațiilor lor exprimate în milimoli pe litru.

O ionogramă cuprinde dozarea ionilor pozitivi (sodiu, potasiu, calciu, magneziu) și negativi (clor, bicarbonați, proteine, fosfați, sulfați, acizi organici) conținuți în preleveatul studiat. O ionogramă urinară este prescrisă adesea în completarea unei ionograme sangvine pentru a preciza starea funcției renale și suprarenale.

IONOFOREZĂ. Metodă terapeutică ce constă în a face să pătrundă substanțele medicamentoase în piele sub acțiunea unui curent electric.

Există două indicații principale ale ionoforezei: hiperhidroza (excesul de transpirație) și traumatismele, în mod deosebit în medicina sportivă (entorse, tendinite, contuzii, hematoame, accidente musculare).

Ionoforeza constă în badijonarea pielii cu o substanță ionizată în soluție apoasă (analgezic, antiinflamator etc.) înainte de a aplica un mic electrod. În cazul hiperhidrozei mâinilor și picioarelor, se cufundă mâinile și picioarele în bazine mici umplute cu apă și se trece prin ea un curent. Subiectul nu simte decât niște pișcături mai mult sau mai puțin dezagreabile. În prealabil el trebuie să îndepărteze obiectele metalice pe care le poartă, curentul electric putând provoca arsuri în contact cu ele; această terapie este contraindicată pentru purtătorii de stimulatoare cardiace și de proteze metalice. Ședințele de ionoforeză durează între 15 și 30 minute și se desfășoară într-un centru specializat, la cabinetul medicului sau chiar la domiciliu. O cură necesită în medie 5 sau 6 ședințe urmate de un tratament de întreținere cu un ritm variabil.

IPOHONDRIE. Preocupare excesivă pentru propria sănătate, cu teama obsesivă de a fi bolnav.

Ipohondria este un sindrom foarte răspândit. În grade diferite, ipohondria se găsește la anxioși, la deprimați, la psihastenici. În formele sale grave, ea îmbracă un aspect delirant și halucinatoriu. Tratamentul ipohondriei depinde de structura psihologică a subiectului. În majoritatea cazurilor, ea asociază luarea de sedative cu măsurile de igienă (relaxare, exerciții fizic) și cu o psihoterapie.

IRADIERE. Expunere a organismului unor radiații, indiferent de natura lor.

O iradiere poate fi naturală (razele soarelui), accidentală (poluare, accident nuclear), terapeutică (radioterapie) sau în scop diagnostic (radiologie). Atunci când o sursă de iradiere accidentală este un corp radioactiv, se vorbește de o contaminare fie externă (pe piele), fie internă (penetrarea în țesuturi prin piele, în tubul digestiv, în căile respiratorii).

IRIDECTOMIE. Ablație chirurgicală a unui fragment de iris.

O iridectomie se practică în caz de glaucom cu unghi strâmt cu scopul de a permite circulația umorii apoase în ochi și de a evita astfel creșterea presiuni intraoculare prin acumularea de umoare în spatele irisului. O iridectomie este, de asemenea, indicată în caz de hernie a irisului sau după extracția cristalinului cu scopul de a evita riscul de blocare a pupilei de către corpul vitros.

O iridectomie antrenează o ușoară inflamație infraoculară tranzitorie. Partea incizată a irisului apare sub forma unei mici crestături negre.

IRIDOCICLITĂ. Inflamație oculară ce afectează irisul și corpul ciliar. SINONIM: *uveită anterioară*.

O iridociclită este o afecțiune relativ frecventă, acută și cronică, atingând adesea ambii ochi și cu tendință de a recidiva.

CAUZE. Acestea sunt multiple și uneori dificil de determinat. O iridociclită survine adesea după o infecție bacteriană (sinuzită, abces dentar, infecție urinară, tuberculoză, sifilis, bruceloză etc.), virală (herpes, zona zoster îndeosebi) sau parazitară (leptospiroză).

SIMPTOME. O iridociclită se manifestă prin dureri oculare surde și moderate și printr-o scădere variabilă, în general limitată, a acuității vizuale. Examenul constată o înroșire a ochiului.

TRATAMENT. Acesta este concomitent cu cel al cauzei atunci când ea a fost găsită, și cel al simptomului inflamator cu colire sau cu injecții subconjunctivale antiinflamatorii, cu colire midriatice care dilată pupila pentru a evita sinechiile și, uneori, prin corticoterapie generală.

IRIDOLOGIE. Metodă care permite diagnosticarea tulburărilor funcționale plecând de la examenul irisului.

Iridologia pleacă de la principiul că reacțiile sistemului neurovegetativ față de o leziune sau de o disfuncție se reflectă în iris, modificându-i forma, relieful, culoarea etc. Atribuind diferitelor organe ale corpului localizări precise pe iris, această teorie ar permite deci să se aprecieze starea de sănătate a unui individ sau să se detecteze existența unor tulburări funcționale privind un organ anume după aspectul irisului. Totuși, statutul științific al iridologiei rămâne un subiect controversat iar utilizarea sa ca instrument de diagnosticare ține la ora actuală de medicina empirică.

IRIS. Membrană circulară contractilă, perforată în centrul său de orificiul pupilei și plasată vertical în fața cristalinului.

Irisul constituie un fel de diafragmă care, prin posibilitatea sa de dilatare sau de contracție, reglează cantitatea de lumină ce pătrunde în interiorul ochiului. Când lumina este puternică, pupila se închide (mioză), când ea este slabă, pupila se dilată (midriază).

PATOLOGIE. Patologiile irisului pot fi de natură inflamatorie (irită, iridociclită), tumorală (chist, melanom) sau traumatică (plagă, corp străin, hernie a irisului printr-o plagă a corneei).

IRITĂ. Inflamație a irisului.

O irită survine rareori izolată. Ea se asociază, în general, cu o afectare a corpului ciliar și atunci constituie o iridociclită. → IRIDOCICLITĂ.

I.R.M. (N.) → IMAGERIE PRIN REZONANȚĂ MAGNETICĂ (NUCLEARĂ).

ISCHEMIE. Diminuare sau încetare a circulației arteriale într-o regiune mai mult sau mai puțin întinsă a unui organ sau a unui țesut.

O ischemie antrenează un deficit în aportul de oxigen și o alterare a metabolismului. O ischemie moderată, atunci când privește un mușchi, poate să se manifeste cu ocazia unui efort, atunci când necesitățile în oxigen ale mușchiului cresc. Consecințele sunt reversibile atunci când ischemia este moderată sau tranzitorie, dar o ischemie gravă sau persistentă poate duce la distrugerea țesuturilor, numită, după caz, infarct sau gangrenă: mai degrabă se vorbește de gangrenă atunci când este vorba de o afectare a pielii, de un infarct atunci când sunt afectate viscerele.

ISTERIE. Nevroză caracterizată prin conversia corporală a unui conflict psihic.

Personalitatea isterică este foarte influențabilă în pofida unei indiferențe aparente; ea se refugiază în imaginar (tendință la teatralism, la mitomanie), suferă de insatisfacție sexuală și practică un joc ambiguu de seducere și de ținere la distanță. Crizele isterice – care survin adesea în public – pot lua forme foarte diverse: crize de nervi, pierderea conștienței, paralizie, edem, tulburări circulatorii etc. Ele nu au o cauză organică: este vorba de un „limbaj corporal" prin care persoana isterică își exprimă conflictele inconștiente.

TRATAMENT. Anxioliticele pot atenua tulburările, dar, în principal, tratamentul constă în cura psihanalitică.

IVORIU. → DENTINĂ.

I.V.S. → ÎNTRERUPERE VOLUNTARĂ A SARCINII.

Î

ÎMBĂTRÂNIRE. Slăbire naturală a facultăților fizice și psihice cauzate de înaintarea în vârstă. SINONIM: *senescența*.

Îmbătrânire fizică. Este un proces continuu, prezent de la începutul existenței și comun tuturor ființelor. El privește toate structurile organismului: moleculele, celulele, țesuturile și organele specializate.

MECANISM. Îmbătrânirea fizică este determinată probabil de factorii genetici și este influențată de factorii exteriori. Există două abordări teoretice:

■ *Teoriile zise stohastice* admit ca principiu că mecanismul îmbătrânirii ar fi legat de hazard. Printre aceste teorii, se pot distinge: teoria cotelor (fiecare organism ar dispune la naștere de un stoc de energie de consumat și ar muri atunci când acesta este epuizat), teoria radicalilor liberi (îmbătrânirea ar fi cauzată de efectele nocive ale radicalilor liberi, substanțe toxice elaborate prin metabolismul celular normal), teoria „erorilor catastrofice" (care explică îmbătrânirea printr-o acumulare de erori succesive în sinteza proteinelor, sfârșind cu moartea celulelor) și teoria orologiilor biologice (bazată pe ideea unei îmbătrâniri a organelor sub controlul sistemului hormonal sau imunitar). Totuși, până în prezent, nici una dintre aceste teorii nu a fost confirmată.

■ *Teoriile genetice* admit existența genelor de longevitate condiționând durata maximă de viață pentru o specie dată (120 de ani a om). Deși recent au fost identificate două gene ale longevității, profilul genetic al longevității umane este încă departe de a fi definit: mecanismele și consecințele îmbătrânirii biologice rămân în cea mai mare parte misterioase.

Îmbătrânire naturală și îmbătrânire patologică. Dogma declinului inevitabil al marilor funcții ale organismului pe măsura înaintării în vârstă (debit cardiac, funcționare cerebrală etc.) este actualmente repusă în discuție: scăderea performanțelor fiziologice constatată la subiecții în vârstă nu ilustrează doar o îmbătrânire normală, ci și patologiile suprasădăugate (îmbătrânirea patologică sau senilitatea). Astfel, pentru un organ dat, studiul „populațiilor curate" (grup de subiecți în vârstă care nu includ nici un individ suspect să fie atins de vreo boală a organului studiat) arată că nu întotdeauna are loc o scădere a performanțelor concomitent cu înaintarea în vârstă. Unele lucrări au arătat îndeosebi că debitul cardiac al subiecților în vârstă indemni de boli cardiace nu este mai scăzut decât cel al adulților tineri, deși mecanismele care permit menținerea unui debit cardiac normal variază cu vârsta.

Îmbătrânirea fiziologică. Modificările corpului și mediului familial, afectarea identității sociale pe care o impune pensionarea fragilizează subiectul vârstnic care, concomitent, trebuie să efectueze o activitate de rutină, dar trebuie să găsească și forța de a investi în noi poli de interes. Orice nouă dificultate (decesul partenerului de viață, probleme financiare, boală) survenind în acest context poate duce la o pierdere a respectului de sine, care devine insuportabilă.

PREVENIREA ÎMBĂTRÂNIRII. În afara tratamentului hormonal al menopauzei, care acționează eficace asupra îmbătrânirii osoase, îmbătrânirea este un proces care nu poate fi întrerupt: nici utilizarea de substanțe care captează radicalii liberi (vitamina E, îndeosebi), nici luarea de vitamine și de oligoelemente, nici exercițiul fizic, nici urmarea unui regim hipocaloric nu și-au dovedit în mod categoric eficacitatea. Prevenirea trebuie să înceapă cât mai devreme

Tratamentul hormonal de substituție

Rarefierea țesutului osos (osteoporoza), care se accentuează în urma întreruperii secrețiilor hormonale de către ovare la menopauză, este foarte frecventă la femeia în vârstă. Totuși, ea poate fi tratată prin administrarea de hormoni de substituție. Contraindicațiile acestui tratament sunt mai ales antecedentele personale sau familiale de cancere genitale sau de sân și, în mai mică măsură, alte patologii ca un fibrom uterin sau un diabet (tratamentul fiind în acest caz întreprins, atunci când este considerat posibil, de către medicul curant cu condiția unei stricte supravegheri medicale). Acest tratament este, de asemenea, benefic pentru piele, unghii, păr, și împiedică atrofia vaginală. El este recomandat a fi făcut de la începutul menopauzei, binefacerile unui tratament tardiv fiind încă un studiu.

posibil. Ea constă, înainte de toate, în corectarea factorilor de risc cunoscuți care accelerează îmbătrânirea: a ști să te aperi de stres, a limita consumul de alcool și de tutun, a evita orice expunere excesivă la radiațiile solare etc.

ÎMBINARE. Derivație chirurgicală a unui ciot dintr-un organ intern cavitar care a fost secționat la un alt organ intern sau la nivelul pielii.

ÎMPACHETARE. Metodă terapeutică ce constă în învelirea întregului corp sau a unei părți a corpului unui bolnav cu un cearceaf umezit și stors.

Împachetarea rece este realizată adesea în caz de febră ridicată. Bolnavul este înfășurat într-un cearceaf umezit în apă a cărei temperatură este cu 2°C mai mică decât cea a bolnavului febril. În prealabil fața și toracele bolnavului au fost răcorite. Acest tratament completează acțiunea antipireticelor și dă bolnavului, datorită efectului răcoritor, senzația de a se simți bine. Împachetarea durează aproximativ 20 de minute. Dacă febra rămâne ridicată, împachetarea poate să fie repetată de 4–5 ori în 24 de ore.

ÎNCĂLZIRE PRIN TRAGERE. Exercițiu de mlădiere a mușchilor și tendoanelor.

Punerea în tensiune a țesutului, încălzirea, ameliorează supletea prin creșterea amplitudinilor naturale. Încălzirea cvadricepsului, de exemplu, care se efectuează în poziția stând în picioare, constă în prinderea gleznei în mână și în îndoirea genunchiului pentru a lovi cu călcâiul fesa, fără a cambra spatele.

Încălzirea prin tragere poate fi treptată, tensiunea fiind menținută câteva secunde apoi slăbită lent. Ea contribuie la prevenirea accidentelor musculare și tendinoase: ea pregătește mușchii care vor fi solicitați în practicarea unui sport și permite evitarea întinderii (ruptură musculară benignă); după efort, ea evită febra musculară. Un mușchi rece (nepregătit) nu trebuie supus unei astfel de încălziri care necesită întinderea sa.

ÎNCHEIETURĂ A MÂINII. Segment al membrului superior cuprins între antebraț și mână.

Scheletul încheieturii mâinii („poignet", termen francez utilizat și în limba română) este constituit din 8 oase, denumite oasele carpului, repartizate în două rânduri: cele 4 oase ale primului rând se articulează cu oasele antebrațului; celelalte 4 oase din cel de al doilea rând se articulează cu metacarpul. Există pe fața palmară a articulației mâinii un tunel denumit canalul carpian, care lasă loc de trecere tendoanelor flectoare ale degetelor și nervului median. Artera radială (artera pe care se ia pulsul) trece prin încheietura mâinii, pe la baza policelui, în lungimea unui defileu denumit tabacheră anatomică, unde ea este la suprafață și este ușor palpabilă.

PATOLOGIE

■ *Fracturile încheieturii mâinii* sunt deosebit de frecvente, îndeosebi fracturile de scafoid și cele ale extremității inferioare a radiusului.

■ *Alte traumatisme* sunt, pe de altă parte, entorsele și rupturile ligamentare, care pot antrena o instabilitate cronică a încheieturii mâinii, pe de altă parte rănirile cutanate, care deteriorează uneori tendoanele și nervii.

■ *Principalele afecțiuni ale încheieturii mâinii* sunt sindromul canalului carpian și artroza rădăcinii policelui (rizartroză). De altfel, unele reumatisme inflamatorii afectează în mod predominant încheietura mâinii (condrocalcinoză, poliartrită reumatoidă etc.).

ÎNCHISTARE. Formare a unei carcase fibroase în jurul unei leziuni, izolând astfel leziunea de restul organismului.

ÎNCĂRCĂTURĂ BRONȘICĂ. Acumulare de secreții în bronhii.

O încărcătură bronșică, denumită în mod obișnuit încărcătură, poate fi consecința unei creșteri importante a secrețiilor bronșice (bronșită acută) sau prezenței anormale de solide sau lichide în bronhii (falsă-rută alimentară, regurgitare). În anumite cazuri de încărcătură, este incriminat mecanismul tusei: ea nu mai poate duce la eliminarea secrețiilor din cauza alterării cililor microscopici care tapetează bronhiile, lucru care poate fi legat de tabagism, de o oboseală a mușchilor respiratori sau de o tulburare a stării de conștiență (pierderea conștienței).

Încărcătura bronșică se traduce printr-o jenă respiratorie: auscultarea plămânilor permite perceperea unor raluri bronșice. Tratamentul face apel cu prioritate la kineziterapia respiratorie, uneori la fluidifiante, evitând antitusivele; el vizează în plus tratarea cauzei încărcăturii bronșice.

ÎNEC. Asfixie consecutivă imersării în apă.

Un înec este provocat de cele mai multe ori de pătrunderea bruscă de apă, în cantitate abundentă, în căile respiratorii ale subiectului. Totuși, el mai poate fi provocat de un stop cardiac survenit în contact cu apa, care antrenează pierderea conștienței; acest fenomen, numit hidrocuție, se observă mai ales când apa este rece sau după expunerea la căldură, sau după practicarea unui exercițiu fizic.

SALVARE DE LA ÎNEC. Aceasta trebuie întreprinsă imediat și de către o persoană care cunoaște măsurile de prim-ajutor. Salvarea constă, după ce au fost eliberate gura și faringele de orice corp străin (alge, nămol, nisip), în practicarea respirației gură-la-gură în caz de stop respirator, respirației gură-la-gură asociată cu un masaj cardiac în caz de stop cardiac (absența pulsului), aceste manevre fiind executate până la sosirea ajutorului medical. Subiectul trebuie în continuare spitalizat pentru 24 ore pentru a fi pus sub observație (risc de edem pulmonar cu declanșare decalată).

ÎNGRIJIRI ELEMENTARE. Totalitate a activităților asigurate de infirmieri și de personalul auxiliar sanitar. → ÎNFIRMIER, -Ă.

ÎNGRIJIRI PALIATIVE. Totalitate a acțiunilor destinate să atenueze simptomele unei boli între care, în particular, durerea pe care aceasta o provoacă, fără a o vindeca totuși.

Îngrijirile paliative sunt acordate îndeosebi bolnavilor aflați în faza terminală a unei boli incurabile.

■ *Îngrijirile fizice* constau în punerea sub oxigen, în schimbarea pozițiilor bolnavului, în administrarea de medicamente și, eventual, în practicarea unor intervenții chirurgicale de confort. Lupta împotriva durerii intense și continue pe care o provoacă, de exemplu, unele cancere în fază terminală se bazează pe administrarea de analgezice majore (opiacee), uneori administrate la cerere prin mici doze intrarahidiene (în lichidul cefalorahidian). Blocajul chirurgical, prin secționarea unuia sau mai multor nervi, al influxului nervos care transmite durerea poate, de asemenea, să fie avut în vedere.

■ *Compania psihologică* permite lupta împotriva anxietății, a depresiei, a fricii, a revoltei sau a regretului legat de apropierea morții, sau contra rușinii cauzate de sentimentul de neputință sau de gradul de decădere.

SUPRAVEGHERE. Îngrijirile paliative pot fi acordate în unități specializate, dar și la domiciliul bolnavului, de către un personal format în acest scop, și în colaborare strânsă cu familia și cu medicul curant.

ÎNLOCUIRE VALVULARĂ. Ablația chirurgicală a unei valvule cardiace defectuoase urmată de punerea unei proteze.

Oricare dintre cele patru valvule cardiace (valvula aortică, valvula mitrală, valvula pulmonară, valvula tricuspidă) poate beneficia de această operație.

INDICAȚII. O înlocuire valvulară se efectuează atunci când valvula este foarte alterată, când nu-și mai poate îndeplini corect rolul și când antrenează simptome alarmante (jenă respiratorie, gâfâială) sau când poate da naștere unor complicații grave. Înlocuirea valvulară este indicată mai ales în bolile valvulare congenitale sau dobândite ca urmare a unui reumatism articular acut, a unei ischemii (oprirea aportului sangvin) etc.

Alegerea între valva mecanică și bioproteză depinde de vârsta pacientului, de valvula de înlocuit și de o eventuală contraindicație la un tratament de lungă durată cu anticoagulante.

TEHNICĂ. Acest act de chirurgie grea se practică sub anestezie generală și durează între două și patru ore.

Întâi este incizată pielea toracelui, apoi este secționat sternul. Pacientul este branșat apoi la o mașină cord-pulmon, iar inima sa este „oprită" (pusă în fibrilație ventriculară, de exemplu prin răcire). Chirurgul deschide inima, repereză valvula defectă, o îndepărtează și o înlocuiește cu valva de substituție aleasă fixând-o cu vreo douăzeci de puncte de sutură de inelul valvular. Apoi închide inima și o defibrilează electric. Mașina cord-pulmon este debranșată, peretele toracic suturat.

SUPRAVEGHERE. După operație, în absența complicațiilor, spitalizarea nu durează decât câteva zile.

Supravegherea postoperatorie este strictă și comportă o convalescență cu reeducare de câteva săptămâni. Ea urmărește starea generală a celui operat și buna funcționare a valvulei, apreciată mai ales prin examenul eco-Doppler cardiac. Supravegherea ulterioară, regulată, comportă efectuarea acestui examen o dată pe an.

În caz de intervenție dentară, bolnavul trebuie să prevină stomatologul asupra stării sale: atunci îi este recomandat un tratament preventiv cu antibiotice cu scopul de a evita orice risc de endocardită (inflamație a endocardului de origine infecțioasă). În sfârșit, în ce-i privește pe purtătorii de valvă mecanică (proteză), trebuie, în plus, să fie supravegheată eficacitatea tratamentului anticoagulant. Un subiect care a suferit o astfel de intervenție chirurgicală poate, ca regulă generală, să-și reia existența și activitățile normale dacă intervenția a avut loc înainte ca leziunea valvulară să fi avut un răsunet semnificativ asupra funcției cardiace.

ÎNSĂMÂNȚARE ARTIFICIALĂ. Tehnică de procreație asistată medical, utilizată în unele cazuri de sterilitate a cuplului.

DIFERITE TIPURI DE ÎNSĂMÂNȚARE ARTIFICIALĂ. Însămânțarea artificială nu poate fi practicată decât dacă aparatul genital al femeii (cavitate uterină, trompe Fallopio, ovare) nu prezintă vreo anomalie. Principala condiție este permeabilitatea trompelor. Însămânțarea se efectuează cu sperma partenerului sau a unui donator. Această tehnică de procreație este practicată în numeroase țări industrializate.

■ *Însămânțarea cu sperma partenerului* se practică în două cazuri: când glera cervicală a femeii este defectuoasă (absența glerei sau compoziție dăunătoare spermatozoizilor) sau când sterilitatea este cauzată de un defect al spermei (lipsă de mobilitate sau număr insuficient de spermatozoizi). Sperma, recoltată prin masturbare, este utilizată proaspătă sau congelată.

■ *Însămânțarea cu donator* (*I.A.D.* în franceză) este indicată în caz de alterare ireversibilă a producției de spermatozoizi ai partenerului, în caz de boală genetică sau transmisibilă. Ea utilizează paiete de spermă congelată furnizate de o bancă de spermă și alese după criterii de asemănare cu partenerul (tip fizic, culoarea ochilor, a părului) și după criterii de compatibilitate sangvină cu viitoarea mamă. Donatorii, al căror anonimat este absolut în unele țări (Franța, Belgia), facultativ în altele (Canada) sau încă nereglementat (Elveția), trebuie să corespundă unor criterii privind vârsta, condiția fizică și calitatea spermei.

TEHNICĂ. Aceasta constă în injectarea sau în depunerea spermei proaspete sau a paietelor de spermă congelată cu un pistol de însămânțare sau un cateter, fie la nivelul

orificiului intern al colului, în glera cervicală (însămânțare intracervicală), fie în cavitatea uterină (însămânțare intracorporală), în perioada ciclului menstrual cea mai favorabilă pentru fecundație. Acest ciclu poate fi natural sau stimulat prin injecții hormonale. În acest ultim caz, rata de reușită este crescută dar există un risc mai mare de sarcină multiplă. Însămânțarea artificială se practică în centre specializate, la consultație și fără spitalizare.

REZULTATE. Șansele de a obține o sarcină în următoarele 6 luni care urmează însămânțării, în ritm de o încercare pe lună, sunt de aproximativ 65% cu sperma proaspătă și de 55% cu sperma congelată.

ÎNTÂRZIERE A CREȘTERII INTRAUTERINE. Întârzierea a creșterii fătului în timpul sarcinii ducând la o greutate mai mică de 2,5 kilograme pentru un nou-născut la termen. SINONIM: *hipotrofie*.

CAUZE. Principalele cauze, atunci când sunt decelate, sunt legate de mediul fătului. Poate fi vorba de factori de origine maternă: slăbire, regim dezechilibrat (îndeosebi număr insuficient de calorii), tabagism, consum de droguri „grele" (cocaină, heroină), anomalii ginecologice, boli survenite în cursul sarcinii (hipertensiune arterială, preeclampsie). De asemenea, poate fi vorba de o patologie a oului (anomalie a placentei) sau a cordonului (în caz de sarcină multiplă). Mai există și alte cauze legate chiar de făt: predispoziție familială sau etnică, anomalie cromozomială, nanism, malformație, infecție embrionară sau fetală (citomegalovirus, rubeolă, toxoplasmoză).

DIAGNOSTIC. Acesta este pus la naștere, dar, mulțumită ecografiei, poate fi stabilit mai devreme. Orice depistare antenatală a întârzierii de creștere intrauterină trebuie să ducă la căutarea unei cauze și la propunerea către mamă a unui tratament adaptat.

RISCURI. Absența rezervelor, comună tuturor copiilor stinși de întârziere de creștere intrauterină, este sursa diferitelor complicații: scăderea temperaturii, hipoglicemia (scăderea nivelului sangvin de glucoză, element necesar pentru nevoile energetice ale creierului), hipocalcemie (scăderea nivelului sangvin al calciului, element necesar formării oaselor). Unele riscuri sunt mai specifice întârzierii creșterii intrauterine legată de o proastă nutriție sangvină sau de o insuficientă oxigenare a fătului: este vorba de o suferință fetală acută și de prematuritate.

ÎNGRIJIRE. Copiii născuți la termen care prezintă o întârziere moderată a creșterii intrauterine și care n-au fost supuși unei suferințe fetale acute pot rămâne, cu mama lor în maternitate. Uneori nou-născutul este plasat câteva ore sau câteva zile într-un incubator pentru a fi încălzit și alimentat în mod precoce pentru a preveni sau a trata o hipoglicemie, nivelul glicemiei fiind atunci controlat în mod regulat. Copiii care suferă de o întârziere severă a creșterii intrauterine, care sunt născuți înainte de termen sau care sînt purtători ai unei anomalii sunt transferați în unități de neonatalogie, unde fac obiectul unor îngrijiri intensive. Astfel, prematuritatea și suferința fetală acută necesită măsuri imediate de reanimare și asistență.

ÎNTRERUPERE VOLUNTARĂ A SARCINII. Avort provocat chiar la începutul sarcinii pentru motive nu exclusiv medicale.

Un avort din motive medicale poartă denumirea de avort terapeutic. Întreruperea voluntară a sarcinii, sau I.V.S., este supusă unei legislații care diferă după țară. Ea este, în general, autorizată, dar într-un cadru precis (vârsta sarcinii, motive justificate).

TEHNICĂ. Aceasta variază după anumite date cum ar fi vârsta sarcinii, vârsta femeii și anumiți factori (fumatul, de exemplu).

■ *Înainte de 49 zile de amenoree*, este eficace tratamentul medical (asocierea de RU 486, sau mifepriston, și prostaglandine). Acest tratament este exclus pentru marile fumătoare trecute de 37 ani, din cauza riscurilor cardiovasculare legate de prostaglandine. Aspirația endouterină (metoda lui Karman), practicabilă în acest stadiu, este mai curând rezervată sarcinilor mai avansate.

■ *Între a 49-a și a 84-a zi de amenoree*, aspirația endouterină, efectuată sub anestezie locală sau generală, este cea indicată. O dată colul uterin dilatat printr-o metodă mecanică (aplicarea de bujii sau de laminarii) sau medicamentoasă (RU 486), un catater, ale cărui dimensiuni variază după stadiul sarcinii, este introdus prin canalul cervical în cavitatea uterină. El este legat cu o pompă de vid care permite aspirarea conținutului uterin. Un chiuretaj permite să se asigure în continuare curățarea uterului. Intervenția, nedureroasă, durează 3–5 minute, iar pacienta poate părăsi spitalul în aceeași zi.

■ *Dincolo de a 84-a zi de amenoree*, o întrerupere voluntară a sarcinii nu mai este autorizată în majoritatea țărilor.

SUPRAVEGHERE ȘI EFECTE SECUNDARE. După o întrerupere voluntară a sarcinii, este normală o sângerare minimă timp de câteva zile, cu o recrudescență trecătoare în cea de a 3-a zi, dar nu trebuie să existe nici pierderi vaginale anormale, nici vărsături, nici febră, iar durerea abdominală trebuie să se atenueze treptat. Odihna, evitarea eforturilor fizice intense asigură restabilirea pacientei în vreo zece zile. Nu este recomandabil să se facă băi și să se utilizeze tampoane vaginale pentru a absorbi sângerarea. După 8–15 zile de la întreruperea voluntară a sarcinii, este recomandată o consultație la centrul unde aceasta a fost practicată. Riscurile de mortalitate pentru acest tip de intervenție sunt infime, evaluate cam la 1 caz la 100 000 întreruperi de sarcină.

Răsunetul unei întreruperi voluntare a cursului sarcinii, minim pe plan fizic, este uneori important pe plan psihologic în pofida precocității intervenției și a caracterului deliberat al deciziei. Unele femei au nevoie de câteva săptămâni, chiar luni pentru a se reface psihic; uneori este util un ajutor psihologic.

continuare

Ploșniță	Mâncărime, durere	Calmarea mâncărimii cu un tampon de oțet sau cu o cremă antipruriginoasă	Igiena casei și insecticide, haine etanșe la exterior
Purice	Tifos, pestă	Calmarea mâncărimii	Igienă, insecticide, tratarea animalelor domestice
Țăun	Durere vie. Filarioză	Calmarea mâncărimii cu un tampon îmbibat cu oțet sau cu o cremă antipruriginoasă	Igienă, haine etanșe, insecticide
Țânțar	Paludism, febră galbenă, filarioze	Calmarea mâncărimii	Haine etanșe, plasă contra țânțarilor, insecticide
Pești și alte animale acvatice			
Arici de mare	Durere, infecție	Extragerea acelor cu o pensetă	Purtatul de încălțăminte acvatică
Meduză	Arsură, șoc anafilactic (alergie)	Spălarea fără a folosi apa de mare	
Pește-viperă, unele specii de porc de mare și calcan	Durere vie, edem, stare de rău, șoc anafilactic, infecție	Aspirarea veninului, dezinfecție	Purtatul de încălțăminte acvatică
Șerpi europeni și exotici			
Cobră (naja sau șarpele cu ochelari, mamba, șarpele-tigru)	Durere sau edem puțin marcat, paralizie respiratorie și a mușchilor feței, dureri abdominale, vărsături, dureri de cap, pierderea conștientei, infecție	Pe loc: imobilizarea rănitului, spălarea plăgii cu un antiseptic sau cu apă, punerea unei benzi compresive pe plagă și imobilizarea membrului atins	
Vipere europene (aspidă, peliadă, cu corn) sau exotice (vipera cu corn, cea de Gabon, a lui Russel etc). Crotal (șarpele cu clopoței)	Edem foarte dureros, hemoragii și necroză locală (după specie), infecție, stare de rău generalizată: scădere a tensiunii arteriale, vărsături, amețeli, diaree etc.	A nu se inciza plaga, nici aspira veninul, a nu se pune garou. Transportarea de urgență a rănitului la spital	Purtatul de încălțăminte montantă

DIFERITE TIPURI DE ÎNȚEPĂTURĂ. Diferitele tipuri de înțepătură pot fi inventariate după originea lor.

■ *Înțepăturile de plante* sunt provocate de către spini (trandafir, salcâm, cactus) sau de către perii urticanți (urzică).

■ *Înțepăturile de animale* sunt provocate de diferite tipuri de aparate de înțepare: țepi (arici, peștele-viperă, porc de mare), ace sau țepușe, cârlige sau celule vezicante. Țepușa poate să se afle în față (țânțar, căpușă) sau în spatele animalului (albină, viespe, scorpion). Șerpii și păianjenii înțeapă prin cârligele lor.

TRATAMENT. Bucățile de spin rămase în piele după ruperea lor trebuie să fie îndepărtate. Acul de albină sau de viespe, atunci când a rămas înfipt în piele, nu trebuie scos cu degetele sau cu o pensetă. Acest lucru ar provoca, de fapt, pătrunderea totalității veninului rămas în sacii cu venin, doar o cantitate mică din veninul acestor saci fiind injectată în timpul înțepăturii. Pentru a îndepărta un ac, trebuie trecută rapid, razant cu pielea, lama unui cuțit care să prindă capătul acului. Căpușele trebuie să fie adormite sau omorâte, cu ajutorul unei comprese cu eter sau, în lipsă, cu benzină sau gaz lampant, înainte de a fi smulse, pentru a evita rămânerea capului căpușei în piele. Este posibilă aspirarea veninului inoculat cu ocazia unei înțepături cu ajutorul unei ventuze cu piston, posibil de găsit în comerț, care are o garnitură de capete concepute pentru a se adapta la mărimea și forma înțepăturii. Veninurile de albine, trântori sau viespi fiind distruse sub influența căldurii, menținerea unei surse de căldură (încălzitor special, disponibil în comerț, sau o țigară aprinsă, de exemplu) timp de aproximativ un minut în apropierea punctului de inoculare (la o distanță suficientă pentru a nu provoca o arsură) este eficace. Gheața, aplicată pe punctul de inoculare, încetinește absorbția și difuzarea veninului.

Apa rece, lăsată să curgă pe locul înțepăturii sau în compresă, calmează urticaria pe care o provoacă unele înțepături. Aplicațiile de corticosteroizi, în forma de loțiune sau de pomadă, fac să se diminueze sau să se stingă inflamația. Medicamentele antihistaminice permit suprimarea

KAPOSI-JULIUSBERG (sindrom al lui). Boală cauzată de contaminarea cu virus herpetic a unui sugar atins de o eczemă întinsă. SINONIM: *pustuloză varioliformă*.

Sindromul lui Kaposi-Juliusberg se caracterizează prin pustule adesea hemoragice care se întind rapid de pe față pe întregul corp. Starea generală a copilului este alterată, febra este ridicată.

TRATAMENT ŞI PREVENIRE. Tratamentul este urgent şi necesită spitalizarea copilului: medicație antiviral (aciclovir). Vindecarea este rapidă. Prevenirea constă, în principal, în împiedicarea oricărei persoane afectate de un herpes bucal (buton de febră) să aibă vreun contact cu un sugar suferind de eczemă.

KARMAN (metodă a lui). Metodă de aspirare a conținutului uterin.

Metoda lui Karman este indicată pentru a goli conținutul uterin fie cu ocazia unei întreruperi voluntare a cursului sarcinii, fie după un avort spontan incomplet.

KAWASAKI (sindrom al lui). Boală inflamatorie febrilă legată de o disfuncție imunitară. SINONIM: *sindrom adenocutaneomucos*.

În 80% dintre cazuri, sindromul lui Kawasaki afectează copiii mai mici de 5 ani.

Cauzele precise ale bolii sunt încă necunoscute.

Boala se manifestă printr-o febră ridicată care durează mai mult de cinci zile, o conjunctivită, o inflamație a buzelor, a gurii și a faringelui, o înroșire sau un edem al degetelor de la mâini și de la picioare. În a cincea zi de boală apar diferite erupții.

În timpul primei faze, trebuie administrată aspirină timp de cel puțin două săptămâni. În timpul convalescenței, care începe în medie după 10–15 zile de la debutul bolii, este continuat tratamentul cu aspirină.

KERATINĂ. Proteină caracteristică a epidermului.

Diskeratozele sunt afecțiuni cutanate în care keratina se dezvoltă în mod anormal, antrenând perturbații locale ale funcțiilor cutanate; natura lor (canceroasă, virală) și aspectul lor sunt foarte diverse. Keratozele, ca durilloanele și verucile, sunt caracterizate printr-o îngroșare cenușie, tare, aspră, neplăcută la pipăit, a stratului cornos al epidermului. Ele sunt tratate prin aplicarea de keratolitice (medicamente destinate distrugerii keratinei).

KERATINIZARE. Aparițe treptată a keratinei (substanță fibroasă și rezistentă) într-un țesut.

Keratinizarea este un proces fiziologic al epidermului, permițând acestuia să-și formeze stratul său cel mai de suprafață, protector îndeosebi.

KERATITĂ. Afecțiune a corneei, de origine inflamatorie sau infecțioasă.

DIFERITE TIPURI DE KERATITĂ. După localizarea lor, se disting două forme: keratitele ulceroase și keratitele interstițiale.

■ *Keratitele ulceroase* se caracterizează printr-o atingere a straturilor superficiale ale corneei.

■ *Keratitele interstițiale* privesc păturile mai profunde ale corneei.

SIMPTOME ŞI SEMNE. Keratitele se manifestă prin dureri oculare mari (senzație de corp străin în ochi), o jenă la lumină și o lăcrimare. Dacă atingerea este centrală, se poate adăuga și o scădere a acuității vizuale. Keratitele ulceroase, consecutive expunerii la lumină sau conjunctivitelor cu adenovirus, antrenează microulcerații foarte dureroase (keratită punctată superficială) care se manifestă de cele mai multe ori la câteva ore după expunere. În caz de adenovirus, aceste ulcerații pot evolua lent spre apariția de noduli pe cornee.

TRATAMENT. Tratamentul diferă după tipul keratitei. În keratitele ulceroase, se face apel, la nevoie, la extracția corpului străin, sub anestezie locală, la aplicarea de colire cu antibiotice pentru a evita riscul suprainfecției. Cicatrizarea este rapidă. Keratitele interstițiale pot fi tratate cu corticosteroizi (colire, pomezi).

KERATOACANTOM. Tumoră cutanată benignă caracterizată printr-un ciclu evolutiv care duce la regresia sa completă și spontană.

Un keratoacantom este o leziune care survine cel mai des între 50 și 60 ani. El are forma unei tumori perfect delimitate, amplasată pe față sau pe spatele mâinii. Leziunea se întinde, pentru ca apoi să se micșoreze, iar în două sau trei luni ajungând să dispară. Este de dorit să se procedeze la ablația sa chirurgicală, care servește concomitent și ca biopsie, permițând să se stabilească faptul că nu este vorba de un cancer.

KERATOCON. Deformare în formă de con a corneei legată de o subțiere a acesteia ca urmare a unei anomalii a colagenului său.

Un keratocon, de cauză necunoscută, prezintă adesea un caracter ereditar și poate însoți alte anomalii ca trisomia 21 (mongolismul) sau atopia (predispoziția la alergie).

SIMPTOME ŞI SEMNE. Keratoconul se manifestă printr-un astigmatism care apare tardiv, crește treptat și devine din ce în ce mai neregulat. În paralel, corneea continuă să se subtieze și pot apărea opacități în jurul zonei deformate, antrenând o scădere a acuității vizuale. În majoritatea timpului evoluția este foarte lentă, întinzându-se pe mai mulți ani.

TRATAMENT. Acesta face apel la corectarea astigmatismului cu ochelari apoi, atunci când acesta devine prea important, cu lentile de contact de un anumit fel. Pentru a preveni perforarea corneei foarte subțiate, este necesar să

se procedeze la o grefă de cornee, care dă rezultate deosebit de satisfăcătoare în majoritatea cazurilor.

KERATOCONJUNCTIVITĂ. Inflamație simultană a conjunctivei și a corneei.

O keratoconjunctivită este o complicație frecventă a unei conjunctivite.

DIFERITE TIPURI DE KERATOCONJUNCTIVITE. După cauza sa, o keratoconjunctivită poate să se manifeste în modalități foarte diferite.

■ *Keratoconjunctivita cu adenovirus* se caracterizează prin apariția, sub cornee, a unor mici noduli rotunjiți și albicioși care nu deranjează vederea decât dacă sunt situați pe axul vizual. Ei regresează de obicei fără a lăsa sechele, însă foarte lent, în câteva luni, chiar în mai mulți ani.

■ *Keratoconjunctivita uscată*, cea mai frecventă, mai ales la persoanele în vârstă, este legată de o insuficiență a secreției lacrimale. Această uscăciune oculară poate face parte din sindromul lui Gougeret-Sjögren. Ea provoacă uneori apariția unor filamente formate din celule care se desprind din cornee. Afecțiunea poate fi însoțită de o senzație dureroasă de corp străin în ochi și poate antrena o ulcerație a corneei cu un risc de suprainfecție și de perforație.

■ *Keratoconjunctivita flictenulară*, foarte rară, se traduce prin dezvoltarea pe conjunctivă și pe cornee a unor mici noduli cenușii care duc la constituirea unor mici vezicule umplute cu un lichid limpede, denumite flictene. Acestea se resorb după câteva zile. Această afecțiune însoțește adesea o primo-infecție tuberculoasă.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul unei keratoconjunctivite se pune pe baza unui examen oftalmologic. Tratamentul este cel al cauzei (colire cu antibiotice, chiar cu substanțe antivirale, colire destinate să compenseze insuficiența lacrimală și să accelereze cicatrizarea).

KERATODERMIE PALMOPLANTARĂ. Afecțiune cutanată caracterizată printr-o hiperkeratoză (îngroșare a pielii) a palmelor și a suprafețelor plantare.

Unele forme ale keratodermiei palmoplantare sunt ereditare. Altele, zise dobândite, sunt consecințe ale unor traumatisme repetate (activități manuale care generează calozități), ale unei infecții (sifilis, gonococie), ale unei intoxicații (arsenic), ale unei boli dermatologice (eczemă, lichen, psoriazis).

Tratamentul este, pentru keratodermiile dobândite, cel al bolii în cauză și, pentru toate formele, aplicarea de keratolitice (medicamente pe bază de uree sau de acid salicilic) și eventual administrarea de retinoide pe cale orală.

KERATOLITIC, -Ă. Se spune despre un medicament care dezlipește și îndepărtează keratina de piele.

Keratoliticele sunt indicate în afecțiunile în care stratul cornos al epidermului produce un exces de keratină (veruci, psoriazis, unele forme de acnee etc.). Ele sunt folosite mai ales în aplicații locale (creme, soluții). Uneori, keratoliticele pot provoca alergii sau iritații, mai ales dacă se aplică din greșeală pe ochi, pe mucoase sau pe leziuni unde pielea este deschisă (plagă, eczemă acutăți). Retinoidele sunt teratogene (la originea malformațiilor fătului).

KERATOMALACIE. Moarte treptată a corneei provocată de o uscare extremă a conjunctivei și a corneei.

Cauză frecventă a cecității în țările unde se întâlnește malnutriția, keratomalacia este legată de o carență majoră în vitamina A.

Evoluția are loc în mai mulți ani.

Tratamentul este înainte de toate preventiv: administrarea de vitamină A.

KERATOPLASTIE. → GREFĂ DE CORNEE.

KERATOZĂ. Îngroșare localizată a stratului cornos (stratul cel mai de suprafață al epidermului). SINONIM: *keratodermie*.

Termenul keratoză desemnează orice creștere a stratului cornos, indiferent de natura sa (bătături ale degetelor picioarelor, veruci etc.); în acest caz se mai vorbește și de hiperkeratoză. Termenul keratoză se referă de asemenea și la boli precise, dintre care cele mai importante sunt keratozele pilare, senile și solare.

■ *Keratoza pilară* afectează îndeosebi adolescentul sub forma unor mici ridicături roșietice, aspre ca niște cruste pe mâini și pe pulpe. Ea se tratează prin aplicații de medicamente keratolitice pe bază de uree sau de acid salicilic.

■ *Keratoza senilă* și *keratoza solară* (sau *actinică*) sunt leziuni precanceroase având aspectul unor mici ridicături puțin aspre, rozalii, cenușii sau maronii, care se întind formând un corn cutanat. Forma solară se dezvoltă la subiecții mai tineri expuși ani de zile unor însoriri puternice. Tratamentul constă în distrugerea prin frig (crioterapie), prin curent electric (electrocoagulare) sau cu laser cu dioxid de carbon.

KERION. Infecție supurată a pielii capului provocată de o ciupercă microscopică. SINONIM: *chelbe supurativă, kerion al lui Celse*.

Kerionul este o formă de chelbe. El apare ca un placard rotunjit, gros și tare, cu suprafață cu cruste, perforată de orificii foliculare prin care ies puroiul și sângele; firele de păr parazitate se desprind cu ușurință de pielea capului. Tratamentul este bazat pe aplicații locale și pe administrarea pe cale orală a unor antifungice (medicamente contra ciupercilor), precum grizeofulvina și ketoconazolul. După tratament, în locul părului căzut, după șase luni până la un an, crește iar păr. Afecțiunea poate lăsa cicatrice și un păr rarefiat.

KILLIAN (polip al lui). Tumoră benignă care se dezvoltă într-un sinus și în fosa nazală corespunzătoare.

Polipul lui Killian, de origine inflamatorie, afectează subiectul tânăr. El se traduce printr-o senzație de obstrucție nazală, ca în cazul unui guturai, dar de o singură parte. Acesteia este posibil să i se adauge o impresie de clapetă care se deschide și se închide în unele momente, provocată de deplasările polipului.

Tratamentul este ablația chirurgicală.

KINEBALNEOTERAPIE. Totalitate a tehnicilor de kineziterapie practicate asupra unui subiect în apă, în bazin sau în piscină.

Kinebalneoterapia are aceleași indicații generale ca și kineziterapia. Ea este eficace mai ales în caz de handicap pronunțat. În fapt, datorită diminuării greutății corpului în apă, bolnavul poate face exerciții care, în aer liber, ar fi periculoase pentru articulații, dureroase sau imposibile. Mai mult, apa exercită o rezistență pentru mișcările membrelor, înlocuind astfel greutățile și contragreutățile kineziterapiei tradiționale, și permite să se dezvolte forța și capacitatea de rezistență a mușchilor.

KINEZITERAPIE. Disciplină paramedicală care utilizează tehnicile pasive și active sau agenții fizici în scop preventiv sau terapeutic (reeducare).

Kineziterapia este practicată de către maseurii-kinezi-terapeuți (Franța) sau de către fizioterapeuți (Belgia, Canada, Luxemburg, Elveția).

DIFERITE TIPURI DE TEHNICI. Kineziterapia comportă un evantai larg de tehnici.

■ *Kineziterapia pasivă* cuprinde tehnici manuale și instrumentale. Ea vizează mobilizarea în manieră metodică și specifică a țesuturilor (masaje), articulațiilor (mobilizare pasivă, tracțiuni, posturi articulare) sau mușchilor (trageri miotendinoase) pentru a le restitui elasticitatea, mobilitatea și plasticitatea și pentru a lupta împotriva redorilor, retracțiilor sau deformațiilor, de exemplu în cursul unei hemiplegii.

■ *Kineziterapia activă* face apel la diferite tehnici de tonificare a mușchilor, fie că aceștia sunt paralizați sau sideranți (nu mai răspund la comenzi în absența vreunei leziuni neuromusculare). Ea utilizează exerciții musculare ajutate (de exemplu, în piscină sau cu ajutorul unor procedee de suspensie) sau, din contra, cu rezistență (încărcături directe, rezistență manuală); ea recurge, de asemenea, la tehnici de control ale posturii sau gesticii (reeducare senso-motorie sau proprioceptivă), constând în stimularea receptorilor situați în articulații, tendoane sau mușchi pentru a ameliora în mod automat o poziție (subiect afectat de scolioză, de exemplu) sau o mișcare anormală (instabilitatea igleznei după o entorsă, de exemplu).

■ *Fizioterapia* constă în utilizarea proprietăților biologice ale agenților fizici precum curenții electrici, ale undelor, ale radiațiilor sau ale vibrațiilor. Tehnicile utilizate cel mai curent sunt cele pe bază de curenți pulsanți de joasă frecvență, curenți continui, ultrasunete, radiații infraroșii, frigul, căldura uscată sau umedă. Aceste tehnici sunt utilizate mai ales în tratamentul durerii.

INDICAȚII. Afecțiunile îndreptățite să beneficieze de un tratament kineziterapeutic aparțin de trei sectoare.

■ *Afecțiunile aparatului locomotor*, după operație sau nu (fracturi, luxații, patologii degenerative sau inflamatorii legate de reumatism), sunt tratate cu scopul de a-i reda pacientului o mobilitate articulară și o funcție musculară optime pentru mers și/sau prindere. Afecțiunile rahidiene ale copilului (scolioză) sau ale adultului (dureri lombare) necesită în mare parte o reeducare posturală.

■ *Tratamentul bolilor neurologice*, ca hemiplegia și paraplegia permit pacientului să-și recupereze capacitățile motorii sau să le compenseze.

■ *Tratamentul bolilor respiratorii* îl cuprinde pe cel al sindroamelor obstructive (bronșită cronică, astm, enfizem, mucoviscidioză), cu ajutorul tehnicilor de eliberare bronșică și de ameliorare a ventilației, și cel al sindroamelor restrictive (intervenții toracoabdominale, pleurezii, poliomielită), care necesită o muncă de dezvoltare a capacității pulmonare.

În afara acestor câmpuri de activitate, indicațiile kineziterapiei nu contenesc să se extindă: amputați, persoane în vârstă, subiecți suferind de afecțiuni urologice și ginecologice (reeducarea postpartum, tulburări sfincteriene), tulburări ale deglutiției, ale articulării dentare, ale echilibrului, medicină sportivă, ergonomie etc.

KINEZITERAPIE RESPIRATORIE. Totalitate a tehnicilor de kineziterapie care vizează menținerea unei capacități respiratorii corecte la bolnavii suferind de o afecțiune bronhopulmonară (bronșită cronică) sau pleurală (pleurezie), de o fractură a coastelor sau care au suferit o intervenție chirurgicală.

■ *Tehnicile de eliberare* vizează împiedicarea acumulării de secreții în bronhii. „Clapping"-ul, zdruncinarea cuștii toracice care este lovită cu platul palmei, caută să desprindă secrețiile de pereții bronșici înaintea manevrelor de expectorație. Expectorația dirijată constă în provocarea scuipării după o expirație rapidă și viguroasă mai curând decât prin tuse. Drenajul postural constă în alungirea bolnavului pe un pat într-o poziție care, sub acțiunea gravității, ușurează drenajul secrețiilor spre trahee, ele fiind apoi eliminate prin tuse.

■ *Tehnicile de gimnastica respiratorie* constau în ameliorarea ventilației (succesiunea inspirațiilor și expirațiilor) subiectului învățându-l să realizeze mișcări toracice corecte (respirație amplă și lentă) și coordonarea lor cu mișcările abdominale.

KLEBSIELLA. Gen bacterian constituit din bacili Gram negativi din familia enterobacteriaceelor.

Specia cel mai frecvent izolată la om, *Klebsiella pneumoniae*, sau bacilul lui Friedlander, este responsabilă de pneumonii la subiecții fragilizați (diabet, alcoolism, vârstă înaintată). În plus, în ultimii ani, această bacterie s-a

dovedit a fi gazda privilegiată a unor plasmide (elemente genetice formate dintr-un fragment de A.D.N. independent de cromozom), ceea ce îi conferă rezistență la diferite antibiotice ca cefalosporinele din generația a treia și aminozidele cele mai recente. Din acest motiv, *Klebsiella pneumoniae* constituie un germene multirezistent de la care plecând iau naștere epidemii infecțioase (infecții urinare, pulmonare sau septicemii) dobândite în mediu spitalicesc (infecții zise nozocomiale), în serviciile cu risc (reanimare, chirurgie, internare îndelungată etc.). Un tratament cu antibiotice selecționate în funcție de antibiogramă și o întărire a măsurilor de igienă permițând stăvilirea acestor epidemii.

KLEBS-LOFFLER (bacil al lui). Bacil Gram pozitiv, agent al difteriei. SINONIM: *Corynebacterium diphteriae*.

KLINEFELTER (sindrom al lui). Boală ereditară caracterizată printr-o anomalie a dezvoltării tubulilor seminiferi ai testiculelor. SINONIM: *sindromul XXY*.

Sindromul lui Klinefelter este o afecțiune destul de frecventă la bărbați, legată de o aberație cromozomială constând în prezența unuia sau mai multor cromozomi X supranumerari. Cariotipul cel mai des întâlnit cuprinde 44 cromozomi nesexuali și 3 cromozomi sexuali, XXY.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Subiectul are o înfățișare normală, de înălțime mai curând mare. Primele caractere apar la pubertate: testicule de dimensiuni mici, dezvoltare exagerată a sânilor. În plus, atunci când secreția de testosteron este insuficientă, musculatura și pilozitatea pot fi mai puțin dezvoltate. Pe plan intelectual, este de menționat dificultatea la învățătură.

TRATAMENT. Tratamentul vizează corectarea deficitului de testosteron prin injectare de testosteron retard. În caz de aspect deosebit de deranjant, poate fi propusă o reducere chirurgicală a sânilor. În schimb, sterilitatea individului este o problemă definitivă.

KÖBNER (fenomen al lui). Localizare a unei boli cutanate într-un loc în care pielea a fost traumatizată.

Fenomenul lui Köbner se întâlnește frecvent în cursul psoriazisului sau al lichenului plan, care se dezvoltă într-un loc al unui traumatism suferit anterior, ca de exemplu pe o cicatrice chirurgicală sau vaccinală, generând mâncărimi mari. Se întâmplă ca acest fenomen să reprezinte prima manifestare a bolii și astfel el să aibă un interes diagnostic. Tratamentul este cel al bolii cutanate în cauză.

KOCH (bacil al lui). Bacterie răspunzătoare de tuberculoză. SINONIM: *Mycobacterium tuberculosis*.

KOENIG (sindrom al lui). Sindrom caracterizat printr-o durere abdominală localizată și consecutiv unei afecțiuni a intestinului subțire.

Sindromul lui Koenig traduce distensia intestinului subțire, care rezistă unui obstacol care îl îngustează. Acest obstacol poate fi de origine inflamatorie (boala lui Crohn), infecțioasă (tuberculoză), tumorală (limfom) sau ischemică (îngustare consecutivă unei radioterapii). Sindromul lui Koenig se manifestă printr-o durere fixă, brutală, în jurul ombilicului, care durează de la câteva secunde la câteva minute și cedează în același timp cu perceperea de către pacient a unei chiorâieli abdominale.

Tratamentul depinde de cauză: administrarea de medicamente antituberculoase sau antiinflamatoare, chimioterapia anticanceroasă sau ablația chirurgicală a părții îngustate.

KOILONICHIE. Anomalie a unghiilor, caracterizată printr-o formă concavă sau prin fisuri.

Koilonichia manifestată la un copil mic poate să nu aibă nici o semnificație patologică sau poate proveni din anomalii ereditare. La adult, ea poate fi urmarea fie a traumatismelor fizice sau chimice repetate (ea afectează atunci menajerele și coaforii), fie a unei boli dermatologice (sclerodermie, lichen, pelagră), sangvine (anemie, poliglobulie) sau hormonale (boală hipofizară, tiroidiană) sau chiar poate proveni dintr-o carență în vitamina B, sau dintr-o anomalie a metabolismului fierului (hemocromatoză). Se observă fie o deformare a uneia sau mai multor unghii în formă de lighean, fie o linie sau o fisură mediană longitudinală care separă unghia în două jumătăți. Singurul tratament este cel al cauzei.

KORSAKOV (sindrom al lui). Totalitate a tulburărilor fizice caracterizată prin pierderea memoriei de fixare, prin dezorientare temporală, prin false recunoașteri și printr-o fabulație.

Sindromul lui Korsakov este urmarea unei atingeri bilaterale a unei regiuni a creierului (circuitul hipocampomamilo-talamic), consecutiv, în general, unei carențe în vitamina B1 (tiamină) cauzată de un alcoolism cronic.

KRAUROSIS AL VULVEI. Localizare pe organele genitale externe ale femeii a unei afecțiuni dermatologice, lichenul scleroatrofic. → LICHEN SCLEROATROFIC.

KRUKENBERG (tumoră a lui). Tumoră malignă a ovarului care corespunde unei metastaze a unui cancer de stomac.

Tumora lui Krukenberg, foarte rară, reprezentând între 1 și 2% dintre cancerele ovarelor, afectează femeile de vârste cuprinse între 35 și 50 ani. Această tumoră, de cele mai multe ori fără să dea vreun simptom, este descoperită prin examenul clinic și prin ecografie, după ce a fost înregistrat un cancer de stomac.

KURU. Boală a sistemului nervos provocată de un virus lent.

vome declanșate de lapte. Această intoleranță este definitivă, tratamentul ei constă în excluderea laptelui din alimentația subiectului și înlocuirea lui cu alimente industriale speciale, fără lactoză. O intoleranță la lactoză poate surveni și mai târziu, spre vârsta de 5 ani. Ea este consecutivă atunci unei micșorări sau unei sistări a activității lactazice, dar nu impune, în general o excludere definitivă a laptelui, din care mici cantități (mai puțin de un sfert de litru) sunt tolerate perfect, la fel ca și iaurtul. În sfârșit, o intoleranță la lactoză poate fi tranzitorie, legată de o afecțiune digestivă, cel mai frecvent de o diaree acută infecțioasă; ea se vindecă atunci concomitent cu aceasta. Reintroducerea laptelui se face treptat în patru sau cinci zile.

LAMBOU MUSCULOCUTANAT. Fragment compus din piele, țesut celular subcutanat, mușchi, deplasat de pe o zonă intactă a organismului pe o zonă rănită pe care acesta este destinat să o acopere.

Un lambou musculocutanat permite, de exemplu, să fie reparate leziunile produse de un accident rutier pe o gambă afectată în profunzime.

LAMBLIAZĂ. Boală parazitară provocată prin prezența în intestinul subțire a unui protozoar flagelat, *Giardia lamblia*. SINONIM: *giardiază*.

CONTAMINARE. Parazitul, prezent sub forma unui chist (adică într-o carcasă) pe sol, în apă sau în alimente sau pe mâinile murdare, se transmite astfel de la un individ bolnav la un individ sănătos.

Parazitul există în intestin sub două forme: o formă chistică și o formă vegetativă mobilă, susceptibilă să secreteze o carcasă și să se transforme în chist.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Atunci când se manifestă, simptomele apar după una-trei zile după pătrunderea parazitului în organism. Bolnavul are diaree dezgustătoare, frecventă și cu mucozități, însoțită de gaze intestinale și de arsuri de stomac; se observă, de asemenea, o pierdere în greutate, mai frecventă la copii.

TRATAMENT. Lambliaza acută se vindecă de obicei fără tratament, parazitul fiind eliminat în materiile fecale. Totuși, medicamente ca nitroimidazolii sunt susceptibile să suprime rapid simptomele și să împiedice propagarea infecției. Tratamentul se aplică în plus tuturor persoanelor apropiate contaminate.

PREVENIRE. Infecția poate fi prevenită evitând contactul cu apa sau cu alimentele contaminate și spălând cu multă conștiinciozitate mâinile înainte de a mânca.

LANDRY (sindrom al lui). Inflamație acută a tecii de mielină care înconjoară fibrele nervoase și distrugere a acestei teci, ambele fiind răspunzătoare de paralizii deosebit de rapide. SINONIM: *paralizie ascendentă*.

Sindromul lui Landry constituie forma agravată și rapidă a sindromului lui Guillain-Barré.

LANGERHANS (insule ale lui). Porțiunea endocrină a pancreasului care secretă insulina (hormon care reglează nivelul glucozei în sânge).

Diabetul zaharat insulinodependent este consecutiv unei insuficiențe a secreției de insulină de către insulele lui Langerhans; această afecțiune este probabil de origine autoimună.

LANTURILOR GRELE (boală a). Boală rară a sângelui, care afectează limfocitele, este caracterizată printr-o secreție patologică de lanțuri grele de imunoglobuline (unul dintre cele două tipuri de lanț proteic ce intră în compoziția anticorpilor de tip alfa).

LANUGO. Puf care acoperă în mod normal pielea fătului.

Lanugo este format din peri foarte fini, supli și nepigmentați, adesea foarte lungi. Lanugo dispare spontan, înaintea nașterii sau la câteva săptămâni de la naștere.

LAPAROTOMIE. Deschidere chirurgicală a abdomenului prin incizarea peretelui său. SINONIM: *celiotomie*.

LAPTE DE VACĂ. Lichid secretat de glandele mamare ale vacii.

Compoziția laptelui condiționat și distribuit industrial este relativ constantă. Valoarea sa calorică este de 62 kilocalorii pe 100 de grame de lapte integral, de 45 kilocalorii pentru 100 grame de lapte semidegresat și de 33 kilocalorii pentru 100 grame de lapte degresat. Foarte bogat în proteine (3,2%) și în calciu (1 200 miligrame la litru), laptele este un aliment recomandat tuturor vârstelor vieții și în mod deosebit în perioada de creștere. Laptele integral și cel semidegresat conțin și vitamina A, în timp ce vitaminele grupului B (B2 și B12, îndeosebi) sunt prezente în toate tipurile de lapte (integral, semidegresat, degresat).

LAPTE MATERN. Lichid secretat de către glandele mamare ale mamei, a cărui producere survine la aproximativ 3 zile după naștere. → ALĂPTARE.

LAPTE PENTRU SUGAR. Aliment lactat dietetic utilizat pentru înlocuirea laptelui matern în primul an de viață al copilului.

DIFERITE TIPURI DE LAPTE PENTRU SUGAR. Se pot deosebi alimentele lactate dietetice pentru vârsta întâia, utilizabile de la naștere până la vârsta de 4 luni și alimentele dietetice pentru vârsta a 2-a, destinate sugarilor mai mari de 4 luni. Primele cuprind lapte adaptat ori modificat sau lapte maternizat, diferențele dintre diferitele tipuri de lapte ținând, în principal, de natura și raportul de proteine unele față de altele și de conținutul în glucide: cel puțin 70% lactoză pentru laptele adaptat și 100% pentru laptele maternizat.

Compoziția laptelui pentru sugar, fabricat plecând de la laptele de vacă, tinde să fie cât mai apropae posibil de

cea a laptelui matern și să se adapteze fiziologiei sugarului. Aceste produse, reglementate strict, au diferite variante în ce privește compoziția lor, dar se caracterizează toate, în comparație cu laptele de vacă, printr-o micșorare a conținutului în proteine și printr-o modificare a naturii lor, o modificare a naturii acizilor grași care compun lipidele, o modificare a conținutului în minerale (în particular, micșorarea cantității de sodiu și adăugarea de fier în laptele pentru vârsta a 2-a) și o adăugare de vitamina D. Unele tipuri de lapte prezintă o modificare a naturii glucidelor lor. Conținutul lor în oligoelemente și în vitamine (cu excepția cazului particular al vitaminei D) este, cel puțin egal cu cel al laptelui de femeie.

LA PEYRONIE (boală a lui). Prezență a unuia sau mai multor noduli fibroși în corpii cavernoși ai penisului, pe care îl deformează. SINONIM: *induratie plastica a corpilor cavernosi ai penisului*.

De origine necunoscută, boala lui La Peyronie survine, în general, la bărbații trecuți de 40 ani.

Boala lui La Peyronie este tratată doar în cazul în care deviația penisului îl deranjează pe pacient în raporturile sexuale. Singurul tratament eficace este corectarea chirurgicală a deviației.

LAPSUS. Eroare comisă în vorbire (*lapsus linguae* „poticnire a limbii") sau la scriere (*lapsus calami*, „poticnire a tocului"), care constă în înlocuirea unui cuvânt așteptat cu un alt cuvânt.

Lapsusul se poate explica printr-o tulburare a atenției din cauza oboselii sau excitării. El dezvăluie adesea conținutul ascuns a ceea ce există în intenție să se spună: psihanaliștii îl consideră drept un act ratat care traduce un compromis sau un conflict între intenția conștientă și dorința inconștientă.

LARINGE. Organ al fonației, situat în gât, între faringe și trahee.

STRUCTURA

■ *La exterior*, laringele este un fel de cilindru gol în interior, situat în fața hipofaringelui (partea inferioară a faringelui), legat de organele vecine prin mușchi. Unsprezece cartilagii, din care cele mai importante sunt în număr de cinci, îi conferă forma și rigiditatea sa.

Cartilajul tiroid este cel mai voluminos dintre ele. El este format din două lame simetrice, fiecare fiind în formă de patrulater, care se unesc în față, desenând un unghi proeminent vizibil sub piele și denumit în mod obișnuit mărul lui Adam. Epiglota sau cartilajul epiglotic este o lamelă de cartilaj elastic aproape vertical, situat deasupra cartilajului tiroid, în spatele limbii. Cartilajul cricoid are forma unui inel cu montură, mai strâmt în față și mai lat în spate. Aritenoidele sunt două cartilaje mobile așezate pe cartilajul cricoid, una la dreapta, alta la stânga, sub forma unei mici mase triunghiulare. Pe ele se prind, în spate, cele două cute ale corzilor vocale, care fac astfel parte integrantă din laringe.

■ *La interior*, laringele cuprinde trei părți sau etaje. Etajul superior sau supraglotic se află la înălțimea epiglotei, iar cavitatea sa se numește vestibulul laringelui. Etajul mediu se situează la nivelul glotei (cavitatea dintre corzile vocale). Etajul inferior este partea subglotică.

FUNCȚIONARE. Atunci când se emite un sunet, aerul expirat prin trahee face să vibreze coardele vocale, producând un sunet laringean: cavitățile de rezonanță ale nasului și faringelui asigurând modularea. În deglutiție, cele două corzi vocale se închid, epiglota se pliază în spate pentru a închide accesul la trahee cu scopul ca hrana să treacă din cavitatea bucală în esofag fără a pătrunde în căile pulmonare. În respirație, corzile vocale se depărtează și cartilajul epiglotic se ridică, permițând trecerea aerului inspirat în bronhii și a aerului expirat spre faringe, apoi spre fosele nazale sau cavitatea bucală. Mișcările laringelui sunt asigurate de către mușchi, comandați de către nervul laringean inferior, sau nervul recurent. Sensibilitatea sa este asigurată de către nervul laringean superior.

PATOLOGIE. Afecțiunile laringelui sunt frecvente. În general, aceste semne sunt o răgușeală, caracteristică tulburărilor funcționale ale corzilor vocale, dureri, o jenă respiratorie, o tuse. Laringele poate fi sediul bolilor infecțioase sau virale (laringită, îndeosebi), paralizii (fie prin boală neurologică, fie prin compresie a nervilor printr-o tumoră) sau al bolilor cronice.

Bolile cronice cele mai frecvente sunt cele cauzate de tumori. Acestea pot fi benigne (polipi, chisti, noduli dezvoltați pe corzile vocale etc.) sau maligne (cancer al laringelui).

LARINGECTOMIE. Ablație chirurgicală a unei părți sau a totalității laringelui.

O laringectomie este indicată mai ales în cancerul laringelui sau al hipofaringelui (partea inferioară a faringelui, în spatele laringelui).

Laringectomia totală. Această operație chirurgicală constă în îndepărtarea laringelui în întregime.

INDICAȚII. Operația este practicată atunci când cancerul se află într-un stadiu avansat.

Fonația devine posibilă mulțumită unei reeducări. Dar vocea nu-și găsește în întregime calitățile ei anterioare: ea este diferită, de origine esofagiană. Canulele vorbitoare pot, de asemenea, să ajute pacientul: aceste proteze interne sunt puse în timpul intervenției sau ulterior acesteia; ele permit controlul aerului provenind din plămâni și, în consecință, pacientul să aibă o voce de o sonoritate mai apropiată de cea normală comparativ cu vocea esofagiană.

Laringectomia parțială. Această operație chirurgicală constă în îndepărtarea porțiunii bolnave a unui laringe atins parțial.

INDICAȚII. Această intervenție este practicată atunci când **cancerul** a fost diagnosticat precoce, sau atunci când el rămâne limitat, și permite păstrarea laringelui.

TEHNICĂ. Deschiderea este tot atât de mare ca și pentru **laringectomia** totală. După mărimea părții de laringe îndepărtată și după locul de amplasare a cancerului, poate să rămână sau nu o adâncitură dedesubtul cicatricii.

Pacientul se alimentează normal. După o lungă **reeducare**, pacientul poate respira pe căile naturale. El vorbește cu tulburări de fonație mai mult sau mai puțin importante, dar își păstrează parțial vocea.

LARINGELUI (cancer al). Tumoră malignă care se dezvoltă pe peretele laringelui.

CAUZE ȘI FRECVENȚĂ. Cancerul laringelui rezultă dintr-o intoxicație îndelungată cu tutun. Dacă subiectul mai consumă și alcool, riscul este considerabil crescut. Bărbații sunt mult mai afectați decât femeile. Cancerul laringelui se declară, în general, la o vârstă între 40 și 60 ani.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Semnul cel mai precoce este o alterare a vocii: vocea este spartă sau răgușită. Apoi apare o jenă respiratorie și o umflare a unuia sau mai multor ganglioni limfatici ai gâtului.

TRATAMENT. Acesta se modulează în funcție de locul tumorii, de dimensiunile ei și de eventuala atingere a ganglionilor. Sunt folosite trei tratamente, fie separat, fie în asociere: chirurgia, radioterapia și chimioterapia în cazurile cele mai avansate. Actul chirurgical este laringectomia (ablația laringelui), parțială sau totală, care antrenează perturbații în alimentație (bolnavul înghite în alt mod), respirație și fonație, toate necesitând o reeducare. Supravegherea trebuie să fie urmată timp de zeci de ani după tratament.

LARINGITĂ. Inflamație a laringelui.

Laringita acută. Este o inflamație și o îngustare a căilor aeriene foarte frecventă la copilul mai mic de 5 ani, la care poate antrena o jenă respiratorie, chiar o asfixie prin obstrucție. Boala este mai puțin gravă la adult, căile aeriene fiind prea largi pentru a putea fi obstruate.

DIFERITE TIPURI DE LARINGITĂ ACUTĂ. Se deosebesc **laringita subglotică**, cea mai frecventă, și epiglotita.

■ *Laringita subglotică* este o inflamație a regiunii corzilor vocale. Ea este de origine virală, aparând în general cu ocazia unei rinofaringite (asociere dintre o rinită și o inflamație a faringelui). Copilul respiră zgomotos, inspirația îi face rău. El are o tuse aspră, ca un lătrat. Vocea este răgușită.

Cele mai multe cazuri sunt benigne și se vindecă rapid. În schimb, orice jenă respiratorie a copilului constituie o urgență medicală. Dacă jena respiratorie persistă, copilul trebuie spitalizat.

■ *Epiglotita* este o inflamație care se situează deasupra glotei. De origine bacteriană, ea nu este mai gravă decât precedenta. Copilul nu ajunge să-și mai înghită saliva și îi curg balele. Febra sa este ridicată. Jena respiratorie este intensă: ea obligă copilul să ia o poziție particulară, aplecat în față, care trebuie păstrată, deoarece există un risc de stop respirator dacă bolnavul este lungit. Transportarea la spital trebuie să fie imediată și asigurată de un specialist în reanimare.

Laringita cronică. Aceasta este o inflamație a mucoasei laringelui, foarte frecventă la adult. O laringită cronică se declară în urma unui surmenaj al vocii (adesea profesional: cântăreți, profesori etc.), a unei infecții locale (angină, infecție dentară, rinofaringită, sinuzită etc.) dar, cel mai frecvent, ea este legată de o intoxicație cu tutun. Unele dintre aceste laringite sunt stări precanceroase. O laringită cronică se manifestă printr-o voce răgușită, surdă, prea ascuțită sau prea gravă, uneori tărăgănată.

LARINGOCEL. Hernie a laringelui.

Un laringocel poate fi consecutiv unei deformații a peretelui laringean, proeminând fie în interiorul laringelui, fie în exteriorul acestuia, sub piele. El mai poate proveni dintr-o malformație congenitală. Un laringocel nu generează nici durere, nici jenă. Formele prea voluminoase pot fi operate.

LARINGOSCOPIE. Examen care permite vizualizarea laringelui.

INDICAȚII. Laringoscopia este un examen practicat în caz de disfonie (modificare anormală a timbrului vocii: voce aspră, spartă etc.), de tulburări ale deglutiției, de dureri ale faringelui sau de dificultăți respiratorii.

TEHNICI. Există două tipuri de laringoscopie: laringoscopia indirectă și laringoscopia directă.

■ *Laringoscopia indirectă* este tehnica cea mai simplă de vizualizare a laringelui. Ea se face în cursul unei consultații la medic. Pacientul este așezat în șezut, medicul aflându-se în fața lui și purtând o lampă de iluminare pe frunte. Pacientul deschide gura, iar medicul îi trage limba în față. Apoi introduce o oglindă mică în fundul gurii și privește baza limbii, faringele, epiglota, corzile vocale și primele inele ale traheei.

■ *Laringoscopia directă* este o tehnică de vizualizare a laringelui mult mai complexă, sub anestezie generală. Un fibroscop, adică un tub conținând un sistem optic și de iluminare, este introdus prin gură până în laringe. Instrumentele miniaturizate de la extremitatea laringoscopului sau o radiație laser permit să se realizeze imediat actele chirurgicale dacă examenul relevă necesitatea acestora. → FIBROSCOPIE.

LARINGOSPASM. Contracție bruscă a mușchilor laringelui, provocând ocluzia sa prin unirea corzilor vocale. SINONIM: *spasm al laringelui*.

LARINGOTOMIE. Deschidere chirurgicală a laringelui, pe întreaga sa înălțime sau numai pe o porțiune. SINONIM: *tirotomie*.

LARVA MIGRANS CUTANATĂ. Boală parazitară provocată de infestarea cu larve de nematode (viermi rotunzi) care se deplasează sub piele, larve care nu ajung la stadiul adult. SINONIME: *dermatită verminoasă rampantă, dermatitis linearis migrans (dermatitis lineară migratorie), larva rampans, pseudomiază rampantă*.

CONTAMINARE. O larvă migrans cutanată se contractează, în țările tropicale, mergând cu picioarele goale pe sol sau alungindu-te pe plajele contaminate. Larvele pătrund în organism prin piele, sub care migrează lent timp de mai multe săptămâni.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Deplasarea larvelor sub piele duce la apariția în relief a unor cordoane sinuoase, roșietice și provoacă o mâncărime intensă. O larvă migrans cutanată durează câteva săptămâni cel mult (în jur de două luni).

Leziunile sunt amplasate pe picioare, pe fese și pe spate, mai rar în alte locuri.

TRATAMENT. Medicul prescrie, în general, o pomadă pentru a calma mâncărimile. Tratamentul cu comprimate de ivermectină, sau eventual cu tiabendazol (substanță prost tolerată de organism), nu poate fi făcut decât în spital.

LARVA MIGRANS VISCERALĂ. Boală parazitară provocată de infestarea cu larve de ascaris (viermi paraziți ai intestinului subțire) ai câinilor și pisicilor. SINONIM: *toxocaroză*.

Larva de ascaris, după eclozarea ouălor în intestin, migrează în ficat, plămâni, uneori în creier sau în ochii omului și trăiește între 18 luni și 2 ani.

CONTAMINARE. O larvă migrans viscerală se contractează prin ingerarea ouălor de ascaris care, prezente în excrementele animalelor afectate, contaminează mediul: apa de băut în țările în curs de dezvoltare, fructele și legumele etc.

SIMPTOME. O larvă migrans viscerală atinge de cele mai multe ori copilul, în comparație cu adultul. Ea duce la febră, oboseală, tuse, astm, urticarie, diaree, un ficat care crește în volum și provoacă dureri difuze, uneori apar și convulsii.

TRATAMENT. Tratamentul fiind puțin eficace, bolnavii sunt de cele mai multe ori supravegheați cu regularitate timp de 2 ani sau mai mult (pot apărea, de fapt, probleme și după moartea larvelor) și sunt supuși unor examene: numărătoare sangvină și controlul ochilor, îndeosebi. Tratamentul se face în spital.

LASER. Aparat care produce un fascicul îngust de radiație luminoasă coerentă spațial și temporal.

INDICAȚII. Aplicațiile laserului sunt foarte diferite.

■ *În dermatologie*, el servește la distrugerea unor tumori cutanate și a petelor pigmentate.

■ *În gastroenterologie*, laserul este utilizat pentru a pulveriza calculii canalului coledoc; pentru deschiderea unei treceri care să restabilească circuitul digestiv în tumorile evoluate ale esofagului și ale rectului; pentru a coagula vasele care sângerează în interiorul tubului digestiv (ulcerații, angioame).

■ *În ginecologie*, el este folosit mai ales pentru a distruge leziunile precanceroase ale colului uterin.

■ *În neurologie* el permite distrugerea unor leziuni tumorale.

■ *În oftalmologie* laserul este utilizat mai întâi de toate în prevenirea dezlipirii de retină, pentru a face să adere retina și membranele subiacente la nivelul rupturilor sau leziunilor degenerative ale retinei; apoi, pentru distrugerea micilor leziuni retiniene; în sfârșit, pentru fotocoagularea microanevrismelor retiniene consecutive diabetului.

■ *În otorinolaringologie*, laserul permite tratarea unor leziuni ale corzilor vocale și ale laringelui.

■ *În pneumologie*, laserul permite distrugerea tumorilor care obstrucează bronhiile mari stânjenind respirația; el mai dă posibilitatea tratării obstacolelor netumorale ca îngustările consecutive unei cicatrice rămase după intubare sau traheotomie; în caz de tumoră malignă, laserul poate servi la ameliorarea confortului respirator al bolnavului.

■ *Noi indicații* sunt actualmente în studiu: distrugerea plăcilor de aterom de pe pereții arteriali, ale tumorilor prostatei etc.

LASSA (febră de). Boală infecțioasă gravă și foarte contagioasă cauzată de virusul Lassa (*Arenavirus*, cu A.R.N.).

Febra de Lassa aparține grupului de febre hemoragice africane.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Incubația este de 10 zile, apoi apare o stare gripală cu dureri musculare și dureri de cap, uneori cu anginâ și dureri digestive. Semne mai grave se manifestă către a 6-a zi a bolii, însoțind sau nu o erupție cutanată: hemoragii superficiale și digestive, stare de șoc, miocardită (inflamația miocardului), diaree severă și vărsături. Este posibilă o vindecare spontană în vreo două săptămâni, dar care lasă bolnavul într-o stare de mare oboseală și slăbiciune. Mortalitatea este însemnată în absența tratamentului.

TRATAMENT. Subiecții infectați sunt tratați prin injectarea de medicamente antivirale și, în lipsa acestora, prin seroterapie (ser care conține anticorpi activi împotriva acestui virus).

LAURENCE-MOON-BARDET-BIEDL (sindrom al lui). Sindrom ereditar caracterizat prin asocierea unei retinite pigmentare (inflamație a retinei), a unei obezități, a unor anomalii ale degetelor de la mâini și picioare, a unei întârzieri mintale și a unei insuficiențe ovariene sau

testiculare, cărora li se asociază uneori anomalii renale și o micșorare a forței musculare a membrelor inferioare.

LAXATIV. Medicament utilizat în tratamentul constipației.

Un regim alimentar bogat în fibre (legume verzi, tărâte etc.), absorbția de apă în cantitate suficientă, ore de masă regulate, o gimnastică abdominală ameliorează de obicei o constipație. Dacă totuși aceasta persistă, medicul poate prescrie laxative.

Laxativele administrate pe cale orală

■ *Laxativele de lest* (mucilagiu, tărâțe) trebuie să fie înghițite cu multă apă. Astfel umflate, ele cresc volumul și consistența conținutului intestinului.

■ *Laxativele lubrifiante* (ulei de parafină) înmoaie scaunele, facilitând astfel trecerea lor.

■ *Laxativele osmotice* (sorbitol, lactuloză, manitol) reține apa corpului în intestin și cresc astfel volumul și hidratarea scaunelor.

■ *Laxativele stimulante*, mai ales cele pe bază de plante, acționează iritând intestinul, ale cărui mișcări și secreții sunt stimulate. Efectul iritant al acestor laxative nu trebuie utilizat decât episodic și în cure foarte scurte, deoarece, chiar luate sub forma unei tizane, utilizarea lor regulată provoacă dureri, o inflamație a intestinului și o obișnuire. Acestea sunt purgative (laxative puternice).

Laxativele utilizate pe cale rectală. Atunci când laxativele administrate pe cale orală nu au efect, se utilizează spălăturile sau supozitoarele cu gliceriră. Ele provoacă o evacuare rapidă a scaunelor: durata până când își fac efectul este de câteva minute. Utilizarea lor îndelungată este nerecomandabilă.

Utilizarea unui laxativ, pe cale orală sau rectală, trebuie să fie oprită de îndată ce s-a restabilit un tranzit intestinal normal pentru a evita o diaree sau tulburări mai grave.

LAXATIVELOR (boală a). Afecțiune legată de utilizarea masivă de laxative (fenolftaleină sau antrachinone).

Boala, rară, survine la persoanele, în general femei, obsedate de a avea mereu scaune, de exemplu din cauza dorinței de a slăbi sau a fobici de a fi constipate.

Ea se manifestă printr-o stare de slăbiciune cronică, asociată cu o deshidratare și cu o uscăciune a mucoaselor, precum și cu o pigmentare întunecată a pielii.

Tratamentul constă în oprirea laxativelor, în asigurarea unui aport de potasiu și în aplicarea unui tratament ușor al constipației, atunci când ea există. Pentru a evita recidivele este necesară adesea și o îngrijire psihiatrică.

LAXITATE. Posibilitate a unei articulații de a efectua mișcări fie de o amplitudine anormală, fie care nu pot fi efectuate în mod normal.

LĂCRIMARE. Scurgere de lacrimi provocată de o iritație a ochiului sau de un obstacol mecanic în calea evacuării lor.

Secreția de lacrimi este o reacție reflexă destinată protejării corneei iritate (corp străin, ulcerație). Unele tulburări care nu au la bază o afecțiune a ochiului, de exemplu o rinită alergică (febra fânului), se manifestă și ele printr-o lăcrimare excesivă.

O lăcrimare poate să se producă și atunci când canalul de scurgere a lacrimilor nu-și poate îndeplini funcțiile sau când este obstruat. O paralizie poate, de asemenea, să se afle la originea unei lăcrimări, denumită în mod obișnuit lacrimi de crocodil, care se manifestă în cursul masticației.

Tratamentul depinde de cauza lăcrimării.

L.C.R. → CEFALORAHIDIAN (lichid).

LDL COLESTEROL. Fracțiune a colesterolului sangvin transportată de către lipoproteine (molecule care asociază lipidele și proteinele) de tip LDL (din engleză, *low density lipoproteins*, proteine cu densitate mică). SINONIM: *colesterol LDL*.

Nivelul sangvin de LDL colesterol, denumit în mod obișnuit „colesterol rău", este un indicator al riscului de boli coronariene mai precis decât nivelul colesterolului total. O creștere a acestui nivel dincolo de 1,6 grame pe litru reprezintă o creștere a riscului coronarian.

L.E.D. → LUPUS ERITEMATOS DISEMINAT.

LEGG-PERTHES-CALVE (boală a lui). Boală necrozantă a capului femural, care afectează copilul de vârstă între 5 și 10 ani. SINONIM: *osteocondrita primitivă a soldului*.

Boala lui Legg-Perthes-Calvé este cauzată, probabil, de o întrerupere locală a circulației sangvine. Copilul atins de această afecțiune are o suferință a soldului și merge șchiopătând. La începutul bolii, a cărei evoluție este foarte lentă, radiografia poate fi normală; o scintigrafie osoasă este atunci necesară pentru a confirma diagnosticul.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Scopul tratamentului fiind de a păstra sfericitatea capului femural, fragilizat de boală, vindecarea implică un repaus complet al soldului, de cele mai multe ori la pat; sunt adesea necesare tracțiuni și purtarea unui gips. Reluarea mersului este în general posibilă după 12–18 luni de la debutul bolii.

LEGIONARILOR (boală a). Pneumopatie acută gravă, cauzată de un bacil Gram negativ, *Legionella penumophila*. SINONIM: *legioneloză*.

Legionella pneumophila supraviețuiește mai ales în apa de condensare a sistemelor de climatizare și în apa de distribuție urbană. Infecția este consecutivă inhalării picăturilor de apă deosebit de contaminate.

SIMPTOME ȘI SEMNE. După o incubare de 2–10 zile, boala se declară sub forma unui sindrom pseudogripal care

asociază cefalee, dureri musculare și abdominale, diaree, tuse uscată, o febră ușoară și senzația de rău general. Pneumonia se manifestă printr-o durere toracică, o dificultate respiratorie și o tuse cu puțină expectorație. Această perioadă durează aproximativ o săptămână, apoi evoluția merge fie spre vindecare, fie spre o agravare a tulburărilor respiratorii.

TRATAMENT. O antibioterapie adaptată și precoce, administrată, în general, pe cale intravenoasă, permite o evoluție favorabilă și o vindecare de cele mai multe ori foarte rapidă.

LEGUMĂ. Plantă ale cărei frunze, tulpini și/sau rădăcini sunt comestibile.

Legumele au proprietăți comune: un conținut mare în apă (în medie, 90%), o mică valoare energetică, un conținut bogat în săruri minerale, în vitamine și în fibre (celuloză). Principalele minerale pe care le conțin sunt calciul (între 40 și 50 miligrame pe 100 grame, în medie), potasiul, cuprul; unele sunt bogate în sodiu (perele, sfecla, țelina). Legumele mai conțin și vitaminele B1 și B2, provitamine A (carotene); vitamina C este prezentă mai ales în legumele de culoare roșie, portocalie sau verde. Pentru a păstra cât mai mult din calitățile lor nutrivite, este recomandabil ca fierberea acestor legume să se facă în foarte puțină apă și de preferință nedescojite, întregi sau în bucăți mari. Fierberea în vapori de apă limitează, de asemenea, distrugerea vitaminelor. De asemenea, este recomandabil ca legumele să fie bine spălate cu apă potabilă pentru a evita transmiterea bolilor parazitare (toxoplasmoza, de exemplu) și pentru a elimina reziduurile de produse fitosanitare (pesticide, îngrășăminte). Legumele, datorită slabei lor valori calorice, dețin adesea un loc preponderent în regimurile de slăbire.

LEGUMINOASĂ. Plantă dicotiledonată al cărei fruct este o păstaie.

Sunt comestibile numeroase varietăți de leguminoase: bobul, fasolea uscată, lintea, mazărea etc. Acestea sunt legume uscate care se deosebesc de legumele proaspete prin bogăția lor în proteine (25% în medie) și prin valoarea lor calorică mai ridicată (între 120 și 340 kilocalorii pentru 100 grame). Leguminoasele conțin o mare proporție de amidon (între 55 și 60%) și de fibre vegetale. Aceste fibre pot fi iritante pentru mucoasa intestinală, ceea ce le face nerecomandabile persoanelor cu colon iritabil; piureurile de leguminoase sunt totuși tolerate mai bine. Conținutul leguminoaselor în vitaminele grupului B este însemnat, deși acestea sunt parțial distruse în cursul gătitului. În plus, ele sunt bogate în fosfor, în iod, în calciu, în fier. Absorbția fierului și calciului este totuși de nivel mediocru. Aceste diferite proprietăți nutritive fac din ele un aliment indispensabil echilibrului alimentar, mai ales pentru persoanele care urmează un regim vegetarian (care nu cuprinde decât produse de origine vegetală).

LEINER-MOUSSOUS (boală a lui). Afecțiune dermatologică benignă a sugarului ce atinge, în principal, fața și șezutul. SINONIME: *dermatită seboreică a sugarului, eritrodermie descuamativă.*

Boala lui Leiner-Moussous se observă între a 2-a și a 4-a lună de viață. Cauza este de cele mai multe ori necunoscută.

Erupția debutează cel mai frecvent printr-o înroșire a plicilor și a zonelor convexe ale bazinului (fese, organe genitale), precum și prin afectarea pielii capului, ducând la scuame grase, groase, gălbui sau cafenii pe o piele roșie (cruste de lapte). Leziunile se propagă apoi rapid pe întreg corpul, formând scuame. Această erupție este, de obicei, bine suportată de către copil, care nu simte mâncărimi.

EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT. Tratamentul constă în folosirea antisepticelor locale: băi cu permanganat de potasiu sau cu antiseptice necolorate, diluate în soluție apoasă, care trebuie să fie urmate de aplicarea de soluții sau de pomezi antifungice și de vaselină pe pielea capului.

LEIOMIOM. Varietate de tumoră benignă care se dezvoltă pe seama fibrelor musculare netede.

Leiomiomul, de cauză necunoscută, are ca loc preferențial peretele uterin și pielea.

LEIOMIOSARCOM. Tumoră malignă care se dezvoltă pornind de la mușchii netezi.

Leiomiosarcoamele apar mai ales pe tubul digestiv.

LEISHMANIOZĂ CUTANATĂ. Boală parazitară provocată de infestarea celulelor pielii cu diferite specii de protozoare flagelate din genul *Leishmania*. SINONIM: *buton de Alep.*

Boala se întâlnește în Africa de Nord și de Est, în America tropicală, în India și în perimetrul bazinului mediteranean.

CONTAMINARE. Parazitul este găzduit de câini și de rozătoare și se transmite prin insecte mici numite flebotomi (din genul *Phlebotomus* sau *Lutzomiya).*

SIMPTOME. Leishmanioza cutanată se caracterizează prin unul sau mai multe ulcere de la câțiva milimetri la un centimetru diametru pe pielea din părțile corpului neacoperite de haine și mai ales, pe față sau pe mâini.

TRATAMENT. Leishmanioza cutanată se vindecă spontan, dar lent. Este deci preferabil să se prescrie bolnavului medicamente injectabile direct în ulcerație, care accelerează vindecarea.

PREVENIRE. Utilizarea unor haine acoperitoare și a insecticidelor, cu care pot fi impregnate plasele contra țânțarilor (musticarii), protejează împotriva înțepăturilor insectelor, care totuși în exterior rămân greu de evitat mai ales din cauza dimensiunilor lor mici și a zborului lor silențios.

LEISHMANIOZĂ CUTANEOMUCOASĂ. Boală parazitară cauzată de infestarea celulelor pielii și mucoaselor (în particular cele ale feței) cu protozoarele flagelate din genul *Leishmania*. SINONIM: *buton de Bahia*.

Leishmaniozele cutaneomucoase se întâlnesc mai ales în America Centrală și în America de Sud.

CONTAMINARE. Parazitul, care măsoară câțiva microni în diametru, este găzduit de animale și se transmite prin înțepătura micilor insecte din genul *Phlebotomus* sau *Lutzomiya*. Înțepătura insectelor femele este dureroasă (insectele masculi nu înțeapă).

SIMPTOME. Leishmaniozele cutaneomucoase se manifestă prin ulcerații pe față care pot lăsa cicatrice, chiar mutilări însemnate. Durata de evoluție a bolii este variabilă și se poate întinde pe mai mulți ani.

TRATAMENT. Injectarea directă în ulcerațiile bolnavului a unor medicamente ca antimoniatul de meglumină, lomidina, amfotericina B sau stibiogluconatul de meglumină accelerează vindecarea.

LEISHMANIOZĂ VISCERALĂ. Boală parazitară a omului și câinelui, provocată de infestarea cu un protozoar flagelat din genul *Leishmania*. SINONIME: *febră dumdum, kala-azar* (sau *febră neagră*).

Leishmaniile trăiesc și se multiplică în anumite celule ale sângelui și ale măduvei osoase și distrug celulele respective.

Leishmanioza viscerală este frecventă în regiunile tropicale și mediteraneene (între care și sudul Franței) și afectează mai curând copilul decât adultul.

CONTAMINARE. O leishmanioză viscerală se transmite omului și câinelui prin înțepătura unor insecte mici, flebotomii. Acestea, după ce au înțepat un om sau un câine atins de leishmanioză, sunt purtătoare ale parazitului, care se dezvoltă și se multiplică în organismul lor. De obicei câinele familiei se află la originea declanșării unei leishmanioze viscerale.

SIMPTOME. Durata de incubație este foarte variabilă, de la câteva săptămâni la câteva luni, chiar mai mulți ani, după starea imunitară a purtătorului. Simptomele apar treptat: slăbire, oboseală, paloare, gălăială și mai ales febră neregulată persistentă cu, în anumite zi, vârfuri de temperatură de 40-41°C și scăderi mai mult sau mai puțin rapide. Volumul ficatului și al splinei cresc. Uneori apar ganglioni mari la gât și subsuoară. Bolnavul mai suferă de diaree și, în stadiul avansat al bolii, se formează pete întunecate pe piele.

TRATAMENT. Medicul prescrie lomidină, antimoniat, stibiogluconat de meglumină și amfotericină B. Acționea acestor substanțe constă probabil în împiedicarea multiplicării leishmaniilor și în permiterea fagocitării paraziților de către celulele sangvine. Acest tratament este eficace, cu excepția cazurilor de SIDA, și nu se aplică unui câine contagios, care trebuie sacrificat. Această boală este gravă și trebuie îngrijită cu atenție, deoarece poate fi mortală.

PREVENIRE. În perioada de timp caldă și umedă, este recomandabil să se utilizeze insecticide pentru a ucide flebotomii și să se doarmă sub o plasă contra țânțarilor (musticar) impregnată, de asemenea, cu insecticid (deoarece insectele de dimensiuni mici trec cu ușurință prin ochiurile plasei).

LENTIGINOZĂ. Boală genetică ce se caracterizează printr-o erupție abundentă de lentigo (mici pete cutanate brune).

Lentiginozele pot fi izolate sau pot să se asocieze cu atingeri viscerale sau cu malformații, grupând diferite afecțiuni ale căror semne apar din copilărie.

LENTIGO. Mică pată cutanată. SINONIM: *alunită, lentigină*.

Lentigo corespunde unei creșteri a numărului de melanocite, celule răspunzătoare de pigmentația cutanată. Ele formează pete de culoare brună, rotunde, cu diametrul de câțiva milimetri. Un lentigo poate fi foarte greu de deosebit de alte pete pigmentare, ca nevul novecelular (mică malformație cutanată care poate necesita o ablație chirurgicală).

DIFERITE TIPURI DE LENTIGO. Există două forme particulare de lentigo.

■ *Lentigo senil* care reprezintă pete brune de câțiva centimetri diametru pe spatele mâinilor persoanelor în vârstă. Acest lentigo este lipsit de semnificație patologică și se tratează prin crioterapie (zăpadă carbonică sau azot lichid).

■ *Lentigo malign*, sau melanoza lui Dubreuilh, apare la persoanele în vârstă și formează o pată de culoare maronie, atingând uneori mai mulți centimetri în diametru, pe obraji, pe frunte, pe pleoape sau chiar pe spatele mâinilor și pe fața posterioară a gambelor. Aceasta constituie o leziune precanceroasă, cu prognostic mai degrabă favorabil, tratat prin ablație chirurgicală. → LENTIGINOZĂ, MELANOZĂ.

LENTILĂ CU TREI OGLINZI. Mic instrument care conține o lentilă utilizată pentru examenul fundului de ochi.

După ce s-a instilat în ochiul pacientului un colir anestezic (una-două picături), medicul pune direct pe cornee lentila cu trei oglinzi, pe care o rotește ușor pentru a observa toate părțile retinei.

LENTILĂ DE CONTACT. Proteză optică transparentă, foarte subțire și concavă, care se pune pe corneea ochiului pentru a corecta defectele de vedere. SINONIME: *lentilă corneeană, sticlă de contact*.

Spre deosebire de ochelari, lentilele de contact nu alunecă, nu cad, nu se acoperă cu aburi sau cu apa de ploaie. Dar ele necesită o adaptare care trebuie să se facă treptat, sub control medical, astfel încât să se poată aprecia toleranța corneei.

Întreținerea lentilelor de contact

Lentilele trebuie în mod obligatoriu să fie curățate și aseptizate în fiecare zi cu un produs de întreținere adaptat naturii lentilelor și prescris de către oftalmolog. Deproteinizarea, care permite îndepărtarea depozitelor proteice albe provenind din pelicula (filmul) lacrimală, trebuie să fie realizată o dată pe săptămână. Lichidul în care sunt puse lentilele pentru a fi spălate de îndată ce sunt scoase de la ochi trebuie să fie schimbat zilnic, iar tocul care le susține în timpul cufundării în lichid trebuie să fie schimbat în fiecare lună. În cursul manipulărilor este important să ai mâinile foarte curate și unghiile tăiate scurt pentru a evita ruperea lentilelor suple. În sfârșit, întreținerea lentilelor trebuie să se facă deasupra unei suprafețe curate, netede și bine luminate.

De altfel, atunci când se poartă lentile de contact, este preferabil să se utilizeze pentru îngrijirea feței produse hipoalergenice și să se evite fardarea rebordului interior al pleoapelor. Este recomandabil să se procedeze la machiaj după punerea lentilelor de contact și la demachiaj după plasarea lor în tocul de susținere. În sfârșit, trebuie să se știe că fumul de țigară îngălbenește lentilele de contact.

DIFERITE TIPURI DE LENTILE DE CONTACT

■ *Lentilele suple, sau hidrofile*, din material sintetic, nu pot fi prescrise decât pacienților care au o bună secreție lacrimală și nu suferă de vreo afecțiune conjunctivală cronică. Ele corectează miopia și hipermetropia, dar mai puțin bine astigmatismul. Bine tolerate de la început, ele pot fi purtate în cea mai mare parte a zilei și sunt ideale pentru purtatul ocazional (în cursul unei activități sportive, de exemplu). Lentilele de contact necesită o întreținere riguroasă. Unele lentile suple, foarte fine, pot fi purtate timp de perioade mai lungi, mai multe săptămâni de exemplu, ziua și noaptea. O supraveghere regulată este necesară pentru a evita riscurile de infecție.

■ *Lentilele flexibile, numite și rigide sau semirigide*, sunt indicate pentru corectarea astigmatismului, precum și al altor ametropii (miopie, hipermetropie). Întreținerea lor este mai ușoară decât cea a lentilelor suple și durata lor de toleranță, mai lungă, însă această toleranță este mediocră la început.

EFECTE SECUNDARE. Purtatul lentilelor de contact poate provoca la unele persoane ulcerații ale corneei, inflamații superficiale ale corneei și conjunctivite alergice, uneori cauzate de produsele utilizate pentru întreținerea lor. Insuficiența secreției lacrimale, mai frecventă la subiecții în vârstă, antrenează o iritație oculară la purtătorii de lentile de contact. În sfârșit, niciodată nu trebuie purtată o astfel de lentilă dacă ochiul devine roșu, se infectează, dacă vederea se încețoșează sau dacă antrenează o jenă dureroasă.

LENTIVIRUS. Denumire a unui gen de virus cu A.R.N. aparținând familiei retrovirusurilor (*Retroviridae*).

La om, s-au identificat actualmente două lentivirusuri: H.I.V. 1 și H.I.V. 2, responsabile de SIDA.

LÉO BUERGER (boală a lui). Arterită particulară a membrelor inferioare. SINONIM: *tromboangeită obliterantă*.

Boala lui Léo Buerger este o boală rară care afectează de preferință subiecții originari din Europa Centrală (boală genetică) și marii fumători. Ea constă într-o obstrucție progresivă a arterelor de calibru mic, care limitează aportul sangvin la degetele de la picioare și mâini și provoacă adesea o gangrenă. Recidivele succesive antrenează amputația degetelor atinse. Atunci când cauza bolii este tabagismul, oprirea totală și definitivă a fumatului este măsura cea mai eficace pentru a stăvili evoluția bolii.

LEPRĂ. Boală infecțioasă cronică ce se caracterizează printr-o atingere a pielii, mucoaselor și nervilor. SINONIM: *boala lui Hansen*.

Lepra este încă o boală frecventă în regiunile intertropicale ale Africii, Asiei, Oceaniei și Americii Latine. Este o boală endemică, adică o boală care face în permanență un număr mare de victime.

CAUZE. Afecțiunea este cauzată de o bacterie în formă de bastonaș, bacilul lui Hansen, sau *Mycobacterium leprae*. Contagiunea nu este posibilă decât în unele forme de lepră (lepra lepromatoasă); ea se face pornind de la secrețiile nazale sau de la plăgile cutanate ale unui bolnav, care contaminează pielea sau mucoasele (mucoasa respiratorie) unui subiect sănătos.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Evoluția leprei este foarte lentă și se întinde pe mai mulți ani. Primele leziuni sunt mici pete depigmentate, în general albe, cu diametrul de câțiva milimetri, unde pielea este insensibilă și nu transpiră. Boala ia apoi fie o formă numită tuberculoidă, fie o formă zisă lepromatoasă, sau chiar o formă intermediară.

■ *Lepra tuberculoidă*, cea mai frecventă, se întâlnește la subiecții care au mijloace de apărare imunitară relativ eficace. Ea lezează mai ales nervii, îndeosebi în regiunile cotului, gambei sau gâtului, și aceștia devin palpabili sub forma unor cordoane groase regulate sau având porțiuni cu umflături și strangulații. Evoluția se face către o extindere a leziunilor, o deshidratare progresivă a pielii, alterări ale mușchilor și nervilor care duc la rău perforant plantar (ulcerații), retracții ale tendoanelor și aponevrozelor picioarelor și mâinilor.

■ *Lepra lepromatoasă*, cea mai gravă, se întâlnește la subiecții cu mijloace de apărare imunitară insuficiente. Ea se traduce prin apariția de leproame, noduli de culoare roșie-brună dureroși, care sângerează sub piele și sunt suficient de numeroși pentru a fi mutilanți; fața, atunci când este atinsă de astfel de leziuni, se numește leonină (amintind de un leu). Leproamelor li se asociază o rinită inflamatorie foarte contagioasă care poate antrena

o prăbușire a cartilagiilor, atingeri ale ochilor, gurii și viscerelor, o febră și o însemnată oboseală generală.

TRATAMENT. Lepra este tratată prin administrarea de sulfone; totuși, deoarece au apărut numeroase fenomene de rezistență la acest medicament în ultimii ani, actualmente se face apel la alte produse (sulfamide, rifampicină, clofazimină). Tratamentul trebuie să fie urmat vreme îndelungată, între 6 luni și 2 ani, chiar și mai mult în formele evoluate. El duce la vindecarea formelor debutante și împiedică evoluția formelor grave.

LEPTOSPIROZĂ. Boală infecțioasă rară provocată de o bacterie spiralată din genul *Leptospira*.

Bacteria este găzduită de către animalele sălbatice, rozătoare (șobolani) sau carnivore, și de unele animale domestice (câinii) și este excretată prin urina lor. Omul se contaminează pe cale transcutanată (excoriația pielii) în timpul scăldatului în apă dulce (râuri, lacuri) sau, mai rar, prin contact direct (mușcătură).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Incubația durează zece zile, apoi se instalează o febră ridicată, însoțită de frisoane, de dureri musculare însemnate și de dureri de cap pulsatile. Un icter intens, un sindrom meningean (grețuri, redoare a cefei), hemoragii renale și poliviscerale pot surveni la 48 ore de la începutul manifestărilor. Febra regresează în 4–10 zile, în timp ce semnele clinice se ameliorează. O recrudescență a febrei ridicate, durând în jur de două zile, survine între a 10-a și a 15-a zi după debutul semnelor.

TRATAMENT. Leptospiroza este tratată prin administrarea de antibiotice timp de două săptămâni. Un vaccin eficace față de *Leptospira ictero-hemorragiae* este propus profesioniștilor expuși riscului contaminării.

LEȘIN. → PIERDERE A CONȘTIENȚEI.

LETARGIE.

1. Stare patologică de somn profund și prelungit, fără febră sau infecție, caracterizată prin faptul că bolnavul este capabil să vorbească atunci când este trezit, dar uită spusele și adoarme pe loc. Această stare constituie un simptom al isteriei.

2. Stare de toropeală, de apatie și de extremă vlăguire.

LEUCEMIE. Proliferare canceroasă, adică necontrolată, a celulelor precursoare (blaști) ale globulelor albe normale din măduva osoasă și din sânge. SINONIM: *leucoză*.

Termenul de leucemie este opus celui de limfom, invadarea ganglionilor limfatici. Totuși, această distincție este teoretică, formele evoluate de leucemie putând atinge toate organele.

DIFERITE TIPURI DE LEUCEMIE. Se deosebesc leucemiile cronice, în care proliferarea nu este însoțită de oprirea maturării precursorilor prezenți în măduvă, de leucemiile acute, în care la proliferarea acestor precursori se adaugă un blocaj al maturării lor, ceea ce are drept consecință, pe de o parte, un exces de celule tinere, pe de altă parte, absența globulelor albe mature. De altfel, leucemia poate să se dezvolte fie pe seama precursorilor celulelor polinucleare (mieloblaști), fie pe seama precursorilor limfocitelor (limfoblaști).

Aceste criterii duc la clasificarea în patru mari tipuri a diferitelor forme pe care le poate lua boala: leucemia mieloidă cronică (L.M.C.), leucemia acută mieloidă (L.A.M.), leucemia limfoidă cronică (L.L.C.), cea mai frecventă la persoanele trecute de 40 ani, și leucemia acută limfoidă (L.A.L.), cea mai obișnuită la copil.

CAUZE. Lăsând deoparte expunerile profesionale intensive la unele substanțe chimice sau la radiații, cauza leucemiilor rămâne necunoscută în majoritatea cazurilor.

SIMPTOME. Acestea sunt puțin caracteristice și sunt provocate de insuficiența elementelor mature ale sângelui (polinucleare, globule roșii și plachete), precum și de invadarea diverselor organe de către globulele albe. Micșorarea numărului de globule roșii antrenează o anemie cu paloare și palpitații. Absența plachetelor provoacă fenomene hemoragice (sângerare a gingiilor, echimoze). În sfârșit, diminuarea polinuclearelor expune la infecții grave ca septicemiile sau anginele severe. Invadarea privește mai ales splina și ganglionii limfatici, care cresc în volum, mai rar pielea, traducându-se atunci prin apariția leucemidelor (papule mari roșii-brune), sau sistemul nervos, antrenând dureri de cap, o meningită, o paralizie facială sau tulburări de conștiență.

DIAGNOSTIC. Acesta se bazează pe analiza sângelui și a măduvei. Sângele este de cele mai multe ori sărac în globule roșii și în plachete și conține leucocite cu aspect normal, dar în număr excesiv (leucemie cronică), sau leucocite anormal de tinere (leucemie acută). Mielograma (puncția măduvei osoase) arată o invadare cu blaști (leucemie acută) sau cu un număr excesiv de globule albe mai mature, limfocite sau precursori ai polinuclearelor, în leucemiile cronice.

TRATAMENT. Acesta depinde de vârsta pacientului și de tipul de leucemie. El este, în general, mai puțin intensiv la pacienții trecuți de 65 ani. O grefă de măduvă osoasă nu este avută în vedere decât la subiecții sub vârsta de 50 ani. ■ *Tratamentul leucemiilor acute, mieloide și limfoide*, constă într-o chimioterapie intensivă. Dar acest tratament distruge atât celulele tumorale, cât și celulele normale ale măduvei. El are ca urmare o dispariție trecătoare, dar marcată, a celulelor mieloide, perioadă în care subiectul este în mod deosebit expus infecțiilor, hemoragiilor și anemiilor, respectiv prin lipsa de polinucleare, de plachete și de globule roșii. Cura necesită deci o spitalizare îndelungată. În majoritatea cazurilor, blaștii dispar în cursul tratamentului. Un tratament de consolidare, bazat pe o chimioterapie ușoară, este atunci administrat fie în cure repetate și destul de puțin intensive, fie într-o cură sau două dar mult mai

intensive. O grefă de măduvă osoasă poate, de asemenea, să fie avută în vedere (alogrefă sau autogrefă de măduvă).

■ *Tratamentul leucemiei mieloide cronice* este grefa de măduvă osoasă atunci când ea este posibilă. Chimioterapia nu permite decât normalizarea numărului de globule albe fără a împiedica evoluția bolii.

■ *Tratamentul leucemiei limfoide cronice* este, în numeroase cazuri, inutil, această boală neantrenând nici un simptom și având o evoluție foarte lentă.

În cazul leucemiilor acute, există riscul de reșuță, în special în cei trei ani care urmează îmbolnăvirii. Acest risc este mic pentru leucemiile acute limfoide ale copilului, mai important pentru alte varietăți ale leucemiei acute.

LEUCINĂ. Acid aminat indispensabil (care nu poate fi sintetizat de către organism și care trebuie furnizat prin alimentație).

În organism, leucina intră în constituția proteinelor și intervine în numeroase reacții chimice.

LEUCINOZĂ. Boală ereditară cauzată de deficiența într-o enzimă care participă la metabolismul acizilor aminați ca leucina și valina.

Foarte rară, leucinoza se traduce prin tulburări neurologice (mișcări anormale ale corpului și globilor oculari, alterarea conștienței putând merge până la comă) și o întârziere mintală. Tratamentul este un regim foarte special, excluzând sau limitând definitiv alimentele care conțin acizii aminați în cauză (produse animale). Când tratamentul este întreprins precoce, rezultatele sunt relativ satisfăcătoare.

LEUCOBLAST. Celulă tânără hematopoietică (care participă la formarea globulelor sângelui), indiferent de originea ei.

LEUCOCIT. Celulă nucleată a sângelui uman, ale cărei diferite varietăți joacă, în majoritate, un rol în lupta împotriva agenților străini organismului. SINONIM: *globul alb*.

Leucocitele se deosebesc de hematii (globule roșii) prin citoplasma lor mai deschisă la culoare, lipsită de hemoglobină, și prin prezența unui nucleu. Ele sunt, în plus, mai mari (până la 15 micrometri în diametru) și mai puțin numeroase (între 4 000 și 10 000 pe milimetrul cub de sânge).

Se deosebesc polinuclearele (care posedă un nucleu cu mai mulți lobi) neutrofile, bazofile și eozinofile, monocitele și limfocitele.

LEUCOCITOZĂ. Număr de globule albe ale sângelui.

Leucocitoza este evaluată printr-o numărare a formulei sangvine. O leucocitoză normală este cuprinsă între 4 000 și 10 000 globule albe pe milimetrul cub de sânge. Se vorbește de leucopenie dacă cifrele sunt inferioare acestei norme.

O leucopenie se întâlnește mai ales în caz de infecție virală, de aplazie medulară sau după luarea de medicamente responsabile de agranulocitoză; o hiperleucocitoză, în caz de infecție bacteriană.

LEUCODERMIE. Micșorare, pierdere sau absență a pigmentației normale a pielii. SINONIME: *acromie, depigmentare*.

O leucodermie corespunde aproape întotdeauna unei micșorări a cantității de melanină (pigment al pielii). Ea se observă în cursul bolilor congenitale, prezente de la naștere sub formă generalizată (albinism) sau localizată (nev anemic), sau, de cele mai multe ori, în cursul bolilor dobândite, îndeosebi psoriazis, lepră, sifilis, pitiriazis versicolor (infecție cu o ciupercă) și mai ales vitiligo (pete albe de cauză necunoscută).

LEUCODISTROFIE. Afecțiune caracterizată prin distrugerea treptată a unei substanțe a sistemului nervos, mielina.

Leucodistrofiile sunt boli ereditare rare.

Ele pot provoca tulburări de limbaj, o lipsă a coordonării în mișcări, o cecitate, o surditate, o paralizie, crize de epilepsie, o demență. Nu există încă un tratament al leucodistrofiilor.

LEUCOENCEFALITĂ. Inflamație a mielinei (substanța albă a creierului).

O leucoencefalită este de cele mai multe ori urmarea unei infecții virale (rujeolă, de exemplu); ea se declanșează uneori după o vaccinare (împotriva rabiei sau a febrei galbene îndeosebi) prin reacția excesivă față de antigenul conținut în vaccin.

Semnele unei leucoencefalite sunt o febră și tulburări ale conștienței. Nu există un tratament specific. Totuși, foarte des, vindecarea se face fără sechele.

LEUCOENCEFALITĂ MULTIFOCALĂ PROGRESIVĂ. Encefalită demielinizantă cu instalare lentă cauzată de infecția cu poliomavirus, virus din familia *Papovaviridae*, care afectează electiv bolnavii de SIDA.

Atingerea substanței albe a creierului se traduce printr-un deficit neurologic: tulburări motorii, vizuale, senzitive, tulburări de vorbire și/sau de înțelegere. Evoluția acestei boli este subacută și rapid progresivă sau, încă, în cazuri rare, cronică.

LEUCOKERATOZĂ. Leziune albicioasă, uneori keratozică (cu hipertrofia stratului cornos), dezvoltându-se pe seama unei mucoase.

Leucokeratozele sunt leziuni benigne care se observă sub formă de plăci, mai ales în gură, pe fața internă a obrajilor sau a buzelor ori pe limbă. Ele sunt fie congenitale, fie dobândite. În acest ultim caz, trebuie să se caute dacă există o cauză: ticuri de mușcătură a danturii, proteze dentare și plombe prost adaptate, tabagism, boală dermatologică (lichen), eventual sifilis. Este necesar examenul la microscop al unui prelevat din leziune cu

scopul de a ne asigura că aceasta nu este o leucoplazie (leziune cu același aspect, dar precanceroasă). Tratamentul constă mai întâi în suprimarea cauzei identificate (fumat, alimente prea fierbinți etc.), atunci când este posibil, ceea ce se dovedește uneori suficient. Tratamentul cuprinde uneori, la nevoie, distrugerea leziunii prin electrocoagulare sau cu laser cu dioxid de carbon.

LEUCONICHIE. Decolorare a uneia sau mai multor unghii.

Leuconichiile au cauze extrem de numeroase: boli organice (ciroză, insuficiență renală, infarct miocardic, gută, infecții, cancere), boli cutanate (eritem polimorf, pelagră, vitiligo), carențe în zinc sau în vitamina PP, intoxicații (arsenic, sulfamide, taliu), micoze (infecții ale unghiei cu o ciupercă), traumatisme fizice sau chimice ale unghiei (îngrijirea unghiilor prin manechiură sau contactele cu saramura suferite de măcelari sau mezelari, de exemplu).

După caz, leuconichia atinge una sau mai multe unghii, total sau parțial, sau chiar formează benzi sau linii albe longitudinale întinzându-se de la baza unghiei către extremitatea ei.

În afara infectării unghiei de către o ciupercă, care justifică aplicarea unui lac antifungic, tratamentul leuconichiilor este de cele mai multe ori inutil; se tratează direct boala în cauză.

LEUCOPLAZIE. Placă sau pată albă, apărând pe mucoasa bucală.

Leucoplazia bucală. Este o placă albă care se dezvoltă pe mucoasele gurii, mai ales pe comisurile bucale și pe fața internă a obrajilor, mai rar pe limbă, pe palatul bucal sau pe gingii.

Originea sa trebuie să fie căutată în intoxicația tabagică. Leziunile cuprind uneori levuri din tipul *Candida albicans*. Doar evoluția lor sub tratament antifungic dezvăluie dacă ele sunt cauzate de o ciupercă (în caz de dispariție completă a leziunilor după tratament) sau dacă leucoplazia s-a instalat pe o leziune preexistentă.

TRATAMENT. Acesta constă în suprimarea factorilor declanșanți (tutun, sub forma de țigară sau gumă de mestecat). În caz de suprainfecție cu *Candida albicans*, băile de gură alcaline, cu bicarbonat de sodiu și antifungicele locale sunt tratamentele prescrise. Plajele reziduale pot fi distruse și ele prin chirurgie sau prin laser cu dioxid de carbon, fiind necesară o singură ședință, cu scopul de a evita evoluția lor către o tumoră canceroasă.

LEUCOREE. Scurgere vaginală nesângerândă.

DESCRIERE. Leucoreele, cunoscute sub denumirea de pierderi albe, sau de pierderi vaginale, se manifestă printr-o creștere exagerată a secreților genitale normale. Ele sunt mai mult sau mai puțin abundente, fluide sau groase (granuloase, spumoase), albe sau colorate (cenușii, galbene sau verzui), uneori cu miros dezagreabil. Ele sunt însoțite adesea de o iritație locală, de arsuri, de mâncărimi și de dureri în timpul raporturilor sexuale.

CAUZE. De cele mai multe ori sunt de natură infecțioasă: infecția vulvei (vulvită), a vaginului (vaginită), a colului uterin (cervicită), a uterului (endometrită), a trompelor lui Fallopio (salpingită).

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Tratamentul antibiotic, care diferă după agentul infecțios, trebuie să fie suficient de îndelungat, uneori repetat. Pentru *Candida albicans*, el este de cele mai multe ori local în timp ce pentru tricomonas, el trebuie să fie general. Examinarea și tratamentul simultan al partenerului sexual sunt obligatorii.

Leucoreele sunt sensibile la tratament, dar ele recidivează frecvent. Prost îngrijite, ele pot fi responsabile de o sterilitate și predispun la cancerul colului uterin.

LEVOCARDIE. Inversare a poziției relative a cavităților cardiace stângi și drepte în raport cu cea normală deși vârful inimii rămâne îndreptat spre stânga.

În general, levocardia este asociată cu anomalii congenitale ale inimii, ceea ce constituie gravitatea ei.

LEVULOZĂ. → FRUCTOZĂ.

LEVURĂ. Microorganism ce permite fermentația unor alimente (bere, pâine etc.).

În stare uscată, levurile pot fi consumate ca un supliment în vitaminele B1, B2, B6, B9, B12 și PP, din care conțin o mare cantitate. Activitatea lor intensă de fermentație limitează totuși utilizarea lor la un maximum de două linguri pe zi.

LH. → LUTEINIZANT (hormon).

LICHEN PLAN. Boală dermatologică ce se caracterizează prin apariția unor mici pete proeminente.

Lichenul plan se observă mai ales între 30 și 60 ani.

CAUZE. Acestea sunt de cele mai multe ori necunoscute. Ar exista un teren psihologic favorizant (stres, traumatism afectiv). În anumite cazuri, boala este asociată unui diabet, unei hipertensiuni arteriale sau unor afecțiuni ale colonului (colite cronice). Alte cazuri sunt asociate de luarea de medicamente ca sulfamidele sau sărurile de aur.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Leziunile tipice ale lichenului plan sunt papulele de culoare violacee, parcurse de rețele albicioase fine. Aceste leziuni sunt pruriginoase și apar simetric pe fața anterioară a încheieturii mâinii (în prelungirea palmei), pe spatele mâinilor și pe antebraț, uneori pe spate și la glezne. În unele cazuri, papulele se grupează și formează benzi sau inele.

Lichenul plan poate afecta pielea capului, unghiile și mucoasele corespunzătoare feței interne a obrajilor. În acest

ultim caz, el ia aspectul unei rețele de linii albe sau, uneori, pe cel al unei plăci groase albe.

TRATAMENT. Boala este tratată de cele mai multe ori prin aplicarea locală, timp de mai multe săptămâni, a corticosteriozilor, asociați adesea cu anxiolitice pe cale orală.

LICHEN SCLEROATROFIC. Boală cronică a pielii și a mucoaselor, de origine necunoscută, afectând în principal zonele genitale.

DIFERITE TIPURI DE LICHEN SCLEROATROFIC

■ *Lichenul scleroatrofic al vulvei*, sau *kraurosis al vulvei*, afectează femeia trecută de 50 ani. El se traduce prin mâncărimi vulvare, prin arsuri la micțiune și prin dureri în timpul raporturilor sexuale, aceste simptome asociindu-se cu o decolorare a vulvei, care ia o culoare alb-sidefie sau gălbuie.

■ *Lichenul scleroatrofic al bărbatului* se traduce prin leziuni albicioase. Ele pot afecta glandul și meatul – și pot antrena o îngustare uretrală – sau șanțul balanopreputial (situat între gland și prepuț); leziunile formează în acest caz inele, provocând o strâmtare patologică, uneori o fimoză.

■ *Lichenul scleroatrofic al pielii* se traduce prin mici papule albe-sidefii, izolate sau confluând în placarde și afectând gâtul, spatele și rădăcinile membrelor. Aceste leziuni pot să se asocieze unui lichen scleroatrofic genital.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se pune pe baza examenului la microscop al unui prelevat din leziuni; tratamentul se bazează pe aplicarea locală de corticosteroizi sau de androgeni (hormoni masculini), contraindicați la copil și la femeia însărcinată. Un tratament chirurgical (circumcizia) poate fi avut în vedere în cazul lichenului scleroatrofic al bărbatului.

EVOLUȚIE. Leziunile consecutive lichenului scleroatrofic degenerează în unele cazuri în tumoră malignă. Această evoluție se semnalează prin apariția induratiilor și a unor mici sângerări.

Este deci necesară o supraveghere regulată. În caz de îndoială, este practicată o biopsie, urmată, la nevoie, de ablația chirurgicală a leziunilor.

LIFTING. Intervenție chirurgicală destinată corectării efectelor îmbătrânirii feței și gâtului prin „întinderea" structurilor cutanate lăsate.

DIFERITE TIPURI DE LIFTING

■ *Liftingul cervicofacial* este destinat corectării prăbușirii obrajilor (obraz flasc) și suprimării bărbiei duble.

■ *Liftingul frontal* face să dispară ridurile de pe frunte și cele care sunt situate între sprâncene.

În plus, excedentul de piele sau de grăsime de pe pleoape poate fi eliminat printr-o blefaroplastie.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. Indicațiile operatorii trebuie să fie selecționate riguros, după criterii fizice și fiziologice, ținând cont de factorii de risc (tabagism).

Primele consultații de chirurgie estetică permit precizarea motivațiilor pacientului, care este avertizat în ce privește riscurile pe care le prezintă operația și dificultățile psihologice eventuale (decepție, de exemplu) legate de modificarea trăsăturilor feței.

Fotografiile preoperatorii permit determinarea defectelor estetice susceptibile să fie corectate: asimetria feței, gușa, obrazul flasc, excedentul de piele sau grăsime de pe pleoape etc.

Operația cuprinde mai multe secvențe: dezinfecția sistematică a pielii capului, lipoaspirația gâtului și a obrajilor flasci în unele cazuri, incizia după un traseu care trece prin pielea capului și înconjoară urechea, desprinderea pielii și apoi „întinderea" ei și a țesuturilor mai profunde, evitând încrenerinea trăsăturilor feței. Fragmentul de piele excedentar este îndepărtat la sfârșitul operației.

EVOLUȚIE. Fața rămâne umflată vreo zece zile; ea păstrează o înfățișare tristă și puțin expresivă timp de aproximativ trei săptămâni. Sensibilitatea pielii desprinse revine după 4–6 luni. Cicatricele unui lifting, ascunse în pielea capului și în spatele lobului urechii, dispar în decursul anului următor intervenției.

Rezultatele estetice ale unui lifting reușit rămân stabile pe o perioadă de 7–10 ani.

COMPLICAȚII

■ *O față încremenită* este consecința unei tehnici operatorii proaste.

■ *Cicatricele hipertrofice* (umflate, roșii, provocând o mâncărime) sunt excepționale.

■ *O necroză* (distrugere treptată a unui țesut), consecință a absenței vascularizării țesuturilor, poate de asemenea să intervină.

■ *O infecție* nu se produce decât în 1% din cazuri și necesită o curățare a plăgii, instituirea unei drenări și un tratament cu antibiotice.

■ *O degradare* precoce a rezultatului intervine uneori, fie din cauza unei afectări congenitale a fibrelor elastice, fie din cauza tabagismului pacienților sau dintr-o expunere solară excesivă.

■ *Paraliziile parțiale* ale nervului facial, ale nervului spinal (care permite ridicarea umărului) sau din oricare zonă operată sunt evenimente cu totul excepționale.

LIGAMENT. Bandă de țesut conjunctiv, albicioasă, foarte rezistentă, ușor elastică, ce înconjoară articulațiile.

Leziunile care afectează ligamentele, ruptura sau întinderea, constituie entorsele.

LIGATURĂ. Operație chirurgicală constând în astuparea unui vas sanguin sau limfatic, sau a unui canal, cu ajutorul unui fir înnodat.

■ *Ligatura trompelor uterine* este o intervenție ginecologică destinată să facă o femeie sterilă fără perturbarea ciclului ei hormonal, ovarele fiind păstrate. Este un procedeu de sterilizare, de obicei ireversibil, a femeii. Acest procedeu

constă în secționarea trompelor sau în punerea de pense sau de inele, pentru obturarea cavităților tubare. Ea este adesea practicată prin celiochirurgie, instrumentele operatorii și optice fiind introduse în abdomen prin mici incizii și manipulate sub control vizual.

■ *Ligatura și sectionarea canalelor deferente*, sau *vasectomia*, asigură sterilitatea masculină. → VASECTOMIE.

LIMBĂ. Organ muscular acoperit de mucoasă, situat în gură și în faringe.

STRUCTURĂ. Limba este formată din două părți, baza limbii, în orofaringe (partea medie a faringelui, în fundul gurii), și partea mobilă, din gură.

FUNCȚII. Limba este organul gustativ. Savoarea alimentelor este percepută mulțumită papilelor gustative situate pe fața sa dorsală.

Limba joacă, de asemenea, un rol în deglutiție împingând alimentele și lichidele spre spatele gurii pentru a pătrunde în faringe.

De altfel, după locul pe care limba îl ia în cavitatea bucală, ea joacă un rol esențial în producerea sunetelor.

PATOLOGIE. Glositele (leziunile inflamatorii), care fac limba roșie și dureroasă, pot fi consecutive unei infecții a aparatului digestiv. Paraliziile limbii, sau glosoplegiile, nu afectează de cele mai multe ori decât o singură parte și antrenează tulburări de pronunție și o deviere a părții paralizate.

Tumorile benigne (chisturi, lipoame, papiloame) ale limbii sunt rare: tumorile maligne (cancer), mai frecvente. → GUST.

LIMBĂ NEAGRĂ. Stare patologică a limbii prezentând un aspect brun-verzui.

O limbă neagră poate avea ca origine administrarea unor medicamente (mai ales antibiotice), tabagismul, o micoză provocată de *Candida albicans*, utilizarea băilor de gură pe bază de apă oxigenată sau a pastei de dinți oxidante; unele cazuri sunt de origine necunoscută.

LIMBII (cancer al). Tumoră malignă a limbii.

CAUZE ȘI FRECVENȚĂ. Frecvent neglijate de către bolnav timp de o lungă perioadă, semnele cuprind o jenă la deglutiție, dureri, sângerări, o halenă fetidă, o umflare a ganglionilor limfatici de sub mandibulă și din partea de sus a gâtului, o ulcerație (pierdere de substanță) cu margini neregulate care poate sângera.

Sunt posibile trei tipuri de tratamente, fie de sine stătătoare, fie asociate: chirurgia (ablația tumorii sau a limbii, ablația ganglionilor limfatici), radioterapia și chimioterapia. Dacă limba este îndepărtată, bolnavul întâmpină dificultăți în a se hrăni și a vorbi.

PREVENIRE. O leziune chiar minimă a limbii care nu se vindecă de la sine în două săptămâni necesită întotdeauna o consultație medicală acordată de un otorinolaringolog.

LIMFADENECTOMIE. Ablație chirurgicală a unei mici părți a sistemului limfatic.

O limfadenectomie se practică de cele mai multe ori în caz de cancer al unui organ (al sânului, de exemplu) pentru a îndepărta pericolul metastazelor ganglionare. Ea constă în scoaterea ganglionilor și vaselor limfatice care drenează organul, precum și a țesutului gras care le înconjoară.

LIMFANGIECTAZIE. Dilatare localizată, dobândită sau congenitală, a vaselor limfatice.

CAUZE. O limfangiectazie poate fi congenitală, consecutivă unei anomalii a vaselor limfatice. Ea este localizată mai ales pe membre.

De cele mai multe ori, limfangiectazia este dobândită, cauzată de un obstacol situat în canalele limfatice mari care antrenează o dilatare în amonte a vaselor limfatice mici.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Dacă limfangiectazia este congenitală, apar edeme tari, adesea însemnate, responsabile de o dificultate la mers. Pielea se îngroașă: acesta este elefantiziul congenital, care poate la rândul lui să se complice printr-o suprainfecție și o limfangită (inflamația vaselor limfatice). Dacă limfangiectazia este dobândită, și, mai particular, dacă este situată în vasele limfatice intestinale, ea generează dureri, diaree și o proastă absorbție a lipidelor (grăsimilor), care se traduce prin scaune grăsoase.

TRATAMENT. Este cel al cauzei și al simptomelor și constă în ajutarea întoarcerii limfei printr-o kineziterapie zisă de drenare limfatică (mâinile drenează limfa de jos în sus). De altfel, purtarea de fești de contenție, sau de „ciorapi de varice", crește tonicitatea vaselor.

LIMFANGIOM. Tumoră benignă a rețelei vasculare limfatice.

Limfangiomul face parte dintre angioame, tumori benigne constituite din vase (sangvine sau limfatice). El este, în general, rezultatul unei malformații, există de la naștere și crește în volum în timpul copilăriei.

Un limfangiom formează o mică masă moale, de 1 sau 2 centimetri diametru, localizată îndeosebi sub piele. Tratamentul constă în ablația chirurgicală a tumorii.

LIMFANGIOMATOZĂ. Afecțiune difuză a plămânilor ce afectează femeia tânără. SINONIM: *limfangioleiomiomatoză*.

Foarte rară, limfangioleiomiomatoza nu are o cauză anume. Ea se traduce printr-o gâfâială și printr-un pneumotorax (efuziune bruscă de aer în cavitatea pleurală).

TRATAMENT. Tratamentul se bazează pe medicamente antiestrogene; sunt în studiu grefa de plămân sau grefa plămân-inimă, în cazurile cele mai grave.

LIMFANGITĂ. Inflamație a vaselor limfatice, consecutivă unui proces infecțios sau tumoral.

■ *O limfangită reticulară* se caracterizează printr-o indurație eritematoasă (întăritură roșie) a pielii care înconjoară

o leziune. Această afecțiune benignă, dar dureroasă, este însoțită de o febră pe care un tratament antipiretic o face să scadă.

■ *O limfangită tronculară*, adică o limfangită care atinge un vas limfatic de calibru mare, se caracterizează printr-o induratie eritematoasă care formează un placard roșu mai mult lung decât larg. Induratia se propagă de la leziunea primitivă la ganglionul cel mai apropiat, care se infectează, se umflă și devine sensibil.

O limfangită durează între 8 și 10 zile în medie. O infecție antrenează, în general, o febră și o senzație de rău.

Tratamentul de urgență cu antibiotice se impune pentru a face să dispară rapid limfangita și pentru a evita complicațiile.

LIMFĂ. Lichid organic translucid care joacă un rol important în sistemul imunitar.

Limfa provine din sânge; ea se acumulează în sectorul interstițial (sector de trecere între țesuturi și capilarele sangvine), apoi circulă în vasele limfatice spre canalul toracic.

LIMFEDEM. Acumulare anormală de limfă în țesuturi.

Un limfedem provoacă umflarea unui membru. El poate fi moderat, caracterizat printr-o simplă umflare a picioarelor după statul în picioare, sau monstruos (se vorbește atunci de elefantiazis), în cazul unei filarioze, de exemplu, atunci când membrul este infectat de către un vierme parazit.

Limfedemele cele mai frecvente sunt localizate la membrele inferioare și afectează de obicei femeile. Ele pot, de asemenea, să fie consecutive unei distrugeri a rețelei limfatice legată de acte chirurgicale, în cancerologie, în ortopedie sau după o chirurgie vasculară. Astfel, 10% dintre femeile care au suferit o mastectomie (ablația parțială sau totală a unui sân) cu evidare ganglionară sau o radioterapie a unui cancer de sân observă instituirea unui limfedem în brațul situat de partea operată.

Tratamentul cuprinde, dacă importanța limfedemului o cere, o drenare limfatică, manuală sau pneumatică (adică realizată cu ajutorul unor atele pneumatice care exercită compresiune). Când volumul unui limfedem este, în fapt, un adevărat handicap (în caz de elefantiazis, de exemplu), poate fi avut în vedere un tratament chirurgical destinat să diminueze umflarea: pontajul între sistemul limfatic și sistemul vascular, de exemplu.

LIMFOBLAST. Celulă a descendenței limfoide (la originea limfocitelor, globulelor albe mononucleate de talie mică), având caracteristicile unei celule tinere.

LIMFOCIT. Celulă a sistemului imunitar, responsabilă de reacțiile de apărare ale organismului față de substanțele pe care le consideră străine.

Limfocitele aparțin familiei leucocitelor (globule albe).

Limfocitele B. Limfocitele B sunt răspunzătoare de răspunsul imunitar umoral: ele sunt specializate în producerea de anticorpi, pe care îi secretă după ce s-au transformat în plasmocite și difuzează în „umorile" (lichidele) organismului.

Limfocitele T. Este vorba de celulele sistemului imunitar a căror maturare se face în timus – de unde și denumirea lor –, glandă situată în partea de sus a pieptului, în spatele sternului. Limfocitele T se diferențiază în două populații responsabile de răspunsul imunitar de tip celular.

■ *Limfocitele T CD4 auxiliare* sau *T „helper"*, sau simplu *T4*, sunt specializate în secreția de citokine sau interleukine, molecule care le permit să coopereze cu alte celule.

■ *Limfocitele T CD8* cuprind două tipuri de celule, limfocitele citotoxice, capabile să ucidă celulele infectate de un virus, și limfocitele T supresoare, al căror rol este acela de a controla răspunsurile imunitare.

■ *Celulele NK* (din engleză, *natural killer*, ucigaș natural) sunt celulele înrudite cu limfocitele T, cu care ele împart anumiți markeri membranari. Celulele NK sunt dotate cu o activitate citotoxică naturală, pe care ele o exercită în mod spontan pentru a distruge celulele infectate de virusuri sau celulele canceroase.

PATOLOGIE. Limfocitele pot prolifera (leucemie), pot descrește ca număr și pot prezenta anomalii funcționale (deficit imunitar congenital sau dobândit, ca în cazul SIDA). Există în plus numeroase boli legate de diferite disfuncțiuni ale limfocitelor, ca bolile autoimune (scleroză în plăci, diabet insulinodependent, lupus eritematos diseminat etc.) sau alergice (febra fânului).

LIMFOCITOZĂ. Creștere a numărului de limfocite sangvine cu morfologie normală deasupra cifrei de 4.500 unități pe milimetrul cub.

O limfocitoză este opusul unei limfopenii (micșorarea numărului de limfocite). Ea poate fi acută sau cronică. În primul caz, ea se întâlnește în cursul infecțiilor virale (oreion, varicelă, hepatită, rubeolă, infecție cu virusul H.I.V., boala lui Carl Smith etc.) și al unei infecții bacteriene, tusea convulsivă. În cel de al doilea caz (durată mai mare de două luni), ea constituie, în general, unul dintre semnele unei boli primitive a măduvei osoase, leucemia limfoidă cronică.

LIMFOGRANULOMATOZĂ VENERIANĂ. Boală transmisibilă pe cale sexuală cauzată de o bacterie din genul *Chlamydia*. SINONIM: *boala lui Nicolas-Favre*.

După o incubație de trei săptămâni, în medie, apare un șancru, zis „șancru moale", pe șanțul de la baza glandului la bărbat, pe partea posterioară a vulvei la femeie, pe anus (cu propagarea ulterioară în rect) la homosexuali, format dintr-o pată de câțiva milimetri diametru, care poate să se ulcereze rapid. În paralel, ganglionii inghinali cresc în volum; ei dau naștere la multiple fistule, care se termină la nivelul pielii cu aspectul unui cap de stropitoare și lasă să se scurgă un puroi (gros, galben sau verde) amestecat

cu sânge. Sunt posibile complicații articulare, nervoase și cutanate. Tratamentul cu antibiotice, mai ales tetracicline, aduce vindecarea.

LIMFOM. Orice proliferare canceroasă care ia naștere în țesutul limfoid și, în particular, în ganglionii limfatici.

Se deosebesc boala lui Hodgkin, caracterizată prin prezența unor celule anormale, celulele lui Sternberg, limfoamele maligne nehodgkiniene (altădată numite limfosarcoame) care grupează toate celelalte afecțiuni maligne ale țesutului limfoid. → HODGKIN (boală a lui).

LIMFOM MALIGN NEHODGKINIAN. Orice proliferare canceroasă, în afara bolii lui Hodgkin, care ia naștere în țesutul limfoid și, în particular, în ganglionii limfatici.

CAUZE. Cauza limfoamelor este încă necunoscută, dar unii factori au un rol manifest în dezvoltarea tumorii. Virusul lui Epstein-Barr joacă un rol în apariția limfomului lui Burkitt, care se întâlnește la copii în Africa ecuatorială. Dezordinile imunitare sunt toate capabile să antreneze o hiperplazie (hiperdezvoltare) a măduvei osoase și, într-un anumit număr de cazuri, să dea naștere unei adevărate proliferări tumorale limfoide. Deficitele imunitare congenitale, bolile autoimune, tratamentele imunosupresoare, sindroamele de imunodeficiență dobândită (SIDA) pot, de asemenea, să faciliteze apariția unui limfom nehodgkinian.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Boala se manifestă de cele mai multe ori printr-o umflătură dureroasă la nivelul unuia sau mai multor ganglioni limfatici superficiali. Spre deosebire de boala lui Hodgkin, un limfom nehodgkinian se mai poate manifesta printr-o localizare predominantă în afara ganglionilor, de exemplu în tiroidă, stomac, mezenter, colon, rect, rinichi, os, ochi sau sistemul nervos central. Atunci se formează o tumoră pe sau în partea atinsă. Boala poate, de asemenea, să se manifeste printr-o febră cu alterarea stării generale, ganglionii atinși fiind, în acest caz, în interiorul abdomenului. Unele limfoame de malignitate redusă se dezvăluie sau se complică prin trecerea în sânge a celulelor canceroase; altele antrenează secreția în sânge a imunoglobulinelor anormale și/sau în exces.

DIAGNOSTIC. Acesta se pune pe baza biopsiei unui ganglion atins sau a organului afectat.

TRATAMENT. Tratamentul se bazează pe chimioterapie și depinde de tipul de limfom și de extinderea bolii. Formele localizate, chiar agresive, au o mare șansă de vindecare. Pentru formele întinse puțin agresive, speranța de viață este de mai mulți ani și tratamentul este indispensabil doar dacă boala progresează; se utilizează atunci polichimioterapiile. Prognosticul formelor întinse și agresive a fost modificat prin chimioterapiile moderne, care permit să se spere într-o vindecare durabilă în numeroase cazuri.

LIMFORAGIE. Scurgere de limfă în afara vaselor limfatice.

LIMFORETICULOZĂ BENIGNĂ DE INOCULARE. Boală infecțioasă care se declară după o zgârietură sau o mușcătură de pisică: SINONIM: *boală a ghearelor de pisică*.

Agentul limforeticulozei benigne de inoculare este o bacterie, *Rochalimaea henselae*. Afecțiunea se traduce printr-o tumefiere a ganglionilor din zona zgârieturii cu tendință de supurație.

Tratamentul constă în administrarea de antibiotice (macrolide). Puncționarea sau drenarea adenopatiei este uneori necesară pentru a grăbi vindecarea.

LINDINĂ. Ou al păduchelui.

Lindinile se prezintă sub forma unor minuscule mase rotunjite, cenușii, aderând pe lungimea firelor de păr și perilor. Pentru a le elimina, trebuie respectat modul de întrebuințare a produsului care e folosit pentru tratarea infestării. Ca regulă generală, trebuie să se procedeze la o a doua aplicare a produsului la câteva zile după prima, trebuie să se facă spălări cu un șampon special și mai ales părul trebuie pieptănat cu un pieptene foarte des după aplicarea produsului. Pieptenii și periile de păr trebuie spălate după utilizare. → PEDICULOZĂ.

LIPID. Substanță care conține acizi grași.

Lipidele serului sangvin cuprind acizi grași liberi, esteri ai glicerolului, sau gliceride, conținând unul sau mai mulți acizi grași fixați fiecare pe un grup alcool, colesterol, liber sau esterificat, precum și fosfolipide, lipide complexe care conțin acid fosforic.

Organismul își procură lipidele pornind de la alimente, dar le și poate sintetiza prin transformarea glucidelor. El își constituie rezerve energetice sub formă de trigliceride. Un gram de lipide furnizează aproximativ 38 kilojouli, adică 9 calorii de energie.

Unele alimente conțin lipide „vizibile" (unt, smântână, ulei), altele lipide „invizibile" (carne, pește); ele permit absorbția vitaminelor liposolubile (A, D, E și K).

Într-o alimentație echilibrată, energia furnizată de lipide trebuie să reprezinte maximum 35% din energia totală, cu un aport echilibrat în acizi grași saturați, mononesaturați și polinesaturați. Pentru aceasta, este recomandată cea mai mare varietate alimentară: astfel, uleiul de măsline este deosebit de bogat în acizi grași mononesaturați, dar conține și acizi grași polinesaturați și saturați, produsele lactate conțin acizi grași saturați, dar și o proporție importantă (o treime din acizii grași totali) de acizi grași mononesaturați etc. → DISLIPIDEMIE.

LIPODISTROFIE. Anomalie a țesutului adipos subcutanat.

Lipodistrofiile se întâlnesc de cele mai multe ori la diabeticul tratat cu insulină.

■ *Lipohipertrofiile* formează uşoare umflături sub piele.
■ *Lipoatrofiile* se manifestă prin mici depresiuni cutanate.

TRATAMENT. La diabetic, tratamentul constă în a nu face injecţii în zona afectată şi a aştepta ca ţesutul să-şi reia forma, ceea ce poate necesita mai multe luni.

LIPOM. Tumoră benignă dezvoltată pe seama celulelor grăsoase.

Lipoamele afectează adulţii de vârste între 30 şi 60 ani. Ele sunt frecvente îndeosebi pe gât, pe umeri, în partea de sus a spatelui, pe faţa internă a braţelor, pe fese şi la rădăcina pulpelor. Ele formează mase moi mai mult sau mai puţin proeminente, de cele mai multe ori nedureroase, mobile, acoperite cu o piele normală. Ele pot fi unice şi multiple şi de dimensiuni variabile. Ablaţia lor nu este indispensabilă.

LIPOMATOZĂ. Boală caracterizată prin prezenţa de lipoame (tumori benigne grăsoase) numeroase şi diseminate sub piele.

Lipomatozele iau diverse forme. Cea mai frecventă şi cea mai caracteristică este reprezentată prin boala lui Launois-Bensaude: de cauză necunoscută exact, această boală afectează mai ales bărbatul alcoolic spre vârsta de 50 ani; lipoamele, relativ simetrice, sunt amplasate pe gât, deformând ceafa în forma de „cocoaşă de bizon", deasupra şi dedesubtul claviculelor, apoi se întind spre piept, abdomen şi pulpe. Singurul tratament este cel chirurgical.

LIPOPROTEINĂ. Substanţă formată prin asocierea de proteine (numite apolipoproteine) şi de lipide (colesterol, trigliceride).

Lipoproteinele asigură transportul lipidelor în sânge.

LIPOSARCOM. Tumoră malignă a ţesutului adipos, putând să ia forme foarte diverse, situată, în general, în profunzime, în abdomen, în pulpă sau la umăr.

Liposarcoamele (care pot atinge şi câteva kilograme în greutate) invadează progresiv ţesuturile din vecinătate şi pot antrena metastaze. Tratamentul lor este ablaţia chirurgicală completată eventual cu o chimioterapie.

LIPOSUCŢIUNE. Aspiraţie chirurgicală, printr-o mică incizie, a grăsimii subcutanate superficiale sau profunde.

Liposucţiunea este operaţia cea mai frecventă în chirurgia estetică. O liposucţiune minimă nu necesită spitalizare; o liposucţiune importantă (scoaterea a mai mult de un kilogram de grăsime) necesită o supraveghere de 48 ore).

INDICAŢII. O liposucţiune se practică atunci când o acumulare de grăsime rezistă la un tratament de slăbire sau la tehnicile de distrugere a grăsimilor alimentare în organism. O liposucţiune nu constituie tratamentul ideal al obezităţii. Ea elimină acumulări de grăsime localizate, de origine genetică sau consecutive unor tumori benigne dobândite, lipoamele.

Ea se practică de cele mai multe ori în anumite părţi ale corpului: şolduri şi partea de sus a pulpelor la femeie, burta sau faţa internă a genunchilor la subiecţii de ambele sexe. O liposucţiune este o tehnică bine adaptată părţilor corpului ca gâtul, faţa posterioară a braţelor, burta, faţa externă a pulpelor, părţile laterale, talia şi faţa internă a genunchilor, dar aspiraţia este mai dificilă la faţa internă a pulpelor, la gleznе, la gambe, la obraji.

TEHNICĂ. Operaţia se face sub anestezie generală sau locală după importanţa liposucţiunii. După infiltrarea de soluţii care lichefiază grăsimile, canule, branşate la un aspirator şi introduse în partea adiposă, elimină masele grăsoase.

EVOLUŢIE. Imediat după operaţie apar hematoame însemnate, dureri şi o umflare a zonelor care au fost aspirate. În cazul liposucţiunilor minime, pacientul poate duce o viaţă activă la două zile după intervenţie. În caz de liposucţiuni importante, un răgaz de 8–10 zile este necesar înainte de a relua o activitate normală.

După două săptămâni, pierderile adipoase sunt vizibile. Pentru a evita recidivele şi retuşurile, pacienţii trebuie să se supună unui regim postoperator şi unor masaje care corectează inegalităţile de la suprafaţa pielii şi neregularităţile provocate de retracţia cicatricelor.

COMPLICAŢII
■ *O infecţie* este extrem de rară (un caz la mie, după estimări).
■ *Sulurile şi aderenţele din profunzime*, legate de dificultăţi de cicatrizare, sunt dificil de tratat.

LIPOTIMIE. Senzaţie de pierdere iminentă a conştienţei.

CAUZE. O lipotimie se observă mai curând la subiecţii hipersensibili, cu ocazia unei emoţii, unei contrarietăţi, când nervul pneumogastric (nerv care încetineşte inima) este stimulat. Ea poate surveni în cursul unei dureri subite, al unei luări de sânge, a unei mese copioase luate într-o atmosferă închisă sau atunci când sinusul carotidian, sediul baroreceptorilor, este comprimat (gât prea strâns de gulerul cămăşii, de exemplu).

SIMPTOME ŞI SEMNE. O lipotimie este un rău treptat în care subiectul are o impresie de cap gol, de încetoşare a vederii, are nevoie (şi uneori este obligat) să se întindă. El are tulburări trecătoare ale conştienţei, este palid, transpiră.

EVOLUŢIE. În câteva minute, de cele mai multe ori, subiectul revine la starea normală încercând, eventual, impresia unei oboseli. În anumite cazuri, lipotimia poate fi urmată de o sincopă (pierderea conştienţei). În general, este vorba de o tulburare benignă.

TRATAMENT. Subiectul trebuie să se întindă, să nu i se dea băuturi alcoolizate şi să fie sustras, dacă e posibil, din circumstanţele declanşante. Dacă răul se reproduce, este preferabil să fie consultat un medic.

LISTERIOZĂ. Boală infecțioasă al cărei agent este un bacil Gram pozitiv, *Listeria monocytogenes*, responsabilă de avorturi și de infecții neuromeningeene.

Listerioza este frecventă la animale (bovine, porcine, păsări), mult mai rară la om, care se contaminează de cele mai multe ori pe cale digestivă consumând alimente care conțin bacilul (lapte crud, brânzeturi făcute cu lapte crud, carne crudă sau insuficient gătită, vegetale crude, mezeluri). Femeile pot transmite bacilul copilului în timpul sarcinii prin intermediul placentei sau în cursul nașterii.

SIMPTOME ȘI SEMNE. La adult, listerioza se manifestă printr-o febră și prin dureri generalizate. Ea poate, de asemenea, să ia o formă mai gravă, în particular la subiecții ale căror mijloace de apărare imunitară sunt slăbite, și să provoace o meningită (listerioză neuromeningeană) sau o septicemie.

Nou-născuții afectați de boală suferă o septicemie gravă asociată cu o meningită, cu o atingere a ficatului sau cu o pneumonie. Contaminarea fătului de către mamă în cursul celui de al doilea trimestru de sarcină poate cauza o naștere prematură, moartea fătului *in utero* sau o suferință fetală.

TRATAMENT. Listerioza este tratată prin administrarea a două tipuri de antibiotice, între care penicilina, pe o durată de trei săptămâni.

Unele precauții alimentare, imperative în caz de sarcină, permit evitarea infecției: trebuie evitat total consumul de legume crude sau insuficient gătite, să se prefere mezelurile preambalate în defavoarea celor tăiate de vânzător, să se refiarbă alimentele conservate la frigider, să nu se consume crusta brânzeturilor cu pastă moale, să se fiarbă laptele crud sau pasteurizat înainte de a fi consumat. De altfel, este recomandabilă spălarea mâinilor și curățarea ustensilelor de bucătărie după manipularea alimentelor negătite, curățarea și dezinfectarea cu regularitate (de două ori pe lună) a frigiderului.

LITECTOMIE. Extracția unui calcul.

Litectomia este indicată în caz de litiază (formarea de calculi) a canalului coledoc, canal pornind din canalul cistic care provine din veziculă, sau a canalului hepatic, care conduce bila în duoden.

Litectomia este realizată sub anestezie generală. Ea se poate practica fie prin extracție chirurgicală, după deschiderea abdomenului, fie prin cateterism retrograd. În acest ultim caz, este introdusă o sondă, cu ajutorul unui endoscop, în canal, prin gură, stomac și duoden, iar calculul este uneori fărâmițat pentru a permite extragerea sa (litotripsie).

LITIAZĂ. Boală caracterizată prin prezența calculilor într-un organ sau în canalul său excretor.

Litiaza atinge mai ales vezicula sau căile biliare, rinichiul, căile urinare.

Litiaza biliară. Este vorba de calculi care se formează în vezicula biliară (rezervor de bilă sub ficat) și pot migra în căile excretorii biliare (canalele ce ies din veziculă și din ficat, care se reunesc pentru a forma canalul coledoc).

CAUZE. Ereditatea, vârsta înaintată, sarcinile multiple, obezitatea, diabetul, unele medicamente (pilula contraceptivă, hipolipemiantele) sunt factori care favorizează apariția lor. Femeile suferă mult mai des de litiază biliară decât bărbații.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Cele mai multe litiaze biliare nu provoacă nici un simptom. Uneori ele dau dureri sub coaste în partea din dreapta sus a abdomenului. O litiază biliară este descoperită adesea în cursul unui examen de rutină. Diagnosticul se pune pe baza ecografiei.

TRATAMENT. Fără simptome, litiaza veziculei nu trebuie să fie tratată deoarece tratamentele au efecte nedorite și nu și-au dovedit importanța.

Dar calculii veziculei pot fi sursa unor complicații ca o colecistită acută (inflamația veziculei), o colică hepatică (durere intensă prin blocarea unui calcul în canalul coledoc), o angiocolită (inflamația gravă a coledoculuí). În caz de durere și de colecistită, tratamentul este colecistectomia (ablația veziculei); medicamentele și litotripsia dau rezultate limitate. Calculii din coledoc trebuie să fie scoși prin chirurgie sau prin endoscopie (un tub de endoscopie este introdus prin gură și împins până la orificiul canalului coledoc).

Litiază urinară. Este vorba de calculi ce se formează în rinichi și care pot migra în uretere și în vezică.

CAUZE. Când este găsită o cauză, este de cele mai multe ori vorba de un obstacol în curgerea urinii (malformație, adenom de prostată) sau de o infecție urinară. În alte cazuri, este vorba de o dereglare metabolică a organismului, consecutivă unor excese alimentare (mai ales în calciu și în acid uric) sau prin boli hormonale (hiperparatiroidie, de exemplu).

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Se întâmplă ca unii calculi să nu antreneze nici un simptom. Dar ei sunt adesea dureroși sau sursă a unor complicații: colică nefretică (durere intensă prin blocarea unui calcul într-o uretră), hematurie (sânge în urină), infecție gravă a rinichiului, insuficiență renală. Diagnosticarea lor este posibilă mulțumită radiologiei (ecografie, urografie intravenoasă).

TRATAMENT. Calculii mai mici de cinci milimetri se elimină spontan pe căi naturale. Calculii de acid uric prea mari sunt dizolvați de apele minerale sau de medicamente care fac urina alcalină (bazică). Pentru alți calculi, se dispune de mai multe metode: ablația chirurgicală aproape că nu mai este folosită; litotripsia extracorporală pulverizează calculii prin unde de șoc produse de un aparat extern (asemănător unui aparat de radiologie), endoscopia (care utilizează un tub dotat cu un sistem optic, introdus prin uretră sau prin piele) permite reperarea calculului, îndepărtarea lui ca atare sau practicarea unei litotripsii.

Tratamentul preventiv al recidivelor cuprinde tratamentul unei eventuale cauze. Trebuie să se bea din abundență, cu excepția cazului de colică nefretică. Un regim

alimentar care evită substanțele prezente în calculii bolnavului (de exemplu, alimentele bogate în calciu în caz de litiază calcică) trebuie să fie urmat.

LITIU. Metal ale cărui săruri sunt utilizate în tratamentul tulburărilor psihice.

Sărurile de litiu (Li) sunt indicate într-o boală psihiatrică, psihoza maniaco-depresivă, caracterizată prin alternanțe ale acceselor de depresiune și de excitație euforică. Ele sunt administrate pe cale orală.

LITOTOMIE. Extracție chirurgicală a unui calcul al căilor urinare.

LITOTRIPSIE. Operație constând în mărunțirea sau pulverizarea calculilor urinari, fragmentele fiind apoi eliminate în mod natural prin urină. SINONIM: *litotritie*.

Accesul la calculi se face pe cale și sub control endoscopic (introducerea prin uretră a unui tub dotat, mai ales, cu un sistem optic). Pulverizarea calculilor poate să fie practicată cu ajutorul unei pense (litotripsie mecanică), ultrasunete (litotripsie ultrasonică), unde de șoc repetate (litotripsie electrohidraulică) sau, încă, cu ajutorul unei fibre laser (litrotripsie cu laser).

În plus, astăzi se recurge din ce în ce mai des la pulverizarea unui calcul la distanță, fără intervenție chirurgicală (litotripsie extracorporală) și de cele mai multe ori fără spitalizare și fără anestezie generală. Această tehnică constă în reperarea calculului cu ajutorul unui examen radioscopic sau ecografic, apoi prin pulverizarea cu ajutorul undelor electrohidraulice, piezoelectrice sau electromagnetice, nisipul obținut fiind apoi eliminat spontan în urină. Uneori, această evacuare este însoțită de dureri comparabile celor provocate de migrarea calculilor. Astăzi, utilizarea acestei metode a fost extinsă la calculii renali, veziculari și la calculii coledocului, cele mai bune rezultate fiind obținute pentru calculii rinichiului de mai puțin de 2 centimetri în diametru. Unii calculi voluminoși sau foarte duri necesită mai multe ședințe de litotripsie.

LITTLE (sindrom al lui). Infirmitate motorie cerebrală apărând din primele luni ale vieții, de cele mai multe ori la copiii prematuri sau victime ale unei nașteri dificile care a antrenat o insuficiență a oxigenării creierului. SINONIM: *diplegie spastică*.

Copilul atins de sindromul lui Little are, în general, o dezvoltare intelectuală normală. Dar el prezintă o redoare extrem de marcată a membrelor inferioare și, uneori, a membrelor superioare.

Tratamentul constă în urmărirea copilului de către o echipă pluridisciplinară cuprinzând medic, ortopedist, kinezi-terapeut și specialist în reeducarea motorie.

LIVEDO. Anomalie localizată a circulației sangvine cutanate.

Un livedo se traduce printr-o vizibilitate anormală a venulelor superficiale, desenând de cele mai multe ori pe membrele inferioare o rețea violetă sau roșie, cu ochiuri mai mult sau mai puțin regulate. Un livedo fiziologic se observă uneori la nou-născut, adolescent sau la femeia tânără și pălește spontan în câteva zile. Livedo patologic este provocat de o afecțiune a arterelor (periarterită nodoasă, arteriopatie a membrelor inferioare), de o creștere a vâscozității sângelui (crioglobulinemie, poliglobulie), de anume medicamente (antiinflamatoare, antiparkinsoniene). Tratamentul unui livedo este cel al bolii responsabile.

LOA-LOA. → LOAZĂ.

LOAZĂ. Boală parazitară africană cauzată de infecția cu o filarie parazită, loa-loa. SINONIME: *filarioză cu loa-loa, filarioză loa, loasis, loiaza*.

Loaza nu se întâlnește decât în anumite regiuni ale Africii tropicale: sudul Nigeriei și Camerunului, Republica Centrafricană, Gabon, Congo, nordul Zairului și al Angolei.

CONTAMINARE. Boala se transmite prin înțepătura unui tăun, chrysops, care, hrănindu-se, extrage larvele numite microfilarii din circulația sangvină a subiecților atinși. Tăunul trăiește la marginea râurilor, în regiunile forestiere, și înțepătura lui, care se produce în plină zi, este greu de evitat. Microfilariile cresc în organism și devin viermi de 2 până la 7 centimetri lungime, care se deplasează în permanență sub piele, unde sunt vizibili, și sub conjunctiva ochiului.

SEMNE ȘI SIMPTOME. Deplasarea viermelui în organism provoacă placarde inflamatorii pe torace, pe mâini și pe antebrațe, îndeosebi, cunoscute sub numele de edeme de Calabar. Bolnavul se plânge de mâncărimi, de umflări trecătoare ale brațelor, antebrațelor, feței și toracelui. Trecerea unui vierme sub conjunctiva ochiului cauzează un edem dureros, dar benign.

TRATAMENT. Tratamentul este rezervat, în general, persoanelor foarte deranjate de boală și care nu mai sunt expuse unei noi infestări. El nu este sistematic, boala fiind benignă. Tratamentul se face la spital și medicul prescrie în general, în doze treptat crescătoare, dietilcarbamazină. Această substanță poate declanșa reacții alergice uneori grave.

LOBOTOMIE. Incizie chirurgicală a unui lob (a unei părți) a unui organ intern.

De cele mai multe ori, termenul lobotomie se aplică operației chirurgicale care constă în secționarea, în encefal, a unei părți din fibrele nervoase care leagă lobul prefrontal (sediul ideației – formarea și înlănțuirea ideilor) cu restul creierului. Această intervenție se practică pe subiecții atinși de anxietate paroxistică cronică, de obsesii grave și asupra bolnavilor în stare de suferință morală permanentă care au încercat de mai multe ori să se sinucidă. Lobotomia a suscitat numeroase rezerve din cauza extinderii abuzive a

practicării sale, din cauza sărăcirii afective a subiectului lobotomizat și a frecvenței resuțelor.

LOBSTEIN (boală a lui). Boală ereditară caracterizată printr-o fragilitate a oaselor. SINONIME: *fragilitate osoasă congenitală, boala oaselor de sticlă, osteopsatiroză.*

Boala lui Lobstein este o formă de osteogeneză imperfectă, adică țesutul osos este în acest caz de o calitate proastă din cauza unei anomalii de structură a colagenului. Ea se manifestă în mod obișnuit prin fracturi care apar chiar de la primii pași, dar există și forme cu exprimare mai tardivă. Această afecțiune se traduce în mod frecvent printr-o colorație albăstruie a „albului ochiului" și printr-o surditate. Tratamentul, dificil, constă în redresarea chirurgicală a oaselor deformate.

LOCOMOTOR (aparat). Totalitate a tuturor organelor care permit deplasarea individului.

Aparatul locomotor cuprinde oasele și articulațiile membrelor și coloana vertebrală, precum și ligamentele, mușchii și tendoanele care le leagă unele de altele sau le acționează.

Locomoția, care este o funcție complexă, face să intervină, în afara acestor organe, organele senzoriale (ochi, ureche) și receptorii senzitivi (organe microscopice), care culeg informațiile privind mediul și poziția ansamblului corpului, precum și cele despre tensiunea mușchilor. Sistemul nervos intervine și el: analizează aceste informații și transmite ordinele către mușchi, care pun oasele și articulațiile în mișcare multumită contracțiilor lor succesive și coordonate.

LOGOREE. Tulburare de limbaj caracterizată printr-un flux abundent de cuvinte debitate rapid pe durate lungi.

Logoreea este un semn deosebit de caracteristic al unei tulburări psihiatrice, mania sau accesul maniac. Bolnavul sare de la o idee la alta, multiplică jocurile de cuvinte. Atenția sa se risipește sub acțiunea solicitărilor exterioare, făcând imposibilă gândirea și sinteza. Pot fi asociate și elemente delirante.

O logoree se observă, de asemenea, și în cursul afazici lui Wernicke, afecțiune neurologică a cortexului unei emisfere cerebrale, care se traduce prin pierderea capacității de înțelegere a limbajului și a sensului cuvintelor. În acest caz, bolnavul deformează cuvintele, folosește un cuvânt în locul altuia. Uneori, limbajul se transformă într-un jargon totalmente de neînțeles pentru ceilalți, fără ca bolnavul să-și dea seama de aceasta.

LOHII. Scurgere vaginală ce survine în mod normal ca urmare a nașterii.

Lohiile sunt compuse din cheaguri de sânge, din resturile de membrane (caduca uterină) și dintr-o zemuire a plăgilor vaginului și colului uterin.

LOJELOR (sindrom al). Sindrom provocat de un traumatism, de o fractură mai ales, sau, mai rar, de purtatul unui aparat gipsat sau unui bandaj prea strâns, antrenând o compresie excesivă a mușchilor unui membru inferior (pulpă, gambă) în loja lor aponevrotică.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Pacientul se plânge de dureri violente ale membrului atins, de dificultăți la mișcarea degetelor de la mâini și de la picioare, de furnicături, de anestezia mâinii sau piciorului. Nervii fiind comprimați, există o diminuare a senzațiilor tactile, mai ales la extremități. Mușchii comprimați, neirigați, pot să se necrozeze, apoi să se retracte.

TRATAMENT. Acesta trebuie să fie întreprins de urgență: retragerea gipsului sau a garoului care au cauzat compresia, sau deschiderea chirurgicală a lojei prin incizia aponevrozei, pentru a permite expansiunea mușchilor care sunt conținuți aici.

LOMBALGIE. Durere a regiunii lombare.

Limbajul medical rezervă termenul lombalgie durerilor regiunii axate pe cele cinci vertebre lombare. Deasupra acestora se vorbește de dorsalgie; dedesubtul lor, de dureri fesiere sau sacrale.

DIFERITE TIPURI DE LOMBALGIE. O lombalgie poate fi cauzată de leziuni ale rachisului sau de afecțiuni care ating viscerele regiunii lombare.

■ *Lombalgiile rahidiene* sunt de origine inflamatorie sau mecanică:

– lombalgiile inflamatorii pot fi puse pe seama unei inflamații a unei vertebre și a discurilor intervertebrale vecine sau unei tasări vertebrale; la un subiect tânăr, unei afecțiuni a articulațiilor vertebrale; la un subiect vârstnic, unei tasări sau unei tumori benigne sau maligne. Durerea este deranjantă mai ales noaptea, iar dimineața la trezire, necesită o „dezmorțire" pe o durată de mai mult de 30 minute;

– lombalgiile mecanice sunt de cele mai multe ori cauzate de o artroză a apofizelor articulare posterioare ale vertebrelor sau de degenerescența unuia sau mai multor discuri intervertebrale, la rândul ei provocată de un traumatism, de o serie de microtraumatisme, de o epifizită (inflamația unei epifize) de creștere pentru formele precoce. Îmbătrânirea este adesea responsabilă deoarece, cu anii, discurile intervertebrale își pierd supletea și se fisurează. Durerea se manifestă în cursul zilei; agravată de eforturi, de căratul de greutăți, de staționarea îndelungată în picioare, ea este ușurată prin repausul la orizontală. Lombalgiile mecanice pot fi acute – cea mai frecventă fiind lumbago –, recidivante, făcând să alterneze perioadele dureroase și remisiunile, sau cronice. Ele sunt însoțite uneori de dureri care iradiază în membrele inferioare.

■ *Lombalgiile de origine viscerală* pot fi cauzate de o afecțiune care atinge rinichiul, aparatul urinar sau genital,

de o leziune a aortei sau a meningelor măduvei spinării (neurinom, arahnoidită, meningoradiculită etc.).

TRATAMENT. Acesta constă în administrarea de analgezice, de antiinflamatoare, în kineziterapie, chiar în imobilizarea temporară a rachisului cu ajutorul unui corset de răşini. Tratamentul lombalgiilor cronice trebuie să fie adaptat la jena funcţională pe care o produc şi să nu fie îngrijite decât leziunile al căror diagnostic este confirmat. Astfel, lombalgiile cronice cauzate de o leziune discală unică au mari şanse să fie vindecate printr-o artrodeză lombară (intervenţie chirurgicală constând în realizarea fuziunii a două vertebre una de alta pentru a suprima jocul articular). În schimb, atunci când degenerescenţa afectează mai multe discuri, succesul acestei intervenţii devine mai aleator.

LOMBALIZARE. Anomalie a primei vertebre sacrale, care, în loc să fie sudată de altele pentru a constitui sacrumul, să află separată de el fie complet, fie parţial.

Lombalizarea, în mod obişnuit latentă, poate fi descoperită întâmplător în cursul unui examen radiografic. Tratamentul face apel la gimnastica corectivă.

LOMBAR, -Ă. Relativ (ă) la şale.

Regiunea lombară, situată în partea de jos a spatelui, corespunde zonei celor cinci vertebre lombare şi maselor musculare învecinate. Denumită uneori „rinichi" ea este localizată la nivelul coloanei vertebrale, între a douăsprezecea coastă şi creasta iliacă.

PATOLOGIE. Regiunea lombară este adesea sediul durerilor care pot fi de origine vertebrală (leziunile rachisului lombar, articulaţiilor sacroiliace, discurilor intervertebrale), renală (litiaze renale sau ureterale, nefrite cronice) sau abdominale.

LOMBARTROZĂ. Artroză a rachisului lombar.

Lombartroza afectează mai ales subiecţii în vârstă, dar şi pe cei a căror profesiune antrenează un surmenaj lombar (căratul de greutăţi mari). Leziunile sale degenerative afectează mai ales apofizele posterioare ale articulaţiilor situate între a 4-a şi a 5-a vertebră lombară, precum şi pe cele situate între vertebra a 5-a lombară şi 1-a vertebră sacrală.

Ea se manifestă fie într-un mod acut (lumbago declanşat de un efort de a ridica o greutate mare sau de o torsiune a rachisului), fie în mod mai apropiat de cel cronic, cu ocazia unor eforturi, a căratului unor greutăţi, de stat în picioare o durată mare; durerea lombară nu iradiază în membrele inferioare decât dacă sunt asociate şi leziuni ale discurilor intervertebrale; ea este uşurată prin repausul la orizontală. Diagnosticul este confirmat prin radiografia simplă a rachisului, la nevoie prin scanografie RX sau prin imagerie de rezonanţă magnetică (I.R.M.).

TRATAMENT. Acesta face apel la analgezice, la antiinflamatoare şi la kineziterapie. Purtatul temporar al unui corset din răşini poate atenua durerile.

LOMBOSACRAL, -Ă. Care se referă la regiunea de tranziţie de la rachisul lombar (vertebrele a 4-a şi a 5-a lombară) la sacrum.

Regiunea lombosacrală este locul frecvent al diferitelor afecţiuni vertebrale. De altfel, articulaţia dintre ultima vertebră lombară şi prima vertebră sacrală face parte dintr-o zonă de flexie (regiunile de flexie, ca o balama, lombosacrală, dorsolombară etc.) deosebit de mobilă şi fragilă şi supusă unor mari constrângeri mecanice.

LOMBOSTAT. Corset purtat pe regiunea lombosacrală, destinat limitării mobilităţii.

În lombalgiile acute cauzate de inflamaţia unei vertebre şi a discurilor intervertebrale învecinate, de o tasare vertebrală recentă, de o lombalgie discală acută, punerea în repaus a zonei rachisului care se află la originea durerilor contribuie la repararea leziunilor; imobilizarea este atunci provizorie. Lombostatul este un corset mulat, din gips sau din răşină, destinat să asigure o imobilizare riguroasă a regiunii lombosacrale. În lombalgiile cronice provocate de leziunile multiple ale discurilor intervertebrale, de scolioze, de tasările vertebrale multiple cauzate de osteoporoză (decalcificare osoasă), purtatul unui lombostat făcut din pânză şi balene, mai suplu, făcut pe măsură, permite atenuarea durerilor pacientului.

Contrar unei opinii răspândite, purtatul unui lombostat nu favorizează atrofia muşchilor rachisului. Din contra, permiţându-le să lucreze în condiţii mai favorabile, lombostatul facilitează frecvent reluarea unei activităţi profesionale de către utilizatorul său. Adesea este chiar recomandat pacientului care poartă un lombostat să întreprindă o reeducare adecvată, efectuând unele exerciţii precise de kineziterapie (şederi pe vine, flotări oblice), care vor fi benefice pentru rachisul lombosacral.

LOMBOTOMIE. Incizie chirurgicală a peretelui abdominal în regiunea lombară.

LORDOZĂ. Curbură fiziologică a coloanei vertebrale scobindu-se spre faţă.

La orice subiect există în mod normal două lordoze moderate: lordoza cervicală, situată la nivelul gâtului, şi lordoza lombară, sau „scobitura rinichilor", situată în regiunea lombară; aceasta din urmă este mai pronunţată la femeie decât la bărbat. Aceste două lordoze sunt compensate de o curbură normală inversă (cifoză) a rachisului dorsal.
→ HIPERLORDOZĂ.

LUCITĂ. Afecţiune cutanată declanşată prin expunerea pielii la soare.

DIFERITE TIPURI DE LUCITĂ. Termenul lucită acoperă trei afecţiuni distincte.

■ *Lucita estivală benignă* provoacă mici pete roșii, ușor proeminente, semănând uneori cu urticaria, sau mici „bășicuțe", asociate cu mâncărimi mari. Ea afectează mai ales femeia de vârstă cuprinsă între 25 și 40 ani, după prima expunere solară bruscă sau prelungită din anul respectiv, și scutește de obicei fața.

■ *Lucita polimorfă*, mai gravă, atinge bărbatul sau femeia adultă și debutează după 12–24 ore de la prima expunere solară primăvara. Ea ia aceeași formă ca și lucita estivală benignă, dar poate să se complice cu o eczemă, o urticarie, un lichen sau un prurigo. Leziunile provoacă mâncărimi puternice.

■ *Lucita hibernală benignă* este o erupție a feței afectând subiecții tineri, de cele mai multe ori fete sau fetițe sub 15 ani, survenind la expunerea bruscă la soare la o altitudine de peste 1.500 metri. Ea se traduce prin plăci roșii și violacee adesea umflate, asemănătoare urticariei, care apar pe frunte, tâmple, pomeți, urechi și provoacă mâncărimi.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Afecțiunile sunt tratate cu antihistaminice, pe cale orală, și prin aplicații locale de antiinflamatoare. Leziunile dispar în câteva zile. Prevenirea cuprinde, pe de o parte, protecția împotriva radiației solare (creme), pe de altă parte, medicamente administrate pe cale orală (antipaludice de sinteză, carotenoide) și ședințe de puvaterapie (asocierea unei expuneri la radiațiile ultraviolete A cu psoralenele) înainte de a expune pielea la soare.

LUDOTERAPIE. Metodă de tratament al bolilor mintale prin joc.

Astăzi ludoterapia se află la baza tuturor psihoterapiilor infantile. Ea vizează să scoată subiectul din închiderea în sine făcându-l să ia aminte la conflictele sale interioare. Tehnicile pot fi individuale sau colective (spectacole, sporturi, psihodrame).

LUETĂ. Apendice musculomucos suspendat de marginea posterioară a vălului palatin, în fundul cavității bucale. SINONIME: *omușor, uvula*.

Lueta este un organ cărnos, cu o lungime de 10 până la 15 milimetri, care se poate mișca și contracta. Ea joacă un rol esențial în deglutiție și în emisia sunetelor, controlând curgerea de aer la intrarea în faringe. Lueta poate deranja respirația în timpul somnului și poate provoca sforăituri.

LUMBAGO. Durere lombară acută, cu apariție bruscă, survenind după o mișcare greșită și provocată de un microtraumatism care afectează un disc intervertebral.

Un lumbago este provocat de o fisură a annulusului prin care se infiltrează o parte din nucleus pulposus.

În caz de lumbago, mișcările rachisului sunt foarte limitate, adesea mai mult într-o direcție decât în alta, iar blocajul antrenează timp de mai multe zile o atitudine incorectă denumită „atitudine antalgică". Un lumbago se vindecă, în general, în câteva zile. Odihna la pat, kineziterapia, infiltrațiile (cu cortizon, de exemplu), administrarea de analgezice și de antiinflamatoare permit scurtarea duratei ei.

LUMEN. Spațiu care ocupă interiorul unui organ tubular (vas sau un alt canal al organismului).

Acest termen desemnează frecvent cavitatea arterelor sau a intestinelor.

LUPUS ERITEMATOS CRONIC. Dermatoză cronică caracterizată printr-o erupție cutanată sub forma unei măști pe față. SINONIM: *lupus discoid*.

Lupusul eritematos cronic este localizarea cutanată a lupusului eritematos diseminat.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Lupusul formează leziuni cutanate roșii care cuprind cruste ce nu provoacă mâncărimi. Aceste leziuni debutează prin simple plăci, de extindere limitată, uneori parcurse de mici vase dilatate. Ca urmare, ele sunt sediul unei hiperkeratoze (creșterea excesivă a stratului cornos al pielii) de importanță variabilă. Leziunile se dezvoltă în mod relativ simetric pe nas, obraji, urechi, frunte și bărbie.

Evoluția se face prin pusee succesive, adesea declanșate de o nouă expunere la soare. În anumite forme, lupusul se poate extinde mult, antrenând leziuni destul de inestetice.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul face apel la dermocorticosteroizi cu acțiune locală, prescriși în simple masaje sau în pansamente. Leziunile puternic keratinizate pot fi suprimate prin criochirurgie sau prin laser cu dioxid de carbon. Totuși, adesea este necesar un tratament general: administrarea orală de antipaludice sau, atunci când acestea sunt ineficace, sulfone, retinoide sau talidomidă.

Prevenirea lupusului eritematos cronic constă în evitarea soarelui și în protejarea pielii cu ajutorul cremelor solare ecran total.

LUPUS ERITEMATOS DISEMINAT. Boală inflamatorie de origine autoimună, ce afectează un mare număr de organe. SINONIME: *boală lupică, lupus sistemic*.

Lupusul eritematos diseminat, sau L.E.D., face parte din bolile sistemice sau conectivite. Este o boală cu mare predominanță feminină (8 femei la 2 bărbați), a cărei frecvență maximă se situează între 20 și 30 ani. Această afecțiune este cauzată probabil de multipli factori, dar terenul genetic este, fără îndoială, cel mai important.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acestea variază mult de la un bolnav la altul. Semnele generale, prezente în timpul puseelor bolii, asociază o febră, o pierdere a poftei de mâncare și o pierdere în greutate. Manifestările articulare (artrită acută, subacută sau cronică, sau simple dureri articulare) se găsesc la 90% dintre bolnavi. În schimb, o osteonecroză (necroză osoasă) nu se dezvoltă decât la 5% dintre ei. Manifestările cutanate sunt foarte diverse: eritem al feței în formă de aripi de fluture, leziuni de lupus eritematos cronic (plăci roșii conținând cruste), vascularită, urticarie,

sensibilitate la lumină, căderea părului, leziuni de tip degerătură, creștere sau diminuare a pigmentației. Atingerea renală este o complicație frecventă (mai mult de 50% dintre cazuri); ea se manifestă fie prin anomalii urinare simple (proteinurie, hematurie microscopică), fie printr-un sistem nefrotic și corespunde unei distrugeri a glomerulilor (glomerulonefrită); ea poate evolua spre o insuficiență renală. Sistemul nervos poate, de asemenea, să fie atins: crize convulsive, paralizie, migrenă, tulburări de comportament. În sfârșit, se mai observă tulburări cardiovasculare (pericardită, miocardită, endocardită, tromboză arterială sau venoasă, hipertensiune), respiratorii (pleurezie) și hematologice (leucopenie, trombopenie, anemie hemolitică, chiar hipertrofie ganglionară, creștere în volum a splinei). Sarcina și perioada de după naștere favorizează pusecele bolii. Avorturile spontane sunt frecvente.

EVOLUȚIE. Evoluția este lentă, putând să se întindă pe mai mulți ani. Ea se face prin pusee spontane întrerupte de remisiuni complete de durată variabilă (de la câteva luni până la mai mulți ani).

TRATAMENT. Lupusul eritematos diseminat necesită o luare în atenție globală a bolnavului. Odihna este utilă în timpul puseelor bolii, iar expunerea la soare este contraindicată. Formele benigne (în principal cutanate, articulare și pleurale) sunt tratate cu antiinflamatoare nesteroidiene sau cu aspirină, asociate cu antimalarice de sinteză. Uneori este necesară o scurtă corticoterapie. Formele cele mai severe (atingerea sistemului nervos central sau atingerea renală gravă) sunt tratate cu doze mari de corticosteroizi, uneori asociate cu medicamente imunosupresoare. Unele cazuri de nefropatii lupice grave care au evoluat spre o insuficiență renală obligă efectuarea unui tratament prin hemodializă, chiar recurgerea la un transplant renal. Orice sarcină la o femeie care suferă de lupus trebuie să fie considerată ca fiind un mare risc și necesită o supraveghere deosebită.

LUTEINIZANT (hormon). Hormon hipofizar care intervine în sinteza androgenilor ovarieni la femeie și a testosteronului la bărbat. SINONIM: *luteotropina*.

Hormonul luteinizant, sau LH, este, ca și hormonul foliculostimulant (FSH), o gonadotrofină hipofizară: el stimulează glandele genitale (ovare sau testicule). Prezența sa în sânge este supusă secreției unui hormon hipotalamic specific, gonadoliberina (GnRH sau LH-RH).

PATOLOGIE. Creșterea cantității de hormoni luteinizant și foliculostimulant, asociată cu un nivel coborât al steroizilor sexuali (testosteron, estradiol), evocă o insuficiență gonadică (a testiculelor sau a ovarelor), responsabilă de o sterilitate. Scăderea simultană a nivelului gonadotrofinelor și steroizilor sexuali la un subiect puber evocă o atingere a hipotalamusului sau a hipofizei (adenom hipofizar, sindromul lui Kallmann-De-Morsier).

Deficitul în hormon luteinizant poate fi compensat prin administrarea intramusculară a hormonului corionic gonadotrofic (h.C.G.).

LUXAȚIE. Deplasare a două extremități osoase ale unei articulații antrenând o pierdere a contactului normal a două suprafețe articulare.

CAUZE. O luxație este provocată de un șoc sau de o mișcare forțată, mult mai rar de o malformație (luxația congenitală a șoldului). Se vorbește de luxație parțială, sau de subluxație, atunci când osul deplasat a alunecat într-o parte dar încă rămâne în contact pe o anumită suprafață cu al doilea os al articulației.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Simptomele unei luxații sunt caracteristice: durere, deformație și imposibilitatea de a mișca articulația. Radiografia permite confirmarea diagnosticului. O luxație poate fi asociată cu o fracturâ a unuia sau ambelor oase. De altfel, ea se poate complica pe scurtă durată cu o compresie a arterelor sau a nervilor învecinați, ori a măduvei spinării în cazul vertebrelor. O luxație veche poate reapărea cu ocazia unor traumatisme, chiar a unor mișcări din ce în ce mai mici: atunci se vorbește de luxație recidivantă.

TRATAMENT. Acesta constă într-o reducere (punere la loc) de urgență, la spital, a celor două oase; această operație poate fi ortopedică (prin manevre externe) sau, uneori, chirurgicală. Articulația este apoi imobilizată, timp în care capsula și ligamentele se cicatrizează: timp de 2-3 săptămâni pentru o articulație mică, o lună pentru luxația șoldului, aceasta necesitând în plus punerea în tracțiune a gambei. Mult mai rară și mai gravă, luxația genunchiului, care antrenează o ruptură a tuturor ligamentelor articulației, necesită o reparație chirurgicală și o imobilizare a membrului inferior timp de aproximativ 6 săptămâni. Bolnavul poate merge ajutându-se de bastoane apoi, la aproximativ două luni după accident, fără să se sprijine pe piciorul respectiv. Sunt frecvente sechele ca o redoare sau, din contra, o instabilitate a genunchiului.

LUXAȚIE CONGENITALĂ A ȘOLDULUI. Malformație a articulației coxofemurale caracterizată prin faptul că ceea ce se numește cavitate cotiloidă a osului iliac, cea care primește capul femural, îl înglobează incomplet.

Luxația congenitală a șoldului, mai obișnuită la fete, este o boală ereditară care se observă îndeosebi în unele regiuni (Bretagne, Masivul Central din Franța).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Depistarea unei luxații congenitale a șoldului trebuie să facă parte din examinarea clinică a nou-născutului. Medicul caută semnul de proeminare, atunci când apropie pulpa de axa corpului, echivalent cu o reducere bruscă a luxației. Ecografia șoldurilor permite vizualizarea morfologiei articulației. Ea este practicată în mod sistematic de câte ori există o anomalie la examenul

clinic sau un factor predispozant: origine bretonă, naștere cu prezentație cu șezutul a fătului, mai ales.

TRATAMENT. Depistarea, din ce în ce mai precoce, a permis să se limiteze tratamentul chirurgical al malformației. Când aceasta este detectată la naștere, o tehnică deosebită de înfășat este suficientă pentru a repune definitiv la loc șoldul. Tratamentul mai poate face apel la aparataje (chilot de abducție, hamul lui Pavlik) care permit reducerea luxației, apoi stabilizarea treptată a șoldului. Prescripția necesită controale clinice, ecografice sau radiografice foarte regulate pentru a verifica eficacitatea aparatajelor folosite.

LUXAȚIE DENTARĂ. Deplasare anormală a dintelui în alveola sa.

O luxație dentară este cauzată de o leziune a ligamentului alveolodentar provocată de un șoc. Ea se traduce printr-o mobilitate anormală, uneori asociată cu o deplasare a dintelui, care se înfundă în alveola sa sau, din contra, iese din ea în mod anormal. Tratamentul, întreprins de urgență, constă în repunerea la loc a dintelui și în fixarea lui temporară de dinții învecinați cu ajutorul unui aparat.

LUXAȚIE TEMPOROMANDIBULARĂ. Deplasare apre în față a maxilarului inferior (mandibula) la nivelul articulării sale cu osul temporal.

Luxația temporomandibulară, mai curând numită desprindere (decroșare) de maxilar, poate atinge una dintre articulațiile temporomandibulare sau ambele: în primul caz, ea este cauzată de un șoc al cărui punct de impact se găsește în partea de jos a obrazului; în al doilea caz, ea poate fi provocată de un căscat, de o deschidere forțată a gurii (la dentist, de exemplu).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Subiectul aude o trosnitură în fața urechii, căreia i se asociază rapid o durere. El nu-și mai poate închide complet gura.

TRATAMENT. Acesta este manual și încearcă să reașeze maxilarul inferior în poziție corectă. Pentru aceasta, medicul sau o persoană obișnuită cu această tehnică se așează în fața pacientului și îi prinde maxilarul inferior între police și index, apoi îi imprimă o presiune ușoară îndreptată în jos (gura are tendința să se deschidă mai mult) și apoi spre în spate (gura se închide), această manevră având drept efect reducerea luxației.

LYELL (sindromul lui). Afecțiune dermatologică gravă caracterizată printr-o dezlipire a întregului epiderm. SINONIM: *necroliză epidermică acută*.

Sindromul lui Lyell survine la adult, cu ocazia luării unui numitor medicamente (antiinflamatoare, antibiotice, antiepileptice), sau la copil ca urmare a unei infecții cu stafilococ.

SIMPTOME ȘI EVOLUȚIE. Acest sindrom se traduce prin apariția bruscă a unei roșeli cutanate generalizate, pe care apar „bășicuțe" umplute cu lichid, care se rup foarte repede, lăsând dezvelite țesuturile subiacente și dând bolnavului un aspect caracteristic de opărit. Se mai observă o febră, dureri articulare, o deshidratare, o oboseală intensă.

TRATAMENT. Acesta este realizat de urgență, în mod intensiv, într-un serviciu specializat de reanimare. În afara antibioticelor pentru prevenirea riscului de suprainfecție, tratamentul mai constă în stăvilirea simptomelor: îngrijiri cutanate repetate (curățire, antisepsie), alimentație artificială, rehidratare cu perfuzie intravenoasă.

LYME (boală a lui). Boală infecțioasă articulară, neurologică și cardiacă, al cărei agent este o bacterie din familia spirochetelor, *Borrelia burgdoferi*. SINONIM: *borrelioză*.

Borrelia burgdoferi este transmisă omului prin înțepătura unei căpușe. Mai multe mamifere, între care cerbii, constituie rezervoarele de bacterie. Boala lui Lyme se întâlnește în Europa, America și Australia.

FAZE DE EVOLUȚIE A BOLII. Boala lui Lyme evoluează în trei faze:

■ *Faza primară* se manifestă printr-o leziune numită eritem cronic migrator, survenind între trei zile și o lună după înțepătura căpușei. Acesta este o roșeață cutanată inițial papuloasă și inflamatorie, centrată pe punctul de înțepătură, care se întinde în mod concentric, formând un inel. Eritemul este însoțit de o febră de mică intensitate, de dureri articulare și musculare. Leziunea cutanată dispare în trei săptămâni.

■ *Faza secundară* se exprimă prin pusee de eritem, prin manifestări neurologice (radiculită, meningită), prin manifestări cardiace (sincope, dureri toracice) și prin dureri articulare de origine inflamatorie. Ea durează de la câteva săptămâni până la câteva luni.

■ *Faza tertiară* survine la mai mulți ani după înțepătură; ea asociază o acrodermatită cronică atrofiantă (eritem asociat cu o atrofie progresivă a pielii), un pseudolimfom (limfom cutanat benign), reumatism cronic al uneia sau mai multor articulații și atingeri cerebrale.

TRATAMENT. Tratamentul constă în antibioterapie, care tratează manifestările clinice debutante și previne manifestările neurologice tardive. Boala lui Lyme poate lăsa sechele de natură variată, îndeosebi neurologice (paralizie facială periferică) sau cutanate (atrofie).

PREVENIRE. Aceasta constă eventual în tratarea cu antibiotice după o înțepătură de căpușă dacă regiunea geografică este cunoscută ca loc de apariție a bolii.

Macrofagele constituie primul mecanism de apărare celulară împotriva agenților infecțioși. Ele sunt găsite în toate țesuturile.

MACROLID. Medicament antibiotic activ împotriva anumitor bacterii.

MACULĂ. Mică zonă de depresiune situată în centrul retinei, unde acuitatea vizuală este maximă. SINONIME: *fovea, macula lutea, pată galbenă*.

MAGNEZIU. Oligoelement indispensabil organismului, care intervine în numeroase și importante reacții fiziologice (metabolismul glucidelor, lipidelor și proteinelor, în excitabilitatea neuromusculară, în activitățile enzimtice, în permeabilitatea celulară, în coagularea sangvină etc.).

Corpul unui adult conține aproximativ 25 grame de magneziu (Mg.): mai mult de jumătate din această cantitate se găsește în oase, un sfert în mușchi, iar restul se repartizează, în principal, în inimă, ficat, rinichi, tubul digestiv și în plasmă. Aporturile recomandate sunt de 5 miligrame per kilogram de greutate corporală și pe zi. Necesitățile femeii gravide sunt multiplicate cu 2, cele ale copilului cu 3. Cele mai bune surse alimentare de magneziu sunt cerealele complete, fructele oleaginoase (migdale, nuci), legumele uscate, ciocolata, unele fructe de mare (o specie de melci comestibili) și unele ape minerale. Se poate observa o carență în caz de alimentație prea săracă în magneziu (regim hipocaloric, subnutriție), de creștere a necesităților (sarcină, alăptare), de pierdere renală, de malabsorbție digestivă (tulburare a absorbției intestinale a alimentelor), precum și în alcoolismul cronic. Ea se traduce, în principal, prin tulburări neuromusculare, dintre care spasmofilia și tetania sunt expresiile cele mai curente. O supraîncărcare cu magneziu poate fi consecința unei insuficiențe renale severe.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Magneziul poate fi administrat pe cale orală (comprimate, capsule, pliculețe cu praf, fiolă buvabilă) sau pe cale injectabilă (intramusculară sau intravenoasă). El este indicat pentru prevenirea și tratarea eventualelor carențe. Unii compuși de magneziu (carbonat, oxidul sau hidroxidul) sunt utilizați ca pansamente gastrice.

EFECTE NEDORITE. În general foarte bine tolerat, magneziul poate antrena o diaree atunci când este absorbit în cantitate mare pe cale orală.

MALABSORBȚIE (sindrom de). Tulburare a absorbției intestinale a nutrimentelor (glucide, lipide, proteine etc.) legată de o atingere a peretelui intestinului subțire.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Un sindrom de malabsorbție se manifestă adesea, dar nu în mod obligatoriu, printr-o diaree grăsoasă și, întotdeauna, prin mai multe carențe cauzate de o proastă asimilare a alimentelor. Aceste carențe se traduc prin pierdere în greutate, edeme ale membrelor inferioare, anemie, tulburări ale metabolismului fosforului și calciului cu crize de tetanie și dureri osoase și, în sfârșit, prin hemoragii.

TRATAMENT. Tratamentul constă în remedierea diferitelor carențe nutriționale și în tratarea cauzelor tulburărilor, de exemplu, printr-un regim fără gluten pentru boala celiacă, prin administrarea unui medicament antiparazitar pentru lambliază și prin chimioterapie în caz de limfom.

MALARIE. → PALUDISM.

MALFORMAȚIE. Anomalie morfologică congenitală a unui organ sau a unei părți a corpului, decelabilă de la naștere sau care se manifestă încă din prima vârstă a copilăriei.

Malformațiile sunt diverse și de gravitate foarte variabilă, mergând de la simplul angiom cutanat, care dispare în cursul creșterii, până la o malformație gravă, care face copilul neviabil. Ele rezultă dintr-o tulburare a dezvoltării embrioanre, adică dintr-un accident plasabil într-o perioadă cuprinsă între fecundație și a 40-a zi de sarcină (perioada formării majorității organelor).

Între 1,5 și 3% dintre nou-născuți sunt purtători ai unei malformații. Aceasta se poate manifesta din capul locului (malformația membrelor, malformația cardiacă de exemplu) sau mai târziu (malformația digestivă sau urinară); este de menționat importanța unui examen fizic aprofundat al oricărui nou-născut în primele trei zile după naștere.

CAUZE. Cauzele sunt nesigure în 50 până la 70% din cazuri. Celelalte cazuri relevă, în principal, trei origini.

■ *Anomaliile cromozomiale*, al căror risc crește în general cu vârsta mamei, îndeosebi în ceea ce privește trisomia 21 (mongolism), sunt anomaliile cele mai precoce în dezvoltarea oului; ele există uneori deja în nucleul ovulului sau spermatozoidului, sau pur și simplu survin în cursul primelor diviziuni celulare. Se disting anomaliile de număr (cromozom supranumerar sau lipsă) și anomaliile de morfologie cromozomică (de exemplu, deleția brațului scurt al celui de-al 5-lea cromozom, cauzând boala numită a țipătului de pisică). Pot fi atinse toate celulele copilului sau doar un grup celular: atunci se vorbește de mozaic.

Malformațiile antrenate sunt, în general, complexe, asociind de cele mai multe ori un anumit grad de deficiență mintală.

■ *Anomaliile ereditare* pot fi legate de anomalia unei singure gene (ereditate monofactorială) sau a mai multor gene (ereditate multifactorială). Frecventa acestui tip de anomalie crește în caz de consangvinitate (copii proveniți din doi membri ai aceleiași familii).

■ *Anomaliile legate de sarcină* sunt multiple. Substanțele toxice ingerate sau inhalate de către mamă în timpul sarcinii, îndeosebi alcoolul, sunt responsabile de o creștere statistică a numărului de malformații (atingere în particular a bazinului și membrelor inferioare). Anumite infecții ale mamei în timpul sarcinii pot, de asemenea, să fie sursa malformațiilor. Ele sunt, în general, cu atât mai periculoase cu cât

survin mai la începutul sarcinii, îndeosebi în cursul dezvoltării embrionare; rubeola este responsabilă de malformații oculare, cardiace și auditive, toxoplasmoza (infecție parazitară provocată de un protozoar, *Toxoplasma gondii*), de atingeri oculare și de hidrocefalie, în timp ce infecția cu citomegalovirus poate provoca o atingere a creierului (microcefalie, calcificări cerebrale) și anomalii ale globului ocular (microftalmie) și ale retinei (corioretinită).

TRATAMENT. Atunci când este posibil, tratamentul este de cele mai multe ori chirurgical (de exemplu, chirurgie estetică în caz de fantă labiopalatină etc.). Într-un număr mic de cazuri, el poate să constea în prevenire.

DEPISTARE. Mulțumită mijloacelor de depistare aparute în cursul ultimilor ani, frecvența anomaliilor congenitale grave la copii ar trebui să descrească.

■ *Ecografia obstetricală* permite studierea morfologiei fătului din al 2-lea trimestru de sarcină.

■ *Amniocenteza*, prelevarea de lichid amniotic, permite depistarea anomaliilor cromozomice (în particular pe cea a trisomiei 21), determinarea sexului copilului, pentru malformațiile legate de sex, și dozarea anumitor substanțe ca alfafetoproteina, al cărei nivel este deosebit de crescut în spina bifida. Amniocenteza a devenit cvasistematică atunci când mama a depășit vârsta de 38 ani.

■ *Prelevarea de sânge fetal* din cordonul ombilical, sub ecografie, permite, de asemenea, depistarea unor malformații.

■ *Dozarea sangvină a hormonilor mamei* este un indictaor al unor malformații; un nivel prea mare de hormon corionic gonadotrofic, de exemplu, indică o posibilitate de trisomie 21.

■ *Sfatul genetic* poate fi solicitat de un cuplu care a avut deja un copil malformat sau atins de o boală genetică, sau chiar înaintea nașterii primului copil în caz de antecedente familiale de boli ereditare.

MALIGN, -Ă. Se spune despre o tumoră canceroasă susceptibilă de a infiltra țesuturile învecinate și de a se generaliza; de asemenea, mai rar, despre o afecțiune care prezintă un caracter grav și insidios, spre deosebire de caracterul benign.

MALLORY-WEISS (sindrom al lui). Ruptură superficială și longitudinală a mucoasei situate la joncțiunea esofagului cu stomacul.

Sindromul lui Mallory-Weiss survine, în general, după importante eforturi de a voma și se manifestă printr-o hemoragie digestivă înaltă (vome cu sânge roșu). Tratamentul este aproape întotdeauna medicamentos (antiemetice, antisecretorii) și poate face apel la transfuzii în caz de hemoragie masivă. O intervenție chirurgicală poate fi practicată în caz de hemoragie nestăpânită prin tratamentul medical.

MALOCLUZIE DENTARĂ. Proastă imbricare a ansamblului dinților de pe un maxilar în raport cu celălalt atunci când este închisă gura.

O malocluzie poate fi la originea migrenelor, a pârâiturilor articulare (localizate în fața urechii), a spasmelor musculare care deranjează deschiderea gurii. În majoritatea cazurilor, este posibil tratamentul prin abraziunea ușoară a dinților, prin punerea unei proteze sau a unui aparat dentar, aceste trei tehnici putând fi asociate. → OCLUZIE DENTARĂ.

MALTA (febră de).→ BRUCELOZĂ.

MAMĂ PURTĂTOARE. Femeie care poartă un copil pe care nu l-a conceput în mod natural, cu scopul de a-l da altcuiva după naștere.

Mama purtătoare poate primi un embrion care a fost fecundat artificial (ovul sau spermatozoid al cuplului solicitator) sau care acceptă o însămânțare artificială cu spermatozoizii tatălui beneficiar al contractului.

Această maternitate de substituție este interzisă în unele țări.

MAMECTOMIE. → MASTECTOMIE.

MAMELON. Proeminență centrală a sânului.

Mamelonul este înconjurat de areolă, suprafața inelară mai mult sau mai puțin pigmentată și de întinderе variabilă. În vârful lui se deschid porii în care se deschid canalele galactofore (excretoare de lapte). Mamelonul este înconjurat de fibre musculare, netede, circulare și radiale, care îi asigură mobilitatea. Bogat vascularizat și inervat, el este erectil și foarte sensibil (atingere, durere).

PATOLOGIE. La mama care alăptează, o invaginare a mamelonului împiedică sugarul să sugă și necesită utilizarea unei pompe trage-lapte. Macerarea mamelonului poate provoca crevase (fisuri) durerose. Îngrijirile igienice și utilizarea temporară a unui aparat care ușurează suptul asigură, de obicei, vindecarea.

MAMELON SUPRANUMERAR. Mică malformație rotundă sau ovală prezentând în centrul său un element proeminent care amintește aspectul unui mamelon de sân.

Mameloanele supranumerare, în număr de unul sau două, sunt amplasate pe o linie aproape verticală care pornește din mamelonul normal și merge până în regiunea inghinală. Benigne, mameloanele supranumerare nu necesită nici un tratament.

MAMOGRAFIE. Examen radiologic al sânilor.

Mamografia permite depistarea leziunilor precanceroase de dimensiuni mici, încă nedecelabile prin palpare, și face deci posibil un tratament precoce.

DESFĂȘURARE. Examenul trebuie să fie realizat de preferință în timpul primei jumătăți a ciclului menstrual. El este întotdeauna bilateral și comportă cel puțin două clișee (față și profil) ale fiecărui sân, uneori trei (un clișeu oblic care să permită explorarea scobiturii axilare). Radiologul așază pacienta, care în prealabil și-a dezbrăcat partea de sus

a corpului, în fața aparatului și, înaintea fiecărui clișeu, îi comprimă sânul între placa port-film și o placă transparentă. Examenul durează aproximativ 20 minute și, developarea fiind imediată, dacă este necesar se pot face clișee suplimentare.

Nu este cerută nici o pregătire, cu excepția cazului unei scurgeri prin mamelon, în care se efectuează o opacifiere prealabilă a canalelor galactofore prin injectarea unui produs de contrast (galactografie).

INDICAȚII. O mamografie sistematică este recomandabilă din doi în doi ani femeilor trecute de vârsta de 50 ani. Ea mai este efectuată la avizul medicului atunci când o femeie prezintă un risc crescut de cancer de sân (familie cu risc, antecedente personale, mastoză fibrochistică). Ea nu înlocuiește nici autopalparea sânilor, nici consultația medicală efectuată cu regularitate.

Mamografia este un examen cu raze X care utilizează doze slabe de radiații, dar care totuși trebuie evitat la femeia gravidă.

MAMOPLASTIE. Intervenție chirurgicală destinată să modifice aparența sânilor. SINONIME: *mastoplastie, plastie mamară*.

INDICAȚII. O mamoplastie se justifică prin dificultățile fizice psihologice (complex, frustrare) și sociale (jenă vestimentară) cauzate de înfățișarea pieptului feminin și, uneori, a celui masculin.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. Intervenția trebuie să fie precedată de o conversație cu chirurgul, care se asigură de fundamentarea cererii, evaluează implicațiile psihologice și alege cu pacienții cea mai bună soluție tehnică dintre diferitele procedee posibile pentru fiecare tip de intervenție.

Operația se practică la toate vârstele sub anestezie generală, după un bilanț preoperator complet, și durează aproximativ două ore, în afara cazurilor unei ginecomastii tratate prin liposucțiune (aspirarea grăsimii). Chirurgul incizează sânul în așa fel încât să lase o cicatrice cât mai mică posibil, având grijă să păstreze mamelonul și areola. Mărimea cicatricii variază de la caz la caz și poate uneori să fie limitată la conturul areolei. Durata de spitalizare este cuprinsă între două și cinci zile.

■ *În caz de hipertrofie sau de ptoză mamară*, incizia se face de cele mai multe ori în jurul areolei, apoi coboară vertical pe o lungime de 4–6 centimetri până la șanțul submamar, pe care-l urmează scurtat. Chirurgul retrage o parte din glanda mamară, din grăsime și din piele.

■ *Ginecomastia* se tratează prin ablația glandei mamare, practicată mulțumită unei incizii în lungimea areolei. Ginecomastiile esențialmente grăsoase pot fi tratate prin lipoaspirație (aspirarea grăsimii). Pacientul resimte dureri timp de 21 de zile.

■ *În caz de hipotrofie sau de absența sânului (sânilor)*, chirurgul reconstruiește sânul implantând o proteză, care se pune fie în fața, fie în spatele mușchiului pectoral. Proteza este constituită de cele mai multe ori dintr-un înveliș de silicon solid gelificat, care este umplut cu silicon lichid sau umflat cu ser fiziologic. Amplasarea unei proteze se face fie prin incizia axilară, ceea ce permite plasarea protezei în spatele mușchiului pectoral, fie prin perimetrul areolei — proteza fiind atunci plasată în spatele glandei mamare. În caz că nu există piele suficientă după o ablație a sânului motivată de un cancer, poate fi necesar să se corecteze lipsa de țesut prin utilizarea unei suprafețe suplimentare de piele (lambou musculocutanat prelevat din altă parte a corpului, părțile laterale, spatele sau abdomenul, de exemplu).

CONVALESCENȚĂ. Convalescența durează între o săptămână și o lună.

În caz de operație pentru hipertrofie sau ptoză mamară, glanda mamară este sediul unui edem postoperator ce dispare treptat la capătul unei perioade care merge de la șase săptămâni la aproximativ două luni. Dacă s-a pus o proteză pentru a crește volumul sânului, masajele postoperatorii menționate „plutire" a acestuia. Senzațiile dureroase pricinuite de punerea protezelor dispar după câteva zile. Atunci când incizia a fost făcută axilar, durerile postoperatorii sunt mai intense, amplasarea definitivă a protezei fiind atunci mai dificilă și mai îndelungată. După tipurile de piele, cicatricele evoluează în mod rapid sau mai puțin rapid. Sensibilitatea mamară este diminuată timp de câteva luni, apoi se restabilește puțin câte puțin. În primele luni este preferabil purtatul unui sutien.

COMPLICAȚII. Se poate forma un hematom. Dacă el nu se reduce de la sine, va trebui evacuat chirurgical.

În mai puțin de 1% din cazuri se produce o infecție. După gradul de gravitate aceasta poate merge de la o simplă respingere a firelor până la un adevărat abces al sânului, care va trebui drenat chirurgical.

După operație pot fi uneori vizibile cicatrice roșii și groase sau cicatrice destul de mari. Aceste cicatrice pot fi refăcute după o a doua operație, între șase luni și un an după prima.

Recidiva hipertrofiei mamare este posibilă, dar reprezintă mai puțin de 5% din cazuri.

Calitatea pielii nefiind evaluabilă înainte de operație, sânii operați pot cădea din nou dacă trama elastică a pielii care susține sânul este de proastă calitate. În acest caz este, de asemenea, avută în vedere o a doua operație.

Protezele mamare gonflabile pot eventual să se dezumfle. Serul fiziologic se răspândește atunci în organism. Fenomenul nu prezintă pericol, dar operația trebuie luată atunci de la capăt.

Protezele mamare de silicon, al căror viitor rămâne discutat, pot provoca „carcase" sau cicatrice fibroase, în jurul protezei. Prezența unei carcase periprotetice tinde să provoace o întărire a sânului. Dar îmbunătățirea calității protezelor a permis diminuarea considerabilă a acestui risc: doar aproximativ 5% dintre operații antrenează actualmente formarea de carcase.

MANDIBULĂ.→ MAXILAR.

MANGAN. Oligoelement indispensabil organismului, care intervine în diferite reacții enzimatice (sinteza colagenului, construcția oaselor și articulațiilor, metabolismul glucidelor, steroizilor și unor hormoni proteinici).

Corpul unui adult conține aproximtiv 20 miligrame de mangan (Mn), repartizate în oase, ficat și rinichi. Aporturile zilnice recomandate sunt de ordinul a 4 miligrame. Doar legumele verzi, cerealele și legumele uscate sunt relativ bogate în mangan.

MANIE. Stare de agitație caracterizată printr-o exaltare a dispoziției și printr-o surescitare psihomotorie permanentă.

O manie pote surveni în caz de senilitate, de intoxicație (amfetamine, corticosteroizi, antituberculoase), de psihoză maniacodepresivă, de afecțiuni neurologice (tumoră, encefalită, traumatism cranian) sau endocrine (hipertiroidie). Ea se traduce printr-o hiperactivitate, o accelerare a gândirii, un flux inepuizabil de cuvinte, un sentiment de euforie, de putere și de neobosealâ, o tendință la bulimie și la insomnie. Cea mai mare parte a maniacilor nu sunt periculoși, dar unii pot să se lase antrenați în acte antisociale (încăierări, scandal public etc.).

TRATAMENT. Acesta constă în administrarea de neuroleptice și necesită adesea spitalizarea subiectului. Tratamentul este eficace pe termen scurt. Tratamentul de fond al maniei depinde de cauza sa.

MANIPULARE. Mișcare forțată manual a unei părți a corpului, de cele mai multe ori o articulație sau un mușchi. O manipulare poate fi practicată de un membru al corpului medical pentru a reduce manual o luxație — adică pentru a repune la locul lor cele două extremități ale oaselor luxate — etc.

În vorbirea curentă, termenul „manipulare" este folosit adesea ca un sinonim pentru vertebroterapie sau chiropractie, o metodă de tratament paramedicală constând în manipularea vertebrelor și supusă numeroaselor controverse. În fapt, aceste manipulări nu sunt niciodată fără pericol, deoarece în apropierea vertebrei tratate se găsesc rădăcinile nervoase care comandă sensibilitatea și motricitatea unui întreg etaj al organismului, căruia lezarea îi poate provoca o paralizie motorie și o anestezie senzitivă. O manipulare vertebrală este deci un act medical care trebuie să fie efectuat cu deplina stăpânire a unei experiențe tehnice și a unei bune cunoașteri anatomice.

MANOMETRIE. Metodă de măsurare și înregistrare a presiunilor care domnesc în interiorul unui segment al tubului digestiv, esențialmente într-un sfincter.

MARASM. Stare patologică provocată de un aport energetic insuficient. SINONIM: *atrepsie*.

Marasmul se observă mai ales, în stare endemică, în țările în curs de dezvoltare. În țările dezvoltate, acesta apare adesea din cauza unui defect de absorbție digestivă, a unei anorexii sau din cauza unei boli care provoacă o creștere foarte mare a cheltuielilor energetice (cancer în particular). Marasmul se traduce printr-o stare de slăbiciune fizică deosebită. Tratamentul constă într-o renutriție treptată și prudentă.

MARBURG (virus a lui). Virus cu A.R.N. aparținând familiei *Filoviridae*, responsabil de o febră hemoragică africană, și al cărui rezervor este un cercopitec, maimuța verde africană.

Tabloul clinic al infecției este apropiat de cel provocat de virusul *Ebola*.

Nu există alt tratament decât cel al simptomelor.

MARCHIAFAVA-MICHELI (boală a lui). Boală foarte rară a măduvei osoase, de evoluție cronică, caracterizată prin crize intermitente de hemoliză (distrugere patologică a globulelor roșii). SINONIM: *hemoglobinurie paroxistica nocturnă*.

MARFAN (boală a lui). Afecțiune ereditară a țesutului conjunctiv antrenând anomalii ale inimii, ale scheletului și ale ochilor. SINONIM: *sindrom al lui Marfan*.

Dezvoltarea intelectuală a copiilor atinși de boala lui Marfan este normală.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Afecțiunea este diagnosticată, în general, după vârsta de 10 ani. Subiecții atinși sunt slabi, foarte înalți; tonicitatea lor muscular este redusă.

■ *Anomaliile scheletului* comportă o alungire a membrelor și o arahnodactilie (degete în formă de gheare de păianjen). Articulațiile sunt moi (hiperlaxitate). Partea din față a toracelui este deformată în pâlnie (se scobește o depresiune la partea de jos a sternului). Subiecții afectați prezintă adesea și o scolioză și o accentuare a cifozei dorsale (spate rotunjit). Fața și palatul sunt drepte.

■ *Anomaliile cardiovasculare* sunt de intensitate foarte variabilă. Ele se manifestă printr-o dilatație cu sau fără anevrism al aortei ascendente, ori printr-un prolaps valvular mitral.

■ *Anomalia oculară* cea mai frecventă este o ectopie (deplasare) a cristalinului. Ea generează o miopie.

TRATAMENT. În afara corectării eventuale a diferitelor semne, nu există un tratament al bolii în sine. Prognosticul depinde esențialmente de atingerea cardiovasculară.

Este posibil, pentru familiile subiecților atinși de boala lui Marfan, să se recurgă la un sfat genetic.

MARKER. Substanță chimică utilizată pentru studierea unui fenomen, unei boli sau a altei substanțe. SINONIM: *trasor*.

Unii markeri sunt prezenți în corpul uman, în stare normală sau patologică. Markerii tumorali, în particular,

sunt substanțe biologice sintetizate de către celulele canceroase sau sănătoase ale organismului ca răspuns la prezența unei tumori.

MARKER GENETIC. Secvență a A.D.N. variabilă de la individ la individ, dar a cărei localizare este perfect cunoscută. SINONIM: *indicator, trasor*.

MARKER RADIOACTIV. → TRASOR RADIOACTIV.

MARKER TUMORAL. Substanță secretată de către celulele canceroase sau de către țesuturile sănătoase ca răspuns la prezența unei tumori.

Markerii tumorali sunt decelabili în țesutul canceros și în sânge. Ei sunt utilizați, în principal, pentru a urmări evoluția unui cancer și eficacitatea unui tratament. În ce privește depistarea precoce a cancerelor, interesul lor este minim și limitat la câteva tipuri de cancer pentru care există un caracter familial (cancer medular al tiroidei, de exemplu). În sfârșit, utilizările terapeutice sunt, de asemenea, în studiu (anticorpi îndreptați împotriva markerilor tumorali și purtători de medicamente anticanceroase).

MASAJ. Ansamblu de tehnici care utilizează mâinile (frământare [petrisaj], presiuni, vibrații etc.) și se exercită pe diferite părți ale corpului în scop terapeutic.

Un masaj medical este prescris de un medic și ține de competența exclusivă a maseurului-kineziterapeut, spre deosebire de masajul „estetic", care are drept obiectiv să-i ofere subiectului o senzație de confort sau de destindere.

INDICAȚII. Masajul se asociază cu reeducarea pentru a trata afecțiunile de ordin trofic (privind nutriția țesuturilor), vascular, reflex sau senzitiv, dar și diferitele dureri.

TEHNICĂ. După patologia în cauză, maseurul-kineziterapeut utilizează diferite manvere de masaj, ce se deosebesc prin poziția mâinii în raport cu țesuturile de tratat, dar și prin intensitatea, profunzimea și sensul manevrelor.

■ *Frecțiile localizate* constau în mobilizarea diferitelor straturi de țesuturi unele față de altele. Exercitate transversal în raport cu axa mușchilor, tendoanelor sau ligamentelor — se vorbește în acest caz de masaj transversal profund — ele sunt utilizate în caz de leziune musculară, de tendinită sau de entorsă, aceste manevre exercitâ un efect analgezic (suprimând durerea), trofic (favorizând nutriția țesuturilor), mecanic și defibrozant.

■ *Percuțiile manuale* constau în lovirea alternativă a țesuturilor cu extremitatea degetelor (tapotament) sau cu mâna făcută căuș (pocnituri). Ele sunt utilizate pentru stimularea mușchilor.

■ *Frământările superficiale* constau în formarea unui pliu de piele și în imprimarea asupra acestuia, a unor mișcări de torsiune, întindere și forfecare pentru a lupta împotriva aderențelor și infiltratelor subcutanate.

■ *Frământările profunde* permit prinderea maselor musculare și imprimarea acestora a unor mișcări de torsiune și alungire pentru a le decontractura.

■ *Presiunile alunecate superficiale*, sau efleurajele, constau în alunecarea mâinii pe piele fără a antrena și a deprima țesuturile subiacente. Această manevră, care servește adesea la luarea contactului și evaluarea situației, posedă îndeosebi un efect superficial de analgezie cutanată.

■ *Presiunile alunecate profunde* deplasează și antrenează pielea și țesuturile subcutanate. Atunci când se exercită de la periferie spre rădăcina unui membru, ele permit creșterea circulației de întoarcere prin depresie venoasă.

■ *Presiunile statice* constau într-o apăsare cu mâna sau cu un deget fără deplasare în raport cu pielea.

■ *Vibrațiile manuale*, serii de presiuni-depresiuni mecanice obținute prin tetanizarea mușchilor antebrațului terapeutului, favorizează degajarea pulmonară.

CONTRAINDICAȚII ȘI EFECTE NEDORITE. Masajele sunt contraindicate în caz de boală inflamatorie, infecțioasă sau tumorală care evoluează în pusee. În mod obișnuit masajele nu antrenează nici un efect secundar și, cu excepția unor manevre precise (masaj transversal profund), nu sunt dureroase dacă sunt practicate corect.

MASAJ CARDIAC EXTERN. Etapă capitală a reanimării cardiorespiratorii, practicată în caz de stop cardiac (starea se traduce printr-o pierdere a conștienței și abolire a pulsului în arterele mari — artera carotidă la gât, artera femurală în regiunea inghinală).

Masajul cardiac extern, asociat cu menținerea libertății căilor aeriene și a ventilației artificiale, asigură o activitate circulatorie minimală prin tehnica zisă a compresiilor toracice intermitente la nivelul sternului. Mecanismul său constă în punerea în joc a pompei cardiace (comprimând inima între stern și coloana vertebrală, se golește conținutul său sangvin înainte ca o nouă umplere cardiacă să aibă loc în urma doar îndepărtării compresiunii), căreia i se adaugă efectul pompei toracice (legat de variațiile de presiune toracică datorate alternanței compresiune/relaxare a toracelui), care asigură expulzarea sângelui spre marea circulație.

TEHNICĂ. Salvatorul exercită pe jumătatea inferioară a sternului bolnavului, care este întins pe spate și pe o suprafață tare, compresiuni scurte și regulate (de la 80 la 100 pe minut la adult și la copil, 120 pentru sugar) cu ajutorul părții posterioare a palmelor de la ambele mâini puse una peste alta, brațele întinse vertical pentru a transmite greutatea corpului salvatorului. La copil, aceste compresiuni pot fi executate cu ajutorul unei singure mâini, iar la sugar chiar numai cu două degete.

În paralel, este practicată o ventilație artificială, îndeosebi prin tehnica gură-la-gură. Frecvența insuflațiilor este de două la fiecare cincisprezece compresiuni sternale, atunci când nu există decât un singur salvator, ori de una la fiecare cinci compresiuni atunci când există doi salvatori.

MASĂ SANGVINĂ. Măsură a volumului ocupat de globulele roșii (volumul globular total) și de plasmă (volumul plasmatic). SINONIM: *volemie*.

Masa sangvină se evaluează prin volumul sangvin total (suma volumului plasmatic și a volumului globular) și se exprimă în mililitri per kilogram. Valoarea sa medie este de aproximativ 76 la bărbați, 68 la femei.

MASCA DE SARCINĂ. → CHLOASMĂ.

MASOCHISM. Perversiune constând în simțirea plăcerii sexuale din suferințele suferite voluntar. → SADOMASOCHISM.

MASTECTOMIE. Ablație chirurgicală a glandei mamare. SINONIM: *mamectomie*.

O mamectomie este practicată, în principal, în cazul cancerului de sân.

DIFERITE TIPURI DE MASTECTOMIE. O mastectomie poate fi totală sau parțială.

■ *Mastectomia totală* poate lua două forme: lărgită și simplă. În mastectomia lărgită, sau intervenția lui Halstedt, sânul bolnav, ganglionii axiali și mușchiul pectoral sunt îndepărtați printr-o mare incizie eliptică. Actualmente, acestei intervenții i se preferă una mai puțin mutilantă, care păstrează mușchiul pectoral: mastectomia simplă, sau intervenția lui Patey, care este frecvent asociată cu o evidare a ganglionilor axiali.

■ *Mastectomia parțială* privește unul dintre cele 4 sferturi (porțiuni de sân delimitate prin două linii perpendiculare care pleacă din mamelon, sferturi care se mai numesc cvadranți); cu simpla ablație a tumorii, ea respectă mai mult anatomia și silueta feminină.

DESFĂȘURARE ȘI EFECTE SECUNDARE. Mastectomiile sunt efectuate sub anestezie generală și necesită o spitalizare de câteva zile. Reconstrucția sânului are uneori loc în același timp cu ablația sa. Ea face apel fie la punerea unei proteze, fie la tehnicile de reconstrucție utilizând mușchii adiacenți ai peretelui toracic sau abdominal (mușchiul mare dorsal, mușchiul mare drept). Când intervenția este urmată de un tratament complementar al cancerului (radioterapie sau chimioterapie), reconstrucția sânului se face în cel de-al doilea timp.

Evidarea ganglionilor axiali poate antrena un edem al brațului. Este de dorit ca, în lunile ce urmează intervenției, membrul corespunzător sânului operat să fie menajat. Limitarea mișcării de abducție a brațului (îndepărtare de corp), legată, de asemenea, de curățarea ganglionară, este corectată printr-o kineziterapie adaptată. → MAMOPLASTIE.

MASTITĂ. Inflamație, acută sau cronică, a glandei mamare.

Mastita acută. O mastită acută, în general fără gravitate, se observă de cele mai multe ori la începutul alăptării, dar mai poate fi cauzată de virusul oreionului, poate fi prima manifestare a unui cancer de sân sau poate avea o origine hormonală (nou-născut sau adolescent, băiat sau fată, la pubertate). La nou-născut și la adolescent, semnele dispar de la sine în câteva săptămâni. Tratamentul antibiotic local și general al femeii care alăptează antrenează vindecarea, dar atunci când se formează abcesul, acesta trebuie operat.

Mastita cronică. Cauzată de infecțiile bacteriene repetate sau de modificările hormonale, o mastită cronică se traduce printr-o greutate a sânului și prin existența de tumori multiple, uneori cu o scurgere seroasă prin mamelon. Aceste semne sunt mult mai nete în cea de a doua jumătate a ciclului menstrual. Mamografia, ecografia și biopsia uneia dintre tumori permit să se stabilească diagnosticul și să se facă diferențierea de cancer.

MASTOCIT. Celulă a țesutului conjunctiv care secretă substanțe chimice care participă la reacțiile de apărare ale organismului.

MASTOCITOZĂ. Boală caracterizată printr-o proliferare difuză a mastocitelor (celule ale țesutului conjunctiv care secretă histamina, substanța responsabilă în parte de simptomele alergiei, dar și serotonina, și diverse enzime), afectând adesea pielea.

Fără cauză cunoscută, mastocitoza există sub două forme, uneori asociate.

■ *Forma cutanată* atinge de cele mai multe ori copilul. Mastocitozele, în general benigne, se traduc prin pete plane de culoare galben deschis. Tratamentul vizează doar dispariția simptomelor cu ajutorul antihistaminicelor.

■ *Forma sistemică* afectează viscerele într-o manieră difuză. Evoluția, cronică, sfârșește uneori într-un cancer. Tratamentul este același cu cel al formelor cutanate.

MASTOIDĂ. Bază a osului temporal, situată în spatele urechii.

MASTOIDITĂ. Inflamație a mastoidei (baza osului temporal).

Există două forme de mastoiditâ, mastoidita cronică, care este o extindere a mastoiditei de inflamație cauzată de o otită cronică, prelungită în timp, și mastoidita acută, din care se deosebesc două feluri: mastoidita mascată, sau mastoidita decapitată, cea mai frecventă actualmente, și mastoidita exteriorizată.

Mastoidita mascată. Este vorba de o mastoidită acută care se dezvoltă în cursul unei otite al cărei tratament antibiotic este prost adaptat.

SIMPTOME ȘI SEMNE. În pofida luării de antibiotice, subiectul, de cele mai multe ori un copil, are întotdeauna febră; otita persistă. Dar, mai ales starea generală a copilului se alterează: acesta își pierde pofta de mâncare și nu mai ia în greutate.

TRATAMENT. Tratamentul antibiotic este modificat în funcție de datele antibiogramei. Dacă acesta dă din nou greș, este de cele mai multe ori realizată o mastoidectomie (incizarea chirurgicală sub anestezie generală a mastoidei și curățarea cavităților mastoidiene prin care se vizează eliminarea focarelor infecțioase).

Mastoidita exteriorizată. Este vorba de o inflamație acută a mastoidei, care se exteriorizează în pielea din spatele urechii.

CAUZE. O mastoidită exteriorizată constituie o complicație a unei otite acute.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Copilul are febră, frisoane, dureri de cap, este obosit, are dureri de ureche și aude mai puțin bine. Există o reacție inflamatorie la înălțimea mastoidei, situată în spatele pavilionului urechii: pielea este roșie și sensibilă, uneori ea este umflată de un abces subcutanat.

TRATAMENT. Tratamentul constă în luarea de antibiotice adaptate și, adesea, în mastoidectomie.

MASTOPLASTIE. → MAMOPLASTIE.

MASTOZĂ. Orice afecțiune benignă neinflamatorie a sânului.

O mastoză se prezintă de cele mai multe ori sub forma unei zone indurate, localizate, în interiorul căreia se găsesc noduli asociate chisturi și focare de distrofie (anomalie legată de o tulburare nutrițională tisulară). → SÂNULUI (tumorā a).

MAXILAR INFERIOR. Os în formă de potcoavă care formează scheletul fălcii inferioare. SINONIM: *mandibulă*.

MAXILAR SUPERIOR. Os bogat vascularizat, format din partea osoasă centrală a feței.

MAXILARULUI INFERIOR (fracturā a). Ruptură traumatică a maxilarului inferior.

O ruptură a maxilarului inferior este provocată, în general, de un șoc violent și direct. Bolnavul se plânge de dureri și de greutate la vorbit și deglutiție. Bărbia este deplasată, în principiu de partea fracturii, iar gura rămâne închisă sau întredeschisă.

TRATAMENT. Reducerea fracturii este, în general, ortopedică. Totuși, în caz de deplasare, extremitățile osoase fracturate trebuie să fie repuse pe cale chirurgicală, sub anestezie generală, în poziția bună. Se imobilizează maxilarul inferior timp de aproximativ 6 săptămâni cu ajutorul unui bandaj special al bărbiei (mentonieră) sau fixându-l de maxilarul superior cu ajutorul unor fire metalice; în acest din urmă caz, rănitul trebuie să primească o alimentație lichidă pe timpul imobilizării.

MAXILARULUI SUPERIOR (fracturā a). Ruptură traumatică a maxilarului superior.

O fractură a maxilarului superior este provocată, în general, de un șoc violent și direct (accident de mașină sau de vehicul cu două roți). Ea poate afecta pomeții, oasele nasului, dinții, planșeul orbitelor etc. Din cauza vascularizării importante a acestei regiuni, fractura antrenează aproape întotdeauna hematoame serioase. Diagnosticul se pune pe baza examenelor radiologice, completate prin tomografii și prin scaner.

TRATAMENT. În caz de deplasare a fragmentelor osoase, acestea trebuie să fie puse la loc chirurgical, sub anestezie generală. Complicațiile precoce ale fracturilor maxilarului superior pot fi de o gravitate deosebită: atingere nervoasă sau oculară, leziuni cerebrale. În al doilea timp survin adesea atingeri infecțioase, precum și tulburări ale consolidării osoase.

MĂDUVĂ A SPINĂRII. Parte a sistemului nervos central situată în canalul rahidian, care este format prin stivuirea vertebrelor în spatele corpilor vertebrali.

Măduva spinării este înconjurată de trei membrane, meningele. Ea se prelungește în sus cu bulbul rahidian (începutul encefalului) și în jos cu un cordon fibros de aproximativ 25 centimetri lungime, numit filum terminale.

Măduva este parcursă de două șanțuri secundare colaterale. Din fiecare șanț colateral pleacă un ansamblu de filete nervoase care se grupează în rădăcini: de fiecare parte a măduvei iau naștere 31 rădăcini posterioare și 31 rădăcini anterioare. Fiecare rădăcină posterioară se unește cu rădăcina anterioară de la același nivel pentru a forma un nerv rahidian.

Interiorul măduvei cuprinde două tipuri de țesut nervos: substanța albă, situată la periferie, și substanța cenușie în centru, schițând în linii mari, în secțiune, o formă de H, cu cele două coarne anterioare efilate. Bara orizontală a literei H este traversată vertical, în centurul ei, de un canal fin al ependimului, umplut cu lichid cefalorahidian.

Informațiile senzitive ajung la măduvă prin rădăcinile posterioare ale nervilor. Informațiile simple sunt analizate direct de către substanța cenușie. Informațiile complexe urcă din substanța albă până la encefal. Comenzile motorii simple provin din substanța cenușie a măduvei; ordinele complexe, de la encefal, prin intermediul substanței albe a măduvei; toate ordinele sunt transmise altor nervi motori prin rădăcinile anterioare ale nervilor.

PATOLOGIE. Patologia măduvei spinării cuprinde compresiile (tumori), infecțiile (meningite), accidentele vasculare (hemoragie, tromboză), traumatismele, tumorile, carențele în vitamină B12 și afecțiunile inflamatorii (scleroză în plăci). O secționare a măduvei spinării este ireversibilă; ea antrenează o tetraplegie (paralizia celor patru membre) în caz de secționare la înălțimea rachisului cervical, o paraplegie (paralizie a membrelor inferioare) în caz de secționare la înălțimea rachisului dorsal.

MĂDUVĂ OSOASĂ. Țesut prezent în os, responsabil de producerea tuturor elementelor figurate ale sângelui

(globule roșii, globule albe, plachete). SINONIM: *măduva hematopoietică*.

Măduva osoasă este prezentă în toate oasele la naștere. Ea conține numeroase celule grăsoase și toate descendențele care vor da naștere celulelor sângelui circulant. Funcția sa de producție se concentrează, la vârsta adultă, în interiorul oaselor rachisului, toracelui, umărului și bazinului. Măduva osoasă normală permite regenerarea celulelor sangvine mulțumită unei rezerve de celule-sușe.

Măduva osoasă produce în fiecare zi miliarde de celule, de exemplu 200 miliarde de globule roșii și 10 miliarde de polinucleare neutrofile.

În caz de nevoie, producția de celule a măduvei osoase crește considerabil. Astfel, pentru globulele roșii, numărul poate fi multiplicat cu 10 în caz de pierdere prin hemoragie sau prin hemoliză (distrugere).

EXPLORĂRI ȘI PATOLOGIE. Măduva osoasă este explorată și studiată printr-o puncție, realizată în stern, sau printr-o biopsie, efectuată la nivelul crestei iliace posterioare.

Bolile măduvei osoase pot fi clasificate în diferite categorii.

■ *Aplaziile*, sărăcia măduvei osoase în celule-sușe ale diferitelor descendențe, sunt provocate, în general, de o leziune a celulelor-sușe. Toxicitatea anumitor medicamente poate fi o cauză.

■ *Bolile cauzate de toxice sau de deficitele în vitamine* (medicamente toxice industriale ca benzenul; carența în acid folic, în vitamina B12) împiedică dezvoltarea normală a celulelor măduvei.

■ *Proliferările anormale* ale celulelor prezente în măduvă se observă în cursul diferitelor tipuri de boală malignă (leucemie, mielom etc.).

■ *Invadarea de către celule absente în mod normal în măduva* se întâlnește în caz de metastaze ale cancerului.

■ *Fibroza măduvei* se observă în cursul mielofibrozelor (creșterea rețelei de colagen situată în jurul celulelor-sușe ale măduvei osoase).

MĂINILOR (artroză a). Atingere cronică, deformantă și neinflamatorie a articulațiilor mâinii.

Artroza mâinii atinge în 80% din cazuri femeile. Ea survine de cele mai multe ori după 50 de ani, odată cu menopauza.

Artroza mâinii se manifestă prin dureri vii, care apar în cursul mișcărilor și limitează amplitudinea lor. Ea poate afecta mai multe articulații.

TRATAMENT. Nu există un tratament specific al artrozei mâinilor. Atunci când durerile sunt prea mari, se pot imobiliza temporar articulațiile afectate folosind un aparat de imobilizare gipsat. Uneori, sunt eficace băile calde de nămol.

MÂNĂ. Extremitatea membrului superior, articulată cu antebrațul prin încheietura mâinii și terminată prin degete.

Scheletul mâinii, organul de apucare, este format din osul carpului, care intră în constituția încheieturii mâinii, din oasele metacarpului (metacarpienele), în număr de 5, și prin falange, care, la rândul lor, sunt în număr de 3 pentru fiecare deget, cu excepția policelui care nu are decât două.

PATOLOGIE

■ *Infectiile* (panariții, flegmon) pot fi grave atunci când ating tecile tendoanelor flectante.

■ *Fracturile* pot să se producă pe oricare os al mâinii. Ele necesită uneori o chirurgie specializată.

■ *Paraliziile*, foarte handicapante, au cauze foarte numeroase: atingere cerebrală, atingere a plexului brahial sau a nervilor la nivelul membrului superior.

■ *Bolile tendinoase*, ca boala lui Dupuytren, sunt responsabile de flectarea ireversibilă a unor degete.

MÂNĂ-PICIOR-GURĂ (sindrom). Infecție contagioasă benignă cauzată de un virus coxsackie.

Sindromul mână-picior-gură se observă mai ales la copii în cursul unor mici epidemii estivale. După o incubație de 3–5 zile apare o febră moderată, urmată de o erupție de băsicuțe minuscule în interiorul gurii, apoi pe mâini și pe picioare. Tratamentul comportă îngrijiri antiseptice locale. Acest sindrom se vindecă spontan într-o săptămână.

MÂNCĂRIME. → PRURIT.

MECONIU. Materii fecale dense și lipicioase excretate de nou-născut în timpul primelor sale zile de viață.

De culoare verzuie, meconiul este compus din bilă, din secreții digestive și din celule intestinale descuamate. În majoritatea cazurilor, meconiul începe să fie excretat în cursul primelor 12 ore după naștere. Materiile fecale normale urmează meconiului de îndată ce noul-născut începe să se alimenteze.

Expulsia meconiului în lichidul amniotic, înainte de naștere, este anormală și indică o suferință fetală. Invers, o întârziere a eliberării meconiului după naștere necesită depistarea unei ocluzii intestinale. Oricare ar fi cauza, o întârziere a eliminării meconiului necesită examene realizate în mediu spitalicesc neonatalogic.

MEDIASTIN. Regiune mediană a toracelui.

Mediastinul este cuprins între cei doi plămâni, lateral, rachisul dorsal, în spate, și sternul, în față.

MEDIASTINITĂ. Inflamație a țesuturilor mediastinului.

Mediastinita acută, aproape întotdeauna de origine infecțioasă, este de cele mai multe ori o complicație a operațiilor de chirurgie pe cord deschis; în acest caz, antibioterapia, asociată cu ablația chirurgicală a țesuturilor infectate, permite, în general, vindecarea.

MEDIASTINOSCOPIE. Tehnică chirurgicală de explorare a mediastinului utilizând un endoscop (tub dotat cu un sistem optic).

Mediastinoscopia este cel mai des indicată la bolnavii afectați de un cancer bronhopulmonar. Ea se efectuează sub

anestezie generală și necesită o scurtă incizie deasupra sternului.

MEDIC. Persoană titulară a unei diplome de specialitate recunoscută de Stat.

Un medic poate practica medicina generală (se vorbește atunci de omnipractician sau de generalist) sau poate exercita o specialitate (chirurgie sau dermatologie de exemplu). Legea sancționează exercitarea ilegală (fără diplomă) a medicinei.

MEDICAMENT. Preparat utilizat pentru a preveni, a diagnostica, a trata o boală, un traumatism sau pentru a restaura, a corecta, a modifica funcțiile organice.

Multă vreme, medicamentele au fost preparate pornind numai de la vegetale (alcaloizi ca digitalina sau morfina), de la animale (vaccinuri) sau de la minerale (aluminiu). Astăzi, toate medicamentele sunt fabricate prin industria farmaceutică, ceea ce permite o mai mare precizie și o mai mare securitate de utilizare. În paralel, farmacia propune din ce în ce mai multe produse sintetice, care copiază mai mult sau mai puțin fidel substanțele naturale, sau sunt în întregime originale (benzodiazepine).

Introducerea pe piață a unor noi medicamente se supune unor directive administrative complexe, variabile de la țară la țară. Medicamentele noi trebuie să treacă teste (pe animale de laborator, pe voluntari umani sănătoși în mediu spitalicesc, apoi pe bolnavi) destinate să evalueze eficacitatea și efectele secundare ale principiilor lor active fără de care organismele publice (Ministerul Sănătății în Franța, Oficiul intercantonal de control al medicamentelor în Elveția, Santé et Bien-Être Social în Canada, Food and Drug Administration în Statele Unite etc.) nu eliberează autorizația de lansare pe piață. Această autorizație, desemnată prin sigla A.M.M. în Franța și în Belgia, este denumită „atestare de înregistrare" în Elveția, „aviz de conformitate" în Canada, și poate fi retrasă pentru un medicament dacă interesul sănătății publice o cere. În timpul perioadei de producție, trebuie efectuate cu regularitate controale de fabricație.

Medicamentele pot fi în vânzare liberă sau pot să nu fie eliberate decât la prezentarea unei rețete. Eliberarea unui medicament la prezentarea unei rețete folosite deja o dată sau de mai multe ori este reglementată.

Denumirea unui medicament. Un medicament conține unul sau mai multe principii active. În general, principiul activ esențial este cel care dă numele medicamentului. Iar fiecare principiu activ esențial este identificat în trei moduri diferite după cum ne plasăm pe un punct de vedere științific, legislativ sau comercial.

Denumirea științifică este numele chimic exact al principiului activ. El este, în general, puțin folosit din cauza complexității sale.

Denumirea comună internațională (D.C.I.) corespunde numelui generic al principiului activ în medicină. Această denumire de folosire curentă este cea utilizată în acest dicționar.

Denumirea comercială este dată de către laboratoarele farmaceutice, care descoperă noi medicamente modificând structurile moleculare ale substanțelor originale în maniera de a crește eficacitatea lor terapeutică și de a le diminua efectele secundare. Un același principiu activ putând fi comercializat de două laboratoare diferite, două denumiri comerciale pot corespunde exact aceleiași substanțe, eventual cu prezentări și/sau cu dozaje diferite.

Un generic este un medicament identic, în ce privește compoziția sa, prezentarea sa și dozajul său, cu un medicament vândut sub denumire de marcă. În fapt, o specialitate, atunci când nu mai este protejată prin brevetul său, intrată în domeniul public o dată fiind scursă perioada legală de protecție, nu mai este proprietatea laboratorului care a descoperit-o. Ea poate atunci să fie copiată și comercializată, la un cost mai mic, sub alt nume de specialitate.

Efectele secundare ale medicamentelor. Efectele secundare ale unui medicament sunt efecte, obișnuite sau nu, care se adaugă efectului terapeutic urmărit.

Un efect secundar poate fi nedorit într-o utilizare dată a unui medicament, dar căutat într-o altă utilizare a aceluiași medicament; el poate deveni chiar un efect principal. Efectul nedorit poate să fie legat de efectul principal al medicamentului. De exemplu, medicamentele anticanceroase atacă atât celulele sănătose, cât și celulele canceroase; anticoagulantele pot provoca o hemoragie dacă tratamentul este prelungit; medicamentele ototoxice pot leza sistemul auditiv; medicamentele nefrotoxice sau hepatotoxice pot altera rinichiul sau ficatul, mergând până la provocarea de leziuni, reversibile sau permanente. În toate aceste cazuri, efectul nedorit este previzibil și inevitabil.

În alte cazuri, efectul nedorit este imprevizibil; el apare la un bolnav care prezintă factori de risc (absență unei enzime specifice degradării medicamentului, reacție alergică etc.), în caz de toleranță sau de obișnuință la medicament ori de dependență față de el (farmacodependență sau toxicomanie), de persistență sau de acumulare a medicamentului în organism; efectul nedorit variază, de asemenea, cu importanța consumului și cu tipul de medicament.

Efectele minore nu necesită spitalizare, nici tratament; efectele moderate necesită un tratament sau o spitalizare; efectele grave, care pun în pericol viața bolnavului, ca în timpul intoxicațiilor voluntare sau accidentale, necesită un tratament intensiv și pot lăsa sechele importante.

Trecerea medicamentului prin organism. O dată administrat, un medicament urmează trei faze: resorbția, distribuirea și eliminarea. Studiul lor este denumit farmacocinetică.

RESORBȚIA MEDICAMENTULUI. Resorbția înseamnă trecerea medicamentului de la locul său de administrare spre circulația generală. Doar o fracțiune din doza administrată ajunge în circulația generală. Aceasta depinde de

proprietățile fizico-chimice ale medicamentului (solubilitate, viteză de dizolvare a principiului activ etc.).

Cronofarmacologia joacă și ea un rol: un medicament este mai mult sau mai puțin eficace după ora la care este administrat, în particular din cauza variațiilor ciclice ale activității enzimelor care îl degradează în ficat. În sfârșit, are importanță faptul ca unele medicamente să fie luate înainte, altele în timpul, iar altele după masă.

DISTRIBUIREA MEDICAMENTULUI. După intrarea sa în circulația generală, un medicament se distribuie în tot organismul. Repartizarea sa între diferitele țesuturi este inegală, din cauza diferențelor de permeabilitate, de volum și de irigare sangvină a acestor țesuturi.

ELIMINAREA MEDICAMENTULUI. Organismul încearcă să elimine cât mai repede posibil orice substanță străină și/sau toxică introdusă în interiorul său. Eliminarea se face prin excreție directă (eliminare fără transformarea medicamentului) sau prin excreția metaboliților (produse care rezultă din transformarea medicamentului în organism) cu ajutorul diferitelor organe care servesc la evacuarea în exteriorul organismelor a deșeurilor de metabolism: rinichi, ficat, plămân, intestin etc.

PRESCRIPȚIA ȘI SUPRAVEGHEREA. Mai multi factori care influențează comportamentul medicamentelor în orgnism trebuie să fie luați în calcul în prescripția unui medicament: vârsta și greutatea corporală a pacientului, eventuala existență a unei alte boli, interacțiunile medicamentoase, calea de introducere în organism a medicamentului. O dată prescripția stabilită, trebuie să se continue supravegherea comportării medicamentelor în organism, în particular concentrația lor în plasma sangvină. În mod particular trebuie supravegheate nivelurile sangvine ale digitalicelor în tratamentul insuficienței cardiace, ale teofilinelor în tratamentul astmului, ale litiului în tratamentul psihozelor maniacodepresive, ale anticoagulanților, mai ales ale celor de cursă lungă, și ale diverselor medicamente antiaritmice și hormonale.

Medicamentele la copil. La copil, medicamentele au efecte diferite de cele observate la subiectul adult.

Absorbția prin stomac și intestin a medicamentelor luate pe cale orală poate fi întârziată sau prelungită, deoarece capacitățile digestive ale copilului sunt încă incomplet dezvoltate. Absorbția pe cale musculară este imprevizibilă la nou-născut în ce privește viteza de absorbție sau procentul de produs absorbit. Pe cale cutanată, absorbția este foarte crescută la copii. Acest fenomen este de cele mai multe ori de nedorit și cu atât mai frecvent cu cât suprafața de aplicare este mai mare, cu cât administrarea este mai prelungită, cu cât pielea este mai lezată (eczemă), sau dacă există o ocluzie (pansament sau scutece).

Difuzarea medicamentelor, care urmează absorbției lor, se face în apa organismului. Ori, cantitatea de apă, raportată la greutate, scade cu vârsta: de la 80% din greutatea corporală la nou-născut, ea coboară până la 55% la adult. De aceea copilului mic i se dau uneori doze, considerându-le per kilocorp, mai ridicate decât cele ale adulților cu scopul de a asigura concentrațiile la un nivel suficient.

Metabolismul medicamentelor este diferit la copil, adică reacțiile pe care ele le suferă în organism, precum și eliminarea lor sunt diminuate din cauza imaturității unor organe ca ficatul și rinichii. Riscul de acumulare a medicamentelor în țesuturi este deci mai ridicat.

Precauțiile generale de utilizare sunt mai stricte decât la adulți. Un medicament nu este niciodată inofensiv (chiar și aspirina) și nu trebuie să fie dat decât cu avizul medicului. Nu trebuie dat unui copil niciodată un medicament din proprie inițiativă, inclusiv atunci când e vorba să i se dea, fără aviz medical, un produs prescris anterior. Este recomandabil ca părinții să verifice pe prospect contraindicațiile, modul de întrebuințare, posologiile și indicațiile în funcție de vârstă înainte de a utiliza medicamentul.

MEDICINĂ. Ansamblu de cunoștințe privind bolile, traumatismele, infirmitățile și mijloacele de a le trata.

Medicina se preocupă atât de cauzele bolilor, de modurile de contaminare, cât și de frecvența lor, de diagnosticarea, de evoluția, de prevenirea și tratamentul lor.

Medicina se subdivide în numeroase ramuri care corespund diferitelor funcții ale societății (medicină școlară, medicină a muncii, medicină socială, medicină militară), diferitelor moduri de exercitare (medicină liberală, sau particulară, medicină spitalicească, medicină salariată) sau diferitelor specialități: medicină fizică sau reeducare, medicină aerospațială, medicină nucleară, medicină tropicală etc.

MEDICINĂ INTERNĂ. Ramură a medicinei spitalicești care cuprinde totalitatea bolilor.

Medicul specializat în medicină internă, sau internistul, își exercită profesiunea de cele mai multe ori la spital. El ia în îngrijire majoritatea bolnavilor care prezintă simptome ce nu aparțin nici unei specialități precise (boala lui Horton, de exemplu) sau care privește mai multe specialități: conectivite (lupus eritematos diseminat, de exemplu), boli imunitare.

MEDICINĂ NUCLEARĂ. Specialitate medicală care utilizează administrarea de elemente radioactive în scopuri de diagnostic sau terapeutice.

UTILIZARE DIAGNOSTICĂ. Medicina nucleară permite explorarea majorității organelor, în cursul unei scintigrafii.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Molecule marcate sau radioelemente emițătoare de radiații beta pot în mică măsură să se fixeze pe celulele bolnave și să antreneze distrugerea lor: atunci se vorbește de radioterapie metabolică.

MEDICINĂ PREDICTIVĂ. Parte a medicinei care se dedică cercetării riscurilor genetice pe care le prezintă un individ de a fi victima unei boli, în cursul existenței sale.

Obiectivul este acela de a aplica măsuri preventive, în cazul în care aceste riscuri sunt cunsocute, cu scopul de a împiedica sau de a întârzia la maximum apariția bolilor respective (de exemplu, de a lupta împotriva unei tendințe familiale la hipercolesterolemie).

Medicina predictivă implică anunțarea unui individ, cu multă vreme înaintea apariției unei boli, dacă nu a unei „fatalități", a unei mari predispoziții a cărei conștientizare riscă să perturbe existența sa.

MEDICINĂ SPORTIVĂ. Ramură a medicinei care grupează prevenirea, diagnosticarea și tratamentul bolilor legate de sport, precum și sfaturile și măsurile destinate menținerii și ameliorării condiției fizice a sportivilor de toate vârstele și de toate nivelurile.

■ *Bilanțul aptitudinilor sportive* este un examen prealabil care permite decelarea eventualelor contraindicații pentru respectiva practică sportivă. Orice activitate sportivă regulată necesită un control medical anual al aptitudinii pentru această activitate.

■ *Sfatul medical* ajută la alegerea sporturilor adaptate capacităților fizice ale subiectului, vârstei sale și aspirațiilor sale sportive; el oferă, de asemenea, indicații privind durata și intensitatea de dorit ale antrenamentului cu scopul de a evita orice dezechilibru susceptibil să pună în joc sănătatea sportivului.

■ *Urmărirea medicală* a elitei sportive (echipe profesioniste, secțiile sport-studii ale instituțiilor școlare) constă în controlarea capacităților fizice ale sportivului prin bilanțuri regulate, să contribuie la elaborarea protocoalelor de antrenament, să verifice faptul că protocoalele sunt bine adaptate și bine suportate, și să intervină eventual în caz de traumatism.

■ *Tratamentul accidentelor* legate de sport, întreprinse după ce s-a determinat sediul leziunii, are drept obiect obținerea rapidă a vindecării subiectului păstrându-i capacitățile sale fizice.

■ *Supravegherea competițiilor* permite verificarea conformității ariei sportului respectiv cu regulile de securitate, organizarea îngrijirilor, asigurarea unor bune condiții de evacuare spre un centru specializat și procedarea la eventualele controale antidopaj. → EVALUARE FUNCȚIONALĂ ÎN SCOP SPORTIV.

MEDINA (filarie de). → DRACUNCULOZĂ.

MEDIU. Totalitate a elementelor care înconjoară un individ sau o specie, dintre care unele contribuie direct la procurarea celor necesare.

Factorii determinanți de mediu sunt de ordin fizic, biologic și sociopsihologic. Printre factorii fizici, se disting în mod deosebit natura terenului geografic (prezența și calitatea apei, gradul de umiditate al atmosferei, productivitatea agricolă), intensitatea luminii solare (radiații infraroșii, calorice; radiații ultraviolete, bactericide și factori de creștere) și temperatura. Factorii biologici sunt, de exemplu, resursele de hrană și proporția de germeni microbieni într-un spațiu geografic dat. Factorii sociopsihologici de mediu sunt reprezentați prin raporturile afective, care pot fi sursă de conflict, și, pe plan colectiv, prin condițiile socio-profesionale.

Ecologia este știința care studiază relațiile dintre ființele vii și mediul lor.

RISCURI LEGATE DE MEDIU. Unii agenți ai mediului (canalizări, gaze de eșapament, fum de uzină, produse chimice, radioactivitate, deșeuri industriale, germeni infecțioși etc.) sunt susceptibili să provoace boli: ei sunt denumiți „factori de risc ai mediului".

În țările în curs de dezvoltare, factorii de risc ai mediului sunt legați în mod esențial de lipsa de apă potabilă, de carența canalizărilor și de netratarea deșeurilor casnice, precum și de lipsa hranei. Alți factori de risc sunt comuni țărilor în curs de dezvoltare și țărilor industrializate: boli infecțioase transmise de către animale, de condițiile de muncă (boli și accidente profesionale), de viață socială (accidente casnice și de circulație, alcoolism, tabagism).

Recuperarea după un efort sportiv

Mecanismele de recuperare puse în joc după o activitate sportivă de lungă durată permit organismului să-și regăsească echilibrul și să elimine toxinele apărute în timpul efortului. Eliminarea toxinelor este favorizată prin diferite procese.

Recuperarea activă constă în a nu întrerupe brusc mișcările după efort: este recomandabil, de exemplu, să se meargă repede și cu pași mici după o cursă de alergare, să se continue pedalarea, în ritm mai lent, după o cursă ciclistă. Recuperarea activă permite menținerea unui debit sangvin destul de însemnat în mușchii care au lucrat și deci favorizează eliminarea toxinelor.

Masajele contribuie, de asemenea, la eliminarea toxinelor.

Absorbția de apă participă, de asemenea, la procesul de recuperare. Apa gazoasă este în mod particular recomandată, deoarece bulele de gaz carbonic luptă împotriva acidozei sangvine.

Metodele care permit reconstituirea stocurilor energetice și restaurarea fibrelor musculare lezate sunt cunoscute.

O alimentație de recuperare, adoptată după un efort de lungă durată, se compune din legume, fructe, produse lactate, alimente bogate în glucide rapide (dulceață sau zahăr, de exemplu) și lente (paste făinoase, orez sau legume etc.). Consumul de carne este nerecomandat imediat după efort, dar poate fi reluat după un răgaz de 24 de ore.

MEDULOBLASTOM. Tumoră malignă a regiunii posterioare a encefalului.

Meduloblastomul este destul de frecvent la copil. Tumora se traduce de cele mai multe ori prin căderi frecvente, dureri de cap și vărsături provocate de o hipertensiune intracraniană (creștere a presiunii lichidului cefalorahidian). Meduloblastomul este diagnosticat prin scaner și imagerie de rezonanță magnetică (I.R.M.). Prognosticul este sever, dar ablația chirurgicală și radioterapia pot permite remisiuni prelungite.

MEDULOSUPRARENALĂ (glandă). Zonă centrală a glandei suprarenale.

Glanda medulosuprarenală face parte din sistemul nervos simpatic. Ea sintetizează și secretă catecolaminele: adrenalină îndeosebi, noradrenalina și dopamina, în mai mică măsură.

MEGACARIOCIT. Celulă-sușă de dimensiuni mari din care derivă plachetele sangvine.

MEGACOLON. Dilatație permanentă a colonului, însoțită, în general, de o hipertrofiere a pereților unui organ și, uneori, a lungirii sale.

DIFERITE TIPURI DE MEGACOLON. Un megacolon poate fi ori congenital, ori dobândit.

■ *Megacolonul congenital* se mai numește și boala lui Hirschsprung.

■ *Megacolonul dobândit* poate fi întâlnit în amonte de leziunile organice (îngustări provocate de un cancer, de exemplu), fie în cursul bolilor neurologice, endocrine sau iatrogene (cauzate de luarea de medicamente, ca cea prelungită, de neuroleptice). Diagnosticul este stabilit după radiografia colonului și coloscopie. Tratamentul este cel al cauzei. → HIRSCHSPRUNG (boală a lui).

MEGAESOFAG IDIOPATIC. Dilatație a esofagului cauzată de o tulburare a motricității segmentului său inferior.

În cazul unui megaesofag, stagnarea alimentelor în esofag antrenează treptat o dilatare a acestuia în amonte. Cauza acestei anomalii este necunoscută. Megaesofagul se traduce printr-o dificultate la înghițit, prin senzații dureroase de plenitudine gastrică, mai ales dorsale, și prin regurgitații spontane care antrenează o pierdere în greutate. Diagnosticarea se face pe baza radiografiei, endoscopiei digestive și a manometriei, care permite punerea în evidență a anomaliilor motricității digestive.

Tratamentul cuprinde, în principal, două posibilități: dilatațiile pneumatice sub control endoscopic (introducerea temporară în partea inferioară a esofagului a unui balonaș umflat cu aer) sau operația lui Heller (intervenție chirurgicală care constă în incizarea stratului muscular al esofagului până la mucoasă).

MEGALENCEFAL. Creștere congenitală semnificativă a volumului creierului traducându-se printr-un craniu cu perimetru superior mediei. SINONIM: *encefalomegalie*.

Dezvoltarea intelectuală a acestor subiecți este cu totul normală: nu este decelabilă nici o anomalie (chist, tumoră, hidrocefalie).

MEGALERITEM EPIDEMIC. Boală benignă cuzată de un enterovirus (virus care se transmite pe cale digestivă), parvovirusul B19, caracterizată printr-o erupție cutanată. SINONIME: *a cincea boală eruptivă*, *eritem infectios acut*.

Boala se manifestă, în general, iarna sau primăvara, la 4 sau 5 ani, sub formă de epidemii succesive. Ea survine în medie între 8 și 15 ani. Contagiunea se face pe cale digestivă (salivă, materii fecale, mâini murdare etc.)

SIMPTOME ȘI SEMNE. După o incubație de 4 până la 14 zile survine o erupție cutanată caracteristică: plăci roșii, uneori ușor supraînălțate, apar pe obraji dar nu afectează și bărbia, denumite atunci în formă de „aripi de fluture". Plăcile confluează și cuprind membrele în decurs de câteva zile, scutind palmele și suprafețele plantare și luând un aspect, de asemenea, caracteristic în formă de rețea sau de hartă geografică. Afecțiunea este puțin febrilă.

TRATAMENT. Nici un tratament specific nu este necesar; uneori sunt perscrise medicamente antiinflamatoare (aspirină).

MEGALOBLAST. Eritroblast (celulă a măduvei osoase, precursoare a globulelor roșii) de dimensiuni mari, observat în carențele în acid folic și în vitamina B12 (boala lui Biermer).

MEGALOMANIE. Convingere excesivă privind propria superioritate. SINONIM: *delir de grandoare*.

Megalomania are ca origine suficiența, manifestată de un subiect dotat, dar orgolios, din expansiunea delirantă a eului cu ideile de omnipotență, de atotștiință înnăscută etc. Megalomania se întâlnește cu caracter episodic în manie, isterie, psihopatie. Ea se observă în stare permanentă în delirele cronice (paranoia, parafrenie) și în demențe.

MEGAURETER. Dilatație congenitală, mai mult sau mai puțin întinsă, a unui segment de uretră în vecinătatea vezicii.

Un megaureter este consecutiv unei deficiențe a musculaturii ureterale, de origine necunoscută.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Un megaureter nu se traduce uneori prin nici un simptom. Totuși, el se semnalează de cele mai multe ori prin dureri renale, asociate eventual cu o infecție și cu febră (atunci se vorbește de pielonefrită).

TRATAMENT. Megaureterele de mică importanță și care nu provoacă nici un simptom nu necesită nici un tratament, ci doar o supraveghere regulată. În cazurile mai grave, tratamentul este cel chirurgical. Spitalizarea durează în jur

de zece zile. Principala complicație a acestei intervenții este îngustarea canalului ureteral remodelat, de cele mai multe ori provocată de o fibroză cicatriceală (formarea patologică de țesut fibros). Timp de mai mulți ani după intervenție, subiecții operați trebuie deci să se supună unui control ecografic și bacteriologic (examenul citobacteriologic al urinei) regulat.

MEIBOMITĂ. Inflamație de origine infecțioasă a glandelor lui Meibomius.

După ce s-a efectuat o prelevare pentru identificarea germenului, medicul prescrie o pomadă cu antibiotice.

MEIBOMIUS (glandă a lui). Glandă sebacee situată în pleoape, secretând lipide care se amestecă cu lacrimile și favorizează lubrificarea corneei.

MELANCOLIE. Stare depresivă gravă, marcată printr-o durere morală insuportabilă, un sentiment de culpabilitate și o inhibiție psihomotorie.

Melancolia se întâlnește în psihoza maniacodepresivă, la începutul schizofreniei, în cursul afecțiunilor neurologice, endocrine sau în situații dificile. Ea se manifestă printr-o prostrație, un sentiment de vinovăție și de autodamnare, un delir de negare de sine. Riscul major este sinuciderea.

Tratamentul melancoliei este deci o urgență, care necesită o spitalizare, administrarea de antidepresive, o susținere psihoterapică. Tratamentul de fond depinde de cauza melancoliei.

MELANINĂ. Substanță pigmentară închisă la culoare, prezentă în piele, păr, peri și membranele ochiului.

Melanina determină culoarea pielii și dă irisului nuanțe întunecate; în absența ei se văd straturile interne profunde ale irisului, a căror culoare este albastră. Melanina protejează, de asemenea, pielea împotriva radiațiilor ultraviolete ale soarelui, care favorizează procesul de îmbătrânire și cancerul cutanat.

MELANOCIT. Celulă localizată în epiderm sau în derm, responsabilă de pigmentarea pielii prin secretarea de melanină.

MELANOM MALIGN. Tumoră malignă provenind din melanocite (celule responsabile de pigmentarea pielii). SINONIME: *melanosarcom, melanom, nevocarcinom.*

Melanomul malign are o clasificare și o denumire disputabile: unele persoane folosesc termenul de melanom exclusiv pentru a desemna o tumoră malignă, în timp ce altele fac deosebirea dintre melanomul malign și melanomul benign (sau nevus). Melanomul malign apare de cele mai multe ori pe piele și pe mucoase, în mod secundar în ochi.

Melanomul malign al pielii și mucoaselor. Frecvența sa este în creștere constantă în lume. Ea este mai ridicată la subiecții albi, mai ales cu pielea deschisă și cu ochi albaștri, decât la subiecții negri, și există un factor ereditar. Se pare totuși că factorul declanșant esențial ar fi o expunere excesivă la soare, mai ales în primii ani ai vieții.

■ *Melanomul cu apariție spontană* are, în general, un aspect pigmentat (brun închis, negru). Cel mai frecvent este melanomul cu extindere superficială, care se prezintă sub forma unei mici pete brun închis, galben deschis sau policromă (coexistența zonelor roșiatice, albăstrui, cenușii, albicioase), ușor proeminente, cu suprafața mamelonată și puțin rugoasă, cu contururi neregulate. Există și alte forme de melanom: melanomul nodular (care formează un mic bulgăre) și melanomul unghial (pată neagră sub o unghie).

■ *Melanomul prin transformarea unei alunițe* este mai puțin frecvent decât melanomul cu apariție spontană. Alunițele (nevii melanocitari) congenitale, mai ales dacă cresc mai mult de 2 centimetri în diametru, riscă să se transforme în melanoame maligne. O aluniță care crește, își schimbă aspectul (aspect de cupolă) sau culoarea (culoare foarte închisă, amestec de mai multe culori), sângerează, se ulcerează sau antrenează o mâncărime trebuie să fie scoasă preventiv. Această ablație nu este niciodată cauza unei cancerizări.

Evoluția unui melanom malign rămâne severă, dată fiind tendința sa mare la recidivare și la metastazare (metastaze hepatice, osoase, pulmonare, cerebrale).

TRATAMENT. Ablația chirurgicală a unui melanom malign este indispensabilă. Chimioterapia anticanceroasă este utilizată în caz de recidivă sau de metastaze. Imunoterapia (interferon, interleukină) este în curs de evaluare. Prevenirea constă în informarea asupra pericolelor radiației solare, în utilizarea unei creme solare ecran total și în depistarea precoce a bolii la subiecții predispuși.

Melanomul malign al ochiului. Acesta survine de cele mai multe ori pe coroidă (membrana pe care se află retina) și se traduce printr-o scădere a acuității vizuale a unui ochi.

TRATAMENT. Acesta variază după întinderea și localizarea leziunilor: ablația parțială a structurii atinse, urmată, atunci când este posibil, de o grefă (de pleoapă, de conjunctivă), de ablația chirurgicală a globului ocular, completată prin punerea unei proteze estetice. Un nou tratament constă într-un tip de radioterapie: protonterapia.

MELANOZĂ. Orice afecțiune dermatologică ce este caracterizată printr-o creștere a pigmentației.

Melanoza lui Dubreuilh. Melanoza lui Dubreuilh, sau lentigo malign, este o pată cutanată precanceroasă care se manifestă după 60 de ani sub forma unei plăci care asociază mai multe culori: brun deschis, brun închis, negru, cu zone mai deschise, îndeosebi roșiatice și albăstrui. Conturul este net dar neregulat, chiar zdrențuit. Această pată este amplasată de cele mai multe ori pe față, uneori pe spatele mâinilor sau picioarelor. Leziunea se întinde treptat.

Tratamentul constă în ablația completă a tumorii (prin electrocoagulare, laser cu dioxid de carbon, criochirurgie sau chirurgie).

Melanoza lui Riehl. Este o afecțiune cutanată caracterizată printr-o pigmentare în rețea a feței și părților descoperite ale corpului (gât, decolteu, spatele mâinilor, antebrat).

Tratamentul cu agenți depigmentari nu este cu adevărat eficace. Protecția împotriva radiațiilor solare evită agravarea leziunilor.

MELATONINĂ. Hormon derivat din serotonină (hormonul secretat în țesutul cerebral), secretat de epifiza creierului. Secreția sa este periodică, subordonată luminii ambiante. Se pare că acest hormon are influență asupra mecanismelor hormonale ale reproducerii (spermatogeneză la bărbat și ciclu menstrual la femeie) prin acțiunea sa asupra hipotalamusului și hipofizei. Sunt în curs cercetări în vederea unei utilizări terapeutice a melatoninei.

MELENĂ. Emisie prin anus de sânge digerat (de culoare neagră) de către tubul digestiv. SINONIM: *melaena*.

O melenă se traduce printr-o hemoragie digestivă înaltă, adică provenind din esofag, din stomac sau duoden.

CAUZE ȘI SIMPTOME. Cauzele cele mai frecvente ale unei melene sunt ruptura varicelor esofagiene, provocate de hipertensiunea portală în cazurile de ciroză, și leziunile favorizate de luarea de medicamente toxice pentru tubul digestiv (aspirină, antiinflamatoare), ca un ulcer gastroduodenal și gastrita hemoragică.

O melenă se manifestă prin scaune negre, unsuroase, cu un miros caracteristic dezgustător.

TRATAMENT. O melenă impune o spitalizare de urgență. Fibroscopia esogastrică permite de cele mai multe ori să se determine cauza sângerării și să se stabilească în consecință tratamentul necesar. Acesta constă, în general, în administrarea de medicamente antiulceroase și în sclerozarea varicelor esofagiene sau a ulcerelor hemoragice descoperite. În caz de hemoragie necontrolată sau recidivantă, tratamentul este chirurgical (tratamentul hipertensiunii portale, gastrectomia parțială).

MELKERSSON-ROSENTHAL (sindrom al lui). Ansamblu de manifestări care asociază o paralizie facială recidivantă, o inflamație a buzelor (cheilită) și un aspect particular al limbii, care este parcursă de șanțuri profunde longitudinale (limbă plicaturată).

Sindromul lui Melkersson-Rosenthal rămâne neexplicat.

Tratamentele medicale împotriva simptomelor bolii se dovedesc puțin eficace.

MEMBRANĂ. Înveliș care limitează celula sau nucleul celular, un organ sau o parte a unui organ sau care tapetează o cavitate a corpului.

MEMBRANELOR HIALINE (boală a). Afecțiune a nou-născutului, mai ales a prematurului, cauzată de existența membranelor fibrinoase în alveolele pulmonare și responsabilă de o insuficiență respiratorie acută. SINONIM: *decompensare respiratorie idiopatică*.

Boala membranelor hialine, legată de un efect de maturitate a plămânilor, survine, în principal, la prematuri (copii născuți înainte de 35 de săptămâni de sarcină).

SIMPTOME. Decompensarea respiratorie apare de cele mai multe ori în cursul primelor ore ale vieții, uneori chiar din primele minute. Ea se manifestă printr-o creștere a frecvenței respiratorii, prin semne de luptă a copilului pentru a respira (zbaterea aripilor nărilor, gemete, scobirea toracelui în cursul inspirației).

TRATAMENT. Tratamentul constă în punerea sub oxigen a copilului: în cazurile moderate, sub *hood* (incintă închisă, care acoperă capul copilului, legată cu o conductă de aducție a aerului); în cazurile mai severe, prin ventilație artificială care permite, la sfârșitul expirației, să se mențină deschise alveolele pulmonare ale copilului. Punerea la punct a surfactanților artificiali, administrați pe cale traheală prematurilor de vârstă mică, a contribuit la eficacitatea tratamentului.

PROGNOSTIC. Prognosticul pe termen scurt este bun; rata de mortalitate este mică.

MEMBRU. Fiecare dintre cele patru apendice ale trunchiului, servind la locomoție sau la apucare.

■ *Membrul superior* este compus din urmăr, prin care se articulează cu toracele, brat, antebrat și mână, care sunt articulate între ele, respectiv, prin cot și încheietura mâinii.

■ *Membrul inferior*, articulat cu bazinul prin șold, este compus din pulpă, gambă și picior, care sunt articulate între ele, respectiv, prin genunchi și gleznă.

MEMBRU (reconstrucție a unui). Intervenție chirurgicală, efectuată într-un timp sau în mai mulți timpi, vizând repararea unei leziuni grave a unui membru.

DESFĂȘURARE. După accident, membrul, dacă este secționat, trebuie să fie adunat, pus într-un sac etanș din plastic, la rândul lui pus în gheață (contactul direct al membrului cu gheața este interzis) și transportat, împreună cu rănitul, de urgență, la un spital de specialitate. Operația este realizată după un prim timp de reanimare, comportând o transfuzie și un bilanț preoperator (stabilirea anesteziei, bilanțul biologic). Ea comportă diferiți timpi de reparație, efectuați pe cât posibil într-o singură intervenție: reparația osoasă cu ajutorul unor plăci interne sau unor fixatoare externe (broșe care depășesc osul și cuprind o atelă externă), reparația vaselor și nervilor prin microchirurgie (chirurgie realizată cu ajutorul unui microscop de grosisment mare) și eventual recurgerea la autogrefe venoase, reconstrucția învelișului cutanat.

COMPLICAȚII ȘI SUPRAVEGHERE. Perioada post-operatorie putând fi marcată prin complicații (infecție, hemoragie, absența recuperării funcționale), se impune o supraveghere medicală importantă și o reeducare precoce. Uneori sunt necesare operații secundare în săptămâna sau în lunile care urmează pentru a încerca recuperarea funcțiilor încă nerestabilite.

Reeducarea se întinde pe o perioadă cuprinsă între 18 luni și 2 ani.

MEMBRU VIRIL. → PENIS.

MEMORIE. Facultate pe care o posedă creierul de a păstra o urmă a experienței trecute și de a o face să revină în conștiință.

Memoria este un proces complex, care comportă trei faze: învățarea, stocarea informației, apoi, restituirea (evocarea și recunoașterea). Aceste fenomene nu se află sub dependența unei regiuni precise și specializate a creierului: ele se derulează atât la nivelul centrilor nervoși polivalenți (hipocamp, corpul mamilar și hipotalamus) cât și la nivelul fibrelor nervoase care leagă cei trei centri.

În mod clasic, se disting memoria pe termen scurt, care nu durează mai mult de câteva minute, și memoria pe termen lung. → AMNEZIE.

MEMORIE IMUNITARĂ. Capacitatea unui organism de a-și aminti de o substanță străină denumită antigen (de exemplu, un germene), cu care s-a aflat deja în contact.

MÉNÉTRIER (boală a lui). Gastrită cronică ce este caracterizată printr-o îngroșare importantă a mucoasei gastrice. SINONIM: *gastropatie hipertrofică gigantă*.

Tratamentul, prost codificat, face apel la administrarea de medicamente antisecretorii sau la chirurgie (ablația stomacului în cazurile de denutriție severă sau de degenerescență malignă).

MENIÈRE (boală a lui). Afecțiune a urechii interne care se manifestă printr-un ansamblu de tulburări cuprinzând vertije, o scădere a auzului și zbârnâituri în urechi.

Boala lui Menière afectează urechea internă, responsabilă de auz și de echilibru. În general, ea nu afectează decât o ureche, dar poate fi și bilaterală. Boala survine, în crize, la persoanele de vârste cuprinse între 20 și 50 de ani.

CAUZE. Cauza precisă a bolii lui Menière nu este cunoscută.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Cu 30 minute până la o oră înaintea crizei, semne vestitoare, ca o senzație de ureche plină, permit subiectului să oprească orice activitate care poate deveni periculoasă pe timpul crizei. Acesta are impresia că se învârtește sau că totul se învârtește în jurul lui: el trebuie să se așeze la orizontală. Acestui vertij i se asociază transpirații, o stare de rău, grețuri și vărsături, dureri de cap și o senzație de bâzâituri în ureche. Acuitatea auditivă scade, mai ales cea pentru frecvențele grave. Criza durează mai multe ore și epuizează subiectul bolnav. Frecvența acestor crize este imprevizibilă. După 10–15 ani, crizele de vertij se estompează, dar funcția auditivă este atunci foarte alterată.

TRATAMENT. În timpul crizelor, subiectul trebuie să stea în repaus. Tratamentul de fond este permanent și face apel la mai multe mijloace: o viață echilibrată este recomandată, precum și respectarea unui regim alimentar sărac în sare și excluderea tutunului și alcoolului. Medicamentele prescrise sunt: anxiolitice, diuretice, antihistaminice și antivertiginoase. Uneori, subiectul este îndemnat să urmeze o psihoterapie antidepresivă. În caz de eșec al tratamentului medical și în fața formelor deosebit de invalidante ale bolii lui Menière, au fost propuse tratamente chirurgicale.

MENINGE. Învelișurile sistemului nervos central, în număr de trei (dura mater, pia mater și arahnoida).

MENINGIOM. Tumoră benignă care se dezvoltă pe seama arahnoidei, foița medie a meningelor (învelișurile sistemului nervos central).

Un meningiom survine, de obicei, între 20 și 60 ani și formează o tumoră bine delimitată, prinsă de dura-mater (foița de suprafață a meningelor); el împinge țesutul nervos subiacent fără să-l invadeze. Evoluția este foarte lentă și se întinde pe multe luni, chiar pe ani.

Dacă este în craniu, meningiomul provoacă semne specifice pentru locul în care se găsește (de exemplu, o paralizie), însoțite de dureri de cap, vărsături și crize de epilepsie. Dacă se află în coloana vertebrală, el provoacă o compresie a măduvei spinării: durere, paralizie, abolire a sensibilității într-o regiune a corpului.

Tratamentul constă în scoaterea chirurgicală a tumorii dacă aceasta este posibil. În caz contrar, simptomele sunt corectate prin administrarea de antiemetice și de antiepileptice.

MENINGITĂ. Inflamație a meningelor și modificarea sau nu a lichidului cefalorahidian pe care acestea îl conțin între ele.

Numeroase afecțiuni pot fi însoțite de o reacție inflamatorie a meningelui, ca bolile canceroase sau conectivitele (lupus eritematos, sarcoidoză etc.). Totuși, meningitele cele mai frecvente sunt infecțioase; clasificate în două grupe după cum lichidul cefalorahidian este purulent sau limpede.

Meningitele purulente. Acestea sunt cauzate de infecția cu o bacterie, meningococ, pneumococ sau *Haemophilus influenzae*.

■ *Meningita cu meningococ*, denumită încă și meningită cerebrospinală, se declară adesea prin epidemii în colectivitățile de copii sau de adulți tineri. Există purtători sănătoși ai germenului (care găzduiesc germenele în mucoasa faringelui, dar nu fac boala), susceptibili să îmbrățișe microbii pe cale aeriană.

■ *Meningita cu pneumococ* succede adesea unei infecții a cavităților interne ale urechii sau a sinusurilor feței, uneori unei infecții respiratorii; evoluția sa este adesea foarte gravă. ■ *Meningita cu* Haemophilus influenzae este cu deosebire severă la copiii sub vârste de 3 ani.

SIMPTOME ȘI EVOLUȚIE. Boala se declară rapid printr-o febră și un sindrom meningean: se asociază dureri de cap, vărsături, durere și redoare a coloanei vertebrale și fotofobie (senzație neplăcută la lumină). Apariția unei purpure petesiale (hemoragii cutanate punctiforme) este caracteristică meningococului. În absența tratamentului, infecția riscă să se întindă la creier (meningoencefalită) și să provoace o comă, tulburări de comportament, paralizii, convulsii. Germenele poate chiar să treacă în sânge, antrenând o septicemie, poate să difuzeze în organele interne. Diseminarea meningococului poate să se traducă printr-o purpura fulminans, sau meningococie fulminantă, septicemie fulgerătoare care evoluează în câteva ore.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. O meningită purulentă constituie întotdeauna o urgență medicală; diagnosticul este stabilit prin puncție lombară. Tratamentul constă în antibioterapie pe cale intravenoasă și durează aproximativ zece zile pentru meningitele cu meningococ, cel puțin două săptămâni pentru meningitele cu pneumococ sau cu *Haemophilus influenzae*.

PREVENIRE. Doar în cazul meningococului, din cauza modalității de contagiune și a existenței purtătorilor sănătoși, se impune o antibioterapie preventivă la subiecții care au fost în contact strâns cu un bolnav sau dacă se plâng de tulburări rinofaringeene atunci când aparțin aceleiași colectivități. Actualmente este disponibil un vaccin împotriva *Haemophilus influenzae*, precum și un vaccin împotriva unor sușe de meningococ.

Meningitele cu lichid cefalorahidian limpede. Acestea sunt cauzate în mod excepțional de către o ciupercă microscopică, mai des de către o bacterie (bacilul lui Koch. *Listeria monocytogenes* [listerioză], rickettsie) sau de către un virus (meningită virală).

O meningită cu lichid cefalorahidian limpede se traduce, ca și o meningită purulentă, printr-un sindrom meningean.

Diagnosticul constă în puncția lombară. Tratamentul este funcție de cauza infecțioasă: antiviral (aciclovir) pentru meningoencefalitele herpetice, eficace cu condiția de a fi administrat precoce și pe durata a cincisprezece zile; antibiotic pentru listerioză; antituberculos pentru tuberculoză; antifungic pentru rarele cazuri de meningită cauzate de ciuperci și observate la bolnavii imunodeprimați.

Măsurile de prevenire nu privesc decât tuberculoza și listerioza în caz de epidemie.

MENINGOCEL. Proeminență a meningelor, acoperită de piele, de-a curmezișul craniului sau rachisului, provocată de o malformație congenitală a coloanei vertebrale.

Meningocelul este una dintre formele de spina bifida, reprezentând 10% dintre cazuri. El este legat de o tulburare embriologică survenind în cursul primelor patru săptămâni de sarcină și constă într-o închidere anormală sau incompletă a tubului neural (vitiorul sistem nervos central).

MENINGOCOCIE. Infecție gravă provocată de către meningococ, sau *Neisseria meningitidis*.

O meningococie se prezintă fie ca o meningită acută (meningită cerebrospinală), fie ca o septicemie.

MENINGOENCEFALITĂ. Inflamație simultană a meningelor și encefalului. → ENCEFALITĂ, MENINGITĂ.

MENISC. Lamă fibrocartilaginoasă interpusă între două suprafețe articulare, îndeosebi cele ale genunchiului, pentru a facilita alunecarea lor.

PATOLOGIE. Meniscurile sunt adesea lezate în cursul traumatismelor. În general, ele se rup longitudinal, această ruptură mergând de la simpla fisură până la ruptura completă. Aceste leziuni pot antrena dureri, o instabilitate, chiar un blocaj al genunchiului: acesta rămâne imobilizat în flexie cu imposibilitatea de a întinde gamba. Acest fenomen durează puțin timp, iar genunchiul se deblochează uneori de la sine. În zilele care urmează, apare o hidrartroză (efuziune de lichid seros în interiorul articulației). Totuși, o ruptură poate să nu se traducă decât prin dureri de genunchi sau, în alte cazuri, prin hidrartroze repetate. Tratamentul rupturilor meniscale constă în meniscectomie (ablație a unei părți sau a totalității meniscului).

MENISCECTOMIE. Ablație chirurgicală a unei părți sau a totalității meniscului.

O meniscectomie se practică în caz de leziune a unui menisc, al genunchiului în general, care poate apărea de o manieră izolată sau ca urmare a unei entorse grave, sau chiar din cauza unei laxități cronice a genunchiului.

DESFĂȘURARE. O meniscectomie este efectuată de cele mai multe ori sub artroscopie: după ce s-a pus un garou și apoi s-a practicat o incizie minimă în articulație, practicianul introduce artroscopul, un tub rigid a cărui extremitate este dotată cu aparate optice și instrumente care permit o *microchirurgie intraarticulară*. Pacientul poate să se întoarcă acasă în aceeași zi și este capabil să meargă normal după câteva zile. Mult mai rar, meniscectomia este practicată sub artrotomie (deschiderea chirurgicală a articulației). Timp de 3 săptămâni, pacientul trebuie să se ajute cu două bastoane pentru a merge. Este preferabilă păstrarea unei părți a meniscului: în fapt, atunci când ablația meniscului este totală, este favorizată adesea apariția unei artroze a genunchiului.

MENISCOGRAFIE. Imagine radiografică a meniscurilor, obținută prin artrografia genunchiului.

MENOPAUZĂ. Întrerupere fiziologică a ciclurilor menstruale, datorată încetării secreției hormonale a ovarelor (estrogeni și progesteron).

Menopauza survine între 40 și 55 ani (cu un vârf la 52 ani). Ea se desfășoară în două etape: premenopauza și menopauza confirmată.

■ *Premenopauza*, care durează mai multe luni sau mai mulți ani, este marcată printr-o succesiune de cicluri cu sau fără ovulație. Secrețiile hormonale devin neregulate: în timp ce secreția de estrogeni persistă, secreția de progesteron de către corpul galben (denumire dată foliculului ovarian care și-a eliberat ovulul) descrește. Sângerările menstruale devin neregulate.

■ *Menopauza confirmată* succede premenopauzei. Secreția hormonală a ovarului încetează. Sângerările menstruale au dispărut. Nivelul de gonadotrofine este foarte ridicat în sânge și în urină.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acestea, legate de scăderea nivelului de estrogeni (hipoestrogenie), variază de la o femeie la alta.

■ *Bufeurile de căldură* afectează între 75 și 85% dintre femei. Intensitatea și frecvența lor sunt variabile. La început, ele survin noaptea, apoi se multiplică în timpul zilei, la sfârșitul meselor sau cu ocazia eforturilor. Cauzate de o puternică vasodilatație, ele se traduc printr-o senzație de căldură în tot corpul și o înroșire a feței, care prinde gâtul și partea de sus a pieptului. Ele sunt însoțite de o teamă și de o impresie de sufocare și se termină printr-o transpirație abundentă, mai ales pe față, pe ceafă și între sâni.

■ *Tulburările sexuale* sunt atât psihice, cât și fizice. Scăderii dorinței sexuale i se adaugă o uscăciune vaginală și o atrofie vulvară care pot face raporturile sexuale dureroase. Infecțiile urinare și vaginale sunt mai frecvente. Volumul sânilor diminuează.

Fragilitate osoasă, sau osteoporoza, este direct legată de absența secreției ovariene. Această diminuare a densității osoase și a soliditățiii osului poate antrena fracturi, în principal ale vertebrelor și ale colului femural.

■ *Bolile cardiovasculare* (angor, infarct miocardic) prezintă un risc mai mare de apariție începând de la menopauză, estrogenii nemaijucând rolul protector față de ateroscleroză.

■ *Tulburările psihice* sunt frecvente. Tulburărilor emoționale ca salturile de dispoziție, iritabilitatea, insomnia, anxietatea pot să li se asocieze vertijele și o obosealâ fără cauză organică, cu tulburările de memorie cu o lipsă de concentrare mintală; uneori depresia este gravă.

TRATAMENT. Tratamentul femeilor la menopauză constă în administrarea succesivă de estrogeni și de progesteron natural pentru a imita un ciclu menstrual de 28 zile (hormonoterapie de substituție). Admnistrarea de estrogeni poate fi făcută pe cale orală (comprimate) sau pe cale locală (cremă sau timbru aplicabil pe abdomen sau pe spate și care se înlocuiește cu regularitate). Progesteronul se prezintă sub forma de comprimate.

MENORAGIE. Creștere a abundenței și a duratei scurgerilor menstruale.

Menoragia constituie de cele mai multe ori semnul unui fibrom uterin (fibrom submucos, endometrioză uterină) sau al unui dezechilibru hormonal. De asemenea, un sterilet poate să se afle la originea unei menoragii. Tratamentul este cel al cauzei.

MENSTRUAȚIE. Scurgerea periodică prin vagin de mucoasă uterină și de sânge survenind la femeia neînsărcinată, între pubertate și menopauză. SINONIM: *flux menstrual, menstra*.

Mensturația este manifestarea ciclului ovarian, sau a ciclului menstrual, care se supune secreției ciclice de hormoni (estrogeni, apoi progesteron), care pregătește mucoasa uterină pentru o eventuală nidație a unui embrion. Atunci când fecundația nu a avut loc, nivelul de progesteron se prăbușește și mucoasa uterină, umplută de sânge, se desprinde, declanșând scurgerile menstruale.

Scurgerile menstruale apar la pubertate, în medie între 13 și 15 ani, și încetează la menopauză, între 40 și 55 ani (la 52 ani în medie), cu variații considerabile (scurgerile menstruale pot apărea între 10 și 18 ani, după climat). Neregulat la început, ciclul se regularizează după o durată foarte variabilă de la o femeie la alta (între 21 și 45 zile cu o medie de 28 zile). Durata sângerării variază și ea de la o femeie la alta (între 2 și 6 zile, în medie 3 sau 4 zile), ca și cantitatea de sânge pierdut (între 20 și 70 mililitri). Scurgerile menstruale sunt absente în timpul sarcinii și alăptării.

Menstruația este adesea precedată de tulburări psihice și fizice (denumite sindrom premenstrual).

În raport cu media, scurgerile menstruale pot fi prea spațiate (spaniomenoree), prea frecvente (polimenoree), insuficiente (menoragie), dureroase (dismenoree) și absente (amenoree).

Durerile legate de ciclul menstrual. O durere legată de ciclul menstural poate să se manifeste în cursul ovulației; ea traduce explozia unui folicul ovarian mare și este provocată de iritarea peritoneului de către lichidul folicular. Atunci când durerea recidivează, trebuie căutată o cauză organică.

O durere care precede scurgerile menstruale (sindrom premenstrual) se asociază adesea unei dureri și modificări a volumului sânilor, uneori unei umflări a abdomenului; ea poate fi legată de un dezechilibru hormonal (exces de estrogeni) și se tratează prin administrarea de progesteron.

O durere care survine în timpul scurgerilor menstruale, sau dismenoreea, poate fi asociată cu modificările hormonale legate de ciclu menstrual sau poate fi cauzată de o afecțiune subiacentă (endometrioză, infecție).

MERICISM. Tulburare psihologică a copilului constând dintr-o regurgitare voluntară a alimentelor urmată de molfăirea lor.

La început, tratamentul necesită adesea o spitalizare, îndeosebi pentru corectarea eventualelor carențe nutriționale. Copilul este încredințat rapid unei echipe pedopsihiatrice, consultațiile ulterioare având loc cu familia. Prognosticul este în general favorabil, simptomele cedând rapid cu reîntoarcerea la o alimentație normală cel mai târziu între un an și doi ani.

MERS. Mișcare dobândită, în general, în cursul celui de al doilea an al vieții, permițând deplasarea corpului pe cele două picioare într-o direcție determinată.

Vârsta de apariție a mersului este variabilă; totuși, 90% dintre copii merg la vârsta de 15 luni.

TULBURĂRILE MERSULUI. Tulburările mersului constituie unul dintre principalele motive de consultație medicală. Originile lor ca și aspectele lor sunt multiple: oscilații anormale, timp de sprijin prelungit sau scurtat, modificarea lungimii unui pas sau sprijin greșit pe picior. La unii subiecți în vârstă, mersul poate fi perturbat (pași mici, tendință de cădere, pierderea echilibrului spre spate) fără motiv identificabil.

MEȘĂ. Bandă de țesătură sau tifon pusă într-o cavitate.

O meșă este utilizată de cele mai multe ori pentru a drena o pungă de lichid organic (abces, hematom).

METABOLISM. Totalitate a reacțiilor biochimice care se produc în sânul organismului.

Metabolismul cuprinde două mari procese.

■ *Anabolismul* este totalitatea reacțiilor chimice care conduc la o sinteză sau la o fabricare; el necesită, în general, un consum de energie.

■ *Catabolismul* este totalitatea reacțiilor care conduc la o degradare; el antrenează, în general, o eliberare de energie.

Termenul „metabolism" poate de asemenea să fie întrebuințat într-un sens mai restrâns: metabolismul lipidelor, al sodiului etc. Metabolismul energetic este totalitatea reacțiilor metabolice ale organismului: în cursul unui lanț de reacții foarte lung și complex, denumit ciclul lui Krebs, energia provenind de la nutrimente (proteine, glucide, lipide) este mai întâi transformată și stocată (anabolism) sub formă de adenozintrifosfat (A.T.P.), o moleculă prezentă în celule. Această energie este apoi eliberată prin degradarea (catabolism) A.T.P.-ului pentru a acoperi cheltuielile energetice; creștere, activitate fizică, cheltuieli de întreținere și de reparație, metabolismul bazal (energia necesară pentru a menține temperatura corpului, ritmul cardiac, funcționarea plămânului și alte funcțiuni de bază) etc.

METACARP. Parte a scheletului mâinii cuprinsă între carp (corespunzător încheieturii mâinii) și degete.

METACARPIAN. Os lung al mâinii.

Metacarpienele sunt în număr de 5; ele formează metacarpul. Primul os metacarpian, corespunzând bazei policelui, este foarte mobil.

Fracturile metacarpienelor sunt extrem de frecvente, cele mai curente fiind cele ale primului și celui de al cincilea metacarpian. Uneori este necesar să se facă reducerea chirurgicală a fracturilor. Ele sunt apoi imobilizate cu ajutorul unei atele sau al unui ghips.

METADONĂ. Analgezic de sinteză, înrudit cu morfina, propus pentru dezobișnuirea heroinomanilor. SINONIM: *mecodin*.

Metadona permite evitarea simptomelor de dezobișnuire (tremurături, transpirații, agitație, senzație de rău etc.) la heroinomani și le asigură o posibilitate de reinserție socială în afara utilizării de droguri ilegale. Eliberarea metadonei, dozele ei (posologia) și evaluarea eficacității tratamentului trebuie să fie urmărite cu regularitate.

Acest tratament este urmat mai multe luni, chiar ani, iar oprirea lui depinde de evoluția psihică a bolnavului.

Principiile și rezultatele acestui mod de dezobișnuire sunt foarte controversate, atât din punct de vedere etic, cât și farmacologic (este posibil ca efectele secundare ale dezobișnuirii pe bază de metadonă să fie mai grave decât cele ale heroinei). Unii specialiști văd în metadonă totuși un mod de prevenire a SIDA la toxicomani prin reducerea folosirii clandestine a seringilor infectate cu H.I.V.

METAMORFOPSIE. Tulburare a vederii caracterizată printr-o deformare a imaginii.

O metamorfopsie este provocată adesea de o leziune a maculei (mică zonă centrală de pe retină, responsabilă de acuitatea vizuală).

Un subiect atins de metamorfopsie vede liniile drepte ondulate, curbate sau din bucăți și literele deformate.

Tratamentul unei metamorfopsii este cel al leziunii care afectează macula.

METASTAZĂ. Migrare pe cale sangvină sau limfatică a produselor patologice (bacterii, virusuri, paraziți, celule canceroase) provenite de la o leziune inițială.

METASTAZĂ CANCEROASĂ. Focar de celule canceroase provenind de la un cancer inițial, zis primitiv, și dezvoltat pe alt organ.

Metastazele canceroase reprezintă ultima etapă a evoluției spontane a celor mai multe cancere. Prima etapă este extinderea locală a cancerului inițial. A doua etapă este propagarea sa la ganglionii limfatici vecini prin intermediul canalelor limfatice situate în țesuturi. Etapa metastatică, prin intermediul circulației sangvine, poate duce la o diseminare a cancerului la mare distanță și în mai multe organe.

Organele la care se ajunge sunt de cele mai multe ori plămânii, ficatul, oasele și creierul. Se vorbește atunci de un cancer secundar al acestor organe. Sediul metastazelor depinde în anumite cazuri de poziția anatomică a acestor

organe: cancerele de intestin metastazează ușor în ficat, deoarece sângele trece din intestin în vena portă care se termină în ficat. În alte cazuri, locul de sosire ține de timpul cancerului: sarcoamele (tumori maligne ale țesutului conjunctiv) metastazează mai ales în plămâni, din motive încă prost cunoscute.

EVOLUȚIE ȘI PROGNOSTIC. Metastazele sunt fenomene frecvente și precoce: în general, când se pune un diagnostic de cancer primitiv, acesta este, de fapt, prezent în organism de mai mulți ani; riscul de a exista metastaze, deja reperabile sau încă invizibile, este deci extrem de crescut. Totuși, unele varietăți de cancer metastazează puțin (cancerul de ovar, de exemplu) sau deloc (epiteliom bazocelular al pielii). Metastazele, atunci când există, proliferează mai repede decât cancerul primitiv. Ele sunt, de asemenea, mai rezistente la chimioterapie și radioterapie. Strategiile terapeutice țin cont de riscul prezenței metastazelor încă nedecelate: tratamentul este intensiv dacă un cancer este de o varietate cunoscută pentru frecvența metastazelor sale.

METATARS. Parte a scheletului piciorului cuprinsă între tars (ansamblu care formează regiunea posterioară a scheletului piciorului) și degetele de la picior.

METATARSIAN. Os lung al piciorului.

Metatarsienele sunt în număr de 5; ele formează metatarsul. Primul metatarsian formează arcul intern al boltei plantare și doar extremitatea lui stă pe sol. Al cincilea metatarsian formează partea externă a boltei plantare și se sprijină în întregime pe sol.

PATOLOGIE. Frecvente, fracturile metatarsienelor pot fi cauzate de căderea unui obiect pe picioar sau unei torsiuni violente a acestora. Ele sunt dureroase, dar de cele mai multe ori benigne. Reducerea lor este, în general, ortopedică, uneori chirurgicală. Apoi, ele sunt imobilizate cu ajutorul unui gips timp de 3 până la 6 săptămâni.

METEORISM. Acumularea de gaz în intestin, care se traduce prin creșterea în volum a abdomenului.

Meteorismul se deosebește de balonarea abdominală, care corespunde unei senzații subiective de tensiune intraabdominală care nu traduce întotdeauna o creștere reală a cantității de gaz din intestin. Un meteorism poate să fie observat, de asemenea, în bolile organice digestive (ocluzie colică, sindrom al lui Koenig), precum și în bolile funcționale, în care doar funcția digestivă, și nu organul, este deteriorată (colopatie spasmodică).

Tratamentul meteorismului este cel al cauzei sale.

METIONINĂ. Acid aminat esențial (care nu poate fi sintetizat de către organism, trebuie deci să fie furnizat prin alimentație), a cărui moleculă conține sulf.

METRITĂ. Inflamație a diverselor țesuturi ale uterului, în principal a mucoasei uterine (endometrită), dar și a mușchiului uterin (miometrită sau cervicită).

METRORAGIE. Sângerare vaginală survenind în afara fluxului menstrual.

Metroragiile sunt întotdeauna anormale și justifică o consultație medicală. Cauzele lor diferă după vârsta femeii.

■ *Fetele* au un ciclu menstrual neregulat în primii ani, iar la ele, metroragiile nu sunt rare. Fetele trebuie totuși să ajungă la consultație și pot fi tratate printr-o contraceptie orală precoce. Metroragiile pot fi observate, de asemenea, la începutul unui tratament contraceptiv și atunci cedează la luarea de pilule în doze mai mari.

■ *Femeile în perioada de activitate genitală* trebuie întotdeauna să ia în serios o metroragie. Dacă ea nu este însărcinată, cauza poate fi un polip, un fibrom, o endometrită, o salpingită, un cancer; totuși, cele mai multe cazuri sunt consecutive unei anomalii a mecanismului menstrual (chisturi dezvoltate pe seama unui folicul, cicluri fără ovulație).

■ *Femeile menopauzate*, ale căror scurgeri menstruale sunt absente de mai mult de 6 luni și care prezintă semne clare de menopauză (bufeuri de căldură, uscăciune vaginală), pot avea metroragii care trebuie să conducă la căutarea unui cancer al colului uterin prin histeroscopie, chiuretaj biopsic și frotiu; tratamentul trebuie să fie imediat.

MEZENCEFAL. Regiune centrală a encefalului, între protuberanța inelară și diencefal, legată de creierul mic.

MEZENCHIM. Formă tânără a țesutului conjunctiv.

MEZOTELIOM. Tumoră benignă sau malignă care se dezvoltă pe seama mezoteliului (țesutul care tapetează suprafața internă a unor membrane seroase).

MEZOTERAPIE. Metodă terapeutică ce constă în injectarea de medicamente pe cale intradermică cu doze minime (între 3 și 5% din cantitățile necesare pe calea obișnuită), acest mod de administrare întărind și prelungind acțiunea lor.

Mezoterapia utilizează adesea medicamente alopatice (a căror acțiune este îndreptată împotriva bolii, în opozitie cu cele „homeopatice"). Originalitatea și eficacitatea sa se trag din calea de introducere a produselor: calea intradermică. Consultația, ca și în medicina generală, conduce la un diagnostic precis (sprijinit la nevoie pe examene complementare clasice) și la alegerea unui tratament adaptat. Medicamentele sunt atunci injectate de către însuși medic cu ajutorul unei seringi dotate cu un ac fin de 4 milimetri lungime, de unică întrebuințare, cu excepția majoră a corticosteroizilor retard, care antrenează un risc de necroză cutanată. Sunt frecvente efecte minore și tranzitorii la punctele de injectare (eriteme, echimoze, dureri).

INDICAȚII. Efectele cele mai spectaculare se observă în traumatologia sportivă (tendinite, entorse) și în afecțiunile circulatorii (arterită, boala lui Raynaud |tulburări vasomotorii ale extremităților| etc.), infecțioase (zona zoster) sau alergice. Rezultate bune sunt obținute în tratamentul celulitei, al calviției și mai ales în cel al afecțiunilor reumatismale ca artroza, în care mezoterapia atenuează rapid durerea. Această terapeutică este utilizată de preferință singură. Atunci când, pentru o aceeași afecțiune, se asociază și un tratament clasic, se ajunge adesea la diminuarea dozelor tratamentului zilnic, de exemplu pentru artroză, în care dozele de analgezice și de antiinflamatoare sunt net reduse sau chiar suprimate.

În schimb, mezoterapia nu se aplică bolilor tumorale (cancer), nici bolilor degenerative, nici afecțiunilor grave care necesită o terapeutică adecvată (diabet, meningită infecțioasă, tuberculoză, infarct miocardic), nici în cele care țin de chirurgie.

MIALGIE. Durere musculară.

Mialgiile pot fi provocate de o hipertonie musculară (redoare a mușchilor) sau de un traumatism (curbaturi de efort, torticolis, lumbago). Mialgiile se întâlnesc, de asemenea, în diverse boli, acute sau cronice, de origine infecțioasă (gripă, hepatită virală, poliomielită acută, boala lui Bornholm) sau autoimună (poliartrită reumatoidă, lupus eritematos).

Tratamentul este cel al bolii responsabile. În plus, pentru a atenua durerile, se face apel la analgezice, locale sau generale, sau la decontracturante.

MIALGIE EPIDEMICĂ. → PLEURODINIE CONTAGIOASĂ.

MIALGIE LOMBARĂ. → LUMBAGO.

MIASTENIE. Boală neurologică ce se caracterizează printr-o vlăguire musculară.

Miastenia este o afecțiune rară (între 2 și 5 cazuri la un milion de indivizi) de origine autoimună (organismul producând anticorpi împotriva propriilor constituenți). Anticorpii în cauză se fixează pe placa motorie, zona de contact a celulei musculare cu fibra nervoasă care o comandă, ceea ce împiedică acetilcolina să se fixeze aici și să blocheze transmiterea mesajelor. Fără a se cunoaște motivele, se observă diferite afecțiuni (anomalii, tumoră) ale timusului (glandă situată în spatele traheei) la 75% dintre persoanele suferind de miastenie.

SIMPTOME ȘI SEMNE. În majoritatea cazurilor, boala debutează înaintea vârstei de 40 ani; primele semne sunt de cele mai multe ori oculare, pacienții plângându-se de o diplopie (vedere în dublu) sau de un ptosis (căderea pleoapei superioare) al unuia dintre cei doi ochi. De asemenea, mai poate fi vorba și de tulburări ale vocii (voce nazalizată), de jenă la masticație, de o vlăguire a membrelor, de o senzație de oboseală generală. Variabilitatea tulburărilor și accentuarea lor la oboseală sunt caracteristice bolilor. De cele mai multe ori, miastenia se întinde la alți mușchi.

TRATAMENT. Acesta se bazează pe administrarea de anticolinesterazice, care favorizează acțiunea acetilcolinei, și adesea pe ablația chirurgicală a timusului. În majoritatea cazurilor, dacă tratamentul este urmat multă vreme, acesta permite subiectului să ducă o viață normală sau cel puțin autonomă. Atunci când acest tratament nu conduce la o ameliorare satisfăcătoare, se propune administrarea de imunosupresoare.

MIAZĂ. Boală parazitară provocată de infestarea cu larve de insecte (diferite specii de muște), în general, care nu înțeapă.

Miazele sunt boli răspândite în lumea întreagă, mai frecvente fiind însă în regiunile tropicale.

CONTAMINARE. Muștele își depun ouăle pe piele, în orificiile naturale (urechi, nas, gură), pe plăgi sau pe leniera umedă. Larvele intră în piele sau în cavitățile naturale. Parăziții irup apoi la suprafața pielii.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Larvele care au pătruns în piele provoacă un furuncul dureros.

Miazele care ating cavitățile naturale ale organismului, ca otomiaza (miaza urechii) sau nazomiaza (miaza nasului), pot provoca leziuni grave însoțite de dureri ascuțite. În absența tratamentului, infestarea cu larve, care pot perfora septul nazal sau vălul palatin, se dublează cu o infecție bacteriană.

TRATAMENT. Tratamentul miazelor cutanate constă în extragerea larvelor cu ajutorul unui ac după ce au fost omorâte cu un insecticid. O operație chirurgicală se dovedește uneori necesară, în caz de infecție a țesuturilor profunde. Un laxativ permite tratarea unei miaze intestinale.

MICETOM. Tumefacție inflamatorie tropicală ce conține granule fungice (ciuperci) sau actinomicozice (bacterii filamentoase), afectând pielea, țesuturile subcutanate, chiar oasele. SINONIM: *picior de Madura*.

Această infecție, rară, se întâlnește în zona tropicală de nord.

CONTAMINARE. Omul se contaminează înțepându-se cu spinii sau cu așchiile infectate și atingându-se de murdăria unei plăgi deja existente.

TRATAMENT. Antibioticele sunt susceptibile să vindece micetoamele actinomicozice, dar micetoamele fungice nu pot fi eliminate decât printr-o operație chirurgicală.

MICOBACTERIE. Gen de bacterii constituite din bacili, dintre care unele sunt patogene pentru om, zise acido-alcoolorezistente din cauza colorării lor deosebite prin tehnica lui Ziehl-Neelsen, care permite să fie diferențiate de alți germeni la un examen direct.

Există numeroase specii de micobacterii, *Mycobacterium tuberculosis*, sau bacilul lui Koch, este responsabilă de tuberculoză; *Mycobacterium leprae*, sau bacilul lui Hansen, care provoacă lepra. *Mycobacterium bovis* este responsabilă de tuberculoza bovină și poate eventual să contamineze omul. Bacilul lui Calmette și Guérin (B.C.G.) este o suș de *Mycobacterium bovis* atenuată, utilizată pentru vaccinarea împotriva tuberculozei.

Alte specii de micobacterii, denumite atipice, sunt prezente în mediu și de obicei nu prezintă pericol pentru om. Ele sunt totuși responsabile de infecțiile oportuniste (care nu se declară decât la persoanele cu mijloacele de apărare imunitară slăbite), ca *Mycobacterium avium-intracellulare*, care declanșează frecvent infecții generalizate (septicemii) la bolnavii atinși de SIDA.

MICOPLASMĂ. Bacterie foarte mică (între 0,3 și 0,8 micrometri), lipsită de perete. SINONIM: *mycoplasma*.

Micoplasmele sunt prezente în natură (apă, sol, vegetale), la insecte, animale și la om (suprafața mucoaselor). Unele sunt patogene pentru om, ca *Mycoplasma pneumoniae*, cauzatoare a infecțiilor respiratorii, sau *Mycoplasma hominis* și *Mycoplasma ureaplasma urealyticum*, responsabile de infecții ale căilor genitourinare.

Unele antibiotice (tetracicline) permit tratarea eficace a infecțiilor cu micoplasme.

MICOTOXICOZĂ. Totalitate a tulburărilor provocate omului și animalelor de prezența ciupercilor microscopice în alimente.

MICOZĂ. Infecție provocată de o ciupercă microscopică.

Ciupercile microscopice se repartizează, după morfologia lor, în levuri, în ciuperci dimorfe și în mucegaiuri. Unele (candida, *Cryptococcus, Torulopsis* etc.) sunt prezente în mod normal pe piele sau în organism fără să facă rău acestora.

DIFERITE TIPURI DE MICOZE

■ *Micozele cutanate, sau cutaneomucoase*, se manifestă printr-o afectare a pielii, a plicilor (intertrigo), a spațiilor dintre degete, a pielii capului, a unghiilor (onicomicoză), a gurii sau a vaginului. Acestea sunt, de exemplu, candidozele (mărgăritărel sau muguet, vulvită, balanită) sau dermatofitozele (chelbe, picior de atlet, herpes circinat). Epidermomicozele sunt micoze care ating epidermul, provocate de dermatofiți sau de ptiriazis verzicolor.

■ *Micozele profunde* constituie formele cele mai grave. Infecția cu candida poate lua forma unei septicemii cu extindere la endocard, la plămâni, la meninge și la rinichi. O altă levură, *Cryptococcus neoformans*, este responsabilă de meningoencefalită și de atingere pulmonară, îndeosebi la bolnavii atinși de SIDA. *Aspergillus fumigans* este cauza aspergilozei, care se manifestă sub formă de tumori pulmonare sau bronșice (aspergiloame) la bolnavii supuși unei chimioterapii anticancerose sau care au avut deja o tuberculoză, care au o afecțiune cronică a bronhiilor sau o mucoviscidioză.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul micozelor se pune pe baza examinării leziunilor și a examenului direct sau după cultura prelevatelor.

Tratamentele locale specifice permit vindecarea majorității leziunilor locale. Micozele profunde sunt de cele mai multe ori sensibile la acțiunea medicamentelor antimicozice, dar tratamentele sunt, în acest caz, în general de lungă durată. Există riscuri de reșuță.

MICOZIS FUNGOID. Boală caracterizată printr-o proliferare cutanată a limfocitelor.

Micozisul fungoid face parte din limfoamele cutanate (tumori cutanate dezvoltate pe seama țesutului limfoid). Micozisul fungoid atinge mai ales bărbații între 40 și 60 ani și evoluează de cele mai multe ori în trei faze.

■ *Prima fază* este marcată de apariția plăcilor cutanate de o culoare mergând de la roz deschis la roșu-violaceu.

■ *În faza a doua, denumită și faza infiltrată*, leziunile îngroșându-se, formează suluri de culoare variabilă, de la gălbui la roșu închis.

■ *Faza a treia, sau faza tumorală*, este caracterizată prin apariția unor mici noduli care pot crește și forma adevărate tumori canceroase. În cele din urmă, boala se întinde la ganglionii limfatici sau la viscere.

TRATAMENT. Acesta constă într-un prim timp din chimioterapia locală (aplicații de mecloretamină), puvaterapie (expunere la radiații ultraviolete în cabină) sau radioterapie. În formele mai evoluate, chimioterapia permite atenuarea simptomelor bolii.

MICROANGIOPATIE. Oricare boală care afectează vasele sangvine de calibru mic.

Principala cauză a microangiopatiilor este diabetul zaharat (exces de zahăr în sânge).

O microangiopatie este un fenomen difuz, dar consecințele sale sunt deosebit de severe pentru retină, sistemul nervos și rinichi: retinopatie diabetică, care suscită o alterare a retinei și poate duce la cecitate, multinevrită (atingere a mai multor nervi periferici distincți), nefropatie glomerulară diabetică (afectare a glomerulului, unitatea filtrantă a rinichiului, cauză posibilă de insuficiență renală). O microangiopatie poate, de asemenea, să fie responsabilă de o hipertensiune arterială.

Nu există un tratament specific al microangiopatiilor.

Singurul mijloc de prevenire eficace constă într-un control strict al glicemiei.

MICROB. Microorganism.

Termenul de microb desemnează atât bacteriile, cât și virusurile, protozoarele și ciupercile microscopice.

MICROBIOLOGIE. Știință și studiu al microorganismelor vii patogene, responsabile de bolile infecțioase.

Microbiologia grupează studiul bacteriilor (bacteriologie), cel al virusurilor (virusologie) și cel al ciupercilor, agenți ai micozelor (micologie).

MICROCEFALIE. Micime excesivă a capului în raport cu perimetrul cranian mediu al indivizilor de aceeași vârstă și de același sex.

În caz de insuficiență a dezvoltării creierului, prognosticul este, în general, rezervat, cu o întârziere a dezvoltării mintale de un grad variat. El este mai bun în caz de îngustare a cutiei craniene, dezvoltarea neurologică și mintală fiind sensibil normale; craniul rămâne totuși deformat la adult. La nevoie, mai ales atunci când există hipertensiune intracraniană, se realizează o intervenție chirurgicală (desprinderea oaselor craniului pentru a permite creierului să se dezvolte normal).

MICROCHIRURGIE. Chirurgie realizată cu ajutorul unui microscop binocular care permite să se mărească până la 40 de ori vederea câmpului operator.

INDICAȚII. Microchirurgia permite să se efectueze intervenții imposibile în chirurgia clasică, la scara de zecime de milimetru sau chiar mai jos.

■ *În chirurgia nervoasă*, ea permite reparația unui nerv prin sutură sau grefă și operații delicate de neuroliză (eliberare a nervilor comprimați de către un țesut sclerozat, ca în sindromul canalului carpian).

■ *În ginecologie*, ea este utilizată în tratamentul sterilității (chirurgia trompelor și ovarelor).

■ *În oftalmologie*, ea a cunoscut o dezvoltare foarte importantă odată cu operațiile de cataractă (înlocuirea cristalinului cu implanturi) și pe retină.

■ *În otorinolaringologie*, microchirurgia este utilizată, în principal, pe urechea medie pentru a-i reconstitui un lanț de oscioare sau pentru a îndepărta tumorile, dar păstrând nervii.

■ *În traumatologie*, ea permite reimplantarea membrelor și degetelor secționate.

TEHNICĂ. În cursul intervenției, chirurgul nu-și privește direct mâinile, ci examinează câmpul operator printr-un sistem optic măritor, chiar și prin intermediul unui ecran.

MICROCIRCULAȚIE. Circulație sangvină a vaselor de mai puțin de 50 micrometri în diametru.

Microcirculația privește arteriolele, venulele și capilarele.

MICROCORNEE. Cornee de dimensiuni mici (diametrul inferior valorii de 10 milimetri).

O microcornee există de cele mai multe ori pe un ochi afectat de microftalmie (reducerea congenitală a mărimii globului ocular).

MICRODACTILIE. Malformație congenitală caracterizată prin micimea unuia sau mai multor degete de la mâini sau de la picioare.

MICRODONȚIE. Prezență a unor dinți anormal de mici.

Microdonția este o anomalie ereditară care poate să nu afecteze decât un singur dinte.

Tratamentul microdonției, a cărei principală consecință este de ordin estetic, este facultativ: el constă în purtatul, timp de o perioadă de la 1 la 3 ani, a unui aparat dentar. Uneori, se mai recurge și la punerea unei coroane de ceramică de mărime normală pe unul sau pe mai mulți dinți mici.

MICROFTALMIE. Micime congenitală a unui ochi sau a ambilor ochi, provocată de o oprire a dezvoltării în cursul vieții intrauterine.

În lipsa unui tratament curativ real, protezele, de dimensiuni adaptate creșterii cavității orbitare, permit să se crească puțin câte puțin mărimea acesteia.

MICROGNATIE. Dezvoltare insuficientă a maxilarelor. SINONIM: *hrahignatie*.

Malformație ereditară, micrognația este adesea la originea unei încălecări dentare.

La copil, extracția unui grup de dinți, urmată de purtatul, timp de 2–3 ani, a unui aparat dentar permite, în general, să se obțină o dezvoltare corectă a maxilarelor. La adult, tratamentul micrognației constă în corectarea chirurgicală a maxilarului, apoi în realinierea dinților cu ajutorul unui aparat ortodontic.

MICROSCOP. Instrument optic sau electronic cu mare putere de mărire, permițând să fie văzute obiectele invizibile cu ochiul liber.

MICȚIUNE. Emisie naturală a urinei prin evacuarea prin vezică.

Numărul de micțiuni depinde de cantitatea de urină de emis și de capacitatea fiziologică a vezicii subiectului; acest număr variază de la 0 la 1 în timpul nopții, de la 4 la 5 în timpul zilei. Durerile la micțiune pot dezvălui o infecție urinară și necesită deci un examen citobacteriologic al urinei.

Micțiunea se află sub dependența unui mecanism neurologic care poate fi controlat în mod voluntar.

TULBURĂRI ALE MICȚIUNII

■ *Disuria* este o dificultate în a evacua vezica. Ea este consecutivă unui adenom de prostată, unei îngustări a uretrei sau unei contracții insuficiente a mușchiului vezical.

■ *Enurezia* este o emisie de urină, involuntară și inconștientă, în general nocturnă, la un copil care a depășit vârsta deprinderii curățeniei (între 2 și 4 ani). Ea poarte fi cauzată de o imaturitate neurologică a vezicii. Unii specialiști o atribuie unei cauze hormonale sau psihosomatice.

■ *Imperiozitatea micțională* se traduce printr-o incapacitate de a reține urina. Ea relevă o iritație a vezicii.

■ *Incontinența urinară* poate fi totală sau parțială (de cele mai multe ori sub forma unei incontinențe urinare de efort). Ea este cauzată de o deficiență a sfincterului uretrei.

■ *Polakiuria* se caracterizează prin micțiuni frecvente, survenind ziua sau noaptea. Ea traduce o iritație a vezicii (adenom de prostată, cistită, calcul al vezicii) sau o diminuare a capacității sale.

MIDRIATIC, -Ă. Se spune despre o substanță care este capabilă să provoace o midriază (dilatația persistentă a pupilei ochiului).

INDICAȚII. Substanțele midriatice sunt indicate în tratamentul glaucomului cu unghi deschis, al hipertensiunii intraoculare și al hipertoniei oculare. Atropina este mai mult utilizată în tratamentul afecțiunilor inflamatorii ale ochiului, precum keratitele și uveitele (inflamații ale tractusului uveal care cuprinde coroida, corpul ciliar și irisul).

EFECTE NEDORITE ȘI CONTRAINDICAȚII. Substanțele cu efect midriatic provoacă o modificare a vederii: ele dilată pupila și împiedică diafragma să se închidă suficient pentru a da o imagine clară. Acest efect secundar benign durează câteva ore, timp în care produsul se resoarbe.

Uneori, la subiecți predispuși din punct de vedere anatomic, substanțele cu efect midriatic pot genera o criză de glaucom prin deschiderea unghiului format de iris și cornee (unghiul iridocornean). → MIOTIC(Ă).

MIDRIAZĂ. Dilatație a pupilei.

Midriaza patologică se observă în multe cazuri:

— ca urmare a unui consum prea mare de alcool;

— ca urmare a unei prize de stupefiante;

— ca urmare a unei paralizii a nervului parasimpatic ocular, de origine traumatică, tumorală sau vasculară;

— ca urmare a unei leziuni a globului ocular sau a nervului optic, leziune care a distrus cea mai mare parte a fibrelor optice;

— ca urmare a excitării nervului simpatic, caz observat mai rar.

Un subiect atins de midriază vede încețoșat și este foarte zăpăcit. Aplicarea de colire miotice (care provoacă contracția pupilei) face să dispară aceste simptome.

MIELINĂ. Substanță compusă din lipide și proteine, care înconjoară unele fibre nervoase.

MIELODISPLAZIE. Totalitate a bolilor caracterizate prin prezența celulelor-sușe anormale în măduva osoasă. SINONIM: *sindrom mielodisplazic (S.M.D.).*

MIELOFIBROZĂ. Creștere patologică a rețelei de colagen situate în jurul celulelor-sușe ale măduvei osoase.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Se observă foarte des o anemie cu o deformare a globulelor roșii (globule în formă de pară). Numărul de globule albe este adesea crescut, cel al plachetelor, variabil.

Mielofibroza evoluează în timp de luni, chiar ani. Atunci când numărul de globule albe sau al plachetelor crește, se apelează în unele cazuri la o chimioterapie cu doze mici. Actualmente nu se dispune de un tratament specific al mielofibrozei.

MIELOGRAFIE. Radiografie a măduvei spinării, rădăcinilor nervilor și meningelor.

Un tip particular de mielografie, meilosaccoradiculografia, explorează atât fundătura lichidiană situată sub măduvă, cât și coada-de-cal (grupul de rădăcini nervoase care se distribuie membrelor inferioare).

O mielografie este indicată, în particular înaintea unei intervenții chirurgicale intrarahidiene, pentru a verifica faptul că operația este justificată și pentru a-l ghida pe chirurg.

DESFĂȘURARE. Melografia impune o spitalizare de aproximativ 48 ore. Acest examen se desfășoară sub anestezie. El necesită utilizarea unui produs de contrast (substanță opacă la radiațiile X).

Pacientul fiind culcat pe o parte, cu capul mai jos decât picioarele, se injectează produsul cu un ac fie pe cale suboccipitală (între craniu și coloana vertebrală), fie pe cale lombară (între două vertebre lombare). La sfârșitul examenului, bolnavul rămâne alungit câteva ore, cu capul ușor supraînălțat.

În unele cazuri, se practică un scaner imediat după mielografie (mieloscaner) cu scopul de a aprecia mai bine forma măduvei, mărimea spațiilor subarahnoidiene și morfologia rădăcinilor.

CONTRAINDICAȚII ȘI EFECTE SECUNDARE. O pregătire deosebită este necesară în caz de alergie la iodul produsului de contrast. Efectele secundare se limitează la câteva dureri de cap și la grețuri.

Actualmente, imageria prin rezonanță magnetică (I.R.M.) permite, de asemenea, explorarea rachisului și a măduvei spinării în toate direcțiile și fără injectare de produs de contrast, cu o excelentă precizie a rezultatelor.

MIELOGRAMĂ. Examen al celulelor măduvei osoase.

O mielogramă este realizată plecând de la un mic volum de măduvă (în general, mai puțin de un centimetru cub), prelevată din stern sau de la înălțimea crestei iliace posterioare. După o anestezie locală, celulele sunt aspirate cu ajutorul unei seringi. Prelevarea este dureroasă, dar rapidă (câteva secunde). Rezultatele sunt obținute în câteva ore. Pacientul poate să plece imediat după examen. Nu există vreun efect secundar.

Mielograma este indispensabilă pentru a preciza originea numeroaselor forme de anemie (diminuarea numărului de globule roșii), de trombopenie (diminuarea numărului de plachete sangvine) și pentru explicarea micșorării numărului de anumite globule albe, polinuclearele neutrofile; ea este,

de asemenea, foarte utilă în supravegherea bolilor măduvei (leucemii, de exemplu) aflate sub tratament.

MIELOMENINGOCEL. Tumoră chistică, în general congenitală, amplasată în lungul coloanei vertebrale, de cele mai multe ori la nivel lombar sau lombosacral.

Un mielomeningocel este forma cea mai gravă de spina bifida (malformație congenitală caracterizată prin lăsarea descoperită a unei părți din măduva spinării).

SIMPTOME ȘI SEMNE. De culoare roșietică și de volum variabil, un mielomeningocel este acoperit de o peliculă fină foarte fragilă care riscă să se rupă în orice clipă pentru a lăsa să iasă lichidul cefalorahidian. Mielomeningocelul antrenează, în general, o paralizie a membrelor inferioare și o incontinență. În plus, pot fi asociate o hidrocefalie și malformații ale gambelor.

DIAGNOSTIC. Mulțumită ecografiei acest diagnostic poate fi pus chiar înainte de naștere. În acest caz, nașterea trebuie să aibă loc într-o maternitate în apropierea unui centru de chirurgie neonatală. Dacă diagnosticul este stabilit la naștere, se impune transferul nou-născutului afectat într-un centru specializat.

TRATAMENT. Atunci când este posibil, tratamentul este chirurgical și trebuie să fie întreprins rapid după naștere. El constă în reducerea herniei măduvei spinării și în reconstruirea peretelui. Totuși, intervenția chirurgicală nu este practicată, în general, decât în formele cele mai grave.

PROGNOSTIC. Prognosticul este foarte rezervat, mai ales dacă tumora ocupă o poziție mai la înălțime (regiunea lombară medie), dacă ea coexistă cu o hidrocefalie severă prezentă la naștere, dacă ea este însoțită de o paralizie a membrelor inferioare cu atingerea majorității mușchilor șoldului și sfincterelor.

MIELOM MULTIPLU. Proliferare malignă, de origine necunoscută, a plasmocitelor în măduva osoasă. SINONIM: *boala a lui Kahler*.

Mielomul multiplu se dezvoltă, în general, la persoanele de vârstă trecută de 60 ani.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Din cauza proliferării plasmocitelor, celulele specializate în secreția de anticorpi, se observă în sângele bolnavului o creștere anormală a producerii unui singur tip de imunoglobulină pentru un mielom anume. Plasmocitele secretă substanțe care antrenează treptat o distrugere a țesutului osos. Boala poate fi descoperită cu ocazia unor dureri osoase rebele, a unei anemii sau a unei creșteri importante a vitezei de sedimentare, putând depăși 100 mm pentru o oră.

DIAGNOSTIC ȘI EVOLUȚIE. Diagnosticul se pune pe baza analizei proteinelor din ser prin electroforeză. Această tehnică pune în evidență excesul unui anume tip de anticorpi, care se traduce printr-un pic ce se detașează pe curbă numit „pic monoclonal". Diagnosticul mai este stabilit și prin punctia măduvei, al cărei examen pune în evidență plasmocitele, și prin radiografii ale oaselor, care prezintă zone de rarefiere a țesutului osos de formă sferică, cu limite clare, denumite geode (sau, încă, lacune sau carii osoase).

În absența unui tratament, evoluția unui mielom multiplu se face către o creștere a distrugerilor osoase, cu riscul de fracturi fără traumatisme (fracturi spontane), și spre o creștere importantă a eliberării de calciu antrenând o hipercalcemie. Mai mult, mielomul multiplu poate să se manifeste și prin producerea unei depuneri de anticorpi în rinichi, răspunzătoare de o insuficiență renală. În sfârșit, dezvoltarea de plasmocite în măduvă poate provoca o perturbație a producției de alte descendente sangvine, ca cea a globulelor roșii, ceea ce antrenează o anemie.

TRATAMENT ȘI SUPRAVEGHERE. Tratamentul mielomului multiplu face apel la chimioterapie, al cărei scop este să distrugă proliferarea plasmocitară. În unele cazuri se utilizează simultan mai mulți agenți chimioterapici (polichimioterapie). Un tratament de întreținere cu interferon este uneori necesar. Atunci când afecțiunea survine înaintea vârstei de 50 ani, se preferă, de obicei, administrarea unui tratament mai greu, care poate comporta o chimioterapie intensivă și, eventual, o grefă de măduvă.

MIELOPATIE. Boală a măduvei spinării.

MIELOSACCORADICULOGRAFIE. Formă particulară de mielografie (radiografie a măduvei spinării, a meningelor și a rădăcinilor nervoase) care explorează fundătura meningeană și rădăcinile nervoase destinate membrelor inferioare. → MIELOGRAFIE.

MIFEPRISTON. Medicament antigestațional și antiprogestativ. SINONIM: *RU 486*.

Mifepristonul este un steroid de sinteză capabil să inhibe acțiunea unui hormon, progesteronul fixându-se pe receptorii săi celulari.

INDICAȚII. Asociat cu un analog sintetic al unei prostaglandine (substanță hormonală), mifepristonul este utilizat pe cale orală și într-o priză unică, în timpul unei întreruperi voluntare a cursului sarcinii (I.V.S.) precoce (înainte de a 50-a zi de încetare a fluxului menstrual), pentru a accelera expulzia ovulară. Întreruperea de sarcină are, în general, loc între 2 și 48 ore după absorbția produsului. Dacă nu are loc expulzia ovulară, este practicat un chiuretaj aspirativ.

Prescripția și luarea medicamentului trebuie să fie făcute într-o instituție spitalicească abilitată să realizeze întreruperea voluntară a cursului sarcinii.

EFECTE NEDORITE. Mifepristonul poate declanșa o hemoragie (în 5% dintre cazuri), asociată sau nu întreruperii voluntare a sarcinii (I.V.S.) De altfel, durerile abdominale sau pelviene, stările de rău, durerile de cap pot fi constatate fără să se știe dacă aceste semne sunt legate de sarcină sau de întreruperea ei.

PERSPECTIVE. Alte indicații ar putea apărea în viitor, în particular declanșarea travaliului la termen, contracepția de a doua zi, întreruperile terapeutice ale sarcinii.

MIGRENĂ. Boală caracterizată prin accese repetitive de dureri de cap.

CAUZE. Migrena, foarte frecventă, este de cauză necunoscută. Durerile sunt provocate probabil de o dilatație a arterelor cerebrale; în plus, există sigur un factor ereditar, deoarece se observă adeseori mai multe cazuri de migrenă într-o aceeași familie. Crizele sunt declanșate de către diferiți factori, dar adesea același pentru un același bolnav: stresul, sau din contra destinderea fizică, imobilizarea la pat, postul, lipsa sau excesul de somn, zgomotul sau un miros, apropierea fluxului menstrual la femei. Sarcina și luarea de pilule contraceptive pot crește sau diminua frecvența migrenei de la o femeie la alta.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O migrenă poate lua mai multe aspecte.

■ *Migrena zisă comună*, cea mai frecventă, cuprinde crize de dureri de cap care se instalează treptat, durează mai multe ore chiar zile, se întinde la jumătatea dreaptă sau stângă a craniului (hemicraniu), cel puțin la începutul crizei, și este resimțită de multe ori ca pulsații. I se mai asociază și alte semne: tulburări digestive (grețuri, vărsături uneori), intoleranță la lumină (fotofobie), intoleranță la zgomot, exacerbarea durerilor de cap în cursul unui efort fizic.

■ *Migrena oftalmică* este o altă formă de migrenă, în care durerile de cap sunt precedate de semne neurologice vizuale: scotom scintilant (puncte luminoase, perceptibile mai întâi la centrul câmpului vizual, apoi până la periferia lui); hemianopsia laterală homonimă (imposibilitatea pentru ambii ochi de a vedea la dreapta sau la stânga).

În alte forme, migrena este însoțită de tulburări neurologie severe: vertije, senzație difuză de furnicături, în mod excepțional hemiplegie.

Diagnosticarea unei migrene este pur clinică și nu necesită *a priori* nici un examen complementar.

TRATAMENT. Acesta cuprinde două capitole, tratamentul crizei și tratamentul de fond.

Migrena la copil

Aproximativ 5% dintre copii pot fi afectați de migrenă, atât băieți, cât și fete. Crizele lor sunt adesea mai scurte decât cele ale adulților, cu dureri de cap localizate la frunte și cu tulburări digestive predominante. Aurele vizuale iau o formă fantastică: inversie, divizare, mărire sau lungire a lucrurilor văzute, viziuni fantasmagorice. De cele mai multe ori criza se termină printr-un somn reparator. La unii copii, durerile abdominale recidivante, vărsăturile, vertijele, survenind în crize, ar constitui „echivalenți migrenoși".

■ *Tratamentul crizei* trebuie să fie întreprins cât mai precoce posibil, de la începutul durerilor de cap, cu scopul de a avea o bună eficacitate. Dacă analgezicele uzuale nu sunt de ajuns, se folosesc derivați ai ergotului secarei ca tartratul de ergotamină (incompatibile cu antibioticele din grupul macrolidelor și contraindicate în particular în cursul sarcinii).

■ *Tratamentul de fond* este urmat zi de zi cu scopul de a diminua frecvența crizelor. Din cauza unor efecte nedorite ale medicamentelor, acesta nu este indicat decât în crize atât frecvente (mai multe pe lună), cât și invalidante. În principal, se utilizează derivații ergotului secarei, antiserotoninele, betablocantele, antidepresivele. În general, la un pacient dat, se găsește medicamentul care se potrivește după ce au fost încercate pe rând altele.

■ *Câteva gesturi simple* pot ameliora o stare migrenoasă: aplicarea unei presiuni pe tâmpla dinspre partea dureroasă, ori aplicarea pe cap a unor comprese cu gheață sau fierbinți. Alte remedii simple, purtatul de lentile colorate, băutul unei cafele tari sau mâncatul unei bucăți de zahăr pot fi de ajutor. În plus, dormitul în loc lipsit de zgomot și de lumină pot liniști adesea o migrenă. Pentru unele migrene specifice, există un tratament particular. Acesta este cazul migrenelor care nu survin decât în momentul fluxului menstrual, care pot fi prevenite prin aplicarea unui gel cu estrogeni.

MILLIARIA. Erupție cutanată constituită din mici ridicături, provocată de o obstrucție a porilor excretori ai glandelor sudoripare și conducând la o retenție de apă.

Se disting două sorturi de milliaria.

■ *Milliaria cristalină, sau sudamina*, este constituită din nenumărate mici ridicături translucide, microveziculoase, foarte superficiale, fără înroșire subiacentă. Ea apare brusc în cursul marilor pusee de febră, sau după o insolație violentă, pe zonele expuse ale corpului și regresează în câteva ore.

■ *Milliaria roșie („bourbouille"), ori bubele dulci*, este constituită din mici ridicături de culoare roșu aprins care se întâlnesc în zonele tropicale mai ales, mediu cald și umed. Milliaria roșie este însoțită de senzații de înțepătură și este amplasată mai ales în zonele de transpirație, ca talia, toracele, axilele și plicile cotului. Erupțiile sunt, de asemenea, frecvente la sugari în timpul verii, inclusiv în mediu temperat. Suprimarea factorilor declanșanți antrenează vindecarea.

MILLIUM. Minuscul chist alb, în principal, pe față și pe cicatrice, care provine din dilatarea unui canal sudoripar sau unui folicul pilos.

Millium dispare de cele mai multe ori spontan. El poate fi tratat prin aplicarea locală de azot lichid.

MINAMATA (boală a lui). Boală neurologică gravă provocată de o intoxicație cu deșeuri industriale bogate în mercur, deversate în mare.

Nu există un tratament eficace al acestei boli.

MINERAL. Corp inorganic, solid la temperatura obișnuită.

În organism, mineralele joacă un rol de constituire, activare și reglare a reacțiilor enzimatice, fiziologice, hormonale etc. Ele reprezintă între 4 și 5% din greutatea totală a unui individ.

O alimentație variată, care nu coboară sub 1 800 kilocalorii pe zi, este suficientă în mod normal pentru acoperirea nevoilor organismului în minerale, în afara fierului în anumite situații — în particular, în timpul sarcinii.

MINERALCORTICOSTEROID. Hormon secretat de glandele corticosuprarenale, care favorizează retenția de sodiu și excreția de potasiu. SINONIM: *mineralocorticoid*.

Principalul hormon mineralocorticosteroid este aldosteronul. Acesta își exercită activitatea, în principal, în rinichi, unde stimulează reabsorbția sodiului și secreția potasiului.

MINERVĂ. Aparat ortopedic de gips, piele sau material sintetic destinat să solidarizeze perfect capul cu toracele.

O minervă nu trebuie să fie confundată cu un colier, care permite o ușoară mobilitate a gâtului. Ea servește la imobilizarea rachisului cervical (atunci când trebuie tratată o fractură fără intervenție chirurgicală); în acest caz, ea trebuie să fie purtată aproximativ 3 luni.

MINKOWSKI-CHAUFFARD (boala a lui). Boală ereditară caracterizată printr-o anemie hemolitică (diminuarea nivelului hemoglobinei sangvine, provocată de distrugerea globulelor roșii). SINONIM: *aferocitoză ereditară*.

SEMNE ȘI EVOLUȚIE. Boala lui Minkowski-Chauffard se constată, de obicei, în copilărie. Anemia se poate agrava cu ocazia episoadelor infecțioase. De asemenea, se poate observa o litiază biliară (formarea de calculi în căile biliare), provocată de excesul de bilirubină. Pot apărea ulcere ale gambelor. Anomaliile osoase sunt, de asemenea, constatate în formele severe.

TRATAMENT. Acesta constă în ablația splinei (splenectomie). Această intervenție este justificată în toate formele care antrenează o hemoliză gravă. Totuși, splina joacă un rol important în eliminarea germenilor ca pneumococul sau meningococul; splenectomia este deci o intervenție periculoasă dacă ea este practicată înaintea vârstei de 5 ani, din cauza riscurilor infecțioase pe care le antrenează. Aceste riscuri sunt foarte reduse după această vârstă, mai ales mulțumită vaccinării.

MINOXIDIL. Medicament care posedă puternice proprietăți vasodilatatoare (de dilatație a vaselor).

Minoxidilul acționează asupra creșterii părului atunci când se aplică local pe pielea capului. Puternic vasodilatator periferic, el antrenează o oprire a căderii părului (alopecie) și o dezvoltare a sistemului pilos. În această utilizare, efectele nedorite sunt câteva reacții alergice, rare și fără gravitate, o iritație locală, o retenție de apă și o ușoară gâfâială. Minoxidilul nu pare a fi eficace decât la aproximativ 3% dintre pacienți, și mai ales la subiecții sub vârsta de 35 ani. Acest tratament nu are decât un efect temporar: o revenire la starea inițială este previzibilă în cele 3 sau 4 luni care urmează oririi tratamentului. Dar nimic nu împiedică urmarea tratamentului mai mulți ani, în cure de două sau trei luni, la aproximativ 4 luni.

MIOCARD. Mușchi al inimii care asigură, prin contractilitatea și elasticitatea sa, golirea și umplerea cavităților cardiace și deci circulația sangvină.

Miocardul este constituit din celule conectate între ele. În timpul contracției ventriculare, sau al sistolei, scurtarea fibrelor ventriculare micșorează volumul cavității și crește presiunea în interiorul ei, permițând astfel ejectarea a două treimi din volumul sângelui conținut. În timpul relaxării ventriculare, sau diastolei, întinderea fibrelor crește volumul cavității, care primește sângele ce vine de la auricule.

PATOLOGIE. Contractilitatea miocardului se micșorează în anumite afecțiuni ca miocardiopatiile (boli ale miocardului), în sechelele de infarct al miocardului, în cursul sau la sfârșitul unor boli infecțioase, în conectivite (anomalie de colagen, substanță diseminată în țesuturi), în timpul luării de toxice ca alcoolul sau al administrării unor medicamente.

Funcția de distentibilitate miocardică este alterată în caz de hipertrofie (creșterea grosimii peretelui) a ventriculului stâng, consecutivă unei hipertensiuni arteriale, unei îngustări aortice, unei miocardiopatii, uneori în caz de cardiopatie ischemică (boală caracterizată printr-un aport insuficient de sânge spre inimă). Degradarea progresivă a funcției de distentibilitate a miocardului este naturală, dar limitată, la subiectul în vârstă.

MIOCARDIOPATIE. Atingere neinflamatorie a miocardului, fără legătură cu o valvulopatie, o atingere coronară sau o hipertensiune arterială. SINONIM: *cardiomiopatie*.

Miocardiopatiile sunt boli ale inimii destul de puțin frecvente.

Ca regulă generală, cel afectat este ventriculul stâng.

CAUZE. O miocardiopatie este de origine infecțioasă (virală), metabolică, toxică (alcool etc.), autoimună, provocată de îmbătrânire sau de un deficit în vitamina B1 (beri-beri); ea poate fi, de asemenea, legată de o miopatie ca miopatia lui Duchenne sau ca boala lui Steinert, de o afecțiune congenitală, de o expunere la radiații X, de o boală generală ca diabetul, de o boală de supraîncărcare ca hemocromatoza (supraîncărcarea în fier) sau amiloza (supraîncărcare într-o proteină, substanța amiloidă) sau poate fi de o cauză necunoscută.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Subiectul se simte obosit, cu respirația tăiată, are câteodată dureri toracice. Uneori, inima bate neregulat sau ritmul ei se accelerează. Pot apărea edeme

(umflări ale gleznelor și picioarelor). Dar în multe cazuri, la începutul afecțiunii, simptomele sunt absente.

TRATAMENT. Tratamentul poate face apel la diverse medicamente utilizate în cardiologie, chiar la cardioconversie (șoc electric extern) sau la un stimulator cardiac (pacemaker). Atunci când este identificată cauza, ea trebuie tratată în mod imperativ. Pot fi recomandate restricții ale activității fizice. În unele forme de miocardiopatie prost tolerate (gâfâială, dureri etc.) și responsabile de o insuficiență cardiacă severă, este adesea necesară o intervenție chirurgicală, ca de exemplu un un transplant cardiac.

MIOCARDITĂ. Inflamație a miocardului (mușchiul cardiac).

O miocardită este una dintre cauzele de moarte subită la subiecții tineri în cursul unui efort violent.

CAUZE. O miocardită poate fi consecința a diferite boli ca bolile infecțioase bacteriene, precum difteria, afecțiunile cauzate de streptococi, febra tifoidă, psitacoza (boală transmisă de psitacide ca papagalii și perușii), infecțiile cu micoplasma, rickettsiozele (tifos), boreliozele (boala lui Lyme). Bolile virale sunt des evocate (gripă, oreion etc.), mai rar demonstrate, dar virusul SIDA poate fi responsabil de o miocardită.

SIMPTOME. Inflamația dă uneori febră. Ritmul inimii poate fi neregulat, cu extrasistole (contracții premature). Subiectul poate, de asemenea, să resimtă o jenă respiratorie și poate prezenta semne de insuficiență cardiacă.

EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT. De cele mai multe ori, evoluția se îndreaptă de la sine spre vindecare, dar unele forme pot fi grave și pot lăsa sechele. Tratamentul este, înainte de toate, cel al afecțiunii în cauză și constă în administrarea de corticosteroizi.

MIOCARDULUI (biopsie a). Examen medical constând în prelevarea de fragmente de muschi al inimii pentru a fi studiate la microscop.

INDICAȚII. Biopsia miocadrului este efectuată în caz de miocardiopatie (boală a mușchiului cardiac), de miocardită (inflamație a miocardului), de tumoră cardiacă sau, după o transplantare cardiacă, pentru a detecta o rejecție de grefă sau doar pentru supravegherea evoluției grefei.

TEHNICĂ ȘI DESFĂȘURARE. În ajunul examenului, pacientul este spitalizat într-un serviciu de cardiologie.

Sub anestezie locală, medicul introduce în artera femurală sau printr-o venă a gâtului un cateter (tub de plastic) dotat cu o pensă pentru biopsie și ghidează ansamblul până la inimă cu ajutorul unui ecran de control. O dată cateterul ajuns până la peretele intern al cavității cardiace, cardiologul prelevează un fragment de miocard. Examenul durează aproximativ 1 oră și 30 minute.

SUPRAVEGHERE. Dacă introducerea cateterului s-a făcut prin artera femurală în plica inghinală, pacientul trebuie să rămână lungit 24 ore după examen, cu scopul de a evita orice risc de hemoragie locală. Atunci când calea de acces este o venă, supravegherea nu este decât de câteva ore.

EFECTE SECUNDARE. Acestea sunt rare. Uneori poate surveni un mic hematom la punctul de punctionare sau o alergie trecătoare și benignă provocată de introducerea cateterului. Dacă, în mod excepțional, se declară o hemoragie cardiacă, ea este fără consecințe grave.

MIOCLONIE. Contracție musculară bruscă și involuntară provocată de descărcarea patologică a unui grup de celule nervoase.

Mioclonițile se observă în cursul diferitelor boli ale sistemului nervos central, de origine infecțioasă, inflamatorie, toxică, chimică sau degenerativă. Mioclonițile provoacă mici mișcări bruște și repetate ale mâinilor sau ale picioarelor; ele se numesc adesea clonii atunci când ating un grup de mușchi și convulsii atunci când sunt mai difuze. Tratamentul, în afara celui al bolii în cauză, este bazat pe administrarea de medicamente antiepileptice.

MIOGLOBINĂ. Proteină prezentă în celulele mușchilor striați (mușchii scheletului și miocardul), jucând un rol esențial în transportul oxigenului spre acești mușchi.

Dozarea ei este utilizată mai ales în diagnosticul precoce al infarctului miocardic.

MIOM UTERIN. › FIBROM UTERIN.

MIOMECTOMIE. Ablație a unuia sau mai multor miоame (denumite impropriu fibroame uterine).

O miomectomie este practicată doar dacă fibromul sau fibroamele antrenează simptome: dureri pelviene, metroragii, menoragii, creșterea în volum a abdomenului, tulburări urinare sau digestive, sterilitate. Miomectomia păstrează la maximum integritatea organelor genitale ale femeii, cu scopul de a permite o eventuală sarcină ulterioară. Ea poate fi efectuată urmând trei tehnici.

■ *Miomectomia pe cale abdominală* necesită o incizie abdominală și o anestezie generală sau peridurală. Ea se efectuează la femeile care au un fibrom interstițial (localizat în peretele uterului) sau subseros (care proemineză în cavitatea abdominală).

■ *Miomectomia prin histeroscopie* tratează fibroamele accesibile prin cavitatea uterină (intracavitar, submucos). Practicată pe cale vaginală, sub control direct, ea constă în îndepărtarea tumorii cu un aparat electric de rezecție. Anestezia este generală sau locoregională (anestezie peridurală, rahianestezie). Spitalizarea poate să nu dureze decât o zi.

■ *Miomectomia prin celioscopie* este rezervată fibroamelor interstițiale sau subseroase de dimensiuni moderate. Anestezia este generală și spitalizarea nu durează adesea decât o zi.

Ultimele două tehnici, cu indicații precise și limitate, sunt mai recente decât prima și se află în curs de evaluare.

MIOPATIE. Afecțiune a fibrelor musculare.

Miopatiile cu debut în copilărie. Afecțiunile fibrelor musculare care apar în copilărie sunt aproape toate degenerative.

Varietatea cea mai frecventă este miopatia lui Duchenne, care este transmisă de către femei și care nu afectează decât băieții, de la vârsta de 2 ani. Altele, ca miopatia lui Becker, apar mai târziu.

SEMNE ȘI SIMPTOME. Copiii afectați suferă de o reducere a tonusului muscular adesea generalizată, dar predominând la rădăcinile membrelor, la gât, la torace și la abdomen. Fața are un aspect caracteristic: absența mimicii, căderea pleoapei superioare, gura deschisă în permanență, buza superioară cu forma de accent circumflex. Nou-născuții prezintă uneori retracții musculare ale picioarelor și mâinilor, un torticolis congenital, deformații ale picioarelor și o luxație a șoldului. După câțiva ani, poate surveni o insuficiență respiratorie.

DIAGNOSTIC. Aceste anomalii trebuie să conducă la consultarea unui pediatru specializat în neurologie, care va proceda la examene complementare (dozarea enzimelor musculare, electromiografia, biopsia musculară etc.), indispensabile pentru a determina tipul de boală în cauză.

TRATAMENT. Actualmente, nu există un tratament curativ al acestei boli, ci doar o îngrijire a tulburărilor pe care ele le antrenează, ceea ce permite îmbunătățirea confortului și speranței de viață a bolnavului. Kineziterapia, chiar intervențiile de chirurgie ortopedică permit corectarea retracțiilor și deformațiilor musculare. Sunt utile ședințele de reeducare și o asistență respiratorie. Într-un stadiu ulterior al evoluției, o traheotomie permite practicarea, pe timpul nopții, a unei asistări respiratorii. În plus, copiii cu miopatii fac de regulă obiectul unor scurte șederi în spital cu scopul de a beneficia de o ventilație asistată, în particular atunci când suferă de o insuficiență respiratorie.

Miopatiile cu debut la vârsta adultă. Afecțiunile fibrelor musculare cu debut la vârsta adultă pot fi de origine degenerativă sau metabolică, sau consecutive unei intoxicații, luării unor medicamente sau unor boli endocrine.

■ *Miopatiile degenerative* cuprind îndeosebi boala lui Steinert, cu transmisie autosomică — care se transmite numai prin cromozomii nesexuali — dominantă (este suficient ca gena în cauză să fie transmisă de către unul dintre părinți pentru a se dezvolta boala), care debutează între 20 și 30 ani. Boala se traduce printr-o slăbire progresivă a mușchilor asociată cu o miotonie (decontractare musculară anormal de lentă) și cu manifestări extramusculare: insuficiență genitală (atrofie testiculară, impotență), calviție precoce, cataractă, tulburări ale conducției cardiace etc.

■ *Miopatiile metabolice* sunt provocate de o perturbație biochimică ce stânjenește funcționarea mușchilor. Printre ele se disting îndeosebi:

— paraliziile periodice, legate de variațiile excesive ale nivelului sangvin de potasiu; aceste afecțiuni ereditare se traduc prin accese de paralizie ale celor 4 membre;

— glicogenozele, legate de un deficit al enzimelor care degradează glicogenul; ele se traduc prin crampe și, uneori, printr-o insuficiență musculară la efort.

■ *Miopatiile secundare* sunt provocate de o intoxicație (alcool, heroină, amfetamine), de luarea unui medicament (corticosteroizi, clorochin, cimetidină) sau sunt legate de o afecțiune endocrină (boala lui Basedow sau a lui Cushing, hipotiroidie). Ele se traduc printr-o slăbire progresivă a mușchilor.

DIAGNOSTIC. În afara examenului clinic și a realizării unei electromiograme, diagnosticul se pune și pe baza a diferite examene complementare: dozarea nivelului de potasiu sangvin pentru paraliziile periodice, biopsia musculară pentru glicogenoze etc.

TRATAMENT. Tratamentul miopatiilor secundare constă în suprimarea cauzei lor (oprirea unui tratament cu corticosteroizi, tratarea bolii responsabile etc.). În schimb, nu există un tratament curativ al altor miopatii, pentru care se poate totuși încerca o corectare a simptomelor (luarea de chinină sau de procainamidă pentru tratarea miotoniei din cadrul bolii lui Steinert, de exemplu). → DUCHENNE (miopatie a lui).

MIOPIE. Anomalie a refracției oculare antrenând o proastă vedere a obiectelor depărtate fără a afecta vederea de aproape.

Miopia rezultă dintr-o lungime prea mare a globului ocular. Imaginea unui obiect depărtat se formează atunci înainte de retină, antrenând o vedere încețoșată.

DIFERITE TIPURI DE MIOPIE

■ *Miopia simplă* apare la pubertate. Ea este, în general, slabă, −4 sau −5 dioptrii, crește în timpul adolescenței și apoi se stabilizează. Această miopie nu are consecințe asupra ochiului în sine.

■ *Miopia puternică* este adesea ereditară sau consecutivă unei boli a ochiului în copilărie. Ea apare către vârsta de 6 sau 7 ani și progresează rapid, putând ajunge de la −6 la −20 dioptrii, și obligă la schimbarea destul de des a lentilelor corectoare. Ea este însoțită de leziuni degenerative ale fundului de ochi (coroida, sclerotica și retina), cu un risc de dezlipire a retinei.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Miopia, detectată în cursul testelor vizuale, se corectează prin lentile corectoare sau prin lentile de contact. Lentilele corectoare concave fac să divergă razele luminoase înainte de pătrunderea lor în globul ocular. Lentilele de contact, îmbrățișând perfect forma ochiului, asigură o mai bună calitate a vederii atunci când sunt bine suportate. Chirurgia și laserul, practici recente, nu sunt pentru moment indicate decât în cazurile

de miopii medii. Laserul, de exemplu, poate servi la răzuirea fină a corneei cu scopul de a o face mai plată.

SUPRAVEGHERE. Persoanele atinse de o miopie puternică trebuie să-şi examineze regulat fundul de ochi, cu scopul de a preveni riscul de dezlipire a retinei. Orice zonă suspectă poate face obiectul unei fotocoagulări preventive cu laser cu argon.

MIORELAXANT. Medicament care favorizează destinderea musculară.

Miorelaxantele servesc la tratarea exagerării tonusului muscular (spasticitate), care apare în cursul hemiplegiilor, paraplegiilor şi a sclerozei în plăci.

Efectele nedorite se limitează la o somnolenţă diurnă (mai ales la doze ridicate) şi la destul de rare tulburări neuropsihice (halucinaţii, euforie, confuzie mintală, depresie, obnubilare trecătoare, astenie) şi gastrointestinale (greţuri, vărsături, diaree, dureri de stomac).

MIOSARCOM. Tumoră malignă dezvoltată pe seama ţesutului muscular.

La copil şi la adultul tânăr, miosarcomul ia aspectul unor coşuri voluminoase (sarcomul zis embrionar) care apar în gâtlej, vezică, prostată, vagin sau se localizează pe membre şi în regiunea cervicală (sarcomul zis alveolar).

Tratamentul constă în ablaţia chirurgicală, asociată cu radioterapia şi chimioterapia. O extindere la distanţă a tumorii (metastaze) şi recidivele sunt posibile. Prognosticul este rezervat.

MIOTIC, -Ă. Se spune despre o substanţă capabilă să provoace o mioză (contracţie a pupilei ochiului).

INDICAŢII. Substanţele miotice sunt utilizate pe cale locală în tratamentul glaucomului cronic cu unghi larg şi în cel al glaucomului cu unghi îngust.

EFECTE NEDORITE. Medicamentele miotice pot provoca o modificare a câmpului vizual sau o creştere a secreţiei lacrimale. Uneori, se constată dureri de cap sau clipiri din pleoape, dar ele sunt rare şi dispar destul de repede. → MIDRIATIC.

MIOTONIE. Anomalie musculară caracterizată printr-o decontractare anormal de lentă.

Miotonia se caracterizează prin faptul că, după o contracţie normală, muşchiul nu ajunge să se decontracteze şi să-şi reia starea de relaxare. Dacă se cere, de exemplu, pacientului să strângă tare pumnul, el nu poate să-l relaxeze brusc. Miotonia este favorizată de frig. Ea constituie un semn observat într-un grup de boli denumite distrofii musculare (boala lui Steinert, sau miopatia atrofică cu miotonie; boala lui Thomsen, sau miotonia congenitală). Chinina şi procainamida sunt capabile să reducă intensitatea miotoniei. Interesul lor este totuşi limitat din cauza efectelor lor nedorite.

MIOZĂ. Contracţie a pupilei.

O mioză poate fi patologică, în caz de paralizie a nervului simpatic, mai ales în sindromul lui Claude Bernard-Horner, legat de o atingere a plexului simpatic şi caracterizat printr-o mioză, un ptosis (căderea pleoapei superioare) şi o înfundare a globului ocular în orbită.

MIOZITĂ. Inflamaţie a ţesutului muscular striat.

Miozitele constituie un fenomen rar, cel puţin în expresiile lor majore. Ele au cauze diverse: cancer (al bronhiilor, al sânului etc.), conectivită (anomalie a colagenului, substanţa diseminată în ţesuturi), boli autoimune (dereglarea sistemului imunitar), uneori infecţia muşchilor sau efectul nedorit al unui medicament. În caz de origine infecţioasă, îndeosebi în cursul infecţiilor cu germeni anaerobi (gangrenă gazoasă), ele pot duce la o necroză a muşchiului sau la o distrugere a fibrelor musculare striate.

DIFERITE TIPURI DE MIOZITĂ. Există trei varietăţi de miozită.

■ *Polimiozitele* care afectează adultul şi se caracterizează printr-un deficit muscular predominant la rădăcina membrelor (dificultate la ridicarea braţului, la a se ridica de pe scaun, la urcatul scărilor), simetric şi cu evoluţie destul de rapidă.

■ *Dermatomiozitele* ating adulţii şi copiii de preponderenţă feminină; ele asociază atingerii musculare, specifică polimiozitei, semne cutanate: pleoape purpurii şi umflate, înroşirea feţei, a decolteului, a articulaţiilor membrelor.

■ *Miozita cu incluzii* se deosebeşte de celelalte două prin preponderenţa sa la subiecţii în vârstă şi la subiecţii masculini, şi prin extinderea deficitului muscular la extremităţile membrelor, o distribuţie asimetrică şi o evoluţie cronică.

TRATAMENT ŞI PROGNOSTIC. Tratamentul constă în administrarea de corticosteroizi, de imunosupresoare şi în plasmafereză (epurarea plasmatică). El permite încetinirea evoluţiei bolii şi lungirea perioadelor de remisiuni.

MIROS. → SIMŢUL MIROSULUI.

MITOMANIE. Tendinţă sistematică, mai mult sau mai puţin voluntară, la fabulaţie şi la minciună.

Mitomania ar fi un semn de imaturitate cognitivă şi psihoafectivă, mitomanului fiindu-i greu să distingă evenimentul trăit de cel imaginar. Aceastăa tendinţă există în mod normal şi trecător la copil. La adult, mitomania poate fi un simptom al isteriei sau al perversiunii.

MIXEDEM. Infiltraţie cutanată care antrenează o umflare a feţei şi membrelor, fiind caracteristică hipotiroidiei (micşorarea activităţii glandei tiroide).

Mixedemul este un edem tare şi elastic, care trebuie să fie deosebit de edemul moale care provine din reţinerile hidrice ale insuficienţei cardiace, renale sau hepatice. Un mixedem survine adesea la nou-născut, mult mai frecvent la femeile cuprinse între 30 şi 50 ani.

MIXEDEM CIRCUMSCRIS PRETIBIAL. Infiltrație cutanată a membrelor inferioare care survine în cursul bolii lui Basedow, caracterizată printr-o creștere a activității glandei tiroide, sau hipertiroide.

Un mixedem circumscris pretibial se manifestă prin apariția pe fața externă a gambelor a unor papule rozalii, gălbui sau depigmentate, care formează un relief sub forma de coajă de portocală neprurigimos. Leziunile se întind în continuare de jur-împrejurul gambelor și se unesc în noduli mai proeminenți, izolați, atingând gleznele și partea din spate a degetelor de la picioare. O infiltrație care dă un edem tare se localizează pe partea inferioară a gambei.

Corticosteroizii locali, aplicați în pansamente ocluzive, pot da unele rezultate, dar tratamentul se dovedește adesea decepționant. În ce privește tratamentul urmat simultan pentru boala lui Basedow, acesta este fără vreun efect asupra evoluțiilor mixedemului circumscris pretibial.

MIXOM. Tumoră benignă de consistență moale, constituită din fibroblaști (celule ale țesutului conjunctiv) scăldată într-un mucus.

Mixom al auriculului. Este o masă cu aspect gelatinos, amplasată în auriculul stâng al inimii și a cărei origine este în general trombotică (transformarea unui cheag sangvin persistent în mixom).

Un mixom al auriculului poate să se afle la originea unei insuficiențe cardiace și trebuie să se procedeze la ablația sa chirurgicală. Prognosticul său este bun.

MIXOVIRUS. Familie de virusuri cuprinzând *Orthomyxoviridae* (*Myxovirus influenzae A* și *B*, responsabile de gripă) și *Paramyxoviridae* (paramixovirusuri, responsabile de infecțiile respiratorii, de laringite și de orcion; pneumovirusurile, responsabile de bronșite și de pneumopatii; morbilivirusul, care provoacă rujeola).

M.N.I.-TEST. Test utilizat în diagnosticul mononucleozei infecțioase, constând în amestecarea pe o lamă a unei mici cantități de ser al pacientului cu o suspensie de globule roșii.

MOARTE. Încetarea completă și definitivă a vieții.

Moartea corespunde în mod obișnuit opririi oricăror funcții vitale, cu încetarea definitivă a oricărei activități cerebrale.

■ *Moartea clinică*, sau moartea aparentă, cu stop respirator, stop cardiac și suspendare a conștientei, este o fază inițială care poate fi eventual obiectul unei reanimări cardiorespiratorii și este deci — cel puțin în unele situații — potențial reversibilă.

■ *Moartea cerebrală*, sau coma depășită, corespunde opririi definitive a oricărei activități cerebrale, inclusiv a trunchiului cerebral, cu suspendarea oricărei activități respiratorii spontane și cu electroencefalograma plată. În țări ca Franța, moartea cerebrală definește moartea legală.

MOARTE CEREBRALĂ. → COMĂ DEPĂȘITĂ.

MOARTE SUBITĂ. Deces neașteptat, inopinat, survenit la un subiect aparent în stare bună de sănătate.

CAUZE. În majoritatea cazurilor, o tulburare a ritmului cardiac (fibrilație ventriculară), legată de o boală a coronarelor de cele mai multe ori, sau de o boală a unei valvule cardiace, se află la originea morții subite.

Atunci când cauza nu este cardiacă, trebuie căutată o hemoragie cerebromeningeană, o embolie pulmonară, o ruptură de anevrism, o disecție aortică, o hemoragie digestivă, un șoc anafilactic (reacție alergică) etc.

TRATAMENT. Dacă un subiect este în stare de stop cardiac și circulator, fiind afectat de o moarte aparentă recentă, se impun efectuarea unei respirații gură-la-gură și a unui masaj cardiac și chemarea de urgență a unei unități de îngrijire intensivă mobilă care posedă un defibrilator cu scopul de a practica, cât mai devreme posibil, un șoc electric.

PREVENIRE. La subiecții atinși de boli cardiace, unele medicamente sunt prescrise pentru a evita o moarte subită. La subiecții care prezintă factori de risc de ateroscleroză sau la sportivi, prevenirea constă mai ales în depistarea și tratamentul cardiopatiilor.

MOARTE SUBITĂ A SUGARULUI. Deces brutal și neașteptat al unui bebeluș considerat până atunci ca fiind sănătos sau care a prezentat simptome a căror nici natură, nici importanță, nu puteau permite prezicerea unui eveniment rapid fatal.

Se vorbește de „moarte subită inexplicabilă a sugarului" atunci când ancheta clinică, bacteriologică și mai ales cea anatomopatologică (autopsie) nu permit găsirea unei explicații medicale a decesului.

FRECVENȚĂ. Moartea subită a sugarului reprezintă, în țările industrializate, principala cauză a mortalității infantile în cursul primului an de viață. Frecvența sa este estimată între 1 și 3 copii la 1 000 nașteri de copii vii. Ea afectează mai ales sugarii în vârste de două până la patru luni; între 80 și 90% dintre decese se produc înaintea vârstei de 6 luni.

FACTORI DE RISC. Foștii prematuri, copiii care au avut o greutate mică la naștere sau care au prezentat tulburări neurologice sau respiratorii sunt expuși mai mult decât alții riscului morții subite a sugarului. Aceasta pare să fie provocată de mai mulți factori prezenți în mediul obișnuit al bebelușului, care pot, la un moment dat, să se conjuge pentru a duce la un accident mortal. Printre cei mai frecvenți factori figurează infecțiile virale și bacteriene (mortalitatea este multiplicată cu patru sau cinci în timpul perioadei de iarnă), creșterea bruscă a temperaturii corporale, fie că este vorba de origine infecțioasă, fie că este de origine exterioară organismului (copilul este prea învelit, de exemplu), refluxul gastroesofagian, apneele (oprirea respirației) provenind dintr-o inflamație sau o malformație a căilor aeriene superioare.

AJUTORAREA PĂRINȚILOR. Moartea subită a unui sugar reprezintă un traumatism major pentru anturajul bebelușului, care încearcă întotdeauna un sentiment de vinovăție. Este un accident imprevizibil și anturajul nu are, prin urmare, nici o responsabilitate în apariția lui.

În plus, autopsia copilului este necesară, chiar dacă adesea ea pare „agresivă" în mod inutil în ochii părinților. Ea poate, de fapt, să ducă la cunoașterea cauzelor morții și deci să contribuie la o mai bună supraveghere a copiilor care vor veni ulterior pe lume.

ÎN CAZ DE O NOUĂ SARCINĂ. Riscul de apariție a morții subite a sugarului nu este mai ridicat într-o familie care a suferit această dramă decât în populația generală. Totuși, în cursul sarcinilor următoare, se impune o susținere psihologică. Copilul următor al cuplului poate, de asemenea, să fie supus unor examene specializate. Astfel, dacă factorii de risc sunt cunoscuți și trați, copilul va beneficia de o securitate crescută. Recurgerea la un monitor cardiorespirator, aparat care permite controlarea frecvenței cardiace și respiratorii, nu s-ar justifica decât prin anxietatea părinților traumatizați de o dramă precedentă. Aparatul este, în fapt, greu suportabil, deoarece alarmele se declanșează prea des.

În toate cazurile, o colaborare, bazată pe încredere, cu un medic competent și experimentat apare de dorit pentru viitorii copii. Ea este singura cale care permite asigurarea pentru familie a unei asistențe medicopsihologice eficace.

MOAȘĂ. Persoană care are drept rol supravegherea, îngrijirea și sfătuirea femeilor pe toată durata sarcinii lor, a nașterii și în perioada care urmează nașterii.

În unele țări (Belgia, Elveția, Franța, de exemplu), moașa este abilitată să practice singură asistarea nașterii (inclusiv episiotomiile), cu excepția cazurilor de distocie (naștere dificilă necesitând, de exemplu, o cezariană sau un forceps), pentru care moașa trebuie să facă apel la un medic obstetrician. În timpul sarcinii, moașa poate, de asemenea, să asigure pregătirea nașterii, propunând diferite metode: pregătirea „clasică" a nașterii fără dureri, sofrologia (metodă care ajută depășirea senzațiilor dureroase printr-o relaxare), pregătirea acvatică a maternității (exerciții de relaxare și de respirație practicate în piscină), haptonomia (metodă care utilizează simțul tactil pentru a face copilul să comunice precoce cu viitorii părinți) etc.

MOLĂ HIDATIFORMĂ. Tumoră, de cele mai multe ori benignă, formată printr-o degenerare a vilozităților coriale ale placentei în timpul sarcinii.

Mola hidatiformă este o boală a trofoblastului, stratul extern al oului implantat în mucoasa uterină, la originea corionului (membrana exterioară), apoi a placentei. Mola hidatiformă se dezvoltă după fecundație, anomalia cromozomială care o provoacă este de origine masculină. Sarcina, numită atunci molară, nu este niciodată dusă la termen.

Degenerescenta trofoblastului antrenează o secreție ridicată de hormon coriogonadotrofic (h.C.G.), responsabil de apariția unor tulburări ale sarcinii (vărsături, hemoragii). Nivelul acestui hormon este măsurat prin dozare sangvină. La examinare, uterul pare mai dezvoltat decât pentru vârsta teoretică a sarcinii.

TRATAMENT. Tratamentul precoce al molelor hidatiforme clasice dă rezultate excelente. Acesta constă în retragerea conținutului uterului prin chiuretaj aspirativ, în supravegherea reveniri la normal a nivelului de hormon corionic gonadotrofic și în instituirea unui tratament prin chimioterapie (metotrexat). O molă invazivă trebuie tratată ca un cancer și necesită adesea o chimioterapie.

Supravegherea unei femei care a avut o sarcină molară trebuie să fie urmată timp de cel puțin un an, cu scopul de a permite depistarea rapidă a unei eventuale recidive, pusă în evidență printr-o creștere a niveluli de hormon corionic gonadotrofic. Orice nouă sarcină este cu desăvârșire nerecomandată în această perioadă, cu scopul de a nu stânjeni supravegherea.

MOLECULĂ. Grupare de atomi identici sau diferiți, uniți între ei prin legături chimice și reprezentând, pentru un corp dat, cantitatea cea mai mică de materie care poate exista în mod independent păstrându-și caracteristicile.

MOLET. Parte posterioară a gambei, constituită dintr-un grup de mușchi ce se întind de la partea posterioară a genunchiului până la călcâi.

Durerile de molet pot avea numeroase cauze, între care cele principale sunt crampa musculară, clacajul muscular, sciatica, claudicația arterială și flebita.

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM. Mică tumoră benignă cauzată de un virus din familia *Poxviridae*.

Molluscum contagiosum afectează mai ales copiii mici. El se propagă de la un punct la altul al corpului atunci când subiectul se scarpină și este extrem de contagios de la o persoană la alta. Se manifestă printr-o mică formațiune proeminentă, emisferică, rozalie, tare, de mărime variabilă, care este amplasată de cele mai multe ori pe față, în regiunile axială și inghinală, în regiunile anală și genitală. Tratamentul, puțin dureros, se face prin distrugerea locală (rezecția cu chiuretă sau aplicarea de azot lichid), dar recidivele sunt foarte frecvente.

MOLLUSCUM PENDULUM. Mică tumoră cutanată benignă. SINONIME: *fibrom molluscum, fibrom moale, naevus molluscum*.

Molluscum pendulum, foarte frecvent ca apariție, este provocat probabil de o sinteză crescută a factorilor de creștere (molecule care favorizează sau care inhibă multiplicarea celulelor. Necontagios, el formează o mică masă cuprinsă între 2 și 10 milimetri, moale, rozalie, prinsă de piele printr-un pedicul și amplasată mai ales în plici (plica

cotului, axială, inghinală). Leziunile sunt unice (atunci destul de voluminoase) sau, de cele mai multe ori la subiecții obezi, multiple. Tratamentul nu este justificat decât într-un număr mic de cazuri, din motive estetice; el constă în scoaterea leziunilor cu bisturiul electric.

MOLIBDEN. Oligoelement indispensabil organismului, care intervine în unele sisteme enzimatice, în particular în metabolismul sulfului și al acizilor aminați cu sulf.

MONGE (boală a lui). Boală caracterizată printr-un exces de globule roșii atunci când are loc o ședere îndelungată la altitudine. SINONIME: *boala Anzilor, boala cronică a munților, eritremie de mari altitudini, rău cronic de munte*.

Boala lui Monge se manifestă printr-o oboseală, dureri de cap și o colorație roșie-violacee a pielii în cursul unui efort.

Bolnavul se vindecă spontan o dată cu întoarcerea sa la joasă altitudine.

MONGOLISM. → TRISOMIE 21.

MONILETHRIX. Boală congenitală ereditară a bulbului și tijei firelor de păr. SINONIM: *aplazie moniliformă*.

Moniletrhix se manifestă progresiv din cea mai fragedă copilărie printr-o căderea a firelor de păr, rupte de la unul sau doi centimetri de la punctul lor de emergență. Nu există un tratament cu adevărat eficace al acestei afecțiuni, ale cărei simptome regresează spontan în perioada pubertății.

MONILIAZĂ. → CANDIDOZĂ

MONITORIZARE. Ansamblu de tehnici utilizate în ginecologie și în obstetrică, precum și în reanimare, constând în supraveghera, în mod continuu și repetat, diferitilor parametri fiziologici și biologici, cu ajutorul aparatelor automate numite monitoare (în engleză, *monitoring*).

OBSTETRICĂ. Monitorizarea obstetricală este o metodă de supraveghere a ritmului cardiac al fătului ca și a intensității și frecvenței contracțiilor uterine ale mamei.

În cursul nașterii, se realizează în mod sistematic o monitorizare a inimii copilului în timpul travaliului mamei cu ajutorul unui mic captor pus pe abdomenul acesteia și menținut cu o chingă. Acest captor este legat la un aparat care indică frecvența bătăilor cardiace prin sunete, un indicator luminos și, la nevoie, printr-un grafic. Acesta înregistrează, de asemenea, frecvența și intensitatea contracțiilor uterine. Se poate deci, în orice clipă, să se deceleze o anomalie (o suferință fetală, îndeosebi), căutând cauza și tratând-o, iar la nevoie accelerând desfășurarea nașterii (prin practicarea unei cezariene, de exemplu).

REANIMARE. Monitorizarea funcțiilor vitale permite supravegherea numeroșilor parametri pentru apropae toate funcțiile organismului: frecvența și regularitatea bătăilor cardiace, presiunea în artere sau în vene, debitul cardiac; frecvența respiratorie, oxigenarea, cantitatea de dioxid de carbon expirată; activitatea electrică a creierului, presiunea intracraniană; temperatura; concentrația anumitor substanțe în sânge (glucoza, de exemplu).

Cea mai cunoscută dintre tehnici este cea a cardioscopului: un aparat înfățișează în timp real, pe un ecran și la nevoie pe hârtie, un grafic care reprezintă activitatea electrică a inimii. El afișează, de asemenea, cifra frecvenței cardiace și declanșează o alarmă sonoră și vizuală dacă ritmul cardiac se accelerează sau dacă se încetinește dincolo de limitele prestabilite pentru fiecare caz. Progresele tehnologice recente permit actualmente realizarea unei monitorizări neinvazive a presiunii arteriale și respirației, toate aceste tehnici permițând ameliorarea securității bolnavilor.

MONOCIT. Celulă produsă de către măduva osoasă și având un rol important în apărarea imunitară.

MONOGENIC, -Ă. Se spune despre o boală în care o singură genă este responsabilă de patologia respectivă.

MONONUCLEOZĂ INFECȚIOASĂ. Boală infecțioasă acută și benignă provocată de virusul Epstein-Barr, un virus A.D.N. din familia herpesvirusurilor.

În țările occidentale, primo-infecția survine în copilărie și nu se traduce, în general, prin nici un simptom; 80% dintre adulți au contractat deja virusul și 20% dintre acești adulți îl secretă în saliva lor. Transmisia virusului, slab contagioasă, se face, în principal, pe calea salivei, de unde și denumirea de „boala sărutului" dată uneori mononucleozei infecțioase. Aceasta afectează mai ales adolescenții și adulții tineri.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Incubația durează între două și șase săptămâni. De cele mai multe ori, boala debutează printr-o febră (între 38 și 39°C), însoțită de dureri de cap, de o oboseală intensă (astenie) și de o angină roșie. Ganglionii limfatici axiali și inghinali sunt inflamați, ca și cei ai gâtului, care pot stânjeni deglutiția, chiar și respirația; volumul splinei crește. Uneori se declară un icter. Pot surveni și forme mai grave care comportă atingeri meningeene sau nervoase.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se realizează pe baza examenului clinic și prin punerea în evidență pe frotiul sangvin a creșterii numărului și volumului limfocitelor. Diagnosticul poate fi confirmat printr-un examen serologic (testul lui Paul-Bunnell-Davidsohn, M.N.I.-test) care verifică prezența anticorpilor specifici.

Vindecarea intervine, în general, spontan, dar astenia poate persista mai multe luni. Administrarea de ampicilină (penicilină) poate antrena o erupție cutanată și agravarea simptomelor. Repausul și antipireticele (care duc la scăderea febrei) sunt indicate.

MONORHIDIE. Absență congenitală a unui testicul.

Monorhidia nu are nici o consecință asupra fertilității, nici asupra sexualității dacă unicul testicul prezent este normal; este o boală care, în consecință, nu trebuie tratată.

MONOZIGOT. Se spune despre fiecare dintre gemenii rezultați dintr-un același ou. SINONIME: *uniovular, univitelin.* → DIZIGOT; GEAMĂN.

MORFINĂ. Medicament extras din opiu, capabil să calmeze durerile intense, acționând asupra sistemului nervos central (analgezic central) și provocând adormirea.

Morfina face parte dintre stupefiante. Codeina și heroina sunt derivați ai morfinei.

MECANISM DE ACȚIUNE. Morfina acționează fixându-se pe receptorii opioizi, sau receptorii morfinici, situați în membrana anumitor celule ale creierului (talamus, sistem limbic, țesut reticular). De aici, ea blochează transmisia semnalelor dureroase și anulează orice senzație de durere.

INDICAȚII. Morfina este indicată pentru calmarea durerilor intense și rebele la alte analgezice — legate de un cancer, de un infarct al miocardului (criză cardiacă) sau provocate de traumatisme grave.

CONTRAINDICAȚII. Morfina este contraindicată în caz de insuficiență respiratorie, de insuficiență hepatică severă, de traumatism cranian, de stare convulsivă, de intoxicație alcoolică acută, de delirium tremens.

MOD DE ADMINISTRARE. Morfina este administrată, după caz, pe cale orală, sub formă de soluții sau comprimate cu eliberare prelungită, sau prin injectare (subcutanată, intramusculară, intravenoasă, peridurală, intratecală, intracerebroventriculară).

EFECTE NEDORITE. Efectele nedorite cele mai frecvente sunt o constipație, grețuri, mai rar vărsături, o îngustare a calibrului bronhiilor, o depresie respiratorie (diminuarea amplitudinii și eficacității respiratorii) — moderată la doze terapeutice, severă în caz de supradozare —, o confuzie mintală, vertije, o hipotensiune ortostatică (vertij legat de schimbarea tensiunii arteriale atunci când subiectul trece de la poziția orizontală la cea verticală), o creștere a tonusului sfincterelor mușchilor netezi etc.

Morfina și derivații ei generează o dependență (nevoia de o nouă doză) fizică și psihică și o obișnuire (necesită creșterea dozelor pentru a obține un efect identic) în cazul utilizării îndelungate. Oprirea bruscă a unui tratament de lungă durată antrenează apariția sindromului de abstinență. Manifestările supradozării sunt o depresie respiratorie, o mioză (îngustarea pupilei), o hipotensiune, o hipotermie cu evoluție posibilă spre o comă profundă. Tratamentul acestei supradozări constă în administrarea de antidoturi ca nalaxona sau nalorfina și într-o reanimare cardiorespiratorie.

INTERACȚIUNI MEDICAMENTOASE. Interacțiunile medicamentoase sunt foarte numerose. Morfina nu trebuie utilizată în același timp cu medicamentele inhibitoare de monoaminoxidază (IMAO), întrebuințate în tratamentul stărilor depresive. Asocierea ei cu buprenorfina, cu nalbufina și cu pentazocinul este nerecomandată, deoarece efectele acestor morfinomimetice sunt antagoniste antrenând în consecință o eficacitate analgezică mai mică. În plus, asocierea morfinei cu numerose alte medicamente trebuie să fie supravegheată, mai ales în asocierea ei cu depresoarele sistemului nervos central, cu opiaceele (substanțe derivate din opiu), cu difenoxilatul, cu antidepresoarele triciclice etc.

MORTON (metatarsalgie a lui). Durere a antepicioriului cauzată de prezența unei mici tumori benigne pe un filet nervos al dosului piciorului, de cele mai multe ori situată la rădăcina spațiului între al treilea și al patrulea deget de la picior.

Metatarsalgia lui Morton se manifestă prin apariția la mers a unei dureri intense, adesea intolerabile. Purtatul de încălțăminte prea strâmtă sau existența unui tip morfologic deosebit al antepicioriului (antepicior rotund) sunt factori favorizanți.

Tratamentul medical, uneori suficient, se bazează pe purtatul de încălțăminte mai puțin strâmtă și pe infiltrații locale cu corticosteroizi. Atunci când durerea persistă, se practică o ablație chirurgicală a tumorii și se secționează ligamentul intermetatarsian.

MORVĂ. Boală infecțioasă foarte contagioasă la animale, rară la om, provocată de un bacil Gram negativ, *Pseudomonas mallei*.

Morva încă se mai întâlnește în Asia, în Africa, în Europa orientală și în Orientul Mijlociu.

Principala sursă de contagiune pentru om rămâne cea constituită din secrețiile care se scurg din nasul animalelor afectate.

■ *Forma acută* se traduce printr-o febră, prin dureri difuze și prin secreții nazale sângvinolente apoi purulente, asociate cu ulcerații cutanate și cu abcese diseminate.

■ *Forma cronică* nu diferă de forma acută decât prin mai mica intensitate a semnelor și prin durata lungă a evoluției (mai multe luni).

Bolnavii sunt tratați eficace cu antibiotice.

MOSCHCOWITZ (sindrom al lui). Asociere de simptome cuprinzând dereglări circulatorii (microtromboze ale arteriolelor) responsabile de insuficiență renală și cardiacă și de tulburări neurologice, o diminuare a numărului plachetelor, „consumate" de către tromboze, și o anemie cauzată de fragmentarea globulelor roșii în arteriole.

Cauza regresează de la sine în câteva zile, chiar în câteva săptămâni. Tratamentele propuse sunt numeroase, dar nici unul nu a făcut încă dovada eficacității lui.

MOTRICITATE. Totalitatea funcțiilor nervoase și musculare permițând mișcările voluntare sau automate ale corpului.

MUCILAGIU. Substanță văscoasă extrasă din plante (alge), care se umflă la contactul cu apa și care este utilizată ca laxativ blând.

MUCINOZĂ. Orice afecțiune caracterizată prin acumularea în piele a mucinei, substanță gelatinoasă provenind din secrețiile glandelor mucoase.

Simptomele mucinozelor sunt destul de variabile; este vorba adesea de pete în relief sau de papule (leziuni proeminente) de culoare roz sau sidefie, de la un milimetru până la câțiva milimetri diametru. Nu există un tratament cunoscut al mucinozelor.

MUCOASĂ. Membrană care tapetează totalitatea tubului digestiv (de la gură până la rect), aparatul respirator, aparatul urinar, aparatele genitale masculin și feminin, precum și fața posterioară a pleoapelor și fața anterioară a globului ocular (conjunctiva).

Mucoasele secretă mucus, ceea ce asigură umiditatea și lubrifierea organelor pe care le tapetează. Natura glandelor și secreției lor variază de la o mucoasă la alta, corespunzător cu funcția fiziologică particulară a fiecăruia dintre țesuturi: mucoasele tubului digestiv și glandele lor, de exemplu, au un rol precis în digestie și în absorbția alimentelor; în căile aeriene, mucusul oprește o parte din praful inhalat etc.

MUCOASĂ UTERINĂ. → ENDOMETRU.

MUCOCEL. Tumoră benignă provocată de acumularea de mucus într-o cavitate al cărei orificiu este astupat.

Un mucocel se poate constitui într-un loc ca apendicele cecal (denumit, de obicei, doar apendice), ca sacul lacrimal sau într-un sinus. El crește în volum, comprimând uneori organele învecinate, și poate fi dureros. Un mucocel trebuie să fie incizat și golit pe cale chirurgicală.

MUCOLIPIDOZĂ. Boală ereditară caracterizată printr-o acumulare, în lizozomi, a mucopolizaharidelor acide și a glicolipidelor, prezente peste tot în viscere.

Mucolipidozele constituie un ansamblu de boli care aparțin grupului bolilor lizozomale.

Actualmente nu există un tratament al mucolipidozei.

Înaintea concepției unui copil este posibil un sfat genetic. În timpul sarcinii poate fi efectuată o depistare antenatală.

MUCOPOLIZAHARIDOZĂ. Oricare boală caracterizată prin acumularea de mucopolizaharide (glucide) în organism.

Mucopolizaharidozele sunt afecțiuni ereditare rare, cauzate de deficitul într-o enzimă care provoacă o acumulare de mucopolizaharide în celulele organelor și țesuturilor (ficat, splină, piele etc.), care cresc atunci în volum și funcționează normal.

MUCOVISCIDIOZĂ. Boală ereditară caracterizată printr-o viscozitate anormală a mucusului pe care îl secretă glandele intestinale, pancreatice și bronhice. SINONIME: *boala fibrochistică, fibroză chistică a pancreasului.*

FRECVENȚĂ ȘI CAUZĂ. Mucoviscidioza afectează mai ales subiecții albi, printre care ea atinge un copil din 2 000 până la 2 500 copii. Este vorba de o boală cu transmisie autosomică (gena purtătoare este situată pe cromozomii nesexuali) recesivă (gena trebuie să fie primită atât de la mamă, cât și de la tată pentru a se dezvolta boala).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Cum secrețiile mucoase, prea văscoase, se scurg prost în conducturile naturale, se produc dilatații chistice, chiar obstrucții.

Manifestările pot debuta de la naștere printr-o ocluzie intestinală a nou-născutului, o întârziere a evacuării meconiului, un icter (provocat de obstrucția căilor biliare) sau o obstrucție a bronhiilor mici care poate conduce la o prăbușire respiratorie. Dar cele care atrag mai întâi atenția la sugar sunt, în general, problemele respiratorii: tuse persistentă, bronșite repetate, emfizem care evoluează spre o insuficiență respiratorie precoce. Câțiva ani mai târziu apar o încărcătură mucopurulentă permanentă, apoi o dilatare a toracelui, un hipocratism digital (unghii late și curbate ca ghearele) și o cianoză a extremităților. Gravitatea manifestărilor respiratorii este legată de suprainfecția pulmonară cu diferiți germeni, ca stafilococul auriu și bacilul piocianic.

Atingerilor respiratorii li se adaugă manifestări digestive: 85% dintre subiecții care suferă de mucoviscidioză au o insuficiență pancreatică, ce se traduce, în general, printr-o diaree cronică, cu emisia de scaune voluminoase, grăsoase și urât mirositoare. Această diaree persistentă explică pierderea în greutate observată la copiii al căror apetit n-a scăzut, în afara perioadelor de infecție respiratorie. Dacă fibroza pancreatică se întinde la insulele lui Langerhans (mici îngrămădiri celulare răspunzătoare de secretarea insulinei de către pancreas), ea poate antrena un diabet insulinodependent. Se observă mai rar o atingere hepatică, ce conduce uneori la o ciroză, la o atingere biliară (litiază) sau la miocardiopatii. Sunt frecvente sterilitatea la băieți și hipofertilitatea la fete.

DIAGNOSTIC ȘI EVOLUȚIE. Aceste simptome diferite indică probabilitatea bolii. Se va recurge, pentru confirmarea diagnosticului, la testul transpirației, care pune în evidență un nivel anormal de ridicat la clorului și al sodiului în transpirație. Dozarea trebuie să fie făcută de un laborator foarte experimentat și sunt necesare două teste înainte de a pune definitiv diagnosticul. Boala evoluează spre insuficiență respiratorie severă, adesea mortală.

TRATAMENT. În stadiul actual al cunoștintelor, tratamentul nu poate acționa decât asupra simptomelor. O colaborare strânsă între echipa spitalicească, medicul curant, kineziterapeuți și infirmiera de la domiciliu permit copilului

să rămână cât mai mult posibil în familie și să suporte cât mai bine îngrijirile constrângătoare. Ulterior, se vor depune strădanii pentru inserția școlară și profesională a bolnavului.

Primul obiectiv al tratamentului este să păstreze o stare nutrițională satisfăcătoare. Administrarea de extracte pancreatice, un regim hipercaloric și hipolipidic, chiar o alimentație prin sondă gastrică sau prin perfuzii, contribuie la suplinirea deficiențelor. În perioada de căldură mare, absorbția de comprimate de clor evită deshidratarea.

Tratamentul comportă, de asemenea, o îngrijire respiratorie. Aceasta vizează drenarea secrețiilor prin tuse, în așa fel încât să fie păstrată o permeabilitate maximă a căilor aeriene. Ședințele de kineziterapie permit copilului să obțină o tuse eficace și controlată. Recurgerea la aerosolii ultrasonați are, de asemenea, drept scop facilitarea respirației. În cazurile cele mai grave, se poate practica o oxigenoterapie de lungă durată.

A treia mare axă a tratamentului este o antibioterapie adaptată riguros germenilor suprainfecției bronșice detectați în cursul analizelor bacteriologice. Grefa pulmonară (cei doi plămâni sau blocul inimă-plămâni) este o soluție extremă, rezervată pacienților afectați de insuficiență respiratorie foarte severă.

DEPISTARE. O depistare antenatală a bolii, prin biopsia vilozităților coriale ale placentei, este posibilă astăzi din a 10-a săptămână de sarcină, la cuplurile care deja au dat naștere unui copil atins de mucoviscidioză. Părinții unui copil bolnav au, în fapt, neșansa unei posibilități din patru de a avea un copil atins de această boală. Frații și surorile subiecților bolnavi vor fi, în două cazuri din trei, purtători ai genei și deci susceptibili să aibă mai târziu copii afectați dacă partenerul lor are de asemenea moștenită gena transmițătoare a bolii.

PERSPECTIVE. Tratamentele înalte specializate de care beneficiază actualmente copiii atinși de mucoviscidioză permit o calitate a vieții net îmbunătățită.

MUCUS. Substanță vâscoasă, compusă din proteine și din glucide numite mucine, secretată de către celulele mucipare ale mucoaselor (respiratorii, digestive, genitale).

MUGUET. Afecțiune a mucoasei bucale provocată de o levură, *Candida albicans*. SINONIM: *margăritarel*.

Localizarea digestivă a candidozei, muguetul se manifestă mai întâi printr-o inflamație difuză, mucoasa fiind roșie, uscată și usturătoare. Apoi peretele intern al obrajilor, limba și faringele se acoperă de un strat alb unsuros asemănător laptelui prins. În unele cazuri, bolnavul simte o jenă la înghițit, ceea ce lasă de gândit că e vorba de o atingere a esofagului. La copil, boala poate să se întindă la pliurile cutanate și la unghii.

TRATAMENT. Tratamentul comportă recurgerea la aplicații locale de ser bicarbonat și izotonic (de aceeași concentrație moleculară cu plasma sangvină) sau de medicamente antifungice. Un tratament general pe cale orală se impune în caz de atingere a esofagului.

La sugar, orice regim pe bază de morcovi este contraindicat atâta vreme cât persistă afecțiunea, deoarece favorizează dezvoltarea levurii.

MULTIPARĂ. Femeie care deja a avut unul sau mai mulți copii.

MUSCĂTURĂ. Plagă provocată de dinții unui animal sau ai unei ființe umane care mușcă.

Principalele riscuri legate de mușcăturile animalelor sunt distrugerile de țesuturi și infecțiile. Dinții animalelor mari pot sfărâma țesuturile osoase și pot secționa sau rupe vasele sangvine, provocând hemoragii mari și o stare de șoc.

Microbii care mișună pe botul sau în gura animalelor constituie cauza infecțiilor secundare, mai ales dacă leziunile tisulare sunt întinse. Cele două riscuri infecțioase majore sunt cele ale tetanosului și rabiei.

TRATAMENT. Orice mușcătură trebuie să fie tratată. Plaga trebuie curățată cu grijă (sub anestezie, dacă este necesar) și nu trebuie închisă (mai curând să fie pansată decât suturată), deoarece o rană închisă favorizează dezvoltarea microbilor transmiși prin mușcătură. Se utilizează antibiotice în scop preventiv și o protecție antitetanică (ser, vaccin).

Consecințele unei mușcături veninoase depind de specia animală în cauză, de mărimea animalului, de cantitatea de venin injectată și de vârsta și starea de sănătate a victimei. Există seruri antiveninoase specifice pentru a combate efectele diferitelor veninuri.

MUSCHI. Organ dotat cu proprietatea de a se contracta și a se decontracta.

Țesutul unui mușchi este constituit din fibre musculare: acestea sunt compuse din celule denumite monocite, care cuprind în citoplasma lor numeroase filamente alungite paralel cu axa mare a celulei. Aceste filamente sunt de două tipuri: unele, delicate, sunt făcute din actină; celelalte, groase, sunt compuse din miozină. Multumită interacțiunii lor se efectuează contracția musculară.

Mușchiul cardiac. Denumit și miocard, acesta are o structură apropiată de cea a mușchilor striați, dar contracțiile sale sunt autonome și involuntare.

Mușchii netezi. Denumiți și mușchi albi, aceștia sunt prezenți în peretele a numeroase organe (uter, intestin, bronhii, veziculă, vase sangvine etc.). Contracția lor este involuntară, autonomă sau asigurată prin sistemul nervos vegetativ.

PATOLOGIE. Unii mușchi netezi pot fi atinși de spasme (contracții involuntare).

Mușchii striați. Denumiți și mușchi roșii sau mușchi scheletici, sau ai scheletului, aceștia unesc oasele unele de altele și permit mobilitatea corpului. Contracția lor este

voluntară, supusă unui control cerebral: fiecare fibră musculară este conectată la o terminație nervoasă care primește ordinele ce provin din creier; impulsia nervoasă stimulează mușchiul eliberând un neurotransmițător chimic (substanță secretată de unii neuroni pentru a transmite influxul nervos spre alte celule), acetilcolina. Acești mușchi sunt menținuți constant într-o stare de contracție moderată: tonusul muscular.

PATOLOGIE

■ *Clacajul* este provocat de o ruptură, ca urmare a unui efort violent, a câtorva fibre musculare ale unui mușchi: se vorbește de o rupere propriu-zisă atunci când atingerea este de o anume importanță, iar de întindere atunci când fibrele musculare sunt doar întinse exagerat.

■ *Afecțiunile* care pot atinge mușchiul sunt miozita (inflamația), miastenia (oboseala musculară intensă și rapidă a mușchilor prin blocarea transmisiei influxului nervos către mușchi) și miopatiile (boli congenitale rezultând dintr-o alterare a fibrelor musculare).

MUTAGEN, -Ă. Se spune despre oricare element capabil să provoace o mutație în cadrul unei specii.

Principalele elemente mutagene sunt radiațiile și produsele chimice.

Generate de către substanțele mutagene, mutațiile pot conduce la boli ereditare sau la cancere.

MUTAȚIE. Modificare care survine în A.D.N.-ul unei celule și poate antrena apariția unui nou caracter.

MUTITATE. Imposibilitate de a vorbi manifestată de o persoană.

Afecțiunile care antrenează o mutitate sunt fie relative la laringe, fie de origine neurologică: leziunile laringelui, congenitale sau dobândite (tumoră, paralizie etc.), unele operații chirurgicale (laringectomie, traheotomie etc.) duc la pierderea vocii, la fel ca și leziunile nervilor motori ai laringelui, ca absența dezoltării centrilor nervoși (ariergație mintală) sau ca o leziune a sistemului nervos (accident vascular cerebral).

■ *Audimutitatea* este mutitatea copilului care nu învață limbajul oral înaintea vârstei de șase ani din cauza unor tulburări psihiatrice și fără leziune organică: copilul înțelege, dar nu vorbește. Tratamentul audimutității, atunci când este posibil, este cel al cauzei sale, asociat cu reeducarea vocii prin ortofonie.

■ *Surdimutitatea* este legată de o surditate a ambelor urechi, congenitală sau dobândită înaintea vârstei de 5 sau 6 ani. Ea nu are întotdeauna o cauză care să poată fi cunoscută în pofida examenelor complementare efectuate. Ea poate fi consecutivă unei boli ereditare a urechii, unei infecții contractate de mamă în timpul sarcinii, unei nașteri dificile etc. Cum copilul nu aude nici cuvintele emise de părinții săi și nici propriile sale sunete, el nu învață să vorbească sau, dacă surdimutitatea survine în primii ani, el uită ceea ce a învățat și se află parțial decuplat de lumea exterioară. Urmează tulburări ale afectivității și ale comportamentului (agresivitate, indiferență etc.) și o insuficiență a achiziițiilor intelectuale, variabilă după intensitatea tulburării și după eventualul ei tratament. Copilul nu reacționează nici la zgomotele din jur, nici la voce. El nu întoarce capul spre sursa unui zgomot. Astfel, părinții pot să-și dea seama de această boală chiar din primul an de viață al copilului. În schimb, alte comportamente ale sale pot părea normale în mod înșelător: el scoate gângureli, această producere de sunete fiind automată la începutul vieții. Doar spre al doilea an de viață aceste sunete devin mai puține.

Testele medicale de depistare a surdității sunt primordiale. Ele pot fi practicate, la nevoie, încă de la naștere și de mai multe ori în prima vârstă a copilăriei, unele de către medic, altele la spital. Se utilizează fie testele simple cu jucării sonore, fie textele complexe denumite „potențiale evocate", dacă există cazuri asemănătoare în familie.

Dificil, tratamentul surdomutității cuprinde mai multe faze și este foarte specializat în formele grave. El poate fi acela al unei eventuale cauze, poate consta într-un aparat — o proteză auditivă externă sau un implant cohlear. În caz de succes, se poate spera în vindecarea mutității. Dacă nu, trebuie făcut apel la o deprindere a cititului după buze, a limbajului mâinilor, la o antrenare a organelor neauditive, ca simțul tactil și la o susținere școlară adecvată, uneori într-o instituție specializată. O informare și o susținere psihologică sunt acordate familiei, pe de o parte, din cauza rolului ei indispensabil asupra copilului, pe de altă parte pentru a explica și preveni reacțiile negative din partea bolnavului față de boala sa.

MÜNNCHHAUSEN (sindrom al lui). → PATOMIMIE.

N

NABOTH (ou al lui). Mic chist al uterului. SINONIM: *chist al lui Naboth*.

Oul lui Naboth nu antrenează nici o durere și doar examenul ginecologic îl poate pune în evidență. Fără nici o gravitate, acest chist nu necesită nici un tratament.

NANISM. Dimensiuni anormal de mici ale înălțimii în raport cu înălțimea medie a indivizilor de aceeași vârstă și de același sex.

CAUZE. Trebuie să se facă deosebirea între nanismele ale căror cauze sunt antenatale și cele care debutează (sau care se evidențiază) după naștere. Printre primele se află: întârzierea creșterii intrauterine, anomaliile osoase, constituționale, între care cea mai frecventă este acondroplazia (boală genetică ce afectează scheletul), unele anomalii cromozomiale care conduc la diverse malformații (trisomie 21), sindrom al lui Turner). Nanismele cu debut postnatal, cuprind anomaliile endocrine: hipotiroidia (absența sau deficiența glandei tiroide), insuficiența hormonului de creștere sau, mai rar, hipercorticismul (creșterea excesivă a cantității unuia sau mai multor hormoni corticosuprarenali). Unele boli sunt uneori responsabile de nanism. Malnutriția și carența afectivă pot sta, de asemenea, la originea unui nanism. În sfârșit, în unele cazuri, nu este pusă în evidență nici o cauză.

TRATAMENT. Atunci când este posibil un tratament al cauzei, acesta trebuie aplicat. În unele cazuri sunt în curs încercări terapeutice de utilizare a hormonului de creștere. Însă acestea sunt recente, iar rezultul lor este insuficient pentru a se putea ști care va fi înălțimea definitivă a copilului.

NARCOANALIZĂ. Metoda de investigare a psihismului în cursul căreia subiectul este pus într-o stare de semisomn.

NARCOLEPSIE. Orice tulburare patologică ce se caracterizează printr-o necesitate subită de somn în timpul zilei. Adormirea survine nu în urma vreunei oboseli deosebite; în timpul accesului subiectul se poate trezi ușor. Această stare poate dura de la câteva secunde la mai mult de o oră. Stimulentele, antidepresoarele și siestele regulate constituie baza tratamentului.

NARCOTIC. Substanță chimică, medicamentoasă sau nu, caracterizată prin efectele sale asupra sistemului nervos. SINONIM: *stupefiant*.

Narcoticele provoacă o atipire, o relaxare a mușchilor și o diminuare a sensibilității putând merge până la anestezie. Printre narcoticele care sunt medicamente, se găsesc, în principal, analgezicele (împotriva durerii) centrale pe bază de morfină sau de derivați ai acesteia, unele hipnotice (care favorizează somnul) și unele anxiolitice (care liniștesc anxietatea). Narcoticele, medicamentoase sau nu, sunt supuse legislației privind stupefiantele, deoarece ele sunt susceptibile să antreneze o farmacodependență (toxicomanie).

NAS. Organ care formează o proeminență pe treimea medie a înălțimii feței, ce constituie partea inițială a căilor respiratorii.

Nasul este compus din os și din cartilagii, care constituie scheletul lui. El conține partea anterioară a foselor nazale, care se deschid înspre înainte prin nări.

FUNCȚIONARE. Nasul este organ al respirației. Aerul inspirat intră prin fosele nazale, care îl umidifică, îl încălzesc și îl purifică mulțumită mucusului și cililor care reține impuritățile.

Nasul este, de asemenea, organ al simțului mirosului.

PATOLOGIE. Prin forma sa proeminentă, nasul constituie subiect al traumatismelor (inclusiv fracturi), sursă de dureri și deformații, care se tratează chirurgical. Septoplastiile corectează deviațiile septului nazal.

Copiii, mai ales cei între 2 și 4 ani, își introduc în nas uneori corpuri străine. Orice corp străin introdus în fosele nazale trebuie scos, uneori sub anestezie generală, având în vedere riscurile de inhalare și deci de obstrucție bronșică.

NAȘTERE. I. „Expulzia sau extracția completă din corpul mamei, independent de durata gestației, a unui produs de concepție care, după această separare, respiră sau manifestă oricare alt semn de viață ca bătaia inimii, pulsația cordonului ombilical sau contracția efectivă a unui mușchi supus acțiunii voinței, fie că a fost sau nu tăiat cordonul

ombilical și fie că placenta a rămas sau nu atașată", după definiția dată de Organizația Mondială a Sănătății.

2. Totalitate a fenomenelor mecanice și fiziologice care duc la expulzia fătului și anexelor sale în afara căilor materne.

Nașterea normală (la termen) are loc între a 38-a și a 42-a săptămână de amenoree (oprirea fluxului menstrual). Ea este considerată drept prematură atunci când se produce între a 28-a și a 37-a săptămână de amenoree. Nașterea este spontană atunci când se declanșează de la sine; ea este provocată atunci când este consecutivă unei intervenții exterioare; se numește naturală atunci când doar fiziologia intră în joc și artificială când necesită o intervenție medicală.

Parcursul fătului. Fătul realizează un parcurs natural în timpul nașterii și trece, în cele mai multe cazuri, cu capul înainte prin bazinul osos, vagin și perineu. Sub efectul contracțiilor, colul uterin se șterge, adică se scurtează, apoi se dilată progresiv până când atinge un diametru de 10 centimetri. Fătul se angajează în bazinul osos, constituit din oasele legate unele de altele, care nu se pot îndepărta unele de altele decât în mică măsură. Fătul trebuie să-și plece capul, sprijinindu-și bărbia în piept cu scopul de a se putea angaja.

Contracțiile permit depășirea planșeului perineal care limitează vaginul și apariția capului fătului la nivelul vulvei.

Prezentația fătului. În apropiere toate cazurile, fătul se află în poziție longitudinală; el se prezintă atunci de cele mai multe ori cu capul și uneori cu șezutul. Mai există și o prezentație transversală (cu umărul), mult mai rară.

■ *Prezentațiile cu capul, sau cefalice*, le grupează pe cele cu vârful capului (flectarea capului fătului), cu fruntea (frontale, cu deflexie ușoară) și cu fața (faciale, cu deflexie totală), ultimele două tipuri de prezentație necesitând adesea o cezariană. Fața copilului mai poate să fie îndreptată spre pubisul mamei (prezentație posterioară) sau către sacrum (prezentație anterioară).

■ *Prezentațiile cu șezutul, sau pelviene*, cuprind ceea ce se numește prezentația pelviană completă (membrele inferioare strânse) și prezentația pelviană decompletă (membrele inferioare întinse în fața abdomenului). Prezentațiile cu șezutul necesită realizarea unui examen radiologic al bazinului și a unei confruntări a măsurătorilor acestuia cu dimensiunile copilului pentru a putea autoriza o naștere pe căi naturale.

■ *Prezentațiile transversale* necesită o cezariană.

■ *Diferitele faze* ale nașterii trec prin mai multe etape clinice.

PRIMELE SEMNE. Primele simptome sunt pierderea dopului de mucus care obstrucționează colul uterin, pierderea apelor și contracțiile uterine.

■ *Pierderea dopului mucos* se manifestă prin eliminarea unor glere sangvinolente; ea este datorată primelor modificări ale colului utrein și dovedește faptul că organismul mamei se pregătește pentru naștere. Dar aceste pierderi-au loc de cele mai multe ori înainte de începerea travaliului, chiar cu mai multe zile înaintea începerii primelor contracții.

■ *Pierderea apelor* (ruptura membranelor care antrenează o scurgere de lichid amniotic) este spontană, imprevizibilă și nedureroasă. Pierderea poate fi abundentă sau doar zemuindă, dar ea determină oricum plecarea spre maternitate. În fapt, copilul nu mai este tot atât de bine protejat ca mai înainte, în particular împotriva infecțiilor, ceea ce impune o supraveghere deosebită. Travaliul poate să se declanșeze chiar după ruperea pungii apelor sau mai poate întârzia un număr de ore sau chiar de zile.

■ *Contracțiile uterine*, din ce în ce mai apropiate în timp, mai regulate și mai intense, dau impresia că pântecul a „luat-o razna". Ele sunt mai mult sau mai puțin intense și dureroase, dar nu se mai opresc până la nașterea copilului. Ca regulă generală, nitrul contracțiilor se accelerează treptat (la 20, la 15, la 10, la 5 minute), dar se întâmplă ca ele să se producă dintr-odată la fiecare 5 minute. Atunci când contracțiile sunt distanțate la 20 până la 5 minute, este timpul de plecare spre maternitate.

TRAVALIUL. În structura spitalicească, travaliul, adică desfășurarea nașterii propriu-zise, este adesea dirijat de echipa medicală.

Nașterea normală se desfășoară în trei faze: dilatație, expulzie, delivrență. Pe toată durata acestui travaliu, monitorizarea cordului fătului permite supravegherea ritmului cardiac fetal (R.C.F.), prin tocografie (înregistrarea grafică continuă a variațiilor contracțiilor utrine). O amnioscopie și o prelevare de sânge de pe pielea capului fătului permit studiul pH-ului fetal și al lactaților care, la rândul lor, pot da informații cu privire la starea de sănătate a fătului în timpul travaliului.

■ *Dilatatia* esta faza în timpul căreia colul uterin se înmoaie, se micsorează și se șterge sub efectul contracțiilor. El se dilată apoi la fiecare contracție până la o deschidere de aproximativ 10 centimetri diametru. Acest stadiu durează adesea mai multe ore, mai ales la prima naștere.

■ *Expulzia* este faza în timpul căreia apare copilul, provocându-i mamei nevoia de a împinge contractând mușchii diafragmului și ai abdomenului; pentru o bună desfășurare a nașterii, mama trebuie să nu încerce să împingă decât în cursul contracțiilor. Dacă punga apelor este încă intactă, ea poate fi ruptă artificial sau se rupe spontan. Perineul se întinde treptat și apare capul copilului.

În momentul expulziei, o mică intervenție (episiotomia) este practicată din ce în ce mai mult: e vorba de a inciza perineul atunci când el este întins de către capul fetal, pentru a preveni rupturile complete ale perineului și suprătinderile periculoase (riscurile unor prolapsuri genitale), pentru a permite grăbirea ieșirii capului fătului și pentru a-l proteja. Aceasta este o intervenție benignă și puțin dureroasă, care se cicatrizează foarte bine.

■ *Delivrenta* este faza în timpul căreia placenta și membranele sunt dezlipite și expulzate prin noi contracții, la 5 până la 30 minute de la expulzia fătului.

Delivrența poate fi ușurată printr-un act medical sau prin perfuzarea unui medicament. După delivrență, eventualele rupturi ale vaginului și incizii practicate (episiotomiile) sunt curățate și suturate. Membranele, placenta și cordonul sunt examinate cu atenție de către moașă care verifică dacă acestea sunt întregi. Dacă există vreo îndoială, este necesară o revizie uterină: medicul introduce mâna înmănușată în uter și îl examinează pereții.

Complicațiile nașterii. Unele nașteri se anunță dificile și necesită recurgerea la forceps, la ventuză sau la operația cezariană.

■ *Forcepsul*, un fel de pensă cu două brațe în formă de lingură, este utilizat de către obstetrician pentru a ghida trecerea capului fătului cu scopul de a-i ușura ieșirea. El este plasat de o parte și de alta a capului fătului la nivelul tâmplelor. Forcepsul depărtează pereții vaginali în fața capului și îi ușurează astfel trecerea. Mai multe împrejurări determină folosirea forcepsului: mama este prea obosită sau incapabilă să împingă pentru a expulza fătul — poate exista, de asemenea, o contraindicație la eforturile expulzării, ca, de exemplu, o boală de inimă; capul copilului nu înaintează în pofida eforturilor de împingere; este decelată o suferință fetală în cursul nașterii din diferite motive (compresia cordonului care antrenează o încetinire a ritmului cardiac, de exemplu). Forcepsul poate, de asemenea, să fie utilizat pentru a ușura ieșirea capului în caz de prezentație pelviană.

■ *Ventuza* înlocuiește uneori forcepsul. Ea este plasată pe vârful craniului copilului, în momentul dilatației complete a colului. Este creat un vid de aer pentru a ușura aderența ventuzei, iar capul este atunci ghidat spre exterior.

■ *Cezariana* este o intervenție chirurgicală care constă în incizarea abdomenului și a uterului pentru a extrage copilul. Numeroși factori materni și fetali determină alegerea cezarienei: uneori, ea este programată de la începutul sarcinii, în cazul unor anomalii osoase sau al unor fragilități uterine (provocate de cezariene anterioare); alteori, ea se impune în cazul prezentației pelviene când nu sunt reunite toate condițiile favorabile; alteori ea este decisă în cursul nașterii în caz de suferință fetală, de oprire a dilatației colului, de proastă orientare a copilului (poziție transversală).

Traumatismele nașterii. Acestea sunt leziuni provocate asupra copilului de însăși naștere.

În caz de naștere naturală, traumatismele sunt minore. Utilizarea forcepsului sau a ventuzei provoacă bose uneori foarte marcate (cefalhematoame), dar care dispar în câteva zile. Precauțiile luate în cursul nașterii copiilor prematuri, nașterile cu prezentație pelviană sau de copii prea mari permit evitarea traumatismelor care ar putea fi mai serioase. Leziuni cerebrale ale fătului (infirmitate motorie cerebrală, arierație mintală, epilepsie) pot, de asemenea, să rezulte din starea de sănătate a mamei (tabagism, alcoolism etc.).

Starea post-partum. Starea post-partum sau lehuzia durează în jur de 6 săptămâni după naștere, până la revenirea fluxului menstrual. În caz de alăptare, revenirea fluxului menstrual este decalată și intervine după oprirea alăptării. Organismul își regăsește puțin câte puțin echilibrul său anterior, uterul se retractă (involuție uterină) și își reia volumul său inițial după două luni. Involuția uterină este însoțită în primele zile de dureri numite colici. Scurgerea vulvară (lohii), mai întâi de sânge apoi seroasă, durează aproximativ două săptămâni până la a înceta; o „mică" reîntoarcere a nașterii are uneori loc în cea de-a douăsprezecea zi (scurgere de sânge mai abundentă).

Ce este un „baby blues"?

După o primă naștere, mama poate resimți o oarecare stare de melancolie, în care se succed momentele de descurajare, de plictiseală, porniri de plâns incontrolabile și momente de mare bucurie. Această stare de emotivitate extremă este o realitate căreia îi scapă puține tinere mame, dar ale cărei intensitate și durată sunt foarte variabile de la o mamă la alta.

Baby bluesul, denumit și depresiune a post-partumului, poate să se explice prin căderea hormonală care se produce la sfârșitul sarcinii, comparabilă cu cea care afectează starea de spirit a unor femei înainte de fluxul menstrual. Dar această fragilitate este, de asemenea, legată de perturbația pe care o produce sosirea pe lume a unui copil, de neliniștea provocată de impresia neclară de a nu putea face față noului ei rol. Anturajul medical și familial trebuie să susțină tânăra mamă.

Pregătirile pentru naștere

Femeilor le sunt propuse mai multe metode pentru a trece prin perioada de sarcină și prin naștere, în mod activ și destinse psihic.

Pregătirea „nașterii fără dureri" (psihoprofilaxia obstetricală), pregătirea clasică, constă în învățarea teoretică a unor noțiuni privind anatomia și fiziologia sarcinii și nașterii și a unor exerciții fizice (respirație, mlădiere musculară și relaxare corespunzând diferitelor faze ale nașterii). Ședințele de pregătire sunt propuse adesea în ultimele săptămâni de sarcină într-un mediu spitalicesc sau într-o clinică.

Sofrologia este o tehnică de relaxare care se practică într-o stare de conștiență apropiată de hipnoză. Ea cere un antrenament mintal zilnic.

Pregătirea prin yoga utilizează unele tehnici yoga, precum metodele sale de respirație și de relaxare.

Haptonomia utilizează simțul tactil cu scopul de a stabili o comunicare precoce între părinții viitorului copil începând din luna a patra de sarcină. Această abordare dezvoltă atașamentul între părinți și copil.

Moașele pot sfătui și orienta femeile doritoare să profite de aceste metode.

Îngrijirile de acordat mamei sunt importante în mod deosebit după o episiotomie sau o cezariană. Riscurile complicațiilor specifice acestei perioade justifică o supraveghere serioasă: flebită (formarea unui cheag venos), endometrită (leziune inflamatorie a corpului uterin) sau complicații legate de alăptare (abces al sânului, de exemplu). O gimnastică reeducativă completează îngrijirile și favorizează întoarcerea la echilibrul corporal anterior. Reluarea activității sexuale este posibilă de îndată ce s-a petrecut cicatrizarea episiotomiei, atunci când aceasta a fost practicată, iar dacă nu s-a practicat această mică intervenție chirurgicală, atunci când dorește femeia. Totuși, o contraceptie este necesară după naștere, în măsura în care o ovulație este posibilă în timpul perioadei post-partum. → CEZARIANĂ.

NAȘTERE FALSĂ. → AVORT.

NAȘTERE PREMATURĂ. Naștere care are loc între a 29-a și a 38-a săptămână de amenoree.

O naștere prematură poate surveni spontan sau poate fi provocată printr-o decizie medicală. Cauzele sunt multiple și pot să se conjuge: ruperea pungii care conține lichidul amniotic, anomalia uterului matern, hemoragia, infecția bacteriană sau virală, multiparitatea (mama a avut deja unul sau mai mulți copii), sarcina multiplă (gemeni sau tripleți), hidramniosul (exces de lichid amniotic). În plus, un context socioeconomic defavorabil sau condiții de muncă stresante (oboseală, drumuri lungi) crește riscul unei nașteri premature spontane. Decizia medicală de naștere prematură este luată, între altele, în caz de patologie gravă privind mama sau fătul. Incompatibilitatea Rhesus între mamă și făt poate, de asemenea, să influențeze asupra deciziei medicale de a scurta durata unei sarcini. În acest caz, nașterea prematură se face prin declanșarea artificială a travaliului sau prin practicarea unei cezariene.

NATALITATE. Raport dintre numărul de copii născuți vii și efectivul populației dintr-un loc dat și în timpul unei perioade determinate.

NATREMIE. Nivel al sodiului în plasma sangvină.

Natremia reflectă starea de hidratare globală a unui subiect: hidrataera extracelulară (plasmatică îndeosebi) și intracelulară. → HIPERNATREMIE, HIPONATREMIE.

NATUROPATIE. Totalitate a practicilor care vizează ajutarea organismului să se vindece de la sine prin mijloace exclusiv naturale.

Naturopatia se bazează pe o teorie după care forța vitală a organismului permite acestuia să se apere și să se vindece spontan. Ea constă deci în întărirea reacțiilor de apărare ale organismului prin diferite măsuri de igienă (dietetică, post, dezvoltarea musculaturii prin exerciții fizice, relaxare, masaje, termalism, talazoterapie etc.), ajutate doar de agenți naturali (plante, ape, soare, aer curat etc.), un tratament medical nefiind necesar decât în caz de urgență. Un naturopat poate recomanda astfel unui pacient să consume mai mult salate și fructe proaspete, mai puțină cafea sau ceai.

NAZALIZARE. Modificare a vocii prin obținerea unei rezonanțe exagerate în producerea sunetelor.

Se disting două feluri de nazalizare: rinolalia închisă și rinolalia deschisă.

■ *Rinolalia închisă* este provocată de suprimarea permeabilității nazale. Ea se observă atunci când fosele nazale sunt astupate. Această obstrucție este consecutivă unei inflamații sau unei tumori.

■ *Rinolalia deschisa* este provocată de exagerarea permeabilității nazale. Ea se observă, în principal, în cursul paraliziilor vălului palatin, consecutive unor afecțiuni neurologice (accident vascular cerebral), unor traumatisme (perforarea boltei sau vălului palatin) sau unor tumori ale capului sau gâtului.

NĂSCUT-MORT. Se spune despre un copil viabil expulzat mort pe căile genitale materne.

Un făt este considerat născut-mort atunci când moartea a survenit fie în timpul sarcinii, după 180 zile de gestație, fie în timpul travaliului. Cauzele acestor decese sunt diverse: ele pot fi materne (hipertensiune arterială, diabet, boală infecțioasă, traumatism, hematom retroplacentar, hemoragie) sau ovulare (tumoră placentară, termen depășit, nod al cordonului ombilical, transfuzie fetomaternă, malformație fetală gravă).

NEBULIZARE. Administrare a unui medicament lichid prin pulverizări nazale sau bucale.

Nebulizările sunt indicate în cursul unor boli respiratorii cronice: astm, mucoviscidioză, bronșiectazie (dilatare a bronhiilor). Medicamentele (antibioticele, de exemplu) sunt atunci administrate cu ajutorul unui aparat, numit nebulizator, fie pneumatic, fie cu ultrasunete. Nebulizatoarele pulverizează produsul (nebulizatul) prin intermediul unei măști pe care subiectul și-o aplică pe față. În timpul nebulizării, respirația pacientului trebuie să fie amplă, cu scopul ca cea mai mare cantitate posibilă de produs să poată fi depusă în căile sale respiratorii.

NEBUNIE. Dereglare a spiritului.

Pe măsura aparitiei clasificărilor medicale, termenul a fost treptat înlocuit cu expresiile alienare mintală, apoi cu psihoză. Utilizarea sa este de acum înainte fără valoarea științifică.

NECROBIOZĂ LIPOIDICĂ. Boală cutanată caracterizată prin apariția de plăci pe gambe. SINONIM: *boala a lui Oppenheim-Urbach*.

Rară, necrobioza lipoidică se observă mai ales la bolnavii atinși de diabet. Plăcile sunt ovale și apar pe partea internă a gambelor. În unele cazuri, leziunile sunt ulcerate și se întind pe spatele picioarelor, gleznelor sau ale membrelor superioare. Evoluția necrobiozei lipoidice este

cronică. Unele forme localizate sau ulcerate sunt tratate prin ablație chirurgicală urmată de grefă.

NECROLIZĂ EPIDERMICĂ ACUTĂ. → LYELL (sindrom al lui).

NECROZĂ. Moarte a unei celule sau a unui țesut organic.

DIFERITE TIPURI DE NECROZĂ. Se deosebesc cauze diferite de necroză.

■ *Necroza ischemică*, zisă de coagulare, caracterizată printr-o oprire a circulației sangvine, se observă în cursul infarctelor și arsurilor.

■ *Necroza cazeoasă*, caracteristică tuberculozei, formează o materie grunjoasă, albă sau cenușie.

■ *Necroza de lichefiere*, obținută în infecții, se traduce prin formare de puroi.

■ *Necroza fibrinoidă* este vizibilă în pereții vaselor în cursul bolilor ca lupusul eritematos diseminat și periarterita nodoasă.

NEFRECTOMIE. Ablație chirurgicală parțială sau totală a unui rinichi sau a ambilor rinichi.

DIFERITE TIPURI DE NEFRECTOMIE

■ *Nefrectomia bilaterală, sau binefrectomia*, nu este practicată decât în mod excepțional, atunci când ambii rinichi sunt distruși și pot constitui sursă de complicații sau în caz de tumoră malignă.

■ *Nefrectomia parțială* este ablația unei părți a parenchimului renal și a căii excretorii (calice), corespunzătoare. Această intervenție este indicată în caz de tumoră a rinichiului (atunci când aceasta este benignă, de dimensiuni mici etc.) sau de infecție renală localizată (provocată de calculi, de o tuberculoză).

■ *Nefrectomia totală simplă* este ablația totală a rinichiului, a capsulei fibroase care o înconjoară și a părții înalte a ureterei, respectând loja renală. Ea se practică pe un rinichi distrus (prin pielonefrită, de exemplu) sau inutil din punct de vedere funcțional.

Atunci când celălalt rinichi este sănătos, ablația totală sau parțială a unui rinichi nu are nici o consecință asupra funcției renale globale a pacientului. Nefrectomia bilaterală antrenează în schimb o insuficiență renală terminală, necesitând o epurare extrarenală (dializă, hemodializă) pe viață sau o grefă de rinichi.

NEFRETIC, -Ă. Care se referă la rinichi.

NEFRITĂ. 1. Boală inflamatorie a unui rinichi sau a ambilor rinichi. **2.** Orice boală renală. SINONIM: *nefropatie*.

NEFRITĂ INTERSTIȚIALĂ. Boală caracterizată printr-o atingere a țesutului renal interstițial (țesutul de susținere a nefronilor). SINONIM: *nefropatie interstițială*.

Nefritele provocate de o atingere a țesutului interstițial pe cale urinară. Denumite și nefrite interstițiale pe cale ascendentă, sau pielonefrite, ele sunt provocate de o infecție sau de o malformație a căilor excretorii (calice, bazinete, uretere, vezică, uretră).

■ *Pielonefritele acute* nu afectează de cele mai multe ori decât un singur rinichi. De origine bacteriană (provocate, de exemplu, de o colibaciloză), ele se traduc prin dureri lombare vii, însoțite de frisoane și de febră. Tratamentul lor se bazează pe administrarea de antibiotice.

■ *Pielonefritele cronice* pot afecta un singur rinichi sau ambii. Ele sunt consecința unor infecții urinare recidivante, provocate, în general, de anomaliile congenitale sau dobândite ale căilor excretorii, care favorizează sau stânjenesc scurgerea urinei. Dacă pielonefrita nu afectează decât un singur rinichi, ea nu are consecințe asupra funcției renale. Dacă ea este bilaterală, antrenează treptat o insuficiență renală. Tratamentul vizează înainte de toate jugularea infecției și îngrijirea, adesea chirurgicală, a anomaliei în cauză.

Nefritele provocate de o atingere a țesutului interstițial pe cale sangvină. Ele survin atunci când sângele vehiculează până la rinichi un agent infecțios (septicemie), toxic (de exemplu, o moleculă medicamentoasă) sau antigenic; se vorbește, în acest ultim caz, de nefropatie interstițială imunoalergică. Aceste nefrite afectează întotdeauna ambii rinichi.

■ *Nefritele interstitiale* acute sunt legate de absorbția unor toxine sau sunt provocate de reacții alergice îndeosebi ale anumitor medicamente. Cu o apariție bruscă, ele se traduc, în general, printr-o insuficiență renală acută. În formele cele mai severe, trebuie să se recurgă la o epurare a sângelui prin hemodializă așteptând vindecarea, care survine de cele mai multe ori spontan, în câteva zile sau în câteva săptămâni.

■ *Nefritele interstitiale cronice* sunt provocate în principal de afecțiuni metabolice (hipercalcemie sau hipokaliemie cronice, oxaloză) sau de acumularea în rinichi a unor substanțe toxice (analgezice, litiu, unele medicamente anticanceroase ca cisplatina etc.). Leziunile pe care le antrenează sunt ireversibile și riscă să sfârșească printr-o insuficiență renală cronică ce necesită o epurare a sângelui prin hemodializă pe viață, chiar o grefă de rinichi.

NEFROANGIOSCLEROZĂ. Scleroză a arterelor și arteriolelor renale provocată de o hipertensiune arterială.

Nefroangioscleroza este consecința unei hipertensiuni arteriale prost echilibrate. Ea evoluează pe termen lung spre o insuficiență renală, necesitând, în cazurile cele mai severe, o dializă.

NEFROBLASTOM. → WILMS (tumoră a lui).

NEFROCALCINOZĂ. Prezență a unor depozite de calciu în parenchimul (țesutul funcțional) renal.

O nefrocalcinoză poate fi consecința unei boli renale creditare (acidoză tubulară) sau poate fi legată de o creștere

a nivelului sangvin al calciului, îndeosebi în caz de funcționare exagerată a glandelor paratiroide. În majoritatea cazurilor, această afecțiune este nedureroasă și nu are decât puține consecințe asupra funcției renale.

Nu există un tratament specific al nefrocalcinozei. În schimb, boala în cauză trebuie întotdeauna să fie îngrijită, cu scopul de a împiedica extinderea calcificărilor.

NEFROCARCINOM. → RINICHIULUI (cancer al).

NEFROEPITELIOM. → RINICHIUL (cancer al).

NEFROFTIZIE. Boală ereditară care se traduce prin prezența de mici chisturi în medulara (partea profundă) a rinichiului. SINONIM: *boala chistică a medularei*.

NEFROGRAMĂ IZOTOPICĂ. Examen destinat explorării funcționării renale cu ajutorul unui trasor radioactiv.

Nefrograma izotopică este un examen nedureros. Cu o durată de câteva ore, el nu necesită o spitalizare. Un trasor radioactiv (tehneției 99, iod 131) este injectat subiectului pe cale intravenoasă și se observă eliminarea sa din organism pe cale renală. Un detector extern, numit gamma-cameră, permite înregistrarea cantității de radioelement care tranzitează rinichii. Rezultatele sunt materializate sub forma unei curbe, a cărei analiză permite studierea diferitelor faze ale funcționării renale.

NEFROLOGIE. Disciplină medicală care se consacră studiului rinichilor, al fiziologiei lor și bolilor lor.

NEFRON. Unitate funcțională elementară a rinichiului.

Fiecare rinichi cuprinde aproximativ 1 milion de nefroni, situați în cortexul (partea de la suprafață) și în medulara (partea profundă) țesutului renal.

STRUCTURĂ. Fiecare nefron este constituit din mai multe segmente anatomice care intervin în formarea urinii.

■ *Glomerulul* conține un ghemotoc de capilare și elaborează urina primară prin filtrarea sângelui.

■ *Tubul urinifer* elaborează urina definitivă plecând de la urina primară. El se împarte în patru segmente: tubul contort proximal, ansa lui Henle, tubul contort distal, apoi tubul (sau canalul) colector, care se deschide la baza micilor calice (conductori care se varsă în calicele mari, care devarsă urina în bazinet) într-o zonă numită papila renală.

NEFROPATIE. Orice boală renală.

■ *Nefropatiile tubulare* sunt legate de o atingere a tuburilor urinifere (necroză tubulară acută).

■ *Nefropatiile vasculare*, ca nefroangioscleroza (scleroza arteriorelor renale) constituie o atingere a vaselor rinichilor.

NEFROPATIE INTERSTITIALĂ. → NEFRITĂ INTERSTIȚIALĂ.

NEFROPATIE TUBULARĂ. → TUBULOPATIE.

NEFROSCOPIE. Tehnică de endoscopie care permite explorarea cavităților renale.

NEFROSTOMIE. Drenaj al unui rinichi prin intermediul unei sonde plasate în bazinet sau în calice, traversând țesutul renal și ieșind la nivelul pielii, în fața rinichiului.

O nefrostomie permite derivarea, temporară sau definitivă, a urinei cu scopul de a facilita cicatrizarea căilor excretorii (rinichi, ureteră) după o intervenție chirurgicală sau atunci când pe calea urinară există un obstacol care împiedică scurgerea urinei spre vezică.

NEFROTOMIE. Incizarea rinichiului practicată pentru a extrage un calcul.

NEFROZĂ. Boală ce afectează glomerulii rinichiului, care se traduce printr-un sindrom nefrotic (scădere a nivelului sangvin al proteinelor). SINONIME: *sindrom lipoidic, sindrom nefrotic cu leziuni glomerulare minime*.

Nu există o cauză cunoscută a nefrozei, care este legată de o anomalie a peretelui capilarelor glomerulare; peretele devine permeabil pentru proteine, care pot părăsi sângele și pot apărea în mari cantități în urină. De aici rezultă un aflux de apă spre țesuturile interstițiale ale organismului, antrenând apariția edemelor.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Nefroza este frecventă mai ales la copil. Debutul este, în general, brusc: apariția de edeme difuze sub piele sau sub membranele seroase (efuziuni pleurale, peritoneale sau pericardice). Urinele sunt puțin abundente, închise la culoare. Ele conțin un nivel ridicat de proteine, de albumină în particular, în timp ce concentrația de proteine din sânge este foarte mică. Nivelul de lipide (colesterol și trigliceride) în sânge crește, pe când biopsia renală nu pune în evidență leziuni semnificative.

TRATAMENT. Acesta constă atât în luarea de corticosteroizi în doze mari timp de mai multe luni, asociată cu luarea de diuretice, cât și într-un regim care limitează aporturile de sare și apă, cu scopul de a evita agravarea edemelor. În general, simptomele dispar în câtva zile sau în câteva săptămâni, dar micșorarea dozelor de corticosteroizi trebuie să se facă treptat.

NEISSERIA GONORRHOEAE. Diplococ (bacterie de formă sferică [coc], asociată în grupuri de două ca boabele de cafea) Gram negativ, responsabil de gonoree. SINONIM: *gonococ*.

Neisseria gonorrhoeae este un germene patogen specific omului, transmisibil pe cale sexuală, nedezvoltându-se decât în atmosferă îmbogățită în dioxid de carbon.

NEISSERIA MENINGITIDIS. Diplococ (bacterie de formă sferică [coc], asociată în grupuri de câte două, ca

boabele de cafea) Gram negativ, responsabil de meningita cerebrospinală și de meningococemii. SINONIM: *meningococ.*

NELSON (test al lui). Reacție de laborator vizând punerea în evidență, în sângele pacienților suspecți de a fi bolnavi de sifilis, prezența anticorpilor specifici *Treponemei pallidum*. SINONIM: *test de imobilizare a treponemelor (T.I.T.).* În engleză *TPI (Treponema Pallidum Immobilization).*

NEONATALOGIE. Specialitate medicală care are drept obiect studiul fătului și al nou-născutului înainte, în timpul și după naștere, până în a 28-a zi de viață.

NEOPLAZIE. 1. Țesut nou format al unei tumori benigne sau maligne. **2.** Tumoră malignă, cancer. SINONIM: *neoplasm.*

NEOPLAZIE ENDOCRINIANĂ MULTIPLĂ. Boală ereditară caracterizată print-o funcționare anormal de crescută a mai multor glande endocrine afectate de o hiperplazie (creșterea țesutului glandular), un adenom sau un carcinom (tumori, respectiv, benignă și malignă).

NEOVAS. Derivație vasculară care se formează spontan în caz de ocluzie a unei artere.

NERV. Cordon cilindric albicios constituit din fibre nervoase.

Nervii, împreună cu ganglionii nervoși (mici umflături pe traiectul nervilor), constituie sistemul nervos periferic, spre deosebire de sistemul nervos central (encefal și măduva spinării).

STRUCTURĂ. Nervii sunt formați din fibre nervoase paralele, care sunt ele însele prelungiri (axoni sau dendrite) ale celulelor nervoase (neuroni). În afara fibrelor nervoase, nervii cuprind celulele lui Schwann, care formează o teacă (mielina) în jurul anumitor fibre; un țesut de protecție (țesut conjunctiv) înconjoară fasciculele de fibre (perineurium) și ansamblul nervilor (epineurium).

FUNCȚIE. Într-un nerv coexistă două feluri de fibre: fibrele motorii, care conduc informațiile spre organe și țesuturi, și fibrele senzitive, care transportă informațiile către sistemul nervos central.

Printre fibre, se deosebesc, de altfel, fibrele somatice (aparținând sistemului nervos al vieții de relație, conștient), care inervează mușchii scheletici, pielea și articulațiile, și fibrele vegetative (aparținând sistemului nervos autonom, inconștient), care inervează peretele și mușchii viscerelor și glandelor.

După partea sistemului nervos central de care sunt ei legați, se deosebesc nervii rahidieni (legați de măduva spinării) și nervii cranieni (legați de encefal).

PATOLOGIE. Nervii pot fi lezați în cursul diferitelor circumstanțe:

— nevrită (atingere inflamatorie, toxică sau infecțioasă);

— compresie (cea a nervului median în canalul carpian al încheieturii mâinii, de exemplu);

— tumoră (nevrom, neurinom);

— traumatism (adesea prin secționarea cu o armă albă sau cu un glonte).

NERV CRANIAN. Nerv legat de encefal.

Există 12 perechi de nervi cranieni, numerotați de la I la XII. Nervii cranieni se fixează la partea inferioară a encefalului situată în josul și în fața creierului mic, cu excepția nervului olfactiv și nervului optic, legați de partea superioară a encefalului. Teritoriul lor cuprinde capul și o parte din gât, unde se efectuează legătura cu nervii rahidieni. Constituția internă, principiile de funcționare și criteriile de clasificare sunt aceleași ca și pentru alți nervi. Fibrele unui nerv cranian au punctul lor de plecare sau de sosire într-un nucleu al substanței cenușii, mic centru de comandă situat în profunzimea encefalului.

Nervul auditiv (VIII). Acest nerv senzitiv, responsabil de auz și de echilibru, mai este denumit și „nerv cohleovestibular".

Nervul auditiv este format din doi nervi care merg alăturat unul de altul, nervul cohlear și nervul vestibular.

FUNCȚIE. Nervul cohlear transmite encefalului sunetele percepute de ureche. Nervul vestibular conduce informațiile destinate menținerii echilibrului.

Nervul facial (VII). Nervul facial se împarte în mai multe ramuri spre față, spre gât, spre glandele salivare și spre urechea externă. Acest nerv este în același timp și senzitiv și motor, și are un câmp de acțiune foarte întins.

FUNCȚIE. Fibrele sale motorii controlează mușchii frunții, feței și gâtului, și permit închiderea ochilor și a gurii. Fibrele senzoriale transmit senzațiile simțului gustativ pentru cele două treimi anterioare ale limbii, asigurând secreția de lacrimi și a unei părți din salivă. Fibrele sale senzitive inervează pielea pavilionului urechii și timpanul.

Nervul glosofaringean (IX). Acest nerv este în același timp senzitiv și motor, și face parte din bulbul rahidian, mergând până la limbă, glanda parotidă și faringe.

Fibrele senzitive asigură simțul gustativ pentru treimea posterioară a limbii și sensibilitatea faringelui. Fibrele sale motorii comandă unii mușchi ai faringelui și secreția unei părți a salivei de către glanda parotidă.

Nervul mare hipoglotic (XII). Acest nerv motor pleacă din bulbul rahidian și merge până la baza limbii, ale cărei mișcări le controlează.

Paralizia acestui nerv provoacă alterarea motricității unei jumătăți de limbă; ea este foarte rară și adesea consecutivă unui accident vascular cerebral.

Nervul motor ocular comun (III). Acest nerv motor inervează unii mușchi ai ochiului precum mușchiul ridicător al ploapei și mușchii contracției pupilei.

Nervul motor ocular extern (VI). Acest nerv motor ia naștere din trunchiul cerebral și se îndreaptă spre mușchiul drept extern al ochiului care permite mișcarea ochiului spre exterior.

Nervul olfactiv (I). Acest nerv senzitiv merge de la creier la fosele nazale. El este responsabil de simțul mirosului.

Nervul optic (II). Acest nerv senzitiv aduce la creier informațiile vizuale ale retinei.

STRUCTURĂ. Nervul optic ia naștere în papilă (mic disc proeminent situat pe retină), unde multiple fibre nervoase se adună și pleacă din orbita osoasă printr-un canal. Nervul astfel format își continuă traiectul în cavitatea craniană, apoi întâlnește cel de al doilea nerv optic (provenind de la cel de al doilea ochi) la înălțimea chiasmei optice, unde fibrele lor se încrucișează parțial.

Nervul patetic (IV). Acest nerv motor pornește din mezencefal (parte a trunchiului cerebral) și ajunge în interiorul orbitei.

El controlează mușchiul mare oblic, cel care asigură rotația ochiului în jos și spre interior.

Nervul pneumogastric (X). Nervul pneumogastic, sau nervul vag, este cel mai lung dintre nervii cranieni. El pornește din bulbul rahidian (parte a trunchiului cerebral) și inervează, prin fibrele sale voluntare, o parte a vălului palatin și faringele, și, prin fibrele sale vegetative, traheea, plămânii, esofagul, inima, ficatul și o mare parte a aparatului digestiv.

Este nervul principal al părții parasimpatice a sistemului nervos vegetativ care comandă viscerele.

FUNCȚIE. Acest nerv, concomitent senzitiv și motor, este capabil să elibereze acetilcolină, care provoacă o contracție a bronhiilor sau o încetinire a bătăilor inimii. El poate, de asemenea, să crească secrețiile gastrice și pancreatice, poate acționa asupra veziculei biliare, poate controla variațiile vocii, poate interveni în deglutiție (el asigură în parte motricitatea faringelui și a vălului palatin), în tuse, în strănut și în peristaltism (mișcările organelor cavitare, în particular cele ale intestinului).

Nervul spinal (XI). Acest nerv motor are două rădăcini, una în encefal, cealaltă în măduva spinării.

El inervează, pentru partea sa craniană, mușchii vălului palatin și ai laringelui (nervul laringean) și, pentru partea sa spinală, mușchii scheletului: mușchiul sternocleidomastoidian (de o parte și alta a gâtului) și trapezul (în spatele gâtului și al umărului), care iau parte la mișcările capului și gâtului.

Nervul trigemen (V). Acest nerv motor este și senzitiv și se ramifică în trei ramuri distincte: nervul oftalmic, nervul maxilar superior și nervul maxilar inferior.

FUNCȚIE. Ca nerv motor, el controlează mușchii masticației și administrează producția de salivă și de lacrimi. Ca nerv senzitiv, el asigură sensibilitatea pentru aproape întreaga piele a feței și capului, a dinților, a cavității bucale, a pleoapei superioare, a sinusurilor și a celor două treimi anterioare ale limbii.

PATOLOGIE. În cursul nevralgiei faciale, se observă crize foarte scurte și foarte intense de dureri care iradiază în regiunea acestui nerv.

NERV RAHIDIAN. Nerv legat de măduva spinării.

Există 31 perechi de nervi rahidieni: 8 perechi de nervi cervicali, 12 perechi de nervi dorsali, sau toracici, 5 perechi de nervi lombari, 5 perechi de nervi sacrali și o pereche de nervi coccigieni.

FUNCȚIE. Nervii rahidieni sunt micști: rădăcina lor posterioară este senzitivă și poartă ganglionul spinal, rădăcina lor anterioară find motorie. Fibrele lor senzitive transmit informațiile receptorilor senzitivi ai pielii și mușchilor spre măduva spinării, în timp ce fibrele lor motorii transmit semnalele măduvei spinării spre mușchi și glande.

PATOLOGIE. O leziune a unui disc intervertebral (structură anatomică ce este constituită din țesut cartilaginos, reunind vertebrele și jucând un rol de amortizor între ele) poate comprima o rădăcină a unui nerv rahidian și poate provoca dureri vii. Un traumatism al unui nerv rahidian poate genera o pierdere a sensibilității și a motricității unei părți a corpului. O leziune a unui nerv rahidian, o degenerescență, o infecție, un diabet, o carență în vitamine sau o intoxicație constituie sursă de dureri, de înțepenire sau de contracturi.

NERVUL SCIATIC. Nervul sciatic este principalul nerv al membrului inferior. El controlează articulația șoldului, a genunchiului și a gleznei, precum și numeroși mușchi (îndeosebi mușchii posteriori ai coapsei și totalitatea mușchilor gambei și ai piciorului) și cea mai mare parte a pielii coapsei, gambei și piciorului.

STRUCTURĂ. Acest nerv este cel mai lung și cel mai voluminos din corpul omenesc. El ia naștere din plexul sacral, în principal din cea de a 5-a rădăcină lombară (L5) și din prima rădăcină sacrală (S1), și se îndreaptă spre fesă; după ce a traversat regiunea posterioară a coapsei, el se împarte la nivelul genunchiului (regiunea poplitee) în două ramuri care se ramifică până la picior.

PATOLOGIE. Atingerea cea mai frecventă a nervului sciatic este sciatica, durere care iradiază, în principal, în fesă și în coapsă, uneori și în gambă și în picior. O luxație a

articulației șoldului sau o fractură a părții superioare a peroneului pot, de asemenea, să lezeze acest nerv și să antreneze tulburări care merg de la redoarea până la paralizia mușchilor pe care îi inervează.

NEURASTENIE. Starea de oboseală extremă fizică și psihică.

În cursul acestei afecțiuni, pacientului îi vine greu să-și adune ideile, este incapabil să ia orice decizie și, deși nu prezintă nici o tulburare organică, se plânge de nenumărate tulburări corporale: dureri, tulburări digestive (digestie proastă, constipație), hiperemotivitate și astenie intensă. După ce a cunoscut o perioadă în care era la modă, neurastenia este o noțiune care tinde să cadă în desuetudine, trimițând spre boli ca isteria, depresiunea și, mai ales, psihastenia.

NEURECTOMIE. Ablație chirurgicală a unei părți dintr-un nerv.

O neurectomie nu este practicată decât asupra nervilor aparținând sistemului nervos vegetativ (responsabil de controlul funcțiilor involuntare ale organismului).

NEURINOM. Tumoră benignă a unui nerv. SINONIM: *schwannom*.

Neurinom al nervilor cranieni. Este vorba de o tumoră benignă a unui nerv legat de encefal.

Cel mai frecvent afectat este nervul auditiv. Neurinomul afectează subiecții de vârste cuprinse între 40 și 60 ani.

CAUZE ȘI SIMPTOME. Cauza unui neurinom al nervului auditiv rămâne necunoscută. Într-un prim timp, tumora se dezvoltă în conductul auditiv intern și provoacă semne discrete: scăderea uzului în mod treptat și de o singură parte (adesea pacientul nu-și dă seama de această situație decât la telefon), zumzăituri în ureche, vertije. În al doilea timp, tumora crește în cavitatea craniană. Subiectul se plânge de furnicături, de dureri în regiunea trigemenului (pe față) și de o paralizie a regiunii nervului facial (mușchii feței).

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se pune adesea pe baza imageriei prin rezonanță magnetică (I.R.M.) și a potențialelor evocate auditive (înregistrarea răspunsului nervos la stimulările sonore). Tratamentul constă în îndepărtarea chirurgicală a tumorii.

Neurinomul nervilor rahidieni. Este vorba de o tumoră benignă a unui nerv legat de măduva spinării, observată la persoanele trecute de 40 ani.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Timp de mai mulți ani, durerile se limitează la rădăcina nervului și survin mai ales în poziția orizontală a bolnavului. Ele seamănă mult cu cele ale unei sciatice. Ulterior, tumora, crescând, provoacă o compresie a măduvei spinării, deci dureri și mai vii.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se stabilește mulțumită mielografiei sau imageriei prin rezonanță magnetică (I.R.M.). Tratamentul constă în practicarea ablației chirurgicale a tumorii.

NEUROBLASTOM. Tumoră malignă a glandei medulosuprarenale sau, mai rar, a ganglionilor simpatici ai sistemului nervos autonom. SINONIM: *simpotom*.

Este un cancer rar, dar este cancerul cel mai frecvent la copii.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Copilul pierde din greutate, este palid, suferă de dureri difuze și este iritabil. O slăbire musculară, chiar o paraplegie (paralizia membrelor inferioare), însoțită de o incontinență urinară, este semnul unui neuroblastom care se dezvoltă la nivelul măduvei spinării. La adult, tumora poate să fie amplasată în interiorul unuia dintre ventriculele intracerebrale și poate, din acest motiv, să atingă dimensiuni importante înainte de a fi descoperită.

DIAGNOSTIC. Acesta se bazează pe scaner, care localizează tumora, și pe examenele de sânge și ale urinei, care pun în evidență mari cantități de catecolamine (adrenalină, noradrenalină).

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Raritatea acestei tumori face dificilă, la ora actuală, o atitudine terapeutică fixă. Cel mai bun tratament pare a fi cel chirurgical și constă în ablația tumorii, urmată de o radioterapie sau de o chimioterapie.

NEUROCHIRURGIE. Specialitate chirurgicală consacrată tratamentului bolilor sistemului nervos.

NEUROENDOCRINOLOGIE. Disciplină medicală care studiază relațiile între sistemul nervos și glandele endocrine.

NEUROFIBROMATOZĂ. → RECKLINGHAUSEN (boală a lui).

NEUROLEPTANALGEZIE. Metodă de anestezie care asociază un analgezic (medicament ce acționează împotriva durerii) și un neuroleptic (medicament care are o acțiune sedativă asupra sistemului nervos).

Neuroleptanalgezia permite realizarea unui număr de intervenții chirurgicale fără a recurge la o anestezie generală. Anestezia obținută, subconștientă, este denumită în stare de veghe: pacientul este treaz, dar calm și indiferent, insensibil la durere. Utilizarea de curara permite eventual obținerea unei relaxări musculare.

NEUROLEPTIC. Medicament activ asupra psihismului, utilizat în mod deosebit în tratamentul psihozelor. SINONIM: *tranchilizant major*.

INDICAȚII. Neuroleptic ele sunt prescrise în caz de psihoză (îndeosebi schizofrenie și psihoză maniaco-depresivă), de depresiune cu agitație, de confuzie mintală, de delir, de anxietate, de agitație prin dereglare psihologică.

Neurolepticele permit bolnavului să ducă o viață în cadrul societății, în afara spitalelor psihiatrice.

Alte indicații sunt insomnia, tusea, vărsăturile, sughițurile rebele, durerile intense, pregătirea pentru anestezie.

CONTRAINDICAȚII. Neurolepticele sunt contraindicate în caz de alergie la produsul activ. Este periculos să fie asociate cu alcool.

EFECTE NEDORITE. Acestea sunt de ordin neuropsihic (somnolență, necoordonare a mișcărilor, sindorm parkinsonian), neurovegetativ (hipotensiune arterială, uscăciune a gurii, constipație, retenție de urină) sau hormonal (luare în greutate, impotență, frigiditate, oprire a fluxului menstrual).

NEUROLIZĂ. Intervenție chirurgicală constând în eliberarea unui nerv atunci când acesta este comprimat de către o aderență patologică, de exemplu de către un țesut fibros cicatriceal, cu scopul de a-i permite recuperarea funcțiilor sale.

NEUROLOGIE. Specialitate medicală consacrată studiului și tratării bolilor care afectează sistemul nervos central (creier, măduva spinării) sau periferic (rădăcini și nervi).

NEUROMEDIATOR. → NEUROTRANSMIȚĂTOR.

NEURON. Celulă nervoasă.

Sistemul nervos este format din neuroni, din celule neurogliale și din celulele lui Schwann; neuronii au funcții nervoase, în timp ce celelalte două tipuri de celule au rol de protecție și de nutriție.

STRUCTURĂ. Un neuron este constituit dintr-un corp celular, în care se găsește un nucleu, și din prelungiri, axonii pe de o parte, dendriticele de cealaltă parte.

FUNCȚIONARE. Celulele excitabile ca neuronii se deosebesc de altele prin capacitatea de a crea un fenomen electric, potențialul de acțiune, sau influxul nervos; în câteva miimi de secundă și pe o infimă lungime de membrană, un aflux de sodiu (ion pozitiv) intră în celulă, ceea ce depolarizează membrana. Acest potențial de acțiune se propagă spontan apoi în toată lungimea membranei. El permite transmisia unui mesaj, a unei informații senzitive sau a unui ordin motor. Mesajele sosesc la un neuron dat prin dendritele sale. Acestea aduc mesajele la corpul celular (conducție centripetă). Corpul celular analizează mesajele producându-le din nou și le trimite în lungul axonului (conducție centrifugă). Un neuron este astfel legat de alți neuroni sau de celulele musculare. Punctul de joncțiune între axonul unui neuron și dendritele altui neuron se numește sinapsă. La acest nivel, transmisia mesajului unui neuron spre altul face să intervină diverse substanțe denumite neurotransmițători.

NEUROPATIE. Afecțiune a sistemului nervos. SINONIM: *neuropatie periferică*.

Termenul de neuropatie grupează toate afecțiunile sistemului nervos periferic, format din nervi și din ganglioni.

NEUROPATIE OPTICĂ. Afecțiune care atinge nervul optic, responsabil de vedere. SINONIM: *nevrită optică*.

Numeroase, cauzele unei neuropatii optice pot fi vasculare (ateroscleroză, de exemplu), inflamatorii (uveomeningită care asociază o atingere oculară și o atingere meningeană etc.), legate de o intoxicație medicamentoasă (medicamente antituberculoase, de exemplu), de alcoolism, de tabagism, de o intoxicație cu produse industriale, de o boală de sistem (ca lupusul eritematos diseminat) sau neurologică (ca scleroza în plăci), de diabet, de un traumatism.

Subiectul suferă de o anomalie a câmpului vizual, denumită scotom, în care vederea scade într-o mică regiune a câmpului vizual. El distinge din ce în ce mai prost culorile.

Tratamentul este cel al cauzei.

NURORECEPTOR. Receptor situat la suprafața unei celule (în principal nervoase, dar și musculare) și care intervine în funcționarea sistemului nervos.

NEUROTONIE. Tulburare benignă caracterizată printr-un exces de funcționare a sistemului nervos vegetativ.

Neurotonia, denumită în mod curent și nervozitate sau tensiune nervoasă, se traduce printr-o emotivitate exagerată, prin palpitații, prin tremurături, prin diaree.

NEUROTOXINĂ. Substanță biologică toxică ce acționează asupra sistemului nervos.

NEUROTRANSMIȚĂTOR. Substanță chimică a organismului care dă posibilitatea celulelor nervoase să-și transmită mesajele. SINONIM: *neuromediator*.

Neurotransmițătorii cuprind numeroase substanțe, între care acetilcolina, diferite endorfine, dopamina, diferitele enkefaline, noradrenalina, serotonina etc.

Numeroase substanțe, medicamentoase sau nu, au aceeași acțiune cu un neurotransmițător și se numesc agoniste (adrenergice, colinergice); altele au o acțiune contrară și se numesc antagoniste (adrenolitice, anticolinergice).

De altfel, un deficit într-un neurotransmițător dat poate fi responsabil de o patologie.

NEUTRONTERAPIE. Radioterapie care utilizează neutronii care provin de la un ciclotron (accelerator de particule atomice), cu scopul de a distruge celulele canceroase.

NEUTROPENIE. Micșorare, în sânge, a numărului de polinucleare neutrofile (globule albe care contribuie la eliminarea bacteriilor).

DIFERITE TIPURI DE NEUTROPENIE. Neutropeniile sunt fie constituționale (agranulocitoză congenitală), fie dobândite. Cele mai multe neutropenii dobândite sunt minore și nu au nici o consecință. Forma cea mai frecventă, cronică, este observată în caz de oboseală, în principal la femeie. În schimb, o neutropeinie cronică severă, cu infecții repetate, se întâlnește în cursul poliartritei reumatoide, la contactul cu substanțe toxice (chimioterapie, radiații ionizante) sau în aplaziile medulare și în leucemii. Neutropeniile acute se observă în cursul infecțiilor virale sau bacteriene. Neutropeniile acute medicamentoase nu constituie, de obicei, decât o etapă înaintea agranulocitozei, absența completă a polinuclearelor neutrofile, deosebit de gravă.

NEV. Mică pată cutanată. SINONIM: *naevus*.

Un nev este cauzat de un defect al dezvoltării unei structuri anatomice survenit în timpul vieții embrionare. El poate apărea mai târziu și, deși în sens strict nu este o tumoră, el este asimilat cu o tumoră benignă.

Nev melanocitar. Denumit în mod curent aluniță, nevul melanocitar este o mică pată cutanată dezvoltată pe seama melanocitelor (celule care elaborează melanina, pigmentul pielii). De mărime variabilă (de la câțiva milimetri la câțiva centimetri în diametru), de o culoare mergând de la galben deschis la brun-negru, nevul poate fi plan sau în relief, neted sau aspru, eventual acoperit cu peri. Nevii melanocitari provin din migratea, efectuată în timul vieții embrionare, a melanocitelor, care părăsesc sistemul nervos pentru a ajunge la joncțiunea dintre derm și epiderm.

Unele aluniște au o culoare albastră-verzuie închisă, care corespunde unei localizări profunde în derm. Apariția unei depigmentări în județul unei aluniște este un semn obișnuit de benignitate. Singurii nevi care riscă să se transforme într-un melanom malign (nev congenital cu un diametru mai mare de 2 centimetri, nevul foarte negru în formă de dom, situat într-o zonă de frecare, ca palma sau suprafața plantară etc.), cei care au crescut și provoacă mâncărimi pacientului sau care au sângerat trebuie să fie îndepărtați chirurgical sau cu laserul cu dioxid de carbon; ei trebuie în continuare să facă obiectul unui examen histologic care să precizeze caracterul lor benign sau malign.

Nev nemelanocitar. Acesta se dezvoltă pe seama elementelor celulare ale pielii, altele decât melanocitele. Există multiple varietăți.

■ *Nevul anemic*, benign, afectează mai ales femeile. El se prezintă sub forma unei mici pete depigmentate, cu limite clare, adesea neregulate, uneori străbătute de mici dilatații ale vaselor la periferie, amplasat pe față, pe piept și pe membre. Îndepărtarea lui este inutilă.

■ *Nevul lui Becker* afectează de cele mai multe ori subiectul masculin tânăr, între 10 și 30 ani. El apare după o expunere solară sub forma unor pete plane, de culoare galbenă, acoperite frecvent de peri adesea abundenți, amplasați mai ales pe umeri și pe piept. Nu este necesar nici un tratament.

■ *Nevul conjunctiv*, caracterizat prin anomalii ale țesutului colagen sau elastic, se traduce prin leziuni foarte variate: mici papule gălbui amplasate pe stern (nev elastic premamar); mici papule albe sau rozalii pe coapse și pe abdomen (nev elastic); placă galbenă, acoperită de peri și comedoane la muchia nasului (elastom al nasului). Constatarea uneia dintre aceste varietăți de nev conjunctiv trebuie să conducă la căutarea anomaliilor osoase prin radiografii sistematice. Nevul, în schimb, nu necesită nici un tratament deosebit.

■ *Nevul epidermic* poate lua 3 aspecte: plăci de piele îngroșată, de culoare cenușie sau brună (nev verucos linear); plăci de piele îngroșată, roșii și foarte pruriginoase, frecvente la femeie (nev epidermic verucos inflamator linear); plăci de piele îngroșată, brune, ușor supraînălțate. Acestor nevi li se pot asocia anomalii osoase, oculare, renale sau nervoase. Tratamentul nevilor epidermici este dificil: fie că se realizează prin ablația lor, chirurgicală sau cu laser cu dioxid de carbon, fie prin administrarea de retinoide, recidivele lor sunt frecvente.

■ *Nevul sebaceu* afectează mai ales sugarul și copilul mic. El formează pe craniu o placă lipsită de păr, bine delimitată, de culoare gălbuie, cu suprafața mamelonată și împestrițată de mici orificii dilatate, umplute cu keratină, care se îngroașă progresiv în cursul creșterii. La adult, pot surveni complicații sub forma unor noduli proeminenți corespunzând tumorilor benigne sau maligne (epiteliom bazocelular, în particular), cărora pot să li se asocieze malformații neurologice, osoase și oculare. Ablația chirurgicală a acestui tip de nev este deci de dorit să se facă din adolescență.

NEVOMATOZĂ BAZOCELULARĂ. Boală ereditară care asociază leziunile pielii, oaselor, sistemului nervos, ale ochilor și glandelor endocrine.

NEVRALGIE. Durere provocată de o iritație sau de o leziune a unui nerv senzitiv.

Durerea evoluează, în general, prin crize destul de intense, dar între crize poate persista un fond dureros.

DIFERITE TIPURI DE NEVRALGIE. Acestea se clasifică după localizarea lor.

■ *Nevralgia facială* provoacă o durere supraacută în zona controlată de către nervul trigemen. Ea afectează, în principal, obrazul, pleoapele superioare și, de cele mai multe ori, maxilarul superior. Ea se produce de o singură parte și este adesea provocată de o stimulare a unei zone particulare a feței.

■ *Nevralgia intercostală* intervine de ambele părți, dar urmează traiectul de inervație cutanată care taie oblic coastele.

■ *Nevralgiile prin iritația nervilor membrelor* coboară în lungimea unei benzi strâmte până la extremitatea membrului: nevralgia cervicobrahială în membrul superior, nevralgia crurală și sciatica în membrul inferior.

TRATAMENT. Acesta depinde de fiecare caz, dar cuprinde adesea o imobilizare temporară (repaus la pat, purtatul unui corset sau al unui colier cervical), luarea de analgezice, de antiinflamatoare (pe cale injectabilă sau orală, sau în infiltrații), sau, încă, ședințe de kineziterapie.

NEVRITĂ. Inflamație a unuia sau mai multor nervi.

Nevritele fac parte dintre neuropatiile periferice (afecțiuni ale nervilor în general). Cauza inflamației poate fi alcoolismul, o infecție (lepră, diferite virusuri), o dereglare chimică (diabet) sau un traumatism.

Semnele sunt motorii (slăbire musculară sau o adevărată paralizie) și/sau senzitive (furnicături, dureri). Ele sunt amplasate în regiunea controlată de către nervii afectați, ceea ce permite să se distingă mai multe cazuri: mononevrita (atingerea unui nerv); multinevrita, care afectează mai mulți nervi fie succesiv, fie simultan și în mod asimetric între jumătatea dreaptă și jumătatea stângă a corpului; polinevrita (atingerea mai multor nervi simultan și simetric); poliradiculonevrita (atingerea rădăcinilor nervilor). Tratamentul este cel al cauzei.

NEVROM. Tumoră benignă formată din fibre nervoase mai mult sau mai puțin anormale.

Nevroamele cuprind două tipuri de leziuni, de cauze diferite.

■ *Nevromul de amputație* se dezvoltă atunci când un nerv a fost secționat și când extremitatea sa este foarte îndepărtată de rădăcina sa, sau atunci când secționarea este consecutivă amputației unui membru.

■ *Nevromul plexiform* este cauzat de o proliferare compactă de fibre nervoase. El este superficial și se traduce printr-o tumoră palpabilă sub piele dând degetului senzația că pipăie un ghemotoc de sfoară.

Nevroamele constituie sursă a durerilor adesea intense. Tratamentul lor este dificil; ablația chirurgicală este posibilă în unele cazuri.

NEVROZĂ. Tulburare mintală care nu atinge funcțiile esențiale ale personalității și de care subiectul este foarte conștient.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O nevroză se traduce în mod obișnuit printr-un sentiment de teamă, prin constanța judecății prin pasional și imaginar (fenomenul de compensație), prin perturbații ale vieții sexuale (frigiditate, impotență) și sociale (lipsă de siguranță, agresivitate). Totuși spre deosebire de psihotic, nevrozatul nu pierde contactul cu realul și rămâne relativ adaptat la mediul său și la viața socială.

TRATAMENT. Anxioliticele pot aduce o ameliorare în momentele cele mai dificile, dar nu constituie în nici un caz un tratament de fond și nu trebuie urmat vreme îndelungată. Doar psihoterapia permite, în general, vindecarea unei nevroze.

NEVROZĂ FOBICĂ. Nevroză care asociază o personalitate învecinată cu cea a istericuluI (subiect emotiv și sensibil, cu imaginație vie), cu crizele de fobie.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Această nevroză este caracterizată prin crize de fobie, care deplasează angoasa provocată de un conflict interior pe o situație exterioară precisă: teama de spațiile închise (claustrofobie), de spațiile deschise (agorafobie), de privirea altuia etc. Pacientul luptă împotriva fobiei sale evitând situația de care se teme sau căutând să fie însoțit de o persoană apropiată. În fața unui pericol real, el poate în schimb să dovedească un mare curaj fizic.

TRATAMENT. Acesta se bazează pe psihanaliză sau pe o psihoterapie asociată, atunci când nevroza împiedică subiectul să aibă o viață socială normală, luarea de anxiolitice.

NEVROZĂ OBSESIONALĂ. Nevroză caracterizată prin obsesii asociate cu trăsături psihastenice (tensiune emoțională, oboseală).

Nevroza obsesională se instalează după 15–30 ani, la subiecți în majoritate de sex masculin, de caracter concomitent inhibat și perfecționist.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Una sau mai multe obsesii agresează subiectul, care caută să le alunge prin mijloace „magice" (rituri, formule conjuratorii). Obsedatul, ale cărui capacități intelectuale sunt adesea superioare mediei, poate să rămână socialmente bine adaptat; în cazurile cele mai grave, lupta permanentă pe care o dă împotriva obsesiilor sale îi ocupă întreaga existență, fără ca el să înceteze de a fi conștient de natura patologică a tulburărilor sale, ceea ce îl conduce adesea la depresiune.

TRATAMENT. Acesta constă în psihoterapia completată prin administrarea de anxiolitice și antidepresoare.

N.F.S. → NUMĂRĂTOARE A FORMULEI SANGVINE.

NICOTINAMIDĂ. Substanță derivată de la acidul nicotinic, asociată cu aceasta sub denumirea de vitamină PP.

NICOTINĂ. Substanță chimică naturală extrasă din frunzele de tutun.

Nicotina este o otravă violentă. Efectele nedorite sunt numeroase: paloare, slăbiciune, transpirație bruscă, palpitații cardiace, tremurături, furnicături, grețuri, vărsături, dureri de cap, insomnie etc.

Nicotina antrenează o obișnuință și o dependență. Cu scopul de a ajuta o persoană motivată să suprime tutunul, medicul poate prescrie un timbru, sau *patch*, pe bază de nicotină, care, treptat, dă posibilitatea pacientului să renunțe la fumat. → TUTUN.

NICOVALĂ. Unul dintre oscioarele urechii medii.

Nicovala formează, împreună cu ciocănelul și scărița, lanțul celor trei oscioare ale urechii medii, care transmit

vibrațiile sonore ale timpanului spre urechea internă. Nicovala intră în vibrație sub acțiunea ciocănelului și face să vibreze scărița.

NIDAȚIE. Pătrunderea completă a oului fecundat în mucoasa uterină. SINONIM: *implantare a oului*.

Nidația se poate produce și în afara uterului; este vorba atunci de o sarcină extrauterină, fie ovariană, fie de cele mai multe ori, tubară (localizată în una dintre trompele uterine).

NIMFOMANIE. Exacerbare a dorinței sexuale la femeie.

Cauzele nimfomaniei sunt variate: conflict oedipian, dorința de a primi asigurări în ce privește feminitatea sa insuficient recunoscută, atitudine inconștientă de revanșă față de bărbați, apropiată de un „colecționism" obsesional. Ea se caracterizează prin căutarea imperioasă a unor experiențe erotice care lasă, în general, femeia nesatisfăcută. Nimfomania poate fi considerată o boală în măsura în care generează o frustrare cronică. Tratamentul nimfomaniei, dacă este nevoie, se dovedește a fi de cele mai multe ori psihoterapia sau psihanaliza.

NISTAGMUS. Fenomen spontan sau provocat, congenital sau dobândit, caracterizat prin mișcări involuntare și sacadate ale ochilor, de mică amplitudine, de cele mai multe ori orizontale, dar uneori verticale sau circulare.

Un nistagmus poate fi de natură fiziologică sau patologică.

Nistagmusul fiziologic. Nistagmusul optocinetic, denumit și nistagmusul căii ferate, se observă atunci când ochii încearcă să urmărească imaginile care le trec prin față. Nistagmusul vestibular este provocat de o excitație sau de o paralizie tranzitorie a unuia sau ambelor labirinturi ale urechii interne, cauzat, de exemplu, de o rotație pe un scaun turnant sau de o injectare de apă rece sau călduță în ureche.

Nistagmusul patologic. Aceste mișcări sacadate ale ochilor pot fi congenitale sau dobândite.

■ *Nistagmusurile congenitale*, cauzate de leziuni oculare, neurologice sau fără cauză precisă, se manifestă încă de la naștere sau din prima copilărie și uneori se atenuează cu timpul. Ele pot însoți alte boli oculare congenitale precum cataracta (opacitatea cristalinului care produce o cecitate completă sau parțială), albinismul, strabismul, leziunile corioretiniene (atingeri ale retinei fătului). Ele pot fi observate, de asemenea, în cursul unor afecțiuni neurologice (hidrocefalie, toxoplasmoză cerebrală) sau pot apărea în mod izolat, legat sau nu de ereditate. Nistagmusul în resort este forma cea mai obișnuită a nistagmusurilor congenitale: ochii se mișcă lent într-un sens pe orizontală, apoi rapid în sens contrar. Nistagmusul pendular se manifestă prin secuse ritmice și orizontale de durată egală. Nistagmusurile congenitale se intensifică la oboseală, la emoții, la eforturile de atenție (în timpul cititului, de exemplu). Copilul poate „bloca" voluntar aceste nistagmusuri; el își întoarce atunci frecvent capul, întotdeauna în aceeași parte și riscă să sufere un torticolis.

■ *Nistagmusurile dobândite* pot apărea la adolescență sau la vârsta adultă; ele sunt atunci semnele unor afecțiuni neurologice, ca scleroza în plăci, ale unei tumori cerebrale sau vestibulare, însoțită de tulburări ale auzului, sau ale unei leziuni a creierului mic.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Electronistagmografia (înregistrarea electrică a mișcărilor ochiului) permite identificarea diferitelor forme de nistagmus. În cazul nistagmusurilor congenitale, purtatul lentilelor corectoare cu prisme dă posibilitatea suprimării poziției defectuoase a capului. În fapt, prismele (care sunt adezive atunci când sunt temporare și incorporate în lentile atunci când sunt definitive) antrenează o deviație forțată a ambilor ochi în zona de blocaj, evitând astfel întoarcerea capului de către copil pentru a utiliza această zonă. Atunci când acest tratament este eficace, o intervenție chirurgicală, variabilă după tipul de nistagmus și după cauza sa, poate permite o ameliorare definitivă. Nistagmusurile dobândite dispar cu tratamentul cauzei lor, atunci când acest tratament este posibil.

NITRODERIVAT. → DERIVAT NITRAT.

NOCARDIOZĂ. Boală infecțioasă provocată de bacteriile Gram pozitive din genul *Nocardia*. SINONIM: *nocardiază*.

Nocardioza este o afecțiune rară la indivizii cu mijloace de apărare bune, mai frecventă la subiecții imunodeprimați.

Boala se prezintă sub forma unei infecții pulmonare subacute sau cronice.

Tratamentul constă în administrarea de antibiotice pe o perioadă care merge de la mai multe săptămâni până la mai bine de un an.

NODUL. Leziune cutanată sau mucoasă bine delimitată, de formă aproximativ sferică și palpabilă.

NODUL AL CORZILOR VOCALE. Este o mică leziune rotundă, situată la marginea unei corzi vocale, care rezultă de cele mai multe ori dintr-un surmenaj al vocii.

Tratamentul lui constă în repausul vocal, asociat cu o reeducare ortofonică a vocii. În caz de recidivă, trebuie avută în vedere fie ablația chirurgicală, fie cea cu laser.

NODUL HEMOROIDAL. Mic nodul tare, de culoarea pielii, amplasat pe conturul anusului.

Sechelă a unei tromboze (formarea unui cheag) hemoroidale externe, acest nodul este nedureros, nu prezintă nici un risc și nu necesită nici un tratament.

NOMĂ. Ulcerație a țesuturilor gurii. SINONIM: *stomatită gangrenoasă*.

Noma afectează mai ales copiii care suferă de denutriție în mediul tropical; ea mai poate surveni ca urmare a unei boli infecțioase (rujeolă, scarlatină, febră tifoidă). Ulcerațiile sunt situate de cele mai mutle ori pe buză sau pe obraz; ele

tind în continuare să se întindă la țesuturile învecinate și să le distrugă.

Tratamentul nomei constă în administrarea de antibiotice cu spectru larg de acțiune și într-o renutriție intensivă.

NORADRENALINĂ. Substanță sintetizată, în principal, de fibrele nervoase periferice simpatice, dar și de sistemul nervos central și, în cantitate mică, de către glandele medulosuprarenale; ea participă mai ales la constricția arterială.

NORWALK (virusul lui). Virus A.D.N. din familia parvovirusurilor, care cuprinde multe specii, responsabile de epidemii de gastroenterite, mai ales la copii.

NOSOCOMIAL, -Ă. Se spune despre o infecție contractată în spital și nu legată direct de afecțiunea pentru care bolnavul a fost internat. SINONIM: *nozocomial, -a.*

NOU-NĂSCUT. Copil, începând din ziua nașterii până în a 28-a zi a vieții.

EXAMENUL MEDICAL DETALIAT. În timpul primei sale săptămâni de viață, nou-născutul este supus unui examen aprofundat efectuat de către un pediatru.

■ *Auscultația* servește la aprecierea frecvenței cardiace și a celei respiratorii, precum și la constatarea absenței anomaliilor (suflu cardiac, jenă respiratorie). Palparea arterelor femurale permit asigurarea că nu există vreo malformație cardiovasculară.

■ *Examinarea pielii* permite punerea în evidență a unor anomalii cutanate (purpură, angiom) sau a unei colorații anormale (icter, cianoză).

■ *Examenul morfologic* este destinat eliminării eventualității unei malformații care ar fi putut scăpa examenului ecografic antenatal. O sondă este introdusă în esofag pentru a verifica dacă nu există o atrezie (întrerupere) a acestui organ; o altă sondă este plasată în anus cu scopul de a depista o malformație anorectală. Coanele (orificiile posterioare ale foselor nazale conducând la faringe) sunt, de asemenea, sondate. Se caută o eventuală despărțitură a palatului (fantă labiopalatină) sau o anomalie a părții de jos a coloanei vertebrale. Oasele și articulațiile sunt și ele inspectate pentru a detecta fie o deformație craniană (cefalhematom, bosă serosanguină), fie o fractură a claviculei sau a membrelor inferioare (provocată de o extracție dificilă), sau, încă, a anomaliilor degetelor de la mâini și picioare, sau o luxație a șoldului.

■ *Examinarea ochilor* are drept scop verificarea faptului că privirea se orientează spontan către lumină, că urmărește pe orizontală un obiect contrastant (alb sau negru), că nu există reflexe în pupile. O conjunctivită (înroșire a ochiului) este, de asemenea, căutată. O obstrucție a canalului lacrimal este suspectată dacă ochiul copilului este „lipit" adesea de secreții abundente.

■ *Examenul abdomenului* conduce la aprecierea stării restului ombilical (care conține 3 vase) și, prin palpare, a mărimii ficatului. La băiat, penisul trebuie să aibă o lungime de minimum doi centimetri. Cele două testicule trebuie să fie coborâte în bursele lor. La fetiță orificiul vaginal trebuie să fie bine vizibil. Secrețiile vaginale albicioase sau uneori hemoragice pot surveni spre a 5-a zi a vieții și sunt banale; el nu necesită vreun tratament.

■ *Examenul neurologic*, primordial, cuprinde, între altele, observarea motricității spontane a copilului; aceasta se caracterizează îndeosebi printr-o gesticulație asimetrică a membrelor, alternarea mișcărilor de flexie și de extensie, ale mișcărilor de deschidere și închidere a pumnilor. Este apreciat, de asemenea, tonusul copilului (studiul extensibilității musculare, al înclinării capului și trunchiului) și reflexele zise primare sau arhaice, proprii nou-născutului (apucare, supt, mers automatic etc.) sunt, de asemenea controlate.

■ *Testele biologice de depistare* sunt practicate și ele: călcâiul copilului este incizat pentru a preleva câteva picături de sânge. Testul lui Guthrie caută fenilcetonuria (boală ereditară caracterizată printr-un deficit enzimic); o hipotiroidie (insuficiența secreției glandei tiroide) este, de asemenea, căutată.

ALIMENTAȚIA ȘI IGIENA. Necesitățile alimentare ale nou-născutului sunt de 60 mililitri pe zi de lapte matern sau maternizat per kilogram de greutate corporală la naștere și de 150 mililitri pe zi per kilogram la sfârșitul primei săptămâni de viață. Nou-născutul pierde în mod obișnuit din greutate în primele trei zile ale vieții sale, în principal din cauza aporturilor alimentare mici; dar el recâștigă, în majoritatea cazurilor, greutatea sa inițială din a 8-a zi. Luarea în greutate este în continuare, în medie, de 25 până la 30 grame pe zi.

Copilul trebuie să fie curățat și schimbat după fiecare supt; dacă are fesele ușor iritabile, este dat cu o cremă hidratantă. Cordonul ombilical, care trebuie dezinfectat în fiecare zi, cade — în medie — către a 8-a zi de viață. Prima baie nu intervine adesea decât după căderea cordonului ombilical.

Nou-născutul trebuie să fie culcat într-un pat cu cadrul rigid, pe o saltea tare care ocupă întreaga suprafață liberă și fără pernă. El poate fi culcat pe o parte. Este preferabil să fie învelit într-un sac de dormit, decât să fie acoperit cu un pled sau o plăpumioară, pentru a-i permite să fie în largul său în mișcările ce le face, fără a se dezveli. Prima ieșire în aer liber a copilului născut la termen poate să se facă începând cu cea de-a 15-a zi de viață atunci când condițiile meteorologice sunt favorabile.

DEZVOLTAREA AFECTIVĂ. În afara îngrijirilor și a hranei, nou-născutul are nevoie pentru a se dezvolta de un contact precoce cu mama și tatăl său. Căldura și iubirea care îi sunt acordate permit dezvoltarea lui în mod echilibrat. → ALĂPTARE; APGAR (cotare a lui); GUTHRIE (test al lui); NAȘTERE.

NUCLEOLIZĂ. Distrugere terapeutică sau patologică a nucleus pulposus (partea centrală, semilichidă, a unui disc intervertebral).

DIFERITE TIPURI DE NUCLEOLIZĂ

■ *Nucleoliza terapeutica*, sau chimionucleoliza, este practicată pentru atenuarea durerilor provocate de o hernie

discală (proeminare a nucleus pulposus în exteriorul coloanei vertebrale, care comprimă o rădăcină nervoasă sau măduva spinării). Ea constă în injectarea în discul intervertebral a unei enzime vegetale, papaina, care distruge nucleus pulposus fără a leza structurile învecinate. Chimionucleoliza necesită o spitalizare de 3 sau 4 zile. Papaina este injectată în spațiul intervertebral, până la nivelul herniei discale. Intervenția durează aproximativ 20 minute; pacientul se află sub anestezie ușoară (analgezice și neuroleptice), deoarece el trebuie să fie capabil să se mențină culcat pe o parte.

■ *Nucleoliza spontană* este caracteristică discopatiilor degenerative (afecțiuni degenerative ale discurilor intervertebrale). Injectarea de inhibitor de enzime, aprotinina, în discul intervertebral, asociată purtatului unui corset timp de 4–6 săptămâni, permite oprirea acestui proces.

NUCLEU. Parte centrală a celulei, de formă variabilă dar mai ales sferică și de dimensiuni proporționale cu citoplasma care îl înconjoară, care comandă toate activitățile celulei, inclusiv diviziunea sa.

NUCLEU CENUȘIU CENTRAL. Masă de substanță cenușie situată în interiorul encefalului. SINONIM: *nucleu cenușiu al bazei*.

NUMĂRAREA FORMULEI SANGVINE. Examen biologic care permite numărarea diferitelor elemente figurate ale sângelui (plachete, globule roșii, diferite categorii de globule albe).

Numărarea formulei sangvine (N.F.S.) este unul dintre examenele biologice cele mai prescrise. Ea este indispensabilă în evaluarea bolilor inflamatorii sau infecțioase

NUMĂRAREA FORMULEI SANGVINE (Principalele elemente cercetate)

Nivel normal	Principalele cauze ale creșterii nivelului	Principalele cauze ale scăderii nivelului
Hemoglobină > 13g/dl la bărbat > 12 g/dl la femeie și la copil	Hemoconcentrație, poliglobulie	Hemoragie, hemoliză, atingere a măduvei osoase (foarte numeroase cauze)
Hematocrit < 54% la bărbat < 47% la femeie și la copil		
Leucocite (globule albe) de la 4 000 la 10 000/mm^3		
Polinucleare neutrofile de la 1 700 la 7 500/mm^3	Infecție bacteriană, inflamație, tabagism, unele medicamente, hemopatie	Etnia (Africa), Infecție virală, toxicitate medicamentoasă, hemopatie
Polinucleare eozinofile de la 0 la 500/mm^3	Alergie, paraziteză	
Polinucleare bazofile de la 0 la 200/mm^3		
Limfocite de la 500 la 4 500/mm^3	Boală virală sau bacteriană (tuse convulsivă), hemopatie	Deficit imunitar
Monocite de la 0 la 1 000/mm^3	Inflamație, hemopatie	
Plachete de la 150 000 la 450 000/mm^3	Stare inflamatorie, ablația splinei, stimularea măduvei osoase	Atingere a măduvei osoase, moală imunologică, toxicitate medicamentoasă

O

OASELOR (cancer al). Tumoră malignă care se dezvoltă în interiorul unui os.

Cancerul primitiv al oaselor. Cancerele primitive ale oaselor sunt cancerele situate în os sau la periferia sa imediată și se dezvoltă plecând de la țesutul osos, cartilaginos sau fibros. Ele sunt destul de rare. Principalele cancere primitive sunt osteosarcomul, condrosarcomul, sarcomul lui Ewing și mielomul multiplu.

Cancerul secundar al oaselor. Cancerele secundare ale oaselor sunt localizări la distanță, în os, ale cancerului unui alt organ: prostată, rinichi, sân, tiroidă etc. Ele se traduc prin dureri și prin fracturi spontane care afectează de cele mai multe ori oasele lungi. Tratamentul cancerelor secundare ale oaselor se bazează pe radioterapie, chimioterapie, hormonoterapie (atunci când cancerul primitiv este un cancer al prostatei sau de sân).

OBEZITATE. Exces de greutate prin creșterea masei țesutului adipos.

Masa adipoasă reprezintă în mod normal între 10 și 15% din greutatea totală a bărbatului, între 10 și 25% din cea a femeii. Se vorbește de obezitate atunci când ea atinge nivelul de mai mult de 15–20% din greutatea totală a bărbatului și mai mult de 25–30% din cea a femeii.

Indicele de masă corporală (I.M.C.) exprimă corpolența: acesta este raportul dintre greutate (în kilograme) și pătratul înălțimii (în metri pătrați). I.M.C. ideal se situează între 10 și 25 kilograme pe metrul pătrat (între 20 și 27 după 50 ani). Se vorbește de obezitate atuni când acest indice este mai mare de 30.

Metoda cea mai cunsocută pentru calcularea greutății ideale este formula lui Lorentz: greutatea ideală (în kilograme) = înălțimea (în centimetri) – 100 [sau (înălțimea – 150/*x*)], valoarea pentru *x* fiind 4 pentru bărbat și 2 pentru femeie.

Totuși, aceste noțiuni privind greutatea ideală trebuie nuanțate prin prisma criteriilor personale (înălțimea subiectului, greutatea scheletului său), familiale, culturale, etnice etc., care trebuie să fie luate în calcul de medic de la pacient la pacient, precum și în funcție de circumstanțele și de starea fiziologică (creștere, sarcină etc.) care însoțesc apariția obezității.

CAUZE. Obezitatea este provocată de un aport energetic superior cheltuielilor organismului. Totuși, acest exces de aport alimentar nu este adesea singura explicație, iar factorii genetici, metabolici sau legați de mediu trebuie, de asemenea, luați în considerație.

DIFERITE TIPURI DE OBEZITATE

■ *Obezitățile androide sau abdominale*, în care grăsimea predomină pe partea de sus a corpului și pe abdomen, sunt tipice pentru obezitatea masculină.

■ *Obezitățile ginoide sau femurale*, în care grăsimea predomină pe partea de jos a corpului (fese, coapse), sunt caracteristice obezității feminine.

RISCURI ASOCIATE OBEZITĂȚII. Obezitatea este un factor de risc în diferite afecțiuni: insuficiența coronariană și cardiacă, hipertensiunea arterială, diabetul, guta, hiperlipidemiile (nivel excesiv al lipidelor în sânge), litiaza biliară, insuficiența respiratorie, bolile reumatologice etc. Schematic vorbind, obezitățile androide prezintă mai curând complicații de tip metabolic (diabet, hipertensiune), pe când obezitățile ginoide prezintă mai curând complicații reumatologice (probleme articulare).

TRATAMENT. Tratamentul obezității constă în reducerea excesului de greutate printr-un regim; atunci când obezitatea este provocată de o boală, aceasta trebuie să fie tratată. Regimul prescris (cu participarea eventuală a unui dietetician) va fi de cele mai multe ori hipocaloric, dar cu un aport proteinic (carne, pește, ouă, produse lactate) suficient pentru a evita o topire a maselor slabe (mușchi, îndeosebi); el va propune o suprimare a produselor și băuturilor zaharate, o reducere a aporturilor în alte glucide (cereale, feculente, fructe) și în lipide (corpi grași, alimente mai grase), precum și o suprimare sau o diminuare foarte însemnată a băuturilor alcoolice. Repartizat în trei sau în patru prize zilnice, regimul trebuie să fie cât mai echilibrat posibil și să cuprindă alimente din toate grupele. Greutatea de atins și durata tratamentului fac obiectul unui contract prealabil între pacient și practician, revizuibil în cursul tratamentului. O dată obținută această greutate corporală, regimul inițial este treptat lărgit până la revenirea la o alimentație normală,

cu menținerea unei greutăți stabilizate. Regimurile fanteziste, care pot atrena o pierdere spectaculoasă de greutate, fac întotdeauna să se topească masa slabă și sunt deci sortite eșecului. Alternanța fazelor de slăbire urmate de faze de reluări în greutate pare mai periculoasă pentru sănătate decât absența unui regim.

OBOSEALĂ (tendință spre). Scăderea anormal de rapidă a forței musculare, provocată de efort. SINONIM: *fatigabilitate*.

Tendința spre oboseală este un semn care poate fi cauzat de un defect de transmisie a influxului nervos celulei musculare, fenomen observat mai ales în cursul unei boli, miastenia. O tendință spre oboseală poate, de asemenea, să fie întâlnită în cursul bolilor care afectează sistemul nervos central (scleroza în plăci) sau în caz de insuficiență suprarenaliană cronică (boală a lui Addison).

OBOSELII CRONICE (sindrom al). Sindrom constând într-o stare permanentă de oboseală cu epuizare la cel mai mic efort. SINONIM: *sindromul „yuppies"*.

CAUZE. Cauza unui sindrom al oboselii cronice rămâne învăluită în mister. Cauzele organice obișnuite ale oboselii nu sunt regăsite. Au fost puse în discuție numeroase ipoteze pentru a explica un sindrom de oboseală cronică.

Ipoteza neuropsihică, reținută actualmente, face să intervină lipsa de motivație și depresiunea, surmenajul și stresul, sub influența neurotransmițătorilor ca dopamina și noradrenalina.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O oboseală cronică se caracterizează printr-o oboseală intensă, declanșată de cel mai mic efort, cu reducerea cel puțin la jumătate a activității obișnuite, însoțită de febră, de dureri musculare și dorsale, de dureri de cap, de tulburări de somn, de o dificultate în concentrare. Aceste simptome persistă în timp.

TRATAMENT. Tratamentul poate cuprinde luarea de „fortifiante": acizi aminați, oligoelemente ca manganul, cuprul, calciul, magneziul, o alimentație regulată și echilibrată și în cantități suficiente asigurându-le; luarea de vitamine: vitaminele A, D, E și vitaminele grupului B, în particular vitamina B1, sau tiamina, datorită acțiunii sale asupra sistemului nervos; lupta împotriva oboselii nervoase prin exerciții fizic, metode de relaxare, talasoterapie, acupunctură. În schimb, trebuie evitată folosirea amfetaminelor, anabolizianților și medicamentelor dopante.

OBSESIE. Ideea repetitivă și amenințătoare, impunându-se în mod incoercibil conștiinței subiectului, deși acesta recunoaște caracterul ei irațional.

Se descriu două tipuri de obsesie: obsesiile fobice, declanșate doar la ideea unui obiect sau a unei situații date, și obsesiile impulsive, care se manifestă prin teama de a comite un act antisocial (trecerea la acțiune fiind totuși un fapt excepțional). Obsesia este principalul simptom al nevrozei obsesionale, dar un astfel de fenomen se observă și în cursul depresiunilor, psihasteniei, psihozelor larvate. Tratamentul obsesiei este, în principal, psihoterapic.

OBSTETRICĂ. Ramură a medicinei care are ca domeniu de activitate sarcina, nașterea și perioada care urmează nașterii.

OCHELARI. Lentile corectoare destinate să amelioreze vederea sau să protejeze ochii, puse într-o montură adaptabilă care se sprijină pe nas și pe urechi.

Lentilele corectoare pot fi colorate sau se pot colora la lumină cu scopul de a filtra unele radiații din spectrul solar, îndeosebi ultravioletele și radiațiile roșii. Ele pot fi minerale (din sticlă) sau organice (din plastic). Lentilele organice sunt obligatorii pentru copii și recomandate pentru adulți. Ele se zgârie mai ușor decât lentilele minerale, dar sunt mult mai ușoare. În plus ele se sparg foarte rar, minimalizând astfel riscurile de a se sfărâma, provocând leziuni ale ochiului. Lentilele colorate sunt indispensabile într-un număr de afecțiuni (keratită, albinism). Ele se folosesc, de asemenea, în cursul expunerii la lumină foarte puternică

Avantajele comparate ale ochelarilor și lentilelor de contact

Principalul avantaj al ochelarilor este acela de a fi simplu de purtat și de a fi scoși cu ușurință în caz de purtat intermitent (miopie, hipermetropie sau astigmatism de mică amploare, sau în caz de prezbiție). Ei sunt preferați lentilelor de către profesioniștii care lucrează în praf, la căldură sau în atmosferă umedă.

Lentilele, sau sticlele de contact, pot fi mai comode în practicarea sporturilor (inclusiv natația cu ochelari de protecție) sau exercitării anumitor profesii, ca cele sportive sau cele care necesită o activitate fizică. Ele mai pot fi preferate și din rațiuni estetice. În plus, ele iau curbura corneei și permit obținerea unui câmp vizual mai complet. Totuși, ele implică reguli de igienă și de întreținere (curățare zilnică, deproteinizare săptămânală).

Alegerea ochelarilor sau lentilelor de contact depinde, de asemenea, de defectul vizual de corectat. Lentilele sunt recomandate în caz de miopie medie și puternică deoarece, suprimând distanța dintre lentilă și ochi, ele suprimă și deformațiile pe care ea le-ar implica. Ele sunt, de asemenea, recomandate în hipermetropiile puternice, deoarece permit suprimarea ochelarilor adesea prea grei. În sfârșit, afakia (absența cristalinului) unilaterală fără implant de cristalin nu poate fi corectată decât prin purtatul unei sticle de contact cu scopul de a reduce diferența de mărime a imaginilor percepute de către fiecare ochi. În schimb, lentilele sunt mai puțin sistematic prescrise în caz de astigmatism sau de prezbiție. În acest ultim caz, purtatul ochelarilor, permițând vederea de aproape, trebuie să fie asociat cu cel al lentilelor de contact care corectează defectul inițial.

(zăpadă, reflectare a luminii solare pe zăpadă sau pe suprafața mării); ele sunt, de asemenea, recomandate în viața obișnuită în caz de însorire puternică. În fapt, expunerea ochilor la lumină prea vie poate favoriza apariția unei cataracte precoce sau a unei degenerescențe maculare.

Un examen oftalmologic anual permite să se verifice faptul că lentilele corectoare sunt întotdeauna adaptate.

OCHI. Organ al vederii conținut de orbită. SINONIM: *glob ocular*.

STRUCTURĂ. Ochiul este un organ sferic format dintr-o cochilie rezistentă care înconjoară conținutul propriu-zis.

■ *Carcasa oculară*, învelișul extern al ochiului, se compune din trei tunici concentrice. Prima, cea externă, este constituită din sclerotică (albul ochiului), traversată în spate de către nervul optic și prelungindu-se în față cu corneea, transparentă și bombată. Corneea este primul și cel mai puternic dioptru (suprafață optică ce intervine în refracție) al sistemului optic al ochiului. A doua membrană, cu rol nutritiv, uveea, este tunica medie a ochiului, bogată în vase. Ea se compune, în spate, din coroidă, membrană subțire și vascularizată, și, în față, din corpul ciliar și din iris, acesta fiind perforat în centru de către pupilă, al cărei diametru variază după intensitatea luminii. Tunica cea mai profundă este membrana senzorială, receptorul vizual propriu-zis, compusă doar din retină, membrană fină și translucidă care conține conurile și bastonașele, celulele care captează lumina.

■ *Conținutul ochiului* este constituit, din față spre spate, din umoarea apoasă care hrănește corneea și trece în camera anterioară (între cornee și iris) prin pupilă, înainte de a fi eliminată în unghiul format de iris și cornee; din cristalin (lentilă biconvexă transparentă de 1 centimetru diametru), situată în spatele irisului, împreună cu care delimitează camera posterioară, și legat de mușchiul ciliar printr-un ligament inelar, numit zonulă, care este responsabil de acomodarea ochiului; din corpul vitros, sau vitroasa, gel transparent care umple globul ocular între cristalin și retină, și asigură menținerea volumului ochiului.

FIZIOLOGIE. Cei doi ochi lucrează în mod conjugat sub controlul creierului, luând aceeași direcție pentru a fixa un obiect cu scopul de a se forma o imagine clară pe fiecare dintre retine. Ei realizează punerea la punct în funcție de distanța față de obiectul privit, mulțumită procesului de acomodare.

EXAMENE. Examenul oftalmologic începe printr-un examen al refracției și al acuității vizuale de aproape și de departe, cu sau fără corecție. Specialistul procedează apoi la un examen al oculomotricității și al echilibrului binocular; el observă pleoapele, examinează sectorul anterior al ochiului (de la cornee la cristalin) cu biomicroscopul, măsoară presiunea intraoculară și procedează la un examen al fundului de ochi.

Eventualele examene complementare permit să se evalueze câmpul vizual și vederea în culori. Bilanțul ortoptic, evaluează oculomotricitatea. Angiografia oculară și ecografia examinează globii oculari pe plan anatomic. Scanerul și imageria prin rezonanță magnetică (I.R.M.) completează explorarea cu aparate optice.

PATOLOGIE. Bolile ochiului pot afecta globul ocular, nervul optic sau anexele oculului (conjunctiva, pleoapele, mușchii și nervii oculomotori). Ele pot fi de diferite tipuri.

■ *Afecțiunile congenitale* sunt cauzate de o modificare de origine genetică în dezvoltarea aparatului ocular, sau de o afecțiune contractată în timpul vieții intrauterine (rubeolă, de exemplu).

■ *Afecțiunile inflamatorii* afectează partea superficială a aparatului ocular (conjunctivită, episclerită) sau membranele interioare (uveită, coroiditâ).

■ *Glaucomul* este o afecțiune în cursul căreia presiunea intraoculară, prea ridicată, este însoțită de alterări ale nervului optic.

■ *Bolile vasculare* sunt grave mai ales atunci când privesc vascularizarea retinei sau a nervului optic (ocluzia arterei sau venei centrale a retinei).

■ *Bolile degenerative* pot fi legate de anomalii ereditare (degenerescențe tapetoretiniene) sau de îmbătrânirea ochiului (degenerescență maculară legată de vârstă, cataractă zisă „senilă").

■ *Tulburările de oculomotricitate* sunt reprezentate, în principal, prin paralizii oculomotorii (oftalmoplegie) și prin strabisme. → CÂMP VIZUAL, VĂZ.

OCITOCINĂ. Hormon polipeptidic (constituit dintr-un lanț de acizi aminați) sintetizat de către hipotalamus și secretat de către hipofiză (glandă situată la baza creierului) care îl depozitează, a cărui funcție este de a stimula contracția mușchiului uterin și de a favoriza alăptarea.

OCITOCIC. Medicament capabil să provoace sau să stimuleze contracțiile uterului în cursul unei nașteri.

OCLUZIE A OCHIULUI. Obstrucție a unui vas al ochiului.

Ocluzia arterială retiniană. Este o oprire a circulației în artera centrală a retinei sau în una dintre ramurile în care ea se împarte.

CAUZE. Această oclUzie este provocată de cele mai multe ori de prezența, pe peretele intern a unei artere cu destinație cefalică (arteră carotidă primitivă sau internă, arteră toracică etc.), a unei plăci de aterom (depunere grăsoasă). Un fragment de placă desprins (sau embol) este atunci uneori antrenat în circulație și obturează brusc artera centrală a retinei.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Un subiect afectat de ocluzia arterială a retinei pierde brusc vederea cu un ochi, în câteva secunde. Dacă ocluzia atinge o ramură a arterei, pierderea

vederii este parțială și corespunde porțiunii de retină atinse. Această pierdere a vederii este uneori precedată de episoade identice, dar mai scurte.

TRATAMENT. Tratamentul este urgent deoarece, în câteva ore, ocluzia arterei centrale a retinei antrenează cecitatea definitivă de partea atinsă. Tratamentul unei ocluzii arteriale retiniene cauzată de o embolie constă în administrarea de medicamente vasodilatatoare și anticoagulante pe cale generală.

Ocluzia venoasă retiniană. Aceasta reprezintă o oprire a circulației în vena centrală a retinei sau în una dintre ramurile ei.

CAUZE ȘI SIMPTOME. Ocluzia venoasă retiniană are printre cauzele cele mai frecvente hipertensiunea arterială, arterioscleroza, tromboza venoasă.

Subiectul constată o scădere rapidă și mai mult sau mai puțin de amploare a vederii cu un ochi.

TRATAMENT. În funcție de caz, un tratament anticoagulant sau antiagregant plachetar poate preveni extinderea alterării vizuale pe partea atinsă. Această terapeutică trebuie să fie asociată cu tratamentul cauzei ocluziei. Vederea nu este totuși aproape niciodată recăpătată în întregime.

OCLUZIE INTESTINALĂ. Obstrucție parțială sau totală a intestinului subțire sau a colonului.

CAUZE. Ocluziile intestinale pot fi mecanice (legate de un obstacol organic) sau funcționale (prin spasm sau paralizie a musculaturii netede intestinale).

■ *Ocluziile mecanice* cuprind ocluziile prin strangulare și ocluziile prin obstrucție. Primele se caracterizează prin existența unor leziuni vasculare, legate de strivirea sau de torsionarea vaselor. Compresia antrenează o oprire a irigației sangvine putând conduce la gangrenă. Poate fi vorba de o strangulare bruscă a unei anse intestinale în contact cu o bridă (aderență consecutivă unei intervenții chirurgicale); de o strangulare a unei hernii inghinale sau crurale; de răsucire a unei bucle prea lungi a colonului sigmoid în jurul lui însuși, sau un volvulus, cum se mai numește. Ocluziile prin obstrucție sunt provocate prin dezvoltarea unei tumori a intestinului, malignă sau benignă, care îngustează conductul intestinal, sau printr-o boală inflamatorie sau o diverticulită (infecție a diverticulilor intestinali).

■ *Ocluziile funcționale* se caracterizează printr-o paralizie a intestinului declanșată de o leziune a unui organ învecinat: apendicită, abces, hematom, pancreatită.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Simptomele cuprind dureri puternice, care evoluează în crize și sunt urmate de perioade de acalmie, de vărsături, de oprirea evacuării materiilor fecale și gazelor, de un meteorism (distensia localizată a abdomenului). Acumularea de lichid în amonte de obstacol și vărsăturile provoacă o deshidratare importantă care poate antrena o stare de șoc. O ocluzie intestinală este mortală dacă nu este tratată.

TRATAMENT. Aceasta necesită o spitalizare și constă mai întâi în plasarea unei sonde gastrice pentru a aspira lichidul din amonte de ocluzie și în restabilirea echilibrului fiziologic prin perfuzie. O ocluzie prin strangulare necesită o intervenție chirurgicală rapidă (într-un răstimp de câteva ore). În caz de ocluzie prin obstrucție, intervenția poate aștepta una-două zile. Continuitatea intestinală este restabilită fie imediat, fie după o colostomie (îmbinarea colonului incizat sau secționat, la nivelul pielii) pe o durată de câteva săptămâni.

OCULOMOTRICITATE. Mobilitate a ochilor în interiorul orbitelor.

Oculomotricitatea este asigurată mulțumită mușchilor și nervilor oculomotori.

Oculomotricitatea poate fi afectată în mai multe cazuri: traumatisme craniene și orbitare, tumori care comprimă nervii oculomotori, hipertensiune intracraniană, diabet, boli vasculare, scleroză în plăci, unele inflamații și infecții cerebrale.

ODONTOLOGIE. Studiu al dinților, bolilor dinților și al tratamentelor acestora. SINONIM: *dentistică*.

ODONTOSTOMATOLOGIE. Disciplină medicală care se dedică prevenirii, diagnosticării și tratării bolilor și anomaliilor care afectează gura și dinții.

OEDIP (complex al lui). Stadiu al dezvoltării psihologice a copilului, caracterizat printr-un puternic atașament față de părintele de sex opus.

Complexul lui Oedip are o importanță crucială în formarea personalității în întregime. El se plasează temporal între 3 și 6 ani și diferă după sexul subiectului. La băiat, tatăl este iubit și de temut în același timp (ambivalență), cu teama de pedeapsă (angoasa de castrare). La fată, absența penisului antrenează un sentiment de ură față de mamă, cu invidie admirativă față de tată, posesor al falusului (complexul Electrei).

Ieșirea din stadiul complexului lui Oedip și renunțarea la fantasmele legate de acesta marchează accesul la stadiul genital și la sexualitatea adultă.

OFTALMIE. Afecțiune inflamatorie a ochiului.

Oftalmia zăpezilor. Numită încă și orbirea zăpezilor, această afecțiune inflamatorie este o keratoconjunctivită (inflamație a corneei și a conjunctivei).

CAUZE. Oftalmia zăpezilor este provocată de acțiunea radiațiilor ultraviolete asupra ochilor neprotejați. Ea se produce la câteva ore după expunerea ochilor la lumină, fie că este vorba de reverberația razelor solare pe zăpadă la mari altitudini sau o expunere la radiația unei lămpi cu ultraviolete.

SIMPTOME. Oftalmia zăpezilor este foarte dureroasă. Ea provoacă o fotofobie (senzație neplăcută la lumina normală) și o lăcrimare intensă.

EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT. O oftalmie a zăpezilor dispare de la sine după două-trei zile, dar colirele cicatrizante corneene pot grăbi vindecarea.

PREVENIRE. Purtatul de ochelari de protecție este obligatoriu la mari altitudini, în largul mării și în cursul expunerilor la soare sau la ultravioletele artificiale. Lentilele trebuie să fie închise la culoare și filtrante. În caz de reverberație datorată zăpezii trebuie ca ochelarii să fie prevăzuți și cu protecții laterale.

OFTALMOLOGIE. Disciplină medicală care se consacră studierii structurii și funcționării ochilor, precum și bolilor care îi afectează.

OFTALMOPLEGIE. Paralizie a mușchilor motori ai unui ochi.

CAUZE. Traumatismele craniene și orbitare, compresiile tumorale și hipertensiunea intracraniană, diabetul, bolile vasculare, scleroza în plăci, boala lui Behçet, precum și unele inflamații și infecții cerebrale sunt la originea paraliziilor nervilor oculomotori.

Diagnosticarea se face pe baza examenului ochilor, completat cu testul lui Lancaster, destinat să aprecieze de o manieră precisă oculomotricitatea. Tratamentul este cel al cauzei oftalmoplegiei.

OGINO-KNAUS (metodă a lui). Metodă de contracepție naturală bazată pe durata ciclului menstrual. SINONIM: *metodă a calendarului*.

Metoda lui Ogino-Knaus constă în abținerea de la orice raport sexual în timpul perioadei de fecunditate a femeii. Această perioadă este calculată după diferiți parametri: știind că ovulația are loc în a 14-a zi a ciclului, că spermatozoizii pot supraviețui 3 zile în trompa uterină, dacă se adaugă o marjă de siguranță de o zi înainte și de o zi după, s-ar întinde din a 10-a până în a 17-a zi a ciclului. În realitate, ciclurile menstruale nu sunt atât de regulate și metoda Ogino-Knaus este o eficacitate relativă.

OLIGOAMNIOS. Anomalie a sarcinii, caracterizată printr-o cantitate insuficientă de lichid amniotic în raport cu stadiul de înaintare a sarcinii. SINONIM: *oligohidramnios*.

Un oligoamnios poate avea diverse cauze: malformație anală a fătului, o stare de preeclampsie la mamă (hipertensiune arterială, edeme, prezența proteinelor în urină) sau luarea de către mamă a unor medicamente (antiinflamatoare), o întârziere a creșterii intrauterine sau o depășire a termenului.

În unele cazuri, cauza poate fi tratată. Atunci când se apropie termenul nașterii, punga apelor poate fi umplută cu ser fiziologic pentru a evita o suferință fetală prin compresia cordonului.

OLIGOELEMENT. Substanță chimică de structură simplă (ioni metalici), prezentă în organism în cantitate foarte mică.

Oligoelementele intervin în reacțiile chimice ale organismului și joacă un rol indispensabil, chiar dacă ele nu reprezintă mai mult de 1% din masa corpului omenesc. Ele trebuie să fie aduse prin alimentație, deoarece organismul nu le poate sintetiza. Este vorba de arsen, crom, cobalt, cupru, fier, fluor, iod, mangan, molibden, nichel, seleniu, siliciu, zinc etc. Necesitățile organismului în oligoelemente sunt variabile, la fel ca și sursele lor alimente. O carență poate fi responsabilă de diverse afecțiuni care variază după oligoelementul în cauză: anemie în cazul carenței în fier, insuficiență a glandei tiroide în caz de carență în iod, tulburări neurologice în caz de carență în zinc etc. Actualmente se cunosc insuficient riscurile unei eventuale toxicități cauzate de un aport excesiv în oligoelemente.

OLIGOMENOREE. Diminuare a volumului și duratei fluxului menstrual.

Cauzele cele mai frecvente ale oligomenoreei sunt contracepția orală, premenopauza și hiperprolactinemia (creșterea nivelului de prolactină în sânge).

Oligomenoreele care nu au o cauză patologică nu necesită tratament.

OLIGOSPERMIE. Insuficiență a numărului de spermatozoizi în sperma (mai puțin de 20 milioane de spermatozoizi pe mililitru), care poate să se afle la originea unei sterilități.

O oligospermie poate avea origini foarte diverse: varicocelul testicular (dilatația venelor cordonului spermatic); atrofia testiculară consecutivă oreionului, o localizare anormală a unui testicul, un deficit hormonal, o infecție cronică a prostatei și veziculelor seminale; o boală generală ca o gripă; chimioterapia sau radioterapia. Tratamentul oligospermiei depinde de cauza sa.

OLIGOTERAPIE. Metodă terapeutică ce constă în administrarea de oligoelemente pe cale sublinguală sau intramusculară, în completarea celor furnizate prin alimentație.

OLIGURIE. Micșorare a volumului urinelor (mai puțin de 500 mililitri în 24 ore).

O oligurie poate fi cauzată de o reducere extremă a aporturilor în lichide, ori de o insuficiență renală. Tratamentul oliguriei depinde de cauza sa.

OMBILIC. Depresiune cutanată amplasată la mijlocul abdomenului. SINONIM: *buric*.

Înainte de naștere, ombilicul este locul de trecere a elementelor care leagă fătul de mamă. După naștere, cordonul ombilical este tăiat.

PATOLOGIE. Ombilicul este o regiune anatomică fragilă. El poate fi sediul herniilor. Unele hernii sunt congenitale: în acest caz ele sunt legate de un defect de închidere a mușchilor și aponevrozelor, membranele care învelesc mușchii) care înconjoară orificiul ombilical. Altele apar chiar după naștere și sunt provocate de eforturile pe care le face nou-născutul țipând. Aceste hernii ombilicale dispar, în general, fără tratament spre vârsta de 2 ani. La adult, în particular la femeie după o sarcină, herniile ombilicale sunt hernii de relaxare a peretelui muscular.

În sfârșit, în caz de igienă deficitară, se pot observa o omfalită (inflamație a pielii în jurul ombilicului), o eczemă sau orice dermatoză care afectează plicile, de exemplu un intertrigo sau o micoză.

OMFALOCEL. Malformație congenitală caracterizată printr-un defect de închidere a peretelui abdominal în regiunea ombilicală.

Un omfalocel se manifestă printr-o exteriorizare a viscerelor abdominale din membrana lor, peritoneul.

Actualmente, supravegherea ecografică antenatală permite diagnosticarea unui omfalocel înainte de naștere.

Această hernie ombilicală embrionară este tratată în primele zile ale vieții printr-o intervenție chirurgicală, care constă în reașezarea viscerelor în interiorul cavității abdominale și în închiderea peretelui.

OMOPLAT. Os plat, mare, subțire, care intră în constituția scheletului părții posterioare și superioare a toracelui și al articulației umărului.

PATOLOGIE. Fracturile de omoplat, rare, sunt tratate prin imobilizarea brațului cu ajutorul unei eșarfe timp de trei săptămâni. Doar fracturile cavității glenoide trebuie să fie operate pentru a restabili o suprafață articulară satisfăcătoare.

O.M.S. → ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂTĂȚII.

OMUȘOR. → LUETĂ.

ONCOCERCOZĂ. Boală parazitară provocată de infestarea pielii și ochilor cu un vierme nematod, *Onchocerca volvulus*. SINONIME: *boala a lui Robles, cecitate de râu*.

FRECVENȚĂ. Oncocercoza este răspândită mai ales în numeroase țări din Africa intertropicală. Boala constituie una dintre principalele cauze de orbire în Africa neagră. Mai există câteva focare în America Centrală, în nordul Americii de Sud și în Yemen.

CONTAMINARE. Oncocercoza se transmite prin înțepătura unei simulii, mică insectă care trăiește în preajma cursurilor de apă.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Un bolnav atins de oncocercoză prezintă diferite tipuri de leziune:

■ *leziuni cutanate* care sunt pruriginoase și provoacă o îngroșare a pielii;

■ *leziuni subcutanate* (noduli), nedureroase, amplasate pe pielea toracelui, șoldurilor și umerilor;

■ *leziuni oculare* (atingerea corneei și retinei), care suscită o scădere a acuității vizuale, apoi o pierdere totală a vederii, cauzate de penetrarea, șederea și moartea microfilariilor în ochi. Cecitatea nu apare totuși decât după 10–15 ani de la infestare.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Filariile adulte pot trăi mai mulți ani în micii noduli situați sub piele. Acești noduli trebuie să fie îndepărtați pe cale chirurgicală.

Ivermicina, substanță luată într-o singură priză, care acționează timp de mai multe luni, permite micșorarea numărului de microfilarii prezente în ochi și în piele. Acest medicament este bine tolerat de către bolnavi, iar administrarea sa, repetată la fiecare 6 luni aproximativ, nu necesită spitalizare. Totuși, în stadiul actual al cunoștințelor, dacă subiectul este deja atins de cecitate, handicapul este definitiv.

ONCOGEN, -Ă. Care este implicat(ă) în apariția unei tumori cancerose. SINONIM: *cancerogen, oncogenic*.

ONCOGENĂ. Genă localizată într-un virus sau într-o celulă a organismului, care favorizează transformarea unei celule normale în celulă canceroasă. SINONIME: *genă cancerogenă, genă oncogenă, protooncogenă*.

Oncogenele celulare sunt gene normale ale celulelor care comandă sinteza proteinelor participante la proliferarea celulelor și la diferențierea lor (specializarea progresivă). Aceste proteine sunt responsabile de creșterea țesuturilor la embrion și la copil, dar și de reînnoirea lor în cursul vieții și de repararea lor în caz de lezare. Totuși, sub influența mai multor factori zișimutageni (ultraviolete, amiant, unele virusuri), o oncogenă poate fi alterată sau supraexprimată, această mutație genetică putând fi apoi transmisă celulelor-fiice în cursul diviziunii celulare. Totuși, un cancer nu apare decât dacă mai multe oncogene sunt alterate sau dacă există alți factori care îl favorizează, de exemplu deleția unei antioncogene (genă care asigură integritatea celulei).

PERSPECTIVE. Interesul practic legat de descoperirea oncogenelor este încă foarte limitat. La ora actuală se știe cum să se detecteze uneori o oncogenă în prelevate provenind de la un bolnav, dar numai în scopuri prognostice. Cercetările viitoarelor decenii se vor face în privința mijlocului de a inhiba oncogenele sau produsul lor.

ONCOGENĂ VIRALĂ. Genă a anumitor virusuri care poate provoca apariția unui cancer.

La specia umană, oncornavirusurile, care aparțin familiei retrovirusurilor (virusul HTLV1 și HTLV2), sunt responsabile de leucemii și de limfoame.

Oncogenele virale sunt foarte rare.

ONCOGENEZĂ. → CARCINOGENEZĂ.

ONCOVIRUS. Virus care poartă o oncogenă virală și este capabil să provoace apariția unui cancer.

ONICOFAGIE. Tendință de a roade continuu unghiile.

Onicofagia este deosebit de frecventă în timpul copilăriei și adolescenței. Ea relevă o ușoară instabilitate (copil nervos).

Este un obicei de cele mai multe ori trecător și inofensiv. Dar, atunci când este asociat cu alte dereglări psihomotorii (ticuri, manipularea șuvițelor de păr etc.) poate fi utilă o psihoterapie. Tratamentele locale (lacuri amare date pe unghii) au o eficacitate variabilă.

ONICOGRIFOZĂ. Îngroșare anormală a uneia sau mai multor unghii.

Onicogrifoza relevă cauze multiple: îmbătrânire, traumatisme repetate ale picioarelor sau mâinilor, insuficiență a circulației venoase, boală dermatologică (ihtioză, psoriazis, micoză). Tratamentul constă în aplicarea de substanțe keratolitice (uree, acid salicilic), care înmoaie unghia, sau, dacă aceasta nu este suficient, în șlefuirea regulată a acesteia. La bolnavii tineri, se poate, de asemenea, înlătura chirurgical matricea (zona care asigură creșterea unghiei).

ONICOLIZĂ. Dezlipire a unei sau mai multor unghii pe o porțiune mai mult sau mai puțin întinsă.

Onicoliza este de cele mai multe ori consecutivă unor traumatisme (muncă manuală, îngrijire prea frecventă a unghiilor prin manechiură, contacte repetate cu produse chimice sau cosmetice), unei boli dermatologice (psoriazis, eczemă de contact) sau generale (lupus, anemie, boală endocrină cancer), luarea unor medicamente (tetracicline, imunosupresoare). Tratamentul vizează, pe de o parte, îngrijirea cauzei onicolizei, pe de altă parte, decuparea zonei dezlipite cu scopul de a trata suprainfecțiile.

ONICOMICOZĂ. Orice infecție a unei unghii provocată de o ciupercă microscopică (dermatofit, levură sau mucegai).

Manifestările onicomicozelor sunt foarte variate: dezlipirea unghiei de patul ei (onicoliză), mici pete albe de partea superficială a lamei unghiale, îngroșarea în formă de sul a marginii cutanate care înconjoară unghia (perionichie). Tratamentul depinde de ciuperca în cauză. Când este vorba de un dermatofit, tratamentul constă în ablația unghiei prin șlefuire, decapaj chimic cu ajutorul pansamentelor îmbibate în substanțe keratolitice care înmoaie unghia (uree, acid salicilic). Atunci când este vorba de o levură, tratamentul asociază băi alcaline, o dezinfecție locală, aplicații locale și luarea de antifungice pe cale orală. În caz de afectare a unghiei de către un mucegai, lacurile pe bază de antifungice sunt, în general, foarte eficace.

ONICOZĂ. Orice inflamație a unghiei. SINONIM: *onichie, onixis*.

ONLAY DENTAR. Bloc care se încrustează exact într-o cavitate dentară (zonă cariată, de exemplu) curățată și fasonată în prealabil, acoperind, în plus, o parte a dintelui cu scopul de a-i reda forma sa anatomică.

OPIACEU. Substanță chimică derivată de la opiu și utilizată în terapeutică. SINONIM: *morfinic, morfinomimetic*.

Opiaceele sunt obținute prin sinteză; formula lor chimică este apropiată de cea a constituenților opiului.

INDICAȚII. Opiaceele au diverse indicații. Ele pot fi utilizate ca anesteziante, antitusive, antidiareice, antidoturi în caz de intoxicație cu heroină.

Dar opiaceele sunt, înainte de toate, analgezice care acționează direct asupra sistemului nervos central. Printre ele, se disting analgezicele minore și analgezicele majore.

CONTRAINDICAȚII. Opiaceele sunt contraindicate în caz de insuficiență respiratorie sau de convulsii. Ele nu trebuie să fie prescrise copiilor de vârstă mică și nu trebuie să fie asociate cu inhibitorii de monoaminoxidază (I.M.A.O.), cu alcoolul sau cu medicamentele depresoare ale sistemului nervos central.

MOD DE ADMINISTRARE. Opiaceele sunt administrate pe cale orală, sub formă de supozitoare, sub formă injectabilă.

EFECTE NEDORITE. Vărsăturile, constipațiile, vertijele sunt frecvente. Un efect calmant excesiv sau, din contra, o excitație, o depresiune respiratorie, o farmacodependență sunt mult mai rare.

ORB. Persoană lipsită de văz și, mai precis, persoană împiedicată de o scădere a acuității vizuale (în general mai mică de 1/10) să-și continue munca obișnuită (definiție dată de Asociația Internațională de Profilaxie a Cecității, New Delhi, 1969). SINONIM: *nevăzător*. → CECITATE.

ORBIRE. → CECITATE.

ORBITĂ. Cavitate osoasă a feței în care se găsesc globul ocular, nervul optic, vasele sangvine oftalmice, mușchii și nervii oculomotori.

ORHIDECTOMIE. Ablație chirurgicală a unui testicul.

Orhidectomia se deosebește de castrare (ablația ambelor testicule). Practicată sub anestezie locoregională sau locală, ea constă în scoaterea testiculului după incizia peretelui scrotului, dacă este vorba de o tumoră benignă, sau a regiunii inghinale dacă este vorba de un cancer al

testiculului. Dacă testiculul rămas este sănătos, orhidectomia nu are nici o consecință nici asupra libidoului, nici asupra fertilității.

ORHIDOPEXIE. Fixare chirurgicală a testiculului în scrot.

ORHIEPIDIDIMITĂ. Inflamație, de cele mai multe ori de origine infecțioasă, a testiculului și epididimului.

Cauzele unei orhiepididimite sunt multiple: infecție a prostatei, a uretrei, a vezicii, complicația unui adenom de prostată, tuberculoză etc. Ea se traduce printr-o creștere în volum a unei burse, foarte dureroasă, însoțită de febră și de arsuri la micțiune.

TRATAMENT. Acesta constă în administrarea de antibiotice, de antiinflamatoare și în repausul la pat pe timpul fazei acute a inflamației. Neglijată sau insuficient tratată, orhiepididimita poate deveni cronică, antrenând formarea de noduli în epididim, care pot fi responsabili de sterilitate dacă atingerea este bilaterală.

ORHITĂ. Inflamație, de cele mai multe ori de origine infecțioasă, a testiculului.

Orhita izolată este o afecțiune rară; ea este, de obicei, asociată cu o epididimită: atunci este vorba de orhiepididimită.

■ *Orhita urliana* constituie una dintre principalele complicații ale oreionului. Această atingere, dureroasă, antrenează uneori o sterilitate prin atrofie testiculară. Este preconizat repausul la pat, precum și imobilizarea burselor cu un suspensor.

OREION. Boală infecțioasă virală acută, extrem de contagioasă, provocată de un paramixovirus, se manifestă, în principal, printr-o parotidită (inflamația glandelor parotide, principalele glande salivare).

Oreionul, numit și parotidită epidemică, se transmite pe cale aeriană (inhalarea picăturilor de salivă emise de un bolnav). El se întâlnește mai ales iarna, adesea în epidemii, în particular în unele colectivități (școli). Cel mai frecvent sunt afectați copiii. Virusul prezintă o tendință naturală să se fixeze pe glande și nervi.

SIMPTOME ȘI EVOLUȚIE. Incubația durează între 17 și 21 zile; ea este urmată de o febră moderată și de dureri de urechi timp de una-două zile. Bolnavul este contagios cu o săptămână înaintea apariției simptomelor și aproximativ 8 zile după apariția lor.

Inflamația glandelor parotide apare mai întâi pe o parte, apoi în ambele părți și se manifestă printr-o tumefacție care acoperă șanțurile din spatele maxilarului. Ea provoacă o durere la masticație și atunci când se apasă parotidele. Uneori se asociază o angină și o atingere a ganglionilor învecinați. Durerile de cap sunt frecvente. Evoluția este de cele mai multe ori benignă, iar boala regresează de la sine în vreo zece zile.

COMPLICAȚII. Oreionul ia în unele cazuri o formă neuromeningeană (meningită, encefalită, atingere a nervului auditiv); o pancreatită (inflamație a pancreasului) și o orhită (inflamație a testiculelor) sunt, de asemenea, posibile și susceptibile să apară fără inflamația parotidelor.

TRATAMENT. Tratamentul, simptomatic, constă în administrarea de medicamente care combat febra și, în caz de dureri mari, în administrarea antiinflamatoarelor.

Odihna la pat este de rigoare în caz de atingere testiculară, precum și imobilizarea burselor cu un suspensor. Este preconizată evicțiа școlară timp de cincisprezece zile din cauza riscului contagios. După ce a avut oreion, subiectul este imunizat definitiv.

PREVENIRE. Există un vaccin eficace, propus adolescenților și adulților tineri care nu au făcut oreion, precum și copiilor trecuți de vârsta de 1 an. Vaccinul destinat copiilor mici este asociat cu cel al rubeolei și rujeolei (vaccinul R.O.R.).

ORF. Boală virală benignă. SINONIME: *dermatită pustuloasă contagioasă, ectima ovinelor.*

Orful este provocat de un virus; omul se contaminează în contactul cu oile (lână, muls). Boala se traduce printr-un mic nodul inflamator roșu pe spatele mâinii sau pe degete. Tratamentul, facultativ cu excepția cazurilor de suprainfecție, constă în utilizarea antisepticelor locale și a antibioterapiei generale.

ORGAN (donare de). Punerea la dispoziție a unei sau mai multor părți ale corpului unei persoane, de către ea însăși sau de către cei apropiați, în vederea unei transplantări pe o altă persoană a organului sau organelor diferite.

Donatorul poate fi în viață sau în stare de moarte cerebrală. Consimțământul explicit și clar al donatorului în viață este indispensabil în prealabil prelevării și transplantării unui rinichi sau de măduvă osoasă în beneficiul unei rude apropiate care necesită o grefă. O prelevare de organ de la o persoană în stare de moarte cerebrală se face, în general, cu acordul celor apropiați sau al familiei, și doar dacă donatorul nu și-a exprimat în scris refuzul pe când era în viață. Organele prelevate în acest caz pot fi inima, plămânii, ficatul, pancreasul, rinichii și corneea. Pentru a proceda la operație, vitalitatea organelor prelevate trebuie păstrată, adică inima donatorului încă să bată, iar plămânii să fie ventilați cu un aparat de respirație artificială. Organele donatorului trebuie, de altfel, să aparțină aceluiași grup tisular (sau grup H.L.A.) ca și organele primitorului. Această ultimă precauție vizează evitarea fenomenelor de respingere. Prelevările se fac, în general, de la subiecți tineri, victime ale accidentelor pe căile publice, ceea ce crește probabilitatea de prelevare a unor organe sănătoase.

ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂTĂȚII. Instituție interguvernamentală creată în 1948, sub egida

Organizației Națiunilor Unite (O.N.U.), pentru studierea problemelor de sănătate publică.

ORGASM. Punct culminant și final al excitației sexuale, caracterizat prin senzații fizice intense.

Orgasmul se traduce în mod diferite la bărbat și la femeie.

■ *La femeie*, orgasmul este cea de a treia fază a procesului de excitație sexuală, care urmează fazei de excitație crescândă și fazei zisă în platou. Prima fază se caracterizează prin intensitatea crescândă a dorinței sexuale și prin modificări care afectează organele sexuale (turgescența clitorisului, umflarea labiilor vulvei, erecția mameloanelor, întărirea sânilor) și diverse funcții fiziologice (accelerarea ritmului cardiac și a respirației, senzație de căldură, înroșirea pielii). În cursul fazei în platou, senzațiile rămân intense, dar inima și răsuflarea se încetinesc. Faza orgastică este marcată prin declanșarea incontrolabilă, durând câteva secunde, de contracții ale mușchilor vaginului și perineului, însoțite de o secreție a glandelor vaginale. Ea este urmată de faza de rezoluție, caracterizată printr-o cădere a excitației.

■ *La bărbat*, fazei de excitație îi corespunde umflarea și erecția organului viril, asigurate prin afluxul de sânge în corpii cavernoși. Orgasmul corespunde ejaculării: sperma trece din veziculele seminale în uretra posterioară, unde se acumulează înainte de a fi expulzată în 5 sau 6 contracții spasmodice. După orgasm, penisul redevine flasc, iar bărbatul traversează o perioadă în timpul căreia orice excitație sexuală este imposibilă (perioada refractară).

PATOLOGIE. Absența orgasmului, sau anorgasmia, este la bărbat un aspect al impotenței, iar la femeie o componentă esențială a frigidității.

ORGELET. Mic furuncul situat la marginea pleoapei, dezvoltat pornind de la glanda pilosebacee a unui cil.

Cunoscut în limbajul curent sub denumire de ulcior, orgeletul este provocat, în principal, de un stafilococ.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Orgeletul este dureros și antrenează formarea unui edem roșietic al pleoapelor, apoi o tumefacție care lasă loc unui burbion (supurație localizată la baza unui fir de păr).

TRATAMENT. Aplicarea pe orgelet a unor pomezi antibiotice activează eliminarea burbionului, observată în câteva zile. Întotdeauna trebuie evitată manipularea unui orgelet, deoarece infecția riscă să se întindă.

O.R.L. → OTORINOLARINGOLOGIE.

ORNITOZĂ. Boală infecțioasă provocată de bacteria *Chlamydia psittaci*.

Ornitoza, boală rară, este transmisă omului de către porumbeii urbani și de către unele păsări de apartament.

SIMPTOME ȘI TRATAMENT. Ornitoza provoacă o febră, o tuse și dureri intense de cap, mai rar dificultăți respiratorii. Infecția este tratată prin administrarea de antibiotice.

OROFARINGE. Parte medie a faringelui.

Orofaringele este plasat în spatele cavității bucale; el se continuă în sus prin rinofaringe (în spatele foselor nazale) și în jos prin hipofaringe (în spatele laringelui).

ORTHEZĂ. Aparat ortopedic rigid destinat să protejeze, să imobilizeze sau să susțină un membru sau o altă parte a corpului.

ORTODONȚIE. Specialitate medicală care vizează prevenirea sau corectarea anomaliilor de poziție ale dinților.

ORTOFONIE. Disciplină paramedicală care are drept scop studiul și tratamentul tulburărilor de limbaj oral și scris.

Ortofonia privește tulburările emisiei vocale, cele ale articulării cuvintelor și cele ale limbajului, precum și dificultățile de deprindere a cititului și scrisului. Ea poate fi indicată atât copilului, cât și adultului, după o boală (afecțiune sau urmări ale chirurgiei laringelui, afecțiuni neurologice etc.), în caz de surditate, de malformație congenitală a laringelui sau în cazul unei întârzieri de achiziție a limbajului.

Ședințele sunt bazate pe exerciții realizate de către pacient, privind una sau alta dintre caracteristicile limbajului, de exemplu articularea, semnificația cuvintelor sau organizarea frazelor; varietatea abordărilor reeducative este actualmente foarte mare.

Rezultatul este subordonat nu doar gravității tulburărilor, ci și necesității unei bune înțelegeri a exercițiilor și motivației pacientului.

ORTOGENISM. Ansamblu de metode de planificare și reglare a nașterilor.

Ortogenismul cuprinde diferitele metode de contraceptie și întreruperile voluntare ale sarcinii. Ligaturarea trompelor la femei, ligaturarea canalelor deferente sau secționarea lor (vazectomie) la bărbat fac parte din acest ansamblu de măsuri. Sfatul conjugal și sfatul genetic participă, de asemenea, la ortogenism.

ORTOPEDIE. Disciplină, în esență chirurgicală, care tratează afecțiunile congenitale sau dobândite ale aparatului locomotor și ale coloanei vertebrale (oase, articulații, ligamente, tendoane și mușchi).

ORTOPNEE. Gâfâială care apare în stare de repaus, atunci când subiectul este lungit pe spate.

ORTOPTIE sau **ORTOPTICĂ.** Specialitate paramedicală care are drept scop evaluarea și măsurarea deviațiilor oculare, apoi asigurarea reeducării ochilor în caz

de dereglare a vederii binoculare: strabism, heteroforie (deviația axelor vizuale) sau insuficiență a convergenței.

Reeducarea ortoptică. O reeducare ortoptică nu poate fi avută în vedere decât atunci când există o vedere binoculară corectă — ceea ce este cazul, în principal, în cursul heteroforiilor (deviațiile latente ale axelor vizuale) și în insuficiența convergenței — și doar dacă aceste tulburări sunt responsabile de manifestări funcționale neplăcute. Reeducarea ortoptică are ca scop esențial creșterea amplitudinii de fuzionare (cea ce constă în suprapunerea imaginilor de la fiecare ochi într-una singură). Exercițiile oculare constau, în principal, în ameliorarea puterii de convergență și sunt practicate cu o corecție optică adaptată.

OS. Structură rigidă, puternic mineralizată, constituind scheletul omului și vertebratelor.

În afara rolului său de susținere, osul reprezintă principala rezervă de calciu a organismului, element al cărui nivel constant în sânge este indispensabil pentru numeroase funcții fiziologice.

DIFERITE TIPURI DE OASE. După forma lor se deosebesc oasele plate (osul bolții craniene, coastele, omoplații, sternul), oasele scurte (oasele carpului sau ale tarsului, vertebrele) și oasele lungi (femurul, tibia, peroneul, humerusul, cubitusul, radiusul). Oasele lungi prezintă o parte medie, diafiza, și două extremități, epifizele, îmbrăcate în cartilagiu, formând suprafețele articulare. Între diafiză și epifiză, diametrul osos crește treptat: această zonă de tranziție este numită metafiză. Cartilagiul de conjugare, situat între metafiză și epifiză, materializează zona de creștere în lungime a oaselor lungi; el nu există decât la copil.

STRUCTURĂ. Osul este un țesut conjunctiv de susținere, cu structură lamelară. Suprafața sa este acoperită de periost, membrană conjunctivă care permite creșterea osoasă în grosime și fabricarea calusului în caz de fractură. Dedesubt se găsește o lamă de os dens, deosebit de rezistent, asemănător fildeșului: osul cortical sau osul compact. Sub această lamă, se paote găsi un os mai puțin dens: acesta este osul spongios sau osul trabecular; el conține măduva osoasă roșie, care fabrică celulele sangvine (globule roșii, globule albe și plachete).

Țesutul osos este constituit dintr-o tramă proteică, zona osteoidă, compusă, în principal, din colagen, dintr-o fracțiune minerală constituită din calciu și fosfor și din trei familii de celule:

— osteoblastele și osteocitele, care elaborează matricea osoasă;

— osteoclastele, care o distrug.

PATOLOGIE.

■ *Distrofiile* (leziunile provocate de o deficiență de nutriție a osului) pot fi dobândite (boala osoasă a lui Paget) sau ereditare (osteopetroza).

■ *Fracturile* trebuie să fie reduse și imobilizate într-o modalitate ortopedică (gips) sau chirurgicală (osteosinteză).

■ *Infectiile oaselor* sunt îndeosebi osteomielita și tuberculoza osoasă.

■ *Bolile oaselor* pot fi legate de o afecțiune extraosoasă (osteodistrofia insuficienților renale, demineralizarea hiperparatiroidiilor, osteoporoza hipertiroidiilor etc.).

■ *Tumorile oaselor* pot fi benigne (condrom, osteom, osteoblastom) sau maligne (osteosarcom, condrosarcom, fibrosarcom, sarcomul lui Ewing, tumoră secundară).

OSGOOD-SCHLATTER (boală a lui). Inflamație a apofizei tibiale anterioare (protuberanță situată chiar sub genunchi, palpabilă sub piele, pe care se inseră tendonul rotulian), survenind în timpul creșterii. SINONIM: *apofizita tibială anterioară de creștere*.

Boala lui Osgood-Schlatter face parte dintre apofizitele de creștere. Afecțiunea debutează între 10 și 15 ani prin dureri locale exacerbate la mers și la alergat.

Tratamentul constă în luarea de antiinflamatoare și în încetarea activității care se află la originea durerii (alergat, de exemplu) timp de mai multe luni, uneori un an. Dacă, cu toate acestea, durerile încă persistă, se poate recurge la o imobilizare gipsată, timp de o lună sau două. Vindecarea se face fără sechele.

OSIFICARE. Totalitatea fenomenelor tisulare și biochimice mulțumită cărora osul este format, reînnoit, reparat.

TULBURĂRI ALE OSIFICĂRII. O osificare anormală poate afecta țesuturile în mod normal neosificate: cavitățile articulare (osteocondromatoza sinovială), mușchi (sechele de hematoame intramusculare).

OSTEITĂ. Infecție a unui os, de origine microbiană, provocată, în cele mai multe cazuri, de stafilococul auriu.

Atunci când este atinsă măduva osoasă, ceea ce este cazul aproape întotdeauna la copil și la adolescent, se vorbește de osteomielită.

OSTEOBLAST. Celulă care asigură formarea țesutului osos.

OSTEOBLASTOM. Tumoră osoasă, în majoritatea cazurilor benignă, a subiectului tânăr, dezvoltată pe seama osteoblastelor. SINONIM: *fibrom osteogenic al oaselor*.

OSTEOCONDRITĂ. Epifizită care afectează un cartilagiu și uneori osul subcondral (regiunea osoasă situată sub cartilagiul articular), provocată de o necroză (moarte tisulară) localizată. SINONIM: *osteocondroză*.

Apărând, în general, între 4 și 12 ani, osteocondritele afectează mai ales băieții. Ele sunt cauzate de precaritatea circulației sangvine în osul subcondral în timpul puseelor de creștere și sunt agravate de microtraumatismele legate de o activitate sportivă. Ele afectează de cele mai multe ori articulația genunchiului, a gleznei, a șoldului (boala lui

Legg-Perthes-Calvé); atunci când afectează vertebrele, sunt grupate sub denumirea de osteodistrofii de creștere (boală a lui Scheuermann, de exemplu, în care sunt afectate platourile vertebrale).

Dacă fragmentul osos necrozat cade în cavitatea articulară, el poate provoca o artroză precoce. Tratamentul constă în oprirea activității sportive, în punerea în repaus a articulației timp de cel puțin două luni și, eventual, în ablația, prin chirurgie convențională sau endoscopică a fragmentului osos necrozat.

OSTEOCONDRITĂ PRIMITIVĂ A SOLDULUI. → LEGG-PERTHES-CALVÉ (boală a lui).

OSTEOCONDRODISTROFIE. Orice boală caracterizată prin anomalii ale creșterii și dezvoltării oaselor, precum și ale cartilagiilor articulare și de conjugare.

OSTEOCONDROM. → EXOSTOZĂ.

OSTEOCONDROZĂ. → OSTEOCONDRITĂ.

OSTEODISTROFIE. Orice boală caracterizată prin anomalii ale creșterii și dezvoltării oaselor.

OSTEODISTROFIE RENALĂ. Totalitate a anomaliilor de structură osoasă legate de o insuficiență renală cronică.

Osteodistrofia renală se traduce prin dureri și anomalii radiologice osoase care exprimă o resorbție a extremităților oaselor lungi mici (clavicule, falange). La copil, ea are drept consecință o întârziere a creșterii.

OSTEOFIT. Excrescență osoasă dezvoltată pe perimetrul unei suprafețe articulare al cărei cartilagiu este alterat de artroză.

Pe rachis, osteofitele formează ceea ce se numesc în mod curent „ciocuri de papagal". De altfel, acestea sunt caracteristice pentru boala hiperostozantă.

Osteofitele, extraarticulare, nu deranjează funcționarea articulației, dar cresc volumul osos. Nedureroase, chiar atunci când ajung la dimensiuni importante, ele nu necesită un tratament specific.

OSTEOGENEZĂ. Constituire și dezvoltare a țesutului osos.

OSTEOGENEZĂ IMPERFECTĂ. Fragilitate osoasă excesivă provocată de un defect congenital de elaborare a fibrelor colagenice ale țesutului conjunctiv care formează trama osului. SINONIM: *fragilitate osoasă ereditară*.

Osteogeneza imperfectă caracterizează, de fapt, 7 boli ereditare, între care și boala lui Lobstein. Transmisia este autosomică (printr-un cromozom nesexual) dominantă (este suficient ca el să fie primit doar de la unul dintre părinți pentru ca boala să se dezvolte la copil) și boala se traduce printr-o coloratie albăstruie a albului ochilor, printr-o surditate, printr-o hiperlaxitate ligamentară și prin fracturi frecvente care duc la deformații. Nu există vreun tratament specific al acestei boli.

OSTEOM. Tumoră benignă constituită din țesut osos adult, care afectează o structură anatomică, osoasă sau nu (mușchi, îndeosebi).

Osteomul osteoid este o tumoră benignă constituită din osteoblaste (celule care produc țesut osos), bogat vascularizată, apărând în 90% din cazuri între 5 și 25 ani, cu o netă predominanță masculină. Tumora este amplasată mai ales pe oasele lungi ale membrelor (femur, humerus, radius, tibie) și pe vertebre și se traduce prin dureri, în general nocturne, atenuate de aspirină. Osteomul osteoid, a cărui evoluție este foarte lentă, trebuie să fie eliminat pe cale chirurgicală.

OSTEOMALACIE. Decalcifiere osoasă a adultului și a subiectului vârstnic.

Osteomalacia, echivalentul la adult al rahitismului de la copil, este provocată de o mineralizare osoasă de proastă calitate, legată — la rândul ei — de o carență în vitamina D. Aceasta poate fi consecința unui aport alimentar insuficient sau, mai des, a unei absorbții insuficiente de vitamină D (boală de pancreas, intoleranță la gluten). În plus, o osteomalacie poate fi provocată de o intoxicație a osului cu unele substanțe (fluor, bifosfonați) sau poate fi urmarea unei scăderi importante a nivelului de fosfor în sânge (insuficiență renală cronică).

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Boala se traduce prin dureri cvasiconstante, cu amplasare în șolduri și în umeri; deformațiile osoase, care afectează în principal vertebrele, membrele inferioare și bazinul, sunt importante uneori. Subiectul întâmpină dificultăți la mers.

TRATAMENT. Administrarea de vitamină D asigură, în general, o vindecare rapidă a osteomalaciei; în general, se asociază și un aport în calciu.

OSTEOMIELITĂ. Boală infecțioasă gravă, cronică sau acută, a țesutului osos.

Microbul responsabil de osteomielită este stafilococul auriu. El contaminează osul pe cale sangvină, plecând de la o infecție locală (plagă infectată, abces, fractură deschisă). Osteomielita afectează mai ales oasele lungi (tibie, femur, humerus); ea se declară cu precădere la copii sau la adolescenți.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Osteomielita se semnalează prin dureri intense ale osului atins, însoțite de o impotență funcțională totală, printr-o inflamație și o umflătură locală, o febră mare și o alterare a stării generale. Uneori, simptomele sunt mai puțin intense, asemănătoare cu cele ale gripei.

TRATAMENT. Tratamentul trebuie să fie întreprins de urgență. El constă dintr-o antibioterapie prelungită (mai

multe luni), cu imobilizarea osului infectat printr-un gips. O intervenție chirurgicală (ablație și grefă osoasă) poate fi necesară în caz de osteomielită acută, pentru îndepărtarea unui sechestru (fragment osos izolat), sau în caz de osteomielită cronică.

OSTEONECROZĂ. Moartea unui țesut osos, cauzată de o întrerupere a circulației sangvine, ducând la un infarct osos. SINONIM: *necroză ososasă aseptică*.

Traveele osoase ale osului mort nu se mai reînnoiesc și sfârșesc prin a se prăbuși. Dacă osteonecroza afectează o zonă articulară, articulația se deformează și devine dureroasă. O osteonecroză poate atinge toate articulațiile, în particular capul femural, cel al humerusului și condilul intern (extremitatea inferioară) a femurului.

CAUZE. O osteonecroză poate surveni ca urmare a unui traumatism (fractura colului femural care secționează vasele ce îl hrănesc; fractura semilunarei încheieturii mâinii) sau a unei hiperpresiuni ososase (osteonecroza plonjorilor submarini), în cursul unor afecțiuni (diabet, drepanocitoză, alcoolism) sau al unui tratament cu corticosteroizi. Uneori, mai ales la copii, nu se găsește cauza bolii.

SIMPTOME. Durerea antrenează o diminuare a mobilității articulare. Diagnosticul precoce se face prin scintigrafie ososasă sau prin imagerie prin rezonanță magnetică (I.R.M.), radiografia nepunând în evidență semnele bolii decât mult mai târziu.

TRATAMENT. Dacă osul necrozat nu este de sprijin, tratamentul constă în ușurarea încărcării pe membrul afectat, pacientul trebuind să meargă cu ajutorul bastoanelor timp de 3 au 4 luni. Dacă, din contră, osul necrozat se află într-o zonă ososasă care suportă greutatea corpului (femur, tibie), o osteotomie (secționarea osului) și, uneori, punerea unei proteze articulare sunt necesare.

OSTEOPATIE. 1. Orice boală ososasă. 2. Metodă terapeutică manuală utilizând tehnici de manipulare vertebrale sau musculare.

Osteopatia admite faptul că o stare bună a corpului uman este legată de buna funcționare a aparatului său locomotor (schelet, articulații, tendoane, nervi și mușchi). Ea poate acționa și la distanță, pornind de la sistemul musculo-scheletic, asupra principalelor organe ale corpului omenesc, utilizând tehnici de torsiune, de întindere și de presiune. Manipulările osteopatice sunt efectuate în mod normal de către un medic. Scurte, însoțite de o ușoară trozniturăi, ele sunt, de obicei, nedureroase. În Franța, spre deosebire de Statele Unite, unii osteopați nu sunt medici.

OSTEOPETROZĂ. Îngroșare și întărire, generalizată sau localizată, a scheletului. SINONIME: *boala a lui Albers-Schönberg, boala a oaselor de marmură*.

În forma sa cea mai frecventă, osteopetroza apare din primele luni de viață și se traduce prin fracturi evasispontane, o anemie, o creștere în volum a splinei și tulburări vizuale.

Nu există un tratament specific al osteopetrozei.

OSTEOPLASTIE. Intervenție chirurgicală constând în restaurarea unui os cu ajutorul grefoanelor ososase sau al unei proteze.

OSTEOPOROZĂ. Diminuare treptată a tramei proteice a osului, care rămâne totuși normal mineralizată.

Ușurarea tramei proteice ososase este un fenomen natural, denumit osteopenie fiziologică, legat de îmbătrânirea scheletului. Osteoporoza este caracterizată prin exagerarea acestui proces, din cauza unui dezechilibru între activitatea osteoblastelor (celule care asigură formarea țesutului ososș) și cea a osteoclastelor (celule care asigură distrugerea țesutului ososș): pentru un același volum, osul este mai puțin dens, deci mai fragil. Cauzele osteoporozelor sunt multiple. Cea mai obișnuită este osteoporoza postmenopauzică: la menopauză, nivelul de estrogeni (hormoni protectori ai țesutului ososș) suferă o prăbușire, pe când cel al corticosteroizilor (hormoni care cresc resorbția ososă) rămâne constant. Osteoporoza senilă se observă mai ales la femeia trecută de 60 ani, iar frecvența crește cu vârsta; ea este favorizată de sedentarism, de absența expunerii la lumina naturală (care permite sintetizarea vitaminei D de către piele), de un regim sărac în calciu și în proteine. Osteoporoza mai poate fi și de origine endocrină sau medicamentoasă: excesul de hormoni tiroidieni (legat de o hipertiroidie sau de un tratament prost dozat al unei hipotiroidii) sau paratiroidian (prezența unui adenom pe una dintre glandele paratiroide), de corticosteroizi (boala lui Cushing, tratamentul cu corticosteroizi) etc. Aceste osteoporoze pot surveni la orice vârstă.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Fracturile sunt principalele manifestări ale osteoporozelor. Locul de producere a fracturilor variază în funcție de cum micșorarea densității ososase afectează osul cortical sau osul spongios.

DIAGNOSTIC. Foarte des, o tasare vertebrală sau o transparență excesivă la radiografie permit detectarea unei osteoporoze. Această tasare trebuie să fie confirmată, iar importanța ei este măsurată actualmente mai curând prin biopsie ososașă decât prin absorbțiometrie bifotonică. Evoluția tasării poate fi urmărită măsurând cu regularitate înălțimea pacientului. O tasare vertebrală duce la pierderea în înălțime a 1–2 centimetri. O osteoporoză care implică multiple tasări vertebrale poate duce la pierderea în înălțime până la 15–20 centimetri.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul osteoporozei postmenopauzice constă în luarea de estrogeni naturali. Tratamentul osteoporozelor endocrine sau medicamentoase este cel al cauzei lor. Printre alte tratamente medicale propuse pentru a lupta contra evoluției osteoporozei, pot fi citate luarea de calciu, de vitamină D și de fluor pe cale

orală, injecțiile intramusculare de calcitonină. Totuși, nici unul dintre aceste medicamente nu este de o eficacitate constantă, iar unele pot avea chiar și efecte nedorite: hipercalcemia și formarea de calculi pentru calciu, fragilizarea osoasă pentru fluor; mai mult, efectul calcitoninei este limitat de anticorpii formați de către organismul subiectului.

Prevenirea osteoporozei este deci indispensabilă. Imobilitatea favorizând pierderea osoasă, exercițiul fizic (mers), chiar practicarea regulată a unor activități sportive, pot fi utile; orice supraantrenament are totuși efecte nefaste. Este recomandabil ca alimentația să fie bogată în calciu și în proteine (lapte, produse lactate, carne, pește) și să se limiteze consumul de alcool și fumatul. Sarcinile și alăptarea au un efect benefic asupra capitalului osos.

OSTEOSARCOM. Tumoră malignă a osului. SINONIM: *sarcom osteogenic*.

Osteosarcomul este cea mai frecventă dintre tumorile osoase primitive (ele nu sunt formate prin metastaze pornite de la un alt cancer). În majoritatea cazurilor, osteosarcomul survine la copil și la adolescent.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Tumora se dezvoltă, de obicei, pe partea medie a oaselor lungi găsindu-se în vecinătatea articulației genunchiului (pe femur sau pe tibie) și a umărului (pe humerus). Un osteosarcom se întinde destul de repede la țesuturile adiacente, distruge osul sănătos din apropiere. Osteosarcomul poate, de asemenea, să disemineze pe calea sangvină (metastaze pulmonare).

Un osteosarcom se traduce printr-o tumefacție locală ușor inflamatorie, dureroasă; la un stadiu mai avansat, tumefacția este mare și devine foarte dureroasă. Uneori, el este pus în evidență printr-o fractură „patologică", adică o fractură care survine în mod spontan sau după un traumatism minim. Diagnosticul se pune pe baza radiografiei și a examenului histologic al tumorii după biopsie.

TRATAMENT. Acesta constă în chimioterapie și în ablația chirurgicală a tumorii; ablația trebuie să fie cât mai mare posibil, dar încercându-se totuși conservarea celei mai mari părți a membrului atins cu scopul de a facilita punerea unei proteze articulare; amputația, în cazuri excepționale, este rezervată tumorilor voluminoase sau recidivelor. Rezultatele operației sunt în mare măsură satisfăcătoare.

OSTEOSCLEROZĂ. Creștere a densității osoase, adesea ca o reacție la o leziune din vecinătate.

OSTEOSINTEZĂ. Reasamblare a fragmentelor osoase ale unei fracturi cu ajutorul șuruburilor, agrafelor, plăcilor cu șuruburi, cuielor, broșelor sau oricărui alt mijloc mecanic.

Prin osteosinteză se imobilizează mai ales fracturile instabile sau care riscă să lezeze elementele anatomice (artere, nervi etc.). La subiecții în vârstă, în caz de fractură a colului femural îndeosebi, această tehnică permite în plus limitarea consecințelor unei imobilizări îndelungate la pat (escare, embolie pulmonară, denutriție, risc de infecție urinară și pulmonară etc.). În fapt, atunci când se recurge la osteosinteză, imobilizarea este mult mai strictă, și deci mai puțin îndelungată, comparativ cu oricare alt procedeu (gips, atelă). Adesea, reeducarea poate începe chiar în zilele imediat următoare intervenției. Materialul de osteosinteză, uneori voluminos și deranjant, este îndepărtat după un interval cuprins între 6 și 18 luni. Fracturile deschise, care antrenează daune musculare și cutanate importante, necesită o osteosinteză cu fixator extern: broșe mari, legate și solidarizate între ele prin una sau mai multe piese metalice, imobilizează osul trecând prin piele și prin mușchi, la distanță de focarul de fractură.

OSTEOTOMIE. Secționare chirurgicală a unui os cu scopul de a-i modifica axa, dimensiunile sau forma.

OTITĂ. Inflamație a cavităților urechii medii, a mucoasei care le tapetează și a timpanului (miringită). SINONIM: *otită medie*.

Otitele pot fi acute, subacute sau cronice, după evoluția lor.

Otita acută. Este vorba de o inflamație prin infecție bacteriană (pneumococ, haemophilus, streptococ, stafilococ), uneori virală, care afectează de cele mai multe ori copiii de vârste între 6 luni și 2 ani, în particular copiii crescuți în colectivitate. Infecția este mai întâi faringeană, apoi se propagă la ureche prin canalul trompei lui Eustachio.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O otită acută se traduce printr-o durere violentă a urechii, asociată cu o febră de aproximativ 38,5°C. Ea evoluează în patru stadii: otită congestivă, în care timpanul nu este decât roșu; otită catarală, în care timpanul devine neted și opac; otită purulentă, în care bombarea timpanului dovedește prezența puroiului în căsuța timpanului; otită perforată, în care o perforație în timpan lasă puroiul să se scurgă în exterior.

Complicațiile unei otite acute netratate, astăzi rare, sunt extinderea infecției la mastoidă (os situat în spatele urechii), la labirint (urechea internă), la meninge sau la nervul facial.

TRATAMENT. Unui copil care se plânge de dureri de urechi sau a cărui febră nu scade trebuie să i se acorde îngrijiri medicale fără întârziere. Tratamentul unei otite acute este bazat pe administrarea de antibiotice, asociată sau nu cu o paracenteză (perforare chirurgicală a timpanului) atunci când timpanul este bombat.

Otita subacută. Este vorba, în general, de o otită seroasă, inflamația urechii însoțită de o efuziune lichidiană (fără puroi), provocată de o proastă funcționare a trompei lui Eustachio. Ea se manifestă prin otite acute repetate și/sau o scădere a auzului.

Tratamentul, dificil, constă, după caz, în administrarea de antibiotice, în ablația vegetațiilor adenoide, în punerea unui aerator transtimpanic (yoyo) sau, eventual, în cure termale.

Otita cronică. Există două tipuri de otită cronică: otita mucoasă, caracterizată printr-o perforare a timpanului, și

otita colesteatomatoasă, provocată de o dezvoltare în urechea internă a unui chist epidermic, colesteatomul.

O otită cronică se traduce printr-o scădere a auzului şi printr-o scurgere; otita cronică colesteatomatoasă se complică, în unele cazuri, cu o paralizie facială, cu o labirintită sau cu o meningită.

Tratamentul este mai ales chirurgical şi constă în repararea timpanului sau în practicarea ablaţiei colesteatomului.

OTITĂ EXTERNĂ. Inflamaţie a pielii care tapetează conductul auditiv extern.

O otită externă este cauzată de o infecţie cu o bacterie sau cu o ciupercă microscopică. Ea se traduce printr-o durere, mâncărimi şi o scurgere. Tratamentul constă în instilarea de picături de antiseptic, de antibiotic sau de antifungic în ureche.

OTOPLASTIE. Intervenţie chirurgicală constând în corectarea unei înfăţişări inestetice sau unei malformaţii a pavilionului urechii.

Corecţiile minore, îndeosebi cele ale urechilor depărtate de cap, necesită doar o spitalizare de aproximativ 48 ore, apoi purtatul unui pansament compresiv timp de câteva ore după intervenţie. Urmările operatorii sunt puţin dureroase, cicatrizarea intervenind în 15 zile; rezultatele sunt, în general, foarte bune.

OTOREE. Scurgere de lichid provenind din ureche.

Cauza este adesea o inflamaţie, de origine în principal infecţioasă, a conductului auditiv extern sau a urechii medii (otită). Poate fi vorba, de asemenea, de o scurgere de lichid cefalorahidian (lichid care se găseşte în meninge), după un traumatism cranian; această scurgere este atunci limpede, ca „apă de izvor".

O otoree necesită o consultaţie rapidă sau o spitalizare în caz de traumatism.

OTORINOLARINGOLOGIE. Specialitatea medicală care studiază fiziologia urechilor, nasului şi gâtlejului (laringe şi faringe), patologia şi tratamentul bolilor unei regiuni anatomice cuprinsă între baza craniului şi orificiul superior al toracelui, cu excepţia dinţilor şi ochilor.

OTOSCOP. Instrument care permite examenul conductului auditiv al timpanului.

OTOSPONGIOZĂ. Boală ereditară a urechii medii, cu evoluţie progresivă, antrenând o surditate.

Otospongioza survine după pubertate, de cele mai multe ori la femei. Este o afecţiune care antrenează un blocaj al mişcării scăriţei, oscior al urechii medii.

Tratamentul otospongiozei este stapedectomia (ablaţia chirurgicală a scăriţei), urmată de o înlocuire a scăriţei printr-o proteză în formă de piston. Intervenţia, care are un foarte bun procent de reuşită (90% din cazuri), antrenează recuperarea definitivă a unei bune părţi a acuităţii auditive. Această intervenţie comportă un risc de degradare a urechii interne care poate antrena o surditate.

OTRĂVIRE. → INTOXICAŢIE.

OVAR. Fiecare dintre cele două glande genitale ale femei.

Ovarele, împreună cu cele două trompe ale lui Fallopio şi cu uterul, constituie aparatul genital intern feminin.

STUCTURĂ. La femeia adultă, ovarele sunt formaţiuni mici cu lungimea de 4 centimetri, lăţimea de 2 centimetri şi grosimea de 1 centimetru. Ele sunt amplasate de o parte şi de alta a uterului şi faţa lor internă corespunde pavilionului trompei. Ligamente le leagă de organele învecinate (uter, trompe), dar ele rămân mobile. Un ovar este compus din două straturi de ţesut: în centru, partea medulară conţine vasele sangvine care asigură irigarea; la periferie, partea corticală, care ocupă două treimi din glandă, conţine la naşterea persoanei toţi foliculii care vor asigura în cursul fiecărui ciclu menstrual maturarea unui ovocit şi expulzarea unui ovul, elementul femelă al reproducerii.

FUNCŢIE. Rolul ovarului este dublu: pe de o parte, el eliberează în fiecare lună la femeie, începând cu pubertatea şi până la menopauză, un ovul maturizat în folicul; pe de altă aprte, el secretă hormonii sexuali feminini (estrogenii).

EXAMENE. Palparea abdomenului permite căutarea chisturilor ovariene. Cele două examene principale ale ovarelor sunt ecografia şi celioscopia (introducerea unui sistem optic printr-o mică incizie abdominală.

PATOLOGIE. Ovarul poate fi sediul unor leziuni inflamatorii în cadrul unei salpingite (inflamaţie a uneia sau ambelor trompe), unor tumori benigne (chisturi) sau maligne (cancere). Insuficienţa ovariană antrenează tulburări ale ciclului menstrual şi, adesea, o sterilitate.

OVARELOR POLICHISTICE (sindrom al). Afecţiune cronică ce se caracterizează prin prezenţa pe ovare a unor multiple chisturi tari de mărime variabilă, prin tulburări ale fluxului menstrual, printr-o pilozitate abundentă şi printr-o greutate excesivă. SINONIME: *distrofie ovariană, ovarită sclerochistică, polichistoză ovariană, sindrom al Stein-Leventhal.*

Sindromul ovarelor polichistice are o cauză încă necunoscută. Tulburările menstruale constau într-o absenţă sau o neregularitate a fluxului menstrual şi în tulburări ale ovulaţiei. Totuşi, unele femei au sarcini fără probleme în pofida anomaliilor ciclului lor menstrual.

TRATAMENT. Tratamentul este cel al simptomelor. El poate consta în inducerea ovulaţiei dacă femeia doreşte să rămână gravidă, dar rezultatele rămân mediocre. Uneori este avut în vedere un tratament celiochirurgical; laserul sau rezecţia celiochirurgicală a unei părţi a peretelui ovarului permit uneori producerea ovulaţiilor. Dacă nu se doreşte o sarcină, un tratament hormonal cu antiandrogeni serveşte la reglarea scurgerilor menstruale şi la diminuarea pilozităţii

în câteva luni. Uneori, contraceptia orală permite dispariția chisturilor.

OVARIECTOMIE. Ablația chirurgicală a unui ovar.

O ovariectomie este practicată în caz de tumoră sau de chist al ovarului. Atunci când ea privește ambele ovare, se vorbește de castrare.

Intervenția este realizată fie prin deschiderea peretelui abdominal, fie prin celioscopie (introducerea prin peretele abdominal a unui tub dotat cu un sistem optic și cu instrumente de microchirurgie), fie prin cele două metode combinate. Anestezia este generală în ambele cazuri.

Dacă ablația privește un singur ovar, ovulația este păstrată, ca și producția hormonală. În schimb, ablația ambelor ovare, atunci când este practicată înainte de menopauză, provoacă o menopauză artificială, prin carență hormonală și, în consecință, o sterilitate definitivă.

OVARITĂ. Inflamație a unuia sau ambelor ovare, în general consecutivă unei salpingite (inflamație a uneia sau ambelor trompe). → SALPINGITĂ.

OVARULUI (cancer al). Cancer care atinge ovarul, în principal sub forma unui adenocarcinom (tumoră malignă care se dezvoltă pe țesuturile mucoase sau glandulare).

Cancerul ovarului este puțin frecvent; el se situează în cel de al 4-lea rang al cancerelor ginecologice și survine de cele mai multe ori după menopauză.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Simptomle sunt banale: dureri abdominale și pelviene, anemie, slăbire, obosealâ, lipsă a poftei de mâncare.

Cancerul de ovar este diagnosticat la palparea abdominală, completată cu ecografia, scanerul și biopsia tumorii.

TRATAMENT. Acesta este chirurgical și constă în îndepărtarea ambelor ovare și a ambelor trompe (anexectomie bilaterală), precum și a uterului (histerectomie). Acest tratament este asociat adesea cu o chimioterapie și, mai rar, cu o radioterapie. O supraveghere regulată a femeii este necesară după tratament: într-adevăr, majoritatea cancerelor de ovar secretă substanțe denumite markeri tumorali care, prezenți în sânge, atestă metastazele pelviene sau cele diseminate la distanță (în ficat, de exemplu).

PREVENIRE. O supraveghere ginecologică regulată este necesară pentru a permite o depistare și un tratament mai precoce.

OVARULUI (chist al). Colecție anormală de lichid, delimitată de o membrană și situată în interiorul unui ovar.

Mărimea unui chist ovarian este foarte variabilă (de la câțiva milimetri la mai mulți centimetri în diametru). Un ovar care prezintă mai multe chisturi se numește polichistic.

DIFERITE TIPURI ALE CHISTULUI DE OVAR

■ *Chisturile funcționale* reprezintă 90% dintre cazuri. Ele rezultă dintr-o hiperfuncționare a hormonilor care reglează ovarul.

■ *Chisturile organice*, de cauză necunoscută, cuprind chistul dermoid, format dintr-o structură celulară identică cu cea a pielii, chistul mucoid, provocat de o secreție locală de mucină (substanță de consistența unei paste), și chistul seros (de conținut mai fluid).

SIMPTOME ȘI SEMNE. În numeroase cazuri, un chist al ovarului nu se traduce prin nici un semn și este descoperit cu ocazia unui examen ginecologic (tușeu vaginal asociat cu palparea abdomenului). În alte cazuri, chistul provoacă o senzație de greutate abdominală, dureri în timpul raporturilor sexuale, o amenoree (oprirea fluxului menstrual) sau o sângerare, sau o jenă la urinat. Unele chisturi secretă hormoni feminizanți (estrogeni) sau masculinizanți (androgeni). Primele nu dau simptome, celelalte antrenează o înăsprire a vocii și o pilozitate abundentă.

TRATAMENT. Tratamentul chisturilor funcționale face apel la un medicament ca „pilula", care blochează ovulația; chistul dispare în mod normal după câteva cicluri menstruale. Chisturile organice sunt tratate prin ablație, realizată de cele mai multe ori prin celioscopie. În cele mai multe cazuri, ovarul este păstrat, iar fecunditatea nu are de suferit.

OVUL. Celulă feminină (gamet) a reproducerii.

Ovulul este gametul femelă provenit din maturarea unui ovocit. Ovulul este amplasat într-un fel de mic chist al peretelui foliculului ovarian care, în a 14-a zi a ciclului menstrual, se rupe pentru a realiza ovulația. Eliberat, ovulul este prins de către franjele pavilionului trompei uterine și se angajează prin ea spre uter, unde va fi eventual fecundat de către un spermatozoid și va deveni un ou. → FOLICUL OVARIAN.

OVULAȚIE. Eliberare a unui ovul de către ovar. SINONIM: *ponta ovulară*.

Ovulația este un fenomen ciclic care începe la pubertate și încetează la menopauză.

MECANISM. La fiecare ciclu menstrual, la suprafața ovarului, un folicul se umflă și se rupe, eliberând ovulul pe care-l conține. Ovulul cade în vecinătatea pavilionului trompei uterine (trompa lui Fallopio), este înhățat de către franjele tubare și începe prin trompă drumul său spre uter. În ce privește foliculul golit, acesta degenerează și se transformă în corp galben.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Ovulația nu antrenează în general nici un simptom, dar unele femei resimt o durere laterală în burtă sau o mică pierdere de sânge. Aflarea datei ovulației se poate face prin următoarea metodă: studiul curbei de temperatură în cursul ciclului menstrual. Traiectul curbei termice cuprinde un platou sub temperatura de 37°C, urmat de un platou deasupra temperaturii de 37°C. Se pare că ovulația se produce în prima zi de ridicare a temperaturii sau în ultima zi de temperatură joasă. Această măsură permite să se stabilească faptul că ovulația a avut loc, dar nu servește în nici un fel la previziunea ei.

PATOLOGIE. O absență a ovulației poate avea mai multe motive: o insuficiență hormonală, o contracepție orală (estroprogestative), unele medicamente (anticanceroase, de exemplu). Inducerea artificială a ovulației, prin administrarea de hormon foliculostimulant și de hormon luteinizant purificați, face parte din tratamentul unor sterilități. De altfel, o absență a ovulației nu se traduce în mod necesar printr-o amenoree (absența fluxului menstrual).

OXALOZĂ. Acumulare în diferite țesuturi ale organismului, și cu precădere în rinichi, de cristale de oxalat de calciu, legată de o producție excesivă de acid oxalic. SINONIM: *hiperoxalurie congenitală*.

Oxaloxa este o boală ereditară.

Boala, care se manifestă în general din fragedă copilărie, se traduce prin colici nefretice și mai ales printr-o insuficiență renală cronică.

Atunci când insuficiența renală este într-un stadiu foarte avansat, o epurare a sângelui prin hemodializă devine indispensabilă.

OXIGEN. 1. Element constitutiv fundamental al materiei vii, în același fel ca și carbonul, hidrogenul și azotul. **2.** Gaz incolor, inodor, constituit din doi atomi de oxigen (O_2), care formează partea de aer necesară respirației.

Oxigenul reprezintă, în volum, aproximativ o cincime din aerul atmosferic. În organism, el este vehiculat în sânge după fixarea sa pe hemoglobina globulelor roșii. Acest oxigen este cedat țesuturilor, unde intervine în „respirația celulară" (reacții de oxidoreducere producătoare de energie).

OXIGENOTERAPIE. Tratament prin îmbogățirea în oxigen a aerului inspirat.

Oxigenoterapia constituie unul dintre tratamentele hipoxiei (oxigenarea insuficientă a țesuturilor) cauzată de o insuficiență respiratorie. Ea este utilizată atât în mod temporar, în afecțiunile acute (infecție, edem), cât și în mod îndelungat și zilnic, în afecțiunile cronice (bronșita cronică evoluată, de exemplu). În anumite insuficiențe respiratorii cronice, tratamentul, efectuat la domiciliu, este cvasicontinuu. Tratamentul ameliorează imediat starea și calitatea vieții subiectului și, pe termen lung, evoluția bolii.

DESFĂȘURARE. În mediu spitalicesc, oxigenul poate fi furnizat prin conducte care ajung până la patul bolnavului (fluide medicale). Există, de asemenea, butelii și canistre cu oxigen comprimat sau lichid, utilizabile oriunde. De altfel, dacă debitul necesar nu este prea ridicat, se recurge la extractoare de oxigen pornind de la aerul ambiant.

Oxigenul ajunge la pacient pe cale nazală, cu ajutorul unei mici sonde sau al unei măști. El mai poate fi furnizat și printr-o canulă de traheotomie sau de către un respirator artificial. Atunci când oxigenoterapia este practicată la domiciliu, bolnavul trebuie să fie instruit pentru a deprinde utilizarea aparatelor.

OXIUROZĂ. Boală parazitară provocată de infestarea colonului cu un vierme, *Enterobius vermicularis*, denumit în mod obișnuit oxiur.

FRECVENȚĂ. Oxiuroza este o parazitoză răspândită, care afectează copiii de vârstă școlară, bătrânii și persoanele plasate în spitale psihiatrice sau în altele cu internare de durată. Această boală, adesea familială, este parazitoza infantilă cea mai frecventă în țările temperate, fiind evocată în expresia curentă „a avea viermi".

CONTAMINARE. Paraziții adulți seamănă cu mici filamente albe, de mai puțin de 1 centimetru lungime. Ei trăiesc la suprafața mucoasei colonului ființelor umane. O dată fecundat, viermele femelă parcurge întreg colonul și își depune ouăle embrionate și infestante pe pielea din jurul anusului, înainte de a muri.

Mișcările viermelui femelă provoacă mâncărimi, care determină scărpinatul în jurul anusului. Ouăle se prind sub unghii, și este suficient ca persoana să-și ducă degetele la gură pentru ca să le înghită sau să le depună pe alimentele pe care le împarte cu alte persoane pentru cu procesele de autoinfestare și de contaminare să se anclanșeze. Copiii mai pot transporta ouăle și pe jucării sau pe pleduri, riscând astfel transmiterea bolii.

Ouăle ingerate eclozează în intestin, se transformă în larve și devin adulte după două până la șase săptămâni.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Tulburările provocate de o oxiuroză sunt mai puțin importante la adulți decât la copii.

Pruritul (mâncărimea) anal, vesperal și nocturn, este un semn important de oxiuroză. El împiedică un somn calm al copilului, somnul putând fi întrerupt de coșmare. Copilul, obosit, este iritabil, dovedește dificultăți școlare și poate prezenta ticuri (prurit nazal). La fetițe, și mai rar la vârsta adultă, viermii pot pătrunde în aparatul genital și pot antrena o vulvovaginită dureroasă sau o cistită.

DIAGNOSTIC. Viermii sunt uneori vizibili în regiunea anală, la suprafața scaunelor sau în chilot. În afara acestor cazuri, cea mai bună metodă de diagnostic constă în prelevarea de ouă la marginea anusului pacientului cu o bandă de hârtie adezivă (Scotch-test) și examinarea lor la microscop.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul, aplicat în aceeași zi întregii familii, constă în administrarea de medicamente antihelmintice, curățarea pardoselilor camerelor (de preferință cu aspiratorul) și fierberea cearșafurilor, lenjeriei de corp, pijamalelor, cămășilor de noapte etc.

În scop curativ sau preventiv se aplică și măsuri mai generale: tăierea unghiilor, spălarea mâinilor înainte de fiecare masă și după ce s-a folosit toaleta.

PALUDISM. Boală parazitară provocată de infestarea cu hematozoare (organisme unicelulare, un tip particular de protozoare) din genul *Plasmodium*. SINONIM: *malarie*.

Există patru specii de hematozoare ale paludismului: *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale* și *Plasmodium malariae*. Acești paraziți trăiesc în ficatul omului, apoi în globulele sale roșii, a căror distrugere o provoacă (hemoliză responsabilă de o anemie), ceea ce declanșează accesul febril.

FRECVENȚĂ. Paludismul este boala cea mai răspândită din lume, în particular în țările tropicale.

CONTAMINARE. Paraziții se transmit omului prin înțepăturile anofelilor (specie de țânțari) femele infestate, care-și depun ouăle în apele stătătoare: paraziții, prezenți în saliva țânțarului, pătrund astfel în sângele uman. Ei mai pot fi transmiși și în cursul unei transfuzii sangvine, ori de la mamă la făt în timpul sarcinii.

În continuare, paraziții invadează mai întâi ficatul, apoi globulele roșii, în care se multiplică. Globulele roșii se destramă și eliberează paraziții infestând atunci alte globule roșii care devin capabile să infesteze, la rândul lor, țânțarii în cursul înțepării unei persoane atinse.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Perioada de incubație (timpul scurs între înțepătura țânțarilor și apariția simptomelor) durează de cele mai multe ori de la una la două săptămâni, dar se poate prelungi până la mai multe luni – chiar mai mulți ani – dacă subiectul a luat medicamente antipaludice în scop preventiv. În acest ultim caz, crizele, dacă apar, sunt benigne. Ele pot să se manifeste tardiv, după întreruperea tratamentului.

Crizele de paludism comportă întotdeauna un acces de febră de 40 sau de 41°C și frisoane, apoi o cădere a temperaturii însoțită de transpirații abundente și senzație de frig. Puseele de febră se produc, în general, din două în două zile (febră tertă), mai rar în fiecare zi (febră cotidiană) sau din trei în trei zile (febră cvartă).

Doar parazitul *Plasmodium falciparum* este cauza unui accident pernicios (acces de febră mortal în absența tratamentului).

DIAGNOSTIC. Descoperirea paraziților în cursul unui examen microscopic efectuat pe un frotiu de sânge și în picătură groasă confirmă diagnosticul.

EVOLUȚIE. Atunci când crizele de paludism se repetă des, timp de mai mulți ani, și când sunt prost îngrijite, se instalează un paludism visceral cu o anemie, un icter, o splină care crește și se poate rupe, și o stare de mare oboseală.

TRATAMENT. Chinina, indispensabilă în timpul acceselor pernicioase, constituie tratamentul obișnuit al tuturor formelor de paludism. Este, de asemenea, posibil să fie folosite artemeterul, clorochina, meflochina sau halofantina.

PREVENIRE. Utilizarea medicamentelor antipaludice este absolut necesară încă dinainte de a pleca într-o țară în care se întâlnește paludismul, pe toată durata șederii în acea țară și o perioadă de timp după întoarcerea din țara respectivă. În majoritatea țărilor tropicale, *Plasmodium falciparum* a dobândit rezistență față de clorochină. În acest caz va trebui să se utilizeze, dacă șederea în respectiva țară nu depășește 3 luni, meflochina în prize săptămânale; tratamentul trebuie să fie urmat încă 3 săptămâni după întoarcere. De asemenea, trebuie avută în vedere dotarea, în caz de ședere într-un loc izolat, cu o cantitate suficientă de medicamente pentru un tratament curativ în fața oricărui simptom care evocă o criză de paludism. Dacă durata șederii este mai mare de 3 luni, va fi necesar să se ia în fiecare zi clorochină și proguanil, tratamentul trebuind să fie urmat și după întoarcere, timp de două luni. Este obligatorie utilizarea plasei împotriva țânțarilor (musticar), plasă îmbibată cu insecticid, care permite îndepărtarea țânțarilor.

PANARIȚIU. Infecție acută a unui deget de la mână sau, mai rar, de la picior.

Panarițiul este o afecțiune frecventă, ce decurge din inocularea într-un deget a unui germene, de cele mai multe ori un stafilococ, de către o așchie, o înțepătură sau printr-o plagă.

DIFERITE TIPURI DE PANARIȚIU. Se disting două tipuri de panarițiu.

■ *Panarițiu superficial*, cel mai obișnuit, este amplasat pe pulpa degetului sau pe conturul unghiei (turniolă), uneori și la înălțimea primei sau celei de a doua falange. El se traduce printr-o inflamație care evoluează în câteva ore sau în câteva zile, antrenând o creștere în volum a degetului, o înroșire, o durere în general zvâcnitoare și responsabilă de insomnie și de febră.

■ *Panarițiu profund* survine dintr-odată, după inocularea directă a germenului în teaca tendoanelor flectoare ale degetelor, ori constituie complicația unui panarițiu superficial. Infecția poate atinge osul unei falange (osteită), unul sau mai multe tendoane ale degetului cu teaca lor (tenosinovită), o articulație dintre două falange (artrită) sau chiar întreaga mână (flegmon). Se observă atunci o inflamație intensă, eventual o imposibilitate de a mișca degetele în cauză, care survine atunci când este afectată teaca tendonului flector și antrenează o deformare dureroasă a degetului, în cârlig.

COMPLICAȚII. În absența tratamentului, un panarițiu superficial se poate întinde în profunzime, iar un panarițiu profund poate antrena o septicemie (descărcări repetate de germeni și ale toxinelor lor în circulația sangvină). Fiecare descărcare provoacă atunci un puseu febril însoțit de frisoane; germenele este, în plus capabil, să pătrundă și să se dezvolte într-un alt punct al corpului.

TRATAMENT. Un panarițiu superficial debutant este tratat prin aplicarea locală de antiseptice, eventual prin administrarea de antibiotice pe cale orală. Tratamentul unui panarițiu profund sau superficial colectat este înainte de

toate chirurgical; de urgență și sub anestezie locală sau generală, chirurgul scoate puroiul și țesuturile necrozate.

PREVENIRE. Aceasta constă în protecția cu mănuși în timpul activităților care prezintă risc de înțepătură (grădinăritul, de exemplu) și respectarea unei igiene minuțioase în cursul efectuării manechiurii.

PANCREAS. Glandă digestivă cu secreție internă și externă.

Pancreasul, de formă conică, este situat, aproape orizontal, în spatele stomacului.

FIZIOLOGIE. Glanda pancreatică este constituită din două tipuri de țesuturi, responsabile de două funcții distincte: o secreție endocrină și o secreție exocrină.

■ *Secreția endocrină* este asigurată de celulele endocrine, regrupate în insulițe (insulele lui Langerhans) repartizate în sânul celulelor acinoase.

■ *Secreția exocrină*, sucul pancreatic, este asigurată de celulele acinoase (mici cavități tapetate cu celule excretorii, al căror conținut este deversat într-un canalicul). Ea este condusă spre intestin de către canalul excretor principal (canalul lui Wirsung).

PATOLOGIE. Patologia pancreasului cuprinde pancreatitele, acute și cronice, și tumorile.

PANCREASUL (cancer al). Tumoră malignă care se dezvoltă pe seama pancreasului exocrin (adică a țesutului glandular care secretă enzimele digestive), de cele mai multe ori sub forma unui adenocarcinom (cancer al țesutului glandular), mult mai rar pe seama pancreasului endocrin (adică al țesutului glandular care secretă insulina), sub forma unui insulinom.

Cancerul de pancreas afectează îndeosebi bărbății trecuți de 50 ani și pare a fi favorizat de tabagism sau de diabet.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Un adenocarcinom al pancreasului nu este descoperit de cele mai multe ori decât tardiv, prin dureri epigastrice. Alterarea stării generale este rapidă, cu pierderea în greutate, lipsă de poftă de mâncare, oboseală și uneori vărsături. În tumorile capului de pancreas, se observă instalarea unui icter, provocată prin compresia căii biliare principale de către tumoră. Cancerul pancreasului poate să mai fie descoperit și prin metastazele hepatice, prin dezechilibrul inexplicat al unui vechi diabet tratat corect etc.

DIAGNOSTIC. Diagnosticul constă din diferite examene: ecografie, scaner abdominal, ecoendoscopie; eventual, o arteriografie este realizată preoperator. Se observă uneori o creștere a nivelului sangvin al amilazei (enzimă pancreatică) și o colestază (oprirea scurgerii bilei în căile biliare).

TRATAMENT. Tratamentul este chirurgical (ablația totală sau parțială a pancreasului). Atunci când ablația este imposibilă, cancerul fiind deja prea avansat, tratamentul constă în administrarea de analgezice și în aportul nutrițional. Cancerul de pancreas are un prognostic sever.

PANCREATECTOMIE. Ablație chirurgicală, în întregime sau parțială, a pancreasului.

PANCREATITĂ. Inflamație acută sau cronică a pancreasului.

Pancreatită acută. Pancreatita acută are drept cauze principale alcoolismul și migrația calculilor în căile biliare.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Criza este uneori declanșată de o masă copioasă și cu alimente indigeste. Ea se traduce printr-o durere violentă și care rezistă la calmante, durere amplasată în jumătatea superioară a abdomenului.

DIAGNOSTIC. Acesta se pune pe baza măsurării enzimelor pancreatice (lipază, amilază) din sânge, nivelurile lor fiind atunci anormal de ridicate, și pe baza ecografiei și a scanerului abdominal.

TRATAMENT. Acesta este mai întâi medical: oprirea alimentării, reducerea secreției pancreatice prin administrarea de inhibitori enzimatici, luarea de analgezice, rehidratarea și tratamentul antibiotic al infecției. Poate fi necesar un tratament chirurgical.

Pancreatita cronică. Este o inflamație cronică a pancreasului, care se traduce printr-o scleroză treptată a glandei pancreatice și antrenează în timp o distrugere completă a acesteia.

Această boală are drept cauză, cel mai frecvent, alcoolismul cronic.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Principalul simptom este o durere epigastrică, asociată cu pierderea în greutate. La început, crizele sunt intermitente, cu lungi remisiuni, apoi crizele sunt din ce în ce mai apropiate unele de altele. Distrugerea pancreasului exocrin antrenează un sindrom de malabsorbție (diaree cronică și pierdere în greutate); cea a pancreasului endocrin antrenează un diabet insulinodependent.

TRATAMENT. Acesta nu este decât chirurgical în caz de complicație (icter persistent, hemoragie digestivă etc.). Tratamentul medical cuprinde suprimarea alcoolului și administrarea de analgezice și extracte pancreatice.

PANCREATOJEJUNOSTOMIE. Îmbinare chirurgicală a pancreasului sau a canalelor sale cu jejunul (a doua parte a intestinului subțire). SINONIM: *pancreaticojejunostomie*.

PANDEMIE. Epidemie întinsă la întreaga populație a unui continent, chiar la lumea întreagă.

PANICULITĂ. Inflamație a țesutului adipos subcutanat.

O paniculită poate fi provocată de luarea unor medicamente, de o boală generală (lupus eritematos, sarcoidoză, tuberculoză) sau de unii factori locali: frigul, frecările cauzate de purtatul unor haine prea strâmte.

SIMPTOME ŞI SEMNE. Boala se manifestă prin apariţia sub piele a unor tumefacţii roz sau galbene, în general calde şi sensibile, amplasate adesea pe membrele inferioare.

TRATAMENT. Acesta cuprinde concomitent tratamentul simptomelor (repausul gambelor în poziţie supraînălţată, luarea de medicamente antiinflamatoare) şi, atunci când este posibil, suprimarea cauzei.

PANOFTALMIE. Infecţie majoră a totalităţii ţesuturilor unui ochi. SINONIM: *oftalmie purulentă*.

PANORAMICĂ DENTARĂ. Radiografie care permite vizualizarea pe un singur clişeu a arcadelor dentare, a maxilarelor şi a părţilor inferioare ale foselor nazale şi ale sinusurilor maxilare. → RADIOGRAFIE DENTARĂ.

PANSAMENT. 1. Aplicare pe o plagă a compreselor menţinute cu bandaje sau cu bandă adezivă şi destinate să protejeze leziunea, acoperită astfel, de şocuri şi de infecţie. **2.** Material utilizat pentru protejarea şi îngrijirea unei plăgi.

Există diferite feluri de pansamente care exercită, în funcţie de caz, o acţiune cicatrizantă, absorbantă, dezinfectantă sau compresivă.

Pansamentul uscat. Acest pansament se caracterizează prin utilizarea de comprese neimpregnate, menţinute printr-o bandă adezivă şi care acoperă o plagă simplă, curăţată în prealabil cu ajutorul unei comprese sterile îmbibată într-un produs antiseptic.

Pansamentul umed. Acest pansament poate fi de două feluri.

■ *Pansamentul alcoolizat* este constituit din comprese îmbibate în alcool, în general de 70°, şi acoperite cu un strat gros de vată şi apoi de un bandaj. Acest pansament provoacă o vasodilataţie locală şi o acţiune antiinflamatorie şi calmantă. El se aplică îndeosebi pe panariţii şi pe plăgile foarte infectate. Acest pansament trebuie reînnoit cu regularitate, cel puţin de 4 ori pe zi.

■ *Pansamentul pe bază de pastă antiflogistică* are o acţiune decongestionantă şi antiseptică. El este utilizat mai ales în caz de dermatoză acută şi zemuindă. Pasta, încălzită la bain-Marie, se pune între două comprese, menţinute dacă este posibil printr-un bandaj.

Pansamentul este aplicat cu grijă, cu scopul de a evita o arsură pe zona inflamată. El trebuie să fie reînnoit de două ori pe zi.

Pansamentul gras. Acest pansament este format dintr-o compresă şi substanţă grasă. Pansamentul gras favorizează cicatrizarea. El nu aderă la plagă şi permite reconstituirea epidermului.

■ *Pansamentele grase preunse* sunt făcute din tifon impregnat cu ulei, camfor, amestecuri de produse cu acţiune antiinflamatorie şi antibiotică sau doar cu antibiotice.

■ *Pansamentele grase pe bază de pomadă sau balsam* sunt acoperite cu comprese uscate, menţinute cu bandă adezivă. Substanţele utilizate au proprietăţi protectoare şi favorizează regenerarea epidermului.

Pansamentul peliculă. Acest pansament se obţine prin pulverizarea unei substanţe, cu ajutorul unui aparat de aerosoli.

El se aplică de plăgile în curs de cicatrizare şi realizează o protecţie cutanată invizibilă, sterilă, permeabilă la aer, constituită dintr-un film (peliculă) de material plastic sau acrilic.

Pansamentul compresiv. Acest pansament, care exercită o presiune asupra plăgii, este aplicat atunci când plaga sângerează. El este menţinut cu ajutorul unei benzi elastice adezive timp de maximum 20 de minute.

PAPAVERINĂ. Medicament derivat de la opiu, având proprietăţi antispasmodice (care combate spasmele).

Papaverina este un vasodilatator care acţionează relaxând fibrele musculare netede ale vaselor sangvine şi ale organelor cavitare (intestine, bronhii etc.), în particular atunci când acestea sunt contractate.

PAPILĂ LINGUALĂ. Mică formaţiune în relief pe mucoasa feţei superioare a limbii în care sunt situate celulele receptoare ale simţului gustativ (sărat, dulce, amar, acid).

PAPILĂ OPTICĂ. Origine a nervului optic situată pe retină, pe fundul ochiului, unele unesc fibrele optice ieşite din celulele ganglionare ale retinei.

PAPILOM. Tumoră benignă, în general puţin întinsă, localizată pe piele sau pe o mucoasă, caracterizată prin dezvoltarea excesivă a papilelor dermului.

PAPILOMATOZĂ. Creştere a lungimii şi grosimii mugurilor epidermici, ceea ce atestă o proliferare celulară crescută.

În formele cele mai frecvente ale papilomatozei, leziunile sunt verucile sau condiloamele genitale.

PAPILOMAVIRUS. Virus A.D.N., din familia papovavirusurilor, responsabil de diverse leziuni cutanate.

Infecţia cu un papilomavirus poate provoca îndeosebi apariţia verucilor, a condiloamelor acuminate, numite şi vegetaţii veneriene.

PAPILOTOMIE. Incizare a papilei ampulei lui Vater, regiune a duodenului unde se termină calea biliară principală şi canalul pancreatic. SINONIM: *sfincterotomie*.

O papilotomie este indicată, în principal, atunci când în calea biliară sunt blocaţi calculi biliari.

PAPULĂ. Varietate de leziune cutanată uscată (fără conținut lichidian), mai mult sau mai puțin proeminentă, cu un diametru mai mic de 5 milimetri și de culoare variabilă.

PARACENTEZĂ. Creare a unui orificiu în timpan, în scop terapeutic.

O paracenteză este indicată pentru tratamentul otitelor medii acute, purulente sau seroase.

Sub anestezie locală sau generală, medicul perforează cu un ac special membrana timpanului, care închide urechea medie: în caz de otită purulentă, aceasta permite puroiului să se scurgă sau să fie prelevat; în caz de otită seroasă, poate fi amplasat în orificiul practicat un aerator transtimpanic (mic aparat în formă de yo-yo, dotat cu un canal central), care permite pătrunderea aerului exterior în urechea medie. Timpanul se cicatrizează de la sine ulterior.

Această intervenție poate fi practicată la orice vârstă, chiar la sugari, și poate fi repetată la nevoie.

PARACETAMOL. Medicament folosit curent, utilizat ca analgezic (împotriva durerii) și ca antipiretic (împotriva febrei).

FORME PRINCIPALE ȘI MECANISME DE ACȚIUNE. Paracetamolul este prezent în foarte numeroase medicamente, singur sau în asociere cu alte principii active.

Activitatea sa este de o intensitate și durată comparabilă cu cea a aspirinei, ale cărei proprietăți antiinflamatorii totuși nu le are.

INDICAȚII. Paracetamolul este eficace împotriva durerilor de cap, nevralgiilor, durerilor dentare, articulare, musculare etc. și împotriva febrei și simptomelor gripale.

EFECTE NEDORITE. Paracetamolul este bine tolerat în dozele recomandate (spre deosebire de aspirină, el nu provoacă nici iritație, nici sângerări gastrice) și este lipsit de efectele de obișnuire.

PARACRIN, -Ă. Se spune despre o celulă secretoare sau despre un mod de secreție care acționează asupra țesuturilor învecinate.

PARACUZIE. Deformare a percepției auditive.

O paracuzie este un semn observat în cursul afecțiunilor urechii. Bolnavul percepe prost înălțimea sunetului (sunet grav sau acut), intensitatea lui sau localizarea sursei sunetului.

PARAFIMOZĂ. Strangulare a bazei glandului penisului de un inel prepuțial prea strâmt.

Parafimoza este o complicație frecventă a fimozei (strâmtime a prepuțului). Dureroasă, parafimoza provoacă un edem al glandului penian care împiedică recalotarea.

TRATAMENT. Acesta constituie o urgență. Într-o primă fază, este posibil să se repună prepuțul la loc manual și fără anestezice. Totuși, atunci când parafimoza datează de mai multe ore, această reducere manuală este imposibilă: trebuie incizat inelul de strangulare a prepuțului.

PARAFLEBITĂ. Inflamație a unei vene subcutanate. SINONIM: *flebită superficială*.

O paraflebită se dezvoltă de cele mai multe ori în membrele inferioare, pe traiectul unei varice.

SIMPTOME. Subiectul resimte o durere locală. Se pot constata o roșeață și o induratie a venei pe o porțiune mai mult sau mai puțin lungă a traiectului său.

TRATAMENT. În general, evoluția unei paraflebite este benignă, dar recidivele sunt frecvente în caz de varice. Tratamentul constă de cele mai multe ori în aplicarea de pomadă antiinflamatorie pe porțiunea afectată a venei.

PARALIZIE. Abolire de origine neurologică a motricității unuia sau a mai multor mușchi.

O paralizie poate privi un mic grup de mușchi, un membru (monoplegie), partea inferioară a corpului (paraplegie) sau întreaga jumătate stângă sau dreaptă (hemiplegie). Atunci când forța musculară este doar diminuată, și nu abolită, se vorbește de pareză.

CAUZE. Acestea sunt diverse: microorganism neurotrop (*Corynebacterium diphteriae*, bacterie responsabilă de difterie, sau virusul poliomielitei, de exemplu), traumatism, tumoră benignă sau malignă, accident vascular cerebral (hemoragie, întrerupere a circulației), scleroză în plăci. Se deosebesc paraliziile centrale, unde leziunea este localizată în encefal sau măduva spinării, și paraliziile periferice, în care leziunea este localizată pe un nerv.

TRATAMENT. Tratamentul cauzei, atunci când este posibil (ablația chirurgicală a unei tumori, de exemplu), duce în unele cazuri la regresia sau la dispariția paraliziei. În alte cazuri, este posibilă o regresie spontană, chiar în mod frecvent, ca în cursul unor accidente vasculare cerebrale. În formele cu prognostic mai sever, tratamentul constă, în principal, în reeducare. → HANDICAP.

PARALIZIE FACIALĂ. Paralizie a mușchilor inervați de către nervul facial (a 7-a pereche de nervi cranieni).

DIFERITE TIPURI DE PARALIZIE FACIALĂ. După locul atingerii, se deosebesc paraliziile faciale centrale și paraliziile faciale periferice.

■ *Paralizia facială centrală* se observă în cursul leziunilor vasculare cerebrale și este adesea asociată cu o hemiplegie (paralizie a unei jumătăți de corp). Ea predomină în partea inferioară a feței: pleoapele și fruntea sunt scutite de paralizie. Tratamentul este cel al unui accident vascular cerebral (administrarea, în special în caz de embolie, de anticoagulante).

■ *Paralizia facială periferică*, sau paralizia lui Bell, poate avea nenumărate cauze: infecțioase (zona zoster pe traiectul nervului facial, otită medie acută, poliradiculonevrită), traumatică (fractura stâncii temporale), tumorală (tumoră a unghiului pontocerebelos), vasculară (ramolire protuberențială [a părții medii a trunchiului cerebral]). Semnele ei sunt o asimetrie a feței atunci când se află în repaus, trăsăturile fiind deviate de partea sănătoasă. În partea atinsă, fața este atonă, comisura buzelor căzută, șanțul nazogenian mai puțin profund, buzele mai larg deschise și ridurile frontale căzute. Tratamentul cuprinde reeducarea prin kinezi-terapie. Dacă paralizia este parțială, starea pacientului se ameliorează complet și nu persistă vreo sechelă. Dacă paralizia este totală, trebuie administrat de urgență un tratament cu corticosteroizi; totuși, în aproximativ jumătate din cazuri pot persista sechele relativ deranjante (hemispasmul facial, sindromul lacrimilor de crocodil [emisie necontrolată a lacrimilor]).

PARAMEDICAL, -Ă. Care are legătură cu profesiunile din domeniul sănătății și poate fi exercitat(ă) fără a fi medic, și despre îngrijirile care sunt oferite de către persoanele ce exercită aceste profesiuni.

PARANOIA. Psihoză caracterizată printr-un delir sistematic, fără diminuarea capacităților intelectuale.

Paranoia apare de cele mai multe ori la subiecții predispuși: supraestimarea de sine (orgoliu, megalomanie), rigiditate psihică (neîncredere, dogmatism), erori de judecată cauzate de premise subiective, deși raționamentul este logic. Delirul de paranoia se dezvoltă în mod coerent, uneori plauzibil, urmând o serie de interpretări și de polarizări afective: idealism pasionat, gelozie, revendicare privind un prejudiciu minor sau imaginar, erotomanie etc. Acest delir sfârșește prin a se constitui într-un sistem permanent și de neclintit, funcționarea gândirii, voinței și acțiunii rămânând clară și ordonată.

TRATAMENT. Acesta necesită, în general, spitalizarea. El asociază neurolepticele cu psihoterapia.

PARAPLEGIE. Paralizie a celor două membre inferioare.

O paraplegie este cauzată de o leziune a celulelor motorii ale sistemului nervos, cu localizare fie centrală (lezare în profunzime a măduvei spinării), fie periferică (leziune în zona de emergență a fibrelor nervoase ale măduvei sau nervilor). Ea se asociază într-un număr de cazuri cu tulburări sfincteriene (incontinență sau retenție urinară, de exemplu).

Diagnosticarea se bazează pe examenul tomodensitometric, pe imageria prin rezonanță magnetică (I.R.M.), pe examenul lichidului cefalorahidian și pe explorările electrofiziologice (potențiale evocate somestezice [ale căilor de sensibilitate], electromiografic).

Tratamentul, medical sau chirurgical, depinde de afecțiunea responsabilă.

PARAPSORIAZIS. Afecțiune cutanată de origine necunoscută având un aspect apropiat de cel al psoriazisului.

Parapsoriazisul are o singură legătură cu psoriazisul, aceea privitoare la aspectul petelor roșii acoperite de scuame.

Tratamentul se bazează pe aplicații de corticosteroizi sau de anticanceroase (mecloretamină, nitrosouree), sau pe puvaterapie, însoțită eventual de luarea de retinoide pe cale orală.

PARATHORMON. Hormon secretat de către glandele paratiroide, care asigură reglarea repartiției calciului și fosforului în organism. SINONIM: *hormon paratiroidian*.

PARATIROIDĂ (glandă). Glandă endocrină situată în spatele tiroidei, la înălțimea gâtului, asigurând sinteza parathormonului.

În general, există două perechi de paratiroide, dar uneori aceste glande se găsesc în număr de 5 sau 6.

PATOLOGIE. Hipertiroidia, cea mai frecventă dintre afecțiunile paratiroidelor, este provocată de prezența unui adenom pe una dintre glande, responsabil de o hipercalcemie. Mult mai rară, hipoparatiroidia este, în general, consecutivă unei ablații chirurgicale a tiroidei sau, uneori, unei boli autoimune.

PARATIROIDECTOMIE. Ablație chirurgicală a uneia sau a mai multor glande paratiroide.

PARAZIT. Organism care trăiește sau se dezvoltă pe seama organismului care îl găzduiește.

Un parazit se hrănește cu țesuturile, sângele sau alimentele gazdei sale. Cei mai mulți paraziți se întâlnesc în țările tropicale, unde prezența lor este legată de condițiile climatice și adesea de o igienă deficientă a populației.

PARESTEZIE. Senzație anormală, nedureroasă, dar neplăcută, simțită pe piele.

Paresteziile traduc o atingere a fibrelor nervoase și se observă în diferite afecțiuni neurologice.

O parestezie se manifestă prin semne spontane ca furnicături, redoare a pielii (piele cartonată), amorțire.

PARINAUD (scară a lui). Scară utilizată de oftalmolog pentru a studia vederea de aproape.

Scara lui Parinaud se prezintă sub forma unui text imprimat ale cărui semne sunt scrise cu caractere din ce în ce mai mici.

Textul trebuie să fie citit de la distanța obișnuită de citire, 30–35 centimetri. Acuitatea vizuală este atunci notată de P2 (cea mai bună acuitate) până la P28, după capacitățile de citire ale subiectului. Această măsurătoare se efectuează

mai întâi fără corecție optică, apoi cu ochelari, dacă pacientul îi poartă de obicei. Scara lui Parinaud este destinată depistării unei eventuale tulburări de refracție (miopie, hipermetropie, astigmatism) sau unei dificultăți de acomodare din cauza rigidității cristalinului (prezbiție), frecventă începând cu vârsta de 45 de ani.

PARINAUD (sindrom al lui). Tulburare oftalmologică ce se caracterizează printr-o paralizie a mișcărilor verticale ale ochilor și printr-o paralizie de convergență, provocând o vedere dublă de aproape.

PARKINSON (boala lui). Boală neurologică cronică ce se caracterizează prin tremurătură, redoare și lentoare a mișcărilor.

CAUZE ȘI MECANISM. Boala lui Parkinson este de origine necunoscută. Se invocă o anume predispoziție ereditară care n-ar juca totuși decât un rol minor, și, de curând, factori legați de mediul rural (influența toxicelor ca pesticidele, de exemplu).

În schimb, mecanismul bolii este cunoscut: este vorba de o degenerescență care afectează celulele nervoase ale unui nucleu cenușiu central (substanță cenușie situată în interiorul encefalului) numit locus niger; aceasta antrenează o insuficiență a secreției de dopamină, un neurotransmițător.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Boala începe spre vârsta de 55 de ani, uneori imediat după un stres (intervenție chirurgicală, șoc afectiv), mai des fără motiv și de o manieră deosebit de treptată și insidioasă. Primul semn este adesea o microgrefie (scrierea cu litere foarte mici). Atunci când boala este instalată, ea se traduce printr-un sindrom extrapiramidal, sindromul parkinsonian, care asociază 3 tipuri de semne: o tremurătură atunci când bolnavul este în repaus; o akinezie (rărirea și încetinirea mișcărilor); o hipertonie plastică (creșterea tonusului muscular). De la un subiect la altul, poate domina unul sau altul dintre aceste semne. De asemenea, se constată o exagerare a reflexelor și o disartrie (tulburare a vorbirii), care dă vocii un ton monocord. Fața este înțepenită, inexpresivă (amimie), contrastând cu privirea care rămâne prezentă și vie.

DIAGNOSTIC. Acesta este stabilit exclusiv după semnele clinice.

TRATAMENT. Tratamentul este mai ales medicamentos și constă, în principal, din administrarea de levodopa (sau L-dopa), substanță care, o dată absorbită, se transformă în dopamină și este eficace îndeosebi în formele în care predomină lentoarea mișcărilor și redoarea musculară. Un fenomen denumit *on-off* apare adesea după câțiva ani (la 4 pacienți din 5 după 10 ani): reapariția bruscă a tulburărilor cu trecerea – în anumite momente – de la un blocaj motor complet la un deblocaj cu mișcări anormale (compulsie de mers rapid, secuse musculare).

Alte medicamente antiparkinsoniene sunt agonistele dopaminergice (acționând ca dopamina), ca bromcriptina și piribedilul, și anticolinergicele.

Tratamentele nemedicamentoase intervin și ele.

■ *Kineziterapia* este fundamentală împotriva akinezieiși a rigidității.

■ *Chirurgia cu stereotaxie* (reperarea radiologică în trei dimensiuni a structurilor nervoase) este rezervată anumitor forme de tremurături rebele la orice fel de medicamente.

■ *Grefa de celule* provenite de la glandele suprarenale fetale, prelevate de la un făt avortat, este încă de domeniul experimentului.

PROGNOSTIC. Tratamentul a transformat prognosticul bolii lui Parkinson. Prognosticul bolii îi permite, în general, pacientului să-și păstreze activitățile și să-i fie asigurată o durată de viață normală.

PARODONTITĂ. Inflamație a parodonțiului.

O parodontită este provocată de acțiunea nefastă a plăcii dentare și a tartrului, care conțin numeroși germeni, asupra țesuturilor de susținere a dintelui (gingie, os alveolar, cement).

Ea se traduce printr-o gingie roșie și umflată care sângerează la cel mai mic contact, îndeosebi în cursul periajului dinților. Parodontitele cronice, foarte frecvente, afectează de obicei adultul în jur de 30 de ani. Evoluția lor este foarte lentă.

Tratamentul debutează printr-un detartraj-polizaj al rădăcinilor, cu scopul de a încetini procesul de depunere a tartrului. Este indispensabilă practicarea unui periaj corect al dinților, ceea ce permite eliminarea regulată a plăcii dentare. Câteva luni mai târziu, se procedează la o evaluare a stării țesuturilor și, dacă este cazul, la o acoperire a structurilor distruse (grefe de gingie, acoperirea lezionilor osoase cu ajutorul coralului, hidroxiapatitei, fosfaților tricalcici etc.).

PARODONTOLIZĂ. Distrugere treptată și ireversibilă a parodonțiului.

Parodontolizele sunt consecutive unei parodontopatii profunde (afectare profundă a parodonțiului). Ele sunt precedate printr-un stadiu de inflamație superficială a gingiei (gingivită). În cursul evoluției bolii, dispariția suportului osos este însoțită de o dezlipire a gingiei în jurul dintelui (pungă gingivală).

Parodontoliza este cauza esențială a pierderii dinților începând cu vârsta de 30 de ani. Ea evoluează de cele mai multe ori în mod cronic.

TRATAMENT. Acesta începe prin suprimarea cauzei bacteriene a bolii asigurând învățarea periajului minuțios și eficace, și printr-un detartraj-polizaj al rădăcinilor. Atunci când boala progresează în profunzime, o intervenție în lambou (dezlipirea chirurgicală a gingiei) permite curățirea și chiuretarea leziunilor și oprește astfel evoluția lor.

Tratamentul poate, de asemenea, să cuprindă acoperirea eventuală a structurilor distruse cu ajutorul coralului, hidroxiapatitei sau altor materiale.

PARODONTOLOGIE. Disciplină consacrată studiului bolilor parodonțiului.

PARODONTOPATIE. Orice afecțiune caracterizată printr-o atingere a parodonțiului.

PARODONȚIU. Totalitate a structurilor care asigură fixarea și susținerea dintelui pe maxilare.

PAROTIDĂ (glandă). Cea mai voluminoasă dintre glandele salivare, situată în spatele ramurii urcătoare a maxilarului inferior, sub ureche. → SALIVARĂ (glandă).

PAROTIDECTOMIE. Ablația chirurgicală, în întregime sau parțial, a glandei parotide.

PAROTIDITĂ. Inflamație a glandei parotide (principala glandă salivară).

O parotidită poate fi de origine virală sau bacteriană.

■ *Parotidita virală*, cea mai frecventă, se observă în principal în cursul oreionului. Ea provoacă o febră moderată și se traduce printr-o umflătură dureroasă a celor două parotide. Tratamentul este cel al bolii în cauză.

■ *Parotidita bacteriană*, purulentă, apare în general la o persoană în vârstă a cărei stare bucodentară este precară sau care suferă de o boală ce provoacă o deshidratare. Semnele sunt aceleași ca și cele ale unei parotidite virale, dar mai marcate și unilaterale. Din orificiul canalului lui Sténon (canalul excretor al glandei parotide), la înălțimea molarilor superiori, țâșnește puroi. Tratamentul este cel al simptomelor (îngrijirea gurii), asociat cu luarea de antibiotice pe cale orală.

PARVOVIRUS. Virus A.D.N. de dimensiuni mici, din familia *Parvoviridae*.

Familia *Parvoviridae* cuprinde îndeosebi virusul lui Norwalk, responsabil de gastroenterite, și parvovirusul uman seric B19, transmis pe cale parenterală (transfuzie, seringi, tatuaj, grefă de organ) și responsabil de anemii eritroblastopenice, de megaleritem epidemic și de diferite manifestări (sindrom respirator benign etc.).

PASTEURELOZĂ. Boală infecțioasă provocată de o bacterie din genul *Pasteurella*.

Pasteureloza este o boală care afectează omul și animalul (bovine, porcine, iepuri, păsări etc.). Animalul constituie rezervorul de germeni. Omul se contaminează prin inoculare directă a acestui germene, în cursul unei mușcături, a unei înțepături, zgârieturi, sau prin inhalarea germenilor la contactul cu un animal bolnav.

SIMPTOME. O inflamare a plăgii survine între 3 și 6 ore după inoculare; această rapiditate de apariție este caracteristică pasteurelozei. Plaga devine dureroasă, roșie și zemuindă în răstimp de două zile. Aceste semne sunt adesea însoțite de o inflamație a vaselor limfatice și a ganglionilor apropiați de plagă, precum și de o febră moderată.

TRATAMENT. Tratamentul constă în administrarea de antibiotice timp de 10 zile.

PATĂ CAFEA CU LAPTE. Pată cutanată de culoare galben deschis, rotundă și plană.

Petele cafea cu lapte sunt provocate de o hipermelanoză (exces de melanină, pigmentul pielii) de origine genetică. Perfect de bine delimitate, nepruriginoase, ele predomină pe torace și pe regiunea lombară. Adesea, mai ales dacă sunt mici și numeroase, ele nu sunt patologice. Totuși, ele constituie uneori unul dintre simptomele unei afecțiuni ereditare: boala lui Recklinghausen, scleroza tuberoasă a lui Bourneville.

PATĂ DE VIN. → ANGIOM.

PATĂ MONGOLICĂ. Pată pigmentată, de culoare neomogenă, dar în care domină albastru-ardezie, situată la partea de jos a spatelui.

Pata mongolică, deosebit de frecventă la sugari sau la copiii mici asiatici și negri, este provocată de o hipermelanoză (exces de melanină, pigment al pielii). Ea dispare adesea spontan în timpul copilăriei.

PATĂ RUBINIE. Nodul benign format dintr-o îngrămădire de minuscule vase sangvine cutanate. SINONIM: *angiom nodular*.

Petele rubinii afectează adultul începând de la 40 de ani în sus. Acestea sunt mici proeminențe emisferice de 1 până la 5 milimetri diametru, de culoare roșie sau violacee, foarte bine delimitate, care arată ca și cum ar fi aplicate pe piele. Ele sunt situate mai ales pe trunchi și la rădăcina membrelor. Asociate uneori cu o insuficiență hepatică sau, la femeie, cu un exces de hormoni estrogeni (sarcină, luare de pilule contraceptive), aceste pete nu au, de cele mai multe ori, nici o semnificație patologică.

TRATAMENT. Deși o pată rubinie nu necesită nici un tratament, se poate, din rațiuni estetice, să fie distrusă prin electrocoagulare sau prin laser cu dioxid de carbon; atunci rămâne în loc doar un mic semn.

PATCH. Mic dispozitiv adeziv conținând un medicament, destinat să fie lipit de piele. SINONIM: *sistem transdermic*.

Patchul difuzează local un medicament, în piele (patch-test) sau în întreg organismul, pe cale sangvină. În primul caz, patchul este utilizat în scopuri diagnostice: patch-testul (sau timbrul) cu tuberculină, pentru

diagnosticarea tuberculozei sau pentru controlul eficacității vaccinului; patch-testul (sau epidermotestul) cu un alergen, care permite diagnosticarea unei alergii a subiectului. A doua categorie de patch permite unui medicament să traverseze pielea, să ajungă în sânge și să difuzeze în organism: derivații nitrați împotriva angorului (angina pectorală), nicotina pentru ușurarea încetării fumatului, hormonii estrogeni pentru a compensa o insuficiență a secreției ovarelor etc.

PATERNITĂȚII (cercetare a).→ CERCETARE A PATERNITĂȚII.

PATOGEN, -Ă. Califică ceea ce provoacă o boală, în particular un germene capabil să provoace o infecție.

PATOLOGIE. Studiu al dezvoltării bolilor.

Patologia examinează îndeosebi cauzele, simptomele, evoluția, precum și leziunile și complicațiile eventuale ale bolilor.

PATOMIMIE. Pornire morbidă de a imita simptomele unei boli.

Un subiect atins de patomimie își provoacă și își întreține leziuni, multiplică numărul examenelor medicale și nu ezită să sufere una sau mai multe intervenții chirurgicale pentru a acredita existența unei boli. Patomimia se înrudește când cu isteria, când cu ipohondria delirantă.

Tratamentul patomimiei constă în îngrijirea psihoterapeutică, fără de care rezultate sunt inevitabile.

PAVILION AL URECHII. Parte vizibilă a urechii externe.

Pavilionul urechii este constituit din cartilagii care desenează forme în relief, acoperite de piele.

PĂDUCHE. → PEDICULOZĂ.

PĂR. Peri de lungime mare implantați pe pielea craniului, numită pielea capului. → ALOPECIE. CALVIȚIE.

PÂINE. Aliment fabricat din făină, apă, sare și drojdie, frământat, fermentat și copt în cuptor.

Pâinea este un aliment esențialmente bogat în glucide (între 49 și 58%), dar mai aduce și proteine (8%) și apă (aproximativ 30%). În plus, pâinea conține minerale, vitamine din grupul B și fibre, în cantități mai importante în pâinea integrală decât în pâinea albă. Valoarea energetică variază între 244 și 274 kilocalorii pe 100 grame. Cantitatea medie recomandată pentru un adult este cuprinsă între 200 și 350 grame pe zi.

PECTORAL (mușchi). Mușchi situat la partea anterioară a toracelui.

Există doi mușchi pectorali: marele pectoral și micul pectoral.

■ *Mușchiul mare pectoral* este un mușchi mare, triunghiular și plat, care se prinde de stern și de cartilagiile costale ale coastelor începând cu a 2-a pereche și până la a 6-a pereche, pe de o parte, și de colul humeral, pe de altă parte.

■ *Mușchiul mic pectoral* este un mușchi mai mic, triunghiular și plat, care se prinde pe perechile a 3-a, a 4-a și a 5-a de coaste, pe de o parte, și pe apofiza coracoidă a omoplatului, pe de altă parte.

PEDIATRIE. Ramură a medicinei consacrată copilului și bolilor sale.

Pediatria este specialitatea care tratează copilul, de la existența sa intrauterină, în colaborare cu obstetricienii (medicina antenatală), până la vârsta adultă (până la capătul a ceea ce se numește, destul de imprecis, adolescență).

PEDICHIURIST, -Ă. Auxiliar paramedical care practică îngrijirea picioarelor.

Actele curente realizate de pedichiurist(ă) se fac fără recomandare medicală și constau în îngrijirea unghiilor și degetelor de la picioare.

În Franța, de exemplu, exercitarea profesiei de pedichiurist este supusă obținerii unei diplome specializate.

PEDICULICID. Medicament de uz extern folosit în tratamentul pediculozelor (afecțiuni cutanate provocate de infestările cu păduchi).

FORME PRINCIPALE. Pediculicidele cuprind clofenatul, D.D.T.-ul (diclordifeniltricloretan), lindanul, malationul, piretrinele; aceste produse sunt folosite separat sau în asociere. Ele se prezintă sub formă de pudră, de soluție, de spray, de loțiune, de șampon sau de cremă.

CONTRAINDICAȚII. Pediculicidele sunt contraindicate la femeia gravidă și la copilul sub 30 de luni. Ele nu trebuie să fie aplicate pe pielea lezată de o plagă sau o eczemă, nici pe ochi sau pe mucoase.

MOD DE ADMINISTRARE. După o spălare minuțioasă a pielii, produsul este aplicat și lăsat să acționeze o jumătate de oră până la 24 de ore, după caz, modul de întrebuințare exact fiind în funcție de produs și de localizare. Oricare ar fi tipul de pediculoză, este necesar, în cursul tratamentului, să se spele cearșafurile, prosoapele și îmbrăcămintea la o temperatură peste 60°C sau să fie tratate cu un produs adecvat; în plus, este indispensabil să se trateze anturajul persoanei infestate (părinți, frați și surori, parteneri sexuali în caz de ftiriază (infestare cu păduche pubian)).

■ *Tratamentul pediculozei pielii capului* este mai ușor în cazul părului scurt sau rar. După utilizarea produsului tratant, părul trebuie pieptănat cu atenție, șuviță cu șuviță, cu un pieptene foarte des uns cu un produs special, pentru a elimina paraziții morți și a desprinde ouăle de păduche (lindini). O a doua aplicație se impune la 8 zile după prima.

EFECTE NEDORITE. Acestea nu apar decât atunci când produsele sunt prost folosite, când sunt înghițite ori inhalate sau când nu sunt respectate precauțiunile de utilizare. În caz de aplicare prea îndelungată sau prea repetată, mai ales la copil, sau în caz de contact accidental cu mucoasele sau cu ochii, se pot produce o iritație cutanată (eczemă etc.), înroșiri sau arsuri, manifestări pe care o spălare cu apă din abundență le calmează, în general. În caz de trecere accidentală în sânge, pediculicidele pot provoca un icter (gălbinare), convulsii sau comă, ceea ce impune o spitalizare de urgență. Folosirea lor necesită o citire atentă a modului de întrebuințare. Aceste produse nu trebuie lăsate la îndemâna copiilor.

PEDICULOZĂ. Contaminare cu păduchi.

Păduchii sunt ectoparaziți (paraziți care trăiesc la suprafața pielii) hematofagi (care se hrănesc, prin înțepătură, cu sângele gazdei lor). Ei sunt negri, cu o lungime de aproximativ 3 milimetri și se implantează mai ales acolo unde piloziatatea este abundentă. Ouăle lor, numite lindini, sunt ovale, albe sau cenușii; ele măsoară cam o jumătate de milimetru și se lipesc de păr și de peri. Păduchii se transmit cu ușurință de la o persoană la alta, prin contact direct sau prin intermediul îmbrăcămintii.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Infestarea cu păduchi se traduce printr-o mâncărime localizată și prin apariția, la locul înțepăturilor, a unui mic punct roșu înconjurat de un halou rozaliu și ușor proeminent. Scărpinarea leziunilor antrenează o eroziune a pielii, care poate să se infecteze și să se acopere de cruste. În absența tratamentului, pielea poate lua o culoare brună-albăstruie (melanodermie a vagabonzilor).

TRATAMENT. O simplă șamponare sau o spălare cu săpun sunt total ineficace pentru a scăpa de infestare. Este necesară folosirea unui pediculicid (pesticid împotriva păduchilor). → PEDICULICID.

PEDOPSIHIATRIE. Ramură a psihiatriei privind studiul și tratamentul tulburărilor mintale la copil și la adolescent.

PEELING. Procedeu chimic de distrugere a straturilor superficiale ale pielii, utilizat în dermatologie și chirurgia estetică. SINONIM: *exfoliatie*.

INDICAȚII. Un peeling permite estomparea sechelelor acneei și se utilizează uneori în tratamentul ridurilor mici, în asociere cu alte procedee terapeutice ca o dermabraziune (polizare a pielii cu o freză rotitoare) sau cu o astupare a ridurilor (prin injectarea sub ele a diferite substanțe).

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. Pielea este pregătită cu câteva zile înaintea ședinței de peeling cu derivați de vitamină A acidă. Ea este curățată cu grijă cu un săpun ușor acid, destinat eliminării particulelor grase.

Pasta este apoi întinsă cu o spatulă pe față. Aplicarea este făcută cu prudență, îndeosebi în jurul gurii, nărilor și regiunilor din apropierea ochilor. Practicianul procedează la una sau două aplicări în cursul ședinței; produsul acționează timp de 10 până la 40 de minute înainte de a fi îndepărtat.

EVOLUȚIE. Arsura provocată de un peeling se manifestă printr-o roșeață, care durează între 24 și 48 de ore. Apoi apar cruste pe o perioadă de 10 până la 21 de zile. Subiectul prezintă, în fine, timp de aproximativ două luni, o piele roz pal, care se va revitaliza total și își va regăsi aspecul normal în câteva luni.

COMPLICAȚII. Bridele sau cicatricele de mărime mică sunt uneori vizibile după un peeling. În caz de eșec, pot apărea pete colorate sau pot reapărea ridurile.

REZULTAT. Rezultatul este subordonat respectării stricte a câtorva precauțiuni: interdicția de a ieși din casă în săptămâna următoare ședinței de peeling și de a se expune la soare timp de 3 luni, cu scopul de a evita aspectele inestetice (discromia) din pigmentarea viitoare a pielii.

Dacă sunt respectate aceste precauții, poate fi obținut rezultatul așteptat: micșorarea ridurilor mici pentru o perioadă limitată (de la o lună la un an) și dispariția definitivă a micilor neregularități ale pielii (cicatrice, îndeosebi). În unele cazuri totuși, reapariția micilor riduri poate conduce la reluarea tratamentului. Acțiunea unui peeling este totuși prea superficială pentru a avea un efect asupra cicatricilor profunde.

PELADĂ. Boală dermatologică ce se caracterizează prin căderea părului și perilor.

Pelada este o afecțiune relativ frecventă, de cauză insuficient cunoscută.

Toate gradele de gravitate sunt posibile, până la căderea în întregime a părului, a sprâncenelor și a tuturor perilor. Evoluția se face în pusee; creșterea părului și perilor este întotdeauna posibilă.

TRATAMENT. Tratamentul unei pelade este lung și dificil. El face apel la crioterapie (tratament prin frig), relativ dureroasă, prin aplicarea de zăpadă carbonică (o ședință la aproximativ 10 zile), precum și la aplicarea de loțiuni vasodilatatoare (minoxidil), apoi de corticosteroizi, de medicamente reductoare (dioxiantranol), uneori la puvaterapie (asocierea absorbției de psoralenă cu o iradiere cu ultraviolete). Este recomandată o psihoterapie de susținere.

PELAGRĂ. Boală provocată de o carență în vitamina PP.

Pelagra există în stare endemică în regiunile în care alimentația este bogată în porumb și săracă în proteine animale, îndeosebi în triptofan, precursor al vitaminei PP. Carența în vitamina PP se asociază destul de des cu o carență în vitaminele grupului B, îndeosebi în alcoolismul cronic. Ea se traduce prin tulburări cutanate (roșeață, mâncărimi, îngroșare a pielii), digestive (afte, diaree, vărsături), nervoase și mintale (insomnie, dureri de cap, confuzie și

depresie, tulburări de memorie, atingere a nervilor membrelor inferioare). Tratamentul constă în administrarea de vitamină PP și într-un regim suficient de bogat în proteine animale.

PELICULĂ. Scuamă fină albicioasă care se desprinde de pe pielea capului.

Peliculele constituie semnul unei localizări pe pielea capului a unei micoze, pitirosporoza. Această afecțiune nu este totuși contagioasă.

Peliculele cele mai obișnuite, sau pitiriazisul simplu al pielii capului, sunt foarte fine și se desprind de la sine. O altă formă, denumită pitiriazis steatoid, este constituită din scuame mai groase, care aderă la pielea capului unde formează plăci.

TRATAMENT. Acesta constă în aplicarea pe pielea capului a unor substanțe reducătoare (pitirion-zinc) sau antifungice (imidazolați, sulfură de seleniu) în loțiune, apoi în spălarea părului prin alternarea șampoanelor blânde și a șampoanelor reducătoare, utilizarea acestora din urmă făcându-se din ce în ce mai dinstanțat în timp.

PELVECTOMIE. Ablație chirurgicală, totală sau parțială, a organelor pelviene (vezică, uter, rect).

PELVIMETRIE. Examen clinic care permite evaluarea diametrelor bazinului femeii gravide.

PELVIS. Parte inferioară a bazinului osos. SINONIM: *Micul bazin.*

Pelvisul este limitat lateral de partea inferioară a oaselor iliace, în spate de sacrum și de coccis, iar în față de pubis. Pelvisul conține organele pelviene: cele ale aparatului genital și urinar, precum și partea terminală a intestinului gros (colonul pelvian sau sigmoid) și rectul.

Pelvisul poate fi sediul unor anomalii anatomice (stenoză, asimetrie), al unor fracturi sau al unor tumori osoase.

PELVISPONDILITĂ REUMATISMALĂ. → SPONDILARTRITĂ ANCHILOZANTĂ.

PEMFIGOID. Boală dermatologică ce se caracterizează prin prezența unor băsici care iau naștere sub piele.

Pemfigoidul este o boală autoimună (sistemul imunitar al subiectului sintetizează anticorpi împotriva constituenților pielii proprii).

În afara îngrijirilor locale (curățarea și antisepsia băsicilor), tratamentul constă în administrarea pe cale orală de corticosteroizi, de imunosupresoare sau de eritromicină (antibiotic) pentru pemfigoidul bulos, și de sulfone sau de imunosupresoare pentru pemfigoidul cicatriceal.

PEMFIGUS. Boală dermatologică ce se caracterizează prin apariția unor băsicuțe (bule) în interiorul epidermului, rupându-se pentru a lăsa locul unor eroziuni dureroase.

CAUZE. Pemfigusul este o afecțiune rară, de cauză prost cunoscută. Se evocă un mecanism autoimun (secretia de către sistemul imunitar al subiectului de anticorpi îndreptați împotriva constituenților pielii proprii).

TRATAMENT. Îngrijirile locale constau în deschiderea bulelor și în băi cu antiseptice. Tratamentul general a transformat prognosticul acestei boli altădată mortală. El constă în administrarea de corticosteroizi în doze puternice pe o perioadă de 6 luni până la 1 an. Imunosupresoarele, ciclosporina și plasmaferezele au fost, de asemenea, propuse.

PENICILINĂ. Medicament antibiotic bactericid (care omoară bacteriile), aparținând familiei betalactaminelor.

Penicilinele sunt indicate în tratamentul infecțiilor cu germeni sensibili, ca: faringita, bronșita, pneumonia, amigdalita, endocardita bacteriană (infecția uneia dintre tunicile inimii, endocardul), sifilisul, blenoragia și angina lui Vincent, și în prevenirea crizelor de reumatism articular acut.

Spectrul penicilinelor este, în general, îngust. Bacteriile sensibile la aceste medicamente sunt puțin numeroase: bacilul difteriei, gonococul, *Listeria*, meningococul, pneumococul, stafilococul, streptococul etc. De altfel, bacteriile devin din ce în ce mai rezistente la peniciline; unele secretă o enzimă, penicilinaza, capabilă să distrugă mai multe varietăți de penicilină.

MOD DE ADMINISTRARE. Administrarea penicilinelor nu se poate face (cu excepția penicilinei V) pe cale orală; aceste antibiotice sunt administrate deci pe cale injectabilă, intramusculară sau intravenoasă.

EFECTE NEDORITE. Penicilinele sunt medicamente foarte puțin toxice, chiar în doze puternice, dar ele pot provoca accidente alergice grave, ceea ce interzice administrarea lor la persoanele sensibile la betalactamine.

PENIS. Organ genital masculin. SINONIM: *organ viril.*

Penisul este constituit din trei părți cilindrice: două tuburi laterale, corpii cavernoși, și un tub central, compus din țesut spongios, prin care trece uretra. La extremitatea lui se găsește glandul, acoperit de prepuț; meatul uretral, extremitatea uretrei prin care se scurg urina și sperma, se deschide în mod normal pe gland.

PENISULUI (cancer al). Cancer care atinge extremitatea penisului pe gland sau pe prepuț, de cele mai multe ori sub forma unui carcinom (tumoră malignă dezvoltată pe seama epiteliului).

O formă rară de cancer, cancerul penisului pare să fie favorizat de tabagism sau de infecțiile virale. Tumora, care se prezintă sub forma unei excrescențe nedureroase sau a unei ulcerații dureroase, care sângerează cu ușurință, se

dezvoltă înmugurind. Ea evoluează lent; totuși, în caz de tumoră rapid evolutivă, extinderea spre ganglionii limfatici se face în câteva luni.

Tratamentul cancerului de penis face apel, atunci când tumora este puțin evoluată, la curieterapie locală; curieterapia nu are nici o consecință asupra funcției sexuale, nici asupra fertilității. Atunci când ganglionii limfatici sunt atinși, ei trebuie scoși pe cale chirurgicală.

PENSARE DISCALĂ. Diminuare a înălțimii unui disc intervertebral (cuzinet fibros, care servește de amortizor suplu între două platouri vertebrale).

O pensare discală, detectată de obicei după un bilanț radiografic al coloanei vertebrale, poate fi situată la nivel cervical, dorsal sau lombar, poate fi unică sau poate privi mai multe discuri.

După cauza sa, o pensare discală este dureroasă sau nu. Ea poate antrena o micșorare a înălțimii bolnavului. Tratamentul pensării discale este cel al bolii în cauză.

PEPSINĂ. Enzimă a stomacului, care degradează proteinele alimentare și permite astfel absorbția lor intestinală.

PERCUTANAT, -Ă. Califică un mod de administrare a anumitor substanțe sau medicamente, constând într-o aplicare locală, pe piele, a produsului care difuzează în tot organismul plecând de la această aplicație.

Calea percutanată este utilizată îndeosebi pentru administrarea unor hormoni (estrogeni), în dezobișnuirea treptată de fumat (patch cu nicotină) și în tratamentul insuficienței coronariene (patch cu derivați nitrați).

PERCUȚIE. Metodă de examinare clinică a organelor sau a cavităților interne constând în aprecierea sonorității sau a rezonanței produse prin tapotamentul cu extremitățile degetelor pe pielea regiunii studiate.

O percuție se practică mai ales pe torace sau pe abdomen.

Ea poate fi directă (percuție nemediată) sau indirectă (percuție mediată). În acest ultim caz, un deget al unei mâini este interpus între piele și degetul celeilalte mâini care efectuează percuția.

Sonoritatea produsă poate fi normală sau, din contra, patologică. Astfel, în cursul percuției toracelui, o matitate (diminuare a sonorității) poate indica o pleurezie (boală caracterizată printr-o pleură umplută cu lichid), în timp ce un timpanism (creșterea sonorității) poate semnala un pneumotorax (boală caracterizată prin prezența de aer în pleură).

PERFORAȚIE. Deschidere patologică a peretului unui organ cavitar.

Perforațiile privesc îndeosebi tubul digestiv: stomac, duoden, mai rar colonul sau rectul.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acestea sunt caracteristice: durere abdominală bruscă și intensă, însoțită de oprirea emisiei de materii fecale și de gaze, de vărsături și de o alterare a stării generale (febră, stare de șoc). Palparea abdomenului pune în evidență o contracție dureroasă (ventru de lemn).

Perforația antrenează iruperea în cavitatea abdominală a gazelor și lichidelor digestive, precum și o peritonită (inflamația peritoneului).

TRATAMENT. Acesta constituie o urgență, un tratament întârziat expune la suprainfecție peritoneală și septicemie. El este în esență chirurgical: curățarea cavității etc.), drenajul. Spitalizarea este, în general, destul de îndelungată, dar urmările operatorii sunt bune, atunci când intervenția este făcută fără întârziere.

PERFUZIE. Procedeu care permite injectarea lentă și continuă a unui lichid în circulația sangvină, de obicei printr-o venă.

Perfuziile venoase permit administrarea de medicamente, de soluții electrolitice (sodiu, potasiu etc.) și/sau glucozate („seruri"), de derivate de sânge sau de produse de hrănire artificială (pe bază de glucide, de lipide și de acizi aminați). Ele sunt indispensabile de îndată ce calea orală și tubul digestiv nu mai pot fi utilizate.

APLICAREA ȘI MENȚINEREA PERFUZIEI. Aplicarea unei perfuzii venoase periferice trebuie să fie realizată perfect aseptic, după punerea unui garou și antisepsia pielii, iar materialul de acces vascular este acoperit cu un pansament steril. Pansamentele, refăcute la intervale regulate, sunt înlocuite de îndată ce se umezesc sau se dezlipesc. Tubulaturile de acces trebuie să fie schimbate la fiecare 24 sau 48 de ore. Aceste manipulări, schimbarea flaconului și administrarea medicamentelor prin tubulatura de perfuzie, trebuie să fie făcute cu mari precauțiuni de asepsie.

COMPLICAȚII. Complicațiile locale constituie principalul risc al perfuziilor. Inflamația, frecvență, se traduce prin dureri și printr-o roșeață în jurul punctului de puncționare și pe traiectul venei, uneori printr-un edem. Infecția este cea mai gravă complicație de învins.

PERI. Elemente filiforme foarte bogate în proteine denumite keratine, care fac parte dintre fanere, anexe ale pielii.

Până la pubertate, corpul este acoperit de un puf fin. La pubertate, perii cresc, se îngroașă și se închid la culoare sub axile, pe pubis și – la majoritatea bărbaților și la unele femei – pe tors, pe membre, în nări și în conducturile auditive externe, precum și pe față. Morfologia perilor este variabilă: secțiune ovală la europeni și negri, rotundă la asiatici. Importanța și topografia pilozității depind, pe de o parte, de hormonii androgeni (abundenți la bărbat) și, pe de altă parte, de un factor ereditar. Melanina este responsabilă de culoarea perilor, în timp ce keratinele le conferă consistență.

STRUCTURĂ. Perii și părul au aceeași structură. Partea perilor situată în piele, care ia naștere în derm și traversează epidermul, este numită rădăcină, iar partea vizibilă – tijă. Rădăcina și tija cuprind 3 cilindri concentrici: măduva în centru, înconjurată de scoarță, bogată în melanină și în keratine, și cuticula, bogată și ea în keratine. Epidermul, la înălțimea porului (orificiul prin care firul iese la suprafața pielii), se înfundă pentru a forma în jurul rădăcinii o teacă denumită folicul pilos. Acest folicul se termină printr-o umflătură, bulbul, care prezintă la baza sa o mică depresiune, papila, prin care pătrund vasele de hrănire. Un mușchi minuscul, denumit erector al firului de păr, sau oripilator, este întins oblic între bulb și epiderm; când acest mușchi se contractă, părul se ridică („piele de găină"): acesta este reflexul pilomotor. O glandă sebacee este uneori anexată firului de păr și formează atunci împreună cu el un folicul pilosebaceu.

DIFERIȚI FACTORI DE CREȘTERE. Numeroși factori contribuie la creșterea părului.

■ *Ereditatea* joacă un rol esențial, în particular asupra lungimii firelor de păr.

■ *Factorul sezonier* se traduce printr-o creștere a numărului de fire de păr în fază telogenă vara, deci printr-o cădere mai importantă a părului toamna.

■ *Factorii metabolici*, ca o carență în acizi aminați, în săruri minerale, în acizi grași și în vitamine, pot antrena fie o cădere, fie o depigmentare sau o finețe excesivă a părului.

■ *Factorii hormonali* joacă, de asemenea, un rol important.

PATOLOGIE. Hirsutismul este o pilozitate excesivă la femeie, uneori cauzată de un exces de androgeni. Alopecia (căderea sau absența perilor și a părului) poate constitui consecința a numeroase boli (lupus, lichen, peladă etc.) sau poate fi congenitală.

PERIADENITĂ. Ansamblu constituit dintr-o adenită (inflamație a unui ganglion limfatic) și zona inflamatorie care o înconjoară.

PERIARTERITĂ NODOASĂ. Inflamație a peretelui arterelor de calibru mediu și mic, care compromite irigarea țesuturilor.

CAUZE. Cauzele periarteritei nodoase nu sunt complet cunoscute. Mecanismul leziunilor este o reacție autoimună în cursul căreia organismului i se atacă pereții arterelor. Boala poate surveni la orice vârstă, dar afectează mai ales adultul de sex masculin.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Periarterita nodoasă se manifestă adesea la început prin semne generale: febră, pierderea în greutate, cu dureri articulare și musculare. În continuare, aspectul clinic depinde de localizările atingerii vasculare: manifestările pot fi cutanate (purpură, urticarie, noduli subcutanați); renale (glomerulonefrită cu insuficiență renală, hipertensiune arterială severă); neurologice (tulburări senzivomotoare periferice ca o multinevrită, atingere a sistemului nervos central care se traduce prin convulsii, o hemoragie meningeană etc.); cardiovasculare (atingere a coronarelor cu risc de infarct al miocardului, vascularitate distală cu fenomen Raynaud, uneori gangrena degetelor); digestive (dureri abdominale, diaree frecventă, eventual hemoragii digestive).

Evoluția bolii se face prin pusee succesive, prognosticul fiind grav în absența tratamentului.

TRATAMENT. Acesta face apel la corticosteroizi și la imunosupresoare, chiar la plasmafereză (schimb plasmatic). Tratamentul permite stoparea evoluției în majoritatea cazurilor, dar cu prețul unor complicații legate de terapeutici (modificări cutanate, osteoporoză, infecții).

PERIARTRITĂ. Orice afecțiune provocată de o inflamație a țesuturilor din vecinătatea articulațiilor.

Periarteritele, boli favorizate de îmbătrânirea țesuturilor, afectează, în general, subiecții vârstnici sau, mai rar, subiecții tineri și sportivi. Ele afectează bursele seroase periarticulare (spațiile de alunecare), capsula articulară (țesutul fibros care înconjoară articulația), ligamentele, tendoanele și tecile lor, chiar mușchii învecinați ai articulației.

■ *Periarterita cotului* poate fi legată de o epicondilită (inflamație a tendoanelor care se inseră pe epicondil, excrescență osoasă situată la extremitatea inferioară a humerusului), frecventă la jucătorul de tenis (*tennis-elbow*), de o epitrohleită (inflamație a epitrohleei, excrescență osoasă situată pe partea internă a cotului) sau unei bursite retrooleciraniene (inflamație a bursei seroase situată în spatele olecranului, excrescența posterioară a cubitusului de la nivelul articulației cotului).

■ *Periartrita șoldului* este provocată, în general, de o tendinită a mușchilor fesieri, responsabilă de o durere atunci când subiectul depărtează coapsa de axa corpului, sau de o tendinită a mușchilor abductori, frecventă la sportiv (rugby, fotbal).

PERIARTRITĂ A UMĂRULUI. Orice afecțiune caracterizată prin dureri provocate de o inflamație a țesuturilor din vecinătatea articulației umărului. SINONIM: *periartrită scapulohumerală*.

O periartrită a umărului este cauzată de o inflamație a tendoanelor care acționează mușchii rotatori (responsabili de mișcarea de rotație a umărului, cel mai frecvent atins fiind mușchiul supraspinos), a bursei seroase subacromiodeltoidiene (spațiul de alunecare dintre mușchiul deltoid și acromiom, pe de o parte, și mușchii rotatori, pe de altă parte) și/sau a capsulei articulației scapulohumerale (dintre omoplat și humerus). Ea este favorizată de factori congenitali (spațiu prea strâmt între tendoanele rotatorilor și bolta osoasă subacromială, de exemplu) sau este dobândită (utilizarea profesională sau sportivă excesivă a articulației umărului).

SIMPTOME ŞI DIAGNOSTIC. Simptomele pot fi mai mult sau mai puţin accentuate:

– durere a umărului, fără ca mişcările acestuia să fie limitate, din cauza unei tendinite a muşchiului supraspinos sau a muşchiului lung al bicepsului;

– durere acută a umărului, cu limitarea totală a mişcărilor acestuia, legată de o bursită (inflamaţie a bursei seroase);

– blocarea umărului, sau algodistrofia, cauzată de o capsulită retractilă (retracţia şi îngroşarea capsulei articulare a umărului); în cursul acestei afecţiuni foarte dureroase, mişcările umărului sunt aproape imposibile (umăr înţepenit).

– umăr pseudoparalitic, provocat de o ruptură tendinoasă, frecventă la sportivi; durerea este slabă, dar subiectul se află în incapacitate de a mişca umărul.

TRATAMENT. Acesta constă, după caz, în administrarea de antiinflamatoare pe cale locală (pomadă, infiltraţii), orală sau intramusculară şi pe kineziterapie. De asemenea, se poate practica o puncţie a lichidului inflamator sau repararea chirurgicală a tendonului rupt.

PERICARD. Tunică externă care înveleşte inima.

PERICARDITĂ. Inflamaţie a celor două foiţe ale pericardului seros.

Cele mai multe pericardite sunt de origine infecţioasă. Unele pot totuşi să evidenţieze o conectivită (boală a ţesutului conjunctiv al diverselor organe) sau uneori un cancer. Se disting trei forme de pericardită: pericardita acută, pericardita uscată şi pericardita cronică constrictivă.

Pericardită acută. Este vorba de o inflamaţie a pericardului seros care conduce de cele mai multe ori la apariţia de lichid între cele două foiţe ale sale, în cavitatea virtuală care le separă.

Frecvent nu poate fi găsită nici o cauză. În pericardite acute benigne, este evocat un mecanism imunologic. Cauzele cunoscute sunt o infecţie virală (efuziunea lichidiană dintre cele două foiţe este limpede) sau microbiană (efuziunea este atunci purulentă), o tuberculoză, un cancer sau un reumatism articular acut.

Pericardita acută se traduce printr-o durere toracică ce se amplifică la inspiraţie, asociată fiind cu febră.

Evoluţia unei pericardite acute benigne este întotdeauna favorabilă fără tratament, dar recidivele sunt frecvente. Atunci când lichidul cuprins în pericard este prea voluminos, pe punctul de a comprima inima şi a stânjeni întoarcerea venoasă, sunt practicate puncţii. Pericarditele tuberculoase, canceroase, microbiene, reumatismale şi conectivitele necesită un tratament specific legat de boala în cauză.

Pericardita uscată. Această pericardită este o inflamaţie a pericardului şi uneori constituie doar stadiul iniţial al unei pericardite acute cu efuziune.

Pericardita cronică constrictivă. Această inflamaţie a pericardului se traduce printr-o îngroşare importantă a constituenţilor pericardului, realizând un adevărat înveliş care strânge inima şi stânjeneşte umplerea ei. Este vorba de o complicaţie rară a unei pericardite acute tuberculoase, care poate să se instaleze în câteva luni sau în câţiva ani.

PERICOLANGITĂ. Inflamaţie a ţesutului hepatic care înconjoară canalele biliare.

PERIDURAL, -Ă. Tehnică de anestezie locoregională constând în injectarea unei soluţii de anestezic în spaţiul peridural (între vertebre şi dura mater, învelişul meningean cel mai exterior). SINONIME: *anestezie peridurală, anestezie epidurală*.

Ea poate fi realizată în regiunea cervicală, dorsală, lombară sau sacrală.

INDICAŢII. În regiunea lombară, peridurala este indicată în cursul operaţiilor ginecologice, ale căilor urinare sau ale membrelor inferioare, mai rar ale căilor digestive (apendicectomia, de exemplu). Ea este utilizată, de asemenea, la pacienţii debilitaţi, pentru a diminua durerile postoperatorii în următoarele două zile după operaţie şi, în cursul naşterilor, pentru atenuarea durerilor unei naşteri pe căi naturale sau pentru a realiza o cezariană. Peridurala cervicală sau dorsală permite practicarea operaţiilor de tiroidă, ale organelor otorinolaringologice, ale arterelor carotide şi ale sânului.

CONTRAINDICAŢII. Contraindicaţiile absolute sunt tulburările de coagulare şi luarea de medicamente anticoagulante, hipovolemia (diminuarea volumului sangvin) şi hemoragia. Contraindicaţiile relative sunt febra şi orice stare infecţioasă în momentul anesteziei, malformaţiile coloanei vertebrale, precum şi unele boli cardiace.

TEHNICĂ. Produsul injectat impregnează rădăcinile nervoase şi anesteziază nervii care conduc senzaţia dureroasă. Numărul nervilor blocaţi depinde de cantitatea de lichid injectat. O peridurală este convenabilă pentru operaţii cu durata maximă de 2–3 ore, după acest răstimp, pacientului îi vine greu să suporte imobilizarea şi reclamă un sedativ. În schimb, atunci când dozele sunt mai mici (naştere pe căi naturale sau analgezie postoperatorie), peridurala poate dura mai multe ore, chiar una sau două zile.

DESFĂŞURARE. Poziţia pacientului este aleasă în funcţie de starea sa şi de obiceiurile anestezistului: pentru a primi injecţia, pacientul poate să se afle fie în poziţie şezând, fie lungit pe o parte, cu gambele aduse la bărbie. La femeile în curs de a naşte, peridurala se aplică în momentul în care dilataţia colului uterin a ajuns între 3 şi 5 centimetri. Este necesară o dezinfecţie riguroasă a locului pe care va fi punctul de injectare, urmată de o anestezie locală care să permită insensibilizarea pielii. Injecţia este realizată după amplasarea unei perfuzii intravenoase şi sub controlul tensiunii arteriale şi ritmului cardiac.

EFECTE SECUNDARE. O peridurală poate declanşa o scădere a tensiunii arteriale şi/sau frisoane în timpul intervenţiei, precum şi o retenţie tranzitorie a urinei după intervenţie, ceea ce necesită adesea o sondare vezicală. Durerile de cap, rare, se tratează cu analgezice şi odihnă. Un hematom peridural, eveniment excepţional dacă contraindicaţiile sunt respectate, poate antrena o paralizie a membrelor inferioare şi necesită un tratament chirurgical de urgenţă.

PERINATALOGIE. Studiu al fătului începând din cea de a 28-a săptămână de sarcină şi al copilului în primele 8 zile ale vieţii sale.

PERINEU. Regiune care constituie planşeul micului bazin, în care sunt situate organele genitale externe şi anusul. SINONIM: *planseu pelvian*.

PERIONICHIE. Inflamaţie cronică a pielii din jurul unei unghii. SINONIM: *perionixie*.

O perionichie este provocată de cele mai multe ori de o ciupercă microscopică din genul *Candida*. Tratamentul constă în aplicarea de antifungice (micostatin, imidazolaţi), iar prevenirea, purtând mănuşi în cursul muncilor manuale în profesiile de risc.

PERIOST. Membrană fibroasă albicioasă care înconjură osul ca o teacă, cu excepţia suprafeţelor sale articulare.

Periostul, îndeosebi cel al tibiei sportivilor, poate fi sediul unei inflamaţii (periostita).

PERIOSTITĂ. Inflamaţie acută sau cronică a periostului (membrana conjunctivă care înconjoară un os şi nu îi permite creşterea în grosime) şi a osului adiacent. SINONIM: *osteoperiostita*.

CAUZE. O periostită poate fi antrenată prin extinderea unei osteite (infecţie microbiană a unui os) la periost sau prin şocuri, responsabile de microtraumatisme.

La sportivi, o periostită poate surveni după modificarea sau intensificarea antrenamentului. Ea mai poate fi pusă în legătură şi cu o reluare prea rapidă a activităţii sportive după o oprire a ei, cu o deficitară stăpânire a gesturilor, cu o schimbare a suprafeţei pe care se practică sportul (iarbă sau sol sintetic, de exemplu) sau a echipamentului (încălţămintea).

SIMPTOME ŞI TRATAMENT. O periostită se manifestă printr-o umflătură şi durere a zonei afectate. Ea se tratează prin odihnă, şedinţe de kineziterapie, folosind încălţăminte care amortizează şocurile şi prin administrarea de medicamente antiinflamatoare.

PERISTALTISM. Totalitate a contracţiilor musculare ale unui organ cavitar, provocând înaintarea conţinutului său din amonte în aval. SINONIM: *motricitate digestivă*.

PERITONEU. Membrană seroasă care tapetează pereţii abdomenului (peritoneul parietal) şi suprafaţa viscerelor digestive pe care acesta le conţine (peritoneul visceral).

PERITONITĂ. Inflamaţie a peritoneului.

O peritonită este aproape întotdeauna consecutivă unei atingeri a unui organ abdominal: fie un viscer este infectat şi bacteriile se propagă apoi din aproape în aproape în peritoneu; fie peretele unui viscer cavitar (intestin, de exemplu) este perforat, iar conţinutul său – care poate cuprinde bacterii şi substanţe agresive – se acumulează în peritoneu. Odată inflamaţia declanşată, se produce o ocluzie intestinală. Pierderile lichidiene diminuează de altfel volumul sangvin, ceea ce explică, în caz de peritonită gravă sau prelungită, suferinţa principalelor viscere (plămâni, rinichi).

Peritonită acută. Inflamaţiile acute ale peritoneului au origini foarte diferite: perforarea unui ulcer al stomacului sau al duodenului; apendicita; colecistita (inflamaţia veziculei biliare); sigmoidita (inflamaţia ultimei părţi a colonului); plaga unui viscer cavitar, survenită în cursul unui traumatism al abdomenului; salpingita (inflamaţia uneia sau ambelor trompe uterine); în acest ultim caz, peritonita rămâne localizată în micul bazin: atunci se vorbeşte de pelviperitonită.

SEMNE ŞI DIAGNOSTIC. O peritonită acută poate fi generalizată sau localizată.

■ *O peritonită acută generalizată* se traduce printr-o durere abdominlă intensă şi generalizată, prin semne de paralizie intestinală (vărsături, oprire a evacuării materiilor fecale şi a gazelor), printr-o alterare a stării generale (febră, depresie) şi uneori prin semne ale micşorării volumului sangvin (paloare, anxietate, puls rapid). Muşchii peretelui abdominal sunt foarte contractaţi; peretele abdominal devine tare, tensionat, dureros (ventru de lemn).

■ *O peritonită acută localizată* antrenează formarea de aderenţe care compartimentează cavitatea peritoneală şi împiedică focarul infecţios să se întindă. Localizarea sa depinde de organul în cauză (în jos şi în dreapta abdomenului pentru apendicită, în jos şi la stânga pentru sigmoidită).

TRATAMENT. În caz de peritonită acută, bolnavul trebuie să fie spitalizat de urgenţă într-un serviciu de chirurgie. Reanimarea constă, în principal, în compensarea pierderilor lichidiene prin perfuzii intravenoase. Operaţia vizează tratarea cauzei peritonitei (suturare pentru a închide un ulcer perforat, ablaţia unui apendice etc.), curăţarea cavităţii abdominale şi amplasarea unui dren. În completare, se administrează antibiotice. Spitalizarea durează, în general, între 8 şi 15 zile.

PERLES. Inflamaţie cutanată localizată la comisurile buzelor.

Un perleș, denumit popular zăbăluță, este cauzat fie de un aparat dentar prost adaptat, fie de o infecție cu o bacterie ca streptococul sau treponema (agentul sifilisului), sau cu o ciupercă microscopică precum candida. El se traduce prin apariția uneia sau mai multor fisuri mici la comisura buzelor. Adesea perleșul este bilateral și nedureros; pielea comisurilor poate fi roșie (micozǎ) sau țesuturile subiacente pot fi infiltrate (sifilis). Perleșul este foarte contagios în caz de sifilis; este însă puțin sau deloc contagios în celelalte cazuri.

În afara administrării penicilinei în caz de sifilis, tratamentul este local; nitrat de argint și pomadă antibiotică împotriva streptococului, pomadă antifungică și spălături alcaline ale gurii în caz de micoze.

PERONEU. Os lung situat la fața externă a gambei, al cărei schelet îl constituie împreună cu tibia.

Peroneul se articulează în partea de sus cu tibia, iar în partea de jos cu tibia și cu astragalul. Extremitatea inferioară a peroneului, numită și maleolă externă, joacă un mare rol în stabilitatea gleznei.

PATOLOGIE. Fracturile de peroneu sunt destul de frecvente și adesea sunt asociate cu alte fracturi.

■ *Fracturile părții mediane a peroneului*, atunci când sunt izolate necesită o simplă imobilizare, gipsată sau nu, a gambei, pentru aproximativ 6 săptămâni. Asociate cu o fractură de tibie, ele nu necesită vreun tratament specific: doar fractura de tibie este tratată.

■ *Fracturile maleolei externe a peroneului* sunt de două tipuri: simplă smulgere provocată de o entorsă gravă a gleznei, antrenând o dezinserție a ligamentelor laterale; fractura care atinge și extremitatea inferioară a tibiei, sau maleola internă, pune în discuție stabilitatea articulației gleznei și trebuie să constituie obiectul unei osteosinteze (reasamblarea fragmentelor osoase) chirurgicale.

■ *Fracturile extremității superioare a peroneului* sunt în general asociate cu fracturile extremității superioare a tibiei (platoul tibial). Atunci nu este tratată decât fractura de tibie.

PEȘTE. Animal vertebrat acvatic a cărui carne are o compoziție nutrițională apropiată de cea a cărnurilor comestibile de păsări și mamifere.

Peștele aduce tot atâtea proteine ca și carnea (între 16 și 20 grame proteine pe 100 grame). El mai conține și numeroase minerale (potasiu, clor, sodiu, calciu etc.), oligoelemente (zinc, fluor, mangan, iod etc.) și vitamine ale grupului B. Carnea peștelui gras, ca și ficatul tuturor peștilor, conține în plus vitaminele A și D.

Valoarea energetică a peștilor variază de la 70 la mai mult de 200 kilocalorii pentru 100 grame, în funcție de conținutul lor în lipide: mai puțin de 1% pentru pește slab; între 1 și 5% pentru peștele semigras; între 5 și 15% pentru peștele gras. Este recomandabil să se consume pește cel puțin de două ori pe săptămână.

PIERDERE A CONȘTIENȚEI. Rupere a contactului dintre conștiință și mediul exterior. SINONIM: *leșin*.

O pierdere a conștienței (sau a stării de conștiență) poate fi completă sau parțială, bruscă sau treptată, și de o durată variabilă (de la câteva secunde la o jumătate de oră). O pierdere completă a conștienței este denumită sincopă dacă ea survine brusc și durează puțin timp; dacă se prelungește, se vorbește de comă.

CAUZE. Tulburarea funcționării cerebrale responsabilă de pierderea conștienței este de origine cardiovasculară sau neurologică.

■ *Cauzele cardiovasculare* cuprind sincopa vasovagală (exces de activitate a sistemului nervos parasimpatic asupra inimii și asupra vaselor), care este cauza cea mai frecventă. Ea survine în poziția în picioare sau șezând, în situație de stres, și începe printr-o indisponziție; este benignă și nu necesită tratament. Hipotensiunea ortostatică este, de asemenea, foarte frecventă; este vorba de o cădere a presiunii arteriale în cursul trecerii la poziția în picioare (ortostatism) sau după o staționare prelungită în picioare; un medicament (antihipertensor, antidepresiv) sau o micșorare a volumului sangvin (deshidratare) sunt uneori responsabile de pierderea conștienței. Alte cauze cardiovasculare ale pierderii conștienței sunt mai rare: tulburarea ritmului sau a conducției cardiace (bloc auriculoventricular), cardiopatia (stenoza aortică adesea responsabilă de o sincopă care survine la efort), hemoragia meningeană, accidentul vascular cerebral, sincopa sinucarotidiană (prin presiune asupra carotidelor) survenind, de exemplu, dacă se poartă o cămașă cu guler prea strâmt.

■ *Cauzele neurologice* sunt reprezentate mai ales prin crize de epilepsie.

■ *Alte cauze* sunt intoxicațiile, în principal cu medicamente, meningitele, ictusul laringean (pierderea conștienței după o chintă de tuse intensă), tulburările metabolice (hipoglicemia).

PIERDERE ALBĂ. → LEUCOREE.

PIERDERE VAGINALĂ. → LEUCOREE.

PERVERSIUNE. Căutare a unei satisfacții considerată ca regresivă în raport cu dezvoltarea psihosexuală a adultului.

Conform psihanalizei, perversiunea este o întoarcere la sau o fixație pe componentele sexuale primitive, aparținând sexualității infantile, care este prezentă la oricare individ, dar în stare de rămășițe: sadomasochism, fetișism, voyeurism, exhibiționism, coprofagie etc.

PESAR. Instrument care permite corectarea unor anomalii de poziție a uterului (retrodeviația, histeroptoza).

Un pesar este un inel de cauciuc mai mult sau mai puțin flexibil, de dimensiuni adaptate. Introdus în vagin în așa

fel încât colul uterin să proemineze în centru, el îndreaptă uterul. Purtatul unui pesar este recomandat atunci când operația de prolaps uterin (coborârea uterului) este contraindicată (de exemplu la femeile în vârstă, din cauza contraindicațiilor anestezice).

Un pesar necesită o supraveghere medicală regulată.

PESTĂ. → CIUMĂ.

PESTICID. Produs mineral sau organic (săruri de cupru, de arsen, acid sulfuric etc.), destinat să protejeze oamenii, animalele sau plantele împotriva diferiților flageli (germeni, paraziți, animale dăunătoare) distrugându-i.

Este vorba, după caz, de insecticid, erbicid, fungicid, nematocid (produs care distruge viermii), raticid etc. Pesticidele pot fi responsabile de intoxicații prin inhalare, prin contact cutanat sau prin ingestie. Este important deci să se respecte strict modul de utilizare și să fie păstrate în locuri care nu sunt la îndemâna copiilor. → ÎNTOXICAȚIE.

PETEȘIE. Mică leziune roșie sau albăstruie a pielii sau mucoaselor, caracteristică pentru purpura.

PETIT MAL EPILEPTIC. Formă de epilepsie generalizată (afectând în totalitate cortexul cerebral).

Petit mal epileptic, denumit simplu *petit mal* în limbajul curent, grupează două tipuri ale acestei afecțiuni.

■ *Absentele epileptice* sau *absentele* debutează între 4 și 6 ani. Ele constau într-o suspendare a stării de conștiență de vreo 30 de secunde; bolnavul își întrerupe activitățile, nu se mișcă, nu răspunde la chemare; privirea îi rămâne fixă. Crizele dispar de cele mai multe ori la pubertate dar se poate întâmpla, în 40% dintre cazuri aproximativ, ca ele să fie înlocuite cu crize de *grand mal* (altă formă, majoră, de epilepsie generalizată). Tratamentul face apel al antiepileptice.

■ *Petit mal mioclonic*, formă mai rară, începe între 13 și 20 de ani și constă în mioclonii (secuse musculare) sincrone ale ambelor părți ale corpului, afectând mai ales membrele superioare. Crizele survin dimineața, la puțină vreme după trezire. Tratamentul este cel al epilepsiei (medicamente antiepileptice), prognosticul este bun, dar unii pacienți dezvoltă în continuare un *grand mal*.

PEUTZ-TOURAINE JEGHERS (sindrom al lui). Boală ereditară care asociază o polipoză digestivă (prezența unor multiplii polipi pe tubul digestiv) și o lentiginoză a pielii și mucoaselor.

PHALLUS. Penis în erecție, simbol al virilității.

pH. Mărime chimică ce măsoară caracterul mai mult sau mai puțin acid sau bazic al unei soluții apoase.

pH-METRIE ESOFAGIANĂ (explorare prin). Măsurare și înregistrare în manieră continuă, timp de mai multe ore, a pH-ului esofagului inferior.

pH-metria este un examen care contribuie la stabilirea diagnosticului de reflux gastroesofagian (trecerea anormală de lichid gastric acid în esofag). Ea permite, de asemenea, controlul eficacității unui tratament chirurgical sau medical al acestei boli.

TEHNICĂ. pH-metria se practică cu ajutorul unei sonde introduse, după o ușoară anestezie locală, printr-o nară, până în partea de jos a esofagului. Cealaltă extremitate a sondei se termină printr-o fișă legată la un aparat exterior, care înregistrează măsurătorile. Aparatul este fixat în jurul taliei pacientului.

DESFĂȘURARE. Examenul este nedureros. El poate fi realizat pe o durată de 3 ore sau de 24 de ore. Pacientul trebuie să stea fără să mănânce. În vederea unui examen pe durata a 3 ore, pacientul rămâne în sala de examinare și ingeră o „masă test". În prima oră după masă, el rămâne așezat, în cea de a doua oră se întinde la orizontală și revine la poziția șezândă pentru cea de a treia oară. Pentru un examen pe durata a 24 de ore, pacientul poate pleca și își poate relua activitățile. Rezultatele (consemnate în scris) sunt cunoscute în 24 de ore.

pH-ULUI URINAR (modificator al). Substanță utilizată în terapeutică pentru a face urinele să devină mai alcaline sau mai acide.

PIAN. Boală infecțioasă endemică provocată de o varietate de treponemă, *Treponema pertenue*. SINONIM: *framboesia*.

Această boală se observă mai ales în țările calde și umede (Africa tropicală, Guiana și Asia). Transmiterea se face adesea în copilărie, în principal prin contact cutanat direct cu leziunea unui subiect infectat.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Boala evoluează în trei faze.

■ *Faza primară*, care urmează unei incubații de 4 săptămâni, corespunde apariției șancrului pianic de inoculare, papulă cu un diametru de la 1,5 până la 2 centimetri, afectând mai ales membrele inferioare.

■ *Faza secundară* survine într-un interval de 3 până la 6 luni de la apariția primelor semne și dă leziuni numite pianoame, mici ridicături umflate de culoare roz, care se rup cu ușurință și se acoperă de o crustă. Aceste leziuni predomină pe membrele inferioare și se grupează în plăci sau în inele.

Într-un al doilea timp apar leziuni uscate (pianide), grupate în placarde pe umeri și pe coapse. În sfârșit, în acest stadiu este frecventă o atingere osteoarticulară, însoțită de o osteită necrozantă și mutilantă a nasului (inflamație oaselor nasului care provoacă deformarea și mărirea acestuia) și a maxilarelor superioare.

■ *Faza tertiară* survine după mai mulți ani de latență și se traduce prin gome cu ulcerații sau cu leziuni osoase multiple. Totuși, spre deosebire de sifilis, pianul nu provoacă nici manifestări viscerale, nici leziuni nervoase.

TRATAMENT. Tratamentul eficace, constă în administrarea de penicilină în doze mari pe cale intramusculară.

PICĂTURĂ GROASĂ. Examen microscopic al unei picături de sânge ce permite decelarea prezenței paraziților în organism.

PICĂTURĂ-CU-PICĂTURĂ. → PERFUZIE.

PICIOR. Extremitate a membrului inferior, articulată cu gamba prin gleznă (articulația tibioperoneoastragaliană) și terminată cu degetele piciorului.

Piciorul are un rol atât static (el susține greutatea corpului și permite echilibrul mulțumită poziției sale în unghi drept în raport cu axa gambei) și dinamic (el permite propulsarea corpului înainte). Scheletul său este constituit, începând din spate spre față, din tars (astragal, calcaneu, scafoid, cuboid și cele trei cuneiforme), metatars și falange, care formează scheletul degetelor de la picioare. Suprafața plantară a piciorului este sediul unei concavități denumită bolta plantară.

PATOLOGIE. Piciorul este atins de mai multe tipuri de afecțiuni, adesea agravate de purtatul de încălțăminte nepotrivită.

■ *Anomaliile piciorului* sunt de cele mai multe ori congenitale: picior plat, picior scobit, picior strâmb, picior echin, metatarsus varus (responsabil de hallux valgus) etc.

■ *Principalele boli articulare* care afectează piciorul sunt hallus rigidus, artroza, artrita și mai ales guta.

■ *Fracturile piciorului* afectează de cele mai multe ori calcaneul, metatarsienele și falangele.

■ *Principalele tulburări ale pielii și ale oaselor piciorului* sunt bătăturile de diferite feluri, cu diferite amplasări, micozele etc.

PICIOR DE ATLET. Boală cutanată localizată între degetele de la picioare, caracterizată prin fisuri și crăpături mai mult sau mai puțin adânci.

Piciorul de atlet, cunoscut și sub termenul englez *athletic foot*, este o boală frecventă provocată de proliferarea ciupercilor microscopice (dermatofiți sau levuri) sau a unor germeni Gram negativi. El se întâlnește mai ales la sportivi și, ca regulă generală, la toți cei care poartă în mod obișnuit încălțăminte care favorizează transpirația.

Un picior de atlet se semnalează mai întâi prin înroșiri și vezicule ale feței laterale ale degetelor de la picioare, care, până la urmă, se transformă în fisuri. Tratamentul constă în băi de antiseptice, în dezinfectarea cu alcool iodat și în aplicarea de antifungice (medicamente împotriva ciupercilor).

Prevenirea recidivelor constă într-o igienă riguroasă a picioarelor; în particular este necesar să se evite transpirația și macerarea pielii, purtând ciorapi din fibre naturale.

PICIOR ECHIN. Deformație a piciorului care, blocat în hiperextensie, nu poate să se sprijine decât în vârf și nu stă niciodată pe călcâi.

O reeducare intensivă corectează de cele mai multe ori această anomalie care stânjenește considerabil mersul. În unele cazuri mai grave, este necesară o intervenție chirurgicală, fie pentru alungirea tendonului lui Ahile, fie pentru blocarea definitivă a articulației gleznei în poziție de funcționare, piciorul în unghi drept în raport cu axa gambei (artrodeză).

PICIOR PLAT. Prăbușirea boltei plantare responsabilă de o creștere a suprafeței de sprijin plantar pe sol.

Piciorul plat poate deveni dureros după pubertate, adesea din cauza unei luări importante în greutate. El este atunci contracturat și antrenează o claudicație (șchiopătat) prin eschivarea de la gestul de a se sprijini pe suprafața plantară.

TRATAMENT. Doar piciorul plat dureros necesită un tratament ce asociază purtatul de tălpi ortopedice care, scobind bolta plantară, duc la reeducarea și întărirea mușchilor plantari piciorului. Tratamentul chirurgical este rezervat picioarelor plate deosebit de dureroase; acesta constă în blocarea articulației vârfului boltei plantare (artrodeză).

PICIOR SCOBIT. Scobire excesivă a boltei plantare a piciorului dând acestuia un aspect cambrat: SINONIM: *picior cav*.

Piciorul scobit poate fi provocat de o leziune neurologică (o paralizie musculară, de exemplu), dar, de cele mai multe ori, cauza lui rămâne necunoscută.

TRATAMENT. La început, piciorul este suplu, iar deformațiile sale pot fi ușor corectate cu tălpi ortopedice și prin reeducare. Mai târziu, atunci când piciorul este rigid și oasele sunt deformate, tratamentul este chirurgical; intervenția cea mai frecventă constă în scurtarea metatarsienelor (tarsectomie) și în blocarea articulațiilor vârfului boltei plantare (artrodeză).

PICIOR STRÂMB. Malformație congenitală complexă a piciorului caracterizată prin retracții tendinoase și musculare asociate cu malformații osoase, de așa natură încât sprijinul piciorului pe sol nu mai este repartizat normal pe regiunea plantară.

Depistarea unui picior strâmb se poate face înainte de naștere, mulțumită ecografiei obstetricale. La naștere, încă se mai poate corecta manual deformația, dar, în absența tratamentului, deformațiile devin ireductibile.

TRATAMENT. În general, cu cât tratamentul începe mai devreme, cu atât șansele de reușită sunt mai mari. Întreprins de la naștere, tratamentul constă în manipulări zilnice în vederea mlădierii și îndreptării piciorului, urmate de punerea unor mici atele sau de aparate gipsate succesive pentru menținerea piciorului într-o poziție bună. La capătul a 3 luni de astfel de manevre, se face un bilanț pentru a aprecia eficacitatea tratamentului. În caz de corectare bună, tratamentul este urmat până la vârsta mersului; dacă nu, înainte de vârsta mersului se practică o intervenție chirurgicală de eliberare a mușchilor retractați, urmată de o imobilizare gipsată pe o durată de 2-3 luni. În toate cazurile, tratamentul kineziterapic și ortopedic (atele, gips) va fi urmat până la sfârșitul creșterii. La sfârșitul creșterii, pot fi practicate alte intervenții chirurgicale în caz de deformații osoase sau de retracții musculotendinoase prea importante.

PICKWICK (sindrom al lui). Ansamblu de tulburări care asociază episoade de apnee nocturnă (stop respirator), o somnolență diurnă, o cianoză (buze și unghii albastre) și o obezitate.

Sindromul lui Pickwick, prost cunoscut, se traduce printr-un somn de proastă calitate, cu sforăituri și cu hipersomnolență în timpul zilei. Această boală reprezintă o formă rară a sindromului apneei de somn.

PIEBALDISM. Boală ereditară rară caracterizată printr-o absență locală a pigmentației pielii și părului.

Piebaldismul se traduce printr-o șuviță de păr alb la înălțimea frunții și printr-o depigmentare a pielii frunții.

PIEDRA. Infecție a perilor și părului cauzată de o ciupercă microscopică.

Piedra se traduce prin apariția unor mici bule de aproximativ un milimetru diametru pe lungimea firelor de păr. Tratamentul acestei micoze, după ce părul a fost ras și pielea dezinfectată, constă în aplicarea unei pomezi cu imidazolați (medicamente antifungice).

PIELE. Organ care constituie învelișul corpului.

Pielea este un organ viu – nu o simplă membrană – de o mare importanță fiziologică.

STRUCTURĂ. Pielea cuprinde trei straturi suprapuse, epidermul, dermul și hipodermul, și formează, împreună cu anexele (perii, părul, unghiile și glandele), tegumentul.

- *Epidermul* este un epiteliu (țesut format din celule juxtapuse) cuprinzând diferite tipuri de celule.
- *Dermul* este un țesut conjunctiv (care joacă rol de nutriție și de susținere), format din celule numite fibroblaste, din fibre de colagen și din fibre elastice.
- *Hipodermul* este o varietate de țesut conjunctiv, țesutul adipos.
- *Anexele* cuprind fanerele (peri, păr, unghii), foarte bogate în keratină; glandele sudoripare sau sudorale, care secretă sudoarea; glandele sebacee secretă sebum, care formează o peliculă protectoare la suprafața pielii.

FUNCȚII. Pielea asigură o protecție împotriva agenților fizici și chimici, întărită prin acțiunea keratinei și a melaninei. Ea joacă un rol senzorial mulțumită receptorilor nervoși microscopici, sensibili la pipăit, durere și temperatură. Pielea mai intervine și în termoreglare (menținerea unei temperaturi interne constante) prin dilatarea vaselor sangvine cutanate și prin evaporarea sudorii, ceea ce permite evacuarea unui exces de căldură.

PATOLOGIE. Actualmente se cunosc mai mult de 2 000 de boli de piele, susceptibil să fie clasificate în diferite grupe în funcție de cauza lor.

Îmbătrânirea pielii. Dovadă importantă a îmbătrânirii în ansamblu a organismului, îmbătrânirea cutanată depinde de trei ordine de factori: un factor genetic, variabil de la un individ la altul, factori externi, reprezentați îndeosebi prin expunerea solară – factor esențial al îmbătrânirii cutanate de suprafață –, și factori de mediu legați de condițiile socioeconomice, de igiena vieții, de o alimentație prea bogată sau, invers, de o malnutriție, de intoxicațiile cu alcool, cu tutun, cu droguri, și, în sfârșit, de starea de sănătate a subiectului.

Îmbătrânind, pielea se atrofiază, se subțiază; ea se creponează ușor (piele „tip foiță de țigară"), se deshidratează, devine aspră la pipăit. Pete închise la culoare, legate îndeosebi de expunerea solară, apar pe spatele mâinilor, pe frunte și pe obraji; pete roșii hemoragice, denumite purpura lui Bateman, pot fi observate pe antebrațe și pe gambe; ele sunt legate de o mai mare fragilitate a micilor vase ale dermului. Apar riduri, predominând mai întâi pe brazdele care merg de la nas la buze și la frunte, apoi se întind la obraji. Plăci galbene și mai mult sau mai puțin groase pot apărea, mai ales, pe ceafă.

Mijloacele de luptă împotriva acestei îmbătrâniri sunt temporare și, în ansamblu, cu eficacitate limitată. Petele pigmentate pot fi distruse cu azot lichid, cu bisturiul electric sau cu laserul cu dioxid de carbon. Ridurile sunt atenuate cu ajutorul curenților electrici sau al injecțiilor cu colagen în piele. Peelingul, aplicațiile de substanțe care desprind stratul superficial al epidermului, nu au, în general, decât un efect trecător. Chirurgia estetică, în sfârșit, propune numeroase soluții (lifting, îndeosebi).

În schimb, este posibil să se întârzie apariția îmbătrânirii cutanate. Factorul de departe cel mai important este reducerea expunerii la radiațiile solare, lucru care trebuie să fie făcut din copilărie. Atunci când expunerea solară nu poate fi evitată, pielea trebuie să fie protejată cu creme sau cu lapte cu efect antisolar, alese cu grijă în funcție de natura pielii și de gradul de însorire. → FOTOPROTECȚIE.

PIELE A CAPULUI. Totalitate a ţesuturilor moi care acoperă craniul, în mod normal acoperite cu păr. SINONIM: *scalp*.

PATOLOGIE. Patologia cea mai frecventă a pielii capului este reprezentată de traumatisme (contuzii, plăgi), de tumori şi calviţie.

■ *Traumatismele* pot provoca plăgi, care antrenează adesea o hemoragie importantă. În fapt, foarte bogat vascularizată, pielea capului sângerează cu uşurinţă. Orice plagă trebuie să conducă la căutarea unui traumatism cranian cu sau fără fracturâ.

■ *Tumorile* pielii capului sunt relativ frecvente: tumori benigne, ca acumulările subcutanate, sau maligne, ca sărcoamele sau ca melanoamele.

■ *Calvitia* este o patologie a pielii capului destul de frecvetă. → ALOPECIE.

PIELE A CAPULUI (grefă de). Intervenţie chirurgicală ce constă în transplantarea de fragmente de piele a capului, care are fire de păr, în regiunile craniului dezgolite de păr.

INDICAŢII. Grefa de piele a capului tratează calviţia clasică, dar şi zonele de alopecie traumatică provocate de arsura pielii capului, de exemplu.

TEHNICI

■ *Grefa* constă în prelevarea sub anestezie locală de fragmente de piele a capului din zona piloasă (10 până la 50 de fire de păr) dintr-o parte puţin vizibilă (în jurul urechilor, în regiunea occipitală) cu scopul de a le reimplanta în zonele dezgolite de păr.

■ *Micrografa* este actualmente tehnica cea mai utilizată. Se prelevă sub anestezie locală fragmente de piele a capului acoperită cu păr – de aproximativ 4 mm^2 – care cuprind 1-3 fire de păr; repicarea, prin mai multe sute de mici grefe, necesită atunci mai multe şedinţe (de la 6 la 12).

■ *Tehnica lambourilor* constă în transportarea pe zona dezgolită a unei fâşii de piele a capului din zona piloasă care păstrează porţiunea cutanată bogat vascularizată. Lambourile sunt tăiate în diferite forme în funcţie de morfologia craniului pacientului. Această tehnică se practică sub anestezie locală în mediu spitalicesc.

Mai este posibilă şi combinarea celor trei metode.

REZULTATE ŞI COMPLICAŢII. Cicatrizarea se realizează în aproximativ 10 zile. Părul grefat cade după câteva săptămâni pentru ca apoi, după 3-4 luni să crească. Totuşi, în zonele „donatoare", creşterea părului nu este întotdeauna perfectă. Complicaţiile grefei de piele a capului (micile hemoragii postoperatorii, de exemplu) sunt rare; infecţiile, excepţionale. Totuşi, grefele, chiar reuşite, nu durează indefinit şi pot să lase din nou loc unor zone dezgolite.

PIELII (cancer al). Tumoră malignă ce se dezvoltă pe seama unei structuri constitutive a pielii.

CAUZE. Cancerele pielii sunt provocate în mare măsură de expunerea solară, al cărei rol nu este totuşi exclusiv; mai sunt incriminaţi şi alţi factori, îndeosebi arsenicul, prin intoxicare sau inhalare, şi derivaţii huilei şi petrolului, precum gudronul (cancerul scrotului la coşari). În sfârşit, unele boli genetice ca xeroderma pigmentosum provoacă tulburări ale reparării A.D.N.-ului, antrenând cancere cutanate repetate.

TRATAMENT ŞI PREVENIRE. Orice leziune proeminentă persistentă, care sângerează cu uşurinţă şi reapare, sau al cărei aspect se modifică (pată pigmentată care prezintă diferite culori, cu contur prost delimitat), chiar dacă se află pe o parte descoperită a corpului, trebuie să conducă la o consultaţie. Un cancer al pielii trebuie să fie îndepărtat pe cale chirurgicală; în unele cazuri este asociată o chimioterapie (epiteliom spinocelular care a antrenat formarea de metastaze, melanom). Prevenirea constă în evitarea expunerii la soare şi în protejarea pielii cu lapte şi creme de tip ecran total, şi aceasta începând chiar de la vârsta tinereţii. → EPITELIOM BAZOCELULAR; EPITELIOM SPINOCELULAR; KAPOSI (sarcomul lui); MELANOM; SARCOM.

PIELII (chist al). Formaţiune rotundă, cu conţinut lichid sau păstos, care apare pe piele.

Chisturile pielii sunt cauzate de o malformaţie, de un traumatism sau sunt de origine necunoscută. Ele formează o masă de dimensiuni variabile (de la mai puţin de 1 milimetru la câţiva centimetri).

PIELITĂ. Inflamaţie acută, subacută sau cronică a peretilor bazinetului rinichiului, de cele mai multe ori de origine infecţioasă.

O pielită este aproape întotdeauna asociată cu o inflamaţie a ţesutului interstiţial al rinichiului: atunci se vorbeşte de o pielonefrită.

PIELOGRAFIE. Examen radiologic al cavităţilor excretoare renale (calice, bazinete etc.).

Opacifierea acestor cavităţi poate fi obţinută în două moduri: fie prin injectarea intravenoasă (urografie intravenoasă), fie prin opacifierea directă a căilor excretorii (ureteropielografie retrogradă, ori pielografie retrogradă). → URETEROPIELOGRAFIE RETROGRADĂ, UROGRAFIE INTRAVENOASĂ.

PIELONEFRITĂ. Infecţie acută, subacută sau cronică a bazinetului şi a ţesutului interstiţial al unui rinichi, mult mai rară a ambilor rinichi.

Cea mai frecventă dintre pielonefrite este pielonefrita acută.

Pielonefrita acută. Această infecţie acută a bazinetului şi a ţesutului interstiţial al rinichiului afectează de cele mai multe ori femeia tânără.

CAUZE. O pielonefrită acută este provocată, în general, de o bacterie Gram negativă (*Escherichia coli*, de exemplu). Survenind de cele mai multe ori pe rinichi sănătoși, ea mai poate fi favorizată de unele boli, ca o litiază urinară, ori de malformațiile congenitale ale căilor urinare, ca o hidronefroză (dilatarea bazinetului și a calicelor) sau un reflux vezicoureteral).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Într-un prim timp, bolnavul se plânge de tulburări micționale asemănătoare celor ale unei cistite: arsuri la micțiune, pollakiurie (micțiuni frecvente și imperioase), urină tulbure. Apoi, pielonefrita se manifestă cu brutalitate: dureri lombare unilaterale și de intensitate variabilă, moderate de cele mai multe ori, febră de 39–41° C, frisoane, oboseală asociată cu o stare generală proastă.

TRATAMENT. Tratamentul constă în administrarea de antibiotice pe cale venoasă sau intramusculară timp de câteva zile, apoi pe cale orală timp de două-trei săptămâni. În formele simple, după două-trei zile, temperatura se normalizează, durerile dispar, iar urinele nu mai conțin germeni („se sterilizează"). În caz de anomalie a căilor urinare, poate fi necesar un tratament chirurgical de urgență, de exemplu în caz de calcul blocat în ureteră sau pentru a corecta o malformație. Recidivele sunt frecvente. Prevenirea pielonefritelor constă în tratarea infecțiilor căilor urinare joase (cistite).

PILOR. Orificiu inferior al stomacului, care asigură comunicația între stomac și duoden.

Orificiul pilorului este înconjurat de un sfincter constituit dintr-un mușchi circular care controlează trecerea bolului alimentar din stomac în intestinul subțire, a cărui parte inițială este constituită din duoden. → STENOZĂ DE PILOR.

PILOROPLASTIE. Tehnică chirurgicală care vizează lărgirea pilorului (orificiul de comunicație între stomac și duoden).

O piloroplastie constă în practicarea, sub anestezie generală, a unei incizii longitudinale a mușchiului pilorului, urmată de suturarea transversală, ceea ce creează o dilatare a orificiului.

Această tehnică este utilizată de cele mai multe ori pentru a facilita drenajul conținutului stomacului în paralel cu o vagotomie selectivă, tratament chirurgical al unui ulcer duodenal care constă în secționarea nervilor pneumogastrici pentru a diminua secreția acidă a stomacului.

PILULĂ. → ESTROPROGESTATIV.

PINGUECULA. Mică pată gălbuie în relief situată sub conjunctivă și vizibilă pe albul ochiului.

Dacă este inestetică, pinguecula poate fi îndepărtată chirurgical, sub anestezie locală, dar ea reapare adesea la câteva luni după operație.

PINTA. → CARATE.

PIOCIANIC (bacil). → PSEUDOMONAS AERUGINOSA.

PIODERMITĂ. Boală cutanată purulentă.

Piodermitele pot fi acute sau cronice, locale sau difuze. Acestea sunt, în general, infecții cu streptococ sau cu stafilococ. Ele pot fi contagioase, prin contact direct sau prin intermediul mâinilor murdare.

PIOGEN, -Ă. Califică un microorganism capabil să provoace o acumulare locală de polinucleare neutrofile alterate, ceea ce se traduce prin formarea de puroi.

Stafilococii și unii streptococi sunt germeni piogeni responsabili de infecții acute (furunculul cauzat de stafilococ, de exemplu).

PIONEFROZĂ. Supurație a țesutului renal, a căilor urinare adiacente (calice, bazinete) și uneori a țesutului perirenal.

Pionefroza este consecința unei infecții a căilor urinare (pielonefrită acută, de exemplu) netratată. Ea poate în plus să fie favorizată de o proastă scurgere a urinelor cauzată de un calcul, de o malformație etc.

Tratamentul constă în administrarea de antibiotice și în intervenția chirurgicală de urgență. Foarte des, rinichiul este complet distrus și trebuie să fie îndepărtat (nefrectomie).

PIOREE ALVEOLODENTARĂ. → PARODONTITĂ.

PIOSALPINX. Prezență a puroiului într-o trompă uterină sau în ambele.

Un piosalpinx este consecința unei salpingite (inflamația unei trompe sau a ambelor, de origine infecțioasă) nediagnosticată sau tratată prea târziu. El se manifestă prin dureri pelviene importante, ceea ce face examenul ginecologic dificil.

Tratamentul constă în drenarea puroiului și în reparația trompei sau trompelor eventual deteriorate, chiar în retragerea lor pe cale chirurgicală (salpingectomie).

PIOTORAX. Efuziune de puroi între cele două foițe ale pleurei (membrană care învelește plămânii). SINONIM: *pleurezie purulentă*.

Un piotorax este provocat de o infecție bacteriană consecutivă unei pneumonii, de o plagă profundă a toracelui, de o fistulă esofagiană sau traheală sau de propagarea unei infecții de la țesuturile învecinate (peritonită, abces hepatic). Primele simptome sunt o febră ridicată, o durere la baza toracelui, care se amplifică la inspirație, și o alterare a stării generale. Radiografia arată o efuziune pleurală. Punctia pleurală dă la iveală un lichid purulent sau suspect. Un piotorax necesită o spitalizare pentru a proceda la un drenaj al efuziunii. Acesta se face sub anestezie locală cu ajutorul

unui dren introdus în intervalul dintre două coaste; antibioticele și sedințele de kinezi-terapie respiratorie sunt prescrise în continuare.

PIREXIE. → FEBRĂ.

PIROMANIE. Impulsie obsedantă care împinge unele persoane la provocarea de incendii.

Piromania veritabilă trebuie să nu fie confundată cu alte conduite incendiare, criminale (interes, răzbunare) sau consecutive altor patologii (perversitate, delir pasional, arieraţie etc.). Ea se înscrie pe un fond mintal particular, cuprinzând fobii și obsesii, tulburări sexuale și depresive și, uneori, o tendință la sinucidere. Demascați, piromanii nu recidivează practic niciodată.

PIROZIS. Durere asemănătoare unei arsuri, cu sediul în epigastru (partea superioară a abdomenului), cu iradieri ascendente în spatele sternului, terminându-se cu o regurgitare de lichid acid în gură.

CAUZE. Un pirozis poate fi provocat de un exces de alimente sau de alcool, sau de o hrană prea consistentă.

Atunci când apare cu regularitate, pirozisul trădue un reflux gastroesofagian (reflux de lichid gastric spre esofag), cauzat, de cele mai multe ori, de o hernie hiatală (ridicarea polului superior al stomacului prin orificiul diafragmului rezervat trecerii esofagului). El este favorizat de anumite poziții: poziția orizontală, flexia trunchiului în față, în particular în cursul legării șireturilor (semnul șiretului). Uneori, durerea este atât de intensă încât ea evocă un infarct miocardic.

TRATAMENT. Acesta constă într-o modificare a regimului alimentar (suprimarea alcoolului, regim mai puțin bogat în grăsimi animale), în pansamente gastrice și administrarea de medicamente care întăresc sfincterul inferior al esofagului. Refluxul gastroesofagian poate fi tratat chirurgical în caz de complicație.

PISTRUI. → EFELIDE.

PITIRIAZIS. Dermatoză caracterizată printr-un eritem (roseață difuză) și printr-o foarte fină descuamare.

Termenul de pitiriazis desemnează diferite afecțiuni cutanate fără legătură unele cu altele.

Pitiriazis rozat al lui Gibert. Este o boală cutanată de origine necunoscută, caracterizată prin erupția unei plăci unice apoi, într-un al doilea timp, a unor plăci multiple dar mai mici.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Pitiriazisul rozat al lui Gibert survine între 10 și 35 de ani, mai frecvent la femei. Aceste leziuni nu sunt, în general, pruriginoase. Există numeroase variante ale pitiriazisului rozat al lui Gibert, între care unele, în schimb, pot provoca mâncărimi.

Afecțiunea regresează spontan în 6 săptămâni. Tratamentul se limitează deci la aplicarea de preparații care înmoaie pielea și la spălarea cu săpunuri blânde. Antihistaminicele sau corticosteroizii locali sunt prescrise în caz de mâncărime. În general, boala nu recidivează.

Pitiriazis rubra pilar. Este o boală cutanată cronică ce se caracterizează prin erupția unor mici proeminențe aspre la pipăit, de culoare roz sau roșie, suprainălțate cu un con albicios.

Rar și de cauză necunoscută, această formă de pitiriazis se observă la orice vârstă, la ambele sexe, cu două picuri: între 1 și 10 ani și între 40 și 60 de ani.

Tratamentul local se bazează pe aplicarea de reductori (medicamente care împiedică proliferarea celulelor anormale) sau de corticosteroizi. Tratamentul general face apel la retinoide sau la puvaterapie (expunere la U.V.A. asociată cu luarea de psoralene), aceasta putând totuși, în unele cazuri, să agraveze leziunile.

Pitiriazis steatoid. Este o infecție cutanată provocată de o levură din genul *Pityrosporum*.

Pitiriazisul steatoid, denumit eczemă seboreică sau pitirosporoză, este o afecțiune foarte frecventă, favorizată de diferiți factori: alimentație dezechilibrată, supraconsum de alcool, variații sezoniere, stres. Formele cele mai abundente și mai rebele la tratament constituie uneori semnul unei infecții cu virusul SIDA.

Tratamentul acestor afecțiuni constă mai ales în aplicarea de medicamente antifungice sau de corticosteroizi, mai rar în luarea de medicamente.

Pitiriazis versicolor. Este o boală cutanată frecventă, caracterizată prin erupția, pe piept și pe spate, a unor mici pete brune (pitiriazis versicolor hipercrom) sau decolorate (pitiriazis versicolor acromiant), rotunde și care se descuamează.

Agentul este în acest caz o levură saprofită (prezentă în mod normal la suprafața pielii), *Pityrosporum orbiculare*, denumită și *Microsporon furfur* sau *Malassezia furfur*, care proliferează în mod exagerat, mai ales la subiecții tineri, cu ajutorul căldurii și al umidității, al unei transpirații abundente sau al tratamentelor medicamentoase (corticosteroizi, hormoni estrogeni). Leziunile nu sunt contagioase și sunt puțin pruriginoase de obicei, aproape deloc. Afecțiunea, cronică, tinde să se întindă pe perioada verii și regresează iarna.

TRATAMENT. Acesta constă în aplicații locale de soluții de imidazolați (medicamente antifungice), ca regulă generală de 3 ori pe săptămână timp de 4 săptămâni, apoi de una-două ori pe lună în timpul perioadelor în care afecțiunea este susceptibilă să reapară (anotimpurile calde). După tratamentul pitiriazisului versicolor acromiant, pielea rămâne mai palidă la locul leziunilor, prezentând un

pitiriazis versicolor acromic care dispare după expunerea la soare, pielea regăsindu-şi atunci culoarea sa normală.

PIURIE. Prezenţă de puroi în urină.

O piurie este dovada unei infecţii a căilor urinare excretoare (pielonefrită, cistită, uretrită, prostatiă acută etc.). Urina este tulbure şi de cele mai multe ori urât mirositoare.

Tratamentul constă întotdeauna în administrarea de antibiotice.

P.L. → PUNCŢIE LOMBARĂ.

PLACĂ. 1. Element metalic servind la imobilizarea unui os fracturat, după reducerea fracturii, pe perioada de timp necesară consolidării osului. Actualmente, reacţiile alergice sunt excepţionale şi de o gravitate limitată. **2.** Zonă de ţesut, piele sau mucoasă, cu aspect anormal. **3.** Cutie plată de sticlă sau din material plastic, transparentă, destinată cultivării microbilor pe medii de cultură.

PLACĂ DENTARĂ. Depunere lipicioasă şi albicioasă pe suprafaţa dinţilor şi gingiilor.

Placa dentară se află la originea tuturor atingerilor ţesuturilor parodonţiale (cement, ligament, os alveolar, gingie); ea constituie, de asemenea, principala cauză a cariilor. Atunci când placa dentară persistă prea multă vreme la suprafaţa dinţilor, ea se calcifică constituind tartrul.

Periajul după fiecare masă, efectuat corect (dinspre gingie către dinte), permite eliminarea plăcii dentare.

PLACEBO. Preparat lipsit de orice principiu activ, utilizat în locul unui medicament pentru efectul lui psihologic, zis „efect placebo".

În practica obişnuită, nu se prescriu preparate placebo, din motive etice: aceasta ar duce la înşelarea bolnavului, care ar lua în acest mod un medicament „fals". Dar, adesea medicamentele adevărate îşi datorează ceva din activitatea lor efectului placebo, în măsura în care bolnavul crede în ele.

În schimb, cercetarea medicală este adesea adusă în situaţia să utilizeze preparatele placebo pentru a testa noile medicamente. Metoda constă în administrarea medicamentului de studiat unui grup de bolnavi şi a unui placebo de acelaşi aspect unui alt grup. Astfel, se poate şti, comparând evoluţia tulburărilor din cadrul celor două grupuri, dacă substanţa studiată are sau nu o eficacitate. Bolnavii, întotdeauna informaţi asupra metodei de experimentare şi asupra naturii experienţei, nu ştiu un singur lucru: căruia din cele două grupuri îi aparţin. Experimentarea este întreprinsă cu acordul lor.

PLACENTA PRAEVIA. Anomalie de inserţie a placentei, situată prea jos în uter.

Se deosebesc placenta praevia centrală, care obstrucţionează complet orificiul intern al colului uterin şi împiedică naşterea pe căi naturale, şi placenta praevia marginală, în care placenta ajunge la nivelul orificiului intern al colului uterin şi permite, cu o supraveghere crescută, naşterea pe căi naturale.

SIMPTOME ŞI DIAGNOSTIC. O placenta praevia poate antrena sângerări de abundenţă variabilă în cursul celui de-al treilea trimestru de sarcină. Dar, în majoritatea cazurilor, diagnosticul este stabilit plecând de la luna a patra de sarcină, cu prilejul unei ecografii.

EVOLUŢIE ŞI TRATAMENT. În cea mai mare parte a cazurilor, inserţia placentei se modifică spontan în cursul celui de-al treilea trimestru de sarcină: placenta urcă treptat spre fundul uterului. Totuşi, atunci când placenta rămâne inserată în partea de jos a uterului, măsurile preventive ca odihna şi reducerea volumului activităţilor zilnice, permit evitarea contracţiilor uterine premature şi a hemoragiilor. Naşterea, atunci când este prevăzută prin cezariană, este declanşată de cele mai multe ori cu 3 săptămâni înainte de termen.

PLACENTĂ. Organ prin care se efectuează schimburile între făt şi mamă, expulzat după naştere în cursul delivrenţei.

Placenta este complet formată în a 5-a lună de sarcină, dată de la care ea nu va face altceva decât să crească fără a-şi modifica structura. Atunci când termenul sarcinii este depăşit, placenta îşi îndeplineşte funcţiile în mod imperfect, iar fătul este mai puţin bine hrănit sau mai puţin oxigenat.

La termen, placenta normală are forma unui disc cu diametrul de 15–20 centimetri, cu grosimea de 2–3 centimetri. Ea cântăreşte între 400 şi 600 grame, adică o şesime din greutatea fătului. Ea se prelungeşte în părţi cu membranele ovulare (corionul, amniosul).

FUNCŢIE. Rolul placentei este triplu: ea reglează schimburile fetomaterne, secretă hormoni şi protejează fătul.

■ *Schimburile fetomaterne* se fac prin intermediul pereţilor vaselor şi al vilozităţilor; astfel, nu există o comunicaţie directă între circulaţia sangvină a mamei şi cea a fătului: sângele lor nu se amestecă. Rolul placentei este, totodată, respirator şi nutriţional.

■ *Secretia hormonala* a placentei se produce de la începutul sarcinii: trofoblastul secretă hormon corionic gonadotrofic (h. C. G.), necesar bunei evoluţii a sarcinii şi a cărui dozare permite diagnosticarea ei precoce. Un alt hormon, hormonul corionic somatotrofic (h. C. S.) sau hormonul placentar lactogen (h. P. L.), joacă rol în nutriţia fătului şi pregătesc lactaţia. Placenta mai secretă şi hormoni steroidieni (estrogeni şi progesteron) şi preia ştafeta de la ovar.

■ *Rolul protector* al placentei este inegal. Dacă ea lasă să treacă virusurile până spre luna a 5-a de sarcină, dată la care fătul începe să fabrice proprii săi anticorpi, ea se opune în schimb multă vreme trecerii a numeroase bacterii. Ea lasă să treacă unii anticorpi materni care protejează fătul

împotriva unui mare număr de boli, această protecție persistând la copil pe o durată de aproximativ 6 luni după naștere. Unele medicamente traversează, de asemenea, bariera placentară, cu efecte uneori nocive asupra fătului.

PATOLOGIE. Placenta este inserată în general la fundul uterului. Atunci când este inserată mai jos, între făt și col (placenta praevia), ea face contraindicată nașterea pe căi naturale și impune practicarea unei cezariene.

O altă patologie, gravă, este dezlipirea placentei în timpul sarcinii (hematom retroplacentar).

PLACHETĂ. Celulă sangvină fără nucleu, care joacă un rol important în fenomenele coagulării sângelui și ale inflamației. SINONIM: *trombocit*.

Numărul de plachete este cuprins în mod normal între 150 000 și 450 000 pe milimetrul cub de sânge. Plachetele provin din fragmentarea citoplasmei celulelor mari ale măduvei osoase, megacariocitele. Longevitatea lor este de 7–10 zile. Plachetele sangvine sunt distruse în splină.

FUNCȚIE. Primul stadiu al opririi unei hemoragii (hemostaza primară) debutează cu aderarea plachetelor la peretele vasului lezat, cu agregarea și eliberarea conținutului lor. Aceasta conduce la formarea unei aglomerări de plachete care colmatează breșa vasului. În fenomenul coagulării, membrana plachetelor favorizează interacțiunea factorilor coagulării.

În reacția inflamatorie, plachetele ingeră anumite particule și pot să-și elibereze conținutul în prezența bacteriilor și a virusurilor, crescând astfel permeabilitatea vasculară.

PATOLOGIE. În principal, se disting trei tipuri de patologie a plachetelor: trombopenia (micșorarea numărului lor), trombocitoza (creșterea numărului lor) și trombopatia (anomalia funcționării lor), la originea diverselor tulburări ale hemostazei primare.

PLAGĂ. Ruptură a țesuturilor provocată de un accident (rănire, arsură) sau de o intervenție chirurgicală.

Plăgile accidentale trebuie să fie examinate cu atenție, deoarece ele pot fi pline de corpi străini (pământ, fragmente de sticlă) și, în acest caz, pot fi contaminate cu agenți infecțioși (risc de tetanos). Acest examen permite, de asemenea, evaluarea abundenței sângerării și mai ales nu lasă să scape neobservată o leziune profundă, ca de exemplu una provocată de un instrument subțire și lung, ca o armă albă.

Plaga superficială. O plagă se numește superficială atunci când nu afectează decât învelișul cutanat sau țesuturile imediat subiacente. Sângerarea poate fi abundentă dacă zona atinsă este bogată în vase mici superficiale (pielea capului). Atunci când plaga nu este infectată cu vreun corp străin, se poate opri sângerarea prin comprimarea ușoară cu ajutorul unei pânze curate sau, mai bine cu o compresă sterilă. Plăgile superficiale, înainte de eventuala lor suturare, sunt curățate cu ajutorul unui antiseptic și al unei comprese, dacă e posibil sterilă, frecând ușor plaga de la centru spre periferie (și nu invers, deoarece aceasta ar duce microbii spre centrul plăgii); apoi, se pune o compresă menținută cu un adeziv sau cu un bandaj.

Plaga profundă. O plagă se numește profundă atunci când ea cuprinde structurile „nobile" (artere, nervi, viscere). Sângerarea trebuie atunci să fie oprită pe cale chirurgicală (prin electrocoagulare, ligaturare a micilor vase care sângerează etc.). Dacă plaga este foarte gravă, ea este curățată chirurgical și eventual suturată, sub anestezie locală, chiar sub anestezie generală. Totuși, dacă pacientul se prezintă la medic prea târziu (cu o întârziere de aproximativ 6 ore), plaga este deja foarte contaminată și medicul sau chirurgul riscă să n-o poată închide, sub sutură putându-se dezvolta o infecție; atunci medicul se mulțumește cu curățarea și pansarea plăgii. În cazurile cele mai grave, complicațiile infecțioase sunt prevenite cu antibiotice.

PLANTĂ MEDICINALĂ. → FITOTERAPIE.

PLASMAFEREZĂ. Tehnică transfuzională care permite prelevarea doar a plasmei de la un donator de sânge sau de la un bolnav.

■ *La un donator de sânge*, plasmafereza constă în prelevarea sângelui prin intermediul unui aparat care separă plasma, restul fiind reinjectat donatorului. Plasma servește apoi la tratarea bolilor fie ca atare, fie purificată, adică după ce a fost tratată pentru scoaterea din componența ei a albuminei sau a factorilor coagulării.

■ *La un bolnav*, plasmafereza are drept scop un schimb plasmatic care permite reducerea concentrației în sânge a elementelor toxice (proteine, lipide, anticorpi și complexe imune circulante). Această tehnică este utilizată în tratamentul unor boli neurologice (miastenia, de exemplu), al cazurilor de hipervâscozitate sangvină sau al bolilor autoimune (lupus eritematos diseminat, de exemplu), precum și în hipercolesterolemia familială. Operația, care durează în jur de două ore, constă în scoaterea sângelui bolnavului și în restituirea globulelor sale roșii suspendate într-un produs de substituție de origine umană (plasma donatorului sau albumina obținută plecând de la plasma purificată) sau artificială.

PLASMĂ. Parte lichidă a sângelui în care se scaldă celulele sangvine (globule roșii, globule albe și plachete).

Plasma este un mediu bogat în hormoni și în substanțe nutritive – săruri minerale, vitamine, acizi aminați, proteine, glucide, lipide. Se recurge la plasmă în diferite tratamente. Ca și pentru oricare alt produs sangvin, prelevarea sa de la donatorii de sânge, conservarea sa și indicațiile de distribuire sunt strict reglementate.

■ *Plasma lichidă* poate fi conservată timp de maximum un an, la –30° C și cu condiția să fie congelată nu mai târziu

de 6 ore de la prelevarea ei (de la un singur donator). Ea trebuie să fie utilizată imediat după o decongelare rapidă.
■ *Plasma uscată* este obținută prin liofilizare (deshidratare prin sublimare direct din stare congelată, sub vid) a unui amestec de plasme de la 12 donatori cel mult, prelevate în mai puțin de 6 zile.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Plasma, administrată prin perfuzie, este utilizată pentru creșterea volumului sangvin în unele feluri de colaps (scăderea rapidă și de durată a presiunii arteriale) sau pentru rehidratarea arșilor și asigurarea, pentru ei, a unui aport de proteine. Utilizarea plasmei este actualmente limitată din cauza riscurilor – chiar mici – de transmitere a unor virusuri, în particular cel al hepatitei C.

PLASTIE. Intervenție chirurgicală care constă în modificarea și în restabilirea formei, înfățișării și funcției unui țesut, unui organ sau a unei părți a corpului.

Plastia propriu-zisă utilizează țesuturile învecinate reginii tratate, dar trebuie uneori să fie completată printr-o altă tehnică (grefă, protеză).

PLASTURE. Bandă adezivă de țesut, de hârtie sau de material plastic, utilizată ca pansament sau pentru menținerea unui pansament.

DIFERITE TIPURI DE PLASTURE
■ *Plasturele clasic* este constituit dintr-un amestec de oxid de zinc și de produs adeziv aplicat pe o fâșie de țesut. Impermeabil, el protejează plaga, dar poate, în același timp, să favorizeze macerația sau iritarea pielii sensibile.
■ *Plasturele elastic* este format dintr-o bandă de tricot. El este destinat să mențină un pansament, dar întinderea sa nu trebuie să fie modificată în cursul mișcărilor.
■ *Plasturele microporos*, analergic (ori hipoalergic), permite evitarea oricărei iritații și macerații a plăgii datorită permeabilității sale la aer. El este constituit din fibre artificiale. Este convenabil pentru toate tipurile de piele și în particular pentru epidermul fragil al sugarilor.

PLĂMÂN. Organ al respirației care furnizează oxigen întregului corp și elimină dioxidul de carbon din sânge.

STRUCTURĂ. Plămânii, situați în cușca toracică, se sprijină pe diafragm și sunt înconjurați fiecare de o membrană, pleura. Plămânul drept este format din 3 lobi legați unul de altul, iar cel stâng din 2 lobi. Aerul pătrunde prin trahee, apoi prin bronhii, care se divid în bronhii din ce în ce mai mici, apoi în bronhiole (bronșiole); la extremitatea lor se află foarte numeroși saci microscopici, alveolele; prin peretele extrem de fin al acestora, tapisat cu o rețea de capilare sangvine, se produce hematoza: transferul oxigenului din aer către sânge, eliminarea în sens invers a dioxidului de carbon sangvin.

Un singur plămân este suficient pentru a asigura schimburile gazoase necesare vieții, așa cum o dovedește menținerea funcției respiratorii la subiecții care au suferit o pneumonectomie (ablația chirurgicală a unui plămân).

PATOLOGIE. Afecțiunile plămânului propriu-zis sunt denumite pneumopatii (pneumonie, tuberculoză pulmonară, abces, embolie pulmonară, pneumoconioză, fibroză, alveolită etc.). Uneori se vorbește de bronhopneumopatie atunci când atingerea este difuză și când este asociată cu leziuni ale bronhiilor (bronșită, astm, emfizem pulmonar). În sfârșit, plămânul poate fi sediul tumorilor benigne (chisturi, abcese) sau maligne (cancer bronhopulmonar).

PLĂMÂNULUI (abces al). Colecție de puroi în plămân.

CAUZE ȘI SIMPTOME. Un abces al plămânului este cauzat de o infecție provocată de o bacterie, de cele mai multe ori anaerobă, sau, mai rar, de prezența unui corp străin inhalat în arborele respirator sau legat de un focar infecțios situat în altă parte a corpului (abces dentar). Existența abcesului se traduce printr-o durere toracică localizată, printr-o alterare importantă a stării generale (febră, pierdere în greutate, oboseală) și prin expectorații purulente.

TRATAMENT. Acesta constă în administrarea de antibiotice, mai întâi pe cale venoasă și în cadrul spitalului, apoi pe cale orală, cel puțin 6 săptămâni cu totul. În cazurile cele mai grave, se practică ablația chirurgicală sau drenarea abcesului.

PLĂMÂNULUI (cancer al). → BRONHOPULMONAR (cancer).

PLĂMÂNULUI (chist aerian al). Cavitate gazoasă amplasată în parenchimul (țesutul funcțional) plămânului.

Chisturile aeriene pot fi congenitale sau dobândite și sunt cauzate de o supurație pulmonară, de bulele unui emfizem sau de dilatația bronhiilor în formă de chisturi. Ele sunt *a priori* puțin invalidante.

Tratamentul constă în practicarea unei ablații chirurgicale a unui chist unic atunci când acesta este voluminos.

PLĂMÂNULUI CRESCĂTORILOR DE PĂSĂRI (boală a). Afecțiune pulmonară de origine alergică provocată de inhalarea bacteriilor conținute în dejecțiile păsărilor, mai ales ale celor din familia porumbeilor. SINONIM: *boală a crescătorilor de păsări*.

Această boală este o alveolită (inflamație a alveolelor) de hipersensibilizare, care se traduce prin accese de ferbă și prin jenă respiratorie, simptome declanșate de contactul cu alergenele. Tratamentul constă în suprimarea oricărui contact cu alergenele, atunci când este posibil, și în administrarea de corticosteroizi pe cale generală.

PLĂMÂNULUI DE FERMIER (boală a). Afecțiune pulmonară alergică cauzată de inhalarea bacteriilor

conținute în grâul mucegăit. SINONIM: *boală a trieratorilor de hambar*.

Boală a plămânului fermierilor, care face parte din alveolitele (inflamație a alveolelor) de hipersensibilizare și se traduce prin accese de febră și jenă respiratorie, simptome declanșate prin contactul cu alergenele. Tratamentul vizează înainte de toate, atunci când este posibil, să se suprime orice contact cu alergenele; în plus, se recurge adesea la corticosteroizi pe cale generală.

PLEOAPĂ. Văl musculomembranos care acoperă parțial în sus și în jos fiecare dintre cei doi ochi, destinat să-i protejeze.

FUNCȚIE. Pleoapele asigură protecția ochilor. Genele împiedică praful să intre în ochi, iar un clipit reflex foarte rapid se produce de îndată ce un obiect se apropie de ochi sau în caz de căldură foarte mare. Un clipit permanent întinde și reînnoiește filmul lacrimal pe suprafața ochiului.

PLEURAL, -Ă. Care se referă la pleură (membrana care învelește plămânii.

PLEURĂ. Membrană care acoperă aproape complet plămânul, cu excepția hilului (mică regiune a feței sale interne pe unde trec vasele și arborele bronhic).

Pleura cuprinde două foițe care se unesc la nivelul hilului: pleura viscerală, care tapetează plămânul, și pleura parietală, care tapetează peretele toracic. Aceste foițe sunt separate printr-un spațiu denumit cavitate pleurală, care conține un film lichidian.

Bolile pleurei, atunci când cauza lor este cunoscută, sunt mai ales infecțioase (tuberculoză, în particular) sau tumorale (mezoteliom, metastaze ale unui cancer din altă parte a corpului). Cavitatea pleurală poate dispărea prin lipirea foițelor (simfiză pleurală) sau, din contra, poate crește în volum din cauza unei efuziuni de lichid (pleurezie) sau de aer (pneumotorax).

PLEURECTOMIE. Ablație chirurgicală a unei mici părți din pleura parietală (membrana care tapetează peretele toracic).

PLEUREI (cancer al). Proliferare de celule tumorale în țesutul pleural.

Cancerul primitiv al pleurei. Acesta este mezoteliomul pleural, tumoră malignă a cărei frecvență este în creștere. El provine în 70% dintre cazuri din inhalarea amiantului (azbestoză), la care sunt supuși subiecții care lucrează în numeroase sectoare industriale (extragerea și împletirea amiantului, construcții navale, izolarea clădirilor). Primele semne apar după aproximativ 35 de ani după expunere, care este uneori foarte scurtă (câteva luni): dureri într-o parte a toracelui, pleurezie (efuziune de lichid între cele două foițe ale pleurei). Nu există vreun tratament cu adevărat eficace al mezoteliomului, care invadează treptat peretele toracelui și plămânului. O depistare precoce a subiecților expuși riscului, care ar permite utilizarea rapidă a noilor medicamente ca interferonul, ar duce, în viitor la încetinirea evoluției acestei boli.

Cancerul secundar al pleurei. Acesta este cauzat, în general, de metastazele unui cancer al bronhiilor, al sânului, al uterului, al ovarului sau al tubului digestiv. El se manifestă aproape întotdeauna printr-o pleurezie (care se traduce printr-o gâfâială la efort) și printr-o alterare a stării generale a bolnavului.

Tratamentul constă, pe de o parte, în tratarea cancerului primitiv (chimioterapie, hormonoterapie), pe de altă parte în evacuarea lichidului pleural prin puncție.

PLEUREZIE. Inflamație acută sau cronică a pleurei (membrana care învelește plămânii).

O pleurezie este de cele mai multe ori cauzată de o infecție cu o bacterie sau de un cancer provenind fie de la însăși pleură (mezoepiteliom), fie dintr-o altă parte a corpului, prin metastază. Se întâmplă totuși, în mai puțin de 10% din cazuri, să nu se găsească nici o cauză. O pleurezie poate fi uscată (atunci se vorbește de o pleurită, uneori) sau se poate traduce, în cavitatea pleurală, printr-o efuziune lichidiană localizată sau difuză. Acest lichid poate fi limpede (pleurezie serofibrinoasă), hemoragic sau purulent.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. O pleurezie se manifestă printr-o jenă respiratorie, o durere pe o parte a toracelui, o tuse uscată și o febră în caz de infecție. Diagnosticul este confirmat de radiografia plămânilor și de examenul histologic și bacteriologic al unei mici cantități de lichid prelevat printr-o puncționare cu acul. Pleurezia poate regresa spontan, dar bolnavul trebuie să fie supravegheat îndeaproape în eventualitatea că boala în cauză ar progresa și ar deveni decelabilă clinic sau radiologic.

TRATAMENT. Acesta face apel, după cauza pleureziei, la antibiotice, antituberculoase sau anticanceroase. Dacă jena respiratorie este însemnată, lichidul poate fi evacuat prin puncție apoi prin drenarea cavității pleurale.

PLEURODINIE CONTAGIOASĂ. Afecțiune virală caracterizată prin dureri ale toracelui. SINONIM: *mialgie epidemică*.

Pleurodinia contagioasă este destul de frecventă vara, în America de Nord și în țările scandinavice; ea poate, de asemenea, să afecteze și alte regiuni ale lumii. Cauzată de un virus coxackie B, ea se propagă prin epidemii. Boala debutează cu dureri intense la baza toracelui, pe o parte, cu jenă respiratorie, cu un sughiț, febră și dureri de cap. Boala se vindecă spontan în câteva zile.

PLEUROSCOPIE. Examen care constă în vizualizarea pleurei (membrană seroasă care învelește plămânii) prin

introducerea între cele două foițe a unui endoscop (tub rigid dotat cu un sistem optic). SINONIM: *toracoscopie*.

PLEX. Rețea de filete nervoase sau de vase anastomozate (reunite între ele) în mod complex. Corpul uman cuprinde numeroase plexuri.

PATOLOGIE. Atingerile cele mai frecvente ale plexurilor sunt traumatismele, compresiile, tumorile și efectele antrenate de radioterapie. Ele se traduc prin paralizii și tulburări senzitive adesea dureroase. Fracturile de sacrum se complică adesea cu leziuni ale plexului sacral.

PLONJARE (accident de) → BAROTRAUMATISM, CHESOANELOR (boală a), DECOMPRESIE.

PLUMMER-VINSON (sindrom al lui). Asociere a unei disfagii (dificultate de a înghiți) provocată de un diafragm esofagian (formare de țesut fibros în partea superioară a esofagului) și de o anemie prin lipsă de fier. SINONIM: *sindrom al lui Kelly-Paterson*.

Sindromul lui Plummer-Vinson afectează, în principal, femeia tânără. Originea bolii rămâne obscură.

TRATAMENT. Acesta debutează prin corectarea anemici cu ajutorul unui regim adaptat și a unei administrări de fier. Atunci când disfagia persistă, pot fi necesare dilatațiile esofagiene prin introducerea unei sonde cu balonaș. Acest sindrom constituie o stare precanceroasă și necesită o supraveghere regulată prin endoscopie.

PNEUMATOZĂ CHISTICĂ. Afecțiune caracterizată prin prezența chisturilor umplute cu gaz în peretele intestinului subțire, colonului sau al mezenterului.

PNEUMOCISTOZĂ. Infecție a plămânilor provocată de un microorganism, *Pneumocystis carinii*. SINONIM: *pneumonie interstițială cu Pneumocystis carinii*.

CONTAMINARE. Agentul infecțios, a cărui clasificare este incertă (parazit sau ciupercă), se găsește la numeroase animale fără să le provoace acestora vreo boală anume (el se numește saprofit) și se întâlnește în toate regiunile lumii.

Este probabil că boala se contractează pe căi respiratorii.

Pneumocistoza este o infecție care nu survine decât la subiecții ale căror funcții imunitare (rezistența la microbi) sunt alterate, de exemplu bolnavii atinși de SIDA sau de leucemie, sau care urmează un tratament imunosupresor care frânează producția de globule albe).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Un subiect atins de pneumocistoză are o tuse uscată, o febră și respiră greu (dispnee).

TRATAMENT. Administrarea de sulfamide permite vindecarea. Un tratament de atac trebuie să fie administrat timp de 3 săptămâni și apoi să fie continuat la doze mai mici atâta vreme cât există imunodepresie.

PNEUMOCOC. → STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE.

PNEUMOCOCIE. Infecție provocată de pneumococ, sau *Streptococcus pneumoniae*, bacterie Gram pozitivă deosebit de virulentă și patogenă.

Pneumocociile sunt răspândite. Ele constituie cele mai obișnuite dintre pneumoniile de origine bacteriană. Frecvența infecțiilor cu pneumococ (în principal, infecții respiratorii, meningite purulente și infecții generalizate, sau pneumococemii) crește la persoanele așa-zise supuse riscului (copii mai mici de 2 ani, persoanele în vârstă) și la subiecții imunodeprimați.

Manifestările unei pneumococii sunt în funcție de afecțiune: febră, frisoane, jenă respiratorie și expectorație galben-verzuie pentru o pneumonie; durere în gâtlej, jenă la deglutiție și febră pentru o faringită; dureri ale urechilor pentru o otită; cefalee (dureri de cap) și vărsături pentru o meningită etc.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul este stabilit prin izolarea germenului dintr-un prelevat (sânge, puroi rezultat în otită sau bronșită, lichid cefalorahidian) și prin cultivarea sa.

Tratamentul se bazează pe antibiotice adaptate germenului și administrate timp de două săptămâni, pe cale venoasă în formele grave. Subiecților imudodeprimați și celor în vârstă le este propus un vaccin care acoperă 80% dintre infecțiile cu pneumococi.

PNEUMOCONIOZĂ. Orice afecțiune difuză a plămânilor cauzată de inhalarea îndelungată a prafului răspândit în atmosferă.

Pneumoconiozele pot fi cauzate de praful de silice (silicoză), de amiant (azbestoză), de șisturi (șistoză sau boala lucrătorilor din cariere), de diverse metale ca fierul sau titanul, de plastice, de polivinil, de cuarț, de talc sau de fibre de sticlă.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Primele semne ale unei pneumoconioze, afecțiune cel mai des legată de activitățile profesionale și care nu debutează decât după mai mulți ani de expunere la praf, sunt descoperite cu ocazia examenelor radiologice sistematice, practicate la subiecții expuși riscului. Apoi apare o jenă respiratorie care poate evolua până la o insuficiență respiratorie.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul constă în întreruperea expunerii la praf și în tratarea simptomelor insuficienței respiratorii (administrarea de oxigen la domiciliu pentru formele evoluate). Prevenirea constă în purtatul unei măști de către persoanele expuse acestui praf de la locul de muncă și în practicarea unei supravegheri medicale sistematice în profesiile de risc.

PNEUMOGASTRIC (nerv). Nerv cranian pornit din bulbul rahidian, care inervează inima, bronhiile, aparatul digestiv și rinichii. SINONIM: *nervul vag*.

PNEUMOLOGIE. Specialitate medicală care se dedică studiului și tratamentului bolilor de plămâni, de bronhii, ale pleurei și ale mediastinului (spațiul situat între plămâni).

PNEUMOMEDIASTIN. Infiltrație de aer în țesuturile mediastinului (spațiului cuprins între plămâni).

Un pneumomediastin succede, în general, unei rupturi a alveolelor pulmonare (care permite aerului din plămâni să ajungă în mediastin), această ruptură fiind la rândul ei legată de un traumatism al toracelui sau provocată, în cursul unei crize de astm, prin distensia alveolelor sau, încă, în cursul unei bronșiolite, prin inflamația bronșiolelor și alveolelor; originea rămâne uneori necunoscută.

Un pneumomediastin se manifestă printr-o durere toracică centrală și jenă respiratorie, precum și printr-un emfizem subcutanat la baza gâtului (trecerea aerului în țesuturile subcutanate), dând o senzație de troznet la palpare. Tratamentul trebuie să fie întreprins de urgență: el vizează tratarea simptomelor bolii (asistare respiratorie) și uneori reparația chirurgicală a leziunilor.

PNEUMONECTOMIE. Ablație chirurgicală a unui plămân.

PNEUMONIE. Infecție a plămânului provocată de o bacterie sau de un virus.

În practică, termenul de pneumonie privește aproape întotdeauna pneumonia veritabilă lobară acută, cauzată de infecția plămânului cu pneumococ. Simptomele, cu apariție bruscă, asociază o febră ridicată (39–40° C), frisoane intense și adesea o durere toracică ce se amplifică la inspirație.

Tratamentul se bazează pe penicilină sau pe derivații ei, administrați în doze mari prin injecții în primele zile, apoi în comprimate timp de cincisprezece zile. În caz de alergie la penicilină, se pot prescrie alte antibiotice. Febra dispare în 24 până la 48 de ore, iar vindecarea se realizează în câteva zile.

PNEUMOPATIE. Orice boală a unui plămân sau a ambilor, indiferent de cauza ei.

PNEUMOPATIE INTERSTIȚIALĂ. Orice boală care afectează, în principal, parenchimul (țesutul funcțional) plămânului.

Pneumopatiile interstițiale sunt afecțiuni legate de alterările membranei alveolocapilare (membrană pornind de la care se efectuează schimburile gazoase – oxigen, dioxid de carbon – dintre aer și sânge), care poate fi îngroșată, inflamată, edematoasă sau fibroasă. Bolile care pot sta la originea unei pneumopatii interstițiale sunt numeroase: sarcoidoză, boală infecțioasă (de origine virală, parazitară, bacteriană sau micozică), pneumoconioză, pneumopatie de hipersensibilizare (bolile de plămâni ale crescătorilor de animale și ale fermierilor), limfangită carcinomatoasă, insuficiență cardiacă stângă (edem pulmonar), granulomatoză, conectivită etc. Administrarea anumitor medicamente (amiodaronă, îndeosebi) poate, de asemenea, să provoace o pneumopatie interstițială.

O pneumopatie interstițială se traduce printr-o gâfâială la efort. Evoluția pneumopatiilor interstițiale este foarte variabilă după boala în cauză și posibilitatea de a o îngriji: unele se vindecă de la sine (atunci când sunt cauzate de o sarcoidoză, îndeosebi), în timp ce altele continuă să evolueze în pofida tuturor tratamentelor. În anumite cazuri, ele antrenează o insuficiență respiratorie cronică, ce necesită o oxigenoterapie.

PNEUMOTORAX. Efuziune de aer în pleură (membrana care învelește plămânul).

Un pneumotorax este provocat de introducerea unui anume volum de aer între cele două foițe ale pleurei, care acționează dezlipindu-le și apăsând asupra plămânului. Această dezlipire poate fi difuză sau localizată; se întâmplă ca ambii plămâni să fie atinși.

SIMPTOME. Un pneumotorax se traduce printr-o durere bruscă, în lovitură de pumnal, pe o parte a toracelui, o jenă respiratorie, chiar o veritabilă sufocare. Examenul clinic al bolnavului și radiografia toracelui permit stabilirea diagnosticului.

TRATAMENT. În caz de pneumotorax idiopatic (de origine necunoscută) cu jenă respiratorie moderată, simpla odihnă la pat permite să se astepte ca aerul să se resoarbă de la sine, plămânul reluându-și locul în una-două săptămâni. În alte cazuri, este practicat un drenaj cu un ac introdus în spațiul dintre două coaste, legat la un aparat de aspirație. În 30% din cazuri, pneumotoraxul idiopatic recidivează, după câteva luni sau câțiva ani.

În caz de recidivă este practicată o simfiză pleurală: se dezlipesc definitiv cele două foițe ale pleurei prin injectarea unui produs iritant (talc, îndeosebi); această intervenție poate fi efectuată prin chirurgie convențională sau prin pleuroscopie (cu un tub dotat cu un sistem optic și cu instrumente de dimensiuni mici, introdus printr-o mică incizie).

PODOLOGIE. Specialitate ortopedică ce se consacră examinării, diagnosticării, tratamentului și prevenirii bolilor piciorului.

POIKILODERMIE. Afecțiune cutanată care asociază o atrofie a epidermului, o discromie (piele puțin sau insuficient pigmentată) și telangiectazii (dilatații ale vaselor superficiale ale dermului), zonele afectate fiind dispuse în plăci sau în rețea.

În prezent, nu există vreun tratament al poikilodermiei, dar protejarea împotriva radiațiilor solare previne agravarea afecțiunii.

POINT DE CÔTÉ (în limba franceză). Durere localizată pe o parte a trunchiului ce survine cu ocazia unui efort (alergare, de exemplu).

Manifestarea pare să fie cauzată de o oboseală a mușchilor peretelui trunchiului și a diafragmului. Durerea, cu apariție bruscă, este amplasată în partea de sus a abdomenului, în dreapta sau în stânga; de aici, ea poate să se întindă mai ales la torace. Durerea durează câteva minute sau mai mult, obligând subiectul, a cărui respirație este stânjenită, să înceteze efortul. Un point de côté se atenuează mai rapid dacă subiectul respiră lent și profund și, în unele cazuri, dacă apasă pe zona dureroasă aplecându-se în față. Această manifestare va surveni mai rar dacă subiectul are grijă să diminueze intensitatea eforturilor (sau să-l intensifice la nivelul gradului său de antrenare), dacă se încălzește suficient de mult timp sau dacă-și îmbunătățește tehnica, de exemplu căutând să-și regularizeze ritmul atunci face curse de fond sau jogging.

POLIARTRITĂ JUVENILĂ → STILL (boală a lui).

POLIARTRITĂ REUMATOIDĂ. Boală reumatismală inflamatorie caracterizată printr-o atingere a sinovialei (membrana conjunctivă care căptușește fața internă a articulațiilor).

Poliartrita reumatoidă este o boală frecventă (1% din populație este afectată), cu predominanță net feminină (3 bolnavi din 4 sunt femei). De cauză necunoscută, ea face parte din bolile autoimune, în cursul cărora organismul produce anticorpi (factor reumatoid) îndreptați împotriva propriilor lui țesuturi.

SIMPTOME ȘI EVOLUȚIE. Poliartrita reumatoidă debutează, în general, între 40 și 60 de ani, fără vreun factor declanșant cunoscut. Ea afectează îndeosebi articulațiile membrelor, în particular pe cele ale mâinilor, încheieturii mâinii, antepicioriului; aceste atingeri, de gravitate foarte variabilă, sunt, în general, bilaterale și simterice. Se întâmplă rar ca leziunile să afecteze coloana vertebrală, cu excepția articulației dintre primele două vertebre cervicale, care poate fi luxată. Articulațiile sunt umflate, înțepenite, deformate, dureroase, mai ales noaptea și la începutul zilei.

După câțiva ani de evoluție, poliartrita reumatoidă poate atinge alte țesuturi conjunctive decât cele ale articulațiilor: tendoanele (tenosinovite), dar și pielea (noduli subcutanați), pericardul (pericardită) sau plămânii (pleurezie, infiltrate pulmonare etc.). Arterele de calibru mic se inflamează, provocând tulburări senzitive (amorțire, furnicături) și motorii (paralizia unui nerv) sau o necroză cutanată. Poliartrita reumatoidă se asociază adesea cu sindromul lui Gougerot-Sjögren (ochii uscați, gura uscată), mai rar cu sindromul lui Felty (splină mare, scăderea nivelului sangvin de globule albe). Boala, cronică, evoluează în mod destul de imprevizibil, prin pusee întrerupte de perioade de remisiune. În absența tratamentului, ea antrenează o stare de neputință.

DIAGNOSTIC. În timpul primelor luni ale bolii, diagnosticul se face pe baza distribuției și cronicității atingerilor articulare. Dozările sangvine indică semne inflamatorii (accelerarea vitezei de sedimentare [V.S.], creșterea nivelului sangvin de proteină C-reactivă), apoi semne imunologice (factor reumatoid, anticorpi antinucleari etc.). Dacă se punctionează o articulație atinsă, se scoate un lichid inflamator, iar biopsia sinovialei pune în evidență o inflamație. Un an sau doi mai târziu, factorul reumatoid poate fi decelat în serul a 70% dintre pacienți. Radiografia arată eroziuni osoase și o pensare a interliniilor articulare – spațiul care separă cele două extremități osoase ale articulației – cauzate de panusurile sinoviale, noduli inflamatori formați printr-o îngroșare a membranei sinoviale, care distrug, puțin câte puțin, oasele și ligamentele.

TRATAMENT. Tratamentul trebuie să fie permanent și să asocieze mai multe metode. Acesta se bazează pe antiinflamatoare (aspirină, fenilbutazonă, indometacin sau corticosteroizi în caz de eșec). Luarea de antiinflamatoare este adesea mai eficace seara la culcare, cât mai târziu posibil. În tratamentul de fond sunt prescrise mai ales sărurile de aur, antipaludicele, D-penicilamina, chiar imunosupresoarele. Toate medicamentele au o oarecare toxicitate, iar bolnavii trebuie să facă obiectul unei supravegheri medicale regulate. Tratamentele locale constau în prevenirea apariției deformațiilor: infiltrațiile cu corticosteroizi, sinovio-ortezele (injecții intraarticulare cu o substanță – acid osmic, izotop radioactiv etc. – permițând distrugerea sinovialei atinse), ablația sinovialei prin chirurgie convențională sau pe cale endoscopică etc. Ergoterapia permite prevenirea apariției deformațiilor. O reeducare poate fi necesară. Curele termale sunt contraindicate în perioada evolutivă. Se observă că sarcina induce adesea o remisiune completă a bolii, dar administrarea de hormoni sau de extracte placentare s-a dovedit până în prezent ineficace.

POLICE. Primul deget de la mână.

Policele nu are decât două falange și poate, datorită mușchilor și articulațiilor specifice, să se opună celorlalte degete, ceea ce permite o mișcare de pensare, esențială pentru prehensiune (apucare).

PATOLOGIE

■ *Fracturile policelui* sunt frecvente și adesea grave, deoarece ele riscă să aibă răsunet asupra funcționării mâinii. Fracturile de falange sunt tratate, în general, prin imobilizare gipsată; fracturile bazei primului metacarpian necesită, în general, o osteosinteză chirurgicală (reunirea fragmentelor osoase cu ajutorul unei broșe sau al unei miniplăci).

■ *Plăgile policelui* pot fi grave: atingerea directă a tendonului flector sau plagă a nervului median al încheieturii mâinii (nerv care comandă îndeosebi mișcarea de opoziție a policelui).

■ *Reumatismele policetui* (rizartroză, poliartrită reumatoidă etc.) pot limita considerabil mișcările sale.

POLICHISTOZĂ OVARIANĂ. → OVARELOR POLICHISTICE (sindrom al).

POLICHISTOZĂ RENALĂ. → BOALĂ POLICHISTICĂ A RINICHILOR.

POLICIZARE. Intervenție chirurgicală constând în transformarea unuia dintre degetele mâinii în police, după pierderea acestuia.

POLICONDRITĂ ATROFIANTĂ. Boală inflamatorie caracterizată printr-o atingere a cartilagiilor.

Poliartrita atrofiantă, puțin dureroasă, se traduce printr-o ramolire (înmuiere), o degradare, apoi o reducere în volum a cartilagiilor. Boala afectează, în principal, cartilagiile pavilionului urechii (ureche „în conopidă"), ale nasului (nas „de boxeur"), uneori și pe cele ale traheei (antrenând dificultăți respiratorii care pot fi mortale).

Tratamentul constă în administrarea de corticosteroizi.

POLICLINICĂ. Instituție de acordare a consultațiilor în regim ambulator, în care se exercită diferite specialități medicale.

POLIDACTILIE. Malformație congenitală, în general ereditară, caracterizată prin existența unui deget supranumerar la mână sau la picior, rareori mai mult de unul.

POLIDIPSIE. Senzație exagerată de sete, calmată printr-o ingestie de băuturi din abundență.

O polidipsie este însoțită aproape întotdeauna de o poliurie (excreția unui volum de urină mai mare de 3 litri pe 24 ore); atunci se vorbește de sindromul poliuropolidipsic. De cele mai multe ori, polidipsia este consecutivă poliuriei, aceasta, la rândul ei, fiind provocată de un diabet insipid, de un diabet zaharat (hiperglicemie) sau de o altă boală metabolică (hipercalcemie, hipokaliemie).

POLIGLOBULIE. Creștere a masei totale a globulelor roșii ale organismului, antrenând îndeosebi o creștere a vâscozității sangvine.

POLIMENOREE. Flux menstrual care survine la intervale mai frecvente decât de obicei (la mai puțin de 24 de zile).

CAUZE. O polimenoree este cauzată de o scurtare a ciclului menstrual fie în prima sa fază (faza de maturare a foliculului ovarian), fie în cea de a doua fază (faza luteală, care corespunde degenerescenței foliculului transformat în corp galben). Scurtarea fazei de maturare a foliculului corespunde unei hiperactivități ovariene, care poate antrena o absență a ovulației. Scurtarea duratei de viață a corpului galben, mai frecventă, se întâlnește mai ales la pubertate și în cursul premenopauzei. În perioada de activitate genitală, această insuficiență luteală se observă în cadrul sindromului ovarelor polichistice, în caz de hiperprolactinemie (secreție excesivă de prolactină), sau în cazul luării de micropilule.

TRATAMENT. Scurtarea primei faze a ciclului nu necesită vreun tratament, doar dacă cumva nu are loc ovulația: în acest caz, administrarea de hormoni permite declanșarea acesteia. Tratamentul scurtării celei de a doua faze a ciclului (faza luteală) constă în administrarea de progesteron natural sau de progestative de sinteză și în tratamentul cauzei, atunci când este posibil.

POLIMIOZITĂ. Orice boală inflamatorie autoimună (în cursul căreia organismul produce anticorpi îndreptați împotriva propriilor lui țesuturi), caracterizată printr-o atingere, izolată sau nu, a mușchilor striați.

Simptomele polimiozitelor sunt foarte variabile. Mușchii afectați, în general cei ai coapselor și ai umerilor, sunt dureroși și le lipsește forța: bolnavului îi vine greu să se ridice de pe scaun, să se ridice din poziția orizontală, să meargă, să se pieptene, apoi, în cele din urmă, chiar să înghită. Acestei atingeri musculare i se pot asocia leziuni purpurice, dureri articulare, o febră uneori ridicată, o hipertrofie a ganglionilor etc.

Evoluția poate fi acută și poate atinge mușchiul cardiac; subacută, cu un risc de atingere respiratorie; sau cronică. Tratamentul constă în prescrierea de antiinflamatoare (corticosteroizi, îndeosebi) și de imunosupresoare.

POLINEVRITĂ. Atingere a sistemului nervos periferic caracterizată prin tulburări senzitive și motorii, survenind simetric de ambele părți ale corpului și predominând la extremitățile nervilor.

CAUZE. Acestea sunt diverse: intoxicație (alcoolism), anomalie genetică, carență alimentară, infecție, inflamație, sindrom paraneoplazic (secreția de către o tumoră a unei substanțe care difuzează în organism și atacă sistemul nervos), tulburare metabolică (diabet zaharat).

SIMPTOME ȘI SEMNE. În cursul unei polinevrite, atingerile sunt simultane pentru toți nervii implicați la un anume pacient, tulburările fiind în majoritatea cazurilor atât senzitive, cât și motorii. Evoluția poate fi acută sau cronică.

■ *Tulburările senzitive* sunt parestezii (senzații neplăcute, ca furnicăturile sau pișcăturile, simțite pe piele), o alterare a sensibilității la temperatură și la durere și o alterare a senzațiilor proprioceptive (relative la articulații și la mușchi). Topografia acestor anomalii este numită „în ciorap" sau „în mănușă".

■ *Tulburările motorii* sunt paralizii care debutează, în general, la membrele inferioare și privesc mușchii ridicători ai piciorului.

TRATAMENT. Nu există un tratament specific. Afecțiunea poate regresa de la sine. În alte cazuri, ea regresează sau dispare cu tratarea cauzei.

POLINOZĂ. Orice afecțiune alergică provocată de către polenurile conținute în stamine (organele masculine ale plantelor cu flori), răspândite fie de către vânt, fie de către insecte.

Polenurile cele mai alergizante sunt cele ale arborilor, ale gramineelor și al parăcherniței (*Parietaria officinalis*). Polinoza, predominantă primăvara, este cea mai caracteristică dintre manifestările atopiei (tendința generală de a dezvolta alergii). Ea se poate traduce printr-o coriză spasmodică (febra fânului), o conjunctivită, un astm, aceste boli putând fi asociate (mai ales coriza spasmodică și conjunctivita). Aceste tulburări au o evoluție sezonieră.

TRATAMENT. Acesta este cel al alergiilor: suprimarea, dacă este posibil, a oricărui contact cu alergenele; luarea de medicamente care vizează diminuarea simptomelor (antihistaminice, antidegranulante, anticolinergice, corticosteroizi locali, betastimulante); dacă acest tratament se dovedește ineficace, o desensibilizare prin administrarea de doze minime de alergene este lucrul care mai poate fi încercat.

POLINUCLEAR. Globul alb caracterizat printr-un nucleu cu mai mulți lobi și cu granulații specifice. SINONIM: *granulocit*.

POLINUCLEAR BAZOFIL. Globul alb caracterizat prin mari granulații citoplasmatice care prezintă o afinitate marcată pentru coloranții bazici.

POLINUCLEAR EOZINOFIL. Globul alb caracterizat printr-un nucleu cu 2 lobi și prin granulații mari care prezintă o afinitate deosebită pentru coloranții acizi ca eozina.

Polinuclearele eozinofile au funcțiuni legate, în principal, de apărarea antiparazitară și în reacțiile alergice; ele nu par să îndeplinească vreo funcție antibacteriană.

POLINUCLEAR NEUTROFIL. Globul alb caracterizat printr-un nucleu care prezintă mai mulți lobi, 3 de cele mai multe ori, și prin granulații fine ale citoplasmei, prezentând o afinitate deosebită pentru coloranții neutri.

Numărul de plinucleare neutrofile este cuprins în mod normal între 1 700 și 7 500 pe milimetrul cub de sânge.

Principalul lor rol este acela de apărare a organismului împotriva microorganismelor străine, bacterii și levuri.

POLINUCLEOZĂ. Creșterea dincolo de valorile normale a numărului de globule albe polinucleare.

Polinucleoza neutrofilă, cea mai frecventă, este în general semnul unei inflamații sau al unei infecții, dar ea mai poate fi cauzată de tabagism sau poate apărea în urma unui tratament cu corticosteroizi. Polinucleoza bazofilă, sau bazofilia, nu se observă practic niciodată fără afectarea și a altor polimorfonucleare. Polinucleoza eozinofilă, denumită mai curând eozinofilie sau hipereozinofilie, se observă în alergii, în parazitoze, în diferite dermatoze, în periarterita nodoasă și în sindroamele înrudite, ca și în leucemii.

POLIOMIELITĂ. Inflamație a substanței cenușii a măduvei spinării. Termenul de poliomielită este folosit în mod curent pentru a desemna poliomielita anterioară acută.

POLIOMIELITĂ ANTERIOARĂ ACUTĂ. Boală virală acută provocată de un enterovirus, poliovirusul, care distruge neuronii motori ai coarnelor măduvei spinării și nucleii motori ai nervilor cranieni, provocând o paralizie a mușchilor inervați de acești neuroni.

Poliomielita anterioară acută, numită de obicei doar poliomielită, afectează, în principal, copiii, de unde și celălalt nume al bolii: paralizie infantilă. Virusul se transmite prin ingestia de apă sau de alimente contaminate. Această afecțiune, cândva foarte frecventă, a devenit cu totul excepțională în țările occidentale datorită vaccinării.

SIMPTOME ȘI SEMNE. De cele mai multe ori, infecția nu dă loc bolii, poliovirusul neantrenând o poliomielită decât într-un număr restrâns de cazuri.

Începutul bolii este marcat, după o incubație de 8 zile (adesea vara sau toamna), printr-o stare infecțioasă de tip gripal (tulburări intestinale, curbaturi, febră ridicată, dureri musculare însemnate), prin dureri vii de cap care corespund unei meningite cu lichid cefalorahidian limpede și uneori printr-o retenție de urină.

Într-un răstimp care variază de la câteva ore la câteva zile, paraliziile se instalează întotdeauna în timpul fazei febrile, care durează aproximativ 5 zile. Ele apar în mod neregulat și asimetric, cu absența reflexelor la partea atinsă. Ele pot fi totale pentru unii mușchi, parțiale pentru alții și se instalează rapid o atrofie a mușchilor. Paraliziile afectează motricitatea membrelor, izolat sau în asociere, rachisul, musculatura abdominală și, în cazurile cele mai grave și mai rare, ele pot să se întindă la mușchii respirației și ai deglutiției.

EVOLUȚIE. Sechelele musculare constituie gravitatea ulterioară principală a poliomielitei, mai ales la copil; atrofie a mușchilor, retracții, defecte de creștere ale unuia sau mai multor membre cu tulburări trofice, care necesită intervenții de chirurgie ortopedică a membrelor sau a coloanei vertebrale în caz de cifoscolioză. Paraliziile regresează mai mult sau mai puțin complet, de cele mai multe ori parțial, începând cu a cincisprezecea zi până la maximum 2 ani.

TRATAMENT. Nu există un tratament antiviral specific al poliomielitei, singura terapeutică fiind reeducarea, care permite limitarea deformațiilor scheletului și ale retracțiilor musculare, consecințe ale paraliziilor. Kineziterapia trebuie

să fie întreprinsă precoce, de la dispariția febrei, și în mod continuu.

PREVENIRE. Vaccinarea este obligatorie în numeroase țări. Atunci când este corect aplicată (3 imunizări în primul an de viață, urmate de un rapel în anul următor, apoi de un rapel la fiecare 5 ani) protejează împotriva acestei boli, gravă din cauza infirmităților pe care le atrage.

Eradicarea poliomielitei este unul dintre obiectivele avute în vedere de Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) pentru următorii ani.

POLIOVIRUS. Virus A.R.N. din genul enterovirusurilor (familia *Picornaviridae*), responsabil de poliomielita anterioară acută.

POLIP. Tumoră de cele mai multe ori benignă, în general pediculată, care se dezvoltă pe mucoasele cavităților naturale ale organismului.

Polipii, care pot fi unici sau multipli, sunt mai mult sau mai puțin proeminenți pe suprafața organului: ei sunt adesea pediculați (legați de organ printr-un ax conjunctiv îmbrăcat în mucoasă), mai rar sesili (puțin proeminenți). Ei își au locul de preferință în tubul digestiv (colon, stomac, rect), pe mucoasa uterină, în nas și în laringe. Polipii vezicii sunt denumiți impropriu polipi: aceștia sunt papiloame. Polipii colici și rectali sunt fie de tip zis „juvenil", care nu degenerează, fie adenomatoși, care pot degenera într-un cancer. De asemenea, un cancer poate lua aspectul unui polip.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Simptomele variază după localizarea polipilor, care uneori trec neobservați și sunt descoperiți din întâmplare. Cei mai voluminoși polipi pot obstrua un conduct.

■ *Polipii cavității uterine* pot fi cauza unor sângerări.

■ *Polipii corzilor vocale* se manifestă printr-o modificare a vocii.

■ *Polipii foselor nazale* se manifestă printr-o obstrucție nazală, printr-o rinoree (scurgere de lichid) și uneori printr-o pierdere a simțului mirosului. Polipii prezenți doar într-o fosă nazală sunt de cele mai multe ori consecutivi unei sinuzite cronice sau unei tumori. În majoritatea cazurilor aceste tumori sunt benigne. Prezența polipilor simultan în ambele fose nazale constituie manifestarea unei polipoze nazosinusiene.

■ *Polipii meatului uretral* survin, în principal, la femeia în vârstă. Benigni, aceștia, iau forma unor proeminențe roșii, uneori pediculate, și se manifestă prin dureri locale la frecare, prin sângerări și, de asemenea, în unele cazuri, prin dificultăți la micțiune.

DIAGNOSTIC. Unii polipi, ca cei ai foselor nazale, ai meatului uretral sau ai colului uterin, pot fi văzuți direct. Tușeul rectal permite să se simtă prezența polipilor rectului. Punerea în evidență a polipilor este efectuată prin endoscopie (histeroscopie pentru uter, coloscopie pentru colon, laringoscopie pentru corzile vocale, cistoscopie pentru vezică). Biopsia pune în evidență natura, precanceroasă sau nu a polipului.

EVOLUȚIE. Unii polipi sunt considerați formațiuni precanceroase. Polipii colonului, în particular, constituie subiectul unor evoluții maligne.

TRATAMENT. Acesta constă în ablația chirurgicală a polipilor, în general pe cale endoscopică, urmată de examinarea lor histologică.

POLIPECTOMIE. Ablație chirurgicală a unui polip.

POLIPOZĂ. Afecțiune caracterizată prin dezvoltarea într-un organ (colon îndeosebi) a mai multor polipi.

POLIPOZĂ DIGESTIVĂ. Boală caracterizată prin prezența unor multipli polipi pe mucoasa care tapetează tubul digestiv.

POLIRADICULONEVRITĂ. Atingere difuză a rădăcinilor nervoase ale nervilor periferici prin disfuncția mielinei (teaca de fibre a sistemului nervos).

POLITRAUMATISM. Totalitate a tulburărilor provocate de mai multe leziuni de origine traumatică, dintre care cel puțin una amenință viața rănitului.

POLIURIE. Creștere (deasupra pragului de 3 litri) a cantității de urină emisă pe durata a 24 de ore.

O poliurie poate fi cauzată de consumul excesiv de lichide, de un diabet insipid, de un diabet zaharat prost echilibrat, de unele boli renale cronice, de perfuzii abundente sau de administrarea unor medicamente (litiu).

POLLAKIURIE sau **POLAKIURIE.** Creștere anormală a numărului de micțiuni.

Numărul de micțiuni variază în mod normal de 0 la 1 pe timpul nopții, de la 4 la 5 pe timpul zilei. O pollakiurie poate avea cauze foarte diferite: boală care antrenează o iritație a vezicii (cistită, prostatită, tumoră sau litiază urinară); boală responsabilă de o golire incompletă a vezicii prin obstrucția căilor urinare (adenom sau cancer al prostatei, îngustarea uretrei); boală care antrenează o reducere a capacității vezicale (bilharioză, tuberculoză vezicală etc.).

POLUARE. Degradare, provocată de acțiunea omului, a mediului cu substanțe chimice, deșeuri industriale, factori dăunători sau contaminarea insalubră a mediului cu microorganisme patogene.

PREVENIRE. Preocupare majoră, prevenirea comportă reglementarea folosirii îngrășămintelor și a pesticidelor, controlul conținutului în substanțe toxice a apei și aerului, stocarea și eliminarea sau retratarea deșeurilor industriale, limitarea circulației automobilelor în anumite perioade în

orașele mari, măsuri de securitate și de control al circuitelor (la nevoie cu închiderea unităților) în centralele termonucleare, controlul veterinar al produselor alimentare, reguli de igienă în spitale etc.

POMPE (boală a lui). Afecțiune ereditară cu transmitere autosomică recesivă, aparținând grupului glicogenozelor, caracterizată printr-un deficit în alfa-1-4-glucozidază, una dintre enzimele metabolismului glicogenului.

Boala lui Pompe se transmite exclusiv prin cromozomii autosomi (nesexuali) în mod recesiv (gena purtătoare trebuind să fie primită și de la tată și de la mamă pentru ca boala să se poată dezvolta).

Această afecțiune se traduce printr-o slăbiciune generalizată și creștere a ficatului (hepatomegalie); acestor simptome li se asociază în general, la copil, o insuficiență cardiacă și, la adult, o insuficiență respiratorie.

Prognosticul bolii este deosebit de sever, dar, atunci când boala s-a manifestat deja într-o familie, apelând la sfatul genetic, se poate evalua riscul pentru copiii ce s-ar putea naște. Ea poate fi decelată înainte de nașterea copiilor prin dozarea enzimei responsabile în prelevatul fetal.

PONTAJ. Unire a două vase sangvine, printr-o grefă vasculară sau printr-un tub de plastic cu scopul de a restabili o circulație normală și de a scurtcircuita o îngustare sau o obstrucție arterială.

Chiar dacă aceste intervenții rămân acte care țin de chirurgia grea, tehnica lor este actualmente perfect stăpânită, iar prognosticul lor este bun.

INDICAȚII. O arteră îngustată de aterom (depunere grăsoasă pe peretele arterial intern) cunoaște un debit sangvin diminuat în punctul în care funcționarea normală a organelor pe care le irigă este uneori stânjenită, în particular în timpul eforturilor fizice, care le cresc necesitățile în aport sangvin. Pontajul permite evitarea unei deteriorări a acestor organe.

TEHNICĂ. Oricare ar fi locul în care se efectuează pontajul, tehnica este identică cu cea a pontajului aortocoronarian.

PONTAJ AORTOCORONARIAN. Punere a unui grefon între aortă și artera coronară cu scopul de a restabili o circulație sangvină normală într-un tronson arterial îngustat sau ocluzionat.

INDICAȚII. Se decide practicarea unui pontaj aortocoronarian atunci când coronarografia (examen radiografic care permite vizualizarea arterelor coronare după injectarea unui produs de contrast) arată o stenoză (îngustare), atunci când ventriculul stâng al inimii are dificultăți de a se contracta, atunci când pacientul este deranjat de un angor (angină pectorală) sau când simptomele insuficienței coronariene nu pot fi reduse printr-un tratament medicamentos. Această decizie este luată cu scopul de a evita survenirea unui infarct miocardic.

TEHNICĂ. Operația este efectuată sub anestezie generală și poate dura până la 5 ore. Chirurgul incizează vertical toracele, la mijlocul sternului, apoi deschide pericardul. Pacientul este atunci conectat la un aparat inimă-plămân care asigură funcțiile cardiace și respiratorii în timpul operației pe inimă. Apoi este incizată coronara. Un segment de venă, prelevat din corpul pacientului, este prins în amonte de îngustare, în timp ce extremitatea cealaltă este legată de arteră în aval de îngustare. Atunci când îngustările arterelor coronare sunt multiple, chirurgul efectuează mai multe pontaje în cursul aceleiași intervenții; atunci se vorbește de un pontaj dublu, triplu sau cvadruplu. O dată realizat pontajul, circulația sangvină naturală este restabilită.

CONVALESCENȚĂ. După 3 sau 4 zile de supraveghere într-un serviciu de reanimare, pacientul rămâne la spital douăsprezece zile. În continuare, convalescența, împreună cu readaptarea la efort, durează în jur de 6 săptămâni.

PROGNOSTIC. Această tehnică foarte sofisticată are un prognostic excelent.

PORFIRIE. Boală ereditară cauzată de o tulburare a sintezei hemului (fracțiunea neproteică a hemoglobinei) și caracterizată prin acumularea în țesuturi a unor substanțe intermediare ale acestei sinteze, porfirinele.

Porfiriile sunt boli foarte rare.

DIFERITE TIPURI DE PORFIRIE. Există mai multe forme de porfirie, corespunzând mutațiilor genelor diferitelor enzime ale sintezei hemului. Apariția simptomelor este variabilă, unele survenind în cursul copilăriei, altele la vârsta adultă.

■ *Protoporfiria* se manifestă din copilărie prin ușoare tulburări cutanate după expunerea la soare.

■ *Porfiria intermitentă acută* se manifestă de cele mai multe ori la vârsta adultă prin dureri abdominale acute, uneori prin crampe, printr-o slăbiciune musculară și prin tulburări psihice. Urinele devin roșii atunci când sunt lăsate să aștepte. Numeroase medicamente, ca barbituricele, contraceptivele orale, sulfamidele și fenitoina, se află la originea acestor crize.

■ *Porfiria varietaga*, sau *mixtă*, este apropiată de porfiria intermitentă acută, dar subiectul prezintă, în plus, vezicule pe regiunile cutanate expuse soarelui.

■ *Coproporfiria ereditară*, de asemenea apropiată de porfiria intermitentă acută, poate și ea să se traducă prin anomalii cutanate.

■ *Porfiria cutanată tardivă*, cea mai frecventă, se manifestă mai ales la vârsta adultă, de unde și numele ei, și se traduce prin vezicule pe piele după expunerea la soare. În caz de rănire, cicatrizarea este îndelungată. Urinele sunt adesea roșietice sau cafenii. Tulburările sunt declanșate printr-o boală a ficatului, uneori de origine alcoolică.

■ *Porfiria eritropoietică congenitală*, sau boala lui Günther, se traduce de la naștere prin erupții cutanate, printr-o creștere a volumului splinei, printr-o colorație roșie a dinților și prin

accidente hemolitice acute (distrugerea subită a unei mari cantități de globule roșii).

TRATAMENT. Tratamentul, dificil, constă în primul rând în evitarea factorilor declanșanți: expunere la soare, medicamente. Administrarea de glucoză sau a unui medicament înrudit chimic cu hemul poate fi utilă pentru a trata crizele de porfirie intermitentă acută, de porfirie varietaga sau de coproporfirie ereditară. În porfiria cutanată tardivă, este aplicată uneori o flebotomie (sângerare venoasă).

POROKERATOZĂ. Boală cutanată care se traduce prin leziuni hiperkeratozice (îngroșarea stratului cornos), adâncite în centrul lor și înconjurate de un sul caracteristic (fața internă abruptă și fața externă racordându-se cu pielea învecinată printr-o pantă puțin înclinată).

Tratamentul, puțin eficace, constă fie în aplicarea de keratolitice, fie în crioterapie (aplicarea frigului), urmate adesea de o recidivare a leziunilor, sau de o administrare de retinoide, ori în ablația chirurgicală a leziunilor atunci când aceasta este posibilă. Tratamentul preventiv constă în protejarea pielii de radiația solară (cremă de tipul ecran total), care este un factor agravant.

POROM ECRIN. Tumoră benignă a pielii care se dezvoltă plecând de la un por excretor al unei glande sudoripare (glandă care secretă sudoarea).

PORTĂ (venă). Venă mare a abdomenului care drenează sângele viscerelor intestinale spre ficat.

PATOLOGIE. O creștere a presiunii sangvine în vena portă, denumită hipertensiune portală, poate fi provocată de numeroase boli (boli hepatice, ciroză îndeosebi; compresia sau tromboza venei porte), care creează un obstacol în curgerea sângelui în acest loc. Această creștere a presiunii provoacă dilatarea venelor în amonte de obstacol și dezvoltarea unei rețele secundare care înconjoară obstacolul: acestea sunt anastomozele portocave. Dilatațiile venoase (varice esofagiene sau gastrice) se pot rupe și pot antrena o hemoragie gravă.

POSOLOGIE. Doză a unui medicament de luat în cursul unui tratament.

Pe rețeta unui medic figurează două indicații esențiale: doza de luat la fiecare priză și doza pentru 24 de ore. Pentru anumite medicamente foarte active, ca aminozidele (antibiotice) sau digitalicele, care pot fi toxice dincolo de o anumită cantitate, medicul ține, de asemenea, cont de doza săptămânală sau de doza totală absorbită în cursul tratamentului.

FACTORI CARE DETERMINĂ POSOLOGIA. Posologia este legată mai ales de natura medicamentului și de puterea sa de acțiune (ca ordin de mărime, de exemplu, cantitățile prescrise merg de la miligram pentru estradiol până la gram pentru aspirină), de modul de administrare (dozele sunt în general mai crescute pe cale orală decât prin injectare, deoarece absorbția digestivă rar este totală), de vârsta pacientului și de bolile pe care acesta le poate avea în același timp cu boala tratată (insuficiența renală, în particular, face delicată administrarea de medicamente care sunt mai greu eliminate de către rinichi). De asemenea, trebuie să se țină cont de afecțiunea tratată (unele dureri pot fi atenuate cu două grame de aspirină, în timp ce 5 grame din același produs abia sunt suficiente în tratamentul crizelor de reumatism inflamator), de eventualele interacțiuni cu alte medicamente, de sex, uneori de factorii ereditari.

Marja terapeutică corespunde diferenței dintre doza terapeutică și doza toxică. Ea este uneori foarte mică; acesta este cazul, în particular, pentru derivații digitalinei. În concluzie, bolnavul trebuie să se conformeze strict prescripției medicului.

În general, atunci când bolnavul uită să-și ia priza de medicament, este de ajuns ca acesta să ia medicamentul de îndată ce a constatat omisiunea și să aștepte minimum două ore înainte de a relua tratamentul. Dacă uitatul se repetă, este recomandabil să se ceară sfatul farmacistului sau medicului care a prescris medicamentul.

POST. Oprire totală a alimentației, cu menținerea sau nu a consumului de apă.

În cursul postului, organismul nu mai primește energie prin alimentație. În consecință, rezervele sale sunt mobilizate începând cu a șasea oră de post: mai întâi rezervele glucidice, stocate sub forma glicogenului în ficat și mușchi, apoi rezervele proteinice ale mușchilor și cele lipidice ale țesutului adipos. De altfel, organismul se adaptează la post reducându-și cheltuielile energetice. Corpul își pierde treptat mușchii și grăsimea, ceea ce duce la o pierdere însemnată în greutate și la o denutriție dacă postul se prelungește. Funcționarea sistemului hormonal este puternic alterată: oprirea secreției de hormoni sexuali, micșorarea secreției de insulină și de hormoni tiroidieni și creșterea secreției de glucagon și de cortizol. Inima, rinichii, pancreasul și tubul digestiv se atrofiază, chiar și sistemul limfatic, ceea ce antrenează o diminuare a capacităților de rezistență la infecții. Moartea survine, în general, după 8–10 zile de post complet (fără apă) și după două luni dacă a fost menținut consumul de băuturi.

Nici postul, nici trecerea peste mese nu este o metodă bună pentru a pierde din greutate, deoarece organismul se adaptează reducându-și cheltuielile și își compensează pierderile energetice din mesele următoare.

POSTHIPOFIZĂ. Parte posterioară a hipofizei (mică glandă endocrină situată sub encefal), legată de hipotalamus (structura cerebrală reglatoare a funcțiilor organismului) prin tija pituitară și care asigură stocarea hormonilor ce provin de la neuronii hipotalamici.

POSTMATURITATE. Stare a unui copil născut după termen (dincolo de 43 de săptămâni de amenoree).

Dincolo de termenul normal de naștere (41 de săptămâni de amenoree), o sarcină trebuie să facă obiectul unei supravegheri îndeaproape; nașterea este declanșată în mod obișnuit după o săptămână de întârziere. Dacă un astfel de copil este mai fragil *in utero*, în schimb, supravegherea sa după naștere nu este diferită de cea a unui copil născut la termen.

POST-PARTUM. Perioadă care se întinde între naștere și reapariția fluxului menstrual. SINONIM: *puerperalitate, lehuzie*.

Post-partumul durează aproximativ șase săptămâni atunci când mama nu alăptează, mai mult atunci când ea alăptează. În absența alăptatului, primul flux menstrual reapare la aproximativ 45 de zile după naștere. În caz de alăptare, revenirea fluxului menstrual are loc în mod obișnuit între a 10-a și a 12-a săptămână după naștere. În ambele cazuri, revenirea fluxului menstrual este uneori precedată de o ovulație.

MODIFICĂRI ANATOMOFIZIOLOGICE. După delivrență, uterul se contractă formând un bulgăre (glob uterin). Apoi, el își regăsește treptat dimensiunile (8 centimetri înălțime) și greutatea (70 grame) avute anterior sarcinii. Această retracție este însoțită de contracții uterine dureroase a căror intensitate crește cu numărul de nașteri și durează două până la șase zile.

Timp de aproximativ 3 săptămâni, apar pierderi sangvine numite lohii. În primele zile acestea sunt de un roșu intens, apoi devin rozalii, ulterior se brunifică și încetează spre a 3-a săptămână.

Mușchii și ligamentele perineale, relaxate, își regăsesc tonusul, precedând în această privință mușchii peretelui abdominal, lăsat după naștere. Sânii se modifică: dacă femeia alăptează, colostrul (lichid galben secretat după naștere) lasă locul laptelui, ceea ce întărește pieptul, în a 3-a zi după naștere; dacă femeia nu alăptează, un tratament permite secarea secreției lactate, iar sânii își reiau mai repede volumul lor normal.

Greutatea corporală descrește treptat. Celor 5 kilograme pierdute la naștere li se adaugă, în zilele care urmează, 2–3 kilograme datorită eliminării de lichid.

Începând cu cea de-a 25-a zi a post-partumului, trebuie luate precauții contraceptive, deoarece înainte de revenirea fluxului menstrual poate avea loc o ovulație.

MODIFICĂRI PSIHOLOGICE. Zilele care urmează nașterii sunt frecvent marcate printr-o stare de hipersensibilitate, de euforie sau de iritabilitate și de o insomnie. Actualmente, metodele de psihoterapie care vizează „familiarizarea" mamă-copil previn și reduc considerabil problemele psihice ale post-partumului.

POSTURĂ. 1. Poziție a corpului sau a uneia dintre părțile sale în spațiu.

Numeroase afecțiuni pot antrena tulburări ale posturii: bolile neurologice (scleroza în plăci, boala lui Parkinson), afecțiunile osteoarticulare (scolioza, cifoza, poliartrita reumatoidă, spondiartrita anchilozantă) sau musculare (distrofia musculară). Uneori, o postură proastă este cauzată de perenizarea unei atitudini incorecte (capul plecat, spatele curbat, umerii căzuți) sau de un exces ponderal.

2. Tehnică de kineziterapie utilizată pentru prevenirea sau corectarea unei poziții proaste.

Postura constă în menținerea părții de corp în cauză într-o poziție bună cu ajutorul unor chingi, al unei gutiere sau al unui lombostat din gips sau rășină sintetică.

POTASIU. Metal alcalin răspândit în natură sub formă de săruri, care joacă un rol important în echilibrul electrolitic al organismului.

Organismul unui adult de 65 de kilograme cuprinde mai mult de 160 grame de potasiu (K). Acesta joacă un rol în reacțiile chimice care pun în joc proteinele și glucidele, în reglarea presiunii arteriale și mai ales în fenomenele de excitabilitate și de contracție, caracteristice celulelor nervoase și musculare. Principalele surse alimentare de potasiu sunt legumele și fructele, carnea, ciocolata etc.

Kaliemia, sau concentrația sangvină în potasiu, este menținută constantă (între 3,5 și 5 milimoli pe litru), îndeosebi datorită unei eliminări renale a cărei reglare este asigurată de către hormoni ca aldosteronul.

POTENTIALELOR EVOCATE (înregistrare a). Metodă de studiere a activității electrice a căilor nervoase ale auzului, văzului și sensibilității corporale.

INDICAȚII. Înregistrarea potențialelor evocate este utilizată atunci când se dorește a se ști dacă o funcție senzorială este atinsă (evaluarea unei pierderi auditive, de exemplu) sau când alte tehnici de examinare nu sunt destul de performante: cazul anomaliilor la debutul lor, încă foarte mici și deci dificil de detectat (mai ales în cazul sclerozei în plăci); cazul bolnavilor care nu pot coopera (copil mic, persoană aflată în comă).

PRINCIPIU. Organul senzorial de studiat este stimulat printr-un șoc electric transcutanat de scurtă durată pentru studierea sensibilității somestezice (de origine corporală), printr-o descărcare luminoasă (pentru sensibilitatea oculară) sau printr-un sunet (pentru sensibilitatea auditivă). Această stimulare provoacă un influx nervos, potențialul evocat, care pleacă din organul testat, se transmite fibrelor nervoase și parvine centrilor nervoși. Această activitate electrică este înregistrată de către electrozii plasați, înainte de începerea examenului, în diferitele puncte ale corpului – după organul testat – și conectați la un aparat care transcrie această activitate sub formă de curbe. Analizând aceste curbe se deduce existența sau nu a unei anomalii.

DESFĂȘURARE. Examenul în sine nu necesită spitalizare, dar este practicat adesea pe persoane spitalizate din cauza indicațiilor lui.

POTENȚIALELOR TARDIVE (cercetare a). Tehnică ce vizează detectarea existenței unei activități electrice anormale la nivelul mușchiului cardiac, în principal la nivelul ventriculelor.

Potențialele tardive ventriculare permit depistarea bolnavilor care prezintă un risc al tulburărilor grave ale ritmului ventricular, în principal ca urmare a unui infarct miocardic, ca și a celor care sunt expuși unui risc ridicat de moarte subită.

Acest examen este nedureros și fără riscuri. Tehnica nu necesită spitalizare.

POTOMANIE. Nevoie nestăpânită de a bea în permanență.

Un potoman bea orice lichid la îndemână, în principal apă. Această manifestare se întâlnește îndeosebi la subiectul isteric. Ea se mai observă și în cadrul unor dereglări metabolice ca diabetul zaharat și diabetul insipid. Atunci când nu este de origine organică, tratamentul său este, în principal, de ordin psihoterapic.

POTT (morb al lui). Localizare vertebrală a tuberculozei.

Morbul lui Pott debutează la oricare nivel al coloanei vertebrale (al rachisului) printr-o spondilodiscită, infecție a discurilor intervertebrale. Infecția se întinde apoi la chiar discurile vertebrale. Actualmente ea este rară în țările dezvoltate, datorită vaccinării (B.C.G.). Boala afectează îndeosebi persoanele în vârstă, pe cele care prezintă deficite imunitare sau subiecții cu antecedente tuberculoase personale sau familiale.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Boala debutează prin dureri rahidiene de intensitate crescândă (torticolis, lumbago), exagerate prin efort sau tuse; ele pot să fie însoțite de iradieri dureroase (sciatică). Contractura musculară, răspunzând durerii, limitează mobilitatea (dificultatea de a se apleca în față sau pe o parte). Aceste semne se asociază cu o oboseală, pierdere în greutate, diminuare a poftei de mâncare și cu febră ușoară. Dacă boala nu este tratată în acest stadiu, evoluția ei antrenează complicații grave. Strivirea vertebrelor și prăbușirea coloanei vertebrale, prin telescoparea vertebrelor, provoacă formarea unei gibozități (cocoașă) permanente și definitive.

TRATAMENT. Tratamentul se bazează pe administrarea de antibiotice timp de 1 an. Uneori, este necesar să se imobilizeze coloana vertebrală printr-o carcasă gipsată. În lipsa acestei imobilizări, poate fi suficient repausul strict la pat pe durata mai multor luni.

POUTEAU-COLLES (fractură a lui). Fractură a extremității inferioare a radiusului, chiar deasupra încheieturii mâinii.

Fractura lui Pouteau-Colles afectează de cele mai multe ori persoanele în vârstă, victime ale osteoporozei (rarefierea țesutului osos), și copiii, în general ca urmare a căderii pe încheietura mâinii. Tratamentul acestei fracturi este de cele mai multe ori ortopedic: reducerea fracturii sub anestezie generală, punerea de broșe și imobilizarea gipsată timp de 6 săptămâni. După consolidare, poate subzista o redoare a încheieturii mâinii.

POXVIRUS. Familie de virusuri A.D.N. care cuprinde *Orthopoxviridae*, responsabile de bolile eruptive (variolă, vaccină), și *Parapoxviridae*, responsabile de leziunile cutanate (nodulul mulgătorilor, orful, molluscum contagiosum).

POZIȚIE LATERALĂ DE SECURITATE. Poziție în care se așează rănitii și bolnavii care sunt inconștienți, dar și-au păstrat o respirație spontană satisfăcătoare.

Poziția laterală de securitate permite protejarea căilor respiratorii ale subiectului: pe de o parte, vomele sau sângele se scurg pe jos și nu există riscul să fie inhalate, iar pe de altă parte poziția împiedică o cădere a limbii în spate și obstruarea laringelui care ar rezulta de aici. Persoana neînsuflețită este pusă pe o parte, cu piciorul de dedesubt îndoit; capul îi este dat pe spate, gura fiind orientată spre sol. Aceste manevre trebuie să fie realizate cu delicatețe, susținând capul victimei pentru a nu agrava eventualele leziuni ale rachisului cervical.

PREECLAMPSIE. Stare patologică a femeii însărcinate, care apare după a 20-a săptămână de sarcină, ce se caracterizează printr-o hipertensiune arterială, o proteinurie (prezența de proteine în urină) și de luare în greutate, cu edem.

SIMPTOME ȘI COMPLICAȚII. Preeclampsia se manifestă prin dureri de cap, prin senzații vizuale anormale (muște, puncte luminoase), zbârnâituri în urechi, edeme ale membrelor și ale feței și o hipertensiune arterială însemnată. Netratată, preeclampsia poate fi foarte gravă, atât pentru copil, cât și pentru mamă.

■ *Complicațiile fetale* sunt: suferința fetală, moartea *in utero* sau moartea la naștere.

■ *Complicațiile materne* sunt: eclampsia (definită prin apariția de convulsii), hematomul retroplacentar (colecție de sânge între placentă și peretele uterin), insuficiența renală acută, edemul cerebral, hemoragiile masive și tulburările coagulării sangvine.

TRATAMENT. O preeclampsie impune o spitalizare cu odihnă completă, tratament al hipertensiunii arteriale și supraveghere îndeaproape a femeii gravide (prin dozări ale nivelului ureei și creatininei în sânge), precum și a fătului cu ajutorul unei monitorizări permanente. Cu scopul de a

evita punerea în pericol a vieții copilului și a mamei, se poate decide provocarea unei nașteri înainte de termen.

PREGNANDIOL. Substanță care provine din degradarea progesteronului (hormon secretat îndeosebi de către corpul galben și de către placentă).

PREMATUR. Copil născut înainte de termen (înainte de 37 de săptămâni de amenoree, adică înainte de 8 luni).

DESCRIERE. Prematurul diferă în ce privește aspectul de copilul născut la termen: înălțimea lui este mai mică, greutatea de asemenea, în funcție de durata gestației sale.

Prematurul prezintă o imaturitate globală a organelor și funcțiunilor care îi poate pune în joc viața sau dezvoltarea sa. Astfel, imaturitatea sistemului nervos, aliată cu cea a plămânilor, poate fi responsabilă de tulburări respiratorii, îndeosebi încetarea de moment a respirației (apnee), și poate antrena o proastă oxigenare a sângelui și a țesuturilor (cianoza). Imaturitatea plămânilor creează un risc de îmbolnăvire a membranelor hialine, afecțiune caracterizată printr-o dificultate a plămânilor de a se descreți în cursul inspirației. Fragilitatea vaselor crește riscurile de hemoragie cerebro-meningeană, iar imaturitatea cardiovasculară poate da naștere unui suflu cardiac prin persistența canalului arterial, care leagă artera pulmonară de aortă în timpul vieții intrauterine. Imaturitatea digestivă face dificil reflexul de supt-înghițit: copilul este uneori incapabil să sugă. Imaturitatea ficatului provoacă un icter adesea mai pronunțat decât la nou-născutul la termen. Dezvoltarea încă neîncheiată a sistemului său imunitar face prematurul mai vulnerabil la infecții de toate felurile. În sfârșit, absența rezervelor energetice, legată de caracterul incomplet al gestației, poate conduce la o micșorare a temperaturii corporale, la o hipoglicemie sau la o hipocalcemie (respectiv, la scăderea nivelurilor de zahăr sau de calciu).

ÎNGRIJIREA PREMATURULUI. Din cauza fragilității sale și a riscurilor pe care le întâmpină la naștere și în primele luni ale vieții sale, prematurul trebuie să fie îngrijit din primele minute. Venirea lui pe lume în sala de nașteri trebuie să fie pregătită: incubator, material pentru reanimare respiratorie, prezența unui pediatru sau a unei moașe. Copilul este menținut la incubator la temperatură și oxigenare constante. Îngrijirile îi sunt acordate în condițiile unei asepsii riguroase, uneori prin intermediul hublourilor amenajate pe peretele incubatorului. Prematurul este alimentat prin sondă gastrică în mod discontinuu (la fiecare trei ore) sau continuu dacă are o greutate foarte mică sau dacă este hipoglicemic. Se utilizează de preferință laptele matern îmbogățit în proteine și în calciu sau un lapte artificial pentru prematuri, adaptat posibilităților digestive ale copilului. Este necesar un supliment de vitamine E, D și C. Dacă a fost reanimat la naștere sau dacă prezintă cel mai mic semn de suferință respiratorie, copilul este hrănit prin perfuzie intravenoasă. O fototerapie (expunerea nou-născutului la lumina albastră) poate fi practicată în caz de icter. În sfârșit, un bilanț infecțios se impune cu ocazia unei nașteri premature inexplicabile sau la cel mai mic semn de infecție la copil. În caz de infecție este prescris un tratament cu antibiotice.

Un prematur este ținut în spital până când greutatea lui atinge cel puțin 2,5 kilograme.

PROGNOSTIC. Viitorul imediat al prematurului depinde de vârsta sa gestațională, de greutatea sa la naștere și de cauza prematurității sale. Deasupra limitei de 32 săptămâni de amenoree, mortalitatea este foarte mică. Sechelele, îndeosebi neurologice, sunt rare. Supraviețuirea copilului de mai puțin de 32 de săptămâni viață intrauterină și cântărind sub 1.000 grame nu mai constituie un lucru de excepție, dar sechelele neurologice și psihomotorii sunt mai frecvente.

Prematurul rămâne, timp de câteva luni, cu o greutate corporală mai mică decât copilul născut la termen, iar dezvoltarea sa psihomotorie este ușor în întârziere. Totuși, la vârsta de 2 ani, copilul, în general, a recuperat acest decalaj.

CAUZE DE PREMATURITATE. O naștere prematură poate fi accidentală (prematuritate spontană) sau consecutivă unei decizii medicale (prematuritate provocată). Principalele cauze ale prematurității sunt materne (anomalie a uterului, infecții bacteriene sau virale, sarcini repetate, travaliu greu sau traiecte dificile, condiții socioeconomice defavorabile) sau ovulare (sarcină multiplă, exces de lichid amniotic). O naștere prematură poate să fie declanșată pentru a salva viața fătului sau pentru a evita grave complicații: este vorba îndeosebi de cazurile de preeclampsie (asocierea unei hipertensiuni arteriale, a unei luări excesive în greutate de către mamă și a unei proteinurii), de hematom retroplacentar (dezlipire de placentă), de suferință fetală, de diabet dezechilibrat al mamei sau de boală maternă gravă și de incompatibilitate Rhesus, care se agravează.

PREVENIRE. Din cauza riscurilor întâmpinate de nou-născutul prematur, este de dorit să se prelungească sarcina dincolo de 37 de săptămâni de amenoree în măsura în care nici viața mamei, nici cea a copilului nu sunt în pericol. Pot fi puse în aplicare măsuri preventive ale complicațiilor respiratorii previzibile ale copilului, în particular o corticoterapie maternă, care are drept efect accelerarea maturării pulmonare a fătului.

Supravegherea medicală a femeii gravide și depistarea, chiar și tratarea, principalelor cauze ale prematurității permit o reducere a frecvenței.

PREMEDICATIE. Administrare de medicamente care vizează pregătirea unui bolnav în vederea acordării unei îngrijiri sau efectuării unor examene dureroase, ori a unei anestezii.

PREPARAȚIE FARMACEUTICĂ. Medicament preparat de un farmacist sau de un preparator de farmacie.

O preparaţie farmaceutică este opusul specialităţilor farmaceutice care sunt fabricate industrial.

PREPUT. Pliu cutanat situat la extremitatea penisului, care acoperă glandul.

La unii copii, prepuţul rămâne strâmt până la vârsta de 3 sau 4 ani, ceea ce face dificilă decalotarea glandului, dacă nu chiar imposibilă. El nu trebuie întins forţându-l şi, dacă aceasta nu antrenează nici infecţie, nici jenă la micţiune, abţinerea de la tratament este regula generală; în caz contrar se poate practica o circumcizie.

PATOLOGIE. Prepuţul poate fi sediul a numeroase atingeri: malformaţii congenitale (el nu înconjoară complet organul viril în caz de hipospadias sau de epispadias, două malformaţii în care meatul uretral nu se găseşte pe locul normal la extremitatea glandului, ci deasupra sau dedesubt), dermatoze, tumori, infecţii (cu transmisie sexuală îndeosebi) etc. Fimoza este o strâmtare a orificiului prepuţial care împiedică decalotarea glandului. Parafimoza, complicaţie frecventă a fimozei, este o strangulare a bazei glandului penian printr-un inel prepuţial prea strâmt, care necesită o intervenţie chirurgicală rapidă.

PRESIUNE ARTERIALĂ. Presiune pulsantă rezultată din contracţia regulată a inimii (aproximativ în fiecare secundă), care creează un sistem de forţe ce propulsează sângele în toate arterele corpului. SINONIM: *presiune sangvină*.

Presiunea arterială este adesea numită, impropriu, „tensiune arterială".

VARIAŢII FIZIOLOGICE. Cifrele normale ale presiunii arteriale se situează între 10 şi 14 centimetri de mercur pentru maximă şi între 6 şi 9 centimetri pentru minimă. După Organizaţia Mondială a Sănătăţii (O.M.S.), aceste cifre nu trebuie să depăşească valoarea 16 pentru presiunea sistolică şi valoarea 9 pentru presiunea diastolică. Presiunea diastolică este, în principiu, egală cu jumătate din presiunea sistolică la care se adaugă cifra 1. Dar diferenţa între maximă şi minimă (presiunea diferenţială) poate fi modificată în anumite condiţii patologice; se vorbeşte atunci de ciuntirea sau de lărgirea diferenţialei: o ciuntire poate fi observată dacă forţa contractilă a ventriculului stâng scade; o lărgire atunci când o anomalie a valvulei aortice provoacă un reflux sangvin din aortă în ventriculul stâng (insuficienţă aortică).

Este un lucru normal să se constate o creştere progresivă a presiunii arteriale cu vârsta şi se admite ca normală o presiune sistolică reprezentată prin cifra 10 majorată cu numărul de decenii ale pacientului: astfel, pentru o persoană de 50 de ani, se obţine 10 + 5 = 15 pentru presiunea sistolică, iar pentru un subiect de 20 de ani, 10 + 2 = 12 pentru presiunea sistolică.

Este, de asemenea, normal ca presiunea sistolică să crească cu 4 până la 6 centimetri de mercur în cursul unui efort puţin important.

TEHNICĂ DE MĂSURARE. Presiunea arterială se măsoară cu ajutorul unui sfingmomanometru sau tensiometru. Măsurarea trebuie să fie făcută pe un subiect aflat la orizontală după 5-10 minute de odihnă.

Uneori se cere subiectului să poarte un aparat de măsurare ambulatorie a presiunii arteriale (M.A.P.A.), sau Holter tensional, care înregistrează pe durata a 24 de ore variaţiile de presiune şi permite stabilirea unei mai bune estimări a îngrijirii „tensiunii" subiectului. → HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ, HIPOTENSIUNE ARTERIALĂ, VALVULOPATIE

PREVENIRE. Totalitate a mijloacelor puse în aplicare pentru a evita apariţia, expansiunea sau agravarea anumitor boli.

PREZBIACUZIE. Diminuare treptată a acuităţii auditive cauzată de o îmbătrânire a sistemului auditiv.

Prezbiacuzia este legată de degenerescenţa celulelor ciliate ale organului auzului, sau organului lui Corti, situat în canalul cohlear. Ea se manifestă mai ales după vârsta de 60 de ani printr-o diminuare bilaterală şi simetrică a acuităţii auditive. Prezbiacuzia se manifestă mai întâi la frecvenţele înalte, întinzându-se apoi treptat şi la cele grave. Diagnosticul este confirmat prin audiogramă, examen care constă în auzirea, cu fiecare ureche, a unor sunete de diferite intensităţi şi frecvenţe.

Nici un tratament medical sau chirurgical nu poate actualmente nici preveni, nici ameliora prezbiacuzia. Doar purtatul unei proteze auditive externe amplificatoare permite subiectului să aibă o mai bună percepţie auditivă.

PREZBITIE. Diminuare treptată a puterii de acomodare a ochiului care antrenează o stânjenire a vederii de aproape. SINONIM: *prezbiopzie*.

CAUZE. Prezbiţia este provocată de o pierdere progresivă a supleţei cristalinului, legată de procesul natural de îmbătrânire: ea priveşte majoritatea persoanelor trecute de 40 de ani.

SIMPTOME ŞI EVOLUŢIE. O persoană atinsă de prezbiţie, denumită prezbit, vede prost obiectele de aproape şi citeşte cu greutate un text prea apropiat de ochi. Persoanele prezbite resimt dureri de cap sau senzaţii de arsuri oculare, mai ales seara. După o perioadă de timp, ele nu mai pot citi fără ochelari.

Prezbiţia creşte progresiv cu vârsta, obligând subiectul să-şi schimbe cu regularitate lentilele; spre vârsta de 60 de ani vederea se stabilizează.

TRATAMENT. Prezbiţia este corectată cu lentile convergente a căror putere este crescută la 4–5 ani timp de vreo 20 de ani, până când micşorarea puterii de acomodare să ajungă să fie total stabilizată.

Dacă folosirea de lentile corectoare era deja necesară pentru vederea de departe, purtatul de ochelari semilună, a lentilelor cu dublă focalizare sau a lentilelor cu focar progresiv este recomandat. Ultimul tip este din ce în ce mai folosit, permițând o vedere clară la toate distanțele. Pentru a te obișnui cu astfel de lentile este necesară o perioadă de două săptămâni.

PREZERVATIV. Rezervor cilindric, suplu și subțire, din latex, pus pe organul viril sau în vagin înaintea raporturilor sexuale ca măsură contraceptivă sau igienică. SINONIM: *condom*.

■ *Prezervativul masculin* împiedică trecerea spermei în căile genitale feminine. Din cauza recrudescenței bolilor transmisibile pe cale sexuală (B.T.S.) și a amplificării SIDA, folosirea prezervativului este azi indispensabilă în timpul raporturilor sexuale: în fapt, el asigură o mai bună protecție împotriva transmisiei infecțioase pe cale sexuală suprimând orice contact direct între mucoasele partenerilor. Pentru a fi eficace, un prezervativ nu trebuie să fi fost deja utilizat și trebuie să fie aplicat corect pe penisul în erecție și înaintea oricărui contact sexual. O cremă spermicidă aplicată pe prezervativ poate fi utilizată pentru o protecție mai bună. Prezervativele lubrifiate sunt recomandate pentru raporturile genitale, iar modelele nelubrifiate în cursul relațiilor bucogenitale.

■ *Prezervativul feminin* este un sac în formă de deget de mănușă care se introduce în vagin. De fabricație recentă, el este comercializat în câteva țări (SUA, Spania, Elveția, Marea Britanie). Eficacitatea sa împotriva riscului de infecție prin boli cu transmisie sexuală (între care și SIDA) nu este totală, îndeosebi pentru partenerul masculin. Diafragma poate fi asimilată prezervativului feminin, deoarece împiedică înaintarea spermatozoizilor în colul uterin. Diafragma este ineficace împotriva riscului de infecție prin boli cu transmisie sexuală.

PRIAPISM. Erecție penianăindependentă de orice libido, dureroasă, cu durata de cel puțin două ore și care nu ajunge la ejaculare.

Priapismul este cauzat de o insuficiență a drenării sângelui care umple corpii cavernoși, menținând penisul în erecție. Priapismul poate fi cauzat de diferiți factori, psihici sau medicamentoși (heparină, unele neuroleptice), de injectarea intravenoasă a unei prea mari doze de medicamente destinate provocării unei erecții (cum se poate întâmpla în cursul tratamentului unei impotențe) sau de unele boli (leucemie, cancer, insuficiență renală etc.). Spre deosebire de ceea ce se întâmplă în cazul unei erecții fiziologice, glandul nu este umflat și rămâne moale.

TRATAMENT. Acesta constituie o urgență, deoarece priapismul poate antrena o impotență definitivă prin fibroza corpilor cavernoși, care-și pierd elasticitatea. Tratamentul constă în injectarea de medicamente care să permită o vasodilatație locală în corpii intracavernoși, în evacuarea prin puncție a sângelui care s-a acumulat aici sau în realizarea pe cale chirurgicală a unei comunicări între corpii cavernoși și sistemul venos penian.

PRIM-AJUTOR. Ansamblu de metode practice și de tehnici terapeutice puse în aplicare pentru a acorda asistență persoanelor în pericol (victime ale accidentelor, de exemplu) și pentru a le acorda primele îngrijiri.

Cel care acordă primul-ajutor trebuie, dacă este cazul, să îndepărteze mulțimea de privitori, să încerce să suprime factorii de accident (degajarea drumului, semnalarea locului accidentului, să oprească gazul sau curentul electric etc.) și să prevină sau să determine prevenirea serviciilor de urgență competente (pompieri, servicii spitalicești de urgență).

Primele îngrijiri constau în degajarea victimei, lucru care dacă este posibil să fie făcut fără pericol pentru ea, iar dacă este conștientă, să i se vorbească cu scopul de a o liniști și de a se informa asupra împrejurărilor accidentului și asupra stării sale. Dacă victima este inconștientă și respiră, trebuie să fie așezată, în caz că nu există temeri cu privire la o atingere a coloanei vertebrale, în poziția laterală de securitate (poziție care reduce sau elimină riscurile mecanice de asfixie) și să fie supravegheată pentru a verifica dacă respirația se menține (mișcările respiratorii, culoarea buzelor, pulsul). Dacă victima nu mai respiră, trebuie întreprinsă imediat respirația artificială după ce s-au desfăcut hainele deranjante (guler, cravată, cămașă, centură), iar gura și gâtlejul au fost eliberate de eventualele obstacole (vome, pământ etc.). În caz de stop cardiac, trebuie să fie practicat un masaj cardiac extern fără a mai aștepta sosirea unei persoane competente.

Hemoragiile externe trebuie să fie oprite, prin compresia vasului sangvin cu policele sau cu pumnul în amonte de plagă sau chiar prin compresia plăgii (pansament compresiv).

Membrele fracturate trebuie să fie imobilizate cu atele, cu o eșarfă sau cu hainele.

PRIMIPARĂ. Se spune despre o femeie care naște pentru prima oară.

PRIMITOR UNIVERSAL. Subiect care poate primi sânge aparținând oricărui grup sangvin.

Doar subiecții aparținând grupului AB, cel mai rar, sunt primitori universali, deoarece ei nu prezintă niciun anticorp natural al sistemului AB0; serul lor este deci complatibil cu sângele din grupurile A, B, AB sau 0. De asemenea, pacienții aparținând grupului AB, atunci când au nevoie de o transfuzie, primesc de cele mai multe ori sânge de grup A sau 0, mai ușor disponibil. Totuși, nu trebuie să se abuzeze de expresia „primitor universal"; primitorii „universali" nu sunt astfel de primitori decât în cadrul sistemului AB0, iar regulile privind securitatea transfuzională legate de

sistemul Rhesus și de aglutininele neregulate le sunt aplicabile acestor primitori.

PRIMO-INFECȚIE. Invadare, pentru prima dată, a organismului de către un agent infecțios.

Termenul se folosește în mod curent pentru a desemna primo-infecția tuberculoasă, infecția primară cu bacilul lui Koch.

PRIMO-INFECȚIE TUBERCULOASĂ. Pătrunderea bacilului lui Koch într-un organism lipsit de orice infecție tuberculoasă. SINONIM: *tuberculoză primară.*

Cândva cea mai frecventă la copil și la adolescent, primo-infecția survine actualmente din ce în ce mai târziu, tuberculoza întâlnindu-se din ce în ce mai puțin în mod permanent, iar vaccinarea B.C.G. în țările dezvoltate din punct de vedere medical fiind obligatorie.

Contaminarea este de cele mai multe ori aeriană, prin inhalarea picăturilor de salivă expectorate în timpul tusei sau al strănutului unui subiect contagios, mai rar pe cale digestivă sau cutaneomucoasă.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O primo-infecție se traduce printr-o leziune pulmonară denumită șancru de primo-infecție și printr-o creștere a mărimii ganglionilor mediastinului (zona toracelui care separă fața internă a plămânilor). În porțiunea de plămân unde a pătruns bacilul lui Koch se formează o leziune denumită folicul epiteloid, bogat în bacili, care se necrozează (cascum); într-un al doilea timp, peretele acestei leziuni se calcifică.

În 90% din cazuri, infecția este latentă, fără alterarea stării generale, și regresează spontan. În mai puțin de 10% dintre cazuri, survine la aproximativ două luni după incubare un sindrom infecțios moderat (tuse, ferbă puțin ridicată, oboseală, pierdere a poftei de mâncare). Manifestările sunt uneori mai importante: febră bruscă, tulburări digestive, eritem nodos (erupția de noduli roșii-violacei pe membre), keratoconjunctivită (inflamație oculară). Infecția se complică uneori prin fistulizarea leziunilor la bronhii, compresia bronhiilor sau difuzia bacilului la alte organe prin sângele circulant.

DIAGNOSTIC. O primo-infecție este decelată prin intradermoreacția la tuberculină, subiectul infectat cu bacilul prezentând un „viraj de cuti-reacție". Ea mai poate fi decelată prin radiografie pulmonară, care permite vizualizarea leziunii pulmonare.

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE. În majoritatea cazurilor, testul tuberculinic pozitiv rămâne singura dovadă a infecției, primo-infecția regresând de la sine. Totuși, aceasta este indispensabil să fie tratată pentru a evita evoluția ulterioară spre tuberculoză. Tratamentul face apel la administrarea pe o perioadă lungă, de medicamente antituberculoase (izoniazidă, rifampicină). Prevenirea constă în vaccinarea B.C.G.

PRINZMETAL (angor al lui). Formă de angor (angină pectorală) legată de un spasm al arterei coronare.

Angorul lui Prinzmetal se caracterizează prin apariția lui, mai curând nocturnă, spontană și nelegată de vreun efort, și prin durerea care crește și apoi descrește treptat. Electrocardiografia, atunci când poate fi practicată în timpul crizei, arată alterări caracteristice, care se estompează în același timp cu durerea. Tratamentul acestui spasm coronarian face apel la inhibitorii calcici.

PRION. Agent infecțios responsabil de bolile prin degenerescența sistemului nervos central denumite encefalopatii spongiforme sau demențe transmisibile (boala lui Creutzfeldt-Jakob, kuru).

Un prion este o formă aberantă a unei proteine normale, care se găsește în substanțele patologice care infiltrează țesuturile nervoase.

PRIVIGHETOARE A TĂBĂCARILOR. Ulcerație cutanată cronică a degetelor sau a spatelui mâinilor, provocată de acțiunea caustică a cromului sau a sărurilor de crom asupra pielii.

TRATAMENT. Nu există un tratament specific bolii. Leziunile trebuie doar să fie curățate cu ajutorul unui produs antiseptic. Vindecarea survine, de obicei, după foarte multă vreme, cicatrizarea fiind deosebit de dificilă.

PRIZĂ DE SÂNGE. Prelevare de sânge. SINONIME: *luare de sânge, punctie venoasă.*

INDICAȚII. O luare de sânge se face fie pentru o analiză, fie pentru pregătirea unei intervenții chirurgicale (autotransfuzie), sau pentru a face posibilă donarea de sânge (transfuzie).

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. Cu scopul de a evita riscurile de contaminare (îndeosebi cu virusul SIDA), luarea de sânge se face cu ajutorul unor ace și instrumente de întrebuințare unică. Luarea de sânge se face, de obicei, dintr-o venă din plica cotului sau, la persoanele ale căror vene sunt puțin vizibile și la copiii mici, din venele piciorului, încheieturii mâinii sau feței dorsale a mâinii. De asemenea, se poate lua o priză de sânge dintr-o arteră (de exemplu pentru a măsura gazele din sânge) sau din vasele capilare.

PROBĂ DE EFORT. Tehnică de explorare cardiacă ce constă în practicarea electrocardiografiei unui bolnav în cursul unui efort fizic. SINONIM: *electrocardiografie de efort.*

INDICAȚII. Proba de efort caută să precizeze, în cursul unui efort fizic, comportamentul principalelor variabile hemodinamice, care sunt: frecvența cardiacă și presiunea arterială, și să detecteze existența unor simptome anormale (dureri toracice, stări de rău, palpitații) sau a unor anomalii electrocardiografice (tulburări de ritm sau tulburări de repolarizare ventriculară [faza de recuperare electrică] evidențiind o insuficiență coronariană).

TEHNICĂ. O electrocardiogramă este practicată mai întâi în poziție orizontală a bolnavului, apoi una în poziție șezând și alta în picioare. Cu electrozii plasați la locurile covorului, pacientul efectuează un efort fizic pe o bicicletă ergometrică sau pe un covor rulant. Desfășurarea testului de efort este programată în funcție de bolnav și de informațiile dorite și obținute, prin creșterea rezistenței aplicate la pedala bicicletei sau prin accelerarea vitezei de acționare a covorului rulant și/sau a măririi pantei sale. În cursul probei, frecvența cardiacă, presiunea arterială și electrocardiograma sunt înregistrate în fiecare minut în mod sistematic, ori atunci când intervine un simptom, apoi în fiecare minut în timpul fazei de recuperare a efortului (aproximativ 6 minute) sau până la dispariția simptomului.

SUPRAVEHERE. Deși total lipsită de pericol în majoritatea cazurilor, proba de efort este practicată de către un medic specializat care dispune de un defibrilator și de un material de reanimare cardiorespiratorie adaptat. Proba nu necesită spitalizare.

REZULTATE. Proba de efort permite cuantificarea nivelului de efort care face să apară semne de ischemie miocardică, de angor sau alte modificări electrocardiografice. Existența, la efort, a diferite tulburări ale ritmului cardiac sau evoluția valorilor presiunii arteriale a unui pacient hipertensiv pot fi precizate.

PROBĂ FUNCȚIONALĂ. Totalitate a testelor destinate să studieze funcționarea unui organ sau a unui sistem.

Probele funcționale respiratorii. Acestea sunt teste care studiază funcția plămânului, capacitatea sa, dinamica schimburilor gazoase, repartiția aerului în compartimente și oxigenarea țesuturilor cu scopul de a înțelege mecanismul unei atingeri a funcției respiratorii și de a evalua importanța ei.

Probele funcționale respiratorii cuprind măsurarea volumelor și debitelor pulmonare, uneori măsurarea altor parametri. Măsurarea volumelor pulmonare se face cu ajutorul unui spirometru sau a unui pletismograf. Debitele sunt măsurate în cursul unei expirații forțate de către un spirometru sau un pneumotahigraf. Studiul funcțiilor mecanice ale plămânului (relațiile presiune/volum) este uneori o operație delicată, unii pacienți suportând greu introducerea balonului intraesofagian necesar efectuării acestui examen.

Probele funcționale în endocrinologie. Acestea sunt teste dinamice care studiază funcționarea reglărilor hormonale: se administrează un produs care stimulează sau frânează un hormon și se observă variațiile nivelurilor acestui hormon.

Probele funcționale în hepatogastroenterologie

■ *În esofag*, contractilitatea este explorată prin manometrie (înregistrarea etajată a presiunilor), aciditatea secreției esofagiene (prelevarea secreției prin sondă) este măsurată prin pH-metrie.

■ *În stomac*, viteza de golire gastrică este măsurată cu ajutorul markerilor izotopici (substanțe radioactive), capacitatea secretorie a celulelor gastrice, mulțimită culegerii secreției după stimularea prin administrarea de insulină sau de pentagastrină.

■ *În intestinul subțire*, analiza detaliată a fecalelor sub un regim alimentar determinat permite studierea digestiei și absorbției. De asemenea, se poate măsura trecerea în sânge a unui număr de substanțe introduse în intestin: D-xiloză, folați, vitamină B12.

■ *În colon*, dozarea apei și electroliților (clor, potasiu, sodiu) în fecale (fecalogramă) permite să se studieze funcția de absorbție; tranzitul fecal este măsurat prin urmărirea (radiografie) trasorilor radioopaci ingerați. Explorarea defecării prin măsurarea presiunilor anorectale (manometrie) și prin radiografii dinamice (defecografie) permit studiul unor constipații și al unor incontinențe anale. Testul la carmin permite măsurarea vitezei globale a tranzitului digestiv.

■ *În pancreas*, funcția exocrină este măsurată dozând debitul enzimelor pancreatice deversate în duoden după injectarea unui hormon stimulant.

PROCIDENȚĂ A CORDONULUI. Coborâre a cordonului ombilical înaintea fătului în cursul nașterii.

CAUZE. Procidența cordonului este un accident rar, dar grav, care survine după ruptura membranelor. Ea este favorizată de un defect de adaptare a fătului la bazinul matern, defect care creează un spațiu prin care cordonul poate aluneca; prezentațiile cu umărul și cu șezutul, sarcinile gemelare, tumorile căilor genitale mai ales, dar și ruptura precoce a pungii apelor, excesul de lungime a cordonului și hidramniosul (excesul de lichid amniotic) pot să se afle la originea unei procidențe a cordonului și pot amenința viața fătului.

EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT. O procidență a cordonului riscă să provoace o compresie a cordonului între pereții osoși ai bazinului și făt, oprind circulația sângelui și privând fătul de oxigen. Viața fătului fiind amenințată, nașterea trebuie practicată fără întârziere, prin extragerea fătului dacă dilatația colului uterin este completă, iar dacă ea este incompletă, prin cezariană.

PROCREAȚIE ASISTATĂ MEDICAL. Totalitate a tehnicilor care permit unui cuplu infertil să conceapă un copil.

Tehnicile de procreație asistată medical (P.M.A.) se împart, în principal, în două grupe: însămânțarea artificială, care constă în depunerea spermei în uter, și tehnicile de fecundație *in vitro*, care constau în realizarea fecundării în eprubetă după recoltarea gameților masculini (spermatozoizi) și ai celor feminini (ovule).

Problemele puse de P.M.A. P.M.A. (procreația asistată medical) oferă numeroase posibilități. Totuși, utilizarea ei

pune, de la caz la caz, unele probleme etice departe de a fi rezolvate, ca de exemplu: dorința femeilor celibatare sau homosexuale de a fi însămânțate artificial cu sperma unui donator, ori femeile care doresc să fie însămânțate cu sperma soțului lor după moartea acestuia (cu sperma congelată, recoltată în timpul vieții acestuia); fecundația *in vitro* cu donare de ovocite practicată la femeile aflate la menopauză și trecute de 50 de ani, conservarea, după fecundarea *in vitro*, a embrionilor supranumerari.

Însămânțarea artificială. Această tehnică, ce constă în depunerea spermei în uterul unei femei, poate fi realizată cu spermă de la donator – atunci se vorbește de însămânțare artificială cu donator (I.A.D. [în franceză]) – sau cu sperma partenerului (I.A.P. [în franceză]).

Însămânțarea artificială cu donator este utilizată atunci când cauza de infertilitate este masculină, prin absența sau anomaliile spermatozoizilor, sau atunci când bărbatul prezintă riscul de a transmite o boală ereditară gravă. Însămânțarea artificială cu sperma partenerului este utilizată atunci când calitatea spermei nu este satisfăcătoare; atunci trebuie ca, după recoltarea spermei, aceasta să fie îmbunătățită prin unele tehnici fizice. Ea mai este practicată atunci când cauza sterilității se situează la nivelul colului uterin, depunerea spermei chiar în cavitatea uterină permițând rezolvarea cauzei de infertilitate.

Fecundația in vitro. Prima indicație a fecundației *in vitro* este sterilitatea feminină incurabilă legată de o afecțiune a trompelor lui Fallopio; dar se mai poate recurge la ea și în cazul sterilității masculine legată de o producție de spermă în cantitate insuficientă sau de calitate proastă, atunci când alte tratamente au eșuat. Ca și însămânțarea artificială, fecundația *in vitro* poate fi practicată cu ovule și cu sperma provenind de la parteneri, dar și cu cele provenite de la donatori (donare de sperma sau de ovule).

Fecundația *in vitro* urmată de transferul embrionului (F.I.V.E.T.E. [în franceză]) constă în unirea într-o eprubetă a unui ovul (gametul femelă) cu un spermatozoid (gametul mascul) și în reimplantarea în uter, după fecundare, a embrionului sau embrionilor aflați în stadiul de 4 sau 8 celule, chiar și un stadiu mai avansat. Fecundația *in vitro* comportă 4 etape:

■ *Prima etapă* constă în realizarea în cursul unui ciclu menstrual a unei stimulări ovariene cu ajutorul unui tratament medicamentos care provoacă dezvoltarea mai multor foliculi și deci a mai multor ovule pe ciclu.

■ *A doua etapă* constă în recoltarea gameților. Gameții masculi sunt obținuți prin recoltarea spermei prin masturbare. Gameții femelă sunt obținuți prin puncția ovarelor stimulate. Această puncție se efectuează fără anestezie sau sub anestezie ușoară, pe cale vaginală, și sub control ecografic. Această puncție durează între 10 și 20 de minute și necesită o spitalizare de o zi.

■ *A treia etapă*, care se desfășoară în aceeași zi cu recoltarea gameților, constă în realizarea fecundației punând în contact în eprubetă spermatozoizii și ovulele recoltate. Astfel se obțin mai mulți embrioni.

■ *A patra etapă* constă în transferul în uter a acestui sau acestor embrioni.

Constrângerile tehnicii F.I.V.E.T.E. Tehnică deosebit de complexă și costisitoare, F.I.V.E.T.E. necesită acceptul prealabil al constrângerilor, cu atât mai mult că eșecurile nu sunt rare și că este adesea necesar să se procedeze la mai multe tentative.

PROCTALGIE. Durere de anus sau de rect. SINONIME: *algie rectală, proctodinie*.

PROCTECTOMIE. Ablație chirurgicală a rectului și a sfincterului anal.

PROCTITĂ. → RECTITĂ.

PROCTOLOGIE. Ramură a gastroenterologiei specializată în patologia rectului și anusului.

PROCTOPEXIE. → RECTOPEXIE.

PRODROM. Simptom care survine la începutul unei boli.

În anumite afecțiuni, un prodrom anunță venirea unei crize acute și permite subiectului avertizat să ia medicamentele adecvate. Astfel, fosfenele (descărcări luminoase în fața ochilor) constituie frecvent prodromul unei crize de migrenă (zisă în acest caz migrenă oftalmică).

PRODUS DE CONTRAST. Substanță introdusă în organismul pacientului, în cursul anumitor examene practicate în imageria medicală, cu scopul de a accentua contrastul dintre structura sau organul care se dorește a fi studiat pe imaginile obținute și structurile învecinate.

PROFILAXIE. Prevenire a apariției bolilor și a transmiterii lor altor persoane.

Termenul se aplică mai ales la prevenirea bolilor infecțioase.

PROFILOPLASTIE. Intervenție de chirurgie estetică constând în modificarea înfățișării feței din profil prin transformarea mai multor structuri anatomice.

O profiloplastie combină de cele mai multe ori modificările nasului și ale bărbiei, dar mai poate consta și în transformarea frunții sau pometilor, sau chiar în creșterea sau micșorarea volumului bărbiei.

Apariția imageriei tridimensionale ar trebui să îmbunătățească tehnica de vizualizare a feței și aprecierea tipului de operație care trebuie realizată.

PROGESTATIV. Substanță naturală sau sintetică ce produce asupra organismului efecte comparabile cu cele ale

progesteronului, hormon feminin secretat în timpul fazei a doua a ciclului menstrual și în timpul sarcinii.

Progestativele, prezente în mod natural la femeie sub formă de progesteron, sunt utilizate, de asemenea, ca medicamente, naturale sau de sinteză.

Progesteronul este principalul reprezentant al progestativelor naturale. El este indicat pentru compensarea insuficienței de progesteron fiziologic.

Progestativele de sinteză. Produsele de sinteză utilizate se clasifică în trei grupe: progesteronul și derivații lui apropiați, derivații care conțin o structură chimică zisă nucleu pregnan și derivații norsteroidieni. Fiecare grupă – și, în interiorul ei, fiecare produs – are particularitățile sale. Indicațiile progestativelor, prescrise singure sau asociate cu estrogenii, sunt insuficiența luteală (insuficiența secreției de progesteron), metroragiile (hemoragiile uterine), menoragiile (fluxuri menstruale prea abundente), menopauza, contracepția și cancerele de sân și ale endometrului (mucoasa uterină). Printre efectele nedorite posibile se numără tulburările hepatice (icterul), vasculare (flebită, ateroscleroză) și diabetice; de asemenea, luarea de progestative trebuie să se facă întotdeauna sub control medical strict și regulat. → ESTROPROGESTATIV.

PROGESTERON. Hormon steroid derivat de la colesterol, secretat de către corpul galben (folicul ovarian care a expulzat ovulul) în timpul celei de a doua faze a ciclului menstrual, de către placentă în timpul sarcinii și, în mai mică măsură, de către corticosuprarenale și ovar.

FUNCȚIE. Rolul principal al progesteronului este acela de a favoriza nidația ovulului fecundat și gestația. Progesteronul modifică proprietățile vasculare și chimice ale mucoasei uterine pentru a o face propice implantării oului în uter.

În afara perioadei sarcinii, progesteronul are alte acțiuni: el are un efect sedativ asupra sistemului nervos central și este responsabil de decalajul termic manifestat după ovulație. El se opune efectului estrogenilor asupra glandelor mamare și mucoasei uterine, regland astfel activitatea lor. În sfârșit, secretat de către glandele suprarenale și de către ovare, progesteronul servește drept intermediar în sinteza androgenilor și corticosteroizilor.

PATOLOGIE. O insuficiență a secreției de progesteron antrenează o infecunditate (dificultate de a obține o nidație), tratată prin administrarea de progesteron în timpul celei de a doua faze a ciclului.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Progesteronul natural sau derivații săi de sinteză, din care există mai multe tipuri, sunt utilizați pentru prevenirea riscurilor de falsă naștere, precum și în tratamentul substitutiv al menopauzei și în tratamentul tulburărilor menstruale. → PROGESTATIV.

PROGNATISM. Proeminare spre în față a maxilarului inferior sau superior.

Prognatismul poate fi congenital, legat de o anomalie a creșterii, sau cauzat de poziții defectuoase care antrenează o proeminare anormală a dinților unuia sau ambelor maxilare: atunci se vorbește de falsă prognație.

TRATAMENT. Alegerea unui tip de corecție depinde de cauza și de importanța prognatismului, ca și de vârsta pacientului. La copil, se încearcă stimularea și/sau frânarea creșterii maxilarelor cu ajutorul unor aparate mobile sau fixe (plăci cu verine); cu cât acest tratament este întreprins mai devreme (de la vârsta de 3 ani), cu atât sunt mai ridicate șansele lui de reușită. În caz de eșec, de prognatism foarte accentuat sau când subiectul este adult, se recurge la chirurgia maxilofacială.

PROLACTINĂ. Hormon polipeptidic (compus din mai mulți acizi aminați) secretat de către celulele lactotrope ale antehipofizei (partea anetrioară a hipofizei, o glandă mică situată la baza creierului), responsabil de lactație.

Secreția de prolactină de către antehipofiză este reglată de către dopamină, hormon de origine hipotalamică, ce inhibă celulele lactotrope.

FUNCȚIE. Rolul prolactinei la femeie este de a favoriza lactația. Niciun rol fiziologic n-a fost atribuit încă prolactinei la bărbat.

PATOLOGIE. O hiperprolacteinemie (creșterea nivelului sangvin al prolactinei, acest hormon fiind secretat în exces) poate fi cauzată de luarea de medicamente, între care cele mai cunoscute sunt metoclopramida, neurolepticele sau estrogenii, ori prezența unui adenom hipofizar. Această creștere a prolactinei poate antrena un hipogonadism (insuficiență a secreției ovarelor sau testiculelor), reversibil la tratament. Un deficit în prolactină antrenează o absență a apariției secreției lactate după naștere și imposibilitatea alăptării.

PROLAPS sau **PROLAPSUS.** Cădere (ptoză) a unui organ, a unei părți dintr-un organ sau a unui țesut ca urmare a lăsării mijloacelor lor de fixare.

Organele care constituie cel mai mult subiecte ale prolapsului sunt uterul și organele pelviene (vezică, rect, uretră, fund de sac al lui Douglas, vagin).

PROLAPS GENITAL. Cădere a unei părți de organ, a unui organ sau a mai multor organe genitale ca urmare a unei lăsări (relaxări) a mijloacelor lor de fixare.

Un prolaps genital, denumit și coborâre de organe, este o coborâre progresivă, în micul bazin, a vaginului (sau a unei părți din vagin) și/sau a uterului, prin lăsarea mușchilor și țesuturilor fibroase inextensibile ale perineului, precum și a mijloacelor de susținere a organelor micului bazin (ligamente rotunde, ligamente largi, ligamente uterosacrale) și un prolaps al uterului (histeroptoză) pot însoți un prolaps

de vezică (cistocel), de uretră (uretrocel), de rect (rectocel) al fundului de sac Douglas (elitrocel).

CAUZE. Un prolaps genital este cauzat fie de o deficiență congenitală a mijloacelor de fixare a uterului, fie de nașterea unui copil mare (mamă diabetică), fie de o naștere prea rapidă sau care a provocat rupturi perineale sau, încă posibil, de nașterile repetate.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Un prolaps genital se manifestă printr-o senzație de greutate pelviană, prin dureri lombare, prin tulburări urinare (frecvență și dificultate a micțiunilor, uneori incontinență în timpul efortului). După un efort sau o staționare îndelungată în picioare, vulva poate fi tumefiată.

TRATAMENT. Acesta este chirurgical și depinde de natura prolapsului, de vârsta femeii, de calitatea țesuturilor sale, de existența sau nu a relațiilor sexuale și a dorinței de a fi mamă sau nu. Tratamentul prolapsului face apel la diferite tehnici destinate să pună la locul lor organele deplasate. Histeropexia (fixarea ligamentelor uterului), colpoperineorafia (refacerea vaginului și a perineului) și miorafia mușchilor ridicători (refacerea anumitor mușchi ai anusului) fac parte dintre metodele cele mai des utilizate. Tratamentul chirurgical este uneori asociat cu o histerectomie (ablația uterului). Tuturor acestor tratamente li se poate adăuga un tratament al incontinenței urinare. Purtatul unui pesar (inel de cauciuc plasat în jurul colului uterin, care permite susținerea organelor) este propus femeilor de o anumită vârstă care nu doresc sau nu pot să fie operate.

PROMEDICAMENT. Substanță medicamentoasă al cărei principiu activ are nevoie să fie transformat de către enzimele situate în celule (ale ficatului, îndeosebi) pentru a avea o acțiune terapeutică eficace. SINONIM: *bioprecursor*.

PRONAȚIE. Mișcare de rotație internă a antebrațului, palma trecând dinafară spre înăuntru, opusă supinației.

PRONAȚIE DUREROASĂ A COPILULUI. Incapacitate funcțională a antebrațului cauzată la copil de o luxație a capului radiusului.

O pronație dureroasă survine, în general, la un copil de 2 sau 3 ani care a suferit o tragere bruscă de antebraț (pentru a fi ridicat, de exemplu).

SIMPTOME. Brațul atârnă imobil, spatele mâinii fiind lipit de corp. Cotul nu prezintă nici tumefacție, nici edem, dar este dureros dacă se încearcă mișcarea brațului.

TRATAMENT. Vindecarea este obținută printr-o manevră de reducere simplă, care asociază simultan o rotație a antebrațului aducând palma mâinii în față și policele în afară și o flexie a antebrațului pe braț. Această manevră provoacă o proeminență care dovedește punerea la loc a capului radiusului pe axa bună și o recuperare funcțională imediată. Este posibilă o recidivă dacă se trage din nou de mâna copilului.

PROSTAGLANDINĂ. Substanță derivată din acizii grași, având o structură biochimică comună denumită prostanoid, produsă în mod natural de către organism și servind drept mediator într-un mare număr de fenomene fiziologice și patologice.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Există prostaglandine de sinteză având diferite indicații terapeutice.

■ *În gastroenterologie*, datorită efectului lor protector asupra mucoasei gastrice (citoprotecție adaptativă), ele sunt utilizate în tratamentul ulcerului gastroduodenal, în prevenirea și în tratamentul efectelor nedorite ale antiinflamatoarelor.

■ *În ginecologie și în obstetrică*, ele sunt utilizate, pe cale injectabilă sau sub formă de ovule, pentru a provoca o întrerupere a sarcinii (avort terapeutic), evacuarea conținutului uterului în caz de avort incomplet, și, pe cale injectabilă sau sub forma unui gel intracervical, pentru declanșarea nașterii.

EFECTE NEDORITE ȘI CONTRAINDICAȚII. Prostaglandinele sunt susceptibile să antreneze diaree, grețuri trecătoare, dureri abdominale, dureri de cap și vertije. Ele sunt contraindicate atunci când se știe că provoacă o alergie și în caz de insuficiență renală sau hepatică, de astm, de glaucom sau de hipertensiune arterială.

PROSTATĂ. Glandă sexuală masculină care înconjoară primii centimetri ai uretrei (uretra prostatică), situată sub colul vezical, chiar în fața rectului.

Prostata are forma unei castane și cântărește 15–20 grame.

FIZIOLOGIE. Prostata, ca și veziculele seminale, face parte dintre glandele seminale accesorii care fabrică plasma seminală, de la care pornind se formează sperma. Secrețiile prostatice se află sub controlul androgenilor (hormoni masculini, secretați, în principal, de către testicule).

EXAMENE. Explorarea prostatei este posibilă mulțumită numeroaselor examene.

■ *Tușeul rectal* este un examen foarte simplu și de încredere. El ar trebui să fie realizat anual cu scopul de a depista un adenom sau un cancer al prostatei la bărbatul trecut de 50 ani.

■ *Examenele bacteriologice* sunt examenul citobacteriologic al urinei (E.C.B.U.) și examenul secreției prostatice, practicat în caz de scurgere uretrală sau după un masaj prostatic.

■ *Dozarea sangvină a PSA* (antigenul prostatic specific) permite uneori să se detecteze un cancer al prostatei care încă nu s-a manifestat clinic.

■ *Ecografia prostatică*, practicată pe cale endorectală, permite evaluarea foarte precisă a structurii și volumului prostatei.

■ *Biopsia prostatică* permite confirmarea diagnosticului unui cancer al prostatei. Acest examen este realizat pe cale

endorectală sub control ecografic. Examenul nu necesită anestezie.

■ *Urografia intravenoasă* servește la evaluarea unui eventual răsunet al unui adenom de prostată asupra micțiunii și asupra rinichilor.

PATOLOGIE. Principalele boli ale prostatei sunt adenomul, cancerul, prostatita (infecție acută sau cronică), abcesul, chistul și litiaza, puțin frecventă.

PROSTATECTOMIE. Ablație chirurgicală a prostatei, a veziculelor seminale și a ampulelor deferențiale. SINONIME: *prostatectomie radicală, prostatectomie totală*.

Principala indicație a prostatectomiei este cancerul de prostată atunci când el n-a invadat încă țesuturile învecinate și când a afectat un subiect tânăr.

DESFĂȘURARE. Prostatectomia este practicată sub anestezie generală. Ea necesită între 10 și 15 zile de spitalizare. După ce s-a îndepărtat prostata, chirurgul pune cap la cap uretra și vezica astfel încât să permită micțiuni normale. În caz de prostatocistectomie, urina este fie derivată spre peretele abdominal, prin anastomoza celor două uretere cu un segment de intestin, a cărui extremitate este îmbinată la nivelul pielii, fie este emisă pe căi naturală mulțumită confecționării unei neovezici plecând de la un segment de intestin.

COMPLICAȚII. Principalele complicații ale prostatectomiei sunt:

– o impotență sexuală, care survine la 50 până la 70% dintre cazuri;

– o incontinență urinară, care survine la 1 până la 5% dintre cazuri;

– o îngustare provocată de o proastă cicatrizare a anastomozei dintre uretră și vezică, care stânjenește evacuarea vezicii.

PROSTATEI (adenom al). Tumoră benignă a părții centrale (care înconjoară uretra) a prostatei.

Un adenom al prostatei apare la 85% dintre bărbații de vârste cuprinse între 60 și 70 ani.

SIMPTOME. Pacientul este obligat să se trezească de mai multe ori pe noapte pentru a urina și are probleme cu golirea completă a vezicii (slăbirea jetului urinar, picături întârziate). Vezica golindu-se prost, se dilată și este adesea sediul unor infecții urinare. Nu există nici o corelație între volumul adenomului și jena micțională pe care acesta o antrenează.

În plus, adenomul poate fi la originea unei infecții, uneori asociată cu o epididimită (infecție a epididimului) sau cu o hematurie (prezența de sânge în urină). Atunci când este foarte deranjant, el antrenează o diminuare a activității sexuale. Evoluția sa este adesea imprevizibilă: adenomul prostatei poate să nu antreneze decât foarte puține tulburări o perioadă lungă sau poate evolua în pusee cu perioade de remisiune. El se află uneori la originea unei retenții vezicale acute complete, necesitând un drenaj de urgență al vezicii.

TRATAMENT ȘI CONSECINȚE. Tratamentul depinde în mod esențial de jena provocată de adenom. Dacă acesta nu împiedică golirea completă a vezicii, tratamentul este medical. El vizează atenuarea simptomelor provocate de adenom fără să le suprime: luarea de medicamente care modifică atât contracția mușchiului vezical, cât și a sfincterelor (alfa-blocante, de exemplu) sau care permit o diminuare treptată a volumului tumoral (inhibitori ai 5-alfa-reductazei, o enzimă care favorizează creșterea adenomului). Bolnavul trebuie să evite mâncărurile picante, băuturile gazoase, în particular pe cele care sunt alcoolizate (șampania).

De asemenea se poate recurge la tratamente operatorii dar nu chirurgicale, deși eficacitatea lor reală n-a fost demonstrată: dilatația uretrei prostatice cu ajutorul unei sonde al cărei balonaș este umflat în prostată; hipertermia prostatică prin intermediul unei sonde încălzitoare plasate în uretra prostatică sau în rect, în contact cu prostata. În toate cazurile, pacientul trebuie să fie supravegheat cu regularitate cu scopul de a decela o eventuală obstrucție a colului vezicii sau complicații.

Dacă, în schimb, adenomul stânjenește golirea vezicii sau dacă se află la originea unor complicații, se poate practica ablația lui, pe cale endoscopică sau, atunci când este foarte voluminos, prin chirurgie convențională. Aceste intervenții necesită o anestezie generală sau locoregională (peridurală).

Aceste două intervenții au drept consecință o ejaculare retrogradă (sperma, în cursul ejaculării, refluează în vezică și este eliminată în urină) la originea unei sterilități, dar care nu are nici o consecință asupra calității erecțiilor. Din această cauză, la unii pacienți tineri care prezintă un adenom mic, medicul se mulțumește să realizeze o simplă incizie endoscopică a colului vezical și a prostatei.

În sfârșit, se poate amplasa, pe cale endoscopică, o proteză (tub metalic mobil) în uretra prostatică astfel încât să se suprime obstacolul provocat de adenom. Această metodă este utilizată mai ales la pacienții în vârstă care nu pot suferi o anestezie. Actualmente sunt în curs numeroase încercări, vizând practicarea unei ablații a adenomului prostatei cu laser, pe cale endoscopică.

PROSTATEI (antigen specific al). Glicoproteină a serului sangvin, sintetizată exclusiv de către prostată. În engleză: *prostate specific antigen (PSA)*.

Nivelul antigenului specific al prostatei în serul sangvin este cuprins în mod normal între 2 și 4 nanograme pe mililitru. El crește în caz de prostatită acută (inflamație acută a prostatei), de adenom și încă în caz de cancer la prostatei. El poate servi la depistarea acestor afecțiuni și este foarte util pentru a urmări evoluția lor.

PROSTATEI (cancer al). Tumoră malignă care atinge prostata, îndeosebi sub forma de adenocarcinom.

Cancerul prostatei este extrem de frecvent, afectând cam un bărbat din doi trecuți peste 80 de ani.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Foarte frecvent, acest cancer nu antrenează nici un simptom. În alte cazuri, el se traduce prin prezența sângelui în urină și printr-o creștere anormală a numărului de micțiuni, care devin dificile, pacientul trebuind să forțeze evacuarea vezicii. În sfârșit, un cancer al prostatei poate, în caz de metastaze, să antreneze o oboseală, o anemie, o pierdere în greutate etc.

Cancerul prostatei este o tumoră malignă cu evoluție adesea foarte lentă, care nu constituie cauza principală a decesului la pacienții vârstnici purtători ai acestei afecțiuni.

TRATAMENT. Alegerea fiecărei metode terapeutice depinde de vârsta și de starea generală a pacientului, precum și de gradul de evoluție a cancerului (localizat sau metastazic). Atunci când cancerul este localizat în prostată, ablația totală a prostatei, veziculelor seminale și ampulelor deferențiale, radioterapia prostatică externă sau, eventual, curieterapia permit obținerea vindecării într-un mare număr de cazuri. Aceste tratamente nu sunt, în general, propuse decât pacienților sub 70 de ani. Atunci când cancerul a antrenat metastaze sau când este vorba de un pacient foarte în vârstă a cărui stare generală este proastă, nu este necesar să se propună un tratament curativ agresiv: hormonoterapia permite obținerea unei remisiuni care durează adesea mai mulți ani.

■ *Metodele chirurgicale* constau fie în practicarea unei ablații endoscopice parțiale a prostatei, atunci când tumora obstruează uretra prostatică, fie în îndepărtarea prin chirurgie convențională a întregii prostate, a veziculelor seminale și a ampulelor deferențiale (prostatectomie totală sau radicală).

■ *Radioterapia externă* a prostatei și a ganglionilor pelvieni vizează vindecarea cancerului distrugând toată tumora și prelungirile ei. Ea poate antrena o incontinență urinară, o impotență (40% dintre cazuri) și/sau o iritație a vezicii și rectului.

■ *Hormonoterapia* este rezervată cancerelor prostatei care sunt însoțite de metastaze. Este vorba de un tratament paliativ care constă în suprimarea secreției de hormoni androgeni de către testicule, care stimulează creșterea cancerului. Ea se bazează pe două metode:

– pulpectomia (ablația chirurgicală a țesutului funcțional al testiculelor) antrenează o sterilitate și o impotență;

– tratamentul medicamentos vizează, de asemenea, suprimarea secreției androgenice testiculare. Administrați în mod continuu și definitiv, agoniștii gonadoliberinei (LH-RH) și antiandrogenii, care acționează asupra hipofizei și a prostatei, sunt tot atât de eficace ca și pulpectomia, dar ei antrenează, ca și aceasta, o sterilitate și o impotență.

■ *Curieterapia* constă în implantarea chirurgicală a unor ace radioactive în prostata bolnavului. Totuși, această metodă este puțin folosită din cauza efectelor ei nedorite (arsuri ale țesuturilor învecinate prostatei, îndeosebi cele ale vezicii și ale rectului); în plus, aceste rezultate nu sunt mai bune decât cele ale radioterapiei externe.

■ *Chimioterapia* este foarte puțin utilizată din cauza eficacității ei mici asupra cancerului de prostată.

PROSTATEI (chist al). Cavitate patologică situată în parenchimul (țesutul funcțional) prostatic conține o substanță lichidă și este limitat de un perete care îi este caracteristic.

În majoritatea cazurilor, un chist al prostatei nu antrenează nici un simptom, doar dacă nu cumva este foarte voluminos, provocând atunci semne de compresie a uretrei.

Diagnosticul se pune pe baza ecografiei prostatice. Un chist al prostatei nu se tratează decât dacă el comprimă uretra: atunci se drenează lichidul prin puncție sau pe cale endoscopică.

PROSTATITĂ. Infecție acută sau cronică a prostatei.

O prostatită este o infecție genitourinară frecventă care afectează bărbații de toate vârstele, cu o frecvență deosebită la adulții tineri.

Prostatita acută. Este o infecție acută a parenchimului prostatic, traducându-se printr-un sindrom infecțios cu instalare bruscă (febră de 40°C, frisoane) și tulburări micționale: arsuri la micțiune, pollakiurie (micțiuni prea frecvente și puțin abundente), putând merge până la retenție vezicală.

TRATAMENT ȘI COMPLICAȚII. Tratamentul impune repausul și o antibioterapie chiar înainte de a cunoaște rezultatele examenelor. Antibioticele (fluorochinolone) trebuie să fie administrate timp de cel puțin cincisprezece zile cu scopul de a evita recidivele infecțioase.

Complicațiile sunt rare: abces al prostatei, orhiepididimită (inflamație a testiculului și a epididimului), retenție vezicală a urinei.

Prostatită cronică. Este o infecție cronică a parenchimului prostatic provocată de prezența microabceselor și a unei inflamații importante a prostatei. Ea este favorizată de o prostatită acută insuficient tratată, de prostatitele acute recidivante, dar și de o îngustare a uretrei sau de un adenom al prostatei.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O prostatită cronică antrenează numeroase semne funcționale: dureri perineale, arsuri la micțiune, scurgere uretrală, dureri la ejaculare, scădere a potenței sexuale, chiar tulburări psihice declanșate de cronicitatea tulburărilor. Evoluția unei prostatite cronice se face, de cele mai multe ori, în pusee infecțioase succesive.

TRATAMENT. Tratamentul este dificil și uneori decepționant; el constă în prescrierea de antibiotic timp de mai multe săptămâni, și în mod repetat, cu scopul de a steriliza focarele microbiene intraprostatice. Acestea sunt totuși

dificil de eradicat. Pentru a evita recidivele, este recomandabil să se evite alimentele condimentate și alcoolul.

PROSTRAȚIE. Stare de stupoare și de închidere în sine care se traduce printr-o imobilitate.

Această stare se observă adesea în melancolie (formă gravă de depresie), în stările catatonice (tulburări psihomotorii caracteristice schizofreniei) și în cursul formelor grave ale febrelor tifoide, în care prostrația este denumită tifos.

PROTEINĂ. Constituent esențial al tuturor organismelor vii.

Proteinele sunt lanțuri foarte lungi de acizi aminați (lanțurile mai scurte nu sunt proteine, ci peptide), prinși unii de alții printr-o legătură chimică, denumită legătură peptidică.

Proteinele au roluri foarte diferite: unele fac parte dintr-o structură de susținere (membrană care înconjoară celulele, trama osoasă, colagenul etc.) în timp ce altele (hormoni, anticorpi, enzime etc.) intervin în diverse mecanisme fiziologice. Proteinele alimentelor sunt fragmentate în tubul digestiv în acizi aminați, absorbiți în sânge, apoi în celule, care se servesc de ele pentru a-și elabora propriile proteine. Un gram de proteine corespunde la 17 kilojouli, adică la 4 kilocalorii. La adult, aportul energetic în proteine trebuie să reprezinte în mod ideal între 12 și 15% din aportul energetic total (adică, în medie, un gram de proteine pe kilogramul de greutate corporală a subiectului și pe zi).

SURSE. Se deosebesc două surse principale alimentare de proteine. Proteinele animale (furnizate de carne, pește, ouă, produse lactate) sunt cel mai bine echilibrate, deoarece elc conțin toți acizii aminați indispensabili, în proporție bună, ți sunt, în plus, foarte digestibile. Proteinele vegetale (furnizate de leguminoase, cereale, soia) au valoarea nutritivă cea mai mică: ele sunt carențate în unul sau mai mulți acizi aminați, conținând sulf (între care metionina) pentru leguminoase. Digestibilitatea lor este cea mai mică.

O alimentație echilibrată trebuie deci să asocieze proteine animale (cel puțin 50% din totalul proteinelor) și proteine vegetale. Se va căuta, de asemenea, să se asocieze proteine exclusiv vegetale, dar care se completează prin aceea că le lipsesc acizi aminați diferiți (griș și năut, orez și linte etc.). → HIPERPROTEINEMIE, HIPOPROTEINEMIE.

PROTEINĂ C-REACTIVĂ. Glicoproteină a sângelui, sintetizată de ficat ca răspuns la un antigen.

Rolul exact al proteinei C-reactive (în engleză *C-reactive protein*, sau *CRP)* rămâne prost cunoscut. Se știe totuși faptul că ea activează mijloacele de apărare imunitară a organismului.

UTILIZARE ÎN SCOP DIAGNOSTIC. Nivelul de proteină C-reactivă în sânge, în mod normal inferior valorii de 20 miligrame pe litru, crește în caz de inflamație. Dozarea sa, asociată de cele mai multe ori cu măsurarea vitezei de sedimentare (V.S.), nu constituie totuși decât un ajutor în diagnosticare, deoarece ea nu dă informații asupra cauzei inflamației (infecțioasă, reumatismală etc.); în plus, nivelul sangvin al proteinei C-reactive crește și în caz de infarct miocardic.

PROTEINURIE. Prezență a proteinelor în urină.

Nivelul proteinelor în urină este în mod normal foarte mic, sub 50 miligrame pe 24 ore, și nu poate fi detectat prin metodele de cercetare convențională; de asemenea, se spune că în stare normală nu există proteinurie.

CAUZE. Proteinuria dezvăluie numeroase cauze. De cele mai multe ori, ea este cauzată de leziuni ale glomerulilor, unitățile de filtrare ale rinichiului unde se elaborează urina primitivă, care nu lasă în mod normal proteinele să treacă în sânge.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Proteinuria, altădată denumită impropriu albuminurie, se manifestă, atunci când este abundentă, printr-un sindrom nefrotic (edeme ale gambelor și ale feței, micșorarea nivelului de proteine în sânge). În alte cazuri, ea nu se traduce prin nici un simptom.

TRATAMENT. O proteinurie, atunci când nu se încadrează într-un sindrom nefrotic, nu necesită nici tratament, nici regim: este inutil să se reducă aporturile alimentare în proteine. În schimb, boala în cauză trebuie să fie îngrijită.

PROTEUS. Gen bacterian cuprinzând bacili Gram negativi care aparțin familiei enterobacteriaceelor.

PROTEZĂ. Dispozitiv implantat în organism pentru a înlocui un organ lipsă sau pentru restaurarea unei funcții compromise.

Proteza aparatului digestiv. Este o proteză amplasată în cursul anumitor operații chirurgicale ale esofagului și ale căilor biliare.

INDICAȚII ȘI TEHNICĂ. Protezele esofagiene servesc, în caz de cancer al esofagului, la suprimarea unei obstrucții și ameliorarea disfagiei (dificultate de a înghiți). Implantarea lor constituie un tratament paliativ al cancerului; sub anestezie locală și sub control endoscopic și radiologic, se introduce un tub de plastic care fortează îngustarea tumorală și, lăsat pe loc, permite reluarea alimentației.

Proteza auditivă. Este un aparat amplificator care permite corectarea pierderii auditive. Majoritatea protezelor auditive sunt aparate electrice constituite dintr-un ambou auricular, un microfon (pentru a capta sunetele) și un amplificator. Bolnavul ajustează aparatul la condițiile exterioare prin intermediul unui buton de reglaj al sunetului.

Proteza dentară. Este un aparataj destinat să mențină sau să restaureze arcadele dentare, atât din motive estetice, cât și funcționale.

DIFERITE TIPURI DE PROTEZE

■ *Proteza dentară mobilă*, amarată de suporți dentari, trebuie să fie scoasă pentru a fi spălată (simplu periaj sub apă de robinet). Ea se numește parțială atunci când ea mai lasă în gură dinți pe care proteza se prinde prin intermediul dispozitivelor de legătură mecanică (croșete, de exemplu), totală atunci când nu mai există dinți și a cărei fixare nu se poate face decât pe mucoasa bucală sau pe rădăcinile restante. O proteză mobilă poate fi utilizată în caz de deteriorări bucale congenitale sau cauzate de un cancer. Un alt tip de proteză mobilă, gutiera, permite protejarea dinților de diferite traumatisme (subiect care practică un sport violent), de carii sau de o radioterapie, sau permite relaxarea maxilarului în caz de leziune a articulației temporomandibulare.

■ *Proteza dentară fixă* poate fi închisă ermetic sau poate fi lipită. Ea permite redarea aspectului și funcției normale unui dinte foarte deteriorat (onlay, inlay, coroană), înlocuirea unuia sau mai multor dinți, imobilizarea lor (atele de contenție în caz de boală a țesuturilor de susținere ale dintelui), chiar înlocuirea lor integrală (punți). Întreținerea sa nu diferă de cea a dinților naturali (periaj și ață dentară pentru a curăța spațiile interdentare).

TEHNICĂ. Aparatajul, elaborat în laboratoare specializate, necesită luarea de amprente ale arcadelor dentare; aceste amprente trebuie să fie cât mai precise posibil (ele necesită între 6 și 12 ședințe, în general), astfel încât proteza să fie adaptată perfect la morfologia pacientului. Materialele utilizate sunt rășinile acrilice, aliajele metalice (prețioase sau nu), materialele zise estetice ca ceramica sau porțelanul. Atunci când trebuie extras un dinte unui pacient care poartă o proteză, aceasta este adaptată chiar în ziua intervenției, în maniera de a ușura cicatrizarea.

Proteza oculară. Această proteză, denumită în mod obișnuit ochi de sticlă, este fabricată din material sintetic și înlocuiește ochiul enucleat sau atrofic.

Proteza ortopedică. Este o piesă de înlocuire a unei articulații sau a unui membru.

Proteza peniană. Denumită și implant penian, aceasta este o proteză de silicon care permite, în caz de impotență totală și definitivă, să se obțină în mod artificial o erecție care face posibile raporturile sexuale. Ea este propusă subiecților tineri care au astfel posibilitatea întreținerii unor raporturi sexuale regulate.

Proteza sfincteriană. Este o proteză de silicon utilizată în caz de incontinență urinară totală și rebelă la orice tratament.

Proteza testiculară. Este un bulgăre de silicon destinat să înlocuiască testiculul după orhidectomie (ablația unui testicul). Funcția sa este pur estetică.

PROTID. Orice substanță constituită din unul sau mai mulți acizi aminați.

PROTONTERAPIE. Radioterapie care utilizează protoni.

Protonterapia este o metodă radioterapică ce permite furnizarea unor doze mari de protoni care merg în profunzimea țesuturilor scutind țesuturile din jur, fie că ele sunt situate deasupra sau dedesubtul zonei de tratat. Domeniul ei privilegiat de aplicare este tratamentul tumorilor maligne profunde situate alături de structuri fragile, tumorile ochiului și ale sistemului nervos în particular. După ședința de tratament, bolnavul trebuie să rămână izolat timp de câteva ore într-o încăpere cu pereți de beton, care protejează anturajul de radioactivitatea degajată temporar de corpul său. Protonterapia este puțin utilizată, deoarece ea necesită transportul pacienților la instalațiile nucleare echipate special pentru a-i primi.

PROTOZOAR. Organism al regnului animal, compus dintr-o singură celulă.

PROTUBERANȚĂ INELARĂ. Regiune a encefalului situată între pedunculii cerebrali și bulbul rachidian. SINONIM: *puntea lui Varolio*.

PROVIRUS. Patrimoniu genetic al unui virus, care se integrează în cel al celulei-gazdă.

PRURIGO. Boală cutanată caracterizată printr-o eruptie, provocând o vie mâncărime, mici zone ridicate și supraînălțate cu vezicule care se rup repede când sunt scărpinate și se acoperă cu o crustă trecătoare.

Tratamentul este funcție de afecțiunea în cauză: aplicarea de medicamente și substanțe antiparazitare pe piele și pe haine, tratament antialergic prin aplicarea de corticosteroizi sau prin administrarea de antihistaminice pe cale orală.

PRURIT. Senzație particulară la nivelul pielii sau/și al mucoaselor, care provoacă dorința de a se scărpina. SINONIM: *mâncărime*.

Pruriturile se împart în două categorii după cum sunt generalizate sau localizate.

Pruritul generalizat. Acesta este o mâncărime care afectează totalitatea corpului. Ea poate fi provocată de numeroase cauze.

Acest prurit poate fi cauzat de o boală de piele (psoriazis, eczemă, lichen, infestare a pielii cu paraziți), uneori într-un stadiu în care boala nu este evidentă, îndeosebi în cazul lichenului, micozisului sau scabiei. Luarea de medicamente (antibiotice, aspirină, barbiturice, sulfamide etc.) ca și foarte multe afecțiuni, ca prezența unui obstacol pe căile biliare (calcul, tumoră), o insuficiență renală cronică, o afecțiune

hematologică (boala lui Hodgkin, poliglobulia), o boală hormonală (diabet, hipertiroidie) sau un cancer al unui viscer constituie tot atâtia factori care pot provoca un prurit. Atunci când nici una dintre cauzele anterioare nu este găsită, se evocă un prurit generat de o dereglare psihologică, un prurit senil provocat de o deshidratare a pielii legată de vârstă, sau un prurit gravidic, survenind în cursul celui de-al treilea trimestru al unei sarcini.

TRATAMENT. Înainte de toate, acesta este un tratament al cauzei. Pruritul în sine este tratat pe cale orală (antihistaminice și, în anumite cazuri, anxiolitice) și locală (băi calmante, pomezi de înmuiere, mai rar corticosteroizi). Pruritul gravidic cedează, în general, spontan după naștere.

Pruritul localizat. Acesta este o mâncărime care nu afectează decât o parte a corpului.

Printre pruriturile localizate, unele se disting prin frecvența lor:

– *pruritul anal* poate avea o cauză locală (abuz de pomadă, infecție cu o ciupercă sau o bacterie, hemoroizi, fisură anală sau fistulă anală) sau generală (afecțiune hematologică sau hormonală, cancer al anusului, diaree cronică): la copil, originea sa este în mod frecvent oxiuroza (infestarea cu un vierme parazit care își depune ouăle pe marginea anusului);

– *pruritul pielii capului* trebuie să ducă în primul rând la detectarea unei eventuale infestări cu păduchi, îndeosebi la copil; de asemenea, poate fi vorba de o boală dermatologică (psoriazis) sau de o infecție cu o bacterie sau cu o ciupercă (pitirosporoză);

– *pruritul genital* poate constitui o reacție la anumite produse utilizate pentru toaletă (săpunuri prea alcaline, antiseptice prea agresive) sau pentru curățatul hainelor, o reacție la latexul prezervativului, la lenjeria de corp din materiale sintetice sau poate constitui semnul unei infecții (herpes, candidoză, infecții cu chlamydia, cu tricomonas etc.); la femeie pruritul genital este însoțit în acest caz cu leucoree (pierderi albe); un prurit al vulvei poate să mai fie cauzat de o boală localizată a pielii din această zonă sau de o boală generală (diabet, hipertiroidie).

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Ca și pentru pruritul generalizat, tratamentul este mai întâi de toate cel al cauzei, asociat la nevoie cu cel al pruritului în sine.

Unele pruriturii anale și genitale pot fi prevenite purtând lenjerie de corp din bumbac spălată cu săpun ușor alcalin și prin folosirea pentru toaleta intimă a săpunurilor nealcaline.

PSA. → PROSTATEI (antigen specific al).

PSEUDARTROZĂ. Absență completă a consolidării unei fracturi într-un interval de una-două luni peste duratele obișnuite.

Într-o pseudartroză, calusul osos nu se formează sau se formează defectuos, ceea ce creează o «pseudoarticulație» între cele două fragmente osoase fracturate, care sunt mai mult sau mai puțin mobile unul față de celălalt: se vorbește de pseudartroză laxă sau de pseudartroză strânsă.

PSEUDOHERMAFRODISM. Anomalie congenitală caracterizată prin prezența, la un subiect ai cărui cromozomi sexuali și gonade (ovare sau testicule) sunt normale, a unor organe genitale care seamănă cu cele ale celuilalt sex.

CAUZE. Există două tipuri de pseudohermafrodism: feminin (XX) și masculin (XY).

■ *Pseudohermafrodismul feminin* (subiecți de gen feminin din punct de vedere genetic) este, în general de origine endocrină, fătul fiind impregnat în mod anormal cu androgeni. În anumite cazuri, această impregnare are o origine maternă (tumoră suprarenaliană sau ovariană virilizantă, luarea de progestative în timpul sarcinii) dar, de cele mai multe ori, ea rezultă dintr-o dereglare enzimatică a glandelor suprarenale ale fătului (hiperplazie suprarenaliană congenitală).

■ *Pseudohermafrodismul masculin* (subiecți de gen masculin din punct de vedere genetic) poate fi provocat fie de o anomalie precoce a funcției testiculare cu defect de secreție a hormonilor masculini, fie de o insensibilitate la androgeni prin lipsa receptorilor celulari specifici sau prin lipsa enzimelor.

TRATAMENT. Tratamentele hormonale sau chirurgicale (plastia perineului), conduse de echipe medicale specializate, pot fi puse în aplicare cu scopul de a face să concorde sexul genetic și sexul anatomic. Alegerea sexului definitiv se dovedește a fi uneori foarte delicată. Dacă diagnosticul este stabilit la naștere, această alegere se face pe baza cunoștințelor privind starea hormonală, anatomică și cromozomică. Astfel, alegerea sexului feminin este de dorit întotdeauna atunci când este vorba de un pseudohermafrodism feminin prin hiperplazie suprarenaliană; ea se impune a fi făcută înainte de a împlini copilul vârsta de 3 ani cu condiția să nu existe un refuz absolut din partea familiei, confirmat după mai multe discuții pe această temă. În cazuri excepționale, legate de un diagnostic tardiv, alegerea se poate face la pubertate: atunci se preferă păstrarea stării civile anterioare a copilului. În anumite cazuri, tratamentul permite ca individul să aibă o viață sexuală normală și chiar să procreeze.

PSEUDOKAPOSI. Afecțiune de origine vasculară, care provoacă leziuni cu aspect și structură asemănătoare celor ale leziunilor provocate de sarcomul lui Kaposi (cancer care afectează în principal subiecții imunodeprimați și atinge îndeosebi pielea sub forma unor plăci infiltrate roșii sau violet-purpurii).

Tratamentul constă, după caz, în contenția (fașă sau ciorap elastic) sau într-o intervenție chirurgicală (închiderea

fistulei). Sunt posibile sechele (persistența leziunilor, dermita ocre a gambelor).

PSEUDOLIMFOM CUTANAT. Leziune cutanată constituită dintr-o infiltrare a pielii cu globule albe de tipul limfocitelor, caracterizată prin evoluția sa benignă, care contrazice aspectul său histologic apropiat de cel al cancerului.

PSEUDOMONAS. Gen bacterian de bacili Gram negativi, care cuprinde un număr important de specii, majoritatea prezente în stare naturală pe întreaga suprafață a globului, în sol, ape și plante.

Infecțiile cu *Pseudomonas* sunt tratate prin antibioterapie adaptată la rezultatele antibiogramei.

PSEUDOMONAS AERUGINOSA. Bacil Gram negativ, prezent în stare naturală în apă, uneori pe piele și în tubul digestiv. SINONIM: *bacil piocianic*.

Pseudomonas aeruginosa este responsabilă de grave infecții nozocomiale (dobândite în spital) la subiecții imunodeprimați sau suferind de o afecțiune gravă (cancer, diabet, arsuri, mucoviscidioză).

PSEUDOPELADĂ. Boală a pielii capului caracterizată printr-o cădere definitivă, prin plăci, a părului.

Pseudopeladele sunt ori provocate de o boală dermatologică (lupus eritematos, lichen plan, sclerodermie), ori nu au o cauză cunoscută; în acest al doilea caz se vorbește de pseudopelada idiopatică a lui Brocq. Pierderii părului îi corespunde și o distrugere a foliculilor pilosebacei, responsabili în mod normal de recreșterea părului; pseudopelada, spre deosebire de peladă este ireversibilă. Evoluția se face în sensul extinderii treptate a zonelor de alopecie. Pielea din aceste zone este netedă, strălucitoare, atrofică și formează cute cu mare greutate.

Tratamentul este cel al bolii în cauză când aceasta este cunoscută, în particular cu corticosteroizi locali. În anumite cazuri, este posibilă o grefă localizată de păr.

PSEUDOPOLIARTRITĂ RIZOMELICĂ. Boală inflamatorie care atinge rădăcinile membrelor și, într-o mai mică măsură, gâtul, asociată cu o alterare însemnată a stării generale. SINONIM: *sindromul lui Forestrier*.

Pseudopoliartrita rizomelică este o afecțiune a subiectului vârstnic. Ea pare să se înrudească cu boala lui Horton, arterita temporală caracterizată îndeosebi printr-o atingere inflamatorie oculară gravă, o asociere a acestor două boli fiind frecventă.

SIMPTOME. O pseudoartrită rizomelică se traduce prin dureri și redori, accentuate noaptea și dimineața, ale regiunilor gâtului, umerilor și în partea de sus a coapselor. La acestea se adaugă o stare de mare oboseală și pierderea în greutate.

TRATAMENT. Acesta constă în administrarea de corticosteroizi și trebuie urmat uneori timp de câțiva ani. În general, vindecarea are loc fără sechele.

PSIHANALIZĂ. Metodă terapeutică ce constă în investigarea proceselor inconștiente.

INDICAȚII. Psihanaliza se adresează mai ales stărilor nevrotice, tulburărilor de sexualitate (impotență, frigiditate), uneori afecțiunilor psihosomatice. Decizia de a întreprinde o psihanaliză depinde mai întâi de toate de personalitatea subiectului și de dorința lui de a se vindeca (și nu doar de căutarea unei mulțumiri sufletești). Șansele de succes sunt cu atât mai mari cu cât psihanaliza este întreprinsă înaintea vârstei de 50 ani.

RISCURI. Psihanaliza nu este lipsită de riscuri (sinucidere, apariția unei psihoze, dificultăți ivite din mediu); de asemenea, orice psihanalist trebuie să fi urmat el însuși o psihanaliză și să fie afiliat unui institut sau unei societăți psihanalitice acreditate.

DESFĂȘURARE. Cura psihanalitică, pe plan tehnic, are mai multe reguli generale: pacientul alungit pe un divan cu scopul de a ușura destinderea fizică; analistul în afara razei vizuale a pacientului; trei ședințe săptămânale în medie cu orare și onorarii fixate dinainte. O cură durează de la doi la patru ani, uneori chiar și mai mult.

Cheia de boltă a tratamentului este „transferul", relația ambivalentă ce se instaurează între subiect și analistul său, care trebuie să păstreze o „neutralitate binevoitoare". Bolnavul vorbește cât mai liber posibil neascunzând nimic, nici din gândurile sale (tehnica asocierilor libere), nici din visele sale. Cu timpul se instaurează transferul, prin care reapar conflictele infantile, atitudinile față de părinți etc. Acest transfer va fi interpretat puțin câte puțin de către analist, de ale cărui reacții față de pacient (contratransfer) trebuie să se țină cont. Psihanaliștii pentru copii au început activitatea prin 1920, prin reprezentantele Anna Freud și Melanie Klein, care utilizau metoda de substituire a jocului prin asociații verbale.

PSIHASTENIE. Dereglare funcțională a personalității, care se traduce printr-o dificultate și o teamă de a acționa, cu conștientizarea dureroasă a acestei tulburări.

Psihastenia strânge laolaltă diferite simptome ca acela al impresiei de a fi obosit dimineața, o stare de spirit depresivă, fobii și obsesii, o tendință spre scrupulozitate, interiorizare și îndoială. Pacientul dovedește un sentiment de insatisfacție psihică și o incoerență mintală care pot duce până la depersonalizare. De obicei, inhibiția cedează la efort și tulburările se atenuează adesea concomitent cu accesul la responsabilități.

TRATAMENT. Asociind unei psihoterapii o chimioterapie ușoară (antidepresoare, sedative) și reguli de bună igienă a vieții, tratamentul vizează obținerea, apoi dezvoltarea unui

bun nivel de activitate. În general, activitatea conferă cele mai bune şanse de vindecare a bolnavului.

PSIHIATRIE. Disciplină medicală consacrată studiului şi tratamentului bolilor mintale.

PSIHISM. Totalitate a caracterelor psihice ale unui individ, care fundamentează personalitatea sa.

Psihismul este rezultanta unui ansamblu complex de factori: satisfacerea necesităţilor vitale, starea de spirit, emoţiile, structura afectivă, inteligenţa, capacităţile de abstractizare, activitatea practică şi creativă. Totuşi, componentele psihismului nu se limitează la percepţia conştientă: ele mai integrează şi legile inconştientului, pornirile instinctive, factorii genetici şi anatomofiziologici (malformaţii cerebrale, hipertrofierea lobului frontal, parietal etc.).

PSIHOANALEPTIC. Substanţă medicamentoasă care stimulează activitatea mintală în caz de tulburări psihice.

PSIHODRAMĂ. Reprezentaţie teatrală, sub conducerea unui terapeut, a unei scene trăite sau imaginare, destinată să exteriorizeze mecanismele unui conflict pe care subiectul îl reactualizează în relaţia sa cu alţi actori ai scenei.

Această metodă este indicată mai ales în cazul unor probleme profesionale sau de familie.

PSIHODISLEPTIC. Substanţă care acţionează asupra psihismului provocând o stare halucinatorie sau delirantă. SINONIM: *psihopsihedelic*.

PSIHOGEN, -Ă. Care este de origine psihică.

Acest termen califică, în general, o boală sau un tratament asupra cărora au influenţă factori afectivi.

PSIHOGENEZĂ. Proces psihic care se află la originea unei tulburări mintale sau organice.

Psihogeneza tulburărilor mintale relevă trei tipuri de cauze: situaţiile conflictuale, carenţele afective şi educative şi traumatismele emoţionale. Psihogeneza tulburărilor organice este fundamentul medicinei psihosomatice.

PSIHOLEPTIC. Substanţă care tinde să diminueze activitatea psihică. SINONIM: *sedativ psihic*.

PSIHOLOGIE. Studiu al spiritului omenesc.

Psihologia studiază comportamentul şi motivaţiile profunde ale fiinţei umane dintr-un punct de vedere atât interior, cât şi exterior.

Dezvoltările şi aplicaţiile psihologiei au devenit considerabile, depăşind actualmente în mare măsură cadrul patologiei pentru a se extinde la activităţi atât de diverse ca pedagogia, formarea profesională, arta, publicitatea sau pur şi simplu dorinţa de a se cunoaşte mai bine pe sine. Formarea psihologică a medicului este indispensabilă.

PSIHOPATIE. Stare de dezechilibru psihologic caracterizat prin tendinţe asociale fără deficit intelectual şi fără atingere psihotică.

SIMPTOME ŞI SEMNE. Psihopatia apare, în general, la începutul pubertăţii, dar semne premergătoare pot să se manifeste din copilărie: cruzime cu animalele, brutalitate a copilului faţă de camarazii săi etc. Subiectul, care nu-şi poate învinge angoasa decât trecând la acţiune, manifestă un comportament la limita normalităţii: stil de viaţă instabil, caracter dificil, autoritate, agresivitate; delincvenţa, conduitele perverse, toxicomania sunt manifestări frecvente. În mod obişnuit, o ameliorare spontană se manifestă după vârsta de 40-45 ani şi subiectul „se cuminţeşte".

Psihopatul are adesea un comportament provocant şi violent. Familia, al cărei rol este esenţial, trebuie să stabilească reguli care îi permit să-şi canalizeze agresivitatea (precizându-i noţiunile de bine şi de rău, de exemplu). Nu trebuie să ne lăsăm intimidaţi şi trebuie să ne păstrăm sângele rece până când psihopatul îşi dă seama că agresivitatea lui nu serveşte la nimic şi că ea este înţeleasă ca o solicitare de afecţiune. Doar în acest moment se poate stabili o comunicare verbală.

PSIHOSOMATIC, -Ă. Se spune despre o tulburare organică a cărei origine este psihică. → BOALĂ PSIHOSOMATICĂ.

PSIHOTERAPIE. Metodă terapeutică utilizând resursele activităţii mintale.

Psihoterapia modernă porneşte de la datele dobândite de psihologia medicală, de la studiul comportamentului şi de la psihanaliză. Tehnicile sale sunt individuale (conversaţie, cură analitică) sau colective (psihodramă, ergoterapie, terapie instituţională constând în crearea în mediul spitalicesc a unui mediu comunitar). Alte metode se adresează trupului (medicină psihosomatică, sexologie, relaxare).

PSIHOTROP, -Ă. Substanţă care acţionează asupra psihismului.

Psihotropele pot fi sau nu substanţe medicamentoase: alcoolul – de exemplu – este un psihotrop.

PSIHOZĂ. Tulburare mintală caracterizată printr-o dezorganizare a personalităţii, pierderea simţului realului şi transformarea în delir a experienţei trăite.

Limbajul medical curent rezervă termenul psihoză pentru bolile mintale nelezionale, care se caracterizează prin simptome esenţialmente psihologice, cum sunt psihozele acute (bufeul delirant [acces delirant care apare şi dispare în mod brusc]), schizofrenia, delirele cronice (paranoia, parafrenia) şi psihoza maniaco-depresivă.

TRATAMENT ŞI PROGNOSTIC. În ansamblu, terapeuticile moderne au ameliorat mult prognosticul psihozelor, cândva pesimist. Aceste terapeutici asociază un

tratament medicamentos (neuroleptice, litiu) unei psihoterapii individuale sau colective ale căror modalități sunt foarte variate. În decursul conversației medicul trebuie să caute o bună distanță relațională, nici prea apropiată, nici prea îndepărtată. De îndată ce pacientul admite că ideile sale delirante sunt patologice, se poate întrevedea vindecarea sau, cel puțin, o ameliorare în viitorul apropiat. În ce privește spitalizarea, atunci când ea se dovedește necesară, este preferabil să fie făcută cu acordul pacientului și al familiei sale. Alături de spitalizarea cu internarea pe o durată completă de timp, mai există și structuri mai suple: spitalul de zi, spitalul de noapte.

În toate cazurile este indispensabilă continuarea unei relații terapeutice: conversații regulate cu terapeutul, existența unui loc de primire în care pacientul poate trece de unele momente dificile, depistarea și prevenirea resetului. Concursul familiei este întotdeauna de dorit în măsura în care dezvoltarea unei psihoze (mai ales la adolescent) este adesea rezultanta unui conflict intern al grupului familial. Anturajul trebuie să se străduiască să nu pară înspăimântat și să nu judece cu orice preț bolnavul. Este vorba mai întâi de toate să-l faci pe bolnav să înțeleagă că suferința lui este simțită de cei din jur, dovedind că se știe cum să se respecte convingerile sale delirante fără a adera, din complezență, la ele și fără a le contrazice cu brutalitate. Astăzi, cei mai mulți bolnavi psihotici pot duce o viață profesională și familială satisfăcătoare, chiar dacă vindecarea necesită încă timp și perseverență.

PSIHOZĂ MANIACODEPRESIVĂ. Alternanță a crizelor de excitație (manie) și a episoadelor depresive (melancolie).

Psihoza maniacodepresivă se manifestă, în general, după vârstele de 30–40 ani. Ea ar putea fi determinată de ereditate, constituția psihică (subiect picnomorf, adică de conformație robustă), profilul psihologic sau de o dereglare a centrilor cerebrali ai stării de spirit. Răsturnările de situație, de natură fizică sau psihică, de o importanță mare (șoc emoțional, șoc chirurgical, sarcină, menopauză etc.), chiar schimbarea anotimpurilor pot fi, de asemenea, factori declanșanți.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Subiectul trece periodic prin crize de manie sau de melancolie, întrerupte de faze normale. Accesul se traduce atât pe plan psihic, cât și pe plan fizic: stare de spirit tristă sau euforică, idei delirante, tulburări de comportament alimentar și ale greutății corporale, insomnie și, mai ales, tendință la sinucidere în faza melancolică.

TRATAMENT. Crizele grave necesită o spitalizare, administrarea de neuroleptice, uneori antidepresoare și, în unele cazuri, recurgerea la electrosocuri. Între două crize, tratamentul de fond constă într-o psihoterapie asociată cu o luare regulată a unui stabilizator al stării de spirit (litiu).

PSITACOZĂ. Boală infecțioasă cauzată de bacteria *Chlamydia psittaci*.

Chlamydia psittaci infectează omul, unele păsări și mamifere. Omul se contaminează prin contactul direct cu un animal infectat, de cele mai multe ori o pasăre din familia psittacidelor (papagali, perușI).

SIMPTOME ȘI SEMNE. O psitacoză se manifestă după o incubație (perioada inițială fără manifestări de boală) de 6-15 zile. Există trei forme de boală.

■ *Forma diseminată* se traduce de cele mai multe ori printr-o encefalită sau printr-o meningită (inflamație a encefalului sau a meningelor) asociată cu o pneumopatie (inflamație difuză a plămânilor).

■ *Forma pseudogripală* se traduce prin frisoane și printr-o febră ridicată.

■ *Forma pulmonară* sau *pneumopatia atipică* se instalează treptat și se traduce printr-o febră însemnată, prin frisoane, prin dureri musculare și prin dureri de cap. În primele zile se instalează o tuse uscată și persistă timp de două săptămâni.

TRATAMENT. Tratamentul constă în administrarea de antibiotice (cicline) timp de trei săptămâni. El este eficace, dar o stare de oboseală poate persista timp de câteva luni.

PSORALENĂ. Substanță extrasă îndeosebi din perele bergamote, utilizată în tratamentul anumitor boli dermatologice pentru a crește sensibilitatea pielii la radiațiile ultraviolete (puvaterapie).

Psoralenele sunt contraindicate în cursul sarcinii. Dacă nu sunt respectate precauțiile relative la puvaterapie (purtatul de ochelari speciali, durata limitată de expunere din cadrul fiecărei ședințe, spațierea ședințelor etc.), psoralenele pot favoriza o cataractă, o îmbătrânire prematură și cancere ale pielii.

PSORIAZIS. Boală cutanată cronică ce este caracterizată prin erupția de plăci eritematoscuamoase (pete roșii acoperite de scuame).

Psoriazisul este o afecțiune frecventă având în vedere că atinge aproximativ 2% din populația globului.

Cauza sa este necunoscută, dar este foarte probabil să existe un factor ereditar, cel puțin 50% dintre cazuri fiind familiale.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Plăcile sunt de cele mai multe ori destul de mari, dar uneori apar și sub forma unor pete foarte mici (psoriazisul în picătură sau gutat), sau pot avea mărimea unei monezi (psoriazis numular). Localizările obișnuite sunt fața anterioară a genunchiului și spatele. Totuși, psoriazisul se mai poate localiza fie în pliurile cutanate inghinale sau axilare, fie la nivelul palmei sau ale suprafețelor plantare; în acest ultim caz, psoriazisul ia forma mai curând hiperkeratozică (piele uscată, aspră, cenușie,

fisurată). O altă localizare frecventă este la nivelul pielii capului, firele de păr traversând plăcile fără să adere la ele.

Localizările la fanere sunt și ele posibile, îndeosebi la unghii, care prezintă mici depresiuni „în degetar", se îngroașă, se desprind și se colorează în galben-verzui, sau pe mucoasele care tapetează fața internă a obrajilor sau glandul penian.

EVOLUȚIE ȘI COMPLICAȚII. Psoriazisul evoluează prin puseе având, adesea, pentru fiecare puseu câte un factor declanșator: rinofaringita, mai ales la copii, șocul emotiv, luarea de medicamente (litiu, betablocante). Sunt posibile trei complicații.

■ *Eritrodermia psoriazică* este o generalizare a psoriazisului la întregul corp. Ea este însoțită de o alterare a stării generale, cu febră, frisoane și pierdere în greutate.

■ *Psoriazisul pustulos*, apariția anumitor leziuni pustuloase, de culoare alb-lăptos, asociate cu o febră ridicată, poate fi generalizat sau localizat, de cele mai multe ori la mâini.

■ *Reumatismul psoriazic* este cronic și poate lua două aspecte: poliartrita (inflamația mai multor articulații) degetelor, cu tendință deformantă; reumatismul axial (inflamația articulațiilor coloanei vertebrale), în mod deosebit al articulațiilor sacro-iliace, între sacrum și osul iliac.

TRATAMENT. Există un tratament local și unul general.

■ *Tratamentul local* este valabil îndeosebi pentru formele puțin întinse. El constă dintr-un decapaj al leziunilor prin băi emoliente sau keratolitice, apoi în reducerea roșeței subiacente cu ajutorul unor produse zise reductoare (gudroane, dioxiantranol, dermocorticosteroizi, derivați de vitamină D3).

■ *Tratamentul general* constă în puvaterapie (ingestia unei psoralene urmată de expunerea la radiațiile ultraviolete A), aplicabile pacienților ale căror leziuni acoperă mai mult de 30% din suprafața corpului. Un tratament de atac de 3 ședințe pe săptămână timp de 4–6 săptămâni este urmat de un tratament de întreținere cu un ritm variabil. Tratamentul mai poate, de asemenea, să conste din administrarea de retinoide, active mai ales în formele de psoriazis pustulos sau, în mod excepțional (în formele foarte severe) din administrarea de imunosupresoare (metroxat, ciclosporină).

În toate cazurile, asistența psihologică a pacientului constituie o parte importantă a tratamentului; poate fi recomandată o psihoterapie de susținere. De asemenea, sunt prescrise curele termale în anumite cazuri, fie pe litoralul marin (în particular cel al Mării Moarte din cauza marii concentrații de sare din apa mării și a însoririi puternice), fie într-o stațiune cu ape (decaparea leziunilor cutanate cu ajutorul unor dușuri filiforme [jeturi de apă foarte fine și foarte puternice]).

PROGNOSTIC. Tratamentele actuale albesc leziunile și controlează apariția lor un timp limitat fără să asigure vindecarea definitivă. Plăcile reapar adesea după un interval de timp mai lung sau mai scurt, obligând pacientul să refacă tratamentul.

PTERIGION. Îngroșare vascularizată a conjunctivei, de formă triunghiulară, care se întinde pe cornee pornind din unghiul intern al ochiului.

Un pterigion nu alterează vederea atâta timp cât rămâne la marginea corneei. Dacă trece de ea, provoacă un astigmatism (vedere încețoșată). Dacă se apropie prea mult de axul vizual, pterigionul poate antrena o diminuare a acuității vizuale.

TRATAMENT. Dacă pterigionul invadează corneea, ablația sa chirurgicală poate fi avută în vedere, realizată sub anestezie locală sau generală.

Cu toate acestea, pterigionul reapare în 30 până la 50% din cazuri, într-un răstimp variabil care poate merge de la o lună la mai mulți ani. O a doua operație este realizabilă la o distanță de cel puțin 6 luni de prima.

PTOZĂ. Coborâre sau amplasare anormal de joasă a unui organ.

O ptoză este de origine congenitală sau poate fi provocată de lăsarea mușchilor și a ligamentelor care au ca funcție menținerea unui organ în locul lui în organism. O ptoză mamară, de exemplu, este caracterizată prin sâni foarte căzuți; ea poate fi corectată printr-o mamoplastie.
→ PROLAPS.

PTOZIS. Prăbușirea permanentă, totală sau parțială, a pleoapei superioare, de origine congenitală sau dobândită.
SINONIM: *blefaroptoză, ptosis*.

Un ptozis afectează de cele mai multe ori un ochi și nu ambii.

CAUZE. Un ptozis este provocat de slăbirea mușchiului ridicător al pleoapei superioare sau de o anomalie de inervare a acestui mușchi. El poate apărea chiar la naștere, poate surveni în cursul vieții (procesul natural de îmbătrânire) sau poate fi consecutiv unui traumatism, unei operații chirurgicale asupra ochilor (cataractă) sau unei boli (sindrom al lui Claude Bernard-Horner, miastenie, paralizie a nervului motor ocular comun).

TRATAMENT. Un ptozis congenital care acoperă parțial sau total pupila trebuie să fie operat rapid pentru a evita apariția unei ambliopii (diminuarea acuității vizuale): în fapt, copilul poate pierde treptat vederea prin nefolosirea ochiului. În schimb, dacă ptozisul nu alterează vederea, este mai bine să se amâne operația până când copilul atinge vârsta de 4 ani. Chirurgul procedează, de obicei, la o scurtare a mușchiului ridicător al pleoapei. Este vorba de o operație delicată, care necesită uneori să se intervină în mai multe reprize. Un ptozis consecutiv unei operații de cataractă poate, de asemenea, să fie reparat chirurgical. Rezultatele sunt de obicei satisfăcătoare. Un ptozis ce rezultă din îmbătrânirea

naturală a țesuturilor nu este operat decât dacă deranjează vederea. În alte cazuri, tratamentul se confundă cu cel al bolii de origine.

PUBALGIE. Durere, de origine inflamatorie, a simfizei pubiene (articulația mediană și anterioară, fibroasă, între cele două oase iliace).

CAUZE. O pubalgie este cauzată de o osteoartropatie (combinație a leziunilor osoase și articulare) pubiană sau, la sportivi, de dezechilibrul între masele musculare situate deasupra și dedesubtul articulației oaselor iliace. La aceste oase, de fapt, mușchii adductori ai coapsei (de sub articulație) sunt prea dezvoltați în raport cu musculatura abdominală (de deasupra).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Durerea, localizată în regiunea pubiană, este provocată de activitatea sportivă și îndeosebi de mișcarea de depărtare a coapselor. Ea se agravează treptat și poate difuza spre regiunea abdominală joasă și spre fața internă a coapselor. Pubalgia este susceptibilă să împiedice anumite mișcări, ca urcatul scărilor și mersul, calmându-se în perioadele de repaus.

TRATAMENT. Tratamentul asociază administrarea de antiinflamatoare și reeducarea și, pentru sportivi, o suspendare a antrenamentului (repaus sportiv) timp de 6 săptămâni până la 3 luni. În caz de dureri persistente, pot fi avute în vedere infiltrații cu corticosteroizi sau cu anestezice locale sau o intervenție chirurgicală (transpoziția mușchilor peretelui abdominal, adesea cu o curățare a simfizei pubiene).

PREVENIRE. Prevenirea constă în consolidarea musculaturii abdominale, întinderea mușchilor adductori (apropiind coapsele de axa corpului) și a cvadricepsului (mușchiul care permite extensia gambei în continuarea coapsei), corectarea ținutei și un antrenament sportiv echilibrat.

PUBERTATE. Perioadă de tranziție de la copilărie la adolescență, definită prin dezvoltarea caracterelor sexuale și printr-o accelerare a creșterii staturale, conducând la dobândirea funcțiilor de reproducere.

Pubertatea normală. Această perioadă de tranziție, marcată prin modificări fiziologice importante, debutează între 11 și 13 ani la fete și între 13 și 15 ani la băieți. Fenomenul inițiator al pubertății este încă prost înțeles. Totuși, se știe că această transformare se face sub acțiunea succesivă a structurilor cerebrale (hipotalamus, antehipofiză), apoi a gonadelor (ovare și testicule) și, în sfârșit, a unor țesuturi ale organismului. Glandele suprarenale intervin și ele în dezvoltarea pilozității sexuale.

DESCRIERE

■ *La fete*, primul semn al pubertății este apariția unei pilozități pubiene și/sau dezvoltarea sânilor, survenind în medie în jurul vârstei de 11 ani și jumătate. Pilozitatea axilară apare un an sau un an și jumătate mai târziu. Primele scurgeri menstruale survin în medie la doi ani după primele semne pubertare, atunci când pilozitățile pubiană și axilare au ajuns la aspectul adult. Fluxul menstrual devine regulat după un an sau doi. Primele cicluri sunt fără ovulație.

■ *La băieți*, pubertatea începe printr-o creștere în volum a testiculelor sub efectul stimulării prin gonadotrofine. Virilizarea băieților (creșterea în lungime a organului viril, dezvoltarea pilozității pubisului, apoi a celei a axilelor și a feței) rezultă esențialmente din secreția de testosteron de către testicule; astfel se explică întârzierea de câteva luni care există între creșterea testiculară în volum și dezvoltarea pilozității pubiene. Creșterea secreției de testosteron stimulează producerea de spermatozoizi, antrenează maturarea veziculelor seminale și a prostatei. Ea provoacă și caracteristicile masculine ale pilozității feței, toracelui și abdomenului. Laringele se lărgește, coardele vocale se alungesc și se îngroașă, vocea se schimbă.

■ *La ambele sexe*, pubertatea este însoțită de un puseu de creștere care transformă total aspectul fizic al copilului. Creșterea anuală în înălțime trece de la 5 cm înainte de pubertate la 7–9 cm în timpul picului pubertar. Vârsta medie a acestui pic este de 12 ani la fete și de 14 ani la băieți, dar există variații mari de la un individ la altul: la 14 ani, unii copii au terminat în totalitate perioada pubertară, în timp ce alții au încă organe genitale imature. De asemenea, la ambele sexe, se observă o creștere în greutate: aceasta poate să se dubleze în cursul perioadei pubertare datorită mai ales creșterii masei musculare la băieți și a masei adipoase la fete.

Anomaliile pubertății. Ele se referă la data de apariție a diferitelor semne pubertare, dată care poate fi precoce sau întârziată.

Dezvoltarea prematură a sânilor. Se vorbește de dezvoltarea prematură a sânilor atunci când aceștia apar înaintea vârstei de 8 ani. Acest fenomen poate fi însoțit de o creștere accelerată în înălțime; în acest ultim caz se poate crede că este vorba de o pubertate patologică, de origine hipofizară sau ovariană. Această eventualitate privește mai curând dezvoltările mamare care apar între 5 și 7 ani. În schimb, majoritatea dezvoltărilor izolate ale sânilor, fără vreun alt semn de pubertate precoce, nu constituie dovada vreunei patologii și nu necesită un tratament. În toate cazurile totuși este de dorit consultarea unui pediatru endocrinolog.

Pubertatea în avans. Este caracterizată printr-un debut pubertar care se situează între 8 și 10 ani la fete și între 9 și 11 ani la băieți. Astfel de pubertăți au de cele mai multe ori un caracter nepatologic, dar familial. Căutarea unei tumori a hipotalamusului sau a hipofizei nu se justifică decât în absența antecedentelor familiale sau în cazul unei progresii pubertare rapide. Atunci se procedează la efectuarea unui scaner cerebral.

Dezvoltarea prematură a pilozității feminine. Aceasta survine în 80% dintre cazuri la fete și poate fi asociată cu o pilozitate precoce a axilelor sau cu o acnee. Este vorba de o tulburare cu caracter benign. Totuși, pentru a elimina orice eventualitate a unei situații patologice (tumoră virilizantă a glandei corticosuprarenale), sunt necesare examene endocrinologice și biochimice.

Variațiile în apariția primelor scurgeri menstruale. Acestea pot avea semnificații diverse. La un mic procent de fete sănătoase, scurgerile menstruale apar de la începutul pubertății; acest fenomen nu este, în general, patologic, dar un examen ginecologic permite să se elimine eventualitatea unui fibrom sau a unui polip uterin. Invers, o întârziere mai mare de 3 ani și jumătate sau 4 ani între debutul pubertății și apariția primelor scurgeri menstruale poate fi anormală; atunci aceasta trebuie să ducă la căutarea cauzelor psihologice (anorexie mintală) sau nutriționale; uneori, de vină este practicarea intensivă a unor sporturi. După apariția primelor scurgeri menstruale, se observă frecvent neregularități. Menometroragiile (sângerări importante la intervale neregulate) pot necesita un tratament endocrin cu estroprogestative. Durerile abdominale și pelviene însoțesc uneori scurgerile menstruale ale tuturor fetelor. Atunci se impune o consultație ginecologică pentru a decide un eventual tratament.

Întârzierea pubertară. Aceasta se definește prin absența semnelor pubertății dincolo de vârsta de 13–14 ani la fete, de 15–16 ani la băieți. Ea se numește „simplă" atunci când ulterior are loc o dezvoltare pubertară spontană completă. La fete, întârzierea este cauzată, în jumătate din cazuri, de o anomalie de dezvoltare a ovarelor în cadrul unui sindrom al lui Turner. La băieți, întârzierea pubertară este de cele mai multe ori „simplă" și nu antrenează decât o stânjeneală pentru adolescent din cauza înălțimii sale inferioare celei a altor băieți de vârsta lui. Doar în absența dezvoltării testiculelor se impune o consultație în mediu medical specializat; ea va permite să se elimine o eventuală cauză endocrină (insuficiență testiculară). Dacă este cazul, un tratament cu hormon de creștere va putea fi instituit cu scopul de a corecta un deficit statural greu tolerat de către copil. → ADOLESCENȚĂ.

PUBIS sau **PUBES.** Piesă osoasă compusă din două oase, constituind partea anterioară și inferioară a osului iliac (os mare și plat care formează bazinul).

Articulația de pe linia mediană a celor două oase pubiene se numește simfiză pubiană.

Pubisul este acoperit de o îngrămădire de celule adipoase denumită „muntele pubian" sau „muntele lui Venus" la femeie. Această zonă se acoperă cu păr (pilozitate pubiană) la pubertate.

PUERICULTURĂ. Ansamblu de măsuri puse în practică pentru a asigura unui copil o dezvoltare fizică și psihică normală.

PUERPERAL, -Ă. Relativ la perioada care urmează nașterii (lehuzie).

O febră puerperală este semnul unei boli infecțioase, provocată de obicei de un streptococ, care se poate declara în urma nașterii.

PULMONARĂ (arteră, venă). Vas care face legătura între inimă și plămân.

Artera pulmonară. Acest trunchi arterial voluminos conduce sângele de la inimă la plămân. Artera pulmonară pornește din ventriculul drept, de care este separată prin valvula pulmonară. Ea se îndreaptă în sus, apoi se separă sub arcul aortic în două ramuri: artera pulmonară dreaptă, mai lungă și mai mare (are trei ramuri lobare), și artera pulmonară stângă (cu două ramuri lobare).

Vena pulmonară. În număr de 4 (câte două de fiecare parte), venele pulmonare se deschid în auriculul stâng, în care aduc sângele oxigenat în plămân.

PULPĂ. → COAPSĂ.

PULPĂ DENTARĂ. Țesut conjunctiv vascularizat și inervat, situat în cavitatea centrală a dintelui, endodontul.

Pulpa dentară, denumită impropriu nerv dentar, asigură formarea dentinei, precum și nutriția, sensibilitatea și apărarea dintelui. Se distinge pulpa camerală, situată în centrul coroanei, de pulpa radiculară, localizată în centrul fiecărei rădăcini.

PULPECTOMIE. 1. Ablație a pulpei dentare. SINONIM: *devitalizare*. **2.** Ablație chirurgicală a parenchimului (țesutului funcțional) testicular.

INDICAȚII. O pulpectomie (cazul 2) este indicată în cazul unui cancer al prostatei.

CONSECINȚE. Pulpectomia este lipsită practic de orice risc și nu necesită o supraveghere pe termen lung. Ca și castrarea (ablația chirurgicală a testiculelor), ea induce o sterilitate, precum și o impotență sexuală, ceea ce justifică faptul ca un pacient aflat la vârsta procreației să aibă în vedere conservarea spermei sale înainte de intervenție.

PULPITĂ. Inflamație acută și ireversibilă a pulpei dentare.

O pulpită este cauzată de o carie profundă sau de un traumatism dentar. Ea se traduce prin dureri uneori provocate de contactul cu alimente calde, dar adesea și spontan. Aceste dureri pot fi accentuate prin accelerarea ritmului cardiac la efort și prin iradierea spre urechi sau pomeți. Atunci când pulpa este inflamată, ea se află comprimată

în cavitatea dentară din cauza creșterii în volum a acestor țesuturi. Atunci dintele trebuie devitalizat.

PULS. Bătaie ritmică (pulsație) a arterelor datorată trecerii sângelui propulsat la fiecare contracție cardiacă.

Pulsul se apreciază de cele mai multe ori apăsând cu un deget sau două pe artera radială, situată la partea inferioară a antebrațului, la nivelul încheieturii mâinii. Bătăile arteriale mai pot fi percepute și la nivelul arterei carotide (la baza gâtului), al arterei humerale (pe fața internă a brațului), al arterei femurale (inghinal), al arterei poplitee (în spatele genunchiului), al arterei pedioase (pe spatele piciorului) sau al arterei tibiale posterioare (în spatele maleolei interne, reliefuI osos al extremității inferioare a tibiei, la înălțimea gleznei).

Luarea pulsului, act medical curent, constă în evaluarea intensității și ritmului pulsului.

■ *Intensitatea bătăilor* dă indicații diagnostice prețioase. Un puls foarte puternic poate semnala o insuficiență aortică (defect de închidere a orificiului aortic al inimii); un puls slab (sau puls filiform) poate marca o îngustare a arterei în amonte sau o insuficiență cardiacă; un puls imperceptibil poate indica o obstrucție a arterei în amonte – din cauza unei embolii (cheag) sau unei arterite (îngustare a lumenului arterei prin plăci de colesterol).

■ *Ritmul pulsului* este, de asemenea, foarte important deoarece traduce frecvența bătăilor inimii, care este de aproximativ 70 bătăi pe minut și poate urca mult peste 100 bătăi pe minut în timpul unui efort sau al unei emoții. O accelerare a pulsului traduce o tahicardie; o încetinire, traduce o bradicardie.

PULSAȚIE. Percepere a bătăilor cardiace la nivelul toracelui sau al trunchiurilor arteriale accesibile palpării manuale.

Pulsațiile formează un ansamblu ritmic de bătăi cardiace la înălțimea toracelui, percepute bine la auscultarea inimii cu stetoscopul. Aceste bătăi sunt transmise în lungul trunchiurilor arteriale. Astfel, pulsațiile pot fi căutate pe artera radială, la partea anterioară a încheieturii mâinii, unde ele constituie pulsul, sau pe artera femurală, inghinal, cu scopul de a verifica ritmul și amplitudinea, controlând în acest fel suplețea arterei.

PULVERIZAȚIE sau **PULVERIZARE.** Proiectare a unui produs adus în forma de particule fine și suspendate într-un gaz propulsor.

PUNCT DE SUTURĂ. Punct de coasere pentru apropierea marginilor unei plăgi sau ale unei incizii chirurgicale, cu scopul de a facilita cicatrizarea. → SUTURĂ.

PUNCȚIE. Act constând în introducerea unui ac sau în practicarea unei deschideri mici într-un țesut, un organ, o cavitate naturală sau patologică pentru a extrage un gaz, un lichid sau pentru a preleva un eșantion.

Cu ocazia unei puncții, se mai poate realiza și injectarea unui produs.

TEHNICĂ. O puncție se practică cu un ac sau cu un trocar (canulă tăietoare sau de străpungere). Locul de intrare, pe piele, a instrumentului care servește la puncționare trebuie să fie precizat cu exactitate, în urma unui examen clinic făcut pacientului și eventual a unei radiografii. Pielea este dezinfectată și, în general, anesteziată.

Eșantionul prelevat prin puncție este analizat, examinat histologic (biopsie) sau pus în cultură în laborator în scop diagnostic.

Punctiile exploratorii permit stabilirea sau confirmarea unui diagnostic. Punctiile evacuatorii pot fi urmate de injectarea de produse medicamentoase destinate de exemplu, calmării durerilor.

PUNCȚIE-BIOPSIE. Act constând în introducerea unui trocar într-un țesut viu și în prelevarea unui fragment din acesta pentru a fi supus analizării.

INDICAȚII. O puncție-biopsie se practică atunci când prelevarea trebuie să se facă din profunzime.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. Această intervenție necesită examene prealabile care permit să se verifice că hemostaza (ansamblul fenomenelor naturale responsabile de oprirea unei hemoragii) este apropiată de normal: procesul de coagulare și nivelul de protrombină să fie corecte, să existe un număr suficient de plachete sangvine. Această precauție permite să se evite riscul sângerărilor locale. Adesea este indispensabilă o scurtă perioadă de spitalizare.

Reperele locului de puncționare sunt luate, în general, cu ajutorul unei radiografii sau al unei ecografii. Puncția-biopsie sau puncția biopsică se face sub anestezie locală cu un trocar (canulă tăietoare sau străpungătoare care permite prelevarea unei mici probe cilindrice – sau carote – din organul sau din tumora de studiat). Manipularea instrumentului este ghidată adesea prin ecografie sau prin scaner. Fragmentul de țesut extras este apoi examinat cu ajutorul diferitelor instrumente și tehnici: microscop optic, microscop electronic, dozări chimice, culturi bacteriene sau culturi de țesuturi. Este necesară o supraveghere postoperatorie a pacientului.

PUNCȚIE LOMBARĂ. Act constând în introducerea unui ac tubular în fundul de sac rahidian lombar (partea inferioară a coloanei vertebrale), apoi în prelevarea și/sau evacuarea lichidului cefalorahidian și/sau injectarea unui medicament sau a unui produs de contrast.

TEHNICĂ. Medicul trebuie să se asigure că nu există contraindicații pentru o puncție lombară (P.L.) și îndeosebi că bolnavul nu este afectat de o hipertensiune intracraniană, depistabilă printr-un examen al fundului de ochi. În absența contraindicațiilor, puncția lombară nu prezintă pericol.

Introducerea unui singur ac fin combinat cu un sistem de schimbare a seringilor permite, la nevoie, diferite operații succesive: prelevarea de lichid cefalorahidian (L.C.R.) apoi introducerea unui produs de contrast înainte de efectuarea unei saccoradiculografii. În majoritatea cazurilor, o puncție lombară nu este deosebit de dureroasă. Ea este efectuată de cele mai multe ori sub anestezie în cadrul unei spitalizări pentru un sindrom meningean sau pentru o afecțiune degenerativă a sistemului nervos central, de exemplu.

Pacientul va trebui să rămână alungit timp de 24 ore după intervenție pentru a evita apariția durerilor de cap.

PUNGĂ A APELOR. Spațiu umplut de lichidul amniotic cuprins între membrana ovulară internă (amnios) și făt.

Punga apelor joacă un rol capital în protecția fătului față de traumatismele din timpul sarcinii. În timpul nașterii, sub presiunea contracțiilor uterine și a lichidului amniotic, ea apasă pe colul uterin și favorizează dilatația sa.

RUPEREA SPONTANĂ. În general, punga apelor se rupe atunci când dilatația colului atinge 2–5 centimetri, dar se întâmplă ca această rupere să se producă prea devreme, chiar la începutul travaliului, anunțând astfel iminența nașterii. În cursul travaliului, ruperea membranelor antrenează o intensificare și o îndesire a contracțiilor uterine. Această rupere se manifestă printr-o scurgere lentă de lichid sau printr-o țâșnire bruscă. Ea nu este dureroasă. În mod normal, lichidul este limpede. El este colorat în verde închis, ceea ce indică prezența meconiului, primul scaun al fătului, și semnalează o suferință fetală care necesită declanșarea nașterii. O rupere a pungii apelor la femeia gravidă implică prezentarea fără întârziere la maternitate, deoarece protecția fătului este diminuată și riscurile de infecție sunt mult mai mari.

Atunci când ruperea pungii apelor se produce în mod prematur, adică înainte de 8 luni de sarcină, femeia gravidă este spitalizată și supravegheată din cauza posibilelor complicații (infecții, risc de naștere prematură), necesitând uneori declanșarea nașterii.

RUPEREA ARTIFICIALĂ. Dacă punga apelor nu este ruptă spontan atunci când dilatația colului atinge 5 cm și când capul fătului s-a angajat deja, medicul obstetrician sau moașa străpung membranele cu o pensă în cursul unei contracții.

PUNTE. Proteză destinată să înlocuiască unul sau mai mulți dinți lipsă, fixată pe dinții naturali învecinați cu sectorul edentat.

Puntea („bridge" în engleză) este fabricată plecând de la o amprentă a dinților, lipită apoi de dinții sănătoși adiacenți, prin intermediul coroanelor. Puntea poate fi din metal (aliaj cu aur, de exemplu) sau, mai estetică, din ceramică, montată pe o armătură metalică (pentru dinții vizibili). O punte care se numește „completă" poate cuprinde mai mult de 12 dinți pe o singură arcadă.

Rolul unei punți este de a restabili masticația, fonația și estetica. Atunci când este bine executată, integrarea ei în gură este perfectă.

PUPILĂ. Orificiu circular în centrul irisului, care permite, prin contracția sau dilatarea sa să dozeze cantitatea de lumină ce pătrunde în ochi.

FIZIOLOGIE. Reflexul fotomotor corespunde contracției pupilei sub efectul luminii. Reflexul de acomodare-convergență-mioză este contracția sa în timpul vederii de aproape. Aceste reacții reflexe sunt posibile datorită a doi mușchi: sfincterian și dilatator ai irisului. Mușchiul sfincterian al irisului permite contracția pupilei (mioză) pentru a micșora cantitatea de lumină care intră în ochi sau pentru vederea de aproape. Mușchiul dilatator al irisului, mai puțin activ decât cel sfincterian, permite dilatația pupilei (midriază) cu scopul de a face să ajungă mai multă lumină pe retină atunci când se întunecă sau în cursul vederii de departe.

PATOLOGIE. Pupila poate fi sediul mai multor anomalii sau leziuni, afectând pupila însăși sau variațiile diametrului său.

■ *Anizocoria* se traduce printr-o diferență de dimensiuni între cele două pupile, cauzată de o atingere a căilor nervoase care comandă reflexul fotomotor.

■ *Anomaliile congenitale* ale pupilei se referă la dimensiunile sale (prea mică), forma sa (neregulată) și localizarea (descentrată). De asemenea, irisul poate prezenta un colobom (fantă sau un segment lipsă).

■ *Sindromul lui Adie* este caracterizat prin existența unei pupile mai mari decât cealaltă și printr-o contracție lentă la lumină și o dilatare lentă la întuneric. Ea se întâlnește mai ales la femeile tinere și nu are o origine precisă.

PURGATIV. → LAXATIV.

PURPURA. Afecțiune caracterizată prin apariția pe piele a unor pete roșii provocate de trecerea globulelor roșii în derm.

Purpura constituie un semn al numeroase afecțiuni. Ea se deosebește de un alt tip de roșeață, eritemul, deoarece ea nu se decolorează la vitropresiune (manevră constând în apăsarea cu o sticlă de ceas asupra leziunii) și evoluează spre o culoare maronie, datorită metabolismului fierului în piele. După forma și mărimea petelor se disting petesiile (pete foarte mici punctiforme), echimozele (în plăci) și vibicele (echimoze lineare).

CAUZE. Purpura poate avea diferite cauze și mecanisme.

■ *Purpura plachetară* este provocată fie de o trombopatie, anomalie a funcționării plachetelor sangvine (trombastenie, purpura hemoragică ereditară, boala lui Willebrand), fie de o trombopenie, insuficiența numărului de plachete din sânge. O astfel de insuficiență se observă în două tipuri de

circumstanțe: trombopenia „centrală", prin deficit de formare a plachetelor în măduva osoasă, prin aplazie medulară (distrugerea măduvei) sau prin invadare canceroasă (leucemie, mielofibroză, metastaze, boala lui Hodgkin); trombopenia „periferică", prin distrugerea plachetelor în sânge, prin dereglare imunitară (după luarea unor medicamente, după o transfuzie) sau prin infectarea organismului (purpura infecțioasă).

■ *Purpura vasculară* are drept mecanism general o alterare a peretelui vaselor. Fragilitatea capilară este banală, dar cauza sa inițială nu este cunoscută. Unele cazuri se observă în cursul împrejurărilor deosebite ca: dermita ocre a gambelor, cauzată de varice; vascularitele (inflamații ale vaselor) ca purpura reumatoidă a copilului, sau sindromul lui Schönlein-Henoch; îmbătrânirea (purpura lui Bateman pe antebrațe); aplicațiile prelungite de sau luarea pe o durată lungă de corticosteroizi; carența în vitamina C.

PURPURA FULMINANS. Septicemie fulgerătoare, cauzată de o infecție cu meningococ, sau meningococemie, afectând îndeosebi sugarii și copiii mici.

Purpura fulminans se traduce printr-o febră ridicată, prin leziuni cutanate (purpura) necrotice și hemoragice, apoi printr-o stare de șoc. Tratamentul necesită o spitalizare de urgență; administrarea de antibiotice pe cale venoasă și tratamentul stării de șoc.

PURPURA REUMATOIDĂ. → SCHÖNLEIN-HENOCH (sindrom al lui).

PUROI. Lichid patologic, seros și opac, constituit din globule albe, alterate sau nu, din celule ale țesuturilor învecinate supurației și din bacterii, vii sau moarte.

Puroiul este mai mult sau mai puțin gros și grunjos. El este susceptibil să formeze un abces, colecție de puroi într-o cavitate sau într-un țesut.

PURULENT, -Ă. Care conține sau produce puroi.

PUSTULĂ. Leziune cutanată constituită dintr-o ridicare a epidermului sau a unei zone bine delimitate și circumscrise, care conține un lichid purulent.

Pustulele sunt înconjurate adesea de o zonă inflamatorie; ele sunt destul de fragile, se excoriază prin scărpinat, formând atunci mici eroziuni „cu carne vie" și pot lăsa cicatrice. Acestea sunt leziuni elementare (leziuni caracteristice unui anume număr de boli, a căror prezență permite orientarea diagnosticului).

Pustule se mai observă în decursul diferitelor afecțiuni: psoriazisul pustulos, acneea rozacee, infecțiile cutanate bacteriene, impetigo, cărbune, vaccină. Alte afecțiuni, în care pustulele sunt frecvente și caracteristice, sunt denumite pustuloze.

PUSTULOZĂ. Boală cutanată caracterizată prin prezența pustulelor (ridicătură circumscrisă a epidermului ce conține un lichid purulent).

Termenul de pustuloză califică trei tipuri de afecțiuni diferite.

Pustuloza exantematică acută generalizată. Aceasta este o pustuloză care rezultă în majoritatea cazurilor în urma luării unor medicamente (penicilină, macrolid, inhibitor calcic) și uneori după o infecție virală (virus coxsackie).

SIMPTOME ȘI TRATAMENT. Pustulele dispar, în general, în mai puțin de două săptămâni fără a lăsa cicatrice. Tratamentul este cel al simptomelor: antihistaminice în caz de mâncărimi, antiseptice locale aplicate pe leziuni. Sunt posibile recidivele.

Pustuloza palmoplantară. Aceasta este o erupție, pe palma mâinilor sau pe planta picioarelor, de vezicule (băsicuțe cu lichid limpede) care se transformă în pustule. Afecțiunea este cauzată de o dishidroză (un fel de eczemă), prezenței unui focar infecțios profund în organism sau unui psoriazis. Tratamentul este cel al bolii în cauză, asociat cu administrarea de retinoide și cu îngrijiri locale (antiseptice, reductori, corticosteroizi). Pustulele dispar fără a lăsa urme.

Pustuloza varioliformă a lui Kaposi-Juliusberg. Numită și pustuloză varicelliformă, această pustuloză este suprainfecția unei boli de piele, de cele mai multe ori o dermatită atopică (tip de eczemă care afectează subiecții predispuși la alergii), cu un virus din familia herpesvirusurilor. Boala, rară, afectează sugarul de la vârsta de 5 luni până la 20 de luni.

Această pustuloză se traduce printr-o alterare bruscă a stării generale (febră de 40°C, pierdere a poftei de mâncare, depresie) și un puseu al bolii cutanate preexistente. Aceste semne sunt urmate de o erupție de pustule mai mult sau mai puțin hemoragice.

Tratamentul durează cincisprezece zile și necesită o spitalizare de urgență. El asociază antivirale (aciclovir) în perfuzie intravenoasă, o reanimare și îngrijiri locale (dezinfecția leziunilor).

Prevenirea constă în a nu pune în contact un sugar purtător al unei boli cutanate extinse cu o persoană atinsă de un herpes bucal.

PUVATERAPIE. Metodă de tratament al bolilor cutanate care asociază administrarea de psoralene (substanțe care exercită o acțiune fotosensibilizantă) cu expunerea la radiațiile ultraviolete. SINONIM: *fotochimioterapie*.

INDICAȚII. Puvaterapia este indicată mai ales în tratamentul psoriazisului, dar și în cel al bolii numită vitiligo, în care poate contribui la repigmentarea pielii, și în cel al altor afecțiuni ca parapsoriazisul, micozisul fungoid sau mastocitozele. Ea este, de asemenea, utilizată pentru prevenirea cazurilor de lucită (erupții declanșate de expunerea la soare).

cauză să se adreseze centrului antirabic cel mai apropiat, care decide dacă să se facă sau nu o vaccinare antirabică (6 doze injectate pe o perioadă de 3 luni), însoțită, în caz de mușcătură gravă (a feței) de o seroterapie specifică (ser antirabic sau imunoglobuline umane specifice antirabice). Vaccinul inițial, obținut plecând de la măduva spinării de iepure, era responsabil de complicații neurologice serioase; vaccinul utilizat actualmente este obținut pe culturi celulare și nu antrenează nici o complicație nervoasă.

PREVENIRE. Vaccinul antirabic este utilizat în scop preventiv în profesiunile cu risc: veterinari, agricultori, paznici forestieri etc. El se administrează în două doze la interval de o lună cu rapel la 1 an și la 3 ani după prima vaccinare. Nu există contraindicații ale acestei vaccinări, chiar și în timpul sarcinii.

Rabia animală se traduce prin modificări ale comportamentului obișnuit al animalului: dacă este un animal domestic, el devine agresiv în mod anormal și fără motiv; dacă este un animal sălbatic se îndreaptă spre om în loc să se îndepărteze. Astfel de modificări comportamentale trebuie să atragă atenția, mai ales când sunt însoțite de tulburări ale mersului și de hipersalivație. Prevenirea rabiei animale constă în vaccinarea tuturor animalelor domestice, iar cea a vulpilor devine posibilă mulțumită unui vaccin oral (cocoloase de mâncare cu vaccin răspândite în aria de activitate a acestor animale). Această prevenire este întărită prin controlul sanitar veterinar la frontiere, prin izolarea animalelor mușcate și prin strângerea animalelor vagabonde.

RACHIS sau **RAHIS.** Structură osoasă constituită din 33 de vertebre suprapuse, întinzându-se de la baza craniului la bazin, care înconjoară și protejează măduva spinării și susține capul și trunchiul. SINONIM: *coloană vertebrală.*

STRUCTURĂ ȘI FUNCȚIE. Cele 33 de vertebre sunt compuse din 7 vertebre cervicale, 12 vertebre dorsale, 5 vertebre lombare, 5 vertebre sudate ale sacrumului și din 4 vertebre sudate ale coccisului.

În fiecare interval dintre două vertebre se află un disc format din cartilagiu fibros și dens la periferie și dintr-un nucleu central elastic, *nucleus pulposus.*

Fiecare vertebră prezintă, în spatele corpului său, o cavitate centrală. Cum vertebrele sunt suprapuse, aceste cavități formează un canal lung, denumit canal rahidian. Acesta închide în interior măduva spinării, de la care pornesc rădăcinile nervilor periferici.

PATOLOGIE. Rachisul poate fi afectat de anomalii congenitale, mecanice sau degenerative, precum leziunile inflamatorii sau infecțioase.

■ *Anomaliile congenitale* sunt reprezentate prin spina bifida (defect de închidere a canalului rahidian).

■ *Deformațiile rachisului* pot să se traducă printr-o lordoză (curbură accentuată la nivelul vertebrelor cervicale sau lombare), de o cifoză (curbură accentuată la nivelul vertebrelor dorsale) sau de o scolioză (deviație laterală).

■ *Infecțiile* cele mai frecvente ale rachisului sunt osteomielitele (infecții ale osului și măduvei osoase).

■ *Inflamațiile* articulațiilor vertebrale, ca o spondilodiscită (inflamația simultană a unui disc intervertebral și a vertebrelor adiacente, adesea de origine infecțioasă), pot antrena o redoare permanentă sau o deformație a coloanei.

■ *Leziunile* ca ruptura musculară, entorsa ligamentară, luxația, hernia discală pot fi provocate de gesturi excesive.

■ *Degenerescența rachisului* se caracterizează printr-o artroză a cartilagiului articular. Ea este cauzată de uzură și atinge îndeosebi subiecții peste 60 de ani. Persoanele în vârstă, femeile după menopauză sunt expuse osteoporozei.

RADIAȚIE IONIZANTĂ. Particulă sau radiație energetică susceptibilă să transmită materiei iradiate energia sa, să o ionizeze (conferind o încărcătură pozitivă sau negativă atomilor sau moleculelor care compun această materie) și să antreneze uneori o recombinare sau o reacție chimică.

EFECTE NEDORITE. Acestea pot fi grețurile, vărsăturile, o stare de anxietate. De asemenea, pot fi întâlnite dermite cu peteșiile (mici pete hemoragice subcutanate), o cataractă, leziuni ale măduvei osoase. Diareele sangvinolente, leziunile tubului digestiv, o atingere a sistemului imunitar, leziuni ale sistemului nervos, un edem cerebral pot, de asemenea, să intervină.

Acumularea unor doze de radiații ionizante antrenează și alte tipuri de leziuni, între care cancerele. Riscul de transmisie la descendenți a unei anomalii genetice legată de radiațiile ionizante ar fi de aproximativ 1% per sievert (unitatea SI pentru doză) care a afectat unul dintre părinți.

RADIC, -Ă. Se spune despre o manifestare patologică provocată de o radioterapie.

RADICAL LIBER. Moleculă prezentă în anumite celule, care posedă la periferie un electron celibatar (izolat și care este eliberat cu ușurință).

Radicalii liberi ar fi foarte toxici pentru celule dacă n-ar exista substanțe destinate să-i neutralizeze.

Teoriile încearcă să explice unele dintre fenomenele de îmbătrânire și câteva boli (ateroscleroza) prin acumularea de radicali liberi în organism.

RADICULALGIE. Durere situată în teritoriul inervat de către o rădăcină nervoasă. SINONIM: *durere radiculară.*

O radiculalgie este provocată, în general, de o compresie a unei rădăcini, a unui nerv rahidian (legat de măduva spinării) în apropierea coloanei vertebrale. Această compresie poate fi consecutivă unei artroze a coloanei vertebrale, unei hernii discale, unei tumori osoase sau nervoase.

O persoană atinsă de radiculalgie suferă de dureri de cele mai multe ori acute, de furnicături sau de o anesteziere a pielii. → NEVRALGIE, SCIATICĂ.

RADIOACTIVITATE. Emisie de radiații de către nucleele unor atomi dintr-un element chimic, conducând la transformarea sau transmutația acestui element în altul.

Radioactivitatea poate fi naturală sau poate rezulta din activarea unor nuclee atomice printr-un aport energetic exterior (radioactivitate artificială).

DIFERITE TIPURI DE RADIAȚIE. Există trei tipuri de radiație.

■ *Radiațiile α (alfa)* sunt constituite din nuclee de heliu (doi protoni și doi neutroni). Ele nu au aplicație directă în medicină.

■ *Radiațiile β (beta)* sunt constituite din electroni (particule ușoare de sarcină negativă) sau din pozitroni (particule analoage electronilor, dar cu sarcină pozitivă). Aceste radiații sunt utilizate pentru a doza în laborator anumite molecule biologice ca hormonii cu ajutorul trasorilor radioactivi (radioimunologie); ele mai sunt utilizate în tratamentele prin medicamente radioactive (radioterapie metabolică), precum și în imageria medicală (tomografia cu pozitroni).

■ *Radiațiile X și γ (gamma)* sunt de natură electromagnetică, ca și lumina vizibilă. Ele sunt utilizate în imageria medicală (scintigrafie etc.) și în cobaltoterapie (tratament cu cobalt radioactiv).

MĂSURAREA. Activitatea unei surse de radiație este măsurată în becquereli (Bq).

Normele de protecție împotriva radiațiilor au drept scop limitarea riscurilor lor și menținerea unui nivel comparabil cu cel care îl comportă orice activitate umană. Aceste norme trebuie să țină seamă de nivelul radioactivității naturale a mediului.

EFECTELE RADIAȚIILOR. Din cauza energiei lor, radiațiile radioactive sunt susceptibile să exercite o acțiune nefastă asupra organismului omenesc. Radiațiile α și β sunt puțin penetrante și nu sunt periculoase decât atunci când sunt introduse în organism (de exemplu, prin ingestia de produse alimentare contaminate). Radiațiile γ, în schimb, pătrund în profunzime și pot traversa organele (iradiere).

Efectele radiațiilor sunt de două tipuri: cele care afectează direct ființa vie și cele care afectează descendenții săi. Toate aceste efecte variază după doza primită, durata de expunere și întinderea regiunii expuse la radiație. Efectele dozelor importante sunt bine cunoscute atunci când acestea sunt primite o singură dată de către întreg corpul. Situația inversă, efectul dozelor mici, este mai dificil de evaluat.

RADIOCINEMA. Înregistrare cinematografică a imaginilor unui organ în mișcare, obținută prin radiologie.

RADIODERMITĂ. Boală cutanată provocată de radiațiile ionizante.

Radiodermitele sunt cauzate, în general, de radioterapie și survin în cursul tratamentului unui cancer. Ele au devenit puțin frecvente mulțumită unei mai bune stăpâniri a tratamentului (reducerea dozelor de iradiere și a suprafețelor de aplicare, repartizarea dozelor în mai multe ședințe etc.). Ele afectau cândva radiologii, mai ales la nivelul mâinilor.

RADIODIAGNOSTIC. Diagnostic anatomic și clinic întreprins cu ajutorul tehnicilor de radiologie utilizând radiațiile X. → RAZELE X.

RADIOELEMENT. Element radioactiv. SINONIM: *radioizotop*.

În medicina nucleară sunt utilizate numeroase radioelemente. Cele mai curente sunt tehnețiul (^{99}Tc), taliul (^{201}Tl), iodul radioactiv (^{123}I, ^{125}I, ^{131}I) și indiul (^{111}In). Un radioelement este utilizat uneori singur, dar, de cele mai multe ori, el este legat de o moleculă complexă. Detecția lui este posibilă mulțumită radiației pe care o emite, îndeplinind astfel funcția de „marker" al moleculei, care din acest motiv se numește „marcată".

UTILIZARE ÎN SCOPURI DE DIAGNOSTIC ȘI TERAPEUTICE. Radioelementele sunt utilizate în imageria medicală (scintigrafie), în tratamentele cu medicamente radioactive (radioterapie metabolică) și în anumite tehnici de analiză a prelevatelor biologice. Ele mai sunt întrebuințate în dispozitivele de tratament prin iradiere cum ar fi cobaltoterapia (denumită impropriu bomba cu cobalt).

RADIOGRAFIE DENTARĂ. Imagine a dinților și maxilarelor, obținută prin expunerea la radiațiile X.

INDICAȚII. O radiografie dentară este practicată cu scopul de a căuta anomaliile nedecelabile la examenul clinic: carie în primele stadii, abces, chist sau granulom la extremitatea unei rădăcini, tumoră sau, încă, fractura unei rădăcini sau a unui maxilar, dinte inclus.

EFECTE NEDORITE. O radiografie dentară nu comportă nici un risc (în această privință părerile sunt împărțite), iradierea fiind extrem de mică. Totuși, este preferabil ca femeile gravide să fie protejate cu un șorț cu plumb. → PANORAMICĂ DENTARĂ.

RADIOGRAFIE TORACICĂ. Imagine a organelor mari (inimă, plămâni) conținute în cușca toracică, obținută prin expunerea toracelui la radiații X.

Radiografia toracică este unul dintre examenele cel mai frecvent prescrise în radiologie și în imageria medicală.

INDICAȚII. O radiografie toracică permite să fie recunoscute cele mai multe dintre leziunile pulmonare, cum ar fi cele ale tuberculozei, pneumopatiile infecțioase, pneumonia îndeosebi, sau edemul pulmonar. Ea usurează, de asemenea, diagnosticarea infecțiilor pleurei (pleurezie, pneumotorax), precum și a afecțiunilor care modifică forma inimii și a vaselor (insuficiență cardiacă, anevrism al aortei) sau cele ale mediastinului (adenopatii).

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. Această radiografie se efectuează fără pregătire, în cadrul consultației într-un cabinet de radiologie, la spital sau în afara acestuia.

Dacă radiografia toracică nu este suficientă pentru stabilirea diagnosticului, medicul poate prescrie un scaner toracic, care a înlocuit tomografiile. Acesta permite decelarea leziunilor mai mici datorită sensibilității sale ridicate la contrastul dintre țesutul pulmonar și aerul pe care îl conțin plămânii.

CONTRAINDICAȚII. Acest examen nu se mai practică în mod sistematic în cadrul medicinei școlare sau al medicinei muncii cu scopul de a limita expunerea la radiațiile X. Indicațiile sale sunt, de asemenea, mai limitate în timpul unei spitalizări sau înaintea unei intervenții chirurgicale. Acest examen este preferabil să fie evitat în cursul sarcinii.

RADIOIMUNOLOGIE. Tehnică de laborator care utilizează compuși radioactivi conjugați cu antigene în scopul dozării anticorpilor.

Dezvoltată inițial pentru dozarea hormonilor circulanți, radioimunologia este utilizată pentru a depista anticorpii prezenți în sângele unui bolnav în timpul unei boli ca lupusul eritematos diseminat sau în timpul unei alergii.

RADIOIZOTOP. → RADIOELEMENT.

RADIOLOGIE. Ramură a științelor medicale care utilizează radiațiile X în scopuri de diagnostic sau terapeutice.

Radiologia, una dintre tehnicile de imagerie medicală, mai cuprinde ecografia, care utilizează ultrasunetele, și imageria prin rezonanță magnetică (I.R.M.), care utilizează fenomenul rezonanței magnetice nucleare (R.M.N.).

RADIOLOGIE INTERVENȚIONALĂ. Tehnică de intervenție în scopuri de diagnostic sau terapeutice controlată vizual prin intermediul unei aparaturi de imagerie medicală.

Radiologia intervențională permite – sub control vizual ecografic sau radiologic – puncțiile și biopsiile organelor profunde, drenarea abceselor. Tratamentul anumitor hernii discale din regiunea lombară prin nucleoliză enzimatică (injectarea unei enzime în discul vertebral) sau prin fragmentarea percutanată, tratamentul unor cancere prin perfuzie locală de antimitotice (medicamente anticanceroase), punând la adăpost restul organismului față de efectele nedorite, ori neurochirurgia stereotaxică sunt alte exemple de radiologie intervențională.

Radiologia vasculară intervențională comportă mai multe tehnici. Obliterarea unui vas prin intermediul unor particule solide sau al unui cheag sangvin poartă numele de embolizare. Ea este utilizată pentru a provoca oprirea unei sângerări consecutive unei leziuni sau pentru diminuarea abundenței unei hemoragii în cursul unei intervenții chirurgicale. Ea mai este folosită pentru a face să regreseze o leziune vasculară (anevrism). În alte cazuri, imaginea permite să se controleze introducerea în vase – după obliterarea acestora – a unor sonde dotate la extremitatea lor cu echipament care este ales în funcție de patologia care urmează a fi tratată: balonaș detașabil pentru a umple punga formată de un vas fragilizat (anevrism), sau un balonaș nedetașabil pentru a dilata local o arteră îngustată; filtru în formă de „umbrelă" pus în vena cavă inferioară pentru a proteja plămânii de riscul unei embolii.

Aceste tehnici diferite permit să se evite costurile – și uneori, limitând calea de abordare, riscurile – legate de o intervenție chirurgicală clasică. Ele necesită totuși o spitalizare.

RADIOLOGIE NUMERICĂ. Tehnică de imagerie medicală bazată pe utilizarea unei camere video care baleiază, linie cu linie, ecranul unui amplificator de strălucire (aparat care amplifică lumina imaginii radiografice).

Semnalul care provine de la camera video este analizat și transformat într-o suită de numere formate din 0 și 1 (codaj binar). Imaginea numerizată astfel poate fi înregistrată de ordinator și tratată: este posibil să i se moduleze contrastul, să fie mărită, să fie adnotată și, mai general vorbind, să i se îmbunătățească atât calitatea, cât și prezentarea. După scanerul cu radiații X, angiografia numerizată a fost prima aplicație a radiologiei numerice.

RADIOMANOMETRIE BILIARĂ PEROPERATORIE. Examen radiologic asociat cu un studiu al presiunilor căii biliare principale (canalul coledoc), practicat în cursul unei intervenții chirurgicale.

Examenul radiologic biliar peroperatoriu este indicat în timpul ablației veziculei biliare, operație impusă de o litiază biliară (formarea de calculi). Acest examen permite să se asigure că pe calea biliară principală nu există nici un obstacol (calcul sau obstacol funcțional). În anumite indicații, el este completat printr-un studiu manometric biliar. O sondă dotată cu un aparat de măsurare a presiunilor este introdusă atunci în canalul coledoc, accesibil în mod direct, urmată de o altă sondă care permite opacifierea acestui conduct cu un produs radioopac pentru a putea obține imagini radiologice.

RADIOPELVIMETRIE. Metodă radiologică ce permite măsurarea dimensiunilor bazinului la femeia gravidă.

INDICAȚII. Radiopelvimetria este indicată atunci când există îndoieli în ce privește dimensiunile pelvisului (bazinului), care trebuie să fie suficient de mare pentru a permite trecerea copilului în timpul nașterii, sau când se suspectează o anomalie osoasă (anomalie a coloanei vertebrale, luxația șoldului, antecedent de fractură a bazinului). Ea mai este practicată atunci când copilul se prezintă cu șezutul sau când femeia gravidă a suferit deja o cezariană

în cursul unei sarcini precedente. Radiopelvimetria permite să se stabilească dacă naşterea aşteptată se va putea face fără riscuri pe căi naturale sau dacă trebuie să fie prevăzută o cezariană.

TEHNICĂ ŞI DESFĂŞURARE. Acest examen utilizează radiaţii X şi se practică fie în modalitatea de radiologie convenţională, fie cu ajutorul unui scaner cu radiaţii X. În radiologia convenţională, examenul se realizează cât mai târziu posibil, în luna a 8-a sau a 9-a de sarcină, fără pregătire. Examenul durează zece minute. Vezica trebuie să fie goală.

Pentru a evita o iradiere mai mare a fătului, radiologul limitează numărul clişeelor la trei, într-o poziţie semi-şezândă, un altul în picioare şi perfect din profil, ultimul în poziţie culcată şi localizat pe spinele sciatice, urmărind să se focalizeze la maximum radiaţiile X pe acestea din urmă.

În cazul tomodensitometriei (scaner, cu radiaţii X), pacienta este alungită pe spate, cu braţele în spatele capului. Sunt realizate două clişee (faţă şi profil) după o tehnică de numerizaţie şi completate cu una sau două secţiuni scanografice efectuate în planul axial. Măsurătorile reale se efectuează direct pe ecranul de comandă al scanerului.

RADIOPROTECŢIE. Protecţia persoanelor, bunurilor şi mediului faţă de radiaţiile ionizante.

DIFERITE TIPURI DE RADIOPROTECŢIE

■ *Normele legislative şi regulamentare* sunt stabilite la scară naţională şi internaţională pentru a proteja persoanele faţă de radiaţii. Aceste norme sunt în legătură îndeosebi cu radiaţiile ionizante, cu instalaţiile (localuri, perimetre interzise), cu transportul substanţelor radioactive, cu limitarea iradierii populaţiei în ansamblul ei şi cu supravegherea persoanelor expuse profesional. Pot surveni leziuni atunci când doza totală de radiaţie pentru o expunere depăşeşte pragul de 1 sievert.

■ *Evitarea expunerii* constituie cea mai bună protecţie. În afara radiaţiei naturale, de origine telurică, solară şi cosmică şi de riscurile de iradiere legate de instalaţiile şi de experimentele nucleare civile şi militare, există o iradiere legată de utilizarea medicală a radiaţiilor ionizante. În acest domeniu, măsurile de radioprotecţie constau în controlul faptului că instalaţiile şi localurile sunt conforme cu normele în vigoare şi în reducerea numărului de examene radiologice inutile sau puţin utile. Alte măsuri, de ordin incitativ, sunt destinate să orienteze prescripţia de examene care limitează iradierea sau permit evitarea ei (scanerul cu radiaţii X mai curând decât tomografia, de exemplu, sau încadrarea părţii de corp expuse).

■ *PREVENIRE.* În caz de accident nuclear sau de expunere la gaze conţinând izotopi radioactivi, cea mai bună prevenire faţă de riscul de captare a iodului radioactiv este de a administra cât mai devreme posibil iod neutru, care saturează tiroida şi împiedică iodul radioactiv să se fixeze în ea.

SUPRAVEGHERE. Persoanele expuse accidental sau profesional unei iradieri excesive trebuie să fie îndepărtate fără întârziere, mai mulţi ani, de locul de expunere la iradieri. Dacă există contaminare, se întreprind măsurile de decontaminare în blocul medical prevăzut în acest scop. Apoi este practicat, chiar imediat un examen clinic şi biologic, care este repetat după o perioadă scurtă şi apoi după una mai lungă.

RADIOSCOPIE. Examen radiologic în care imaginea produsă de radiaţiile X este proiectată şi observată pe un ecran fluorescent.

Radioscopia este mult mai puţin iradiantă azi datorită îmbunătăţirii tehnicilor materialului utilizat. Tehnică modernizată, radioscopia permite de exemplu, prin utilizarea unui amplificator de strălucire, să controleze într-un bloc operator reducerea unei fracturi.

RADIOTERAPIE. Utilizare a radiaţiilor ionizante în tratamentul anumitor boli, îndeosebi al cancerelor.

Termenul de radioterapie întrebuinţat singur se referă mai ales la radioterapia externă, denumită încă şi radioterapie transcutanată sau teleradioterapie, în care sursa radiaţiilor este exterioară bolnavului şi produce un fascicul care atinge ţesuturile profunde după ce a traversat pielea şi ţesuturile superficiale. Radioterapia externă face apel la două tipuri de radiaţii ionizante: radiaţii electromagnetice (radiaţii X, radiaţii γ) şi radiaţii constituite din particule elementare infime (electroni, protoni, neutroni). Ea utilizează două surse de radiaţii: fie radioelemente în sine (cobalt 60), care sunt adesea izotopi radioactivi ai unei substanţe; fie aparate (acceleratori de particule) care pun în mişcare particulele elementare şi trimit spre bolnav ori aceste particule, ori radiaţia pe care acestea o produc.

INDICAŢII. La doze slabe, radioterapia are un efect antiinflamator utilizat uneori în tratamentul zonei zoster sau al keloidelor (cicatricele patologice).

Totuşi, indicaţia principală a radioterapiei este cancerul. O radioterapie are drept obiectiv furnizarea unei doze suficiente pentru a trata tumora protejând organele învecinate. Doza absorbită este exprimată în gray. Radiaţiile ionizante acţionează distrugând structurile cromozomice responsabile de diviziunea celulară, ceea ce antrenează moartea celulelor canceroase. Celulele sănătoase sunt atacate şi ele, dar ele au o capacitate de restaurare mai mare. Acţiunea anticanceroasă a radiaţiilor este utilizată în mod izolat sau asociată cu o altă metodă (chirurgie, chimioterapie). Astfel, radiochimioterapia (administrarea simultană a radiaţiilor şi a medicamentelor) este utilizată în caz de carcinom epidermoid al faringelui, bronhiilor, esofagului şi canalului

anal; radioterapia peroperatorie constă în iradierea unei tumori profunde (rectală, pancreatică etc.) cu electroni în cursul unei intervenții chirurgicale după ce au fost date deoparte organele învecinate (intestine, rinichi etc.). Radioterapia are numeroase alte aplicații: radioterapia corporală totală este destinată pregătirii unei grefe de măduvă osoasă pentru a trata anumite forme de leucemie sau de hematopatii; radioterapia cutanată totală utilizează electroni de slabă intensitate în tratamentul limfoamelor cutanate.

DIFERITE TIPURI DE APARATE. Tuburile tradiționale care produc radiații X de joasă energie nu mai sunt întrebuințate decât în tratamentul cancerelor cutanate. Acceleratorii lineari sunt aparatele cel mai frecvent folosite: ei produc fie electroni, activi la suprafață și indicați în tratamentul tumorilor superficiale, fie radiații X de înaltă energie, care pătrund în profunzime, sub piele, și sunt adaptate tratamentului cancerelor profunde ale toracelui sau abdomenului. O altă varietate de acceleratori de particule, ciclotroanele, care produc neutroni sau protoni, este rezervată unor forme rare de cancer și cu un tratament foarte delicat (melanomul ochiului, sarcomul bazei craniului). În sfârșit, aparatele conținând cobalt 60, care emite radiații γ, tratează țesuturile profunde, dar nu afectează pielea, fiind adaptate cancerelor de cap și de gât, de sân și ale membrelor.

TEHNICĂ. Radioterapia modernă presupune un mediu tehnic costisitor. Un examen prealabil la scaner permite să se repereze amplasarea organului sau organelor de iradiat. Este realizată o simulare prin radiografie simplă pentru a permite o poziționare bună a fasciculului. Doza de radiație necesară distrugerii celulelor canceroase este calculată prin dozimetrie. Pentru a crește eficacitatea radiației fără a leza țesuturile sănătoase, este folosită adesea tehnica fasciculelor convergente: un fascicul iradiază fața anterioară a părții bolnave, al doilea fața posterioară, al treilea din partea dreaptă și ultimul din partea stângă. Fiecare fascicul are o intensitate prea slabă pentru a putea leza țesuturile sănătoase de pe traiectul lui, dar suma intensităților celor patru fascicule are un efect însemnat asupra tumorii. Fasciculele, rectangulare, pot adopta o formă complexă multumită unor piese de un anumit fel. O altă tehnică, radioterapia prin minifascicule (iradiere prin multiple minifascicule convergente), este utilizată în tratamentul malformațiilor arteriovenoase sau al tumorilor cerebrale limitate, dar inoperabile.

DESFĂȘURARE. Bolnavul este dezbrăcat, culcat într-o poziție care permite iradierea și ținut nemișcat. Tratamentul este nedureros și nu durează mai mult de câteva minute. Repere desenate sau tatuate pe piele, permit să se poziționeze de fiecare dată aparatele pentru o nouă ședință. Tratamentul cu doze mici este, în general, zilnic sau chiar de mai multe ori pe zi pentru a-i ameliora eficacitatea în anumite cancere (de faringe, de laringe). Tratamentul durează 4–8 săptămâni aproximativ, fără ca spitalizarea să fie indispensabilă.

EFECTE NEDORITE. Acestea sunt cauzate de atingerea celulelor sănătoase. Reacțiile precoce sunt reversibile în câteva săptămâni: radiodermită acută (roșeață cutanată, depilare), radiomucită acută (înroșire a mucoaselor și dureri bucale), hipoplazie medulară (distrugere a celulelor sanguine ale măduvei osoase). Reacții tardive, care se produc uneori după mai mulți ani, sunt mai greu reversibile: radiodermită cronică (piele fină, uscată, cuperoasă), fibroză pulmonară (invadare a plămânilor de țesut fibros), întârziere a creșterii la copil, apariția altor cancere, tulburări genitale (menopauză precoce, sterilitate), anomalii ale gameților mai mult sau mai puțin transmisibile urmașilor.

Prevenirea, de eficacitate sigură dar parțială, se bazează pe precauțiile tehnice: doza de radiație și volumul corporal iradiat să fie cele mai mici posibile, diminuarea dozelor de administrat pe ședință și creșterea, în schimb, a numărului de ședințe. → COBALTOTERAPIE, CURIETERAPIE, NEUTRONTERAPIE, PROTONTERAPIE.

RADIOTERAPIE METABOLICĂ. Metodă terapeutică ce constă în administrarea unui medicament care conține un element radioactiv destinat fixării lui într-un țesut sau într-un organ care trebuie iradiat selectiv în scop terapeutic.

Iodul radioactiv (iod 131) este utilizat de vreo cincizeci de ani în tratamentul bolilor glandei tiroide.

Fosforul 32 este utilizat în tratamentul sindroamelor mieloproliferative (producere excesivă de celule sangvine de către măduva osoasă), îndeosebi a poliglobuliei primitive (boala lui Vaquez). Stronțiul 89, fosfonații marcați cu reniu 186 sau cu samariu 153 sunt utilizați pentru atenuarea durerilor din cadrul metastazelor osoase ale cancerelor de prostată, atunci când hormonoterapia nu mai este eficace. Ytriul 90, reniul 186 sau erbiul 169 sunt injectați sub formă unor soluții coloidale în articulații cu scopul de a evita distrugerea lor prin fenomene inflamatorii severe: este vorba de sinoviorteza radioactivă, utilizată, în principal, în tratamentul poliartritei reumatoide. În sfârșit, metaiodobenzilguanidina marcată cu iod 131 este întrebuințată în tratamentul paliativ al unor feocromocitoame (tumori ale glandei medulosuprarenale) de natură malignă, cu metastaze viscerale sau osoase, precum și în cel al neuroblastoamelor inoperabile sau rezistente la chimioterapie.

RADIUS. Os care constituie, împreună cu cubitusul, scheletul antebrațului.

Radiusul este situat în partea externă a antebrațului, în prelungirea policelui. Acesta este un os lung de formă ușor spiralată, ceea ce permite rotația sa în jurul cubitusului în cursul mișcărilor de pronație-supinație (care permit orientarea palmei în sus sau în jos, în față sau în spate, în interior sau în exterior). Extremitatea inferioară a radiusului se articulează cu cubitusul și cu carpul. Extremitatea sa superioară schițează un mic cap articulat cu humerusul și cubitusul.

PATOLOGIE. În afara bolilor osoase (tumori și infecții), radiusul este de cele mai multe ori sediul fracturilor; de fapt, în cazul căderii pe încheietura mâinii sau pe palmă, radiusul este cel care suportă cea mai mare parte a șocului.

■ *Fracturile în „lemn verde"*, specifice copilului, nu afectează radiusul în totalitatea diametrului său. Tratamentul lor este ortopedic: imobilizarea gipsată timp de 3 săptămâni până la 3 luni, după vârsta copilului.

■ *Fracturile diafizei radiale* (partea mediană a radiusului) pot fi izolate sau asociate unei fracturi a cubitusului. Deplasarea osoasă este adesea importantă, făcând necesară o fixare chirurgicală a fragmentelor osoase prin osteosinteză (cu ajutorul unei plăci cu șuruburi, de exemplu).

■ *Fracturile extremității inferioare* a radiusului sunt mai frecvente la subiectul vârstnic (fractura lui Pouteau-Colles) și favorizate de osteoporoză (rarefierea osoasă). Tratamentul lor este de cele mai multe ori ortopedic (gips).

■ *Fracturile extremității superioare* a radiusului, frecvente la sportivi, ating de cele mai multe ori cupula radiusului (articulația cu humerusul); tratamentul lor este, în general, ortopedic (gips imobilizator, timpul cel mai scurt posibil – între 8 și 15 zile maximum –, cotul în unghi drept), dar, dacă este spart capul radiusului în mai multe fragmente sau în caz de deplasare mare, poate fi necesară o intervenție chirurgicală.

■ *Fracturile în „turtiță de unt"*, specifice copilului, sunt caracterizate printr-o simplă tasare a osului fără deplasare. Ele pot atinge cartilaginile de conjugare (zonele situate la extremitățile osului, permițând creșterea sa în lungime). Tratamentul lor este ortopedic: imobilizarea gipsată pe o durată de 3 săptămâni până la 3 luni, după vârsta copilului.

RAHIANESTEZIE. Anestezie regională a abdomenului și membrelor inferioare prin injectarea unui anestezic în canalul rahidian.

Rahianestezia este utilizată în chirurgia aparatului urinar jos (vezică), a aparatului genital feminin, a anusului și a membrelor inferioare. Rahianestezia are un efect mult mai rapid decât anestezia peridurală, dar, spre deosebire de ea, nu poate fi practicată pentru operații cu durată mai mare de 2,5 ore.

PRINCIPIU. Se injectează un anestezic local în lichidul cefalorahidian, la înălțimea rădăcinilor nervoase ale cozii de cal. După câteva minute se instalează un blocaj senzitiv și motor complet al părții de jos a corpului, întinzându-se pe o regiune mai mare sau mai mică, neurcând mai sus de partea inferioară a abdomenului.

DESFĂȘURARE. Rahianestezia este realizată după instituirea unei perfuzii intravenoase. Bolnavul este așezat pe marginea mesei de operație sau culcat pe o parte. După ce a introdus prin piele, între două vertebre lombare, un trocar (ac gros tubular destinat să ghideze traiectul) se înfige ușor prin trocar un ac fin până când lichidul cefalorahidian reflucează, apoi se injectează anestezicul prin acul fin cu ajutorul unei seringi.

EFECTE NEDORITE. Acestea sunt foarte rare și pot surveni în timpul anestezici sau în orele următoare: grețuri și vărsături, scăderea tensiunii arteriale, retenția pasageră a urinei, dureri de cap.

RAHITISM. Boală a copilăriei și a adolescenței provocată de cele mai multe ori de o carență în vitamina D, care se traduce printr-o mineralizare incompletă a oaselor.

CAUZE. Carența în vitamina D poate fi provocată de un deficit alimentar, mai ales în țările în curs de dezvoltare, dar și de un deficit de expunere la soare.

SIMPTOME. Rahitismul se traduce prin deformații variabile ale scheletului: oasele membrelor inferioare curbate în mod anormal, îngroșarea extremităților oaselor, perceptibilă la încheieturaa mâinilor și la gleznă, craniul reacționând la presiune ca o minge de celuloid, cu închiderea întârziată a fontanelei anterioare, proeminențe la nivelul coastelor. Pentru sugar, diagnosticul este stabilit între 5 și 12 luni.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul constă în administrarea de vitamină D. Administrarea sistematică, la prescripția medicului, de vitamină D sugarilor, precum și suplimentarea în vitamină D a laptelui pentru copii permit în zilele noastre să se asigure o prevenire eficace a bolii.

RAL. Zgomot respirator anormal auzit de către medic la auscultarea plămânilor.

El este provocat de trecerea aerului prin bronhii.

RAMOLISMENT CEREBRAL. → ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL.

RANULĂ. Tumoră benignă a planșeului bucal, sub limbă. SINONIM: *broscuță*.

O ranulă este cauzată, în general, de retenția de secreții ale unei glande salivare în mucoasa bucală. Cauzele acestui fenomen rămân necunoscute. O ranulă se prezintă sub forma unui mic bulgăre neted. Tratamentul constă în incizarea tumorii, sub anestezie locală, pentru a permite evacuarea lichidului pe care-l conține.

RAPTUS. Criză nervoasă violentă însoțită de pierderea controlului de sine.

RAS. Erupție cutanată de scurtă durată survenind în cursul unei boli febrile, fie că este de origine infecțioasă (virală, de exemplu), fie parazitară, sau în cursul unei intoxicații medicamentoase. (Din engleză, *rash* însemnând erupție cutanată).

RAȚIE ALIMENTARĂ. Cantitate de alimente care permite satisfacerea necesităților energetice, în macronutrimente (proteine, lipide, glucide), în micronutrimente

(vitamine, minerale) și în apă, ale unui individ sau ale unui grup de persoane.

Stabilirea unei rații alimentare ține cont de repartiția de dorit a macronutrimentelor: 12% aproximativ din aportul energetic trebuie să fie furnizat de proteine (carne, pește, lactate, soia, legume uscate), 30–35% de către lipide (unt, margarină, ulei) și 53–58% de către glucide, din care maximum 10% glucide rapide (alimente zaharate). Rațiile alimentare sunt stabilite plecând de la diferite grupe de alimente (fructe și legume, corpi grași, produse lactate, cereale, legume uscate și cartofi, carne, pește, ouă etc.) și contabilizează eventualul aport furnizat de către băuturile alcoolice (10% maximum din aportul energetic total). Ele mai trebuie să țină cont și de obiceiurile de consum (porție, frecvență, preferințe, repartiția între mese), de eventualele constrângeri (buget, aprovizionare) și sunt susceptibile de modificări și de adaptări în funcție îndeosebi de activitatea fizică a subiecților în cauză.

RAYNAUD (boală a lui). Afecțiune a vaselor sangvine, care survine fără cauze decelabile, afectând extremitățile și fiind caracterizată printr-o constricție brutală a arteriolelor de la nivelul degetelor de la mâini și picioare, antrenând o paloare, o răcire și o durere a degetelor în cauză. SINONIM: *fenomenul Raynaud primitiv*.

Această dereglare vasomotorie atinge îndeosebi degetele de la mâini, în manieră bilaterală și simetrică.

Boala lui Raynaud poate fi ereditară. Ea este cauzată uneori de prezența în sânge a unei substanțe anormale, numită crioglobulină.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Toate arteriorele degetelor se contractă, adesea sub acțiunea frigului, uneori sub efectul unui șoc emoțional, ceea ce duce la întreruperea sosirii sângelui. Extremitatea degetelor (primele două-trei degete ale fiecărei mâini sau toate degetele) devine palidă, rece și dureroasă (senzație de înțepătură , de amorțire sau de arsură). Atunci când subiectul revine într-un loc în care temperatura este mai ridicată, criza încetează și extremitățile se cianozează (se colorează în albastru); atunci durerile se accentuează pentru câteva minute.

EVOLUȚIE. Boala lui Raynaud este, de obicei, o afecțiune benignă. Dar, în formele ei mai grave, atunci când îngroșarea pereților arteriali reduce în permanență circulația sangvină, ea poate ocaziona ulcerații localizate care se cicatrizează cu dificultate. Ea mai poate constitui, dar foarte rar, începutul unei boli de sistem, sclerodermia, care se traduce printr-o îngroșare marcată a învelișului cutanat la nivelul degetelor și al feței.

TRATAMENT. Acesta constă în luarea de medicamente denumite inhibitori calcici (care frânează intrarea calciului în celule), care provoacă o dilatare a arteriolelor.

RAYNAUD (fenomen al lui). Afecțiune a vaselor sangvine care atinge extremitățile, se traduce prin simptome identice cu cele ale bolii cu același nume (constricție bruscă a micilor artere care antrenează paloare, răcire și dureri în degetele de la mâini și de la picioare), dar provocată de o cauză determinată. SINONIME: *fenomen al lui Raynaud secundar, sindrom al lui Raynaud*.

În plus, în fenomenul lui Raynaud, dereglările circulatorii care afectează degetele sunt unilaterale, pe când în boala lui Raynaud tulburarea atinge, de obicei în mod simetric, degetele ambelor mâini.

CAUZE. O succesiune de mici traumatisme ce afectează degetele persoanelor care utilizează mașinile vibrante pentru exercitarea meseriei lor, predispune la fenomenul lui Raynaud secundar. Tăietorii de lemne și muncitorii care utilizează picamerul sunt cei mai afectați și, în mai mică măsură, dactilografele și pianiștii.

Unele condiții anatomice sunt, de asemenea, susceptibile să joace un rol declanșant: existența unei coaste cervicale sau compresia arterei subclaviculare pot sta la originea unui fenomen al lui Raynaud secundar.

Vasoconstricția care îl caracterizează poate fi consecutivă luării anumitor medicamente vasoconstrictoare (beta-blocante, ergotamină, metisergid).

TRATAMENT. În afara cauzelor medicamentoase, tratamentul este chirurgical: secționarea fibrelor nervoase care controlează calibrul arterelor, la nivelul extremităților. Acesta mai constă și în suprimarea cauzelor fenomenului. Vindecarea este treptată.

RAZE X sau **RADIAȚII X.** Unde electromagnetice care nu aparțin spectrului vizibil, a căror lungime de undă este de ordinul de mărime al angströmului (Å), utilizate în medicină pentru proprietățile lor de pătrundere prin materia vie și pentru proprietățile lor terapeutice.

UTILIZARE ÎN SCOP DIAGNOSTIC. Aplicațiile medicale ale razelor X sunt de domeniul radiologiei convenționale și al tomodensitometriei (scaner cu raze X); ele au drept scop vizualizarea organelor.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Radiațiile X mai sunt utilizate în radioterapia externă, dar, capacitatea lor ionizantă fiind redusă, sunt preferate radiații mai energetice, ca radiația γ, care utilizează cobaltoterapia. → RADIAȚIE IONIZANTĂ, RADIOLOGIE, RADIOPROTECȚIE.

RĂDĂCINĂ DENTARĂ. Parte a dintelui inclusă în alveola dentară a osului maxilarului.

Soliditatea dintelui depinde de buna sa implantare și de starea bună a rădăcinii sale. Incisivii și caninii au o singură rădăcină, premolarii pot avea una sau două, iar molarii două sau trei.

PATOLOGIE. Resorbția rădăcinilor dinților de lapte este un fenomen fiziologic care face parte din procesul în cursul căruia dispar primii dinți. În schimb, resorbția rădăcinii unui dinte definitiv este întotdeauna patologică, cauzată de un

traumatism sau de o carie care, în absența tratamentului, s-a întins până la rădăcină. Rădăcina dentară poate, de asemenea, să fie lezată în cursul unei parodontopatii (afectarea gingiei și a osului în care este implantată rădăcina dentară).

RĂGUȘEALĂ. Alterare a vocii, care se traduce printr-un timbru surd, aspru sau hârâit.

O răgușeală este provocată de o boală a laringelui sau de o anomalie a funcționării sale (laringită, surmenaj vocal). Tratamentul răgușelii depinde de cauza sa: oprirea fumatului în caz de laringită, repaus vocal în caz de surmenaj etc. Orice răgușeală care persistă mai mult de 15 zile impune un examen medical serios.

RĂȘINĂ. Substanță sintetică utilizată în confecționarea aparatelor de imobilizare a membrelor sau a articulațiilor, precum și în chirurgia dentară.

Ușoară, solidă, rezistentă, rășina tinde actualmente să înlocuiască tradiționalul gips. Deși, spre deosebire de acesta, rășina nu se deteriorează când este udată, ea nu trebuie muiată în apă (risc de macerare a țesuturilor). Totuși, ea prezintă inconvenientul de a fi mai puțin maleabilă decât gipsul, ceea ce nu permite să se realizeze un mulaj adaptat intim la segmentul de membru care trebuie imobilizat.

RĂU DE MARE. → RĂU DE TRANSPORT.

RĂU DE MUNTE. Ansamblu de tulburări legate de o proastă adaptare a organismului la rarefierea oxigenului la altitudine. SINONIM: *rău de altitudine*.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Tulburările survin în general în primele patru zile care urmează sosirii la munte. Simptomele cele mai frecvente sunt durerile de cap asociate cu vertije, zumzăit în urechi, insomnii, grețuri, vărsături, balonări abdominale și pierdere a poftei de mâncare. Aceste manifestări sunt adesea benigne.

TRATAMENT. Repausul atenuează tulburările, care dispar la capătul a câtorva zile de adaptare. Dacă ele persistă, coborârea la o altitudine inferioară permite dispariția lor. În caz de edem cerebral sau pulmonar, se impune revenirea de urgență în vale, cu spitalizare, precedată – dacă este posibil – de administrarea de oxigen.

PREVENIRE. Adaptarea la altitudine, favorizată de o bună condiție fizică prealabilă, trebuie să fie treptată: după o ascensiune de 600–900 metri, este recomandată o pauză de o zi. Copiii sub vârsta de 4 luni nu trebuie să fie duși la altitudini mai mari de 1 000 metri. Între 4 luni și 2 ani, este preferabil să nu se depășească altitudinea de 1 800 metri.

RĂU DE TRANSPORT. Ansamblu de tulburări resimțite de anumiți subiecți în timpul unei călătorii cu vaporul, cu trenul, cu automobilul sau cu avionul. SINONIME: *cinepatie, cinetoză*.

Răul de mare sau naupatia și răul de aer sunt manifestări ale răului de transport.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Răul de transport se manifestă printr-o anxietate, o senzație de ameteală, transpirații, lipotimii (indispoziții fără pierderea stării de conștiență), grețuri sau vărsături, chiar o atitudine de prostrație.

TRATAMENT. Acesta face apel la antihistaminice de sinteză (antinaupatice), care, absorbite înainte de plecare, au o acțiune preventivă destul de eficace.

RĂU PERFORANT PLANTAR. Ulcerație cronică a pielii, localizată pe plantele picioarelor.

Această anomalie survine în cursul unui diabet cu vechime (de mai mult de 10 ani) și echilibrat deficitar prin tratament.

Tratamentul este, mai întâi de toate, cel al bolii cauzale, asociat cu îngrijiri locale pentru dezinfecție și în vederea cicatrizării.

R.C.H. → RECTOCOLITĂ HEMORAGICĂ.

REANIMARE. Ansamblu de mijloace puse în practică fie pentru a diminua prăbușirea acută a uneia sau mai multor funcții vitale, în așteptarea vindecării, fie pentru a supraveghea bolnavii amenințați de astfel de prăbușiri din cauza unei boli, a unui traumatism sau a unei intervenții chirurgicale.

RECESIV, -Ă. Se spune despre o genă sau despre un caracter ereditar care trebuie să fie transmis și de mamă și de tată pentru a se manifesta la copil.

În celule, fiecare cromozom există în două exemplare, care formează o pereche. O genă recesivă trebuie să se găsească la copil pe fiecare dintre cei doi cromozomi omologi (ai aceleiași perechi) pentru a se manifesta sub forma unui caracter dat sau pentru ca o mutație (alterare) de care este atins să se manifeste prin declanșarea unei boli. Cum în momentul fecundației, jumătate din cromozomi provin de la tată, iar cealaltă jumătate de la mamă, gena trebuie să fie transmisă prin cromozomii ambilor părinți pentru a se manifesta la copil. Gena purtătoare a caracterului „ochi albaștri", de exemplu, trebuie să fie primită de la ambii părinți pentru ca urmașul să aibă ochi albaștri.

Termenul se folosește în opoziție cu dominant(ă) și califică adesea, prin extensie, modul de transmisie a unei boli. → DOMINANT(Ă). EREDITATE.

RECIDIVĂ. Reapariție a unei boli care survine după o vindecare.

În caz de boală infecțioasă, o recidivă implică noțiunea de o nouă infecție.

RECKLINGHAUSEN (boală a lui). Afecțiune ereditară, caracterizată prin prezența a numeroase tumori benigne diseminate în organism, a unor plăci pigmentate

(pete cafea cu lapte) și a unor malformații nervoase. SINONIM: *neurofibromatoză*.

Semnele bolii se asociază în mod divers: unele persoane de exemplu nu au decât câteva pete cafea cu lapte, în timp ce altele prezintă tumori voluminoase și multiple. Tot așa, complicațiile (surditate, convulsii, întârziere mintală, hipertensiune arterială) variază, depinzând de localizarea malformațiilor și a tumorilor.

Tratamentul este cel al simptomelor și constă în ablația chirurgicală a tumorilor cutanate; tratamentul chirurgical al malformațiilor osoase și al neurinoamelor este mult mai delicat.

Este recomandat persoanelor care au antecedente familiale sau care sunt afectate de boala lui Recklinghausen să apeleze la sfatul genetic pentru a se stabili dacă sunt sau nu susceptibile să transmită boala descendenților.

RECT. Segment terminal al tubului digestiv, care vine în continuarea colonului sigmoid și se deschide la exterior prin anus.

Rectul, lung de 15 centimetri, este format din două segmente. Segmentul superior, în pelvis, constituie ampula rectală. Segmentul inferior, la nivelul perineului, este canalul anal.

FIZIOLOGIE. Rectul, prin funcția sa de rezervor și datorită aparatului sfincterian al anusului, asigură controlul mecanismului defecației și al continenței fecalelor.

PATOLOGIE. Rectul este adesea sediul unor tumori benigne (polipi, tumori viloase [cu suprafață filamentoasă]) sau maligne (adenocarcinoame, carcinoide). El mai poate fi atins de rectite (inflamații localizate) de origine infecțioasă (boli venerice), parazitară (amibiaza), ischemică sau inflamatorie (rectocolită). Bolile inflamatorii ale colonului (boala lui Crohn) sau unele afecțiuni degenerative (boala lui Hirschsprung) pot să se întindă la rect. Prolapsurile rectale (proeminarea rectului prin anus) pot să se producă în cursul bolilor hemoroidare sau după un traumatism obstetrical ori după o boală neurologică, de exemplu. În sfârșit, se întâmplă ca rectul să fie sediul unor leziuni traumatice: ulcerație termometrică, perforație rectală cu un corp străin sau cu ocazia, în mod excepțional, unui examen endoscopic sau radiologic al colonului.

RECTITĂ. Inflamație, acută sau cronică, a mucoasei rectale. SINONIM: *proctită*.

CAUZE. O rectită poate avea o origine foarte diversă, îndeosebi infecțioasă (gonococie), parazitară (ambiază, bilharzioză) sau medicală (supozitoare, iradiere). Ea este fie o manifestare izolată, fie asociată cu o altă afecțiune inflamatorie (rectocolită hemoragică, boala lui Crohn). În sfârșit, o rectită este însoțită adesea de leziuni ale colonului.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Boala se manifestă prin dureri rectale, prin falsa necesitate de a defeca, prin emisii anale sângerânde sau purulente, printr-o diaree, printr-o alterare mai mult sau mai puțin marcată a stării generale, printr-o febră.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Un examen proctologic (tușeu rectal, anuscopie și rectoscopie, adică explorarea vizuală directă a anusului și a rectului cu ajutorul unui tub dotat cu un sistem optic), asociat, la nevoie, cu o coloscopie, permite evaluarea importanței atingerii și prelevarea unor eșantioane pentru a stabili cauza. Acest examen determină alegerea tratamentului: administrarea de antibiotice, de antiparazitare, de antiinflamatoare sau, pur și simplu, suprimarea factorului favorizant sau declanșant. În cea mai mare parte a cazurilor rectita este vindecată definitiv. Doar boala lui Crohn, rectocolita hemoragică și urmările unei iradieri necesită un tratament de cursă lungă.

RECTOCEL. Proeminare a peretelui anterior al rectului în vagin, cauzată de relaxarea mijloacelor de fixare și susținere ale vaginului.

Un rectocel este o componentă a unui prolaps genital (prăbușirea vaginului și/sau a uterului).

RECTOCOLITĂ. Inflamație simultană a rectului și a colonului.

CAUZE. Originea unei rectocolite este foarte variabilă: infecțioasă (shigelloză, salmonelloză), parazitară (bilharzioză), vasculară (colită ischemică, urmările unei radioterapii), medicamentoasă (laxative, antibiotice); ea rămâne uneori necunoscută, ca în cazul rectocolitei hemoragice.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Simptomele sunt dureri abdominale și o diaree uneori sângerândă, care poate fi însoțită de o pierdere în greutate și de febră.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Coloscopia (explorarea vizuală directă a colonului cu ajutorul unui tub dotat cu un sistem optic) permite evaluarea întinderii leziunilor și efectuarea prelevărilor pentru a preciza cauza. Acest examen determină alegerea tratamentului, care este, în general, medicamentos (administrarea de antibiotice, de antiinflamatoare), mai rar chirurgical (ablația unui segment al colonului în anumite colite ischemice, de exemplu). În majoritatea cazurilor, rectocolita se vindecă definitiv. Doar rectocolitele hemoragice și sechelele unei radioterapii necesită un tratament de cursă lungă.

RECTOCOLITĂ HEMORAGICĂ. Inflamație cronică a mucoasei colonului și rectului, de origine necunoscută, caracterizată prin emisii de mucus și de sânge prin anus.

Rectocolita hemoragică (R.C.H.) este o afecțiune rară, care afectează îndeosebi femeia tânără.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Principalul simptom este apariția emisiilor rectale, în general frecvente (până la zece scaune

pe zi), de mucus și de sânge. Acestea sunt însoțite adesea de dureri abdominale, de tulburări ale tranzitului digestiv, de febră și de o alterare a stării generale.

Coloscopia permite să se evalueze întinderea leziunilor și practicarea unor prelevări de țesuturi.

Boala evoluează în pusee din ce în ce mai grave și mai frecvente. După o evoluție îndelungată (zece ani), există un risc de degenerescență a leziunilor în cancer al colonului, care impune un examen clinic și endoscopic anual. Complicațiile sunt hemoragiile digestive, perforațiile colonului și colectazia (dilatația gazoasă a colonului). Aceste ultime două complicații necesită un tratament chirurgical de urgență.

TRATAMENT. Tratamentul asociază un regim alimentar care evită substanțele iritante (condimentele, prăjelile) și produsele fermentate, precum și creșterea consumului de alimente bogate în fibre, cu un tratament medicamentos (antiseptice intestinale, antiinflamatoare pe cale generală sau prin spălături). Chirurgia este indicată în complicațiile grave sau acute (colectazie, perforație), în formele severe care rezistă la tratamentul medical și în degenerescențele canceroase. Tratamentul poate comporta ablația completă a colonului și , la nevoie, a rectului.

RECTOPEXIE. Fixare chirurgicală a rectului de sacrum. SINONIM: *proctopexie*.

Rectopexia este indicată în caz de prolaps al rectului (coborârea rectului, care tinde să iasă prin anus, adesea ca urmare a nașterilor repetate sau dificile care au slăbit mușchii perineului).

RECTORAGIE. Emisie de sânge roșu prin anus.

CAUZE. O rectoragie este dovada unei leziuni care se situează, în general, în partea de jos a tubului digestiv (colon, rect, anus), dar care poate fi situată în partea sa superioară (ulcer duodenal, de exemplu) dacă hemoragia este foarte abundentă. Rectoragiile sunt cauzate de cele mai multe ori de hemoroizi, de ulcerații termometrice (cauzate de luarea repetată a temperaturii rectale), de tumori benigne sau maligne ale rectului sau ale colonului sigmoid, de mici hernii ale mucoasei colice (diverticuloză colică), de inflamații ale colonului (rectocolită hemoragică).

DIAGNOSTIC. Orice rectoragie, chiar puțin abundentă, impune un examen complet al colonului. În fapt, chiar dacă această tulburare este cauzată adesea de hemoroizi, se impune să ne asigurăm că nu este vorba de o cauză mai gravă, îndeosebi de o tumoră.

TRATAMENT. Dacă rectoragia este foarte abundentă sau antrenează o cădere a tensiunii arteriale sau o accelerare a pulsului, subiectul trebuie să fie spitalizat de urgență. Tratamentul poate comporta una sau mai multe transfuzii, oprirea oricărei luări de medicamente care favorizează sângerarea (anticoagulante, aspirină), uneori o manevră locală pentru oprirea sângerării (scleroză sau ligatură printr-un elastic a hemoroizilor; electrocoagulare a ulcerațiilor termometrice). O intervenție chirurgicală se impune în caz de tumoră rectocolică sau dacă sângerările hemoroidare nu cedează la tratamentul medical.

RECTOSCOPIE. Examen care permite explorarea vizuală a pereților rectului.

Indicațiile rectoscopiei sunt numeroase: dureri anorectale, hemoroizi, hemoragii rectale, tulburări ale tranzitului intestinal.

O rectoscopie constă în introducerea prin anus în rect a unui endoscop rigid denumit rectoscop (un tub cu lungimea de 25 centimetri și cu diametrul de 1,5 centimetri, dotat cu un sistem optic). Sunt posibile biopsiile (prelevări de țesut rectal).

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. Pacientului trebuie să i se administreze, în seara din ajunul examenului, o spălătură cumpărată de la farmacie. Cu două ore înaintea examenului, se efectuează o a doua spălătură astfel ca rectul să fie golit și curat. Nu este necesar ca examenul să fie realizat pe nemâncate. Rectoscopia se practică fără anestezie. O rectoscopie durează câteva minute, nu este dureroasă și nu antrenează nici un efect secundar.

RECTOSIGMOIDOSCOPIE. Examen care permite explorarea vizuală a pereților rectului (rectoscopie), a colonului sigmoid (sigmoidoscopie) și a părții joase a colonului stâng.

Acest examen tinde actualmente să fie înlocuit cu coloscopia totală (explorarea, prin aceeași tehnică, a totalității colonului), atât pentru examenele în scop diagnostic, cât și pentru depistarea sistematică a tumorilor rectocolice benigne și maligne.

RECTULUI (cancer al). Tumoră malignă care se dezvoltă pe seama rectului sub forma unui adenocarcinom.

FRECVENȚĂ. Cancerul rectului este unul dintre cele mai frecvente cancere digestive.

CAUZE. El se dezvoltă de cele mai multe ori plecând de la polipi benigni.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Simptomele revelatoare sunt emisiile de gleră sau de sânge și durerile rectale însoțite de falsa necesitate de a defeca. Atunci când boala este deja evoluată, extinderea sa la totalitatea pelvisului poate declanșa dureri nervoase care evocă o sciatică.

TRATAMENT. Acesta este chirurgical și constă în ablația în întregime sau parțială a rectului. Poate fi vorba de o proctectomie (ablația canalului anal și a rectului cu deschiderea intestinului pe peretele abdominal (crearea unui anus artificial definitiv) atunci când cancerul afectează partea de jos. Rezecția anterioară este practicată în cancerele părții înalte și medii a rectului, care nu afectează partea de

jos a rectului și canalul anal, permițând restabilirea imediată a continuității digestive. Atunci când atingerea este foarte pronunțată, o radioterapie practicată înainte sau după intervenție reduce riscurile recidivei locale. Tratamentele paliative cuprind radioterapia externă, asociată eventual cu chimioterapia, derivația chirurgicală a intestinului spre peretele abdominal în amonte de tumoră (colostomie de amonte) și tratamentele endoscopice (cu laser, de exemplu).

PREVENIRE. Prevenirea cancerului de rect, ca și cea a cancerului de colon, se bazează pe examene endoscopice anuale. Aceste examene sunt practicate la pacienții care prezintă antecedente personale, ca polipii rectului sau ai colonului sau o rectocolită hemoragică, ori antecedente familiale, în particular o frecvență ridicată a polipilor sau a cancerelor de rect sau de colon printre ascendenți.

REDOARE ARTICULARĂ. Stingherire sau limitare mai mult sau mai puțin importantă a mișcărilor articulare la nivelul membrelor sau al coloanei vertebrale.

Redorile articulare pot fi mecanice, în acest caz atingând nivelul maxim la sfârșitul zilei (artroză), sau inflamatorii, în acest caz fiind maxime la sfârșitul nopții și dimineața, dispărând după un timp de „dezmorțire", în timpul dimineții (artrită, în special poliartrită reumatoidă).

REDUCERE. Repunere la locul său a unui organ.

Reducerea unei fracturi sau a unei luxații. Reducerea este indicată fie în caz de fractură cu deplasare a unuia sau mai multor fragmente osoase, fie în caz de luxație a unei articulații.

TEHNICĂ. Se deosebesc două metode.

■ *Tehnica ortopedică* este cea care constă, în general, în repunerea la loc cu mâna, prin manipulare externă, a fragmentelor osoase fracturate sau a articulației luxate. După caz, reducerea este practicată fără anestezie (luxație) sau sub anestezie locoregională sau generală (fractură).

■ *Tehnica chirurgicală* este utilizată atunci când precedenta nu este practicabilă, mai des asupra fracturilor decât asupra luxațiilor.

REEDUCARE. Ansamblu de mijloace puse în practică pentru restabilirea la un individ a utilizării unui membru sau a unei funcții. → FIZIOTERAPIE, KINEZITERAPIE, ORTOFONIE, ORTOPTIE.

REFLEX. Răspuns motor scurt, instantaneu și involuntar al sistemului nervos la o stimulare senzitivă sau senzorială a terminațiilor nervoase.

Reflexele pot fi normale, exagerate, diminuate sau abolite. Ele sunt controlate prin examen clinic. Studiul reflexelor ocupă un loc important în neurologie și în neuropsihiatrie.

Reflexul osteotendinos. Aceasta se caracterizează printr-o scurtă reacție motorie care este cercetată lovind un tendon cu un ciocan de cauciuc (ciocan pentru reflexe).

Această stimulare provoacă o extensie a tendonului, stimulare senzitivă transmisă mai întâi de către receptorii tendinoși la măduva spinării (sensibilitate proprioceptivă), care răspunde acesteia în mod automat prin contracție musculară.

PATOLOGIE. O areflexie (abolirea reflexelor) sau o diminuare a reflexelor poate traduce o leziune a sistemului nervos periferic (leziune a unui nerv sau a rădăcinii sale); acestea sunt simptome care se întâlnesc mai ales în cursul sciaticii sau al nevritelor, mult mai rar în caz de leziune centrală (leziune a măduvei spinării de apariție brutală prin secționare sau compresie). Manifestarea opusă, exagerarea reflexelor se asociază cu un sindrom piramidal (paralizie prin atingere a sistemului nervos central) și se întâlnește în caz de tumoră, de accident vascular cerebral etc.

REFLEX ARHAIC. Automatism motor provocat la nou-născut prin diverși stimuli, care dispare la vârste cuprinse între două și patru luni.

Reflexele arhaice dovedesc integritatea și maturarea sistemului nervos al nou-născutului. Ele sunt controlate în cursul examenelor neurologice cărora nou-născutul le este supus sistematic încă din primele zile ale vieții.

DIFERITE TIPURI DE REFLEXE ARHAICE

■ *Reflexul de apucare sau grasping reflex* se definește prin gestul de a apuca automat unul din degetele examinatorului sau orice obiect la îndemână.

■ *Reflexul lui Moro sau reflexul de îmbrățișare* este studiat ridicând capul copilului câțiva centimetri în față și lăsându-l brusc; capul nou-născutului cade atunci, acesta depărtând membrele superioare și întinzând picioarele; apoi brațele se îndoaie spre piept executând o mișcare de strângere.

■ *Reflexul de mers automat* se produce atunci când se pune copilul în poziție în picioare, cu corpul ușor aplecat înainte; se observă atunci mișcări automatice și ritmice de mers.

■ *Reflexul de supt* se manifestă prin sugerea unui deget introdus în gura copilului.

■ *Reflexul punctelor cardinale* se declanșează atunci când se stimulează unul din colțurile gurii sau obrazul copilului: acesta își îndreaptă capul spre partea zonei excitate, căutând „sânul" evocat prin stimulare.

■ *Reflexul de extensie încrucișată* este obținut stimulând planta piciorului, ceea ce provoacă întâi flexia apoi extensia membrului inferior opus pentru a încerca respingerea sursei de stimulare.

PATOLOGIE. O absență a reflexului arhaic poate fi revelatoare a unei leziuni cerebrale, ceea ce necesită căutarea ei prin examene complementare. De altfel, reflexele

arhaice pot persista sau pot reapărea în anumite stări patologice care afectează sistemul nervos central.

REFLUX GASTROESOFAGIAN. Regurgitare a conținutului acid al stomacului în esofag.

CAUZE. Un reflux gastroesofagian este provocat de o incontinență a sfincterului inferior al esofagului, a cărei cauză o constituie cel mai frecvent o hernie hiatală, adică trecerea, prin diafragm, a unei părți de stomac în torace.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Refluxul gastroesofagian provoacă în mod obișnuit o senzație de arsură în golul stomacului, iradiind în spatele sternului. Durerea survine după masă; ea este declanșată de flexia corpului în față și dispare atunci când subiectul se îndreaptă: este semnul numit al „șiretului de pantof". În caz de hernie hiatală, arsurile apar de asemenea în poziție culcată sau în cursul eforturilor de împingere abdominală.

TRATAMENT. Tratamentul constă mai întâi de toate în evitarea meselor copioase, a băuturilor efervescente, în reducerea – dacă este necesar – a obezității existente și în combaterea aciditățiigastrice cu medicamente antiacide. Dacă, în pofida tratamentului medical, refluxul persistă și mai ales dacă este foarte deranjant, este posibil să se recurgă la o tehnică chirurgicală, fundoplicatura.Aceasta constă în înfășurarea fundusului, partea superioară a stomacului situată imediat sub diafragm, în jurul esofagului inferior pentru a crea o valvă antireflux între esofag și stomac.

REFLUX GASTROESOFAGIAN AL SUGARULUI. Regurgitare a conținutului stomacului în esofag ce survine la sugar și este legată, de cele mai multe ori, de maturarea neîncheiată a tubului său digestiv (beanță a sfincterului inferior al esofagului).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Manifestările obișnuite ale refluxului gastroesofagian sunt aruncări în afară de materii grase sau vărsături, uneori abundente, survenind spre sfârșitul mesei și declanșate de cea mai mică mișcare. Aceste manifestări trebuie diferențiate de micile regurgitări care însoțesc eructația, care sunt absolut normale la sugari după mese.

COMPLICAȚII. Esofagita (inflamația esofagului) este complicația cea mai deranjantă a refluxului gastroesofagian. Ea este legată de agresarea esofagului de lichidele acide din stomac. Această inflamație antrenează uneori vărsături de lapte, conținând filete de sânge, și duce la o anemie. Plânsetele, răsucirile copilului în timpul meselor, luarea biberonului fără plăcere, asociate sau nu cu vărsături, constituie semne evocatoare.

Refluxul gastroesofagian este bănuit, de asemenea, că intervine în apariția unor indispoziții grave ale sugarului cu oprirea respirației, cianoză și pierderea tonusului muscular. Astfel de semne, mai ales dacă survin la ore regulate față de mese sau la un copil care deja prezintă un reflux gastroesofagian, trebuie să conducă la consultarea unui pediatru, care va prescrie, la nevoie, examene complementare într-un serviciu de specialitate.

EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT. Refluxul gastroesofagian evoluează spontan spre vindecare, facilitată atunci când copilul începe să meargă; cele mai multe dintre refluxurile gastroesofagiene sunt vindecate la această vârstă. Totuși, este necesar un tratament pentru a reduce simptomele, complicațiile și pentru a facilita maturarea fiziologică a sfincterului esofagului inferior. În afara medicamentelor utilizate pentru a crește presiunea acestui sfincter, se mai recurge la culcarea copilului în poziție înclinată (la 30 de grade față de orizontală) la administrarea unei alimentații mai îngroșate (pudre care măresc vâscozitatea, amestecate cu lapte), la fracționarea porțiilor, la evitarea hainelor prea strâmte care strâng ventrul și a expunerii la atmosferă cu fum.

Dacă acest tratament se dovedește insuficient sau dacă există temeri în legătură cu complicații, trebuie efectuate examene complementare într-un serviciu de pediatrie.

REFLUX VEZICO-URETERO-RENAL. Urcare a urinei din vezică înspre ureteră și spre rinichi.

Un reflux vezico-uretero-renal, denumit în mod curent reflux de urină, este cauzat de o malformație a dispozitivului antireflux ureterovezical, un fel de valvă situată pe orificiul vezical al ureterei, care permite în mod normal ca urina conținută în vezică să nu refluează înspre ureteră.

Un reflux vezico-uretero-renal se traduce prin dureri lombare ascendente în cursul micțiunii; el predispune la infecții urinare (cistite, pielonefrite etc.).

TRATAMENT. Tratamentul este de cele mai multe ori cel chirurgical.

REFUZ. Refuz inconștient de a recunoaște o realitate exterioară traumatizantă.

REGIM. Modificare a alimentației obișnuite în scopuri terapeutice (în caz de ateroscleroză, de diabet, de gută, de obezitate etc.) sau pentru a satisface nevoile fiziologice specifice (femei gravide, sportivi, persoane în vârstă etc.).

INDICAȚII. Mulțumită progreselor realizate în cunoașterea bolilor și în farmacologie, prescrierea de regimuri terapeutice a evoluat: numărul de afecțiuni pentru care ele sunt realmente necesare a scăzut și numeroase regimuri cândva foarte severe, precum cel fără sare sau regimul diabeticului, sunt mai maleabile. Actualmente, cel mai frecvent prescrise sunt regimurile hipocalorice (sau hipoenergetice) pentru tratamentul obezității, regimurile pentru dislipidemii (hipercolesterolemie, hipertrigliceridemie) și cel al diabetului. Anumite afecțiuni renale (sindromul nefrotic, insuficiența renală etc.) impun, de asemenea, un control al anumitor nutrimente ca apa, proteinele, sarea, potasiul etc.

DESFĂȘURARE ȘI EFECTE NEDORITE. În orice împrejurare, regimul, care face parte din tratamentul medical global, rămâne sub responsabilitatea medicului. Orice regim trebuie să constituie, mai întâi, obiectul unui bilanț: dacă regimurile aduc, în general, un ajutor eficace în tratamentul bolilor, ele pot uneori să fie mai periculoase decât utile (risc potențial de denutriție la o persoană în vârstă, de exemplu). Trebuie să menționăm, de asemenea, că foarte multe femei sunt deosebit de atente la numărul de calorii pe care le ingeră și că ajung să absoarbă zilnic mai puțin de 1 500 calorii, chiar mai puțin de 1 200 calorii pe zi. Dacă aceste regimuri se prelungesc, apar carențe în anumite nutrimente; mai mult, slăbirea avută în vedere nu este obținută, organismul adaptându-se la aporturi energetice mai mici.

REGIUNE AXILARĂ. Regiune de trecere dintre trunchi și membrul superior. SINONIM: *axila, subsuoara*.

Adenopatiile axilare (umflarea ganglionilor) pot fi dovada fie a unui cancer de sân, fie a unei inflamații a membrului superior (limfangită), fie a unei afecțiuni ganglionare generalizate. În caz de cancer al sânului, atingerea ganglionară poate face obiectul unei evidări ganglionare axilare. Subsuoara este uneori și sediul unei hidroadenite (inflamație a unei glande sebacee) sau al unei luxații de umăr.

REGIUNE INGHINALĂ. Regiune situată de fiecare parte a corpului, la joncțiunea dintre coapsă și trunchi. SINONIM: *vintre*.

Regiunea inghinală poate constitui sediul tumefacțiilor cauzate de hernii, de o dilatare a vaselor sau de o umflare a ganglionilor (adenopatie inghinală). Această regiune, ca și regiunea axilară, poate fi sediul unei hidroadenite (infecție cronică a glandelor sebacee).

REGULAMENT SANITAR INTERNAȚIONAL. Regulament promulgat de către Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.), privind declararea anumitor boli contagioase (holeră, febră galbenă, pestă) și măsurile de luat pentru a evita propagarea de la o țară la alta.

Măsurile prescrise de regulamentul sanitar internațional (prezentarea obligatorie a unui certificat de vaccinare împotriva febrei galbene, dezinfecția, izolarea, evicția școlară etc.) au înlocuit măsurile de carantină (izolare strictă) în majoritatea cazurilor. Aceste măsuri de izolare strictă nu privesc decât cazurile în care boala s-a declarat: pentru pestă, izolarea întregului grup (călători) chiar dacă nu este atinsă decât o singură persoană; pentru febra galbenă și holeră, izolarea doar a persoanei atinse.

REGURGITARE. Scoatere spontană de conținut alimentar din stomac pe gură fără a fi vorba de un efort de a voma.

Regurgitarea este deosebită de refluxul zis gastroesofagian de lichide acide spre esofag, din cauza unei incontinențe a sfincterului inferior al acestuia.

Normală în primele luni de viață, în care ea este uneori însoțită de emisia de aer care urmează mesei, regurgitarea traduce la adult prezența unui obstacol la înaintarea alimentelor la nivelul esofagului sau al stomacului. Ea este cauzată cel mai frecvent de o îngustare a conductului digestiv, de o tulburare motorie a esofagului sau de o tumoră a stomacului. Regurgitarea dispare după tratarea cauzei.

REIMPLANTARE. Intervenție chirurgicală constând în repunerea la locul lui a unui organ (ureteră, mușchi) sau a unei părți de corp secționate (mână, picior) sau extrase (dinte).

Reimplantarea unui dinte. Reimplantarea unui dinte extras accidental din alveola lui constă în reașezarea acestuia în alveolă și în apăsarea ușoară asupra lui, fără a forța. Această reimplantare trebuie practicată în decurs de o jumătate de oră care urmează extracției, în caz contrar reușita operației este deosebit de aleatorie. Așteptând să se ajungă la dentist, rădăcina dintelui nu trebuie nici curățată, nici dezinfectată, doar clătită cu apă călduță. Dintele trebuie să fie ținut în gura victimei sau, dacă este vorba de un copil, în gura unui adult pentru a fi, la propriu, irigat și conservat de salivă; el mai poate fi pus într-un pahar cu apă, cu lapte sau cu ser fiziologic.

Reimplantarea unui membru. Aceasta se practică în caz de amputație accidentală a unei porțiuni mai mult sau mai puțin lungi a unui membru sau a unei părți de membru (deget). Segmentul secționat trebuie să fie manipulat cât mai puțin posibil, înconjurat de o compresă sterilă și pus într-un sac de plastic, ținut pe gheață în așteptarea sosirii la spital; el poate fi conservat aproximativ 6 ore.

RELAXARE. Metodă vizând obținerea unei destinderi prin controlul conștient al tonusului fizic și mintal cu scopul de a calma tensiunile interne și de a consolida echilibrul mintal al subiectului.

Relaxarea face apel fie la tehnicile derivate din hipnoză și din sugestie, fie în învățarea destinderii musculare apropiată de yoga. Ea permite, utilizând interacțiile fiziculuri și psihicului, să se atingă o situație de bunăstare și plenitudine. Medicina a recurs din ce în ce mai mult la această metodă. Anxietatea, fobiile, nevrozele, stresul, durerile, tulburările psihosomatice, sarcina, pregătirea sportivă au devenit astăzi tot atâtea indicații ale relaxării.

REMISIUNE. Atenuare sau dispariție temporară a simptomelor unei boli.

RENDU-OSLER (boală a lui). Boală ereditară caracterizată prin mici malformații vasculare diseminate.

SINONIME: *angiomatoză hemoragică, telangiectazie hemoragică ereditară.*

Boala debutează, în general, între 10 și 20 de ani prin sângerări repetate ale nasului și gingiilor. După pubertate apar telangiectaziile, care predomină pe pielea feței, pe spatele mâinilor și pe mucoasele gurii, nasului și faringelui. Evoluția se face prin pusee, însoțite uneori de hemoragii repetate, responsabile de anemie prin carență în fier.

Tratamentul este doar paliativ și cuprinde, în afara tratamentului de urgență al hemoragiilor digestive și cerebrale, corectarea anemiei prin prescrierea de fier și distrugerea leziunilor hemoragice, pe măsură ce acestea apar, prin electrocoagulare. Prognosticul este în esență funcție de localizarea hemoragiilor.

RENINĂ. Enzimă secretată de o zonă a rinichiului situată în apropierea glomerulilor și denumită aparat juxtaglomerular.

PATOLOGIE. Nivelul reninei în sânge crește în cursul anumitor hipertensiuni, în cursul insuficiențelor renale sau cardiace. Din contra, nivelul său scade în cursul unor dereglări hormonale de origine suprarenaliană (hipercorticism, sindromul lui Conn).

RESPIRATOR. Aparat care insuflă un amestec de aer și oxigen în plămânii pacientului care, din cauza unei insuficiențe respiratorii, nu mai poate să inspire singur suficient aer din exterior.

Respiratoarele cuprind diferite tipuri de aparate, dar principiul lor este întotdeauna identic. O sursă furnizează un gaz al cărui debit este fracționat în volume elementare prestabilite. Fiecare volum elementar este administrat, prin intermediul unei sonde de intubație (tub introdus în trahee), cu o presiune suficientă pentru a dilata pieptul pacientului și a provoca o inspirație; expirația este spontană, deoarece elasticitatea cuștii toracice îi permite să-și reia volumul inițial. Volumul plămânilor este menținut apropiat de cel normal printr-o presiune respiratorie pozitivă (egală sau mai mare decât presiunea atmosferică).

Există aparate deosebit de elaborate, rezervate uzului spitalicesc, și aparate mai simple, adaptate transportului în ambulanță sau utilizării la domiciliu (bolnavi suferind de insuficiență respiratorie cronică). Respiratorul poate fi utilizat în permanență sau doar o parte din timp (noaptea, de exemplu).

RESPIRATOR (aparat). Totalitatea organelor care asigură primele etape ale respirației, adică ventilația (mișcarea aerului în plămâni) și hematoza (transformarea sângelui venos încărcat cu dioxid de carbon în sânge arterial încărcat în oxigen).

STRUCTURĂ. Aparatul respirator cuprinde căile respiratorii (adică este vorba de căile respiratorii superioare – fose nazale, cavitate bucală, faringe, laringe –, de trahee și de bronhii) și plămânii, înveliți în pleură. Toracele, prin cușca sa osoasă și prin mușchi, participă, de asemenea, la funcționarea aparatului respirator.

PATOLOGIE. Imensa suprafață de contact a aparatului respirator cu mediul exterior și situația sa de adevărată intersecție explică frecvența și varietatea patologiilor observate.

■ *Afecțiunile tumorale* sunt cancerul bronhopulmonar primitiv secundar, cauzat de o metastază a unui cancer situat în altă regiune a organismului, care poate atinge plămânii, pleura sau, mai rar, bronhiile. Tumorile primitive ale pleurei și ale mediastinului sunt mai rare.

■ *Imunopatologia* adună laolaltă afecțiuni atât de variate ca astmul, alveolitele alergice, sarcoidoza sau manifestările pulmonare ale conectivitelor.

■ *Bolile infecțioase* sunt tuberculoza, infecțiile căilor aeriene superioare (rinită, sinuzită, faringită, anghină, laringită), bronșita, bronhopneumonia, pneumonia, pneumopatiile atipice, supurațiile pulmonare sau pleurale legate de pătrunderea în organism a unui agent microbian etc.

■ *Patologia vasculară* cuprinde edemul și embolia pulmonară.

RESPIRAȚIE. Ansamblu al funcțiilor care asigură schimburile de oxigen și de dioxid de carbon între atmosferă și celulele organismului.

Plămânii sunt cei care permit globulelor roșii din sânge să recupereze oxigenul din aer. Respirația pulmonară se află sub controlul centrilor respiratori situați în creier: nu sunt necesare eforturi conștiente pentru a inspira și expira aerul, în schimb, profunzimea și ritmul respirației pot fi modificate sub controlul voinței.

Respirația se desfășoară în mai mulți timpi. Oxigenul din aerul inspirat pătrunde în alveolele pulmonare (ventilație), apoi difuzează în vasele sangvine care le înconjoară (hematoză). Sângele astfel îmbogățit în oxigen este transportat de la plămâni spre partea stângă a inimii și apoi, prin marea circulație, spre diferitele țesuturi ale organismului, unde furnizează oxigenul său celulelor. Atunci începe respirația celulară: celulele se servesc de oxigenul adus de sânge pentru a furniza prin oxidare energia necesară lor, dar mai produc și deșeuri (dioxid de carbon, apă) care sunt, la rândul lor, eliminate în sânge. Acesta, prin vene, ajunge în cavitățile cardiace drepte, care îl propulsează spre plămâni, unde este debarasat de dioxidul de carbon în exces, care este eliminat prin expirație.

TULBURĂRILE RESPIRATORII. Principalele afecțiuni care pot antrena tulburări respiratorii sunt bronșita cronică obstructivă astmul, enfizemul, dilatația bronhiilor, mucoviscidioza, bolile infecțioase (tuberculoză), bolile peretilor alveolelor (fibroză, sarcoidoză, pneumoconioză, pneumopatie de hipersensibilitate), deformațiile toracice, bolile neuromusculare (miopatie, poliomielită), embolie sau edem pulmonar, cancer bronhopulmonar și apneea de somn.

RESPONSABILITATE MEDICALĂ. Obligație ce revine medicului de a evita orice daună bolnavului său și, în caz că aceasta se întâmplă, de a o remedia.

Responsabilitatea medicală este morală și juridică, contractul care îl leagă pe medic de bolnavul său comportând obligația nu a rezultatelor, ci a mijloacelor utilizate.

REȘUTĂ sau **RECĂDERE.** Reluare evolutivă a unei boli care era pe cale de vindecare.

În caz de boală infecțioasă, se vorbește de o reșută atunci când simptomele reapar fără a fi consecutive unei noi infectări.

RETENȚIE. Persistență în organism a unui produs solid, lichid sau gazos care în mod normal ar trebui eliminat.

RETENȚIE DE URINĂ. Imposibilitate de a satisface necesitatea de golire a vezicii proprii.

DIFERITE TIPURI DE RETENȚIE DE URINĂ. Retenția de urină este completă sau incompletă după cum evacuarea vezicală este imposibilă sau parțială.

■ *Retenția completă de urină* este provocată de cele mai multe ori, la bărbat, de un adenom al prostatei și, la femeie, de o tulburare neurologică sau sfincteriană. Ea se dezvăluie brutal: nevoia de a urina este imperioasă, vezica este tensionată, dureroasă și palpabilă (glob vezical). Această retenție impune un sondaj vezical evacuator pe cale uretrală sau prin aplicarea unui cateter vezical suprapubian, apoi căutarea cauzei prin diferite examene.

■ *Retenția incompletă de urină* are uneori o origine neurologică (legată de un diabet sau consecutivă unei rahianestezii), de cele mai multe ori obstructivă (îngustare a colului vezical, un calcul sau un cancer al prostatei, un fibrom uterin). Ea se dezvăluie în mod treptat prin tulburări de micțiune: micțiuni apropiate în timp unele de altele, jet slab al urinei, senzație de golire vezicală incompletă, uneori incontinență sau infecție urinară. Vezica este de cele mai multe ori relaxată, domul ei fiind palpabil deasupra pubisului.

TRATAMENT. Tratamentul este cel al cauzei retenției de urină, care duce la dispariția acesteia.

RETENȚIE INTRAUTERINĂ. Reținere în uter, după o falsă naștere sau după o întrerupere voluntară a sarcinii (I.V.S.), sau după naștere, a unor resturi ovulare sau a anexelor embrionare în totalitate sau parțial (placenta, vezicula ombilicală, amniosul, alantoida).

În cazul unei false nașteri, se mai vorbește și de retenție ovulară, iar după o naștere de retenție placentară. O retenție placentară necesită o delivrență artificială prin revizie uterină. Totuși, dacă retenția este parțială, prezența resturilor placentare nu este decelată întotdeauna. Ea împiedică atunci uterul să se contracte complet și poate antrena hemoragii (metroragii) și uneori o infecție (endometrită, salpingită), provocând febră și dureri.

Tratamentul unei retenții intrauterine este de cele mai multe ori chirurgical (chiuretaj aspirativ), dar mai poate face apel și la medicamente care provoacă contracțiile uterine și permit atunci expulzia resturilor uterine.

RETICULOCIT. Globul roșu tânăr.

RETINĂ. Membrană care tapetează fața internă a ochiului, conținând celulele ce permit captarea semnalului luminos.

Retina este o membrană subțire și transparentă a cărei față posterioară se află în contact cu coroida, prin intermediul epiteliului pigmentar, iar fața anterioară cu corpul vitros. Vascularizarea retinei este asigurată de către artera centrală a retinei, care pătrunde în globul ocular prin papilă (locul de plecare al nervului optic).

STRUCTURĂ. Retina este constituită din mai multe tipuri de celule, celulele vederii fiind dispuse în trei straturi suprapuse, care sunt, începând din spatele până în fața ochiului, celulele fotoreceptoare (conuri și bastonașe), celulele bipolare și celulele ganglionare.

EXAMENE. Explorarea retinei se face prin examinarea fundului de ochi, asociată sau nu cu dilatația pupilară. Unele examene complementare permit să se studieze funcționarea retinei (electroretinografie, electrooculografie) sau structura sa (angiografie oculară).

PATOLOGIE. Bolile retinei pot avea diferite origini.

■ *Dezlipirea de retină* este relativ frecventă, mai ales la miopi sau la subiecții vârstnici pentru care există antecedente familiale.

■ *Bolile degenerative ale retinei*, adesea ereditare, afectează îndeosebi celulele fotoreceptoare și/sau epiteliul pigmentar (retinopatie pigmentară, degenerescență tapetoretiniană).

■ *Bolile inflamatorii ale retinei* sunt rare. Ele sunt provocate mai ales de inflamația coroidei (corioretinită cauzată de toxoplasme, în special).

■ *Bolile vasculare ale retinei* sunt ocluziile arteriale sau venoase provocate de oprirea circulației sângelui în artera centrală sau în vena centrală a retinei. Microcirculația poate fi afectată, de asemenea, în cursul diabetului sau al hipertensiunii arteriale.

■ *Tumorile retinei* sunt dominate de retinoblastom (tumoră malignă), care afectează copiii foarte mici.

RETINITĂ. Inflamație a retinei, cauzată de o infecție sau o inflamație a țesuturilor învecinate (coroida).

Retinitele de origine infecțioasă. Aceste inflamații ale retinei sunt rare. Microorganismul în cauză poate fi o bacterie, un virus sau o ciupercă microscopică.

■ *O infecție bacteriană* (tuberculoza, îndeosebi miliară, boala lui Osler) poate produce microabcese retiniene, care se manifestă printr-o scădere a acuității vizuale dacă

abcesele sunt localizate la polul posterior. Tratamentul face apel la antibiotice antituberculoase în doze mari pe cale generală. Totuși, pot subzista sechele vizuale.

■ *Retinita cu citomegalovirus*, care afectează, de obicei, subiecții imunodeprimați, se manifestă prin focare retiniene albe înconjurate de hemoragii, responsabile de o scădere a vederii doar atunci când afectează macula. Administrarea de antivirale pe cale generală permite stăvilirea înaintării infecției.

■ *Retinita micozică cu Candida albicans* se observă la subiecții imunodeprimați, la toxicomani sau la purtătorii de catetere intravenoase pe durate lungi. Tratamentul antifungic este, în general, eficace, asociat cu o vitrectomie (ablația chirurgicală a corpului vitros), pentru a jugula definitiv focarul infecțios.

■ *Retinita rubeolică*, cauzată de virusul rubeolei contractat de mamă în timpul sarcinii se manifestă la copil la naștere prin zone de modificare pigmentară, dar nu antrenează, în general, scăderea acuității vizuale. Alte anomalii oculare îi mai sunt asociate acestei retinite: microftalmie, uveită, cataractă. Nu există un tratament al acestei retinite.

Retinitele consecutive unei inflamații a coroidei. Aceste inflamații ale retinei, denumite corioretinite, sunt destul de frecvente. Ele sunt cauzate, în principal, de toxoplasmoză, boală parazitară contractată de mamă în timpul sarcinii, care afectează copilul. Corioretinitele toxoplasmice dobândite sunt mai rare și se întâlnesc la subiecții imunodeprimați (SIDA). Principalul simptom este o scădere a acuității vizuale, care apare adesea la pubertate în cazul toxoplasmozei.

TRATAMENT. Tratamentul unei corioretinite este cel al cauzei sale (administrarea de substanțe antiparazitare în caz de toxoplasmoză). Antiinflamatoarele corticosteroidiene pot fi apoi utilizate în doze forte.

RETINITĂ PIGMENTARĂ. → RETINOPATIE PIGMENTARĂ.

RETINOBLASTOM. Tumoră malignă dezvoltată pe seama retinoblastelor, celule precursoare ale fotoreceptorilor retinei. SINONIM: *gliom al retinei*.

Retinoblastomul este o tumoră rară, cu toate că se află pe locul doi al tumorilor intraoculare, după melanomul coroidei. El afectează îndeosebi copiii către vârsta de 18 luni (în raport de 1 la 20 000 aproximativ).

CAUZE. Un retinoblastom poate fi sporadic (fără teren familial) sau de origine ereditară.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Un retinoblastom se manifestă adesea printr-o leucocorie (pupilă albă) care dovedește că tumora, foarte întinsă, a suprimat vederea. Mai rar, el provoacă un strabism sau o buftalmie (creșterea în volum a ochiului).

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Tratamentul constă în îndepărtarea ochiului afectat (enucleare), dacă tumora este mare, și înlocuirea lui cu o protează oculară. Radioterapia poate fi utilizată fie pentru evitarea unei enucleeri a ambilor ochi, fie în completarea tratamentului dacă tumora a invadat papila. Chimioterapia nu este indicată decât dacă este invadată coroida. Acest cancer are un prognostic bun.

RETINOGRAFIE. Fotografie, în general în culori, a fundului de ochi și, îndeosebi, a retinei.

O retinografie permite supravegherea anumitor leziuni ale fundului de ochi. Acest examen poate, dacă este necesar, să fie completat cu o angiografie oculară (examen radiologic al vaselor retinei).

Retinografia este efectuată în cursul unui examen al fundului de ochi după dilatarea pupilei, cu ajutorul unor colire zise midriatice. Clișeele sunt luate cu ajutorul unor aparate fotografice fixate pe un biomicroscop sau portative.

RETINOID. Medicament derivat de la retinol (vitamina A), utilizat în tratamentul unor boli cutanate.

INDICAȚII. Retinoidele sunt indicate în formele grave de acnee și de psoriazis.

CONTRAINDICAȚII ȘI PRECAUȚII. Aceste medicamente sunt categoric contraindicate la femeia gravidă din cauza efectului lor teratogen (care provoacă malformații fătului) important. Prescrierea de retinoid unei femei în perioada de activitate genitală necesită un test prealabil de sarcină, care trebuie să fie negativ, luarea de pilule contraceptive să fie începută cu o lună înainte de tratament și să fie urmată multă vreme după încetarea tratamentului: cel puțin încă două luni atunci când medicamentul prescris este izotretinoina sau cel puțin doi ani atunci când este vorba de etretinat.

EFECTE NEDORITE. Acestea depind de doza și durata tratamentului. Principalele efecte sunt tulburările hepatice și lipidice, tulburările osoase (osteoporoza [sudura cartilagiilor de conjugare]), o calcificare a ligamentelor, tulburări cutanate și mucoase ca o cheilită (inflamația buzelor) sau o uscăciune a gurii, o oprire a creșterii la copil etc.

RETINOL. → VITAMINA A.

RETINOPATIE. Orice afecțiune a retinei, indiferent de cauza ei.

Retinopatia diabetică. Această afecțiune este cauzată de o degenerescență a capilarelor care irigă retina persoanelor atinse de diabet de cel puțin zece ani. Boala este favorizată de hipertensiunea arterială. Ea se manifestă prin diferite semne: microanevrisme (mici dilatații ale capilarelor care iau forma unor mici puncte roșii); hemoragii de intensitate și de forme variabile; exsudate albe pufoase, mari și de suprafață sau exsudate uscate, galbene, mai mici și

mai profunde. O scădere a vederii poate surveni în formele evoluate.

TRATAMENT. Tratamentul face apel la echilibrarea diabetului și la fotocoagularea cu laser a unor leziuni retiniene. Totuși, în pofida acestor tratamente, scăderea vederii poate persista.

Retinopatia hipertensivă. Această afecțiune a retinei este cauzată de o hipertensiune arterială care atinge circulația retiniană. Arterele au un calibru îngustat, pe când venele sunt adesea dilatate. În cea mai mare parte a timpului, nu există nici un simptom. Uneori, o sângerare în corpul vitros antrenează apariția unor muște în zbor în câmpul vizual. Complicația acestei retinopatii constă într-un edem retinian sau papilar.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se bazează pe examenul fundului de ochi, completat eventual cu angiografia oculară. Tratamentul constă în normalizarea tensiunii arteriale prin antihipertensoare.

RETINOPATIE A PREMATURILOR. Afecțiune a retinei nou-născutului prematur supus unei oxigenoterapii intensive și prelungite. SINONIM: *fibroplazie retrolentală*.

CAUZE ȘI SIMPTOME. La copilul prematur, arterele retinei nu sunt încă în întregime dezvoltate și sunt foarte sensibile la o creștere a concentrației de oxigen din sânge. În aceste condiții poate apărea o retinopatie.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Procesul se poate opri de la sine în caz de întrerupere a oxigenoterapiei și poate evolua spre o cicatrizare fără sechele vizuale. Proliferarea vălurilor fibroase poate fi oprită prin crioterapie (tratament prin frig). În schimb, stadiul de retinopatie declarată oferă puține posibilități de tratament. Concluzia: se impune ca un nou-născut supus unei oxigenoterapii importante să fie supravegheat cu atenție. Se impun controlul concentrației de oxigen furnizat nou-născutului, practicarea examenului fundului de ochi al copilului pe toată durata tratamentului. Administrarea de vitamină E mai poate juca un rol preventiv, dar actualmente nu există nici o metodă sigură de prevenire a acestei boli.

RETINOPATIE PIGMENTARĂ. Boală degenerativă ereditară a celulelor vizuale receptoare ale luminii (conuri și bastonașe). SINONIM: *retinită pigmentară*.

Retinopatia pigmentară este o boală care afectează copilul.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O retinopatie pigmentară se manifestă printr-un defect de adaptare la întuneric și printr-o îngustare a câmpului vizual, care se accentuează cu trecerea anilor. O scădere a acuității vizuale este adesea observată după câțiva ani, putând evolua până la o vedere slabă și la o îngustare a câmpului vizual.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Examenul fundului de ochi pune în evidență o atrofie a papilei, a arterelor foarte subțiri și a îngrămădirilor de pigmenți negricioși care corespund zonelor retiniene atinse. Electroretinograma, stinsă (înregistrare plată), confirmă diagnosticul. Actualmente, nu există un tratament al acestei boli.

RETROCONTROL. Tehnică datorită căreia un subiect ia cunoștință de modalitățile de funcționare ale uneia sau mai multor funcții ale corpului său și învață să le stăpânească. SINONIME: *retroacțiune, retroreglare*. În engleză: *biofeedback*.

Un retrocontrol permite să se acționeze conștient asupra funcțiilor inconștiente ca: frecvența bătăilor inimii (marcată prin puls) sau tensiunea arterială.

INDICAȚII. Tehnica retrocontrolului este utilizată în tratamentul bolilor legate de stres, ca unele forme de hipertensiune arterială, de exemplu.

TEHNICĂ. Stăpânirea retrocontrolului se obține mulțumită unei aparaturi care înregistrează și transcrie (pe un ecran, de exemplu) funcțiile care trebuie controlate și modificate: tensiunea arterială, pulsul, tonusul muscular, undele cerebrale etc. La folosire, subiectul asociază senzațiile cu indicațiile primite, ceea ce îi permite, puțin câte puțin, să-și cunoască și să-și stăpânească funcțiile de controlat. La sfârșitul instruirii, subiectul va putea acționa asupra acestor funcții fără ajutorul aparaturii.

RETROCONTROL HORMONAL. Mecanism natural de reglare a hormonilor chiar prin sistemul hormonal. SINONIM: *retroacțiune hormonală*.

Retrocontrolul hormonal este procesul prin care hormonii circulanți acționează asupra țesuturilor glandelor care îi elaborează sau stimulează producerea lor. Astfel, hipofiza este capabilă să măsoare nivelul sangvin al unui hormon și, în schimb, să acționeze asupra glandei responsabile de secreția hormonului în cauză pentru a ajusta producerea la nevoile momentului.

RETROLISTEZIS. Alunecare înapoi a unei vertebre în raport cu vertebra subiacentă.

Un retrolistezis, atunci când comprimă măduva spinării sau o rădăcină nervoasă, poate antrena o paralizie.

TRATAMENT. După cauza retrolistezisului, tratamentul este medical (kineziterapie, tratament medical al afecțiunii cauzale) sau chirurgical (realinierea vertebrelor cu fixare fie prin proteză, fie prin grefă osoasă). Tratamentul unei compresii, mai ales, este chirurgical).

RETROTRANSCRIPȚIE. Fenomen natural al fabricării unei molecule de A.D.N., zisă complementară, prin copierea informației conținute în molecula de A.R.N.

RETROVIRUS. Virus cu A.R.N. din familia retroviride.

Această familie cuprinde oncovirusurile, lentivirusurile și spumavirusurile. Denumirea de retrovirus vine de la faptul

că aceste virusuri utilizează o enzimă, numită transcriptază inversă (sau reverstranscriptază), pentru a transforma A.R.N.ul lor în A.D.N. şi, astfel, se multiplică în celule.

■ *Lentivirusurile* sunt cele care provoacă atât la om, cât şi la animale, boli cu evoluţie lentă ca SIDA (HIV 1 şi HIV 2, adică virusul imunodeficienţei umane 1 şi 2).

■ *Oncovirusurile*, numite aşa deoarece poartă o oncogenă, genă care favorizează apariţia unui cancer, sunt responsabile, la om şi la animale, de cancere ca leucemia (VLTH 1 şi VLTH 2, adică virusurile limfotropice ale celulelor T umane 1 şi 2).

■ *Spumavirusurile* sunt, în general, considerate virusuri nepatogene, dar se evocă rolul lor eventual în anumite patologii, îndeosebi în boala lui Basedow.

RETT (sindrom al lui). Ansamblu de tulburări neurologice autistice care afectează exclusiv copilul de sex feminin.

Sindromul lui Rett este probabil de origine genetică. El este caracterizat prin apariţia, uneori brutală, spre vârsta de 8 până la 18 luni, a unui sindrom autistic (atitudine de repliere în sine) însoţit rapid de stereotipii manuale constante (repetarea aceloraşi gesturi, îndeosebi cel de a-şi freca mâinile); în continuare survine regresia achiziţiilor psihomotorii. Spre vârsta de trei sau patru ani apar semnele epilepsiei.

REUMATISM. Orice afecţiune dureroasă, acută sau – de cele mai multe ori – cronică, care stânjeneşte buna funcţionare a aparatului locomotor.

DIFERITE TIPURI DE REUMATISM. În exprimarea curentă, dar şi în limbajul medical, acest termen acoperă boli foarte diverse. Reumatismele pot fi împărţite în 6 grupe principale:

■ *Reumatismele infecţioase* sunt cauzate de prezenţa unui germene în articulaţie: artrita gonococică sau artrita tuberculoasă, de exemplu.

■ *Reumatismele inflamatorii* se observă, în general, în cadrul bolilor de sistem ca reumatismul articular acut, poliartrita reumatoidă, spondilartropatia, artrita psoriazică, lupusul eritematos diseminat, pseudopoliartrita rizomelică, sindromul lui Schönlein-Henoch, angeitele.

■ *Reumatismele microcristaline* sunt cauzate de prezenţa cristalelor în articulaţie sau în tendoane: gută, condrocalcinoză articulară, boala calcificărilor tendinoase.

■ *Reumatismele degenerative* sunt provocate fie de degenerescenţa şi uzura unei articulaţii (artroza membrelor), fie unor cauze mecanice (de exemplu un efort exagerat pentru a ridica o greutate, în caz de hernie discală), fie unei combinaţii a acestor factori (sindromul de îngustare a canalului carpian).

■ *Atingerile inflamatorii periarticulare* cele mai frecvente sunt tendinitele, bursitele şi periartritele.

■ *Afecţiunile hematologice sau tumorale* care se exprimă prin dureri ale aparatului locomotor sunt reprezentate, în principal, prin mielomul multiplu şi prin metastazele canceroase osoase. → CALCIFICĂRILOR TENDINOASE (boală a), CANALULUI RAHIDIAN (sindrom de îngustare a), CONDROCALCINOZĂ ARTICULARĂ, GUTĂ, HERNIE DISCALĂ, PERIARTRITĂ, POLIARTRITĂ REUMATOIDĂ, SPONDILOARTROPATIE.

REUMATISM ARTICULAR ACUT. Boală inflamatorie provocată de acţiunea toxinelor unui streptococ, care provoacă o inflamaţie a articulaţiilor mari şi a inimii. SINONIM: *boala lui Bouillaud*.

Reumatismul articular acut (R.A.A.) se observă la copiii între 4 şi 15 ani. El survine întotdeauna după o anghină cu streptococ de grup A, netratată cu antibiotice, şi este încă frecvent în unele ţări în curs de dezvoltare. Virulenţa germenului nu este responsabilă de leziunile ce survin în cursul bolii, în care nu a fost găsit vreodată; se incriminează un proces autoimun.

SIMPTOME ŞI SEMNE. Reumatismul articular acut survine la 2 până la 3 săptămâni după apariţia unei angine de cele mai multe ori nediagnosticată şi, în consecinţă, netratată. El se traduce printr-o poliartrită (reumatism care atinge mai multe articulaţii) şi printr-o febră ridicată. Articulaţiile atinse sunt cele mari (genunchi, coate); ele sunt calde, dureroase şi mărite în volum. Aceste artrite sunt caracterizate prin aspectul lor trecător şi schimbător; ele regresează fără a lăsa sechele. Semnele cutanate ca maculopapulele (pete uşor înălţate) sau nodozităţile lui Meynet (noduli subcutanaţi care apar în zona articulaţiilor atinse) sunt posibile, dar rare. O atingere cardiacă, denumită carditâ reumatismală, survine în 75% din cazuri în cursul primei săptămâni. Aceasta ia forma unei inflamaţii a pericardului, miocardului şi endocardului (valve). Această inflamaţie poate antrena formarea de ţesut cicatriceal, responsabilă după multă vreme de o stenoză sau de o insuficienţă valvulară, mitrală sau, mai rar, aortică.

COMPLICAŢII. Acestea pot surveni la mult timp după instalarea bolii. Bolnavul poate prezenta atunci o debilitate hemodinamică cu insuficienţă cardiacă. Uneori se asistă la migrarea germenilor, cu ocazia unei infecţii, pe valvulele inimii (deoarece acestea au fost lezate), ceea ce antrenează o endocardită, şi uneori reluarea puseului reumatismal.

Formele actuale ale bolii se manifestă mai ales prin artrite localizate la o singură articulaţie sau prin inflamaţii izolate ale inimii.

TRATAMENT ŞI PREVENIRE. Tratamentul necesită repaus la pat, o antibioterapie prelungită şi o corticoterapie. Prevenirea recidivelor se realizează prin administrarea de antibiotice la intervale regulate (o injecţie pe lună) timp de cel puţin 5 ani.

Prevenirea reumatismului articular acut constă în administrarea de antibiotice oricărui subiect tânăr care are o anghină eritematoasă.

REUMATISM PSORIAZIC. → ARTRITĂ.

REUMATOLOGIE. Disciplină consacrată bolilor reumatismale și osteoarticulare.

REVENIRE A CICLULUI. Apariția primelor scurgeri menstruale după naștere.

Acest lucru se întâmplă, în general, într-un interval de una-două luni la femeile care nu alăptează și de una-trei luni la cele care alăptează. Totuși, se observă și intervale mai lungi la unele femei (până la 4–5 luni fără flux menstrual).

Un ciclu ovulator poate preceda apariția scurgerilor menstruale, chiar și în cazul femeilor care alăptează. Astfel, ovulația se produce uneori în a 25-a zi după naștere. De aceea, este necesar să se ia precauții contraceptive începând din acest moment: luarea de estroprogestative începând din a 15-a zi, utilizarea de prezervative masculine, punerea unui sterilet nefiind recomandată decât după revenirea fluxului menstrual.

REYE (sindrom al lui). Boală caracterizată printr-o atingere cerebrală neinflamatorie și o atingere hepatică ce survine în continuarea unui episod viral acut.

Sindromul lui Reye afectează îndeosebi copiii, de cele mai multe ori spre vârsta de 3 ani.

CAUZE. Cauzele acestui sindrom sunt încă necunoscute. Totuși, mai multe studii realizate în Statele Unite au pus în evidență o legătură între luarea de aspirină și apariția acestui sindrom la copiii care au avut o boală virală (gripă, infecție respiratorie, varicelă).

SIMPTOME ȘI SEMNE. La început, semnele (febră, deprimare) pot fi confundate cu cele ale bolii virale inițiale. După câteva zile de latență, apar brusc vărsături frecvente și abundente după care vin tulburări de comportament (somnolență, apatie, iritabilitate), tulburări ale tonusului sau ale conștienței, putând merge până la comă. Sunt frecvente convulsiile.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul bolii în formele ei grave necesită o spitalizare într-un serviciu de reanimare. Prevenirea constă, îndeosebi în SUA și Marea Britanie, prin punerea în gardă la prescrierea aspirinei ca medicament antipiretic la copii sau chiar prin suprimarea acestei prescripții. În alte țări, ca Franța, în care sindromul lui Reye este foarte rar, administrarea acestui medicament este menținută cu excepția, ca o măsură de prudență, tratamentului copiilor care au avut de curând varicelă.

REZISTENȚA LA MEDICAMENTELE ANTIINFECȚIOASE. Capacitate pe care o posedă un agent infecțios patogen (bacterie, virus, parazit) de a se opune acțiunii unui medicament (antibiotic, antiviral sau antiparazitar).

Prin definiție, o sușă bacteriană se numește rezistentă la un antibiotic dacă o concentrație minimă din acest antibiotic – capabilă să inhibe creșterea bacteriei – este mai mare decât concentrațiile obținute în serul unui bolnav tratat cu doze standard de acest antibiotic.

Mecanismele de rezistență la medicamente sunt variate și pot coexista în același germene suprapunându-și efectele: secreția unei enzime care inactivează medicamentul, absența sau modificarea țintei asupra căreia acționează medicamentul, absența sau modificarea pătrunderii medicamentului în agentul infecțios.

REZONANȚA MAGNETICĂ NUCLEARĂ. → IMAGERIA PRIN REZONANȚĂ MAGNETICĂ.

REZORBȚIE sau **RESORBȚIE DENTARĂ.** Dispariția treptată, fiziologică sau patologică, a coroanei și/sau a rădăcinii unui dinte.

Resorbția coroanei unui dinte. Aceasta este realizată de carie, atingerea evolutivă a constituenților duri ai dintelui (smalț și dentină).

Resorbția rădăcinii unui dinte. Atunci când afectează rădăcina unui dinte de lapte, resorbția este un fenomen fiziologic care duce la dispariția acesteia și înlocuirea cu un dinte definitiv. Atunci când atinge rădăcina unui dinte definitiv, este un fenomen patologic consecutiv unui șoc violent sau unei carii netratate. Diagnosticul se face pe baza radiografiei, care arată lacunele ce dezvăluie zonele în care rădăcina dintelui se resoarbe. Când aceste lacune se întind din apropae în apropae, este necesar, în general, ca dintele să fie scos. La un stadiu mai puțin avansat, încă se mai poate opri procesul de resorbție devitalizând dintele și, apoi introducând în canalele radiculare hidroxid de calciu pe o durată de 6 luni până la un an; în continuare, după scoaterea acestei substanțe, se obturează definitiv dintele.

Rh (factor). → RHESUS (sistem).

RHESUS (sistem). Sistem de grupuri sangvine compus din diferite antigene.

Sistemul Rhesus este, împreună cu sistemul ABO, principalul sistem al grupurilor sangvine.

Antigenele aparținând sistemului Rhesus, denumite uneori în mod greșit „factori Rhesus", sunt numeroase dar, în practică doar 5 dintre ele sunt realmente importante (susceptibile să antreneze formarea de anticorpi atunci când sunt transfuzate unui subiect care nu posedă antigenul în cauză): antigenele D, C, c, E și e.

Subiecții care posedă antigenul D se numesc Rhesus pozitivi, cei care nu-l posedă sunt numiți Rhesus negativi. Anumite persoane prezintă o formă atenuată a antigenului D, numită D slab. În plus, globulele roșii sunt purtătoare ale

antigenelor C, E, c, și e, asociate în mod diferit după legi stabilite: orice globul roșu care nu este purtător al antigenului C este inevitabil purtător al antigenului c și reciproc. La fel se întâmplă și cu antigenele E și e. În schimb, nu există un antigen d: un individ care nu este purtător al antigenului D nu poartă nimic în loc.

FORMAREA ANTICORPILOR. În anumite împrejurări, corpul omenesc fabrică anticorpi îndreptați împotriva antigenelor sistemului Rhesus.

■ *În cursul unei transfuzii*, anticorpii apar în două cazuri. Fie când un subiect cu sânge Rh pozitiv donează sânge unui subiect cu Rh negativ, de exemplu în situație de urgență sau de penurie: în acest caz, anticorpul în cauză este îndreptat împotriva antigenului D. Fie, și acesta este cazul cel mai curent, ca urmare a unei transfuzii de sânge nu perfect compatibil cu celelalte antigene ale sistemului Rhesus. Anticorpii sunt atunci îndreptați împotriva altor antigene: E, c, e sau C. Formarea de anticorpi nu antrenează nici un simptom deosebit, dar o a doua transfuzie de sânge de același tip poate provoca pacientului un accident transfuzional de gravitate variabilă (febră, frisoane, stare de șoc, icter etc.).

■ *În cursul unei sarcini*, fătul poate purta antigene ale sistemului Rhesus diferite de cele ale mamei sale. Se întâmplă atunci, în anumite împrejurări (traumatism, hemoragie etc.) ca acestea să producă anticorpi (anticorpi anti-Rhesus) îndreptați împotriva antigenelor (antigene Rhesus) copilului pe care-l poartă, care distrug globulele roșii ale acestuia. Acest fenomen stă la originea bolii hemolitice a nou-născutului, care nu afectează primul copil (această imunizare nu survine decât la sfârșitul perioadei de sarcină), dar poate afecta copiii următori dacă aceștia sunt purtători ai aceluiași antigene. → INCOMPATIBILITATE RHESUS, INCOMPATIBILITATE TRANSFUZIONALĂ.

RIBOFLAVINĂ. → VITAMINĂ B2.

RIBOZOM. Mică formațiune sferică bogată în A.R.N., care constituie un element esențial al citoplasmei celulei.

RICHTER (sindrom al lui). Afecțiune caracterizată prin apariția unui limfom ne-hodgkinian (tumoră malignă a ganglionilor limfatici) de tip „cu celule mari imunoblastice" în cursul unei leucemii limfoide cronice sau al unei boli a lui Waldenström.

CAUZE. Sindromul lui Richter este o complicație rară a leucemiei limfoide cronice și a bolii lui Waldenström. Aceste două boli rezultă, și una și alta, dintr-o proliferare lentă a celulelor-sușe din care provin limfocitele, globulele albe specializate în anumite mecanisme ale apărării imunitare.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Sindromul lui Richter se manifestă adesea prin apariția unei febre mari, creșterea dimensiunilor ganglionilor limfatici și prin creșterea nivelului unei enzime sangvine, lacticodehidrogenaza, care este atunci secretată în exces.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Proliferarea celulară fiind mai rapidă în sindromul lui Richter decât cea din cadrul celor două boli în cursul cărora survine acest sindrom, tratamentul este și el mai intensiv. Este vorba de o polichimioterapie, adică de o asociere a mai multor medicamente inhibitoare ale multiplicării celulare (anticanceroase).

RICKETTSIA. Gen bacterian ce cuprinde bacili foarte mici, Gram negativi, a căror reproducere necesită o celulă-gazdă în interiorul căreia se multiplică, bacterii responsabile de bolile infecțioase denumite rickettsioze.

RICKETTSIOZĂ. Boală infecțioasă, provocată de o bacterie din genul Rickettsia, bacterie denumită rickettsie.

Rickettsiile trăiesc ca paraziți ai anumitor insecte și arahnide (păduchi, purici, căpușe, acarieni) și sunt transmise omului prin intermediul salivei (înțepătură, mușcătură) sau al excreției unui animal vector, specific fiecărei specii. În majoritate, rickettsiozele sunt localizate geografic și apar sub forma unor cazuri izolate; unele (îndeosebi tifosul exantematic) pot afecta colectivități mari. Rickettsiozele sunt boli cu evoluție adesea gravă, putând antrena decesul în absența tratamentului.

SIMPTOME ȘI TRATAMENT. Rickettsiozele se caracterizează, în general, prin debutul lor brutal și printr-o febră mare asociată cu dureri de cap și cu o stare de prostrație. Survine rapid o erupție cutanată caracteristică asociată cu o înroșire a pielii (leziunile sunt maculopapuloase [pete plane, semănând cu cele de rujeolă], care sunt o expresie a vascularitei (inflamație a vaselor sangvine). Febra durează de la câteva zile la câteva săptămâni. În absența tratamentului, o rickettsioză poate evolua spre o septicemie, o insuficiență cardiacă sau renală, sau spre o pneumonie.

Aceste afecțiuni sunt tratate prin antibioterapie. Prognosticul este foarte bun dacă tratamentul este administrat destul de precoce. Prevenirea constă în distrugerea păduchilor și căpușelor.

RID. Crevasă cutanată.

DIFERITE TIPURI DE RIDURI. Există două tipuri de riduri.

■ *Ridurile de expresie* apar foarte devreme. Ele sunt legate de activitatea mușchilor mimici prinși de piele (mușchi cu cel puțin o inserție pe piele).

■ *Ridurile de îmbătrânire* care apar după 50 ani.

CAUZE. Un rid este provocat de ruperea fibrelor elastice ale dermului și de o atingere a restului de țesut conjunctiv sub influența îmbătrânirii, a slăbirii sau a încrețirii expresive a pielii. El poate să se accentueze sub influența soarelui, a vântului și a tutunului.

TRATAMENT. Există diferite tratamente pentru riduri.

■ *O dermabraziune* se efectuează cu ajutorul unui disc abraziv sau al unui glaspapir foarte fin, care permite atenuarea reliefurilor de o parte și de alta a ridurilor.

■ *Un lifting* poate face să dispară ridurile, mai ales cele de pe frunte, prin „întinderea" cutelor formate de structurile cutanate lăsate.

■ *Un peeling* este realizat cu ajutorul unor substanțe ca zăpada carbonică, azotul lichid, rezorcina, acidul tricloracetic, fenolul sau acidul glicocolic.

■ *O ridicare a ridulelor* (riduri mici) se face fie cu ajutorul incluziilor în profunzime a unor fragmente dermice, scoase de cele mai multe ori din partea superioară și interioară a coapsei (plica inghinală), fie cu ajutorul colagenului injectabil destinat să ridice ridulele. Injecțiile cu silicon sunt mai rar întrebuințate din cauza riscului de migrare a siliconului, care, sub efectul gravității, se acumulează frecvent la marginea buzei pe care o îngroașă. Pomezile cu penetrare transcutanată sunt actualmente în curs de experimentare.

PREVENIRE. Numărul și amplitudinea ridurilor cresc cu vârsta. Evoluția ridurilor este însoțită de subțierea epidermului și de fracționarea fibrelor elastice ale dermului. Doar o excelentă igienă a vieții poate întârzia apariția ridurilor. → DERMABRAZIUNE, LIFTING, PEELING.

RIFTULUI (febră din valea). Boală infecțioasă, de origine virală, provocată de un virus din familia arbovirusurilor, care face ravagii în Africa Orientală și în Egipt.

R.M.N. → REZONANȚĂ MAGNETICĂ NUCLEARĂ.

RINICHI. Organ care elaborează urina.

Rinichii, în număr de doi, sunt amplasați în fosele lombare la înălțimea primelor vertebre lombare și a ultimelor două coaste – sub ficat pentru rinichiul drept, lângă splină pentru rinichiul stâng –, în spatele cavității peritoneale.

FIZIOLOGIE. Principalele funcții ale rinichiului sunt:

– elaborarea urinei pornind de la sânge, ceea ce permite eliminarea deșeurilor și menținerea constantă a mediului interior al corpului (echilibrul acidobazic al sângelui);

– secreția eritropoietinei, un hormon care permite maturarea globulelor roșii din măduva osoasă;

– secreția reninei, o enzimă care servește la reglarea presiunii arteriale;

– transformarea vitaminei D în forma ei activă.

Un singur rinichi, cu condiția să fie sănătos, este suficient pentru a asigura funcția renală, ceea ce explică faptul că subiecții care au suferit o nefrectomie (ablația unui rinichi) pot duce o viață normală.

PATOLOGIE. Rinichii pot constitui sediul malformațiilor (malrotație renală, duplicitate renală, hidronefroză congenitală, rinichi în potcoavă), precum și al numeroaselor afecțiuni: boli ale parenchimului renal (glomerulonefrită, periarterită nodoasă), litiază, infecții (pielonefrită, tuberculoză), tumori benigne (chist, boală polichistică a rinichilor) sau maligne (adenocarcinom, nefroblastom). Oprirea funcționării ambilor rinichi provoacă o insuficiență renală acută sau cronică ce poate necesita o dializă.

RINICHI ARTIFICIAL. Aparat care, în locul rinichilor, epurează sângele de deșeurile sale, în caz de insuficiență renală. → HEMODIALIZĂ.

RINICHI ÎN POTCOAVĂ. Malformație caracterizată printr-o fuziune a celor doi rinichi.

Această anomalie, atunci când este izolată, nu are consecințe patologice și nu necesită un tratament.

RINICHIULUI (cancer al). Tumoră malignă a rinichiului dezvoltată plecând de la țesutul renal. SINONIME: *adenocarcinom al rinichiului, hipernefrom, nefrocarcinom, nefroepiteliom.*

Cancerul rinichiului survine la adult, de cele mai multe ori după vârsta de 50 ani.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Cancerul rinichiului se dezvăluie prin prezența sângelui în urină, uneori printr-o durere a rinichiului atins de tumoră. Mai rar, el se traduce printr-o oboseală cu pierdere în greutate, o febră și/sau o poliglobulie (exces de globule roșii).

Evoluția este uneori foarte lentă, chiar în caz de metastaze. Acestea sunt, în general, osoase, venoase, pulmonare sau hepatice.

TRATAMENT. În absența metastazelor, cel mai bun tratament al cancerului de rinichi este nefrectomia lărgită (ablația rinichiului, a lojei sale și a ganglionilor limfatici adiacenți). Metastazele pot necesita un tratament specific: ablația chirurgicală dacă metastaza este unică; imunoterapia, asociată sau nu cu o chimioterapie, în caz contrar.

Prognosticul cancerului de rinichi, atunci când este tratat înainte de apariția metastazelor, este de obicei favorabil. Totuși, este necesară o supraveghere regulată a bolnavilor.

RINICHIULUI (chist al). Cavitate patologică situată în rinichi, de consistență fluidă, limitată printr-un perete care îi este propriu.

Chisturile pot să fie observate în cadrul unei boli genetice, ca boala polichistică a rinichilor sau nefronoftizia, sau poate surveni de manieră izolată: denumite atunci chisturi simple, ele pot fi unice sau multiple, iar mecanismul lor de apariție este necunoscut.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Chisturile rinichilor pot să nu se traducă prin nici un simptom sau, atunci când sunt foarte voluminoase, pot provoca dureri lombare. Atunci când intră în cadrul unei boli genetice, chisturile sunt foarte numeroase, cresc treptat în volum și distrug țesutul renal provocând o insuficiență renală cronică.

TRATAMENT. Chisturile simple nu necesită nici un tratament decât în caz că sunt deosebit de voluminoase; în acest ultim caz, se poate proceda fie la ablația chirurgicală a chistului, fie la punctionarea lui pe cale transcutanată pentru a-l goli (dar recidivele sunt atunci frecvente).

RINITĂ. Inflamație a mucoasei foselor nazale.

Există două forme de rinită: rinita acută, denumită în mod obișnuit coriză, și rinita cronică, care cuprinde rinita nealergică și rinita alergică.

Rinita acută. Este vorba de o inflamație infecțioasă a foselor nazale ce survine în epidemii.

CAUZE ȘI SIMPTOME. Este o boală, în general, virală într-un prim moment, dar se complică adesea cu o infecție bacteriană. După o incubație de câteva zile, nasul începe să curgă. Scurgerea este limpede și fluidă: în caz de complicație (suprainfecție), scurgerea devine groasă și galbenă. Atunci nasul se înfundă; persoana strănută și simte o senzație de arsură în fosele nazale.

TRATAMENT. Nu există un tratament care să permită oprirea evoluției bolii; aceasta se vindecă de cele mai multe ori spontan în câteva zile. Tratamentul nu servește decât la calmarea simptomelor și rămâne adesea local: spălături ale foselor nazale cu ser fiziologic, pulverizări de vasoconstrictoare (medicamente care îngustează vasele sangvine ale mucoasei) în nas.

Rinita cronică. Este vorba de o inflamație recidivantă sau mai mult ori mai puțin permanentă a foselor nazale. Originea sa poate fi alergică sau nu.

■ *Rinita cronică nealergică* nu are o cauză bine definită. Ea este favorizată de diverși factori: fragilizarea mucoasei, prin rinite acute cu repetiție, tabagism, expunere la poluare aeriană, abuz de medicamente locale vasoconstrictoare.

Printre diferitele varietăți, se deosebesc rinitele atrofice, încă frecvente în țările în curs de dezvoltare și în particular în Africa de Nord: unele sunt consecutive unei alte boli (sifilis, tuberculoză, sindromul lui Gougerot-Sjögren), altele nu, ca ozena (rinita atrofică primitivă) caracterizată prin apariția unor cruste și percepția de către bolnav a unui miros fetid.

Tratamentul rinitelor cronice nealergice este dificil. El cuprinde luarea de medicamente locale, alese cu grijă în funcție de varietatea rinitei – în anumite cazuri, vasoconstrictoarele sunt contraindicate –, aplicații de substanțe pe mucoasă de către medicul specialist și cure termale.

■ *Rinita cronica alergică* se manifestă prin scurgere nazală, printr-o obstrucție nazală și ropote de strănuturi care survin în crize.

Se deosebesc rinitele sezoniere – între care o varietate o constituie coriza spasmodică sau febra fânului –, care se produc în fiecare an la aceeași dată și sunt cauzate de polenuri, rinitele peranuale (influența anotimpului fiind nulă sau puțin marcată), provocate de acarieni și de praful de casă sau de fanere (peri, pene etc.) ale animalelor domestice.

Diagnosticul poate fi confirmat prin dozările de anticorpi sangvini și prin teste cutanate denumite epidermoteste. Tratamentul constă, dacă este posibil, în suprimarea oricărui contact cu alergenul, în luarea de medicamente antihistaminice pe cale orală și uneori în desensibilizarea la alergenul respectiv.

RINNE (probă a lui). Test auditiv care permite evaluarea gradului de afectare a urechii medii sau interne prin compararea auzului pe calea osoasă cu auzul pe calea aeriană.

Acest test face parte din acumetrie, ansamblu de examene care permit testarea auzului unui subiect fără a utiliza un material sofisticat; el este realizabil în cursul unei consultații.

DESFĂȘURARE. Medicul pune în vibrație un diapazon la câțiva centimetri de urechea pacientului cu scopul de a-l face să aprecieze transmisia sunetelor pe cale aeriană, apoi pune diapazonul pe osul mastoid al pacientului cu scopul de a testa transmisia osoasă și întreabă de fiecare dată bolnavul dacă percepe sunetul.

REZULTATE. În stare normală, proba se numește pozitivă. Transmisia aeriană este mai lungă decât transmisia osoasă: subiectul nu mai percepe sunetul diapazonului pus pe craniu, în timp ce el îl mai aude încă atunci când diapazonul se află în fața conductului auditiv.

RINOFARINGITĂ. Inflamație a părții superioare a faringelui.

Este o boală care afectează mai ales copilul mic, de vârste între 6 luni și 4 ani. O rinofaringită este adesea de origine virală și se manifestă printr-o rinoree (scurgere nazală) purulentă, o obstrucție nazală și o febră în jur de 38,5°C. Evoluția este în mod obișnuit favorabilă într-o săptămână. Totuși, o rinofaringită poate avea complicații: otită, laringită, bronșită.

Tratamentul este cel al simptomelor și cuprinde îngrijiri locale ca instilații nazale cu ser fiziologic și un medicament împotriva febrei (paracetamol, aspirină). În caz de recidive prea frecvente, medicul poate propune o adenoidectomie (ablația chirurgicală a vegetațiilor), deoarece vegetațiile pot constitui un focar de infecție cronică.

RINOFIBROSCOPIE. Examen al foselor nazale, faringelui și laringelui cu ajutorul unui fibroscop.

INDICAȚII. Rinofibroscopia este indicată în unele afecțiuni ale foselor nazale atunci când nu sunt permise alte metode pentru stabilirea unui diagnostic. Ea este realizată, atât pentru copii, cât și pentru adulți în cadrul unei consultații ambulatorii.

DESFĂȘURARE. Medicul introduce în nara pacientului așezat în fața lui un fibroscop nazal (un tub scurt dotat cu

un sistem optic şi fibre de sticlă care constituie tubul de iluminare) pe care îl face să înainteze în fosele nazale. Acest examen nu durează decât câteva minute. Atunci când fibroscopul atinge peretele posterior al cavumului (nazofaringe) pacientul poate resimţi o senzaţie dureroasă, însoţită de greţuri care dispar rapid.

RINOFIMĂ. Afecţiune dermatologică a nasului, caracteristică pentru rozacee (acnee care se traduce prin dilatarea micilor vase cutanate şi formarea de papulopustule pe faţă).

SIMPTOME ŞI SEMNE. O rinofimă se traduce printr-o hipertrofiere a nasului, uneori de amploare, neregulată şi deformantă. Ea poate, de asemenea, să antreneze o îngroşare a pielii, asociată cu o dilatare a porilor, care conţin sebum (rinofima sebacee), sau poate provoca o coloraţie roşie-violacee a pielii, care este parcursă de mici vase sangvine (rinofima vasculară).

TRATAMENT. Este cel al rozaceei (antiseptice locale, antibioterapie locală şi/sau generală). O rinofimă de amploare poate necesita, de altfel, o intervenţie de chirurgie estetică (ablaţia de ţesuturi moi practicată cu bisturiul sau cu laserul cu dioxid de carbon).

RINOLALIE DESCHISĂ. → NAZALIZARE.

RINOLALIE ÎNCHISĂ. → NAZALIZARE.

RINOPLASTIE. Operaţie chirurgicală constând în modificarea formei nasului.

O rinoplastie se poate face în acelaşi timp cu o septoplastie (operaţie a septului nazal) sau cu o genioplastie (remodelarea bărbiei). Asocierea unei genioplastii cu o rinoplastie constituie o profiloplastie.

PREGĂTIRE. Un bilanţ psihologic (chiar psihiatric) este esenţial înainte de a proceda la o operaţie a nasului în scop estetic. Operaţia trebuie să fie hotărâtă cu prudenţă, deoarece ea modifică aspectul feţei într-un mod greu de imaginat înainte de operaţie, de unde rezultă utilitatea fotografiilor şi videosintezelor, care ajută să se prevadă rezultatele.

DESFĂŞURARE. Durata spitalizării este de 48 ore. Intervenţia se face sub anestezie generală, bolnavul fiind intubat. Operaţia este realizată prin nări. Chirurgul procedează, după caz, la suprimarea bosei nazale, la apropierea oaselor, la subţierea vârfului nasului, de exemplu. Mucoasa este ajustată la sfârşitul intervenţiei. La sfârşitul operaţiei, sunt plasate meşe speciale în interiorul nasului pentru a tampona plaga. Ele rămân pe loc timp de 4 zile. În anumite cazuri, sunt utilizate tuburi de silicon pentru a menţine septul nazal în locul său, pentru a evita ca nările să se închidă şi pentru a facilita respiraţia. Un gips sau o atelă exterioară se pun apoi pentru o durată de zece zile.

EVOLUŢIE. După retragerea gipsului sau atelei este vizibil un edem postoperator. Nasul operat rămâne sensibil pe o perioadă de 21 zile şi ia aspectul său natural după 2 luni, dar aspectul său definitiv nu se stabileşte decât după un an.

COMPLICAŢII. Mai puţin de 1% din operaţiile efectuate dau loc unor complicaţii: nas coroiat (proeminarea părţii joase a nasului); nas prea scurt provocat de o ablaţie prea mare a ţesutului osos; deviaţie reziduală a nasului; obstrucţie a nasului, deranjantă pentru respiraţie, prin sinechii mucoase (aderenţe ale septului nazal cu un cornet [lamelă osoasă a scheletului foselor nazale]) sau printr-o hipertrofie a cornetelor. Defectele sunt reperabile la aproximativ două luni după operaţie, dar o nouă intervenţie nu poate avea loc decât după un anumit interval de timp (de la 6 luni la un an), adică la încheierea procesului de cicatrizare.

RINOPOIEZĂ. Operaţie de chirurgie reparatorie care constă în refacerea în totalitate a nasului.

INDICAŢII. O rinopoieză se practică de cele mai multe ori în urma unui traumatism, a unei arsuri, a unei muşcături, a unei degerături sau a unei mutilări, atunci când nasul este distrus, amputat parţial sau total.

RINOREE. Scurgere de lichid provenind din fosele nazale sau din sinusuri.

Lichidul poate fi limpede şi fluid, dar tot aşa de bine poate fi mucos sau purulent, făcut din secreţii mai groase, gălbui sau verzui.

DIFERITE TIPURI DE RINOREE. Se deosebesc două tipuri de rinoree: rinoreea anterioară şi rinoreea posterioară.

■ *Rinoreea anterioară* se caracterizează printr-o scurgere spre nări, făcând necesară suflarea nasului.

■ *Rinoreea posterioară* se recunoaşte printr-o scurgere care merge în spatele foselor nazale. În acest caz, lichidul este fie înghiţit, fie expectorat. În cazul în care lichidul este înghiţit, prezenţa acestuia nu este sesizată întotdeauna, dar medicul poate vedea scurgerea dacă examinează fundul gâtlejului.

CAUZE ŞI TRATAMENT. O rinoree este adesea de origine infecţioasă. Ea apare în cursul unei rinite (inflamaţie a foselor nazale) sau al unei sinuzite (inflamaţie a sinusurilor). Alte semne şi tratamentul depind de varietatea exactă a afecţiunii.

RINOSCOPIE. Examen al foselor nazale şi al faringelui, realizat cu ajutorul instrumentelor.

Rinoscopia se practică în cursul unei atingeri a foselor nazale şi a sinusurilor (rinită, sinuzită, polipoză nazosinusiană etc.) după două metode: rinoscopia anterioară şi rinoscopia posterioară.

■ *Rinoscopia anterioară* constă în plasarea succesivă în fiecare nară a unui specul în formă de con scobit, format adesea din două valve depărtabile cu ajutorul unui şurub, care permite să se observe partea anterioară a foselor nazale.

■ *Rinoscopia posterioară* se practică cu ajutorul oglinzii lui Clar (mică oglindă înclinată în sus și montată pe un mâner). Medicul împinge ușor oglinda până în fundul gâtlejului și privește imaginea cavumului (partea faringelui situată în spatele foselor nazale sau nazofaringe, cum se mai numește) și coanele (orificiile posterioare ale foselor nazale).

Dacă rezultatele obținute prin aceste două examene se dovedesc insuficiente, medicul poate să le completeze cu o rinofibroscopie.

RINOVIRUS. Virus cu A.R.N. din familia *Picornaviridae*, agent al guturaiului, sau corizei, și al unor atingeri respiratorii benigne.

RITMULUI (tulburare a).→ ARITMIE CARDIACĂ.

RIZARTROZĂ. Artroză localizată la rădăcina unui deget sau a unui membru.

În practică, termenul de rizartroză este rezervat artrozei policelui. Ea se manifestă prin dureri și chiar printr-o redoare, atunci când ajunge la un stadiu avansat, prin deformații (police în formă de Z).

Tratamentul rizartrozei este esențialmente local (atelă, infiltrații cu corticosteroizi, fizioterapie) și uneori, dacă afecțiunea rămâne dureroasă, chirurgical, prin artroplastie sau artrodeză (sudura chirurgicală a unei articulații).

ROLANDO (scizură a lui). Șanț profund al cortexului cerebral, situat la suprafața fiecăreia din emisferele cerebrale, separând lobul frontal de lobul parietal.

ROMBENCEFAL. Partea inferioară a trunchiului cerebral. SINONIM: *creier posterior*.

Termenul rombencefal este uneori folosit pentru a desemna ansamblul format de bulbul rahidian, situat deasupra măduvei spinării, protuberanța inelară (deasupra bulbului) și creierul mic (în spatele bulbului și al protuberanței).

RORSCHACH (test al lui). Test psihologic de explorare a personalității bazat pe interpretarea desenelor care seamănă cu petele de cerneală, subiectul fiind invitat să se exprime dând cuvinte liber asociațiilor sale de idei.

ROSEOLĂ sau **ROZEOLĂ.** Erupție cutanată de pete roz.

Rozeola este un semn observat în cursul diferitelor boli infecțioase provocate de bacterii, ca sifilisul și febra tifoidă, de virusuri, ca rozeola infantilă și SIDA; o altă cauză posibilă este o intoxicație cu un medicament; în acest ultim caz, erupția se asociază cu un prurit (mâncărimi).

Rozeola constă în mici pete plane, rotunde, de cele mai multe ori fiind atât de slab colorate încât sunt abia vizibile. Tratamentul este cel al cauzei. Erupția dispare spontan într-un interval variabil (de la câteva zile la mai multe luni) după boala care a provocat-o.

ROSEOLĂ sau **ROZEOLĂ INFANTILĂ.** → EXANTEM SUBIT.

ROTAVIRUS. Virus cu A.R.N. din familia *Reoviridae*, responsabil de gastroenterite infecțioase benigne la copii.

ROTULĂ. Os de formă triunghiulară, care participă la constituirea scheletului părții anterioare a genunchiului și permite mișcările de flexie-extensie ale articulației acestuia.

STRUCTURĂ. Rotula este un os de suprafață, palpabil sub piele. Situată între tendonul cvadricepsului, în partea de sus, care o menține pe loc, și tendonul rotulian în partea de jos, care o leagă de tibie, rotula se articulează în spate cu extremitatea inferioară a femurului (trohleea) pentru a forma articulația femuropatelară.

PATOLOGIE ȘI TRAUMATOLOGIE

■ *Sindromul femuropatelar*, frecvent, este un semn al atingerii cartilaginoase a rotulei. Genunchiul este atunci dureros, mai ales în cazul flexiei prelungite și în cursul coborârii scărilor. Tratamentul constă de cele mai multe ori în reeducare.

■ *Fracturile rotulei* sunt frecvente la adult, mai ales consecutive unui șoc direct. Genunchiul este atunci dureros și umflat din cauza hemartrozei (efuziune sangvină în articulație). Dacă cele două fragmente osoase nu sunt deplasate, este suficientă o imobilizare gipsată; în caz contrar, se impune o osteosinteză (în general un sercla). Imobilizarea durează 6 săptămâni, în timpul cărora pacientul poate merge ajutându-se de cârje și purtând o atelă destinată să-i mențină genunchiul în extensie. Principalele sechele ale unei fracturi de rotulă sunt artroza și sindromul femuropatelar.

ROZACEE. Boală cutanată a feței care asociază un eritem (înroșire a pielii), o cuperoză și papulopustule (ridicături ale epidermului conținând un lichid purulent).

Rozaceea, numită uneori acnee rozacee, afectează mai ales femeile de vârste cuprinse între 30 și 50 ani. Ea poate interveni din mai multe cauze: factor circulator local, endocrin, digestiv, nervos sau de mediu.

TRATAMENT. Acesta asociază îngrijiri locale și generale.

■ *Îngrijirile locale* constau în curățirea pielii cu produse blânde, în pulverizații cu apă minerală, în aplicații de antiseptice puțin iritante sau de antiparazitare locale (metronidazol) și în protecția față de soare (cremă de tip ceran total) și de frig (cremă grasă).

■ *Tratamentul general*, adesea indispensabil, se bazează pe administrarea de antibiotice din grupa tetraciclinelor. În caz de eșec, s-a recurs uneori la antiparazitare imidazolate (metronidazol), chiar și la derivați de vitamină A (izotretinoină), absolut interzisă în caz de sarcină).

Mai sunt posibile și alte tratamente: medicamente anxiolitice sau antihistaminice, corectarea unui eventual dezechilibru alimentar, cure termale, psihoterapie.

RUBEOLĂ. Boală eruptivă contagioasă provocată de un virus cu A.R.N. din genul Rubivirusurilor (familia *Togaviridae),* afectând mai ales copiii și adolescenții.

Rubeola face ravagii în mod cvasipermanent iarna și primăvara în Europa, sub forma unor epidemii.

CONTAMINARE. Virusul rubeolei trăiește exclusiv în organismul uman. El pătrunde în organism pe căile respiratorii. Boala este foarte contagioasă în timpul primelor zile care preced apariția semnelor și în timpul duratei acestora.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Incubația silențioasă a virusului (fără semne aparente) durează aproximativ două săptămâni. Perioada de invazie (declanșarea bolii), lungă de aproximativ două zile, se semnalează printr-o febră ușoară și o umflare a ganglionilor limfatici ai gâtului; ea poate rămâne total inaparentă. O erupție cutanată maculopapuloasă (mici pete roz ușor ridicate) succede acestei faze. Ea începe cu fața, se întinde apoi la întregul corp, îndeosebi pe torace și la membrele superioare, și poate lua un aspect scarlatiniform (piele în întregime roșie). Erupția se asociază uneori cu o ușoară angină. Aceste semne dispar după trei zile. Formele atipice ale bolii (absența erupției cutanate) sunt actualmente cele mai frecvente.

COMPLICAȚII. La adolescent sau la adult, rubeola poate fi mai gravă decât la copil și poate antrena dureri de cap, o febră și o poliartrită (inflamații ale mai multor articulații), regresând în vreo zece zile. O purpură trombopenică (afecțiune caracterizată prin apariția de hematoame punctiforme) sau o meningoencefalită sunt, de asemenea, posibile.

TRATAMENT. Nu există un tratament al bolii; pot fi administrate medicamente în caz de febră (paracetamol). Rubeola nu poate surveni și a doua oară, infecția cu virus conferind o imunitate completă și durabilă.

PREVENIRE. În principal, aceasta constă în vaccinare. Vaccinul este de cele mai multe ori asociat cu cel al rujeolei și al oreionului (vaccinul R.O.R.) și este administrat pe la vârsta de 15 luni. El mai este preconizat pentru imunizarea adolescenților neimunizați prin boală.

RUBEOLA ȘI FEMEIA GRAVIDĂ. La femeia gravidă neimunizată, o rubeolă care survine în primele patru luni ale sarcinii poate sta la originea malformațiilor congenitale sau a unei fetopatii evolutive. Aceasta traduce infecția organelor deja formate, infecție difuză și masivă care persistă și după naștere. Dacă fetopatia poate regresa, nu tot așa stau lucrurile cu malformațiile care, din nefericire, sunt definitive.

Fătul este contaminat prin intermediul trofoblastului, apoi al placentei. Malformațiile privesc ochii (cataractă, microftalmie), sistemul auditiv (surditate), sistemul cardiorespirator (persistență a canalului arterial, stenoză pulmonară) sau sistemul nervos (microcefalie, întârziere mintală). Aceste anomalii nu sunt decelate întotdeauna la naștere și pot deci să se manifeste după naștere, ceea ce justifică o supraveghere în timpul primilor ani de viață. Rubeola evolutivă antrenează o întârziere a creșterii intrauterine, cu greutate mică la naștere și dificultăți de dezvoltare ulterioară, sau o atingere poliviscerală. O rubeolă diagnosticată în primul trimestru de sarcină permite să se aibă în vedere un avort terapeutic dacă lucrul acesta e pus în evidență, realizând o puncție de sânge fetal.

Cercetarea infecției cu virusul rubeolei, prin reacție serologică, trebuie să fie efectuată la toate femeile gravide neimunizate. Testarea se face lunar în primele patru luni de sarcină. În plus, femeia gravidă trebuie să evite orice contact cu persoanele contagioase – în particular cu copiii. Se poate practica o imunizare pasivă (injectarea intramusculară de imunoglobuline) la femeia gravidă neimunizată care a fost în contact cu o persoană atinsă de rubeolă; totuși, această imunizare nu este eficace decât dacă ea este practicată în primele 48 de ore care urmează contactului.

RUJEOLĂ. Boală eruptivă contagioasă care afectează mai ales copiii, fiind provocată de un virus din genul Paramixovirusurilor.

Rujeola este o boală infecțioasă a copilăriei, bântuind cvasipermanent și dând adesea naștere la epidemii. Acestea sunt mortale mai ales în țările ale căror populații suferă de malnutriție. În Africa tropicală, de exemplu, rujeola este una dintre principalele cauze de mortalitate la copiii sub 4 ani.

CAUZE. Virusul rujeolei trăiește exclusiv în organismul omului: el se transmite în mod direct, pătrunzând în organism pe căile respiratorii sau prin ochi (conjunctivă), în cursul tusei sau strănutului unui subiect bolnav de rujeolă. Este o boală foarte contagioasă în timpul perioadei de incubație (instalarea virusului în organism), care durează aproximativ 10 zile, și în timpul perioadei de invazie (declanșarea bolii) cu o durată de 4 zile.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Boala se declanșează brusc printr-o febră ridicată, o rinită (inflamație a mucoasei foselor nazale) și o conjunctivită (inflamația conjunctivei) cu scurgere (catar oculonazal) și tuse. Fața este buhăită; interiorul gurii este sediul unui exantem (erupție mucoasă) caracteristic bolii și denumit semnul lui Köplik (apariția de puncte albicioase pe fața internă a obrajilor). Acestor semne le urmează o erupție cutanată de macule roșii, care debutează pe față și se întinde rapid la întregul corp. Maculele pot conflua în mari plăci roșii. Febra și erupția regresează în mai puțin de o săptămână, dar tusea poate persista una până la două săptămâni.

COMPLICAȚII. Cele mai frecvente sunt suprainfecțiile respiratorii: rinita purulentă, laringita, faringita, otita sau bronșita. La bolnavii cu sistem imunitar slăbit poate surveni o pneumonie interstițială – ori bronșită capilară – cu prognostic foarte sever. Mai sunt posibile și complicații neurologice (encefalită), dar sunt rare. Ele pot debuta în primele zile ale erupției sau mai târziu și pot lăsa sechele neuropsihice. Îmbolnăvirea de rujeolă a unei femei gravide

poate provoca un avort în primul trimestru de sarcină, o naștere prematură în trimestrul al doilea și al treilea de sarcină și constituie, pe toată durata sarcinii, un risc de malformații pentru făt.

TRATAMENT. În afara tratamentului specific al complicațiilor, se recurge la odihnă, la medicamente care scad febra și calmează tusea și la dezinfecția căilor respiratorii și a ochilor (antiseptice și antibiotice). Evicția școlară este preconizată pentru întreaga durată a bolii.

EVOLUȚIE ȘI PREVENIRE. Rujeola nu survine decât în mod excepțional a doua oară, infecția cu virus conferind o imunitate durabilă și permanentă față de această boală.

Prevenirea rujeolei constă, în principal, în vaccinare, care este contraindicată în perioada de sarcină sau la persoanele care sunt imunodeprimate. Vaccinul este, în general, injectat în asociere cu cele ale rubeolei și oreionului (vaccin R.O.R.) și este administrat după vârsta de un an, mai devreme chiar atunci când copilul trăiește într-o colectivitate.

O seroprevenție (administrarea de imunoglobuline conținând anticorpi specifici pentru antigenele virusului) este posibilă la persoanele fragile și la femeile gravide care au venit în contact cu bolnavii de rujeolă; ea nu este totuși eficace decât dacă este practicată înainte de a cincea zi care urmează contactului cu virusul și eficacitatea ei nu este durabilă decât dacă este urmată de o vaccinare efectuată nu mai târziu de 3 luni după aceea.

RUJET AL PORCULUI. → ERIZIPELOID.

RU 486. → MIFEPRISTON.

RUPTURĂ MUSCULARĂ. Ruptură a unui mușchi provocată de un efort prea intens.

O rupturâ musculară survine de cele mai multe ori la un sportiv insuficient antrenat. Ea se manifestă printr-o durere acută, care poate provoca o sincopă. La câteva zile după traumatism, apare un hematom la suprafața mușchiului.

Tratamentul implică repausul complet al subiectului timp de două zile, ținerea membrului în poziție ridicată asociată cu aplicarea, două ore pe zi, a unei pungi cu gheață și luarea de antiinflamatoare nesteroidiene și de miorelaxante. După două zile, dacă hematomul este voluminos, poate fi puncționat sub ecografie, apoi bandajat. Reluarea activității sportive nu este posibilă înainte de o lună după accident.

RUPTURĂ RETINIANĂ. Formare a unei spărturi în retină (membrana nervoasă sensibilă la lumină care tapetează fundul ochiului), de cele mai multe ori la periferia ei.

O ruptură retiniană apare în zonele de fragilitate ale retinei și se observă mai frecvent la subiecții afectați de o miopie puternică a căror retină este uneori mai firavă.

Subiectul atins de ruptură retiniană observă uneori fulgere albăstrui, fixe, mai ales noaptea. Complicația principală a unei rupturi retiniene este dezlipirea de retină.

TRATAMENT. Tratamentul obișnuit este fotocoagularea cu laser de argon, practicată în cursul unei consultații; ea constă în efectuarea unor mici arsuri în jurul rupturii cu scopul de a o fixa, fără a duce totuși la dispariția ei. Reacția inflamatorie care urmează face ca retina să adere la epiteliul pigmentar subiacent, împiedicând dezlipirea sa. Cicatricea nu este consolidată decât după un răstimp de trei săptămâni până la o lună.

Când ruptura este deja ridicată de lichidul vitros, se recurge uneori la o crioaplicație (aplicare a frigului prin sclerotică) sub anestezie locală sau generală. Acest tratament necesită o spitalizare de 24 până la 48 ore. Pacientul trebuie să se limiteze la o activitate liniștită atâta vreme cât cicatrizarea nu este definitivă.

Sunt posibile recidive în anii următori.

RUPTURĂ TENDINOASĂ. Ruptură a unui tendon.

Un tendon se poate rupe ca urmare a unei contracții prea bruște sau violente (traumatism, sprint, salt), a unei plăgi (de cuțit sau de un ciob de sticlă), din frecări repetate îndeosebi la persoanele în vârstă, ori din cauza unei boli tendinoase preexistente: tendinită (inflamație a unui tendon) recidivantă, poliartrită reumatoidă etc.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O rupturâ tendinoasă se traduce printr-o durere violentă și printr-o impotență funcțională a regiunii mobilizate de tendonul în cauză. Din cauza unei eventualități a sechelelor funcționale, ea trebuie tratată. În caz de plagă, tendonul trebuie să fie suturat pe cale chirurgicală; dacă extremitățile lui sunt foarte depărtate una de alta, este uneori necesar să se utilizeze un grefon tendinos. În absența vreunei plăgi, tratamentul este de cele mai multe ori ortopedic (aparat gipsat), chirurgia fiind, în general, rezervată sportivilor de performanță.

SADISM. Perversiune care constă în căutarea plăcerii în dominarea și suferința (fizică sau morală) a celuilalt.

SADOMASOCHISM. Obținere a unei plăceri sexuale prin intermediul suferinței (fizice sau morale).

Nu se vorbește de sadomasochism decât atunci când o relație conduce în mod sistematic la situația în care unul dintre parteneri își exprimă dorința prin supunere (masochism), iar celălalt și-o satisface prin dominare (sadism). Deși este vorba de o formă regresivă de schimb amoros, sexologii nu văd decât un interes relativ în demersul de a vindeca, în numele „normalității" această manifestare, care constituie o stare de fapt în care cuplul respectiv își găsește echilibrul.

Nu la fel stau lucrurile și în cazul sadismului psihopatic (agresiune, viol etc.), care dezvăluie o dereglare gravă a personalității.

SAFENĂ (venă). Vas superficial de calibru mic asigurând întoarcerea sângelui din membrele inferioare în inimă.

Există două vene safene, una internă, alta externă, pentru fiecare dintre membrele inferioare. Aceste vene pot fi atinse de varice, se pot dilata și pot justifica – fie din motive terapeutice, fie din motive estetice – practicarea de injecții sclerozante sau un gest chirurgical (stripping).

SAFENECTOMIE. Ablație chirurgicală a unei vene safene.

Safenectomia este indicată în caz de insuficiență venoasă care se află la originea greutății resimțite, a durerilor, edemelor sau varicelor membrelor inferioare.

Vena fiind scoasă, circulația continuă să se efectueze în mod normal, în principal mulțumită trunchiurilor venoase profunde.

DESFĂȘURARE ȘI EFECTE SECUNDARE. Safenectomia utilizează, în general, tehnica numită „stripping" care necesită o anestezie generală sau locoregională. Este o intervenție benignă care poate fi practicată în regim ambulatoriu (fără spitalizare). După incizarea țesuturilor superficiale, safena este secționată la cele două capete. Prin incizia inferioară, se introduce un fir special prin venă, care este făcut să înainteze prin venă până când iese prin incizia superioară, unde firul este legat de venă. Trăgând treptat de fir de la extremitatea cealaltă, se scoate și vena o dată cu firul. Safenectomia antrenează uneori câteva dureri postoperatorii, dar subiectul poate merge normal după operație. Pe traiectul venei apare un hematom, care dispare în câteva zile.

REZULTAT. Rezultatul safenectomiei trebuie judecat după treo 3 luni de la intervenție. În general, rezultatul este bun, atât în ce privește tratamentul tulburărilor venoase, cât și aspectul estetic al gambei; mai persistă uneori mici varicozități, care pot fi sclerozate ulterior.

SAINT-GUY (dans al lui). Mișcări bruște ale feței și ale membrelor inferioare, proprii coreei lui Sydenham. → SYDENHAM (coree a lui).

SALIVARĂ (glandă). Organ constituit dintr-o multitudine de celule specializate a căror funcție este aceea de a secreta saliva și de a o elibera în cavitatea bucală.

Glandele salivare sunt glande exocrine (care își varsă secrețiile spre exteriorul corpului), care cuprind două glande parotide, două glande submaxilare, o glandă sublinguală.

■ *Glandele parotide*, situate în spatele ramurii ucrătoare a maxilarului inferior, sunt cele mai voluminoase dintre glandele salivare. Traversate de nervul facial, ele aruncă saliva în canalul lui Stenon (sau Stensen), care se deschide pe fața internă a obrazului, în fața primului molar superior;

– oreionul provoacă o creștere în volum a glandelor parotide, care devin vizibile și palpabile; – adenomul polimorf este o tumoră benignă a parotidei, care crește în volum până când deformează fața; tratamentul constă în scoaterea pe cale chirurgicală a întregii glande, intervenție delicată deoarece necesită respectarea nervului facial și a ramurii sale;

– sindromul lui Gougerot-Sjögren poate de asemenea să provoace o creștere în volum a parotidei.

■ *Glandele submaxilare*, situate în planșeul bucal, aruncă saliva în canalul lui Wharton, care se deschide sub limbă în fața incisivilor inferiori;

– litiaza canalului lui Wharton constă în formarea unui calcul, prin precipitarea sărurilor de calciu, care obstruează canalul. În cursul mesei, glanda atinsă este stimulată dar nu poate arunca salivă, ceea ce provoacă umflarea ei și o durere, simptomele dispărând între mese. Se întâmplă ca acest calcul să fie expulzat spontan, dar se poate și să fie nevoie de a fi îndepărtat pe cale chirurgicală.

■ *Glanda sublinguală* este o glandă mediană, localizată în planșeul bucal, cuprinzând două canale.

SALIVĂ. Lichid fiziologic secretat în cavitatea bucală de către glandele salivare (parotide, submaxilare, sublinguală).

Principala sa funcție este de a umecta mucoasele gurii (limba, obrajii, faringele), ușurând astfel fonația, masticația și deglutiția. Saliva mai are și un rol antiseptic. Volumul secreției sale (0,7 până la 1 litru pe zi) și concentrația sa sunt reglate de activitatea nervilor simpatici și parasimpatici. Secretată în mod continuu, saliva este înghițită de una până la trei ori pe minut în afara meselor; în cursul acestora, secreția de salivă se mărește.

PATOLOGIE. Micșorarea fluxului de salivă, care protejează mucoasa esofagiană, se traduce printr-o senzație de „gură uscată". Această senzație poate fi cauzată de emoții, de luarea de anumite medicamente (atropină), sau de unele boli (sindromul lui Gougerot-Sjögren). Acest lucru poate fi ameliorat prin vaporizarea de lichide de substituție. O producție prea mare de salivă, ori hipersialoree, poate fi

legată îndeosebi de o afecțiune dentară (carie, gingivită, ulcer bucal) sau de o boală neurologică (boala lui Parkinson, rabia).

SALMONELLOZĂ sau **SALMONELOZĂ.** Boală infecțioasă provocată de o salmonellă, bacterie Gram negativă care parazitează tubul digestiv al vertebratelor.

CAUZE. Salmonellozele, care prezintă numeroase varietăți, sunt transmise pe cale digestivă (toxiinfecție alimentară) fie prin ingestia de apă – provenind adesea dintr-o fântână, fie prin ingestia de alimente care conțin bacteria (fructe de mare crude sau insuficient preparate termic, lapte, ouă). În unele cazuri, bacteria este transportată pe hrană prin intermediul mușteloi,plecând de la materiile fecale infectate; hrana mai poate fi infectată atunci când este manipulată de către purtători de salmonelle.

Salmonellozele afectează indivizii fie în cazuri izolate, fie iau forma unor epidemii, în particular în colectivități (cantine, focare, spitale).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acestea variază după germenele responsabil: gastroenterita febrilă, care survine la 24-48 ore de la ingestia alimentului contaminat și care este responsabilă de diaree și de vărsături, sau infecția generalizată (febre tifoidă și paratifoidă, cauzate respectiv de *Salmonella typhi* și de *Salmonella paratyphi*).La bolnavii cu mijloacele de apărare imunitară slăbite, pot surveni septicemii, complicate cu infecții pulmonare, meningeene, urinare sau osoase.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul constă în administrarea de antibiotice.

Prevenirea necesită controlul bacteriologic al produselor alimentare și al apelor de băut, precum și depistarea și evicția din colectivități a purtătorilor microbului. În țările în care controalele sanitare sunt insuficiente, ingestia unor astfel de alimente, atunci când sunt crude sau puțin preparate termic (îndeosebi crustaceele, laptele și înghețata) nu este indicată.

SALPINGECTOMIE. Ablație chirurgicală a unei trompe uterine sau a ambelor.

O salpingectomie este indicată în tratamentul unei infecții a trompelor (hidrosalpinx, ori acumularea de ser în trompă; piosalpinx, ori acumularea de puroi în trompă) sau pentru a trata o sarcină extrauterină tubară. Ea poate fi practicată prin laparotomie (deschidere chirurgicală a abdomenului) sau prin celiochirurgie (introducere de instrumente printr-o mică incizie abdominală). Anestezia este întotdeauna generală și spitalizarea variază ca durată între 4 și 7 zile, în primul caz, și între 24 și 72 ore în al doilea caz.

O salpingectomie a unei trompe nu afectează în nici un fel fertilitatea femeii dacă cealaltă trompă este funcțională; în schimb, o salpingectomie a ambelor trompe antrenează o sterilitate definitivă.

SALPINGITĂ. Inflamație a unei trompe uterine sau a ambelor.

CAUZE ȘI SIMPTOME. Originea unei salpingite este infecțioasă, germenii responsabili fiind cei ai bolilor cu transmisie sexuală (chlamydia, gonococul, micoplasma). Această inflamație se manifestă, în general, prin dureri pelviene, prin sângerări vaginale, printr-o febră mai mult sau mai puțin ridicată, prin pierderi vaginale anormale; uneori, totuși, ea nu se traduce prin nici un semn și este descoperită în cursul unui examen motivat printr-o sterilitate. Inflamația se poate întinde la organele învecinate: vagin, parametru (membranele de susținere situate de o parte și de alta a uterului), ovarele. Salpingita acută constituie o urgență terapeutică deoarece de buna funcționare a trompelor depinde fecunditatea feminină.

TRATAMENT ȘI SUPRAVEGHERE. Tratamentul constă în luarea de antibiotice adaptate la germenele respectiv, pe o perioadă mergând de la 10 zile la 3 săptămâni. Este, de asemenea, necesar și un tratament antibiotic al partenerului.

SALPINGOGRAFIE. Examen radiologic al trompelor uterine. → HISTEROSALPINGOGRAFIE.

SALPINGOPLASTIE. Operație chirurgicală care vizează restabilirea permeabilității trompelor uterine obstruate.

O salpingoplastie este indicată în cazul în care o femeie care dorește să aibă un copil este afectată de o inflamație a trompelor, de origine infecțioasă, sau de aderențe postchirurgicale care au provocat o astupare a acestora, responsabilă de sterilitate.

SALTEA. Piesă de la suprafața patului, utilizată pentru statul la pat.

DIFERITE TIPURI DE SALTELE. În spitale sunt folosite, în scop preventiv sau terapeutic, mai multe feluri de saltele.

■ *Salteaua de apă* este confortabilă, dar necesită un control permanent al etanșeității.

■ *Salteaua pneumatică cu umflare alternativă*, branșată la un motor electric, este compusă din mai multe compartimente cilindrice paralele, care se umflă și se dezumflă alternativ. Suprafața de sprijin se schimbă deci după acest ritm, greutatea corporală a bolnavului fiind repartizată pe partea corpului care se sprijină pe compartimentele umflate.

■ *Salteaua cu aer pulsat* este dotată cu o suflerie cu aer călduț, legată la un motor, care permite să se pună în mișcare microbile. Ea este rezervată îndeosebi celor cu arsuri mari, ale căror dureri le atenuează.

Toate aceste saltele sunt utilizate pentru bolnavii care zac la pat (hemiplegicii, de exemplu), pentru marii răniți (accidente de circulație) și pentru marii arși, deoarece le masează zonele de sprijin ale corpului. Ele dau, de asemenea, rezultate excelente în prevenirea și tratamentul escarelor provocate de un zăcut prelungit la pat.

S.A.P.H.O. (sindrom). Asociere de diferite afecțiuni cutanate (acnee, pustuloză) și osteoarticulare (sinovită, hiperostoză, osteită).

Sindromul S.A.P.H.O. (acronim de la sinovită, acnee, pustuloză, hiperostoză, osteită) este o afecțiune cronică, de cauză necunoscută.

Tratamentul sindromului S.A.P.H.O. este, în principal, cel al simptomelor sale; el face apel la antiinflamatoarele locale și generale, la antibiotice în caz de leziuni cutanate suprainfectate.

SARCINĂ. Totalitate a fenomenelor care se desfășoară între fecundație și naștere, în timpul cărora embrionul, apoi fătul, se dezvoltă în uterul matern. SINONIM: *gestație, graviditate*.

Sarcina durează în medie 9 luni, grupate în trei trimestre, adică 273 zile plecând de la data fecundației. Dar obstetricienii socotesc adesea în săptămâni de amenoree (S.A.), adică în săptămâni de absență a fluxului menstrual: începutul sarcinii este atunci fixat în prima zi a ultimului flux menstrual normal, durata sa fiind de 41 săptămâni de amenoree. Înainte de 37 săptămâni de amenoree, nașterea se numește prematură; după 41 săptămâni și 3 zile, se vorbește de termen depășit.

Desfășurarea sarcinii. Se urmăresc etapele prin trimestru.

SEMNE PRECOCE. Unul dintre primele semne este absența scurgerilor menstruale la data prevăzută.

O femeie care-și urmărește curba de temperatură matinală, din motive contraceptive sau pentru a favoriza concepția, poate observa un platou termic (creșterea temperaturii persistând deasupra valorii de 37°C) de mai mult de 16 zile, pe când în mod normal curba coboară sub 37°C în ajunul fluxului menstrual. În același timp mai apar și alte semne: emotivitate și iritabilitate anormale, grețuri matinale, poftă sau dezgust pentru anumite alimente, umflare și sensibilitate a sânilor, nevoie frecventă de a urina, senzație de picioare grele, gust de metal în gură.

PRIMUL TRIMESTRU. La examenul ginecologic, uterul este globulos și moale, colul uterin este violaceu și glera cervicală este absentă. Aceste semne, care se accentuează cu timpul, permit, după 8 săptămâni de amenoree, să se pună sigur diagnosticul de sarcină. Dar înainte de acest termen, sarcina poate fi confirmată prin dozarea hormonului corionic gonadotrofic (h.C.G.), prezent în urină și în plasma sangvină a femeii gravide.

■ *Testele de sarcină* se găsesc în unele țări în vânzare liberă la farmacie: bazate pe o reacție imunologică, ele decelează prezența în urină a unei forme de h.C.G, β-h.C.G-ul, încă din prima zi de întârziere a scurgerilor menstruale. Totuși, eficacitatea lor nu este totală și dozările de h.C.G. în plasma sangvină, făcute în laborator, sunt mult mai sigure. Hormonul este decelabil încă de la întârzierea fluxului menstrual: nivelul lui se dublează la fiecare 48 ore pentru a atinge un maximum la o sarcină trecută puțin peste 2 luni.

■ *Ecografia* permite, la 5 săptămâni de amenoree, să se vadă sacul ovular și, la 6 săptămâni, embrionul și sediul sarcinii. La 7 săptămâni, este decelată activitatea cardiacă a embrionului și, la 8 săptămâni, este confirmată eventuala prezență a mai multor embrioni (sarcină multiplă). Cea mai bună perioadă pentru a data o sarcină cu ajutorul ecografiei și pentru a-i stabili termenul, adică atât data prevăzută pentru naștere, cât și vârsta gestațională, se situează între a 8-a și a 12-a săptămână de amenoree. Măsurătoarea craniocaudală (de la vârful capului până în josul coloanei vertebrale) a embrionului permite atunci să se precizeze termenul cu o aproximație de 3 zile. Mai târziu, între a 12-a și a 20-a săptămână, ca reper servește măsurătoarea craniului (diametrul biparietal), dar cu o precizie mai mică.

În cursul acestui trimestru, uterul crește treptat în volum. Începând din luna a 2-a, el ia patru centimetri în înălțime pe lună. La 3 luni, fundul uterului depășește puțin pubisul.

Semnele se înmulțesc. Femeia prezintă uneori o constipație, o nervozitate, vertije, tulburări de somn (insomnii, accese de somnolență irezistibilă), senzații abdominale neobișnuite, o salivație excesivă. Ea poate lua în greutate (1 sau 2 kilograme) sau poate pierde din greutate, dacă grețurile și vărsăturile o împiedică să se hrănească.

AL DOILEA TRIMESTRU. După a 12-a săptămână, grețurile se atenuează, apoi dispar. Uterul se dezvoltă, abdomenul se umflă și sarcina devine vizibilă. Mișcările fătului sunt percepute între a 20-a și a 22-a săptămână de amenoree pentru primul copil, între a 18-a și a 20-a săptămână pentru copiii următori. Sânii se măresc și se îngreunează. Pigmentația pielii se accentuează: se profilează o linie închisă la culoare pe abdomen și uneori se formează pete pe față (mască de sarcină) și pe fața internă a coapselor. Pielea abdomenului se subțiază, fiind adesea marcată de vergeturi prin ruperea fibrelor elastice cutanate. Greutatea crește (cu 5 până la 7 kilograme).

AL TREILEA TRIMESTRU. Uterul apasă la partea de jos pe vezică, astfel încât tusea, strănuturile, râsul pot provoca o incontinență urinară. În partea de sus împinge stomacul, provocând arsuri, și apasă pe diafragm, cauzând o gâfâială. Abdomenul se întinde, articulațiile bazinului devin dureroase. Greutatea crește cu încă 4 kilograme, pentru a ajunge la o creștere totală de 9 până la 13 kilograme. Glandele mamare secretă colostru.

În cursul lunii a 8-a, fătul se așează normal cu capul în jos. În cursul lunii a 9-a, capul fătului se angajează în micul bazin, ușurând apăsarea pe diafragm. Se produc contracții uterine intermitente nedureroase.

În sfârșit, termenul nașterii este anunțat prin apariția contracțiilor uterine din ce în ce mai puternice și mai regulate, care marchează începutul travaliului, prima fază a nașterii.

Sarcina și viața zilnică

Alimentația unei femei gravide trebuie să fie echilibrată: vitamina C este adusă în cantități suficiente de legumele și fructele proaspete, calciul, de către produsele lactate. Uneori este necesar un supliment de fier și în acid folic. Pentru a evita o îmbolnăvire de toxoplasmoză sau listerioză, boli periculoase pentru făt, trebuie să se consume carne fiartă, legumele și fructele să fie spălate, să fie interzise laptele crud și produsele pe bază de lapte crud. Cantitatea de hrană trebuie supravegheată cu scopul ca luarea în greutate să nu depășească 12–13 kilograme. În mod ideal, aceasta ar trebui să nu fie mai mare de 9–10 kg. Activitatea sportivă este recomandată, cu excluderea sporturilor cu risc traumatic (ski, călărie) sau care necesită eforturi intense (competiții, maraton, gimnastică aerobică, culturism). În primele două luni de sarcină, modificările hormonale antrenează o îmbunătățire a capacităților fizice. În continuare este recomandată moderația: natație, mers, gimnastică, dans ritmic care ajută la menținerea tonusului muscular și la limitarea luării în greutate; după naștere, revenirea la forma fizică anterioară este cu atât mai rapidă cu cât femeia este mai sportivă. Gimnastica prenatală este recomandată tuturor femeilor gravide, în cadrul pregătirii nașterii, ca și ședințele de gimnastică acvatică sau de yoga. Toate tehnicile asociază exerciții de respirație cu mișcările de mlădiere și de relaxare.

Igiena corporală trebuie să fie perfectă, deoarece problemele dermatologice sunt frecvente în timpul sarcinii. Totuși, trebuie evitate dușurile fierbinți, băile prelungite foarte calde și dușurile vaginale. Masarea sânilor, a abdomenului, a coapselor și a feselor cu o cremă de fortificare a țesuturilor, precum și purtatul unui sutien sunt recomandate. Gingiile, fragilizate și umflate, sângerează ușor. În schimb, cariile nu sunt favorizate în mod deosebit, dar este necesar să se facă controlul stării de sănătate a dinților pe durata sarcinii.

Rămâne posibil să se călătorească cu trenul sau cu avionul, dacă nu cumva există un aviz medical contrar. Dar o femeie gravidă trebuie să evite călătoriile lungi cu automobilul, vibrațiile acestuia putând declanșa contracții.

Supravegherea medicală prenatală. Supravegherea medicală a sarcinii este făcută de către un ginecolog sau de către o moașă, în cabinet sau într-o maternitate. Ea constă într-o serie de examene medicale, între care unele sunt obligatorii.

PRIMUL EXAMEN PRENATAL. Examenul clinic complet cuprinde un examen cardiovascular și pulmonar, un examen al sânilor și un examen ginecologic (uter, ovare), precum și un frotiu de depistare dacă frotiul precedent datează de mai mult de un an. Medicul cere examene complementare: determinarea grupurilor sangvine ale părinților, depistarea rubeolei, sifilisului, toxoplasmozei, drepanocitozei (pentru africani) și talasemiei (pentru femeile asiatice sau din Orientul Mijlociu). Medicul propune, de asemenea, cercetarea seropozitivității în virusul SIDA. Cercetarea proteinuriei, pentru a detecta o atingere renală, și a glicozuriei, pentru a depista un diabet, este efectuată lunar. Numărătoarea formulei sangvine este obligatorie în a 6-a lună de sarcină. Aceste examene permit să se deceleze sarcinile cu risc și să se prevadă, dacă este necesar, o consultație specializată. Aceasta poate conduce la a avea în vedere un serclaj al colului dacă acesta este deschis, o cercetare genetică atunci când familia prezintă o boală ereditară, și la a propune o amniocenteză pentru detectarea unei anomalii cromozomice atunci când femeia este trecută de 38 de ani.

CONSULTAȚIILE URMĂTOARE. Acestea urmează din lună în lună atunci când sarcina se desfășoară normal. Măsurătorile înălțimii uterine sunt notate pe o curbă, sunt urmărite dezvoltarea și vitalitatea fătului. Ritmul cardiac fetal, perceput inițial la ecografie, apoi la auscultație, este în mod normal regulat (de la 120 la 160 pulsații pe minut). Greutatea corporală a femeii este notată, iar presiunea arterială este măsurată (cea normală nu trebuie să depășească 13/8). Prin tușeu vaginal se explorează colul uterin.

Unele examene sangvine sunt repetate cu regularitate dacă serologia a fost negativă la primul examen: în fiecare lună pentru toxoplasmoză, în fiecare lună până la trei luni de sarcină depășite pentru rubeolă. Tot așa, atunci când femeia este Rhesus negativă, copilul riscă să fie Rhesus pozitiv, iar gravitatea consecințelor de incompatibilitate Rhesus face necesară cercetarea lunară a prezenței aglutininelor. Depistarea marcherilor hepatitei B se face la 7 luni de sarcină. Ecografia realizată între 20 și 22 săptămâni de amenoree permite căutarea anomaliilor morfologice ale fătului și studierea creșterii sale. Ultima ecografie, realizată la 33 săptămâni, verifică poziția fătului, creșterea sa, morfologia sa, abundența lichidului amniotic, precum și localizarea placentei.

ULTIMUL EXAMEN PRENATAL. Consultația din luna a 9-a, în mod normal ultima înainte de naștere, permite verificarea vitalității fătului, tipul de prezentație (cu capul, cu șezutul etc.). Mamei îi sunt date sfaturi care să o facă să știe să plece la timp spre maternitate. În sfârșit, se mai programează o scurtă consultație în a 41-a săptămână de amenoree pentru o înregistrare a zgomotelor cordului fetal și pentru o amnioscopie dacă, la acea dată, nașterea n-a avut deja loc.

Aspectele psiho-afective ale sarcinii. Progresele medicale și evoluția condiției femeii au transformat experiența sarcinii, care este din ce în ce mai mult un act ales și dorit. Totuși, ea constituie încă obiectul unor temeri nelămurite. Unele dintre ele au o origine personală, trezirea conflictelor infantile (descoperirea sexualității, conflictele oedipiene); altele sunt legate de împrejurări (schimbarea

ritmului vieții, atitudinea viitorului tată, neliniștea profesională, problemele materiale și morale puse de naștere, de exemplu).

La început, femeia gravidă se simte mai vulnerabilă pe plan afectiv: nevoia de protecție, căutarea mulțumirii, dependența de anturaj, „pofte" alimentare. Această stare însoțește tulburările din primul trimestru (grețuri, vărsături, vertije, nervozitate, oboseală, insomnie), modalități de expresie emoțională care dispar de cele mai multe ori de îndată ce copilul începe să miște. Totuși, ele pot persista sau se pot agrava (vărsături incoercibile), antrenând o deshidratare și o slăbire care necesită un tratament medical și psihologic și uneori chiar o spitalizare.

O bună evoluție a sarcinii depinde, de asemenea, de legătura care unește cuplul. Contrar temerilor unui mare număr de femei gravide, transformarea corpului lor nu micșorează cu nimic atracția sexuală. Începând din luna a 7-a, raporturile sexuale necesită o anumită prudență, dacă nu chiar abstinența completă. În această privință este necesar avizul medicului. Obstetricienii recomandă viitorilor tați să asiste la ședințele de pregătire pentru naștere astfel încât să fie mai bine informați și să participe, împreună cu partenerele lor, la nașterea copilului.

Sarcinile patologice. Orice eveniment care survine în cursul sarcinii și care comportă un risc pentru mamă și/sau pentru copil este considerat ca patologic. De altfel, o sarcină se numește „cu risc" atunci când ea survine la o femeie afectată de o boală preexistentă pe care sarcina o poate agrava, ceea ce poate complica nașterea sau poate influența asupra stării de sănătate a fătului.

Printre bolile care se pot agrava, se află diabetul, lupusul eritematos diseminat, unele cancere, afecțiunile cardiace, pulmonare (astm), endocrine (hipertiroidie, hipotiroidie), neurologice (epilepsie, scleroză în plăci). Se mai cunosc și alți factori de risc: obezitatea, un consum mare de alcool, toxicomaniile, tabagismul și vârsta femeii (mai puțin de 17 ani, mai mult de 38 ani).

O sarcină multiplă este considerată, de asemenea, cu risc, deoarece poate antrena o naștere prematură.

PRIMUL TRIMESTRU. Fondul esențial al patologiilor din primul trimestru îl constituie riscurile de naștere falsă, sarcinile extrauterine și complicarea sarcinilor cu vărsături incoercibile. Amenințările de naștere falsă se traduc prin dureri pelviene și prin sângerări vaginale. Dacă ecografia nu evidențiază afectări ireversibile ale oului (oprirea dezvoltării, dezlipirea, ou transparent), un tratament hormonal cu progesteron, asociat cu odihna, permite uneori ca sarcina să-și continue cursul. La începutul gestației, sarcina extrauterină, în care ou este implantat în afara uterului, prezintă o reală gravitate cu riscul ei de ruptură tubară; tratamentul ei este de cele mai multe ori chirurgical și constă în ablația oului și, uneori, a trompei deteriorate. Vărsăturile incoercibile provocate de modificările hormonale pot, de asemenea, să marcheze acest prim trimestru. Odihna, un tratament antiemetic (împotriva vărsăturilor), postul – urmat de reintroducerea prudentă a alimentației – sunt de cele mai multe ori eficace. Spitalizarea poate fi necesară. În sfârșit, în cursul acestui trimestru, rubeola sau toxoplasmoza, dacă afectează puțin sănătatea mamei, în schimb ele pot fi foarte grave pentru făt.

AL DOILEA TRIMESTRU. Amenințarea de naștere prematură reprezintă principala patologie a celui de al doilea trimestru, dar ea se mai prelungește și în al treilea trimestru. Ea se traduce prin contracții uterine nedureroase care modifică treptat colul uterin. Cea mai bună metodă de tratament a amenințării de naștere prematură este odihna însoțită, dacă este nevoie, de tratamente care micșorează sau opresc contracțiile uterine. O naștere se numește prematură dacă survine înainte de 37 săptămâni de amenoree. În cursul celui de al doilea trimestru, se întâmplă uneori ca apariția contracțiilor să antreneze o beanță a colului uterin, descoperită cu ocazia unui examen. Atunci se efectuează, între a 12-a și a 21-a săptămână de amenoree un serclaj al colului uterin.

Sarcina și medicamentele

Fătul este foarte sensibil la medicamentele și la drogurile absorbite de mama sa; riscul de atingere fetală este ridicat, astfel încât luarea unui medicament, care nu este esențial, trebuie să se facă în mod excepțional în timpul sarcinii. De aceea, o femeie gravidă nu trebuie să ia medicamente fără aviz medical.

Principalele medicamente teratogene (care produc, în stadiul embrionar, malformații congenitale) sunt cele anticanceroase, antidiabetice orale, unele antiepileptice, litiul, hormonii sexuali de sinteză, vaccinurile vii atenuate (rujeolă, oreion, rubeolă, febră galbenă și vaccinul antipoliomielitic de tip Sabin).

Principalele medicamente toxice pentru făt sunt sulfamidele retard, aminozidele, digitalicele, unele anticoagulante, aspirina în cursul celui de-al 3-lea trimestru de sarcină. Opiaceele și neurolepticele acționează asupra centrilor nervoși ai fătului și sunt toxice mai ales în timpul nașterii din cauza dificultății respiratorii și a prea marii somnolențe pe care o produc.

Luarea de LSD, de cocaină sau de amfetamine antrenează un risc de naștere prematură, de insuficiență a greutății fătului, de malformație congenitală și de întârziere mintală și fizică. În caz de heroinomanie, nu numai că la naștere copilul are o insuficiență ponderală, ci se naște și intoxicat, iar dezobișnuirea de toxic necesită 6 săptămâni. Dacă mama este alcoolică, riscurile de avort sunt crescute; bebelușul va putea prezenta malformații faciale sau cardiace, o întârziere a creșterii, uneori o întârziere mintală. În sfârșit, un consum ridicat de tutun este responsabil de o insuficiență ponderală la naștere, de o micșorare a rezistenței la infecții, de o sensibilitate la infecțiile și bolile aparatului respirator.

AL TREILEA TRIMESTRU. În cursul celui de al treilea trimestru, diferite boli ale mamei pot complica o sarcină: anemia, toxemia gravidică, infecțiile urinare și renale. Mai pot interveni cauze legate de făt: un exces al dezvoltării (macrosomie fetală) sau o întârziere a creșterii intrauterine, un exces de lichid amniotic (hidramnios) sau o insuficiență a acestuia (oligoamnios). Inserțiile anormale ale placentei, de exemplu placenta praevia, sunt, de asemenea, factori de risc din cauza hemoragiilor pe care le produc. În sfârșit, constatarea *in utero* a malformațiilor fetale compatibile cu viața și care permit continuarea cursului sarcinii necesită și ele o supraveghere crescută.→ AVORT, EMBRION, FECUNDAȚIE IN VITRO, NAȘTERE, PLACENTA PRAEVIA, RHESUS.

SARCINĂ EXTRAUTERINĂ. Sarcină care se dezvoltă în afara cavității uterine. SINONIM: *sarcină ectopică*.

O sarcină extrauterină (S.E.U.) apare cam în 2% dintre sarcini.

DIFERITE TIPURI DE SARCINĂ EXTRAUTERINĂ. În 96% dintre cazuri, oul se implantează în trompa lui Fallopio (sarcină tubară). Alte localizări, mai rare, sunt tuboovariene sau peritoneale (în cavitatea abdominală).

FACTORI DE RISC. Factorii de risc care explică creșterea frecvenței sarcinilor extrauterine se grupează în mai multe categorii.

■ *Frecvența crescândă a bolilor cu transmisie sexuală* (B.T.S.) este un factor important: un antecedent de infecție multiplică de 6 ori riscul de sarcină extrauterină prin suprimarea cililor care, în mod normal, tapetează trompa și facilitează deplasarea ovulului.

■ *Steriletul*, deși atât de eficace în calitate de contraceptiv, crește de 3 ori riscul de sarcină extrauterină în raport cu metodele de contracepție orală. Sterileteie conținând progesteron cresc riscul de 6 sau 7 ori. Acest risc, care crește după doi ani de utilizare a sterilețului, este reversibil atunci când sterilețul este îndepărtat. În schimb, sterileteie nu cresc frecvența sarcinilor extrauterine în raport cu o populație de femei care nu folosesc contracepția.

■ *Tutunul* este un factor de risc de sarcină extrauterină; cu cât o femeie fumează mai mult, cu atât mai mult crește riscul.

■ *Vârsta mamei* este o problemă: riscul este de 2 ori mai mare pentru femeile între 35 și 39 ani și aproape de 4 ori mai mare peste vârsta de 40 ani.

■ *Chirurgia sterilității*, chiar dacă restabilește permeabilitatea unei trompe, lasă în mod obligatoriu cicatrice și nu repară leziunile preexistente ale mucoasei.

■ *Procreația asistată medical*, adică fecundația *in vitro* și transferul intratubar al gameților (constând în introducerea spermatozoizilor și ovulului într-o trompă), crește de 2 ori riscul unei sarcini extrauterine.

■ *Alți factori* de creștere a frecvenței sarcinilor extrauterine sunt micropilulele (contraceptive orale slab dozate) și faptul de a fi avut deja un astfel de tip de sarcină.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O sarcină extrauterină se manifestă prin dureri abdominale și hemoragii uterine survenind după o întârziere a fluxului menstrual între 3 și 6 săptămâni, în general. În fapt, oul se dezvoltă într-un țesut care nu este făcut pentru a-l primi și pe care îl întinde. Atunci când oul este grefat în ampula tubară, sarcina poate să continue mai mult timp, embrionul putând să-și continue dezvoltarea în abdomen.

DIAGNOSTIC ȘI EVOLUȚIE. Diagnosticarea precoce a unei sarcini extrauterine este asigurată prin două examene, asociate de multe ori, practicate în mediu spitalicesc.

■ *Dozarea*, în urină sau în plasma sangvină, a hormonului specific al sarcinii, hormonul corionic gonadotrofic (h.C.G.), secretat de către corion întâi, apoi de către placentă, organe de hrănire a oului, indică un nivel, în general, inferior nivelului așteptat pentru vârsta gestațională.

■ *Ecografia* poate pune în evidență o activitate cardiacă embrionară în afara uterului. În afara acestui semn direct, examenul poate pune în evidență un gol uterin care nu corespunde cu data sarcinii.

Pericolul unei sarcini extrauterine rezidă în ruperea trompei, care poate antrena o hemoragie internă de importanță mai mare sau mai mică și se află la originea leziunilor ireversibile. Totuși, această complicație, care constituie o urgență chirurgicală a devenit excepțională.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. O sarcină extrauterină pe cale de regresie spontană trebuie să fie supravegheată din cauza riscurilor de rupere a trompei. Toate celelalte cazuri necesită un tratament chirurgical, fie radical (ablația trompei), fie conservativ (păstrarea trompei), după caz. Deschiderea abdomenului este indicată atunci când o hemoragie internă mare urmează ruperii bruște a trompei sau când o efuziune sangvină s-a închistat și când s-au creat aderențe. Sarcinile ovariană și abdominală au ca indicație deschiderea abdomenului. În alte cazuri, celiochirurgia (intervenția practicată sub control endoscopic) permite să se intervină fără a practica incizii mari. Mai recent, unele echipe chirurgicale au tratat sarcini extrauterine prin puncție sub supraveghere ecografică, asociată cu injectarea locală a unui medicament antimitotic, destinat să distrugă celulele sarcinii extrauterine.

Atunci când este pus acest diagnostic, pacienta trebuie să fie spitalizată de urgență, cu scopul de a preveni o eventuală complicație (ruperea trompei, în particular).

SARCINĂ MULTIPLĂ. Dezvoltare simultană a mai multor fetuși în uter.

Termenul de sarcină multiplă se aplică sarcinii gemelare sau duble (2 fetuși), trigemelare sau triple (3 fetuși), precum și unei sarcini cvadruple, cvintuple, sextuple etc.

Tehnicile de procreație asistată medical (inducerea ovulației, fecundația *in vitro*) antrenează adesea o sarcină gemelară.

DIFERITE TIPURI DE SARCINĂ MULTIPLĂ. Există două feluri de sarcină multiplă, sarcina monozigotă (un singur ou) și sarcina dizigotă (două ouă), aceasta din urmă reprezentând 30% din sarcinile gemelare și 3 nașteri din 1000.

■ *În sarcina dizigotă sau plurioulară*, copiii rezultă din fecundația a două sau mai multor ovule de către spermatozoizi diferiți. Copiii pot fi de același sex sau de sexe diferite. Ei se aseamănă, dar nu mai mult decât frații și surorile născute la date diferite.

■ *În sarcina monozigotă sau monoovulară*, copiii rezultă din fecundația de către un spermatozoid a unui singur ovul, care se divide. Acești copii sunt întotdeauna de același sex, sunt identici din punct de vedere morfologic, fiziologic și genetic. Sângele lor are aceleași caracteristici.

SUPRAVEGHERE. Procentul de nașteri premature și de mortalitate perinatală este mai ridicat în caz de sarcină multiplă. Acest risc este redus prin luarea în supraveghere precoce a sarcinii într-un centru specializat. O sarcină multiplă necesită o supraveghere crescută, odihnă, o încetare a lucrului mai devreme decât în cazul unei sarcini obișnuite, chiar dacă este vorba doar de o sarcină gemelară. La naștere, copiii au, în general, o greutate mai mică decât cea a copiilor rezultați dintr-o sarcină unică și ei constituie obiectul unei supravegheri atente încă din primele săptămâni ale vieții lor.

SARCOID. Nodul rotund sau oval, de dimensiuni variabile, caracteristic sarcoidozei și unei varietăți de hipodermită (inflamație acută a hipodermului), denumită eritem indurat al lui Bazin, care este cauzat de cele mai multe ori de tuberculoză.

SARCOIDOZĂ. Boală generală caracterizată prin existența unei leziuni tipice, dar nu specifice, granulomul epiteloid (îngrămădire de celule epiteloide – globule albe modificate – cu centrul nenecrozat) și care este susceptibil să afecteze succesiv sau simultan un mare număr de organe sau de țesuturi (ganglioni, plămâni, piele, oase și articulații). SINONIM: *boala a lui Besnier-Boeck-Schaumann*.

Originea sarcoidozei este necunoscută.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O sarcoidoză este frecvent lipsită de simptome sau de semne vizibile. În alte cazuri, boala poate fi pusă în evidență prin diferite manifestări:

■ *Leziunile toracice* sunt cele mai frecvente: adenopatii (inflamații ale ganglionilor limfatici) voluminoase ale mediastinului (regiunea cuprinsă între cei doi plămâni); infiltrații nodulare ale plămânului; infiltrație pulmonară difuză.

■ *Leziunile cutanate* sunt reprezentate frecvent printr-un eritem nodos, caracterizat prin noduli roșietici, simetrici, sensibili, care sunt amplasați pe fața internă a gambelor. Aceste leziuni cutanate tipice sunt însoțite de manifestări mai rare și nespecifice: căderea a părului, eritrodermie (roșeață și descuamare a pielii), ihtioză (piele uscată acoperită de scuame fine), mâncărimi.

■ *Alte simptome* sau *semne* ale unei sarcoidoze pot fi o hipertrofie a ganglionilor superficiali (axilari, inghinali), o artrită, dureri difuze, anomalii ovulare (uveită anterioară, de exemplu), atingeri ale ficatului și ale glandelor salivare.

EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT. O sarcoidoză evoluează în pusee succesive fără să se cunoască bine factorii declanșării acestora.

Tratamentul depinde de bilanțul general.

SARCOM. Varietate de cancer care se dezvoltă pe seama țesutului conjunctiv.

Sarcoamele sunt tumori maligne rare. Ele survin mai ales la subiecții tineri, inclusiv copii, și sunt caracterizate prin înclinația lor să invadeze țesuturile învecinate, să disemineze la distanță prin metastaze și să evolueze rapid. Se disting două tipuri de sarcom.

Sarcoamele țesutului conjunctiv obișnuit. Acestea sunt tumori canceroase care se dezvoltă pe seama țesuturilor de susținere.

Aceste tumori survin de cele mai multe ori în curgerile conjunctive ale membrelor, în zona situată în spatele peritoneului și în piele. Tratamentul constă în ablație chirurgicală, radioterapie și chimioterapie.

Sarcoamele țesutului conjunctiv specializat. Acestea sunt tumori dezvoltate pe seama diferitelor țesuturi conjunctive, structura lor amintind-o pe cea a țesutului din care au luat naștere.

■ *Angiosarcoamele* se dezvoltă plecând de la elemente vasculare.

■ *Condrosarcoamele* sunt tumori ale cartilagiilor.

■ *Leiomiosarcoamele* se dezvoltă plecând de la celulele mușchilor netezi, în particular cele ale uterului și ale tubului digestiv.

■ *Liposarcoamele* proliferează plecând de la celulele grăsoase. Acestea sunt tumori care evoluează mai ales local.

■ *Osteosarcoamele* proliferează plecând de la țesutul osos. Ele sunt localizate de cele mai multe ori la membrele inferioare.

■ *Rabdomiosarcoamele* proliferează plecând de la fibrele mușchilor striați.

■ *Sarcomul lui Kaposi* proliferează pe seama celulelor endoteliale, a vaselor sangvine și a fibroblastelor dermului. Actualmente, el afectează îndeosebi bolnavii atinși de SIDA.

SIMPTOME ȘI TRATAMENT. Simptomele sunt foarte variate deoarece depind nu doar de tipul exact al sarcomului, ci și de regiunea corpului sau de organul atins. Aceste tumori fiind extrem de virulente, tratamentul lor (ablația chirurgicală, radioterapie, chimioterapie) este adesea de o eficacitate limitată. Totuși, excepțiile sunt numeroase: unele sarcoame cutanate sunt tratate în mod satisfăcător prin ablația chirurgicală.

SARCOPT. Parazit din ordinul acarienilor responsabil de scabie. → SCABIE.

SARE. Substanță albă sau cenușie, compusă în cea mai mare parte din clorură de sodiu, cristalizată, friabilă, solubilă în apă și întrebuințată pentru a da gust mâncării și pentru a conserva alimentele.

Consumul mediu de sare pe individ este de 7 sau 8 grame pe zi, cuprinzând sarea prezentă în mod normal în alimente (1 sau 2 grame), sarea utilizată pentru gătit (3 sau 4 grame) și sarea conținută în preparatele alimentare industriale (3 sau 4 grame).

SARE BILIARĂ. Substanță derivată de la colesterol, produsă de către celulele hepatice și secretată în bilă, permite degradarea și absorbția grăsimilor.

SATURNISM. Totalitate a manifestărilor cauzate de o intoxicație cu plumb sau cu săruri de plumb.

Actualmente, saturnismul afectează de cele mai multe ori anumite profesiuni (sudori, spoitori de vase etc.). Copiii se pot intoxica, de asemenea, lingând sau ingerând fragmente de picturi vechi cu plumb.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Cum eliminarea plumbului este foarte lentă, acesta se acumulează, mai întâi în oase și apoi în alte țesuturi.

■ *Intoxicația acută* se traduce prin dureri abdominale intense cu diaree și vărsături, sau „colici de plumb", printr-o polinevrită (atingere a sistemului nervos periferic), apoi prin convulsii care pot fi mortale.

■ *Intoxicația cronică* adaugă acestor simptome tulburări de comportament, pierderi ale memoriei, dureri de cap, o cecitate definitivă, o hipertensiune arterială; în plus, gingiile subiectului sunt încadrate de un chenar albăstrui.

DIAGNOSTIC. Examenele sangvine pun în evidență o anemie.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Tratamentul constă în eliminarea plumbului cu ajutorul agenților chelatori, administrați de preferință în mediu spitalicesc prin cure discontinue de aproximativ o săptămână. Dacă în cazul leziunilor din cadrul formelor acute se obține o regresie, în cazul formelor cronice de saturnism prognosticul este mai sumbru.

PREVENIRE. Prevenirea, lucrul fundamental, se bazează pe diferite dispoziții reglementare: protecția subiecților expuși profesional; protecția populației, în general, prin măsuri ca introducerea benzinei fără tetraetil de plumb.

SĂNĂTATE. Stare de bună funcționare a organismului.

Sănătatea, conform definiției O.M.S., se caracterizează printr-o „bunăstare fizică, mintală și socială care nu constă doar în absența bolii sau a infirmității".

SĂPUN. Substanță utilizată datorită puterii sale de curățare, obținută prin acțiunea unei substanțe bazice (alcaline), ca soda caustică sau potasa caustică, asupra unui corp gras. Săpunul este o sare a unui acid gras, rezultată în urma reacției de saponificare.

DIFERITELE TIPURI DE SĂPUN

■ *Săpunurile antiseptice* conțin, în afara unei substanțe bazice și a unui corp gras, o substanță de sinteză care distruge germenii patogeni: formol, alcool.

■ *Săpunurile supragrase* sunt obținute pe bază de lanolină sau de acizi grași liberi.

■ *Săpunurile acide sau pseudosăpunurile* sunt constituite din emulsii apoase pe bază de alcooli grași sulfonați, acidifiați, conținând uleiuri naturale sau gliceride. Săpunurile acide, ca și săpunurile supragrase, sunt bine suportate și evită proliferarea bacteriană.

■ *Săpunurile de uz dermatologic* conțin o substanță cu efect detergent, nefiind bazică. Ele sunt utilizate pentru toaleta persoanelor cu pielea delicată sau iritată de o afecțiune. Unele săpunuri dermatologice sunt făcute pe bază de substanțe medicamentoase, precum gudronul sau uleiul de ienupăr și sunt prescrise în diferite afecțiuni precum psoriazisul.

SÂN. Glandă mamară.

STRUCTURĂ

■ *La femeie*, sânii au în partea centrală mamelonul, la rândul lui înconjurat de o zonă pigmentată, areola. Pielea areolei, foarte fină, este ușor deformată de orificiile glandelor sebacee, glandelor sudoripare și ale foliculilor piloși. Glanda mamară este constituită din vreo douăzeci de lobi glandulari plonjați în țesutul gras. Canalele excretoare ale acestor lobi, denumite canale galactofore, se deschid pe mamelon. Sânii se sprijină în spate pe mușchiul pectoral.

■ *La bărbat*, sânii rămân imaturi și nu conțin glanda mamară.

PATOLOGIE. Dezvoltarea sânilor este primul semn al pubertății feminine. Glanda mamară reacționează la variațiile hormonale din cursul ciclului menstrual și crește în volum în perioada premenstruală sub efectul estrogenilor. La menopauză, producția ovariană de estrogeni se prăbușește, ceea ce antrenează o micșorare a volumului sânilor.

Principala funcție biologică a sânilor este producerea de lapte. În timpul sarcinii, estrogenii secretați de ovar și progesteronul secretat de corpul galben, apoi de placentă, provoacă dezvoltarea glandelor mamare, precum și lărgirea mameloanelor. Chiar imediat după naștere, sânii produc un lichid apos, colostrul. Acesta face loc laptelui matern, după vreo 3 zile, sub influența hormonului numit prolactină.

În afara funcției sale de hrănire a sugarului, sânul feminin joacă și un rol estetic și sexual. Erecția mamelonului este prima manifestare a excitației sexuale, urmată de o

(poliglobulie) sau la infecții parazitare (distrugere a globulelor roșii în caz de paludism, de exemplu).

■ *Bolile care afectează leucocitele* sunt înainte de toate leucemiile, afecțiuni maligne ale măduvei osoase care antrenează o producere de globule albe anormale și distrugerea măduvei sănătoase. De altfel, bolile infecțioase ale sângelui pot fi favorizate de o lipsă de polinucleare neutrofile și de monocite (infecții bacteriene) sau de un deficit de limfocite (infecții virale și micozice).

■ *Bolile cu răsunet asupra compoziției plasmei* rezultă din anomaliile sintezei sau din catabolismul componentelor genetice ale acesteia (în particular anomalii ale factorilor de coagulare, responsabili de hemofilie) sau sunt dobândiți (sinteza unei imunoglobuline anormale, responsabilă de mielomul multiplu sau de boala lui Waldenström). Afecțiunile cu răsunetul cel mai mare asupra compoziției plasmei sunt cele ale ficatului (ciroză) și ale rinichiului (sindromul nefrotic al diabetului). Astfel, micșorarea producerii de albumină de către ficat sau pierderea excesivă de albumină prin rinichi pot antrena o carență în albumină asociată cu edeme; insuficiența renală funcțională crește nivelul de uree, de creatinină și al potasiului în plasmă.

SÂNGERARE NAZALĂ. → EPISTAXIS.

SÂNULUI (abces al). Cavitate umplută cu puroi care se dezvoltă pe seama glandei mamare.

Un abces al sânului poate decurge dintr-un traumatism sau poate constitui localizarea secundară a unui alt focar infecțios. De cele mai multe ori, acesta este o complicație a alăptării; atunci el survine în primele 10–15 zile care urmează începerii alăptării și se traduce la început printr-un placard roșu, dur și dureros de o parte a sânului. În absența tratamentului (antibiotice, antiinflamatoare), placardul se suprainfectează și se umflă din cauza puroiului, constituind abcesul propriu-zis. Tratamentul constă în drenajul chirurgical.

SÂNULUI (cancer al). Cancer care afectează glanda mamară a femeii, în principal sub forma unui adenocarcinom (cancer al țesutului glandular), uneori sub forma unui sarcom (cancer al țesutului conjunctiv).

Cancerul de sân afectează o femeie din 13, domeniul de vârstă cel mai afectat fiind între 50 și 60 ani; doar 5% dintre paciente au mai puțin de 35 ani la data stabilirii diagnosticului. Este cel mai frecvent dintre cancerele femeilor și numărul de cazuri crește cu regularitate.

CAUZE. Mai curând decât să vorbim de cauze directe, trebuie să amintim factorii favorizanți. Aceștia sunt genetici, definiți printr-o legătură familială directă (mamă, soră) sau indirectă (mătușă din partea mamei, bunica maternă). Este vorba, de asemenea, de factori hormonali, caracterizați printr-o pubertate precoce (înainte de 10 ani), o menopauză tardivă (după 55 ani) sau o primă sarcină după 30 ani. Femeile care au un chist sau o tumoră benignă a sânului, tratate sau nu, trebuie să fie supravegheate regulat din cauza riscului mai ridicat care îl întâmpină. În schimb, nici rolul cancerigen al pilulelor estroprogestative, nici rolul protector al alăptării nu au fost dovedite.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Un cancer al sânului poate să se manifeste printr-o întărîtură (nodul), printr-o scurgere de lichid limpede sau sângerând prin mamelon, printr-o deformare a sânului sau a mamelonului (retracție), mai rar printr-o durere. Uneori el nu prezintă nici un semn și este pus în evidență printr-o mamografie (examen radiologic al sânului).

DIAGNOSTIC. Un cancer al sânului este descoperit fie cu ocazia unui examen sistematic de către ginecolog, fie de însăși pacientă în cursul unei autoexaminări a sânului. Diagnosticul este confirmat printr-o mamografie, eventual completată cu o ecografie mamară și printr-o puncție a chistului sau a nodulului (biopsie), al căror lichid sau celule prelevate sunt examinate la microscop cu scopul de a căuta celulele tumorale.

EVOLUȚIE. Ca majoritatea cancerelor, cancerul de sân evoluează mai întâi local, cu extindere la organele din vecinătate și la ganglionii limfatici axilari, apoi se propagă pe calea sangvină (metastaze), mai ales la oase, la creier, la ficat și la plămâni. Aceste metastaze pot apărea tardiv, chiar la 10 ani după descoperirea cancerului inițial.

TRATAMENT. Pot fi întreprinse patru tratamente, uneori izolate, alteori în asociere: chirurgia, chimioterapia, radioterapia, hormonoterapia.

■ *Chirurgia* este, în general, primul tratament avut în vedere. Ea constă de cele mai multe ori, astăzi, în ablația tumorii (tumorectomie), asociată cu examinarea histologică imediată (zisă extemporanee) a acesteia, pacienta continuând să rămână sub anestezie generală: dacă examenul histologic confirmă natura malignă a tumorii, ablația ganglionilor axilari (curățare ganglionară axilară) este realizată, acordul pentru această eventuală extindere a actului chirurgical trebuind să fi fost în prealabil obținut. Pentru tumorile voluminoase sau multiple, mastectomia (ablația sânului) este încă practicată.

■ *Radioterapia*, practicată după o tumorectomie, constă în iradierea sânului și a perimetrului zonei scoase pentru a evita recidivele locale. Tratamentul cuprinde, în general, șase până la douăsprezece ședințe, cu frecvența de una-două ședințe pe săptămână timp de șase săptămâni. O altă tehnică de radioterapie, curieterapia, constă în implantarea în sân, în apropierea tumorii, a unor ace tubulare în care s-a introdus un fir radioactiv și care sunt lăsate acolo timp de câteva zile.

■ *Chimioterapia* este utilizată, după o tumorectemie sau ca metodă terapeutică folosită singură, atunci când tumora evoluează rapid, la femeile tinere, sau atunci când au fost

constatate metastazele. Tratamentul se întinde pe o perioadă de 2 până la 6 luni și cuprinde mai multe cure delimitate una de alta de folosirea uneia sau mai multor substanțe anticanceroase (mono sau polichimioterapie, asociind mai multe medicamente).

■ *Hormonoterapia*, foarte des asociată cu alte tratamente, constă în luarea pe cale orală de antiestrogene atunci când cancerul este hormonodependent, adică atunci când tumora conține receptori hormonali (elemente situate la suprafața anumitor celule și destinate să primească mesaje hormonale).

PROGNOSTIC ȘI DEPISTARE. Atunci când cancerul de sân este tratat precoce, prognosticul său este bun. Supravegherea regulată a unei femei care a avut un cancer de sân și reluarea tratamentului la cel mai mic semn de recidivă ameliorează și mai mult acest prognostic. De altfel, o femeie care a suferit un tratament pentru un cancer de sân poate avea în vedere să aibă un copil: ea nu trebuie să aștepte decât o perioadă de doi ani după sfârșitul tratamentului în scopul de a supraveghea evoluția bolii. Alăptarea maternă nu este totuși recomandată.

Ameliorarea prognosticului cancerului de sân implică depistarea precoce: examen ginecologic regulat (în fiecare an), mamografie sistematică (din 3 în 3 ani începând cu vârsta de 50 ani), autoexamenul sânilor de către femeie și consultația medicală la cea mai mică anomalie constatată. → MAMOPLASTIE, MASTECTOMIE.

SÂNULUI (tumoră benignă a). Formațiune nodulară benignă în țesutul sânului.

DIFERITE TIPURI DE TUMORI. O tumoră benignă a sânului este de cele mai multe ori un chist (cavitate umplută cu lichid), un adenofibrom (nodul rotund, uneori voluminos, care se rotește sub deget), un lipom (tumoră grăsoasă), un papilom intracanalicular (proliferare a țesutului într-un canal galactofor, care provoacă o scurgere de lichid limpede sau sângerând prin mamelon) sau o tumoră mamară filodă voluminoasă și cu ridicături. Aceste ultime două tumori pot deveni canceroase.

SEMNE. Tumorile benigne ale sânului sunt simțite uneori la palpare.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul precis al unei tumori benigne a sânului este confirmat prin examene complementare, înainte de toate mamografia (radiografia sânului), ecografia și puncția sau biopsia tumorii, urmată de un examen la microscop al țesuturilor prelevate. O dată stabilit diagnosticul, este instaurat tratamentul. Un chist este golit, un nodul fibros sau un lipom sunt scoase atunci când sunt prea voluminoase. Papiloamele și tumorile filode sunt îndepărtate în mod sistematic din cauza riscului lor de evoluție malignă. → SÂNULUI (cancer al).

SÂSÂIALĂ. Tulburare de articulare care constă în pronunțarea sunetului „ț" în loc de „ce" sau „se". SINONIME: *sigmatism adental, pelticie*.

Sâsâiala este frecventă la copil înaintea vârstei de 4 sau 5 ani. Cauzat de o proastă poziție a limbii, plasată prea aproape de incisivi sau între arcadele dentare, acest defect de articulare este asociat, în general, cu un mod de deglutiție de tip infantil (în care copilul împinge limba în față pentru a înghiți) și de sugerea pelicelui.

TRATAMENT. Suprimarea biberonului și, dacă este posibil, a obiceiului de a suge degetul sau tetina permit deprinderea unei deglutiții normale și pot duce la încetarea sâsâielii. Dacă acest defect persistă după vârsta de 5 ani, câteva ședințe de ortofonie contribuie la învățarea copilului cum să-și poziționeze mai bine limba.

SCABIE. Afecțiune cutanată provocată de paraziți din ordinul acarienilor, sarcoptii (Sarcoptes scabiei). SINONIME: *acarioză sarcoptică, râie, sarcoptidoză, scabioză*.

Scabia survine în epidemii ciclice, separate prin perioade de 30 până la 40 ani. După tipul de transmisie, se deosebește scabia zisă umană, caracterizată printr-o contaminare pornind de la o altă persoană, de scabia zisă neumană, caracterizată printr-o contaminare plecând de la un animal sau de la o plantă.

Scabia umană. În această afecțiune cutanată, femela sarcoptului sapă un tunel în grosimea epidermului și depune aici ouă. Acestea dau naștere unor larve, care devin adulte și se reproduc pe piele. Contaminarea se face prin contact fizic direct (raport sexual) sau prin intermediul obiectelor contaminate (cearceaf, pled, plapumă).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Scabia umană se manifestă mai întâi prin mâncărimi, foarte caracteristice dacă ating toți membrii unei familii. Apoi, apar șanțuri scurte (corespunzând tunelelor) supraînălțate la un capăt cu o minusculă perlă translucidă (vezicula perlată), predominând între degete, pe încheieturile mâinilor, în regiunea axilară, în jurul taliei, dar niciodată pe față.

TRATAMENT. Acesta trebuie administrat în același timp tuturor membrilor familiei și tuturor subiecților foarte apropiați de cei afectați de scabie. Produsele antiscabioase (destinate tratării scabiei) se prezintă sub forma unor loțiuni sau a unor aerosoli de aplicat pe piele, dar și pe lenjeria de corp sau de pat. Modul de întrebuințare al fiecărui produs trebuie să fie riguros respectat, mai ales la copii, îndeosebi în ce privește durata de aplicare. În fapt, în afara posibilității de iritare în caz de contact cu căile respiratorii (aerosoli), a ochilor și a mucoaselor, mai există și un risc de atingere neurologică (convulsii).

Scabioze de origine animală și vegetală. Acestea constituie un ansamblu de afecțiuni cutanate cauzate de diferiți acarieni prezenți pe animale (pisici, câini, păsări) sau pe vegetale (arbuști, grâu). Ele se manifestă prin mâncărimi trecătoare, fără șanțurile caracteristice. Dispariția sursei de contaminare duce la vindecare.

SCAFOID CARPIAN. Os care constituie partea supero-externă a carpului (scheletul încheieturii mâinii), care se articulează cu antebrațul.

TRAUMATOLOGIE

■ *Fractura scafoidului carpian* este destul de frecventă și survine, în general, în cursul unei căderi pe palmă. Ea antrenează o durere a marginii externe a încheieturii mâinii precum și a marginii policelui când este comprimat. Tratamentul unei fracturi a scafoidului carpian constă în aplicarea unui gips care cuprinde policele, încheietura mâinii și a cotului timp de 6 până la 12 săptămâni (folosind fie gipsul tradițional, fie rășinile). Această imobilizare foarte strictă și prelungită este necesară din cauza proastei vascularizări a acestui os, care face consolidarea mai dificilă. În caz de deplasare osoasă, trebuie efectuată o imobilizare chirurgicală cu broșe sau șuruburi.

SCAFOID TARSIAN. Os care constituie partea internă a tarsului (schelet al părții posterioare a piciorului), care se articulează cu astragalul.

TRAUMATOLOGIE

■ *Fractura scafoidului tarsian*, puțin frecventă, este tratată ortopedic (gips) sau, în caz de deplasare osoasă importantă, pe cale chirurgicală (imobilizare cu ajutorul unui dispozitiv mecanic – broșe, șuruburi etc.), chiar prin blocarea articulației între scafoid și astragal, asociată sau nu cu o grefă osoasă.

SCALP. → PIELE A CAPULUI.

SCALPULUI (grefă a). → PIELII CAPULUI (grefă a).

SCANNER sau **SCANER CU RAZE X.** Aparat de imagerie medicală, compus dintr-un sistem de tomografie (care dă imagini în secțiune ale unui organ) și dintr-un ordinator, care efectuează analize ale densității radiologice punct cu punct (voxel) pentru a reconstitui aceste imagini în secțiuni fine, afișate în nuanțe de gri pe un ecran video. SINONIM: *tomodensitometru*.

Scanerul cu raze X permite să se realizeze un examen denumit tomodensitometrie. → TOMODENSITOMETRIE.

SCANOGRAFIE → TOMODENSITOMETRIE.

SCAPULALGIE. Durere a regiunii umărului, indiferent de cauza ei.

SCARIFICARE. Incizie superficială a pielii practicată cu ajutorul unui bisturiu sau al unui vaccino-stil.

SCARLATINĂ. Boală infecțioasă contagioasă, actualmente rară, cauzată de difuzarea în organism a toxinelor secretate de streptococul de grup A.

Scarlatina afectează aproape exclusiv copiii. Ea se transmite prin inhalarea picăturilor de salivă emise de un subiect infectat cu streptococul de grup A. Toxiinfecția se dezvoltă plecând de la un focar purulent cu localizare faringo-amigdaliană (anginâ).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Boala se declară brusc, după o perioadă de incubație de aproximativ 4 zile, sub forma unei febre ridicate (39°C), a unei umflături dureroase la nivelul ganglionilor gâtului și a unei angine eritematoase (cu înroșirea gâtlejului). Toxina secretată de streptococ difuzează în organism și declanșează o erupție cutanată la două zile după apariția anginei. Bolnavul rămâne contagios atâta vreme cât durează angina. Erupția cutanată, ori exantemul, se traduce printr-o multitudine de puncte roșii; ea debutează cu toracele apoi se întinde la întregul corp în 48 ore, în afara palmelor și suprafețelor plantare. Erupția mucoasă, ori exantemul, se caracterizează printr-o depunere albă, care acoperă limba și lasă locul, în a 5-a zi de evoluție, unei roșeți stacojii cu granulație zisă zmeurată. După aproximativ o săptămână, febra scade, exantemul dispare și exantemul este înlocuit cu o descuamare cu cojiri fine a corpului; palmele și plantele picioarelor se descuamează în lambouri.

COMPLICAȚII. Acestea sunt cele ale anginelor cu streptococ netratate: nefrita (inflamația rinichilor) și reumatismul articular acut și subacut.

TRATAMENT. Scarlatina este tratată prin administrarea de antibiotice (penicilină, eritromicină) și prin odihnă.

PREVENIRE. Este posibil să fie căutat streptococul, în mai multe rânduri, la persoanele care au fost în contact cu un bolnav atins de scarlatină pentru a le trata preventiv. Nu există un vaccin împotriva scarlatinei; o persoană care a fost atinsă de scarlatină dobândește o imunitate durabilă față de această boală.

SCAUN. → FECALE.

SCĂRIȚĂ. Unul dintre cele trei oscioare ale urechii medii.

Scărița are structura unui triunghi. Vibrând sub acțiunea nicovalei, scărița permite transmisia sunetului de la timpan spre urechea internă.

Scărița poate fi sediul unei afecțiuni de cauză necunoscută, otospongioza, care se traduce printr-o surditate. Tratamentul otospongiozei necesită îndepărtarea scăriței și înlocuirea ei cu o proteză în cursul unei intervenții chirurgicale practicate sub anestezie generală.

SCHELET. Structură solidă și calcificată a corpului uman, constituită din totalitatea oaselor.

STRUCTURĂ. Se disting:

– o coloană mediană, coloana vertebrală sau rachisul (rahisul), compusă din vertebre;

– coastele, care se articulează în spate cu coloana vertebrală, în față cu sternul, ansamblul constituind toracele;

– craniul, care se articulează cu extremitatea superioară a coloanei vertebrale;

– membrele superioare (braţe, antebraţe, mâini), legate de torace prin centurile scapulare (clavicule şi omoplaţi);

– membrele inferioare (coapse, gambe, picioare), legate de coloana vertebrală la nivelul sacrumului prin centura pelviană (formată din cele două oase iliace);

– bazinul, constituit din centura pelviană şi sacrum;

– în partea de sus şi în faţa gâtului, deasupra laringelui, un os izolat, osul hioid.

Oasele scheletului sunt în număr de 200, fără a socoti osciorearele urechii, oasele sesamoide (mici oase rotunde, intercalate pe traiectul unui ligament articular şi al cărui joc îl facilitează) şi oasele wormiene (mici oase supranumerare care se dezvoltă între oasele boltei craniene).

PATOLOGIE. Oasele scheletului pot fi sediul unor tumori, ale unor infecţii (osteomielită), ale unor leziuni degenerative (artroză) sau inflamatorii (artrită), ale traumatismelor (fractură, luxaţie). Ele pot fi malformate sau absente, sudate anormal (lombalizare, sacralizare), scurtate. În sfârşit, ele se pot aşeza unele faţă de altele în mod anormal (cifoză, scolioză).

SCHEUERMANN (boală a lui). Atingere a cartilagiilor corpilor vertebrali (partea anterioară a vertebrelor) survenind în cursul creşterii.

Afecţiune frecventă, boala lui Scheuermann este o osteocondrită de creştere (leziune a cartilagiilor vertebrale cauzată de un aport sangvin insuficient). Cauza sa este necunoscută.

SIMPTOME ŞI SEMNE

■ Atunci când boala afectează rachisul dorsal, ea provoacă o cifoză (spate rotund) care, netratată, devine ireductibilă o dată terminată creşterea.

■ Atunci când afectează rachisul lombar, ea nu se traduce, în general, prin nici un simptom în timpul adolescenţei dar provoacă o fragilizare a platourilor vertebrale, responsabilă de dureri lombare şi de o artroză precoce la adulţii tineri.

EVOLUŢIE ŞI TRATAMENT. Dacă cifoza este puţin marcată, este recomandată kineziterapia activă; de asemenea, trebuie renunţat la sport şi la căratul de greutăţi mari. Dacă cifoza este marcată şi creşterea nu este încheiată, ea trebuie să fie redusă cu ajutorul corsetelor gipsate.

SCHILLING (test al lui). Test care permite să se studieze procentul de absorbţie intestinală a vitaminei B12 şi, atunci când există un deficit în această vitamină, să i se precizeze mecanismul.

DESFĂŞURARE. Examenul constă în administrarea pacientului, pe cale orală, pe de o parte, de vitamină B12 marcată cu un izotop radioactiv, apoi în măsurarea, pe de altă parte, a cantităţii de vitamină B12 eliminată prin urină.

SCHIR. Tumoră malignă a cărei stromă (ţesut conjunctiv vascularizat) este deosebit de abundent şi foarte bogat în fibre de colagen. Tratamentul schirului este acela al cancerului de sân.

SCHIRMER (test al lui). Examen destinat măsurării cantităţii de lacrimi secretate de glandele lacrimale.

INDICAŢII. Testul lui Schirmer este practicat pentru diagnosticarea unui sindrom uscat (Gougerot-Sjögren) sau, la persoanele care doresc să poarte lentile de contact, pentru a evalua secreţia lacrimală.

TEHNICĂ ŞI DESFĂŞURARE. Testul lui Schirmer constă în plasarea, în apropiere de unghiul extern al ochiului, a unei benzi de hârtie milimetrică. După 3 minute, se măsoară numărul de gradaţii ale hârtiei care au fost umezite de secreţia lacrimală.

SCHISTOZĂ. Afecţiune pulmonară secundară inhalării prafului de ardezie. SINONIM: *boala ardezierilor*.

Boala se traduce printr-o gâfâială care se instalează foarte treptat. Fibroza interstiţială rămâne moderată şi evoluţia este, în general, benignă; nu există un tratament specific, singurul lucru care rămâne de făcut fiind evitarea expunerii la acest risc.

SCHIZOFRENIE. Psihoză caracteristică prin dezagregarea personalităţii şi prin pierderea contactului vital cu realitatea.

Schizofrenia afectează de cele mai multe ori adolescentul sau adultul înaintea vârstei de 40–45 de ani.

CAUZE. Cauzele acestei afecţiuni complexe rămân deosebit de controversate: perturbare a relaţiei mamă-copil, disfuncţie a circuitelor şi mediatorilor cerebrali, predispoziţie constituţională (subiect mare şi fragil, caracter schizoid – introvertit, absent, repliat spre sine).

SIMPTOME ŞI SEMNE. Schizofrenia este caracterizată printr-o disociaţie mintală, ori o „discordanţă", însoţită de o invazie haotică a imaginarului, care se traduce prin tulburări afective, intelectuale şi psihomotorii: sentimente contradictorii dovedite faţă de un acelaşi obiect (iubire, ură), incapacitate de a acţiona, autism, sentimentul de a nu se mai recunoaşte, delir, catatonie (totalitatea tulburărilor psihomotorii caracterizată printr-o absenţă de reacţie la stimulii exteriori, o imobilitate absolută, un refuz de a vorbi, de a mânca).

Se deosebesc mai multe forme de schizofrenie: schizofrenia simplă (inhibiţie, bizarerie, nonconformism); schizofrenia paranoidă (delir neprecizat, temeri insolite organizându-se pe anumite teme – teama de a efectua anumite gesturi, teama de anumite culori –, bolnavul având, de altfel impresia că gândurile îi sunt manipulate din exterior); hebefrenia şi hebefrenocatatonia (catatonie, gesturi şi acţiuni puerile, repetarea nemotivată şi automată

a cuvintelor, gesturilor sau a atitudinilor, pseudodeficit intelectual).

TRATAMENT. Acesta beneficiază de un vast evantai terapeutic al psihiatriei moderne (psihanaliză, medicamente psihotrope, psihoterapie instituțională etc.) și permite pacientului să găsească un anumit echilibru, dacă nu chiar să se vindece, mulțumită unei îngrijiri adaptate. În fața unui schizofrenic trebuie adoptată atitudinea de bun ascultător, de persoană care îl liniștește, care încearcă să-l facă să-și dezvolte treptat discursul, cu scopul de a-l aduce puțin câte puțin la realitate și de a-i valorifica activitatea sa socială (ajutor pentru persoanele în vârstă, participarea la pregătirea hranei pentru acestea, de exemplu).

SCHÖNLEIN-HENOCH (sindrom al lui). Afecțiune caracterizată printr-o atingere, de cele mai multe ori benignă, a vaselor mici (vasculară) și prin manifestări cutanate, digestive și articulare. SINONIM: *purpură reumatoidă*.

FRECVENȚĂ ȘI CAUZE. Acest sindrom, denumit fie boala, fie sindromul lui Schönlein, afectează mai ales copiii, cu cea mai mare frecvență între 4 și 7 ani, și adulții tineri. Originea sa este probabil imunoalergică.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Boala se manifestă printr-o purpură, erupție de pete purpurii (petesii, echimoze) ușor în relief, amplasate de preferință pe membrele inferioare. Membrele superioare și fața sunt foarte rar atinse. Erupția poate fi însoțită de dureri articulare și de tulburări digestive (vărsături, de exemplu), iar evoluția se face în pusee.

COMPLICAȚII. Gravitatea bolii ține de riscul de complicații digestive, de prim ordin fiind o invaginare intestinală acută (replierea unei porțiuni de intestin), ori de complicații renale.

TRATAMENT. Formele benigne nu necesită un tratament particular. Majoritatea copiilor și a adulților tineri se vindecă în câteva săptămâni sau în câteva luni. Totuși, pot surveni recidive în lunile, chiar și în anii care urmează primei manifestări a bolii.

În caz de atingere renală severă, confirmată printr-o biopsie a rinichiului, se poate recurge la corticosteroizi sau la imunosupresoare. Insuficiența renală necesită un tratament prin dializă, în anumite cazuri o grefă de rinichi.

SCHWARTZ-BARTTER (sindrom al lui). Ansamblu de tulburări caracterizat printr-o creștere a secreției post-hipofizare de hormon antidiuretic, destinată să rețină apa în organism.

Simptomul esențial este o micșorare a concentrației plasmatice a sodiului (hiponatremie), care poate să nu se manifeste prin nici un semn sau, din contra, se poate traduce prin tulburări neurologice (obnubilație, confuzie mintală, crize convulsive, comă) sau digestive (grețuri, vărsături).

Tratamentul constă, în principal, în limitarea consumului de băuturi, respectând totuși aporturile de săruri.

SCIATICĂ. Durere care iradiază în lungimea traiectului nervului sciatic și/sau al rădăcinilor sale.

Nervul sciatic ia naștere din unirea celor două rădăcini pornite din măduva spinării, L5 (pornind din rachis între a 4-a și a 5-a vertebră lombară) și S1 (pornind din rachis între a 5-a vertebră lombară și prima vertebră sacrală.)

CAUZE. O sciatică este cauzată, în general, de o compresie exercitată asupra rădăcinilor nervoase L5 sau S1, de cele mai multe ori o hernie discală (proeminarea unui disc intervertebral în afara limitelor sale normale), mai rar din cauza unei compresii osoase – legată de o artroză, de o fracturâ a micului bazin, de o luxație a șoldului sau de o îngustare a canalului rahidian lombar –, tumorală (tumoră osoasă vertebrală, neurinom [tumoră a rădăcinii unui nerv], tumoră a micului bazin) sau de natură inflamatorie (spondilodischită).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acestea depind de localizarea leziunii. Dacă doar cea de a 5-a rădăcină lombară este afectată, durerea atinge fața posterioară a coapsei, fața externă a gambei, spatele piciorului, degetul mare de la picior; dacă este afectată prima rădăcină sacrală, durerea atinge moletul, planta piciorului și marginea externă a piciorului. Dacă sunt afectate ambele rădăcini nervoase sus-menționate, durerea se întinde de la fesă până la picior.

Adesea precedată de dureri lombare acute (lumbago) sau cronice, accentuată de tuse și de statul în picioare, durerea poate fi minimă sau intensă, împiedicând uneori subiectul să doarmă (sciatică hiperalgică). O formă particulară de sciatică, numită sciatică paralizantă, se traduce printr-o paralizie a flexiei dorsale a piciorului.

Examenul radiografic al rachisului lombar poate fi normal sau poate pune în evidență o pensare sau o deschizătură discală localizată. Scanerul și imageria prin rezonanță magnetică (I.R.M.) permit să se vizualizeze leziunea și să se evalueze răsunetul acesteia asupra rădăcinilor nervoase.

TRATAMENT. Tratamentul unei sciatici depinde de cauza sa. În cazul unei sciatici paralizante, tratamentul este chirurgical. În cazul unei hernii discale, acesta trebuie să rămână medical în primele 8 săptămâni deoarece, oricât ar fi de grave durerile inițiale, sciatica se vindecă spontan în două treimi dintre cazuri. Scopul tratamentului medical este de a face această perioadă cât mai puțin neplăcută și cât mai scurtă posibil; el constă în administrarea de analgezice, de antiinflamatoare, de corticosteroizi pe cale generală sau locală (prin infiltrații), în odihnă la pat dacă durerea este prea vie sau în purtatul unui corset, confecționat din rășini, pe o perioadă de 6 săptămâni. De îndată ce durerile permit, rachisul fiind încă susținut de corset, se poate începe refacerea musculaturii membrelor inferioare prin șederi pe vine. Rachisul în sine nu va fi reeducat decât atunci când sciatica este vindecată, pentru a preveni recidivele. Dacă, după 2 luni de tratament medical, sciatica rămâne invalidantă împiedicând activitatea cotidiană a subiectului, se tratează hernia discală prin nucleoliză (distrugerea nucleului

pulpos – partea centrală, semilichidă, a unui disc intervertebral prin injectarea unei enzime vegetale, papaina) sau chirurgical. Alte tipuri de sciatică sunt tratate prin radioterapie sau chimioterapie în caz de tumoră osoasă malignă a rachisului lombar, ablația tumorii în caz de neurinom sau de tumoră a micului bazin, antibiotice în caz de spondilodiscită. → NERV SCIATIC.

SCIBALE. Materii fecale de mărime mică, rotunde și uscate (ca cele ale caprinelor și ovinelor).

Emisia de scibale este un simplu semn de constipație. Ea nu indică o stare anormală și nu necesită nici un tratament.

SCINTIGRAFIE. Tehnică de imagerie medicală bazată pe detectarea radiațiilor emise de o substanță radioactivă (radioelement) introdusă în organism, prezentând o afinitate deosebită pentru un organ sau un țesut. SINONIME: *cartografie izotopică, explorare radioizotopică*.

INDICAȚII. Scintigrafia permite să se deceleze numeroase afecțiuni care ating atât structura, cât și funcționarea organelor, și unele procese patologice: inflamație, infecție, sângerare, tumoră.

TEHNICĂ. Principiul scintigrafiei constă în a administra pacientului o substanță activă care se fixează electiv pe organul sau pe țesutul respectiv ce trebuie explorat. O cameră specială (cameră cu scintilație sau gamma-cameră) înregistrează în continuare radiația emisă de organul sau de țesutul respectiv. Imaginea regiunii explorate este atunci obținută pe ecranul ordinatorului cu care este dotată gamma-camera. Înregistrând succesiunea în timp a mai multor imagini, este posibil să se vizualizeze o transformare, o evoluție, o mișcare.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. În general, nu este necesară nici o pregătire. Examenele care trebuie efectuate à jeun (pe nemâncate) sunt rare. Produsele sunt injectate în cantitate foarte mică, de cele mai multe ori într-o venă a brațului. Anumite examene sunt realizate după inhalarea sau după ingestia unui trasor radioactiv, care mai poate – în cazuri rare (examenul vezicii– să fie introdus cu ajutorul unei sonde. Pacientul stă așezat sau lungit pe un pat de examinare; gamma-camera este plasată în fața regiunii de studiat sau se rotește în jurul pacientului ca un scaner (tomoscintigrafie).

CONTRAINDICAȚII. Doza de radiații primită de pacient este foarte mică, comparabilă cu cea a unei radiografii a plămânilor, și nu crește cu numărul de clișee realizate. Cantitățile de radioelement injectate sunt întotdeauna minime și adaptate fiecărui pacient; în plus, radioelementele alese au o durată de viață foarte scurtă. Sarcina și perioada de alăptare sunt în mod obișnuit singurele împrejurări în care se iau precauții deosebite.

EFECTE SECUNDARE. Produsul nu antrenează nici o alergie, somnolență sau stare de rău. Pacientul poate să-și reia toate activitățile imediat după efectuarea examenului.

PERSPECTIVE. O nouă aplicație a scintigrafiei, imunoscintigrafia, constă în a administra pacientului un anticorp specific marcat radioactiv. Acesta se fixează în organism pe moleculele caracteristice anomaliilor legate de anumite boli, în particular de unele tipuri de cancer.

SCLERĂ. → SCLEROTICĂ.

SCLEREDEM. Afecțiune cutanată rară, caracterizată prin infiltrația pielii cu o substanță mucopolizaharidică, traducându-se prin edeme groase și lemnoase (având consistența lemnului).

■ *La copil și la adolescent*, scleredemul apare la 4 până la 6 săptămâni după o infecție bacteriană cu un streptococ; el debutează cu ceafa și pe gât și se întinde ca o pată de ulei pe spate și pe membre, apoi regresează în câteva luni, chiar într-un an. Tratamentul constă în administrarea de antibiotice (peniciline) în doză mare și/sau de corticosteroizi.

■ *La adultul diabetic*, placa debutează pe ceafă, apoi se întinde treptat spre extremități. Se impune îmbunătățirea controlului diabetului.

SCLERITĂ. Inflamație a scleroticii, tunica externă a globului ocular care formează albul ochiului.

O astfel de afecțiune poate surveni în cursul unei boli de sistem (sarcoidoză, poliartrită reumatoidă, de exemplu) sau poate constitui o manifestare alergică.

SCLERODERMIE. Boală autoimună caracterizată printr-o scleroză progresivă a dermului și, în unele cazuri, a viscerelor.

Sclerodermia este o boală rară, a cărei cauză este încă necunoscută.

Sclerodermie localizată. Este o scleroză care atinge esențialmente dermul, în anumite cazuri țesuturile subiacente (aponevroze și mușchi).

DIFERITE TIPURI DE SCLERODERMIE LOCALIZATĂ. Această afecțiune poate lua aspecte variate.

■ *Sclerodermia în benzi sau striată* formează benzi bine limitate de țesut scleros, tare și indurat, de un alb sidefiu limitat de o fină margine liliachie, benzi care sunt amplasate mai ales pe membre, pe față și pe pielea capului.

■ *Sclerodermia în picătură sau gutată* se traduce prin mici elemente rotunjite, de un alb sidefiu, care afectează mai ales ceafa, gâtul, umerii și partea de sus a toracelui.

■ *Sclerodermia în plăci* formează plăci cutanate, numite morfee, de culoare și de consistență identice cu cele ale leziunilor de sclerodermie în benzi. Plăcile pot persista timp de mai mulți ani.

TRATAMENT. Acesta este destul de puțin eficace, se folosesc corticosteroizi locali sau tratamente pe cale generală vizând lupta împotriva sclerozei (vitamină E, extracte de ulei de avocado, corticosteroizi în formele extensive). O reeducare activă (kineziterapie) este necesară în caz de sechele funcționale (retracții musculare, întârziere de creștere) ocazionate de leziunile aponevrotice și musculare.

Sclerodermia sistemică. Ea asociază semnelor cutanate variabile, dar caracterizate toate printr-o îngroșare indurată a tegumentului, manifestări viscerale multiple.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Prima manifestare este aproape întotdeauna un sindrom al lui Raynaud: pe vreme rece, vasele sangvine care irigă degetele se contractă brusc; degetele devin albe ca marmura, apoi violete, înainte de a reveni la culoarea lor normală. Evoluția se face apoi către două forme diferite, forma limitată sau forma difuză.

■ *Forma limitată* asociază sindromului lui Raynaud una sau mai multe alte anomalii: sclerodactilia (sclerodermia degetelor) – pielea devine netedă, rigidă, imposibil de ciupit, degetele iau o formă efilată și se rigidizează treptat în flexie ireductibilă; pe față, pe mâini și pe picioare sunt amplasate telangiectazii (dilatări ale micilor vase sangvine cutanate); calcinoza apare la nivelul mâinilor și picioarelor (mici mase dermice calcificate care favorizează ulcerația pielii subiacente); o atingere motorie a esofagului, confirmată prin manometrie esofagiană, alterează motricitatea acestui organ și antrenează o disfagie (jenă la înghițit). Ansamblul acestor tulburări este denumit uneori C.R.E.S.T.-sindrom (abreviere anglo-saxonă de la calcinoză, Raynaud, atingere esofagiană, sclerodactilie, telangiectazie). Prognosticul este destul de favorabil, dar este posibilă o trecere spre forma difuză.

■ *Forma difuză* se caracterizează prin extinderea sclerodermiei la unul sau mai multe viscere, în principal rinichii, ceea ce antrenează în două cazuri din trei o hipertensiune arterială cu prognostic sever. Această formă atinge și pericardul și, mai rar, miocardul, plămânii (fibroză interstițială care stânjenește respirația) și tubul digestiv, cu esofagită și malabsorbție a alimentelor. Această formă este gravă, dar evoluția sa poate să se stabilizeze după câțiva ani.

TRATAMENT. Acesta este, în principal, cel al simptomelor și în consecință adaptat fiecărui caz: inhibitori calcici împotriva sindromului Raynaud și a sclerodactiliei; inhibitori ai enzimei de conversie împotriva hipertensiunii; regim alimentar adaptat, pansamente digestive, antihistaminice sau cure de antibiotice (tetracicline) împotriva tulburărilor digestive.

Independent de simptome, sunt prescriși corticosteroizii pe durate îndelungate. Acest tratament are o oarecare eficacitate, dar parțială și variabilă de la un bolnav la altul. Numeroase alte substanțe pot fi prescrise, îndeosebi D-penicilamina și colchicina.

SCLEROMALACIE. Subțiere treptată și nedureroasă a scleroticii, tunica externă a globului ocular care formează albul ochiului.

SCLEROTICĂ. Membrană fibroasă albicioasă, foarte rezistentă, care învelește ochiul aproape pe toată suprafața sa. SINONIM: *sclera*.

Groasă de 1mm, sclerotica, denumită în mod obișnuit albul ochiului, se prelungește în față cu corneea, transparentă și de formă mai bombată.

PATOLOGIE. În afara traumatismelor, sclerotica poate fi sediul afecțiunilor degenerative (scleromalacie) și mai ales inflamatorii (sclerită).

SCLEROZĂ. → FIBROZĂ.

SCLEROZĂ COMBINATĂ A MĂDUVEI. Atingere simultană, în măduva spinării, a două zone de substanță albă, cordonul posterior (fasciculul care vehiculează sensibilitatea proprioceptivă sau profundă [mușchi, tendoane, oase, articulații]) și cordonul lateral (care conține fasciculul piramidal care vehiculează motricitatea).

CAUZE. Scleroza combinată a măduvei poate fi secundară unei carențe în vitamina B12 – este o complicație posibilă a bolii lui Biemer netratate – sau unei degenerescențe spinocerebeloase, întâlnită îndeosebi în cursul bolii lui Friedrich (boală degenerativă a măduvei spinării).

SIMPTOME ȘI TRATAMENT. Scleroza combinată antrenează tulburări mixte (sau combinate), în particular tulburări ale sensibilității profunde asociate cu contracții musculare involuntare. Aceste tulburări afectează mai ales membrele inferioare și se traduc, îndeosebi, printr-un mers ataxospasmodic (mișcări bruște de marionetă dezarticulată).

În caz de scleroză combinată prin carență în vitamină B12, injecții cu această vitamină fac să dispară toate tulburările dacă aceste injecții sunt făcute precoce. Scleroza combinată cauzată de o degenerescență spinocerebeloasă evoluează lent spre imobilizarea bolnavului.

SCLEROZĂ LATERALĂ AMIOTROFICĂ. → CHARCOT (boală a lui).

SCLEROZĂ ÎN PLĂCI. Boală demielinizantă (care antrenează dispariția mielinei, substanța lipidică ce înconjoară fibrele nervoase ale substanței albe) a sistemului nervos central, traducându-se printr-o scleroză (întărire provocată de o depunere anormală de țesut conjunctiv), apărând sub forma de plăci, a substanței albe.

Scleroza în plăci atinge, în principal, adulții tineri de ambele sexe cu predominanță feminină (60% dintre cazuri).

CAUZE. Acestea nu sunt cunoscute cu certitudine, dar intervenția unită a mai multor factori este probabilă. Se crede că este vorba de o boală autoimună (sistemul imunitar al organismului ar ataca mielina ca și cum aceasta ar fi un

corp străin). Natura factorului de mediu este controversată și actualmente nu există nici o dovadă de origine virală. În sfârșit, este probabilă intervenția factorilor genetici.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Plăcile împiedică fibrele nervoase atinse să conducă influxul nervos, ceea ce antrenează tulburări de intensitate și de localizare foarte variabile, în funcție de zona în care apar. Boala se manifestă sub forma unor pusee de scurtă durată, urmate de o regresie a semnelor.

Primele manifestări ale sclerozei în plăci pot să privească funcțiile senzitive (furnicături, impresii tactile anormale), motorii (paralizie trecătoare a unui membru), vederea (vedere în ceață, scăderea bruscă a acuității vizuale a unui ochi), echilibrul și controlul urinei (incontinență).

DIAGNOSTIC. Acesta se pune, în principal, pe baza semnelor. Apariția bruscă a unor tulburări care atestă o atingere multifocală (mai multe focare) și regresia lor rapidă în câteva zile sau în câteva săptămâni, la un adult tânăr, sunt deosebit de caracteristice pentru boală. Imageria cu rezonanță magnetică (I.R.M.) este actualmente procedeul care permite cel mai bine să fie vizualizate plăcile demielinizate, cu margini mai mult sau mai puțin regulate. Examenul lichidului cefalorahidian, recoltat prin puncție lombară, poate arăta prezența limfocitelor (globule albe), o ușoară creștere a nivelului de proteine și o creștere a procentajului gamaglobulinelor (anticorpi). Potențialele evocate (înregistrarea activității electrice a creierului) permit căutarea atingerilor încă latente, stabilind caracterul multifocal al plăcilor și deci al leziunilor neurologice.

TRATAMENT. Tratamentul puseelor se bazează pe corticoterapie în doze puternice, administrată de preferință în perfuzii timp de câteva zile în mediu spitalicesc, dar și prin injecții intramusculare și pe cale orală. Se utilizează, în anumite cazuri, imunosupresoare. Tulburările sunt tratate, de asemenea, specific: tratament medicamentos al incontinenței urinare, reeducare prin kineziterapie vizând întărirea musculaturii etc.

PROGNOSTIC. Acesta este foarte variabil. Forma cea mai obișnuită se caracterizează printr-o succesiune de pusee întrerupte de remisiuni de o durată foarte variabilă, în cadrul primelor manifestări ale bolii, cu o regresie totală a semnelor, apoi prin persistența lor crescândă, ceea ce duce la o invaliditate progresivă. Există și forme imediat invalidante (pusee inițiale neurmate de remisiune), cazuri în care evoluția este progresivă și continuă, dar și forme benigne, care se traduc printr-un număr mic de pusee și cu o remisiune foarte lungă sau definitivă.

SCOLIOZĂ. Curbare laterală patologică a coloanei vertebrale (rachisului).

DIFERITE TIPURI DE SCOLIOZĂ. Există trei tipuri, de gravitate diversă.

■ *Atitudinile scoliotice* sunt caracterizate printr-o curbare la dreapta sau la stânga a rachisului, vizibilă în poziția în picioare, care se corectează atunci când subiectul se apleacă în față. Ele sunt de cele mai multe ori cauzate de o inegalitate a lungimii gambelor, fenomen frecvent în cursul creșterii dar care mai poate persista și la vârsta adultă. Atitudinile scoliotice necesită o supraveghere deosebită la subiecții aflați în perioada de creștere.

■ *Scoliozele antalgice*, deosebit de dureroase, însoțesc un lumbago sau o sciatică lombară. În principiu, ele se corectează atunci când este tratată cauza lor, dar pot persista, chiar să pot transforma în scolioză adevărată, cu rotația corpilor vertebrali. Ele necesită deci o supraveghere regulată.

■ *Scoliozele adevărate*, denumite și *scolioze osoase* sau *scolioze structurale*, se subîmpart în trei categorii diferite. Scoliozele prin malformații congenitale ale unei vertebre (doar jumătate dintr-o vertebră s-a dezvoltat) există de la naștere și sunt adesea evolutive. Scoliozele prin deformație dobândită a uneia sau mai multor vertebre (sechele ale unui morb al lui Pott, de exemplu) pot fi foarte importante. Scoliozele idiopatice, caracterizate printr-o rotație a vertebrelor, debutează în copilărie și se agravează în timpul întregii perioade de creștere fără a antrena vreo durere.

DIAGNOSTIC. Acesta se pune pe baza examenului clinic, a unor măsurători făcute asupra axului vertebral, măsurători realizate mai cu finețe pe clișeele radiologice făcute ulterior. Astfel, scolioza este definită prin sediul ei precis (dorsal, lombar) și prin mărimea în grade a unghiului observat între vertebre.

TRATAMENT. Curburile scoliotice trebuie să fie măsurate periodic. Dacă ele sunt moderate, necesită o gimnastică adecvată și un tratament ortopedic (corset, gips).

Doar scoliozele evolutive sau de importanță trebuie operate dar, în măsura posibilităților, nu înainte de sfârșitul creșterii osoase a rachisului. De cele mai multe ori, tratamentul constă, după ce s-au corectat cât mai bine curburile anormale, în sudarea vertebrelor atinse cu o grefă osoasă (artrodeză). Acest act operator, aproape întotdeauna asociat cu o osteosinteză posterioară și/sau anterioară (punerea unei plăci sau a unei tije), permite îndreptarea coloanei vertebrale, cu prețul totuși a unei oarecare redori. Lombostatele sunt de o mare utilitate pentru a trata anumite scolioze lombare care devin dureroase și evolutive la vârsta adultă: alterarea discurilor intervertebrale, chiar compresia rădăcinilor nervoase sau a măduvei spinării, având drept consecință complicații neurologice grave.

SCORBUT. Boală acută sau cronică cauzată de o carență în vitamina C de origine alimentară.

Scorbutul se întâlnea cândva în stare endemică în închisori, pe corăbii și, în mod general, la toate persoanele cu o alimentație săracă în legume și în fructe proaspete.

Această boală se traduce prin hemoragii, tulburări ale osificării, alterări ale gingiilor, tendința de a obosi repede și o mai mică rezistență la infecții. Scorbutul se vindecă prin administrarea de vitamină C.

SCOTCH-TEST. Examen dermatologic care permite stabilirea unei infecții provocate de unele ciuperci microscopice sau a unei infestări cu anumiți viermi intestinali.

Scotch-testul constă în aplicarea unei bucăți de hârtie adezivă transparentă (Scotch®) pe o leziune a pielii sau pe mucoase (marginea anală în caz de suspiciune de oxiuroză). Scotchul este apoi fixat pe o lamă de sticlă și examinat la microscop în laborator.

SCOTOM. Amputație parțială a câmpului vizual, percepută sau nu de către pacient.

DIFERITE TIPURI DE SCOTOM. Există scotoame negative, nepercepute de pacient, dar care sunt puse în evidență prin studierea câmpului vizual, și scotoame pozitive, ca o *pată mai întunecată în câmpul vizual, pată* pe care pacientul o poate desena pe o foaie cadrilată. După intensitatea scotomului, se deosebesc scotoamele absolute, fără percepție luminoasă, și scotoamele relative, la nivelul cărora percepția luminoasă este *slăbită* dar *persistă*.

■ *Scotoamele centrale*, situate în jurul punctului de fixare, care corespunde punctului central al câmpului vizual în cursul unui test, traduc o atingere a fibrelor care provin de la mașulă, în nervul optic sau în căile optice. Scotoamele centrale sunt responsabile de o scădere mai mult sau mai puțin profundă a acuității vizuale.

■ *Scotoamele cecocentrale* sunt situate în cele 10 grade centrale ale câmpului vizual, de partea exterioară. Ele rezultă adesea din nevrite optice provocate mai ales de un consum excesiv de alcool și/sau de tutun și afectează, în general, ambii ochi.

■ *Scotoamele paracentrale*, situate în cele 30 grade centrale ale câmpului vizual, sunt cauzate de cele mai multe ori de glaucom (hipertensiune intraoculară).

SCRÂNTITURĂ. → ENTORSĂ.

SCROT. Înveliș cutanat superficial al pungii care conține testiculele și epididimele lor.

PATOLOGIE. Scrotul poate fi sediul diferitelor afecțiuni.

■ *Un abces epididimotesticular* (colecție de puroi în epididim și în testicul) poate să se fistulizeze în scrot, provocând o scurgere externă de puroi.

■ *O hernie inghinoscrotală*, hernie inghinală în cursul căreia un segment de intestin proeminează pe scrot, antrenează o creștere a volumului acestuia.

■ *Un hidrocel vaginal* (efuziune de lichid seros situată între cele două foițe ale vaginalei testiculare, învelișul seros al testicului) se traduce printr-o creștere în volum a scrotului.

■ *O tumoră a testiculului*, atunci când este voluminoasă, antrenează o deformație locală a scrotului.

În plus, toate patologiile cutanate pot să-și găsească un sediu în scrot: alergii, micoze, infecții ale foliculilor pilosebacei, abcese etc.

SCUAMĂ. Fragment de substanță cornoasă care se elimină la suprafața pielii.

SCUIPAT. Substanță normală (salivă) sau patologică (secreții mucoase purulente sau hemoragice) eliminată pe gură, provenind din căile respiratorii sau aerodigestive (gură, faringe).

Limbajul tehnic medical utilizează termenul „expectorație" pentru un scuipat provenit din căile respiratorii inferioare (trahee, bronhii, alveole pulmonare), expulzat prin eforturi de tuse.

SCURGERI MENSTRUALE. → FLUX MENSTRUAL, MENSTRUAȚIE.

SEBACEE (*glandă*). *Glandă anexă a epidermului*, care secretă sebum.

Glandele sebacee sunt prezente pe toată suprafața pielii, cu excepția palmelor și plantelor, dar ele sunt mai abundente în unele regiuni: *față*, spate, *pielea capului*.

FIZIOLOGIE ȘI PATOLOGIE. Secreția de sebum este activată de către hormonii androgeni (testosteron). O mai influențează și alți factori: vârsta (cu un mic vârf înaintea vârstei de 3 luni și cu un altul, mai mare, la pubertate), „degresarea" excesivă a pielii cu produse cosmetice, hormonii medicamentoși de tip estrogen sau progestativ (activare sau inhibare), afecțiunile neurologice (boala lui Parkison). Creșterea patologică a secreției de sebum este seboreea.

SEBOREE. Creștere patologică a secreției de sebum de către glandele sebacee.

O seboree conferă pielii un aspect gras; ea favorizează apariția acneei sau a unei dermatite seboreice.

CAUZE. Seboreea este frecventă în adolescență. Ea mai poate surveni și în cursul unei boli neurologice (boala lui Parkinson, de exemplu) sau al unui tratament hormonal (estrogeni).

TRATAMENT. Acesta constă în curățarea zilnică a pielii cu produse blânde nedecapante; în anumite cazuri, se asociază o aplicație locală de progesteron, chiar, în cazuri rebele, administrarea unor mici doze de retinoide (izoretinoinc). Acestea sunt categoric contraindicate pentru femeile gravide sau care nu practică o contracepție eficace, deoarece retinoidele antrenează malformații la făt. Aplicația locală a unor produse pe bază de antiandrogeni este actualmente în studiu.

SEBUM. Produs de secreție al glandelor sebacee.

Sebumul este un produs alb-gălbui, păstos, cu miros de usturoi. El este constituit în cea mai mare parte din lipide, în majoritate de tip trigliceride. Sebumul se răspândește la suprafața epidermului și participă la protecția împotriva microbilor (bacterii și ciuperci microscopice). În plus, el

lubrifiază pielea, o protejează de umiditate și de uscăciune și îi întreține suplețea.

SECHELĂ. Manifestare patologică sau leziune care persistă după vindecarea unei boli sau a unei răni.

SECHESTRU. Fragment osos neirigat și devitalizat care se află într-un os sau într-un țesut periosos.

Un sechestru poate proveni fie dintr-o fractură, fie dintr-o osteomielită (infecție a osului cauzată de stafilococul auriu). În acest ultim caz, sechestrul se comportă ca un adevărat corp străin și antrenează o supurație cronică ce impune ablația lui.

SECRET MEDICAL. Respectare de către medic a confidențialității informațiilor. Secretul medical mai trebuie să fie respectat de către orice persoană care exercită o profesie paramedicală.

SECREȚIE. Producere și eliberare de către un grup de celule, de către o glandă sau de către un organ, a unor produși (enzime, hormoni) necesari vieții organismului.

SECUNDAR, -Ă. Se spune despre o boală sau despre o manifestare patologică, consecutive unei alte boli sau unei alte manifestări.

Termenul este utilizat, de exemplu, pentru a caracteriza leziunile metastazice ale unui cancer primitiv. Astfel, cancerul de colon se complică adesea cu leziuni hepatice secundare. Se poate întâmpla ca un cancer primitiv să fie asimptomatic și să nu poată fi diagnosticat decât după descoperirea cancerului secundar, care se evidențiază, de exemplu, prin metastaze pulmonare.

SEDARE. Utilizare a unor mijloace, în majoritate medicamentoase, care permit calmarea bolnavului în vederea asigurării confortului său fizic și psihic facilitând în același timp îngrijirea lui.

DIFERITE TIPURI DE SEDARE

■ Principalele medicamente ale sedării (sedative) sunt neurolepticele (împotriva agitației și a delirului din psihoze), anxioliticele (împotriva anxietății obișnuite, anxietății nevrotice, emotivității), hipnoticele (împotriva insomniei), analgezicele obișnuite și opiaceele (împotriva durerilor).

■ *Metodele psihologice* cuprind conversațiile psihoterapeutice și diferitele metode bazate, în principal, pe relaxare și pe autosugestie (relaxare propriu-zisă, yoga medicală, hipnoză, sofrologie).

■ *Metodele fizice* cuprind masajele (făcute de un maseur-kineziterapeut) și fizioterapia (ultrasunete, laser, curenți electrici).

SEDATIV. Medicament care calmează activitatea unui organ sau a unui psihism.

Sedativele formează un ansamblu medicamentos destul de eterogen, cuprinzând, de exemplu, antitusivele (sedative ale tusei), analgezicele (sedative ale durerii), anxioliticele (care moderează anxietatea).

SELENIU. Oligoelement indispensabil organismului, posedând proprietăți antioxidante.

Seleniul (Se) trebuie adus prin alimentație; aporturile zilnice recomandate sunt de aproximativ 50-70 micrograme. Acest oligoelement se găsește mai ales în fructele de mare și în produse ca ficat și rinichi. În organism, seleniul intră mai ales în compoziția enzimelor care acționează asupra glutationului, o substanță care protejează celulele față de puterea oxidantă a radicalilor liberi.

SEMINOM TESTICULAR. Tumoră malignă a testiculului, dezvoltată pe seama celulelor sale germinale. SINONIM: *seminogoniom*.

Seminomul testicular afectează de cele mai multe ori bărbații în jurul vârstei de treizeci de ani.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Această tumoră se traduce printr-o masă nedureroasă, palpabilă, conținută în scrot, care pare solidară cu testiculul și îl deformează. Diagnosticul este confirmat printr-o ecotomografie scrotală.

TRATAMENT ȘI SUPRAVEGHERE. Tratamentul constă într-un prim timp în ablația chirurgicală a testiculului atins (orhidectomie), urmată de un examen la microscop al tumorii, care permite să se confirme natura sa malignă. O radioterapie abdominală și toracică și, uneori, o chimioterapie sunt foarte des asociate. Dozarea sangvină a marcherilor tumorali (α-fetoproteinele și β-h.C.G.-ul) permit supravegherea eficacității tratamentului. O vindecare este obținută în mai mult de 90% dintre cazuri. Chimioterapia poate provoca o sterilitate temporară sau definitivă, care justifică ideea ca un pacient aflat la vârsta procreației să aibă în vedere conservarea spermei sale înainte de începerea tratamentului.

SENILITATE. Deteriorare patologică a facultăților fizice și psihice ale unei persoane vârstnice. SINONIM: *îmbătrânire patologica*.

Termenul de senilitate este întrebuințat în limbajul curent pentru a descrie, la o persoană în vârstă, o atingere simultană a facultăților fizice și psihice.

PREVENIRE. Totalitatea progreselor terapeutice și instituirea campaniilor de sensibilizare a publicului ar trebui să permită scăderea numărului de subiecți afectați de boli responsabile de senilitate în următoarele decenii. Sunt bine cunoscuți câțiva factori de risc ai acestor boli: hipertensiunea arterială, surplusul de greutate, tabagismul, anomaliile metabolice majore (diabet, hipercolesterolemie), stresul etc. Micșorarea incidenței accidentelor vasculare cerebrale și a demențelor vasculare din timpul ultimilor zece ani poate,

de asemenea, să se explice în mare parte prin stăpânirea mai bună a acestor factori de risc.

În plus, o supraveghere medicală regulată permite depistarea cât mai devreme posibil și deci tratarea mai eficace a anumitor afecțiuni a căror frecvență crește cu vârsta. Astfel, tratamentul hipertensiunii arteriale permite micșorarea incidenței accidentelor vasculare cerebrale, a infarctelor de miocard, a insuficiențelor cardiace, după cum tratamentul hormonal al menopauzei permite micșorarea incidenței fracturilor de col femural.

SENOLOGIE. Specialitate medicală care studiază afecțiunile sânului.

SENSIBILITATE. Funcție a sistemului nervos care îi permite să primească și să analizeze informații.

DIFERITE TIPURI DE SENSIBILITATE. Se deosebesc mai multe tipuri de sensibilitate.

■ *Sensibilitatea exteroceptivă* este cea a pielii la contact – fie acesta grosier sau fin și discriminativ (care permite diferențierea) –, la temperatură și la durere. Organele de simț altele decât pielea au fiecare o percepție specializată (gust, miros, auz, văz), care nu intră în cadrul sensibilității luată în sensul strict și obișnuit al somesteziei (facultatea de a percepe stimulii de origine corporală, cu excepția organelor de simț).

■ *Sensibilitatea proprioceptivă* este cea a poziției și mișcării mușchilor și articulațiilor. Ea poate fi conștientă sau inconștientă.

■ *Sensibilitatea interoceptivă* este cea a viscerelor. Ea este inconștientă.

SENSIBILIZARE. Stare a unui organism care, după un prim contact cu un antigen, dobândește capacități de reacție față de el.

Primul contact cu un antigen (bacterie, virus, granulă de polen etc.) declanșează un răspuns imunitar zis primitiv. În cursul celui de al doilea contact cu același antigen, răspunsul imunitar al organismului sensibilizat, zis secundar, va fi mai rapid și mai intens.

În anumite cazuri, sensibilizarea este excesivă (hipersensibilitate) și se caracterizează printr-o reacție imunitară exagerată, responsabilă de simptomele de alergie (înroșiri cutanate, edeme, micșorare a calibrului bronhiilor, scurgere nazală, șoc anafilactic etc.).

SEPTICEMIE. Stare infecțioasă generalizată, cauzată de diseminarea unui germene patogen (adică a unui germene care poate provoca o boală) în întreg organismul, prin intermediul sângelui.

CAUZE. Germenii piogeni (care provoacă formarea de puroi), ca streptococii și stafilococii, se dezvoltă plecând de la un focar infecțios primitiv și se răspândesc pe cale venoasă. Un focar infecțios persistent (dentar, de exemplu) poate antrena o septicemie.

Atunci când focarul infecțios inițial este o endocardită stângă, adică o infecție a inimii stângi, difuzarea microbilor se face pe cale arterială.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acestea sunt: o febră ridicată, în clopotniță (cu picuri corespunzând descărcărilor infecțioase) sau în platou (fără variații) în caz de difuzare prin sistemul limfatic, frisoane și o stare generală de indispoziție.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul constă în punerea în evidență, prin hemocultură, a prezenței microbului în sânge.

Antibioticele sunt administrate timp de minimum cincisprezece zile.

SEPT NAZAL. Structură care separă cele două fose nazale.

O deviație a septului poate fi congenitală sau consecutivă unui traumatism. Dacă este importantă, deviația de sept dă subiectului senzația de obstrucție nazală și de jenă respiratorie. În acest caz, chirurgia poate restabili trecerea aerului prin folosirea septoplastiei (repoziționarea sau ablația unei părți a septului nazal).

SEPTOPLASTIE. Modificare chirurgicală a formei septului nazal.

O septoplastie este indicată, în principal, în caz de deviație a septului nazal, atunci când ea provoacă o obstrucție deranjantă. Operația se desfășoară sub anestezie generală. De cele mai multe ori, chirurgul practică o incizie intranazală care nu lasă nici o cicatrice vizibilă în exterior, repune la locul lui septul nazal sau scoate o parte din el. Uneori este lăsată postoperator, în plagă, o meșă, pentru câteva zile. Această intervenție necesită între 3 și 6 zile de spitalizare.

SER ANTILIMFOCITAR. Ser sangvin (plasmă fără fibrinogen) care conține anticorpi, administrat pentru a încetini activitatea sistemului imunitar.

Serul antilimfocitar este utilizat în mediu spitalicesc specializat pentru a preveni respingerile de grefă de către limfocitele primitorului.

SERCLAJ. Tehnică chirurgicală care constă în menținerea pe loc a unui organ (os, ochi, vas) sau în strângerea unui orificiu (anus, col uterin) cu ajutorul unui fir metalic, de nylon sau de alte materiale.

Serclajul colului uterin. Această intervenție constă în amplasarea unui fir pentru a strânge colul uterin.

Serclajul este indicat în caz de beanță a colului și a istmului, diagnosticate de cele mai multe ori după avorturi spontane tardive. El se practică în primele luni de sarcină sub anestezie generală sau locală, ori chiar fără anestezie, cu ajutorul unei tehnici simple care utilizează un speculum.

Firul trebuie să fie îndepărtat cu trei săptămâni înainte de data prevăzută a nașterii, sau chiar mai devreme dacă aceasta se declanșează spontan.

SERINGĂ. Instrument constituit dintr-un piston și un corp de pompă cilindric dotat cu un ambou la care se adaptează un ac, servește la injectarea de sau la prelevarea de lichide în sau din țesuturi, vase sau cavități naturale.

Seringile de sticlă sunt reutilizabile doar după sterilizare; seringile de plastic se aruncă (unică întrebuințare).

Seringile care se aruncă după folosire sunt condiționate, din fabricație, în ambalaje sterile. O dată cu dezvoltarea SIDA, care se transmite prin sânge, folosirea acestor seringi s-a generalizat, iar regulile de utilizare stricte se impun: aceste seringi trebuie să fie distruse după folosire.

SEROASĂ. Membrană tisulară fină care înconjoară viscerele, este formată din două foițe, foița viscerală și foița parietală. SINONIM: *membrana seroasă*.

Seroasele sunt reprezentate, pentru inimă, de pericard; pentru plămân, de pleură; pentru aparatul digestiv, de peritoneu.

SEROCONVERSIE. Apariție, în serul unui bolnav, a unui anticorp specific, ceea ce se traduce prin trecerea de la seronegativitate la seropozitivitate, adică de la un test negativ la un test pozitiv, permițând punerea în evidență a acestui anticorp.

Seroconversia se observă în cursul unei infecții virale sau bacteriene. Ea permite diagnosticarea infecției după timpul necesar organismului – și în particular unor anumite globule albe, limfocitele B – să fabrice anticorpi care vor fi detectabili printr-o metodă imunologică serologică.

SERODIAGNOSTIC. Tehnică de laborator cu scop diagnostic care permite identificarea în serul unui bolnav, a anticorpilor specifici față de un agent patogen.

Practic, toate bolile infecțioase sau parazitare pot fi diagnosticate cu ajutorul unuia sau mai multor serodiagnostice: bruceloza, paludismul, rubeola, SIDA, sifilisul etc. Totuși, serodiagnosticul nu este decât un test de diagnosticare indirectă, a cărui sensibilitate, fiabilitate și specificitate nu sunt absolute. El nu are aceeași valoare ca izolarea sau identificarea agentului patogen sau ca punerea în evidență a uneia dintre componentele sale (antigen prezent la suprafața germenelui, acid nucleic).

SEROLOGIE. Studiu al serurilor, al proprietăților lor (îndeosebi al particularităților lor imunitare) și al diferitelor modificări care le suferă sub influența bolilor.

SERONEGATIV, -Ă. Se spune despre un subiect al cărui ser sangvin nu conține nici unul dintre anticorpii căutați.

Acest termen este folosit în mod curent relativ la persoanele care nu au anticorpi față de H.I.V. (virusul cauzator al SIDA). În cazul SIDA, testul serologic este negativ dacă subiectul nu este infectat sau dacă testul a fost efectuat prea devreme după ce a avut loc contaminarea.

SEROPOZITIV, -Ă. Se spune despre un subiect al cărui ser conține anticorpi specifici.

De la începutul epidemiei de SIDA, acest termen se aplică în limbajul curent persoanelor purtătoare de H.I.V. (virusul imunodeficienței umane).

Atunci când un subiect negativ la testele precedente se dovedește pozitiv la un test ulterior, se vorbește de seroconversie. Un test serologic pozitiv semnifică faptul că anticorpii căutați au fost puși în evidență de test. În cazul particular al SIDA, seropozitivitatea atestă prezența anticorpilor îndreptați împotriva H.I.V. O persoană seropozitivă poate să se afle într-o fază asimptomatică a bolii dacă ea este sănătoasă, sau într-o fază simptomatică dacă este bolnavă.

SEROPROFILAXIE. Utilizare preventivă a unui ser care conține anticorpi specifici, după o contaminare sigură sau presupusă cu un germene infecțios.

Proprietățile protectoare imediate, dar temporare ale acestui ser au drept efect împiedicarea apariției bolii. Seroprofilaxia este utilizată mai ales în prevenirea tetanosului la o persoană nevaccinată sau incorect vaccinată, în caz de plagă suspectă. → SEROTERAPIE.

SEROTERAPIE. Utilizare terapeutică a serurilor animale sau umane bogate în anticorpi specifici și capabili să neutralizeze un antigen microbian, o toxină, o bacterie, un venin sau un virus.

Seroterapia este un aport pasiv de anticorpi specifici, deoarece ea nu acționează decât prin anticorpii donatorului și nu-l pun pe primitor în situația să-i fabrice; ea permite un efect de neutralizare, deci de protecție față de agentul patogen pentru un timp relativ scurt: două săptămâni cu ser heterolog și o lună sau mai mult cu ser uman. Avantajul ei este de a fi eficace imediat; de asemenea, ea permite să se aștepte, atunci când incubația bolii în cauză este îndelungată, ca bolnavul să-și fabrice el însuși anticorpii obținuți printr-o vaccinare practicată simultan (serovaccinare). → GAMAGLOBULINĂ, IMUNOGLOBULINĂ.

SEROTONINĂ. Substanță derivată dintr-un aminoacid, triptofanul, sintetizată de către celulele intestinului și având de altfel un rol de neurotransmițător al sistemului nervos central.

PATOLOGIE. Unele studii găsesc că există o legătură între fluctuațiile nivelului plasmatic al serotoninei și apariția migrenelor. Serotonina este, de asemenea, una dintre sub-

stanțele eliberate de către tumorile carcinoide ale tubului digestiv. Ea este responsabilă de bufeurile de căldură.

SEROVACCINARE. Imunizare, față de un germene sau față de o toxină, prin injectarea asociată a unui ser imun și a unui vaccin.

Serul imun, sau antiserul, aduce, prin anticorpii pe care-i conține, o imunitate imediată sau aproape imediată, dar de scurtă durată, împotriva microbului sau a toxinei, în timp ce vaccinul conferă o imunitate de lungă durată, dar care se stabilește mai târziu.

Serovaccinarea se utilizează, în principal, pentru a preveni tetanosul în cazul unei plăgi murdare pe care o are un rănit care n-a fost vaccinat sau care nu și-a primit injecțiile sale de rapeluri vaccinante.

SEROZITATE. Lichid care constituie o efuziune patologică.

Edemele și flictenele subepidermice (care ridică epidermul) conțin o serozitate.

SER SANGVIN. Parte lichidă a sângelui care, spre deosebire de plasmă, nu conține fibrinogen (proteină care se găsește din abundență în sânge și este unul dintre factorii principali ai coagulării).

Serul sangvin nu conține nici celule sangvine (globule roșii, globule albe, plachete), nici fibrinogen. El conține mici cantități de alte anumite proteine (o parte a protrombinei, sau factorul II al coagulării, factorul V și factorul VIII).

SETE. Dorință de a bea.

CAUZE. Senzația de sete se manifestă datorită stimulării anumitor receptori nervoși atunci când un sânge prea concentrat (adică prea bogat în săruri, în zaharuri și în anumite alte substanțe) traversează hipotalamusul. Fenomenul se produce atunci când subiectul nu bea suficiente lichide și lasă organismul să se deshidrateze, atunci când alimentația este dezechilibrată (prea bogată în săruri, de exemplu) sau când vărsături importante, o diaree, o transpirație abundentă, o hemoragie, arsuri întinse, un tratament diuretic provoacă o pierdere lichidiană excesivă.

Potomania (sete permanentă și de nepotolit) poate semnala un diabet insipid sau zaharat, o tulburare psihică (polidipsie psihogenă [senzație de sete exagerată, consecutivă unei afecțiuni psihiatrice]), o insuficiență renală tratată prin luarea de medicamente ca fenotiazinele sau o hemoragie gravă.

SETON. Fascicul de fire introdus sub piele, traversând o cavitate de drenat (abces, hematom) și ieșind printr-un alt orificiu cutanat.

SEX. Totalitate a caracterelor care permit să se facă distincția între cele două genuri, masculin și feminin, care asigură reproducerea sexuală.

La ființa umană, cele două genuri sunt reprezentate de către bărbat și femeie, care, atunci când ajung la vârsta adultă, se unesc sexual pentru a asigura reproducerea speciei. Stabilirea sexului genetic se produce de la fuzionarea celulelor reproducătoare, spermatozoidul și ovulul, în timp ce diferențierea sexuală organică începe în cea de a 3-a lună a vieții embrionare. Astfel, se deosebește sexul genetic, purtat de cromozomii sexuali, de sexul fenotipic, definit prin prezența caracterelor sexuale masculine sau feminine (gonade sau glandele sexuale, organele genitale externe, morfologie, gameți sau celule reproducătoare). Concordanța dintre sexul genetic și sexul fenotipic asigură normalitatea individului.

SEXOLOGIE. Studiu al sexualității și al tulburărilor acesteia.

SEXOTERAPIE. Tratament psihologic al tulburărilor sexuale.

Sexoterapia constă într-un ansamblu de tehnici codificate medical (psihoterapie, terapie comportamentală, relaxare etc.), cu scopul de a restaura calitatea raportului sexual și a funcției erotice, îndeosebi la cuplurile aflate în dificultate.

SEXUALITATE. Totalitate a fenomenelor legate de viața sexuală.

Sexualitatea privește deopotrivă trupul (totalitatea organelor și caracterelor legate de funcția sexuală) și spiritul (erotismul, senzualitatea, sentimentul de iubire).

TULBURĂRI ALE SEXUALITĂȚII. O sexualitate satisfăcătoare este unul dintre factorii necesari pentru înflorirea individului. Armonia sexuală este vulnerabilă la numeroși factori, de cele mai multe ori psihologici (anxietate, surmenaj, complexe de ordin estetic etc.), dar uneori și socioculturali, care se pot traduce prin simptome funcționale (impotență, ejaculare precoce, anorgasmie, vaginism) și comportamentale (teamă, inhibiție sexuală, donjuanism, fetișism, nimfomanie). Studiul și tratamentul acestor tulburări constituie obiectul sexologiei, psihanalizei, precum și al numeroaselor cercetări de psihologie.

SÉZARY (sindrom al lui). Proliferare malignă difuză care invadează epidermul (stratul superficial al pielii).

Sindromul lui Sézary este o varietate de limfom malign nehodgkinian, tumoră formată din același țesut cu ganglionii limfatici, dar care proliferează anarhic. El este provocat de celulele anormale care provin din limfocitele T, globule albe care joacă un rol fundamental în apărarea imunitară a organismului.

SFACEL. Țesut necrozat ca urmare a unei întreruperi a circulației arteriale.

SFAT GENETIC. Ansamblu de metode care permit să se evalueze riscul de a surveni o boală ereditară la un individ.

Sfatul genetic este un act bazat pe legile fundamentale ale geneticii. În practică, acesta se aplică familiilor afectate de una sau mai multe boli genetice. Munca geneticianului constă în determinarea riscului, pentru un cuplu sau pentru un viitor cuplu, de a avea un copil afectat de o boală ereditară.

Arborele genealogic al fiecărui membru al cuplului este stabilit, apoi se calculează probabilitatea, pentru fiecare, de a fi primit gena responsabilă de boala genetică, ținând cont de cazurile de consangvinitate. Estimarea poate fi aprofundată prin analize biologice: cercetarea modificărilor anumitor parametri (deficit sau absență a unui acid aminat sau a unei enzime) sau ale mutațiilor (studiul cariotipului părinților sau al unui prim copil). Efectuat în timpul sarcinii, sfatul genetic apreciază utilitatea unei depistări prenatale (amniocenteză, fetoscopie, prelevarea vilozităților coriale). În cel de al doilea timp, sfatul genetic permite recomandarea de metode contraceptive, ori a altor posibilități, ca însămânțarea artificială, cuplurilor care nu doresc să-și asume acest risc. Fiecare caz este unul particular, iar hotărârea de a procrea aparține în ultimă instanță părinților.

SFENOID. Os care aparține părții medii a bazei craniului, situat în spatele rădăcinii nasului, în spatele etmoidului și osului frontal, în fața occipitalului, și între cele două oase temporale.

SFENOIDITĂ. Inflamație a sinusului sfenoidal. SINONIM: *sinuzită sfenoidală*.

SFIGMOMANOMETRU. → TENSIOMETRU.

SFINCTER. Dispozitiv muscular care înconjoară un orificiu sau un canal natural, permițând deschiderea și închiderea lui.

Un sfincter este o structură musculară circulară, constituită – după caz – din mușchi neted (care nu se supune voinței) sau din mușchi striat (controlat prin voință).

PATOLOGIE. O disfuncție sfincteriană poate fi de origine traumatică sau neurologică. Această disfuncție este responsabilă, după localizare, de incontinență (anală sau vezicală), de spasme (spasm al faringelui împiedicând alimentația) sau de reflux gastroesofagian (beanță a cardiei).

Tratamentul, după gravitate, merge de la o simplă reeducere până la o intervenție chirurgicală: în caz de incontinență urinară completă, de exemplu, amplasarea unei proteze sfincteriene uretrale (sfincter artificial constituit dintr-un manșon de silicon gonflabil plasat în jurul uretrei și legat la o pompă) poate fi propusă bolnavului.

O fisură anală și prezența calculilor în canalul coledoc pot necesita o sfincterectomie (secționarea chirurgicală a unui sfincter), respectiv a sfincterului anal și a sfincterului lui Oddi.

SFINCTEROPLASTIE. Reconstituire chirurgicală a unui mușchi sfincterian lezat, cu scopul de a-i reda funcționarea normală.

SFINCTEROTOMIE. Secționare chirurgicală parțială sau totală a unui sfincter.

■ *Sfincterotomia oddiana* este indicată atunci când un calcul blocat în canalul coledoc stânjenește scurgerea bilei. Ea constă în incizarea coledocului la înălțimea sfincterului, pentru a scoate calculul.

■ *Sfincterotomia anala* este indicată mai ales în caz de fisură anală (ulcerație a pielii din vecinătatea anusului, cauzată de un spasm sau de o scleroză – invadare cu țesut fibros – a sfincterului subiacent). Ea constă în practicarea unei secționări totale sau parțiale a sfincterului.

SFINGOLIPID. Lipid complex, conținând o moleculă care aparține familiei alcoolilor, abundent în sistemul nervos.

SFINGOLIPIDOZĂ. Boală ereditară caracterizată printr-un deficit în mai multe enzime necesare degradării sfingolipidelor, ceea ce provoacă acumularea lor în sistemul nervos.

Există un mare număr de sfingolipidoze (boala lui Niemann-Pick, boala lui Tay-Sachs etc.). Tulburările sunt mai ales neurologice (convulsii, deficite motorii, întârziere mintală). Nu există încă un tratament al sfingolipidozelor.

SFORĂIT. Zgomot respirator emis în timpul somnului.

Orice obstacol care împiedică o bună circulație a aerului între nas și laringe poate fi cauza unor sforăituri: hipertrofia amigdalelor sau vegetațiilor, deviația septului nazal, rinita sau, mai frecvent, anomalia anatomică a căilor respiratorii etc.

Sforăitul obișnuit. Acest sforăit se traduce printr-un zgomot de intensitate variabilă, dar uneori considerabilă, putând atinge 80 decibeli.

TRATAMENT. Uneori se reușește micșorarea intensității sforăitului evitând dormitul pe partea respectivă, ori mai ales pe spate, atât când se adoarme, cât și la sfârșitul somnului. De asemenea, se poate obține o ameliorare suprimând alcoolul și tutunul, umidificând atmosfera încăperii, abținându-ne să luăm somnifere. În cazurile cele mai deranjante doar faringoplastia (ablația chirurgicală a unei părți a vălului palatin) este eficace.

Sforăitul cu apnee în timpul somnului. Acest sforăit se caracterizează printr-un zgomot întrerupt de scurte opriri respiratorii repetate, urmate de o reluare bruscă a respirației, ceea ce provoacă trezirea celui care doarme.

SIMPTOME ŞI SEMNE. Subiectul nu-şi aminteşte aceste treziri şi nu are decât o senzaţie că a dormit un somn de proastă calitate. El se plânge de dureri de cap dimineaţa, de dificultăţi de concentrare, de o somnolenţă în timpul zilei. Cu trecerea anilor, evoluţia poate să se complice cu o insuficienţă respiratorie cronică şi cu tulburări cardiovasculare (accident vascular cerebral, de exemplu).

DIAGNOSTIC. Dificil de confirmat, diagnosticul necesită înregistrări ale ritmului cardiac şi ale mişcărilor respiratorii în timpul somnului cu ajutorul unor captori plasaţi pe piele. Înregistrările se fac în cadrul unor centre specializate.

TRATAMENT. Acesta este bazat pe ventilaţia în presiune pozitivă: în timpul nopţii, pacientul poartă o mască legată de un aparat care furnizează o presiune pozitivă (adică o presiune a aerului mai mare decât cea atmosferică) pentru a lărgi căile respiratorii. Uneori este practicată o septoplastie (intervenţie chirurgicală asupra septului nazal), o faringoplastie (ablaţie chirurgicală a unei părţi a vălului palatin) sau o amigdalectomie (ablaţia amigdalelor). → APNEE, PICKWICK (sindrom al lui).

SHARP (sindrom al lui). Asociere, la un acelaşi pacient, a semnelor a cel puţin două conectivite (boli cronice de origine autoimună caracterizate printr-o atingere a colagenului). SINONIM: *conectivită mixtă*.

Sindromul lui Sharp afectează mai ales femeile, spre vârsta de 35 ani.

SIMPTOME ŞI SEMNE. Acestea variază de la un bolnav la altul, dar de cele mai multe ori sunt cele ale unui lupus eritematos diseminat şi ale sclerodermiei sistemice, mai rar cele ale dermatomiozitei şi ale poliartritei reumatoide. Atingerile afectează diferite părţi ale organismului.

TRATAMENT. Tratamentul formelor benigne se bazează pe antiinflamatoare nesteroidiene sau pe antipaludice de sinteză, ori pe asocierea acestora; tratamentul formelor severe necesită administrarea de corticosteroizi şi uneori de imunosupresoare, ori încă şi efectuarea unor schimburi plasmatice (plasmafereze).

SHEEHAN (sindrom al lui). Insuficienţă hormonală antehipofizară (a lobului anterior al hipofizei) consecutivă unui şoc obstetrical (insuficienţă circulatorie acută survenind la femeia care naşte) provocat de o hemoragie în timpul delivrenţei.

Primul simptom, în afara unei mari oboseli şi a unei anemii, este o absenţă a apariţiei secreţiei lactate. În continuare, nu se produce revenirea fluxului menstrual şi se constată instalarea treptată a semnelor de hipotiroidie (slăbiciune musculară, crampe, ritm cardiac lent, piele uscată şi depilată, căderea părului) şi un deficit în glucocorticosteroizi (oboseală, hipotensiune arterială, hipoglicemie).

Un tratament substitutiv pe bază de hidrocortizon, de tiroxină, de estrogeni şi de progesteron permite corectarea tulburărilor. Tratamentul este prescris pe toată viaţa.

SHIGELLOZĂ sau **SHIGELOZĂ.** Boală infecţioasă cauzată de o bacterie Gram negativă din genul *Shigella*, care antrenează o inflamaţie de amploare a mucoasei colonului.

Mai multe specii de *Shigella* provoacă vaste epidemii în ţările în care igiena este defectuoasă. Ele sunt propagate prin apă sau mâini, murdărite cu deşeuriile bolnavilor, ori de către muşte.

SIMPTOME ŞI SEMNE. Incubaţia (perioada care precede apariţia semnelor bolii) durează de la 2 la 5 zile. Ea este urmată de un sindrom dizenteric: diaree lichidă, văscoasă şi sângerândă fără sau cu foarte puţine materii fecale. Atunci când diareea persistă, ea poate antrena o deshidratare. În cazurile cele mai grave, o bacteriemie (prezenţa bacteriilor în sângele circulant) se poate instala, cu mari semne toxice (datorate toxinei secretate de către shigelle), în particular neurologice (delir). Boala durează una sau mai multe săptămâni.

TRATAMENT. Tratamentul asociază antibioticele cu rehidratarea pe cale orală sau intravenoasă în cazurile grave.

SHY-DRAGER (boală a lui). Afecţiune degenerativă a sistemului nervos central, caracterizată prin asocierea unor tulburări neurovegetative şi extrapiramidale.

Boala lui Shy-Drager, o afecţiune rară, atinge subiecţii în vârstă de aproximativ 60 ani, mai frecvent bărbaţii decât femeile. Cauza ei este necunoscută.

Boala începe treptat: hipotensiune ortostatică (la ridicare şi la poziţia în picioare), care este de obicei prima manifestare; ea este importantă, putând sta la baza sincopelor. Sindromul extrapiramidal (sindromul parkinsonian) survine, în general, mai târziu şi poate rămâne pe al doilea plan. Un sindrom cerebelos (instabilitate la mers, discretă incoordonare motorie), un sindrom pseudobulbar (dificultăţi la vorbit şi deglutiţie), o paralizie oculomotorie pot să se asocieze.

EVOLUŢIE ŞI DIAGNOSTIC. Această boală evoluează pe mai mulţi ani. Ea antrenează riscuri ale unor complicaţii grave: pneumopatie de deglutiţie, falsă rută alimentară. Diagnosticul se bazează, în principal, pe examenul clinic, nici un examen complementar nu dă posibilitatea să fie confirmat cu precizie.

TRATAMENT. Medicamentele antiparkinsoniene (levodopa, în principal) pot avea o anume eficacitate, dar efectul lor hipotensor agravează hipotensiunea ortostatică preexistentă şi împiedică prescrierea lor în doze puternice. Tratamentul hipotensiunii ortostatice face apel la mijloacele fizice (purtatul de ciorapi de varice) şi la mijloace medicamentoase (administrarea unui vasoconstrictor şi a unui corticosteroid).

SIALADENITĂ. Inflamație localizată la nivelul parenchimului unei glande salivare.

SIALAGOG. Medicament utilizat pentru creșterea unei secreții salivare insuficiente.

SIALITĂ. Inflamație a unei glande salivare.

SIALOGRAFIE. Examen radiografic al canalelor excretoare ale unei glande salivare.

O sialografie servește, în principal, la vizualizarea unei litiaze (prezența unui calcul) salivar într-un canal excretor. Ea mai poate fi practicată în caz de uscăciune a gurii.

Medicul introduce un tub fin în orificiul natural al canalului excretor al glandei salivare. Prin acesta, injectează lent un produs de contrast iodat, opac la radiațiile X, care se răspândește apropape o oră. Timp de câteva ore poate persista o ușoară umflare a glandei, ceea ce o face mai sensibilă.

SIALOREE. Scurgere de salivă în afara gurii.

O sialoree nu trebui confundată cu o hipersialoree (secreție excesivă de salivă). Ea se observă la persoanele atinse de o paralizie facială (buzele nemaireținând atunci saliva), fie că este centrală sau periferică, sau de o jenă la deglutiție cum se întâmplă în caz de epiglotită (inflamație acută a epiglotei).

În primul caz, sialoreea este deosebit de deranjantă, însă nu există vreun tratament al ei. În cel de al doilea caz, ea constituie simptomul unei boli care trebuie să fie tratată.

SIAMEZI, -E (frați, surori). Gemeni sau gemene legați(te) unul(una) de altul(alta) prin două părți simetrice ale corpurilor lor.

O astfel de malformație se observă în cursul sarcinilor gemelare cu gemeni monozigoți (proveniți din același ovul fecundat, care în stadiul de ou se divide în două). Ea este rară, afectând o sarcină din 100.000 sarcini și se produce în 0,5 până la 1% din sarcinile gemelare. În 90% din cazuri este vorba de fete.

Oul se divide mai târziu în două, iar embrionii rămân legați prin anumite părți ale corpurilor lor – de cele mai multe ori peretele abdominal și toracic – organele comune fiind atunci ficatul, pericardul, inima și tubul digestiv. În majoritatea cazurilor, copiii nu sunt viabili.

Diagnosticarea acestei malformații se poate face înainte de naștere mulțumită ecografiei. În cazuri foarte rare, atunci când diagnosticul este pus târziu sau când lipirea copiilor este minimă, nașterea are loc prin cezariană, și atunci poate fi avută în vedere o intervenție chirurgicală care să dea posibilitatea separării copiilor.

SICOZIS. Inflamație a foliculilor pilosebacei, localizată în zona bărbiei.

Un sicozis este cauzat de o infecție fie bacteriană (stafilococ auriu), fie micozică (cauzată de o ciupercă din grupa dermatofitelor).

SIMPTOME ȘI TRATAMENT. Un sicozis se traduce printr-o placă de câțiva centimetri, roșie, supurantă și dureroasă. Tratamentul, care se bazează pe o igienă riguroasă și pe aplicații de produse antiseptice, trebuie să fie urmat timp de mai multe săptămâni. Dacă infecția este cauzată de o ciupercă, se asociază un medicament antifungic pe cale orală.

SIDA. Fază gravă și târzie a infecției cu virusul imunodeficienței umane (H.I.V.1 și H.I.V.2). SIDA este abrevierea franceză pentru sindromul imunodeficienței dobândite. Echivalentul în limba engleză este AIDS.

H.I.V.1 și H.I.V.2 distrug unele globule albe, anume limfocitele T4 sau CD4, care constituie baza activă a imunității antiinfecțioase. Această distrugere provoacă în consecință o deficiență a sistemului imunitar. Numele de SIDA, sau de SIDA declarată, se dă formelor majore ale acestei deficiențe imunitare: scăderea numărului de limfocite T4 sub 200 pe milimetrul cub de sânge – numărul normal al acestora fiind între 800 și 1000 limfocite T4 pe milimetrul cub – sau dezvoltării uneia dintre formele majore ale bolii. O persoană seropozitivă la H.I.V. (al cărei sânge conține anticorpi specifici îndreptați împotriva virusului SIDA, ceea ce dovedește infectarea sa cu acest virus) nu prezintă în mod obligatoriu semnele bolii. Ea este totuși purtătoare de virus și deci susceptibilă să îl transmită.

ISTORIC. Izolat în 1983 la Institutul Pasteur din Paris de către echipa Prof. Luc Montagnier, H.I.V. face parte din familia retrovirusurilor (virusuri cu A.R.N., capabile să-l copieze pe acesta în A.D.N. proviral datorită unei enzime pe care o conține, reverstranscriptaza).

În 1986, cercetători francezi au demonstrat existența unui al doilea virus, botezat H.I.V.2, cu structură apropiată de cea a lui H.I.V.1, a cărui origine geografică se situează esențialmente în Africa de Vest. Nici până în prezent nu există certitudinea originii lui H.I.V.1, deși prevalența sa este foarte mare în Africa Centrală.

PROPAGAREA SIDA. Primele manifestări diagnosticate de SIDA merg până în anul 1981.

Actualmente se estimează (1997) că mai mult de 14 milioane de persoane sunt infectate cu virusul, din care mai mult de jumătate (9 milioane) în Africa. Numărul de cazuri de SIDA declarată, din întreaga lume, este evaluat la aproape 1,6 milioane. Proporția printre acești bolnavi, a subiecților „cu risc", considerați multă vreme ca fiind singurii expuși infecției (homosexualii masculini, toxicomanii utilizatori de seringi, transfuzații), tinde să scadă, în timp ce proporția heterosexualilor afectați crește. Boala afectează actualmente mai ales femeile, care pot s-o transmită copilului lor atunci când sunt gravide, și are drept consecință creșterea

numărului de cazuri de SIDA la copii. După estimările Organizației Mondiale a Sănătății (O.M.S.), numărul de seropozitivi și de bolnavi de SIDA la un loc va crește, până în anul 2000, la mai mult de 50 milioane.

Contaminarea. Transmiterea virusului SIDA se face în trei modalități principale: pe cale sexuală (la nivelul mucoaselor genitale, fie că este vorba de sperma, de lichid prostatic sau de secreții vaginale); pe cale sangvină (transfuzia sângelui sau a produselor sangvine contaminate, utilizarea de seringi infectate); pe cale transplacentară (de la mama seropozitivă la copil, în timpul sarcinii) și în cursul alăptării materne. Virusul fiind, de asemenea, prezent în lacrimi și în salivă, este deci posibilă o contaminare prin mușcătură, precum și o contaminare în cazul unui sărut profund, în caz de leziuni ale mucoaselor bucale. Totuși, n-a fost raportat nici un caz de transmisie de acest tip.

CALEA SANGVINĂ. Este un mod de transmisie puternic contaminant, riscul fiind evaluat la 90%, fie că este vorba de transfuzii, fie că se întâmplă prin injectarea de droguri pe cale venoasă. De asemenea hemofilii, care necesită injectări frecvente de produse de sânge, au fost deosebit de afectați de SIDA până când s-au luat măsurile preventive (verificarea inocuității și încălzirea produselor transfuzate) care să pună capăt acestei contaminări. Reutilizarea materialului medical (seringi de plastic, ace) fără sterilizarea lui, un act legat de penuria de material, este un factor subestimat de contaminare, a cărui importanță rămâne de evaluat și care justifică cea mai mare atenție, cel puțin individuală.

Transmisia prin acele de acupunctură sau prin cele de tatuaj și prin lamele de ras este posibilă din punct de vedere teoretic.

CALEA SEXUALĂ. Este calea de contaminare cea mai răspândită, toate practicile sexuale putând fi contaminante în diferite grade. În țările occidentale, ea privește încă în principal homosexualii masculini, dar boala se propagă în sânul populației heterosexuale, mai cu seamă în cursul raporturilor sexuale cu toxicomani deja contaminați. În țările în curs de dezvoltare, propagarea se face în majoritate pe cale heterosexuală. Transmisia infecției este favorizată de *microtraumatismele* mucoaselor și de bolile transmisibile sexual care antrenează ulcerații la nivelul organelor sexuale, prin raporturile sexuale în perioada fluxului menstrual (perioada cea mai contaminantă la femeia seropozitivă) și prin sodomie (coit anal), din cauza fragilității relative a mucoasei rectale.

Riscul de transmisie heterosexuală este mai puțin important decât cel legat de homosexualitate. Este suficient un singur raport care să fie contaminant. Se manifestă un dezacord în transmisia de la bărbat la femeie și de la femeie la bărbat, riscul părând să fie mai mare pentru o femeie de a fi contaminată de către un bărbat decât invers.

TRANSMISIA DE LA MAMĂ LA COPIL. Procentajul de *transmisie a virusului de la mamă la făt în timpul sarcinii* variază după starea clinică a femeii gravide. După studii efectuate în Europa, mai puțin de 20% dintre copiii născuți dintr-o mamă seropozitivă, dar care încă nu prezintă simptomele bolii, ar fi la rândul lor contaminați. În Africa, procentajul de transmisie constatat este de ordinul a 30 până la 40%, acest fapt fiind legat probabil de afecțiunile cu transmisie sexuală netratate, mai frecvente în Africa, și care favorizează penetrarea virală.

Toți copiii născuți din mame seropozitive sunt seropozitivi la naștere, deoarece ei poartă anticorpii mamelor lor. Atunci când nu sunt infectați, ei devin seronegativi spre vârsta de 15 până la 18 luni. Se poate încerca totuși să se verifice dacă este prezent chiar virusul începând cu vârsta de 3 luni, mulțumită tehnicilor de cultivare a virusurilor. Boala evoluează lent (în vreo zece ani) la aproximativ 75% dintre copii și foarte rapid (în mai puțin de 5 ani) la aproximativ 20% din cazuri.

Există un risc de transmisie a H.I.V. prin laptele matern. Deși n-a fost încă posibil să se măsoare cu precizie, Organizația Mondială a Sănătății estimează că la copiii hrăniți la sân de mamele seropozitive până la 15% dintre infecțiile cu H.I.V. ar putea fi ocazionate de alăptare, oricum nerecomandată, în țările occidentale, femeilor seropozitive sau bolnave de SIDA.

Diferitele etape ale infecției cu virus. O dată intrat în limfocite, H.I.V. difuzează foarte rapid în organism. Acesta produce ca reacție anticorpi anti-H.I.V. specifici, ceea ce se poate pune în evidență în serul sangvin la sfârșitul perioadei de seroconversie (momentul în care apar anticorpii de la o persoană contaminată), adică după 3 luni cu certitudine; există deci o perioadă de 3 luni, care urmează contaminării și în timpul căreia individul este purtător de virus fără ca acest lucru să fie decelabil prin teste.

O dată infectată, persoana se numește seropozitivă pentru H.I.V.

Anticorpii anti-H.I.V. dovedesc reacția organismului față de infecția cu virus, dar sunt incapabili să distrugă virusul; în fapt, H.I.V. își modifică structura pentru a scăpa de anticorpi. În săptămânile care urmează infecției, un anume număr de pacienți suferă de tulburări trecătoare grupate sub *denumirea de primo-infecție*; la alții, *infecția trece* total neobservată. După o perioadă de latență, de o durată variabilă – în medie între 7 și 11 ani după seroconversie –, în timpul căreia virusul continuă să se multiplice, manifestările clinice de SIDA apar la majoritatea pacienților, sub o formă fie minoră, fie majoră. Procentajul de pacienți care dezvoltă boala nu este cunoscut încă decât cu aproximație. La anumite persoane, perioada de latență este foarte scurtă (de la 1 la 3 ani). Există, de asemenea, subiecți seropozitivi, zișiși supraviețuitori de durată lungă (Long Term Survivors, sau LTS) la care SIDA nu se declară decât după vreo cincisprezece ani.

La copil, evoluția este, în general, mai rapidă și mai gravă decât la adult. Două evoluții sunt posibile: o formă severă, cu prognostic sumbru, care se declară înaintea vârstei de 6 luni și se traduce prin semne neurologice grave și deficit imunitar foarte mare; o altă formă mai puțin gravă, cu evoluție cronică.

FAZA ACUTĂ A PRIMO-INFECȚIEI. Aceasta survine la 20 până la 50% dintre persoanele infectate, indiferent de modul de contaminare, în următoarele 15 zile sau 3 luni după contaminare. Această primo-infecție ia aspectul unei mononucleoze infecțioase: febră care poate dura și o lună, tumefacție a ganglionilor limfatici, curbaturi, dureri articulare, erupție cutanată care evocă o rujeolă – sau uneori urticarie –, disfagie (greutat la înghițit) dureroasă. În cursul acestei faze au mai fost descrise și candidoze acute, care afectează mucoasele, ca și ulcerații bucale. Mult mai rar survin manifestări neurologice: meningită acută limfocitară, paralizie facială, mielopatie, neuropatie periferică, encefalită. Această primo-infecție dispare spontan în aproximativ o lună.

FAZA DE INFECȚIE CRONICĂ ASIMPTOMATICĂ. Aceasta durează de la 1 la 7 ani (sau mai mult) și corespunde unei faze de multiplicare a virusului. Această perioadă poate să nu se traducă prin nici un simptom. În 20 până la 50% din cazuri, ea se manifestă prin adenopatii (umflarea ganglionilor limfatici) generalizate și persistente. Acestea sunt, în general, simetrice și afectează mai frecvent regiunile cervicală, maxilară, submaxilară și occipitală.

FORME MINORE ALE INFECȚIEI. Acestea semnalează o atingere încă moderată a sistemului imunitar.

■ *Infecțiile minore cutanate sau mucoase*, virale sau micozice, nu sunt specifice infecției cu H.I.V., dar iau la subiecții afectați o formă cronică sau recidivantă: candidoze bucale (mărgăritărel) sau anogenitale, dermită seboreică a feței, foliculite, prurigo, veruci, zona zoster.

■ *Bolile autoimune* sunt relativ puțin frecvente. Se poate observa o parotidită (inflamație a glandei parotide), un sindrom al lui Raynaud (vasoconstricție care afectează mâinile în cursul expunerii lor la frig și antrenează o oprire a circulației arteriale, apoi o cianoză locală), un sindrom uscat (uscăciune excesivă a gurii și a ochilor, iar la femei și a vaginului), manifestări articulare inflamatorii și dureroase, miozite (inflamații dureroase ale țesuturilor musculare).

■ *Semnele generale* constau într-o alterare a stării generale, într-o febră prelungită, transpirații, o slăbire, o diaree persistentă. Denumirea acestuia de sindrom înrudit cu SIDA (ARC) a fost abandonată.

SIDA DECLARATĂ. Formele majore ale infecției, ori SIDA declarată, sunt, de asemenea, foarte variabile. Atunci când imunodepresia este majoră, riscul de infecții oportuniste este important; se numește infecție oportunistă o infecție legată de un microorganism (bacilul lui Koch responsabil de tuberculoză, de exemplu) care „profită" de starea precară a apărării imunitare pentru a se dezvolta. Se disting infecțiile endogene (germenele este de obicei prezent în organism fără a antrena aici o infecție) și infecțiile exogene (germenele este prezent în mediu). Aceste infecții sunt foarte des legate între ele, în cadrul aceluiași organ, ceea ce complică diagnosticarea și tratarea lor. Pe de altă parte, aceste infecții tind să recidiveze, ținând cont atât de persistența lor în mediu sau în organism, cât și de neameliorarea, chiar degradarea, treptată, a imunității pacientului. În afara infecțiilor oportuniste, cea de a doua mare manifestare a SIDA este dezvoltarea anumitor tumori canceroase:

■ *Infecțiile bacteriene* sunt mai frecvente în cursul infecției cu H.I.V.

– Tuberculoza afectează îndeosebi pacienții care trăiesc în condiții defavorabile (toxicomani, țări în curs de dezvoltare).

■ *Infecțiile fungice* sunt socotite printre cele mai frecvente dintre cele oportuniste în cursul SIDA.

■ *Infecțiile parazitare* care afectează bolnavii de SIDA sunt în număr de patru:

– Criptosporidioza care antrenează la imunodependenți o diaree masivă responsabilă de o alterare a stării generale, de o puternică deshidratare, și este însoțită de febră și de dureri abdominale.

– Microsporidioza ar putea fi responsabilă de 20 până la 30% din diareile inexplicabile.

– Pneumocistoza constituie infecția inaugurală pentru SIDA în 15 până la 50% dintre cazuri dacă nu a fost instituit un tratament preventiv. Ea se manifestă printr-o tuse uscată și crescândă, și poate conduce la insuficiență respiratorie.

– Toxoplasmoza duce, în cursul SIDA, la reactivarea unei infecții vechi, care trece neobservată. Ea antrenează tulburări neurologice majore în caz de localizare cerebrală.

■ *Infecțiile virale* observate în cursul SIDA privesc în special infecțiile cu virusuri latente, integrate în genomul anumitor celule, care sunt reactivate din cauza deficitului imunitar. Ele afectează 20 până la 50% dintre pacienți.

■ *Tumorile* care afectează bolnavii de SIDA sunt sarcomul lui Kaposi și limfoamele maligne.

– Sarcomul lui Kaposi are o prevalență mai ridicată la pacienții seropozitivi homosexuali comparabil cu alți pacienți, ceea ce sugerează responsabilitatea unui agent transmisibil pe cale sexuală. Forma cutanată, cu leziuni plane, violacee, nedureroase, constituie expresia cea mai frecventă. Sunt posibile localizările viscerale, mai ales în caz de imunodepresie majoră.

– Limfoamele maligne sunt cauzate de o proliferare canceroasă a precursorilor limfocitelor, limfocitele T și B.

Diagnosticarea. Diagnosticarea infecției cu H.I.V. se face prin punerea în evidență în sânge a anticorpilor îndreptați împotriva virusului. Diagnosticul nu poate fi stabilit cu certitudine decât după 3 luni de la momentul infectării (perioadă mută în timpul căreia anticorpii sunt prezenți în cantitate prea mică, pentru a fi decelabili). Se face apel la

două teste specifice, testele ELISA și Western-Blot. Testul ELISA – care este utilizat în primul rând – dând uneori rezultate fals pozitive, este controlat cu ajutorul testului Western-Blot. Depistarea este obligatorie pentru donatorii de sânge sau de organe. Testarea este în mod deosebit recomandată femeilor gravide sau persoanelor care doresc să conceapă un copil, precum și subiecților expuși (toxicomani, prostituate etc.)

În majoritatea țărilor, medicul este dator să declare autorităților sanitare orice caz de SIDA de care are cunoștință. Această declarație nu este nominativă, anonimatul bolnavului fiind astfel respectat.

Tratamentul. Acesta cuprinde două capitole: tratamentele de inhibiție a virusului și tratamentele preventive sau curative ale diferitelor boli dezvoltate. De altfel, un oarecare număr de reguli de viață sunt recomandate persoanelor seropozitive, cu scopul de a frâna evoluția spre SIDA declarată și transmisia bolii.

■ *Tratamentul împotriva virusului* se bazează pe mecanismele care inhibă replicarea virală, ca zidovudina (A.Z.T.) sau didanozina (D.D.I.). Se folosesc, de asemenea, antiproteazele, proteazele fiind enzimele care permit virusului să fabrice proteine necesare supraviețuirii sale. Uneori, este util să fie asociate unele cu altele până la trei astfel de medicamente (triterapie), cu scopul de a-i crește eficacitatea globală. Aceste diferite metode de tratament antrenează o ameliorare provizorie a stării bolnavului. În plus, după studii recente, luarea de A.Z.T. de către o femeie gravidă contaminată ar diminua cu 50% riscul contaminării fătului. Totuși, nici o terapeutică nu permite actualmente să se aibă în vedere o eradicare a virusului din organism, deoarece el este integrat în genomul (totalitatea genelor purtate de către cromozomi) limfocitelor pe care le infectează.

■ *Tratamentele preventive sau curative ale consecințelor deficitului imunitar* (infecții oportuniste, tumori) se bazează pe administrarea de antibiotice, de antifungice și de antimitotice (chimioterapie, interferon), precum și pe radioterapie și chirurgie.

■ *Sfaturile pentru igiena vieții* cuprind precauțiile care trebuie să fie luate de o persoană seropozitivă pentru a nu se recontamina. În fapt, contaminările multiple, prin aporturile repetate de virus pe care le antrenează, precipită evoluția bolii, deci trecerea la faza de SIDA declarată. Seropozitivului i se mai recomandă să-și asigure o urmărire medicală regulată: medicamente administrate preventiv sau precoce și asociate cu o bună igienă a vieții (alimentație corectă, curățenie corporală, odihnă, abținerea de la medicamente sau de la droguri care pot deprima suplimentar imunitatea, abținerea de la activități care riscă provocarea unor răniri), întârzie deosebit de eficace evoluția bolii.

Prevenirea. Prevenirea SIDA constă în prevenirea contaminării cu H.I.V. Orice persoană contaminată poate transmite imediat virusul, chiar în timpul perioadei care precede seroconversia, adică atunci când contaminarea sa nu poate fi constatată.

■ *Prevenirea infectiei prin contaminare sangvină* constă în analizarea sistematică a produselor sangvine înainte de utilizarea lor. Subzistă totuși un risc legat de perioada mută de 3 luni, risc evaluat la 1/300.000; este în consecință recomandat să se limiteze indicațiile de transfuzie și, atunci când lucrul acesta este posibil (intervenție chirurgicală care nu este realizată în regim de urgență), să se procedeze de preferință la autotransfuzii (transfuzarea bolnavului cu propriul lui sânge prelevat înainte de intervenție). Înțepăturile și tăieturile accidentale făcute cu instrumente contaminate sau bănuite de a fi contaminate trebuie dezinfectate imediat. Deșeurile medicale trebuie să fie ambalate în recipiente etanșe și incinerate.

Procentajul de contaminări noi crescând din ce în ce mai mult la toxicomanii care-și transmit seringile de la unul la altul, măsurile de prevenire privesc însăși toxicomania: programe de droguri de substituție, incitarea la dezinfectarea seringilor, programe de furnizare de material nou: H.I.V. este distrus sau inactivat după un contact de 15 minute cu apa de Javel (soluție 5-10% hipoclorit de potasiu în apă) proaspătă cu alți germeni, între care virusul hepatitei B.

■ *Prevenirea transmiterii pe cale sexuală* constă, în cursul raporturilor sexuale, în utilizarea prezervativului masculin. Acesta constituie actualmente singura protecție eficace împotriva SIDA și împotriva bolilor cu transmisie sexuală în general. Prezervativul trebuie să fie utilizat indiferent de tipul practicilor sexuale. Orice rabat făcut în folosirea prezervativului favorizează extinderea bolii. Orice persoană infectată care are relații sexuale neprotejate, fie că sunt heterosexuale sau homosexuale, trebuie să fie conștientă de riscurile la care își supune partenerii. Înfățișarea sau clasa socială a partenerilor nu pot constitui indicații cu privire la faptul că sunt sau nu purtători ai virusului.

Prezervativul trebuie să fie utilizat în conformitate cu modul lui de întrebuințare (aplicarea lui înainte de orice penetrare, nefolosirea unui agent lubrifiant pe bază de vaselină, retragere înaintea detumescenței). Raporturile bucogenitale sau bucoanale trebuie să fie evitate, deoarece ele nu sunt fără risc. Utilizarea de creme sau de geluri spermicide nu poate constitui decât o măsură complementară față de prezervativ în cazul că el ar fi prost utilizat (scăpări) sau că s-ar rupe.

■ *Prevenirea contaminării pe cale transplacentară* constă într-o mai bună informare a femeilor în cauză: concepția este contraindicată în cazul femeilor contaminate, care pot transmite virusul copilului, dar și în cazul bărbaților contaminați, susceptibili să contamineze mama și, în consecință, copilul.

■ *Prevenirea contaminării prin laptele matern* constă în practicarea unei depistări a virusurilor H.I.V.1 și H.I.V.2, pe de o parte, la femeile gravide care doresc să-și alăpteze copilul (depistare efectuată cu câteva săptămâni înainte de

Cum nu se transmite virusul SIDA

Majoritatea actelor vieții cotidiene nu comportă absolut nici un risc de infectare cu virusul SIDA; este deci total nejustificat a te teme sau a evita frecventarea persoanelor purtătoare ale acestui virus. O strângere de mână, un sărut pe obraz sunt inofensive, ca și frecventarea locurilor publice (locaturi de muncă, școală, piscină, transportul în comun, cinema), contactul cu obiecte precum clanța ușii, toaletele publice sau telefonul, ori înțepătura unei insecte (țânțar, purice). Doar ustensilele care pot tăia pielea (acele pentru acupunctură, injecțiile, dispozitivele de făcut găuri în urechi, tatuajele, lamele de ras, materialul pentru tratament dentar și cel pentru manechiură și pedichiură) trebuie să constituie obiectul unei sterilizări atente înaintea fiecărei utilizări.

De altfel, donatorii de sânge nu întâmpină nici un risc de a contracta boala, materialul utilizat fiind steril și de folosință unică.

naștere), iar pe de altă parte, la donatoarele de lapte pentru băncile de lapte.

Perspectivele. La ora actuală, încă nu există un medicament care să permită întreruperea totală și definitivă a propagării bolii.

Dificultățile de elaborare a unui vaccin rezidă îndeosebi în utilizarea unor „modele" animale (cimpanzeu), a căror reacție la infecția cu virus este diferită de cea a omului sau este inexistentă. În plus, un eventual vaccin ar trebui să țină cont de variabilitatea virusului: se estimează că în lume ar exista vreo 1 000 de varietăți de H.I.V.

În afara modurilor de contaminare menționate (sânge, raporturi sexuale, sarcină, alăptare), nu există posibilitatea de transmisie a virusului SIDA de la o persoană seropozitivă la anturajul ei. La ora actuală, cea mai bună armă împotriva acestei boli redutabile rămâne prevenirea. Reacțiile de respingere din colectivități a persoanelor seropozitive și a bolnavilor de SIDA tind să dispară atunci când o informare corectă a populației este realizată, chiar dacă bolnavii de SIDA se mai lovesc încă destul de regulat de neînțelegerea celor din jur.

SIDEROCIT. Globul roșu care conține granule de fier, a cărui prezență în număr mare în circulația sangvină este consecința unei proaste funcționări a splinei sau absența acestui organ.

SIDEROPENIE. Deficit în fier al întregului organism. SINONIME: *carență marțială, deficit marțial.*

O sideropenie poate fi consecința unei malabsorbții intestinale, a unui aport insuficient în fier sau a unor hemoragii cronice. Deficitul are răsunet mai ales asupra producției de hemoglobină a globulelor roșii, molecula care conține 4 atomi de fier. Anemia feriprivă este o consecință a sideropeniei.

SIDEROZĂ. Boală provocată de inhalarea de pulberi sau de fum conținând oxid de fier, care se acumulează în alveolele pulmonare.

Sideroza face parte din pneumoconioze, grup de afecțiuni pulmonare cauzate de inhalarea îndelungată de substanțe minerale. Ea afectează, în general, muncitorii din industria siderurgică. Simptomele nu se manifestă decât după mai mulți ani de expunere: tuse, expectorații, jenă respiratorie, chiar fibroză pulmonară (dezvoltarea țesutului fibros în țesutul funcțional al plămânilor).

Nu există un tratament al siderozei. Prevenirea sa constă în protecția lucrătorilor (purtatul de mască, de exemplu).

SIFILIS. Boală infecțioasă transmisibilă pe cale sexuală cauzată de o bacterie, *Treponema pallidum*. SINONIM: *lues*.

Treponema palidă este o spirocheță, bacterie de formă helicoidală, deosebit de mobilă mulțumită aparatului său locomotor intern. Descoperirea ei datează din 1906.

CAUZE. În mai mult de 95% din cazuri, transmisia se face pe cale sexuală. Microbul pătrunde în organism prin zgârieturile pielii sau ale mucoaselor. Aceasta explică de ce raporturile sexuale cu o persoană infectată pot să nu fie contaminante dacă mucoasa partenerului este sănătoasă. Sifilisul este o poartă de intrare pentru H.I.V. (virusul cauzator al SIDA), din cauza eroziunilor sau ulcerațiilor anogenitale pe care le produce. Alte cazuri de contaminare privesc, în principal, personalul care acordă îngrijiri. Ele sunt provocate de contactele cutanate, de înțepăturile sau de tăieturile accidentale. Contaminarea fetoplacentară (a fătului de către mamă, prin intermediul placentei) se produce, în general, în cursul celei de a doua jumătăți a perioadei de sarcină, doar în mod excepțional înainte de luna a 4-a.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Incubația (perioada în timpul căreia această bacterie se instalează în organism și care precede apariția semnelor bolii) durează de la două la șase săptămâni. Infecția evoluează în continuare în trei stadii.

■ *Stadiul primar* este caracterizat prin apariția unui șancru, mică ulcerație cu diametrul de 3 până la 5 milimetri, în majoritatea timpului nedureroasă, amplasată pe o bază indurată (foarte tare la palpare). Lezionca, foarte contagioasă deoarece în ea sunt foarte multe bacterii, se află la punctul de inoculare, de cele mai multe ori pe organele genitale (glandul, corpul membrului viril, scrotul, colul uterin, vulva, anusul), uneori într-o zonă extragenitală (buzele, limba, gingiile, amigdalele etc). Din cauza micii sale dimensiuni sau a localizării sale, șancrul trece de multe ori neobservat. El se asociază cu o adenopatie (umflarea ganglionilor limfatici) nedureroasă în aceeași zonă. Șancrul dispare în una până la trei luni și, sub tratament, în una până la trei săptămâni; adenopatia și induratia persistă în schimb timp de mai multe luni.

■ *Stadiul secundar* constă în erupții cutanate asociate unui sindrom gripal (febră, oboseală, curbaturi, dureri de cap) și o poliadenopatie (umflare generalizată a ganglionilor limfatici). Acest stadiu survine la două luni până la patru ani după începutul bolii. Această primă erupție (prima înflorire, ori sifilisul secundar precoce sau florid) este o rozeolă (pete rozalii) adesea puțin vizibilă. O a doua erupție (a doua înflorire, sau sifilisul secundar tardiv) constă în sifilide, mici ridicături brun-roșietice infiltrate, adesea macerate, chiar zemuinde atunci când se află într-o plică. Apariția lor se asociază adesea cu semne generale (febră, dureri de cap, oboseală), cu o atingere hepatică cu iter, cu dureri osoase. În timpul acestei perioade, o atingere renală (glomerulonefrită) sau oculară (scăderea acuității vizuale) este, de asemenea, posibilă, la fel ca și o atingere cutanată (alternanța petelor închise la culoare și a petelor decolorate în jurul gâtului, denumite colierul lui Venus). Stadiului secundar îi urmează o perioadă în timpul căreia subiectul infectat nu prezintă nici un semn de infecție. Această perioadă de latență poate dura până la mai multe zeci de ani. În anumite cazuri, sifilisul este latent din capul locului, adică nu se manifestă nici prin șancru, nici prin vreun alt simptom obișnuit al sifilisului primar sau secundar.

■ *Stadiul tertiar* constă în gome, nodozități moi care evoluează spre ulcerații. Acestea pot afecta ori dermul, sub forma unor mici ridicături rotunde, ori hipodermul; ele sunt atunci voluminoase și sunt amplasate pe gambe, pe brațe, pe față, pe pielea capului și pe piept. Atunci când sunt localizate pe mucoase, gomele sunt susceptibile să antrenceze importante distrugeri osteocartilaginoase. Ele pot, de asemenea, să afecteze oasele și viscerele: sifilisul cardioaortic antrenează în unele cazuri o insuficiență aortică; atingerea coronarelor este răspunzătoare de angină pectorală, chiar de infarct. Sunt posibile complicații neurologice: sindrom psihiatric care definește paralizia generală (micșorarea tuturor facultăților intelectuale sau, din contră, exaltarea acestor facultăți însoțită de activitate psihomotorie), tremurături, dificultăți ale elocuțiunii, absență a contracției pupilelor (semnul lui Argyll Robertson). Mai târziu poate surveni un tabes, atingere a măduvei spinării care se traduce prin tulburări ale sensibilității profunde, o incoordonare motorie (mers ataxic) și dureri viscerale fulgurante.

■ *Sifilisul congenital* privește copiii născuți sifilitici, boala fiindu-le transmisă de către mama lor în timpul sarcinii; ea poate evolua în două modalități diferite. Sifilisul congenital precoce se manifestă, în cursul primilor doi ani de viață, prin atingeri ale pielii și mucoaselor, oaselor, ficatului, splinei, rinichilor, plămânilor și ochilor. Sifilisul congenital tardiv apare între cinci și zece ani și se traduce prin atingeri ale pielii și mucoaselor (perforația palatului), ochilor, urechilor, dinților, articulațiilor și sistemului nervos.

DIAGNOSTIC. Acesta trebuie să fie confirmat printr-o probă categorică, ea putând fi punerea în evidență fie a treponemei în leziuni (examen direct la microscop a serozității șancrului sau a plăcilor mucoase), fie a antigenelor specifice treponematozelor, antigene aflate în serul sangvin. În al doilea caz, se utilizează actualmente reacțiile de imunofluorescență și de hemaglutinare pasivă (TPHA); testul clasic de imobilizare a treponemelor sau testul lui Nelson nu mai este deloc practicat din cauza costului său ridicat. Mai există și încă alte reacții (Bordet-Wassermann, VDRL), care permit să se detecteze antigenele cardiolipinice, dar care mai pot fi pozitive și în cursul altor afecțiuni (boli autoimune).

TRATAMENT. Acesta se bazează pe administrarea de penicilină sau, în caz de alergie la penicilină, de tetracicline. Dacă boala este tratată precoce, o doză unică, masivă, de penicilină este suficientă pentru vindecare. În caz contrar, poate fi necesar să se urmeze tratamentul timp de mai multe săptămâni. Acesta trebuie să fie întreprins cât mai devreme posibil, cu scopul de a rupe lanțul contaminării și de a evita constituirea de leziuni viscerale tertiare, care sunt deosebit de grave. Este posibilă o recontaminare.

PREVENIRE. Bolnavii de sifilis nu pot transmite boala decât în timpul stadiilor primare și secundare. Prevenirea constă în depistarea sistematică și în tratamentul partenerilor sexuali ai bolnavilor. Sifilisul este o boală cu declarație obligatorie.

SIGMOID. Prima parte a colonului, care precede rectul. → COLON.

SIGMOIDECTOMIE. Ablație chirurgicală a sigmoidului (ultima parte a colonului).

O sigmoidectomie este indicată în caz de sigmoidită (inflamație a sigmoidului) cu repetiție, de volvulus (varietate de ocluzie intestinală) sau de tumoră benignă ori malignă a sigmoidului.

SIGMOIDITĂ. Inflamație a sigmoidului (ultima parte a colonului).

Cauza principală a unei sigmoidite este inflamația și apoi infecția unuia sau mai multor diverticuli.

SIMPTOME. Boala se traduce printr-o durere situată în fosa iliacă (partea laterală inferioară a abdomenului) stângă, însoțită sau nu de febră. Tulburările tranzitului, constipație sau diaree, sunt frecvente. Complicații ca un abces, o ocluzie intestinală sau o peritonită prin perforație sunt cele care pot surveni.

TRATAMENT. Acesta face apel la administrarea de antibiotice. Dacă se repetă crizele, este preferabil să se procedeze la ablația sigmoidului, adică la sigmoidectomie. Continuitatea digestivă este atunci restabilită prin anastomoză (punere cap la cap a celor două segmente restante), fie în cursul intervenției, fie după 3 până la 6 luni; în acest ultim caz, se practică o colostomie provizorie (anus artificial).

SIGMOIDOSCOPIE → RECTOSIGMOIDOSCOPIE.

SIGMOIDOSTOMIE. Intervenție chirurgicală care constă în îmbinarea la nivelul pielii a unui segment al sigmoidului (ultima parte a colonului), astfel încât să se creeze un anus artificial. → COLOSTOMIE.

SILICON 1. Medicament utilizat în cursul bolilor digestive.

Siliconul se prezintă sub forma unor pansamente, sau topice, digestive, care se iau pe cale orală și nu acționează decât local, formând un strat protector ce tapetează mucoasa.

INDICAȚII. Siliconii sunt indicați pentru micșorarea durerilor în colopatiile funcționale (denumite în mod curent colite), în excesele de gaze, în inflamații (esofagie, gastrită, duodenită).

INCOMPATIBILITĂȚI. Ca orice pansament digestiv, siliconii micșorează absorbția altor medicamente: luarea acestor medicamente trebuie să se facă în consecință la o distanță în timp de cel puțin două ore.

2. Material care intră în compoziția protezelor ca, de exemplu, protezele mamare (înlocuind un sân sau umflând un piept considerat prea plat) sau articulare (înlocuind o articulație sau un tendon).

Siliconul nu este nici cancerigen, nici alergizant. El poate antrena totuși cicatrice fibroase în jurul protezei. → MAMOPLASTIE.

SILICOZĂ. Boală cauzată de inhalarea îndelungată a pulberilor de silice, care se acumulează în plămâni.

Silicoza afectează, în principal, muncitorii care lucrează în minele de cărbune. Ea se dezvoltă după mai mulți ani de expunere la pulberi și se manifestă printr-o tuse, o expectorație anormal de abundentă, o tendință la infecții bronșice, apoi printr-o jenă respiratorie la efort și, în fine, printr-o fibroză pulmonară (dezvoltarea de țesut fibros în plămâni). Evoluția bolii este foarte lentă, iar primele simptome pot să nu apară decât la numeroși ani după oprirea expunerii. Complicațiile sunt frecvente: insuficiență respiratorie, emfizem, boli infecțioase (tuberculoză, aspergiloză).

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Nu există un tratament curativ al acestei boli, ale cărei complicații, în schimb, pot fi îngrijite (antibiotice împotriva infecțiilor, de exemplu). Prevenirea silicozei este primordială și cuprinde două părți: un examen medical la angajare permite să-i fie refuzată o slujbă unui individ care deja prezintă alterații bronșice sau pulmonare; măsurile tehnice de protecție trebuie să fie aplicate în ce privește locurile de muncă (purtatul de mască sau de glugă, ventilație adecvată a localurilor etc.).

SIMBLEFAROM. Aderență între conjunctiva palpebrală, care tapetează interiorul pleoapei, și conjunctiva bulbară, care acoperă ochiul, putând crea o bridă care limitează mobilitatea globului ocular.

Un simblefarom este provocat, în general, de o arsură cu o substanță chimică, sodă caustică, de exemplu. În mod excepțional, simblefaromul poate fi congenital.

Tratamentul face apel la o operație chirurgicală.

SIMPATECTOMIE. Ablație chirurgicală a unui nerv sau a ganglionilor care aparțin sistemului nervos simpatic (care controlează tonusul vaselor și acționează asupra funcționării viscerelor), în modalitatea de a dilata arterele în teritoriul lor de inervare.

SIMPATOLITIC. Substanță chimică, medicamentoasă sau nu, care blochează acțiunea sistemului nervos simpatic. SINONIM: *adrenolitic*.

Simpatoliticele inhibă funcționarea sistemului nervos vegetativ în partea sa simpatică (stimulatoare a organismului). Principalele produse de acest tip sunt alfablocantele, care se fixează pe receptorii alfa ai celulelor sistemului simpatic, și betablocantele care se fixează pe receptorii beta ai celulelor. Aceste substanțe împiedică astfel celulele să fie activate pe cale naturală.

SIMPATOM. → NEUROBLASTOM.

SIMPATOMIMETIC. Substanță chimică, medicamentoasă sau nu, care stimulează sistemul nervos simpatic. SINONIM: *adrenergic*.

Simpatomimeticele imită activarea naturală a sistemului nervos vegetativ (care comandă viscerele) în partea sa simpatică (stimulatoare a organismului).

Produsele cele mai importante ale acestui grup sunt alfastimulantele, care se fixează pe receptorii alfa ai celulelor sistemului simpatic, și betastimulantele, care se fixează pe receptorii beta ai celulelor și îi activează.

SIMFIZĂ 1. Conexiune strânsă între două oase printr-o articulație foarte puțin mobilă sau printr-o unire completă cu osificare.

Simfiza pubiană unește una de alta, prin ligamente, cele două lame ale pubisului (extremitatea anterioară a celor două oase iliace).

2. Lipire anormală, între ele, a două foițe ale unei membrane seroase (pleură, pericard), fie că este patologică, și în acest caz este, în principal, de origine inflamatorie, fie că este practicată într-un scop terapeutic (simfiza pleurală).

SIMFIZĂ PLEURALĂ. Metodă terapeutică ce constă în lipirea între ele a celor două foițe ale pleurei.

O simfiză pleurală este indicată în tratamentul unui pneumotorax. Ea poate fi realizată fie printr-o intervenție chirurgicală clasică, după o incizie mare a peretelui toracic, fie sub pleuroscopie (cu ajutorul unui tub dotat cu un sistem optic și cu instrumente miniaturale introdus prin incizie).

Simfiza pleurală poate fi obținută în 3 modalități: prin avivare (abrazarea cu un burete special a țesuturilor din jurul pleurei), prin pleurectomie (practicarea ablației unei părți

din pleură) și prin talcaj (introducerea de talc între foițe). Simfiza pleurală este urmată întotdeauna de un drenaj al cavităților pleurale pentru a-i evacua serozitățile.

Această tehnică permite să se evite reapariția efuziunii și deci diminuează mult gâfâiala bolnavului.

SIMPTOM. Orice manifestare a unei afecțiuni sau a unei boli care contribuie la stabilirea diagnosticului, iar în mod particular orice fenomen perceput ca atare de către bolnav.

Simptomele subiective, sau semnele funcționale, sunt denumite în mod curent simptome. Este vorba de fenomene percepute de către bolnav, care dezvăluie o leziune sau o tulburare funcțională. Ele sunt descrise de către pacient în cursul interogatoriului luat de către medic, în primul timp al examenului. Într-un al doilea timp, medicul procedează la examenul fizic al pacientului pentru a căuta și identifica semnele obiective ale unei boli. Confruntarea simptomelor și semnelor permite orientarea diagnosticului.

SIMT. Funcție fiziologică de relație cu lumea exterioară, permițând aducerea la creier a informațiilor despre ea și a le conștientiza. → AUZ, GUST, PIPĂIT, SIMȚ AL MIROSULUI, VĂZ.

SIMȚ AL MIROSULUI. Simț care permite să se perceapă mirosurile. SINONIM: *miros, simț olfactiv*.

Organul mirosului este situat în mucoasa care tapetează plafonul foselor nazale. Este un neuroepiteliu constituit din celule nervoase specializate, neuroni dotați în vârful lor cu un smoc de cili, prelungându-se la bază printr-o fibră nervoasă (axon).

Moleculele odorante sunt mai întâi solubilizate în mucusul care acoperă mucoasa, înainte de a se fixa pe receptorii cililor purtați de către neuroni. Această fixare declanșează mesajul nervos, care este apoi transmis pe căile olfactive până la creier.

PATOLOGIE. Se pot deosebi alterările simțului mirosului care pot fi: cantitative, parțiale (hiposmie) sau totale (anosmie), și cele calitative (parosmie).

Tulburările pot regresa spontan sau după tratarea cauzei, dar sechelele sunt frecvente și au o incidență asupra simțului gustativ.

SINAPSĂ. Zonă situată între doi neuroni (celule nervoase), care asigură transmisia informațiilor de la unul la altul.

SINCINEZIE. Contracție involuntară a unui grup de mușchi care apare atunci când subiectul efectuează o mișcare, fie că aceasta este reflexă sau voluntară, care pune în joc un alt grup de mușchi.

SINCOPĂ. Pierdere de scurtă durată a conștienței, completă, bruscă și ireversibilă, consecutivă unei diminuări a oxigenării cerebrale.

O sincopă se deosebește de vertij, de lipotimie (stare de rău însoțită de grețuri și transpirații), de leșin și de criza de epilepsie.

CAUZE. Sincopa este cauzată de o anoxie sau de o ischemie cerebrală (absența oxigenării sau diminuării aportului sangvin), de cele mai multe ori prin stop cardiocirculator sau prin tulburare a ritmului cardiac, mai rar prin asfixie sau prin vasodilatație bruscă.

O sincopă poate deci să fie legată de o cardiopatie (stenoză aortică, angor, infarct miocardic, miocardiopatie obstructivă, tetralogie a lui Fallot, hipertensiune arterială pulmonară), unei tulburări a ritmului sau al conducției cardiace (tahicardie paroxistică, sindrom al lui Adams-Stokes sau alte bradicardii), unei embolii pulmonare, unei asfixii, unei electrocutări, unei treceri bruște de la poziția culcat la poziția în picioare, unei hipokaliemii (micșorarea nivelului sangvin al potasiului). Dar, mai des, sincopa, numită atunci „vagală", este provocată de o acțiune excesivă a nervilor pneumogastrici care comandă anumite viscere (plămâni, vase, inimă, stomac). O astfel de sincopă se produce în caz de durere intensă, de emoție, de compresie a gâtului (pe sinusul carotidian), chiar în caz de micțiune sau de deglutiție. Cauza unei sincope nu este întotdeauna decelată.

SEMNE. Pierderea conștienței se face brusc și se traduce printr-o decontractare musculară completă, ducând în majoritatea cazurilor la cădere. Se constată o paloare, o absență a reacției la zgomote și la ciupire, eventual un puls absent. Uneori se observă pierderea urinei și mișcări convulsive. Durata pierderii conștienței este minimă, de cele mai multe ori sub un minut. Atunci când se prelungește, se vorbește de comă. Revenirea stării de conștiență este spontană, totală, foarte rapidă și precedată de o recolorare a feței. Atunci când se trezește pacientul își-a recăpătat total aptitudinile.

TRATAMENT. Tratamentul unei sincope, care vizează, de asemenea, prevenirea oricărei recidive, este cel al cauzei care a provocat sincopa.

SINDACTILIE. Malformație congenitală caracterizată prin fuzionarea mai mult sau mai puțin completă a două sau mai multor degete de la mâini sau de la picioare.

SINDESMOFIT. Punte osoasă patologică ce se formează între două vertebre învecinate și care le sudează între ele.

Sindesmofitele se întâlnesc în spondilartropatii, îndeosebi în spondilartrita anchilozantă.

SINDROM. Ansamblu clinic al simptomelor și/sau semnelor, observabil în majoritatea stărilor patologice diferite și fără cauză specifică.

Un sindrom depresiv, de exemplu, se întâlnește îndeosebi în cursul unor depresiuni reacționale (doliu, divorț etc.) și în anumite psihoze (melancolie).

SINDROM BULBAR. Ansamblu de semne care traduce o atingere a bulbului rahidian (porţiunea inferioară a trunchiului cerebral, în continuitate cu măduva spinării).

CAUZE. Numeroase afecţiuni pot antrena un sindrom bulbar: accident vascular cerebral, tumoră, infecţie, inflamaţie, siringomielie (malformaţie a bulbului rahidian).

SIMPTOME ŞI SEMNE. Există, de fapt, mai multe sindroame bulbare, care grupează diferite semne. Acestea sunt îndeosebi:

– o hemiplegie, sau paralizie a unei jumătăţi de corp, care scuteşte faţa (atingere a fasciculului de fibre nervoase motrice zise piramidale);

– un sindrom cerebelos (tulburări ale echilibrului, tremurături, mişcări dezordonate) cu tulburări ale coordonării (atingere a pedunculului cerebelos, care leagă bulbul de cerebel);

– o durere sau anestezie a feţei (atingere a nucleului de substanţă cenuşie la originea nervului trigemen);

– zbârnâituri în urechi şi vertije (atingere a nervului cohleovestibular);

– tulburări ale deglutiţiei prin paralizia faringelui (atingere a nervului glosofaringian).

TRATAMENT. Tratamentul este cel al afecţiunii în cauză. El este adesea limitat în caz de accident vascular şi de malformaţie; totuşi, este posibilă o lentă regresie spontană.

SINDROM AL IMUNODEFICIENŢEI DOBÂNDITE → SIDA.

SINDROM AL OBOSELII CRONICE. → OBOSELII CRONICE (sindrom al).

SINDROM CANALAR sau **DE CANAL.** Ansamblu de manifestări neurologice legate de compresia unui nerv într-un canal inextensibil.

FRECVENŢĂ ŞI CAUZE. Sindroamele canalare, frecvente, sunt provocate fie de un canal prea strâmt (os deformat printr-o fractură veche, tumoră, artroză, îngroşarea ţesutului fibros legată de vârstă, strâmtime congenitală), fie, mai rar, de o boală care antrenează o creştere în volum a nervului (lepră), sau de o tenosinovită (inflamaţie a tecii sinoviale care înconjoară o articulaţie).

DIFERITE TIPURI DE SINDROM CANALAR

■ *Sindromul canalului carpian*, în cursul căruia nervul median este comprimat la încheietura mâinii printr-un ligament inelar al carpului, antrenează furnicături şi dureri ale degetelor îndeosebi în timpul nopţii.

■ *Sindromul canalului tarsian*, în cursul căruia nervul sciatic popliteu intern este comprimat sub gleznă, se traduce prin dureri şi o înţepenire a plantei piciorului.

■ *Sindromul defileului costoclavicular*, în cursul căruia plexul brahial este comprimat de către o coastă supranumerară cervicală sau din cauza unui spaţiu prea strâmt între muşchii scaleni, se traduce prin dureri în inelar şi auricular, accentuate prin anumite poziţii ale braţului (ridicare, căratul de greutăţi care fac ca umărul să coboare etc.).

■ *Sindromul nervului suprascapular*, în cursul căruia acesta este comprimat la nivelul umărului de către ligamentul coracoidian, provoacă dureri posterioare ale umărului cu topirea muşchilor adiacenţi.

TRATAMENT. Acesta constă în infiltraţii cu corticosteroizi în zona punctelor de compresie astfel încât să se diminueze edemul nervos. În cazurile deosebit de invalidante, se poate practica o neuroliză (intervenţie chirurgicală care constă în eliberarea unui nerv comprimat de către ţesutul fibros) sau secţionarea chirurgicală a canalului fibros prea strâmt.

SINDROM CEREBELOS. Asociere de tulburări ale statului în picioare, ale mersului şi ale executării mişcărilor, tulburări legate de o leziune a creierului mic sau a căilor cerebeloase.

Toate afecţiunile care privesc creierul mic sau fibrele sale de conexiune pot antrena un sindrom cerebelos: afecţiune vasculară, tumoră, infecţie (encefalită cerebeloasă), intoxicaţie (alcool).

SIMPTOME ŞI SEMNE. Atunci când pacientul stă în picioare, se clatină şi este obligat să depărteze picioarele pentru a-şi menţine echilibrul; aceste oscilaţii nu se agravează atunci când pacientul închide ochii. El merge în zig-zag, ca un om beat. În cursul executării unor mişcări (de exemplu, de a prinde un obiect), gestul începe cu întârziere, bolnavul ratează prinderea păstrându-şi direcţia şi poate să se manifeste o tremurătură.

TRATAMENT. Tratamentul este cel al cauzei, asociat cu kineziterapie.

SINDROM EXTRAPIRAMIDAL. → SINDROM PARKINSONIAN.

SINDROM HEMOLITIC ŞI UREMIC. Afecţiune care asociază o atingere renală acută, o anemie şi o trombopenie (diminuarea numărului de plachete sangvine). SINONIM: *sindromul lui Moshcowitz*.

Sindromul hemolitic şi uremic priveşte mai ales copilul mic, dar există şi la adult.

La copil, el survine, în general, la câteva zile după o gastroenterită cu diaree sângerândă; a fost invocat rolul unei endotoxine, verotoxina, secretată de unele suşe de colibacili. La adult, formele fără cauze sunt cele mai frecvente; uneori este o complicaţie a anumitor cancere, a tratamentului lor prin chimioterapie şi, de asemenea, a infecţiei cu H.I.V. (virusul cauzator al SIDA).

TRATAMENT ŞI DIAGNOSTIC. Tratamentul sindromului hemolitic şi uremic vizează, în principal, îngrijirea simptomelor sale: tratamentul insuficienţei renale prin dializă şi al anemiei, atunci când este gravă, prin transfuzie.

Tratamentul în scop curativ face actualmente apel la medicamente inhibitoare ale funcțiilor plachetelor și la perfuzii de plasmă proaspătă sau la schimbări plasmatice (procedeu de epurare a plasmei sangvine). Prognosticul, destul de grav la adult, este mai bun la copil.

SINDROM HIPERKINETIC AL COPILULUI. Tulburare a dezvoltării care asociază o hiperactivitate motorie unui comportament impulsiv și unei dereglări a atenției. SINONIME: *instabilitate psihomotorie*, *sindrom al copilului hiperactiv*.

FRECVENȚĂ ȘI CAUZE. Sindromul hiperkinetic al copilului este foarte frecvent având în vedere că afectează aproape 3% dintre copiii de vârstă școlară, cu o netă preponderență masculină (între șase și opt băieți pentru o fată). Sindromul ar fi datorat unei disfuncții cerebrale (maturare întârziată, legată eventual de anomalii ale metabolismului cerebral).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Copilul afectat de acest sindrom nu poate sta pe loc. El se agită fără încetare pe scaun, nu poate sta la masă, se lansează în activități fizice periculoase, cu gesturi stângace. Acasă, ca și la școală, are un comportament impulsiv și indisciplinat, nu-și așteaptă nici o dată rândul la jocuri. Trece cu rapiditate de la o activitate, pe care o lasă neterminată, la alta, dovedindu-se incapabil să-și fixeze mai multă vreme atenția și să se concentreze asupra unei misiuni. El este greu suportat de către anturaj din cauza fluctuațiilor sale de dispoziție, a intoleranței sale la frustrări, a acceselor sale de mânie.

Tulburările debutează, în general, înaintea vârstei de 4 ani și durează toată copilăria, atenuându-se adesea la pubertate. Ele sunt însoțite în anumite cazuri de probleme specifice ale învățăturii ca dislexia sau disortografia.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Cu scopul de evita eșecul școlar și inadaptarea socială, este necesar să se examineze copilul cât mai devreme posibil de către o echipă medicală specializată (pediatru, psiholog pentru copii, ortofonist). Aceasta va evalua importanța handicapului în funcție de un bilanț global (eventuala existență a tulburărilor asociate).

Tratamentul comportă măsuri psihoterapice și educative (terapie comportamentală, reeducare ortofonică, conversații familiale), uneori prescrierea de medicamente (psihostimulante, antidepresoare). Acest tratament poate ajuta copilul să urmeze o școlaritate normală.

SINDROM INFLAMATOR. Totalitate a perturbațiilor biologice care traduc prezența unei inflamații în organism.

CAUZE. Bolile infecțioase (infecție respiratorie sau urinară, endocardită, septicemie, tuberculoză etc.) reprezintă principala cauză a sindroamelor inflamatorii. Acestea mai pot fi provocate de un cancer, de cele mai multe ori deja evoluat; doar cancerul de rinichi și limfomul sunt susceptibile să provoace o reacție inflamatorie precoce. În alte cazuri, aceste sindroame constituie semnul unei conectivite ca poliartrita reumatoidă sau lupusul eritematos diseminat, al unei boli a lui Horton, al unui mielom multiplu sau al unei alte hemopatii.

SIMPTOME ȘI SEMNE. În unele cazuri, sindromul inflamator se asociază cu o alterare a stării generale (astenie, febră, anorexie, pierdere în greutate) și/sau cu semnele bolii în cauză. În alte cazuri, acest sindrom poate fi descoperit întâmplător la un pacient care nu prezintă nici un semn al bolii.

Constatarea unui sindrom inflamator se bazează, în principal, pe analizele sangvine. Acestea evidențiază o creștere a vitezei de sedimentare a hematiilor (V.S.) și prezența markerilor inflamației ca proteina C reactivă fi descoperit întâmplător la un pacient care nu prezptoglobina unui sindrom inflamator se bazează în principal pe analizele sangvine. Acestea evidențiază o creștere a vitezei de sedimentare (V.S.) și prezența markerilor inflamației ca proteina C reactivă – mai ales în cursul infecțiilor bacteriene –, ca haptoglobina – mai ales în cursul inflamațiilor cronice–, ori ca fibrinogenul și α-2-globulina. De altfel, inflamațiile cronice antrenează adesea o modificare a numărului și aspectului elementelor sangvine: creșterea numărului de plachete și de polinucleare nutrofile (varietate de globule albe), micșorarea dimensiunilor hematiilor (globulele roșii).

DIAGNOSTIC. Acesta se pune în urma căutării cauzei sindromului inflamator prin examene, alese în funcție de interogatoriul bolnavului. Un examen fizic, cât mai complet posibil în absența simptomelor sau orientat prin interogatoriul luat bolnavului, permite să se confirme diagnosticul atunci când acesta este suspectat încă de la conversația cu bolnavul sau să fie orientat către investigații complementare.

TRATAMENT. Un sindrom inflamator în sine nu se tratează; în schimb, simptomele sindromului pot fi îngrijite, atunci când devin deranjante (dureri, redori articulare, febră), cu antiinflamatoare.

SINDROM INTERMENSTRUAL. Durere pelviană care survine în momentul ovulației. SINONIM: *sindrom ovulator*.

Acest sindrom rar și benign, durează în medie 2 până la 4 ore și este însoțit uneori de o sângerare minimă. Aceasta corespunde ruperii unui folicul ovarian și eliberării ovulului, care va fi apoi captat de către franjele unei trompe uterine. Luarea de analgezice sau de antispasmodice permite atenuarea durerii.

SINDROM INTESTINAL AL HOMOSEXUALILOR. Totalitate a tulburărilor intestinale care survin la homosexualii masculini cu parteneri multipli. În engleză: *gay bowel*.

Sindromul intestinal al homosexualilor are ca origine o infecție cu diferite bacterii (salmonelle, shigelle,

campylobacter), paraziți (giardii, amibe patogene, criptosporidii) și virusuri (citomegalovirus, H.I.V.).

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Acest sindrom se traduce printr-o diaree însoțită de dureri abdominale.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul este în funcție de germenii găsiți și constă în administrarea de antibiotice și medicamente antiparazitare.

SINDROM LACUNAR. Atingere neurologică legată de apariția unei „lacune" în creier, adică a unui accident vascular cerebral ischemic de dimensiuni mici (mai puțin de 2 centimetri).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Dat fiind caracterul limitat al leziunii, acest sindrom se exprimă, de obicei, prin atingerea unei singure funcții neurologice: hemiplegie (deficit motor al unei jumătăți a corpului), hemianestezie (deficit senzitiv al unei jumătăți a corpului) etc.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Tratamentul este esențialmente preventiv și constă în reducerea factorilor de risc (hipertensiune arterială), susceptibili să antreneze lacune cerebrale.

Prognosticul sindroamelor lacunare este, de obicei, favorabil, acestea ameliorându-se în câteva luni. Totuși, atunci când în creier s-au dezvoltat lacune multiple, tulburările tind să persiste definitiv și să antreneze o stare, zisă lacunară, care asociază un sindrom pseudobulbar (atingere laringo-faringeană cauzată de o leziune a două fascicule piramidale), un mers cu pași mici și tulburări intelectuale.

SINDROM MENINGEAN. Totalitate a simptomelor care traduc o iritație a meningelor (membranele care înconjoară creierul și măduva spinării).

Un sindrom meningean se întâlnește în cursul meningitelor (inflamații ale meningelor) și hemoragiilor meningeene (sângerare între două foițe ale meningelor).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acest sindrom asociază dureri de cap rebele, o durere și o redoare a coloanei vertebrale, precum și vărsături. El riscă să evolueze în termen scurt către o comă.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul, care trebuie stabilit de urgență, se pune pe baza examenului clinic; sindromul meningean asociind o febră doar în cazul meningitei, acest ultim semn permițând precizarea cauzei.

Tratamentul simptomelor (perfuzie intravenoasă, asistență respiratorie etc.), prioritar în cazuri grave, este asociat cu cel al cauzei (antibiotice în caz de meningită de origine bacteriană, de exemplu).

SINDROM MIELOPROLIFERATIV. Boală caracterizată printr-o proliferare excesivă a țesutului mieloid (țesutul care formează măduva oaselor). SINONIM. *sindromul mieloproliferativ cronic.*

Un sindrom mieloproliferativ se caracterizează printr-o proliferare, în măduva osoasă, a celulelor mature, care dau naștere celulelor mieloide (provenite din măduvă), morfologic și funcțional normale, spre deosebire de leucemiile acute mieloide, care se caracterizează printr-o proliferare a celulelor mieloide imature nefuncționale.

DIFERITE TIPURI DE SINDROM MIELOPROLIFERATIV. Sindroamele mieloproliferative sunt în număr de patru.

■ *Leucemia mieloidă cronică* se caracterizează printr-o creștere însemnată a numărului de celule granuloase neutrofile (celule care aparțin aceleiași descendențe ca și globulele albe, polinuclearele neutrofile) în măduvă și în sânge.

■ *Boala lui Vaquez* sau *poliglobulia primitivă* este caracterizată printr-un exces al producerii de globule roșii.

■ *Splenomegalia mieloidă* este marcată printr-o proliferare a tuturor elementelor figurate ale sângelui (globule roșii, globule albe, plachete), o creștere adesea foarte importantă a volumului splinei și printr-o invadare a măduvei osoase de țesutul fibros (mielofibroză).

■ *Trombocitemia primitivă* se caracterizează printr-o creștere notabilă a numărului de plachete sangvine.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Sindroamele mieloproliferative au în comun:

– creșterea, în sânge, a numărului de celule aparținând cel puțin uneia dintre suișele provenite din măduva osoasă;

– proliferarea celulelor măduvei osoase;

– proliferarea frecventă a volumului splinei, care reîncepe să producă celule mieloide așa cum o făcea în cursul vieții fetale;

– o tendință la tromboze, legată de încetinirea circulației sangvine, încetinire cauzată de creșterea numărului de celule mieloide din sânge.

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE. Tratamentul face apel, după caz, la o chimioterapie care diminuează multiplicarea celulară, la o micșorare a elementelor sangvine în surplus prin citafereză, la sângerări regulate (în cazul bolii lui Vasquez) sau încă, atunci când este posibil, la o grefă de măduvă.

Evoluția acestor sindroame, de obicei cronică, se face în mai mulți ani, adesea în mai multe decenii.

SINDROM MONONUCLEOZIC. Infecție virală sau alergică în cursul căreia se observă în sânge limfocite stimulate, denumite și limfocite hiperbazofile sau mononucleare mari albăstrui, caracterizate prin dimensiunile lor mari și printr-o citoplasmă întinsă care fixează coloranții bazici.

Un sindrom mononucleozic se observă în cursul bolilor ca mononucleoza infecțioasă (primo-infecție cauzată de virusul lui Epstein-Barr), în primo-infecția cu H.I.V. (virusul cauzator al SIDA), în infecțiile cu citomegalovirus sau în hepatitele virale, și în cursul reacțiilor alergice importante, în particular cele față de antibiotice. Acest ultim caz poate

da naștere unor forme de sindrom mononucleozic atât de severe încât sunt uneori confundate cu semnele unei leucemii. Sindromul mononucleozic regresează, în general, de la sine în una sau două săptămâni.

SINDROM NEFRITIC. Totalitate a simptomelor care însoțesc o glomerulonefrită acută (boală renală caracterizată printr-o atingere acută a glomerulilor).

Sindromul nefritic, în general cu apariție bruscă, se traduce prin prezența de sânge și de proteină în urină, prin edeme și o hipertensiune arterială. Diagnosticul sindromului nefritic trebuie confirmat printr-o biopsie renală.

TRATAMENT. În afara bolii în cauză, tratamentul vizează îngrijirea simptomelor sindromului: regim hiposodat, restricție la apă, tratamentul hipertensiunii.

SINDROM NEFROTIC. Totalitate a simptomelor care însoțesc un mare număr de glomerulonefrite (boli renale caracterizate printr-o atingere cronică a glomerulilor).

Sindromul nefrotic rezultă dintr-o creștere a permeabilității peretelui capilarelor glomerulare, care lasă să scape în urină proteine din plasma sangvină.

CAUZE. Aproape toate glomerulonefritele pot provoca un sindrom nefrotic, fie că este fără o cauză cunoscută, fie că este consecutiv unui diabet, unei amiloze, unui lupus eritematos acut etc.).

SIMPTOME ȘI SEMNE

■ *Proteinuria* (prezența de proteine în urină) este foarte abundentă, întotdeauna mai mare de 4 grame pe 24 ore, dar putând atinge niveluri de 15 până la 20 grame în 24 ore, chiar mai mult.

■ *Hipoproteinemia* (nivel al proteinelor anormal de scăzut în sânge) care rezultă este întotdeauna sub 60 grame pe litru. Pierderea de proteine referindu-se, în principal, la albumină, există întotdeauna o hipoalbuminemie (nivel anormal de scăzut al albuminei în sânge) sub 30, chiar sub 15 sau 10 grame pe litru.

■ *Edemele* sunt provocate de hipoalbuminemie. Ele sunt subcutanate, albe, moi, nedureroase. Adesea foarte importante, ele apar pe membrele inferioare, pe abdomen, pe față și în regiunea lombară și se traduc printr-o luare în greutate de câteva kilograme. Uneori, ele difuzează în membranele seroase (peritoneu, pleură, pericard): aceasta este anasarca.

■ *Alte anomalii biologice* caracteristice acestui sindrom: creșterea în sânge a nivelului de colesterol (hipercolesterolemie) sau de trigliceride (hipertrigliceridemie), tulburări care se referă la unii factori sangvini ai coagulării.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Simptomele sindromului nefrotic trebuie să fie tratate de la începutul bolii: regim hiposodat, restricție de apă, diuretice (furosemid, spironolactonă) pentru a combate edemele; tratament anticoagulant pentru a combate hipercolesterolemia și hipertrigliceridemia etc.

Prognosticul unui sindrom nefrotic depinde de cauza sa. În anumite cazuri, tratamente specifice, ca de exemplu cele cu corticosteroizi, pot să-l vindece complet. În alte cazuri, aceste tratamente nu au nici o eficacitate și boala glomerulară poate evolua spre o insuficiență renală cronică.

SINDROM OBSTRUCTIV. Afecțiune caracterizată printr-o micșorare a calibrului bronhiilor.

CAUZE. Un sindrom obstructiv este cauzat de o tulburare a ventilației (circulației de aer în căile respiratorii) provocată de astm sau de o boală legată de tabagism (bronșită cronică obstructivă, emfizem).

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Spirometria (înregistrarea respirației) arată o micșorare a debitelor de aer, îndeosebi a V.E.M.S. (volum expirator maxim pe secundă), și anomalii ale curbei debit-volum în cazul în care sunt atinse bronșiolele (bronhiile mici). O gâfâială la efort apare în formele evoluate.

TRATAMENT. Tratamentul unui sindrom obstructiv, confundat cu cel al cauzei sale, constă în luarea de bronhodilatatoare (betastimulante, corticosteroizi, teofilină).

SINDROM OCULO-URETRO-SINOVIAL. Afecțiune cronică ce este caracterizată prin asocierea inflamațiilor oculare, uretrale sau digestive și articulare. SINONIM: *sindromul lui Fissinger-Leroy-Reiter*.

Sindromul oculo-uretro-sinovial face parte dintre artritele reacționale: într-un prim timp, apare un focar infecțios în organism; acesta provoacă o reacție a sistemului imunitar, care agresează în continuare diferite organe, în particular articulațiile. Focarul infecțios este fie uretral (uretrită provocată de o chlamydie sau de o mycoplasmă) fie digestiv (diaree cauzată de shigelle, de yersinii, de salmonellă sau de campylobacter).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Sindromul oculo-uretro-sinovial se traduce printr-o diaree, urmată de o conjunctivită, o uretrită (inflamație a uretrei) și, în sfârșit, de o artrită care afectează mai ales rachisul și articulațiile sacro-iliace, dar și șoldurile, genunchii, coatele, încheieturile mâinilor și articulațiile interfalangiene. Mai rar, apar pe palme și pe suprafețele plantare leziuni cutanate (keratodermie și pustule).

EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT. Boala evoluează prin pusee, în general în câteva luni sau un an, lăsând frecvent sechele articulare sau oculare.

Tratamentul face apel la antiinflamatoare nesteroidiene.

→ SPONDILARTROPATIE.

SINDROM PARANEOPLAZIC. Totalitate a manifestărilor asociate unui cancer, evoluând în același timp cu acesta.

Sindroamele paraneoplazice sunt prezente la 7 până la 15% dintre pacienții care au cancer. Ele apar fie în analizele sangvine (dozări hormonale, numărătoare a formulei sangvine etc.), fie la examinarea bolnavului; ele pot fi primele simptome ale cancerului sau pot apărea după diagnosticarea lui. Unele dintre aceste sindroame sunt consecința difuziei în organism a unei substanțe secretate de către tumora malignă.

SINDROM PARKINSONIAN. Asociere între o akinezie (mișcări rare și lente), o hipertonie (rigiditate) și o tremurătură în stare de repaus. SINONIM: *sindrom extrapiramidal*.

CAUZE. Sindromul parkinsonian se observă în cursul bolii lui Parkinson, dar și în cursul altor afecțiuni neurologice degenerative ca atrofia olivo-ponto-cerebeloasă (boală ereditară care afectează sistemul nervos central). El mai poate fi provocat și de luarea de neuroleptice o perioadă îndelungată.

TRATAMENT. Acesta constă în tratarea bolii în cauză sau în suspendarea luării de neuroleptice atunci când sindromul este de origine medicamentoasă; acesta mai persistă totuși încă mai multe săptămâni după oprirea tratamentului neuroleptic. → PARKINSON (boală a lui).

SINDROM POSTTRAUMATIC. Totalitate a tulburărilor observate la anumiți pacienți ca urmare a unui accident, în absența oricărei cauze organice.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acest sindrom, care nu trebuie confundat cu sechelele unui accident, constă în dureri constante sau neregulate, de intensitate și localizare variabile. La unii pacienți, durerile nu survin decât în împrejurări deosebite (schimbarea anotimpului sau a climatului, de exemplu). Ele se asociază cu deficite senzoriale sau psihice (scăderea acuității vizuale sau auditive, pierderea memoriei). Sindromul posttraumatic poate fi intens, putând interzice bolnavului revenirea la o activitate profesională normală și aducerea acestuia în situația de a face o sinistroză (refuzul de a recunoaște vindecarea sa ori amplificarea prejudiciului suferit).

Cel mai frecvent dintre sindroamele posttraumatice se întâlnește la victimele unui traumatism cranian ușor și se traduce prin dureri de cap, amețeli, tulburări ale atenției și memoriei, o insomnie sau o astenie (slăbiciune mare).

Examenele clinice și paraclinice (scaner, imagerie prin rezonanță magnetică) nu pun în evidență nici o leziune organică.

TRATAMENT. Acesta constă în psihoterapie și în administrarea de medicamente tranchilizante sau antidepresoare.

SINDROM PREMENSTRUAL. Totalitate a tulburărilor fizice și psihologice care survin înaintea fluxului menstrual.

Sindromul premenstrual este destul de frecvent, afectând între 10 și 20% dintre femei. Cauzele sale, încă insuficient elucidate, par să fie, între altele, hormonale.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Sindromul premenstrual apare întotdeauna la o femeie în această perioadă a ciclului menstrual, între a 14-a zi a ciclului până la cu 2 zile înaintea fluxului menstrual. El este de o intensitate variabilă și se întrerupe o dată cu declanșarea scurgerilor menstruale.

■ *Semnele fizice* sunt o umflare a gleznelor și a pleoapelor, care traduc o retenție de apă. O umflare a sânilor, o balonare abdominală, o greutate pelviană, uneori chiar o luare în greutate, dureri de cap, migrene, vertije și oboseală.

TRATAMENT. Atunci când semnele nu sunt prea marcate, tratamentul rămâne personal, și fiecare femeie descoperă după o anumită vreme mijloacele de a depăși starea sa de indispoziție: relaxare, exercițiu fizic, regim alimentar. Tratamentul, foarte eficace în caz de sindrom premenstrual important, constă în luarea pe cale orală de progesteron natural sau de sinteză, ori, încă, luarea de ulei de onagru sau de medicamente venotonice, între a 15-a și a 25-a zi a ciclului.

SINDROM RADICULAR. Totalitate a simptomelor legate de atingerea (inflamație, infecție, compresie) unei rădăcini nervoase.

Un sindrom radicular este caracterizat, în principal, prin radiculalgie (durere pe traiectul fibrelor nervoase provenite din rădăcina afectată).

Atunci când atingerea este de importanță, poate să se adauge un deficit motor, care afectează exclusiv mușchii inervați de rădăcina lezată, iar reflexele osteotendinoase pot dispărea.

SINDROM RESTRICTIV. Afecțiune caracterizată prin micșorarea capacității pulmonare totale (volumul total de aer conținut în plămâni la sfârșitul unei inspirații maxime).

CAUZE. Un sindrom restrictiv este provocat de o tulburare a ventilației (circulației de aer în căile respiratorii). El poate fi consecutiv unei pneumectomii (ablație chirurgicală a unui plămân), unei paralizii a mușchilor respiratori (poliomielită), unei boli care distruge o parte importantă a țesutului pulmonar (fibroză, prin dezvoltarea de țesut fibros), unui blocaj sau unei deformări importante a toracelui (spondilartrită anchilozantă, scolioză etc.).

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Acest sindrom se traduce, atunci când se efectuează spirometria (măsurarea volumelor și debitelor pulmonare) printr-o micșorare a volumelor de aer inspirate și expirate. El se manifestă printr-o gâfâială la efort de o amploare variabilă.

TRATAMENT. Sindromul restrictiv are un tratament care vizează îngrijirea cauzei, atunci când este posibil; în formele severe, el constă în tratarea acestor simptome (oxigenoterapie, de exemplu).

SINDROM ROTULIAN. Totalitate a simptomelor legate de o atingere a cartilagiilor rotulei și cartilagiilor femurului care se găsesc în față (trohlee), asociată uneori cu o dezaxare a rotulei.

CAUZE. Diferiți factori sunt predispozanți la sindromul rotulian. Acesta poate fi legat, de exemplu, de o anomalie morfologică a rotulei sau a trohleei; de o proastă poziționare congenitală a rotulei ori una dobândită prin dezechilibru muscular; de o utilizare neobișnuită sau excesivă a rotulei; de un puseu de creștere; de o amplificare a practicării sporturilor; de o suprâncărcare ponderală care impune constrângeri mecanice importante asupra cartilagiului.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Pacientul resimte o jenă dureroasă mai întâi în timpul efortului, apoi în viața obișnuită (coborârea scărilor, poziția așezat pe o durată mare de timp). Această durere este însoțită câteodată de o senzație de instabilitate sau de blocare a genunchiului.

TRATAMENT. În vederea calmării durerii, tratamentul medical impune oprirea activităților sportive, luarea de antiinflamatoare nesteroidiene și o fizioterapie (ionizări, ultrasunete). O reeducare permite, în plus, recentrarea rotulei întărind musculatura anumitor părți ale cvadricepsului. Un tratament chirurgical nu se impune decât în caz de anomalii morfologice confirmate și nu este avut în vedere decât după eșecul tratamentului medical.

SINDROM URETRAL ACUT. Durere brutală în uretră în absența oricărei infecții a aparatului genito-urinar.

Sindromul uretral acut afectează îndeosebi femeia. Este un sindrom prost definit, probabil de origine psihică, deoarece examenele clinice nu evidențiază nici o cauză care să explice durerile; el este însoțit adesea de tulburări micționale (dorința frecventă de a urina). Tratamentul se bazează pe analgezice; ca în toate bolile psihosomatice adesea se dovedește util un ajutor psihologic.

SINDROM USCAT. → GOUGEROT-SJÖGREN (sindrom al lui).

SINECHIE. Lipire prin țesut fibros patologic a două țesuturi sau a două părți ale unui organ care sunt separate în mod normal.

■ *Sinechiile uterine* sunt consecutive fie unei infecții, fie unui traumatism (aspirație practicată pentru o întrerupere voluntară a cursului sarcinii). În cursul cicatrizării apare țesut fibros ce tapetează peretele intern al uterului și al trompelor și care formează bride întinse de la un capăt la altul. Sinechiile uterine, împiedicând nidația oului, provoacă o sterilitate. Tratamentul constă în secționarea lor cu laser prin histeroscopie (cu ajutorul unui tub optic și al instrumentelor chirurgicale introduse prin colul uterin) sub anestezie locală.

SINERGIE MEDICAMENTOASĂ. Interacțiune a două sau mai multor medicamente care au moduri asemănătoare de acțiune și al căror efect terapeutic este egal sau superior efectelor adiționate ale fiecăruia dintre ele luate separat.

EFECTE NEDORITE. Poate fi periculos să asociem mai multe medicamente dacă nu se cunosc efectele potențiale ale unei astfel de asocieri. Unele interacții medicamentoase se traduc printr-o creștere a toxicității unuia sau mai multor medicamente luate simultan. De exemplu, aspirina și antivitaminele K (varietăți de anticoagulante) au fiecare câte un anume efect hemoragic, care crește dacă un subiect le ia în același timp.

SINISTROZĂ. Conduită patologică a unui subiect, care după o boală sau după un accident, refuză să recunoască vindecarea sa ori amplifică prejudiciul suferit.

Subiectul este de cele mai multe ori de bună credință, dar sinceritatea sa este cea a unui ipohondru sau a unui nevrozat prins în propriul lui joc, prin autosugestie sau prin influența anturajului. Sinistroza este tratată prin diferite terapii, precum hipnoza și psihoterapia.

SINOSTOZĂ. Unirea completă a două oase prin osificarea zonei fibroase sau cartilaginoase care le separă.

O sinostoză poate fi fiziologică (între două oase ale craniului, de exemplu) sau patologică, afectând două oase, ca radiusul și cubitusul, dar aflate accidental în contact cu ocazia unei fracturi prost sau deloc reduse. În acest ultim caz, ea devine adesea dureroasă. Atunci, puntea respectivă trebuie suprimată pe cale chirurgicală.

SINOVECTOMIE. Ablație chirurgicală, parțială sau totală, a unei sinoviale (membrană care tapetează cavitatea articulațiilor mobile) atinsă de o afecțiune articulară.

Se recurge la sinovectomie atunci când alte metode terapeutice locale (corticosteroizi, izotopi radioactivi, antibiotice etc.) au făcut dovada ineficacității lor și când articulația rămâne dureroasă și invalidantă.

TEHNICĂ. Sinovectomia se practică sub anestezie locoregională sau generală după deschiderea chirurgicală largă a articulației și sub artroscopie. În ambele cazuri, bolnavul trebuie să fie spitalizat. Artroscopia nu permite o sinovectomie tot atât de completă ca și chirurgia convențională, dar ea este mai puțin grea ca act chirurgical și dă posibilitatea, atunci când operația privește o articulație a membrului inferior, reluării mai rapide a mersului.

SINOVIALĂ. Membrană care tapetează interiorul capsulei articulațiilor mobile.

Sinoviala este înconjurată de capsula sinovială și de ligamente. Ea conține și produce un lichid lubrifiant denumit sinovie, care facilitează alunecarea suprafețelor articulare.

Atunci când sinovială este deteriorată, de exemplu, din cauza unei boli inflamatorii (poliartrită reumatoidă), unei infecții, unei tumori etc. se pot practica o sinovectomie (ablația sinovialei) sau o sinovioreză (injectarea intraarticulară a unei substanțe care vizează distrugerea sinovialei). ■ *Franjele sinoviale* sunt deformații fiziologice care proeminează în cavitatea articulară și acoperă golurile care se formează în cursul anumitor mișcări. Ele mai pot fi și patologice, hipertrofiate din cauza, de exemplu, a unui conflict mecanic sau consecutive unei proliferări a sinovialei, de origine tumorală sau inflamatorie.

Teaca sinovială. Aceasta este o membrană seroasă subțire care înconjoară tendoanele (îndeosebi pe cele ale mușchilor flectori și extensori ai degetelor de la mâini și de la picioare), permițând alunecarea lor.

SINOVIE. Lichid incolor transparent și în cantitate mică, secretat de către sinovială, care lubrifiază suprafețele articulare, ușurând alunecarea lor în cursul mișcărilor.

SINOVIE (efuziune de). → HIDARTROZĂ.

SINOVIORTEZĂ. Injectare intraarticulară a unei substanțe, care are drept scop distrugerea unei sinoviale (membrană care tapetează în interiorul capsulei articulațiilor mobile) patologice.

O sinovioreză se practică atunci când o sinovială este inflamată din cauza unei artrite; această tehnică face parte îndeosebi din tratamentul poliartritei reumatoide, boală în cursul căreia sinoviala se îngroașă, constituind veritabili noduli inflamatorii (panus) care distrug treptat cartilagiile, oasele și ligamentele. Sinoviala se reconstituie în 2 luni.

SINOVITĂ. Inflamație a sinovialei (membrană care tapetează interiorul capsulei articulațiilor mobile).

O sinovită poate să fie legată mai ales de o infecție intraarticulară (artrită septică), de o boală de sistem (lupus eritematos diseminat), de o artrită inflamatorie (poliartrită reumatoidă, spondilartrită anchilozantă) sau microcristalină (gută, condrocalcinoză articulară). Toate articulațiile pot fi atinse.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Sinoviala inflamată se îngroașă, putând provoca erodarea osului subiacent, cu apariția uneori a unor adevărați noduli inflamatorii (panusul sinovial al poliartritei reumatoide, de exemplu). Ea secretă un lichid sinovial abundent, a cărei puncționare permite să se precizeze caracterul inflamator. Sinoviala fiind bogat inervată, articulația este dureroasă.

TRATAMENT. Tratamentul sinovitei constă în administrarea de antiinflamatoare locale (pomezi, infiltrații) și în tratarea bolii în cauză. Atunci când sinovita este cronică, se poate practica o sinovioreză (injectarea în articulație a unei substanțe care vizează distrugerea sinovialei).

SINUCIDERE. Act prin care un individ își provoacă propria moarte. SINONIM: *autoliză*.

Sinuciderea este un fenomen complex, ce depășește cadrul psihiatric la care este redus frecvent, în măsura în care se pune problema libertății omului și a opțiunilor sale (inclusiv cea de a muri). Sinuciderea, cea de a patra cauză de mortalitate generală, a doua cauză de mortalitate la adolescenți (după accidentele de circulație), rămâne o problemă socială gravă, ale cărei mecanisme și granițe sunt adesea foarte dificil de deslușit.

La adolescent, sinuciderea este adesea precedată de o lungă perioadă de pregătire silențioasă, dar actul în sine este impulsiv și, din acest motiv, există un risc de eșec mai mult sau mai puțin conștient.

În psihopatologie, se stabilește o gradare între ideea de moarte (imprecisă și scurtă, proprie crizelor de „plictis"), ideea de sinucidere (cu o reprezentare concretă a actului) și tentativa de sinucidere, corespunzând unei forme extreme de întoarcere agresivă împotriva propriei persoane. Sinuciderea constituie complicația majoră a psihozelor, depresiunilor, schizofreniei, bufeurilor delirante, delirelor cronice și, mai ales, melancoliei. Trebuie, de asemenea, intervenit în epilepsie, alcoolism și în anumite cazuri de raptus (criză violentă de anxietate, însoțită de o pierdere a controlului de sine). Evocarea ideilor de sinucidere, în general fără urmări, împestrițează frecvent depresiunile zise minore (nevrotice sau reacționale). Totuși, chiar atunci când ideile de sinucidere îmbracă forma unui șantaj afectiv (la isteric îndeosebi), nu trebuie niciodată subestimate. De altfel, o tendință distructivă latentă poate să se traducă printr-un comportament care pune în pericol viața subiectului: căutarea inconștientă a riscului (sport, conducerea automobilului), alcoolism, toxicomanie, care sunt tot atâtea metode de „a cocheta cu moartea". Dar mai există numeroase cazuri de sinucidere fără origine psihopatologică evidentă, ca de exemplu cu ocazia unei catastrofe colective (invazie, război, calamitate naturală), falimentul unui ideal, o amenințare de dezonoare, o boală incurabilă etc.

DIAGNOSTIC ȘI PREVENIRE. În fața unei eventualități de sinucidere, medicul va trebui să precizeze diagnosticul și să evalueze semnele de alarmă, impunând spitalizarea: insomnie rebelă, autoacuzare, absența speranței de vindecare, anxietate severă cu repliere în sine sau impulsivitate excesivă. În majoritatea cazurilor, tentativa de sinucidere reprezintă un mesaj dat anturajului, o ultimă încercare de afirmare de sine și de acțiune asupra lumii, atunci când toate posibilitățile de adaptare par epuizate. În mod paradoxal, dorința de a muri ascunde atunci o dorință de a trăi, pe care trebuie să știi să o înțelegi și să o consolidezi fără moralism, nici cu un psihiatrism abuziv. Orice tentativă de sinucidere este gravă și trebuie să impună o reflexie socială și

psihiatrică, destinată să evalueze posibilitățile de prevenire, de însoțire terapeutică a subiectului și a anturajului său. De fapt, numărul de sinucideri reușite după una sau două tentative nereușite este mare. Fără a exagera supravegherea acestor subiecți, trebuie să se știe cum să se anticipeze motivele sau circumstanțele favorizante, fie că ele sunt de ordin social, terapeutic sau familial. Aprecierea regulată a calității relației, a schimbărilor minime de comportament sau vizitarea amicală rămân cele mai eficace mijloace de prevenire.

SINUS. Denumire dată anumitor cavități ale organismului.

SINUS AL FEȚEI. Cavitate umplută cu aer, scobită în oasele capului, ce se deschide în fosele nazale.

Aceste sinusuri sunt simetrice, de fiecare parte a liniei mediane a feței, și tapetate cu o mucoasă asemănătoare cu cea a foselor nazale. Rolul lor nu este bine cunoscut.

DIFERITE TIPURI DE SINUS AL FEȚEI

■ *Sinusul etmoidal* este format din mai multe cavități, sau celule, comunicând între ele. El este săpat în profunzime în masa laterală a etmoidului, în spatele rădăcinii nasului și între fețele interne ale orbitelor.

■ *Sinusul frontal* este scobit în osul fontal, deasupra orbitei.

■ *Sinusul maxilar* este scobit în osul maxilarului superior, sub orbită. Prin fața sa inferioară el se află în legătură cu rădăcinile celui de al doilea premolar și primilor doi molari.

■ *Sinusul sfenoidal* este scobit în corpul osului sfenoid care închide în spate fosa nazală.

Bolile sinusurilor sunt inflamatorii (sinuzite) și tumorale.

SINUZITĂ. Inflamație a sinusurilor feței.

O sinuzită atinge un sinus izolat sau ansamblul sinusurilor. Inflamația poate fi acută sau cronică.

Sinuzită acută. Este vorba de o inflamație a sinusurilor feței cauzată fie de propagarea unei infecții de la nivelul foselor nazale, fie, în cazul unui sinus maxilar, a unei infecții a rădăcinii unui dinte de pe maxilarul superior.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Semnele sunt adesea unilaterale și constau într-o rinoree (scurgere nazală) purulentă care poate fi posterioară și poate trece în faringe fără să se exteriorizeze, într-o alterare a stării generale cu obosează și febră în jur de 38,5°C și într-o durere locală a feței.

Sinuzita maxilară este dureroasă dedesubtul ochiului, sinuzita frontală deaspra ochiului, sfenoidita (sinuzita sfenoidală), în spatele ochiului. Etmoidita (sinuzita etmoidului), frecventă mai ales la copil, se caracterizează printr-o umflătură, o înroșire și o durere a unghiului intern al ochiului.

Sinuzitele pot să se complice printr-o acumulare de puroi prin blocarea scurgerii (sinuzită zisă blocată, orificiul fiind astupat de secreții și de inflamația mucoasei), printr-o extindere a infecției la ochi sau printr-o meningită, care impune un tratament de urgență.

TRATAMENT. Tratamentul formelor puțin dureroase și puțin febrile se limitează la pulverizări locale de medicamente vasoconstrictoare, la inhalații calde și mentolate și la analgezice. Tratamentul formelor mai avansate asociază antibiotice și antiinflamatoare luate pe cale orală. În formele foarte dureroase, o puncție prin trocar, apoi o spălătură a sinusului sunt uneori necesare.

Sinuzita cronică. Este vorba de o inflamație a sinusurilor feței care durează mai mult de trei luni.

Sinuzitele cronice pot fi unilaterale (ele sunt atunci legate adesea de o infecție dentară, uneori de o malformație a cornetelor sau a septului nazal) sau bilaterale; în acest caz, originea este prost cunoscută și poate rezulta dintr-o boală difuză a mucoasei pituitare care tapetează fosele nazale.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Bolnavul se plânge, în general, de o rinoree (scurgere nazală) mai mult sau mai puțin purulentă, de o senzație de obstrucție nazală și de tuse cronică în timpul nopții.

TRATAMENT. Tratamentul asociază antibiotice, antiinflamatoare și descongestionante ale foselor nazale. În caz de eșec, un tratament chirurgical (curățarea sinusurilor realizată de cele mai multe ori prin endoscopie) poate fi propus.

SIRINGOM. Foarte mică tumoră cutanată benignă, dezvoltată pe seama canalului excretor al unei glande sudoripare ecrine (glandă prezentă peste tot sub piele, care secretă sudoarea).

SIRINGOMIELIE. Boală rară caracterizată prin prezența în măduva spinării a unei cavități lichidiene patologice independente de canalul ependimului.

Cavitatea este localizată în substanța cenușie, în centrul părții de sus a măduvei; ea distruge fibrele nervoase care vehiculează sensibilitatea pielii la temperatură și la durere.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Siringomielia se caracterizează prin tulburări senzitive zise „disociate" (sensibilitatea profundă și sensibilitatea tactilă de finețe nu sunt atinse) și „suspendate" (doar membrele superioare sunt afectate).

Unul dintre semnele cele mai evocatoare ale unui început de siringomielie este incapacitatea pacientului de a resimți arsurile la mâini (insensibilitate la temperatură); o durere sau un deficit motor al mâinilor pot, de asemenea, să survină și, mult mai rar, tulburări ale mersului. Alte semne variază în funcție de extinderea cavității: paralizii în caz de extindere orizontală, dizartrie (tulburări ale vorbirii), glosoplegie (paralizie a limbii), tulburări ale deglutiției în caz de extindere în sus lezând bulbul rahidian (siringobulbie). Boala evoluează, în general, foarte lent; ea se stabilizează uneori chiar spontan.

TRATAMENT. Tratamentul este foarte limitat; o intervenție neurochirurgicală, constând în plasarea unui cateter de

derivație de la cavitatea patologică până la lichidul cefalorahidian care înconjoară măduva spinării, este indicată uneori în caz de siringomielie evolutivă și invalidantă.

SISTEM. Totalitate a organelor legate între ele printr-o funcție comună, dar nu în mod necesar și printr-o continuitate anatomică.

Sistemul endocrin, de exemplu, se definește printr-o aceeași funcție, funcția hormonală, asigurată de către glande (hipotalamus, hipofiză, tiroidă, paratiroide, suprarenale, pancreas endocrin, ovare, testicule) care deversează în circulația sangvină substanțe numite hormoni, acționând astfel la distanță asupra altor organe. → APARAT.

SISTEM (boală de). → CONECTIVITĂ.

SISTEM ENDOCRIN. Ansamblu al glandelor endocrine.

Structura și formarea sistemului endocrin. Sistemul endocrin este compus din mai multe glande, unele dintre ele fiind controlate de către hipofiză, la rândul ei o glandă endocrină, și de către hipotalamus, altele având un mod de funcționare mai autonom. Primele sunt glanda tiroidă, glandele corticosuprarenale și gonadele (ovare și testicule) ale căror secreții depind strâns de hormonii hipofizari, la rândul lor aflați sub controlul hipotalamusului. Celelalte glande endocrine sunt glandele paratiroidie, glandele medulosuprarenale și pancreasul endocrin.

Sistemul endocrin are în organism o funcție de reglare a metabolismului, a creșterii și a funcției sexuale. El are o particularitate și anume autoreglarea: nivelul de secreție al fiecărui hormon este reglat, pe de o parte, de către cel al substanței a cărei concentrație sangvină o reglează (concentrația de glucoză pentru insulină, de exemplu), pe de altă parte, mulțumită unui retrocontrol al secreției hormonilor hipotalamohipofiziari corespunzători (astfel, excesul de hormoni tiroidieni din sânge frânează secreția de tireostimulină hipofizară, care, la rândul ei, o frânează pe cea a tireoliberinei hipotalamice).

GLANDE ALE SISTEMULUI ENDOCRIN

■ *Hipofiza* (mică glandă endocrină situată la baza creierului) este conținută în șaua turcească. Ea este constituită din două părți: antehipofiza în față, care secretă hormoni antehipofizari (corticotrofină, tireostimulină, cele două gonadotrofine, prolactina, somatotrofina); posthipofiza în spate, care stochează hormonul antidiuretic și ocitocina. Hipofiza este controlată de către hipotalamus, structură a sistemului nervos central. Hipotalamusul asigură acest control secretând factorii stimulanți și inhibant al secrețiilor hipofizare. Aceștia sunt corticoliberina (sau CRF, *corticotrophin releasing factor* [factor de eliberare a corticotrofinei]), care acționează asupra secreției de corticotrofină; tireoliberina (sau TRH, *thyrotrophin releasing hormone* [hormon de eliberare a tireostimulinei]), care acționează asupra secreției de tireostimulină; gonadoliberina (numită și Gn-RH, *gonadotrophin releasing hormone* [hormon de eliberare a gonadotrofinelor] sau LH-RH, *luteinizing releasing hormone* [hormon de eliberare a hormonului luteinizant]), care acționează asupra secreției de gonadotrofine; somatocrinina (sau GH-RH, *growth hormone releasing inhibiting hormone* [hormon care inhibă eliberarea somathormonului]), care acționează asupra secreției de somathormon (hormonul de creștere). În sfârșit, dopamina, partial secretată de hipotalamus, controlează secreția de prolactină. Secreția hormonilor hipotalamici (cu excepția dopaminei) este supusă unui fenomen de retrocontrol exercitat de către hormonii hipofizari corespunzători.

■ *Glanda tiroidă*, situată pe fața anterioară a gâtului, în fața traheei, este stimulată de tireostimulina hipofizară. Ea produce hormoni tiroidieni: tiroxina (T4) și triiodotironina (T3), precum și calcitonina.

■ *Glandele corticosuprarenale*, porțiunea superficială a suprarenalelor, situate la polii superiori ai celor doi rinichi, sunt stimulate de corticotrofina hipofizară. Ele asigură sinteza hormonilor glucocorticosteroizi (între care principalul este cortizolul) și mineralcorticosteroizi (în principal, aldosteronul).

■ *Glandele medulosuprarenale*, porțiunea centrală a suprarenalelor, secretă catecolamine (adrenalină, noradreinalină), plecând de la precursorul lor dopamina.

■ *Glandele paratiroide*, situate pe fața posterioară a tiroidei, secretă parathormonul.

■ *Gonadele* (ovare, testicule) sunt stimulate de către gonadotrofinele hipofizare. Ele asigură secreția hormonilor sexuali feminini (estrogeni) și masculini (testosteron) și deci ovulația și ciclul menstrual la femeie, spermatogeneza la bărbat.

■ *Pancreasul endocrin* este format din îngrămădiri de celule endocrine alfa și beta, grupate în insule în cuprinsul pancreasului. Celulele beta secretă insulina; celulele alfa, glucagonul.

HORMONI AI SISTEMULUI ENDODRIN

■ *Catecolaminele* (adrenalină, noradrenalină, dopamină), secretate de glandele medulosuprarenale, provoacă constricția pereților vaselor (efect vasoconstrictor) și au un efect stimulant asupra mușchiului cardiac. Ele acționează în mai mică măsură asupra multor alți mușchi: bronșic, intestinal, vezical, uterin etc. Unele dintre acțiunile lor sunt favorizate de corticosteroizi și de hormonii tiroidieni.

■ *Corticotrofina*, ori hormonul corticotrop (ACTH, adrenocorticotrofină), secretată de către antehipofiză, stimulează glandele corticosuprarenale. Nivelul acestui hormon în sânge variază în funcție de oră, de stres și de nivelul sangvin al cortizolului.

■ *Gonadotrofinele* (hormonul foliculostimulant, ori FSH [*folliculostimulating hormone*], și hormonul luteinizant, ori LH [luteinizing hormone] secretat de către antehipofiză, asigură funcționarea gonadelor (ovare și testicule). La femeie, nivelul lor sangvin variază în cursul ciclului menstrual.

■ *Hormonul antidiuretic*, ori *vasopresina*, secretat de către hipotalamus și stocat în posthipofiză, are un mod de secreție și de control total diferit și autonom. El reglează concentrarea urinei în rinichi.

■ *Hormonii glucocorticosteroizi* (cortizol) și *mineralocorticosteroizi*, formează corticosteroizii. Aceștia au un rol important asupra tonusului vascular și diferitelor metabolisme glucidice, proteice și lipidice. Aceste două tipuri de hormoni se află sub controlul corticotrofinei hipofizare. Mineralocorticosteroizii, care permit retenția sodiului de către rinichi, se află, de asemenea, sub controlul sistemului renină-angiotensină (enzime renale). Secreția de glucocorticosteroizi este crescută de către stres, febră, în caz de infecție sau de un traumatism ori prin luarea unei pilule estroprogestative.

■ *Hormonii tiroidieni* (tiroxina, ori T4, și triiodotironina, ori T3), secretați de către glanda tiroidă, stimulează consumul de oxigen și mușchiul cardiac, participă la mecanismul glucidic și lipidic și sunt indispensabili creșterii și dezvoltării organismului. Ei au influență asupra catecolaminelor. Nivelul lor din sânge este anormal de ridicat în caz de hipertiroidie, anormal de scăzut în hipotiroidie.

■ *Insulina* și *glucagonul*, secretați respectiv de către celulele beta și alfa ale pancreasului endocrin, acționează împreună cu cortizolul suprarenalian, hormonul de creștere hipofizar și catecolaminele — secretate de către glandele medulosuprarenale — pentru asigurarea într-o manieră foarte precisă a reglării glicemiei (nivelul sangvin de glucoză). Insulina este un hormon hipoglicemiant (ea scade nivelul sangvin de glucoză), în timp ce glucagonul are o acțiune hiperglicemiantă (el crește acest nivel).

■ *Ocitocina*, sintetizată de către hipotalamus și stocată de către posthipofiză stimulează contracțiile uterului femeii gravide la termenul nașterii și favorizează alăptarea

■ *Estrogenii* și *testosteronul* sunt secretați, primii mai ales de către ovare, al doilea, în principal, de către testicule. Estrogenii acționează asupra căilor genitale (lubrificarea vaginală, îngroșarea mucoasei uterine) și asupra apariției caracterelor sexuale feminine la pubertate. Testosteronul, principalul androgen, acționează asupra caracterelor sexuale masculine (pilozitate, musculatură, asprirea vocii) și stimulează sinteza proteinelor. El poate să se găsească în exces la femeie în cursul afecțiunilor de ovare sau ale glandelor suprarenale (tumoră, chist).

■ *Parathormonul*, secretat de către glandele paratiroide, are o acțiune asupra oaselor și asupra rinichilor și concurează astfel, împreună cu vitamina D, la controlul foarte precis al nivelului sangvin al calciului. Propriul său nivel plasmatic este mărit în caz de hiperparatiroidie și de hipocalcemie.

■ *Prolactina*, secretată de către antehipofiză, are un rol în producerea de cazeină a laptelui în timpul lactației. Nivelul său sangvin crește în caz de sarcină, în cursul diferitelor afecțiuni (insuficiență renală, hipotiroidie etc.) sau sub efectul unor medicamente.

■ *Somatotrofina*, *ori hormonul de creștere* (GH, *growth hormone*) secretat de către antehipofiză, asigură creșterea osoasă prin intermediul factorilor de creștere. Nivelul său sangvin, variabil, crește sub efectul stresului și în timpul somnului; el este mai scăzut decât cel normal în caz de insuficiență hipofizară, mai ridicat în caz de acromegalie.

■ *Tireostimulina*, *ori hormonul tireotrop* (TSH, *thyroid stimulating hormone* [hormon stimulant al tiroidei]), secretată de către antehipofiză, are drept rol stimularea creșterii și secreției hormonale tiroidiene. Nivelul său sangvin scade în caz de hipertiroidie și crește în anumite forme de hipotiroidie.

Examenele sistemului endocrin. Acestea sunt de două tipuri: dozările biologice de hormoni și examenele morfologice ale glandelor.

■ *Explorarea biologică* permite să se pună în evidență o anomalie a secreției hormonale. Se pot doza chiar hormonii (în sânge, în urină și, uneori, în salivă) și/sau elementul pe care hormonii îl controlează (de exemplu, glicemia sau calcemia). După hormonul studiat, interpretarea rezultatelor trebuie să țină cont de diferiți factori (ora de prelevare, nivelul unui alt hormon, tratamentul în curs etc.).

■ *Explorarea morfologică* servește la vizualizarea însăși a glandei și face apel la tehnicile de ecografie, de scaner, de imagerie prin rezonanță magnetică (I.R.M.) și uneori prin scintigrafie.

Patologia sistemului endocrin. Ea acoperă disfuncțiile hormonale și/sau anomaliile morfologice ale glandelor, aceste două fenomene nefiind întotdeauna asociate.

■ *Disfuncțiile de secreție hormonală* sunt insuficiențele sau excesele de secreție. Primele afectează una sau mai multe glande, iar cauzele lor sunt diverse (necroză hemoragică, ablație chirurgicală, deficit enzimatic congenital, anomalie genetică): hipopituitarism, nanism, de origine hipofizară, diabet insipid, insuficiență suprarenaliană, hipotiroidie, hipogonadism, hipoparatiroidie, diabet insulinodependent. Excesele de secreție hormonale sunt provocate de cele mai multe ori de un adenom (tumoră benignă) care este secretant ori, mai rar, de o hiperplazie (dezvoltarea țesutului glandei) difuză; este vorba de o hiperprolactinemie, de agromegalie sau de gigantism, de hipercorticism, de hiperaldosteronism, de hipertiroidie, de hiperparatiroidie. Tratamentul insuficiențelor endocriniene se numește substitutiv, aducând zilnic hormonul care lipsește sau o substanță analoagă care are aceleași efecte. De cele mai multe ori, el trebuie să fie urmat toată viața. Hipersecrețiile hormonale pot fi corectate prin luarea de medicamente care inhibă sinteza hormonală (de exemplu, antitiroidienele de sinteză), prin ablația chirurgicală în totalitate sau parțială a unei glande sau încă prin distrugerea sa cu izotopi radioactivi (radioterapie externă în caz de boală hipofizară, absorbția de iod 131 în caz de atingere tiroidiană).

■ *Anomaliile de morfologie ale glandelor* cuprind hiperplazia (creșterea în volum a glandei, din care face parte gușa) și tumorile, benigne sau maligne (chist, nodul, adenom, feocromocitom). Tratamentul lor este fie chirurgical, fie medicamentos. → GLANDĂ, HORMON.

SISTEM EXTRAPIRAMIDAL. Totalitate a structurilor sistemului nervos central care participă la controlul posturilor corpului și al mișcărilor.

FUNCȚIONARE. Sistemul extrapiramidal intervine în menținerea diferitelor posturi luate de către corp și în schimbările de poziție. El ajută mișcarea voluntară, de exemplu menținând în permanență umărul și cotul în poziție corectă atunci când se face o mișcare voluntară cu mâna. El joacă, de asemenea, un rol important în cursul mișcărilor automate, ca mersul.

PATOLOGIE. Atingerea sistemului extrapiramidal se traduce printr-un sindrom extrapiramidal, sau sindrom parkinsonian. Alte semne și tratamentul depind de afecțiunea respectivă.

SISTEM IMUNITAR. Sistem mulțumită căruia organismul se apără împotriva infecției cu germenii patogeni din mediu (bacterii, virusuri, ciuperci microscopice).

Acest sistem cuprinde celule zise imunocompetente, organele limfoide care le produc (măduva osoasă, timusul) și cele care le găzduiesc (ganglionii limfatici, țesutul limfoid satelit al tubului digestiv, splina, sângele circulant), precum și diferitele molecule pe care celulele sunt capabile să le producă. El poate fi împărțit în două subsisteme principale, a căror asociere este necesară pentru a lupta eficace împotriva infecțiilor: sistemul imunitar natural și sistemul imunitar adaptativ.

Sistemul imunitar natural. Acesta urmărește să împiedice pătrunderea germenilor și îi atacă atunci când ei au depășit barierele externe ale organismului, provocând o inflamație acută.

Sistemul imunitar natural este constituit, în afara barierelor fizice, din diferite celule prezente în sângele circulant, precum și cele două tipuri de proteine specializate, complementul și citokinele.

■ *Barierele fizice* cuprind straturile superficiale ale celulelor moarte ale epidermului, precum și substanțele antibacteriene care acoperă pielea și care sunt prezente în sudoare, ca lizozimul. Mucusul dens secretat de celulele situate pe orificiile corpului este capabil să rețină microbii. O altă formă de protecție este asigurată de acizii tari ai stomacului și de către substanțe, ca lactoferina, care se fixează pe elementele vitale ca ficrul și le împiedică să intervină în multiplicarea a numeroase bacterii.

■ *Celulele sângelui circulant* sunt fagocitele, care cuprind macrofagele și polinuclearele, care încorporează germenii și îi omoară; celulele „natural killer", care recunosc celulele infectate cu virus, se fixează pe ele și le omoară făcând să pătrundă în ele substanțe chimice letale; mastocitele, care conțin mari granulații de substanțe chimice eliberate de îndată ce primesc o stimulare adecvată.

■ *Complementul* este un sistem enzimatic care cuprinde o serie de cel puțin 20 proteine diferite care învăluie germenii atunci când aceștia pătrund în organism. Una dintre proteine se fixează la suprafața germenului, celelalte componente atașându-se în cascadă. Această reacție are drept rol să atragă fagocitele în afara circulației sangvine spre germene (proces denumit chemotaxie), de a-l face pe acesta „atrăgător" pentru ca fagocitul să se atașeze, să-l ingere și să facă o breșă în membrana lui exterioară, ceea ce antrenează spargerea lui (liza).

■ *Citokinele* cuprind mai ales interferonii, moleculele secretate de către celule ca răspuns la o infecție de origine virală, care protejează celulele învecinate „interferând" cu eliberarea de noi particule virale, plecând de la celula infectată. Alte citokine favorizează dezvoltarea unui țesut nou, ca urmare a leziunilor țesulare de origine microbiană și ajută celulele să elimine germenii pe care îi conțin.

Sistemul imunitar adaptativ. Acesta intervine atunci când sistemul imunitar natural nu este suficient pentru eliminarea unui germene.

Celulele acestui sistem cuprind limfocitele T și B și substanțele pe care acestea din urmă le elaborează: anticorpii. Spre deosebire de sistemul imunitar natural, sistemul adaptativ se modifică la fiecare infecție cu scopul de a reacționa mai eficace față de microbii pe care deja i-a mai întâlnit.

■ *Limfocitele* conțin la suprafața lor molecule, receptorii, care le permit să recunoască antigenele germenilor pe care îi întâlnesc.

– Limfocitele T au două funcții principale. Ele facilitează activitatea altor celule care aparțin sistemului imunitar. Cealaltă funcție principală a lor constă în distrugerea directă a celulelor infectate cu virus.

– Limfocitele B, produse de măduva osoasă, au drept funcție principală elaborarea anticorpilor cu ajutorul limfocitelor T.

– Plasmocitele sunt forma matură a limfocitelor B și locul principal de elaborare a anticorpilor.

■ *Anticorpii* sunt proteine specializate specifice.

Examene și patologie. Un prelevat sangvin permite studiul cantitativ și funcțional (numărarea formulei sangvine, electroforeza și imunoelectroforeza proteinelor) al diferitelor populații de limfocite și al diferiților anticorpi. În caz de anomalie, acest studiu permite, eventual, orientarea spre examene complementare ca o puncție a măduvei osoase sau de ganglion.

Patologia sistemului imunitar cuprinde deficiențele imunitare, hipersensibilitatea și bolile autoimune.

■ *Deficientele imunitare* pot fi consecința anomaliilor genetice congenitale (agamaglobulinemia lui Bruton [absența imunoglobulinelor din sânge], sindromul lui Di George [defect de producere a limfocitelor T]), a unei infecții cu un virus (în particular virusul cauzator al SIDA), a unei iradieri sau a unui tratament imunosupresor.

■ *Hipersensibilitatea* este o hiperactivitate a sistemului imunitar, de felul celei care există ca răspuns la anumite substanțe chimice sau la unele polenuri (alergie).

■ *Bolile autoimune* ca lupusul eritematos diseminat sau poliartrita reumatoidă, sunt consecința unei alterări a fenomenului de toleranță (incapacitate naturală a sistemului imunitar de a tolera constituenții sau produși proprii lor sale celule).

SISTEM LIMBIC. Totalitate a structurilor cerebrale situate în regiunea mediană și profundă a creierului, jucând un rol major în memorie și emoții, precum și în elaborarea comportamentelor.

SISTEM LIMFATIC. Totalitate a ganglionilor și vaselor limfatice, care, pe de o parte, participă la apărarea imunitară a organismului, iar, pe de altă parte, au un rol circulator (drenarea limfei spre un curent sangvin).

STRUCTURĂ. Ganglionii limfatici sunt noduli situați pe traiectul vaselor limfatice. Aceste vase drenează țesutul interstițial. Un ganglion cuprinde o capsulă și numeroase globule albe, sau limfocite, pe care le produce. Există ganglioni superficiali, între care cei mai importanți sunt situați în plica inghinală, subaxilar și de fiecare parte a gâtului, și ganglionii profunzi, localizați în pelvis, în lungul aortei și în hilurile pulmonare. Provenite din toate părțile corpului, vasele limfatice converg spre ganglionii limfatici, apoi se reunesc în vase de calibru din ce în ce mai mare. Ele sunt, în general, vase satelite ale vaselor sangvine. Principalul vas limfatic este canalul toracic care ia naștere în abdomen apoi își urmează drumul până în vârful trunchiului, une se varsă în confluența venoasă jugulo-subclavie stângă, de la baza gâtului.

PATOLOGIE. Ganglionii limfatici permit multiplicarea limfocitelor T și B ajunse la maturitate după formarea lor în măduva osoasă și timus. Ei au un important rol de releu în cursul răspunsului imunitar. Vasele limfatice asigură circulația acestor celule deversându-le în circulația venoasă. Ele drenează, de asemenea, celulele sangvine și proteinele mari recuperate după ieșirea lor din vasele capilare și transportă grăsimile absorbite de către intestin în cursul digestiei.

EXAMENE. Ganglionii superficiali sunt accesibili la palpare. Examenul lor histologic se poate face prin puncționarea cu un ac sau după ablație. Ganglionii profunzi sunt explorați azi prin ecografie și mai ales prin scaner și imagerie prin rezonanță magnetică (I.R.M.), mult mai rar prin limfografie (radiografia sistemului limfatic după injectarea unui produs de contrast).

PATOLOGIE. O creștere în volum a unui ganglion sau adenopatia poate fi de origine infecțioasă (ganglioni moi și sensibili) sau tumorală (ganglioni tari, imobili și nedureroși). Invadarea ganglionilor plecând de la un cancer este o formă de metastază.

Vasele limfatice pot fi sediul unei limfangite (inflamație), care dispare sub tratament cu antibiotice dacă la originea sa se află o infecție bacteriană. Unele vase limfatice pot să se dilate și să formeze o limfangiectazie și/sau un limfedem din cauza unui obstacol în calea curgerii limfatice, de origine parazitară sau tumorală. În sfârșit, se întâmplă ca sistemul limfatic să fie sediul unei tumori maligne, limfomul.

SISTEM LIMFOID. Totalitate a celulelor, organelor și structurilor tisulare care asigură apărarea imunitară.

STRUCTURĂ ȘI FIZIOLOGIE. Organele care compun sistemul limfoid pot fi repartizate în trei unități.

■ *Organele limfoide primare, zise centrale*, sunt măduva osoasă și timusul (glandă situată la baza gâtului). Precursorii celulelor imunocompetente (limfocite, macrofage) sunt produși de măduva osoasă hematopoietică. Unele limfocite își continuă maturarea lor pentru a da naștere limfocitelor B. Altele migrează spre timus și devin timocite, care se diferențiază în limfocite T.

■ *Organele și formațiunile secundare, zise periferice*, sunt ganglionii limfatici, rețeaua de țesut limfoid al mucoaselor (amigdale palatine, tub digestiv, tractus genito-urinar etc.) și, în splină, pulpa albă situat în jurul ramificațiilor arteriale. Ele sunt populate de limfocite care au emigrat din organele limfoide centrale după ce au ajuns la maturitate. În sânul acestor organe și formațiuni, limfocitele T și B se țin apropae de alte celule imunocompetente, ca macrofagele, cu care schimbă informațiile necesare pentru buna desfășurare a răspunsului imunitar, și se multiplică. Coerența sistemului este asigurată prin circulația celulelor pe cale sangvină și limfatică.

■ *Sistemul limfoid tertiar* este compus din toate celelalte amplasamente în care pot să se localizeze limfocitele ca urmare a unei migrații. O astfel de deplasare se poate face cu ocazia unei reacții inflamatorii declanșate de o leziune sau de o infecție. Această capacitate de migrație este deosebit de importantă pentru limfocitele „cu memorie", responsabile de protecția organismului față de antigenele deja întâlnite.

EXAMENE. Un prelevat sangvin permite studiul cantitativ și funcțional al diferitelor populații limfocitare. În caz de anomalie constatată, acest examen permite eventual să se orienteze cercetarea cauzei prin alte examene complementare: radiografia timusului, punctia de măduvă osoasă sau de ganglion.

PATOLOGIE. Poate exista atingere a sistemului limfoid în deficitele imunitare, fie congenitale, provocate de anomaliile de producere sau de maturare a limfocitelor, fie dobândite, ca SIDA, boală consecutivă infecției cu virusul H.I.V. Alte boli care pot atinge sistemul limfoid sunt cancerele sângelui (limfoame, leucemii).

SISTEM NERVOS. Totalitate a centrilor nervoși și nervilor care asigură comanda și coordonarea viscerelor și a aparatului locomotor, primirea mesajelor senzoriale și funcțiile psihice și intelectuale.

Sistemul nervos se află la locul său în embrionul uman începând cu a cincea săptămână de gestație.

Structura sistemului nervos. Pe plan anatomic, sistemul nervos este format din două ansamble distincte, sistemul nervos central și sistemul nervos periferic.

SISTEM NERVOS CENTRAL. Denumit și nevrax, sistemul nervos central (S.N.C.) este format din miliarde de neuroni (celule nervoase) conectați între ei și dintr-un țesut de susținere interstițial (nevroglic). El cuprinde encefalul (creierul, cerebelul, trunchiul cerebral), protejat de craniu, și măduva spinării, amplasată în coloana vertebrală.

SISTEM NERVOS PERIFERIC. Prelungire a sistemului nervos central, sistemul nervos periferic cuprinde totalitatea nervilor și ale îngroșărilor lor (ganglionii nervoși). Nervii, legați printr-o extremitate de sistemul nervos central, se ramifică la cealaltă extremitate într-o multitudine de ramuri fine care inervează totalitatea corpului. Există nervi craniени și nervi rahidieni.

Funcționarea sistemului nervos. După organizarea și funcționarea lor, se disting sistemul nervos somatic, care pune organismul în comunicație cu exteriorul, și sistemul nervos vegetativ, sau autonom, care reglează funcțiile viscerale.

Funcționarea sistemului nervos face să intervină un lanț de neuroni, care se articulează între ei prin sinapse. Neuronul asigură conducerea influxului nervos, iar sinapsa asigură transmisia acestui influx fie de la un neuron la altul, fie de la un neuron la un organ-țintă, de exemplu mușchiul în cazul unei sinapse neuromusculare. Această transmisie este realizată prin intermediul unei substanțe chimice denumită neurotransmițător (acetilcolina, adrenalina, noradrenalina). Acetilcolina este neurotransmițătorul sistemului nervos și al sistemului parasimpatic, care comandă contracția fibrelor musculare netede și secreția glandulare. Adrenalina și noradrenalina sunt neurotransmițătorii sistemului simpatic, care, între alte funcții, asigură contracția peretelui arterelor și intervin în secreția sudorii.

SISTEM NERVOS SOMATIC. Sistemul nervos somatic comandă mișcările și poziția corpului și permite perceperea de către piele a diferitelor senzații (tactile, căldură, durere) și descoperirea prin celelalte organe de simț a mediului înconjurător (văz, auz, miros). El este constituit din neuroni senzitivi și neuroni motori.

SISTEM NERVOS VEGETATIV. Denumit încă și sistem nervos autonom, el este complementar sistemului nervos somatic și reglează îndeosebi respirația, digestia, excreția, circulația (bătăile cardiace, presiunea arterială). Aceste celule depind de centrii reglatori situați în măduva spinării, trunchiul cerebral și creier, care primesc informațiile, pe căile senzoriale, provenind de la fiecare organ.

Sistemul nervos vegetativ este împărțit în sistem nervos parasimpatic, ale cărui activități se echilibrează astfel încât să coordoneze activitatea tuturor viscerelor.

■ *Sistemul nervos parasimpatic* este, ca regulă generală, responsabil de punerea în stare de odihnă a organismului. El acționează prin intermediul unui neurotransmițător, acetilcolina, și încetinește ritmul cardiac, stimulează sistemul digestiv și limitează contracțiile sfincterelor.

■ *Sistemul nervos simpatic, sau sistemul nervos ortosimpatic*, pune organismul în stare de alertă și îl pregătește pentru activitate. El acționează prin intermediul a doi neurotransmițători, adrenalina și noradrenalina. Acest sistem crește activitatea cardiacă și respiratorie, dilată bronhiile și pupilele, contractă arterele, face să fie secretată sudoarea. În schimb, el frânează funcția digestivă.

Examenele sistemului nervos. Examenele care permit explorarea sistemului nervos central sunt, în principal, scanerul, imageria prin rezonanță magnetică (I.R.M.), înregistrarea potențialelor evocate (metodă de studiere a activității electrice a căilor nervoase ale auzului, văzului și ale sensibilității corporale), electroencefalografia și analiza lichidului cefalorahidian recoltat prin punctie lombară. Sistemul nervos periferic este explorat în mod deosebit prin electromiografie.

Patologia sistemului nervos. Se deosebesc leziunile sistemului nervos central de cele ale sistemului nervos periferic.

■ *Leziunile sistemului nervos central* dezvăluie diferite cauze:

– compresia creierului sau a măduvei spinării de către un hematom (provocat de un traumatism cranian), de un abces, de o tumoră benignă sau malignă, de un edem cerebral;

– distrugerea creierului sau a măduvei spinării printr-un traumatism (secționarea măduvei prin fractură vertebrală), printr-o infecție (meningită, encefalită), printr-o intoxicație sau printr-o insuficiență a vascularizării (arterită cerebrală);

– excitația anormală a unor zone ale cortexului (epilepsie);

– degenerescența neuronilor: scleroza în plăci, boala lui Parkinson, boala lui Alzheimer, coreea lui Huntington.

■ *Leziunile sistemului nervos periferic* sunt fie mononeuropatii (atingere a unui singur nerv) cauzate de secționarea unui nerv, de compresia uneia din rădăcinile sale (sciatică prin hernie discală) sau de o infecție (zona zoster), fie polineuropatii (atingere a mai multor nervi) de origine virală, imunologică (poliradiculonevrită, de exemplu), carențială (deficit în vitamine) sau toxică (alcoolism, de exemplu). În afara traumatismelor, numeroase alte afecțiuni sunt, de asemenea, responsabile de o atingere a nervilor, ca diabetul zaharat, difteria, lepra sau lupusul eritematos diseminat. Atunci când sunt afectați succesiv mai mulți nervi, se vorbește de multinevrită.

SISTEM PORTAL. Sistem format din capilare, venule și vene provenind din aparatul digestiv și care intălnesc vena portă, precum și din ramificațiile acesteia la cealaltă extremitate, în ficat.

Aproape întreaga cantitate de sânge venos din aparatul digestiv (stomac, intestin subțire, colon, pancreas) și de la splină sosește în ficat prin voluminoasa venă portă. Aceasta se ramifică într-o multitudine de ramuri terminându-se în mici vase intrahepatice. Sângele astfel transportat este epurat de ficat de un mare număr de substanțe și pleacă spre vena cavă inferioară prin venele suprahepatice.

PATOLOGIE. Atunci când sângele nu poate circula normal (din cauza unui cheag care astupă vena portă, de exemplu), poate surveni o hipertensiune portală.

SISTEM TRANSDERMIC. → PATCH.

SISTOLĂ. Fază a ciclului cardiac care corespunde contracției auriculelor, apoi celei a ventriculelor inimii.

Sistola alternează cu o fază de repaus denumită diastolă și se produce de aproximativ 70 ori pe minut.

Sistola auriculară trimite sângele din auricule în ventricule. Sistola ventriculară, contracția simultană a celor două ventricule, expulzează sângele spre mica circulație (plămâni) și marea circulație (restul corpului).

SITUS INVERSUS. Anomalie congenitală în cadrul căreia anumite organe sunt situate de partea opusă aceleia pe care o ocupă în mod normal.

SKIASCOPIE. Examen care servește la determinarea obiectivă a capacității de refracție a ochiului.

O skiascopie este indicată, în principal, pentru a măsura anomaliile refracției (mai ales miopie și hipermetropie).

SODIU. Substanță minerală care joacă un rol important în starea de hidratare a organismului.

Sodiul (Na) este foarte abundent în lichidele extracelulare ale organismului ca plasma sangvină, dar puțin abundent în celule. Rinichiul, mai ales datorită unui mecanism hormonal care face să intervină, între altele, aldosteronul, reglează eliminarea sodiului în urină în funcție de cantitățile prezente în organism și de aporturi. Necesitățile zilnice de sodiu, de aproximativ 1–3 grame, sunt din plin acoperite prin alimentație: sarea de masă și de gătit (clorura de sodiu), sodiul conținut în mod natural în alimente. Natremia (nivelul sodiului în plasmă) reflectă starea de hidratare a celulelor. → HIPERNATREMIE, HIPONATREMIE, SARE.

SODOKU. Boală infecțioasă cauzată de o bacterie spiralată Gram negativă, *Spirillum minus*.

Sodoku este o zoonoză transmisă prin mușcătura unui șobolan sau a unui șoarece, mai rar prin cea a altor mamifere (pisică, nevăstuică, câine).

La locul mușcăturii se dezvoltă o ulcerație; într-un al doilea timp apar o febră ridicată și frisoane. Aceste semne sunt urmate de o erupție generalizată. În absența tratamentului, febra și erupția reapar prin accese timp de câteva luni. Evoluția este de cele mai multe ori benignă.

Tratamentul, foarte eficace, constă în administrarea de antibiotice (penicilină) timp de o săptămână.

SOFROLOGIE. Metodă bazată pe hipnoză și pe relaxare, utilizată în terapeutică și pentru pregătirea nașterii.

Sofrologia este actualmente o sinteză între hipnoză, relaxare și imagerie mintală; ea comportă în plus anumite aspecte provenite din psihanaliză. Medicii care o practică o recomandă îndeosebi în dentistică și în mica chirurgie, unde se substituie anesteziceler. În obstetrică, ea permite pacientei să abordeze nașterea într-o stare de concentrare maximă a forțelor mintale și psihice. Alte indicații terapeutice sunt angoasa, unele cazuri de depresie și de obsesie, bolile psihosomatice, tulburările sexuale, toxicomaniile.

DESFĂȘURARE. Practicarea sofrologiei este propusă în ședințe individuale sau colective, animate de un medic sau de o moașă. În cadrul pregătirii nașterii, este de dorit ca femeia gravidă să înceapă deprinderea metodei din a 5-a lună de sarcină. Ședințele debutează printr-o relaxare musculară care permite să se atingă o stare modificată de conștiență. Terapeutul poate folosi formula incantatorie, ritmul, muzica. Apoi intervin sugestiile: imagini pozitive, amintiri plăcute, proiecții în viitor. Întoarcerea la starea de conștiență obișnuită încheie ședința. Fiecare dintre participanți poate aduce o casetă cu exerciții de preticat în fiecare zi, precum și o înregistrare muzicală.

SOLARIUM sau **SOLAR.** Instituție de tratament al unor afecțiuni prin helioterapie (cu lumină solară).

Tratamentul unor cazuri de psoriazis, de exemplu, se face în solarii.

SOLUȚIE. Lichid care conține un corp în stare dizolvată.

Unele medicamente sunt administrate sub formă de soluții (apoase, uleioase etc.). Acestea pot fi buvabile, injectabile, aplicabile pe piele, utilizabile sub formă de colire etc.

SOLVENT. Orice lichid care conține una sau chiar mai multe substanțe în formă dizolvată. SINONIM: *soluție*.

SOLVIT. Substanță conținută sub formă dizolvată într-o soluție.

SOMATHORMON. Hormon secretat de antehipofiză (lobul anterior al hipofizei, glandă situată la baza creierului), care asigură creșterea oaselor lungi și intervine în metabolismul glucidelor, lipidelor și proteinelor. SINONIME: *hormon de creștere, hormon somatotrop*. În engleză, *growth hormone* (GH).

PATOLOGIE. În caz de boală hipofizară sau hipotalamică, survine uneori un deficit în somathormon; la copil acest deficit se traduce printr-o înălțime mică; la adult el se manifestă printr-o demineralizare osoasă. Deficitul poate fi compensat prin injecții intramusculare zilnice de somathormon de sinteză. În schimb, o secreție excesivă de somathormon cauzată de un adenom (tumoră benignă) al hipofizei antrenează o acromegalie (dezvoltare exagerată a oaselor feței și ale extremităților membrelor) la adult și un gigantism la copil.

SOMATIC, -Ă. Care se referă la corp.

Acest termen trebuie înțeles ca opus termenului „psihic" (care se referă la psihism). Adjectivul „psihosomatic" califică orice boală organică (ulcer al stomacului, hipertensiune arterială, de exemplu) la originea căreia se află o cauză psihică.

SOMATOMEDINĂ. Factor de creștere secretat de către ficat, sub acțiunea somathormonului (hormonul de creștere), și transportat în sânge, legat de proteine.

SOMATOSTATINĂ. Hormon secretat de către hipotalamus, sistemul nervos central, unele celule neuroendocrine ale tubului digestiv și de către pancreas.

Somatostatina are rolul de a inhiba secreția a numeroși hormoni. Ea mai diminuează și mișcările mușchilor digestivi.

SOMN. Stare fiziologică temporară, reversibilă imediat, recognoscibilă prin suprimarea vigilenței și încetinirea metabolismului.

Se deosebesc două tipuri de somn, somnul cu unde lente (sau somnul lent), denumit așa deoarece electroencefalograma arată o predominanță a undelor lente, și somnul paradoxal denumit așa deoarece electroencefalograma făcută în timpul lui arată o intensă activitate cerebrală (unde rapide, ca în stare de veghe). Aceste două tipuri de somn se succed până la cinci-opt ori pe noapte. Se crede că majoritatea viselor au loc în timpul somnului paradoxal.

Nevoia de somn survine în fiecare zi (ritm circadian) aproape la aceeași oră, sub efectul mecanismelor interne și al influențelor externe foarte complexe. Funcția somnului nu a fost stabilită cu certitudine. El nu dă doar posibilitatea de a se reface după oboseala fizică și nervoasă a zilei. Se poate, de asemenea, să aibă drept funcție, între altele, aceea de a permite satisfacerea nevoii de a visa.

SOMN (tulburări de). Orice perturbare a duratei sau calității somnului.

Tulburările de somn sunt de trei feluri: insomnie (insuficiență a somnului), hipersomnie (exces de somn), parasomnie (comportament anormal în timpul somnului); de altfel, unele tulburări ale somnului sunt proprii copilului.

Hipersomnia. Hipersomnia poate fi de origine psihologică (anxietate, depresie) sau poate fi cauzată de luarea de anxiolitice, de o boală neurologică (scleroză în plăci, tumoră intracraniană), de un traumatism cranian, de o intoxicație sau de o infecție. Somnolența simplă este forma cea mai curentă. Alte forme de hipersomnie sunt rare, chiar excepționale. Printre ele, narcolepsia este caracterizată prin survenirea, în timpul zilei, a unor accese bruște de somn și a unor scăderi brutale ale tonusului muscular (sindromul lui Gélineau).

TRATAMENT. În afara tratamentului unei boli cauzale, acesta este destul de limitat; antidepresoarele, chiar amfetaminele, sunt indicate uneori. De puțină vreme este propusă o nouă substanță, modafinilul. Mai bine tolerată și mai eficace la pacienți decât alte substanțe, în plus, ea nu antrenează efecte secundare psihice și nici cardiovasculare.

Insomnia. Pentru a judeca realitatea existenței unei insomnii, nu trebuie să ne bazăm pe durata somnului, foarte variabilă de la o persoană la alta; în schimb, se ține cont de o modificare recentă a somnului și de ceea ce resimte pacientul (oboseală la trezire, impresie subiectivă de a fi dormit prost).

DIFERITE TIPURI DE INSOMNIE

■ *Insomnia acuta*, foarte obișnuită, durează de la câteva zile la câteva săptămâni. Ea este legată de circumstanțe sau de un eveniment exterior precis: șoc sau tensiune emoțională, probleme profesionale, durere etc.

■ *Insomnia cronica* adună laolaltă un mare număr de tulburări: dificultăți la adormire, legate adesea de o anxietate; treziri nocturne prea frecvente, legate adesea, la rândul lor, de o depresie dacă ele se produc în cea de a doua jumătate a nopții și dacă subiectul adoarme greu sau deloc; insomnia completă, rară în afara bolilor psihiatrice grave (manie, melancolie, confuzie mintală, demență). Există, în plus, insomnii nesesizate în cursul cărora somnul pare normal deși, în fapt, el este întrerupt de treziri și de coșmare.

TRATAMENT. Acesta cuprinde măsuri simple: a te culca doar atunci când îți este somn, a te abține de la stimularea intelectuală sau emoțională (lectură, film violent) cu

Somnambulismul

Plimbare nocturnă, inconștientă, care nu lasă nici o amintire, somnambulismul nu trebuie să fie considerat o boală. Dacă unii adulți sunt somnambuli, cel mai des sunt afectați copiii (6% dintre ei înaintea vârstei de 15 ani) pentru a dispărea la adolescență.

Somnambulismul, care survine în cursul somnului cu unde lente (stadiile 3 și 4), este actualmente interpretat ca fiind o „trezire incompletă" a creierului, cu blocarea mecanismelor de memorizare, care se efectuează, în general, în paralel atunci când suntem treziți.

30 minute până la o oră înainte de culcare, a te scula și a avea o activitate simplă atunci când nu vine somnul, mai curând decât a rămâne culcat, de a te abține de la mese prea copioase seara etc. Medicamentele (hipnotice, anxiolitice, chiar antidepresoare) constituie o completare, dar de preferință în cură de scurtă durată (câteva săptămâni maximum). Dacă precauțiile de utilizare nu sunt respectate, medicamentele pot induce somnolență dimineața, obișnuire — doze din ce în ce mai mari fiind necesare —, dependență — bolnavul nemaiputând să-și regăsească somnul fără medicamente.

Parasomnia. Somnambulismul, forma cea mai frecventă a parasomniei, se observă, în principal, la copii de vârste între 6 și 12 ani. Cu mecanism insuficient cunoscut, el persistă adesea mai mulți ani, apoi dispare spontan cu timpul, dar mai poate reapărea la adult în cursul unei perioade de tensiune emoțională. Manifestările sale constau într-o „deșteptare" aparentă în cursul primelor ore ale nopții, urmată de o succesiune de comportamente complexe; subiectul poate să se ridice, să se îmbrace, să meargă, să deschidă ușile, înainte de a se trezi sau de a se reîntoarce în pat după câteva minute. Este inutil să fie trezit sau măcar să se încerce să se facă acest lucru.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Somnambulismul este o tulburare benignă a somnului, care nu justifică un tratament cu antidepresoare (amineptină) decât în cazuri foarte rare. Prevenirea eventualelor accidente este primordială; ea constă în închiderea ușilor și ferestrelor, precum și în punerea de-o parte a obiectelor periculoase.

SOMN LA COPIL (tulburări de). Orice perturbație, la copil, privind durata sau calitatea somnului.

La copil, tulburările de somn prezintă unele particularități.

Hipersomnia copilului. În majoritatea cazurilor, aceste tulburări debutează în adolescență, cu toate că anumite forme de hipersomnie pot să se declare înainte de adolescență.

Insomnia copilului. Se disting insomniile extrinseci, cauzate de factorii de mediu (igiena vieții, alimentația etc.), de insomniile intrinseci.

■ *Insomniile extrinseci* pot surveni în ocazii foarte diferite:

– atunci când obiceiurile de adormire a unui sugar (legănat, biberon, împărțirea patului cu el) au fost prea mult perpetuate și copilul s-a învățat să nu adoarmă singur. Această formă de insomnie, cea mai obișnuită, privește până la 20% dintre copiii în vârstă de 6 luni la 3 ani;

– în caz de hrănire nocturnă excesivă, copilul se trezește de mai multe ori pe noapte și este incapabil să adoarmă fără a primi mâncare; este vorba de o varietate de insomnie care privește aproximativ 5% dintre copiii între 6 luni și 3 ani;

– în caz de alergie alimentară (alergie la laptele de vacă, de exemplu) copilul poate să adoarmă greu și să se trezească noaptea;

– atunci când părinții nu se impun în fața copilului, apare o opoziție față de ideea de a merge la culcare, pe la vârsta de 2 sau de 3 ani, copilul căutând atunci pretexte pentru a nu merge în pat.

■ *Insomniile intrinseci* sunt reprezentate, în principal, prin insomnia idiopatică, rară, care poate să se manifeste de la naștere. Ea ar fi cauzată de o anomalie neurologică a sistemului de control veghe/somn (hiperactivitate a sistemului de reglare a somnului).

TRATAMENT. Acesta poate face apel la administrarea de medicamente (antihistaminice, fenotiazine), care nu trebuie să depășească 3 săptămâni, și la terapia comportamentală.

Parasomnia copilului. Parasomniile, tulburări caracterizate printr-un comportament anormal în timul somnului, sunt clasificate în funcție de momentul survenirii lor în cursul ciclului somnului. Astfel, se disting parasomniile în raport cu somnul paradoxal (coșmar) de parasomniile în raport cu o tulburare a deșteptării (trezire confuzională, somnambulism sau terori nocturne). În acest ultim caz, copilul pare să se trezească burse, victimă a unei mari spaime, nerecunoscând anturajul; este inutil să încerci să îl trezești. Această tulburare, de obicei benignă, nu necesită decât rar un tratament.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Se impune o consultație specializată în caz de tulburări nocturne frecvente sau cu o alură neobișnuită. În afara tratamentului unei boli subiacente, se recurge rar la prescrierea unui medicament, cu excepția cazurilor celor mai grave (antidepresoare în unele cazuri de somnambulism sau de terori nocturne, benzodiazepine în caz de ritmic de adormire — balansarea capului sau a unui membru, care se produce atunci când copilul adoarme). Terapiile comportamentale (relaxarea) și retrocontrolul biologic (terapie care vizează obținerea din partea subiectului a unui control de sine prin condiționarea unui anumit număr de funcții fiziologice) se dovedesc uneori eficace.

SOMNIFER. → HIPNOTIC.

SONDAJ VEZICAL. Introducere a unei sonde în vezică.

Sonda poate fi retrasă imediat sau poate fi lăsată pe loc un anumit timp; în acest ultim caz, ea este legată de un sac de plastic destinat să strângă urinele.

INDICAȚII. Un sondaj vezical permite să fie evacuat conținutul vezicii în caz de retenție a urinei. Orice boală a uretrei, prostatei și a vezicii poate necesita un sondaj: îngustarea uretrală, adenom sau cancer al prostatei etc.

TEHNICĂ. Există două feluri de sondaj uretral.

■ *Sondajul uretrovezical* constă în introducerea unei sonde în meatul uretral și în ridicarea ei până în vezică. Este posibil

să se practice o ușoară anestezie locală, introducând un gel anestezic în uretră. Această tehnică este cea mai folosită la femeie.

■ *Sondajul prin cateterism vezical* suprapubian constă în introducerea unei sonde direct în vezică prin pielea burții cu ajutorul unui trocar (un ac tubular gros). Această tehnică, ce necesită o anestezie locală, este utilizată în caz de obstacol uretral la femei și, cel mai des posibil, la bărbat.

SONDĂ. Instrument cilindric în formă de tijă sau de tub subțire și lung, introdus în interiorul corpului în scop diagnostic sau terapeutic.

Sondele sunt introduse pe o cale naturală (nară, esofag, rect, uretră etc.) sau patologică (fistulă), ori chiar și prin piele. Ele servesc la explorarea traiectului unui canal patologic, la prelevarea sau la evacuarea unui produs (puroi, salivă, suc gastric, urină), la administrarea unui medicament, a oxigenului sau a alimentelor (hrănire artificială), la dilatarea unui canal îngustat (uretră, ureteră), la îndepărtarea unui calcul sau, încă, la înregistrarea sau la producerea unei activități electrice în inimă (antrenare extrasistolică).

SONDĂ NUCLEICĂ. Fragment de A.D.N. sau de A.R.N. natural sau sintetic, care produce o mică parte a A.D.N.-ului sau a A.R.N.-ului uman sau al altui organism, utilizat în examenele de laborator. SINONIME: *sondă genetică, sondă moleculară*.

TEHNICĂ. Un marker, de exemplu o substanță radioactivă, este fixat pe sonda nucleică, care este pus în contact cu A.D.N.-ul studiat (provenind — de exemplu — din celulele prelevate de la un bolnav). Sonda se prinde atunci electiv de partea de A.D.N. studiat care îi corespunde, dacă aceasta există: astfel, o sondă care reproduce o genă responsabilă de o boală se fixează pe genele persoanelor atinse de această boală, și nu pe genele persoanelor indemne. Localizarea este pusă apoi în evidență datorită markerului. A.R.N.-ul se utilizează în mod analog.

SPANIOMENOREE. Alungire treptată a intervalului care separă fluxurile menstruale.

Ciclurile menstruale durează în mod normal între 21 și 45 zile, cu o medie de 28 zile. În general regulate, ciclurile menstruale pot totuși să se decaleze. Spaniomenoreea este definită printr-o spațiere a ciclurilor la mai mult de 6 chiar până la 8 săptămâni. Ea poate duce la o absență totală a fluxurilor menstruale, adică la o amenoree.

CAUZE. Acestea sunt foarte diverse. Poate să fie vorba de o sarcină cu persistența sângerărilor înșelătoare, de un stres, de o creștere a secreției de prolactină cauzată de unele medicamente, de un sindrom al ovarelor polichistice (care asociază fluxurile menstruale distantate, luarea în greutate și pilozitatea excesivă), de o boală hipotalamică sau hipofizară, de o anorexie mintală sau de un antrenament fizic intens. O spaniomenoree poate surveni, de asemenea, într-o perioadă premenopauzică.

TRATAMENT. Acesta depinde de boala cauzală și dorința exprimată de pacientă: contracepția hormonală pentru reglarea ciclurilor menstruale în absența dorinței de a avea o sarcină; tratamentul pilozității excesive cu antiandrogeni; în caz de dorință de a purta o sarcină, stimularea ovulației sau administrarea de progesteron natural în caz de secreție insuficientă a corpului galben.

SPASM. Contracție involuntară, neritmică, a unui mușchi izolat sau a unui grup muscular.

Spasmele survin izolat sau în serii și pot fi dureroase sau nu.

Spasmele se observă în cursul unui anumit număr de boli, în particular neurologice, dar pot, de asemenea, să survină spontan, în afara oricărei afecțiuni severe (sughiț, crampe).

SPASM AL PLÂNSULUI ÎN HOHOTE. Scurtă oprire respiratorie care survine la copilul mic în timpul unei manii, unei spaime, unei contrariețăți sau al unui traumatism benign.

În funcție de aspectul lor, se disting două forme ale spasmului plânsului în hohote.

■ *În forma cea mai obișnuită, zisă albastră*, copilul plânge violent timp de câteva secunde, apoi respirația i se blochează în expirație; el devine ușor cianozat înainte de a-i reveni colorația și respirația normală.

■ *În forma zisă alba*, copilul devine foarte palid în timpul perioadei de oprire a respirației care urmează plânsului. Este vorba, de fapt, de o formă de sincopă (pierderea bruscă și scurtă a conștienței), iar factorii declanșanți sunt mai degrabă teama sau un alt traumatism și nu mânia.

Cele două forme pot să fie însoțite de câteva convulsii sau de câteva secuse ale membrelor.

TRATAMENT. În pofida caracterului lor impresionant, spasmele plânsului în hohote sunt benigne și nu necesită nici un tratament.

SPASM INFANTIL. → SPASM ÎN FLEXIE.

SPASM ÎN FLEXIE. Criză epileptică a sugarului, asociată cu anomalii electroencefalografice caracteristice. SINONIME: *spasm infantil, sindrom al lui West*.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Spasmul în flexie se manifestă la sugari, înaintea vârstei de un an, printr-o încordare brutală a trunchiului, membrelor și gâtului, urmată de flectarea lor sau, din contră, dar mult mai rar, de extensia lor.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Boala este de cele mai multe ori rebelă la antiepileptice. Dacă creierul n-a suferit nici o leziune, tulburarea este benignă și un tratament cu corticosteroizi permite să fie stăpânit foarte repede spasmul

epileptic și copilul să fie vindecat. În schimb, dacă datele furnizate prin imageria cerebrală confirmă prezența leziunii creierului și dacă este vorba de un copil cu o întârziere mintală preexistentă, prognosticul depinde de leziune și de posibilitățile de tratare a acesteia.

SPASMOFILIE. Sindrom legat de o stare de hiperexcitabilitate neuromusculară cronică.

CAUZE. Nu se cunosc motivele spasmofiliei. Aceasta ar putea fi legată de o carență în calciu sau în magneziu. Conform unei alte ipoteze, criza de spasmofilie ar evidenția o tulburare a schimburilor de ioni de calciu și magneziu între interiorul (sectorul intracelular) și exteriorul (sectorul extracelular) celulelor. Această dereglare ar mai fi cauzată și de o hiperventilație (creșterea ventilației pulmonare) și ar constitui deci o manifestare a unei stări de anxietate sau de angoasă.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O spasmofilie se manifestă prin crize de tetanie: spasme, hiperventilație, parestezii (tulburări ale sensibilității) ale extremităților și ale feței cu senzație de paralizie, de indispoziție, însoțită uneori de o senzație de moarte iminentă. Electromiografia (înregistrarea grafică a activității electrice care însoțește contracția musculară) evidențiază multiple contracții musculare.

TRATAMENT. După cauzele pe care terapeutul le atribuie spasmofiliei, tratamentul constă fie în administrarea de calciu, de magneziu sau de vitamină D, fie în prescrierea de medicamente anxiolitice (care diminuează anxietatea) sau miorelaxante (care favorizează destinderea musculară). → TETANIE.

SPASTICITATE. → HIPERTONIE MUSCULARĂ.

SPATE. → DORSALGIE, RACHIS.

SPĂLĂTURĂ BARITATĂ. Examen radiologic care permite vizualizarea intestinului gros (colon). SINONIM: *clismă baritată*.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. Examenul necesită ca intestinul gros să fie gol. Un regim fără reziduuri (suprimarea legumelor verzi, a fructelor crude, a cărnii roșii, a pâinii proaspete) trebuie să fie urmat pe timp de 3 zile care preced examenul. În dimineața examenului, sunt administrate, în afara spălăturii baritate ulterioare, o spălătură (clismă) cu apă și un purgativ. După introducerea spălăturii baritate, înaintarea ei prin intestinul gros (colon) este urmărită pe un ecran radioscopic, în timp ce clișeele radiografice sunt luate sub unghiuri diferite. Spălătura baritată este mai puțin frecvent utilizată de când s-a generalizat coloscopia.

SPĂLĂTURĂ BRONSIOALVEOLARĂ. Tehnică ce permite recoltarea, cu ajutorul serului fiziologic, și analizarea elementelor conținute în bronșiole și în alveolele pulmonare.

SPĂLĂTURĂ GASTRICĂ. Curățare a stomacului. SINONIM: *lavaj gastric*.

Spălătura gastrică este indicată pentru evacuarea toxicelor necaustice (medicamente) din sânge (înainte de a practica o endoscopie înaltă) sau încă a conținutului stomacului (reziduuri alimentare) în caz de stenoză de pilor.

Spălătura gastrică se practică introducând în stomac o sondă de calibru mare, care permite într-un prim timp să se verse în acest organ mai mulți litri de apă călduță, pentru a evacua tot conținutul său.

O spălătură gastrică nu este dureroasă, ci mai ales neplăcută. Ea nu necesită spitalizare.

SPECIALITATE FARMACEUTICĂ. Medicament fabricat industrial și comercializat de un laborator farmaceutic. → MEDICAMENT.

SPECTROSCOPIE PRIN REZONANȚĂ MAGNETICĂ. Tehnică de punere în evidență a spectrelor anumitor molecule care compun materia vie.

SPECUL. Instrument de metal sau de plastic ce permite menținerea beanțelor și iluminarea unui conduct sau a unei cavități a corpului, deschise spre exterior printr-un orificiu natural.

SPERANȚĂ DE VIAȚĂ. Durată statistică medie a vieții unei persoane dintr-o populație dată.

În majoritatea țărilor occidentale, speranța medie de viață era în 1991 de aproximativ 82 ani pentru o femeie și de 74 ani pentru un bărbat.

SPERMATOCEL. Mic rezervor creat chirurgical într-un epididim testicular.

Un spermatocel se practică în caz de sterilitate care are drept origine o absență congenitală a canalului deferent, ori o îngustare sau o astupare a acestuia, împiedicând spermatozoizii să fie vehiculați până în veziculele seminale și ampulele diferențiale. Spermatocelul constituie un rezervor în care spermatozoizii pot curge și pot fi stocați. Ei sunt recoltați apoi prin puncție în vederea unei însămânțări artificiale. Dacă spermatocelul nu a fost utilizat, spermatozoizii se resorb în mod natural după o perioadă de timp.

SPERMATOGENEZĂ. Elaborare de spermatozoizi de către testicul.

Spermatogeneza începe la pubertate sub influența gonadotrofinelor, hormoni secretați de hipofiză, și se încetinește, fără a dispărea, la o vârstă înaintată.

ANOMALII ALE SPERMATOGENEZEI. Numeroase patologii pot altera, chiar pot opri, spermatogeneza și pot

antrena o sterilitate: boală a testiculului care atinge tubulile seminifere (tuberculoză, febră de Malta, oreion, infecție testiculară, ectopie testiculară), boală genetică (sindrom al lui Klinefelter), blenoragie prost tratată, dezechilibru hormonal hipotalamic sau hipofizar. Oprirea spermatogenezei nu are, în schimb, nici o incidență asupra funcției sexuale, cu excepția cazului că aceasta este provocată de tulburări hormonale.

SPERMATOREE. Scurgere de spermă prin uretră, în afara vreunei ejaculări.

O spermatoree este consecutivă unei inflamații, de cele mai multe ori de origine infecțioasă, a prostatei. Ea nu este dureroasă, iar tratamentul ei este cel al bolii în cauză.

SPERMATOZOID. Celulă reproducătoare masculină.

Spermatozoidul este un filament microscopic de 50 micrometri lungime, compus dintr-un cap, dintr-o parte intermediară și dintr-un flagel (coada). Capul, oval, ascuțit în față și aplatizat în spate, măsoară 3 micrometri grosime. El este aproape în întregime format din nucleu care conține genomul (materialul genetic, suportul eredității). După cap urmează partea intermediară, care asigură producerea de energie, parte legată direct de flagel, subțire, lung și flexibil, care, la rândul lui, asigură deplasarea. Flagelul propulsează capul spermatozoidului, care înaintează oscilând la dreapta și la stânga, ceea ce îi permite să ocolească obstacolele.

Un spermatozoid poate supraviețui între 24 și 48 ore în căile genitale feminine, unde se deplasează, cu vreo 3 milimetri pe minut, pentru a întâlni ovulul, pe care îl fecundează în una din trompele uterine.

PATOLOGIE. Anomalii ale spermatozoizilor pot antrena o sterilitate: anomalii de formă, de număr și de mobilitate, constituționale sau dobândite (blenoragie netratată, astupare a canalelor deferente etc.). Ele sunt puse în evidență prin studiul spermei, numit spermogramă.

SPERMĂ. Lichid opac, albicios, lipicios, produs în cursul ejaculării, conținând spermatozoizii.

Fiecare mililitru de spermă conține între 30 și 150 milioane de spermatozoizi în suspensie în lichidul seminal. Acesta este, de altfel, constituit din numeroase proteine, din fructoză (elaborată de veziculele seminale), din fosfataze acide (formate de prostată) și din carnitină (secretată de epididim). În mod normal, sperma este sterilă, adică fără germeni.

Excreția spermei se face în momentul orgasmului, datorită unei contracții a diferiților mușchi netezi care înconjoară glandele și conducturile genitale. Fiecare ejaculare conține între 2 și 6 mililitri de spermă.

Un volum de spermă prea mare poate atesta o infecție a veziculelor seminale și a prostatei.

Băncile de spermă. Stocarea spermei într-o bancă poate fi avută în vedere înainte de realizarea unui tratament chimioterapic sau radioterapic. Donatorul își va păstra astfel posibilitatea de a procrea la încheierea unui tratament potențial toxic pentru spermatozoizi. Această tehnică mai poate, de asemenea, să fie utilizată pentru conservarea spermei donatorilor voluntari în vederea unei însămânțări artificiale, pentru cuplurile în care partenerul este steril sau este afectat de o boală transmisibilă genetic; sperma pentru însămânțare va fi atunci asortată după grupul sangvin și după caracterele morfologice (grup etnic, greutate, înălțime etc.) ale bărbatului steril.

Donatorul trebuie să se supună la o serie de examene care caută orice eventuală boală transmisibilă: investigații serologice (hepatită virală, sifilis, H.I.V.), cariotipul (anomalii cromozomiale), ancheta genetică (pentru a verifica absența bolilor ereditare ca hemofilia în cadrul familiei).

Sperma este congelată în azot lichid, la –196°C, după ce a fost diluată într-un mediu conținând un crioprotector. Conservarea poate dura mai mulți ani. Decongelarea se face în câteva minute, lăsând paietele de spermă la temperatura ambiantă. → SPERMOGRAMĂ.

SPERMICID. Contraceptiv local care acționează distrugând spermatozoizii.

Spermicidele se prezintă sub formă de creme, de ovule sau de bureți. Aceste substanțe pot, de asemenea, să fie folosite ca agenți de ungere pentru unele tipuri de prezervative masculine.

INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII. Spermicidele sunt utilizate mai ales în cazuri de raporturi sexuale neregulate sau de contraindicații ale pilulei. Folosirea lor nu se concepe decât în asociere cu un prezervativ sau, în cazul cremelor, cu o diafragmă.

Ele sunt contraindicate în caz de hipersensibilitate la diferite produse.

MOD DE ÎNTREBUINȚARE. Eficacitatea spermicidelor depine de buna lor utilizare. O cremă spermicidă trebuie să fie plasată în fundul vaginului, cu ajutorul unei pere de cauciuc sau cu o seringă, înaintea fiecărui raport sexual cu penetrare masculină. Este necesar să se repete aplicația la fiecare nou raport. Cremele spermicide au o acțiune imediată. Bureții sunt puși cu degetele în fundul vaginului, în contact cu colul uterin. O dată amplasați, bureții asigură o protecție imediată care durează 24 ore.

Efectul contraceptiv este inhibat de săpunuri și de numeroase antiseptice. Doar o toaletă externă, cu apă curată, este acceptabilă în primele 6 până la 8 ore care preced aplicarea și imediat după raportul sexual.

EFECTE NEDORITE. O senzație de arsură sau o iritație pot să se manifeste la unul sau la celălalt dintre parteneri, însă reacțiile alergice locale sunt rare.

SPERMOGRAMĂ. Examen al spermei care are drept scop studiul numărului și mobilității spermatozoizilor, precum și procentajul de spermatozoizi anormali.

INDICAȚII. O spermogramă se efectuează atunci când un cuplu apelează la consultație din cauza infertilității. Atunci este important să se determine eventuala existență a unor anomalii ale spermei și de a ști dacă această sterilitate este trecătoare sau definitivă. În fapt, febra și luarea de anumite medicamente pot diminua în mod tranzitoriu numărul de spermatozoizi. În caz de constatare a unei anomalii, medicul prescrie întotdeauna cel puțin o spermogramă înainte de a stabili un diagnostic definitiv.

TEHNICĂ. Spermograma analizează 3 caracteristici ale spermatozoizilor.

■ *Numărul de spermatozoizi* trebuie să fie de minimum 30 milioane pe mililitru într-un ejaculat normal (de la 2 la 6 mililitri). O concentrație inferioară traduce o oligospermie, în timp ce absența de spermatozoizi constituie o azoospermie.

■ *Mobilitatea spermatozoizilor* este, de asemenea, studiată. 30% dintre ei trebuie să fie mobili în prima oră și să rămână mobili 4 ore după ejaculare. Sub aceste praguri se vorbește de astenospermie primitivă sau secundară.

■ *Analiza formelor anormale* se face pe baza spermocitogramei (frotiu care permite examinarea unui număr de 100 spermatozoizi). O spermă este considerată ca fiind suficient de frecundantă atunci când mai mult de 30% dintre spermatozoizi au o formă normală. Se consideră anormali spermatozoizii prea mici (hipotrofici), cu cap dublu (bicefali), cu flagel dublu (bifizi). Sub acest procentaj (adică mai puțin de 30% forme normale), se vorbește de teratospermie.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. O spermogramă se practică într-un laborator de analize medicale. Înainte de examen, pacientul trebuie să se abțină de la orice relație sexuală pe timp de 3–5 zile, cu scopul ca sperma emisă să corespundă cantitativ criteriilor de referință. În ziua examenului, după ce a urinat pentru a elimina germenii prezenți întotdeauna în canalul uretral, bărbatul își recoltează singur sperma prin masturbare.

SPINA BIFIDA. Malformație congenitală a coloanei vertebrale, caracterizată prin absența sudurii arcurilor posterioare și a apofizei spinoase a uneia sau mai multor vertebre, de cele mai multe ori la nivel lombosacral.

CAUZE. Spina bifida este cauzată de o anomalie a formării structurii embrionare numită tub neural, în primele 3 luni de sarcină.

DIFERITE TIPURI DE SPINA BIFIDA

■ *Spina bifida ocultă, ori spina bifida oculta*, este o malformație frecventă și, în general, benignă. Este vorba, de cele mai multe ori de o simplă fisură a coloanei vertebrale, fără herniereа țesutului nervos și cu un înveliș cutanat normal. Anomalia nu se manifestă prin nici un simptom, iar descoperirea ei este întâmplătoare, cu ocazia unei radiografii a regiunii lombare joase unde se situează de obicei. În unele cazuri totuși, nou-născutul prezintă o anomalie cutanată în fața coloanei vertebrale (gropiță, fistulă, deviație a pliului fesier, mai rar smoc de peri). Se ia precauția de a se realiza explorări radiologice și urologice, completate eventual cu un scaner sau cu un examen de imagerie prin rezonanță magnetică (I.R.M.) pentru a detecta o eventuală malformație subiacentă care necesită un tratament chirurgical.

DIAGNOSTIC PRENATAL. Diagnosticul prenatal de spina bifida este astăzi posibil datorită ecografiei, realizată între a 16-a și a 20-a săptămână, care permite să fie recunoscută malfomația în 70% din cazuri, și prin dozare, după amniocenteză, a nivelului de α-1-fetoproteină.

SPIROCHETOZĂ. Boală infecțioasă cauzată de o spirochetă, bacterie de formă helicoidală deosebit de mobilă datorită aparatului său locomotor intern.

Trei genuri de spirochete sunt patogene pentru om.

■ *Genul Borrelia* cuprine bacteriile responsabile de febrele recurente transmise de căpușe și agentul bolii lui Lyme.

■ *Genul Leptospira* cuprinde agenții leptospirozei, cunoscut, de asemenea, și sub numele de boala vidanjorilor.

■ *Genul Treponema* grupează agentul sifilisului și pe cei ai infecțiilor denumite treponematoze neveneriene, care fac ravagii exclusiv în anumite regiuni calde (pinta sau caraté, bejel și pian).

SPIROMETRIE. Examen care servește la măsurarea volumelor și debitelor pulmonare.

Spirometria este o componentă a explorării funcționale respiratorii (totalitatea examenelor destinate să evalueze funcția respiratorie).

INDICAȚII. Spirometria este utilizată pentru diagnosticarea diverselor afecțiuni cronice ale bronhiilor și ale plămânului (astm, bronhopatie cronică obstructivă, pneumopatie interstițială, emfizem), pentru a evalua gravitatea lor și pentru a le urmări evoluția.

TEHNICĂ. O ședință de spirometrie durează cel mult câteva zeci de minute. Subiectul este așezat pe scaun cu nasul astupat cu o pensă. El ia în gură un ambou legat printr-un tub flexibil la un aparat de măsură, spirometrul. Pacientul respiră mai întâi normal, apoi inspiră și expiră până la ultima suflare. Volumele de aer conținute în plămânii săi la diferite momente ale respirației sunt apoi măsurate corelate fiind cu debitele de aer inspirate sau expirate, pentru a trasa un grafic denumit curbă debit-volum; mai este, de asemenea, posibil să se măsoare capacitatea vitală forțată (volumul total de aer expirat după o inspirație profundă), precum și V.E.M.S., adică volumul expirator maxim pe secundă (volumul de aer expirat în cursul primei secunde de expirație forțată care urmează unei inspirații profunde). Adăugarea la spirometru a unui circuit complementar care utilizează heliul permite să se calculeze capacitatea pulmonară totală (volumul maxim pe care îl pot conține plămânii).

REZULTATE. Anomaliile constatate sunt clasificate în sindromul obstructiv (debite anormal de mici), sindromul

restrictiv (volume anormal de mici) și sindromul mixt (asocierea celor două perturbații).

SPITALISM. Alterare a dezvoltării psihomotorii la copilul foarte mic, provocată de o plasare îndelungată într-o instituție (sanatoriu, spital, creșă etc.) sau printr-o carență afectivă gravă.

SPITZ (melanom juvenil al lui). Mică tumoră cutanată izolată, benignă, care apare pe față sau pe un membru.

Melanomul juvenil al lui Spitz apare la un copil sau la un adult tânăr. Este o tumoră cu diametrul de câțiva milimetri, rozaliu sau brun, cu suprafața netedă. În unele cazuri el dispare spontan sau se transformă într-un nev (aluniță). În unele cazuri leziunea este tratată prin ablație chirurgicală, ceea ce permite, după analiză, să se confirme diagnosticul și să se asigure vindecarea.

SPLAHNICECTOMIE. Secționare chirurgicală a nervilor splahnici, care inervează viscerele abdominale.

Splahnicectomia este indicată în caz de dureri abdominale intense și cronice, în particular cele consecutive unei boli a pancreasului (pancreatită cronică, cancer); în consecință ea este asociată adesea cu un alt act operator (ablația unei tumori, de exemplu). Ea nu antrenează nici un efect secundar.

SPLENECTOMIE. Ablație chirurgicală a splinei.

CONSECINȚE. Splenectomia este o intervenție relativ benignă, care comportă puține riscuri imediate. În schimb, ea are, în timp, două consecințe importante: pe de o parte, o creștere a numărului de plachete în sânge, cu un risc de formare a cheagurilor în vase, pe de altă parte, o micșorare a rezistenței sistemului imunitar la unele infecții, îndeosebi cele cu pneumococ, cu atât mai marcat cu cât subiectul este mai tânăr (mai ales dacă are sub 6 ani). Aceasta justifică vaccinarea antipneumococică practicată sistematic înaintea intervenției și tratamentul forte al oricărui început de infecție, la subiecții asplenici (care nu mai au splină).

SPLENOMEGALIE. Creștere în volum a splinei.

Diferite boli sau infecții pot cauza o splenomegalie:

– afecțiunile hepatice ca o ciroză hepatică;

– infecțiile bacteriene: septicemii, febre tifoidă și paratifoidă, bruceloză, tuberculoză etc.;

– bolile zise de sistem: lupus eritematos diseminat, sarcoidoză sau amiloză, de exemplu;

– bolile hematologice: leucemie sau splenomegalie mieloidă, de exemplu;

– bolile parazitare ca paludismul;

– bolile virale: mononucleoză infecțioasă, de exemplu.

O splenomegalie provoacă uneori o senzație de greutate în hipocondrul stâng (regiunea superioară stângă a abdomenului) și dureri. Tratamentul unei splenomegalii depinde de boala care a provocat-o.

SPLENOPORTOGRAFIE. Examen radiologic vascular ce permite vizualizarea sistemului venos portal care conduce sângele din ficat în splină.

SPLINĂ. Organ bogat vascularizat situat în unghiul superior stâng al abdomenului, între diafragm și coaste, și care, înainte de naștere, produce o parte a celulelor sangvine și, după naștere, joacă un rol important în imunitate.

Splina este o masă de culoare roșu închis, spongioasă, de mărimea unui pumn, care cântărește în jur de 200 grame.

FUNCȚII. Funcțiile splinei încă nu sunt complet elucidate.

Splina este un organ limfoid care joacă în imunitate un rol important, comparabil cu cel al ganglionilor limfatici, participând la lupta împotriva infecțiilor prin producerea de limfocite, de anticorpi și de fagocite. Dar, spre deosebire de ganglionii limfatici, ea se află în comunicație directă cu circulația sangvină. În consecință ea se află, în permanență, în contact cu totalitatea antigenelor circulante, adică cu ansamblul substanțelor prezente în sânge care sunt capabile să inducă producția de anticorpi în organism, indiferent de originea lor (bacterii, substanțe toxice, celule străine).

În afara acestei funcții, care o face să se asemene cu alte organe limfoide, splina joacă, de asemenea, un rol în maturarea globulelor roșii (eliminarea resturilor de nuclee, de exemplu) precum și, eventual, în eliminarea lor, fie că sunt anormale (în paludism), acoperite de anticorpi, ca în cursul anemiilor hemolitice autoimune, ori deformate printr-o hemoglobină anormală (talasemie). Ea este implicată, de altfel, în declanșarea răspunsului imunitar al serului sangvin față de unii agenți infecțioși precum pneumococul.

SPONDILARTRITĂ ANCHILOZANTĂ. Afecțiune cronică ce este caracterizată prin survenirea unei artrite care afectează, în principal, articulațiile sacroiliace și cele ale rachisului. SINONIM: *spondilartrita reumatismală*.

Spondilartrita anchilozantă, afecțiune care aparține grupului spondilartropatiilor, nu are o cauză cunoscută, dar în 10% dintre cazuri se găsește o predispoziție familială. Bolnavii sunt, în majoritate, de sex masculin, afecțiunea debutând, în general, între 15 și 30 ani.

Spondilartrita anchilozantă debutează prin dureri localizate de cele mai multe ori în fese, în spatele coapselor și în partea medie a spatelui, care se accentuează la sfârșitul nopții și dimineața, și se agravează din nou seara. Afecțiunea înaintează, în general, de jos în sus, de la bazin către rachisul cervical. Articulațiile membrelor sunt mai rar afectate, cu excepția șoldurilor, a căror atingere poate deranja mersul, și, într-o mai mică măsură, genunchii și umerii.

Diagnosticul se bazează, ca și pentru alte spondilartropatii, pe diferite criterii clinice (caracterul durerilor și sensibilitatea la tratament) și genetice (prezența antigenului HLA B 27) mai curând decât cele radiologice.

Spondilartrita anchilozantă înaintează lent, prin pusee, într-o perioadă de zece, douăzeci de ani sau chiar mai mult. Evoluția bolii, în absența tratamentului, este variabilă după subiect, marcată la aproximativ jumătate dintre bolnavi de o redoare a coloanei vertebrale, în întregime sau parțial. Atingerea articulațiilor costovertebrale poate fi responsabilă de o insuficiență respiratorie.

TRATAMENT. Aceasta constă din antiinflamatoare nesteroidiene, luate de preferință seara, înainte de culcare.

SPONDILARTROPATIE. Afecțiune inflamatorie cronică ce se caracterizează printr-o atingere articulară vertebrală.

Termenul de spondilartropatie grupează patru afecțiuni inflamatorii:

– spondilartrita anchilozantă, ori pelvispondilita reumatismală;

– sindromul oculo-uretro-sinovial, denumit, de asemenea, și sindromul lui Fiessinger-Leroy-Reiter (F.L.R.);

– unele forme de reumatism psoriazic, ori artrita psoriazică;

– reumatisme care însoțesc bolile inflamatorii cronice ale intestinului (îndeosebi rectocolita hemoragică și boala lui Crohn).

FRECVENȚĂ. Spondilartropatiile afectează mai mult bărbații decât femeile.

TRATAMENT. Acesta se bazează pe utilizarea antiinflamatoarelor nesteroidiene, luate de preferință seara, înainte de culcare. Spondilartropatiile care sunt însoțite de semne biologice ale inflamației (viteza de sedimentare ridicată) sau de semne, chiar minore, ale inflamației intestinale cronice beneficiază adesea de un tratament de fond cu salazopirină. Atunci când șoldul este grav afectat, o sinoviorteză (distrugerea sinovialei, țesutul care tapetează pereții cavităților articulare), realizată cu acid osmic, poate stopa evoluția artritei — permițând astfel să se evite punerea unei proteze.

SPONDILITĂ. Inflamație a unei vertebre.

Spondilita este, de fapt, o osteomielită (inflamația unui os) vertebrală. Ea este foarte adesea asociată unei inflamații a discului intervertebral adiacent: atunci se vorbește de o spondilodiscită.

SPONDILODISCITĂ. Inflamație simultană a unui disc intervertebral și a vertebrelor adiacente, de cele mai multe ori de origine infecțioasă.

CAUZE. O spondilodiscită poate fi de origine infecțioasă. Mai rar, o spondilodiscită este de origine neinfecțioasă, legată de o spondilartropatie sau de un sindrom S.A.P.H.O. (sinovită-acnee-pustuloză-hiperostoză-osteită).

SIMPTOME ȘI SEMNE. În forma sa obișnuită, o spondilodiscită antrenează dureri vii rachidiene care, foarte repede, împiedică bolnavul să se deplaseze și este însoțită de febră și frisoane. Diagnosticul se bazează pe efectuarea scintigrafiei osoase și mai ales pe utilizarea imagerei prin rezonanță magnetică (I.R.M.).

TRATAMENT. Tratamentul constă în imobilizarea gipsată timp de 6 săptămâni, cu aproximație, și în antibioterapie urmată timp de 3 luni în caz de germene obișnuit, timp de 12 până la 18 luni în caz de tuberculoză. Poate subzista o redoare rahidiană la nivelul discului vertebral infectat.

SPONDILOLISTEZIS. Alunecare înspre în față a unei vertebre în raport cu vertebra subiacentă, care afectează de cele mai multe ori vertebrele lombare inferioare, îndeosebi cea de-a cincea vertebră lombară, care alunecă atunci în față în raport cu sacrumul.

CAUZE. Un spondilolistezis poate fi consecutiv unei spondilolize (ruptură între corpul și arcul posterior al vertebrei), unei deteriorări treptate a vertebrei și a discului ei, unui traumatism sau unei infecții (morbul lui Pott).

SIMPTOME. Atingerea este adesea latentă, descoperită întâmplător la radiografie. În anumite condiții, în particular în poziția în picioare timp îndelungat, durerile lombare pot apărea și pot deveni treptat permanente. Ele pot, de asemenea, să fie însoțite de o sciatică provocată de întinderea rădăcinilor nervoase lombare.

TRATAMENT. Atunci când spondilolistezisul nu antrenează nici o durere, nu se apelează, de regulă, la nici o terapeutică. În alte cazuri, tratamentul lui implică odihna la pat, asociată cu luarea de analgezice și de antiinflamatoare. În afara crizelor acute de lombosciatică, se prescrie o gimnastică de reeducare vertebrală și purtatul unui lombostat. Atunci când acest tratament se dovedește ineficace, se poate recurge la o artrodeză a rachisului lombar, intervenția chirurgicală constând în solidarizarea vertebrei deplasate atât de vertebra supraiacentă cât și de cea subiacentă.

SPONDILOLIZĂ. Ruptură între corpul unei vertebre și arcul ei posterior, survenind la nivelul unei porțiuni îngustate denumită istm vertebral.

Spondiloliza are loc, în general, la nivelul celei de a 5-a vertebre lombare. Ea atinge de cele mai multe ori persoanele în vârstă, dar mai poate fi observată și la un subiect tânăr care prezintă o insuficiență sau o absență a osificării istmului vertebral sau, mai rar, poate apărea după un traumatism care a antrenat o fractură.

Riscul unei spondilolize este o alunecare spre în față a vertebrei, denumită spondilolistezis.

SPOROTRICOZĂ. Boală cronică provocată de o ciupercă microscopică denumită *Sporotrix schenkeii*.

Sporotrix schenkeii este prezentă în sol și în rămășițele vegetale. Sporotricoza se întâlnește pe toată suprafața globului. Această micoză se contractează adesea cu ocazia unui traumatism minor; ciuperca este inoculată atunci printr-o înțepătură într-un spin sau în cursul unei răniri cu o bucățică de lemn.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Forma primară corespunde dezvoltării leziunii plecând de la locul de inoculare, ea se traduce prin apariția, în câteva zile sau în câteva luni, a unor noduli nedureroși care evoluează în ulcerații dureroase. Ulcerațiile se necrozează (sancru sporotricozic), acest fenomen este însoțit de o diseminare limfatică a germenelui.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Tratamentul formelor cutanate ale sporotricozei constă în administrarea de iodură de potasiu. Antifungicele pe cale orală sau în perfuzie sunt rezervate, în general, cazurilor de diseminare pe cale limfatică.

SPORT ȘI APTITUDINE FIZICĂ. → EVALUARE FUNCȚIONALĂ ÎN SCOP SPORTIV.

SPRAY. Medicament lichid amestecat cu un gaz, conținut într-o butelie sub presiune, astfel încât să poată fi administrat sub forma unor picături foarte fine.

SPRUE NOSTRAS. → BOALĂ CELIACĂ.

SPRUE TROPICAL. Boală de cauză necunoscută care asociază o atrofie a mucoasei intestinului subțire, responsabilă de o proastă digestie și de un defect de asimilare a nutrimentelor.

Sprue tropical afectează locuitorii țărilor temperate care trăiesc mai multă vreme în țările tropicale din Asia și America.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Malabsorbția cronică antrenează o diaree grăsoasă, o pierdere în greutate și carențe multiple care provoacă ulcerații bucale.

TRATAMENT. Tratamentul cuprinde administrarea de antibiotice, de acid folic și de vitamină B12 și, dacă este necesar, alte vitamine și săruri minerale. Reîntoarcerea în țara temperată atrage, în general, vindecarea.

STAFILOCOC. Gen bacterian constituit din cocci Gram pozitivi grupați în îngrămădiri, ale cărui numeroase specii sunt comensale (trăiesc pe o gazdă fără a o vătăma), pe piele și pe mucoasele omului și animalelor.

Unele specii de stafilococ sunt totuși susceptibile să provoace boli omului, cea mai virulentă specie fiind *Staphylococcus aureus* sau stafilococul auriu. Această bacterie este capabilă să secrete diferite toxine (hemolizine, leucocidină, toxine epidermolitice, enterotoxine, toxina sindromului de șoc toxic sau TSST-1) și enzime (coagulază, fibrinolizină, hialuronidază), care antrenează leziuni supurative și necrotice, precum și diferite boli denumite stafilococii și stafilococemii.

Printre numeroasele specii de stafilococ, cele grupate sub denumirea de stafilococi coagulazo-negativi (deoarece nu secretă coagulază), *Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus hominis* și *Staphylococcus saprophyticus* (aflate la originea, mai ales, a infecțiilor urinare joase la femei) sunt cel mai des responsabile de boli. Acești stafilococi, a căror virulență pentru om este mult mai mică decât cea a stafilococului auriu, se comportă adesea ca bacterii oportuniste (septicemii pe material străin, îndeosebi pe un cateter).

STAFILOCOCIE. Infecție cu un stafilococ, bacterie Gram pozitivă.

Stafilococii sunt prezenți în aer, în apă și pe toate suprafețele; omul îi găzduiește în fosele nazale, intestin, glandele sudoripare și pe piele. Stafilococul este un germene piogen (capabil să provoace formarea puroiului). Specia cel mai des responsabilă de infecții este *Staphylococcus aureus* sau stafilococul auriu.

Infecțiile cu stafilococ pot fi contagioase și se transmit direct (prin contact cu focarele cutanate infectate) sau indirect (prin intermediul mâinilor). Ele sunt favorizate de alcoolism, de denutriție, de diabetul zaharat, de o stare de debilizare care urmează unei intervenții chirurgicale, de introducerea în organism a unui corp străin (proteză, ac de injecție), și apar cel mai frecvent la copiii mici și la persoanele foarte în vârstă. Stafilococul este adesea cauza unor infecții nozocomiale (intraspitalicești). Există două tipuri de stafilococcie, supurativă și nesupurativă.

Stafilococia supurativă. Este o infecție cu stafilococ care antrenează formarea unei colecții purulente.

Pot fi atinse diferite țesuturi, mai ales pielea și mucoasele. Infecția ia, în funcție de țesut, denumiri diferite: impetigo (placă cutanată infectată), panarițiu (infecție a unui deget), onixis (infecția unei unghii), foliculită (infecția bazei unui fir de păr), furuncul (foliculită profundă severă), ulcior (infecție a pleoapei). Aceste infecții sunt frecvente.

COMPLICAȚII. În absența tratamentului, infecția se poate întinde la țesuturile învecinate (flegmon), în țesuturile subcutanate (infecție a țesuturilor subcutanate, ori celulită în sensul medical al termenului), în sânge (septicemie). Aceste infecții pot deveni cronice; mai sunt posibile recidive multiple, îndeosebi pentru furuncule (furunculoză), ceea ce face necesar să fie căutată o deficiență a mijloacelor de apărare imunitară și, îndeosebi, un diabet zaharat prost echilibrat.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Stafilocociile cutanate nu necesită adesea decât simple aplicații de antiseptice. Formele grave sunt tratate cu antibioterapie pe cale generală; unele abcese necesită o intervenție chirurgicală (chiuretajul unui panarițiu, de exemplu). Prevenirea unor astfel de

infecții constă în dezinfectarea și eradicarea depozitului microbian și în antibioterapia preventivă înaintea oricărei intervenții chirurgicale.

Stafilococia nesupurativă. Este o infecție cu stafilococ în cursul căreia germenele nu acționează direct, ci prin intermediul unei toxine pe care o secretă.

STAFILOPLASTIE. Reparație chirurgicală a vălului palatin. SINONIM: *palatoplastie*.

O stafiloplastie este indicată, în principal, în caz de fantă labiopalatină (malformație caracterizată printr-o fantă a buzei superioare și/sau a palatului).

STAPEDECTOMIE. Ablație chirurgicală a scăriței (unul dintre oscioarele urechii medii).

O stapedectomie este indicată în cursul otospongiozei. Această boală osoasă se caracterizează printr-o anchiloză, chiar printr-o imobilitate a scăriței, traducându-se în acest din urmă caz printr-o hipoacuzie (surditate).

STARE LIMITĂ. Stare intermediară, între nevroză și psihoză. În engleză, *borderline*. SINONIM: *personalitate limită*.

Expresia de stare limită grupează un anume număr de tulburări ale personalității care se manifestă prin relații de dependență intensă, o mare vulnerabilitate depresivă și o viață afectivă mai curând săracă, fără a împiedica totuși adaptarea socială.

Tratamentul poate asocia medicamentele și psihoterapia.

STARE VEGETATIVĂ CRONICĂ. Stare definită prin absența oricărei activități conștiente, decelabilă chiar și atunci când subiectul este în stare de veghe.

Starea vegetativă corespunde unor leziuni întinse ale emisferelor cerebrale cu menținerea relativă a funcționării trunchiului cerebral.

Cu ochii deschiși sau închiși, bolnavul respiră spontan și are câteva gesturi automate (căscat, molfăit, uneori câteva mișcări ale membrelor).

STAZĂ. Încetinirea pronunțată sau oprire a circulației unui lichid în organism.

O stază a sângelui în picioare poate fi consecința formării varicelor în membrele inferioare.

STÂNCĂ. Parte inferioară a osului temporal, situată pe părțile laterale ale craniului.

Stânca, asemănătoare cu o piramidă triunghiulară, formează partea internă și orizontală a osului temporal. Stânca conține urechea medie: căsuța timpanului și lanțul de oscioare. Ea este traversată de nervul facial.

STÂNGACI. Persoană care are tendința să utilizeze jumătatea stângă a corpului pentru a realiza mișcările și gesturile obișnuite.

A fi stângaci reprezintă un fenomen pur fiziologic, rezultând dintr-o lateralizare dominantă dreaptă (dominanță a emisferei cerebrale drepte). Stângăcia poate fi congenitală sau dobândită (consecutivă unei leziuni cerebrale stângi).

Multă vreme s-a dorit reeducarea, nejustificată, a copiilor stângaci: a contraria un stângaci (interzicerea sistematică unui copil să folosească mâna stângă) riscă să creeze tulburări psihomotorii (ticuri, neîndemânare), tulburări ale elocuțiunii, scrisului sau cititului ori tulburări afective (emotivitate, conduită de opoziție, sentimentul culpabilității sau al inferiorității). Dar este adevărat că, plonjat într-un univers conceput pentru dreptaci, copilul stângaci poate prezenta o întârziere de adaptare. Misiunea educatorului este să ajute copilul să stăpânească spațialitatea cu scopul de a-i permite o mai bună realizare a performanțelor sale.

STEATOMERIE. Îngrămădire de grăsime localizată și profundă.

CAUZE. Steatomeriile sunt de origine genetică, spre deosebire de grăsimile de suprafață cauzate de excese alimentare.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Îngrămădirile de grăsime modifică silueta și se situează la înălțimea sânilor, flancurilor, coapselor, burții, pe fața posterioară a brațelor, pe fața internă a genunchilor, dar și pe față (pungi sub ochi, bărbie dublă).

DIAGNOSTIC. Grăsimea de suprafață apare sub formă de „coajă de portocală", constituită din mici bulgări vizibili, deoarece sunt prinși între fibre de amarare profunde, situate între diferitele aponevroze (membrane conjunctive care învelesc mușchii și ale căror prelungiri fixează mușchii de oase) și dermul cutanat.

EVOLUȚIE. Steatomeriile cresc cu vârsta și pe măsura luării în greutate. Ele sunt mai ales frecvente după patruzeci de ani. Regimurile alimentare nu au nici un efect asupra acestei evoluții, puternic predeterminată genetic.

TRATAMENT. Singurul tratament eficace actualmente este liposucțiunea, care permite să se aspire grăsimile profunde și superficiale.

PREVENIRE. Restricțiile alimentare și exercițiul fizic permit întârzierea apariției steatomeriilor, dar nu o pot împiedica.

PERSPECTIVE. Utilizarea ultrasunetelor, care ar face să se desfacă în bucăți celulele grăsoase profunde pentru a le face mai accesibile operației de liposucțiune, este o cale recentă de cercetare. Se pare că, în viitor, doar tratamentul genetic este cel care poate împiedica apariția steatomeriilor.

STEATOREE. Prezență a unei cantități anormale de grăsimi în fecale.

O steatoree traduce o malabsorbție intestinală și se întâlnește în diferite boli: insuficiența pancreasului exocrin (cancer, pancreatită), bolile intestinului subțire (boală celiacă, boala lui Crohn, sprue tropical), insuficiență a

secreției biliare (ciroză), obstrucția căilor biliare (calcul al coledocului, cancer al pancreasului). În general, steatoreea este însoțită de o pierdere în greutate.

În afara tratamentului cauzei, un regim sărac în grăsimi este prescris în toate cazurile.

STEATOZĂ. Acumulare de grăsimi în interiorul celulelor care, în stare normală, nu conțin decât foarte mici urme.

Ficatul, care joacă un rol major în metabolismul lor, este sediul cel mai obișnuit al acestei supraîncărcări.

Intoxicația alcoolică este una dintre principalele cauze ale steatozelor hepatice în țările dezvoltate. În țările în curs de dezvoltare, boala este legată de malnutriția cronică (kwashiorkor).

O ecografie permite confirmarea creșterii în volum a ficatului, perceptibilă la palpare, însă numai studiul unui fragment din parenchimul hepatic, prelevat prin puncție-biopsie, permite stabilirea unui diagnostic sigur. Tratamentul este cel al afecțiunii responsabile.

STENOZĂ. Îngustare patologică, congenitală sau dobândită, a calibrului unui organ, a unui canal sau a unui vas.

Stenozele sunt numeroase și variate; ele pot afecta tubul digestiv, căile biliare, traheea și bronhiile, căile urinare, venele și arterele, precum și canalul medular (canalul osos situat în spatele corpurilor vertebrelor ce conține măduva spinării).

STENOZĂ AORTICĂ. Micșorare a calibrului valvulei aortice, care conduce sângele, după ieșirea din inimă, spre aortă și circulația generală.

CAUZE. O îngustare sau o stenoză aortică este provocată în mod frecvent de un proces degenerativ care duce la o calcificare a valvulei. Uneori, cauza este o boală congenitală ca, de exemplu, o bicuspidie (valvula nu are decât două valve în loc de trei). Mai rar în ziua de azi, stenoza aortică poate fi consecutivă unui reumatism articular acut (boală care provoacă o inflamație a articulațiilor și atingeri cardiace) sau, încă, în mod excepțional, unei endocardite bacteriene (vegetații obstructive dezvoltate pe orificiul aortic).

SIMPTOME ȘI SEMNE. O stenoză aortică este de multe ori fără simptome. Când acestea există, ele apar la efort și se traduc printr-o gâfâială, o durere toracică, o oboseală și sincope. Pulsul la încheietura mâinii este slab.

La auscultare cu stetoscopul, medicul aude un suflu care poate să urce până la nivelul gâtului.

TRATAMENT. Acesta este chirurgical și constă în înlocuirea valvulei aortice deficiente cu o proteză.

STENOZĂ A APARATULUI DIGESTIV. Îngustare patologică a calibrului unuia dintre organele digestiei.

Stenoza de pilor. Este o îngustare a sfincterului situat între stomac și duoden. Ea se întâlnește la nou-născuți, mai des la băieți, și este cauzată de o hipertrofiere congenitală a sfincterului piloric. La adult, stenoza de pilor este consecutivă unei leziuni ulceroase sau tumorale a zonei pilorului.

SIMPTOME ȘI SEMNE

■ *La nou-născut*, principalele manifestări, caracteristice, debutează între a 3-a și a 6-a săptămână de viață. Acestea constau în vărsături în jet, survenind după un timp de la hrănirea sugarului. Copilul își păstrează pofta de mâncare, dar suferă o tendință la constipație; el pierde treptat din greutate.

■ *La adult*, stenoza de pilor se traduce prin tulburări digestive (vărsături postalimentare), prin dureri și printr-o pierdere în greutate.

DIAGNOSTIC. În cursul examenului clinic, atunci când este practicat în timpul mesei, este posibil să se perceapă ondulațiile peristaltice (mișcările stomacului care se împiedică de obstacolul pilorului) și să palpeze „oliva pilorică" (mușchiul hipertrofiat al sfincterului). Diagnosticul este confirmat printr-o radiografie a stomacului, opacifiat cu ajutorul unui produs baritat administrat pe cale orală).

TRATAMENT. Tratamentul stenozei hipertrofice a pilorului este chirurgical. Intervenția, denumită pilorotomie extramucoasă, constă în incizarea mușchiului îngroșat în sensul lungimii. Ea este practicată după rehidratarea și rehrănirea copilului. Vindecarea este rapidă și definitivă.

La adult, tratamentul este de cele mai multe ori chirurgical în caz de tumoră (ablația tumorii), și medical (administrarea de antihistaminice H2, îndeosebi) în caz de ulcer.

STENOZĂ MITRALĂ. Îngustare a calibrului valvulei mitrale, situată între auriculul stâng și ventriculul stâng al inimii.

O stenoză mitrală obligă auriculul stâng să se contracte mai violent pentru a trimite sângele în ventricul, ceea ce poate antrena o aritmie prin fibrilație auriculară (contracții rapide și neregulate ale mușchiului cardiac).

CAUZE. Mai frecventă la femeie decât la bărbat, stenoza mitrală este aproape întotdeauna consecutivă unui reumatism articular acut.

SIMPTOME ȘI SEMNE. La mai mulți ani după boala în cauză, o gâfâială, care nu apare la început decât la efort, se instalează treptat până când ajunge să se manifeste și în stare de repaus: această gradare traduce evoluarea stenozei mitrale. Subiectul mai suferă de palpitații sau de fibrilație auriculară. Creșterea presiunii în auricul poate avea răsunet asupra plămânilor. Pacientul poate expectora sânge.

Examenul clinic la stetoscop, care face să se audă, în fața vârfului inimii, o izbucnire de două zgomote ale inimii și un uruit caracteristic în timpul distolei, conduce la diagnosticare.

TRATAMENT. Acesta se face pe bază de medicamente diuretice și digitalice, chiar de anticoagulante. Ca în orice valvulopatie, trebuie luate precauții pentru a îndepărta orice risc de endocardită (infecție a valvulei), în particular în cursul îngrijirilor dentare. Atunci când stenoza mitrală este strânsă și prost tolerată, se poate avea în vedere fie o valvuloplastie percutanată (cu ajutorul unei sonde dotate cu un balonaș), fie o intervenție chirurgicală, comisurotomia sau înlocuirea valvulară.

STENOZĂ PULMONARĂ. Îngustare a calibrului valvulei pulmonare, prin care sângele dezoxigenat este ejectat din ventriculul drept al inimii și trece în artera pulmonară, care îl conduce până în plămâni.

STENOZĂ TRICUSPIDĂ. Îngustare a calibrului valvulei tricuspide, situată între auriculul drept și ventriculul drept.

Semnele insuficienței tricuspidiene sunt o insuficiență cardiacă dreaptă, edeme ale gleznelor și ale abdomenului, o creștere în volum a ficatului și o dilatare a venelor gâtului.

STENOZĂ VALVULARĂ. Îngustare a calibrului unei valvule cardiace.

Cele 4 valvule cardiace (aortică, mitrală, pulmonară și tricuspidă) pot fi atinse de o stenoză (îngustare) valvulară.

STEPAJ. Mers particular al bolnavilor atinși de parizie a mușchilor extensori ai degetelor de la picioare și ai piciorului.

Neputând ridica piciorul în mod corect, acești bolnavi sunt obligați, la fiecare pas, să ridice foarte sus genunchiul pentru a evita ca vârful piciorului, care stă în permanență în jos, să nu se lovească de sol.

TRATAMENT. În măsura posibilităților, acesta constă mai întâi de toate în tratarea bolilor în cauză. Uneori se recurge la punerea unei atele (pentru a menține piciorul în poziție bună), chiar la o transpoziție tendinoasă (intervenție chirurgicală care constă în înlocuirea acțiunii mușchiului paralizat cu cea a mușchiului învecinat, modificând punctul de inserție a tendonului acestuia).

STEREOTAXIE. Tehnică de imagerie care permite reperarea în spațiu a structurilor anatomice intracerebrale.

Stereotaxia este întrebuințată în neurochirurgie pentru a delimita foarte precis contururile unei anomalii intracerebrale (leziune, regiune deficientă din punct de vedere fiziologic) fără a trebui să se recurgă la deschiderea chirurgicală a craniului printr-o trepanație.

Stereotaxia constă în luarea de clișee prin tehnici de imagerie medicală (scaner, imagerie prin rezonanță magnetică), dar după ce capul subiectului a fost fixat într-un cadru special care servește drept reper. În continuare, un ordinator calculează, după clișee, poziția în spațiu a structurilor selecționate de către medici, astfel încât leziunile să poată fi operate fără ca structurile învecinate să fie afectate.

STERIL, -Ă. **1.** Care este lipsit(ă) de germeni, iniferent că este vorba despre starea naturală sau după sterilizare. SINONIM: *aseptic(a)*. **2.** Care nu poate concepe un copil.

STERILET. Aparat contraceptiv plasat în uter. SINONIM: *dispozitiv intrauterin (D.I.U.)*.

DIFERITE TIPURI DE STERILET. Steriletele sunt mici aparate din material plastic, de formă și mărime variabilă, de 3 sau 4 centimetri lungime, prelungite în vagin printr-un fir ce semnalează prezența lor și care permite să poate fi scoase. Există două tipuri principale: steriletе zise pasive, ori inerte, din polietilen, și steriletele zise active, cărora li s-a adăugat cupru sau progesteron pentru a le crește eficacitatea. Aceste ultime modele sunt actualmente cele mai utilizate.

FUNCȚIONARE. Plasat în cavitatea uterină, un sterilet antrenează o reacție locală care împiedică nidația oului în uter, modificând mucoasa uterină. El trebuie să fie aplicat de către un medic, în primele 10 zile ale unui ciclu menstrual. Majoritatea steriletelor disponibile actualmente pot fi păstrate timp de mai mulți ani.

CONTRAINDICAȚII ȘI EFECTE NEDORITE. Steriletul este contraindicat femeilor care nu au avut niciodată copii și celor care au un fibrom sau antecedente de infecție a trompelor, din cauza riscului de infecție genitală (salpingită) pe care-l comportă. El nici nu evită, nici nu favorizează apariția unei sarcini extrauterine.

Excelent mijloc contraceptiv, steriletul este eficace în proporție de aproape 100%. Totuși, acțiunea sa contraceptivă poate fi diminuată prin luarea de antiinflamatoare. Un sterilet nu impune nici o restricție, în afara unei igiene genitale riguroase, un număr limitat de parteneri și o supraveghere medicală regulată pentru a controla poziționarea sa și starea mucoasei uterine. El poate provoca dureri pelviene, hemoragii și infecții uterine sau tubare. Uneori steriletul antrenează scurgeri menstruale mai de durată, din cauza unei iritații a mucoasei.

STERILITATE. Incapacitate a unui cuplu de a concepe un copil. SINONIM: *infertilitate*.

Nu se vorbește de sterilitate decât după 2 ani de tentative regulate lipsite de succes în obținerea unei sarcini. În fapt, 80% dintre sarcini survin într-un interval de 18 luni după primul raport. După 2 ani, aproximativ 50% dintre cuplurile care se prezintă la consultație pe motiv de infecunditate se dovedesc a fi sterile. Dacă un cuplu nu este steril, șansele lui de a avea un copil rămân mici, iar atunci sunt indicate examene medicale.

Rolul vârstei în ce privește fertilitatea este sigur: scăderea fecundității, foarte slabă înainte de 40 de ani, atât la femeie, cât și la bărbat, se accelerează după această vârstă.

Bilanțul sterilității

Evaluarea cauzei sau cauzelor sterilității unui cuplu constă în practicarea, după un interogatoriu comun și un examen clinic al fiecăruia dintre cei doi membri ai cuplului, a unui număr de anumite examene. Interogatoriul permite să se obțină date cronologice privind sterilitatea cuplului, evaluarea vieții sexuale a cuplului și lămurirea antecedentelor medicale și ginecologice. Examenul clinic servește la precizarea bunei morfologii a aparatelor genitale feminin și masculin. Examenele complementare, care pot fi practicate în răstimp de două sau trei luni, sunt orientate după 4 axe: funcția ovariană (curbă de temperatură, dozări hormonale, ecografie pelviană); căile genitale ale femeii (histerosalpingografie, celioscopie, histeroscopie); sperma bărbatului (spermogramă); glera cervicală (testul lui Hühner, testul de penetrare încrucișată). Aceste examene permit să se determine dacă sterilitatea este de origine masculină sau feminină și să se propună un tratament.

— Curba de temperatură este stabilită de către femeie pe o durată de 3 luni; aceasta își măsoară temperatura rectală în fiecare dimineață, la trezire, înainte de a depune orice efort. Această curbă permite diagnosticarea survenirii și a zilei ovulației, precum și evaluarea duratei celei de a 2-a faze a ciclului.

— Un bilanț hormonal (dozare în sânge a hormonilor foliculostimulant [FSH] și luteinizant [LH], precum și a estradiolului, testosteronului, progesteronului și prolactinei) este efectuat la începutul ciclului la femeie.

— Ecografii pelviene sunt uneori practicate, între a 8-a și a 14-a zi a ciclului, pentru a diagnostica o ruptură foliculară, dovadă a ovulației.

— O histerosalpingografie, completată la nevoie de o celioscopie și de o histeroscopie, permite verificarea normalității trompelor și a cavității uterine.

— Un examen al spermei (spermograma) este practicat. Dacă rezultatul este anormal, spermograma este repetată și investigațiile ulterioare sunt în raport de tipul de anomalii ale spermei: bilanț hormonal, prelevare testiculară, test de migrare și supraviețuire a spermatozoizilor.

— Un test postcoital al lui Hühner, completat adesea cu un test de penetrare încrucișată, permite evaluarea concomitentă a spermatozoizilor, glerei cervicale și interacției spermă-gleră.

Frecvența raporturilor sexuale este un factor de fecunditate, ca și data la care au loc: șansele de concepție sunt maxime în perioda care începe cu 4 zile înainte de ovulație și se termină la 2 zile după ea.

Cauza unei sterilități se caută la patru niveluri: spermă, ovulație, căi genitale, feminine și masculine și incompatibilitatea dintre spermă și mediul genital feminin.

Sterilitățile de origine masculină. Acestea constituie de la 10 la 20% din totalitatea sterilităților, altele fiind legate de femeie sau de factori inexplicați (10%).

CAUZE. Sterilitățile de origine masculină au cauze foarte diferite.

■ *Aspermia* (absența spermei), atunci când are o cauză hormonală, se asociază cu testicule de dimensiuni mici, cu o absență a caracterelor sexuale secundare (pilozitate în particular). Absența spermei mai poate fi cauzată de absența erecției, de origine psihologică ori consecutivă luării de medicamente, diabetului, leziunilor neurologice traumatice sau unor tulburări ale ejaculării (ejaculare retrogradă, în particular).

■ *Azoospermia* (absența spermatozoizilor) este fie secretorie, cauzată de un defect de producere a spermatozoizilor, fie excretorie, cauzată de un obstacol situat pe căile excretorii, care stânjenește scurgerea spermei.

■ *Anomaliile spermei* sunt diverse: oligospermie (mai puțin de 30 milioane de spermatozoizi pe mililitru), astenospermie primitivă sau secundară (mai puțin de 30% dintre spermatozoizi sunt mobili, respectiv la o oră și la patru ore după ejaculare), teratospermie (mai puțin de 30% dintre spermatozoizi au o formă normală). Cauzele anomaliilor sunt variate: boli acute sau cronice, mai ales renale sau endocrine, tabagism, alcoolism. Toxicomaniile (marijuana, cocaina, heroina) sunt asociate adesea cu o diminuare a secreției testiculare de hormon masculin (testosteron) și cu o alterare a spermei.

■ *O reactie autoimună* a organismului masculin contra propriilor lui spermatozoizi este, de asemenea, posibilă. Anticorpii antispermatozoizi produși atunci împiedică gameții masculini să fecundeze ovulul.

■ *Varicocelul* (varice testicular nedureros) antrenează uneori o micșorare a producției de spermă.

DIAGNOSTIC. Aspermia, azoospermia și anomaliile spermei sunt puse în evidență prin spermogramă (studiul spermei și a spermatozoizilor pe care îi conține). Calitatea penetrării spermatozoizilor prin glera cervicală este estimată prin testul lui Hühner (examenul prelevatului de gleră la câteva ore după un raport sexual), completat eventual prin testul de penetrare încrucișată *in vitro* (compararea unui eșantion de spermă a bărbatului respectiv și un eșantion martor, ambele puse în contact cu glera cervicală a femeii). O reacție autoimună este evidențiată de aglutinatele de spermatozoizi repetate pe spermogramă; atunci anticorpii antispermatozoizi sunt căutați în spermă. În sfârșit, diagnosticul de varicocel se bazează pe examenul clinic, confirmat prin examenele ecografic și Doppler testiculare.

TRATAMENT. Sterilitățile de origine masculină prin anomalie a spermei pot fi compensate prin însămânțarea artificială între parteneri și, uneori prin fecundația *in vitro*.

Aspermia și azoospermia necesită recurgerea la o bancă de spermă și la însămânțarea artificială cu spermă de donator. Sterilitatea de origine imunologică necesită o pregătire a spermei înainte de tentativa de însămânțare artificială sau de fecundație *in vitro*. În sfârșit, tratamentul varicocelului este chirurgical, iar el nu restabilește întotdeauna normalitatea funcției spermatice.

Sterilitățile de origine feminină. Acestea constituie între 70 și 80% din totalitatea sterilităților.

CAUZE. Marea majoritate a sterilităților de origine feminină dezvăluie cauze anatomice, biochimice (reacție imunologică) sau fiziologice (tulburări ale ovulației).

■ *Sterilitățile de origine anatomică*, cele mai frecvente, sunt mai ales de origine tubară. Mai rar, malformațiile uterine, o tumoră (fibrom submucos), o infecție cronică (endometrită) pot împiedica implantarea oului în mucoasă. Există, de asemenea, sterilități legate de o anomalie a colului uterin sau a compoziției glerei cervicale (mucus secretat de colul uterin). Sterilitățile de origine tubară sunt cauzate de o obstrucție a trompelor, în general ca urmare a unei salpingite legate, de exemplu, de o boală cu transmisie sexuală. Dar o sterilitate tubară poate proveni, de asemenea, în urma unor infecții contractate la naștere, cu ocazia unui avort, a punerii unui sterilet sau a practicării unei histerosalpingografii. O sterilitate tubară este definită în caz de hidrosalpinx (obstrucție a extremității trompelor, care se umplu atunci cu un lichid seros) sau în caz de aderente (țesut cicatriceal care se interpune între ovare și pavilioanele tubare). Alte afecțiuni (tuberculoză, endometrioză), o malformație congenitală a trompelor sau sechelele unei intervenții chirurgicale pot, de asemenea, să antreneze o sterilitate definitivă. Ligaturarea trompelor sau ablația lor, din cauza unei sarcini extrauterine de exemplu, au același efect.

■ *Sterilitatea de origine imunologică* este, la femeie, o formă de alergie la sperma bărbatului. Femeia fabrică atunci anticorpi antispermatozoizi, care se pun în evidență în glera cervicală sau în sânge.

■ *Sterilitatea de origine ovulatorie* poate fi provocată de absența ovulației în cursul ciclului menstrual, de o neregularitate sau de o încetinire a acestei ovulații. Absența sau neregularitatea ovulației rezultă din tulburări hormonale (insuficiență ovariană, boală suprarenaliană sau tiroidiană) sau dintr-o afecțiune a ovarului (chist, tumoră). În sfârșit, o tulburare a ovulației poate fi urmarea stresului.

DIAGNOSTIC. Pentru a diagnostica sterilitățile de origine uterină se face apel la histerografie (radiografie a uterului), la histeroscopie (examen endoscopic al uterului, pe căi naturale) și la celioscopie (examen direct al organelor genitale multumită unui tub dotat cu un sistem optic și introdus printr-o mică incizie în abdomen). Calitatea glerei este controlată prin testul lui Hühner (examenul unui prelevat de gleră recoltat la câteva ore după raportul sexual), eventual completat cu un test de penetrare încrucișată *in vitro* (comparație între două eșantioane de gleră, unul de la femeia în cauză și altul martor, puse ambele în contact cu sperma partenerului). Diagnosticul sterilităților de origine tubară se bazează pe histerosalpingografie sau pe celioscopie. Sterilitatea de origine imunologică se diagnostichează în urma prelevării de gleră cervicală și a punerii în evidență a anticorpilor antispermatozoizi. În sfârșit, tulburările de ovulație pot fi relevate prin citirea curbei de temperatură care a fost luată în fiecare dimineață de către femeie. Această citire este completată cu dozările sângvine ale hormonilor foliculostimulant (FSH) și luteinizant (LH), precum și a prolactinei între a 3-a și a 5-a zi a ciclului, și prin cea a progesteronului după ovulație.

TRATAMENT. Tratamentul este chirurgical sau medicamentos, în funcție de originea sterilității. Tratamentul chirurgical este indicat în cazul sterilității de origine tubară. El vizează restabilirea permeabilității trompelor sau eliberarea micului bazin de aderențe cu scopul de a permite pavilioanelor trompelor, uneori reconstituite prin salpingoplastie, să capteze din nou ovulele eliberate de ovar. Fibroamele uterine și anumite malformații uterine pot, de asemenea, să fie operate cu succes.

Tratamentul medical este indicat în caz de defect al glerei cervicale sau de tulburare a ovulației. În primul caz, el face apel la luarea de estrogeni pe cale orală din a 6-a până în a 13-a zi a ciclului, calitatea glerei fiind apoi evaluată multumită unui test postcoital al lui Hühner. În al doilea caz, tratamentul constă în administrarea orală, în timpul primei părți a ciclului, de citrat de clomifen, medicament neurotrop care stimulează ovulația. Acest tratament poate fi prescris singur sau în asociere cu luarea de estrogeni și/sau de hormon gonadotrofic menopauzic (h.M.G.), un amestec de hormoni foliculostimulant și luteinizant recoltați pornind de la urinele femeilor aflate la menopauză. Hormonul gonadotrofic menopauzic stimulează în mod direct ovarele. Un hormon foliculostimulant de sinteză, produs prin inginerie genetică, este actualmente experimentat în această indicație. În sfârșit, atunci când este necesar, o injecție cu hormon corionic gonadotrofic (h.C.G.), hormon secretat de placentă în timpul sarcinii, permite declanșarea ovulației. O susținere cu progesteron este în continuare adesea necesară în timpul celei de a doua faze a ciclului.

Tratamentul inductor al ovulației necesită o supraveghere îndeaproape a ciclului: dozări hormonale sangvine privind estrogenii, hormonul luteinizant și progesteronul și practicate fie separat, fie simultan în jurul perioadei ovulatorii; ecografie care măsoară dimensiunile foliculului sau foliculilor ovarieni și precizează numărul lor exact; studiu al glerei cervicale, practicat în cursul unui examen ginecologic.

Oricare ar fi tulburarea de ovulație tratată, există un risc mai mare de sarcină multiplă sau extrauterină. Dacă tratamentul, chirurgical sau medical, nu este suficient pentru a obține o sarcină, pot fi avute în vedere o însămânțare artificială sau o fecundație *in vitro*. În cadrul unei sterilități

de origine imunologică, însămânțarea artificială trebuie să fie intrauterină pentru a scurtcircuita glera cervicală.

STERILIZARE. Metodă care permite distrugerea diferitelor microorgnisme (bacterii, virusuri, ciuperci, paraziți) prezente pe un suport material.

Sterilizarea este indicată pentru orice material medical și chirurgical care trebuie să fie utilizat în condiții de asepsie strictă. Se utilizează fie metode fizice (utilizarea căldurii, uscate sau umede, ca în cazul etuvei numită în mod obișnuit pupinel, după numele inventatorului ei, ori al autoclavului; utilizarea radiațiilor ultraviolete, a radiațiilor gamma sau a electronilor accelerați), fie metode chimice (aplicarea unui produs chimic lichid sau gazos, ca formolul).

Actualmente, utilizarea seringilor, acelor și a altor instrumente de folosință unică permite să te dispensezi practic, la domiciliu, de metodele de sterilizare.

STERILIZARE FEMININĂ. Operație care face o femeie incapabilă să conceapă un copil.

INDICAȚII. Sterilizarea feminină poate fi realizată în caz de contraindicații categorice de luare a pilulei sau de aplicare a unui sterilet (boli cardiovasculare, riscuri infecțioase grave). În majoritatea țărilor, chirurgul este cel care evaluează temeinicia unei astfel de decizii. Ea este interzisă în absența unei indicații medicale, deoarece este vorba de o mutilare voluntară.

TEHNICĂ. Sterilizarea feminină se efectuează prin intermediul unei întreruperi a continuității trompelor uterine, care interzice întâlnirea dintre ovul și spermatozoizi fără a modifica procesul hormonal. Ea este realizată adesea prin celiochirurgie (printr-o mică incizie abdominală care permite introducerea instrumentelor optice și chirurgicale). Pe trompe sunt puse inelele, denumite inele Yoon, ori clipsurile, denumite clipsuri Hulka. Această tehnică, de obicei, nu este reversibilă: o intervenție chirurgicală grea — constând în ablația zonei operate și în reimplantarea celor două extremități ale fiecărei trompe — poate fi încercată pentru a-i reda femeii fecunditatea, dar succesul ei nu este constant.

Alte procedee, mai ușor reversibile, sunt actualmente în studiu, ca introducerea în trompă, prin histeroscopie, a unui material obstructor, urmată, atunci când a sosit momentul, de îndepărtarea acestui material. În schimb, o sterilizare definitivă este obținută prin salpingectomie bilaterală (ablația trompelor uterine).

STERILIZARE MASCULINĂ. Operație care face un bărbat incapabil să mai conceapă un copil.

INDICAȚII. Sterilizarea masculină, atunci când este efectuată din motive nemedicale, face obiectul unui control în majoritatea țărilor, având în vedere implicațiile demografice.

TEHNICĂ. Sterilizarea masculină se efectuează prin vazectomie (secționare și ligaturare a canalelor deferente). Această operație privează sperma de spermatozoizi, dar nu modifică nici comportamentul sexual, nici erecția, nici ejacularea.

STERN. Os plat situat la partea anterioară și mediană a toracelui, articulat prin marginile lui cu primele șapte cartilagii costale și cu claviculele.

STERNO-CLEIDO-MASTOIDIAN sau **STERNO-MASTOIDIAN** (mușchi). Mușchi de formă alungită, situat oblic de fiecare parte a gâtului.

STEROID HORMONAL. Substanță derivată de la colesterol și secretată de unele glande endocrine (glande corticosuprarenale, placentă, ovare și testicule). SINONIM: *hormon steroid*.

STERNOTOMIE. Deschidere chirurgicală a sternului.

STERTOR. Respirație zgomotoasă și intensă, însoțită de un uruit.

Un stertor este frecvent în timul unei come profunde sau al unei agonii. Subiectul respiră cu gura deschisă, vălul palatin fiind paralizat.

STETOSCOP. Aparat acustic ce amplifică sunetele, utilizat pentru auscultare.

FUNCȚIONARE. Captorul de sunete al stetoscopului obișnuit este format din două capsule metalice lipite, una închisă printr-o membrană mobilă, pentru auzirea sunetelor ascuțite, cealaltă perforată cu o gaură pentru auzirea sunetelor grave (sufluri vasculare). Această dublă capsulă este legată de un tub în formă de liră ale cărui brațe sunt două tuburi de cauciuc flexibil, pe care medicul le pune cu extremitățile lor (dotate cu ambouri), în urechi.

STILL (boală a lui). Artrită inflamatorie care debutează înaintea vârstei de 16 ani, având o durată de cel puțin 3 luni. SINONIM: *artrită cronică juvenilă (A.C.J.)*.

Denumită adesea impropriu artrită reumatoidă juvenilă sau poliartrită juvenilă, artrita cronică juvenilă este o afecțiune de origine necunoscută, care ia trei forme principale.

■ *Forma oligarticulară* se traduce printr-o atingere a cel mult 4 articulații; ea nu are ca manifestare febra.

■ *Forma poliarticulară* afectează îndeosebi fetele. Ea se manifestă printr-o atingere articulară simetrică și difuză (afectând numeroase articulații); febra este moderată sau absentă.

■ *Forma sistemică* este cea care atinge mai ales copiii sub 5 ani. Ea se traduce printr-o febră foarte ridicată și ciclică (un pic [vârf] pentru fiecare zi), o erupție, o inflamație a ganglionilor limfatici, o splină hipetrofiată și, uneori, o inflamație a pericardului.

TRATAMENT. Acesta vizează întotdeauna să trateze simptomele bolii. El constă în aspirină și corticosteroizi locali (mai ales în formele oligoarticulare) și generali (mai ales în formele poliarticulare și sistemice). Din cauza efectelor nedorite importante ale corticosteroizilor administrați pe cale generală (luare în greutate, întârzierea creșterii), utilizarea de corticosteroizi locali (prin injecții la locul inflamației), care nu au nici un efect nedorit la copil, reprezintă un progres considerabil. Tratamentele de fond obișnuite ale bolilor reumatismale trebuie să fie utilizate cu prudență și, în principal, în formele poliarticulare. Uneori este utilă chirurgia: sinovectomie, realinierea articulară, ulterior chiar punerea unei proteze.

PROGNOSTIC. Prognosticul artritelor cronice juvenile este foarte variabil: destul de bun pentru formele oligoarticulare, el este mult mai aleatoriu pentru formele poliarticulare.

STIMULARE CARDIACĂ. Excitarea electrică artificială a ventriculului drept destinată să asigure contracția regulată a inimii și realizată tehnic cu ajutorul unui stimulator cardiac sau a unei sonde de antrenare.

STIMULATOR CARDIAC. Aparat electric implantat în corp, care furnizează miocardului (mușchiului inimii) impulsuri electrice regulate. SINONIM: *pacemaker*, *stimulator artificial*.

DESCRIERE. Un stimulator cardiac este constituit dintr-o pilă (baterie), care generează impulsuri, și dintr-un circuit electronic, ce permite emisia și controlul. Aceste impulsuri sunt transmise miocarului prin intermediul unui fir conductor, sau al unei sonde de antrenare, care este introdusă pe cale venoasă până în cavitățile cardiace drepte. Implantarea este efectuată sub anestezie locală: cutiuța stimulatorului este îngropată într-un lăcaș pregătit special, între pielea toracelui și mușchiul mare pectoral, implantarea necesită o spitalizare de câteva zile. Prezența cutiuței nu antrenează decât o jenă locală minimă.

Utilizarea pilelor cu litiu și a miniaturizării circuitelor electronice permite ca un stimulator să funcționeze mai mulți ani.

ROL ȘI INDICAȚII. Stimulatorul cardiac este indicat în orice caz de slăbire a căilor de conducere electrică naturale ale inimii.

Tulburările conducției cardiace, responsabile de stări de rău și de sincope, necesită, în general, stimulatoare care funcționează la cerere (stimulare sentinelă) și nu furnizează un impuls decât în caz de deficiență a ritmului cardiac spontan.

SUPRAVEGHERE. Purtatul unui stimulator cardiac necesită o urmărire medicală de către un specialist de două ori pe an.

■ *Riscul electric* rezidă în consumarea pilei. Înlocuirea acesteia se face cu prețul unei reintervenții minime.

■ *Riscul electronic* trebuie să fie ocolit prin evitarea apropierii de orice sursă de curent electromagnetic puternic (imagerie prin rezonanță magnetică, dispozitivele de control din aeroporturi etc.) care ar putea crea interferențe.

■ *Riscul mecanic* există atunci când are loc o punere sub tensiune a sistemului sondă-cutiuță, prin traumatism direct sau prin mișcare de extensie extremă a membrelor superioare, de exemplu.

STOCKHOLM (sindrom de). Legătură de simpatie care se instalează între victima unei sechestrări și răpitorul ei.

Acest sindrom a fost descris în august 1973 la Stockholm, în cursul unui atac al băncii care a degenerat în luarea de ostatici; în timp, un puternic curent de simpatie a apărut între unii captivi și agresorii lor. În continuare, acest fenomen a fost remarcat în mai multe rânduri în circumstanțe similare. Sindromul de Stockholm pare a fi o reacție de apărare a psihismului față de un traumatism de sechestrare îndelungată.

STOMAC. Parte a tubului digestiv situată dedesubtul diafragmului, între esofag și duoden, unde alimentele sunt stocate, amestecate, predigerate și sterilizate înainte de a fi trimise în intestin pentru a fi absorbite.

Stomacul este o pungă în formă de J, împărțită într-o porțiune verticală, fundusul sau fundul stomacului, și o porțiune orizontală, antrul. Partea superioară a fundusului comunică cu esofagul prin cardia și formează marea tuberozitate. Antrul este separat de duoden prin pilor, dotat cu un sfincter puternic ce deschide și închide comunicarea spre intestin. Stomacul este situat între ficat, la dreapta, splină la stânga, diafragm în sus, colon transvers în jos și pancreas, în spate.

FUNCȚIE. Stomacul exercită două activități principale: motrice și secretorie.

■ *Motricitatea stomacului* este caracterizată prin două funcții: o funcție de rezervor, asigurată de fundus, și o funcție de evacuare, asigurată de antru.

■ *Secreția gastrică* este constituită dintr-un amestec de acid clorhidric, de pepsină, de factor intrinsec și de mucus. Factorul intrinsec, o glicoproteină secretată de fundus, este un element esențial pentru absorbția vitaminei B12 în intestinul subțire.

PATOLOGIE. Stomacul poate fi sediul unui cancer, al unui ulcer, al tulburărilor autoimune (boala lui Biermer, cauzată de incapacitatea peretelui gastric de a produce factorul intrinsec), al unui volvulus (torsiune).

STOMACULUI (cancer al). Tumoră malignă care atinge diferite țesuturi ale stomacului, de cele mai multe ori sub forma unui adenocarcinom.

Adenocarcinomul gastric se clasează în al patrulea loc în ordinea de frecvență a cancerelor; el este de două ori mai frecvent la bărbat decât la femeie. Factori legați de mediu și mai ales de modul de pregătire a alimentelor (peștele afumat, de exemplu) favorizează apariția acestui tip de cancer și ar explica cea mai mare frecvență a sa în Japonia,

de exemplu, unde acest gen de alimentație este obișnuit. Gastrita atrofică (inflamație a mucoasei stomacului) este, de asemenea, un factor predispozant.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acestea sunt variate și nespecifice: semne care evocă o tulburare a digestiei, dureri care le amintesc pe cele ale unui ulcer, complicații (hemoragie, stenoză și, în mod excepțional, perforație gastrică), flebite cu repetiție, febră prelungită, slăbire importantă și fără cauză, anemie feriprivă.

DIAGNOSTIC. Acesta se pune, în principal, pe baza endoscopiei gastrice cu prelevarea de țesut prin biopsie. Acesteia i se poate asocia o radiografie a stomacului, care permite să se recunoască tipul leziunii în cauză (formă înmugurită, ulcerată sau infiltrantă), precum și mai multe examene complementare destinate să stabilească bilanțul extinderii tumorale: scaner abdominal, ecoendoscopie, ecografie hepatică, radiografie a toracelui.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Tratamentul este, înainte de toate, chirurgical și constă într-o gastrectomie (ablație parțială sau totală a stomacului). În fapt, stomacul nu este un organ indispensabil pentru supraviețuire, chiar dacă ablația sa stânjenește digestia normală și antrenează o carență în vitamina B12, care trebuie să fie compensată printr-un supliment vitaminic. Extirparea totală a tomorii nu este posibilă decât la jumătate din bolnavii operați. O chimioterapie sau o radioterapie pot fi asociate chirurgiei sau practicate în caz de cancer inoperabil.

STOMACULUI MIC (sindromn al). Ansamblu de simptome ce apar chiar imediat după masă la pacienții care au suferit o gastrectomie parțială (ablația stomacului).

Sindromul stomacului mic asociază o impresie de plenitudine gastrică cu dureri gastrice și antrenează o diminuare a alimentației; atunci se prescrie pacientului alimentația prin mici mese fracționate.

STOMATITĂ. Orice inflamație a mucoasei bucale.

Termenul de stomatită corespunde unor leziuni foarte diferite, cu semne și evoluție variabile.

CAUZE. Stomatitele pot avea multiple cauze: atingere infecțioasă, de origine virală (herpes, varicelă, zona etc.) sau bacteriană, alergie (la un aparat dentar din rășini sintetice, de exemplu), ulcerație mecanică (frecarea dinților de gingie, aparat dentar prost adaptat), micoză (mărgăritărel), cancer bucal etc. Ele sunt favorizate de o proastă stare generală (convalescență, imunodepresie, tuberculoză, alcoolism sau malnutriție).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acestea depind de cauza stomatitei: durere a cavității bucale, exacerbată prin deglutiția și luarea de alimente în gură, creșterea salivației etc. Mucoasa bucală poate prezenta vezicule, una sau mai multe afte sau o roșeață difuză.

TRATAMENT. Tratamentul local al unei stomatite constă în băi de gură; tratamentul general vizează tratarea cauzei. → CHEILITĂ, GINGIVITĂ, GLOSITĂ.

STOMATOLOGIE. Specialitate medicală care se consacră studiului bolilor cavității bucale precum și tratamentului lor. → ODONTOSTOMATOLOGIE.

STOMIE. Tehnică chirurgială care constă în punerea cap la cap a două organe cavitare (de exemplu, stomacul și intestinul subțire), sau a unui organ cavitar (colon, ureteră) cu pielea.

În acest ultim caz, termenul de stomie desemnează atunci prin extensie, și rezultatul intervenției, adică orificiul de curgere a materiilor fecale sau a urinei.

DIFERITE TIPURI DE STOMIE. Stomia constă de cele mai multe ori în deschiderea unui segment de intestin la nivelul pielii: atunci se vorbește de ileostomie dacă este vorba de ileon (ultima parte a intestinului subțire), ori de colostomie dacă este vorba despre colon. Această ultimă intervenție se poate practica pe oricare segment al colonului: ea se numește cecostomie atunci când cecumul este îmbinat cu pielea, colostomie transversă atunci când este vorba despre colonul transvers și colostomie stângă dacă este vorba de colonul stâng sau de colonul descendent. O colostomie poate, de asemenea, să privească ureterele, pentru a crea, după ablația vezicii, o derivație a urinelor; atunci se vorbește de ureterostomie; uretera este îmbinată fie cu pielea (ureterostomie cutanată), fie cu un viscer cavitar, de exemplu colonul (ureterocolostomie).

O stomie poate fi temporară; practicată în așteptarea cicatrizării leziunilor ea permite o restabilire a circuitului digestiv sau urinar normal, ori definită, dacă, în aval, căile digestive sau urinare sunt distruse, astupate sau îndepărtate.

DIFERITE TIPURI DE APARAT. Există 3 tipuri:

– aparatele zise „dintr-o bucată", constituite dintr-o pungă adezivă pe care este integrat un inel de material adeziv, ansamblul trebuind să fie reînnoit la fiecare schimbare a pungii;

– aparatele zise din „două bucăți", în care punga este fixată la suportul adeziv prin două garnituri care asigură o fixare solidă și etanșă, permițând în același timp îndepărtarea pungii în orice moment. Astfel este posibil să se lase suportul pe loc timp de mai multe zile (în timp ce punga este schimbată sau golită pe măsura necesității), evitând scoaterile prea frecvente, uneori greu tolerate de piele;

– tampoanele și dopurile sunt utilizate doar de către subiecții care au suferit o colostomie stângă. Ele sunt autoadezive. Tampoanele au proprietatea de a se expanda în contact cu mucoasa colică, ceea ce blochează materiile fecale pentru un oarecare timp.

Ajustarea pungilor se face actualmente perfect și aparatajele nu emit nici zgomote, nici mirosuri neplăcute.

Unele colostomii stângi sunt atât de bine tolerate încât pacientul nu poartă pungă, mulțumindu-se să-și golească

intestinul la 2–3 zile printr-o irigație colică, clismă cu apă căldută administrată prin orificiul stomiei. Această tehnică, evacuând complet colonul, care se menține în continuare gol aproape 48 ore, permite pacientului să se dispenseze total de aparat pe această perioadă sau să utilizeze un material mai „ușor" (o simplă compresă sau o minipungă).

ÎNTREȚINEREA PUNGILOR. Punga trebuie să fie schimbată în fiecare zi dacă este de tipul dintr-o bucată sau, dacă este din două bucăți, atunci când se simte nevoia. În acest ultim caz, suporții pot rămâne pe loc timp de 4 până la 8 zile, iar pungile 3–4 zile pentru ureterostomizați, 1–2 zile pentru ileostomizați; ele trebuie aruncate după fiecare umplere pentru colostomizați.

Este preferabil ca punga să fie schimbată seara sau dimineața, în momentul în care scurgerea de urină sau de materii fecale este mai mică. Dezlipirea pereților pungii înainte de aplicare permite să intre puțin aer și facilitează scurgerea fecalelor și urinelor. O dată aplicat aparatul, subiectul trebuie să verifice că punga este bine fixată, trăgând ușor în jos.

Conturul orificiului de scurgere a fecalelor sau urinelor trebuie să fie spălat cu apă căldută și un săpun blând, cu o mănușă de toaletă rezervată acestui scop, ori eventual cu batiste de hârtie sau cu comprese. Trebuie evitat să se frece prea energic sau să se producă iritații cu alte produse, apoi să fie uscat cu grijă înainte de a fixa punga.

EVOLUȚIE. Ca regulă generală, în lunile care urmează intervenției, dimensiunile orificiului scad ușor. Mărimea acestuia mai evoluează și în funcție de fluctuațiile greutății corporale. În consecință, alegerea unui aparat nu este definitivă: este posibil ca acesta să fie schimbat după tipul activităților subiectului sau după evoluția stomiei sale.

COMPLICAȚII. O schimbare a mărimii, formei sau culorii orificiului și a pielii care îl înconjoară, o sângerare persistentă trebuie să facă obiectul unei consultații medicale, ca și orice modificare de durată a consistenței fecalelor sau orice schimbare a mirosului sau a aspectului urinelor.

A TRĂI CU O STOMIE. În pofida calității materialului actual, adaptarea psihologică la purtatul aparatului poate fi dificilă. Este important ca pacienții să învețe să răspundă ei înșiși la constrângerile care rezultă din practicarea unei stomii, dacă este posibil folosindu-se *ajutorul unei asociații* de bolnavi.

După o stomie, este posibilă practicarea sportului. Este preferabil să se evite sporturile violente sau de contact, toate sporturile individuale putându-se practica fără restricție. Dușurile și băile în piscină sunt, de asemenea, posibile deoarece aparatele rezistă la apă, chiar sărată sau clorată; este suficient ca după baie să fie uscate cu grijă.

STOP CARDIOCIRCULATOR. Încetare spontană ireversibilă a unei activități cardiace eficace, care antrenează o oprire a perfuzării organelor vitale.

Un stop cardiocirculator este denumit în mod obișnuit stop cardiac. Se mai vorbește adesea și de o ineficiență cardiovasculară.

CAUZE. Un stop cardiocirculator este, în general, complicația unei cardiopatii ischemice (infarct miocardic). Cauzele directe cele mai frecvente sunt fibrilația ventriculară (activitate cardiacă anarhică), asistolia (absența unei activități electrice) și disociația electromecanică (activitate electrică pesistentă, dar fără eficacitate a inimii asupra circulației). O ineficacitate cardiocirculatorie mai poate rezulta și dintr-o tulburare majoră a ritmului (bradicardie sau tahicardie) sau dintr-o mare perturbație circulatorie (hemoragie masivă, embolie pulmonară).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Un stop cardiocirculator provoacă în 15–20 secunde o pierdere a conștienței și oprește comanda respiratorie. În faza inițială a stopului pot surveni convulsii, cu pierderea urinei. Dispariția pulsului, percepută pe carotidele de pe fiecare parte a gâtului sau pe artera femurală în regiunea inghinală, atestă ineficacitatea cardiorespiratorie. Mișcările respiratorii sunt absente sau înlocuite prin secuse respiratorii intermitente. Cianoza buzelor și a urechilor traduce anoxia tisulară, iar midriaza (dilatația fixă a pupilelor) arată răsunetul cerebral grav al acestei anoxii.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Constatarea stopului cardiocirculator impune manevre imediate de reanimare: asigurarea eliberării căilor aeriene de orice obstacol, efectuarea unei respirații artificiale gură-la-gură, restaurarea unei activități circulatorii prin masaj cardiac extern. Reanimarea trebuie să fie continuată până la recuperarea bolnavului (eficacitatea ei fiind judecată prin prezența unui puls femural și prin ridicarea cuștii toracice în cursul respirației gură-la-gură), până la sosirea unui personal calificat sau până la declararea morții de către un medic. Măsurile de salvare sunt înlocuite cu ventilația artificială după intubație traheală și prin tratamente care depind de cauza stopului cardiocirculator (de exemplu șoc electric extern în caz de fibrilație ventriculară). Masajul cardiac este urmat până la reluarea unei activități cardiace spontane suficiente.

STRABISM. Defect al paralelismului axelor vizuale, caracterizat printr-o deviație a axei unui ochi în raport cu celălalt și asociat cu o tulburare vizuală.

Strabismul este o afecțiune deosebit de frecventă care afectează, în principal, copiii în primii lor ani de viață.

DIFERITE TIPURI DE STRABISM

■ *Strabismul convergent, ori esotropia* (deviația ochiului spre interior), este observat în mod curent la copiii mici. El se întâlnește în cazuri de anizometropie (diferență de refracție între cei doi ochi, ceea ce antrenează o diferență de mărime între imaginile percepute cu fiecare ochi), în caz de hipermetropie puternică, de paralizie parțială a unui mușchi oculomotor sau de boală nevizibilă a globului ocular (cataractă, retinoblastom, ptozis).

■ *Strabismul divergent, ori exotropia* (deviația unui ochi spre exterior), este mai puțin frecvent. El afectează copiii mai mari sau adulții și rezultă adesea dintr-o miopie puternică sau dintr-o pierdere mai târzie a vederii.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Perturbarea vederii se poate manifesta în două moduri diferite. Dacă cele două imagini primite de creier sunt prea diferite, acesta o poate anula pe cea mai puțin bună dintre ele. Astfel, ochiul deviat își pierde treptat capacitățile sale vizuale și nu mai transmite creierului nici o imagine, din lipsă de antrenament: aceasta este ambliopia. În strabismele mici, din contra, creierul poate încerca să facă să concorde cele două imagini puțin diferite între ele, primite prin două puncte retiniene necorespondente; atunci este vorba de o concordanță retiniană anormală, mai dificil de detectat.

TRATAMENT. Cu cât tratamentul este mai precoce, cu atât este mai eficace. De asemenea, este necesar să se deceleze un strabism convergent de la cea mai mică vârstă (dacă este posibil chiar înainte de 6 luni). În schimb, netratat după 6 ani, strabismul este mai dificil de vindecat.

■ *Corectia ametropiei* (tulburare a refracției), cu ajutorul lentilelor corectoare, poate fi întreprinsă de la vârsta de 8 luni. Ochelarii trebuie purtați în permanență.

■ *Tratamentul ambliopiei* trebuie, de asemenea, să înceapă cât mai devreme și se realizează astupând ochiul funcțional pe perioade lungi (de la două ore pe zi până la întreaga zi, timp de mai multe zile la rând). Această ocluzie se practică de cele mai multe ori cu ajutorul unui pansament pus pe ochiul neatins; ea are drept scop să oblige celălalt ochi să-și dezvolte funcția vizuală. Dacă tratamentul este precoce și complet, atunci este încununat de succes în 90% din cazuri. În celelalte cazuri, o reeducare ortoptică, destinată să oblige ochii să lucreze împreună, poate fi avută în vedere spre vârsta de 5 ani, când copilul este suficient de cooperativ. O micșorare a unghiului de deviație mai poate fi obținută și prin aplicarea de adezive pe lentilele ochelarilor, de cele mai multe ori pe părțile nazale (strabism convergent), ceea ce obligă ochii să fixeze obiectul drept în fața lor. Lentilele cu dublă focalizare pot contribui la micșorarea convergenței vederii de apropiere în caz de hipermetropie marcată printr-un efort de acomodare prea mare. În sfârșit, prisme lipite de partea internă a lentilei fiecărui ochi permit menținerea ochiului pe axa lui bună, de cele mai multe ori în așteptarea unui tratament chirurgical.

■ *Tratamentul chirurgical* nu intervine decât în ultimă instanță. El constă în deplasarea inserției anumitor mușchi oculomotori (de exemplu, de tragere înapoi a punctului de inserție a mușchilor drepți interni în caz de strabism convergent) și/sau în scurtarea altora. Această operație este practicată sub anestezie generală. Spitalizarea durează 2–3 zile. După intervenție, este adesea necesar purtatul de lentile corectoare, precum și o reeducare ortoptică.

STRAPPING. → CONTENȚIE.

STREPTOCOC. Familie bacteriană care grupează mai multe genuri de cocі (bacterii de formă rotundă) Gram pozitivi, dispuși în lănțișore.

DIFERIȚI STREPTOCOCI. Streptococii sunt clasați în funcție de proprietățile antigenice ale unui constituent al peretelui lor, polizaharidul (poliozidul) C, în diferite grupuri (denumite A, B, C etc.) sau în funcție de proprietățile lor biochimice atunci când nu au polizaharid C și nu sunt clasificabili. Se disting peste 20 grupuri, cei mai virulenți fiind cei din grupul A, din cauza unei capsule și a unui antigen de suprafață numit proteină M, apoi, într-o mai mică măsură, cei din grupurile B și D.

STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE. Bacterie Gram pozitivă responsabilă de infecții bronhopulmonare și otorinolaringologice, susceptibile să se complice cu meningite. SINONIM: *pneumococ*.

STREPTOCOCEMIE. Septicemie (stare infecțioasă generalizată) cu streptococ (un coc [bacterie de formă rotundă] Gram pozitiv).

Streptococemiile sunt provocate de trecerea în sânge a streptococilor plecând de la un focar de infecție inițial. Astfel de infecții sunt rare.

O septicemie cu streptococ poate antrena formarea unui focar infecțios supurat cu localizare hepatică, pulmonară sau osteoarticulară.

TRATAMENT. Tratamentul se bazează pe administrarea precoce de antibiotice ca penicilinele, timp de câteva săptămâni.

STREPTOCOCIE. Infecție provocată de un streptococ.

Streptococii, bacterii Gram pozitive, sunt germeni piogeni (susceptibili să antreneze formarea de puroi); se deosebesc, după cum are sau nu are loc formarea de puroi, streptocociile supurative și streptocociile nesupurative.

Streptococia supurativă. Este o infecție cu streptococ ce antrenează formarea de puroi, fiind contractat de cele mai multe ori pe cale aeriană.

DIFERITE TIPURI DE STREPTOCOCIE SUPURATIVĂ. Mecanismul acestei infecții este fie multiplicarea germenului, fie o toxiinfecție (infecție printr-o toxină secretată de către bacterie).

■ *Infectiile supurative cu streptococ*, frecvente la copil, ating îndeosebi căile aeriene superioare (anginâ, sinuzită, adenită) și urechile (otită). O atingere cutanată (impetigo, erizipel, celulită [inflamație a țesutului subcutanat]) este, de asemenea, posibilă. Septicemia cu streptococ (diseminarea germenului prin circulația sangvină), rară, pornește de cele mai multe ori de la un focar infecțios inițial urinar sau digestiv.

■ *Toxiinfectiile cu streptococ* sunt reprezentate prin scarlatină: germenele este localizat în gâtlej și provoacă o

angină, dar toxina difuzează în tot organismul și declanșează alte semne ale afecțiunii (erupție cutanată, îndeosebi).

TRATAMENT. Tratamentul constă în administrarea de antibiotice din grupa penicilinelor. Astfel de infecții pot recidiva: anginele streptococice cu repetiție nu sunt rare la copil.

Streptococie nesupurativă. Este o complicație, zisă poststreptococică, a unei infecții cu streptococ, provocată de o dereglare a sistemului imunitar.

Streptocociile pot apărea la mai multe săptămâni după infectarea inițială, atunci când germenii au dispărut din organism. Ele antrenează un important simptom inflamator. Reumatismul articular acut (inflamație a articulațiilor mari și a inimii), glomerulonefrita acută (atingere a rinichilor care se traduce prin edeme și o hipertensiune arterială), coreea lui Sydenham (atingere neurologică ce se manifestă prin mișcări anormale), eritem nodos (plăci cutanate dureroase) sunt streptococii nesupurative.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul impune căutarea antigenelor streptococice (antistreptolizine, antinucleaze, antiDNAze) în sânge. Tratamentul face apel la antibiotice din grupa penicilinelor și la corticosteroizi. Sunt posibile sechelele, ca o valvulopatie cardiacă consecutivă unui reumatism articular acut.

STRES. Stare reacțională a organismului supus unei acțiuni bruște (Din engleză, *stress*, efort intens).

CAUZE. Sursele de agresiune care constituie factori de stres sunt nenumărate: traumatism, șoc emoțional, operație chirurgicală, intoxicație, frig și, în general, constrângerile vieții zilnice (zgomot, apeluri telefonice multiple, surmenaj, transportul urban etc.).

Agresiunea declanșează la nivel cerebral (hipofiză) o „reacție de alarmă", care stimulează secreția de corticotrofină (ACTH) și deci de hormoni suprarenalieni (cortizol) care modifică echilibrul psihofiziologic al subiectului și antrenează îndeosebi o tahicardie, o hiperventilație respiratorie și o vasoconstricție arterială. Atunci când stresul rămâne minor, el joacă un rol pozitiv ameliorând capacitățile de adaptare la agresiune. Nu același lucru se întâmplă atunci când agresiunea este foarte intensă ori când ea se prelungește.

TULBURĂRI LEGATE DE STRES. Stresul pune în joc factori neurovegetativi, endocrini sau tisulari. El provoacă simptome a căror localizare variază de la individ la individ. Cel mai cunoscut simptom este ulcerul gastric: un stimul repetat antrenează contracția rețelei arteriale care irigă mucoasa stomacului. Dacă stresul persistă, survine o ischemie (insuficiență circulatorie care cauzează o alterare sau o necroză a țesuturilor), responsabilă de hemoragii sau de perforații ale peretelui gastric. Printre alte boli legate de stres figurează afecțiunile cardiovasculare (angor, infarct miocardic, hipertensiune arterială), digestive (tulburări de tranzit, colite, ulcere), dermatologice (eczemă, alopecie sau căderea părului), endocrine (risc de decompensare gravă a unei insuficiente suprarenaliene cronice), ginecologice (tulburări ale ovulației și/sau ale fluxului menstrual). Stresul mai poate fi și sursa durerilor și indispozițiilor de origine neurovegetativă (palpitații, stare scurtă de indispoziție fără pierderea conștienței, sincopă), stări de oboseală rebelă, de depresie, de insomnie, de anorexie, chiar de confuzie mintală.

TRATAMENT. Înainte de toate, tratamentul este preventiv și constă în dobândirea unei mai bune rezistențe la stres; cea ce trebuie examinat și modificat este modul global de viață al pacientului. Se poate recurge la relaxare, la sport, la yoga, la acupunctură. În caz de boală a cărei cauză o constituie stresul sau un factor de risc, tratamentul constă în tratarea bolii și în lupta împotriva stresului.

STRIDOR LARINGEAN. Zgomot respiratoriu anormal, acut și pătrunzător al nou-născutului, ce survine la inspirație și cauzat de o afecțiune a laringelui.

Un stridor laringean este un fenomen foarte frecvent și în mod obișnuit benign. De cele mai multe ori, el este legat de o laringomalacie (invaginare respiratorie a pereților laringelui) provocată de o rigiditate insuficientă a laringelui: la fiecare inspirație, acesta se prăbușește spre interior, ceea ce declanșează un zgomot respirator, stridorul propriu-zis. Laringomalacia și stridorul se vindecă spontan în câteva luni.

STRIPPING. Tehnică de safenectomie (ablație a venei safene), practicată în caz de insuficiență venoasă a membrelor inferioare. → SAFENECTOMIE.

STROMĂ. Țesut de hrănire și de susținere a unei tumori maligne.

STRONGILOIDOZĂ. → ANGUILULOZĂ.

STRÜMPELL-LORRAIN (sindrom al lui). Afecțiune neurologică creditară caracterizată printr-o paraplegie (paralizie a membrelor inferioare) spasmodică. SINONIME: *paraplegie spasmodica familiala, paraplegie spasmodica familiala a lui Strümpell-Lorrain, paraplegie spastică familiala de tip Strümpell-Lorrain.*

CAUZE. Sindromul lui Strümpell-Lorrain este o afecțiune rară.

Acest sindrom este caracterizat printr-o leziune a fasciculelor piramidale (nervi ai motricității voluntare) care provoacă o paralizie.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Formele precoce ale bolii se manifestă încă de la vârsta de 2–3 ani; formele tardive se dezvăluie uneori doar după 35 ani.

Afecțiunea se manifestă printr-un mers țeapăn și prin dificultăți de deplasare care se accentuează treptat. Bolnaul nu este în stare să-și desprindă piciorul de sol; el înaintează basculând bazinul și făcând membrele inferioare să se miște în semicerc. Deficitul forței musculare este moderat în

majoritatea cazurilor. Cambrura picioarelor este adesea exagerată (picior scobit).

TRATAMENT ŞI PROGNOSTIC. Actualmente nu există un tratament care să dea posibilitatea vindecării sindromului lui Strümpell-Lorrain. Totuşi, reeducarea permite evitarea retracţiilor tendinoase, iar utilizarea încălţămintei ortopedice este uneori utilă; adesea sunt prescrise medicamentele care vizează diminuarea redorii musculare. Majoritatea bolnavilor ajung să meargă încă 30 ani sau chiar mai mult după debutul tulburărilor.

STUPEFIANT. Substanţă, medicamentoasă sau nu, a cărei acţiune sedativă, analgezică, narcotică şi/sau euforiantă provoacă în timp o obişnuinţă şi o farmacodependenţă (toxicomanie).

Anumite stupefiante, ca analgezicele opiacee (morfină, opiu etc.), care fac parte din categoria narcoticelor, pot avea o utilizare terapeutică. Ele acţionează împotriva durerii, dar utilizarea lor prelungită antrenează o dependenţă fizică şi/sau psihică. Utilizarea lor este supusă unei legislaţii sever reglementate. Printre alte stupefiante, denumite în mod curent „droguri", se găsesc derivatele de cânepă indiană (cannabis), de cocaină şi de opiu, cărora li se adaugă heroina şi LSD. Aceste stupefiante sunt responsabile de o micşorare a activităţii intelectuale, a motricităţii şi a sensibilităţii. Utilizarea lor este ilegală.

STURGE-WEBER-KRABBE (boală a lui). Sindrom congenital care asociază un angiom plan (pată de vin) — care se întinde pe o întreagă parte a feţei cu predilecţie pentru regiunea pleoapei superioare şi a conturului ochiului —, un angiom (tumoră benignă) situat pe faţa externă a creierului şi, uneori, un angiom situat pe coroidă (membrana care hrăneşte retina). SINONIM: *angiomatoză encefalotrigeminată*.

Boala lui Sturge-Weber-Krabbe este de cele mai multe ori benignă.

Constatarea unui angiom întins pe faţa unui nou-născut trebuie să conducă la practicarea unor examene radiologice (scaner cerebral şi imagerie prin rezonanţă magnetică cerebrală) pentru detectarea unui eventual angiom meningeal.

TRATAMENT. Angiomul poate fi îngrijit prin tehnicile moderne de tratare a angioamelor (îndeosebi cea a laserului pulsat). În cazurile grave, o intervenţie chirurgicală asupra părţilor atinse ale creierului este întotdeauna necesară.

SUBLINGUALĂ (glandă). → SALIVARĂ (glandă).

SUBLUXAŢIE. Luxaţie incompletă, prin deplasarea parţială a celor două extremităţi osoase ale unei articulaţii. → LUXAŢIE.

SUBMAXILARĂ (glandă). Glandă salivară situată în planşeul gurii. → SALIVARĂ (glandă).

SUBSTANŢĂ ALBĂ. Ţesut nervos cu aspect albicios, care face parte din sistemul nervos central.

Substanţa albă, situată în măduva spinării şi în encefal, conţine, în principal, axonii — prelungirile celulelor nervoase, foarte fine şi foarte lungi, înconjurate fiecare din ele de o teacă de substanţă deosebită, mielina — dar şi celule ne-nervoase care constituie un ţesut interstiţial, denumit nevroglie, care hrăneşte şi protejează celulele nervoase. Sustanţa albă asigură conducţia influxului nervos fie de la un centru nervos la altul, fie între un centru nervos şi un nerv.

SUBSTANŢĂ CENUSIE. Ţesut nervos cu aspect cenuşiu, care face parte din sistemul nervos central.

Substanţa cenuşie este situată în măduva spinării şi în encefal, fie în profunzimea creierului, unde formează mici îngrămădiri — nucleii cenuşii —, fie la suprafaţă (cortexul creierului mic şi al emisferelor creierului). Ea conţine mai ales corpii celulari ai celulelor nervoase, dar şi ai altor celule, ne-nervoase, care constituie un ţesut interstiţial denumit nevroglie, care aduce elementele energetice celulelor nervoase şi asigură protecţia lor.

Substanţa cenuşie asigură funcţionarea sistemului nervos: recepţia mesajelor, analiza complexă a informaţiilor, elaborarea de răspunsuri. Comparată cu substanţa albă, ea este de asemenea, într-un anume fel, partea „nobilă" a sistemului nervos.

SUBSTANŢĂ RETICULATĂ. Totalitate a celulelor nervoase dispuse în reţele dense în lungimea trunchiului cerebral (de la bulbul rahidian până la hipotalamus), în interiorul encefalului.

Rolul ei rămâne în mare parte necunoscut. Se ştie totuşi că există un sistem reticular ascendent, care ar pune cortexul cerebral în stare de veghe sau de alertă (este vorba deci de un sistem activator), şi un sistem reticular descendent, care are o parte inhibitoare şi alta activatoare a motricităţii involuntare şi care ar justifica un rol important în controlul tonusului muscular.

SUBSTITUT VOLEMIC. Produs natural sau sintetic utilizat pe cale intravenoasă pentru a creşte volumul sangvin atunci când este anormal de mic. SINONIM: *înlocuitor de plasmă*.

Substitutele volemice sunt indicate pentru a corecta o hipovolemie (micşorarea volumului sangvin) consecutivă, de exemplu, unei hemoragii, care provoacă un colaps (căderea a presiunii arteriale), chiar şi o stare de şoc (stare de rău, paloare, jenă respiratorie). Ele sunt injectate pe cale venoasă.

SUBSUOARĂ. → REGIUNE AXILARĂ.

SUDECK-LERICHE (atrofie a lui). Demineralizare osoasă dureroasă ce survine ca urmare a unui traumatism. → ALGODISTROFIE.

SUDOARE. → TRANSPIRAȚIE.

SUDORALĂ (glandă). → SUDORIPARĂ (glandă).

SUDORIPARĂ (glandă). Glandă exocrină anexă a epidermului, care secretă sudoarea. SINONIM: *glanda sudorală*. ■ *Glandele sudoripare apocrine* sunt prezente în regiunea anală și genitală, precum și în axile. Ele sunt întotdeauna în legătură cu un folicul pilos, unde se îmbină cu canalul lor excretor. Sudoarea apocrină văscoasă și cu un miros specific, are un rol puțin cunoscut la specia umană. ■ *Glandele sudoripare ecrine*, mult mai numeroase decât cele apocrine, predomină în palme și pe suprafețele plantare. Ele posedă un canal excretor care se deschide la suprafața pielii printr-o deschizătură, porul. Sudoarea eccrină, bogată în apă și în clorură de sodiu (sare), participă la reglarea temperaturii corpului: atunci când temperatura exterioară tinde să crească, sistemul nervos vegetativ comandă secreția de sudoare, a cărei evaporare face să se piardă căldura.

PATOLOGIE. Hiperhidroza este o secreție prea abundentă de sudoare, constituind uneori chiar un handicap social și profesioanl. Ea se tratează prin aplicarea locală de produse antiperspirante (săruri de aluminiu), prin electroliză (curent electric), chiar prin ablația chirurgicală de glande sudoripare.

Hidrosadenita este un mic abces al unei glande sudoripare, care se tratează cu antibioterapie sau ablație chirurgicală.

SUFLAT AL NASULUI. Evacuare a mucozităților din nas printr-o expirație forțată, cu gura închisă.

În cursul rinofaringitelor sugarilor și copiilor mici care încă nu știu să-și sufle nasul, părinții spală fosele nazale lăsând să curgă ser fiziolog în nas sau aspirând secrețiile cu ajutorul unui mic aparat special.

SUFERINȚĂ FETALĂ. Diminuare a oxigenării și alimentării fătului în timpul sarcinii sau al nașterii.

DIFERITE TIPURI DE SUFERINȚĂ FETALĂ. Suferința fetală poate fi cronică sau acută.

■ *Suferința fetală cronica* se traduce, în cursul sarcinii, printr-o încetinire a creșterii fătului, putând duce la o întârziere a creșterii intrauterine. Ea este cauzată de un defect calitativ al aporturilor nutriționale, ale cărui cauze sunt diverse: boală cardiovasculară sau hipertensiune arterială a mamei, toxemie gravidică, leziuni ale placentei. O întârziere a creșterii se depistează, începând din luna a 4-a de sarcină, prin măsurarea înălțimii uterine și prin măsurarea ecografică a anumitor parametri ai fătului. O suferință fetală importantă obligă uneori la întreruperea sarcinii pentru a salva copilul, atunci când acesta este viabil.

■ *Suferința fetală acuta* se observă de cele mai multe ori în momentul nașterii. Cauzele sale sunt multiple: compresia cordonului, dezlipirea placentei cu constituirea unui hematom retroplacentar, contracții uterine prea apropiate. O suferință fetală acută se traduce printr-o modificare a zgomotelor inimii fătului, înregistrate prin monitorizare. Ritmul cardiac se încetinește și poate coborî până la 60 bătăi pe minut. Aceste încetiniri se produc în același timp cu contracțiile uterine, ori chiar imediat după ele. Uneori, lichidul amniotic se colorează în verde, fătul eliminând prea devreme meconiul, substanța conținută în intestinul său. Dacă măsurarea pH-ului sangvin, făcută în uter, cu ajutorul unei mici incizii practicate în craniul fătului pe cale vaginală, indică o acidoză (pH mai mic de 7,2), suferința fetală este confirmată. Privarea de oxigen (anoxia), căreia îi este supus fătul, poate avea consecințe grave asupra funcționării cerebrale și justifică accelerarea nașterii, uneori prin utilizarea forcepsului la sfârșitul travaliului sau prin recurgerea la o cezariană dacă nașterea pe cale naturală urmează să fie prea îndelungată.

SUFLU. Zgomot auzit la auscultație, asemănând cu sunetul pe care îl produce aerul care iese dintr-un burduf.

Un suflu este produs prin accelerarea sau prin încetinirea bruscă a circulației unui fluid.

DIFERITE TIPURI DE SUFLU. Diferitele sufluri, audibile la auscultarea diferitelor părți ale corpului, sunt semne caracteristice ale unor patologii.

■ *Sufluriile cardiace*, denumite în mod obișnuit „sufluriile inimii", sunt percepute în aria de auscultare a inimii; ele semnalează de cele mai multe ori o anomalie a valvulelor, o comunicație între cele două auricule sau între cele două ventricule, ori persistența canalului arterial (canal care, la făt, permite sângelui să se întoarcă în aortă fără a mai trece prin plămâni). După descoperirea unui suflu cardiac, este adesea necesar un examen ecografic pentru a preciza diagnosticul. La adolescent, mai des atunci când este slab, longilin și sportiv, auscultația evidențiază uneori un suflu sistolic discret, localizat și variabil, care nu corespunde — așa cum o confirmă ecocardiografia — nici unei anomalii organice: acest suflu se numește funcțional sau inocent.

■ *Suflul tubar* este perceput în cursul auscultației toracelui la stetoscop; el semnalează o boală a plămânilor (pneumonie, de exemplu).

■ *Suflul vascular* este perceput la auscultația unei artere. El indică o îngustare (stenoză), prin plăci de aterom (depuneri grăsoase).

SUGAR. Copil a cărui vârstă se situează între 29 zile (sfârșitul perioadei neonatale) și 2 ani. → ALĂPTARE. CARENȚĂ AFECTIVĂ. CARENȚĂ ALIMENTARĂ. CREȘTERE A COPILULUI. DEZVOLTARE A COPILULUI.

SUGHIT. Contracție spasmodică subită și involuntară a diafragmului însoțită de o constricție a glotei cu vibrația corzilor vocale și emiterea unui sunet gutural.

Crizele de sughiț sunt curente și pot dura câteva minute, mergând chiar până la câtea ore. În cazuri mai rare, sughițul provine dintr-o iritație a diafragmului sau a nervului frenic (nerv care inervează diafragmul), îndeosebi în cursul pleurezilor sau al pneumoniilor.

Unele remedii populare (inspirație profundă cu reținerea aerului în plămâni cât mai mult timp posibil) permit de obicei să se întrerupă sughițul. Uneori este necesar să se utilizeze medicamente antispasmodice (care calmează spasmele) atunci când crizele devin de nesuportat, durând mai multe ore, repetându-se de mai multe ori pe săptămână, având deci consecințe asupra alimentării și dormitului.

SULFAMIDĂ. Substanță medicamentoasă cu spectru larg de acțiune.

Există trei categorii de sulfamide, ale căror indicații diferă.

Sulfamidele antibacteriene. Este vorba de substanțe cu sulf care ajută să fie combătute infecțiile.

Sulfamidele antibacteriene împiedică sinteza acidului folic, substanță necesară metabolismului bacteriilor. Astfel, ele diminuează proliferarea bacteriilor dar nu le omoară.

În realitate, rezistențele bacteriene au devenit frecvente și efectele nedorite (alergii severe, distrugerea celulelor sangvine ale măduvei osoase etc.) sunt potențial grave, ceea ce explică renunțarea la sulfamide.

Sulfamidele diuretice. Acestea sunt substanțe care stimulează secreția de urină de către rinichi, eliminând apa conținută în sânge. Aceste sulfamide sunt folosite în mod curent în tratamentul de lungă durată al hipertensiunii arteriale.

Sulfamidele hipoglicemiante. Acestea sunt substanțe care acționează, în principal, stimulând secreția de insulină de către pancreas, ceea ce micșorează glicemia (concentrația de glucoză din sânge).

Indicația lor este diabetul zaharat neinsulinodependent. Biguanidele constituie antidiabetice orale.

Efectele nedorite ale sulfamidelor. Se pot produce manifestări digestive (grețuri și vărsături), renale (colică nefretică, mai ales cu sulfamidele diuretice, nefrită alergică), cutanate (alergie), hematologice (anemie hemolitică în caz de deficit în glucozo-6-fosfatdehidrogenază, micșorarea numărului de globule albe sau de plachete).

SUMATRIPTAN. Medicament antimigrenos.

Sumatriptanul este indicat în tratamentul migrenelor, pe cale orală, și în cel al algiilor vasculare ale feței pe cale subcutanată.

Sumatriptanul este contraindicat în caz de hipertensiune arterială necontrolată medicamentos, în caz de antecedente de infarct miocardic, de angor al lui Prinzmetal (spasm al arterelor coronare) și de cardiopatie ischemică. Din precauție, el este nerecomandabil pentru copii și subiecții vârstnici, precum și la conducătorii de vehicule din cauza riscurilor legate de somnolența pe care o provoacă.

Sumatriptanul poate antrena vertije, o oboseală, dureri toracice și o durere la injectare.

SUPINAȚIE. Mișcare de rotație externă a antebrațului, care aduce palma dinspre spate spre față (atunci când brațul se află în poziție verticală) sau din jos în sus (când brațul stă orizontal), spre deosebire de mișcarea de pronație care acționează invers.

SUPRAALIMENTAȚIE. Alimentație superioară din punct de vedere cantitativ celei care este recomandată în mod obișnuit.

Supraalimentația poate rezulta dintr-o tulburare de comportament alimentar (bulimie) sau se justifică medical în timpul unei convalescențe sau pentru a compensa o pierdere de greutate cauzată de o boală, de o intervenție chirurgicală etc. În acest al doilea caz, se poate recurge la produse specifice de realimentație, bogate în energie și proteine (lichide în cutii de conserve sau solide sub formă de piureuri, supe groase etc.), ori la suplimente medicamentoase, dar este întotdeauna preferabil să se apeleze, în principal, la o alimentație tradițională pe bază de preparate în care intră mai multe alimente — deserturi, supe, piureuri suplimentate cu ouă și produse lactate (unt, smântână) —, crescând numărul și volumul meselor luate.

SUPRAANTRENAMENT. Exces de exerciții fizice, legat adesea de pregătirea unei competiții sportive.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Un supraantrenament se manifestă printr-o oboseală și o scădere a performanțelor, însoțite de alte tulburări: insomnie, pierdere a apetitului, iritabilitate, stare depresivă.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Uneori este dificil să se facă distincția între oboseala legată de antrenament și cea care anunță instalarea unui supraantrenament. Diagnosticul se pune, în principal, pe baza interogatoriului luat sportivului și a evidențierii unei schimbări a comportamentului și a unei scăderi a performanțelor. Examene biologice pot fi utile pentru a orienta diagnosticul și pot ajuta urmărirea evoluției. Astfel, o dozare făcută plecând de la o probă de sânge poate revela un deficit în săruri minerale (magneziu, calciu) și o scădere a nivelului de hormoni (testosteron, de exemplu), caracteristice unui supraantrenament. Interpretarea rezultatelor nu se face în mod absolut, ci în funcție de dozările realizate pe aceeași persoană în perioada de formă bună.

Tratamentul constă într-o diminuare sau într-o oprire temporară a antrenamentului.

SUPRADOZARE. Luare a unei cantități excesive dintr-un medicament, ceea ce poate antrena efecte toxice.

Efectele toxice pot interveni după o priză unică de medicament sau după un anumit număr de prize. În acest ultim caz, acumularea medicamentului în organism este cea care provoacă reacția. De fapt, o eliminare renală prea slabă sau o proastă metabolizare a medicamentului în ficat pot împiedica eliminarea principiilor sale active în afara organismului.

Severitatea reacției este, în general, funcție de doza administrată și specifică medicamentului absorbit. Dacă simptomele sunt foarte severe, tratamentul este cel al unei intoxicații.

SUPRADOZĂ. Doză excesivă dintr-un stupefiant sau dintr-un medicament psihotrop, susceptibilă să provoace moartea. SINONIM: *overdose* (în engleză).

SUPRAINFECȚIE. Infecție cu un nou germene a unui organism deja infectat.

O suprainfecție poate fi spontană (cauzată de o infecție virală care devine virobacteriană, ca gripa) sau consecutivă unei îngrijiri în mediu spitalicesc (suprainfecție nozocomială).

SUPRARENALĂ (glandă). Glandă endocrină situată la polul superior al fiecăruia dintre cei doi rinichi.

STRUCTURĂ ȘI FIZIOLOGIE. De culoare galben deschis, cântărind aproximativ 5 grame, cele două glande suprarenale sunt formate fiecare din două părți: corticosuprarenala și medulosuprarenala.

■ *Glanda corticosuprarenală* (partea periferică a suprarenalei) este formată din trei straturi, fiecare din el specializat în sinteza anumitor hormoni steroizi. Zona glomerulară fabrică aldosteron, zona fasciculată, cortizol, iar zona reticulată, androgeni (delta-4-androstenedion, dehidroepiandrosteron, ori D.H.A., și testosteron). Secreția corticosuprarenalei depinde global de corticotrofina hipofizară, cu excepția zonei glomerulare, care se află sub controlul sistemului renină-angiotensină (enzime renale).

■ *Glanda medulosuprarenală* (partea centrală a suprarenalei) este formată din celule care produc catecolaminele (neurotransmițători), în principal adrenalina. Secreția medulosuprarenalei depinde de sistemul nervos autonom.

PATOLOGIE. Un echipament enzimatic incomplet al corticosuprarenalei (deficit în 21-hidroxilază sau în 11-hidroxilază) se manifestă printr-un bloc enzimatic suprarenalian care antrenează o hiperplazie (creșterea cantitativă a țesutului suprarenalian), responsabil la femeie de o sterilitate și de un hirsutism (pilozitate exagerată). Insuficiența suprarenaliană cronică, ori boala lui Addison, este de origine autoimună sau consecutivă unei tuberculoze. Tumorile benigne pot cauza o producție excesivă a unuia sau a mai multor steroizi, de cele mai multe ori cortizolul (sindromul lui Cushing), dar și aldosteronul (sindromul lui Conn). Tumorile medulosuprarenalei (feocromocitoamele) provoacă o hipersecreție de catecolamine, responsabile de accesul de hipertensiune arterială. În sfârșit, tumorile maligne ale glandei suprarenale sunt foarte rare, însă cu prognostic nefavorabil în pofida tratamentului chirurgical. → CUSHING (sindrom al lui), INSUFICIENȚĂ SUPRARENALIANĂ CRONICĂ.

SUPRAOCLUZIE. Acoperire excesivă a incisivilor inferiori de către incisivii superiori.

Supraocluziile sunt provocate de o dezvoltare insuficientă a maxilarului inferior și/sau superior la nivelul premolarilor și molarilor.

TRATAMENT. Acesta vizează într-un prim timp tratarea simptomelor supraocluziei prin purtatul unui aparat care împiedică dinții inferiori să fie în contact cu palatul. Tratamentul de fond al supraocluziei constă în corectarea raportului dintre maxilarele inferior și superior cu ajutorul unei punți fixe sau al unui aparat ortodontic.

SUPRASPINOSILOR (sindrom al). Sindrom caracterizat printr-o durere de umăr resimțită în momentul abducției brațului, adică atunci când acesta este îndepărtat de corp, la trecerea spre 70°.

Sindromul se referă la ansamblul de mușchi și tendoane care întăresc umărul, mușchii rotatori. Lezarea acestui ansamblu poate avea origini multiple (tendinită, calcificare intratendinoasă, ruptură de tendon, conflict mecanic cu acromionul). Uneori poate surveni o impotență parțială a umărului.

TRATAMENT. Tratamentul sindromului poate fi medical (antiinflamatoare, analgezice) sau, în caz de ruptură de tendoane, chirurgical. Artroscopia permite ablația calcificărilor și, dacă este necesar, o acromioplastie.

SUPURAȚIE. Producere și scurgere de puroi.

CAUZE. O supurație este cauzată de evoluția spontană a unei infecții cu germeni piogeni (care provoacă apariția puroiului).

Ea provine sau nu dintr-o colecție purulentă (abces), care poate fi superficială, ca în cazul unui furuncul (inflamația unui folicul pilosebaceu produsă de un stafilococ) sau al unui abces al gingiei, ori profund și localizat atunci într-un viscer: ficat, plămân, creier, rinichi. O supurație se scurge dintr-un abces fie spontan, prin intermediul unei fistule (canal patologic), fie prin deschidere chirurgicală.

TRATAMENT. Tratamentul unei supurații superficiale constă în dezinfectarea plăgii. Cel al unei supurații profunde necesită de cele mai multe ori un act chirurgical destinat să evacueze puroiul, precum și o antibioterapie pe cale generală.

ŞOC CALORIC sau **TERMIC.** Totalitate a simptomelor provocate de o expunere excesivă la căldură, şocul termic este deosebit de grav la copilul sub doi ani, a cărui reglare termică este prost asigurată, rezervele sale organice de apă fiind mici. El poate să privească şi adultul, şi survine de cele mai multe ori după o expunere prelungită la soare.

SIMPTOME. Şocul termic se manifestă printr-o temperatură rectală mai mare de 40°C, printr-un facies cenuşiu, o piele uscată şi fierbinte, ochii tulburi, o adinamie (slăbiciune musculară), o stare de prostraţie. El se poate complica prin crize convulsive.

TRATAMENT. Şocul termic se tratează printr-o rehidratare pe cale venoasă şi necesită, de cele mai multe ori, o spitalizare.

■ *La sugari*, prevenirea constă în purtatul de haine uşoare în sezonul cald, în folosirea doar a unui cearşaf pentru învelit, în aerisirea şi umidificarea locului în care se află copilul, în a-i da să bea copilului, între mese, mai multe biberoane cu apă.

■ *La adult*, este recomandat în caz de căldură excesivă să se evite eforturile fizice importante fără să se fi făcut o pregătire adaptativă, să se poarte haine uşoare şi ample care permit circulaţia aerului, să se bea lichide din abundenţă şi să se crească raţia de sare de bucătărie, factor important în retenţia de apă.

ŞOC CARDIOGENIC. Insuficienţă circulatorie acută consecutivă unei prăbuşiri funcţionale a pompei cardiace.

CAUZE. Un şoc cardiogenic este de cele mai multe ori cauzat de un infract miocardic întins, partea validă a muşchiului cardiac fiind insuficientă pentru a asigura circulaţia sangvină, chiar atunci când organismul se află în repaus.

SIMPTOME ŞI SEMNE. Şocul cardiogenic este caracterizat printr-o cădere a presiunii arteriale sistolice, asociată cu o micşorare a debitului cardiac. Acesta se traduce printr-o paloare a extremităţilor, transpiraţii, o răcire a pielii, tulburări ale stării de conştienţă, urine mult reduse cantitativ şi închise la culoare. Alterarea funcţiei de pompă a inimii poate antrena o obstrucţie circulatorie în plămâni, ducând uneori la un edem pulmonar.

TRATAMENT. Acesta constă în măsuri de reanimare în unităţi de terapie intensivă, cu utilizarea de substanţe care stimulează contractilitatea cardiacă (dobutamină, de exemplu). Dispozitive de asistenţă circulatorie, precum contrapulsia prin balonaş intraaortic, pot ameliora parţial diminuarea debitului sangvin sau pot diminua travaliul inimii. Când cauza şocului este un infarct acut de miocard, se caută dizolvarea — încă din primele ore — a trombozei coronare prin tromboliză. Dacă aceste tratamente medicamentoase nu sunt suficiente, coronarografia permite să fie avută în vedere dezobstrucţia prin angioplastie a arterei coronare în cauză.

În sfârşit, o transplantare cardiacă de urgenţă poate, în ultimă instanţă, să permită supravieţuirea unui pacient tânăr.

ŞOC HIPOVOLEMIC. Insuficienţă circulatorie acută consecutivă unei diminuări rapide a volumului sangvin circulant.

Un şoc hipovolemic este de cele mai multe ori provocat de o hemoragie importantă (hemoragie digestivă provocată de un ulcer al stomacului, de exemplu) sau printr-o deshidratare (diaree acută a sugarului, arsură gravă). El se manifestă prin sete, agitaţie, paloare a extremităţilor, colaps (scădere importantă a presiunii arteriale) şi, la auscultaţie, tahicardie.

Şocul hipovolemic impune o spitalizare de urgenţă cu aplicarea unei perfuzii venoase pentru a compensa pierderile lichidiene şi a restabili o presiune arterială eficace.

ŞOC INFECŢIOS. Insuficienţă circulatorie acută consecutivă unei septicemii. SINONIM: *soc septic*.

Infecţiile în cauză sunt foarte diferite, preponderent digestive sau urinare, în principal cauzate de bacili Gram negativi, dar şi de stafilococi sau de streptococi.

Un şoc infecţios provoacă anomalii circulatorii care se traduc printr-un colaps (cădere brutală a presiunii arteriale) şi o răcire din ce în ce mai pregnantă a extremităţilor, însoţită de o cianoză difuză, de frisoane. Aceste prime semne sunt urmate rapid de tulburări viscerale multiple: sindrom de insuficienţă respiratorie acută, insuficienţă renală acută cu oligurie, tulburări ale coagulării, gastrită acută hemoragică etc.

Şocul infecţios necesită o spitalizare de urgenţă. Tratamentul vizează stăvilirea cât mai rapidă a procesului infecţios prin administrarea intravenoasă de antibiotice, însoţită de o perfuzie intravenoasă de soluţie macromoleculară destinată să restabilească un volum normal al lichidului în vase; la nevoie, se procedează la o intervenţie directă asupra focarului infecţios.

ŞOC SEPTIC. → ŞOC INFECŢIOS.

ŞOLD. Rădăcină a membrului inferior, corespunzând joncţiunii sale cu trunchiul.

Articulaţia şoldului, concomitent foarte solidă şi foarte mobilă, permite mişcări variate: flexie şi extensie, adducţie şi abducţie, circumducţie şi rotaţie.

PATOLOGIE

■ *Luxaţia congenitală a şoldului* este o malformaţie caracterizată prin ieşirea capului femural din cavitatea cotiloidă a osului iliac. Depistarea sa este obligatorie la naştere. O tehnică specială de înfăşat este atunci suficientă pentru a pune şoldul la loc definitiv. Această afecţiune poate fi diagnosticată mai târziu, la vârsta mersului, când ea se semnalează prin apariţia unei claudicaţii. Reducerea, mai dificil de obţinut, necesită atunci o punere sub tracţiune

T

T4 → LIMFOCIT, SISTEM IMUNITAR, TIROXINĂ, TIROIDIAN (hormon).

TABAGISM. Intoxicație cu tutun. Tutunul este consumat, în principal, sub formă de țigarete și de țigări de foi; el mai este și prizat, mestecat sau fumat cu pipa. Fumul de tutun conține nicotină (alcaloid toxic pentru aparatul cardiovascular și presupus responsabil de fenomenul de dependență) și de asemenea și alte substanțe periculoase pentru sănătate, îndeosebi cele care rezultă din combustia tutunului, a hârtiei și a aditivilor incorporați în țigarete. Cele mai periculoase sunt gudroanele cancerigene și oxidul de carbon.

Tabagismul stă la originea unor boli foarte grave, îndeosebi cancere, boli cardiovasculare și boli respiratorii cronice. Se apreciază că el este cauza a 2 milioane de morți pe an în țările industrializate, dintre care aproximativ jumătate din decese survin înaintea vârstei de 65 ani. Cândva în esență masculin, consumul de tutun tinde să cuprindă populația feminină și să atingă subiecții din ce în ce mai tineri.

PATOLOGIE

■ *Afecțiunile respiratorii* care ating fumătorii sunt reprezentate, în principal, prin bronșita cronică. Aceasta poate evolua spre enfizem și insuficiență respiratorie cronică.

■ *Cancerele fumătorului* sunt reprezentate mai întâi prin cancerul de plămân, a cărui apariție urmează evoluția consumului de tutun, dar cu o declarare în avans de douăzeci de ani. Riscul cancerului de plămân crește o dată cu intensitatea tabagismului, durata în ani a tabagismului fiind încă mai determinantă decât cantitatea fumată pe zi în apariția acestei boli: cu cât începutul tabagismului a fost mai precoce, cu atât mai mare este riscul apariției cancerului de plămân. Noțiunea răspândită de „mic fumător care nu întâmpină nici un risc" este deci eronată: nu există un prag în dedesubtul căruia riscul de a fi atins de un cancer pulmonar să fie nul. Cancerele gurii (fumătorii de pipă, mestecătorii de tutun), de rinofaringe, de laringe și de esofag sunt, de asemenea, în foarte numeroase cazuri, provocate de consumul de tutun. În sfârșit, a fost demonstrată o asociere între anumite cancere (cancerul de col uterin, cancerul vezicii) și tabagism.

■ *Bolile cardiovasculare* sunt provocate de nicotină și de oxidul de carbon, care perturbă oxigenarea țesuturilor, antrenând o creștere a riscului bolilor coronariene (angor, infarct miocardic), a aterosclerozei aortei (anevrism) și a arteritei membrelor inferioare. Riscul cardiac crește dacă tabagismul se asociază cu alți factori de risc vasculari precum contraceptivele orale (pilula). Riscul de arterită este mai ridicat la diabetici. Atunci când scleroza vasculară generată de tabagism afectează creierul, ea poate antrena un accident vascular cerebral.

■ *Alte afecțiuni* legate de consumul de tutun sunt, în principal, ulcerul duodenal, ulcerul gastric, boala lui Crohn, osteoporoza și herniile (legate de tusea fumătorilor). Trebuie menționat că greutatea corporală a fumătorilor este mai mică decât cea a nefumătorilor

DEZOBIȘNUIREA DE TUTUN. Oprirea consumului de tutun micșorează riscurile de apariție a bolilor legate de tabagism: este deci oricând momentul pentru un fumător care nu e bolnav să se oprească. Fără o motivație puternică, este iluzoriu să te aștepți la o oprire de durată. În cursul dezobișnuirii, diferite metode pot ajuta fumătorul. Unele, care fac apel la înlocuitori ai tutunului (gumă și timbru transdermic cu nicotină), eliberate numai sub prescripție medicală, permit marilor fumători să înceteze fumatul fără să simtă tulburările pe care le poate ocaziona lipsa de tutun. Totuși, acest aport nicotinic nu trebuie să fie prezentat ca un remediu miraculos și trebuie să fie însoțit de susținerea

Femeile și tabagismul

Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) estimează că, în țările industrializate, o parte din cele 2 milioane de decese pe an legate de consumul de tutun atinge femeile, din cauza „consecințelor specifice ale tabagismului asupra sănătății femeilor și copiilor lor". Se apreciază, în fapt, că riscul de mortalitate cardiovasculară crește de 10 ori la femeile care fumează și care utilizează și pilula contraceptivă.

Atunci când femeia este gravidă, tabagismul crește, de altfel, riscul de avort spontan și întârzie creșterea copilului. În sfârșit, la menopauză, fumătoarele sunt expuse unui risc mai crescut de osteoporoză (rarefiere a țesutului osos).

(anestezie prin secționarea unui nerv, nevralgie sciatică sau dentară) sau a organelor centrale ale sistemului nervos (măduva spinării, creier). Cauzele sunt extrem de variate, după localizarea atingerii: traumatică, toxică (alcoolism), metabolică (diabet), inflamatorie. Capacitățile de recuperare a unui simț tactil normal depind direct de această cauză. Totuși, chiar când aceasta poate fi combătută, persistă adesea o mică alterație a calității perceptiei senzitive, îndeosebi atunci când zonele simțului tactil de finețe sunt lezate (pulpa degetelor).

TAHICARDIE. Accelerare a frecvenței bătăilor inimii peste 90 de pulsații pe minut.

Ritmul cardiac normal variază la majoritatea subiecților de la 60 la 90 pulsații pe minut, cu o medie de 70 până la 80.

CAUZE

■ *O accelerare a activității electrice a nodului sinusal*, stimulatorul fiziologic al inimii, antrenează o tahicardie sinusală. Ea poate fi fie naturală, ca în cursul unui exercițiu muscular, fie patologică; acesta este cazul când ea însoțește o febră, o anemie sau în majoritatea bolilor cardiace sau pulmonare în faza lor de agravare.

■ *O tulburare a ritmului* poate fi la originea unei tahicardii, cu caracteristici diferite după porțiunea inimii în care ea ia naștere:

– tahicardiile atriale debutează în auricule, acestea putând bate cu o frecvență de 200 până la 600 pulsații pe minut; din fericire, nu toate aceste impulsuri sunt transmise ventriculelor, deoarece nodul auriculoventricular joacă un rol de filtru reținându-le; de asemenea, tahicardiile atriale sunt adesea benigne;

– tahicardiile joncționale, provocate, în general, de un scurtcircuit la nivelul nodului auriculoventricular sau prin intermediul unui fascicul de conducție anormal, pot atinge un ritm de 200 pulsații pe minut; este vorba de cele mai multe ori de forme benigne care evoluează prin crize paroxistice (boala lui Bouveret);

– tahicardiile ventriculare pot atinge 300 pulsații pe minut; ele sunt adesea grave și greu de tolerat, deoarece ventriculul nu mai poate să-și mai îndeplinească funcțiile sale de ejecție sangvină; aceste tahicardii degenerează uneori în fibrilație ventriculară, care este însoțită de stop cardiorespirator și de o stare de moarte aparentă.

EVOLUȚIE. O tahicardie poate evolua în mod complet tacit, fără simptome, ori se poate traduce prin palpitații, prin stări de indispoziție și prin sincope.

TRATAMENT. Acesta depinde de originea și de tipul de tulburare a ritmului responsabil de tahicardie. Dacă există o cauză favorizantă (cafea, tutun, de exemplu), trebuie să fie suprimată; de altfel, tratamentele medicamentoase antiaritmice sunt uneori adecvate. Tehnicile ablative (mai ales utilizarea de curent de radiofrecvență) constau în distrugerea pe cale endocavitară (înaintarea unei sonde până la inimă) a zonei de miocard responsabilă (de exemplu, focar de hiperexcitabilitate ventriculară, responsabil de o tahicardie ventriculară rebelă.

TAHIFILAXIE. Fenomen de toleranță rapidă a organismului față de un medicament a cărui eficacitate descrește pe măsură ce se înmulțesc crizele, obligând ca dozele să fie crescute.

TAHIPNEE. Accelerare anormală a frecvenței respiratorii.

Tahipneea este de departe, mai ales la copil, forma cea mai frecventă a dispneei (jenă respiratorie). Ea este de cele mai multe ori urmarea unei cauze pulmonare: bronhopneumopatie acută infecțioasă (bronhopneumonie în limbaj curent), inhalare sau ingestie de substanțe toxice, falsă rută alimentară etc. Totuși, ea mai poate fi cauzată de o insuficiență cardiacă, de o tulburare a centrilor nervoși care comandă respirația (comă), de o leziune a peretelui toracic (fracturi multiple ale coastelor), de o criză de tetanie sau de o simplă angoasă.

TALALGIE. Durere de călcâi.

O talalgie poate fi cauzată de o atingere a calcanelului (osul călcâiului), a tendonului lui Ahile sau a aponevrozei plantare (structură fibroasă care consolidează mușchii plantei piciorului).

TALAMUS. Structură a creierului care participă la recepția informațiilor nervoase.

Talamusul este un centru nervos care joacă un rol de integrare în majoritatea funcțiilor nervoase. El primește informațiile senzitive și senzoriale care provin de la alți centri nervoși și le analizează înainte de a le transmite cortexului cerebral.

TALASEMIE. Boală ereditară caracterizată printr-un defect al sintezei hemoglobinei, care se traduce prin microcitoză (micșorarea în dimensiuni a globulelor roșii) și adesea printr-o anemie.

FRECVENȚĂ. Talasemia este foarte răspândită pe tot conturul Mării Mediterane, precum și în Orientul Apropiat, în Africa subsahariană, în India, în tot sud-estul asiatic și în sudul Chinei.

DIFERITE TIPURI DE TALASEMIE. Talasemiile sunt anomalii genetice caracterizate prin defectul de sintetizare a unuia dintre lanțurile globinei, constituentul principal al hemoglobinei. Hemoglobina cuprinde, la adult, două feluri de lanțuri de globină, globină alfa și globină beta, a căror sinteză este sub dependența genelor corespunzătoare. În consecință, se disting două mari tipuri de talasemii, talasemiile care afectează genele alfa, sau alfatalasemiile, și talasemiile care afectează genele beta, ori betatalasemiile.

Alfatalasemia. Această boală genetică, provocată de un defect al sintezei lanțurilor globinei alfa are patru forme: cum există câte două gene alfa pe fiecare cromozom, o alfatalasemie poate rezulta din defectul a una până la patru dintre aceste gene.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Atingerea uneia sau a două gene nu antrenează decât o formă minoră a bolii, fără anemie. Atingerea a 3 gene din 4 antrenează o hemoliză (distrugerea globulelor roșii) cronică, ce constituie un handicap mai mult sau mai puțin sever. Prognosticul este mult mai sumbru în cazul atingerii celor 4 gene alfa: copilul moare fie înainte, fie imediat după ce se naște.

Betatalasemia. Această boală genetică provocată de un defect de sintetizare a lanțurilor globinei beta are două forme principale. În fapt, există o singură genă beta per cromozom. Talasemiile pot fi deci legate fie de una dintre aceste două gene (talasemie heterozigotă), fie de ambele gene (talasemia homozigotă sau anemia lui Cooley).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Betatalasemia heterozigotă se caracterizează în formele cele mai severe printr-o anemie moderată. Anemia lui Cooley se traduce printr-o anemie gravă, o deformație a oaselor craniului care conferă subiectului un facies mongoloid, o întârziere a creșterii și o splenomegalie (splină hipertrofiată).

Diagnosticul și tratamentul talasemiilor. Diagnosticul se pune pe baza electroforezei (separarea componentelor unei soluții de macromolecule sub efectul câmpului electric) hemoglobinei, care permite punerea în evidență a anomaliilor cantitative ale diferitelor sorturi de hemoglobină ale subiectului. Formele heterozigote nu necesită nici un tratament. Formele homozigote justifică tratamente specializate.

Depistarea talasemiilor. Gravitatea bolii justifică depistarea heterozigoților în vederea unui sfat genetic, comportând eventual propunerea unui diagnostic prenatal (prin biopsie a trofoblastului) atunci când ambii părinți sunt purtători ai unei gene talasemice, pusă în prealabil în evidență într-un prelevat sangvin. → COOLEY (anemie a lui).

TALASOTERAPIE. Aplicarea în scopuri terapeutice a proprietăților climatului marin, ale apei de mare, ale nămolurilor marine, ale nisipului de pe litoralul marin și ale algelor marine.

Apa mării este o apă sărată (aproximativ 35 grame de sare la litru) care găzduiește numeroase elemente vii, vegetale (fitoplancton) și animale (zooplancton).

INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII. Principalele indicații ale talasoterapiei sunt reumatismele degenerative (artroza), durerile vertebrale cronice, unele tulburări ginecologice de origine funcțională (congestia micului bazin, scurgeri menstruale dificile și dureroase sau neregulate, raporturi sexuale dureroase), tulburări gingivale (iritații sau congestii ale gingiilor, deșosare ¡dezvelirea porțiunii radiculare a unui dinte în urma retractării țesutului gingival¡) sau dermatologice (psoriazis), stări de oboseală fizică sau psihică, convalescențe, sechele ale traumatismelor și cele chirurgicale.

Contraindicațiile privesc bolile infecțioase în perioadă acută, tulburările cardiovasculare, hipertiroidia sau afecțiunile otorinolaringologice (otită, sinuzită, laringită etc.), cancerele și unele boli ale pielii care sunt zemuinde.

DESFĂȘURARE. Durata ideală a unei cure de talasoterapie este de 7 până la 12 zile, astfel încât organismul să aibă timpul să asimileze oligoelementele. În ziua sosirii sale la mare, subiectul trebuie să fie supus unei vizite medicale care va stabili eventualele contraindicații la cură și va preciza natura, ritmul și intensitatea procedurilor. Pentru o repunere în formă, sunt propuse, în general, patru dintre următoarele: băi, hidromasaje, dușuri, împachetări cu nămoluri marine sau cu alge, reeducarea în piscină etc.; ele sunt alternate dimineața și după-amiaza.

TEHNICI. Procedurile aplicate într-un centru de talasoterapie sunt asemănătoare celor care se practică în stațiunile termale.

■ *Algele marine* se folosesc sub formă de pudră sau de extract lichid, în băi sau în aplicații locale (împachetări, de exemplu).

■ *Nămolurile marine* sunt fie amestecate cu băile de apă de mare, fie utilizate în aplicații locale (împachetări) la o temperatură de 35–35°C, menținută constantă cu ajutorul unei foi de aluminiu sau al unei iradieri cu radiații infraroșii. Pielea este în prealabil bine umezită și frictionată pentru a înmuia stratul cornos și pentru a crește temperatura corpului.

■ *Climatele marine* (aer curat, bogat în iod) sunt, în funcție de țară și de regiune, calmante sau stimulante, chiar revigorante.

■ *Apa de mare* nu trebuie să fie nici reconstituită, nici transportată, nici nu trebuie să fi suferit un tratament fizic (radiații) sau chimic (adăugare de clor). Ea se utilizează la o temperatură între 20 și 40°C, pe cale externă (dușuri, băi) sau internă (irigații bucale sau vaginale, aerosoli, băuturi, injecții subcutanate). Baia de apă de mare, făcută individual, la o temperatură de 34°C este elementul de bază al curei. Din cauza densității apei, corpul este mult mai ușor în apă sărată decât în apă dulce. Senzația de imponderabilitate care rezultă de aici ușurează mobilizarea și gimnastica acvatică. Cu o durată de aproximativ 20 minute, baia trebuie să fie urmată de o perioadă cel puțin egală de odihnă. Dușul sub jet de apă se face în poziția în picioare sau așezat. El este tonic dacă se aplică la o temperatură mai scăzută – între 20 și 30°C – și cu presiune mare, sedativ dacă este aplicat la o temperatură mai ridicată – de la 36 la 38°C – și cu presiune joasă, cu un jet foarte larg (duș-manta). Dușul cu aspersiune, ori „dușul orizontal", se face stând culcat pe burtă sau pe spate. El poate fi asociat cu un masaj manual.

■ *Nisipul de mare* este utilizat în mod obișnuit în plin aer sub formă de băi de nisip asociate cu băi de soare (helioterapie).

REZULTATE. Subiectul poate resimți o oarecare oboseală, absolut normală, spre a cincea zi. El cunoaște o stare de a se simți bine încă din primele zile, dar mai ales după 15–20 zile începe să simtă efectele benefice ale curei, care persistă apoi pentru o perioadă care poate dura 6 luni.

TALC. Substanță sub formă de pudră obținută din silicatul de magneziu natural.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Talcul este o pudră albă și ușoară, utilizată pentru îngrijirile pielii (uscarea micilor leziuni ale țesutului la sugar, protecția și liniștirea anumitor erupții cutanate, în particular cele din cazurile de varicelă și zona).

PATOLOGIE. Talcoza este o pneumonioză (boală a plămânilor prin inhalare îndelungată de pulberi) cauzată de inhalarea de talc. Ea se observă la angajații din anumite industrii (talc, hârtie, pictură, cauciuc și cosmetică).

TALIDOMIDĂ. Medicament utilizat pentru proprietățile sale antiinflamatoare și imunosupresive.

Talidomida era utilizată în anii'60 ca hipnotic (împotriva insomniei). Prescrisă multor femei gravide, talidomida a provocat nou-născuților focomelii (malformații ale membrelor, mâinile și picioarele fiind legate direct de trunchi).

Actualmente talidomida este indicată, în principal, în tratamentul leprei, lupusului eritematos diseminat, aftelor multiple care complică SIDA. Ea mai este prescrisă și în prezent în cursul reacțiilor de rejecție a grefei. Distribuirea ei este riguros reglementată.

CONTRAINDICAȚII. Talidomida este strict interzisă femeii gravide și femeilor aflate la vârsta procreației.

TAMPONADĂ. Totalitate a tulburărilor provocate de prezența de lichid sub presiune în interiorul pericardului (învelișul seros al mușchiului cardiac).

Lichidul conținut în pericard este de cele mai multe ori format din sânge, răspândit în decursul unei intervenții de chirurgie cardiacă.

Ecocardiografia confirmă diagnosticul. Tratamentul constă într-o puncție imediată a pericardului. În funcție de gravitatea atingerii, se ajunge de cele mai multe ori la completarea acestui act cu un drenaj chirurgical.

TAMPONAMENT. Tehnică terapeutică ce permite oprirea unei hemoragii prin compresia regiunii care sângerează.

Un tamponament este realizat prin tasarea compreselor, mesteloor (bucăți de tifon foarte lungi) sau câmpurilor (bucăți mari de pânză).

TARS. Schelet al părții posterioare a piciorului.

Tarsul se compune din două părți.

■ *Tarsul anterior* formează scheletul unei părți din spatele piciorului; el cuprinde 5 oase scurte juxtapuse: cuboidul, scafoidul și cele 3 oase cuneiforme. Tarsul participă la constituirea bolții plantare.

■ *Tarsul posterior* cuprinde două oase suprapuse: calcaneul (osul călcâiului) și, deasupra, astragalul.

PATOLOGIE

■ *Fracturile de astragal și de calcaneu* survin în cursul traumatismelor violente sau al căderilor grave. Tratamentul lor, uneori chirurgical, este adesea dificil, deoarece el trebuie să reconstituie suprafețele articulare corecte. Necroza osului fracturat (în particular a astragalului) sau survenirea unei artroze posttraumatice constituie principalele complicații.

■ *Fracturile cuneiformelor*, mai benigne, sunt tratate ca fracturi ale metatarsienelor printr-o imobilizare gipsată de 6 până la 8 săptămâni.

■ *Fracturile scafoidului* tarsian pot să se complice cu o luxație care face necesară o intervenție chirurgicală.

TARSORAFIE. Operație chirurgicală constând în suturarea temporară una de alta a marginilor pleoapei superioare și pleoapei inferioare. SINONIM: *blefarorafie*.

TARTRU. Depunere tare, calcificată sau pe cale de a se calcifica, ce se acumulează pe coletele dinților și sub gingii.

Tartrul se formează pornind de la placa dentară. Suprafețele dentare cele mai expuse la tartru sunt cele care se află în fața canalelor excretoare ale glandelor salivare, adică fețele interne ale incisivilor de jos și fețele externe ale molarilor de sus.

TRATAMENT. Detartrajul dinților este indispensabil, deoarece tartrul, la fel ca și placa dentară, favorizează apariția cariilor și a gingivitelor; el trebuie efectuat o dată pe an. Practicarea unui periaj corect, completat cu utilizarea unei ațe dentare, permite să se elimine placa dentară, pe măsură ce ea se formează.

TATUAJ. Desen care nu se poate șterge, practicat pe piele.

Un tatuaj este realizat de cele mai multe ori din motive de gust personal, dar el mai poate avea ca scop și o reparație estetică practicată de un medic specialist, constând, de exemplu, în redesenarea areolei unui sân după o intervenție chirurgicală.

TEHNICĂ. Diferiți pigmenți pot fi introduși în derm, fie prin înțepături, cu ajutorul unor ace manipulate cu mâna sau montate într-un aparat electric, fie prin depunerii în incizii cutanate, care se cicatrizează și închid în interior pigmentul; de asemenea, se mai poate trece un fir colorat printr-un tunel săpat în epiderm.

RISCURI. Riscul principal al tatuajului este contaminarea cu agenți infecțioși ca HIV sau virusul hepatitei, transportați prin instrumente de la o persoană contaminată la o persoană indemnă (care nu are în corp acești agenți infecțioși). Probabilitatea acestor incidente este ridicată atunci când se apelează la tatuatori neprofesioniști care nu respectă regulile

de asepsie, de sterilizare și de utilizare a materialului de unică întrebuințare. În plus, tatuajele făcute de neprofesioniști sunt, în general, mai profunde, mai neregulate și mai dificil de șters decât cele care sunt realizate de profesioniști.

Tehnicile de distrugere a tatuajelor sunt numeroase, dar nici una nu este cu adevărat satisfăcătoare, deoarece toate sunt îndelungate (mai multe luni) și expun la un risc de cicatrice, în particular hipertrofică (prin formarea unui sul fibros).

TAY-SACHS (boală a lui). Boală a sistemului nervos central, de natură genetică, provocată de o acumulare a grăsimilor în creier.

Este o boală foarte rară, care afectează mai ales populațiile din Europa Centrală și de Nord.

Boala începe din primul an de viață printr-o oprire apoi printr-o regresie a achizițiilor psihice, intelectuale și motorii.

TEGUMENT. Țesut sau totalitate a țesuturilor care acoperă și învelesc un organism viu. SINONIM: *aparat tegumentar*.

La om, tegumentul este format din piele și anexele ei, fanerele (peri, păr, unghii) și glandele (glandele sebacee, glandele sudoripare).

TELANGIECTAZIE. Dilatație permanentă a unui vas mic (arteriolă, capilar sangvin, venulă) situat în derm.

Telangiectaziile formează linii fine roșii și violete, de câțiva milimetri până la câțiva centimetri lungime, rectilinii sau sinuoase; ele desenează adesea rețele, uneori stele mici (angioame stelare).

DIFERITE TIPURI DE TELANGIECTAZIE. Se disting forme dobândite și forme congenitale.

■ *Telangiectaziile dobândite* sunt de departe cele mai frecvente. Unele au o cauză locală: traumatism, aplicație prea îndelungată de corticosteroizi, radioterapie. Altele sunt consecutive unei boli, care poate fi generală (sarcoidoză, sclerodermie, lupus eritematos) sau nu (cuperoză, angiom stelar, insuficiență venoasă cronică a membrelor inferioare). Altele, în sfârșit, sunt total izolate, fără cauză cunoscută.

■ *Telangiectaziile congenitale* constituie un simptom al unei afecțiuni ereditare complexe: sindromul lui Rendu-Osler, ataxie-telangiectazie etc.

TRATAMENT. Acesta nu se justifică decât în caz de jenă estetică și constă în distrugerea locală, prin electrocoagulare sau prin laser cu argon, a telangiectaziilor.

TELEMONITORIZARE FETALĂ. Sistem de înregistrare la distanță a zgomotelor cardiace ale fătului. SINONIME: *monitorizare la distanță a cordului fetal, telesupraveghere a sarcinii*.

Telemonitorizarea fetală este indicată în timpul sarcinilor cu risc care nu necesită o spitalizare a femeii (întârziere moderată a creșterii intrauterine, hipertensiune arterială moderată, amenințare de naștere prematură, sarcină multiplă pornind din cea de a 28-a săptămână de amenoree). Pacienta aplică pe abdomenul său un captor legat la o cutiuță ce conține un aparat care înregistrează zgomotele inimii fătului. Pe cutiuță pune apoi un receptor telefonic care transmite direct, pe cale electronică, informațiile la imprimanta calculatorului central al serviciului de obstetrică sau a calculatorului de la domiciliu în cazul internării la domiciliu, ceea ce asigură supravegherea sarcinii. Telemonitorizarea durează o jumătate de oră pe zi. În caz de anomalie sau de tulburare a ritmului, femeia este spitalizată pentru control.

TELERADIOGRAFIE. Examen radiografic obținut prin îndepărtarea sursei de radiație (tub cu raze X) de organul examinat (capul, de exemplu).

INDICAȚII. Teleradiografia este utilizată frecvent în neurochirurgia stereotaxică (reperarea geometrică intracerebrală în 3 dimensiuni), la spital, și în ortodonție (corectarea așezării dinților), la cabinetul medical. Tehnica asigură o egalizare a contrastelor și/sau o absență a deformațiilor imaginii obținute. Aceasta permite o măsurare directă, în mărime reală, a structurilor observate. Astfel, o teleradiografie a capului dă o imagine a craniului și a masivului faciodentar adaptată măsurătorilor de distanță și de unghiuri (cefalometrie) necesare instituirii și apoi urmăririi unui tratament ortodontic.

TEMPERATURĂ. Gradul de căldură a corpului.

Temperatura corporală este menținută constantă (homeotermie) printr-o reglare fiziologică. Temperatura corpului uman are o valoare medie de 37°C. Ea variază în mod normal de la 36,5°C (către ora 3 dimineața) la 37,2°C (către ora 6 seara). În plus, la femei, temperatura variază în mod normal în cursul ciclului menstrual: o fază cu temperatură minimă se observă de la fluxul menstrual până la ovulație, o fază cu temperatură maximă urmează ovulației.

PATOLOGIE. Temperatura corpului poate fi afectată sau dereglată prin infecții, afecțiuni tiroidiene, unele tumori, ori printr-o prea îndelungată expunere la frig sau la o căldură excesivă.

CURBĂ DE TEMPERATURĂ. Variația temperaturii, luată zilnic la oră fixă și materializată sub forma unei curbe termice, ori curba de temperatură, permite supravegherea evoluției anumitor boli infecțioase. În ginecologie, curba de temperatură poate ajuta la reperarea perioadei de ovulație, deci la cunoașterea perioadei de fecunditate a unei femei.

TEMPORAL (os). Os lateral al craniului, cuprinzând în principal solzul și stânca.

TEMPORALĂ (arteră). Vas care irigă unele elemente ale feței.

Arterele temporale sunt în număr de patru, două superficiale, două profunde.

TENDINITĂ. Inflamație a unui tendon.

Un tendon, țesut fibros care unește un mușchi cu un os, poate să se inflameze fie la joncțiunea musculotendinoasă, fie la punctul lui de inserție pe os (entesopatic), fie în partea sa mediană.

CAUZE. Tendințele au cauze multiple, adesea asociate. Ele pot fi provocate de microtraumatisme repetate, profesionale sau îndeosebi sportive (epicondilită la jucătorii de tenis, tendinită a adductorilor la dansatori etc.) sau pot fi de origine degenerativă, îmbătrânirea țesuturilor antrenând o uzură, chiar o ruptură, a fibrelor de colagen care constituie tendonul (periartrită scapulohumerală, de exemplu). În sfârșit, o tendinită poate fi legată de o boală articulară inflamatorie, de exemplu o spondilartrită anchilozantă (îndeosebi la nivelul de inserție a tendonului lui Ahile) sau de o poliartrită reumatoidă.

SIMPTOME ȘI EVOLUȚIE. Durerea este simptomul dominant: prezentă adesea în stare de repaus, ea se accentuează la palpare și atunci când se solicită articulațiile adiacente tendonului inflamat. Principalul risc al tendinitelor netratate este ruptura tendinoasă.

TRATAMENT. Acesta se bazează pe repaus, pe luarea de antiinflamatoare aplicate sub formă de pomezi sau de geluri, pe cale orală, chiar prin infiltrații, și pe fizioterapie (ionizări, ultrasunete). În caz de tendinită cronică sau de ruptură tendinoasă, se recurge uneori la chirurgie.

TENDON. Țesut fibros prin intermediul căruia un mușchi se prinde de un os.

Tendoanele sunt formate din fibre de colagen, hrănite prin vase sangvine foarte fine. Unele (cele ale mâinilor, încheieturii mâinilor, picioarelor) au în plus un înveliș, teaca sinovială, de aceeași natură cu membrana sinovială care tapetează capsula articulațiilor mobile. Ea secretă un lichid lubrifiant care permite o mai bună alunecare în aceste regiuni anatomice supuse unor importante frecări.

Flexibil, dar puțin elastic (mușchiul este cel elastic), tendonul este foarte rezistent.

PATOLOGIE

■ *Rupturile tendinoase* pot surveni ca urmare a unei tendinite cronice, din cauza fragilizării tendonului, ori pe un tendon în prealabil sănătos, de exemplu în caz de efort violent fără practicarea unei încălziri sau în caz de plagă cutanată profundă.

■ *Tendinitele* sunt inflamații ale unui tendon, de origine traumatică sau reumatismală.

■ *Tenosinovitele* sunt inflamații ale tecii sinoviale, membrana seroasă care înconjoară unele tendoane.

TENESMĂ. Durere anală, însoțită de o contracție a sfincterului anal, care precede sau urmează unei evacuări rectale, compusă de cele mai multe ori din mucozități, sânge sau puroi.

O tenesmă se observă în cursul sindromului dizenteric (atingere a rectului de origine inflamatorie, parazitară, infecțioasă sau tumorală).

TENIAZĂ sau **TAENIAZĂ.** Boală parazitară provocată de infestarea cu viermi adulți, teniile. SINONIME: *teniazis, taeniazis*.

Teniile, între care unele tipuri sunt denumite în mod curent solitare, sunt viermi plați (cestode) de dimensiuni variabile, de la câțiva milimetri la mai mulți metri lungime.

DIFERITE TIPURI DE TENIAZE. Se deosebesc patru tipuri, după specia de tenie în cauză.

■ *Taenia saginata*, foarte frecventă în Franța, este transmisă prin ingestia de carne de vită.

■ *Taenia solium* este transmisă prin ingestia de carne de porc.

■ *Diphyllobotrium latum*, agentul botriocefalozei, este transmisă prin ingestia de pești de apă dulce.

■ *Hymenolepis nana*, responsabilă de himenolepioză, parazitoză frecventă la copii, este o tenie mică transmisă prin ingestia de insecte (purici, viermi de făină) sau, îndeosebi, a ouălor de viermi în țările tropicale.

CONTAMINARE. Teniile – cu excepția lui *Hymenolepsis nana* – se transmit omului prin alimente care conțin larve și nu sunt suficient prelucrate termic.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O teniază se manifestă printr-o oboseală, o lipsă de poftă de mâncare sau, mai rar, printr-o poftă de mâncare exagerată, prin dureri de burtă, uneori printr-o diaree, prin mâncărimi. O persoană infestată prin tenia vacilor elimină spontan prin anus fragmente de vierme având aspectul de tăiței plați, rozalii sau albicioși, mobili.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Administrarea orală a unui medicament antiparazitar activ față de tenie este eficace luat într-o priză sau două. Prevenirea constă într-o suficientă prelucrare termică a cărnii și a peștelui.

TENIE sau **TAENIE.** Vierme din clasa cestodelor, parazit al intestinului subțire. → TENIAZĂ.

TENNIS ELBOW. → EPICONDILITĂ.

TENODEZĂ. Intervenție chirurgicală care constă în transformarea unui tendon într-un fel de ligament.

TENOLIZĂ. Eliberare pe cale chirurgicală a unui tendon a cărui mișcare este împiedicată de către aderențe.

TENORAFIE. Sutură chirurgicală a unui tendon secționat.

TENOSINOVITĂ. Inflamație a tecii sinoviale (membrana seroasă care înconjoară unele tendoane și facilitează alunecarea lor).

Principalele tendoane înzestrate cu o teacă sinovială sunt cele ale mușchilor extensori și flectori ai degetelor de la mâini și de la picioare.

CAUZE. Tenosinovitele pot fi cauzate de un surmenaj al articulației, de un reumatism inflamator (poliartrită reumatismală, îndeosebi), de o infecție bacteriană (stafilococie, tuberculoză) sau de o boală inflamatorie locală.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Simptomele sunt aceleași cu cele ale unei tendinite: umflătură, durere accentuată la palpare și atunci când tendonul este mobilizat.

TRATAMENT. Atunci când tenosinovita este infecțioasă, o curățare chirurgicală (spălarea tecii sinoviale cu ser fiziologic dacă lichidul sinovial este doar inflamator, ablația tecii dacă există puroi), asociat cu o antibioterapie adecvată, este necesară; principalul risc al acestor tenosinovite este ruptura de tendon. În alte cazuri, tratamentul se bazează doar pe punerea în repaus a zonei dureroase și pe luarea de antiinflamatoare.

TENSIOMETRU. Instrument pentru măsurarea presiunii arteriale. SINONIM: *sfigmomanometru*.

Tensiometrul permite o evaluare a acestei presiuni în milimetri de coloană de mercur. El dă două cifre care corespund presiunii sistolice (valoarea maximă) și celei diastolice (valoarea minimă).

DESCRIERE. Un tensiometru se compune dintr-o brasardă gonflabilă, pusă în jurul brațului pacientului, dintr-o pară de cauciuc, utilizată pentru insuflarea de aer în brasardă, și dintr-un sistem de măsură care poate fi, după caz, o coloană de sticlă umplută cu mercur, un manometru cu ac indicator sau, mai recent, un ecran de afișaj digital.

TENSIUNE ARTERIALĂ. → PRESIUNE ARTERIALĂ.

TENSIUNE OCULARĂ. Presiune care domnește în interiorul globului ocular. SINONIM: *presiune intraoculară* (P.I.O.).

Tensiunea oculară este măsurată, în principal, cu ajutorul unui aparat numit tonometru cu aplanație, care se apasă pe ochi. Tensiunea este evaluată în milimetri coloană de mercur. Valoarea sa normală este între 10 și 20 milimetri de mercur.

PATOLOGIE

■ *Creșterea tensiunii intraoculare*, caracteristică glaucomului, poate fi cauzată de modificarea unghiului iridocornean, care împiedică umoarea apoasă să fie evacuată.

■ *Micșorarea tensiunii oculare sau hipotomia* este, în principal, simptomul unei uveite. Această micșorare a tensiunii oculare se manifestă prin dureri. Tratamentul său este cel al cauzei.

TEOFILINĂ. Medicament utilizat în tratamentul astmului.

Teofilina și derivații ei sunt indicați în caz de astm sau de bronhospasm, în tratamentul crizelor, precum și în tratamentul de fond.

MOD DE ADMINISTRARE. Administrarea se face pe cale orală (capsulă, comprimat, sirop), pe cale rectală (supozitoare) și, în cazul urgențelor, pe cale intravenoasă, la spital.

SUPRAVEGHERE. Concentrația sangvină de teofilină (teofilinemia) este verificată cu regularitate, din cauza micii sale marje terapeutice (intervalul dintre doza eficace și doza toxică) a medicamentului.

EFECTE NEDORITE ȘI INTERACȚIUNI. Sunt observate adesea vărsături, dureri de cap, o stare de excitație și o insomnie, deșteptarea unei epilepsii (convulsii), o accelerare a ritmului cardiac, dureri și tulburări gastrice. Asocierea cu unele medicamente poate duce la o supradozare. La copil, administrarea acestui medicament se face întotdeauna cu prudență.

TERAPEUTICĂ. Parte a medicinei care se ocupă cu mijloacele – medicamentoase, chirurgicale sau altele – destinate vindecării sau ameliorării bolilor. → TRATAMENT.

TERAPIE COMPORTAMENTALĂ. Metodă de tratament al tulburărilor mintale constând în deconditionarea și învățarea cu scopul de a înlocui un comportament neadaptat (o teamă agitată declanșată de o situație inofensivă, de exemplu) printr-un comportament adaptat.

INDICAȚII. Acestea sunt nevrozele (fobie, isterie de conversie), tulburările sexuale (ejaculare precoce, impotență, vaginism, frigiditate), perversiunile și unele stări psihotice. Terapiile comportamentale se mai dovedesc eficace în problemele conjugale și familiale.

TERAPIE GENICĂ. Metodă terapeutică ce utilizează genele și informația pe care ele o poartă pentru a trata o boală genetică sau pentru a modifica un comportament celular. SINONIM: *genoterapie*.

Terapia genică este avută în vedere și ca o tehnică terapeutică aplicabilă unor boli ne-ereditare, precum cancerul și SIDA. În aceste cazuri, strategia constă în a face să intre în celula bolnavă (și nu și în alta) o genă capabilă să o distrugă.

INDICAȚII. Terapia genică nu are indicații, în sensul obișnuit al termenului, deoarece ea nu se află decât la începutul fazei experimentale: un medic care nu participă la o lucrare de cercetare nu poate propune pacienților săi să fie tratați cu terapie genică.

DIFERITE TIPURI DE TERAPIE GENICĂ. Terapia genică utilizează o genă pe care o introduce în celulele bolnavului. După natura celulelor atinse, se deosebesc două metode.

■ *Terapia genică germinală*, ori terapia genică sexuală, ar consta în aplicarea terapiei genice unui embrion, în stadiul în care acesta este format dintr-o îngrămădire de celule, sau celulelor germinale (ovule, spermatozoizi) ale unui adult.

Aplicațiile terapiei genice la bolile ne-ereditare

Principalele boli avute în vedere pentru terapia genică sunt cancerul și SIDA, dar indicațiile s-ar putea extinde o dată cu dezvoltarea tehnicilor. În stadiul actual al cercetărilor, nu ne putem gândi la vindecarea celulelor bolnave. Strategia constă, din contra, în distrugerea lor fără a altera celulele sănătoase, ceea ce este imposibil cu chimioterapia clasică. Actualmente sunt avute în vedere trei tehnici principale:

– modificarea, prin tehnici genetice, a celulelor pacientului (limfocite, de exemplu), cu scopul ca ele să distrugă celulele bolnave (celule tumorale, de exemplu), făcând în așa fel încât ele să fabrice substanțe toxice pentru aceste celule;

– introducerea în mod specific în celulele bolnave a unei gene care, atunci când va fi citită, va conduce la fabricarea unui produs toxic care le va omorî;

– introducerea unei gene capabile să stimuleze mijloacele de apărare imunitară a pacientului (a căror deficiență a permis dezvoltarea tumorii).

Gena introdusă s-ar transmite atunci tuturor celulelor-fiice ale primelor celule embrionare, adică tuturor celulelor viitorului individ: ar avea loc deci o modificare a patrimoniului genetic al speciei umane. În plus, celulele germinale ale viitorului individ fiind atinse ca și celelalte, noul patrimoniu s-ar transmite ereditar întregii sale descendente. O astfel de abordare terapeutică este în consecință categoric interzisă.

■ *Terapia genică somatică* constă în introducerea genelor exclusiv în celulele somatice (nesexuale). La această tehnică se limitează actualmente câmpul de activitate și cercetarea în terapia genică.

TEHNICI. Până în prezent sunt în curs de punere la punct două strategii diferite.

■ *Tehnica in vitro* constă în recoltarea de celule de la individul care urmează să fie tratat (de exemplu, limfocite, printr-o simplă luare de sânge) și introducerea în ele a genelor bune fie prin transfecție (tehnică de laborator care permite introducerea de A.D.N. într-o celulă cu nucleu), fie prin intermediul unui virus. Aceste celule, care posedă atunci gena bună, sunt reintroduse în sânge printr-o injecție intravenoasă. Această strategie nu poate fi utilizată decât în cazul unor defecte genetice care se manifestă în sânge sau sunt localizate în celule pe care sângele le poate ajunge.

■ *Tehnica in vivo* constă, în general, în asocierea unei gene bune cu un vector (un virus, de exemplu), care va fi capabil să o transporte acolo unde prezența sa este necesară. Pentru a fi eficace, trebuie ca aceasta să fie în stare să acceadă specific la toate celulele care trebuie să fie corectate și să pătrundă în ele. Această tehnică rămâne încă mai mult teoretică decât practică.

Limitele terapiei genice. Actualmente este greu să se vorbească de rezultatele terapiei genice, deoarece aceasta nu se află decât în fază experimentală. Dar și dacă s-ar cunoaște un procentaj global de eficacitate, acesta n-ar fi decât orientativ și n-ar avea nici o valoare statistică, dat fiind numărul infim de bolnavi tratați. Totuși, se poate arăta că unele experiențe au fost întrerupte din cauza efectelor nedorite, și că pentru moment se vorbește, pentru experiențele în curs sau încheiate, mai curând de ameliorarea simptomelor decât de vindecare.

În plus, există două necunoscute notabile: eficacitatea pe termen lung și efectele nedorite, probabile, ale acestei tehnici.

EFICACITATEA PE TERMEN LUNG. Principiul general al terapiei genice este introducerea unei gene bune într-o celulă, care va citi informația ce o conține și va fabrica proteina lipsă. Dacă această celulă moare, corecția pe care a obținut-o ar dispărea deci o dată cu ea. Or, doar cu câteva excepții (celulele nervoase, de exemplu), celulele nu trăiesc prea mult timp și sunt constant înlocuite prin altele noi. În stadiul actual al tehnicii, efectul terapeutic obținut nu poate fi deci decât trecător.

În tratamentul cancerului sau al SIDA, o mică durată de eficacitate n-ar pune probleme deoarece, o dată distruse tumora sau celulele infectate cu H.I.V., înseamnă că boala este vindecată. Din contra, în caz de boală ereditară, corecția trebuie să persiste întreaga viață. Pentru aceasta ar fi absolut necesar să se găsească celule cu durată de viață deosebit de lungă și ar trebui ca terapia să fie reînnoită periodic.

EFECTE NEDORITE. Complexitatea extremă a genelor și a funcționării lor este încă foarte prost cunoscută. Există temerea mai ales ca terapia genică să nu perturbe subtilele relații dintre gene. Astfel, animalele tratate prin terapie genică pentru a crește mai mari (în scopuri de cercetare sau de ameliorare a producției) au devenit sterile din motive încă necunoscute. De aceea, această tehnică este rezervată încă pentru bolile grave (adesea mortale) sau incurabile.

Perspectivele terapiei genice. În pofida acestor restricții, se pare că terapia genică ar putea constitui, în câțiva ani sau în câțiva zeci de ani, un progres medical cel puțin comparabil cu descoperirea antibioticelor sau a razelor X.

TERATOGENEZĂ. Formare și dezvoltare *in utero* a anomaliilor care duc la malformații. SINONIM: *teratogenie*.

Un medicament teratogen este un medicament care antrenează o perturbare a dezvoltării embrionare sau fetale atunci când este administrat unei femei gravide.

TERATOLOGIE. Știință care studiază anomaliile și malformațiile legate de o perturbare a dezvoltării embrionare sau fetale.

TERATOM. → DISEMBRIOM.

TEREN. Totalitate a factorilor genetici, fiziologici, tisulari sau umorali care, la un individ, favorizează apariția unei boli sau condiționează prognosticul ei.

Se vorbește, de exemplu, de teren alergic la un pacient atunci când acesta posedă antecedente personale sau familiale de astm, eczemă sau alergie.

TERMALISM. Utilizare și exploatare terapeutică a apelor minerale.

Există diferite ape minerale care se deosebesc între ele prin componentele lor: reziduul uscat (care rămâne după evaporarea apei), asociind elemente minerale de concentrație mare (sulfuri, sulfați, clor, bicarbonat de sodiu și de calciu) sau mică (arsen, fier, seleniu, elemente radioactive), gaze (dioxid de carbon, hidrogen sulfurat), nămoluri naturale care conțin microorganisme. Temperatura izvorului (la „gura" lui) este variabilă; de la mai mult de 50°C până la mai puțin de 20°C; după temperatura lor, apele sunt denumite hipertermale, termale sau hipotermale.

INDICAȚII ȘI TEHNICI. Compoziția unei ape orientează utilizarea ei terapeutică: apele sulfurate, de exemplu, sunt cunoscute în principal pentru efectul asupra pacienților care suferă de boli respiratorii, otorinolaringologice sau de reumatism; apele bicarbonate sunt foarte indicate în patologia digestivă. În Franța, și nu numai aici, se cunoaște o indicație precisă pentru fiecare tip de apă; în alte țări ale Europei totuși, această dispoziție nu este urmată cu aceeași rigoare.

Termalismul este indicat în diferite afecțiuni cronice, în afara puseelor acute, apele fiind utilizate sub diferite forme:

– în arteriopatia membrelor inferioare în stadiul de dureri la mers, sub formă de băi, dușuri, exerciții în piscină și injecții;

– în tratamentul bolilor digestive și metabolice (colopatii, obezitate, după hepatită), sub formă de băuturi, băi, dușuri, cataplasme cu nămol, exerciții în piscină și spălături;

– în neurologie, sub formă de băi, dușuri, mișcări în piscină și cataplasme cu nămol;

– în tratamentul bolilor de piele și ale mucoaselor (eczemă, psoriazis, cuperoză, cicatrice, gingivită și glosită, arsuri), sub formă de băi de gură, băi, duș filiform la mare presiune, comprese, exerciții în piscină;

– în flebologie (urmări recente ale flebitei, boli vasculare), în principal sub formă de băi;

– în tratamentul afecțiunilor psihosomatice (nevroze, depresii benigne), de cele mai multe ori sub formă de băi;

– în tratamentul afecțiunilor renale și de metabolism, sub formă de băuturi și de băi;

– în tratamentul bolilor respiratorii (sinuzite, otite, astm, bronșite), sub forma de băutură, inhalații, gargarisme, băi și irigații nazale sub presiune, asociate cu reeducarea respiratorie, cu drenajul postural și cu insuflația tubară;

– în reumatologie (artroză, lombalgii, reumatism inflamator în afara puseelor, sechele ale traumatismelor), sub formă de băi, dușuri, mobilizări în piscină, băi și cataplasme de nămol.

DESFĂȘURARE. O cură durează în jur de două sau trei săptămâni, mai mult în unele țări, și poate fi reînnoită de câte ori este nevoie. În cursul tratamentului, apa este utilizată la locul de unde țâșnește izvorul sau la gura lui, sub diferite forme (băuturi, inhalații etc.), uneori fiind asociate mai multe izvoare pentru tratamentul aceleiași afecțiuni. La nevoie, apa este răcită sau încălzită înainte de utilizare. Climatul locului, asociat cu schimbarea modului de viață și depărtarea de domiciliu pe care le presupune cura, contribuie la efectele benefice ale acesteia.

Rezultatele nu se văd decât la câteva săptămâni după cură, chiar la capătul a mai multor luni. Termalismul permite, în cazul afecțiunilor cronice, o micșorare a numărului și intensității puseelor, precum și o reducere a consumului de medicamente.

CONTRAINDICAȚII. Insuficiențele hepatice, renale și cardiace grave, precum și cancerele în evoluție constituie tot atâtea contraindicații ale termalismului.

TERMINAL, -Ă. Care a ajuns la sfârșitul său.

Stadiul terminal al unei boli este ultima sa fază, cu evoluție spre moarte, fără ca aceasta să poată fi împiedicată.

TERMOCOAGULARE. → ELECTROCHIRURGIE.

TERMOFOBIE. Teamă de căldură cu senzația permanentă de a fi prea cald.

O termofobie trebuie să fie deosebită de bufeurile de căldură.

O termofobie este un semn caracteristic de hipertiroidie, hormonii tiroidieni stimulând consumul de oxigen și deci eliberarea de căldură.

TERMOGRAFIE. Examen care constă în vizualizarea și înregistrarea căldurii emise de anumite regiuni ale organismului, îndeosebi de regiunea sânului.

Termografia este, actualmente, adesea abandonată din cauza marii fiabilități a examenelor radiografice (mamografie) și ecografice.

TERMOMETRU. Instrument destinat măsurării temperaturii corpului.

Înaintea luării temperaturii, este absolut necesar să scuturăm bine termometrul de sus în jos pentru a face mercurul să coboare din nou în rezervor. Temperatura poate fi luată în rect (temperatura rectală), în scobitura axilei (temperatura axilară) sau în gură, sub limbă (temperatura bucală). Termometrul trebuie să fie ținut 1 minut în rect, 3 până la 5 minute în celelalte două cazuri. Temperatura rectală și temperatura bucală sunt cele mai apropiate de temperatura centrală a corpului; temperatura axilară este mai mică cu 0,5°C care trebuie adăugate pentru a cunoaște

temperatura reală. Măsurarea temperaturii bucale se practică mai ales în țările anglo-saxone.

Din motive igienice, actualmente se manifestă orientarea spre termometrele de folosință unică (cutanate, de exemplu) ori a sondelor termosensibile.

ÎNTREȚINERE. Un termometru trebuie spălat cu apă și săpun sau cu alcool; în acest ultim caz, trebuie ca termometrul să fie uscat înainte de folosire deoarece alcoolul irită mucoasele și pielea.

TERMOREGLARE. Menținere de către organism a propriei sale temperaturi.

Termoreglarea este o funcție complexă aflată sub comanda sistemului nervos central, în principal a hipotalamusului (ansamblu de formații cenușii situate în al treilea ventricul, în centrul creierului).

Temperatura corpului este rezultatul fenomenelor conjugate de producere și de pierdere a căldurii. Căldura produsă, care se adaugă căldurii primite din exterior, rezultă din reacțiile chimice intracelulare și din contracțiile musculare. Pierderea se face spontan prin piele; ea este favorizată de vasodilatația superficială (dilatația vaselor sangvine ale pielii) și de sudație, urmată de evaporarea sudorii.

TEROARE NOCTURNĂ. Tulburare a somnului copilului care se manifestă printr-un țipăt sau prin plânsete ascuțite, însoțite de semnele unei angoase majore.

FRECVENȚĂ. Această tulburare afectează aproximativ 3% dintre copii. Mai frecventă la băieți decât la fete, ea survine cu predilecție la vârstele cuprinse între 4 și 12 ani.

CAUZE. Teroarea nocturnă traduce o activitate anormală a sistemului nervos central. Mecanismul ei, insuficient cunoscut, face să intervină imaturitatea sistemelor de trezire.

Poate fi căutată totuși o eventuală cauză ca o boală infecțioasă, o priză medicamentoasă sau un factor psihologic (conflicte afective cu anturajul, de exemplu).

SEMNE. În general, la două-trei ore după culcare, copilul se ridică brusc în pat, victimă, se pare a unei spaime intense. Ochii, larg deschiși, au un aspect „sticlos". Corpul este scuturat de tremurături și acoperit de sudoare. Copilul bolborosește câteva cuvinte, plânge sau țipă. În general, el nu-și recunoaște nici părinții, nici anturajul și se arată incapabil să prezicească cauza spaimei sale. Durata episodului, variabilă, poate merge până la douăzeci de minute. Până la urmă copilul readoarme. La deșteptare, de cele mai multe ori, nu-și va reaminti nimic.

Teroarea nocturnă este însoțită uneori de o formă de somnambulism, numită „somnambulism teroare", care se manifestă printr-o plimbare care poate asocia un reflex de fugă sau de luptă dacă subiectul este oprit sau ținut. Astfel de comportamente riscă să se afle la originea unor accidente (căderi pe o scară, trecerea printr-o ușă din sticlă etc.). Ca regulă generală, nu trebuie încercat să se trezească un copil în cursul unui acces de somnambulism sau de teroare nocturnă.

EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT. Ca și pentru somnambulism, evoluția este în general favorabilă, terorile nocturne tinzând să dispară spontan și persistând rar în adolescență.

Nu există un tratament specific. Conduita adecvată este aceea de a împiedica rănirea copilului în cursul accesului. Tratamentul medicamentos (benzodiazepine, amineptină) este rezervat cazurilor grave prin frecvența și intensitatea lor.

TEST 1. Examen, ori probă standardizată și etalonată, care permite evaluarea aptitudinilor fizice și psihologice ale unui individ dat. **2.** Examen complementar practicat pentru a orienta sau a confirma diagnosticul unei boli.

Testele sunt utilizate în domenii foarte variate, ca bacteriologia (testul de imobilizare a treponemelor, de exemplu, care permite să se detecteze un sifilis) sau alergologia, în care se utilizează testele cutanate pentru determinarea sensibilității organismului la anumite antigene ca tuberculina sau candidina.

TEST AL TRANSPIRAȚIEI. Examen care are drept scop punerea în evidență a unei secreții de transpirație extrem de bogată în clorură de sodiu.

Un nivel prea ridicat al clorurii de sodiu în sudoare constituie unul dintre semnele mucoviscidiozei. În consecință, testul este practicat, în general la sugar, pentru a depista această boală.

DESFĂȘURARE. Testul transpirației se practică în cursul unei spitalizări. Camera trebuie ușor supraîncălzită în prealabil astfel încât să stimuleze secreția sudorii. Se aplică atunci pe antebrațul copilului, cu ajutorul unei benzi, un electrod de recoltare, care realizează o dozare automată a clorurii de sodiu. Durata totală a examenului este de 5 până la 7 minute. Rezultatul este cunoscut imediat; el are semnificație patologică dincolo de o concentrație în clor de 60 milimoli pe litru.

TEST DE ACUITATE VIZUALĂ. Examen destinat măsurării acuității vizuale.

DESFĂȘURARE. Probele fac apel la diferite scări care se adresează unui adult, unui copil sau unui subiect analfabet. ■ *La adult*, scara de acuitate cea mai utilizată pentru vederea de departe este cea care prezintă litere de dimensiuni descrescătoare. Subiectul fiind plasat la 5 metri de scală, este pus să citească testul cu fiecare ochi pe rând, fără lentile corectoare, apoi cu lentile corectoare care par cele mai adecvate pentru vederea sa. Literele cele mai mari corespund unei acuități de 1/10, iar cele mai mici unei acuități de 10/10. Pentru măsurarea acuității vizuale de aproape, testul cel mai utilizat este cel al lui Parinaud. Citit la o distanță de 33 centimetri, el face apel la lectura fragmentelor unui text scris cu litere din ce în ce mai mici.

■ *La copiii înaintea vârstei școlare și la subiecții analfabeți*, măsurarea acuității vizuale este identică cu cea a adultului, dar se utilizează cifre, desene sau litera E orientată în diferite sensuri și a căror orientare subiectul trebuie s-o indice.

TEST DE INTELIGENȚĂ. Probă standardizată care permite evaluarea capacităților intelectuale ale unui subiect prin comparare cu o medie stabilită pentru totalitatea indivizilor care au fost supuși aceleiași probe.

Printre testele de inteligență, sunt utilizate mai ales două.

■ *Testul lui Binet-Simon* măsoară vârsta mintală reală în raport cu vârsta biologică. Ulterior el a fost perfecționat ca test de performanță, ori coeficientul intelectual (Q.I.).

■ *Testul lui Weschler-Bellevue* este destinat explorării totalității funcționării psihice a subiectului. El constă dintr-o baterie de teste care pun în joc diferite operații intelectuale: ordonarea imaginilor, asocierea diferitelor elemente, reconstituirea unor figuri geometrice etc.

TEST DE PENETRARE ÎNCRUCIȘATĂ IN VITRO. Examen care constă în studierea în laborator a contactului dintre glera cervicală și spermă.

Acest contact intervine în mod normal în timpul raporturilor sexuale la nivelul colului uterin.

INDICAȚII. Un test de penetrare încrucișată *in vitro* poate fi realizat în caz de sterilitate. El permite să se deceleze dacă glera cervicală este cauza infertilității. De asemenea, se poate depista o sterilitate imunologică (fabricarea de anticorpi antispermatozoizi de către organismul femeii, deranjând penetrarea spermatozoizilor în organele genitale feminine).

DESFĂȘURARE. Testul se desfășoară în laborator și constă într-o simplă prelevare simultană de spermă (prin masturbare) și de gleră (prelevare efectuată în poziție ginecologică). Este cerută o abstinență sexuală prealabilă de 2–4 zile. De altfel, trebuie evitată orice toaletă vaginală internă, cu scopul de a nu modifica glera cervicală înainte de examen. De foarte multe ori, pentru ameliorarea calității glerei se prescrie în prealabil femeii un tratament cu hormoni estrogeni.

TEST DE PERSONALITATE. Probă standardizată care permite studiul caracterului unui subiect sau determinarea, pe plan psihiatric, a stării sale sau a tendințelor sale patologice.

■ *Testul de aperceptie tematică* (T.A.T.) utilizează planșe cu imagini care urmăresc să-i inspire subiectului scenarii, reacții legate de scenele reprezentate.

■ *Testul omuletului* se adresează copiilor mici. Acesta constă în punerea copiilor să deseneze un omuleț; spre vârsta de 4 ani, „omulețul-mormoloc", la care capul și corpul sunt dintr-o bucată, este înlocuit cu o reprezentare mai diferențiată care dovedește o dezvoltare psihoafectivă normală.

■ *Testul lui Rorschach* constă în punerea subiectului să comenteze o serie de pete de cerneală.

■ *MMPI* (Minnesota Multiphasic Personality Inventory sau *testul lui Minnesota de evaluare multifazică a personalității*) comportă mai multe chestionare al căror scor evidențiază caracterul și tendințele afective profunde ale subiectului.

De altfel, scările de evaluare a simptomelor sunt din ce în ce mai mult întrebuințate; cea mai cunoscută este scara lui Hamilton, care evaluează gradul de anxietate și de depresie.

Câmpul de aplicare al testelor a devenit considerabil. Ele sunt utilizate în psihiatrie, în psihologie, în medicina muncii, precum și pentru selecția și orientarea profesională. Totuși, testele de personalitate nu sunt decât tehnici de completare și nu pot înlocui evaluarea individului în cursul unei relații interpersoane.

TEST EPICUTANAT. → EPIDERMOTEST.

TEST LA TRH. Probă care utilizează TRH (abreviere pentru locuțiunea engleză *Thyrotropin Releasing Hormone*, hormon care eliberează tirotropină) cu scopul de a studia răspunsul hormonilor hipofizari, a căror secreție este stimulată în mod normal de TRH, în cursul bolilor care afectează hipotalamusul sau hipofiza.

TEST POSTCOITAL. → HÜHNER (test al lui).

TEST RESPIRATOR. Examen care permite aprecierea funcției intestinale prin analizarea aerului expirat. În engleză, *breath test*.

Testul respirator cel mai utilizat este testul hidrogenului care constă în măsurarea conținutului în acest gaz a aerului expirat după ce pacientul a ingerat o cantitate determinată de zaharuri (xiloză, lactoză, glucoză etc.), pe care le consumă microorganismele intestinale. O concentrație anormală de hidrogen evidențiază fie o malabsorbție a zahărului de către intestinul subțire, fie o infecție digestivă. De fapt, eventualele dezechilibre microbiene ale intestinului subțire antrenează o producție crescută de hidrogen dizolvat în sânge și exhalat prin plămâni.

Pacientul trebuie să fi încetat orice tratament cu antibiotice în cursul lunii care precede examenul și să nu fi suferit nici o purjare (pregătire pentru examenul radiologic al intestinului, de exemplu) în ultimele 15 zile care preced testul. În dimineața examenului pacientul trebuie să fie à jeun (pe nemâncate).

Examenul durează între 5 și 8 ore. El nu antrenează nici un fel de efect nedorit.

TESTICUL. Gonadă (glandă sexuală) masculină.

Testiculele sunt în număr de două. La făt, ele sunt situate în abdomen, dar, în general, coboară în burse înainte de naștere, uneori ceva mai târziu. Ele rămân de dimensiuni mici până la pubertate, atunci cresc în volum pentru a ajunge treptat până la dimensiunile întâlnite la adult.

STRUCTURĂ. Testiculul este un ovoid cu o lungime de 4–5 centimetri, o lățime de 2–3 centimetri și o grosime de 2,5 centimetri. El conține canalicule, tuburi seminifere și celulele zise ale lui Sertoli, care asigură elaborarea spermatozoizilor, ori spermatogeneza. Tuburile seminifere se reunesc pentru a forma o rețea de canale, *rete testis*, de la care pleacă 10–12 canale eferente care ajung în epididim, mic organ aflat în lungul marginii posterioare a testiculului. Din epididim pleacă un canal, canalul deferent, care transportă spermatozoizii spre veziculele seminale și uretră. Ansamblul constituie căile spermatice. Tuburile seminifere sunt învelite în țesut conjunctiv ce conține celulele lui Leydig, care secretă hormonul masculin, testosteronul.

FUNCȚIE. Testiculul are două funcții, declanșate la pubertate și controlate de o glandă care este situată la baza creierului – hipofiza – și de o formațiune cerebrală – hipotalamusul – care se supune, la rândul ei, unui retrocontrol hormonal.

■ *Funcția exocrină* este spermatogeneza, condiție prealabilă oricărei reproduceri.

■ *Funcția endocrină* este secreția hormonală de testosteron, care nu doar că induce spermatogeneza, ci este responsabil și de importantele modificări pubertare și de dezvoltarea caracterelor sexuale secundare masculine (pilozitate, schimbarea vocii, repartiția musculară etc.).

EXAMENE. Examenul clinic (observația, palparea) este completat, dacă este necesar, cu ecografia, spermograma (analiza spermei), biopsia, dozările hormonale (testosteron, hormon foliculostimulant [FSH] și luteinizant [LH] și studiul markerilor tumorali, ca α-feto-proteina și hormonul corionic gonadotrofic, care permite evaluarea tipului histologic al unor cancere.

PATOLOGIE. Înainte de pubertate, coborârea testiculelor din cavitatea abdominală în burse, prin canalul inghinal, este necesară deoarece temperatura internă a corpului este prea ridicată pentru a permite spermatogeneza. Absența coborârii testiculelor în burse, ori criptorhidia, poate necesita un tratament chirurgical. Alte anomalii ale tuburilor seminifere, între care atrofia, antrenează o sterilitate. O insuficiență a dezvoltării testiculare poate fi de origine cromozomică (sindromul lui Klinefelter) sau hipofizară (sindromul lui Kallmann-De Morsier). Varicocelul (dilatația variocoasă a venelor testiculului), de cele mai multe ori neînsemnat, antrenează uneori o sterilitate, și hidrocelul (efuziunea de serozitate în jurul testiculului și epididimului) pot necesita un tratament chirurgical. În sfârșit, testiculul poate fi sediul unei tumori, benignă sau malignă, unei torsiuni, unei rupturi cauzate de un traumatism, de o infecție bacteriană sau virală (în particular tuberculoză, oreion, lepră etc.).

TESTICUL (cancer de). Cancer care se dezvoltă de cele mai multe ori pe seama celulelor germinale ale testiculului, sub forma unui seminom, unui disembriom (sau teratom), unui coriocarcinom sau a unui carcinom embrionar.

Cancerul testicular se manifestă la bărbații cu vârste cuprinse între 15 și 45 ani.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Cancerul testicular se traduce printr-o creștere în volum, nedureroasă, a bursei. Diagnosticul se pune pe baza ecografiei testiculului, apoi a dozării anumitor markeri sangvini ca α-feto-proteina și fracțiunea β a hormonului corionic gonadotrofic.

TRATAMENT. Acesta constă în orhidectomie (ablația chirurgicală a testiculului) și într-un tratament radioterapic sau chimioterapic complementar. Seminoamele sunt tratate, în general, prin iradierea ariilor ganglionare abdominale și toarcice. Alte tumori germinale sunt doar supravegheate atunci când nu prezintă nici o metastază sau sunt tratate prin chimioterapie dacă sunt decelate metastaze. Aceste tratamente n-au nici o urmare asupra calității erecției, dar sunt foarte agresive pentru celulelele germinale ale testiculului sănătos restant și pot antrena o sterilitate. Din acest motiv, se propune pacienților care doresc să mai procreeze să-și conserve sperma înainte de a începe tratamentul.

PROGNOSTIC. Prognosticul cancerelor de testicul este de cele mai multe ori excelent (între 80 și 95% vindecări), cu excepția coriocarcinomului, cu evoluție deosebit de malignă.

TESTICUL (ectopie de). → CRIPTORHIDIE.

TESTICUL (torsiune de). Înfășurare a cordonului spermatic în jurul său, provocând o oprire a vascularizării testiculului. SINONIM: *torsiune a cordonului spermatic*.

Torsiunea este favorizată de o mobilitate anormală a testiculului în bursa sa, de exemplu atunci când este prost legat de membranele care îl înconjoară.

SIMPTOME ȘI EVOLUȚIE. Torsiunea testiculară survine de cele mai multe ori la copil, mai rar la adultul tânăr. Ea se manifestă prin apariția bruscă a unei dureri testiculare unilaterale, care iradiază spre regiunea inghinală și abdomen, cu grețuri. Testiculul este brutal și foarte rapid dureros. În absența tratamentului, testiculul, nefiind vascularizat, poate să se necrozeze, ceea ce antrenează o pierdere ireversibilă a funcțiilor sale hormonale și de elaborare a spermatozoizilor. Totuși, atunci când testiculul restant nu este atins, aceasta nu are nici o incidență nici asupra fertilității, nici asupra potenței sexuale a subiectului.

TRATAMENT. Torsiunea de testicul constituie o urgență. Deschiderea chirurgicală a bursei permite desrăsucirea pedicululuișpermatic. Dacă testiculul pare bine vascularizat, el este fixat de peretele scrotal cu scopul de a evita orice recidivă; dacă, în schimb, el este necrozat, se impune ablația sa. În toate cazurile, testiculul opus, care prezintă aproape întotdeauna aceleași anomalii, trebuie să fie fixat în scop preventiv.

TESTICUL FEMINIZANT. Anomalie congenitală caracterizată prin absența mai mult sau mai puțin completă a organelor genitale masculine externe.

CAUZE. Testiculul feminizant este o formă de pseudohermafrodism masculin (caracterizat prin absența organelor genitale externe sau prin prezența organelor mai mult sau mai puțin feminine), cauzat de o insensibilitate a acestor organe la hormonii androgeni (îndeosebi la testosteron).

TESTOSTERON. Principalul androgen (hormon masculin), secretat de testicule la bărbat și de către ovare și glandele suprarenale la femeie.

STRUCTURĂ ȘI FIZIOLOGIE. Testosteronul este un hormon steroid (derivat de la un sterol), secretat la bărbat de către celulele lui Leydig ale testiculelor la stimularea de către un hormon hipofizar, hormonul luteinizant (LH). Secreția masculină de testosteron începe în timpul vieții *in utero*, apoi se întrerupe aproape complet după naștere pentru a fi reluată la pubertate. Testosteronul este necesar spermatogenezei (producerea de spermatozoizi) și dezvoltării organelor genitale, deci fertilității. Testosteronul are, de asemenea, un rol anabolizant în metabolismul proteinelor și favorizează astfel dezvoltarea mușchilor. El este responsabil de apariția și menținerea caracterelor sexuale secundare masculine (repartiția muscaturii, a pilozității, schimbarea vocii și libidoul). El mai este necesar și dezvoltării oaselor și intervine, de asemenea, în metabolismul lipidelor și glucidelor.

La femeie, acest hormon este sintetizat în cantitate mică de către ovare și glandele suprarenale. El servește drept precursor al hormonilor estrogeni.

PATOLOGIE. Deficitele în testosteron sunt observate la bărbat în caz de insuficiență testiculară, hipofizară sau hipotalamică. Testosteronul fiziologic poate atunci să fie înlocuit prin injecții cu testosteron retard sau prin administrarea de comprimate. La femeie, un nivel ridicat de testosteron, însoțit de hirsutism (dezvoltare excesivă a pilozității), poate fi semnul unei tumori ovariene sau suprarenaliene.

TETANIE. Stare patologică ce este caracterizată prin crize de contracturi musculare.

CAUZE. Tetania se manifestă în două forme de afecțiuni. Prima, cea mai rară, poate fi consecința unei micșorări a concentrației de calciu sangvin (hipocalcemie), ca în cazurile rar observate de hipoparatiroidie, dar și unei diminuări a cantității de magneziu sau de potasiu (hipokaliemie), ori unei alcaloze, adică unui exces de baze (substanțe alcaline) în organism. A doua formă de tetanie, mai frecventă, căreia i se rezervă, în general, denumirea de spasmofilie și care mai este numită uneori tetanie normocalcemică, nu are o cauză precisă: deficite în magneziu sau calciu prea mici pentru a fi măsurate, factori psihologici. Existența spasmofiliei ca afecțiune autonomă nu este unanim recunoscută.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Tetania cuprinde de obicei crize episodice și simptome permanente, dar unul dintre aceste două elemente poate fi atenuat sau absent.

■ *Crizele de tetanie*, frecvente, sunt caracterizate prin contracturi musculare (contracții puternice și prelungite) ale mâinilor (degete strânse în formă de con), uneori ale picioarelor, mult mai rar ale feței. Semnul lui Trousseau, caracteristic, asociat cu crampe ale mâinii și cu o înțepenire a degetelor, care se strâng sub forma „mâinii de mamoș". În același timp, bolnavul se plânge de furnicături în mâini, în picioare și în jurul gurii. Există crize grave, însă doar în forma cauzată de o hipocalcemie, riscul fiind legat de spasmul laringelui, care antrenează o jenă respiratorie acută. Spasmofilia, uneori deranjantă, este întotdeauna benignă: crizele, mai puțin accentuate, se limitează la o senzație de indispoziție și la câteva furnicături. Ele au tendința să se atenueze cu vârsta. Nu are loc pierderea conștienței în timpul crizei, care încetează de la sine.

■ *Simptomele permanente*, care persistă între crize, sunt crampele, furnicăturile, o anxietate, o insomnie sau o stare de oboseală.

DIAGNOSTIC. Percuția nervului facial din apropierea unghiului maxilarului poate provoca o contracție a buzelor. Aplicarea unui garou pe braț poate declanșa semnul lui Trousseau (acces de contractură). Dacă dozarea calciului sangvin nu pune în evidență nici un deficit, este probabil vorba de o spasmofilie.

TRATAMENT. Tratamentul depinde de forma de tetanie.

■ *Forma care are o cauză precisă* este tratată în mod obligatoriu, la nevoie, de urgență (injecție intravenoasă cu calciu).

■ *Spasmofilia* este uneori tratată prin prescrierea de calciu, de magneziu sau de vitamina D, asociate eventual, deși nu există vreo dovadă științifică privind eficacitatea acestui tratament. Adesea se recomandă să se respire într-un sac de plastic atunci când începe criza, deschiderea sacului fiind aplicată în cel mai scurt timp posibil în jurul gurii, ceea ce ar împiedica instalarea alcalozei cauzate de hiperventilație. În tratamentul de fond pot fi, de asemenea, indicate o psihoterapie sau administrarea unui anxiolitic.

TETANOS. Boală infecțioasă cauzată de o bacterie Gram pozitivă, bacilul lui Nicolaier, ori *Clostridium tetani*.

Bacilul lui Nicolaier trăiește sub formă de spori în pământ și în intestinul mamiferelor.

CAUZE. Tetanosul este transmis omului având ca poartă de intrare o leziune cutaneomucoasă (rănire, mușcătură), indiferent că plaga este profundă sau, din contra, foarte ușoară, chiar infimă, ca o zgârietură, o înțepătură într-un spin de trandafir, o așchie etc. Aceasta mai poate fi și o leziune cronică ce nu atrage atenția ca atare, ca un ulcer varicos al gambei.

Nou-născutul poate contracta boala plecând de la plaga ombilicală atunci când, după obiceiurile din unele țări în curs de dezvoltare, se aplică pământ pe bontul ombilical.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Simptomele tetanosului sunt determinate de acțiunea toxinei germenelui, exotoxina (toxina eliberată în mediul exterior).

După o incubație de 3 până la 30 zile, primul semn, întotdeauna deosebit de semnificativ, este un trismus (contracție a maxilarelor cauzată de contractura involuntară a mușchilor masticatori). Masticația devine dureroasă în câteva zile, uneori chiar mai repede; bolnavul nu are febră și își păstrează luciditatea.

Tetanosul se numește generalizat atunci când trismusul este însoțit de contractura, de asemenea permanentă, a mușchilor gâtului apoi ai trunchiului. Această contractură antrenează atitudini caracteristice, ca cea a trunchiului în arc de cerc cu concavitatea posterioară, ori opistotonusul. Această fază, zisă de extensie, durează una sau două zile, iar durata ei constituie cel mai bun indicator al gravității bolii. În cursul paroxismelor, febra crește și este însoțită de o transpirație abundentă și de o accelerare a ritmului cardiac. Poate surveni o asfixie fie prin spasm al laringelui, fie prin blocarea cuștii toracice.

Tetanosul poate rămâne localizat la un membru; el este atunci de o gravitate mai mică.

TRATAMENT. Tratamentul tetanosului generalizat necesită o spitalizare într-un serviciu de reanimare și constă, în afara îngrijirilor specifice care se aduc unei plăgi dacă ea este încă reperabilă (dezinfecție, antibioterapie), se recurge la o administrare în doză mare de ser antitetanic uman (gamaglobuline specifice) și mai ales la încercarea de a face să cedeze contracturile prin folosirea de miorelaxante: barbiturice sau benzodiazepine în doză mare, chiar curara în cazurile foarte grave. Scopul este acela de a evita asfixia așteptând încetarea spontană a efectelor toxinei.

EVOLUȚIE. Vindecarea este obținută în mai mult de 80% dintre cazuri, sechelele nefiind rare: blocaje articulare, rupturi tendinoase și musculare. Faptul de a fi fost bolnav de tetanos nu conferă nici o imunitate ulterioară.

PREVENIRE. Complexitatea și lungimea acestui tratament (3 până la 5 săptămâni) contrastează cu eficacitatea și simplicitatea vaccinării. Aceasta este obligatorie și asigură o prevenire perfectă dacă ea este bine practicată: 3 injecții la interval de o lună cu rapel după 1 an, apoi din 10 în 10 ani (interval maxim), fără nici o contraindicație. Această vaccinare este adesea asociată cu vaccinarea împotriva difteriei, tusei convulsive (DTP) și uneori și cea împotriva poliomielitei (DTPP).

TETRACICLINĂ. Medicament antibiotic activ împotriva a numeroase bacterii și unor paraziți.

Efectele nedorite pot fi grețuri și vărsături, o diaree, un muguet (mărgăritărel) cauzat de dezechilibrul florei bucale, o toxicitate hepatică sau renală reversibilă la oprirea tratamentului, o colorație brună și persistentă a dinților.

TETRAPLEGIE. Paralizie care afectează simultan toate cele patru membre. SINONIM: *cvadriplegie*.

O tetraplegie constă în pierderea completă a mișcărilor membrelor; dacă paralizia nu este decât parțială (pareză), se vorbește de tetrapareză sau de cvadripareză.

Tratamentul este cel al cauzei atunci când aceasta există și când leziunile nervoase nu sunt ireversibile. De altfel, există unele posibilități de tratament simptomatic sau paliativ, ca reeducarea, pentru a diminua consecințele handicapului.

TIAMINĂ. → VITAMINĂ B1.

TIBIA. Os lung, voluminos, situat la fața internă a gambei, al cărei schelet îl constituie împreună cu peroneul.

Tibia se articulează în partea de sus cu femurul pentru a forma genunchiul, în partea de jos cu astragalul și cu peroneul (articulația gleznei).

PATOLOGIE. Fracturile de tibie sunt frecvente, uneori izolate, dar de cele mai multe ori asociate cu o fractură a peroneului. Tratamentul lor este foarte diferit în funcție de locul fracturii. Astfel, o fractură a extremității superioare (fractura platoului tibial) sau a extremității inferioare (fractura lui Dupuytren) ale tibiei, care afectează articulația, necesită o reducere chirurgicală în modalitatea de a obține o reconstituire anatomică perfectă a suprafețelor articulare, în timp ce, în caz de fractură a diafizei (partea mediană) tibiei, asociată adesea cu o fractură a peroneului, reducerea se poate face manual.

Consolidarea osului este obținută, în funcție de caz, între 45 zile (fractura izolată a extremității superioare sau inferioare) și 3 luni (fractura diafizei). Principalele complicații ale fracturii de tibie sunt infecția, în caz de fractură deschisă, și mai ales pseudoartroza (absența unei consolidări normale a osului) și calusul vicios (consolidarea într-o poziție defectuoasă).

TIC. Mișcare anormală involuntară și repetitivă, care survine brusc și este de scurtă durată.

Ticurile apar de cele mai multe ori în copilărie. Ele sunt de 3–4 ori mai frecvente la băieți, iar caracterul lor familial nu este deloc rar. Între 6 și 8 ani apar uneori ticuri fără gravitate care se estompează de la sine.

CAUZE. Nici o leziune a sistemului nervos n-a fost pusă vreodată în evidență la pacienții care suferă de ticuri. Este evocată uneori o cauză psihologică. În unele cazuri, se constată tulburări psihologice nete: componentă de agresivitate, narcisismul fragil (subiectul nu are destulă încredere în el).

DESCRIERE. Prin forța voinței, un tic poate fi suspendat temporar, spre deosebire de alte mișcări anormale: tremurături, diskinezii (perturbații ale mișcărilor sau ale mobilității unui organ) și mioclonii (contracții scurte, rapide și

involuntare ale unuia sau mai multor mușchi). Ticul este stereotip (întotdeauna identic cu el însuși) și repetat în salve. Frecvența sa crește în caz de emoție și de anxietate, se micșorează în caz de odihnă. Unele ticuri, simple, nu implică decât câțiva mușchi, altele, complexe, iau aspectul unei veritabile gesticulări. Ticurile privesc mai ales fața (clipitul pleoapelor, încruntarea frunții, surâsul, clătinatul din cap, contracția mușchilor maxilarelor), gâtul (mișcarea de flexie sau de înclinare pe o parte), umerii (ridicare, coborâre), mușchii laringelui (vocalizare, bombănit, tuse).

TRATAMENT. Dacă ticurile sunt prea deranjante, se poate propune un tratament destinat să diminueze frecvența lor: prescrierea de neuroleptice sau terapia comportamentală.

TICK FEVER. → FEBRĂ PĂTATĂ A MUNȚILOR STÂNCOȘI.

TIETZE (sindrom al lui). Durere a părții de sus a toracelui în apropierea sternului, la înălțimea celei de a 2-a sau a 3-a coaste.

Sindromul lui Tietze poate fi legat de un traumatism („falsă mișcare" de scuturare a unui covor sau de prindere din urmă a unei portiere), de o uzură sau de o inflamație a cartilagiului (policondrită atrofiantă, de exemplu); totuși, cauza sa rămâne de cele mai multe ori necunoscută. Zona dureroasă corespunde cartilagiului costal, articulație dintre acesta și stern sau joncțiunii între partea osoasă și partea cartilaginoasă a coastei.

DIAGNOSTIC. Durerile provocate de un sindrom al lui Tietze nu trebuie să fie confundate cu cele ale unei angine pectorale; reproductibilitatea la presiunea exercitată asupra joncțiunii retrocostale permite confirmarea diagnosticului.

EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT. Durerea dispare, în general, spontan; dacă nu, se recurge la o infiltrație cu cortizon. Sunt posibile recidivele.

TIFOIDĂ. → FEBRĂ TIFOIDĂ.

TIFOS. Boală infecțioasă și contagioasă cauzată de diverse rickettsii.

Există două varietăți de tifos, și una și alta fiind prezente în lumea întreagă.

■ *Tifosul exantematic* ori tifosul european de păduche, cauzat de *Rickettsia prowazecki*, este transmis omului prin înțepătura sau prin dejecțiile păduchelui, animalul vector, plecând de la omul purtător de rickettsii. Măsurile sanitare au redus în mod considerabil frecvența acestei afecțiuni.

■ *Tifosul murin*, provocat de *Rickettsia typhi* (sau *Rickettsia mooseri*), este o infecție de o gravitate mai mică, transmisă prin purecii șobolanului. El nu afectează omul decât accidental.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Incubația tifosului poate dura trei săptămâni. Boala se declară brutal prin frisoane, dureri dorsale și musculare, cefalee violentă și o febră ridicată care poate atinge 40 °C. O eruptie cutanată de pete roșii se întinde pe toată suprafața corpului, cu excepția palmelor și plantelor picioarelor. Bolnavul este atins de confuzie mintală, de stare de prostrație, de delir, iar bătăile sale cardiace slăbesc în intensitate. Boala durează două săptămâni; complicațiile sunt, în principal, cardiace, arteriale și nervoase.

TRATAMENT. Acesta constă în administrarea pe cale orală de antibiotice din grupa ciclinelor.

PREVENIRE. În esență se face prin combaterea păduchilor, utilizând insecticide. Există un vaccin împotriva tifosului, care se administrează anturajului celor bolnavi; aceastâ vaccinare este, de altfel, obligatorie pentru persoanele care călătoresc în zone suspecte.

TIJĂ. Tijă metalică ce se introduce în canalul medular al unui os lung (tibie, femur) ca urmare a unei fracturi și care permite asigurarea imobilizării riguroase a fragmentelor osoase, în mod temporar sau definitiv. SINONIM: *cui*.

TIMBRU. → PATCH.

TIMECTOMIE. Ablație chirurgicală a timusului (glandă situată în partea anterioară înaltă a toracelului, deasupra inimii).

TIMOCIT. Celulă a timusului (glandă situată în partea anterioară înaltă a toracelui, deasupra inimii).

TIMOM. Tumoră benignă sau malignă dezvoltată pe seama timocitelor (celulele timusului).

Un timom este o tumoră rară care nu se traduce de cele mai multe ori prin nici un simptom. El este descoperit întâmplător în cursul unei radiografii a toracelui.

Chirurgia permite îndepărtarea tumorii sau recoltarea unei probe care să confirme natura sa malignă sau benignă.

TIMPAN. Membrană fibroasă, transparentă, care separă conductul auditiv extrem, de căsuța timpanului (cavitatea urechii medii care conține oscioarele) și transmite vibrațiile sonore oscioarelor. SINONIM: *membrana timpanica*.

STRUCTURĂ. Timpanul se examinează cu ușurință prin otoscopie, cu ajutorul unui specul (mic instrument în formă de pălnie, dotat cu un sistem de iluminare). Modificările constatate (înroșire, bombare, perforație) rezultă de cele mai multe ori dintr-o otită (inflamație a urechii medii). Uneori poate fi depistat un colesteatom (tumoră benignă). Timpanometria (studiul variațiilor presiunii căsuței timpanului) permite să se diagnosticheze o fracturâ sau o luxație a oscioarelor, ori o otită seroasă.

TIMPAN (perforație de). Deschidere accidentală sau terapeutică (paracenteză) a peretelui timpanului.

O perforație accidentală a timpanului este provocată, în general, de o otită acută sau cronică, sau de introducerea

în ureche a unui beţişor învelit în vată sau a unui ac de păr. Mai rar, ea rezultă dintr-un barotraumatism, exces de presiune pe faţa externă a timpanului survenind de cele mai multe ori în cursul unei scufundări submarine sau a unei coborâri prea rapide cu avionul. În tratamentul unor otite acute, medicul este nevoit să practice paracenteza, perforaţie a timpanului care lasă să curgă puroiul.

SIMPTOME ŞI SEMNE. O perforaţie mică se poate să nu se traducă prin nici un simptom. În alte cazuri, ea antrenează o durere, chiar o surditate mai mult sau mai puţin importantă. Dacă urechea medie este iritată sau infectată, se produce o otoree (scurgere de lichid limpede sau purulent), uneori cu multe intermitenţe, spre exteriorul urechii.

Băile în piscină sunt total contraindicate în caz de perforaţie a timpanului, precum şi orice picături auriculare care nu sunt prescrise de medic.

TRATAMENT. O perforaţie mică sau medie se închide spontan în câteva săptămâni. În schimb, o perforaţie mai mare trebuie să fie reparată pe cale chirurgicală. → PARACENTEZĂ.

TIMPANOMETRIE. Examen care are drept scop evaluarea variaţiilor de presiune a căsuţei timpanului (partea urechii medii care conţine osciorele) şi, mai rar, studierea supleţei timpanului şi a lanţului de oscioare ale urechii medii.

Timpanometria permite să se pună în evidenţă o otită seroasă (presiune anormal de joasă a căsuţei timpanului) sau să se diagnosticheze o fractură sau o luxaţie a oscioarelor (elasticitate excesivă a lanţului de oscioare).

Timpanometria constă în introducerea în conductul auditiv extern a unei sonde dotate cu un microfon. Acest examen, care nu necesită nici o pregătire deosebită, durează 2–3 minute.

TIMPANOPLASTIE. Orice intervenţie chirurgicală care constă în repararea timpanului sau a lanţului de oscioare.

TIMPANOSCLEROZĂ. Infiltraţia mucoasei care tapetează căsuţa timpanului (partea urechii medii care conţine osciorele) cu o substanţă hialină (asemănătoare unei depuneri calcaroase), îngroşând-o.

Timpanoscleroza este o complicaţie rară a unei otite cronice.

Singurul tratament posibil este îndepărtarea pe cale chirurgicală a membranei hialine.

TIMPANOTOMIE. Deschidere chirurgicală a căsuţei timpanului (partea urechii medii care conţine osciorele).

TIMP DE CEFALINĂ. Timp de coagulare a plasmei sangvine în prezenţa unui substitut lipidic al plachetelor, cefalina (extracţie realizată cu cloroform pornind de la ţesut cerebral), şi a unui activator (caolinul, în special). SINONIME: *timp de cefalină activat (T.C.A.), timp de cefalină caolin (T.C.K.).*

INDICAŢII. Măsurarea timpului de cefalină, practicată în laborator pe un prelevat sangvin de la bolnav, permite evaluarea globală a activităţii factorilor coagulării ai căii intrinseci (coagularea declanşată de doar contactul sângelui cu o suprafaţă, cea a fibrelor de colagen ale pereţilor vaselor sau cu cea a unui tub de testare). Acest examen serveşte la depistarea deficitelor factorilor acestei căi, între care factorii VIII şi IX (responsabili de hemofiliile A şi B) şi la supravegherea tratamentelor anticoagulante cu heparină.

REZULTATE. Rezultatele examenului, exprimate în secunde, sunt comparate cu un martor (plasmă normală). Un timp prea lung semnifică o coagulare modificată, de origine patologică sau terapeutică.

TIMP DE PROTROMBINĂ. Timp de coagulare a plasmei sangvine în prezenţa unui extract de ţesut de origine umană, animală sau sintetică, tromboplastina. SINONIM: *timpul lui Quick.*

INDICAŢII. Măsurarea timpului de protrombină (T.P.), practicată în laborator pe un prelevat sangvin de la bolnav, permite evaluarea globală a activităţii factorilor coagulării ai căii intrinseci (coagularea declanşată prin contact cu tromboplastina eliberată în mod normal de către celule). Acest test serveşte la cercetarea unei tendinţe hemoragice congenitale sau dobândite, cauzată de un deficit în factorii II, V, VII sau X, de o atingere hepatică sau de o avitaminoză K, precum şi la supravegherea tratamentelor anticoagulante cu antivitamine K.

REZULTATE. Rezultatele sunt exprimate în secunde, în procente din timpul obţinut în raport cu un martor sau, mai bine, ca indice INR (*International Normalized Ratio* sau raport internaţional normalizat), care ţine cont de sensibilitatea reactivilor. Un timp de protrombină mare indică o coagulare modificată, de origine terapeutică sau patologică.

TIMP DE SÂNGERARE. Durată necesară pentru ca o incizie de dimensiuni standardizate, practicată în scop diagnostic, să înceteze să mai sângereze.

INDICAŢII. Măsurarea timpului de sângerare (T.S.), metodă sensibilă de evaluare a hemostazei primare (agregarea plachetelor între ele, care duce la formarea unui cheag, „trombusul plachetar") permite cercetarea unei tendinţe hemoragice şi supravegherea tratamentelor antiagregante plachetare.

TEHNICĂ. Metoda lui Ivy, cea mai întrebuinţată, constă în practicarea pe antebraţ a unei incizii de 1 milimetru profunzime pe 1 centimetru lungime la o presiune de 40 milimetri coloană mercur menţinută cu un tensiometru (brasarda servind la măsurarea presiunii arteriale).

REZULTATE. Timpul de sângerare este în mod normal mai mic de 10 minute. Acest timp este mai mare în caz de trombopenie (micșorarea numărului de plachete din sânge), de trombopatie (anomalie a funcționării plachetelor), congenitală sau dobândită, și în cazul bolii lui Willebrand.

TIMP DE TROMBINĂ. Timp de coagulare a plasmei sangvine în prezența trombinei.

INDICAȚII. Măsurarea timpului de trombină permite evaluarea în mod global a fibrinoformării, etapă a coagulării în decursul căreia, sub acțiunea unei enzime, trombina, unul dintre constituenții sângelui, fibrinogenul, se transformă în fibrină, substanță proteică ale cărei filamente întăresc trombusul plachetar. Acest examen scurtcircuitează toate etapele precedente ale coagulării, măsurate prin timpii de protrombină și de cefalină. El servește la diagnosticarea disfibrinogenemiilor (afecțiuni care alterează calitatea fibrinogenului), ori la stabilirea prezenței produșilor de degradare ai fibrinogenului, confirmând astfel o fibrinoliză.

REZULTATE. Timpul de protrombină este evaluat în secunde și comparat cu un martor (plasmă normală). Un timp de trombină lung indică o tulburare a coagulării sau prezența heparinei (medicament anticoagulant prezent în embolii și flebite).

TIMUS. Glandă mică situată în cavitatea toracică, în fața traheei, a cărei funcție este aceea de a produce limfocitele T (tip de globule albe care au un rol esențial în răspunsul imunitar al organismului).

Timusul începe să se atrofieze la pubertate, involuția continuă la vârsta adultă, când va fi menținută doar o mică producție de limfocite T, reînnoirea lor fiind asigurată în organele limfoide periferice.

TINCTURĂ. Preparație medicamentoasă obținută prin dizolvarea principiilor active ale uneia sau mai multor substanțe, de origine vegetală sau minerală, într-un lichid ca apa, alcoolul sau eterul.

TINEA NIGRA. Infecție benignă a pielii cu o ciupercă microscopică *Cladosporion werneckii*.

Tinea nigra este o afecțiune foarte rară, observată în țările calde.

TIPAJ TISULAR. Identificare a antigenelor de histocompatibilitate, ori a antigenelor sistemului HLA (*Human Leucocyte Antigen*, antigen leucocitar uman), transmise genetic, exprimate de către celulele unui individ, caracterizând grupul său tisular. SINONIM: *grupaj tisular*.

TIRAJ. Depresiune anormală a peretelui toracic, vizibilă fie deasupra sternului (tiraj suprasternal), fie dedesubtul lui, la înălțimea spațiilor intercostale (tiraj substernal), în cursul inspirațiilor puternice.

TIREOSTIMULINĂ. Hormon secretat de către antehipofiză (partea anterioară a hipofizei, mică glandă endocrină situată la baza creierului) și destinată stimulării sintezei hormonilor tiroidieni, precum și creșterii și proliferării celulelor tiroidiene. SINONIM: *hormon tireotrop*.

Tireostimulina este cunoscută sub numele de TSH (*Thyroid Stimulating Hormone*, hormon stimulant al tiroidei); producția sa este stimulată de un hormon hipotalamic, tiroliberina (sau TRH), și este reglată de către hormonii tiroidieni.

EXAMENE. Tireostimulina poate fi măsurată în sânge. Acest dozaj este foarte util pentru supravegherea tratamentelor cu hormoni tiroidieni. Nivelul sangvin normal variază între 0,2 și 3 microunități pe mililitru.

PATOLOGIE. O creștere a nivelului sangvin al tireostimulinei traduce aproape întotdeauna o hipotiroidie (micșorare a secreției de hormoni tiroidieni) de origine tiroidiană; diminuarea sa este adesea reflectarea unei hipertiroidii (creșterea secreției de hormoni tiroidieni). Acest nivel este interpretat în funcție de cel al tiroxinei.

TIROGLOBULINĂ. Proteină, precursor al hormonilor tiroidieni, sintetizată de către celulele tiroidiene și stocată în glanda tiroidă.

TIROIDĂ (cancer de). Cancer care atinge glanda tiroidă sub forma unui adenocarcinom (cancer al țesutului glandular), a unui carcinom (cancer al epiteliului) sau a unui limfom (proliferare malignă a limfocitelor).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Semnele revelatoare pot fi un nodul tiroidian perceptibil la palpare, dar care nu se manifestă prin nici un alt simptom, ori care antrenează o compresie a glandei tiroide, o creștere în volum a ganglionilor gâtului sau metastaze pulmonare sau osoase.

DIAGNOSTIC ȘI EVOLUȚIE. Scintigrafia pune în evidență un nodul care fixează mai puțin iod decât țesutul înconjurător (nodul „rece"); ecografia, un nodul solid. Cancerul este uneori suspectat, necesitând citopunctia nodulului. Examenul anatomopatologic al tumorii, după ablația ei, permite confirmarea diagnosticului.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC

■ *Tratamentul adenocarcinoamelor diferentiate* (cancere ale țesuturilor glandulare) asociază de cele mai multe ori chirurgia (ablația totală a tiroidei) și, câteva săptămâni mai târziu, administrarea unei doze de iod radioactiv pentru a distruge resturile tiroidiene. Pentru a compensa absența secreției de hormoni tiroidieni, este administrat pe toată durata vieții un tratament substitutiv cu tiroxină.

■ *Tratamentul cancerelor anaplazice nediferentiate* constă în chirurgie și în radioterapie.

■ *Tratamentul limfoamelor tiroidiene* face apel la chimioterapie și/sau la radioterapie, de cele mai multe ori foarte rapid eficace.

Prognosticul cancerelor diferențiate este foarte bun.

TIROIDĂ (cancer medular de). Cancer al glandei tiroide dezvoltat pe seama celulelor C ale acestei glande, care secretă calcitonină (hormon care micșorează nivelul de calciu din sânge).

TIROIDĂ (glandă). Glandă endocrină situată la baza feței anterioare a gâtului, responsabilă de sinteza și secreția hormonilor tiroidieni, sub controlul hipofizei.

STRUCTURĂ. Glanda tiroidă este un organ de volum mic, cântărind mai puțin de 30 grame în stare normală. Ea are forma unui fluture ale cărui cele două aripi, lobii, simetrici lateral, sunt situați lipiți de inelele traheei și legați în față printr-un istm. Tiroida este un organ foarte superficial, ușor accesibil inspectării și palpării.

FIZIOLOGIE. Tiroida este bogat vascularizată și se compune din două tipuri de celule: celulele C, care secretă calcitonina (hormonul care micșorează nivelul calciului), și celulele tiroidiene, cele mai numeroase, care se grupează în vezicule. Acestea captează iodul circulant în sânge și îl transformă în prehormon tiroidian, pe care îl stochează în vezicule. Atunci când la tiroidă ajunge o stimulare cu tireostimulină hipofizară (TSH), veziculele eliberează o parte a stocului lor hormonal sub forma de triiodotroninā, ori T3 (aproximativ 20%), și de tiroxină, ori T4 (aproximativ 80%).

PATOLOGIE. Tiroida poate crește în volum și poate forma o gușă care cuprinde unul sau mai mulți noduli. În plus, tiroida poate prezenta un defect de funcționare (hipotiroidie) sau un exces de funcționare (hipertiroidie).

TIROIDEI (nodul al). Tumefacție localizată a glandei tiroide.

Prezența unuia sau mai multor noduli ai tiroidei este foarte frecventă, mai ales la femei. Ei sunt benigni în majoritatea cazurilor.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Un nodul al tiroidei nu antrenează de cele mai multe ori nici un simptom; mai rar, el provoacă o jenă cervicală sau semne de disfuncție a glandei tiroide (hipotiroidie sau hipertiroidie).

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Ecografia poate fi utilă pentru a preciza natura solidă, chistică sau mixtă (semilichidiană) a nodulului. Ea permite mai ales să se pună în evidență alți mici noduli impalpabili. Scintigrafia, necesară întotdeauna, apreciază fixarea iodului pe nodulul sau pe nodulii palpați și aspectul restului parenchimului (țesut funcțional tiroidian). Un nodul care fixează mai puțin bine iodul decât țesutul înconjurător se numește rece; invers, un nodul care fixează mai bine iodul se numește cald.

■ *Un nodul rece*, solid sau mixt este de cele mai multe ori benign, însă în 10% dintre cazuri se dovedește a fi malign. Examenul microscopic al nodulului după citopuncție permite diagnosticul. Ablația chirurgicală nu se practică în mod sistematic pentru orice nodul rece și depinde de caracterul său, malign sau nu.

■ *Un nodul cald* antrenează un risc de hipertiroidie (creșterea secreției de hormoni tiroidieni, traducându-se printr-o tahicardie, tremurături, o termofobie [senzație permanentă de a fi prea cald] și o pierdere în greutate). Tratamentul este sistematic: ablația nodulului, radioterapia metabolică (administrarea unei doze unice de iod 131).

SUPRAVEGHERE ȘI DIAGNOSTIC. Supravegherea clinică sau ecografică a nodulului este regulată (anuală). Prognosticul nodulilor, trați sau nu, este excelent.

TIROIDECTOMIE. Ablație chirurgicală a unei părți sau a totalității glandei tiroide.

INDICAȚII. Tiroidectomia este o intervenție chirurgicală frecventă, indicată în mai multe boli tiroidiene: hipertiroidie (creșterea patologică a producției de hormoni tiroidieni), a cărei formă cea mai obișnuită este boala lui Basedow, nodul izolat, gușă nodulară (hipertrofie a glandei asociată cu mai mulți noduli), cancer tiroidian.

DESFĂȘURARE. Operația se desfășoară sub anestezie generală; după o incizie orizontală a bazei gâtului, chirurgul îndepărtează fie o mică tumoră izolată (enucleare), fie jumătate din unul sau din ambii lobi care formează glanda (lobectomie zisă parțială sau subtotală), fie un lob întreg (lobectomie), fie chiar glanda întreagă (tiroidectomie totală).

CONSECINȚE ȘI COMPLICAȚII. Tiroidectomia este o operație benignă, dar delicată din punct de vedere tehnic, deoarece ea trebuie să păstreze nervii recurenți, care au contact cu glanda și sunt responsabili de funcționarea vocii, precum și micuțele glande paratiroide, lipite de partea posterioară a lobilor tiroidieni, care controlează metabolismul fosforului și calciului. Complicațiile acestei operații (hemoragii, infecții locale) sunt foarte rare. În caz de ablație totală, un tratament de substituție prin hormoni tiroidieni trebuie să fie urmat tot restul vieții.

TIROIDIAN (hormon). Hormon sintetizat de către glanda tiroidă și utilizat în tratamentul disfuncțiilor tiroidiene.

FIZIOLOGIE. Hormonii tiroidieni cuprind două substanțe; ambele conțin iod, tiroxina (denumită și tetraiodotironină, ori T4) și triiodotironina (sau T3). T4 este de departe cea mai importantă cantitativ; dar o dată aflată în țesuturi, ea se transformă în T3, forma cea mai activă a hormonilor tiroidieni.

Hormonii tiroidieni stimulează consumul de oxigen tisular și celulele organismului. Mai mult, ei sunt indispensabili creșterii și maturării scheletului și sistemului nervos. Ei mai participă și la metabolismul lipidelor și glucidelor.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Hormonii tiroidieni sunt utilizați în caz de hipotiroidie: ei permit suprimarea consecințelor acestei afecțiuni fără a acționa asupra cauzei sale și, în consecință, trebuie luați, în general, toată viața.

EFECTE NEDORITE. O supradoză provoacă o tireotoxicoză, un fel de hipertiroidie acută și gravă caracterizată prin tulburări cardiace, o diaree, o pierdere în greutate.La subiectul vârstnic, tratamentul, chiar în doze normale, poate genera tulburări cardiace (angină pectorală, infarct); de aceea el trebuie început cu prudență, cu doze treptat crescătoare, de preferință la spital. → HIPERTIROIDIE, HIPOTIROIDIE.

TIROIDITĂ. Inflamație a glandei tiroide.

DIFERITE TIPURI DE TIROIDITĂ. Diagnosticul se pune în principal pe baza examenului clinic și a scintigrafiei.

■ *Tiroidita limfocitară cronică, ori tiroidita lui Hashimoto*, este cea mai frecventă. De origine autoimună, ea este caracterizată printr-o gușă foarte tare, prezența anticorpilor antitiroidieni și evoluția posibilă spre o hipotiroidie (micșorarea secreției de hormoni tiroidieni traducându-se printr-o încetinire a ritmului cardiac, o încetineală psihică, o îngroșare a pielii feței și a pielii gâtului, o paloare). Tratamentul face apel la luarea zilnică de tiroxină.

■ *Tiroidita subacută a lui De Quervain* este probabil de origine virală. Ea este marcată prin dureri vii în partea din față a gâtului, asociate adesea cu un sindrom gripal (febră, oboseală) și printr-o hipertiroidie (creșterea secreției de hormoni tiroidieni) tranzitorie. Tiroida este umflată, dură și dureroasă la palpare. Această afecțiune evoluează spontan către vindecare în aproximativ șase săptămâni.

TIROTOXICOZĂ sau **TIREOTOXICOZĂ.** Totalitatea simptomelor consecutive unei hipertiroidii (secreție excesivă de hormoni tiroidieni).

TIROXINĂ. Hormon iodat secretat de către glanda tiroidă. SINONIM: *tetraiodotironina (T4)*.

TIROZINĂ. Acid aminat neindispensabil, sintetizat de către organism pornind de la un alt acid aminat, fenilalanina.

Tirozina intră în constituția proteinelor. Pe de altă parte, ea participă la importante reacții chimice: este un precursor al melaninei (pigment al pielii), al unor substanțe care joacă un rol în transmisia influxului nervos (dopamină, noradrenalină) și ai hormonilor glandei tiroide. În mod normal, nivelul sangvin al tirozinei este cuprins între 20 și 85 micromoli (adică între 3,6 și 15,4 miligrame) pe litru la subiecții mai mari de 2 ani, între 35 și 75 micromoli (adică între 6,3 și 13,6 miligrame) pe litru la copiii sub 2ani. Se întâmplă ca, la nou-născuți, nivelul sangvin al tirozinei să depășească aceste valori, dar este vorba de un fenomen temporar și nu patologic, legat de o imaturitate enzimatică.

PATOLOGIE. Principalele patologii legate de tirozină sunt enzimopatiile, bolile ereditare cauzate de un deficit în unele enzime care transformă tirozina, provocând acumularea ei în organism. Unele patologii sunt comune tirozinei și fenilalaninei (fenilcetonurie). Altele sunt specifice, ca albinismul, alcaptonuria sau tirozinemiile.

TIROZINEMIE. 1. Nivel anormal de ridicat al unui acid aminat, tirozina, în sânge. **2.** Boală ereditară congenitală caracterizată prin acumularea de tirozină în organism. SINONIM: *tirozinoză*.

Tirozinemiile sunt boli rare cauzate de un deficit în anumite enzime, care joacă un rol în metabolismul tirozinei.

DIAGNOSTIC. În toate cazurile se observă o creștere a nivelului de tirozină în sânge și urină, asociată cu o eliminare urinară importantă de acid parahidroxifenilpiruvic, acid parahidroxifenillactic și acid parahidroxifenilacetic.

TRATAMENT. Tratamentul tirozinemiilor este dietetic, bazat pe un regim sărac în fenilalanină și în tirozină (acizi aminați conținuți în proteinele animale). Prescripțiile dietetice sunt stabilite în mediu spitalicesc specializat.

TNF. → FACTOR NECROZANT AL TUMORILOR.

TOCOFEROL. Substanță care are o activitate vitaminică E. → VITAMINĂ E.

TOCOGRAFIE. Înregistrare a contracțiilor uterine în timpul nașterii. → MONITORIZARE.

TOFUS. Depunere de cristale de acid uric, formată sub pielea tumefacțiilor, rozalii sau albicioase.

Tofusul se formează în caz de creștere de lungă durată a nivelului sangvin de acid uric, de cele mai multe ori la bolnavii atinși de gută, uneori, dar mai rar, la subiecții care urmează de mai mulți ani un tratament cu diuretice. Aceștia sunt noduli subcutanați de la câțiva milimetri până la mai mulți centimetri în diametru, de consistență moale atunci când s-au format recent, dură – atunci când s-au format mai demult. Nedureroși, ei sunt amplasați, în general, pe coate, pe degete, pe degetul mare de la picior și pe pavilionul urechilor. Netratat, tofusul poate să se ulcereze, lăsând să iasă în afară un conținut pâstos sau cretos.

TRATAMENT. Tratamentul tofusului este cel al bolii în cauză: regim alimentar, luarea de medicamente hipouricemiante etc. Nodulii, dacă deranjează pacientul, pot fi îndepărtați pe cale chirurgicală.

TOLERANȚĂ 1. Capacitate a organismului de a suporta, fără să manifeste semnele unei intoxicații, doze dintr-o substanță dată. **2.** Fenomen caracterizat printr-o micșorare a eforturilor asupra organismului unei doze fixe dintr-o substanță chimică, pe măsură ce se repetă administrarea ei.

Împreună cu dependența fizică și dependența psihică, acesta este unul dintre aspectele farmacodependenței (sau toxicomaniei).

TOLERANȚĂ IMUNITARĂ. Capacitate a sistemului imunitar al organismului de a suporta prezența antigenelor fără a manifesta reacție imunitară de apărare. SINONIM: *anergie*.

Sistemul imunitar al unui organism este tolerant în mod normal la propriii săi constituenți (autoantigene), în timp ce față de antigenele străine rămâne sensibil. Întreruperea toleranței față de autoantigene provoacă bolile zise autoimune.

TOMODENSITOMETRIE. Examen radiologic care utilizează tomodensitometrul, ori scanerul cu radiații X, care permite obținerea, sub formă de imagini numerice, a unor secțiuni foarte fine ale organelor examinate. SINONIME: *scanografie, scan RX, tomografie axială asistată prin ordinator, tomografie axială computerizată (T.A.C.)*.

INDICAȚII. Tomodensitometria (T.D.M.) permite cercetarea afecțiunilor care au sediul în cap (creier, hipofiză, ochi și căi optice, cavități sinuzale și rinofaringeene), în rachis și în măduva spinării, în torace, în abdomen, în bazin și în membre (schelet).

TEHNICĂ. Tomodensitometria constă în măsurarea diferențelor de absorbție ale unui fascicul îngust de radiații X de către diferite țesuturi pe care le traversează, cu ajutorul unor detectori sensibili plasați în jurul aparatului, ca o coroană. Cantitatea de radiații X furnizată fiind cunoscută, este posibil să se calculeze pornind de la fiecare detector, diametru după diametru de rotație, cantitatea de radiații X absorbită de structurile anatomice examinate. Fasciculul de radiații X este mobil și se învârtește în jurul corpului în același plan. Un ordinator culege punct cu punct informațiile obținute, le transcrie sub formă de imagine printr-un afișaj în nuanțe de cenușiu și redă secțiunea anatomică pe un ecran. Secțiunile sunt perpendiculare pe axa mare a corpului. Unele programe pe calculator permit actualmente construirea unor imagini în trei dimensiuni plecând de la secțiunile obținute. Imaginile sunt reproduse apoi pe un film fotografic.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. Un produs iodat de contrast este necesar adesea pentru a vizualiza mai bine organele. Acest produs este fie injectat într-o venă a plicii cotului printr-un cateter subțire, fie este înghițit. Pacientul trebuie să se afle à jeun și nici să nu fi băut, nici să nu fi fumat de cel puțin șase ore înainte de examen.

Scanerul cu radiații X formează un cadru mare, în centrul căruia se află o deschidere circulară care permite trecerea unui pat glisant. Pacientul este alungit pe acest pat care se deplasează pe axul aparatului. Fasciculul de radiații X se rotește în jurul regiunii de examinat și fiecare secțiune este realizată separat în câteva secunde, timp în care bolnavul trebuie să fie total imobil și eventual să-și țină respirația. Între două secțiuni succesive, patul se deplasează cu unul până la câțiva milimetri, în funcție de organul care trebuie examinat. Examenul durează între 15 și 45 minute.

CONTRAINDICAȚII ȘI PRECAUȚII. Tomodensitometria nu este practicată la femeia gravidă din cauza pericolelor pe care le prezintă radiațiile X pentru făt.

Dacă examenul necesită injectarea unui produs de contrast iodat și atunci când pacientul a prezentat deja anterior manifestări alergice față de acest produs (criză de astm, eczemă, alergie la iod etc.), medicul prescrie acestuia un tratament antialergic, de urmat în timpul celor 3 zile care preced examenul.

Persoanele care suferă de insuficiență renală trebuie să bea mai multe lichide în perioada care precede examenul și care urmează tomodensitometriei, ori chiar să fie puse sub perfuzie pentru a fi mai bine hidratate.

Subiectul trebuind să nu se miște în timpul examenului, medicul poate recurge la practicarea unei sedări profunde în cazul copiilor sau al subiecților anxioși.

Tomodensitometria este un examen complet nedureros.

TOMOGRAFIE. Examen radiologic care permite vizualizarea structurilor anatomice sub formă de secțiuni.

Se vorbește de tomografie de câte ori se realizează o imagine în secțiune, ca în cazul tehnicilor moderne de tomografie prin emisie de pozitroni, de tomodensitometrie (sau scaner), de tomoscintigrafie și de ecotomografie (ecografie în secțiuni, singura varietate curentă a ecografiei).

TOMOGRAFIE PRIN EMISIE DE POZITRONI. Tehnică de imagerie medicală bazată pe detecția, cu un aparat adecvat, a radiațiilor asociate pozitronilor (particule elementare ușoare, de aceeași masă cu electronii, dar cu încărcătură electrică pozitivă) emiși de o substanță radioactivă introdusă în organism, care permite obținerea de imagini în secțiune (tomografii) ale unor organe. În engleză, *Positrons Emission Tomography (PET)*.

Tomografia prin emisie de pozitroni (T.E.P.) permite obținerea în câteva secunde a unei imagini în secțiune, ceea ce face din ea un instrument deosebit de adecvat pentru observarea fenomenelor fiziologice ca: debitul sau volumul sangvin, metabolismul glucozei sau al oxigenului, sinteza proteinelor etc. Această tehnică este utilizată, în principal pentru examinarea inimii și creierului, dar sunt posibile și examinările oaselor, rinichilor și plămânilor.

PERSPECTIVE. La ora actuală, tomografia prin emisie de pozitroni este, în principal, un instrument de cercetare fundamentală și clinică. Ea începe totuși să fie recunoscută și ca instrument de investigație clinică, îndeosebi în cardiologie (cercetarea zonelor de țesut cardiac rămase viabile după un infarct), în neurologie (epilepsie) și neuropsihiatrie (demență senilă, boala lui Alzheimer), precum și în cancerologie (detectarea, cu o foarte mare sensibilitate, a unor tumori).

TOMOSCINTIGRAFIE. Tehnică de imagerie medicală bazată pe detectarea – cu o cameră specială – a radiațiilor gamma emise de o substanță radioactivă introdusă în organism (scintigrafie), ceea ce permite obținerea de imagini în secțiune (tomografii) ale diferitelor organe. SINONIM: *tomografie de emisie cu foton unic*. În engleză, *Single Photon Emission Computed Tomography (Spect)*.

Cele două aplicații majore ale tomoscintigrafiei sunt explorarea inimii și cea a creierului.

CONTRAINDICAȚII. Ca pentru orice scintigrafie, trebuie luate precauții deosebite în caz de sarcină și alăptare.

TEHNICĂ. Tomoscintigrafia constă în reprezentarea în trei dimensiuni a unei părți a corpului, plecând de la secțiuni zise tomografice, obținute, la rândul lor, prin combinarea a numeroase imagini luate sub unghiuri diferite. Acestea din urmă sunt imagini scintigrafice, obținute prin înregistrarea radiației gamma emise de o substanță radioactivă (trasor radioactiv) introdusă în organism.

DESFĂȘURARE. Dispozitivul cel mai curent utilizat este un tomograf, constituit dintr-o cameră gamma (cameră specială sensibilă la radiațiile gamma) fixată de un suport capabil să se învârtă în jurul corpului pacientului și să înregistreze astfel imagini sub diferite unghiuri. Ordinatorul asociat camerei gamma determină radioactivitatea conținută în fiecare volum elementar, sau voxel, al organului studiat.

Pacientul, căruia i s-a injectat pe cale intravenoasă sau i s-a dat să înghită sau să inhaleze trasorul radioactiv, este alungit. Detectorul camerei gamma este pus în fața organului de studiat, perpendicular pe axul principal al corpului, apoi începe să se rotească lent în jurul acestei axe într-o mișcare fie continuă, fie fracționată (mișcare „pas cu pas"). Rotația poate, după caz, să fie completă sau să constea din doar o jumătate de tură. Durata sa este de 10 până la 20 minute, în funcție de cantitatea de radioactivitate concentrată în regiunea studiată. La ieșirea fazei de înregistrare (faza zisă „de achiziție"), informațiile intrate în memoria ordinatorului sunt tratate pentru a furniza, după efectuarea calculelor, imaginile secțiunii.

AVANTAJE ȘI INCONVENIENTE. Comparate cu imaginile scintigrafiei clasice, care conferă o reprezentare în două dimensiuni a structurii studiate, imaginile în secțiune ale tomoscintigrafiei permit reperarea cu o precizie crescută a anomaliilor de repartiție a trasorului, ușurând astfel localizarea leziunii. În plus, spre deosebire de imaginile în secțiune obținute la scanerul cu radiație X, tomoscintigrafiile sunt alipite, ceea ce permite reconstruirea imaginilor după unghiuri diferite pentru a ușura reperarea anomaliilor.

Principalul inconvenient al acestei tehnici rezidă în faptul că studiul unui fenomen este dificil atunci când el evoluează repede. Pentru inimă, se poate totuși evita această dificultate sincronizând luarea de imagini cu contracțiile cardiace prin intermediul unei electrocardiograme. Tomoscintigrafia poate realiza astfel secțiuni reprezentând timpii succesivi ai contracției cardiace.

TONICARDIAC. → CARDIOTONIC.

TONOMETRIE. Examen care are drept scop măsurarea tensiunii oculare, adică a presiunii care domnește în interiorul ochiului.

INDICAȚII. Tonometria oculară permite să se pună în evidență creșterile anormale ale tensiunii oculare (glaucom) susceptibile să ducă la scăderea văzului în absența tratamentului.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. După instilarea pe cornee a unei picături de colir anestezic colorat cu fluoresceină, subiectul este așezat în fața biomicroscopului. El trebuie să-și țină ochii deschiși fără să clipească din pleoape în momentul luării tensiunii.

CONTRAINDICAȚII. Tonometria nu este practicată în caz de conjunctivită sau de keratită, pentru a evita riscurile de infecție.

TONUS. Stare de tensiune ușoară, dar permanentă, în care se află în mod normal mușchii scheletului.

Tonusul este o ușoară contracție musculară, declanșată de către nervi multumită unui reflex deosebit, reflexul miotatic. Tonusul este permanent, deși intensitatea sa poate varia, micșorându-se în timpul somnului, crescând înaintea sau în timpul unui efort fizic. Tonusul dă mușchiului o anumită consistență la palpare, iar articulațiilor o anume rigiditate indispensabilă menținerii posturilor corpului. Hipotonia (scăderea tonusului) și hipertonia (accentuarea lui) sunt semne diagnostice importante în cursul paraliziilor sau comelor.

TORACE. Parte superioară a trunchiului, separată de abdomen printr-un mușchi numit diafragm, conținând principalele organe ale respirației.

STRUCTURĂ. Toracele se întinde de la rădăcina gâtului la partea de sus a abdomenului. El se articulează cu cele două membre superioare prin articulațiile scapulohumerale. Toracele este compus dintr-un înveliș cutanat și muscular, care conține cei doi plămâni, esofagul, inima și vasele mari care pleacă de la ea sau care se despart.

EXAMENE. Examenul clinic (inspecție, palpare, percuție și auscultare) al toracelui permite îndeosebi să se studieze inima și plămânii. Examenele complementare sunt fie globale (radiografie toracică, scaner, imagerie prin rezonanță magnetică [I.R.M.], fie selective.

PATOLOGIE. Peretele toracic poate fi sediul plăgilor sau al fracturilor de coaste. Principalele patologii care afectează organele toracelui sunt:

– pentru inimă, insuficiența coronariană, infarctul de miocard, valvulopatiile, miocardopatiile, pericarditele;

– pentru vase, malformațiile congenitale (coarctația sau îngustarea aortică, persistența canalului arterial, transpoziția

vaselor mari, comunicația interauriculară sau interventriculară), anevrismul aortic, embolia pulmonară;

– pentru plămâni, tuberculoza, pneumopatiile, astmul, bronșiectazia, emfizemul, fibroza, cancerul bronhopulmonar;

– pentru pleură, pleureziile, pneumotoraxul, mai rar, cancerul;

– pentru esofag, esofagita, refluxul gastroesofagian, cancerul;

– pentru mediastin, adenopatiile, limfoamele, mediastinitele.

TORACOTOMIE. Deschidere chirurgicală a toracelui.

TORSIUNE. Mișcare de rotație a unui organ în jurul său. → TESTICUL (torsiune de), VOLVULUS.

TORTICOLIS. Contractură mai mult sau mai puțin dureroasă a mușchilor gâtului, care limitează mișcările de rotație a capului.

DIFERITE TIPURI DE TORTICOLIS. Există diferite varietăți de torticolis, clasate după cauzele lor.

■ *Torticolisul obișnuit sau banal* apare uneori după o mișcare brutală și forțată a gâtului. Mai des, el se constată dimineața la trezire, fără îndoială din cauza unei proaste poziții în timpul somnului. Simptomele dispar în mai puțin de 3 zile după odihnă și după administrare de medicamente analgezice și miorelaxante (decontracturante musculare), în pomadă sau pe cale orală.

■ *Torticolisul congenital*, prezent de la naștere, este cauzat de o dezvoltare insuficientă a unuia dintre mușchii sternocleido-mastoidieni (situați de o parte și de alta a gâtului). În acest caz, torticolisul este permanent și nedureros. O corectare chirurgicală, care constă în alungirea tendoanelor prea scurte, trebuie să fie efectuată încă din primii ani de viață.

■ *Torticolisul spasmodic*, de cauză necunoscută, este clasificat printre distonii (boli în decursul cărora contracturile provoacă poziții anormale ale corpului). Se observă accese de dureri și de redoare a gâtului, în timpul cărora survin contracturi succesive. Capul poate fi în rotație (torticolis), în înclinație pe o parte (laterocolis), în flexie spre în față (antecolis) sau în extensie spre spate (retrocolis). Tratamentul constă în kineziterapie, care vizează întărirea mușchilor antagoniști mușchilor atinși. Acesteia i se adaugă același tratament de bază ca și pentru torticolisul banal sau injecții locale, cu doze infime, de toxină botulinică (botulismul fiind o intoxicație alimentară caracterizată prin paralizii); se obține astfel paralizia mușchilor prea activi.

■ *Torticolisul simptomatic* nu este decât unul dintre simptomele unei boli cauzale. Multe leziuni ale coloanei vertebrale cervicale sau ale regiunii cefei pot provoca un torticolis. Tratamentul este cel al durerii și al contracturii, ca pentru un torticolis banal, completat cu tratamentul uneori chirurgical, al cauzei, dacă ea este cunoscută.

TOXEMIE GRAVIDICĂ. Orice complicație normală care survine în cursul sarcinii. → ECLAMPSIE.

TOXIC, -Ă. Produs sau substanță nocivă pentru organism. → ÎNTOXICAȚIE.

TOXICODEPENDENȚĂ. Dependență fizică și psihică generată de consumul regulat de droguri.

TOXICOLOGIE. Disciplină medicală care are ca obiect studiul otrăvurilor.

Toxicologia se ocupă de compoziția substanțelor chimice toxice, medicamentoase sau nu, cu efectele acestor substanțe asupra organismului, cu diagnosticarea și tratamentul intoxicațiilor.

În Franța, în fiecare oraș important există un centru specializat, capabil să ofere telefonic informațiile necesare privind o substanță eventual toxică, să organizeze acordarea îngrijirilor de urgență și să asigure tratamentele.

TOXICOMANIE. Comportament care constă în consumul în mod regulat și important de substanțe (droguri) mai mult sau mai puțin toxice și susceptibile să genereze o stare de dependență psihică și/sau fizică.

Conform unei recomandări a Organizației Mondiale a Sănătății (O.M.S.), termenul de „toxicomanie" ar trebui să fie înlocuit cu cel de „farmacodependență".

DIFERITE TIPURI DE DROGURI. „Drogurile" din limbajul curent au ca punct comun fie acela de a fi substanțe (heroină, cocaină etc.) al căror utilizare este ilegală, fie substanțe (lipici, benzină etc.) deturnate de la folosirea lor legală. Este important să se sublinieze că unii specialiști nu ezită să numească „droguri" și alte substanțe (alcool, tutun), legale și relativ bine integrate social. În plus, unele

Daunele aduse de „drogurile ușoare"

Dacă dependența fizică este deosebit de mică în cazul hașișului – de unde calificativul său de „drog ușor" –, efectul său toxic imediat constă în micșorarea rezistenței la infecții, toxicitate asupra embrionului în caz de sarcină, tulburări ale funcțiilor intelectuale. Folosirea regulată a hașișului antrenează, de asemenea, o importantă dependență psihologică.

Actualmente se știe că luarea regulată de hașiș este responsabilă, din cauza acțiunii sale asupra sistemului nervos central (blocaj al receptorilor nervoși de către drog), de apariția unui dezinteres școlar și, mai mult chiar, de o indiferență generală denumită sindrom amotivațional, ori anhedonie.

medicamente (anxiolitice, hipnotice, morfină, amfetamine) pot fi deturnate de la folosirea lor normală de către toxicomani sau chiar pot induce o dependență involuntară la bolnavi.

Drogurile acționează asupra creierului, dar în diferite feluri, în funcție de produs: destindere, liniștire; stimulare, excitare; distorsionare a percepțiilor senzoriale, halucinații etc.

CAUZE. La tineri, luarea ocazională de droguri traduce dorința de a încerca senzații noi, dorința de a-i imita pe alții sau de a trece peste interdicții. Unii adolescenți, după aceste prime experiențe, devin consumatori regulați. Trei factori pot contribui la aceasta: frecventarea drogaților; un dialog insuficient cu mediul familial; probleme psihologice personale, drogul permițând toxicomanului să evadeze dintr-o realitate pe care nu o suportă. Uneori, există o adevărată dereglare psihiatrică subiacentă, pe care medicul trebuie să știe s-o depisteze cu scopul de a putea propune un tratament.

EFECTE NEDORITE. Toxicomania se manifestă printr-o dependență psihică, adică printr-o nevoie de nestăpânit de a consuma drogul. În plus, unele produse declanșează o dependență fizică: oprirea luării drogului antrenează o „stare de lipsă" (sau un sindrom de întărcare), uneori grav, comportând mai ales angoasă, grețuri, vărsături, dureri musculare și chiar halucinații.

Fiecare drog are efectele lui toxice care sunt eventual mortale. Haşişul, de exemplu, poate micșora rezistența la infecții sau poate provoca un sindrom psihologic de indiferență sau de dezinteres școlar. Toxicomanii care utilizează seringi riscă în plus, atunci când le schimbă între ei, să contracteze grave boli virale (hepatită B sau C, SIDA).

În sfârșit, se întâmplă ca toxicomanul, pentru a-și procura banii necesari cumpărării drogului, să ajungă să frecventeze medii din ce în ce mai periferice și mai violente.

TRATAMENT. Un consumator ocazional nu necesită vreun tratament medical: anturajul familial și școlar trebuie să-l avertizeze în ce privește riscul de obișnuire și de creștere a dozelor. Cel care folosește mai regulat drogurile poate fi ajutat printr-o susținere psihologică ce îi permite să înțeleagă ce dificultate a existenței are de depășit și prin ce poate înlocui drogul. În sfârșit, dacă s-a instalat o dependență fizică, oprirea drogului se impune înainte de îngrijirea psihologică. Oprirea drogului (întărcarea) este practicată sub control medical și asociată cu administrarea temporară a medicamentelor de substituție. Luarea în îngrijire a toxicomanilor cuprinde și prevenirea și/sau tratamentul problemelor de sănătate care decurg din luarea drogurilor; pentru a evita propagarea bolilor virale, unele țări iau măsuri ca punerea în vânzare liberă a seringilor sterile. Dar cel mai important rămâne un program de readaptare socială și profesională, la nevoie internând bolnavul într-un centru specializat.

TOXIDERMIE. Tulburare cutanată și/sau de mucoasă, cauza fiind ingestia sau injectarea unui medicament.

Mecanismul pus în joc permite să se claseze toxidermiile în două mari categorii.

■ *Toxidermiile imunoalergice* sunt cauzate de o hipersensibilitate („alergie" în limbajul curent).

■ *Toxidermiile neimunoalergice* au diferite cauze: depunere de medicament sub piele (argirie), supradozare (eliminare insuficientă a medicamentului prin ficat sau prin rinichi, interacție dintre diferite medicamente), efect secundar al unui medicament (căderea părului consecutivă administrării de medicamente anticanceroase, de exemplu), perturbare a florei microbiene (dezvoltarea de ciuperci de tipul *Candida albicans* după o antibioterapie pe cale generală), reacție fototoxică (declanșare după expunerea la soare a unei erupții roșii sau buloase, consecutivă luării unui medicament) etc.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Unele cazuri de toxidermie sunt acute și grave, chiar mortale în absența tratamentului. simple mâncărimi, o urticarie, un edem Quincke (umflare a feței), o indispoziție sau o eritrodermie (roșeață generalizată), dacă nu li se găsește o altă cauză și dacă pacientul ia medicamente, atunci acestea sunt de considerat drept semne importante de alarmă, uneori suficiente pentru a necesita o spitalizare de urgență. O toxidermie mai poate să se traducă printr-un eritem pigmentat fix (roșeață care apare în aceleași locuri întotdeauna, la fiecare priză de medicament), o eczemă, o erupție buloasă, o purpură (roșeață hemoragică prin extravazarea de globule roșii în afara vaselor sangvine), o acnee, un șoc anafilactic (prăbușire circulatorie), o boală serică, o vascularită alergică, un lupus eritematos, un pemfigus vulgar, un pseudolimfom, o fotoalergie medicamentoasă, tulburări ale pigmentației sau probleme pilare (căderea părului, hipertricoză |dezvoltarea anormală a perilor într-o regiune în care nu se întâlnește, de obicei, decât un puf fin]) etc.

DIAGNOSTIC. Acesta se pune adesea pe baza caracterului simetric al leziunilor, a mâncărimilor foarte puternice pe care ele le provoacă, a faptului că debutul erupției coincide, cu o aproximație de câteva ore sau câteva zile, cu luarea unui nou medicament. În sfârșit, disparița leziunilor o dată cu oprirea luării medicamentului și eventuala lor recidivă în caz de o nouă priză constituie, de asemenea, argumente diagnostice foarte importante.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul constă în suspendarea luării medicamentului în cauză și în îngrijirea simptomelor: îngrijiri cutanate, prescrierea de antihistaminice (împotriva mâncărimilor), chiar reanimare în cazurile cele mai grave.

TOXIINFECTIE. Stare infecțioasă provocată de o toxină microbiană (substanță toxică elaborată de un microorganism).

O toxiinfecție este o stare infecțioasă gravă care se traduce, în principal, printr-o alterare a stării generale, semne nervoase și cardiovasculare (colaps).

TOXIINFECȚIE ALIMENTARĂ. Infecție digestivă contractată prin ingestia de alimente contaminate cu diferite bacterii și cu toxinele lor.

CAUZE. Toxiinfecțiile alimentare survin de cele mai multe ori în colectivitate. Alimentul în cauză este în principal oul, ori un preparat care conține ouă (produse de patiserie, înghețată), sau produsele lactate făcute din lapte crud sau insuficient fiert, mezelurile și moluștele. Germenii responsabili de cele mai multe ori sunt salmonellele zise minore (*Salmonella enteritidis*), mai rar shigellele, *Campylobacter*, *Clostridium perfringens* și *Yersinia*.

Se întâmplă ca infecția să fie provocată de alimente contaminate cu enterotoxină (toxină care acționează asupra intestinului) unui stafilococ, de cele mai multe ori plecând de la o leziune cutanată a mâinii (panarițiu) bucătarului.

SIMPTOME ȘI TRATAMENT. Simptomele care survin la aproximativ 10 ore după ingestie, constau într-o febră, dureri abdominale, o diaree și o oboseală care pot dura câteva zile. Evoluția este de cele mai multe ori rapid benignă și boala dispare de la sine.

O toxiinfecție alimentară nu necesită decât o rehidratare, iar în unele cazuri medicamente antispasmodice și întârzietoare ale tranzitului, uneori antiseptice intestinale. Subiecților imunodeprimați li se pot prescrie antibiotice, ca și copiilor și bătrânilor.

PREVENIRE. Aceasta constă în controlul filierei producției de ouă, precum și în respectarea regulilor de igienă, a condițiilor de preparare, conservare și distribuire a alimentelor și în controlul acestora.

TOXINĂ. Substanță toxică elaborată de către un microorganism și responsabilă de capacitatea acestuia de a provoca o boală.

DIFERITE TIPURI DE TOXINĂ

■ *Endotoxinele* sunt produse în interiorul unor bacterii Gram negative și sunt eliberate în cursul distrugerii acestora.

■ *Exotoxinele* sunt secretate în exterior de către germeni Gram pozitivi și difuzează în organism.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Exotoxinele servesc la prepararea vaccinurilor sub formă de anatoxine (toxine care și-au pierdut toxicitatea, dar care și-au păstrat puterea lor imunogenă).

TOXOCAROZĂ. → LARVA MIGRANS VISCERALĂ.

TOXOPLASMOZĂ. Boală parazitară cauzată de infestarea cu un protozoar (parazit unicelular), toxoplasma, ori *Toxoplasma gondii*, parazit al intestinului pisicii și al altor diferite specii animale.

DIFERITE TIPURI DE TOXOPLASMOZĂ

■ *Toxoplasmoza congenitală*, destul de rară, este transmisă de femeia gravidă fătului. Nivelul de contaminare în cursul sarcinii este variabil, dar riscurile întâmpinate de făt sunt mai mari la începutul sarcinii (există un procent de 4% de risc de contaminare fetală în cursul primului trimestru al sarcinii, cu consecințe mai mici). Toxoplasmoza poate fi responsabilă de un avort spontan sau poate provoca anomalii cerebrale, oculare și hepatice la copil. Cele mai frecvente, cele ale ochiului, se manifestă printr-o corioretinită (inflamație a coroidei și a retinei) care survine adesea în adolescență.

■ *Toxoplasmoza dobândită* este o boală frecventă în toate țările dezvoltate. Ea este aproape întotdeauna benignă la copii, la adolescenți și la adulții sănătoși.

CONTAMINARE. *Toxoplasma gondii* se multiplică în celulele intestinului pisicii. Ouăle (oocitele) sunt depuse pe sol în excrementele animalului.

Contaminarea se face în diferite moduri: prin mâinile care transportă alimentele contaminate cu materiile fecale ale pisicii (legume, de exemplu); prin ingestia de carne insuficient pregătită termic (oaie, vită), conținând grămezi de toxoplasme; prin transmitere transplacentară: femeia însărcinată ingeră parazitul și îl transmite fătului prin placentă.

SIMPTOME ȘI SEMNE. În majoritatea cazurilor, sistemul imunitar furnizează o protecție suficientă față de protozoar, astfel încât infecția nu provoacă nici un simptom. La unii subiecți, toxoplasmoza poate antrena o febră, adenopatii și o stare de oboseală.

DIAGNOSTIC. Prezența anticorpilor specifici în sânge permite diagnosticarea unei toxoplasmoze. În caz de dubiu, este efectuată o punctie de lichid amniotic sau de sânge fetal la femeia gravidă.

TRATAMENT. Vindecarea spontană este un lucru obișnuit și este preferabil, dacă este vorba de fetiță sau de o tânără în stare bună a sănătății, ca ea să nu urmeze un tratament în scopul dobândirii de anticorpi care ar putea să o protejeze în cursul viitoarelor sale sarcini. Tratamentul face apel la administrarea de antibiotice și de corticosteroizi; acesta nu este necesar decât în cazul femeii gravide, al copiilor născuți purtători ai unor simptome grave, al subiecților imunodeficienți și al persoanelor atinse de corioretinită.

PREVENIRE. Depistarea anticorpilor antitoxoplasma este obligatorie la orice femeie gravidă, încă de la începutul sarcinii. De asemenea, această depistare trebuie practicată, dacă este posibil, înainte de sarcină cu scopul de a asigura o supraveghere regulată a viitoarei mame și de a prescrie la nevoie un tratament de îndată ce anticorpii apar în sânge.

În afara acestei supravegheri, o femeie gravidă trebuie să ia precauții în ce privește consumul de carne care trebuie să fie bine prelucrată termic, să evite să schimbe așternutul sau lădița cu nisip a pisicilor, să-și spele cu atenție mâinile după un eventual contact cu excrementele animalului, ca și după orice manipulare a pământului sau a alimentelor care pot conține oocite de toxoplasmă.

TPHA. Test serologic de laborator care permite punerea în evidență a unei infecții cu treponema palidă, ori *Treponema pallidum*, agentul sifilisului. (Abreviere a locuțiunii engleze *Treponema Pallidum Haemagglutination Assay*, test de hemaglutinare a treponemei palide).

TRABECUL. Țesut translucid format din fibre întrețesute unele cu altele, care filtrează umoarea apoasă atunci când aceasta se scurge în afara ochiului. SINONIM: *trabecul corneoscleral*.

Trabeculul tapetează unghiul iridocornean, format prin inserția conturului irisului pe stratul profund al corneei.

PATOLOGIE. O scleroză (întărire anormală) a trabeculului, o obturație a ochiurilor sale cu un pigment al irisului, o aderență între iris și cornee se află la originea glaucoamelor.

TRABECULECTOMIE. Intervenție chirurgicală care permite să se creeze o mică fistulă pe trabecul (țesut translucid format din fibrele întrețesute care filtrează umoarea apoasă atunci când aceasta se scurge în afara ochiului).

TRABECULOPLASTIE. Metodă de tratament al glaucomului cronic ce constă în lărgirea ochiurilor trabeculului (țesutul care filtrează umoarea apoasă ce se scurge în afara ochiului, la unghiul între iris și cornee) cu ajutorul laserului cu argon. SINONIM: *trabeculoretractie*.

Laserul cu argon provoacă arsuri minuscule, spațiate regulat pe trabecul, creând cicatrice retractile care ușurează scurgerea umorii apoase prin ochiurile lui, contribuind la normalizarea presiunii intraoculare.

TRACȚIUNE. Manevră care constă în tragerea unei părți a unui membru sau a coloanei vertebrale cu scopul de a obține un efect terapeutic sau analgezic.

INDICAȚII. Mai multe feluri de leziuni traumatice pot beneficia de o tracțiune înainte de tratamentul lor chirurgical: fracturile coloanei vertebrale, cele ale femurului sau ale colului femural etc.

TEHNICĂ. Rănitul este întins pe un pat ortopedic, membrul în tracțiune fiind menținut într-un punct fix (de cele mai multe ori printr-un sistem de scripeți și cabluri de care sunt suspendate greutăți. Punctul de aplicare a tracțiunii este adesea un segment de os intact situat în vecinătatea fracturii, în care sunt aplicate broșe.

TRAGE-LAPTE. Aparat destinat tragerii laptelui din sân.

Un trage-lapte este o pompă în formă de seringă sau de glob, a cărei funcționare este manuală sau electrică. Utilizarea ei este indicată în diverse cazuri: atunci când copilul este prea puțin puternic pentru a suge la sân, laptele fiindu-i dat cu biberonul; atunci când mama absentează din preajma copilului; atunci când alăptarea maternă a devenit dificilă sau dureroasă din pricina crevaselor mamelonului, a unei limfangite, a unui abces al sânului sau a unei obturări mamare (exces al secreției lactate).

TRAHEE. Conduct care face să comunice laringele cu bronhiile și servește la trecerea aerului.

Peretele traheei este format dintr-o suprapunere de inele cartilaginoase orizontale în formă de potcoavă, care, în spate, sunt închise printr-un țesut muscular. Traheea este situată în fața esofagului, de care aderă strâns. Ea vine în continuarea laringelui, apoi se divide la înălțimea celei de a 5-a vertebre dorsale în două bronhii principale, dând naștere arborelui bronșic drept și arborelui bronșic stâng.

PATOLOGIE. Traheea poate fi sediul unei infecții (traheită, traheobronșită), al unei tumori (cancer al traheei); în plus, unele boli se traduc printr-o atingere a traheei: traheomalacie (ramolire) a traheei, policondrită atrofiantă (degenerescență) etc.

TRAHEITĂ. Inflamație acută sau cronică a mucoasei care tapetează interiorul traheei.

CAUZE. O traheită este, în general, de origine infecțioasă (bacteriană sau virală), uneori iritativă (provocată, de exemplu, de inhalarea de substanțe toxice – produse clorate mai ales). Forma cea mai curent întâlnită este traheita acută virală, care se răspândește prin epidemii de primăvară și de toamnă și care se vindecă spontan în câteva zile. O traheită este de cele mai multe ori asociată cu o rinofaringită, cu o laringită sau cu o bronșită (inflamație, respectiv a rinofaringelui, a laringelui sau a bronhiilor; în acest ultim caz se vorbește de traheobronșită).

SIMPTOME ȘI SEMNE. O traheită se manifestă prin chinte de tuse persistente, care provoacă o durere toracică. În primul timp, această tuse este uscată, apoi, în cel de al doilea timp, este însoțită de expectorație în caz de extindere a inflamației la bronhii.

TRATAMENT. Înainte de toate, tratamentul este cel al simptomelor traheitei (medicamente antitusive); antibioticele nu sunt prescrise decât în caz de infecție bacteriană.

TRAHEOBRONȘITĂ. Inflamație simultană a mucoasei traheale (traheită) și a bronhiilor (bronșită). → BRONȘITĂ, TRAHEITĂ.

TRAHEOSTOMIE. Intervenție chirurgicală constând în îmbinarea traheei cu pielea.

O traheostomie se practică după o laringectomie totală (ablația întregului laringe, conduct situat deasupra traheei). La sfârșitul intervenției, chirurgul suturează traheea la o incizie cutanată deschisă pe gât. O canulă de plastic sau de metal este pusă în trahee cu această ocazie. Ea este lăsată aici timp de un an cu scopul de a evita orice risc de stenoză (îngustare); subiectul trebuie să și-o scoată în fiecare zi pentru a o spăla cu apă și săpun.

CONSECINȚE. Din cauza dispariției corzilor vocale (situate în laringe), pacientul trebuie să urmeze ședințe de ortofonie pentru a învăța să vorbească cu o voce esofagiană (în felul ventrilocilor).

TRAHEOTOMIE. Intervenție chirurgicală constând în practicarea unei deschideri a feței anterioare a traheei cervicale – între al 3-lea și al 4-lea inel cartilaginos – și în amplasarea aici a unei canule pentru a asigura trecerea aerului.

Prin extensie, acest termen desemnează și rezultatul acestei intervenții.

INDICAȚII. Traheotomia scurtcircuitează căile aeriene superioare (fose nazale, faringe, laringe) atunci când acestea sunt obstruate, de exemplu de un edem sau de o tumoră. Ea ușurează și reînnoirea gazelor respiratorii (oxigen, dioxid de carbon) în alveolele pulmonare, la unii subiecți atinși de insuficiență respiratorie cronică, micșorând volumul căilor respiratorii care nu servesc direct schimburilor gazoase. În plus, în reanimare și la subiecții care suferă de o insuficiență respiratorie, ea previne încărcarea bronșică ușurând aspirația secrețiilor.

MATERIAL ȘI DESFĂȘURARE. Traheotomia este realizată sub o anestezie generală ușoară, completată eventual cu o anestezie locală. Ea este urmată de aplicarea canulei, care este de două tipuri, de lungime și de diametru diferite, adaptate diferitelor indicații ale traheotomiei.

O traheotomie poate fi definitivă sau temporară. În acest ultim caz, orificiul se închide spontan și se cicatrizează în câteva zile de la scoaterea canulei.

Atunci când traheotomia are un caracter definitiv, după câteva săptămâni petrecute în mediu spitalicesc sau într-un centru de convalescență, subiectul poate să se întoarcă acasă.

ÎNTREȚINERE. O traheotomie necesită o aspirație bronșică; în plus, igiena canulei, întreținută prin spălare zilnică cu ajutorul unei perii mici și a unei soluții antiseptice, ca și menținerea permeabilității sale trebuie supravegheate cu scrupulozitate. Subiecții atinși de o insuficiență respiratorie cronică și purtători ai unei traheotomii definitive trebuie să fie capabili să-și acorde singuri aceste îngrijiri la domiciliu. De altfel, ei pot să se alimenteze normal, iar traheotomia dându-le posibilitatea să-și piardă respirația în mai mică măsură, le asigură o mai bună autonomie.

COMPLICAȚII. În mod obișnuit bine tolerată după un timp de adaptare de câteva săptămâni, o traheotomie poate antrena totuși diverse complicații, între care cele mai importante sunt hemoragiile, survenind fie în cursul actului chirurgical, ca urmare a lezării unui vas mic, fie din cauza unei infecții sau a manevrelor brutale sau stângace în cursul schimbării poziției bolnavului sau a schimbării canulei (poziție defectuoasă, chiar expulzia canulei la un bolnav agitat); obstrucția canulei cu secreții sau cu cheaguri sangvine; o infecție localizată la perimetrul orificiului; infecțiile bronhopulmonare; leziunile peretelui traheal și riscul apariției unei fistule traheoesofagiene (canal patologic care pune în comunicație traheea și esofagul) sau o stenoză traheală (îngustare cicatriceală a traheei); această din urmă complicație poate fi tratată cu laser și chiar pe cale chirurgicală.

TRAHOM. Conjunctivită (inflamație a conjunctivei) granuloasă cauzată de un germene din genul *Chlamydiae, Chlamydia trachomatis*, putând evolua spre cecitate (orbire).

FRECVENȚĂ. Germenele trahomului, foarte contagios, este răspândit îndeosebi în țările din Africa, îndeosebi în cele ale Africii de Nord, și în Asia. El afectează mai mult de 500 milioane de indivizi și reprezintă prima cauză de cecitate din lume.

CONTAMINARE. Germenele, strict uman, se transmite prin intermediul mâinilor murdare duse la față sau al pulberilor aduse de vânt. Contagiunea este frecventă în sânul aceleiași familii.

SIMPTOME ȘI SEMNE. La început, trahomul ia forma unei conjunctivite foliculare (formată din ridicături translucide), observabilă mai ales la pleoapa superioară, provocând mici leziuni care de cele mai multe ori trec neobservate. Apoi conjunctivita devine granuloasă (constituită din reliefuri mai mari și mai vascularizate) din cauza numărului crescând de foliculi și se formează, de la periferie la centrul corneei, o ușoară opacitate care seamănă cu un văl. După câteva luni, leziunile se cicatrizează, dar lasă sechele care pot altera vederea: prezența pe cornee a unui văl vasculogranulos, denumit panus, prezența cicatricelor stelate pe conjunctiva pleoapei superioare.

DIAGNOSTIC. Diagnosticul se pune pe baza examenului clinic. El este confirmat printr-un frotiu conjunctival, care se realizează prin recoltarea secrețiilor cu scopul de a căuta prezența chlamydiilor. El este completat, la nevoie, printr-un raclaj conjunctival, practicat sub anestezie locală, prin care se caută celulele cu incluzii caracteristice (celule care conțin colonii de chlamydii).

COMPLICAȚII. Complicațiile formelor severe sunt în principal opacitățile corneene uneori foarte dense și responsabile de o scădere majoră a acuității vizuale care poate evolua spre cecitate, modificări ale pleoapelor ca un ptozis (prăbușirea pleoapei superioare) sau un entropion (întoarcerea marginii pleoapei, cel mai des cea inferioară, spre interiorul ochiului), asociată, în general, cu un trichisis (deviație a genelor spre globul ocular, care se freacă de cornee și îi provoacă ulcerații). Se observă, de asemenea, o scleroză a aparatului lacrimal care împiedică scurgerea normală a secrețiilor.

TRATAMENT. Într-un stadiu mai puțin evoluat al bolii, aplicația locală, pe o durată de cel puțin trei săptămâni, de colire și de pomezi antibiotice adecvate germenului permite să se obțină regresia simptomelor. Tratamentul sechelelor este în esență chirurgical.

PREVENIRE. O bună igienă corporală și o spălare frecventă a mâinilor permit să se evite contaminarea.

TRANCHILIZANT. Medicament utilizat pentru capacitatea sa de a diminua un exces de activitate psihică.

Termenul de tranchilizant este puțin întrebuințat de către medici; el face parte din limbajul curent și desemnează două familii de medicamente psihotrope (active asupra psihismului): anxioliticele „tranchilizante minore", indicate în anxietate; neurolepticele, „tranchilizante majore", indicate în psihoze.

TRANSAMINAZĂ. Enzimă care accelerează transferul unei grupări amino de la un acid aminat la un acid cetonic. SINONIM: *aminotransferază*.

UTILIZARE ÎN SCOP DIAGNOSTIC. Două transaminaze prezintă un interes clinic.

■ *Alanin-aminotransferaza* (A.L.T., A.L.A.T. sau SGPT [*Serum Glutamopyruvate Transferase*] este prezentă mai ales în ficat și în rinichi. Nivelul său crește în caz de distrugere a celulelor ficatului – mai ales în cursul unei hepatite virale, înainte de apariția icterului – uneori în măsură foarte mare; acest nivel mai crește, însă în proporții mai mici, în cursul altor boli ale ficatului (cancer, ciroză, hepatită toxică cauzată de tetraclorura de carbon, de exemplu, obstrucția biliară etc.) și în cursul infarctului de miocard.

■ *Aspartat-aminotransferaza* (A.S.T., A.S.A.T. sau SGOT [*Serum Glutamooxaloacetate Transferase*]) se află, în principal, în celulele mușchilor striați, ale ficatului și în globulele roșii. Nivelul ei crește în caz de distrugere a celulelor, în particular în caz de infarct al miocardului și de miopatie. În caz de distrugere a celulelor ficatului, nivelul sangvin de A.S.T. crește mai puțin decât cel al A.L.T.

TRANSCRIPTAZĂ INVERSĂ. Enzimă intracelulară care realizează transcripția (transferul de informație genetică) acidului ribonucleic (A.R.N.) în acid dezoxiribonucleic (AD.N.) și nu a A.D.N.-ului în A.R.N., așa cum se întâmplă de obicei.

Familia retrovirusurilor, căreia îi aparține virusul imunodeficienței umane (H.I.V.), responsabil de SIDA, este caracterizată prin prezența acestei enzime, căreia îi datorează denumirea, *retro* însemnând în latină „în sens contrar".

TRANSCRIPȚIE. Etapă a exprimării unei gene în cursul căreia informația conținută într-o secvență de A.D.N. este copiată sub forma unei secvențe de A.R.N.

TRANSDUCTIE. Transfer al unei informații genetice de la o celulă la alta prin intermediul unui vector.

TRANSFER. Proces prin care, în psihanaliză, pacientul reactualizează conflictele sale infantile proiectând asupra terapeutului imaginea părinților săi și a sentimentelor sale (dorințe, experiențe neplăcute, descoperirea sexualității etc.), față de ei.

■ *În psihanaliză*, transferul nu se instalează adesea decât în mod lent, fiind întrepătruns cu ezitări, tăceri din jenă și rezistențe. Analistul este atunci suportul „neutru și binevoitor" al unui amestec de iubire și ură care traduce reapariția ambivalenței oedipiene, cu un transfer când „pozitiv" (sentimente afectuoase), când „negativ" (sentimente agresive). Reciproc, analistul încearcă față de pacientul său reacții inconștiente, care pot reactiva propriile sale conflicte și pe care Freud le numește contratransfer. Existența acestui contratransfer necesită o analiză prealabilă a psihanalistului înainte ca acesta să poată trata el însuși pacienți.

■ *În psihologie*, se utilizează termenul de transfer într-un sens general de deplasare a afectivității legate de un obiect (persoană, situație, lucru) asupra altui obiect. Copilul sub trei ani, de exemplu, face un transfer asupra obiectelor (jucărie, păpușă) lumii exterioare, conferindu-le o viață animată asemenea vieții sale; la adult, numeroase relații pot fi interpretate în termeni de transfer: o persoană îndrăgostită, de exemplu, atribuie partenerului său propriile stări sufletești sau le transferă asupra unui obiect simbolic (floare sau bijuterie, de exemplu).

TRANSFERINĂ. Proteină prezentă în serul sangvin, sintetizată de către ficat, al cărei rol fiziologic esențial este transportul fierului necesar sintetizării hemoglobinei începând de la celulele intestinale până la măduva osoasă. SINONIM: *siderofilină*.

Concentrația în transferină a serului sangvin este cuprinsă în mod normal, la adult, între 2 și 4 grame pe litru. Această valoare scade în caz de hemocromatoză (boală metabolică ce apare în urma unei acumulări de fier în țesuturi), de carență în proteine, de inflamație și de insuficiență renală. Valoarea crește în caz de carență în fier sau de mărire a necesităților în fier (sarcină).

TRANSFUZIE SANGVINĂ 1. Injectare, în circulația sangvină a unui subiect, a unuia dintre constituenții sângelui. **2.** Totalitate a activităților, competențelor și tehnicilor medicale și biologice care permit transfuzia sangvină în sensul definit anterior.

Transfuzia sangvină, în mare, cuprinde donarea de sânge, prelucrarea acestuia, conservarea sa și reinjectarea sa. Din cauza riscurilor de transmisie virală (deși acestea sunt limitate), frecvența transfuziilor sangvine s-a diminuat.

DONAREA DE SÂNGE. Donarea de sânge este reglementată: în numeroase țări ca Franța, Belgia, Elveția și Canada, ea este benevolă, anonimă și gratuită, limitată la 3, 4 sau 5 ori pe an, pentru donatorii de la 18 ani până la, respectiv, 55, 60 și 65 ani, în funcție de țară. Cantitatea de sânge prelevată este funcție de greutatea corporală a donatorului.

De asemenea, este posibil să nu se recolteze decât plasmă (plasmaferează) sau plachete (citaferează). În acest caz, sângele prelevat este centrifugat pe măsura efectuării prelevării, ceea ce face posibilă redarea hematiilor în circulația sangvină a donatorului.

Donatorii de sânge, chiar cei care o fac în mod regulat, sunt supuși, la fiecare donare, unor examene medicale și biologice care au drept scop atât protejarea donatorului, cât și cea a primitorului. Unele boli, unele tratamente, unele circumstanțe deosebite (călătorii în locuri cu risc de infecție parazitară sau virală) constituie, în fapt, o contraindicație pentru donarea de sânge. Examenele permit să se determine grupul sangvin și să se depisteze diferitele sorturi de hepatite (B, C, „non-B / nonC"), precum și sifilisul, prezența HIV (agentul SIDA) și HTLV (virusul responsabil de limfoame sau de boli neurologice).

PRODUSE SANGVINE. Plecând de la sângele donat, sunt obținute diferite produse.

■ *Concentratul globular* provine dintr-o donare de sânge total; el este obținut prin simplă centrifugare. Practic, el nu conține decât globule roșii, amestecate cu o cantitate mică de plasmă. Concentratul globular este utilizat în tratamentul anemiilor provocate de o hemoragie chirurgie, traumatism) sau de o insuficiență medulară (aplazie, talasemie, insuficiență renală etc.)

■ *Plachetele* provin fie dintr-o donare de sânge total (plachete zise „standard"), fie dintr-o donare tip citaferează. Ele sunt utilizate la pacienții care au lipsă de plachete, de cele mai multe ori din cauza unei insuficiențe medulare, mai rar ca urmare a hemoragiilor foarte abundente.

■ *Plasma* provine fie dintr-o donare de sânge total, fie dintr-o plasmaferează. Ea este utilizată în tratamentul hemoragiilor mari sau în anumite deficite în factori ai coagulării. Ea poate suferi o purificare industrială (prin încălzire, prin tratare cu solvent-detergent), având drept scop conservarea anumitor proteine (factori antihemofilici, imunoglobuline, fibrinogen etc.) și eliminarea eventualelor virusuri.

REINJECTAREA SÂNGELUI. Protecția primitorului este întărită prin determinarea grupului său sangvin (efectuată de 2 ori pe două prelevate diferite), căutarea aglutininelor neregulate (anticorpi specifici) și un ultim control al grupului sangvin, la patul pacientului, atât al sângelui de transfuzat, cât și al sângelui pacientului. Injectarea este, în general, făcută în vena brațului.

În pofida acestor măsuri de securitate, aplicate cu cea mai mare vigilență, unele accidentre sunt inevitabile. Este vorba, în principal, de imunizarea primitorului față de anumite antigene ale sângelui transfuzat, care se traduce printr-o febră și prin frisoane; ineficacitatea transfuziei la primitorii de plachete; apariția de aglutinine neregulate care fac transfuziile ulterioare mai dificile. Riscul de transmisie virală (hepatită, SIDA) este foarte mic. Pentru hepatita C, el este evaluat de 1 la 6 000 donatori, pentru hepatita B, 1 la 200 000, pentru SIDA 1 la 500 000 și pentru HTLV este de 1 la 200 000 donatori. Totuși, atunci când este posibil, este preferată recurgerea la autotransfuzie: primitorul este propriul său donator, sângele fiindu-i prelevat cu câteva zile înaintea unei intervenții care necesită o transfuzie.

TRANSGENEZĂ. Introducere a unui segment de A.D.N. într-un ovul fecundat sau într-un embrion aflat într-un stadiu puțin evoluat.

TRANSPIRAȚIE. Eliminare a sudorii prin porii pielii.

Sudoarea este secretată de către glandele sudoripare sub influența diferiților factori: temperatura exterioară și efortul fizic (ea servește atunci la eliminarea unui anume număr de calorii și la restabilirea echilibrului termic îl corpului), emoțiile și diverse stresuri (mecanismul stresului fiind în acest caz pur nervos).

PATOLOGIE. Un exces patologic de transpirație definește hiperhidroza.

TRANSPLANTARE. Transfer al unui țesut sau al unui organ, împreună cu vasul sau cu vasele care îl irigă, pentru a înlocui sau a compensa o funcție prăbușită.

Pe când termenul de grefă se folosește indiferent de tehnica folosită, cel de transplantare implică o restabilire a continuității vaselor mari (artere, vene). Acest termen privește îndeosebi grefele de organe: inimă, rinichi, ficat, plămân etc. → GREFĂ DE FICAT, GREFĂ DE INIMĂ, GREFĂ PANCREATICĂ, GREFĂ PULMONARĂ, GREFĂ DE RINICHI.

TRANSPOZIȚIA VASELOR MARI. Malformație congenitală în care aorta ia naștere, în mod anormal, din ventriculul drept, iar artera pulmonară din ventriculul stâng.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. La naștere, nou-născutul este cianozat (buzele și unghiile îi sunt violacee). O ecocardiografie permite să se confirme diagnosticul de transpoziție a vaselor mari.

Diagnostiul prenatal prin ecografie este dificil.

TRATAMENT. Intervenția chirurgicală constă în crearea sau în mărirea unei comunicații interauriculare printr-un cateter cu balonaș introdus în inimă, ceea ce asigură amestecarea celor două circulații și dă posibilitatea să se aștepte momentul, variabil după caz, dar situându-se în majoritatea cazurilor înainte de 6 luni, unei corecții chirurgicale complete, care constă în repunerea celor două vase în locul lor normal; rezultatul este, în general, satisfăcător.

TRANSSEXUALISM. Tulburare de identitate în care subiectul are dorința sau sentimentul de a aparține sexului opus.

Această definiție exclude travestiții, homosexualii, precum și persoanele atinse de o anomalie cromozomică (sindromul lui Klinefelter, al lui Turner etc.).

Transsexualismul este o manifestare a unei dereglări grave a construirii identității la copil, probabil consolidată de către mediul familial. El se manifestă printr-un sentiment precoce de comuniune cu celălalt sex, subiectul considerând sexul său biologic ca o nedreptate, ca o eroare pe care caută s-o îndrepte, adoptând comportamentul și aspectul sexului opus. Aceasta poate duce la solicitarea unei intervenții medicale sau chirurgicale asupra atributelor sexuale (pilozitate, sâni, modificare a organelor genitale). Aceste transformări nu fac, în general, să dispară nici suferința psihologică, nici profundul sentiment de insatisfacție al subiectului.

TRANSSUDAT. Lichid care zemuiește dintr-o membrană seroasă sau dintr-o mucoasă din cauza fenomenului de stază (încetinirea sau oprirea circulației unui lichid organic) sau din cauza unei diminuări a concentrației în proteine a plasmei, ceea ce favorizează ieșirea lichidelor în afara vaselor.

TRANZIT BARITAT AL INTESTINULUI SUBȚIRE. Examen radiologic al intestinului subțire.

INDICAȚII. Tranzitul baritat al intestinului subțire permite decelarea unei eventuale leziuni a peretelui jejunului sau al ileonului (prima și a doua parte a intestinului subțire) sau a unei eventuale îngustări pe aceste segmente, cauzate de o inflamație sau de o tumoră.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. Bolnavul trebuie să se prezinte la examen à jeun. Examenul se practică cu ajutorul baritei (hidroxid de bariu), o substanță groasă, opacă la radiațiile X, pe care pacientul trebuie să o absoarbă în cantitate variabilă după necesitățile examenului sau care este introdusă în duoden cu ajutorul unei sonde făcută să alunece prin gură sau nas. În acest ultim caz, poate fi injectat un medicament antispasmodic pentru a evita eventualele greșuri. Tranzitul baritat al intestinului subțire durează, după cum barita a fost înghițită sau introdusă printr-o sondă, de la una la cinci ore.

CONTRAINDICAȚII ȘI EFECTE SECUNDARE. Acest examen este contraindicat femeilor gravide. El nu este însoțit de nici un efect secundar, doar absorbția terciului baritat și introducerea sondei pot fi neplăcute. De îndată ce examenul este încheiat, pacientul poate pleca și poate să-și reia alimentația normală. În timpul următoarelor două zile, fecalele sale vor avea un aspect albicios datorat eliminării baritei.

TRANZIT ESOGASTRODUODENAL. Examen radiologic al părții superioare a tubului digestiv (esofag, stomac și duoden).

Tranzitul esogastroduodenal (T.E.G.D.) este foarte des înlocuit cu fibroscopia gastrică. Această ultimă tehnică este, în fapt, o tehnică directă (vederea suprafeței mucoasei) și are, în plus, avantajul de a permite prelevări de mucoasă digestivă (biopsie) pentru a le examina la microscop. Totuși, tranzitul esogastroduodenal rămâne indicat atunci când fibroscopia este imposibilă din cauza unei îngustări de netrecut cu tubul optic, atunci când se caută o compresie exterioară sau când este nevoie de documente radiologice în vederea unei operații.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. Pacientul trebuie să fie à jeun de cel puțin 8 ore. El trebuie să nu fi suferit un alt examen cu barită și să nu fi fumat în ultimele 4–6 zile. El absoarbe barită (conținutul unui pahar), substanță groasă, opacă la radiațiile X. Examenul comportă un studiu dinamic, care constă în urmărirea pe un ecran de radioscopie, și un studiu static, care constă în luarea de clișee radiografice la intervale regulate. Poate fi necesar să se comprime abdomenul cu un balon de material plastic pentru a obține imagini mai bune. Mai este posibil să se injecteze un produs antispasmodic destinat să micșoreze contracțiile stomacului. La sfârșitul examenului, care durează în jur de 30 minute, medicul basculează masa de radiologie astfel încât capul pacientului să se găsească mai jos decât picioarele sale, pentru a verifica faptul că nu există un reflux de barită din stomac spre esofag, ceea ce ar pune în evidență o hernie hiatală.

CONTRAINDICAȚII ȘI EFECTE SECUNDARE. Tranzitul esogastroduodenal este un examen contraindicat la femeile gravide. După examen, pacientul poate să-și reia imediat activitățile și alimentația normală. În zilele următoare, fecalele vor avea o culoare albicioasă din cauza eliminării de barită.

TRAPEZ. Mușchi mare, triunghiular și aplatizat care merge de la coloana vertebrală la umăr.

STRUCTURĂ. Mușchiul trapez se inseră pe părțile posterioare ale vertebrelor (cervicale și dorsale) și se termină pe claviculă și omoplat. El participă la menținerea gâtului și a rachisului dorsal și intervine în mișcările de ridicare a umărului, precum și în rotirea și în înclinarea capului.

PATOLOGIE. Mușchiul trapez este adesea sediul contracturilor provocate de leziunile coloanei cervicale (torticolis, fractură, entorsă).

TRASOR. → MARKER.

TRASOR RADIOACTIV. Substanță radioactivă a cărei prezență sau al cărei traiect într-un țesut, un organ sau un organism viu pot fi ușor detectate cu un dispozitiv adecvat. SINONIM: *marker radioactiv*.

Trasorii radioactivi sunt substanțe care pot fi introduse în foarte mici cantități într-un organism pentru a urmări repartiția lor în scopuri experimentale, îndeosebi biologice sau medicale. Aceștia prezintă avantajul, spre deosebire de majoritatea trasorilor neradioactivi, de a nu perturba metabolismul studiat având în vedere cantitățile foarte mici necesare.

TRATAMENT. Totalitate a metodelor întrebuințate pentru a lupta împotriva unei boli și a încerca să fie vindecată.

Tratamentul face apel la principiile terapeuticii, pe care medicul le adaptează în modul cel mai potrivit la cunoștințele actuale privind fiecare caz în parte. Se deosebesc tratamentele medicale, care utilizează medicamente și diverse mijloace fizice (kineziterapie, radioterapie, termalism)și tratamente chirurgicale, cu diverse instrumente și sub diferite modalități de anesteziere.

DIFERITE TIPURI DE TRATAMENT. Se deosebesc patru, după scopul lor.

■ *Tratamentele curative* se desfășoară în mai multe faze: tratament de atac, inițial și intensiv, urmat la nevoie de un tratament de întreținere, mai puțin dificil, dar adesea mai îndelungat.

■ *Tratamentele paliative* privesc măsurile care pot să fie utilizate atunci când o boală gravă, un cancer de exemplu, se apropie de deznodământ, cu scopul de a-i permite bolnavului să trăiască în condițiile cel mai puțin neplăcute.

■ *Tratamentele preventive* caută să împiedice apariția unei boli, prin vaccinare de exemplu, ori să suprime un factor de risc (lupta împotriva tabagismului sau a hipercolesterolemiei).

■ *Tratamentele simptomatice* vizează ameliorarea simptomelor unei boli fără ca totuși să lupte împotriva cauzelor sau chiar a naturii acestei boli; prescrierea de analgezice, care atenuează durerea, este un exemplu în acest sens.

TRAUMATISM CRANIAN. Șoc accidental pe craniu, complicat sau nu cu leziuni ale encefalului.

Traumatismele craniene sunt frecvente. Principala lor cauză este reprezentată de accidentele rutiere, responsabile de jumătate din traumatismele craniene severe, în particular la tineri, la care constituie prima cauză de mortalitate. Alte origini sunt căderile, îndeosebi înainte de 15 ani și după 65 ani, apoi accidentele de muncă și sportive, accidentele casnice și agresiunile.

În afara cazurilor celor mai benigne, caracterizate printr-o durere, un hematom sau o plagă a pielii capului, traumatismele craniene pot fi sursa leziunilor primare (care apar imediat) sau secundare (care se produc la câteva ore până la câteva luni după traumatism).

LEZIUNILE PRIMARE. Leziunile primare sunt osoase sau encefalice.

■ *Leziunile osoase* sunt fracturile boltei craniene (prin șoc direct) și cele ale bazei craniului (prin propagarea șocului). Există două varietăți deosebite de fractură: fractura cu deplasare, un fragment osos fiind deplasat și înfundat, și fractura deschisă, cu plagă a pielii capului. O fractură nu antrenează în mod obligatoriu consecințe grave, dar poate provoca, mai ales în caz de deplasare, leziuni ale encefalului, primare sau secundare.

■ *Leziunile encefalului* cuprind comoția cerebrală, contuzia cerebrală și hematomul subdural acut. Comoția cerebrală se traduce prin leziuni difuze ale substanței albe provocate de deplasarea și întinderea structurii nervoase în momentul impactului. Ea este responsabilă de o pierdere imediată a stării de conștiență, durata ei fiind proporțională cu intensitatea leziunilor. Contuzia cerebrală comportă o distrugere a celulelor nervoase și mici focare de sângerare. Leziunile contuziei pot fi localizate la punctul de impact al traumatismului sau de partea opusă atunci când rezultă dintr-un mecanism de contralovitură. Ele antrenează, în funcție de localizarea lor, tulburări de comportament sau un ușor deficit motor, în general fără gravitate și reversibil. Hematomul subdural acut este o pungă de sânge colectat în grosimea meningelor. El generează rapid o paralizie și tulburări ale conștienței (somnolență care poate merge până la comă).

LEZIUNILE SECUNDARE. Leziunile secundare se produc într-un interval care poate merge de la câteva ore până la câteva luni după traumatism, și pot apărea chiar atunci când nu există o fractură.

Hematoamele intracraniene sunt responsabile de o treime din decesele tardive prin traumatisme craniene. Este vorba de hematoame extradurale, situate între dura-mater și cutia craniană, și de hematoame subdurale cronice, situate între encefal și dura-mater. Primele se manifestă prin dureri de cap și tulburări ale conștienței (somnolență, comă). Celelalte se traduc, în interval de câteva zile până la câteva luni după traumatism prin dureri de cap, o hemiplegie, o afazie, o stare de pseudodementă sau doar de confuzie la subiectul vârstnic, tulburări ale comportamentului (închidere în sine). Pericolul acestor două tipuri de hematom rezidă în compresia pe care o provoacă asupra creierului. Modul de instalare a simptomelor pe care le produc este cu atât mai puțin rapid cu cât hematomul apare mai târziu. Într-un mare număr de cazuri, aceste hematoame pot fi depistate prin scanerul cerebral și pot fi tratate, la nevoie, printr-o intervenție chirurgicală de urgență.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Interogatoriul rănitului sau al anturajului său dă posibilitatea să se evalueze violența accidentului și să se știe dacă a avut loc pierderea stării de conștiență, ceea ce sugerează formarea unui hematom. Examenul imediat, care va fi repetat în cursul supravegherii, se leagă de punctele următoare: starea de conștiență, semnele neurologice corespunzând unei leziuni localizate ca un hematom (paralizie a unui membru, abolirea unui reflex), plagă a pielii capului. Radiografiile craniului, în căutarea unei fracturi sunt sistematice.

Atunci când nu există nici fractură, nici semn neurologic, riscul de complicație este infim și spitalizarea nu este întotdeauna necesară. Atunci când a avut loc o pierdere a stării de conștiență – chiar dacă rănitului pare să-i meargă

foarte bine – o supraveghere de 24–48 ore în spital este recomandabilă. În caz de comă sau de semn neurologic, se impune spitalizarea într-un serviciu de neurochirurgie: scanerul cerebral permite să se instituie un tratament adecvat în fiecare caz. În caz de hematom subdural acut, este practicată o reanimare, concomitent cu un tratament antiedematos. Hematoamele extradurale sunt drenate pe cale chirurgicală în regim de urgență, în timp ce hematoamele subdurale cronice pot face obiectul unui drenaj chirurgical sau al unei corticoterapii.

TRAUMATISMUL CRANIAN AL COPILULUI. În mod schematic, cazurile copiilor care au suferit un traumatism cranian se împart în trei grupe, după riscul fracturii și după complicațiile pe care le prezintă.

■ *Grupa de risc foarte mic* cuprinde cazurile cele mai frecvente: copii mai mari de 2 ani care prezintă plăgi superficiale, dureri de cap și amețeli trecătoare. De obicei, este justificată doar o supraveghere, la domiciliu, de către părinți.

■ *Grupa de risc intermediar* include cazurile următoare: copii sub vârsta de 2 ani (în afara cazului că traumatismul este evident benign), copiii care și-au pierdut conștiența pe o durată necunoscută sau care prezintă vărsături, o amnezie privind accidentul, un traumatism care atinge și o altă parte a corpului (îndeosebi fața, ca o sângerare a nasului). Radiografiile de control sunt recomandate copiilor celor mai mici (sub un an) și celor care au plagă gravă a pielii capului.

■ *Grupa de risc ridicat* corespunde copiilor care prezintă o tulburare a stării de conștiență imediată, somnolență, apatie) sau mai ales secundară (survenind în cel de al doilea timp, după vindecarea aparentă) sau, încă, în caz de fractură. Copilul trebuie atunci transferat de urgență într-un spital care dispune de un serviciu de neurochirurgie.

TRAUMATISM FIZIC. Totalitate a tulburărilor fizice și a leziunilor unui țesut, unui organ sau unei părți a corpului provocate accidental de către un agent exterior.

TRAUMATISM PSIHIC. Totalitate a tulburărilor psihice sau psihosomatice provocate accidental de un agent exterior subiectului.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Manifestările unui traumatism psihic depind de personalitatea subiectului și de încărcătura emoțională a evenimentului în cauză (agresiune, catastrofă, jignire, stres prelungit etc.). Un traumatism psihic se traduce, în general, printr-o reacție acută (repaus, criză de angoasă, stare de confuzie și stupoare), care se poate prelungi prin tulburări de readaptare: nevroză traumatică (sau reacțională), apropiată de nevroza clasică, dar mai puțin structurată, sinistroză (subiectul amplifică prejudiciul suferit), sindrom subiectiv posttraumatic (oboseală, dureri, dureri de cap, leșinuri), coșmare, hipotensiune ortostatică (amețeală la ridicare și la poziția în picioare), vertije, acufene (percepție, în general eronată, a unei senzații sonore).

TRATAMENT. Acesta se bazează pe tehnici ca hipnoza sau narcoanaliza, pe relaxare și pe luarea de sedative ușoare.

TRAUMATOLOGIE. Specialitate medicală și chirurgicală consacrată studiului și tratamentului traumatismelor fizice.

TRAVALIU. Fază a nașterii marcată prin asocierea contracțiilor uterine dureroase, din ce în ce mai dese, cu scurtarea și dilatația colului uterin.

Semnalat adesea prin pierderea dopului mucos (gleră care astupă orificiul colului uterin la sfârșitul sarcinii) și uneori prin ruperea pungii apelor, travaliul are o durată variabilă de la o femeie la alta. El este adesea mai lung pentru o primă naștere decât pentru următoarele → NAȘTERE.

TREMURĂTURĂ. Mișcare anormală caracterizată prin oscilații ritmice involuntare ale unei părți a corpului (membru, trunchi, față).

DIFERITE TIPURI DE TREMURĂTURĂ. Se disting diferite varietăți de tremurătură în funcție de circumstanțele lor de apariție.

■ *Tremurătura de repaus* persistă atunci când subiectul este imobil – așezat sau alungit. Este un semn caracteristic al sindromului parkinsonian și al bolii lui Parkinson. Tremurătura atinge mai ales extremitățile, predominant mâinile (mișcări de „fărâmițare a pâinii"). Tratamentul recurge la medicamente antiparkinsoniene.

■ *Tremurătura de atitudine sau tremurătura posturală* nu apare decât atunci când subiectul menține o poziție, de exemplu, dacă i se cere să țină brațele întinse în față. Cea mai des întâlnită este tremurătura fiziologică, provocată de emoție sau favorizată de excitante (cafea). O altă formă este tremurătura cauzată de luarea unui medicament (antidepresor triciclic, litiu) sau unei boli (boala lui Basedow [exces de hormoni tiroidieni], hipoglicemie, micșorarea nivelului sangvin de glucoză, alcoolism cronic). Tratamentul constă în diminuarea sau în suprimarea medicamentului sau în tratarea afecțiunii în cauză. Al treilea tip de tremurătură de atitudine este tremurătura esențială (de cauză necunoscută), denumită tremurătură senilă dacă apariția ei este tardivă. Destul de frecventă (afectează 2% din populație), familială în jumătate din cazuri, ea atinge extremitățile membrelor și mai ales capul; dacă amploarea tremurătorii deranjează viața curentă (alimentație, îmbrăcare), se prescrie un medicament betablocant ca propranololul, ori un antiepileptic.

■ *Tremurătura de acțiune* survine atunci când subiectul efectuează o mișcare voluntară. Ea poate fi o complicație a unei tremurături de atitudine care evoluează de multă vreme. În alte cazuri, ea face parte dintr-un sindrom cerebelos (prin atingerea creierului mic sau a căilor nervoase aflate în conexiune cu el). Tremurătura predomină la rădăcina membrelor (umeri, șolduri), creând un handicap serios.

Un medicament antiepileptic (valproat de sodiu) sau antiischemic (piracetam) poate fi prescris. Totuși, vindecarea completă a unei tremurături de origine cerebeloasă este rară.

TREONINĂ. Acid aminat indispensabil (adică nesintetizabil de către organism, care trebuie să-l primească prin alimentație), având funcție de alcool.

TREPANAȚIE. Tehnică chirurgicală constând în practicarea unui orificiu într-un os.

O trepanație poate fi practicată în diferite oase, ca în mastoida din spatele urechii, pentru a efectua evacuarea puroiului format într-o mastoidită. Dar acest termen se aplică în mod deosebit în cazul deschiderii chirurgicale a craniului (craniotomie). Aceasta este indicată pentru îndepărtarea corpilor străini, pentru golirea unei hematom sau a unui abces, pentru o operație în cazul unei tumori.

TREPONEMATOZĂ. Boală infecțioasă contagioasă provocată de o treponemă, bacterie din genul *Treponema*.

Cea mai cunoscută dintre treponematoze este sifilisul, boală transmisibilă sexual provocată de *Treponema pallidum*.

Penicilina este foarte eficace în toate treponematozele.

TREPONEMĂ. Gen bacterian de care aparțin spirochetele, cuprinde bacteriile de diametru foarte mic, helicoidale, care nu prind colorația Gram și prezintă o mobilitate caracteristică.

Treponemele sunt responsabile de treponematozele cu transmisie sexuală (sifilis) și nesexuală (treponematoze nevenerienne: bejel, caraté sau pinta, pian) care sunt boli tropicale.

TRICEPS (mușchi). Mușchi al membrelor superioare și inferioare constituit din trei capete (corpi musculari) distincte care se termină printr-un tendon unic.

TRICHIASIS. Inflexie a genelor spre ochi, ceea ce provoacă o iritație a corneei.

Un trichiasis este asociat adesea unui entropion (răsucire a marginii pleoapei spre interiorul ochiului), uneori legată de vârstă.

Atunci când genele deviate nu sunt prea numeroase, ele pot fi îndepărtate cu o pensetă sau se poate practica o electroliză ciliară, care constă în arderea foliculilor pentru a limita și chiar a împiedica creșterea lor.

Trichiasisurile importante necesită un tratament chirurgical.

TRICHINOZĂ sau **TRICHINELOZĂ.** Boală parazitară cauzată de infestarea cu un vierme minuscul, trichina sau *Trichinella spiralis*. Trichinoza este frecventă în toate țările în care se consumă carne insuficient pregătită termic.

CONTAMINARE. Omul de infestează mâncând carne insuficient pregătită termic, carne de porc și de mistreț îndeosebi, dar uneori și de cal.

SIMPTOME SI SEMNE. Simptomele apar după câteva zile sau câteva săptămâni: febră ridicată, diaree abundentă, oboseală, dureri și crampe musculare.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Bolnavul poate să se vindece spontan. Nici un medicament nefiind cu adevărat eficace, este absolut obligatoriu să se consume carne bine pregătită termic sau marinată și friată îndelung, dacă este vorba de vânat (mistreț).

TRICICLIC (antidepresor). Medicament antidepresor compus dintr-o moleculă care conține trei cicluri alipite. SINONIM: *imipraminic*.

INDICAȚII ȘI MOD DE ADMINISTRARE. Antidepresoarele triciclice sunt indicate în tratamentul depresiunilor endogene, fără cauze exterioare imediate (doliu, divorț, de exemplu), a căror evoluție este treptată. Ele sunt administrate pe cale orală sau parenterală (injecție).

CONTRAINDICAȚII. Este contraindicat să se asocieze triciclicele cu alte antidepresoare, inhibitorii de monoaminoxidază (I.M.A.O.). Mai mult, se evită să fie prescrise în caz de stare delirantă sau halucinatorie, de tulburări cardiace, de glaucom sau de probleme cu prostata.

EFECTE NEDORITE. Antidepresoarele triciclice au o acțiune anticolinergică prin influența lor asupra unui neurotransmițător, acetilcolina, care poate antrena o hipotensiune ortostatică (amețeli la ridicare și la poziția în picioare), o constipație, o retenție de urină, o uscăciune a gurii și tulburări de acomodare vizuală. Alte tulburări care mai pot apărea sunt: coșmaruri, tulburări ale apetitului (bulimie), tulburări endocrine (dispariția fluxului menstrual) și sexuale (impotență, imposibilitate de a ajunge la orgasm).

TRICOCEFALOZĂ. Boală parazitară benignă cauzată de infestarea tubului digestiv cu un vierme mic, tricocefalul sau *Trichuris trichiura*.

TRICOEPITELIOM. Mică tumoră benignă cutanată formată plecând de la rădăcina unui fir de păr.

Tratamentul nu este justificat decât în caz de reală jenă estetică; el constă atunci în distrugerea leziunilor prin electrocoagulare sau cu ajutorul laserului cu dioxid de carbon.

TRICOFITIE. Orice dermatoză provocată de o ciupercă de tipul *Trichophyton*. → DERMATOFITIE.

TRICOMONAZĂ. Boală parazitară cauzată de un protozoar (animal microscopic constituit dintr-o singură celulă) denumit *Trichomonas vaginalis*.

Tricomonaza urogenitală este o afecțiune frecventă, care survine mai ales la femeile de vârste între 16 și 35 ani. Modul său de transmisie este, în principal, sexual, dar nu obligatoriu, parazitul putând supraviețui mai multe ore pe obiecte de toaletă (prosoape, de exemplu); umiditatea și mediul alcalin favorizează supraviețuirea și multiplicarea sa.

SIMPTOME ȘI SEMNE

■ *La bărbat*, tricomonaza se traduce printr-o uretrită (inflamație a uretrei): scurgere matinală, roșcată și umflătură în jurul orificiului uretral, înroșire a șanțului balanopreputial (la baza glandului), semne urinare moderate.

■ *La femeie*, boala se manifestă printr-o vulvovaginită acută (inflamație a vulvei și a vaginului): pierderi (leucoree) abundente, galben-verzui, urât mirositoare, care declanșează o roșeață și mâncărimi vii; la acestea se asociază adesea o atingere urinară: jenă la urinat (disurie), arsuri în timpul micțiunii, micțiuni prea frecvente (pollakiurie). Uneori simptomele sunt mai discrete: arsuri și mâncărimi ușoare, dureri în timpul raporturilor sexuale.

■ *La bărbat, ca și la femeie*, se întâmplă ca boala să nu se traducă prin nici un semn; totuși, ea nu este mai puțin contagioasă.

DIAGNOSTIC. Acesta constă în punerea în evidență a parazitului în secrețiile vaginale sau uretrale.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul se bazează pe luarea de antibiotice imidazolate, fie timp de 7 zile, fie în cadrul unui tratament rapid (o singură zi). Este prudent să nu se prescrie aceste medicamente în primele 3 luni de sarcină. Partenerul sexual trebuie să fie tratat simultan chiar dacă nu prezintă nici un simptom, prevenindu-se astfel orice recidivă. Este recomandat să se verifice prin examene serologice, făcute concomitent cu celelalte examene, absența altor boli cu transmisie sexuală. Prevenirea contaginii constă în folosirea prezervativului până la sfârșitul tratamentului.

TRICOMICOZĂ. Infecție a tijei perilor cu un bacil aparținând genului *Corynebacterium*.

Tricomicoza este favorizată de o hiperhidroză (transpirație excesivă) și de lipsa de igienă. Necontagioasă, ea se semnalează prin minuscule bule albe în jurul perilor din regiunea axilară, care devin închise la culoare și rugoase. Tratamentul constă într-o bună igienă și în aplicații de antiseptice timp de o săptămână, completate, la nevoie, de rasul perilor.

TRIGLICERID. Lipid compus din trei molecule de acid gras legate de o moleculă de glicerol. SINONIM: *triacilglicerol*.

Trigliceridele constituie cea mai mare parte a lipidelor alimentare, de asemenea, și a lipidelor organismului stocate în țesutul adipos. Ele mai sunt găsite și în serul sangvin, unde circulă cuplate cu proteinele specifice, diferite după originea lor: chilomicronii pentru trigliceridele de origine alimentară sau VLDL (*Very Low Density Lipoproteins*, lipoproteine de foarte mică densitate), și derivații lor pentru trigliceridele fabricate în ficat plecând de la glucoză.

Trigliceridele sunt dozate în ser, de cele mai multe ori prin hidroliză enzimatică și dozare a glicerolului astfel eliberat. Trigliceridemia (nivelul trigliceridelor în ser) este cuprinsă în mod normal între 0,6 și 1,7 milimoli, adică între 0,5 și 1,5 grade, pe litru. Ea variază după diferiți factori: sex (trigliceridemia este, de obicei, mai mare la bărbat decât la femeie), vârstă, greutate corporală, mod de alimentare, consum de tutun, de alcool, exerciții fizic, sarcină, luarea anumitor contraceptive orale care conțin estrogeni. → HIPERTRIGLICERIDEMIE, HIPOTRIGLICERIDEMIE.

TRIIODOTIRONINĂ. Formă activă a hormonilor tiroidieni iodați provenind din conversia unuia dintre ei, tiroxina. → TIROIDIAN (hormon).

TRIPANOSOMIAZĂ AFRICANĂ. Boală parazitară provocată de un protozoar (microorganism unicelular), flagelat, tripanosomul. SINONIM: *boala a somnului*.

Tripanosomiaza africană este endemică în Africa intertropicală.

CONTAMINARE. Tripanosomiaza africană este transmisă omului prin înțepătura unei muște, glosina, mai cunoscută sub numele de musca tze-tze (țe-țe). Tripanosomii, cu ajutorul flagelului care îi caracterizează, se deplasează în sânge, în ganglioni și în sistemul nervos cerebrospinal.

SIMPTOME ȘI EVOLUȚIE. Deși timpul de incubare a bolii este, în general, de 5 până la 20 zile, se întâmplă ca accasta să nu se declare decât peste câțiva ani. Boala se traduce printr-o febră, mâncărimi, apariția de ganglioni pe gât. Splina și ficatul cresc în volum. Bolnavul devine iritabil sau trist, se agită, vorbește mult sau se cufundă într-un fel de îmbufnare. Uneori el este victima unor importante tulburări de comportament care pot merge până la agresivitate, necesitând o internare psihiatrică. Din ce în ce mai apatic, bolnavul adoarme în timpul zilei, mănâncă din ce în ce mai puțin și își petrece nopțile în agitație. Netratată, boala, într-un interval de timp variabil de la caz la caz, duce la comă și apoi la moarte.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Unele medicamente antiparazitare sunt eficace însă periculoase, deoarece toxicitatea lor este importantă. Turiștii și orășenii întâmpină puține riscuri de a fi atinși de tripanosomiază, care nu este o boală urbană și care nu se dezvoltă decât după numeroase înțepături ale muștei. Serviciile de sănătate africane luptă activ împotriva bolii somnului prin procedee de depistare și prin distrugerea glosinelor.

TRIPANOSOMIAZĂ AMERICANĂ. → CHAGAS (boală a lui).

TRIPLOPIE. Vedere triplă a obiectelor.

Triplopia, mai rară decât diplopia (vedere dublă), nu privește decât un ochi: ea se numește monoculară. Triplopia

poate fi consecința unei tumefieri a pleoapei (traumatism, chist sau tumoră) care apasă pe cornee. → DIPLOPIE.

TRIPSINĂ. Enzimă digestivă secretată de către pancreas.

UTILIZARE ÎN SCOP DIAGNOSTIC. O creștere a nivelului de tripsină în sânge este caracteristică pentru mucoviscidioză (boală creditară care afectează pancreasul și plămânii).

TRIPTOFAN. Acid aminat indispensabil (adică nesintetizabil de către organism, care trebuie să fie primit prin alimentație).

SURSE ȘI NECESITĂȚI. Triptofanul se află în proteinele alimentare, esențialmente de origine animală. Necesitățile zilnice ale unui adult sunt de ordinul a 0,25 grame.

DOZAJ. Nivelul sangvin al triptofanului este cuprins în mod normal între 10 și 40 milimoli, adică între 2,05 și 8,15 miligrame, pe litru.

Nivelul sangvin al triptofanului în sânge crește în unele cazuri de tumori ale intestinului (carcinoid) și în diferite afecțiuni psihiatrice (psihoză maniacodepresivă cu delir, căteva forme de schizofrenie); el se micșorează în alte afecțiuni psihiatrice (psihoză maniacodepresivă cu melancolie) și în cursul unor depresiuni.

Numeroase patologii complexe sunt legate de triptofan.

TRISMUS. Constricție a maxilarelor cauzată de contractura involuntară a mușchilor masticatori.

CAUZE. Trismusul este primul semn de recunoaștere a tetanosului. Dar el se mai observă și în cazuri de leziuni locale inflamatorii (amigdalită, flegmon al amigdalei, abces dentar cauzat de erupția unui dintre mandibular de minte, artrită temporomaxilară), în cursul bolii lui Horton (arterită temporală) sau poate fi provocat de un traumatism (luxație, fractură de maxilar). Unele intoxicații(cu stricnină) sau unele accidente de intoleranță medicamentoasă (neuroleptice) pot, de asemenea, să provoace un trismus. Acesta pune în evidență, în unele cazuri, afecțiuni de origine neurologică precum meningita acută, scleroza în plăci, boala lui Parkinson sau hemiplegia.

TRATAMENT. Acesta depinde de cauză: antibiotice în caz de trismus de origine dentară, spitalizare și administrare de ser antitetanic uman în caz de tatanos etc. Mai pot fi prescrise și medicamente care antrenează o relaxare musculară (miorelaxante, curarizante).

TRISOMIE 21. Aberație cromozomică ce se traduce printr-un handicap mintal și un aspect fizic caracteristic. SINONIM: *sindromul lui Down*.

Trisomia 21 mai era denumită și mongolism din cauza aspectului feței, care îl evocă pe cel al popoarelor mongole.

FRECVENȚĂ. Frecvența trisomiei 21, care afectează 1 copil din 650 copii, crește considerabil cu vârsta mamei, mai ales după 35 ani.

CAUZE. Această boală congenitală este cauzată de cele mai multe ori de existența unui cromozom supranumerar care se adaugă la cea a 21-a pereche de cromozomi, subiectul atins posedând deci 47 cromozomi în loc de 46. Mai rar, unul dintre cromozomii 21 ai tatălui sau ai mamei este transferat pe un alt cromozom: subiectul nu are atunci decât 45 cromozomi; el însuși nu este afectat, dar riscă să aibă un copil care va fi afectat. Evoluția paralelă a vârstei mamei și a frecvenței trisomici 21 sugerează faptul că ovulul este mai mult implicat decât spermatozoidul în constituirea acestei anomalii. Aceasta se produce în cursul primelor diviziuni celulare care urmează fecundației ovulului de către spermatozoid.

SEMNE. La naștere, majoritatea copiilor atinși de trisomie 21 au ochii exagerat de depărtați, cu fantele palpebrale oblice. Mai sunt evocatoare și alte anomalii morfologice: partea posterioară a capului este lată și plată, fața rotundă, nasul mic și ridicat; limba, voluminoasă, iese adesea din gura întredeschisă. Acești copii sunt de înălțime mică.

Acestor caracteristici morfologice le sunt asociatealte semne – mai puțin cunoscute – ca hipotonia musculară, tulburările de sensibilitate (subiecții sunt mai puțin vulnerabili la durere) sau tulburările metabolice (carențe vitaminice, scădere a glicemiei, de exemplu). Deficite imunitare explică marea fragilitate la infecții a copiilor trisomici. Aceștia mai pot fi atinși de malformații viscerale grave (cardiopatie congenitală).

Handicapul mintal este prezent în toate cazurile. Dar mulți dintre trisomicii 21 sunt capabili de a fi instruiți, unii putând ajunge să fie inițiați în citit, chiar și în deprinderea scrisului.

Creșterea subiecților atinși de trisomie 21 este lentă, iar pubertatea lor este tardivă. Fetele sunt fecunde, iar băieții, sterili. Copiii născuți din mame trisomice riscă în proporție de 50% să prezinte ei înșiși aberații cromozomice.

DIAGNOSTIC. Chiar și numai examenul fizic al copilului permite să se pună diagnosticul, care va fi apoi confirmat de studiul cariotipului. Analiza precisă a cariotipului va permite, în plus, să orienteze părinții către un sfat genetic ulterior.

Diagnosticul prenatal constă în analiza celulelor lichidului amniotic prelevat prin amniocenteză în jurul celei de a 17-a săptămâni de amenoree (absența fluxului menstrual). Această analiză este recomandată femeilor de vârste mai mari de 35 ani. Dozarea hormonului corionic gonadotropic (h.C.G.), secretat de ovare, apoi de placentă, în timpul sarcinii, poate fi practicată în jurul celei de a 16-a săptămâni de amenoree la femeile mai în vârstă de 30 ani; o creștere anormală a acestui nivel permite suspectarea unei anomalii cromozomice.

TRATAMENT ŞI PROGNOSTIC. Nu există un tratament specific, dar un mare număr de măsuri sunt susceptibile să amelioreze calitatea vieţii copiilor trisomici. cu ajutoare specializate, primite din prima copilărie, este posibil să se elaboreze un proiect educativ adaptat fiecărui copil.

TRITANOPIE. Anomalie congenitală a vederii culorilor, caracterizată prin imposibilitatea de a distinge diverse culori ale spectrului luminos, de la verde la violet.

TRITERAPIE. Metodă de tratament care constă în administrarea a trei medicamente în acelaşi timp, în particular în tratarea SIDA.

Triterapia este o metodă în curs de evaluare în cazul SIDA. Ea asociază două medicamente antivirale clasice (zidovudină, didanozină etc.) cu una dintre substanţele numite „antiproteaze" (ritanovir, indinavir, sachinavir). Triterapia poate fi prescrisă de la început, ori după eşecul altor tratamente. Eficacitatea pe termen scurt este destul de promiţătoare, dar cea pe termen lung este încă dificil de judecat. De altfel, a început să fie avută în vedere utilizarea asociaţiilor de patru medicamente.

TROFIC, -Ă. Care priveşte nutriţia ţesuturilor.

O tulburare trofică apare fie spontan, fie ca o complicaţie a unei arterite, a varicelor, a unei leziuni a centrilor nervoşi (hemiplegie) sau ca urmare a unui traumatism (entorsă, fractură). Ea rezultă ori dintr-un aport circulator deficitar în ţesut (obstrucţie a unei artere, stânjenire a circulaţiei venoase, compresie), ori dintr-o anomalie a compoziţiei sângelui (avitaminoză, de exemplu) sau încă dintr-un defect de control nervos prin nervii simpatici, parasimpatici sau motori.

TROFOBLAST. Strat celular periferic al oului, format atunci când acesta este încă în stadiul de blastocist (între a 5-a şi a 7-a zi după fecundaţie), care se află la originea placentei.

TROFOBLAST (biopsie de). Prelevare, din uterul unei femei gravide, a unui eşantion de ţesut placentar în scopul analizării lui. SINONIM: *prelevare de vilozităţi coriale*.

INDICAŢII. Biopsia trofoblastului permite să se pună diagnosticul prenatal al unor boli, metabolice sau genetice (trisomie 21, sindrom al lui Turner, hemofilie sau miopatie), pe baza realizării unui cariotip fetal (fotografie a tuturor cromozomilor fătului). Cariotipul indică şi sexul copilului, care este important de ştiut în caz de transmisie posibilă a unei boli legată de sex. Biopsia trofoblastului permite să se facă aceleaşi cercetări ca şi în cazul amniocentezei, dar mult mai devreme în raport cu vârsta sarcinii.

TEHNICĂ ŞI DESFĂŞURARE. Practicată aproximativ în a 10-a săptămână de amenoree (absenţa fluxului menstrual) într-un centru specializat, o biopsie a trofoblastului se efectuează fie pe cale vaginală, făcând să înainteze o pensă prin colul uterin până la trofoblast, fie pe cale abdominală, punctionând peretele abdomenului. În acest din urmă caz, trebuie, uneori, să fie practicată o anestezie locală.

Prelevarea este făcută sub control ecografic, iar pacienta trebuie să bea jumătate de litru de apă cu o oră înaintea examenului pentru ca vezica să fie vizibilă. Examenul este foarte puţin dureros. El durează între 5 şi 15minute.

EFECTE SECUNDARE. Examenul nu prezintă nici un pericol pentru mamă. Totuşi, riscurile de naştere falsă provocate de o fisură a membranelor sau de o dezlipire de placentă nu sunt neglijabile, fiind evaluate între 3 şi 5%.

TROMBECTOMIE. Tratament chirurgical care vizează extragerea unui trombus (cheag sangvin) dintr-un vas.

TROMBINĂ. Enzimă a cărei acţiune principală este aceea de a transforma fibrinogenul în fibrină, etapă finală a coagulării plasmatice.

O soluţie de trombină este utilizată local pentru întreruperea sângerărilor nazale prelungite şi a hemoragiilor locale în caz de grefă de piele. → TIMP DE TROMBINĂ.

TROMBANGEITĂ OBLITERANTĂ. → LÉO BUERGER (boală a lui).

TROMBOCIT. → PLACHETĂ.

TROMBOCITEMIE. Afecţiune caracterizată printr-o creştere anormală a numărului de plachete sangvine fără o cauză determinată. SINONIME: *trombocitemie esenţială, trombocitemie primitivă*.

Trombocitemia, care face parte dintre sindroamele mieloproliferative, este relativ frecventă şi afectează în general subiecţii sub vârsta de 20 ani.

SIMPTOME. O trombocitemie poate să se manifeste printr-o tromboză (obstrucţia printr-un cheag de sânge) a uneia sau mai multor artere mici; venele sunt mult mai rar afectate. Ea dă prilejul apariţiei unor dureri în mâini şi în picioare, calmate uneori de luarea de aspirină, şi unei uşoare creşteri în volum a splinei. Foarte des, nu există nici un simptom şi anomalia este descoperită întâmplător cu ocazia luării unei prize de sânge. Mai rar, boala este pusă în evidenţă prin hemoragii.

Diagnosticul se bazează pe evidenţierea unei creşteri considerabile a numărului de plachete (de la 500 000 până la mai multe milioane pe milimetru cub, pe când cifra normală se situează între 150 000 şi 450 000), constatată în absenţa oricărei tulburări (inflamaţie, hemoragie, lipsă de fier, insuficienţă funcţională a splinei) care să poată explica acest fenomen.

TRATAMENT. În caz de creştere moderată a numărului de plachete, tratamentul constă în administrarea de antiagregante plachetare (aspirină) în doze mici. Dacă creşterea

numărului de plachete este foarte mare, ori în caz de risc vascular deosebit, este necesar să se reducă producția de plachete cu ajutorul medicamentelor zise mielosupresoare, ca hidroxiureea. Un control regulat al numărului de plachete (la fiecare 3 sau 6 luni) este necesar. Prognosticul acestei afecțiuni este foarte bun.

TROMBOCITOZĂ. Afecțiune caracterizată printr-o creștere a numărului de plachete sangvine, legată de o cauză patologică determinată. SINONIM: *trombocitoză reactională*.

O trombocitoză este o anomalie frecventă, care se observă, în principal, în caz de inflamație (infecție, reumatism inflamator, cancer cu inflamație), hemoragie acută, carență în fier. Ea poate fi observată și după ablația splinei. Numărul de plachete rămâne cuprins, în majoritatea cazurilor, între 500 000 și un milion pe milimetrul cub (cifra normală situându-se între 150 000 și 450 000). El scade pe măsură ce afecțiunea în cauză evoluează spre vindecare.

TRATAMENT. Pentru a preveni riscurile trombozei (obstrucția unui vas sangvin printr-un cheag), este prescris, până la revenirea la normal a numărului de plachete, un tratament antiagregant plachetar, cu aspirine în doze mici.

TROMBOLITIC, -Ă. → FIBRINOLITIC(Ă).

TROMBOLIZĂ. Metodă terapeutică ce constă în injectarea unei substanțe trombolitice (denumită și fibrinolitică), adică o substanță capabilă să dizolve un cheag sangvin.

DESFĂȘURARE. Bolnavul este spitalizat de urgență. După un examen al sângelui (grupurile sangvine ABO și Rhesus, numărarea formulei sangvine și examene specifice după caz), substanța distructivă a cheagului (rt-PA [proteină obținută prin inginerie genetică], streptokinază [proteină de origine bacteriană] sau urokinază [enzimă izolată plecând de la urina umană]) este injectată pe cale intravenoasă în braț. Durata trombolizei variază în funcție de indicație. În cursul unui infarct, de exemplu, perfuzia durează aproximativ o oră. Pentru o embolie pulmonară, ea poate dura între 24 și 48 ore.

EFECTE SECUNDARE. Alergii la tromboliticele utilizate, un colaps (stare de șoc), complicații hemoragice, tulburări ale ritmului legate de dezobstrucția vasului vătămat sunt efecte care pot apărea.

CONTRAINDICAȚII. Această metodă este contraindicată în caz de operație chirurgicală datând mai puțin de 7 zile, de accident vascular cerebral recent, de leziune susceptibilă să sângereze (ca un ulcer digestiv), de puncție arterială recentă sau de pacient prea în vârstă.

REZULTATE. Acestea sunt cu atât mai bune cu cât tromboliza va putea fi întreprinsă mai devreme, în primele ore care urmează constituirii cheagului. Global, tromboliza a micșorat mortalitatea prin infarct miocardic cu mai mult de 25%.

TROMBOPATIE. Afecțiune caracterizată printr-o tulburare a funcționării plachetelor sangvine, fără micșorarea numărului lor.

SIMPTOME ȘI TRATAMENT. Simptomele sunt apropiate de cele ale trombopeniilor (afecțiuni caracterizate printr-o micșorare a numărului de plachete): pete hemoragice sub piele și mucoase (peteșii și echimoze), sângerări ale nasului, fluxuri menstruale anormal de abundente la femei; uneori, dar mai rar, tendință la tromboză (obstrucție a unui vas de către un cheag.

Tratamentul unei trombopatii se confundă cu cel al cauzei sale.

TROMBOPENIE. Afecțiune caracterizată printr-un număr de plachete sangvine sub nivelul normal, care este cuprins între 150 000 și 450 000 pe milimetru cub.

CAUZE. Cauzele trombopeniei pot fi grupate în 3 categorii.

■ *Tulburările producerii de plachete* pot fi consecutive unei anomalii congenitale (sindromul lui Fanconi), unei carențe în vitamina B12 sau în acid folic, unei aplazii (distrugere a măduvei osoase de către radiații, prin infecții ca tuberculoza sau hepatita virală, sau prin absorbția unor toxice variate, între care alcoolul), unei infiltrări a măduvei osoase cu o leucemie sau un alt cancer, în sfârșit o mielofibroză (transformare fibroasă a măduvei).

■ *Distrugerea excesivă a plachetelor* poate fi de origine neimună, ca în coagulările intravasculare diseminate (formarea de microcheaguri constituite din fibrină și din plachete) și la purtătorii unei proteze cardiace care provoacă o agresiune mecanică asupra celulelor sangvine, fie de origine autoimună: producerea de anticorpi antiplachetari în cursul unei purpure trombocitopenice idiopatice sau al unor sindroame limfoproliferative, și, de asemenea, la purtătorii de HIV (virusul SIDA), la ingestia anumitor medicamente.

■ *Tulburările de distribuție a plachetelor* survin ca urmare a unei sechestrări a acestora în splină în cursul unui hipersplenism.

SIMPTOME ȘI TRATAMENT. În formele cele mai severe, se observă hemoragii ale pielii și ale mucoaselor traducându-se prin pete roșii-violacee (peteșii) sau echimoze, uneori prin sângerări ale nasului, mai rar prin sângerări digestive sau cerebrale.

Tratamentul trombopeniilor depinde de cauza lor.

TROMBOFLEBITĂ. → FLEBITĂ.

TROMBOZĂ. Fenomen patologic care constă în formarea unui trombus (cheag sangvin, format din fibrină, din globule albe și din plachete) într-o arteră sau într-o venă.

DIFERITE TIPURI DE TROMBOZĂ

■ *Tromboza unei artere coronare* poate provoca o ocluzie și, ca urmare, survenirea unui infarct al miocardului.

■ *Tromboza unei artere a piciorului* antrenează o ischemie acută, adică suprimarea irigării unei întregi părți de membru, care duce uneori la o gangrenă care poate necesita amputația.

■ *Tromboza unei vene*, care survine de cele mai multe ori la nivelul membrului inferior, este responsabilă de o flebită.

■ *Trombozele aparatului digestiv* pot atinge diferite organe, de exemplu intestinul subțire (antrenând o ischemie intestinală) sau colonul (antrenând o colită ischemică), dar și vena portă (tromboza fiind atunci de origine tumorală sau infecțioasă) sau anusul, în caz de tromboză hemoroidară.

■ *Tromboza unei artere cu destinație cerebrală* (artera carotidă primitivă sau internă, artera vertebrală sau trunchiul bazilar) poate fi responsabilă de un accident vascular cerebral ischemic și se manifestă printr-un deficit senzitiv sau motor care corespunde teritoriului cerebral atins. Tromboza unei vene cerebrale poate să fie pusă în evidență prin dureri de cap și crize de epilepsie, și poate avea drept consecință accidente vasculare cerebrale ischemice de origine venoasă.

CAUZE. O tromboză poate fi favorizată de o placă de aterom (depunere grăsoasă), de o încetinire circulatorie (stază sangvină a insuficienței cardiace sau a poliglobuliei) sau de o modificare a hemostazei care provoacă o stare de hipercoagulare (deficit în antitrombină III, în proteine C și S). Sarcina, perioada care urmează unei intervenții chirurgicale, luarea de contraceptive orale, precum și tabagismul sunt factori favorizanți.

TRATAMENT. Diferite medicamente sunt utilizate în tratamentul preventiv sau curativ al trombozei; antiagregantele plachetare, ca acidul acetilsalicilic și ticlopidina, anticoagulantele ca heparina și antagoniștii de vitamină K, tromboliticele. O trombectomie (ablația trombusului) este practicată în caz de urgență

TROMBUS. Cheag sangvin, format într-un vas (arteră, venă), ce provoacă o tromboză. → CHEAG, TROMBOZĂ.

TROMPĂ UTERINĂ. → FALLOPIO (trompă a lui).

TRUNCHI. Parte a corpului uman cea mai voluminoasă, la care sunt articulate membrele și este legat capul prin gât.

Trunchiul comportă 3 părți: torace, abdomen și micul bazin, cavități care conțin principalele viscere.

Trunchiul se recordează la gât printr-un orificiu prin care trec traheea, esofagul și vasele sangvine.

TRUNCHI CEREBRAL. Parte a sistemului nervos intracranian (encefal) care face tranziția între creier și măduva spinării.

Trunchiul cerebral este unit în spate cu creierul mic prin pedunculii cerebeloși. El este divizat în trei părți: bulbul rahidian, protuberanța inelară și pedunculii cerebrali. Substanța cenușie centrală este fragmentată în nuclei, care constituie originea ultimilor zece nervi cranieni. Substanța albă este reprezentată de fascicule lungi dintre care unii, ascendenți, sunt senzitivi (căi ale sensibilității de suprafață și ale sensibilității profunde), alții, descendenți, fiind motori (fascicul piramidal și căi extrapiramidale). Trunchiul cerebral delimitează, împreună cu creierul mic, o cavitate umplută cu lichid cefalorahidian, cel de al 4-lea ventricul. Centrii respiratori vitali se situează la nivelul său.

PATOLOGIE. Trunchiul cerebral poate fi sediul traumatismelor, tumorilor sau al inflamațiilor de origine degenerativă, infecțioasă sau vasculară.

TUBAJ DIGESTIV. Introducere a unei sonde în tubul digestiv înalt (stomac, duoden) pentru a evacua secrețiile gastrice sau pentru a le preleva în scopul analizării lor din punct de vedere biologic și bacteriologic.

INDICAȚII. Tubajul gastric, folosit și în cazul spălăturii stomacale, permite explorarea funcției secretorii a acestui organ. În caz de ulcer rezistent la tratamentul medical sau chirurgical, tubajul duodenal permite studiul calitativ al sucului gastric (acid clorhidric) și verificarea existenței unei secreții acide anormale. Tubajul gastric constituie un examen esențial în caz de suspiciune de sindrom al lui Zollinger-Ellison (tumoră secretantă). El mai permite și căutarea bacilului lui Koch (B.K.) care provine dintr-o secreție traheobronșică înghițită de bolnav, tubajul ajutând astfel la stabilirea diagnostiului unei tuberculoze pulmonare.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. Examenul, neplăcut dar nedureros, se efectuează fără anestezie deoarece cooperarea pacientului este importantă. Acesta, care trebuie să nu fi mâncat nimic în ultimele 12 ore, stă în poziție culcată sau șezândă. Sonda este introdusă prin nas sau prin gură, la nevoie după stimularea secreției acide a stomacului prin injectarea unei substanțe (insulină, histamină, pentagastrină).Tubajul poate fi repetat timp de 3 zile consecutive. Orice tratament antisecretor sau antiacid trebuie să fie oprit de cel puțin 24 ore. De asemenea, pacientul trebuie să se abțină să fumeze timp de 24 ore înaintea examenului.

TUBAR, -Ă. Se spune despre un organ format dintr-un conduct gol pe dinăuntru central, deschis la ambele extremități (trompa lui Eustachio, trompa lui Fallopio, de exemplu).

Sarcina tubară, localizată în trompa lui Fallopio, este una din formele cele mai frecvente ale sarcinii extrauterine. Ovulul fecundat se inseră în canalul trompei și poate provoca ruperea, sursă de hemoragie importantă.

TUBERCULINĂ. Produs, concentrat la căldură, rezultat din filtrarea unei culturi de bacili tuberculoși (bacilii lui Koch), utilizat pentru căutarea pătrunderii bacilului Koch în organism.

INDICAȚII. Cercetarea sensibilității la tuberculină permite să se stabilească dacă un subiect a fost deja în contact cu

bacilul lui Koch, fie spontan (primo-infecție), fie după vaccinare cu B.C.G. (o reacție pozitivă atestând în acest caz succesul vaccinării).

TEHNICĂ. O reacție pozitivă se traduce printr-o reacție dermică specifică (indurație) la locul de aplicare sau de injectare a tuberculinei.

Intradermoreacția lui Mantoux este metoda cea mai sensibilă și cea mai utilizată, de asemenea, singura recunoscută de Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.). Ea constă într-o injecție intradermică pe brat sau pe coapsă. Reacția este citită peste 72 ore. Atunci când reacția este pozitivă, se dezvoltă la punctul de injectare o papulă centrală indurată și roșie; în caz de reacție negativă, injecția este făcută din nou cu un număr mai mare de unități de tuberculină.

Alte tehnici utilizate sunt: inelul cu puncte impregnate cu tuberculină, cutireacția – care constă în efectuarea de scarificări cu tuberculină pe fața externă a brațului și timbrul-plasture impregnat cu o mică doză de tuberculină și aplicat pe piele, în regiunea subclaviculară, timp de 48 ore.

TUBERCULOZĂ. Boală infecțioasă contagioasă provocată de o bacterie, *Mycobacterium tuberculosis* sau bacilul lui Koch.

Se apreciază că, actualmente, există în lume aproximativ 10 milioane de persoane atinse de tuberculoză – trei sferturi dintre acestea în țările lumii a treia –, din care jumătate ar fi contagioase. Începând de prin 1995, se constată o stagnare în țările dezvoltate, dacă nu chiar o recrudescență a bolii, cauzată se pare de extinderea SIDA, dar și de pauperizarea unui segment crescând al populației.

CONTAMINARE. Omul este în același timp rezervorul și agentul transmisiei bacilului. Doar un pacient la care s-a identificat prezența bacililor, prin examenul direct al expectorațiilor, este contagios. El încetează să mai fie contagios după a treia săptămână de tratament. Contaminarea se face prin intermediul picăturilor de salivă care conțin bacilul, propulsate atunci când bolnavul vorbește, strănută sau tușește.

Boală mult mai rară, tuberculoza cu *Mycobacterium africanum*, care se observă mai ales pe continentul african, se transmite într-un mod comparabil celui prin care se transmite tuberculoza clasică și dă simptome similare.

MECANISM. Primul contact cu bacilul declanșează o afecțiune numită primo-infecție tuberculoasă. În 90% dintre cazuri, primo-infecția se vindecă definitiv și spontan. În 5% dintre cazuri, bacilul se răspândește pe cale sangvină și se află la originea focarelor infecțioase care pot rămâne latente timp de mai mulți ani apoi, în cazul unei imunodeficiențe, trecătoare sau nu, putând să se reactiveze. Astfel, imunodeficiența cauzată de SIDA explică în parte creșterea recentă a cazurilor de tuberculoză.

În alte cazuri, bacilul rămâne localizat în plămâni și în țesuturile învecinate (ganglioni); boala se poate traduce printr-o atingere pulmonară cu tuse, oboseală, febră și pierdere în greutate.

SIMPTOME ȘI SEMNE

■ *Tuberculoza pulmonară obișnuită* este consecutivă reactivării focarului primo-infecției pulmonare; ea se traduce printr-o alterare a stării generale (febră cu predominanță seara, oboseală, pierdere în greutate), transpirații nocturne, o tuse mai mult sau mai puțin umedă, expectorații uneori sangvinolente (hemoptizii), o gâfâială la efort. Radiografia toracică pune în evidență noduli (opacități) și caverne (regiuni luminoase) în părțile posterioară și superioară ale plămânului. Diseminarea sangvină a bacilului se află la originea formelor poliviscerale cu pleurezia, pericardita tuberculoasă sau tuberculoza miliară.

DIAGNOSTIC. În cazul ideal, acesta se pune pe baza evidențierii bacilului. Se examinează expectorațiile (sau secrețiile traheobronșice înghițite de bolnav, prelevate prin tubaj gastric făcut à jeun, dimineața. În caz de atingere poliviscerală, se analizează lichidul peritoneal, al pericardului, urina,lichidul pleural sau cefalorahidian. Examenul direct la microscop nefiind întotdeauna pozitiv, trebuie ca prelevatul să fie pus în mod sistematic în cultură; în acest ultim caz, rezultatele nu sunt cunoscute decât după un interval de 3–4 săptămâni.

Atunci când prelevatele obișnuite sunt negative, se pot realiza prelevări prin fibroscopie (cu ajutorul unui fibroscop, tub suplu dotat cu un sistem optic, introdus prin nas); uneori, se mai practică o biopsie (bronșică, osoasă, ganglionară, pleurală etc.) pentru a găsi bacilul sau semnele indirecte ale bolii (granulom, de exemplu). Uneori, toate prelevatele sunt negative, chiar după cultivare în medii de cultură, și se pune un diagnostic prezumptiv – nu unul cert – după simptome, după rezultatele testelor tuberculinice, după faptul dacă persoana a fost sau nu în contact cu un subiect contagios și după aspectul fotografiilor. Medicul prescrie atunci tratamentul în pofida absenței dovezii categorice, riscul legat de efectele nedorite ale medicamentelor fiind mult mai mic decât cel antrenat de faptul de a lăsa o tuberculoză să evolueze. Dacă semnele dispar sub tratament, diagnosticul este confirmat *a posteriori*.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Tratamentul necesită asocierea a trei sau patru antibiotice antituberculoase luate o singură dată dimineața pe nemâncate, pe o durată care este în funcție de fiecare caz, dar care oricum nu este mai scurtă de șase luni. Atunci când tratamentul este urmat în mod corect, se obține o vindecare în aproape toate cazurile

PREVENIRE. Aceasta constă îndeosebi în vaccinarea cu B.C.G., a cărei eficacitate este parțială dar care permite reducerea frecvenței formelor grave. Alte luturi ale prevenției sunt: tratamentul bolnavilor, izolarea lor timp de cel puțin 3 săptămâni atunci când sunt contagioși și depistarea subiecților contaminați cu bacili din anturajul bolnavului.

TUBULONEFRITĂ. → TUBULOPATIE.

TUBULOPATIE. Orice boală renală caracterizată printr-o atingere a tubulilor renali. SINONIME: *nefropatie tubulară, tubulonefrită.*

Tubulopatiile acute. Denumite și necroze tubulare acute, tubulopatiile acute se caracterizează printr-o distrugere a celulelor care mărginesc tubulii renali. Ele sunt cauzate de luarea de anumite medicamente (antibiotice, anticanceroase, imunosupresoare, de exemplu), de absorbția unor toxice (tetraclorură de carbon, mercur, plumb) sau sunt legate de o stare de șoc (soc septic, hemoragic sau hipovolemic, insuficiență cardiacă acută etc.).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Tubulopatiile acute se manifestă printr-o insuficiență renală acută care este pusă în evidență printr-o creștere brutală a nivelului ureei și creatininei în sânge și, adesea, printr-o anurie (oprirea secretării de urină).

TRATAMENT. Acesta vizează înainte de toate cauza bolii (oprirea luării de medicamente în cauză, tratarea șocului etc.). În cazurile cele mai grave,se poate impune o dializă în așteptarea vindecării, care survine în câteva zile sau în câteva săptămâni, odată cu regenerarea spontană a celulelor tubulare.

Tubulopatiile cronice. Tubulopatiile cronice sunt dereglări funcționale și/sau anatomice ale diferitelor segmente ale tubulului renal.

Ele pot fi congenitale, iar atunci sunt uneori ereditare și mai mult sau mai puțin grave și complexe, ori pot fi dobândite, iar atunci sunt izolate sau integrate nefritelor interstițiale cronice.

TUBUL RENAL. Cea de a doua parte a nefronului (unitatea funcțională a rinichiului), în care se elaborează urina definitivă pornind de la urina primară. SINONIM: *tub urinifer.*

TULAREMIE. Boală infecțioasă cauzată de inoculareа sau ingestia unui bacil Gram negativ, *Francisella tularensis.*

Rozătoarele (iepurele sălbatic îndeosebi) constituie rezervorul bacilului; omul se contaminează de cele mai multe ori direct, prin contact cutanat al unei plăgi chiar minime cu un animal infectat.

SIMPTOME SI SEMNE. După o incubație silențioasă de aproximativ patru zile, infecția se traduce într-un prim timp prin dureri de cap, curbaturi, febră și frisoane. În al doilea timp, apare, la punctul de inoculare, un șancru. În plus, apar o inflamație a ganglionilor limfatici și o amigdalită dureroasă. În absența tratamentului, febra persistă mai multe săptămâni. În mod excepțional survin o atingere respiratorie și o septicemie.

TRATAMENT. Boala este tratată prin administrarea de antibiotice din familia ciclinelor timp de zece zile.

PREVENIRE. Există un vaccin împotriva tularemiei, recomandat persoanelor expuse prin profesia lor la contaminare (tăbăcari, vânzători de vânat, bucătari etc.).

TUMEFACȚIE. Creștere în volum sau umflare a unui organ sau a unei părți a corpului, indiferent de cauza ei.

O tumefacție a burselor testiculare, de exemplu, poate fi legată de un hidrocel (efuziune seroasă în tunica vaginalei care înconjoară testiculul), de o orhită urlianâ (inflamație a testiculului provocată de virusul oreionului), de o tumoră testiculară sau de un chist al cordonului spermatic.

TUMORĂ. Proliferare excesivă de celule anormale care seamănă mai mult sau mai puțin cu țesutul în care se dezvoltă și sfârșesc prin a dobândi o autonomie biologică. SINONIM: *neoplasm.*

CAUZE ȘI FACTORI FAVORIZANȚI. Tumorile au cauze variate: ereditare, chimice (tabagism), fizice (radiații ale soarelui), biologice (acțiunea unui virus); acestea se pot asocia între ele. Se întâmplă ca o tumoră să nu aibă o cauză cunoscută.

Celulele unei tumori și-au pierdut sensibilitatea la mesajele organismului (constituite, de exemplu, de secreții celulelor vecine), care împiedică în mod normal orice proliferare excesivă. La un individ sănătos, toate celulele tumorale izolate care apar sunt în mod normal inhibate sau distruse de către globulele albe ale sistemului imunitar. Deci, o tumoră adevărată nu se poate dezvolta decât dacă celulele sale au devenit rezistente la sistemul imunitar.

DIFERITE TIPURI DE TUMORI. Se disting tumorile benigne și tumorile maligne (canceroase).

■ *Tumorile benigne* au, de obicei, un volum limitat. Ele refulează spre țesuturile vecine fără a le invada, nu dau metastaze și, în majoritatea lor, nu au consecințe grave asupra bolnavului.

■ *Tumorile maligne sau cancerele* au caracteristici care de cele mai multe ori pot fi opuse, punct cu punct, precedentelor. Ele devin adesea voluminoase, sunt prost delimitate, infiltrează țesuturile învecinate, recidivează adesea după ablație și mai ales au tendința de a se răspândi la distanță, formând metastaze.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Tumorile nu au simptome nici specifice, nici constante. Ele se semnalează în mod obișnuit, dar nu sistematic, prin prezența unei mase palpabile sau, atunci când este vorba de un organ din profunzime, vizibilă pe radiografii. Destul de des, ele nu sunt dureroase. Simptomele pot fi legate de faptul că ele secretă uneori în exces anumite substanțe care au o acțiune hormonală, legată sau nu de organul de origine (secreție excesivă de hormon tiroidian, cauzată de o tumoră benignă a glandei tiroide, de exemplu). Simptomele mai pot fi provocate și de compresia țesuturilor, precum și a organelor vecine: o tumoră a creierului poate provoca astfel o hemiplegie.

O alterare a stării generale (febră, oboseală, pierdere în greutate) și prezența unor semne biologice de inflamație sunt indicii importante, dar nu specifice (poate fi vorba de o infecție), de tumoră malignă destul de avansată.

TRATAMENT

■ *Tratamentul tumorilor benigne*, dacă este necesar, constă în îndepărtarea lor chirurgicală.

■ *Tratamentul tumorilor maligne* cuprinde, asociate în diferite moduri, ablația chirurgicală, radioterapia și chimioterapia.

DEPISTARE. Aceasta constă în căutarea sistematică a anumitor tumori în cadrul populației în general (palparea periodică a sânilor la femei, de exemplu) sau în grupele de risc (coloscopie periodică după vârsta de 40 ani în caz de antecedente personale sau familiale de polipi sau de cancer al intestinului) etc.

TUMORĂ GLOMICĂ. Mică tumoră cutanată benignă, dezvoltată pe seama unui glomus (structură neurovasculară care asigură comunicarea directă între o arteriolă și o venulă).

O tumoră glomică se prezintă sub forma unei mici tumefacții rozalii, roșii sau violacee, foarte dureroase, mai ales sub efectul frigului și al microtraumatismelor, amplasată fiind la extremitatea unui deget sau, uneori, sub o unghie.

TRATAMENT. Tumora glomică trebuie îndepărtată pe cale chirurgicală.

TURGESCENȚĂ. Umflarea unui organ sau a unui țesut prin reținția sângelui de origine venoasă. SINONIM: *tumescență*.

„TOURISTA". → DIAREE A CĂLĂTORILOR.

TURNER (sindrom al lui). Insuficiență ovariană cauzată de o anomalie cromozomică, antrenează malformații corporale ușoare, o înălțime mică, o absență a pubertății și o sterilitate.

La femeia normală, cariotipul (cartografia cromozomilor) cuprinde doi cromozomi X. La femeile atinse de sindromul lui Turner nu există decât un singur cromozom X din cauza pierderii de materiale genetic în cursul primelor diviziuni celulare care urmează fecundației. Această absență a unuia dintre cei doi cromozomi sexuali antrenează o anomalie a formării ovarelor în timpul vieții intrauterine.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Acestea sunt foarte variabile de la un subiect la altul. Toracele e bombat, mameloanele depărtate, gâtul uneori palmat (o bandă de piele leagă baza gâtului de umăr), nevi frecvenți. Se mai poate întâlni un cubitus valgus (deviere a antebrațului în afară, în cursul extensiei sale complete). Nu există o dezvoltare a sânilor, nici pilozitate pubiană sau axilară, nu apare fluxul menstrual. Înălțimea se stabilește în final în jur de 1,40 metri.

DIAGNOSTIC. Diagnosticul nu este pus întotdeauna înainte de pubertate din cauza absenței simptomelor foarte caracteristice sau deranjante. La vârsta pubertății, dozările hormonale evidențiază un nivel de gonadotrofine (hormon foliculostimulant [FSH] și hormon luteinizant [LH] ridicat și un nivel de estrogeni deosebit de jos. Ovarele sunt de obicei atrofice, examinarea făcându-se prin celioscopie. Diagnosticul este confirmat de către cariotip.

Diagnosticul prenatal este posibil prin stabilirea precoce a cariotipului (efectuat în urma unei biopsii de trofoblast în a 10-a săptămână de amenoree sau după o aminocenteză în a 17-a săptămână). Ecografia sistematică în al doilea trimestru al sarcinii nu permite să se determine cu certitudine prezența anomaliei.

TRATAMENT. În ultimii ani, un tratament cu injecții de somathormon de sinteză este propus spre aplicare fetițelor cu sindromul lui Turner, urmărind să ducă la creșterea înălțimii lor definitive. Atunci când înălțimea pare să rămână mică, ori în paralel cu acest tratament, luarea de estrogeni și de progestative permite apariția unui ciclu menstrual artificial, modifică puțin câte puțin silueta (repartiția grăsimilor) și face să apară caracterele sexuale feminine. În schimb, sterilitatea este definitivă.

TUSE. Expirație bruscă și zgomotoasă, reflexă sau voluntară, asigurând expulzia aerului conținut în plămâni.

CAUZE. O tuse poate avea origini foarte diverse: bronhopulmonare (bronșită, traheită, astm, cancer bronhopulmonar, inhalare a unui corp străin, dilatație a bronhiilor, tuberculoză), dar și otorinolaringologice (otită, rinofaringită, sinuzită), pleurale (pleurezie, pneumotorax), cardiace (insuficiență cardiacă stângă) sau digestive (reflux gastroesofagian).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Se deosebesc două forme de tuse: tusea umedă, care este urmată de expectorație, și tusea uscată, în care nu există expectorație.

TRATAMENT. Tusea nefiind decât simptomul unei boli, nu este tratată pentru ea în sine, cu medicamente antitusive, decât dacă este uscată și foarte deranjantă. În schimb, antitusivele sunt contraindicate în caz de tuse umedă, deoarece, suprimând tusea, ele pot provoca o acumulare de secreții în bronhii și plămâni și pot agrava jena respiratorie.

TUSE CONVULSIVĂ. Boală infecțioasă cauzată de bacilul lui Bordet-Gengou, *Bordetella pertussis*.

Tusea convulsivă a devenit foarte rară în țările în care vaccinarea este curentă. Ea atinge îndeosebi copiii sub 5 ani nevaccinați și este periculoasă îndeosebi la sugar. Boala este mai frecventă în țările în curs de dezvoltare, unde încă este uneori mortală.

multe ori pe un membru inferior, a unei plăgi care lasă dezgolit epidermul, uneori chiar dermul. SINONIME: *fagedenism tropical, ulcer tropical.*

TRATAMENT. Acesta constă în luarea de antibiotice și curățarea plăgii (antiseptice), care trebuie apoi să fie acoperită cu un pansament. Uneori este indicată o grefă de piele. În caz de gangrenă, este necesar să se procedeze la o amputație a membrului. O cancerizare impune ablația chirurgicală a tumorii, care este uneori asociată cu o chimioterapie.

ULCER GASTRODUODENAL. Distrugere localizată a mucoasei stomacului și duodenului (segmentul inițial al intestinului subțire).

DIFERITE TIPURI DE ULCER GASTRODUODENAL

■ *Ulcerul duodenal* este cel mai frecvent și afectează mai ales prima parte a duodenului. El survine de preferință la bărbat, iar apariția sa este favorizată de numeroși factori: o secreție gastrică crescută de acid clorhidric, hipergastrinemie (nivel excesiv de gastrină în sânge din cauza unei hipersecreții de gastrină, hormon secretat de antrul gastric), infecție locală cu un germene, *Helicobacter pylori*, ereditate, tabagism, stres fizic sau psihic, medicamente (aspirină, corticosteroizi) etc.

■ *Ulcerul gastric sau ulcerul stomacal* este de trei ori mai puțin frecvent decât ulcerul duodenal. El este legat mai ales de o fragilitate a mucoasei gastrice, de cele mai multe ori consecutivă unor agresiuni, îndeosebi medicamentoase (antiinflamatoare nesteroidiene, corticosteroizi).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Simptomul major al ulcerului gastroduodenal este o durere asemănătoare cu o crampă sau cu o arsură, care poate fi deosebit de intensă. Situată în epigastru (partea de sus a abdomenului), această durere apare la 2–3 ore după masă și este calmată prin alimentație. Crizele dureroase care survin într-un interval de câteva săptămâni lasă locul unor perioade mai mult sau mai puțin îndelungate de remisiune.

DIAGNOSTIC ȘI EVOLUȚIE. Fibroscopia esogastroduodenală (examen endoscopic al esofagului, stomacului și duodenului, cu ajutorul unui tub dotat cu un sistem optic și introdus prin gură) confirmă diagnosticul și permite să se facă prelevări de mucoasă cu scopul de a verifica dacă nu cumva este vorba de un cancer.

Oricare i-ar fi localizarea, ulcerul gastroduodenal evoluează spre cronicizare: după cicatrizarea ulcerului, reșuta este frecventă într-un răstimp mergând de la câteva săptămâni la câteva luni. De altfel, spre deosebire de ulcerul duodenal, care nu degenerează, ulcerul gastric predispune la cancer de stomac: pacientul care este atins de un ulcer gastric trebuie să beneficieze de o supraveghere medicală regulată. Complicațiile acute survin mai ales în caz de ulcer duodenal: hemoragii digestive (hematemeză [emisie de sânge pe gură], melenă [emisie de sânge digerat în fecale]), perforație intestinală responsabilă de o peritonită și stenoză piloroduodenală, tranzitorie sau ireversibilă.

TRATAMENT. Tratamentul ulcerului gastroduodenal este mai întâi de toate medicamentos: administrarea de antisecretoare, asociate eventual cu antiacide, suprimarea factorilor favorizanți (oprirea administrării de medicamente gastrotoxice, a tutunului). În caz de eșec al acestui tratament sau de apariție a unor complicații acute, este necesară o intervenție chirurgicală. Tehnicile sunt, pentru ulcerul duodenal, vagotomia (secționarea nervului pneumogastric) și pentru ulcerul gastric, gastrectomia parțială (ablația unei părți a stomacului). Pentru a evita recidivele, este absolut necesar să se procedeze la eradicarea germenului *Helicobacter pylori* printr-un tratament antibiotic adecvat.

ULCER SOLITAR AL RECTULUI. Leziune rectală cu evoluție cronică.

Ulcerul solitar al rectului este o afecțiune rară care afectează adultul tânăr și ale cărei cauze sunt prost cunoscute. El ar putea fi un indiciu al unui prolaps al mucoasei rectale. Acest ulcer poate fi responsabil de emisia de sânge roșu, de cele mai multe ori în cantitate moderată, care însoțește scaunele, asociate uneori cu dureri anorectale. Rectoscopia permite diagnosticarea. Complicațiile sunt excepționale: hemoragie digestivă abundentă, stenoză (îngustare) rectală. Nu există risc de cancerizare.

TRATAMENT. Acesta constă în reglarea tranzitului, ale cărui disfuncții ar risca să agraveze ulcerul (prescriere de laxative sau de antispasmodice), în administrarea de corticosteroizi locali și, uneori, o rectopexie (corectarea chirurgicală a prolapsului care constă în ridicarea rectului și în modificarea orientării sale).

ULCIOR. → ORGELET.

ULEI ALIMENTAR. Materie grasă de origine vegetală, animală sau minerală.

Uleiurile alimentare au proprietăți dietetice diferite după compoziția lor în acizi grași și după conținutul în vitamine, dar valoarea lor energetică este întotdeauna identică: 900 kilocalorii pentru 100 grame. Pentru prevenirea bolilor cardiovasculare legate de aterom (depunere de colesterol pe peretele arterelor, responsabilă de ateroscleroză), este recomandabilă folosirea uleiurilor care conțin acizi grași nesaturați (ulei de soia, de măsline, de sâmburi de strugure, de nucă, de floarea soarelui și de germeni de porumb) și uleiurile de pește zise „omega", de asemenea nesaturate.

ULTRASUNET. Vibrație sonoră cu o frecvență de peste 20 000 hertz, pe care omul nu o poate auzi.

Ultrasunetele sunt utilizate în diagnosticarea și tratamentul diferitelor afecțiuni.

■ *În scop diagnostic*, ultrasunetele sunt întrebuințate în ecografie și în examenul Doppler.
■ *În scop terapeutic*, ultrasunetele sunt exploatate în tratamentul simptomatic al afecțiunilor țesuturilor moi (mușchi, ligamente, tendoane). Această tehnică permite reducerea inflamației îmbunătățind circulația locală. → LITOTRIPSIE.

ULTRAVIOLETE. Radiații electromagnetice cu o lungime de undă mai mică de 400 nanometri.

Radiațiile ultraviolete (U.V.) sunt invizibile pentru ochiul uman; ele există în mod natural în lumina solară.

Se disting radiațiile ultraviolete A (U.V.A.), cu cea mai mare lungime de undă, principalii factori ai bronzării și ai sintetizării vitaminei D; radiațiile ultraviolete B (U.V.B.), de lungime de undă intermediară și radiațiile ultraviolete C (U.V.C.), de lungimi de undă cele mai scurte.

Ultravioletele A provoacă, pe termen lung, o îmbătrânire a pielii și apariția de leziuni degenerative cutanate. Ultravioletele B sunt responsabile de insolații, arsuri care survin în cursul unei expuneri excesive la soare. Lămpile pentru bronzat, care produc artificial radiații ultraviolete, se pare că nu produc numai U.V.A., ci și mici cantități de U.V.B.

Radiațiile ultraviolete sunt utilizate în dermatologie. → PUVATERAPIE.

UMĂR. Articulație care unește brațul de torace.

Prin extensie, termenul umăr acoperă regiunea de corp care corespunde acestei articulații.

PATOLOGIE

■ *Luxațiile de umăr* sunt cele mai frecvente luxații. Ele survin mai ales la adultul tânăr. Cea mai curentă este luxația antero-internă, care rezultă dintr-o mișcare violentă sau dintr-un traumatism. Partea anterioară a capsulei este lezată și capul humeral iese din cavitatea glenoidă ajungând în axilă. La examenul clinic, umărul este dureros, impotent, și prezintă o deformație caracteristică. Radiografia confirmă diagnosticul. Reducerea luxației trebuie făcută de urgență cu sau fără anestezie generală. Umărul este imobilizat prin purtatul unei eșarfe timp de trei săptămâni. Adesea este necesară o reeducare.

Alte forme mai rare de luxație a umărului mai pot survenі uneori fiind complicate printr-o fractură a capului humeral sau a glenei omoplatului.

Toate luxațiile pot lăsa sechele, îndeosebi aceea numită de „umăr înghețat", caracterizată printr-o redoare extremă a articulației și printr-o durere uneori intensă, ori aceea de periartrită a umărului. În plus, uneori se produce o recidivă a luxației. Ea se observă mai ales la subiecții tineri survenind în timpul mișcărilor din ce în ce mai puțin ample; ea poate deveni, după un timp, invalidantă. O intervenție chirurgicală este atunci indispensabilă pentru a stabiliza umărul.

■ *Fracturile extremității superioare a humerusului* sunt frecvente la persoanele în vârstă.

■ *Periartrita umărului* este o afecțiune dureroasă a umărului cauzată de o lezare a țesuturilor fibroase și a tendoanelor care înconjoară articulația.

UMĂR-MÂNĂ (sindrom). Durere și redoare unilaterale ale umărului și ale mâinii corespunzătoare.

Sindromul umăr-mână face parte din algodistrofii. De origine necunoscută, el poate surveni după un infarct miocardic (el se declanșează atunci pe partea stângă), în cursul unei zona zoster a membrului superior sau al unui traumatism important al umărului; sindromul este mai frecvent la diabetici.

Mâna afectată devine caldă, umedă, roșie și umflată; într-un stadiu mai tardiv, ea poate înțepeni în semiflexie și poate lua un aspect violaceu și rece. Umărul este adesea foarte blocat. Sindromul dispare în majoritatea cazurilor de la sine după un an sau doi; acest interval poate fi scurtat prin fizioterapie, asociată uneori cu infiltrații de corticosteroizi în umăr. → ALGODISTROFIE.

UMOARE APOASĂ. Lichid fiziologic conținut în camera anterioară a ochiului (între cornee și cristalin).

O creștere a secreției de umoare apoasă sau o piedică în excreția ei pot provoca o creștere a presiunii intraoculare (în caz de uveită, de glaucom cu unghi deschis, de afecțiune venoasă orbitară). Pentru a face să scadă presiunea intraoculară, se poate acționa fie micșorând secreția cu ajutorul unor colire betablocante, de exemplu, fie ușurând scurgerea prin apelarea la chirurgie sau la laser.

UNGHIE. Lamă tare care acoperă spatele ultimei falange a degetelor de la mâini și picioare.

Unghia este formată dintr-o rădăcină, posterioară, ascunsă sub un pliu cutanat, și de o parte anterioară vizibilă.

PATOLOGIE. Modificările de culoare a unghiilor sunt de cele mai multe ori cauzate de o infecție cu o ciupercă microscopică (dermatofit, drojdii sau mucegaiuri), de o proastă circulație sangvină, de luarea unor medicamente (neuroleptice, antibiotice, sulfamide, antiinflamatoare nesteroidiene), chiar de nicotină sau de unele lacuri de unghii. În plus, unghiile pot fi anormal de bombate (hipocratism) sau concave (koilonichie), se pot desprinde de patul lor (onicoliză), se pot decolora (leuconichii), pot prezenta ridicături sau șanțuri longitudinale cauzate de îmbătrânire sau de unele boli dermatologice, șanțuri tranversale legate de un traumatism al matricii sau de o boală generală, mici depresiuni de mărimea unui cap de ac cu gămălie, caracteristice psoriazisului, eczemei sau lichenului. Unghiile uscate și casante sunt o consecință a unei manechiuri agresive sau prea frecvente, a unor traumatisme fizice sau chimice (lucrări menajere sau profesionale), ori a unor carențe alimentare (în vitamina C și în fier, îndeosebi). Micile pete albe care se observă uneori sub o unghie sunt cauzate de o tulburare

minoră de keratinizare, uneori de mici bule de aer blocate sub unghie sau de o ciupercă superficială.

UNGHIE ÎNCARNATĂ. Unghie ale cărei margini laterale se înfig în țesuturile moi învecinate.

Unghia încarnată atinge de cele mai multe ori degetul mare de la picior. Ea este cauzată, în general, de unele microtraumatisme externe (încălțăminte prea strâmtă, de exemplu). În absența unui tratament, unghia încarnată se poate transforma într-o tumoră inflamatorie benignă. Tratamentul trebuie mai întâi să fie preventiv (purtatul de încălțăminte largă, aplicarea de mici icuri de lemn pentru a îndrepta marginile laterale încurbate). Într-un stadiu mai avansat, se poate propune un tratament local antiinflamator (aplicații de azotat de argint în soluție apoasă sau de pomadă pe bază de cortizon). Când aceste îngrijiri se dovedesc ineficace, tumora trebuie să fie îndepărtată chirurgical.

UNGHIILOR GALBENE (sindrom al). Afecțiune caracterizată printr-o culoare galben-verzuie a unghiilor de la degetele de la mâini și de la picioare.

Acest sindrom rar este legat de o obstrucție a circulației limfatice, ea însăși cauzată de o afecțiune respiratorie cronică (infecții bronhopulmonare repetate, fibroză respiratorie, pleurezie), de o boală a tiroidei, de un limfom sau de un cancer profund. În afara culorii lor neobișnuite, unghiile sunt anormal de groase și curbate; mai mult, creșterea lor este net încetinită. Doar un tratament al afecțiunii responsabile de acest sindrom poate antrena o regresie a simptomelor.

UNT. Materie grasă alimentară obținută plecând de la smântâna laptelui de vacă.

Untul este, atunci când este consumat crud, una dintre cele mai digeste materii grase. El este bogat în vitamina A (o rație de 25 grame permite acoperirea a aproximativ 30% din necesitățile zilnice ale copilului și ale adultului) și aduce, de asemenea, vitamina D necesară organismului. El conține acizi grași esențiali indispensabili constituirii corecte a creierului la copil. Valoarea sa nutritivă este ridicată (780 kilocalorii pentru 100 grame): într-un volum mic, untul constituie o sursă importantă de energie utilizabilă rapid de către organism.

URECHE. Organ al auzului și al echilibrului.

STRUCTURĂ. Urechea cuprinde trei părți: externă, medie și internă.

■ *Urechea externă* este formată din pavilionul cartilaginos și din conductul auditiv extern. Pielea care tapetează conductul conține glande ce secretă cerumenul (ceara).

■ *Urechea medie* cuprinde căsuța timpanului, cavitate cubică separată de urechea externă prin membrana timpanului și de urechea internă prin două mici membrane, fereastra rotundă și fereastra ovală. Între timpan și fereastra ovală sunt situate trei oscioare, în ordine, ciocanul, nicovala și scărița. Urechea medie conține și trompa lui Eustachio, canal care leagă căsuța timpanului de rinofaringe.

■ *Urechea internă* este formată din labirint, un ansamblu de canale având o formă complexă.

Labirintul este împărțit în două porțiuni, anterioară și posterioară. Labirintul posterior (denumit uneori și vestibul) cuprinde o zonă dilatată, vestibulul propriu-zis, în care se deschid trei canale în formă de semicerc, canalele semicirculare; aceste structuri controlează echilibrul. Nervul cohlear, care pleacă din labirintul anterior, și nervul vestibular, care pleacă din labiritnul posterior, se unesc pentru a forma nervul cohleovestibular, ori nervul auditiv, care își continuă drumul în conductul auditiv intern.

FIZIOLOGIE. Urechea cuprinde două tipuri de structură, sistemul auditiv și sistemul vestibular.

■ *Sistemul auditiv* cuprinde un aparat de transmisie, format din urechea externă și medie, și un aparat de percepție, format din labirintul anterior (cohleea urechii interne).

■ *Sistemul vestibular* este format din vestibul, care dă informații privind accelerația lineară a capului, și canalele semicirculare, care dau informații în ce privește accelerația unghiulară a capului.

PATOLOGIE. Se deosebesc bolile sistemului auditiv și cele ale sistemului vestibular.

■ *Bolile sistemului auditiv* pot afecta diferitele părți ale urechii. Tulburarea cea mai frecventă a urechii externe este dopul de cerumen. Infecțiile conductului auditiv extern sunt otitele externe. Principalele boli ale urechii medii sunt otitele acute și cronice, traumatismele timpanului, îndeosebi cele cauzate de bețișoarele speciale cu vată și otospongioza. Patologia urechii interne este provocată mai ales de îmbătrânire, de traumatismele legate de zgomot, de medicamentele ototoxice, de traumatismele craniene și de labirintite.

■ *Bolile sistemului vestibular* sunt reprezentate, în principal, de boala lui Ménière.

UREE. Substanță azotată care provine din distrugerea proteinelor de origine alimentară sau constitutivă ale țesuturilor umane.

Ficatul este locul principal de sintetizare a ureei, care difuzează apoi liber în lichidele organismului și este eliminată în cea mai mare parte prin rinichi. Nivelul de uree în sânge este deci o reflectare a funcției renale, totuși mai puțin de încredere decât cel a creatininei. El este cuprins în mod normal între 0,25 și 0,45 grame pe litru și poate crește ușor în caz de regim alimentar foarte bogat în carne sau atunci când subiectul nu bea suficiente lichide, deși funcția sa renală este absolut normală.

PATOLOGIE

■ *Uremia* (nivelul de uree din sânge) este anormal de ridicată (se vorbește atunci, printr-un abuz de exprimare, de hiperazotemie, deoarece ureea este o substanță foarte

bogată în azot) în caz de insuficiență renală cronică sau acută, anormal de scăzută (hipoazotemie) în caz de prăbușire funcțională a ficatului, în ciroză, de exemplu.

■ *Eliminarea urinară a ureei* este variabilă în funcție de aporturile alimentare. Ea este anormal de ridicată (hiperazoturie) în caz de febră, de diabet sau în cursul anumitor intoxicații (cu arsenic, fosfor, stibiu), anormal de scăzută (hipoazoturie) în caz de insuficiență renală sau de atingere gravă a ficatului.

UREMIE 1. Nivelul de uree din sânge.

Uremia este cuprinsă în mod normal între 0,25 și 0,45 grame, adică între 3,3 și 6,6 milimoli, pe litru de sânge; aceste cifre pot fi ușor mai mari la subiecții care au un regim alimentar foarte bogat în carne sau care nu consumă lichide în cantități suficiente. Uremia este anormal de ridicată în caz de insuficiență renală, anormal de scăzută în insuficiența hepatică gravă.

2. Totalitatea manifestărilor caracteristice insuficienței renale. Astfel se vorbește de uremie acută sau cronică.

Termenul de comă uremică definește coma în care se cufundă subiecții atinși de o insuficiență renală netratată, ajunsă în stadiul terminal.

URETERĂ. Conduct care permite urinei să se scurgă din bazinetul renal în vezică.

STRUCTURĂ. Ureterele, în număr de două, sunt dispuse vertical de o parte și de alta a coloanei vertebrale. Fiecare ureteră măsoară aproximativ 1 centimetru în diametru și 25–30 centimetri în lungime. Ele pornesc din abdomen și se termină în micul bazin. Unele persoane se nasc cu o duplicitate ureterală (prezența unei duble uretere pentru un singur rinichi); această malformație nu are nici o consecință funcțională.

URETERITĂ. Inflamație acută, subacută sau cronică a peretelui ureteral, de cele mai multe ori de origine infecțioasă.

URETEROCEL. Dilatație congenitală a extremității inferioare a ureterei, cauzată de o îngustare a meatului ureteral (orificiul de îmbinare a ureterei la vezică).

Ureterocelul poate avea grade diferite de gravitate, de la o simplă dilatație care nu jenează scurgerea urinei spre vezică până la o dilatație importantă care împiedică o evacuare urinară normală, putând provoca o distrugere progresivă a rinichiului.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC. Complicațiile ureterocelului sunt cele care duc la descoperirea lui din copilărie: pielonefrita (infecția bazinetului și a țesutului interstițial al unui rinichi), prezența unui calcul în segmentul ureterei dilatate, tulburările de micțiune (micțiunile frecvente și dureroase). Diagnosticul se pune pe baza ecografiei și a urografiei intravenoase.

TRATAMENT. Dacă îngustarea este importantă, se poate fie lărgi meatul ureteral prin chirurgie endoscopică (printr-un tub dotat cu un sistem optic și cu instrumente chirurgicale, introdus în căile urinare), fie se poate practica o ureterocistoneostomie (reimplantarea ureterei în vezică).

URETEROCISTONEOSTOMIE. Reimplantare chirurgicală a ureterei în vezică.

URETEROCOLOSTOMIE. Îmbinare chirurgicală a ureterei la colon.

URETEROLITOTOMIE. Deschidere chirurgicală a peretelui ureteral, efectuată pentru a permite ablația unui calcul.

URETEROPIELOGRAFIE RETROGRADĂ. Examen radiologic al ureterei și al cavităților rinichilor. SINONIM: *pielonefrită retrogradă*.

Scopul ureteropielografiei retrograde (U.P.R.) este acela de a studia căile de evacuare a urinei, plecând de la rinichi până în vezică, atunci când urografia intravenoasă nu permite observarea lor directă sau când este imposibil de realizat.

INDICAȚII. Ureteropielografia retrogradă permite diagnosticarea originii unor tulburări urinare (hematurie, calculi).

TEHNICĂ. Examenul constă în radiografierea ureterelor până la bazinete după injectarea retrogradă (în sens invers scurgerii urinare) a unui produs de contrast iodat. Spre deosebire de alte examene radiologice, ureteropielografia retrogradă nu este contraindicată persoanelor alergice la iod, deoarece produsul de contrast nu trece în sânge.

PREGĂTIRE ȘI DESFĂȘURARE. La bărbat, ureteropielografia retrogradă se practică sub anestezie generală și deci à jeun. O spitalizare de 24 de ore trebuie prevăzută în acest caz. La femeie, anestezia nu este necesară, trecerea sondei fiind mai puțin simțită datorită conformației uretrei feminine.

Examenul este precedat de o cistoscopie (examen al vezicii cu ajutorul unui tub dotat cu un sistem optic, denumit cistoscop, care se introduce în uretră) cu scopul de a repera orificiile de îmbinare a ureterelor în vezică.

În continuare, medicul introduce un cateter fin în uretră, apoi în vezică și, în sfârșit, în una din cele două uretere. Injectarea treptată a produsului de contrast iodat face ca acesta să urce în contracurent. Sunt realizate diverse clișee pe măsură ce uretera și bazinetul devin vizibile; în continuare, practicianul procedează în același fel și pentru cealaltă ureteră. Examenul durează aproximativ 30 minute.

REZULTATE ȘI EFECTE SECUNDARE. Rezultatele sunt cunoscute în chiar cursul examenului. Riscul esențial al ureterpielografiei retrograde este infecția.

URETEROSCOPIE. Introducere a unui endoscop (tub dotat cu un sistem optic în care pot fi introduse instrumente de chirurgie) în ureteră.

Utilizarea ei principală este aceea de a extrage sau de a pulveriza în mod localizat calculi ai ureterei. Ea este contraindicată în caz de infecție urinară.

Ureteroscopia este realizată, sub anestezie generală, cu ajutorul unui endoscop rigid sau flexibil, care este introdus în vezică prin uretră și ghidat apoi până în ureteră. Pentru a îndepărta calculul, sunt utilizate mai multe tehnici: extracția cu ajutorul unei sonde-coșuleț; pulverizarea cu ajutorul unei sonde ultrasonice sau electrohidraulice, sau prin fascicul laser.

Principalele complicații ale unei ureteroscopii sunt îngustarea cicatricială a ureterei și persistența unui fragment de calcul.

URETEROSTOMIE. Îmbinare chirurgicală a ureterei la un organ sau la piele.

O ureterostomie este o derivație urinară practicată în general după o ablație de vezică. → STOMIE.

URETRALGIE. Durere a uretrei.

URETRĂ. Conduct care merge de la gâtul (colul) vezicii până la meatul uretral, care permite scurgerea urinei, iar la bărbat și trecerea spermei.

PATOLOGIE. Uretra poate fi sediul unor multiple afecțiuni, printre care se disting:

– infecțiile, care sunt de cele mai multe ori transmisibile sexual, ca uretrita gonococică (blenoragia);

– îngustările (stenozele) uretrei și meatului ei, sechele ale unei uretrite sau consecințe ale unui traumatism;

– uretrocelul (dilatația unui segment de uretră), care afectează îndeosebi femeile;

– prolapsul (alunecarea) mucoasei meatului uretral, denumit uneori și uretrocel, afecțiune benignă care survine mai ales la femeile în vârstă;

– malformațiile congenitale ale uretrei ca hipospadiasul, epispadiasul (malformații în care meatul uretral nu are locul său normal pe gland) sau valva uretrală (prezența în uretră a unor pliuri de mucoasă care împiedică trecerea urinei).

URETRITĂ. Inflamație a uretrei, în principal de origine infecțioasă.

Uretrita atinge îndeosebi bărbații tineri.

DIFERITE TIPURI DE URETRITĂ. După germenele în cauză, se deosebesc mai multe forme de uretrită, ale căror simptome comune sunt o scurgere uretrală, arsuri locale, accentuate la micțiune, și uneori o febră.

■ *Uretrita gonococică sau blenoragia* este o boală cu transmisie sexuală, cauzată de germenele *Neisseria gonorrheae*. Tratamentul bolnavului și al partenerului său sexual prin administrarea de antibiotice active față de germene trebuie întreprins imediat. Este suficientă o singură priză de antibiotice, dar sunt posibile reșutele.

■ *Uretrita cu micoplasme și chlamydii* este o boală transmisă sexual. Ea se traduce, la începutul infecției, printr-o scurgere uretrală limpede și nedureroasă. Tratamentul constă, în principal, în luarea de antibiotice, timp de 2–3 săptămâni.

URETROCEL 1. Mică dilatație localizată a unui segment al uretrei.

Un uretrocel se traduce prin tulburări ale micțiunii (picături retardate); de altfel uretrocelul predispune la infecții urinare.

La bărbat, un uretrocel se produce de cele mai multe ori la nivelul penisului și al scrotului.

Tratamentul constă în reducerea chirurgicală, sub anestezie generală, a dilatației uretrei.

2. Alunecare a mucoasei uretrale în exteriorul meatului uretral. SINONIM: *prolaps al mucoasei uretrale*.

Uretrocelul afectează îndeosebi fetițele și femeile în vârstă.

El ia forma unei proeminențe roz sau roșii de aproximativ 1 centimetru diametru, situată la nivelul meatului uretral.

Tratamentul constă în excizarea chirurgicală a uretrocelului sub anestezie locală sau locoregională.

URETROCISTOGRAFIE MICȚIONALĂ. Examen radiologic al vezicii și al uretrei.

Uretrocistografia micțională permite analizarea funcționării și morfologiei vezicii și uretrei.

Există diferite tipuri de uretrocistografie micțională.

■ *Uretrocistografia micțională* practicată în cursul unei urografii intravenoase constă în injectarea unui produs de contrast pe cale intravenoasă. Vezica este plină astfel de urină radioopacă, iar clișeele fotografice permit să se evalueze, în afara morfologiei uretrei, existența unui reziduu vezical postmicțional. Examenul durează între 60 și 90 minute.

■ *Uretrocistografia micțională* prin puncție suprapubiană constă în administrarea prin injectare, eventual sub control ecografic, a unui produs de contrast în vezică, cu ajutorul unui ac introdus pe cale suprapubiană. Examenul, care necesită o anestezie locală, durează aproximativ 30 minute.

■ *Uretrocistografia micțională* retrogradă sau uretrocistografia micțională ascendentă constă în injectarea unui produs de contrast printr-o sondă introdusă în uretră, apoi lăsându-l să refluieze spre vezică. Acest examen nu necesită anestezie. El durează aproximativ 30 minute.

fiecare rinichi, se unesc pentru a forma bazinetul, care colectează urina;

– cele două uretere, care vin fiecare în continuarea bazinetelor; aceste conducturi, de aproximativ 25 centimetri lungime, leagă fiecare rinichi de vezică și permit scurgerea urinei spre vezică.

■ *Aparatul urinar jos* cuprinde:

– vezica, organ cavitar, sferic, al cărui perete este muscular; ea strânge urina care vine prin uretere apoi, atunci când este plină, o evacuează spre uretră contractându-și peretele muscular;

– uretra, conduct separat de vezică prin colul vezical, care permite evacuarea urinei pe care o conține în afara corpului; ea este înconjurată de un sfincter, zis uretral, care se închide în timpul umplerii vezicii și se deschide în timpul micțiunilor. La bărbat, uretra este lungă și înconjurată de prostată și se deschide la extremitatea glandului penian. La femeie, ea este mult mai scurtă și se deschide în vulvă.

PATOLOGIE. Principalele boli care afectează aparatul urinar sunt:

– litiazele (prezența calculilor);

– infecțiile renale (pielonefrită), vezicale (cistită), prostatice (prostatită);

– tumorile benigne sau maligne;

– îngustările uretrei sau ureterelor;

– malformațiile (rinichi în potcoavă, megaureter, ureterocel, epispadias, hipospadias, exstrofie vezicală, reflux vezico-ureterorenal, valvă uretrală etc.).

URINĂ. Lichid secretat de către nefroni (unități funcționale ale rinichiului), care se scurge pe căile urinare excretorii (calice, bazinete, uretere) și se acumulează în vezică înainte de a fi evacuată prin uretră.

COMPOZIȚIE. Urina este un lichid galben-pai sau de culoarea chihlimbarului, limpede în momentul emisiei ei, cu un miros specific și ușor acid. Ea este constituită din apă, în care sunt dizolvate substanțe minerale (sodiu, potasiu, calciu, magneziu sub formă de cloruri, sulfați, fosfați) și organice (uree, creatinină, acid uric, acizi aminați, enzime, hormoni, vitamine), și conține globule roșii și globule albe în cantitate mică (mai puțin de 5 000 pe mililitru).

Volumul urinei excretate este cuprins în mod normal între 0,5 și 2 litri în 24 ore, dar variază în funcție de vârsta subiectului, de cantitatea de lichide absorbite, de alimentație, de activitatea fizică, de climat etc.

ELABORARE ȘI FIZIOLOGIE. Glomerulul, prima parte a nefronului, elaborează urina primară prin filtrarea sângelui; această urină este apoi transformată în tubul renal, a doua parte a nefronului, prin fenomene de reabsorbție (recuperarea unei părți din apă, din sodiu etc.) și de secreție, în urina definitivă, a cărei cantitate și compoziție variază astfel încât mediul interior al corpului să rămână constant.

Urina joacă deci un dublu rol: eliminarea deșeurilor ca ureea, creatinina și, de asemenea, a unui mare număr de medicamente și de toxice, pe de o parte, menținerea constanței mediului interior al organismului multumită unei reglări a cantităților de apă și de săruri minerale care se elimină, pe de altă parte.

PATOLOGIE

■ *O schimbare a culorii urinei* poate pune în evidență un icter (urină brun-roșcată) sau o hematurie (urină roșie).

■ *Prezența unor elemente anormale în urină* sau *în sedimentul urinal* este simptomatică pentru anumite boli: diabet dacă este vorba de glucoză, nefropatie atunci când acestea sunt proteine, acidocetoză în caz de corpi cetonici, afecțiune hepatică în caz de urobilină etc.

O variație a compoziției urinei poate dezvălui o boală: astfel, o creștere anormală a nivelului de calciu poate semnala o hiperparatiroidie, în timp ce o micșorare anormală a acestui nivel este caracteristică unei hipoparatiroidii sau unei insuficiențe renale. → ANURIE, OLIGURIE, POLIURIE.

URINĂ (pierdere sau scăpare de). Scurgere anormală de urină. → INCONTINENȚĂ URINARĂ.

URINĂ (reflux de). → REFLUX VEZICO-URETERO-RENAL.

UROBILINĂ. Pigment biliar galben-portocaliu.

Urobilina este formată în intestin sub acțiunea bacteriilor plecând de la un alt pigment biliar, bilirubina, și este eliminată în cea mai mare parte prin fecale. În caz de retenție biliară, de exemplu în cursul unui icter declanșat de un calcul care obstrucează canalele biliare, pigmenții biliari nu mai pot fi eliminați în fecale (care sunt atunci decolorate) și se acumulează în urină.

UROGRAFIE INTRAVENOASĂ. Examen radiologic care studiază morfologia și funcționarea aparatului urinar.

INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII. Urografia intravenoasă (U.I.V.), examenul radiologic clasic al aparatului urinar, este mult mai puțin practicat decât altădată. El este totuși examenul cel mai indicat în numeroase boli urinare, în particular infecția urinară, hematuria (prezența de sânge în urină), colicile nefretice și tulburările micționale.

TEHNICĂ ȘI DESFĂȘURARE. Urografia intravenoasă constă în radiografierea căilor urinare, după opacifierea acestora cu un produs de contrast iodat, care se injectează pe cale venoasă și se elimină în urină. Ea durează aproximativ o oră și jumătate.

După examen, subiectul poate să-și reia imediat activitățile.

EFECTE SECUNDARE. Urografia intravenoasă poate antrena o reacție de intoleranță la iod (grețuri, vărsături, scăderea tensiunii arteriale), reacție care poate fi evitată printr-un tratament antialergic prescris preventiv pacienților

printr-un tratament antialergic prescris preventiv pacienților sensibili în timpul zilelor care preced examenul.

UROKINAZĂ. Enzimă produsă de către rinichi și excretată în urină.

Urokinaza are proprietatea de a degrada fibrina, substanță proteică ce intervine în formarea cheagului în cursul procesului de coagulare a sângelui.

UROLOGIE. Disciplină medico-chirurgicală care se consacră studiului și tratamentului bolilor aparatului urinar al celor două sexe și ale aparatului genital masculin.

UROPATIE. Orice boală care afectează aparatul urinar (bazinete, uretere, vezică și uretră).

URTICARIE. Boală dermatologică ce este caracterizată prin apariția de plăci roșii în relief, adesea foarte pruriginoase.

Se disting urticariile acute, care nu durează decât câteva ore, urticariile cronice, care persistă mai mult de trei luni.

Urticaria acută. Aceasta poate fi cauzată de luarea anumitor medicamente (analgezice, antiinflamatoare, aspirină), de o înțepătură de insectă (viespe, albină, țânțar) sau poate avea o origine alimentară (căpșuni, condimente, crustacee, pește). Mecanismul său este variabil: fie declanșează eliberarea în organism de histamină conținută în peretele intestinal, fie provoacă o reacție alergică. În sfârșit, unele boli infecțioase (hepatită virală, mononucleoză infecțioasă, unele boli parazitare) pot comporta o urticarie în faza lor inițială.

Urticaria cronică. Cauzele urticariei cronice sunt mult mai numeroase decât cele ale urticariei acute.

■ *Urticariile cronice fizice* (adică declanșate de factori fizici), ereditari sau dobândiți, se clasifică în diferite tipuri:

– urticarie colinergică, urmează eliberării unei substanțe denumite acetilcolină, conținută în mod normal în celulele nervoase; acest fenomen este adesea consecutiv unui efort fizic intens sau unei presiuni exercitate de un obiect greu de piele și este favorizat de sudație;

– urticarie la frig, care e frecventă;

– urticarie la apă, care face periculoase băile în apă de râu sau de mare;

– urticaria solară, care afectează toate regiunile corpului expuse la soare.

■ *Urticariile cronice alergice* pot fi provocate de un medicament sau de zăcutul la pat, dar și de un pneumalergen (substanță alergizantă conținută în atmosferă: polenuri, pulberi).

Totuși, în 30 până la 40% dintre cazuri, cauzele urticariilor rămân necunoscute.

Simptomele și semnele urticariei. Ca regulă generală, urticaria afectează dermul superficial; ea se recunoaște ușor datorită asemănării cu leziunile provocate de urzică. Placardele sunt rotunde, puțin ridicate, rozalii, înconjurate de o margine albă mai mult sau mai puțin marcată; foarte mobile și trecătoare, ele dispar pentru a reapărea în alte locuri ale corpului, uneori în câteva ore. La unii bolnavi se observă un dermografism: o placă de urticarie apare în locul în care pielea a fost frecată. Urticariile colinergice și urticariile la apă sunt caracterizate printr-un fel de coșuri de mărimea unui cap de ac cu gămălie. Urticariile cronice asociate unei boli generale se traduc prin apariția de placarde adesea fixe,simetrice, puțin sau deloc pruriginoase; ele pot să fie însoțite de o febră ușoară, de dureri articulare și de un sindrom inflamatoriu moderat.

Tratamentul urticariei. Acesta constă în administrarea de antihistaminice pe cale orală sau injectabilă, asociată uneori cu cea orală a altor medicamente ca cromoglicatul de sodiu sau ketotifenul, care inhibă degranularea celulelor numite mastocite, fenomenul care eliberează histamina. Corticosteroizii, administrați pe cale orală sau injectabilă, nu se utilizează decât în urticariile severe. De altfel, îngrijirile locale ale pielii implică toaleta cu un săpun acid sau cu apă care conține oțet și aplicații de lapte care catifelează pielea.

Cauza urticariei trebuie să fie tratată de fiecare dată când este posibil, suprimarea alimentului sau medicamentului responsabil, chiar desensibilizarea. Mai mult, există adesea un factor psihologic favorizant, al cărui rol poate fi atenuat cu anxiolitice și cu o psihoterapie. → QUINCKE (edem al lui).

UTER. Organ muscular cavitar al aparatului genital feminin, destinat să găzduiască oul fecundat pe timpul perioadei sale de dezvoltare și să-l expulzeze atunci când a ajuns la maturitate.

STRUCTURĂ. În afara sarcinii și în timpul activității genitale, de la pubertate până la menopauză, uterul este un organ de dimensiuni mici (7 sau 8 centimetri înălțime), amplasat în micul bazin, între vezică în față, și rect, în spate. În formă de con, cu vârful în jos, uterul cuprinde o parte umflată, corpul uterin, pe care se prind cele două trompe uterine. Cavitatea corpului uterin este tapetată cu o mucoasă, endometrul. Extremitatea sa inferioară, colul uterin, se deschide în vagin.

FIZIOLOGIE. Mucoasa uterină suferă transformări ciclice, sub influența hormonilor ovarieni: stratul său superficial se elimină în timpul fluxului menstrual. În timpul sarcinii, oul fecundat se implantează în această mucoasă, iar placenta se dezvoltă aici. Tunica musculară netedă a uterului, miometrul, se îngroașă, ca se contractă pentru a expulza fătul.

PATOLOGIE. Aceasta este dominată de anomaliile fizice (malformații și malpoziții), infecțiile și tumorile benigne și maligne.

■ *Malformatiile uterului* rezultă dintr-o tulburare a dezvoltării embrionare (organogeneză). Ele cuprind:

– aplazia uterină (absența completă sau incompletă a uterului), care antrenează o absență a fluxului menstrual și o sterilitate definitivă;

– hemiuterul (semiuterul) sau uterul bicorn, caracterizat prin prezența unuia sau două coluri, care face totuși posibilă o sarcină;

– hipoplazia (uterul de dimensiuni mici);

– uterul compartimentat (împărțit, total sau parțial, printr-un sept), cea mai frecventă dintre malformații, care se găsește asociată adesea cu o compartimentare a vaginului.

■ *Malpozițiile uterului* (anomalii de poziție ale acestui organ) sunt foarte frecvente. Ele se împart în retroversiuni (înclinarea corpului uterin spre spate) sau retroflexiuni (înclinare a corpului uterin care antrenează și colul cu el) și pot provoca dureri în momentul fluxului menstrual (dismenoree) sau al raporturilor sexuale (dispareunie) sau încă tulburări ale micțiunii (disurie). Recurgerea la chirurgie este uneori necesară pentru a suprima durerile.

■ *Infecțiile uterului* ating colul uterin (cervicită) sau corpul uterin (endometrită). Ele se pot propaga la trompele lui Fallopio (salpingită). Germenii responsabili sunt de cele mai multe ori cei ai bolilor transmisibile sexual.

■ *Tumorile uterului* pot fi benigne (fibroame ale corpului uterin, polipi ai colului uterin) sau maligne (cancere). Aceste tumori se traduc adesea prin menoragii (sângerări anormal de abundente în timpul fluxului menstrual) sau prin metroragii (sângerare, chiar minimă, survenind în afara fluxului menstrual sau după menopauză).

UTERULUI (cancer al). Cancer genital feminin care poate afecta fie colul, fie corpul uterin (endometru).

Cancerul colului uterin. Este cel mai frecvent dintre cancerele aparatului genital feminin. El ocupă cel de al doilea loc printre cancerele feminine, după cancerul sânului. Acest cancer apare mai ales înainte de menopauză și la femeia care a avut mai mult de un copil.

CAUZE. Printre factorii de risc se află infecțiile genitale, mai ales cele cu virus herpetic și cu papilloma virus, care sunt boli cu transmisie sexuală; multiplicitatea partenerilor sexuali; precocitatea vieții sexuale; faptul de a fi avut mai mult de un copil.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Leziuni precanceroase caracteristice (displazie) preced apariția cancerului. O displazie a colului sau un cancer la început său nu se manifestă adesea prin nici un semn, dar orice sângerare sau pierdere colorată cu sânge (după raporturile sexuale, între fluxurile menstruale, după menopauză) constituie semnale de alarmă.

DIAGNOSTIC ȘI EVOLUȚIE. Displaziile sunt decelabile în cursul unui examen ginecologic, dar diagnosticul cancerului de col uterin se bazează pe examenul la microscop al celulelor prelevate din zona suspectă prin frotiu cervicovaginal. Un frotiu al cărui rezultat este anormal justifică un examen vizual local (colposcopie) în cursul căruia este practicată o biopsie.

Netratat, cancerul de col uterin se întinde, mai întâi local (la vagin, la vezică, la corpul uterin, la rect). Sunt posibile metastaze în ficat.

TRATAMENT. Tratamentul face apel la chirurgie și la radioterapie, cărora li se asociază sau nu chimioterapia. În formele de cancer foarte localizate, conizația (amputația colului) este uneori suficientă. În formele mai evoluate, intervenția chirurgicală, mai mare, cuprinde ablația uterului, a anexelor sale și a părții superioare a vaginului; ea este completată cu o evidare (curățare) a ganglionilor învecinați, ganglionii iliaci.

DEPISTARE ȘI PROGNOSTIC. Depistarea cancerului de col uterin implică efectuarea unui frotiu cervicovaginal. La începutul vieții sexuale sunt recomandate două frotiuri la interval de un an, apoi un frotiu la aproximativ 3 ani până la vârsta de 65 ani, această frecvență putând fi crescută pentru femeile care prezintă risc. Această depistare este cu atât mai importantă cu cât, dacă poate fi tratat chiar de la începutul său, acest tip de cancer se vindecă în aproape toate cazurile.

Cancerul corpului uterin. Denumit și cancer al endometrului, acesta survine după 40 ani – în 75% din cazuri după menopauză. Mai frecvent la femeile care nu au avut copii, el mai poate surveni și la femeile care nu au avut niciodată raporturi sexuale.

CAUZE. Factorii de risc sunt obezitatea, hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, o menopauză tardivă. O hiperplazie (îngroșare) a endometrului precede adesea cancerul.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Tumora se manifestă prin sângerări: la femeia care nu a ajuns la menopauză, este vorba de fluxuri menstruale abundente (menoragii) sau mai ales de sângerări între fluxurile menstruale (metroragii). O femeie la menopauză este alertată de reapariția pierderilor sângerânde.

DIAGNOSTIC ȘI EVOLUȚIE. Diagnosticul se pune în urma histerografiei (radiografie după injectarea unui produs de contrast) și/sau a histeroscopiei (examen direct al cavității uterine cu ajutorul unui tub dotat cu un sistem optic), care permite să se realizeze o biopsie sau un chiuretaj uterin.

Evoluția cancerului de corp uterin este lentă, întinzându-se pe mai mulți ani. Metastazele pot atinge ficatul, creierul, oasele.

TRATAMENT

■ *Tratamentul, chirurgical*, constă în ablația uterului și a ovarelor completată uneori printr-o evidare a ganglionilor iliaci învecinați. El este asociat uneori, înainte sau după operație, cu o radioterapie.

V

VACCIN. Preparat de origine microbiană introdus în organism cu scopul de a provoca formarea anticorpilor (sau a celulelor ucigașe) împotriva microbului în cauză.

Prezența acestor anticorpi (sau acestor celule) creează o imunizare specifică împotriva infecției sau a toxinei purtate de agentul infectant corespunzător.

Un vaccin este un germene microbian care a fost adus în situația de a-și pierde pe cale artificială puterea sa patogenă pentru a nu-și păstra decât puterea protectoare. Vaccinurile sunt obținute printr-un tratament adaptat, biologic, fizic sau chimic, al germenilor patogeni.

DIFERITE FORME DE VACCIN. Vaccinurile sunt preparate după diferite procedee și sunt disponibile sub mai multe forme.

■ *Germenii omorâți*, denumiți și germeni inactivați sau inerți, produc vaccinuri care imunizează prin puterea antigenică remanentă a germenilor. Utilizarea acestor vaccinuri necesită injectări repetate și rapeluri pentru a reînnoi imunitatea; vaccinurile care protejează împotriva holerei, febrei tifoide, gripei, tusei convulsive, rabiei, hepatitei virale B sunt vaccinuri de acest tip, precum și vaccinul antipoliomielitic tip Salk administrabil pe cale parenterală.

■ *Germenii vii atenuați* antrenează o reacție imunitară similară celei pe care ar produce-o infectarea organismului. Este suficientă o singură injectare. Din această familie fac parte vaccinurile care protejează împotriva rujeolei, oreionului și a rubeolei (asociate adesea în vaccinul R.O.R.), precum și cele împotriva febrei galbene și a poliomielitei.

■ *Anatoxinele*, obținute prin modificarea chimică și fizică, sunt utilizate atunci când toxina unui germene este agentul patogen principal. Imunitatea nu privește decât toxina. Vaccinurile împotriva difteriei, tetanosului și botulismului sunt de acest tip.

VACCINARE. Administrare a unui vaccin care are drept efect conferirea unei imunități active, specifice pentru o boală, făcând organismul refractar la această boală.

MOD DE ACȚIUNE. Dat fiind că imunizarea activă nu se instalează decât după câteva zile sau câteva săptămâni de la administrarea vaccinului, vaccinarea reprezintă de cele mai multe ori un mijloc de prevenire față de o infecție dată. Dar ea mai poate fi utilizată, de asemenea, și pentru a întări mijloacele de apărare ale organismului față de o infecție deja instalată (vaccinoterapie). Serovaccinarea asociază vaccinarea (protecția pe termen lung) și seroterapia (acțiunea imediată); astfel se previne tetanosul la persoanele nevaccinate în cazul unei răniri, fie ea și minimă (înțepătură cu un spin de trandafir, de exemplu).

INOCULARE. După felul vaccinului, inocularea poate fi făcută pe cale parenterală (subcutanată, intamusculară sau intradermică) ori, mai puțin des, pe cale orală (vaccinarea antipoliomielitică, de exemplu). Se recurge astăzi la două tipuri de vaccinare: vaccinările combinate, care constau în amestecarea, în momentul utilizării, a vaccinurilor în aceeași seringă și în inocularea lor într-un singur punct de injectare în organism; vaccinările simultane, care constau în administrarea vaccinurilor în diverse puncte ale organismului sau pe căi de administrare diferite.

VACCINĂRI CURENTE. Vaccinările privesc bolile grave, frecvente și evitabile.

■ *La copil*, anumite vaccinări sunt obligatorii, altele sunt facultative, dar recomandate în mare măsură. Fiecare țară propune un calendar al vaccinărilor, în funcție de condițiile epidemiologice care îi sunt proprii, împotriva tuberculozei (B.C.G.), împotriva difteriei, tetanosului și poliomielitei (D.T.P.), dar și împotriva tusei convulsive – boală infecțioasă deosebit de gravă la sugarul mic, boală denumită și pertussis –, împotriva rujeolei, oreionului și rubeolei (vaccinul R.O.R.). O altă vaccinare, mai recentă, permite protejarea copiilor față de *Haemophillus influenzae* de tip B (meningită purulentă, epiglotită etc.). Acest vaccin poate fi asociat cu vaccinul împotriva difteriei, tetanosului, tusei convulsive și a poliomielitei (D.T.P.P.) se vorbește atunci de un vaccin pentavalent. În sfârșit, în țările în care mai bântuie încă bolile zise „pestiențiale" (holera, febra galbenă, de exemplu), trebuie practicate vaccinările corespunzătoare.

■ *La adult*, se disting vaccinări de mai multe tipuri: unele privesc afecțiunile prezente în toate părțile lumii (tetanos, rubeolă pentru femeile neimunizate prin boală, gripă pentru persoanele în vârstă sau fragile); altele sunt obligatorii

la un anumit timp după prima vaccinare. În paralel, o revaccinare are loc după o anume perioadă dacă pacientul nu a reacționat la prima inoculare (B.C.G.) sau dacă în decursul timpului au apărut modificări antigenice în structura virusului pe care vaccinarea urmărește să îl combată (vaccinarea anuală împotriva virusului gripei, care se modifică frecvent).

CONTRAINDICAȚII

■ *Contraindicațiile absolute la administrarea unui vaccin* sunt afecțiunile maligne (cancer, boală de sânge), afecțiunile viscerale cronice, deficitele imunitare, afecțiunile neurologice și proteinuriile. Ablația splinei constituie, de altfel, o contraindicație la administrarea oricărui vaccin viu atenuat (vaccin antirujeolos, vaccin antirubeolic, vaccin împotriva oreionului, de exemplu). Vaccinurile bacteriene inactivate (împotriva tusei convulsive [pertussis]) sunt contraindicate în caz de reacție puternică după o precedentă injecție.

■ *Contraindicațiile temporare la administrarea unui vaccin* sunt febra și urmările imediate ale unei intervenții chirurgicale. Bolile renale, insuficiențele cardiace sau respiratorii, bolile dermatologice, inclusiv eczema, nu constituie contraindicații, cu condiția ca vaccinările să fie practicate în afara unui puseu al bolii. În prezența unui teren deosebit de alergic, vaccinarea este posibilă după un protocol bine definit care cuprinde îndeosebi o probă de toleranță la vaccin. În timpul sarcinii sunt contraindicate vaccinurile antipertussis, antipoliomielitic pe cale orală, antirujeolos, antirubeolic, antitifoidic, antirabic cu excepția cazului unei contaminări sigure) și, în afara urgențelor, vaccinurile antidifteric și antiamaril (împotriva febrei galbene). În schimb, este posibil să se vaccineze o femeie gravidă împotriva gripei, începând cu luna a 4-a de sarcină, împotriva tuberculozei (B.C.G.), a holerei, poliomielitei și tetanosului.

EFECTE NEDORITE. Administrarea anumitor vaccinuri poate antrena reacții locale (durere, roșeață, umflătură), o febră și uneori reacții alergice (febră, urticarie).

În România, în cadrul Programului Național de Imunizări al Ministerului Sănătății, calendarul vaccinărilor pentru copii și adolescenți este prezentată în tabelul de mai jos*:

VACCINĂ. Boală infecțioasă a vacilor și cailor, transmisibilă omului, provocată de un virus din familia poxvirusurilor.

Acest virus responsabil de *cowpox* (boală infecțioasă a vacilor) sau de *horsepox* (boală infecțioasă a cailor), este foarte apropiat de virusul variolei.

VACCINOTERAPIE. Utilizare a unui vaccin în scop curativ și nu în scop preventiv.

Vaccinoterapia este utilizată pentru efectele nespecifice pe care le produce injectarea unui vaccin; o vaccinare antrenează în fapt o febră și reacții inflamatorii, care pot servi la stimularea mijloacelor de apărare ale organismului în infecțiile recidivante sau trenante sau cu perioadă de incubație lungă.

Utilizarea B.C.G.-ului (vaccinul antituberculos) în tratamentul unor afecțiuni maligne, ca mielomul multiplu, leucemia și mai ales cancerul vezicii, este în curs de evaluare.

VAG (nerv). → PNEUMOGASTRIC (nerv).

VAGAL, -Ă. Relativ la nervii vagi sau pneumogastrici.

O sincopă vagală este o scurtă pierdere a stării de conștiență provocată de o prea mare activitate a nervilor pneumogastrici.

CALENDARUL VACCINĂRILOR ÎN ROMÂNIA

Vârsta recomandată	Vaccin(uri)	Comentarii
0–7 zile	B.C.G., Hep. B	În maternitate
2 luni	D.T.P., V.P.O.T., Hep. B	Simultan
4 luni	D.T.P., V.P.O.T.	Simultan
6 luni	D.T.P., V.P.O.T., Hep. B	Simultan
9–11 luni	Ruj.	
12 luni	D.T.P., V.P.O.T.	Simultan
30–35 luni	D.T.P.	În campanii**
7 ani (în clasa I)	D.T., Ruj.	În campanii**
9 ani (în clasa a III-a)	V.P.O.T.	În campanii**
14 ani (în clasa a VIII-a)	D.T., B.C.G.	În campanii**
La 24 ani	D.T.	Și la fiecare 10 ani ulterior

* Date furnizate prin amabilitatea Direcțiunii Institutului Cantacuzino.

** Organizate anual de către Ministerul Sănătății.

D.T.P. – vaccin diftero-tetano-pertussis (trivaccin), D.T. – vaccin difteno-tetanic (bivaccin) – V.P.O.T. – vaccin polio oral trivalent; Hep. B., vaccin contra hepatitei B, Ruj. – vaccin antirujeolic, B.C.G. – Bacil Calmette Guerin (vaccin antituberculos, DT – bianatoxină difero-tetanică (se utilizează după vârsta de 14 ani).

VAGIN. Conduct musculomembranos care se întinde de la uter la vulva femeii.

STRUCTURĂ. Vaginul măsoară de la 8 la 12 centimetri lungime. Partea cea mai de sus a cavității sale este ocupată de proeminența colului uterin – care este înconjurată de un manșon, fundul-de-sac vaginal. Extremitatea sa inferioară este separată de vulvă printr-o membrană, himenul, care este ruptă în cursul primului raport sexual. Umiditatea sa este întreținută de o substanță onctuoasă și albicioasă, secretată de celulele vaginale, și de mucus care provine din colul uterin, numit gleră cervicală.

La menopauză, secreția hormonală, în particular cea a estrogenilor, se întrerupe, iar pereții vaginali se usucă și se subțiază treptat, antrenând uneori dureri în cursul raporturilor sexuale. Un tratament hormonal substitutiv, local sau general, permite remedierea acestui fenomen fiziologic.

PATOLOGIE. Tulburările vaginale sunt foarte frecvente: pierderile vaginale și mâncărimile sunt semnele unei infecții locale (vaginită), uterine (endometrită) sau vulvare (vulvită). Mai rar, vaginul poate fi sediul unor chisturi sau unor polipi, care nu sunt extirpați atunci când nu sunt deranjanți. De altfel, forța contractilă a pereților este cea care se poate afla la originea unei reacții ce face raporturile sexuale dureroase, vaginismul. În sfârșit, vaginul poate, în mod excepțional, să fie afectat de un cancer.

VAGIN (cancer de). Cancer care afectează vaginul sub forma unui carcinom epidermoid (cancer al epiteliului) sau al unui adenocarcinom (cancer al țesutului glandular).

O formă particulară a cancerului de vagin a fost semnalată la fetele ale căror mame, în timpul sarcinii, au luat dietilsilbestrol (estrogen destinat prevenirii avorturilor și hemoragiilor obstetricale). Dietisilbestrolul nu mai este comercializat începând cu anul 1977.

■ *Cancerele secundare ale vaginului* corespund unor metastaze, de cele mai multe ori ale unor cancere: al vulvei, al colului uterin sau al ovarului.

Cancerul vaginului este o tumoră foarte rară, și este pusă de cele mai multe ori în evidență prin sângerările sau pierderile vaginale. Atunci când la originea lor se află luarea de dietilstilbestrol de către mama pacientei, sângerările importante survin în afara fluxului menstrual în momentl pubertății sau la puțin timp după.

El este depistat pe baza unui frotiu cervicovaginal; diagnosticul este confirmat prin biopsia fragmentelor din zonele suspecte, analizate la microscop.

Tratamentul este de cele mai multe ori chirurgical, asociat cu radioterapia.

PREVENIRE. Femeile care au fost tratate pentru un cancer al vulvei, al colului uterin sau al ovarului trebuie să se supună unei supravegheri generale regulate, precum și unei supravegheri ginecologice. Fetele ale căror mame au luat dietilsilbestrol în timpul sarcinii trebuie să fie supravegheate prin examinare anuală pe plan ginecologic pe toată durata vieții lor sexuale.

VAGINAL, -Ă. Relativ la vagin.

Pierderile vaginale sunt scurgeri de gleră cervicală, fie fiziologice (în momentul ovulației, de exemplu), fie patologice (care atestă o infecție a căilor genitale).

VAGINISM. Afecțiune caracterizată printr-o contractură spasmodică involuntară a mușchilor vaginali și perivaginali în momentul penetrării penisului în vagin, ceea ce face ca penetrarea să fie imposibilă sau, cel puțin, dureroasă.

Vaginismul se numește primar dacă se produce încă de la primul raport sexual, secundar atunci când survine după un interval de relații sexuale satisfăcătoare.

CAUZE. Ele sunt uneori fizice (inflamație, infecție, malpoziție a organelor genitale, prezența unui himen rezistent), uneori psihologice (amintirea unei nașteri dificile, insuficiența preliminariilor amoroase, violența sau stângăcia partenerului, absența dorinței, viol). Vaginismul și frigiditatea nu se asociază, femeia putând ajunge la orgasm prin masturbare.

DIAGNOSTIC. Examenul ginecologic trebuie mai întâi să depisteze o malformație sau o infecție care nu sunt cunoscute, tușeul vaginal putând fi realizat sub anestezie. În absența oricărei cauze organice, un bilanț psihologic, se va străduI să precizeze dificultățile prezente sau trecute (educație rigidă) ale pacientei.

TRATAMENT. Tratamentul, care variază după cauze, poate cuprinde o intervenție chirurgicală sau un tratament antibiotic în caz de anomalie fizică sau de infecție, ori poate face apel la dilatația treptată a vaginului, la un ajutor psihologic specializat, la o educație psihosexuală și/sau la exerciții de relaxare.

VAGINITĂ. Inflamație a pereților vaginali.

CAUZE. O vaginită este provocată de cele mai multe ori de o infecție cu bacterii sau cu ciuperci (*Candida albicans*, trichomonas, *Gardnerella vaginalis*), de o reacție la prezența unui corp străin (obiect introdus de fetițe, tampon vaginal uitat), de o alergie (la un produs de menținere a igienei) sau de o atrofiere postmenopauzică a vaginului, cauzată de o micșorare a secreției hormonale. În mod normal, vaginul este sediul unei flore microbiene, care creează un mediu acid protector împotriva germenilor nocivi. Dacă, dintr-un motiv oarecare, echilibrul acestei flore este rupt, se instalează o vaginită.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Inflamația se traduce prin pierderi vaginale anormale (leucoree), uneori sângerânde, printr-o senzație de arsură, prin mâncărimi. Raporturile sexuale pot fi dureroase (dispareunie).

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. O prelevare de secreții vaginale permite să se stabilească germenele în cauză.

Tratamentul face apel la aplicații locale de antimicozice sau de antibacteriene (ovule ginecologice) sau la administrarea de antibiotice pe cale generală, în caz de infecție cu trichomonas sau cu *Gardnerella vaginalis*. În cazul femeii aflate la menopauză, tratamentul poate cuprinde administrarea locală de hormoni (estrogeni), care refac grosimea și suplețea vaginului.

VAGOTOMIE. Secționare chirurgicală a nervului pneumogastric, ori nervul vag, la nivelul abdomenului.

INDICAȚII. Vagotomia este o intervenție eficace în caz de ulcer gastroduodenal rebel la orice tratament medicamentos. Nervul pneumogastric este, de fapt, responsabil de secreția acidă a stomacului, care favorizează apariția ulcerelor.

DESFĂȘURARE. Vagotomia este realizată prin chirurgie clasică sau prin celioscopie (cu ajutorul unor tuburi dotate cu un sistem optic sau cu instrumente chirurgicale, introduse prin mici incizii abdominale. Intervenția, fără gravitate, nu lasă sechele și nu necesită nici un regim deosebit.

VALGUS. Care se depărtează spre exterior în raport cu axa corpului.

Termenul *genu valgum* desemnează astfel o deviere a axului gambei spre exteriorul axei coapsei; atunci când genunchii se ating, subiectul are picioarele depărtate. În același fel, *hallux valgus* este o deviere a degetului mare de la picior către celălalt, responsabilă de o tumefiere dureroasă, denumită curent bătătură („mont").

VALINĂ. Acid aminat indispensabil (adică nesintetizabil de către organism, care trebuie să fie primit prin alimentație), având o structură chimică zisă în lanț ramificat.

VALSALVA (manevră a lui). Probă respiratorie constând în efectuarea unei expirații forțate, cu glota închisă. SINONIM: *proba lui Valsalva*.

Proba, efectuată pentru aprecierea capacității de adaptare a aparatului cardiovascular la efort, provoacă în mod normal bradicardie și modificări de volum ale inimii.

VALVĂ. Structură anatomică ce nu permite scurgerea unui lichid decât într-o singură direcție.

Valvele cardiace sunt elemente constitutive ale diferitelor valvule care împiedică refluxul sângelui în cursul trecerii sale din auricule în ventricule și din ventricule în arterele principale. Valvula tricuspidă, între auriculul și ventriculul drept, este formată din 3 valve denumite valve tricuspide; valvula mitrală, la intrarea arterei pulmonare, și valvula aortică, la nivelul de formare a aortei, sunt compuse fiecare din 3 valve sigmoide, în formă de capsulă deschisă spre vas.

VALVĂ ARTIFICIALĂ. Dispozitiv plasat în inimă și destinat să înlocuiască o valvulă cardiacă defectă. SINONIM: *proteză valvulară*. → ÎNLOCUIRE VALVULARĂ.

VALVĂ URETRALĂ. Malformație congenitală masculină constând din prezența, în uretră, a două pliuri mucoase care împiedică urina conținută în vezică să se evacueze în mod normal.

Valva uretrală este malformația obstructivă a aparatului urinar jos (vezică, uretră) care se observă de cele mai multe ori la băieți.

SIMPTOME ȘI SEMNE. O valvă uretrală este o malformație gravă, însoțită uneori și de alte malformații congenitale (duplicitate renală, megaureter). Ea se traduce printr-o dilatație a vezicii și a aparatului urinar înalt (rinichi, uretere) care poate avea drept consecință, în cazul în care valva împiedică complet scurgerea urinei, o insuficiență renală prin distrugerea ambilor rinichi. Dacă obstrucția este moderată, valva uretrală se manifestă printr-un jet micțional anormal de firav, prin pierderi nocturne de urină și prin infecții urinare repetate.

TRATAMENT ȘI COMPLICAȚII. Tratamentul constă, într-un prim timp, în drenarea vezicii punând, sub anestezie generală, o sondă uretrală sau un cateter suprapubian pentru a suprima dilatația rinichilor și a ureterelor (ceea ce poate lua de la câteva zile până la câteva săptămâni). Într-un al doilea timp, valvele uretrale sunt incizate și distruse pe cale endoscopică (uretroscopie). Este vorba de un tratament complex, ale cărui sechele (insuficiență renală, incontinență urinară, îngustare a ureterei) sunt frecvente și justifică o supraveghere regulată timp de mai mulți ani.

VALVULĂ. Pliu membranos în interiorul unui canal, realizând evitarea refluxului de lichid sau de materii.

Valvulele sunt constituite adesea din mai multe elemente, denumite valve; acestea sunt dispuse astfel încât să se depărteze unele de altele atunci când sunt apăsate în sensul curentului și să se apropie atunci când sensul apăsării este invers, cu scopul de a evita un reflux. Ele joacă deci un rol de supapă.

Valvulele cardiace. Cele 4 pliuri membroase care canalizează sângele în interiorul inimii pentru ca el să se scurgă într-o singură direcție.

DIFERITE TIPURI DE VALVULE CARDIACE. Cele două valvule auriculoventriculare, cea mitrală la stânga și cea tricuspidă la dreapta, formate, respectiv, din 2 și 3 valve, sunt localizate la intrarea ventriculelor. Cele două valvule arteriale, aortică la stânga și pulmonară la dreapta, formate fiecare din câte 3 valve sigmoide, la originea aortei și a arterei pulmonare.

■ *Valvula mitrală* este deschisă în timpul umplerii ventriculului stâng, lăsând să treacă nestingherit sângele care vine

de la auriculul stâng. În timpul contracției ventriculare, ea se închide în mod etanș.

■ *Valvula tricuspidă* este deschisă în timpul umplerii ventriculului drept și se închide în timpul contracției ventriculare.

■ *Valvula aortică* se deschide sub presiunea sângelui în timpul contracției ventriculului stâng (sistolă) și se închide în timpul relaxării sale (diastolă), o dată sângele ejectat în aortă.

■ *Valvula pulmonară* se deschide în cursul contracției ventriculului drept, pentru a permite ejectarea sângelui spre plămâni, apoi se închide pentru a evita refluxul sangvin.

PATOLOGIE. Valvulopatiile, atingeri ale valvulelor cardiace prin stenoză (îngustare) sau prin insuficiență (lipsă de etanșeitate) valvulară, pot fi de origine infecțioasă, inflamatorie sau degenerativă.

VALVULOPATIE. Atingere a unei valvule a inimii.

CAUZE. Valvulopatiile au cauze variate: congenitale (malformații), inflamatorii (reumatism articular acut), infecțioase (endocardită [infecție a valvelor inimii]), degenerative, legate de vârstă, ischemice prin insuficiență coronariană (angor, infarct). În sfârșit, există o atingere a valvulei mitrale provocată de ruperea cordajelor sale: nemaifiind legată de ventriculul stâng, valvula mitrală se îndreaptă spre auriculul stâng în momentul sistolei.

DIFERITE TIPURI DE VALVULOPATIE. Leziunile unei valvule antrenează fie îngustarea (stenozarea) sa, fie o insuficiență.

■ *Îngustarea valvulară* provoacă o jenă în timpul trecerii sângelui, valvula nefiind suficient de deschisă în diastolă (umplerea cavităților cardiace) pentru valvulele mitrală și tricuspidă, și în sistolă (contracție cardiacă) pentru valvulele aortică și pulmonară.

■ *Insuficiența valvulară*, denumită și scurgere, ori incontinență, este legată de o absență a etanșeității valvulei în diastolă pentru valvulele aortică și pulmonară, în sistolă pentru valvulele mitrală și tricuspidă.

SIMPTOME ȘI EVOLUȚIE. Valvulopatiile minore pot trece neobservate. Totuși, chiar în acest stadiu, ele se complică destul de ușor în endocardită, prin propagarea pe cale sangvină plecând de la un focar infecțios. În alte cazuri, se observă tulburări de ritm (palpitații), stări de rău, un angor (angină pectorală), semne de insuficiență cardiacă (jenă respiratorie). Simptomele pot să nu apară decât la efort înainte de a deveni permanente.

Orice anomalie valvulară importantă are răsunet asupra auriculului sau a ventriculului, în amonte de valvula atinsă: dilatația auriculului, dilatația ventriculului sau îngroșarea peretelui său. În plus, travaliul inimii crește, ceea ce explică evoluția posibilă spre o insuficiență cardiacă.

DIAGNOSTIC. O valvulopatie este suspectată la auscultație prin perceperea unui suflu (zgomot anormal prelungit). Sunt necesare examene complementare: electrocardiografie, radiografie a toracelui, ecografie a inimii, chiar cateterism cardiac (introducerea într-un vas periferic a unei sonde împinse până în inimă).

TRATAMENT. Valvulopatiile minore necesită o supraveghere medicală care permite, în particular, prevenirea endocarditei, îndeosebi prin luarea de antibiotice înainte și în timpul îngrijirilor stomatologice sau a oricărei intervenții chirurgicale asupra unui focar infecțios cu scopul de a evita introducerea unui germene în circulația snagvină. Printre valvulopatiile severe, unele (stenoză mitrală cu valve suple, stenoză pulmonară) pot beneficia de o valvuloplastie. Înlocuirea valvulei printr-o proteză mecanică sau printr-o grefare de valvă biologică, zisă bioproteză, privește valvulopatiile aortice și valvulopatiile mitrale neaccesibile unei valvuloplastii.

VALVULOPLASTIE. Reparație anatomică și restaurație funcțională a unei valvule cardiace anormale.

DIFERITE TIPURI DE VALVULOPLASTIE

■ *Valvulopastia „medicală" prin cateterism cardiac* este indicată în caz de stenoză valvulară și privește îndeosebi valvula mitrală, uneori valvula pulmonară. O sondă fină și lungă este introdusă într-un vas superficial, sub anestezie locală, prin piele, apoi este împinsă până în inimă sub control video. Un balonaș situat la extremitatea sondei este plasat în orificiul valvulei și umflat la presiune mare timp de câteva secunde.

■ *Valvuloplastia chirurgicala* este o operație chirurgicală care se desfășoară sub anestezie generală și sub circulație extracorporală: în timpul intervenției, circulația nu se face prin inimă, ci printr-un aparat exterior care asigură oxigenarea sângelui. O astfel de reconstituire valvulară este indicată în tratamentul insuficienței unei valvule (scăpare de sânge în contracurent), îndeosebi a valvulei mitrale. Actul chirurgical depinde de fiecare caz: poate fi vorba de ablația unui fragment de țesut valvular excedentar, de o scurtare a cordajelor, de punerea unui inel care remodelează orificiul etc.

VAQUEZ (poliglobulie a lui). Boală caracterizată printr-o proliferare malignă a precursorilor globulelor roșii. SINONIM: *poliglobulia primitivă a lui Vaquez*.

Poliglobulia lui Vaquez este forma cea mai frecventă a sindroamelor mieloproliferative. Ea survine de cele mai multe ori după vârsta de 40 ani. Originea sa este necunoscută.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Boala se manifestă, în general, prin simptome numeroase și pronunțate: înroșirea feței și a mucoaselor, dureri de cap, vertije, senzații mai mult sau mai puțin dureroase de înțepenire, furnicături, mâncărimi cauzate de contactul cu apa.

DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT. Diagnosticul se bazează pe numărătoarea formulei sangvine (N.F.S.), care evidenţiază o creştere marcată şi fără cauză vizibilă a numărului de globule roşii, precum şi o proporţie anormal de mare de plachete şi de polinucleare neutrofile (varietate de globule albe) în raport cu alte celule ale sângelui.

Tratamentul constă în practicarea de sângerări repetate şi abundente, destinate să reducă masa de globule roşii în raport cu masa totală a sângelui. Acest tratament trebuie uneori să fie urmat timp de mai mulţi ani. La subiecţii vârstnici, tratamentul constă în limitarea proliferării celulelor maligne fie prin intermediul medicamentelor care inhibă diviziunea celulară (antimitotice), fie prin intermediul fosforului radioactiv (^{32}P).

Speranţa de viaţă a bolnavilor, în particular a bolnavilor tineri, este bună şi prognosticul rămâne, în ansamblu, favorabil.

VARICE ALE MEMBRELOR INFERIOARE. Dilataţii patologice permanente ale unei vene a coapsei şi mai ales a gambei, însoţite de o ulceraţie a peretelui său.

Varicele membrelor inferioare sunt de cele mai multe ori esenţiale sau idiopatice, adică ele constituie fenomene izolate şi nu sunt consecinţa nici unei boli. Ereditatea, factorii hormonali, o suprаîncărcare ponderală, un mod de viaţă sedentar, staţionarea îndelungată în picioare şi/sau la căldură pot favoriza apariţia varicelor. Acestea sunt legate de un defect de etanşeitate al valvulelor venoase, care împiedică în mod normal refularea sângelui în jumătatea inferioară a corpului; de aici rezultă o dilataţie a venelor, predominând la picioare din cauza greutăţii.

SIMPTOME ŞI SEMNE. Simptomele sunt provocate mai ales de acumularea de sânge în gambe, nu atât de varicele în sine: crampe, greutate în picioare, furnicături, rar dureri în adevăratul sens al cuvântului. Apoi se formează un cordon albastru, moale, sinuos vizibil prin piele, care se aplatizează în poziţia întinsă şi iese în evidenţă în poziţia în picioare.

COMPLICAŢII. Varicele se află la originea a trei feluri de complicaţii.

■ *Flebita superficială*, inflamaţie acută a jurul varicelor membrului inferior, se traduce printr-o durere şi o modificare a pielii (înroşire, aspect cartonat) în lungimea segmentului varicos.

■ *Ruptura de varice* antrenează o hemoragie abundentă şi neaşteptată. Sângerarea unei varice poate să se scurgă în exterior sau poate da naştere unui hematom subcutanat dureros.

■ *Tulburările cutanate* se produc pe termen lung. Acestea sunt, în general, o dermită ocre (coloraţie brună a pielii) şi ulcere varicoase (plăgi persistente frecvent suprainfectate).

TRATAMENT. Acesta nu vizează doar atenuarea eventualelor simptome sau acţionarea doar pe plan estetic, ci şi împiedicarea agravării varicelor şi prevenirea complicaţiilor. Tratamentul varicelor esenţiale ale membrului inferior face apel la mai multe metode, uneori combinate: lupta împotriva acumulării de sânge (purtarul de ciorapi de contenţie, suprаînălţarea picioarelor în timpul somnului, suprimarea expunerii picioarelor la căldură), prescrierea de medicamente venotonice, sclerozarea varicelor (prin injectarea unei substanţe atrofiante), tratamentul chirurgical prin stripping (ablaţia unei vene prin două mici incizii practicate la nivelul gleznei şi al coapsei) sau CHIVA (chirurgie hemodinamică a insuficienţei venoase în regim ambulator), care constă în ligaturarea venelor deficiente. Curele termale pot fi benefice, în particular pentru tratamentul tulburărilor cutanate pe termen lung şi al ulcerelor varicoase.

PREVENIRE. Câteva reguli de igienă permit prevenirea sau întârzierea apariţiei varicelor: compensarea sedentarismului prin exerciţii fizice (mers, nataţie), evitarea staţionărilor îndelungate în picioare şi a tuturor formelor de căldură (expuneri la soare, saună), dormitul cu picioarele suprаînălţate, purtatul de ciorapi de contenţie şi evitarea comprimării gambelor (sosete, ciorapi sau ghete prea strânse la partea de sus, care riscă să acţioneze ca un garou).

VARICE ESOFAGIENE. Dilataţii patologice ale venelor inferioare ale esofagului.

CAUZE ŞI SIMPTOME. Cauza cea mai frecventă a varicelor esofagiene este ciroza hepatică, alteraţie cronică a stării ficatului, fie că este vorba de o origine alcoolică, autoimună (ciroză biliară primitivă) sau metabolică (hemocromatoză). Varicele esofagiene nu se manifestă prin nici un simptom atâta vreme cât nu se rup. Ele sunt asociate uneori cu ascită (efuziune lichidiană în peritoneu).

TRATAMENT ŞI PREVENIRE. Tratamentul unei hemoragii consecutive unei rupturi de varice esofagiene face apel la reanimare şi transfuzie, hemoragia fiind oprită fie prin compresie cu ajutorul unei sonde cu balonaş gonflabil, fie prin sclerozare endoscopică (injectare a unei substanţe atrofiante în venă). În caz de eşec al tratamentului medical, poate fi întreprinsă o intervenţie chirurgicală de urgenţă (anastomoză portocavă).

Fără tratament, varicele esofagiene sfârşesc prin a se rupe, antrenând o hemoragie care poate fi gravă, manifestându-se printr-o hemateme (emisie pe gură de sânge nedigerat) şi provocând o anemie acută şi o scădere brutală a presiunii arteriale.

Tratamentul preventiv al hemoragiei constă fie în administrarea de medicamente betablocante (care diminuează debitul sangvin), fie în sclerozarea endoscopică a varicelor.

VARICELĂ. Boală infecţioasă contagioasă provocată de un virus din familia herpesvirusurilor, virusul varicelă-zona sau V.Z. SINONIM: *vârsat de vânt*.

Virusul varicelă-zona este un virus ADN care, aşa cum o arată şi numele, este responsabil, de asemenea, şi de zona zoster.

CONTAMINARE. Varicela survine de cele mai multe ori în copilărie, între 2 și 10 ani. Ea este mai rară,dar și mai severă, la adult. Transmisia virusului se face pe cale respiratorie, prin inhalarea picăturilor de salivă emise de un bolnav sau prin contact direct cu leziunile sale cutanate.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Forma cea mai obișnuită a varicelei survine după o incubare a virusului care durează în jur de 2 săptămâni, în timpul căreia subiectul este contagios. Boala se caracterizează printr-o erupție cutanată tipică, precedată adesea de o febră puțin ridicată (38°C) și de o înroșire trecătoare a pielii. Erupția evoluează prin pusee succesive, distanțate la 2–4 zile. Ea debutează pe torace, se întinde pe tot corpul (pielea capului, brațe, axile, coapse), uneori pe mucoase și, în cele din urmă, pe față. Însoțită de mâncărimi puternice, ea se manifestă prin mici pete roșii cu diametrul de 2–4 milimetri care, în 24 ore, se transformă în vezicule superficiale mari cât gămălia unui ac, umplute cu un lichid limpede. Conținutul fiecărei vezicule întâi se tulbură și apoi se usucă după două zile. Atunci, în locul veziculei apare o crustă; ea cade cam în a șaptea zi. Erupția veziculară se vindecă în 10 până la 15 zile.

COMPLICAȚII. Varicela este o boală benignă; complicațiile sale cutanate sunt constituite, în principal, din leziunile formate prin scărpinat, care lasă urme de nețters; acestea pot fi evitate prin îngrijiri locale care calmează mâncărimile și evită suprainfectarea. La copil, pot surveni complicații neurologice, benigne și trecătoare, mai ales sub forma de encefalită, antrenând o senzație de vertij. La adult, sunt constatate uneori manifestări pulmonare spre a treia zi a infecției;febra se ridică până la 40°C, apare o tuse uscată iar apoi se instalează o dificultate la respirație. Unele forme grave pot da loc unei insuficiențe respiratorii acute, dar majoritatea cazurilor evoluează favorabil în două săptămâni.

Complicațiile cele mai severe privesc subiecții imunodeprimați; erupția este atunci cutaneomucoasă, abundentă, constituită din numeroase elemente voluminoase, hemoragice și necrozate. Localizările poliviscerale sunt frecvente, mai ales cele hepatice, neurologice și pulmonare.

TRATAMENT. Acesta trebuie să fie instituit precoce. Pentru forma obișnuită a varicelei, tratamentul constă în aplicarea locală de antiseptice cu scopul de a evita suprainfecțiile cutanate. În caz de suprainfecții bacteriene, sunt prescrise antibiotice. Uneori sunt prescrise și antivirale (aciclovir), în cazurile grave, bolnavilor imunodeprimați. Mâncărimile, dacă sunt intense, pot fi atenuate printr-un antihistaminic.

PREVENIRE. Aceasta constă, în principal, în izolarea și evicția școlară a copilului bolnav până la vindecarea sa completă. O persoană imunodeprimată trebuie să evite orice contact cu un bolnav; în caz de contact, îi pot fi administrate imunoglobuline specifice în următoarele 3 zile după contact. De curând există și un vaccin împotriva varicelei, un vaccin realizat pe bază de virus atenuat; el este destinat copiilor imunodeprimați, precum și anturajului lor.

Virusul varicelei persistând, după infecție, în ganglionii nervoși ai rachisului sau în perechile de nervi craniени, este susceptibil să se reactiveze cu ocazia unei scăderi a imunității celulare, provocând atunci zona zoster.

VARICOCEL. Dilatație permanentă a venelor spermatice care drenează sângele testiculului, antrenând în acest organ o încetinire a circulației venoase.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Un varicocel este localizat de cele mai multe ori la testiculul stâng; el este prezent sub forma unei dilatații a venelor spermatice intrascrotale, moale la palpare, crescând în volum în timpul tusei. În cea mai mare parte a cazurilor, un varicocel nu antrenează nici jenă, nici simptom. Uneori, varicocelul este însoțit de o greutate testiculară care poate fi atenuată prin purtatul unui suspensor. Mai rar, ea generează o diminuare a numărului de spermatozoizi conținuți în spermă, asociat cu o diminuare a mobilității lor și a duratei lor de viață, și provoacă sterilitate.

TRATAMENT. În majoritatea cazurilor nu este necesar nici un tratament. Totuși, dacă varicocelul este mare și foarte deranjant sau dacă el provoacă o sterilitate, se poate practica o ligaturare a venelor spermatice prin chirurgie convențională sau endoscopică (celioscopie); această intervenție, realizată sub anestezie generală, necesită spitalizare de 2-4 zile. De asemenea, se mai poate practica, sub anestezie locală, o scleroză endovenoasă percutanată prin injectarea unui produs sclerozant cu ajutorul unui cateter introdus prin vena femurală și împins până în vena spermatică; această intervenție nu necesită, în general, vreo spitalizare.

VARIOLĂ. Boală infecțioasă contagioasă provocată de un poxvirus. SINONIME: *bubat mare, vârsat mare*.

Virusul variolei se transmite exclusiv pe cale interumană. Eradicarea acestei boli a fost proclamată la sfârșitul anului 1979 de către Organizația Mondială a Sănătății.

VARUS. Care se îndepărtează spre interior în raport cu axa corpului.

Termenul *genu varum* desemnează astfel o deviație a axului gambei spre interiorul axei coapsei. În același fel, *metatarsus varus* este o deformație, de cele mai multe ori congenitală, constând dintr-o deviație a antepiciorului spre interior.

VAS. Canal în care circulă sângele sau limfa.

Vasele sangvine. Acestea sunt arterele, arteriolele, capilarele sangvine, venulele și venele.

Arterele sistemice, care iau naștere din aortă, conduc sângele oxigenat provenit din ventriculul stâng al inimii până la mușchi și diferitele organe pentru a le aduce oxigen și substanțe nutritive. Ele se împart în multiple arteriole, apoi într-o infinitate de capilare, la nivelul cărora se efectuează schimburile dintre sânge și celule. Pornind de la celule, capilarele se unesc pentru a forma venule, care la

rândul lor converg pentru a constitui vene de calibru din ce în ce mai mare; ansamblul venelor sistemice se varsă în venele cave superioară și inferioară, care se varsă în auriculul drept, aducând astfel inimii drepte sângele albastru desaturat, care a pierdut o parte din oxigenul său în contact cu celulele.

În mod analog, artera pulmonară, pornită din ventriculul drept, se împarte în două ramuri mari, care, la rândul lor, dau naștere unor ramuri din ce în ce mai mici, conducând sângele dezoxigenat spre cei doi plămâni; arteriorele pulmonare se împart, la rândul lor, într-o infinitate de capilare, la nivelul cărora se efectuează, între sânge și aerul alveolelor pulmonare, schimburile gazoase care permit oxigenarea sângeluli și eliminarea dioxidului de carbon. Capilarele pulmonare se unesc pentru a forma venele, apoi vene de calibru mai mare care converg spre cele patru vene pulmonare, care se varsă în auriculul stâng.

PATOLOGIE. Vasele pot fi sediul micilor dilatații (anevrisme), tumorilor (angioame), cheaguri (tromboze), unor căi de comunicație anormale (fistule arteriovenoase), inflamații (angeite, capilarite, tromboflebite), unor depuneri grăsoase (aterom).

Vasele limfatice. Aceste canale au ca funcție drenarea lichidului interstițial situat între celulele organelor, limfa. Ele completează acțiunea venelor. Capilarele limfatice, care iau naștere în organe, se unesc în vase din ce în ce mai mari, apoi se adună la un loc pentru a forma canalul toracic. De altfel, pe traiectul vaselor limfatice, sunt eșalonate mici structuri care intervin în apărarea imunitară, ganglionii limfatici.

PATOLOGIE. Vasele limfatice pot fi inflamate (limfangită), obstruate ca efect al unei parazitoze (filarioză) sau printr-o compresie, îndeosebi ganglionară sau tumorală, ori chiar invadate de celule canceroase (limfangită carcinomatoasă). → CIRCULAȚIE SANGVINĂ, SISTEM LIMFATIC.

VASCULARITĂ. → ANGEITĂ.

VASCULARIZAȚIE. Totalitatea vaselor sangvine care irigă o regiune a corpului, un organ sau un țesut.

Vascularizația face apel la trei tipuri de vase: artere, vene și capilare. Totuși, în limbajul curent, vascularizația unui organ este redusă adesea la irigația sa arterială: cea a miocardului, de exemplu, este asigurată de arterele coronare, cea a creierului de arterele carotide și vertebrale.

VASELINĂ. Substanță grasă derivată de la petrol, care intră în compoziția pomezilor.

Vaselina este moale, albă, inodoră și octuoasă la pipăit. Aplicată pe piele, ea nu este absorbită, ceea ce justifică utilizarea sa ca excipient în anumite pomezi.

VASOCONSTRICTOR. Medicament care micșorează calibrul vaselor provocând contracția fibrelor musculare.

Vasoconstrictoarele sunt utilizate, în principal, în otorinolaringologie pentru a reduce scurgerea și obstrucția nazală în cursul rinitelor, sinuzitelor și rinofaringitelor.

EFECTE NEDORITE. Vasoconstrictoarele administrate pe cale orală pot antrena o uscăciune a gurii, o insomnie, o anxietate, o migrenă, transpirații, tulburări digestive; cele administrate pe cale nazală provoacă uneori o senzație de uscăciune nazală și, în caz de utilizare îndelungată, insomnii, dureri de cap, palpitații.

CONTRAINDICAȚII. Vasoconstrictoarele nu trebuie să fie folosite mai mult de 7 zile consecutiv. Ele sunt contraindicate în caz de luare de inhibitori de monoaminoxidază (IMAO) neselectivi și în timpul primului trimestru de sarcină, în timpul alăptării și la persoanele care prezintă risc de glaucom cu unghi închis. Unele dintre ele nu trebuie să fie folosite la copilul mic.

VASOCONSTRICȚIE. Diminuare a diametrului vaselor sangvine.

VASODILATATOR. Medicament care crește calibrul vaselor prin întinderea fibrelor lor musculare.

Vasodilatatoarele sunt utilizate în patologia vasculară și urologică.

MOD DE ADMINISTRARE ȘI EFECTE NEDORITE. Vasodilatatoarele sunt administrate pe cale injectabilă, sublinguală sau orală. În afara efectelor nedorite proprii fiecărui produs se constată, atunci când s-au luat doze mari, riscuri de hipotensiune arterială.

VASODILATAȚIE. Creștere a diametrului vaselor sangvine.

VASOMOTRICITATE. Proprietate pe care o au vasele sangvine de a-și schimba diametrul în funcție de modificările mediului interior.

Vasomotricitatea se manifestă fie printr-o vasoconstricție (micșorare a diametrului vaselor), fie printr-o vasodilatație (creștere a acestui diametru). Vasoconstricția se asociază cu o reducere a circulației sangvine; vasodilatația, invers, antrenează o creștere a fluxului sangvin. Aceste fenomene se referă mai ales la artere, mai precis la cele de calibru mediu și mic (arteriole).

VASOPRESINĂ. → ANTIDIURETIC (hormon).

VASOTOMIE. Deschiderea chirurgicală a unui canal deferent (canal care asigură trecerea spermei de la epididim până la baza prostatei, unde se unește cu canalul ejaculator).

VASOVASOSTOMIE. Operație chirurgicală care constă, după ce s-au îndepărtat segmente îngustate sau obstruate ale celor două canale deferente, în punerea cap la cap a extremităților sănătoase ale acestor conducturi care

asigură trecerea spermei din testicule până în canalele ejaculatoare.

INDICAȚII. Această intervenție face parte din tratamentul sterilității masculine atunci când aceasta este cauzată de o îngustare sau de o obturare a canalelor deferente. O astfel de sterilitate poate avea origini foarte diverse: tuberculoză genitală, infecție a epididimului sau a canalelor deferente, traumatism al canalelor deferente survenit în cursul unei intervenții chirurgicale (tratament al unei hernii inghinale bilaterale, deexemplu). O vasovasostomie poate fi solicitată de un pacient care, după ce a suferit o vazectomie (secționarea chirurgicală a canalelor deferente), dorește să fie din nou fertil.

DESFĂȘURARE. Vasovasostomia este realizată sub microscop (microchirurgie) din cauza calibrului foarte fin al canalului deferent. Este o intervenție de importanță medie, efectuată sub anestezie generală și care necesită o spitalizare de 3–4 zile.

Procentul de reușită este ceva mai mare de 50%.

VATER (ampulă a lui) sau **PAPILLA DUODENI MAJOR.** Porțiune a peretelui duodenal unde se îmbină canalul coledoc (canalul biliar principal, vehiculul bilei) și canalul lui Wirsung (canalul pancreatic, vehicul al sucului pancreatic).

VAZECTOMIE. Secționare chirurgicală a celor două canale deferente care aduc în mod normal spermatozoizii din testicule spre uretră.

DESFĂȘURARE ȘI CONSECINȚE. După incizia cutanată, canalele deferente sunt secționate între ieșirea lor din burse și intrarea lor în bazin, de fiecare parte a rădăcinii penisului. Intervenția, realizată sub anestezie locală sau generală, durează între 15 și 30 minute.

Vazectomia privează sperma de spermatozoizi dar nu modifică nici comportamentul sexual, nici erecția, nici ejaculare. Postoperator nu apar dureri, iar raporturile sexuale pot fi reluate imediat după intervenție, sub rezerva totuși a unei oarecare jene în primele 2–3 zile. Spermatozoizii stagnează în testicule și în epididime, apoi încetează să mai fie secretați.

Efectul unei vazectomii nu este imediat și sperma rămâne fecundantă timp de aproximativ 2 luni după intervenție. O spermogramă (examen al spermei) permite, la sfârșitul acestei perioade, să se confirme absența spermatozoizilor (azoospermie).

O vazectomie este teoretic reversibilă: o nouă operație poate fi practicată în vederea repunerii cap la cap a segmentelor canalelor deferente (vasovasostomie), dar rezultatele obținute printr-o astfel de intervenție nu sunt constante.

VĂL PALATIN sau **AL PALATULUI.** Parte posterioară a palatului, care separă cavitatea bucală de nazofaringe (partea faringelui situată în spatele foselor nazale). SINONIME: *palat moale, palat musculomembranos.*

Marginea posterioară a vălului palatin prezintă în mijloc lueta (omușorul) și, de fiecare parte a acestuia două pliuri, stâlpii palatini, de care sunt lipite amigdalele sau tonsilele palatine.

PATOLOGIE. Aceasta poate fi tumorală (tumoră benignă sau malignă), malformativă (fantă a vălului palatului, ori fentă velară) ori neurologică (paralizie). Vălul palatului este deosebit de lung la persoanele care sforăie, ceea ce conduce la propunerea ablației sale parțiale (faringoplastie) în tratamentul sforăitului.

VĂZ sau **VEDERE.** Funcție prin care imaginile captate de către ochi sunt transmise pe căile optice (celule retiniene și ganglionare, nerv optic, chiasmă optică) la creier.

MECANISM. Razele luminoase traversează diferite medii transparente ale ochiului: corneea, umoarea apoasă, cristalinul, vitroasa, înainte de a ajunge la retină. Corneea asigură cea mai mare parte a puterii de refracție, destinată să facă să conveargă aceste raze pe retină. Cristalinul are și el un rol refringent. Pe retină, celulele fotoreceptoare (conurile și bastonașele) transformă influxul luminos în influx nervos, care este analizat de către creier (lobul occipital) după trecerea lui prin căile optice (nervii optici, chiasma optică, corpii geniculați, radiațiile optice).

DIFERITE TIPURI DE VEDERE. Vederea permite să se distingă trei feluri de elemente: formele, reliefurile și, în fine, culorile.

■ *Vederea formelor* este posibilă mulțumită puterii convergente a sistemului optic. Imaginea, pe retină, este redusă și inversată. Vederea precisă a formelor, ori acuitatea vizuală este maximă în apropierea polului posterior al ochiului, care corespunde, pe retină, maculei: în fapt, aceasta conține în principal conuri. Tot ceea ce este perceput prin vederea periferică constituie câmpul vizual.

■ *Vederea reliefurilor și a distanțelor,* ori vederea stereoscopică, este posibilă datorită integrării de către creier a două imagini ușor diferite, furnizate de fiecare ochi.

■ *Vederea culorilor,* aflată sub dominația conurilor, este mai intensă în zona centrală a retinei și mai puțin bună la periferie.

EXAMENE. Vederea formelor este evaluată prin teste de acuitate vizuală, de departe și de aproape și prin explorarea câmpului vizual. Electroretinografia explorează funcționarea celulelor fotoreceptoare ale retinei (conuri și bastonașe); înregistrarea potențialelor evocate vizuale evaluează transmisia influxului nervos în lungimea căilor optice. Testele ortoptice permit estimarea vederii binoculare.

VÂSCOZITATE sau **VISCOZITATE.** Mărime fizică asociată în medicină pentru caracterizarea genidelor

biologice. Se măsoară cu ajutorul vâscozimetrului (viscozimetrului).

VDRL. Metodă de serodiagnostic utilizată pentru depistarea sifilisului. (Abreviere din engleză *Veneral Disease Research Laboratory*, laborator de cercetare a bolilor venerice).

VEGETALISM. Regim alimentar lipsit de orice produs de origine animală. Vegetalismul, spre deosebire de vegetarism, exclude nu doar toate felurile de carne, ci și toate produsele de origine animală (ouă, lapte, miere etc.). Bazat pe principii filosofice, religioase sau igienice, acest regim foarte restrictiv provoacă diferite carențe, îndeosebi în proteine; de fapt, proteinele vegetale sunt deficitare în anumiți acizi aminați indispensabili (pe care organismul nu știe să-i sintetizeze și deci trebuie furnizați prin alimentație) și nu pot acoperi totalitatea necesităților. O altă carență importantă privește mineralele ca fierul (ale cărui surse esențiale sunt carnea, peștele și ouăle), zincul (care se găsește în principal în carne) și unele vitamine, în particular vitamina B12 (conținută exclusiv în produsele animale: carne, pește, ouă, lapte și produse lactate). Pe deasupra, marea abundență a acestui regim în fibre alimentare agravează acest dezechilibru inhibând absorbția intestinală a mineralelor.

Vegetalismul este în consecință nerecomandabil în toate împrejurările și, îndeosebi, în cursul creșterii, sarcinii, alăptării, precum și la persoanele în vârstă, bolnavi și convalescenți.

VEGETARISM. Regim alimentar care exclude orice carne animală (carne, pește), dar care admite în general consumul de alimente de origine animală ca ouăle, laptele și produsele lactate (brânzeturi și iaurturi).

Echilibrul alimentar poate fi obținut variind alimentația și mai ales asigurând aporturi de proteine satisfăcătoare din punct de vedere cantitativ și calitativ. În fapt, proteinelor vegetale le lipsesc, întotdeauna unul sau mai mulți acizi aminați indispensabili (pe care organismul nu știe să-i sintetizeze și căruia îi trebuie furnizați prin alimentație); totuși, un echilibru poate fi obținut prin aplicarea principiului complementarității proteice, care constă în asocierea proteinelor vegetale ale căror acizi aminați lipsă sunt diferiți (asociere cereale-leguminoase, în special); proteina „mixtă" care rezultă din această asociere are o valoare nutrițională ce tinde să se apropie de cea a proteinelor animale. Adăugarea, chiar în cantitate mică, de proteine animale permite, de asemenea, ameliorarea valorii nutriționale a acestor proteine vegetale (asocierea lapte-cereale, de exemplu). Principalul risc al carenței legată de vegetarism privește fierul, mai ales la adolescenți și la femeile gravide, ale căror necesități sunt deosebit de ridicate.

VEGETAȚIE. Mică excrescență patologică, mai mult sau mai puțin lungă, localizată pe piele, pe o mucoasă sau într-un organ.

Vegetațiile adenoide, denumite în mod obișnuit „vegetații" corespund unei hipertrofii cronice a amigdalelor faringeene situate în partea de sus a peretelui posterior al rinofaringelui, în spatele foselor nazale. Ele se observă în general la copil și sunt responsabile adesea de rinofaringite, de otite seroase și de otite medii acute. Când acestea se repetă, în pofida unui tratament medical bine urmat, ablația chirurgicală a acestora este cea care pune capăt respectivelor manifestări patologice.

VEGETAȚII (operație de). → ADENOIDECTOMIE.

VENĂ. Vas sangvin care are drept rol conducerea sângelui spre inimă.

STRUCTURĂ. Venele au, ca și arterele, un perete făcut din trei tunici (endoteliu, media, advenție); acesta este mai puțin gros decât peretele arterelor, presiunile care domnesc în sistemul venos fiind mult mai mici decât cele care există în sistemul arterial.

DIFERITE TIPURI DE VENĂ

■ *Venele circulației mici* sunt cele 4 vene pulmonare, care aduc sângele „roșu", bogat în oxigen, de la plămâni spre auriculul stâng.

■ *Venele circulației mari* aduc sângele „albastru", sărac în oxigen, de la alte organe la inimă. Principalele, către care converg toate celelalte, sunt cele două vene cave: vena cavă inferioară pentru jumătatea inferioară a corpului și vena cavă superioară pentru jumătatea inferioară a corpului, care sfârșesc în auriculul drept. Venele sistemului portal hepatic drenează sângele de origine digestivă către vena portă, care se ramifică în ficat căruia îi aduce substanțele nutritive.

PATOLOGIE. Venele, îndeosebi venele profunde ale membrelor inferioare, pot fi sediul unei tromboze (formarea unui cheag), asociată în general cu o flebită (inflamație a unei vene). Venele superficiale ale membrelor inferioare pot fi dilatate de varice.

VENOTONIC. Medicament utilizat în tratamentul tulburărilor venoase. SINONIM: *flebotonic*.

Se pare că venotonicele ar acționa crescând tonicitatea pereților venoși, dar eficacitatea lor n-a fost încă demonstrată în mod științific întotdeauna.

Indicațiile lor sunt insuficiența venoasă a membrelor inferioare (gambe greoaie, furnicături, crampe, edem, varice), fragilitatea capilară (echimoze, sângerări ale gingiilor și ale nasului), hemoroizii. Venotonicele nu au, să zicem așa, efecte nedorite, dacă nu socotim puținele tulburări digestive sau rarele alergii cutanate.

VELOCIMETRIE. Măsurare a vitezei sângelui în inimă sau în vase. → DOPPLER (examen), ECO-DOPPLER VASCULAR.

V.E.M.S. → VOLUM EXPIRATOR MAXIM PE SECUNDĂ.

VENERIAN, -Ă. Relativ la raporturile sexuale.

Astfel, o boală venerică este o boală cu transmisie sexuală.

VENEROLOGIE. Parte a medicinei care studiază și tratează bolile veneriene, denumite azi boli cu transmisie sexuală.

Adesea, venerologia este practicată de un dermatolog.

VENIN. Substanță toxică, în general lichidă, fabricată de anumite organisme.

Organismele care își injectează veninul prin înțepătură sau prin mușcătură sunt denumite veninoase. Acestea sunt în special animale, dar există și plante veninoase, ca urzicile. Animalele (broaștele răioase) și plantele (beladona, cucuta), care nu-și injectează veninul lor sunt zise otrăvitoare, ca de exemplu ciupercile.

PERICOLE ALE VENINURILOR. Unele veninuri sunt foarte puțin toxice (urzici, țânțari, purecі, țăuni, furnici); altele sunt extrem de toxice (cobrele, șerpii coral din America de Sud, cu inele succesive negre, galbene și roșii).

Mușcăturile de vipere: precauții și primul ajutor

O viperă europeană se poate recunoaște după pupila sa despicată, după gâtul pe care se înalță un cap triunghiular, după prezența mai multor solzi care formează un desen în formă de V între ochi și gură. Cu ocazia șederii sau plimbării într-o regiune cu risc, este recomandat să se ia câteva precauții: să se poarte pantaloni lungi și încălțăminte înaltă, să se meargă zgomotos pentru a speria șerpii, să se evite mersul în zone cu mărăcinișuri, deplasarea obstacolelor (pietre mari și bucăți de lemn) să se facă doar cu un baston, să se evite alungirea pe sol, să se evite apropierea de grămezile de gunoi, care atrag rozătoarele și șerpii. În caz de mușcătură trebuie să se acționeze rapid:

– alungirea victimei;

– imobilizarea membrului atins, care nu trebuie să fie supraînălțat;

– să se aplice, dacă este posibil, gheață pe mușcătură cu scopul de a întârzia difuzarea veninului;

– aplicarea unei comprese sterile sau a unei pânze curate pe plagă;

– punerea unui pansament ușor compresiv pe plagă cu scopul de a limita difuzia veninului;

– avertizarea rapidă a serviciului de specialitate, care va proceda la evacuarea victimei.

Trebuie să ne abținem să punem un garou în josul plăgii, să dăm de băut victimei, să incizăm plaga și să sugem conținutul ei.

Cu toate acestea, un venin cunoscut ca puțin toxic poate fi foarte periculos dacă antrenează un edem al căilor respiratorii (risc de moarte prin asfixie) sau o reacție alergică generalizată (șoc anafilactic). Aceste două riscuri există în principal în caz de *înțepătură* – mai ales de înțepături multiple – de himenoptere (albine, viespi). Acțiunea distrugătoare a veninurilor se poate exercita asupra sângelui (hemoliză sau distrugere a globulelor roșii), asupra sistemului nervos (prezența de neurotoxine responsabile de neuroliză) și/sau asupra ficatului (citoliză hepatică).

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul accidentelor provocate de veninuri comportă îngrijiri imediate, destinate să limiteze difuzarea substanței toxice și să calmeze mâncărimile sau durerea (aspirația veninului cu o pompă vândută în farmacii, aplicarea de apă rece, de bucăți de gheață, de pomadă calmantă). În cel de al doilea timp, eventual, administrarea de antihistaminice și adrenalină, destinată să combată efectul alergic al veninului, și injectarea de seruri antitoxice specifice pot fi utile. O injectare de ser anitetanic și luarea de antibiotice (împotriva suprainfecțiilor) pot fi asociate. În sfârșit, în cazurile grave sunt necesare spitalizarea de urgență și manevrele de reanimare.

Prevenirea tulburărilor și accidentelor provocate de veninuri constă în evitarea pe cât posibil a plantelor sau a animalelor veninoase și în manifestarea de mare prudență atunci când nu li se poate evita prezența (protecție vestimentară, utilizare de repulsive, desensibilizare în caz de alergie constatată). Persoanele care se știu alergice la înțepătura de albine, de exemplu, pot avea în permanență asupra lor, vara, o doză de adrenalină și de antihistaminice.

VENTILAȚIE ARTIFICIALĂ. Tehnică ce permite suplinirea – parțială (ventilație asistată) sau totală (ventilație controlată), temporară sau prelungită – a unei ventilații (totalitatea fenomenelor mecanice care concură la respirație) prăbușite.

INDICAȚII. Această tehnică, ce permite să se aducă organismului oxigenul de care el are nevoie și de a evacua din el dioxidul de carbon, este indicată în tratamentul tuturor insuficiențelor respiratorii, acute sau cronice.

DIFERITE TIPURI DE VENTILAȚIE ARTIFICIALĂ

■ *Respiratia gură-la-gură* este o tehnică de salvare utilizată în situațiile de extremă urgență.

■ *Baloanele autoexpansive* sunt indicate pentru o ventilație de scurtă durată (transportul în ambulanță). Dotate cu valve direcționale, ele sunt acționate prin presiuni regulate exercitate de mâna salvatorului.

■ *Respiratoarele* sunt întrebuințate în caz de ventilație artificială de durată mare: comă, paralizie a mușchilor respiratori, slăbiciune respiratorie postoperatorie, episod acut survenit la un subiect atins de insuficiență respiratorie cronică decompensată, infecție acută gravă (septicemie). Aceste aparate, din ce în ce mai complexe, insuflă în plămâni aer îmbogățit în oxigen.

■ *Masca nazală*, mulată pe nasul bolnavului, permite să se asigure la domiciliu o ventilație nocturnă a pacienților atinși de boli care afectează mușchii respiratori sau de apneea de somn (oprirea respirației în mod repetat în timpul somnului).

VENTILAȚIE ASISTATĂ. → VENTILAȚIE ARTIFICIALĂ.

VENTRICUL. Cavitate a organismului situată, în general, în interiorul unui organ și umplută cu lichid.

Ventriculele cele mai importante sunt ventriculele cardiace (în inimă) și cerebrale (în creier).

VENTRICUL CARDIAC. Fiecare dintre cele două cavități interne ale inimii, una la dreapta, alta la stânga, separate una de alta printr-un sept, septul interventricular, și situate în fața auriculelor cu care comunică prin orificiile auriculoventriculare.

Fiecare ventricul primește sângele de la auricului corespunzător și îl aruncă la fiecare sistolă spre o arteră: aorta pentru ventriculul stâng, artera pulmonară pentru ventriculul drept.

PATOLOGIE. Cele două ventricule cardiace asigură o funcție de pompă: ele au misiunea să ejecteze la fiecare sistolă (perioada de contracție a inimii) conținutul lor sangvin în circulația lor respectivă.

■ *Ventriculul drept*, de formă triunghiulară, primește sângele dezoxigenat care provine din auriculul drept, apoi este ejectat în timpul sistolei în artera pulmonară, spre plămâni (mica circulație).

■ *Ventriculul stâng*, mai mare decât cel drept și cu peretele mai gros, de formă ovală, primește din auriculul stâng sângele bogat în oxigen, apoi îl ejectează în aortă, care se ramifică în toate organele nepulmonare (marea circulație).

PATOLOGIE. Atunci când este alterată funcția de pompă a unui ventricul, se vorbește de insuficiență ventriculară dreaptă, stângă sau de insuficiență cardiacă globală, după caz.

■ *O insuficiență ventriculara dreapta* poate rezulta dintr-o embolie pulmonară, dintr-o hipertensiune arterială pulmonară sau dintr-o insuficiență respiratorie cronică.

■ *O insuficiență ventriculara stânga* poate fi consecutivă unui infarct miocardic, unei valvulopatii mitrale, unei hipertensiuni arteriale sau a unei miocardiopatii.

VENTRICUL CEREBRAL. Cavitate a encefalului, umplută cu lichid cefalorahidian.

STRUCTURĂ. Ventriculele cerebrale sunt numerotate de la 1 la 4, dar primul și al doilea sunt denumite mai curând ventricule laterale.

■ *Fiecare ventricul lateral* este scobit în profunzimea fiecăreia dintre cele două emisfere cerebrale.

■ *Al treilea ventricul* este situat pe linia mediană a encefalului, în diencefal (partea centrală a creierului, între cele două emisfere). El comunică de fiecare parte cu un ventricul lateral.

■ *Al patrulea ventricul* se află sub al treilea ventricul, între creierul mic, în spate, și trunchiului cerebral, în față. El comunică cu cel de al treilea ventricul printr-un canal subțire, apeductul lui Sylvius, și cu spațiile lichidiene situate la suprafața encefalului, sub meninge, prin trei orificii. Spre partea de jos, cel de al patrulea ventricul se prelungește prin canalul ependimar, în centrul măduvei spinării.

FIZIOLOGIE. Lichidul cefalorahidian este secretat de plexurile coroide localizate în peretele ventriculelor. El se scurge de sus în jos, de la ventriculele laterale spre cel de al treilea, apoi spre al patrulea ventricul și, în sfârșit în meninge, unde este resorbit și eliminat.

EXAMENE ȘI PATOLOGIE. Ventriculele cerebrale sunt explorate prin scaner și imagerie prin rezonanță magnetică (I.R.M.). Patologia lor este cea a lichidului cefalorahidian: hidrocefalie, hipertensiune intracraniană. Ventriculele cerebrale pot, de asemenea, să crească în volum în caz de atrofie cerebrală.

VENTRICULOGRAFIE. Explorare a ventriculelor cardiace cu ajutorul tehnicilor de imagerie medicală.

Această explorare, care privește mai ales ventriculul stâng, utilizează două tehnici.

■ *Angiocardiografia*, practicată în cursul unei coronarografii, într-un al doilea timp și cu aceeași sondă, este realizată datorită injectării unui produs de contrast, iodat, opac la radiațiile X.

■ *Ventriculografia izotopica* recurge la injectarea în circulație a unui izotop ca tehnețiu 99, imaginile fiind obținute cu ajutorul unei camere gamma.

VENTRICULOGRAFIE IZOTOPICĂ. Studiu scintigrafic al eficacității și al calității contracției ventriculelor cardiace.

INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII. Ventriculografia izotopică dă informații asupra gradului de alterare (globală sau pe un anumit segment) a pompei cardiace, în particular în caz de insuficiență coronariană (pentru a cerceta teritoriul mușchiului cardiac care a pierdut capacitatea sa de a se contracta, de exemplu după un infarct miocardic). Datorită marii sale precizii, excelentei sale reproductibilități și inocuități, ventriculografia izotopică este un instrument ideal pentru anticiparea apariției unei insuficiențe cardiace la un pacient atins de o valvulopatie (atingere a unei valvule cardiace) sau de o miocardiopatie (alterare globală a mușchiului cardiac), sau pentru a testa eficacitatea anumitor medicamente (inhibitori calcici, vasodilatatoare).

Acest examen este contraindicat la femeia gravidă. Dacă pacienta alăptează, alăptarea trebuie întreruptă după examinare, timp de 24 ore.

TEHNICĂ ŞI DESFĂŞURARE. Practicat în serviciile de medicină nucleară, examenul durează între o oră şi o oră şi jumătate. De cele mai multe ori este realizat în repaus, dar uneori şi în timpul unui efort sau după absorbţia unui medicament (cardiotonic, de exemplu), el debutează prin injectarea în sângele subiectului a unui trasor (serumalbumină sau globule roşii) marcat cu tehneţiu. Apoi, subiectul fiind plasat în faţa camerei gamma, în general în poziţie orizontală, se înregistrează în cursul ciclului cardiac variaţia radioactivităţii ventriculelor.

Această înregistrare, cuplată cu o înregistrare electrocardiografică, permite calcularea fracţiunii de ejecţie, adică a procentului de volum sangvin ejectat de inimă la fiecare contracţie (sistolă). Realizarea de imagini la diferiţi timpi de concentraţie şi de relaxare a ventriculelor (sistolă, diastolă) permite analizarea globală şi locală a gradului de contracţie şi de umplere a fiecăruia dintre ventricule.

VENTUZĂ. Mic clopot de sticlă cu deschidere largă care se aplică pe piele după ce aerul din interiorul ei a fost rarefiat prin arderea unui tampon de vată muiat în alcool.

Ventuzele sunt puse întotdeauna pe toracele sau pe spatele bolnavului, care stă aşezat sau pe o parte. Pot fi întrebuinţate două tehnici.

■ *Ventuzele uscate*, întrebuinţate în caz de febră asociată cu o atingere bronşică, provoacă un aflux local de sânge şi permit o descongestionare locală.

■ *Ventuzele scarificate* sunt întrebuinţate atunci când atingerea bronşică este mai importantă. Ele sunt puse pe pielea, care a fost în prealabil dezinfectată apoi incizată cu o lanţetă (bisturiu fin destinat scarificării tegumentelor) cu scopul de a permite o scurgere a sângelui.

VENTUZĂ OBSTETRICALĂ. Cupă de metal sau de plastic destinată să faciliteze extragerea fătului în caz de naştere dificilă.

Cu un diametru de 4–6 centimetri, ventuza obstetricală este plasată pe vârful bolţii craniene a copilului. Ea este dotată în vârf cu un fir sau un lănţişor, care permit o mai bună rotire a capului fătului pe filiera genitală. Se recurge la ea atunci când prezentaţia fătului se face cu capul.

Acest procedeu necesită mai mult timp decât extragerea cu forcepsul, însă ţesuturile materne riscă în mai mică măsură să fie rupte. Complicaţia cea mai frecventă este cefalhematomul (hematom benigm al bolţii craniene) privind zona unde a fost pusă ventuza; acesta este totuşi de cele mai multe ori moderat şi se resoarbe spontan în 2–3 săptămâni.

VERGETURĂ. Striu fusiform, uneori sinuos, care poate fi amplasat pe diferite părţi ale corpului.

Vergeturile, provocate de o alterare a fibrelor elastice ale dermului, sunt mari striuri paralele şi simetrice situate mai ales pe abdomen, pe flancuri, pe coapse, pe sâni şi pe fese, mai rar axilar şi în regiunea lombară. Roşii-violacee la început, ele devin apoi de un alb sidefiu. Se menţin în mod nedefinit.

Vergeturile apar uneori încă de la pubertate: este cazul la aproximativ 10% dintre adolescenţi; ele sunt atunci legate atât de un anume grad de obezitate, cât şi de o uşoară creştere a nivelului de cortizol sangvin. Vergeturile sunt prezente adesea în cursul unui sindrom al lui Cushing, marcat printr-un hipercorticism (hipersecreţie a glandelor suprarenale); ele mai pot apărea în cursul unui tratament cu corticosteroizi şi în cadrul sechelelor bolilor infecţioase ca febra tifoidă. În timpul sarcinii, ele se dezvoltă între a 4-a şi a 6-a lună la 75% dintre femei, adesea de la prima sarcină, şi predomină pe abdomen din cauza întinderii pielii. Ele se mai observă şi la persoanele obeze şi pot marca partea de jos a spatelui la unii sportivi, în special la halterofili.

TRATAMENT. Nu există un tratament curativ. Efectul diferitelor tratamente preventive (masage cu diferite extracte placentare sau cu derivaţi de siliciu, creme cu colagen sau cu elastină) este limitat. Prevenirea apariţiei vergeturilor se face prin tratarea obezităţii şi hipercorticismului şi limitarea luării în greutate pe parcursul sarcinii.

VERNER-MORRISON (sindrom al lui). Afecţiune caracterizată printr-o diaree lichidiană importantă, care poate depăşi 5 litri pe zi. SINONIM: *holeră pancreatică*.

Sindromul lui Verner-Morrison, o afecţiune rară, se observă în prezenţa unei tumori endocrine pancreatice. Tratamentul constă în îndepărtarea chirurgicală a tumorii.

VERNIX CASEOSA. Substanţă alb-cenuşie, de consistenţă grăsoasă, care acoperă în straturi mai mult sau mai puţin groase pielea nou-născutului.

Vernix caseosa, formată din secreţii sebacee şi din celule cutanate descuamate, este foarte aderentă la piele. Substanţa se formează în cursul celei de a 8-a luni de sarcină şi la naştere subzistă mai ales în plici. Ea protejează pielea fătului de contactul cu lichidul amniotic. O coloraţie galben-închis a acestei unsori poate indica o suferinţă fetală, mai ales în cazul depăşirii termenului.

VERRUGA PERUANA. Cel de al doilea stadiu eruptiv al bartonelozei, boală infecţioasă provocată de bacteria *Bartonella bacilliformis*. SINONIM: *buton de Anzi*.

VERSIUNE. Manevră obstetricală destinată deplasării în uter a unui făt a cărui prezentaţie nu este satisfăcătoare, cu scopul de a permite o naştere pe căi naturale.

VERTEBRĂ. Fiecare dintre oasele scurte care constituie coloana vertebrală sau rachisul.

Există 7 vertebre cervicale, care formează scheletul gâtului, 12 vertebre dorsale, care participă la scheletul cuştii

toracice și care se articulează cu coastele, 5 vertebre lombare, corespunzând părții de jos a spatelui, 5 vertebre sacrale și 4 vertebre coccigiene; aceste ultime 9 piese osoase sunt sudate între ele pentru a forma sacrumul și coccisul, și constituie împreună cu oasele iliace scheletul bazinului. Prin convenție, vertebrele sunt numerotate de sus în jos și desemnate prin litera C pentru gât, D pentru spate sau torace și L pentru regiunea lombară. Primele două vertebre cervicale au numele de atlas și axis.

STRUCTURĂ ȘI FIZIOLOGIE. Vertebrele sunt corpi cilindrici stivuiți unul peste altul. Situate în intervalele care le separă, discurile intervertebrale asigură mobilitatea și amortizarea ansamblului.

PATOLOGIE

■ *Blocurile vertebrale*, destul de rare, constau în fuzionarea osoasă a două sau a mai multor vertebre, antrenând o poziție proastă a coloanei vertebrale, cauză a unor dureri. Este vorba fie de o afecțiune congenitală prin absența discului intervertebral, fie de o leziune consecutivă unei spondilodiscite (inflamație a unei vertebre și a discului adiacent) de origine infecțioasă sau reumatismală.

■ *Cancerul vertebral* este cauzat de cele mai multe ori de o metastază a unui cancer dezvoltat pe un alt organ (ovar, prostată, rinichi etc.).

■ *Leziunile traumatice* ating, în general, mai multe vertebre sau, cel puțin, discurile intervertebrale. Simptomele lor sunt foarte diverse: tasare vertebrală, luxație sau fractură a apofizelor articulare etc.

■ *Boala lui Scheuermann* este o epifizită (necroză a nucleului epifizei anumitor oase) localizată la vertebre, care antrenează o cifoză dorsală.

■ *Principalele malformații vertebrale* sunt anomaliile tranziționale, în care o vertebră ia, mai mult sau mai puțin complet, tipul morfologic al vertebrei subiacente sau supraiacente. Ele afectează cel mai des cea de a 5-a vertebră lombară (sacralizare), mai rar prima sau a 7-a vertebră cervicală. Aceste anomalii, aproape întotdeauna benigne, sunt responsabile de dureri și de o proastă susținere a coloanei vertebrale. Tratamentul lor este, în principal, ortopedic sau, în caz de tulburări importante, chirurgical. Spina bifida este o altă malformație a vertebrelor, caracterizată printr-o anomalie de închidere a arcului neural, de cele mai multe ori la nivelul rachisului lombosacrat. Ea este asociată adesea cu leziuni ale sistemului nervos.

■ *Tuberculoza vertebrală sau morbul lui Pott* se traduce prin dureri de intensitate crescândă, care se accentuează la efort sau tuse.

VERTEBROTERAPIE. → CHIROPRACTIE.

VERTIJ. Senzație eronată de deplasare în raport cu spațiul înconjurător sau a spațiului în raport cu corpul, legată de un dezechilibru între cele două aparate vestibulare.

Un vertij este însoțit adesea de grețuri, de vărsături și de transpirații, de o paloare și mai ales de angoasă; se mai pot asocia acufenele (zbârnâiturile în urechi) și o surditate unilaterală.

În limbaj curent, sunt denumite în mod impropriu vertije diferite senzații care sunt considerate de medici ca „false vertije": slăbiciune a picioarelor, instabilitate, vedere neclară, vedere dublă, teama de a cădea etc.

CAUZE. După localizarea atingerii, se disting vertijele periferice și vertijele centrale. Vertijele periferice sunt provocate de o atingere a urechii interne (sediul vestibulului și al cohleei) sau a nervului vestibular (nerv care se unește cu nervul cohlear pentru a forma nervul auditiv). Vertijele centrale atestă o atingere a centrilor vestibulari din interiorul encefalului.

■ *Vertijele periferice cauzate de o atingere a urechii interne* cuprind boala lui Menière, de cauză necunoscută, care afectează simultan vestibulul și cohleea. Vertijul paroxistic benign, de poziție, caracterizat prin durata sa scurtă, declanșat de o mișcare bruscă de rotație a capului, se clasifică, de asemenea, printre vertijele periferice. O labirintită (inflamație a labirintului) prin propagarea unei infecții a urechii medii (otită acută sau cronică), unele intoxicații medicamentoase (cu amidozide), un traumatism cranian pot, de asemenea, să fie responsabile de vertijele periferice.

■ *Vertijele periferice prin atingerea nervului vestibular* sunt cauzate de un neurinom al sistemului acustic (a VIII-a pereche de nervi cranieni) sau de o nevrită vestibulară (distrugerea brutală, de origine probabil virală, a nervului vestibular).

■ *Vertijele centrale* sunt de origine vasculară (accident vascular cerebral), tumorală, traumatică, infecțioasă sau toxică.

TRATAMENT. Înainte de toate este cel al cauzei, de fiecare dată când acest lucru este posibil: prescrierea de antibiotice împotriva unei infecții, încetarea luării unui anume medicament, ablația chirurgicală a unei tumori etc. Tratamentul simptomelor recurge la repausul la pat, la antiemetice (împotriva vărsăturilor) și la anxiolitice (împotriva angoasei). Prevenirea recidivelor și tratamentul vertijelor cronice cuprinde cure de antivertiginoase, o reeducare a echilibrului – eficace mai ales pentru vertijele de poziție –, o psihoterapie dar și corectarea oricărui deficit vizual sau auditiv care poate agrava tulburările.

VERUCĂ. Mică tumoră cutanată benignă provocată de un virus de tip papilomavirus.

DIFERITE TIPURI DE VERUCĂ. Extrem de frecvente, verucile pot lua forme multiple.

■ *Condiloamele genitale sau vegetațiile veneriene*, denumite în mod obișnuit, „creastă de cocoș", constituie o varietate de verucă.

■ *Verucile plane* sunt frecvente mai ales la copii, adolescenți și subiecții imunodeprimați. Acestea sunt mici îngroșări, abia proeminente, cu suprafață relativ netedă, de culoare rozalie. Uneori dispuse linear, afectează mai ales fața, spatele mâinilor, brațele, genunchii și fața anterioară a gambelor. Ele persistă timp de mai multe luni, chiar mai mulți ani, și pot dispărea spontan după ce s-au înconjurat de un halou inflamator pruriginos.

■ *Verucile plantare* pot lua două forme. Forma obișnuită sau mirmecia este puțin proeminentă, cu marginea hiperkeratozică (groasă, tare, uscată), dureroasă la apăsare; ea seamănă întrucâtva cu o bătătură și are mai curând tendința de a crește în profunzime. Cea de a doua formă cuprinde mici elemente hiperkeratozice grupate în mozaic și nedureroase.

■ *Verucile seboreice*, deși acesta este numele consacrat prin folosirea repetată, nu sunt de origine virală. Foarte frecvente, ele ating în general subiecții trecuți de 50 de ani. Adesea multiple, verucile seboreice sunt amplasate în principal pe față, pe spate și pe piept. Veruca seboreică ia forma unei leziuni foarte bine delimitate, cu suprafața catifelată sau foarte puțin aspră, împestrițată de orificii pilosebacee dilatate. Culoarea sa variază de la galben-deschis la negru.

■ *Verucile vulgare* sunt proeminente, de formă emisferică. Suprafața lor este concomitent mamelonată și hiperkeratozică, uneori brăzdată de fisuri. Ele apar pe spatele mâinilor și degetelor, eventual în jurul unghiilor și sub ele, riscând atunci să le dezlipească. Verucile vulgare ale feței au un aspect diferit, filiform.

EVOLUȚIE. Verucile sunt contagioase prin simplul contact, dar gradul lor de contagiozitate este foarte variabil după papillomavirusul în cauză, după localizarea verucii și după starea imunitară a subiectului; incubația lor este foarte lungă (mai multe săptămâni). La anumite persoane, verucile tind să prolifereze, uneori în număr mare, prin autoinoculare (transportul virusului de la un punct la altul prin scărpinat sau, în cazul feței, prin ras). Verucile dispar spontan, dar uneori numai după mai mulți ani. Factorii psihologici joacă un rol în dispariția lor, ceea ce explică succesul și eficacitatea unei multitudini de tratamente empirice. Totuși, recidivele sunt frecvente.

TRATAMENT. Verucile plantare și vulgare sunt distruse cu azot lichid; aplicația trebuie să se facă în mod suficient de îndelungat (timp de 1–2 minute). Mai rar, veruca se distruge sub anestezie locală, cu bisturiul electric (electrochirurgie) sau cu laserul cu dioxid de carbon. De asemenea, se mai poate încerca un decapaj cu ajutorul vaselinei salicilate în proporție de 10 sau 20%.

Alte tratamente, mai toxice și uneori contraindicate la femeia gravidă, nu sunt justificate decât în formele foarte profunde (veruci foarte numeroase și care acoperă o suprafață cutanată importantă) și recidivante: aplicarea de podofilină, aplicarea locală sau luarea pe cale orală de medicamente retinoide etc. Tratamentele generale ca imunomodulatoarele (medicamente care permit întărirea imunității) sau interferonul mai pot fi, de asemenea, încercate. Tratamentul verucilor seboreice este facultativ și constă, după numărul și grosimea lor, fie în distrugerea prin crioterapie (zăpadă carbonică, azot lichid), fie în electrocoagularea lor cu laserul cu dioxid de carbon.

VERUCID. Medicament destinat să ducă la dispariția verucilor.

Verucidele fac parte din keratolitice, substanțe capabile să distrugă keratina cutanată, care se află în exces în veruci. Se întrebuințează adesea, în aplicații cutanate, acidul salicilic (vaselină salicilată), asociată eventual cu acidul lactic (soluție de colodiu elastic). Printre alte substanțe utilizate an mod curent, se află retinoina (derivat de vitamina A).

Verucidele plantare pot necesita o macerare sau o înmuiere mai marcate: atunci este lăsat mai multe zile pe locul respectiv un pansament care conține subsatnța activă. Abia apoi pot fi îndepărtate resturile de verucă.

Verucidele trebuie să fie utilizate respectând cu grijă modul de întrebuințare din cauza riscului mare de iritații locale pe care îl prezintă.

VERUCOZITATE. Excrescență cutanată cenușie, de consistență tare și cornoasă.

Verucile vulgare, verucile seboreice și keratozele senile (leziuni precanceroase) sunt verucozități.

VESPERTILIO. Erupție cutanată în formă de lup (mască), caracteristică lupusului eritematos cronic sau diseminat și sarcoidozei.

VESTIBUL. Cavitate care conferă acces la un organ cavitar.

Vestibulul urechii interne comportă un vestibul osos, situat între melc în față și canalele semicirculare în sus și în spate, și un vestibul membranos conținut în precedentul și format din două vezicule: utricula și sacculа. Împreună cu canalele semicirculare, vestibulul constituie organul de echilibru.

VEZICAL, -Ă. Care se raportează la vezică.

■ *Global vezical* (vezică întinsă printr-o retenție de urină) se traduce printr-o dorință de a urina nesatisfăcută și foarte dureroasă.

■ *Litiaza vezicală* este caracterizată prin blocarea, în vezică, a unor calculi provenind de la rinichi.

■ *Sondajul vezical* (introducerea unei sonde în vezică) permite fie evacuarea conținutului vezicii, fie instilarea în ea a unui produs terapeutic.

VEZICĂ. Rezervor natural de formă sferică în care urina se acumulează între micțiuni.

STRUCTURĂ. Vezica face parte, împreună cu uretra, din aparatul urinar jos. Ea este situată în micul bazin, sub peritoneu, în fața uterului la femeie și a rectului la bărbat. Îmbinarea ureterovezicală (îmbinarea ureterelor cu vezica) este dotată cu un dispozitiv antireflux, un fel de valvă care împiedică urina din vezică să refuleze spre uretere. Colul vezical, partea cea mai joasă a vezicii, se deschide în uretră; el este înconjurat de un sfincter care permite deschiderea și închiderea sa, respectiv la începutul și la sfârșitul micțiunii; la bărbat rolul acestui sfincter îl joacă prostata.

FIZIOLOGIE. Micțiunea se desfășoară în mai multe faze care se supun unui control neurologic reflex. În cursul fazei de umplere vezicală, urina elaborată de către rinichi este evacuată în vezică prin uretere. Presiunea intravezicală rămâne joasă, mușchiul vezical întinzându-se. Colul vezical și sfincterul uretral sunt atunci închise, ceea ce permite continența. Atunci când vezica este plină (capacitatea sa medie este de 300–400 mililitri), apare nevoia micțională. Sfincterele uretrei și colului vezical se relaxează, scăzând presiunea uretrală, în timp ce mușchiul vezical se contractă, antrenând golirea vezicii și evacuarea urinei prin uretră.

PATOLOGIE. Vezica poate fi sediul malformațiilor (exstrofie vezicală), infecțiilor (cistită), tumorilor, benigne sau maligne, al unui diverticul (cavitate patologică mică), al unor tulburări neurologice (vezică neurologică), al unui glob vezical (vezică întinsă printr-o retenție de urină), al unei litiaze (prezența calculilor) etc.

VEZICĂ (cancer de). Tumoră malignă care se dezvoltă pe seama epiteliului vezicii.

Tumorile vezicale maligne sunt favorizate de expunerea prelungită la agenți carcinogeni între care cei mai cunoscuți sunt tutunul (riscul de apariție a unei tumori vezicale la un mare fumător este de 10 ori mai mare decât la medie) și anumiți coloranți ca anilina (colorant utilizat în fabricarea cernelurilor, vopselelor și coloranților pentru lemne și piele).

SIMPTOME ȘI SEMNE. O tumoră malignă a vezicii se traduce printr-o hematurie (prezența de sânge în urină) și, foarte des, printr-o cistită.

TRATAMENT. Tumorile vezicale maligne, atunci când nu sunt metastaze, necesită o cistectomie (ablația chirurgicală a vezicii) completată cu o cistoplastie (reconstruirea unei vezici) sau printr-o derivație urinară abdominală (ureterostomie, îndeosebi).

Atunci când tumora a dat metastaze, tratamentul său constă în chimioterapie pe cale generală.

VEZICĂ (tumoră benignă de vezică). Tumoră benignă care se dezvoltă pe seama epiteliului vezicii.

Forma cea mai frecventă este papilomul, tumoră benignă superficială.

O hematurie (prezența de sânge în urină) este principalul simptom.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Tumorile benigne ale vezicii trebuie să fie îndepărtate prin chirurgie endoscopică. Prognosticul lor este bun, dar ele au tendința să reapară local și atunci pot deveni canceroase. O supraveghere regulată, prin cistoscopie și citologie urinară, este deci indispensabilă, ca și prin renunțarea la fumat.

VEZICĂ NEUROLOGICĂ. Orice tulburare urinară cauzată de o disfuncție sau de o leziune a sistemului nervos.

CAUZE. Aparatul urinar se află sub controlul permanent al sistemului nervos (creier, măduva spinării și nervi periferici). Orice boală neurologică (accident vascular cerebral, paraplegie traumatică, sciatică etc.) poate deci să se afle la originea unei vezici neurologice.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Aceste tulburări, care se asociază sau nu cu tulburări anorectale sau genitale, se împart în două mari categorii.

■ *Pierderile urinare* sunt legate fie de o vezică hiperactivă, denumită și vezică iritabilă sau dezinhibantă (responsabilă de micțiuni imperioase cu dorința de nestăpânit de a urina), fie de o insuficiență sfincteriană (pierderi de urină la efort, fără ca subiectul să aibă dorința de a urina).

■ *O retenție cronică sau acută de urină* poate rezulta dintr-o paralizie a mușchiului vezical – care face micțiunile lente și neplăcute, subiectul trebuind să forțeze pentru a evacua vezica – sau dintr-o deschidere defectuoasă a sfincterului în timpul micțiunii.

TRATAMENT. Tulburările ocazionate de o vezică neurologică constituie întotdeauna un handicap funcțional, psihologic și uneori social important. De altfel, ele pot antrena complicații ireversibile (dilatație vezicală și renală, infecții cu repetiție, insuficiență renală) și trebuie deci întotdeauna să fie depistate și tratate cât mai precoce posibil.

■ *Tratamentul unei vezici hiperactive* face apel la medicamente care relaxează vezica (anticolinergice), adesea foarte eficace cu prețul câtorva efecte secundare (constipație, uscăciune a gurii). Aceste medicamente servesc, pe de o parte, la ameliorarea confortului bolnavului (dispariția pierderilor urinare și a necesității presante de a urina), pe de altă parte la împiedicarea vezicii să se deformeze și rinichilor să se dilate, cu riscul de a surveni o insuficiență renală care impune o creștere pe cale chirurgicală a volumului vezicii.

■ *Tratamentul unei insuficiențe sfincteriene* cuprinde ședințe de reeducare pentru a întări musculatura perineală, luarea de medicamente destinate să crească presiunile sfincteriene și, în caz de eșec, implantarea chirurgicală a unei proteze (sfincter artificial).

■ *Tratamentul retenției cronice sau acute de urină* constă într-un prim timp în luarea de medicamente care ajută la contractarea mușchiului vezical și favorizează deschiderea sfincterelor; în caz de eșec, bolnavul este învățat să evite complicațiile inerente unei retenții vezicale (infecții

cu repetiție, dilatație vezicală și renală). În cazurile cele mai grave, pot fi propuse soluții chirurgicale.

VEZICULĂ. Băsică cutanată de dimensiuni mici (de diametru mai mic de 5 milimetri), de formă emisferică, umplută cu un lichid limpede, incolor sau gălbui.

Veziculele sunt caracteristice pentru o eczemă și pentru afecțiuni virale ca herpesul, zona zoster, varicela sau sindromul „mâini-picioare-gură" (infecție benignă și rară a copilului).

VEZICULĂ BILIARĂ. Sac alungit care conține bila, situat sub ficati și legat la calea biliară principală, canalul coledoc, prin canalul cistic.

Vezicula biliară este un sac în formă de pară, de 10 centimetri lungime, cu o capacitate de 50 mililitri.

FIZIOLOGIE. În afara meselor, vezicula biliară servește drept rezervor bilei secretate de către ficat. În momentul mesei, în timpul trecerii bolului alimentar în duoden, ea se contractă și permite astfel evacuarea în intenstin a bilei necesare pentru absorbția alimentelor, îndeosebi a grăsimilor.

PATOLOGIE. Vezicula biliară poate fi sediul unei litiaze (formarea de calculi, de cele mai multe ori fără simptom, care se complică uneori cu dureri și/sau cu infecție colecistită, de exemplu). Existența durerilor biliare atribuibile unor tulburări motrice veziculare este controversată: aceste dureri, uneori provocate de un stres, pot fi calmate prin administrarea de antispastice.

VEZICULĂ BILIARĂ (cancer de). → CĂILOR BILIARE (cancer al).

VEZICULĂ SEMINALĂ. Glandă de formă lunguiață, situată la bărbat în spatele vezicii și al prostatei, care participă la elaborarea spermei.

VIABILITATE. Stadiu de dezvoltare intrauterină suficient pentru a permite fătului să trăiască în afara uterului.

Viabilitatea este în funcție de vârsta sarcinii și de posibilitățile de reanimare neonatală. Limita sa se situează, în conformitate cu evaluarea admisă actualmente în centrele de pediatrie neonatală specializate, între 5 luni și jumătate și 6 luni (vârsta sarcinii). Totuși, întotdeauna sunt de temut sechelele neurologice cu atât mai importante cu cât prematuritatea este mai mare.

VIAȚĂ. Stare de activitate caracteristică organismelor animale și vegetale, unicelulare sau pluricelulare, de la nașterea și până la moartea lor.

Această stare de activitate corespunde ansamblului de funcții organice (reproducere, metabolism, adaptare la mediul înconjurător etc.) care permite creșterea și conservarea organismului.

Viața este caracterizată prin reacții fizico-chimice permanente care se desfășoară în interiorul celulelor (reacții biochimice). Echilibrul constant al mediului intern al celulelor și schimburile acestuia cu mediul extern sunt asigurate prin existența învelișului celular, cu permeabilitate variabilă și selectivă.

VIBICE. Striu cutanat datorat unei efuziuni hemoragice, formă particulară de purpură.

VIBRION. Bacil Gram negativ, de formă curbă, extrem de mobil, care trăiește în principal în apă.

Cei doi principali vibrioni sunt *Vibrio cholerae* și *Vibrio parahaemolyticus*.

■ *Vibrio cholerae* este responsabil de holeră, a cărei principală manifestare este o diaree. Această bacterie, ingerată o dată cu alimentele contaminate, este omorâtă în mod normal de aciditatea gastrică. Când aceasta este neutralizată (pansamente gastrice alcaline) sau micșorată (subiecți denutriți), germenele traversează bariera gastrică, se multiplică în intestinul subțire și excretă o enterotoxină puternică; aceasta antrenează o deshidratare acută, rapid mortală în absența tratamentului. Alți vibrioni holerici sunt responsabili de sindroame diareice de mai mică gravitate.

■ *Vibrio parahaemolyticus* se află la originea intoxicațiilor alimentare după ingerarea de pești, scoici și crustacee consumate crude.

VIERME SOLITAR. → TENIAZĂ.

VILOZITĂȚI. Pliuri de dimensiuni mici care tapetează mucoasa unor cavități ale organismului.

DIFERITE TIPURI DE VILOZITĂȚI

■ *Vilozitățile intestinale* acoperă în întregime suprafața internă a intestinului subțire.

■ *Vilozitățile coriale*, elemente constituente ale trofoblastului, apoi ale placentei, permit alimentarea fătului (aport de substanțe nutritive) și schimburile gazoase (oxigen și dioxid de carbon) între mamă și făt. Biopsia vilozităților coriale sau biopsia trofoblastului, care poate fi efectuată pe tot parcursul sarcinii, permite stabilirea cariotipului (harta cromozomială) copilului ce urmează să se nască și poate ajuta la punerea diagnosticului prenatal al bolilor metabolice sau genetice. → TROFOBLAST (biopsie de).

VINCENT (anghină a lui). Inflamație acută a faringelui cauzată de înmulțirea rapidă a microorganismelor comensale ale cavității bucale. → ANGINĂ.

VINTRE. → INGHINALĂ (regiune).

VIOL. Raport sexual impus unei persoane fără consimțământul său. Dacă femeile rămân principalele victime, violul se referă totuși și la bărbați (în mediu de detenție, în special).

În aceeași măsură cu incestul și pedofilia, violul este o crimă sexuală deosebit de gravă și este pedepsit ca atare. Au fost puse la punct medicamente capabile să inhibe impulsurile agresive ale violatorilor.

Punctul comun al tuturor violurilor este dispreţuirea femeii ori a altui individ, care sunt consideraţi inferiori. Mai mult decât dorinţa sexuală, nevoia de violenţă este cea care determină violatorul să treacă la acţiune. Majoritatea violatorilor este constituită din indivizi normali în aparenţă, dar care nu pot rezista impulsurilor lor.

EXAMEN MEDICO-LEGAL ŞI TRATAMENT. În afara şocului emoţional care constituie o urgenţă (angoasă, confuzie, delir) victima poate suferi traume fizice: loviturl, strangulare, echimoze ale peretilor genitali, ruptură a anusului sau a perineului, umflare a labiilor vulvare etc. Un examen clinic relevă sistematic orice urme sau răniri, mai ales din regiunea vaginală. Hainele murdărite sunt analizate în laborator. De altfel, se întreprinde o depistare a diferitelor boli transmisibile sexual.

Un viol are adesea consecinţe grave asupra personalităţii: un sindrom posttraumatic (coşmaruri, sentiment de depersonalizare, depresie reacţională), o fobie faţă de sexul opus, o frigiditate, o dispareunie (raporturi sexuale dureroase) sunt frecvente. Atunci se dovedeşte absolut necesar un ajutor psihologic, chiar psihiatric.

VIPERĂ. → VENIN.

VIREMIE. Prezenţa unui virus în sânge.

Viremia constituie unul din modurile de difuzare a unei infecţii virale. Germenele pătrunde în organism pe cale respiratorie (inhalare), digestivă (ingestie) sau cutaneo-mucoasă (rănire) şi infectează un organ după ce a fost transportat prin circulaţia sangvină.

VIRGINITATE. Stare a unei persoane care nu a avut niciodată raporturi sexuale.

La femeie, integritatea himenului (membrană suplă situată între vagin şi vulvă) este în principiu un semn al acestei virginităţi. Totuşi, acest semn nu are valoare absolută, ţinând cont de marea capacitate a himenului de a se întinde fără să se rupă.

VIRILISM. Stare a unei femei care prezintă caractere sexuale secundare masculine.

Virilismul, care este urmarea procesului de virilizare, se traduce prin prezenţa unei pilozităţi de tip masculin (hirsutism) şi printr-o voce gravă, prin acnee seboreică, printr-o dezvoltare musculară şi o hipetrofiere a clitorisului, prin absenţa dezvoltării mamare, prin tulburări ale menstruaţiei (fluxuri menstruale neregulate sau absente) şi uneori printr-un comportament agresiv mai marcat. El este cauzat de un exces de secreţie a hormonilor masculini (androgeni), de origine ovariană şi suprarenaliană, provocat de cele mai multe ori de o tumoră benignă sau malignă a ovarului, de o aberaţie cromozomială, de o boală congenitală a glandelor suprarenale (bloc enzimatic suprarenalian, dereglare a receptorilor de androgeni) sau de o tumoră situată pe una dintre aceste glande.

TRATAMENT. Simptomele regresează sub efectul tratamentului, care depinde de cauza virilismului: ablaţia unei tumori, luarea de corticosteroizi sau de antiandrogeni etc.

VIRION. Stare intermediară între fiinţele vii şi moleculele neînsufleţite, corespunzând stadiului de multiplicare a unui virus în care toţi constituenţii acestuia se află asamblaţi.

VIROLOGIE. Ştiinţă care studiază virusurile, agenţii infecţioşi de dimensiuni foarte mici responsabili de boli ale fiinţelor umane, ale animalelor şi plantelor.

VIRUS. Agent infecţios invizibil la microscopul optic.

DESCRIERE. Virusurile se caracterizează prin dimensiunile lor foarte mici (între 12 şi 300 nanometri). Ele sunt constituite dintr-un singur acid nucleic, ARN sau ADN, închis într-o capsidă (capsulă de proteine), întregul – numit nucleocapsidă, fiind înconjurat la unele virusuri, de un peplos (al doilea înveliş, compus din lipoproteine).

PROPRIETĂŢI. Virusurile se situează la frontiera dintre materia inertă şi materia vie. După opinia unor cercetători, virusurile nu sunt organisme vii. De fapt, ele nu au metabolism şi diferă prin aceasta fundamental de alţi agenţi infecţioşi (bacterii, ciuperci microscopice, paraziţi). În consecinţă, ele nu sunt capabile să producă energie pentru sintetizarea macromoleculelor lor şi pentru a se reproduce. Lor le este necesar, pentru aceasta, să utilizeze metabolismul celulelor vii pe care le infectează. Această deturnare a funcţiilor celulelor în favoarea lor poate provoca o boală organismului infectat.

Maniera în care celula reacţionează la prezenţa virusului este foarte variabilă; de asemenea, se pot deosebi diferite tipuri de infecţie celulară: acută şi citolitică (care antrenează moartea celulei), persistentă, cronică, latentă sau, încă, transformantă (cancerizare la scară celulară).

Virusurile pot infecta orice organism, animal sau vegetal, inclusiv bacteriile, ciupercile şi algele, fiecare specie virală fiind perfect adaptată la gazda sa şi la anumite ţesuturi ale acestei gazde (de exemplu, la specia umană: sânge, ganglioni limfatici, piele, ficat, ţesut nervos etc.). Virusurile constituie adesea cauza unor epidemii (gripă, febră galbenă, SIDA).

Contaminarea poate să se facă pe diferite căi: cale respiratorie sau digestivă (gripă, poliomielită), chiar transcutanată, prin înţepătură sau muşcătură (rabie), cale transmucoasă, de obicei din cauza unei eroziuni a mucoasei (conjunctivită, herpes, SIDA), cale sexuală şi sangvină (hepatite B şi C, SIDA).

Unele virusuri sunt imunogene, adică declanșează producerea de anticorpi, specifici de către organismul pe care îl atacă. Dacă acești anticorpi se mențin în organism, ei îl protejează în mod obișnuit împotriva unei noi infecții cu același virus; acesta este cazul, de exemplu, pentru rujeolă, rubeolă și poliomielită, boli numite, din acest motiv, imunizante.

Pe de altă parte, introducându-și acidul lor nucleic în celulă, virusurile sunt capabile să modifice profund informația genetică a acesteia, de exemplu, inducându-i transformarea sa în celulă canceroasă (virus oncogen).

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT AL INFECȚIILOR VIRALE. Diagnosticul unei boli virale poate să se bazeze pe serologie (căutarea anticorpilor în serul sangvin) sau pe punerea în evidență, prin cultură celulară sau prin metode de biologie moleculară, a virusului din sânge, urină, salivă etc.

Tratamentul bolilor merge de la cel al simptomelor – cazul gripei, de exemplu – până la utilizarea medicamentelor antivirale (aciclovir împotriva virusului zonei zoster, zidovudină împotriva HIV, virusul cauzator al SIDA). Cel mai bun tratament este cel preventiv și constă în vaccinarea atunci când există un vaccin.

VIRUS AL IMUNODEFICIENȚEI UMANE. Virus responsabil de SIDA. În engleză *Human Immunodeficiency Virus*, cu abrevierea HIV, adoptată și în limba română.

DESCRIERE. Virusurile imunodeficienței umane (HIV) constituie subfamilia lentivirusurilor, aparținând, la rândul ei, familiei retrovirusurilor. Acestea din urmă sunt virusuri cu ARN, capabile să retrotranscrie ARN-ul lor în ADN, adică să copieze informația genetică conținută în ARN-ul lor sub formă de ADN, datorită unei enzime pe care o conțin, transcriptaza inversă (reverstranscriptaza). Acest ADN, numit proviral, se integrează apoi în ADN-ul celulei infectate pentru a rămâne aici în așteptare sau pentru a fi copiat de către ADN-ul celulei.

DIFERITE TIPURI DE HIV. Actualmente se cunosc două virusuri ale imunodeficienței umane. HIV 1, descoperit în 1983, și HIV 2, descoperit în 1986. HIV 2 este actualmente limitat la Africa Occidentală.

DIAGNOSTIC. Infecția cu HIV este pusă în evidență prin prezența în serul sangvin a anticorpilor specifici dezvoltați împotriva virusului (test ELISA), decelabili doar după aproximativ 6 până la 12 săptămâni de la contaminare. Dar, acest test putând fi fals pozitiv, un rezultat pozitiv trebuie să fie controlat prin reacția zisă a lui Western-Blot, sensibilă la proteinele virusului. → SÂNGE, SIDA.

VIRUS RESPIRATOR SINCIȚIAL. Virus din familia paramixoviridae, responsabil de infecții respiratorii.

Virusul respiratoriu sincițial (VRS) bântuie sub formă epidemică, iarna și primăvara, în colectivitățile de copii mici, din toate zonele geografice. El poate infecta sugarul, copilul mai mare, dar și adultul.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Adulții nu prezintă de cele mai multe ori nici un simptom, în afara unei eventuale traheobronșite. În schimb, infecția cu virus respirator sincițial este manifestă, de cele mai multe ori, la sugar; ea se declară sub forma unei pneumopatii, unei bronșiolite, unei rinofaringite, unei laringite, unei traheobronșite și/sau a unei otite, însoțită de febră. Eventualele complicații sunt legate de insuficiența respiratorie, care decurge dintr-o bronșiolită, și de suprainfecțiile bacteriene respiratorii.

TRATAMENT. Subiecții infectați sunt izolați, cu scopul de a evita diseminarea virusului la cei din jur. Nu există un tratament antiviral specific, chiar dacă ribavirina poate fi administrată în formele cele mai grave ale infecției virale.

VIS. Suită mai mult sau mai puțin organizată și coerentă de imagini, de reprezentări și de stări psihice caracteristice din cadrul somnului și al unor stări de slăbire a conștienței (onirism).

Visurile durează între 10 și 15 minute și apar frecvent la începutul sau sfârșitul nopții, în timpul fazelor zise de somn ușor. Ele ocupă aproximativ un sfert din timpul somnului. Toată lumea visează, chiar și persoanele care, neputând să-și amintească visele, cred că nu visează.

VISCER. Organ situat în cavitatea trunchiului și participând la una sau la mai multe funcții vitale ale organismului, care au ca rol de a asigura în primul rând supraviețuirea individului sau a speciei.

Viscerele sunt, în general, elemente voluminoase, unele pline (ficat, pancreas), altele cavitare (inimă, rinichi, intestin, rect, uter etc.).

VITAMINĂ. Substanță organică necesară creșterii și bunei funcționări a organismului, care o fabrică în cantitate insuficientă pentru a-i acoperi nevoile (vitaminele B6, B8, D, K) sau pe care nu o poate sintetiza.

Vitaminele trebuie deci aduse prin alimentație sau, în lipsă, prin medicamente. Toate sunt conținute în laptele matern, dar nu întotdeauna în cantități suficiente (vitamina K, în special, trebuie să facă efectul unei suplimentări medicamentoase sistematice la naștere). Structura chimică și rolul biologic al celor treisprezece vitamine cunoscute în zilele noastre (acid folic, vitaminele A, B1, B2, B5, B6, B8, B12, C, D, E, K, și PP) sunt foarte diferite. De altfel, vitaminele acționează în doză mică, singure sau în mod sinergic, și n-au nici o valoare energetică.

Vitaminele se clasifică, de obicei, în două grupe: vitamine hidrosolubile (solubile în apă), care grupează vitamina C și vitaminele din grupul B (B1, B2, B5, B6, B8, B12, PP), și vitaminele liposolubile care grupează vitaminele A, D, E și K.

VITAMINĂ A. Vitamină liposolubilă indispensabilă funcției văzului (îndeosebi vederii crepusculare), creșterii, sistemului imunitar, metabolismului hormonilor steroizi, diferențierii țesuturilor etc. SINONIM: *retinol*.

NECESITĂȚI ȘI SURSE. Aporturile zilnice recomandate de vitamina A sunt de 800 micrograme pentru femeile adulte, copiii după 10 ani (mai puțin înainte de această vârstă) și persoanele în vârstă, de 1 000 micrograme pentru bărbații adulți, adolescenți și femeile gravide și de 1 300 micrograme pentru femeile care alăptează.

Această vitamină se găsește în numeroase alimente, unele de origine animală – ficat, ouă, pește gras, lapte integral și produse lactate nedegresate (unt, smântână) –, altele de origine vegetală: fructele și legumele verzi, galbene (lămâi, grepfruturi) sau portocalii (mango, portocale, morcovi) conțin, de fapt, carotenoide, care se transformă parțial în vitamina A în organism. Vitamina A se poate oxida în aer și la lumină. Ea este, de asemenea, sensibilă la prelucrarea termică a alimentelor.

CARENȚĂ. Carența în vitamina A, legată de un aport alimentar insuficient sau de anomalii digestive (malabsorbție), este rară în țările dezvoltate, dar foarte frecventă în țările în curs de dezvoltare, unde ea constituie principala cauză de cecitate la copil. Unul dintre primele sale simptome este hemeralopia (scăderea acuității vizuale în penumbră), care poate fi asociată cu o uscăciune oculară (xeroftalmie) și cutanată.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ ȘI HIPERVITAMINOZĂ. Administrarea de vitamină A este indicată în carența corespunzătoare și în caz de acnee, de psoriazis sau de ihtioză (boala cutanată cronică ce este caracterizată printr-o piele groasă, uscată și aspră la pipăit).

Aporturile excesive de vitamină A, în principal de origine medicamentoasă, dar care pot fi și de origine alimentară (supraconsum de ficat, de exemplu), sunt toxice; intoxicația acută se manifestă prin dureri de cap, printr-o somnolență, prin tulburări cutanate; intoxicație cronică, ce survine după mai multe luni, chiar după ani, de supraconsum, provoacă grețuri, tulburări cutanate (descuamare), atingeri hepatice (ciroză), dureri și, la copil, anomalii osoase responsabile de o întârziere a creșterii. În sfârșit, la femeia gravidă, o hipervitaminoză riscă să provoace malformații ale fătului, îndeosebi ale sistemului său nervos.

VITAMINĂ B1. Vitamină hidrosolubilă care intervine mai ales în metabolismul energetic al celulelor. SINONIM: *tiamină*.

NECESITĂȚI ȘI SURSE. Aporturile recomandate de vitamimnă B1 sunt de la 0,4 la 1,2 miligrame pe zi pentru copii, de 1,3 miligrame pentru adolescenți și pentru femei, și de 1,5 miligrame pentru subiecții de sex masculin; ele sunt mai ridicate în caz de sarcină, de alăptare și, de asemenea, în caz de alcoolism cronic (deoarece atunci, necesitățile cresc în timp ce aporturile alimentare sunt adesea insuficiente). Vitamina B1 se mai găsește în numeroase alimente: germenul și învelișul extern al cerealelor complete, drojdia de bere, legumele uscate, carnea (mai ales cea de porc și unele măruntaie ca ficatul și rinichii), peștele, ouăle, laptele și produsele lactate etc. Această vitamină este sensibilă la acțiunea căldurii, în mediu umed, la lumină și la pH-urile neutru și alcaline; pierderile prin preparare diferă după modul de preparare (bicarbonații, în special, antrenează distrugerea ei).

CARENȚĂ ȘI HIPERVITAMINOZĂ. Dacă beriberi, provocat de o carență extremă în vitamina B1, a devenit o boală rară în țările industrializate, aici se întâlnesc cazuri, mai puțin grave, de carență, legată de un aport alimentar insuficient la subiecții alcoolici, ori cu o alimentare prin perfuzii nesuplimentate; aceste carențe antrenează o oboseală, o pierdere a apetitului și a greutății corporale, și tulburări neurologice (polinevrită), psihice, cardiace și digestive, reversibile prin administrarea de vitamină B1. Riscul de hipervitaminoză este foarte mic, vitamina B1 nedevenind toxică decât la doze foarte mari (de 100 ori mai mari decât aporturile zilnice recomandate).

VITAMINĂ B2. Vitamină hidrosolubilă ce intervine în reacțiile care eliberează energia necesară celulelor, precum și în metabolismul lipidelor, proteinelor și glucidelor. SINONIM: *lactoflavină, ovoflavină, riboflavină*.

NECESITĂȚI ȘI SURSE. Aporturile zilnice recomandate sunt de 0,6 până la 1,4 miligrame pe zi pentru copii, de 1,5 miligrame pentru femei și adolescenți, și de 1,8 miligrame pentru bărbați și pentru femeile gravide sau care alăptează.

Principalele surse alimentare de vitamină B2 sunt laptele și produsele lactate, ouăle, carnea (mai ales organele), peștele, legumele cu frunze verzi și drojdia de bere. Această vitamină este rezistentă la căldură, dar foarte sensibilă la lumină și la pH-ul alcalin; ea poate dispărea parțial în apa de fierbere a alimentelor.

CARENȚĂ. Carența în vitamină B2, legată, în principal, de o malabsorbție digestivă, de un aport alimentar insuficient sau de un consum excesiv de alcool, poate antrena leziuni ale pielii și ale mucoaselor, precum și tulburări oculare.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Administrarea de vitamină B2 este indicată în carența corespunzătoare și în caz de perleș (inflamație a comisurii buzelor) și de crampe musculare.

VITAMINĂ B3. → VITAMINA PP.

VITAMINĂ B5. Vitamină hidrosolubilă care joacă un rol important în metabolismul energetic al celulelor (indispensabil degradării glucidelor, lipidelor și anumitor acizi

aminați, și sintezei acizilor grași și colesterolului) și participă la formarea anumitor hormoni: SINONIM: *acid pantotenic*.

NECESITĂȚI ȘI SURSE. Aporturile nutriționale recomandate în vitamină B5 sunt de 3 până la 8 miligrame pe zi pentru copii, de 10 miligrame pentru adolescenți și pentru adulți.

Vitamina B5 se găsește în majoritatea alimentelor, cele mai bogate fiind drojdia de bere, carnea (mai ales ficatul și rinichii), ouăle, produsele lactate, legumele uscate și peștele. Această vitamină este sensibilă la căldură și la mediile acide și alcaline.

CARENȚĂ. Stările de carență sunt excepționale și nu se observă decât în caz de denutriție severă sau de nutriție parenterală (prin perfuzii) exclusiv și nesuplimentată în vitamină B5. Ele se traduc printr-o oboseală, tulburări digestive (grețuri, diaree, dureri), cutanate (căderea părului, ulcerații) și neurologice (dureri de cap, senzație de arsură a extremităților etc.). Reversibile, aceste tulburări sunt tratate prin administrare medicamentoasă de vitamină B5.

VITAMINĂ B6. Vitamină hidrosolubilă care intervine îndeosebi în metabolismul acizilor aminați, glicogenului, steroizilor, hemoglobinei, enzimelor și în sinteza unor neurotransmițători (substanțe chimice care permit transmisia influxului nervos), precum și în reacțiile imunitare.

Termenul de vitamină B6 grupează trei substanțe înrudite, între care cea mai cunoscută este piridoxina, celelalte două fiind piridoxamina și piridoxalul.

NECESITĂȚI ȘI SURSE. Aporturile zilnice recomandate sunt de la 0,6 la 1,6 miligrame pentru copii, de la 2 la 2,2 miligrame pentru adolescenți și pentru adulți, ele sunt ceva mai mari (aproximativ 2,5 miligrame) pentru femeile gravide, care alăptează sau care iau contraceptive orale.

Vitamina B6 este prezentă în numeroase alimente între care drojdia de bere, carnea (ficatul și rinichii mai ales), peștele, cerealele, legumele proaspete și uscate, fructele (oleaginoase, în special) și laptele; de altfel, flora tubului digestiv sintetizează o anumită cantitate de vitamină B6. Această vitamină se alterează la lumină.

CARENȚĂ. Carențe rare se pot observa în caz de aport alimentar insuficient, de malabsorbție digestivă (mai ales la subiecții alcoolici), de creștere a necesităților, în anumite boli genetice și în cursul unor tratamente (luarea de izoniazidă sau de estroprogestative, hemodializă). Ele se manifestă printr-o pierdere în greutate, prin atingeri cutanate (piele uscată și pruriginoasă), prin tulburări neurologice, printr-o glosită (inflamație a limbii), printr-o anemie, printr-o iritabilitate, chiar printr-o depresiune.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ ȘI HIPERVITAMINOZĂ. Administrarea de vitamină B6 sub formă medicamentoasă este indicată în carența corespunzătoare și în caz de polinevrită (atingere a sistemului nervos periferic), de boală genetică ce perturbă metabolismul acestei vitamine, de hemodializă sau de alimentație prin perfuzii. Riscul de hipervitaminoză este mic, vitamina B6 nedevenind toxică decât în doze ridicate (de 50 ori mai mari decât aportul zilnic recomandat). Luarea îndelungată de doze mari de vitamină B6 poate totuși să se afle la originea unei polinevrite. Vitamina B6 este contraindicată în caz de tratament cu levodopa, un antiparkinsonian.

VITAMINĂ B8. Vitamină hidrosolubilă care intervine în degradarea acizilor grași, anumitor acizi aminați și a glucozei, și, de asemenea, în sinteza acizilor grași. SINONIME: *biotină, vitamina H*.

NECESITĂȚI ȘI SURSE. Aporturile nutriționale recomandate sunt de la 50 la 90 micrograme pe zi în timpul copilăriei, de la 100 la 300 micrograme începând din adolescență.

Vitamina B8 provine din alimentație (drojdie de bere, carne, ficat și rinichi, îndeosebi, gălbenuș de ou, produse lactate, anumite legume), dar ea mai este sintetizată parțial și de către flora intestinală. Este o vitamină stabilă la căldură, dar sensibilă la oxigen și la lumină.

CARENȚĂ. Carența în vitamina B6 este un fapt excepțional. Ea se manifestă printr-o oboseală, o pierdere a apetitului, o inflamare a pielii și a limbii (glosită), o cădere a părului, grețuri, convulsii. Ea survine într-un context foarte deosebit: nutriția prin perfuzii nesuplimentate în vitamină B8 sau bolile ereditare ale metabolismului acestei vitamine (deficit în anumite enzime ca biotinidaza sau holocarboxilaz-sintetaza).

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Vitamina B8 este utilizată în carența corespunzătoare.

VITAMINĂ B9. → ACID FOLIC.

VITAMINĂ B12. Vitamină hidrosolubilă care joacă un rol în maturarea globulelor roșii plecând de la celule-mamă și în sinteza unor acizi grași și anumitor acizi aminați. SINONIM: *cianocobalamină*.

NECESITĂȚI ȘI SURSE. Aporturile nutriționale recomandate, minime și ușor de acoperit printr-o alimentație echilibrată, sunt de 1 până la 2 micrograme pe zi pentru copii, de 3 micrograme pentru adolescenți sau pentru adulți, de 4 micrograme pentru femeile gravide sau care alăptează.

Vitamina B12 se găsește în toate produsele animale, îndeosebi în ficat. Ea este relativ stabilă la căldură și la aer, dar mai sensibilă la lumină și la radiațiile ultraviolete, precum și la acizi și baze.

METABOLISM ȘI CARENȚĂ. Absorbția intestinală a vitaminei B12 are loc în ultima parte a intestinului subțire. Ea nu este posibilă decât în prezența unei glicoproteine secretate de stomac, denumită factor intrinsec. Carența în vitamina B12, care nu esre rară în țările industrializate, poate

rezulta deci fie, în mod excepțional, din aporturi alimentare insuficiente (regim vegetarian), fie dintr-o gastrectomie (ablație a stomacului) sau dintr-o boală responsabilă de o anomalie a secreției de factor intrinsec, precum boala lui Biermer; această carență poate, încă, să mai provină dintr-o anomalie, dintr-o ablație a părții terminale a intestinului subțire și, în mod excepțional, dintr-o infecție cronică a intestinului subțire. În sfârșit, o carență în vitamina B12 nu este deloc rară la persoanele în vârstă.

Ficatul, care stochează vitamina B12, poate disimula o insuficiență de aport sau o tulburare a absorbției timp de 3 sau 4 ani. În continuare, apar primele semne ale carenței: oboseală generală, pierdere a apetitului, tulburări hematologice (anemie megaloblastică), neuropsihiatrice (senzație de arsură cutanată, nevrită optică]inflamație a nervului optic[, pierderi de memorie, labilitate a stării de spirit, depresie) și mucoase (limbă depapilată).

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Vitamina B12, administrată în injecții intramusculare, este indicată în carența corespunzătoare. Ea este utilizată, de asemenea, în doze mari ca analgezic. Injecțiile intravenoase cu unul dintre derivații ei, hidroxocobalamina, sunt practicate în caz de intoxicație cu cianură. Administrarea medicamentoasă de vitamină B12 este contraindicată în rare cazuri (anumite cancere, îndeosebi).

VITAMINĂ C. Vitamină hidrosolubilă implicată în producția de glucocorticosteroizi și de anumiți neurotransmițători (substanțe care permit transmisia influxului nervos), în metabolismul glucozei, al colagenului, al acidului folic și al anumitor acizi aminați, în neutralizarea radicalilor liberi și a nitrozaminelor, în reacții imunologice, care facilitează absorbția fierului de către tubul digestiv. SINONIM: *acid ascorbic*.

NECESITĂȚI ȘI SURSE. Aporturile nutriționale recomandate de vitamina C sunt de 35 până la 65 miligrame pe zi pentru copil, de la 60 la 100 miligrame pentru adult și adolescent. Pentru fumători este recomandat un aport crescut, de ordinul a 120 miligrame pe zi.

Principalele surse alimentare de vitamină C sunt legumele și fructele crude, precum și cartofii. Această vitamină este ușor oxidabilă și foarte sensibilă la căldură și la radiații ultraviolete.

CARENȚĂ. Carența în vitamină C, rară în țările în curs de dezvoltare și excepțională în țările industrializate, este responsabilă de scorbut. Cauzată de un aport alimentar insuficient, unei malabsorbții digestive, unei creșteri a necesităților sau unei eliminări excesive, carența privește de cele mai multe ori subiecții vârstnici, alcoolici, suferind de malabsorbție cronică sau supuși unei hrăniri prin perfuzii nesuplimentate în vitamină C. Ea se traduce printr-o oboseală, prin dureri osteoarticulare, edeme, o gingivită, hemoragii.

Stările de subcarență (stadiul care precede carența) ar fi mult mai numeroase, iar actualmente se pune întrebarea referitoare la eventualele relații între un defect de aport în vitamină C și diverse boli (cancer, boli cardiovasculare, cataractă etc.).

UTILIZARE TERAPEUTICĂ ȘI HIPERVITAMINOZĂ. Administrarea de vitamină C este prescrisă pe cale orală în tratamentul carențelor corespunzătoare, al stărilor de oboseală, al unor tulburări capilare și venoase, iar pe cale intravenoasă în caz de methemoglobinemie (creștere anormală a concentrației sangvine de methemoglobină, moleculă incapabilă să transporte oxigenul). În schimb, contrar unei idei răspândite, vitamina C nu are nici o influență asupra virusului gripal. Luarea excesivă de vitamină C (prin suplimentare medicamentoasă) poate antrena o agitație și insomnii, dar ea nu este periculoasă, excesul fiind eliminat prin urină și fecale. Pentru doze egale sau mai mici de 1 000 miligrame pe zi, nu există nici un fel de contraindicații. Doze mai mari nu trebuie administrate în caz de hemocromatoză (boală consecutivă acumulării de fier în țesuturile organismului), de litiază renală oxalică, de deficit în gluco-6-fosfat dehidrogenază sau de insuficiență renală.

VITAMINĂ D. Vitamină liposolubilă necesară absorbției intestinale de calciu și fixării sale în oase, precum și reabsorbției fosforului de către rinichi, care joacă un rol esențial și în alte fenomene biologice ca diferențierea celulară și imunitatea. SINONIM: *calciferol*.

NECESITĂȚI ȘI SURSE. Aporturile nutriționale recomandate sunt de 10 la 15 micrograme pe zi pentru copil, de 10 micrograme pentru adult, de 15 micrograme în timpul sarcinii și alăptării, și de 12 micrograme pentru subiectul vârstnic.

Vitamina D prezentă în organism are o origine dublă: endogenă, prin transformarea în piele a colesterolului sub influența radiațiilor ultraviolete (vitamina D3)și exogenă prin alimentație (vitamina D2 din vegetale și vitamina D3 din produsele animale). Alimentele cele mai bogate în vitamină D sunt ficatul peștelui slab (ulei din ficat de morun), peștele gras, gălbenușul de ou, ficatul, laptele integral și produsele lactate nedegresate (unt, în special). Această vitamină este foarte sensibilă la căldură, la lumină, la oxigen și la mediile acide.

CARENȚĂ. Carența în vitamină D antrenează o decalcifiere osoasă care provoacă un rahitism la copil și, la adult, o osteomalacie, ce se traduce prin deformații osoase și este însoțită de tulburări biologice (creșterea nivelurilor sangvine de parathormon, de fosfataze alcaline, scăderea nivelului sangvin de fosfor, nivelul sangvin al calciului fiind normal sau scăzut). În țările industrializate, mulțumită administrării medicamentoase sistematice de vitamină D sugarilor, rahitismul a devenit o boală excepțională ca apariție. În situații particulare se poate observa o carență la

adult: persoane în vârstă, alcoolice sau care suferă de o malabsorbție digestivă cronică, de o insuficiență renală cronică sau de o insuficiență hepatică, de o hipotiroidie sau, încă, în caz de interacțiune medicamentoasă (luarea de anumite anticonvulsivante [barbiturice, hidantoine] sau antituberculoase [rifampicină]). Carențele în vitamină D se tratează prin administrare medicamentoasă (pe cale orală) a acestei vitamine.

HIPERVITAMINOZĂ. Administrarea de doze excesive de vitamină D poate provoca o intoxicație: dureri de cap, lipsă de apetit, vărsături, tulburări osteoarticulare (dureri, crampe), hidroelectrolitice (hipercalcemie, hipercalciurie) și renale (deshidratare, îndeosebi), calcificare a organelor (rinichi, inimă, plămâni, vase sangvine); în plus, la femeia gravidă, o hipervitaminoză D riscă să antreneze malformații fetale.

VITAMINĂ E. Vitamină liposolubilă indispensabilă unei bune stabilizări a membranelor celulare, menținerii activității unor enzime, agregării plachetelor sangvine și protecției globulelor roșii împotriva substanțelor oxidante (radicali liberi, de exemplu).

S-ar părea și că vitamina E încetinește îmbătrânirea celulelor; în sfârșit lucrări din ce în ce mai numeroase sugerează că această vitamină joacă și un rol protector împotriva bolilor coronariene.

Termenul de vitamină E grupează, în fapt, 4 substanțe denumite tocoferoli: alfa-tocoferolul (cel mai activ), beta-tocoferolul și gamma-tocoferolul (care au o activitate vitaminică mai redusă), și delta-tocoferolul (practic inactiv).

NECESITĂȚI ȘI SURSE. Aporturile nutriționale recomandate sunt de la 3 la10 miligrame pe zi pentru copii și de aproximativ 12 miligrame pentru adolescent și adult.

Sursele alimentare cele mai importante de vitamină E sunt vegetalele (uleiuri și margarine vegetale bogate în acizi grași polinesaturați, fructe uscate oleaginoase – alune –, germeni de cereale, legume verzi), dar și sursele animale (ficat, gălbenuș de ou, unt). Această vitamină este relativ stabilă la căldură, la lumină și în mediu acid, dar foarte sensibilă la oxidare în mediu alcalin.

CARENȚĂ. În țările industrializate, carența în vitamina E este rară și survine în contexte deosebite: copil prematur, subiect afectat de o malabsorbție digestivă cronică (boala lui Crohn, ablația ileonului [a 3-a parte a intestinului subțire] sau de o boală genetică (abetalipoproteinemie [tulburare a metabolismului lipidelor], mucoviscidioză). Ea se traduce prin tulburări hematologice (anemie), neurologice (atingere a sistemului nervos central), neuromusculare (miopatie) și oftalmice (alterarea retinei), și se tratează prin administrarea medicamentoasă de vitamină E. Riscul de hipervitaminoză este foarte slab, această vitamină devenind toxică doar la doze foarte ridicate (de 100 de ori mai mari decât aportul zilnic recomandat). Totuși, este nerecomandabil să se administreze doze mari subiecților care urmează un tratament cu vitamină K.

VITAMINĂ H. → VITAMINA B8.

VITAMINĂ K. Vitamină liposolubilă care joacă un rol în coagulare și în alte fenomene biologice ca metabolismul proteinelor și fixarea calciului.

Există două forme naturale de vitamină K: filochinona sau fitomenadionul (vitamina K1) și menachinonele (vitamina K2).

NECESITĂȚI ȘI SURSE. Aporturile nutriționale recomandate sunt în jur de 10–30 micrograme pe zi pentru copil, între 35 și 45 micrograme pentru adolescent și adult, de 55 micrograme pentru femeia care alăptează.

Vitamina K provine parțial din alimente: legume verzi (varză, spanac, salată), varză murată. Ea este stabilă la căldură, dar sensibilă la lumină, la oxigen și la mediile alcaline.

CARENȚĂ. Carența în vitamina K a devenit excepțională la nou-născut mulțumită administrării sistematice a acestei vitamine la naștere. Totuși, subzistă un risc la copiii prematuri sau hrăniți exclusiv la sân, și în caz de proastă absorbție intestinală provocată de o boală digestivă cronică (boală celiacă, diaree, boală a lui Crohn, ablație a ileonului [a 3-a parte a intestinului subțire]), de nutriție prin perfuzii nesuplimentate sau de interacțiuni medicamentoase (luarea de antivitamine K, de cefalosporine, de anticonvulsivante, de aspirină, de fier, de vitamine A și E) sau, încă, în cazul anumitor boli genetice. O carență în vitamina K se traduce prin hemoragii care pot antrena o anemie și se tratează prin administrarea medicamentoasă a acestei vitamine. Riscul de hipervitaminoză este mic, vitamina K nedevenind toxică decât la doze ridicate (de 50 ori mai mari decât aportul zilnic recomandat). Reacțiile alergice sunt excepționale.

VITAMINĂ PP. Vitamină hidrosolubilă implicată în reacțiile de oxidoreducere ale celulei. SINONIM: *niacina*.

Vitamina PP, denumită în Franța și vitamină B3, corespunde la doi compuși: acidul nicotinic și nicotinamida.

NECESITĂȚI ȘI SURSE. Aporturile nutriționale recomandate de vitamină PP sunt de 6 până la 14 miligrame pe zi pentru copil, de 15 până la 18 miligrame în cursul sarcinii sau alăptării.

Principalele surse alimentare de vitamină PP sunt: carnea (ficatul și rinichii), peștele, ouăle, drojdia de bere, cerealele și ciupercile. Organismul poate să o și fabrice pornind de la un acid aminat, triptofanul. Vitamina PP este stabilă la lumină, la căldură și rezistentă la oxidare.

CARENȚĂ. Carența în vitamină PP, descrisă sub termenul de pelagră, este rară și rezultă fie din aporturi alimentare insuficiente, fie din interacțiuni medicamentoase (unele antituberculoase și antiparkinsoniene). În țările industrializate, ea afectează îndeosebi subiecții vârstnici, alcoolici sau supuși unei hrăniri parenterale (prin perfuzii) nesuplimentate cu vitamină PP. Ea se traduce printr-o

oboseală, o pierdere a apetitului, apoi prin tulburări cutanate, digestive, psihice și hematologice și se tratează prin administrarea medicamentoasă de vitamină PP.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Luarea de doze mari de acid nicotinic permite reducerea eficace a nivelului sangvin de colesterol; totuși, ea este în general prost suportată. Trebuie deci luate precauții, mai ales în caz de insuficiență renală. Luarea de doze mari de acid nicotinic este categoric contraindicată în caz de ulcer gastroduodenal sau de diabet.

VITEZĂ DE SEDIMENTARE. Viteza cu care globulele roșii se separă de plasma sangvină și se depun la fundul tubului așezat în poziție verticală.

Măsurarea vitezei de sedimentare (V.S.) este un examen de rutină care, în pofida impreciziei sale, își păstrează un oarecare interes în diagnosticul numeroaselor afecțiuni și în supravegherea bolilor inflamatorii; în acest ultim caz, de fapt, ea reflectă destul de bine evoluția bolii. Totuși, acest examen nu este suficient pentru a stabili un diagnostic, în măsura în care anumite tulburări benigne accelerează sedimentarea, în timp ce, din contra, multe boli serioase nu o afectează.

Viteza de sedimentare depinde de numeroși factori. Ea este cu atât mai lentă cu cât globulele roșii sunt mai multe; invers, atunci când acestea au o tendință puternică să aglutineze – ceea ce este cazul dacă anticorpii se prezintă la suprafața lor –, ea este cu atât mai rapidă. Creșterea nivelului de proteine (fibrinogen, globuline) în plasmă o accelerează uneori considerabil.

Viteza de sedimentare se măsoară la sfârșitul unei ore sau la sfârșitul a două ore, dar măsurătoarea efectuată la o oră este de acum semnificativă și suficientă în majoritatea cazurilor. Valorile normale, după una și două ore, sunt, respectiv, mai mici de 20 și 40 milimetri de sedimentare a globulelor roșii pe fundul tubului (eprubetei) de testare.

Măsurarea vitezei de alimentare este adesea completată cu dozarea altor proteine ale inflamației (proteină C reactivă, alfa-2-globulină, fibrină etc.).

VITILIGO. Afecțiune cutanată caracterizată printr-o pierdere localizată a pigmentației.

Vitiligo este o leucodermie (boală care se manifestă prin micșorarea cantității sau prin pierderea de melanină [pigment al pielii]. Este o afecțiune frecventă, care atinge aproximativ 1% din populație. Cauza bolii este necunoscută, dar într-un caz din trei se regăsește un factor ereditar.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Forma cea mai obișnuită de vitiligo este caracterizată prin pete plane, de un alb-fildeș, cu marginile nete și convexe, cu suprafața întinsă, tivite adesea cu o margine ușor hiperpigmentată. Aceste pete apar sub axile, pe organele genitale, în regiunile descoperite (față, dosul mâinilor), pe conturul orificiilor sau zonelor de frecare (genunchi, glezne); dispoziția este, în general, destul de simetrică. Unii subiecți nu au decât câteva pete de dimensiuni mici; alții prezintă pete mari diseminate.

Totuși, nu prezintă decât inconveniente estetice; totuși, râsunetul său psihologic nu este uneori de neglijat. În plus, leziunile sunt deosebit de sensibile la expunerea solară.

EVOLUȚIE. Aceasta este capricioasă și imprevizibilă, leziunile apar, în general, în pusee succesive. Acestea sunt declanșate frecvent prin expunerea la soare, de traumatismele psihologice (doliu), de contactul cu anumite substanțe chimice (compuși aromatici derivați ai benzenului).

TRATAMENT. Acesta rămâne adesea decepționant, deși numeroase metode se află în studiu.

■ *Tratamentele curative* sunt reprezentate prin aplicații locale de corticosteroizi, în caz de vitiligo recent și de mică întindere, puvaterapie locală sau generală (badijonare cu sau ingestie de psoralene, urmată de expunerea la radiații ultraviolete A). Tratamentul prin grefă este încă în stadiu experimental.

■ *Tratamentele paliative* se aplică formelor foarte întinse, atunci când pielea este practic în întregime depigmentată. Ele constau în depigmentarea cu hidrochinonă a zonelor pigmentate restante pentru a aduce pielea la un aspect omogen. O corecție estetică tip machiaje acoperitoare este și ea posibilă.

De altfel, subiecților atinși de vitiligo li se recomandă să se protejeze de radiația solară.

VITRECTOMIE. Intervenție chirurgicală care constă în scoaterea vitroasei (gelul transparent care umple cavitatea oculară, în spatele cristalinului).

O vitrectomie este practicată în caz de hemoragie intravitreană, oricare i-ar fi originea (ruptură retiniană, traumatism, formare de neovase), care nu se resoarbe în răstimp de câteva săptămâni; în caz de dezlipire de retină cu tracțiune a vitroasei sau cu aderențe vitreoretiniene proliferante; după unele inflamații (uveite) sau infecții importante ale ochiului și care deranjează vederea, cu scopul de a curăța cavitatea vitreană.

EFECTE SECUNDARE. Vitrectomia este o operație delicată care poate antrena în lunile următoare o cataractă. Vederea este îmbunătățită, dar nu întotdeauna perfect, rezultatul intervenției depinzând de starea retinei.

VITROASĂ. Gel văscos care ocupă spațiul cuprins între fața posterioară a cristalinului și fața internă a retinei. SINONIM: *corp vitros*.

STRUCTURĂ. Vitroasa este compusă din 99% apă; ea mai conține și câteva celule, precum și fibrile de colagen și de acid hialuronic, ce servesc drept țesut de susținere. Fața sa anterioară este în contact cu fața posterioară a cristalinului; aceasta este baza vitroasei. Fața sa posterioară se sprijină pe fața internă a retinei.

PATOLOGIE. Din cauza absenței vascularizării și a micului conținut de celule al vitroasei, patologia ei este relativ limitată.

■ *Anomaliile congenitale ale vitroasei* sunt, în general, fără răsunet asupra vederii. Totuși, cea mai gravă, persistența vitroasei primare care rămâne opacă în cursul dezvoltării fetale, se manifestă printr-un strabism și o pupilă albă, în general pe o singură parte, și poate fi responsabilă în copilărie de o cataractă și adesea de un glaucom congenital. Vederea este foarte proastă, chiar nulă. Vitrectomia (ablația chirurgicală a vitroasei) nu permite întotdeauna vindecarea.

■ *Degenerescența vitroasei* este o evoluție naturală cauzată de îmbătrânirea ochiului; ea este mai precoce la persoanele operate de cataractă și/sau puternic miopice. Această degenerescență conduce la dezlipirea vitroasei, a cărei parte posterioară nu se mai află în contact cu retina. Un astfel de fenomen, care trece de cele mai multe ori neobservat, poate fi foarte deranjant în anumite cazuri, manifestându-se printr-o impresie de „pânză de păianjen" în fața ochiului sau prin pete care se deplasează la mișcarea ochiului. Această degenerescență, care nu are vreun caracter evolutiv, nu poate fi tratată în mod eficace.

■ *Hemoragiile intravitreene* pot surveni după un traumatism sau în mod spontan, îndeosebi în cursul rupturilor retiniene și al rupturilor de neovase la diabetici. Ele se pot resorbi de la sine sau pot fi tratate prin vitrectomie.

■ *Infiltrațiile inflamatorii* sunt legate întotdeauna de o inflamație a structurilor vecine (retină, uvee) și se manifestă printr-o scădere a acuității vizuale mai mult sau mai puțin marcată, asociată uneori cu perceperea de corpi care plutesc. Tratamentul constă în utilizarea de antiinflamatoare corticosteroidiene pe cale generală. Atunci când tulburarea vitreană nu se resoarbe și continuă să deranjeze vederea, este uneori necesară vitrectomia.

VOCE. Totalitate a sunetelor produse de vibrațiile corzilor vocale.

Vocea este un fenomen complex care face să intervină mai multe organe.

■ *Corzile vocale*, situate de o parte și de alta a glotei, sunt două pliuri ale mucoasei laringelui, care depărtându-se sau apropiindu-se, produc, respectiv, un sunet ascuțit sau unul grav.

■ *Creierul*, prin intermediul celor doi nervi laringeeni inferiori, ori nervii recurenți (ramuri ale nervilor pneumogastrici) comandă mișcările laringelui, în particular cele ale corzilor vocale.

■ *Alte organe* servesc drept cutie de rezonanță pentru sunetele emise (gură, fose nazale, faringe) sau permit articularea (palat, buze, limbă).

■ *Plămânii* expiră, epulzează aerul cu o presiune mai mare sau mai mică, după gradul de contractare a mușchilor – mai ales cei ai peretelui anterior al abdomenului –, ceea ce determină nivelul de putere sonoră.

Cultivarea vocii o presupune pe cea a respirației (dezvoltarea respirației abdominale în detrimentul celei toracice, controlul puterii sunetului, amplasarea pauzelor), precum și controlul decontractării mușchilor perturbatori (umeri, gât), al poziției capului și a gâtului, mișcările gurii și buzelor (atât pentru inteligibilitatea, cât și pentru calitatea sunetului).

PATOLOGIE. O disfonie (tulburare a calității vocii: voce răgușită, stinsă, prea gravă, prea acută) poate semnala o atingere fie a laringelui (laringită), fie a sistemului nervos. Când cauza unei anomalii a vocii este găsită și tratată, tratamentul se poate completa, dacă este nevoie, cu ședințe de ortofonie (reeducare a vocii). → FONAȚIE.

VOLEMIE. → MASĂ SANGVINĂ.

VOLET TORACIC. Porțiune a peretelui toracic, desolidarizată complet sau parțial de restul cuștii toracice ca urmare a unei fracturi multiple a coastelor.

TRATAMENT. Tratamentul, întreprins de urgență, adesea chiar la locul accidentului, constă în culcarea bolnavului pe partea atinsă și/sau în menținerea fermă a voletului toracic cu o chingă. În cazurile cele mai grave, subiectul trebuie să fie spitalizat imediat într-un centru de terapie intensivă, unde o ventilație artificială va fi pusă în practică timp de 10 zile aproximativ, până când coastele încep să se consolideze. Uneori, se dovedește necesară o intervenție chirurgicală pentru a fixa coastele rupte sau pentru a repara leziunile asociate (contuzie pulmonară, efuziune pleurală). Tratamentul este uneori completat cu un bandaj și prin ședințe de kineziterapie. Durerile, uneori foarte vii, pot fi atenuate cu ajutorul analgezicelor; ele scad, în general, treptat pentru a dispărea spre a șasea săptămână.

VOLKMANN (sindrom al lui). Afecțiune caracterizată printr-o compresie excesivă a unui mușchi al membrului superior în loja sa aponevrotică. → LOJELOR (sindrom al).

VOLUM EXPIRATOR MAXIM PE SECUNDĂ. Volumul de aer expirat în prima secundă a unei expirații forțate care urmează după o inspirație profundă. SINONIM: *V.E.M.S.*

VOLVULUS. Torsionare (răsucire) a unei porțiuni de intestin, care provoacă o ocluzie. → OCLUZIE INTESTINALĂ.

VOMĂ. Expulzie pe gură a conținutului stomacului. SINONIM: *vărsătură*.

Voma, provocată de contracția diafragmului și a mușchilor abdominali, este, de asemenea, un act reflex: orice excitație a tractului digestiv poate determina o incitație vomitivă transmisă centrilor nervoși bulbari prin intermediul nervilor glosofaringian și pneumogastric.

CAUZE. Acestea sunt multiple: rău de mare, afecțiuni acute ale abdomenului (ocluzie a intestinului subțire, colecistită, peritonită); boli digestive cronice (stenoză de pilor sau de intestin gros); afecțiuni neurologice sau otorinolaringologice (meningită, tumoră cerebrală, boală a lui Menière); tulburări metabolice sau endocrine (acidoză diabetică, hipercalcemie); sarcină; luarea a unor medicamente (antibiotice, digitalină, chimioterapie anticanceroasă); glaucom (creștere a presiunii intraoculare); tulburări psihiatrice (anorexie, nevroză).

TRATAMENT. Un episod izolat de vomă nu necesită, de cele mai multe ori, nici un tratament. În caz de vome repetate, tratamentul depinde de cauză: chirurgie, suprimare a medicamentelor responsabile etc. Tratamentul simptomelor merge de la administrarea de sedative, de antispasmodice și/sau de antiemetice, până la rehidratarea prin perfuzie venoasă.

VOMĂ A SUGARULUI. Expulzie, alimentară sau nu, de abundență medie sau mare, a conținutului stomacal al sugarului.

DIFERITE TIPURI DE VOMĂ. Vomele, care constituie un simptom foarte frecvent la copilul mic pot dezvălui cauze multiple, de la cele mai benigne până la cele mai serioase.

Schematic se deosebesc două mari tipuri de vomă în funcție de momentul survenirii ei: cele care sunt de apariție recentă, survin în mod acut și sunt susceptibile să ducă la o stare de deshidratare; și acelea care sunt repetitive, se prelungesc și pot induce o stare de denutriție.

■ *Vomele de apariție recentă*, însoțite de cele mai multe ori de febră trebuie să conducă la căutarea unei cauze infecțioase fie digestive (gastroenterită), fie nedigestivă (otită, infecție urinară, mai rar meningită).

■ *Vomele repetitive*, de obicei nefebrile, sunt uneori consecința unei erori a regimului alimentar (supraalimentație) sau a unei intolerațe alimentare (la proteinele din laptele de vacă, mai rar la gluten). Dar ele pot să aibă și o cauză mecanică (stenoză de pilor), pot fi expresia unui reflux gestroesofagian sau a unei malpoziționări cardiotuberozitare (anomalie morfologică a cardiei, sfincterul situat la joncțiunea esofagului cu stomacul, și a porțiunii superioare a stomacului).

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Tratamentul vomelor sugarului este exclusiv cel al bolii de origine. Nici un tratament simptomatic (administrare de antiemetice, de antispasmodice) nu trebuie să fie întreprins atâta vreme cât nu se cunoaște cu precizie cauza vomelor.

Prognosticul depinde de consecințele imediate ale simptomului (deshidratare sau denutriție), de identificarea cauzei vomelor și de eficacitatea tratamentului acesteia.

VOMICĂ. Expectorație subită și abundentă de lichid seros, de puroi sau de sânge.

VORBIRE NAZALIZATĂ. → RINOLALIE DESCHISĂ, RINOLALIE ÎNCHISĂ.

V.S. Viteză de sedimentare.

VULVĂ. Totalitate a organelor genitale externe ale femeii.

STRUCTURĂ. Vulva este o proeminență ovoidală pe care se înalță o pilozitate de formă triunghiulară și care se întinde de la pubis la anus. Ea prezintă o fantă mediană (fanta vulvară) care o împarte în două pliuri cutanate laterale, labiile mari. Acestea acoperă mai mult sau mai puțin în totalitate alte două pliuri ale mucoasei, labiile mici, care se unesc în față pentru aforma căpușorul clitorisului, mic organ erectil care măsoară în total (rădăcină, corp și gland) între 6 și 7 centimetri în lungime. Labiile mici delimitează un spațiu virtual. Vestibulul, al cărui fund comportă două orificii, cel al uretrei în față și cel al vaginului în spate.

FIZIOLOGIE. Vulva intervine în trei funcțiuni: micțiunea, în cursul căreia jetul de urină este canalizat prin buzele (labiile) mici, nașterea, în timpul căreia orificiul vulvar se lărgește pentru a lăsa să treacă fătul, și raporturile sexuale, în timpul cărora buzele (labiile) mari și cele mici cresc în volum, în timp ce secreția glandelor vestibulare lubrifiază vulva și vaginul.

PATOLOGIE. Printre patologiile vulvei, cele mai frecvente sunt infecțiile. Tumorile sunt benigne sau maligne (cancer de vulvă).

VULVĂ (cancer de). Cancer care atinge vulva femeii sub forma unui carcinom epidermoid (cancer dezvoltat pornind de la epiteliu).

Cancerul de vulvă, puțin frecvent, atinge îndeosebi femeia în vârstă.

Mâncărimile vulvare sau prezența unei mici ulcerații pot atrage atenția.

Tratamentul constă de cele mai multe ori într-o ablație a vulvei (vulvectomie), parțială sau totală.

PREVENIRE. Tratamentul preventiv constă în respectarea igienei corporale, o supraveghere ginecologică regulată (anumite forme de cancer al vulvei sunt, în fapt, precedate de leziuni precanceroase care pot fi depistate printr-un examen ginecologic), distrugerea leziunilor virale (în particular a condiloamelor) prin laser cu dioxid de carbon sau prin tratament chimic (azot lichid, podofilină) și ablația imediată a leziunilor precanceroase.

VULVECTOMIE. Ablație chirurgicală totală sau parțială a vulvei.

O vulvectomie este indicată în caz de cancer de vulvă. Practicată sub anestezie generală, această intervenție necesită o spitalizare de mai multe zile.

Din cauza localizării vulvei, vulvectomia poate avea un răsunet asupra diferitelor funcțiuni: jenă la mers, la micțiune,

SIMPTOME ŞI DIAGNOSTIC. Această afecţiune, care nu are o cauză precis cunoscută, se traduce printr-o alterare a stării generale (febră, obosealâ), dureri articulare, abdominale şi efuziuni pericardice şi pleurale.

În paralel, se formează noduli cu diametrul de 1-2 centimetri, care afectează în mod simetric gambele şi gleznele şi pot urca până la nivelul coapselor, chiar al membrelor superioare. Aceste leziuni au trei forme posibile de evoluţie: după câteva săptămâni, fie ele dispar spontan, fie se deschid, lăsând să iasă un lichid gălbui uleios, fie lasă o cicatrice afundată de mărimea unei farfurioare.

TRATAMENT ŞI EVOLUŢIE. Tratamentul cuprinde repausul la pat şi luarea de antiinflamatoare (antiinflamatoare nesteroidiene sau, dacă este vorba de o formă severă, corticosteroizi pe cale generală) timp de 4 până la 6 săptămâni. În caz de ulceraţie, sunt indispensabile îngrijirile locale. Boala evoluează în mai multe pusee şi poate chiar recidiva după mai mulţi ani.

WEGENER (granulomatoză a lui). Afecţiune caracterizată printr-o atingere inflamatorie şi necrozantă a pereţilor vaselor (angeită) care irigă aparatul respirator (fose nazale, faringe, laringe, bronhii) şi rinichii. SINONIME: *angeită granulomatoasă necrozantă*, *sindromul lui Wegener*.

Rară şi de cauză necunoscută, granulomatoza lui Wegener face parte dintre bolile autoimune, în cursul cărora organismul produce anticorpi îndreptaţi împotriva propriilor ţesuturi. Ea atinge îndeosebi adulţii între 40 şi 50 ani, mai des bărbaţii decât femeile.

SIMPTOME ŞI SEMNE. Afecţiunea se manifestă printr-o scurgere purulentă din nas, o sinuzită, o otită, ulceraţii ale gurii şi leziuni multiple şi bilaterale ale plămânului şi bronhiilor, aflate la originea unei tuse în chintă şi a unei jene respiratorii. Atingerea renală se traduce prin prezenţa, în urină, a proteinelor şi sângelui (proteinurie şi hematurie); ea evoluează spre o insuficienţă renală care se agravează rapid.

TRATAMENT ŞI PROGNOSTIC. Tratamentul constă în administrarea de imunosupresoare şi de doze mari de corticosteroizi sau în efectuarea de schimburi plasmatice. Tratamentul trebuie să fie urmat timp de mai multe săptămâni, chiar timp de mai multe luni, dar nu face întotdeauna ca boala să nu mai evolueze spre o insuficienţă renală, ceea ce duce la necesitatea dializei pe toată durata vieţii.

WEIR-MITCHELL (sindrom al lui). → ERITROMELALGIE.

WERDING-HOFFMAN (boală a lui). Afecţiune ereditară caracterizată printr-o atrofie a anumitor neuroni motori ai măduvei spinării. SINONIM: *amiotrofie spinală anterioară*.

Afecţiunea se manifestă în primele 3 luni ale vieţii, uneori de la naştere. La început copilul nu poate să-şi mişte coapsele şi antebraţele, apoi paralizia progresează în câteva săptămâni: copilul nu-şi mai mişcă gambele şi se ţine, atunci când este ridicat, într-un mod caracteristic, cu gambele flectate „în genunchi". El poate totuşi să-şi mişte picioarele (labele) şi mâinile, deoarece atingerea este mai moderată la extremitatea membrelor.

Diagnosticul acestei boli poate fi pus înainte de naştere prin amniocenteză (prelevare de lichid amniotic şi analiză a celulelor fetale care se găsesc în acesta).

WEST (sindrom al lui). → SPASM ÎN FLEXIE.

WESTERN-BLOT (reacţie a lui). Tehnică ce permite căutarea în serul sangvin a proteinelor antigenice – îndeosebi proteinele virale – sau anticorpii îndreptaţi împotriva acestor proteine.

Reacţia lui Western-Blot este utilizată foarte mult în prezent pentru a confirma sau a infirma rezultatul, uneori fals pozitiv, al testului ELISA (test de depistare a anticorpilor specifici) în ce priveşte HIV, virusul cauzator al SIDA.

WHEEZING. Şuierătură respiratorie acută, întotdeauna pe aceeaşi tonalitate, perceptibilă la inspiraţie şi la expiraţie sau doar la inspiraţie. Termen în limba engleză adoptat ca atare. SINONIM: *respiraţie şiflantă*.

Wheezing-ul este cauzat de o îngustare sau de o obstrucţie parţială şi localizată a căilor respiratorii (laringe, trahee, bronhii) de către o tumoră, un corp străin, o inflamaţie etc.

WHIPPLE (boală a lui). Boală caracterizată prin infiltraţia a numeroase ţesuturi de către globulele albe pline cu resturi bacteriene.

Germenele în cauză este în curs de identificare, dar nu se ştie actualmente dacă boala este doar o consecinţă a invaziei bacteriene sau dacă ea se perpetuează din cauza unui deficit imunitar al pacientului.

WHIPPLE (operaţie a lui). Ablaţie chirurgicală a duodenului şi a capului de pancreas. SINONIM: *duodenopancreatectomie cefalică*.

Este vorba de o intervenţie majoră, care necesită o spitalizare lungă, practicată în caz de cancer al pancreasului sau pentru a trata unele pancreatite cronice. În afara ablaţiei capului de pancreas şi a duodenului, care nu sunt separabile şi trebuie să fie îndepărtate împreună, operaţia comportă recordarea stomacului la intestinul subţire, precum şi o anastomoză a canalului coledoc la intestinul subţire, partea rămasă a pancreasului fiind deschisă fie spre stomac, fie spre intestinul subţire, astfel încât scurgerea bilei şi sucului pancreatic să se facă în tubul digestiv. Prognosticul este funcţie de extinderea tumorii sau de gravitatea pancreatitei.

WIDAL ŞI FELIX (serodiagnostic al lui). Metodă care permite diagnosticarea unei infecţii cu *Salmonella typhi*, *Salmonella paratyphi A* şi *Salmonella paratyphi B*, bacterii responsabile respectiv de febrele tifoidă şi paratifoide A şi B.

WIEDEMANN-BECKWITH (sindrom al lui). Boală congenitală caracterizată printr-o creștere în volum a limbii, o hernie ombilicală, o hipertrofie a viscerelor, un gigantism și o hipoglicemie prin exces de secreție de insulină.

Boala lui Wiedemann-Beckwith este cauzată de o tulburare a dezvoltării fetale. I se asociază frecvent un angiom plan frontal, uneori o microcefalie (craniu de volum foarte mic față de dimensiunile normale) și apariția unei tumori maligne (a rinichiului, a glandelor suprarenale, a gonadelor sau a ficatului).

DIAGNOSTIC. Acest sindrom poate fi depistat, încă dinainte de naștere, prin ecografie. După naștere, diagnosticul este confirmat prin examen clinic și prin dozarea glicemiei.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Singurul tratament posibil constă în corectarea hipoglicemiei și în supravegherea cu regularitate, prin ecografii abdominale îndeosebi, a unei eventuale dezvoltări tumorale. Unele tumori pot face obiectul unei ablații chirurgicale.

Tratamentul precoce al hipoglicemiei a permis reducerea considerabilă a sechelelor neurologice (convulsii, paralizii) ale acestui sindrom. Doar microcefalia asociată poate perturba dezvoltarea neurologică a copilului.

WILLEBRAND (boală a lui). Boală hemoragică ereditară cauzată de o anomalie cantitativă sau calitativă care atinge una dintre proteinele plasmei sangvine, factorul Willebrand, care intervine în procesul hemostazei.

Factorul Willebrand (FvW) servește la transportul factorului VIII, proteină plasmatică indispensabilă coagulării și aderării plachetelor la pereții vaselor atunci când aceștia sunt lezați.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Sângerările frecvente, ating mai ales mucoasele: sângerări ale nasului, evacuare de sânge prin anus, fluxuri menstruale anormal de lungi și abundente la femei. Pot surveni sângerări după o intervenție chirurgicală chiar minoră, o extracție dentară sau un traumatism. În schimb, hemartrozele (efuziune sangvină într-o cavitate articulară), frecvente în caz de hemofilie, sunt rare.

DIAGNOSTIC. Acesta se pune pe baza examenului clinic și a cunoașterii antecedentelor ereditare, precum și pe baza examenelor sangvine: timpul de sângerare al unei scarificări practicate pe antebraț) și timpul de cefalină (studiul procesului de tromboplastinoformare), care sunt anormal de lungi. Diagnosticul se sprijină și pe dozarea, în laborator, a factorului Willebrand și factorului VIII.

TRATAMENT. Acesta constă în prevenirea și/sau stăvilirea hemoragiilor: în caz de sângerare puțin importantă sau de intervenție chirurgicală minoră, se administrează desmopresină sau acid aminocaproic. Sângerările sau actele chirurgicale mai importante necesită o corecție a factorului VIII prin administrarea de crioprecipitate sau de factor VIII concentrat.

WILMS (tumoră a lui). Tumoră malignă a rinichiului dezvoltată pe seama țesutului renal embrionar. SINONIM: *nefroblastom*.

Tumora lui Wilms afectează îndeosebi copilul. Foarte voluminoasă, ea se revelă de cele mai multe ori printr-o creștere în volum a abdomenului. Tumora poate, de altfel, să comprime vena cavă inferioară și să provoace edeme ale membrelor inferioare și o ascită (acumulare de lichid în cavitatea peritoneală). Nu rar se întâmplă ca tumora să afecteze ambii rinichi. Metastazele pulmonare și hepatice sunt frecvente.

DIAGNOSTIC. Diagnosticul se pune pe baza ecografiei renale, a urografiei intravenoase și a scanerului abdominal, completate uneori cu o arteriografie renală.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Tratamentul cuprinde nefrectomia (ablația chirurgicală) a rinichiului pe care se află tumora și, adesea, o chimioterapie și o radioterapie în caz de metastaze sau când tumora este prea voluminoasă pentru a putea fi operată.

WILSON (boală a lui). Afecțiune ereditară legată de o acumulare de cupru în țesuturi și organe în special în ficat și în encefal. SINONIM: *degenerescentă hepatolenticulară*.

Boala lui Wilson este o afecțiune rară, cauzată de o atingere a unei gene localizate pe cromozomul 13, care se transmite în mod autosomic (prin cromozomii nesexuali) recesiv (gena purtătoare trebuie să fie primită de la tată și de la mamă pentru ca boala să se dezvolte la copil).

SIMPTOME ȘI SEMNE. Boala se manifestă de cele mai multe ori între 5 și 40 ani și se traduce prin manifestări neurologice.

■ *La copil*, se observă forma coreo-atetozică, care asociază mișcările anormale involuntare ale membrelor și o tremurătură care se agravează în timp.

■ *La adult*, forma numită distonică este cea mai frecventă. Simptomele seamănă cu cele ale bolii lui Parkinson: rigiditate, față înțepenită (rictus), încetinire a mișcărilor, mers cu pași mici, elocuțiune dificilă și, uneori, tremurătură moderată.

Atât la copil, cât și la adult, boala lui Wilson poate fi însoțită de crize de epilepsie și de tulburări psihice: tulburări de caracter și de stare de spirit, episoade psihotice, chiar, mai târziu, deteriorare intelectuală care conduce la demență. Atingerea hepatică se traduce, în general, printr-o creștere în volum a ficatului și splinei, dar se mai întâmplă ca ea să rămână fără simptome. Alte anomalii, mai rare, afectează rinichii (proteinurie, insuficiență renală), glandele endocrine (diabet, oprirea fluxurilor menstruale), sângele (anemie), oasele (fragilitate excesivă, calcificări în jurul articulațiilor), pielea (aceasta ia o culoare cenușie, albăstruie sau arămie).

DIAGNOSTIC. Acesta se bazează pe punerea în evidență a inelului lui Kayser-Fleischer, legat de o depunere de cupru. Acest inel, de culoare brun-roșcat sau brun-verde, este

uneori vizibil cu ochiul liber la periferia corneei, dar, de cele mai multe ori, nu este pus în evidență decât prin examenul la biomicroscop. Concentrația de ceruloplasmină din sânge este anormal de scăzută, iar cea a cuprului în urină, anormal de crescută. Nivelul de cupru din sânge este variabil, deasupra sau dedesubtul nivelului normal. Alterarea testelor biologice hepatice (creșterea nivelului sangvin al transaminazelor și a bilirubinei, în special), chiar puncția-biopsie a ficatului, relevă o ciroză și un exces de cupru. Scanerul cerebral arată frecvent semne de atrofie cerebrală și, în aproximativ jumătate dintre cazuri, zone de densitate scăzută, din cauza prezenței depunerilor de cupru în regiunile nucleilor cenușii centrali.

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Tratamentul se bazează pe un regim alimentar sărac în cupru (limitarea consumului de ficat, ciocolată, pește, carne, legume uscate,nuci,ciuperci) și pe administrarea unui medicament (ale cărui doze sunt crescute treptat), D–penicilamina, care se cuplează cu cuprul și permite eliminarea acestuia în urină. Manifestările neurologice și tulburările psihice regresează de cele mai multe ori sub tratament, rezultatele fiind cu atât mai bune cu cât tratamentul a fost întreprins mai devreme. Totuși, când tratamentul este început prea târziu, simptomele se agravează, iar prognosticul bolii este uneori sever.

DEPISTARE. De îndată ce această boală ereditară este descoperită la un subiect, este întreprinsă o anchetă genetică în familia sa. La subiecții cu risc mare, dar care nu prezintă nici un simptom, se fac cu regularitate dozări sangvine de ceruloplasmină și de cupru în vederea depistării cât mai precoce a unei eventuale boli a lui Wilson.

WIRSUNG (canal al lui). Canal excretor principal al pancreasului.

Canalul lui Wirsung traversează longitudinal pancreasul și devarsă sucul pancreatic în al doilea segment al duodenului (porțiunea inițială a intestinului subțire) prin intermediul ampulei lui Vater, în care se deschide, în calitate de cale biliară principală (canalul coledoc).

EXAMENE. Canalul lui Wirsung poate fi explorat prin ecografie, eco-endoscopie, scaner și pancreatografie (radiografie a canalului lui Wirsung după opacifiere, constituind un timp al colangiografiei [radiografie a căilor biliare]).

PATOLOGIE. Acest canal poate fi sediul calculilor (litiază) în cursul pancreatitelor cronice.El mai poate fi comprimat prin tumori ale duodenului sau ale pancreasului.

WISKOTT-ALDRICH (sindrom al lui). Afecțiune ereditară caracterizată printr-un nivel anormal de scăzut al plachetelor sangvine.

Sindromul lui Wiskott-Aldrich afectează mai ales băieții și pare să fie legat de tulburări imunitare complexe.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Sindromul lui Wiskott-Aldrich se traduce printr-o purpură cutanată (apariția de pete roșii pe piele), prin sângerări ale nasului și prin hemoragii digestive și urinare, apoi printr-o eczemă atopică (erupție de plăci veziculocrustoase care sunt intens pruriginoase), amplasate mai ales pe față și pe pliurile de flexie, și prin infecții cu repetiție: otite, sinuzite, furuncule, infecții oculare, meningită, septicemie.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul vizează înainte de toate îngrijirea simptomelor bolii (transfuzie de plachete, tratament al eczemei, administrarea de antibiotice în caz de infecție). O depistare antenatală a sindromului lui Wiskott-Aldrich este posibilă încă din primul trimestru de sarcină. În plus, înaintea oricărei sarcini ulterioare, părinții pot solicita un sfat genetic în cadrul unei consultații de specialitate.

WOLFF-PARKINSON-WHITE (sindrom al lui). Anomalie congenitală a activării electrice cardiace.

Sindromul lui Wolff-Parkinson-White este o tulburare a conducției legată de prezența unei căi anormale (sau a unei căi accesorii) de conducție, fasciculul lui Kent, bandă subțire de țesut miocardic care face să comunice direct auriculele cu ventriculele, scurtcircuitând astfel calea normală – constituită de nodul auriculoventricular urmat de trunchiul fasciculului lui His și de ramurile sale. Astfel fasciculul lui His poate fi responsabil de o transmisie anormal de rapidă a influxurilor auriculare spre ventricule.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Sindromul lui Wolf-Parkinson-White este cel mai frecvent dintre sindroamele de preexcitare (afecțiuni caracterizate printr-o activare anormal de precoce a anumitor structuri cardiace). El poate să nu fie însoțit de nici un simptom și poate fi descoperit în mod întâmplător cu ocazia unei electrocardiografii de rutină. Totuși, el mai poate să se afle la originea unor simptome (palpitații, gâfâială, stări de rău, pierderi ale conștienței), în special în caz de apariție a unei tahicardii auriculare care, atunci când fiecare influx auricular este transmis ventriculelor prin fasciculul lui Kent, este însoțit de un răspuns ventricular excesiv de rapid. În anumite cazuri, rare, această transmisie anormal de rapidă poate degenera chiar în fibrilație ventriculară, mortală în absența tratamentului. Sindromul lui Wolff-Parkinson-White mai poate să se afle la originea acceselor de tahicardie paroxistică benigne, asemănătoare celor observate în cursul bolii lui Bouveret.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Diagnosticul se pune pe baza electrocardiografiei. Un sindrom al lui Wolf-Parkinson-White fără simptome nu justifică nici un tratament. Crizele de tahicardie puțin frecvente și puțin grave sunt tratate cu medicamente antiaritmice. În caz de crize frecvente sau grave (sincope), poate fi realizat în centre specializate un tratament al cauzei anomaliei: reperarea și distrugerea fasciculului lui Kant cu ajutorul unui curent electric (curent de radiofrecvență).

– arcul corneean sau gerontoxonul ia forma unei pete cenușii sau gălbui care înconjoară irisul; el atinge mai ales subiecții de vârste cuprinse între 60 și 80 de ani și este însoțit adesea de o hipercolesterolemie;

– xantomul striat palmar este o pată gălbuie lineară care se localizează în adâncițurile pliurilor de flexie a mâinii,; el este întotdeauna asociat cu tulburări ale mecanismului lipidelor;

– xantomul plan difuz, mult mai rar, ia forma unei pete gălbui care este amplasată de cele mai multe ori pe față, gât și torace.

■ *Xantomul tendinos* este o tumefacție subcutanată, tare, aderentă la tendoane, mobilă sub piele. El afectează mai ales tendoanele extensoare ale degetelor, cele ale încheieturii mâinii și tendonul lui Ahile. El este asociat întotdeauna cu tulburări ale metabolismului lipidelor.

■ *Xantomul tuberos* este un nodul gălbui sau roșietic care atinge mai ales coatele, genunchii, fesele și palma mâinilor. El este întotdeauna legat de o hipercolesterolemie sau de o hipertrigliceridemie.

DIAGNOSTIC. Prezența xantoamelor poate necesita o dozare sangvină a lipidelor și căutarea unei eventuale diseminări a xantoamelor în organism (xantomatoză).

TRATAMENT. Tratamentul xantoamelor este facultativ; doar xantoamele deranjante ca deosebit de inestetice, atunci când sunt localizate (xantomul plan al ochiului, de exemplu), pot fi îndepărtate prin electrocoagulare sau chirurgical. În schimb, dacă există tulburări asociate ale metabolismului lipidelor, acestea trebuie să fie tratate (regim alimentar sărac în lipide, administrare de medicamente hipolipemiante).

XANTOMATOZĂ. Orice boală caracterizată prin diseminarea xantoamelor (mici tumori benigne, plane sau nodulare, formate din celule bogate în depuneri lipidice).

După cum ea este asociată sau nu cu o hiperlipidemie (creștere anormală a nivelului unor lipide precum colesterolul în sânge), o xantomatoză se plasează în unul dintre cele două mari grupe de xantomatoze, xantomatozele hiperlipidemice sau xantomatozele normolipidemice.

Xantomatozele hiperlipidemice. Caracterizate prin diseminarea xantoamelor și printr-o hiperlipidemie, ele grupează 3 tipuri de afecțiuni.

■ *Hipertrigliceridemiile endogene* pure sunt caracterizate prin formarea de xantoame eruptive (pete proeminente înconjurate de un halou roșu) sau de xantoame striate palmare (leziuni gălbui), printr-o ateroscleroză precoce și uneori prin calculi ai veziculei biliare.

■ *Sindroamele de hipertrigliceridemie majoră* se manifestă de cele mai multe ori prin formarea bruscă (ca urmare a unui aport alimentar bogat în grăsimi) de numeroase xantoame, printr-un ficat mare, printr-o splină mare și prin diverse tulburări neurologice; nivelul sangvin al triglicеridelor este foarte ridicat.

■ *Xantomatozele hiperlipidemice ereditare* apar din copilărie (xantoame plane, xantoame tendinoase, xantoame plane ale unghiului intern al ochiului) sau spre vârsta de cincizeci de ani (xantoame plane și tendinoase). Xantomatoza se traduce printr-o ateroscleroză (boală degenerativă a arterelor care are ca origine formarea unei plăci de aterom – depunere lipidică – pe peretele lor).

Xantomatozele normolipidemice. Caracterizate prin diseminarea de xantoame, xantomatozele normolipidemice nu sunt însoțite de creșterea nivelului lipidelor circulante din sânge. Sub acest termen sunt întrunite mai multe afecțiuni caracterizate prin diferite leziuni.

■ *Xantomul papulonodular diseminat* se traduce prin diseminarea de mici papule roșii-brune.

■ *Xantomul plan* se caracterizează prin formarea de pete plane, galbene sau galbene-portocalii. Una dintre formele sale particulare, denumită xantom plan al pleoapelor sau xantelasma se traduce prin prezența de depozite gălbui în unghiul intern al ochiului și sub pleoape.

TRATAMENT ȘI PREVENIRE. Tratamentul constă pe de o parte în îngrijirea xantoamelor, pe de altă parte în tratarea hiperlipidemiei, eventual asociată cu xantomatoza (regim alimentar, luare de medicamente hipolipemiante). În familiile afectate, sfatul genetic are un rol major în prevenirea transmisiei acestor boli.

XANTOPSIE. Anomalie a vederii în culori în cursul căreia totul pare colorat în galben.

O xantopsie constituie un semn foarte rar, observat în cursul unor ictere al anumitor coriioretinite (inflamație a retinei și a coroidei, pe care este așezată retina) și al anumitor cataracte debutante.

Xantopsia dispare o dată cu tratarea cauzei sale.

XENOGREFĂ. → HETEROGREFĂ.

XERODERMA PIGMENTOSUM. Afecțiune ereditară caracterizată prin cancere cutanate multiple care se dezvoltă în timpul copilăriei.

Xeroderma pigmentosum, boală foarte rară, se transmite, în general, în mod recesiv: gena purtătoare a defectului trebuind să fie primită atât de la tată, cât și de la mamă pentru ca boala să se dezvolte la copilul acestora. Aceasta este cauzată de cele mai multe ori de o insuficiență a capacității de reparare a ADN-ului, ceea ce face celulele, îndeosebi celulele cutanate, foarte sensibile la expunerea la radiația solară.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Aproape de la naștere apar înroșiri, umflături cutanate, bășicuțe apoi, treptat, o poikilodermie (piele prea sau insuficient pigmentată, cu aspect pestriț, o dilatare a vaselor superficiale ale dermului). Apoi, către 3 sau 4 ani, se formează tumori cutanate, mai întâi benigne, transformându-se rapid în diferite cancere

(epiteliom, melanom). Alte anomalii observate cuprind o atingere oculară (fotofobie, eversiune a marginii pleoapelor, conjunctivită, chiar cancer al pleoapelor, al conjunctivei sau al corneei), o întârziere a creşterii şi tulburări neurologice (întârziere mintală, epilepsie).

TRATAMENT ŞI PREVENIRE. Tratamentul vizează îngrijirea simptomelor, prevenirea apariţiei unor tumori cutanate (protecţie solară, prescrierea de retinoide) sau îndepărtarea lor pe cale chirurgicală. Totuşi, prognosticul afecţiunii xeroderma pigmentosum rămâne foarte sumbru. În familiile afectate, sfatul genetic joacă un rol major în prevenirea transmisiei bolii.

XEROFTALMIE. Afecţiune oculară constând într-o uscare a conjunctivei şi a corneei.

În lumea întreagă, în fiecare an, mai multe sute de mii de persoane sunt afectate de xeroftalmie.

CAUZE. Afecţiunea are drept cauză principală o carenţă în vitamina A, frecventă la copiii din ţările în curs de dezvoltare.

SIMPTOME ŞI EVOLUŢIE. O xeroftalmie se manifestă printr-un aspect boţit al conjunctivei şi prin prezenţa pe această membrană a unor pete albe cu aspect grunjos, cauzate de absenţa secreţiei lacrimale. Corneea poate fi sediul unei inflamaţii dureroase (keratită), apoi a unei infecţii a ochiului, cu riscul de perforaţie corneeană. Uscăciunea oculară duce la o keratinizare a ţesuturilor corneene (modificare a structurii ţesuturilor, mai bogate în proteine), apoi eventual la distrugerea lor. Evoluţia spre cecitate este lentă, dar frecventă în absenţa tratamentului.

DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT. Examenul la biomicroscop confirmă diagnosticul de xeroftalmie. Pot fi utilizate colire sau pomezi care protejează corneea, dar tratamentul cel mai rapid posibil este cel al cauzei (administrarea orală de vitamină A) care este cea mai eficace.

XEROSTOMIE. Uscăciune excesivă a gurii.

CAUZE. O xerostomie este cauzată de o secreţie insuficientă de salivă (hiposialie), chiar nulă (asialie). Cauzele sale sunt numeroase. O xerostomie tranzitorie poate surveni în caz de anxietate (trac, teamă) sau de deshidratare. O xerostomie îndelungată este de cele mai multe ori legată de sindromul Gougerot-Sjögren, de luarea de anumite medicamente (atropinice, psihotrope ca antidepresoarele) sau, încă, de o radioterapie anticanceroasă a gâtului sau a feţei.

SIMPTOME ŞI SEMNE. O xerostomie este extrem de deranjantă; subiectului îi vine greu să se hrănească şi să vorbească; îi este sete în permanenţă. În plus, această tulburare antrenează, în timp, carii şi afecţiuni ale gurii.

TRATAMENT. Se asociază tratamentul cauzei, atunci când este posibil, cu cel al simptomelor xerostomiei: administrare, pe cale orală, de medicamente cu acţiune sialogogă (anetoltritionă), pulverizaţii bucale repetate de salivă artificială" etc.

XEROZĂ. Tulburare cutanată ce se traduce printr-o subţiere, o fragilitate, o uscăciune şi o lipsă de supleţe a pielii şi care este însoţită adesea de o descuamare mai mult sau mai puţin marcată. SINONIM: *xerodermie*.

O xeroză este consecinţa unei micşorări a conţinutului în apă a stratului cornos (partea superficială a epidermului).

DIFERITE TIPURI DE XEROZĂ. O xeroză poate constitui o tulburare izolată: pielea este atunci subţire, fragilă, deschisă, plăcută la pipăit, cu o reţea sangvină vizibilă prin transparenţa pielii. Dar ea mai poate fi, uneori, şi semnul unor boli dermatologice (dermatită atopică, ihtioză); pielea este atunci aspră la pipăit, cu aspect făinos, gambele sunt ca solzoase, palmele şi suprafeţele plantare fisurate; unii pacienţi prezintă mici proeminenţe de un milimetru în diametru, în special pe braţe sau pe coapse (keratoză pilară). În alte cazuri, deshidratarea este pur şi simplu efectul unei agresiuni asupra pielii exercitate de produse cosmetice de uscare a pielii utilizate prea mult timp.

TRATAMENT. Este indispensabil înainte de toate să evităm factorii care agravează uscăciunea cutanată: soare, vânt, frig, săpun alcalin, loţiune alcoolizată. Îngrijirile constau în aplicarea pe piele a unor preparaţii care îi păstrează starea de hidratare (agenţi care frânează transpiraţia, care umectează pielea sau care cresc coeziunea celulelor).

XEROZIS. Keratinizare (modificare a structurii ţesuturilor, care devin mai bogate în proteine) a conjunctivei oculare.

Un xerozis este favorizat de o uscăciune oculară, oricare i-ar fi cauza: alergie, unele boli, îndeosebi reumatologice, administrarea anumitor medicamente (antidepresoare, atropinice). El mai poate intra şi în cadrul unui simptom Gougerot-Sjögren (boală autoimună care comportă o uscare a mucoaselor ochilor, gurii şi căilor genitale) sau poate marca debutul unei xeroftalmii (uscare a conjunctivei şi a corneei, cauzată de o carenţă în vitamina A). Absenţa secreţiei lacrimale dă o senzaţie de inconfort, de corp străin în ochi; conjunctiva ia un aspect palid şi mat.

DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT. Examenul la biomicroscop, care poate pune în evidenţă o mică inflamaţie a corneei, permite să fie precizat diagnosticul de xerozis. În caz de sindrom al lui Gougerot-Sjögren, testul lui Schirmer permite evaluarea cantităţii de secreţie lacrimală.

Tratamentul constă în aplicarea locală de colire sau de pomezi destinate protejării corneei şi în tratarea cauzei atunci când aceasta este posibil (oprirea luării de medicamente, tratamentul alergiei etc.).

X FRAGIL (sindrom al cromozomului). Afecţiune ereditară caracterizată printr-o întârziere mintală moderată, printr-un prognatism, prin urechi foarte mari şi depărtate

Y

YERSINIOZĂ. Infecție provocată de o bacterie *Yersinia*.

Yersinia este un gen bacterian din familia enterobacteriilor, constituit din bacili (bacterii în formă de bastonaș) Gram negativi. Acest gen bacterian comportă trei specii care infectează un mare număr de animale și, mai puțin frecvent, omul.

■ *Yersinia enterocolitica*, foarte răspândită în sol, apă și plante, și prezentă în cantitate mică în fecalele a numeroși indivizi (purtători sănătoși), este, în unele cazuri, responsabilă de enterocolite (inflamație a mucoasei intestinului) complicându-se uneori cu septicemie, cu atingerea ganglionilor mezenterici, cu eritem nodos sau cu poliartrită.

■ *Yersinia pseudotuberculosis* sau *bacilul lui Malassez și Vignal* este responsabil de septicemie la om (stare infecțioasă generalizată) și de atingere a ganglionilor, cei mezenterici îndeosebi. Această bacterie provoacă uneori simptome comparabile cu cele ale apendicitei.

■ *Yersinia pestis* sau *bacilul lui Yersin* este agentul pestei (ciumei).

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT. Bacilii sunt izolați prin coprocultură (examen bacteriologic al fecalelor) sau prin cultură realizată pornind de la un prelevat ganglionar în caz de infecție digestivă. Toate yersiniozele sunt sensibile la antibiotice.

YOGA. Disciplină care înglobează atât o filosofie care-și propune să indice finalitatea existenței umane, cât și exerciții spirituale și corporale, care permit fiecăruia să pună în practică această filosofie.

ISTORIC. Corpusul ritualurilor yoga a fost elaborat în timpul primului mileniu î.Hr. (epocile vedică și upanișadică). Începând cu secolul al V-lea după Hr., o dată cu dezvoltarea hinduismului, apar doctorii, compilatorii și comentatorii, care adună toate aceste experiențe într-o sinteză denumită *raja-yoga* (yoga regală). La granițele acestui model sau derivând din el, anumite curente se concentrează pe realizări particulare: printre principalele în vigoare azi, se disting *bhati-yoga* (formă devoțională de abandonare de sine în fața divinității), *jnana-yoga* (orientată spre cunoașterea metafizică) și *karma-yoga* (exercițiul acțiunii dezinteresate).

PRINCIPII. Yoga cuprinde o căutare spirituală, precum și reguli de viață și exerciții fizice și psihologice a căror punere în practică se realizează în mai multe etape, repartizate pe numeroși ani. Epoca actuală cunoaște o împărțire între două atitudini fundamentale. Prima constă în utilizarea exercițiilor fizice și psihologice de yoga pentru a lupta împotriva relelor vieții contemporane: astfel, destinderea yogică, acționând asupra totalității mușchilor, constituie un răspuns activ la afecțiunile legate de stres; în același mod, exercițiile de tonifiere a musculaturii abdominale permit stimularea tranzitului intestinal. În ce privește cea de a doua abordare, marcată de gustul pentru ezoterism și căutarea unui „altceva" filosofic și spiritual, ea dă loc uneori unor derive.

INDICAȚII ȘI DESFĂȘURARE. Deși în India este utilizată ca un complement al medicinei tradiționale, yoga nu este o terapie. Dacă poate ajuta la vindecarea unor afecțiuni ca durerile de spate, spasmofilia, anxietatea, insomnia, unele boli cardiovasculare etc., aplicațiile ei terapeutice rămân aspecte anexe, iar relația lor cu medicina este mai curând de însoțitor, scopul urmărit de yoga rămânând, chiar și în contextul actual, ceea ce a fost întotdeauna: să permită o mai bună cunoaștdere de sine.

Ședințele constau în serii de mișcări coordonate la ritmul respirator, alternate cu posturi imobile. Acestea se repartizează în șapte grupe mari, după poziția coloanei vertebrale: întinderi, flexii, extensii, înclinații laterale, torsiuni, echilibre, inversii. Ele prezintă numeroase variante, după părțile implicate ale corpului, nivelul de dificultate și scopul urmărit (tonifierea sau, din contra, mlădierea diferitelor grupe de mușchi, de exemplu). Ele permit corectarea deformațiilor coloanei vertebrale (cifoză, hiperlordoză) și mlădierea centurilor pelviană și scapulară, redarea mobilității bazinului și cefei. Se adaugă exerciții de tonifiere și de stimulare a organelor abdominale (ficat, rinichi, intestin). În sfârșit, respirația se practică de una singură sau asociată cu posturi. Ea permite, mai ales, mobilizarea diafragmului (mușchi care separă toracele de abdomen), de mlădiere a cuștii toracice și de activare a schimburilor gazoase cu ajutorul exercițiilor de exspirație/inspirație. În sfârșit, yoga permite femeilor gravide să-și cunoască mai bine corpul și să-i ofere mijloacele de destindere și de mlădiere (tonificare a perineului, întinderea a ligamentelor regiunii bazinului, depriderea respirației profunde etc.).

YOYO. → AERATOR TRANSTIMPANIC.

administrată pe cale orală. Tratamentul trebuie să fie urmat indefinit în absența efectelor nedorite.

EFECTE NEDORITE. Acestea pot apărea în sânge: anemie care poate necesita transfuzii, neutropenie (micșorare a numărului de globule albe zise polinucleare neutrofile) sau leucopenie (diminuarea numărului tuturor tipurilor de globule albe). Alte efecte posibile, mult mai rare, sunt grețurile,vărsăturile, erupțiile cutanate, durerile abdominale, o febră, dureri de cap, insomnii, o lipsă a apetitului, dureri musculare, o slăbiciune generală, tulburări ale digestiei.

INTERACȚIUNI MEDICAMENTOASE. Trebuie să se evite asocierea zidovudinei cu medicamentele toxice pentru anumiți constituenți ai sângelui (sulfamide, pirimetamină, de exemplu), precum și cu medicamentele capabile să împiedice degradarea sa în organism (salicilați, antiinflamatoare nesteroidiene, clofibrat, cimetidină).

ZIGOT. Celulă care rezultă din unirea spermatozoidului cu ovulul. SINONIM. *ou fecundat*.

Zigotul este format, în momentul fecundației, prin pătrunderea capului unui spermatozoid (gametul mascul) în ovul (gametul femelă). Rezultați dintr-o diviziune celulară particulară (meioza), acești gameți sunt fiecare purtători ai unui patrimoniu genetic redus la jumătate, adică 23 cromozomi la specia umană. Fuzionarea nucleilor lor restabilește numărul normal de cromozomi – 46 pentru specia umană –, zigotul fiind deci prima celulă a unei noi ființe umane. → DIZIGOT, MONOZIGOT.

ZINC. Oligoelement indispensabil organismului, care permite mai ales activarea unui mare număr de enzime, în principal cele care sunt implicate în sinteza proteinelor (ARN-polimeraze, în special).

NECESITĂȚI ȘI SURSE. Aporturile zilnice recomandate de zinc (Zn) sunt de ordinul a 5 până la 10 miligrame pentru femei, de 15 miligrame pentru bărbat și pentru femeia gravidă și de 19 miligrame pentru femeia care alăptează. Principalele surse alimentare de zinc sunt alimentele bogate în proteine de origine animală (carne, pește, produse lactate, ouă), dar și legumele uscate. Absorbția intestinală a zincului variază după compoziția mesei: de la 35% în cantitatea de zinc ingerat (pentru o masă normală) până la 15% (pentru o masă bogată în vegetale și săracă în carne); în plus, cerealele și legumele uscate împiedică această absorbție.

DOZARE ȘI CARENȚĂ. Zincemia (nivelul de zinc din serul sangvin), cu dozare delicată, este funcție de aportul alimentar în zinc: valorile normale se situează în jur de 1,25 miligrame pe litru. O carență în zinc poate fi consecința unui aport alimentar insuficient, a unei creșteri a necesităților (creștere, sarcină), a unor diferite stări patologice (alcoolism, diabet, infecție) sau a unei tulburări ereditare a metabolismului zincului (acrodermatită enteropatică). Simptomele carenței variază după gravitatea ei: întârziere a creșterii, alterări ale pielii și mucoaselor (dermită seboreică, inflamația comisurilor buzelor, erupție asemănătoare unei eczeme sau psoriazisului), căderea părului, pierderea simțului gustativ, micșorarea apetitului, probleme de cicatrizare, tulburări ale imunității și ale maturării sexuale (atrofie a gonadelor [testicule, ovare], micșorarea spermatogenezei) și, la femeia gravidă, riscul de malformații și de hipotrofie fetală.

APORT EXCESIV. O supraîncărcare în zinc poate surveni în caz de intoxicație acută sau cronică de origine industrială (inhalarea de vapori bogați în oxid de zinc), în caz de suplimentare excesivă a aportului sau în cursul bolilor ereditare excepționale (boala lui Pick, hiperzincemia familială); ea riscă să provoace o carență în cupru, la rândul ei responsabilă de o anemie severă.

UTILIZARE TERAPEUTICĂ. Zincul este utilizat, pe cale orală și injectabilă, în prevenirea și tratamentul carențelor corespunzătoare, pe cale orală sau în cursul tratamentului acneei și, local, ca antiseptic. El mai intră și în compoziția unor medicamente (insulina, de exemplu).

ZOLLINGER-ELLISON (sindrom al lui). Afecțiune caracterizată prin prezența unor ulcere multiple și recidivante în stomac și mai ales în duoden, asociată cu o inflamație locală (bulbită, duodenită), cu o diaree și cu o steatoree (prezență a grăsimilor în fecale).

CAUZE. Aceste tulburări, rare, sunt provocate de o aciditate gastrică excesivă cauzată de o hipersecreție a unui hormon digestiv, gastrina, de către una sau mai multe tumori benigne sau maligne cu evoluție foarte lentă, denumite gastrinoame. Acestea sunt amplasate de cele mai multe ori în pancreas sau împrejurimi, mai rar în peretele stomacului sau al duodenului. Sindromul lui Zollinger-Ellison este fie dobândit și izolat, fie ereditar și asociat cu atingerea altor glande endocrine, paratiroidele sau hipofiza, de exemplu: atunci el face parte dintr-o neoplazie endocrină multiplă (boală ereditară caracterizată printr-o hiperfuncție a mai multor glande endocrine).

EVOLUȚIE. Sindromul lui Zollinger-Ellison antrenează uneori, după mai multi ani, apariția de metastaze în ficat.

DIAGNOSTIC. Boala, suspectată prin examenul endoscopic (fibroscopie eso-gastro-duodenală), este confirmată prin dozările care evidențiază un exces de gastrină. Tumora poate fi localizată printr-un scaner abdominal, o ecografie sau o angiografie (radiografie a vaselor).

TRATAMENT ȘI PROGNOSTIC. Doze mari de medicamente care frânează secreția acidă a celulelor gastrice (omeprazol, lauzoprazol) permit vindecarea ulcerelor. Împotriva tumorii, poate fi avută în vedere ablația chirurgicală, asociată cu o chimioterapie în caz de metastaze. După tratament, dozările hormonale regulate de gastrină permit depistarea precoce a eventualelor recidive. Din cauza evoluției lente a tumorii și datorită tratamentului pus în aplicare, prognosticul sindromului lui Zollinger-Ellison este de cele mai multe ori favorabil.

ZONA ZOSTER. Boală infecțioasă provocată de reactivarea virusului varicelă-zona. SINONIM: *herpes zoster*.

CAUZE. Zona zoster atinge copilul în mod excepțional, mult mai frecvent adultul și persoanele în vârstă. În fapt, virusul responsabil de această boală persistă în stare latentă după infecție, pe toată durata vieții, în ganglionii nervoși ai rachisului sau ai nervilor craniени. În unele cazuri, îndeosebi atunci când se produce o scădere a capacităților de apărare imunitară, ori sub efectul unui stres (traumatism, de exemplu), virusul poate să se reactiveze și poate infecta nervul corespunzător ganglionilor pe care îi ocupă. Zona zoster este o boală contagioasă, prin contact cutanat cu leziunile; ea poate provoca varicela la un subiect care n-a contractat vreodată virusul varicelă-zona.

SIMPTOME ȘI SEMNE. Zona atinsă este de cele mai multe ori un nerv intercostal, simptomele declarându-se atunci pe torace, dar toți ceilalți nervi pot fi atinși: nervii cervicali (erupția declarându-se pe ceafă, pe gât, pe pielea capului), ganglionul geniculat (atingere a conductului auditiv extern și a interiorului pavilionului urechii), nervul bucofaringean (atingere a feței interne a obrazului, a vălului palatin, al peretelui posterior al faringelui), nervii cefalici și, în special, ramura oftalmică a nervului trigemen (atingere a ochiului sau zona oftalmică).

Boala debutează printr-o febră moderată și senzație de arsură în zona de emergență a nervului atins. După câteva zile apare o erupție de mici pete roșii pe care se ridică vezicule. În unele cazuri, erupția poate fi foarte discretă (foarte puține vezicule) și poate trece neobservată – atunci când survine la subsuoară –, de exemplu, boala revelându-se atunci exclusiv prin dureri. Semn caracteristic pentru zona zoster, erupția este unilaterală și acoperă strict teritoriul unui nerv senzitiv – cu toate că se mai pot întâlni câteva vezicule sau câteva pete de roșeață și în afara acestui teritoriu. Pe torace mai ales, leziunile urmează un traseu, în mare orizontal, care taie oblic coastele.

Veziculele, mai întâi translucide, se tulbură repede. Către a șasea zi, ele se usucă formând cruste sau se sparg, apoi se cicatrizează în 15 până la 20 zile; pot persista mici cicatrice scobite. Erupția este însoțită de o exacerbare a durerii, care devine adesea greu suportabilă, iar, în unele cazuri, transpirații și dureri de cap. Ea evoluează în două sau trei pusee la două până la trei săptămâni.

COMPLICAȚII. Ele sunt de temut în caz de zona zoster oftalmică; în fapt, aceasta poate antrena, în afara unor dureri foarte intense, o atingere a corneei (keratită), a uveei (uveită), a retinei (retinită), sau a nervilor motori ai ochiului (paralizie oculară).

La bolnavii ale căror mijloace de apărare imunitară sunt slăbite (subiecți atinși de SIDA, de leucemie, sub tratament imunosupresor, sub corticoterapie etc.) există riscul unei generalizări a infecției cu atingerea viscerelor, necroză hemoragică sau meningoencefalită.

TRATAMENT ȘI EVOLUȚIE. La subiecții sub 60 ani care nu au nici un deficit imunitar, tratamentul este doar cel al simptomelor: dezinfecția și pudrarea cu talc a leziunilor – pomezile sunt categoric nerecomandate –, repaus și, mai ales, luarea de analgezice cât mai precoce posibil. La bolnavii în vârstă, la subiecții imunodeprimați și la cei la care boala este foarte întinsă sau antrenează dureri mari, se prescriu în plus antiviralele (aciclovir), administrate pe cale intravenoasă în tratament de atac, apoi pe cale orală.

În cazul zonei oftalmice, poate fi necesar să se procedeze, pe toată durata zonei zoster, la o tarsorafie (sutură a pleoapelor) pentru a împiedica o ulcerație sau o suprainfecție a corneei.

SECHELE. Acestea sunt dureri, numite algii postzosteriene, adesea foarte neplăcute, care pot persista timp de ani de zile, mai ales la persoanele în vârstă sau după o zona zoster oftalmică. Adesea este greu să fie eliminate, iar analgezicele obișnuite se dovedesc puțin eficace. Eficacitatea tratamentelor propuse este cu atât mai mare cu cât ele sunt prescrise mai precoce: administrarea de corticosteroizi pe cale orală timp de 3 sau 4 săptămâni, radioterapie dar și acupunctură și mezoterapie.

ZOONOZĂ. Boală a animalului transmisibilă la om.

Un număr de zoonoze se transmit omului prin contact direct cu un animal infectat, fie că este vorba de un animal de casă (câine, pisică, pasăre), domestic (vite) sau sălbatice (vulpe). Altele se contractează prin intermediul unui animal vector, ca de exemplu în cazul pestei (de la șobolan la om

PRINCIPALELE ZOONOZE

Animale	Boli	Mod de contaminare
Bovine	Bruceloză	Contact cutanat, ingestie (lactate)
	Cărbune	Contact cutanat, inhalare
	Febră Q	Inhalare, înțepătură de căpușă)
	Listerioză	Ingestie (carne insuficient prelucrată termic)
	Rabie	Mușcătură
	Tenia bovinelor	Ingestie (carne insuficient prelucrată termic)
	Tuberculoză bovină	Ingestie (lapte)
	Vaccină	Mulsul vacilor

LAROUSSE

DICȚIONAR DE MEDICINĂ



univers enciclopedic

În vreme ce continuați s-o practicați pe cea veche – oricine a încercat așa ceva vă poate spune că este ca și cum ați avea două slujbe simultan –, și totuși ideea de a fi șomer în vreme ce căutați o slujbă poate fi înspăimântătoare. Cei mai mulți dintre noi nu dețin resurse financiare pentru a rezista unei perioade de șomaj, mai ales că nu există nici o garanție că vom avea succes în găsirea rapidă a unei slujbe.

De asemenea, poate fi extrem de dificil să acționați în contradicție cu ceea ce așteaptă alții din partea dumneavoastră. Chiar dacă nu sunteți fericit la locul de muncă, puteți fi supus unor presiuni exterioare, ca să rămâneți acolo unde vă aflați. Pe durata unei schimbări de profesiune, sprijinul și încurajările familiei și ale prietenilor reprezintă resurse importante. Dacă cei apropiați dumneavoastră nu sunt de acord cu schimbarea pe care doriți s-o faceți, probabil că n-o veți duce la bun sfârșit.

În același timp este adevărat că, o dată ce v-ați stabilit un anumit mod de viață, este dificil să vă imaginați altul. Cu cât ați trăit mai mult într-un anume fel, cu atât sunteți mai dispus să continuați. Dacă ați atins un nivel de succes profesional și v-ați obișnuit să fiți un individ realizat, vi se pare inimaginabil să luați totul de la început.

Din păcate, cei mai mulți dintre noi nu știm, de fapt, ce ne trebuie pentru a fi mulțumiți. Știm ce *nu* ne place – asta am învățat din proprie experiență –, dar nu știm cum să gândim, și cu atât mai puțin cum să găsim alternativa mulțumitoare.

Schimbarea profesiunii poate fi extrem de stresantă, și nu este deloc neobișnuit ca procesul să dureze câteva luni. Mulți compară experiența respectivă cu o înfricoșătoare coborâre pe *montaigne-russe*. Există o sumedenie de pante în sus și în jos și, cu toate că știți că vă așteaptă o prăbușire abruptă, inima continuă să vă bubuie atunci când începeți coborârea. Am parcurs acest proces alături de sute de clienți și știm cât de greu poate fi. Știm, însă, și cât de minunate pot fi recompensele.

Iată acum „veștile bune". Aflând secretele tipului propriu de personalitate, *puteți* găsi o profesiune cu adevărat mulțumitoare, care să vă amplifice calitatea vieții. Chiar dacă schimbarea profesiunii pare înspăimântătoare și chiar dacă este mai ușor să continuați cu ceea ce ați făcut până acum, noi sperăm că veți utiliza această carte pentru a descoperi chiar ceea ce vă trebuie ca să fiți satisfăcut în munca dumneavoastră și ca să găsiți profesiunea care vi se potrivește. Acest lucru e posibil, și merită efortul – v-o promitem!

Cum vă va ajuta această carte

Descoperirea propriei personalități are menirea de a vă ajuta să faceți alegeri mai bune în profesiune și să întreprindeți o campanie reușită de căutare a unei slujbe. Suntem încântați de cele aflate despre relația dintre tipul de personalitate și satisfacția în profesiune, și dorim să împărtășim cu dumneavoastră descoperirile noastre cele mai importante. Este, totuși, bine de știut că nu vom menționa multe aspecte, pe care le puteți obține din alte părți – de pildă, alcătuirea unui Curriculum Vitae sau ce haine trebuie purtate în diferite ocazii oficiale. Principalul nostru interes este să vă ajutăm să înțelegeți ce înseamnă pentru dumneavoastră satisfacția profesiunii și să vă ajutăm să găsiți o slujbă pe care s-o iubiți.

Fiindcă o carieră profesională acoperă mulți ani, poate că veți dori să utilizați această carte ca să vă asigurați de faptul că dumneavoastră și profesiunea pe care o practicați continuați să vă dezvoltați împreună, că nu vă veți separa. Noi sperăm că veți reveni,

periodic, la cartea noastră, ca să reevaluaţi punctul în care vă aflaţi, modul cum v-aţi transformat şi locul unde doriţi să ajungeţi. Credem că o veţi considera ca fiind o resursă valoroasă şi mereu actuală, la care veţi apela frecvent şi pe care veţi dori s-o împărtăşiţi familiei şi prietenilor.

Pe măsură ce veţi citi *Descoperirea propriei personalităţi*, bănuim că veţi începe să apreciaţi multe dintre „avantajele secundare" ce însoţesc înţelegerea Tipului. Recunoaşterea tipului dumneavoastră de personalitate poate modifica felul în care vă vedeţi – afectând tot ceea ce faceţi şi toate aspectele vieţii personale. În ultima vreme, experţii din diverse discipline au descoperit puterea Tipului. Astăzi, Tipul este utilizat în pedagogie, instruire în management, în construcţii, în consultanţă... practic, în toate domeniile de activitate. În practica noastră de consultanţă, folosim Tipul pentru a-i ajuta pe oameni să conducă mai bine, să alcătuiască echipe de lucru mai productive, să muncească mai eficient. Am instruit profesori oferindu-le posibilitatea să recunoască relaţiile dintre tipul de personalitate şi stilurile de învăţat, şi să întrebuinţeze Tipul pentru a-i ajuta pe toţi elevii lor. Credem că veţi descoperi că înţelegerea Tipului vă ajută nu doar în relaţiile cu colegii de serviciu, ci şi în relaţiile personale şi de familie. Iar dacă aveţi copii, vă va schimba comportamentul de părinte. Suntem pe deplin încrezători că toate cunoştinţele dobândite din această carte vor modifica pentru totdeauna felul în care vă priviţi pe dumneavoastră înşivă şi pe cei din jur.

Cum să folosiţi cartea

Lectura cărţii necesită o participare activă din partea dumneavoastră. Nimic dificil! Sperăm, însă, că o veţi parcurge în momente liniştite, care să vă permită să vă opriţi şi să reflectaţi la cele aflate. De fapt, nu ne interesează să vă spunem ce anume să faceţi; dimpotrivă, dorim să vă prezentăm un procedeu care are succes şi care vă va fi util toată viaţa. De aceea, deşi vă oferim toate informaţiile şi exemplele de care dispunem, finalmente dumneavoastră va trebui să daţi răspunsurile la întrebările noastre, fiindcă le ştiţi cel mai bine. Considerăm că acest lucru reprezintă o colaborare: noi oferim experienţa şi cunoştinţele necesare, iar dumneavoastră contribuiţi cu informaţiile esenţiale despre propria persoană. Împreună, vom reuşi să găsim cea mai bună profesiune pentru dumneavoastră.

Am împărţit cartea în trei secţiuni. Partea I, *Dezvăluirea secretelor tipului de personalitate*, vă va purta, pas cu pas, ajutându-vă să descoperiţi şi să înţelegeţi tipul dumneavoastră de personalitate. Partea a II-a, *Formula pentru satisfacţia în profesiune*, vă va prezenta cele patru ingrediente pe care trebuie să le deţină meseria dumneavoastră, ca să fie cu adevărat satisfăcătoare. În Partea a III-a, *Treceţi la treabă!*, vă vom învăţa cum să utilizaţi cele învăţate despre dumneavoastră. Această parte este împărţită conform tipurilor de personalitate. În capitolul dumneavoastră, veţi întâlni alţi indivizi cu acelaşi tip de personalitate şi veţi afla ce fel de profesiuni consideră ei ca fiind mulţumitoare. Citind despre experienţele, preferinţele, antipatiile, satisfacţiile şi frustrările lor vă va fi mai uşor să clarificaţi ce anume vă trebuie într-o profesiune, pentru ca ea să fie cu adevărat mulţumitoare. În plus, vă punem la dispoziţie o listă, specifică fiecărui Tip, de ingrediente-cheie pentru satisfacţia în carieră, sugestii pentru mediul dumneavoastră de muncă ideal, un rezumat al punctelor tari asociate profesiunii, câteva exerciţii pentru sublinierea valorilor proprii esenţiale şi o listă de opţiuni profesionale potenţial satisfăcătoare. Finalmente, vă oferim strategii de

Orice loc de muncă se caracterizează printr-un număr infinit de variabile. Pentru a dobândi satisfacția în profesiune, este necesar să vedeți care vă sunt preferințele, iar apoi să găsiți o slujbă în care ele să poată exista. Unele profesiuni oferă căldură și stabilitate, altele sunt riscante și provocatoare. Unele sunt riguros organizate, altele nu. O anumită profesiune poate necesita un număr mare de contacte și de relații interumane, în timp ce alta implică o concentrare și o liniște aproape depline. Știți cu exactitate ce fel de profesiune vi se potrivește cel mai bine? Ați reflectat vreodată la asta?

Este foarte bine că există atât de multe profesiuni diferite, deoarece și oamenii diferă în privința capacităților și priorităților personale. Unora le place să ia decizii de conducere la nivel înalt, în vreme ce alții, pur și simplu, nu sunt potriviți pentru așa ceva. Pentru unii, banii reprezintă prioritatea absolută; ei doresc să câștige cât mai mult! Alții, însă, doresc mai degrabă să joace un rol important în societate, banii trecând pe planul secundar. Unii se simt în largul lor printre fapte, detalii și statistici, dar pe alții îi apucă migrena când încearcă să citească o simplă situație financiară. Exemplele de acest fel pot continua la nesfârșit!

Atunci când am fost angajați să ținem o serie de cursuri de instruire în eficiența personală pentru experții în plasări (cunoscuți și ca recrutori de angajați, sau „vânători-de-capete"), ne-am confruntat cu un exemplu impresionant al modului în care o profesiune perfectă pentru un individ poate fi cu totul necorespunzătoare pentru altul.

Instruiam câțiva vânători-de-capete care lucrau pentru aceeași firmă. Sarcina lor era să găsească persoane pentru anumite posturi în diverse companii, apelând la indivizi deja angajați și convingându-i pe aceștia să-și schimbe locul de muncă. Dacă un astfel de individ se muta la noua companie și rămânea acolo minim trei luni, expertul în plasări primea un comision frumușel. Este o profesiune foarte competitivă, orientată spre obținerea de rezultate, care necesită talente deosebite de comunicare, ca și capacitatea de a completa cât mai multe posturi în cât mai scurt timp.

Unul dintre experții în plasări se numea Arthur și era cât se poate de fericit. El îndrăgea ritmul alert al meseriei. Arthur era o persoană foarte energică și un cozeur minunat, astfel încât îi făcea plăcere să cunoască oameni noi și să discute cu ei la telefon. El își întrebuința excelentele calități logice pentru a-i convinge pe alții să profite de oportunități și să-și schimbe locul de muncă, și era încântat de fiecare reușită. Arthur cunoștea și înțelegea perfect formula profesiunii lui: din cincizeci de apeluri telefonice pe care le făcea, găsea zece indivizi care să fie interesați, iar din acei zece putea plasa doi sau trei. „Obrazul gros" al lui Arthur îl ajuta, deoarece pe parcursul unei zile de muncă auzea o mulțime de refuzuri, fără să le considere însă eșecuri personale. Arthur considera că adevărata energie i-o oferea reușita plasării și abordarea următorului caz. El muncea din greu toată ziua și câștiga o mulțime de bani.

Pentru Julie, însă, lucrurile stăteau cu totul altfel. Ca și lui Arthur, ei îi făcea plăcere să discute cu fel de fel de oameni și să stabilească relații cu aceștia. Dar, spre deosebire de Arthur, Julie dorea să-l ajute pe fiecare individ să-și găsească slujba cu adevărat potrivită. Îi plăcea să caute oportunități care să le permită clienților ei să se evolueze și să cunoască succesul și satisfacția personală. Superiorii Juliei îi atrăseseră în mod repetat atenția asupra faptului că petrecea prea multă vreme la telefon cu fiecare individ apelat, în loc să afle rapid dacă respectivul era interesat sau nu de postul oferit, după care să treacă la următorul caz. În loc să rezolve problema posturilor ce trebuiau completate, Julie oferea consultanță. Câștigurile impresionante n-o stimulau. Nu era deloc fericită să completeze, pur și simplu,

un post liber cu o persoană care, probabil, nu era adecvată, dar pe care o convinsese să încerce.

Când, după şase săptămâni, am revenit pentru o altă serie de cursuri, n-am fost deloc surprinşi să aflăm că Julie demisionase.

Oamenii diferă în privinţa trebuinţelor, dorinţelor, intereselor, aptitudinilor, valorilor şi personalităţilor. Exceptând cazul unor tipuri de personalitate similare, o muncă pe care dumneavoastră o consideraţi extrem de plăcută s-ar putea să aibă asupra mea un efect diferit, poate chiar opus. Profesiuni diferite şi chiar aspecte diferite ale aceleiaşi profesiuni satisfac tipuri diferite de persoane – acesta este un adevăr fundamental care, în opinia noastră, nu a fost pe deplin utilizat de consilierii de specialitate... până acum.

CA SĂ VI SE POTRIVEASCĂ, TREBUIE SĂ VĂ CUNOAŞTEŢI PROPRIA PERSONALITATE

După cum am spus anterior, secretul satisfacţiei în profesiune este să faceţi ceea ce vă place cel mai mult. Puţini norocoşi descoperă acest secret relativ devreme în viaţă, totuşi majoritatea oamenilor sunt prinşi într-un fel de turbion psihologic, neştiind să aleagă între ceea ce *pot* face, ceea ce simt că *ar trebui să facă* şi ceea ce cred că *doresc* să facă. Sfatul nostru? Concentraţi-vă mai degrabă asupra a ceea *ce sunteţi*, şi restul va urma de la sine.

Recent, ne-a telefonat o prietenă. Ne sună destul de des, dar acum n-o făcuse doar de complezenţă. Ellen era extrem de furioasă. Unui coleg de-al ei, pe care îl considera „mai plictisitor ca o moluscă", i se oferise conducerea unui proiect de stabilire a unei reţele complexe de calculatoare pentru un lanţ de magazine aflat în plină dezvoltare. Ellen, care fusese angajată cu numai şase luni în urmă pentru a face exact genul acela de muncă, rămăsese uluită. Evident, ceva nu era în regulă – dar ce anume?

Înainte de a-şi accepta postul, Ellen îl evaluase cu cea mai mare grijă. Deţinea capacitatea analitică şi experienţa necesară. Era îndrăgită de toţi, iar aspectele tehnice ale funcţiei o stimulau. Anterior, avusese o serie de slujbe nesatisfăcătoare, însă aceasta urma să fie cu totul altceva. Atunci, de ce oare gustul dulce al oportunităţii respective se transformase în amar? Mai rău chiar... de ce „molusca" se descurca mai bine decât ea?

Noi am crezut că-i putem oferi răspunsuri. După cum îl descrisese, colegul lui Ellen era cât se poate de încântat să lucreze ore în şir relativ izolat, făcându-şi treaba în linişte, dar cu siguranţă şi competenţă. Nu era cea mai amuzantă persoană din biroul lor, însă era inteligent şi capabil şi nu protesta niciodată. Într-un cuvânt, constituia alegerea perfectă pentru proiectul respectiv – şi era fericit că lucra la el.

Pe de altă parte, pe Ellen o stimula să-şi mobilizeze toată echipa pentru un termen de predare urgent şi-i făcea plăcere să discute cu clienţii despre trebuinţele lor. Avea un talent deosebit să explice complexităţile reţelelor de calculatoare şi-i putea convinge pe oameni să întreprindă lucruri remarcabile. Îi plăcea să participe la conferinţele din domeniu şi n-o deranja să-şi petreacă toată ziua în şedinţe de lucru. Din nefericire, nici una dintre acele activităţi nu reprezenta o parte semnificativă din noua ei funcţie.

Ne-a fost clar că, deşi Ellen îşi putea îndeplini sarcinile în mod corespunzător şi responsabil, postul respectiv solicita mai multă izolare, concentrare şi „focalizare asupra obiectivului" decât îi plăcea ei. În timp ce ne povestea toate astea (şi sunt destui oameni care procedează aşa – adoră să gândească cu voce tare), ea a început să admită că, în toată

analiza meticuloasă pe care o făcuse înainte de a se angaja, neglijase un singur detaliu... **propria ei personalitate!**

În acest moment al conversației noastre, Ellen a intrat în panică. Se temea că pierduse opt ani într-o profesiune greșită. Nu era de mirare că anterioarele slujbe n-o încântaseră! Totuși, nu era vorba despre un domeniu profesional necorespunzător – atâta doar că ea **activa** într-un compartiment care nu i se potrivea. Astăzi, Ellen s-a mutat la departamentul „Vânzări" al aceleiași companii și, pur și simplu, prosperă în noua funcție.

Poate că un mic experiment va clarifica lucrurile. Iscăliți-vă pe o bucată de hârtie, eventual chiar pe marginea unui ziar. Ați făcut-o? Perfect! Acum faceți același lucru, folosind cealaltă mână. (Dacă ați oftat, nu sunteți singurul; majoritatea oamenilor au o reacție similară.) Cum v-ați simțit când ați folosit mâna preferată? Cei mai mulți dintre noi rostesc cuvinte ca „firesc", „ușor", „fără efort". Cum v-ați simțit când ați folosit cealaltă mână? Iată câteva răspunsuri tipice: „obositor", „dificil", „a durat mai mult", „a necesitat mai multă energie și mai multă concentrare".

Considerăm că această predilecție de a folosi în mod diferit mâinile reprezintă o modalitate bună de a vă face să vă gândiți la utilizarea în muncă a capacităților dumneavoastră înnăscute. Întrebuințarea mâinii preferate este confortabilă și sigură. Dacă ați fi silit s-o folosiți pe cealaltă, v-ați putea, desigur, dezvolta capacități similare – totuși, utilizarea ei nu va fi niciodată la fel de lipsită de efort, iar produsul final nu va fi executat la fel de perfect.

ABORDAREA TRADIȚIONALĂ – ȘI DE CE DĂ EA GREȘ

De multă vreme, experții în probleme de resurse umane au înțeles că anumite tipuri de persoane se dovedesc mai prețioase în anumite tipuri de profesiuni; ca atare este important să constatați o armonizare cât mai bună între persoana care sunteți și genul de slujbă pe care o alegeți. Problema este că abordarea tradițională nu ia în socoteală suficiente considerații. Analiza convențională examinează doar „cei trei factori primari": capacitățile, pasiunile și criteriile dumneavoastră morale.

Fiind noi înșine consilieri în probleme de îndrumare profesională, recunoaștem importanța acestor factori. Evident, pentru a executa bine o anumită sarcină, aveți nevoie de capacități specifice. De asemenea, este util să fiți interesat de munca dumneavoastră și este important să vă placă ceea ce faceți. Dar asta nu-i totul! Personalitatea dumneavoastră deține dimensiuni suplimentare, care trebuie cunoscute și ele. Ca regulă generală, cu cât un număr mai mare din aspectele personalității dumneavoastră se potrivesc domeniului în care activați, cu atât veți fi mai satisfăcut în profesiune.

Așa cum am văzut în cazul lui Ellen, de o importanță vitală – adesea neglijată – este stimulul primit din partea altor oameni, de care aveți nevoie în munca dumneavoastră. Vă conferă mai multă energie faptul că, în majoritatea timpului, lucrați cu alte persoane, sau vă simțiți mai în largul dumneavoastră în grupuri restrânse, în discuții individuale, sau poate chiar lucrând de unul singur? Puteți vedea ce impact profund ar avea această preferință asupra profesiunii pe care o alegeți. Alți factori importanți includ genul de informații pe care le remarcați în mod firesc, modul cum luați decizii, ca și preferința pentru o viață mai riguros organizată sau mai spontană. Aceste preferințe reflectă procese mentale ce sunt fundamentale pentru toate ființele omenești, dar care diferă în mod clar de la un tip de

personalitate la altul. Încercarea de a găsi profesiunea optimă pentru dumneavoastră, fără să țineți seama de aceste preferințe, aduce cu tentativa de a găsi o insuliță într-un ocean, fără ajutorul unei hărți. Cu noroc, puteți ajunge la ea – dar cel mai probabil este că n-o veți descoperi!

Joanne, o clientă de-a noastră, ne-a abordat într-un moment de criză al carierei. La vârsta de treizeci de ani, ea ajunsese la capătul puterilor. După ce predase timp de șapte ani la clasele elementare, era cu totul epuizată și se întreba dacă își alesese profesiunea corespunzătoare.

Inițial, profesiunea de învățător i se păruse lucrul cel mai firesc de pe lume. Având trei frați mai mici, Joanne crescuse îngrijind copii. În școală, avusese rezultate excelente la matematică și o atrăsese pedagogia. Toți cunoscuții îi recomandaseră aceeași profesiune. În liceu, și apoi în colegiu, ea dăduse testele standard de aptitudini profesionale, pentru determinarea înclinațiilor, talentelor, pasiunilor și criteriilor morale. De fiecare dată, consilierii de îndrumare profesională o încurajaseră să se angajeze în învățământ și să predea matematica la ciclul elementar. Totul părea perfect.

După primul an de predare, Joanne devenise frustrată din cauza structurii rigide a ciclului primar din învățământul de stat. Nu-i plăceau nenumăratele reguli pe care erau obligați să le respecte, atât ea, cât și elevii, și nici regulile pe care trebuia să le impună cu forța. Detesta să fie nevoită să pregătească planurile lecțiilor cu șase săptămâni în avans, fiind astfel incapabilă să răspundă intereselor de moment ale copiilor și propriilor ei inspirații creatoare. Manualele clasice i se păreau stupide, iar programa obligatorie o storcea de puteri și o irita. Joanne se simțea izolată, deoarece toți colegii ei păreau să aibă pasiuni și criterii morale diferite și, treptat, începuse să ducă dorul stimulului intelectual al lucrului la proiecte interesante, alături de persoane cu aceeași pregătire. Încercase să predea la ciclul superior, ba chiar și în alte școli, dar nimic nu păruse s-o ajute.

După ce a discutat cu noi, Joanne a fost ușurată să descopere că nu înnebunise, ci că, pur și simplu, activa într-un domeniu necorespunzător. Așa cum determinaseră testele de aptitudini profesionale, ea deținea multe dintre calitățile necesare în învățământ. Cu toate acestea, în profesiunea aleasă lipseau aspectele pe care le considera cele mai stimulatoare: provocarea intelectuală, oportunitățile de creștere a nivelului personal de competență și inovarea creatoare. Mai mult chiar, sistemul învățământului de stat o silea să lucreze într-un mod foarte rigid, deloc potrivit cu felul în care prefera ea să acționeze.

Din fericire, soluția s-a ivit repede, de la sine. I-am sugerat Joannei să revină la facultate și să-și dea masteratul, pentru a putea preda matematica – aceasta continua să rămână pasiunea ei – în colegiu. În învățământul superior, ea putea să se bucure de mai multă flexibilitate în privința programei și a obligațiilor, să predea cursuri mai complicate și să facă parte dintr-un mediu intelectual.

Joanne a obținut masteratul și, la puțin timp după aceea, a acceptat un post la catedra de matematică a unui colegiu micuț. Astăzi, ea predă matematica la nivel preuniversitar și își continuă studiile pentru susținerea doctoratului.

Mai există un alt motiv pentru care abordarea tradițională a orientării profesionale este inadecvată. „Cei trei factori primari" – capacitățile, pasiunile și criteriile morale – se modifică o dată cu vârsta. Pe măsură ce câștigați experiență în profesiune, dobândiți și talente noi. Înaintând în vârstă, puteți căpăta noi pasiuni, abandonând altele vechi. Iar, deseori, la maturitate, obiectivele dumneavoastră diferă de cele din tinerețe. Puteți continua să vă schimbați profesiunea, în funcție de punctul în care vă aflați la un moment anume, sau, din

capul locului vă puteți fundamenta alegerea pe o înțelegere mai profundă a propriei dumneavoastră persoane – cine sunteți și cine veți fi mereu!

Alex este un medic internist în vârstă de treizeci și nouă de ani, care profesa cu succes într-un cartier din Chicago. În adolescență, toți cunoscuții știuseră că el va continua tradiția familiei și va deveni medic. Pe durata celor doisprezece ani de liceu, facultate și rezidențiat, Alex nu-și îngăduise niciodată să pună sub semnul întrebării această decizie. După cinci ani de practicare a medicinei, ajunsese însă la o concluzie dureroasă, cu implicații profunde pentru el și pentru familia lui – nu mai dorea să fie medic. În plus, își dădea seama că, probabil, n-o dorise niciodată.

Dilema lui Alex nu este singulară. Dacă vă îndoiți, întrebați oricare zece indivizi pe care-i cunoașteți: „Dacă ați putea avea orice profesiune doriți, care ar fi aceasta?" Din experiența noastră, cel puțin *jumătate* ar fi preferat să facă altceva.

Majoritatea oamenilor iau deciziile cele mai importante pentru profesiunea lor atunci când sunt cel mai puțin pregătiți s-o facă. Deciziile pe care le luăm în tinerețe pun în mișcare un lanț de evenimente ce ne vor influența întreaga viață. Cu toate acestea, atunci când suntem tineri, avem prea puțină experiență, sau chiar deloc, în luarea unor hotărâri privind alegerea profesiunii și tindem să manifestăm un exces de entuziasm idealist, plus o nebunească indiferență față de consecințele viitoare. Nu avem îndeajunși ani de viață ca să fi fost testați într-o varietate de situații și privim cu multă susceptibilitate sfaturile unor părinți, profesori, îndrumători sau prieteni, care au cele mai bune intenții. Nu-i de mirare că atât de multe persoane pornesc cu stângul.

Care este soluția? Să dobândiți un grad cât mai mare de conștiință de sine înainte de a lua orice decizii cu consecințe pe termen lung. Din fericire, „descoperirea eului" nu necesită un dascăl, bani, și nici chiar o perioadă de experimentări.

N-AVEȚI CE FACE – AȘA V-AȚI NĂSCUT!

Deoarece profesiunea corespunzătoare reiese direct din toate elementele tipului dumneavoastră de personalitate, trebuie să petreceți o vreme înțelegând ce anume vă pune în mișcare. Întreprinzând un efort conștient de descoperire a „adevăratului eu", veți reuși să învățați cum anume să vă focalizați forțele și înclinațiile naturale spre o profesiune pe care o puteți iubi atâta vreme cât veți alege să munciți. Aici își demonstrează utilitatea Tipul. El oferă o modalitate sistematică, efectivă de evaluare a punctelor tari și a probabilelor slăbiciuni, sau puncte nevralgice. O dată ce le cunoașteți pe toate, veți ști cum să vă asigurați că acționați întotdeauna de pe o poziție puternică.

Fiecare individ are o personalitate distinctă, aidoma unui tipar înnăscut, cu care rămâne pe durata întregii vieți. Ne naștem cu un tip de personalitate, trăim pe baza lui și, când murim (să sperăm că după o viață lungă și plină de realizări), tipul de personalitate se găsește tot acolo.

Probabil că sunteți deja nedumerit: „Stați puțin! Poate că uneori mă comport într-adevăr așa, dar în alte ocazii sunt o persoană cu totul diferită. Tipul de personalitate nu este influențat de fiecare situație în parte?"

Răspunsul este: Nu, nu-i influențat. Este adevărat, în anumite situații oamenii se comportă diferit; majoritatea indivizilor dispun de un repertoriu uriaș de comportamente. Dacă n-ar fi așa, nu ne-am putea descurca în viață. La serviciu, ne comportăm altfel decât o facem

Începând din anii '40, Katharine Briggs și Isabel Briggs Myers au început să dezvolte testul MBTI®* (acronimul pentru Myers-Briggs Type Indicator – Indicatorul Tipului Myers-Briggs), un test detaliat de determinare a tipului psihologic, care, de-a lungul anilor, a fost îmbunătățit și dezvoltat. De asemenea, datele obținute au fost acumulate și analizate, chiar din momentul primelor testări, oferind validare științifică pentru testul respectiv și pentru rezultatele sale.

După cum a determinat Isabel Myers, și după cum experiența noastră a dovedit-o în mod repetat, există șaisprezece tipuri diferite de personalitate, toți oamenii putându-se regăsi în unul dintre ele. Această afirmație nu înseamnă că oamenii nu sunt unici. O sută de persoane cu același tip de personalitate rămân diferite între ele, pentru că au părinți diferiți, gene diferite, experiențe și motivații diferite, și așa mai departe. În același timp, însă, ele vor avea extrem de multe în comun. Prin identificarea tipului dumneavoastră de personalitate, veți învăța cum să profitați de acest aspect.

Pe măsură ce vă veți familiariza cu Tipul, veți vedea că toate tipurile de personalitate sunt la fel de valoroase, având, în mod inerent, puncte tari dar și slăbiciuni. Nu există tipuri mai bune sau mai rele, mai inteligente sau mai obtuze, mai sănătoase ori mai bolnăvicioase. Tipul *nu* determină inteligența, nu prezice succesul și nici nu indică echilibrul unui individ. Ceea ce *face* el este să ne ajute să descoperim ce anume ne motivează și ne impulsionează pe fiecare dintre noi, în mod individual, îngăduindu-ne astfel să căutăm respectivele elemente în profesiunea pe care am ales-o.

Cum să vă determinați tipul de personalitate

După cum am discutat anterior, una dintre modalitățile de determinare a tipului de personalitate o constituie testul MBTI®, urmând ca rezultatele lui să fie interpretate de un expert în domeniu. Toușii, fiindcă o astfel de modalitate nu este practică pentru scopurile acestei cărți, noi vă oferim altă metodă, pe care am folosit-o cu succes, ajutând sute de clienți să-și descopere Tipurile proprii.

Procesul respectiv se compune din două etape, iar prima dintre ele începe cu citirea următoarei secțiuni, în cadrul căreia am descris cele patru dimensiuni ale tipului de personalitate.

Pe măsură ce vă informați în legătură cu fiecare dimensiune, gândiți-vă care preferință aduce mai mult cu dumneavoastră. Desigur, majoritatea lucrurilor pe care le veți citi despre preferința dumneavoastră vă vor suna perfect adevărate, dar nu uitați că preferințele sunt generalități și reprezintă extremele. Încercați să nu vă concentrați asupra exemplelor izolate ale fiecărei preferințe, ci mai degrabă asupra unui șablon de comportament care se apropie mai mult de persoana dumneavoastră decât opusul lui. Chiar dacă un exemplu seamănă leit cu dumneavoastră, nu vă grăbiți să decideți, ci parcurgeți-le și pe celelalte.

La sfârșitul prezentării fiecărei dimensiuni, veți găsi o scală (sau segment de dreaptă). Pe ea, marcați printr-un semn locul despre care credeți că reprezintă intensitatea preferinței dumneavoastră. Cu cât semnul respectiv este mai aproape de mijlocul scalei (indiferent de care parte), cu atât preferința dumneavoastră este mai puțin clară; cu cât semnul este mai îndepărtat de mijlocul scalei, cu atât preferința este mai puternică. Chiar dacă nu sunteți

* Myers-Briggs Type Indicator și MBTI sunt mărci înregistrate de Consulting Psychological Press. (n. a.)

foarte sigur asupra unei preferințe, încercați, dacă puteți, să indicați de care parte a centrului segmentului *v-ați situa*, deoarece, în determinarea tipului personalității, important este ce parte a scalei preferați, iar *nu* cât de clară, ori de neclară, vă este preferința.

„Estimându-vă" preferințele pentru cele patru dimensiuni ale Tipului, veți obține un cod alcătuit din patru litere. Pentru cei mai mulți, codul respectiv reprezintă tipul personalității, ori unul foarte apropiat de acesta.

A doua etapă în identificarea Tipului dumneavoastră va urma după ce ați citit descrierile preferințelor și v-ați făcut estimările. Asta se va întâmpla, însă, mai târziu. Deocamdată, să vedem ce înseamnă tipul de personalitate.

CELE PATRU DIMENSIUNI ALE TIPULUI DE PERSONALITATE

Sistemul de apreciere a tipului de personalitate se bazează pe patru aspecte fundamentale ale personalității umane: modul cum interacționăm cu lumea și direcția în care ne canalizăm energiile; tipul de informații pe care le remarcăm cu predilecție; felul în care luăm decizii; și dacă preferăm să trăim în mod mai organizat (luând decizii), sau în mod mai spontan (absorbind informații). Aceste aspecte ale personalității umane le denumim **dimensiuni**, pentru că fiecare în parte poate fi imaginat ca un segment cuprins între două extreme, astfel:

Cum interacționăm cu lumea și direcția în care ne canalizăm energiile	(E) Extraversiune	Introversiune (I)
Tipul de informații pe care le remarcăm cu predilecție	(S) Senzație	Intuiție (N)
Felul în care luăm decizii	(T) Gândire	Sentiment (F)
Dacă preferăm să trăim în mod mai organizat (luând decizii), sau în mod mai spontan (absorbind informații)	(J) Judecată	Percepție (P)

Pe fiecare dintre aceste patru segmente, personalitatea oricărui individ se află de o parte sau de alta a punctului median. Capetele scalelor le denumim **preferințe**. Astfel, dacă vă situați în partea extraversiunii, se spune că aveți o preferință pentru extraversiune. Dacă vă situați în partea introversiunii, se spune că aveți o preferință pentru introversiune.

În realitate, dumneavoastră folosiți zilnic ambele părți ale fiecărei scale, dar aveți o preferință înnăscută pentru una dintre ele. Mai țineți minte exercițiul în care v-ați iscălit, pe rând, cu fiecare mână? În general, preferința dumneavoastră este mai confortabilă, automată și demnă de crezare; din aceste motive, aveți mai mult succes atunci când o folosiți. Dacă pe unul dintre segmente nu aveți o preferință foarte pronunțată, vă puteți găsi în preajma punctului median. Dacă, însă, preferința este extremă, vă veți afla chiar la unul dintre capete. Indivizii cu preferințe puternice, care se regăsesc la capetele opuse ale unei scale, diferă mult între ei.

Deocamdată, nu trebuie să vă preocupe termenii întrebuințați în descrierea celor patru dimensiuni (de exemplu, „Senzația" opusă „Intuiției"). În unele cazuri, ei nu înseamnă ceea ce credeți dumneavoastră. Deși sunt cuvinte cunoscute, în acest context ele înseamnă cu totul altceva. Le vom explica imediat, în amănunt.

ori în relații bilaterale. În mod constant și firesc, ei sunt atrași de lumea exterioară, a oamenilor și obiectelor. Deoarece au nevoie să perceapă în mod direct lumea pentru a o înțelege, extravertiții sunt, în general, atrași de o mulțime de activități. Ei „își încarcă bateriile" alături de alții și, de obicei, cunosc o mulțime de oameni. Le place să fie în centrul acțiunii, sunt abordabili și tind să-și facă noi cunoștințe, frecvent și cu ușurință. Extravertiții privesc o situație și se întreabă: „Cum o influențez?"

Introvertiții își canalizează atenția și energia asupra lumii din interiorul lor. Le place să își petrecă timpul singuri și au nevoie de răgazurile respective pentru a-și „încărca bateriile". Introvertiții încearcă să înțeleagă lumea înainte s-o perceapă în mod direct, ceea ce înseamnă că o mare parte a activității lor este de natură mentală. Ei preferă interacțiunea socială la o scară mai redusă – bilaterală, sau în grupuri restrânse. Introvertiții evită să se afle în centrul atenției și, în general, sunt mai rezervați decât extravertiții. Ei preferă să facă noi cunoștințe ceva mai lent. Introvertiții privesc o situație și se întreabă: „Cum mă influențează?"

Peter, un extravertit, rezumă astfel situația: „Atunci când mă întorc de la târguieli, nevastă-mea întreabă întotdeauna: «Ai avut succes?». Aș putea crede că vrea să știe dacă am cumpărat lucrurile după care plecasem, dar, de fapt, cunoscându-mi firea, întrebarea ei reală este: «Cu câți cunoscuți te-ai întâlnit?» Pentru mine, a mă afla în interacțiune cu oamenii, și mai ales cu prietenii, reprezintă un lucru plăcut și însuflețitor. Îmi place faptul că, indiferent unde m-aș duce, aproape întotdeauna mă întâlnesc cu un cunoscut."

Brent, care este destul de introvertit, simte exact pe dos. „Îmi plac oamenii", explică el, „dar nu mă încântă relațiile scurte, superficiale. Nevastă-mea adoră să meargă la petreceri, dar pe mine acestea mă epuizează. Mă secătuiește și mă enervează să fiu silit să cunosc atâția indivizi ale căror nume nu mi le pot aminti și pe care, probabil, nu-i voi mai revedea niciodată. Ce rost are?"

Preferința cuiva pentru extraversiune sau introversiune poate fi observată practic în tot ceea ce face respectivul. Să examinăm, de exemplu, felul cum învață Jill, studentă în anul întâi la facultate. Ea explică: „Întotdeauna, prefer să învăț cu colegii. Am un grup alături de care învățatul merge strună. Dacă n-am cu cine învăța, mă duc la bibliotecă. Mi se pare mai puțin plictisitor decât să stau singură în cameră și să învăț. La bibliotecă, pot găsi întotdeauna un cunoscut cu care să-mi petrec câte o pauză."

Putem afirma fără să greșim că, *de fapt*, extravertiții nu se duc la bibliotecă pentru a studia, ci pentru a fi alături de alți oameni.

Dacă nu știți ce gândește un extravertit, înseamnă că nu l-ați ascultat, fiindcă el vă va spune. Dacă nu știți ce gândește un introvertit, înseamnă că nu l-ați întrebat sau, în unele cazuri, că n-ați așteptat destul timp pentru a primi un răspuns. Dacă i se pune o întrebare, extravertitul începe de obicei să vorbească, deoarece se simte cel mai în largul lui atunci când gândește cu glas tare (în lumea exterioară). Deseori, extravertiții trebuie să vorbească pentru a gândi. Pe de altă parte, adesea, introvertitul va face o pauză înainte de a răspunde, întrucât el se simte mai confortabil atunci când gândește în tăcere (în lumea interioară). Introvertiții își „coc" ideile înăuntru, tot așa cum plăcintele se coc în cuptor, și sunt prezentate lumii exterioare numai după ce sunt gata. Extravertiții își „coc" ideile doar parțial înăuntru, preferând să le termine în lumea exterioară (ceea ce, desigur, duce uneori la idei „pe jumătate coapte"!). Cu toate acestea, extravertiții *își termină* în cele din urmă ideile.

Shawn, alt extravertit, își amintește: „În școala primară, eram foarte agitat când doream ca învățătoarea să mă pună pe mine să răspund. Fluturam mâna atât de energic încât, adesea, trebuia s-o susțin cu celălalt braț, ca să nu obosesc! Dar când, în cele din urmă,

eram întrebat, de multe ori nu știam răspunsul. Evident, învățătoarea îmi spunea ceva de bun simț, cum ar fi: «Dacă nu știi, de ce ai ridicat mâna?». Pe atunci, nu aveam habar de ce procedam așa; dar acum o știu: aveam nevoie să gândesc cu glas tare. Pur și simplu, nu **puteam s-o fac în minte.**"

Spre deosebire de Shawn, elevii introvertiți au nevoie de timp ca să-și formuleze răspunsurile în minte, înainte de a putea răspunde la întrebarea unui profesor. Deoarece majoritatea învățătorilor din ciclul primar sunt extravertiți, ei manifestă tendința de a trece repede de la un copil la altul. În cadrul seminariilor noastre, i-am învățat să aștepte câteva secunde după ce întreabă un copil introvertit – și am aflat că solicitările pentru **clasele lor s-au triplat!**

Mulți extravertiți constată că preferința lor îi ajută în profesiune, deoarece, în general, pot gândi repede și asociativ. Atunci când li se pune o întrebare, ei încep să vorbească. În cele din urmă, ajung la un răspuns și, de obicei, îi pot convinge pe alții că ideea lor este cea **mai bună.**

Ca majoritatea introvertiților, Leslie a avut o cu totul altă experiență. „N-o să uit niciodată", ne-a spus ea, „cât de îngrozitor a fost primul meu loc de muncă. Mi se părea că toți cei din companie, inclusiv șeful meu, erau niște extravertiți teribili. În primul rând, eram mereu silită să particip la activități de grup – cum ar fi ședințele de brainstorming ori analiza vânzărilor – iar aceste întruniri *nu se mai terminau!* Mai rău chiar, șeful nu-mi lăsa destul timp să-i răspund la întrebări. Probabil că mă considera tâmpită sau incompetentă – **altfel, de ce aș** fi întârziat atât cu răspunsul?"

Extravertiții manifestă tendința de a fi persoane mai „populare" decât introvertiții și de a-și discuta nestânjeniți problemele intime. Introvertiții preferă intimitatea, așa cum ne demonstrează o situație în care a fost implicat Gerry, un introvertit. „O colegă **nouă** de serviciu auzise că eram un bucătar priceput", ne-a istorisit Gerry, „și mă tot bătea la cap s-o invit la prânz. În cele din urmă am făcut-o, și a fost un prânz reușit. Dar, a doua zi, ea a început să povestească tuturor participanților de la ședința noastră de analiză săptămânală despre prânzul extraordinar pe care-l pregătisem. Oricum, complimentele ei erau destul **de stânjenitoare.** Și, ca și cum n-ar fi fost de ajuns, după aceea s-a apucat să descrie, în amănunt, ce aveam prin casă! A enumerat toate colecțiile pe care le adunam de peste treizeci de ani. M-am enervat. Dacă aș fi dorit ca toți colegii mei să cunoască atâtea despre mine, i-aș fi invitat acasă și le-aș fi făcut un tur al locuinței!"

Colega extravertită a fost îngrozită, aflând că violase intimitatea lui Gerry. Ea avusese cele mai bune intenții și crezuse că, pur și simplu, lăudase, cu sinceritate gusturile bărbatului.

Este important să înțelegeți că dimensiunea extraversiunii este lărgimea, în vreme ce dimensiunea introversiunii este profunzimea. De obicei, extravertiții sunt interesați de multe lucruri, dar nu neapărat la un nivel foarte profund. Introvertiții au mai puține interese, dar le urmăresc mai în profunzime. O dată ce ați determinat un introvertit să vă vorbească **despre pasiunea lui, este în stare să nu se mai oprească.**

În ciuda eforturilor desperate de a lipsi de la petrecerea anuală oferită de compania unde lucrau soțiile lor, Larry și Mark au fost siliți să participe la ea. Deoarece ambii sunt introvertiți, vă puteți imagina încântarea pe care o simțeau, anticipând cum aveau să-și petreacă următoarele patru ore alături de 120 de persoane necunoscute. Din fericire pentru amândoi, ei s-au întâlnit chiar la început, la bar. După câteva remarci chinuite de ambele părți, au aflat (accidental) că erau pasionați de pescuit. Și-au petrecut întreaga seară vorbind despre echipamente, locuri de pescuit și evenimente asociate pasiunii comune.

Bill, a cărui soție lucrează pentru aceeași companie, aștepta cu nerăbdare să ajungă la petrecere. Cu un an în urmă, în aceeași împrejurare, cunoscuse alți soți și dorea să-i revadă. Imediat ce au ajuns, Bill și soția lui – de asemenea, o extravertită – au apucat-o în direcții opuse și, până la sfârșitul serii, bărbatul a discutat cu vreo douăzeci de persoane, despre cel puțin patruzeci de subiecte diferite. El și soția lui erau atât de „ambalați" de tot stimulul respectiv, încât au continuat petrecerea în holul restaurantului, cu un alt grup (tot extravertiți), după plecarea celorlalți.

În societatea noastră, extravertiții dețin un oarecare avantaj, deoarece sunt foarte mulți. Aproximativ 75% din populația Americii este extravertită, ceea ce pare a explica predilecția națională pentru localurile de tip „fast food" (de cele mai multe ori, extravertiții sunt pe fugă) și reducerea informațiilor importante la „titluri" de zece secunde, în cadrul emisiunilor de știri (în general, extravertiții nu se dau în vânt după analize detaliate).

Extravertiți	*Introvertiți*
Îi stimulează prezența altor oameni.	Îi stimulează singurătatea.
Le place să fie în centrul atenției.	Evită să fie în centrul atenției.
Acționează, apoi gândesc.	Gândesc, apoi acționează.
Au tendința să gândească cu glas tare.	Mai întâi, trec totul prin minte.
Sunt mai ușor de „citit" și cunoscut; **Împart** fără ezitare informațiile intime.	Sunt mai rezervați; preferă să împartă informațiile intime cu câțiva apropiați.
Mai mult vorbesc decât ascultă.	Mai mult ascultă decât vorbesc.
Sunt entuziaști în comunicare.	Își păstrează entuziasmul pentru ei.
Răspund imediat; le place ritmul rapid.	Răspund după ce gândesc bine.
Preferă lărgimea în locul profunzimii.	Preferă profunzimea în locul lărgimii.

Acum, după ce ați citit despre extravertiți și introvertiți, puteți spune ce anume sunteți? Uneori este greu de hotărât între aceste două preferințe, din cauza felului în care ne schimbăm o dată cu vârsta (poate că acum lumea dumneavoastră interioară vă interesează mai mult decât în trecut), ori din cauza solicitărilor pe care ni le impune profesiunea (de exemplu, poate că ați învățat cum să acționați perfect în lumea exterioară, întrucât aceasta a fost una dintre cerințele profesiunii dumneavoastră). Dacă, totuși, sunteți indecis între extraversiune și introversiune, puneți-vă următoarea întrebare: „Dacă, pe tot restul vieții mele, ar trebui să fiu numai unul dintre aceste tipuri, pe care l-aș alege?" Adeseori, un răspuns bine cântărit îl va determina chiar și pe individul cel mai ambivalent spre adevăratele sale preferințe.

Acum, marcați-vă preferința pe scala de mai jos.

(E) Extraversiune_____+_____Introversiune (I)

(S) Senzație/Intuiție (N)

A doua dimensiune a tipului de personalitate se referă la tipul de informații pe care le remarcăm cu predilecție. Unii oameni se concentrează asupra lui „ce este", în vreme ce alții se concentrează asupra lui „ce poate fi". Cele două abordări – ambele valide – diferă fundamental.

Și de această dată, unele definiții corespund celor cunoscute. Noi folosim termenul „senzație" pentru a descrie procesul acumulării de date prin intermediul celor cinci simțuri. Oamenii care preferă senzațiile – îi vom denumi **senzoriali** – se concentrează asupra celor ce pot fi văzute, auzite, pipăite, mirosite sau gustate. Ei se încred în ceea ce poate fi măsurat sau dovedit și se focalizează asupra realului și concretului. Senzorialii se încred în cele cinci simțuri, așteptând ca acestea să le ofere informații exacte despre lume și, de asemenea, se încred în experiențele directe, personale. Ei sunt orientați spre prezent și se concentrează asupra celor ce se întâmplă chiar în momentul respectiv. Un senzorial va examina o situație și va dori să determine cu exactitate ce se petrece.

Desigur, toți oamenii se folosesc de cele cinci simțuri pentru a prelua informații, însă unii sunt mai interesați de înțelesurile, relațiile și posibilitățile bazate pe fapte decât de faptele în sine. Ați putea spune că ei se încred în al „șaselea simț" (intuiția) mai mult decât în celelalte cinci. Cei care preferă intuiția – îi vom denumi **intuitivi** – citesc de obicei printre rânduri și caută semnificații în toate evenimentele. Intuitivii se concentrează asupra implicațiilor și deducțiilor. Spre deosebire de senzoriali, ei apreciază imaginația și se încred în intuițiile și inspirațiile lor. Intuitivii sunt orientați spre viitor; ei tind să anticipeze evenimentele și, în general, caută să facă lucrurile în alt mod, nu să le păstreze așa cum sunt. Un intuitiv va examina o situație și va dori să știe ce înseamnă și care i-ar putea fi consecințele.

Toți oamenii folosesc atât senzația, cât și intuiția în viața cotidiană. Intuitivii sunt perfect conștienți de datele furnizate de cele cinci simțuri, iar senzorialii pot interpreta înțelesul cuvintelor cuiva, pot imagina o nouă modalitate de abordare a unei probleme sau pot ghici „cine este autorul". Oricum, toți manifestă o preferință – fie spre senzație, fie spre intuiție. Cu toții folosim unul dintre aceste procese, în mod natural, mai frecvent, și cu mai mult succes decât pe celălalt.

Senzorialii sunt pricepuți îndeosebi la observarea și reamintirea multor detalii, iar intuitivii se pricep cel mai bine la interpretarea faptelor sau la descoperirea unor subtilități, așa cum o ilustrează următorul caz.

Elizabeth, o senzorială, și Jim, un intuitiv, lucrează împreună la o companie ce fabrică produse cosmetice. Într-o zi, președintele companiei i-a convocat de urgență pe toți șefii de departamente, într-o ședință destul de tensionată, și le-a prezentat o serie de cifre care sintetizau un tablou economic sumbru. Dacă lucrurile nu se îmbunătățeau, a spus el, aveau să urmeze concedieri, plus alte măsuri de reducere a costurilor.

Ședința s-a încheiat brusc, iar șefii de departamente au plecat oarecum derutați. Imediat, Jim și Elizabeth s-au retras să compare datele. Elizabeth și-a dat seama că, într-adevăr, compania avea probleme financiare, deoarece ea înțelegea cifrele prezentate de președinte. Refăcând calculele acestuia, a ajuns la rezultate care au alarmat-o chiar mai mult decât o făcuse ședința.

Deși Jim nu are „creier pentru cifrăraie", și el era alarmat. Știuse că ceva era în neregulă din clipa când intrase în sala de ședințe, iar acum simțea că situația era chiar mai complicată

decât o prezentase președintele. Jim observase imediat că acesta – de obicei relaxat și jovial – fusese agitat și-i zărise și pe alți șefi de departamente schimbând priviri furișe. De aceea, i-a spus lui Elizabeth că relațiile păreau extrem de încordate între președinte și vicepreședintele pentru cercetare și dezvoltare. Cu toate că la ședință nu se amintise nimic în această privință, Jim se întreba dacă nu cumva apăruseră probleme la noua linie de fabricare a cremelor de piele, care se găsea în stadiul de dezvoltare, ceea ce a fi putut avea un efect drastic asupra bugetului.

După cum s-a dovedit, atât Jim, cât și Elizabeth au avut dreptate. După alte câteva zile, președintele a comunicat veștile rele – și, din motive complet diferite, așa cum am văzut, nici Jim, nici Elizabeth n-au fost luați prin surprindere. Deși fiecare se concentrase asupra unor tipuri diferite de date, amândoi ajunseseră la aceeași concluzie.

În timp ce senzorialilor le plac detaliile și văd clar ce anume se găsește în fața lor, intuitivii sunt prea puțin interesați de amănunte, căutând să descopere tiparele esențiale, „tabloul de ansamblu". Un senzorial și un intuitiv pot vedea aceeași situație totalmente diferit, ceea ce înseamnă că-și vor aminti lucrurile în mod diferit.

Steve și Karen se găseau în apropierea unei intersecții, când au asistat la un accident de mașină. La scurt timp după accident, poliția le-a solicitat declarații.

„Am văzut o limuzină Chevrolet albastră, ultimul tip, apropiindu-se de intersecție, în timp ce lumina semaforului era verde", a povestit Karen, o senzorială. „De asemenea, am observat un Mustang roșu, vechi, venind dintr-o stradă laterală cu viteză mare – cred că avea cel puțin optzeci de kilometri la oră. Am auzit scârțâitul frânelor Mustangului, apoi o bubuitură puternică, când a lovit portiera stângă a Chevroletului. Din cauza șocului, limuzina a făcut cel puțin două ori în jurul propriei axe, după care a fost proiectată într-un stâlp, pe trotuarul opus."

Steve, un intuitiv, a declarat poliției că și el văzuse și auzise ciocnirea celor două mașini. *El credea* că era posibil ca Mustangul să fi trecut pe roșu, dar totul se petrecuse atât de repede încât nu putea fi sigur. De altfel, Steve a putut oferi poliției destul de puține amănunte despre cele întâmplate. Își amintea că se întrebase unde se grăbea așa Mustangul – știa că era un Mustang, pentru că avusese și el unul – , apoi se gândise că cineva ar fi trebuit să anunțe o ambulanță. Spera că toți avuseseră asigurările la zi și era îngrijorat în legătură cu soarta șoferului, care semăna cu un cunoscut al lui.

Intuitivii își abordează sarcinile altfel decât senzorialii. Astfel, un intuitiv preferă să se bazeze mai degrabă pe simțul direcției decât pe o hartă, sau încearcă să priceapă cum să facă să funcționeze un aparat video fără să citească explicațiile din prospect. În mod aproape sigur, un senzorial preferă o abordare mai practică.

Cu ocazia primei aniversări a căsătoriei lor, Sharon i-a făcut cadou lui George un grătar cu butelie de gaz. Acesta trebuia asamblat și era însoțit de o broșură de zece pagini conținând instrucțiuni și schițe detaliate. Fiind un intuitiv, George a început să asambleze grătarul bazându-se pe principiul „ce piese par să se potrivească între ele". După două ore, când a terminat, obținuse ceva ce semăna mai mult cu o bicicletă decât cu un grătar. În plus, îi mai rămăseseră destule piese cu care nu avea *habar ce să facă!* Sharon, o senzorială, a avut nevoie de o oră ca să desfacă totul și să asambleze grătarul în mod corect. „Firesc", ea s-a folosit de instrucțiuni. Nici prin cap nu i-ar fi trecut să procedeze altfel!

Senzorialii dețin o uriașă capacitate de a se bucura de clipa prezentă. Adesea, ei sunt mulțumiți să lase lucrurile neschimbate. Pe de altă parte, intuitivii anticipează viitorul și simt să se agite pentru schimbare.

Phil, un senzorial, și Jessie, o intuitivă, se plimbă adesea ore întregi în afara orașului. Lui Phil, plimbările acestea îi fac plăcere, deoarece astfel are ocazia de a veni din nou în contact cu natura. El iubește mirearea pădurii, atingerea brizei pe față, albastrul cerului și frunzele multicolore ale copacilor. În plus, îi place să facă mișcare. Și Jessie se simte bine în natură, însă, în timpul plimbărilor, ea se gândește sau vorbește atât de mult despre ideile noi legate de proiectele curente, încât adesea nici măcar nu știe pe unde a fost.

Atât intuitivii, cât și senzorialii joacă roluri importante în organizații. În mod natural, intuitivii se concentrează asupra posibilităților, în vreme ce senzorialii se focalizează asupra realităților. Variații ale aceluiași scenariu se desfășoară, zilnic, de mii de ori în întreaga lume, atunci când cele două tipuri se întâlnesc. Senzorialii și intuitivii văd lumea în moduri fundamental diferite – adesea, nici unul dintre ei nu izbutește să aprecieze valoarea perspectivei celuilalt.

James, un intuitiv, se explică: „Eu sunt un om al ideilor. Nimic nu-mi place mai mult decât să iau o situație încurcată și să concep o nouă abordare, care o va face să funcționeze mai bine. Problema cu această companie este că nimeni nu are o perspectivă – nici chiar șeful meu, Warren. El nu poate vedea dincolo de biroul lui. Vin la el cu o idee excelentă, care poate avea un impact deosebit asupra viitorului companiei, iar el nu vrea să știe decât: «Cât o să coste? Cât durează punerea în aplicare? Cine îți va lua locul, în timpul cât te vei ocupa de ea?»"

După cum poate v-ați așteptat, Warren, care este un senzorial, vede lucrurile în mod diferit: „Poate că Jim este un tip mai creativ decât mine, dar, să fiu sincer, nu știu de unde îi vin ideile alea. Nu sunt *rele*, dar sunt complet nerealiste. Jim nu înțelege ce anume face ca lucrurile să meargă aici. Noi reinvestim profitul. Ca să recomand un plan șefului *meu*, trebuie să-i prezint o analiză cost-beneficiu bine gândită, ceea ce înseamnă că trebuie să dețin date realiste în privința cheltuielilor, a timpului necesar și a impactului anticipat asupra companiei. Toate astea necesită genul de cercetare atentă și metodică pe care Jim nu pare interesat s-o facă."

Aidoma extravertiților, senzorialii dețin un avantaj în societatea noastră, fiindcă sunt mult mai numeroși; aproximativ 75% din populația Statelor Unite sunt senzoriali.

Senzoriali	*Intuitivi*
Se încred în ceea ce este sigur și concret.	Se încred în inspirație și în deducție.
Le plac ideile noi doar dacă acestea au aplicații practice.	Le plac ideile și conceptele noi, pur și simplu de dragul noutății.
Apreciază realismul și judecata sănătoasă.	Apreciază imaginația și inovația.
Le place să utilizeze și să desăvârșească tehnicile deprinse.	Le place să învețe noi tehnici; se plictisesc ușor după ce stăpânesc o tehnică.
Au tendința de a fi specifici și literali; oferă descrieri detaliate.	Au tendința de a fi generali și figurativi; folosesc metaforele și analogiile.
Prezintă informațiile într-o manieră pas-cu-pas.	Prezintă informațiile în salturi, într-o manieră haotică.
Sunt orientați spre prezent.	Sunt orientați spre viitor.