

THUẬT NGỮ Y HỌC 1.0

TÀI LIỆU SƯU TẦM – DỊCH

[Giới thiệu](#) [Info](#) [Nội dung](#)

Phụ lục tra cứu một số dấu hiệu, triệu chứng, hội chứng mang tên riêng thường gặp trên lâm sàng. Chưa đầy đủ, sẽ được cập nhật trong tương lai gần.



BÁCH KHOA Y HỌC 2010

Biên soạn ebook : **Lê Đình Sáng**

ĐẠI HỌC Y KHOA HÀ NỘI

Trang web : www.ykhoaviet.tk

Email : Lesangmd@gmail.com, bachkhoayhoc@gmail.com

Điện thoại : 0973.910.357

THÔNG TIN

THÔNG BÁO VỀ VIỆC XUẤT BẢN BÁCH KHOA Y HỌC 2010 :

Theo yêu cầu và nguyện vọng của nhiều bạn đọc, khác với Bách Khoa Y Học các phiên bản trước, bên cạnh việc cập nhật các bài viết mới và các chuyên khoa mới, cũng như thay đổi cách thức trình bày, Bách Khoa Y Học 2010 được chia ra làm nhiều cuốn nhỏ, mỗi cuốn bao gồm một chủ đề của Y Học, như thế sẽ giúp bạn đọc tiết kiệm được thời gian tra cứu thông tin khi cần. Tác giả xin chân thành cảm ơn tất cả những ý kiến đóng góp phê bình của quý độc giả trong thời gian qua. Tất cả các cuốn sách của bộ sách Bách Khoa Y Học 2010 bạn đọc có thể tìm thấy và tải về từ trang web www.ykhoaviet.tk được Lê Đình Sáng xây dựng và phát triển.

ỦNG HỘ :

Tác giả xin chân thành cảm ơn mọi sự ủng hộ về mặt tài chính để giúp cho Bách Khoa Y Học được phát triển tốt hơn và ngày càng hữu ích hơn.

Mọi tấm lòng ủng hộ cho việc xây dựng một website dành cho việc phổ biến tài liệu học tập và giảng dạy Y Khoa của các cá nhân và Doanh nghiệp xin gửi về :

Tên ngân hàng : NGÂN HÀNG ĐẦU TƯ VÀ PHÁT TRIỂN VIỆT NAM

Tên tài khoản ngân hàng : Lê Đình Sáng

Số tài khoản : 5111-00000-84877

CẢNH BÁO :

TÀI LIỆU NÀY CHỈ MANG TÍNH CHẤT THAM KHẢO nhằm mục đích nâng cao hiểu biết về Y khoa. Tuyệt đối không được tự ý áp dụng các thông tin trong ebook này để chẩn đoán và tự điều trị bệnh, nhất là với những người không thuộc ngành Y . Tác giả ebook này không chịu bất cứ trách nhiệm gì liên quan đến việc sử dụng thông tin trong cuốn sách để áp dụng vào thực tiễn của bạn đọc. Đây là tài liệu sưu tầm từ nhiều tác giả khác nhau, nhiều cuốn sách khác nhau, chưa được kiểm chứng , vì thế mọi thông tin trong cuốn sách này đều chỉ mang tính chất tương đối . Cuốn sách này được phân phát miễn phí với mục đích sử dụng phi thương mại, bất cứ hành vi nào liên quan đến việc mua bán, trao đổi, chỉnh sửa, in ấn cuốn sách này vào bất cứ thời điểm nào đều là bất hợp lệ . Nội dung cuốn ebook này có thể được thay đổi và bổ sung bất cứ lúc nào mà không cần thông báo trước.

GIỚI THIỆU

Bộ sách này được Lê Sáng sưu tầm , biên dịch và tổng hợp với mục đích cung cấp một nguồn tài liệu tham khảo hữu ích cho các bạn sinh viên y khoa, và tất cả những ai có nhu cầu tìm hiểu, nghiên cứu, tra cứu , tham khảo thông tin y học.

Với tiêu chí là bộ sách mở , được xây dựng dựa trên nguồn tài liệu của cộng đồng , không mang mục đích vụ lợi, không gắn với mục đích thương mại hóa dưới bất kỳ hình thức nào , nên trước khi sử dụng bộ sách này bạn phải đồng ý với những điều kiện sau . Nếu không đồng ý , bạn không nên tiếp tục sử dụng sách :

Bộ sách này được cung cấp đến tay bạn , hoàn toàn dựa trên tinh thần tự nguyện của bạn. Không có bất kỳ sự thương lượng, mua chuộc, mời gọi hay liên kết nào giữa bạn và tác giả bộ sách này.

Mục đích của bộ sách để phục vụ công tác học tập cho các bạn sinh viên Y khoa là chính, ngoài ra nếu bạn là những đối tượng đang làm việc trong ngành Y cũng có thể sử dụng bộ sách như là tài liệu tham khảo thêm .

Mọi thông tin trong bộ sách đều chỉ có tính chính xác tương đối, thông tin chưa được kiểm chứng bởi bất cứ cơ quan Pháp luật, Nhà xuất bản hay bất cứ cơ quan có trách nhiệm liên quan nào . Vì vậy, hãy luôn cẩn trọng trước khi bạn chấp nhận một thông tin nào đó được cung cấp trong bộ sách này.

Tất cả các thông tin trong bộ sách này được sưu tầm, tuyển chọn, phiên dịch và sắp xếp theo trình tự nhất định . Mỗi bài viết dù ngắn hay dài, dù hay dù dở cũng đều là công sức của chính tác giả bài viết đó. **Lê Đình Sáng** chỉ là người sưu tầm và phiên dịch, nói một cách khác, người giúp chuyển tải những thông tin mà các tác giả bài viết đã cung cấp, đến tay các bạn .

Bộ sách này là tài liệu sưu tầm và dịch bởi một sinh viên Y khoa chứ không phải là một giáo sư – tiến sĩ hay một chuyên gia Y học dày dặn kinh nghiệm, do đó có thể có rất nhiều lỗi và khiếm khuyết không lường trước , chủ quan hay khách quan, các tài liệu bố trí có thể chưa hợp lý , nên bên cạnh việc thận trọng trước khi thu nhận thông tin , bạn cũng cần đọc kỹ phần mục lục bộ sách và phần hướng dẫn sử dụng bộ sách để sử dụng bộ sách này một cách thuận tiện nhất.

Tác giả bộ sách điện tử này không chịu bất cứ trách nhiệm nào liên quan đến việc sử dụng sai mục đích , gây hậu quả không tốt về sức khỏe, vật chất, uy tín ...của bạn và bệnh nhân của bạn .

Không có chuyên môn , không phải là nhân viên y tế , bạn không được phép tự sử dụng những thông tin có trong bộ sách này để chẩn đoán và điều trị. Từ trước tới nay, các thầy thuốc ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN chứ không phải là ĐIỀU TRỊ BỆNH. Mỗi người bệnh là một thực thể độc lập hoàn toàn khác nhau, do đó việc bê nguyên xi tất cả mọi thông tin trong bộ sách này vào thực tiễn sẽ là một sai lầm lớn . Tác giả sẽ không chịu bất cứ trách nhiệm gì do sự bất cẩn này gây ra.

Vì là bộ sách cộng đồng, tạo ra vì mục đích cộng đồng, do cộng đồng , bộ sách này có phát triển được hay không một phần rất lớn, không chỉ dựa vào sức lực, sự kiên trì của người tạo ra bộ sách này , thì những đóng góp, xây dựng, góp ý, bổ sung, hiệu chỉnh của người đọc chính là động lực to lớn để bộ sách này được phát triển. Vì một mục tiêu trở thành một bộ sách tham khảo y khoa tổng hợp phù hợp với nhu cầu và tình hình thực tiễn trong lĩnh vực y tế nói riêng và trong cuộc sống nói chung . Tác giả bộ sách mong mỗi ở bạn đọc những lời đóng góp chân thành mang tính xây dựng, những tài liệu quý mà bạn muốn san sẻ cho cộng đồng , vì một tương lai tốt đẹp hơn. Đó là tất cả niềm mong mỏi mà khi bắt đầu xây dựng bộ sách này , tôi vẫn kiên trì theo đuổi .

Nội dung bộ sách này, có thể chỉ đúng trong một thời điểm nhất định trong quá khứ và hiện tại hoặc trong tương lai gần. Trong thời đại cách mạng khoa học công nghệ tiến nhanh như vũ

bảo như hiện nay, không ai biết trước được liệu những kiến thức mà bạn có được có thể áp dụng vào tương lai hay không. Để trả lời câu hỏi này, chỉ có chính bản thân bạn, phải luôn luôn không ngừng-TỰ MÌNH-cập nhật thông tin mới nhất trong mọi lĩnh vực của đời sống, trong đó có lĩnh vực y khoa. Không ai có thể, tất nhiên bộ sách này không thể, làm điều đó thay bạn.

Nghiêm cấm sử dụng bộ sách này dưới bất kỳ mục đích xấu nào, không được phép thương mại hóa sản phẩm này dưới bất cứ danh nghĩa nào. Tác giả bộ sách này không phải là tác giả bài viết của bộ sách, nhưng đã mất rất nhiều công sức, thời gian, và tiền bạc để tạo ra nó, vì lợi ích chung của cộng đồng. Bạn phải chịu hoàn toàn trách nhiệm với bất kỳ việc sử dụng sai mục đích và không tuân thủ nội dung bộ sách này nêu ra.

Mọi lý thuyết đều chỉ là màu xám, một cuốn sách hay vạn cuốn sách cũng chỉ là lý thuyết, chỉ có thực tế cuộc sống mới là cuốn sách hoàn hảo nhất, ở đó bạn không phải là độc giả mà là diễn viên chính. Và Bách Khoa Y Học cũng chỉ là một hạt thóc nhỏ, việc sử dụng nó để xào nấu hay nhân giống là hoàn toàn tùy thuộc vào bạn đọc. Và người tạo ra hạt thóc này sẽ vui mừng và được truyền thêm động lực để tiếp tục cố gắng nếu biết rằng chính nhờ bạn mà biết bao người không còn phải xếp hàng để chờ cứu trợ.

Mọi đóng góp liên quan đến bộ sách xin gửi về cho tác giả theo địa chỉ trên. Rất mong nhận được phản hồi từ các bạn độc giả để các phiên bản sau được tốt hơn.

Kính chúc bạn đọc, gia quyến và toàn thể người Việt Nam luôn được sống trong khỏe mạnh, cuộc sống ngày càng ấm no hạnh phúc.

Đô Lương, Nghệ An. Tháng 8/2010



ABOUT

ebook editor: Le Dinh Sang
Hanoi Medical University
Website: www.ykhoaviet.tk

Email: Lesangmd@gmail.com, bachkhoayhoc@gmail.com
Tel: 0973.910.357

NOTICE OF MEDICAL ENCYCLOPEDIA PUBLICATION 2010:

As the request and desire of many readers, in addition to updating the new articles and new specialties, as well as changes in presentation, Medical Encyclopedia 2010 is divided into many small ebooks, each ebook includes a subject of medicine, as this may help readers save time looking up informations as needed. The author would like to thank all the critical comments of you all in the recent past. All the books of the Medical Encyclopedia 2010 can be found and downloaded from the site www.ykhoaviet.tk, by Le Dinh Sang construction and development.

DONATE

The author would like to thank all the financially support to help the Medical Encyclopedia are developing better and more-and-more useful.

All broken hearted support for building a website for the dissemination of learning materials and teaching Medicine of individuals and enterprises should be sent to:

Bank name: BANK FOR INVESTMENT AND DEVELOPMENT OF VIETNAM

Bank Account Name: Le Dinh Sang

Account Number: 5111-00000-84877

DISCLAMER :

The information provided on My ebooks is intended for your general knowledge only. It is not a substitute for professional medical advice or treatment for specific medical conditions. You should not use this information to diagnose or treat a health problem or disease without consulting with a qualified health professional. Please contact your health care provider with any questions or concerns you may have regarding your condition.

Medical Encyclopedia 2010 and any support from Lê Đình Sáng are provided 'AS IS' and without warranty, express or implied. Lê Sáng specifically disclaims any implied warranties of merchantability and fitness for a particular purpose. In no event will be liable for any damages, including but not limited to any lost or any damages, whether resulting from impaired or lost money, health or honour or any other cause, or for any other claim by the reader. Use it at Your risks !

FOR NON-COMMERCIAL USER ONLY .

YOU ARE **RESTRICTED** TO adapt, reproduce, modify, translate, publish, create derivative works from, distribute, and display such materials throughout the world in any media now known or hereafter developed with or without acknowledgment to you in Author's ebooks.

FOREWORD

These ebooks are Le Dinh Sang's collection, compilation and synthesis with the aim of providing a useful source of reference-material to medical students, and all who wish to learn, research, investigate to medical information.

Just a set of open-knowledge, based on community resources, non-profit purposes, not associated with commercial purposes under any kind, so before you use this books you must agree to the following conditions. If you disagree, you should not continue to use the book:

This book is to provide to you, completely based on your volunteer spirit. Without any negotiation, bribery, invite or link between you and the author of this book.

The main purpose of these books are support for studying for medical students, in addition to others if you are working in health sector can also use the book as a reference.

All information in the book are only relative accuracy, the information is not verified by any law agency, publisher or any other agency concerned. So always be careful before you accept a certain information be provided in these books.

All information in this book are collected, selected, translated and arranged in a certain order. Each artical whether short or long, or whether or unfinished work are also the author of that article. Lê Đình Sáng was only a collectors in other words, a person to help convey the information that the authors have provided, to your hand. Remember the author of the articles, if as in this book is clearly the release of this information you must specify the author of articles or units that publish articles.

This book is the material collected and translated by a medical student rather than a professor – Doctor experienced, so there may be many errors and defects unpredictable, subjective or not offices, documents can be arranged not reasonable, so besides carefull before reading information, you should also read carefully the contents of the material and the policy, manual for use of this book .

The author of this e-book does not bear any responsibility regarding the use of improper purposes, get bad results in health, wealth, prestige ... of you and your patients.

7. Not a professional, not a health worker, you are not allowed to use the information contained in this book for diagnosis and treatment. Ever, the physician treating patients rather than treatment. Each person is an independent entity and completely different, so applying all information in this book into practice will be a big mistake. The author will not bear any responsibility to this negligence caused.

8. As is the community material, these books could be developed or not are not only based on their strength and perseverance of the author of this book , the contribution, suggestions, additional adjustment of the reader is great motivation for this book keep developed. Because a goal of becoming a medical reference books in accordance with general requirements and the practical situation in the health sector in particular and life.

9. The contents of this book, may only correct in a certain time in the past and the present or in the near future. In this era of scientific and technological revolution as sweeping as fast now, no one knew before is whether the knowledge that you have obtained can be applied in future or not. To answer this question, only yourself, have to always update-YOURSELF-for latest information in all areas of life, including the medical field. No one can, of course this book can not, do it for you.

10. Strictly forbidden to use this book in any bad purpose, not be allowed to commercialize this product under any mean and any time by any media . The author of this book is not the “inventor” of the book-articles, but has made a lot of effort, time, and money to create it, for the advanced of the community. You must take full responsibility for any misuse purposes and does not comply with the contents of this book yet.

11. **All theories are just gray**, a thousand books or a book are only **theory**, the only facts of life are the most perfect book, in which you are not an audience but are the main actor. This Book just a small grain, using it to cook or fry breeding is completely depend on you. And the person who created this grain will begin more excited and motivated to keep trying if you know that thanks that so many people no longer have to queue to wait for relief.

12. All comments related to the books should be sent to the me at the address above. We hope to receive feedbacks from you to make the later version better.

13. We wish you, your family and Vietnamese people has always been healthy, happy and have a prosperous life.



Dấu hiệu Aaron

(Aaron Charles Dettie, người Mỹ)

Dấu viêm ruột thừa mạn tính: khi ép vào điểm McBurney gây đau ở thượng vị hoặc trước tim.

Dấu hiệu Abadie

(Abadie Jean A., nhà thần kinh học Pháp)

Dấu hiệu tổn thương tủy sống: bóp mạnh vào gân Achiil không cảm thấy đau.

Dấu hiệu Abadie II

(Abadie Jean Marie Charles, nhà nhãn khoa Pháp)

Cơ thắt cơ nâng mi trên trong nhiễm độc giáp trạng.

Abrahams I

(Abrahams Robert, người Mỹ)

Trong giai đoạn sớm của bệnh lao cấp tính, đôi khi nghe thấy tiếng thở yếu và ran ẩm ở trên xương đòn.

Abrahams II

Dấu hiệu sỏi tiết niệu: ấn gây đau ở điểm giữa của đường nối giữa rốn với xương sườn số 9 phía bên phải.

Dấu hiệu Achelis-Wenckebach

(Wenckebach Karl Frederick 1864-1940, bác sỹ người Hà lan)

Dấu hiệu X quang của viêm dính màng ngoài tim: giảm độ di động của cơ hoành khi hít vào.

Dấu hiệu Adson

(Adson Alfred, nhà ngoại khoa Mỹ)

Biểu hiện của chèn ép bó mạch thần kinh ở khu vực cơ thang: khi bệnh nhân nâng cao cánh tay lên và nghiêng đầu sang cùng bên thì mất mạch quay.

Dấu hiệu Ahlfeld

(Ahlfeld Friedrich 1843-1929, nhà sản khoa người Đức)

Dấu hiệu dấu hiệu bóc tách nhau thai: dây rốn thò ra hơn 10 cm

Dấu hiệu Akerlund

(Akerlund Ake Olof 1885-1958, bác sỹ X quang người Thụy điển)

Dấu hiệu X quang của loét hành tá tràng: ấn lõm bờ cong lớn của dạ dày dạng ngón tay, có thể là biểu hiện của ổ loét.

Dấu hiệu Aleksandrov

(Aleksandrov Leontij Petrovitch 1857-1929, nhà phẫu thuật người Nga)

Dấu hiệu của viêm khớp do lao: dày các nếp gấp da ở chân bị bệnh, ngay cả khi bệnh đã lui cũng vẫn còn.

Dấu hiệu Aleksejev-Schramm

Yếu rõ rệt cơ thắt trong bàng quang trong chứng đái dầm khi tiến hành soi bàng quang.

Dấu hiệu Alexander

(Alexander Gustav 1873-1932, bác sỹ Tai-Mũi-Họng người Áo)

Biểu hiện của khối u tiểu não hoặc áp xe tai trong giai đoạn sớm: khi xoay người sang phải hoặc sang trái, bệnh nhân bị loạng choạng

Dấu hiệu Allis

(Allis Oscar Huntington 1836-1931, nhà phẫu thuật người Mỹ)

Dấu hiệu gãy cổ xương đùi: màng cân nối giữa mấu chuyển lớn và mào xương chậu bị lỏng lẻo ra.

Dấu hiệu Amat

Dấu hiệu xuất tiết màng phổi trái: ranh giới của vùng gõ đục ở tư thế ngồi sẽ dịch chuyển sang khu vực tim khi bệnh nhân nằm nghiêng sang phải.

Dấu hiệu Amoss

(Amoss Harold L. 1886-?, bác sỹ người Mỹ)

Dấu hiệu viêm rễ thắt lưng: bệnh nhân khi nằm cố ngồi dậy thì phải chống tay xuống giường phía sau lưng.

Dấu hiệu Andral

(Andral Gabriel 1797-1876, bác sỹ người Pháp).

Dấu hiệu bắt đầu viêm màng phổi: bệnh nhân nằm nghiêng sang bên lành.

Dấu hiệu Anghelescu

(Anghelescu Constantin 1869-?, nhà phẫu thuật người Rumani)

Khi bị lao cột sống bệnh nhân không thể uốn cong lưng trong khi đang nằm được.

Dấu hiệu Anschutz

(Anschutz Willy 1870-1954, nhà phẫu thuật người Đức)

Dấu hiệu tắc nghẽn đại tràng: trướng bụng cục bộ rõ rệt, thường hay gặp nhất ở khu vực manh tràng.

Dấu hiệu Anton

(Anton Gabriel 1858-1933, nhà thần kinh học và tâm thần học người Đức)

(Còn gọi là chứng mất nhận thức bệnh - anosognosia).

Dấu hiệu bệnh lý thực thể của não: bệnh nhân không nhận cảm được kích thích đau.

Dấu hiệu Arias-Stell

(Arias-Stell Javier, bác sỹ người Mỹ)

Khi bị hổng thai hoặc khi phá thai, các tế bào biểu mô của nội mạc tử cung có nhân to ra gấp 4-5 lần so với bình thường.

Dấu hiệu Arroyo

(Arroyo Carlos F. 1892-1928, bác sỹ người Mỹ)

(Còn gọi là dấu hiệu suy nhược mống mắt - asthenocoria).

Trong suy tuyến thượng thận, đôi khi phản ứng đồng tử với ánh sáng bị chậm lại.

Dấu hiệu Aschaffenburg

(Aschaffenburg Gustav 1866-1944), nhà tâm thần học người Đức)

Dấu hiệu của mê sảng do rượu: bệnh nhân đàm thoại với một người tưởng tượng nào đó qua một điện thoại đã bị ngắt mạch, hoặc qua một vật nào đó có hình dáng giống một cái điện thoại.

Dấu hiệu Aschner

(Aschner Bernhard 1883-1960, nhà phụ khoa người Áo)

Dấu hiệu kích thích dây thần kinh số 10: khi ấn nhẹ lên nhãn cầu, mạch sẽ chậm lại sau 20-30 giây.

Dấu hiệu Astrov

Trong u nang bào sán, khi sờ thành ngực ở khu vực nang sán sát gần thành ngực, ta thấy phổi đập theo mạch rõ rệt. Tại đó ta cũng có thể nghe được tiếng tim. Triệu chứng này chỉ có khi nang sán khá lớn và nằm ở phía bên trái của lồng ngực.

Dấu hiệu Athanassi

(Còn gọi là dấu Argyll Robertson đảo ngược). Trong bệnh loạn thần hưng - trầm cảm, đồng tử có phản ứng với ánh sáng, nhưng lại không có phản ứng với điều tiết và hội tụ.

Dấu hiệu Auenbrugger

(Auenbrugger Joseph Leopold 1722-1809, bác sỹ người Áo)

(Còn gọi là dấu hiệu Corvisart).

Trong viêm màng ngoài tim tiết dịch (exudate pericarditis), hẹp van hai lá hoặc suy yếu van ba lá, thành ngực ở vùng tim và mũi ức bị cong vồng lên rõ rệt.

Dấu hiệu Avcyn-Chiari

(Avcyn Alexandr Pavlovitch 1908-?, nhà bệnh lý học người Nga; Chiari Rudolph 1890-?, nhà nhãn khoa người Áo)

(Còn gọi là dấu hiệu Chiari).

Trong bệnh sốt Rickettsia đôi khi thấy tràn máu vào kết mạc.

Dấu hiệu Babchin

(Babchin Isaak Savelievich, nhà phẫu thuật thần kinh Nga)

Biểu hiện X quang của khối u não trên lều: mờ đường viền bờ sau của lỗ chẩm lớn và tiêu loãng xương ở xung quanh.

Dấu hiệu Babes

(Babes Victor, nhà bệnh lý học Rumani)

Túi phồng động mạch chủ bụng: cứng cơ và tăng cảm ở phía trên chỗ động mạch lá lách (tỳ).

Babinski I (Babinski Joseph Francois Félix, nhà thần kinh học Pháp)

Dấu hiệu tổn thương bó tháp: khi kích thích gan bàn chân ngón chân cái sẽ nâng lên, đồng thời các ngón chân khác xoè ra như cái quạt (ở người bình thường thì tất cả các ngón cụp lại).

Dấu hiệu Babinski II

Tổn thương dây thính: nếu cho dòng điện truyền từ tai này sang tai kia thì đầu sẽ nghiêng về bên tổn thương.

Dấu hiệu Babinski III

Giảm hoặc mất phản xạ gót trong tổn thương dây thần kinh tọa.

Dấu hiệu Babinski IV

Trong liệt nửa người: các cơ dưới da vùng cổ bên lành co nhiều hơn, thấy rõ khi bệnh nhân há miệng, thổi gió hoặc huyết sáo.

Dấu hiệu Babinski V

Dấu hiệu của bại nửa người: khi bệnh nhân nằm, khoanh 2 tay trước ngực, cổ ngồi dậy, thì bên liệt sẽ co gấp khớp háng lại và gót chân giờ cao lên.

Dấu hiệu Babinski VI

Dấu hiệu tổn thương thực thể hệ thần kinh trung ương: khi bệnh nhân ngửa 2 bàn tay lên, bên bại sẽ từ từ tự quay sấp.

Dấu hiệu Babinski VII

Dấu hiệu của chứng giữ nguyên thể (catalepsy): bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa có thể giữ rất lâu chân ở tư thế giờ lên cao, co khớp háng và gối.

Dấu hiệu Babinski VIII

Dấu hiệu tổn thương bán cầu đại não hoặc tổn thương tiểu não: không có khả năng thực hiện các động tác luân phiên nhanh, ví dụ như luân phiên sấp ngửa bàn tay.

Dấu hiệu Bacelli

(Bacelli Guido 1832-1916, nhà nội khoa và bệnh lý học người Italia)

Trong chứng tràn dịch màng phổi, ta nghe rõ được tiếng nói thầm của bệnh nhân.

Dấu hiệu Ballance

(Ballance Charles 1856-1936, nhà phẫu thuật người Anh)

Khi bị vỡ lách, nếu để bệnh nhân nằm nghiêng sang trái, ta gõ vang ở phía bụng bên phải.

Dấu hiệu Ballet

(Ballet Gilbert 1853-1916, nhà thần kinh học người Pháp)

Dấu hiệu nhiễm độc giáp trạng và bệnh Hysteria: mất di động chủ ý của nhãn cầu, nhưng phản ứng đồng tử và các cử động tự động của nhãn cầu vẫn còn.

Dấu hiệu Bamberger I

(Bamberger Heindrich 1822-1888, nhà nội khoa người Áo)

Các tĩnh mạch cổ đập mạnh trong chứng suy van ba lá.

Dấu hiệu Bamberger II

Dấu hiệu viêm màng ngoài tim tiết dịch (exudate pericarditis): vùng gõ đục ở bờ dưới xương bả vai, khi cúi thì mất vùng gõ đục.

Dấu hiệu Bamberger III

(Còn gọi là chứng đối cảm - allocheiria). Trong tổn thương tủy sống, đôi khi đâm kim vào tay bên này lại gây đau ở tay bên kia.

Dấu hiệu Bárány I

(Bárány Robert 1876-1936, bác sỹ Tai Mũi Họng người Áo)

Dấu hiệu tổn thương bộ máy tiền đình: tư thế của đầu có ảnh hưởng lên hướng của ngã.

Dấu hiệu Bárány II

Dấu hiệu tổn thương mê đạo: dùng nước nóng (43-48 độ) kích thích tai bên lạnh sẽ gây ra rung giật nhãn cầu xoay ở cùng bên; Khi dùng nước lạnh thì gây ra rung giật nhãn cầu xoay ở bên đối diện. Khi tổn thương mê đạo thì không thể phát hiện ra rung giật nhãn cầu.

Dấu hiệu Bárány III

Rối loạn về hướng: khi để chĩa thẳng, ngón tay sẽ lệch dần sang bên có tổn thương tiểu não.

Dấu hiệu Bard

(Bard Louis 1857-1936, nhà nội khoa người Pháp)

Phân biệt giữa rung giật nhãn cầu thực thể với rung giật nhãn cầu chức năng: trong quá trình khám xét rung giật nhãn cầu do căn nguyên thực thể sẽ tăng mạnh hơn, trong khi rung giật nhãn cầu chức năng thì mất đi.

Dấu hiệu Barlow

(Barlow Thomas 1845-1945, bác sỹ Nhi khoa người Anh)

Dấu hiệu áp xe dưới cơ hoành của viêm màng phổi biến chứng: khi gõ từ trên xuống dưới ta thấy âm sắc biến đổi dần từ vang rõ tới đục dần rồi mất hẳn.

Dấu hiệu Baron

Dấu hiệu viêm ruột thừa mạn tính: tăng nhạy cảm khi ấn vào cơ thắt lưng (m.psoas) bên phải.

Dấu hiệu Barré I

(Barré Jean Alexandre 1880-?, nhà thần kinh học người Pháp)

Dấu hiệu bại nhẹ cẳng chân: khi nằm ngửa, cho bệnh nhân giơ chân thẳng đứng đùi lên, với đầu gối gấp tạo thành góc vuông, bệnh nhân sẽ không thể giữ nguyên chân lâu được.

Dấu hiệu Barré II

Dấu hiệu bắt đầu có bại các chi trên: bảo bệnh nhân nhắm mắt, giơ thẳng hai tay ra trước, gan bàn tay úp vào trong. Nếu có tổn thương nhẹ thì tay bên đó sẽ co các khớp khuỷu và cổ tay lại và tay sẽ hạ thấp xuống.

Dấu hiệu Barré III

Dấu hiệu tổn thương bó tháp : bệnh nhân chắp 2 tay lại với nhau và bó thật mạnh , sau 3-4 giây có biểu hiện liệt ngoại vi dây quay (n.radialis)

Dấu hiệu Barré IV

Dấu hiệu bại nửa người: bệnh nhân giơ thẳng hai tay ra trước, các ngón tay dạng rộng như nan quạt, thì bên bị bệnh sẽ không dạng rộng bằng bên lành.

Dấu hiệu Bartomier-Michelson

(Michelson Abram Iosifovitch 1902-1971, nhà phẫu thuật Nga)

Dấu hiệu viêm ruột thừa cấp: ấn đau ở khu vực manh tràng sẽ tăng lên khi bệnh nhân nằm nghiêng sang bên trái.

Dấu hiệu Baruch

(Baruch Simon 1840-1920, bác sỹ người Mỹ)

Dấu hiệu có thể có trong bệnh thương hàn: nhiệt độ trong hậu môn vẫn tăng cao sau khi cho bệnh nhân ngâm (tắm) trong nước mát 26 độ C.

Dấu hiệu Bassler

(Bassler Anthony 1874-1959, bác sỹ người Mỹ)

Dấu hiệu của viêm ruột thừa: khi ấn vào điểm McBurney và hướng về phía bên phải bệnh nhân sẽ cảm thấy đau chói.

Dấu hiệu Bastedo

(Bastedo Walter Arthur 1873-1952, bác sỹ người Mỹ)

Dấu hiệu của viêm ruột thừa: nếu ta bơm một ít không khí vào trong trực tràng, bệnh nhân cảm thấy đau và căng ở vùng hồi manh tràng.

Dấu hiệu Bastian

(Bastian Henry Charlton 1837-1915, nhà thần kinh học người Anh)

Dấu hiệu tổn thương tủy sống cắt ngang cấp tính: mất phản xạ gân xương ở khu vực tương ứng tằm thương tổn.

Dấu hiệu Battle

(Battle William Henry 1855-1936, nhà phẫu thuật người Anh)

Dấu hiệu vỡ nền sọ: biến màu da ở khu vực mỏm chũm.

Dấu hiệu Baumès

(Baumès Jean Baptist Timothée 1756-1828, bác sỹ người Pháp)

Dấu hiệu của cơn đau thắt ngực (angina pectoris): đau sau xương ức.

Dấu hiệu Bechterev I

(Bechterev Vladimir Mikhailovitch 1857-1927, nhà thần kinh học và tâm thần học người Nga)

Trong chứng viêm rễ thắt lưng cùng, khi thực hiện thao tác Lasègue ở bên lành có thể gây đau ở bên bệnh.

Dấu hiệu Bechterev II

Khi màng não bị kích thích, nếu ta gõ lên đường khớp dọc (sagittal suture) sẽ gây đau đầu và co các cơ mặt.

Dấu hiệu Bechterev III

Khi gõ búa phản xạ vào bờ trong của xương bả vai, ở người khoẻ mạnh sẽ gây ra xoay vai ra ngoài. Nếu tổn thương tủy sống ở khu vực C5-C6 thì sẽ không có hiện tượng này.

Dấu hiệu Bechterev IV

Dấu hiệu đau dây thần kinh tọa: khi kéo thẳng chân bên bị bệnh ra thì sẽ gây đau cả chân bên lành.

Dấu hiệu Bechterev V

Dấu hiệu tổn thương não nặng nề: khi thử cử động chi thể bên liệt, ta thấy chi thể bên lành cũng có những cử động tương ứng.

Dấu hiệu Bechterev VI

(Còn gọi là chứng parasymbolia).

Rối loạn chức năng nói trong tổn thương thần kinh trung ương: bệnh nhân hiểu lời nói và tự mình nói một cách mất phối hợp.

Dấu hiệu Bechterev VII

Phản ứng bị kích thích trong chứng tetany (chứng co cứng cơ): một dòng điện yếu cũng có thể gây ra co cơ rõ ràng. Nếu ta liên tiếp lặp đi lặp lại dòng điện đó thì co cơ sẽ tăng mạnh dần lên, cho tới mức co cứng cơ (tetany)

Dấu hiệu Bechterev VIII

(Còn gọi là chứng dị cảm chi ảo - pseudomelia paraesthetica).

Rối loạn cảm giác ở bệnh nhân liệt nửa người: cảm thấy có cử động ở những chi thể đã bị liệt.

Dấu hiệu Bechterev IX

Dấu hiệu bại nửa người thực thể: các ngón tay bị co cứng, khi ta bẻ cho các ngón 2-4 thẳng ra, thì ngón cái sẽ co và khép lại. Khi ta làm ngược lại thì ngón cái sẽ duỗi thẳng và dẹt ra.

Dấu hiệu Bechterev X

(Còn gọi là dấu Pagnicz, chứng đỏ da đầu chi - acroerythrosis).

Biểu hiện của nhiều bệnh căn khác nhau: da chân và tay đỏ lên và không đau.

Dấu hiệu Bechterev XI

Rối loạn tính tự động của các cơ mặt trong một loạt các bệnh lý khác nhau của hệ thần kinh trung ương: nét mặt trở nên đờ đẫn không biểu cảm trong khi vẫn có khả năng co các cơ mặt theo ý muốn.

Bechterev XII

(Còn gọi là phản xạ tai - mí mắt: auropalpebral reflex).

Kích thích bằng âm thanh (ít nhất là 45 decibel) gây ra nháy mắt

Dấu hiệu Bechterev – Mendel

(Mendel Kurt 1874-?, nhà thần kinh học người Đức)

Dấu hiệu tổn thương bó tháp: gõ búa phản xạ vào xương hộp (os cuboideum) gây duỗi các ngón chân lên trên (phía mu chân).

Dấu hiệu Becker

(Becker Otto Heinrich 1828-1890, bác sỹ nhãn khoa người Đức)

Mạch máu võng mạc tăng đập trong chứng nhiễm độc giáp trạng.

Dấu hiệu Béclard

(Béclard Pierre Auguste 1785-1825, nhà giải phẫu học người Pháp)

Nhân cốt hóa của đầu dưới xương đùi là dấu hiệu đã đủ tuổi thai.

Dấu hiệu Beevor

(Beevor Charles Edward 1854-1908, nhà thần kinh học người Anh)

Khi liệt phần dưới của cơ bụng thẳng rốn sẽ bị kéo lên trên.

Dấu hiệu Béhier-Hardy

(Béhier Louis Jules 1813-1876 và Hardy Louis Philippe Alfred 1811-1893, các bác sỹ người Pháp)

Mất tiếng (aphonia) là dấu hiệu thường có trong chứng hoại thư (gangrene) phổi.

Behr (Behr Carl, bác sỹ nhãn khoa người Đức). Dấu hiệu tổn thương bó thị giác: bán manh và giãn đồng tử bên đối diện.

Dấu hiệu Beisman

Đôi khi thấy có trong bệnh nhiễm độc giáp trạng: bảo bệnh nhân nhắm mắt lại, nghe trên mí mắt thấy có tiếng thổi nhẹ.

Dấu hiệu Bell

(Bell Charles, nhà giải phẫu học, sinh lý và phẫu thuật người Scotlen)

(Còn gọi là liệt Bell, liệt mặt tự phát) Liệt dây thần kinh mặt ngoại vi.

Dấu hiệu Benedikt

(Benedikt Moritz, nhà thần kinh học người Đức)

(Còn gọi là bệnh Benedikt, hội chứng trung não)

Liệt giao bên trong tổn thương nhân đỏ: tăng động ngoại tháp cùng bên, liệt các dây vận nhãn, tăng trương lực cơ toàn thân, tăng phản xạ gân xương bên liệt. Thất điều cùng bên và run chi dưới bên đối diện

Dấu hiệu Claude- Bernard-Horner

(Bernard Claude, nhà sinh lý học người Pháp; Horner Johann Friedrich, bác sỹ nhãn khoa người Thụy sỹ)

(Còn gọi là tam chứng Horner, hội chứng Hutchinson, hội chứng Mitchell)

Phản xạ đồng tử khi tổn thương các hạch giao cảm khu vực C8-D2, bao gồm cả hạch sao. Xuất hiện co đồng tử, sụp mí và lõm mắt. Thường cũng có rối loạn tiết nước mắt, ra mồ hôi, hạ nhãn áp, đôi khi có pha tạp màu sắc ở mống mắt.

Dấu hiệu Biermer

(Còn gọi là thiếu máu Biermer...)

Thiếu máu do thiếu Vitamin B12. Bản chất là do niêm mạc dạ dày thiếu yếu tố nội trong dịch tiết, nên niêm mạc dạ dày không có khả năng hấp thu B12. Da màu vàng nhợt nhạt, móng chân tay và tóc dễ bị gãy, biếng ăn, tê lưỡi, về sau có viêm lưỡi Hunter. Thường có thiếu hụt kháng với Histamin. Trường hợp nặng có rối loạn chức năng tủy sống. Trong máu có thiếu máu tế bào khổng lồ tăng sắc, hồng cầu không đều, hồng cầu biến dạng, biến đổi nồng độ huyết cầu tố. Trong tủy xương có nhiều tế bào khổng lồ, máu ngoại vi có chấm ưa bazơ của hồng cầu, hạ bạch cầu. Cũng còn thấy rõ các tế bào tạo máu ngoài tủy, chủ yếu trong gan và lách, tăng bilirubin máu, tăng cholesterol máu. Thường ở người cao tuổi.

Dấu hiệu Bouveret

(Bouveret Léon, bác sỹ người Pháp)

Nhịp tim nhanh kịch phát kèm hạ huyết áp trong cơn, bồn chồn và cảm giác sợ hãi, đôi khi chóng mặt. Trạng thái ngất xỉu, đôi khi buồn nôn và nôn. Ngày nay nó thuộc về hội chứng WPW và CLC, hay là hội chứng P-Q ngắn.

Dấu hiệu Brown-Séquard

(Brown-Séquard Charles, nhà sinh lý học người Pháp)

Dấu hiệu tổn thương tủy sống một bên theo chiều ngang: liệt cứng kèm rối loạn cảm giác sâu ở cùng bên tổn thương, giảm cảm giác nhiệt và đau ở bên kia.

Bệnh Budd-Chiari

(Budd George, bác sĩ người Anh; Chiari Hans, nhà bệnh lý học Đức)

Tắc nghẽn các tĩnh mạch gan: trường hợp cấp tính có buồn nôn và nôn ói ra máu, đôi khi thậm chí hôn mê gan; Trường hợp mạn tính có đau bụng trên tăng dần, gan to và đôi khi cả lách to. Nhanh chóng có cổ trướng. dần dần có rối loạn chức năng gan, vàng da nhẹ thoáng hồi. Tăng cholesterol máu. Các biến thể lâm sàng phụ thuộc vào định khu tổn thương của các tĩnh mạch gan.

Dấu hiệu Caplan

(Caplan Anthony, bác sĩ người Anh)

Phổi hợp viêm đa khớp dạng thấp với bệnh bụi phổi silic.

Chứng khớp khiếm cách hồi Charcot

(Charcot Jean Martin, nhà lâm sàng học Pháp)

(Còn gọi là chứng khớp khiếm cách hồi, viêm nội mạc động mạch tắc nghẽn - endarteriitis obliterans)

Rối loạn về đi: khớp khiếm cách hồi (từng lúc rồi hết) và đau ở bắp chân, nguyên nhân là thiếu tưới máu đầy đủ cho các bắp thịt khi đi lại. Chân trở nên trắng nhợt, da lạnh và các ngón xanh tím. Mạch ngoại vi bị yếu. Về sau có thể hoại tử các đoạn bị bệnh. Đa số bệnh nhân là đàn ông và nghiện thuốc lá. Hội chứng Buerger: người trẻ tuổi dưới 40, nguyên nhân do viêm và cần làm xét nghiệm tổ chức học. Người trên 40 là vừa xơ động mạch.

Bệnh xơ cột bên teo cơ Charcot

(Còn gọi là bệnh Charcot, bệnh xơ cột bên teo cơ)

Thoái hóa các neuron vận động trung ương và ngoại vi gây ra liệt cơ: khởi đầu yếu và teo các cơ nhỏ bàn tay, sau đó teo các cơ cẳng tay và cánh tay. Đồng thời có các dấu hiệu co cứng và tăng phản xạ gân xương kèm dấu hiệu tháp ở hai chân. Hai chân thường có dị cảm, cảm giác

lạnh, đau và các cơ giật cơ. Bệnh tiến triển không ngừng. Dần dần các cơ cổ - mặt bị tổn thương và bệnh nhân không thể nhấc đầu, mất biểu lộ cảm xúc, rối loạn nuốt và tiểu tiện.

Bệnh thoái hóa tiến triển xương khớp Charcot

(Cũng còn gọi là bệnh Charcot)

Bệnh lý thoái hóa tiến triển xương và khớp: thoái hóa sụn, phì đại các phần riêng lẻ của các khớp, gai xương và gãy xương tự phát. Thường có khi bị các bệnh lý thoái hóa tủy sống, rối loạn tủy và bệnh tiểu đường.

Tam chứng Charcot

Tam chứng cơ bản của bệnh xơ rải rác: run khi chú ý, giọng nói kiểu bùng nổ, rung giật nhãn cầu.

Bệnh Charcot-Marie

(Marie Pierre, nhà thần kinh học Pháp)

(Còn gọi là bệnh Charcot-Marie-Tooth. bệnh teo cơ tiến triển do dây thần kinh)

Bệnh di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân, cũng có (ít hơn) di truyền lặn. Là bệnh teo cơ do thần kinh: bệnh thường bắt đầu trước khi dậy thì, teo các cơ nhỏ ở bàn chân và ống chân cân đối 2 bên, tạo nên bàn chân ngựa vằn vào (pes equinovarus). tại khu vực bị bệnh mất phản xạ gân xương. Về sau cũng có thể cả các cơ tay bị teo. Hiếm khi teo cơ lan lên trên đầu gối hoặc trên khớp khuỷu tay. Có run chú ý. Một số trường hợp có tăng hồng cầu, liệt các cơ ổ mắt, lồi mắt và teo mắt. Tiếp theo có gù lưng và vẹo lưng. Bệnh mạn tính, thường dần ông bị nhiều hơn.

Bệnh Conn

(Conn Jerome W., bác sỹ người Anh) (Còn gọi là cường aldosteron nguyên phát)

Cường aldosteron nguyên phát thường khi có khối u tăng sản vỏ thượng thận: một mỗi toàn thân, tiêu chảy, yếu cơ theo chu kỳ, thậm chí hoàn toàn bất động, tê bì, các dấu hiệu của tetany trong khi Ca trong máu bình thường. Cao huyết áp, tiểu albumin, tăng Kali niệu, giảm Na và Cl trong nước tiểu, tiểu nhiều, phản ứng kiềm của phân. Thường không phù. Tăng aldosteron trong máu và nước tiểu. Nếu bệnh khởi phát ở trẻ em, thì thường ngừng lớn và phát triển nói chung. Một số thể bệnh đáp ứng tốt với dexamethason.

Bệnh Crohn

(Crohn Burrill, bác sỹ Mỹ)

Viêm theo phân đoạn mạn tính đoạn cuối của hồi tràng: bệnh thường khởi đầu tuổi 15-35 và thường ở đàn ông. Biểu hiện bằng tam chứng đặc trưng sau: đau ở nửa bên phải của

bụng, tiêu chảy tái đi tái lại hoặc trường diễn, kiệt sức rõ. Đôi khi trong đợt kịch phát cấp tính có các dấu hiệu giống như trong viêm ruột thừa cấp. ở đoạn ruột tương ứng ta thấy các vết sẹo với những vùng viêm nằm xung quanh, do vậy từ từ dẫn tới hẹp ống ruột non. Trong ta thấy bạch cầu chuyển trái trong giai đoạn tăng bạch cầu cấp, tăng tiểu cầu, thường có thiếu máu nhược sắc. Tăng tốc độ máu lắng, giảm hoạt tính prothrombin, giảm Na và Ca trong máu. Phân nhiễm mỡ. Bệnh nhân có thể bị biến chứng viêm tích mủ tại chỗ, có lỗ dò, thủng, và hẹp nặng.

Dấu hiệu Cushing

(Cushing Harvey W., nhà phẫu thuật thần kinh người Mỹ)

Dấu hiệu có khối u ở góc cầu tiểu não: liệt các dây sọ V, VI, VII, VIII, IX cùng bên với tổn thương. Các dấu hiệu tiểu não và dấu hiệu chèn ép vào tiểu não.

U màng não xương bướm Cushing

Các dấu hiệu do khối u ở phần giữa của xương bướm: liệt mắt, dị cảm vùng trên ổ mắt, lồi mắt một bên, teo dây thị nguyên phát ở cùng bên tổn thương, ảo giác thính giác và khứu giác do chèn ép vào hồi hải mã. Thay đổi cá tính.

Dấu hiệu Cushing III

Các dấu hiệu do có khối u tiểu não ác tính ở trẻ em: nhanh chóng xuất hiện não úng thủy do tắc nghẽn. Thường có di căn vào tủy sống gây liệt chân tay. Trong giai đoạn cuối sẽ có hội chứng tổn thương tủy cắt ngang hoàn toàn.

Bệnh Cushing

Phức bộ các triệu chứng cường vỏ thượng thận nguyên phát hoặc thứ phát: béo phì với thân mình to lớn và chân tay nhỏ bé, mặt tròn như mặt trăng, các vết rạn ở da (chủ yếu da bụng), tăng hồng cầu, xanh tím đầu chi, tăng đường huyết kèm theo tiểu đường, hạ Calci máu và tiêu loãng xương. Còn có yếu mệt toàn thân, teo các tuyến sinh dục, vô kinh và liệt dương. Trẻ em bị thiếu năng sinh dục, đàn ông bị nữ hóa, phụ nữ bị rậm lông. Giảm khả năng đề kháng với nhiễm khuẩn. Giảm sáng tạo và bị trầm cảm.

Hội chứng Déjerine-Klumpke

(Déjerine-Klumpke Augusta, nhà thần kinh học người Pháp)

Phức hợp các triệu chứng do tổn thương các rễ C7, C8 và D1. Liệt các cơ ở cẳng tay và các cơ nhỏ ở gan bàn tay. Rối loạn cảm giác ở mặt trong tay. Thường có rối loạn vận mạch, tăng hoặc giảm tiết mồ hôi, thụt (lõm) mắt, sụp mi và co đồng tử.

Hội chứng Déjerine I

(Déjerine Joseph J., nhà thần kinh học Pháp)

Phức bộ các dấu hiệu trong bệnh bạch hầu làm gợi nhớ tới thoái hóa tủy sống: thất điều và rối loạn cảm giác sâu.

Chứng Déjerine II

(Còn gọi là khập khiễng cách hồi tủy sống của Déjerine)

Chứng khập khiễng tạm thời do bệnh giang mai của hệ tuần hoàn hoặc do viêm động mạch huyết khối tắc nghẽn: các chứng bại và liệt khác nhau.

Déjerine-Lavalpiquechef

Một dạng của viêm đa dây thần kinh do rượu: các dấu hiệu của giả thoái hóa tủy sống với rối loạn cảm giác nông, cảm giác về tư thế thân thể kèm thất điều.

Hội chứng đôi thị Déjerine-Roussy

(Roussy Gustave, nhà bệnh lý học người Pháp)

Rối loạn cảm giác và thị lực một bên do bệnh lý ở đồi thị: bán manh cùng tên, Tăng phản xạ da và phản xạ gân xương ở bên đối diện. Rối loạn cảm giác sâu, dị cảm nửa người, đau nửa người. Thường có teo hệ thống cơ xương ở một bên và đồng thời mất cảm giác xương.

Bệnh Déjerine-Sottas

(Sottas Jules, nhà thần kinh học Pháp)

(Còn gọi là bệnh Déjerine, loạn dưỡng cơ di truyền)

Bệnh teo cơ do căn nguyên thần kinh, dạng di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân (autosoma): teo cơ tiến triển cân đối, pes varus (vẹo trong) thậm chí equinovarus (bàn chân duỗi vẹo vào - bàn chân ngựa). Các sợi thần kinh to ra và đau có thể sờ thấy được ở dưới da. Chỗ teo cơ rối loạn dinh dưỡng và rối loạn cảm giác. Dấu Romberg dương tính. Thường có thất điều, rung giật nhãn cầu, liệt các cơ mắt, đồng tử không đều. Các novi (nevus) và các u xơ thần kinh dưới da. Bệnh thường khởi phát ở tuổi thiếu niên, hướng tính nam mạnh.

Bệnh Down

Dạng bệnh kém trí tuệ bẩm sinh, do có 3 nhiễm sắc thể ở cặp thứ 21: trì trệ tâm trí, thường nhất là ngu đần mà cảm xúc vẫn còn tương đối được bảo tồn. Bệnh nhân là những người hiền lành và ưa âu yếm. Tầm vóc nhỏ bé, nhiều nếp nhăn, viêm kết mạc mí mắt, mũi ngắn, lưỡi to và có rãnh, tăng tiết nước bọt. Mặt đỏ đặc trưng giống như là hễ xiếc. Da lạnh, ngón ngắn, ngón quẹo, giảm trương lực cơ, bụng to và nhẽo, kém phát triển sinh dục. Thường có dị tật bẩm sinh ở tim. Chiếm tỷ lệ 1/600-1/900 trẻ sơ sinh. Có một số ít trường hợp là do chuyển vị nhiễm sắc thể.

Duchenne I (Giang mai cột sau tủy sống)

(Duchenne de Boulogne Guillaume B.A., nhà thần kinh học người Pháp)

Các biến đổi kiểu thoái hóa của thân não, các rễ sau và phần lưng (sau) của tủy sống: các cơn đau dữ dội ở toàn thân, thất điều tăng dần, mất các phản xạ, mất khả năng nuốt và rối loạn tiêu hóa. Rối loạn chức năng bàng quang, liệt dương. Thường nhất là biểu hiện của giang mai giai đoạn 3. Đa số bệnh nhân là nam giới trung niên.

Liệt Duchenne

(liệt hành não tiến triển)

Các dấu hiệu tổn thương thân não kèm teo các cơ lưng: thường khởi đầu bằng khó cử động lưỡi, nhanh mỗi lưỡi khi nói chuyện và khi ăn. Về sau có teo lưỡi, loạn vận ngôn, thậm chí mất khả năng nói. Rối loạn nuốt, nháy mắt, rối loạn tiết nước miếng. Mất phản xạ hầu (vòm miệng), cười như khóc. Trong giai đoạn cuối có rối loạn tuần hoàn và hô hấp, Bệnh ở trẻ em 3-4 tuổi

Bệnh Duchenne-Aran

(Aran Francois, bác sỹ người Pháp)

(Còn gọi là bệnh Duchenne-Aran, teo cơ tủy sống tiến triển)

Teo cơ tủy sống tiến triển người lớn: teo cơ cân đối hai bên và liệt, phản xạ gân xương mất hoặc rất yếu. Biểu hiện lâm sàng khởi đầu bằng yếu các cơ nhỏ bàn tay, sau đó là giảm khéo léo, đờ tay, khả năng cử động bàn tay bị kém đi, có các co giật cơ bàn tay. Bệnh tiến triển không ngừng và lan rộng dần. Cuối cùng là các dấu hiệu của liệt hành não.

Liệt Duchenne-Erb

(Erb Wilhelm H., nhà nội khoa và thần kinh học người Pháp)

Tổn thương các rễ C5 và C6: mất chức năng dần dần của các cơ delta, nhị đầu và cơ cánh tay (brachialis), một phần cả cơ dưới gai (infraspinatus), đôi khi cả cơ dưới đòn (subclavius). Không thể dạng vai và co khuỷu được. Bàn tay ở tư thế quay sấp. Cử động của cổ tay và các ngón tay bình thường. Không có rối loạn cảm giác hoặc chỉ rất nhẹ ở mu tay.

Bệnh Duchenne-Griesinger

(Griesinger Wilhelm, nhà thần kinh học và tâm thần học người Đức)

(Còn gọi là bệnh loạn dưỡng cơ giả phì đại)

Bệnh loạn dưỡng cơ di truyền kiểu lặn liên kết với nhiễm sắc thể X: khởi đầu bằng teo cơ ngực, sau đó là các cơ bụng và chi thể. Mỗi một nhóm cơ khởi đầu đều bị phì đại và cứng

chắc, sức cơ giảm dần và rồi trở thành teo cơ. Không thể đứng dậy mà không xoay hông (?), dáng đi đong đưa, thường có gù vẹo lưng, bàn chân ngựa, mất phản xạ gân xương, mất chất khoáng của xương, suy tim. Trong máu tăng aldolase và creatinphosphokinase. Chỉ có ở trẻ trai 2-6 tuổi.

Hội chứng Dumping

(To dump: vút ném xuống) (Còn gọi là hội chứng sau cắt dạ dày)

Phức bộ các rối loạn tiêu hóa và tuần hoàn sau khi ăn ở bệnh nhân cắt dạ dày cao: khoảng 15 phút sau khi ăn, bệnh nhân căng đầy ở thượng vị, buồn nôn và nôn ói, toát mồ hôi, nóng bừng, mệt mỏi, khó chịu và run chân tay, đánh trống ngực, đau đầu, có thể ngất xỉu.

Bệnh Dupuytren

(Dupuytren Guillaume, nhà phẫu thuật người Pháp)

(Còn gọi chứng co cứng Dupuytren)

Bệnh do tổn thương tổ chức liên kết: mạc gan tay bị ngắn và nhả lại, gây co cứng các ngón tay, chủ yếu là ở phía trụ.

Bệnh teo cơ tiến triển Erb

(Erb Wilhelm H., nhà nội khoa và thần kinh học Đức)

(Còn gọi là bệnh loạn dưỡng cơ Landouzy-Déjerine)

Bệnh loạn dưỡng cơ di truyền thể niên thiếu: khởi đầu là khó leo thang gác, dáng đi dọ dẫm, teo cơ cân xứng hai bên, xương bả vai nhô ra, quá uốn thắt lưng, thường cũng hay có giả phì đại hệ cơ. Giảm các phản xạ. Miệng trề ra. Tăng aldolase trong máu, giảm creatinin trong nước tiểu. Bệnh khởi phát vào tuổi dậy thì. Hướng tính nam mạnh. Nếu tổn thương ưu thế ở đám rối cánh tay thì di truyền thường là trội theo nhiễm sắc thể thân. Nếu tổn thương ưu thế ở đám rối cánh tay thì di truyền thường là lặn theo nhiễm sắc thể thân. đôi khi cũng có di truyền liên kết với nhiễm sắc thể X.

Tứ chứng Fallot

(Fallot Etienne Louis A., bác sỹ Pháp)

Dị dạng tim và mạch máu lớn hay gặp: động mạch chủ chuyển sang phải, thiếu hụt vách ngăn tâm thất, hẹp động mạch phổi và phì đại tâm thất phải. Các dấu hiệu lâm sàng cơ bản đã có ngay khi trẻ còn đang bú: xanh tím, khó cho trẻ ăn, chậm phát triển và khó thở với bất kỳ một gắng sức nào, tăng hồng cầu, các ngón tay hình dùi đục. Nghe tim thất tiếng thổi tâm thu, tiếng T2 yếu ở trên phổi. Khoảng 50% trường hợp do di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân.

Bệnh tủy xương Fanconi

(Fanconi Guido, nhà nhi khoa người Thụy sỹ)

Bệnh tủy xương trẻ nhỏ, di truyền lặn theo nhiễm sắc thể thân, với rất nhiều các bất thường: thiếu máu tế bào khổng lồ cường (tăng) sắc tăng tiến mạn tính, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, thiếu sản thậm chí bất sản tủy xương kèm theo tăng sinh tổ chức mỡ. Sức đề kháng cơ học và thẩm thấu của hồng cầu vẫn bình thường. Bệnh nhân nhỏ người, nhi tính, giảm thiểu sinh dục, sọ nhỏ, thường có tăng phản xạ, mắt nhỏ, lác mắt. Còn có các tật của chi trên, thận và rối loạn nhiễm sắc tố.

Hội chứng Fisher Miller

(Fischer Miller, nhà thần kinh học người Mỹ)

Một thể của Guillain-Barré: thất điều cả hai bên rõ, liệt mắt cả hai bên, dần dần mất phản xạ gân xương, đôi khi có liệt mềm không cân xứng.

Hội chứng Buschke-Fischer

(Fischer H., bác sỹ da liễu người Đức)

Phức bộ các dị dạng ngoài da: khởi phát trẻ em, da gan và mu tay chân tăng lớp sừng và tăng tiết mồ hôi. Nấm móng chuyển sang bong móng. Tóc thưa và lông thưa. Đầu chóp của ngón tay và ngón chân to ra do phì đại đầu xương. Thường có chậm trí tuệ, khô da, lão hóa sớm, phù mi mắt. Có thể do suy chức năng tuyến giáp bẩm sinh.

Hội chứng Foix

(Foix Charles, nhà thần kinh học Pháp)

Huyết khối, khối u hoặc phình mạch ở trong xoang bướm gây bại hoặc liệt dây III, IV và một phần dây V, lồi mắt, phù mi mắt và kết mạc, mù, liệt mắt, đau dây thần kinh V.

Liệt nửa người Foville

(Foville Achille L., nhà thần kinh học và tâm thần học Pháp)

Phức hợp các phức bộ tổn thương cầu não: liệt VI và VII kiểu ngoại vi cùng bên, mắt ở bên đối diện mất khả năng xoay vào trong.

Dấu hiệu Froin

(Froin Georges, bác sỹ Pháp)

Những biến đổi của dịch não tủy do tắc nghẽn khoang dưới nhện, nguyên nhân: do khối u, lao màng não, viêm cột sống hoặc viêm màng não tủy. Hàm lượng albumin tăng cao. Dịch não tủy nhanh chóng đông lại, có màu nhiễm sắc vàng. Lượng tế bào thay đổi không nhiều. Cùng lúc đó nếu lấy dịch não tủy qua chọc dưới chẩm, thì lại có thành phần bình thường.

Hội chứng Gastaut-Lennox

(Gastaut Henri, nhà thần kinh học Pháp)

(Còn gọi là hội chứng Lennox)

Các cơn co giật động kinh do bệnh não ở trẻ em, đặc trưng bằng chậm phát triển trí tuệ, các cơ không kiểm soát được, và hình ảnh khác biệt trên điện não đồ. Đây không phải là 1 bệnh riêng biệt vì có nhiều nguyên nhân gây được hội chứng này: chấn thương, ngạt thở khi sinh, nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương hoặc bệnh chuyển hóa... Thường khởi phát trước 4 tuổi và không có cách điều trị nào tỏ ra vững bền, 80% sẽ bị động kinh tiếp khi lớn tuổi. Thuốc tốt nhất là Valproat hay Felbamat, nếu bệnh trở lý thì xét phẫu thuật cắt thể chai (corpus callosotomy).

Hội chứng Gerstmann

Quá trình bệnh lý não ở vùng đỉnh: mất đọc chữ trong khi vẫn còn thị lực, mất viết trong khi vẫn còn cử động bàn tay tốt, mất đếm, rối loạn định hướng trong không gian và thân thể của chính mình.

Hội chứng Goodpasture

(Goodpasture Ernst, nhà bệnh lý học Mỹ)

Nhiễm hemosiderin phổi kèm viêm thận tiểu cầu. Thường ở người dưới 40 tuổi. Bệnh nhân bị ho, ho ra máu lặp đi lặp lại, về sau xanh tím, nhịp tim nhanh, khó thở, tiểu albumin, tiểu máu, trụ niệu. Có thể tìm thấy kháng thể chống lại màng nền của tiểu cầu thận. Cuối cùng chết do nhiễm ure huyết.

Hội chứng Guillain-Barré

(Guillain Georges và Barré M.J., các nhà thần kinh học người Pháp)

(Còn gọi là hội chứng Strohl, hội chứng Landry-Guillain-Barré)

Bệnh viêm đa rễ và dây thần kinh, với yếu bại kèm giảm hoặc mất phản xạ. Có thể dị cảm. Liệt leo dần lên. Dịch não tủy có protein tăng cao, trong khi tế bào bình thường hoặc tăng ít (phân ly albumin - tế bào).

Yếu tố Hageman

(Hageman là tên của một bệnh nhân)

Thiếu yếu tố đông máu XII (còn gọi là yếu tố Hageman) trong bệnh di truyền lặn theo nhiễm sắc thể thân (autosoma): thời gian chảy máu chỉ bị kéo dài nhẹ hoặc hoàn toàn bình thường, thử nghiệm Rumpel-Leed dương tính. Thời gian đông máu bị kéo dài. Co cục máu bình thường. Thường không có xu hướng chảy máu tự phát. Thường chỉ phát hiện bệnh khi tình cờ bị chấn thương hoặc xét nghiệm máu đông và máu chảy.

Bệnh bướu giáp Hashimoto

(Hashimoto Hakaru, nhà bệnh lý học người Nhật)

(Còn gọi là bệnh Hashimoto)

Bướu tuyến giáp do viêm tự miễn dịch mạn tính: tuyến giáp bị đau và dần dần to ra, giai đoạn đầu có tăng chức năng, về sau chức năng bình thường, rồi nhược năng giáp. Bệnh chủ yếu ở nữ trên 40 tuổi. Bệnh đặc biệt hay có ở Nhật và Mỹ, nhưng ở các nước khác ít gặp hơn.

Bệnh Heiner

(Heiner Douglas C., nhà dị ứng học nhi khoa Mỹ)

Bệnh do dị ứng với sữa bò ở trẻ em: các khối thâm nhiễm lớn khác nhau ở trong phổi, đôi chỗ có xẹp phổi, thiếu máu nhược sắc, thường tiêu chảy. Thể trạng chung chậm phát triển. Trong huyết thanh có kháng thể chống sữa bò. Những biến đổi trong phổi có tính chất hemosiderin.

Ban xuất huyết Henoch

(Henoch Eduard H., nhà nhi khoa Đức)

(Còn gọi là ban xuất huyết Henoch, ban xuất huyết bạo phát)

Các ban xuất huyết rộng và đối xứng hai bên thâm nhiễm cả ở dưới da, nhưng định khu chủ yếu mặt phía dưới của chân tay. Về sau có mụn nước chứa máu chảy bên trong, thường có tiểu ra máu. Trong máu: thiếu máu đẳng sắc, tăng bạch cầu, tăng bạch cầu trung tính, bạch cầu chuyển trái và tăng gammaglobulin huyết. Trong tủy xương: số lượng lớn các tế bào lưới dạng tương bào (plasmatic) và các bạch cầu ái toan. Tiên lượng đôi khi không tốt (xem thêm hội chứng Schonlein-Henoch).

Bệnh Herxheimer

(Herxheimer Karl, nhà da liễu học người Đức)

(Còn gọi bệnh Pick, bệnh viêm da gây teo lan tỏa tiến triển)

Bệnh teo da tự phát: da nhiễm màu cẩm thạch tím đỏ, trên đó ban đầu xuất hiện các nốt nhỏ, sau là các mảng thâm nhiễm mềm nhẽo. Chuyển dần sang teo. Biến đổi chủ yếu ở mu tay, chân, khớp khuỷu và khớp gối. Da đã bị teo dễ dàng bị nứt rách và tạo nên các vết phồng. Đây là tình trạng tiền ung thư. Bệnh nhân thường xuyên có cảm giác lạnh ở các chi thể bị bệnh. Có lông tơ mịn.

Bệnh to đại tràng bẩm sinh Hirschsprung

(Hirschsprung Harald, nhà nhi khoa người Đan mạch)

(Còn gọi là bệnh Hirschsprung, bệnh to đại tràng bẩm sinh)

Bệnh to đại tràng di truyền lặn theo nhiễm sắc thể thân: ngay từ trẻ đã hay bị táo bón, bụng to kèm trướng bụng, tắc ruột thất thường. Còn biếng ăn, thiếu máu, chậm lớn, nhi hóa. Bóng trực tràng thường rộng. Trên X quang đại tràng xuống và đại tràng sigma giãn rộng.

Bệnh Hodgkin

(Hodgkin Thomas, bác sỹ người Anh)

(Còn gọi là bệnh Hodgkin, bệnh lympho hạt ác tính)

Các u lympho (lymphoma) ác tính kèm theo các biến đổi tổ chức học đặc trưng. Khởi đầu các hạch to lên không đau, đặc biệt là ở cổ phía bên trái, về sau các hạch khác cũng to lên, sau đó yếu mỏi, sốt, tăng sắc tố da, ngứa. Về sau gan và lách cũng to và có cổ trướng. Thiếu máu cổ trướng, giảm lympho bào, tăng bạch cầu ái toan, tăng bạch cầu đơn nhân lớn. Chọc hút hạch lympho 90% trường hợp thấy có tổ chức hạt với các tế bào Sternberg. Tăng bạch cầu ái toan biến thiên. Trong nhiều trường hợp có thể là bệnh di truyền lặn theo nhiễm sắc thể thân (autosoma).

Bệnh Hoffmann

(Hoffmann Johann, nhà thần kinh học Đức)

(Còn gọi là bệnh cơ do thiếu năng giáp trạng)

Bệnh cơ ở những bệnh nhân thiếu năng giáp trạng: phì đại cơ, các cơ giật cơ gây đau, giả tăng trương lực cơ.

Bệnh Horton

(Horton Bayard T., bác sỹ Mỹ)

(Còn gọi là bệnh Horton, cluster headache -đau đầu theo chuỗi)

Đây là một bệnh thuộc Migraine (migren): các cơn đau ở một bên vùng thái dương, ổ mắt và hàm trên, đôi khi ở sau ót. Các cơn đột xuất hiện đột ngột và chỉ trong thời gian ngắn. Các cơn kịch phát như vậy thường về đêm, sau khi ngủ khoảng 1-2 tiếng, và kéo dài nhất cũng chỉ khoảng 1 giờ. Trong cơn, ở nửa mặt bên đó có: chảy nước mắt, phù mi mắt, chảy nước mũi và nghẹt mũi khó thở. Giai đoạn không có cơn kéo dài khoảng vài tháng. Thường chỉ người lớn tuổi bị. Hướng tính nam. Có thể kích thích cơn bằng chích Histamine và cắt cơn bằng adrenalin.

Bệnh viêm động mạch Thái dương Horton

Các dấu hiệu của viêm động mạch nút khu trú vùng động mạch thái dương. Khởi đầu là những triệu chứng toàn thân như: biếng ăn, gầy sút, ra mồ hôi ban đêm, đau thoáng qua trong cơ và khớp, sốt nhẹ. Sau vài ngày đến vài tuần sẽ có đau dữ dội vùng thái dương, đôi khi toàn bộ đầu. Đau tăng lên khi nhai. Tiếp

theo có rối loạn về nhai, nuốt, phù vùng thái dương. Động mạch thái dương dầy lên, nhạy cảm với sờ ấn, và ngoằn ngoèo. Sốt, tăng tốc độ lắng máu, tăng bạch cầu nhẹ, thiếu máu nhược sắc. Thường ở người già 50 tuổi. Thường có huyết khối hoặc tắc mạch ở võng mạc kèm theo dấu hiệu chảy máu, có thể mù cả 2 mắt hoặc bán manh. Thường có biến chứng liệt cứng nửa người.

Bệnh múa giật Huntington

(Huntington George, nhà thần kinh học Mỹ)

(Còn gọi là bệnh Huntington, múa giật Huntington, múa giật tiến triển di truyền)

Bệnh hiếm gặp, teo tiểu não do di truyền với các rối loạn kiểu tăng động và giảm trương lực, di truyền kiểu trội theo nhiễm sắc thể thân. Bệnh thường khởi đầu ở tuổi 30-45. Múa giật phối hợp với múa vờn, dáng đi không vững vàng, không cân đối. Giọng nói chậm và không hiểu được. Trong trường hợp nhẹ thì các cử động chủ ý còn tốt. Có thể thấy giảm trương lực cơ, dị cảm và đau cho thấy có vấn đề của đồi thị thêm vào. Còn có thể rối loạn thần kinh thực vật, kiệt sức, tiểu đường, ăn quá ngon miệng. Về sau có thiếu năng tâm trí.

Tam chứng Hutchinson

(Huntington Jonathan, bác sỹ phẫu thuật, nhãn khoa và da liễu người Anh)

(Còn gọi là tam chứng Hutchinson)

Tam chứng đặc trưng của giang mai bẩm sinh:

- 1) Biến dạng các răng nanh trên, xu hướng khuyết răng, thiếu sản lớp ngà răng.
- 2) Viêm giác mạc nhu mô.

3) Nghễng ngãng tai do mê đạo.

Bệnh Hutchinson

Bệnh ngoài da hiếm gặp ở trẻ em: các u mạch nhỏ lan rộng ra phía ngoại vi, còn trung tâm trở nên trắng và da bị teo. Cuối cùng tạo thành các vết đồng tâm màu đỏ hoặc nâu.

Dị dạng Ito

(Ito M., bác sỹ Nhật)

Phức bộ các dị dạng, nhiều khả năng do di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân. Có các vân hoặc các dải mất màu đặc biệt trên da ngực hoặc chân tay. Mất sắc tố biểu hiện ngay sau khi sinh. Cũng còn giảm trương lực cơ toàn thân, các khớp lỏng lẻo. Trì trệ về trí tuệ và điện não đồ bệnh lý. Liệt chân tay, mắt lác, mất sắc tố móng mắt. Bất thường xương sọ và đốt sống, loạn sản răng, vành tai thiếu sản.

Hội chứng Schmid

(Còn gọi là liệt nửa người và lưỡi giao bên)

Tổn thương thân não do rối loạn tuần hoàn, bị ở phần trên của hành tủy: Liệt dây thần kinh lưỡi kiểu ngoại vi ở cùng bên tổn thương kèm thất điều. Đôi khi có rối loạn nuốt, phát âm do rối loạn hệ cơ họng.

Động kinh Bravais-Jackson

(Còn gọi là động kinh Jackson, động kinh cục bộ, động kinh một phần, động kinh vỏ não)

Các cơn co giật khu trú ở bệnh nhân có tổn thương não: các cơn co cứng - co giật ở một nhóm cơ nhất định mà không có mất ý thức. Trường hợp nặng thì các cơn co giật sẽ lan sang bệnh đối diện và gây mất ý thức. Có thể liệt các cơ đó kéo dài trong vài giờ. Trong khi cơn co giật hay có rối loạn cảm giác hoặc thị lực hay thính lực.

Bệnh Jacob-Creutzfeldt

(Jacob Alfons và Creutzfeldt Hans G., các nhà thần kinh học Đức)

(Còn gọi là Jacob-Creutzfeldt, thoái hóa não - thể vân - tủy sống)

Bệnh lý thoái hóa của não, tiểu não, các nhân xám nền não và tủy sống. Thường khởi phát muộn, biểu hiện bằng yếu hai chân, đau và cứng dần hai chân. Loạn vận ngôn, rối loạn nuốt, dấu hiệu tháp và các rối loạn tâm thần. Đôi khi có các bất thường về sắc tố, tăng sừng hóa da, rối loạn đi cầu. Căn nguyên nghi do virus.

Bệnh đa u tủy xương Kahler

(Kahler Otto, nhà nội khoa người Áo)

(Còn gọi là bệnh Kahler, đa u tủy)

Bệnh lý ác tính hệ thống của tủy xương và hệ bạch huyết, với các khối u của các tế bào tương bào. Bệnh thường khởi đầu vào tuổi trung niên với đau nhiều và kéo dài trong các xương, chủ yếu ở cột sống, khung chậu và xương đùi. Khi sờ nắn và gõ vào xương gây đau. Về sau có biến dạng và gãy xương bệnh lý, tiêu loãng xương toàn thân và cục bộ. Trong máu có paraprotein, và tùy theo thành phần đại diện nhiều nhất mà ta gọi là u tương bào gamma, alpha hay beta. Trong 50% trường hợp nước tiểu có protein Bence-Jones. Trong máu: thiếu máu nhược sắc, tăng bạch cầu, chỉ đôi khi có tăng tương bào trong máu. Trong tủy xương: có các tế bào dạng tủy điển hình, giống như các tế bào tương bào không điển hình. Tiên lượng xấu.

Điển hình là tam chứng Kahler: tiêu loãng xương có kèm gãy xương tự phát, protein Bence-Jones, suy mòn.

Hội chứng Kaplan-Klatskin

(Kaplan Herbert và Klatskin Gerald, các bác sỹ người Mỹ)

Liên kết giữa bệnh sarcoidosis, bệnh vẩy nến, và bệnh thống phong (gout): các vết chàm (eczema) ngứa, các cơn thống phong lặp đi lặp lại và các biểu hiện của bệnh sarcoidosis.

Bệnh Sác côm Kaposi

(Kaposi Moritz, bác sỹ da liễu Hungary)

(Còn gọi là bệnh Kaposi, sarcoma Kaposi...)

Bệnh ác tính của hệ thống tế bào tổ chức lưới: các hạch nhỏ kích thước dưới 2 cm, màu đỏ tươi hoặc phớt xanh, các hạch này thường không đau và tụ lại thành nhóm. Ban đầu các hạch này cứng, có thể biến đổi thành các mụn ruồi, đôi khi tự biến mất. Vùng xung quanh

hạch bị giãn mao mạch. Biểu hiện chủ yếu ở chân và tay. Các hạch lympho to ra, mọc lên cùng với tổ chức liên kết dưới da, thiếu máu tăng dần và suy mòn. Sốt nhẹ. Về sau các hạch trung thất cũng to ra. Gần đây người ta thấy bệnh nhân AIDS (SIDA) hay bị bệnh này.

Hội chứng Kennedy

(Kennedy Frederic M., nhà thần kinh học Mỹ)

Phức hợp các triệu chứng về mắt ở bệnh nhân có quá trình bệnh lý ở hố sọ trước hoặc tổn thương thùy trán: teo dây thần kinh thị giác nguyên phát ở bên tổn thương, rối loạn thị lực cho tới mức mù hắc, còn ở bên đối diện thì có phù gai thị, đôi khi có cả rối loạn khứu giác.

Bệnh Kienbock

(Kienbock Robert, bác sỹ Xquang người Áo)

(Còn gọi là bệnh nhuyễn xương bán nguyệt)

Bệnh di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân, gây hoại tử xương bán nguyệt của bàn tay: đau dữ dội ở cổ tay, đau tăng mạnh khi sờ nắn vào xương bán nguyệt, phù tổ chức xung quanh. Trên phim X quang thấy xương bán nguyệt có các ổ tăng sáng và vết gãy không đều. Bệnh thường ở người 20-30 tuổi, chủ yếu là tay phải. Tiền sử có chấn thương.

Bệnh Kimmelstiel-Wilson

(Kimmelstiel Paul, nhà bệnh lý học Mỹ; Wilson Clifford, bác sỹ người Anh)

(Còn gọi là bệnh xơ cứng tiểu cầu thận do tiểu đường)

Bệnh lý tiểu cầu thận ở bệnh nhân tiểu đường lâu ngày: phù, cao huyết áp, protein niệu, tăng urê huyết, bệnh lý võng mạc do cao huyết áp và tiểu đường. Bệnh tăng tiến không ngừng và dần dần giảm nhu cầu sử dụng insulin. Xuất hiện xơ cứng tiểu cầu thận. Tiên lượng không tốt.

Hội chứng Klinefelter

(Klinefelter Harry F, Bác sỹ người Mỹ)

Bệnh di truyền của tinh hoàn liên kết với nhiễm sắc thể X, kiểu gen là XXY: người đàn ông trẻ phát triển bình thường nhưng có đau vú không thường xuyên, thiếu sản tinh hoàn, thiếu tinh trùng hoặc ít tinh trùng. Lông tóc mọc bình thường.

Hội chứng Klippel

(Klippel Maurice, nhà thần kinh học người Pháp)

Các biểu hiện của nghiện rượu mạn tính: viêm đa dây thần kinh, tổn thương nhu mô gan, hội chứng Corsakoff. Sau khi ngừng rượu thì các dấu hiệu thần kinh thường giảm dần, nhưng tổn thương gan sẽ không thể giảm hẳn được.

Bệnh Klippel-Feil

Các dị dạng di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân kèm tật đốt sống: cổ rất ngắn (cổ ếch), ranh giới mọc tóc hạ thấp xuống, cử động xoay đầu sang bên bị hạn chế, ngực hình cái phễu. Còn có viêm dây thần kinh do chèn ép, thường có rối loạn thở do dị tật đốt sống gây nên. Trên X quang thấy có rất nhiều các dị tật của đốt sống, đốt sống chỉ có một nửa, đốt sống hình vát, các tật nứt đốt sống, gù vẹo lưng. Xương sườn cũng có dị tật, vòm họng tách đôi, dị tật bẩm sinh của tim, có thêm thùy phổi, bất sản cơ ức đòn chũm, chứng cong ngón, chứng dính ngón, răng mọc chậm, tật thừa răng, ống tai trong kém phát triển, điếc, bệnh rỗng tử, tật lỗ hậu môn.

Bệnh Konig

(Konig Franz, nhà phẫu thuật Đức)

Bệnh nhiều khả năng do di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân gây hoại tử vô khuẩn ở phần trong của đầu dưới xương đùi. Thường xuất hiện đau trong giai đoạn đang lớn nhất là lúc dậy thì. Phù nhẹ và hạn chế vận động khớp gối và khớp khiêng nhẹ. Trên X quang thấy các ổ nhỏ trong suốt. Về sau có các mảnh xương mục tách rời ra ở mặt trong của đầu dưới xương đùi. Bệnh thường hai bên, tiến triển vài năm, cuối cùng phục hồi tự phát hoàn toàn. Bệnh hướng tính nam.

Dấu hiệu Konig

Các dấu hiệu của hẹp hồi manh tràng: các cơn đau bụng kèm theo luân phiên giữa táo bón và tiêu chảy. Trường bụng kéo dài, sôi bụng ở vùng hồi manh tràng. Thường có ở bệnh lao hoặc bệnh Crohn.

Hội chứng Korsakoff

(Korsakoff Sergei S., nhà tâm thần học Nga)

(Còn gọi là hội chứng mất nhớ Korsakoff) Phức bộ các rối loạn tâm thần trong các bệnh

lý não khác nhau, ví dụ chấn động, nhiễm trùng, nhiễm độc, đặc biệt là rượu. Không có khả năng nhớ về hiện tại cũng như quá khứ, giảm khả năng tập trung tư tưởng, mất nhớ các sự kiện mới xảy ra gần đây kèm theo chứng bịa chuyện, mất định hướng không gian và thời gian, yếu đuối suy nhược, kiệt sức, đôi khi sáng khoái.

Động kinh Kozevnikoff

(Kozevnikoff Alexej J., nhà thần kinh học Nga)

(Còn gọi là động kinh từng phần (cục bộ) liên tục)

Biểu hiện động kinh bằng các co giật cơ kéo dài ở một số nhóm cơ nhất định, đôi khi thậm chí có co giật toàn thể. Đôi khi có liệt và dị cảm, sau đó có co cứng và teo cơ.

Bệnh Kugelberg-Welander

(Kugelberg Eric và Welander Lisa, các nhà thần kinh học Thụy điển)

(Còn gọi là bệnh Wohlfart-Kugelberg- Welander, teo cơ bả vai - mác)

Bệnh di truyền theo kiểu cả trội lẫn lặn, theo nhiễm sắc thể thân (autosoma), gây teo cơ tủy sống các nhóm cơ ở gốc chi: teo các cơ gốc chi do bệnh lý tế bào sừng trước tủy sống và các sợi vận động. Khởi đầu tuổi nhỏ 3-4 tuổi, ít khi ở tuổi lớn hơn.

Hội chứng Kussmaul

(Kussmaul Adolf, nhà nội khoa Đức)

(Còn gọi là bệnh viêm động mạch nút, hội chứng Kussmaul-Meier)

Bệnh đặc trưng bởi tiến triển đa dạng: sốt, tăng bạch cầu, tăng bạch cầu ái toan, tình trạng toàn thân nặng kèm suy mòn. Rối loạn tiêu hóa với các cơn đau bụng, có rất nhiều ổ chảy máu mao mạch, huyết khối đôi khi gây

tắc mạch, phình mạch. Có dấu hiệu viêm đa cơ và viêm đa dây thần kinh. Các hạch nhỏ và cứng, ít khi có hạch lớn, sờ nắn được dưới da dọc theo mạch máu. Thường có dấu hiệu của viêm thận: protein niệu, hồng cầu niệu, cao huyết áp. Các biểu hiện suy tim, đôi khi cả biến chứng não như co giật, liệt nửa người, rối loạn ngôn ngữ, bán manh, tăng động.

Hội chứng liệt Landry

(Landry Jean B.O., bác sỹ Pháp)

(Còn gọi là hội chứng Landry-Kussmaul, bệnh liệt Landry, liệt leo lên cấp tính)

Khởi đầu có dị cảm ở hai chân, sốt nhẹ. Sau vài giờ hoặc vài ngày xuất hiện liệt mềm, mất phản xạ gân xương. Liệt nhanh chóng tiến triển lên các cơ thân mình, hai tay, lưỡi và họng, mặt và cơ hoành. Khi liệt tới cơ hoành sẽ gây tử vong. Dịch não tủy tăng albumin mà tế bào không tăng nhiều (phân ly albumin - tế bào). Đây là bệnh cảnh rất cấp tính của hội chứng Guillain-Barré.

Bệnh Lindau

(Lindau Arvid, nhà bệnh lý học Thụy điển)

(Còn gọi là bệnh Lindau, u mạch võng mạc tiểu não)

Bệnh di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân (autosoma), gây các dị dạng nguyên bào mạch nhiều chỗ: các u mạch dạng nang ở tiểu não, võng mạc và tuyến tụy, thận đa nang. Hội chứng này khác với hội chứng Hippel-Lindau ở chỗ thận đa nang và tuyến tụy có nang.

Liệt Little

(Little William J. bác sỹ phẫu thuật và chính hình Mỹ)

(Còn gọi là bệnh Little, liệt hai chi dưới co cứng trẻ em, liệt hai chi dưới do bệnh não)

Bệnh liệt co cứng hai bên ở trẻ em sau chấn thương khi sanh: phản xạ gân xương tăng rõ, co cứng các cơ khớp khi đi và đứng. Thường có các cử động kiểu múa vờn hoặc múa giật, loạn vận ngôn, phát âm chậm, đôi khi có các cơn động kinh, thiếu năng trí tuệ. Co cứng và rối loạn phát triển chân tay. Xương bánh chè nằm trên cao. Cũng còn có thể nguyên nhân do di truyền lặn theo nhiễm sắc thể thân (autosoma).

Hội chứng Graham Little

(Little Ernst G. Graham, nhà da liễu học người Anh)

(Còn gọi là hội chứng Lassueur-Little...)

Bệnh da đa dạng chứa rõ căn nguyên với chứng dày sừng gây teo dạng nang: rụng lông tóc gây teo vùng nách và mu. Đôi chỗ tạo nên các ngoại ban kiểu giống như lichen phẳng, loạn dưỡng móng chân tay.

Chứng tăng bạch cầu ái toan Loffler

(Còn gọi là hội chứng Kartagener)

Thâm nhiễm tế bào ái toan trong phổi trong thời gian ngắn: sốt nhẹ thoáng qua trong khi toàn trạng tốt, chỉ đôi khi có mệt mỏi, ho nhẹ, và đổ mồ hôi ban đêm. Nghe phổi triệu chứng rất nghèo nàn. Trong máu tăng bạch cầu ái toan rõ. X quang thấy các đám thâm nhiễm có kích thước và định khu khác nhau, và thường biến mất nhanh chóng. Đôi khi cũng thấy các đám thâm nhiễm tương tự ở các cơ quan khác. Thường có phù thoáng qua các khớp và ban đỏ. Bệnh lành tính, thường vào tháng 7 và 8 (ở châu —u).

Viêm màng trong tim Loffler

Viêm màng trong tim tạo mô xơ gây tổn thương chủ yếu tâm thất phải. Cho là do nguyên nhân dị ứng: suy tim tiến triển mà không tìm thấy dấu hiệu thực thể rõ rệt nào, đôi khi có tiếng thổi tâm thu, về sau có ngựa phi, tim to ra rõ, ECG thấy sóng T âm kèm theo dấu hiệu

tăng gánh cả 2 thất. Tăng bạch cầu ái toan rõ, không sốt, yếu mệt toàn thân, khó thở, lách to. Tiên lượng xấu.

Phức hợp di truyền Louis-Bar

(Louis-Bar Denise, nữ bác sỹ Pháp)

(Còn gọi là thất điều giãn mao mạch, giãn mao mạch não - mắt - và da)

Phức hợp di truyền lặn theo nhiễm sắc thể thân (autosoma) ở trẻ em: rối loạn dáng đi và dáng đứng. Trên mặt có các vết màu cà phê sữa, giãn mao mạch ở kết mạc mắt, viêm xoang tai phát và nhiễm trùng đường hô hấp, tăng tiết nước miếng. Chụp não thấy giãn rộng não thất IV, teo tiểu não. Tiên lượng xấu.

Hội chứng Lyell

(Lyell A., bác sỹ da liễu Anh)

(Còn gọi là tiêu biểu bì hoại tử cấp tính dạng như phỏng do nhiễm độc dị ứng)

Bệnh da nghiêm trọng với khởi phát cấp tính, tiến triển cấp tính và kết thúc bằng tử vong: sốt cao, da có các ban đỏ lớn, xuất hiện trong vòng vài giờ và chuyển màu phớt xanh. Nhanh chóng tạo nên các phỏng nước, biểu bì bị bong ra giống như trong bỏng độ II. Cũng có biểu hiện tương tự ở niêm mạc miệng, mắt, cơ quan sinh dục, và cũng thường bị ở niêm mạc của toàn ống tiêu hóa. Sau khi đã bong da, xuất hiện các vết trợt kèm tiết dịch lẫn máu. Trong máu có tăng bạch cầu, đôi khi giảm bạch cầu. Viêm thận.

Dấu hiệu Mallory-Weiss

(Mallory G. Kenneth, nhà bệnh lý học Mỹ; Weiss Soma, bác sỹ Mỹ)

Các vết rách niêm mạc ở vùng chuyển tiếp thực quản vào dạ dày: nôn ói tái phát, về sau nôn ói ra cả máu. Dấu hiệu X quang âm tính, khi nội soi thấy các vết rách niêm mạc chiều dài 2-4 cm, chủ yếu nằm giữa thực quản và tâm vị. Thường thấy nhất trong những người nghiện rượu.

Hội chứng Marfan

(Marfan Antonin B., bác sỹ nhi khoa Pháp)

(Còn gọi là hội chứng Marfan-Achard)

Phức bộ di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân: A) Các dị dạng thuộc lá phôi giữa (trung bì):

a) Xương: ngực hình cái phễu, ngực gà, vẹo lưng, gù lưng, biến đổi yên bướm, chân tay dài một cách bất thường và các ngón như nhện. Lồi xương, gai đôi, các ngón chân cái quẹo ra, tách đôi vòm họng, thiếu răng;

b) Thiếu sản hệ cơ và mô mỡ, các khớp lỏng lẻo;

c) Dị tật bẩm sinh của tim, túi phình động mạch chủ, tĩnh mạch dưới da giãn rộng, số lượng lặp lại các thùy phổi;

d) Mắt còn tồn tại màng đồng tử, bệnh cơ, thiếu lông mi, nhãn cầu lớn, củng mạc xanh;

e) Mũi to, mặt hình chim, loạn sản vành tai, diện mạo già cỗi.

B) Các biến đổi ngoại bì:

a) Thủy tinh thể lạc chỗ, tật không có thủy tinh thể;

b) Các biểu hiện của hệ thần kinh trung ương: đồng tử có kích thước khác nhau không phản ứng với ánh sáng và hội tụ, rối loạn các phản xạ, các dấu hiệu tháp, rung giật nhãn cầu, não úng thủy, teo não;

c) Tăng chiều cao cơ thể, chân tay có đầu ngón lớn, rối loạn kinh nguyệt, đái tháo nhạt, nhi hóa;

d) Chậm phát triển tâm thần.

C) các biến đổi thuộc lá phôi trong (nội bì): ruột quá dài, thiếu sản ruột.

Liệt Marfan

Liệt hai chân co cứng ở bệnh nhân bị giang mai bẩm sinh: liệt hai chân co cứng không kèm rối loạn dinh dưỡng và cảm giác. teo dây thần kinh thị giác.

Bệnh Marion

(Marion Henri, bác sỹ Pháp)(Còn gọi là bệnh tắc cổ bàng quang)

Hẹp lỗ ra khỏi bàng quang ở trẻ em: bệnh phát sinh do căn nguyên nhiễm trùng đường niệu, xơ hóa bàng quang, bí tiểu, nhiễm trùng ngược dòng lên thận. Trên X quang thấy rõ cả dòng trào ngược từ bàng quang lên niệu quản. Tùy theo giai đoạn bệnh còn có những biến đổi tiếp theo. Cần phẫu thuật giải phóng chỗ hẹp kịp thời.

Hội Chứng Martin-Albright

(Martin Eric, nhà nội khoa Thụy sỹ; Albright Fuller, bác sỹ Mỹ)

Chứng giả thiếu năng cận giáp trạng gia đình kèm hạ Kali máu, khả năng do di truyền lặn liên kết với nhiễm sắc thể X: tầm vóc nhỏ, thể chất giảm sản, béo phì, mặt tròn, chứng dày da, thiếu sản men răng và chóng rụng răng, chân tay ngắn. Tetany tiềm ẩn hay lộ rõ nhưng không

đáp ứng với parathormon. Thiếu năng trí tuệ. Trong máu giảm Calci kéo dài, tăng phosphat máu. Phosphatase bình thường.

Hội chứng Matzdorff-Lhermitte

(Lhermitte Jean, nhà thần kinh học Pháp)

(Còn gọi là hội chứng thể Luys, hội chứng các nhân dưới đồi thị)

Phức bộ các rối loạn thần kinh khi nhân Luys bị kích thích hoặc tổn thương: các cử động kiểu múa giật ở một nửa cơ thể, loạn vận ngôn, loạn ngôn ngữ, thường có phù nửa người. Tăng trương lực cơ nhẹ và có cả khi ngủ.

Bệnh McArdle

(McArdle B., bác sỹ nhi khoa Anh) (Còn gọi là bệnh cơ do glycogen)

Một loại bệnh glycogen di truyền lặn theo nhiễm sắc thể thân (autosoma): đau trong bắp cơ ngay cả khi vận cơ nhẹ và thấy có ngay khi còn nhỏ, mệt mỏi nhiều, yếu sức, myoglobulin niệu thoáng qua, về sau có teo cơ, suy tim. Về sau yếu cả các cơ trơn. Bệnh do thiếu hụt phosphorylase cơ, glycogen không phân tách được và ứ đọng lại trong cơ.

Hội chứng Melkersson-Rosenthal

(Melkersson Ernst G., bác sỹ người Thụy điển; Rosenthal Curt, bác sỹ Đức)

(Còn gọi là chứng liệt mặt tái diễn, hội chứng hạch gối)

Một kiểu liệt dây thần kinh mặt: đầu tiên thỉnh thoảng, sau đó là bị trường diễn chứng phù mắt và môi, liệt dây mặt tái diễn, dị cảm ngón tay, rối loạn nuốt lặp đi lặp lại, khuynh hướng bị migren, tăng tiết nước mắt, ù tai. Đôi khi có kèm bệnh lý kiểu thấp và/hoặc các hạch cổ to ra.

Bệnh Mendelson

(Mendelson Curtis L., bác sỹ gây mê người Mỹ)

(Còn gọi là viêm phổi do hít dịch vị)

Hít phải dịch acid dạ dày khi gây mê: khoảng 2-5 giờ sau khi hít phải dịch vị, bắt đầu có khó thở kiểu hen suyễn, xanh tím, sốt, nhịp tim nhanh, ran ẩm và thậm chí có thể phù phổi, sốc. X quang: biểu hiện tổn thương phổi tương đối nhỏ, đôi khi viêm phế quản phổi từng ổ.

Bệnh Ménière

(Ménière Prosper, nhà nội khoa Pháp)

(Còn gọi là chứng chóng mặt mê đạo)

Là tên gọi chung của các rối loạn tiền đình: ù tai, chóng mặt kịch phát, thường có rung giật nhãn cầu ngang. Về sau có thể có rối loạn thính lực không phục hồi do tổn thương tai trong. Đôi khi tăng tiết nước miếng, nôn ói.

Tam chứng Menzel

(Menzel P., bác sỹ người Đức)

Tam chứng trong u ác tính họng: hạch cổ sưng to, thính lực giảm, đau dây thần kinh số V.

Liệt Millard-Gubler

(Millard Auguste và Gubler Adolphe M., các bác sỹ Pháp)

(Còn gọi là liệt nửa người giao bên thấp)

Một kiểu liệt nửa người giao bên: liệt dây thần kinh mặt kiểu ngoại vi một bên và liệt chân tay bên đối diện.

Mụn nước Neumann

(Neumann Isidor, bác sỹ da liễu người Áo)

Các mụn nước hình thành tự phát ở da và niêm mạc miệng, cơ quan sinh dục và nách: các mụn nước nhanh chóng vỡ ra và thay bằng thịt u nhú (papiloma) của tổ chức hạt. Thường có thuyên giảm kéo dài.

Bệnh teo não trước tuổi già Nevin

(Nevin Samuel, nhà thần kinh học Anh)

Bệnh não trước tuổi già chưa rõ nguyên nhân: bắt đầu vào khoảng 50-70 tuổi, rối loạn thị giác tăng dần tới mù, rối loạn ngôn ngữ, liệt vận động, các dấu hiệu tiểu não, giảm trí năng, các cơn co giật. Vi thể thấy teo tế bào não kèm sự tạo thành các cấu trúc giống như bọt biển trong tế bào sao.

Bệnh nhược cơ bẩm sinh Oppenheim

(Oppenheim Hermann, nhà thần kinh học Đức)

(Còn gọi là bệnh Oppenheim, nhược cơ bẩm sinh, mất trương lực cơ bẩm sinh)

Rối loạn phát triển của các tế bào vận động sừng trước tủy sống, nhiều khả năng bệnh di truyền lặn theo nhiễm sắc thể thân: giảm trương lực cơ cân đối hai bên ở hệ cơ thân mình và

chân tay, chủ yếu là 2 chân. Giảm phản xạ gân xương, teo cơ nhẹ. Thường bệnh không tăng thêm. Hướng tính nam rõ rệt.

Hội chứng Osler

(Osler Willim, nhà nội khoa Anh-Mỹ)

(Còn gọi là hội chứng Rendu-Osler, bệnh Osler, chảy máu do giãn mao mạch di truyền)

Bệnh di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân (autosoma) gây giãn mao mạch da và niêm mạc: giãn mạch chủ yếu ở môi và niêm mạc lưỡi, rất nhiều các u mạch cả ở các phần khác của thân thể. Thường chảy máu cam và nôn có máu và các biểu hiện chảy máu tiêu hóa khác, tiểu ra máu. Về sau có gan to và cổ trướng.

Bệnh Paget

(Paget James, nhà ngoại khoa Anh)

(Còn gọi là bệnh viêm xương biến dạng)

Loạn dưỡng xương của 1 hoặc nhiều xương, nhiều khả năng di truyền liên kết nhiễm sắc thể X hoặc kiểu trội theo nhiễm sắc thể thân (autosoma): giai đoạn tiền triệu có kiểu sốt thấp khớp. Các rối loạn kiểu thấp khớp có thể kéo dài nhiều năm. Khi bị tổn thương xương sọ thì sọ sẽ to ra, đôi khi cả bộ mặt sưng to. Hay có gãy xương tự phát. Nếu ta ấn những phần xương sọ bị phì đại thì có thể tạo nên những triệu chứng thần kinh, đôi khi rối loạn thị giác hoặc điếc. X quang: dày màng xương, biến dạng, gãy xương. Bệnh thường bắt đầu lúc tuổi già, tiến triển chậm chạp. Hướng tính nam.

Hội chứng Pancoast-Tobias

(Pancoast Henry K., nhà X quang học Mỹ)

(Còn gọi là u Pancoast)

Khối u ác tính đỉnh phổi kèm rối loạn thần kinh giao cảm cổ: giảm tiết mồ hôi khu trú, chủ yếu là ở cổ, vai và ngực. Dấu hiệu Horner dương tính. Đau nhiều ở 2 tay, ngực và vai giống như cơn đau thắt ngực nhưng không đáp ứng với thuốc giãn vành. Thường có teo cơ và tê bì ở tay. Khối u xâm lấn phần mềm của cổ và thường xâm lấn cả đốt sống và xương sườn. Dần dần suy mòn.

Viêm kết mạc Parinaud

(Parinaud Henri, nhà nhãn khoa người Pháp)

Viêm kết mạc dạng hạt lộ ra ngoài, một bên và lành tính: sốt, phù mi, ở kết mạc có các hạt màu vàng kích thước như đầu kim, giác mạc thường không bị ảnh hưởng. Phù kín đáo tuyến mang tai av2 hạch cổ. Khởi bệnh sau khoảng 4-5 tuần. Bệnh do Leptotrix và do nhiều loại động vật truyền bệnh.

Bệnh Parinaud

Rối loạn khả năng nhìn theo chiều thẳng đứng trong tổn thương củ não sinh tư: rối loạn khả năng di chuyển nhãn cầu theo chiều dọc (thẳng đứng), mất phản ứng với ánh sáng, hội tụ chậm, đôi khi rung giật nhãn cầu. Nguyên nhân hay gặp nhất là u bướu.

Bệnh Parkinson

(Parkinson James, nhà phẫu thuật và khảo cổ học người Anh)

(Còn gọi là bệnh Parkinson, chứng liệt rung)

Tổn thương hệ thống ngoại tháp tự phát, đôi khi là hậu quả của nhiễm trùng hay nhiễm độc. Bệnh nhân bị cứng đờ, nét mặt đờ đẫn như mặt nạ, giảm vận động, đi với tư thế còng xuống, giọng nói đơn điệu, run điển hình ở đầu và tay, tăng tiết mồ hôi và tăng tiết nước miếng. Có thể trầm cảm, giảm dần trí tuệ, khuynh hướng ảo giác. bệnh thường hay có nhất ở tuổi 50-60.

Dấu hiệu Penfield

(Penfield Wilder G., nhà phẫu thuật thần kinh Canada)

Phức bộ các dấu hiệu kịch phát trong u bướu của dưới đồi thị: các cơn co giật, cao huyết áp, rung giật nhãn cầu, chảy nước mắt và chảy nước miếng, lờ mờ mắt, giảm nhiệt độ, nhịp tim nhanh, thở chậm.

Bệnh sa sút trí tuệ trước tuổi già Pick

(Pick Arnold, nhà thần kinh học và tâm thần học Đức)

(Còn gọi là bệnh Pick)

Teo có giới hạn của vỏ não và bán cầu đại não, kèm theo các biến đổi về nhân cách. Bệnh thường khởi phát quanh tuổi 55. Nếu tổn thương thùy trán sẽ có chứng thờ ơ lãnh đạm, nghèo nàn cảm xúc, thu hẹp phạm vi năng lực, tư duy và vận động. Nếu tổn thương chủ yếu phần nền của thùy trán sẽ có khoái cảm bệnh lý, suy giảm khả năng phê phán, mất kìm chế đạo đức. Nếu tổn thương thùy thái dương sẽ có chứng lặp lại về cư xử, lời nói và chữ viết. Có ảo giác ngắn hạn, chứng bịa chuyện, cho tới trạng thái lú lẫn và bất an về tâm thần vận động. Đôi khi có các rối loạn ngoại tháp như: giảm biểu cảm nét mặt, cứng đờ kiểu parkinson. Thường có teo các cơ nhỏ bàn tay. Điện não đồ: giãn rộng các não thất. Người ta giả thiết bệnh do di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân.

Bệnh xơ gan do tim Pick

(Pick Friedel, nhà nội khoa và bác sỹ Tai-Mũi-Họng Đức)

(Còn gọi là bệnh viêm gan giả xơ gan)

Xơ gan do viêm màng quanh tim: các dấu hiệu của ứ trệ tĩnh mạch, cổ trướng, tràn dịch màng phổi, phù hai chân, khó thở, xanh tím. Các khám xét tiếp theo cho thấy có hiện tượng ứ trệ do viêm màng quanh tim và suy tim ở mức độ nặng với tiến triển mạn tính. Khi đặt ống thông thấy áp lực tĩnh mạch tăng cao trong cả hai tĩnh mạch chủ.

Cơn đau Prinzmetal

(Prinzmetal Myron, bác sỹ tim người Mỹ)(Còn gọi là hội chứng Graybie)

Cơn đau thắt ngực xảy ra hiện vào lúc nghỉ ngơi, thường có rối loạn nhịp tim, cảm giác sợ hãi, toát mồ hôi, bất an. Điện tim trong cơn: các dấu hiệu rõ ràng của thiếu máu dưới thượng tâm mạc, ngoài cơn thì không còn thấy các dấu hiệu này.

Phù Quincke

(Quincke Heinrich I., nhà nội khoa người Đức)

(Còn gọi là hội chứng mạc - thần kinh, phù mạch thần kinh, bệnh Bannister)

Phù mạch thần kinh trên nền tảng dị ứng, đôi khi dị ứng: phù cấp tính ở mặt, nhất là ở môi và mi mắt, chân tay và bộ phận sinh dục ngoài. Thường có nôn ói, tiêu chảy, đau đầu và cả phù phổi. Khi hết các dấu hiệu phù thì thường sẽ tiểu nhiều. Có khuynh hướng tái phát. Đôi khi đồng thời với cơn hoặc sau cơn có kèm các biểu hiện dị ứng khác, như hen phế quản, migren...

Phức bộ Racine

(Racine W., bác sỹ người Thụy sỹ)

Phức bộ các triệu chứng trước kỳ kinh: phù cá tuyến nước bọt, căng và phù tuyến sữa. Các dấu hiệu tự hết đi khi có kinh.

Hội chứng Raeder

(Raeder J.G., nhà thần kinh học Na uy)

(Còn gọi là hội chứng giao cảm cận dây V, hội chứng cận đau dây V)

Biểu hiện của đau dây thần kinh cận dây V: đau dữ dội ở một bên, đau theo nhịp đập không tài nào trị được ở trong mắt. Buồn nôn, nôn và co đồng tử. Đau thường bắt đầu từ sáng sớm và kéo dài cho tới buổi trưa. Thường phụ nữ hay bị hơn.

Liệt nửa người Raymond

(Raymond Fulgence, nhà thần kinh học Pháp)

(Còn gọi là liệt nửa người giao bên với liệt dạng mắt)

Liệt không cố định ở bệnh nhân có tổn thương nhân dây VI (dạng mắt- đưa mắt ra ngoài phía thái dương) và bó tháp trước khi bắt chéo: liệt nửa người cùng bên, liệt dây VI bên đối diện

Hội chứng Raynaud

(Raynaud Maurice, nhà nội khoa người Pháp)

(Còn gọi là bệnh Raynaud, bệnh hoại thư Raynaud, hoại thư cân đối)

Rối loạn tuần hoàn kịch phát ở tay và chân, cân đối hai bên, kèm các dấu hiệu hoại thư thứ phát: các cơn co thắt động mạch gây đau cân đối cả hai bên, chủ yếu ở ngón tay, kèm theo tê bì và thay đổi màu sắc. Trên da có các mụn nước, hoại thư thì hiếm hơn. Đôi khi thấy có các dấu hiệu này ở mũi, tai, cằm. Dùng phương pháp soi mao mạch thấy rất nhiều các mao mạch cuộn ngoằn ngoèo, thậm chí tạo thành nút thắt. Đôi khi trên X quang có xương sườn cổ. Bị bệnh đa số là phụ nữ.

Bệnh u xơ thần kinh Recklinghausen

(Recklinghausen Friedrich D. von, nhà bệnh lý học Đức)

Bệnh hệ thống của các mô thần kinh, di truyền kiểu trội theo nhiễm sắc thể thân (autosoma). Thường khởi phát vào tuổi thiếu niên, biểu hiện bằng các vết sắc tố màu cà phê sữa, rất nhiều các u xơ thần kinh không đau. Có các u tế bào thần kinh đệm (neuroglioma) ở khu vực các rễ thần kinh. Các u xơ trong não và tủy sẽ gây các triệu chứng thần kinh tùy theo khu trú của chúng. Ngay cả trong xương cũng có nhiều biểu hiện thoái hóa và các dị dạng.

Bệnh Recklinghausen-Engel

(Engel Gerhard, bác sỹ Đức)

(Còn gọi là bệnh Recklinghausen, cường cận giáp trạng nguyên phát, viêm xương dạng sợi có nang)

Các loạn dưỡng xương lan tỏa kèm theo các nang và các nhóm tế bào khổng lồ trong xương. Bệnh khởi đầu ở tuổi 20-40 với các dấu hiệu không điển hình: đau trong xương, tiểu nhiều. Dần dần hạn chế vận động, xuất hiện gãy xương tự phát. Trên X quang: mất Calci cho tới teo dạng hạt, các nang, ở đầu các xương dài có các ổ những tế bào khổng lồ, tiêu

loãng xương, gù lưng. Trong máu tăng Calci, hạ Phosphat, tăng Phosphatase, thận bị calci hoá. Nguyên nhân là cường cận giáp trạng nguyên phát.

Bệnh viêm đa dây thần kinh Refsum

(Refsum Sigvald B., nhà thần kinh học người Na uy)

(Còn gọi là viêm đa dây thần kinh mất điều hòa động tác di truyền)

Bệnh di truyền kiểu lặn theo nhiễm sắc thể thân (autosoma): viêm võng mạc sắc tố kèm chứng quáng gà, viêm đa dây thần kinh mạn tính, liệt tăng dần ở phần dưới cơ thể, phản xạ gân xương giảm hoặc mất, thất điều tiểu não, mất khứu giác, tăng số lượng dịch não tủy. Loạn sản khớp cân đối cả hai bên, các biến đổi xương giống như trong bệnh vẩy cá (ichthyosis). Điện tâm đồ: nhịp tim nhanh, các biến đổi tái cực lan tỏa, đôi khi rối loạn dẫn truyền.

Tam chứng Reiter

(Reiter Hans, nhà vệ sinh học người Đức)

(Còn gọi là bệnh Reiter, viêm niệu đạo do viêm đa khớp, viêm niệu đạo thấp khớp)

Tam chứng: viêm niệu đạo, viêm kết mạc, viêm đa khớp. Tiền sử có viêm ruột thông thường, đôi khi lỵ. Biếng ăn, gầy sút, buồn nôn và nôn ói, sốt, kích thích niêm mạc mũi và khí quản, nhưng cũng có cả viêm âm hộ, viêm qui đầu, thường cũng có viêm màng phổi, viêm màng não, viêm gân - bao gân, đôi khi viêm thận. Còn có viêm kết mạc, viêm móng mắt thể mi, nổi mày đay, herpes, loạn dưỡng móng kèm chảy máu ở chân móng. Viêm đa khớp có tiến triển nặng nề. X quang: các biến đổi xương, có thể cho tới mức phân hủy xương. Bệnh chủ yếu ở đàn ông tuổi 20-40. Tiến triển mạn tính với các đợt tái phát.

Dấu hiệu Robertson

(Robertson Douglas M.C.L. Argyll, nhà nhãn khoa người Scotland)

(Còn gọi là dấu hiệu Argyll-Robertson)

Rối loạn chức năng đồng tử do căn nguyên thần kinh trong các bệnh lý khác nhau của hệ thần kinh: đồng tử không phản ứng với ánh sáng, nhưng lại phản ứng tốt khi hội tụ và điều tiết (xa gần). Phản ứng với các kích thích cảm giác và tâm lý bị suy giảm. Co đồng tử. Đồng tử không đều hoặc dị dạng đồng tử.

Bệnh Rosenthal

(Rosenthal R. L., bác sỹ Mỹ)

(Còn gọi là bệnh Rosenthal, hội chứng PTA)

Bệnh ưa chảy máu typ C (thiếu hụt prothromboplastin, yếu tố Rosenthal). Bệnh di truyền kiểu lặn theo nhiễm sắc thể thân (autosoma): chảy máu dễ dàng ngay cả sau một chấn thương nhỏ, ví dụ chảy máu mũi, sau phẫu thuật, sau nhổ răng. Rong kinh. Thường không có chảy máu vào trong khớp và dưới da. Máu: tiểu cầu bình thường, thời gian đông máu kéo dài nhẹ, rối loạn tái tạo thrombokinese.

Bệnh Roussy-Lévy

(Roussy Gustave, nhà bệnh lý học Pháp; Lévy Gabrielle, bác sỹ Pháp)

(Còn gọi là bệnh Roussy-Lévy, chứng loạn điều hòa vận động di truyền mất phản xạ)

Bệnh thất điều gai (tủy sống) - tiểu não do di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân (autosoma): ngay từ khi mới bắt đầu tập đi đã có thất điều, dị dạng bàn chân, vẹo lưng, Teo tăng dần các cơ ở phía dưới của cẳng chân. Xuất hiện cái gọi là chân cẳng cò. Mất phản xạ gân xương ở tất cả các chi thể. Đôi khi dấu Babinski (I) dương tính, rối loạn cảm giác sâu, giảm khả năng phối hợp vận động chi thể, yếu sức cơ, chậm chạp lờ đờ. Đôi khi lác mắt, đục thủy tinh thể, thiếu năng trí tuệ.

Hội chứng Sheehan

(Còn gọi là hội chứng Simmonds- Sheehan, suy mòn do tuyến yên)

Thiếu năng thùy trước tuyến yên: teo các cơ quan sinh dục trong và ngoài, vô kinh, thiếu sản tử cung. Các biến đổi bắt đầu xảy ra ở phụ nữ sau khi sanh. Không mọc lông, da mỏng, teo tuyến giáp, giảm chuyển hóa và giảm thân nhiệt, giảm đường huyết, dễ xúc cảm, thiếu máu nhẹ, giảm Na máu. Còn có giảm 17- ketosteroid và 11-ketosteroid, và cả gonadotropin trong nước tiểu. Tiên lượng xấu vì sẽ teo nhiều tuyến.

Hội chứng Sheldon

(Sheldon J. M., nhà nhi khoa người Anh)

(Còn gọi là hội chứng béo phì của người mẹ)

Rối loạn nội tiết tố khi mang thai, về sau phát triển thành bệnh tiểu đường: khi mang thai người mẹ nhanh chóng trở nên béo phì, béo phì kéo dài cả sau khi sanh, trẻ sanh ra có cân nặng lớn hơn bình thường. Thường về sau sẽ phát triển thành bệnh tiểu đường.

Bệnh Shy-Drager

(Shy George M. và Drager Glenn A., các nhà thần kinh học Mỹ)

(Còn gọi là hạ huyết áp tư thế do loạn vận động - loạn thần kinh thực vật)

Bệnh lý não tủy, có thể di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân (autosoma): hạ huyết do tư thế (khi đứng thẳng), rối loạn tiểu tiện, tổn thương não-tủy và tiểu não tăng tiến. Yếu và teo cơ. Soi hiển vi chủ yếu thấy chỉ tổn thương nhân lưng của dây X kèm sự giảm dần về số lượng các tế bào trước hạch của các cột sau tủy sống.

Hội chứng Avellis - Schmidt

(Schmidt Adolf, nhà nội khoa người Đức)

Một kiểu liệt giao bên thường thấy sau tổn thương phía lưng của hành tủy: liệt màn hầu và dây thanh cùng bên, liệt cơ ức đòn chũm và thang cùng bên, liệt nửa người bên đối diện.

Hội chứng Martin Schmidt

(Schmidt Martin B., nhà phẫu thuật người Đức)

(Còn gọi là hội chứng suy tuyến giáp - thượng thận, hội chứng ba tuyến)

Thiếu năng tuyến giáp và vỏ thượng thận trong bệnh tiểu đường: tăng sắc tố da và niêm mạc, mệt mỏi, khô da, giảm huyết áp, ngất xỉu, biếng ăn, nôn ói, tiêu chảy, vô kinh, liệt dương, tiểu nhiều. Máu: hàm lượng Na bình thường, K tăng, Glucose tăng. Nước tiểu có đường. Bản chất là tổn thương do miễn dịch cả 3 tuyến: tuyến giáp, thượng thận và tụy. Cũng còn có thể di truyền lặn theo nhiễm sắc thể thân.

Tổn thương Schmitt

(Schmitt H.G., nhà phẫu thuật người Đức)

Tổn thương cột sống do chấn thương của nghề nghiệp: rất thường ở người cầu thủ, mệt mỏi, đau kiểu giả bệnh thấp hoặc giả rễ ở vùng sau ót, cột sống cổ và giữa hai xương bả vai. Nguyên nhân là các biến đổi kiểu thoái hóa, thậm chí có thể bị đứt rời vài gai sống.

Ban xuất huyết Schonlein-Henoch

(Schonlein Johannes L., nhà nội khoa và Henoch Eduard H., nhà nhi khoa, người Đức)

(Còn gọi là ban xuất huyết giảm tiểu cầu nguyên phát)

Ban xuất huyết do dị ứng nhiễm độc: các vết giống như mề đay, ban đỏ đa dạng, xuất huyết dưới da chủ yếu ở da chân tay, và còn có xuất huyết niêm mạc. Kích thước các vết xuất huyết bằng đầu ghim hay hạt đậu. Còn có phù, đau khớp, đau bụng kèm cầu phân đen. Tiểu ra máu và albumin niệu. Đôi khi tăng bạch cầu ái toan và tăng bạch cầu. Máu chảy và số lượng tiểu cầu bình thường. Thường có các biểu hiện dị ứng khác: mề đay, phù Quincke... Thường bệnh nhân là nữ. Hay tái phát và thuyên giảm. Đôi khi có thể di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân (autosoma).

Bệnh Schroeder

(Schroeder Henry A., bác sỹ Mỹ)

(Còn gọi là bệnh cao huyết áp nội tiết)

Cao huyết áp ở người có rối loạn nội tiết tố: nhanh chóng bị béo phì (vào thời kỳ mãn kinh hoặc sau sanh), cao huyết áp, thoát máu ra đáy mắt, đường cong glucose máu bất thường, phì đại xương trán, rậm lông, có các vết rạn da. Giảm lượng Na và Cl trong mồ hôi.

Hội chứng Sicard

(Sicard Roger, nhà thần kinh học Pháp)

(Còn gọi là chứng đau dây thần kinh lưỡi hầu tự phát)

Đau dây thần kinh lưỡi hầu: đau dữ dội đột ngột ở một bên màn hầu khi ăn thức ăn cứng, miếng ăn nóng hoặc lạnh, đôi khi thậm chí sau khi ngáp hoặc cười to. Đau kéo dài khoảng 2 phút. Đau lan xuyên ra lưỡi, hàm dưới, tai bên đó, đôi khi cả mắt.

Hội chứng Mikulicz-Sjogren

(Sjogren Henrik C., nhà nhãn khoa người Thụy điển)

(Còn gọi là hội chứng viêm giác kết mạc khô)

Bệnh hệ thống mạn tính với suy tất cả các tuyến ngoại tiết: khô niêm mạc, viêm kết mạc, viêm giác mạc, giảm tiết nước mắt, viêm mũi, viêm họng - khí quản, viêm âm hộ, viêm âm đạo, khô miệng, to tuyến mang tai. Giảm toan dạ dày, bệnh túi mật mạn tính, bệnh tụy. Teo tuyến mồ hôi và nhờn, khô da, viêm da do ánh sáng, sợ ánh sáng, giãn mao mạch. Rối loạn Calci hóa của răng và xương, viêm đa khớp mạn tính, viêm động mạch kèm theo hoại thư chân tay. Paraprotein máu, thiếu máu nhược sắc, giảm Fe huyết thanh. Bệnh nhân đa số là phụ nữ thời kỳ mãn kinh. Thường có thuyên giảm và tái phát. Bệnh có thể do di truyền lặn theo nhiễm sắc thể thân (autosoma), nhưng hiện nay đa số cho là do tự miễn.

Hội chứng Torsten Sjogren

(Torsten Sjogren, nhà tâm thần học Thụy điển)

Nhiều khả năng là bệnh di truyền kiểu lặn. Đục thủy tinh thể kèm thiếu năng trí tuệ: đục thủy tinh thể cả hai bên, chậm phát triển toàn diện, thất điều tiểu não, mất trương lực cơ, não nước nội.

Hội chứng Sudeck

(Sudeck Paul H.M., nhà phẫu thuật Đức)

(Còn gọi là hội chứng Sudeck-Kienbock, teo Sudeck, loãng xương Sudeck)

Teo các xương nhỏ bàn tay và chân sau chấn thương do căn nguyên thần kinh: Trong giai đoạn I da bên tổn thương đỏ và nóng, phù và yếu cơ; lông và móng mọc nhanh hơn. Trong giai đoạn II có xanh tím và lạnh, da teo và bóng, đau tự phát trong xương khi nghỉ ngơi và cả sau gắng sức, cứng khớp, teo cơ, móng bị nứt rách. X quang mất xương xốp từng ổ. Trong giai đoạn III đau sẽ ít đi, nhưng hầu như không thể cử động khớp được.

Bệnh múa giật Sydenham

(Sydenham Thomas, bác sỹ người Anh)

(Còn gọi là bệnh Sydenham, múa giật nhỏ, múa giật do thấp, múa giật Sydenham)

Tổn thương thể vân do viêm - nhiễm độc gây ra các rối loạn vận động kiểu tăng động - giảm trương lực lan tỏa. Bệnh chủ yếu ở trẻ em, biểu hiện bằng các cử động múa giật điển hình và cử động nét mặt bất thường (kiểu như bộ mặt nhăn nhó), hơi kích động về tâm lý, không tập trung tư tưởng, giảm hoạt động. Trẻ nữ hay bị nhiều hơn. Múa giật thường kết hợp với các dạng khác của bệnh thấp khớp cấp, nhất là với viêm màng trong tim.

Bệnh Takayasu

(Takayasu Michishiga, bác sỹ Nhật bản)

(Còn gọi là bệnh viêm động mạch cánh tay - đầu)

Viêm động mạch gây tắc nghẽn ở khu vực thân cánh tay - đầu không sờ được mạch ở tay, mạch ở chân bình thường, hạ huyết áp ở nửa trên cơ thể trong khi lại cao huyết áp ở nửa dưới cơ thể. Nhịp tim nhanh, tăng mẫn cảm với phản xạ xoang cảnh với khuynh hướng ngắt xủ, tiếng thổi ở quai động mạch chủ, rối loạn thị giác theo chu kỳ thậm chí mù thoáng qua. Cũng có thể tổn thương võng mạc vĩnh viễn do thiếu tưới máu. Đôi khi thay đổi dinh dưỡng của da và cơ, thậm chí teo. rụng răng, nghe kém, thậm chí điếc.

Bệnh Tay-Sachs

(Tay Waren, bác sỹ nhãn khoa Anh và Sachs Bernard P., nhà thần kinh học Mỹ)

(Còn gọi là chứng ngu đần Tay-Sachs)

Bệnh di truyền lặn theo nhiễm sắc thể thân (autosoma) gây ngu đần và mù ở trẻ em: bệnh khởi phát ngay tháng tuổi thứ 4-6. Giảm thị lực tăng dần tới mức mù hoàn toàn, thiếu năng trí tuệ có thể tới mức ngu đần, các co giật kiểu co cứng - co giật, múa vờn, múa giật,

co thắt xoắn vặn. Thoái hóa võng mạc và teo dây thần kinh thị giác. Bệnh kéo dài khoảng 2 đến 3 năm. Thường chết do các bệnh gian phát do thiếu izoenzym A.

Bệnh Thomsen

(Thomsen Asmus J.T., bác sỹ Đức)

(Còn gọi là bệnh Thomsen, tăng trương lực cơ bẩm sinh)

Một kiểu tăng trương lực cơ, bệnh di truyền kiểu trội theo nhiễm sắc thể thân (autosoma), cũng có kiểu lặn theo nhiễm sắc thể thân nhưng ít hơn. Bệnh tường biểu hiện ngay sau khi sanh, trẻ khó bú, nét mặt cứng đờ, các bắp thịt phì đại rõ (cơ bắp Hercules), tăng tính kích thích của cơ.

Bệnh Tinel

(Tinel Jules, nhà thần kinh học Pháp)

Chứng to đầu chi không rõ nguyên nhân, có các cơn đau kịch phát ở các đoạn cuối của chi thể (các ngón) mà không có phù và hồng ban.

Bệnh Tolosa-Hunt

(Tolosa Eduard, bác sỹ Mỹ và Hunt William E., nhà phẫu thuật thần kinh Mỹ)

Viêm xoang hang hay phần trên ổ mắt: đau ở phía sau nhãn cầu một bên, liệt tạm thời các dây vận nhãn, đôi khi nhìn đôi. Thường gặp ở người tiểu đường.

Hội chứng Tourette

(Gilles de la Tourette Goerges E.A.B., nhà nội khoa người Pháp)

(Còn gọi là hội chứng Gilles de la Tourette, bệnh Gilles, bệnh Tourette, múa giật biến thiên)

Tổn thương thể vân gây tăng động: các tic, bất thường biểu cảm nét mặt (nhăn nhó), khịt mũi, khạc nhổ, giật vai, gật lắc đầu, động tác nhảy lắt đi lắt lại, văng tục, lắp. Khi bị kích thích thậm chí có các cử động kiểu múa giật. Trước đó thường có các lệch lạc trong cảm xúc và tính dục. Cũng có thể có yếu tố di truyền.

Hội chứng Troisier-Hanot-Chauffard

(Troisier Emile, Hanot Victor và Chauffard Anatole, các bác sỹ Pháp)

Bệnh tiểu đường trong xơ gan và xơ tụy, lách to và tăng sắc tố da: các vết màu xám trên da mặt, bộ phận sinh dục và chân tay, tăng porphyrin trong nước tiểu, thường có teo buồng

trứng, liệt dương và các rối loạn nội tiết tố khác. Có ứ trệ tuần hoàn cửa kèm cổ trướng, các dấu hiệu thể tạng chảy máu. Máu tăng Fe. Thường ở đàn ông trên 40 tuổi. Có dạng di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân (autosoma), và có dạng do nhiễm độc, nhất là với các chất có chứa đồng.

Tam chứng Trotter

(Trotter Wolfred, nhà phẫu thuật Anh)

Phức hợp các triệu chứng khi có các khối u nhỏ trong mũi họng: đau hàm dưới, lưỡi và tai ở một bên. Tai cùng bên giảm thính lực và màn hầu cùng bên kém cử động. Về sau xuất hiện chứng co khít hàm, phù tuyến mang tai mà thường bị coi là viêm tuyến mang tai một bên.

Bệnh viêm tắc tĩnh mạch Trousseau

(Trousseau Armand, nhà nội khoa người Pháp)

Viêm tắc tĩnh mạch ở bệnh nhân có ung thư nội tạng: viêm tắc tĩnh mạch tự phát cấp tính.

Điều trị kết quả kém, viêm thường tự biến mất khi đã loại bỏ được khối u nội tạng.

Hội chứng Turner

(Turner John W., bác sỹ người Mỹ và Kieser W., bác sỹ người Đức)

(Còn gọi là bệnh loạn sản cơ - xương - túy di truyền)

Bệnh loạn sản các tổ chức trung bì phôi, di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân (autosoma): thiếu sản xương bánh chè, xương khủy tay kèm sai khớp đầu xương quay, loạn sản móng, tạo thành các chồi xương cân xứng hai bên ở các xương chậu. Còn có loạn sản các chi trên, phì đại xương trán, đôi khi có nhiều vết chàm cánh bướm. Một số trường hợp có thiếu chất sắt và các dấu hiệu thần kinh.

Dấu hiệu Bonnevie-Ullrich

(Ullrich Otto, nhà nhi khoa người Đức)

Vết chàm cánh bướm một bên cơ thể, thường ở chân tay, rất nhiều các thiếu sản hoặc bất sản của cơ. Các dấu hiệu khác tương tự như trong hội chứng Bonnevie-Ullrich.

Bệnh loạn dưỡng cơ Ullrich

(Còn gọi là bệnh loạn dưỡng cơ mất trương lực xơ hóa di truyền)

Nhiều khả năng di truyền kiểu lặn theo nhiễm sắc thể thân (autosoma), gây bệnh cơ có xơ hóa mất trương lực: Bệnh thường có ngay sau khi sanh, hệ cơ bắp yếu nhẽo, đặc biệt là các

phần xa (bàn và ngón), hệ cơ trở nên cứng và co thắt cứng, xuất hiện gù vẹo, khó cử động các khớp, đặc biệt là các khớp gôc chi (vai háng). Cũng có thể tổn thương dây sọ, yếu

mệt toàn thân. Bệnh về sau thường không phát triển, nhưng thường chết sớm do bệnh gian phát.

Dị dạng Volkmann

(Volkmann Richard von, nhà phẫu thuật Đức)

Bệnh di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân, gây sai khớp cả hai mắt cá, mắt cá trong di lệch ra trước, các cơ ở bắp chân bị teo, xương đùi xoay ra ngoài, thường khuyết tật xương mác, đôi khi bất sản hoàn toàn. Tật ngắn chi, bất sản xương quay

Liệt do thiếu máu Volkmann

(Còn gọi là liệt Volkmann)

Co cứng các ngón tay hoặc ngón chân do tổn thương hệ cơ, hậu quả của rối loạn tuần hoàn. Thường thấy ở người trẻ tuổi sau khi gãy xương cánh tay. Đầu tiên có phù bàn tay, da bị xanh tím và nhợt nhạt kèm giảm cảm giác, rối loạn dinh dưỡng các ngón tay. Dưới khủy hay tạo thành các vết sẹo sâu, các ngón tay tạo thành dạng móng vuốt chim.

Ban xuất huyết Waldenstrom

(Waldenstrom Jan G., nhà nội khoa Thụy điển)

(Còn gọi là ban xuất huyết tăng globulin máu, ban xuất huyết loạn protein máu nguyên phát)

Các ban xuất huyết chu kỳ kèm tổn thương kiểu dị ứng mạch máu do paraprotein máu: ban xuất huyết nhỏ mạn tính, nhất là ở 2 chân. Máu đông và máu chảy bình thường. Tăng cao rõ rệt gamma globulin, tốc độ máu lắng. Bệnh tiến triển theo chu kỳ.

Bệnh Waldenstrom

(Còn gọi là bệnh đại globulin máu)

Nhiều khả năng di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân: mệt mỏi, tái nhợt, khó thở, to các hạch bạch huyết toàn thân, các dấu hiệu thể tạng xuất huyết thấy cả trong võng mạc, tai trong, hệ thần kinh trung ương, hệ tiêu hóa. Máu đông và máu chảy bị kéo dài. Tăng thời gian prothrombin, co cục máu bệnh lý, paraglobulin máu, đại globulin máu, thử nghiệm Sia dương tính. Tăng tốc độ lắng máu rõ. Đôi khi to gan và lách. Máu: thiếu máu rõ, hay là thiếu máu đẳng sắc, tăng bạch cầu lympho, giảm tiểu cầu. Trong tủy xương đôi khi có tăng các tế bào tương bào. Bệnh hay có ở đàn ông 50-70 tuổi.

Bệnh Waterhouse-Friderichsen

(Waterhouse Rupert, bác sỹ người Anh và Friderichsen Carl, bác sỹ Đan mạch)

(Còn gọi là bệnh Waterhouse-Friderichsen, nhiễm trùng màng não cầu ác tính)

Nhiễm trùng tiến triển dữ dội với suy thượng thận: khởi đầu đột ngột với sốt cao, đau đầu, nôn ói, đau bụng, tiêu chảy, xanh tím không ổn định tăng dần. Trong vòng vài giờ xuất hiện chảy máu dưới da và niêm mạc, ngất xỉu, co giật. Các dấu hiệu rối loạn đông máu mao mạch. Thường ở trẻ em và người bị cắt bỏ lách. Nhiễm trùng thường là mô não cầu, nhưng cũng thường có bị do phế cầu hoặc liên cầu.

Hội chứng Weber

(Weber Hermann D., bác sỹ Anh gốc Đức)

(Còn gọi là hội chứng Weber-Leyden, liệt Weber, liệt nửa người giao bên vận nhãn)

Dấu hiệu tổn thương thân não: liệt chân tay có dấu hiệu tổn thương tháp bên đối diện, liệt các cơ nét mặt bên đối diện trừ các cơ trán. Liệt các cơ lưỡi. Liệt các cơ vận nhãn cùng bên.

Bệnh Welanders

(Welanders Lars A., nhà thần kinh học Thụy điển)

(Còn gọi là bệnh cơ phía ngoại vi muộn do di truyền)

Bệnh cơ di truyền kiểu trội theo nhiễm sắc thể thân (autosoma): bệnh khởi phát quanh tuổi 40-60, yếu cơ tăng dần, teo các cơ duỗi và cơ nhỏ ở ngón chi ở tất cả các chi thể. Nổi trội lên là yếu các ngón tay, dẫn tới tư thế gấp các ngón. Các phản xạ gân yếu dần, nhất là phản xạ Achilles. Các cơ gần trung tâm như ở đầu, cổ, lưng thì hiếm khi bị.

Chu kỳ Wenckebach

(Wenckebach Karel F., nhà nội khoa người Hà lan)

Khoảng P-Q trên ECG dần dần dài ra, cho tới mức mất hẳn phức bộ QRS. Hiện tượng này lặp lại theo chu kỳ.

Bệnh Werdnig-Hoffmann

(Werdnig Quido, nhà thần kinh học Áo và Hoffmann Johann, nhà thần kinh học Đức)

(Còn gọi là bệnh teo cơ tủy sống tiến triển trẻ em)

Bệnh teo cơ tuần tiến: bệnh bắt đầu vào cuối thời kỳ trẻ bú mẹ. Teo cơ tăng dần ở đùi, khung chậu, lưng, về sau cả khối cơ bả vai cánh tay. Phản xạ yếu hoặc mất, nhưng cảm giác bảo toàn. Trong giai đoạn muộn có dấu hiệu hành não. Cử động thở dần dần bị hạn chế, trường hợp nặng chỉ còn thở bằng cơ hoành.

Bệnh Werlhof

(Còn gọi là bệnh Werlhof- Wichmann, bệnh giả ưa chảy máu)

Biểu hiện lâm sàng của xuất huyết giảm tiểu cầu: chảy máu lớn đột ngột ở niêm mạc, chủ yếu là mũi miệng, cũng có thể (ít hơn) vào ống tiêu hóa, bàng quang, ở phụ nữ thì băng huyết. Chảy máu dưới da biểu hiện bằng các đốm xuất huyết có các kích thước không đều. Máu: thiếu máu thứ phát, giảm tiểu cầu, tiểu cầu bệnh lý, các dạng chưa trưởng thành, tiểu cầu khổng lồ... Máu chảy bị kéo dài, máu đông bình thường, cục máu kéo dài hoặc không có. Trong tủy xương tăng tế bào nhân khổng lồ (megakaryocyte) với khuynh hướng bất thường. Lách hơi to. Bệnh thường ở trẻ em và thanh niên.

Sa sút trí tuệ Wernicke

(Wernicke Karl, nhà thần kinh học và tâm thần học Đức)

Một dạng suy yếu tâm thần tuổi già: rối loạn tiếp thu, khoái cảm, ương ngạnh, bịa chuyện rất nhiều.

Bệnh não Wernicke

Bệnh não rất nặng tiến triển tới chết. Có tam chứng: liệt vận nhãn, nhìn đôi, mất phản xạ, rối loạn ý thức. Ngoài ra còn có thất điều tiểu não, co giật, rối loạn thực vật, bệnh lý nội tiết thường kèm béo phì. Thường ở người nghiện rượu mạn tính, thiếu Vitamin B1 và xơ gan.

Liệt nửa người Wernicke-Mann

(Mann Ludwig, nhà thần kinh học Đức)

Liệt trung ương khi tổn thương bao trong: bên đối diện bị liệt cứng chân tay, lưỡi và mặt, nhưng cơ trán còn bảo toàn (do nhận phân bố thần kinh kép). Bệnh nhân có dáng đứng và đi đặc biệt gọi là tư thế Wernicke-Mann.

Bệnh Westphal

(Westphal Carl F.O., nhà thần kinh học và tâm thần học Đức)

(Còn gọi là bệnh liệt chu kỳ)

Liệt nhẽo chân tay kịch phát, nhiều khả năng có tính di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân. Liệt mềm, tiến triển thường là đột ngột, đặc biệt là về đêm. Phản xạ gân xương giảm hoặc

mất. Tiền triệu: cảm thấy nặng ở chân, căng ở thượng vị, buồn nôn. Trong cơn lo sợ. Trường hợp nặng có thể tổn thương cả cơ tim và hệ cơ nội tạng. Máu: hạ Kali.

Bệnh West

(West W.J., nhà nhi khoa Anh)

(Còn gọi là bệnh não giật cơ ở trẻ em có loạn nhịp cao thế)

Cơ giật trẻ em biểu thị bằng một loạt cơ cơ kiểu gắp. Điện não đồ có loạn nhịp. Bệnh biểu hiện ở tuổi khoảng 2 tuổi. Về sau mang đặc trưng của bệnh động kinh. Thường có rối loạn trí tuệ.

Bệnh Willebrand-Jurgens

(Willebrand Erik A. von, bác sỹ Phần lan và Jurgens Rudolf, nhà huyết học Đức)

(Còn gọi là bệnh giả ưa chảy máu di truyền)

Bệnh di truyền trội theo nhiễm sắc thể thân (autosoma) gây giảm tiểu cầu với các biểu hiện của thể trạng chảy máu. Bệnh biểu hiện ở tuổi còn đang bú, biểu hiện ở tuổi dậy thì ít có hơn. Chảy máu ở da, niêm mạc, mũi, lợi răng, còn vào ống tiêu hóa thì ít hơn. Nguy hiểm tính mạng khi chảy máu từ vết thương, ví dụ khi nhổ răng. Lách không to. Số lượng tiểu cầu bình thường, hình dạng cũng bình thường, chỉ có đôi khi giảm nhẹ. Nhưng trong tủy xương có tế bào nhân khổng lồ với các dấu hiệu thoái hóa kèm các không bào. Khả năng kết tập của tiểu cầu giảm, thời gian chảy máu kéo dài, nhưng đông máu và co cục máu bình thường. Bị bệnh chủ yếu là phụ nữ và ở họ bệnh cũng nặng hơn.

Bệnh Wilson

(Wilson Samuel A. Kinnier, nhà thần kinh học Anh)

(Còn gọi là bệnh thoái hóa gan - đậu)

Bệnh di truyền kiểu lặn theo nhiễm sắc thể thân gây thoái hóa gan và nhân đậu: khởi đầu bằng run khi vận động chủ ý tăng tiến dần, giọng nói kiểu bùng nổ, giảm biểu cảm nét mặt, đổ thân mình ra trước, co cứng chân và tay, các cử động kiểu múa giật, rối loạn tâm lý, thiếu năng trí tuệ. Dấu hiệu chẩn đoán là vòng màu xanh lá cây quanh móng mắt, gọi là vòng Kayser-Fleischer. Xơ gan, lách to nhẹ, rối loạn chuyển hóa saccharid với các biểu hiện bệnh tăng insulin, tiểu ra aminoacid, tăng bài tiết Cu ra nước tiểu và tích lũy đồng trong gan và các hạch nền não. Trong máu thể: ceruloplasmin, do vậy đồng sẽ tăng liên kết với albumin và từ liên kết này sẽ dễ dàng giải phóng ra các cơ quan. Dùng Penicilamin làm cho tiên lượng khá lên.

Hội chứng Wolff-Parkinson-White

(Wolff Louis, bác sỹ Mỹ; Parkinson John, nhà tim mạch Anh; White Paul D., nhà tim mạch Mỹ)

(Còn gọi là hội chứng Kent, hội chứng W-P- W)

Dị dạng dẫn truyền trong tim: có khuynh hướng nhịp nhanh kịch phát, chẩn đoán dựa vào ECG thấy khoảng P-Q ngắn lại và phức bộ QRS rộng ra kèm sóng delta. Khi nhịp tim nhanh có thể là do xung động truyền qua đường bên cạnh - cầu nối Kent.

Hội chứng Wright

(Wright Irving S., bác sỹ Mỹ)

(Còn gọi là hội chứng cơ ngực nhỏ)

Rối loạn tuần hoàn và phân bố thần kinh chi trên do chèn ép bó mạch thần kinh tại nách: nếu bệnh nhân đưa tay ra sau đầu thì mất mạch, gan bàn tay bị xanh tím lại, các ngón tay trắng nhợt, đau ở ngực lan lên bả vai. Thường thấy ở người kém tập luyện sau một gắng sức chủ yếu ở chi trên.

Dấu hiệu Young

(Young Frank G., nhà nội tiết học Anh)

Các dấu hiệu tăng tiết somatotropin: tăng tiết sữa trong giai đoạn mang thai, béo phì, trẻ sơ sinh có trọng lượng lớn quá 4 kg, thường thai chết lưu. Về sau khi mãn kinh hay bị tiểu đường.

Hội chứng Youssef

(Youssef Abdel F., nhà phụ khoa người Ả rập)

(Còn gọi là chứng kinh qua đường tiểu sau mổ tử cung, ống thông bàng quang - tử cung sau mổ caesar)

Có ống thông giữa bàng quang với tử cung sau khi mổ caesar phần dưới: không kìm giữ được nước tiểu, tiểu ra máu trong thời kỳ hành kinh.

Hội chứng Zollinger

(Zollinger Hans U., nhà bệnh lý học Thụy sỹ)

(Còn gọi là viêm tiểu cầu thận trong mao mạch)

Hội chứng thận hư gây biến chứng viêm tiểu cầu thận: tiểu ra máu, tiểu ra protein, rối loạn protein máu, tăng cholesterol máu, phù. Các biểu hiện có thể kéo dài sau vài năm.

Viêm thận kẽ Zollinger

Viêm thận kẽ không nhiễm trùng.

Hội chứng Zollinger-Ellison

(Zollinger Robert M. và Ellison Edwin H., các nhà phẫu thuật Mỹ)

Khối u tuyến tụy của các tế bào D (A1) của tuyến tụy sản sinh ra gastrin (gastrinoma) với các ổ loét dạ dày tái đi tái lại. Đau lặp đi lặp lại ở vùng bụng, tiêu chảy, bệnh lý loét thường xuyên tái phát, ợ nóng và chảy máu vào trong ống tiêu hóa, tăng tiết dịch vị và tăng acid. Tiên lượng phụ thuộc đặc tính của khối u và luôn luôn là nghiêm trọng.