

hemodinamic care are o mai strînsă corelație cu parametrii hemodinamici decît fiecare din componentele sale luate separat (3,11), el fiind cu atît mai scăzut cu cît volumul sistolic este mai scăzut (2, 11).

Metoda poligrafică indirectă, corelată cu studiul fenomenelor electrice cardiace — în contextul clinic al fiecărui caz — poate fi deci de un real folos în aprecierea funcțională a ventriculului stîng în stenoza mitrală. În afara studiului dinamicii contracției, această metodă mai oferă și posibilitatea aprecierii semicantitative a unor parametri hemodinamici importanți (volum sistolic, debit cardiac, rezistența periferică, lucrul mecanic de presiune al ventriculului stîng).

Sosit la redacție: 10 aprilie 1976.

Bibliografie

1. Bădărău G., Lehrer E.: Rev. Med. Chir. (Iași), (1964), 2, 315; 2. Deyrieux F., Tartulier M., Bourret M.: J. Med. Lyon (1971), 2, 269; 3. Deyrieux F., Tartulier M.: Arch. Mal. Coeur (1971), 65, 1129; 4. Garrard C., Weissler A., Dodge H.: Circulation (1970), 42, 455; 5. Horwitz, Mullins Ch., Payne R., Curry G.: Chest (1973), 64, 609; 6. Kumar S., Spodick D.: Am. Heart J. (1970), 80, 401; 7. Oreshkov V.: Brit Heart J. (1967), 29, 778; 8. Sabău M., Szóts G.: Rev. med. (1976), 22, 1; 9. Tavel M., Baugh D., Feigenbaum H., Nasser W.: Circulation (1972), 46, 744; 10. Tricot R., Graisely B., Guerot Cl., Houeix J., Veber G.: Ann. Cardiol. Angéiol. (1973), 22, 375; 11. Weissler A., Harris W., Schoenfeld C.: Am. J. Cardiol. (1969), 23, 577; 12. Warembourg H., Desruelles J., Merlen J., Dubar P.: Arch. Mal. Coeur (1961), 54, 1034.

Clinica O.R.L. (cond.: conf. dr. V Mulfay doctor în medicină)
din Tîrgu-Mureș

PARALIZIA FACIALĂ PERIFERICĂ POSTTRAUMATICĂ *

dr. C. Drașoveanu, I. Togănel, Felicia Florea

La instalarea unei paralizii faciale periferice de origine traumatică se poate ajunge atît în mod direct cît și indirect. În prima eventualitate, traumatismul comprimă canalul lui Fallope, iar nervul este zdrobit, rupt etc. În a doua eventualitate, cea indirectă, traumatismul declanșează o ischemie reflexă, sau o vasodilatație paralică, rezultînd în final o perturbare vasomotrică cu instalarea unui edem al tecii nervului și strangularea acestuia în canalul său osos (*Aubry-Pialoux*).

În general se admite faptul că o paralizie facială periferică posttraumatică instalată precoce are un prognostic nefavorabil, în timp ce instalarea sa tardivă, la cîteva zile după traumatism ar avea un prognostic mai favorabil. Comparînd evoluția cazurilor de paralizie facială posttrau-

* Lucrare prezentată la Consfătuirea interjudețeană cu tema: „Traumatismele în O.R.L., Vaslui, 4 VII 1975

matică din Clinica ORL Tîrgu-Mureș cu statistica lui *Albertini* (tabelul nr. 1) se poate constata însă că prognosticul favorabil poate fi observat și acolo unde paralizia s-a instalat precoce și invers.

Indiferent dacă nervul a fost zdrobit, rupt sau dacă este doar strangulat de edemul tecii sale, pe plan clinic se instalează tabloul unei paralizii faciale periferice.

Gârbea, Neuman precum și majoritatea autorilor au recomandat efectuarea tardivă a intervenției chirurgicale decompresive, fără însă a se depăși 3 luni de la momentul debutului. Referitor la acest aspect se pot consemna rezultate favorabile chiar în intervenții practicate după 3 luni, precum și invers.

Atît din punct de vedere clinic cît și prin examenul electric, la ora actuală nu putem evalua cu precizie, de la bun început, prognosticul paralizii faciale periferice posttraumatice, de aici rezultînd principala dificultate în stabilirea optimă a momentului operator decompresiv. După opinia majorității autorilor examinarea electromiografică a teritoriului paralizat ar furniza datele cele mai concludente. În cel de al treilea caz prezentat de noi (tabelul nr. 1) electromiografia practică în primele zile de la instalarea paraliziei a arătat un blocaj tranzitoriu al influxului nervos, în fața căruia instituind decompresia precoce am obținut în scurt timp o restabilire completă. În primul nostru caz, sosit în clinică la 3 luni de la debut, examinarea electromiografică a evidențiat fenomenul denervării irecuperabile. Intraoperator, în ciuda unui traiect de fractură evident, nervul avea continuitatea anatomică conservată. Se poate emite deci ipoteza că o intervenție decompresivă practică precoce l-ar fi eliberat la timp din strangularea indusă prin edem, înainte de instalarea modificărilor ireversibile.

Tabelul nr. 1

Evoluția paralizii faciale posttraumatice după *Albertini* (1962)

Nr. crt.	Debutul paraliziei	Intervalul preoperator	Date intra-operatorii	Rezultate postoperatorii		Total zile
				Interval	Rezultate	
1.	24 h	90 zile	Edem	42 zile	Restabilire	133
2.	24 h	100 zile	Calus osos	42 zile	Ameliorare	143
3.	2—3 zile	90 zile	Calus osos Congestie	—	Neschimbat	
4.	Simultan traumatismului	120 zile	Edem incizia tecii	—	Neschimbat	
5.	14 zile	110 zile	Nimic deosebit	32 zile	Restabilire	156

Evoluția paralizii faciale posttraumatice, Clinica O.R.L. Tîrgu-Mureș (1973)

1.	Simultan traumatismului	105 zile	Focar de fractură	—	Neschimbat	
2.	2—3 zile	50 zile	Edem	10 zile	Restabilire	63
3.	4 zile	4 zile	Linia de fractură	12 zile	Restabilire	18

Este de fapt conduita pe care o recomandăm, adică, efectuarea unei decompresii precoce, în primele 3 săptămâni de la debutul parezei post-traumatice, fapt recunoscut și de alți autori care au început să utilizeze electromiografia în studiul evoluției parezelor faciale posttraumatice.

Sosit la redacție: 11 octombrie 1976.

Bibliografie

1. *Albertini F.*: Ann. Oto-Laryng. (1962), 79, 1025; 2. *Aubry M., Pia-loux P.*: Progrès en oto-rhino-laryngologie. Ed. Flemarion, Paris, 1968; 3. *Gârbea S., Sandu I., Soroiu G., Iordache G.*: Oto-rino-laringologie (1969), 14, 289; 4. *Neuman H., Srafolenau D., Bogdan C., Stănescu C.*: Oto-rino-laringologie (1966), 11, 137.

Marosvásárhelyi 2. sz. Belgyógyászati Klinika (vezető: dr. Horváth Endre egyetemi tanár, docens-doktor), Orvostudományi Akadémia, Marosvásárhelyi Kutatóközpont (vezető: dr. Barbu Zeno egyetemi tanár, docens-doktor)

PERIFÉRIÁS VERŐÉRSZÜKÜLETBEN SZENVEDŐ BETEGEK ZSÍR ÉS SZENHIDRÁTANYAGCSERÉJÉNEK VIZSGÁLATA

Brassai Z., Kovalszki P., Buksa K.

Az epidemiológiai felmérések tanúsága szerint az obliteratív verő-érbetegségben szenvedők száma az elmúlt évtizedekben jelentősen emelkedett. A kísérletes és klinikai vizsgálatok adatai alapján bizonyítást nyert a kóroki tényezők sokrétősége, valamint az a szoros kapcsolat, amely a szénhidrát és lipoprotein anyagcsere zavarai és e betegségsz csoport között fennáll (1, 4, 7, 8, 10 12).

Megfigyeléseink célja a perifériás verőérszűkületek, lehetőleg angiographiásan is igazolt eseteiben, a hyperlipoproteinaemia, illetve a latens vagy manifeszt cukorbetegség gyakoriságának vizsgálata volt.

Vizsgálati anyag és módszer

A marosvásárhelyi 2. sz. Belgyógyászati Klinika angiológiai részlegén az 1973—1976 közötti években a végtagok idült obliteratív arteriopathiája miatt kezelésben részesült 235 betegen végeztük a vizsgálatokat. A kísérme felállítására a klinikai tünetek, a plethysmogram harmadlagos hullámai, az oscillogram, valamint 186 esetben az arteriographiás kép alapján történt. Minden betegnél ellenőriztük a vérzsírokat, a napszakos vércukrot, illetve az oralis cukorterhelési görbét, szükség esetén cortizon terheléssel is kiegészítve (20). A vizsgálatok a gyógyszeres kezelés megkezdése előtt, a felvételt követő első három napon történtek. A zsírtűkör vizsgálatánál a vérvétel 14 órás éhezést követően történt. A savóban meghatároztuk az össz-cholesterin és triglycerid szintet, ugyanakkor agarose gel elektroforesist, és esetenként ultracentrifugálást végeztünk (8). A hyperlipoproteinaemiák osztályozása a *Fredrickson* és munkatársai javasolta szempontok, illetve az EVSZ módosítása (mely a II. típust II/A és II/B-re osztja) alapján történt (7, 13).