

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I,” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

No. 1225

Patogenia și tratamentul chirurgical al simblefaronului

(studiu clinic și statistic.)

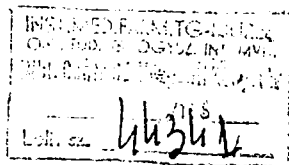
TEZĂ

pentru

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
prezentată și susținută în ziua de 3 Februarie 1938

de

IOAN HERMAN



24 MAY 2005

CLUJ
TIPOGRAFIA DIECEZANĂ
1938.

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Prof. Dr. D. MICHAİL.

Profesori :

Clinica stomatologică	D l. Prof. Dr. <i>Aleman I.</i>
Bacteriologie	” ” <i>Baroni V</i>
Fiziologia umană	” ” <i>Benetato G.</i>
Istoria medicinei	” ” <i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală	” ” <i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	” ” <i>Buzoianu Gh.</i>
Istologia și embriologia umană	” ” <i>Drăgoiu I.</i>
Semiologie medicală	” ” <i>Gota I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	” ” <i>Grigoriu Gr.</i>
Clinica medicală	” ” <i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală	” ” <i>Kernbach M.</i>
Chimia biologică	” ” <i>M. ntu I.</i>
Clinica oftalmologică	” ” <i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	” ” <i>Minea I.</i>
Igiena și igiena socială	” ” <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	” ” <i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	” ” <i>Papilian V.</i>
Clinica chirurgicală }	” ” <i>Pop A.</i>
Medicina operatoare }	” ” <i>Popovici Gh.</i>
Clinica infantilă	” ” <i>Popovici Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia (supl)	” ” <i>Sturza M.</i>
Balneologia	” ” <i>Tătaru C.</i>
Clinica dermato-venerică	” ” <i>Țeposu E.</i>
Clinica urologică	” ” <i>Urechia C.</i>
Clinica psihiatrică	” ” <i>Vasiliiu T.</i>
Anatomia patologică	” ” <i>Rucoviță E</i>
Biologia generală	” ” <i>Secăreanu Șt.</i>
Chimia medicală	” ” <i>Bărbulescu N.</i>
Fizica medicală	Conf. ”



JURIUL DE PROMOTIE

Președinte: D-nul Prof. Dr. D. Michail

Membrii: {

- ” ” ” *A. Pop*
- ” ” ” *V. Bologa*
- ” ” ” *Gh. Popoviciu*
- ” ” ” *Gr. Benetato*

Supteant: Dl. Doc. Dr. P. Vancea

Părinților Mei,

*dedic această lucrare
drept mulțumire pentru
jertfele depuse cu educația
mea.*





Anatomia și istologia conjunctivei.

Conjunctiva este o membrană mucoasă subțire, netedă, lucioasă și transparentă, care căptușește fața posterioară a pleoapelor și partea anterioară a globului ocular, pe cari le unește fără a le împiedeca în mișcările lor.

Considerată în totalul său, conjunctiva alcătuiește un sac mucos deschis înainte, la nivelul deschiderii palpebrale, căruia i s'a dat numele de sacul conjunctival.

Deși conjunctiva constituie o membrană unică se obișnuiește totuși a i se distinge din punct de vedere anatomo-clinic trei porțiuni și anume:

a) *conjunctiva palpebrală*, care căptușește fața posterioară a pleoapelor.

b) *conjunctiva bulbară*, care acoperă fața anterioară a scleroticeii.

c) *conjunctiva fundului de sac* care este intermediară între primele două pe cari le unește și corespunde liniilor de răsfrângere a conjunctivei palpebrale asupra globului ocular.

Structura conjunctivei; conjunctiva se compune dintr'un strat epitelial superficial și unul profund dermic. Epiteliul conjunctival își schimbă constituția sa anatomică după regiunea considerată.

La nivelul tarsurilor se găsește un strat superficial de epiteliu cilindric sub care se află un strat de celule turtite. La nivelul fundurilor de sac se constată același strat epitelial superficial cilindric sub care se găsește alte 2—3 straturi de celule turtite.

La nivelul conjunctivei bulbare epiteliul ia caracter

pavimentos stratificat, având straturile superficiale compuse din celule turtite iar stratul profund din celule cilindrice, care în vecinătatea limbului cornean prezintă numeroase granulațiuni pigmentare, constituind la rasa neagră un adevărat inel pigmentar pericheratic.

Dermul conjunctival este alcătuit din două straturi, dintre cari unul superficial sau adenoid, foarte subțire, situat imediat sub epiteliu și altul profund sau fibros mult mai gros. În acest strat profund al dermului se găsesc; vasele, nervii și glandele conjunctivei.

Embriologia conjunctivei. Desvoltarea conjunctivei depinde de aceia a pleoapelor. Ea rezultă din invaginarea ectodermului la nivelul deschiderii palpebrale. Ectodermul se diferențiază în epiteliu conjunctiv în momentul în care pleoapele înaintează asupra globului ocular.

Boalele conjunctivei.

Oricare ar fi forma clinică și cauzele afecțiunii conjunctivale, ele prezintă o simptomatologie în mare parte comună, caracterizată prin fenomene subiebtive: durere, și obiective: iperemie, lăcrimare, secreție fibrinoasă filamentoasă, etc.

Boalele conjunctivei se clasifică în următoarele grupe: (Prof. Michail)

- I. Afecțiuni congenitale ale conjunctivei.
- II. „ traumatice ale conjunctivei.
- III. „ infecțioase ale conjunctivei.
- IV. „ eruptive ale conjunctivei.
- V. „ degenerative ale conjunctivei.
- VI. Neoplazii conjunctivale.

Afecțiunile degenerative ale conjunctivei.

Această grupă cuprinde o serie de boale a căror etiologie încă nu e pe deplin elucidată și cari sunt caracterizate prin diferite leziuni degenerative istologice mai mult sau mai puțin precizate. Di acest grup face parte și simblefaronul.

Simblefaronul.

Simblefaronul este o afecțiune caracterizată prin micșorarea suprafeței conjunctivale datorită leziunilor sale distructive. Simblefaronul se produce oricâte ori există două suprafețe erodate de o parte de conjunctiva palpebrală, de altă pe aceea a globului ocular. Aceste suprafețe sfârșesc prin a se reuni între ele printr'un țesut scleros constituind simblefaronul.

Etiologie. Simblefaronul poate fi congenital dar mai ales dobândit, fiind consecința leziunilor conjunctivale distructive de tot felul. Agenții provocatori îi putem clasa în următoarele grupe:

a) *Traumatisme*; plăgi conjunctivale, accidentale sau operatorii, după enucleații rău practicate, în cari s'a resecat o mare parte din întinderea conjunctivei, în urma portului unui ochiu de dimensiuni necorespunzătoare cavității conjunctivale, sau din cauza faptului că după enucleație s'a neglijat purtarea protezei oculare (ex vacuo.)

b) *Arsurile conjunctivale*; cari pot fi produse prin agenți chimici cât și arsuri propriuzise ce rezultă din contactul conjunctivei cu un număr destul de mare de corpi incandescenti proiectați pe ochi.

1) *Agenții chimici* caustici capabili de a cauza distrucția conjunctivei și consecutiv simblefaron, sunt:

Acizi; *Acidul sulfuric* (SO_4H_2), mai frecvent întrebuințat în scop criminal.

Acidul clorhidric (ClH) și *acidul acetic* ($\text{CH}_3\text{—COOH}$) mai puțin.

Baze; *Hidratul de calciu* sau varul stins [$\text{Ca}(\text{OH})_2$], dă cele mai frecvente și mai de temut distrucții conjunctivale.

Hidroxidul de potasiu sau potasa caustică (KOH) deasemenea poate da cauterizări a conjunctivei.

Sărurile; *Nitratul de argint* ($\text{NO}_3 \text{Ag}$), pur în creioane întrebuițat de către neexperimentați este adesea cauza alterării profunde a conjunctivei.

Calomelul $\text{Hg}_2 \text{Cl}_2$ ntrebuițat în acelaș timp cu medicațiunea internă de iod, deasemenea poate produce morțificarea țesutului conjunctiv din cauza formării iodurului de mercur la suprafața conjunctivei.

Precipitatul roșu, întrebuițat sub formă de pudră în diferite afecțiuni oculare, produce accidente serioase.

Acetatul de plumb în soluție, contraindicat în arsuri și eroțiuni conjunctivale, căci mai mult strică decât folosește.

2. *Arsurile propriuzise*, survin ca o consecință a contactului conjunctivei cu metale la o înaltă temperatură, frecvente mai ales în timpul exercițiului de tir, metale topite: plumb; aramă, zinc, sau cu diverse lichide în fierbere.

c) *Leziuni infecțioase și ulcerose* a conjunctivei, cum sunt cele, tuberculoase, sifilitice, sporotrichozice, pemfigoide difterice. În trachom, unde avem o retractare gradată a țesutului conjunctiv, în cazurile mai avansate fundul de sac conjunctival e redus la un simplu șanț foarte puțin profund situat între bulbul ocular și pleoapă. Acest fel de simblefaron aparține celui posterior.

Simptome. Simblefaronul face ca fundurile de sac conjunctivale să fie scurtate în raport cu întinderea procesului destructiv. În cazurile ușoare se constată că dela eonjunctivele palpebrale pornesc frâuri cicatriciale sidefoase cari se prind în formă de seceră de conjunctiva bulbară corespunzătoare, limitând astfel parțial amplitudinea excurziei oculare. (Fig. 1.)

În cazurile mai grave aceste frâuri cicatriciale sunt scurte cuprind toată întinderea fundurilor de sac conjunctivale și fixează pleoapele nu numai de sclerotică ci chiar de cornee, producând o adevărată anchilozare a globulului ocular. Fundurile de sac sunt reduse în aceste cazuri la simple șanțuri neregulate.

Forme clinice. Simblefaronul ca aspect clinic se poate prezenta sub 2 forme:

1. *Simblefaron sarcomatos* sub forma unui strat gros unind pleoapa cu globul ocular.

1. *Simblefaron membranos.*, sau fibros, caracterizat printr'un strat mai subțire fibros.



Fig. 1. — Simblefaron după arsură cu var.
(După Prof. Michail.)

Când în urma enucleației nu s'a aplicat proteză oculară la timp, se produce o rețracție progresivă a fundurilor de sac conjunctivale și o micșorare a cavității palpebrale, dând simblefaronul ex vacuo.

După extinderea ce o ia simblefaronul se împarte în:

1. *Simblefaron incomplet* sau parțial ce se poate prezenta sub două forme clinice după situația pe care o prezintă frâurile cicatriciale conjunctivate și anume:

a) *Simblefaron posterior* în care cicatri-tele (cuprind sacurile conjunctivale în toată adâncimea lor. (Fig. 2.

b) *Simblefaron anterior* în care frâurile cicatriciale trec

ca o punte dela conjunctiva palpebrală la cea bulbară lăsând libere fundurile de sac conjunctivale. (Fig. 3.)

2. *Simblefaronul complet* sau total, atunci când pleoapele sunt lipite de globul ocular în toată întinderea lor, sau când în lipsa globului ocular sacul conjunctival este redus la dimensiuni minuscule.

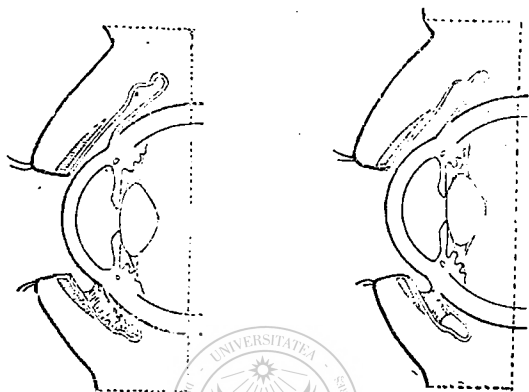


Fig. 2. — Simblefaron posterior. Fig. 3. — Simblefaron anterior.
(După Prof. D. Michail) (După Prof. D. Michail)

După pleoape simblefaronul poate fi superior sau inferior.
Schematic avem :

Simblefaron	congenital dobândit ex vacuo	}	1. complet	}	superior
			sau total		inferior
			2. incomplet	}	ant. sup
			sau parțial		inf.
					post. sup. inf.

Dintre aceste forme de simblefaron, cel anterior este forma cea mai benignă a afecțiunii în timp ce simblefaronul posterior și mai ales cel total reprezintă leziuni grave în contra cărora terapeutica luptă deseori cu mari dificultăți, iar altciori rămâne chiar complet incapabilă

Tratamentul chirurgical al simble- faronului.

Simblefaronul este una din afecțiunile chirurgicale ale ochiului care a dat foarte mult de lucru oftalmologilor chiar din timpurile cele mai vechi, deoarece în formele sale întinse, grave este o afecțiune foarte rebelă la tratament.

Istoric.

Primele noțiuni privitoare la această afecțiune și tratamentul ei le găsim prin scrierile vechii rămase dela popoarele vechi ale antichității.

Studii mai științifice nu datează decât dela 1593 când *Fabriciu de Hilden* a preconizat un procedeu operator consistând în trecerea unui fir în formă de ansă la baza bridei catriciale asupra căreia face să se exercite o tracțiune continuă prin suspendarea unei greutatei de plumb la fir.

Himley se scrvea de un fir de plumb pe care îl lăsa pe loc aproape 25—30 zile.

Fischer în 1889, într'un caz de simblefaron posterior al plesapei inferioare a practicat transplantăția apediculată.

Felpke s'a servit de mucoasa vaginală. A luat un lambou cu dimensiune dublă ca suprafața pe care trebuia să o acoperă. Rezultatele operatorii au fost excelente în mâinile lui *Grossman*.

Braunler deasemenea într'un caz de simblefaron însoțit de un exudat cu aspect cenușiu, crupal, a practicat.

transplantarea mucoasei și după 1½ an rezultatul operator se menținea perfect.

Tweedy în 1889 comunică un caz de simblefaron, în care a detașat pleoapa de globul ocular făcând un șanț puțin mai profund ca fundul de sac conjunctival normal. Apoi a adus prin suturi membrana care forma simblefaronul către fundul de sac neo-format, traversa firele prin grosimea pleoapei și le înoda pe un tub de cauciuc. În acest mod corectază entropionul, care poate rezulta eventual din această operație.

Gasparinni în 1890, publică un caz de simblefaron la un individ căruia i-a aplicat grefa corneo-conjunctivală, lamboul fiind luat dela un câine. După 3 luni globul avea mișcările libere, pacientul putea distinge bine obiectele din ur.

Rogmann 1893. tratează simblefaronul după procedeul Snellen-Harlan, modificat în două ședințe:

a) *In prima ședință* se taie aderențele simblefaronului spre a forma un fund de sac artificial care este mai puțin profund ca fundul de sac natural. Apoi îi procură dela față un lambou dreptunghiular de mărimea pleoapei cu vârful în jos și baza aderentă la pielea pleoapei. Ridicând lamboul se descoperă plaga subjacentă debridând de o parte și alta a țesuturilor până la fundurile de sac create. Apoi se arangiază lamboul fixând vârful său prin suturi dealungul rebordului palpebral intern.

Atunci pleoapa prezintă aspectul unei anse mărite aderând de partea nasală și temporală, liberă în întregime către mijlocul său și acoperită pe fața anterioară, posterioară și marginile sale de un strat cutanat.

Se termină operația apropiind marginile plăgei unde am luat lamboul și la nevoie facem câteva inciziuni liberatoare.

b) *A doua ședință* după 3—4 săptămâni, când credem că lamboul adaptat la fața posterioară a pleoapei s'a prins, se procedează la a doua operație. Se începe prin a se aviva din nou suprafața oculară a fundului de sac artificial care s'a creat în ședința precedentă, distrugând aderențele cicatriciale cari s'ar fi putut forma între globul ocular și plaga externă. Se lărgește în același timp prin inciziuni laterale în cazul când se retractă deschizătura inferioară care comunică

cu fundul de sac. Apoi se face o incizie orizontală către mijlocul feței anterioare a ansei palpebrale în toată lungimea ei, disecând de sus în jos pielea până la marginea inferioară a ansei, la care rămâne o aderență.

Lamboul astfel format se răstoarnă în fundul de sac, vârful este atașat prin 2 puncte de sutură pe globul ocular, aproape de rebordul cornean, iar în urmă se unesc buzele plăgi externe.

Franke în anul 1893, publică 2 cazuri de simblefaron, unul cu simblefaron parțial, căruia după ce i-a făcut disecția bridelor cicatriciale îi aplică o grefă epidermică Thiersch, luată dela antebraț, cu rezultat bun.

În al doilea caz simblefaronul a fost total. I-a aplicat un lambou pediculat din regiunea temporală, complectat apoi cu o serie de grefe Thiersch, care a permis bolnavului să poarte un ochiu artificial convenabil

Chevallerean în 1893 publică un caz de simblefaron operat după metoda Samelsohn.

Kenneth Scott 1896, publică două cazuri de simblefaron provenit la tinerii Egipteni în urma întrebuițării colirului conșus din: pulbere de alaiun, calomel, zahăr, făină, piper Cayenne și pulbere de rădăcina unei plante gimgembre.

Wolf-Hugo 1899 publică un caz de simblefaron al pleoapei superioare cu transplantarea unui lambou suturat la tendonul mușchiului drept superior.

În acest scop autorul suturează pleoapa superioară complectamente răsturnată spre piele după ce a disecat aderențele sale cu globul ocular. Suprafața astfel descoperită măsoară 2 cm. înălțime, 1,5 cm. lățime și ocupă în parte pleoapa, în parte sclerotică.

Partea denudată a pleoapei e acoperită cu un lambou conjunctival luat din conjunctiva bulbară, marginea inferioară a lamboului e fixată de mușchiul drept superior. Pentru a acoperi partea denudată a scleroticii, autorul își procură un lambou mucos din fundul de sac inferior. Marginea superioară a acestui lambou e fixată la mușchiul drept superior, iar marginile laterale sunt fixate la conjunctiva din apropiere prin suturi continui.

Klein în 1900, publică un caz de simblefaron ante-

rior cu aderențe. După ce a disecat aderențele răstoarnă pleoapa și o fixează astfel ca suprafața întoarsă către corneă să fie ocupată de epiteliu.

Abadie 1903, publică un caz de simblefaron după enucleația globului ocular. Fundul de sac a fost lărgit prin greșă cutanată dela braț. Rezultatul nu prea bun.

Mazet 1903, publică un caz de simblefaron total al pleoapei superioare, operat cu rezultate foarte frumoase, prin aplicarea de grefe dermo-epidermice, după procedeul *Abadie*.

Abadie 1904, prezintă un simblefaron total al pleoapei superioare, care a fost operat printr'un nou procedeu, care însă nu-i aparține căci i-a fost inspirat de *Elliott* medic militar al armatei indiene și directorul institutului de oftalmologie din Madros, care făcând un turneu științific în principalele orașe din Europa, a văzut practicându-se acest procedeu la Clinica lui *Hansen Grut* din Copenhaga. Acest procedeu se face astfel :

Se face un fund de sac artificial pe cât este posibil de mare și în așa fel ca să se poată introduce un ochiu artificial de un volum considerabil. Din pielea antebrațului se ia grefa dermo-epidermică. Cu aceasta se coafează ochiul artificial în așa fel ca suprafața epitelială să acopere suprafața stictei pe când suprafața sângerândă să fie înafară.

Se pune ochiul artificial coafat de lambou în așa fel ca fața sângerândă a lamboului să fie în contact cu suprafața creată de bisturiu. Se închid pleoapele și se mențin prin fire de sutură. După 6 zile se scot firele de sutură spre a se libera pleoapele, se ridică piesa artificială, iar lamboul de greșă aderă prin suprafața sa sângerândă la cea creată de bisturiu, iar fața lui internă constituie un fund de sac care nuare tendință la obliterare.

Tacke (Bruxel) 1905, la un copil cu simblefaron congenital la ambii ochi, a practicat exciziunea cu sutură.

Wimder (Cicago) 1905, întrebuițează placa metalică flexibilă acoperită cu un strat de parafină pentru a menține lamboul transplantat și pentru a menține suprafețele depărlate dobândite prin intervenție chirurgicală.

Hotz 1905, arată cum trebuie să întrebuițăm lamboul Thiersch în operațiile de simblefaron, el înlocuește piesa artificială cu o placă de plumb tăiată în formă de semilună

și complet acoperită de lamboul Thiersch luat dela braț și fixat prin câteva fire de lama de plumb. Totul astfel preparat este introdus în plaga destinată a devenii fund de sac. Pleoapele sunt reunite prin fire 5—6 zile. Proteza de plumb nu se ține mai mult de 8 zile.

Pes, A (Turin) 1908, a obținut rezultate foarte bune cu grefă din mucoasa buzei inferioare, aplicată pe pierderea de substanță a conjunctivei bulbară pe care a fixat-o prin puncte de sutură.

Sameh-Bey 1911. În caz de simblefaron anterior incizează aderențele între pleopă și bulbul ocular în așa mod ca să nu intereseze nici sclerotica nici tarsul, după incizie pleoapele devin libere. Trebuie să prevenim aderențele ulterioare în care scop separă pleopa de globul ocular prin punerea între cele două plăgi a unui tifon iodoformat.

Linden-Meyer 1912, după Wecks a practicat în simblefaronul total operația constând în grefarea unui lambou cutanat dela partea internă a brațului pe care l-a fixat la nivelul fundului de sac ce e reconstituit prin ajutorul suturei trecând prin periostul orbital.

Prof. D. Michail 1914. Publică un procedeu autoplastic cu lambouri cutanate libere. Grefa dermo-epidermică este luată dela fața internă a brațului. Aplicat în caz de simblefaron total întins, mergând până la ankiloblefaron, cu rezultate bune.

Prof. D. Michail 1919. Publică un nou procedeu cu prefă de sac erniar. Aplicat într'un caz cu simblefaron total cu distrucția globului ocular. A dat rezultate foarte bune.

Kall 1921, publică un procedeu nou de operat a simblefaronului fundului de sac conjunctival inferior. El restabilește sacul conjunctival cu o heteroplastie epidermică.

Esser, J. F. S. (Monaco) 1936. Face mulajul cavității cu „Stents“ după secționarea țesuturilor aderente de pleopă în imediata lor apropiere până la periostul marginii orbitare.

Păcurariu I. 1937, publică două cazuri de simblefaron total în lipsa globului ocular, operate în Clinica Oftalmologică din Cluj, prin grefe dermo-epidermice luate dela braț și vindecate.

Starea actuală a tratamentului simblefaronului.

Rezultatele mediocre obținute la început în tratamentul acestei afecțiuni, a făcut pe mulți autori să se arete foarte pesimiști în ce privește chirurgia simblefaronului, încât unii cum este *Fuchs* au mers până acolo încât au spus că simblefaronul estenziv este incurabil.

Azi grație avântului ce a luat chirurgia oculară și cu extinderea procedeelor autoplastice, tratamentul simblefaronului începe să se clarifice. „In Starea actuală a tratamentului, diferitele procedee imaginate le putem grupa în două”. (Prof. Michail,)

I. **Procedee îndreptate** contra simblefaronului parțial, limitat, ușor. In această grupă intră următoarele metode:

- a) *Disecțiune simplă*, cu sau fără proteză.
- b) *Ligatura*.
- c) *Autoplastia conjunctivală*.

II. **Procedee îndreptate** contra simblefaronului grav, total. In această grupă intră următoarele metode:

- a) *Grefele autoplastice*.
- b) *Grefele heteroplastice*.

Tratamentul simblefaronului parțial sau incomplet.

a) **Metoda disecțiunii**, se aplică în simblefaronul anterior și constă în simpla secționare a bridelor cicatriciale ce unesc pleopa cu ochiul, însoțite de diferite

mijloace cari să împiedece relipirea pleoapei, prin administrarea în sacul conjunctival a unei pomezi, prin tracțiuni repetate ce rup aderențele, etc.

În acest scop *Amussat* preconiza ca după ce s'a divizat brida mucoasă în cea mai mare întindere posibilă, să se plimbe în fiecare zi prin fundul diviziunii un vârf de ac sau un instrument tăietor spre a rupe membrana piogenă ce se formează.

Bartisch, recomandă să se pună între cele două suprafețe sângerânde lamele de plumb. *Callisen*, o bucată de vesică. *Demours*, un ochiu artificial muiat în oleu de migdale dulci. *Salingen*, un fragment de parenchim. *Rosas*, o capsulă de ceară, *Carrou du Vilards*, o capsulă de ivoriu ramolită în acid clorhidric.

Guérin, prin simpla disecțiune modificată și fără protează a obținut rezultate bune cu următoarea metodă: despică vertical pleoapele și nu sutura colobomul până la cicatrizarea bridelor. În tot timpul cicatrizării lambourile erau răsfrânte înafară.

Scott, eversa pleoapa după disecția simblefaronului și fixa marginea ei liberă la piele cu suturi fine de argint.

b) Metoda ligaturei.

1. *Procedeeul Fabriciu de Hilden* (descriș la isloric).

2. *Procedeeul Petrequin*, constă în ligatura dublă a simblefaronului. El trece un fir dublu în jurul aderenței și execută două ligaturi: una înspre ochiu foarte strânsă și a doua spre pleopă mai puțin strânsă. Tensiunea fiind neegală exercitată de către fire ligaturile cădeau, întâia cea mai strânsă apoi cea mai laxă, cicatrizarea se face când cade cea de a doua.

3. *Procedeeul lui Brulet* (Dijon), constă în perforarea bazei simblefaronului cu un bisturiu, după aceasta se introduce un fir de argint de $1\frac{1}{2}$ mm. diametru și a cărui extremități se înoadă. Acest inel rămâne pe loc 15—20 zile până la complecta cicatrizare.

4. *Procedeeul Wilde*, constă în unirea cu punctul de sutură atât la nivelul pleoapei cât și la glob a buzelor plăgei

conjunctivale ce rezultă din resecția simblefaronului, iar când nu rămâne conjunctivă destulă ca plaga să fie reunită Walton spune că nu mai avem nimic de așteptat dela operație.

5. *Procedeul Hunt de Manchester*, este o variantă a procedeuului lui Brulet. El înloc de a distruge aderențele prin oîsecție le perforează la bază și introduce zilnic în acest tunel o sondă până ce marginile plăgei devin caloase și nu mai supurează. Introduce atunci un bisturiu în deschidere și taie restul superficial al aderențelor.

c) **Metoda autoplastiei conjunctivale.**

Această metodă dă rezultate apreciabile în cazurile mai ușoare de simblefaron posterior, se poate aplica în două chipuri și anume prin alunecare sau prin deplasarea lambourilor conjunctivale.

A) **Procedee prin alunecarea lambourilor conjunctivale.**

1. *Procedeul lui Arlt*, constă în a face diseecția simblefaronului dela vârful lui de pe cornee spre baza lui la pleopă. Se suturează buzele conjunctivei bulbare și se fixează vârful mobilizat al simblefaronului la fundul de sac creat printr'un fir de sutură în ansă ale cărui capete se trec prin grosimea pleoapei la nivelul fundului de sac și se înoadă pe un sul de tifon la suprafața pielei pleoapei. Dacă în urma suturilor tensiunea conjunctivei bulbare e prea mare se fac incizii bilaterale la oarecare distanță de suturi.

2. *Procedeul Langier*, constă în a fixa la pleopă bridele simblefaronului. Se apucă brida mucoasă într'o ansă de fir înarmată cu două ace. Se înfundă această bridă în profunzimea sacului conjunctival creiat, iar acele traversând în grosimea pleoapei fixează brida în această poziție. Firile sunt suturate la suprafața pleoapei pe un rulu de diachilon sau tifon și e lăsat pe loc 5—7 zile.

3. *Procedeul Blandin*, constă în a se diseca cicatricea

de pe corneea și sclerotică până să simte marginea orbitei. Lamboul astfel creiat aderent la marginea tarsului este întors în așa fel ca marginea lui externă să vie în contact cu globul ocular și fixat la fundul de sac cu fire ce se înoadă la suprafața pielei.

4: *Procedul Bono*, constă în a nu se tăia firele cu cari se coasă plaga oculară când se face alunecarea conjunctivei, ci în trecerea acestor fire prin pleoapă și fixarea lor la frunte pentru pleoapa inferioară și la obraz pentru pleoapa superioară.

5. *Procedul Prof. Michail*, constă în secționarea frâului cicatricial care unește pleoapa cu globul ocular până la nivelul fundului de sac conjunctival, după care se depărtează pleoapa de glob. Se pune astfel în evidență două suprafețe avivate. După aceasta se acoperă suprafața sângerândă a conjunctivei bulbare, deoarece aceasta este mai ușor decolabilă și mai elastică decât conjunctiva tarsală. Pentru acest scop se mobilizează cele două buze ale plăgei conjunctivei bulbare făcându-se la nevoie incizii liberatoare la nivelul limbului cornean. În urmă cele două buze conjunctivale astfel liberate sunt suturate vertical, lăsându-se plaga conjunctivei tarsale să se cicatrizeze spontan.

B) **Procedee prin transplantarea lambourilor conjunctivale.**

1. *Procedul Teale*, lambourile conjunctivale sunt luate din vecinătate. Se poate practica în două moduri și anume: a) Sau se eliberează simblefaronul făcând din conjunctiva bulbară vecină două lambouri dintre cari cu unul se acoperă pleoapa palpebrală iar cu celalalt plaga oculară. b) Sau se ia un singur lambou dela partea opusă pierderii de substanță.

2. *Procedul Knapp*, constă în a se crea două lambouri conjunctivale care se înaintează unul către altul prin alunecare și se suturează. Acest procedeu în mod schematic este o combinație a procedurii Teale cu acel a lui Artl.

3. *Procedul Lapersonne*, constă în a diseca simblefaronul de formă triunghiulară, începând dela vârful lui pe corneea și al împărții în trei porțiuni verticale. Partea mijlocie

e fixată la pleoapă, pe când celelalte sunt apropiate una de alta prin două suturi și servesc la acoperirea globului ocular. Capetele inferioare ale firelor celor două lambouri laterale sunt încrucișate și fixate la piele la două laturi de deget de marginea pleoapei.

* * *

Aceste procedee când se pot aplica dau rezultate satisfăcătoare. Ele însă nu pot fi aplicate în cazurile cu simblefaron prea întins.

Tratamentul simblefaronului întins.

În cazurile când simblefaronul posterior este foarte întins și nu poate fi dominat printr-o simplă autoplastie conjunctivală se recurge la următoarele metode:

I. Grefe autoplastice care se pot divide în :

a) *Autoplastii cutanate*;

1. *Prin lambou cutanat pediculat* luat din vecinătatea regiunii orbitare.

2. *Prin lambouri libere.*

b) *Autoplastii mucoase.*

c) *Autoplastii mixte.*

II. Grefe heteroplastice.

I. Grefe autoplastice.

a) **Autoplastii cutanate.**

Autoplastii cutanate prin lambouri pediculate luate din vecinătatea regiunii orbitare.

1. *Procedeele Dieffenbach*, lamboul de transplant este luat din pielea pleoapei. Se face din pleoapă un lambou patrat prin ajutorul a două secțiuni verticale, așezate una la

unghiul intern și alta la cel extern al ochiului. Se disecă apoi simblefaronul, se rad ciliu și se rulează lamboul pe el însuși așa ca fața lui cutanată să vie în contact cu globul și e fixat cu patru puncte de sutură. Când lamboul astfel transplantat s'a prins, se taie pediculul.

2. *Procedeul Snellen*, lamboul cutanat se ia dela față și se întoarce în fundul de sac nou creiat printr'o butonieră a lui la nivelul unghiului extern al ochiului. Aplică apoi fața sângerândă a lamboului pe fața sângerândă a pleoapei și execută sutura. Are desavantagiul că lamboul e strâmt și foarte lung și nu acoperă decât o suprafața mică și deseori este expus să se mortifice la vârf.

3. *Procedeul Taylor*, utilizează un lambou cutanat luat dela pleoapa inferioară cu pediculul spre nas și grefarea acestui lambou cu epidermul spre glob.

4. *Procedeul Harlan*, se face o secțiune orizontală paralelă cu marginea ciliară la înălțimea fundului de sac debridat traversându-se toată pleoapa. Se ia un lambou cutanat dela față cu baza la buza inferioară a inciziei se trece prin incizia pleoapei în sacul conjunctival creiat și se câptușește pleoapa.

5. *Procedeul Rogmann*, operația se face în două ședințe. (descrie la istoric.)

6. *Procedeul lui Samelsohn*, se face cu un lambou patrat luat din pielea pleoapei sănătoase care se sfârșește la marginea ciliară. Se răstoarnă acest lambou cu față sângerândă înainte în așa fel ca ia să câptușească fața sângerândă a pleoapei disecate, iar marginea liberă a lamboului să fie așezată cu suturi în profunzimea fundului de sac nou creiat. Când lamboul e prins, se secționează pediculul la nivelul marginii ciliare a pleoapei tratate. Iar plaga pleoapei sănătoase se suturează sau se lasă să se cicatrizeze prin inmugurire.

7. *Procedeul Panas*, se iau două lambouri unul dela tâmplă și altul dela față cari se vâra câte printr'o butonieră în sacul conjunctival, unul se aplică pe suprafața denudată a globului ocular, iar altul pe suprafața disecată a pleoapei. Când sunt prinse se secționează pediculul și suturează butonierele.

8. *Procedeul Ammon*, se taie în toată grosimea pleoapei în partea ei mijlocie un lambou triunghiular, cu baza

către marginea pleoapei care este lăsat aderent la glob. Se suturează apoi părțile laterale pe deasupra acestei părți mijlocii și peste 15—20 zile când reunirea este consolidată se face excizia părții mijlocii lăsată pe loc în prima intervenție. Are un inconvenient estetic.

9. *Procedeul Zentmayer*, se execută în trei timpi. În primul se face disecția simblefaronului și se transplantează un lambou pediculat de piele la suprafața bulbului ocular. În al doilea timp, câteva luni mai târziu se secționează pediculul lamboului. În al treilea se restabilește cantusul intern prin excizia porțiunii de piele de prisos și prin reunirea marginilor palpebrale.

10. *Procedeul Prof. Stănculeanu — I. Jianu*, se practică cu un lambou pediculat luat dela braț, după

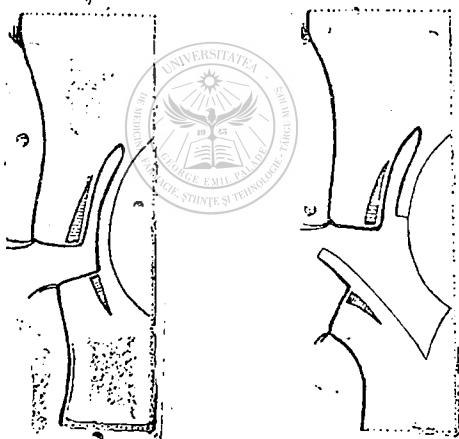


Fig. 4. Operația plastică a lui Stănculeanu—I. Jianu contra simblefaronului. a) dispariția fundului de sac conjunctival inferior. — b) Refacerea pleoapei inferioare. (După prof. Michail.

tehnica lui Branca—Tagliacszzi și urmărește cu deosebire refacerea fundurilor de sac conjunctivale. (Fig. 4.)

Se practică în fundul de sac conjunctival inferior astfel : se face o cantatomie externă provizorie, după care se re-

constituiește peretele anterior al sacului conjunctival din partea de conjunctivă ce acoperă jumătatea inferioară a bontului ocular, care este transformată în lambou mucos dreptunghiular, cu care se acoperă fața posterioară a pleoapei corepunzătoare, în așa fel ca fața sa epitelială să privească înapoi.

Se reface apoi peretele posterior al sacului conjunctival inferior printr'un lambou cutanat dreptunghiular, care este luat dela fața anterioară a antebrațului opus ochiului ce urmează să fie tratat. Acest lambou cu o margine aderentă în dreptul radiului și o margine liberă în dreptul cubitului, este trecut printr'o butonieră cutaneo-mucoasă, situată la rădăcina pleoapei inferioare spre a fi fixat cu fire de sutură la conjunctiva care acoperă jumătatea superioară a bontului ocular, în așa fel ca fața epidermică a lamboului cutanat să privească înainte. Se aplică apoi o pratează oculară în cavitătea conjunctivală nou creiată, se face blefarorafia și cantorafia externă și se aplică un bandaj ghipsat. După opt zile se ridică bandajul ghipsat se secționează pediculul lamboului cutanat greșit, iar pe d'asupra lui se suturează buzele butonierei palpebrale.

11. *Procedeul lui Morax*, se face o incizie orizontală la nivelul marginilor ciliare care în trece cu un cm. cele două comisuri palpebrale. Se îndreaptă apoi cuțitul paralel cu planul palpebral și se face noi incizii cu ajutorul cărora se creiază două lambouri cutanate dreptunghiulare, corespunzătoare pleoapelor superioare și inferioare cari sunt răsfrânte înafară și sunt fixate prin suturi sus și jos în câte o incizie cutanată. Pe suprafața lamboului astfel răsfrântă se aplică două lambouri dermo-epidermice iar fundul inciziei este acoperit cu un lambou pediculat luat din regiunea temporală.

După 5—8 săptămâni se termină operația, făcându-se secțiunea pediculului și reconstituirea unghiului palpebral extern, după care se aplică proteză definitivă care ca și pleoapele rămâne imobilă.

12. *Procedeul plastic „în albie“ a lui Truc*, (Fig. 5.) se face cu rezultate bune în scurtări ale fundului de sac inferior, în simblefaronul „ex vacuo“. Acest procedeu se practică astfel: se face incizie dealungul marginii aderente a tarsului inferior care este adâncit până la nivelul marginii osoase a orbitei, creinduse astfel două planuri: unul anterior

tarso-cutanat și unul posterior conjunctival, cari alunecă unul asupra celuilalt. Se trece apoi prin buza conjunctivei câteva lațuri de fir, ale căror capete s'rabat rădăcina pleoapei inferioare în apropierea periostului orbital spre a eși la suprafața pielei unde sunt inodate pe un sul subțire de tifon.

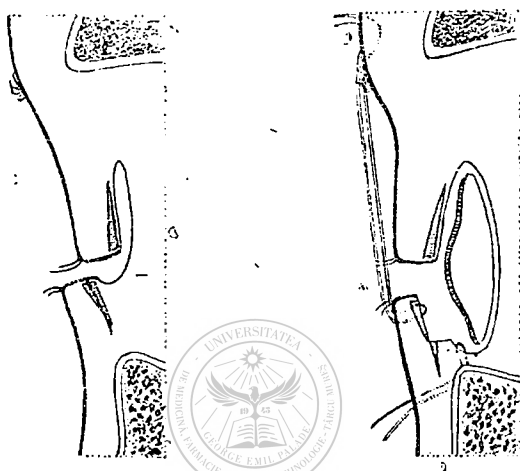


Fig. 5. — Operația „în albie” a lui Truc pentru simblefaron.
a) Incizia conjunctivală. — b) Refacerea sacului conjunctival inferior cu administrarea protezei.
(După Prof. D. Michail)

Se aplică apoi în sacul conjunctival lărgit o proteză provizorie, după care se trece lațul unor fire prin marginea ciliară a pleoapei inferioare. După 8 zile firele de sutură sunt scoase și se aplică proteza definitivă.

Autoplastiile cutanate cu lambouri libere.

Aceste autoplastii pot fi practicate în două moduri și anume:

Metoda grefelor dermo-epidermice care constă în grefarea de lambouri cutanate ce cuprind toată grosimea pielei (Lefort-Wolfe).

Metoda grefelor epidermice care constă în grefarea de lambouri ce cuprinde numai straturile superficiale ale pielei (Thiersch-Eversbuch).

Metoda grefelor dermo-epidermice.

Aceste grefe dau puține rezultate în tratamentul simblefaronului, se întrebunțează mai mult la restabilirea fundurilor de sac când globul ocular este absent.

1. *Procedeul May* (New-York), grefa se așează pe un suport rotund de porțelan și se introduce în noul sac creiat și prin suturi fine se unesc marginile piesei cu acele ale conjunctivei.

2. *Procedeul Meller*. în simblefaronul total. Se face cantotomie externă, se disecă pleoapa bolnavă întregime și se aplică la suprafața ei sângerândă o grefă dermo-epidermică luată dela braț care se fixează prin suturi la marginea ciliară a pleoapei și la limbul cornean. Se readuce apoi pleoapa la loc prin sutura cantotomiei externe, grefa constituie un nou fund de sac. Fundul sacului este reținut în loc prin două suturi în ansă ce se leagă la suprafața pielei. Proteza se face timpuriu.

3. *Procedeul Prof. Michail*. Acest procedeu se aplică în simblefaron intins, total mergând până la ankiloblefaron. Procedeul cuprinde următorii timpi operatori:

a) *Cantotomie externă*, care variază ca formă după cum simblefaronul este la pleoapa inferioară, superioară sau la ambele. Ea va fi practică larg în așa fel că trece $\frac{1}{2}$ —1 cm. dincolo de marginea externă a orbitei. Cantotomia are formă semicirculară cu concavitatea în sus pentru simblefaronul pleoapei inferioare și va fi compusă din două secțiuni pentru simblefaronul ambelor pleoape și auume: o secțiune orizontală întrecând marginea externă a orbitei cu $1-1\frac{1}{2}$ cm. și a doua verticală perpendiculară pe prima, întinzându-se deoparte și cealaltă a secțiunii orizontale cu $1-1\frac{1}{2}$ cm. spre

a înlesnii formarea a două lambouri cutanate corespunzătoare celor două pleoape.

b) *Disecția simblefaronului*, se face începând dela unghiul extern al ochiului cât mai profund posibil spre a ajunge până la marginea osoasă a orbitei.

c) *Excizia tarsului și a țesutului cicatricial exuberant*

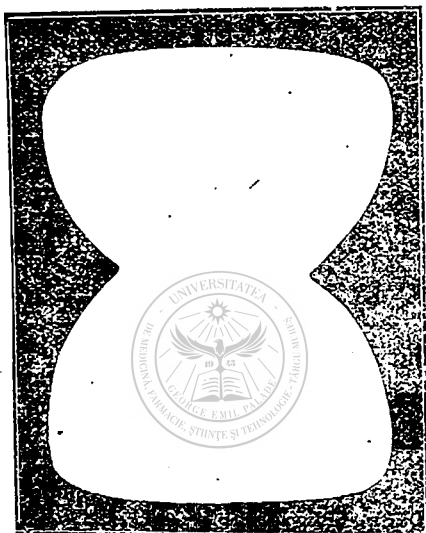


Fig. 6. — „Patronul de aluminiu“ mărime naturală.

așezat atât la invelișul scleroticei cât și corneei, căutând să lăsăm aceste suprafețe cât mai netede și mai lipsite de țesut patologic.

d) *Grefa derma-epidermică* este luată dela pielea feței interne a brațului se disecă in acest scop un mare lambou dreptunghiular cât mai superficial, având grija să lăsăm pe loc cât e posibil țesutul subcutanat. Se fixează apoi acest lambou cu fața lui sângerândă pe fața sângerândă a pleoapei cu trei suturi în ansă cari să treacă prin partea mijlocie a lamboului, prin fundul de sac nou creat, prin toată grosimea

pleoapei și să iasă la suprafața pielei la nivelul sprâncenei pentru pleopa superioară și la nivelul marginii inferioare a orbitei pentru pleopa inferioară, unde firele sunt inodate pe sulul de tifon.

Se procedează apoi la un rând de suturi ale lamboului la nivelul marginii ciliare și la un alt rând de suturi la nivelul globului ocular, unde marginea lamboului este fixată de restul conjunctivei bulbare sau de țesutul episcleral când conjunctiva lipsește. Sutura trebuie pusă cât mai des spre a lăsa bună prindere a grefei.

Se procedează apoi la punerea piesei protetice, de preferință lame de plumb parafinate și fenestrate la mijloc spre a lăsa liberă eșirea secrețiilor.

b) *Suturarea cantotomie externe* termină intervenția.

În zilele următoare se produce o mare secreție mucilaginoasă, filantă ce durează 2—4 săptămâni în care interval de timp se produce localizarea țesutului implantat. Intervenția trebuie practică în mod cât mai aseptice.

4. *Metoda „patronului de aluminiu sau de celuloză”* este procedeul nou al Clinicii Oftalmologice din Cluj. Grefa se taie exact după forma „patronului”. (Fig 6). Apoi se învelește proteza, ca și în metoda anterioară și se introduce în sacul conjunctival unde se lasă 7—8 zile.

B) **Metoda grefelor epidermice.**

După autorii americani ar fi cea mai bună și mai indicată în tratamentul simblefaronului. Aceste grefe au fost întrebuințate în limite mici de către Arlt pe suprafețe granulate. Mai târziu au fost întrebuințate în piese mai întinse de către Eversbuch.

1. *Procedeul Czermak*, pentru simblefaronul pleoapei inferioare. Deschiderea palpebrală este continuată de partea externă a orbitei cu o incizie orizontală. Dela extremitatea externă a acesteia se face o altă incizie în jos și intern dealungul sacului orbito-conjunctival până la 1—1½ cm. de cantusul intern. Incizia este destul de adâncă, iar pleopa este disecată cu un lambou cu pedicul intern.

Lamboul este răsfrânt spre nas și suprafața sângerândă

a globului și pleoapei sunt acoperite cu grefe Thiersch. Intreaga suprafață este acoperită cu iodoform și gutaperchă. Operația este cu deosebire utilă pentru pregătirea protezei oculare.

May a obținut rezultate bune în simblefaronul total al ambelor pleoape cu grefele epidermice.

Wilder a întrebuițat aceiași metodă cu rezultate bune.

Hansen-Grut utilizează grefa Thiersch pe care o ia dela braț.

Un factor de care trebuie să ținem seamă în tratamentul prin grefe culanate ale simblefaronului este rededeșeptarea funcțiunii palpebrale prin masaji și electricizare faradică a pleoapelor.

b) Autoplastiile mucoase.

Aceste autoplastii au fost practicate cu multe feliuri de mucoase și anume: mucoasa intestinală, prepuțială, conjunctivală, bucală de cele mai multe ori și vaginală mai rar. Aceste grefe sunt indicate când cornea se păstrează în totalitate sau în cea mai mare parte intactă, deoarece fenomenele iritative sunt cu mult mai atenuate și localizarea mucoasei se face cu mult mai rapid.

Autoplastiile cu mucoasă intestinală au fost practicate de către *Wolfe*.

Autoplastiile cu mucoasă conjunctivală a fost preconizată de *Wecker*.

Autoplastia cu mucoasă prepuțială au fost propusă de *Terson*.

Autoplastie cu mucoasă vaginală de *Stellwag*, cu mucoasă dela buză de *Illing* iar cu mucoasă bucală de *Abadie*.

Toate aceste se practică după:

1. *Procedeu* lui *Stellwag*; se fixează grefa cu suturi la nivelul marginii pleoapei cu o singură sutură în ansă la nivelul fundului de sac și nu va fi fixată de partea globului.

Până la întrebuințare grefa este ținută în ser fiziologic 0,60/o, temp. 37°—38°.

Se aplică apoi firul în ansă care va trece prin fundul de sac conjunctival și se atrage grefa cât mai adânc. Indată ce lamboul este bine așezat se taie corect marginile lui și se coasă la marginea pleoapei.

2. *Procedeul Prof. Michail* grefă cu sac erniar aplicat în 1919 asupra unui caz de simblefaron total. Se face în modul următor :

a) *Se debridează pleoapa* cât mai adânc posibil până se ajunge cu cuțitul să se simtă marginea osoasă a orbitei. Pentru ușurarea debridării la nevoie se poate face uz de cantotomie externă.

b) *Extirparea țesutului cicatricial* al orbitei, se extirpă radical tot bontul fibra-cicatricial de care aderau pleoapele spre a se ajunge la țesut noale al orbitei cu care trebuie să vină în contact grefa seroasă. Acest timp este cel mai sângeros, iar hemostaza se realizează cu multă greutate.

c) *Prepararea sacului erniar* care e obținut în mod steril dela o operație care a avut loc cu puțin înainte, este ținut până în momentul întrebuințării în ser fiziologic 7/o termostat. E de preferat un sac erniar cât mai subțire care înainte de a fi grefat, va fi curățit pe fața sa sângerândă de toate țesuturile celuloadipoase ce-l îngroașe.

d) *Capitonarea ochiului artificial* cu grefa seroasă și introducerea sa. Sacul erniar preparat se îmbracă cu el ochiul artificial de cauciuc plin, cu o față anterioară plană și alta posterioară foarte convexă. Sacul erniar se aplică pe ochiul de cauciuc așa fel ca fața sa endotelială să privească ochiul iar fața sângerândă să vină în contact cu suprafața nou avivată a orbitei.

Sacul erniar tapetează complet și continu suprafața posterioară a ochiului de cauciuc, marginile sale întreaga sa față anterioară, iar marginile libere a sacului erniar sunt strânse ca o pungă în mijlocul feței anterioare a ochiului. Ochiul astfel capitonat cu seroasa este introdus în noua cavitate conjunctivală pe care se mulează în mod perfect, iar seroasa vine în contact intim prin toată suprafața sa cu suprafața vie a țesutului orbitei.

Se resecă marginile libere a seroasei și se face o blefarorafie aproape totală.

Ochiul de cauciuc este lăsat în cavitatea creată două săptămâni după aceasta blefarorafia este desființată și peste câteva zile se introduce adevăratul ochiu protetic.

c) **Autoplastii mixte.**

Aceste constau în asocierea grefelor cutanate cu cele mucoase sau în asocierea autoplastiilor conjunctivale cu grefele. Ele se practică cu deosebire în cazurile de simblefaron întins.

Hirschberg și *de Wecker* au obținut rezultate bune, asociind autoplastia conjunctivală a la Teale sau Knapp cu ajutorul cărora au acoperit globul ocular și grefa de mucoasă bucală cu care au căptușit pleoapa.

II. Grefele heteroplastice.

Wolfe la 1872 este cel din tâiu care a practicat grefele heteroplastice în tratamentul simblefaronului iar după el de *Wecker*.

1. *Procedul Wolfe* după distrugerea cicatricii se acoperă toată rana cu un mare lambou mucos conjunctival luat dela iepure. Lamboul este fixat atât pe margini cât și la fundul de sac, cu fire de sutură în ansă. Deoarece se recunoaște cu greu fața și dosul conjunctivei de iepure de *Wecker* era de părerea ca să fie grefată imediat ce este disecată.

2. *Procedul Panas și Gasparini* ei întrebuințează pentru heteroplastie conjunctivă de câine.

3. *Procedul Gillet de Grandmont și Terson*, grefa se face cu piele de pânțece de broască.

În general heteroplastiile deșii au fost urmate de oarecare rezultate imediate, sunt puțin recomandabile, căci în totalitatea cazurilor se resorb în cea mai mare întindere și duc la recidivă.

Făcând o recapitulare a tratamentului simblefaronului, diferitele metode se încadrează după cum reese din tabloul următor :

Simblefaronul parțial.

- a) *Metoda disecțiunei.*
b) *Metoda ligaturei.*

1. Procedeu Eabriciu de Hilden.
2. Procedeu Petrequin.
3. Procedeu Brulet.
4. Procedeu Wilde.
5. Procedeu Hunt.

- c) *Metoda autoplastiei conjunctivale.*

- A) **Proc. prin alunecarea lamboului conjunctival:**

1. Procedeu Arlt.
2. Procedeu Langier.
3. Procedeu Blandin.
4. Procedeu Bono.
5. Procedeu Prof. Michail.

- B) **Procedee prin transplantarea lamboului conjunctival:**

1. Procedeu Teale.
2. Procedeu Knapp,
3. Procedeu Lapersonne.

Simblefaronul întins.

I. Grefe autoplastice :

a) Autoplastii cutanate.

Prin lambouri pediculate :

1. Procedeuł Diffenbach.
2. „ Snellen.
3. „ Taylor.
4. „ Harlan.
5. „ Rogmann.
6. „ Panas.
7. „ Samelsohn.
8. „ Ammon.
9. „ Zentmayer.
10. „ Prof. Stănculeanu-Jianu.
11. „ Morax.
12. „ Truc.

Prin lambouri libere.

Metoda grefelor dermo-epidernice :

1. Procedeuł May,
2. „ Meller.
3. „ Prof. Michail.
3. „ „Patronului de aluminiu.

Metoda grefelor epidermice :

1. Procedeuł Czermak.
2. „ Hansen-Grut.

b) Autoplastii mucoase :

1. Procedeuł Stellwag.
2. „ Prof. Michail.

c. Autoplastii mixte :

1. Procedeuł Hirschberg și de Wecker.

II. Grefele heteroplastice.

1. Procedeuł Wolfe.
2. „ Panas-Gasparini.
3. „ Gillet de Grandmon-Terson.

Cazurile operate de simblefaron în Clinica Oftalmologică din Cluj.

Director: Prof. D. MICHAİL.

Statistica generală pe anii 1920—1936.

In anul	1920	2	cazuri din	3865	decj	0,05%
" "	1921	5	" "	3251	"	0,15 "
" "	1922	—	" "	3199	"	— "
" "	1923	5	" "	4016	"	0,12 "
" "	1924	1	" "	3365	"	0,03 "
" "	1925	1	" "	3608	"	0,03 "
" "	1926	1	" "	3720	"	0,02 "
" "	1927	1	" "	3500	"	0,03 "
" "	1928	2	" "	3860	"	0,05 "
" "	1929	2	" "	3753	"	0,05 "
" "	1930	3	" "	3587	"	0,08 "
" "	1931	2	" "	3063	"	0,06 "
" "	1932	1	" "	3218	"	0,03 "
" "	1933	—	" "	3604	"	— "
" "	1934	—	" "	3934	"	— "
" "	1935	5	" "	3654	"	0,14 "
" "	1936	3	" "	3734	"	0,08 "
		1920—1936	34	" "	65320	" 0,052%

Din cest tablou reese că din numărul total al bolnavilor; 65,320 consultați la ambulanța Clinicii Oftalmologice din Cluj, în decursul anilor 1920—1936, numai 34 bolnavi au prezentat simblefaron al pleapelor și cari au fost supuși operației, ceea ce dă un procent de 0,052 în raport cu numărul total al bolnavilor consultați.

**Considerațiuni asupra simblefaronului
în legătură cu etiologia,
raportat la ochiul atins, în cifre.**

	Cazuri	O. S.	O. D.	A. O.	%
Congenital :	—	—	—	—	—
Dobândit	—	—	—	—	—
cauze; Traumatisme	7	3	4	—	21 ⁰ / ₀
Arsuri, ars. pr. zise:	4	3	1	—	12 ⁰ / ₀
acizi	1	—	1	—	} 29 ⁰ / ₀
Agenți chimici: baze	8	4	4	—	
săruri	1	—	—	1	
Leziuni ulceroase și infecțioase a conj.	9	3	6	—	26 ⁰ / ₀
„Ex vocuo“	4	1	3	—	12 ⁰ / ₀
Suma	34	14	19	1	100 ⁰ / ₀

Din studiul acestui tablou reiese că cel mai des afectat este O. D. iar dintre cauzele provocatorii ale simblefaronului, agenții chimici sunt cei mai frecvenți reprezentând 29⁰/₀, urmează aproape în același grad leziunile infecțioase și ulceroase a conjunctivei 26⁰/₀, traumatismele 21⁰/₀, arsurile propriu zise 12⁰/₀. Iar cazuri de simblefaron congenital în intervalul dela 1920—1936, nu a fost nici unul în Clinică, ceea ce dovedește că este extrem de rar.

**Considerațiuni asupra simblefaronului
în legătură cu vârsta la care se prezintă.**

Intre	0—5 ani	—	deci :	—
”	5—10	”	—	—
”	10—15	”	2	6 ⁰ / ₀
”	15—20	”	11	33
”	20—25	”	6	18
”	25—30	”	5	15
”	30—40	”	7	20
”	40—50	”	3	8
	1920—1936		34	100 ⁰ / ₀

Orientându-ne după tabloul de mai sus, observăm că între 0—10 ani nu avem nici un caz de simblefaron, între

10—15 ani, abea un procent de 6%, pe când 15—20 ani avem procentul cel mai ridicat, care se menține destul de ridicat 20% până la vârsta de 40 ani, de unde decade ajungând între 40—50 ani 8%, iar penste această vârstă aproape nu există. Din acest tablou vedem că e mai frecvent simblefaronul la indivizii tineri, în plină activitate de muncă fie intelectuală sau fizică, deoarece aceștia sunt mai expuși cauzelor simblefaronului, în timpul muncii.

Considerațiuni asupra simblefaronului în legătură cu starea socială a bolnavilor

Intelectuali	5 cazuri,	deci	14 %
Muncitori	12	" "	36 "
Țărani	17	" "	50 "
Suma . . .	34	" "	100 "

Din datele de mai sus reiese că procentul cel mai mare 50% de simblefaron îl găsim la țărani și care în majoritatea cazurilor e produs de un agent infecțios, trachom, tbc. și numai în al doilea rând vin agenții mecanici: traumatisme.

Muncitorii deasemenea dau un procent destul de ridicat 36% și care de cele mai multe ori e datorit unui accident de muncă cu substanțe chimice legate de profesiune.

Intelectualii dau procentul cel mai mic 14% de simblefaron și acesta se observă în majoritatea cazurilor la indivizi între 15—20 ani, mai ales la elevi și e datorit de cele mai multe ori trachomului.

Considerațiuni asupra simblefaronului în legătură cu sexul bolnavilor.

Bărbați	cazuri	25	deci	73,5 %
Femei	"	9	"	26,5 "
Suma		34	"	100 "

Din numărul total de cazuri în decursul anilor 1920—1936 la Clinica Oftalmologică din Cluj, 25 sunt bărbați ceea ce face 73,5% din totalul cazurilor, iar 9 sunt femei 26,5%, de unde reiese că procentul bărbaților cu simblefaron e aproape de trei ori mai mare ca al femeilor.

În tabloul de mai jos voi reda în linii sumare starea acestor bolnavi de simblefaron înainte de operație și după ce li-s'a făcut intervenția. (Vezi tabloul.)

Din studiul statistic al acestui tablou reiese că din totalul cazurilor 34, au prezentat simblefaron bilateral 1 singur caz, ochiul stâng 14 cazuri, ochiul drept 19 cazuri.

Tratamentul aplicat, a fost cel chirurgical: debridarea simblefaronului, refacerea sacului conjunctival cu plastii conjunctivale s'au întrebuițat de cele mai multe ori, deasemenea în 7 cazuri s'a refăcut sacul conjunctival cu grefe libere, care a dat rezultate foarte bune, doar într'un singur caz s'a resorbit grefa.

Complicații; în urma intervenției operatorii nu am avut nici un caz cu complicații pe cei 35 ochi operați, dintre cari s'a terminat cu vindecarea 30, iar 4 s'au ameliorat și într'un singur caz s'a sorbit grefa.



Starea bolnavilor de simblefaron

in Clinica Oftalmologică din Cluj, înainte și după operație.
Anii 1920-1936.

Nr. curent	Numele	Diagnosticul			Tratamentul		Complicații	Rezultatul operator	
		A. O.	O. D.	O. S.	O. D.	O. S.		O. D.	O. S.
1	G. M.	—	Simblefaron pl. sup.	—	Debridarea simblefaronului	—	—	Vindecat	—
2	V. B.	—	—	Simblefaron post traum. cu atrofia O. S.	—	Enucleația și despicarea simblefaronului	—	—	Vindecat, proteză
3	V. A.	Simblefaron asociat cu argiroză	—	—	Plastie conjunctivală	Plastie conjunctivală	—	Ameliorat	Ameliorat
4	I. S.	—	Simblefaron cu trahom	—	Extirparea transpalpebrală	—	—	Vindecat	—
5	F. T.	—	Simblefaron după arsură cu var	—	Extirparea	—	—	Ameliorat	—
6	G. B.	—	—	Simblefaron consecutiv exploziei de granat	—	Debridarea și proteză	—	—	Vindecat, proteză
7	I. O.	—	—	Simblefaron „ex vacuo“	—	Refacerea sac. conj. și proteză	—	—	Idem
8	M. M.	—	—	Simblefaron după arsură cu var	—	Plastie conj.	—	—	Ameliorat
9	G. M.	—	—	Simblefaron după explozie cu dinamită	—	Enucleație plastie conj. proteză	—	—	Vindecat, proteză
10	E. B.	—	Simblefaron după arsură cu var	—	Plastie conj.	—	—	Vindecat	—
11	I. B.	—	Simblefaron post traumatic	—	Resecția simblef.	—	—	Idem	—
12	L. B.	—	Simblefaron „ex vacuo“	—	Refacerea sac. conj. proteză	—	—	Idem	—
13	M. D.	—	Simblefaron cu anoftalmie post traumatică	—	Idem	—	—	Idem	—
14	C. F.	—	Simblefaron consecutiv unui c. c. conj.	—	Refacerea sac. conj. cu grefă liberă	—	Resorbția greței	Nevindecat	—
15	I. M.	—	Simblef. parț.	—	Plastie conj.	—	—	Vindecat	—
16	T. L.	—	Simblefaron după arsură cu var	—	Idem	—	—	Idem	—
17	V. R.	—	Simblef. cicat. cu anoftalmie.	—	Refacerea sacului conj. cu plastie de mucoasă	—	—	Vindecat proteză	—
18	P. V.	—	Simblefaron după arsură cu var	—	Nu s'a supus operației	—	—	Nu s'a supus operației	—
19	I. G.	—	Simblefaron după trahom	—	Refacerea sac. conj. cu grefă liberă	—	—	Vindecat	—
20	I. T.	—	Simblef. post traumatic	—	Enucleație, refacerea sac. cu grefă liberă	—	—	Vindecat, proteză	—
21	I. B.	—	—	Simblefaron post traumatic	—	Enucleație refacerea sac. cu grefă liberă	—	Vindecat, proteză	—
22	S. A.	—	—	Simblef. după cic. conj.	—	Plastie conj.	—	—	Ameliorat
23	F. D.	—	Simblefaron în urma arsurilor cu metal topit	—	Deslacarea simblef. și ref. sac. conj. cu grefă liberă	—	—	Vindecat	—
24	M. C.	—	Simblefaron după arsură cu K (OH)	—	Amputarea polului aut. proteză	—	—	Vindecat, proteză	—
25	C. V.	—	Simblefaron după explozie de cartuș	—	Enucleație, proteză	—	—	Vindecat	—
26	G. V.	—	—	Simblefaron după trahom	—	Dializa simblef. autopl. conj.	—	—	Vindecat
27	C. N.	—	Simblefaron post traumatic	—	Enucleație ref. sac. conj. proteză	—	—	Vindecat, proteză	—
28	I. I.	—	—	Simblefaron după arsură cu var	—	Plastie conj.	—	—	Vindecat
29	O. I.	—	Simblefaron după trahom	—	Refacerea sac. cu grefă liberă	—	—	Vindecat	—
30	V. G.	—	—	Simblefaron „ex. vacuo“	—	Refacerea sacului conj.	—	—	Vindecat
31	M. J.	—	Simblefaron în urma arsurilor cu SO ₄ H ₂	—	Plastic. conj.	—	—	Vindecat	—
32	V. I.	—	Simblefaron „ex. vacuo“	—	—	Refacerea sac. conj. Proteză	—	Vindecat, proteză	—
33	G. C.	—	—	Simblef. după arsură cu var	—	Autoplastie conj.	—	—	Vindecat
34	L. T.	—	Simblef. post traumatic	—	Enucleație ref. sacului, proteză	—	—	Vindecat, proteză	—

Concluziuni.

1. *Simblefaronul* în Clinica Oftalmologică din Cluj în decursul timpului dela 1920—1936 a fost de 0,052% din numărul total al bolnavilor ce s'au prezentat la consultațiile Clinice.

2. *Cauzele* cele mai frecvente a simblefaronului sunt: agenții chimici 29%, agenții infecțioși 26% și traumatici 21%.

3. *După vârstă* se constată că procentul cel mai mare 33% de simblefaron îl avem între 15—20 ani.

4. *În ce privește* starea socială și mediul de unde se recrutează bolnavii de simblefaron, observăm că procentul cel mai mare 50% îl dau țăranii.

5. *Simblefaronul* interesează într'un procent mult mai mare bărbații (73,5%) decât femeile (26,5%).

6. *În tratamentul* simblefaronului să se dea preferință metodelor de sutură și autoplastie conjunctivală, mai ales în cazurile de simblefaron mai puțin întins. În simblefaronul întins să se dea întâietate grefelor autoplastice cutanate.

7. *Din cei 35* ochi operați pentru simblefaron 30 s'au vindecat și 4 ameliorat.

Cluj, la 22 Ianuarie 1938.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Facultății de Med.:

Preș. Tezei:

(ss.) Prof. Dr. D. MICHAIL.

(ss.) Prof. Dr. D. MICHAIL.

Bibliografie.

- Abadie. Traitement du Symblepharon T. CXXXIII. 1903. Anal. d'Oft.
- Browne Cases. Of Symblefaron trated by a skin Flap. Ophit. soc. Chevallerean. Traitement du Symblepharon. Anal. d'Ophit.
- Fischer. Un caz rar de simblefaron. Anal. d'oculist. 1889.
- Ghica. Procedeu pentru refacerea fundului de sac conjunctival. Clujul Med. p. 33. 1930.
- Grunert. L'operation du Symblepharon total.
- Gullstrand. Sur la formation d'un cul de sac avec des lambeaux epidermic.
- Lindmeyer, Otto. Die operation des totalen Simblepharon nach Weecks. Zei'schrift für Augenhellkunde Bd XXV—1911. p. 267—272.
- Lupuțiu. Arsură corneo-conjunctivală prin sodă caustică. Clujul Med. 1930. p. 370.
- Michail, D. Tratamentul simblefaronului întins prin grefă de sac erniar. Spitalul. Anul XXXIX. 1919. p. 408,
- Michail, D. Contribuții la studiul plastiilor oculo-orbitare. Congresul med. Buc. 1914. Rev. științ. med. 1914. p. 226.
- Michail, D. Tratat de oftalmologie. Vol. I. Cluj. 1928. Tip. „Viața“.
- Michail, D. Tulburări conjunctivale anchilozante. Clujul Med. 1930. p. 273.
- Mănescu, D. Contribuții la tratamentul simblefaronului. Teza Buc. 1913. Tip. Gutenberg.
- Păcurariu, I. Două cazuri de simblefaron total în lipsa globului ocular, operate prin grefe dermo-egidermice. Soc. Șt. med. Cluj, 1937.
- Vancea, P. Un caz de arsură oculară prin sodă. Soc. Șt. med. Cluj,
- Wecker, L. de. Chirurgie oculaire. Paris 1879.