

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ  
FACULTATEA DE MEDICINĂ

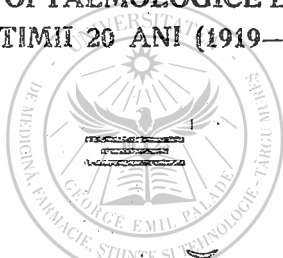
---

N-rul 1489

# PLASTILE OCHIULUI

---

CU O STATISTICĂ A CAZURILOR  
CLINICEI OFTALMOLOGICE DIN CLUJ  
ÎN ULTIMII 20 ANI (1919—1939)



TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE

27 OCT. 1939

DE

EMIL PĂLȚIREANU

# PLASTIILE OCHIULUI

---

CU O STATISTICĂ A CAZURILOR  
CLINICEI OFTALMOLOGICE DIN CLUJ  
ÎN ULTIMII 20 ANI (1919—1939)



## TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE  
27. OCT. 1939.

DE

**EMIL PĂLTIDARU**

INST. MED. FARM. TG-MUREȘ  
ORV. IUD. GYÖGYSZ. INT. MVH.  
Bibl. Centralei-Központhi Könyvtár  
Lelt. sz. *M 521*

24 MAY 2005

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

---

**Decan : Prof. Dr. DRĂGOIU I.**

**Profesori :**

<i>Clinica stomatologică</i>	.	.	.	<i>Prof. Dr. ALEMAN I.</i>
<i>Microbiologia</i>	.	.	.	„ „ <i>BARONI V.</i>
<i>Fiziologia umană</i>	.	.	.	„ „ <i>BENETIATO GR.</i>
<i>Istoria Medicinii</i>	.	.	.	„ „ <i>BOLOGA V.</i>
<i>Patologia generală și experimentală</i>	.	.	.	„ „ <i>BOTEZ A. M.,</i>
<i>Clinica oto-rino-laringologică</i>	.	.	.	„ „ <i>BUZOIANU GH.</i>
<i>Istologia și embriologia umană</i>	.	.	.	„ „ <i>DRĂGOIU I.</i>
<i>Semiologia medicală</i>	.	.	.	„ „ <i>GOIA I.</i>
<i>Clinica ginecologică și obstetricală</i>	.	.	.	„ „ <i>GRIGORIU C.</i>
<i>Clinica medicală</i>	.	.	.	„ „ <i>HAȚIEGANU I.</i>
<i>Medicina legală</i>	.	.	.	„ „ <i>KERNBACH M.</i>
<i>Chimia biologică</i>	.	.	.	„ „ <i>MANTA I.</i>
<i>Clinica oftalmologică</i>	.	.	.	„ „ <i>MICHAIL D.</i>
<i>Clinica neurologică</i>	.	.	.	„ „ <i>MINEA I.</i>
<i>Igiena și igiena socială</i>	.	.	.	„ „ <i>MOLDOVAN I.</i>
<i>Radiologia medicală</i>	.	.	.	„ „ <i>NEGRU D.</i>
<i>Anatomia descriptivă și topografică</i>	.	.	.	„ „ <i>PAPILIAN V.</i>
<i>Clinica chirurgicală</i>	}	.	.	„ „ <i>POP A.</i>
<i>Medicina operatorie</i>		.	.	
<i>Clinica Infantilă</i>	.	.	.	„ „ <i>POPOVICIU GH.</i>
<i>Farmacologia și farmacognozia (supl.)</i>	.	.	.	„ „ <i>POPOVICIU GH.</i>
<i>Chimia medicală</i>	.	.	.	„ „ <i>SECĂREANU ȘT.</i>
<i>Balneologia</i>	.	.	.	„ „ <i>SIURZA M.</i>
<i>Clinica dermato-venerică</i>	.	.	.	„ „ <i>ȚĂTARU C.</i>
<i>Clinica urologică</i>	.	.	.	„ „ <i>ȚEPOSU E.</i>
<i>Clinica psihiatrică</i>	.	.	.	„ „ <i>URECHIA C.</i>
<i>Anatomia patologică</i>	.	.	.	„ „ <i>VASILIU T.</i>
<i>Igiena generală</i>	.	.	.	<i>Agr. ZOLOG M.,</i>
<i>Fizică medicală</i>	.	.	.	<i>Conf. BĂRBULESCU N.</i>

**JURIUL DE PROMOȚIE :**

**Președintele tezei : Prof. Dr D. MICHAİL**

*Membrii :* { *D-1 Prof. Dr. V. PAPILIAN*  
 „ „ „ *V. BOLOGA*  
 „ „ „ *GH. BUZOIANU*  
 „ „ „ *GR. BENETIATO*

**Supleant : D-1 Conf. Univ. Dr. P. VANCEA**

Memoriei mamei mele!



*Celor nouă frați ai mei, iubire frățească.*



# Introducere

Studiul interesant al plastiilor preocupă tot mai mult chirurgia modernă, lărgind cadrul acestui teren prin cunoștințe, experiențe și metode de ingeniozitate tehnică, uneori uimitoare în tendința de a restabili integritatea anatomică, funcțională și estetică compromisă, a unor organe și țesuturi ce aparțin deferitelor sisteme constitutive ale corpului omenesc. — Aceste metode, de un real interes estetic, întrec întrucâtva, prin curajul și răbdarea chirurgului, pe acele obișnuite chirurgiei generale de până acum.

Oricărei intervențiuni aplicate la suprafața corpului i se preteinde dela început, pe lângă potențialul de realizare a scopului curativ în afecțiunile localizate susceptibile intervenției, și acel al realizării estetice regiunii pe care s'a intervenit, acordându-se egală importanță acestor două tendințe, cari prin calitatea lor încoronează succesul și reputația chirurgului.

Mai nou operațiunile plastice, prin cari se urmărește remedierea anomaliilor fizice, fie congenitale sau câștigate, anomaliile, cari nu prezintă un substat anatomo-patologic, uneori nici fiziopatologic, prin variațiunile lor multiple se încadrează într'o nouă ramură a chirurgiei generale, de care se desprinde, numită chirurgie estetică sau plastică.

În evoluția ei, chirurgia plastică prinde zi de zi tot mai mult teren, extinzându-se în parte și asupra elementelor anatomice de extremă diferențiere, de cari înainte chirurgii se fereau să se atingă, astfel conjunctiva, corneea, etc.

**Definiție.** Prin plastii înțelegem refacerea continuității anatomice și în acelaș timp funcționale, a unui țesut sau organ, care prezintă o lipsă congenitală sau o pierdere câștigată de substanță, prin țesut viu cu caractere și structură identice, luat fie dela acelaș individ (autoplastie), dela acelaș specie (omoplastie), fie dela o specie diferită (animale), când vorbim de heteroplastie.

**Istoric.** Deși studiul experimental al diferitelor metode plastice a luat avânt numai în ultimele 2 secole, problema a fost pusă înainte cu 5000 de ani în India; indienii au imaginat refacerea nasului tăiat cu o grefă de piele. La față și în general pentru rinoplastii, ingeniozitatea autorilor a dat curs liber metodelor plastice prin secolul al XV-lea; astfel metoda italiană a lui Antoine Branca și Tagliacozzi apare încă în secolul XV.

Plastiile cari privesc ochiul și anexele sale se experimentează la odată mai puțin îndepărtată, prima blefaroplastie pare a fi făcută de Graeffe (tatăl), care publică observațiunile sale într'un tratat de rinoplastie publicat în Berlin (1818). În acelaș an Dzondi (d. Halle) a publicat observațiuni similare. Către 1830 Junken, Fricke, Diffenbach în Germania, Serre la Montpellier, au creat noi metode blefaroplastice, dând un avânt acestei noi ramuri a chirurgiei. Metoda cu grefă liberă este inspirată tot de operațiunile făcute în India cu mii de ani înainte erei creștinismului, însă experimentarea s'a făcut abia în 1823, când Bungert a executat cu succes o rinoplastie cu grefă liberă. Aceasta se consideră ca fiind prima grefă liberă reușită. Reverdin în 1869 obține deasemenea rezultate frumoase cu grefe epidermice confecționate în felul următor: cu o lancetă detașează mici fragmente epidermice, sau mai bine spus, parcele de piele, cari cuprind rețeaua epidermică malpighiană și corpii papilari ai dermului, pe cari apoi le plantează pe o plagă cu început de granulație. Tiersch, a arătat mai târziu în 1874, că grefele epidermice reușesc bine nu numai pe plăgi burgeonante, cari conțin țesut de granulație, ci și pe plăgi recent avivate, fapt important pentru această metodă, care până acuma dădea rezultate inconstante, nesigure. Tot Tiersch a creat mai târziu procedeul său original și clasic de azi, în confecționarea lamboului epidermic, ridicat cu ajutorul unei răzușe. Înaintea acestei metode, chirurgii au reușit să se servească de grefe libere dermo-epidermice, adică grefe ce cuprind toată grosimea pielii fără stratul ipodermic. Primele blefaroplastii cu metoda cu grefe libere au fost executate de Fort în 1869, deși în tratatele clasice procedeul cu grefe cutanate libere aplicate în blefaroplastii, se găsește sub numele de metodă Wolfe. Acesta din urmă a creat mai mult o tehnică operatorie a blefaroplastiilor, principiul general fiind fixat dinainte în 1872 de O'lier (Lion), care l'a descris sub numele de grefe dermo-epidermice.

Grefele cu mucoasă sunt mai puțin frecvente decât grefele

de piele. Zeiss în cartea sa „Literatur und Geschichte der Plastischen Chirurgie“ semnează faptul istoric, că plastica buzelor era descrisă încă în textele Sanscrite de Susruta. Autorul italian Tagliacozzi în secolul al XV-lea, întrebuița metode de plastie a buzelor prin procedee de alunecare a lombourilor mucoase sau de lambouri pediculate mucoase, nu însă de grefe veritabile libere. Primul care a refăcut conjunctiva utilizând grefe libere de mucoasă labială a fost Pess în 1902, apoi Stollweg, Von Millingen, Post, Wecker, cari au practicat deasemenea aceste plastii mucoase pentru refacerea conjunctivei distruse în cazurile de simplefaron. Alții, au ales alte suprafețe epitaliale și alte mucoase pentru acoperirea suprafeței conjunctivale. Astfel Illing, Kund, întrebuițau mucoasa vaginală sau bucală; Gasparini, conjunctiva de câine. Aceste aplicații eteroplastice au dat rezultate totdeauna negative. Incercările plastice în cursul evoluției chirurgiei s'au extins, încercându-se și la țesuturile mai delicate din structura ochiului. Sunt interesante operațiunile plastice practicate asupra corneei. Se pare că primul care a încercat să facă o plastie corneană, în scopul remedierii corneei opacifiate, a fost francezul Pellier în 1789. S-au făcut apoi numeroase experiențe în acest sens de către autorii Himly, Ricke, Müller, Amon și alții, cu rezultate nesatisfăcătoare. Wolfe propune în 1873, ca grefa de cornee să se transplanteze împreună cu un lambou conjunctival; astfel rezultatele s'au îmbunătățit. Câțiva ani mai târziu Hippel, pe care l-a preocupat problema plastiilor corneene, introduce într'o deschizătură circulară, executată pe o cornee cu leucom, un cerc de aur, o ramă, care servește de montură, iar în el aplică o lamă de sticlă circulară. Mai târziu abandonează aceste încercări, revenind la procedeele de transplantare corneeană cu grefe corneene luate dela câine, servindu-se spre deosebire de autorii precedenți pentru aplicarea grefei, de un trepan; acest procedeu are avantajul că suprimă necesitatea suturilor ulterioare.

**Considerațiuni generale.** După proveniența și locul de unde se ia și aplică stofa pentru plastii, vorbim de auto-homo și hetero-plastii. În autoplastii, materialul viu este luat dela același individ, indiferent din învecinătatea plăgii sau dela distanță. Când materialul plastic este luat dela un individ care aparține aceleași specii, vorbim de homoplastii și în fine de heteroplastii, când întrebuițăm substanță plastică luată dela o specie streină. Important este să găsim materialul necesar potrivit structurii anatomice și nevoilor de estetică locală, a regiunii pe care se aplică.



### *Considerațiuni generale de tehnică în executarea unei plastii.*

Mărimea și forma lambourilor pediculate sau a grefelor libere, variază după mărimea și forma pierderii de substanță de refăcut. Dacă e prea mare, el se încrețește, marginile se ridică și se sfacează; dacă e prea mic, fiind prea întins, este împiedicat în nutriția sa. Ridicarea lamboului de transplatat variază după calitatea lamboului (epidermic, dermo-epidermic, mucoasă, cornee,) și după principiul metodelor plastice întrebunțate. Grefele de piele liberă sau mucoase trebuiesc puse în locul indicat imediat, fără a le introduce în nici un lichid. Aspectul unui grefon liber de piele, pus la locul indicat, este caracteristic du 24 de ore. Dacă el are aspectul pielei contuze, grefa a reușit, dacă din contră el este gri, cu un miros puțin fetid, n'a reușit. Grefa liberă este de o vitalitate mult mai redusă decât cea pediculată și prinderea ei nesigură. Pentru reușita unei plastii cu grefă liberă, înafară de asepsie, se ține seamă de următoarele reguli:

a) grefa liberă de piele totală prinde mai ales dacă se plantează pe o suprafață rigidă, de ex. pe frunte;

b) hemostaza regiunii de grefat să fie perfectă:

c) pusă în locul indicat, marginile trebuiesc exact suturate (clinica din Cluj dă o importanță deosebită suturilor, executând suturi cât mai fine și superficiale);

d) aplicarea grefonului să fie precedată de ridicarea întregului țesut cicatricial și în nici un caz să nu se sutureze marginile grefei de un țesut cicatricial:

e) pus în poziție grefonul, se aplică un pansament gras, iar între două straturi de pansament se interpune un balon de cauciuc plat, zis balonul lui „Feris Schmit“ umflat la o presiune de 25 mm. Hg., pentru pielea groasă și 20 mm. pentru pielea subțire.



# Plastiile ochiului și anexelor sale.

**Metode și aplicațiuni, complectate cu statistica caurilor operate în clinica oftalmologică din Cluj, începând din anul 1919 până azi.**

Plastiile ochiului, după regiunile anatomice, le împărțim în plastii ale regiunii sprâncenoase, pleoapelor, conjunctivei și corneei.

## I Plastiile regiunii sprâncenoase

Pentru plastiile sprâncenoase este nevoie de piele acoperită cu producțiuni piloase, restabilind pe de o parte funcțiunea sprâncenei, care constă în oprirea scurgeri sudoarei în ochi, iar pe de altă parte estetica regiunii. Când plastia se face unilateral, se poate confecționa un lambou pediculat cu pediculul nasal din regiunea opusă, dacă ea este destul de bogată, un lambou pediculat din regiunea temporo-frontală corespunzătoare sau o grefă liberă luată din regiunea occipitală. Implantarea se face simetric în raport cu sprânceana existentă.

*Afecțiunile acestei regiuni în cari se aplică metodele plastice corespunzătoare sunt următoarele :*

Afecțiuni congenitale: colobomul sprâncenei (uni sau bilateral).

Afecțiuni traumatice: traumatizmele cari duc la o pierdere de substanță, ce poate interesa uneori întreaga sprânceană.

Afecțiuni pilare: alopeciile cicatriciale.

*Date statistice:* în cursul celor 20 de ani de activitate a clinicei, au fost operate prin metode plastice 4 cazuri:

1) Lipsa sprâncenei drepte. (Plastia regiunii sprâncenoase cu grefă liberă de sprânceană, luată din regiunea occipitală).

2) Lipsa părții mijlocii a sprâncenei drepte. (Autoplastie cu grefă liberă de piele păroasă din regiunea temporală dr.).

3) Extirparea unui epiteliom localizat la coada sprâncenei drepte, (Autoplastie cu lambou pediculat jugal din partea corespunzătoare).

4) Lipsa bilaterală a sprâncenelor. (Plastică liberă dela ceafă, pentru refacerea sprâncenelor).

## II. Plastiile regiunii Palpebrale.

I. *Blefaroplastiile*. Operațiunile cari au de scop refacerea corpului palpebral se execută după un număr destul de mare de procedee, având la bază două metode de tehnică :

A) Blefaroplastii cu lambouri pediculate.

B) Blefaroplastii cu lambouri libere numite și grefe.

Indiferent de metodă, blefaroplastiile sunt precedate totdeauna de blefarorafie totală și de ridicarea întregului țesut cicatricial. Prin ridicarea cicatricelor se eliberează pleoapa din deformațiunile pe care le produc aceste cicatrici retractile, iar blefarorafia are avantajul că destinde bine suprafața de plantare, ușurează întinderea lamboului ce se aplică, împedind astfel rețracțiunile secundare.

A) Blefaroplastia cu lambou pediculat se poate executa prin metodele următoare :

a. metoda alunecării (franceză).

b. „ răsucirei (indiană).

c. „ lambourilor pediculate, luate dela dintanță (metoda italiană).

a. *Metoda cu lambou pediculat alunecat* este indicată în cazurile în cari pierderea de substanță palpebrală nu e prea mare, iar pielea din vecinătatea plăgii suficient elastică și mobilizabilă. Procedeele mai recomandate, cari au la bavă principiul acestor metode, sunt: Procedul lui Dieffenbach, Landolt, Bűdinger și Kuapp, aplicabile cu deosebire pentru pierderea de substanță din partea mijlocie a pleoapelor ; apoi procedul lui Poulard pentru pierderi localizate la unghiurile palpebrale.

După procedul lui Dieffenbach (aplicabil la pleoapa inferioară), se crează un lambou dreptunghiular de partea externă a plăgii, spre tâmpla corespunzătoare pleoapei, cu marginea aderentă în jos și cea liberă spre marginea liberă a pleoapei, apoi se alunecă extremitatea liberă a lamboului, deslipit de țesuturile subiacente, în așa fel ca să acopere întreaga pierdere de substanță.

Procedul Landolt (aplicabil la pleoapa superioară în cazurile în cari lipsește partea sa internă). Se dedublează restul extern al pleoapei superioare la nivelul spațiului intermarginal în cele

două foițe, musculo-cutanată și tarso-conjunctivală, se creiază un lambou dreptunghiular din foița cutanată cu baza la sprânceană. După ce se mobilizează lamboul printr'o incizie verticală ce unește unghiul extern cu coada sprâncenei, se trage spre partea internă, unde se suturează la marginea corespunzătoare plăgii nasale.

Procedeul Knapp (aplicabil la pleoapa inferioară). Consistă în acoperirea lipsei de substanță prin două lambouri orizontale egale, apropiate prin alunecare și suturate.

Procedeul lui Bűdinger (aplicabil la pleoapa inferioară). Se execută după aceeași tehnică ca și procedeul lui Dieffenbach, diferă numai prin faptul că acest autor aplică pe față sângerândă dela nivelul extremității libere a lamboului, o grefă de cartilaj luat de ureche.

Procedeul lui Poulard, (aplicabil la nivelul unghiurilor palpebrale). Se crează două lambouri cu baze opuse, apoi se schimbă extremitățile libere ale lambourilor, unul în locul celuilalt.

b) *Blefaroplastiile cu lambouri pediculate răsucite*, (cele mai întrebunțate în plastiile pleoapelor). Metoda cu lambouri pediculate răsucite este metoda cea mai veche, imaginată de indieni pentru refacerea nasului; aceasta metodă a fost aleasă de Graeffe pentru prima plastică a pleoapelor, executată de el. Metoda are ca principiu crearea unui lambou pediculat cutanat din vecinătatea plăgii și aplicarea lui pe regiunea indicată, după o torsiune mai mult sau mai puțin complectă a pediculului. După originea lamboului deosebim diferite procedee de blefaroplastii: blefaroplastii cu lambou pediculat temporal, frontal, jugal și palpebral,

1. *Blefaroplastiile cu lambou pediculat temporal*. Metoda poate fi întrebunțată pentru reconstituirea atât a pleoapei superioare, cât și a celei inferioare. Technica constă în delimitarea unui lambou în formă de rachetă din regiunea temporală, astfel ca pediculul lamboului să fie situat la nivelul unghiului palpebral extern, iar vârful îndreptat în sus. Incizia dinspre pleopă trebuie să coboare cu 15—20 mm. mai jos decât cealaltă, pentruca, făcându-se torsiunea de 40—50%, să nu se producă cute disgratioase, cari ar compromite estetica intervenției. Pentru pleoapa inferioară incizia dinspre pleopă coboară mai jos, torsiunea în jurul pediculului făcându-se într'un grad mai mare (aproape 90°) Lamboul pediculat temporal poate servi și la reconstituirea unghiului palpebral extern, utilizând în acest caz un lambou bifid.

2. *Blefaroplastiile cu lambou pediculat frontal*. Pielea regi-

unei frontale este mai puțin potrivită blefaroplastiilor decât pielea regiunii temporale, din cauză că prima este mai groasă, iar plastica executată va fi din acelaș motiv mai rigidă și susceptibilă de a se retracta în profunzime, dând astfel cute disgrațioase, ori pentru reconstituirea unui organ delicat cum este pleoapa, e nevoie, mai mult decât pentru oricare regiune cutanată, de o piele cât mai subțire și fină. Idealul se atinge utilizând pielea luată chiar dela pleopă. Totuș acest procedeu este justificat prin calitatea ce o are pielea regiunii frontale, posedând o vitalitate mare. În confecționarea lamboului frontal trebuie să se țină seamă de aceleași condițiuni tehnice, ca și în confecționarea lamboului temporal. Prin aceasta metodă deasemenea se pot reconstitui ambele pleoape și chiar reface porțiunile interne ale ambelor pleoape deodată, în care caz lamboul este confecționat bifid.

3. *Blefaroplastiile cu lambou pediculat jugal.* Lamboul poate servi ca și la celelalte metode atât la refacerea ambelor pleoape, cât și la refacerea ambelor unghiuri palpebrale. Lamboul se confecționează din pielea obrazului corespunzător pleoapei de refăcut.

4. *Blefaroplastiile cu lambou pediculat palpebral.* Prin calitatea materialului, această metodă realizează o plastică ideală din punct de vedere estetic și mai ales funcțional. Singurul dezavantaj, care împiedică executarea frecventă a procedurii și strânge indicațiunile, constă în faptul că nu se pot ridica din pleoape lambouri mai mari, fără consecințe grave asupra lor.

c. *Blefaroplastiile cu lambouri pediculate luate dela distanță* (metoda italiană). Principiul acestei metode a fost stabilit încă în secolul al XV-lea de Branca și Tagglicozzi, cari se serveau de lambouri pediculate luate dela braț. Procedeu este dezavantajat prin poziția penibilă și de lungă durată, pe care este obligat s'o ia bolnavul până la prinderea plastiei.

Procedeu lui Syndacher e mult superior tehnicei lamboului pediculat brachial, reușind să înlătore dezavantajul purtării dispozitivului imobilizator. Lamboul este luat, după acest procedeu, din regiunea latero-cervicală și confecționat paralel cu muschiul st. cl. mastoidian, având poziția verticală cu pediculul în sus, înapoia și dedesuptul lobulului urechei, iar vârful îndreptat în jos spre capul claviculei de aceeași parte.

B) *Blefaroplastii cu grefe libere.* Se utilizează lambouri libere de piele, lipsite de țesutul adipos (ipodermic) subcutanat, procurate din regiuni cu piele fină, lipsită de păr, cum sunt: regi-

uhea internă a brațului și a coapsei. Acest fel de blefaroplastii se aplică în cazurile unde celelalte metode cu lambouri pediculate nu se pot aplica din cauza cicatricelor întinse ale regiunilor învecinate. Ele trebuiesc manipulate cu o grijă deosebită pentru a nu le expune sfacelării, fiindcă vitalitatea lor e mult inferioară lambourilor pediculate; din aceeași cauză șansele de reușită prin grefe libere sunt incomparabil mai puține.

*afecțiunile pleoapelor în cari se aplică mai frecvent metodele blefaroplastice.*

*Afecțiuni congenitale*; colobomul palpebral. (Clinica din Cluj aplică în acest caz o tehnică operatorie ce constă într'o plastică separată a tarsului de a pielii corespunzătoare pleoapei. Pentru acest scop se dedublează segmentul temporal al pleoapei afectate în cele două foițe musculo-cutanată și tarso-conjunctivală. Din foaia tarso-conjunctivală se crează un lambou dreptunghiular pediculat, cu pediculul situat în fundul de sac conjunctival corespunzător, iar cu extremitatea liberă îndreptată către marginea ciliară. Lamboul tarso-conjunctival servește la reconstituirea scheletului pleoapei, iar foaia musculo-cutanată, după ce se mobilizează, servește la acoperirea scheletului palpebral nou format. Această metodă realizează perfect condițiunile estetice ale pleoapei).

*Plăgile și rupturile pleoapelor* cari duc la pierderi mari de substanță sau la deviațiuni cicatriciale.

*Arsurile de gradul III. și IV.* cu cicatrici retractile consecutive.

*Ulcerațiunile palpebrale* sifilitice sau tuberculoase extinse, cari lasă în urma lor coloboame și cicatrici retractile. Flegmoanele, abcesele palpebrale, pustula malignă și complicațiunile lor, duc la deviațiuni cicatriciale foarte extinse sau la formarea ectropionului și entropionului.

*Deviațiunile cicatriciale* numite ectropion și entropion, pe lângă afecțiunile amintite, mais unt produse de trachom, pemfigus lupus, osteita marginală, dermatoze (eczemă, sclerodermie) și epiteliom.

*Date statistice.* Au fost operate prin blefaroplastii în ultimii 20 de ani, 185 de cazuri repartizate astfel:

Blefaroplastii cu lambou pediculat = 89.

” ” ” liber (grefe) = 96.

” la OD = 81.

” OS = 104.

” PL superioară = 48 { cu lambou pediculat = 17  
” ” liber = 31

Blefaroplastii la PL inferioară = 135 ( cu lambou liber = 65  
 „ „ pediculat = 67 =  
 lambouri pediculate { prin alunecare = 22  
 „ răsucire = 44.  
 dela distanță = 1.

*Blefaroplastii la ambele pleape = 5.*

*După metodele operatorii :*

1. Blefaroplastii cu lambouri pediculate prin metoda alunecării au fost executate 20 de cazuri, dintre cari: după procedeul lui Dieffenbach = 4, alte procedee = 16.

2. Blefaroplastii cu lambouri pediculate prin metoda răsucirii = 66 dintre cari: cu lambou pediculat temporal = 28,

„ „ „ jugal = 21.

„ „ „ frontal = 13.

„ „ „ latero-nasal = 4.

3. Blefaroplastii cu lambouri pediculate luate dela distanță: după metoda lui Syndacker = 1.

4. Blefaroplastii cu lambouri faciale bipediculate sau în punte, după metoda lui Morax = 2.

*După afecțiunile pleoapelor :*

Ectropion cicatricial al pleoapelelor { inferioare = 83  
 „ „ „ superioare = 24

„ „ la ambele pleoape ale aceluiaș ochiu = 10  
 (Procedee: blefaroplastii cu grefe libere = 9, cu lambou pediculat = 1).

Ectropion cicatricial la ambele pleoape și AO = 3. (cu grefe libere).

Ectropion al pleoapei inferioare prin retracție cutanată sclerodermică = 1.

Epiteliom al coadei sprâncenei = 1. (plastie pediculată jugală)\*

Epiteliom al pleoapei { inferioare = 27.  
 „ „ „ superioare = 6.

(cu grefe libere = 4, cu lambou pediculat = 29.

Epiteliom al ambelor pleoape = 5 (plastie cu lambou pediculat = 5).

Lagoftalmie cicatricială = 3.

„ prin smulgere = 1.

(Bf-plastie cu grefe libere = 2, cu lambou pedic. = 2).

Ruptura traumatică a pleoapei { superioare = 3.  
 „ „ „ inferioare = 1.

(Blefaroplastii cu lambou pediculat = 2, cu sutură în dublu plan = 1, cu grefă liberă = 1.)

Lipsa traumatică a pleoapei inferioare = 3

(Blefaroplastii cu lambou facial bipediculat Morax = 2, prin de dublarea pleoapei smulse și refacerea plastică = 1.)

Scurtarea pleoapei superioare = 2, (Bf.-plastie cu grefă liberă = 1, cu lambou pedic. = 1).

Nevrom plexiform = 1. (Blefaroplastie pediculată = 1.)

Colobom pleoapei superioare, A. O. = 1, (Bf. cu lambou liber).

Colobom al pleoapei inferioare = 4. (Bf.-plastii cu grefă liberă = 1, cu lambou pediculat = 3).

*Margino-plastiile.* Marginea liberă a pleoapelor poate fi deviată prin cicatrici, înainte sau înapoi spre globul ocular, constituind ectropionul în primul caz și entropionul în al doilea caz. Leziunile cicatriciale au ca etiologie vechi leziuni inflamatorii tarso-conjunctivale. Remedierea deviațiilor cicatriciale însoțite de deformarea tarsului trebuie să intereseze deopotrivă scheletul pleoapei și solul ciliar. Cili întorși spre corneă și conjunctivă, în entropion, raclează aceste membrane fine dând complicațiuni variate. În unele afecțiuni ale marginelor ciliare pot să fie interesați numai cili, constituind mai mult un inconvenient estetic (alopecie).

*Metodele plastice în afecțiunile marginii libere a pleoapei.* Lipsa totală sau parțială a cililor (alopecie) poate fi congenitală, în cadrul altor anomalii existente sau însoțind colobomul palpebral și câștigată în urma toxi-infecțiilor cronice, intoxicațiilor sau turburărilor endocrine. Dintre procedeele plastice de remediere se recomandă în caz de alopecie plastia cu lambou pediculat confecționat din sprânceană (Hirschberg), plastie cu grefe libere luate din sprânceană (Knapp), dela ceafă (Lexer), sau autogrefe pure, piloase, peri vii ridicați cu rădăcină din sprânceană, pielea capului, axilă și reimplantați în solul ciliar cu ajotarul unui ac cu canal (Krusius). În cazurile de deviațiuni cicatriciale (entropion cu trichiază), neînsoțite de incurbarea tarsului, se recomandă margino-plastiile; când și tarsul este deformat, margino-plastia este însoțită și de o tarso-plastie.

Margino-plastiile se bazează pe principiul alunecării solului ciliar.

Technica: după ce se de dublează întreaga margine liberă a



pleoapei în cele două foițe musculo-cutanată și tarso-conjunctivală printr'o incizie intermarginală, porțiunea ciliară a foiței cutanate se alunecă în sus pentru pleoapa superioară și în jos pentru pleoapa inferioară. În entropionul total se practică procedeul lui Iaesche-Arlt și procedeul lunge, iar în entropionul parțial procedeul lui Gayet.

Procedeul lui Iaesche Arlt (cu lamboul liber). După ce s'a dedublat marginea liberă a pleoapei pe toată întinderea ei, se excizează paralel cu această margine la 3 mm. deasupra ei un lambou semilunar cutanat, în locul căruia se alunecă apoi solul ciliar asupra tarsului, îndepărtându-se de marginea liberă care rămâne astfel denudată. Porțiunea din marginea liberă a tarsului, care rămâne descoperită, se acopere cu un lambou liber de piele sau mucoasă. În clinica din Cluj nu se face acoperirea acestei porțiuni din tars, ci se lasă să se epitelizeze singură, cu rezultate mai bune.

Procedeul Junge (margino-plastie cu lambou bipediculat în punte). Procedeul este ca și al lui Iaesche Arlt modificat în sensul că nu se excizează lamboul semilunar creat, ci se lasă aderent prin cele două extremități. Se face o interschimbare de lambouri: lamboul cu solul ciliar se alunecă în sus pe tars în locul lamboului semilunar, care este coborât în jos în locul lamboului cu solul ciliar.

Procedeul Gayet. (M. plastie cu lambou unipediculat). Este aplicabil în ectropioanele parțiale. Principiul acestui procedeu e acelaș ca și la cele de mai sus: se crează un lambou pediculat cu pediculul extern, pentru entropioanele externe, și intern, pentru entropioanele interne. Paralel și imediat sub acest lambou pediculat se prepară un lambou identic și pediculat din solul ciliar cu pediculul la nivelul mijlocului pleoapei, atât pentru entropionul intern, cât și pentru cel extern. După ce lambourile au fost create se mobilizează, se schimbă unul în locul celuilalt, și se suturează.

3. *Tarsoplastiile*. Plastiile tarsului se aplică oridecâteori entropionul este produs prin recurbaria tarsului. Tarsul deformat se reduce la situația normală prin următoarele procedee:

procedeul lui Panz Anagnostakis. Se pune tarsul în evidență printr'o incizie situată la 3 mm. deasupra marginii libere a pleoapei și paralelă cu ea, care interesează planul musculo-cutanat, se îndepărtează buzele plăgii și se descopere tarsul. Se încizează apoi tarsul și conjunctiva tarsală dealungul marginii ciliare, imediat deasupra liniei negre corespunzătoare inserției cililor. Se aplică 4—5 puncte de sutură la distanțe egale în tot lungul plăgii cu câte un

ac curb fiecare, introdus prin partea superioară a tarsului sau ligamentului său suspensor, scos la 1—2 mm. mai jos, reintrodus apoi între tars și lamboul musculo-cutanat inferior ciliar și scos din nou prin șanțul inter-marginal. Se înnoadă 2 câte 2 capetele fiecărui fir în parte, fără a strânge prea tare firele pentru ca astfel marginea liberă a pleoapei să fie readusă în poziția-i normală.

Procedeul Lagleyze Trantas. Principiul e acelaș ca și în procedeul Panas.

Procedeul Hots-Schnellen. Se încizează pielea pleoapei la 2—3 mm, deasupra marginii sale libere până la tars. După ce se îndepărtează buzele plăgii, se excizează din mijlocul tarsului, în toată luugimea sa, un lambou tarsian prismatic. Se aplică apoi 4-5 fire de sutură întocmai ca și în procedeul lui Panas.

*Afecțiunile marginii libere a pleoapelor*, cari necesită tratament plastic.

Af. congenitale: colobomul, entropionul congenital cu trichiază, alopecia ciliară, cili inversați și cili încarnați.

Af. inflamatorii: bleiarite ulceroase cari produc entropion cu trichează (trachom, penfigus, orgelet, difterie, sifilide ulceroase, și ulceratii tbc.).

Af traumatice: arsurile, cari duc la distrugerea marginii libere.

#### *Date statistice.*

Marginoplastii = 36 operațiuni.

*După afecțiuni:*

Entropion cicatricial cu trichiază = 25.

dintre cari: entropion cicatricial cu trichiază parțială = 4.

„ „ „ trichiază totală = 21.

(După etiologie: După trachom = 12, cu etiologie variată = 13).

Lipsa traumatică a pleoapei superioară și entropion la pleoapa inferioară = 1.

Lipsa traumatică a marginii ciliare a pleoapei superioară = 1.

Colobom = 1.

Trichează fără entropion = 7  $\left\{ \begin{array}{l} \text{pleapa superioară} = 3 \\ \text{inferioară} = 4 \end{array} \right. \left\{ \begin{array}{l} \text{OD} = 4, \text{OS} = 2. \\ \text{AO, Pl. sup.} = 1. \end{array} \right.$

*După metodele operatorii:*

Marginoplastii prin alunecare = 30.

prin procedeul Iasche Alt.  $\left( = 13. \right.$

„ „ lui Junge  $\left. = 4. \right.$

„ „ Gayet = 4.

„ „ Blaschovits = 1.

Marginoplastii cu grefă liberă dela sprânceană = 1.

Tarsoplastii : prin procedeul lui Panas Anagnostakis = 6  
                   cu cartilaj dela ureche = 2.  
                   "          " tars dela pleopa inferioară pt. pleopa sup = 1  
                   "          "          "          "          "          ochiului opus = 1.

4. *Cantoplastiile*. Unghiul extern sau intern al ochiului poate prezenta diferite anomalii care constituiesc un defect pur estetic, cum este epicantul sau cuta mongolică (numai la unghiul intern), ori și un defect funcțional al închiderii palpebrale în blefarofimoză și deviațiunile cicatriciale produse în urma afecțiunilor locale inflamatorii, traumatice și tumoarale. Pentru epicant, avem metodele autoplastice ale lui Verwey și Rogman.

După procedeul lui Verwey, se face câte o incizie în formă de Y orizontal, de fiecare parte a rădăcinii nasului, după cari se suturează imediat buzele plăgii în formă de V. tot orizontal.

Rogman face incizii în formă de Y întors, mobilizând lamboul dinspre epicant îl suturează la lamboul fix dinspre rădăcina nasului. În blefarofimoză corectarea se face prin cantoplastie externă, care are de scop să lărgască și alungească deschiderea palpebrală. Când avem pierdere de substanță la nivelul unghiului palpebrai, facem plastie cu lambouri pediculate sau libere. Tehnica plastiei cu lambou pediculat se poate executa după metoda alunecării lamboului (procedeul lui Poutard), după metoda răsucirii sau prin lambouri pediculate luate dela distanță. În cazul când se aplică metoda lambourilor pediculate răsucite, lambourile pot fi luate din regiunea temporală, frontală și jugală. Pentru refacerea unghiurilor interne se utilizează cu succes un lambou pediculat frontal, confecționat cu vârful bifid, ținând seamă de aceleași reguli ca și la blefaroplastii. Plastiile unghiurilor palpebrale, cu grefe cutanate libere de piele totală, se execută după aceeași tehnică ca și în blefaroplastii, utilizând pielea feței interne a brațului sau a coapsei.

*Afecțiunile unghiurilor* în cari se aplică contoplastiile :

af. congenitale ; epicant, blefarofimoză.

af. traumatice cari interesează unghiurile palpebrale și duc la o pierdere de substanță.

Neoplaziile pleoapelor : epiteliom, nevus sarcomatos.

*Date statistice* : Au fost executate 30 operațiuni prin plastii unghiulare, dintre cari

unghiul extern = 14.

"          intern = 16.



normal al lacrimilor se poate restabili prin refacerea plastică a conductului lacrimal cu o grefă liberă dermoepidermică după metoda recomandată de Morax și Valière — Vialeix. În acest scop, se trepanează peretele lacrimo-nasal întocmai ca și în dacrio-cistorinostomia lui Dupuy — Dutemps, se rezeacă mucoasa nazală, apoi se deschide larg punctul lacrimal și canaliculul corespunzător în care se introduce, până în meatul nasal mijlociu, un mic cilindru de parafină învelit într'o grefă liberă dermo-epidermică luată dela braț, în așa fel, ca stratul epidermic să privească spre cilindru de parafină, iar suprafața vie spre exterior.

*Date statistice:* în total au fost operate prin lacrimo-plastie 5 cazuri, după cum urmează:

După cicatrice vicioasă lacrimală OD = 1.

Pentru lărgirea unghiului papebral intern OS, = 1.

Epiteliom recidivant al sacului lacrimal OD. = 1.

„ ulcerat al regiunii prelacrimală OS. = 1.

Lagoftalmie paralică OD. = 1.

#### IV. Plastiile conjunctivei.

Refacerea suprafeței conjunctivale cu mucoasă conjunctivală se poate executa utilizând mucoasă dela același ochiu, sub formă de lambou liber sau pediculat și mucoasă conjunctivală dela ochiul opus. În aceste cazuri însă grefonul nu poate fi mare, fiindcă nu putem ridica un lambou prea mare de conjunctivă fără inconveniente. Pentru cazurile de pierdere de substanță conjunctivală mai mare se utilizează, fie mucoasă luată din alte regiuni, (bucală, nasală, vaginală, seroasa peritoneală a unui sac herniar, procedeu aplicat în clinica din Cluj), fie grefe libere epidermice obținute prin metoda Tiersch sau dermo-epidermice. S'au încercat și heterogrefe cu mucoasă străină luată dela broască, epure, câine, însă fără rezultat. Idealul ar fi să se poată întrebuița autogrefe și omogrefe de mucoasa conjunctivală. Mucoasa nasală este, incotesabil, un material plastic excelent și calitativ superior mucoasei bucale pentru refacerea conjunctivei bulbare, întrucât realizează complet condițiunile estetice ale regiunii, având caractere și culoare apropiate conjunctivei. Pentru a obține material plastic de mucoasă nasală, se ridică o bucată din cornetul mijlociu căruia i se disecă mucoasa. Mucoasa bucală are marele avantaj al vitalității sale și convine perfect acolo unde plastia e invizibilă (fun-

dul de sac conjunctival, toată conjunctiva palpebrală), însă prezintă un dezavantaj estetic prin culoarea roșie vie pe care o posedă, din care cauză nu se poate utiliza pentru refacerea conjunctivei bulbare.

Grefele libere Tiersch sunt grefe epidermice, cari permit a obține o pseudo-mucoasă într'un mediu umid, încât se utilizează cu mult succes pentru refacerea sacului conjunctival, acesta satisfăcând condițiunile de umiditate.

Technica pentru autoplastiile conjunctivale, aplicată mai ales în cazurile de simblefaron, este următoarea: se secționează aderențele cicatriciale, care unesc pleoapa cu globul ocular, până la nivelul fundului de sac conjunctival. După eliberarea pleoapei rămân 2 suprafețe avivate: una a conjunctivei palpebrale și alta a conjunctivei bulbare. Intervenția plastică care se aplică are de scop acoperirea acestor suprafețe pentru a împiedica reunirea lor. Mai frecvent se acopere suprafața sângerândă a conjunctivei bulbare, ea fiind mai ușor decolabilă și mai elastică decât aceea a conjunctivei tarsale, prin procedeul autoplastic care utilizează conjunctiva bulbară existentă, mobilizată prin subminare și incizii liberatoare la nivelul limbului cornean.

În cazurile de simblefaron întins, când e nevoie de refacerea cavității conjunctivale, se practică plastiile cu mucoasă liberă bucală, nasală sau cu grefe libere dermo-epidermice sau epidermice Tiersch, cari se pot obține în suprafețe mai mari. Pentru prinderea acestor mucoase în sacul conjunctival, se fac incizii conjunctivo-orbitare profunde până la planul osos obitar, în cari se plantează lamboul plastic pentru a prinde aderențe cu țesutul osos, spre a nu expune la recidiva simblefaronului.

Pe lângă grefele libere descrise mai sus, pentru refacerea sacului conjunctival se pot întrebuința și lambourile pediculate dermo-epidermice confecționate fie din vecinătatea regiunii orbitare, fie dela distanță. Aceste lambouri cutanate pediculate se pot introduce în cavitatea conjunctivală prin două procedee:

a) Printr'o butonieră situată la câțiva mm. de comisura externă a pleoapelor, sau

b) Se secționează comisura externă orizontal și se fixează pediculul lamboului în mod provizor la plaga comisurală formată. După 8—10 zile se secționează pediculul și se reface comisura. Stănculeanu și I. Jianu, au imaginat un procedeu de plastie dermo-epidermică cu lambou pediculat luat dela distanță (antebraț), inspirată din metoda veche a lui Branca și Tagliacozzi. Metoda e a-

plibilă pentru refacerea fundului de sac conjunctival inferior.

Se execută după următoarea tehnică : după ce se face cantotomia externă provizorie, se reconstituiește peretele anterior al sacului conjunctival inferior cu partea de conjunctivă ce acopere partea inferioară a globului ocular, în așa fel ca fața epitelială a conjunctivei să privească spre glob. Partea inferioară a globului ocular, lipsit de conjunctiva sa, se reface apoi printr'un lambou pediculat cutanat luat dela antebraț. Acest lambou pediculat se introduce printr'o butonieră cutaneo-mucoasă, situată la rădăcina pleoapei inferioare și se aplică în așa fel pe globul ocular ca fața cutanată să privească înainte. Odată cu terminarea operației se aplică în cavitatea conjunctivală inferioară, nou formată, o proteză oculară. Prin acest procedeu se pot reface ambele funduri de sac conjunctivale.

Procedeu lui Morax cu grefe libere dermo-epidermice în cazurile de simblefaron total. Se face câte o incizie orizontală la nivelul marginilor ciliare, depășind cu un 1 cm. cele două comisuri palpebrale. Prin noi incizii făcute în planul palpebral se creiază două lambouri cutanate dreptunghiulare, corespunzătoare celor două pleoape, apoi se resfrâng înafară și se fixează prin câte un punct de sutură la câte o incizie cutanată. Pe suprafața acestor lambouri resfrânte se aplică două lambouri dermo-dermice, iar fundul inciziei se acopere cu un lambou pediculat temporal. Pe regiunea operată se aplică un pansament uleiat, iar în a 10—15-a zi se eliberează pleoapele pentru a le sutura, refăcând aspectul normal al regiunii. Inapoi pleoapelor se aplică o proteză de plumb sau sticlă și după câteva săptămâni (5—8) se reconstituiește și unghiul palpebral extern, înlocuind proteza provizorie cu una definitivă.

Operația plastică „în albie“ a lui Truc. Se aplică cu rezultate bune în cazurile de scurtări ale fundului de sac conjunctival inferior produse mai frecvent prin lipsa administrării la timp a protezelor oculare după intervențiunile de enucleație ale globului ocular.

*Technica* : se face o incizie profundă, prin fundul de sac, până la nivelul marginii osoase a orbitei, delungul marginii aderente a tarsului. Se prinde buza conjunctivală cu câteva lațuri de fire ale căror capete străbat rădăcina pleoapei inferioare, aproape de marginea orbitară, spre a eși la suprafața pielii, unde pentru a trage cât mai jos buza conjunctivală se înoadă pe un tsul de tifon. În sacul conjunctival astfel lărgit se aplică o proteză provizorie, după care se ridică marginea ciliară a pleoapei





conjunctivei, până la ale corneei, șansele de reușită descresc în aceeași ordine. — Plastiile corneei se pot aplica cu succes numai în cazurile de opacități corneene localizate mai superficial. — Încercările de cherato-plastii cu transplant corneean total (Axenfeld), care să înlocuiască toată grosimea corneei opace, n'au dat rezultatele dorite.

Metodele de plastie parțială (Morax), cari înlocuiesc numai straturile superficiale ale corneei afectate printr'un segment de cornee ce cuprinde straturile superficiale ale corneei normale, au dat rezultate mai bune. Materialul întrebuițat pentru aceste plastii este grefa corneeană liberă ce poate fi luată din vecinătatea corneei afectate, din corneea unui ochiu uman enucleat recent, sau chiar din corneea unui ochiu de nou născut enucleat imediat după moarte și conservat în ser emolizat la gheață, maximum 7—8 zile (Magitot). Ridicarea acestor grefe de cornee se face relativ ușor, fie cu ajutorul trepanului lui Hippel, fie cu două cuțite Graeffe alăturate. În cazul întrebuițării trepanului Hippel, grefa obținută este perfect rotundă ca și o sticlă de ceasornic; ea se aplică pe locul indicat fără nici o sutură. Grefa obținută prin procedeul lui Graeffe are o formă dreptunghiulară, care se termină la cele 2 extremități cu câte un mic lambou conjunctival. Aceste grefe au o vitalitate mai mare decât cele obținute prin trepan datorită lambourilor mici conjunctivale dela extremități, — și în consecință reușesc mai bine decât acestea. Corneea opacifiată de corectat, se pregătește în acelaș fel ca și pentru ridicarea lambourilor de cornee normală, eliminându-se un lambou din păturile superficiale, circular pentru transplantul rotund și dreptunghiular pentru cel obținut cu ajutorul cuțitelor lui Graeffe. Plastiile corneene sunt foarte puțin frecvente prin faptul că grefele, cu o vitalitate foarte redusă, reușesc greu, manifestând o tendință spre sclerozare și opacifiere.

*Afecțiunile corneei* în cari se aplică mai frecvent cheratoplastiile: sifilisul corneean, opacitățile nodulare ale corneei și leziunile cicatriciale.

## VI. Plastiile grăsoase ale orbitei.

În cazurile de înfundare a unui perete orbital însoțită de căderea globului ocular sau în cazurile de cicatrici retractile intra-orbitare cu deplasarea globului ocular, se utilizează plastii cu grefe grăsoase libere luate din regiunea fesieră.

*Date statistice.* Au fost operate 5 cazuri:

1. Infundarea peretelui orbital inferior cu căderea globului ocular OS. (trat. plastic: grefă grăsoasă luată din regiunea fesieră).

2. Ectropion cicatricial al pleoapei inferioare OD. (blefarorafie parțială temporală și plasticie cu grefă liberă grăsoasă dela coapsă la marginea inferioară a orbitei).

3. Cicatrice retractilă, pleoapa inferioară OS. (autoplastie grăsoasă la pl. inf. O.S.).

4. Anoftalmie operatorie cu sac conjunctival prea adânc OD. (plasticie cu grefă liberă de grăsime aplicată în orbită și cu suturarea conjunctivală permanentă).

5. Lipsa traumatică a regiunii orbitare inf. OD. cu ptoza sacului conjunctival corespunzător (plasticie grăsoasă liberă dela fesa dreaptă cu refacerea regiunii orbitare inferioare și ridicarea sacului conjunctival corespunzător).

## VII. Plastile preorbitare.

Au de scop acoperirea cavității orbitare în cazurile de extirpare a unui epiteliom orbital sau după enucleația ori eviscerația globului ocular. Plastică preorbitară se face utilizând lambouri pediculate din vecinătatea regiunii, dela distanță sau grefe libere de piele dela braț, coapsă, regiunea pectorală, etc.

*Date statistice:* S'au executat 7 plastii preorbitare.

După afecțiuni și procedee:

1. Epiteliom palpebral OD. (extirparea epiteliomului cu acoperirea autoplăstică a globului ocular).

2. Plagă atonă după rezecția pleoapei și enucleația OS. (plastică preorbitară cu lambou pedicular frontal).

3. Eviscerația orbitei după un epiteliom penetrant OD. (autoplastie preorbitară cu lambou pediculat jugal).

4. Eviscerație totală a orbitei pentru un sarcom orbital OS. (autoplastie cu lambou pediculat temporal pentru închiderea orbitei).

5. Eviscerația orbitei OS. (autoplastie preorbitară cu lambou pediculat temporal).

6. Ectropion după pustula malignă OS. (extirparea sacului conjunctival stâng cu acoperirea totală a orbitei).

7. Orbită eviscerată cu deschiderea sinului maxilar OS. (acoperirea auto plastică, cu lambou jugal, a cavității orbitare).

**Statistica generală a plastiilor ochiului și anexelor, executate în Clinica Oftalmologică din Cluj, în ultimii 20 de ani: 1919-1939.**

S'au executat în total 328 operațiuni plastice repartizate astfel: după regiuni:

Regiunea sprâncenoasă:	=	4 (1,22 o/o)
Pleoape	=	251 (76,52 o/o)
Căile lacrimale	=	5 (1,52 o/o)
Conjunctiva	=	56 (17,38 o/o)
Plastii orbitare grăsoase	=	5 (1,52 o/o)
Plastii preorbitare	=	7 (2,13 o/o)



## Concluziuni

1. Operațiunile plastice aplicate la ochiu preocupă tot mai mult chirurgia plastică estetică contemporană, recurgând la experiențe și metode de ingeniozitate uneori surprinzătoare pentru realizarea scopului urmărit.

2. Plastiile urmăresc un scop multiplu: refacerea continuității anatomice, funcționale și în același timp estetice a unui țesut sau organ, care prezintă o lipsă (congenitală) sau o pierdere (dobândită după diferite afecțiuni) de substanță, printr'un țesut viu cu caractere și structură cât mai apropiate de ale țesutului de reconstituit.

3. Deși studiul experimental al diferitelor metode plastice a luat avânt numai în ultimele două secole, problema plastiilor a fost pusă înainte cu cinci mii de ani în India. Indienii au imaginat refacerea nasului tăiat cu o grefă liberă de piele.

4. Plastiile cari privesc ochiul și anexele sale se experimentează la o dată mai puțin îndepărtată, prima blefaro-plastie pare a fi fost făcută de Graeffe (tatăl) care publică observațiunile sale într'un „Tratat de Rhinoplastie“ publicat în Berlin 1818.

Operațiunile plastice aplicate cu bune rezultate la om, după originea materialului plastic, sunt numai cele auto și omoplastice și heteroplastiile, practic, n'au dat rezultatele dorite.

6. Materialul plastic, calitativ, variază după regiunile unde se aplică: cutanat pilos pentru regiunea sprâncenoasă; cutanat cu cili pentru solul ciliar al pleoapelor; conjunctival epidermic sau dermo-epidermic pentru conjunctivă și exclusiv cornean pentru cornee.

Toate procedeele plastice se servesc, fie de lambouri pediculate, aplicate după trei metode: alunecare, răsucire sau lambouri luate dela distanță, fie de grefe libere confecționate din diferite regiuni topografice ale corpului.

8 După elementele anatomice ale ochiului și anexelor sale susceptibile aplicării metodelor plastice deosebim:

Plastiile regiunii sprâncenoase.

- „ corpului pleoapelor (Blefaroplastii).
- „ marginelor libere ale pleoapelor (marginoalastii).
- „ unghiurilor palpebrale (cantoplastii).
- „ conjunctivei.
- „ căilor lacrimale (lacrimo-plastii).
- „ cu grefe grăsoase intraorbitare și
- „ preorbitare

9. În cursul activității de 20 ani (1919-1939) a clinicei oftalmologice din Cluj, au fost executate 328 operațiuni plastice, procentul cel mai mare fiind atins prin blefaro-plastii (76,52 0/0), apoi în ordinea frecvenței: plastii conjunctivale (17,38 0/0); preorbitare (2,13 0/0); ale căilor lacrimale (1,52 0/0); orbitare grăsoase (1,52 0/0); sprâncenoase (1,220/0) și corneene (sub 10/0)

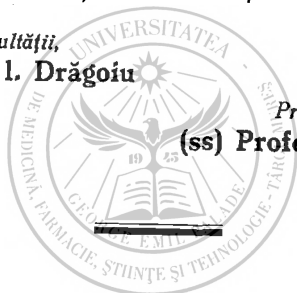
*Văzută și bună de imprimat :*

*Decanul Facultății,*

**(ss) Profesor Dr. I. Drăgoiu**

*Președintele tezei,*

**(ss) Profesor Dr. D. Michail**



## Bibliografie.

- Dr. Dantrelle: „Les greffes de peau totale libres“ („Revue de chirurgie plastique 1931-1932).*
- Dr. Dantrelle: „Greffes des muqueuses“ (Revue de chirurgie plastique 1931-1932).*
- F. Lagrange: „Enciclopédie Francaise D'Ophtalmologie“ (Volum. III.)*
- D. Michail: „Tratat de oftalmologie,“ Volum I. Ediția Universității Cluj 1929.*
- Registrul operațiilor Clinicii Oftalmologice din Cluj, pentru anii 1919-1939.*

