

OPÉRATION MONOCULAIRE DU FORT STRABISME DIVERGENT

par L. Weekers et R. Weekers (Liège)

Quel est le meilleur traitement chirurgical du fort strabisme divergent ?

Les procédés habituels à faible action nécessitent qu'on intervienne sur les deux yeux. Encore le redressement obtenu n'est-il pas toujours complet. La considération suivante nous paraît avoir une grande importance pratique. L'œil dévié, souvent, est amblyope ; le sujet accepte volontiers qu'on intervienne sur cet œil, mais il lui répugne de laisser toucher au bon œil.

La technique opératoire que nous décrivons ci-après nous paraît être le procédé de choix, nettement supérieur aux autres ; elle assure la correction complète d'un fort strabisme divergent en n'intervenant que sur un œil, l'œil dévié. Innovée par l'un de nous en 1923, elle a fait l'objet de plusieurs communications (1, 2, 3). Pratiquée couramment par nous et par les élèves que nous formons, elle a fourni des résultats certains et constants dans de très nombreux cas, de Saint-Martin et Onfray (4) dans le *Traité d'Ophthalmologie* ainsi que Jaensch (5) dans *Ophthalmologische Operationslehre* de Thiel la décrivent brièvement.

Malgré les précieux avantages « du grand raccourcissement » comme nous l'appelons, cette opération ne s'est pas répandue. Nous cherchons à la faire mieux connaître en utilisant une iconographie plus détaillée.

PRINCIPE ET INDICATIONS

L'opération consiste à raccourcir considérablement le muscle droit interne. Le raccourcissement est obtenu en attachant provisoirement le muscle droit interne au muscle droit externe situé vis-à-vis. Maintenu dans cette situation pendant 7 jours, le muscle droit interne contracte de nouvelles adhérences avec le globe ; il est fortement raccourci ; son action est considérablement renforcée. L'opération ne comporte donc aucune suture sclérale.

L'intervention est indiquée dans tous les forts strabismes divergents, quel qu'en soit la nature : strabisme par amblyopie « *ex anopsia* », défaut de convergence, strabisme divergent consécutif à la ténotomie mono ou binoculaire du droit interne, strabisme divergent paralytique, etc.

ANESTHÉSIE

Instillation de quelques gouttes de cocaïne-adréraline. Injections : 1 cmc. de scurocaïne 4 % dans l'orbite, 1 cmc. le long du muscle droit interne ; 0,5 cmc. au niveau du muscle droit externe. Cette dernière injection est faite à une certaine distance en arrière du tendon du muscle de façon à éviter un œdème qui gênerait la prise du tendon. Cette anesthésie rend l'intervention pratiquement indolore.

OPÉRATION

1^{er} temps. A l'aide d'une pince placée au limbe du côté temporal, l'assistant attire le globe en adduction (fig. 1). Sans disséquer la conjonctive, l'opérateur saisit le tendon du muscle droit externe au moyen d'une pince. Un fil double est passé au ras de la sclérotique dans le tendon ou sous le muscle,

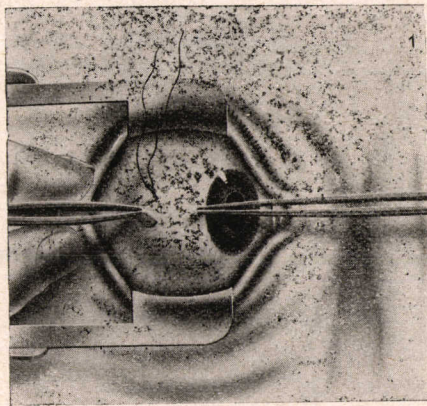


FIG. 1

Un fil double est passé dans le droit externe

immédiatement en arrière du tendon. Il est capital pour la réussite de l'opération que cette prise soit solide. Le fil est double pour qu'il puisse supporter une forte traction sans couper les tissus. Ce double fil est noué sans cependant serrer et sans terminer le nœud (fig. 2 et suivantes).

2^e temps. La conjonctive est disséquée le long du limbe interne depuis

XII heures jusque VI heures. Cette dissection est poursuivie loin en arrière : elle doit être suffisante pour permettre un recouvrement conjonctival complet (fig. 2).

3^e temps. Ce temps consiste à attacher le muscle droit interne à la conjonctive de la façon suivante. On place un crochet à strabisme sous le tendon du muscle. Au moyen d'une aiguille à suture et d'un porte aiguille, un fil de soie est passé : 1) à travers la conjonctive, de dehors en dedans, à un millimètre environ de la lèvre de l'incision conjonctivale, en un point correspondant au bord supérieur du muscle 2) sous le muscle 3) de nouveau, à travers la conjonctive, cette fois de dedans en dehors, en un point correspondant au bord in-

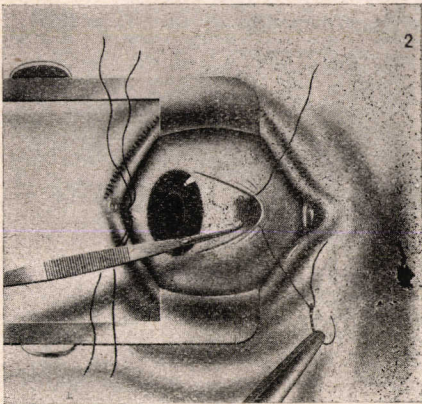


FIG. 2

Attache de la conjonctive au droit interne

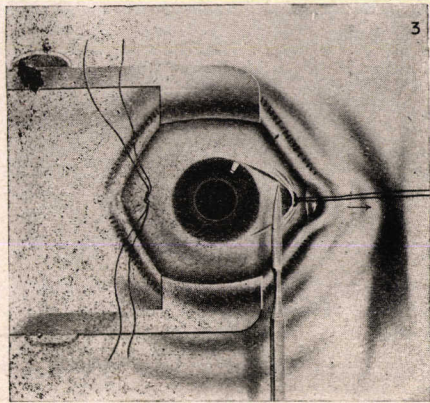


FIG. 3

Section du tendon du droit interne

férieur du muscle (fig. 2). De cette façon, quand on noue les deux chefs du fil, la conjonctive est comprise en même temps que le muscle, dans le nœud. Cet artifice assure une prise sûre, qui ne risque pas de lâcher. Ce fil doit être solide, pour ne pas casser quand on serre fortement le nœud (fig. 3).

Le nœud étant terminé, le tendon du muscle est sectionné au moyen d'un couteau à cataracte, au ras du globe (fig. 3).

En écartant du globe le muscle droit interne et la conjonctive, on libère complètement vers l'arrière, avec des ciseaux, les adhérences qui rattachent encore le muscle et la capsule de Tenon au globe, de telle façon que le muscle puisse glisser librement sur le globe (fig. 4).

4^e temps. Le fil du droit interne a deux chefs. L'un d'eux est introduit dans l'anse constituée par le fil du droit externe. Le double fil du muscle droit externe est maintenant noué sans traction excessive. Le chef du fil du droit

interne est emprisonné mais peut cependant glisser dans le nœud (fig. 5). Pendant toutes ces manœuvres, on évite que les fils viennent en contact avec la cornée.

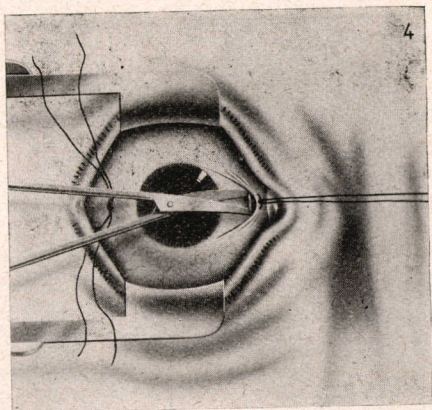


FIG. 4. — On libère les adhérences postérieures du droit interne

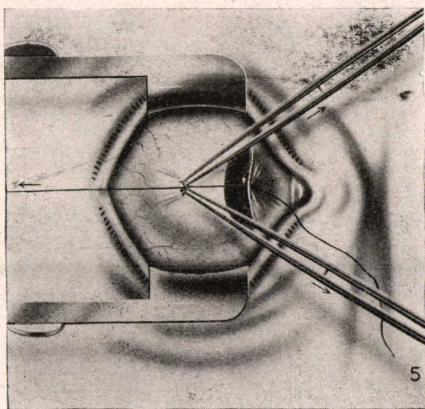


FIG. 5. — Avancement du droit interne vers le droit externe

5^e temps. Tout est prêt maintenant, pour avancer le muscle droit interne. L'assistant, au moyen de deux pinces saisit l'anse du fil droit interne. Une des pinces est placée sur la partie supérieure de l'anse ; l'autre, sur la partie inférieure. L'assistant amène l'œil fortement en dedans, en évitant soigneusement toute déviation en hauteur. Le droit interne et la conjonctive glissent sur la cornée et la recouvrent (fig. 5).

L'opérateur n'a plus, pour terminer l'opération, qu'à nouer les deux chefs du fil du droit interne.

Le globe, finalement, se trouve en forte convergence. L'aspect est celui d'un recouvrement conjonctival total (fig. 6).

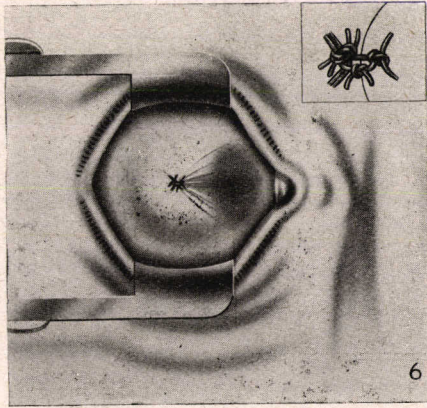


FIG. 6. — Attache du droit interne au droit externe

SUITES OPÉRATOIRES

Après l'opération, on introduit dans la fente palpébrale de la pommade à la pénicilline et des sulfamidés en poudre. On applique un pansement binoculaire qui est renouvelé au bout de quatre jours. Il est préférable que le malade garde le lit.

Sept jours après l'opération, on enlève les fils. Le malade est couché sur la table d'opération. Une anesthésie par instillations suffit. On excise au moyen de ciseaux la languette de la conjonctive et l'extrémité du muscle qui recouvrent la cornée.

Le redressement du globe paraît d'abord excessif ; l'effet diminue un peu dans la suite.

RÉSULTATS

Avec la technique décrite, le raccourcissement du muscle droit interne permet d'obtenir un redressement de 35 à 40 degrés. Contrairement à ce qu'on pourrait craindre, les mouvements oculaires, après guérison, ne sont limités d'aucune façon.

Parfois, la forte traction opérée par le muscle droit interne provoque un peu d'énophtalmie ; mais à la longue, cette énophtalmie s'atténue ou disparaît.



FIG. 7



FIG 8

En règle générale, le patient ne la remarque pas et jamais il ne s'en plaint.

La cornée supporte l'intervention sans dommage.

L'opération est indiquée dans toutes les formes de strabisme divergent, concomittant, paralytique ou autre.

L'intervention nous a donné d'excellents résultats dans le strabisme divergent consécutif à la ténotomie, simple ou double, du muscle droit interne. Quand, dans ce cas, on ne retrouve pas le muscle ténotomisé, on prend dans la suture, la capsule de Tenon et l'opération réussit aussi bien que si elle avait été pratiquée sur le muscle lui-même.

Quand la divergence strabique est considérable et que, pour cette raison, la correction opératoire n'est pas complète, on pratique, après un délai d'un mois, le plus souvent ambulatoirement, une ténotomie, plus ou moins large du muscle droit externe sur le même œil, ce qui achève le redressement et présente, pour le surplus, l'avantage de remédier à l'énoptalmie. Même dans ces cas, la motilité du globe est remarquablement peu affectée.

Nous reproduisons ci-après, à titre d'exemples, quelques documents photographiques montrant les résultats obtenus (fig. 7 et 8).

RÉSUMÉ

L'opération consiste essentiellement à attacher provisoirement le muscle droit interne au muscle droit externe situé vis-à-vis. Le muscle droit interne contracte ainsi de nouvelles adhérences avec le globe ; il est fortement raccourci ; son action est considérablement renforcée. En cas de besoin, le redressement est complété par une ténotomie du muscle droit externe.

Ce procédé est particulièrement indiqué dans le strabisme divergent d'un degré élevé. Il présente l'avantage très appréciable d'être monoculaire ; il permet d'éviter les sutures à la sclérotique souvent précaires. Les résultats en sont excellents et constants.

Clinique ophthalmologique de l'Université de Liège, Pr. L. Weekers).

BIBLIOGRAPHIE

1. I. WEEKERS. — *Ophthalmologica*, 1938-39, **78**, 210.
— *Bull. Soc. belge Ophth.*, 1939, **96**, 43.
— *Revue Méd. de Liège*, 1947, **2**, 329.
— *Bull. Soc. belge Ophth.*, 1947, **86**, 18.
— *Amer. Journ. Ophth.*, 1948, **31**, 541.
2. R. WEEKERS. — *Bull. Soc. franç. Ophth.*, 1948, séance de mai.
3. J. COLMANT. — *Bull. Soc. franç. Ophth.*, 1925, **38**, 719.
4. R. de SAINT-MARTIN et R. ONFRAY. — *Traité d'Ophthalmologie*, 1939, **7**, 814.
5. JAENSCH. — Cité par THIEL, *Ophthalmologische Operationslehre*, Lieferung, I, 1942, 150.

