

LES MALADIES GÉNÉRALES ET L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

L'état général du patient influe-t-il sensiblement sur le résultat d'une opération de cataracte? Telle est la question dont nul ne contestera le gros intérêt. Médecin appelé à conseiller ou déconseiller l'intervention, chirurgien destiné à assumer une plus lourde part encore de la responsabilité ne peuvent qu'en souhaiter la solution définitive.

Il y a quelques années, presque introuvable eût été l'ophthalmologiste capable d'opérer une cataracte diabétique sans appréhension. On était tenté de considérer tous les états généraux graves comme une contre-indication formelle à l'extraction de la lentille. La probité chirurgicale consistait à ne pas intervenir chez un diabétique à gros chiffres, chez un albuminurique confirmé. Il avait bien fallu que d'irréremédiables désastres eussent rendu susceptible la conscience des opérateurs; eussent-ils sans cela renoncé à rendre la vue, ne fût-ce que pour quelques années, à des malheureux déjà déprimés par l'affection générale et pour qui la lumière eût été une nouvelle existence? Qui n'a pas été témoin de ces faits ne peut s'imaginer combien

la cécité influe sur la santé morale et physique et quel puissant tonique est le retour à la vision. J'ai constaté après des opérations réussies de véritables résurrections chez des malades tellement affaiblis qu'à peine si j'osais offrir mon concours.

A l'époque peu éloignée à laquelle je fais allusion, les succès étaient nombreux, le rôle des germes pathogènes de la suppuration cornéenne à peine soupçonné, l'antisepsie inconnue encore. Nos devanciers croyaient pouvoir attribuer au mauvais état des sujets les échecs qui les décourageaient. A l'heure actuelle, la révolution est faite. Les statistiques sont de plus en plus brillantes, malgré l'audace croissante des opérateurs qui choisissent des cas moins favorables. Notre tendance est de reléguer au second plan dans l'évaluation des causes d'insuccès les affections diathésiques et de mettre en pleine lumière le rôle de l'infection. C'est à l'antisepsie que Panas, de Wecker, doivent les belles statistiques qu'il nous ont fait connaître; c'est grâce à elle que l'an dernier aux Quinze-Vingts où nombreuses sont les opérations, je n'ai pas eu à déplorer *un seul cas de suppuration de l'œil*.

Malgré la sécurité que donne la désinfection, beaucoup hésitent à opérer dans des conditions

générales défavorables, tellement sont enracinés certains préjugés, tellement grande est l'influence de nos ascendans scientifiques. Pourtant des protestations contre les errements du passé on vu le jour. Plusieurs, presque timidement et comme craignant ne point être tenus pour véridiques, ont publié des résultats très encourageants obtenus chez des malades gravement atteints par ailleurs. Armaignac a réussi à rendre la vue à des individus profondément cachectiques. Léviste, dans sa thèse de 1883, a plaidé pour la cause que je défends; il a recueilli les observations de soixante-un diabétiques opérés, sur lesquels six seulement n'ont pas bénéficié de l'intervention, soit 10 pour 100 d'insuccès alors qu'on considère 5 pour 100 comme une moyenne satisfaisante. Ce dernier auteur a pris le bon parti en faisant parler les chiffres.

Pour mon édification personnelle, j'ai tenu le compte exact d'un certain nombre d'opérations que j'ai faites chez des diathésiques ou des malades; je n'ai fermé ce compte que le jour où ma conviction a été établie. Avant ces recherches précises, j'avais bien des fois été surpris par la réussite de tentatives que je ne faisais qu'à contre-cœur, mais je voulais, pour parler publiquement, apporter un grand nombre de cas bien observés.

Je possède aujourd'hui les observations détaillées de cent cinquante individus opérés dans des conditions générales défectueuses, prises de suite au hasard de la pratique civile ou hospitalière. Il n'est pas sans importance de faire remarquer que la plupart des sujets appartenait à la clientèle hospitalière. En effet, il n'est pas surprenant d'obtenir en ville de beaux résultats chez un diabétique soumis au régime depuis longtemps, chez un albuminurique abreuvé de lait, chez un tuberculeux soigneusement soustrait à toutes les causes nocives. Les malades de l'hôpital, ignorant presque tous, les diabétiques spécialement, qu'ils fussent atteints d'une maladie quelconque, se présentaient porteurs d'affections non modifiées par des soins éclairés. Trente-cinq ont été renvoyés à un moment plus propice après avoir reçu des conseils propres à modifier leur état; ils ont pu, par la suite, être opérés avec avantage.

Je n'ai fait figurer dans ma statistique que des cas sérieux, bien confirmés. Ainsi, je n'ai pas admis comme diabétique un individu ne présentant dans ses urines que des traces de sucre; je n'ai rangé parmi les alcooliques que des hommes ayant des phénomènes caractéristiques, ne me contentant pas des renseignements sur leurs habitudes. Tous les tuberculeux men-

tionnés avaient des signes de phtisie manifeste, mais permettant d'espérer une assez longue survie.

Voici comment se décompose cette statistique :

Diabétiques, 70 ; brightiques, 21 ; tuberculeux, 6 ; bronchitiques, emphysémateux, 11 ; artério-scléreux, cardiaques, 13 ; cancéreux, 4 ; hémiplégiques, 4 ; tabétiques, 5 ; alcooliques, 13 ; maniaques, 2 ; aliéné, 1.

Un fait est à mettre en vedette : pas un des opérés n'a eu de suppuration du lambeau cornéen.

Les précautions antiseptiques ayant été rigoureusement prises, il n'y a pas eu d'infection. J'avais donc raison d'avancer plus haut qu'on pouvait reléguer au second plan l'état général considéré comme cause de suppuration de la plaie. Je serais tenté d'affirmer qu'il n'entre jamais en jeu pour produire ce méfait, s'il n'était imprudent de produire toute affirmation absolue. Admettons qu'une santé défectueuse mette le patient dans un état propice au développement des germes, qu'une plaie plus ou moins contuse offre un milieu convenable à leur pullulation, mais encore faut-il la présence effective des microbes : sans elle rien de fait. Ayant pu l'éviter, je n'ai pas eu d'accident irré-

médiable. Est-ce à dire que je puisse présenter une statistique merveilleuse énonçant 100 pour 100 de succès complets ? Je n'ai pas cette prétention ; je ne crains pas d'avouer que quelques opérés ont eu des accidents plus ou moins sérieux mais n'entraînant jamais, hormis chez l'un d'eux, la perte de l'organe visuel. Ces accidents ont été ceux de presque toutes les opérations de cataracte et pouvaient se produire chez les sujets les mieux portants. Il n'étaient pas inhérents à la constitution mais à l'opération ou au procédé opératoire, c'étaient des hernies de l'iris, des cataractes secondaires, des iritis. Sauf chez un des malades, ils ont toujours été réparables par une opération secondaire ramenant une vision le plus souvent très satisfaisante. Ils n'ont pas été beaucoup plus nombreux ou plus graves que ceux que nous sommes habitués à prévoir chez les opérés jouissant de la santé la plus florissante. Jusqu'ici je n'ai voulu parler que des accidents locaux ; j'ai vu six fois seulement les désordres généraux survenir après l'intervention ; ils n'ont pas eu de terminaison fatale, mais m'ont causé une certaine inquiétude ; j'y reviendrai.

Isolément j'étudierai chaque classe d'opérés, appuyant seulement sur les gros traits ; je n'ai pas songé à rapporter ici mes observations

détaillées, c'eût été travail monotone et peu suggestif.

Les 70 diabétiques qui, d'après les idées admises, semblaient sujets à caution, m'ont donné une moyenne remarquable de succès. Je n'ai pas constaté chez eux de retard dans la cicatrisation de la plaie, de phénomènes inflammatoires dignes de me faire regretter mon acte chirurgical. Je n'ai pas eu à intervenir chez des diabétiques graves, c'est-à-dire chez des malades très débilisés ou frappés de sérieuses complications. Cependant j'ai opéré des individus pissant une notable quantité de sucre. 42 fois cette quantité a varié de 5 à 25 grammes, 25 fois de 25 à 50 grammes, 8 fois elle dépassait 50 grammes. Les patients étaient âgés de 45 à 76 ans. J'ai réséqué 2 fois des hernies de l'iris, dont une a pu être mise sur le compte de l'indocilité du sujet; j'ai pratiqué par la suite 2 discisions, opérations insignifiantes; j'ai fait trois iridotomies consécutives à des iritis postopératoires. Ces iritis peuvent-elles être mises sur le compte de la glycosurie ou sur celui de l'opération? Je ne saurais me prononcer mais j'incline à penser qu'il s'agissait d'une complication locale; dans les trois cas des masses cristalliniennes assez abondantes s'étaient montrées dans la chambre antérieure.

Un de mes malades, vieillard de 68 ans, a été

atteint, le troisième jour après l'extraction, d'une congestion pulmonaire sérieuse qui m'a fort inquiété mais n'a pas eu de suite fatale. Ces congestions pulmonaires après l'opération de la cataracte ont été signalées chez les gens âgés même non diabétiques; je pense qu'elles sont souvent provoquées par le décubitus dorsal. Ici je n'oserais pas écarter l'influence de la diathèse, mon malade ayant été semblablement affecté trois ans avant notre rencontre. C'est un événement qu'il faut prévoir chez toutes les personnes qui ont dépassé la soixantaine; aussi ai-je pris l'habitude de laisser mes malades au lit le moins longtemps possible et d'éviter même tout à fait la position horizontale lorsque je suis assuré de leur docilité.

Dans presque tous les cas (56), la chambre antérieure était reformée, c'est-à-dire la plaie suffisamment coaptée, du troisième au cinquième jour; dans les autres, le retard dans la coaptation a été insignifiant (2 à 4 jours), sauf chez un opéré dont la chambre antérieure ne s'est reformée que le quatorzième jour, sans autre incident; c'était un vieillard de 74 ans, à cercle sénile développé mais ne faisant qu'une faible quantité de sucre: 8 grammes en moyenne; j'ai attribué ce retard très remarquable à la dégénérescence de sa cornée. Je n'ai

point observé de rapport entre la marche de la cicatrisation et l'âge des malades ou la quantité de sucre contenu dans leurs urines.

La vision de ceux mêmes qui ont dû subir une opération secondaire a toujours été satisfaisante, sauf pour deux des opérés chez qui j'ai rencontré après coup la présence d'une rétinite diabétique avancée. Je n'avais pu la soupçonner, les deux yeux étant cataractés; l'un des malades pissait 12 grammes, l'autre 34 grammes de sucre.

En résumé, 70 opérations pratiquées chez des diabétiques ont donné une moyenne de bons résultats. Nous voilà loin du *noli me tangere* qu'on avait voulu inscrire sur l'œil de chaque diabétique cataracté! On peut donc sans crainte opérer tous les diabétiques, à moins que leur débilité ne soit extrême. S'il s'agit d'un individu dans une position aisée, on pourra faire précéder l'opération d'un régime très sévère, voire même d'une saison à Vichy ou de prises régulières d'antipyrine comme l'ont recommandé les professeurs G. Sée et Panas, et n'agir que lorsque l'état général paraîtra satisfaisant, l'urine encourageante. Mais s'il s'agit d'un misérable pressé de recouvrer la vision pour gagner son pain, se trouvant dans l'impossibilité de suivre un régime approprié, on devra sans

crainte intervenir. Ce dernier n'aura guère moins de chances que le premier de recouvrer la vision. Qu'on n'aille pas croire que je sois l'ennemi de toute précaution avant l'opération; je dis seulement que dans les cas où ces précautions ne peuvent être régulièrement prises, on peut néanmoins compter sur des succès.

La terreur inspirée par l'extraction du cristallin des diabétiques ne se retrouve pas aussi intense quand il s'agit de semblable manœuvre chez les brightiques. J'ai rarement vu rechercher l'albumine dans l'urine des patients, c'est dire le nombre des individus qui ont dû être opérés avec une quantité notable d'albumine dans les urines et portés comme sains sur les statistiques sans étonnement pour le succès obtenu. Pourtant je ne sache pas que l'albuminurie moins que le diabète soit affection négligeable, mais il y avait une légende au sujet du diabète, et on connaît la force des légendes. N'ayant plus à raisonner sur l'une d'elles, je ne consignerai que brièvement les résultats acquis chez les brightiques.

Un seul de mes 21 malades pissait une forte quantité d'albumine, les autres étaient dans la moyenne; pourtant je ne puis produire des dosages aussi précis que ceux que j'ai notés pour le diabète. Les sujets étaient âgés de 48 à 69 ans.

Quatre avaient eu des accidents sérieux (œdèmes, troubles cardiaques) mais ont été opérés dans une période de santé assez florissante. Ici pas d'accidents sérieux; seule une hernie de l'iris teinte le tableau; la chambre antérieure était reformée en moyenne du troisième au quatrième jour; pas un cas de retard prolongé dans la cicatrisation. Un individu n'a pas tiré un bénéfice sérieux de l'opération, il n'a pu que se conduire; il avait une rétinite hémorragique. Ce résultat, dira-t-on, est peu brillant; je ne le conteste pas, mais j'affirme qu'il est encore aujourd'hui apprécié du malade. Du reste, tant que la perception lumineuse reste bonne en tous points avant l'opération, tant que l'anamnèse ne fait rien découvrir, on ne peut deviner cette complication profonde, et, par conséquent, formuler à son sujet une contre-indication opératoire. Je n'ai pas eu à déplorer un seul accident général chez les albuminuriques.

Tuberculeux, bronchitiques, emphysémateux peuvent ne former qu'un faisceau. Chez eux toutes les opérations ont été normales, sauf une fréquence inaccoutumée des hernies de l'iris (trois) que j'attribue aux efforts de toux.

J'ai rangé dans le même groupe treize artérioscléreux ou cardiaques. Rien de bien particu-

lier à noter chez eux au point de vue local, si ce n'est une tendance aux hémorragies dans la chambre antérieure. Cet accident a eu lieu trois fois après iridectomie; deux fois il a été insignifiant, la troisième il s'est reproduit deux jours de suite et a failli compromettre le résultat final; j'ai même craint la cataracte hémorragique, cette terrible complication; il n'en a rien été, heureusement. J'ai dû plus tard, chez cette femme de 66 ans, à artères très dures, pratiquer une iridotomie qui ne lui a fourni qu'une vision médiocre.

Ai-je bien fait d'opérer les quatre cancéreux? Dans deux cas je n'ai connu la diathèse qu'après l'opération. Il s'agissait de deux femmes atteintes de cancer du col utérin; l'une est morte onze mois après sa sortie de la clinique; la vision des deux opérées était parfaite. Je n'ai qu'à me louer d'avoir rendu la vue aux deux campagnards (il y a trois ans à huit jours d'intervalle) atteints d'épithélioma de la lèvre, puisque j'ai reçu d'eux ces temps derniers d'excellentes nouvelles. On peut opérer les cancéreux sans risque d'aggraver leur maladie générale, étant donné le peu de retentissement qu'a l'extraction cristallinienne. On se déterminera en tenant compte du plus ou moins grand état de faiblesse du sujet, du désir plus ou moins obsédant qu'il

a de recouvrer la vue, surtout de ses chances de survie.

Des quatre très anciens hémiplegiques que j'ai opérés, j'ai gardé un parfait souvenir. Je ne m'étais décidé qu'à contre-cœur, ayant connaissance d'un fait capital, à savoir que quelques opérations de cataracte avaient été suivies de mort par hémorrhagie cérébrale, vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'extraction et que le traumatisme opératoire avait paru, dans les cas cités, jouer un certain rôle dans l'ictus apoplectique. Les trois premiers sujets m'eussent enlevé toute méfiance à cause de leur facile et rapide guérison, si le dernier n'eût présenté des phénomènes assez graves pour m'alarmer. Trois jours après il tomba dans un demi coma et sortit de son lit un mois après avec une vision satisfaisante, mais une hémiplegie plus prononcée; un état général plus grave. Je conserve donc toutes mes craintes au sujet des individus ayant eu des affections cérébrales.

Je n'ai qu'à signaler les cinq tabétiques qui ont guéri comme par enchantement. Chez des ataxiques ayant une atrophie papillaire l'intervention serait évidemment contre indiquée. Mes malades ont tous joui d'une excellente vision, même l'un d'eux qui avait une ophthalmoplégie presque complète des deux côtés.

L'opération chez les alcooliques ne serait pas dangereuse si le choc opératoire, si léger qu'il soit, ne pouvait amener de violentes attaques de délirium tremens, comme je l'ai observé trois fois sur treize cas. Les trois malades dont les yeux avaient été soumis pendant les crises à des mouvements désordonnés, ont dû subir plus tard des iridotomies qui ont donné deux bons résultats et un médiocre.

Je dénomme maniaques deux hommes ayant été internés avec cette étiquette dans des établissements spéciaux; un d'eux présenta après l'opération une véritable crise de manie; il guérit bien.

Je n'eus connaissance de l'état de l'aliéné que le lendemain de l'opération alors qu'en pleine folie furieuse il arrachait les pièces de son pansement. Sa femme m'avoua qu'elle l'avait amené à la clinique pour s'en débarrasser, profitant d'une lucidité momentanée. Cet homme eut une iritis purulente qui guérit en amenant une obstruction totale de la pupille bientôt suivie d'atrophie du globe oculaire. C'est la tache sombre de ma statistique.

Du côté des nerveux les résultats ont été moins bons que du côté des autres malades. Je suis convaincu qu'il y a plus de danger à opérer

un cérébral ou un simple alcoolique qu'un diabétique avéré.

D'une façon générale le grand âge des patients n'influe pas sur le résultat des opérations de cataracte, même quand les individus ne sont pas indemnes d'altérations générales. Qui l'est d'une façon absolue à 80 ou 90 ans ?

Cette étude démontre qu'on n'a guère le droit de refuser à un cataracté le bénéfice considérable de l'opération, fût-il dans un état général défectueux. Si la vision est encore possible avec l'un des yeux, on peut reculer l'opération, mais s'il y a cécité complète, on doit intervenir; les accidents infectieux toujours évitables étant seuls à craindre.

Je veux terminer en résumant les indications de l'opération de la cataracte chez les sujets atteints de maladies générales :

Si la maladie permet d'espérer que le patient vivra plusieurs années, on pratiquera résolument l'opération;

Si elle laisse pressentir la mort à moyenne échéance (18 mois, 2 ans), on n'opérera que sur instances répétées et après avoir acquis la conviction qu'on rendra moins pénible la fin de l'existence;

Si la survie ne doit être que de quelques mois,

on s'abstiendra en laissant entrevoir la possibilité d'un retour à la vision.

On ne devra jamais s'exposer à aggraver l'état général.

V A R I A

ASTHÉNOPIE D'ORIGINE LACRYMALE

Dans le numéro de décembre 1889, du *Recueil d'Ophthalmologie*, M. le D^r Galezowsky a fait paraître un intéressant article intitulé « Troubles visuels lacrymaux simulant le glaucome ». J'avais maintes fois été frappé par des cas analogues à ceux qu'a rapportés notre très distingué confrère. Je me disposais à étudier ces faits dans un travail intitulé : « Asthénopie d'origine lacrymale », lorsque j'ai été devancé par M. Galezowsky, qui n'avait pu laisser échapper des phénomènes aussi importants. Je dois donc me borner à exposer le fruit de mes observations personnelles.

Il est de prime abord assez difficile de s'imaginer qu'une affection des voies lacrymales qui