

Quand le pneumothorax demeure simple, il ne faut faire aucun traitement actif, la résorption spontanée de l'air étant la règle. Mais on s'appliquera à supprimer toutes les causes d'effort qui pourraient empêcher la cicatrisation ou rouvrir la fistule : constipation, quintes de toux, etc.

Quand un épanchement séreux s'accumule dans la plèvre, à moins qu'il ne devienne un danger par son abondance, il ne faut pas se hâter de l'évacuer, car en comprimant le poumon, il favorise la cicatrisation de la fistule et diminue les chances d'infection de la plèvre par les liquides bronchiques. La thoracentèse ne sera donc pratiquée qu'après s'être assuré, par l'analyse des gaz et la recherche de la tension intra-pleurale, que le pneumothorax est définitivement fermé. Pour éviter la rupture de la perforation, on pourra user du procédé imaginé par M. Potain qui, à l'aide d'un dispositif ingénieux, remplace le liquide, au fur et à mesure de son extraction, par de l'air stérilisé<sup>1</sup>.

Quand l'épanchement est purulent ou putride, il est nécessaire d'intervenir promptement. Il ne faut déroger à cette règle que dans le cas de pneumothorax enkysté ouvert largement dans les bronches et évoluant spontanément vers la guérison. Mais, quand la fistule est trop étroite pour drainer convenablement la plèvre, il n'y a pas à hésiter : la collection intra-pleurale, comme toute autre collection purulente, exige un traitement actif.

Plusieurs procédés sont en présence. La ponction simple doit être rejetée; la ponction suivie d'injections intra-pleurales antiseptiques à la teinture d'iode, au sublimé, à l'acide borique, à l'acide salicylique, etc., a donné des résultats inconstants. Restent donc l'empyème et la résection des côtes. Bien que la question soit encore à l'étude, en comparant les résultats de ces deux opérations, il semble que l'empyème doive être le procédé de choix. L'opération d'Estlander, aussi bien dans le traitement du pyo-pneumothorax que dans celui de la pleurésie purulente, n'a pas donné tout ce qu'on en attendait; il doit être réservé pour le cas où la résection des côtes permet l'accolement exact des deux parois de la poche; il trouve donc son indication dans le pneumothorax circonscrit. Une des conditions de réussite de la résection, c'est qu'elle soit faite très largement. Au procédé ordinaire on pourra substituer le nouveau procédé de thoracoplastie imaginé par M. Quénu<sup>2</sup> : mobilisation d'un plastron thoracique en réséquant un petit fragment osseux aux extré-

1. POTAIN, Des injections intra-pleurales d'air stérilisé dans le traitement des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax (*Bull. méd.*, 1888, p. 555).  
2. *Acad. de méd.*, 1891.

mités de chaque côte. La résection pourra être employée, à titre d'opération complémentaire, pour faire disparaître la fistule persistante qui succède presque toujours à l'empyème dans le pyo-pneumothorax tuberculeux<sup>1</sup>.

Il n'existe, à proprement parler, aucune contre-indication à l'intervention chirurgicale; assurément l'albuminurie, la dégénérescence amyloïde, la cachexie sont des conditions défavorables, mais elles ne doivent pas faire rejeter une opération radicale qui est l'unique chance de salut pour le malade. Le chirurgien ne devra pas négliger le traitement général; dans certains cas l'opéré a tiré grand bénéfice de la suralimentation, en particulier par le gavage (Debove, Leyden<sup>2</sup>).

E. JEANSELME.

## VOMIQUES

**Définition. Divisions.** — On entend, sous le nom de vomique, l'évacuation, par les bronches, des collections purulentes du poumon, de la plèvre et de l'abdomen supérieur. Cette évacuation, généralement subite et massive, est parfois assez lente dans sa durée et fractionnée dans son débit; et, indépendamment de ces variétés de marche et d'allures, les vomiques diffèrent encore entre elles par l'abondance et la nature du pus rejeté. Ces variétés s'expliquent par le nombre et la diversité des lésions qui peuvent provoquer une vomique; aussi, dans la pathologie des organes du thorax et de la région supérieure de l'abdomen, la vomique est-elle un syndrome critique, dont l'apparition est souvent solennelle et la signification diagnostique toujours précieuse.

L'étude des vomiques comporte :

- 1° La description des variétés cliniques du syndrome;
- 2° La discussion du diagnostic étiologique du syndrome, fondée sur ces variétés mêmes et les phénomènes fonctionnels et physiques consécutifs à la vomique;

1. M. Netter, se fondant sur ses examens bactériologiques, conseillait la ponction dans l'hydro-pneumothorax tuberculeux, et l'empyème dans le pyo-pneumothorax de même nature.

2. Soc. de méd. int. de Berlin, 20 janv. 1830.

3° L'étude de la valeur sémiologique et pronostique des vomiques;

4° La revue des indications thérapeutiques, et l'exposé du traitement des vomiques.

**Étude clinique.** — Il est malaisé de donner, lorsqu'on la dégage de toute considération étiologique, une description clinique exacte et univoque d'un symptôme aussi variable que la vomique. Suivant, en effet, que celle-ci survient dans le décours d'une pneumonie ou à la suite d'une pleurésie purulente, les prodromes par lesquels elle s'annonce, la forme sous laquelle elle se manifeste, etc., diffèrent trop pour se prêter au cadre uniforme d'une description d'ensemble. Néanmoins, certains grands caractères communs appartiennent à toutes les vomiques et permettent à un observateur, non prévenu de l'affection causale, de reconnaître une vomique au lit du malade.

Toute vomique survenant chez un malade qui suppure dans le poumon ou au voisinage immédiat de celui-ci, sera précédée de fièvre, de dyspnée, et, le plus souvent, de douleur correspondant au siège de l'abcès. L'imminence de la vomique s'annonce par un redoublement de ces symptômes. Puis le malade se met à tousser et rejette, au milieu d'une crise de dyspnée convulsive, dans des efforts synergiques de toux et de vomissement, une quantité plus ou moins considérable de pus. Les caractères de ce pus varient avec la lésion causale; la durée de l'évacuation, également fort variable, se prolonge souvent plusieurs jours; la quantité de pus évacuée oscille entre quelques grammes et plusieurs litres; elle est parfois si légère qu'il faut la chercher dans le crachoir, et d'autres fois si abondante qu'elle inonde les bronches et asphyxie le malade; la même quantité de pus peut être ou rejetée en une fois, en une vomique massive, ou évacuée peu à peu en un débit intermittent, et la vomique est alors fractionnée.

La vomique entraîne localement des conséquences anatomopathologiques étroitement dépendantes de la nature de la lésion causale; elle laisse après elle une cavité incomplètement vidée, septique, que révèlent, à l'examen stéthoscopique, les signes cavitaires, et dont la présence, le volume, le siège et les rapports commandent la terminaison de la maladie.

Le *diagnostic différentiel* des vomiques avec les abcès ouverts dans l'œsophage et le pharynx ne se pose guère qu'à propos des phlegmons péripharyngiens ou péri-œsophagiens ouverts dans le tube digestif, et s'établit aisément par la notion des antécédents, l'examen local et l'appréciation de la différence qui existe entre un vomissement et une vomique; on sait que, dans la vomique, la toux et la dyspnée commandent les contractions synergiques du diaphragme.

**Diagnostic étiologique.** — L'étiologie des vomiques est multiple: les collections purulentes du poumon, de la plèvre, de la région sous-diaphragmatique peuvent en effet se juger par une vomique. Mais si la constatation du symptôme est aisée à faire, l'origine de la vomique ne pourra être établie qu'à la suite d'une discussion diagnostique parfois difficile. En outre, au cours de lésions cavitaires du poumon (cavernes tuberculeuses, gangréneuses, bronchectasiques), on observe quelquefois une expectoration purulente copieuse et répétée, qui peut en imposer pour une vomique d'autre nature. Aussi le diagnostic étiologique des vomiques commande-t-il une analyse clinique détaillée, non seulement du syndrome lui-même, mais encore des phénomènes antérieurs et postérieurs à la vomique; c'est la seule méthode qui permette d'arriver au diagnostic étiologique.

Ni la quantité, ni la qualité du pus expectoré, ni le mode d'évacuation de ce pus ne suffisent à préciser exactement le siège anatomique de la collection purulente, l'origine de la vomique. Aussi faut-il bien connaître les causes, rares ou habituelles, des vomiques, et diriger l'enquête diagnostique sur les symptômes de l'affection causale, que la nature de la vomique laisse soupçonner au médecin.

Si les causes des vomiques sont nombreuses, elles sont d'une fréquence fort inégale: les deux ordres de lésions qui les déterminent le plus souvent sont les pleurésies purulentes et les abcès du poumon; et, de ces deux catégories étiologiques, la première est de beaucoup la plus fréquente. Par conséquent, une vomique doit toujours éveiller chez le médecin l'idée d'une pleurésie purulente.

I. *Vomique pleurale.* — Deux variétés anatomiques de la pleurésie purulente donnent lieu à des vomiques: les pleurésies de la grande cavité et les pleurésies enkystées. Ces deux espèces de vomiques, précédées chacune de symptômes qui caractérisent la variété de pleurésie à laquelle elles succèdent, diffèrent cliniquement et comportent à leur suite une série de signes stéthoscopiques, en rapport avec les conséquences anatomiques de l'évacuation de la collection purulente.

La vomique qui succède à la *pleurésie purulente générale*, est tardive. Elle est précédée, dans son apparition, d'une longue période pendant laquelle se développent et s'affirment les symptômes fonctionnels, physiques et généraux de la pleurésie purulente; aussi le diagnostic de celle-ci est-il déjà, le plus souvent, bien établi, lorsque survient la vomique. Cette période pleurétique dure environ un ou deux mois.

La quantité de pus rejeté est considérable et peut atteindre plusieurs litres; comme l'irruption soudaine et massive d'une telle quantité de pus dans les bronches ne se fait pas sans compromettre

la respiration et entraver l'hématose, la vomique est dramatique dans son expression clinique et vraiment dangereuse dans son pronostic immédiat; au milieu des efforts de vomissement convulsif les plus pénibles, le malade rend, par jets saccadés intermittents, des flots de pus qui sortent à la fois par le nez et par la bouche; pouvant à peine, dans l'intervalle des efforts, reprendre haleine, le malade traverse, à ce moment, une période des plus critiques. Le début de l'asphyxie se marque par la cyanose du visage et des extrémités, et c'est alors qu'une syncope peut tuer le malade. Mais, en règle générale, la terminaison est meilleure: la situation se modifie, en effet, assez vite; après quelques vomissements, le malade reprend haleine et se sent soulagé. Il expectore, dans les moments qui suivent, des crachats muco-purulents, aérés, spumeux, vide ainsi ses bronches du liquide qui les encombre, et se remet rapidement de la crise qu'il vient de traverser; la température tombe, l'état général n'est pas mauvais, la respiration est plus libre.

Les caractères du pus évacué varient avec la nature de la pleurésie causale; le pus est généralement jaunâtre, homogène, assez bien lié, inodore, parfois strié de rares filets sanguins; on y retrouve les bactéries pathogènes de l'épanchement pleural.

Lorsqu'on examine le malade après la vomique, on trouve de notables changements dans les signes physiques. On constate tout d'abord que l'épanchement pleural a diminué de quantité; le niveau de la matité a beaucoup baissé, et le plus souvent, on trouve tous les signes d'un pyo-pneumothorax plus ou moins étendu. Des râles de bronchite sont en outre disséminés dans le côté malade.

Les jours suivants, ainsi que le démontre l'examen stéthoscopique quotidien, du pus se reproduit dans la plèvre, l'épanchement liquide augmente. Puis le malade est pris de quintes de toux et recommence une vomique, mais celle-ci différente de la première; il ne vomit plus, il crache le pus; il expectore ainsi quelques centaines de grammes de liquide muco-purulent. L'examen physique dénote alors la diminution de l'épanchement, proportionnelle à l'abondance de l'évacuation; et la même série de phénomènes se reproduit ainsi pendant quelque temps; tous les jours, le malade rejette, en de petites vomiques fractionnées, quelques cuillerées de pus; pendant cette période, le thermomètre accuse des oscillations caractéristiques, à maxima vespéraux.

Parfois, l'expectoration s'arrête pendant quelques jours; alors la fièvre s'exagère, les symptômes fonctionnels s'aggravent; lorsque l'expectoration reparait, elle s'annonce par une extrême fétidité de l'haleine qu'on retrouve d'ailleurs dans le pus rejeté. Cette fétidité est due aux fermentations saprogènes du foyer purulent en commu-

nication avec l'air; elle peut aussi être produite par un noyau de gangrène pleuro-pulmonaire au contact de l'abcès pleural. Si le travail fermentatif s'étend, le pyo-pneumothorax devient putride et comporte alors les symptômes (fièvre, adynamie, diarrhée, sueurs, œdèmes, etc.), la gravité pronostique et les indications thérapeutiques urgentes de cette grave complication.

D'autres fois, une fistule pleuro-cutanée s'établit, sans que s'oblitére la fistule pleuro-bronchique; et alors, l'empyème, indéfiniment entretenu et incomplètement évacué à la fois par ces défectueuses conditions anatomiques, s'éternise et devient pour le malade un foyer d'infection et une source d'épuisement.

Un autre mode de terminaison de la vomique est le suivant: l'épanchement s'évacue peu à peu par cette expectoration purulente fractionnée de la vomique quotidienne, la cavité pathologique diminue, s'oblitére et finit par disparaître: c'est d'ailleurs un des modes de guérison spontanée de la pleurésie purulente. Mais, si l'on suit ces malades, on constate qu'au niveau de la sclérose pleuro-pulmonaire, vestige persistant de la pleurésie guérie, s'établissent et s'accroissent des lésions chroniques et progressives de bronchectasie et d'emphyseme, qui aggravent le pronostic éloigné de ce mode de terminaison des vomiques.

La vomique qui succède à la *pleurésie purulente partielle*, à l'empyème enkysté, est, elle aussi, tardive. Mais la période pleurétique qui la précède est d'un diagnostic difficile. Il s'agit en effet, presque toujours, d'une pleurésie interlobaire: or on sait combien sont obscurs les symptômes des pleurésies interlobaires. La toux, la douleur, l'oppression, la dyspnée, la fièvre, jointes à quelques signes physiques locaux d'une appréciation fort délicate, en constituent le bilan habituel; aussi le vrai symptôme révélateur de cette pleurésie est-il la vomique. Celle-ci survient subitement au cours de ce syndrome pleurétique, auquel elle apporte à la fois une explication satisfaisante et une terminaison en général heureuse et rapide. Ce n'est que de la troisième à la huitième semaine qu'une pleurésie interlobaire se juge par la vomique; plus tôt seulement chez l'enfant et la femme puerpérale. La quantité de pus rejeté, peu considérable, oscille entre 50 et 200 ou 300 grammes au plus. La vomique s'effectue assez facilement, sans déterminer d'accidents immédiats inquiétants; elle est le plus souvent fractionnée dans son débit, et se fait en plusieurs fois. Mais, malgré la quantité relativement minime du pus rejeté, la vomique ne passe pas inaperçue: parce que le malade, qui n'expecterait pas du tout avant la vomique, se met tout à coup à emplir son crachoir de pus. L'imminence de la vomique est parfois annoncée, un ou deux jours à l'avance, par la fétidité de l'haleine