

(Dieulafoy). Le pus, épais et phlegmoneux, strié de sang, généralement visqueux, contient, le plus souvent, des pneumocoques, microbes habituels des pleurésies enkystées.

Aussitôt après la vomique, la fièvre, la douleur et la dyspnée diminuent notablement; et, à l'examen physique, on constate, en général, des signes cavitaires manifestes, révélateurs du siège, de l'étendue et de la nature de la lésion causale: c'est un pyo-pneumothorax partiel, enkysté, qui se traduit à l'oreille plutôt par les signes d'une cavité intra-pulmonaire que par ceux d'un épanchement gazeux intra-pleural. L'exacte localisation anatomique de la lésion cavitaire, au niveau de la scissure interlobaire, contribue à fixer le diagnostic étiologique de la vomique.

Les jours suivants, l'expectoration purulente diminue graduellement et l'auscultation accuse un retrait parallèle des signes physiques. Au bout d'une semaine ou deux, en général, la cavité interlobaire a disparu, la fistule pleuro-bronchique s'est refermée, et l'expectoration est tarie. A ce moment, l'examen physique démontre l'existence, au niveau de la zone interlobaire intéressée, d'un foyer de sclérose plus ou moins étendu, qui est comme la cicatrice de guérison, et la signature anatomo-pathologique de l'ancien empyème enkysté.

Le mode de terminaison ordinaire de ces vomiques pleurales partielles est la guérison, surtout lorsque l'empyème est consécutif à une pneumonie; la bénignité relative des pleurésies métapneumoniques s'affirme ici d'autant mieux que l'épanchement est partiel et s'est jugé par une évacuation spontanée. Parfois cependant, après le soulagement des premiers jours qui suivent la vomique, apparaissent des signes de rétention purulente ou de putridité de l'épanchement. Le malade peut alors, à moins d'intervention chirurgicale, succomber aux progrès de l'hecticité; ces terminaisons malheureuses sont surtout le fait des empyèmes enkystés non interlobaires.

Les pleurésies purulentes enkystées de la base, du sommet, peuvent, en effet, déterminer aussi des vomiques, qui sont d'un pronostic plus grave que celles des empyèmes interlobaires. Le diagnostic étiologique des vomiques secondaires aux variétés supérieure, costopulmonaire latérale ou diaphragmatique des pleurésies enkystées, se fait par la localisation anatomique des signes physiques et l'étude de l'évolution des accidents.

II. *Vomique pulmonaire.* — Ce sont les *abcès métapneumoniques* qui donnent lieu, le plus souvent, aux vomiques pulmonaires. Ces vomiques sont naturellement précédées de l'ensemble des signes auxquels on peut soupçonner la suppuration du foyer hépatisé; mais, en réalité, on n'est sûr de l'abcès pneumonique que lorsqu'on

a sous les yeux le pus expectoré: c'est dans le crachoir du malade que se fait le diagnostic de l'abcès pulmonaire; aussi bien est-ce la vomique qui est le symptôme révélateur de la lésion.

C'est aux environs du quinzième jour, souvent plus tôt encore, que survient la vomique pulmonaire. Elle s'annonce par le redoublement de la toux et de l'oppression: puis le malade rejette tout à coup, dans une crise de dyspnée et de toux convulsive, de 50 à 200 grammes environ d'un pus épais, phlegmoneux, verdâtre, souvent teinté de sang et inodore: on retrouve dans ce pus tous les caractères qui trahissent son origine et sa nature (pneumocoques mélangés à d'autres bactéries pyogènes, fibres élastiques, parcelles de parenchyme, cristaux d'hématoïdine et d'acides gras). Après la vomique, le malade est soulagé et la température s'abaisse. A ce moment, l'auscultation révèle l'existence d'une cavité intra-pulmonaire plus ou moins considérable, qu'accusent du gargouillement, du souffle amphorique, etc.

L'expectoration purulente persiste pendant quelques semaines, en diminuant de jour en jour, dans les cas favorables: l'abcès se cicatrise, l'état général s'améliore et le malade guérit. Sinon, à un soulagement momentané succède une nouvelle aggravation dans les symptômes, et le malade succombe aux progrès de l'hecticité, avec tous les signes de la septicémie chronique.

Cette vomique pulmonaire ressemble beaucoup à la vomique de l'empyème interlobaire métapneumonique. L'analyse du symptôme ne suffit pas, lorsqu'une vomique survient dans le décours d'une pneumonie, à établir l'origine pulmonaire ou pleurale de la vomique. On se souviendra, à cet égard, que la vomique pleurale est plus tardive, généralement plus abondante et plus prolongée; elle laisse après elle des signes cavitaires plus manifestes et plus étendus; elle est enfin beaucoup plus fréquente que la vomique pulmonaire. Laennec, Trousseau, Grisolle, Graves ont en effet établi la rareté de l'abcès pulmonaire pneumonique; et les observations modernes ont montré la fréquence des pleurésies métapneumoniques, avec leurs caractères d'empyèmes localisés, enkystés, éphémères, et relativement bénins. Néanmoins, la confusion diagnostique est parfois difficile à éviter, et l'on est en droit de penser qu'elle a dû souvent être commise autrefois. Elle ne nuit d'ailleurs en rien au traitement.

Le *kyste hydatique suppuré du poumon* donne lieu souvent à une variété spéciale de vomique pulmonaire qui se spécifie par son abondance, sa longue durée, son caractère fréquemment hémorragique, enfin et surtout par le rejet, mélangés au pus, de débris de membranes ou de vésicules d'hydatides, et de crochets d'échinocoques.

III. *Vomique abdominale.* — Une très intéressante classe de vomique

ques est celle qui succède soit aux abcès migrants du poumon, soit directement, par une fistule bronchique, à une collection purulente extra-pulmonaire. En dehors des vomiques d'origine vertébrale et œsophagienne, qui sont très rares, cette classe de vomiques est d'origine abdominale. Ainsi s'évacuent par les bronches les kystes hydatiques suppurés et les abcès du foie (fistules hépato-bronchiques), de la rate (fistules spléno-bronchiques); les pyonéphroses et phlegmons périnéphrétiques (fistules pyélo-bronchiques, etc.). Un lent travail d'inflammation subaiguë a, dans ces divers cas, par l'établissement d'adhérences péritonéales et pleurales, préservé les cavités sereuses d'une irruption septique mortelle; par les lymphatiques du diaphragme, l'inflammation s'est propagée, à travers la plèvre, à l'écorce pulmonaire qu'elle a sclérosée; et ainsi se réalise la communication de l'abcès abdominal avec le système bronchique. D'autres fois, c'est par l'intermédiaire d'un abcès pulmonaire secondaire que s'établit la fistulisation bronchique.

Dans ces différents cas, à une longue période antérieure à la vomique, du diagnostic le plus difficile, et caractérisée par des phénomènes localisés et fugaces de pleurésie sèche de la base et de pneumonie interstitielle subaiguë, succède brusquement une période de vomique, tumultueuse, pleine d'imprévu et de dangers. Si, en effet, l'évacuation spontanée de la collection purulente est une heureuse éventualité, on conçoit sans peine combien imparfait et insuffisant est le drainage qu'assure l'étroite lumière du tube bronchique, à travers lequel doit se vider, contre les lois de la pesanteur, un abcès profond, déclive et souvent considérable.

IV. *Pseudo-vomiques*. — Le syndrome de la vomique peut encore être réalisé au cours de la bronchectasie, de la tuberculose cavitaire et de la gangrène du poumon.

Dans la *dilatation des bronches*, on observe des crises intermittentes, parfois assez espacées, d'expectoration copieuse, qui peuvent en imposer pour une vomique pleurale d'origine interlobaire. Mais cette expectoration, qui est d'ailleurs plutôt muco-purulente et diffluyente que purulente et épaisse, se sépare, dans un verre à expérience, en trois couches caractéristiques. La bronchorrhée chronique, qui cause ces crises d'évacuation, provoque, entre chacune de ces pseudovomiques, une expectoration dont l'abondance, la permanence et l'aspect dénotent bien l'origine bronchectasique. Enfin, les signes stéthoscopiques de la dilatation des bronches, joints à la notion de l'état général et de l'apyrexie des malades, de l'étiologie et de l'évolution des accidents, ne permettront pas une erreur prolongée.

La *tuberculose cavitaire des poumons* provoque une expectoration abondante qui peut parfois, par son caractère successif et inter-

mittent, simuler une vomique légitime. Ces crises d'expectoration, au cours desquelles se vident certaines grosses cavernes, se spécifient par la disposition nummulaire et l'aspect puriforme des crachats, par le mélange au pus d'origine cavitaire, du mucus d'origine bronchique; au microscope, on trouve des fibres élastiques et des bacilles de Koch. Enfin, l'examen du malade et la recherche des signes physiques ne peuvent laisser place à une longue hésitation. Une seule cause d'erreur est à signaler : c'est la coexistence, chez un tuberculeux, de cavernes et d'un pneumothorax partiel; en pareille occurrence, à l'expectoration cavitaire s'ajoutent des crises de vomique qu'il faut reconnaître et rattacher à leur véritable origine. L'examen stéthoscopique fournira les éléments de la solution de ce problème.

La *gangrène pulmonaire*, à la période d'élimination, provoque une expectoration temporaire abondante, qu'il ne faut pas confondre avec une vomique ordinaire. Les crachats gangréneux sont diffluyents, vert noirâtre et contiennent du mucus, du pus, du sang, de la graisse et des débris de parenchyme mortifié; au microscope, on y retrouve des fibres élastiques, des bactéries variées, surtout bacillaires, et des protozoaires mobiles (monas, infusoires, etc.). Mais le caractère distinctif par excellence de l'expectation gangréneuse est l'extrême fétidité des crachats et de l'haleine des malades. Cette fétidité serait vraiment pathognomonique si certains empyèmes enkystés et certains abcès pulmonaires secondaires (voir les *Abcès du poumon*) ne pouvaient l'engendrer parfois, lorsque, par suite d'une évacuation trop lente, le pus vient à fermenter dans les bronches. Lorsque la plèvre, intéressée dans un noyau de gangrène pulmonaire corticale, vient à se perforer, un pyo-pneumothorax putride s'ensuit, dont la marche suraiguë et les allures graves imposent un diagnostic rapide, un pronostic sévère et un traitement hâtif. En ce cas, l'expectation gangréneuse revêt les caractères d'une vraie vomique d'origine pleurale : alors la fétidité des crachats sera un élément précieux pour le diagnostic étiologique de la lésion pleuro-pulmonaire.

**Valeur séméiologique.** — Cette rapide revue étiologique et clinique montre combien grande est la valeur séméiologique du syndrome vomique. Il arrive souvent en effet, que l'apparition d'une vomique donne le secret de symptômes inexplicables et la solution d'un problème clinique sans elle insoluble. N'est-ce pas la vomique qui tranche le diagnostic des pleurésies enkystées, surtout des pleurésies interlobaires, des kystes hydatiques et de la plupart des abcès du poumon? Le diagnostic de ces affections est aussi clair après qu'il était obscur avant la vomique. Avant celle-ci, le médecin ne

peut que soupçonner l'existence et la nature de la lésion : après la vomique, le diagnostic est pour ainsi dire sous ses yeux dans le crachoir du malade ; car la notion de cette crise, soigneusement étudiée dans ses caractères et jointe à l'étude de la période antérieure à la vomique, assure le diagnostic. Dans d'autres cas, la vomique a une valeur séméiologique moindre : elle ne fait que confirmer le diagnostic, déjà établi, de pleurésie purulente, d'abcès, de kyste hydatique suppuré du foie, de la rate, du péritoine sous-phrénique, de l'atmosphère périnéphrétique, etc. ; même alors, elle complète le diagnostic en indiquant les rapports, la voie d'extension et de propagation de la collection purulente.

Enfin, il faut mentionner ici la possibilité de vomiques séreuses, non purulentes : exceptionnellement rares, celles-ci ont une valeur séméiologique précieuse et une signification pronostique rassurante.

**Valeur pronostique.** — La valeur pronostique des vomiques varie avec leur abondance, leur nature et leur évolution. Une vomique abondante, massive, peut en effet, par asphyxie mécanique immédiate, tuer le malade sur le coup. Mais c'est là une éventualité fort rare : presque toujours les malades supportent bien la crise de la vomique et sont soulagés après elle : c'est donc là un accident heureux, une crise favorable dans l'histoire pathologique du poumon et de la plèvre.

Mais tout n'est pas fini avec la vomique : celle-ci comporte des suites souvent dangereuses. En effet, la cavité qu'elle vient d'évacuer incomplètement reçoit l'air extérieur avec ses germes ; et, de ce mélange d'air et de pus plus ou moins stagnant, résultent souvent des infections secondaires, des fermentations et des désordres locaux qui deviennent l'origine de complications variées. Aussi le pronostic des vomiques dépend-il de bien des éléments : dimension et rapidité plus ou moins grande d'oblitération de la cavité pathologique, facilité plus ou moins assurée, par le trajet fistuleux bronchique, du drainage naturel de cette cavité, état du parenchyme pulmonaire voisin, santé générale de l'organisme, virulence bactérienne plus ou moins active du pus en voie d'évacuation, etc., etc.

Enfin il faut réserver, dans le pronostic ultérieur des vomiques, la possibilité de lésions tardives de sclérose, d'emphysème pulmonaire, de dilatation bronchique, qu'il faut imputer, non pas à la vomique, mais à l'affection causale.

**Traitement.** — Les vomiques donnent lieu à des indications thérapeutiques relativement simples. En effet, la vomique est elle-même, par définition, un acte thérapeutique qu'on peut parfois prévenir chirurgicalement, qu'on ne doit jamais combattre quand il s'accomplit et dont on doit toujours hâter et favoriser les suites.

Pendant la vomique, il faut veiller à la facile évacuation du pus et prendre garde à l'asphyxie, dans les vomiques abondantes (éther, position du malade, respiration artificielle, etc.).

Après la vomique, il reste à lutter contre l'infection de la cavité incomplètement vidée en tarissant la sécrétion purulente. Cette indication est remplie par l'administration quotidienne et longtemps continuée des antiseptiques diffusibles, surtout de la créosote, du gaïacol, de l'iodoforme, de l'eucalyptol, de l'hyposulfite de soude. On pratiquera des inhalations antiseptiques avec les acides phénique, thymique, salicylique, benzoïque. On administrera les balsamiques dont une longue expérience a consacré l'efficacité sur les voies respiratoires : la térébenthine, le benjoin, le baume de Tolu. On associera ces différents médicaments dans des potions, des bols, suivant les cas et les indications dominantes. On veillera à l'entretien de l'état général et de la nutrition (alcool, toniques, suralimentation).

Les vomiques donnent également lieu à des indications chirurgicales précieuses. On doit d'abord s'efforcer de les prévenir par la ponction ou la pleurotomie, suivant la nature et l'abondance de l'épanchement, et pratiquées après un diagnostic topographique exact des lésions. Une fois la vomique effectuée, au moindre signe de rétention purulente ou de putridité du foyer pulmonaire ou pleurétique, il faut absolument intervenir : on réglera le siège, la profondeur et l'étendue de l'intervention sur les données de l'examen stéthoscopique et de l'exploration digitale aseptique, pendant l'opération, à travers la fenêtre qu'on aura pratiquée à la paroi costale ; on réglera l'énergie et la nature de l'intervention sur le degré d'infection du foyer pathologique. Pleurotomie, pneumotomie, thoracoplastie peuvent être indiquées dans la chirurgie que réclament les vomiques insuffisantes. Lavages, pansement, drainage et suites opératoires sont justiciables ici des règles générales de la chirurgie.

E. DUPRÉ.