

### Les Pseudo-Appendices Pneumoniques

Voyons un autre malade, si vous n'y objectez pas. Le Dr X envoie d'urgence de la campagne à l'Hôtel-Dieu, M. P. J. (observ. person. No 653) pour appendicite aiguë. Nous voyons le malade avec notre collègue, le Dr Bruncau. Pouls 110-115. Temp. 103.2. Nous sommes fortement frappés par son facies anxieux et sa position en chien de fusil, sur le côté droit naturellement. Il y a eu des vomissements. La palpation montre un ventre tendu, "en bardeau", et très douloureux, particulièrement à droite. La respiration est pénible et superficielle. Les antécédents pathologiques sont nuls.

La difficulté de respirer attire notre attention et l'examen des poumons révèle une pleuro-pneumonie basale droite. Une palpation abdominale soigneuse montre que si toute la moitié droite est douloureuse, la zone de McBurney l'est davantage sans que l'on y trouve ni matité ni sous-matité.

Le diagnostic de pleuro-pneumonie droite, à symptomatologie de début appendiculaire fut posé et l'opération ne fut pas conseillée. La pneumonie, fortement infectieuse, évolua cependant rapidement vers la guérison, sous les injections d'argent colloïdal (Argosol) et une médication complémentaire appropriée.

Ces "pseudo-appendicitis pneumoniques" ou pleuro-pneumonies à symptomatologie appendiculaire, ne sont pas rares. Vous saurez fréquemment ces surprises chez des enfants, comme le remarquait récemment Halipré, dans la *Revue Médicale de Normandie* (oct. 1909). Comby d'ailleurs, dont le sens clinique était si aiguë, avait déjà attiré l'attention sur ce point. L'observation clinique nous a appris que chez un certain nombre de pneumoniques la douleur abdominale constitue presque à elle-seule tout l'élément douloureux.

Comme la douleur abdominale correspond au poumon malade, il est évident que lorsque la pneumonie est à droite, le diagnostic d'appendicite aiguë, puisse être porté. Dans ces cas de pseudo-appendicite pneumonique, la douleur abdominale est précoce et s'accompagne généralement de vomissements. Si nous nous rappelons que dans beaucoup de pneumonies — infantiles tout particulièrement — il y a absence de toux et d'expectoration, que les symptômes stéthoscopiques sont très souvent anormaux à la période initiale, — n'y a-t-il pas là suffisamment pour dépister parfois le plus sagace esculape.

Et ne croyez pas que ces cas soient exceptionnels. Dans une étude très documentée, Bennecke analysant récemment (in *Médizinische Klinik*, Fév. 1909) les séries de pneumonies traitées durant les 3 dernières années à la clinique de l'Université d'Iena, faisait remarquer le pourcentage élevé — 53 pour cent — des pneumonies dont l'évolution était anormale. Chez 7 de cette série de malades, les symptômes de la pneumonie furent marqués par des signes appendiculaires, si nets et dominants que dans deux cas l'erreur de diagnostic fut complète.

Ainsi l'un de ces malades, un enfant de 10 ans, est amené pour des douleurs paraombilicales. Il y a céphalgie

constipation légère, fièvre à 39.3 degrés et pouls à 100. Ventre tendu, avec gargouillement dans la fosse iliaque droite. L'opération fait reconnaître un appendice sain, qui est néanmoins enlevé, sans que les symptômes ne s'amendent. On pense à une typhoïde, à une céphalée, jusqu'à ce que l'auscultation permette d'observer un souffle bronchique, accompagné de frottements pleuraux, mette sur la piste de la vraie maladie, une pleuro-pneumonie typique du *sommet gauche*.

Dans un second cas, malgré des signes appendiculaires nets, la toux persistante incite à l'examen du poumon. Rien d'anormal. Ce n'est qu'après l'opération, où l'appendice fut trouvé normal que se déclara une pneumonie franche.

Troisième malade. Vomissements, fièvre, douleurs au point de McBurney, céphalée, ventre ballonné, rate un peu grosse. L'appendicite semble probable, mais apparaît un crachat marmelade d'abricot. La pneumonie du *sommet droit* s'installe en même temps que la température monte à 39.5 degrés. Le malade guérit.

14 malades, en plus des 7 sus-mentionnés, qui firent une pneumonie classique, accusèrent des douleurs para-ombilicales. Comment expliquer ces symptômes abdominaux au cours de la pneumonie? Voilà qui est difficile. Jurgensen, Kaufman, Liebmeister, Eichorst, etc., veulent que la tuméfaction de la muqueuse intestinale et la congestion des viscères abdominaux constatées au cours des recherches anatomo-pathologiques, en soient tenues responsables.

Quelqu'en soit l'explication, tout ceci nous conduit à la conclusion que la pneumonie aiguë a souvent une allure anormale à son début. — qu'elle simule à s'y méprendre l'appendicite aiguë, — que chez les enfants surtout il faut pouvoir éliminer la pleuro-pneumonie avant de poser le diagnostic d'appendicite aiguë.

N'oublions pas en outre, et sachons les dépister, les complications pleuro-pulmonaires secondaires à l'appendicite, et généralement très graves.

Est-il encore d'autres affections aiguës d'organes voisins, qui nous puissent induire en erreur? Certes oui, messieurs, et vous avez déjà pensé aux

### Crises Rénales

La colique néphro-urétérale, la pyélonéphrose et l'hydronephrose ont plus d'une fois fait poser un diagnostic erroné.

L'hydronephrose! vous la rencontrez généralement chez une malade aux antécédents dyspeptiques, presque toujours fatiguée des reins, qui aura fait souvent des crises fugaces de douleurs au côté droit, avec irradiation vers la fosse iliaque. Parfois, — mais plus rarement, — les antécédents sont à peu près nuls. Voyez donc.

Nous sommes appelé d'urgence auprès de M<sup>lle</sup> C. (obs. person. No 628) qui est en crise de douleurs abdominales depuis quelques heures. La malade, qui porte légèrement la trentaine à peine, a toujours joui d'une bonne santé, sauf parfois du malaise au côté droit. Et voilà que tout à