

étant faites, il est assez naturel de penser à une appendicite, mais il est au moins aussi important de se méfier, d'avoir l'idée d'un début de pneumonie droite et de faire, en conséquence, un examen clinique très complet et très minutieux. En effet, le point de côté qui marque le début de la pneumonie peut être ressenti très bas vers les dernières côtes, l'hypocondre et jusque dans le ventre; cette particularité n'avait pas échappé à Grisolle et, dans son *Traité de la pneumonie*, il cite la douleur dans une fosse iliaque; ce détail fut un peu oublié puis redevint intéressant quand on s'occupa de l'appendicite; plusieurs erreurs de diagnostic furent alors faites, plusieurs ventres ouverts de malades qui avaient une pneumonie. Alors on commença à s'inquiéter de ces faits et à y regarder de plus près. Mirande montra dans sa thèse que le syndrome appendiculaire, sans lésions de l'appendice, peut accompagner diverses affections thoraciques. Garreau reprit cette étude et apporta quelques nouvelles observations de "pneumonies à point de côté abdominal" ou pseudo-appendicites pneumoniques. Comby leur consacre deux pages dans l'article "Pneumonie" du "*Traité des maladies de l'Enfance*"; Weil, Nobécourt, les signalent dans leur "*Précis de Médecine infantile*."

Le diagnostic de cette "forme appendiculaire de la pneumonie" se fera, pourvu qu'on y pense, parce qu'on ne trouve pas tous les symptômes de l'appendicite et parce que, d'autre part on trouve, en cherchant bien, quelques symptômes thoraciques qui ne sont pas du tableau clinique de l'appendicite.

L'enfant se plaint du ventre, a des vomissements, est constipé; mais la douleur est diffuse, occupe toute la fosse iliaque droite, est rarement localisée au point de MacBurney; cette douleur légère, superficielle, elle ne s'accompagne qu'exceptionnellement de contracture musculaire et d'hyperesthésie cutanée; enfin et surtout le lendemain et les jours suivants, les symptômes abdominaux s'atténuent, les signes physiques habituels de l'appendicite n'apparaissent pas. Par contre, on remarque que l'enfant a quelquefois de la toux, presque toujours de la dyspnée; si l'on constatait toujours à l'examen du poumon droit les signes physiques de la pneumonie (subrâtité, souffle tubaire et râle crépitant), l'hésitation ne pourrait être de longue durée; ce qui complique la situation, c'est qu'il faut savoir faire le diagnostic de pneumonie chez l'enfant, alors que ces signes font complètement défaut, car il est très fréquent que la pneumonie soit d'abord centrale et ne donne des signes physiques bien nets qu'après plusieurs jours. Dans ces cas, on attachera une grande importance au skodisme sous-claviculaire du côté où on suppose l'existence d'un foyer pneumonique, à droite par conséquent pour les pneumonies à forme appendiculaire; on cherchera le défaut d'expansion thoracique dans cette même région, sous-claviculaire (Weill); la faiblesse du murmure vésiculaire en un point de la poitrine indiquera quelquefois aussi la présence d'une pneumonie centrale. L'évolution de la courbe thermique, les caractères du pouls sont encore de éléments de diagnostic différentiel.

On a cherché naturellement à expliquer le point de côté abdominal de la pneumonie. Garreau admet qu'il est produit par une irradiation douloureuse des nerfs intercostaux.

M. Brelet rapporte deux observations de ce genre tout à fait typiques.

Ces pneumonies à point de côté abdominal s'observent surtout en médecine infantile; cependant elles peuvent également survenir chez les adultes; les difficultés du diagnostic sont généralement moins grandes.

Le purpura, comme la pneumonie, a une forme appendiculaire ou pseudo-péritonéale. Dans la plupart des cas de purpura rhumatoïde, l'exanthème purpurique et les manifestations articulaires sont accompagnés de quelques troubles gastro-intestinaux; nausées et vomissements, douleurs au creux épigastrique, coliques et diarrhée. Que ces symptômes s'exagèrent et passent au premier plan, on est alors en présence d'une crise douloureuse abdominale; si les taches purpuriques sont discrètes, si surtout les troubles gastro-intestinaux précèdent l'exanthème, on discutera le diagnostic de toutes les affections douloureuses de l'abdomen avant de songer au purpura. Parmi les travaux récents sur ce sujet, nous citerons la thèse de Calmiels, les communications de Guinon et Vielliard. Dans sa thèse, Vielliard a rassemblé toutes les observations publiées, et a donné une étude clinique très complète des "crises douloureuses abdominales" en rapport avec le purpura.

La crise douloureuse survient habituellement chez un enfant déjà malade depuis plusieurs jours, ayant eu des douleurs articulaires et des taches de purpura; parfois le purpura se montre sur la peau longtemps avant la crise gastro-intestinale; enfin, mais rarement, les symptômes gastro-intestinaux précèdent l'apparition du purpura cutané; peut-être même la crise abdominale peut-elle survenir sans que le malade présente d'éruption cutanée.

Le syndrome appendiculaire est ici évidemment plus rare, aussi est-ce surtout dans la pneumonie que la confusion a été faite avec l'appendicite.

(in *Le journal de Med. et Chir. Pratique.*),

