

vait ajouté à cette donnée la remarque suivante. "Cette infection peut être latente dans ses symptômes, ou, au contraire déterminer de graves désordres du côté des voies biliaires; "elle peut également survivre plusieurs mois à la fièvre typhoïde guérie et devenir la cause, par le réveil d'un microbisme latent, d'accidents fébriles mortels, dans des voies biliaires, dont la lithiase a déjà compromis la résistance."

Dauriac affirma aussi que, longtemps après une fièvre typhoïde, le bacille d'Eberth peut demeurer et conserver sa virulence dans la vésicule biliaire et est capable de manifester sa présence par une lithiase ou une cholécystite. Il ajouta même que, "en dehors de la fièvre typhoïde, des cholécystites peuvent être occasionnées par le bacille d'Eberth et cela, chez des sujets indemnes jusqu'alors de fièvre typhoïde antécédente ou concomitante".

Les faits recueillis tant à l'étranger qu'en France, ont démontré l'exactitude de cette assertion. Ehret et Stolz Bryon et Kayser, Blumenthal, Droba Hunner, Faitout et Raimond, etc., ont montré la fréquence du bacille d'Eberth dans la bile de malades atteints de coliques hépatiques, qu'ils aient eu ou non une fièvre typhoïde antérieure.

Pour expliquer la quasi constance du bacille d'Eberth dans les voies biliaires des typhiques, on avait tout d'abord admis le mécanisme de l'infection ascendante. Malgré un appareil de défense, auquel prend part le sphincter d'Oddi, le canal cholédoque est mal protégé et son tiers interne est habituellement colonisé. Au cours des infections, de la fièvre typhoïde en particulier, le barrage, devenu insuffisant, était incapable de s'opposer à l'invasion microbienne, qui gagnait les conduits, le réservoir biliaire et même les plus fines ramifications intralobulaires. Cette hypothèse était d'autant plus acceptable qu'on localisait la pullulation microbienne dans l'intestin et, qu'en injectant des cultures de bacilles d'Eberth dans le cholédoque d'animaux, Nilbert et Dominici avaient pu reproduire des cholécystites suppurées.

Mais les conceptions se modifièrent le jour où les progrès de la technique bactériologique permirent de déceler le bacille d'Eberth dans le sang, dès les premières phases de l'infection, et de considérer la fièvre typhoïde, non pas comme une entérite, mais comme une véritable septicémie. Quel que soit le mode d'introduction du bacille d'Eberth dans l'organisme (voie digestive, voie respiratoire) il pénètre et se multiplie rapidement dans l'appareil circulatoire, et est, par lui, disséminé dans l'économie. En ce qui concerne plus particulièrement les voies biliaires, "à la doctrine de l'infection ascendante, c'est-à-dire d'origine intestinale, se substitua celle de l'infection descendante, c'est-à-dire d'origine sanguine."

Les lésions de l'intestin ne seraient pas dues à l'action directe des microbes sur la muqueuse, mais représenteraient des localisations métastatiques de la septicémie éberthienne.

Mais la bile fraîche des animaux et de l'homme est bactéricide. L'infection éberthienne, cependant, imprime à la bile des modifications dont la nature n'a pas encore

été nettement déterminée, mais qui la transforment en un milieu de culture très propice à la végétation et à la conservation des bacilles pathogènes. Ainsi s'explique la persistance plus ou moins longtemps prolongée, de l'infection des voies biliaires ("Microbisme latent") à la suite d'une atteinte de fièvre typhoïde. Exceptionnellement cette infection localisée donnera lieu, dans le décours de fièvre typhoïde à une inflammation des voies biliaires (cholécystite), dont les symptômes ou s'enchevêtrèrent étroitement avec ceux de l'infection générale, ou évolueront après sa défervescence. On pourra observer un des types si bien différenciés par Lejars : la cholécystite aiguë non suppurée; la cholécystite suppurée ou empyème aigu de la vésicule, parfois greffé sur une calculose ancienne et méconnue; la cholécystite nécrosante et perforante d'emblée.

Beaucoup plus souvent l'infection des voies biliaires persistant après une fièvre typhoïde, sera le point de départ d'une lithiase biliaire qui, elle-même, pourra demeurer latente pendant longtemps ou s'accompagner de complications imputables, en dernière analyse, à l'infection typhique primitive.

Dans l'histoire clinique de la lithiase biliaire, on relève deux données, pour ainsi dire, devenues banales. La première, c'est que l'affection est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme; la seconde, c'est que souvent pour ne pas dire dans la majorité des cas, elle peut demeurer latente et ne donner lieu à aucune manifestation susceptible de trahir son existence. Ces deux données, on les retrouve précisément réunies quand on étudie les sujets qui deviennent porteurs chroniques de bacilles d'Eberth, auxquels je donne volontiers le nom de "bacillifères éberthiens." La grande majorité de ces sujets est représentée par des femmes et, chez la plupart encore, l'infection typhique demeure essentiellement latente, ne se laissant dépister que par une enquête minutieuse, portant en particulier sur le contenu microbien des excréta.

On tend à admettre actuellement que la lithiase biliaire ne donne lieu à des manifestations bruyantes, susceptibles de provoquer l'intervention du médecin et notamment à des crises aiguës de coliques hépatiques, qu'autant que la présence de concrétions dans les voies biliaires se complique d'un état inflammatoire de ces canaux, en particulier de la vésicule; En d'autres termes, l'élément qui domine l'histoire clinique de la lithiase biliaire est représenté, non pas tant par la présence, dans la vésicule et les canaux biliaires, de concrétions connues sous le nom de calculs, que par les processus inflammatoires plus ou moins intenses (cholécystite, angiocolite) qu'elles provoquent. Or, ces complications inflammatoires sont d'origine essentiellement infectieuse, bactérienne. Au premier rang des bactéries, qui interviennent comme facteurs de ces complications, figure le bacille d'Eberth. Est-il nécessaire pour qu'elles éclatent, que la virulence de ce bacille soit momentanément exaltée? Ou bien faut-il qu'à une infection jusqu'alors exclusivement typhique se substitue une infection mixte, par suite de l'immigra-