

(Extrait des *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, n° 4, janvier 1891).

Liège, imp. H. VAILLANT-CARMANNE.

Ulcérations de la vésicule biliaire par infection secondaire, au cours d'une fièvre typhoïde,

PAR LE DOCTEUR **E. MALVOZ.**

La notion des *infections mixtes* ou *secondaires*, c'est-à-dire l'envahissement de l'organisme au cours d'une maladie infectieuse par des espèces microbiennes différentes de l'agent parasitaire principal, cette notion tend à prendre de plus en plus d'importance pour l'explication d'un très grand nombre de processus compliquant ces maladies. Ces infections secondaires ont les effets les plus différents. On peut déjà conclure, des travaux bien incomplets publiés jusqu'à présent, que le résultat de ces associations microbiennes variera singulièrement suivant les espèces pathogènes engagées, suivant les régions envahies, etc., etc. Il peut arriver que les deux espèces qui évoluent ensemble n'aient pas d'action particulière l'une sur l'autre : dans ces cas, leurs effets se surajouteront, et on pourra voir le malade, qui, peut-être, eût résisté à l'action d'un seul agent parasitaire, succomber par l'envahissement de microbes associés. D'autres fois, un microbe, par son développement dans les tissus, favorise singulièrement l'implantation d'un autre parasite : il suffit de rappeler, à ce sujet, les expériences de *Roger*, sur l'action du *micrococcus prodigiosus* favorisant le développement des *staphylocoques pyogenes*.

Inversement, il arrive que l'organisme bénéficie de la concurrence entre deux parasites microbiens; c'est ainsi que l'on voit, dans certains processus, l'inoculation d'un microbe arrêter le développement d'une infection. *Emmerich* a montré que la culture du coccus de l'érysipèle, dans le corps des lapins, leur donne l'immunité pour le charbon; *Pawlosky* a obtenu cette même immunisation charbonneuse par l'injection préalable du pneumocoque de Friedlaender, ou du staphylocoque de la suppuration; on a encore constaté que l'injection du microbe du pus bleu retardait ou même empêchait les effets du *bacillus anthracis*.

Cette notion des associations microbiennes n'a pas qu'un intérêt purement doctrinal: elle est d'une grande importance pratique. Elle donne, notamment, la clef de bien des faits cliniques ou anatomiques, observés au cours ou à la suite des maladies infectieuses, et la connaissance exacte de la cause de ces phénomènes donne la marche à suivre pour les éviter. C'est ainsi que bien des complications de la scarlatine, de la diphtérie, de la fièvre typhoïde, pour ne citer que ces affections, doivent être mises sur le compte des infections secondaires. Prenons, par exemple, la scarlatine: ici, bien des conditions sont réunies pour permettre une facile pénétration de microbes variés dans l'économie: l'épithélium buccal est tombé, les barrières qui protègent à l'état normal les tissus profonds sont rompues, les espaces lymphatiques sont ouverts, le terrain organique est lui-même profondément altéré dans sa nutrition; à la faveur de toutes ces conditions réunies, les microbes pathogènes qui vivent, à l'état normal, dans la bouche de tant de personnes sans grand dommage pour celles-ci, ces microbes, tels que staphylocoques de la suppuration, streptocoques, etc., envahissent l'organisme et ainsi s'expliquent ces adénites, ces otorrhées, ces foyers de suppuration à distance, ces diphtéries même, complications si fréquentes des affections scarlatineuses. De là l'indication, quand la chose est possible, de pratiquer l'antisepsie la plus rigoureuse des parties qui ont pu servir de porte d'entrée aux infections secondaires: antisepsie de la bouche dans les cas de scarlatine, de diphtérie, de lésions de décubitus, si fréquentes à la suite de diverses affections et qui ouvrent la porte aux microbes pyémiques, antisepsie intestinale en cas d'ulcérations du tube digestif, etc., etc.

L'observation que nous allons rapporter offre un curieux exemple d'infection secondaire grave, développée au cours d'une fièvre

typhoïde et causée par un microbe autre que le bacille typhique. Elle est non seulement intéressante par l'importance des processus secondaires ayant compliqué l'affection principale, mais également par la localisation rare de ces lésions.

Il s'agit de la présence d'un grand nombre d'ulcérations de la vésicule biliaire provoquées, au cours d'une fièvre typhoïde, par le *streptococcus pyogenes*, et de foyers de suppuration à distance dus au même microorganisme. C'est à l'autopsie d'une malade, morte de typhus abdominal dans le service de M. le prof. Masius, que nous avons rencontré ces curieuses lésions. Le diagnostic clinique fut confirmé par la présence d'une dizaine de petites ulcérations, siégeant en amont de la valvule ileo-cœcale, assez superficielles, n'intéressant guère que la muqueuse et situées au niveau des plaques de Peyer : ces lésions avaient les caractères des ulcères typhiques. Les ganglions mésentériques étaient tuméfiés et ramollis, la rate augmentée de volume (14-9-3), flasque, molle, de coloration rougeâtre. L'état général de la nutrition étant favorable, ces lésions, peu étendues, superficielles, n'expliquaient pas la mort d'une façon satisfaisante. Mais, en examinant la région du foie, nous pûmes constater, au niveau de la vésicule biliaire, l'existence d'adhérences récentes, fibreuses, entre la face externe de cet organe et le mesocolon transverse. Ces adhérences étaient faciles à rompre, et, en dessous d'elles, le péritoine, recouvrant la vésicule du fiel, apparut tapissé complètement d'une mince couche fibreuse continue, formant un dépôt peu adhérent sous lequel la séreuse se présentait fortement ecchymosée. Nous étions en présence d'une péritonite aiguë localisée. En examinant attentivement la vésicule par sa face externe, on voyait parfaitement qu'en deux points, les parois étaient tout à fait amincies, presque réduites à la séreuse.

Après incision de l'organe, la face interne apparut complètement envahie par de petites ulcérations arrondies, comme taillées à l'emporte pièce, sans réaction des bords, tapissées d'une fine membrane fibreuse teintée en brun par la bile ; deux de ces ulcères, dont les dimensions moyennes étaient celles d'une pièce de cinquante cent., avaient pour fond la séreuse péritonéale.

Il n'existait pas de calcul dans la vésicule biliaire et avant d'inciser l'organe, on s'était assuré que la bile s'écoulait facilement dans le duodenum.

Le parenchyme hépatique ne présentait guère, à l'œil nu, que des

signes de tuméfaction trouble. Mais dans les reins, et surtout dans le rein droit, existait un assez grand nombre de petits foyers de suppuration, ponctiformes ou linéaires, avec hyperémie réactionnelle à leur pourtour, disséminés dans la substance corticale jusque sous la capsule.

L'existence de nombreuses ulcérations de la vésicule biliaire, développées en l'absence de calculs ou de lésions obstruant les conduits, est une véritable rareté anatomo-pathologique. Dans notre cas, ces lésions coïncidaient précisément avec d'autres altérations du même genre, siégeant dans l'intestin, des ulcères typhiques.

Il était intéressant de rechercher si les pertes de substance de la muqueuse biliaire étaient produites par la même cause ayant agi sur l'intestin, si les bacilles typhiques présents dans le tube digestif n'avaient pas remonté par le canal cholédoque jusqu'à la vésicule du fiel, ou bien si, au contraire, il s'agissait de lésions provoquées par d'autres micro organismes. Malgré le pouvoir relativement antiseptique de la bile, les voies biliaires contiennent des microbes étudiés principalement par *Netter et Dupré* : ces microbes sont, entre autres, les staphylocoques de la suppuration ; ils jouent un grand rôle dans la production des lésions inflammatoires développées à la suite de calculs et de néoplasmes de la vésicule : ces microbes ne pouvaient-ils être la cause des ulcérations que nous venions d'observer ?

Nous avons, avec M. Dache, préparateur d'anatomie pathologique, pratiqué de nombreuses coupes, non seulement au niveau des ulcères biliaires, mais également dans le foie et les reins de cette femme. Pour la recherche des microorganismes, les coupes furent traitées par les méthodes de *Kuehne, Gram et Weigert*. Ces procédés, surtout le dernier, (coloration au violet de méthyl, décoloration par l'iode puis l'huile d'aniline), montrèrent très nettement que les ulcérations biliaires étaient occupées par une véritable exsudation fibrineuse, envahie par d'innombrables microorganismes, tous de même aspect, et appartenant à l'espèce *Streptococcus pyogenes*, dont la disposition en chaînettes est si reconnaissable ; il n'existait pas un seul bacille dans les préparations ; ces microbes pénétraient profondément les tuniques de la vésicule biliaire jusqu'au péritoine dont ils avaient provoqué l'irritation. Nous avons retrouvé les mêmes parasites dans les coupes pratiquées au sein des abcès rénaux : ici, on voyait très bien de véritables embolies de streptocoques moulant les vaisseaux

capillaires au sein des foyers de suppuration. Le foie, bien que ne présentant pas à l'œil nu de points d'absession, a montré, dans les coupes, de petits foyers microscopiques envahis par les microbes en chaînettes. Sans aucun doute, toutes ces lésions à distance, provoquées par le streptocoque pyogène, devaient trouver leur origine dans la porte d'entrée ouverte au niveau des voies biliaires. Ces altérations anatomiques secondaires, bien plus considérables que les lésions intestinales dues au bacille typhique lui-même, ont aggravé tellement l'infection qu'elles ont dû jouer un très grand rôle dans l'évolution fatale de la maladie.

Netter a d'ailleurs bien montré quelle peut être l'action sur l'organisme des microbes pyogènes ayant pénétré par la vésicule biliaire, en pratiquant la ligature du canal cholédoque chez le lapin : dans ces conditions, les staphylocoques normalement contenus dans les voies biliaires se multiplient, provoquent des ulcérations de la vésicule, des abcès du foie et d'autres organes, et la température rectale des lapins opérés s'élève à 41 degrés.

Par quel mécanisme les streptocoques pyogènes, dans notre cas, ont-ils porté leur action plus spécialement sur la muqueuse biliaire, en l'absence de calculs, de néoplasmes, de cause spéciale d'irritation, d'obstruction des voies d'élimination de la bile ? Il ne nous est pas possible de trancher cette question.
