

la vésicule est bourgeonnante et vilieuse dans les points envahis par la néoformation. La cavité de la vésicule est généralement accrue; ses parois, et notamment la tunique musculieuse, sont hypertrophiées.

La bile contenue dans la vésicule est tantôt décolorée, tantôt brunâtre et épaisse. On trouve habituellement des *calculs biliaires* (14 fois sur 15 cas)¹ et il est probable que l'apparition du cancer précède la formation des calculs.

La tumeur cancéreuse née dans la vésicule envahit le canal cystique, le canal cholédoque, et rétrécit leur calibre². Les ganglions lymphatiques du voisinage sont atteints; le duodénum, le colon, l'estomac, sont le siège d'adhérences souvent infiltrées de carcinome; le foie est presque toujours cancéreux, et dans certains cas le cancer primitif de la vésicule est encore peu avancé, tandis que le foie est farci de tumeurs cancéreuses secondaires.

Le cancer peut envahir primitivement les gros canaux biliaires; Claisse a établi la statistique suivante: le cancer primitif des gros canaux excréteurs de la bile se localise souvent à l'extrémité juxta-duodénale du cholédoque. Néanmoins, la lésion cancéreuse peut avoir d'autres lieux d'élection. Dans les deux cas de Claisse, le noyau cancéreux atteint le canal hépatique et la partie moyenne du canal cholédoque. Dans le cas de Griffon et d'Artigue³, le noyau cancéreux n'est pas loin de la terminaison du cholédoque; toutefois il n'intéresse pas l'ampoule de Vater. Hebb, Birsch Hirschfeld et Kraus ont constaté la localisation du cancer sur la partie moyenne du cholédoque. Dans l'observation de Rabé⁴, le cancer siège à la partie moyenne du cholédoque et la vésicule est cancéreuse. Dans les deux cas de Naunyn et Schuppel, le cancer est localisé au canal hépatique ou à l'union des canaux hépatique et cystique. De

1. Bertrand. Th. de Paris, 1870.

2. Lancereaux. Cancer de la vésicule biliaire. *Semaine médicale*, 1887, p. 354. — Busson. *Cancer de l'ampoule de Vater*. Th. de Paris, 1890.

3. *Soc. méd. des hôpit.* Séance du 5 novembre 1897.

4. *Société anatomique*, 1896, p. 816.

même dans un cas de Jourdan. Dans un cas de Debove¹, le cancer siège entre le canal cystique et l'ampoule de Vater. Dans une observation personnelle, le cancer siègeait à l'union du canal cystique et du canal cholédoque.

Le cancer du cholédoque détermine habituellement un ictère permanent, le diagnostic en est bien difficile ainsi que nous le verrons au chapitre concernant l'oblitération permanente du cholédoque; quand il se généralise au foie, les symptômes se confondent avec les symptômes du cancer népatique. Cependant les hémorrhagies intestinales, le *melæna*, témoignent presque toujours du cancer des voies biliaires (Hanot). Le cancer de l'ampoule de Vater a fait l'objet d'un chapitre spécial.

§ 14. SYPHILIS HÉPATIQUE

Dans ce chapitre consacré à la syphilis du foie, nous allons étudier successivement: les accidents secondaires, les accidents tertiaires et la syphilis hépatique héréditaire.

A. ACCIDENTS SECONDAIRES — ICTÈRE SYPHILITIQUE

Ictère bénin. — L'ictère apparaît dans les premiers mois qui suivent l'infection syphilitique. La teinte de la peau est tantôt légère, tantôt foncée avec ou sans décoloration des matières fécales. Cet ictère peut apparaître à l'état de symptôme isolé, plus souvent il est accompagné de troubles digestifs, de diarrhée, et surtout de symptômes généraux: fièvre, lassitude, courbature, céphalée, qui appartiennent à cette période de la syphilis. La pathogénie de cet ictère est mal connue; il est probable qu'il est dû à un catarrhe des canaux biliaires analogue au catarrhe syphilitique secondaire des muqueuses du pharynx, du larynx ou des bronches.

1. *Soc. méd. des hôpit.* Séance du 5 novembre 1897.

Ictère grave. — A côté de cette forme assez fréquente d'ictère bénin, il existe des cas non douteux d'ictère grave au cours de la période secondaire de la syphilis. Contrairement à l'opinion de Mauriac¹, qui croit à de simples coïncidences, les observations de Lebert, de Gubler, de Lacombe², de Senator³, de Roque et Devic⁴, de Talamon⁵, démontrent que l'ictère grave est une manifestation directe de l'infection syphilitique. On l'observe surtout chez la femme. Dans le cas de Talamon, l'examen histologique pratiqué par Kahn a montré une hépatite aiguë diffuse, caractérisée par une infiltration embryonnaire de toute la trame conjonctive de l'organe, avec destruction plus ou moins profonde des cellules hépatiques. Ce sont les lésions de l'atrophie jaune aiguë, sans aucun caractère spécifique. On peut ainsi comparer la syphilis hépatique précoce à la syphilis rénale précoce dont les lésions anatomiques sont celles d'une néphrite toxique banale. Entre les variétés bénigne et maligne de l'ictère syphilitique précoce, existent des formes intermédiaires comme semble le montrer une des observations de Senator.

Il est important de ne pas confondre l'ictère syphilitique avec l'ictère catarrhal vulgaire. Aussi, en présence d'un ictère, il faut toujours rechercher avec soin si le sujet ne présente pas quelque manifestation syphilitique, muqueuse ou cutanée; les taches de la roséole maculeuse peuvent être cachées par la coloration de l'ictère, mais les syphilides papuleuses, squameuses, lenticulaires, sont parfaitement reconnaissables. Les syphilides de la gorge, de la bouche, de la vulve, de l'anus, les croûtes du cuir chevelu, l'adénite de l'aîne, enfin tous les signes qui peuvent mettre

1. Mauriac. *Syphilis tertiaire*. Paris, 1890, p. 747.

2. Lacombe. *Accidents hépatiques de la syphilis chez l'adulte*. Thèse de Paris, 1874.

3. Senator. *XII^e Congrès de méd. intern.*, avril 1895. Wiesbaden.

4. Roque et Devic. Ictère grave mortel pendant la période secondaire de la syphilis. *Congrès de méd. de Lyon*, 1894, p. 858.

5. Talamon. Syphilis hépatique précoce avec ictère grave et atrophie aigüe du foie. *Méd. mod.*, 15 février 1897, p. 97.

sur la voie du diagnostic doivent être recherchés avec soin. La cause pathogénique de l'ictère étant reconnue, il faut aussitôt appliquer le traitement mercuriel.

B. ACCIDENTS TERTIAIRES — FOIE SYPHILITIQUE

Anatomie pathologique. — Dans la syphilis hépatique, la *périhépatite* est plus accentuée que dans n'importe quelle hépatite chronique; elle établit des adhérences solides et résistantes entre le foie et le diaphragme. Les fausses membranes peuvent entourer le foie, englober les vaisseaux veineux et biliaires du hile, déterminer l'ascite et l'ictère.

La *syphilis du foie* (altération très fréquente) se présente sous forme de sclérose ou de gommès; ces deux genres de lésions sont généralement associés (hépatite scléro-gommeuse); parfois l'une d'elles prédomine, ce qui permet de décrire: 1^o une hépatite scléreuse; 2^o une hépatite nodulaire gommeuse.

1^o *L'hépatite scléreuse diffuse*¹ a quelques caractères communs avec la cirrhose vulgaire: le foie est hypertrophié ou atrophié, bosselé, marronné, plus lobulé que granuleux, tandis qu'il est plus granuleux que lobulé dans la cirrhose atrophique. Dans les cas types, la lésion s'accuse de la façon suivante². Les bords du foie sont anfractueux, irréguliers; ses faces bosselées, inégales, sont labourées par des cicatrices fibreuses et profondes, d'où le nom de *foie ficelé*. Le tissu fibreux qui constitue des brides renferme de petites *gommès* indurées ou caséuses. Des adhérences s'établissent entre le foie et les organes voisins (rein, côlon, diaphragme). Dans quelques cas on constate l'atrophie d'un lobe et l'hypertrophie de l'autre. Au microscope, le foie syphilitique représente un mélange de cirrhose commune et de cirrhose hypertrophique³. Le tissu de cirrhose entoure

1. Lacombe. *Loco citato*.

2. Lancereaux. *Traité de la syphilis*, p. 528.

3. Rendu. *Dict. des sc. méd.*, loc. cit., p. 144.