

grenu, comme on l'observe dans l'atrophie aiguë. Les obstacles mis à la circulation, joints à l'infiltration du parenchyme par des produits de sécrétion, paraissent être la cause de cette dernière altération.

Il arrive en général rarement, et seulement dans les cas de corps étrangers, comme les calculs, etc., que la vésicule et certains canaux biliaires situés à la surface du foie, étant distendus, s'ulcèrent, épanchent leur contenu dans la cavité abdominale, et déterminent une violente péritonite. Des extravasations de bile peuvent se faire dans le foie de la même manière et occasionner des abcès.

La terminaison fatale, qui survient dans de telles circonstances, arrive tantôt par épuisement, tantôt au milieu des symptômes de l'empoisonnement du sang, de ce qu'on a appelé l'intoxication cholémique, tantôt enfin, par une perforation péritonéale ou une hépatite suppurée. Le premier genre de mort est le plus habituel; les troubles de la nutrition, qui avaient déjà commencé avec une chylofication rendue défectueuse par les obstacles à l'écoulement de la bile dans l'intestin, s'exagèrent de plus en plus; en même temps le volume du foie, jusqu'alors augmenté par la stase de la sécrétion biliaire, commence à diminuer; l'organe devient flasque, se ride et se ratatine, parce que la résorption de la bile stagnante l'emporte sur la sécrétion qui diminue graduellement (1). En même temps on voit se développer, par suite de la gêne apportée à la circulation de la veine porte, des catarrhes gastro-intestinaux, dans quelques cas, des hémorrhagies de l'estomac et des intestins (2). Il se forme dans la cavité péritonéale des épanchements séreux, suivis habituellement d'une anasarque très-étendue avec hydrémie générale. La terminaison fatale arrive insensiblement de cette manière, ou plus rapidement, comme dans d'autres états d'épuisement, par des exsudations inflammatoires: pneumonie, pleurésie ou péritonite, dysentérie, etc. La mort par intoxication du sang a lieu lorsque la destruction des cellules glandulaires abolit complètement les fonctions du foie. Dans ce cas, les malades deviennent agités, se plaignent de douleurs de tête; il survient du délire et des convulsions qui

(1) Budd (*Diseases of Liver*, p. 198) est d'avis que l'atrophie du foie dépend alors de la destruction des cellules hépatiques, et s'appuie sur les recherches de Williams (*Guy's Hospital Reports*, octobre 1843), qui a constaté cette altération des cellules. C'est là une erreur: le foie peut subir dans son volume une diminution considérable, l'élément cellule restant parfaitement intact.

(2) Des observations de cette nature ont été transmises par Bright (*Guy's Hospital Reports*); Durand-Fardel (*Recherches anatomico-pathologiques sur la vésicule et les canaux biliaires* in *Archiv. génér. de méd.*, juin et sept. 1840); Andral (*Cliniq. médicale*, Paris, 1840); Budd (*loc. cit.*, p. 293).

aboutissent au coma et à la mort (Voyez ACHOLIE). Lors de la perforation des voies biliaires, l'appareil symptomatique d'une péritonite à marche rapide ou d'une hépatite passant à la suppuration termine la scène.

§ 5. *Diagnostic.* — Le diagnostic de l'ictère est en général sans difficulté, puisque habituellement la simple inspection à la lumière du jour (1) suffit. Les degrés les plus légers seuls passent quelquefois inaperçus, ou sont confondus avec des changements de coloration de la peau ayant une autre origine: ainsi, avec la teinte foncée que communique l'ardeur du soleil, avec la couleur jaune-grisâtre qu'on observe dans les cachexies cancéreuse, paludéenne et saturnine, avec le teint jaune-verdâtre de quelques chlorotiques, avec la couleur jaune qui suit ordinairement l'érythème des nouveau-nés. Toutes ces anomalies de coloration se distinguent de l'ictère en ce que la conjonctive (2) et l'urine ne présentent jamais de pigment biliaire. Qu'on n'oublie cependant pas que, chez quelques individus, la conjonctive a toujours un aspect jaune dû à du tissu cellulaire graisseux sous-jacent, qu'on peut cependant distinguer facilement de la coloration ictérique par sa disposition irrégulière. Qu'on se souvienne encore qu'il se présente dans l'urine des matières colorantes jaunes et brunes, ressemblant à la cholépyrrhine à s'y méprendre. Nous avons indiqué plus haut comment ces substances peuvent être reconnues et distinguées, comment il faut en général examiner l'urine pour y démontrer sûrement la présence du pigment biliaire.

Mais, comme ce genre de recherches n'est peut-être pas familier à tout le monde, et que certains procédés usités dans ce cas ne sont pas partout connus, j'entrerai sur ce point dans quelques détails (3).

On a proposé plusieurs réactifs pour déceler dans l'urine la présence de la bile; quelques-uns d'entre eux agissent sur la matière colorante, d'autres sur les acides résineux. Parmi ceux qui agissent sur la matière colorante, on doit citer d'abord l'acide nitrique, dont je ne décrirai pas ici les effets connus de tout le monde. Vient ensuite l'acétate de plomb qui produit, dans l'urine bilieuse, un précipité de couleur jaunâtre. Enfin au même groupe appartient le

(1) A la lumière artificielle, la teinte ictérique, alors même qu'elle est intense, reste facilement inaperçue.

(2) Il y a de rares exceptions, où, quoique la peau ait la couleur ictérique et que la matière colorante biliaire existe dans l'urine, la conjonctive reste à l'état normal. J'ai observé deux cas de cette nature chez des individus très-anémiés.

(3) Voir Beale, *De l'urine, des dépôts urinaires et des calculs*. Trad. franç. Paris, 1865.

réactif ou la réaction de Heller, qui consiste à ajouter à l'urine, soupçonnée de renfermer de la matière colorante biliaire, quelques gouttes d'albumine. On agite alors le mélange, puis on y verse un peu d'acide nitrique. Dans le cas où l'urine contient de la bile, l'albumine se précipite en flocons entraînant avec eux la matière colorante bleu verdâtre.

Il est encore une autre manière de découvrir la présence de la matière colorante, c'est de laisser l'urine reposer, à l'air libre, pendant un jour ou deux. Dans ces conditions on sait que le liquide laisse déposer des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien; s'il y a dans l'urine du pigment biliaire, ces cristaux prendront une teinte jaune (1).

Le moyen le plus usité naguère, pour rechercher les acides biliaires dans l'urine ou les liquides qui peuvent en contenir, était le réactif dit de Pettenkofer. Voici comment on l'emploie : si l'urine est albumineuse, il faut avant tout coaguler l'albumine et la séparer à l'aide d'un filtre. On prend ensuite 4 à 5 grammes d'urine, à laquelle on ajoute environ les deux tiers de sa quantité d'acide sulfurique complètement exempt d'acide sulfureux. L'acide doit être versé goutte à goutte pour empêcher que la température ne dépasse trop 100° Fahrenheit. On ajoute à la mixture un très-petit morceau de sucre (gros environ comme la tête d'une forte épingle), ou bien quelques gouttes de sirop, et, pour peu qu'il y ait de la bile dans l'urine, on voit se produire au bout d'une ou deux minutes une coloration violette.

Je dois dire que cette réaction n'est pas entièrement satisfaisante, car, s'il existe de l'albumine, l'action de l'acide sur le sucre produit une coloration rouge; de plus, les huiles essentielles de térébenthine, de limon et de girofle, ainsi que d'autres substances encore, donnent une teinte semblable. Il est vrai, cependant, que la coloration produite alors n'est jamais aussi éclatante que celle due à la bile.

Les inconvénients inhérents au procédé de Pettenkofer l'ont fait modifier par le docteur Hoppe, de la manière suivante. On traite l'urine, qu'on suppose contenir de la bile, par un excès de lait de chaux; on filtre et le liquide clair obtenu est soumis à l'ébullition pendant une demi-heure, puis évaporé jusqu'à siccité. Le résidu est alors décomposé par l'acide chlorhydrique et le mélange est maintenu en ébullition pendant une demi-heure. Quand il est com-

(1) Horsall, *The Urine*, p. 27.

plètement refroidi, on l'étend avec six à huit fois son volume d'eau. On jette la solution trouble sur un filtre et on lave le précipité résineux jusqu'à ce que les eaux de lavage passent entièrement incolores. La masse insoluble, dissoute dans de l'alcool à 90°, est décolorée par du charbon animal, filtrée de nouveau et évaporée jusqu'à siccité au bain-marie. Ce résidu résineux jaunâtre est de l'acide choloïque pur. Lorsqu'on le chauffe, il répand une odeur légèrement musquée. On le dissout dans quelques gouttes d'une solution chaude de soude caustique, on y ajoute un peu de sucre et on laisse tomber lentement, dans le mélange, deux ou trois gouttes d'acide sulfurique concentré. L'acide résineux se précipite d'abord; mais, un peu plus tard, les flocons, qui adhèrent au verre, se dissolvent lentement par l'addition d'un peu d'acide sulfurique, et donnent naissance à un liquide parfaitement clair, d'une très-belle couleur violette (1).

Cette méthode est sans contredit meilleure que celle de Pettenkofer; cependant elle offre aussi certaines causes d'erreur signalées notamment par Huppert (2); c'est pourquoi je pense qu'on doit lui préférer celle du docteur Neukomm (3).

D'après Neukomm, il faut d'abord faire évaporer l'urine de manière à ce qu'elle ait la densité d'un épais sirop; on la traite alors par l'alcool, on évapore de nouveau, et l'extrait obtenu est épuisé au moyen de l'alcool absolu. La solution alcoolique est ensuite débarrassée de l'alcool, et le résidu, dissous dans l'eau, est précipité par l'acétate basique de plomb. Les acides biliaires se trouvent mêlés à ce précipité; on le fait chauffer après l'avoir lavé avec de l'esprit-de-vin; on ajoute du carbonate de soude, puis, après avoir fait évaporer jusqu'à consistance d'extrait, on reprend le résidu avec l'alcool absolu. La solution alcoolique contient, outre un petit nombre de substances étrangères, les acides de la bile, qu'on reconnaîtra alors à l'aide de leurs réactions caractéristiques. La marche suivie par Neukomm a été dans ces derniers temps encore perfectionnée par le professeur Huppert, qui, à l'aide de quelques additions et modifications heureuses, est parvenu à en augmenter la précision, et s'en est servi pour découvrir la présence et la quantité des acides biliaires existant dans le sang, la bile et l'urine (4).

(1) Beale, *loc. cit.*

(2) Huppert, *Ueber das Schicksal der Gallensäuren im Icterus (Archiv für phys. Heilkunde; 1864, p. 236).*

(3) Neukomm, *Annalen der Chemie und Pharmacie*, t. CXVI, p. 38.

(4) Huppert, *loco citato*, p. 238, 239.

Les difficultés du diagnostic ne commencent généralement que lorsqu'il s'agit de déterminer les causes de l'ictère, nous chercherons à les résoudre, autant qu'il nous sera possible, lorsque nous décrirons les différentes espèces et formes de ce changement de coloration; il est certaines influences étiologiques dont nous ne pourrons traiter explicitement que plus tard, dans l'histoire des maladies du foie correspondantes.

§ 6. *Pronostic.* — Le pronostic de l'ictère dépend essentiellement de ses causes; la marche et les terminaisons habituelles de la lésion qui joue le rôle de cause, la perspective plus ou moins certaine d'intervenir avec succès par le traitement de cette lésion : tels sont les éléments de la prognose. Une connaissance étiologique précise de chaque cas particulier la fournit d'elle-même; les cas seuls où cette connaissance est impossible laissent habituellement du doute sur l'issue de la maladie. Qu'on ne perde cependant pas de vue que des cas d'ictère simple en apparence se compliquent quelquefois, rapidement et d'une manière inattendue, de symptômes d'intoxication du sang, et se terminent alors régulièrement dans un intervalle très-court par la mort. Nous sommes encore, comme nous le montrerons explicitement plus bas, hors d'état de distinguer ces formes comme telles dès leur début, et pour ce motif le jugement à porter sur l'issue des variétés même les plus simples de l'ictère n'est jamais parfaitement sûr.

§ 7. *Traitement.* — Le premier problème qui se présente dans le traitement de l'ictère consiste à écarter les causes de l'accumulation des matériaux de la bile dans le sang. Lorsqu'on peut y parvenir, il est rarement nécessaire de diriger un traitement particulier contre l'ictère lui-même.

Les moyens de remplir l'indication fournie par la cause varient, comme il est facile de le comprendre, suivant sa nature. Nous ne nous en occuperons que plus tard, dans les formes particulières de l'ictère et plus explicitement à l'occasion des maladies correspondantes du foie.

Assez souvent la cause de l'ictère est inaccessible à la thérapeutique, et dans ces cas le problème consiste à combattre, par des moyens appropriés, les influences nuisibles, qui résultent pour toute l'économie, de la distribution anormale de la bile. Pour arriver à ce but, il y a trois points qu'on ne doit pas perdre de vue :

I. *Indications thérapeutiques.* — 1° Régulariser les fonctions intestinales troublées par l'arrêt de l'excrétion biliaire;

2° Provoquer l'élimination de la masse des matières colorantes qui s'accumulent dans le sang;

3° Tenir compte des conséquences ultérieures résultant pour l'organisme entier des troubles survenus dans la sécrétion, et surtout des changements produits dans le parenchyme hépatique par l'arrêt de la bile : anémie, hydropisie, cholémie, etc.

Les troubles des fonctions intestinales, qui se manifestent principalement par une constipation opiniâtre et par la flatulence, trouvent un allègement dans le choix d'un régime convenable, limité à l'usage de viandes maigres et de végétaux de facile digestion, avec abstention de tout aliment riche en graisse et propre à produire des gaz. Pour réveiller la paresse des intestins, on emploie avec le plus grand succès la rhubarbe sous forme d'extrait ou d'infusion, de petites doses d'aloès, d'élixir ou, en cas de nécessité, de teinture de coloquinte. L'usage continu des purgatifs salins ne convient pas; ils se recommandent seulement dans l'ictère catarrhal consécutif à un catarrhe gastro-intestinal aigu. Lorsque les flatuosités occasionnent un malaise considérable, on peut faire infuser avec la racine de rhubarbe, des racines de *calamus aromaticus* ou des feuilles de menthe, ou bien ajouter de l'éther à l'infusion.

Relativement à la deuxième indication, les reins sont de tous les organes sécréteurs ceux qui contribuent le plus à éliminer du sang la matière colorante biliaire; les glandes de la peau ne viennent qu'en deuxième ligne. La sécrétion urinaire, souvent affaiblie d'une manière remarquable dans l'ictère intense, à cause du dépôt de matières colorantes qui se fait dans le parenchyme rénal à une époque avancée de la maladie, demande à être activée de temps en temps par les diurétiques. On emploie dans ce but les diurétiques végétaux légers, et de petites doses de sels neutres, comme le tartrate boraté, le tartrate de potasse, l'acétate de potasse, etc., l'eau de Seltz et les eaux analogues. Valleix (1) recommande particulièrement le nitre employé journellement à la dose de 4 à 6 grammes.

A mon avis, le suc de citron, administré tous les jours à la dose de 1 once 1/2 jusqu'à 3 onces, agit plus favorablement; il convient mieux aux organes digestifs et provoque une diurèse abondante.

On active les fonctions de la peau par des bains tièdes ou des diaphorétiques doux; les bains, auxquels on peut ajouter quelques onces de sous-carbonate de soude, sont particulièrement indiqués, lorsqu'il s'agit de provoquer l'élimination des dépôts de pigment, qui séjournent dans la couche épidermique de la peau longtemps

(1) Valleix, *Guide du médecin praticien*, 5^e édition. Paris, 1865.

après que les voies biliaires sont redevenues libres. En cherchant à activer la sécrétion urinaire, il faut garder une juste mesure et éviter avec soin de déterminer des troubles de la digestion.

La plus grande difficulté consiste à remplir la troisième indication thérapeutique, qui est de combattre les suites fâcheuses résultant définitivement pour l'organisme de l'atrophie consécutive du foie, de la destruction d'un grand nombre de ramifications de la veine porte par la dilatation des voies biliaires, et enfin de la décomposition des cellules hépatiques.

La cachexie et l'anémie, qui s'observent lorsque la destruction du parenchyme du foie et les troubles de la circulation de la veine porte ont atteint un haut degré, réclament l'usage des médicaments amers, propres à exciter la digestion et choisis avec prudence, ainsi qu'une alimentation facilement assimilable. Ces deux ordres de moyens sont d'autant plus nécessaires que la stase hyperhémique de l'estomac entrave les fonctions de cet organe.

Des préparations ferrugineuses douces, comme le carbonate et le lactate de fer, de petites quantités d'eau de Spa, de Schwalbach ou de Pyrmont (1), sont à essayer de temps en temps. L'hydropisie, qui commence régulièrement par l'ascite, doit être combattue principalement par le régime tonique indiqué, alternant avec de légers diurétiques, lorsque l'emploi d'évacuants plus énergiques n'est plus permis.

La thérapie est impuissante contre l'acholie, qui survient quelquefois comme conséquence d'un ramollissement consécutif du parenchyme du foie; il ne reste plus d'autre ressource qu'un traitement purement symptomatique (Voyez ATROPHIE DU FOIE).

II. *Médication empirique.* — On a recommandé contre l'ictère une série de moyens empiriques, éprouvés par des expériences variées, et dont la plupart doivent leur crédit à leurs rapports avec les causes habituelles de l'ictère. On comprend qu'il n'est pas question d'une relation de spécificité entre ces médicaments et l'ictère. L'étiologie de la maladie peut donc seule nous guider dans le choix à faire.

(1) Nous conservons ces indications hydrologiques telles que les a données l'auteur: nous croyons cependant devoir énumérer les sources françaises qui correspondent aux sources allemandes par leur nature. En France, les principales sources ferrugineuses bicarbonatées sont: Alet, Bagnères-de-Bigorre, Bussang, Forges-les-Eaux, La Malou, Luchon, Mont-Dore, Orezza, Pierrefonds, Plombières, Rouzat, Soultzbach. Voyez, pour plus de détails, *Dictionnaire général des eaux minérales*, par Durand-Fardel, Lebreton et Lefort. Paris, 1860, 2 vol. in-8.

(Note des traducteurs.)

1° En première ligne se placent les évacuants, parmi lesquels on vante de préférence tantôt les sels neutres, mais particulièrement le calomel (Michaelis, Hufeland), tantôt les drastiques amers et végétaux, tels que la rhubarbe, l'aloès (Pitschaft), la coloquinte, etc. Ces remèdes agissent en communiquant à la sécrétion intestinale et au mouvement péristaltique une activité qui, se transmettant aux voies biliaires et au foie, augmente la sécrétion de la bile, de sorte que de légers obstacles à son excrétion, tels que le gonflement catarrhal de la muqueuse, de petites concrétions, etc., peuvent céder à ces moyens. Mais il faut se tenir dans une juste mesure et éviter d'aller jusqu'à l'épuisement. On n'a point encore décidé si le calomel avait une vertu particulière; en tout cas il ne serait pas prudent d'aller dans son emploi jusqu'à la salivation.

De 1/2 à 2 grammes d'extrait aqueux d'aloès, ou 5 à 10 gouttes de teinture de coloquinte données plusieurs fois par jour suffisent pour atteindre le but.

2° Après les purgatifs viennent les vomitifs constitués par le tartre stibié ou la racine d'ipécacuanha. F. Hoffmann vantait surtout le premier, tandis que Richter et Baldinger donnaient la préférence à la seconde. De nos jours, Corrigan recommande l'ipéca à la dose de 2 grammes tous les deux jours. Les vomitifs ont en tout cas une grande puissance lorsqu'il s'agit de surmonter les obstacles à l'excrétion de la bile. Pendant le vomissement, le foie et les voies biliaires se trouvent fortement comprimés de trois côtés, de sorte que le liquide contenu dans ces conduits est refoulé avec une grande force contre l'obstacle. Sur des chiens chez lesquels j'avais provoqué de violents vomissements par l'injection de tartre stibié dans les veines, j'ai trouvé le plus souvent les voies biliaires vides. Il n'est pas rare de réussir, dans l'ictère catarrhal et dans celui occasionné par des calculs biliaires, à lever les obstacles au cours de la bile au moyen des émétiques; cependant leur intervention violente dans les cas de calculs peut être dangereuse en produisant la rupture de la vésicule et l'épanchement de la bile dans la cavité abdominale. Il faut donc agir prudemment en pareille circonstance.

3° Les extraits résolutifs, comme l'extrait de la racine de triticum repens, de taraxacum, de chardon béni, de chélidoine, etc., doivent leur action en partie aux sels, en partie au principe amer qu'ils contiennent et qui les rendent propres à exercer une influence favorable sur les catarrhes chroniques de la muqueuse gastro-duodénale. Pour décider si les sels alcalins à acides végétaux qu'ils contiennent peuvent concourir à augmenter la sécrétion biliaire, à en changer

la qualité, il faut attendre que des expériences non équivoques pratiquées au moyen de fistules biliaires aient résolu la question.

Les anciens attribuaient une grande vertu à ces extraits, aussi bien qu'aux suc d'herbes fraîchement exprimés. Van Swieten raconte en détail la guérison d'un ictère opiniâtre et de longue durée par des décoctions d'herbes.

4° On reconnaît une efficacité semblable contre le catarrhe gastro-duodénal au chlorate d'ammoniaque, qui a été vanté surtout par Baglivi (1), et au tartrate double de potasse et de soude, etc.

5° Les narcotiques, comme la ciguë (A. de Størk), la belladone (Richter), la thériaque (2), peuvent être employés avec succès dans les formes d'ictère dues à l'enclavement de calculs et à leur constriction spasmodique par l'élément musculaire des voies biliaires. Leur action dans les autres formes de l'ictère paraît très-problématique.

6° Les acides, comme l'acide citrique, l'acide acétique, l'acide chlorhydrique (Siebert), et particulièrement l'acide azotique et l'eau régale, ont été conseillés.

Cette dernière a été recommandée d'abord par H. Scott (3) en bains de pieds et en bains généraux, comme aussi à l'intérieur, dans l'ictère et dans d'autres troubles de l'activité fonctionnelle du foie, qui ne sont pas exactement déterminés. Plus tard Annesley, Copland et d'autres vantèrent ce remède. Plus récemment encore Henoch loua, non sans raison, son efficacité contre l'ictère catarrhal opiniâtre. Le succès pourrait tenir en partie à l'action favorable que les acides exercent sur la muqueuse gastro-duodénale tuméfiée; mais il dépend essentiellement de l'influence des acides sur l'excrétion biliaire, au moment de leur passage de l'estomac dans le duodénum. Cl. Bernard a fait cette expérience, facile à confirmer, qu'en touchant l'orifice du canal cholédoque avec une baguette de verre trempée dans un acide affaibli, on fait sortir la bile en jet, ce qui n'a pas lieu lorsqu'on touche le même point avec une faible solution alcaline.

L'effet général de l'acide nitromuriatique sur les métamorphoses de la matière et la composition du sang ne se révèle pas encore avec le degré de certitude nécessaire, pour que son efficacité dans le traitement des affections chroniques du foie, à l'exception de son

(1) Baglivi, *Praxis medica*, lib. I, *De ictero flavo*.

(2) Galien, *Œuvres*, trad. par Ch. Daremberg.

(3) Scott, *On the internal and external use of the Nitro-muriatic acid in the cure of diseases* (*Medico-chirurgical Transactions*. London, 1817, vol. VIII, p. 113).

action constrictive sur les voies biliaires, puisse être établie autrement que d'une manière empirique; en effet les données que nous possédons jusqu'à présent sont encore trop insuffisantes.

7° Les alcalis, la soude, la potasse et le carbonate d'ammoniaque ont principalement été recommandés dans les formes d'ictère dues à l'obstruction des voies biliaires par l'épaississement du produit de sécrétion ou par la formation de calculs: on espérait ainsi liquéfier la bile et dissoudre les concrétions. Nous verrons plus tard jusqu'à quel point on peut attendre ce résultat du carbonate de potasse. On l'ordonne tantôt pur, tantôt mélangé à l'extrait de rhubarbe, d'aloès, etc.

8° Les eaux minérales de Carlsbad, Marienbad, Kissingen, Hombourg, Vichy, Ems, etc. (1), abstraction faite de l'influence de la grande quantité d'eau absorbée qui traverse la veine porte et détermine une abondante sécrétion de bile claire, doivent leur efficacité essentiellement à la soude et aux sels neutres qu'elles contiennent, et constituent des remèdes difficiles à remplacer, dans les cas où l'ictère tient soit à l'hyperhémie chronique du foie avec catarrhe opiniâtre des voies biliaires et de la muqueuse gastro-duodénale, soit à des calculs biliaires, etc. L'affection primitive du foie et l'état de la constitution du malade doivent toujours diriger dans le choix de ces eaux; lorsqu'il existe des produits de nouvelle formation, comme des carcinômes, des dégénérescences profondes de l'organe, la cirrhose, etc., leur emploi continu est pernicieux. Qu'on ne les prescrive donc pas avant d'être arrivé à un diagnostic positif, et par conséquent avant d'avoir déterminé avec précision l'indication à remplir dans chaque cas particulier.

Art. II. — Des formes de l'ictère et de leur étiologie spéciale.

On a de tout temps distingué une série d'espèces et de formes d'ictère, en prenant pour point de départ tantôt ses causes prochaines ou éloignées, tantôt l'âge et les conditions diverses dans lesquelles se trouvait le malade. Ce serait un travail stérile d'examiner de près toutes les divisions établies de cette manière, parce que dans aucune on n'a pu conserver un principe fixe, et que, par conséquent, il y a des choses qui ont été admises arbitrairement ou pour se conformer aux besoins de la pratique.

Considéré dans son ensemble, l'ictère se divise au point de vue de l'étiologie en deux groupes principaux.

(1) Voyez Durand-Fardel, Leuret, Lefort, *Dictionnaire général des eaux minérales et hydrologie médicale*. Paris, 1860.