FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

L'Autoserothérapie dans les épanchements des séreuses

PRÉSENTÉE PAR

Emile SOURON

Externe des Hôpitaux de Paris

né à Caen, le 2 janvier 1895

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

L'Autoserothérapie

dans les

épanchements des séreuses

PRÉSENTÉE PAR

Emile SOURON

Externe des Hôpitaux de Paris

né à Caen, le 2 janvier 1895

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN :	M. ROGER.
PROFESSEURS :	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANCON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD. WIDAL. GILBERT. CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. LEJARS. HARTMANN. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DESMAREST	LANGLOIS	OKINCZYC
ALGLAVE	DUVOIR	LARDENNOIS	PHILIBERT
BASSET	FIESSINGER	LE LORIER	RATHERY
BAUDOUIN	GARNIER	LEMIERRE	RETTERER
BLANCHETIÈRE	GOUGEROT	LEQUEUX	RIBIERRE
BRANCA	GRÉGOIRE	LEREBOULLET	ROUSSY
CAMUS	GUÉNIOT	LÉRI	ROUVIÈRE
CHAMPY	GUILLAIN	LÉVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	MATHIEU	STROHL
CHIRAY	JOYEUX	METZGER	TANON
CLERC	LABBÉ (Henri)	MOCQUOT	TERRIEN
DEBRÉ	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON	TIFFENEAU
			VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Avant d'aborder notre sujet, nous adressons, à Monsieur le Professeur Chauffard, nos rès vifs remerciements pour son enseignement à la clinique de l'hôpital Saint-Antoine, où nous avons fait nos premiers pas en médecine, et pour le grand honneur qu'il nous a fait de présider notre thèse.

Nous tenons également à exprimer à notre maître, Monsieur le Docteur Aubertin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, notre profonde gratitude pour ses précieuses leçons, auxquelles nous devons nos connaissances médicales et pour la bienveillance qu'il nous a montré pendant notre année d'externat dans son service et au cours de ce travail qu'il a bien voulu diriger.

A NOS MAITRES A LA FACULTE

Monsieur le Professeur CHAUFFARD

Président de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital St. Antoine

Monsieur le Profeseur LEJARS

Chirurgien de l'Hôpital St. Antoine

Monsieur le Professeur agrégé GREGOIRE

Chirurgien de l'Hôpital Tenon

Monsieur le Professeur agregé RATHERY

Médecin de l'Hôpital Tenon

A NOS MAITRES DES HOPITAUX

Monsieur le Docteur AUBERTIN

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Monsieur le Docteur KLIPPEL

Médecin de l'hôpital Tenon

Monsieur le Docteur HUBER

Médecin des hôpitaux

A NOS MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE CAEN

A Monsieur le Docteur QUERMONNE

Médecin des hôpitaux de Caen

A Monsieur GRELLETY-BOSVIEL

Interne des hôpitaux de Paris

qui nous apporta son concours dans notre expérimentation et dans nos recherches de Laboratoire.

A ma Femme, ma Collaboratrice

HISTORIQUE

Le traitement de la pleurésie par réinjection chez le malade de son propre liquide pleural est une méthode déjà ancienne de trente et un ans.

En 1890, Debove et Remond (1) trouvaient dans les exsudats péritoniques et pleurétiques des tuberculeux, une substance analogue à la tuberculine de Koch ; découverte qui devait rapidement recevoir une application thérapeutique avec Gilbert de Genève d'abord, en 1891 (2), en Italie avec Scarpa en 1896 (3), puis quelques année plus tard en France avec Breton de Dijon en 1899 (4).

Considérant l'exsudat pleurétique comme une tuberculine atténuée, ces auteurs utilisèrent ce liquide en injections sous-cutanées chez les tuberculeux porteurs de l'épanchement.

Gilbert, le premier, imagina la méthode et l'expérimenta dès 1891. En 1894, il faisait part au Congrès de Rome des résultats qu'il en avait obtenu (sur 21 malades traités, 21 guérisons) et exposait sa technique.

En 1898, Péron (5) déduisait de ses expériences que le liquide pleural épanché au cours de la pleurésie

---

(1) Société Médicale des Hôpitaux, 24 juillet 1891.

(2) Gilbert, de Genève (IIe Congrès international des Sciences Médicales, Rome 1894).

Gazette des Hôpitaux, Nos 60 et 72, 1894. (24 mai et 21 juin).

(3) Scarpa (VII Congrès de Médecine italienne, Rome 1896).

(4) Breton. Gazette des Hôpitaux Nos 25 et 27, 1899 p. 229 et 250. (2 et 7 mars).

(5) Péron. Soc. Biologique, 22 octobre 1898.

tuberculeuse évoluant spontanément vers la guérison, paraissait avoir une action empêchante sur le développement de la tuberculose du chien.

La même année, Mongour et Gentes (2) présentaient à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, deux malades atteints de pleurésie à résorption lente, traités par la méthode de Gilbert. Ces mêmes auteurs un an plus tard, dans une critique de la méthode, annonçaient au Congrès de Médecine de Paris 1900, 82 % d'insuccès. Le traitement de Gilbert devait ensuite tomber en France dans l'oubli jusqu'en 1909.

Cependant des observations favorables étaient rapportées de l'étranger. Rossie Gabarini (2) 1901 ; Maragliano (3) ; Dorizello (4) 1903 ; Landolfi (5) 1904 ; Tschigayew (6) 1904 ; Jovane (7) 1905 ; Géronzi (8) 1906 ; Fede (9) 1906 ; Baccari (10) 1906 ; Costa (11) 1907 ; Jona (12) 1907 ; Ciasi (13) 1907 ; Mazetti (14) 1908.

Enfin, tandis que Schnutzen (15) en Allemagne

---

(1) Mongour et Gentès. Soc. de médecine de Bordeaux, 29 nov. 1898.

Mongour et Gentès. Anjou médical, octobre 1899.

(2) Rossie Gabarini. Gazetta degli ospedali della Cliniche 1901.

(3) Maragliano, Gazetta degli ospedali e delle Cliniche. 1903.

(4) Dorizello, Gazetta degli ospedali e delle Cliniche, 1903.

Riforma medica. N° 16, p. 443. 1903.

(5) Landolfi. Riforma medica N° 90. 1904.

(6) Tschigagew. Rouski medinski vertruck N° 11. 1904.

(7) Jovane. La Pediatria. N° 11. 1905.

(8) Geronzi. La Medicina Italiana, février 1906.

(9) Fede. La Riforma medica, N° 48, 1906.

(10) Baccari. Rivista clinica terapeutica, p. 469. 1906.

(1909), rapportait dans le *Berliner Kliniche Wochenscrift* du 18 janvier, une étude détaillée sur le traitement de Gilbert, qui d'antituberculeux, à son origine, s'était rapidement étendu à tous les épanchements pleurétiques, le liquide pleural en injection sous-cutanée réagissant de la même manière quelqu'en soit la nature ; en France, au mois de juin de la même année, M. Euriquez (1), Gaston Durand et Math Piere Weil reprenaient la question de l'autosérothérapie chez les pleurétiques et présentaient à la Société Médicale des hôpitaux de Paris, trois cas de pleurésie séro-fibrineuse, traités avec succès par les injections sous-cutanées de liquide pleural. Ces auteurs étaient amenés à se demander « si le même principe thérapeutique pourrait amener la résorption d'épanchements autres que les épanchements pleurétiques », ce qui ne devait pas tarder à être contrôlé. Tout d'abord, sans sortir du cadre de la pleurésie, Marcou publia peu de temps après (2) en septembre de la même année, dans un travail très complet, des observations non seulement de pleurésie sero-fibrineuse mais enco-

---

(11) Costa. Giornale internationale delle scienze medicale, fasc. II, 1907.

(12) Jona. Gaz. d. ospedali e delle cliniche, N° 73, 1907.

(13) Ciasi. Giornale med. del broccitta, 1907.

(14) Masetti. Riforma Medica, 1908, N° 39, p. 1073. Refer. Deutsch med. wochen, 1908, N° 42, p. 1819.

(16) Schnützen. Berliner Kliniche wochenschrift, 18 janvier 1909, p. 97 à 100.

(1) M. Enriquez. MM. Gaston Durand et Math. Pierre Weil. Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 4 juin 1909.

(2) Marcou. Presse Médicale, 4 septembre 1909.

re d'hydrothorax guéris ou améliorés par la méthode de Gilbert; et il insistait sur l'absence de spécificité du traitement dont le but unique était la résorption des épanchements de toute nature.

Nous sommes loin, comme nous le voyons, des idées premières qui inspirèrent la méthode, plus d'action spécifique, le traitement s'applique à tous les porteurs d'épanchementss même séreux-hemorragiques ; seuls les épanchements purulents contre-indiquent l'application du procédé de Gilbert. Son champ d'action est dès lors devenu très vaste, son but s'est par contre limité, seule résorption de l'épanchement, la maladie causale d'après Marcou continuerait à évoluer pour son propre compte.

Gilbert (1), pourtant ,tout en reconnaissant que tous les épanchements séreux infectieux sont susceptibles de son traitement (il ne l'applique pas aux épanchements mécaniques, hydrothorax par exemple) croit que l'injection de l'exudat pleurétique agit surtout sur la maladie qui provoque l'épanchement et qu'il en modifie ou en arrête l'évolution.

Tel est également l'avis de Gaultier (2) qui voit « la possibilité de formation de substances antitoxiques, bactéricides, d'anticorps capables de neutraliser la toxine virulente et de limiter le processus tuberculeux ou infectieux envahissant. »

Nous verrons à propos du mécanisme de l'autoséro-

---

(1) Gilbert. Revue méd. de la Suisse romande, 20 janvier 1910, p. 24.

(2) René Gaultier. Bulletin général de thérapeutique, p. 321. 8 septembre 1909.

thérapie ce qu'il faut penser du rôle unique ou multiple du traitement.

Nous sommes en 1909 et nous venons d'assister à l'application de la méthode dans les épanchements séreux divers, tuberculeux, pneumonies grippales, hydrothorax cardiaques et brightiques (3).

Après les observations D'Espine (4) communication faite à la Société médicale de Genève, 22 décembre 1909, nous retrouvons avec Burnand (5), un cas d'hydrocèle aigu secondaire à une orchite tuberculeuse traitée et améliorée par l'autoserothérapie. Le même auteur signale encore deux cas d'épanchements séreux inflammatoires consécutifs à un pneumothorax qui ont bénéficié de l'autoserothérapie.

Telles étaient nos connaissances de l'autosérothérapie en 1912. Les prévisions favorables se trouvaient par ces exemples tout à fait justifiées et la méthode de Gilbert aurait sans doute connu son plein succès si des accidents des plus troublants, rapportés à peu près au même moment par MM. Rosenthal (2) et Jousset ne l'avaient à nouveau fait à peu près complètement abandonner. On ne parla plus en effet du traitement de Gilbert depuis les sévères critiques de ces auteurs.

---

(3) Marcou. Loc. cit.

(4) D'Espine. Rev. méd. de la Suisse romande, 22 décembre 1909, p. 75.

(5) Burnand. Rev. Méd. de la Suisse romande, août 1912, p. 565. — Rev. Méd. de la Suisse romande, 20 janvier 1911, p. 59.

(1) Rosenthal. L'autosérothérapie à liquide filtré. Société des praticiens, analyse : Arch. gén. méd. février 1912, p. 164.

(2) A. Jousset. Archives générales de Médecine, février 1912, p. 139 et 146.

Tout récemment, à la suite des travaux de M. le professeur Widal sur le choc hémoclastique, la méthode de Gilbert vient d'être remise en honneur par MM. Roch et Gauthier de Genève (4).

A l'opposé de Gilbert, MM. Roch et Gautier, s'étant demandé si le liquide péritonéal résultat de transudation portal ne produirait pas les phénomènes de choc hémoclasique comme le produit la réintroduction dans la grande circulation du sang de la veine porte, croyaient avoir trouvé un procédé de diagnostic différentiel des épanchements péritonéaux des tuberculeux et des ascites par insuffisance hépatique, ils furent ainsi amenés à appliquer l'autosérothérapie chez les pleurétiques et les ascitiques, voire même dans un cas de méningite tuberculeuse et vérifièrent leurs prévisions quant au choc hémoclasique ; mais celui-ci se produisait indifféremment pour tous les épanchements quel qu'en soit la nature. L'autosérothérapie ne serait pour ces auteurs qu'une protéïnothérapie.

La méthode a été appliquée depuis plusieurs mois dans le service de notre maître, M. le docteur Aubertin avec des résultats encourageants, tant sur les pleurésies, que sur les ascites, et nous avons pu suivre un certain nombre de malades ainsi traités. Ce sont leurs observations que nous rapportons ici : de l'étude de ces observations comparées à celles antérieurement publiées, nous essaieront de tirer une étude d'ensemble plutôt favorable des résultats de l'autosérothérapie dans les épanchements des séreuses.

(3) Roch et P. Gaultier. Presse médicale, samedi 11 mars 1922, p. 209.

TECHNIQUE

Depuis Gilbert de Genève, la technique de l'autosérothérapie chez les pleurétiques ne s'est guère modifiée en raison de son extrême simplicité et de la facilité de son exécution. Chez nos malades, nous pratiquions au moyen d'une seringue en verre de 5 ou 10 cc., une ponction aspiratrice dont l'importance variait suivant la quantité de liquide que nous voulions réinjecter, c'est-à-dire suivant les cas considérés, mais sans jamais dépasser une dizaine de centimètres cubes.

Gilbert préconisait pour cette ponction « l'emploi d'une aiguille longue de 4 à 5 ⁄m et de calibre assez petit pour traverser sans difficulté l'espace intercostal, choisi de préférence dans la région dorsale. » C'est en général la méthode que nous avons suivie pour nos pleurétiques, mais à vrai dire, nous ne prenions d'autres soins que ceux indispensables à toute ponction exploratrice.

Une fois en possession de notre liquide séreux, nous retirions lentement l'aiguille jusqu'à l'amener à fleur de peau, mais en ayant soin de ne pas la laisser ressortir, puis in situ, sous-cutanée, nous poussions notre liquide. Nous pratiquions ainsi au moyen d'une seule piqûre, ponction et injection, procédé décrit par Breton de Dijon en 1899, par MM. Enriquez, Gaston Durand et Math. Pierre Weil en 1909 et qui présente le double avantage d'une asepsie plus rigoureuse et d'une douleur moindre pour le malade, qui ne voit jamais avec contentement se multiplier les piqûres.

Dans certains cas, cependant, quand nous étions amenés à injecter au même sujet, plus de 5 cc, de son propre liquide séreux, nous préférions recourir à deux injections, la première in situ, la seconde sous-cutanée dans la cuisse, le volume de l'injection étant seul facteur de douleur et non le liquide injecté. Est-ce à dire que l'on ne doive pas tenir compte de ce dernier dans l'appréciation du dosage ?

En dehors même de la question de nocivité, sur laquelle nous reviendrons ultérieurement, c'est là, sur l'élément dosage que l'on trouve chez les partisans de la méthode, le plus de controverse.

Gilbert limitait toujours ses injections à 2 et 3 cc., renouvelant le traitement quand l'épanchement restait stationnaire, deux ou trois jours après la première injection, rarement, nous dit-il, il en fit davantage. Le plus souvent deux ou trois injections de 2 cc. lui suffirent et il considérait les doses de 5 et 10 cc. comme « exagérées et inutiles ». Nombreux pourtant sont les partisans de ces doses plus élevés. Rossie Garabini, conseille les doses de 1 à 10 cc, progressivement croissantes, répétées tous les deux ou trois jours. Dorizello injecte 5 cc, d'un seul coup, de même D'Espine, Mongour et Gentès, Breton de Dijon. Pour René Gaultier, la quantité de liquide à injecter varie avec la forme : 2 ou 3 cc. dans les formes aigues, 4 à 5 cc. dans les formes chroniques. M. Enriquez a rarement dépassé les doses de 2 cc., il cite des observations de doses décroissantes, 2 cc. pour les premières injections, 1 cc. pour les suivantes.

M. Jousset, quoique condamnant la méthode, éta-

blit une démarcation absolue entre les pleurésies graves et les pleurésies bénignes. « Les pleurésies secondaires sont plus virulentes que les pleurésies primitives, dites à frigore. Pratiquer indistinctement l'autosérothérapie sur toutes les catégories de pleurétiques, et, à n'importe quel moment de l'évolution de la maladie, est, dit-il, exposer bénévolement le malade à des accidents sérieux.» Pour M. Jousset, les doses utilisables seraient fonction de la virulence du liquide, plus grande pour les épanchements récents et vierges de toute ponction, mais faible encore dans les pleurésies dites a frigore, beaucoup plus notable quand il s'agit d'un épanchement secondaire et quel qu'en soit le moment considéré : les doses de 1 à 5 cc. pour ces derniers tuberculiniseraient déjà le cobaye.

Nous proposant de traiter dans un chapitre spécial des accidents et des inconvénients de la méthode, disons seulement maintenant qu'à l'hôpital St-Louis, dans le service de notre maître, M. le Dr Aubertin, des doses relativement élevées, 10 cc., ne nous ont jamais provoqué le moindre incident. De notre expérimentation, il nous a semblé que les sujets porteurs d'épanchements séreux inflammatoires ou d'épanchements récents et « vierges de toute ponction », réagissent à des doses infiniment plus faibles que les porteurs d'épanchements mécaniques ou chroniques, ou déjà traités par des ponctions exploratrices ou évacuatrices. Dans les premiers cas, nous nous contentions d'injections de 2 cc. renouvelées jusqu'à guérison, dans les autres, des doses de 5 cc. ou même 10 cc. également renouvelées, nous paraissaient nécessaires.

Qu'il s'agisse de la plèvre du péritoine ou de tout

autre séreuse, la même technique est applicable, seules les précautions spéciales pour atteindre chacune d'elle guident la ponction. Nous n'insisterons pas sur ces particularités connues et qui sortent de notre sujet.

Quant au problème des réinjections, leur fréqence, leur nombre, il ne paraît pas jusqu'à présent avoir donné lieu à d'importantes discussions. Une large part, d'après les auteurs, est laissée à l'appréciation de chacun. Ce sont surtout les résultats obtenus, les phénomènes réactionnels et leur durée plus ou moins longue qui guident le médecin. L'innocuité assez grande de la méthode permet une telle latitude. D'une manière générale, nous croyons que l'on est en droit de renouveler le traitement dès qu'il reste sans effet, soit que la réaction s'arrête, soit qu'elle ne se produise pas : les réinoculations successives renforcent souvent l'action ou immunisante ou protéïnique du liquide sérique injecté et favorisent ainsi sa résorption dans la séreuse. Il est cependant des cas où la répétition des thoracentèses ou des ponctions, atténue le pouvoir défensif de ces injections, c'est le cas des épanchements anciens. De plus, il n'y a pas intérêt à trop rapprocher les piqûres et il serait même totalement inutile de soumettre le malade à une injection nouvelle tant que son état ne reste pas stationnaire.

Si faible que soit la réaction, nous croyons bon d'attendre qu'elle s'achève ; elle se poursuit parfois jusqu'à résorption complète de l'épanchement, par fois pendant huit ou dix jours, parfois elle s'arrête après quarante-huit heures.

On voit donc qu'il faut tenir un grand compte de chaque cas particulier pour édicter sa conduite. Celle que nous avons suivie ressortira plus claire et plus compréhensible quand nous aurons montré avec la publication de nos observations, les résultats qu'on peut attendre de la méthode.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Le traitement de Gilbert ayant primitivement reçu son application chez les sujets atteints de pleurésie bacillaire, c'est cette affection que nous aurons d'abord en vue et nous distinguerons les épanchements pleurétiques dits a frigore, des pleurésies survenues au cours d'une bacillose déclarée. Nous essaierons de montrer que les deux cas sont justiciables de l'autosérothérapie, sans nier toutefois son efficacité plus grande dans le premier. Nous publierons ensuite quelques observations de malades atteints de cirrhose de Laennec, de néoplasme abdominal, ayant présenté secondairement des pleurésies et des ascites traitées par des injections sous-cutanées de leur propre liquide épanché.

Sauf un cas très favorable, l'état avancé et la gravité de la maladie dans ces derniers exemples, ne nous ont pas permis d'espérer du traitement, un bénéfice autre qu'un soulagement momentané, mais ces observations nous serviront néanmoins à exposer certaines réactions de l'autosérothérapie.

Enfin, grâce à notre maître, M. le docteur Aubertin, qui a dirigé notre expérimentation et qui nous a permis chez les malades de son service à l'hôpital Saint-Louis, l'application de la méthode que nous étudions, nous donnerons encore deux graphiques qu'il a bien voulu nous confier. Qu'il nous soit permis de lui renouveler à cette occasion, l'expression de notre vive reconnaissance.

OBSERVATION I

Mlle Dou..., âgée de 20 ans, soignée en décembre 1921, au dispensaire Laënnec, où elle fut radioscopée et envoyée au preventorium de Champrosay. Rentrée chez elle en mars 1922, revient consulter en juin 1922 à Saint-Louis où on fait le diagnostic de splénomégalie et où on l'envoie dans le service de M. le docteur Aubertin, lequel découvre une pleurésie gauche abondante et l'admet dans le service.

A l'entrée, le pouls est à 116, régulier, on compte 52 respirations par minute. Il n'y a pas d'albumine, pas de sucre dans les urines. La température est de 38°3.

Le cœur est complètement dévié à droite, la rate abaissée, le poumon droit normal. Par contre, la percussion du poumon gauche décèle une grosse matité occupant les deux tiers inférieurs du poumon. En avant, l'espace de Traube est mat.

A l'auscultation, on entend un souffle inspiratoire et expiratoire intense, de l'egophonie et de la pectoriloquie aphone. Souffle pleurétique et pectoriloquie aphone s'entendent également à l'emplacement du cœur. Les vibrations vocales sont abolies, enfin les signes d'un gros épanchement pleural gauche sont au complet.

On pratique une thoracentèse et on retire 1 litre 1/2 d'un liquide citrin sirupeux. Le Rivalta est positif, l'examen bactériologique de l'exsudat indique une très légère lymphocytose. On arrête la ponction par suite d'une légère dyspnée et de faiblesse du pouls, symptômes disparaissant rapidement.

Quatre jours après, la température reste élevée, le pouls est à 120, on compte 40 respirations par minute. L'épanchement n'a pas diminué, malgré un traitement théobromine et scille.

Une deuxième théracentèse ramène 1 litre 3/4 de liquide pleural.

Le lendemain, le souffle a disparu au sommet du poumon, la température est aux environs de 39°, elle s'y maintient les jours suivants ; l'épanchement n'a aucune tendance à la résorption, la dyspnée est intense, 48 respirations par minute.

Le 8 avril, on pratique une autosérothérapie de 5 cc. in situ. L'injection est parfaitement tolérée, aucune réaction locale. La température, le soir, est à 38°7.

Le lendemain 8 *avril*, température matin 37°4, le soir 38°2. Pouls 96, régulier, on compte encore 40 respirations par minute. L'épanchement ne paraît pas sensiblement modifié.

Le 10, c'est-à-dire le deuxième jour après l'autosérothérapie, température matin 37°2, pouls 80, régulier. Le nombre des respirations est encore de 40.

On constate une amélioration sensible des signes physiques. Le murmure vésiculaire est normal dans le tiers supérieur du poumon.

Les jours suivants, la température décroit progressivement et l'épanchement diminue de volume.

Le 14, le pouls est redevenu normal (75), le murmure vésiculaire est entendu dans la presque totalité du poumon.

Le 15, l'auscultation du sommet gauche montre de l'exagération des vibrations, une respiration soufflante, de la bronchophonie et quelques frottements pleuraux.

Le 18, une ponction exploratrice ramène 5 cc. d'un liquide citrin, qu'on réinjecte dans le tissu sous-cutané péricostal. Cette deuxième injection comme la première, est parfaitement tolérée. La température depuis ce moment, devient normale. La quantité d'urine émise en 24 heures augmente progressivement jusqu'à atteindre 1.200 cc., le 25 *avril*, néanmoins, l'épanchement ne nous paraît pas entièrement résorbé, il persiste une très légère diminution de la respiration, à la base gauche, aussi pratique-t-on une *troisième* ponction exploratrice le 30 *avril*, suivie d'une réinjection de 5 cc. du liquide pleural, in situ.

Depuis ce moment, l'état général de la malade s'améliore sensiblement, on lui fait une série d'injections de cacodylate de soude.

L'examen radioscopique pratiqué le 19 *mai*, donne les résultats suivants :

Voile du sommet droit avec une tache dans le parenchyme, éclairage déficient à la toux, voile de la base gauche, sinus collé, diaphragme invisible, *pas de liquide collecté*. Ombres hilaires marquées, quelques ganglions dont deux assez volumineux, diaphragme droit un peu irrégulier, sinus libre.

La malade quitte le service guérie le 23 mai.

OBSERVATION II

M. Fré..., entré le 24 avril 1922, dans le service de M. le docteur Aubertin, pour point de côté gauche, dyspnée et fièvre.

Aucun antécédent morbide héréditaire ou personnel, mais le malade nous dit que le 17 avril il a ressentit un violent point de côté gauche, accompagné de frissons et de fièvre. Après un repos de trois jours, il a repris son travail pendant quatre jours. Continuant à souffrir ; il entre à l'hôpital le 24 avril au huitième jour de sa maladie avec une température de 38°5 et une assez forte dyspnée.

La percussion des poumons est mate à la base gauche. Les vibrations vocales à ce niveau sont abolies.

L'auscultation révèle un souffle doux, lointain, voilé, expiratoire, pas d'égophonie, ni de pectoriloquie aphone. Le murmure vésiculaire n'est pas entendu à la base du poumon gauche. Rien à droite.

Pouls normal, régulier (74). Tension artérielle 11-7. Le cœur est normal. On ne constate pas de déplacement notable d'organe.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Nous sommes en présence d'une pleurésie de la base gauche, diagnostic confirmé le 26 *avril*, par la ponction exploratrice qui ramène un liquide citrin. Le rivalta est positif.

Le malade est mis en observation jusqu'au 29. L'épanchement n'a aucune tendance à la résorption, la température reste élevée, oscillant entre 38° et 39°.

La matité a augmenté et occupe les 2/3 inférieurs du poumon. L'auscultation fait reconnaître la persistance du souffle pleurétique, l'abolition du murmure vésiculaire, de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone.

Température le 28 *avril* au soir : 38°7.

Le 29 *avril*, on pratique une autosérothérapie de 5 cc. dans le tissu cellulaire péricostal. Cette injection est parfaitement tolérée, elle ne s'accompagne d'aucune réaction fébrile. Le soir même de notre intervention, température 37°8. Les jours suivants, la température décroit progresivement, mais les signes physiques ne semblent pas très modifiés.

Le 1er *mai*, le poids du malade est de 65 kg. 300.

Le 2 *mai*, c'est-à-dire 3 jours après l'autosérothérapie, la quantité des urines émises dans les 24 heures s'élève de 500

à 1.500 cc., mais cette diurèse est de courte durée ; le 3 *mai* elle n'atteint que 1.000 cc., le 4 *mai*, elle est retombée à 500 cc. . On soumet le malade au traitement théobromine et scille. Les jours qui suivent, la température est retombée à la normale, l'état général est assez bon.

Le 9 *mai*, le malade ne pèse plus que 64 kg. 800 ; l'épanchement a subi une résorption sensible. On pratique une deuxième autosérothérapie de 5 cm³ in situ, comme la première fois parfaitement tolérée. Pas de réaction thermique, pas de modification de la pression artérielle. Les urines restent rares jusqu'au 12 *mai*.

Le 13 *mai*, c'est-à-dire le 4me jour après la deuxième injection, le volume des urines atteint 2.000 cm³. Cette forte diurèse persiste les jours suivants ; dès lors, l'épanchement diminue progressivement.

Le 20 *mai*, la matité n'occupe plus que les derniers espaces intercostaux, le murmure vésiculaire est perçu dans la presque totalité du poumon. Cette amélioration va chaque jour s'accentuant.

Le 25 *mai*, l'examen radioscopique donne les résultats suivants

Reliquat de pleurésie gauche, obscurité de la base ne permettant pas de voir le sinus, ni le diaphragme, ni la pointe du cœur. Ganglions assez accentués, sommet gauche légèrement voilé. Respiration diminué à gauche, rien à droite.

Le malade sort guéri le 1er juin. Son poids à cette date, est de 65 kg. 200, gain dû à l'amélioration de l'état général.

Comme nous l'avons fait remarquer, aucune des deux injections n'a été suivie d'élévation thermique, même passagère, mais nous avons pu vérifier une chute globulaire assez nette après chaque autosérothérapie, comme il ressort du tableau ci-dessous :

29 avril :

Globules blancs : 5.500 avant autoséro.
5.000 1/2 heure après.
4.200 3/4 d'heure après.
5.000 2 heures après.

9 mai :

Globules blancs : 3.900 avant autoséro.
3.600 2 heures après.

Pas de modification de la tension artérielle.

OBSERVATION III

M. Lac..., Clément, âgé de 28 ans, entré le 29 avril 1922, dans le service de M. le docteur Aubertin, pour point de côté droit et forte dyspnée.

Rien dans les antécédents héréditaires. Les antécédents personnels morbides remontent à un congestion pulmonaire 1918. Depuis, toux rebelle et sueurs nocturnes.

En décembre 1921, le malade aurait ressenti un point de côté droit récidivant depuis par périodes.

En avril 1922, une vive douleur du côté droit, rendant la marche impossible, et accompagnée d'une forte dyspnée, oblige le malade à suspendre son travail ; il se soigne chez lui une huitaine de jours, puis appelle son médecin, qui constate une pleurésie droite. Le plaignant entre dans le service au 16e jour de sa maladie avec une température de 37°7, un pouls normal régulier, une tension artérielle de 11-8 au Riva Rocci.

Cœur normal. Dyspnée accentuée. Poumon gauche normal. A droite, on constate une diminution de l'amplitude thoracique. La percussion est mate sur toute la moitié inférieure de l'hémithorax droit. Les vibrations vocales sont abolies de ce côté dans les six derniers espaces intercostaux. L'auscultation décèle un souffle pleurétique, pectoriloquie aphone et égophonie. Le murmure vésiculaire ne s'étend pas dans le tiers inférieur du poumon.

Le diagnostic de pleurésie droite est évident.

Les jours suivants, la dyspnée augmente, on compte le premier mai 36 respirations par minute.

Le 4 mai, l'épanchement ne présentant pas de tendance à la résorption, on pratique une ponction exploratrice qui ramène un liquide citrin ; l'examen microscopique décèle de la lymphocytose. Nous faisons suivre cette ponction d'une autosérothérapie de 5 cc. in situ. Pas d'élévation thermique à la suite de cette injection, pas de réaction locale, le liquide est bien toléré.

Notons une demi-heure après notre intervention, une baisse de la pression artérielle qui de 11 1/2 - 7 1/2 avant l'autosérothérapie est tombée à 10-6 une demi-heure après. La numération globulaire donne les résultats suivants : globules blancs : 9.600 avant la ponction, 10.200 une demi-heure après.

Dès le lendemain, on note une amélioration des signes physiques, une diminution de l'épanchement ; cette amélioration va par la suite s'accentuant, aidée par un traitement théobromine et Scille.

Du 6 au 12 mai, élévation progressive et continue de la quantité des urines émises en 24 heures, elles atteignent 1500 cc. le 12.

Le 13 mai, il persiste dans la submatité des deux derniers espaces intercostaux,. mais le murmure vésiculaire est perçu dans la totalité du poumon.

Le malade sort guéri le 15 mai.

OBSERVATION IV

Mme Pro..., âgée de 25 ans, couturière, entrée dans le service de M. le docteur Aubertin le 31 mai, au 15e jour de sa maladie, sur le conseil de son médecin qui la soignait pour pleurésie.

Rien dans les antécédents héréditaires, par contre, le passé morbide de la malade est très chargé.

Une rougeole dans l'enfance. Vers 10 ans, une fièvre muqueuse. A dix-huit ans, soignée pour anémie. A 22 ans, pleurésie gauche et congestion pulmonaire. De tous temps, fréquents coryzas.

Histoire de la maladie : La malade nous raconte que le 15 mai, elle fut prise de frissons et de fièvre et fit appeler son médecin, qui la traita pour une grippe à forme digestive et découvrit au bout de quelques jours un épanchement pleurétique droit C'est alors qu'il lui conseille l'hospitalisation.

Elle nous arrive avec une température à 38°5 le matin, 39°9, le soir.

Le pouls est à 150 régulier, les respirations atteignent 22 par minute, la tension artérielle est de 15-11 au Riva Rocci.

Pas de sucre dans les urines, mais traces d'albumine.

La dyspnée est légère, la malade se plaint d'un point de côté droit.

L'examen des poumons nous donne les résultats suivants : à droite, matité remontant à deux travers de doigt au-dessus de la pointe de l'omoplate. Disparition des vibrations vocales. Abolition du murmure vésiculaire dans toute la moitié du poumon. Souffle pleurétique égophonie et pectoriloquie aphone.

Rien à gauche.

Le diagnostic de pleurésie sérofibrineuse droite est confirmée le 1er juin par la ponction exploratrice qui ramène un liquide citrin ; l'examen microscopique y décèle une légère lympho-

cytose. Nous faisons suivre la ponction d'une autosérothérapie de 5 cc. in situ.

Le soir, température 39°6.

Le 2 juin, lendemain de l'intervention, température 38°2 le matin, 38°1 le soir.

La matité occupe les six derniers espaces intercostaux, l'état général de la malade s'est nettement amélioré.

Le 3 juin, température le matin 37°3, le soir 38°.

Les urines émises dans les 24 heures, de 250 cc. les jours précédents, atteignent 500 cc., légère augmentation, mais qui marque le début d'une diurèse qui se poursuivra jusqu'à la guérison. La courbe d'urine de notre malade est à ce point de vue très significative.

Le 4 juin, la température reste élevée ; le volume des urines de 24 heures est à 750 cc., il s'y maintient les deux jours suivants.

Le 6 *juin*, nous renouvelons le traitement par une seconde autosérothérapie de 5 cc. in situ. Le soir de cette injection : température 39°6, pouls 128, régulier.

Le 7 *juin*, température matin 37°8 , le soir 39°.

Le 9 *juin*, on ne trouve plus d'albumine dans les urines ; la diurèse atteint un litre, 1.500 cc. le 11. La température décroît en lysis. L'état général s'améliore. Retour de l'appétit et des forces.

Le 13 *juin*, on perçoit quelques frottements à la base droite.

Le 14 *juin*, malgré un mieux très sensible, la température le soir, est encore à 38°.

Le 15 *juin*, troisième ponction suivie de réinjection : 5 cc.

Le lendemain 16 juin, nouvelle diurèse 1500 cc.

Les jours qui suivent l'épanchement paraît se résorber.

Le 20 *juin*, on perçoit des frottements dans toute l'étendue du poumon droit. La température est sensiblement normale, un peu élevée, le soir 37°8.

Le 29 *juin*, une ponction exploratrice ramène encore du liquide d'où nouvelle autosérothérapie 5 cc.

Le 30 *juin*, la température retombe définitivement à la normale.

Le 3 juillet, nous constatons au sommet droit de la diminution du murmure vésiculaire. Quelques frottements pleuraux au sommet gauche.

Une radiographie le 8 juillet, donne les résultats suivants :

Voile base droite. Pas de liquide. Sinus et diaphragme invisibles. Voile du sommet droit, persistant à la toux partiellement.

La malade quitte le service guérie, le 9 juillet.

OBSERVATION V

Mlle Cos..., âgée de 28 ans, entrée le 19 juin dans le service de M. le Docteur Aubertin pour dyspnée, céphalée et point de côté gauche. Rien dans les antécédents tant héréditaires que personnels.

Bien portante jusqu'au 13 juin dernier, la malade nous dit qu'à cette date elle ressentit un point de côté gauche avec fièvre et dut s'aliter. Après sept jours de soins chez elle, elle entre à l'hôpital le 19 juin.

A ce moment, nous constatons un état accentué d'asthénie, une langue saburrale, une toux sèche sans expectoration. Température 39°8, point de côté persistant.

A la percussion des poumons, on trouve de la submatité des six derniers espaces intercostaux gauches. Les vibrations vocales sont abolies en cette région. L'auscultation nous fait entendre un très léger souffle expiratoire à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs du poumon gauche. Le murmure vésiculaire est presque complètement aboli dans la moitié inférieure de l'hémithorax gauche. Pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone. Poumon droit normal, cœur normal. Aucun déplacement d'organes. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le diagnostic de pleurésie gauche n'est pas évident, mais une ponction exploratrice ramène un liquide citrin. L'examen microscopique décèle de la lymphocytose et de la polynucléose. (Lympho 50, poly 50). La malade est mise en observation, car nous craignons que l'épanchement ne devienne purulent.

Le 20, c'est-à-dire lendemain de l'entrée à l'hôpital, le souffle pleurétique est très léger ; il est devenu net le 22 juin, et il y a de l'égophonie ; la température reste élevée 38°9 le matin, 39°7 le soir.

Le 23, on pratique une ponction exploratrice qui ramène un liquide citrin. L'examen cytologique donne poly 10, lympho 90. Dès lors, nous sommes rassurés sur la non purulence du liquide et nous faisons une autosérothérapie de 5 cc. sous-cutanée dans la cuisse. Disons que les jours précédents, la

malade avait reçu sans profit deux injections d'électrargol, plus quotidiennement, 10 cc. d'huile camphrée.

Le lendemain de l'autosérothérapie, la température reste élevée. Les urines de 500 cc. montent dans la journée à 750 cc., légère diurèse qui s'arrête pendant trois jours, puis reprend sa marche ascendante.

Le surlendemain de l'autosérothérapie, 25 juin, température 39°6 le soir. Les jours suivants, l'état général s'améliore. La température ne dépasse plus 39°.

Le 29 *juin*, gros souffle pleurétique. Les 6 derniers espaces intercostaux sont mats, on perçoit quelques frottements, le soir température 39°4. En présence de cette élévation thermique, le 30 juin, on décide une nouvelle autosérothérapie de 5 cc. sous-cutanée dans la cuisse. L'injection, dans les heures suivantes, provoque une baisse de la pression artérielle qui de 11 $^1/_2$ 7 3/4 avant l'autosérothérapie est de 10 1/2 - 6 1/2 trois quarts d'heure et même une heure et demie après. Avant l'injection, on notait 3.800 globules blancs ; trois quarts d'heure après on en comptait 6.000. Une heure après 9.100.

Les 24 heures suivantes, on recueille 1 litre d'urine au lieu de 750 cc. les jours précédents.

La température baisse progressivement.

Le 3 juillet, c'est-à-dire 3 jours après notre seconde injection, température matin 37°7, soir 38°1. Le même jour, nous constatons une diminution de la matité, qui n'occupe plus que quatre espaces intercostaux. Le souffle est perçu moins net et on entend des frottements dans toute la zone de matité.

L'examen des sommets décèle à gauche de la submatité et un murmure vésiculaire diminué. Sommet droit normal.

Le 11 juillet, température 37°. Une ponction blanche confirme la résorption de l'épanchement.

Le 12, on entend le murmure vésiculaire dans toute l'étendu du poumon gauche.

La malade quitte le service le 26 juillet, guérie en réalité depuis une dizaine de jours.

OBSERVATION VI

M. Ler..., âgé de 60 ans, entré dans le service de M. le docteur Aubertin le 14 mai 1922.

Malade atteint d'une cirrhose de Laënnec et présentant depuis un mois des œdèmes multiples, ayant envahi progressivement les membres inférieurs, le scrotum, l'abdomen, les mem-

bres supérieurs et aboutissant à l'entrée à un volumineux anasarque avec infiltration péritonéale. L'abdomen est très distendu, avec circulation collatérale. L'examen nous montre une très grosse ascite libre donnant nettement la sensation de flot. L'état général est très mauvais. La température est de 38°5 le soir de l'hospitalisation. La tension artérielle 16-10 au Riva Rocci. Le cœur présente des bruits claqués sans souffle.

L'auscultation des poumons nous fait entendre des râles sous-crépitants au sommet gauche et dans le tiers moyen du poumon gauche en arrière. Reflexes normaux. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le 15 mai, une ponction exploratrice abdominale ramène un liquide citrin, donnant un Rivalta faiblement positif. L'examen cytologique y décèle quelques lymphocytes, quelques globules rouges, pas de grandes cellules, pas de placards.

Température 37°4 le matin, 38°4 le soir.

Le 16 *mai*, température 37°4 le matin. Le malade est soumis au traitement digitalique.

Le 17, la tension artérielle est de 15-8 au Riva Rocci. Le pouls à 104, régulier. Emission des urines normale : 1.000 cc. dans les 24 heures.

Les jours suivants, on ne constate pas d'amélioration. Le malade est apyrétique, mais l'œdème va en augmentant et les urines se raréfient.

Le 21, survient une épistaxis.

Le 22 *mai*, nous pratiquons une autosérothérapie de 5 cc. in situ. Température 37°4.

La tension artérielle de 15 1/2 - 10 1/2 avant l'injection, subit les variations suivantes :

1/2 heure après : 13 1/2 - 9 ;
1 heure après : 14 1/2 - 9 1/2 ;
2 heures après : 16 - 9.

Globules blancs avant l'autosérothérapie : 8.500 ;

1/2 heure après : 7.900 ;
1 heure après : 9.700 ;
2 heures après : 8.000

Le 22, température 38°. Pas de modification de l'ascite. Le malade présente une légère dyspnée. On constate à l'auscultation de la congestion pulmonaire droite. A gauche, le murmure vésiculaire est aboli dans le tiers inférieur du poumon. il existe de l'égophonie, de la pectoriloquie aphone, un souffle

doux, en un mot, un épanchement pleurétique gauche. Le soir, température 38°6.

Le 24 *mai*, apparition d'un érysipèle à la face, le pronostic est alors très sombre.

Le 25, on ponctionne l'ascite, trois quarts de litre. Le début de la ponction ramène du sang, puis un liquide hématique, enfin, un liquide rosé. (Globules rouges + + , lympho + . quelques très rares poly, pas de grandes cellules). L'état général s'aggrave de plus en plus. Nous assistons les jours suivants à l'extension de l'érysipèle et le malade succombe le 28 mai.

OBSERVATION VII

Ol..., Joseph, âgé de 71 ans, menuisier. Entré dans le service de M. le docteur Aubertin le 31 mai 1922.

Ancien éthylique atteint de cirrhose de Laënnec, avec déficience cardiaque, présentant en outre un gros anasarque, œdème des membres inférieurs, des lombes, de l'abdomen, du scrotum et de la verge, infiltration péritonéale caractérisée par une ascite volumineuse.

Pas de déplissement ombilical, mais circulation collatérale et sensation de flot, grande distention abdominale qui rend l'examen du foie impossible.

Pouls à 90 par minute, très arythmique. Le cœur paraît augmenté de volume dans le sens transversal ; la pointe bat à 1 cm 1/2 en dehors du mamelon ; arythmie et quelques extrasystoles, petit souffle à la base.

Tension artérielle 15 - 9. Température oscillant entre 38° et 37°.

Urines rares, rouges foncées 250 cc. Ni sucre, ni albumine.

Poumons. Matité franche aux deux bases. Traube sonore. Le murmure vésiculaire est aboli en arrière et à la base du poumon gauche, sur quatre travers de doigt environ.

A droite, la respiration est perçue jusqu'en bas.

Mauvais état général, Subictère conjonctivale, langue sèche, système nerveux normal.

A retenir dans les antécédents personnels, des rhumatismes et une jaunisse il y a vingt ans.

Le malade est mis en observation. Traitement : repos, théobromine, Scille. Pas d'amélioration ; élévation progressive de la température.

Le 6 juin, on pratique une autosérothérapie de 10 cc. in

situ. La numération globulaire avant l'intervention donne 19.400 globules blancs.

Le lendemain, 7 juin, n'ayant aucune amélioration, on fait une seconde injection de liquide péritonéal 5 cc. in situ.

Pas de modification des urines qui restent rares ; mais nous remarquons dans les deux heures qui suivent l'injection, une diminution très nette du nombre des globules blancs, comme il ressort du tableau ci-dessous :

10 h. 20 (avant autoséro)	T. art. R. R.	12,5 - 8-5	Gl. bl.	20.200
11 h. 15 autoséro				
11 h. 35	»	12 - 9-	»	15.800
12 h. 15	»	12 - 8-5	»	15.700
12 h. 50	»	12,5 - 9	»	16.800

La température, le 7 juin soir, atteint 38°5, élevée de 5/10e sur celle du matin. Progression normale des jours précédents, due peut-être aussi à l'injection (phénomène souvent signalé par les auteurs).

Le 8, matin, température 36°. Les jours suivants, pas de modification sensible de l'ascite, mais il se produit de la congestion pulmonaire de la base droite et de la pleurésie à la base gauche.

Le mauvais état du cœur fit suspendre le traitement.

Le malade mourut le 26 juillet, de déficience cardiaque.

OBSERVATION VIII

Mme Lan...., agée de 56 ans, entrée dans le service de M. le docteur Aubertin le 3 mai 1922.

Malade atteinte de néoplasme de l'estomac avec propagation au foie et ascite secondaire. Les premiers symptômes de la maladie remontraient à 1912.

Cachexie assez prononcée à l'entrée, subictère des téguments et des muqueuses. Depuis trois mois, deux abondantes hématémèses, dont la dernière quatre jours avant son entrée dans le service.

Le foie est gros et douloureux ; il est difficile de délimiter ses bords en raison d'une volumineuse ascite qui distend l'abdomen, lequel présente de la circulation collatérale. Sensation de flot à la palpation.

Rate non percutable. Les ganglions sont gros.

L'auscultation cardiaque fait entendre un souffle systolique en jet de vapeur avec propagation dans l'aisselle.

Température normale. Tension artérielle 11 1/2 - 8 R. R.

Ni sucre ni albumine, ni pigments biliaires dans les urines.

Poids à l'entrée : 53 kg. 500.

Mise au régime déchloruré et calomel jusqu'au 19 mai, la malade n'obtient aucune amélioration. A cette date, son poids est de 59 kg 200.

L'ascite a subi une augmentation de volume en rapport avec ce poids. On remarque en plus de l'œdème des jambes et de l'oppression.

La malade est soumise à une cure digitalique sans résultat.

Le 24 mai, elle pèse 54 kg. 700, aussi pratique-t-on le surlendemain, 25 mai, une autosérothérapie de 5 cc. sous-cutanée dans la cuisse droite. L'examen cytologique du liquide péritonéal donne les résultats suivants :

Pas de globules rouges ; quelques rares lymphocytes ; pas d'autres globules blancs ; cellules endothéliales égalent 0 .

L'injection du liquide dans la cuisse paraît sans effet, pas de réaction thermique, pas d'amélioration sensible.

Voici au point de vue hématologique et de la tension artérielle, les effets de l'autosérothérapie dans les deux heures qui suivirent l'injection :

Avant autosérothérapie	T. art.	R. R.	12 - 8	Gl. bl. 5.100
10 h. 50 autoséro.				
11 h. 10	»		11,5 - 7-5	» 8.600
11 h. 45	»		11 - 7	» 8.300

Le 1er juin, la malade pèse 63 kg 600 ; à l'aide d'une paracentèse, on retire 7 litres 1/2 de liquide ascitique. On sent alors un foie débordant les fausses côtes de trois travers de doigt, bosselé et très dur. On fait suivre cette ponction d'une réinjection in situ de 5 cc. de liquide sérique.

Le lendemain, 2 juin, on constate une diminution légère de l'œdème des cuisses. Le poids de la malade est de 56 kg 200.

Le 3 juin, le liquide semble en partie reproduit et l'on observe de la gêne respiratoire.

Le 8 juin, la malade pèse 58 kg. 500.

Le 9 juin, survient du mélœna abondant qui persiste les jours suivants.

La malade succombe le 16 juin.

OBSERVATION IX

M. Lec..., âgé de 42 ans, cantonnier.

Entré le 18 juillet 1922, dans le service de M. le docteur Aubertin pour douleurs abdominales, augmentation du volume de l'abdomen et œdème malléolaire.

C'est un malade atteint de tuberculose pulmonaire et de cirrhose atrophique.

Les premiers symptômes de bacillose remontent à une pleurésie à l'âge de 9 ans. Réformé à 20 ans pour bronchite suspecte. Hémoptysie en 1913. En octobre 1921 et février 1922, le malade subit un traitement antisyphilitique. Son Wassermann est faiblement positif.

En mai 1922, jaunisse.

Les accidents actuels dateraient seulement d'une quinzaine de jours.

A l'entrée, nous nous trouvons en présence d'un sujet maigre, aux traits tirés, au teint jaunâtre. L'abdomen est très distendu, présentant l'aspect de ventre de batracien ; l'ombilic est déplissé ; il existe une circulation collatérale très accentuée. On perçoit nettement à la palpation la sensation de flot. La percussion dénote de la matité variable avec les changements de position.

L'examen du foie est rendu impossible par la distension abdominale.

La rate est nettement percutable. A signaler encore de l'œdème malléolaire et des membres inférieurs ; œdème mou gardant l'empreinte du doigt en godet. Cœur normal, tension artérielle R. R. 13-9.

L'examen des poumons nous montre des signes cavitaires du sommet gauche et des râles humides dans toute l'étendue du poumon. Induration du sommet droit. Cœur normal.
Reflexes normaux.

Le malade est mis pendant quelques jours au calomel, mais son état continuant à s'aggraver, on pratique le 23 juillet une ponction exploratice abdominale qui ramène un liquide citrin limpide, dont on réinjecte 5 cc. sous-cutanées dans la cuisse. La tension artérielle prise avant cette intervention, était au R. R. de 13 1/2 - 9 ; on comptait au même moment 7.200 globules blancs ; 40 minutes après l'injection, tension artérielle 12 1/2 - 8 1/2, globules blancs 6.800.

Le 23, température soir 37°5.

Le 24, matin 37°6 ; soir 37°2.

Le 25, matin 36°5 ; soir 36°9.

Pas de modifications notables des urines.

Les jours suivants, l'état général du malade va s'améliorant. L'œdème des membres inférieurs, le 3 août, a subi une régression sensible, quelques jours plus tard, il a complète-

ment disparu. L'ascite elle-même est en partie résorbée.

Le malade se voyant très amélioré, n'a pas la patience d'attendre à l'hôpital sa complète guérison ; il quitte le service le 14 août ; nous n'avons pas eu de ses nouvelles depuis.

OBSERVATION X

Mme Ves..., (Cl...), âgée de 46 ans, cuisinière.

Entrée dans le service de M. le docteur Aubertin le 25 avril 1922, pour ascite et pleurésie (passage de chirurgie).

Cette malade, envoyée dans le service comme atteinte de cirrhose hépatique, présentait en réalité trois tumeurs intra-abdominales, dont une sus-ombilicale et donnant la sensation de glaçon, pouvait être prise facilement pour le foie, les deux autres, dures, bosselées, étaient sous-ombilicales. Il existait en plus une tumeur fluctuante, à peu près indolente, de la grosseur d'une mandarine, dans la région inguinale gauche ; toute la région pubienne et la grande lèvre gauche était tuméfiée.

Notre diagnostic était hésitant entre un néoplasme abdominal, cancer secondaire du péritoine d'origine utéro-ovarien ou tuberculose péritonéale avec placards. Quoi qu'il en soit, cette malade présentait un anasarque volumineux, œdème des membres inférieurs, de la vulve, de l'abdomen et des membres supérieurs ; ascite importante (ventre distendu à l'extrême, déplissement ombilical, circulation collatérale) et hydrothorax double.

A l'entrée, température 38° ; tension artérielle au Vaquez 12 1/2 - 7 ; pouls à 100, régulier.

Le 29 *avril*, on s'assure de l'envahissement pleural au moyen d'une ponction exploratrice à la base du poumon droit. On ramène un liquide citrin ; l'examen cytologique y décèle une légère lymphocytose.

Le poids de la malade était alors de 76 kg 300, le pouls à 114, régulier.

Les urines ne contenaient ni sucre, ni albumine ; leur volume, dans les 24 heures, atteignait 500 cc. La température restait aux environs de 38°.

Le 4 mai, pas d'amélioration ; poids de la malade 77 kg 400.

Le 8, on pratique une autosérothérapie sous-cutanée abdominale de 5 cc., liquide citrin donnant un rivalta négatif ; l'examen cytologique indique une lymphocytose intense (15

lymphocytes par champ), quelque grand mono, pas de microbe. La tension artérielle de 13 1/2 - 7 1/2 avant notre injection, est de 12 1/2 - 7 1/2 deux heures plus tard. On comptait avant l'autosérothérapie 13.000 globules blancs, 1/2 heure après, on en trouve 5.100 ; deux heures après 5.900.

A la suite de la piqûre, le même jour, le poids de la malade était de 76 kg. 700, pris avant notre intervention, pas de réaction fébrile.

Le 10, poids de la malade 75 kg 900 ; il atteint à nouveau 77 kg 400 le 11. Le même jour, les urines montent à 750 cc., la température reste stationnaire aux environs de 38° ; le pouls à 94, régulier.

Le 15 mai, urines de 24 heures, 1 litre ; diurèse très pasagère et qui redescend à 500 deux jours après. Le poids de la malade est alors de 75 kg 900.

Le 20 *mai*, on décide une deuxième autosérothérapie de 5 cc. in situ. A la suite de cette injection, pas de changement dans les œdèmes, pas de réaction thermique, pas de modification dans l'émission des urines.

Deux jours après surviennent des vomissements qui persistent quelques jours.

Le 25 *mai*, on retire au moyen d'une paracenthèse, 6 litres 500 d'un liquide citrin limpide dont on réinjecte 5 cc. sous cutanée dans la cuisse.

Le lendemain les vomissements ont disparu et on constate une diminution des signes pleuraux qui s'accentue les jours suivants.

Le 30 *mai*, l'auscultation pulmonaire permet d'entendre quelques frottements à la base droite. L'état général de la malade s'est très sensiblement amélioré.

Le 7 juin, la malade est renvoyée pour sa tumeur de l'aine dans le service de chirurgie qui nous l'avait confiée. Elle y reste jusqu'au 18 juin, traitée pour sa tumeur inguinale. Elle rentre ensuite dans le service, ses œdèmes augmentant à nouveau, son poids atteignant le 27 *juin* : 76 kg. 600.

Une troisième autosérothérapie de 5 cc. sous-cutanée dans la cuisse n'est suivie d'aucune amélioration. L'état général s'aggrave de plus en plus, les œdèmes sont considérables, la malade se plaint de violentes douleurs abdominales. On la ponctionne à plusieurs reprises, mais le liquide se reforme presque aussitôt. La malade succombe le 4 septembre.

OBSERVATION XI

Mme Nic..., âgée de 51 ans, entrée à l'hôpital le 7 septembre 1921 dans le scrivce de M. le Docteur Aubertin.

C'est une malade atteinte de cirrhose type Laënnec, ayant présenté secondairement une volumineuse ascite dont le début remonterait à la fin de l'année 1920. Par conséquent épanchement péritonéal très ancien. Spécificité probable. Wassermann positif à différentes reprises.

L'histoire de la maladie est la suivante : à la fin de 1920, la malade s'aperçoit que son ventre grossit, mais elle n'éprouve aucune douleur, ni aucun trouble digestif. Au début de juillet 1921, apparition au niveau du pied droit d'une série de petites plaies, lymphangite phlegmoneuse nécessitant l'entrée à Gosselin pendant 22 jours, elle sort non guérie.

Vers le mois d'août de la même année, la malade est prise de vomissements aqueux verdâtres, tous les matins à jeun. Son abdomen est volumineux, ses jambes sont un peu œdématiées. Elle entre le 7 septembre dans le service de médecine générale à l'hôpital Saint-Louis présentant alors un léger œdème des membres inférieurs, un abdomen distendu, non douloureux et qui présente de la circulation collatérale. Météorisme très accentué, mais peu d'ascite, le foie parait déborder les fausses côtes d'un travers de doigt. La rate n'est pas perculable.

Le cœur et l'appareil circulatoire sont normaux.

A l'auscultation du poumon, on trouve un peu de submatité du sommet gauche dans la fosse sus épineuse. Respiration normale à droite.

Système nerveux : réflexes normaux, pupilles réagissant bien à la lumière et à la distance. La malade accuse quelques douleurs vagues dans les jambes, mais pas de douleur à la pression des masses musculaires. Cauchemars mais pas de zoopsies.

Ni sucre ni albumine dans les urines qui sont claires, mais peu abondantes.

En novembre 21, douleurs en ceinture très accentuées, ne se calmant que par des compresses laudanisées ; hoquet.

Petit à petit, il se constitue une ascite libre, rebelle à tout traitement.

M. le Docteur Aubertin voit la malade en mars 1922 et institue un traitement spécifique qui arrête la progression de l'ascite.

Le 9 avril 1922, l'épanchement n'augmente plus, mais paraît immobilisé sans tendance à la résorption.

On pratique une première autosérothérapie de 5 cc. in situ.

Suppression du régime déchloruré suivi par la malade jusqu'à ce jour.

Pas de réaction à la suite de l'injection. Le poids de la malade pris le 4 avril était de 64 kg. 200. Le 9 et le 10, les urines n'atteignent pas encore tout à fait le litre. La température est normale.

Le 11 avril, poids de la malade 63 kg. 200, urine 1.250 cc.

Le 12 avril, urines 2.500 cc. cette diurèse persiste les jours suivants.

Le 15 avril, la malade pèse 59 kg. 100, urine 2.200 cc. On constate une diminution sensible de l'ascite, une amélioration de l'état général, de l'euphorie et de la cessation des douleurs.

Le 17, poids 58 kg. 500, urines 2.200.

Le 21, poids 57 kg. 600, urines 2.200.

Le 24, poids 57 kg. 600, urines 2.000.

A ce moment, l'état semble stationnaire.

Le 29 avril, la malade pèse 57 kg. 700, urine 1.800 cc. en 24 heures.

Deuxième autosérothérapie 5 cc. in situ et 5 cc. sous-cutanées dans la cuisse. La ponction ramène un liquide clair citrin contenant d'assez nombreux polynucléaires, des lymphocytes et quelques grandes cellules atypiques. Avant l'autosérothérapie, on comptait 7.500 globules blancs, une demie heure après 6.000.

Pas d'élévation thermique consécutive à la piqûre

Le 30 avril, poids 57 kg. 700, urine 1.000 cc.

Le 1er mai, poids 57 kg. 500, urine 2.000 cc.

Le 2 mai, poids 57 kg. 300, urine 2.350 cc.

Le 3 mai, poids 56 kg. 600, urine 2.350 cc.

Du 5 au 18 mai, le poids de la malade oscille entre 56 kg. 600 et 57 kg. 200.

Le 18, nouvelle autosérothérapie de 5 cc., liquide brunâtre, culot brun foncé. On compte pour 1.000 globules rouges 2 mono, un poly, un limpho et 2 grandes cellules nucléées atypiques.

Avant la ponction ...	6.900	globules	blancs.
1/2 heure après	4.300	—	—
1 heure après	4.500	—	—
2 heures 1/ après	8.900	—	—

Le 18, l'urine atteint 1.700 cc.

Le 19, poids de la malade, 57 kg. 500, urines 2.450.

Le 24, c'est-à-dire 6 jours après la troisième autosérothérapie, poids de la malade 55 kg. 800, urines 1.000. L'ascite a beaucoup diminué.

Les jours suivants les urines varient de 1.500 à 2.000.

L'état général de la malade s'est sensiblement amélioré, l'ascite ne paraît pas se reproduire.

Le 9 juin, poids 56 kg. 600, urines 1.500.

Le 10 juin, poids 56 kg. 600, urines 1.000.

Ce jour même quatrième autosérothérapie 10 cc. in situ et 10 cc. sous-cutanées dans la cuisse.

La tension artérielle avant l'autosérothérapie est de 12 1/2 8 RR., globules blancs 9.400.

20 minutes après, tension artérielle 12 1/2 — 9 RR.

Globules blancs 9.100.

Une heure après, tension artérielle 11 1/2. 7 1/2 RR.

Globules blancs 6.900.

1 heure 40 après, tension artérielle 11 1/2, 7 1/2 RR.

Globules blancs 9.700.

Le 12 juin, nouvelle diurèse abondante 2.000 cc.

Le 15 juin, la malade très améliorée quitte le service. Son état général est alors excellent.

Elle rentre dans le service le 18 juillet et présente un poids de 58 kg. 300, des urines oscillant entre 1.000 et 1.500 cc. L'examen abdominal ne montre pas une reproduction importante de l'ascite.

Le 24 juillet, cinquième autosérothérapie de 5 cc. in situ.

Avant autosérothérapie :

Tension artérielle	12	8	RR.	Globules blancs	4.100
1/4 d'heures après :					
— —	13 1/2	10	RR.	— —	4.100
30 m. après :					
— —	13 1/2	9 1/2	RR	— —	3.600
45 m. après :					
— —	—	—		— —	3.800
1 heure après :					
— —	14	8 1/2	RR.	— —	4.300

Le 24, urine 2.000 cc., poids 59 kg. 300.

Les jours suivants, le poids de la malade reste stationnaire et les urines abondantes. Malgré ce poids constant, le liquide semble diminuer.

Le 31, sixième autosérothérapie 5 cc. sous-cutanées dans la cuisse. Les urines le jour même atteignent 2.250 avec quelques variations en plus ou en moins les jours qui suivent.

L'ascite semble en régression et en effet plusieurs ponctions dans la suite sont blanches. La malade reste cependant dans le service pour des accidents spécifiques.

Nous ne croyons pas à la résorption totale du liquide ascitique, mais il est enkysté dans la région droite de l'abdomen et d'abondance très minime, ce qui explique les ponctions blanches.

Le diagnostic actuel (nov. 1922) est péritonite chronique avec ascite enkystée d'origine peut-être syphilitique.

OBSERVATIONS NON PERSONNELLES

Rappelons encore à côté de nos malades quelques observations rapportées par les auteurs et qui nous paraissent plus spécialement dignes d'intérêt et susceptibles de bien montrer le champ d'action de l'autosérothérapie.

BURNAND. Revue médicale de la Suisse romande, 20 janvier 1911 (Société des médecins de Leysin, 24 novembre 1910).

Essai de traitement autosérothérapique à une vaginalite séreuse bacillaire.

Il s'agit d'un malade, 30 ans, tuberculeux pulmonaire atteint brusquement d'une épididymite droite avec fièvre, gonflement généralisé du scrotum et formation d'un exsudat séreux dans la moitié des bourses. Première poussée en juillet 1910. Régression en quelques semaines, récidive en août, formation d'un petit abcès froid, probablement de l'épilidyme et siégeant au pôle inférieur du scrotum. L'exsudat de la vaginale reformé reste chronique.

En octobre, l'épanchement s'éternisant, on décide d'appliquer le traitement de Gilbert. La vaginale est ponctionnée sur sa face antérieure. 3 cc. de sérosité claire sont retirés. 1 cc. est réinjecté dans le tissu cellulaire scrotal.

24 heures plus tard, l'épanchement a diminué dans une forte proportion, des 3/4 à peu près. De 100 cc., il s'est réduit à 20 ou 30 environ. Les bourses ont l'aspect normal et symétrique. On palpe aisément le testicule, l'épididyme tuméfié et dur, le cordon épaissi jusqu'à l'orifice inguinal externe. Ce résultat obtenu rapidement ne fut pas définitif et les jours suivants l'épanchement se reforma graduellement, probablement à cause de l'action irritante exercée par l'abcès voisin.

12 jours plus tard, on faisait une ponction aspiratrice de 2 cc. non suivie de réinjection. Le lendemain, la collection avait légèrement diminuée, mais non fondue comme la première fois. 1 jours plus tard, nouvelle extraction de 2 cc. suivie de réinjection de 2 cc. in loco. Nouvelle diminution moins importante que la première fois, mais plus notable qu'après l'aspiration simple.

La différence des résultats s'explique par l'ancienneté croissante de l'exsudat et la formation de fausses membranes pariétales rendant la résorption de plus en plus malaisée.

Il semble, dit Burnand, que dans une vaginalité aiguë simple, les résultats devraient être plus satisfaisants.

Breton de Dijon. Gazette des hôpitaux, 7 mars 1899, nos 25 et 27.

Observation d'un cas de pleurésie gauche, récidive, guérie après 6 ponctions et réinjections, entre la première ponction et la constatation de la disparition du liquide, il s'est écoulé 36 jours.

Observation d'un cas de pleurésie droite. Injection suivie de malaise. Vomissements.

D... Antoinette, 22 ans, pleurésie droite. Entrée le 26 août. Malade depuis le 18 août.

3 septembre, première injection. Température le matin, 38°1, le soir 38°4. Consécutivement à l'injection état de malaise général avec vomissements, qui persista jusqu'au lendemain.

Deux jours après la première injection, l'amélioration se fait sentir, l'épanchement tend à disparaître.

7 septembre, deuxième injection.

10 septembre, ponction blanche, de même les 12, 27 septembre et 1er octobre.

10 septembre, frottements à la base, respiration entendue partout, submatité à la base. L'examen radiologique confirme ces résultats. En résumé, l'épanchement disparut en 7 jours, après la première injection.

Observation III. - P. Antoinette, 16 ans, tonnelière.

Entrée le 7 septembre 1898.

Vaste épanchement pleural gauche avec déplacement total du cœur qui paraît également abaissé en masse. La pointe vient battre dans le creux épigastrique à droite de la ligne médiane du sternum. Pouls 104. Respirations 24 par minute.

La malade est dans l'immobilité absolue pour éviter la dyspnée et les battements cardiaques violents.

12 septembre, ponction et injection de 2 cc. de liquide. En

l'espace de cinq jours, le liquide se résorbe assez pour que le cœur puisse revenir à sa place. La pointe est à un centimètre en dedans du mamelon. Examen contrôlé par la radiographie. L'épanchement dure 28 jours et disparaît en 18 jours par les injections de sérum pleural.

D'Espine. Revue médicale de la Suisse romande, p. 75, 22 décembre 1909.

Observation. Fillette de 4 ans 1/2. Pleurésie gauche 5 cc. in situ, pas de réaction ni locale, ni générale. Suppression le 11e jour après la piqûre de l'épanchement.

Elévation des urines émises 1.400 à 2.400 gr. le jour de la piqûre.

Gilbert. Revue médicale de la Suisse romande, 20 janvier 1910. (Premier cas observé).

Il s'agissait d'un jeune homme de 17 ans, atteint de pleurésie droite datant de 5 à 6 jours. Epanchement moyen ; injection in situ 2 cc.

5 ou 6 heures après l'injection, élévation de la température 39°5, précédée de frissons et suivie de sueurs abondantes, pas de douleur locale, ni d'accident inflammatoire.

Le lendemain percussion et auscultation montrent les mêmes symptômes que la veille. Le traitement, renouvelé, produisit une réaction fébrile moins forte.

Le troisième jour, la température qui, auparavant, était de 38° à 38°5, revint à la normale pour y rester définitivement.

A partir de ce moment, diminution rapide de l'épanchement et forte diurèse. L'urine devenait plus claire.

Huit jours après la première injection de l'exsudat pleurétique, l'épanchement était complètement résorbé et l'état général du malade s'améliorait rapidement.

René Gaultier. Bulletin général le thérapeutique, 8 septembre 1909, p. 323.

Observation. L..., 5 ans, entré à l'Hôtel-Dieu dans le service du Professeur Diculafoy, 14 juin 1909. Pleurésie sérofibrineuse droite.

Dès la deuxième injection diminution de l'épanchement. Urines abondantes. A noter que le malade pendant cette phase d'amélioration, présente de grandes transpirations. 3 injections le 25 juin.

Baisse de la température 37°.

Urines, 2 et 3 litres par jour.

Malade guéri le 9 juillet.

MM. *Enriquez, Gaston Durand et Math Pierre Weil*. Société

médicale des Hôpitaux de Paris, 4 juin 1909.

Observation II. Chem... Urbain, 25 ans, entré le 27 avril 1909.

Epanchement pleurétique gauche consécutif à un traumatisme du throax, survenu le 25 avril. L'épanchement s'est formé à l'hôpital.

10 mai. La radiographie montre un gros épanchement remontant à 8 c/m du dôme pleural.

Le même jour, ponction exploratrice et autosérothérapie. Dès le lendemain, la température baisse et la malade se sent beaucoup mieux ; le liquide a beaucoup diminué.

Le 13 mai, nouvelle injection après nouvelle radioscopie.

Amélioration de l'état général, réapparition de l'appétit.

17 mai, nouvelle radiographie. Le cœur occupe presque sa place normale.

23 mai, ponction blanche, de même les jours suivants.

RESULTATS CLINIQUES

Nous venons de suivre des malades atteints d'affections différentes, mais présentant tous au moins un syndrôme commun, un épanchement dans une séreuse. Certes, la méthode que nous étudions n'a pas été également favorable à tous, mais nous n'en avons pas moins observé dans tous les cas certaines réactions analogues imputables à l'autosérothérapie qu'il nous paraît intéressant de souligner.

En dehors de la question de tolérance, la première peut-être qui inquiète tout expérimentateur d'une chose nouvelle, mais sur laquelle nous aurons à revenir ; voyons d'abord les résultats acquis dans chaque cas sur l'épanchement.

Action sur l'épanchement

A ce sujet, comme nous l'avons déjà fait remarquer, il est nécessaire de distinguer les épanchements secondaires des épanchements primitifs, et, parmi ces derniers, les épanchements déjà ponctionnés.

Tel est le cas de notre malade de l'observation I qui reçut sa première autosérothérapie après deux thoracentèses importantes, malgré cela, l'épanchement céda rapidement à la première injection et quelques jours plus tard, le murmure vésiculaire était entendu dans la presque totalité du poumon gauche, mais il fallut deux autres injections pour obtenir la résorption complète.

L'observation II nous montre une pleurésie sérofi-

brineuse primitive, non ponctionnée. Deux injections suffirent pour amener la résorption totale de l'épanchement. Contrairement à ce que nous observâmes dans le cas précédent, cette résorption fut progressive, assez lentement amorcée. Nous avons signalé à propos de la technique et des réinjections, ces différences de temps dans la réaction et l'impossibilité qui en résulte d'établir une règle absolue dans la répétition du traitement.

Voici avec l'observation III, un autre exemple de guérison complète où l'épanchement céda rapidement dès la première injection, et entièrement, cas, pour ainsi dire, intermédiaire aux deux précédents, réaction immédiate et ininterrompue.

A noter la durée très courte de l'hospitalisation (seize jours) ; le malade quitta le service guéri dix jours après la première et seule autosérothérapie.

Nous retrouvons avec l'observation IV, un cas de réaction rapide, résorption presque immédiate mais qui ne fut totale qu'après quatre injections. Quelques jours après la deuxième autosérothérapie, des frottements étaient entendus à la base du poumon du côté de l'épanchement, or il s'agissait à l'entrée d'un exsudat abondant ; mais deux autres ponctions exploratrices ramenèrent encore du liquide.

Cette observation nous paraît digne d'être rapprochée de l'observation I, car, si notre malade ne subit aucune thoracentèse avant notre dernier traitement, ses antécédents nous apprennent qu'elle fut déjà soignée pour pleurésie, gauche il est vrai, à l'âge de 22 ans, c'est-à-dire trois ans auparavant.

Avec l'observation V, nous avons encore un cas de

résorption totale, rapide. Six jours après la première intervention, on percevait déjà quelques frottements du côté malade. Au dizième jour de la première autosérothérapie, on entendait ces frottements sur toute la hauteur de l'épanchement et il suffit de deux injections pour voir le liquide disparaître complètement dans un temps très court ; douze jours après le début du traitement, on n'avait plus trace de liquide.

Reste encore le cas de l'observation X, dans lequel nous assistâmes à la suite d'une *autosérothérapie abdominale* à la résorption d'un épanchement *pleurétique* secondaire.

Quelques jours après la troisième injection, on constatait une amélioration très sensible du côté de la pleurésie et l'on percevait à la base du poumon quelques frottements pleuraux. Ce dernier exemple n'est malheureusement pas pur, la malade ayant été l'objet d'une paracentèse importante le jour même de l'autosérothérapie.

La résorption de l'épanchement fut chez nos pleurétiques à peu près constante. Il n'en fut pas de même pour nos malades porteurs d'ascite ; nous enregistrâmes quelques insuccès ; mais cela tient à ce que la clinique fournit beaucoup plus d'épanchements secondaires et qui réagissent moins bien que d'épanchements primitifs et récents, car les malades ne s'aperçoivent de leur ascite que très tard ; ils entrent dans les services avec un abdomen distendu, un péritoine depuis longtemps infiltré.

Notre observation XI est néanmoins très instructive, car il s'agissait précisément d'un de ces épanchements secondaires généralement très défavorables,

très ancien et de plus très abondant qui réagit pourtant parfaitement à l'autosérothérapie. En somme, la ponction évacuatrice qui semblait s'imposer au début de 1922 a pu être évitée. Sortie le 15 juin 1922, la malade est actuellement (novembre 22), revenue dans le service de M. le Docteur Aubertin, pour des accidents spécifiques. L'épanchement s'est enkysté et la malade est très améliorée. Ces temps derniers une ponction abdominale exploratrice fut négative. Citons encore notre observation IX, où le malade put quitter le service le 22e jour de notre intervention, non guéri, mais après dispartiion des œdèmes et une ascite en partie résorbée.

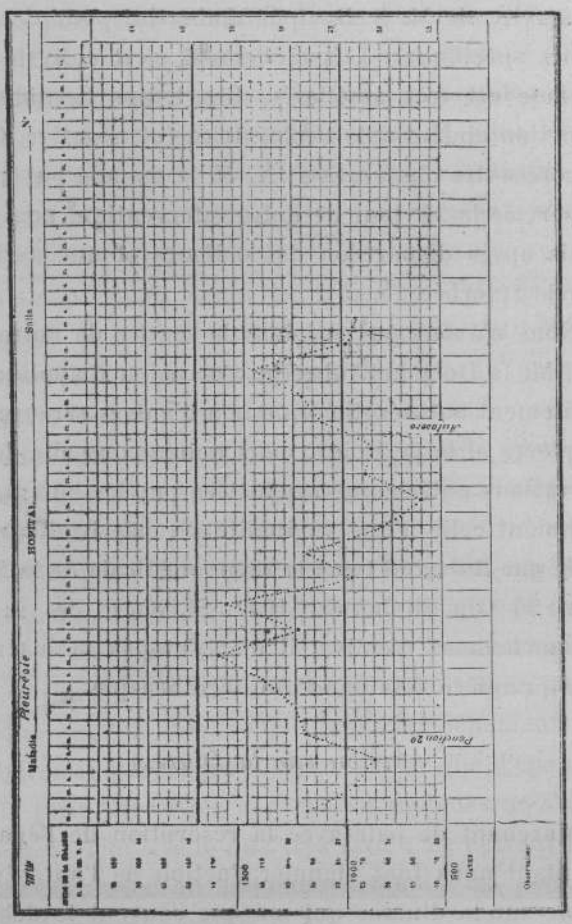
Nous n'avons pas eu, dans le service de notre maître, M. le Docteur Aubertin, l'occasion d'appliquer le traitement autosérothérapique à d'autres séreuses que la plèvre et le péritoine, mais nous avons cité des observations antérieures rapportées par les auteurs, notamment celle d'une vaginalite séreuse bacillaire publiée par Burnand dans la revue médicale de la Suisse romande du 20 janvier 1911. Si, chez ce malade, l'épanchement récidiva, il n'en fut pas moins réduit une première fois par l'autosérothérapie.

Action sur la Diurèse

Marchant de pair avec la résorption de l'épanchement, il nous faut signaler l'action de l'autosérothérapie sur la diurèse qui marque souvent le début de la réaction. A ce point de vue nous rappelons les courbes que nous a confiées notre maître, M. le Docteur Aubertin, elles sont des plus démonstratives.

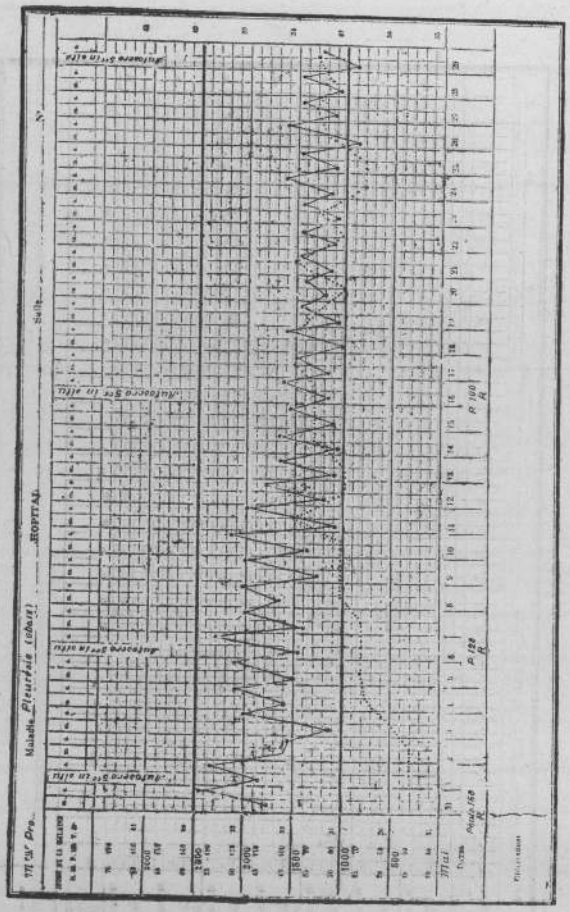
Observation 1. M.... (Docteur Aubertin).

Courbe des urines d'une pleurétique montrant la diurèse consécutive à une ponction et à l'autosérothérapie.



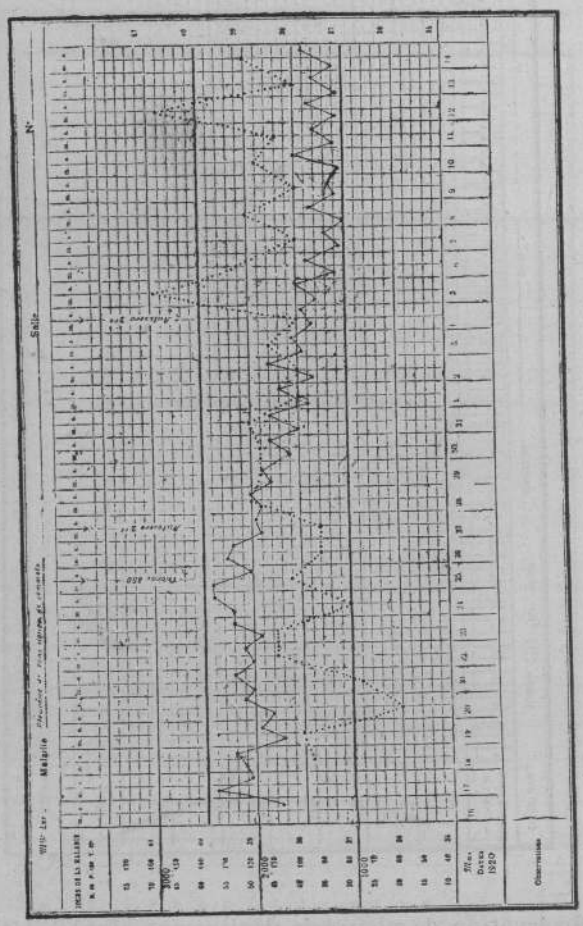
On voit que la diurèse produite par l'autosérothérapie est aussi marquée que celle produit par la thoracentèse.

Observation 2. L... (due à notre maître, M. le Docteur Aubertin.)



Observation de pleurésie droite sans signes stéthoscopiques des sommets, chez une jeune fille de 19 ans, montrant en particulier l'action diurétique consécutive à l'autosérothérapie, action qui coïncida avec la diminution notable de l'épanchement. A noter le peu d'ac-

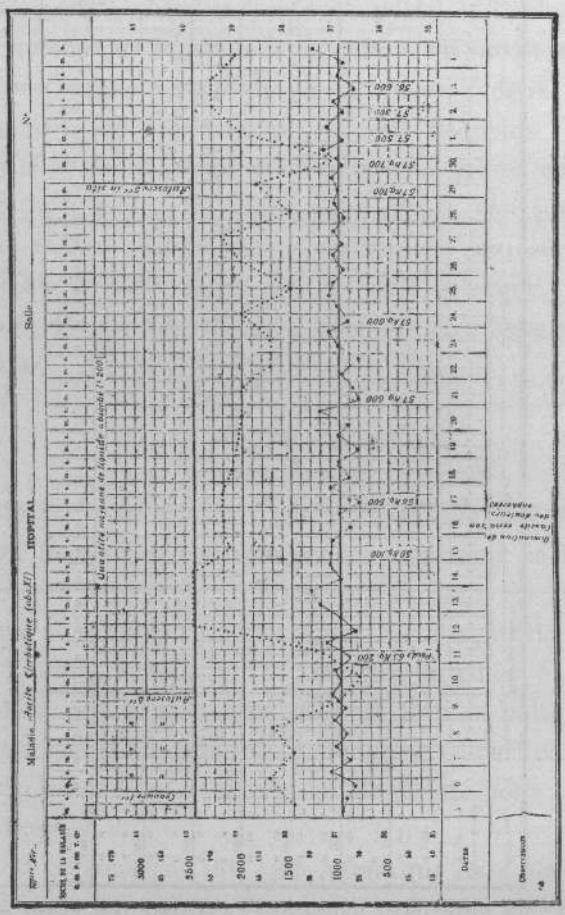
tion de la thoracentèse sur la diurèse. A noter également l'action de l'autosérothérapie plus nette que celle de la thoracentèse sur la température.



Nous avons également observé fréquemment cette diurèse chez nos malades.

Dans notre observation II, elle survint trois ou qua-

tre jours après chacune des deux injections ; passagère à la première, très abondante et soutenue à la suite de la seconde, elle se maintint entre 2 litres et

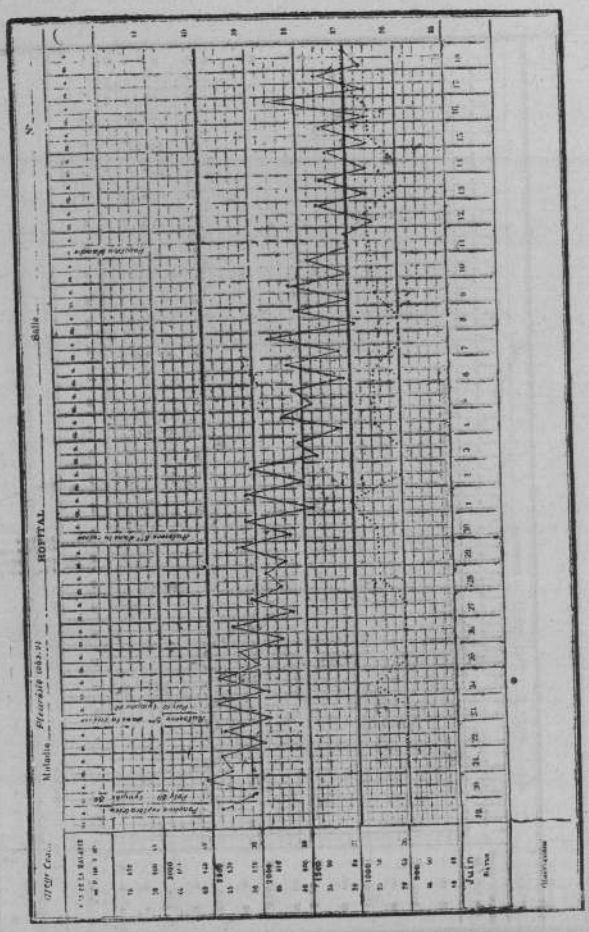


2 litres 1/2 pendant tout le temps que le liquide mit à disparaître.

Il nous est impossible de reproduire les graphiques

de tous nos malades. Les observations IV, V et XI nous paraissant suggestives, nous les publions ici.

Les deux premières ont trait à des pleurétiques, la



la dernière est celle d'une malade spécifique atteinte de cirrhose type Laënnec, la durée trop longue de l'hospitalisation nous oblige à scinder cette observation et à n'en donner qu'un fragment qui montre l'im-

portance de la diurèse après chaque intervention. Sur cette courbe d'urine, nous avons inscrit les différentes pesées de notre malade, de manière à mettre en évidence la résorption du liquide ascitique et le parallélisme parfait entre la perte de poids et l'urination. Au moment de la seconde injection, on notait moins d'urine et une augmentation de poids ; deux jours plus tard, nouvelle diurèse et perte de poids.

Fede et René Gaultier tiennent un grand compte de cette diurèse, elle serait pour eux la conséquence d'une action particulière et directe de l'autosérothérapie sur le filtre rénal, diurèse utile et bonne.

Gilbert a parfois vu cette diurèse s'accompagner de sueurs.

Action sur la température

Gilbert, René Gaultier ont signalé une légère élévation thermique consécutive, dans certains cas, aux premières injections ; nette surtout chez les tuberculeux et pouvant même aider au diagnostic.

« Landolfi, nous dit R. Gaultier, attribue à cette dernière, une valeur thérapeutique pour la nature de la pleurésie et considère la méthode de Gilbert comme d'autosérothérapie et d'autosérodiagnostic pour la tuberculose. »

Nous n'avons pas fait cette remarque chez nos malades, mais par contre, l'influence favorable de l'autosérothérapie sur la température nous a paru manifeste.

Dans la majorité des cas, la fièvre céda dès le lendemain de notre intervention, alors même qu'elle ne

présentait aucune tendance à baisser. Exceptionnellement, cette réaction manqua. Les observations I, II, III, IV, V, VII et VIII la relatent à chaque injection.

Nous reproduisons les graphiques des malades IV et V auxquels il faudrait rapprocher la malade (obs. 2) que nous connaissons déjà, de M. le Docteur Aubertin.

A propos de l'observation XI, nous insistions sur le parallélisme entre la perte du poids et l'urination. Une remarque analogue s'applique à la malade de M. le Docteur Aubertin, dont la courbe met en évidence la baisse de la température, coïncidant avec une augmentation croissante de la diurèse.

Action sur le cœur, le pouls et la respiration

Dès 1899, Breton de Dijon, rapportant des observations à l'appui, notait encore l'action du sérum pleural sur le cœur et la respiration et se demandait s'il ne fallait pas y voir une influence directe ou simplement le fait de la diminution de l'épanchement.

René Gaultier, en 1909, s'associait à cette hypothèse et nous disait qu'il avait lui-même été témoin de cette influence heureuse sur le cœur et la respiration.

Nous nous souvenons de cette malade de Breton qui, atteinte d'une pleurésie avec déplacement total et en masse du cœur, était tenue à l'immobilité absolue pour éviter la dyspnée et des battements cardiaques violents, et nous savons que cinq jours après la première injection, le cœur avait repris sa place normale et son rythme régulier.

Un fait semblable se produisit chez notre malade

de l'observation I. Le jour même de la première injection, nous notions de la tachycardie, un pouls à 100 régulier. Cinq jours après, le cœur était normal, le pouls battait à 76 régulier.

Il serait intéressant de rechercher si cette baisse du pouls n'est pas en rapport direct avec la baisse thermique.

Chez nos malades des observations III et V, nous avons vu nettement après la première injection, la respiration plus régulière, la dyspnée disparaître complètement. Ces symptômes s'accompagnent d'ailleurs fréquement de phénomènes subjectifs, euphorie, cessation du point de côté, cessation des douleurs.

Nous avons nettement vérifié ces faits chez notre malade de l'observation XI atteinte d'ascite et qui se plaignait de violentes douleurs abdominales. Quelques jours après la première injection, elle prétendait ne plus souffrir du ventre.

Chez deux cirrhotiques dont nous ne rappelons pas les observations depuis trop peu de temps suivies, l'autosérothérapie a amené une disparition complète des douleurs abdominales signalées spontanément par les malades eux-mêmes, cependant que l'ascite, ponctionnée il est vrai, n'augmentait pas de volume.

Marcou dit à ce propos : « Certains malades accusent un bien-être énorme les heures qui suivent la piqûre, surtout ceux qui souffraient de dyspnée ou d'un point de côté violent, certains demandent une nouvelle piqûre. »

Ces résultats subjectifs n'auraient à notre avis qu'une faible valeur, s'ils ne s'accompagnaient souvent d'une amélioration notable de l'état général. Ceux

qui nous ont précédé dans l'étude et dans l'application de la méthode avaient déjà attiré l'attention sur ce profit de l'autosérothérapie, se traduisant par un gain de poids qui pourrait laisser croire à une récidive de l'épanchement si la clinique et l'examen radioscopique n'apportaient de leur côté la vérification de la résorption du liquide sérique.

Il va de soi que l'on a les plus grandes chances d'obtenir ces résultats au complet quand les troubles que présentent les malades tiennent pour la plus grande part à l'épanchement ; ce qui explique les succès dans les pleurésies a frigore par exemple.

Peut-être, le traitement de Gilbert, comme le fait remarquer son auteur, peut-il avoir une influence dans certains cas, sur la maladie causale, en retarder ou arrêter l'évolution, dans les épanchements d'origine infectieuse par un mécanisme que nous étudierons plus loin, mais ne s'adressant qu'aux séreuses, on ne saurait lui réclamer toujours des guérisons définitives, des cures radicales, ni s'étonner des récidives ou des succès relatifs quand on s'adresse aux épanchements secondaires ou mécaniques, dont la cause hors de la séreuse, est une cirrhose ou un néoplasme qui évoluent pour leur propre compte. Le même traitement cependant pour le soulagement qu'il apporte aux malades, trouve encore dans ces cas son utilité.

INCONVENIENTS ET ACCIDENTS

L'autosérothérapie a reçu aujourd'hui une application assez large et assez nombreux sont les cas favorables, assez rares les accidents, pour qu'on puisse considérer la méthode comme d'une assez grande innocuité. Il serait cependant tout à fait exagéré de ne pas tenir compte de l'œuvre de ceux qui l'ont combattue et des inconvénients et accidents qui ont été rapportés.

En 1897, presque à la naissance du traitement de Gilbert, Gaillard(1) et Le Damany(2) , faisaient ressortir le rôle providentiel de l'épanchement pleural, qui empêche l'inoculation par frottement ; ils insistaient sur l'utilité de l'atelectasie pulmonaire sous jacente au liquide, sorte de sauvegarde contre l'infection tuberculeuse secondaire. Toucher dès lors à un épanchement pleural était pour eux une lourde faute.

Telle n'était pas à cette époque l'opinion communément admise. Dieulafoy, par exemple, était partisan de l'évacuation précoce de la plèvre infiltrée.

En 1900, Mongour et Gentès condamnaient la méthode, non qu'à leur avis elle fut dangereuse, ils reconnaissaient au contraire l'innocuité absolue des injections de liquide pleurétique faites à l'homme, la disparition presque soudaine, chez la plupart des malades du point de côté et de la dyspnée, mais ils signalaient un échec thérapeutique presque complet.

---

(1) Gaillard. semaine médicale 1897, p. 214.

(2) Le Damany, thèse de Paris 1897.

Oppenheim et Crépin lui ont reproché des accidents de tuberculisation locale.

En 1912, M. A. Jousset, à la suite de ses recherches expérimentales sur l'autosérothérapie, écrivait :

« A priori et en bonne logique, un procédé qui consiste à injecter sous la peau du propre porteur de l'épanchement un liquide pathologique à la fois toxique et bacillifère semble tout à fait condamnable. »

Des expériences faites sur le cobaye, M. Jousset concluait que le liquide pleural est toujours toxique, toxicité parodoxale, échappant aux lois de la dosimétrie (thèse de P. Cartier de Paris, 1906) impossible par conséquent à déterminer à l'avance, et capable de provoquer des phénomènes anaphylactiques quand on renouvelle l'injection.

Possibilité par ailleurs de créer des lésions d'inoculation. M. A. Jousset nous dit qu'il lui-même l'auteur involontaire d'un accident de tuberculinisation hypodermique ; formation d'un abcès froid après injection d'un liquide sérofibrineux nullement suppuré. Il rapporte encore avec Œttinger une observation d'un cas de rupture de la plèvre pariétale « avec évacuation partielle de l'exsudat sous la peau, véritable autosérothérapie, formation d'une véritable ulcération et écoulement au dehors d'un liquide devenu hémorragique. » Il en conclut au pouvoir nécrosant du liquide pleurétique.

Ayant remarqué la diurèse immédiate qui suit la première injection, il estime qu'il y a là « comme un effort de défense vis-à-vis d'un produit toxique, mais nullement un processus curateur ». Tout au plus, le liquide peut-il dans certaines conditions, à l'égard

du cobaye, manifester des propriétés antibacillaires, mais il faut que le liquide provienne d'un sujet atteint de pleurésie a frigore, qu'il ait été prélevé au décours de la maladie, qu'il soit très abondant et très fibrineux, qu'il soit très toxique.

De ces critiques, nous retiendrons surtout les accidents possibles de tuberculinisation par inoculation, auxquels il faudrait rattacher deux faits de granulie pulmonaire, imputables à l'autosérothérapie, observés par M. Rosenthal.

Certes, de tels accidents, malgré leur rareté, doivent laisser à réfléchir avant d'user de la méthode. Personnellement, c'est avertis que nous l'avons appliquée dans le service de notre maître, M. le Docteur Aubertin, et, bien que notre attention ait été particulièrement attirée sur ces accidents d'inoculation, sur la possibilité de choc anaphylactique, nous n'avons jamais eu le moindre ennui, la moindre réaction locale. Nous avons pourtant suivi certains de nos malades même après leur départ de l'hôpital.

Avec notre malade de l'observation X, deux jours après la deuxième injection, nous vîmes survenir des vomissements que nous aurions pu croire d'ordre anaphylactique, si à une troisième autosérothérapie ils n'avaient radicalement disparus. Un choc anaphylactique eut d'ailleurs été plus précoce. Nous n'avons pas cru devoir interrompre le traitement qui fut, par la suite, parfaitement toléré.

Notre expérimentation, les très nombreuses observations rapportées sans alerte, nous font croire en définitive que ces accidents signalés de l'autosérothérapie sont trop exceptionnels pour rendre la méthode

condamnable. Ils nous enseignent néanmoins qu'il est de toute nécessité avant d'entreprendre ce traitement de bien examiner le liquide, et, pour ne pas injecter une sérosité septique, de ne pas se contenter de l'examen rapide, microscopique, du sérum, mais d'y adjoindre l'étude microscopique qui nous renseignera sur les différents éléments microbiens et cellulaires ; la recherche, notamment, de la lymphocytose et de la polynucléose, au besoin plusieurs fois répétée, peut être un guide pour le médecin, lui permettant d'agir à bon escient au bon moment et en toute sécurité. Tel épanchement qui, à une première ponction, paraissait louche, peut parfaitement se modifier et alors qu'il était dangereux, devenir parfaitement utilisable.

Notre malade de l'observation V présentait à une première ponction exploratrice, malgré l'absence de microbes, une polynucléose abondante, qui fit que notre maître, M. le Docteur Aubertin, nous déconseilla l'injection. Quelques jours plus tard, la formule cytologique du liquide pleural, devenue lymphocytaire, nous n'hésitions pas à appliquer le traitement autosérothérapique qui se montra favorable.

Nous nous sommes contentés de ces examens, mais quelques auteurs ont proposé de stériliser le liquide sérique avant de le réinjecter.

Rosenthal préconise la centrifugation ou le filtrage par le vide de la sérosité pleurale.

Burnand, tout en considérant que la toxicité du liquide « puisse être plus utile que nuisible et ajouter une action vaccinante accessoire à l'action proprement sérothérapique de l'injection, » conseille de centrifuger d'abord, puis de filtrer par le vide le liquide

décanté ; c'est-à-dire, de combiner les deux méthodes exposées par Rosenthal.

M. Jousset, enfin réprouve l'autosérothérapie, mais dans les pleurésies chroniques, il entrevoit l'application possible d'une hétérosérothérapie. Centrifugation du liquide, chauffage à 55° pendant une heure, durant trois jours de suite. On obtiendrait ainsi un sérum dont les doses utilisables seraient de 20, 30 et 50 gr. par injection.

MECANISME DE L'AUTOSEROTHERAPIE

Aux partisans de l'autosérothérapie, on a objecté que les cas favorables sont précisément ceux où l'épanchement se résorbe de lui-même.

Fernet, faisant remarquer à M. Enriquez qu'une pleurésie peut parfaitement guérir en six semaines, concluait « qu'on ne saurait établir une opinion sur l'efficacité du traitement proposé que si on l'applique passé le délai de la résorption spontanée (c'est-à-dire au moins trois semaines) et si on a de bonnes raisons de croire que l'épanchement est décidément immobilisé sans aucun espoir de résorption probable par les seuls efforts de la nature. »

Les cas d'épanchements anciens ou immobilisés ayant bénéficié de l'autosérothérapie ont par leur nombre croissant réfuté ces critiques. Notre observation XI ne peut à cet égard laisser de doute, puisqu'elle nous fait assister à une résoption quasi-totale d'une ascite vieille de plus de quinze mois.

On a dit encore que la simple ponction exploratrice peut parfois stimuler la résorption ; mais comme le fait justement observer René Gaultier, les résultats sont beaucoup plus importants dans l'autosérothérapie. La minime ponction qui sert à l'injection ne nous a jamais donné un seul exemple de résorption totale alors qu'on a rapporté actuellement nombre d'observations où une seule injection de 2 cc. de liquide sérique avait amené la guérison.

On ne saurait davantage assimiler à une thoracentèse qui, diminuant la pression sur les vaisseaux lym-

phatiques leur permet de mieux absorber le liquide restant (Frenkel), l'évacuation d'une séreuse de quelques centimètres cubes de liquide.

Les faits ne laissent plus de doute sur l'efficacité de l'autosérothérapie dans les épanchements des séreuses. Comment dès lors, en expliquer l'action ? Quel peut en être le mécanisme ?

Le liquide sérique réinjecté sous la peau acquiert-il de ce fait un pouvoir autolysant, détermine-t-il, comme le suppose Gilbert « un appel leucocytaire intense qui par son apport plus considérable d'alexine dans un milieu riche en sensibilisatrice, entrave, arrête la marche du processus infectieux en augmentant les moyens naturels de défense de l'organisme ? ». Faut-il y voir avec René Gaultier « la formation dans le torrent circulatoire d'antitoxines spécifiques capables de modifier l'exsudat : l'autosérothérapie agit-elle en troublant la pression endopleurale et en modifiant le sens du courant osmosique ? Agit-elle par simple effet mécanique d'une piqûre pleurale ; ou agit-elle par le passage dans le sang plus directement d'un liquide contenant des produits biologiques du bacille de Koch (pour la pleurésie tuberculeuse) des substances antitoxiques bactéricides, etc. et en provoquant la formation de substances de défense, d'anticorps spécifiques qui aideraient à neutraliser la toxine virulente et à limiter le processus tuberculeux on infectieux envahissant. »

Marcou disait que l'injection dans le courant circulatoire d'un produit de pleurite produit de l'antipleurite : « ce raisonnement, ajoutait-il, n'explique rien, mais il fait comprendre la possibilité d'une for-

mation d'antisérose qui ne doit pas être indifférente sur le sort consécutif de l'épanchement séreux. »

Tout n'est encore qu'hypothèse au sujet du mécanisme de l'autosérothérapie et il n'est aucune de ces théories qui satisfasse à tous les cas. Les épanchements mécaniques, les épanchements non infectieux, en bénéficiant du traitement sont venus compliquer le problème.

MM. Roch et Gaultier ont apporté récemment une importante contribution à l'explication des réactions de l'autosérothérapie avec l'étude du choc hémoclasique qui se produit tel qu'ils l'avaient prévu dans la majorité des cas.

De son côté, notre maître, M. le docteur Aubertin attira notre attention sur la baisse de la tension artérielle et la diminution leucocytaire presque constante dans les deux heures qui suivent l'injection. Nous avons à propos de chaque malade, relaté ces faits et nous n'avons pas cru superflu de les rassembler ici.

Mme Nic... (obs. XI) Ascite cirrhotique.
1re autosérothérapie (5cc. in situ) 10 avril :
Avant. - Glob. bl. 7.500.
30' après 6.000.

2e autosérothérapie (5 cc. in situ), 18 mai.

Avant Glob. bl.	6.900.	Tension art. R. R.	12'5 - 8
30' après	4.300	—	12 - 8
1 h. après	4.500		
2 h. 1/2 après	8.900		

3 autosérothérapie (10 cc. in situ, 10 cc. sous cutanés dans la cuisse). 9 juin.

Avant Glob. bl.	9.400.	Tension art. R. R.	12,5 - 8
25' après	9.100	—	12,5 - 9
1 h. après	6.900	—	11,5 - 7'5
1 h. 40 après	9.700	—	11,5 - 7,5

4e autosérothérapie (5 cc. in situ), 24 juillet.

Avant Glob. bl.	4.100.	Tension art. R. R.	12 - 8
15' après	4.100	—	13,5 - 10
30' après	3.600	—	13,5 - 9,5
45' après	3.800	—	13,5 - 9,5
60' après	4.300	—	14 - 8,5

M. Ol..., Joseph (obs. VII). Ascite cirrhotique. Autosérothérapie (10 cc. in situ). 6 mai.

Avant Glob. bl.	20.200.	Tension art. R. R.	12,5 - 8,5
20' après	15.800	—	12 - 9
60' après	15.700	—	12 - 8,5
1 h. 1/2 après	16.800	—	12,5 - 9

M. Lec... (obs. IX). Ascite cirrhotique et tuberculose. Autosérothérapie (5 cc. sous-cutanés dans la cuisse) 23 juillet.

Avant Glob. bl.	7.200.	Tension art. R. R.	13,5 - 9
40' après	6.800	—	12,5 - 8,5

Mme Ves..., (Cl...) (obs. X). Ascite néo-abdominal. Autosérothérapie (5 cc. in situ). 8 mai.

Avant Glob. bl.	1.300.	Tension art. R. R.	13,5 - 7,5
30' après	5.100	—	13,5 - 7,5
2 h. après	5.900	—	12,5 - 7,5

Mme Lan.... (obs. VIII). Ascite néoplasme de l'estomac. Cancer secondaire du foie.

Autosérothérapie (5 cc. sous-cutanés dans la cuisse, 5 cc. in situ). 25 mai.

Avant	Glob. bl. 5.100.	Tension art. R. R.	12 - 8
20' après	8.600	—	11,5 - 7,5
55' après	8.300	—	11. - 7

M. Ler.... (obs. VI). Ascite cirrhotique. Autosérothérapie (5 cc. in situ). 22 mai.

Avant	Glob. bl. 8.500.	Tension art. R. R.	15,5 - 10,5
30' après	7.900	—	13,5 - 9
60' après	9.700	—	14,5 - 9,5
2 h. après	8.000	—	16 - 9

Mlle Cos... (obs. V). Pleurésie séro-fibrineuse. Autosérothérapie (5 cc. sous-cutanés dans la cuisse) 30 juin.

Avant	Glob. bl. 3.800.	Tension art. R. R.	11,5 - 7,5
35' après	6.000	—	10,5 - 6,5
1 h. 1/2 après	9.100	—	10,5 - 6,5

M. Lac.... Cl.... (obs. III) Pleurésie-tuberculose pulmonaire. Autosérothérapie (5 cc. in situ). 4 mai.

Avant	Glob. bl. 9.600.	Tension art. R. R.	11,5 - 7,5
30' après	10.200	—	— 10 - 6

M. Fre... (obs. II). Pleurésie séro-fibrineuse. Autosérothérapie (5 cc. in situ). 29 avril.

Avant	Glob. bl. 5.500
30' après	5.000
45' après	4.200
2 h. après	5.000

Pas de modification de la tension artérielle.

Cette vue d'ensemble met en évidence la fréquence du choc hémoclasique dans l'autosérothérapie ; elle montre aussi qu'il peut manquer alors même que le traitement se montre efficace. Que penser de ces faits? Sans doute que le choc hémoclasique doit intervenir dans la production des phénomènes réactionnels de l'autosérothérapie ; mais qu'il ne résoud à lui seul le mécanisme de la méthode, active encore en son absence.

Il est très possible qu'à côté du choc humoral, se joigne une action immunisante, accompagnée de modifications physico-chimiques de l'exsudat sérique, conception des anciens auteurs et en particulier de René Gaultier. Ceci d'ailleurs expliquerait peut-être les différences de temps dans la réaction, si fréquemment observées ; l'effet immédiat relevant du choc hémoclasique, les résultats tardifs dus plutôt à l'immunité.

INDICATIONS

Le mécanisme de l'autosérothérapie reste entaché d'imprécision, mais il semble à peu près établi aujourd'hui que toute séreuse tient dans l'épanchement qu'elle renferme ses moyens de défense ; tantôt la nature les exploite, c'est la guérison spontanée, tantôt elle reste impuissante, mais le médecin peut la seconder : il possède, nous croyons, dans l'autosérothérapie un moyen efficace, applicable à tous les épanchements primitifs, secondaires, infectieux ou mécaniques.

D'une inocuité assez grande, la méthode exige cependant quelques précautions. La tendance à la purulence en est une contre-indication formelle. Un examen attentif, au besoin la stérilisation préalable de l'exsudat peuvent guider le traitement et supprimer ses risques.

CONCLUSIONS

L'autosérothérapie dans les épanchements des séreuses, imaginée par Gilbert de Genève en 1891 et appliquée tout d'abord aux exsudats pleurétiques, a aujourd'hui été expérimentée sur les épanchements les plus divers et souvent avec de bons résultats.

D'exécution facile, elle consiste à réinjecter dans le tissu cellulaire sous-cutané du malade, son propre liquide sérique obtenu par une simple ponction exploratrice qui ne doit pas dépasser quelques centimètres cubes.

La quantité de liquide à injecter varie avec la forme de 1 à 20 cc. Dans les épanchements primitifs, les doses faibles sont suffisantes et ne doivent pas dépasseé 5 cc., répétées quand la réaction paraît achevée ou manque ; une première piqûre ne suffisant pas toujours à conférer l'immunité. Il est préférable de faire la piqûre in situ sans retirer complètement l'aiguille.

Dans les épanchements secondaires ou chroniques ou déjà traités, les doses variant de 5 à 10 et même 20 cc. peuvent être nécessaires. En général, il vaut mieux pour ces doses plus élevées pratiquer la piqûre en deux fois, la première in situ, la seconde à distance, sous-cutanée dans la cuisse par exemple. Se rappeler toutefois que les épanchements anciens réagissent moins bien à la longue et que les doses d'emblée massives donnent dans ces cas de meilleurs résultats que les injections répétées.

Les résultats cliniques sont à la fois objectifs et subjectifs.

Résultats objectifs, marqués surtout par la résorption de l'épanchement qui dans les cas favorables peut être manifeste dès la première injection et en quelques jours seulement.

La résorption est d'autant plus rapide que l'exsudat est plus récent, qu'il n'a pas été ponctionné.

La nature de l'épanchement semble indifférente à la réaction ; toutefois, les épanchements secondaires réagissent moins bien que les épanchements primitifs, mais cela tient sans doute à ce qu'ils sont plus tardivement découverts.

Les récidives s'expliquent par la persistance de la cause irritante, inflammatoire, sous-jacente à la séreuse.

La diminution de l'épanchement s'accompagne généralement d'une diurèse abondante dans les 48 heures qui suivent l'injection. A cet égard, les deux courbes de notre maître, M. le docteur Aubertin, sont significatives.

Fede et René Gaultier croient à une action directe de l'autosérothérapie sur le filtre rénal.

Gilbert a vu cette diurèse s'accompagner de sueurs.

Double action possible de l'autosérothérapie sur la température. Elévation thermique (exceptionnelle) les quelques heures qui suivent l'injection. Baisse presque constante à la suite de la piqûre, tantôt chute brusque dès le lendemain de l'intervention, tantôt simplement point de départ d'une chute en lysis poursuivie jusqu'à guérison.

Influence favorable de l'autosérotérapie sur le cœur,

le pouls et la respiration, manifeste surtout dans les épanchements abondants et accompagnés de déplacement d'organes.

Résultats subjectifs simultanés, accusés spontanément par les malades et caractérisés par un état d'euphorie, de la cessation des douleurs, point de côté chez les pleurétiques, douleurs abdominales chez les malades atteints d'ascite.

L'examen clinique et la radioscopie viennent confirmer ces résultats. A noter encore une amélioration de l'état général vérifiable par la pesée, gain de poids qu'il ne faut pas confondre avec l'augmentation due à la reproduction du liquide.

Action nulle de l'autosérothérapie sur la maladie causale. Pour certains auteurs, cependant, possibilité d'arrêt des processus infectieux.

L'innocuité de la méthode paraît aujourd'hui assez grande d'après la large expérimentation rapportée sans accident. Outre les exemples par nous signalés dans ce travail, nous connaissons des praticiens qui, dans leur clientèle, appliquent l'autosérothérapie des séreuses depuis fort longtemps et systématiquement sans avoir jamais observé le moindre incident.

Les accidents locaux de tuberculisation, les abcès froids imputés au traitement de Gilbert sont tout à fait exceptionnels ; quant aux deux cas signalés de granulée pulmonaire, il n'est pas prouvé qu'ils soient en rapport avec l'autosérothérapie. Au reste, les précautions de stérilisation préalable par filtrage ou centrifugation par le vide, rendent ces dangers peu redoutables.

Le mécanisme de cette thérapeutique n'est encore

qu'imparfaitement connu. René Gaultier y voit une action antitoxique immunisante ; Marçou une formation d'antisérose.

Gilbert, imagine l'arrêt du processus infectieux par hyperleucocytose et fixation de l'alexine des nouveaux globules par la sensibilisatrice du liquide inflammatoire. La conception du choc hémoclasique ne s'accorde guère avec cette opinion. L'examen cytologique du sang dans les heures qui suivent l'injection, montre en effet que l'hypoleucocytose et la chute de la tension artérielle sont presque constantes. Le fait pourtant qu'elles peuvent manquer, le traitement restant efficace, montre à lui seul l'insuffisance du choc hémoclasique pour expliquer le mécanisme de l'autosérothérapie.

Le traitement s'applique à tous les épanchements sériques et cela quelqu'en soit la nature, à l'exception des épanchements cytologiquement purulents, c'est-à-dire à polynucléaires altérés, contre-indication formelle de la méthode, d'où résulte la nécessité d'un examen microscopique et cytologique très attentif avant de décider la cure.

Vu le Président de thèse :
CHAUFFARD

Vu le Doyen :
M. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur : M. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

DEBOVE et REMOND. — Société Médicale des Hôpitaux. 24 juillet 1891.

GILBERT de Genève. — 11e Congrès international des sciences médicales de Rome 1894.

— Gazette des Hôpitaux nos 60 et 72, 24 mai et 21 juin 1894.

SCARFA. — VIIe Congrès de médecine italienne, Rome 1896.

BRETON. — Gazette des Hôpitaux nos 25 et 27, 1899, p. 229 et 250 (2 et 7 mars).

PERON. — Soc. biologie 22 octobre 1898.

MORGOUR et GENTÈS. — Société de médecine de Bordeaux, 29 nov. 1898.

— Anjou médical, octobre 1899.

ROSSIE GABARINI. — Gazetta degli ospedali e delle cliniche 1901.

MARAGLIANO. — Gazetta degli ospedali e delle cliniche p. 490 1903

DORIZELLO. — Gazetta degli ospeladi e delle cliniche 1903.

— Riforma medica, n° 16, p. 443, 1903.

LANDOLFI. — Riforma medica n° 90, 1904.

TACHIGAYEW. — Rousski medinski vertruck n° 11, 1904.

JOVANE. — La Pediatria, n° 11, 1905.

GERONZI. — La Medicina italiana, février 1906.

FEDE. — Reforma medica, n° 48, 1906.

BACCARI. — Rivista clinica terapeutica, p. 469, 1906.

COSTA. — Giornale internationale delle scienze medicale, fasc. II, 1907.

JONA. — Gaz. d. ospedali e delle cliniche, n° 73, 1907.

MASETTI. — Reforma medica 1908, n° 39, p. 1073, refer. Deutsch med. wochen 1908, n° 42, p. 1819.

GIASI. — Giornale med. del broccitta, 1907.

SCHNUTZEN. — Berliner Kliniche wochenschrift, 18 janvier 1909, p. 97 à 100.

ENRIQUEZ, Gaston DURAND et Math-Pierre WEIL. — Société medicale des Hôpitaux de Paris, 4 juin 1909.

MARCOU. — Presse medicale, 4 septembre 1909.

GILBERT. — Revue médicale de la Suisse romande, 20 janvier 1910, p. 24.

René GAULTIER. — Bulletin général de thérapeutique, p. 321, 8 septembre 1919.

D'ESPINE. — Revue méd. de la Suisse romande, 22 décembre 1909, p. 75.

BURNAND. — Revue de la Suisse romande, 20 janvier 1911, p. 59, août 1912, p. 565.

ROSENTHAL. — L'autosérothérapie à liquide filtré. Société des praticiens analyse : Arch gen. med. février 1912, p. 164.

A. JOUSSET. — Archives générales de médecine, février 1912, p. 139 et 146.

ROCH et GAUTIER. — Presse médicale, 11 mars 1922, p. 209.

GAILLARD. — Semaine médicale 1897, p. 214.

LE DAMANY. — Thèse de Paris 1897.

P. GARTIER. — Thèse de Paris 1906.