



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 85

DE

L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE EN DERMATOLOGIE

ET PARTICULIÈREMENT

DANS L'URTICAIRE ET LES PRURITS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 19 Mars 1924

PAR

Pierre-Justin-Étienne-Léon MONNIÉ

Né à SOUPROSSE (Landes), le 16 juin 1895.

Examineurs de la Thèse

MM. W. DUBREUILH, professeur. *Président.*
CHAVANNAZ, professeur.....
PETGES, agrégé..... *Juges.*
TEULIÈRES, agrégé.....



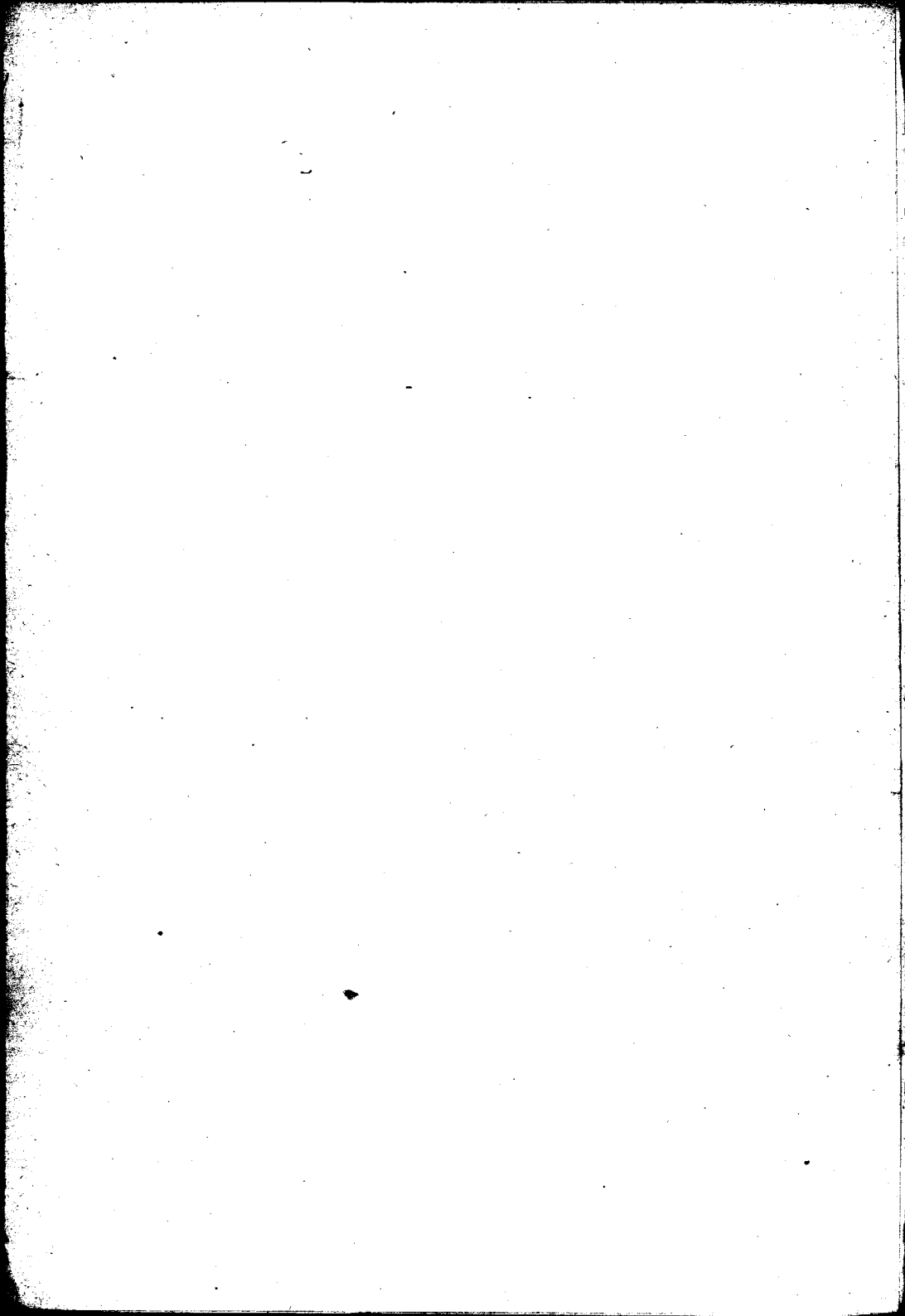
BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924





UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 85

DE
L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE EN DERMATOLOGIE

ET PARTICULIÈREMENT
DANS L'URTICAIRE ET LES PRURITS

— * —
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 19 Mars 1924

PAR

Pierre-Justin-Étienne-Léon MONNIÉ

Né à SOUPROSSE (Landes), le 16 juin 1895.

Examineurs de la Thèse	{	MM. W. DUBREUILH, professeur.	<i>Président.</i>
		CHAVANNAZ, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		PETGES, agrégé.....	
		TEULIÈRES, agrégé.....	



BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

MM.		MM.	
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUË.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies entanées et syphilitiques.....	W. DUBREUIL H.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.....	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	N.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.	VILLEMIN.	Maladies mentales.	PERRENS.
Histologie.	LACOSTE.	Médecine légale.	LANDE.
Physiologie.	DELAUNAY.	Chirurgie générale.	ROCHER.
Anatomie pathologique.	MURATET.	id.	DUVERGEY.
Parasitologie et sciences naturelles.	R. SIGALAS.	id.	PAPIN.
id.	N.	id.	JEANNENEY.
Physique biologique et médicale.	RECHOU.	Obstétrique.	PERY.
Chimie biologique et médicale.	N.	id.	FAUGÈRE.
Médecine générale.	MAURIAC.	Ophtalmologie.	TEULIÈRES.
id.	LEURET.	Oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
id.	DUPERIÉ.	Pharmacie.	GOLSE.
id.	GREYX.		
id.	MICHELEAU.		
id.	BONNIN.		

COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	N.
Accouchements.....	PERY.	Pathologie interne.....	GREYX.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie analytique.....	N.
Pédiculaire.....	ANDÉRODIAS.	Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexé. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE MATERNELLE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ces quelques pages en témoignage
de ma profonde affection et de ma reconnaissance infinie.

A MA FIANCÉE

A MES PARENTS

A MES AMIS

AU DOCTEUR PIERRE CASSAIGNE

En souvenir de notre bonne et vieille
amitié.

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

« ... Et toujours, je verrai, auréolés de gloire,
» Monter du passé mort et de la tombe noire,
» Les visages charmants de mes amis perdus. »

AUX MAITRES DU COLLÈGE NOTRE-DAME DE DAX

A MONSIEUR LE DOCTEUR DARAIGNEZ

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Souvenir de notre vie d'étudiant.

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

ET PARTICULIÈREMENT A :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABADIE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉGOUIN
MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAVANNAZ
MONSIEUR LE PROFESSEUR CASSAËT
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GREYX
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LACOSTE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOUSSOUS
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MICHELEAU
MONSIEUR LE PROFESSEUR SABRAZÈS
MONSIEUR LE PROFESSEUR VERGER

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. MAURIAC

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

Hommage de ma reconnaissance respectueuse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. TEULIÈRES

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Chevalier de la Légion d'honneur.*

En souvenir de la constante bienveillance
qu'il m'a témoignée] depuis que j'eus l'honneur
d'être son élève.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PETGES

*Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chargé du cours de vénéréologie,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

En reconnaissance de vos conseils et de
l'accueil que j'ai trouvé auprès de vous.

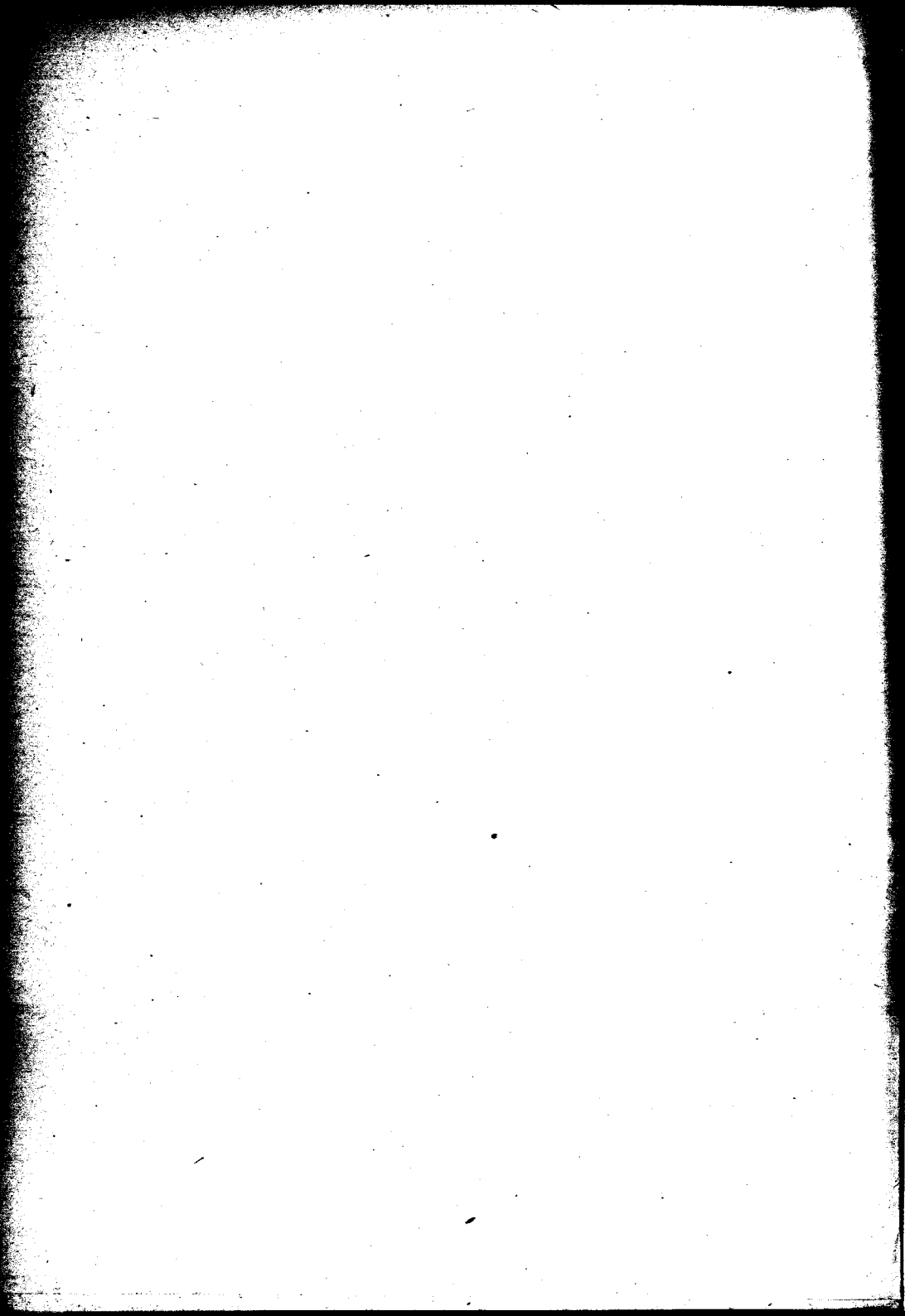
A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR W. DUBREUILH

*Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Merci, mon cher Maître, d'avoir bien voulu
accepter la présidence de cette thèse. Per-
mettez-moi de vous adresser ici l'expression
émue de mon infinie gratitude.

Je garderai de votre enseignement le plus
fidèle souvenir.



AVANT-PROPOS

Au cours de nos années d'étudiant, nous n'avons guère l'occasion de témoigner à nos maîtres la reconnaissance et le respect que nous leur devons.

Aujourd'hui, nous sentons qu'il est de notre devoir de remercier ces maîtres bienveillants. Nous leur sommes redevable, en effet, de ce que nous possédons en fait d'éducation et d'instruction médicales. Ils nous ont éclairé de leurs leçons, fruit savoureux de leur science et de leur expérience. Beaucoup nous ont témoigné de l'intérêt, quelques-uns de l'amitié. Que tous soient assurés ici de la fidélité de notre souvenir et de notre reconnaissance.

Ces quatre années d'étude ont été pour nous les plus agréables.

Ayant eu l'occasion de suivre à la Clinique de dermatologie de l'Hôpital Saint-André plusieurs malades traités par l'auto-hémothérapie, il nous a paru intéressant d'en réunir les observations et d'essayer d'en tirer des enseignements utiles pour le traitement de diverses dermatoses.

M. le professeur Petges voulut bien nous confier cette étude pour sujet de notre thèse et nous guider de ses conseils; nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Que M. le professeur Dubreuilh veuille bien accepter ici l'assurance de notre gratitude et de notre respectueux attachement; il eut l'obligeance de nous communiquer plusieurs observations personnelles très intéressantes. Il nous a toujours témoigné une grande bienveillance et a su nous fami-

liariser avec les difficultés de la pratique dermatologique.

Nos remerciements vont à M. le D^r René David-Chaussé, chef de clinique, qui fut pour nous un véritable ami et nous prodigua ses conseils et son temps.

Nous n'oublions pas non plus de les adresser à M. le D^r Morhardt qui nous aida dans nos recherches.

DE

L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE EN DERMATOLOGIE

ET PARTICULIÈREMENT

DANS L'URTICAIRE ET LES PRURITS



DÉFINITION ET HISTORIQUE

L'autohémothérapie est une méthode thérapeutique de date récente qui consiste à réinjecter sous la peau ou dans les masses musculaires du malade une certaine quantité de son propre sang prélevé extemporanément par ponction veineuse.

L'emploi des injections de sang est de pratique plus ancienne.

Dumollard signale que, dès l'année 1667, Denis, de Montpellier, pratiqua, pour la première fois, l'hémothérapie sous-cutanée ou intramusculaire, l'état d'un malade lui ayant fait craindre les dangereux effets d'une transfusion sanguine intraveineuse.

A la fin du ^{xvii}^e siècle, on essaya les injections de sang sur des malades qu'on venait de saigner, s'il faut en croire Sprengel dans son *Histoire de la médecine*.

A. Dumas, dans son *Mémoire sur Louis XV et sa cour*, fait allusion à cette thérapeutique par le sang, connue de nos jours sous le nom d'homohémothérapie. Un médecin, Mongol, appelé en 1750 auprès du comte de Charolais, atteint d'une dartre vive, le traitait ainsi: « Tous les vendredis, le médecin tirait au malade 8 onces de sang corrompu; il lui injectait dans la veine ouverte une égale quantité de sang humain. Ce sang devait être extrait du corps d'un enfant n'ayant pas encore atteint l'âge de la puberté. »

Étant donnés le peu d'asepsie et les dangers courus, cette pratique fut vite délaissée et tomba dans l'oubli.

L'hémothérapie est perdue de vue jusqu'en 1873 où A. Voisin l'utilisa de nouveau pour le traitement de 2 aliénés cachectiques par des injections répétées de sang défibriné.

A la même époque, Pasteur et Roux, les premiers, étudiant les sérums d'animaux immunisés, expérimentent l'injection du sérum d'animal normal, sérum non spécifique (hétérosérothérapie), puis des protéines diverses (protéinothérapie), enfin des exsudats pathologiques et du sérum du malade lui-même (auto-sérothérapie).

Dès 1912, la question entre dans une ère plus active; de nombreux auteurs étudient et utilisent l'hémothérapie de façon courante dans diverses maladies. MM. Sicard et Gutmann font, la même année, une série de recherches sur ce sujet et substituent l'autohémothérapie à l'auto-sérothérapie. Ils l'utilisent pour le traitement des épileptiques à de très fortes doses, « puisqu'ils injectent aux malades de 60 à 80 cc. de leur propre sang, sans observer le moindre incident ».

En septembre 1912, M. F. Ramond préconise à nouveau l'autohémothérapie comme traitement des hémoptysies chez les tuberculeux. Il lui attribue « des principes coagulants et des effets bienfaisants sur la fièvre et l'état général ».

Puis, au cours de la même année, survient une phase où abondent des travaux de dermatologistes allemands qui traitent à nouveau leurs malades par l'homosérothérapie. Mayer et Lindser améliorent plusieurs femmes atteintes « d'herpès gesta-

tionis » par l'injection sous-cutanée du sérum d'autres femmes enceintes saines; puis, ils élargissent le cadre de leur thérapeutique et pratiquent des injections de sérum humain « chez des malades atteints de prurigo, d'eczéma, d'urticaire, de prurit sénile ». Spiethof et Henck vont plus loin encore et publient des résultats intéressants concernant des malades porteurs de psoriasis, de dermatite de Durbing, de strophulus. En 1913, Spiethof apporte un élément nouveau à la question et montre « que l'autosérothérapie donne des résultats aussi satisfaisants que l'homosérothérapie ».

C'est alors que Ravaut fit renaitre en France l'autohémothérapie qu'il préfère à l'autosérothérapie, car « dans la fibrine et les globules rouges, dit-il, peuvent se trouver des substances ou des corps microbiens dont la résorption par l'organisme provoque des réactions utiles ». Il donne dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* de mai 1913 une statistique portant sur 13 malades.

Un an après, Sabrazès et Bonniu décrivent l'isosérothérapie. Cette méthode leur a donné des succès dans une anémie consécutive à une entérite hémorragique et dans les hémorragies de la ménopause. Pour eux, « l'injection sous-cutanée de sang humain est indolore ou presque. L'hématome ainsi créé se résorbe vite. Il est fort bien supporté ». Ces auteurs nous apprennent également que Von Ziemssen, Huber et Bauereisen ont obtenu avec cette méthode de réels succès dans le traitement des anémies pernicieuses.

On voit donc que l'emploi de l'autohémothérapie a été consécutif à une série d'essais de sérothérapie et a permis à Ravaut et à de nombreux auteurs d'obtenir un certain nombre de résultats très intéressants, sinon superposables, du moins analogues à ceux obtenus par l'autosérothérapie.

En 1913, MM. Ramond et Goubert essaient à nouveau l'autohémothérapie chez les typhiques, mais n'obtiennent que des succès partiels.

En 1918, dans un numéro du *Marseille médical*, Sicard signale des améliorations notables chez des hémophiles anciens qu'il a traités par cette méthode.

En 1920, Mouriquand voit les accidents cérébraux s'amender chez des malades atteints d'encéphalite léthargique et traités par l'autohémothérapie.

La même année, Vidal, Abrami et Brissaud obtiennent la guérison d'un cas de ce genre, durant depuis trois mois, « par 5 injections sous-cutanées de 20 cc. de sang total, emprunté au malade lui-même ».

En 1921, Tzanck publiait des résultats très encourageants dans le traitement des eczémas professionnels.

Dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (n° 3) de la même année, MM. Nicolas Gaté et Dupasquier publient deux cas de prurigo rebelle guéris par l'autohémothérapie.

A partir de cette époque, nombreux sont les expérimentateurs qui ont eu recours à l'autohémothérapie. Cette méthode occupe à l'heure actuelle une large place en thérapeutique et a permis à ceux qui l'ont employée d'améliorer et de guérir nombre de maladies chroniques et diathésiques qui avaient résisté à toutes les médications.

Après quelques auteurs, nous avons pu constater sa réelle efficacité dans certains cas d'urticaire et de prurits. Dans d'autres nous n'avons eu que des échecs.

EXPOSÉ DU SUJET

Dans le premier chapitre, nous étudierons tout d'abord rapidement la technique de l'autohémothérapie.

Nous consacrerons le second chapitre à son mode d'action. Nous tenterons de donner un aperçu du mécanisme biologique par lequel elle agit.

Le troisième chapitre comprendra les observations de malades traités par cette méthode.

Le chapitre quatrième sera consacré à une étude clinique tirée des observations et, suivant les cas, nous y signalerons les avantages de l'autohémothérapie et les échecs qui commandent son abandon.

Nous indiquerons au chapitre cinquième les divers cas de médecine générale où elle fut employée, en insistant tout particulièrement sur son utilisation en dermatologie.

Nous tirerons enfin les conclusions de notre travail qui est loin d'épuiser le sujet, trop heureux si nos modestes études peuvent servir de base à des recherches scientifiques ultérieures.

CHAPITRE PREMIER

Technique.

Elle est des plus simples et à la portée de tous les praticiens.

Prise de sang. — On se sert pour la faire d'une aiguille de diamètre assez gros (8 à 10 dixièmes de millimètres), à biseau court, montée sur une seringue de Luer de 10 à 20 cc. Un lien de caoutchouc et une pince hémostatique sont également nécessaires pour faire saillir les veines du bras. Il sera bon de s'assurer, au préalable, du bon fonctionnement de la seringue.

Certains médecins se servent indifféremment d'aiguilles en nickel ou en acier. L'aiguille en platine, bien que plus coûteuse, doit être cependant préférée aux autres. La stérilisation rapide et facile, à la flamme d'un bec de Bunsen, en rend l'emploi plus commode.

L'asepsie doit être très rigoureuse. Aiguilles et seringues seront stérilisées à l'autoclave ou par l'ébullition. On aseptise la peau du patient par l'application d'alcool. L'opérateur lavera et désinfectera ses mains.

Ragiot est d'avis que la position à donner au malade a une grande importance; l'opération est facilitée si celui-ci est debout, l'avant-bras en extension sur le bras, le membre supérieur légèrement tendu vers l'opérateur. Si le malade est pusillanime, pour éviter une syncope, il sera prudent de le faire allonger.

La prise de sang ne comporte aucune difficulté. On choisit de préférence la veine médiane céphalique, rendue visible et saillante par l'application du lien de caoutchouc modérément serré au-dessus du pli du coude et immobilisée par le pouce

gauche du médecin. Si le garrot constricteur est convenablement serré, sans interrompre la circulation artérielle, la pression du sang veineux suffit à faire refluer le piston; sinon, une légère aspiration peut être nécessaire.

Réinjection. — La réinjection se fait ordinairement dans les muscles de la fesse. On utilise pour cela une aiguille à injections intramusculaires. On fait pénétrer le sang très lentement.

L'injection intramusculaire est préférable à l'injection sous-cutanée, car elle n'est jamais douloureuse et le volume du liquide introduit serait trop élevé; de plus, selon J. Nicolas (de Lyon), il est possible que « les fibres musculaires traumatisées par l'irruption sanguine mettent en liberté des substances protéiques susceptibles de contribuer pour une part au choc curateur ».

Afin d'éviter la coagulation du sang, certains auteurs ont proposé l'emploi de substances anticoagulantes, tels que le citrate de soude à 2 p. 100 et le novarsénobenzol à petites doses (2 centigrammes) (Flandin et Tzanck).

En ce qui nous concerne, nous n'avons jamais eu recours à la méthode anticoagulante et cependant nous n'avons pas observé d'accidents. L'injection étant faite dans les muscles, on comprend que même la pénétration d'un petit caillot au milieu de la masse de sang injecté n'aura pas un grand inconvénient, du moment que le sang est aseptique.

Quelle quantité de sang doit-on employer? Fauvet et Ragiot sont d'avis que 10 cc. suffisent et que la dose a une importance médiocre. Du reste, la majorité des expérimentateurs injectent 10 cc. à chaque séance chez l'adulte et 2 à 3 cc. chez l'enfant.

On doit attacher plus d'importance à l'intervalle séparant les piqûres. Il est, en général, de trois à quatre jours, mais nous sommes d'avis qu'on obtient de meilleurs résultats si le malade reçoit une piqûre tous les deux jours.

Nous considérons que trois injections consécutives suffisent dans la majorité des cas. Parfois, nous avons obtenu l'effet curatif dès la deuxième injection. D'autres fois, 4, 5 et même 6 piqûres ont été nécessaires, les deux ou trois dernières étant faites pour « consolider le résultat ».

Quant au nombre total de piqûres, nous pensons, avec Fauvet, qu'il est inutile de continuer le traitement si l'amélioration n'apparaît pas au bout de la sixième injection.

Inconvénients et dangers de la méthode. — L'autohémothérapie présente-t-elle des dangers et des inconvénients? On peut parfois observer des réactions locales si l'injection est mal faite; si elle est trop superficielle, la peau peut se violacer. Quant aux réactions générales, elles sont exceptionnelles; en tout cas, elles sont légères, passagères et rappellent de loin les réactions anaphylactiques. Toutefois, Nicolas, Gaté et Dupasquier ont observé chez plusieurs malades des réactions assez violentes : élévation de température, arthralgies, douleurs lombaires, réaction générale avec céphalée rappelant les petits accidents des réactions sériques. Ces accidents bénins ont cédé rapidement, ils ne sont pas à redouter. On peut, au point de vue pratique, ne pas en tenir compte, mais ils doivent être signalés afin qu'on ne soit pas surpris de leur apparition. Malgré leur possibilité, la méthode reste bénigne; on doit se rappeler seulement qu'on évitera ces accidents plus sûrement, que l'espace entre le prélèvement et l'injection sera plus court. Ce sont, au fond, ceux de la sérothérapie, mais avec crise hémoclasique réduite au minimum. M. Billard, de son côté, traitant les cancéreux par l'autohémothérapie, a vu apparaître des phénomènes anaphylactiques (urticaire, migraines, arthralgies) après la cinquième injection sous-cutanée, « fait qu'il attribue au déséquilibre lipoïdique des cancéreux ».

Moutier et Rachet ont signalé des accidents, tels que la syncope, qui accompagnent ou suivent la piqûre, et des accidents médiaux qui se manifestent plus tardivement, quelques heures, voire quelques jours après, tels que : érythèmes polymorphes, légère ascension thermique, nausées sans vomissements, malaise général, et parfois une nouvelle crise de l'affection qu'ils s'efforçaient justement de combattre.

Nous croyons toutefois devoir signaler un fait rapporté par Dumollard : un nourrisson âgé de 8 mois, soigné dans le service de M. le professeur Weill, mourut subitement après deux injec-

tions de son propre sang, alors que son état général avait été jusque-là excellent et que l'autohémothérapie lui avait été appliquée pour enrayer une poussée de pyodermites.

Spillmann, de son côté, a eu récemment l'occasion d'observer une malade atteinte de furonculose vulvaire qui présentait, après chaque injection de sang, une poussée érythémateuse du visage avec semis de très fines vésiculettes.

En ce qui nous concerne, nous n'avons jamais observé de semblables accidents. Il est bien difficile de rapporter ce cas de mort à la méthode, qui paraît être inoffensive, et nous sommes d'avis que le plus grave inconvénient réside dans la pusillanimité du sujet.

CHAPITRE II

Mode d'action de l'autohémothérapie.

Nous arrivons à la partie la plus délicate de notre travail ; pour expliquer le mode d'action de l'autohémothérapie, encore entouré d'obscurités, nous en sommes réduit à des hypothèses qui divisent d'ailleurs les expérimentateurs.

Les diverses théories qui ont paru à son sujet sont toutes basées sur la sensibilisation et la désensibilisation, comme le montrent les rapports de Ravaut et de Spillmann au dernier Congrès de dermatologie de Strasbourg.

Qu'entend-on actuellement par sensibilisation et désensibilisation en général, et dans les dermatoses en particulier ?

Depuis longtemps, on a constaté que les organismes sont loin de se comporter de manière identique en présence des mêmes agressions extérieures ; les uns présentent une intolérance plus ou moins marquée, tandis que d'autres se montrent parfaitement résistants. Cette idiosyncrasie était attribuée jusqu'ici à un processus chimique d'intoxication dû parfois à certaines insuffisances viscérales, hépato-rénales en particulier. C'est contre l'intoxication que la thérapeutique était avant tout dirigée.

Toutefois, il semble qu'à côté des troubles dus à l'intoxication, il en est d'autres qui paraissent provoqués par un processus « lié à des modifications de notre état humoral ».

Pour Widal et ses collaborateurs, ces troubles seraient occasionnés par un processus d'ordre physique « dû à la modification de l'équilibre colloïdal de nos humeurs », ce qui nécessiterait une thérapeutique nouvelle tout à fait spéciale.

Dans ces dernières années, la pathologie humorale a été complètement renouvelée par l'étude des « phénomènes de sensibilisation », chez l'animal d'abord, puis chez l'homme. En découvrant l'anaphylaxie, le professeur Richet, en 1902, nous montrait que sous l'influence répétée de certains corps arrivant au contact de l'organisme, dans certaines conditions, apparaît, au lieu de l'immunisation, un état d'hypersensibilité dont les manifestations peuvent être de gravité très variable. Ce nouvel état humoral se traduit par l'apparition de phénomènes spéciaux dont l'ensemble constitue « le choc anaphylactique » se manifestant chaque fois que l'organisme de l'animal en expérience, sensibilisé pouvons-nous dire, se trouve en présence de l'antigène primitivement utilisé.

L'année suivante, en 1903, M. Arthus montrait qu'à la suite d'inoculations sous-cutanées de sérum de cheval répétées chez le lapin, on peut voir apparaître, à la place même de l'injection, une infiltration molle, disparaissant avec lenteur, mais pouvant se gangréner si l'on continue les injections. Il vit que si on emploie la voie veineuse pour éviter ces accidents locaux, apparaissent alors des phénomènes généraux tout à fait comparables au choc anaphylactique.

Il résulte des expériences de Richet et d'Arthus et des travaux sur le choc anaphylactique poursuivis par Widal et ses collaborateurs que ce choc se traduit quand il est net et complet :

1° Par des symptômes cliniques pouvant consister en phénomènes cutanéomuqueux variés, troubles digestifs, troubles généraux, troubles nerveux, parfois graves ;

2° Par un trouble humoral auquel ils donnent le nom de crise vasculo-sanguine, ou hémoclasique, ou encore colloïdoclasique, caractérisée surtout par une chute rapide de la pression artérielle, une leucopénie avec inversion passagère de la formule leucocytaire, une modification plus ou moins grande de la coagulabilité sanguine et de l'indice réfractométrique du sérum, un aspect rutilant du sang ;

3° Par une crise sympathique que Tinel et Santenox ont mise

en lumière en insistant sur le rôle du vago-sympathique dans la production du choc. A la suite de celui-ci existe une phase d'inexcitabilité vago-sympathique qui protégerait l'organisme contre un choc nouveau.

Transportées en pathologie humaine, ces notions ont été le point de départ de travaux d'une importance considérable sur la pathogénie et le traitement de nombreuses affections. Constatant chez l'homme les modifications humorales observées chez l'animal au cours du choc anaphylactique, le professeur Widal et ses collaborateurs ont montré toute l'importance de ce critérium. D'après eux, on peut se trouver en présence de deux grands groupes de faits.

Dans un premier groupe, les troubles observés peuvent être rattachés au mécanisme de l'anaphylaxie expérimentale; c'est dans ce cas qu'on peut parler de sensibilisation proprement dite.

Dans un deuxième groupe, on ne peut retrouver trace d'une sensibilisation antérieure, et cependant, chez ces sujets, on peut voir apparaître des troubles empruntant au groupe précédent son expression clinique et ses réactions humorales; il s'agirait d'hypersensibilité plutôt que de sensibilisation vraie. Ayant observé les mêmes phénomènes humoraux dans les deux cas, Widal pense qu'il s'agit « d'une diathèse colloïdale » qui fait que dans le premier cas les sujets atteints de cette diathèse se « sensibiliseront », et ce sera l'anaphylaxie proprement dite; dans le deuxième cas, en dehors de toute sensibilisation, ces sujets restent des hypersensibles, des déséquilibrés, pourrait-on dire, en état d'instabilité colloïdale.

En réalité, si les phénomènes du premier groupe (anaphylaxie) paraissent tout à fait nets et acquis, ceux du deuxième groupe (hypersensibilité) peuvent être difficilement prouvés, et pour beaucoup d'auteurs leur mécanisme est discutable et purement hypothétique.

Il n'en reste pas moins que sensibilisation anaphylactique et hypersensibilité paraissent unis par des rapports étroits.

Dès que les notions d'anaphylaxie, de sensibilisation et d'hy-

persensibilité furent connues, de nombreux auteurs tentèrent une thérapeutique de désensibilisation à l'aide de procédés multiples qui ont pour but de lutter contre l'anaphylaxie si l'organisme est sensibilisé, ou d'assurer l'équilibre colloïdal altéré dans le cas d'hypersensibilité simple.

Ces divers procédés peuvent être classés en deux groupes :

Les procédés de désensibilisation spécifique auxquels on a recours quand on connaît l'antigène ont pour base la remarquable expérience de Besredka, qui eut le grand mérite de montrer que l'injection préalable de l'antigène nocif, faite très peu de temps avant l'injection d'épreuve, soit à dose unique minime, soit à doses réparties, empêche presque immédiatement les accidents d'apparaître. Pour empêcher l'apparition des accidents anaphylactiques au moment où l'organisme va se trouver en contact avec l'agent nocif, il suffit de l'administrer quelques heures auparavant à petites doses. Cette méthode suppose la connaissance parfaite de l'antigène. On admet actuellement ces faits de désensibilisation que Pagniez, Valléry-Radot et beaucoup d'autres ont appliqués à de nombreuses substances alimentaires (œufs, homard) et médicamenteuses (antipyrine, émétine).

Les procédés de désensibilisation non spécifique qui font partie du deuxième groupe sont beaucoup plus discutables. Ils sont basés sur les faits que chez l'animal on peut empêcher la production des divers phénomènes du choc « en employant comme injection préalable d'autres corps que celui qui a sensibilisé l'animal ». Cette méthode a été tentée en pathologie humaine, et on a constaté qu'un grand nombre de substances protéiques, des composés colloïdaux, des cristalloïdes avaient la propriété d'empêcher le choc de se produire.

C'est au groupe des procédés de désensibilisation non spécifique que de nombreux expérimentateurs ont rattaché l'autothérapie, sans qu'il soit possible, à l'heure actuelle, de définir son action d'une façon précise.

Il en résulte que cette méthode peut trouver son indication dans les maladies attribuées à tort ou à raison à des sensibilisations.

Pour nous borner aux dermatoses, nous allons nous efforcer d'exposer les théories actuellement admises sur le mode d'action de l'autohémothérapie dans l'urticaire et les prurits d'abord, ensuite dans l'eczéma, la dermatite de Duhring, la furonculose et le zona.

En se basant sur les nombreux faits cliniques et expérimentaux publiés dans le cours de ces dernières années, il n'est pas douteux que l'urticaire est la dermatose au cours de laquelle il a été possible de prouver le plus souvent la sensibilisation. Chez de très nombreux malades, l'origine anaphylactique de l'urticaire paraît indiscutable. Le fait est d'autant moins surprenant que l'urticaire figure fréquemment, au titre de manifestation cutanée, parmi les symptômes du choc anaphylactique.

Widal, Abrami, Brissaud et Joltrain ont montré que chez certains malades des réactions urticariennes, accompagnées de crises hémoclasiques, étaient dues à l'introduction d'une ou de plusieurs albumines alimentaires dans le tube digestif. Des faits analogues ont été signalés par Pagniez et Pasteur-Vallery-Radot, non seulement avec des albumines animales, mais aussi avec des albumines végétales. Depuis le jour où ces mêmes auteurs ont montré que certaines urticaires pouvaient guérir très facilement par la méthode anti-anaphylactique, l'origine anaphylactique de nombreux cas de lésions urticariennes paraît indiscutablement établie. L'urticaire est bien la dermatose qui devra bénéficier le plus de la médication désensibilisante, telle que l'autohémothérapie.

A côté de l'urticaire, nous rangeons certains prurits qui, par leurs caractères cliniques, les réactions humérales qui les accompagnent et surtout par les résultats obtenus, méritent cette place. Il n'est pas rare de voir les causes qui produisent l'urticaire déterminer simplement des crises de prurit simple, sans lésion cutanée. Ce sont de véritables crises d'urticaire avortées, s'arrêtant au premier stade; elles sont passagères, limitées à certaines régions, et ne s'accompagnent pas de l'œdème cutané qui caractérise l'urticaire. Ces réactions éphémères sont parfois très pénibles par leur répétition, leur loca-

lisation dans des zones très sensibles comme la zone génitale; très souvent ces formes de prurit cèdent à l'autohémothérapie.

S'il est difficile de donner des preuves aussi convaincantes pour l'eczéma : il n'en est pas moins vrai que souvent des dermites érythémato-vésiculeuses se rapprochant beaucoup de l'eczéma aigu sont signalées dans des cas où la sensibilisation paraît très vraisemblable.

Il est enfin d'assez nombreux cas de lésions cutanées en rapport plus ou moins nettement défini avec des états infectieux où des méthodes de désensibilisation non spécifique, telles que l'autohémothérapie, ont pu amener des guérisons parfois assez surprenantes; leur nature est loin d'être démontrée : furonculose, herpès, zona.

Mais comment expliquer le mécanisme de l'autohémothérapie dans les dermatoses telles que l'urticaire, les prurits, l'eczéma, etc.

Nombreux sont les expérimentateurs qui ont étudié les phénomènes cliniques et humoraux produits par chaque injection de sang et ont examiné s'ils étaient comparables à ceux que déterminaient les autres méthodes désensibilisantes. Nicolas, Gaté, Dupasquier, F. Moutier et J. Rachet, ayant recherché, après chaque injection de sang, la crise humorale vasculo-sanguine, ont observé de l'hypotension de la leucopénie, et ils concluent que l'autohémothérapie agit par le choc hémoclasique qu'elle détermine. Nous l'avons cherchée nous-même chez trois malades (Obs. II, XIX, XXII), sans conclure pour cela que le choc hémoclasique seul produit ces remarquables succès, et voici pourquoi. Il faut, en effet, être très prudent dans l'interprétation d'une formule leucocytaire, car, comme le disent Mauriac et Cabouat, « le polymorphisme, la fréquence, la brusquerie des variations leucocytaires à l'état normal doivent nous rendre très réservés dans leur interprétation. Et quand on les constate au cours des recherches biologiques, il faut être très circonspect pour leur attribuer un caractère spécifique, et bien se garder de toujours les rapporter à l'expérience en cours ». Peut-être faut-il attribuer la modification de cette formule au prélè-

vement de sang plus qu'à sa résorption, en raison de la rapidité d'apparition des phénomènes qui se produisent dans les instants qui suivent la prise de sang et sa réinjection. Quant à la tension artérielle, les variations sont bien minimes et ne suffiraient pas à elles seules à expliquer ce choc.

Spillmann, Fauvet, Ragiote, eux aussi, ne croient pas à l'action du choc hémoclasique seul. Pour eux, le sang paraît agir par son albumine, par ses éléments figurés et par des antigènes hypothétiques, enfin par les globules blancs qui, une fois morts, déversent des ferments innombrables dans le torrent circulatoire.

Pouvons-nous attribuer à l'autohémothérapie le mécanisme du choc dans la furonculose et le zona, dont elle est le traitement de choix? Nous ne le pensons pas. Elle agit d'une toute autre manière.

On a, en effet, observé que les globules rouges sont peu influencés par l'autohémothérapie. On leur trouve après comme avant l'injection les mêmes caractères. Les polynucléaires varient peu dans leur nombre et leur volume; cependant leurs granulations, en général immobiles avant, deviennent mobiles après.

Enfin, fait tout à fait important, la lymphocytose est vraiment augmentée après l'injection, et cela d'une manière constante dans tous les cas.

Lucien Lamy a constaté que chez les cancéreux traités et provisoirement améliorés par l'autohémothérapie, les accidents et notamment la cachexie, s'accéléraient généralement brusquement et considérablement du jour où l'on venait à cesser le traitement.

Il est probable que cette thérapeutique par le sang, en plus de la lymphocytose qu'elle détermine, éveille aussi des réactions de défense et provoque le développement ou l'adaptation de ferments destructeurs.

Si donc le leucocyte est un agent utile, il y a naturellement un gros intérêt à en exciter la production.

En somme, l'organisme engendre à la suite de l'injection de

sang, comme d'ailleurs envers toute effraction dans son intimité, une réaction de défense. Il réagit par un processus irritatif, une stimulation de toutes les cellules et de tous les liquides qui concourent à sa constitution, et particulièrement des organes hématopoiétiques. C'est peut-être en cela que se borne l'action de l'autohémothérapie.

Comme on le voit, il nous est impossible de saisir pour le moment le mécanisme intime de l'autohémothérapie et nous sommes réduit à nous contenter de rassembler le plus grand nombre de faits sans vouloir à tout prix en donner une explication systématique; son action thérapeutique, qui est vraiment indéniable, ne reconnaît certainement pas un mécanisme univoque.

CHAPITRE III

Observations.

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le professeur PETGES (Dr TACH).

**Urticaire chronique rebelle au traitement habituel. Autohémothérapie.
Amélioration. Récidive.**

P. J., 21 ans, cultivatrice. Vigoureuse; femme de la campagne travaillant aux champs; alimentation habituelle des cultivateurs, mangeant peu de viande et fréquemment du confit et du porc salé.

Bien réglée depuis l'âge de 13 ans; mariée depuis neuf mois.

Antécédents héréditaires et collatéraux sans intérêt : excellents.

Antécédents personnels : femme nerveuse, impressionnable, mais n'ayant jamais eu de maladie grave. Constipée depuis l'enfance.

L'affection actuelle date de la fin 1920, c'est-à-dire de trois ans environ. Elle consiste, depuis le début qui a été brusque et sans cause apparente, en des crises d'urticaire presque quotidiennes, généralement diurnes, fréquemment nocturnes, dont la durée varie de quelques heures à quelques jours parfois et qui sont, semble-t-il (la malade insistant beaucoup sur ce point), provoquées par les émotions, les fatigues, les efforts, les refroidissements et même l'exposition à la fraîcheur ou à l'air.

Les crises débutent par une sensation de fraîcheur, puis de chaleur puis de tension de la peau, enfin de prurit pénible et violent. Le prurit est précédé ou suivi de l'apparition de plaques oedémateuses rosées, dont les dimensions peuvent atteindre celle d'une main d'adulte,

sur le tronc ou les membres, ou qui peuvent déterminer des œdèmes circonscrits des lèvres ou des paupières; plus souvent survient une éruption de papules ortiées tout à fait caractéristiques de l'urticaire.

Il est rare qu'à un moment donné M^{me} P... ne puisse en montrer quelques-unes; très fréquemment, des régions entières en sont couvertes (épaules, poitrine, dos, membres).

4 juin 1923. — Mme P..., qui suit un traitement très sérieux depuis quelques mois avec tout ce que la thérapeutique offre de classique ou de nouveauté : Régime sévère approprié avec un traitement laxatif (poudre de Rocher), ne présente que quelques plaques ortiées bien caractéristiques; mais elle raconte avec précision tout ce qu'elle endure depuis le début de son affection.

Au point de vue général, il est impossible de déceler la moindre lésion organique, circulatoire, nerveuse, gastro-intestinale. Le corps thyroïde paraît normal. Pas d'adénopathie. Urines normales.

Traitement. — Solution alcaline sodique; cachets de peptone magnésie. Lavages avec une solution de vinaigre aromatique phéniqué; poudrage au talc salicylé.

12 juillet 1913. — Légère amélioration avec diminution de la fréquence, de l'intensité et de la durée des crises que la malade attribue aux cachets de peptone qui l'ont améliorée rapidement, alors que la solution sodique n'a été prise qu'après cinq jours, l'amélioration existant déjà; les lavages n'ont calmé en rien le prurit. On alterne par semaine les cachets de peptone et de lactéol.

20 août 1923. — Etat stationnaire avec légère amélioration sur l'état du début, mais sans modifications depuis la dernière consultation.

6 novembre 1923. — Même état. La malade et son mari sont découragés. Il est décidé d'essayer un traitement par l'autohémothérapie, après une cure de pilules de Méglin. Il est pratiqué en tout huit injections de 10 centimètres cubes de son propre sang, les 4, 7, 10, 13, 15, 18, 21, 24 décembre. Les injections ont été très bien supportées, la malade n'accusant aucune douleur et ne se plaignant d'aucun trouble.

Une amélioration très notable notée par M^{me} P... s'est produite après la sixième injection.

Les crises sont devenues moins intenses et surtout moins fréquen-

tes, ne se produisant plus au moindre effort ou à la plus petite émotion.

On prescrit une nouvelle série d'injections le 18 janvier, qui n'est pas acceptée.

OBSERVATION II (Personnelle).

Service de M. le professeur DUBREUILH.

Urticaire généralisée datant de neuf mois. Guérison.

A. M..., 57 ans, manoeuvre, se présente le 5 septembre 1923 à la clinique dermatologique, assurée en ce moment par M. le Professeur Petges, pour une urticaire généralisée datant d'un mois. Cette affection a débuté en 1913, a duré trois semaines la première fois, puis les crises se sont reproduites à plusieurs reprises depuis cette époque.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. Souffre simplement de l'estomac depuis deux mois. Quelques signes d'éthylisme. L'urticaire est généralisée et mobile, survenant presque toutes les nuits. Depuis une quinzaine de jours, prurit violent et apparition, par instants sur tout le corps de plaques ortiées de la dimension d'une pièce de 2 francs, blanches au centre, rouges à la périphérie, d'une durée de quelques minutes.

Le malade est dermatographique. Rien d'anormal dans les urines. Santé générale parfaite.

Une injection de 10 cc. de son propre sang est pratiquée le même jour.

Le malade revient le surlendemain. On constate une grande amélioration. Le prurit a diminué, les papules urticariennes ont presque disparu. Il reçoit une deuxième injection de sang le 7 septembre 1923, suivie d'une troisième deux jours après.

Guérison complète après cinq injections.

1° Tension sanguine (Pachon) :

Avant la première injection, 19-10; 15 minutes après, 18-10; 30 minutes après, 17-9; 60 minutes après, 18-10; 1 h. 30 après, 18-10.

Avant la deuxième injection, 16-10; 15 minutes après, 17-11; 30 minutes après, 15-10; 60 minutes après, 16-10.

2° Recherche de la leucopénie, pratiquée par M. le Docteur Mougneau, chef de laboratoire :

Avant la première injection, 8.000 globules blancs;

Un quart d'heure après, 5.500 globules blancs;

Une demi-heure après, 5.500 globules blancs;

Une heure après, 6.500 globules blancs;

Deux heures après, 8.000 globules blancs.

Avant la deuxième injection, 7.500 globules blancs;

Un quart d'heure après, 5.000 globules blancs;

Une heure après, 8.000 globules blancs.

La recherche de la tension sanguine et de la leucopénie n'a pu être faite ni avant, ni après les trois autres injections.

OBSERVATION III

Service de M. le professeur DUBREUILH.

Urticaire chronique généralisée. Début il y a quatre ans. Guérison.

P... J., camionneur, 55 ans, vient à la clinique dermatologique le 16 juillet 1923 pour une urticaire chronique généralisée, dont le début date de 4 ans. Les démangeaisons persistent toute la journée, et en toutes saisons, mais avec prédominance le soir et au printemps. Le grattage procure au malade un soulagement momentané, mais il voit apparaître aussitôt sous ses doigts des élevures rouges de formes diverses.

L'analyse d'urines ne décèle rien de particulier. On prescrit, à l'extérieur, des lotions au vinaigre aromatique phéniqué et des poudrages au talc salicylé; à l'intérieur, de la peptone en cachets, du benzonaphtol et un régime végétarien.

Le malade revient le 23 juillet : aucune amélioration; les élevures apparaissent chaque fois que le malade se gratte; les démangeaisons persistent. Phénomènes de vasodilatation à la moindre pression.

On essaie l'autohémothérapie.

Le 23 juillet, 10 cc. de sang sont injectés.

Le 23 juillet, deuxième injection de 10 cc.

Le 30 juillet, le malade revient. Le prurit a disparu, ainsi que les papules urticariennes. Le malade se dit guéri.

Nous l'avons vu au mois d'octobre. L'urticaire n'a pas reparu.

OBSERVATION IV

Service de M. le professeur DUBREUILH.

Urticaire datant de deux mois et demi. Insuccès.

M. R., 35 ans, mécanicien, vient à la consultation le 26 février 1923. pour une urticaire datant de deux mois et demi. Homme de robuste constitution : aucun trouble digestif; légère constipation; lourdeur de tête après les repas. Dermographisme. L'urticaire survient sans influences et détermine de violentes démangeaisons.

On donne au malade du citrate de soude. L'urticaire paraît alors aller mieux. Les démangeaisons sont moins violentes. La constipation ne disparaît pas. Le malade revient le 1^{er} juin. Nouvelle poussée d'urticaire qui survient principalement la nuit : depuis quelques jours, fatigue générale, avec perte d'appétit. Congestion après les repas.

On prescrit du benzonaphtol qui ne donne pas de résultat, puis l'autohémothérapie.

Le malade reçoit trois injections, à deux jours d'intervalle, de 10 cc. de son propre sang. Aucune amélioration.

OBSERVATION V

Service de M. le professeur DUBREUILH.

Urticaire généralisée datant de trois mois. Guérison.

Ch. M., ménagère, 53 ans, se présente à la consultation du 8 septembre 1922 pour une urticaire généralisée datant de trois mois. Depuis cette époque, crises de prurit, à maximum nocturne, d'une durée de deux heures environ, quand la malade se couche. Apparition de petites papules urticariennes qui disparaissent au bout d'une dizaine

de minutes. Dermographisme très marqué, avec bourrelet urticaire le long de toute la ligne dessinée.

Traces nombreuses de grattage sur les faces d'extension des membres supérieurs, moins abondantes sur la poitrine et les jambes. Langue un peu saburrale. Depuis trois mois, légère anorexie; douleurs gastriques, avec quelquefois vomissements acides vers cinq heures du soir. On ordonne comme traitement interne des cachets de pepsine; à l'extérieur, des lotions au vinaigre aromatique phéniqué et poudrage au talc salicylé.

Revient le 27 septembre. Aucune amélioration; lésions de grattage très nombreuses.

On essaie l'autohémothérapie.

Le même jour, la malade reçoit une injection de 10 cc. de son propre sang; deux jours après, nouvelle injection de sang.

Elle reste dix jours sans venir. Elle dit avoir été améliorée. Le prurit a diminué d'intensité. Une nouvelle injection de 10 cc. est faite le 9 octobre. Le 11 octobre, la malade revient. L'urticaire a disparu, ainsi que le prurit. On suspend l'autohémothérapie. Guérison complète vérifiée deux mois après.

OBSERVATION VI

Service de M. le professeur DUBREUILH.

Urticaire du tronc. Guérison.

R. B., agent de police, 48 ans, vient à la clinique dermatologique, le 24 janvier 1923, pour une urticaire du tronc datant d'un mois et demi. Crises de démangeaisons, survenant surtout le matin avant le lever, se reproduisant quelquefois dans la journée. Le sommeil est tranquille. Les crises de prurit durent en moyenne trois quarts d'heure, ne s'accompagnent pas d'éruption visible. On ne voit que des traînées de grattage sur tout le dos et devant les épaules; quelques papules écorchées; pas de dermatographisme. On recherche les parasites: ni sarcoptes, ni poux; pas de troubles digestifs; excellente santé. Traitement au benzonaphtol et à la magnésie calcinée: deux cachets par jour.

Revient le 5 janvier 1923. Le traitement médical a amené une légère amélioration, mais le prurit persiste toujours. On essaie l'autohémothérapie. Nous revoyons le malade le 18 février : il a reçu cinq injections de sang tous les deux jours. Le prurit a disparu. Nous n'avons plus revu ce malade.

OBSERVATION VII

Service de M. le professeur DUBREUILH.

Urticaire généralisée. Insuccès.

M. H., garçon de magasin, se présente à la consultation le 8 décembre 1922, pour une urticaire généralisée datant de la veille. Son sommeil est agité depuis quelques jours, mais comme cela lui arrive assez souvent, il n'y attache aucune importance. Il a déjeuné le même jour avec son appétit habituel. Dans l'après-midi, il est pris de frissons et l'éruption est apparue. Il ne peut dîner. Toute la nuit il a eu des démangeaisons, des frissons, des bouffées de chaleur. Le 8 au matin apparaît une éruption abondante d'urticaire typique formant des papules, des plaques ou des grandes nappes par confluence, surtout sur les épaules et un peu partout ailleurs.

L'urticaire, en pleine évolution, présente sur tout le corps, mais principalement aux membres inférieurs, une teinte orangée. Les parties en régression sont livides, violacées, ecchymotiques. Aucun trouble intestinal; langue à peu près normale, selles régulières.

Deux séances d'autohémothérapie.

Le malade est revenu le 17 décembre 1922. Aucune amélioration.

OBSERVATION VIII

Service de M. le professeur DUBREUILH.

Urticaire chronique datant de quatre mois. Amélioration. Récidive.

R. J., 30 ans, sans profession, se présente à la consultation le 23 août 1922, pour une urticaire chronique datant de quatre mois et demi. Depuis le 16 août, cette malade prend de l'extrait de corps

thyroïde; à l'extérieur, lotions au vinaigre aromatique phéniqué. Pas d'amélioration. On essaie la peptone à la dose de 0 gr. 30 par cachet.

19 septembre 1922 : Depuis huit jours elle prend de la peptone et se trouve améliorée. Il persiste cependant quelques poussées très discrètes de grosses papules; elle reste deux à trois jours sans avoir de poussées.

27 septembre 1922 : Depuis une semaine l'amélioration se maintient. Quelques poussées d'urticaire tous les deux ou trois jours.

14 octobre 1922 : On commence l'autohémothérapie. La malade reçoit à partir de ce jour-là six injections de 10 cc. de sang et continue en même temps la peptone. L'urticaire disparaît, mais un prurit inter-scapulaire apparaît, faisant penser à la phthiriasé.

12 janvier 1923 : L'éruption a disparu pendant deux mois et demi, mais elle a eu cependant deux poussées d'une durée de deux jours. Depuis, à l'occasion des règles, l'éruption s'est manifestée à nouveau par de gros gonflements persistant deux jours.

La dernière poussée, située au-dessous du pli du coude droit, ferait penser au port d'un panier; les autres localisations ne paraissent pas répondre à des traumatismes.

Nous n'avons pas revu cette malade à la consultation et il nous a été impossible de contrôler sa guérison.

OBSERVATION IX

Service de M. le professeur DEBREUILLE.

Urticaire chronique. Amélioration. Récidive.

R. X., employée de magasin, vient le 27 mai 1922 pour une urticaire chronique. A déjà été traitée à la clinique dermatologique, l'an dernier, vers le mois de juillet, pour la même affection. Celle-ci a débuté au commencement de juillet et s'est montrée rebelle à tous les traitements (lotions au vinaigre aromatisé phéniqué, pondrages au talc salicylé, purgatifs, paquets de benzonaphtol, magnésie calcinée, cachets de peptone).

Monnié

Au début du mois d'octobre, la malade est entrée à l'hôpital du Tondu où elle a reçu cinq injections intra-musculaires de 10 cc. de son propre sang, à raison d'une tous les deux jours. L'éruption avait rapidement diminué, puis disparu complètement : le prurit avait si bien cessé que la malade, qui à son entrée à l'hôpital était couverte de lésions de grattage, avait de nouveau la peau unie et lisse à sa sortie.

La guérison s'est maintenue complète pendant un mois. Puis, la malade a eu de nouveau quelques démangeaisons, très supportables, s'accompagnant d'une éruption très discrète, localisée seulement sur les avant-bras, et survenant au moment des règles. Cette rechute de la maladie n'a eu rien de comparable, comme intensité, à ce que la malade éprouvait au début, l'éruption débutant 4 à 5 jours avant les règles et ne cessant que 4 à 5 jours après la fin. Entre chaque époque menstruelle, la malade était parfaitement tranquille.

Cependant, depuis un mois, l'affection paraît s'aggraver, correspondant sans doute avec une période de grosse chaleur. En effet, comme d'habitude et un peu plus précocement peut-être, dix jours avant, l'éruption a apparu un peu avant les règles mais persiste encore après la disparition de celles-ci, c'est-à-dire depuis une quinzaine.

L'éruption, au lieu de rétrocéder, s'est étendue aux avant-bras; elle a gagné les bras, le décolleté de la poitrine et les membres inférieurs; sur les membres, l'éruption a son maximum sur les faces d'extension et au voisinage des articulations du coude et du genou; le membre supérieur est plus atteint que le membre inférieur. Le prurit est assez vif, survenant dans la journée, vers midi, et surtout le soir, au moment du coucher. La malade se gratte avec vigueur jusqu'au sang pendant 10 à 15 minutes, puis le prurit se calme.

Langue propre, bon appétit, pas de constipation.

16 juin 1922 : La malade vient de recevoir six injections intra-musculaires de son propre sang, faites trois fois par semaine, sauf une interruption d'une semaine. L'éruption n'a été nullement améliorée, mais ne s'est pas aggravée. On cesse l'autohémothérapie et on donne des cachets d'ovarine.

La malade n'est pas revenue depuis et nous n'avons pu la suivre

OBSERVATION X

Due à l'obligeance de M. le professeur DUBREUILH.

Eczéma avec prurit. Guérison.

Le nommé M..., 62 ans, cultivateur dans les Basses-Pyrénées, se présente à nous en avril 1922 pour de l'eczéma du scrotum, des plis génitaux cruraux, du pourtour de l'anus, des cous-de-pied, des poignets, dont le début remonte en général à six mois; mais le prurit anal est plus ancien et date de plusieurs années. Dans toutes ces parties, la peau est rouge, épaissie, squameuse et lichénisée. C'est un homme maigre, robuste, ayant une santé générale excellente; il a eu autrefois des hémorroïdes qui ont été opérées.

Un traitement consistant en pilules asiatiques (2 par jour) et des pommades au goudron variées amène une certaine amélioration et notamment au scrotum; mais dans les autres parties, les altérations cutanées et le prurit persistent, presque continus, avec des exacerbations violentes survenant autant le jour que la nuit.

Divers autres traitements locaux ou généraux ont été essayés (hyposulfite de soude, bromure de potassium, badigeonnages au nitrate d'argent, goudron de houille, radiothérapie autour de l'anus) avec un résultat médiocre.

Une première injection de sang de 40 cc. est faite le 3 octobre 1923, et dès le 13 octobre il écrit pour accuser un soulagement notable. Les injections sont répétées le 24 octobre, le 9 novembre et le 26 décembre 1923, tout en continuant l'emploi du coaltar sur les poignets et les cous-de-pied. A chaque visite, le malade accuse une amélioration et à cette dernière date on constate que la lichénisation et le prurit ont disparu de l'anus, des poignets, du raphé scrotal; il ne reste plus qu'une petite plaque lichénisée à la face interne du talon gauche; il survient encore pendant quelques petites crises de démangeaisons, surtout autour de l'anus, mais courtes, rares et très atténuées.

OBSERVATION XI

Due à l'obligeance de M. le professeur DUBREUILH.

Lichen plan aigu généralisé avec prurit. Insuccès.

Homme de 50 ans, grand, gros, fort, ancien sous-officier colonial. Vient le 26 septembre 1923 pour un lichen plan aigu généralisé très abondant, datant de deux mois et accompagné d'un prurit violent.

Je lui fais une première injection de sang le jour même et le docteur Larquier, de Hagetmau, lui en fait une demi-douzaine d'autres.

Il écrit le 2 décembre 1923 : il n'a obtenu aucune amélioration

OBSERVATION XII

Due à l'obligeance de M. le professeur DUBREUILH.

Lichen plan corné s'accompagnant de prurit. Amélioration.

Mme R..., 45 ans, est une grande femme maigre et brune, qui se présente en avril 1923 pour un lichen plan corné, atteignant surtout la vulve et les jambes.

A la vulve, sur les petites et la face interne des grandes lèvres, sont quelques taches de lichen plan, et à la face externe des deux jambes sont de grandes plaques, mal limitées, formées par des papules milliaires ou lenticulaires, isolées ou confluentes, saillantes, dures, verruqueuses, rugueuses au toucher, d'une couleur rouge brun. Toutes ces lésions datent d'un an environ et s'accompagnent d'un prurit violent.

Quelques mois de traitement par l'arsenic et des pommades au goudron n'ont procuré qu'une faible amélioration.

Il est fait trois injections de 10 cc. de sang, les 25 octobre, 11 novembre, 16 décembre. Dès le début des injections, l'amélioration est continue. Le prurit a considérablement diminué. Les lésions cutanées ont disparu à la vulve et sont fort atténuées aux jambes.

OBSERVATION XIII

Service de M. le professeur DUBREUILH.

Prurit généralisé. Guérison.

M. S., ménagère, 70 ans; vient à la consultation le 12 octobre 1923, pour un prurit généralisé datant de trois mois. Le prurit qui est intense survient presque toujours, par accès assez fréquents, principalement la nuit. Il occupe la partie sus-diaphragmatique du corps. Pas d'éruption. Pas de parasites. Bonne santé générale. L'analyse d'urines ne décèle rien d'anormal.

Le malade reçoit ce même jour une injection de 10 cc. de son propre sang.

Elle revient le 19 : les démangeaisons ne se sont pas modifiées.

Une nouvelle injection de sang est pratiquée.

22 octobre. — Légère amélioration; troisième injection de sang.

24 octobre. — Amélioration notable, du prurit sur le corps, mais les démangeaisons à la tête persistent encore; quatrième injection de sang.

31 octobre 1923. — La malade revient et nous dit avoir été très améliorée par la dernière injection. Une cinquième injection est néanmoins pratiquée et cette dernière sera suivie de guérison.

OBSERVATION XIV (Personnelle).

Service de M. le professeur DUBREUILH.

Prurit généralisé datant de deux mois. Guérison.

M. G., 40 ans, vient le 17 septembre 1923 à la consultation de dermatologie pour un prurit généralisé et continu, datant de deux mois. N'a pas remarqué de réactions urticariennes. Troubles digestifs, inappétence, langue légèrement saburrale. Pas de constipation. Ni sucre, ni albumine.

Pas de parasites sur le corps; quelques piqûres de puces. On traite cette malade par l'autohémothérapie. Une injection de 10 cc. est pratiquée.

La malade nous revient le 26 septembre 1923 : elle se trouve nettement améliorée, le prurit a bien diminué.

1^{er} octobre 1923 : L'amélioration ne s'est pas maintenue. Le prurit est revenu, moins violent cependant que la première fois. On continue l'autohémothérapie. Pas de traitement externe.

3 octobre : La malade revient et nous dit avoir été soulagée par la dernière injection de sang; le prurit a diminué et elle a pu reposer. On fait une nouvelle injection de sang.

8 octobre : L'amélioration continue. Nouvelle injection de sang le même jour, suivie de deux autres, le 10 et le 29 octobre, pour consolider le résultat.

Le prurit, qui était légèrement revenu après suspension du traitement, est diminué de nouveau par la cinquième injection, pour ne plus revenir après la sixième. Guérison complète. Pas de récurrence trois mois après.

OBSERVATION XV

Service de M. le professeur DUBREUILH.

Prurit sénile. Amélioration.

R. D., 72 ans, vient le 5 octobre 1923, atteinte de prurit sénile, dont le début remonte au mois de mars 1923. Il tourmente incessamment la malade, lui cause de l'insomnie, et n'a cédé jusqu'ici à aucune médication. Tous les remèdes antiprurigineux que l'on a essayé n'ont donné qu'une amélioration de fort courte durée.

A l'examen, la peau n'offre aucune lésion de grattage, aucune éruption visible; elle a subi seulement les modifications de la sénilité.

On essaie l'autohémothérapie. La malade reçoit le même jour 10 cc de son propre sang.

12 octobre 1923 : Les démangeaisons continuent, durent toute la journée et sont particulièrement intenses le soir. On ne constate pas d'éruption, mais simplement quelques légères lésions de grattage. Pas de parasites. L'analyse d'urines décèle quelques traces d'albumine. Nouvelle injection de sang.

26 octobre 1923 : Il semble y avoir une légère amélioration; troisième injection de sang.

31 octobre 1923 : Grosse amélioration. La malade nous dit pouvoir reposer; quatrième injection de sang.

Nous avons perdu de vue cette malade.

OBSERVATION XVI

Service de M. le professeur DUBREUILH.

Prurit généralisé datant de deux ans. Insuccès.

B. F., 22 ans, tailleur de pierres, vient le 21 février 1923 pour un prurit généralisé, dont le début remonte à deux ans. Prurit constant, n'empêchant pas cependant le sommeil, exagéré par la chaleur, et, de ce fait, plus accusé en été. Pas de traces de grattage, aucune éruption. Homme bien développé, santé générale parfaite. Ni sucre, ni albumine.

Il est fait le même jour une injection de sang, pendant laquelle le malade a eu deux syncopes complètes.

Le malade revient le 5 mars 1923. Pas d'amélioration.

Nouvelle injection de sang. Le malade n'a pu être suivi.

OBSERVATION XVII

Service de M. le professeur DUBREUILH.

Prurit sine materia. Insuccès.

D. M., 79 ans, vient le 7 décembre pour un prurit siégeant à la partie supérieure du dos. Pas de traces de grattage. Vitiligo assez étendu, surtout sur les épaules et à la base du cou. Le prurit prédomine dans la partie achromique des épaules. Pas de parasites. On essaie l'autohémothérapie.

19 décembre 1923 : Le malade a reçu trois injections de 10 cc. de sang. Aucune amélioration. Revient le 24 décembre 1923. Les démangeaisons persistent.

OBSERVATION XVIII

Service de M. le professeur DUBREUILH.

Lichen simplex circonscrit cuisse gauche. Légère amélioration.

P. F., 40 ans, vient le 8 décembre 1923. A l'inspection, une plaque de vingt centimètres, n'atteignant pas le pli génito-crural, à forme à peu près régulière. La surface présente une peau un peu épaissie, poudrée de blanc avec un quadrillage assez marqué. Très légère pigmentation. Quelques écorchures dues au grattage. La plaque s'égrène à la périphérie, en petites papules miliaires brillantes.

Nous essayons l'autohémothérapie.

10 décembre 1923 : Eruption plus pâle. Démangeaisons très atténuées.

7 janvier 1924 : Le malade revient. Les lésions sont affaissées, moins infiltrées.

Ce malade n'est pas revenu depuis cette date à la consultation et il nous a été impossible de le suivre.

OBSERVATION XIX (Personnelle).

Service de M. le professeur DUBREUILH.

Eczéma de la face, du cou, de la poitrine, des membres supérieurs, datant d'un an. Traité par l'autohémothérapie. Guérison.

Y. A., ménagère, vient à la consultation le 11 janvier 1924, pour un eczéma siégeant sur la face, le cou, la poitrine, les membres supérieurs, dont le début remonte à un an.

A cette époque, cette malade présentait une éruption de dermite eczématoïde des avant-bras et des mains occasionnée, dit-elle, par l'eau.

On ordonna, à ce moment-là, des applications de pommade qui n'amenèrent aucune amélioration. On essaya en mai 1923 l'autohémothérapie; six injections sont pratiquées, mais on ne constate pas de

résultat favorable. Le même mois, une ménorrhagie abondante se produit; on diagnostique un fibrome. L'hystérectomie totale est pratiquée en juin par M. le professeur Bégouin.

L'eczéma disparaît.

La malade reprend son service en octobre 1923. En novembre, l'eczéma reparait, mais généralisé à la figure, au cou, à la poitrine, aux membres supérieurs.

Elle se traite à nouveau par des pommades qui n'amènèrent aucune amélioration. Elle se décide à venir à la consultation de M. le professeur Dubreuilh.

11 janvier : Les lésions, qui sont généralisées, sont le siège d'un suintement abondant et d'un violent prurit avec exacerbation nocturne. Il existe des traces de grattage, de l'infection secondaire, des pustules de pyodermite. L'état général est bon : pas de troubles digestifs. La palpation du creux de l'aisselle révèle l'existence de ganglions inguinaux tuméfiés et douloureux.

On prescrit le même jour l'autohémothérapie (10 cc.). Sur le conseil de M. le professeur Dubreuilh, nous injectons avec le sang quelques gouttes d'une solution de citrate de soude à 2/100°. La malade revient le 14 janvier : aucune amélioration. Nous notons l'apparition de petits furoncles sur la face et le cou. Deuxième injection de sang, le même jour, suivie d'une troisième le 16 et d'une quatrième le 18. Une amélioration générale semble se manifester après la quatrième injection. Le prurit disparaît sur les membres supérieurs et la poitrine. On fait une cinquième injection le 21 février, suivie d'une sixième le 23. Les deux dernières injections amènent une grosse amélioration. Disparition des furoncles.

Nous revoyons la malade le 23 janvier. L'eczéma a entièrement disparu à la face, au cou, à la poitrine, pour persister aux avant bras. On ordonne une pommade au goudron. La malade revient le 12 février, complètement guérie.

OBSERVATION XX (Personnelle).

Service de M. le professeur DUBREUILH.

Prurit traité par l'autohémothérapie. Guérison.

E. A., menuisier, 72 ans, vient à la consultation le 9 janvier 1924, pour des démangeaisons occupant principalement les bras, les mains, les jambes, les plis génitaux cruraux. Pas d'éruption; pas de traces de grattage.

Les démangeaisons ont commencé vers le 15 avril 1923. A ce moment-là le malade était en traitement à Bel-Air, dans le service de M. le docteur Rabère; elles étaient légères et fugaces, apparaissant au cours de la journée, à intervalles irréguliers deux à trois fois par jour, mais ne l'empêchaient pas de dormir.

De septembre à novembre 1923, le malade est en villégiature chez un de ses amis. Le prurit existe avec la même intensité qu'au début, sans cependant aggravation. Il apparaît par périodes de cinq jours, séparées par des intervalles de même durée.

Vers le commencement de décembre 1923, une période de calme se produit, pendant dix jours, suivie de l'apparition d'un prurit plus intense qu'auparavant, siégeant principalement sur les membres supérieurs (avant-bras, mains), sur les membres inférieurs, les plis génitaux cruraux.

Ce prurit apparaît deux heures après le repas de midi, dure toute l'après-midi, une bonne partie de la nuit et diminue d'intensité vers le matin. Le malade ne cesse de se gratter et ne peut dormir.

Un médecin consulté diagnostique la gale. Le traitement n'amenant aucun soulagement ni aucune aggravation, le malade va consulter un autre médecin qui prescrit des lotions au vinaigre aromatique phéniqué, ainsi qu'une pommade dont il ne peut spécifier la nature. Ces différentes prescriptions n'étant suivies d'aucun résultat, le malade se décide à venir à la consultation de M. le professeur Dubreuilh.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père et mère morts de congestion cérébrale. Frère atteint de maladie de Paget.

Antécédents personnels. — Rougeole, grippe, variole, gastro-entérostomie en 1904.

Le 9 janvier 1924 : Le malade, atteint lui aussi de maladie osseuse de Paget, présente une attitude toute particulière. Il paraît tassé sur lui-même. Sa tête est fléchie en avant. La poitrine est creusée; les membres supérieurs tombent le long du tronc et des cuisses et paraissent trop longs. L'extrémité des doigts atteint presque le niveau de l'interligne articulaire du genou.

Les membres inférieurs paraissent rapetissés et en demi-flexion; les genoux sont écartés l'un de l'autre d'environ 30 centimètres. Le dos est voûté. Le malade marche en se dandinant.

Analyse d'urines :

Albumine, 0 gr. 10;

Sucre, 0;

Urée sanguine, 0 gr. 25 au litre.

Le même jour on prescrit l'autohémothérapie (10 cc.).

Le malade revient le 14 janvier et dit n'avoir pas été amélioré par la première injection de sang. Nouvelle piqûre, suivie d'une troisième le 16 janvier.

Il revient le 18 janvier et nous dit avoir été très soulagé par la dernière injection. Il a pu dormir une bonne partie de la nuit. Les démangeaisons ont disparu aux avant-bras et aux mains, mais persistent cependant au niveau des coudes et aux jambes.

Nous pratiquons une quatrième injection, mais pour celle-ci et celles qui vont suivre, sur le conseil de M. le professeur Dubreuilh, nous attendons deux minutes entre le prélèvement du sang et sa réinjection.

Nous revoyons le malade le 21 janvier. Le prurit a complètement disparu. Il nous dit ne plus se gratter de la journée et pouvoir dormir la nuit.

Nous pratiquons néanmoins une cinquième injection (10 cc.). Le malade nous revient le 25 janvier et nous dit que le prurit a repris la veille au niveau des malléoles; de fait, nous constatons quelques traces de grattage. Il reçoit une sixième et dernière injection et nous prescrivons, en même temps, une pommade au goudron. Nous avons revu ce malade quelques jours après. Il se dit guéri.

OBSERVATION XXI (Personnelle).

Service de M. le professeur DUBREUIL.

**Prurit sénile, datant de deux ans, traité par l'autohémothérapie.
Guérison.**

J. D., 73 ans, manoeuvre, vient le 16 janvier 1924 à la clinique dermatologique pour un prurit sénile, datant de deux ans, que l'examen complet du malade ne permet pas de rattacher à un trouble organique.

Le malade est un robuste vieillard; n'a jamais été malade : il a quatre enfants vivants, mariés et pères de famille.

L'examen de son cœur décèle un deuxième bruit aortique, claqué.

Analyse d'urines :

Albumine, 0 gr. 10;

Sucre, 0;

Urée sanguine, 0 gr. 35.

Tension artérielle : 18-11.

A l'examen, on ne tarde pas à s'apercevoir que le malade exagère considérablement. En effet, bien qu'il existe du prurit réel que prouvent le luisant et le poli des ongles, il n'existe que de très rares exco-riations et une ou deux zones seulement (creux poplité et pli du coude) où la peau est épaissie et un peu quadrillée. Partout ailleurs les téguments sont parfaitement souples. Il existe un léger dermogra-phisme.

A été traité jusqu'à présent par des pommades qui, d'après lui, n'ont amené aucune amélioration.

On prescrit le même jour l'autohémothérapie (10 cc.).

Le malade revient le 18 janvier. Aucune amélioration. Il se plaint d'un prurit nocturne et d'une sensation de brûlure quand il se désaba-ille. L'examen complet ne décèle pas de lichénification plus accen-tuée.

On fait une deuxième injection de sang le même jour. Nous re-voyons le malade le 21 janvier. Il nous dit avoir été très amélioré par la deuxième injection. Il a pu dormir et travailler toute la jour-née du 19.

Le 21 janvier, troisième injection de sang, suivie d'une quatrième le 23, d'une cinquième le 25, d'une sixième le 28. On prescrit en même temps une pommade au goudron.

Nous revoyons le malade le 18 février. Le prurit a entièrement disparu. Aucune trace de grattage. A repris son travail.

OBSERVATION XXII (Résumée).

Due à l'obligeance de M. le professeur PETGES.

Dermatite herpétiforme. Guérison.

S. M., sans profession, 39 ans. Vient à la consultation de la clinique dermatologique, assurée en ce moment par M. le professeur Petges, avec qui nous avons suivi la malade, le 3 août 1923, parce qu'elle a vu, dit-elle, apparaître sur le corps des boutons. Rien à relever dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Dit avoir eu une salpingite traitée par la glace, pendant un mois. Tousse beaucoup l'hiver.

La maladie a débuté, il y a un an et demi, sur les doigts et la main, par de grosses vésicules laissant suinter un liquide clair; ces vésicules ont ensuite envahi les avant-bras et les bras, pour gagner légèrement les régions antérieures et latérales du cou.

Les vésicules ont ensuite apparu aux pieds et aux jambes, occasionnant des démangeaisons insupportables, des cuissons et des sensations de brûlures pénibles, au point d'empêcher tout sommeil. La malade alla voir à ce moment un docteur qui prescrivit des cataplasmes d'amidon sur les régions douloureuses et un traitement interne. Sous l'influence de ce traitement, les vésicules disparurent aux mains et aux avant-bras, pour persister au niveau des plis du coude et aux jambes.

3 août : La malade a un bon aspect général; elle est grosse et se porte généralement bien. Elle présente actuellement des éléments nummulaires excoriés, disséminés çà et là, surtout sur les faces d'extension des membres inférieurs, les plis de flexion des membres supérieurs et au niveau de la région antérieure du cou.

La malade spécifie bien que ces lésions ont débuté, il y a un an et demi, au niveau des bras et des jambes, par un bouquet de vésicules herpétiformes, extraordinairement prurigineuses. Les vésicules, excoriées par le grattage incessant, ont donné l'aspect actuel des lésions : ce sont des placards irrégulièrement arrondis, présentant une bordure formée par des croûtes rougeâtres, des ulcérations à bords micropolycycliques. Le centre présente des cicatrices luisantes, vestiges des vésicules excoriées, et en quelques endroits, un aspect lichénifié; au niveau de ces placards nummulaires, on note une infiltration légère; la palpation réveille le prurit. Outre ces placards, on trouve, dispersées un peu partout, sur les jambes et les bras, des papules excoriées, croûteuses, rouges, entourées d'une auréole rose. Ces papules, vestiges, elles aussi, de vésicules antérieures détruites par le grattage, sont dispersées en corymbe, en tarse, en triangle. Enfin et surtout, on trouve des bouquets de grosses vésicules de dimensions variées, certaines grosses comme des groseilles, des grains de cerises, d'autres miliaires, d'autres plus petites. Les unes sont excoriées et ouvertes, d'autres tendues.

Etat général fatigué; la malade accuse de la lassitude, de l'énervement. Ses digestions sont difficiles. Rien d'anormal dans les urines.

Examen du sang :

Lymphocytes, 25;

Polynucléaires, 68;

Mononucléaires, 3;

Eosinophiles, 3.

Le même jour, une injection de 10 cc. de sang est pratiquée.

La malade revient le 8 août 1923, très améliorée à la suite de cette première piqûre. Une deuxième injection est pratiquée (10 cc.).

17 août : L'amélioration continue. Le prurit et les sensations douloureuses, sont atténuées. Il n'existe pas de nouvelles lésions éruptives. Troisième piqûre (10 cc.).

22 août : Disparition des lésions et du prurit. Quatrième injection (10 cc.).

7 septembre : La malade revient; aucune lésion en évolution. On a fait en tout quatre injections. Guérison complète. Pas de récurrence trois mois après.

I. — *Tension sanguine* (Pachon) :

Avant la première injection, 13 1/2-6; 3 minutes après, 10-6 (lipothymie, malade très impressionnable); 10 minutes après, 7-5 1/2; 30 minutes après, 10 1/2-4 1/2; 45 minutes après, 11-6.

Avant la deuxième injection, 15 1/2 - 7; 30 minutes après, 12 1/2-6.

Avant la troisième injection, 15 - 6; 15 minutes après, 13 - 8.

Avant la quatrième injection, 14 1/2 - 7; 20 minutes après, 12 1/2 - 6.

II. — *Coagulation*, recherchée par M. le docteur Mougneau :

3 minutes après la première injection, 5';

15 minutes après la première injection, 5';

3 minutes après la deuxième injection, 6';

15 minutes après la deuxième injection, 10';

3 minutes après la troisième injection, 6';

30 minutes après la troisième injection, 9';

10 minutes après la quatrième injection, 7';

30 minutes après la quatrième injection, 10'.

III. — *Leucopénie* :

Avant la première injection, 5.722 globules blancs;

Après la première injection, 4.475 globules blancs;

Avant la deuxième injection, 4.835 globules blancs;

Après la deuxième injection, 2.625 globules blancs,

Avant la troisième injection, 4.287 globules blancs;

Après la troisième injection, 2.937 globules blancs;

Avant la quatrième injection, 4.931 globules blancs;

Après la quatrième injection, 2.847 globules blancs.

OBSERVATION XXIII

Service de M. le professeur DUBREUILH.

Dermatite herpétiforme de Duhring. Légère amélioration.

P. L., 40 ans, employé de commerce, vient le 21 juillet 1922 pour une dermatite herpétiforme de Duhring, datant de deux mois. Est déjà venu, il y a un mois, pour des placards excoriés, faisant penser à une pyodermite.

Actuellement, sur les membres supérieurs sont disséminés quelques lésions lenticulaires, d'aspect érythémateux. A la nuque et sur le cou, quatre groupes, dont le plus récent, à droite, est large comme 5 francs et formé par un agrégat de petites bulles d'un grain de mil à un petit pois, saillantes, tendues, claires; les autres, plus anciens, sont formés d'une couronne irrégulière de petites bulles, et tout autour, une zone de croûtes minces.

Cà et là, sur la face antérieure du cou, la partie supérieure du tronc, quelques petites bulles disséminées. Prurit à peu près constant à tous les stades.

On prescrit à l'intérieur de la liqueur de Fowler; comme traitement externe, une pommade à l'ichtyol.

Le malade revient le 18 août : aucune amélioration.

On essaie l'autohémothérapie à raison de trois piqûres par semaine. Après la quatrième injection, grosse amélioration. On fait en tout cinq injections. Le malade promet de revenir en cas de récurrence. Six mois après il n'a pas été revu !

OBSERVATION XXIV

Due à l'obligeance de M. le professeur BUREAU (de Nantes).

Zona brachial traité par l'autohémothérapie. Guérison.

M. M., 67 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 20 septembre 1923, pour un zona du bras droit, situé sur le trajet du nerf cubital. Ce zona est très douloureux, provoquant une insomnie complète. L'aspirine et l'antipyrine n'arrivent pas à soulager la malade.

Nous voyons cette femme à notre retour de vacances, le 3 octobre. L'éruption du zona est déjà en voie de régression, les vésicules se dessèchent, mais les douleurs persistent aussi violentes. La malade se plaint de douleurs atroces tout le long du bras, s'étendant jusqu'au bout des doigts : elle les compare à des piqûres d'aiguilles qu'on lui enfoncerait dans les doigts. Elle ne peut avoir aucun repos la nuit et se lève plusieurs fois pour circuler dans la salle.

Nous décidons de soumettre cette femme à l'autohémothérapie.

La première injection est faite le 3 octobre au matin. 5 cc. de sang sont prélevés dans une veine du pli du coude et réinjectés immédiatement dans la lèssé. Le résultat favorable de cette intervention fut très rapide. Les douleurs, qui d'ordinaire commençaient à s'exagérer vers 3 heures de l'après-midi, n'augmentèrent pas dans la soirée, se calmèrent même peu à peu, ce qui permit à la malade de dormir et de se reposer la nuit.

La nuit suivante, les douleurs réapparurent légèrement, mais beaucoup moins violentes.

Le 8 octobre, deuxième injection de la même quantité de sang; à la suite de cette deuxième injection, les douleurs disparurent à peu près complètement et la malade ne se plaignait plus que d'un léger engourdissement dans l'annulaire et l'auriculaire de la main droite.

Une troisième injection faite le 10 octobre amena la disparition complète et définitive des douleurs.

Pendant ce traitement, les vésicules du zona finirent de se dessécher complètement, mais il est difficile, dans ce cas, de se rendre compte de l'action de l'autohémothérapie sur l'éruption, celle-ci étant déjà en voie de décroissance au commencement du traitement.

OBSERVATION XXV (Personnelle).

Service de M. le professeur DUBREUILH.

Furoncles de la face dorsale de la main droite guéris par l'auto-hémothérapie. Trois injections.

M. L., cordonnier, se présente le 3 août 1923 à la clinique de M. le professeur Dubreuilh, dont le service est assuré en ce moment par M. le professeur Petges, porteur d'un gros furoncle sur la face dorsale de la main droite.

Le 11 juillet, le malade avait déjà eu un anthrax de l'avant-bras droit, incisé le 21 juillet et traité par de grands lavages au liquide Dakin, d'abord, puis par des applications d'aristol.

Guérison vers le 28 juillet.

Le 31 juillet, apparition de furoncles à la face dorsale de la main droite.

Le 3 août, on constate dans cette région trois furoncles consti-

tués par des tumeur coniques très dures, très douloureuses, d'une couleur rouge brun violacé.

Autohémothérapie (10 cc.) le 3 août 1923.

Le 6 août : Diminution des phénomènes inflammatoires. Autohémothérapie (10 cc.). La douleur est très diminuée.

Le 8 août : Notable amélioration. Les furoncles se dessèchent, le pus se tarit, un peu d'infiltration persiste. 10 cc. de sang sont injectés.

Le 13 août : L'infiltration diminue, le malade peut être considéré comme guéri.

On cesse les injections. Pas de récïdive.

I. — *Tension sanguine* (Pachon) :

Avant la première injection, 18 - 8; 15 minutes après, 17 1/2 - 8; 30 minutes après, 14 1/2 - 7; 60 minutes après, 15 - 7; 1 h. 30 après, 16 - 9 1/2.

II. — *Recherche de la leucopénie*, pratiquée par M le docteur Mougneau, chef de laboratoire :

Avant la première injection, 7.000 globules blancs;

Un quart d'heure après, 5.000 globules blancs;

Une demi-heure après, 6.000 globules blancs;

Une heure et demie après, 7.000 globules blancs;

Avant la deuxième injection, 7.000 globules blancs.

Un quart d'heure après, 5.000 globules blancs;

Une heure après, 7.500 globules blancs;

Avant la troisième injection, 7.500 globules blancs;

Un quart d'heure après, 4.500 globules blancs;

Une demi-heure après, 7.500 globules blancs.

OBSERVATION XXVI

Due à l'obligeance de M. le professeur PETGERS.

Urticaire chronique traitée par l'autohémothérapie. Amélioration.

Mme R. B., 34 ans, habitant la Charente-Inférieure.

Antécédents héréditaires : Mère atteinte d'urticaire chronique pendant des années jusqu'à sa mort; père bien portant, mais entache d'arthritisme.

Antécédents personnels : Scarlatine avec néphrite.

A l'âge de 14 ans, à l'époque du début de sa puberté, la malade fut atteinte d'anémie, qui fut, dit-elle, guérie trop vite, car elle fut bourrée de fortifiants et de jus de viande.

Cette exagération de traitement coïncide avec la première crise d'urticaire qui fut chronique d'emblée, procédant par poussées d'une huitaine de jours, revenant tous les trois mois jusqu'au mariage, à 20 ans.

Peu après le mariage, début de grossesse; disparition de l'urticaire; grossesse favorable; naissance d'un enfant; allaitement, guérison de l'urticaire pendant sept ans.

A l'âge de 27 ans, en 1914, les poussées urticariennes ont recommencé, mais à long intervalle, apparaissent pendant quelques semaines, disparaissent quelques mois, puis cessent sans causes jusqu'en 1917.

Reprise des crises en 1917, puis disparition.

En 1919, même reprise, même disparition.

Puis récidive en 1920, sans cessation cette fois.

Depuis un an, régulièrement, tous les mois, vers la période des époques menstruelles, Mme B... présente des crises d'une durée de trois jours, à maximum diurne, avec prurit intense et éruption profuse, parfois généralisée, de papules caractéristiques. Cette reprise a coïncidé avec une augmentation de poids de 14 kilos en 18 mois; la malade pèse actuellement 83 kilos.

Mme B... est une femme nerveuse, impressionnable, vive et explosive, mais de caractère bien équilibré. Elle a observé que les aliments, les boissons, n'exercent aucune influence sur le développement et l'apparition des crises, tandis que les émotions sont suivies rapidement d'une poussée prurigineuse.

Récemment, une frayeur assez vive a provoqué l'apparition d'une crise pénible.

Fréquemment le début se produit au niveau du pharynx avec picotements, chatouillements, dysphagie, œdème du voile du palais et de la luette : il se produit, affirme-t-elle, des poussées laryngées et bronchiques, avec enrouement, angoisse respiratoire, toux quinteuse prolongée, coïncidant avec l'apparition d'un prurit généralisé et de

nombreux placards urticariens, circonscrits ou disséminés en papules caractéristiques, sur la face, les membres, le tronc et particulièrement sur les régions soumises à des pressions (ceinture, siège, plante des pieds). En outre des élevures classiques, il existe des plaques œdémateuses, arrondies, grandes comme des pièces de monnaie et pouvant atteindre des dimensions plus grandes et plus importantes, jusqu'à la grandeur d'une main entière, prenant au niveau des paupières et des lèvres l'apparence d'œdème circonscrit, rappelant le syndrome de Quinke.

L'examen ne met en évidence aucune lésion organique, en particulier pas de dilatation gastrique, pas d'augmentation du foie. Langue saburrale; pas de constipation. Pas de troubles digestifs. Femme de constitution puissante; tendance à l'obésité par défaut d'exercice presque complet.

Formule urinaire se rapprochant de la normale presque parfaite, ne contenant pas en particulier de doses anormales d'indol ou de scatol, ni albumine, ni pigments biliaires, ni urobiline, ni sucre. Rien qui puisse faire penser à une héminthiase, à un kyste hydatique : il n'existe pas d'éosinophilie.

25 mars 1920 : Premier traitement : à l'intérieur, paquets avec bicarbonate de soude, sulfate de soude, magnésie calcinée; un tous les matins, pendant huit jours. Chlorure de calcium, 3 grammes par jour. A l'extérieur, lotions au vinaigre phéniqué. Poudrage au talc salicylé. Régime végétarien et des fruits avec diminution de la quantité pour lutter contre l'obésité.

8 avril 1921 : Le lendemain et surlendemain du début du traitement ont été marqués par la disparition de l'urticaire et du prurit et par l'arrêt de l'augmentation de poids. L'amélioration n'a duré que pendant deux jours; progressivement, les poussées sont revenues aussi intenses qu'auparavant. La malade est toujours dans un état de nervosisme accentué. Constipation.

Même traitement externe. Traitement interne (pilules d'aloès avec de l'eau de Vichy Célestins).

24 juin 1921 : Même état général, même intensité de l'urticaire. langue saburrale, sans constipation. 6 décembre, 13 décembre 1921, 5 janvier, 17 mars 1922 : Même état, en dépit de toutes les

modifications de régime, de tous les traitements connus (interne et externe) de l'urticaire, et en particulier de la recherche des causes humorales pouvant être traitées par la méthode de Widal, et malgré l'application de traitements préconisés par lui et son école, malgré, en particulier, la prescription de petits repas « de poupée » faits une heure avant les grands repas malgré le traitement par la peptone et l'hyposulfite de soude, malgré le traitement par les ferments lactiques, les antiseptiques intestinaux, malgré des essais de traitement endocrinien (extrait de corps thyroïde).

Le 26 avril 1922 : Les crises qui avaient paru atténuées à la suite du traitement par les cachets de peptone, une heure avant les repas, reviennent de plus belle le 26 avril, à la suite, dit la malade, d'un repas dans lequel elle avait mangé une soupe salée avec du confit d'oie. Nous conseillons à nouveau l'autohémothérapie qui a été absolument refusée depuis plus de trois mois, d'autant plus que l'essai malheureux de son médecin n'avait pas abouti à une ponction veineuse efficace.

9 mai 1922 : Décidée enfin à accepter l'autohémothérapie, Mme B... reçoit 10 cc. de son propre sang, prélevé par ponction veineuse au niveau du pli du coude et injecté dans l'hypoderme fessier.

Les injections sont répétées les 12, 15, 22, 26, 30 mai, avec, à cette date, une amélioration très notable qui s'annonçait depuis la quatrième piqûre et qui satisfait la malade après la septième, toutes les injections étant à la dose de 10 cc. A cette date, les éruptions urticariennes et le prurit sont moins intenses; les poussées s'espacent et ne reviennent que tous les trois ou quatre jours et sont plus discrètes. Le traitement est poursuivi et les injections sont renouvelées les 2 13. 16 juin (l'amélioration étant encore plus notable à cette date), le 19, le 23, le 26, le 28, le 30 juin, les sept dernières injections étant faites à raison de 15 cc. Il est à noter que les injections de sang ont été faites, les cinq ou six premières avec le minimum de temps entre la ponction et l'introduction du sang dans la fesse, et qu'à plusieurs reprises, ensuite, il a été apporté à l'injection un retard de quelques minutes pour réaliser en quelque sorte de l'hétérothérapie.

La malade est enchantée : elle n'a plus de poussées depuis quinze jours environ.

6 novembre 1922 : Malgré mes conseils, elle est allée au bord de la mer vers le 1^{er} juillet et y est restée pendant trois mois. Elle a eu de rares poussées bien discrètes pendant ces trois mois et paraît les rapporter à l'ingestion de beurre, dont le rôle m'avait paru suspect à plusieurs reprises. Des petits repas de un gramme de beurre ingéré une heure avant les déjeuner et dîner sont conseillés.

20 novembre 1922 : L'essai antianaphylactique prescrit n'a eu aucun effet et des poussées se produisent encore tous les quatre ou cinq jours. Nouvelle cure de cachets de peptone et de magnésie calcinée, une heure avant les repas.

27 février 1923 : Les crises reviennent encore très discrètement et paraissent influencées par la menstruation et par les accès de colère auxquels cède très souvent la malade.

L'analyse d'urines pratiquée à plusieurs reprises ne donne aucun résultat.

Mme B..., revue le 15 mars, le 20 avril, le 25 novembre et le 20 décembre 1923, ne présente plus de poussées aussi fréquentes et aussi intenses et elle est enchantée du résultat de l'autohémothérapie qui, dit-elle, sans l'avoir absolument guérie, lui a rendu du moins la vie supportable.

Il est à noter que Mme B... a été guérie une première fois pendant sept ans, période coïncidant avec l'allaitement de son fils et qu'elle a été très améliorée dans une deuxième circonstance à la suite des injections de sang.

CHAPITRE IV

Étude clinique tirée des observations citées dans cette thèse et inédites.

En quelques mots, nous avons l'intention de tirer les conclusions pratiques des observations qui précèdent, mais il nous a paru bon de les résumer en un tableau synoptique que nous donnons ci-contre. Nous aurons ainsi devant les yeux le nombre d'injections qui ont été nécessaires, avec le résultat obtenu et les phénomènes cliniques observés.

Les urticaires paraissent constituer un groupe de dermatoses qu'on peut soumettre à l'autohémothérapie avec des chances de succès. On arrive, dans presque tous les cas, à améliorer, sinon à juguler le prurit dont souffre cette catégorie de malades. Ce n'est pas un maigre avantage et les patients savent le reconnaître.

Sur 10 cas d'urticaires traitées ainsi, nous avons eu 2 succès (Obs. IV, VII), 4 améliorations suivies de récides (Obs. I, VIII, IX, XXVI) et 4 guérisons (Obs. II, III, V, VI).

Les prurits autotoxiques sont également influencés par les injections sanguines. Presque toujours, nous avons vu le prurit diminuer d'intensité dès la première injection. Sur les 7 cas que nous avons eu à traiter, nous avons obtenu 4 guérisons (Obs. XIII, XIV, XX, XXI), 1 amélioration (Obs. XV) et 2 succès (Obs. XVI, XVII).

Vient ensuite le groupe des eczémas. Ils nous ont fourni dans 2 cas soumis à la thérapeutique sanguine, 2 succès dont font foi

OBSER- TIONS	NATURE DE L'AFFECTION	NOMBRE d'injections	RÉSULTAT	OBSERVATIONS
I	Urticaire chronique.	8	Amélioration, puis récidive.	Injectons bien supportées. Amélioration notable après la sixième piqûre, mais elle ne s'est pas maintenue.
II	Urticaire généralisée.	5	Guérison complète.	Grande amélioration dès la première injection. Hypotension, leucopénie à la suite des injections.
III	Urticaire généralisée.	2	Guérison.	Disparition de l'urticaire à la suite de la deuxième injection.
IV	Urticaire généralisée.	3	Insuccès.	—
V	Urticaire généralisée.	3	Guérison.	Disparition de l'urticaire à la suite de la troisième injection.
VI	Urticaire du tronc.	5	Guérison.	Disparition de l'urticaire à la suite de cinq injections.
VII	Urticaire généralisée.	2	Insuccès.	Aucune amélioration ne s'est produite. Le prurit est constant.
VIII	Urticaire généralisée.	6	Amélioration, puis récidive.	L'urticaire disparaît à la suite de la première série de piqûres, mais le prurit persiste.
IX	Urticaire généralisée.	6	Amélioration, récidive.	Traitee une première fois par l'autohémotherapie qui amène la guérison de l'urticaire pendant un mois. Récidive traitée sans résultat par une deuxième série d'injections.
X	Eczéma avec prurit.	4	Guérison.	Soulagement notable dès la première injection. Disparition du prurit et de la lichénification à la suite de la quatrième.
XI	Lichen plan généralisé avec prurit.	6	Insuccès.	—
XII	Lichen plan corné avec prurit.	3	Amélioration.	L'amélioration se produit dès la première injection. Disparition des lésions.
XIII	Prurit généralisé.	5	Guérison.	Légère amélioration dès la deuxième injection suivie de guérison à la quatrième.

XIV	Prurit généralisé.	6	Guérison.	Amélioration dès la première injection, puis récidive. A la suite de la deuxième injection, une nouvelle amélioration se produit. De nouveau, récidive suivie de la disparition du prurit à la suite de la sixième.
XV	Prurit sénile.	4	Amélioration.	Grande amélioration après la troisième injection.
XVI	Prurit généralisé.	2	Insuccès.	Le traitement n'a pu être continué.
XVII	Prurit sine materia.	3	Insuccès.	—
XVIII	Urticae simplex circumscrip- tissime gauche.	1	Amélioration dès la première injection.	Le traitement n'a pu être continué.
XIX	Eczéma avec prurit.	6	Guérison après deux séries de six injections.	Une première série de six injections n'amène aucun résultat. Une deuxième série est pratiquée. Amélioration dès la quatrième injection suivie de guérison à la suite de la sixième. Pousée de furonculose pendant le traitement.
XX	Prurit sénile.	6	Guérison.	Grande amélioration notée à la suite de la quatrième injection pratiquée deux minutes après le prélèvement de sang.
XXI	Prurit sénile.	6	Guérison.	Amélioration dès la deuxième injection suivie de guérison à la suite de la sixième.
XXII	Dermatite herpéti- forme.	4	Guérison.	Grande amélioration à la suite de la première injection. Disparition des lésions dès la quatrième. Leucopénie. Hypotension.
XXIII	Dermatite herpéti- forme.	5	Légère amélioration.	Amélioration à la suite de la quatrième injection.
XXIV	Zona brachial.	3	Guérison.	Diminution des douleurs à la suite de la deuxième injection. La troisième amène la disparition du zona.
XXV	Furonculose.	3	Guérison.	La première injection amène une diminution des phénomènes inflammatoires. Les furoncles se dessèchent à la suite de la deuxième. Hypotension. Leucopénie.
XXVI	Urticaire chronique.	13	Grande amélioration.	Amélioration très notable à la suite de la quatrième injection. La maladie se considère comme guérie à la suite de la neuvième.

les observations X et XIX. Pour cette dernière, deux séries d'injections furent cependant nécessaires.

Dans 3 cas de lichen plan, nous n'avons eu que 2 améliorations (Obs. XII, XVIII) et 1 insuccès (Obs. XI). Si l'autohémothérapie les améliore de temps à autre, elle ne les guérit jamais. Les cas de guérison relatés par les autres expérimentateurs nous paraissent constituer des exceptions.

Dans 2 cas de dermatite de Duhring que nous avons eu à traiter, nous avons obtenu 1 guérison et 1 amélioration (Obs. XXII, XXIII). Toutefois, il ne faut pas toujours escompter le succès dans ce cas-là, et il nous souvient d'un malade, dont l'observation d'ailleurs ne figure pas ici, auquel on ne put procurer aucun soulagement.

Trois injections d'autohémothérapie ont donné à M. le professeur Bureau 1 succès manifeste dans 1 cas de zona. Dans cette observation (Obs. XXIV), sans aucune intervention thérapeutique ni locale, ni générale, ces trois injections ont suffi à calmer les réactions douloureuses presque instantanément et à supprimer radicalement les réactions générales.

En somme, l'autohémothérapie a eu des effets très inégaux sur la plupart de ces dermatoses. Nous dirons même qu'il n'existe pas de repères bien précis, et surtout confirmés, qui puissent indiquer son emploi dans une maladie plutôt que dans une autre. Il existe cependant d'heureuses exceptions.

En effet, si nous nous rapportons à l'observation XXV et à toutes celles que nous avons lues à ce sujet, on constate que la furonculose est vraiment très favorablement influencée par la thérapeutique sanguine.

Nous avons observé dans ce cas traité ainsi un merveilleux résultat; les signes fonctionnels et les signes objectifs ont disparu comme par enchantement.

Actuellement, on ne compte plus les guérisons obtenues. Les observations se font chaque jour plus nombreuses et l'on ne saurait trop préconiser cette méthode si simple, pour traiter et guérir des lésions parfois si rebelles aux thérapeutiques habituelles.

Deux remarques s'imposent dans l'interprétation des résultats de l'autohémothérapie.

En premier lieu, l'amélioration peut n'être que de très courte durée, ne persister que deux ou trois jours après l'injection : d'où la nécessité de nouvelles injections et de la méthode des injections rapprochées.

En deuxième lieu, une sédation presque complète de l'affection cutanée s'observe après la première série (Obs. IX), mais si la dermatose se reproduit, l'autohémothérapie, à nouveau employée, sera impuissante contre cette récurrence.

On voit donc qu'à côté de remarquables succès, on trouve en vérité, un moins grand nombre d'échecs. Il ne faut pas croire que l'autohémothérapie soit une panacée capable de guérir la plupart des affections cutanées. En réalité, les insuccès sont nombreux : c'est alors qu'il faut savoir tâtonner, essayer les divers procédés désensibilisants, car la méthode est bien loin d'être au point et demande de nouvelles recherches.

Agite-elle en créant un choc hémoclasique. Si excellent que soit ce terme de « choc », il n'est cependant point parfait. Mais, à coup sûr, il a l'incalculable avantage d'être expressif et de traduire exactement l'allure brutale et cataclysmique des phénomènes qu'on attribue à ce bouleversement cellulaire. Quoi qu'il en soit, la question reste pendante et, comme le dit spirituellement M. Milian, « nulle oreille n'a encore entendu le fracas de ce choc dans nos capillaires ».

A notre avis, interviennent les phénomènes de choc hémoclasique, comme la plupart des auteurs l'admettent. Les tests sphymomanométriques et hématologiques que nous avons décelés chez 3 de nos malades le prouveraient (Obs. II, XXII, XXV), mais ce choc est vraiment réduit au minimum.

Il faut admettre aussi que l'état du sang, lorsque celui-ci se trouve dans la seringue, doit évidemment être le siège d'une série de modifications qu'il n'est pas possible d'analyser et de comprendre. Nous voyons qu'il se coagule très rapidement et que les globules rouges s'altèrent. Ce sang, ainsi modifié et réinjecté dans le tissu cellulaire ou musculaire, doit subir une

résorption lente se produisant en grande partie par voie lymphatique.

Il y a, entre la constitution du sang et celle du liquide lymphatique, des différences qui ne portent pas seulement sur les éléments figurés, mais très vraisemblablement aussi sur les substances dissoutes qui jouent un rôle dans les phénomènes d'immunité, de colloïdoclasie ou d'anaphylaxie.

Peut-être le passage du sang dans les voies lymphatiques, tel que le réalise l'injection du sang dans les espaces interstitiels, sollicite des réactions de défense favorables.

A l'appui de cette hypothèse et sur le conseil de M. le professeur Dubreuilh, nous avons attendu à chaque séance deux minutes avant de réinjecter le sang (Obs. XX) et nous avons constaté chaque fois une grande amélioration suivie de guérison à la fin du traitement. Peut-être le sang subit des modifications d'autant plus grandes que le laps de temps où il séjourne en dehors de l'organisme est plus long. Telle est l'hypothèse qu'il serait bon de vérifier.

Quoi qu'il en soit de son mode d'action, l'autohémothérapie est une méthode simple, anodine, susceptible de donner des résultats et qui mérite d'être tentée et étudiée de plus près.

Mais il faut savoir qu'à elle seule elle ne suffit pas. Ravaut et de nombreux auteurs insistent, en effet, particulièrement sur la nécessité absolue, si l'on veut obtenir des résultats durables, de traiter avec soin le terrain (hérédosyphilis, syphilis, tuberculose), les troubles éventuels du système endocrino-sympathique et l'insuffisance possible des organes primordiaux (foie en particulier) qui sont à la base de la viciation du trouble humoral, facteur si important de certaines dermatoses.

On ne devra jamais non plus laisser de côté le traitement externe. Que le dermatologiste lutte contre la cause profonde et souvent mystérieuse, soit, mais qu'il cherche également à en modifier les conséquences au niveau des téguments. La peau souffre, comme l'a dit si justement Darier, il faut la soulager. C'est l'association étroite de la médication générale et de la médication locale qui peut seule nous permettre d'obtenir des résultats rapides et durables.

CHAPITRE V

Indications de l'autohémothérapie.

Loin de nous la prétention d'affirmer que l'autohémothérapie guérit toutes les affections pour lesquelles elle est employée ; nous pouvons même dire que pour certaines elle conduit à un échec presque sûr.

L'histoire de l'autohémothérapie nous apprend que cette méthode a été utilisée dans diverses maladies. Avant d'étudier ses applications en dermatologie et en vénéréologie, passons en revue les nombreux cas de médecine générale où elle fut employée.

Ramond obtint avec cette méthode des résultats assez heureux dans le traitement des hémoptysies chez les tuberculeux. Mouriquand lui doit des succès dans la maladie de Schoenlein et les anémies cryptogénétiques. Durand obtient de très bons résultats dans la migraine, Sicard dans le rhume des foins, Kahn et Emskeimer dans l'asthme. Brodin, Lesné et Saint-Girons s'en servirent aussi dans des cas de grippe, mais « ils n'utilisaient que le plasma sanguin à des doses variant entre 100 et 200 cc. ».

Aucun succès dans la pneumonie. La fièvre seule paraît légèrement influencée.

Il faut aussi citer un cas où l'autohémothérapie a rendu service pour arrêter des hémorragies consécutives à l'injection de novarsénobenzol. Sicard, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 3 novembre 1922, à propos d'une communication précédente de Em. Weil et Isch Weil, a utilisé cette thérapeutique en injectant sous la peau de l'abdomen ou de la cuisse de 100 à 120 cc. de sang. Il a obtenu un très bon résultat.

L'ophtalmologie elle-même a eu recours à cette méthode. J. Petit, dans les *Annales d'oculistique*, n° 9, septembre 1922, signale une sclérite à répétition guérie en apparence par l'auto-hémothérapie, à raison d'une injection de 12 cc. de sang sous la peau de la région de l'épaule.

Enfin Girbal, de Marseille, a utilisé l'autohémothérapie chez un malade atteint de fièvre de Malte et a pu voir la température tomber après la quatrième injection. Quelques semaines après, le malade sortait de l'hôpital ne présentant plus d'accès fébriles.

Les indications de l'autohémothérapie en dermatologie sont plus fréquentes et ont été beaucoup mieux étudiées. On peut dire que presque toutes les maladies ont sollicité son concours. Aussi, sans tenter une classification, nous énumérerons simplement les résultats obtenus.

L'autohémothérapie a donné dans le traitement de l'urticaire de très beaux succès à Ravaut, Nicolas, Gaté et Dupasquier; les mêmes ont obtenu d'excellents résultats dans les prurigos chronique, avec lichénification, Achard et Flandrin dans la maladie de Quincke.

Les prurits simples qui ne s'accompagnent pas de lésions de grattage ou qui ne traduisent pas une insuffisance hépatique ou rénale sont souvent améliorés ou guéris.

Dans l'eczéma vrai, les avis sont partagés. Les résultats sont essentiellement variables; dans quelques cas, la guérison a pu s'ensuivre, dans d'autres, amélioration, échec ou même aggravation.

Dans les dermatites polymorphes douloureuses, les résultats de la méthode ont été particulièrement intéressants. Ravaut, Nicolas, Gaté, Dupasquier, Raspiller, Fauvet, ont rapporté de beaux succès. Louste, Thibaut et Barbier signalent dans deux cas d'herpès récidivant une amélioration très nette; les récides ne se sont pas produites pendant le traitement.

L. Spillmann et Raspiller ont publié à la Réunion dermatologique de Nancy, du 12 mai 1923, les bons résultats obtenus de l'autohémothérapie dans le traitement du zona.

Alors que cette pénible affection résiste souvent à toute

thérapeutique et que le symptôme douleur est des plus difficiles à calmer, il résulte de l'ensemble des observations publiées que les injections de sang total ont une influence très rapide, tant sur le phénomène éruptif que sur les symptômes névralgiques.

« La première injection de sang, écrit Spillmann, fut presque toujours suivie de la disparition soudaine des phénomènes douloureux et du flétrissement des lésions vésiculaires. »

Dans le premier cas publié par cet auteur, la guérison complète fut obtenue cinq jours après la première injection.

Même succès pour M. le professeur Bureau, de Nantes.

Toutefois, il est difficile dans le zona de se rendre compte de l'action de l'autohémothérapie sur l'éruption. C'est en effet une affection qui guérit sans aucune intervention thérapeutique et il est à croire que la méthode sanguine agit surtout sur la douleur névralgique seule.

Certaines infections cutanées et certaines dermatoses infectieuses enfin paraissent, dans certains cas, nettement influencées par la méthode.

La furonculose est à placer au premier rang. D'après Thorel, Fauvet, Ragiote, Spillmann, Nicolas, J. Gaté et Dupasquier, ce serait le triomphe de l'autohémothérapie. Elle s'est montrée souvent remarquable dans des cas anciens et récidivants où tout avait échoué, y compris les vaccins. Deux affections se rapprochant de la furonculose, l'hydrosadénite des aisselles et l'anthrax auraient été favorablement influencés par la thérapeutique sanguine, d'après Thorel et Fauvet.

Les autres infections cutanées récidivantes (pyodermites, folliculites) ne sont, par contre, pas ou peu sensibles à la méthode.

Darier et Flandin signalent l'heureux effet obtenu par l'autohémothérapie dans des cas de récides interminables de trichophyties cutanées.

Enfin, Louste et Barbier ont utilisé la méthode dans le lichen plan, le psoriasis, les dermatites exfoliatrices, mais ils n'ont pas obtenu de succès jusqu'à présent.

En vénéréologie, l'autohémothérapie rencontre parfois des applications. La blennorragie et surtout les complications articulaires, l'orchite blennorragique, les bubons chancrelleux, les bartholinites (Huber) seraient rapidement améliorés et même guéris par cette méthode.

Aucun résultat n'a été obtenu dans le traitement de la lymphogranulomatose.

On voit, en somme, par ce qui précède que les affections cutanées au cours desquelles a été tentée avec un certain succès l'autohémothérapie constituent un groupe assez disparate et il est troublant de constater combien les succès sont inconstants. Qui dira jamais pourquoi tel cas d'urticaire, de prurit, de lichen, etc., est guéri par la thérapeutique sanguine, alors que tel autre sera rebelle à son action ?

Malgré cela, l'autohémothérapie, par l'extrême simplicité de sa technique, mérite d'être très largement employée. Elle verra s'étendre les limites actuelles de ses indications qui se préciseront à mesure que se compléteront les notions sur les dermatoses en question et que son mode d'action sera mieux connu.

CONCLUSIONS

1° L'autohémothérapie est d'une technique simple, à la portée de tous les praticiens; c'est une méthode inoffensive, susceptible de donner des résultats favorables et qui mérite d'être appliquée et étudiée de plus près;

2° D'après les conceptions actuelles, on peut la classer avec les méthodes de désensibilisation non spécifique ou à côté d'elles. Elle sera, non pas préférée à d'autres, mais employée parallèlement, car chaque cas réagit d'une manière particulière;

3° On peut l'employer, en premier lieu, dans des dermatoses essentiellement prurigineuses, la plupart dues à des intoxications autogènes (urticaires, eczémas, prurits), dans des réactions cutanées d'origine incertaine (dermatite de Duhring, lichen plan, zona); en second lieu, dans un groupe d'infections cutanées et, avant tout, la furonculose; enfin, dans d'autres états encore, mais avec des résultats moins précis;

4° Son action thérapeutique est parfois surprenante d'efficacité et de rapidité; elle peut être définitive, passagère aussi, nulle quelquefois;

5° Les phénomènes de la crise vasculo-sanguine que nous avons observés nous permettent de penser que l'autohémothérapie agit en déterminant un choc hémoclasique dû aux modi-

fications que subit le sang, soit dans la seringue, entre la prise de sang et sa réinjection, soit dans le tissu musculaire, avant sa résorption. Peut-être faut-il admettre que le passage du sang dans les voies lymphatiques, tel que le réalise l'injection de sang dans les espaces interstitiels, sollicite des réactions de défense favorables.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
W. DUBREUILH.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 28 février 1924.
Pour le Recteur de l'Académie :

Le Doyen délégué,
C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE (1)

- ACHARD et FLANDIN. — Traitement de l'urticaire à répétition et de la maladie de Quincke par l'autohémothérapie désensibilisatrice. Société médicale des hôpitaux, 21 mai 1920.
- Autosérothérapie par voie sous-cutanée dans deux cas de rhume des foins. Société de médecine des hôpitaux de Paris, 26 juin 1914.
- ARLOING et LANGERON. — Données expérimentales sur la valeur sémiologique de la leucopénie des crises hémoclasiques. Société médicale des hôpitaux de Lyon, 12 décembre 1922.
- ARTHUS. — De l'anaphylaxie à l'immunité. Masson, 1921.
- ARTAUD DE VEVEY. — L'autohémothérapie dans quelques dermatoses. *Monde médical*, 1^{er} novembre 1922, n° 613, p. 699.
- BESREDKA. — Anaphylaxie et antianaphylaxie. Masson, 1917.
- BOURGES et MARCANDIER. — A propos du traitement de l'encéphalite épidémique. Essais favorables tirés de l'autohémothérapie dans les formes à évolution trainante. *Bulletin général de thérapeutique*, 1920, p. 672-676.
- BILLARD. — De quelques modifications sanguines au cours de l'autohémothérapie dans le cancer. *Gazette des hôpitaux*, n° 59, 24 et 25 juillet 1923.
- BILLAUX. — L'autohémothérapie par ventouses dans la furonculose et l'anthrax. *Journal des sciences médicales de Lille*, 24 juin 1923.

(1) Le nombre des publications sur ce sujet étant considérable, nous n'avons pas la prétention de les avoir toutes lues. Nous nous bornerons à ne citer dans cet index que les articles que nous avons consultés.

- BRODIN, LESNE et SAINT-GIRONS. — Autoplasmothérapie dans la grippe. Société de biologie, 15 mars 1919.
- CASTAIGNE et PAILLARD. — L'autohémothérapie dans les affections cutanées. *Journal médical français*, 1913, p. 306.
- CREINISSE. — L'autosérothérapie et l'autohémothérapie dans les dermatoses. *Presse médicale*, 30 avril 1921, p. 345.
- CRESPIN et M^{lle} ATHIAS. — L'autohémothérapie dans les anémies. *Bulletin général de thérapeutique*, 1920, p. 274.
- DARIER (J.). — Introduction au traité de pathologie médicale de Sergent. Paris, 1923.
- DARIER et FLANDIN. — La prédisposition dans les dermatoses. *Bulletin médical*, 24-27 janvier 1923, p. 92.
- DESCARPENTRIES. — Les injections d'autosang hémolysé en chirurgie générale. Société de médecine du Nord, 26 mai 1922, XXXI^e Congrès français de chirurgie, Paris, 2-7 octobre 1922.
- DUMOLLARD. — Étude critique de l'autohémothérapie en dermatologie. Thèse de Lyon, 1923.
- DURAND. — Migraine et autohémothérapie. Société thérapeutique, 12 janvier 1921.
- ENGMANN et WANDER. — L'application de la sensibilisation cutanée aux affections de la peau. *Arch. of dermatology*, Chicago, mars 1921.
- FAUVET. — Contribution à l'étude de l'autohémothérapie en dermatologie, et particulièrement dans la furonculose. Paris, thèse médicale, 1922, n^o 15.
- FLANDIN. — Pathogénie et traitement de l'urticaire. *Bulletin médical*, 22 décembre 1920.
- FLANDIN et TZANCK. — L'autoplasmothérapie désensibilisatrice. *Bulletin médical*, 7-10 septembre 1921, p. 723.
- FOUQUET. — L'autosérothérapie dans les affections cutanées. *Journal de médecine internationale*, 1914, p. 16.
- GALUP. — Infection grippale et autohémothérapie. *Paris médical*, 12 mars 1921.
- GASTOU, PONTOISEAU et DUTRY. — L'autohémothérapie dans le traitement des dermatoses. Contribution à l'étude de l'opothérapie sanguine. Société de médecine de Paris, 24 juin 1922.

- GIRBAL. — Fièvre de Malte guérie par l'autohémothérapie. *Journal des praticiens*, février 1922.
- GOLAY. — Sur le rôle du système sympathique dans la pathogénie d'un grand nombre de dermatoses. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, août-septembre-octobre-novembre 1922.
- HUBER. — Essais de traitement des bartholinites par l'autohémothérapie. *Dermatol. Wochenschr.*, t. LVIII, n° 2, 10 janvier 1914, p. 41-43.
- JOLTRAIN. — Quelques cas d'urticaire traités par l'antianaphylaxie. Société de médecine des hôpitaux de Paris, 6 juin 1919.
- KAHN et EMSKEIMER. — Traitement de l'asthme par l'autohémothérapie. *Münchener med. Wochenschrift*, 27 januar 1912, n° 11, p. 374.
- LAMY (Lucien). — Traitement des cancéreux par l'autohémothérapie. *Progrès médical*, 1922, n° 10.
- LAROCHE, RICHET (Ch.) fils et SAINT-GIRONS. — L'anaphylaxie alimentaire. *Les actualités médicales*, Baillière, 1919.
- LAUZE. — L'autohémothérapie dans les maladies infectieuses à forme trainante. Société de médecine des hôpitaux de Paris, 31 mars 1922, p. 538.
- LEBŒUF. — Essai de traitement des bubons chancrelleux par l'autohémothérapie. Société médicale des hôpitaux de Lyon, 6 mars 1923.
- LELLOUCHE. — L'autohémothérapie. Traitement des anémies. Alger, thèse médicale, 1920, n° 41.
- LESCHI. — Origine anaphylactique de l'urticaire et son traitement par la peptone. Bordeaux, thèse médicale, 1920-1921, n° 61.
- LOEPER. — Les réactions leucocytaires. *Progrès médical*, 23 janvier 1920, p. 37.
- LOEPER, DEBRAY et TONNET. — L'action de l'auto-sérothérapie sur les albumines et les lipoides du sérum cancéreux. *Progrès médical*, 1921, n° 10.
- LOUSTE (A.). — Considérations sur la physiologie pathologique et la pathogénie de l'urticaire, 198-203. *Paris médical*, 920.
- LOUSTE, THIBAUT et BARBIER. — Autohémothérapie dans les dermatoses. *Journal médical français*, octobre 1923.

- LYON. — Auto et hétéro-sérothérapie. Auto et hétéro-hémothérapie. *Bulletin médical*, 11-14 avril 1923.
- MATTEL. — Modifications leucocytaires au cours de l'autohémothérapie. Société de biologie, 26 juin 1913.
- MAURIAC et CABOUAT. — Contribution à l'étude des variations de la formule leucocytaire chez l'homme normal. *Paris médical*, 21 mai 1921, p. 407.
- MAURIAC (P.) et MOUREAU (M.). — *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 2, 25 janvier 1923.
- MAYER et LINDSER. — Ein Versuch Schwangerschaftstoxicosen durch Einspritzungen von Schwangerschaftsserum zu heilem. *Münchener med. Wochenschrift*, 27 décembre 1911, n° 52.
- MILIAN. — L'hétérothérapie. Société médicale des hôpitaux, 20 octobre 1922.
- MOURIQUAND. — L'autohémothérapie citratée dans les infections à forme trainante. Société médicale des hôpitaux de Lyon, 13 avril 1920.
- Autohémothérapie dans la pleurésie séro-fibreuse et la péritonite tuberculeuse à forme ascitique de l'enfant. Société médicale des hôpitaux de Lyon, 10 mai 1921.
- MOUTIER et RACHET. — Syndrome hémoclasique et autohémothérapie. Société de biologie, 13 janvier 1923, p. 21.
- NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER. — Deux cas de prurigo rebelle guéris par l'autohémothérapie. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, mars 1921.
- Réactions cliniques dans l'autohémothérapie de quelques dermatoses. Société de biologie, 28 novembre 1921, p. 1036.
- Considérations sur l'autohémothérapie en dermatologie. I^{er} Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française. Paris, Hôpital Saint-Louis, 6, 7, 8 juin 1922, Masson, 1923.
- L'autohémothérapie en dermatologie. *La Médecine*, novembre 1922, p. 147.
- Sur certaines réactions cliniques dans l'autohémothérapie. Société de biologie, 1923, p. 211.
- Nouveaux essais d'autohémothérapie dans les dermatoses :

- réactions du type sérique. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, avril 1922, n° 4.
- PAGNIEZ. — Recherche de l'anaphylaxie dans deux cas d'intolérance pour l'antipyrine. Société médicale des hôpitaux de Paris, 6 mars 1914.
- PAGNIEZ et PASTEUR-VALLERY-RADOT. — Étude physiopathologique et thérapeutique d'un cas d'urticaire géante. Anaphylaxie et antianaphylaxie alimentaires. *Presse médicale*, 23 novembre 1916, p. 529.
- Nouvelles observations d'antianaphylaxie digestive. Société médicale des hôpitaux de Paris, 6 juin 1919.
- L'antianaphylaxie digestive. *Annales de médecine*, octobre 1920, p. 303.
- Antianaphylaxie digestive; traitement de certaines urticaires et dermatoses. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1920, p. 436.
- PAGNIEZ et DE GENNES. — Urticaire par tachyphagie. Société médicale des hôpitaux de Paris, 22 avril 1921.
- PAGNIEZ. — L'antianaphylaxie, ses applications cliniques et thérapeutiques. *Journal médical français*, mars 1922.
- PAILLARD. — La protéinothérapie. *Progrès médical*, février 1920, p. 61
- Travaux récents sur l'autohémothérapie. *Le Progrès médical*, 1923, n° 10.
- PASTEUR et ROUX. — Protéinothérapie et autosérothérapie. *Annales de l'Institut Pasteur*, février 1887.
- PASTEUR-VALLERY-RADOT et HAGUENAU. — Succession des crises d'urticaire, d'asthme et de grande anaphylaxie chez un jeune homme sensibilisé à l'ovalbumine. Société médicale des hôpitaux de Paris, 1921.
- PERY et FAVREAU. — Ptyallisme et autohémothérapie. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1921.
- PETIT (Paul-J.). — Sclérite à répétition. Guérison apparente par l'autohémothérapie désensibilisatrice. *Annales d'oculistique*, septembre 1922.
- PONTOISEAU et DUTREY. — L'autohémothérapie dans les maladies cutanées. Société de médecine de Paris, 24 juin 1922.

- QUÉRY. — Traitement de la blennorrhagie aiguë et de ses complications par l'autohémothérapie (Méthode de Wolf). Société de pathologie comparée, in *Presse médicale*, 1921, n° 88, p. 880.
- A propos du traitement de l'hémoptysie des tuberculeux. *Progrès médical*, 14 septembre 1912, p. 452.
- RAMOND. — L'autohémothérapie dans les maladies infectieuses à forme traînante. Société médicale des hôpitaux de Paris, 7 avril 1922, p. 578.
- RAMOND et GOUBERT. — Autohémothérapie dans la fièvre typhoïde. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1915, p. 205 à 208.
- RAGIOT. — De l'autohémothérapie dans la furonculose. Thèse de Bordeaux, 1922-1923, n° 56.
- RASPILLER. — Contribution à l'étude de l'autohémothérapie dans les dermatoses. Thèse de Nancy, juin 1923.
- RAVAUT. — Essai sur l'autohémothérapie dans quelques dermatoses. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, mai 1913, p. 292.
- Autohémothérapie. *Presse médicale*, supplément du 7 octobre 1922.
- RAVAUT et SPILLMANN. — Sensibilisation et désensibilisation dans les affections cutanées. II^e Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, Masson, éditeur, 1923.
- RICHEL. — L'anaphylaxie, 1 volume, 1914, Alcan, éditeur, Paris.
- ROMAIN et RAMBAUT. — Guérison d'une urticaire chronique par l'autohémothérapie. Société du Languedoc, in *Presse médicale*, 11 mars 1922, n° 20, p. 218.
- RUBY. — Essais d'autohémothérapie dans les dermatoses. Lyon, thèse médicale, 1921-1922, n° 2.
- SABRAZÈS et BONNIN. — Iso-séro-hémothérapie. *Paris médical*, 1912, p. 529-535.
- SANTENOISE et TINEL. — Modifications des variations leucocytaires du choc peptonique consécutives à des modifications de l'excitabilité du système nerveux organo-végétatif. Société de biologie, 19 novembre 1921, p. 903.
- SCHULMANN. — Le traitement autohémophtérique de l'œdème angio-

- neurotique (maladie de Quincke). Société médicale des hôpitaux de Paris, 25 juin 1920.
- SICARD et GUTMANN. — Autohémothérapie et épilepsie. Étude des réactions hémolytiques. Société médicale des hôpitaux de Paris, 19 juillet 1912, p. 192.
- SICARD. — Autohémothérapie sous-cutanée du rhume des foins. Société médicale des hôpitaux de Paris, 17 juillet 1914.
- De l'emploi de l'autohémothérapie en médecine. Société médicale des hôpitaux de Paris, 3 novembre 1922.
- SICARD (J.). — Autohémothérapie et homohémothérapie. *Marseille médical*, 1^{er} mai 1918.
- SPIETHOFF. — Zur therapeutischen Verwendung des Eigenserums. *Munch. med. Woch.*, 11 mars 1913, p. 521.
- SPILLMANN et WATRIN. — Traitement de la dermatite exfoliatrice par l'autohémothérapie. *Revue médicale de l'Est*, 1914, p. 182.
- SPILLMANN. — L'autohémothérapie dans le zona. *La Vie médicale*, n° 44, 7 décembre 1923.
- TRIBET. — Un cas d'eczéma chronique généralisé guéri par l'autohémothérapie. Comité médical des Bouches-du-Rhône, 6 janvier 1922, in *Presse médicale*, 11 mars 1922, p. 217.
- TZANCK. — Autosérothérapie désensibilisatrice de l'herpès récidivant. *Bulletin de la Société française de dermatose et de syphiligraphie*, 8 décembre 1921, p. 489.
- Traitement des eczémas professionnels par l'autohémothérapie. *L'Hôpital*, août 1921 (B), n° 58.
- VANDESCAL. — Vomissements incoercibles et autohémothérapie. Société d'obstétrique et de gynécologie, 13 février 1922.
- VOISIN (A.). — Sur deux cas de cachexie traités chez des aliénés par des injections de sang défibriné. *Progrès médical*, Paris, 1875, p. 763-764.
- WIDAL (F.). — Le choc anaphylactique et le choc protéique. La crise hémoclasique. Le symptôme urticarien. *Journal des praticiens*, 25 décembre 1920, n° 52, p. 820.
- WIDAL, ADAMI, BRISSAUD, JOLTRAIN. — Réactions d'ordre anaphylactique dans l'urticaire. La crise hémoclasique initiale. Société médicale des hôpitaux de Paris, 12 février 1914.

- WIDAL, ABRAMI, BRISSAUD. — A propos de l'utilisation thérapeutique des chocs anaphylactiques. Société médicale des hôpitaux de Paris, 12 juin 1914.
- Étude sur certains phénomènes de chocs observés en clinique. Signification de l'hémoclasie. *Presse médicale*, 5 avril 1920, p. 181.
- Considérations générales sur la protéinothérapie et le traitement par le choc colloïdoclasique. *Presse médicale*, 5 mars 1921, p. 181.
- WIDAL, ABRAMI et P.-VALLERY-RADOT. — L'antianaphylaxie. XV^e Congrès français de médecine, Strasbourg, in *Presse médicale*, 1^{er} octobre 1921, p. 781.
- WIDAL, ABRAMI et LERMOYEZ. — Anaphylaxie et idiosyncrasie. *Presse médicale*, 4 mars 1922, p. 189.
- WIDAL et P. VALLERY-RADOT. — Anaphylaxie à l'antipyrine apparue après une longue phase de sensibilisation. Désensibilisation. *Presse médicale*, 4 février 1920, p. 93.
- YTHIER. — Étude sur l'interprétation de l'épreuve de l'hémoclasie digestive en clinique. Montpellier, thèse médicale, 1920-1921, n° 153.





