

Gazette hebdomadaire

des

Sciences Médicales de Bordeaux

—  
**Extrait**

PROP. AGRÉGÉ ROGER FABRE ET D<sup>R</sup> G. PAILLOUX

**LE TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE  
PAR L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE**

BORDEAUX  
IMPRIMERIE MODERNE

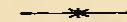
2, Rue Paul-Bert, 2

1936

## LE TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE PAR L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE <sup>(1)</sup>

Par

le Professeur agrégé Roger FABRE (de Bordeaux)  
et le docteur G. PAILLOUX (de Puisseguin)



Depuis plusieurs années nous avons entrepris, indépendamment d'abord, en collaboration ensuite, une série de recherches, sur l'action thérapeutique de l'autohémothérapie dans les états d'hypertension artérielle. Les résultats obtenus se sont montrés particulièrement encourageants et durables. Aussi croyons-nous devoir attirer l'attention médicale sur cette méthode dont le mécanisme d'action peut, à première vue, paraître encore plein de mystère. On pourrait d'ailleurs en dire autant de bien des méthodes thérapeutiques dont l'efficacité pourtant ne laisse aucun doute.

Dans la plupart des états hypertensifs, l'autohémothérapie a pour conséquence de provoquer une diminution, souvent importante de la tension artérielle, et d'une manière presque constante la disparition des troubles subjectifs liés à l'hypertension. L'amélioration constatée se montre durable en dehors de tout autre traitement.

Ce sont là des faits objectifs facilement contrôlables, que nous devons chercher à comprendre.

Voici tout d'abord une série d'observations prises dans un dossier beaucoup plus important (notre expérience personnelle porte en effet sur environ deux cents injections autohémothérapeutiques). La technique utilisée est simple : ponction veineuse au pli du coude d'une quantité de sang égale au moins à 25 ou 30 centimètres cubes et réinjection immédiate dans le tissu

(1) Extrait de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 10, 8 mars 1936.

cellulaire sous-cutané profond, face externe de la cuisse. Il est inutile de mélanger au sang une solution anticoagulante de citrate de soude. Parfois cependant pour faciliter la prise de sang, nous avons lubrifié la seringue avec 1 ou 2 gouttes d'huile stérilisée.

Les injections se font à raison de une à deux chaque semaine. Nous n'avons jamais fait plus de cinq ou six injections.

Toutes les déterminations tensionnelles ont été faites avec l'oscillographe de Boulitte, de manière à conserver un document graphique et à réduire au minimum la part d'interprétation tenant à l'observateur. Les critères utilisés sont les critères aujourd'hui classiques de l'oscillométrie indiqués par Pachon et Fabre.

OBSERVATIONS

I. Léonard P..., 60 ans, cultivateur. Mère morte à 74 ans, hémiplegique. Rien à signaler dans les antécédents personnels, sauf un état de petit éthylisme (vinisme). Nous sommes appelé auprès du malade, 12 août 1932. Il a été frappé d'hémorragie cérébrale un mois auparavant avec hémiplegie droite totale. Aphasie légère, hypertrophie cardiaque, bruit de galop, tension artérielle  $Mx=23$ ,  $Mn=12$ . Traitement conseillé : purgation énergique.

Le 27 août 1932, même état, hémiplegie totale droite.

Tension artérielle  $Mx=20$ ,  $My=12$ ,  $Mn=10$  (fig. I, tracé inférieur).

On pratique alors une injection autohémotherapique de 30 centimètres cubes. Dix minutes plus tard on relève les valeurs de la tension artérielle qui sont devenues (fig. I, tracé supérieur).

$Mx=14$ ,  $My=11,5$ ,  $Mn=9$

On constate alors que le malade peut lever le bras et l'avant-bras droits et porter la main à son visage. Il tend la main et serre assez fortement celle que nous lui tendons. Le membre inférieur droit n'a subi aucune modification.

3 septembre 1932. Le malade est en voie d'amélioration très nette. Récupération manifeste de la motricité du membre supérieur. La marche est hésitante, en fauchant, mais néanmoins possible. L'aphasie a disparu.

Tension artérielle :  $Mx=15$ ,  $My=11,5$ ,  $Mn=9$ .

On pratique une autohémotherapie de 30 centimètres cubes. Dix minutes plus tard les tensions sont :

$Mx=13$ ,  $My=9,5$ ,  $Mn=8,5$ .

24 septembre 1932. Le malade mange et marche seul.

Etat général satisfaisant  $Mx=15$ ,  $Mn=8,5$ .

Nouvelle autohémotherapie de 30 centimètres cubes.

10 octobre 1932. Amélioration continue, même tension artérielle.

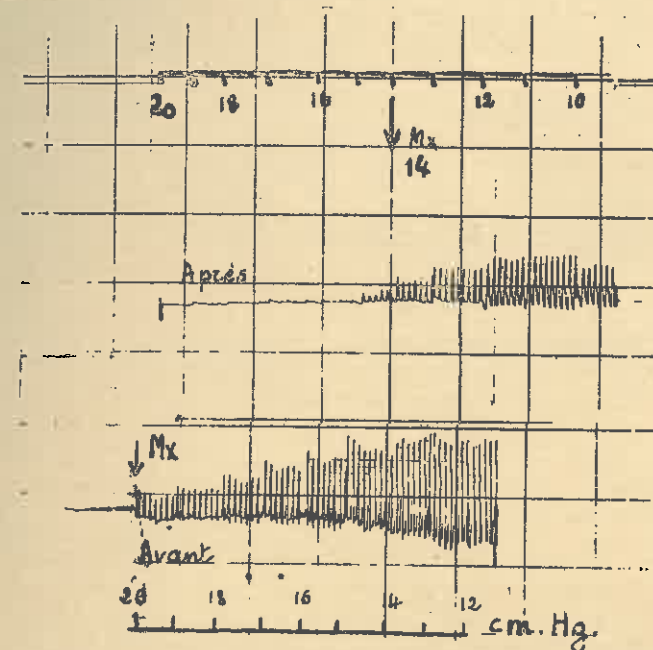


FIG. I. — Tracés oscillographiques (double brassard huméral)

6 décembre 1932. Etat général très satisfaisant. La marche est à peu près normale.

Tension artérielle :  $Mx=15$ ,  $Mn=8,5$ .

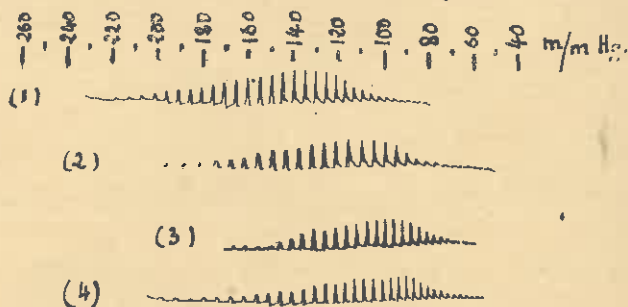
Actuellement l'état du malade est aussi satisfaisant que possible.

II. Madame R..., 63 ans. Hypertension artérielle ancienne. Irritabilité excessive, quelques vertiges, asthénie. Malgré une vie régulière et un régime adéquat, la tension est stabilisée à  $Mx=19$ ,  $Mn=11,5$ . A fait récemment des accidents spasmodiques pendant quelques heures, avec parésie des membres inférieurs et difficulté du langage articulé.

Avant la première injection autohémotherapique, la tension est de  $Mx=19,5$ ,  $Mn=11,5$  (voir figure II, tracé n° 1).

Trois heures après cette première injection, la tension devient  $Mx=16$ ,  $Mn=9$  (tracé n° 2).

Une deuxième injection autohémotherapique de 30 centimètres cubes est pratiquée huit jours après. La tension à ce moment est de  $Mx=16,5$ ,  $Mn=9,5$ . Nouvelle prise de tension huit jours après la deuxième injection :  $Mx=15$ ,



Tensiographe de G. BOULITTE (Breveté S. G. D. G.)

Fig. II. — Tracés oscillographiques (brassard simple)

$Mn=8$  (tracé 3). On ne fait pas de nouvelle autohémotherapie en raison de l'amélioration évidente.

Nouvelle prise de tension quinze jours plus tard, c'est-à-dire un mois après le début du traitement  $Mx=15,5$ ,  $Mn=8,5$  (tracé 4). Amélioration subjective persistante.

III. Charlotte B..., 63 ans, Hypertendue ayant fait à plusieurs reprises de très petits ictus avec parésie du membre supérieur gauche. Ne suit aucun traitement, céphalées violentes et tenaces, visage pâle, vertiges, mouches volantes, insomnies, hypertrophie cardiaque, bruit de galop, pas d'œdèmes.

10 septembre 1932.  $Mx=22$ ,  $My=14,5$ ,  $Mn=10$ .

On pratique une autohémotherapie de 30 centimètres cubes, trente minutes plus tard les tensions sont :

$Mx=18$ ,  $My=11,5$ ,  $Mn=9$ .

17 septembre 1932. La malade se sent très améliorée. Aucun traitement médicamenteux pendant cette semaine.

Les tensions sont alors :  $Mx=19$ ,  $Mn=9,5$ .

Nouvelle autohémotherapie de 30 centimètres cubes.

Le 24 septembre 1932 les tensions sont :

$Mx=14$ ,  $My=10,5$ ,  $Mn=8,5$ .

Nouvelle autohémotherapie de 30 centimètres cubes. Vingt minutes après les tensions sont :  $Mx=12$ ,  $Mn=6$ .

A ce moment la malade présente un léger état syncopal durant quelques secondes sans aucune fatigue consécutive. Elle repart chez elle à pied à 4 kilomètres.

Signalons que depuis bientôt quatre ans que nous pratiquons l'autohémotherapie, c'est la seule défaillance — sans gravité d'ailleurs — qu'il nous a été donné d'observer.

IV. Albert G..., 54 ans, vétérinaire. Hypertension depuis plusieurs années, a fait une saison à Royat en 1931. Céphalées persistantes, bourdonnements d'oreille, vertiges, brouillards, mouches volantes, dyspnée d'effort, rétrosternalgie, azotémie normale. Pas d'albuminurie. Examen microscopique du sédiment urinaire normal. Tension artérielle le 10 août 1935 :

$Mx=21$ ,  $My=13,5$ ,  $Mn=10$ .

On pratique une injection autohémotherapique de 30 centimètres cubes le 12 août 1935.

La tension mesurée le 21 décembre 1935 est de :

$Mx=18$ ,  $My=12,5$ ,  $Mn=8,5$ .

On fait alors une injection de 30 centimètres cubes de sérum physiologique. Trente minutes après les tensions sont :

$Mx=17,5$ ,  $My=11,5$ ,  $Mn=7,5$ .

Après quatre autres autohémotherapies à intervalle d'une semaine, les tensions sont le 8 février 1936 :

$Mx=16$ ,  $My=10$ ,  $Mn=7$ .

Les troubles subjectifs ont totalement disparu. Etat d'euphorie totale

V. M<sup>me</sup> A..., 55 ans. Hypertension, depuis plusieurs années, fait régulièrement une cure à Royat chaque année. Malgré un régime alimentaire hypotoxique, la tension se maintient d'une manière constante aux valeurs suivantes :  $Mx=20$ ,  $Mn=12,5$  et la malade se plaint surtout de malaises subjectifs liés à son hypertension. On décide de faire un traitement autohémotherapique.

Le lendemain de la première injection la tension est de  $Mn=11$ ,  $Mx=18$ . Les injections sont faites au rythme de

une par semaine et la tension se stabilise à  $Mx=17$ ,  $Mn=11$ .

La malade accuse spontanément une euphorie très manifeste, sensation de bien-être et disparition des troubles subjectifs. Elle nous écrit en particulier : « Je dors beaucoup mieux, je suis plus disposée à marcher, à promener. Je me sens moins fatiguée, ma tête est plus légère et plus lucide. Je n'ai plus de fourmillements aux mains, comme j'en avais tant avant ce traitement. »

VI. Louis D..., 60 ans, cultivateur, emphysème pulmonaire, hypertension artérielle. Mère morte à 56 ans d'hémorragie cérébrale, une sœur âgée de 63 ans, hémiplegique depuis trois ans.

Le malade se plaint de dyspnée, céphalées violentes, vertiges, mouches volantes, insomnies, irritabilité, fourmillements dans les extrémités, angoisse précordiale, etc..., facies congestif.

A l'examen le 17 novembre 1934, les tensions relevées sont :  $Mx=24$ ,  $My=13$ ,  $Mn=7$ .

Le pouls est à 96.

On pratique aussitôt une autohémothérapie de 30 centimètres cubes. Quinze minutes après les tensions sont :

$Mx=21$ ,  $My=13$ ,  $Mn=8$ .

Le pouls est à 84.

Le malade accuse immédiatement et spontanément une sensation de bien-être considérable. L'état vertigineux a disparu presque complètement.

Le 19 novembre 1934. Le malade se trouve très amélioré. Tension  $Mx=20$ ,  $Mn=7$ . Pouls 80. On ne fait pas d'injection autohémothérapique.

Le 26 novembre 1934. Amélioration subjective considérable. Presque tous les symptômes initiaux ont disparu.

Tension :  $Mx=18$ ,  $My=11$ ,  $Mn=7$ , pouls 80. Pas d'injection.

Nous ne revoyons le malade qu'un an plus tard, le 14 décembre 1935, il n'a suivi aucun traitement médicamenteux; les tensions sont à ce moment :

$Mx=17$ ,  $My=11$ ,  $Mn=7$ .

Etat général satisfaisant, le malade est euphorique, ne suit aucun traitement spécial et fournit un travail assez important.

Cette observation est particulièrement intéressante du fait de l'amélioration persistante après une seule injection autohémothérapique.

VII. Pierre M..., 60 ans, viticulteur. Hypertension artérielle, athylisme chronique (5 ou 6 litres de vin par jour, mais pas d'autre alcool). Rien à signaler dans les antécédents. Le 14 juillet 1934, a ressenti une céphalée extrêmement violente. La nuit suivante est apparue une *ecchymose spontanée* de très large surface, couvrant toute la région brachiale antérieure et le tiers supérieur de l'avant-bras.

Les tensions artérielles prises le 15 juillet sont :

$Mx=20$ ,  $Mn=10$ .

On ne prescrit aucun traitement médicamenteux.

Le 17 juillet les tensions sont devenues :

$Mx=17$ ,  $Mn=7$ .

Le 13 août et sans aucun autre traitement, les tensions sont :

$Mx=15$ ,  $My=10,5$ ,  $Mn=7$ .

L'*ecchymose* spontanée est évidemment comparable à une autohémothérapie.

VIII. Rosa M..., 54 ans, infirmière. Hypertension artérielle, crampes, fourmillements, doigt mort, éblouissements, mouches volantes, céphalées, irritabilité, hypertrophie cardiaque, dyspnée d'effort très intense, douleur rétro-sternale, deuxième bruit claugoreux à la base.

On relève dans les antécédents héréditaires de cette malade trois cas d'hémorragie cérébrale.

A l'examen, le 29 novembre 1934, les tensions relevées sont :

$Mx=21$ ,  $My=14$ ,  $Mn=10,5$ .

On pratique une autohémothérapie de 30 centimètres cubes, vingt minutes après les tensions sont :

$Mx=18$ ,  $Mn=9$ .

La malade est revue le 5 décembre 1934. Pendant la semaine la malade n'a suivi aucun traitement médicamenteux.

Tension artérielle :  $Mx=18$ ,  $My=12$ ,  $Mn=9$ .

Autohémothérapie de 30 centimètres cubes.

Tension artérielle vingt minutes après :

$Mx=16$ ,  $My=11,5$ ,  $Mn=8$ .

IX. Commandant D..., 62 ans. Cardio-rénal, hypertension ancienne avec azotémie, sans albuminurie.

Malgré un régime alimentaire sévère suivi depuis plusieurs années et le traitement habituel, la tension artérielle de ce malade s'est stabilisée aux valeurs suivantes :

Mx=25, Mn=13.

On pratique une autohémothérapie de 30 centimètres cubes.

Les tensions relevées une semaine après sont :

Mx=25, Mn=12.

Nouvelle autohémothérapie de 30 centimètres cubes.

Tension artérielle la semaine suivante :

Mx=23, Mn=10.

Autohémothérapie de 30 centimètres cubes.

Tension artérielle la semaine suivante :

Mx=23, Mn=10.

Pendant toute la durée du traitement le malade n'a suivi aucun traitement médicamenteux. Il a simplement respecté son régime alimentaire habituel. Il signale en outre une disparition à peu près complète des troubles subjectifs.

X. Jean S..., 67 ans. Hypertension artérielle ancienne, sans lésion rénale, élimination urinaire normale, céphalées, bourdonnements d'oreille, vertiges, crampes, fourmillements, dyspnée d'effort. Malgré le traitement médical antérieur et le régime alimentaire, la tension ne descend jamais au-dessous de Mx=23, Mn=10.

Une semaine après la première injection autohémotherapique, les tensions sont Mx=21, Mn=9.

Deuxième injection de sang. Huit jours après on relève les tensions suivantes : Mx=20, Mn=8,5.

Troisième injection de sang, une semaine après : Mx=18, Mn=8.

Quatrième injection. Une semaine après les tensions sont encore Mx=18, Mn=8.

Les troubles subjectifs ont à peu près complètement disparu.

#### DISCUSSION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Comme on le voit dans ces observations, deux faits apparaissent nettement après autohémothérapie.

1° Un abaissement plus ou moins marqué de la tension artérielle, parfois même très important, et le

maintien des valeurs nouvelles en dehors de tout traitement médicamenteux.

2° La disparition des troubles subjectifs qui accompagnent si fréquemment l'hypertension. Les malades signalent spontanément un état de bien-être depuis longtemps inconnu.

Des travaux contemporains poursuivis indépendamment des nôtres, et bien que ne portant pas sur une durée d'observation aussi longue, plaident dans le même sens. Artault de Vevey et surtout Colella et Pizzillo (1) (de Palerme), ont appliqué l'autohémothérapie au traitement de l'hémorragie cérébrale. Les résultats sont excellents et comparables à celui que nous avons personnellement observé dans notre observation numéro I. Ces derniers auteurs qui ne mesurent que la tension artérielle maxima signalent, et la trouvent caractéristique, une chute de la pression artérielle sous l'influence de l'autohémothérapie. Par ailleurs Gippérich (2) (de Parme), sur un petit nombre de malades, a étudié le comportement de la pression artérielle tant de Mx que de Mn à la suite d'autohémothérapie et a remarqué une réelle diminution portant plus spécialement sur la maxima.

Si l'on se propose de comprendre par quels mécanismes peut s'expliquer l'abaissement post-autohémotherapique de la pression artérielle, il y a lieu d'envisager le problème sous deux aspects.

a) Comment expliquer la chute presque immédiate de la tension artérielle après injection de sang sous-cutanée profonde ou intra-musculaire.

b) Comment expliquer le maintien par la suite de la pression artérielle à des valeurs nouvelles et plus basses.

Pour cela, il convient tout d'abord de rappeler succinctement sous quelles influences peut se dévelop-

(1) COLELLA et PIZZILLI, Un nouveau traitement de l'hémorragie cérébrale. Travaux de la clinique des maladies nerveuses et mentales de l'Université de Palerme. 1933.

(2) GIPPÉRICH, Recherches sur l'hémothérapie. L'Ateneo parmense, mai-juin 1933.

per l'hypertension artérielle. Comme on le sait, la tension artérielle est une résultante, elle est liée à différents facteurs physiologiques ou physio-pathologiques relatifs d'une part au moteur cardiaque, d'autre part au système circulatoire, c'est-à-dire au contenant et au contenu (vaisseaux et sang circulant). Dans l'étude de ces troubles, il y a donc lieu de considérer: 1° Au point de vue cardiaque la puissance du cœur qui elle-même comporte deux éléments, le rythme et la puissance systolique ventriculaire; 2° Au point de vue vasculaire les résistances des vaisseaux, surtout les résistances périphériques (valeur de l'élasticité pariétale, état des parois vasculaires, état de la contractilité, c'est-à-dire du calibre des vaisseaux); 3° enfin, en ce qui concerne le liquide circulant proprement dit, trois éléments, d'une part la masse du sang circulant, d'autre part sa viscosité propre, en troisième lieu sa composition physico-chimique. Ce sont là les facteurs immédiats qui commandent par leur action combinée, la valeur même de la tension artérielle et de ses différents éléments constitutifs (Mx, My, Mn). Mais à côté de ces facteurs il est nécessaire d'envisager tous les mécanismes de mise en jeu, c'est-à-dire les influences nombreuses d'ordre physiologique ou pathologique susceptibles de modifier le niveau de chacun d'entre eux, à savoir les différents mécanismes de régulation :

a) Mécanisme réflexe : ce sont toutes les modifications d'ordre réflexe, qui pourront agir sur le système nerveux régulateur cardiaque ou vaso-moteur.

b) Mécanisme par association fonctionnelle : ce sont toutes les modifications dont le point de départ est un trouble ou plutôt une excitation localisée au niveau du centre régulateur d'une autre fonction qui se trouve plus ou moins liée avec la première : par exemple modifications d'ordre cérébral, psychique ou respiratoire.

c) Mécanisme humoral : le plus fréquent à notre avis dans la pathogénie de l'hypertension artérielle.

Ce sont toutes les modifications du milieu intérieur, essentiellement du sang ou des liquides intercellulaires résultant soit d'un trouble de la perméabilité intestinale, soit d'un trouble de la perméabilité ou du métabolisme cellulaire dont les réactions chimiques perturbées amènent la production de déchets anormaux, soit d'une augmentation de la pression oncotique du plasma, soit de troubles endocriniens (hypophyse, surrénales, thyroïde, etc...), soit d'un trouble des fonctions d'excrétion, toutes conditions qui réalisent une modification de la constitution physico-chimique du sang et des liquides circulants. Ces modifications du milieu intérieur provoquent des réactions de défense ou d'adaptation (les réactions biologiques doivent en effet être considérées comme des phénomènes adaptatifs répondant à des conditions nouvelles de vie élémentaire ou globale). Et alors soit par action directe sur les centres nerveux vaso-moteurs, soit par action périphérique sur les artérioles et surtout les capillaires, ces modifications de la composition physico-chimique du milieu intérieur déclenchent une réaction constrictive périphérique qui en augmentant les résistances à l'écoulement, élève le niveau de la pression sanguine et par cela même favorise l'élimination par les organes d'excrétion et les échanges intercellulaires. Ces mêmes modifications de la composition physico-chimique du milieu intérieur et du sang peuvent aussi provoquer une augmentation de la masse sanguine ou de sa viscosité et par suite provoquer l'hypertension. Comme nous le disions plus haut, nous estimons que la plupart des cas d'hypertension artérielle relèvent de ce mécanisme humoral et que l'hypertension n'est que rarement une maladie spécifiquement cardio-vasculaire, mais bien au contraire la traduction circulatoire d'un trouble initial du métabolisme.

Diverses hypothèses ont été émises pour expliquer l'action spéciale de l'autohémothérapie sur la pression sanguine. Tout d'abord appliquée au traitement

d'affections cutanées, les auteurs qui y eurent recours expliquèrent les résultats obtenus par un mécanisme de désensibilisation et de choc hémoclasique (Nicolas, Gaté, Moutier), auquel pouvait s'ajouter une activité nouvelle provoquée au niveau des leucocytes extravasés, qui par autolyse déverseraient des ferments innombrables dans le torrent circulatoire (Spillmann, Fauvet, Ragiote, Monnié...).

Colella et ses collaborateurs à propos de l'action efficace dans l'hémorragie cérébrale de la technique autohémotherapique pensent qu'à côté de la chute de la tension artérielle, l'autohémotherapie a une action hémostatique par renforcement de la coagulabilité naturelle du sang d'une part et d'autre part provoque des processus d'hémolyse favorisant la résorption du coagulum cérébral et secondairement les symptômes de compression.

Pour Lumière et Montoloy, le mécanisme est d'ordre colloïdal : modification de l'équilibre bi-colloïdal et de l'état colloïdoclasique du milieu intérieur. Greppi, Clémenti pensent que le sang au moment de l'autolyse libère des substances vaso-dilatatrices.

Pour Di Macco enfin, les protéines du sang réinjecté se comporteraient comme des substances hétérogènes et provoqueraient un choc protéinique.

Les différentes hypothèses que nous venons de rappeler paraissent insuffisantes, car elles n'envisagent que le phénomène global et non les deux étapes successives du processus post-autohémotherapique, à savoir la chute presque immédiate de la tension artérielle et le maintien de la tension artérielle à des valeurs nouvelles. Il y a donc lieu de sérier la question et d'envisager tout d'abord le mécanisme possible de l'hypotension que l'on observe presque aussitôt après l'injection autohémotherapique. Lorsqu'on analyse de près les faits, on doit reconnaître que le sang prélevé par ponction veineuse est un sang asphyxique (recueilli après arrêt de la circulation veineuse par un garrot brachial), mis pendant un temps rela-

tivement court sans doute, au contact d'un corps étranger (seringue), mais suffisant pour provoquer les modifications de son équilibre qui engendrent la coagulation. Ce sang placé dans le tissu cellulaire sous-cutané ou même le tissu musculaire ne pourra être résorbé que lentement et par la voie lymphatique. Deux sortes de modifications se produisent nécessairement, d'une part des modifications tissulaires : sous l'influence du volume du sang injecté, les tissus sont distendus, dissociés mécaniquement, les éléments cellulaires traumatisés sont le siège de suffusions; le protoplasme et les sucs cellulaires ainsi libérés devront être résorbés à leur tour et ils constituent ainsi sur place des éléments hétérogènes introduits dans l'organisme (3); d'autre part, le sang lui-même se comportera comme un autre élément hétérogène. Les globules rouges seront disloqués, les globules blancs, les plaquettes, le plasma seront eux aussi lentement transformés et il y aura là encore hétérogénéité du milieu. Les matières albuminoïdes en particulier ainsi modifiées dans leur équilibre physico-chimique deviennent comparables à des albumines étrangères au milieu intérieur.

Au cours de ces transformations il y a vraisemblablement production d'histamine. On sait, en effet, que cette base (dérivée de l'histidine) que l'on peut extraire de presque tous les tissus et en particulier des globules rouges qui en fournissent une quantité importante (Bert, Dale, Koskowski), provoque par mécanisme humoral local, lorsqu'elle passe dans le torrent circulatoire, une dilatation des capillaires indépendante de l'innervation avec modification de la perméabilité des capillaires et transsudation du plasma, suivie nécessairement d'une chute de la tension artérielle. Dans cet ordre d'idées Michalowski estime que les

(3) Nous avons d'ailleurs à ce sujet remarqué, que l'on pouvait observer de petites chutes de tension artérielle, relativement persistantes avec atténuation légère des symptômes subjectifs à la suite d'injections répétées, (sous-cutanées profondes ou intra-musculaires), de 30 centimètres cubes de sérum physiologique isotonique ou de sérum hypertonique.



produits toxiques libérés dans les plaies opératoires provenant de la désintégration des albumines donnent de l'histamine, qui explique certains accidents post-opératoires. Voici donc un premier mécanisme qui permet de comprendre l'hypotension consécutive à l'autohémothérapie pendant tout le temps que dure la résorption sanguine.

Une deuxième question se pose à savoir comment par la suite et en dehors de tout traitement médicamenteux, la tension artérielle se maintient à des valeurs nouvelles, sensiblement égales à celles obtenues par l'injection hématique. Le mécanisme à invoquer nous paraît être un mécanisme de défense comparable à celui de l'immunité active. Nous avons admis au point de départ que la plupart des cas d'hypertension étaient la conséquence d'un trouble du métabolisme aboutissant à une modification de la composition physico-chimique du sang. Lorsque ce sang se trouve porté dans le tissu cellulaire sous-cutané profond ou le tissu musculaire c'est-à-dire en dehors de sa place normale, pour qu'il soit résorbé des réactions de défense doivent se produire, réactions adaptives, qui ont pour résultat final de transformer les albuminoïdes pseudo-hétérogènes d'une manière telle qu'ils ne soient plus nocifs ou moins nocifs pour l'organisme. On peut aussi penser que des propriétés nouvelles apparaissent (comparables aux anticorps) qui neutralisent plus ou moins complètement ces éléments pseudo-hétérogènes.

De toute manière l'autohémothérapie a fait apparaître dans l'organisme des réactions de défense, c'est-à-dire des propriétés nouvelles qui contre-balancent le facteur provocateur de l'hypertension à savoir la modification de l'équilibre physico-chimique du plasma et des liquides circulants.

Ce serait là, on le voit non point une désensibilisation d'ordre anaphylactique comme on a pu le penser parfois, mais bien différemment quelque chose de

comparable à une autohémovaccinothérapie, ou plus simplement d'une auto-protéinothérapie.

Quelle que soit la valeur de ces hypothèses, les faits objectifs demeurent, et nous dirons avec Claude Bernard (4) : « Ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que les faits bien observés sont eux seuls les *réalités* invariables, indestructibles, tandis que les interprétations que nous appelons des lois et des théories ne sont que des *abstractions* ou des manières de voir en rapport avec l'étendue de nos connaissances, et conséquemment susceptibles de varier à mesure que nos connaissances se multiplieront, s'étendront davantage en présentant d'autres faces à cette même interprétation. »

Après une assez longue expérience nous pouvons donc affirmer que l'autohémothérapie systématique constitue la méthode de choix dans le traitement de très nombreux cas d'hypertension artérielle, que souvent elle est suivie d'une baisse durable de la pression artérielle et que presque toujours disparaissent les symptômes subjectifs si pénibles qui accompagnent l'hypertension. Et ceci n'est pas négligeable.

(4) CL. BERNARD, Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine, tome I, 1855.



IMPRIMERIE MODERNE  
A. DESTOUT AÎNÉ  
8, RUE PAUL-BERT, 8  
BORDEAUX