

Tout d'abord, M. Aron a fait observer que les inhalations d'oxygène sont destinées à favoriser la transformation de l'hémoglobine en oxyhémoglobine ; or, cette transformation a lieu dans une atmosphère ne contenant que 15 % d'oxygène ; dès lors il ne saurait être utile de faire respirer de l'oxygène pur, puisque l'air normal contient déjà 21 % de ce gaz, c'est-à-dire plus que la proportion nécessaire. On ne pourrait atteindre le but recherché qu'en élevant la quantité d'hémoglobine mise en contact, dans l'unité de temps, avec l'air inspiré, ce à quoi on arrive en activant la circulation et en augmentant le nombre et la profondeur des respirations.

Les partisans des inhalations objectent à ce raisonnement que les 14/15 seulement de l'hémoglobine sont saturés par l'oxygène dans l'atmosphère normale, le dernier quinzième ne pouvant être saturé que dans l'oxygène pur. L'orateur accepte la réalité de ce fait ; mais il convient de remarquer que la quantité d'oxygène fixée par jour étant de 800 à 900 grammes, son quinzième n'est que de 60 grammes pour les 24 heures ou moins de 3 grammes par heure (durée habituelle de l'inhalation) : c'est là une quantité absolument inappréciable. Enfin, si une pareille saturation se produisait, il en résulterait, à cause de l'excès d'oxygène dans le sang, une véritable apnée, une respiration entrecoupée par de longues pauses, phénomène que M. Aron déclare n'avoir jamais observé.

Plus récemment, on a prétendu que c'est la dissolution d'oxygène dans le sang, consécutivement aux inhalations, qui produit de bons effets ; mais la proportion de gaz ainsi dissous est extrêmement minime ; on n'a pas de chiffre précis pour l'homme ; chez le chien, elle ne dépasse pas 0,2 % ; en admettant qu'on puisse la quintupler et l'amener à 1 %, ce serait encore bien peu en comparaison des 21,6 % d'oxygène combiné à l'hémoglobine. Le taux de ce dernier peut s'abaisser jusqu'à 10 %, mais il ne saurait guère tomber plus bas sans que la mort survienne par asphyxie : en relevant légèrement ce taux, les inhalations d'oxygène sont susceptibles de prolonger un peu l'agonie, sans influencer si peu que ce soit la dyspnée et la cyanose.

En ce qui concerne l'oxydation des produits de désassimilation, l'organisme sain puise dans l'air atmosphérique l'oxygène qui lui est nécessaire pour ces combustions ; à l'état pathologique, il se produit une compensation par l'utilisation de forces latentes de réserve : c'est ainsi que dans la phtisie, les pleurésies, l'emphysème pulmonaire, le catarrhe bronchique chronique, le mal de Bright, la chlorose, etc., la consommation d'oxygène demeure normale. D'ailleurs, si cette compensation ne se produisait pas et si les produits de désassimilation s'accumulaient dans l'organisme, les inhalations d'oxygène seraient encore inefficaces, car ce qui manque, ce n'est pas l'oxygène, c'est l'hémoglobine nécessaire pour fixer ce gaz.

M. Aron rend compte ensuite des recherches clini-

ques qu'il a faites sur l'emploi thérapeutique de l'oxygène, dans le service de M. Lazarus. Dans la chlorose, les résultats ont été absolument négatifs ; dans quelques cas de dyspnée d'origine cardiaque ou pulmonaire, ils ont été un peu favorables ; mais souvent l'amélioration cesse quand on suspend les inhalations ; il est probable que la suggestion intervient ici pour une part. En cas de syncope, comme dans l'empoisonnement par la morphine, les inhalations d'oxygène ne sauraient entrer en concurrence avec la respiration artificielle. Ce n'est que dans l'intoxication par l'oxyde de carbone que les inhalations sont réellement indiquées, car il s'agit alors d'une combinaison de l'hémoglobine avec le gaz oxy carboné, combinaison que l'oxygène est susceptible de détruire. La même méthode peut aussi rendre des services dans l'empoisonnement par l'aniline et contre les troubles résultant du séjour dans l'air raréfié.

Disons toutefois que M. Zuntz a rectifié certains chiffres cités par M. Aron.

D'après M. Zuntz, dans le sérum, la teneur en oxygène atteindrait 0,5, ou 0,6 % ; si donc on parvient seulement à la quadrupler, c'est un gain en oxygène de 2 % que réalise l'économie, peut-être plus encore dans certaines circonstances. En outre, le taux d'oxygène dans les alvéoles pulmonaires, qui normalement est de 15 %, s'élève, par la respiration d'oxygène pur, à 95 %, ce qui est susceptible d'exercer une action salutaire, quand la proportion d'hémoglobine est très faible, comme c'est le cas après les hémorragies abondantes, dans certaines intoxications (par l'oxyde de carbone, l'aniline) après le séjour dans l'air raréfié ; c'est ainsi que les inhalations d'oxygène font cesser le mal de montagne.

Il est vrai que d'un autre côté M. Ewald a soutenu les idées de M. Aron.

Il a rappelé que naguère il a combattu le traitement par l'ozone, que préconisait Lender. Les arguments qu'il opposait à l'ozone conservent leur valeur pour l'oxygène ; ce n'est pas avec l'ozone mais avec l'oxygène ordinaire que l'hémoglobine entre en combinaison et il existe toujours une proportion suffisante de ce gaz pour saturer les globules rouges. Quant à la quantité d'oxygène qui peut être fixée lorsqu'on élève la pression de ce gaz, elle est insignifiante. Aussi l'emploi de l'oxygène paraît-il à l'orateur une hérésie au point de vue physiologique.

(Tribune méd. — Gaz. méd. belge)

#### L'oxycyanure de mercure dans la thérapeutique uretro-vesicale.

D'après M. GENOUVILLE.

Représenté, il y a peu d'années encore, comme un sel très toxique, instable et dangereux à manier, l'oxycyanure est en train de conquérir une place importante en chirurgie, place due à son pouvoir antiseptique considérable, à sa toxicité relativement faible, à ses propri-