

A N N A L E S
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN—POLONIA

VOL. I

SECTIO D

1946

Z Zakładu Medycyny Zapobiegawczej Uniwersytetu M. C. S. w Lublinie.
Kierownik: Dr med. Józef Freytag.

JÓZEF FREYTAG

Z aktualnych zagadnień ochrony zdrowia.

(Some problems in health protection).

Światowa Organizacja Zdrowia ¹⁾ oparta jest na uchwałach specjalnego Komitetu Przygotowawczego, który został powołany przez Radę Społeczno-Gospodarczą O. N. Z. Komitet ten z udziałem przedstawicieli Polski obradował w New-Yorku w czasie od 19 czerwca do 22 lipca 1946 r. pod przewodnictwem Szefa Federal. Śl. Zdrowia Stanów Zjednoczonych A. P. i do czasu zwołania konferencji Świat. Org. Zdrowia przejął czynności wykonywane przez: U.N.R.R.A., Międzynarodowe Biuro Higieny Publicznej, Biuro Komitetu Higieny Ligi Narodów oraz Panamerykańskie Biuro Sanitarne. Przygotowania materiałów, projektów i t. d. podjęła się wyłoniona ad hoc Tymczasowa Komisja Ś. O. Z., do której weszło 18 krajów, przewodniczy jej prof. Dr Stampar (Jugosławia).

Celem Międzynarodowej Organizacji Zdrowia jest „osiągnięcie przez wszystkich ludzi możliwie najwyższego stanu zdrowia”. Pierwszym zadaniem organizacji jest „funkcjonowanie jako organ kierujący i koordynujący międzynarodową służbę zdrowia”. Wśród zadań są następujące: usprawnienie służby zdrowia, dostarczenie pomocy w wypadkach nadzwyczajnej konieczności (trzęsienia ziemi, powodzie), dostarczenie pomocy sanitarnej pewnym grupom jak np. krajom mandatowym, organizacja służby epidemiologicznej i statystycznej, opracowanie umów i przepisów, popieranie opieki nad matką i dzieckiem, opieki psychiatrycznej, badań naukowych, wykształcenia technicznego i propagandy zdrowia, ustanowienia międzynarodowych standartów dla preparatów biologicznych, farmaceutycznych, spożywczych, dla techniki diagnostycznej, dla zarządzeń sanitarnych, w sprawach mianownictwa chorób i przyczyny śmierci, popieranie poprawy stanu odżywienia i higieny otoczenia. Świadczenia będą udzielane tylko na życzenie rządów, współpraca z innymi instytucjami w różnych dziedzinach jest zalecana. Zakres przeto jest szerszy aniżeli zasięg or-

¹⁾ Neville M. Goodman: The World Health Organization and its Interim Commission. The Lancet Nr 6419/46.

ganizacji zdrowia Ligi Narodów, Biura Paryskiego i Oddziału Zdrowia UNRRA łącznie — jakkolwiek oczywiście wszystkie te czynności nie zostaną podjęte od samego początku. Narazie sygnalizowano konieczność normalizacji zabiegów diagnostycznych, chodzi tu przede wszystkim o standaryzację techniki laboratoryjnej, jak serodiagnostyka kılı, już uprzednio opracowywana przez Ligę Narodów. Członkostwo jest dostępne dla wszystkich państw. Światowa Organizacja Zdrowia może dopuścić zwykłą większością głosów każdy kraj, który nie zdeklarował się jeszcze jako członek albo obserwator przez podpisanie statutu Międzynarodowej Konferencji Światowej (Hiszpania, Japonia i Niemcy były jedyne państwami nie zaproszonymi na konferencję). Terytoria mandatowe mogą zostać członkami za wstawiennictwem mandatariusza. Jak widzimy jest to jedno z dokonań międzynarodowych, które pozwalają z ufnością patrzeć w lepszą przyszłość narodów. Człowiek dzisiejszy staje się jednostką w społeczność wszystkich narodów włączoną, rozumiejącą, że osiągnięcia twórcze i zdobyte naukowe nie mogą być przywilejem wybranych a własnością całej ludzkości, że winno być równe traktowanie jednakich potrzeb. Demokracje wchodzą na drogę planowania podporządkowanego nie rentowności przedsiębiorstw monopolowych, lecz potrzebom ogółu, osią zainteresowań staje się człowiek w każdym okresie swego życia i swej wydajnej pracy, z tym nierozzerwalnie łączą się problemy zdrowia i zapobiegania chorobie.

Świat anglosaski w oparciu o swoje zasoby materialne, możliwości gospodarcze, ustawodawstwo społeczno-sanitarne, będące praktycznym wyrazem osiągnięć naukowych w dziedzinie higieny (H e b e r d e n, F o t h e r g i l, S n o w, S i m o n, C h a d w i c k i inni) podchodzi w swoisty i ciekawy sposób do zagadnienia kultury zdrowia. O ile tematyką medycyny zapobiegawczej jest przede wszystkim poznanie pracy jako czynnika etiologicznego w powstawaniu choroby, to zadaniem kultury zdrowia jest propagowanie zdrowia. W rozważaniach swoich W. P. K e n n e d y (Problemy i metody kultury zdrowia) nawiązując do dawniejszych pojęć higienistów i specjalistów sanitarnych, rozwija je w oparciu o zdobycze współczesnej medycyny zapobiegawczej. W ujęciu tego autora zmieniają się aspekty zagadnienia przez rewizję zasadniczych pojęć zdrowia i choroby. Próby definicji tych pojęć zgodnie z zasadami logiki formalnej zawodzą. Słusznie uważa K e n n e d y, że w określeniu zdrowia przez brak choroby i na odwrót choroby przez brak zdrowia, nie posuwamy się ani o krok naprzód w ścisłym określeniu tych stanów. Dlatego ucieka on się do zasad logiki ciągłości. „Zdrowie“ jest stanem istot żywych i jako zjawisko biologiczne podlega ustawicznym zmianom. Zdrowie możemy rozpatrywać jedynie równocześnie z jego antytezą — chorobą. Jeżeli w myśl zasad logiki dynamicznej, połączymy te dwa bieguny przeciwstawnych pojęć idealną linią, to na niej będziemy mogli odmierzać

odległości jakiegokolwiek punktu od zdrowia z jednej strony, a od choroby z drugiej.

Na pierwszy rzut oka odnosi się wrażenie, że koncepcja ta jest oderwaną spekulacją, a przecież daje ona podstawę pojęciową, na której możemy logicznie budować zasady kultury zdrowia. Zdrowie jest więc stanem, który można mierzyć. W praktyce spotykamy się z takimi pomiarami przy badaniu poborowych, lotników, przy badaniach w celach ubezpieczeniowych itd. Wszystkie te pomiary są przybliżone, wystarczające z punktu widzenia specjalnych celów, i jeśli stosowanymi przy tym metodami przebadana się dostateczną grupę ludzi dla wyciągnięcia wniosków statystycznych, to można na tej podstawie ustalić pewną przeciętną, która będzie miarą normalnego zdrowia dla tej grupy — w granicach błędu pomiarów. Nie ulega wątpliwości, że ta norma dla jakiejś grupy spośród ludności tego lub innego narodu, będzie o dużo niższą lub wyższą w zależności od osiągnięcia medycyny zapobiegawczej na danym terenie. Można założyć, że taka norma zdrowia istnieje dla każdej populacji i każde odchylenie poniżej niej, można nazwać ujemnym a powyżej dodatnim. Pojęcie pozytywnego zdrowia wskazuje drogę do stałej poprawy. Pełna radość życia możliwa jest tylko przy pełnym zdrowiu, odnosi się to zarówno do ciała jak i do życia umysłowego i uczuciowego. *Kennedy*¹⁾ podkreśla, że moralny aspekt jest ściśle związany z obu czynnikami: ciałem i umysłem a poznanie źródeł siły i energii — jest niezbędne dla realizowania postulatów warunkujących utrwalenie zdrowia. Nikt nie jest w posiadaniu całkowitego zdrowia, jeśli nie posiada zdrowej dyscypliny moralnej, przyczym jest obojętne, czy będzie to pochodziło z zewnątrz, czy też ze źródeł własnej jaźni, czy też przez połączenie jednego i drugiego. *Kennedy* omawiając dość wielostronnie metody propagandowe uważa, iż pierwszym krokiem akcji planowania kultury zdrowia, jest wychowanie młodzieży przystosowane do wieku: przedszkolnego, szkolnego, akademickiego, jakoteż wychowanie dorosłych w zasięgu całego narodu i specjalne uwzględniające odrębne potrzeby grup. Współdziałanie lekarzy, nauczycieli, pracowników sanitarnych i związków różnych rodzajów w akcji tej jest niezbędny. Wszystkie poruszone wyżej zagadnienia winny budzić z punktu widzenia naszej rzeczywistości — szczególnie zainteresowanie, tym więcej, że między krajami bogatymi, a naszym krajem zachodzą kapitalne różnice w rozmiarach strat, zniszczeń, zapotrzebowań i możliwości. Można twierdzić, że nasze przygotowanie statystyczne nie jest dostateczne dla podjęcia prac reperacyjnych; wiele się na to złożyło, że tak jest: 1-o przed wojną bardzo wiele z poruszanych spraw było bądź to niezrozumianych, niedocenianych, bądź

¹⁾ W. P. Kennedy: Health Education its Problems and Methodes. The Lancet Nr 6421/46.

nieznanych. 2-o Okres okupacji był okresem planowego niszczenia. 3-o Okres powojenny przyniósł głębokie przemiany. W nawale tylu nadsuwających się problemów hierarchiczna ich zależność oczywiście nie jest bezsporna, rozgraniczenie między pierwszo i dalszo planowymi, bywa nieraz bardzo trudne.

Aby w układzie naszych możliwości uniknąć chaotycznych poczynań reformistycznych musimy znowu odwołać się do założeń logiki dynamicznej i opartej na tych założeniach nieprzerwanej ciągłości stanów od zdrowia do choroby, zilustrowanej linią prostą, której krańcowe punkty stanowią idealne zdrowie i śmierć. W którym punkcie tej linii ma być podjęta planowa praca nad realizacją poruszonych problemów, by mogła sprostać zadaniom przy uwzględnieniu naszych możliwości? Podczas gdy na Zachodzie wysoka kultura i bogactwo materialne pozwalają na przeniesienie punktu ciężkości już na zagadnienie kultury zdrowia, to u nas, wobec niskiego stanu higieny społecznej, dużej zachorowalności i śmiertelności, wysuwa się na czoło zagadnień walka z chorobą. Front tej walki jest szeroki, a strategiczna ważność poszczególnych odcinków nierówna.

Wiadomo, że największe spustoszenie w naszym społeczeństwie szerzy gruźlica. Dlatego właśnie na tym przykładzie, chciałbym naszkicować zasięg problemów i próby ich rozwiązania, które oczywiście dla każdego odcinka tego frontu, będą miały swoisty charakter. Wydatki związane z lecznictwem, inwalidztwem i stratą dni roboczych powodują głęboką wyrwę w bilansie gospodarki społecznej, przy stałej tendencji do narastania. Wymownym tego przykładem są dane statystyczne Przychodni Przeciwgruźliczej (Ubezpieczalni Społecznej w Lublinie. Na 24.956 ubezpieczonych (wraz z rodzinami około 75.000 osób) z terenu samego miasta zarejestrowanych w Przychodni jest 2.064 przypadków czynnej gruźlicy płucnej, w tym 476 gruźlicy otwartej, co stanowi 23,1% zarejestrowanych (przy czym w roku 1946 ilość nowo zgłoszonych wynosiła 442). Stąd wynika że na 10 ubezpieczonych U. S. ponosi ciężary związane z leczeniem jednego przypadku gruźlicy (leczenie ambulatoryjne, szpitalne i sanatoryjne). Cyfry te nie dają pełnego wglądu w stan za gruźliczenia wśród ubezpieczonych, gdyż pewna i to znaczna część z różnych względów usuwa się z pod kontroli Przychodni. Podkreślić należy, że chodzi tu o miasto w terenie rolniczym, mału uprzemysłowione i względnie mało dotknięte przez zniszczenia wojenne.

Sprawa organizacji walki z gruźlicą, znalazła swój oddźwięk w prasie całego świata (u nas Chodźko, K. Dąbrowski, Z. Skibiński, Telatycki i inni). Wysuwane postulaty mające głębokie uzasadnienie naukowe i społeczne pozostają w dużej mierze nie realizowane. Walka z gruźlicą z natury rzeczy winna być scalona, a nie fragmentaryczna, musi ona konsekwentnie obejmować i łączyć działalność zapobiegawczą i leczniczą w całej rozciągłości, bez tego zbędną się staje strata energii

i pieniędzy. Nasze wydatki przed wojną w tej pozycji budżetowej były duże, a nie zawsze może celowe, (np. koszt jednego łóżka w luksusowym sanatorium), obecnie biorąc pod uwagę katastrofalny stan zagruzliczenia kraju, muszą być olbrzymie i dokładnie przemyślane. Jest nieprawdopodobne, by władze rządowe lub samorządowe bez współudziału całego społeczeństwa były w stanie walkę tą z powodzeniem prowadzić. Chciałbym z rozważań teoretycznych praktyczne wysnuć wnioski: stosowany, a częściowo podyktowany koniecznością, system zagęszczania ludzi w mieszkaniach, jako akcja w swej konsekwencji dająca uwielokrotnioną zachorowalność i śmiertelność, musi być jak najrychlej zaniechany. Budownictwo choćby barakowe stać się musi zagadnieniem dnia, wydatkowanie na ten cel w żadnym wypadku nie jest współmierne ze stratami, jakie w obecnym stanie ponosimy i ponosić będziemy. Chłop na terenach zniszczonych opuszczający ze swą rodziną lepiankę, w mieście robotnik porzucający suterynę lub poddasze, czy pracownik umysłowy, któremu umożliwiono zwiększyć kubaturę i dostęp światła do swego mieszkania, uzyskują możliwość realizowania podstawowych zasad higieny; potem dopiero celowe staje się wejście higienistki - wywiadowczynie, przodownicy zdrowia i t. p. Wychodząc z najsluszniejszego założenia, że dobro ogółu jest najwyższym prawem, należy wysunąć postulat, że chory zakaźni bezwzględnie winni być izolowani. Nie jesteśmy przygotowani do tworzenia luksusowych łóżek sanatoryjnych, posiadać jednak musimy dostateczną ilość łóżek w barakach izolacyjnych. Wielkie potrzeby wysuwają konieczność wielkich ofiar.

Zdaje się być bezsporne, że walkę z gruźlicą będziemy mogli prowadzić tylko na płaszczyźnie bezkompromisowej, a mianowicie:

1. opracowując ustawę, która odzwierciadla dzisiejszą rzeczywistość i ujmuje w formy prawne zasady walki,
2. stwarzając na drodze powszechnie obowiązującego podatku fundusz na walkę z gruźlicą, który wraz z wpływami z innych źródeł na ten cel przeznaczonymi pokrywałby:
 - a) zasiłki dla chorych, po ustaniu świadczeń z tytułu ustawy o ubezpieczeniu społecznym.
 - b) badania naukowe
 - c) rozwój i urzeczywistnienie celowych akcji przeciwgruźliczych.
3. Postanawiając izolację chorych zakaźnych, bądź w izolatoriach barakowych na terenach szpitalnych lub specjalnie na to przeznaczonych, bądź z poprawą warunków ekonomicznych kraju w osadach umożliwiających stosowną pracę.

Ten, z konieczności pobieżnie ujęty, zarys walki z gruźlicą daje nam obraz trudności, które nas czekają na każdym odcinku medycyny zapobiegawczej. Różnorodność gospodarczo-wytwórcza poszczególnych dzielnic naszego kraju łączy się ze swoistością rozwiązywanych przez

medyczną zapobiegawczą problemów. Dla przykładu weźmy zagłębie węglowe i tereny rolne. Dla Lubelszczyzny szczególnie aktualne są choroby z pracą rolnika przyczynowo związane, nie znalazły one dotąd naukowego ujęcia, które uwzględniłoby: fizjologię przemysłową, psychologię zawodową, zagadnienie odżywiania i t. d. Dla badań kliniczno laboratoryjnych, statystycznych, higienicznych szeroko otwarte są wrota wsi naszej. Żeby móc wyrobić sobie pełne pojęcie o tym jaki jest stan faktyczny i powiązać zamierzenia jutrzejsze z możliwościami dzisiejszymi, konieczne byłoby objąć wspomnianymi badaniami dziecko, młodzież, i ludzi dojrzałych w okresie ich twórczej pracy.

Zebrany materiał w oświetleniu etiologicznym i socjalno-społecznym byłby bardziej rewelacyjny niż wolno przypuszczać i potwierdził by on, że medycyna to istotnie dobro pozytywne, nie wyłącznie ograniczone do rozpoznania i leczenia chorób, ale stawiające sobie za cel udoskonalenie i utrwalenie zdrowia ludzkości.

Wszystkie poruszone powyżej zagadnienia objęte są zasięgiem medycyny zapobiegawczej. Ta nowa gałąź wiedzy lekarskiej, której znaczenie i życiowe uzasadnienie znajdują wyraz w tworzeniu coraz większej ilości katedr przy uniwersytetach i zakładów badawczych w dużych ośrodkach przemysłowych, górniczych i rolniczych, ma być pośrednikiem pomiędzy światem lekarskim a społeczeństwem i musi czynnie wpływać na stan zdrowotny tego społeczeństwa. Warunkiem rozsądnego działania w tym kierunku są najdokładniejsze badania potrzeb zdrowotnych ludności w terenie, we fabrykach, w gospodarstwach rolnych, w szkołach itd. W tworzącej się obecnie katedrze medycyny zapobiegawczej Uniwersytetu M. C. Skłodowskiej staramy się ześrodkować wszystkie odnośne badania w terenie lubelskim, a gromadzący się materiał statystyczny podamy i omówimy w najbliższych publikacjach.

S U M M A R Y.

Referring to the foundation of the World Health Organization the author discusses its aims and purposes with special consideration of the preparatory work which must be dealt with by the Polish medical world. Owing to vast damages inflicted by the war upon this country and because of the great morbidity and mortality rate in Poland the need for preventive medicine is more urgent than in the prosperous western countries, where already much emphasis can be given to problems of health education. The difficult task of a successful fight for health is largely discussed from the medical and economical point of view using as an example tuberculosis which in Poland requires an extremely high number of victims. Stress is laid on some characteristic aspects of the Lublin province where the author is gathering the respective statistical data.

R É S U M É.

Pour provoquer l'ensemble de symptômes hypoglycémiques chez l'homme, il faut faire une injection intraveineuse ou hypodermique de 30 à 60 unités d'insuline à jeun, ou 6 à heures après le dernier repas. L'injection intraveineuse peut entrer en question seulement quand il s'agit de provoquer vite les états hypoglycémiques, dans d'autres cas l'injection hypodermique suffit. Après l'injection intraveineuse les états hypoglycémiques apparaissent dans beaucoup de cas presque deux fois plus vite qu'après l'injection hypodermique. En plus de l'injection intraveineuse c'est surtout la quantité d'insuline injectée qui provoque l'apparition plus ou moins rapide des états hypoglycémiques. Plus d'insuline on injecte, plus l'apparition des états hypoglycémiques est rapide. En principe, pour provoquer les états hypoglycémiques à courte durée, il ne faut pas craindre les doses plus fortes d'insuline, surtout si l'on dispose de la quantité suffisante de sucre. L'injection d'une grande quantité d'insuline peut éveiller, certaines réserves seulement dans le cas, ou il s'agit des états hypoglycémiques à longue durée. Après un temps plus long qui suit l'injection de l'insuline, les symptômes très graves de l'état hypoglycémique sous forme de convulsions, perte de connaissance, coma ect. peuvent se manifester. L'intensité de ces symptômes dépend d'habitude de la dose d'insuline injectée. Notre but a été de provoquer uniquement les états hypoglycémiques à courte durée que nous arrêtons (par l'introduction du sucre) au moment de l'apparition des premiers symptômes. C'est pourquoi à l'apparition des légers états hypoglycémiques une forte dose d'insuline ne peut pas modifier l'intensité des symptômes, car tout à leur début ils sont arrêtés net, mais elle modifie uniquement la rapidité de leur formation.

Dans des cas exceptionnels, ou la réaction à l'insuline est toute particulière, les symptômes exceptionnellement graves de l'état hypoglycémique peuvent apparaître à son injection. Même dans des cas pareils l'introduction immédiate du sucre arrête ces symptômes indépendamment de la dose de l'insuline injectée. Il est clair qu'après avoir injecté une dose plus forte d'insuline, il faut appliquer une quantité plus grande de sucre pour arrêter les états hypoglycémiques.

D'habitude pour provoquer les états hypoglycémiques on fait une injection intraveineuse de 30 à 40 unités ou bien une injection hypodermique de 40 à 60 unités. Dans beaucoup de cas cette dose est suffisante et déjà 20 minutes environ après l'injection intraveineuse et 40 minutes environ après l'injection hypodermique apparaissent les légers états hypoglycémiques. Si après ce temps, on ne peut constater aucune réaction, il faut injecter encore une dose pareille.

La réaction à l'insuline est bien différente: les uns sont moins sensibles, les autres davantage et il est difficile de prévoir la réaction de la personne donnée. Il est intéressant de constater que la réaction à l'insuline est variable: il arrive que chez la même personne après l'injection de la même quantité d'insuline (la même ampoule) les symptômes de l'état hypoglycémique peuvent apparaître une fois très tôt, une autre fois très tard. Cela dépend probablement de la tension momentanée du système végétatif.

Les légers états hypoglycémiques dont nous occupons, sont caractérisés par la sueur, le léger battement du cœur, une certaine fatigue, la „faim de loup“, la somnolence, le tremblement des extrémités, la raieure du visage, l'affaiblissement de la vue, parfois une inquiétude ou au contraire une euphorie ou bien enfin par une sensation désagréable dans la région du cœur et par d'autres symptômes nombreux difficiles à prévoir. Tous ces symptômes peuvent avoir une intensité différente et ce ne sont pas toujours les mêmes symptômes qui dominent chez les différentes personnes. Les uns sont fatigués, les autres ne se plaignent point ou bien sont sujet à une somnolence très forte. Il est difficile d'énumérer toutes les sensations possibles éprouvées pendant les états hypoglycémiques, car elles peuvent être très différentes. Pourtant il ne faut pas oublier qu'on ne peut pas permettre l'apparition des symptômes graves de l'état hypoglycémique du sang, comme convulsions, perte de connaissance, trismus ect., car ces symptômes sont indésirables quoique ils n'attirent aucune conséquence fâcheuse. Bref, il ne faut pas permettre l'apparition du choc insulinaire; à l'apparition des premiers symptômes, mentionnés ci-dessus, il faut introduire immédiatement une quantité suffisante de sucre. En cas d'une forte somnolence il est mieux de ne pas permettre aux malades de s'endormir, car il est plus difficile alors d'être en contact avec eux et on peut faire passer le moment d'arrêter des légers états hypoglycémiques. Il s'agit naturellement du sommeil physiologique et non pas du coma hypoglycémique.

On peut interrompre les légers états hypoglycémiques par l'introduction du sucre à canne, du miel, des confitures, du chocolat ect. D'habitude 7 à 8 cuillères à thé de sucre dans un verre de thé ou de café chaud suffisent. Immédiatement après le malade reçoit le déjeuner, composé surtout de hydro-carbones comme par ex. le pain en quantité

désirée, le miel ou la marmelade, une compote bien sucrée; en plus il peut manger des oeufs, du beurre, de la viande ect. Après le déjeuner les malades s'endorment d'habitude d'un sommeil tranquille, ce qu'il faut leur permettre sans crainte moindre du coma insulinaire. Il arrive parfois qu'après quelques heures ou même plus tard une nouvelle série de symptômes hypoglycémiques apparaît. Il est mieux de prévenir les malades de l'apparition possible de ces symptômes et les prémunir contre l'inquiétude en ajoutant le conseil de manger quelque chose de sucré ou de boire du thé bien sucré.

L'injection intraveineuse de la glucose pour interrompre les légers états hypoglycémiques est tout à fait inutile, à moins qu'on ne garde le malade trop longtemps dans les états hypoglycémiques, ce qui provoque l'apparition du trismus et rend l'introduction du sucre par la bouche impossible. L'apparition de ce symptôme ne signifie rien de grave ni de dangereux pour la vie du malade; on peut l'éviter d'ailleurs facilement après quelques interventions.

Les malades se comportent différemment après les légers états hypoglycémiques. Les uns se rendent à la maison après un repos bref (une $\frac{1}{2}$ heure au plus), si les légers états hypoglycémiques ont été provoqués à la clinique. Les autres doivent garder le lit (quelques heures ou même davantage) car ils sont épuisés. Il arrive parfois qu'après les légers états hypoglycémiques les malades ne se reposent point, se sentent tout à fait bien et sont même prêts à se remettre à leur besogne quotidienne.

Les légers états hypoglycémiques ne laissent aucune conséquence désagréable et peuvent être pratiqués d'une façon inoffensive même tous les deux jours. D'habitude pourtant quand on provoque plusieurs fois de suite les états hypoglycémiques légers, on les espace de 2 ou de 3 jours.

Uniques contre-indications pour provoquer les légers états hypoglycémiques ce sont les perturbations dans le système de circulation. C'est pourquoi il est mieux de ne pas provoquer les légers états hypoglycémiques chez les personnes âgées de 60 à 70 ans et plus. Il n'y a pas d'autres contre-indications pour provoquer ces états.

A l'aide de l'examen électro-cardiographique on constate dans beaucoup de cas au début des légers états hypoglycémiques un abaissement très net de S. T. et l'applatissage insignifiant de la courbe T. dans toutes ses conduites. Dans l'étape postérieure de l'état hypoglycémique du sang ces modifications électro-cardiographiques disparaissent complètement et ne réapparaissent plus jamais. Elles démontrent qu'à l'étape initiale des légers états hypoglycémiques nous avons à faire avec la contraction insignifiante des artères coronaires; ce spasme passe vite suivi probablement de l'élargissement important des artères coronaires.

L'abaissement de S. T. et l'applatiment de la courbe T. prouve l'oxygénation insuffisante du muscle cardiaque à cause de l'arrivée diminuée du sang, ce qui est causé par le spasme de l'artère coronaire. Ce spasme est probablement insignifiant et de courte durée, car il ne provoque aucun symptôme clinique, comme douleurs et ne laisse aucune conséquence désagréable.

Pour la première fois les états hypoglicémiques ont été provoqués à l'aide de l'insuline dans le but curatif en 1933 par le docteur viennois M. Sackel et indépendamment du lui par moi-même vers la même époque à peu près. M. Sackel a surtout provoqué les chocs insulinaires qui se manifestaient par la perte complète de connaissance, les convulsions et le coma où il gardait les malades pendant quelques heures. Ces graves chocs insulinaires pareils aux états comateux étaient appliqués par M. Sackel dans le but de guérir la schizophrénie,

Les états hypoglicémiques provoqués à l'aide de l'insuline ont été appliqués par moi pour la première fois pour soigner l'asthme bronchique (asthma bronchiale).

Nous pouvons affirmer avec toute la conviction que l'étouffement asthmatique disparaît presque cent pour cent au moment de l'apparition des symptômes de l'état hypoglicémique du sang. Par contre nous ne pouvons pas dire que les états hypoglicémiques provoqués plusieurs fois soient toujours efficaces pour soigner l'asthme bronchiques c'est-à-dire qu'ils puissent délivrer le malade des crises asthmatiques pour une période de temps plus longue. D'après ma propre statistique l'amélioration ou la disparition complète des symptômes de l'asthme bronchique pour une période de temps plus longue (un an et plus) à la suite des plusieurs états hypoglicémiques (10 — 15 fois) apparaît chez 40 — 50% de malades soignés de cette façon. D'après les données d'autres auteurs, surtout étrangers, les résultats de ce traitement seraient meilleurs. Aujourd'hui le traitement de l'asthme bronchique à l'aide des légers états hypoglicémiques est très répandu dans le monde entier. Puisque ce traitement n'a aucune conséquence fâcheuse et peut être fait même dans un dispensaire, le traitement de l'asthme bronchique à l'aide des légers états hypoglicémiques doit être plus connu chez nous.

Le traitement à l'aide des légers états hypoglicémiques, comme à l'aide d'une méthode impropre, peut être appliqué aux différents états pathologiques de même que les autres méthodes impropres de choc comme l'injection de protéine ou d'autres corps colloïdaux.

En considérant que les états hypoglicémiques sont probablement liés avec l'action anti-spasmatique, ce qui explique en gros leur influence favorable sur l'asthme bronchique et en prenant en considération le fait que dans les états hypoglicémiques nous observons presque de règle une somnolence prononcée, nous sommes arrivés à la conclusion que

ces deux facteurs anti-spasmatique et somnifère pourraient amener la diminution ou même la disparition complète des symptômes douloureux. Nous avons pensé surtout aux maux provenant des états spasmatiques, c'est-à-dire aux maux de Nephrolithiasis et de Cholelithiasis,

Nous avons ensuite appliqué les légers états hypoglycémiques non seulement aux maux provenant des états spasmatiques, mais aussi aux maux de toute sorte. Tout d'abord nous avons fait attention aux maux névralgiques surtout à l'ischias de même qu'aux maux d'origine musculaire (myalgie). On a vu que les légers états hypoglycémiques éliminent tout mal, indépendamment de son origine et de son genre. Aujourd'hui riches en expérience de plusieurs années, pendant lesquels nous avons appliqué les légers états hypoglycémiques aux maux de toute sorte, nous sommes autorisés à constater le fait: comme dans la plupart des cas l'asthme bronchique ne peut exister à côté des légers états hypoglycémiques, de même aucun mal ne peut exister à côté des légers états hypoglycémiques.

Au cours des observations postérieures nous sommes arrivés à la conclusion que les légers états hypoglycémiques non seulement arrêtent les maux névralgiques, mais les guérissent aussi. Dans beaucoup de cas, après l'application successive des légers états hypoglycémiques les maux névralgiques, surtout ceux qui venaient de l'Ischias, diminuaient ou même disparaissaient complètement. Dernièrement nous avons soigné l'Ischias sur un nombreux matériel clinique et nous avons constaté que dans beaucoup des cas, après avoir appliqué 5 ou 6 fois les légers états hypoglycémiques, parfois même une seule fois, les maux diminuaient sensiblement ou bien disparaissaient complètement. Même dans les cas, où l'application successive des légers états hypoglycémiques n'a pas produit une amélioration visible, c'est pendant l'intervention (donc pendant les légers états hypoglycémiques) que les douleurs disparaissaient toujours et ne revenaient que quelques heures après la disparition des symptômes hypoglycémiques. Sur 60 malades dernièrement soignés, nous avons eu la guérison complète chez 25, une amélioration durable chez 30. Pourtant chez 5 malades, en dehors de la disparition momentanée des douleurs pendant les légers états hypoglycémiques, nous n'avons constaté aucune amélioration. On obtient d'habitude les meilleurs résultats dans des cas où le mal est tout récent et n'est pas négligé. Pourtant on a souvent constaté l'amélioration et même la guérison complète dans des cas, où le mal durait depuis 5 ou 8 mois et même davantage, accompagné de la deviation prononcée de la colonne vertebrale et d'autres modifications objectives de l'ischias. Le plus souvent on applique les légers états hypoglycémiques 6 ou 8 fois tous les deux ou tous les trois jours. Si après cette période de temps on ne peut constater aucune amélioration sensible, il est inutile de continuer le traitement à l'aide des légers

états hypoglycémiques. Comme pour le traitement de l'asthme bronchique, de même pour le traitement de l'ischias c'est le résultat de la première application des légers états hypoglycémiques qui décide de l'efficacité du traitement. Si après le premier état hypoglycémique léger on constate une amélioration sensible, nous pouvons attendre un résultat favorable du traitement. Pourtant, si cette intervention est peu ou point efficace, alors pour la plupart des cas les interventions suivantes ne donneront aucun résultat.

Les légers états hypoglycémiques peuvent rendre des services inappréciables dans les cas de l'insomnie prolongée. Quand les somnifères généralement réputés ne donnent aucun résultat, les légers états hypoglycémiques amènent très souvent un sommeil physiologique profond et calme qui dure 8 ou 9 heures et même davantage. Nous avons obtenu des résultats particulièrement intéressants pour l'insomnie causée par la haute tension artérielle de différente origine et pour l'insomnie causée par l'épuisement nerveux.

Quant à d'autres maux ou les légers états hypoglycémiques peuvent rendre des services précieux, il faut mentionner Tachycardia paroxysmalis et les Crises gastriques. Nous avons appliqué les légers états hypoglycémiques seulement 5 fois à Tachycardia paroxysmalis, car il n'y avait plus de cas. C'étaient pour la plupart des états durables auxquels on a appliqué déjà la plupart des remèdes sans obtenir un résultat satisfaisant. Dans un cas seulement on a provoqué les légers états hypoglycémiques 8 heures après le début de la crise, dans d'autres cas bien plus tard. Dans tous les cas sans exception le résultat était immédiat. A l'apparition de la faim, du tremblement des mains, de la légère inquiétude, de la somnolence et de la sueur, Tachycardia paroxysmalis disparaissait immédiatement. On n'a constaté aucune mauvaise conséquence des légers états hypoglycémiques, quoique l'insuline a été injecté dans la veine en quantité de 30 à 40 unités.

Les premiers symptômes hypoglycémiques apparaissaient 20 à 40 minutes après l'injection de l'insuline.

Il faut souligner qu'aucun moyen jusqu'à présent connu pour interrompre Tachycardiu poroxysmalis n'a été aussi efficace que les légers états hypoglycémiques.

A chaque application des légers états hypoglycémiques pendant l'étouffement, le mal, l'insomnie ect., il faut s'informer chaque fois de l'heure du dernier repas du malade. Si Tachycardia paroxysmalis a apparu immédiatement après un repas copieux (cela peut aussi concerner le mal subit de Nephrolithiasis) il faut injecter une quantité plus grande d'insuline (40—60 unités et même davantage dans la veine).

Dans les Crises Gastriques nous avons appliqué les légers états hypoglycémiques aussi dans un nombre insignifiant de cas. Dans tous ces cas le résultat était toujours satisfaisant. Un des malades a eu après un certain temps une nouvelle crise et a exigé lui-même l'injection de l'insuline. Cette fois le résultat a été aussi très bon et à l'apparition des premiers symptômes hypoglycémiques, les symptômes de la crise gastrique ont disparu complètement.

Nous devons parler encore de l'action des légers états hypoglycémiques sur le système, action que nous avons appelée anti-allergique.

Dans les cas d'Urticaria et de l'œdème Quincke nous avons souvent appliqué les légers états hypoglycémiques. En général nous avons obtenu des résultats très satisfaisants, quoique dans certains cas cette méthode a été complètement inefficace. En général, dans des cas mentionnés ci-dessus, elle donne des résultats beaucoup meilleurs que toutes les autres méthodes appliquées jusqu'à présent.

En suivant mon conseil on a appliqué les légers états hypoglycémiques dans 5 cas de Conjunctivitis vernalis. D'après les opinions des oculistes les résultats obtenus étaient très satisfaisants. Dans tous les 5 cas, après 2 ou 3 interventions, les maux des yeux et les lésions sur la conjonctive disparaissaient complètement. Les autres moyens de traitement appliqués avant celui-ci n'ont pas donné de résultats aussi positifs que l'application des légers états hypoglycémiques.

Avant la dernière guerre nous avons initié les recherches sur l'influence des états hypoglycémiques légers sur les réactions cutanées. On a alors étudié l'influence des légers états hypoglycémiques sur les réactions Schick et Dick; nous sommes arrivés à la conclusion qu'une seule application des légers états hypoglycémiques affaiblit les réactions et très souvent les fait disparaître complètement. Une nouvelle application de ces états favorise encore davantage la disparition de ces réactions cutanées. (Les résultats de ces recherches ont disparu pendant la guerre). En suivant mon conseil Joseph Parnas a fait dernièrement des recherches sur les lapins, porteurs de la maladie Bang, en exécutant la réaction cutanée Burnet avant et après les légers états hypoglycémiques chez les lapins. Comme on le sait la réaction cutanée Burnet doit prouver la contamination avec les microbes Bang, c'est à-dire la Brucellose. Les résultats des recherches de Parnas sont absolument pareils aux miens. Cet auteur a confirmé mes observations que sous l'influence des légers états hypoglycémiques l'apparition des réactions cutanées diminue ou même disparaît complètement.

Nous avons constaté aussi que les légers états hypoglycémiques réagissent contre les chocs anafilactiques et contre l'apparition de la maladie de sérum.
