

Tratamento dietético do diabete

Prof. Annes Dias

Tão raro é apparecer um diabetico nas enfermarias, que se não deve deixar de aproveitar a occasião, que nos proporciona o doente n.º 4, para vos falar dessa desordem nutritiva que, oriunda de um vicio das trocas hydrocarbonadas, se estende ao metabolismo das albuminas e das gorduras.

Esse doente tem a fôrma grave de diabete, chamada por Labbé, diabete com desnutrição azotada, correspondente á antiga denominação de diabete magro ou pancreatico.

Não vou passar, nesta palestra, em revista toda a riqueza symptomatologica, todos os aspectos clinicos dessa entidade tão séria e tão obscura, pois seria tarefa descabida nos moldes de uma lição clinica. Limitaremos o nosso esforço á apresentação do que de mais moderno e mais seguro se ha feito no combate ao diabete.

Abre largas esperanças e já é de reaes resultados o que se vê feito nesse dominio, a ponto de Joslin poder dizer, que não existe molestia aguda ou chronica em que o tratamento tenha melhorado tanto como no diabete, nos ultimos annos.

Tal tratamento ainda terá de ser aperfeiçoado, mas é incontestavel que são enormes os seus resultados actuaes.

Esse progresso veio de uma melhor comprehensão dos perigos que ameaçam o diabetico e consiste em evital-os.

Tres são esses perigos: a hyperglycemia, a desnutrição azotada e a acidose; triplice é pois o objectivo que deve collimar o clinico na lucta contra o mal.

A "glycosuria" é a exteriorisação, facilmente perceptivel, da hyperglycemia, mas o estudo desta será mais seguro, as suas variações mais expressivas, o seu equilibrio mais tranquilizador, que as correspondentes modificações urinaes.

Cambridge acha que a apreciação do assucar sanguineo é tão necessaria no tratamento como no diagnostico e é ella que, de preferencia, deve orientar a dietetica.

Na pratica corrente, porém, é ainda para glycosuria que se dirige nossa attenção, sendo um dos objectivos principaes do tratamento, o desaparecimento, a cessação da glycosuria. E porque isso? Porque, em si, já revela um equilibrio hydrocarbonado; porque as melhoras, em geral, sobrevêm nessa occasião; porque permite ao pancreas augmentar a tolerancia para os hydratos de carbono e fazer desaparecer a glycosuria.

E' o mesmo que diz Joslin; o fim do tratamento é adaptar a dieta á capacidade de assimilação do doente; o meio de o alcançar é a cessação da glycosuria.

A hyperglycemia, é, de facto, um meio de analyse mais preciso, despertando cuidado, quando se afasta da normal, nas cercanias de 0,11 cent. %, para alcançar ou ultrapassar 0,16, limiar por onde vae á glycosuria. No decurso do tratamento ella augmenta antes de se manifestar a glycosuria e permite deliberações precoces e, quando desce á normal, traz ao clinico maior confiança no resultado do tratamento.

E' preciso saber, no emtanto, discernir, na sua avaliação, pois é a hyperglycemia capaz de se manifestar nos derradeiros periodos de uma nephrite chronica, no cancer, no hyperthyroidismo.

O que distingue, visceralmente, o tratamento moderno do que era feito ha 10 annos, é que, então, as determinações da glycose eram o objectivo quasi exclusivo das co-

gitações clinicas, ao passo que hoje, o fim do tratamento é, como bem mostra Joslin: — manter um paciente, em um dado peso, sem acetonuria e com glycemia normal.

E', em summa, o equilibrio de toda a nutrição que se busca, falseada toda ella no diabete.

Ha alguns annos toda a preocupação se resumia na suppressão completa dos hydratos de carbono, e os doentes recebiam a "lista de proscricção" (Labbé) em que figurava a prohibição dos hydrocarbonados e em que se recommendava a superalimentação pela carne e pelas gorduras.

Jaccoud, partindo da idéa errada de que os diabeticos tinham maiores necessidades organicas que os individuos normaes, prégava a superalimentação e Potain aconselhava aos seus doentes que, ás 600 gr. de carne diarias, accrescentassem de 60 a 300 gr. de gorduras.

Já Bouchardat, no emtanto, se oppuzera a essa superalimentação e as suas idéas são, em grande parte, hoje victoriosas, com M. Labbé, v. Mering, v. Noorden, etc., que admittem serem as solicitações para os azotados mais notaveis sómente no diabete com desnutrição.

— Nos nossos dias uma preocupação assoberba o espirito clinico ao defrontar um diabetico: a acidose, o terrivel accidente que, bem frequente nos casos graves, pôde sobrevir mesmo naquelles que pareciam benignos.

E', por isso, que o regimen precisa ser não só anti-diabetogenico, mas tambem anti-cetogenico (Joslin).

Até ahi todos os auctores modernos estão de accordo, mas na apreciação do que seja um regimen anti-cetogenico, o dissidio se fez violento e profundo. Os europeos, com M. Labbé, v. Noorden, etc., vêem o perigo da acidose n'um excesso das albuminas alimentares e recommendam um regimen rico em gorduras; os americanos, com Allen, Joslin, Mac Phedran, acham que as gorduras são a principal fonte da acidose. Difficil parece reconciliar opiniões tão oppostas, que, parece, não deviam existir já, em assumpto tão estudado.

Daqui a pouco mostraremos as deducções praticas, tão divergentes, a que chegaram essas duas escolas.

Em todo o caso um facto, de grande importancia, deve ser, desde logo, posto em destaque a idéa antiga de não se dar hydrocarbonados ao diabetico, foi substituida por outra, que lhe é a antithese: — **deve-se dar ao diabetico o maximo de hydratos de carbono, que possa assimilar.**

O que se deve pois fazer, para augmentar a tolerancia, para estimular a assimilação dos hydrocarbonados?

Allen acha que o tratamento moderno é uma tentativa para melhorar, pela limitação da dieta, uma função assimiladora enfraquecida.

Esse tratamento, porém, é cheio de difficuldades, que devem ser vencidas e não ha, talvez, em Medicina, molestia que ponha mais á prova, a competencia e a autoridade do clinico, assim como a coragem e a força de vontade do doente.

Não ha nenhuma que exija uma collaboração tão estreita entre o paciente e o medico, que exija do doente uma autoobservação tão meticulosa e continuada, uma comprehensão tão perfeita do seu estado e dos perigos que o cercam.

Esse tratamento deve ser individual; cada caso é um problema que requer uma solução particular, pois cada individuo tem a sua nutrição propria, que reage a seu modo, que se acha perturbada á sua maneira, que tem suas susceptibilidades peculiaes, seu caracter privativo.

Joslin affirma que "o diabetico, que melhor compre-

henda a sua molestia, vive mais, pois deve, não só coope-
rar no tratamento, mas, por uma autoobservação cuida-
dosa, despertar a atenção crescente do medico para o seu
caso. Elle deve ser, para si proprio, o enfermeiro, o chi-
mico e o medico auxiliar, — e, se isso é difficil, o premio
vale bem a pena, pois é a vida."

O doente intelligente, compenetrado da necessidade de
seguir á risca as prescripções medicas, deve, com hones-
tidade plena e com força de vontade inquebrantavel, notar
os efeitos da dieta, vencer as pequenas difficuldades do
começo, pois, ao fim de bem pouco tempo, estará senhor
dessa magna questão, da qual dependem a sua saúde e a
sua vida, será capaz de orientar-se nesse tratamento, que
o tira da invalidez e que o torna, de novo, apto para viver
nas condições de quasi normalidade.

Que o doente não se deixe embahir pelas fallazes pro-
messas de panacéas de occasião, que não preste ouvido
às informações dos que lhe apontam casos de diabete, que
vão bem, sem dieta rigorosa, pois si alguns casos, de taes,
existem, elles constituem uma excepção e, comquanto be-
nignos, pôdem, de um momento para outro, tornar-se
graves.

Taes doentes deveriam ter presente a phrase de Nau-
ny: — casos, mesmo graves, tratados cedo melhoram,
casos leves não tratados ou tratados mal, se aggravam.

Na grande maioria dos casos o tratamento actual evita
as complicações, melhora o estado do doente, prolonga a
vida e torna possivel a volta á actividade.

E' preciso, porém, que a vigilancia do medico não ar-
refeça, para que haja continuidade do regimen, para apoiar
a vontade do doente que fraqueia, para resolver difficul-
dades, para orientar cada vez melhor o doente, na cam-
panha empenhada. Si bem que esse tratamento seja mais
facil num hospital, em que o doente aprende melhor a
cuidar-se, em que o laboratorio e a clinica se auxiliam
mutuamente, elle é possivel na clinica civil, principalmen-
te si se trata de doente intelligente.

O tratamento do diabete consiste essencialmente nessa
dieta racional, que vae, não só deter a marcha do mal,
mas pôr o doente ao abrigo de terriveis complicações,
aumentar-lhe a capacidade de assimilação.

A dieta deve ser empregada com rigor, embora certas
concessões sejam possiveis, que não modifiquem os prin-
cipios basicos desse regimen.

E' assim que se poderá consultar o gosto do doente,
substituindo, ás vezes, um alimento por outro, isoglycosico.

E' o que se dá com certos velhos, com uma pequena
glycosuria persistente, nos quaes a rigidez da dieta, poderá
ser attenuada; mas, de um modo geral, se deve dizer que
quanto mais grave o diabete e mais moço o paciente, tanto
mais rigoroso deve ser o tratamento, embora isto accarrete
perda de peso e de forças (Allen).

Dieta normal e no diabete. Contrariamente ao que
pensavam os partidarios da superalimentação dos diabeti-
cos, estes ultimos devem ter a sua ração alimentar redu-
zida; não só a clinica mostrou as vantagens dessa redu-
ção, mas a menor actividade do diabetico a indica.

A grande guerra, que a par de tantos desastres, pro-
porcionou tantos ensinamentos, demonstrou, na Allema-
nha, o valor da redução alimentar no diabete.

No individuo normal a ração alimentar comprehende,
mais ou menos:

250 gr. de hydrocarbonados,
70 gr. de albumina,
65 gr. de gordura,

ao passo que, no diabetico, as proporções dessas substan-
cias não podem ser as mesmas, porque outras são as con-
dições da nutrição e se pôde dizer, que, para um caso be-
nigno de diabete, a ração corresponderia, mais ou menos,
às cifras seguintes:

60 a 75 gr. de hydrocarbonados,
90 gr. de albumina,
110 gr. de gorduras.

— Vejamos como, no diabetico, devem ser estudados os
diversos alimentos, para podermos bem comprehender as
suas vantagens e os seus inconvenientes, quando quizer-
mos estabelecer um regimen num dado caso.

Os hydratos de carbono apresentam um grande incon-
veniente: são diabetogenicos, mas, por outro lado, apresen-
tam uma vantagem: são anticetogenicos, isto é, se oppõem
á acidose; o organismo tem necessidade delles.

Por essas razões todas é que, em vez de exclui-los da
dieta, os diversos regimens procuram dar ao diabetico, gra-
dualmente, o maximo de hydrocarbonados que ella possa
supportar, sem producção de glycosuria.

E' esse o objectivo principal de certas dietas especiaes
como a de During (arroz), Mossé (batatas), Donkin (leite),
Blum (centeio), M. Labbé (legumes seccos), Falta (cucas
mixtas de farinhas), etc.

A redução dos hydrocarbonados é compensada pelas
albuminas e principalmente pelas gorduras.

Nem todos os hydratos de carbono são tolerados do
mesmo modo, assim o amido do pão é de assimilação mais
difficil que o dos legumes verdes.

Estes ultimos, além dessa vantagem, apresentam a de
conterem pouca quantidade de hydrocarbonados, cerca de
5 %, taxa que a cocção ainda faz baixar.

Já na batata não é muito modificada a quantidade de
hydrocarbonados pela cocção. Esse alimento deve ser co-
zido e comido com a casca, não só porque é augmentado
seu valor nutritivo, como porque essa combate a prisão
de ventre.

O uso de certas fructas é recommendavel, principal-
mente para substituir a sobremesa. A quantidade será de-
terminada pelo medico, de accôrdo com a proporção de
hydratos de carbono de cada especie de fructa: os moran-
gos contêm 7 %, as laranjas 11 %, a maçã 15 %. As azei-
tonas maduras contêm 4 %, verdes 1,5 %.

O leite contém 5 % de lactose.

O pão só pôde ser dado a um diabetico, quando a to-
lerancia deste para os hydratos de carbono fôr superior
a 50 gr. diarias.

Albuminas. Mosenthal e Harrop (Arch. Int. Medici-
ne, 1918) acham que a dieta rica em albumina é a mais
aconselhavel das dietas pobres de hydrocarbonados e de
calorias, pela qual se pôde conservar os tecidos do orga-
nismo e fornecer a ração de manutenção para o diabetico.

Petren, perseverando nessa dieta, durante 1, 2 até 3
mezes poude augmentar a tolerancia, de diabeticos, para
os hydratos de carbono, de 33 até 120 grammas e mais.

Marcel Labbé, Liñossier e os auctores europeos, em ge-
ral, vêem no excesso de albumina o grande factor de aci-
dose, ao passo que os auctores americanos, muito ao envez,
consideram as gorduras como especialmente nocivas a esse
respeito.

E' incontestavel que nos casos de diabete grave o dis-
turbio do metabolismo azotado domina, pela sua gravidade
e pelo seu grão, o do metabolismo hydrocarbonado.

Algumas especies de albumina são, particularmente,
consideradas como cetogenicas, isto é, determinantes da

formação de acidose; entre ellas a albumina da carne e a do leite de vacca.

Outras especies gozam de propriedades anti-cetogenicas, o que as torna particularmente preciosas no regimen dos diabeticos: são a albumina do ovo, a dos legumes seccos, a dos cereaes.

Para Morchardt as albuminas são cetogenicas e diabetogenicas, pois, além de constituirem a fonte quasi unica da acidose, seriam ainda responsaveis por uma parte da glycosuria.

Falta, acha, assim, que se deve levar em conta as albuminas ingeridas quando se faz o calculo da tolerancia de hydratos de carbono no diabetico, pois as albuminas formam glycose, em dóse relativamente alta, que, segundo Joslin, vae a 58 %.

E' no diabete com desnutrição azotada, que a albumina se torna mais necessaria e, no emtanto, é nessa forma grave que, como assevera Labbé, a carne augmenta a acidose e a glycosuria. Quer isto dizer que se evite a carne em taes doentes? Não, mas se deve reduzir o seu uso, compensando essa falta pelas albuminas do ovo e dos vegetaes.

E' classico dizer que o organismo tem necessidade de 1,5 gr. de albumina por kilo de peso corporal, mas os trabalhos modernos de Chittenden mostram que a dóse de 60 gr. diarias é sufficiente, para um homem de peso médio.

As albuminas alimentares mais usadas na dieta dos diabeticos são a carne, o peixe, ovos, queijo, caldos.

Gorduras. Perdura ainda a discordancia que dividiu os auctores europeos dos americanos na apreciação do valor da gordura no regimen do diabetico.

Para os primeiros, a gordura constitue o elemento principal da dieta e ahi entra em dóse grande, porque seria inoffensiva e permittiria, pelo seu alto valor alimentar, supprimir os hydrocarbonados, dando assim combate á hyperglycemia.

Embora admittam a transformação da gordura em corpos acetonicos, acham Labbé e Magnus Levy, que o perigo é illusorio, pois que tal transformação não se observaria nos diabeticos, á fé de experiencias que mostraram não haver relação entre a ingestão de gorduras e a excreção de acetona.

Quanto differem, nas suas conclusões, a esse respeito, os trabalhos de Allen e sua escola!

Embora achem estes que a gordura deve representar grande papel na alimentação do diabetico, para compensar o deficit hydrocarbonado, elles limitam desde logo o seu uso, quando declaram que este tem por fim manter o peso do corpo.

Onde, porém, as novas idéas orientam a dietetica para novos rumos é na affirmação cathgorica, hoje acceita pela quasi unanimidade dos tratadistas americanos, de ser a gordura a fonte principal da acidose.

A gordura, que é util e mesmo necessaria em certos periodos do diabete, passa, em outros, a constituir sério perigo.

E Allen retira dessas idéas algumas conclusões praticas, dizendo:

— que nada melhor para prevenir a acidose do que excluir da dieta a gordura;

— que a gordura não contrabalançada por adequadas quantidades de outros alimentos, é um veneno;

— que a gordura diminue a tolerancia para os hydratos de carbono.

Basta, de facto, muitas vezes, reduzir a quantidade de

gordura, para vêr baixar a hyperglycemia e a glycosuria, affirmando-se assim uma melhor assimilação hydrocarbonada.

As gorduras mais utilizadas são: o azeite de olivas, o crême, o toucinho, a manteiga, devendo esta ser absolutamente fresca, pois si o não fôr poderá conter acido butyrico livre e tornar-se assim um alimento perigoso.

Assim, pois a gordura continúa a figurar como um dos principaes, o mais abundante dos alimentos diabeticos, mas sem os exaggeros a que se havia chegado, no tempo em que nella só se viam vantagens e nenhum inconveniente.

O seu uso excessivo pôde acarretar effeitos tanto mais nefastos quanto mais insidiosos, começando por deprimir a capacidade da assimilação da glycose e indo até á produção da acidose.

Alimentos minerais. O uso do sal é conveniente, a sua exclusão acarretaria deshydratação dos tecidos, comprometendo ainda mais a nutrição destes.

A agua deve ser usada á vontade, como recommendavel é o uso dos caldos, líquidos remineralisantes de valor.

Calorias. Expostas, que foram, do modo mais resumido, as condições em que se apresentam os alimentos ao organismo do diabetico, forçoso é abordar a questão das calorias, visto que um certo mínimo destas é indispensavel para o bom andamento da nutrição.

Ainda a este respeito, como bem fez notar Labbé, bem diversa deve ser a questão no diabete com desnutrição e no diabete florido, naquelle o grande desequilibrio, o formidavel deficit de um organismo, cujos tecidos se fundem pouco a pouco, estão a exigir um supplemento de energia e o numero de calorias que, por kilo de peso corporal, reclama tal organismo orçará entre 54 e 55, tendo-se em vista, no seu computo, a possivel causa de erro resultante do augmento de peso por edemas.

Na grande maioria dos diabeticos, porém, não ha necessidades nutritivas superiores ás do individuo normal em actividade, ellas são antes inferiores, podendo ser representadas por 28 a 30 calorias por dia e por kilo, no adulto e um pouco mais na creança.

A demonstração desse facto já a tinham dado Finkelstein e Borchert, quando, submettendo diabeticos e individuos são a um regimen de restricção, verificaram que só os diabeticos conservavam o equilibrio de peso.

Calculadas as calorias necessarias num dado caso só gradualmente se chegará ao numero ideal, pois que só aos poucos se conseguirá fazer sobrar a quantidade de gorduras e de hydratos de carbono indispensaveis para obter-o, visto serem estes os alimentos de mais facil e potente acção calorica.

Excessos nesse sentido iriam exaggerar a hyperglycemia ou determinar a acidose.

Deve, a esse respeito, a restricção hydrocarbonada ser paulatinamente compensada pela gordura, mas essas relações entre hydratos de carbono e gorduras devem ser estudadas em cada individuo.

Aconselham alguns auctores que, no começo do regimen, principalmente durante os dias do jejum relativo, se recorra ao alcool, poderoso fornecedor de calorias.

Em summa, o total das calorias deve ser bastante baixo no começo, para gradualmente ir augmentando, tanto mais que a diminuição do peso permite supportar melhor a restricção de calorias.

Nesta verdadeira introdução ao tratamento do diabete, que vimos fazendo, não podemos deixar em silencio um dos meios mais efficazes e de resultado immediato mais tangivel, que, fazendo parte episodicamente de certos me-

thodos, constitúe a base de outros ou desempenha papel de monta em alguns. Referimo-nos ao:

Jejum, que constitúe o fundamento do methodo de Guelpa. mas não é, geralmente, empregado com o rigor que esse auctor exige. Os exaggeros desse processo tiveram, no emtanto, o merito de mostrar o valor da restrição alimentar no diabetico e a facilidade com que ella é supportada.

Nos obesos e nos que se superalimentam é aconselhavel, por vezes, o methodo de Guelpa, que, como os senhores sabem, consiste no jejum de 3 a 4 dias, acompanhado de purgativos, jejum que deve ser repetido 4 a 5 vezes por mez, tendo, nos intervallos, o diabetico um regimen vegetariano reduzido.

Alguns auctores preferem intercalar dias de jejum relativo, ou dias de legumes, mas Joslin acha que o jejum relativo deve ser começado logo, a não ser que o paciente esteja em extremo gráo de enfraquecimento ou seja um velho.

Allen diz mesmo que doentes em que a acidose e o enfraquecimento accentuado faziam suppôr perigoso o jejum, são algumas vezes os que o exigem sem demora.

Labbé diz dever desaconselhar-o nos desnutridos, mas acha que é illusorio o perigo de produzir a acidose.

Costuma-se começar por um purgativo e levar o jejum por 2 ou mais dias, em geral até desapparecer a glycosuria.

Embora o primeiro dia seja difficil de supportar, alguns doentes tem observado o jejum relativo por 8 e 9 dias.

Esse jejum é relativo, pois o doente tem permissão de usar agua, caldos magros, café, chá, mesmo cognac.

Em clinica civil é preferivel recorrer á modificação de Joslin, no começo do tratamento, modificação que consiste na suppressão primeiro da gordura, da dieta que tinha o diabetico, na suppressão consecutiva da albumina e na diminuição gradual dos hydrocarbonados, realisando-se essas medidas no espaço de 1 a 2 semanas, sem que o doente soffra abalo de vulto.

Todas as modalidades de jejum têm por escopo fazer cessar a glycosuria; esse resultado será completado pela diminuição gradual da hyperglycemia por meio de uma dieta de verduras e albuminas, estas ultimas, que, dadas na dóse de 60 grammas, mantêm o peso corporal. Começa-se logo a dar pequenas quantidades de hydratos de carbono e de gordura, procurando, por exames repetidos de urina e de sangue, ir tacteando a tolerancia desses diversos alimentos, tendo-se em vista dar o maximo de hydrocarbonados que não determine hyperglycemia.

Só em ultimo lugar se dará a gordura, dizem Allen e Joslin.

Vae-se, assim, sem transições bruscas do jejum relativo á dieta fundamental do diabetico, sendo, no emtanto, aconselhavel, de tempos em tempos, ou, como querem alguns, de semana em semana, intercalar um dia de jejum relativo, para descanso da funcção assimiladora.

O jejum deve, tambem, ser a espaços, nos casos de notavel depressão de forças, na acidose ou em certos casos de glycosuria particularmente rebelde.

E' o medico que deve julgar da oportunidade de prolongar ou não um periodo de jejum, pois só elle poderá considerar as contraindicações de momento ou os inconvenientes de uma hypoalimentação duradoura.

Ao organizar um regimen dietetico para um diabetico o medico não deverá orientar-se só pelos dados de laboratorio como as taxas de glycosuria e de hyperglycemia, ou por noções theoricas como a das calorias, mas deve levar tambem muito em conta as condições personalissimas do

paciente, a sua idade, o seu modo de vida, as suas deficiencias organicas, entre as quaes se destacam a hepatica e a renal.

Embora, em certos periodos, haja necessidade de restringir ou evitar o uso de certos alimentos, não devemos perder de vista os inconvenientes que apresenta todo o regimen exclusivista, pois o nosso organismo tem necessidade de alimentos de toda a classe.

Essa observação se faz necessaria principalmente no que respeita á exclusão dos hydrocarbonados, que, na alimentação normal, representam os $\frac{2}{3}$ da energia exigida pelo organismo.

Tal exclusão, si continuada por muito tempo, pôde levar á acidose.

Essas medidas de alto alcance pratico não excluem, no emtanto, uma certa linha de conducta que a experiencia vem mostrando ser vantajosa, pelo methodo, pela facilidade maior de applicação pratica, pela collaboração a que obriga o doente com o medico.

O methodo que mais vezes temos applicado e que melhores resultados nos têm proporcionado é o de Allen, cujos triumphos são attestados por innumeradas publicações recentes.

Antes de expol-o, devemos dizer que o diabetico deve cuidar tambem muito de sua hygiene, no sentido de fortalecer as defezas organicas, remover defeitos que os enfraqueçam.

E' assim que deve ter um cuidado especial com os dentes e a pelle, deve evitar resfriados, combater a prisão de ventre.

O diabetico não deve, em geral, ficar inactivo, mas fazer exercicio moderado; o seu somno deve durar pelo menos 9 horas.

Regimen de Allen. Os pontos principaes desse methodo são os seguintes:

1) A suppressão inicial das gorduras, que constituem a fonte principal da acidose (Allen e Joslin).

2) A suppressão das albuminas, dous dias após.

3) A suppressão gradual dos hydrocarbonados, diminuindo de metade, cada dia, até alcançar 10 grammas.

4) O jejum relativo, por 1, 2 ou 3 dias, durante os quaes o doente deve beber muita agua, tomar chá, café, caldos magros e cognac.

Geralmente, com essas medidas, o assucar desapparece da urina; si isso não se dér, dever-se-á alcançar 1 gr. de albumina por kilo de peso corporal, ou $\frac{1}{2}$ gr. de hydrocarbonados, e voltar ao jejum relativo.

Depois da glycosuria desapparecer, durante 24 horas, dar 5 a 10 gr. de hydrocarbonados por dia, sob a forma de legumes cozidos e augmentando essa dóse até reaparecer a glycosuria.

O augmento das albuminas se fará no 3.º dia de aglycosuria, começando por 20 gr. diarias e indo até perfazer 1 gr. por kilo.

Quando pelo augmento dos hydrocarbonados ou das albuminas sobreviér assucar, voltar ao jejum relativo durante 24 horas, retrocedendo, após este, para as taxas que precederam a glycosuria.

Só, depois de assim tactear a tolerancia para as outras substancias alimentares, se pôde augmentar as gorduras, que serão dadas nas doses crescentes de 5 a 25 gr. por dia até perfazerem o total de 30 calorias por kilo de peso corporal.

Eis o methodo de Allen, exposto em suas linhas geraes; a sua applicação têm sido de beneficos resultados, como o attestam os multiplos trabalhos a que tem dado

logar; apresentamos-o por ser o que nos parece mais bem orientado no momento actual.

Tudo o que vos disse até aqui serve apenas de introdução ao tratamento dos diabeticos, são as armas que revistamos antes da lucta, para, confiantes nellas, por bem as conhecermos, podermos com consciencia assumir a grave responsabilidade de tratar um diabetico, modelando esse tratamento pelas determinações clinicas de cada caso.

E' aqui a occasião de apontar o grande serviço, que prestou Marcel Labbé, mostrando a distincção dos diabetes com e sem desnutrição azotada, tão differentes quanto ao gráo de perturbação nutritiva, quão diversos nas indicações therapeuticas.

E' do diabete sem desnutrição azotada que nos vamos occupar, neste momento, não só porque é o mais frequentemente observado, como porque as considerações dieteticas atraz expendidas têm nelle a sua realisação mais exacta.

Tratamento do diabete flórido, sem desnutrição azotada.

E', sob o ponto de vista exclusivamente dietetico, que abordaremos a therapeutica dessa forma de diabete, que clinicamente se caracteriza por uma apparencia enganadora de robustez, que orça, frequentemente, pela obesidade e cujos dados de laboratorio se cifram com uma hyperglycemia mais ou menos relevante, com glycosuria geralmente moderada, sem acidose e com tolerancia hydrocarbonada nas cercanias de 50 gr. por dia.

O fim principal do regimen é a depressão da hyperglycemia o que se consegue fixando o que deveremos chamar — o **sólio alimentar** do assucar.

Nos casos muito leves dessa forma clinica, basta, ás vezes, diminuir a quantidade dos alimentos, sem preocupação da qualidade destes para que a hyperglycemia diminua e desapareça a glycosuria; é nesses casos que os regimens exclusivos (de batatas, aveia, etc.) conseguem fazer cessar a glycosuria, simplesmente porque diminuem a quantidade alimentar.

Si além da restricção alimentar o doente fizer bastante exercicio physico, a perda de peso consequente será acompanhada de redução de glycose. E' o que explica os bellos resultados colhidos, em taes casos, com o tratamento electrico de Bergonié.

Deve-se forçar a excreção da glycose em excesso, pela restricção da ingestão de substancias que a produzam.

Conseguida a aglycosuria, deixar, ainda alguns dias, o doente no regimen que a produziu, para ir gradualmente aumentando a alimentação até que esta seja sufficiente, sem produção de hyperglycemia.

Esses doentes devem, como aconselha Labbé, ter a sua dieta composta de um hydrato de carbono fundamental, um accessorio, albuminas, gorduras e alcool.

O hydrocarbonado fundamental será de preferencia a batata, pois o pão, mais do agrado dos nossos doentes, tem um amido de assimilação mais difficil.

Póde-se, para evitar o desgosto do doente, trocar a batata por quantidades isoglycosicas de arroz ou legumes seccos.

Os hydrocarbonados accessorios são principalmente representados pelos legumes verdes, cuja proporção de glycose é, geralmente, apenas de 5 %, descendo ainda pela cocção.

D'entre varios casos de diabete que, assim, temos tratado, nos ultimos dous annos, referiremos os seguintes:

— Sra. C. D. — 40 annos. Peso actual 87 k., anteriormente tivera 100 k.

Soffreu muito de colicas hepaticas desde os 21 annos, aos 36 começou a emmagrecer e ter sede, tendo então glycosuria. Tem enfartamento após a refeição, prisão de ventre alternada com crises diarrheicas. Geralmente abatida, tem frequentemente palpitações; mãos dormentes, ligeiro tremor dos dedos; fraqueza visual. Bocca secca. Reflexos patellares abolidos; pupillares normaes. Pupilla direita maior do que a esquerda. Coração nada de anormal. Thyroide sensivel. Pulso 92. Tensão $17/10$ Io = 3.

26/7/20 — Urinas — Densidade 1022 — Glycose 15,05 por litro.

Dieta: $\frac{1}{2}$ litro de leite, 1 bife, 2 caldos magros; verduras cozidas e café, durante 6 dias.

A glycose desapareceu e a densidade desceu a 1014.

6/8/20 — 2 bifos pequenos, 1 ovo; verduras á vontade, 4 caldos, 1 batata cozida, $\frac{3}{4}$ de litro de leite, café e chá.

16/8/20 — Urinas — Densidade 1021 — Glycose = 0.

Regimen: O precedente e mais 2 fatias de queijo, 2 bifos grandes, 2 batatas, 1 litro de leite, 1 colher de caldo de feijão, 1 laranja.

6/9/20 — Urinas: Densidade 1023 — Glycose = 0.

Regimen — o anterior e mais 1 fatia de pão torrado com manteiga. Glycose = 0.

23/9/20 — Além dos alimentos citados: coalhada, 3 fatias de pão, morangos. Glycose = 0.

Sra. S. F. — 58 annos. Peso 84, tendo tido mais de 100 k. 4 annos antes.

Sempre foi forte; teve 8 filhos, dos quaes 6 estão vivos. Ha 4 annos menopauza. Nessa época notou que urinava muito e tinha sede; polyphagia. Ha 2 annos foi observada glycosuria. Diminuição da visão á esquerda. Pequeno bocio; lóbo direito da thyroide maior que o esquerdo. Sensação constante de calor, sua muito. Dyspnéa de esforço. Não tem prisão de ventre. Muita fome. Reflexos patellares abolidos, pupillares á direita, normaes, á esquerda ha retinite com fl. hemorragicas. Pulso 80. Tensão $17/8$. Io = 3. Bons dentes. Wassermann negativo. Urina — 2 litros; densidade 1036. Albumina, vestigios; glycose 26,4⁰/100. Acetona, vestigios. Regular quantidade de acido urico.

Sangue: Glycose: 0,117 %.

Creatinina: 0,0068 %.

Uréa: 0,031 %.

Acido urico: 0,003 %.

Diametro da aorta ascendente 3 $\frac{1}{2}$ cm.

Regimen — Após 2 dias de jejum relativo, carne, verduras, presunto, leite, ovos.

Desappareceu a glycose.

5/10/20 — Urinas: 1860 gr; albumina, vestigios; glycose = 0; acetona, vestigios. Acida. Densidade 1012.

Regimen: Sopas de verduras, 2 batatas, caldos, verduras crúas e cozidas, 1 bife, 1 maçã, cognac.

12/10/20 — Nem glycose, nem acetona.

27/10/20 — Nem glycose, nem acetona.

3/12/20 — Não tem glycose.

18/12/20 — Segue para fóra sem glycose.

Volta a 27 de Abril de 1921, com 73 kilos, sentindo-se bem disposta.

Regimen: 2 bifos, $\frac{1}{4}$ de gallinha, 2 ovos, 50 gr. de queijo, 200 gr. de verduras; sopa de verdura, caldos, 1 calice de cognac, 1 litro de leite.

A unica medicação que usou foi trypsogen, 3 comprimidos diários.

3/5/21 — Urinas — De dia 675, de noite 591. Total: 1260. Densidade 1029. Albumina = 0; Glycose — 0; Acetona e acido diacético — 0.

Sra. J. P. — 51 annos — 66 kilos, anteriormente tivera 70 k.

28/9/20 — Tem uma irmã diabetica.

Quando faz calor, tem uma nuvem nos olhos. Tem palpitações.

Ha 1 mez chegou a ter 104 gr. de glycose por litro, urinando então 3 litros.

Tem muito appetite e, ás vezes, muita sede. Pyorrhéa.

Tinha insomnia e grande abatimento. Menopauza ha 4 annos.

Pulso 20. Tensão $20/10$. Io = 3,5. Reflexos normaes.

Urina: Traços de albumina. Glycose 44,4 nas 24 horas; uréa 20,4 em 24 horas. Densidade 1036,7. Volume 1200 c³.

Sangue: Wassermann positivo fraco; Glycose 0,28 %; acido urico 0,0012 %; Creatinina 1 mill. 3 %; Cholesterina 0,266 %; uréa 0,032 %.

Regimen — 4 dias de jejum relativo. Glycose = 0; Acetona = grande quantidade.

Deu-se cozimento de aveia e 2 colheres de sopa de bicarbonato de sodio por dia.

24/11/20. — Glycose — 0. 22 de Abril de 1921 — Glycose — 0; Volume 1 $\frac{1}{2}$ litro. Está comendo arroz e biscoitos. Bem disposta. 59 kilos.

H. K. — 61 annos — Ha mais de 1 anno tem sede e vem emmagrecendo. Cephaléa persistente, tremor dos dedos.

Ha 1 anno têm perturbações visuaes; tem cataracta nos 2 olhos.

Pulso 100. Tensão $26/11$. Io = 3. Reforço do 2.º tom. aortico.

Urinas: 24/9/20 — Densidade 1032,9 Tr. de albumina. Glycose 55 $0/00$.

12/10/20 — Densidade 1020,4 Tr. de albumina. Glycose 11 $0/00$.

29/10/20 — Densidade 1030,9 Tr. de albumina. Glycose 36,3 $0/00$.

Este ultimo exame feito após privação de hydrocarbonados.

E' submettida, então, a 3 dias de jejum e a urina revela:

Quantidade: 1 litro; densidade: 1020,5.

Glycose = 0.

O exame de sangue:

Glycose — 0,04 %.

Cretenina — 0,0018 %.

Acido urico — 0,002 %.

Uréa — 0,024 %.

Administra-se agua de cal e regimen de Allen.

— Eis, resumidas, algumas observações, que servem para mostrar os resultados obtidos pela dieta.

Poderíamos citar muitas outras, mas desnecessario se torna porque muito se assemelham ás citadas, que provam como se pôde manter um doente, sem glycosuria, em boas condições de nutrição.

Ahi tendes a realisação de algumas das novas idéas que tornaram menos sombrio o prognostico para os diabeticos.

Nem podia deixar de ser essa a consequencia da nova orientação que afasta a acidose e reduz a hyperglycemia, sem comprometter a nutrição azotada.

O regimen de Allen é de applicação muito facil no começo, mais delicada é a fixação dos limites de tolerancia para os diversos alimentos, pois se trata de cifras estrictamente individuaes e modificaveis, no mesmo individuo, por circunstancias varias. Com paciencia, estudando as condições especiaes do doente se consegue, aos poucos, alcançar a medida da sua capacidade de assimilação, base necessaria para a plena realisação de um regimen que deve dar ao organismo a ração necessaria e sufficiente, tanto sob o ponto de vista quantitativo, como qualitativo.

Joslin publicando as estatisticas do Hospital Geral de Massachusetts de 1824 a 1918, mostra que a mortalidade, por diabete, nesse hospital, foi de 1824 a 1898 de 27 %.

De 1898 a 1914 de.....	28 %
Em 1914, época em que começaram a ser empregados os novos methodos.....	16 %
1915	12 %
1916	8 %
1917	6 %
1918	4 %

Isto não quer dizer que o diabete tenha passado a ser uma molesita benigna, mas demonstra de modo mais brilhante a acção da nova orientação na luta contra o diabete, que é levada a toda a nutrição pois, como já vos disse, si no diabete estão inicialmente compromettidas as trocas hydrocarbonadas, logo o disturbio se estende ao metabolismo inteiro.

Diversos diabeticos temos em tratamento que, seguindo as prescripções dieteticas, com certa exactidão, viram a sua glycosuria desaparecer e, com ella, os symptomas incommodos ou sérios que os attribulavam.

Ao doente se deve ensinar a pesquisa da glycose e, principalmente, a reacção de Gerhardt, aquella devendo ser feita com maior ou menor frequencia, conforme as mutações da dieta.

Quanto á reacção de Gerhardt, o doente deve fazel-a uma vez por semana e toda a vez que surgir um novo symptoma, como dôr de cabeça, somnolencia, dyspnéa, insomnia, vomitos, oliguria, etc. Si a reacção, assim frequentemente feita, fôr positiva o medico será logo avisado e chegará quasi sempre a tempo de evitar complicações sérias.

Em uma palestra proxima estudaremos o tratamento do diabete grave, pancreatico, de que se acha atacado o doente do leito n.º 4.

— O assumpto da palestra de hoje não é por certo daquelles que se prestam a divagações interessantes, a controversias empolgantes, a interpretações subtis.

Elle não paira em alturas condorianas, nem comporta digressões ousadas; arido, ás vezes, simples, sem atavios, elle se prende, no emtanto, á questões capitaes da nutrição, tem como escopo arrancar ao soffrimento e á morte o diabetico, cuja sorte em muito depende da bôa comprehensão que, do tratamento do diabete, tenha o seu medico. Foi para mostrar quanto deve ser solícito e meticoloso o clinico, em tal tratamento, que entrámos em certas minucias que vos pareceriam talvez superfluas si não soubesseis que nada é superfluo quando se trata de alliviar uma dôr ou salvar uma vida.