

Medidas de combate contra o cômá diabético. (*Abolishing diabetic coma*), por E. P. JOSLIN. — *Jour. Am. Med.*, 6 de Julho de 1929. (Transcripto da Rev. Lisboa Médica N.º 9 — Ano VI — Setembro de 1929.

Morais David

Nunca será demasiada a campanha que se faça com o intuito de espalhar, entre a classe médica e entre os doentes com diabetes, as noções elementares mas fundamentais que visam o tratamento e a profilaxia do cômá diabético. Mal se compreende que, ainda na hora presente, tantos médicos e doentes desconheçam o alcance de certas prescrições, cujo respeito e cumprimento representam, pode dizer-se, o bem estar e, mais do que isso, a própria vida dos doentes. Leia-se o que diz Joslin:

„A diabetes é uma doença crônica, mas o cômá diabético é uma doença aguda. Se estas considerações fôssem suficientemente compreendidas, o cômá diabético desapareceria do número das complicações da diabetes.

É já tempo, decorridos 7 anos sobre a descoberta da insulina, para se tirar dêste remédio, curativo do cômá diabético, todo o proveito que êle é capaz de nos fornecer.

¿Porque se não põe térmo, de uma vez para sempre, a esta complicação?

Êste seria o meio ao mesmo tempo mais simples e mais eficaz de fazer baixar a mortalidade da diabetes.

O diagnóstico do cômá diabético depende em larga escala da sua feição clínica, com sua história particular e seu desenvolvimento progressivo; o doente sente-se abalado nas suas forças, aparenta uma grave alteração da sua saúde e êstes sinais predominam sobre os de colapso que, pelo contrario, são ponderantes no *shock* insulínico; neste são também marcados os tremôres, os suores, a inconsciência e as convulsões.

O interrogatório pode revelar-nos que a insulina deixou de ser injectada, ou que a dose se tornou insuficiente, ou, ainda, que o doente alterou por sua conta a dieta prescrita. Noutros casos verifica-se que o cômá se desencadeou a partir de uma infecção.

Usualmente as náuseas, os vômitos e a dor, simulando uma afecção abdominal grave, conduzem á restrição alimentar ou á suspensão total dos alimentos e, em consequência destas medidas, o organismo passa a viver á custa das suas próprias

proteínas e gorduras e a acidose aparece.

Gradualmente o doente vai-se mostrando mais excitado até que, depois sobrevêm a dispneia, com movimentos respiratórios amplos e sem cianose, a inconsciência e o cômá.

Êste quadro clínico é um contraste do *shock* insulínico, cujos sintomas são de comêço bruscos; além desta particularidade é também importante a ausência de perturbações do ritmo respiratório.

No cômá diabético a urina, obtida por cateterismo, contém açúcar e corpos cetônicos. No *shock* insulínico a urina não revela nem açúcar nem corpos cetônicos

TRATAMENTO

1) O tratamento do cômá diabético faz-se como o de uma emergência que suplanta, pela sua importância, toda e qualquer outra.

Ao diagnóstico, uma vez estabelecido, segue-se a administração da insulina, por via sub-cutânea, em doses de 10 a 40 unidades, repetidas todas as meias horas, até o retôrno da lucidez do doente e da respiração normal e até que se verifique o descrêscimo na glicosúria.

Quando se queira injectar a insulina por via intra-venosa é indispensável fazer, simultaneamente, a injeção sub-cutânea.

2) Os tecidos do doente em cômá diabético estão desidratados e por isso, logo na entrada do tratamento, deve-se injectar, por via sub-cutânea, cerca de 1 litro de sôro fisiológico.

É perigoso confiar na absorção de líquidos por via gástrica e na do sôro por via rectal.

As injeções do sôro por via intra-venosa são aconselháveis desde que sejam executadas por forma a fazer a introdução do líquido com grande lentidão, e isto para obviar a uma dilatação cardíaca.

3) A circulação estimula-se por meio da cafeína (0,5 gr.), repartida em 4 doses, a uma hora de intervalo.

4) O estômago deve ser esvaziado e lavado, usando sempre em tais circunstâncias manobras cautelosas e suaves.

Os líquidos que se aconselham para beber são a água, os caldos de carne magra, café, chá, água de arroz, e melhor do que tudo, durante as primeiras 24 horas, laranja feita com água e sumo de duas a três laranjas ou, por outras palavras, cerca de 50 gr. de hydratos de carbone.

Mais tarde volta-se ao emprego de artigos culinários simples, adaptando as doses de insulina aos ensinamentos colhidos pelo exame fraccionado das urinas, de princípio a intervallos de 2 horas, depois a intervallos de 4 ou 6 horas.

As doses de 15, 10 e 5 unidades de insulina correspondem sensivelmente às colorações vermelho, amarelo e verde, da reacção da urina com o soluto de Bénédict.

MEDIDAS PREVENTIVAS

A prevenção do côma diabético vale mais do que o seu tratamento. O doente precisa de ser iniciado no conhecimento dos meios por que se evita o côma. É preciso ensinar-lhe que nunca deverá suspender a insulina enquanto tiver açúcar nas urinas, quer faça ou não uso de alimentos.

No caso de sobrevir qualquer complicação, por exemplo uma doença febril, precisa de aumentar a dose de insulina repartindo-a por um maior número de injecções.

O doente deve estar ao facto dos perigos que advêm da quebra do regime alimentar e saber de cór e salteados os 6 mandamentos seguintes:

Logo que se sinta doente mandará chamar o médico. Recolherá à cama. Beberá uma chávena de líquido quente todas as horas. Far-se há vigiar constantemente por uma pessoa capaz de lhe prestar assistência. Fará um clister. Conservar-se há convenientemente aquecido“.

Vacinação anti-diftérica. (*Vacunación anti-diftérica*), por G. A. ALONSO MUÑOYERRO. — *Revista Medica de Barcelona*. Julho, 1928. — (Transcripto da Rev. Lisboa Médica N.º 9 — Ano VI — Setembro 1929).

Meneses

A vacina anti-diftérica é absolutamente inofensiva, nunca se tendo observado nenhum caso de morte entre os milhões de vacinados na Europa.

O A., em 1.500 casos, não teve, em crianças pequenas, reacções violentas ou consequências desagradáveis. Entende que a vacinação anti-diftérica se deve tornar obrigatória, como a vacina contra a varíola, para evitar a mortalidade de mais de 4.000 crianças por ano em Espanha.

A idade mais apropriada para fazer a vacinação é a de um a dois anos, porém

deve-se fazel-a até os cinco anos, sem ser necessário previamente fazer uma reacção de Schick.

No caso de epidemia de diftéria, dar aos não vacinados soro e três semanas depois anatopina, três doses com intervallos de três semanas. Nos vacinados, se se não quizer fazer a r. de Schick, para evitar mais incómodos e pela inocuidade da anatoxina, basta uma injecção desta para ficarmos absolutamente seguros de que não sofrerão a enfermidade.

As crianças que já sofreram diftéria diagnosticada, uma vez, devem imunizar-se. Praticamente pode considerar-se imunizada uma criança contra a difteria, se recebeu três injecções de anatoxina.

Nos casos do A. apenas encontrou uns 2% de resistentes que com uma quarta dose ficaram imunes.

É de justiça e de grande alcance humanitário tirar a impressão pública de que a vacinação anti-diftérica é perigosa, para evitar a resistência em a fazer que mostram não só as famílias como até muitos médicos.

A hepatite amebiana crónica, periodica. (*Die chronische, periodisch aufflackernd Amöben-Hepatitis*), por SCHRUMPF-PIERON. — *Klinische Wochenschrift*, N.º 33. 1929. (Transcripto da Rev. Lisboa Médica N.º 9 — Setembro 1929).

F. Fonseca

A invasão do fígado pela amoeba da disenteria pode ser primária, sem sintomas de disenteria intestinal, ou secundaria, como complicação de uma colite disentérica.

A forma de hepatite amebiana descrita pelo autor constitui uma doença crónica, com grandes remissões, interrompidas por acessos periódicos e agudos que vão desde a simples tumefacção dolorosa e apirética do fígado à inflamação localizada ou difusa, dolorosa e febril do mesmo órgão.

Estes acessos agudos são, a maioria das vezes, despertados por uma subida brusca da temperatura exterior ou por abuso do alcool.

A emetina constitui o único meio terapêutico activo do acesso.

Entretanto o doente não fica curado, visto que, mais tarde ou mais cedo, sobrevém novo acesso. Trata-se, pois, duma infecção crónica, latente, com acessos agudos periódicos.