

C  
M E

... as experiências feitas para avaliar o poder inhibitorio  
antiseptico conclue-se que o Aseptal tem  
poder antiseptico e inhibitorio sobre os  
bacterias, o que torna valioso o seu uso  
em microbio

de 1910

*Charles Feix*

ANO X NOVEMB

SUMÁRIO

PATOLOGIA HUMORAL DA DIABETES —  
 dr. Manuel Bruno da Costa . . . . . 447

DEONTOLOGIA MÉDICA — «UM SEMESTRE DE ENSINO  
 EM COIMBRA» OU «UM FEIXE DE QUESTÕES» — dr. Luis  
 Augusto Duarte Santos . . . . . 477

SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES . . . . . XXXIII

MOURA MARQUES & FILHO  
COIMBRA

de Moura  
— Prof. J.  
— Luciano Gui-  
— Prof. Maxi-  
— Afonso Pinto —  
— Vaz Serra —  
— re

to  
principal

Luís Raposo  
Manuel Bruno da Costa  
Mário Trincão  
Tristão Ilídio Ribeiro

### CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente e Ilhas — ano . . . . .	50\$00
Colónias . . . . .	65\$00
Estrangeiro . . . . .	75\$00
Número avulso — cada . . . . .	10\$00

### PAGAMENTO ADIANTADO

Só se aceitam assinaturas a partir do primeiro número de cada ano.

Dez números por ano — um número por mês, excepto Agosto e Setembro.

---

Editor e Proprietário — Prof. JOÃO PORTO

---

Toda a correspondência deve ser dirigida  
à Administração da "COIMBRA MÉDICA",

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25  
COIMBRA

Em resumo, las experiências feitas para avaliar o poder inibitório e o poder antiseptico conclue-se que o Aseptal tem um alto poder antiseptico e inibitório sobre as bacterias pathogenas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os microbios

Coimbra 14 de dezembro de 1910

Charles Lippelle



NA HIGIENE  
ÍNTIMA  
DA MULHER

**"Aseptal.,**  
ANTI SEPTICO-PERFUME  
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA NUPHAR

## Alcalinésia BISMUTICA

*Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis, etc.*

## "Aseptal,"

*Ginecologia, Partos, Usos antisépticos em geral.*

## BioLactina

*Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, enterocolite, etc.*

## Bromovaleriana

*Doenças de origem nervosa, insónias, epilepsia, histeria, etc.*

## 'Diaspirina,

*Gripe, reumatismo, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes, neuralgias, cólicas menstruais.*

## DYNAMOL

*Anemias, emagrecimento, tuberculose incipiente, neurastenia, fraqueza geral, depressões nervosas, convalescenças, etc.*

## "Glucálcio,"

*Descalcificação, tuberculoses, sintatismo, raquitismo, fraqueza geral, pleurisias, pneumonias, escrofulose, asma, etc.*

## hepatodynamol

*Normalização da eritro-e da leucopoese, regularização da percentagem de hemoglobina e do valor globular.*

## "MARCOTYL,"

*As indicações da morfina. Previne a habitude e morfínomania dentro de certos limites.*

## Proteion

*Medicamento não específico actuando efectivamente sobre os estados infecciosos.*

## PULMÃO-SORO

*Doenças das vias respiratórias, inflamações da laringe, da traqueia e dos brônquios, pneumonia, etc.*

## SUAVINA

*Laxativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.*

## Terpioquina

*Medicação anti-infecciosa.*

## Transpneumol

*Quinino-terapia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.*



INSTITUTO DE FÍSICA  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

## PATOLOGIA HUMORAL DA DIABETES

POR

BRUNO DA COSTA

(Continuado da pág. 390, vol. X, n.º 7)

As alterações humorais próprias da diabetes grave e, nomeadamente, da grave acidose diabética são múltiplas.

No *sangue*, há baixa de reserva alcalina, da água e das bases Na, Mg e Ca, (RATHERY e E. CORT-REEAL verificam hiperkalemia, mas o último destes não nos diz em que tipo e estado de diabetes); aumento dos corpos cetónicos, aumento freqüente da ureia, dos ácidos aminados, do azote residual e do ácido láctico.

Os corpos cetónicos valem normalmente, no sangue, 1—3,5 mgrs. 0/0, isto é, há apenas vestígios; na cetose diabética, a elevação é pouco acentuada, mas na acidose grave e especialmente em casos de coma, os corpos cetónicos do sangue podem atingir os valores de 0,15—0,20—0,30—0,40 grs. 0/0.

Os ácidos aminados que normalmente valem 5,5—6 mgrs. 0/0 chegam a atingir os valores de 9-13 mgrs. 0/0; a relação  $\frac{N \text{ aminado}}{N \text{ total}}$  atinge o valor de 35—40 0/0, enquanto o valor normal é de 15 0/0.

O N residual (= N não proteico — N ureico) contém o N dos ácidos aminados, o do amoníaco, o dos polipeptídeos, o da creatina, o da creatinina e o do ácido úrico) e, normalmente, vale 8—15 mgrs. 0/0; em casos de acidose atinge valores de 32-51 mgrs. 0/0.

Segundo WILDER e WILBUR, na acidose diabética grave, há tendência para acumulação do ácido láctico no sangue, juntamente com os ácidos cetónicos. Verifica-se que na acidose grave experimental, em ratos, a função supra-renal está deprimida; também a supra-renalectomia nos ratos aumenta a lactacidemia.

Em corroboração destes resultados, cita-se a observação curiosa de que, em regra, quando a acidose se desenvolve, diminui a glicosuria. Ora, a glicosuria depende, em regra da glicémia, e o valor desta relaciona-se também com o estado funcional da cápsula supra-renal e com o comportamento renal, a que já fizemos larga referência.

Na acidose grave do diabético, e mais especialmente no coma, pode observar-se *hiperlatacidemia*.

O diabético com acidose apresenta poliúria que mais tarde, quando a acidose se intensifica, pode transformar-se em oligúria. *A urina do diabético com acidose* mostra aumento considerável de amoníaco, das bases fixas, dos corpos cetónicos e dos amino-ácidos. Os valores destes elementos aumentam progressiva e paralelamente com a gravidade da acidose, culminando no coma, que é o *terminus* quasi obrigatório da acidose grave progressiva não tratada.

O amoníaco eliminado diariamente pela urina atinge, por vezes, o valor de 7 grs., 12 grs. (STADELMANN) e 13 grs. (LABBÉ); o N amoniacal que normalmente, na urina, vale 5 % do N total, alcança no diabético o valor de 50 % do N total, apesar do valor da amoniemia não sofrer grande oscilação. Também o Ca e Mg da urina estão aumentados.

*Os corpos cetónicos urinários estão consideravelmente aumentados.* Normalmente, a urina tem corpos cetónicos, expressos em acetona e ácido diacético, no valor de 4 ctgrs. por dia; de ácido  $\beta$ -oxibutírico só há vestígios. Na acidose diabética grave, a eliminação de corpos cetónicos pode atingir os valores de 30-50-100 gramas por dia. Nas cetoses ligeiras, a eliminação dos corpos cetónicos vai de 4 ctgrs. a 5 grs. por dia, nas cetoses médias é de 5 15 grs., nas cetoses graves é de valores superiores a 15 gramas, podendo atingir, como dissemos acima, o de 100 grs. Quando a eliminação urinária dos corpos cetónicos é de 5 grs., já há acidose. LABBÉ observou diabéticos que eliminavam 60 grs. de corpos cetónicos, por dia, durante meses, e NAUNYN igualmente verificou enormes cetonúrias durante grandes espaços de tempo, de 1 a 2 anos. Parte importante dos corpos cetónicos, nomeadamente o ácido  $\beta$  oxibutírico, sai unida ao amoníaco.

BULGER e PETERS verificaram que com a acidose grave existe, em regra, azotémia anormalmente elevada. FALTA e LABBÉ veri-

ficam, por sua vez, que a desnutrição azotada é freqüente no diabético com acidose, no qual se observa aumento da eliminação de ureia, de ácidos aminados, de amoníaco, de N polipeptídeo, de creatinina — se não houver, evidentemente, bloqueio renal. Encontramos pois ainda na urina de tais diabéticos aumento da ureia ( $> 50$  mgrs.  $\%$ ), da aminoacidúria (Normal =  $5-35$  mgrs.  $\%$ ), que atinge os valores de  $50-260$  mgrs.  $\%$ ; a relação  $\frac{N \text{ aminado}}{N \text{ total}}$  ( $N = 3,5 \%$ ) vai até  $8,4-12 \%$ ; o N polipeptídeo que normalmente vale  $1,5 \%$  do N total urinário, chega por vezes aos valores de  $3,29-7 \%$ . A relação azotúrica que normalmente vale  $80 \%$ , pode baixar ligeiramente.

As citadas alterações biológicas na urina e no sangue provêm da reacção dos humores e tecidos contra a acumulação dos ácidos cetónicos; secundariamente aparecem, também, no sangue e na urina, muitos produtos azotados do exagerado catabolismo a que as proteínas estão submetidas, em casos de acidose grave, conforme os números acima citados.

Os alimentos responsáveis da acidose do diabético são os ácidos gordos com um número par de átomos de carbono e as proteínas. Para a maioria dos autores, as gorduras são fonte mais importante de corpos cetónicos do que as proteínas. Se a administração de proteínas é extremamente perniciosa em casos de acidose grave, é, por certo, porque parte da sua molécula ( $44 \%$ ) vai originar produtos azotados mais ou menos tóxicos e que podem intervir nos fenómenos tóxicos, nomeadamente, se a função renal está perturbada. Regista-se a opinião — quasi unânime — da proveniência também proteínica de ácidos cetónicos. As gorduras na diabetes, com desnutrição, são nitidamente cetogénicas. Diz-se que só  $15 \%$  das gorduras se oxidam totalmente e  $85 \%$  dariam corpos cetónicos. Este facto não se pode explicar pela  $\beta$ -oxidação, e admite-se, agora, a oxidação alterna, isto é, ao lado da  $\beta$ -oxidação haverá a oxidação em outros átomos de carbono. Diz-se também que  $100$  grs. de gorduras fornecem  $30$  grs. de ácido  $\beta$ -oxibutírico. Para MAGNUS-LEVY  $100$  grs. de proteínas promovem a formação de  $30-40$  grs. de corpos cetónicos, (ácido  $\beta$ -oxibutírico). Houve quem sustentasse que êstes corpos se destroem no fígado. O fígado é o órgão mais rico em ácido  $\beta$ -oxibutírico no diabético morto em coma diabético. SNAPPER, EMBDEN, SOSKIN e outros provaram que os corpos

cetónicos se formam no fígado, se destroem nos tecidos, especialmente, no rim e músculos, e elimina-se a parte restante pelo rim e pelos pulmões.

Cêrca de 13 % do ácido  $\beta$ -oxibutírico do diabético com acidose pode eliminar-se pelos pulmões, decompondo-se em  $H_2O$ ,  $CO_2$  e acetona. Metade do ácido  $\beta$ -oxibutírico é eliminada pelo rim sob a forma de oxibutirato de amoníaco. Sabe-se que 1 grama de amoníaco neutraliza 6-12 grs. de ácido  $\beta$ -oxibutírico. A proporção de ácido  $\beta$ -oxibutírico eliminado no estado de ácido livre pode atingir  $\frac{2}{3}$  do total.

Sabe-se que os glucídeos, na fase oxidativa da sua desintegração, podem formar aldeido acético e êste, ácido acético, do qual, em teoria, se podem formar também corpos cetónicos. Mas pode dizer-se que isso não acontece no diabético e possivelmente em condição alguma mórbida. Com efeito, as cetonúrias, que podem ser graves, mesmo fora da diabetes, e atingir 40 grs. por dia, como já se tem observado em indivíduos normais em jejum prolongado, cedem à terapêutica pela dieta hidrocarbonada, o que seria absurdo se os glucídeos contribuissem para a formação de ácidos cetónicos.

Últimamente SZENT-GYORGYI diz que no diabético *há falta de ácido oxalo-acético* ( $C_4H_4O_5$ ); e, dêste facto resulta a oxidação dos glucídeos não adquirir a intensidade normal, e, portanto em vez das fases químicas evoluírem no sentido das reacções que vão do ácido oxalo-acético e a êle voltam depois de passar pelos ácidos cítrico, ceto-glutâmico, succínico e fumárico, reacções a que já nos referimos (pág. 180), realizam-se apenas reacções que, partindo do ácido perúvico, geram ácido acético, pela junção de oxigénio, e a partir do qual se formam o ácido diacético e o  $\beta$ -oxibutírico.

SZENT-GYORGYI e KORANYI, em 1937, dizem já ter combatido a acidose de 5 doentes diabéticos, administrando *ácido succínico*. O ácido cítrico deve ter a mesma vantagem; tem melhor paladar e é mais barato. LAWRENCE, em 1937, e DUNLOP e ARNOTH mais tarde, não obtiveram qualquer benefício com o ácido succínico no tratamento da acidose diabética. Os últimos administram 9 gramas por dia, em soluto a 2 %, por via oral. Êstes autores dizem ter feito observações nas mesmas condições de SZENT-GYORGYI, sem que tivessem notado o mais pequeno benefício, con-



cluindo que o ácido succínico nada vale na terapêutica da acidose e do coma diabéticos.

Novos estudos são necessários para extrair dos factores metabólicos dos glucídeos, nomeadamente dos da fase oxidativa, meios úteis para combater a ceto-acidose diabética. Os resultados de SZENT-GYORGYI ainda não convenceram.

No combate às valências ácidas, temos portanto modificações humorais, reacções teciduais e até reacções de órgãos como pulmão e rim, tudo conseguindo o fim em vista, que é a constância do meio interior. Se, porém, na luta, pela neutralização das valências ácidas, as reacções humorais, teciduais e orgânicas se esgotam, a R. A. desce progressivamente até aos mais baixos valores. Só com valores acentuadamente baixos da R. A. se verifica, por vezes, diminuição dos valores do pH sangüíneo. Só quando o valor do pH do sangue se modifica, no sentido de atingir valores inferiores ao de 7,07, se devia chamar ao estado humoral resultante, *acidose*. É porém clássico chamar acidose à simples baixa da R. A. A ceto-acidose diabética é afinal a repercussão da acentuada cetose sôbre o valor da R. A., que baixa. O que nós designamos por acidose é apenas a baixa da R. A., o que já é efeito da acidose. Verifica-se que até nas mais profundas acidoses diabéticas, o pH sangüíneo está normal ou pouco abaixo do normal, e inclusivamente em estado de coma diabético, o pH pode não se afastar dos valores normais, sendo excepcionais, os valores de 7,2 e 7,1, e muito mais excepcionais, valores inferiores a 7. Isto quer dizer que o meio sangüíneo, como regra, não ultrapassa, até mesmo perto da morte, a zona ácida, e só excepcionalmente chega à zona neutra.

Se a R. A., por deficiência das reacções necessárias e convenientes à conservação dos bicarbonatos do sangue, vai baixando e atinge valor em volta de 30, o diabético está na iminência do coma, e quando aparece o valor de 25, a ameaça de coma diabético é evidente; e, com valores da R. A. abaixo de 20, o diabético está, em regra, em coma. De tal maneira os americanos correlacionam a baixa da R. A. com o estado de coma, que alguns consideram a R. A. igual ou inferior a 20, sintoma biológico patognomónico do coma diabético.

*C diabético entra pois em coma por intermédio da acidose grave, prolongada, desprezada ou mal tratada.*

# COMA DIABÉTICO

## CONSIDERAÇÕES GERAIS; SINTOMATOLOGIA CLÍNICA E HUMORAL

Em 1828, STOSCH, e em 1854, DUSCH e MARSH descreveram em diabéticos, quadros clínicos que terminavam pela morte, equivalentes, se não idênticos, aos que hoje se descrevem sob a designação de coma diabético. Vinte anos mais tarde (1874), KUSSMAUL já fez boa descrição desta grave complicação diabética, salientando o valor da «*Grosse Atmung*», actualmente conhecida por respiração de KUSSMAUL, e que constitui um dos melhores sinais clínicos do coma diabético, de valor quâsi patognomónico para os que o apelidam de «*koma dispnoicum*».

Designamos por *coma diabético*, o estado de inconsciência com obnubilação, e estupor mais ou menos profundo, com redução ou perda da sensibilidade e da motricidade, aparecido no diabético, dependente ou, pelo menos, relacionado com grave e intensa ceto-acidose.

O coma era, antes do uso da insulina, a causa habitual da morte do diabético. Com o aparecimento dêste produto diminuiu consideravelmente a sua freqüência, sendo actualmente tanto mais raro quanto mais competentemente os diabéticos são tratados.

As percentagens de comas recentemente verificadas entre os diabéticos são: JOSLIN, 2,8 0/0; JOHN, 4 0/0; SOLOMON, 1,7 0/0; BAKER, 1,8 0/0; BRUNO DA COSTA, 5 0/0; PACHECO NOBRE, 12 0/0 (Registo dos H. C. Lisboa, 1933-1938).

Esclarece-se que se registou esta alta percentagem (5 0/0), mercê de diabéticos que entraram para o Hospital da Universidade, já em estado de coma, não havendo pertencido, até êsse momento, à Consulta Externa do I. A. D. de Coimbra.



## *A qualidade*

dos produtos químicos também depende da rigorosa seleção das matérias primas e auxiliares empregadas no local de fabrico. Se quiser evitar experiências dispendiosas que lhe roubariam muito tempo, siga o meu conselho de perito que reconhece perfeitamente as suas responsabilidades: Empregue produtos que satisfaçam a tôdas as exigências e em que poderá sempre confiar, os da Fábrica de Produtos Químicos, fundada em 1827,

*E. Merck*

DARMSTADT



O coma é mais freqüente durante o verão, mercê das infracções dietéticas cometidas nesta época do ano, em regra, relacionadas com a abundância de frutas.

Ao inverno, por o frio facilitar as infecções, igualmente se imputa aumento na percentagem de comas diabéticos, mas verifica-se que as infracções dietéticas, no verão, importam para a génese do coma, mais que as infecções do inverno.

O coma aparece com maior freqüência na segunda década da vida (10 20 anos), e no primeiro ano da diabetes (51 % dos casos); escolhe pois os jovens, os doentes com diabetes de curta duração e ainda as mulheres diabéticas velhas.

Cêrca de  $\frac{2}{3}$  dos nossos doentes tinham idade abaixo de 20 anos; em cêrca de metade, o coma apareceu entre março e maio.

Apresenta-se sob diversos aspectos clínicos. Precedendo o estado de coma profundo, há freqüentemente sinais prodrômicos e o *pré-coma*.

O coma estabelece-se, como regra, sôbre o estado de grave ceto-acidose que se prolonga, que não foi tratada ou foi mal tratada.

Dos sinais prodrômicos, fazem parte: grande emagrecimento, fadiga muscular progressiva, dores musculares, depressão psíquica, sonolência anormal e intensa post-prandial, inapetência intensa em nítida oposição com o apetite exagerado e imperativo, até êsse momento; por vezes, náuseas, vômitos, dores abdominais na região do epigastro e da fossa ilíaca direita, diarreias inexplicadas.

Êstes sinais podem preceder de horas ou de dias, o coma diabético e, quando intensos, constituem o *pré-coma*. De certo modo, expressam já — mas apenas — grave intoxicação ceto-acidósica, a que o organismo reage com sintomatologia clínica, mais ou menos aparatosa.

Pouco a pouco, o mal-estar do doente acentua-se, surgem as primeiras perturbações da consciência e certa dificuldade na respiração; a poliúria sucede oligúria e a glicosúria diminui, em regra. Em pouco tempo, o doente mostra obnubilação mental.

O diabético em coma apresenta-se quási sempre com magreza impressionante, frio, pálido, por vezes com certo rubor da face, mais cianose que rubor, cianose das extremidades; o pulso é pequeno, filiforme, taquicárdico, quási imperceptível; há acentuada hipotensão arterial, hipotermia, globos oculares hipotônicos; enfim,

verdadeiro colapso álgico com acentuada desidratação do organismo. Entretanto, o doente perdeu a sensibilidade à dor e ao calor. No estado de pré-coma e no início do coma, uma picada de alfinete, um forte belisco, uma injeção, ainda provocam da parte do doente reacções motoras de defesa, ou psíquicas de protesto. Depois, no coma profundo, essas reacções desaparecem, e o diabético apresenta-se inerte, tendo como única manifestação de vida o pulso quasi imperceptível e a respiração anómala. Contrasta com a debilidade geral do organismo a respiração intensa, profunda e, muitas vezes, polipneica.

A respiração de KUSSMAUL caracteriza-se, fundamentalmente, por inspiração profunda e prolongada com expiração curta seguida de pequena pausa, até nova e profunda inspiração. Pode ser bradipneica ou polipneica; mais frequentemente é polipneica. Não há entrave mecânico para a entrada nem para a saída do ar. Esta alteração respiratória é classicamente atribuída à acção tóxica dos corpos cetónicos sobre o centro respiratório-bulbar. Constitui o sinal clínico que mais impressionou KUSSMAUL, a ponto de ser considerado característico do coma diabético.

Verifica-se, no entanto, que esta modalidade respiratória não existe em todos os diabéticos comatosos, mas apenas em 82,5%. Há casos portanto (17,5%) em que ela não comparece; atribui-se esse facto a que os ácidos cetónicos do sangue foram em quantidade insuficiente para atingir quimicamente e lesar o centro respiratório, ou a que, na parte terminal da evolução fatal do coma, aparece deficiência reaccional de centro nervoso respiratório aos supostos tóxicos cetónicos, de que resulta a sua substituição por respiração superficial.

A respiração de KUSSMAUL pode, no decurso do coma diabético, ser substituída pela de CHEYNE-STOKES, caracterizada por respiração de amplitude crescente seguida de respiração de amplitude decrescente, constituindo-se períodos respiratórios que se repetem, separados por pausa apneica. Esta modificação respiratória raramente se realiza. No entanto, pode observar-se quando, debelada a grave crise ceto-acidósica, se estabelece estado humoral proveniente de retenção azotada por antiga lesão renal agravada pelo coma ou por lesão renal intensa, apenas dependente do coma.

Raramente as lesões renais, provocadas pelo coma, são susceptíveis de condicionar a respiração de CHEYNE-STOKES. Com

efeito, esta, quando surge no decurso do coma diabético, está quasi sempre relacionada e dependente de antiga nefroesclerose com insuficiência renal.

Também pode verificar-se a substituição inversa. Com efeito, o nefropata, em coma urémico, e portanto com respiração de CHEYNE-STOKES, pode apresentar, em determinado momento, a substituição dêste tipo respiratório pelo de KUSSMAUL, mais ou menos característico, se se desenvolveram grandes quantidades de corpos ácidos, que sejam retidos, mercê de bloqueio renal.

Tais mutações respiratórias constituem verdadeiras raridades clínicas.

Na prática, quando o diabético comatoso apresenta a respiração de CHEYNE-STOKES, deve pensar-se, com grande probabilidade de acertar, em coma urémico. O estudo subsequente des-trinçará o diagnóstico.

Representam grande auxilio para o diagnóstico do coma diabético as alterações humorais que provêm da intensa ceto-acidose levada ao grau extremo, e da luta anti-acidósica desenvolvida pelo organismo e ainda de lesões orgânicas (nomeadamente renais), que a intensa acidose tenha produzido.

No sangue, há hiperglicémia mais ou menos acentuada. Em regra, os valores da glicémia do coma vão de 300-800 mgrs.  $\%$ . Já se registaram valores glicémicos de 1000-1500 e 1700 mgrs.  $\%$ .

De 6 casos de coma observados no decurso de um ano, em 4 a glicémia foi superior a 6 grs.  $\%$ , e num dêles atingiu 7 grs.  $\%$ .

A R. A. do plasma é, em regra, inferior a 20, e pode atingir valores baixíssimos. JOSLIN cita como o mais pequeno valor observado no seu serviço, o de 8,3, e nós registámos o de 9,9. Os mais pequenos valores citados na literatura médica são de 2 e 2,5 e foram encontrados por BAKER. Uma vez ou outra, observam-se valores superiores a 20, mas êsse facto deve attribuir-se ao doente ainda não estar em coma completo (talvez, apenas no pré-coma), ou já estar submetido a tratamento bem orientado, no momento em que se procede à determinação da R. A. Por outro lado, pode haver estados comatosos, com a R. A. superior a 20.

Também o grau de inconsciência e o de intensidade do coma não são directamente proporcionais à baixa da R. A., nem à elevação da glicémia.

Há, por vezes, elevada cetonémia, que atinge os valores, em regra, de 70-368 mgrs. 0/0, portanto de alguns gramas por litro. Mencionam-se na literatura médica, embora excepcionalmente, valores de 4 e 5 grs. BERTRAM encontrou no sangue, como valores máximos, para a acetona, 135 mgrs. 0/0 e para o ácido  $\beta$ -oxibutírico, 213 mgrs 0/0. Além do excesso de corpos cetónicos, há também, por vezes, aumento do ácido láctico no sangue.

Há ainda acentuado aumento da relação  $\frac{\text{Cl plasmático}}{\text{Cl globular}}$ , aumento que, segundo AMBARD, traduz acidose. Há hipoclorémia plasmática (MEYER-BISCH) e, também devido à fuga de cloro para as células e tecidos, há relativo aumento do cloro globular e tecidual. Por haver, em regra, precedendo o coma, acentuado catabolismo proteico, e durante o coma sinais de insuficiência cárdio-vascular com hipotensão arterial e lesões renais antecedentes ou provocadas pelo próprio coma, que condicionam a retenção de produtos azotados, verifica-se no sangue, com frequência, aumento da ureia e de ácidos aminados e até, por vezes, de amoníaco. O aumento de ureia do sangue existe, segundo LABBÉ, em 55 0/0 dos casos; segundo JOSLIN, em 48 0/0; o *N* não proteico está aumentado, desempenhando razão primacial desse aumento, o aumento do *N* ureico. Para CHABANNIER, há sempre aumento de ureia no sangue. Esta retenção pode não traduzir lesão renal, pois segundo BLUM, o organismo pode reter a ureia para manter a pressão osmótica do sangue, diminuída por várias causas, entre as quais, a cloropenia, por sua vez, especialmente intensificada se há vômitos, durante o coma. Segundo ENGELS, esta mesma pobreza do sangue em cloro pode lesar o rim e ser portanto a verdadeira causa do componente renal do coma diabético.

A razão da azotémia do coma diabético está por esclarecer. (É evidente que nos não referimos a doentes diabéticos já nefropatas, com retenção azotada, que caem em coma).

Ela é atribuída, por uns, à insuficiência cardíaca e colapso cárdio-vascular, por outros, à cloropenia proveniente de vômitos, e até por outros, à grande quantidade de insulina que se injecta no doente em estado de coma.

CHABANNIER afirma que a génese das azotémias de 1-2 gramas de ureia exige um factor estranho à diabetes e ao coma, que só pode ser representado pelas lesões renais criadas pelos corpos cetónicos.



Segundo LABBÉ, a taxa média da ureia do sangue, nos diabéticos em coma, é de 1,13 grs.  $\frac{0}{100}$ ; raramente a ureia atinge 2 grs.  $\frac{0}{100}$ . A azotemia no coma diabético é sempre sinal de gravidade. A persistência do aumento da ureia no sangue mais que a sua intensidade, agrava o prognóstico.

A retenção azotada pode existir em todo o decurso do coma, mas verifica-se especialmente no auge d'êste. Em certos casos, pode verificar-se a seguinte e curiosa evolução: a insulina normaliza tôdas as alterações humorais, excepto o aumento da ureia do sangue que ainda se pode acentuar, e o doente, que melhorou com a insulina, volta ao estado de coma, se é que d'êle saíu nitidamente, e morre.

Ao coma diabético pode, portanto, suceder o urémico, conforme admitem AMBARD e MERKLEN; mas esta mutação é também raridade clínica.

No sangue, as bases Na, Mg e Ca estão diminuídas.

Há concentração do sangue, de que resulta freqüentemente aumento dos elementos figurados e até de alguns elementos químicos, como proteínas. Há aumento do índice de sedimentação, e de leucócitos, os quais podem atingir valores de 15.000—50.000 e até 81.000. Verifica-se, por vezes, baixa do pH sangüíneo, cujo valor sai então dos limites considerados normais (7,28—7,4). Rarissimamente, porém, mesmo em casos de coma mortal, o pH desce a ponto de atingir a zona neutra. O valor do pH inferior ao normal é sempre sinal importante e grave.

Também, se observam, por vezes, elevadíssimas lipemias. As mais elevadas, mencionadas na literatura médica, são de FRUGONI — (270 grs.  $\frac{0}{100}$ ), KLEMPERER — (260 grs.  $\frac{0}{100}$ ), JOSLIN — (199 grs.  $\frac{0}{100}$ ), STADELMANN e FISCHER — (180 grs.  $\frac{0}{100}$ ), LABBÉ — (164 grs.  $\frac{0}{100}$ ; colesterolémia — 19,8 grs.  $\frac{0}{100}$ ). Para a gênese de tão elevadas lipemias, raramente contribui o aumento do colesterol. A hipercolesterolemia, por vezes existente, isoladamente, não significa gravidade.

O diabético em coma apresenta, em regra, *oligúria*, glicosúria pouco acentuada, acetonúria intensa, amoniúria elevada e alta acidose urinária.

O valor da glicosúria é, na maior parte das vezes, inversamente proporcional ao da acetonúria, isto é, quanto mais elevada é a acetonúria, menor é a glicosúria. A eliminação urinária diária

de acetona e ácido diacético raramente excede 5-10 grs., e a de ácido  $\beta$ -oxibutírico é, em regra, muito maior, podendo excepcionalmente atingir 30 e até 150 grs.

A eliminação urinária de 40 grs. de corpos cetónicos por dia é, relativamente, freqüente, nos comatosos.

As cetonúrias superiores a 25 grs., muito raramente se registam fora do coma. Nas cetoses importantes,  $\frac{4}{5}$  ou mesmo  $\frac{9}{10}$  dos corpos cetónicos eliminam-se sob a forma de ácido  $\beta$ -oxibutírico.

A amoniúria pode atingir valores elevadíssimos, havendo atingido 13 grs. diárias num caso de LABBÉ. A amoniúria reduz-se para o fim das formas graves e prolongadas do coma, devido ao esgotamento funcional do rim para formar o amoniaco.

Nos doentes, em coma, são freqüentes as lesões renais provenientes da acção tóxica dos corpos cetónicos e denunciam-se por hematúria, albuminúria e cilindrúria. Os cilindros urinários do coma diabético são pequenos, curtos e grossos; são designados por *cilindros de Kulz*, em homenagem ao autor que primeiro os identificou. Também podem aparecer, se bem que raramente, em graves ceto-acidoses.

Por vezes, a lesão renal é tão intensa que se estabelece anúria, complicação das mais graves que podem aparecer nesta situação clínica. Compete ao médico não confundir a anúria do coma diabético, com a retenção vesical, igualmente freqüente. A *oligúria constante*, e até a anúria dos comas graves, explicam-se pela existência de reduzido filtrado glomerular, que é quasi total ou totalmente reabsorvido pelos tubos contornados dos rins. São atribuídas por uns, às alterações circulatórias renais, por sua vez condicionadas pela grande hipotensão e insuficiência cardíaca, por outros, a grande desidratação do plasma, e ainda por outros a alterações patológicas do parênquima renal, em consequência da excreção excessiva de ácidos cetónicos, sais e outros metabolitos, que se realiza desde o início do coma. Mercê de lesões próprias ou refletindo estados gerais graves como a desidratação intensa ou a grande hipotensão arterial, o rim é o órgão responsável da oligúria e da anúria, fenómenos de grande influência na evolução e prognóstico d'este grave estado mórbido.

O coma diabético profundo apresenta pois o seguinte quadro clínico: *inconsciência completa, perda total da motricidade e da sen-*

sibilidade, hipotermia, palidez geral, excepto certo grau de cianose nas extremidades que estão frias, respiração profunda, tipo KUSSMAUL, hálito fortemente acetónico, pele seca, língua seca, acentuado estado de desidratação, colapso cárdio-vascular, ou pulso pequeno e filiforme, freqüentemente acelerado, órbitas excavadas, glóbulos oculares hipotónicos, pupilas em miosis e mais freqüentemente em midriase.

As alterações humorais dominantes são: no sangue, baixa acentuada da R. A., hipercetonémia e hiperglicémia; na urina, hipercetonúria, glicosúria, grande acidez, amoniúria elevada e, por vezes, albuminúria, hematuria e cilindrúria; como regra, há oligúria; pode haver anúria.

Quando existem estes sinais clínicos e humorais, considerados clássicos, o diagnóstico do coma diabético impõe-se.

Há porém que admitir outras modalidades clínicas. BERTRAM diz que o coma diabético pode apresentar-se sob as formas clínicas de *coma dispneico*, *coma cárdio-vascular*, *coma renal e pseudo-peritonite diabética*. Por estas expressões se traduz o sintoma dominante que caracteriza o estado comatoso: *forma dispneica* é o tipo clássico, o habitual, em que a dispneia de KUSSMAUL ocupa o primeiro plano; *forma cárdio-vascular* — é o coma diabético em que o colapso cárdio-vascular domina todos os outros sinais; *forma renal* — diz, possivelmente, respeito ao coma renal que pode aparecer no diabético ou ao contributo que o rim pode dar para a criação do coma diabético; *forma de peritonite asséptica diabética* — traduz-se por quadro clínico que mais parece de peritonite do que de coma.

#### *Forma dispneica.*

Os sinais clínicos e humorais que descrevemos, pertencem, na sua quási totalidade, ao coma diabético, com o tipo dispneico.

#### *Forma cárdio-vascular.*

É possível que, no passado, comas cárdio-vasculares e renais puros fôssem considerados comas diabéticos, por aparecerem em diabéticos; também é possível que comas diabéticos, por apresentarem alguns sinais, mais ou menos evidentes, dos comas renais e cárdio-vasculares, fôssem apressadamente considerados como novas e definidas modalidades clínicas, quando afinal estas situações podem corresponder a aspectos clínicos transitórios, ou secundários a lesão preexistente do rim e raramente do coração.

Por êste motivo, interessa saber que relação tẽem ou podem ter os sinais cárdio-vasculares ou renais aparecidos em coma diabético, com êste. Relembre-se que, como regra, a debilidade cárdio-vascular, a hipotensão arterial, enfim, o estado de colapso cárdio-vascular, mais ou menos intenso, faz parte integrante do coma, tipo clássico.

FRERICHS descreveu uma modalidade de coma cárdio-vascular,  qual os diabetlogos tentaram assemelhar o que se verificava em certos diabéticos.

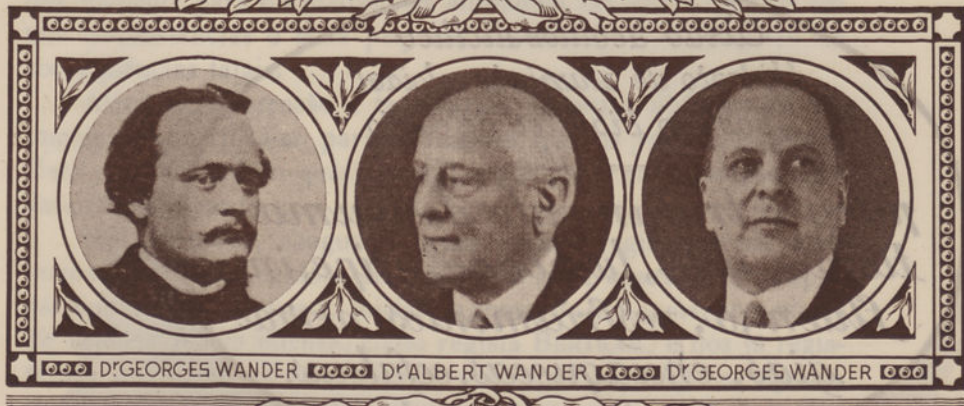
Mas a descrio clássica de FRERICHS não se refere a casos de acidose, nem tão pouco abrange casos de verdadeiro coma. Êste autor verificara que em indivíduos velhos, anteriormente pequenos insuficientes cardíacos com ligeira dispneia, taquicrdia e ansiedade, se estabelece obnubilao mental por isquemia cerebral provinda de intenso colapso cárdio-vascular, cujos sinais comparecem claramente, como astenia profunda, tegumentos lvidos e frios, extremidades muito frias e cobertas de suores unhas e lábios cianosados, pulso filiforme ou impalpável, mas em tal situao clínica o estado comatoso verdadeiro não existe, não há respirao de KUSSMAUL nem há sinais de acidose (hálito cetnico, acetonúria, etc.).

Mas  indiscutível que, em certos casos, no coma diabético, o estado do colapso cárdio-vascular domina todo o quadro mórbido.

A modalidade cárdio-vascular aparece com maior freqncia nos diabéticos de tipo asténico; também pode aparecer em diabéticos velhos, do tipo estnico; por vezes, os sinais de cetose e acidose não são muito intensos.

Verifica-se que a ceto-acidose pode ser debelada por enérgica terapêutica, regularizando-se a R. A. e a acetonúria e, entretanto, o diabético adquire, passageiramente, o estado de consciência, mas para nova e rpidamente mergulhar no mais profundo coma, no qual o colapso cárdio-vascular desempenha o papel etiológico dominante. Êste colapso opõe, como regra, a mais tenaz resistência aos diferentes meios terapêuticos e será a conseqncia de actuao tóxica sôbre os centros nervosos vasomotores. Existe por vezes, a respirao de KUSSMAUL, mas em regra há uma respirao rápida e superficial; e há certo rubor da face, em oposio com o estado de colapso.

# Wander



## Tradição !

Três gerações de farmacêuticos criaram o renome mundial de Wander.

Três princípios mantêm a sua reputação: **CONSTANTE INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA, QUALIDADE, EFICÁCIA.** Tôdas as matérias primas utilizadas na fabricação dos produtos Wander são cuidadosamente verificadas para se ter a certeza da sua pureza.

É a razão porque Wander pode oferecer ao corpo médico preparações de reconhecida eficácia e perfeita tolerância.

WANDER = Qualidade + Eficácia

**DR. A. WANDER S. A., BERNE — SUÍÇA**

Fabricantes de produtos dietéticos, químicos e farmacêuticos desde 1865

ÚNICOS CONCESSIONÁRIOS PARA PORTUGAL :

**ALVES & C.<sup>A</sup> (IRMÃOS)**

Rua dos Correeiros, 41-2.<sup>o</sup> — LISBOA

# Noveril

WANDER

*Ácido acetilosalicílico  
Hidrato de alumínio coloidal  
Fosfato bibásico de cálcio*

*para o tratamento do reuma-  
tismo, gota, lumbago, gripe, in-  
fluenza, resfriamentos, neural-  
gias, enxaquecas, cefaleias,  
dores de ouvidos, etc.*



*Tubo de 20 comprimidos  
Esc. 12.00*

Dr. A. WANDER S. A., BERNE (Suíça)

Concessionários: ALVES & C<sup>A</sup> IRMÃOS

RUA DOS CORREIROS-41-2º - LISBOA

Domina sempre a baixíssima hipotensão arterial. Por êsse motivo, e sabido que a insulina é hipotensora, deve o médico empregar em semelhantes casos, a insulina com precaução. À insulina administrada em quantidade superior à conveniente se atribuem certos casos fatais de colapso cárdio-vascular no decurso do coma diabético. Nem de mais nem de menos, apenas a insulina bastante para normalizar as alterações humorais, porque em tais circunstâncias o mais pequeno excesso de insulina pode ter conseqüências fatais.

Além da hipotensão e taquicardia ou pulso filiforme ou até impalpável, verifica-se paradoxalmente que os ruídos cardíacos têm som normal ou quasi normal, o que prova ser o colapso mais vascular que cardíaco.

Nos humores, sangue e urina podem registrar-se os mais intensos sinais de acidose, mas também pode aparecer o colapso cárdio-vascular no estado inicial do coma, no pré-coma, com sinais de acidose pouco intensa, como regista BERTRAM, e nós já registamos um caso. Também pode o colapso prolongar-se após a redução da acidose, ou mesmo aparecer quando a acidose já fôr debelada.

BERTRAM diz-nos que êste colapso quasi sempre fatal — por muito refractário aos estimulantes circulatórios — aparece por vezes, quando o médico acaba de vencer acidose que julga o maior obstáculo ao restabelecimento do doente.

Por vezes, o doente morre bruscamente após um pequeno esfôrço ou sem causa aparente. O diabético pode entrar neste colapso grave a partir de um estado relativamente bom, sem obnubilação mental ou sem indícios aparentes de grave intoxicação, constituindo a sua morte verdadeira surpresa para o médico. Diz BERTRAM: o médico pode sair do quarto do doente que ficou relativamente bem, e ao voltar 4 ou 5 minutos depois, pode encontrá-lo morto. Já observei um caso clínico semelhante. Um diabético novo com diabetes grave, após uma viagem longa de 250 km, em caminheta, teve algumas perturbações de pré-coma, como anorexia, náuseas, mas não tem hálito acetónico, a R. de LEGAL é positiva apenas com um + e a glicosúria valia 20 grs.  $\frac{0}{100}$ ; neste diabético bruscamente se estabelece o colapso cárdio-vascular intenso, que não cedeu à forte terapêutica estimulante circulatória empregada durante os curtos minutos que mediaram

entre o momento em que o doente me falou quasi naturalmente e aquêle em que morreu.

O colapso cárdio-vascular é atribuído à insulina, à desidratação aguda, a lesões directas dos capilares, ou a perturbações funcionais reflexas, providas de lesões dos centros nervosos vasomotores. No capítulo sôbre a etio-patogenia do coma diabético focaremos novamente a gênese e importância do colapso vascular.

#### *Forma renal.*

Para alguns autores, o rim representa o órgão responsável do coma diabético. Também parece provado que ao coma diabético pode suceder o urémico, e que certos diabéticos esténicos e hipertensos podem apresentar o coma urémico, verificando-se, simultâneamente, sinais clínicos, e especialmente humorais provindos da diabetes.

A transformação do coma diabético em urémico é rara: só se encontra nos diabéticos hipertensos, em regra, com alteração renal antiga; só excepcionalmente aquela transformação se realiza, mercê de alterações renais provocadas, apenas, pelo próprio coma.

Esta transformação implica a mudança da respiração de KUSSMAUL para a de CHEYNE-STOKES e o aparecimento de graves lesões renais denunciadas por intensos sinais urinários, como albuminúria elevadas (de 4 grs.  $0/00$ ), grave hematuria (em 30-40  $0/0$  dos casos) e intensa cilindrúria de KULZ (em 70-80  $0/0$  dos casos). Entretanto, a acidose diminui, aumenta a tensão arterial, eleva-se consideravelmente a ureia do sangue. Muitas vezes, é vencido o coma, e só depois se acentua a retenção das substâncias azotadas, e, com esta retenção aumentada, renova-se o estado comatoso, mas, agora, com o aspecto típico de coma urémico, isto é, além da oligúria e até anúria, há elevação da pressão sangüínea, exaltação dos reflexos, agitação motora e prurido cutâneo.

Se o coma de tipo cárdio-vascular, com intenso colapso, é mais freqüentemente observado em casos de diabetes de tipo asténico de SCHMIDT-LORANT-BERTRAM, as manifestações renais no coma diabético escolhem os diabéticos hipertensos de tipo esténico. Nos primeiros, os tóxicos escolheram, como sede de actuação, os centros nervosos vasomotores; nos segundos, actuaram sôbre o rim, que habitualmente tais diabéticos já têm



lesado. A eliminação renal de abundantes quantidades de corpos cetônicos é capaz de lesar o rim, produzindo lesões nos glomérulos e nos tubos capazes de explicar o carácter renal do coma diabético. Em consequência da influência tóxica do coma sobre o rim, que condicionou retenção de ureia, é freqüente o diabético ficar com lesões renais, maiores ou menores, incluindo os casos de rim íntegro antes do coma.

*Forma de pseudo-peritonite diabética.*

Sabe-se que o coma diabético pode começar por náuseas, vômitos, dores abdominais, em especial na fossa ilíaca direita ou no epigastro. Entretanto, pode desenvolver-se grande tensão ou verdadeira defesa da parede abdominal e aparecer o *facies* peritoneal. É evidente que este quadro clínico lembra o da peritonite. Para completar a semelhança, não falta muitas vezes, acentuada leucocitose, que pode atingir o valor de 81.000. A este quadro clínico que surge como grande acidente da diabetes, em casos de grave ceto-acidose, chama BERTRAM *pseudo-peritonite diabética ou peritonite asséptica diabética*.

É desconhecida a razão deste síndrome peritoneal. É atribuído, conforme os patologistas, à hiperrestesia e à distensão gástricas, à algia pancreática, à pancreatite sub-aguda, à trombose dos vasos abdominais, excitação do plexo celiaco pelos tóxicos, ao mecanismo de defesa do organismo para se libertar dos íões ácidos do suco gástrico, a reacções alérgicas dos diabéticos submetidos a tratamento insulínico.

A multiplicidade das causas invocadas prova clara e exuberantemente a ignorância da verdadeira.

Note-se que o quadro clínico perfeito da pseudo-peritonite diabética é relativamente raro no coma diabético, mas são freqüentes as leves perturbações abdominais, especialmente no início. Diz BAKER que em 41 0/0 dos seus 108 casos de coma, há dores abdominais, e de 44 casos com dores abdominais em 28, elas provêm da acidose e só da acidose.

A leucocitose existe, freqüentemente, mesmo em casos sem qualquer infecção. LEIDER diz que ela existe sempre, inclusive em comas não complicados.

A propósito do engano que pode logicamente resultar desta semelhança, e graves consequências que daí derivam, SMITH

aconselha o cirurgião moderno a categorizar, por igual na sua consciência, perante a intervenção cirúrgica no diabético, a anti-cetose e a assepsia. Na verdade, tais doentes já têm sido operados, erradamente, por peritonite.

Verificou BERTRAM que a injeção parenteral de grande quantidade de NaCl gera rápido decrescimento dos sintomas, o que torna verosímil que a perda de água e NaCl tenha influído na génese.

HOFF pretende ter provado que na acidose simples, os leucócitos não estão alterados, e em oposição, estão sempre lesados na peritonite.

Não há elementos seguros para destrinçar os aparatosos sintomas abdominais descritos no diabético, dos da peritonite, e por êsse motivo, perante êles, deve fazer-se sempre enérgica terapêutica anti-comatosa. Se, no decurso de poucas horas, o estado do doente se agravar e o número de leucócitos se elevar, deve o cirurgião intervir imediatamente.

Nos velhos diabéticos, o *infarte do miocárdio* também pode suscitar quadro clínico semelhante ao da peritonite aséptica ou mesmo ao do pré-coma. É pois necessária cuidadosa anamnese, para evitar desastradas terapêuticas. Deve o clínico nunca esquecer que, além dos sintomas clássicos do coma diabético dispneico, pode encontrar no diabético, sinais do mais intenso colapso cardíovascular e os de coma urémico, quer concomitantemente, mas em regra, sucedendo ao coma mais ou menos típico de que o doente saíu; e ainda de que em casos de grave ceto-acidose, em estado de maior ou menor obnubilação, se pode estabelecer o quadro clínico de peritonite condicionado por acidose, sem a intervenção de qualquer processo infeccioso.

### Diagnóstico do coma diabético

Se aparecem todos os sinais clínico-humorais característicos do coma diabético, ou pelo menos, se os principais se evidenciam, o diagnóstico não oferece dúvidas; mas, por vezes, surgem dificuldades, quer por deficiência de sinais humorais, quer por possível analogia clínica com outros comas.

São já hoje numerosas as citações de *coma diabético sem acetonúria*, isto é, com as reacções de LEGAL e GERHARDT negativas.

Extensa bibliografia de JOSLIN, RICHARDSON, PAYNE e POULTON, GRAHAM, LABBÉ, STADELMANN, GEELMUYDEN, DESGREZ, RATHERY, JOHN, COBURN, BERTRAM, STARR, ARGY, COOPER, BAKER, BROUSTET, GOERGER, etc., prova a existência destes comas.

A falta de acetonúria não deve afastar o diagnóstico do coma desde que a baixa da R. A. e a respiração de KUSSMAUL o imponham.

A falta de acetona e de ácido diacético na urina pode provir da paragem da desintegração dos ácidos gordos na fase de ácido  $\beta$ -oxibutírico, de modo que, se não há acetona e ácido diacético urinários, é porque estes produtos se não formam em quantidade suficiente para que, expulsos pela urina, se tornem sensíveis às reacções de LEGAL e GERHARDT. Neste caso, os corpos cetónicos urinários são representados apenas pelo ácido  $\beta$ -oxibutírico; e, como para este ácido não existe qualquer reacção qualitativa, deve-se sempre, na hipótese de doente diabético em coma com reacções de LEGAL e GERHARDT negativas, determinar a quantidade de ácido  $\beta$ -oxibutírico urinário (Método de VAN SLYKE).

Outra eventualidade se pode apresentar: a urina do diabético, em coma, mostra as reacções de LEGAL e de GERHARDT negativas, e igualmente negativa a determinação do ácido  $\beta$ -oxibutírico. São casos de *coma com ausência de qualquer corpo cetónico na urina*; não há cetonúria de qualquer espécie. Para estabelecer nestes casos, o diagnóstico, deve fazer-se a determinação dos corpos cetónicos no sangue; e se esta determinação mostra cetonémia de alguns grammas por litro, e ao mesmo tempo o quadro clínico e o valor da R. A. favorecem o diagnóstico de coma diabético, este não deve deixar de fazer-se, apesar da ausência de cetonúria. A explicação deste facto, na verdade, raro, está no bloqueio renal que impede a eliminação dos corpos cetónicos. Como se compreende, esta modalidade humoral do coma diabético é de mau prognóstico, porque implica lesão renal intensa.

Finalmente, há ainda (MAC-CASKEY e outros) quem admita o *coma diabético sem cetonúria e sem cetonémia patológica*, apenas com baixa da R. A.

A acidose deste coma diabético não é ceto-acidose, mas *acidose inorgânica*.

Eis como se pode compreender a sucessão dos fenómenos humorais que se desenvolvem, em tais circunstâncias.

De início, há ácidos cetónicos no sangue, mas êstes são depressa neutralizados e eliminados, de modo que, em determinado momento, embora continuando o estado comatoso, já não há cetonúria nem cetonemia patológica, mas a R. A. continua baixa, porque outros ácidos de função inorgânica, representados pelos radicais ácidos dos sulfatos, fosfatos, acetatos, cloretos, etc., libertados das bases que foram gastas na neutralização dos ácidos cetónicos, vieram substituir êstes. E, assim, se cria a *acidose inorgânica*, capaz de manter o estado comatoso. Para que êstes fenómenos se verifiquem, é ainda necessário que o organismo esteja totalmente empobrecido em bases alcalinas (Na, Ca, Mg, K), necessárias para a neutralização dos radicais ácidos.

É possível que o rim sobrecarregado e lesado deixe sair as bases, que, dêste modo, faltam para a reconstituição da R. A., e se promova assim a génese da acidose inorgânica. Verificar-se-ia êste facto aparentemente paradoxal (HARTMANN): baixam e mesmo desaparecem os corpos cetónicos do sangue e a R. A. conserva-se baixa.

Não deve admirar que lesão renal possa condicionar baixa da R. A. E de facto o que se verifica em casos de insuficiência renal, na qual os produtos do catabolismo proteico se combinam com o  $\text{NaHCO}_3$ , perdendo-se sais do Na, de que resulta a baixa da R. A.

Sempre que a acidose inorgânica se evidencia, só com a administração de  $\text{NaHCO}_3$  se conseguem reais benefícios.

No vulgar coma diabético, com ácidos cetónicos no sangue, logo que o estado comatoso se prolonga, há desidratação, diminuição do Na, e *aumento dos radicais ácidos inorgânicos* — alterações em que sempre interfere a lesão renal.

Dentro dêste critério, o coma diabético, sem cetonémia patológica, por *acidose inorgânica*, pode ser apenas o exagêro de fenómenos esboçados no coma, tipo clássico, prolongado, isto é, do exagerado aumento dos radicais dos ácidos inorgânicos; em oposição a êste aumento de ácidos inorgânicos, dever-se-á acrescentar o desaparecimento dos ácidos cetónicos, fenómeno dificilmente explicável.

E tanto assim é, que JOSLIN, com a autoridade que lhe dá o facto de ser o diabetólogo do mundo que observou até hoje, maior número de diabéticos, diz que a modalidade humoral do

coma diabético sem cetonémia patológica, e por *acidose inorgânica*, é excessivamente rara ou não existe, *aconselhando não pensar em coma diabético, sempre que não haja cetonémia elevada.*

É possível que, uma ou outra vez, os radicais dos ácidos inorgânicos estejam aumentados e possam contribuir para aumentar a acidose dependente dos ácidos cetónicos. A observação dêste simples facto, porém, não habilita a considerar a acidose inorgânica, como causa de coma diabético.

Outra particularidade digna de mencionar-se em certos comas diabéticos é a *leve glicosúria ou ausência de glicosúria.*

Explica-se o fenómeno, à luz da moderna doutrina da filtração-reabsorção do funcionamento renal. O grau de hipotensão arterial, que acompanha o coma diabético, diminui o filtrado glomerular; a glicose dêste reduzido filtrado pode ser quasi total ou totalmente reabsorvida nos tubos contornados, de que resulta, por um lado, ligeira glicosúria ou aglicosúria, e por outro, aumento da glicémia, que se designa por *hiperglicémia de reabsorção*. A leve glicosúria ou ausência de glicosúria não deve, em são critério, afastar definitivamente o diagnóstico do coma diabético.

#### Diagnóstico diferencial entre o coma diabético e outros estados comatosos

As dificuldades de diagnóstico de coma diabético provêm de todos os estados comatosos terem sintomas comuns, isto é, estado de estupor profundo, com perda total ou parcial da inteligência, da sensibilidade e da motricidade; provêm ainda do diabético poder sofrer de coma não diabético, e de certos estados comatosos em indivíduos não diabéticos se assemelharem muito ao coma diabético, havendo inclusivamente hiperglicémia, glicosúria e acetonúria.

Todo o diabético de idade avançada, hipertenso, com intensas lesões renais, pode ter o coma urémico, o qual, pela associação com hiperglicémia, glicosúria e acetonúria, pode ser de diagnóstico difícil.

Os estados comatosos por lesões cerebrais acompanham-se frequentemente de hiperglicémia e glicosúria e, por vezes, até de acetonúria — e então as dificuldades de diagnóstico tornam-se óbvias.

Há pois a fazer a diagnose diferencial do coma diabético, com o urémico, com o coma por lesões cerebrais (hemorragia,

infarte, traumatismo craniano, tumores cerebrais, lesões cerebrais tuberculosas ou sífilíticas, encefalite); com o das doenças infecciosas (pneumonia, meningite, etc.), o coma alcoólico e o coma por outras intoxicações; com o coma por insuficiência cardíaca, o coma da insuficiência hepática e, finalmente, com o coma hipoglicémico.

Existem outras causas de coma, como hemorragias intensas, queimaduras, anemia perniciosa, leucémia, ruptura de gravidez extra-uterina, obstrução intestinal, empiemas, sepsis, insolação, choque eléctrico, epilepsia, pancreatite aguda, mas são extremamente raras, em relação às primeiras citadas, e as condições nítidas do seu aparecimento dão lugar, poucas vezes, a confusões.

*Coma urémico* — O coma urémico é próprio dos doentes de glomerulonefrite e nefroesclerose com insuficiência renal, elevada retenção de ureia, e, em regra, com hipertensão arterial. O seu início é gradual; no auge do estado comatoso, há hipertensão arterial, pulso tenso, bem palpável, hipertensão do líquido cefalorraquídeo, pupilas quasi sempre dilatadas, R. A. pouco baixa ou normal, sinais urinários intensos (albuminúria, cilindrúria e hematúria) de glomerulonefrite, grande aumento da ureia do sangue, respiração de CHEYNE-STOKES, facies nem sempre pálido como no coma diabético, côr acinzentada, cefaleias intensas, e por vezes, abalos musculares e convulsões. Em tais doentes, havia, antes do coma, aumento do coração, anormal fundo do olho, por retinite albuminúrica, e edema discreto dos maléolos.

Se aparece respiração de CHEYNE-STOKES, se se conserva o valor da R. A., e se se regista grande aumento da ureia do sangue, não é fácil a confusão com o coma diabético. Mas o coma urémico pode acompanhar-se em certos casos, nomeadamente em diabéticos, de hiperglicémia, de glicosúria, de cetonémia e de hálito acetónico e então logicamente surge perplexidade do clínico, com lastimáveis delongas na actuação terapêutica. LABBÉ cita um caso de coma com CHEYNE-STOKES e com 0,06 grs. de acetona por litro, no sangue, e acrescenta que com esta dose de acetona não há praticamente coma diabético.

Mas o coma urémico pode ainda acompanhar-se de sinais nítidos de intensa acidose, a ponto da respiração se transformar, passando do tipo CHEYNE-STOKES para o de KUSSMAUL.

*Novidade!*

*Para a terapêutica pela vitamina K*

# HEMODAL

## **Nos casos de coagulação sanguínea retardada**

por motivo de escassez de protrombina, por ex. em icterícia, oclusão intestinal, diarreia crónica assim como em melena, hematemese, hemorragias umbilicais e intracranianas dos lactantes.

Comprimidos de Hemodal  
(metilaminoacetil-metil-naftohidroquinona-clorometilato)

Tubo com 20 comprimidos de 10 mgr

Hemodal injetável  
(metilnaftoquinona-bissulfato de sódio)

Caixa com 5 ampolas de 1 c. c. (= 10 mgr)



BAYER LIMITADA, Largo do Barão de Quintela, 11,2º, LISBOA

Port. 527/4112. /F/0368/

ACIDOL-PEPSINA

ALPINA  
COMPRAL  
ATEBRINA

AVERTINA

HYPOPHYSINA

SUPRARENINA

PRONTOSIL

CAFIASPIRINA

FUADINA

FESTAL

EVIPAN

DOLANTINA

PROLAN

ERUGON

HELMITOL

MITIGAL

RIVANOL

TRYPAFLEVA

CHOLEFLVIN

ELITYRAN

PADUTINA

NOVOCAINA

NOVALGINA

OPTARSON

PYRAMIDON

ENDOIODINA

HEMODAL

ZEFIROL

PER-ABRODIL

PROTARGOL

CAIPOLOI

PELLIDOL

GARDAN

YATREN

CANTAN

LUTREN

SALYRGAN

DEVEGAN

YDRONAL

ADALINA

INSULINA

PANTOCAINA

PLASMOCHINA

TONOFOSFAN

THEOMINAL

PRELOBAN

ELDOFORMIO

ACORNOL

UNDEN

CYREN B

NEO-ULIRON

BETAXINA

LUBISAN

CASBIS

MANETOL

NEOSALVARSAN

TORANTIL

# MEDICAMENTOS

COM A

B  
A  
BAYER  
E  
R

*Cruz-Bayer*

O SINAL  
DA  
CONFIANÇA



Clinicamente, não há nestas circunstâncias distinção fácil entre o coma diabético e o urémico com acidose, e o próprio laboratório não resolve nas primeiras análises o problema, porquanto podem aparecer sinais de hiperglicémia, cetonémia e cetonúria, que juntos à baixa da R. A. equivalem aos do coma diabético.

É evidente que a forte intensidade dos últimos sinais humorais é a favor do coma diabético. O clínico deve ainda lembrar-se que há comas diabéticos atípicos acompanhados de forte retenção de ureia, e que pode haver no diabético, forte urémia, responsável da acidose e do coma.

Para boa interpretação destes casos complexos, além da análise dos sintomas clínicos ou humorais que interferem nos dois comas, é de grande necessidade e valor o conhecimento do estado precedente clínico e humoral do individuo.

*Coma por lesões cerebrais* — As lesões cerebrais susceptíveis de gerar síndromas clínicos, cujo diagnóstico se deve fazer com o coma diabético são aquelas que, além do estado comatoso, se acompanham de hiperglicémia, glicosúria e, se bem que mais raramente, de acetonúria.

Estes sinais humorais provêm de lesões maiores ou menores do diencefalo. É evidente que só, quando coexiste o coma cerebral e aquêles sinais humorais, se põe, com razão, o problema do diagnóstico com o coma diabético. Admite-se que as lesões cerebrais (infecção, hemorragia, infarte, traumatismo, etc.) que se localizam ou estendem ao diencefalo, provocam hiperglicémia e glicosúria, porque a excitação anormal do diencefalo segue a via simpática, excita a supra-renal, produz descarga de adrenalina, que condiciona forte glicogenolise hepática, da qual provêm a hiperglicémia e a glicosúria. Para WRIGHT a acetonúria também provêm das descargas de adrenalina. Baseia esta opinião no facto já averiguado de injeções de adrenalina aumentarem os corpos cetónicos. Sendo assim, ao aumento de adrenalinemia se deve a glicosúria e a acetonúria.

Outros supõem que a grande irritação nervosa central inibe o vago, de que resulta disfunção pancreática responsável pela glicosúria e acetonúria.

Eis os casos em que surge a dificuldade da diagnose.

*Traumatismos, e especialmente, o traumatismo cerebral —*

O traumatismo cerebral é causa freqüente de coma (90% dos casos na prática hospitalar) mas o diagnóstico não é, em regra, difícil, por haver quem relate a história clínica e observar-se no exame objectivo, a prova exterior do traumatismo. Pode verificar-se glicosúria e ligeira hiperglicémia, mas faltam o abaixamento da R. A., o hálito acetónico e, por vezes, a elevação da azotemia, que são sintomas valiosos do coma diabético. As pupilas dilatadas, grande bradicardia, são elementos a favor do traumatismo cerebral, que o exame radiológico confirma.

A dificuldade de diagnose é grande se o doente que sofreu o traumatismo fôr diabético. Ainda, neste caso, o coma pode ser cerebral, porque todo o diabético pode ter coma por traumatismo cerebral, não havendo, nesta eventualidade, os intensos sinais de ceto-acidose. Sinais de *grave ceto-acidose* em diabético que sofreu grande traumatismo cerebral, representam elementos de primacial importância a favor de coma diabético, sem o impor, no entanto.

*As lesões vasculares cerebrais —* A hemorragia e o infarte cerebrais podem provocar estados comatosos. Aparecem êstes, em especial, em individuos com mais de 50 anos de idade, com hipertensão arterial, com hemiplegia completa ou parcial, hiperpirexia ou hipopirexia; em casos de coma por hemorragia cerebral ou meníngea, o líquido cefalo-raquídeo é hipertenso e sangüinolento.

Há, quasi sempre, pupilas dilatadas, desvio conjugado da cabeça e dos olhos, respiração estertorosa ou lenta, início rápido, cefaleia. Se não há hemiplegia, há pelo menos, desigual resistência dos membros à flexão. Excepcionalmente, aparece glicosúria e hiperglicémia. Embora, raramente, VILKOVE já observou hálito acetónico, e SKOUGE, a R. de GERHARDT positiva na urina de doentes com coma cerebral. É evidente que êstes sinais humorais criam dificuldades de diagnose diferencial entre o coma cerebral e o diabético.

Mas a ausência de hipotonia ocular, de respiração de KUSMAUL, de baixa de R. A., e ainda a azotemia de valor normal — facilitam a destrição.

O hálito acetónico e a R. de GERHARDT positiva são fenômenos muito raros no coma cerebral e portanto, praticamente, sem valor. Se existem, são pouco intensos e pouco duradouros.

Se o doente é diabético, antes do acidente cerebral, a confusão é mais legítima, mas ainda nesta hipótese são necessários sinais intensos de ceto-acidose, para pensar que esta contribuiu para a gênese do estado comatoso do doente que sofreu hemorragia cerebral ou infarte vascular cerebral.

Em regra, estas duas causas de coma: ceto-acidose diabética e hemorragia ou infarte cerebral não coexistem, não se somam. Além do valor diagnóstico diferencial que tem a ausência de sinais intensos de grave ceto-acidose, há a juntar os sinais clínicos próprios a cada coma, igualmente valiosos.

*Tumores cerebrais* — As massas tumorais do cérebro, igualmente, podem condicionar o estado comatoso, mas, em tal caso, o conhecimento prévio das alterações do campo visual, a cefaleia persistente ou paroxística, muitas vezes violenta, a apatia habitual, o vômito explosivo — constituem elementos que habilitam o médico, a conhecer o mal do doente que mais tarde cai em coma.

Se o doente só é observado no momento do coma, a ausência da respiração de KUSSMAUL e da elevação da azotemia, da baixa da R. A. e dos sinais de ceto-acidose bastam para afastar a hipótese de coma diabético.

A existência de glicosúria ou discreta hiperglicémia não invalidam o valor da ausência dos sinais humorais citados, suficiente, em regra, só por si, para excluir o coma diabético.

A *sífilis do sistema nervoso central* pode também originar estados comatosos. Mas o início brusco, habitualmente, com convulsões, a R. de WASSERMANN positiva no sangue e no *liquor*, as pupilas anormais, o sinal de BABINSKI positivo e outras anormalidades de reflexos, constituem elementos que, juntos à falta dos sinais de grave ceto-acidose, permitem o diagnóstico a favor do coma por lesões sífilíticas do sistema nervoso central.

Pode dizer-se que em todos os comas pode haver anomalias pupilares e reflexos abolidos, porquanto êstes elementos clínicos dependem mais da profundidade do coma do que da sua etiologia.

O problema da diagnose diferencial entre o coma por lesão cerebral e o coma diabético tem muito interêsse para o clínico, porquanto a lesão cerebral pode condicionar sinais humorais seme-

lhantes, se bem que menos intensos, ao do coma diabético, e se o médico levado por estes sinais fizer a terapêutica apropriada ao coma acidósico prejudica gravemente o doente. Semelhante facto já se tem verificado na prática.

Também o infarte miocárdico pode acompanhar-se de glicosúria e hiperglicémia, e mal procederia porém o médico que levemente fôsse administrar insulina em semelhante situação clínica.

*As intoxicações* mais diversas condicionam, por vezes, o coma.

Os tóxicos que mais freqüentemente provocam o coma, segundo se averigua na clínica, são o álcool, os barbitúricos e seus derivados, o óxido de carbono, os salicilatos, os brometos, o permanganato de potássio, o nitrobenzeno, o soluto de cresol e o nitrato de sódio.

Os elementos do diagnóstico obtêm-se pelo cheiro do hálito, e pelo cheiro, aspecto e análise química dos produtos obtidos por lavagem do estômago.

A intoxicação pelo CO provoca hipotermia e a côr vermelho-cereja da pele, que logo a destrinça nitidamente do coma diabético.

Duas intoxicações, a provocada pelo *álcool* e a provocada por *salicilatos*, merecem menção especial, a primeira pela sua freqüência, e a segunda porque os salicilatos na urina conferem a esta a particularidade de apresentar a R. de GERHARDT fortemente positiva.

O doente em *coma alcoólico* — embriaguez aguda — em fase comatosa — apresenta face congestionada e vermelha, garganta e conjuntivas injectadas, reflexos diminuídos ou abolidos; hálito alcoólico, freqüentes vômitos, por vezes convulsões, cianose, arritmia cardíaca, hipotensão arterial, leucocitose, N não proteico aumentado.

A base do diagnóstico dêste estado comatoso está no hálito alcoólico, no acentuado rubor da face, garganta e conjuntivas, e na ausência de outras anomalias, nomeadamente de sinais de ceto-acidose.

*O coma por intoxicação pelos salicilatos* só oferece, como dissemos, a particularidade da R. de GERHARDT ser fortemente positiva, na urina, e portanto ser motivo de confusão.

Mas na urina do diabético com cetose, a R. de GERHARDT é negativa, se antes se aqueceu a urina, porque o aquecimento

liberta a acetona volatilizada existente e a proveniente do ácido diacético; e por outro lado, a R. A. é normal na intoxicação pelos salicilatos.

*Coma da doença infecciosa* — Tõda a doença infecciosa no diabético pode determinar o aparecimento do coma diabético, o qual aparece com freqüência se não é feita a terapêutica adequada. Mas as infecções só por si geram estados comatosos.

*As afecções que mais freqüentemente geram o coma infecioso são a meningite e a pneumonia.* Os sinais clínicos próprios destas infecções, observadas prèviamente, impõem o diagnóstico. É certo que a meningite grave pode acompanhar-se de glicosúria e, por vezes, até de hiperglicémia discreta e acetonúria, mas mesmo que surja o coma, há a desigualdade pupilar, a respiração rápida, a cefaleia, o início brusco, o sinal de KERNIG positivo, a leucocitose e a febre, o «liquor» purulento que, com a R. A. normal, formam um conjunto sintomatológico a impor o coma meníngeo.

Metade dos casos de coma por meningite observa-se em crianças de menos de 10 anos de idade.

Sabe-se hoje que as lesões de meningite meningocócica, por hiperpressão possível e provável no pavimento do IV ventriculo (e talvez por haver concomitantemente, também, toxémia meningocócica que actua sôbre o pâncreas insular) podem gerar glicosúria, hiperglicémia e até acetonúria.

Portanto, que as lesões de meningite no diabético, com mais forte razão do que em qualquer outra afecção, possam desencadear o coma diabético, é óbvio; a distinção entre o coma meníngeo e o diabético há-de fazer-se pela intensidade dos sinais próprios que impõem o coma diabético, ou pela coexistência de sinais meníngeos já mencionados que impõem o coma meníngeo.

Interessantes observações de WARD e COLE mostram tõda a complexidade fisio-patológica e clínica destas situações mórbidas. WARD observou já, em *doente não diabético*, meningite meningocócica que se inicia pelos sinais de pré-coma diabético (respiração profunda, hálito acetónico, acetonúria e glicosúria) e sem KERNIG. O estado de pré-coma cede à terapêutica glico-insulínica e entretanto aparecem os meningococos no *liquor*. Êste doente curou de meningite meningocócica, e a curva glicémica, feita depois, mostra que êle não ficou sendo diabético.

COLE cita dois casos de verdadeiras condições diabéticas transitórias secundárias a meningites meningocócicas, portanto em indivíduos não diabéticos, e que apresentaram estados comatosos, decerto mais meningíticos que diabéticos, apesar da cetonúria, glicosúria e hiperglicémia.

Êstes factos constituem raridades clínicas, mais do domínio da especulação fisio-patológica do que do da clínica prática. O médico deverá porém conhecer tôdas estas eventualidades, apesar da pouca probabilidade de se haver com elas.

O coma da *pneumonia* não tem qualquer possibilidade de confusão com o coma diabético.

Os comas provocados pela *epilepsia* e pela *eclampsia* são facilmente esclarecidos e diagnosticados, em função dos sintomas dêstes estados mórbidos, imediatamente precedentes ao estabelecimento do estado comatoso.

A *insuficiência cardíaca* pode gerar o coma, mas as anomalias cardíacas prèviamente conhecidas, a congestão pulmonar, a cianose, o edema periférico, a dispneia, a distensão das veias do pescoço, a hepatomegália, a pressão intracraniana aumentada, criam o conjunto sintomatológico que impõe o diagnóstico. Um cardiopata insuficiente pode simular o coma diabético, se fôr um obeso diabético, em crise de hiposistolia ou assistolia, com dispneia e epigastralgia por congestão hepática (hepatomegalia) e se simultâneamente houver cetose urinária. A R. A. porém mantém-se alta, o que esclarece o diagnóstico, provando que não existe coma diabético.

As graves doenças do fígado, nomeadamente com *insuficiência grave hepática*, podem determinar o estado comatoso. LABBÉ cita um caso de coma hepático — num diabético — em que há glicosúria, reacção de LEGAL e GERHARDT positivas, mas sem dispneia, sem arrefecimento periférico, sem hipotensão ocular, elementos que, com a baixa da R. A., se podem considerar indispensáveis para o diagnóstico do coma diabético. Também MOURIQUAND cita o caso de uma criança diabética que morre de coma hepático.

No coma hepático há mais abatimento e fadiga que sonolência, não há dispneia, e o apetite pode conservar-se; há pequena acetonúria, R. A. normal, hepatomegalia ou atrofia hepática,

sinais clínicos de insuficiência hepática e sinais biológicos como urobilinúria, colalúria, amino-acidúria e amoniúria. O coma hepático é, muitas vezes, o «*terminus*» da insuficiência hepática, que progressivamente se intensificou.

No coma hepático há hálito especial, desagradável, próprio da degenerescência de grandes massas parenquimatosas. A diagnose entre o coma diabético e o hepático só oferece dificuldades, quando o último surge no diabético.

*Coma hipoglicémico* — É muito importante para o clínico a diagnose diferencial entre o *coma diabético* e o *hipoglicémico*.

Da literatura médica, ressalta a importância desta diagnose diferencial, porquanto os erros de diagnóstico, tomando por coma diabético, o que é hipoglicémico, são de graves conseqüências, mercê da errada sanção terapêutica da administração de insulina, que nesses casos pode provocar — e já tem provocado — a morte.

O coma hipoglicémico é conseqüência da dieta mal orientada para a quantidade de insulina prescrita. É a administração de insulina em quantidade excessiva o elemento determinante do coma hipoglicémico.

*A hipoglicémia acentuada, grave, e de aparecimento brusco, traduz-se pela sensação de fome intensa, sudação abundante, a que se junta tremor, inicialmente interno, depois exterior e aparente; por fim surgem convulsões generalizadas, de tipo mais ou menos epiléptiforme, após as quais, se estabelece o estado comatoso, entrecortado de quando em quando, por crises convulsivas, até que, se não é feita a medicação conveniente (açúcar e injeções de adrenalina), o coma se torna definitivamente profundo e grave, terminando irremissivelmente na morte.*

O coma hipoglicémico diferencia-se do diabético, por o doente ter pulso tenso, não apresentar sinais de colapso cárdio-vascular, por os reflexos rotulianos não estarem abolidos, por haver, quasi como regra, delírio, agitação e alucinações e perturbações da vista, como diplopia, por haver pele húmida e sudação abundante; por outro lado, no coma hipoglicémico não se regista a respiração de KUSSMAUL, a R. A. é normal, a glicémia é baixa; há ausência de glicosúria e acetonúria e, se existem, só se registam em quantidade diminuta, significando, em regra, que houve excreção renal de glicose e de acetona, antes do doente cair em coma hipoglicémico.

omo Apesar, porém, da riqueza de sinais distintivos entre os dois comas — hipoglicémico e diabético — há por vezes dúvidas e até erros de diagnóstico, se bem que alguns sejam fruto de levianidade. Recorda-se a propósito aquêlê caso do diabético que, em certo dia, resolveu almoçar num restaurante e que tomou antes de sair de casa a injeção da dose habitual de insulina. O almoço demorou mais do que êle pensava, ou êle se demorou no caminho até ao restaurante mais tempo do que supunha, e a verdade é que já no restautante, no momento em que se senta à mesa, cai em coma. Telefonam ao médico, que ao saber o seu doente em coma num restaurante, julgou-o em coma diabético, e mesmo pelo telefone, deu ordem para lhe administrarem 20 unidades de insulina, após o que o doente morreu. Êste doente ter-se-ia salvo se, em vez de insulina, lhe administrassem açúcar por ingestão ou soro glicosado por injeção. Se, vendo o doente, há por vezes dúvidas, quam leviano é pois o médico que, a distância, em situação não definida, manda administrar insulina. Aconselha-se pois, em caso de dúvida, injectar pequena quantidade de glicose na veia do doente comatoso, e se no fim de alguns minutos, o doente não estiver nitidamente melhor, procede-se então como para o coma diabético, ou conduz-se urgentemente o doente para o hospital, onde se fará a elucidação do caso clínico, mercê do completo estudo clínico-humoral.

Não há qualquer perigo em administrar glicose ao diabético em coma diabético, e tem sempre graves conseqüências administrar insulina a doente em coma não diabético, conseqüências que quási como regra são fatais, se o coma é hipoglicémico. Administrar insulina a doente com esta modalidade comatosa tem o mesmo efeito prático que sangrar um individuo, já mori bundo por grave hemorragia expoliadora.

(Continua).





**OS FÂRMACOS**

*Homburg*

Continuam mantendo as qua-  
lidades que os consagraram

CHEMIEWERK *Homburg* AKTIENGESELLSCHAFT  
FRANCFORT S/MENO

Informações: **EMILIO PELLEN**  
**LISBOA**

Rua da Horta Seca, 7-3.º  
Tel. 26841



## ADONIGEN

*Extr. estand. de Adonis Vernalis*

Gotas	frascos 10 e 30 cc.
Comprimidos	frascos 30 compr.

## DERIFILINA

*Teofilina + dietanolamina*

Ampôlas	caixas 5 amp. / 5 cc.
Gotas	frascos 10 cc.
Supositórios	caixas 6 sup.

## DERIFILINA-ESTROFANTINA

*Derifilina + estrofantina k*

Ampôlas	caixas 5 amp. / 5 cc.
Supositórios	caixas 10 sup.

## DERIMINAL

*Derifilina + ácido feniletilbarbitúrico*

Ampôlas	caixas 6 amp. / 2 cc.
Gotas	frascos 10 cc.
Supositórios	caixas 6 sup.

## FOSVITANON

*Quinina - colá - piscidia - viburno - lúpulo - fosfato - cobre - ferro - manganês - magnésio - bromo*

frascos 200 cc.

## HOMBURG 680

*Extr. estab. da raiz de beladonna búlgara*

Gotas	frascos 10 e 30 cc.
-------	---------------------

## KAMILLORAL

*Kamillosan concentrado*

Gotas	frascos 10 cc.
-------	----------------

## KAMILLOSAN

*Extr. estand. de camomila*

Líquido	frascos 30 e 100 cc.
Pomada	bisnaga 25 gr.

## SEPTOQUINA

*Solvoquina + p - aminofenilsulfonamida*

Ampôlas	caixas 3 amp. / 2 cc.
Comprimidos	tubos 10 e 20 compr. / 0,5 gr.

## SINTOBILINA

*p - tolilmetilcarbinolcanfor-éster ácido - dietanolamina*

Ampôlas	caixas 6 amp. / 1 cc.
Comprimidos	tubos 25 compr.

## SOLVOQUINA

*Soluto aquoso quinina básica a 25%*

Ampôlas	caixas 3 amp. / 2 cc.
---------	-----------------------

## SOLVOQUINA-CÁLCIO

*Solvoquina + glutaminato de cálcio*

Ampôlas	caixas 3 amp. / 2,5 e 5 cc.
---------	-----------------------------

## SPIROBISMOL

*Suspensão oleosa de tartarato de potássio - sódio - bismuto e iodo-bismutato de quinina*

Ampôlas	caixas 6 e 12 amp. / 2 cc.
---------	----------------------------

## TEMOEBILINA

*Temoe Lawak, hortelã pimenta cominho e camomila*

Comprimidos	tubos 10 compr.
-------------	-----------------

## TRANSPULMINA

*Quinina, cânfora e óleos essenciais*

Ampôlas	caixas 6 e 12 amp. / 1,2 cc.
---------	------------------------------

## TREUPEL

*Fenacetina, narcotina, ácido acetilsalicílico, sulf. sódio e sais de Homburg*

Comprimidos	tubos 10 compr. / 0,5 e 1 gr.
-------------	-------------------------------

Chemiewerk *Homburg* Aktiengesellschaft

FRANCFORT S / M E N O

## DEONTOLOGIA MÉDICA

— «UM SEMESTRE DE ENSINO EM COIMBRA» OU «UM FEIXE DE QUESTÕES» —

POR

LUÍS AUGUSTO DUARTE SANTOS

PRIMEIRO ASSISTENTE E ENCARREGADO DA REGÊNCIA DOS CURSOS  
DE DEONTOLOGIA E TOXICOLOGIA NA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Fomos encarregados, pelo douto Conselho da nossa Faculdade, das regências dos cursos de Deontologia Profissional e de Toxicologia Forense no ano académico de 1942-1943.

O actual regime dos estudos médicos, reserva um semestre para o ensino da Deontologia Profissional.

Àcerca da utilidade e necessidade de tal ensino há, na classe médica, arreigadas descrenças.

Elas são filhas, em nosso entender, sobretudo da idéia errada havida sôbre as matérias constituintes desta disciplina e da maneira como devem ser tratadas, e também de se aquilatar da sua eficácia pela observação do triste panorama oferecido por certos práticos na «luta pela vida».

Julga-se, na realidade, ser a Deontologia simplesmente um código de honra ou até um código de etiqueta e boa educação e que assim bastará o futuro médico ter as qualidades de todo o homem de bem e de fino trato, para dispensar o ensino da deontologia, tanto mais que faltando-lhe essas qualidades, será inoperante, e resultará em pura perda, qualquer esforço didáctico, educativo, exercido por um professor de deontologia profissional.

Mesmo que assim fôsse, haveria todo o interêsse em sistematizar as regras de tais códigos de honra e de educação, e insistir

nos seus princípios, com esperança de que o mau terreno, trabalhado devidamente, pudesse, um dia, vir a produzir bem melhores frutos de que se tivesse sido abandonado, deixando-se crescer nêlê tôda a espécie de ervas daninhas.

Não aceitar esta verdade, não ter esta esperança, é não crer no ensino de todo e qualquer princípio moral, é negar a possibilidade de que a divulgação de boas normas éticas influa no procedimento dos indivíduos.

Além disso é evidente que ao prático da medicina se colocam problemas de honra e educação diferentes dos que se colocam a qualquer outro homem e que, apesar daquele ter a melhor formação moral, se verá, perante certos casos, embaraçado, sem descortinar o bom fio condutor de sua acção. É possível não só ignorar como deva proceder, mas também nem sequer ter possibilidade de bem colocar o problema, por inteiramente novo e lhe escaparem certos pormenores.

O estudo sistemático de alguns princípios, a análise de casos gerais de que decorrem normas a aplicar amanhã a factos concretos, particulares, permitir-lhe-á ver bem as situações, dominá-las em seus pormenores e encontrar-lhes boa solução. Assim evitará ao profissional, por certo, amargos arrependimentos resultantes de vir a reconhecer no futuro que viu mal tôdas as consequências da sua atitude e lhe escaparam facetas do problema que alteravam completamente o seu fundo.

Mas, na realidade, não é a deontologia só um conjunto de normas de honra e educação, e não se podem olhar seus problemas unicamente através da moral e das regras de boa educação, mas é preciso também olhá-los através do critério que a lei impõe.

Aqui nova noção errada: a lei tudo regula e imporá ao médico normas de conduta, até talvez mesmo contra a sua consciência e os sãos princípios éticos, mas nem por isso menos inflexíveis, e a legislação encontra-se coligida ao alcance do médico que a consultará quando necessitar, tornando-se assim o ensino da deontologia pelo menos supérfluo!

Sabe-se bem que a lei nem tudo regula, em muitos pontos é omissa, que a consulta e interpretação da legislação são por vezes difíceis, que algumas reflexões sôbre ela, e sôbre regras gerais e particulares de interpretação, são sempre proveitosas, e

que pode haver maneira de conciliar os preceitos legais com as normas morais e compete precisamente à Deontologia o papel ingrato por vezes, mas altamente dignificador, de criar ambiente capaz de fazer modificar certas disposições legais inconciliáveis com as boas normas éticas.

Pretender negar o valor do ensino da deontologia, ou da própria deontologia, pela sombria realidade da existência de alguns médicos — em menor número, queremos acreditar, do que em certos sectores se faz ver — que não sabem, não querem ou não podem (há casos verdadeiramente patológicos!) ser dignos, é esquecer que a deontologia não abrange só o estudo das relações dos médicos entre si e com os doentes e famílias, e é esquecer que não foi o ensino dos bons princípios que lançou tais práticos nesse procedimento, mas pelo contrário é lícito perguntar como seriam eles se esse ensino não se fizesse, se as normas deontológicas se não divulgassem ou não existissem. O brado de desânimo — para isto serve a deontologia? — é prova de sua eficiência, é prova de que a maioria vê com desgosto o mau caminho trilhado por alguns.

O bom senso manda antes reforçar esse ensino, dar-lhe maior vitalidade e eficiência, fazer gravar bem na mente dos novos os princípios da moral deontológica e aos práticos bem intencionados pedir o auxílio, indispensável, do são exemplo.

Há quem preconize o ensino da deontologia desde o início do curso médico para melhor ir gravando na consciência dos alunos os seus preceitos, o que sucede em alguns países civilizados onde ocupa bom lugar entre as diferentes disciplinas das Faculdades.

Os professores de deontologia prègarão inútilmente, prègarão no deserto, se boa meia dúzia de médicos à sua volta não derem a lição prática do seu proceder.

Ora, queremos acreditar que essa meia dúzia nunca faltará (há ainda tão nobres e salutaros casos!) e então o ensino pode ser altamente eficaz e com as gerações novas poderá vir não o pior, mas o melhor, poderá vir o isolamento, o ostracismo, a falta de ambiente, para os prevaricadores, que simples medidas legais, mesmo com sanções pesadas, não conseguem emendar, mas que desta forma serão eliminados, neutralizados.

Sejamos optimistas e confiemos nas gerações de amanhã!

À deontologia cabe portanto o importante papel de esclarecer os futuros médicos acerca da legislação profissional, das normas legais a que têm de obedecer, e dar-lhes os princípios morais que devem orientar o médico no exercício da sua profissão, e estudar com pormenor, em trabalho de análise, seus problemas de ordem ética e depois, em trabalho dedutivo de síntese, estabelecer regras gerais que permitam resolver com mais ciência e consciência os casos particulares, guiando o profissional e guiando o próprio legislador.

MARAÑON, valor da medicina espanhola, escreve: «O médico, como qualquer outro profissional, não tem só por função colocar a sua ciência ao serviço da sociedade e de si próprio, mas acima de tudo servi-la com elevação moral e dignidade. Sem uma linha moral bem acentuada, o melhor médico será sempre um mau profissional e sem uma moral forte, a própria eficácia técnica da profissão enfraquece e acaba por se anular».

Pela exposição nas aulas teóricas das matérias que julgámos dever tratar (esperamos de futuro, com semestres mais regulares, e iniciados mais cedo que êste ano aconteceu, poder tocar outros pontos de interesse) foi-nos permitido apresentar aos alunos, tôdas as semanas, algumas questões a que respondiam individualmente por escrito. Evidentemente que nem todos os assuntos versados no curso teórico serviram de matéria para as aulas práticas, e estas questões não abrangem assim a matéria total da parte teórica.

Contudo o enunciado dessas questões, parece-nos, elucidará do valor da deontologia e permitirá orientar, um pouco, os médicos que queiram fazer seu estudo, o que é muito de aconselhar para estabelecer o «clima» de que tanto se precisa na classe e com que lucraremos nós e a sociedade em geral, reconhecido o interesse profissional, individual e social da deontologia.

Algumas considerações a respeito da maneira como foram dadas as respostas e a publicação das indicações bibliográficas fornecidas ao curso, por nós, facilitarão êsse estudo ou pelo menos a meditação que tanto desejávamos estas nossas palavras pudessem despertar.

## Questões:

1 — (A 1) (1) — *O que é «Deontologia Médica»? Fundamente a sua utilidade e necessidade.*

Tendo dado inteira liberdade aos alunos para francamente emitirem a sua opinião acerca da utilidade e necessidade da deontologia médica, foram unânimes em encarar o ensino desta disciplina e reconhecer o benefício do conhecimento de suas questões, para eficaz e proveitosa aplicação prática.

Insistem sobretudo em que a boa vontade e qualidades naturais de cada um não bastam e que é necessário o conhecimento de certo número de regras gerais de moral e direito naturais, de legislação médica e de moral profissional para na prática guiar o proceder do médico.

2 — (A 2) — *Que pensa da crise médica actual, da sua natureza e de seus remédios?*

Esta pergunta foi posta quasi sem prévia preparação na aula teórica, a fim de captar um depoimento livre, tanto quanto possível, da influencia do «magister dixit», depoimento feito pelos que, um ano decorrido, estarão a braços com essa crise.

Em regra não separam a crise moral da crise material e valorizam bastante uma crise intelectual e técnica para elles resultante do actual regime de estudos e do excesso de conhecimentos teóricos administrados em prejuizo de conhecimentos eminentemente práticos.

Ora se a crise económica pode condicionar em parte a crise moral, a verdade é que esta tem outras causas bem diferentes e não é simples reflexo daquela, a ponto de resol-

---

(1) A numeração entre parentesis tem em vista os exames de frequência e finais. Os alunos respondem nesses exames a quatro questões tiradas à sorte, mas de forma a que seja uma de cada das séries A, B, C e D: A — Questões gerais; B — Legislação; C — Segrêdo Profissional; D — Abôrto, anti-concepção, castidade e eutanásia.

vida a crise material desaparecer a crise moral. É bem conhecido o exemplo dado por alguns clínicos gerais, especialistas e cirurgiões, vivendo pròsperamente e procedendo da forma mais lamentável na *caça* e exploração de doentes e no *torpedeamento* de colegas.

Vêem como principais causas da crise económica: o número sempre crescente de médicos, a má distribuição destes pelas populações, a socialização parcial da medicina que está a prosperar entre nós, a acumulação de lugares, o desempenho gratuito de funções e a luta de preços só para aniquilar colegas.

Como remédios indicam: a limitação às escolas, com rigorosa selecção de valores intelectuais e de vocações a determinar por bem conduzidas provas de orientação profissional, a terminação do regime de socialização parcial, a proibição de acumulações acima de certos quantitativos de vencimentos e de desempenho gratuito de funções, e a fixação de preços mínimos. Alguns defendem a socialização total da medicina.

Parece-nos que não é o número actual de médicos exagerado para a população do país e só a má distribuição dos existentes e a deficiente assistência médica em certas classes e regiões, e o não se entrar decididamente pelo campo da higiene e profilaxia, dá a falsa noção da superabundância.

Se a limitação à frequência das faculdades se impuser, julgamos que não se deverá ligar valor absoluto aos resultados do exame de orientação profissional e seleccionar em face de tais resultados, pois estes, pelo menos actualmente, não são seguros de modo a justificarem uma atitude dessas.

A crise moral se em certos casos é condicionada pelas deficientes condições económicas em que se debatem alguns profissionais, ela é sempre procedente da falta de consciência e formação como homens e como médicos e é determinada na maior parte dos casos por sôfrega vontade de enriquecerem e ganharem prestígio, numa ganância por bens materiais e honrarias, que leva a tudo atropelarem e a servirem-se de todos os meios por menos lícitos que sejam. Crise económica? Só se aceitarmos a falsa noção de tal crise que nos virá pela observação daquêles que dispendo de fortunas consideráveis e que



auferindo lucros profissionais de respeito, se julgam a braços com ela, sempre em ânsia de possuir muito mais!

A crise intelectual e técnica está longe de ser apreciável, e se o regime actual de estudos não é bom, êle permite contudo dar uma habilitação muito razoável aos alunos de boa vontade.

Impõe-se a obrigatoriedade de um estágio no final do curso, pois durante êste não se administram conhecimentos teóricos a mais, mas torna-se impossível, por falta de tempo e condições, juntar-lhes a necessária prática correspondente. É preciso combater a falsa noção dos males da teoria, porque esta é a base lógica e indispensável de tôda a prática que não queira ser impirica, e não pode ser banida sem um perigoso estacionamento da medicina e o aparecimento, então, de tremenda crise intelectual na classe.

### 3 — (A 3) — *O que pensa da socialização da medicina?*

Êste ponto só foi tratado nas últimas lições e, por isso, os alunos não responderam a êle nas aulas, mas só nos exames. É contudo certo que tal socialização, ao espírito jovem, animoso, livre, dos médicos de amanhã, não é simpática: medicina «manga de alpaca», medicina de «série», cortadora da liberdade de escolha por parte do doente, aniquiladora do estímulo que o exercício da profissão liberal desperta, estímulo que, seja dito, a tantos exageros leva e a alguns dos que em competição leal, científica e intelectual não podem vencer, lança nos maus processos que muitas vezes fazem os «grandes clínicos».

Há muitos que defendem abertamente essa socialização como remédio para a crise médica (material, moral e intelectual). Em vez de temerem a falta de estímulo que resultaria da socialização, crêem que um acesso, por provas documentais teóricas e práticas, a melhores lugares, e a possibilidade de obtenção de bolsas de estudo, daria antes nova vida a êsse estímulo, que deixaria de estar sujeito às oscilações da clínica, sempre ingrata, injusta e muito contingente por caprichosa. O sistema de bilhetes de consulta em vez da obrigatória designação do médico respectivo, seria

processo a dar também estímulo, além de resolver a objecção da falta de livre escolha a que a socialização arrasta.

Condenada por todos é a socialização parcial, que pretende assegurar (mas consegue-o mais fictícia que realmente como todos nós sabemos) assistência médica a certos grupos de pessoas ou classes, não querendo saber do problema inverso, isto é, de assegurar aos médicos doentes, e deixa os desprotegidos ou que não entram na organização, em condições por vezes angustiosas, tirando-lhe os doentes que até aí constituíam a sua clínica, paciente e honestamente angustiada.

4 — (B 1) — *O que entende por exercício da medicina e em que condições éle é permitido pela lei?*

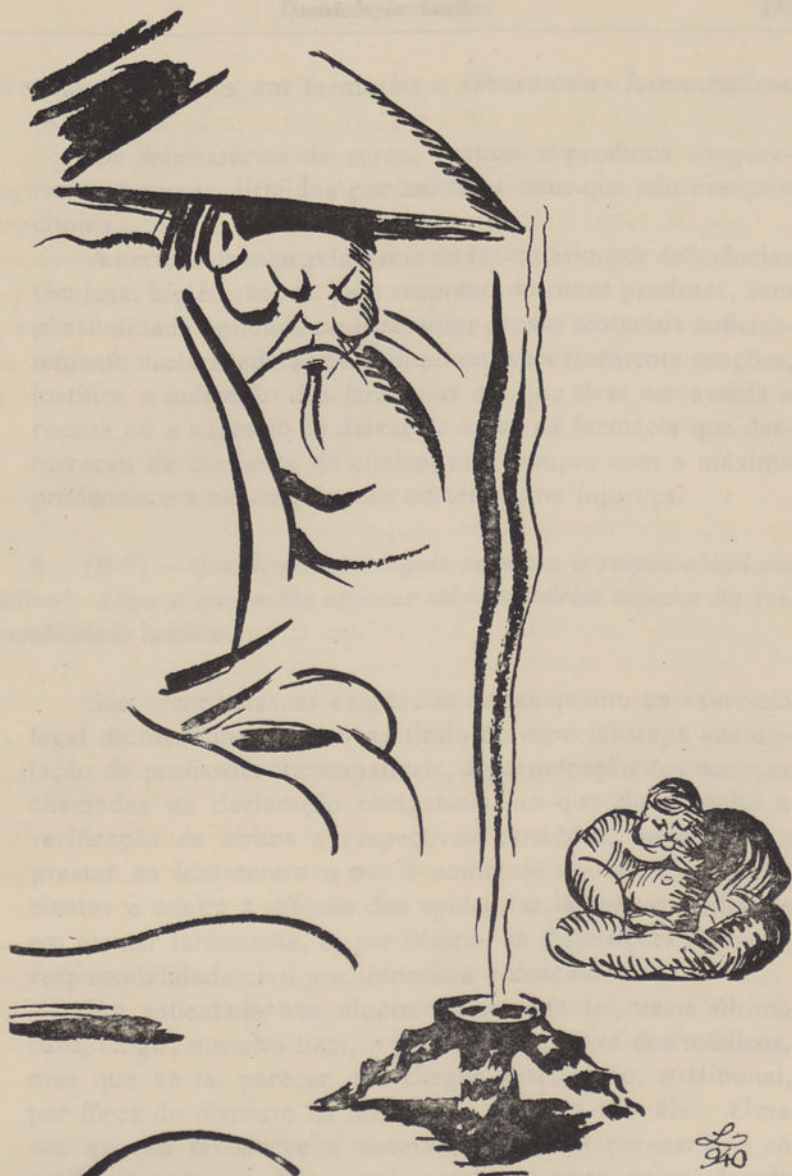
Exercer a medicina não é possuir o diploma, nem exercer funções inerentes a cargo que só possa ser desempenhado por diplomados em medicina. Um professor da Faculdade de Medicina que não lide com doentes, nem em seus serviços oficiais, nem particulares, não exerce, evidentemente, a medicina, apesar de só poder ser professor dessa Faculdade estando diplomado em medicina.

A observação e tratamento accidentais de doentes sem fins lucrativos de qualquer espécie, não devem por igual ser considerados como exercício da profissão médica, para fins legais.

Quanto às condições em que é permitido o exercício da medicina, referem a necessidade de registo do respectivo diploma de habilitação profissional e a inscrição na ordem dos médicos.

5 — (B 2) — *Há incompatibilidade entre o exercício das funções de médico e de farmacêutico? E com as de director de laboratórios? Pode em algumas condições o médico indicar determinada farmácia para o aviamento de suas receitas?*

A incompatibilidade é estabelecida pelo art. 3.º do decreto-lei 32:171, com respeito à profissão de farmacêutico, mas também é proibida a simples sociedade ou partici-



felizes dos que puderam  
recolher-se em si próprios  
porque só esses entenderam  
a linguagem do filósofo.

Almo-Lab

Sedativo do sistema nervoso



pação de lucros em farmácias e laboratórios farmacêuticos (§ 2.º).

Os laboratórios de soros, vacinas e produtos congêneres podem ser dirigidos por médicos mas que não exerçam clínica.

A certeza de mau aviamento do receituário, por deficiências técnicas, higiênicas, ou pelo emprêgo de maus produtos, sem possibilidade de o médico apresentar provas materiais suficientemente esclarecedoras para imporem superiormente sanções, justifica a indicação das farmácias em que deve ser aviada a receita ou a sugestão de deixar de aviar na farmácia que desmereceu da confiança do clinico, mas sempre com a máxima prudência e a certeza de não cometer uma injustiça.

**6 — (B 3) —** *Que disposições legais regulam a responsabilidade médica? Diga o que se lhe oferecer sôbre os vários aspectos da responsabilidade médica.*

São recordadas as exigências da lei quanto ao exercício legal da medicina, ao uso do título de especialista, à acumulação de profissões incompatíveis, à participação das doenças chamadas de declaração obrigatória, ao que diz respeito à verificação de óbitos e respectivas certidões, ao auxilio a prestar na luta contra o uso e comércio ilícito de estupefacientes e contra a difusão das epidemias, à responsabilidade em atestar falsamente, e, por último, às disposições legais da responsabilidade civil por imperícia e descuidos.

Foi salientado aos alunos o facto da lei, neste último caso, exigir, e muito bem, o parecer da Ordem dos médicos, mas que se tal parecer não chegar a ser dado, o tribunal, por fôrça do disposto na mesma lei, actuará sem êle! Uma vez que se reconhece a necessidade de tal parecer — e só assim se compreende que seja exigido — como se vai depois dispensar? Não seria mais lógico exigi-lo sempre da Ordem, compelindo esta, com sanções graves, a nunca deixar de o enviar dentro dos prazos julgados convenientes?

**7 — (B 4) —** *Em que condições podem ser executadas buscas e outras diligências similares nos consultórios? Pode ser feita a apreen-*

*são de fichas dos doentes ou outros documentos que envolvam segredo profissional?*

O citado decreto n.º 32:171, em seu artigo 26.º, regula estas questões, dando certas garantias aos médicos e tendo um pouco em conta salvar o segredo profissional.

**8** — (B 5) — *Quais são as doenças chamadas de declaração obrigatória? Quando, como e em que termos essa declaração deve ser feita?*

Escusado vincar que à disposição legal se junta um imperativo de consciência para que se cumpra o mais escrupulosamente o dever de participar precoce e lealmente (a dúvida que tanto serve para justificar as faltas, impõe a participação) os casos de peste, cólera, febre amarela, febre tifóide e paratifóide, variola, escarlatina, difteria, tifo exantemático e outras doenças do grupo exantemático, meningite cérebro-espinhal, poliomielite, encefalite letárgica, sezonismo, lepra, disenteria bacilar. Outros casos de declaração não obrigatória devem ser comunicados se o médico o julgar conveniente.

**9** — (B 6) — *Em que condições ou circunstâncias tem o médico de comunicar os casos de tuberculose pulmonar aberta contagiante?*

Se tal comunicação se não fêz logo após o diagnóstico (e ela não é nessa altura obrigatória) tem que ser feita, por imposição legal, quando o doente morra ou mude de residência.

**10** — (B 7) — *Quais as normas que o médico tem de obedecer na redacção das receitas usuais? E tratando-se de estupefacientes?*

São tais normas marcadas pelo diploma referido. Devem as receitas ser escritas bem legivelmente, em português, as doses indicadas por extenso e em harmonia com o sistema decimal, datadas e assinadas com o nome completo e não simplesmente rubricadas; quando se empreguem doses fora

do normal, sublinhem-se tais doses e no caso de prescrição de estupefacientes indique-se sempre o nome e morada do doente e a morada do médico.

11 — (B 8) — *Diga os termos em que passa um atestado de doença, a pedido de quem o faz, a quem o entrega, que papel usa e que selos lhe coloca.*

Salientam-se as precauções a tomar para assegurar a integridade do segredo profissional. Os atestados não devem mencionar a doença a não ser em condições muito especiais, mas nesse caso dêles constará a declaração de que tal indicação foi requerida pelo interessado e o atestado entregue ao próprio. A fórmula de juramento «pela honra profissional» é julgada, por nós, pouco feliz por parecer distinguir duas honras em uma só pessoa e, sobretudo agora que a responsabilidade médica é um facto, merece-nos preferência a expressão «pela sua responsabilidade profissional».

12 — (B 9) — *Diga os termos em que passa um atestado de sanidade para o desempenho do cargo público, que papel usa e que selos lhe coloca.*

Aqui, como no atestado de doença, escusado é falar na necessidade de nunca faltar à verdade. O papel é, como no caso anterior, selado, e leva um selo adicional de 10φ20 e não de 1φ20. É preciso mencionar a não existência de tuberculose contagiante, parecendo de aceitar a fórmula geral: atesta que não sofre de doença infecto-contagiosa, nomeadamente de tuberculose pulmonar aberta contagiante, possui o necessário grau de robustez para o desempenho das funções inerentes ao cargo que pretende, e não possui deformidade ou aleijão incompatível com tais funções.

13 — (B 10) — *Diga o que se lhe oferecer sobre a cobrança judicial de honorários clínicos.*

Escusado é dizer que se deverá evitar tal meio de obter a legítima satisfação do que nos é devido, mas tenha-se

em conta que estas dívidas caducam no prazo de um ano e que as acções se não podem pôr em andamento sem ser obtido o prévio laudo da Ordem dos Médicos.

A esta deve ser sujeita a conta mas sem especificações que possam constituir quebra do segredo profissional.

14 — (A 4) — *Que se lhe oferece dizer sôbre o tratamento de doentes que tenham já médico assistente. Quando e em que condições elle é lícito?*

Mereceu particular interêsse esclarecer o procedimento cuidadoso que devem os médicos ter neste caso, ponto de tanta discórdia na prática clínica, salvaguardando os legítimos interêsses dos doentes em situações de urgência.

15 — (A 5) — *Diga o que sabe a respeito de conferências médicas.*

Não se deixe de ter em conta as deferências que merecem os médicos mais antigos, seja-se pontual, acatem-se sempre lealmente as conclusões das conferências e não o querendo fazer abandone-se o doente, mas só se este tem possibilidade de ver garantida a assistência por outro dos médicos conferentes.

Nunca o médico pode recusar aceitar a realização de uma conferência proposta pelo doente ou família, ainda que ella, em seu parecer, seja desnecessária e traduza clara manifestação de desconfiança nas suas possibilidades de clínico assistente.

19 — (A 6) — *O que é dicotomia no exercício da medicina e o que pensa acerca de sua legitimidade?*

Verdadeira praga, uma das causas da crise moral da classe, vergonhosa prática que acaba por prejudicar o doente (que é enviado, por vezes até sem necessidade, ao cirurgião e ao especialista, não aos mais competentes, mas aos mais generosos para com o médico assistente, e a quem pagarão maior quantia para mais condigno proveito da associação), o



médico assistente (além da posição deprimente, perde o estímulo para resolver por si as questões, e desacredita-se, por isso, e dado que os resultados colhidos pelos doentes não são de animar, pois escolheu o cirurgião ou especialista que melhor o servisse a êle e não ao doente, quando não se acaba por conhecer tôda a meada) e o médico especialista (deixa de se aperfeiçoar devidamente reconhecendo que mais lhe vale aumentar a percentagem para conseguir mais doentes, mas acaba por ceder o que legitimamente lhe pertencia se não leva demasiado longe a exploração do doente).

17 — (A 7) — *Tem o médico sempre ou pelo menos em algumas situações, o direito de curar, médica ou cirurgicamente, um doente contra sua vontade e da família? Justifique a opinião emitida.*

A tendência moderna é francamente pela resposta no sentido afirmativo, mas deve o médico prevenir-se, sempre que possível, com conferência médica e limitar as intervenções, nestas condições, ao menor número possível.

18 — (A 8) — *Que pensa sobre o uso de remédios com possível nocividade (alta toxicidade, por exemplo), de remédios que antecipadamente sabe serem inoperantes, da hipnose e da psicanálise?*

Moderação e prudência, nem negar a legitimidade do seu uso. Foram evidenciados os perigos morais e físicos da hipnose e da psicanálise.

19 — (D 1) — *Mostre os graves inconvenientes individuais e sociais, de natureza física e moral, que a prática da eutanásia acarretaria e em que situação vinham a ficar os médicos e a medicina (1).*

Contra o «direito de matar», quer com fins de « piedade », quer para atender a interêsses materiais ou espiri-

---

(1) As questões n.ºs 19, 20 e 28 a 32, isto é, quasi tôdas as da série D, são tratadas, com desenvolvimento, no nosso livro «Aborto—Anti-Concepção—Eutanásia», a sair brevemente na conhecida «Colecção Studium» do importante editor Arménio Amado.

tuais (!) das famílias ou do Estado, ergue-se a moral natural mais rudimentar e a moral que nos rege hoje, alicerçada em séculos de aperfeiçoamento material e espiritual. Aceitar tal direito é destruir tôda a civilização e colocar-nos abaixo da maior das barbáries.

Contra a morte por piedade ergue-se além da impossibilidade de conferir aos médicos o direito de matar, a falibilidade da prognose, a existência de curas extraordinárias e inesperadas que se sabe surgirem por vezes e que não podem ser esquecidas nem negadas, e a que há simplesmente que atribuir causas sobrenaturais — milagre — ou causas naturais que hoje não são explicáveis, mas que, para os que não crêem no sobrenatural, o virão talvez a ser no futuro.

Se se admite a eutanásia por piedade — mas insistimos na sua ilegitimidade e imoralidade flagrantes — os abusos apareceriam em breve e seria um passo decisivo dado para em breve nos vir a ser imposta a prática da eutanásia dita social, com a eliminação de velhos, doentes incuráveis, dos considerados pesos mortos da economia material do Estado e da Família.

**20** — (D 2) — *Não é eutanásia moderada o uso de estupefacientes? Em que casos e condições acha lícito o emprêgo destas substâncias?*

O uso de estupefacientes, em doses não mortais, pode tomar-se como, mais que moderada eutanásia, verdadeira forma de praticar clara eutanásia, pois, abolindo a consciência, rouba ao indivíduo a vida íntima e de relação.

Se o estupefaciente é administrado, em dose pequena, de forma a só aliviar dores físicas atrozes, entendemos que não constitui forma alguma de eutanásia, mesmo moderada. Sabemos que tais drogas, ainda que nestas condições, encurtam a vida, mas também a dor igualmente a encurta, se não a tira até, estabelecendo um estado de desânimo capaz de fletir as já minguadas fôrças orgânicas. Nestas condições os estupefacientes atenuando os fenómenos dolorosos, conseguirão salvar uma vida ou pelo menos distanciar a morte.

Não deixa de vir a propósito condenar o prolongamento desnecessário dos períodos agónicos, com terapêuticas que

já não podem salvar a vida que se extingue, mas somente vão prolongar de forma artificial o sofrimento.

**21** — (C 1) — *Que extensão deve ter, em seu entender a matéria de segredo profissional? (1).*

É necessário considerar como matéria de segredo tudo o que vier ao conhecimento do profissional na ocasião do exercício das suas funções, logo que se trate de factos que necessariamente lhe não podiam deixar de ser revelados, mas tanto de factos que interessem ao assistido como a outrem.

Assim se impede o médico de vir a tornar-se conhecedor, quasi conivente, de crimes de toda a espécie, e se garante devidamente a instituição do segredo profissional.

**22** — (C 2) — *Parece-lhe que o segredo profissional deve ser absoluto, condicionado (indicadas claramente todas as excepções, regulado pela expressão «justa causa» ou entregue à consciencia individual) ou que deverá desaparecer? Justifique a resposta.*

Foi defendida a forma de segredo condicionado, com a indicação clara e insofismável das excepções, processo a que julgamos poder aplicar a designação, aparentemente paradoxal, de «segredo absoluto condicionado».

Mas é fácil esta prévia indicação das excepções? Não se tem a pretensão de indicar todos os casos individuais mas as condições gerais que caracterizem os diferentes grupos de excepções e onde, sem possibilidade de sofismas, se possam ou não englobar os diferentes casos da prática.

**23** — (C 3) — *Deverá ser considerado, em bons princípios éticos, como crime de revelação de segredo profissional a quebra em matéria que não prejudique ou em matéria que seja já do domínio público*

---

(1) As questões referentes ao segredo profissional, de grande interesse moral e legal, foram tratadas com muito promenor. Aqui só abreviadamente se marca a orientação dada neste assunto, que poderá ser melhor conhecida pela leitura do trabalho do autor «Do Segredo Profissional em Medicina».

*divulgada pelo próprio doente? Ésse crime deverá ser considerado público ou privado? Justifique os opiniões emitidas.*

É difícil avaliar o prejuízo que pode advir de uma declaração na aparência o mais inofensiva, e o conhecimento público ou a revelação pelo doente nem sempre merecem crédito se não forem confirmados pelo médico.

Note-se, além disso, que a revelação é sempre susceptível de má interpretação pelo público, sofrendo assim a confiança que é necessário a sociedade mantenha na instituição do segredo profissional. Tal instituição é de benefício colectivo e deve todo o crime contra ela ser considerado como crime público. Lamentavelmente a actual lei portuguesa não os considera como tais.

**24** — (C 4) — *Que se lhe oferece dizer sobre o segredo profissional dos peritos e nas doenças chamadas de declaração obrigatória?*

O perito está desligado do segredo profissional em relação ao seu mandatário, o doente sabe-o, e assim não se afecta em nada o prestígio da instituição.

Quanto ao caso das declarações, não se trata de quebra de segredo, mas de simples alargamento a outras pessoas por igual obrigadas a guardá-lo.

**25** — (B 11) — *Em que condições pode, em Portugal, o médico ser processado por quebra do segredo profissional?*

Se tal quebra fôr feita sem «justa causa», dela tenha resultado prejuízo para outrem e êste puser a questão em Tribunal.

**26** — (B 12) — *Em que condições é o médico obrigado a depor em Tribunal sobre matéria de segredo, quando é dispensado de o fazer e quando pode ser punido se o faz?*

É obrigado a depor em processo penal quando haja para isso justa causa, mas só se a pessoa assistida não puder vir a incorrer em responsabilidade penal.

# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

## ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

**VANTAGENS :** Injecção subcutânea sem dor.  
Injecção intramuscular sem dor.

Adaptando-se por consequência, a todos os casos.

**TOXICIDADE** Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

**INALTERABILIDADE** em presença do ar.

(Injecções em série)

**MUITO EFICAZ** na orquite, artrite e mais complicações locais de Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.

**Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA**

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI<sup>o</sup>)

Depositarlos  
exclusivos

**TEIXEIRA LOPES & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup>**

45, R. Santa Justa, 2.<sup>o</sup>  
LISBOA

**BRONQUITINA**  
*Jaba*

*combate  
as afecções bronco-  
pulmonares*

*L. Jaba*

AMPOLAS - XAROPE

Preparação dos  
**LABORATÓRIOS JABA**

Rua Actor Taborda, 5 — Lisboa N.

DELEGAÇÃO NO PORTO  
Rua dos Caldeiros, 31

DEPÓSITO EM COIMBRA  
Avenida Navarro, 53

# PROMONTA

O melhor tónico para os nervos

Preparado orgânico tendo por base lipóides da substância do sistema nervoso central em combinação com a vitamina nervina e metabólica B<sub>1</sub> (Aneurina) e outros factores vitamínicos, bem como cálcio, ferro, albuminas e hidratos de carbono.

Fabrico da CHEMISCHE FABRIK PROMONTA G. m. b. H. HAMBURGO — Unicos Representantes para Portugal e Colónias:

## HERMANN BIENER L.<sup>da</sup>

COIMBRA

EMBALAGENS DE ORIGEM

EM PÓ

EM PASTILHAS

Caixas de 100 e 250 grs.

Caixas com 54 pastilhas de 2 grs.

Aos mesmos preços de antes da guerra

## LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

### Últimas Novidades:

ATHIAS e FONTES — <i>Guia de trabalhos práticos de Fisiologia</i> , 1 vol. 204 págs.	35\$00
CAMPEANU — <i>La enfermedad postoperatoria. Una reforma del tratamiento quirúrgico</i> , 1 vol. 147 págs., 41 figs. (E. M.)	70\$00
GOEDSEELS — <i>O Problema Sexual e o Casamento</i> , 1 vol. 150 págs.	10\$00
GUTIERREZ y ALVAREZ-SALA — <i>La Tisis Infantil. Las formas malignas de la tuberculosis pulmonar del niño</i> , 1 vol. 151 págs., 55 figs. (E. C. M.)	75\$00
JAIME MAGALHÃES — <i>Manual de Otorrinaringologia</i> , Adaptado ao ensino e à clinica geral, 1 vol. 294 págs., 70 figuras.	80\$00
JASCHKE — <i>La profilaxia en Obstetricia y Ginecologia</i> , 1 vol. 143 págs. (E. M.)	70\$00
MACHLESTER — <i>Nutricion y dieta en estado normal y patologico</i> , 1 vol., 800 págs. (S).	360\$00
MANSON-BAHR — <i>Enfermedades Tropicales</i> , Undécima edición. 1 vol. ilustrado con 18 laminas en colores, 15 laminas en negro, 364 figs. en el texto, 6 mapas y 21 graficas, br. (S)	360\$00
MITCHELL — <i>Tratado de Pediatria</i> , 1 vol. 1105 pág., 220 fig., encad.	460\$00
NOGUER y MOLINS — <i>Diagnóstico Médico. Patologia Interna</i> , 3. <sup>a</sup> edición. 1 vol. encadernado com 700 págs. e 167 figs. (E. C. M.)	150\$00
NRUNNER — <i>Cirurgia del Pulmón y de la Pleura</i> , 1 vol. 370 págs., 112 figs. (E. C. M.)	200\$00
RATKOCZY — <i>Patologia y Terapeutica de la Linfogramulomatosis</i> . Traducido de la ultima edición alemana. 1 vol. 240 págs 28 figs. (E. C. M.)	115\$00
SCHNEIDER — <i>Las personalidades psicopáticas</i> , 1 vol. 151 págs. (E. M.)	75\$00
STROUD — <i>Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares</i> . 2 volumes encadernados cem cerca de 1500 págs. e 300 figs. (S)	750\$00
VITAL AZA — <i>Clínica Ginecológica. Orientaciones para el médico práctico</i> , 1 vol. 256 págs., 187 figs. (E. C. M.)	140\$00
WESSELY — <i>Otorrinaringologia</i> , para médicos y estudiantes, 1 vol. ilustrado com 149 figs. no texto e 8 laminas em côr com 84 figs., 520 págs. (S)	220\$00

É dispensado de o fazer em todos os outros casos em que haja justa causa para a revelação, podendo revelá-lo ou não à sua vontade.

Poderá ser unido se o quebrar sem justa causa e com prejuízo de outrem.

Não esqueçamos que é à face da lei e não da moral ou do interêsse profissional colectivo que as coisas assim são vistas.

27 — (B 13) — *A nossa lei permite pela sua redacção alargar a matéria de segredo a pessoas que não a assistida e em assuntos extra-médicos? Justifique a opinião.*

Permite, porque o art. 7.º do decreto-lei n.º 32:171, refere-se a prejuízo de outrem e não a prejuízo da pessoa assistida.

28 — (D 1) — *O abortamento terapêutico justifica-se perante a moral? Basei a sua opinião.*

Tal intervenção não é moralmente lícita, como acto insofismável de matar um ser indefeso e inocente, e exorbita das legítimas atribuições do médico, pela impossibilidade dêste poder arrogar-se ao direito de tirar a vida, e tornar-se juiz para escolher salvar a mãe pelo seu mais elevado valor familiar e social (quem é capaz de adivinhar o do filho?) ou salvar a criança e sacrificar a mãe quando esta constitua pelas suas qualidades morais ou até físicas um valor nulo ou mesmo negativo. Associe-se a êstes factos de base algumas reflexões judiciosas sôbre: a incerteza de que tal intervenção irá beneficiar a mãe, podendo até o abortamento vir aumentar-lhe o perigo em que se debate; a dúvida angustiosa de que se poderiam salvar os dois seres sem a intervenção; o reflexo social do acto, diminuindo a noção do respeito pela vida intra-uterina e favorecendo o desenvolvimento do abortamento criminoso; a dificuldade em que nos colocamos amanhã perante casos em que perigam valores tão apreciáveis como a vida (a honra por exemplo) ou a própria vida amea-

cada por propósito de suicídio ou pelo perigo de se ir entregar a mãos imperitas e criminosas de curiosos; o indiscutível direito à vida do novo ser e a ausência de direito da mãe de dispor a bel-prazer de tal vida — mais vezes ela não é sequer consultada e nas outras dispõe de si e de seu filho.

É insustentável a afirmação de que o médico nada tem que ver com a moral, porque fazer esta afirmação é já estabelecer um princípio ético, além de que todos nós sabemos onde pode chegar a ciência sem consciência.

**29** — (D 2) — *O abortamento terapêutico justifica se perante qualquer situação médica? Encare em especial a eclampsia, os vômitos incoercíveis, a tuberculose pulmonar e a insuficiência cardíaca e basei as suas opiniões.*

Mostrou-se a divergência de critérios entre autores de primeira plana e isso chega para contra-indicar formalmente uma intervenção que pela sua alta gravidade social e moral, só se poderia pretender justificar (!) se houvesse unanimidade de pareceres quanto a seus reais benefícios e absoluta impossibilidade de atingir iguais resultados sem o seu uso.

**30** — (D 3) — *Acha que o médico pode e deve aconselhar práticas anti-concepcionais às suas doentes? Justifique a resposta.*

Desnecessário frizar a alta gravidade dêste conselho. MARAÑON, o insuspeito MARAÑON, escreveu: «Esta es la primera solución que yo ofrezco siempre a los que me piden consejo en este sentido: castidad». Se o ilustre professor espanhol começa por recomendar uma tão difícil e delicada atitude matrimonial, «castidad» — porque êle se refere a castidade autêntica e não de aparência, pois bem acentua que não se trata de castidade «tal como la entienden los fariseos de las Juntas moralizadores», — é porque reconhece a gravidade da recomendação de práticas anti-concepcionais.

A divulgação de tais práticas acarreta males individuais e sociais, físicos e morais de largo alcance.



31 — (D 6) — *São as práticas anti-concepcionais prejudiciais à saúde? Como e em que grau?*

É indiscutível que tôdas elas são perigosas, por mecanismos diferentes e também em grau variável, mas sempre de atender.

Leia-se a interessante lição do Prof. LUÍS RAPOSO, citada na bibliografia e o nosso estudo sôbre a matéria em livro, atrás referido em nota, a sair brevemente.

32 — (D 7) — *O método chamado de Ogino e Knaus pode ser recomendado e ensinado pelo médico? Sempre? Que pensa àcerca do seu uso sob os aspectos moral e médico?*

O método é em si, sob o aspecto moral, indiferente: se é aplicado com mau fim torna-se por êsse motivo condenável, mas se é usado para atingir fim legítimo, como evitar gravidez que ameaça a saúde ou vida da mulher, é lícito e recomendável.

Falível? E os outros?

Êstes outros, prejudiciais sob o aspecto médico, são condenáveis em si mesmos sob o aspecto moral, estão sempre contra-indicados éticamente, porquanto maus de sua natureza não se justificam ainda quando se pretenda atingir um fim justo — o fim nunca justifica os meios.

33 — (B 14) — *Diga o que sabe sôbre as disposições da legislação portuguesa em matéria de abortamento e práticas anti-genésicas.*

Ê sabido que o abortamento é condenado pela lei do país que nem sequer prevê o chamado terapêutico. A êste se refere, contudo, o «Compromisso Deontológico da Ordem dos Médicos». Não é permitida a venda de anti-genésicos, nem a propaganda de meios anti-concepcionais.

34 — (D 8) — *Justifica-se o médico recomendar relações sexuais, em especial no período tumultuário da puberdade, nomeadamente com*

*o fim de prevenir ou corrigir a masturbação, perturbações orgânicas ou psíquicas ou a espermatorreia? Dê as razões da resposta.*

Na puberdade as relações sexuais são, em si mesmas, prejudiciais e dão alta percentagem de contaminações venéreas e de excessos perigosos que vão reflectir-se em toda a vida sexual futura dos indivíduos.

É fácil demonstrar que não evitam nem corrigem a masturbação, as perturbações orgânicas ou psíquicas e a espermatorreia.

**35** — (D 9) — *Vê inconvenientes, de ordem fisiológica ou moral na castidade, sobretudo durante a puberdade, capazes de justificarem o conselho do médico no sentido de se estabelecerem relações sexuais?*

Uma forte reacção se tem erguido contra a idéia dos malefícios da castidade sã na puberdade. Com o freudismo ainda se vai falando dos perigos de recalçamento, que aliás existem mesmo havendo relações sexuais, pois estas não evitam a vinda de desejos de satisfação impossível com pessoas que não se prestem a isso ou em condições vedadas.

Ao curso foram fornecidas indicações bibliográficas, complemento do ensino ministrado, que nós quisemos que constituísse aperitivo capaz de despertar interêsse pelos problemas da deontologia, interêsse amplamente compensador do esforço por nós dispendido.

Sem vaidade podemos confessar que se atingiu êsse objectivo, como o demonstra a óptima freqüência que houve nas aulas teóricas (sempre livres, que os alunos podiam não freqüentar), a boa preparação com que os alunos se apresentaram a exame, e as palavras que muitos dêles nos dirigiram durante e no fim do curso.

Fizemos anteceder a bibliografia recomendada das seguintes palavras:

Não se pretende, evidentemente, impor a leitura das obras indicadas, mas sòmente fornecer uma lista de trabalhos onde poderão os alunos tirar dúvidas que a exposição doutrinária das

*Nova etapa  
da terapêutica sulfamidada*

# THIAZOMIDE

2090-R.P. SULFATIAZOL

**PRODUTO POLIVALENTE FACILMENTE TOLERADO  
PELO ORGANISMO**

GONOCOCOS • COLIBACILOS  
PNEUMOCOCOS • MENINGOCOCOS  
ESTREPTOCOCOS • ESTAFILOCOCOS



*O emprego do Thiazomide diminui o número dos  
sulfamido-intolerantes e permite tratamentos  
mais curtos com posologias mais elevadas.*

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS A Ogr. 50  
*Dose diária inicial: 4 a 8 grammas.*



SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE **SPECIA** MARCAS POULENC FRÈRES & USINES du RHÔNE  
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS • VIII<sup>e</sup>

---

---

# BELLERGALE

**BELLAFOLINE**

**GYNERGENE**

**FENOBARBITAL**



Medicação estabilizadora do sistema  
neuro-vegetativo.

Ação periférica e central sem efeito  
hipno-narcótico.

Tratamento de fundo das distonias  
neuro-vegetativas por modificação  
do terreno neuropático.

**POSOLOGIA:**

**3 a 5 drageas por dia.**

---

---

**SANDOZ S. A., Bâle (Suissa)**

aulas teóricas não tenha devidamente esclarecido, lista que mais tarde servirá de primeiro guia para estudo, calmo e já livre de preocupações de exames, dos pontos que lhes venham a interessar por necessidades de ordem profissional ou puramente intelectuais. Tivemos o cuidado de não a alongar muito para que mantivesse o interêsse prático ambicionado e não afugentasse a boa, mas possivelmente pouco tenaz, vontade daqueles a quem se destina.

## A) — OBRAS GERAIS

1. PAYEN (P. G.) — *Déontologie médicale après le Droit Naturel* (Devoirs d'État et droits de tout médecin), Changai, 1935.  
— Editado na China, mas escrito em francês, largamente difundido nos países desta língua e da autoria de um jesuíta que vê os problemas à luz dos preceitos do direito natural. Trata com minúcia todos os assuntos e parece-nos a obra geral mais recomendável, se bem que não perfilhemos em absoluto tôdas as suas doutrinas, além de que não se refere nem se aplica, como é natural, à nossa legislação.
2. GRENET — *Essais sur la profession médicale*, Vigot, 1939.  
— Interessante, leve, mas tratando os assuntos superficialmente, serve para dar idéias gerais, em regra aproveitáveis, acerca dos problemas da Deontologia.
3. FLEURY (MAURICIO) — *O Médico*, (Trad. e prefácio do Prof. A. da Rocha Brito), n.º 4 da Colecção Studium, A. Amado, Coimbra, 1937.  
— Alguns dos problemas deontológicos são aqui focados de forma sugestiva, ainda que não profunda, como é próprio de obra de divulgação. Verdadeiramente magistral na forma literária e na essência é o estudo do Prof. A. da Rocha Brito que antecede esta versão portuguesa.
4. VELHO GALENO — *A ordem da medicina*, Lisboa, 1940.  
— Algumas reflexões de interêsse deontológico, com carácter prático, da autoria do Doutor Fernando Correia e que merecem cuidada leitura.

## B) — LEGISLAÇÃO

1. *Decreto-lei n.º 32:171 de 29 de Julho de 1942* — Ed. da Empresa Jurídica Editora, Lisboa.
2. *Compromisso deontológico* — Boletim da Ordem dos Médicos, ano I, fascículo I, 1939.
3. Estatuto da Ordem dos Médicos.
4. *Guia jurídica do médico* — Eurico Serra, 3 volumes, 1932 a 1934.  
— Compilação das disposições legais que interessam ao médico. Já não está actualizada e nem sempre segue a melhor ordem na colocação dos assuntos, o que torna difícil, em certos casos, a procura.

## C) — ALGUNS ASSUNTOS EM PARTICULAR

## a) SEGRÊDO PROFISSIONAL

1. PERRAUD-CHARMANTIER — *Le Secret Professionnel*, Paris, 1926.  
— Obra muito completa, de mais de 300 páginas, ataca o segredo profissional absoluto e não é de leitura muito fácil.
2. PEYTEL (ADRIANO) — *Le secret médical*, Paris, 1935.  
— Defende o segredo profissional absoluto. Obra de leitura agradável e bastante elucidativa, sem alongamentos desnecessários.
3. NOGUEIRA (BRAZ) — *O segredo médico é compatível com o estado actual da Ciência e da Vida Social?* Lisboa, 1933.  
— O autor, que tanto se tem dedicado ao estudo de problemas de interesse profissional, demonstra, como êle próprio diz, que o dogma do segredo profissional, pode e deve continuar intangível, para honra da profissão e para bem da humanidade.

## b) RESPONSABILIDADE MÉDICA

1. PEYTEL (ADRIANO) — *La responsabilité médicale*, Paris, 1935.  
— Estabelece os princípios da responsabilidade médica em geral, trata das faltas médicas e extra-médicas do profissional, e, por último, faz a aplicação prática à medicina e à cirurgia dos princípios tratados.

## c) ABORTAMENTO, ANTI-CONCEPÇÃO, CASTIDADE

1. CLÉMENT — *Le droit de l'enfant a naître*, 1935.  
— Estudo muito interessante sobre os aspectos moral e médico do abortamento terapêutico devia ser lido e meditado por todos os médicos. Leitura agradável e preço mais que módico.
2. PAIVA BOLÉO — *O problema médico-legal do aborto*, Lisboa, 1941.  
— Estudo muito completo e actual feito com preocupações de ordem moral e dentro da mais esmerada ciência médica.
3. SANTOS (ARY DOS) — *O crime de aborto*, Lisboa, 1935.  
— Não deixa de ser curiosa e útil a leitura sobre este tema de um livro da autoria de um advogado.
4. RAPOSO (LUIS) — *As práticas anti-concepcionais na patologia feminina*, Acção médica, fascículo XVIII, 1940.  
— Lição proferida num dos cursos de férias da nossa Faculdade, notável pelo desassombro de atitude, oportunidade e alcance social do assunto versado.
5. R. P. MAYRAND (O. P.) — *Um problema moral*, Barcelona, 1935.  
— É um estudo, feito por um dominicano, do método de OGINO e KNAUS. Trata o problema sob o aspecto moral e faz a exposição promenorizada do método. Leitura fácil e edição de vulgarização (3,5 pesetas).

6. SMULDERS — *De la continence periodique dans le mariage*, Lettuzey.  
— Exposição sôbre o mesmo assunto completa e com abundante bibliografia.
7. ESCANDE (PAULO) — *Le probleme de la chasteté masculine*, 1919.  
— Livro muito interessante a refutar a teoria dos malfícios de uma castidade sã.
8. TRINDADE SALGUEIRO — *Pureza e Sensualismo*, 2.<sup>a</sup> ed., 1942.  
— O problema da castidade tratado por um dos maiores valores intelectuais portugueses.

#### d) EUTANÁSIA

1. KISELSTEIN — *L'euthanasie, son aspect médico-juridico-moral*, Liège.  
— O título indica suficientemente a indole do livro.

#### e) SOCIALIZAÇÃO DA MEDICINA

1. GUÉRIN (PAUL) — *L'état contre le médecin*, Paris, 1939.  
— Exposição muito interessante e documentada, oportuna por focar muitos aspectos do corporativismo e dos seguros sociais.
2. PÓRTO (JOÃO) — *Duas Medicinas*, Acção médica, fascículo XII, 1939.  
— Conferência proferida por um dos professores mais completos das nossas Universidades, tem evidente interêsse médico e social.
3. GOUVEIA (VIRIATO) — *Missão médica ou profissão médica*, Setubal, 1942.  
— Abrange outros assuntos, mas parece-nos de colocar aqui por desenvolver a exposição dum plano de socialização da medicina portuguesa. Algumas idéias criticáveis, expostas, supomos, com o fim louvável de despertar reacções que tragam as coisas para o justo equilibrio, tem bem patente uma boa vontade e uma boa intenção a par dos conhecimentos dos problemas da nossa classe.

#### D) — MATÉRIAS PARA-DEONTOLÓGICAS

1. HALLÉ (NOËL) — *Éléments de philosophie médicale*, 1926.
2. ZAWISCH (CARLA) — *La formation du médecin chrétien*, Trad. francesa, 1941.
3. CHAVIGNY (PAUL) — *Psychologie des études médicales et des aptitudes médicales*, Paris, 1931.
4. TOURNIER (PAUL) — *La medecina de la personne*, Paris, 1940.
5. MEYLAN (LOUIS) — *Les humanites et la personne*, Paris, 1939.  
— Fizeram-se nas aulas teóricas referências especiais a êstes livros ou trataram-se assuntos que serão devidamente esclarecidos e completados com a leitura de algumas das suas páginas.





## NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

### Faculdades de Medicina

De Coimbra — Nos dias 28 e 29 de Outubro fêz as provas para o seu doutoramento na Faculdade de Medicina, o licenciado sr. Armando Tavares de Sousa, as quais se realizaram na Sala dos Actos Grandes, sob a presidência do reitor, sr. Prof. dr. Maximino Correia.

Na dissertação, que se intitulava «Estudos de citologia hipofisária», argumentou o sr. Prof. dr. João Duarte de Oliveira

A última prova em que foram discutidas duas teses «Hereditariedade da esquisofrenia» e «Patogenia da diabetes insípida», argumentaram, respectivamente, os srs. Professores Elísio de Moura e Rocha Brito. O candidato foi admitido.

De Lisboa — Foi nomeado professor catedrático da cadeira de Obstetria, o sr. dr. Fernando de Freitas Simões.

Do Pôrto — Foram contratados para assistentes, os srs. drs. Manuel Sobrinho Rodrigues Simões e Carlos Alberto Martins da Rocha.

### Instituto Português de Oncologia

Decorre com o habitual brilho, e conforme a orientação dos anos anteriores, um

Curso de actualização de problemas de Oncologia, no Pavilhão C do Instituto Português de Oncologia, e sob a direcção do ilustre Prof. Francisco Gentil.

Eis o Programa das sessões semanais a realizar de 19 de Novembro de 1943 a 26 de Maio de 1944, nas 6.<sup>as</sup> feiras, pelas 21 e 30, no Pavilhão C do Instituto Português de Oncologia :

1943

Novembro 19 — Prof. Dr. Francisco Gentil e Prof. Dr. Álvaro Rodrigues. «Cirurgia do coração».

26 — Dr. João Neves da Silva. «Tumores de Spingler».

Dezembro 3 — Dr. Valez Grilo. «Xeroderma pigmentosum».

10 — Dr. Edmundo Lima Basto. «Sobre o problema dos sarcomas dos ossos».

17 — Dr.<sup>a</sup> Judite Belo. «CBioluminiscência».



Livros médicos à venda na

# Livraria Moura Marques & Filho

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

## ÚLTIMAS NOVIDADES:

- BERGMANN — *Tratado de Medicina Interna*. Tomo I, Primeira e Segunda partes. *Enfermedades Infecciosas*. 2 vol., 1.341 págs., 395 figs. en negro y color 410\$00
- BOFILL e diversos — *Innovaciones en diagnóstico y terapéutica*. 1 vol., 375 págs., ilustrado (M. S.) 99\$00
- CARALPS — *Los Quistos Hidatídicos del pulmón y de la pleura*. 1 vol., 65 págs., 20 figs. (M. S.) 51\$00
- CARCELLER — *Medicina y Moral. Los problemas de la sexualidad*. 1 vol., 95 págs., (A. A. M.) 30\$00
- CATELO DE LUCAS — *Folklore Médico-Religioso. Haciografías Paramédicas*. 1 vol., 159 págs. 75\$00
- DIOGO FURTADO — *Vitaminas e Neuroavitaminoses. Relações biológicas. Quadros clínicos. Resultados terapêuticos*. 1 vol., 162 págs. (P) 30\$00
- ESTELLA — *Manual de Anestesia Quirúrgica*. 1 vol., 320 págs., 159 fig 200\$00
- GOMES DE ARAUJO — *Os Reumatismos nos seus aspectos clínico, social e médico-legal*. 1 vol. 281 págs. com 14 figs. Prefácio do Prof. A. DA ROCHA BRITO 35\$00
- HERTEL — *Láminas pseudo-isocromáticas de Stilling para el examen del sentido cromático*. 1 vol. encad. (L) 115\$00
- JIMENEZ DIAZ — *Lecciones de Patología Médica*. 4 volumes esplendidamente encadernados com 3.895 páginas e 999 gravuras 1.440\$00  
Facilitamos o pagamento na aquisição desta esplêndida obra que nunca é demais recomendar aos Ex.<sup>mos</sup> Clínicos.
- LARREGLA — *La Inmunoterapias Autógenas*. 1 vol., 102 págs., ilustrado. (M. S.) 51\$00
- LUSIÁ — *Endocrinología de la Mujer*. Prólogo del Professor GREGORIO MARAÑÓN. 1 vol., 340 págs., 71 figs. 140\$00
- MARTIUS — *Operaciones Ginecológicas y sus fundamentos anatómopográficos*. 1 vol., 402 págs., 387 figs., encadernado (L) 210\$00
- MONTEIRO PEREIRA — *As Vitaminas. (Novas esperanças da medicina)*. 1 vol., 181 págs., 8 figs. 10\$00
- POLICARD et GALY — *La Pleure. Mécanismes normaux et Pathologiques*. 1 vol., 128 págs., 20 figs. 54\$00
- PORT-EULER — *Tratado de Odontologia*. 1 vol., 858 págs., 846 figs., encadernado. (L) 283\$00
- PROF. ROCHA BRITO — *Coração e Foot-Ball*. 1 vol., 54 págs. 5\$00
- SCHNEIDER — *Las Personalidades Psicopáticas*. 1 vol., 151 págs. (E. M.) 75\$00
- SIMON & REDEKER — *Manual Práctico de Tuberculosis Infantil*. 1 vol., 785 págs., 412 figs. Segunda edición (E. M.) 420\$00
- TODD Y SANFORD — *Diagnóstico clínico por el Laboratorio*. 1 vol., 837 págs., 323 figs. 225\$00
- WILSON — *História da Medicina* 1 vol., 135 págs., 16 figs. 10\$00

# Livros médicos à venda na

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

## ÚLTIMAS NOVIDADES:

BACON — <i>Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del Ano, Recto e Colon Sigmoides.</i> 1 vol., 904 págs. con 507 figs., encadernado	300\$00
BÁGUENA — <i>Medicina interna de urgência. Vol. I Paroxismos cardio-respiratórios,</i> 1 vol. encad. 409 págs., (E. C. M.) . . . . .	90\$00
BURMAN — <i>Enfermedades de la nariz y de la garganta.</i> 1 vol., 730 págs., con 480 ilustraciones, encadernado. (L) . . . . .	264\$00
CURTIS — <i>Ginecologia.</i> Primera edición española traducida de la tercera edición inglesa. 1 vol. encad. 585 pág. y 318 figs. . . . .	390\$00
DIHINX — <i>Mal de Pott.</i> 1 vol., 206 págs., 134 fig. . . . .	85\$00
ESTAPÉ — <i>Lo angina de pecho.</i> 1 vol., 244 págs., 105 figs. (S) . . . . .	85\$00
LLORCA — <i>La transfusión de sangre.</i> 1 vol., 275 págs., 95 figs. (E.C.M.)	90\$00
MARTORELL — <i>Tromboflebitis de los miembros inferiores.</i> 1 vol., 211 pág., 89 figs. (S) . . . . .	110\$00
PRIETO — <i>Dermatologia y Venereologia.</i> Tomo I. 1 vol. encad. 619 págs., 331 figs. . . . .	350\$00
STOHR — <i>Tratado de Histologia y Anatomia microscopica del Hombre.</i> 1 vol. encad., ilustrado con 496 figs. muchas de ellas en colores (S) . . . . .	400\$00
TUBIÁ — <i>Biologia General.</i> 1 vol., 302 págs., seis láminas y 323 grabados. (B) . . . . .	120\$00
WEIBEL — <i>Obstetricia y Ginecologia prácticas. Tómo I, Obstetricia</i> 1 vol., 583 págs., con 849 figs., en parte multicolores, en el texto, y 16 laminas. (M) . . . . .	255\$00