

Clinica de pediatrie din Tirgu Mureș (cond.: prof. dr. Gh. Puskás, doctor-docent, profesor emerit, membru corespondent al Academiei de științe-medicale)

## EXPERIENȚA NOASTRĂ ÎN LEGĂTURĂ CU DISPENSARIZAREA COPILULUI DIABETIC

dr. Gh. Puskás, dr. Bianca Indig, dr. Olga B. Metz, dr. O. Nussbaum,  
dr. Vera Nussbaum, dr. L. Szabó

În lucrarea de față ne referim la unele date privitoare la tratamentul și complicațiile diabetului zaharat (db) la copiii dispensarizați în ultimii 6 ani de Clinica de pediatrie din Tirgu Mureș.

Supravegherea și tratamentul copilului db-ic înregistrează succese importante în asigurarea unei creșteri și dezvoltări satisfăcătoare a acestuia în prevenirea catastrofelor metabolice precum și a unor complicații precoce, dar avînd o importanță mai redusă pentru evoluția tardivă a bolii (2, 7, 16, 22, 32). În privința angiopatiei copiii au perspective mai sumbre decît adulții, datorită posibilității apariției la unii dintre ei a dismetaboliei rebele în unele perioade ale copilăriei. Atingerea vasculară specifică poate evolua chiar înainte de împlinirea a 10 ani de boală, dacă diabetul s-a manifestat sub vîrsta de 10 ani.

Tratamentul „ideal“ urmărește atenuarea angiopatiei diabetice. Asemenea tratament presupune însă condiții adesea nerealizabile: normoglicemie sau glicemie „fiziologică“ permanentă pentru copilul diabetic, în acest sens admițîndu-se valori pînă la 180—250 mg%, fără oscilații diurne mari în condiții de aport nutritiv adecvat pentru dezvoltare normală și pentru evitarea dereglărilor metabolice subclinice. Toate acestea presupun însă o disciplină severă, acceptată fără întrerupere atît de copil, cît și de familie. Mai rămîne încă dificultatea dată de adaptarea permanentă a tratamentului, neputîndu-se indica o schemă precisă pentru un termen lung.

Controlul permanent, esențial pentru copilul db-ic, se poate efectua practic, cu rezultate din cele mai bune prin dispensarizarea lui de către un serviciu dispunînd de o echipă formată din medicul pediatru și cel de laborator, superior calificați în materie de diabet și care mențin o colaborare consecventă cu copilul și familia sa.

Intr-o lucrare anterioară (32) am conturat atribuțiile dispensarului în activitatea de control permanent al copilului db-ic.

### Metodă de lucru

Am luat în studiu 39 copii dispensarizați. Vîrsta lor la debutul bolii și vechimea diabetului la data interpretării rezultatelor sînt înregistrate în tabelul nr. 1.

Controalele sînt efectuate în perioade individual variabile de la 1 la 12 săptămîni, în funcție de posibilitățile de echilibrare a metabolismului și de deplasare a copiilor, mulți dintre ei locuind în mediu rural, la distanțe mari.

Toți copiii dispensarizați sînt tratați cu insulină: 22 cu insulină obișnuită — Insulina Biofarm (Io) și 17 cu Insulin Novo-Lente — A S Kopenhaga E (INL) asociată cu Io.

Tabelul nr. 1

Numărul copiilor dispensarizați	Vârsta la debutul db-lui			Durata db-lui	Sexul	Proveniența	Dezvoltarea somatică	Starea de nutriție	Dezvoltarea			Dezvoltarea sexuală	Rezultatele educației														
	Sub 5 ani	5—12 ani	12—18 ani						Sub 1 an	1—5 ani	5—10 ani		10—17 ani	F.	M.	Mediu rural	Mediu urban	Normală	Retardată	Normal	Gras	Slab	psihică	intelectuală	Normală	Retardată	Δ
39	1	18	20	1	21	11	6	16	2?	22	17	33	6	31	1	7	32	7	—	34	5	—	37	2	31	8	—

LEGENDA: Δ 1 = bună  
2 = mediocră  
3 = precară

A fost prescris întotdeauna un regim cîntărit (hidrați de carbon: 6—10, proteine: 3—4, grăsimi 1,5 g/kg corp pe zi), dar majoritatea copiilor trec periodic sau definitiv la regim aproape — fiind cîntărită doar pâinea — sau chiar la regim anarhic.

Cu ocazia controalelor periodice se efectuează examinări clinice, de laborator, biologice, oftalmologice și EEG.

Examenul clinic urmărește dezvoltarea psihosomatică a copilului și consecințele clinice ale dezechilibrului metabolic.

Determinarea glicemiei se face înaintea prînzurilor principale, glucozuria și acetonuria din urina colectată în trei fracțiuni pe 24 de ore. La copiii cu mare labilitate metabolică efectuăm și profilul diurn al glicemiei (dozări tot la 3—4 ore, timp de 24 ore).

La intervale mai lungi se dozează lipidele circulante, proteinele și fracțiunile proteice din ser, anticorpi antiinsulinici.

Se indică examen EEG la debutul bolii și pe parcurs pentru controlul efectului hipoglicemiilor clinice și biochimice.

Examenul F. O. și al conjunctivelor se efectuează cu ajutorul lămpii cu fantă, o dată pe an.

Controlul periodic oferă ocazii bune de educare a copilului și familiei în vederea însușirii noțiunilor de prevenire a dereglărilor metabolice, și de ajustare a tratamentului.

### Interpretarea rezultatelor

Înainte de dispensarizare, cînd copiii se prezentau neregulat la controale și nu erau îndrumați de echipa formată din aceiași medici, internările pentru comă hiperglicemică, accidentele hipoglicemice și retardarea în creștere au fost foarte frecvente, la 6 copii din această grupă s-a dezvoltat sindromul Mauriac.

Rezultatele dispensarizării sînt superioare perioadei anterioare.

Dezvoltarea copiilor și rezultatele educației în cursul dispensarizării sînt

inregistrate în tabelul nr. 1. Dezvoltarea somatică este normală la 33 copii. Retardarea în dezvoltare la 6 copii se datorește deficienței permanente a tratamentului: regim anarhic, administrarea neregulată a insulinei, majoritatea acestor copii trăind în mediu rural.

Starea de nutriție este normală la 31 copii, unul este mai gras fără a fi obez, iar 7 sînt slabi, aceștia recrutîndu-se din rîndul copiilor cu dezvoltare retardată, consecință a tratamentului precar.

Dezvoltarea sexuală este normală la toți copiii.

Pentru aprecierea stării metabolice am stabilit 4 grupe pe baza următoarelor criterii:

I. diabet compensat: oscilațiile glicemiei diurne (înaintea prînzurilor principale) sub 100 mg%, glucozuria pe 24 ore sub 20 g;

II. oscilațiile glicemiei diurne între 100—200 mg%, glucozuria pe 24 ore între 25—40 g;

III. oscilațiile glicemiei diurne peste 200 mg%, glucozuria peste 40 g pe 24 ore, acetonurie ocazională;

IV. oscilațiile glicemiei diurne peste 300 mg%, glucozuria peste 60 g pe 24 ore, acetonurie frecventă.

Confruntînd rezultatele din primii 3 ani ai dispensarizării, cînd toți copiii erau tratați cu insulină obișnuită (32), cu rezultatele ultimilor 3 ani, de cînd o serie de copii primesc insulină Novo-Lente, iar eficiența dispensarizării privind tratamentul și rezultatul educației este mai bună (tabelul nr. 2 și 3) reies următoarele:

*Echilibrul metabolic.* Aproape toți copiii tratați cu insulină Novo-Lente prezintă o stare metabolică de gr. II, iar cei ce primesc insulină obișnuită o stare metabolică de gr. II—III, toate apreciate pe baza unor criterii ca dezvoltarea psihosomatică bună și absența cetozei, a comei hiperglicemice și a șocului insulinic. Stare metabolică permanent compensată prezintă un singur copil (F. M. tabelul nr. 3), la care tratamentul este ideal fără întrerupere, datorită condițiilor familiale perfecte. Semnificația tratamentului în permanență corect rezultă și din exemplul amintit, copilul fiind de 5 ani, vîrsta la care condițiile de îngrijire sînt mai dificile și metabolismul mai labil. Dismetabolie pronunțată (gr. IV) se întâlnește doar la 2 copii, din prima perioadă a dispensarizării (L. H. și N. S., tabelul nr. 3), tratați cu insulină obișnuită la care după o dispensarizare mai îndelungată și tratament cu insulină Novo-Lente s-a ajuns la un metabolism acceptabil pentru copil.

*Hipoglicemia (hgl.).* Considerăm ca hgl. absolută valori sub 70 mg%, și relativă scăderile mari și bruște ale glicemiei, eventual numai pînă la valori normale la sănătoși. Copiii sînt instruiți asupra hipoglicemiei cu ocazia fiecărui control, totuși incidente mai ușoare sînt inevitabile. În tratamentul cu insulină obișnuită apar mai frecvent hgl. chimice manifestate și clinic, cu un orar variabil. În tratamentul cu INH hgl. clinice sînt destul de rare, se decelează însă des hgl. chimice (latente), preponderent matinale (tabelul nr. 2—3). Hgl. relative au prezentat frecvent și îndelungat 2 copii (B. F. și K. A., tabelul nr. 2) la care diabetul s-a manifestat la 4 ani și controlul lor a fost insuficient și care trăiesc în mediu rural, la distanțe mari. Acești copii prezentau dificultăți de educație, retardare în dezvoltare, iar bolnavul B. F. și modificări EEG aparent organice. După un control mai bun datorită dispensarizării, asociat cu trecerea la INL au putut fi stăpînite oscilațiile mari ale glicemiei la acești copii, iar consecințele dismetaboliei au retrocedat în mare parte.

S-au urmărit modificările profilului diurn al glicemiei la 14 copii. Examinările le-am efectuat la debutul bolii și le-am repetat în caz de labilitate excesivă a metabolismului (fig 1, 2, 3, 4).

Oscilațiile glicemiei sînt mari și sînt frecvente hipoglicemiile absolute și relative, mai ales după masă și noaptea, probabil în consecința fenomenelor de contrareglare.

GH. PUSKAS ȘI COLAB : EXPERIENȚA NOASTRĂ ÎN LEGĂTURĂ  
CU DISPENSARIZAREA COPILULUI DIABETIC

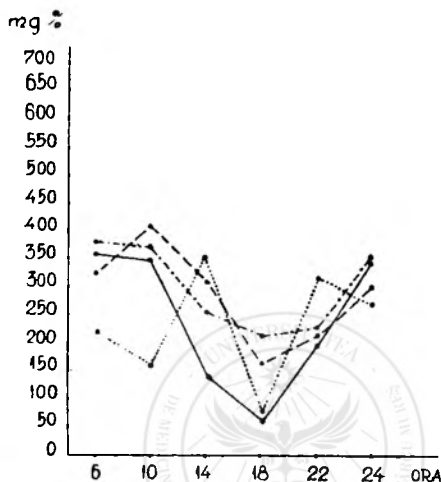


Fig. nr. 1: — A. E. debut; - - - F. I. debut; - · - · G. E. după un an; · · · · T. E. debut

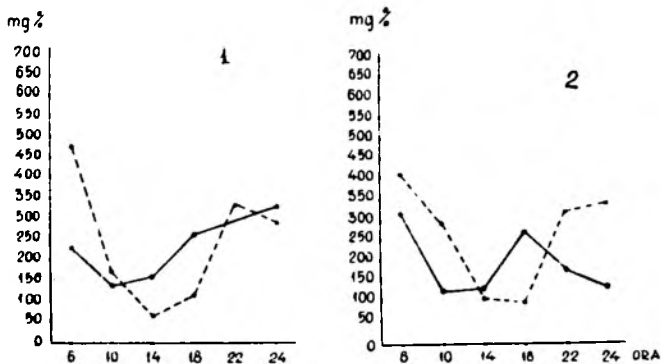


Fig. nr. 2: 1. Bolnava H. I.: — la debut; - - - după un an; 2. bolnava F. A. — la debut; - - - după șase luni

GH. PUSKÁS ȘI COLAB.: EXPERIENȚA NOASTRĂ ÎN LEGĂTURĂ  
CU DISPENSARIZAREA COPILULUI DIABETIC

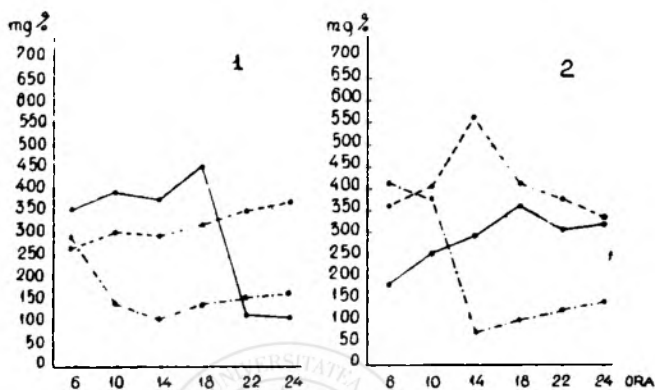


Fig. nr. 3: 1. Bolnavul C. I.: — la debut; ---- după doi ani; -.-.- după trei ani; 2. bolnavul L. H.: — la debut; ---- după un an; ---- după doi ani

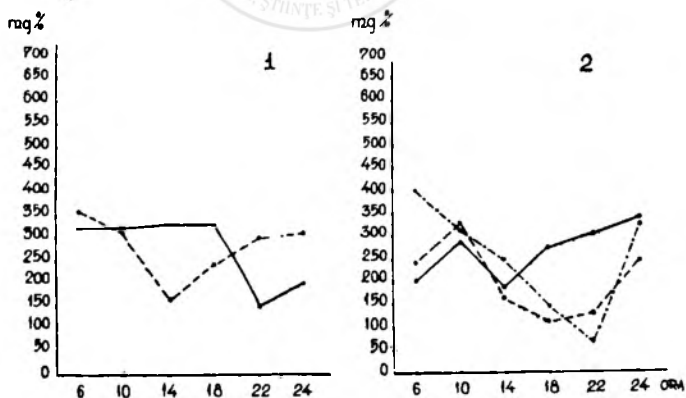


Fig. nr. 4: 1. Bolnavul N. I.: — după șase ani; ---- după șapte ani; 2. Bolnavul N. S.: — la debut; ---- după cinci ani; -.-.- după șase ani

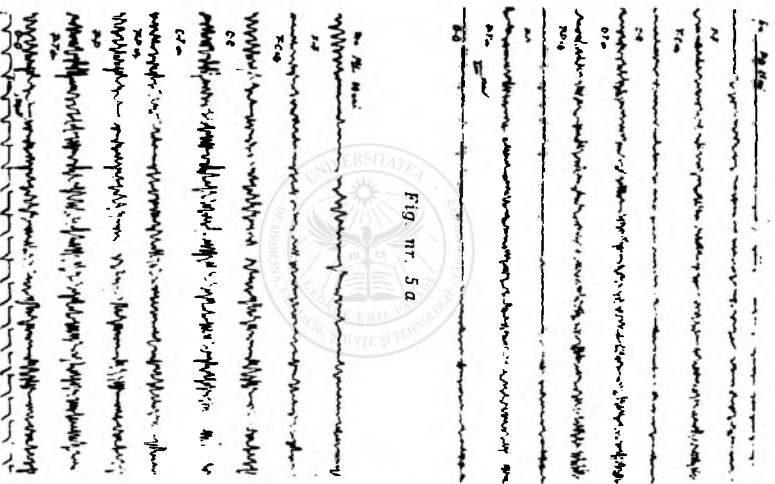


Fig. nr. 6 a

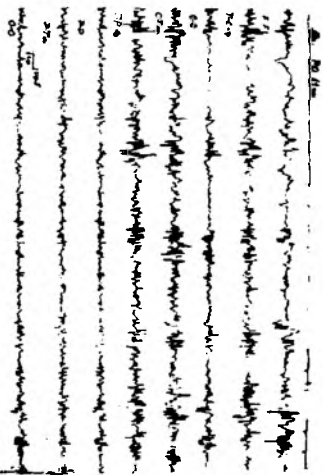


Fig. nr. 5 b

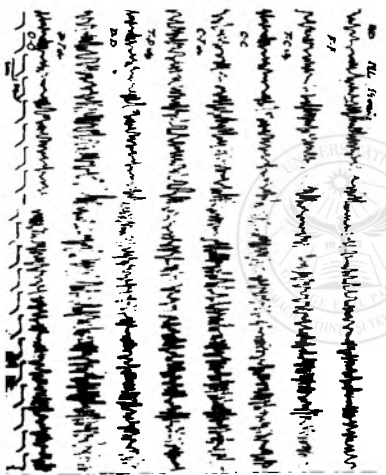


Fig. nr. 6 b

**Acetonurie** ocazională s-a evidențiat în prima perioadă a dispensarizării la 14 copii tratați cu insulină obișnuită și la niciunul tratat cu INL. Acetonuria a apărut împreună cu oscilațiile mari ale glicemiei, în multe cazuri fiind un fenomen de contrareglare declanșat de supradozajul insulinei.

Modificările lipidelor și proteinelor serice vor face obiectul unei alte lucrări.

**Examenul EEG** se efectuează la debutul bolii și în caz de trasee modificate, se repetă la intervale necesare. În multe cazuri traseele sînt temporar modificate concordant cu hipoglicemiile repetate. Cel mai frecvent se observă schimbarea ritmului de bază în sensul unei disritmii foarte accentuate, difuz iritative, sensibilitate crescută la hiperpnee cu hipersincronizarea traseului electric, descărcări paroxistice de virfuri și unde supervoltate pe toate derivațiile, sau descărcări asimetrice (fig. 5a, 5b, 6a, 6b). Pe tabel (2—3) sînt înregistrați doar copiii M. L. și P. D. avînd de la debut modificări ale traseului EEG. La copilul M. L., la care metabolismul nu a putut fi compensat timp de mai mulți ani, prezentînd un sindrom Mauriac, după echilibrarea permanentă a metabolismului EEG-ul s-a normalizat. Copilul P. D. avînd diabet de 1 an, pe lîngă o îngrijire corectă metabolismul fiind totuși rebel, se găsește sub control neurologic.

**Examenul oftalmologic** a obiectivizat într-un singur caz semne de vasculopatie, la bolnava M. J. în vîrstă de 15 ani cu debutul bolii la 6 ani. Tot la acest copil s-a dezvoltat o glomerulonefrită cronică, probabil diabetică, deoarece controlul permanent și examinările actuale n-au decelat nefropatie de altă natură. La apariția timpurie a vasculopatiei în acest caz (asociată cu retardare în creștere, hepatomegalie permanentă) a contribuit și tratamentul permanent anarhic.

**Hepatomegalie permanentă**, în unele perioade enormă, au avut 5 copii în cursul tratamentului cu insulină obișnuită, datorită lipsei de colaborare din partea familiei și a copiilor, mai ales la copii sub 10 ani. La 14 copii hepatomegalia era temporară, consecutivă dismetaboliei ocazionale. Din 17 copii tratați cu insulină Novo-Lente unul singur are hepatomegalie moderată (L. H., tabelul 3) la care timp de 10 ani nu s-a putut instaura disciplină în tratament.

Din punctul de vedere al educației, în materie de diabet, s-a realizat o colaborare bună cu copilul și familia sa în 31 din cazuri. Pe lîngă un control mai bun al copilului, multe din familii au adoptat și măsuri profilactice privind regimul alimentar.

**Discuții.** Prin dispensarizare s-au obținut rezultate optime în profilaxia dereglărilor mari ale metabolismului și în asigurarea dezvoltării psihosomatice normale. Niciunul din copiii dispensarizați nu a necesitat internare pentru comă hiperglicemică sau grave incidente hipoglicemice, iar integrarea lor în familie și școală este corespunzătoare.

Echilibrarea metabolismului în sensul unui tratament „ideal” de durată nu s-a putut însă realiza decît excepțional, la majoritatea copiilor acesta fiind numai periodic. Oscilațiile diurne mari ale glicemiei, hgl. latente și clinice moderate sînt frecvente. Ultimele sînt controlate de copilul însuși sau de părinții instruiți în acest sens. Modificările EEG consecutive hgl.-lor, care în unele cazuri impun control neurologic periodic, în materialul nostru cazuistic apar des, dar sînt trecătoare. La o serie de copii hgl. latente și clinice nu se repercută asupra activității bioelectrice cerebrale.

Rezultate mai bune se înregistrează la copiii care sînt tratați cu INL și insulină obișnuită și respectă un regim cîntărit.

Obstacole suplimentare în controlul copilului diabetic sînt reprezentate de infecțiile frecvente, obișnuite vîrstei. Infecțiile ca și eforturile fizice sînt în funcție de școlarizare, față de care adaptarea este arduoasă, producîndu-se periodic dereglări metabolice, eventual fără corespondent clinic, dar cu urmări în privința complicațiilor degenerative.



Dificultăți de tratament, la unele cazuri de condiții speciale precare și/sau lipsa de colaborare a copilului, ne sînt date în special de copiii din mediu rural. Distanțele mari îngreunează prezentarea lor la controale periodice, greșelile dietetice fiind aproape o regulă datorită și obișnuințelor alimentare în diferite regiuni.

Cu toate că dispensarizarea oferă condiții de control bune, asigurarea unui tratament ideal întîmpină greutăți însemnate. Există o definiție formală a unui tratament ideal al copilului db-ic (1, 3), dar în dinamica vieții unui copil se impun criteriile unui tratament corect care nu se suprapune întotdeauna celui ideal (25, 30, 31).

Dacă se respectă un regim cîntărit asociat cu o insulinoterapie adecuată — preconizate de majoritatea diabetologilor (7, 16, 27, 34) — sînt aproape inevitabile hgl. latente responsabile pentru sechele nervoase (1, 2, 5, 29). Regimul liber cu doze adecuate de insulină, comod pentru o activitate normală a copilului, preconizat mai ales de pediatri (9, 12, 13, 20, 21, 22) condiționează oscilații mari ale glicemiei și presupune un autocontrol laborios, cu determinări zilnice repetate ale glucozuriei și acetonuriei pentru prevenirea fenomenelor de contrareglare. *Lestradet* (22) adept al regimului pe deplin liber, cu condiția de a evita cetonuria cu ajutorul unui autocontrol riguros, urmărind evoluția diabetului la copiii și adolescenții timp de 15 ani, comunică rezultate superioare în profilaxia complicațiilor degenerative față de autorii care prescriu regim cîntărit. Se admite însă că oscilațiile mari ale glicemiei și hgl. frecvente și de lungă durată, determină apariția mai timpurie a angiopatiei (7, 13, 18), dar factorul cel mai important ar fi cetoza frecventă și îndelungată (20). Controlul în permanență deficitar, mai ales dacă diabetul a debutat foarte timpuriu la copil, poate condiționa manifestări și complicații degenerative, exemplul fiind bolnava M. J. (tabelul 2), cu tratament în permanență anarhic.

Datele statistice asupra complicațiilor vasculare în variatele condiții ale controlului metabolic ar fi menite să indice metode orientative în tratamentul copilului diabetic. Aceste date sînt însă divergente (6, 7, 8, 11, 18). Asigurarea unui autocontrol cu ajutorul testărilor rapide a parametrilor mai importanți, precum și sanatorizarea acestor copii ar contribui la o echilibrare metabolică mai bună și la atenuarea angiopatiei diabetice (14, 19).

Sosit la redacție: 15 iunie 1971.

#### Bibliografie

1. AUBERTIN M. E.: *J. Med. Bordeaux* (1967), 144, 12, 1799; 2. BARTA L.: *Gyermekgyógyászat* (1967), 18, 2, 283; 3. BARTA L.: *Gyermekgyógyászat* (1966), 17, 6, 161; 4. BLUM H.: *Rev. Med. Chir. (Iasi)*, (1967), 71, 4, 885; 5. CANIVET I.: *Presse Méd.* (1967), 75, 17, 847; 6. CHANTE A. L.: *Acta Ped.* (1948), 36, 4, 11; 7. CONSTAM G. R.: *Helv. med. Acta* (1965), 32, 267; 8. DAESCHNER W. C., DEISHER R. F., HARTMANN J. K.: *J. Ped.* (1951), 38, 8; 9. DARTOIS A. M., LESTRADET H.: *J. of Am Diet. Ass.* (1966), 48, 32; 10. DEBRY C., VINIEKER H.: *Clinique (Paris)*, (1966), 626, 847; 11. FEINBERG A. W., LAX H.: *J. Amer. med. Ass.* (1967), 201, 7, 515; 12. FORSYTH C. C., PAYNE W. W.: *Arch. Dis. Child.* (1956), 31, 2, 45; 13. GEGESI K. P., BARTA L.: *Diabetes Mellitus csecsemő- és gyermekkorban*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1966; 14. GLIGORE V.: *Med. Int.* (1968), 20, 3, 283; 15. GROSU MARIA, VASU ILEANA, MACAROVICI RODICA: *Studii și cerc. de endocr.* (1966), 3; 16. HEIK M.: *Der Diabetes Mellitus in Kindesalter*. In *Diabetes Mellitus (Theorie, Klinik, Therapie)*, Mohnike G. Veb. Verlag Volk. und Gesundheit. Berlin, 1967; 17. LABRAM CL., GRÉGOIRE I., LESTRADET H.: *Ann. de Ped.* (1967), 43, 431; 18. LARSSON I., STERKY G., CHRISTIANSSON G.: *Acta Pediat.* (Upps.) (1962), 51, suppl. 180, 1; 19. LESTRADET H., LABRAM CL.: *Presse Médicale* (1960), 68, 107; 20. LESTRADET H., LABRAM CL.: *Presse Médicale* (1961), 68, 107; 21. LESTRADET H., DARTOIS A. M.: *Révue française de diététique* (1964), 8,

Tabelul nr. 2

Nr.	Numele	Sexul	Vîrsta copilului	Durata diabetului	Tratament			
					Starea metabolică			
					I	II	III	IV
1	K. M.	F.	10	2	-	+	-	-
2	C. Gh.	M.	12	2	-	-	+	-
3	Ch. A.	M.	13	1	-	+	-	-
4	F. I.	F.	21	8	-	-	+	-
5	F. A.	M.	3	1	-	-	+	-
6	F. F.	M.	11	4	-	+	-	-
7	G. E.	F.	17	8	-	-	+	-
8	M. J.	F.	15	7	-	-	+	-
9	M. E.	M.	19	5	-	+	+	-
10	A. E.	F.	12	8	-	+	-	-
11	V. E.	F.	16	5	-	-	+	-
12	T. E.	F.	11	8	-	+	-	-
13	Sz. A.	M.	13	1	-	+	-	-
14	U. J.	F.	12	8	-	+	-	-
15	I. H.	F.	7	4	-	-	+	-
16	K. E.	F.	13	6	-	-	+	-
17	K. A.	M.	13	9	-	-	+	-
18	K. Z.	M.	19	9	-	-	+	-
19	K. F.	M.	12	10	-	-	+	-
20	G. E.	M.	12	1	-	+	-	-
21	S. S.	M.	6	1	-	+	-	-
22	P. M.	F.	17	8	-	+	-	-

## LEGENDA:

I = diabet compensat

II = osc. glic. diurne între 100—200 mg%, glicozurie

III = osc. glic. diurne peste 200 mg%, glicozurie pești

IV = osc. glic. diurne peste 300 mg%, glicozurie pești

L = hipoglicemie latentă

CL = hipoglicemie clinică

Nr.	Numele	Virsta copilului	Durata diabetului	Tratament: insulină obișnui						
				Starea metabolică				Acetonurie	Hipoglicemie	EEG. patol.
				I	II	III	IV			
1	B. F.	15	11	-	+	-	-	-	- CL.	-
2	P. D.	12	11	-	-	+	-	-	L. CL.	+
3	L. H.	18	12	-	-	-	+	+	-	-
4	N. S.	16	13	-	-	-	+	+	- CL.	-
5	R. L.	13	8	-	-	+	-	+	-	-
6	Sz. Cs.	17	5	-	-	+	-	+	L. CL.	-
7	H. J.	17	11	-	-	-	-	-	-	-
8	M. L.	13	2	-	+	-	-	-	L./CL.	+
9	Sz. A.	7	2	-	+	-	-	+	-	-
10	S. T.	17	2	-	+	-	-	+	-	-
11	Sz. D.	7	1	-	-	+	-	-	-	-
12	A. A.	7	1	-	-	+	-	+	L. -	-
13	T. N.	3	3	-	-	+	-	+	L. -	-
14	F. M.	5	1	-	-	-	-	-	-	-
15	S. K.	9	1	-	-	-	-	-	L. CL.	-
16	J. A.	14	2	-	-	+	-	+	L. -	-
17	K. A.	5	1	-	-	+	-	-	- CL.	-

## LEGENDA:

I = diabet compensat

II = osc. glic. diurne între 100—200 mg%, glicozurie înt

III = osc. glic. diurne peste 200 mg%, glicozurie peste

IV = osc. glic. diurne peste 300 mg%, glicozurie peste 80

L = hipoglicemie latentă

CL = hipoglicemie clinică

- 7; 22. LESTRADET H., BILLAUD L.: Presse Médicale (1968), 76, 7, 303; 23. MAGYAR I.: Diabetes Mellitus. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1963; 24. MALLET R.: La Rev. de Pract. (1965), 18, 2425; 25. MARECIAUX M.: J. Arch. franc. pediat. (1966), 25, 1, 103; 26. MARTYNOVA M. I., KONSISTORUM A. V.: Pediat. (Mos-cova), (1966), 7, 19; 27. NELSON W. E.: Textbook of pediatrics. W. B. Saunders comp. Philadelphia, London, 1964; 28. PAVEL I.: Med. Int. (1967), 19, 10, 1169; 29. POENARU S.: Stud. Cerc. de Endocr. (1966), 3, 269; 30. PUSKÁS GH., INDIG BIANCA, B. METZ OLGA: Rev. Med. (1965), 1, 11; 31. PUSKÁS GH., INDIG BIANCA, B. METZ OLGA: Rev. Med. (1966), 3, 237; 32. PUSKÁS GH., INDIG BIANCA, B. METZ OLGA: Pediatria (1968), 4, 309; 33. ROSENBLOOM A. L., SMITH S. W., COHAN R. C.: Amer. J. Dis. Child. (1966), 112, 2, 107; 34. TRAIS-MAN H. S.: Management of Juvenil Diabetes. C. V. Mosby comp. Saint-Louis, 1965; 35. WHITE P.: Diabetes (1960), 9, 345
-