

tos. En tales casos, sin embargo, no se puede demostrar un mecanismo inmunológico, aunque tal vez exista. Aquí surgen los mismos interrogantes que en la alergia gastrointestinal y la urticaria. Como las pruebas cutáneas en la jaqueca son a menudo inadecuadas, se recurre a la dieta de eliminación.

*Pruebas y tratamiento.* — Aunque las generalizaciones conducen hacia la inexactitud, se pueden hacer las siguientes afirmaciones con respecto a las pruebas cutáneas: las escarificaciones son equivalentes a las pruebas intradérmicas si se hacen con extractos de mil a cinco mil veces más fuertes. Tales pruebas tienen mayor valor diagnóstico en la fiebre del heno estacional. También tienen mucho valor en el asma y fiebre del heno perenne. En la alergia gastrointestinal y urticaria, estas pruebas son a veces de valor limitado. En el tipo de dermatitis eczematosa de contacto las pruebas en parche merecen confianza y tienen gran valor diagnóstico. Las pruebas en la dermatitis atópica se encuentran actualmente en estado de investigación y discusión. Se entiende que todas estas pruebas deben ser cuidadosamente controladas y sus resultados relacionados con la historia clínica del paciente.

El tratamiento de las afecciones alérgicas es teóricamente, pero no siempre prácticamente simple. Identificar la causa y evitarla si es posible. Si esto no es posible, desensibilizar y aliviar las molestias con drogas. Prefiero hablar de hiposensibilización, porque la desensibilización rara vez o nunca es posible en alergia.

## PEDIATRIA

### DIABETES EN EL NIÑO

Dr. HENRY J. JOHN

LA diabetes infantil es hoy un problema médico relativamente común. No era este el caso hace apenas unos 30 años, porque entonces el niño diabético no sobrevivía más que algunas semanas o meses y a lo sumo un año o dos. Aunque existen actualmente numerosos de estos niños que requieren nuestra atención, la incidencia de la diabetes en la infancia es todavía relativamente pequeña si se la compara con la diabetes en su conjunto. En mi serie de 6.000 diabéticos sólo un 4,5 por ciento pertenecían a la primera década de la vida y 4,16 por ciento a la segunda década cuando se presentaban por primera vez para su examen.

Después de las experiencias desalentadoras con los niños diabéticos en la época preinsulínica, los primeros resultados del tratamiento insulínico fueron muy prometedores. En efecto, vemos ahora estos niños recuperando su peso y energías perdidas, y, desde el punto de vista práctico, llevan una vida de niños normales.

Por un momento pareció que el problema de la diabetes infantil había sido casi totalmente resuelto, porque estos niños, con muy pocas excepciones, se desarrollaban normalmente, progresaban en sus estudios, se graduaban con notas distinguidas y comenzaban a ocupar importantes posiciones en sus comunidades. Era de observación común que los niños diabéticos en su conjunto

presentaban una mentalidad superior a la correspondiente a su edad, lo cual constituía una compensación de su impedimento. Esta actitud optimista se mantuvo durante unos 20 años, cuando comenzaron a aparecer signos menos halagadores. Después de 10 o más años de soportar la diabetes muchos de ellos comenzaron a desarrollar arteriosclerosis, retinitis diabética o lesiones renales. Estas complicaciones modificaron considerablemente nuestro concepto sobre el porvenir del niño diabético, y hasta ahora no sabemos cómo hacer para prevenir o combatir estos trastornos que aparecen no solamente en los niños y adultos jóvenes tratados en forma inadecuada, sino también en aquellos que recibieron tratamiento correcto. De modo que, aunque la insulina hizo posible la supervivencia del niño diabético y permitió su desarrollo y maduración normal, el problema de la diabetes juvenil está aún lejos de tener solución.

Son dos los factores etiológicos más importantes de la diabetes infantil: herencia e infección. La evidencia de un factor hereditario se encuentra en casi un tercio de los niños diabéticos. En mi serie de 500 niños diabéticos lo he comprobado en el 31,5 por ciento de los casos. Esta incidencia es mucho más elevada en los niños de origen hebreo. En lo que se refiere a la infección, se observa que en cierta proporción de casos la diabetes en el niño sigue de algunos días a un mes, a un sarampión, paperas, escarlatina, amigdalitis, neumonía, etc. No hay duda de que la infección afecta en forma adversa la función pancreática. En un niño diabético bien controlado con 20 unidades de insulina diarias, por ejemplo, una infección puede elevar sus necesidades de insulina a 80 unidades diarias, para prevenir una acidosis como consecuencia de la hiperglucemia. También un niño normal puede elevar su glucemia durante una enfermedad infecciosa.

En vista de los numerosos casos de diabetes juvenil que aparecen después de exantemas agudos, debe ser de regla investigar azúcar en la orina una vez por semana durante 4 a 6 semanas después de pasada la enfermedad. De este modo la diabetes sería descubierta precozmente con gran ventaja para el niño. Esto no significa que se pueda obtener la curación haciendo precozmente el diagnóstico; la debilidad de la función insulígena existe y no ha de desaparecer, pero cuando más precoz es el diagnóstico tanto mayores son las probabilidades de dominar el proceso y prevenir mayores daños.

El diagnóstico de la diabetes en el niño rara vez presenta las dificultades encontradas en el adulto. En el niño, el comienzo es generalmente brusco y la mayoría de los síntomas clásicos aparecen desde el principio, mientras que en el adulto la iniciación suele ser insidiosa.

Un motivo de error que el médico debe evitar es el de basar el diagnóstico de diabetes infantil en la glucosuria solamente. Si ésta es intensa y existen la mayoría de los síntomas cardinales de la diabetes, el diagnóstico es prácticamente de certeza, aunque hay excepciones. Pero una glucosuria sin sed ni poliuria, todavía no significa diabetes.

*Tratamiento.* — Durante 30 años he seguido la máxima de que «el sol no debe ponerse antes de iniciar el tratamiento del niño diabético». Es decir, que tan pronto como se ha hecho el diagnóstico, que no lleva más de una a dos horas, debe iniciarse el tratamiento. En mi práctica personal administro al niño una dosis de insulina en el mismo consultorio, antes de enviarlo al hospital, sin perder tiempo.

Consiste el tratamiento en régimen e insulina. Conviene siempre comenzar con insulina. Si se trata de un caso leve se puede suspenderla más adelante. Desde el punto de vista psicológico es mejor administrar insulina desde un principio y suspenderla luego, si es que no hace falta, que perder tiempo haciendo pruebas con regímenes pobres para indicar la insulina luego.

La dieta debe ser liberal y calculada de acuerdo con la edad. El niño requiere más calorías por kilogramo de peso que el adulto, porque debe compensar la sobreactividad y el crecimiento así como la pérdida de peso producida antes de establecido el diagnóstico.

Al planear un régimen para el niño diabético debemos recordar que si no se le alimenta lo suficiente en su casa, buscará alimentos en cualquier otra parte. El hambre en estos niños no siempre es resultado de alimentación inadecuada, puede ser también consecuencia de sobredosificación o mala distribución de la insulina, con la consiguiente hipoglucemia. En estos casos el alimento constituye una necesidad fisiológica urgente y si no se lo provee a tiempo puede dar lugar a reacciones severas. La familia debe ser instruída sobre esta posibilidad y sobre la forma de salvar la situación.

La primera noticia de la diabetes en el niño provoca siempre un choque moral en los padres, y el médico debe tratar de suavizarlo en lo posible. Para esto, en la primera visita no se les hablará más que de los hechos esenciales, ampliándolos a medida que se vayan adaptando a la idea. En esta forma se obtienen mejores resultados que si de entrada se les recarga con una avalancha de instrucciones e indicaciones.

## OPOTERAPIA EN PREMATUROS

Dr. RENÉ MAGNOL

**E**XISTE marcada desorientación con respecto a la eficacia de la opoterapia en el tratamiento de los prematuros y así, mientras algunos autores se muestran muy satisfechos con los resultados alcanzados, otros son parcos en su juicio con respecto a la bondad de esa terapéutica.

La disparidad de opinión se debe a la diversidad de productos empleados, a las distintas vías de introducción del medicamento y, en opinión del autor, a que los investigadores se guían más por impresiones que por datos estadísticos; incluso se sacan conclusiones de series pequeñas y a menudo con breves períodos de observación.

Todos estos factores han sido debidamente estimados por el autor en sus propia experiencia, que abarca un ponderable número de casos, prolongadamente observados si bien únicamente desde el punto de vista clínico sin intervención del laboratorio.

Por lo que atañe a la opoterapia tiroidea, no observó ninguna diferencia entre los tratados y los controles ni en el mejor color ni en la facilidad de alimentación; la mortalidad fué la misma y en la crianza no se anotó diferencia entre los que recibieron polvo de tiroides y los testigos.

La hipófisis fué empleada siguiendo a FINKELSTEIN, para el tratamiento del meteorismo intestinal, asociada a otras medicaciones (oxígeno, absorbentes, cloruro de sodio), con buenos resultados y sin trastornos secundarios.

En varios casos de síndrome de Jaudon, de hipofunción suprarrenal (anorexia, dificultad para progresar de peso, tendencia a la deshidratación, diarrea,