

в детской Венской клинике больной ребенок и первый получивший инсулин, остался тогда в живых и здравствует по сие время. С введением в терапию инсулина наплыв детей-диабетиков в Венскую детскую клинику стал столь огромным, что пришлось открыть при клинике отдельный стационар и амбулаторию для детей-диабетиков.

Венская детская клиника располагает материалом в 192 случая диабета. Диабет у некоторых детей в одной и той же семье наблюдался в 5% случ. При правильной диете (богатой углеводами и белками и бедной жирами) дети-диабетики в дальнейшем развиваются вполне нормально с хорошо выраженными половыми признаками и становятся вполне трудоспособными. В тяжелых случаях инсулин приходится давать продолжительное время и увеличивать дозу в связи с все усиливающейся потребностью в инсулине у ребенка-диабетика в период его роста. Инфекционные заболевания представляют для ребенка-диабетика известную опасность, так как при инфекционной болезни функция поджелудочной железы значительно падает. С другой стороны, не доказано, что при заразных болезнях, в частности при туберкулезе, диабет резко ухудшается. Само собой разумеется, что инсулин нужно давать в весьма умеренных дозах. Эта предосторожность несколько не отражается вредно на ребенке. Нужно тщательно следить за появлением гипогликемии. Она может наступить внезапно даже в случаях, где лечение инсулина продолжалось непрерывно. Причиной тому могут служить недостаточная, вследствие поносов, усвояемость, далее усиленная мышечная работа, а также и другие, не всегда легко выясняемые факторы.

Из 192 детей-диабетиков, прошедших за это время через Венскую детскую клинику, в дальнейшем умерло 19, причем 12 от диабетической комы, остальные 7 от разных заразных болезней. О 3 бывших детях-диабетиках сведений не имеет. Остальные дети-диабетики (170) здравствуют и по сие время, хотя 60 из них за это время перенесли кому или тяжелую предкому. Насколько поразительно может иногда действовать инсулин, показывает случай диабета с весьма тяжелой комой, где кровь содержала 1430 мг сахара. Б-ной был спасен 360 Е. инсулина. Э. Леви.

Виланд. *Как выхаживаются недоноски в Базельской детской клинике* (Kinderärftliche Praxis, Fahrg. 6, Heft. 10, 1935). Выхаживание недоносков считается весьма важной задачей. Если не считать случаев, где недоноски умирали уже в первые 24 часа после рождения, и, обычно, как показали вскрытия, от асфиксии и кровоизлияния в мозг, то смертность недоносков составляет 9,80%. Минимальный вес недоноска, где еще есть шансы на сохранение его жизни и его выращивание и дальнейшее развитие, надо считать 1100—1200 г.

Неправы те, кто считает, что средства и силы, потраченные на выращивание недоносков, не оправдываются. Автор располагает довольно значительным, продолжительное время прослеженным числом недоносков с первоначальным весом в 1100 г, которые в дальнейшем умственно и физически развивались удовлетворительно и не отставали в школе от своих сверстников. Ввиду легкой восприимчивости недоносков к заразным болезням, весьма желательно не держать их в больших переполненных палатах. Нужно заботиться о целесообразном их питании, в особенности недоносков-младенцев. Для последних самое лучшее—свеже-отцеженное женское молоко. Далее важно—рано начать, уже с 3-го месяца их жизни, систематическое антирахитическое лечение, лучше всего Vigantol—1—3 капли, а в дальнейшем, ввиду сопутствующей анемии,—Vigantol с 0,1 Ferri reducti. Э. Леви.

в) Невропатология.

Longo. *Экспериментальная эпилепсия и эндокринные железы. 1. Поджелудочная железа* (Neopsichiatri, № 1, 1935). Исследователь исходит из экспериментальных выводов Amontea, который, впрыскивая стрихнин в определенные моторные и чувствительные центры когь, получал соответствующие эпилептогенные зоны на коже. Нанося на последние различные раздражения, вызывал рефлекторные клонические судороги, начинавшиеся в соответствующей мышечной группе, а затем генерализовавшиеся, но не у всех подопытных собак, а только в 25% случаях, у тех, у которых имелось определенное эпилептиче-