

Особенное внимание автор посвящает вопросу стратегии диеты, под чем надо разуметь планомерную разработку и проведение диеты при болезнях вплоть до перехода к нормальной диете. Форма, техника предписаний диеты и радионаблюдение кухни, по мнению автора, должны играть большую роль в деле лечения болезней желудка. Наконец, Воас в кратких чертах останавливается на правилах диеты для желудочных и кишечных больных, говоря о погрешностях в диете, о значении ¹⁰ пищи и питья, о гигиене рта, о пережевывании, о распределении пищи во времени и т. п. Этим заканчивается первая часть труда Воас'а.

Во второй части излагается уже частная диететика болезней желудка и кишек и прежде всего—диета при острых катаррах желудочно-кишечного тракта. Воздержание от пищи до появления аппетита у больного, медленный переход к обычным блюдам и употребление легких блюд в смысле переваривания и усвоения—вот основной принцип диеты.

В главе о диете при хроническом катаре желудка с явлениями *subaciditas* и при *achylia gastrica* проводится принцип бережения и возбуждения рабочих желудочных клеток. Очень хорошо написана здесь глава о диете при повышенной кислотности.

В деле лечения пептической язвы (желудка и 12-перстной кишки) автор не считает метод *Leube* подходящим и благоприятные результаты его применения объясняет побочными факторами. По его мнению этот метод не соответствует основным принципам: 1) поднятию сил больного и устранению малокровия и 2) не дает максимального щажения большого органа. Горячие припарки могут обуславливать появление кровотечений. Автор говорит о лечении молоком, углеводами (*v. Bergmann*). О диете проф. А. И. Яроцкого в книге нет ни слова. Много места и внимания уделено диете *Lenhartz*'а и мало диете *Sippy*. Хотя автор не пробовал применять к клинике методов кормления больных через зонд по *Einhorn*'у, однако «он не может подавить в себе сомнения относительно этого метода». В заключении этой главы автор советует при лечении язвы не увлекаться чрезмерно хирургией, которая не обеспечивает больных от рецидивов.

Диета при атонии разобрана детально и хорошо, равно как и при гастролоптозе и сужениях привратника и 12-перстной кишки. Всюду даны рецептные формулы диеты, что очень облегчает задачу практика и дает ему руководящую идею.

Очень тщательно изложены вопросы о диететике рака желудка, нервной диспепсии, при запорах и геморрое, при хронических поносах, бродячьей диспепсии, колите, аппендиците, сужениях и закупорке кишек, новообразованиях ободочной и прямой кишки (при раке) Во всех этих отделах выукло освещаются различные «стратегические» пункты диеты, указаны питательные вещества и их комбинации *ad hoc tempus* лечения болезни, и это сделано с таким мастерством и знанием дела, в такой строгой последовательности и планировке, что всюду врач-практик найдет в этом руководящую нить для своего деятельного вмешательства в дело питания каждого подобного случая. Одним словом, книга эта дает определенные планы и правильный стратегический подход к делу диететического лечения болезней желудочно-кишечного тракта. Проф. С. С. Зильницкий (Казань).

Von Knebel. Die Malariabehandlung der Frühstadien. Berlin, 1927. 56 стр.

Автор, ассистент проф. *Heuck*'а в Мюнхене, в своей небольшой монографии подробно останавливается на новом методе, который только начинает прокладывать себе дорогу при лечении раннего сифилиса,—искусственной прививке малярии. Под его наблюдением было 200 больных первичным серопозитивным, ранним вторичным и латентным серопозитивным сифилисом; все они были заражены одним штаммом *malariae tertiana*, который таким образом проделал 200 человеческих пассажей путем внутривенного введения крови последовательно от одного больного к другому. (С таким методом искусственной прививки малярии, кстати сказать, принципиально нельзя согласиться, ибо обмен кровью между ранними сифилитиками при еще нерешенном вопросе о двойственности сифилитического *virus*'а является рискованным. В этом отношении наиболее удобным, по многим соображениям, является метод прививки европейского возвратного тифа штаммом проф. *Аристовского*, о чем подробнее см. журнал «Венерология и Дерматология», 1926, № 6. *Рез.*) Автор придерживался при этом методики *Kyrie*: больные сначала получали 3,0 Neo и 10,0 бисмогена, затем следовала прививка малярии; после 5—6-дневной инкубации больные проделывали 9—12 приступов, после чего получали дополнительно 6,0 Neo и 25,0 бисмогена.