

Из клиники кожных и венерических болезней Государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани. (Врид. заведующего—приват-доцент С. Я. Голосовкер).

## Значение реакции Bordet-Gengou в клинике гонорреи<sup>1)</sup>.

Я. Д. Печникова и А. Д. Целищевой.

Значение серодиагноза, как дифференциального диагностического метода при гоноррее, теперь не оспаривается—таково мнение проф. Орренгейма, одного из первых, применивших реакцию отклонения компонента при гоноррее еще в 1906 году. На Московском совещании по борьбе с гонорреей (в декабре 1928 года) проф. Финкельштейн заявил, что метод Bordet-Gengou вышел из стадии испытания и при помощи серодиагностики можно решать вопросы диагностические, прогностические и терапевтические в клинике гонорреи.

Задачей настоящего момента надо считать: в лаборатории—стремление приготовить стойкий, нескоро портящийся антиген и штандартизировать его приготовление; в клинике—уточнение значения реакции для различных этапов развития гонорройных процессов.

На основании 1.126 опытов, поставленных нами на материале клиники и нескольких городских больниц, мы в последующем имеем целью коснуться некоторых спорных вопросов значения метода серодиагностики в клинике гонорреи. Постановка опытов производилась по методу Ясколко, принятому в Г. В. И., причем в опыте всегда участвовало от 3-х до 5-ти антигенов; среди них: 3—антиформинных и 2—других изготвлений.

Среди различных спорных пунктов центральным, по нашему мнению, является вопрос о значении серологической реакции, как показателя момента излечения гонорреи.

Несколько слов о литературе этого вопроса. По Орренгейму клинически излеченные случаи остаются свободным от рецидивов тогда, когда положительная реакция изменилась окончательно в отрицательную. Сohn и Gräfenberg наблюдали во всех случаях излечения—отрицательную р. Kristensen и Kristjansen считают положительную р., остающуюся после видимого излечения, плохим предзнаменованием; как правило, в этих случаях наступает клинический рецидив. Gibson и Wiley, оценивая реакцию, как метод более важный, чем все другие лабораторные методы, думают, что если р. держится более 6 месяцев после излечения, тогда, вероятно, надо подозревать очаг инфекции. На 1-ом Венерологическом съезде Альтгаузен и Ясколко указывали, что при решении вопроса об излечении от гонорреи положительная р. даже при отсутствии явных симптомов болезни сама по себе имеет решающее значение. В департаменте здравоохранения в Чикаго существует уже требование отрицательной р. для констатирования излечения (Beilin). Наоборот, Osmond видел положительную р. в течение 12 месяцев в явном случае излечения. Savnik и Prochaska думают, что исчезновение реакции независимо от излечения.

<sup>1)</sup> Доложено в Научном собрании врачей Гос. института для усовер. врачей 12 ноября 1929 года.

Как видно, существуют мнения совершенно противоположные. На настоящем этапе развития учения о клиническом значении р. В. Г. при гоноррее мы считаем это противоречие вполне естественным. Реакция эта далека еще от широкого распространения, и даже не все клинические учреждения, по крайней мере у нас в Союзе, занимаются постановкой р. В. Г.

Желание уточнить значение реакции при решении вопроса об излеченности гонорреи особенно велико потому, что до сих пор у нас нет диагностических методов, с точностью определяющих момент излечения, и мы пользуемся совокупностью клинических и лабораторных контрольных реакций, дающих нам лишь относительную уверенность в действительном излечении.

Известный французский уролог Luys описывает случай, в котором он, при вскрытии трупа, в гное семенных пузырьков нашел гонококков после бывшей 40 лет тому назад гонорреи, а между тем носитель инфекции имел продолжительный, многолетний брак. Сутеев описал случай, в котором через 42 года после заражения обнаружены гонококки в гное абсцесса придатка. Случай Luys, Сутеева можно отнести к разряду редких, единичных по продолжительности скрытого периода инфекции, однако возможность весьма длительного существования, годами, очага инфекции в скрытом состоянии в семенных пузырьках, простате— явление, нередко наблюдаемое в нашей практике. Такой очаг не поддается всегда нашему учету и очень редко ведет себя так молчаливо, как это было в случаях Luys, Сутеева; наиболее же часто эти скрытые очаги ведут к рецидивам среди полной неожиданности как для мнимо излеченного носителя инфекции, так подчас и для врача.

Констатировать скрытые, осумкованные очаги, не поддающиеся никаким другим методам лабораторного и клинического распознавания, могла бы лишь наиболее чувствительная из всех биологических реакций,— реакция серологическая.

Для этого надо решить вопрос, является ли положительная реакция отклонения комплемента при гоноррее всегда указателем существующего очага, или может и без очага быть свидетелем бывшей инфекции. к моменту испытания уже исчезнувшей.

С точки зрения этого наиболее актуального вопроса мы и считаем наиболее целесообразным начать разбор нашего материала.

Статистические данные, расположенные в таблицах, нам думается, менее освещают необходимые подробности, и поэтому в дальнейшем, как по настоящему вопросу, так и по всем нижеследующим, мы решили пользоваться лишь описанием примеров, выбранных из всей массы наблюдений.

1) Больной Я., краском, 26 лет, находится под нашим наблюдением в течение 5 лет. После первой гонорреи, протекавшей в течение 5 месяцев с явлениями незначительно выраженного простатита и лимфангоита ствола penis'a, наступило видимое излечение, подтвержденное контрольными пробами. Больной стал вести половую жизнь, участвовал в спортивных состязаниях по бегу, лыжам. Через 6 месяцев появился рецидив. О наличии рецидива, а не новой инфекции, мы заключили на основании того, что больной, вообще аккуратно приходивший на контрольные осмотры, явился к нам на следующий день после появления гноетечения с обострившимся лимфангоитом и простатитом. В дальнейшем перед нами протекают еще 3 рецидива с теми же явлениями, как и при первой гоноррее, и с тем же благополучным межрецидивным периодом, в который больной ведет половую жизнь, занимается спортом. В течение последних 2-х лет больной нахо-

дится на повторном контроле со стороны реакции В. Г. Реакция все время дает неизменный результат—4 +, несколько не изменяясь в степени как во время наличия признаков гонорреи, так и в межрецидивном периоде.

2) Больной, педагог С., 56 лет. Гоноррея в течение 34 лет, часто рецидивировавшая. 4 года назад перипростатический абсцесс. Под нашим наблюдением находится последние 2 года. После похода со школьниками на наших глазах развился рецидив, имевший источником обострение процесса в простате. В течение 3-х месяцев клиническое излечение. После излечения все время при пальпации констатировалась плотная, фиброзно-измененная простата. Реакция оставалась все время без изменений в своей силе (4 +) в течение 1½ лет.

3) Слесарь, М., 31 года. Гоноррея 7 лет, часто рецидивировавшая. Под нашим наблюдением 3 года. Сперматоцистит с резко выраженным фиброзным изменением инфильтрата. В течение последних 2-х лет два рецидива. В межрецидивных периодах все контрольные пробы отрицательны, только р. В. Г. все время без изменений (4 +).

4) Бухгалтер, П., 42 лет. Гоноррея 18 лет. Неоднократные рецидивы. В клинику поступил с очередным рецидивом в форме эпидидимита. Имеется индуративный простатит, такой же сперматоцистит. В течение 4-х месяцев после излечения только одна реакция несколько не понижалась в степени (4 +) и была среди других контрольных проб единственным свидетелем не исчезающей инфекции. Рецидив последовал через 5 месяцев.

5) Крестьянин, Ф., 20 лет. Первая гоноррея. Под нашим наблюдением 4 года. Простатит, сперматоцистит, полиартрит. 3 раза рецидивы. За 1½ года р. В. Г. все время одинакова (4 +) в скрытые периоды и при развитии рецидивов.

6) Матрос Волжского транспорта, 23 лет. Гоноррея 2 года. Простатит, сперматоцистит, полиартрит. 3 рецидива. Р. В. Г. все время одинакова (4 +).

7) Ломовой извозчик, 32 лет. Гоноррея 1 год. Простатит, сперматоцистит, ишиас, полиартрит. После 8 месяцев—видимое излечение. Через 3½ месяца—рецидив. Реакция все время (4 +).

8) Больная, И., 48 лет. Прислана к нам для исследования крови из одного городского гинекологического отделения. Больная замужем 23 года, бездетна, страдает женскими болезнями. Гинекологи раньше никогда не подозревали у нее гоноррею. Мы получили у больной резко положительный результат и чрезвычайно удивили больную, сообщив ей о наличии у нее гонорреи. У пришедшего после этого ее мужа реакция также была резко положительной и при осмотре обнаружены: индуративный уретрит, индуративный простатит; только после категорического нашего заявления не ожидавший такого оборота дела виножник, имевший 52 года от роду, сознался в бывшей у него гоноррее 25 лет назад.

Приведенные первые 7 случаев характеризуются упорством появления рецидивов и постоянством резкой степени положительной реакции, одинаковой как в периоде видимо протекающего процесса, так и в периоде скрытого существования очагов. Все эти примеры указывают, что в случае несовпадения данных всех наших известных до сих пор клинических и лабораторных исследований с положительным результатом серологического диагноза, метод серодиагностики является единственно верным указателем не наступившей еще излеченности гонорреи. Случай № 8 показывает возможность существования положительной реакции и даже резкой степени после десятков лет существования гонорреи, ставя серодиагностику при гоноррее на высоту, приближающую ее к значению р. Вассермана при сифилисе.

В противоположность описанным выше случаям, следующая группа примеров характеризуется совпадением действительного выздоровления и исчезновения положительной реакции.

9) Рабфаковец, А., 21 года, стационарный больной. Первая гоноррея. Под наблюдением 2½ года. Простатит, сперматоцистит, полиартрит. Лечение 8 месяцев в стационаре и 6 месяцев амбулаторно. Через 14 месяцев от начала заболевания р. В. Г., оставшаяся до этого момента все время на высоте (4 +), перешла в стойкую отрицательную, каковой и оставалась в течение 1 года 4 месяцев даль-

нейшего наблюдения. В этот период постоянно находящийся под нашим наблюдением больной занимался физкультурой, спортом, выпивкой, вел половую жизнь и был совершенно здоров.

10) Грузчик, 28 лет, стационарный больной. Первая гоноррея. Простатит, сперматоцистит, полиартрит с резко выраженным спондилитом. В стационаре пролежал 6 месяцев, дальнейшее амбулаторное лечение еще 3 месяца. Под наблюдением 2 года. Кончил лечение с переходом р. из резко положительной в отрицательную. В течение последнего года остается без всяких клинических явлений, работает на постоянном дворе, носит тяжести, ведет половую жизнь.

В последних двух примерах резко выраженные множественные очаги инфекции, тяжелое течение болезненного процесса, насыщенность организма инфекцией, т. е. условия для резкого влияния на сыворотку больных в смысле поддержания в ней резкой степени реакции. Между тем клиническое выздоровление совпадает с переходом резкой степени положительной реакции в стойкую отрицательную.

Обе группы приведенных 10 примеров, взятые вместе, иллюстрируют хорошо одно положение. Реакция есть симптом наличия очага инфекции, а не след однажды инфицированного организма, хотя бы и излечившегося к данному моменту. Исчезает очаг, наступает полное выздоровление, и реакция становится стойко отрицательной. Наоборот, наступает видимое клиническое выздоровление, все остальные реакции указывают на это выздоровление; если в этом случае результат р. В. Г. не совпадает со всеми другими благоприятными указаниями, то к диссонансу серологической реакции надо прислушаться, как к голосу, предупреждающему об оставшейся еще дремлющей инфекции.

То обстоятельство, что некоторые авторы (Gibson и Wiley) предлагают подозревать очаг инфекции лишь в тех случаях, когда держится после излечения более 6 месяцев, для нас является непонятным. Мы думаем, что установление каких бы то ни было сроков—невозможно. Если положительный результат реакции исчезает через 6 месяцев после видимого излечения, то это обстоятельство надо расшифровать так: в течение 6 месяцев оставшийся очаг путем самоизлечения (рассасывания) исчезает, и вместе с этим наступает отрицательная реакция. В зависимости от того, остается ли плотно осумкованный очаг с длительным периодом скрытого существования или происходит рассасывание с самоизлечением—судьба очага отражается на ходе серологической реакции, строго соответствуя этим изменениям во времени.

Следующий вопрос, интересовавший нас,—специфичность реакции.

Некоторыми отдельными авторами еще до сих пор специфичность реакции оспаривается. Так, Spicca нередко получал положительную реакцию с гонантитеном в сифилитической сыворотке. Наоборот, в недавно опубликованной работе Freudenthal, Fischer, Stern на основании 642 случаев параллельно поставленных WaR и гонореакций согласны со всеми, в противоположность единичным авторам, об отсутствии влияния сифилитической инфекции на гонореакцию. Wreszynski утверждает, что количество неспецифических задержек одинаково с таковыми при Вассермановской реакции.

Специфичность реакции была нами проверена прежде всего на случаях негонорройных заболеваний мочеполовых органов. Эта группа в количестве 72 случаев состояла из следующего материала: 1 случай—*induratio penis plastica*, 2—полипоз уретры, 4—*orchitis luetica*, 3—*hydro-*

cele, 3—orcho-epididymitis t.b.c., 1—cystitis t.b.c., 1—carcinoma prostatae, 11—orcho-epididymitis malarica, 2—epididymitis traumatica, 9—urethro-cystitis malarica, 5—prostatitis et spermato-cystitis malarica, 1—инфантилизм матки, 13—негонорройных аднекситов, 16—негонорройных уретритов и циститов.

Все эти случаи давали повторно отрицательные результаты реакции при отрицательных данных для гонорреи со стороны всех прочих методов исследования. Только один случай из всех остался для нас невыясненным. Последний случай был следующий:

11) Слесарь, К., 29 лет, помещен в стационар клиники с острым эпидидимитом и гематурией; из анамнеза и исследований не добыто никаких данных для гонорреи. Р. В. Г. повторно резко положительная. В хирургической клинике нашли камень почечной лоханки.

Случай этот так и остался для нас неясным: может быть, мы здесь имели кроме камня почки не подававшийся учету скрытый очаг, а может быть этот случай надо отнести к встречающейся задержке гемолиза и у здоровых людей, как это доказано для других серологических реакций, например Вассермановской.

Для дальнейшей проверки специфичности реакции мы провели 106 случаев гонорройного материала с сифилитическим антигеном, и здесь мы также, как еще в 1913 году Фвинкельштейн и Гершун, получили отрицательные результаты в отсутствии сифилиса и наоборот.

В 23-х случаях, из этой группы имевших одновременно с сифилисом замкнутые гонорройные очаги, мы имели положительную гонореакцию.

В 62 случаях заведомых сифилитиков с положительной WaR, но свободных от гонорреи в прошлом и настоящем—мы получили отрицательную гонореакцию.

Просмотр случаев серопозитивных по отношению к сифилису, а также серопозитивных по отношению к гоноррее показал нам, что лишь в единичных случаях мы имели понижение степени гонореакции, стоявшее, повидимому, в связи с ослабляющим влиянием сифилитической инфекции на защитную реакцию организма против гонорреи. Но такое же ослабление степени реакции мы наблюдали в отдельных случаях у больных, одновременно страдавших туберкулезом, малярией. Такое же ослабление степени реакции наблюдалось и вообще в отдельных случаях вяло протекавших гонорройных процессов в связи с индивидуальным понижением сопротивления по отношению к гоноррее, как это наблюдали и другие авторы (Тимофеев).

Итак, весь наш материал, послуживший для проверки специфичности р. В. Г. при гоноррее, подтвердил нам отсутствие непосредственного влияния на результат реакции сифилитической инфекции и убедил в высокой специфичности гонореакции.

Следующей группой, послужившей нам для изучения значения р. В. Г., была группа постгонорройных заболеваний.

Всем известно, насколько подчас трудно среди этой собирательной группы решить вопрос: имеется ли действительно только постгонорройный процесс, или наряду с доступными констатированию микробами вторичной инфекции существуют еще недоступные исследованию гоноккии где-нибудь в осумкованном очаге. Метод серодиагностический в таких случаях должен способствовать выяснению дифференциального диагноза.

Ниже приводимые 3 случая служат иллюстрацией только-что сказанного.

12) Страховой агент, В., 21 года. Первая гоноррея, слабо выраженный простатит. Через 5 месяцев процесс гонорройный видимо исчез, оставив постгонорройный катарр. В течение следующих 2-х месяцев в незначительном слизисто-гнойном отделяемом уретры, в нитях мочи, соке простаты и семенных пузырьках при повторных исследованиях, посевах—гонококков нет, но есть вульгарная флора. Р. В. Г. остается все время на одинаковой высоте (3+). После поездки по деревням с длительными переходами наступило обострение процесса в простате, в отделяемом из уретры—констатированы гонококки.

13) Канцелярист, Н., 32 лет. Гоноррея 2-й раз; сопровождается простатитом, сперматоциститом. Р. В. Г. — 4+. Через 6 месяцев излечение, р. стала отрицательной. В течение 2-х следующих месяцев все время небольшое слизисто-гнойное отделяемое без гонококков. К концу второго месяца контроля у больного развивается *orchio-epididymitis t.b.c.*, *cystitis*. Р. В. Г., перешедшая в отрицательную, остается все время отрицательной, гонококки не констатируются. В факультетской хирургической клинике больной подвергнут оперативному вмешательству. В течение следующих 9 месяцев больной все время под наблюдением. Р. В. Г. все время отрицательная, все время небольшое слизисто-гнойное отделяемое. Гонококков при исследовании нет. Больной ведет половую жизнь, заражений от него не констатируется.

14) Работник суда, К., 34 лет. Гоноррея 8 лет тому назад, и с тех пор все время резко выраженный постгонорройный катарр, хронический простатит. Процесс, несмотря ни на какие методы лечения, сохраняет *status quo*. Больной ведет половую жизнь (*coitus condomatus*); пьет, занимается спортом. Никогда гонококков не обнаружено в течение 5 лет наблюдения. Р. В. Г. в течение последних 1½ лет всегда отрицательная.

Для сокращения места мы не приводим в дальнейшем целый ряд примеров с артритами у бывших гонорройков, которые протекали при отрицательной реакции В. Г., и которые одновременно не поддавались никаким методам специфической терапии и никаким методам специального лечения гонорройных артритов (например, через воздействие на первичные очаги в простате и семенных пузырьках). В клинике мы часто убеждаемся, как вслед за гонорройным воспалением в суставах, мы можем в течение долгих лет иметь заболевания этих суставов под влиянием различных других инфекций, физических раздражений, травмы и т. д. без каких-либо возможностей установить еще имеющуюся гонорройную инфекцию. Здесь, повидимому, может быть то же, что относится вообще к различным ревматическим страданиям суставов, при которых по *Duchenne'u*, *Bergman'u* и друг. специфической является лишь первая начальная реакция, все же последующие—неспецифичны.

Дифференциально-диагностическое значение серологического метода в вышеприведенной группе так называемых постгонорройных заболеваний, как видно на этих примерах, недосягаемо велико. Высокая специфичность, максимальная чувствительность метода отклонения комплемента кладет точную грань между настоящим постгонорройным процессом и мнимым постгонорройным процессом.

В дальнейшем мы подвергли проверке более узкие вопросы о значении р. В. Г.

Так, на 18 здоровых людях, заведомо негонорройных, мы проверили влияние введения гоновакцины на результат реакции, и ни разу не получили положительного результата. Эти наблюдения противоречат указаниям ряда авторов (*Necht, Jausion и Diot, Heiner, Тимофеев*) и согласуются с данными других (*Дембская, Лейбфельд и Тухлинид*).

Однако, в процессе применения вакцинации, как метода провокации, мы не раз получали усиление степени реакции, и потому считаем возможным использовать этот факт при контрольных провокационных методах для характеристики оставшейся активности очага.

В отношении влияния локализации замкнутого очага на степень реакции нам не удалось подметить разницы, наблюдавшейся другими (Тимофеев). Сперматоцититы, простатиты, эпидидимиты, артриты—все это на нашем материале представлялось уравненным во влиянии на степень положительного результата реакции. Однако, продолжительность, стойкость реакции в зависимости от локализации различна в связи с различной стойкостью патолого-анатомических процессов в разных органах.

Нам не удалось также отметить ослабляющего влияния на степень реакции существующих плотных фиброзных капсул в простате и семенных пузырьках (Тимофеев). Получая даже при резких фиброзных изменениях органов резко положительный результат, мы склонны думать, что инкапсулированный плотно очаг, хотя сравнительно и затрудняет всасывание гонотоксинов (Тимофеев), но, вероятно, все же пути остаются еще достаточными для соответствующего влияния на сыворотку больного. Выше приведенный пример (случай № 8) характерен именно тем, что несмотря на десятки лет, существующие плотные фиброзные очаги в простате, семенных пузырьках и в придатках у женщин сопровождаются в сыворотке больного резкой степенью реакции отклонения комплемента.

При некоторых обстоятельствах серодиагностический метод, по нашему мнению, может оказать услугу в судебно-медицинских случаях. Известно, что р. появляется лишь при развитии осумкованных очагов, и потому не наступает раньше 10—20 дня от начала инфекции. На нашем материале мы имели ряд случаев, когда положительный результат реакции появлялся за несколько дней до клинического обнаружения осложнения. Такая тонкая связь только с моментом развития осложнения может иметь значение в некоторых случаях при суждениях о свежей или рецидивной гоноррее, конечно, принимая во внимание возможность сосуществования старой и новой инфекции вместе.

*Выводы:* 1) Положительная р. В. Г. является свидетелем наличия активного или дремлющего очага гонорройной инфекции.

2) В случаях скрытой инфекции с положительной р. необходим максимум требований к контрольным провокационным пробам и длительный срок наблюдения, с целью убедиться в дальнейшей судьбе очага.

3) В виду возможности длительного, пожизненного существования очагов в скрытом состоянии, а также самоизлечения очага путем рассасывания—положительный результат р. В. Г. не может быть безоговорочным и единственным критерием наших практических заключений, связанных с вопросами об излечении гонорреи. Результат реакции должен оцениваться в клинике в связи со всеми другими данными контроля.

*Литература.* 1) Альтгаузен и Ясколко. Труды I-го Всероссийского венерологического съезда 1924 г.—2) Sohn и Gräfenberg, цит. по Freudenthal, Fischer, Stern.—3) Дембская. Женская гоноррея, 1928 г.—4) Duvernay, Bergmann и друг.—цит. по Дитерихсу. Кл. м. 1929—4.—5) Финкельштейн и Гершун. Русск. ж. кожн. и венерич. бол., 1913 г.—6) Финкельштейн. Протоколы Московск. совещания по борьбе с гонорреей. 1929 г.—7) Freudenthal, Fischer, Stern. Kl. W. 1929—7—8) Gibson и Wiley, реф. Znb. f. H. u. G. Bd. 10, S. 406.—9) Hecht—реф. Znb. f. H. u. G... Bd. 27, S. 530.—10) Heiner—реф. Znb. f. H. u. G... Bd. 21

S. 517.—11) Jausion и Diot—реф. Znb. f. H. u. G. Bd. 22, S. 890.—12) Kristensen и Kristjansen—реф. Znb. f. H. u. G. Bd. 29, H. 9/10.—13) Лейбфрейд и Тухшнд. Труды 2-го Съезда урологов, 1928 г.—14) Oppenheim. Znb. f. H. u. G. Bd. 28, H. 1/2.—15) Osmond.. реф. Znb. f. H. u. G. Bd. 6, S. 544.—16) Savnik и Prochaska, цит. по Freudenthal, Fischer, Stern.—17) Spicca—реф. Znb. f. H. u. G. Bd. 25, S. 150.—18) Сутеев.—Русск. В. Д., 1925 г.—3.—19) Тимофеев. В. Д., 1925—6.—20) Он же. Сборник Броннера, 1926 г.—21) Wreszynski—реф. Znb. f. H. u. G. Bd. 26, S. 418.—22) Beilin. Реф. Znb. f. H. u. G. Bd. 29, S. 571.

Из Психиатрической клиники Военно-медицинской академии (Зав.—проф. Е. П. Осипов).

### Влияние комбинированной маляриотерапии на расстройства психо-физиологических процессов при прогрессивном параличе <sup>1)</sup>.

В. Е. Макарова.

*1. Методология исследования.* Физиологические процессы нервной деятельности обуславливаются реактивным взаимодействием нервной системы как с внутренней средой того же организма, так и с окружающей его внешней средой. Они проявляются качественными или психическими феноменами, находящимися в причинной зависимости от функционального состояния реактивных свойств нервной системы и в частности головного мозга. Таким образом, психические феномены могут являться объективными симптомами функционального состояния нервной системы. В указанном смысле и становится возможным говорить о психо-физиологических процессах и о психо-физиологических состояниях человека и их расстройствах.

Изложенные соображения обосновываются данными Осипова, который рассматривает психо-физиологический процесс с монистической точки зрения, как биологический процесс, приводящий в своем развитии и течении к качественным, субъективным или так называемым психическим феноменам. Психические феномены, по его определению, являются объективной реальностью.

*2. Метод исследования.* Данные экспериментального исследования в отношении влияния комбинированной маляриотерапии на расстройства психо-физиологических процессов необходимо расценивать с функциональной точки зрения, как это принято, например, в экспериментально-клинической медицине. Выдвигаемое положение приобретает особенное значение для клинической оценки ремиссий после маляриотерапии. В указанном смысле допустимо различать относительные состояния полного и неполного функционального улучшения, функциональные состояния „без перемен“ и состояния функционального ухудшения. Выделение перечисленных функциональных группировок может быть обосновано методом относительных *вариационно-генетических* разграничений.

Выдвигаемый метод вариационно-генетических разграничений приводит к определенной системе условных, комплексных раздражителей,

<sup>1)</sup> Доклад в Ленинградском обществе психiatров 26/X 29 г.