

Мочутковский О.О.

Об исторических
формах гипноза

7888

616.8
M-869

✓ 556



ОБЪ

ИСТЕРИЧЕСКИХЪ ФОРМАХЪ

ГИПНОЗА

2. X. 1887
Муф

доктора медицины

О. О. Мочутковскаго

Приватъ-доцента ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академии.

2012

1952 г.

ЧАСТЬ ЛЕКЦІЙ,

читанныхъ для врачей въ 1886 и 1887 гг.

въ Одесской Городской Больницѣ.

1972



ИНВЕНТАР
№ 9773

ОДЕССА.

„Русск. тип.“ Исаковича, уг. Дериб. и Гаван. ул., соб. домъ № 10.

1888.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

Предисловіе	стр. 3—>
Введеніе	стр. 5—6

I.

Клиническій разбор случая истерической летаргіи. Предварительныя свѣдѣнія. Обзоръ симптомовъ болѣзни, наблюдаемыхъ во время бодрствованія. Состояніе органовъ чувствъ. Ассоціація вкусовыхъ ощущеній съ обонятельными. Длительныя задержки дефекацій. Истеро-эпилептическій приступъ. Приступъ летаргіи. Симптоматологія летаргическаго состоянія. Явленія нервно-мышечной перевозбудимости. Переводъ летаргіи въ каталепсію. Гемилетаргія и гемикаталепсія. Вліяніе личности экспериментатора. Явленія въ системѣ органовъ кровообращенія во время летаргіи. Характеристика летаргическаго состоянія. Стр. 8—19.

II.

Изслѣдованіе случая истерической каталепсіи. Предварительныя свѣдѣнія. Самородныя галлюцинаціи. Обзоръ симптомовъ болѣзни въ бодрственномъ состояніи. Приступъ каталепсіи. Обзоръ явленій этого состоянія: восковая гибкость, устойчивость позъ, раздражательныя движенія. Значеніе личности экспериментатора. Переводъ изъ каталепсіи въ бодрственное состояніе. Стр. 20—33.

III.

Вазомоторныя явленія въ каталепсіи. Сосудодвигательный трансфертъ. Эхолялія. Значеніе камертона и магнита въ явленіяхъ эхоляліи. Измѣненія въ системѣ кровообращенія во время каталептического состоянія. Характеристика каталептического состоянія. Стр. 34—43.

IV.

Клиническій разбор случая истерической сомнамбуліи. Пред-

II

варительныя свѣдѣнія. Теченіе болѣзни. Явленія возбудимости корковыхъ центровъ подъ вліяніемъ электрическихъ токовъ. Обзоръ симптомовъ болѣзни во время бодрствованія. Искусственно вызванное сомнамбулическое состояніе. Обзоръ явленій сомнамбуліи: изощренное состояніе органовъ чувствъ, рефлексы, контрактуры, динамогенныя точки, внушенія. Внушенныя галлюцинаціи и иллюзіи. Двустороннія галлюцинаціи. Трансферты. Роль магнита въ трансфертахъ. Характеристика сомнамбулическаго состоянія. Стр. 44—69.

V.

Разборъ случая сложнаго гипнотическаго состоянія. Предварительныя свѣдѣнія. Болѣзненные явленія въ бодрственномъ состояніи. Истеро-эпилептическій припадокъ. Явленія сложнаго гипнотическаго состоянія. Смѣсь симптомовъ, свойственныхъ летаргическому, каталептическому и сомнамбулическому состояніямъ. Примѣръ, доказывающій дѣятельное состояніе въ гипнозѣ тѣхъ органовъ чувствъ, функція которыхъ во время бодрствованія представляется совершенно уничтоженной. Стр. 70—79.

VI.

Клиническое изслѣдованіе случая каталептоиднаго состоянія. Предварительныя свѣдѣнія. Изслѣдованіе больной въ бодрственномъ состояніи. Истеро эпилептическій припадокъ. Обзоръ явленій, наблюдаемыхъ во время гипноза. Характеристика каталептоиднаго состоянія. Состояніе органовъ чувствъ. Опытъ, доказывающій, что гипнотики не всегда говорятъ правду и не всегда искренни. Проявленіе во время гипноза нѣкоторыхъ индивидуальностей характера больной. Опытъ исполненія внушеній, заказанныхъ на дальній срокъ. Состояніе больной до и во время исполненія такого внушенія. Видоизмѣненіе личности. Характеристика гипноиднаго состоянія. Разница между экспериментальнымъ гипнозомъ у здоровыхъ и истеро-гипнотическимъ состояніемъ. Стр. 80—96.

VII.

Причины, по которымъ гипнотическія состоянія правильнѣе называть формами гипноза, нежели фазами. Предосторожности при опытахъ надъ гипнотиками. Зависимость формы гипноза отъ раздражителя. Условія появленія гипнотическаго состоянія. Гипноскопы. Переводы одной формы гипноза въ другую. Способы выведенія

III

больныхъ изъ гипнотическаго состоянія. Физиологическое объясненіе главнѣйшихъ явленій гипноза. Сравненіе гипноза со сномъ. Процессъ нормальнаго мышленія. Процессъ развитія сна и гипноза. Автоматизмъ. Процессъ развитія галлюцинацій и иллюзій. Примѣры галлюцинацій у здоровыхъ людей и у животныхъ. Сновидѣнія, грезы, кошмары.

Стр. 97—114.

VIII.

Внушенія въ гипнозѣ. Характеристика внушенныхъ параличей. Отличіе ихъ отъ самородныхъ истерическихъ параличей. Случай истеро-гипнотическаго состоянія, осложненнаго параличемъ п. *facialis* истерическаго происхожденія. Доказательства непритворности гипнотиковъ. Подражательная способность гипнотиковъ. Явленія внушеній на здоровыхъ лицахъ. Судебно-медицинское значеніе гипноза. Состояніе памяти въ гипнозѣ. Объясненіе долгосрочныхъ внушеній. Состояніе органовъ чувствъ въ различныхъ формахъ гипноза. Причины нервно-мышечной перевозбудимости. Различіе между нервно-мышечною перевозбудимостью въ летаргій и сомнамбуліи. Особенности мышечныхъ сокращеній въ различныхъ состояніяхъ гипноза. Контрактуры; отличіе ихъ отъ контрактуръ, наблюдаемыхъ при органическихъ заболѣваніяхъ головного мозга. Состояніе рефлексовъ въ различныхъ формахъ гипноза. Причины восковой гѣбкости и устойчивости позъ въ катаlepsii. Условія появленія трансфертовъ и физиологическое ихъ объясненіе. Трансферты гипнотическихъ формъ и болѣзненныхъ состояній съ одного субъекта на другого. Общій обзоръ состоянія нервной системы въ гипнозѣ. Номенклатура гипнотическихъ состояній.

Стр. 115—151.

IX.

Историческій обзоръ теорій истеріи и гипноза. Критическій обзоръ теоріи Каан'а. Доказательства въ пользу вѣроятности сосудодвигательной теоріи. Объясненіе этой теоріей различныхъ симптомовъ гипноза. Обзоръ сосудистой системы мозга. Иннервація мозговыхъ сосудовъ. Отсутствие патолого-анатомическаго матеріала въ истеріи и гипнозѣ. Рефлекторное происхожденіе сосудистыхъ разстройствъ въ истеро-гипнотическихъ состояніяхъ. Состояніе ганглиозныхъ клѣтокъ и ассоціаціонныхъ путей въ гипнозѣ. Элементы гипноза. Развитіе гипнотическаго состоянія. Разница между истеро-эпилептическимъ и истеро гипнотическимъ состояніями. Вліяніе опу-

сканія головы ниже уровня тѣла въ лежачемъ положеніи и приподнятіи ногъ въ этомъ положеніи на теченіе гипнотическаго состоянія. Кровонаполненіе въ сосудахъ мозга при этомъ положеніи. Состояніе пульса при различныхъ положеніяхъ тѣла въ бодрственномъ состояніи и во время гипноза. Давленіе крови въ сосудахъ мозга при опущенной головѣ и при поднятыхъ ногахъ. Послѣдствія и безопасность этого положенія.

Стр. 152—182.

X.

Истерія и гипнозъ въ глубокой древности. Роль полового чувства въ развитіи истерическаго состоянія. Вліяніе другихъ условий на развитіе истеріи. Причины рѣдкаго появленія истеріи въ дѣтскомъ и старческомъ возрастахъ. Принципы леченія истерическихъ больныхъ. Леченіе гипнотическими внушеніями. Терапевтическое значеніе гипноза. Кастрація. Изоляція истерическихъ больныхъ.

Стр. 183—197.

Литература Стр. 199—202.

Опечатки Стр. 203—

XI

Предисловіе.

По примѣру прошлыхъ лѣтъ, въ качествѣ члена Общества Приватъ-доцентовъ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи, я и въ теченіи 1886—1887 гг. предпринялъ рядъ повторительныхъ курсовъ для врачей. Предметомъ послѣднихъ чтеній были истерія и истерическій гипнозъ. Подготовляясь къ лекціямъ, я не имѣлъ въ виду печатать ихъ, и поэтому въ замѣткахъ своихъ не сдѣлалъ подробныхъ литературныхъ ссылокъ. Послѣ серіи 1886 г., многіе изъ присутствовавшихъ товарищей-слушателей пожелали, чтобы лекціи были напечатаны. Не смотря на трудность и сложность вопроса, я долженъ былъ согласиться, такъ какъ въ то время не имѣлось еще ни одного труда въ этомъ родѣ на русскомъ языкѣ. Но вскорѣ, съ появленіемъ перевода огромнаго сочиненія Paul Richer — «Études cliniques sur la grande hystérie», подъ редакціей Проф. П. И. Ковалевскаго, я рѣшилъ отпечатать только ту часть лекцій, которая содержитъ въ себѣ оригинальный матеріалъ, выбросивъ изъ нихъ многое, что читатель можетъ найти у Richer и другихъ новѣйшихъ авторовъ. Кромѣ того, сдѣланы нѣкоторыя дополненія изъ новыхъ наблюденій, полученныхъ послѣ окончанія курса лекцій.

Ради послѣдовательности, лекціи расположены нѣсколько въ иномъ порядкѣ, противъ того, въ какомъ онѣ читались въ зависимости отъ клиническихъ условій.

Д-ръ Мочутковскій.

Милостивые Государи!

Познакомивъ Васъ съ главнѣйшими формами истеріи и со всѣми періодами большаго истерическаго припадка, согласно дѣленію, установленному Charcot, я перехожу къ новому ряду явленій, то присоединяющихся къ отдѣльнымъ изъ этихъ періодовъ, то замѣняющихъ послѣдніе. Это истерическія формы гипноза.

Еще недавно, читавшій объ истеріи любую брошюру или главу учебника, находилъ и по гипнозу массу разнообразнаго матеріала, среди котораго трудно было разобраться даже опытному врачу. Изъ этого хаоса можно было прийти къ выводу, что гипнозъ, точно также какъ и истерія, представляетъ собою крайне темное разстройство, не подчиняющееся никакимъ клиническимъ законамъ. Громадную заслугу J. M. Charcot и его школы составляетъ приведеніе въ систему и этой группы заболѣванія.

Charcot отличаетъ три главныя фазы истерическаго гипноза: летаргію, каталепсію и сомнамбулизмъ.

Несмотря на то, что явленія гипноза извѣстны врачамъ уже многія сотни лѣтъ, онъ, къ сожалѣнью, сталъ предметомъ вполне научныхъ изысканій только въ послѣдніе годы, и, благодаря трудамъ Braid'a, Berger'a, Heidenhain'a, Charcot, Dumontpallier, P. Richer, Beaunis, Ch. Richet, Féré, Binet, Bernheim'a, Tamburini и Serpilli, Тарханова и мн. другихъ ученыхъ, изслѣдованіе этого вопроса направлено по строго фізіологическому пути.

Явленія гипноза легко могутъ быть вызваны и у совершенно здоровыхъ людей; но это состояніе, какъ вы уви-

дите позже, во многомъ отличается отъ самороднаго гипноза, наблюдаемаго у истерическихъ больныхъ. Послѣднимъ рядомъ явленій я и намѣренъ заняться въ предстоящей серіи лекцій.



I.

Передъ Вами 14 лѣтняя больная, Одесская уроженка, Ольга Ш. Она въ 1881, 1882 и 1885 гг. перенесла какія-то инфекціонныя болѣзни, характеръ которыхъ изъ разсказовъ ея матери опредѣлить очень трудно. Весною прошлаго года у нея былъ тяжелый дифтеритъ зѣва. Въ самомъ раннемъ дѣтствѣ болѣла корью. Первый разъ регулы получила въ прошломъ году; вначалѣ онѣ были правильны, безъ болей, но потомъ стали запаздывать. Съ 11 августа 1885 г. ихъ нѣтъ вовсе.

Ш... училась въ народномъ училищѣ, отличалась большими способностями и прекрасною памятью, но вышла изъ училища, не окончивъ курса, такъ какъ мать ея, овдовѣвъ, жила въ большой бѣдности и не могла за нее платить.— Въ послѣднее время больная ничѣмъ не занималась. По нраву Ольга застѣнчивая, очень веселая дѣвушка, но раздражительная, сердитая, злая, даже мстительная. Съ матерью жила не въ ладахъ, потому что она часто ее обижала.—Отецъ больной умеръ отъ тифа, мать считаетъ себя совершенно здоровой, но часто страдаетъ головными болями; двѣ сестры здоровы, два брата умерли въ дѣтствѣ въ припадкахъ судорогъ.

11 августа 1885 года, когда мать ушла изъ дому, оставивъ дочь одну, въ комнату вошелъ молодой булочникъ,

который раньше уже приглядывался къ Ольгѣ, и котораго она очень боялась. Ольга испугалась, впала въ безсознательное состояніе и ровно ничего не помнить, что съ нею происходило. Возвратившаяся мать нашла дочь лежащую безъ сознанія въ принадлежѣ судорогъ. Судороги, смѣняемая продолжительнымъ покойнымъ положеніемъ тѣла, длились всю ночь, но къ утру прекратились и сознаніе возвратилось; Ольга жаловалась тогда на боли въ нижней части живота. Съ этихъ поръ судороги, при безсознательномъ состояніи, повторялись каждый день по нѣсколько разъ.

30 августа 1885 года Ш. поступила въ Одесскую городскую больницу въ отдѣленіе д-ра Кроткова, жалуясь на боль въ затылкѣ и поясницѣ и частыя тошноты.—16 сентября ее перевели въ мое отдѣленіе.

Ш., какъ вы видите, выглядитъ старше своихъ лѣтъ; она малаго роста, правильнаго тѣлосложенія, шантретка. Спинной хребетъ въ поясничной части сильно выдается впередъ, животъ выпяченъ, верхняя его часть издаетъ повсюду барабанный тонъ; въ нижней части получается полная тупость, распространяющаяся по бѣлой линіи отъ лобковаго сращенія до горизонтальной линіи, проведенной по срединѣ между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ. Слизистыя оболочки окрашены умеренно; кожа нормальная. Кости и сочлененія не представляютъ никакихъ аномалій. Мышечная система хорошо развита. Сила въ каждой рукѣ равняется 25 фунтамъ. Легкія здоровы, дыханій 16 въ минуту. Абсолютная тупость сердца занимаетъ пространство отъ верхняго края 3-го ребра до верхняго края 6-го и поперегъ — отъ середины грудной кости до вертикальной линіи, проходящей на $\frac{1}{2}$ сантиметра вправо отъ лѣвой сосковой линіи. Границы эти вы видите начерченными карандашомъ на большой. Тоны сердца чистые; пульсъ 70 ударовъ въ минуту. Отправленій кишечнаго канала не бываетъ по 2—3 дня; языкъ чистъ, аппетитъ хорошъ. Оваріальныхъ точекъ нѣтъ; регулы, какъ

сказано выше, прекратились съ августа прошлаго года. Моча не представляетъ никакихъ ненормальныхъ данныхъ.

Рефлексы:—мышечные, кожно-мышечные и сухожильные нормальны. Изъ вазомоторныхъ явленій бросается въ глаза необыкновенная подвижность окраски лица: оно попеременно то больше, то меньше краснѣетъ, или-же блѣднѣетъ.— Полоса, проведенная тупоконечнымъ предметомъ по кожѣ, долго удерживаетъ свой яркій цвѣтъ и нѣсколько возвышающуюся поверхность.

Больная жалуется на слабость зрѣнія; передъ ея глазами мелькають постоянно скотомы. Зрачки реагируютъ на свѣтъ хорошо; они одинаковой величины. Дно глаза, по изслѣдованію Д-ра Миткевича, не представляетъ ничего ненормального. W. пр. глаза $\frac{20}{XXX}$, лѣваго — $\frac{20}{C}$.—

Слухъ почти одинаковъ съ обѣихъ сторонъ.

Обоняніе совершенно потеряно; до настоящей болѣзни оно было нормально.

Вкусъ, притупленный съ лѣвой стороны для всѣхъ вкусовыхъ ощущеній гаммы Magnan'a, съ правой представляетъ очень своеобразную особенность: водный растворъ сѣрно-кислой магнезіи, рядомъ съ свойственнымъ ему вкусомъ, вызываетъ особый пріятный запахъ, котораго больная не умѣетъ сравнить ни съ однимъ изъ знакомыхъ ей запаховъ. Растворъ сахара вызываетъ запахъ, напоминающій фіалки. Эти ассоціаціи вкусовыхъ ощущеній съ обонятельными извѣстны въ патологіи, и ихъ объясняютъ переходомъ возбужденій съ нерва одного органа чувствъ на другой по пути ихъ слѣдованія къ центрамъ. Экспериментальныя изслѣдованія Lapeghan's'a, Бѣсядецкаго и Равы подтвердили возможность такого объясненія. Найдено, что нервы различныхъ функцій, сросшие между собою, способны проводить ощущенія чуждой имъ функціи въ обоихъ направленіяхъ.

Термическое чувство понижено до такой степени, что больная съ трудомъ отличаетъ разницу между температурами въ $+ 8$ и $+ 32^{\circ}$ R. Болевья, тактильня и двойственныя ощущенія всей поверхности кожи и примыкающихъ къ ней слизистыхъ оболочекъ совершенно потеряны. Склера тоже не чувствительна. Для примѣра нечувствительности кожи и слизистыхъ оболочекъ приведу слѣдующій случай: Ольга Ёла кусокъ хрѣна и въ это время до крови искусаала свои пальцы, совершенно этого не чувствуя и не замѣчая.

Мышечное чувство и мышечная чувствительность тоже вполнѣ потеряны. Самое сильное давленіе на мышцы, вызывающее даже кровоподтеки, не даетъ никакой боли. Съ закрытыми глазами больная не въ состояніи опредѣлить ни степени сгибанія въ сочлененіяхъ, ни положенія, даннаго ей конечностямъ.

Несмотря на всѣ эти явленія, какъ мышцы, такъ и нервы относятся совершенно нормально къ гальваническому и фарадическому токамъ.

Рѣчь правильная, плавная. Температура тѣла, за все время пребыванія больной въ моемъ отдѣленіи, была нормальная. Сонъ и аппетитъ хорошіе. Главныя жалобы больной сосредоточиваются на головныхъ боляхъ, сжатіи въ горлѣ, боли подъ ложечкой.

Теченіе болѣзни впродолженіе моего наблюденія имѣло свои курьезы. При объемѣ живота совершенно нормальномъ въ началѣ пребыванія въ больницѣ, больная жаловалась на запоры, которые продолжались по 2 или 3 дня; изрѣдка появлялись рвоты. 15 октября сама больная и работающіе въ моемъ отдѣленіи товарищи замѣтили большее вздутіе живота съ равномернымъ тимпаническимъ тономъ при перкуссіи. Несмотря на слабительное, хорошо подѣйствовавшее, вставленіе катетера въ rectum, вздутіе не уменьшалось, и 19 октября къ нему прибавилось задержаніе мочи. Это не была истерическая ишурія въ смыслѣ Leucosk'a

и Charcot, такъ какъ съ помощью катетера удалось совершенно опорожнить пузырь, доходившій почти до пупка. Освобождено около 2.000 куб. сантиметровъ свѣтлой мочи, съ низкимъ удѣльнымъ вѣсомъ (1.004). вмѣстѣ съ этимъ значительно уменьшился и объемъ живота. Катетеризацію пришлось повторять ежедневно до 25 октября; съ этого времени больная начала мочиться сама. 31 октября опять найдено значительное увеличеніе живота и тимпанить. Моча выдѣлялась произвольно въ большомъ количествѣ. Испражнений не было 6 дней. Клецевинное масло, каломель и другія слабительныя не дѣйствовали. Ежедневно повторяемыя обильныя промыванія кишекъ и желудка остались тоже безъ послѣдствій. Запоръ продолжался уже двѣ недѣли, объемъ живота быстро увеличивался, какъ это видно изъ прилагаемыхъ на таблицѣ № 1-й измѣреній. Примѣненъ индуктивный токъ; одинъ электродъ вводился въ rectum, а другою перемѣщался съ мѣста на мѣсто по стѣнкамъ живота. Рвоты усилились, появилась большая чувствительность живота. Примѣненъ ледъ внутрь и снаружи въ видѣ ледяныхъ пузырей на животъ. Когда чувствительность, спустя 3 дня, исчезла, снова примѣненъ индукціонный токъ, потомъ массажъ, бинтованіе живота эластическимъ бинтомъ, затѣмъ сильный магнитъ къ поясничной части позвоночника, теплыя ванны, наконецъ опій въ большихъ приемахъ, эрготинъ съ рвотнымъ орѣхомъ. Всѣ эти средства, одно за другимъ, давались въ теченіи почти цѣлаго ноября безъ всякаго успѣха.

Такъ какъ испражнений не было пять недѣль, тимпанить увеличивался вмѣстѣ съ объемомъ живота, внизу живота получался тупой тонъ, доходящій до пупка и распространяющійся на илео-цекальную область и область, соответствующую S romanum, безъ флюктуации, при совершенно свободномъ мочеотдѣленіи, при учащеніи дыханія съ 16 (нормальныхъ) до 26 въ минуту, при упорной икотѣ и боли въ epigastrium, то, по совѣщаніи съ нѣкоторыми то-

варищами, рѣшено было произвести проколъ кишекъ на мѣстѣ наибольшаго тимпанита, съ цѣлью освобожденія газовъ и полученія возможности болѣе тщательнаго изслѣдованія полости живота. 1-го декабря, товарищъ Войно сдѣлалъ 2 прокола, но уменьшенія объема живота не послѣдовало.— Спустя 2 дня, получилось самостоятельно очень обильное испражненіе; область тупаго тона уменьшилась, по бокамъ въ нижней части живота появился тимпанитъ. Съ тѣхъ поръ испражненія бывали черезъ 4 или 5 дней; но объемъ живота и вмѣстѣ съ нимъ тимпанитъ увеличивались. Appetitъ былъ очень хорошъ, икоты и, изрѣдка, рвоты продолжались. Чувствительность живота была умѣренная.

15 февраля сего года, одинъ изъ моихъ сотрудниковъ по отдѣленію, Д-ръ Н. Ф. Гамалѣя, изслѣдуя животъ больной, замѣтилъ въ немъ движеніе. Больная, послѣ настойчивыхъ разспросовъ, сообщила, что она чувствуетъ это движеніе уже нѣсколько недѣль. При изслѣдованіи грудныхъ желѣзъ, Монгомеровы желѣзки оказались увеличенными, и изъ сосковъ выдавливалась молочнаго цвѣта жидкость. Больная была подвергнута гинекологическому изслѣдованію, при чемъ дѣвственная плева оказалась разрушенной, и ясно можно было ощущать баллотированіе головки. Когда больной объявили о ея беременности, она была крайне поражена этимъ фактомъ, такъ какъ, по ея убѣжденію, она до сихъ поръ никогда ни съ кѣмъ не имѣла совокупленій. Подробное изученіе обстоятельствъ привело ее и ея мать къ догадкамъ, что совокупленіе произошло въ припадкѣ, во время безсознательнаго состоянія.*)

Изучая кривыя, составленныя по цифрамъ трехъ измѣреній живота, замѣчается большое между ними несоотвѣтствіе: надлобковая горизонтальная линія (проведенная

*) Больная родила 13 мая 1886 г.; первая половина родовъ прошла нормально въ состояніи гипноза (летаргии); по затѣмъ, всѣ пріемы, вызывающіе гипнозъ искусственно, оказались неэффективными.

черезъ середину между пупкомъ и лобковымъ сращеніемъ) шла впереди остальныхъ двухъ до 20-й недѣли беременности. Съ этого времени ее стала обгонять пупочная линія. Подмечевидная горизонтальная линія (проведенная черезъ середину между мечевиднымъ отросткомъ и пупкомъ) на-ростала почти параллельно съ ними, но съ 25 недѣли догнала объ первыя. Очевидно, что объемъ живота такихъ большихъ размѣровъ (и главнымъ образомъ его верхней части) не могъ быть отнесенъ на счетъ одной лишь беременности. Рядомъ съ нею имѣлось и паралитическое состояніе кишечнаго канала, которое должно быть отнесено къ числу истерическихъ явленій. И дѣйствительно, 14 февраля больная была подвергнута въ первый разъ искусственному гипнозу (летаргii) въ теченіи одного часа. Вслѣдъ за возвращеніемъ изъ гипнотическаго состоянія въ нормальное, газы стали выходить въ громадномъ количествѣ, и объемъ живота уменьшился на 10 сант., какъ это видно изъ кривыхъ. 7-го марта повторена гипнотизація съ такимъ-же успѣхомъ.—

Съ больною, со времени поступленія въ мое отдѣленіе, ежедневно повторяются припадки слѣдующаго характера. Мгновенно, иногда на полусловѣ, обрывается рѣчь, во время руководящаго движенія въ рукахъ останавливаются вдругъ; взглядъ дѣлается сосредоточеннымъ, и вся фигура больной иммобилизуется. Лицо блѣднѣетъ, зрачки широки, неподвижны, пульсъ ускоряется до 120 ударовъ въ минуту. Это состояніе длится 1½ до 2 минутъ. Засимъ, (предположимъ больную въ сидячемъ положеніи) слѣдуетъ быстрый толчокъ всѣмъ туловищемъ впередъ. Больная, точно ныряя въ воду, выбрасывается изъ кровати на полъ, падая животомъ внизъ, и производитъ рядъ движеній, совершенно сходныхъ съ плавательными: она загребаетъ руками подъ себя, ногами дѣлаетъ ритмическія отталкивающія движенія; голова приподнята, глаза открыты. Такое состояніе (клоунизма по Charcot) продолжается отъ 5

мин. до $\frac{1}{2}$ часа и всегда оканчивается нѣсколькими общими судорогами клонического характера; въ это время глаза закрываются, и лицо сильно краснѣетъ. Послѣ такого ряда общихъ судорогъ, больная дѣлаетъ вдругъ полуоборотъ вокругъ продольной оси и принимаетъ позу плавающего на спинѣ;*) при этомъ мышечный тонусъ очень увеличенъ, руки сильно прижаты къ груди, кисти сжаты въ кулакъ. — Наконецъ голова закидывается назадъ, и все тѣло, сначала ровно вытянутое, получаетъ форму дуги, упирающейся на пятки и голову, такъ что межъ спиной и поломъ свободно можно продвинуть подушку. Лицо становится багровымъ, глаза опять открыты, дыханіе задержано, пульсъ 150 ударовъ въ минуту, по временамъ являются глотательныя движенія. Послѣ нѣсколькихъ минутъ такого положенія, снова происходитъ полуоборотъ вокругъ осей тѣла и опять плавательныя движенія, при посредствѣ которыхъ больная передвигается иногда на разстояніи слишкомъ 2 сажени. Если вы крѣпко сожмете икроножную мышцу во время движенія больной, — движеніе тотчасъ остановится; если сожмете во время покоя, — больная начинаетъ дѣлать снова плавательныя движенія; точь въ точь какъ въ опытахъ проф. Гарханова съ обезглавленной уткой. Послѣ новаго ряда общихъ клоническихъ судорогъ, такъ-же мгновенно наступаетъ расслабленіе всѣхъ членовъ и переходъ въ сознаніе.

Припадки настигаютъ больную такъ неожиданно, что она не успѣваетъ, при всемъ стараніи, оградить себя отъ опасныхъ поврежденій. Такъ, 24 января, схваченная припадкомъ въ стоячемъ положеніи у окна, она разбила стекло, при чемъ перерѣзала себѣ правую лучевую артерію.

Послѣ припадковъ больная чувствуетъ головную боль въ затылкѣ и по бокамъ стрѣловиднаго шва; иногда яв-

*) Оказалось, что больная на самомъ дѣлѣ прекрасно плаваетъ и любитъ плавать.

ляется тяжелая тоска, въ которой однажды больная пыталась затянуть себѣ горло петлей.

Это тѣ припадки, которые появляются самостоятельно отъ 4 до 15 разъ въ день. Но въ началѣ пребыванія больной въ моемъ отдѣленіи наблюдались, тоже самостоятельно (самородно) появившіеся, припадки совершенно другаго характера. Я сейчасъ вызову искусственно такой припадокъ у больной, находящейся въ данную минуту въ бодрственномъ состояніи. Вы видите, что для этого достаточно закрыть ея вѣки и производить на нихъ легкое давленіе. По истеченіи 2 или 3 минутъ, прежде всего появляется сильное напряженіе въ мышцахъ всѣхъ конечностей, но безъ судорогъ; потомъ наступаетъ рядъ глотательныхъ движеній, засимъ глоточный шумъ и свистящее, неправильное дыханіе. Вскорѣ эти явленія смѣнились противоположными: больная лежитъ съ вытянутыми конечностями; приподнятая вверхъ рука или нога не удерживается въ этомъ положеніи, а тяжело опускается внизъ. Всѣ мышцы тѣла немного ригидны. Дыханіе сдѣлалось глубокимъ, правильнымъ, 24 въ минуту; пульсъ полный, ровный, 124 въ минуту; въ подгрудинной области чувствуется пульсація, глаза закрыты, глазныя яблоки сведены внутрь и вверхъ, сосуды соединительной оболочки налиты кровью, лицо красное, сознанія нѣтъ, анестезія полная. Всѣ остальные органы чувствъ тоже находятся въ состояніи глубокаго подавленія.

Я въ особенности обращаю ваше вниманіе на полнѣйшее подавленіе слуха. Ни крикъ надъ ухомъ, ни барабанный бой не вызываютъ ни малѣйшаго рефлекса. Больная не отвѣчаетъ на вопросы и не исполняетъ никакихъ вашихъ приказаній. Я нарочно продѣлалъ передъ вами цѣлый рядъ опытовъ, подтверждающихъ это явленіе, ни слова не говоря ранѣе о цѣли ихъ. Иначе вы могли-бы заподозрѣть, что мое заявленіе «больная ничего не слышитъ»

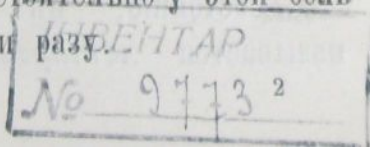
является своего рода внушениемъ, доказывающимъ только сохранность слуха въ этой формѣ гипноза.

Кожно-мышечные рефлексы получаютъ очень легко. Сухожильные рефлексы крайне усилены: достаточно самого слабого удара по надколенной чашке или даже по надкостницѣ *tibiae*, чтобы вызвать сильный рефлексъ. Мало того, ударъ вызываетъ сокращеніе не только на соименной конечности, но и на противоположной; болѣе сильный ударъ по сухожилию надколенной чашки вызываетъ даже содроганіе въ соименной или противоположной рукѣ. Если вы ударяете молоткомъ по задней поверхности локтевого сочлененія, то получается сильное сокращеніе въ пальцахъ кисти той-же руки; болѣе сильный ударъ по тому-же мѣсту ведетъ къ распространенію сокращеній на противоположную кисть и еще болѣе сильный на обѣ нижнія конечности. Если вы сильно сдавите пальцами какой-нибудь мускуль, напр. *masseter* или *biceps brachii*, то вслѣдъ за прекращеніемъ давленія мышца сокращается и переходитъ въ контрактуру; эти-же опыты легко удаются и на цѣлыхъ мышечныхъ группахъ, напр. на сгибателяхъ бедра. Магнитъ, приложенный къ любой мышечной группѣ на разстояніи 1—1½ сантиметра, вызываетъ тѣ-же явленія. Стоитъ какимъ-нибудь тупоконечнымъ тѣломъ, положимъ, ручкой пера, сильно надавить на вѣтви п. *facialis* въ томъ мѣстѣ, гдѣ онѣ выходятъ изъ подъ оболочечной желѣзы, для того, чтобы сейчасъ же получился цѣлый рядъ сокращеній въ мышцахъ лица, снабжаемыхъ ими. Сокращенія эти очень хорошо видны, но еще лучше, какъ вы можете въ этомъ убѣдиться, чувствуются подъ вашей рукой. Если надавить такимъ-же образомъ на п. *ulnaris*, лежащій поверхностно въ костной выемкѣ между *olecranon* и *epitrochlea*, то кисть соответственной конечности приходитъ въ состояніе контрактуры и получаетъ видъ, извѣстный подъ именемъ «*main en griffe*».

Необходимо замѣтить, что въ этихъ явленіяхъ кожа не играетъ ровно никакой роли. Вы уже убѣдились въ ея полнѣйшей нечувствительности ко всеѣмъ видамъ ощущеній, — болевымъ, тактильнымъ и термическимъ; кромѣ того, вышеприведенные опыты также хорошо удаются, если вы будете анестезировать кожу, напр. эфиромъ, или поднимете ее въ складку. Наоборотъ, слабыя раздраженія — дуновеніе, уколъ, щекотаніе, ограничивающіяся одной лишь кожей и не передающіяся на мышцу или двигательный нервъ, оставались безъ всякаго эффекта.

Рядъ вышеприведенныхъ сокращеній, вызванныхъ механическимъ путемъ и доказывающихъ высокую степень того состоянія, которое Charcot называлъ «нервно-мышечной перевозбудимостью», напоминаетъ сокращенія, получаемыя отъ электрическихъ токовъ, но они вмѣстѣ съ тѣмъ рѣзко отличаются отъ послѣднихъ. Въ обоихъ случаяхъ представляется возможность локализовать раздраженія, т. е. раздражать мышцу или нервы непосредственно; но электрическое и гальваническое раздраженіе не вызываетъ контрактуръ, которыя получаютъ отъ механическихъ раздраженій. Наконецъ токи вызываютъ единичное сокращеніе, прекращающееся съ удаленіемъ раздражителя, тогда какъ механическое раздраженіе даетъ длительное тоническое сокращеніе, доходящее до контрактуры, которая остается послѣ прекращенія дѣйствія раздражителя. Контрактуры, получающіяся отъ давленія на мышцы, очень стойки; онѣ удерживаются часъ и болѣе, но ихъ легко уничтожить растираніемъ антагонистовъ.

Въ изучаемомъ состояніи гипноза стоитъ открыть больнои одинъ глазъ, и вы тотчасъ-же получите картину катаlepsii на соответствующей открытому глазу сторонѣ тѣла. Съ открытіемъ обоихъ глазъ получается полная картина обоюдо-сторонней катаlepsii; но самостоятельно у этой больнои катаlepsii не обнаруживалась ни разу.



Вамъ не трудно убѣдиться, что личность экспериментатора не играетъ въ этихъ опытахъ никакой роли; каждый изъ васъ тѣми же способами можетъ вызвать тѣ-же самыя явленія.

Теперь позвольте показать вамъ нѣсколько явленій въ системѣ кровообращенія больной. Если руку или ногу, находящуюся въ состояніи контрактуры, опустить ниже уровня койки, на которой лежитъ больная, то, спустя $1\frac{1}{2}$ до 2 минутъ, конечность приходитъ въ полное расслабленіе. Бинтованіе висящей конечности эластическимъ бинтомъ возвращаетъ въ ней контрактуру.

Давленіе на сонныя артеріи пальцами замедляетъ возвращеніе загнипнотизированной больной къ сознанию и усиливаетъ явленія нервно-мышечной перевозбудимости. Наконецъ, провѣряя результаты перкуссіи границъ сердца, полученныхъ въ бодрственномъ состояніи больной и намѣченныхъ чернильнымъ карандашомъ, вы легко можете убѣдиться, что въ состояніи изучаемой формы гипноза объемъ сердца увеличился во всѣхъ направленіяхъ больше чѣмъ на $1\frac{1}{2}$ сантиметра.

Если свѣсить голову больной ниже уровня кровати (см. фотограф. снимокъ фиг. 2-я), то, спустя 1 или 2 минуты, лицо сильно краснѣетъ, появляются движенія въ вѣкахъ, подергиванія въ губахъ, движенія крыльями носа и бровями, наконецъ слѣдуетъ поворачиваніе головы. Съ этого момента больная приходитъ въ полное сознаніе. Если по истеченіи 2-хъ минутъ этотъ результатъ не получается, то съ поднятіемъ, при вышеописанной позѣ, ногъ вверхъ такъ, чтобы по отношенію къ туловищу онѣ стали почти подъ прямымъ угломъ, переходъ въ сознаніе наступитъ спустя еще 1 или 2 минуты.

Состояніе, въ которомъ вы наблюдали больную, называется *летаргическимъ*. Я позволю себѣ вкратцѣ

перечислить главнѣйшіе симптомы, которыми оно выражается:

- 1) Полное отсутствіе сознанія.
- 2) Дѣятельность всѣхъ органовъ чувствъ совершенно уничтожена.
- 3) Мышечное чувство и чувствительность уничтожены.
- 4) Мышечный тонусъ слегка усиленъ.
- 5) Рѣзко выступаетъ состояніе нервно-мышечной перевозбудимости.
- 6) Имѣется способность сокращеній, вызываемыхъ механическими раздраженіями, переходить въ стойкія контрактуры, которыя уничтожаются разминаніемъ или растраніемъ антагонистовъ.
- 7) Сухожильные и мышечные рефлексы сильно повышены.
- 8) Внушенія или галлюцинаціи не получаютъ вовсе.
- 9) Личность экспериментатора не играетъ никакой роли въ успѣхѣ опытовъ.
10. Въ памяти больной ничего не остается о томъ, что происходило во время гипноза.

Это, повидимому, самая глубокая форма гипнотическаго состоянія.



II.

Больная, которую Вы видите сегодня, — еврейка Вѣра У... Ей 18 лѣтъ, она уроженка Кіевской губерніи. По показаніямъ матери, Вѣра родилась вѣвремя, при правильныхъ и легкихъ родахъ. Въ дѣтствѣ никогда не болѣла. Первые регулы получила на 15-мъ году жизни. Родители Вѣры отличаются прекраснымъ здоровьемъ; одинъ изъ братьевъ на 17 году жизни страдалъ какимъ-то кратковременнымъ психическимъ разстройствомъ, выразившимся бессонницей, бредомъ и галлюцинаціями. Его должны были помѣстить въ больницу, откуда онъ ушелъ здоровымъ, спустя 10 дней.

Родители Вѣры прежде были зажиточные люди и ни въ чемъ не отказывали своей дочери. Она ходила въ пансіонъ, и несмотря на то, что не отличалась ни особенною памятью, ни способностями, дошла до высшихъ классовъ. Въ школѣ она отличалась чрезвычайною впечатлительностью характера при большой кротости и внимательности. Года два тому назадъ Вѣра вышла изъ пансіона вслѣдствіе обѣднѣнія родителей и съ тѣхъ поръ жила при нихъ безъ всякаго дѣла.

Въ теченіи своей юности Вѣра перенесла нѣсколько очень сильныхъ душевныхъ потрясеній. Первое по времени — это восторженные рассказы отца, возвратившагося изъ путешествія по Италіи. Съ тѣхъ поръ Вѣра постоянно меч-

тала о путешествіи, о чудной природѣ Италіи, о высокихъ горахъ, покрытыхъ снѣгами, а внизу вѣчно цвѣтущими розами, о картинныхъ галлереяхъ и проч. Вторымъ потрясеніемъ, или, вѣрнѣе, нравственнымъ ударомъ, была мученическая смерть Императора Александра II. Наконецъ, третья психическая траума—неожиданное обѣднѣніе родителей. Въ этотъ послѣдній періодъ Вѣра, сильно грустившая, стала часто ходить къ своимъ подругамъ, чтобы въ хоровомъ пѣніи найти душевное успокоеніе. Среди такой нравственной обстановки, годъ тому назадъ, больная получила первый истеро-эпилептическій припадокъ. Онъ состоялъ въ слѣдующемъ: сначала раздавался пронзительный крикъ, потомъ наступалъ рядъ тоническихъ и клоническихъ судорогъ, продолжающихся 2 или 3 минуты; потомъ бредъ, затѣмъ слѣдовало успокоеніе и сонъ. Сначала припадки повторялись ежедневно по одному разу, потомъ все рѣже и рѣже, такъ что случались свободные промежутки по 2 мѣсяца. Въ началѣ октября прошлаго года, Вѣра испытала какое-то новое душевное потрясеніе, вслѣдъ за которымъ въ ея характерѣ наступила рѣзкая переменна. Грусть и мрачное настроеніе духа смѣнились неестественнымъ веселіемъ, а потомъ буйствомъ: она пѣла, танцевала, шутила, наконецъ начинала шумѣть, злиться, бить посуду, ломать мебель.

15 октября 1885 г., въ виду повторенія такого припадка въ очень сильной степени, родители рѣшили помѣстить Вѣру въ отдѣленіе для психическихъ больныхъ при Одесской Городской Больницѣ. Она попала въ палату д-ра Симоновича, гдѣ послѣ такого буйнаго періода скоро успокоилась:—пѣла, пила, работала, казалась очень веселой,—пѣла, подшучивала надъ больными, но не позволяла себя изслѣдовать. вмѣстѣ съ тѣмъ обнаруживала до такой степени ограниченныя понятія и представленія, что вызвала въ д-рѣ Симоновичѣ подозрѣніе въ искренности своихъ показаній.

Такъ наримѣръ, она утверждала, что сутки имѣютъ 25 часовъ, за субботой слѣдуетъ четвергъ, $1+2=4$, $3 \times 5=18$. Вѣра помнитъ всѣ важнѣйшія событія изъ своей жизни до послѣдняго заболѣванія. Знаетъ, гдѣ она находится, но не помнитъ, что съ нею здѣсь происходило. Замѣчена также кожная анестезія. Спустя еще нѣсколько дней, Вѣра окончательно успокоилась, и д-ръ Симоновичъ, находя ея умственное состояніе нормальнымъ, перевелъ больную въ завѣдываемое мною отдѣленіе больницы для нервныхъ больныхъ. Это было 21 ноября 1885 года. Здѣсь припадки стали повторяться съ необыкновенною правильностью между 8 и 12 часами утра и 6—8 часами вечера. Сначала Вѣра падала, точно въ обморокъ, засимъ начинала хрипѣть, появлялась ригидность во всѣхъ конечностяхъ, потомъ повторный пронзительный крикъ, ритмическое біеніе по кровати лѣвой рукой вдоль туловища, наконецъ общія сперва тоническія, потомъ клоническія судороги. Все это занимало не болѣе 3 или 4 минутъ и переходило въ состояніе полного покоя; иногда изо рта вытекала пѣна. Во время припадка вѣки были закрыты, глаза сведены внутрь и вверхъ, зрачки расширены, плохо отвѣчали на свѣтъ. Лицо, въ началѣ припадка сильно поблѣднѣвшее, къ концу его становилось ярко краснымъ, пульсъ достигалъ 130 ударовъ, дыханіе 24 въ минуту. Спустя нѣсколько минутъ, медленно наступало возвращеніе сознанія: Вѣра жаловалась на головную боль, но не чувствовала ни боли въ конечностяхъ, ни даже усталости и не знала, что съ нею происходило.

29 ноября, послѣ такого припадка, Вѣра, успокоившись, казалось, совершенно, вдругъ раскрыла глаза, встала на постели на ноги, затѣмъ влѣзла на желѣзную спинку кровати и, постоявъ на ней мгновеніе, не теряя равновѣсія, прыгнула на полъ. Потомъ начала бродить съ закинутой назадъ головой по палатѣ, точно искала чего-то на стѣнахъ и потолокѣ. При этомъ она съ большою ловкостью обходила

попадавшіеся ей на пути предметы: столы, стулья и проч. На вопросы не отвѣчала вовсе; сопротивлялась при попыткахъ отвести ее на койку.

Для меня крайне интереснымъ представлялся вопросъ—чѣмъ занята ее психическая работа во время хожденія и разсматриванія стѣнъ въ комнатахъ? Миѣ хотѣлось войти, такъ сказать, въ ее міръ ощущеній. Для этого я попытался было воспользоваться методомъ такъ называемаго «чтенія мыслей», т. е. я хотѣлъ узнать—не передаются ли ее ощущенія въ видѣ какихъ либо движеній. Но изъ мышечныхъ сокращеній ее рукъ, я не могъ сдѣлать никакихъ опредѣленныхъ выводовъ. Тогда я воспользовался наблюденіемъ *Companelli*, который, подражая выраженію другихъ лицъ, старался отгадать ихъ ощущенія, и заявленіемъ *Bugq'a*, который, поддѣлывая выраженія другихъ лицъ, самъ испытывалъ ихъ психическое состояніе. Послѣдніе опыты и привели меня къ предположенію, что Вѣра галлюцинируетъ о какомъ-то музее или картинной галлерее, что вскорѣ и подтвердилось ее восклицаніями.

Съ 29 ноября такого рода припадки повторялись ежедневно. Въ одномъ изъ нихъ, подойдя къ стѣнкѣ, она сказала: «Вотъ портретъ Императора Александра II-го, рвите розы, нужно сдѣлать Ему вѣнокъ». Въ другой разъ, разсматривая тѣ же стѣны, она произнесла: «какія горы!..., а цвѣты..., какіе цвѣты!» Засимъ, выскочивъ во дворъ въ легкой больничной одеждѣ при—3^о В. и устремивъ глаза на густыя тучи, произнесла: «какія горы..., снѣгъ...,*) холодно; какъ хорошо жить на сѣверѣ!..., а розы»!..

22 января 1886 года такой-же точно припадокъ перешелъ не въ спокойный сонъ, какъ это бывало до сихъ поръ, а въ буйное состояніе, такое точно, какое наблюдалъ д-ръ Симоновичъ; больная шумѣла, опрокидывала мебель, брани-

*) Снѣга въ то время еще не было.

ла и колотила прислугу, обижала больныхъ, пыталась убѣжать. Частое повтореніе этихъ припадковъ, въ связи съ попытками повѣситься, вынудили меня (ради усиленнаго надзора) перевести ее 29 января опять въ психическое отдѣленіе, откуда она вскорѣ снова вернулась ко мнѣ совершенно спокойная. Но это состояніе длилось всего лишь 2 недѣли, и Вѣра опять стала продолжать свои оригинальныя странствованія.

Въ физическомъ отношеніи Вѣра прекраснаго тѣлосложенія, средняго роста, умѣренно упитанная. Кожа нормальная, но блѣдная, слизистыя оболочки блѣдно-розоваго цвѣта. Кости, сочлененія и мышечная система не представляютъ никакихъ отклоненій отъ нормы. Мышечная сила по динамометру въ правой рукѣ 40, въ лѣвой—20 фунтовъ.

Органы дыханія, кровообращенія и пищеваренія не представляютъ никакихъ патологическихъ симптомовъ. Передъ регулами Вѣра жалуется на боли въ нижней части лѣвой половины живота; оваріальныхъ точекъ не найдено. Отдѣленія и выдѣленія нормальны. Внѣ припадка сухожильные рефлексy нормальны; кожно-мышечные (на прямыхъ мышцахъ живота) отсутствуютъ.— Вазомоторныя явленія на кожѣ тѣла механическимъ путемъ получаютъ съ трудомъ, но лицо Вѣры чрезвычайно часто мѣняетъ окраску въ теченіи даже кратковременнаго за ней наблюденія.

Изъ органовъ чувствъ слухъ оказался нормальнымъ. Обоняніе и вкусъ совершенно потеряны. Ни одно изъ веществъ обонятельной и вкусовой гаммы, употребляемыхъ обыкновенно для изслѣдованія, не ощущалось больной. Что касается зрѣнія, то лѣвымъ глазомъ больная ровно ничего не видитъ, правымъ видитъ хорошо; онъ міопиченъ, $\frac{1}{12}$. Поле зрѣнія, изслѣдованное периметромъ Foerстера, вверхъ и внизъ=5°, направо и налѣво 15°. Изъ цвѣтовъ называетъ правильно только красный и зеленый; всѣ остальные ей

кажутся сърыми. Зрительные нервы въ обоихъ глазахъ оказались совершенно нормальными (изслѣдовалъ д-ръ Миткевичъ). — Болевая чувствительность кожи и сосѣднихъ слизистыхъ оболочекъ совершенно потеряна; тактильная — сохранена. Двойственные ощущенія уничтожены, термическія сильно подавлены; такъ, больная съ трудомъ лишь отличаетъ разницу между температурой двухъ сосудовъ, изъ которыхъ одинъ наполненъ $+9$, а другой $+34$ -хъ градусной водой по Реомюру.

Мышечное чувство и мышечная чувствительность сохранились вполнѣ.

Электрическая и гальваническая возбудимость нервовъ и мышцъ нормальная.

Больная говоритъ внятно, но заикается; она правша. Аппетитъ хорошъ, сонъ тоже; температура тѣла нормальная.

Память удовлетворительная, сообразительность довольно быстрая. По характеру Вѣра—дѣвушка скромная, услужливая, трудолюбивая, но вмѣстѣ съ тѣмъ энергическая и рѣшительная.

Главныя жалобы Вѣры—постоянная головная боль въ области темянныхъ костей и общая слабость.

Теперь я представлю вамъ возможность наблюдать вышеописанную мною картину припадка. Если употребить одинъ изъ сильно дѣйствующихъ раздражителей, напр., ударъ въ барабанъ или магнійный свѣтъ, то припадокъ начинается вдругъ судорожными явленіями и только въ послѣдствіи самъ собою смѣняется гипнотическимъ состояніемъ.

Если-же употребить менѣе рѣзко дѣйствующій раздражитель, напр., слабое давленіе на глазныя яблока или монотонный стукъ молотка индукціоннаго прибора, то судорожный элементъ припадка выпадаетъ, и больная медленно и спокойно засыпаетъ; потомъ глаза вдругъ открываются

(или-же вы можете ихъ открыть сами), и картина гипноза готова. Я выбираю на этотъ разъ послѣдній способъ.

При звукѣ молотка индукціоннаго аппарата, больная, минутой раньше введенная въ залъ, уснула въ лежачемъ положеніи; затѣмъ, спустя около 2 минутъ, вдругъ открыла глаза, слегка закинула голову назадъ и взглядъ устремила въ потолокъ. Зрительныя оси при этомъ сведены довольно сильно, взглядъ сосредоточенный, зрачки расширены, но подвижны; въ нихъ замѣтна постоянная игра: то они суживаются, то расширяются.

Достоинъ вниманія фактъ, что подвижность зрачковъ вовсе не обуславливается силой свѣта. Движенія эти совершенно самостоятельныя, независящія отъ вѣшнихъ причинъ; я объясню это послѣ.

Во взглядѣ больной замѣчается полный индифферентизмъ, совершенное безстрастіе. Отъ времени до времени являются замыкательныя движенія вѣкъ; иногда текутъ слезы. Лицо блѣдное, слизистыя оболочки блѣднѣе обыкновеннаго. Кожа на туловищѣ и конечностяхъ нормально окрашена, но если провести тупоконечной костяной спицей по кожѣ, напр., на внутренней поверхности предплечія, то, спустя 1 или 1½ минуты, получается ярко-красная полоса, выдающаяся надъ уровнемъ сосѣднихъ мѣстъ.

Дыханіе ровное, но замедленное; больная дышетъ всего 12 разъ въ минуту, между тѣмъ какъ обыкновенно у нея въ тотъ-же срокъ около 18 дыханій. Пульсъ тоже замедлился съ 84 на 60 въ минуту. Сухожильные рефлексъ едва замѣтно повышены. Раздраженіе нервовъ и мышцъ давленіемъ или ударомъ молотка не вызываетъ сокращеній. Мышцы не ригидны.

Теперь я подниму больную: она стоитъ на ногахъ въ той-же позѣ, какая ей дана первоначально, и сама не выйдетъ изъ этого положенія, пока вы ей не дадите другое. Если вытянуть ей руки горизонтально въ стороны, то она

будетъ держать ихъ около $\frac{1}{2}$ часа самымъ устойчивымъ образомъ; не замѣтно при этомъ въ рукахъ особеннаго дрожанія, несмотря на то, что это одна изъ самыхъ неудобныхъ и непривычныхъ позъ, и ни одинъ изъ насъ не можетъ этого сдѣлать даже въ теченіи нѣсколькихъ минутъ. Если при данномъ положеніи конечностей, записать съ помощью міографа на вертящемся барабанѣ мышечное сокращеніе въ этомъ состояніи гипноза и у здоровыхъ лицъ, то получатся кривыя, весьма рѣзко отличающіяся другъ отъ друга. Въ первомъ случаѣ получается ровная, равномерно опускающаяся линія, во второмъ, — линія имѣетъ зубчатый видъ и неровное направленіе, то нисходящее, то восходящее, отвѣчающее колебаніямъ мышечнаго напряженія. При этомъ зубцы увеличиваются въ высотѣ по мѣрѣ продолжительности опыта и соответственно усталости мышцъ. Кривыя эти чрезвычайно характерны и получаютъ большое значеніе въ случаяхъ, гдѣ имѣется основаніе заподозрѣть притворство.

Можно придать больной еще менѣе удобныя, менѣе устойчивыя позы, и она все-таки будетъ сохранять ихъ. Я ставлю больную на ноги съ значительно откинутымъ назадъ туловищемъ, и она не падаетъ; ноги ея точно прилипли къ полу. Поставьте больную на одной ногѣ, — она, не теряя равновѣсія, останется въ этой позиціи въ нѣсколько разъ дольше, чѣмъ каждый изъ насъ. Вы можете заставить больную принять какую угодно позу, напр., художественную: поставьте ее на колѣни и сложите вмѣстѣ ладони, — вы получите настоящую статую. Приложите большой палецъ ея правой, напимѣрь, растопыренной кисти къ носу, а мизинецъ той-же руки къ большому пальцу лѣвой растопыренной руки, и получится та потѣшная фигура, которую дѣти часто употребляютъ въ своихъ шалостяхъ. При всѣхъ этихъ позахъ, выраженіе лица больной не

мѣняется вовсе; оно постоянно одинаково безстрастно, одинаково безучастно*).

Продѣлывая вышеприведенныя движенія, вы замѣчаете со стороны конечностей больной удивительную податливость. Ея руки слушаются васъ безъ малѣйшаго сопротивленія; чувствуется даже особенная легкость конечностей, точно онѣ пустотѣлыя и въ тоже время необыкновенно устойчивы въ получаемыхъ ими положеніяхъ. Это состояніе называется «восковою гибкостью».

Теперь посмотримъ, въ какомъ состояніи находятся у больной органы чувствъ во время этой формы гипноза.

Вы видите Вѣру съ открытыми глазами, она ходитъ по комнатѣ и, несмотря на устремленный взглядъ на стѣны, она не натывается на встрѣчающіеся по пути предметы. Подойдя къ запертымъ дверямъ, она сразу находитъ ручку; стало-быть зрѣніе функционируетъ. Но не трудно убѣдиться, что она отчетливо видитъ только тѣ предметы, которые попадаютъ на точку пересѣченія ея зрительныхъ осей, установленныхъ подъ постояннымъ угломъ. Для этого я дѣлаю слѣдующій опытъ: на различныхъ разстояніяхъ передъ ея глазами я дѣржу, висящую на ниткѣ, бумажную фигуру краснаго цвѣта, по формѣ напоминающую птицу. Больная не обращаетъ ни малѣйшаго вниманія на этотъ предметъ до тѣхъ поръ, пока фигура не попадетъ на перекрестъ зрительныхъ осей. Въ этотъ моментъ вы замѣчаете, что лицо больной принимаетъ удивленный видъ, она сморщиваетъ брови и слѣдитъ обоими глазами, поворачивая ихъ то вправо, то влѣво (все съ тѣмъ-же угломъ сведенія осей) за движеніями моей искусственной птицы до тѣхъ поръ,

*) Charcot и Richer наблюдали, что извѣстныя позы вызываютъ соответственное сокращеніе въ мышцахъ лица, придающее ему выраженіе, свойственное позѣ. И наоборотъ, заставляя мышцы лица помощью электрическаго тока принять особое выраженіе, они замѣчали у такихъ больныхъ и соответственныя выраженію движенія въ конечностяхъ. Мнѣ эти опыты не удавались ни разу.

пока они совершаются по вертикальной плоскости, проходящей через точку пересѣченія ея зрительныхъ осей. Зрачки въ это время остаются неподвижными. Стоитъ теперь удалить птицу, или приблизить ее къ глазамъ, движенія глазъ (все подь тѣмъ-же угломъ сведенія осей) мгновенно останавливаются и остаются фиксированными въ томъ направленіи, въ которомъ въ послѣдній разъ упало на сѣтчатку ясное изображеніе. Съ этого момента начинается живая игра въ величинѣ зрачковъ, раньше совершенно неподвижныхъ. Больная психически разыскиваетъ и аккомодируетъ въ пространствѣ исчезнувшее изображеніе птицы. Budge видитъ въ колебаніяхъ величины зрачка отъ психическихъ причинъ полную аналогію съ слюноотдѣленіемъ психическаго происхожденія, напримѣръ, при вкусовыхъ представленіяхъ.

Слухъ у больной кажется подавленнымъ: она не вздрагиваетъ при звукѣ барабана, не отвѣчаетъ на ваши вопросы, не слушается вашихъ приказаній и не повторяетъ произнесенныхъ вами словъ.

Обоняніе и вкусъ представляются совершенно потерянными; ни растворъ хинина, влитый въ ротъ, ни запахъ эфирныхъ маселъ не вызываютъ никакихъ рефлексовъ.

Чувствительность, какъ болевая, такъ и тактильная и термическая, судя по отсутствію рефлексовъ, тоже совершенно потеряна.

И такъ: изъ органовъ чувствъ нѣкоторые кажутся вполне подавленными, (обоняніе, вкусъ) другіе, хотя и воспринимаютъ впечатлѣнія, но, повидимому, не всегда доводятъ ихъ до сознанія (зрѣніе).

Несмотря на восковую гибкость въ конечностяхъ и значительную легкость ихъ, у излѣдуемой замѣчается рѣзкое увеличеніе мышечной силы. Въ правой рукѣ динамометръ показываетъ 65, въ лѣвой 50 фунт. (прав.—40, лѣвая—20, внѣ гипноза). Весьма возможно, что эта сила еще зна-

чительнѣе, такъ какъ при полномъ безучастіи больной ко всему окружающему заставить ее жать до тахѣшим почти невозможно. Приведенныя цифры получены слѣдующимъ образомъ: вкладывается динамометръ въ руку больной, и затѣмъ слегка надавливаются ея пальцы на инструментъ, съ такимъ расчетомъ, чтобы сила лица, производящаго давленіе, не передавалась прибору. Вслѣдствіе данного импульса получается сокращеніе кисти у больной, которое передвигаетъ стрѣлку динамометра, положимъ, на 17 ф. Вы надавливаете снова на кулакъ больной, сжимающей инструментъ; получается новое сокращеніе. Такимъ образомъ, рядомъ импульсовъ, данныхъ вами, сжатіе достигаетъ извѣстнаго предѣла, за которымъ стрѣлка не передвигается дальше. При полной потерѣ всѣхъ видовъ кожной чувствительности, очевидно, что больная могла понять ваше желаніе путемъ лишь мышечнаго чувства, которое у нея, какъ вы сейчасъ же увидите, находится вполне ненарушеннымъ, пожалуй, даже изоцрненнымъ.

Вы можете заставить больную слѣдовать за собою, куда угодно, если самымъ легчайшимъ образомъ будете вести ее за руку, даже за конецъ одного пальца, согнутаго крючкомъ. Держа больную за обѣ руки, сдѣлайте легкое нажатіе книзу, — больная сядетъ. Потяните едва замѣтно кверху, — встанетъ и т. д.

Благодаря такому состоянію мышечнаго чувства въ связи съ полнѣйшимъ автоматизмомъ, больная будетъ подражать всѣмъ вашимъ движеніямъ, если только они будутъ воспринимаемы ея мозгомъ путемъ мышечнаго чувства. Опишите пальцемъ ея руки кругъ въ воздухѣ, и она тотчасъ сама повторитъ это движеніе. Приложите пальцы ея руки къ губамъ и затѣмъ отнимите, какъ это дѣлаютъ съ дѣтьми, когда ихъ учатъ воздушнымъ поцѣлуямъ, и она вслѣдъ за этимъ пошлетъ поцѣлуй. Она сдѣлаетъ это одинъ разъ, если и вы сдѣлали одинъ разъ; повторите это движе-

ніе 2 или 3 раза, она повторить его столько-же разъ. Если вы заставите больную махать одновременно обѣими руками и въ это время закроете одинъ изъ ея глазъ, то движеніе руки, соименной съ закрытымъ глазомъ, прекращается мгновенно.

Если вы наведете больную на какое-нибудь болѣе сложное, хорошо ей знакомое движеніе, то она окончитъ его безъ вашей помощи. Напр., положите правую ея руку позади шеи, и она тотчасъ начинаетъ чесать себѣ затылокъ, какъ это привыкъ дѣлать русскій человѣкъ въ моментъ умственного затрудненія. Дайте въ руки стетоскопъ такъ, какъ его беремъ мы при выслушиваніи больныхъ, приложите его къ вашей груди,—больная начинаетъ принаравливать свое ухо къ раковинѣ стетоскопа для того, чтобы аускультировать. Дайте ей въ руки булавку и направьте остриемъ въ кожу ея другой руки, какъ это дѣлается при изслѣдованіи чувствительности,—больная вонзитъ въ свое тѣло булавку до половины.

Теперь я даю въ руки больной ея кружевную работу, которой она постоянно занята въ палатѣ виѣ припадковъ. Работа остается въ рукахъ неподвижно до тѣхъ поръ, пока не будетъ данъ первый импульсъ; достаточно пальцами одной руки обвить ниткой палецъ другой руки, и работа закипаетъ съ удивительною ловкостью. Разъ встрѣтится малѣйшее препятствіе, напр., узелокъ на ниткѣ, движеніе опять прекращается,—пока вы не дадите новаго импульса. Можно заставить Вѣру дѣлать даже нѣкоторыя потѣшныя движенія, и она будетъ совершать ихъ такъ-же безучастно. Дайте ей въ руки веревку, повѣшенную на стѣнкѣ, и сдѣлайте ея руками движенія, необходимыя для того, чтобы взбираться вверхъ, она тотчасъ это исполнитъ съ точностью. Поставьте ее на четверинки и заставьте ходить такъ, какъ ходятъ четвероногія животныя,—она исполнитъ и это. Всѣ эти движенія совершаются, какъ вы видѣли, путемъ вну-

шенія, доходящаго до мозга больной при помощи одного лишь мышечнаго чувства; внушенія же при помощи слуха не удаются вовсе.

Легко убѣдиться, что личность экспериментатора не играетъ тутъ никакой роли; всѣ эти опыты можетъ продѣлать съ такимъ-же успѣхомъ каждый изъ васъ.

Я полагаю сегодня ограничиться представленными вамъ опытами, оставляя нѣкоторые другіе для будущей лекціи.

Намъ однако не слѣдуетъ оставлять больную въ этомъ положеніи, которое можетъ продолжаться еще многіе часы; ее нужно привести въ сознаніе. У загипнотизированныхъ здоровыхъ особъ это достигается очень просто: стоитъ только нѣсколько разъ дунуть въ лицо или въ глаза для того, чтобы вполнѣ ясное сознаніе возвратилось почти мгновенно. Но въ состояніи истерическаго гипноза, какъ у Вѣры, мѣра эта не ведетъ ни къ чему. Зато больная быстро приходитъ въ себя, если ей поставитъ самый слабый гальваническій токъ на голову въ передне-заднемъ направленіи, помѣстивъ анодъ на затылокъ, а катодъ на лбу, и сдѣлать 2—3 размыканія послѣдняго. При этомъ все тѣло слегка вздрагиваетъ, потомъ начинаютъ медленно опускаться вѣки, глаза закрываются, голова свѣшивается на грудь, лицо краснѣетъ, больная кажется какъ будто спящей. Затѣмъ она начинаетъ стонать и, съ удивленіемъ озираясь вокругъ, спрашиваетъ, чтò съ нею случилось.

Она ровно ничего не знаетъ и не помнитъ, чтò съ нею происходило въ это время. Несмотря на громадную трату мышечной силы, которая совершалась передъ вашими глазами, она не чувствуетъ ни малѣйшей усталости.

Единственная ея жалоба въ данную минуту—это головная боль въ области темени и висковъ.

Вы видѣли больную въ состояніи полнѣйшаго автоматизма, вызваннаго искусственно, которымъ можетъ естество-

испытатель такъ-же хорошо пользоваться для терапевтических и чисто научных цѣлей, какъ и злоумышленникъ — для преступныхъ. Тѣмъ не менѣ состоянія эти лишь въ послѣднее время стали предметомъ научныхъ изысканій и до сихъ поръ еще служатъ, къ стыду человѣчества, объектами для театральныхъ представлений.



III.

Я долженъ возвратиться къ дальнѣйшему изслѣдованію знакомой уже вамъ больной Вѣры У. для того, чтобы остановиться еще на нѣкоторыхъ явленіяхъ ея гипнотическаго состоянія. Начну съ вазомоторныхъ. Въ дѣлѣ изученія вазомоторныхъ функцій организма, какъ извѣстно, фізіологія сдѣлала много; но, къ сожалѣнію, съ клинической стороны занимались этимъ вопросомъ несравненно меньше.

Анатомическая симметричность вазомоторныхъ путей не подлежитъ сомнѣнію. Сосудодвигательные пути начинаются въ мозговой корѣ (Nothnagel), проходятъ черезъ базальные центры, потомъ вдоль спиннаго мозга по симметрическимъ отдѣламъ боковыхъ столбовъ и выходятъ изъ него вмѣстѣ съ передними корешками спинно-мозговыхъ нервовъ (Ціонъ); слѣдовательно оставляютъ спинной мозгъ съ обѣихъ сторонъ на одномъ уровнѣ и примѣшиваются къ симметрическимъ нервнымъ стволамъ, съ которыми достигаютъ своего периферическаго назначенія (Cl. Bernard, Schiff).

Изъ фізіологическихъ опытовъ надъ перерѣзкой симпатическихъ нервовъ на различныхъ уровняхъ видно, что расширеніе сосудовъ появляется на симметрическихъ мѣстахъ въ обѣихъ половинахъ тѣла. Всѣмъ извѣстны также факты, что въ фізіологическомъ состояніи обѣ половины тѣла подверга-

ются вазомоторнымъ колебаніямъ почти симметрично и, болѣе или менѣе, равномерно: чаще всего румянецъ появляется изолированно на обѣихъ щекахъ и обѣихъ половинахъ шеи; крайне рѣдко краснота распространяется на остальную часть тѣла, хотя J. Dieffenbachъ видѣлъ и ягодицы, покраснѣвшими подъ вліяніемъ чувства стыда. Кромѣ того, клиника представляетъ цѣлый рядъ заболѣваній, имѣющихъ симметрическое расположеніе, въ зависимости отъ сосудодвигательныхъ разстройствъ (симметрическая гангрена конечностей, нѣкоторыя сыпи).

Периферическія раздраженія нѣкоторыхъ участковъ кожи одной стороны вызываютъ у истеричныхъ или скоропроходящую блѣдность той-же стороны или болѣе стойкую красноту. Иногда эти одностороннія раздраженія вызываютъ такой-же эффектъ и на противоположной сторонѣ, но немного позже и въ менѣе рѣзкой степени. Множество другихъ экспериментовъ, подтверждающихъ существованіе вазомоторнаго рефлекса на противоположной раздраженію сторонѣ, принадлежатъ Brown-Séguard'у, Tholosan'у, Schiff'у, Vulpian'у, Vander-Beske-Callenfels'у, Овсянникову, Чирьеву, Остроумову и другимъ ученымъ. Нерѣдки также примѣры изъ области патологіи покраснѣнія одной стороны, напр., одной щеки у чахоточныхъ.

Если вы захотите внимательно слѣдить за Вѣрой, то вы замѣтите не только постоянную живую игру окраски на ея лицѣ, но замѣтите также по временамъ разницу въ обѣихъ половинахъ. То у нея покраснѣла правая щека, то лѣвая; то обѣ поблѣднѣли, то опять покраснѣли. Очевидно, что функція вазомоторовъ въ истеріи можетъ быть не только не синхронической для обѣихъ половиць, но и самостоятельной для каждой изъ нихъ.

Вотъ тѣ данныя, которыя позволяютъ предположить, что у истерическихъ больныхъ возможно получить сосудо-

двигательный трансфертъ. Предположеніе это вполне оправдалось на Вѣрѣ У....

Я вызываю у нея на этотъ разъ состояніе гипноза сильнымъ свѣтомъ магніевой лампы. Трениемъ суконкой кожи локтеваго сгиба правой руки я вызываю ярко-красный овалъ и приставляю къ этому мѣсту сильный магнитъ. Проходитъ около 5 мин., и вы замѣчаете, что краснота, въ менѣе рѣзкой только степени, появляется на кожѣ лѣваго локтеваго сгиба. Иногда замѣчалась даже поразительная точность въ очертаніи красноты. Квадратъ, полученный отъ горчишника на одной сторонѣ, трансферировался въ такой-же формѣ и величинѣ на симметрическое мѣсто кожи противоположнаго органа. Кривая линія или полоса, начерченная тупоконечнымъ предметомъ, переносились въ той-же формѣ и величинѣ на другую сторону.

Вообще больная чрезвычайно чувствительна къ магниту. Если приложить магнитъ къ одной изъ половинокъ черепа, то на противоположной сторонѣ туловища рефлексы усиливаются, въ мышцахъ конечностей является ригидность, но движенія ихъ свободны. Никакимъ другимъ предметомъ (стекло, кость, желѣзо, мѣдь), ни постояннымъ или индукціоннымъ токомъ не удастся вызвать подобныхъ явленій.

Теперь перейдемъ къ другому, не менѣе интересному явленію, чѣмъ предыдущее. Несмотря на то, что больная вовсе не обращаетъ вниманія на громкій зовъ, вопросы и приказанія, точно не слышитъ ихъ, тѣмъ не менѣе можно убѣдиться, что при нѣкоторыхъ условіяхъ слухъ ея функционировать. Если къ срединѣ лба приставить дрожащій камертонъ и въ это время держать карманные часы вблизи ушной раковины, безразлично съ которой стороны, то больная дѣлаетъ гримасы, точно прислушивается къ ихъ ходу. Если въ этотъ моментъ вы станете удалять часы отъ уха,

то больная будетъ наклонять голову въ этомъ-же направленіи, какъ будто съ цѣлью уловить удаляющіеся звуки. Больная, кромѣ того, подѣ звукомъ камертона, съ точностью повторяетъ произнесенныя передъ нею слова или фразы; если-бы даже онѣ принадлежали чуждому ей нарѣчію. Какъ только вибраціи камертона прекращаются сами собою, или вы отнимете инструментъ,—прекращается и повтореніе. Больная повторяетъ безъ ошибокъ незнакомыя ей латинскія, греческія, англійскія слова; сохраняются даже интонація и ударенія. Возьмемъ для примѣра неизвѣстныя ей слова: акроэстезія, діапазонъ, pseudo-hypertrophia. Больная повторила эти слова съ поразительною точностью, даже не заикаясь (она заика). Такая точность словесной копировки дала поводъ справедливо сравнивать описываемое явленіе съ телефонной передачей рѣчи. Явленіе это, открытое еще Romberg'омъ, по сходству своему съ отраженными звуками—эхо, получило названіе эхоляліи. Braid первый наблюдалъ эхолялію въ гипнотическомъ состояніи; болѣе подробно изучилъ ее Berger.

Въ вашей памяти, вѣроятно, еще твердо удержался тотъ основной для предшествовавшихъ опытовъ фактъ, что все внушенія и раздражательныя дѣйствія возможно было вызвать лишь путемъ мышечнаго чувства, единственнаго изъ ряда прочихъ чувствъ, не подвергшагося ни малѣйшему нарушенію у нашей больной въ состояніи гипноза. При периферическомъ воспріятіи слуховыхъ ощущеній играетъ важную роль, между прочимъ, извѣстное напряженіе барабанной перепонки, регулируемой особой мышечной системой. Это доказано опытами Pallak'a и Gärtner'a, которые убѣдились на животныхъ, что мышца, напрягающая барабанную перепонку, дѣлаетъ различной силы колебанія въ зависимости отъ высоты тона и другихъ условій. Поэтому можно думать, что мышечное чувство мускулатуры барабанной перепонки, по всей вѣроятности, играетъ такую-

же роль въ словесной подражательности (Echolalia), какую оно играло во всѣхъ прочихъ опытахъ: въ преслѣдованіи искусственной птицы (путемъ мышечнаго чувства двигающихъ глазъ мышцъ), въ визаніи, хожденіи на четверинкахъ и проч.

Трудно понять, какую роль играетъ камертонъ въ проявленіи эхоляліи. Очень вѣроятно, что въ данномъ случаѣ гипноза поражены центральные отдѣлы слуховаго аппарата, которые, благодаря вибраціи камертона, передаваемой мозгу посредствомъ костной проводимости, переходятъ въ дѣятельное состояніе.

Дальнѣйшее изученіе явленій эхоляліи выяснило, что только срединная часть лобной кости чувствительна къ камертону и что лобные бугры совсѣмъ не чувствительны, а также открыло еще двѣ области на черепѣ, приложеніе къ которымъ звучащаго камертона вызывало повтореніе словъ: —это лѣвая височная область и лѣвый сосцевидный отростокъ. Съ соотвѣтственныхъ мѣстъ правой стороны явленія эхоляліи не получались. Эти опыты съ постоянно однимъ и тѣмъ-же результатомъ повторены мною много десятковъ разъ.

Если на ходу подражательной рѣчи, вызванной подъ звукомъ камертона, приложеннаго къ лѣвой височной области, приставить магнитъ къ той-же области, то, не смотря на продолжающееся еще дрожаніе камертона, рѣчь останавливается,

Приложеніе камертона къ одной изъ височныхъ областей во время дѣйствія магнита на эти области не вызывало никакого эффекта. Но, если къ лѣвой височной области приложить магнитъ, а къ правой—звучацій камертонъ, то эхолялія получается.

По внѣшнему виду изучаемое явленіе относится къ разряду трансфертовъ. Но, въ виду того, что функція рѣчи

признается со времени Дах'а только за лѣвымъ полушаріемъ мозга, такое объясненіе не можетъ не показаться страннымъ, такъ какъ нельзя-же допустить, чтобы функцію одного органа можно было-бы перенести на другой, хотя и симметричный органъ, но которому функція эта не свойственна.

Мнѣ придется въ другомъ мѣстѣ болѣе подробно коснуться этого вопроса. Здѣсь-же я сдѣлаю попытку объяснить эхолялію при вышеизложенныхъ условіяхъ слѣдующимъ образомъ. Функція рѣчи у Вѣры У... во время катаlepsii не потеряна, что доказывается способностью аутохтоннаго выраженія галлюцинацій; для этого не необходима сохранность слуха. Подражательная же рѣчь не мыслима внѣ дѣятельности слуховаго аппарата. Камертонъ возбуждаетъ эту дѣятельность, при чемъ эхолялія является актомъ, внушеннымъ путемъ мышечнаго чувства барабанной перепонки. Звуковыя возбужденія въ этомъ случаѣ съ слуховаго центра прямо переходятъ на центръ рѣчи; это своего рода рефлексъ. Звуковыя возбужденія праваго слуховаго центра при дѣйствіи камертона на правую половину черепа не доходятъ до рѣчеваго центра въ лѣвой половинѣ мозга, какъ въ этомъ легко можно было убѣдиться при передвиженіи вибрирующаго инструмента съ мѣста на мѣсто. По этому при данной постановкѣ опыта эхолялія не получается.

Теперь, при сказанныхъ условіяхъ, вводится новый факторъ—магнитъ. Его дѣйствіе весьма рѣзко выражается на тонусѣ мускулатуры конечностей. Предположимъ, что магнитъ, приложенный къ лѣвой височной области, значительно измѣнилъ (усилилъ, или понизилъ—это безразлично) тонусъ мышечнаго аппарата лѣвой барабанной перепонки; тогда обыкновенныя звуковыя возбужденія, не смотря на дѣятельное состояніе лѣваго слуховаго центра, вызванное звучащимъ камертономъ, — не доходятъ до этого центра, вслѣдствіе чего эхолялія не можетъ проявиться.

Магнись, приставленный къ лѣвой височной области, видоизмѣнилъ нервно-мышечную возбудимость въ конечностяхъ одной половины тѣла; слѣдовательно не могъ не повліять и на возбудимость полушарія мозга, иннервирующаго этими конечностями. Если представить себѣ, что измѣненія возбудимости мозговой ткани выразились въ смыслѣ облегченія передачи возбужденій съ другаго полушарія, то при раздраженіи камертономъ праваго слуховаго центра, а вмѣстѣ съ нимъ и лѣваго, при интактности въ то-же время мышечнаго прибора правой барабанной перепонки, звуковыя возбужденія съ праваго периферическаго слуховаго аппарата должны передаваться лѣвому полушарію и переходить на лѣвый рѣчевой центръ. Въ послѣднемъ случаѣ мы тоже должны получить эхолялію.

Феге́ и Винетъ дѣлали опыты трансферта рѣчи на сомнамбулисткѣ при совершенно другихъ условіяхъ и получили трансфертъ на правую сторону, въ видѣ остановки начатой рѣчи; они заключаютъ, что такъ и должно было случиться, ибо правая извилина Вроса не предназначена для функціи рѣчи. Вернгеймъ основательно замѣчаетъ, что опыты Феге́ и Винетъ не обошлись на сомнамбулисткѣ безъ вліянія словеснаго внушенія. Въ нашемъ случаѣ такое возраженіе не можетъ имѣть мѣста, такъ какъ вы уже достаточно убѣдились, что словеснымъ внушеніямъ больная не подчиняется вовсе.

Я долженъ еще обратить ваше вниманіе на нѣкоторыя явленія, сопряженныя съ искусственнымъ измѣненіемъ въ кровообращеніи.

Если въ лежачемъ положеніи больной опустить одну изъ ея верхнихъ конечностей ниже уровня тѣла, спустивъ ее съ кровати такъ, чтобы пальцы почти касались пола, а другую верхнюю конечность поднять вверхъ, то по исте-

ченіи нѣсколькихъ минутъ, когда первая конечность на-
лется кровью, каталептическое состояніе въ ней исчезаетъ,
между тѣмъ, какъ въ остальныхъ конечностяхъ оно удер-
живается. Дайте этой рукѣ горизонтальное положеніе, — тогда,
по мѣрѣ уравнианія въ кровообращеніи, возвращается и ка-
талептическое состояніе. Если при той-же постановкѣ опыта
всю руку обезкровить по способу Esmarch'a эластиче-
скимъ бинтомъ, то каталептическое состояніе въ ней не ис-
чезаетъ.

При видѣ у Вѣры блѣдности покрововъ, достигающей
такой степени, что булавочные уколы не даютъ кровотече-
нія, поневолѣ является вопросъ, куда-же дѣвается такая
масса крови?—Увеличеніе объема сердца и органовъ брюшной
полости даетъ намъ прямой отвѣтъ на этотъ вопросъ. Дѣй-
ствительно, перкутируя сердце, печень и селезенку до гип-
ноза и во время гипнотическаго состоянія, точно обозначая
при этомъ ихъ границы, соблюдая всѣ предосторожности въ
отношеніи равномѣрности и силы перкуссіи, а также поло-
женія больной, вы можете убѣдиться, что въ послѣднемъ
случаѣ печень и селезенка замѣтно увеличились, и объемъ
сердца тоже увеличился во всѣхъ направленіяхъ почти на
цѣлый сантиметръ. Пульсъ съ слабымъ напряженіемъ и
92 ударами въ минуту въ нормальномъ періодѣ, сдѣлался
полнѣе и уменьшился въ числѣ до 64 ударовъ.

Послѣ гипноза, съ переходомъ въ полное бодрственное
состояніе, какъ сердце, такъ и другіе полостные органы
опять получаютъ свои обычные размѣры. Явленіе это вовсе
не противорѣчитъ фізіологическимъ опытамъ: Ludwig и
Ціонъ, при перерѣзкѣ в. splanchnici, наблюдали громадное
скопленіе крови въ сосудахъ органовъ брюшной полости,
при одновременной сильной анеміи остальныхъ частей тѣла.
Von Vassch подтвердилъ появленіе анеміи при этихъ усло-
віяхъ на сосудахъ ретины посредствомъ офтальмоскопа

Если вы во время каталепсии уложите больную на койку и опустите голову ниже уровня тѣла, свѣсивъ ее черезъ край койки, то, спустя 1 до 3-хъ минутъ, когда лицо сдѣлалось краснымъ, больная начинаетъ двигать вѣками, потомъ всей головой и сейчасъ-же быстро приходитъ въ нормальное состояніе. Результатъ достигается еще вѣрнѣе, если при такомъ положеніи головы поднять вверхъ ноги больной такъ, чтобы онѣ вмѣстѣ съ туловищемъ образовали почти прямой уголъ. Эти опыты безошибочно удаются у больной каждый разъ.

Состояніе, въ которомъ вы наблюдали больную въ теченіи двухъ послѣднихъ демонстрацій, я не разъ уже называлъ *каталептическимъ*. Мнѣ остается вкратцѣ напомнить вамъ тѣ важнѣйшіе симптомы, которыми оно выражается.

- 1) Сознаніе подавлено.
- 2) Дѣятельность нѣкоторыхъ органовъ чувствъ вполне уничтожена, — другихъ сильно подавлена.
- 3) Мышечное чувство вполне сохранено.
- 4) Контрактуры отсутствуютъ.
- 5) Сухожильные рефлексы едва замѣтно повышены.
- 6) Одно изъ самыхъ рѣзкихъ явленій это — восковая гибкость членовъ.
- 7) Автоматизмъ достигаетъ высокой степени развитія.
- 8) Внушенія возможны только черезъ посредство мышечнаго чувства.
- 9) Имѣется большая чувствительность къ магниту, который вызываетъ трансферты.
- 10) Имѣются самостоятельныя (не внушенныя) очень стойкія галлюцинаціи.
- 11) Личность экспериментатора не играетъ никакой роли въ успѣхѣ опытовъ.
- 12) Въ памяти больной ничего не сохраняется изъ того, что происходило во время гипноза.

Перевести больную изъ состоянія каталепсиі въ какую-либо другую форму гипноза не удается вовсе; и самостоятельно каталепсія у нея не смѣняется ни летаргіей, ни сомнамбуліей.

IV.

На этотъ разъ я представлю больную, многимъ изъ васъ хорошо уже знакомую. Это—Махля Б., радзивилловская мѣщанка, которая лежитъ въ моемъ отдѣленіи почти 4 года. Ей теперь 21 годъ, она не замужняя, занималась прежде шитьемъ. Исторію ея пребыванія въ больницѣ передать не легко; ея скорбный листъ занимаетъ слишкомъ 200 страницъ, не считая множества спеціальныхъ замѣтокъ, кривыхъ, таблицъ и рисунковъ. Поэтому я постараюсь передать самое существенное въ возможно краткой формѣ.

21 іюля 1882 года Махлю доставили въ городскую больницу, въ отдѣленіе д-ра Сѣнькевича, при полномъ отсутствіи сознанія, съ закрытыми глазами, по временамъ дрожащими вѣками, но съ нормальною реакціею зрачковъ и вполне сохраненными кожно-мышечными рефлексамъ; пульсъ былъ полный, 88 ударовъ въ минуту, дыханіе ровное, 24 въ минуту. 22 іюля больную наблюдалъ д-ръ Генрихсенъ и, кромѣ вышеописанныхъ явленій, нашелъ новое—тризмъ. 24 іюля больную перевели ко мнѣ. Она продолжала находиться въ томъ-же состояніи въ теченіи 3-хъ дней. На видъ—это свѣжій, хорошо упитанный, правильнаго сложения, организмъ. Лицо больной отличается необыкновенно живой игрой красокъ: то оно блѣднѣетъ, то краснѣетъ. Всѣ

органы чувствъ находятся въ состояніи полнаго подавленія. 27 іюля больная, какъ-будто, проснулась: открыла глаза, попросила воды и, выпивъ нѣсколько глотковъ, опять уснула. На этотъ разъ она спала по 2-е августа. Въ теченіи этого времени, при полной кожной анестезіи и безсознательномъ состояніи, замѣчены по временамъ повторяющееся звучное дыханіе, глотательныя движенія, иногда стоны. Легкія, сердце и остальные полостные органы найдены въ совершенномъ порядкѣ, температура нормальная, испражненія и мочеотдѣленія произвольны, кожно-мышечныя и сухожильныя рефлексы повышены. Пользуясь глотательными движеніями больной, ей вливали въ ротъ молоко, которое вскорѣ выбрасывалось рвотой.

2 августа больная опять проснулась и снова заговорила, жалуясь на боль головы, сердца и на тошноту. Она немного поѣла, испражнялась, отвѣчала совершенно логически на вопросы, но все время съ закрытыми глазами. При этомъ выяснилось, что у нея 3 мѣсяца нѣтъ регулъ. Опять приступы сна продолжались съ весьма короткими промежутками до 23 октября. Въ этотъ день вечеромъ, дежурный врачъ д-ръ Зоринъ, приглашенный къ больной, засталъ ее въ судорожномъ припадкѣ съ очень ускореннымъ пульсомъ, съ пѣною у рта и легкимъ каталептическимъ состояніемъ конечностей. Въ ту-же ночь появились регулы. Съ тѣхъ поръ судорожныя припадки стали повторяться по нѣсколько разъ въ день. Ихъ можно было вызвать искусственно, слегка надавливая лѣвый яичникъ, и останавливать, перенося давленіе (глубокое) на правый. Припадки состояли въ слѣдующемъ: глаза закатываются вверхъ, зрительныя оси сводятся внутрь, руки и ноги становятся ригидными, такъ что пассивныя движенія въ сочлененіяхъ, какъ сгибабельныя, такъ и разгибабельныя, дѣлаются очень затруднительными. Кромѣ того, любое положеніе, данное какой-либо изъ конечностей, удерживается

довольно долгое время. Сухожильные рефлексы повышены. Пульсъ учащается съ 70 до 120-ти ударовъ, дыханіе становится поверхностнымъ и частымъ. Сознанія нѣтъ. Ни одинъ изъ органовъ чувствъ, повидимому, не дѣйствуетъ. По истеченіи нѣсколькихъ минутъ такого состоянія наступаютъ судороги: вначалѣ появляются дрожательныя движенія въ обѣихъ рукахъ, иногда и въ ногахъ; потомъ больная начинаетъ производить правильные ритмическіе удары кулаками или по груди, или по ногамъ, вдоль продольной оси тѣла. Послѣ нѣсколькихъ такихъ ударовъ все тѣло изгибается въ дугу, упирающуюся макушкой головы и пятками въ постель. Спустя нѣсколько секундъ, это состояніе смѣняется полнымъ расслабленіемъ мускуловъ; остается только тризмъ и сгибательная контрактура въ пальцахъ рукъ.

27 сентября животъ найденъ вздутымъ, по временамъ являлась икота, иногда вонючая отрыжка. Больная ничего не ѣла.

Жидкая пища, введенная въ желудокъ черезъ катетеръ, выбрасывалась рвотой. Питаніе производилось посредствомъ клистировъ. По нѣскольку дней запоры.

Въ теченіи второй половины ноября и въ декабрѣ больная ежедневно просыпалась часа на 2 или на 3, съѣдала кусокъ мяса, выпивала стаканъ молока и немного разговаривала. Сознаніе ея было помрачено; она не знала гдѣ находится, никого не узнавала и окружающій ея медицинскій персоналъ принимала за близкихъ своихъ родныхъ.

Въ концѣ декабря больная снова проспала подъ рядъ 10 дней. Въ теченіи этого времени опять испражнялась и мочилась подъ себя. Моча не представляла ничего патологическаго.

Въ теченіи января и февраля 1883 г., при непрерывномъ безсознательномъ состояніи, больная была предметомъ изслѣдованія относительно возбудимости двигательныхъ центровъ мозговой коры подъ вліяніемъ гальваническихъ и фа-

радикальных токовъ. Результаты этихъ изслѣдованій многимъ изъ васъ извѣстны. Они были мною доложены при демонстраціи больной VII-му съѣзду русскихъ естествоиспытателей и врачей; но въ виду особой важности и рѣдкости этихъ явленій, считаю нужнымъ возстановить ихъ въ вашей памяти.

Рѣшившись съ терапевтической цѣлью примѣнить гальваническій токъ на мозгъ Махли, я на первый разъ употребилъ самый слабый токъ при К на sternum и А на лбу. Передвигая анодъ съ мѣста на мѣсто, я былъ крайне пораженъ явленіемъ, что, съ приложеніемъ электрода къ заднему отдѣлу темянной кости, вблизи стрѣловиднаго шва, получается каждый разъ сгибаніе ноги въ колѣнномъ сочлененіи на противоположной сторонѣ. Явленіе это повторялось съ невѣроятною точностью каждый разъ при замыканіи или размыканіи тока и съ такою-же правильностью появлялось на другой ногѣ при раздраженіи тѣмъ-же токомъ симметричнаго участка противоположной стороны черепа. Этотъ фактъ заставилъ меня заняться болѣе подробнымъ изученіемъ другихъ участковъ на поверхности черепа. Съ этою цѣлью сбиты были волосы, отмѣчены жирнымъ карандашомъ костные швы, и при каждомъ изслѣдованіи сначала на кожѣ больной, а потомъ на схематическихъ рисункахъ отмѣчались границы участковъ, при раздраженіи которыхъ получались типическія движенія. Такихъ участковъ, какъ видно на фотографическомъ снимкѣ фиг. 4, оказалось 30. Для того, чтобы получить возможно болѣе рѣзко границы отдѣльныхъ участковъ, отвѣчающихъ опредѣленному движенію, я употребилъ электродъ съ замыкателемъ, оканчивающійся тупоконечной иглой. Другой широкой электродъ, обтянутый губкой, приставлялся къ грудной кости (см. фотографическій снимокъ фиг. 3). Для того, чтобы имѣть возможность дозировать токъ, въ цѣпь вводился реостатъ и гальванометръ. При дальнѣйшихъ изслѣдованіяхъ выяснилось,

что двигательныя явленія получаютъ преимущественно на сторонѣ тѣла противоположной раздраженію и совершенно одинаково, независимо отъ направленія тока, а также при дѣйствіи индукціоннымъ токомъ. Движенія эти выражались то короткими вздрагиваніями отдѣльныхъ мускуловъ, или цѣлыхъ мышечныхъ группъ, то болѣе сложными, координированными сокращеніями; они были немного сильнѣе при замыканіи, чѣмъ при размыканіи анода.

Вотъ краткое описаніе этихъ участковъ (фот. сним. фиг. 4-я).

При раздраженіи участка

- | | | |
|--------|------------|--|
| № 1-й | получалось | опусканіе нижней челюсти. |
| » 2-й | » | сжатіе челюстей. |
| » 3-й | » | размыканіе губъ. |
| » 4-й | » | сжатіе губъ. |
| » 5-й | » | прижатіе языка къ небу. |
| » 6-й | » | высовываніе языка впередъ. |
| » 7-й | » | глотательное движеніе. |
| » 8-й | » | сокращеніе мышцъ верхней части лица, поднятіе верхняго вѣка. |
| » 9-й | » | сокращеніе мышцъ нижней части лица. |
| » 10-й | » | поворотъ глазъ вверхъ и вправо, сокращеніе зрачковъ. |
| » 11-й | » | поворотъ глазъ вверхъ. |
| » 12-й | » | поворотъ глазъ внизъ. |
| » 13-й | » | поднятіе верхняго вѣка, расширеніе зрачковъ. |
| » 14-й | » | сильное закидываніе головы назадъ, удивленный взглядъ. |
| » 15-й | » | наклоненіе головы впередъ, улыбка. |
| » 16-й | » | отведеніе плеча. |
| » 17-й | » | стибаніе кисти руки, движенія въ пальцахъ. |

№ 18-й получалось приведение плеча.

- » 19-й » сильное эпилептоидное дрожание всей верхней конечности.
- » 20-й » сгибание ноги в коленном сочленении.
- » 21-й » разгибание ноги.
- » 22-й » в наружной половинѣ участка: сгибание противоположной руки в локтевом сочленении, приведение плеча, сгибание соименной ноги в коленном сочленении.
во внутренней половинѣ: тоже перекрестное сокращение конечностей (в руцѣ соименной со стороны раздражения; см. фотогр. снимокъ фиг. 3-я).
- » 23-й » разгибание противоположныхъ конечностей.
- » 24-й » сгибание противоположной руки в локтевом сочленении.
- » 25-й » разгибание ея.
- » 26-й » поворотъ головы впередъ и в сторону противоположную раздраженію.
- » 27-й » поворотъ головы в противоположную сторону и назадъ.
- » 28-й » слезотечение изъ соименнаго раздраженію глаза.
- » 29-й » появление кожныхъ болевыхъ ощущений вѣ обѣихъ ногахъ, появление болевыхъ рефлексовъ.
- » 30-й » появление кожныхъ болевыхъ ощущений и рефлексовъ вѣ обѣихъ рукахъ.

При раздраженіи участковъ 8, 9 и 13 двигательныя

явленія получались на сторонѣ раздраженія; при раздраженіи участковъ 16, 17, 18, 19, 20 и 21-го—на противоположной сторонѣ. Раздраженіе остальныхъ участковъ вызывало явленія съ обѣихъ сторонъ.

Замѣчательно, что топографическое положеніе большинства участковъ, отмѣченныхъ на кожѣ черепа, соотвѣтствуетъ положенію двигательныхъ центровъ, которые найдены экспериментальнымъ путемъ у животныхъ въ мозговой корѣ профес. Ferrier, Hitzig'омъ, Fritch'мъ, Exner'омъ, Carville'мъ, Duret, Charcot и другими.

Раздраженіе токами пространствъ внѣ очерченныхъ участковъ вызывало различныя смѣшанныя и менѣе характерныя движенія. Вотъ почему думается мнѣ, что токи достигаютъ до мозговой ткани и дѣйствительно раздражаютъ двигательные центры мозговой коры. Но такъ какъ эти явленія никогда мною не получались ни у здоровыхъ, ни у больныхъ съ различными центральными заболѣваніями, ни даже у Махли по выздоровленіи, а только во время гипнотическаго состоянія, то приходится предположить, что въ данномъ случаѣ гипноза мозговые центры поставлены были въ исключительныя условія легкой возбудимости.

Расширяя изслѣдованія, я убѣдился, что двигательные участки существуютъ и по длинѣ позвоночнаго столба. Пропуская токи черезъ боковыя части каждаго изъ верхнихъ четырехъ шейныхъ позвонковъ, можно было вызвать расширеніе зрачка на той-же сторонѣ. Раздраженіе нижнихъ шейныхъ позвонковъ вызывало движенія въ верхней конечности соотвѣтственной стороны. При электризаціи верхнихъ трехъ грудныхъ позвонковъ, безразлично съ какой стороны, получалось учащеніе сердцебіенія съ 90 до 132 ударовъ въ минуту. Раздраженіе 4, 5, 6 и 7-го груднаго позвонка вызывало учащеніе дыханія съ 18 до 24 въ минуту. Раздраженіе 10, 11 и 12-го груднаго позвонка вызывало движенія въ ногахъ. Наконецъ, въ двухъ опытахъ послѣ галь-

ванизаціи поясничныхъ позвонковъ получилось обильное слизисто-водянистое истеченіе изъ влагалища. Механическія раздраженія всѣхъ перечисленныхъ участковъ на черепѣ и позвоночникѣ не вызывали никакого эффекта.

Всѣ эти опыты повторены были много разъ всегда съ одинаковымъ результатомъ и сдѣланы мною въ то время, когда я не былъ еще знакомъ съ наблюденіями проф. Charcot, напечатанными имъ въ первомъ № Progrès Médical за 1882 г. Въ общемъ его наблюденія сходятся во многихъ частяхъ съ моими.

Вамъ помнится, что на VII съѣздѣ русскихъ естествоиспытателей и врачей выражено было д-ромъ Н. О. Бернштейномъ сомнѣніе относительно чистоты этихъ опытовъ. И въ самомъ дѣлѣ, у больной, какъ вы увидите, въ этой формѣ гипноза слухъ представляется не разстроеннымъ, и слѣдовательно всякое слово, неосторожно произнесенное во время опыта, могло повліять на форму его проявленія. Но наблюденія эти получены совершенно неожиданно, безъ всякихъ предвзятыхъ идей, и поэтому первыя наблюденія должны быть самыя чистыя. При послѣдующихъ опытахъ принято было за правило избѣгать всякихъ разговоровъ, а полученные результаты отмѣчать условными знаками и цифрами. Д-ръ Бернштейнъ присутствовалъ при опытахъ, обставленныхъ такимъ образомъ, и выразилъ, въ присутствіи многихъ товарищей, свое полное убѣжденіе въ чистотѣ моихъ наблюденій.

Опыты Charcot тоже вызвали недовѣріе со стороны нѣкоторыхъ авторовъ; Вегнгеймъ, наприм., сомнѣвается, чтобы кортикальные центры можно было раздражать черезъ толстый слой покрывающихъ ихъ тканей черепа. Это сомнѣніе высказано было, не смотря на опыты Erb'a и Charcot, доказывающіе, что токи несомнѣнно проникаютъ въ глубь мозга черезъ толстые его покровы. Но факты, открытые Charcot у истеричныхъ, не опровергнуты его противниками и оста-

ются фактами. Они загадочны, они исключительны, это правда; но и многія другія явленія гипноза — сосудодвигательные трансферты, нервно-мышечная перевозбудимость и пр., наблюдаемые весьма многими авторами, въ числѣ ихъ Bergheim'омъ, представляются не менѣе загадочными и исключительными.

Наблюдая эти явленія, я тоже неоднократно сомнѣвался въ ихъ дѣйствительности. Не обманъ-ли это со стороны больной, не самообманъ-ли съ моей стороны? — ставилъ я себѣ часто вопросы и, стараясь относиться возможно строже къ тому что видѣлъ, я рѣшился занести эти сухія наблюденія на страницу ученія объ истеро-гипнозѣ, воздерживаясь отъ всякихъ объясненій. Пока слишкомъ мало имѣется наблюденій, чтобы идти дальше этого.

Въ теченіи августа и сентября 1883 г. самое выдающееся явленіе было слѣдующее: упорный кашель съ кровохарканіями безъ какихъ-либо анатомическихъ измѣненій въ легкихъ. Замѣчу кстати, что рядомъ съ больною лежала другая истеричная больная, страдавшая въ то-же время чахоткой легкихъ, сопровождавшейся кровохарканіями.

Въ октябрѣ опять усилились рвоты; по временамъ, къ нимъ примѣшивалась кровь. Въ это время больная стала пить кефиръ, который переносила очень хорошо.

Въ теченіи первой половины 1884 г. кашель продолжался непрерывно, прибавились поносы, наступило значительное исхуданіе. Поносы прекратились лишь къ ноябрю мѣсяцу, и ихъ смѣнило обильное слюнотеченіе.

Въ декабрѣ на обѣихъ ногахъ, при значительномъ исхуданіи и ригидности мышцъ, замѣченъ стопной клонусъ.

Въ теченіи января и февраля 1885 г., при постоянномъ кашлѣ и обильныхъ потахъ, исхуданіе еще болѣе увеличилось; температура все это время колебалась въ предѣлахъ субфебрильной, но по временамъ доходила до 38, 8° Ц.

Въ мартѣ температура опять упала до нормальныхъ

предѣловъ. Всѣ тѣла тоже значительно упали (см. кривую, табл. 2-я).

Съ іюля 1885 г. по январь 1886 г. больная опять лихорадила (см. кривую, табл. 3-я*).

Въ декабрѣ 1885 г. появились сердцебіенія, доходившія до 180 ударовъ въ минуту, ускоренное дыханіе до 44 разъ въ минуту, по временамъ съ чайне-стоковскимъ типомъ. Въ то-же время сонливость смѣнилась бессонницей, такъ что весь январь и февраль 1886 г. больная провела безъ сна и въ полномъ сознаніи. Замѣчательно, что иногда между числомъ дыханій и сердцебіеній наблюдалось поразительное несоотвѣтствіе, заставляющее вспомнить знаменитое изрѣченіе Weir-Mitchell'я, что «истерія ломаетъ всѣ законы, за исключеніемъ собственнаго,—закона причудливости (eccentricity)». Такъ напр., при 66 дыханіяхъ въ минуту пульсъ былъ тоже 66, и наоборотъ, при 20 дыханіяхъ пульсъ доходилъ до 152-хъ ударовъ въ минуту. Къ этому слѣдуетъ прибавить, что въ теченіе послѣднихъ 4-хъ лѣтъ рѣдко проходилъ день безъ вышеописанныхъ судорожныхъ припадковъ. Лишь въ послѣднее время характеръ припадковъ нѣсколько измѣнился; они стали рѣже и короче. Кромѣ того, общія судороги смѣнились перекрестными: обыкновенно лѣвая рука и правая нога приходили въ движеніе клоническаго характера, совершенно напоминая собою кортикальную эпилепсію.

Если сдѣлать обзоръ всѣмъ явленіямъ, наблюдавшимся въ больницѣ и занесеннымъ въ исторію болѣзни, то нельзя не замѣтить, что больная въ теченіи 4-хъ лѣтъ обнаружила цѣлый рядъ самыхъ разнообразныхъ и противоположныхъ болѣзненныхъ припадковъ: то она была погружена въ глубокій, продолжительный сонъ, то страдала бессон-

*) Небольшіе промежутки съ нормальной температурой выпущены на кривой; мѣста эти обозначены звѣздочками.

ницей; въ сложности за все это время она спала (съ небольшими промежутками) слишкомъ 240 дней. У нея наблюдались афонія, кашель, кровохарканіе, припадки *anginae pectoris* и чайне-стоковскаго дыханія безъ анатомическихъ разстройствъ въ легкихъ и сердцѣ. Учащенныя сердцебіенія смѣнялись замедленіями ударовъ сердца. Со стороны пищеварительныхъ органовъ наблюдались слюнотеченіе, икота, рвота, даже кровавая, — упорные поносы и запоры. Недержаніе мочи замѣнялось задержкой. Въ теченіи продолжительнаго лихорадочнаго состоянія больная увеличивалась въ вѣсѣ. За обильными потами наступала сухость кожи, доходившая до слущиванія кожицы.

Что касается леченія, то мнѣ было-бы, пожалуй, легче пересчитать, чего больная не принимала, чѣмъ наоборотъ. Въ послѣднее время однако, несмотря на 4-лѣтнее лежаніе въ постели и развитіе стопнаго клонуса, больная поправилась на столько, что въ состояніи, при помощи служанки, прійти сюда на лекцію пѣшкомъ (18 марта 1886 г.)

Съ конца 1886 г. здоровье Махли стало быстро улучшаться: она начала свободно ходить и принялась работать; лѣтомъ 1887 г. выписалась изъ больницы, чувствуя себя вполне здоровой, а въ декабрѣ того-же года вышла за-мужъ.

Отецъ Махли умеръ отъ холеры, мать — отъ чахотки, старшій братъ — отъ водянки, младшій здоровъ. Старшая сестра умерла уже взрослой въ припадкѣ судорогъ, которыя, по мнѣнію больной, чрезвычайно похожи на ея припадки. Родственники Махли ни по отцовской, ни по материнской линіи не представляютъ никакихъ нервныхъ заболѣваній.

Махля ничего не знаетъ о своемъ дѣтствѣ; помнить только, что на 8-мъ, приблизительно, году жизни у нея былъ въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ очень вздутый животъ; на 14 году она была больна дифтеритомъ, на 15 — тифомъ, кажется, брюшнымъ.

Регулы въ первый разъ появились на 15-мъ году; сначала онѣ повторялись правильно, потомъ стали опаздывать и сдѣлались болѣзненными.

Первоначальное образованіе Махля получила у отца, имѣвшаго въ то время пансіонъ. При плохихъ способностяхъ, она ушла недалеко и вскорѣ отказалась учиться. Такъ какъ мать Махли была модисткой, то ей представилась возможность хорошо выучиться шитью, и шитье на машинѣ сдѣлалось, со смертью родителей, постояннымъ ея занятіемъ. Въ послѣднее время она жила у родственниковъ, которые, хотя и трудились, но жили безбѣдно, любили Махлю, и она—ихъ, ни въ чемъ ей не отказывали и даже давали ей возможность часто бывать въ театрѣ.

Въ началѣ іюля 1882 г. Махля стала жаловаться на тяжесть въ ногахъ, перестала шить на машинѣ, усердно лечилась, но тяжесть увеличивалась. Однажды вмѣстѣ съ своимъ женихомъ она отправилась въ театръ; здѣсь съ ней случилось головокруженіе, и она стала безотчетно плакать. Кстати нужно замѣтить, что въ театрѣ шла драма, но ни названія, ни сюжета больная не помнитъ. Въ половинѣ іюля Махля днемъ ушла со двора и не вернулась на ночь. На другой день ее нашли стонавшей въ погребѣ, безъ малѣйшаго сознанія; въ этомъ состояніи ее доставили въ больницу, гдѣ она, забытая родными, сдѣлалась настоящимъ «*enfant de l'hôpital*».

Махля—шантретка, небольшого роста, очень слабая; за время пребыванія въ больницѣ поразительно исхудала. Въ лежачемъ положеніи ноги ея имѣютъ неправильный видъ, такъ называемый *pes aequinus*. Кожа имѣетъ грязно-желтоватую окраску, сыни на ней нѣтъ, она сухая и вялая. Слизистыя оболочки блѣдно-розоваго цвѣта, волосы сухіе и ломкіе, ногти хрупкіе, представляются желобовато-исчерченными въ продольномъ направленіи. Подкожного жи-

ра почти нѣтъ, мышцы вялы, атрофичны; сила рукъ не велика: въ правой—20 фунтовъ, въ лѣвой—10.

Движенія рукъ и ногъ хотя и ослаблены, но свободны во всѣхъ направленіяхъ. Не будучи въ состояніи въ теченіи почти 4-хъ лѣтъ даже держаться на ногахъ, она въ февралѣ сего года сразу начала ходить, слегка поддерживаемая за руку. Ея шаги маленькіе, она почти не отымаешь подошвъ отъ пола и ноги тянетъ за собою. Безъ посторонней поддержки ходить не можетъ. Оставленная на мѣстѣ и лишенная всякой опоры, она начинаетъ пятиться назадъ еще меньшими и быстрыми шагами (*retropulsio*).

Постукиваніе по грудной клѣткѣ обнаруживаетъ всюду ясный тонъ. Дыхательные шумы въ обѣихъ верхушкахъ ослаблены, въ остальныхъ частяхъ легкихъ везикулярные, нормальной силы. Размѣры сердца: въ продольномъ направленіи отъ верхняго края третьяго ребра до нижняго края шестаго ребра получается абсолютная тупость; въ поперечномъ направленіи тупость эта переходитъ на цѣлый сантиметръ за середину грудины вправо и доходить до сосковой линіи влѣво. Тоны сердца чистые, толчокъ разлитой, пульсъ ровный, мягкій, легко сжимаемый, 110 въ минуту. Животъ умѣренно вздутъ. Аппетита нѣтъ, языкъ обложенъ тонкимъ сѣроватымъ налетомъ; больная жалуется на тошноту, икоту и запоры, продолжающіеся по три—четыре дня сряду. Мочеотдѣленіе правильное, не обильное; моча во всѣхъ отношеніяхъ нормальная. Регулы повторяются правильно, черезъ каждыя 4 недѣли; онѣ не обильны, безболѣзненны, продолжаются 5 дней; имъ предшествуютъ и слѣдуютъ за ними бѣли. Больная—*virgo*.

Рефлексы: кожно-мышечные слегка усилены; сухожильные очень усилены,—одинъ ударъ по надколѣннику вызываетъ два или три, быстро слѣдующихъ другъ за другомъ, сокращенія; очень легко получается на обѣихъ ногахъ стошной клонусъ.

Изъ ряда сосудодвигательныхъ явленій обращаетъ на себя вниманіе крайняя блѣдность конечностей, представляющая поразительный контрастъ съ кахектическимъ цвѣтомъ лица. Уколъ, произведенный булавкой на любомъ мѣстѣ кожи конечностей, вызываетъ рѣзкаго очертанія возвышенный кругъ бѣлаго цвѣта, въ центрѣ котораго получается углубленіе; периферія круга, наоборотъ, окрашивается въ ярко-красный цвѣтъ, незамѣтно сливающийся съ цвѣтомъ кожи. Поперечникъ такого припуханія обыкновенно равняется 3 или 4-мъ миллиметрамъ; оно сохраняется на кожѣ въ теченіе нѣсколькихъ часовъ.

Трофическія разстройства выражаются общимъ исхуданіемъ и, въ особенности, уменьшеніемъ объема мускуловъ голеней, а также шелушеніемъ кожи на всемъ туловищѣ и конечностяхъ.

Органы чувствъ находятся въ слѣдующемъ состояніи: поле зрѣнія ограничено сверху и снизу до 15° , въ то время, какъ справа и слѣва оно простирается до 35° . Соски зрительныхъ нервовъ блѣдныя; сосуды дна глаза извилисты, но довольно тонки. Изъ цвѣтовъ больная правильно опредѣляетъ только красный и зеленый; всѣ остальные ей кажутся сѣрыми. Зрачки умѣренно расширены, вяло отвѣчаютъ на свѣтовые колебанія. Слухъ нормальный; больная слышитъ ходъ моихъ карманныхъ часовъ обоими ушами на разстояніи 30 сантиметровъ. Обонаніе и вкусъ совершенно потеряны и не отвѣчаютъ ни на одинъ изъ реагентовъ гаммы Магнан'а. Болевая и тактильная чувствительность на всей периферіи кожи и сосѣднихъ съ ней слизистыхъ оболочекъ губъ, языка, неба, зѣва, соединительной оболочки вѣкъ и склеры совершенно подавлены; термическая нарушена до такой степени, что разница между $+9$ и $+38^{\circ}$ В. не различается вовсе; исключеніе составляетъ лишь кожа лица и тыльныхъ поверхностей стопъ, гдѣ разница между $+16$ и $+24^{\circ}$ В. отличается отчетливо. Между

тѣмъ, по Donath'у, температура въ +36, 3° Ц. вызываетъ уже у здоровыхъ чувство боли.

Мышечная чувствительность и мышечное чувство совершенно потеряны, такъ что, съ закрытыми глазами, больная не чувствуетъ самаго сильнаго давленія на мышцы и не можетъ опредѣлить не только отношеніе положеній своихъ конечностей другъ къ другу, но не узнаетъ даже самыхъ обширныхъ движеній ни въ большихъ, ни въ малыхъ сочлененіяхъ конечностей.

Гальваническая возбудимость нервовъ и мышцъ понижена въ количественномъ отношеніи, но не извращена. Фарадическая возбудимость мышцъ конечностей, и въ особенности нижнихъ, тоже понижена; въ мышцахъ лица нормальна.

Больная не лихорадитъ, ѣсть мало, спать хорошо.

Въ психическомъ отношеніи, Махля представляется очень вялой, подавленной; иногда не узнаетъ окружающихъ ее больныхъ и врачебный персоналъ, весьма плохо помнитъ все прошлое, но иногда вспоминаетъ то, что относится къ ея самому раннему дѣтству. По характеру, она очень добрая дѣвушка, легко примиряющаяся со всѣми обстоятельствами, часто плачетъ и горюетъ о своемъ жалкомъ существованіи.

Главныя ея жалобы слѣдующія: головныя боли въ темянныхъ областяхъ, боль въ сторонѣ мечевиднаго отростка, боль въ нижнихъ частяхъ живота и сердцебіеніе.

Махлю, какъ и предшествующихъ больныхъ, весьма легко привести въ состояніе гипноза. Это получается при помощи самыхъ слабыхъ раздраженій: прикосновеніе пальца вашей руки къ макушкѣ головы, или поглаживаніе ладонью по темяннымъ областямъ, тотчасъ погружаютъ больную въ глубокой сонъ. Тотъ-же результатъ получается отъ нѣсколькихъ пассовъ, проведенныхъ одновременно обѣими руками сверху внизъ вдоль лица и боковыхъ частей шеи, или-же легкими движеніями вѣера надъ тѣми-же областями и въ томъ-же направленіи.

Вслѣдствіе такихъ манипуляцій, больная приходитъ въ слѣдующее состояніе: глаза закрываются, вѣки дрожатъ; зрительныя оси сильно сведены, зрачки расширены, руки и ноги разслаблены, дыханіе медленное (12 въ минуту), глубокое и звучное. Пульсъ 72, ровный и полный. Цвѣтъ кожи лица и слизистыхъ оболочекъ становится блѣднѣе, сухожильные и кожно-мышечные рефлексъ также усилены, какъ и внѣ гипноза. Конечности въ сочлененіяхъ гибки, но въ мышцахъ замѣчается легкая ригидность. Конечности не удерживаются въ данномъ имъ положеніи, такъ что рука, напримѣръ, приподнятая вверхъ, тотчасъ-же падаетъ на постель.

Въ этой формѣ гипноза глаза закрыты и больная, кажется, ничего не видитъ; по крайней мѣрѣ, нѣтъ никакой возможности доказать противное; но слухъ ея очень тонкій, обоняніе и вкусъ потеряны, болевая чувствительность отсутствуетъ, тактильная и термическая чрезвычайно изощрены.

Больная, какъ вы видите, находится въ совершенно пассивномъ состояніи: вы не замѣтите въ теченіи многихъ часовъ съ ея стороны ни малѣйшихъ признаковъ волевыхъ импульсовъ. Если въ такомъ видѣ и въ лежачемъ положеніи вы надавите на правый яичникъ, то получается картина крайне своеобразныхъ судорогъ: голова закидывается назадъ, правая рука приподымается вверхъ, отводится вправо и вмѣстѣ съ лѣвой ногой, тоже отклоняющейся влѣво, приходитъ въ дрожательное состояніе. Это безконечный рядъ мелкихъ клоническихъ движеній, приближающихся къ типу движеній при стопномъ клонусѣ. Дрожанія этого рода продолжаютъ даже по прекращеніи давленія на правый яичникъ, но моментально останавливаются, если давленіе переносится на лѣвый яичникъ. Въ теченіи такого судорожнаго припадка, появляются глотательныя движенія, бѣненіе сердца ускоряется до 140 ударовъ въ минуту, дыханіе становится неровнымъ, поверхностнымъ и учащается до 30 разъ въ

минуту; лицо сильно краснѣетъ и соединительная оболочка глазъ наливается кровью. Подобныхъ припадковъ вы можете вызвать по произволу сколько угодно не только въ теченіи гипнотическаго состоянія больной, но и во время ея бодрствованія. Въ послѣднемъ случаѣ вслѣдъ за судорожнымъ припадкомъ никогда не происходитъ непосредственнаго возврата къ сознанію, а, наоборотъ, больная всегда впадаетъ въ вышеописанное состояніе гипноза.

Теперь перехожу къ подробному изученію нѣкоторыхъ явленій, самыхъ характерныхъ для этой формы гипноза.

Прежде всего васъ поразила удивительно повышенная тактильная чувствительность. Если черезъ капиллярную стеклянную трубку, на разстояніи около 10 сантиметровъ отъ тыльной поверхности праваго, напр., предплечія, я дулъ на кожу его покрывающую, то тотчасъ получалось сокращеніе разгибателей кисти. Если рукой или кисточкой, едва касаясь, я поглаживалъ по сгибателямъ кисти, то получались сгибательныя движенія, переходившія въ контрактуру, если раздраженіе продолжалось болѣе долгое время. Тѣ-же самыя явленія получались, когда я бралъ кожу въ складку и раздражалъ верхушку складки, причемъ всегда отвѣчали сокращеніями мускулы, лежащія непосредственно подъ раздражаемымъ участкомъ кожи.

Но больная реагировала еще на несравненно болѣе тонкія раздраженія. Если я, загипнотизировавши больную посредствомъ прикосновенія пальца къ макушкѣ, держалъ мой палецъ, при закрытыхъ глазахъ больной, на разстояніи приблизительно $\frac{1}{2}$ сантиметра отъ одного изъ пальцевъ ея руки, то въ послѣднемъ, спустя нѣсколько секундъ, появлялось сокращеніе. Если тотъ-же опытъ продѣлывалъ кто-либо другой, то онъ не удавался; въ этомъ многіе изъ васъ убѣдились лично. Наоборотъ, если загипнотизировалъ больную кто-либо изъ васъ, то опыты съ пальцемъ на раз-

стояніи удавались только ему одному и больше никому.

Если одинъ изъ васъ клалъ свою ладонь на правую темянную область больной, а другой—на лѣвую, то опытъ съ пальцемъ удавался только въ томъ случаѣ, если вы его производили на сторонѣ, соотвѣтствующей приложенію ладони другой вашей руки къ темянной области больной. Такимъ образомъ, вы могли раздѣлить больную пополамъ по длинѣ ея вертикальной оси, при чемъ каждая изъ половинъ, такъ сказать, принадлежала лишь тому лицу, которое гипнотизировало эту половину.

Въ послѣднихъ явленіяхъ выражается, такъ называемое, «участіе личности экспериментатора»; Charcot называетъ эту способность «sensibilité élective». Сценическіе магнетизеры еще и теперь злоупотребляютъ этимъ интереснымъ явленіемъ, проповѣдуя, что подобные опыты могутъ быть выполнены только ими, такъ какъ они только и обладаютъ «особой магнетической силой». Между тѣмъ для такихъ явленій имѣется болѣе простое объясненіе въ чрезвычайномъ изощреніи термического и тактильнаго чувства, благодаря которымъ больная въ состояніи отличать одно лицо отъ другаго. Въ подтвержденіе послѣдняго предположенія служилъ слѣдующій опытъ: къ тыльной поверхности предплечія больной прикладывался на нѣсколько минутъ термоэстезіометръ, показывавшій 30, 1° Ц. Вслѣдъ за отнятіемъ его, попеременно приближаемы были, на разстояніи $\frac{1}{2}$ сантиметра, къ вышеназанному мѣсту термоэстезіометры съ другими температурами. Больная не отвѣчала сокращеніями на эти температуры до тѣхъ поръ, пока онѣ не приближались къ названной температурѣ, отличаясь отъ нея всего на 0, 1—0, 2° Ц. Къ этой же категоріи явленій должны быть отнесены и слѣдующія: при закрытыхъ глазахъ больной, на опредѣленный участокъ кожи руки, напр., на тыльную поверхность втораго фаланга указательнаго пальца правой руки, сквозь отверстіе въ ширмѣ (въ 1 сан-

тиметръ въ поперечникѣ), установленной передъ магниевой лампой, пропускались свѣтовые лучи. Въ отверстіе попеременно вставлялись стекла основныхъ цвѣтовъ спектра. Больная отвѣчала движеніями этого пальца только въ томъ случаѣ, если на него падали красные или зеленые лучи; всѣ остальные цвѣта не вызывали никакого эффекта. Въ этомъ опытѣ наблюдается замѣчательное совпаденіе съ зрительнымъ цвѣто-ощущеніемъ: и здѣсь, и тамъ ощущаются одни и тѣ-же цвѣта.

Высокое изощреніе тактильной чувствительности можетъ быть доказано у Махли знаменитымъ опытомъ Charcot. Я въ вашемъ присутствіи вкладывалъ въ руки больной 5 совершенно одинаковой величины и толщины фотографическихъ снимковъ съ ея головы. На одномъ изъ этихъ снимковъ я сдѣлалъ карандашомъ едва замѣтную точку для того только, чтобы самому имѣть возможность отличать его отъ другихъ. Я сперва вложилъ въ руки больной послѣднюю карточку, сказавъ, что это мой портретъ, а остальные—портреты различныхъ ея знакомыхъ; засимъ я перемѣшал карточки и предложилъ розыскать мой портретъ. Послѣ ощупыванія всѣхъ карточекъ въ теченіи нѣсколькихъ минутъ, больная вынула намѣченную мною карточку, утверждая, что это мой портретъ.

Что касается болевой чувствительности, то она, какъ вы видѣли, совершенно уничтожена. Вы могли въ любомъ мѣстѣ не только колоть, но насквозь прокалывать кожу, причемъ не замѣчалось ни малѣйшаго рефлекса; однако имѣется способъ, при помощи котораго болевая чувствительность быстро возстанавливается. Приложение золотой пластинки (полуимперіаль) на какомъ-либо участкѣ кожи, по истеченіи нѣсколькихъ минутъ, вызывало восстановленіе чувствительности не только на покрытой металломъ части, но и въ периферіи ея, приблизительно на разстояніи $\frac{1}{2}$ сантиметра. Вмѣстѣ съ тѣмъ чувствительность возстанавливалась на сим-

метричномъ мѣстѣ противоположной части тѣла. Но этимъ путемъ получалось только частичное возстановленіе чувствительности. Если же я пропускалъ слабый гальваническій токъ безразлично въ какомъ направленіи, или индукціонный такимъ образомъ, чтобы одинъ электродъ стоялъ на грудной кости, а другой на лобномъ бугрѣ соотвѣтственно участкамъ № 29 или 30 (см. фотограф. снимокъ, фиг. 4-я), то, спустя нѣсколько секундъ, получалось возстановленіе болевой чувствительности кожи и граничащихъ съ ней слизистыхъ оболочекъ: уколъ булавкой вызывалъ тогда очень живыя отраженныя движенія.

Рефлекторныя движенія, вызванныя въ предшествовавшихъ опытахъ поглаживаніемъ, отличались главнымъ образомъ тѣмъ, что сопровождались сокращеніемъ того мускула или той мышечной группы, которые лежали непосредственно подъ участкомъ раздражаемой кожи. Такъ что одни и тѣ же раздражители, примѣняемые къ той или другой поверхности, вызывали, смотря по назначенію мускуловъ, или флексію, или экстензію.

Вы помните также, что каждое, самое легкое кожное раздраженіе сопровождалось у Махли мышечнымъ сокращеніемъ. Если раздраженіе продолжалось болѣе долгое время, то сокращеніе переходило въ стойкую контрактуру. Стоило, напр., производить легкое поглаживаніе по внутренней сторонѣ праваго предплечія для того, чтобы получилась сгибательная контрактура кисти. Измѣряя мышечную силу, затрачиваемую при этой контрактурѣ, вы убѣдились, что она превышаетъ 60 фунтовъ, т. е. она больше чѣмъ въ три раза превышаетъ максимальную силу органа въ гипнотическаго состоянія больной. Разъ образовавшаяся контрактура можетъ оставаться въ этомъ видѣ въ теченіи нѣсколькихъ часовъ. Она такъ же легко уничтожается, какъ и вызывается, и точно тѣмъ же пріемомъ, т. е. поглаживаніемъ по

той-же поверхности кожи, съ тою разницею, что поглаживание въ противоположномъ направленіи уничтожаетъ ее скорѣе. Одной изъ самыхъ важныхъ особенностей этихъ контрактуръ считается способность ихъ удерживаться и послѣ перехода больной въ бодрственное состояніе.

Заговоривъ о движеніяхъ, не могу не указать вамъ еще на одинъ въ высшей степени интересный фактъ: у больной имѣются области, механическое раздраженіе которыхъ связано съ опредѣленными движеніями. Такіе участки называются динамогенными областями. Умѣренное давленіе, напр., на одну изъ глазныхъ орбитъ ведетъ къ поднятію вверхъ соотвѣтственной нижней конечности; съ прекращеніемъ давленія конечность падаетъ въ силу собственной тяжести. Поэтому, съ надавливаніемъ попеременно то той, то другой орбиты, получается попеременное поднятіе и опусканіе ногъ (родъ хожденія въ воздухѣ). Раздраженіе кисточкой въ области пупка вызываетъ сгибаніе обѣихъ нижнихъ конечностей въ колѣнныхъ сочлененіяхъ.

Состояніе глубокаго автоматизма, въ которомъ находится больная, а также сохранность слуха, даетъ возможность производить надъ ней какія угодно словесныя внушенія. Только-что говорившей больной стоило сказать, что языкъ ея неподвиженъ, и она не могла говорить. Въ самомъ дѣлѣ, несмотря на величайшія усилія, она не могла произнести ни слова. Такимъ же точно путемъ, т. е. внушеніемъ, можно было возвратитъ моментально способность говорить. Если больной сказано, что она все перезабыла, то она не въ состояніи припомнить не только моей фамиліи, но и своего собственнаго имени.

Не менѣе легко удаются внушенія въ области всѣхъ органовъ чувствъ. Я увѣрилъ Махлю, что въ комнатѣ слышно пѣніе женскаго голоса и собачій лай. Махля сейчасъ же узнала голосъ своей подруги Вѣры, слышный съ правой стороны, назвала бакою она поетъ пѣсню, а въ лаѣ собаки,

слышномъ съ лѣвой стороны, сразу узнала хорошо знакомую ей «Дильку». Этотъ интересный примѣръ показываетъ не только возможность быстрого словеснаго внушенія двухъ галлюцинацій за-разъ, но и одновременно двусторонняго ихъ появленія. Мы давали Махлѣ бутылку съ дистиллированной водой, сказавъ, что это духи, — она, нюхая, восторгалась чуднымъ розовымъ запахомъ. Сахарная вода, влитая въ ротъ подъ названіемъ чернилъ, вызывала продолжительное отплеиваніе. Наоборотъ, кусокъ дерева или мѣлу, подъ видомъ конфетъ, возбуждалъ въ ней пріятное ощущеніе, связанное съ вкусомъ шоколада.

Больной говорилось, что она находится въ театрѣ; спрошенная, — видитъ-ли кого-нибудь изъ своихъ знакомыхъ, она указывала въ различныхъ направленіяхъ комнаты, называя нѣсколько знакомыхъ ей именъ.

Я убѣждалъ больную, что мы ѣдемъ на пароходѣ, увѣрялъ ее, что насъ настигла страшная буря, и начало сильно качать. Спустя нѣсколько минутъ, больную стало рвать. Больной приставленъ къ правому плечу кожный термометръ, который въ теченіи $\frac{1}{2}$ часа показывалъ одну и ту-же температуру $34, 1^{\circ}$ Ц. Я увѣрилъ больную, что она попала въ ледникъ, и что ей холодно. Она стала дрожать, и температура кожи, спустя 8 минутъ, понизилась на $0, 5^{\circ}$ Ц. Я внушилъ больной, что у нея начинается сердцебіеніе. За пульсомъ слѣдилъ товарищъ, д-ръ В. Я. Мандельбаумъ. До внушенія, ударовъ пульса было 80 въ минуту; спустя минуту, пульсъ ускорился до 92 ударовъ, затѣмъ до 96, минутъ черезъ 5—до 108. При внушеніи обратнаго характера, число ударовъ постепенно и такъ же рѣзко уменьшалось.

Вотъ еще примѣръ двусторонней галлюцинаціи, въ которой принимали участіе различные органы чувствъ. Я внушилъ больной, что на ея лѣвомъ ухѣ сидитъ муха, а около праваго летаетъ комаръ. Махля съ вниманіемъ акко-

модерируетъ правое ухо, точно прислушиваясь къ звуку насѣкомаго, и въ то-же время третъ рукою раковину лѣваго уха.

Замѣчателенъ характеръ всѣхъ этихъ галлюцинацій: на полномъ ходу извѣстной галлюцинаціи, вы можете отвлечь вниманіе больной, и она будетъ отвѣчать вамъ совершенно правильно на какіе-угодно вопросы, не имѣющіе никакой связи съ галлюцинируемымъ сюжетомъ. Одну галлюцинацію, въ любой моментъ ея развитія, можете замѣнить другою. Но самостоятельныя галлюцинаціи въ этой формѣ гипноза никогда не проявляются.

Я представилъ вамъ также примѣръ двигательной галлюцинаціи, въ которой въ извѣстной степени отразилась и индивидуальность больной.

Предложивъ больной убить меня, я вложилъ въ ея правую руку свертокъ бумаги и увѣрилъ ее, что это ножъ. Первое мое внушеніе остается безъ послѣдствій; я повторилъ его, — и больная, послѣ продолжительнаго колебанія, ударила меня дрожащей рукою въ лѣвый бокъ, точно вонзая кинжалъ.

Я сказалъ больной, что у нея начинается «припадокъ», и въ тотъ-же моментъ, дѣйствительно, развились выше-описанныя перекрестныя судороги конечностей, съ глотательными движеніями, съ закидываніемъ головы назадъ и пѣной у рта.

Больная, кромѣ того, обнаруживала большую чувствительность къ магниту. Стоило поддержать магнитъ около пальцевъ ноги, на разстояніи отъ 2 до 5 сантиметровъ, для того, чтобы нога тотчасъ-же начала двигаться въ его сторону; нога высоко подымается вверхъ, если магнитъ держать надъ ея пальцами. При передвиженіи магнита съ мѣста на мѣсто, вы видѣли, что нога слѣдовала за нимъ самымъ исправнымъ образомъ; магнитъ какъ-бы тянулъ

за собою ногу. Эти движенія записаны мною графически на таб. 4-й; *a*—обозначаетъ начало дѣйствія магнита, выразившееся въ колебательномъ движеніи лѣвой ноги вверху. У *b*—магнитъ отнять, и нога упала на постель. Если магнитъ прикладывался къ шеѣ, то голова склонялась въ его сторону. Если его прикладывали къ большой грудной мышцѣ, то въ ней замѣчался цѣлый рядъ сокращеній отдѣльныхъ волоконъ. Кусками желѣза, мѣди, стали, стекла, угля и проч. этихъ явленій не удавалось вызвать.

При посредствѣ магнита въ этомъ случаѣ, какъ и въ предшествовавшихъ, легко получались какъ двигательные, такъ и чувствительные трансферты. Однако трансферты въ разбираемой формѣ гипноза являлись не отъ одного только магнита. Благодаря изощренію осязанія до такихъ размѣровъ, что больная различаетъ минимальныя ощущенія, недоступныя человѣку при нормальномъ состояніи органовъ чувствъ, трансферты, въ особенности двигательные, могутъ быть вызваны какимъ угодно тѣломъ. Если одна рука больной будетъ находиться въ состояніи полного расслабленія, а кисть другой руки—въ контрактурѣ, и если, на разстояніи 2 или 3 сантиметровъ отъ послѣдней, держать мѣховую шапку, книгу, стаканъ, камень, или какой-нибудь другой индифферентный предметъ, то двигательный трансфертъ все-таки происходитъ: кисть, бывшая въ состояніи контрактуры, расслабляется, а расслабленная переходитъ тотчасъ-же въ стойкую контрактуру (см. таб. 5-я). Опытъ былъ обставленъ слѣдующимъ образомъ: въ кисти рукъ больной вкладывались небольшіе резиновые, наполненные воздухомъ балоны; послѣдніе соединялись съ бурдоновскими пружинами. При сжатіи или расслабленіи кисти,—сгущеніе или разрѣженіе воздуха въ балонѣ отражалось на колебаніяхъ рычага пружины; эти колебанія записывались на кимографѣ. Вотъ объясненія кривыхъ: лѣвая кисть *b*, расслаблена, правая *a*, въ состояніи сгибательной контрактуры; *c*, отвѣча-

еть времени приложения магнита къ лѣвому плечу; *d* обозначаетъ появленіе контрактуры въ лѣвой кисти, и въ то-же время расслабленіе (*d'*) въ правой. У *f* отнять магнитъ; лѣвая кисть перешла въ расслабленіе (*g*), правая въ контрактуру (*g'*). У *h* снова приложенъ магнитъ; дальше слѣдуетъ повтореніе тѣхъ-же явленій.

Явленія, которыя сейчасъ вамъ продемонстрированы, характеризуютъ, такъ называемое, *сомнамбулическое* состояніе.

Оно выражается:

- 1) Полнѣйшимъ автоматизмомъ.
- 2) Слабымъ нарушеніемъ сознанія.
- 3) Дѣятельнымъ состояніемъ умственныхъ способностей.
- 4) Чрезвычайно тонкимъ изощреніемъ нѣкоторыхъ органовъ чувствъ.
- 5) Способностью реагировать на раздражителей минимальной силы.
- 6) Способностью ко всевозможнымъ внушеніямъ.
- 7) Нестойкостью и большимъ разнообразіемъ галлюцинацій, никогда не являющихся самородно.
- 8) Способностью контрактуръ появляться и исчезать отъ однихъ и тѣхъ-же раздражителей.
- 9) Склонностью контрактуръ сохраняться и по минованіи гипноза.
- 10) Исключительнымъ отношеніемъ къ личности экспериментатора.
- 11) Полнѣйшимъ запомнаніемъ послѣ пробужденія всего, что происходило во время гипноза.

Изъ этого состоянія сомнамбуліи больную чрезвычайно легко перевести въ летаргическое состояніе: для этого достаточно въ теченіе 2 или 3 минутъ производить самое легкое давленіе на обѣ глазныя орбиты. Если-же давленію

будеть подвергаться одна только орбита, то въ летаргическое состояніе перейдетъ только соотвѣтственная половина тѣла, а другая останется сомнамбулической.

Переводъ изъ сомнамбуліи въ каталептическое состояніе производится такъ-же легко: для этого нужно поднять оба верхнія вѣка такъ, чтобы яркій свѣтъ быстро упалъ на сѣтчатку глаза,—и катаlepsія готова. Если вѣко будетъ приподнято только на одномъ глазу, то каталептизируется только соотвѣтственная сторона тѣла, а противоположная остается въ состояніи сомнамбуліи. Но ни катаlepsія, ни летаргія у этой больной никогда не наблюдались самостоятельно.

Больную не удастся привести ни однимъ изъ общепотребительныхъ способовъ въ сознаніе. Но, если въ лежащемъ положеніи свѣсить ея голову черезъ край кровати, то, по истеченіи 1-ой или 2-хъ минутъ, больная выходитъ изъ состоянія гипноза. Если-же этого не получается, то съ приподнятіемъ ногъ вверхъ, больная непременно просыпается.



V.

До сихъ поръ я представлялъ вамъ простѣйшія формы истеро-гипнотическихъ состояній въ самомъ чистомъ ихъ видѣ. Теперь предстоитъ рассмотреть случай довольно сложный.

Олимпиада Т., дочь чиновника, 20 лѣтъ отъ роду, по профессіи модистка, поступила ко мнѣ въ больницу 26 ноября 1885 года. Въ дѣтствѣ она перенесла корь, скарлатину и вѣтряную оспу. Въ 1881 г. имѣла небольшое кровохарканіе; приблизительно съ этого времени у нея стали появляться головокруженія. Лѣтомъ 1882 г. Т. была на гуляніи; вслѣдъ за неожиданно раздавшимися звуками военного оркестра, она тутъ-же упала въ безсознательномъ состояніи и очутилась, спустя лишь нѣсколько часовъ, у себя дома. Подробности этого припадка неизвѣстны. Съ тѣхъ поръ, припадки стали повторяться все чаще и чаще, постоянно мѣняясь въ характерѣ. Въ настоящее время ихъ бываетъ отъ 5 до 8 въ день.

Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія. Кожа нормальной окраски, нѣжная и эластичная. Подкожный жиръ развитъ слабо. Слизистыя оболочки хорошо окрашены. Кости хорошо развиты, черепъ правильныхъ размѣровъ, сочлененія подвижны. Мышцы развиты умѣренно; всѣ движенія въ конечностяхъ совершаются нормально.

По динамометру сила каждой изъ рукъ равняется 20-ти фунтамъ, несмотря на то, что больная—правша. Легкія совершенно здоровы; дыханій—18 въ минуту. Сердце тоже здорово; объемъ его нормальный, тоны чистые. Сосуды уступчивые; пульсъ 84 удара въ минуту. Жиротъ не вздутъ, упругъ; испражненія ежедневныя. Печень и селезенка нормальныхъ размѣровъ. Мочи около 1000 кубич. сантиметровъ въ сутки; она—блѣдно-соломеннаго цвѣта, слабо-кислой реакціи, удѣльный вѣсъ 1014, химическій составъ нормальный.

Регулы больная получила на 14 году жизни. Вначалѣ онѣ были очень часты, повторялись черезъ каждые 10—12 дней, продолжались по 8 дней и никогда не сопровождались болями. Въ настоящее время регулы менѣе часты, повторяются черезъ 2—3 недѣли. Оваріальныхъ болей нѣтъ.

Органы чувствъ находятся въ слѣдующемъ состояніи:

Зрѣніе. Правымъ глазомъ больная ровно ничего не видитъ, не отличаетъ даже днемъ оконъ въ комнатѣ; лѣвымъ видитъ хорошо. Правый зрачокъ шире лѣваго; оба хорошо реагируютъ на свѣтъ. Движенія глазныхъ яблокъ свободны. Цвѣтоощущеніе лѣваго глаза правильное. Поле зрѣнія лѣваго глаза ограничено сверху и снаружи.

Слухъ. Правымъ ухомъ больной слышитъ ходъ карманныхъ часовъ на разстояніи 5-ти сантиметровъ, лѣвымъ—100 сант.; барабанныя перепонки цѣлы.

Обоняніе. Правой ноздрей больная не отличаетъ даже рѣзкаго запаха камфоры, горчичнаго спирта и др. веществъ Магнап'овской обонятельной скалы; съ лѣвой стороны обоняніе очень тонко.

Вкусъ. Правая сторона языка не отличаетъ ни горькаго, ни соленого, ни сладкаго, ни кислаго. Лѣвой стороною воспринимаются самыя тонкія вкусовыя ощущенія.

Осязаніе. Болевая чувствительность кожи совершенно

потеряна съ обѣихъ сторонъ на темныхъ областяхъ, на затылкѣ, на лицѣ, на задней поверхности туловища, на обѣихъ рукахъ вплоть до грудной кѣтки и на обѣихъ ногахъ отъ колѣнныхъ сочлененій внизъ. Рядомъ съ болевою чувствительностью на тѣхъ-же мѣстахъ потеряны тактильныя, термическія и двойственныя ощущенія. На остальныхъ частяхъ кожи все роды чувствительности нормальны. Чувствительность слизистыхъ оболочекъ, за исключеніемъ оболочекъ вѣкъ обоихъ глазъ, сохранена.

Мышечное чувство въ конечностяхъ сильно понижено, равно какъ и мышечная чувствительность.

Реакція мускуловъ и нервовъ на гальваническій и фарадическій токъ правильная.

Рефлексы. Подошвенные понижены, съ прямыхъ мышцъ живота немного усилены, пателлярные—слегка усилены. Сосудистый рефлексъ на кожѣ отъ механическихъ раздраженій получается легко и удерживается долго. Цвѣтъ лица больной чрезвычайно подвижный: то она блѣднѣетъ, то, наоборотъ, сильно краснѣетъ.

Температура тѣла нормальная. Сонъ плохой; больная спитъ только при помощи паральдегида. Аппетитъ хорошій.

Умственные способности. Сообразительность вялая, мышленіе медленное, но память довольно хорошая. Больная и въ дѣтствѣ не отличалась особенными способностями: она рано вышла изъ гимназіи, и должна была заняться шитьемъ.

Характеръ у Т. кроткій; она относится съ участіемъ и съ состраданіемъ къ другимъ больнымъ, но вообще очень раздражительная и часто сердится.

Отецъ больной живъ; онъ въ молодости страдалъ какими-то нервными припадками. Мать умерла отъ чахотки, одинъ братъ боленъ въ настоящее время чахоткой, семеро братьевъ и сестеръ умерли въ раннемъ дѣтствѣ; причины ихъ смерти больная не знаетъ.

Т. вела жизнь тяжелую, трудовую, за шитьемъ платьевъ, но въ нравственномъ отношеніи чрезвычайно спокойную. Изрѣдка только испытывала большое горе вслѣдствіе ссоръ съ отцомъ, съ которымъ всегда жила не въ ладахъ.

Больная жалуется на ежедневныя головныя боли въ лобной и темянныхъ областяхъ и на частые припадки, наступающіе мгновенно, иногда-же предшествуемые весьма кратковременной аурой, въ формѣ звона въ ушахъ.

Характеръ этихъ припадковъ вы увидите сейчасъ.

Больной, въ лежачемъ положеніи, прикладываетъ къ затылку магнитъ.

Вы видите, что не прошло и двухъ минутъ, какъ лицо сильно покраснѣло, голова судорожно отклонилась назадъ, руки и ноги выпрямились и сдѣлались очень напряженными; дыханіе стало хриплымъ и учащеннымъ, пульсъ достигъ 120 ударовъ, и сознаніе совершенно исчезло. Засимъ слѣдуетъ нѣсколько общихъ клоническихъ судорогъ, больная поворачивается на правый бокъ и все тѣло изгибается въ дугу, обращенную вогнутостью назадъ; руки, стиснутыя въ кулакъ, прижимаются къ спинѣ, ноги сильно согнуты въ колѣнныхъ сочлененіяхъ. Въ этой позѣ (общихъ контрактуръ) больная остается нѣсколько мгновеній. Затѣмъ снова наступаетъ рядъ общихъ клоническихъ судорогъ, оканчивающихся полнымъ успокоеніемъ: больная лежитъ ровно и неподвижно на спинѣ, съ распростертыми, вялыми руками и ногами; лицо ціанотично, на лбу испарина, глаза закрыты, дыханіе ровное и глубокое, пульсъ—100.

Больная не отвѣчаетъ на уколы, даже въ тѣхъ мѣстахъ, которыя до припадка были чувствительны. Пателлярныя рефлексы очень усилены. Въ этомъ состояніи у больной чрезвычайно рѣзко выступаетъ нервно—мышечная перевозбудимость. Если надавить пальцемъ на *m. masseter*, то ритмическое сокращеніе его не только ощущается, но и примѣчается на разстояніи. Надавливая концомъ ручки пера

на п. *facialis*, я вызываю такія-же ритмическія, видимыя на разстояніи, движенія во всѣхъ мускулахъ, завѣдуемыхъ этимъ нервомъ. Надавливая такимъ-же образомъ на п. *ulnaris*, получаемъ контрактуру кисти соответственной руки. Поколачиваніе по мышечнымъ группамъ, напр. праваго бедра, вызываетъ сильное подергиваніе всѣхъ мышцъ не только этой конечности, но и противоположной. При болѣе сильномъ поколачиваніи, къ названнымъ сокращеніямъ прибавляются еще сокращенія и въ соименной съ поколачиваемой, верхней конечности. При еще болѣе сильномъ постукиваніи, рефлексы иррадируются на всѣ конечности. Въ такой-же мѣрѣ и съ такою-же законностью вызывается диффузія рефлексовъ съ верхнихъ конечностей на нижнія. Вы помните, что по законамъ Pflüger'a, рефлексy распространяются въ поперечномъ направленіи и всегда по направленію снизу вверхъ. Впрочемъ, послѣднее положеніе оспаривалось Саугад'омъ и другими. Въ разбираемомъ случаѣ, рефлексy могутъ распространяться не только въ восходящемъ, но и въ нисходящемъ направленіи. Явленіе это настолько рѣдкое, что такому опытному наблюдателю, какъ Paul Richer, никогда не приходилось встрѣчать его. Во всякомъ случаѣ, опытъ этотъ представляетъ собою однимъ доказательствомъ больше въ пользу того, что рефлексy могутъ распространяться и въ нисходящемъ направленіи.

Если сдавить у больной одну изъ мышечныхъ группъ, напр. флексоры на предплечіи, то получается сгибательная контрактура въ кисти той-же руки. Стоитъ сильно растирать антагонисты (группу экстензоровъ),—и контрактура весьма скоро исчезаетъ.

Приведенный рядъ опытовъ самымъ несомнѣннымъ образомъ свидѣтельствуетъ о глубокомъ летаргическомъ состояніи больной. И дѣйствительно, самыя характерныя явленія для этого состоянія—перво-мышечная перевозбудимость до степени диффузіи рефлексовъ, вызываемость контрактуръ

механическимъ путемъ и уничтожаемость ихъ растиравіемъ антагонистовъ, имѣются на лицо.

Вмѣстѣ съ этимъ у больной имѣется рядъ характерныхъ симптомовъ для другаго гипнотическаго состоянія.

Слегка поглаживая рукой кожу всей тыльной поверхности предплечія, я получалъ разгибательную контрактуру въ пальцахъ руки. Если продолжать это поглаживаніе, то контрактура уничтожается. Только для этого требуется больше времени, чѣмъ обыкновенно, — около 10 минутъ. Самое легкое поглаживаніе кисточкой по кожѣ предплечія, вызывало сокращеніе непосредственно подъ этимъ мѣстомъ лежащаго мускула. — Вамъ не трудно было убѣдиться, что и другіе органы чувствъ (слухъ, обоняніе, вкусъ) въ этомъ состояніи чрезвычайно воспримчивы, даже изощрены.

До какой высокой степени доходить это изощреніе видно изъ слѣдующаго примѣра.

Носовой платокъ, взятый у одного изъ присутствовавшихъ товарищей, еще до прихода больной на лекцію, не имѣлъ никакого особеннаго запаха. Я далъ его больной понюхать и предложилъ вручить по принадлежности. Вы видѣли, что первымъ девяти лицамъ, подходившимъ къ больной поочередно, она его не отдала, вручивъ наконецъ по принадлежности доктору А. И. Минницкому.

Я могъ вызвать у Т. какую угодно галлюцинацію или иллюзію. Я внушилъ больной, что передъ нею — ея бывшая хозяйка.

— Передъ вами М-ше А.; какъ она одѣта? спросилъ я. Отвѣтъ послѣдовалъ шопотомъ:

— «Въ черномъ платьѣ, на головѣ шляпа».

— У нея платье загорѣлось, тушите!

Больная стала дѣлать движенія губами, точно задувая пламя.

Больной можно сдѣлать несравненно болѣе сложное внушеніе. Я подвожу къ ней сестру милосердія и говорю,

что она должна нарядить эту даму, помнить что она будет дѣлать и, по пробужденіи, рассказать все подробно. На столѣ разложены различные предметы для импровизированнаго дамскаго туалета. Больная беретъ одну изъ приготовленныхъ простынь, встряхиваетъ ее и, съ ловкостью опытной модистки, дѣлаетъ изъ простыни юбку, примѣряетъ, надѣваетъ ее на сестру, прикалываетъ булавками, которыя держитъ въ зубахъ, расправляетъ складки, становится на колѣни для того, чтобы сдѣлать тюникъ, и обходитъ вокругъ, точно желая посмотреть, все-ли сидитъ хорошо. Засимъ, беретъ другую простыню и также тщательно изготовляетъ изъ нея мантилью. Вы видите, что все дѣлается хотя и ощупью, но съ удивительною послѣдовательностью, и когда я подсовывалъ больной предметы, не идущіе къ дѣлу, напр. военную фуражку, она, какъ-будто со злостью, швыряла ихъ въ сторону. Я предложилъ больной рассказать, по пробужденіи, что съ нею было въ припадкѣ; она обстоятельно изложила, какъ она наряжала даму на балъ.

Вы легко могли убѣдиться, что въ этихъ опытахъ большую роль играетъ «личность экспериментатора», или, выражаясь вѣрнѣе,—больная обнаруживаетъ высокую степень избирательной чувствительности (*sensibilité élective*). Различныя внушенія, сдѣланныя по моему предложенію шестью изъ числа присутствовавшихъ товарищей, остались неисполненными. Это потому, что гипнозъ у больной былъ вызванъ не ими. Удачнымъ вышло одно только внушеніе д-ра Миткевича—перекинуть правую ногу черезъ лѣвую. Удачу послѣдняго опыта я объясняю тѣмъ, что больная успѣла хорошо познакомиться съ докторомъ Миткевичемъ, неоднократно и даже утромъ въ день лекціи производившимъ у нея изслѣдованія глазъ какъ въ нормальномъ состояніи, такъ и во время гипноза. Послѣдній опытъ не только не противорѣчитъ факту выбора больною личности, участвовавшей въ вызваніи гипноза, но даже служитъ подтвержденіемъ.

Явленія этого рода, т. е. легко вызываемые кожно-мышечные рефлексы, контрактуры, вызванныя и уничтоженныя поглаживаніемъ, легкая воспроизводимость галлюцинацій, обостренная дѣятельность органовъ чувствъ, склонность ко всевозможнымъ внушеніямъ, вліяніе личности экспериментатора на явленія внушенія, — служатъ доказательствомъ сомнамбулическаго состоянія больной.

Но, кромѣ исчисленныхъ симптомовъ, нельзя не замѣтить, что конечности больной принимали, по вашему усмотрѣнію, любое положеніе, даже самое неудобное, удерживаясь въ немъ довольно долго. При этомъ не замѣчалось ни малѣйшаго сопротивленія со стороны больной; члены ея повиновались пассивно всякому вашему движенію и представлялись необыкновенно легкими, характеризуя, такъ называемую, восковую гибкость. Вмѣстѣ съ тѣмъ замѣчалась полная сохранность мышечнаго чувства и способность, благодаря послѣднему, къ раздражательнымъ движеніямъ. Я складывала руки больной, какъ это дѣлаютъ при игрѣ на флейтѣ, производя движеніе ея пальцами; руки оставались неподвижными, а пальцы продолжали производить данныя имъ движенія. Я ставилъ больную на четверинкахъ и передвигалъ ея конечности такъ, какъ это дѣлаютъ на ходу четвероногія животныя; шествіе больной по комнатѣ продолжалось въ данной ей позѣ. Произнося передъ больною различныя слова, можно было замѣтить явленія эхоляліи; съ тою только разницею, что больная не произносила словъ, а дѣлала столько движеній губами, сколько слоговъ въ произнесенномъ словѣ. Такъ напр., при словѣ *глазь*, она дѣлаетъ одиночное движеніе; при словѣ *азбука*—три движенія, при словѣ *кораблекрушеніе*—7 движеній. Вся разница между этимъ раздражаніемъ и настоящей эхоляліей состоитъ въ отсутствіи словесныхъ звуковъ. Это въ своемъ родѣ раздражительная «афоническая рѣчь».

Симптомы послѣдняго рода: восковая гибкость, сохран-

ность мышечнаго чувства и раздражательныя движенія, основанныя на этомъ чувствѣ, доказываютъ примѣсь каталептического элемента къ гипнотическому состоянію больной.

И такъ, разбираемый случай представляетъ собою сложное гипнотическое состояніе, въ которомъ имѣются на лицо въ одно и то-же время признаки летаргій, сомнамбуліи и каталепсій. Эти случаи не могутъ быть подведены подъ элементарныя фазы классификаціи Charcot и подають поводъ къ безконечной путаницѣ. Paul Richet хотя и не описываетъ ихъ въ своей книжкѣ, переполненной громаднымъ своимъ и чужимъ матеріаломъ, но ссылается на ихъ существованіе. Сложные случаи гипноза чрезвычайно часты и подчасъ ставятъ въ большое затрудненіе, къ которой изъ формъ они должны быть отнесены. Сейчасъ описанное сложное гипнотическое состояніе, въ составъ котораго вошли 3 формы, не имѣетъ еще особаго названія.

Мнѣ остается еще обратить ваше вниманіе на одно крайне интересное обстоятельство, а именно: Вы можете убѣдиться на этой и еще на другихъ больныхъ, что тѣ органы чувствъ, которые въ бодрственномъ состояніи у истерическихъ больныхъ совершенно подавлены, во время нѣкоторыхъ гипнотическихъ состояній функционируютъ нормально. У Олимпіады Т., какъ вы помните, зрѣніе правымъ глазомъ нарушено до такой степени, что она въ гипноза не отличаетъ тьмы отъ свѣта. Если вы во время гипноза плотно закроете лѣвый глазъ больной, поддержите передъ ея правымъ глазомъ какой-нибудь предметъ, прикажете ей хорошенько замѣтить этотъ предметъ и сказать вамъ по пробужденіи что она видѣла, то ваше приказаніе будетъ исполнено въ точности. Такимъ образомъ, больная, проснувшись, сказала, что ей подносили катушку бѣлыхъ нитокъ, что часы показывали четверть перваго.

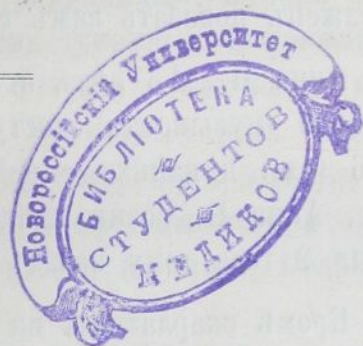
Въ заключеніе, позвольте вамъ продемонстрировать начало опыта съ внушеніемъ дѣйствій, рассчитанныхъ на бо-

лѣе продолжительный срокъ. Я внушаю больной:

— «Черезъ недѣлю, т. е. въ будущій вторникъ, вы прійдете сюда на лекцію, ровно въ 8½ часовъ вечера».

Больную можно привести въ полное сознаніе тоже путемъ словеснаго внушенія.

Я говорю громко: «проснитесь!» Больная тотчасъ стала просыпаться и лишь черезъ 2 минуты пришла въ полное сознаніе; но, спустя 5 минутъ, ее захватилъ сильный припадокъ общихъ судорогъ,—это новый истеро-эпилептический приступъ.



VI.

Чтобы покончить съ неправильными формами гипноза, я долженъ показать вамъ еще одну больную.

Анна Н., 16 лѣтъ отъ роду, Одесская уроженка, дочь опернаго музыканта, поступила въ мое отдѣленіе 1 іюля 1886 года; никакихъ специальныхъ занятій у больной не было. Анна Н. воспитывалась въ сиротскомъ домѣ и вышла оттуда 2 года тому назадъ.

Кромѣ скарлатины на 10 году, она ничѣмъ не болѣла. Годъ назадъ, сидя на подоконникѣ во 2 этажѣ, она чего-то испугалась и упала на мостовую. Въ теченіе трехъ часовъ больная лежала въ безсознательномъ состояніи, въ припадкѣ общихъ судорогъ. Прійдя въ сознаніе, она вскорѣ поправилась. При паденіи не получила никакихъ поврежденій. Но съ тѣхъ поръ судорожные припадки стали повторяться, сначала черезъ каждыя 2 недѣли, потомъ начали учащаться, и въ послѣднее время ихъ бываетъ отъ 3-хъ до 8-ми въ день.

Мать больной умерла отъ чахотки, отецъ здоровъ. Отъ перваго брака у него было, кромѣ Анны, еще семеро дѣтей, которыя поумирали въ раннемъ дѣтствѣ, но причины ихъ смерти остались невыясненными.

Жизнь больная провела спокойно, никаких нравственных потрясеній не переносила.

Анна правильнаго, коренастаго тѣлосложенія, небольшого роста. Черепъ большой, но довольно правильной формы; только лобные бугры немного выпячены. Остальныя кости скелета и сочлененія нормальны. Кожа и слизистыя оболочки хорошо окрашены. Подкожный жиръ развитъ достаточно. Мышечная система очень хорошо развита. Сила правой руки по динамометру равна 50 фунтамъ, лѣвой—40 фунтамъ. Всѣ моторныя функціи нормальны.

Легкія по перкуторнымъ и аускультационнымъ даннымъ нормальны; дыханій 20 въ минуту. Границы сердца тоже нормальны; сосуды мягкіе, уступчивые, пульсъ 100. Животъ умѣренно выпяченъ, очень упругъ. Испражнения ежедневны и вполне нормальны. Регулы повторяются правильно черезъ каждыя 4 недѣли. Въ первый разъ онѣ появились спустя мѣсяца два послѣ того, какъ больная начала страдать припадками. Регулы продолжаются 4 дня, онѣ обильны, имъ предшествуютъ боли въ спинѣ. Оваріальныхъ точекъ нѣтъ.

Органы чувствъ представляются въ слѣдующемъ видѣ.

Зрѣніе.—Поле зрѣнія ограничено: для праваго глаза,—снаружи 30°, внутрь 20°, вверхъ и внизъ по 25°; для лѣваго,—снаружи и внутрь по 20°, вверхъ и внизъ по 35°. Желтый цвѣтъ больная принимаетъ за бѣлый, а фіолетовый за черный. Во всѣхъ остальныхъ отношеніяхъ органы зрѣнія нормальны.

Слухъ.—Правымъ ухомъ больная отличаетъ ходъ карманныхъ часовъ на разстояніи одного метра, лѣвымъ—двухъ метровъ.

Вкусъ и обоняніе совершенно уничтожены.

Осязаніе.—Чувство щекотанія потеряно. Болевыя ощущенія отсутствуютъ на верхнихъ и на нижнихъ конечностяхъ, на задней поверхности туловища и на волосистой части го-

ловы. Въ тѣхъ-же мѣстахъ потеряны тактильныя и двойственные ощущенія. На анестезированныхъ мѣстахъ не опредѣляются даже самыя крайніе предѣлы температуръ. Части кожи съ сохранившейся чувствительностью опредѣляютъ колебанія температуры правильно. Чувствительность слизистой оболочки губъ, нѣба, зѣва и глазъ не нарушена.

Мышечное чувство и мышечная чувствительность на конечностяхъ очень понижены. Нервы и мышцы относятся нормально къ гальваническому и фарадическому токамъ.

Кожно-мышечные рефлексы уничтожены, сухожильные нормальны, мышечные (отъ механическихъ раздраженій) не усилены. Сосудистые рефлексы на анестезированныхъ мѣстахъ получаютъ скорѣе и рѣзче, чѣмъ на нормальныхъ. Цвѣтъ кожи лица часто мѣняется; оно бываетъ то болѣе, то менѣе красное, но никогда сильно не блѣднѣетъ.

Температура тѣла нормальная. Сонъ крѣпкій; во время сна припадковъ никогда не бываетъ. Аппетитъ большой.

Больная и въ умственномъ отношеніи довольно развита, отличается хорошими способностями и памятью; сообразительность быстрая. По характеру Анна—конфузливая, упрямая и злая. Жалобы больной исчерпываются постоянными головными болями.

Теперь я представлю вамъ больную въ состояніи припадка. Для этого достаточно слегка нажать пальцами на глазныя орбиты больной, и припадокъ тотчасъ-же разовьется. Сначала все тѣло дѣлается ригиднымъ и неподвижнымъ (иммобилизація), потомъ, спустя 1 или 1½ минуты, является нѣсколько клоническихъ судорогъ, дыханіе задерживается, пульсъ ускоряется и дѣлается неровнымъ; сознанія нѣтъ. Вскорѣ за судорогами снова наступаетъ иммобилизація: мышцы конечностей очень ригидны, руки сжаты въ кулакъ, глаза закрыты, зубы стиснуты, голова слегка нагнута къ груди, дыханіе поверхностно, 26 разъ въ минуту, пульсъ ускоренный (130), но ровный. Кожа совершенно нечувствитель-

на даже къ самымъ глубокимъ уголамъ; мышечная чувствительность окончательно уничтожена. Мышечные и сухожильные рефлексы очень усилены, давленіе на лицевой нервъ и жевательныя мышцы вызываетъ энергическія сокращенія, свидѣтельствующія о значительно развитой нервно-мышечной перевозбудимости. Подражательныя движенія въ конечностяхъ не получаютъ.

Если одну изъ конечностей поднять вверхъ, то она сразу не падаетъ, а удерживаетъ данное ей положеніе, какъ въ катаlepsii, съ тою однако разницею, что это положеніе удерживается не долго: всего 2—3 м. Кромъ того, при перемѣщеніи органа замѣчается тяжесть его и значительное сопротивленіе, чего никогда не бываетъ въ состояніи восковой гибкости, характеризующемъ чистую катаlepsію. Если органъ, приведенный въ состояніе такого оцѣпенѣнія, крѣпко растерать или разминать, то получается полное его ослабленіе.

Въ этой группѣ симптомовъ несомнѣнно преобладаетъ всего больше летаргическій элементъ: нервно-мышечная перевозбудимость, способность мышцъ переходить въ контрактуры и пр. Но къ основнымъ явленіямъ летаргіи примѣшиваются симптомы, съ виду напоминающіе катаlepsію, т. е. присоединяется способность органовъ удерживать данное имъ положеніе (см. фотограф. сним. фиг. 1-я). Я сказалъ, что этотъ симптомъ только съ виду напоминаетъ катаlepsію, ибо въ немъ нѣтъ ни одного явленія, характеризующаго эту послѣднюю: нѣтъ ни восковой гибкости, ни сохранности мышечнаго чувства. По Charcot, конечность въ этой формѣ гипноза удерживаетъ данное ей положеніе потому, что она въ немъ фиксирована контрактурой; и дѣйствительно, оцѣпенѣлость, имѣющаяся здѣсь на лицо, есть вѣрный признакъ контрактуры. Это состояніе мускуловъ Charcot назвалъ *катаlepsитоиднымъ состояніемъ*.

Оно, какъ видите, сопровождается летаргію, но можетъ также присоединяться и къ сомнамбуліи. Въ послѣднемъ случаѣ, оно почти никогда не поражаетъ всѣхъ органовъ за разъ, и въ различныхъ органахъ выражается въ различной степени. Каталептоидное состояніе не всегда обнаруживается сразу. Нерѣдко нужно вялый членъ, приподнятый вверхъ и готовый тотчасъ-же упасть, поддержать нѣкоторое время (1—2 минуты), и тогда въ немъ является каталептоидное состояніе.

Richer утверждаетъ, что каталептоидное состояніе можно вызвать въ летаргіи искусственно, если разминать весь органъ (руку или ногу); тогда появляется общая контрактура, т. е. оцѣпенѣлость органа. Точно также и въ сомнамбуліи, каталептоидное состояніе можетъ быть вызвано по произволу. Richer указываетъ, что его можно найти въ извѣстный моментъ во время перехода разслабленнаго органа въ стойкую контрактуру, при легкомъ поглаживаніи покрывающей его кожи.

И такъ, отличительныя черты каталептоиднаго состоянія слѣдующія:

1) Оно не представляетъ собою самостоятельной формы гипноза, но присоединяется къ летаргіи или сомнамбуліи, и видоизмѣняетъ ихъ.

2) Каталептоидное состояніе выражается контрактурой органа, удерживающей его въ неподвижномъ состояніи.

3) Оно всегда сопровождается нервно-мышечной перевозбудимостью, выраженной въ болѣе или менѣе рѣзкой степени.

4) Чаще всего каталептоидное состояніе ограничивается однимъ или двумя органами, не распространяясь на остальные; т. е. оно—явленіе парціальное, но не общее.

5) Если каталептоиднымъ состояніемъ поражаются всѣ органы, то оно выражается въ нихъ въ различной степени.

6) Оно развивается и уничтожается путем кожных (въ сомнамбуліи) и мышечных (въ летаргіи) раздраженій.

Каталептоидное состояніе рѣзко видоизмѣняетъ характеръ летаргіи. Въ чистой формѣ летаргіи, какъ вы помните, ни одинъ изъ органовъ чувствъ не воспринималъ ощущеній; здѣсь, наоборотъ, легко убѣдиться, что нѣкоторые изъ нихъ находятся въ дѣятельномъ состояніи, благодаря чему возможны самыя разнообразныя внушенія.

Нѣкоторыя изъ послѣднихъ представляютъ большой психологическій интересъ.

Я внушаю больной, чтобы она встала съ постели, подошла къ столу и сѣла около него на стуль. Все это больная, послѣ нѣкотораго колебанія, исполняетъ. Я даю больной въ руки нѣсколько игральныхъ картъ и предлагаю сосчитать ихъ. Она при закрытыхъ, но слегка дрожащихъ вѣкахъ, перебираетъ карты нѣсколько разъ изъ руки въ руку и останавливается. На вопросъ мой, сколько ей дано картъ, она не отвѣчаетъ. Я предлагаю взять карандашъ и бумагу и написать отвѣтъ. Она пишетъ число 12. Я снова предлагаю вопросъ, — не можетъ-ли она сказать, сколько между этими картами красныхъ и сколько черныхъ. Больная пишетъ: черныхъ 7, красныхъ 5. Вы видите, что всѣ эти цифры опредѣлены ею совершенно правильно.

Теперь я попробую узнать отъ больной истину, которую она отрицала въ бодрственномъ состояніи. Дѣло въ томъ, что она на-дняхъ поссорилась съ другой больной. Въ этой ссорѣ, по показанію всѣхъ остальныхъ больныхъ въ палатѣ и больничной прислуги, Анна Н. была неправа: она затѣяла ссору, и она-же грубыми словами выругала свою сосѣдку, которая въ этомъ дѣлѣ играла пассивную роль.

Я спрашиваю больную:

— Вы ругали Л...?

Больная пишетъ: «она меня ругала».)

— А вы ее не ругали?

— «Она меня ругала, а я ее!»

— Вы первая начали ругать Л.?

Молчаніе.

Я повторяю мой вопросъ.

Отвѣтъ «да!»

— Какими словами вы ругали?

Отвѣтъ: «паршивая, дѣвка изъ заведенія».)

Въ бодрствующемъ состояніи больная упорно отрицала, что ругала Л.; наоборотъ, утверждала, что Л. бранила ее.

Несмотря на полную потерю на нѣкоторыхъ участкахъ кожи болевыхъ ощущеній, даже въ бодрственномъ состояніи, какъ вы въ этомъ сейчасъ убѣдились, ощущенія эти въ данной формѣ гипноза доходятъ до сознанія. Я предупредилъ больную, чтобы она хорошо замѣтила, что я буду дѣлать. Затѣмъ, слегка сдѣлалъ нѣсколько уколовъ булавкой на тыльной поверхности лѣвой кисти надъ сочлененіемъ съ предплечіемъ. Забывъ сосчитать число сдѣланныхъ уколовъ, я снова укололъ больную 8 разъ, быстро слѣдовавшихъ другъ за другомъ, на 1 сантиметръ выше предыдущаго мѣста.

На вопросъ мой: что я сдѣлалъ? больная написала: «кололи».

— Въ какомъ мѣстѣ?

Отвѣтъ: «въ руку».

— Въ которую руку?

Отвѣтъ: «въ лѣвую».

— Сколько разъ укололъ?

Больная сначала написала цифру 18; затѣмъ три раза перечеркнула эту цифру и, подумавъ немного, написала 8.

*) Я игнорирую грамматическія ошибки больной, но текстъ привожу дословно.

**) Въ дѣйствительности употреблено было самое площадное слово, но больная въ гипнозѣ замѣнила его другимъ.

Оказалось, что и первая цифра, написанная больной, была вѣрная. Это сумма всѣхъ сдѣланныхъ мною уколовъ. Ихъ легко можно было сосчитать послѣ, такъ какъ, благодаря весьма усиленному вазомоторному рефлексу, вокругъ каждаго укола образовался рѣзкій бѣловатый валикъ съ яркою вокругъ краснотою. Такихъ слѣдовъ укола на первомъ мѣстѣ было 10, а на второмъ 8*).

Еще одинъ вопросъ больной.

— Гды вы находитесь?

Отвѣтъ: «на лекціи».

— Кого вы здѣсь знаете?

Отвѣтъ: — «доктора Карандони, Богрова и англичанина»**).

Все написано ею вѣрно.

Въ заключеніе сдѣлаю еще одно внушеніе.

«— Анята, вы должны украсть запонку у доктора К., спрячьте ее хорошенько и, когда вы здѣсь проснетесь, посмотрите на нее, но такъ, чтобы никто этого не замѣтилъ; затѣмъ поступите, какъ вамъ угодно: можете или возвратить ее, или оставить у себя въ собственность. Всего этого послѣ пробужденія вы не будете помнить».

Послѣ непродолжительнаго колебанія, выразившагося то отталкивающими движеніями рукъ, то отбрасываніемъ всего тѣла назадъ, при хрипломъ дыханіи и подергиваніи мышцъ лица, больная подходитъ къ доктору К., вынимаетъ у него запонку и судорожно прячетъ ее въ правой рукѣ. Я внушаю больной громко: «проснитесь»! Спустя минуту, появи-

*) Впослѣдствіи я убѣдился, что и другіе органы чувствъ, вполне подавленные въ бодрственномъ состояніи, — въ каталептоидномъ состояніи функционируютъ совершенно нормально. Анна Н., въ такой формѣ гипноза, понюхавъ бутылку, содержащую мятные листья, написала, что она нюхала «мятные духи». Когда въ томъ-же состояніи языкъ смазанъ былъ спиртомъ, она заявила, что чувствуетъ вкусъ водки.

**.) Dr. Smith.

лось сознание, больная съѣла на стуль и крайне смущенно озиралась вокругъ. Засимъ, отвернулась въ сторону и весьма неловко стала поглядывать искоса на похищенную запонку. Потомъ быстро встала, подошла къ д-ру К. и, молча, возвратила ему его собственность.

Вы легко можете убѣдиться, что она ровно ничего не помнитъ изъ того, что сейчасъ происходило.

Въ то время, когда я производилъ одинъ изъ опытовъ надъ предшествовавшей больной, въ залъ, гдѣ читалась лекція, быстро и съ шумомъ вошла Олимпиада Т. Это было 3 марта 1887 г., въ 8 ч. 35 м. вечера, т. е. ровно черезъ недѣлю послѣ сдѣланнаго ей внушенія (см. стр. 78 и 79-я). Лицо больной было красное, глаза блестящи, въ мышцахъ лица замѣчались подергиванія.

— «Я пришла!» произнесла Олимпиада.

— Зачѣмъ вы пришли? спросилъ я.

— «Вы мнѣ велѣли прійти».

— Когда я вамъ сказалъ прійти сюда?

— «Не знаю».

— Вы меня ищете, можетъ быть я вамъ нуженъ?

— «Нѣтъ».

— Вы здѣсь были когда-нибудь?

— «Не помню».

— Кромѣ меня, говорилъ вамъ кто-нибудь прійти сюда?

— «Нѣтъ».

— Могли вы не прійти?

— «Нѣтъ, я должна была прійти».

На слѣдующій день послѣ внушенія, сдѣланнаго 24

февраля, больная была въ очень грустномъ и раздражительномъ настроеніи духа, мало ѣла, плохо спала, была молчалива и задумчива. Въ слѣдующіе дни она стала веселѣе, но все-же по временамъ была задумчива; безотчетно ходила по палатѣ взадъ и впередъ и заявляла, что съ ней что-то должно случиться, что она должна что-то сдѣлать съ собою. Въ теченіе всей недѣли сухожильные рефлексы были слегка усилены, мышцы не ригидны, органы чувствъ не представляли никакихъ перемѣнъ противъ описанныхъ выше во время бодрственаго состоянія. Въ теченіе этой-же недѣли больной нѣсколько разъ дѣлаемы были различныя внушенія, которыя удавались лучше, чѣмъ когда-либо. Больная, можно сказать, была особенно склонна къ внушеніямъ, даже самымъ нелѣпнымъ, при полномъ, повидимому, сознаніи. Истери-эпилептическіе пропадки участились съ 5—8 въ сутки до 18—20.

Сегодня (т. е. въ день выполненія внушенія) она сдѣлалась особенно раздражительной; съ 6 час. вечера начала быстро ходить по палатѣ взадъ и впередъ, казалась сосредоточенной, не отвѣчала на вопросы. Наконецъ, въ 7¹/₂ ч. вдругъ выскочила во дворъ, прошла по корридорамъ длиннаго зданія больницы и вошла въ залъ, гдѣ читалась лекція. Никто, конечно, не говорилъ больной о томъ, что ей сдѣлано было такое внушеніе.

Вслѣдъ за исполненіемъ внушенія, съ Олимпиадой Т. случился сильный истери-эпилептическій припадокъ. На другой день она не помнила, что была на лекціи, но сообщила, что ей легче стало на душѣ, что она сдѣлалась покойнѣе и веселѣе.

Рядомъ съ этимъ случаемъ можно поставить то состояніе, въ которомъ наблюдалъ Вѣру У... д-ръ Симоновичъ (стр. 21). И я съ моими товарищами-сотрудниками много разъ наблюдалъ на ней это состояніе въ палатѣ: она вдругъ

становится веселой, разбитной, поетъ пѣсни, танцуетъ, шутить, или, наоборотъ, дѣлается скучной и грустной. Она пассивно уступаетъ вашимъ желаніямъ, или выполняетъ ваши приказанія охотно; но если сопротивляться ея желаніямъ, то она переходитъ въ неистовство, — ломаетъ мебель, бьетъ посуду, колотитъ прислугу и больныхъ. Лицо становится краснымъ, глаза блестятъ, взглядъ блуждающій. Ей не сидится на мѣстѣ: то она встанетъ, то опять сядетъ, то ляжетъ, то снова встанетъ.

Сознаніе, подчасъ, не нарушено; она все и всѣхъ узнаетъ, обращается съ логическими вопросами, даетъ разумные отвѣты; иной разъ путаетъ дни, названія предметовъ, числа. Память не нарушена; она помнитъ все давно прошлое и недавнее. Сообразительность очень оживленная; она подшучиваетъ, по-временамъ даже зло. Несмотря на это, у нея не достаетъ анализа явленій, не достаетъ критики, и автоматизмъ выступаетъ впередъ, какъ самое выдающееся явленіе. При этихъ условіяхъ больная обнаруживаетъ необыкновенную склонность къ внушеніямъ: нѣтъ, кажется, того внушенія, которое не было бы ею выполнено.

Я внушаю Вѣрѣ, что она маленькій ребенокъ; она это подтверждаетъ и живетъ въ сферѣ воспоминаній изъ своего дѣтства, ровно ничего не помня изъ болѣе поздняго періода жизни. Я внушаю ей, что она военный человекъ; она командуетъ воображаемыми войсками и живетъ впечатлѣніями послѣдней русско-турецкой войны, не сознавая окружающей ее обстановки, и не помня ничего изъ своего дѣтства. Такихъ опытовъ надъ водоизмѣненіями личности, при полной потерѣ сознанія своей дѣйствительной личности, можно сдѣлать подъ рядъ сколько угодно.

Я внушаю больной афонію, и она не можетъ произнести ни слова, несмотря на все желаніе и попытки говорить.

Внушается, что обѣ ея ноги парализованы; она про-

буетъ идти, — не можетъ, путаешь ногами, наконецъ падаетъ на полъ.

Такъ-же легко вы можете произвести трансфертъ паралича съ одной конечности на другую. Взамѣнъ магнита можно взять какое угодно тѣло, — кусокъ бумаги, носовой платокъ, сигару, — приложить къ парализованной сторонѣ тѣла, и тотчасъ получите трансфертъ паралича. Трансфертъ получается также путемъ словеснаго внушенія: довольно сказать больной, что чувствительность перешла на другую руку, чтобы можно было подтвердить дѣйствительность этого явленія. Трансферты, вызванные кускомъ бумаги, сигарой и пр., должны быть тоже отнесены къ категоріи внушенныхъ.

Словеснымъ внушеніемъ можно перемѣнить настроеніе духа больной, вызвать красноту или блѣдность кожи на томъ, либо другомъ мѣстѣ, можно вызвать контрактуру, частичную или общую каталепсію и т. д. Но опыты мысленной передачи внушеній (*Suggestion mentale*) никогда мнѣ не удавались.

Въ описываемомъ состояніи всѣ органы чувствъ функционируютъ такъ-же, какъ и въ состояніи полного бодрствованія. Сухожильные и мышечные рефлексy слегка усилены; контрактуры не получаютъ ни отъ легкихъ раздраженій кожи, ни отъ разминанія мышцъ. Нѣтъ также восковой гибкости въ конечностяхъ.

Всего того, что дѣлается въ данномъ состояніи, больная не помнитъ послѣ возвращенія въ совершенно нормальное.

Недавно, одной приѣзжей больной, страдавшей истеро-эпилепсіей и туберкулезомъ легкихъ, я посовѣтовалъ уѣхать въ Крымъ. Больная, которую я видалъ въ первый разъ, и которая показала мнѣ крайне странной, настойчиво требовала, чтобы ей сейчасъ-же примѣнена была гидротерапія.

Я вторично сказала, что нужно прежде ѣхать въ Крымъ, и когда общее состояніе немного улучшится, можно будетъ рѣшить окончательно вопросъ о гидротерапіи. Приѣзжайте сюда для этого мѣсяца черезъ два, сказалъ я, не подозрѣвая даже, что этимъ дѣлаю внушеніе.

Ровно черезъ 2 мѣсяца, эта больная входитъ ко мнѣ во время пріема больныхъ вмѣстѣ съ своею матерью, которая заявляетъ о крайне раздражительномъ состояніи дочери; говоритъ, что она стала очень суетливая, разсѣянная и совершенно неожиданно, безъ всякой надобности, вдругъ собралась ѣхать въ Одессу. Здѣсь, въ то время, когда онѣ вмѣстѣ дѣлали покупки въ магазинѣ, больная вдругъ все бросила и, молча, выбѣжала изъ магазина. Мать послѣдовала за нею, и подѣ диктовку дочери онѣ приѣхали ко мнѣ. Въ ожиданіи очереди, больная разговорила съ сидѣвшимъ рядомъ съ нею господиномъ, который въ теченіе 2 часовой бесѣды не нашелъ ни въ ея рѣчи, ни въ поведеніи ничего особенно страннаго.

Войдя ко мнѣ въ кабинетъ, больная сказала:

— «Я приѣхала, что прикажете?»

Поговоривъ минутъ 20 съ больной, которая удивительно логично рассуждала, и сообразивъ по намекамъ матери, въ чемъ дѣло, я говорю:

— Вы приѣхали къ доктору, но вѣдь его нѣтъ дома.

— «Это правда, я и не замѣтила. Кто же вы?»

— Я больной, ожидающій доктора.

— «Ну подождемъ. Какъ онъ опоздалъ; я уже ждала его въ той комнатѣ больше двухъ часовъ.»

— Если вы хотите его непременно видѣть, то повернитесь, вотъ онъ входитъ въ дверь,—сказалъ я.

— «А, здравствуйте, докторъ, какъ вы долго не приѣзжали; я думала, что вы вовсе не приѣдете».

Въ это время она беретъ за рукоятку двери и пожимаетъ, точно здороваясь со мною.

Сухожильные и мышечные рефлексy были у больной слегка усилены, кожа по всему тѣлу анестезирована, на щекахъ яркій румянецъ; въ кисти лѣвой руки легкая контрактура. На другой день, настроеніе больной было очень хорошее; она стала покойнѣе, контрактура исчезла ночью. Больная не знала, зачѣмъ она пріѣхала въ Одессу, и не помнила, что была у меня на пріемѣ.

Въ этомъ случаѣ, у субъекта, ничѣмъ передъ посторонними не обнаруживавшаго ненормальности своей психической сферы, совершалось приведеніе въ исполненіе отдаленнаго внушенія.

Описываемое состояніе характеризуется въ общихъ чертахъ:

- 1) Сохранностью сознанія.
- 2) Автоматизмомъ.
- 3) Ненормальнымъ настроеніемъ духа.
- 4) Легкимъ усиленіемъ мышечныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ.
- 5) Невозможностью вызвать контрактуры путемъ кожныхъ или мышечныхъ раздраженій.
- 6) Отсутствіемъ восковой гибкости.
- 7) Особенною склонностью къ внушеніямъ.
- 8) Забвеніемъ всего, что совершалось въ періодѣ этого состоянія.

Вслѣдъ за исполненіемъ отдаленнаго внушенія, часто наступаетъ истеро-эпилептический припадокъ.

Исучаемое состояніе гипноза всего болѣе приближается къ сомнамбулическому, но все-же рѣзко отъ него отличается. Оно граничитъ съ нормальнымъ состояніемъ и представляетъ собою самую легкую форму гипноза. — Оно можетъ проявляться въ самыхъ различныхъ степеняхъ; — отъ едва замѣтнаго для глазъ наблюдателя, до крайне рѣзко развитаго психоза (бредъ, неистовство, буйство). — Я называю это состояніе *гипноиднымъ*.



Кто наблюдалъ субъектовъ въ моментъ исполненія отдаленныхъ внушеній, тотъ не могъ не прийти къ заключенію, что психическое ихъ состояніе не нормально. Всѣ тѣ случаи отдаленныхъ во времени внушеній, которыя наблюдалъ я, происходили именно при такихъ условіяхъ. Мнѣ думается, что исполненіе внушеній, при сохранности сознанія, возможно только въ гипноидныхъ состояніяхъ. Предположеніе это подтверждается особенно тѣми внушеніями, которыя, по своей нелогичности, никогда не могли бы быть исполнены человѣкомъ вполнѣ нормальнымъ въ психическомъ отношеніи.

Случаи, весьма напоминающіе гипноидныя состоянія, наблюдались многими писателями и собраны ими въ особья группы подъ различными мало удачными названіями. Brémond называетъ его *fascination*, Liébeault—*charme*, Beaunis—*veille somnambulique*. Опыты Bernheim'a, Ch. Richet и др. съ удачными внушеніями безъ гипнотизма, въ бодрственномъ состояніи, у лицъ способныхъ къ гипнотизаціи, кажется, тоже относятся къ этой группѣ явленій.

До сихъ поръ я говорилъ только объ истерическихъ формахъ гипноза. Онѣ идутъ, по глубинѣ подавленія психическихъ функцій, въ слѣдующемъ прогрессивномъ порядкѣ:

- 1) Гипноидное состояніе
- 2) Сомнамбулія.
- 3) Каталептоидное состояніе.
- 4) Каталенсія.
- 5) Летаргія.

Между явленіями этого ряда заболѣваній (патологическаго невроза) и явленіями искусственнаго гипноза, вызы-

ваемого у здоровыхъ (экспериментальнаго невроза), существуетъ большая разница, которая служить источникомъ многихъ недоразумѣній между учеными. Я не имѣю въ виду говорить съ вами подробно о гипнозѣ у здоровыхъ; ограничусь лишь проведеніемъ дифференціального діагноза, въ общихъ чертахъ, между обоими рядами состояній.

1) Гипнотическія состоянія у здоровыхъ никогда не являются самородно; у истерическихъ больныхъ, наоборотъ, они очень часто смѣняются одну изъ фазъ истеро-эпилептического припадка, или являются самостоятельно.

2) Во всѣхъ степеняхъ экспериментальнаго гипноза сознание сохранено въ значительной степени; въ нѣкоторыхъ формахъ истерическаго гипноза оно вполне или очень глубоко подавлено (летаргія, каталепсія).

3) Слухъ во всѣхъ степеняхъ гипноза у здоровыхъ сохраненъ; у истеричныхъ въ нѣкоторыхъ формахъ подавленъ.

4) Болевая кожная чувствительность потеряна во всѣхъ формахъ истерическаго гипноза; въ экспериментальномъ гипнозѣ она сохранена и лишь слегка подавлена въ болѣе глубокихъ состояніяхъ.

5) Во всѣхъ степеняхъ гипноза у здоровыхъ внушенія легко вызываются путемъ любого изъ органовъ чувствъ; въ истерическихъ формахъ они удаются только путемъ нѣкоторыхъ органовъ чувствъ и притомъ не во всѣхъ формахъ.

6) Въ гипнозѣ у здоровыхъ дуновение въ глаза почти всегда приводитъ загипнотизированныхъ въ нормальное состояніе, въ истерическихъ формахъ гипноза, во многихъ случаяхъ, этотъ способъ не достигаетъ цѣли.

7) Путемъ словеснаго внушенія можно фізіологическій сонъ перевести въ состояніе гипноза безъ предварительнаго просыпанія. Для этого достаточно сказать шопотомъ надъ ухомъ спящаго: «спите, крѣпко спите». У здоровыхъ при этомъ обыкновенно получается каталепсія съ большой склонностью къ словеснымъ внушеніямъ; у истерическихъ же

субъектовъ, страдающихъ истеро-гипнотическими припадками, наблюдается переходъ въ ту форму гипноза, которая у нихъ обыкновенно является самородно.

8) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ истеріи, самородно появляется одна форма гипноза, наприм., — летаргія, а искусственно вызывается другая, — сомнамбулія.

Вотъ тѣ немногіе выводы, которые удалось добыть по настоящее время; но ихъ нельзя еще считать прочно установленными. На каждомъ шагу встрѣчаются противорѣчія, выясненіе которыхъ возможно будетъ при дальнѣйшей разработкѣ клинической казуистики.

VII.

На предыдущихъ шести лекціяхъ я представилъ всѣ главныя разновидности гипнотическаго состоянія съ нѣкоторыми ихъ варіаціями; эти варіаціи весьма многочисленны. Всѣ разновидности вызваны были искусственно у истерическихъ больныхъ, у которыхъ эти состоянія прежде наблюдались въ самородномъ видѣ. Картины гипноза, которыя проходили передъ вашими глазами, ни въ чемъ не отличались отъ ихъ естественнаго типа; мнѣ предстоялъ лишь небольшой трудъ найти для каждой больной способъ, при посредствѣ котораго можно было-бы, по желанію, вызывать эти состоянія, чтобы имѣть возможность представить ихъ на лекціяхъ. Слѣдовательно, здѣсь рѣчь относится не къ искусственному гипнозу у здоровыхъ, а къ патологическимъ формамъ гипнотическихъ состояній у истерическихъ больныхъ.

Я предпочитаю называть различныя гипнотическія состоянія «формами гипноза», чѣмъ «стадіями», «фазами» или «періодами», какъ дѣлаетъ Charcot; мнѣ это кажется болѣе правильнымъ, такъ какъ, по моимъ наблюденіямъ, у истерическихъ больныхъ рѣдко наблюдается та послѣдовательность въ появленіи гипнотическихъ состояній другъ за другомъ, какую описываетъ Charcot. Кромѣ того, на пятой лекціи вы

видѣли, что встрѣчаются случаи съ смѣшанными явленіями, свойственными каждой изъ трехъ главныхъ фазъ Charcot. Есть также случаи, которые не подходят ни подъ одну изъ его фазъ. Такой случай описали Grasset и Brousse.—Нѣкоторыя состоянія гипноза можно было переводить искусственно въ другія, но каждое изъ нихъ отличалось у различныхъ субъектовъ извѣстною стойкостью, самостоятельностью и самородностью. Въ случаяхъ, въ которыхъ привычная форма гипноза была замѣнена искусственно другой,—эта послѣдняя черезъ нѣсколько минутъ сама собою уступала мѣсто первой, стойко удерживавшейся по цѣлымъ часамъ въ неизмѣнномъ видѣ.

Мнѣ нужно прежде всего оградить себя отъ возраженія, что нѣкоторыя изъ явленій могли быть симулированы. Такое подозрѣніе можетъ явиться вполне основательно у каждаго, если вспомнить многочисленные, занесенные въ литературу, факты обмана врачей больными. Извѣстно, напр., что у истерическихъ, заявлявшихъ, что онѣ по нѣсколько недѣль не имѣютъ стула и рвутъ испражненіями, находили подъ подушками куски кала, вышедшаго естественнымъ путемъ, затѣмъ завернутаго въ бумагу, и припрятаннаго больными для того, чтобы потомъ, взявъ въ ротъ, выплюнуть подъ видомъ каловыхъ рвотъ.

Такія-же продѣлки больныя совершали съ лягушками, червями, пиявками и пр. Наконецъ, существуютъ даже постыдныя для нашей литературы описанія, засвидѣтельствованныя врачами, что истерическія больныя рожали черепахъ, изъ которыхъ нѣкоторыя были живыя, другія мертвыя!

Цѣль моихъ демонстрацій и приемы, дававшіе возможность каждому изъ васъ контролировать демонстрируемыя явленія, кажется, достаточно ограждаютъ меня отъ всякихъ подозрѣній. Далѣе, вы помните, что я старался каждый разъ

раньше вызвать известное явление, показать его на дѣлѣ, и затѣмъ лишь говорить, что и съ какою цѣлью я дѣлалъ. Этимъ я стремился устранить возраженіе, что въ нѣкоторыхъ состояніяхъ гипноза, при сохраненіи перцепціи слуха, слова экспериментатора могутъ дифференцироваться въ мозгу, и предсказанный опытъ можетъ, въ видѣ внушенія, проявиться въ полномъ блескѣ.

Наконецъ, я старался въ значительномъ большинствѣ случаевъ продѣлывать передъ вами совершенно новые для больныхъ эксперименты, съ рискомъ въ удачѣ ихъ. Не моя цѣль была дѣлать передъ вами эффектные опыты. Этимъ устраняется соображеніе, что часто повторявшійся опытъ, благодаря автоматической памяти, могъ удаваться безошибочно при первыхъ попыткахъ. Я пользовался этими предосторожностями именно потому, что оба вышеприведенные момента, т. е. сохранность слуха и автоматическая память встрѣчаются у истерическихъ очень часто, и поэтому врачу слѣдуетъ быть крайне осмотрительнымъ при подобныхъ опытахъ, чтобы не попасть въ заблужденіе.

Гипнотическія состоянія у истерическихъ, какъ сказано уже раньше, часто наступаютъ или самородно, или слѣдуютъ за однимъ изъ періодовъ истеро-эпилептического припадка. Кромѣ того, они легко вызываются искусственно, въ чемъ вы неоднократно убѣдились. Вообще можно сказать, что для этой цѣли хороши всѣ средства, если только они применены соответственно случаю. Стоитъ иногда сказать больной: «вы загипнотизированы», — и гипнозъ готовъ.

По силѣ дѣйствія можно поставить раздражителей, вызывающихъ гипнозъ, въ слѣдующемъ порядкѣ:

а) Сильно дѣйствующіе: электрической свѣтъ, свѣтъ

магнія, барабанный ударъ; они вызываютъ чаще всего катаlepsію.

в) Средней силы: давленіе на глазныя орбиты, фиксація какого-либо предмета—даютъ летаргію.

е) Слабо дѣйствующіе: тиканіе часовъ, поглаживаніе рукой по головѣ, закрытіе вѣкъ, давленіе на лобъ, темя или гипногенныя точки, словесное внушеніе, гальванической токъ на голову и пр. — вызываютъ преимущественно сомнамбулію.

У нѣкоторыхъ истеричныхъ гипнозъ вызывается искусственно необыкновенно легко, и всѣ усилія съ ихъ стороны противостоятъ—остаются безуспѣшными. У другихъ, наоборотъ, гипнозъ или не удается вовсе, или наступаетъ съ большимъ трудомъ.

Для того, чтобы гипнозъ послѣдовалъ быстро, требуется:

1) Сосредоточить вниманіе экспериментируемаго на способъ, примѣняемомъ съ этою цѣлью. Всякое отвлеченіе вниманія мѣшаетъ наступленію гипноза; поэтому лица, не умѣющія сосредоточиваться долго на одномъ и томъ-же предметѣ, загипнотизировываются съ большимъ трудомъ.

2) Необходимо нѣкоторое сочувствіе опыту, или искреннее желаніе быть загипнотизированнымъ.

3) Позывы на мочеиспусканіе или дефекацію во время гипнотизированія мѣшаютъ появленію гипноза.

4) Я замѣтилъ, что если при долгой неудачѣ стараться нѣкоторое время дышать синхронически съ экспериментируемымъ лицомъ и затѣмъ незамѣтно и слегка ускорять свое дыханіе, что дѣлаетъ бессознательно и экспериментируемый, то гипнозъ у послѣдняго наступаетъ скорѣе.

Мнѣнія различныхъ изслѣдователей относительно способности подвергаться гипнозу крайне разнообразны. Liévaullt изъ 1011 лицъ не могъ вызвать гипноза лишь у 27. По Obersteiner'у, такихъ лицъ, которыхъ онъ называетъ *рефрактными*, встрѣчается до 30%. Относи-

тельно истерическихъ цифръ не имѣется, но вообще у нихъ гипнозъ вызывается чрезвычайно легко.

Частыми упражненіями удается не рѣдко и рефрактныхъ лицъ сдѣлать воспріимчивыми къ гипнозу. Поэтому не слѣдуетъ послѣ первыхъ неудачныхъ сеансовъ отказываться отъ дальнѣйшаго примѣненія гипноза.

Для того, чтобы имѣть возможность заранѣе узнать, можетъ-ли избранное лицо быть загипнотизировано или нѣтъ, Охоровичъ изобрѣлъ особый магнитъ, кольцеобразной не вполне замкнутой формы, который я вамъ предлагаю испробовать сейчасъ-же на себѣ; магнитъ этотъ, надѣтый на указательный палецъ такимъ образомъ, чтобы послѣдній ладонною поверхностью касался краевъ его разрѣза, вызываетъ у субъекта, склоннаго къ гипнозу, рядъ своеобразныхъ, но крайне разнообразныхъ вмѣстѣ съ тѣмъ, ощущеній, напр., покалыванія, теплоты, ползанія мурашекъ, подергиванія, дремоты и т. д. Одна старуха въ моемъ отдѣленіи впала въ сомнамбулическое состояніе спустя двѣ минуты послѣ того, какъ надѣли этотъ магнитъ на ея палецъ. Gessmanн тоже предложилъ гипноскопъ, немного сильнѣе и сложнѣе предыдущаго. Онъ состоитъ изъ 4 подковообразныхъ магнитовъ, уложенныхъ радіально въ мѣдное кольцо такъ, чтобы полюсы всѣхъ магнитовъ сходились къ центру, образуя отверстіе для пальца испытуемаго лица. Мнѣ часто удавалось опредѣлять съ успѣхомъ чувствительность различныхъ лицъ къ гипнозу и даже вызывать гипнозъ, давая имъ держать въ рукахъ какой-нибудь индифферентный предметъ, напр., стеклянный, каменный или деревянный шарикъ, покрытый чернымъ лакомъ.

У истеричныхъ различныя формы гипноза иногда сами собою переходятъ одна въ другую; эти переходы легко получаются и искусственно. Если вы, въ летаргическомъ состояніи, открываете большой глаза, то моментально получаете картину каталепсіи, и обратно, если въ каталеп-

сія закроете глаза, получите летаргію. Если въ летаргическомъ состояніи станете поглаживать по темени, то наступаетъ сомнамбулія. Если слегка давить на глазныя орбиты въ этомъ послѣднемъ состояніи, то получается обратно летаргія.

Это общія правила, установленныя школой Charcot; они подтверждаются на нашихъ случаяхъ только отчасти. Такъ, у Ольги Ш. состояніе летаргіи можно было замѣнить только каталепсіей. У Вѣры У. каталепсію нельзя было смѣнить никакой другой формой. Состояніе сомнамбуліи у Махли Б. легко замѣнялось летаргіей или каталепсіей.

Вывести больныхъ изъ гипнотическаго состоянія въ полное сознаніе можно:

1) Дуновеніемъ въ лицо или въ глаза; но этотъ методъ, легко удающійся въ гипнозѣ, вызванномъ у здоровыхъ, нерѣдко съ большимъ лишь трудомъ удавался на демонстрированныхъ вамъ истерическихъ больныхъ.

2) Постояннымъ или индукціоннымъ токомъ, примѣненнымъ къ черепу, часто вызывается просыпаніе.

3) Существуютъ на поверхности кожи поляризующія области или точки, раздраженіе которыхъ даетъ такой-же эффектъ. Pitres называетъ ихъ гипно-френогенными; довольно сильное давленіе на нихъ выводитъ больныхъ изъ состоянія гипноза. Эти области или точки обыкновенно помѣщаются симметрически на лобныхъ и затылочныхъ буграхъ и надъ сосцевидными отростками. На лобныхъ буграхъ онѣ лежатъ очень близко отъ срединной линіи; на затылочныхъ отстоятъ отъ нея, примѣрно, на 6—8 сантиметровъ. Онѣ наблюдаются у 4-хъ изъ 7-ми, находящихся въ настоящее время въ моемъ отдѣленіи, истерическихъ больныхъ. Замѣчательно, что механическое раздраженіе этихъ точекъ во время гипноза приводитъ больныхъ въ сознаніе, и наоборотъ, если ихъ раздражать въ бодрственномъ состояніи, то получается гипнозъ.

4) У нѣкоторыхъ больныхъ внушеніе—«проснитесь»! приводитъ ихъ въ нормальное состояніе.

Наконецъ 5), однимъ изъ самыхъ надежныхъ способовъ приведенія всѣхъ демонстрированныхъ вамъ больныхъ изъ состоянія гипноза въ нормальное—оказалось опусканіе головы (въ лежачемъ положеніи больныхъ) ниже уровня туловища, т. е. свѣшиваніе головы черезъ край кровати. Послѣ пребыванія въ такой позѣ въ теченіе нѣсколькихъ минутъ, гипнотическое состояніе, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, проходитъ совершенно. При помощи поднятія въ этомъ положеніи ногъ кверху, эффектъ ускоряется. Это подтвердилось на многихъ больныхъ безсчетное число разъ.

Вышеописанный способъ оказывается недѣйствительнымъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ истерическій припадокъ сопровождается большими общими тѣлодвиженіями, а гипнозъ сильнымъ приливомъ крови къ головѣ.

Теперь я намѣренъ остановиться подробнѣе, по крайней мѣрѣ, на главнѣйшихъ явленіяхъ истерическаго гипноза и дать нѣкоторымъ изъ нихъ фізіологическое объясненіе.

При обобщеніи явленій гипноза требуется большая осторожность, чтобы не попадать въ ошибки. Общихъ законовъ, конечно, изъ небольшого числа наблюденій вывести нельзя, тѣмъ болѣе, что разновидности гипноза представляютъ въ деталяхъ до того частыя и многочисленныя уклоненія отъ типовъ, даже смѣси симптомовъ, свойственныхъ различнымъ разновидностямъ, что почти не встрѣчается двухъ случаевъ тождественныхъ между собою. Такъ напр., Rіcher говоритъ, что контрактуры, развившіяся во время сомнамбулическаго состоянія, удерживаются и въ то время, когда больная пришла въ полное сознаніе. У Махли Б. этого явленія часто не доставало, несмотря на то, что у нея сомнамбулія выражена была въ чрезвычайно характерной

формъ. Вопреки мнѣнію этого изслѣдователя, мы у Махли въ сомнамбуліи получали трансфертъ локализованной контрактуры. Далѣе, Richer утверждаетъ, что открытіе глазъ въ состояніи сомнамбуліи не ведетъ къ катаlepsii. У той же Махли Б., какъ вы помните, стоило только въ сомнамбулическомъ состояніи открыть глаза, и катаlepsia развивалась мгновенно. По Richer, рефлексы въ катаlepsii нормальны, или ослаблены. Мнѣ во многихъ случаяхъ приходилось подтвердить это; но у Вѣры У... рефлексы были слегка повышены. Наконецъ, сближеніе двухъ формъ можетъ быть въ нѣкоторыхъ случаяхъ таково, что Вгémond счелъ даже возможнымъ высказаться за слухъ, какъ за главный діагностическій моментъ между сомнамбуліей и летаргіей: если слухъ сохраненъ, говоритъ онъ, то имѣется сомнамбулія; если потерянъ, то—летаргія.

Для объясненія явленій гипноза обыкновенно пользуются сравненіемъ съ физиологическимъ сномъ. Между обоими состояніями наблюдается только нѣкоторое внѣшнее сходство. Тотъ фактъ, что существуютъ люди, которые вовсе не помнятъ сновъ (Lessing), сходство сновидѣній съ галлюцинаціями (Binz, Кандинскій), сходство психическихъ расстройствъ съ грезами во снѣ *) не даютъ еще права отождествлять эти состоянія. Существуютъ нѣкоторыя явленія, которыя становятся рѣзкою гранью, отдѣляющею сонъ отъ гипноза. Тѣмъ не менѣе Bernheim еще въ самое недавнее время высказался, что онъ смотритъ на гипнозъ, какъ на физиологическое состояніе организма. Fontan и Ségard, наоборотъ, настойчиво доказываютъ его патологическій характеръ.

Вотъ болѣе существенныя отличія сна отъ гипноза.

1) Въ большинствѣ случаевъ гипноза сердечная работа

*) Schopenhauer высказалъ софизмъ, что помѣшательство есть продолжительный сонъ, а сонъ есть кратковременное помѣшательство.

подвергается значительнымъ колебаніямъ, въ особенности ускоренію, чего не бываетъ въ нормальномъ снѣ.

2) Во время гипнотическаго сна глаза нерѣдко бываютъ открыты, изъ нихъ текутъ слезы; если-же глаза закрыты, то вѣки часто дрожатъ. Это никогда не случается во время физиологическаго сна.

3) Кожно-мышечные рефлексy во снѣ понижены, въ гипнозѣ чаще всего уничтожены. Сухожильные рефлексy во снѣ повышаются незначительно, въ гипнозѣ очень рѣзко.

4) Никогда во время нормальнаго сна не наблюдается контрактуръ.

5) Болевая чувствительность кожи во снѣ понижена, въ гипнозѣ сильно подавлена.

6) Рѣзкіе звуки (шумъ, крикъ) прерываютъ или прекращаютъ сонъ и никогда не нарушаютъ гипноза.

7) Физиологическій сонъ даетъ отдыхъ, гипнозъ утомляетъ.

8) Интеллектуальная связь съ внѣшнимъ міромъ во время сна прекращается вполне; въ нѣкоторыхъ формахъ гипноза она поддерживается.

Несмотря на такое рѣзкое различіе между двумя этими состояніями, изученіе психической сферы гипнотиковъ не обойдется безъ сравненій съ явленіями у здороваго человѣка не только въ бодрственномъ состояніи, но и во время физиологическаго сна.

Послѣдній рядъ сравненій я считаю вполне позволительнымъ потому, что въ гипнозѣ имѣются почти всѣ элементы сна, между тѣмъ, какъ нормальному сну не достаетъ многихъ симптомовъ гипноза.

Психическая работа здороваго головного мозга, какъ известно, выражается въ бодрственномъ состояніи процессомъ мышленія. Необходимый матеріалъ для этого процесса

поставляетъ память, независимо отъ свѣже получаемыхъ ощущеній и впечатлѣній, исходящихъ изъ периферическихъ окончаній органовъ чувствъ. Теченіе возбужденій изъ этихъ послѣднихъ происходитъ непрерывно и направляется по психической рефлекторной дугѣ. При этомъ приводятся въ дѣятельное состояніе гангліозныя клѣтки мозговой коры; онѣ не только воспринимаютъ впечатлѣнія, но и воспроизводятъ ихъ изъ складовъ опытнаго матеріала. Послѣдняя способность гангліозныхъ клѣтокъ называется памятью.

Возбужденія, какъ извѣстно изъ фізіологіи, суть молекулярныя движенія (токи), волнообразнаго характера. Какъ двигательныя, такъ и чувствительныя гангліи головного мозга находятся между собою въ соединеніи. Возбужденія (токи), исходя изъ периферическихъ окончаній органовъ чувствъ или изъ гангліозныхъ клѣтокъ, и направляясь по этимъ соединительнымъ путямъ, должны въ нихъ встрѣчаться, то усиливая другъ друга, то ослабляя, то вполнѣ уничтожая. Борьба эта въ окончательной формѣ, въ случаѣ перехода того либо другаго тока на двигательный приборъ, есть выраженіе нашей волевой дѣятельности, а распредѣленіе токовъ гангліозными клѣтками, въ томъ или другомъ направленіи, составляетъ психодинамическое основаніе мышленія. Процессъ же движенія токовъ по ассоціаціоннымъ путямъ вызываетъ, какъ полагаютъ, сознаніе. Слѣдовательно, для фізіологическаго мышленія требуется:

- 1) Правильность функцій органовъ чувствъ.
- 2) Способность гангліозныхъ клѣтокъ мозговой коры воспринимать периферическія возбужденія, воспроизводить образы и создавать изъ нихъ различныя комбинаціи.
- 3) Анатомическая цѣлость ассоціаціонныхъ путей.
- 4) Нормальная возбудимость ассоціаціонныхъ путей, необходимая для свободнаго движенія токовъ.

Теперь посмотримъ, что происходитъ въ мозгу человѣка во время сна?

Для того чтобы наступилъ сонъ, требуется удаление возможно большаго числа возбудителей, влияющихъ на наши органы чувствъ. Тишина, закрытіе глазъ, равномерная теплота и спокойное положеніе тѣла устраняютъ возбудителей органовъ слуха, зрѣнія, кожной чувствительности и мышечнаго чувства; вкусъ и обоняніе играютъ въ данномъ случаѣ послѣднюю роль, такъ какъ они въ этихъ случаяхъ подвергаются возбужденіямъ значительно рѣже другихъ органовъ чувствъ. При этихъ условіяхъ, какъ выражается проф. Тархановъ, мало по малу наступаетъ суженіе психическаго поля ощущеній и представлений, уменьшается возбудимость по психической рефлекторной дугѣ, ассоціационная игра и дѣятельность гангліозныхъ клѣтокъ ослабѣваютъ, рядомъ съ этимъ исчезаетъ сознаніе, и въ мозгу наступаетъ полнѣйшая тьма;—человѣкъ спитъ.

То, что мы видѣли при развитіи сна, наблюдается частью и въ гипнозѣ: органы чувствъ подавлены, воспріятіе ощущеній и представлений нарушено, сознаніе подавлено, мышленіе остановилось, а вмѣстѣ съ нимъ уничтожились и волевые импульсы. Отсюда истекаетъ автоматизмъ, одна изъ самыхъ выдающихся особенностей гипнотическаго состоянія.

Разстройства психической сферы у нашихъ больныхъ наблюдались въ самихъ различныхъ степеняхъ, отъ полнаго уничтоженія нѣкоторыхъ функцій до едва замѣтнаго нарушенія. У Ольги Ш., въ состояніи летаргіи, вся психическая работа сводилась къ нулю. У Махли Б., несмотря на то, что она отвѣчала на вопросы вполне правильно, въ отвѣтахъ ея замѣчался лаконизмъ и, своего рода, автоматизмъ. На вопросы, требующіе болѣе сложныхъ ассоціаций, отвѣтовъ не получалось вовсе. Если спросить больную—о чемъ она думаетъ, то въ большинствѣ случаевъ получался отвѣтъ: «ни о чемъ».

— Что вамъ представляется?

— «Ничего».

— Что-же вы дѣлаете?

— «Ничего».

-- Вы спите?

— «Сплю».

— Расскажите, какъ вы заболѣли.

Молчаніе.

— Какъ вы познакомились съ вашимъ женихомъ?

Молчаніе.

Если-же Махлю Б. оставить въ покоѣ, то она многіе часы будетъ находиться въ сомнамбулическомъ состояніи, не произнося ни слова и не обнаруживая ни малѣйшаго волевого движенія.

Такимъ образомъ, у этой больной, при полнѣйшемъ безволии и нарушеніи памяти, замѣчались признаки слабости сознанія и несложнаго насильственного мышленія. Въ каталептическомъ состояніи и въ сложной формѣ гипноза у Анны Н. и Олимпіады Т. при глубокомъ, но не абсолютномъ подавленіи воли, замѣтно было несравненно больше сознанія, и мышленіе проявлялось въ видѣ довольно сложныхъ ассоціацій. Достаточно вспомнить сложный процессъ одѣванія и сосчитыванія картъ. Въ гипноидномъ состояніи у всѣхъ больныхъ наблюдалась полная наличность сознанія и памяти, оживленное мышленіе и большая, вмѣстѣ съ тѣмъ, склонность къ подчиненію чужой волѣ. Наконецъ, въ каталептическомъ состояніи у Вѣры У. не было признаковъ сознательнаго мышленія; у нея лишь упорно держались стойкія, самородныя галлюцинаціи, и волевые импульсы проявлялись лишь настолько, насколько они были связаны съ темой галлюцинацій.

Процессъ развитія этихъ самородныхъ (не внушенныхъ) галлюцинацій состоитъ въ слѣдующемъ: каждое впечатлѣніе, получаемое нами извнѣ, оставляетъ въ нашемъ мозгу

слѣды въ видѣ образа, тождественнаго съ тѣмъ предметомъ, который былъ объектомъ нашего вниманія. Это своего рода фотографическое клише, которое остается на болѣе или менѣе долгое время въ нашей памяти. Подъ вліяніемъ какихъ либо возбужденій (периферическихъ, либо центральныхъ) въ кортикальныхъ клѣткахъ образъ этотъ оживаетъ; мы его возстанавливаемъ, объективируемъ, проэцируемъ въ пространство, и галлюцинація готова. Отсюда становится понятнымъ, почему темой нашихъ галлюцинацій или сновидѣній не могутъ быть совершенно невѣдомые намъ объекты или субъекты, — или ощущенія, никогда прежде нами не испытанныя. Такъ напр., человѣкъ, никогда не видавшій локомотива, не читавшій и не слыхавшій о немъ, не можетъ видѣть локомотива во снѣ или въ галлюцинаціяхъ; лицо, не знакомое со вкусомъ ананаса, не узнаетъ его и въ галлюцинаціи. Подъ вліяніемъ бессознательныхъ ассоціацій въ галлюцинаціяхъ объекты и субъекты могутъ принимать самыя разнообразныя, даже фантастическія формы, объемы и проч.

Парижская школа Charcot утверждаетъ, что измѣнчивость объектовъ галлюцинаціи можетъ быть доказана экспериментально. Такъ, при помощи бинокля они могутъ быть удалены или приближены, при помощи призмъ — отклонены въ сторону, удвоены, утроены и т. д., цвѣтными стеклами они окрашиваются въ любой цвѣтъ и проч. Вегнһеймъ энергически протестуетъ противъ правильности этихъ выводовъ, утверждая, что объектъ галлюцинаціи есть явленіе фиктивное, психическое лишь представленіе, не имѣющее ничего общаго съ представленіемъ, вызываемымъ матеріальнымъ объектомъ. Представленія о послѣднемъ должны проходить черезъ периферическія органы чувствъ, (напр., зрѣніе) и поэтому должны подчиняться законамъ оптики. Психическія же представленія не подчиняются никакимъ физическимъ законамъ.

Благодаря болѣе или менѣе правильнымъ ассоціаці-

ямъ, совершающимся въ мозгу, галлюцинаціи въ нѣкоторыхъ случаяхъ давали поводъ приписывать лицамъ, подверженнымъ имъ, даръ пророчества или ясновидѣнія. Позвольте представить вамъ примѣры изъ моихъ собственныхъ наблюденій. Пожилая дама, около 10-ти лѣтъ уже страдающая висцеральной формой истеріи, на мой вопросъ—во время одного изъ посѣщеній—о причинѣ ея крайне разстроеннаго состоянія, откровенно созналась, что ее преслѣдуютъ анонимными письмами. Ей нѣсколько разъ случалось находить по утрамъ анонимныя письма на полу своей комнаты, на ночь запираемой на ключъ. Больная не сомнѣвалась, что эти письма подбрасываемы были сквозь скважину дверей. Почеркъ былъ очень хорошо знакомъ больной, но она никакъ не могла отгадать автора. Хотя больная, чрезвычайно интеллигентная и умная личность, не придавала никакого значенія анонимнымъ письмамъ, жгла ихъ тотчасъ-же,—тѣмъ не менѣе это не мѣшало ей перессориться изъ-за содержанія ихъ съ нѣкоторыми изъ своихъ знакомыхъ. Нужно прибавить, что больная часто страдала или сомнамбулическими припадками, или бессонницей и не разъ по цѣлымъ ночамъ напролетъ бродила по своей квартирѣ. Утромъ 6 февраля 1886 года она нашла на своемъ письменномъ столѣ замѣтку слѣдующаго содержанія:

«Записываю, чтобы не забыть замѣчательное явленіе:

«1) Проснулась отъ знакомаго мнѣ толчка.»*)

«2) Мысли чеганять по обыкновенію. Луна свѣтитъ.

«Спрашиваю себя, который часъ? Слѣдуетъ-ли принять капли; сколько, чтобы опять заснуть. Да, потому на часахъ пять минутъ четвертаго. Почему ты узнаешь? вѣдь темно, глаза закрыты, вѣки тяжелы.»

«Вижу, ясно вижу. Не увѣрена только, которая стрѣлка на часѣ, которая на трехъ».

*) Сердечные перебои.

«2) Зажгла, все такъ, какъ казалось въ потьмахъ. «5 минутъ четвертаго. Въ головѣ ясно, какъ никогда. «Туши свѣчу, дѣлай спать*). Отчего такъ слышно паралеми**). Въ столигѣ опрокинута бутылочка. Встань, зажги свѣчу, заткни бутылочку и прими не менѣе 40. Слншкомъ возбуждена. Туши свѣчу. Воспользуйся случаемъ. «Спрашивай себя и такъ поступай.»

«3) Что дѣлать съ Л. О. Пиши скорѣе къ К. А. все, какъ вчера. Покупають, торопись».

«4) Гдѣ покусанные? Докторъ болѣнь, стонеть, не знаю, что съ нимъ, боится, дѣти живы, мать боится. Скоро прійдетъ. Выѣзжай скорѣе.»

«5) Что дѣлается у К. Д. В., — плохо.»

«6) Что дѣлаетъ сестра? Только что уснула. Нога болитъ.»

«7) Вижу, что О. потушилъ свѣчу, теперь уснулъ, все видно, что ему снится. Какъ все ясно».

«8) Покажи въ Парижѣ свою руку.»

Больная, увидѣвъ утромъ эту записку на столѣ, была крайне изумлена, и у нея не оставалось больше сомнѣнія, что анонимныя письма, точно такъ-же какъ и эта записка, были писаны ею, хотя ровно ничего не помнила, когда и при какихъ обстоятельствахъ она писала.

Въ слѣдующую за симъ ночь больная въ такомъ-же, очевидно, состояніи написала:

«Очень важное показаніе, боль и опухоль***) въ плечѣ. «Сегодняшнее возбужденное второе зрѣніе «double vue». Еще «вопросъ, что дѣлать съ М. Э. Какъ хотѣли днемъ. Она «согласится.»

«2) Все покажи докторамъ, опыты вовсе не вредны. «Какъ ясно, какъ ясно въ головѣ. Точно солнце. Помни, что

*) Скопировано съ оригинала въ точности.

**) Больная въ это время принимала на ночь паральдегидъ.

***) Никакой опухоли не было.

«ты писала безъ свѣчи»), луна свѣтитъ. Какъ жаль, что «некому спрашивать! Все видно. Въ Е...»*) Маруся плачетъ. Ясно слышу и вижу, какъ мать ласкаетъ, убаюкиваетъ. Онъ болѣнъ, какъ похудѣлъ. Пора лечь. Еще прими 20 капель, не бойся! Надо прекратить состояніе. Мысли бьютъ точно молоткомъ. Записывай всегда и не забудь показать доктору. Въ пятой части горитъ въ домѣ Маш... «Сажа въ трубѣ, никто не видитъ. Пока только дымъ. На «желѣзной дорогѣ на 118 верстѣ несчастіе, пассажиры скачутъ. Сошли, все утихло. Какъ холодно».

Вторая половина этой замѣтки можетъ служить примѣромъ сложныхъ ассоціацій въ сомнамбулическомъ состояніи больной,—ассоціацій, которыя выразились въ формѣ т. наз. ясновидѣнія; стоило случиться пожару въ городѣ или несчастью на желѣзной дорогѣ для того, чтобы больная была признана ясновидящей. А вѣдь совпаденіе подобныхъ ассоціацій съ дѣйствительностью вполне возможно!

Примѣръ объективированія субъективныхъ ощущеній въ галлюцинаціяхъ могу вамъ привести изъ моихъ-же больничныхъ наблюденій надъ истерической больной; испытывая чувство холода въ галлюцинаціи (это было въ жаркій лѣтній день), выразившееся общимъ вздрагиваніемъ, стуканіемъ зубовъ, гусиной кожей, пониженной на ощупь температурой, — больная усердно растирала руками тарелку, повторяя: «бѣдная киця, какъ ты прозябла, я тебя разогрѣю, разотру... тебѣ лучше, ты уже мурлыкаешь».

Въ виду подобныхъ случаевъ, поневолѣ вспоминается знаменитая теорія «матеріализація духа» спиритовъ,—та-же проэкція субъективныхъ ощущеній,—которую они стараются доказать даже путемъ фотографическихъ снимковъ.

Галлюцинацію возможно вызвать и у здороваго чело-

*) Письмо написано очень крупными буквами, вполне разборчиво и ровно, на полулистѣ писчей бумаги.

**) Мѣсто постоянного жительства больной.

вѣка во время нормального сна. Родштокъ сказалъ своему спящему пріятелю «шахъ королю», и тотъ сталъ дѣлать рукой движенія, точно при игрѣ въ шахматы.

Галлюцинаціи и иллюзіи бывають и у животныхъ. Abraham описалъ львицу, страдавшую разстройствомъ менструацій, которая изгрызла свои лапы и хвостъ; ее убили, и вскрытіе обнаружило рѣзкія патолого-анатомическія измѣненія въ яичникахъ. По этому поводу Foot дѣлаетъ даже предположеніе, что привычка у нѣкоторыхъ людей кусать ногти можетъ быть разсматриваема, какъ одинъ изъ симптомовъ истерическаго состоянія. Когда я былъ еще гимназистомъ одного изъ высшихъ классовъ, въ домѣ моего отца разыгралась сцена, глубоко врѣзавшаяся въ моей памяти. Старая домашняя собака по обыкновенію грѣлась передъ каминомъ. Казалось, она спала; какъ вдругъ, схватившись съ мѣста, сначала бросилась назадъ, потомъ съ громкимъ лаемъ прямо въ каминъ и отошла лишь тогда, когда сильно обожгла себѣ морду. Это дало поводъ заподозрѣть въ ней бѣшенство, но путемъ карантинныхъ мѣръ удалось убѣдиться, что она не сбѣсилась. Случай этотъ не повторился больше въ теченіе цѣлаго года до случайной смерти собаки (ее переѣхали). Нужно думать, что истерія среди собакъ встрѣчается не рѣдко, но намъ не приходится наблюдать ее, такъ какъ истерическія явленія, по всей вѣроятности, принимаются за симптомы бѣшенства, и такихъ собакъ тотчасъ-же убивають. Греве прямо говоритъ, что изъ 20 собакъ, признаваемыхъ за бѣшенныхъ, въ сущности бываетъ таковыми не больше 2-хъ или 3-хъ. И это понятно, такъ какъ дифференціальныи діагнозъ въ подобныхъ случаяхъ приходится почти всегда устанавливать дворникамъ, сторожамъ, по деревнямъ крестьянамъ и другимъ мало компетентнымъ лицамъ.

Во время физиологическаго сна не всегда царствуетъ

въ мозгу чловѣка безусловная тьма. Съ прекращеніемъ дѣятельности периферическихъ отдѣловъ органовъ чувствъ, мало по малу прекращается и движеніе по психической рефлекторной дугѣ; но клѣтки мозговой коры, возбужденныя дневной работой, продолжаютъ свою слабую дѣятельность и во снѣ. Токи, исходящія изъ этихъ клѣтокъ, иррадируютъ на другія клѣтки и вовлекаютъ ихъ тоже въ дѣятельное состояніе. Результатомъ такихъ ассоціацій являются грезы, сновидѣнія, кошмары. Это своего рода мышленіе, но мышленіе безсознательное; оно можетъ иногда складываться въ весьма образныя формы. Voltaire, напр., во снѣ сочинялъ стихи, Surdini открылъ свой знаменитый флажіо-летъ, Burdach строилъ планы физиологическихъ опытовъ.

VIII.

Автоматизмъ, которымъ характеризуются всѣ формы гипноза, представляетъ собою широкое поле для всевозможныхъ внушеній. Beaunis прямо заявляетъ, что ни одно изъ физиологическихъ отправленій организма не изъято отъ вліянія внушенія въ гипнозѣ. Но вмѣстѣ съ тѣмъ, способность воспріятія внушеній въ гипнозѣ служитъ источникомъ многочисленныхъ ошибокъ въ наблюденіяхъ многихъ изслѣдователей; отсюда вытекаютъ противорѣчія въ ихъ выводахъ. При изслѣдованіяхъ гипнотиковъ нужно твердо помнить, что малѣйшее замѣчаніе, сдѣланное на сторонѣ, можетъ у нихъ выразиться въ формѣ внушенія.

При наличности автоматизма и другихъ разстройствъ въ психической сферѣ, каждое насильственное представленіе (внушеніе), не будучи умѣряемо болѣе сильными аутопредставленіями, пріобрѣтаетъ въ мозгу гипнотика, какъ преобладающее, способность къ эксцентрическому распространенію и къ переходу на двигательные приборы (Тархановъ); идея безъ всякаго контроля или анализа переходитъ въ дѣйствіе. Такимъ образомъ, возбужденіе этого рода переходитъ черезъ ганглиозныя кѣтки непосредственно на чувствительныя и двигательныя приборы. Эти возбужденія, въ отличіе отъ рефлекторныхъ и произвольныхъ, названы Carpenter'омъ «идеомоторными».

Но для того, чтобы внушение было выполнено, в мозгу человека должно явиться соответственное ему двигательное или чувственное представление. Так как в гипнозъ сознание разстраивается, хотя и в различной мѣрѣ, то спрашивается — могутъ-ли быть представления внѣ сознания? Явления, происходящія во время физиологическаго сна, даютъ намъ на этотъ вопросъ положительный отвѣтъ: всѣ наши сновидѣнія суть чувственные, иногда и двигательныя представления, совершающіяся въ отсутствіи сознания.

Для того чтобы насильственное представление доходило до мозга, необходима сохранность функціи по крайней мѣрѣ одного изъ органовъ чувствъ. Поэтому у Ольги Ш., у которой всѣ органы чувствъ представлялись глубоко подавленными, внушенія были невыносимы. У всѣхъ остальныхъ, представленныхъ вамъ здѣсь больныхъ, они удавались очень легко. Вы, вѣроятно, еще помните, какъ я внушеніемъ вызывалъ у нихъ параличъ языка, парезъ той или другой конечности, восстанавливалъ функціи въ парализованныхъ членахъ и пр. Это тѣ параличи, иногда крайне стойкіе, которые Russell-Reynolds называетъ психическими параличами («dependent on idea»).

Они рѣзко отличаются отъ послѣдовательныхъ параличей, наблюдаемыхъ при различныхъ фокальных заболѣваніяхъ головного мозга. Характерные симптомы психическихъ параличей слѣдующіе:

- 1) Полиѣйшая вялость, дряблость органа.
- 2) Отсутствіе контрактуръ (если онѣ не внушены).
- 3) Отсутствіе трофическихъ разстройствъ.
- 4) Сухожильные рефлексъ слабо усилены.
- 5) Отношеніе мышцъ и нервовъ къ гальваническому и фарадическому току нормально.

Кромѣ того, въ истеріи часто являются самородные параличи, осложненные контрактурами; они характеризуются:

- 1) Полною неподвижностью конечности.

2) Ригидностью и сильнымъ сведеніемъ конечности, которыя сохраняются и во снѣ.

3) Разстройствами кожной чувствительности на пораженной конечности или на другихъ частяхъ тѣла.

4) Появленіемъ въ видѣ моноплегій.

5) Рѣзкимъ повышеніемъ сухожильныхъ рефлексовъ; иногда является даже стопной клонусъ.

6) Пониженіемъ электрической возбудимости (Babinski).

7) Потерей мышечнаго чувства.

8) Отсутствіемъ атрофій.

По мнѣнію Charcot, истерическіе параличи не поражаютъ черепныхъ нервовъ (главнымъ образомъ п. facialis).

Прибавленіе. Этотъ признакъ, впрочемъ, нельзя считать окончательно установленнымъ. Въ январѣ текущаго года мнѣ случилось наблюдать истерическаго больнаго, у котораго въ ряду другихъ симптомовъ существовалъ и параличь лицеваго нерва.

Четырнадцатилѣтній воспитанникъ Одесскаго Коммерческаго училища, А. С., 11 января имѣлъ въ училищѣ большую непріятность, вслѣдъ за которой появился истеро-эпилептическій припадокъ слѣдующаго характера: мышцы конечностей ригидны, по-временамъ появляются большія общія движенія клоническаго характера, при чемъ все тѣло изгибается въ различныхъ направленіяхъ. Сознанія нѣтъ, отъ времени до времени слышно хрипѣніе. Такое состояніе продолжается около 5-ти минутъ, потомъ смѣняется непродолжительной паузой, за которой снова слѣдуютъ судороги. Весь этотъ припадокъ продолжался 1½ часа. Когда А. С. доставили домой, у него было еще два такихъ припадковъ; ихъ видѣлъ д-ръ Г. А. Гельманъ, благодаря любезности котораго я имѣлъ возможность совмѣстно съ нимъ наблюдать больнаго.

Въ послѣдующіе дни у больного ежедневно повторялись такіе припадки по 2—3 раза въ день. Съ 14 января характеръ припадковъ, къ концу ихъ, сталъ осложняться зрительными и слуховыми галлюцинаціями: то больной слышалъ голосъ дяди, съ которымъ велъ разговоръ, то видѣлъ ползающихъ вокругъ таракановъ. 18 января судорожныхъ припадковъ не было, но взамѣнъ ихъ появились другіе. Больной вдругъ встаетъ съ постели, начинаетъ бродить по комнатѣ съ открытыми или закрытыми глазами, бросаетъ чѣмъ попало въ сестру, быстро бѣгаетъ по комнатѣ, причесывается, смотритъ на часы и правильно опредѣляетъ время, логично отвѣчаетъ на вопросы, затѣмъ, точно утомленный, падаетъ на постель и приходитъ въ полное сознаніе, жалуясь на утомленіе. Наотрѣзъ отказывается отъ пріема теплой ванны. Всего, что происходило въ припадкахъ, онъ не помнилъ вовсе.

Ислѣдуя больного внѣ припадка, я нашелъ слѣдующее. Костная и мышечная системы хорошо развиты, голова большая, кругло-овальной формы, лобъ выпуклый. Глаза впалые, зрачки умѣренно расширены, реагируютъ на свѣтъ правильно. Органы грудной и брюшной полости не представляютъ ничего ненормальнаго, за исключеніемъ раздвоенія втораго тона у верхушки сердца. Слизистыя оболочки губъ и вѣкъ умѣренно окрашены, кожа лица блѣдно-розоваго цвѣта. Лицо представляется искошеннымъ. Правый уголь рта стоитъ ниже лѣваго, правая носо-губная борозда сглажена, правая щека полнѣе лѣвой, правая ноздря уже лѣвой. При раздуваніи щекъ, воздухъ выходитъ изъ праваго угла рта; при этомъ правая щека больше отдувается, чѣмъ лѣвая. Если больного заставить показать зубы, то разстояніе между губами съ правой стороны уже, чѣмъ съ лѣвой, края десенъ съ лѣвой стороны видны хорошо, а съ правой ихъ не видно. При смѣхѣ, лѣвый уголь рта оттягивается сверху больше, чѣмъ правый, такъ что ротъ принимаетъ

косое направленіе. Языкъ выдвигается впередъ прямо. При закрываніи глазъ, морщины съ лѣвой стороны выражены рѣзче, чѣмъ съ правой. Какъ въ покойномъ состояніи, такъ и при движеніяхъ лица, губъ, языка, — не замѣчается никакихъ подергиваній.

Органы зрѣнія во всѣхъ отношеніяхъ нормальны. Вкусъ, обоняніе и слухъ не нарушены.

Болевая чувствительность притуплена только на верхнихъ конечностяхъ; на нижнихъ — сохранена.

Сухожильные и кожно-мышечные рефлексy ослаблены.

Движенія рукъ совершаются свободно, но ноги ослаблены до такой степени, что больной не можетъ стоять; въ постели-же онъ легко двигаетъ ими во всѣхъ направленіяхъ.

Сознаніе вполне сохранено; больной задумчивъ и вялъ.

А. С. родился, по словамъ матери, съ большой головой; до 2-хъ лѣтъ не ходилъ и не говорилъ ни слова, до 3-хъ лѣтъ казался подавленнымъ въ умственномъ отношеніи и не любилъ играть съ дѣтьми. На 4-мъ году сталъ быстро развиваться какъ въ умственномъ, такъ и въ физическомъ отношеніи. Съ 6-ти мѣсячнаго возраста до 2-хъ лѣтъ постоянно страдалъ глазами, и врачи ставили эту болѣзнь въ зависимость отъ «водянки мозга». На 9-мъ году у него была одышка, которую врачи называли нервной астмой. Кроме того, А. С. обыкновенно плохо спалъ, часто просыпался, иногда бродилъ сонный по комнатамъ. Способности къ наукамъ всегда были умѣренные. За послѣднее лѣто онъ сильно выросъ и возмужалъ; стали появляться эрекции.

Отецъ больного умеръ на 42-мъ году отъ прогрессивнаго паралича; на 14-мъ году жизни онъ заболѣлъ острымъ помѣшательствомъ, возобновлявшимся нѣсколько разъ въ теченіе двухъ лѣтъ. Съ тѣхъ поръ онъ вплоть до смерти отличался меланхолическимъ настроеніемъ духа, постоянно имѣлъ различныя *idées fixes*, былъ задумчивъ и разсѣянъ. Старшая сестра больного въ періодъ полового созрѣванія

страдала эпилептическими припадками, длившимися въ теченіе цѣлаго года; теперь она здорова.

18 января, въ виду повторявшихся вышеописанныхъ припадковъ, я загнипотизировалъ больного, причеъ получилъ каталептическое состояніе. Во время гипноза я внушилъ больному, что съ этого времени у него припадки больше не повторятся, что онъ будетъ въ состояніи свободно ходить, будетъ чувствовать себя здоровымъ и бодрымъ и не будетъ бояться ваннъ.

19 января больной былъ веселъ, самъ просилъ ванну, всталъ съ постели и свободно ходилъ. Ни малѣйшихъ слѣдовъ искошенія лица или губъ не было замѣтно, и всѣ движенія мускулатуры, управляемой лицевымъ нервомъ, совершались правильно.

Припадковъ не было до 24 января, но въ этотъ день вечеромъ снова былъ сильный конвульсивный припадокъ. Послѣ новаго внушенія, сдѣланнаго во время искусственно вызваннаго гипноза, припадковъ больше не было.

Въ приведенномъ случаѣ наблюдалось заболѣваніе несомнѣнно истерическаго происхожденія, основанное на наследственной нейропатической почвѣ. Истерическое заболѣваніе было довольно сложное и состояло изъ цѣлага ряда разбѣянныхъ симптомовъ, частью двустороннихъ (паралегія, анестезія верхнихъ конечностей), частью одностороннихъ — параличь лицеваго нерва.

Пораженіе послѣдняго до такой степени очевидно, что не требуетъ дальнѣйшихъ доказательствъ. За истерическое происхожденіе этого паралича говорить еще и исчезновеніе его вмѣстѣ съ другими истерическими явленіями подѣ влияніемъ внушенія въ гипнозѣ.

Можно было-бы смѣшать искошеніе лица, наблюдавшееся въ данномъ случаѣ, съ описаннымъ недавно проф. Charcot, а также докторами Brissaud и Marie пораже-

ніемъ, которое Charcot назвалъ *hémispasme glosso-labie*, и которое тоже наблюдается у истерическихъ больныхъ.

Но послѣднее состояніе рѣзко отличается отъ лицеваго паралича и характеризуется:

во 1-хъ, спазматическимъ сокращеніемъ мускуловъ одной изъ половинъ лица,—чего въ нашемъ случаѣ не было;

во 2-хъ, спазматическое сокращеніе поражаетъ обыкновенно только половину одной губы—верхней или нижней,—въ описываемомъ случаѣ параличемъ поражена была правая половина обѣихъ губъ;

въ 3-хъ, языко-губный гемиспазмъ всегда сопровождается подергиваніями въ пораженныхъ мышцахъ,—чего не было въ нашемъ случаѣ;

въ 4-хъ, при надуваніи щекъ воздухъ проходитъ черезъ сторону, пораженную спазмомъ,—при лицевомъ параличѣ—черезъ парализованную сторону;

въ 5-хъ, при языко-губномъ гемиспазмѣ всегда принимаетъ участіе и языкъ, который отклоняется въ сторону, и въ которомъ тоже замѣтны мускулярныя подергиванія; въ нашемъ случаѣ онъ выдвигался ровно, и въ немъ незамѣтно было никакихъ сокращеній.

Повидимому, параличъ лицеваго нерва истерическаго происхожденія встрѣчается чрезвычайно рѣдко. Charcot, кажется, никогда его не видалъ и счелъ поэтому даже возможнымъ ввести въ категорію дифференціально-діагностическихъ признаковъ, что параличъ лицеваго нерва не бываетъ истерическаго происхожденія. Съ теоретической точки зрѣнія было-бы непонятно,—почему въ истеріи могутъ быть парализованы другіе нервы, но не лицевой.

Самые убѣдительные факты свидѣтельствуютъ, что нѣтъ основанія подозрѣвать гипнотиковъ въ притворствѣ въ моментъ исполненія внушеній.—Ducru въ клиникѣ Char-

сот, загнипотизировавъ невзначай одну посѣтительницу, пришедшую навѣстить больную въ Salpêtrière, заставилъ ее написать духовное завѣщаніе, въ которомъ, къ ужасу пришедшей въ сознаніе молодой особы, значилось: «все мое имущество и тѣло послѣ моей смерти завѣщаю г. доктору Дирю». Въ Сальпетриерѣ же заставляли лицъ, боявшихся мертвыхъ, цѣловать человѣческій черепъ. Мепіеsouх еще въ 1789 г. въ Вѣнѣ заставилъ порядочную дѣвушку пойти въ такой домъ, куда бы она въ нормальномъ состояніи ни за что не пошла!? Еще болѣе убѣдительными и въ то-же время поражающими представляются явленія внушеній на сосудистую систему.—Вонгги и Вигот, а также Мабилле внушали истеро-эпилептику появленіе кровоподтековъ въ кожѣ любой части тѣла. Кровоподтеки являлись въ назначенный часъ и въ указанномъ мѣстѣ и удерживались по нѣсколько недѣль. Аналогическіе опыты удавались и Jendrassik'у.

Весьма близко къ внушеніямъ въ психо-физиологическомъ отношеніи стоитъ раздражительная способность гипнотиковъ. Она въ различныхъ степеняхъ свойственна почти всѣмъ формамъ гипноза. У всѣхъ моихъ больныхъ, въ то время, когда я ихъ вамъ демонстрировалъ, анестезія была обоюдосторонняя, несмотря на то, что она всего чаще поражаетъ лѣвую сторону (Charcot). Это объясняется тѣмъ, что всѣ больныя, поступавшія въ мое отдѣленіе, заставляли въ немъ Махлю Б., у которой анестезированы были обѣ половины тѣла, и у вновь поступающихъ односторонняя анестезія вскорѣ становилась двусторонней. У всѣхъ больныхъ я находилъ однѣ и тѣ-же френогенныя области. Впослѣдствіи дѣло дошло до того, что вновь поступившая больная Олимпиада Т. и лежавшая рядомъ съ Вѣрой У., систематически въ своихъ приступахъ истеро-эпилепсіи и гипноза продѣлывала сегодня то, что наблюдала вчера у Вѣры. По мѣрѣ появленія

новыхъ симптомовъ у послѣдней, появлялись тѣ-же самыя и у первой, такъ что Вѣра въ гипноидномъ припадкѣ совершенно справедливо и не безъ гордости однажды назвала Олимпиаду своей «ученицей». — Махля Б. отличалась особой раздражительной способностью. Рядомъ съ нею лежала сильно лихорадившая больная съ легочной чахоткой, сопровождавшейся кровохарканіями; у Махли, безъ всякихъ объективныхъ явленій со стороны дыхательныхъ путей, начались кровохарканія (крайне, впрочемъ, ничтожныя), упорный сухой кашель и лихорадочное состояніе, продолжавшееся съ небольшими перерывами 6 мѣсяцевъ (см. кривую, таб. 3-я).

У истеро-эпилептическихъ больныхъ температура тѣла часто повышается за предѣлы нормы, и врачу необходимо быть крайне внимательнымъ къ такимъ повышеніямъ, такъ какъ они не всегда бываютъ чисто истерическаго характера, и не рѣдко подъ ними скрывается начало легочнаго процесса. Своевременное опредѣленіе послѣдняго крайне важно, тѣмъ болѣе, что легочная чахотка является одной изъ самыхъ частыхъ причинъ смерти истеро-эпилептическихъ больныхъ.

Весьма поучительныя примѣры подражаній у лицъ, повидимому, вполне здоровыхъ приводитъ Weir-Mitchell. Онъ пригласилъ одного изъ товарищей на совѣщаніе къ дѣвочкѣ, страдавшей своеобразными гримасами, очевидно хореическаго характера. Прошло нѣсколько минутъ на изслѣдованіе больной, и Weir-Mitchell замѣтилъ, что товарищъ дѣлаетъ точно такія-же гримасы, заявляя, что это происходитъ помимо его воли. Рядомъ съ этимъ, случаемъ онъ приводитъ другіе; такъ, во время беременности жены, мужъ чувствовалъ движенія ребенка въ своемъ животѣ и страдалъ рвотами наравнѣ съ женою. Подражательная способность въ фізіологическомъ быту свойственна человѣку такъ-же, какъ и животнымъ, и въ этомъ отношеніи ставить насъ весьма близко къ послѣднимъ. Примѣровъ по-

дражательной способности у человека искать не долго: мы думаемъ чужими мыслями, подражаемъ модамъ, походкамъ, интонаціи, жестикаціямъ, выучиваемся курить табакъ, который въ началѣ куримъ не только безъ удовольствія, но и съ отвращеніемъ, и проч. Я могъ бы указать на немалое число товарищей, воспринявшихъ отъ своихъ учителей болѣе или менѣе удачно не только ихъ качества, но, къ сожалѣнію, и смѣшныя стороны и недостатки. У малайцевъ подражательная способность является даже въ особой болѣзненной формѣ, называемой по туземному *Lata*. — О'Бріенъ рассказываетъ случай съ однимъ малайцемъ — поваромъ на пароходѣ, котораго дразнилъ англичанинъ матросъ, знавшій объ этой его болѣзни. Малаецъ держалъ на рукахъ своего ребенка; матросъ взялъ полѣно и сталъ качать его, точно убаюкивая ребенка, — малаецъ сдѣлалъ то-же самое. Матросъ сталъ качать полѣно на парусѣ, — малаецъ качалъ ребенка; англичанинъ выронилъ полѣно, — малаецъ бросилъ ребенка.

Мнѣ кажется, что въ проявленіяхъ истеро-эпилепсін замѣчается у различныхъ расъ и племенъ и въ разныхъ мѣстностяхъ различные оттѣнки; такъ у насъ въ Одессѣ, по моимъ наблюденіямъ, оваріальный симптомъ встрѣчается рѣже, чѣмъ въ Парижѣ. Кромѣ того, на характерѣ припадковъ часто замѣчается и извѣстное культурное вліяніе: по описаніямъ, эпидеміи среднихъ вѣковъ представлялись въ деталяхъ нѣсколько иными въ сравненіи съ эпидеміями послѣдняго времени.

Существуютъ даже народы, среди которыхъ гипнозъ развивается эпидемически, — *Sleeping sickness* у негровъ.

Чѣмъ выше индивидуальная культура человѣческаго мозга, тѣмъ болѣе развита его дифференціаціонная способность, тѣмъ болѣе оригинальнымъ и самостоятельнымъ представляется намъ такой человекъ. Наоборотъ, явленія подражательной способности въ людяхъ свидѣтельствуютъ

о плохой дифференціаціонной работѣ ихъ мозга; типъ такой низкой работы наблюдается у дѣтей и нѣкоторыхъ животныхъ. Въ состояніяхъ гипноза, гдѣ способность сознательной дифференціаціи сильно понижена или совершенно уничтожена, вполне понятно высокое развитіе раздражительной способности.

Явленія внушенія наблюдаются не рѣдко и въ бодрственномъ состояніи у многихъ вполне здоровыхъ людей. Знаменитый португальскій аббатъ Façia словомъ «dormez» заставлялъ своихъ монаховъ засыпать моментально.—Weir-Mitchell рассказываетъ, что когда онъ былъ еще молодымъ врачомъ, надъ нимъ и его товарищами продѣлали опытъ относительно дѣйствія гомеопатическихъ средствъ, въ слѣдующемъ видѣ. Пять человѣкъ получили одно и то же средство, не зная кто что получилъ. Двое не замѣчали никакого дѣйствія; трое хотя и чувствовали какіе то симптомы, но каждый различные, при чемъ ни одинъ не испытывалъ симптомовъ, приписываемыхъ гомеопатами дѣйствию даннаго средства. Очевидно, они были подъ вліяніемъ внушенія, что средство непременно должно было дѣйствовать.

Несмотря на рѣзкое развитіе автоматизма въ гипнозѣ, у нѣкоторыхъ больныхъ тѣмъ не менѣе обнаруживается проявленіе воли въ различной степени. Вы видѣли, что изъ длиннаго ряда сдѣланныхъ передъ вами внушеній на многихъ больныхъ, ни одно не осталось неисполненнымъ. Всѣ больныя отличались полнымъ послушаніемъ и исполняли самыя нелѣпыя и даже непріятныя приказанія. Но нельзя было не замѣтить, что нѣкоторыя больныя въ извѣстной мѣрѣ сопротивлялись внушенію. Анна Н., прежде чѣмъ утащить по внушенію занонку, долго не двигалась съ мѣста, мускулы лица ея передергивало, въ рукахъ появлялись судорожныя сокращенія,—наконецъ наступала роковая рѣшимость. Вспомните также, что Махля Б. не исполнила по первому разу внушенія—убить меня; вторичное внушеніе,

вызвавшее сильное дрожаніе руки, державшей мнимое орудіе, кончилось нанесеніемъ удара. Pitres и другіе авторы тоже приводятъ случаи сопротивленія внушеніямъ. Нѣкоторыя больныя иногда вовсе не отвѣчаютъ на вопросы, или же отвѣчаютъ только послѣ многократнаго внушенія.

Кромѣ того, при исполненіи однихъ и тѣхъ-же внушеній различными лицами, нельзя не замѣтить, что не всѣ исполняютъ ихъ одинаково. Какъ въ истеро-эпилептическихъ припадкахъ, въ періодѣ такъ называемыхъ страстныхъ или нелогичныхъ позъ, либо въ періодѣ бреда отражались нѣкоторыя индивидуальности больныхъ (плавательныя движенія у Анны Н..., пѣніе у Вѣры У...й), такъ точно и въ гипнотическихъ состояніяхъ индивидуальность отражается не только на явленіяхъ гипноза, но и на исполненіи внушеній. Одна изъ моихъ больныхъ, Елена Г., очень увлекавшаяся литературой и часто занимавшаяся сочиненіемъ стихковъ, въ каталептоидномъ состояніи, которымъ оканчивался циклъ истеро-эпилептического припадка, проявляла особенныя способности творчества стиховъ, правда очень незатѣйливыхъ, но безостановочно изливаемыхъ по нѣсколько часовъ сряду.

Напримѣръ: на заданную, въ этомъ состояніи больной, тему—описать мужу свое пребываніе въ больницѣ, она начала безконечно длинное стихотвореніе такъ:

«О еслибъ зналъ ты, Ваня милый,
Какъ здѣсь скучаю я,
Ты прилетѣлъ бы въ мигъ на крыльяхъ,
Чтобъ увезти меня...

и т. д.

Больная не исполняла никакихъ другихъ внушеній, за исключеніемъ тѣхъ, которыя прямо или косвенно относились къ стихотвореніямъ.

Вы помните, что Вѣра У., по внушенію—убить меня, мгновенно нанесла мнѣ ударъ импровизированнымъ орудіемъ, между тѣмъ какъ Махля Б. сдѣлала это только послѣ вторичнаго внушенія. Первая изъ нихъ—личность энергическая

и рѣшительная, вторая—тихая, скромная и очень добрая. Pitres замѣтилъ, что непріятныя для больныхъ внушенія не исполняются вовсе, или исполняются весьма неохотно. Beaunis внушилъ двумъ больнымъ, одинаковаго болѣе или менѣе воспитанія, украсть ложку; одна изъ нихъ отказалась отъ этого, другая исполнила. Отсюда Beaunis дѣлаетъ смѣлый выводъ, что въ внушеніи мы имѣемъ чрезвычайно тонкій психическій реактивъ для изслѣдованія самыхъ затаянныхъ сторонъ человѣческой души. Онъ утверждаетъ это тѣмъ болѣе, что, по его мнѣнію, въ гипнозѣ больныя говорятъ всегда чистую правду; Pitres, наоборотъ, замѣтилъ, что больныя нерѣдко лгутъ въ гипнозѣ. Я могу подтвердить мнѣніе Pitres'a, убѣдившись неоднократно, что лица, привыкшія лгать, продолжаютъ говорить неправду и во время гипноза. Вы въ этомъ убѣдитесь, если вспомните, что Анна Н., обругавшая больную сосѣдку, заявила во время гипноза, что сосѣдка ругала ее, и только послѣ повторныхъ внушеній сказала правду. Она же избѣгала въ гипнозѣ повторить то площадное слово, которое ею было употреблено, и замѣнила его менѣе грубымъ (стр. 86).

Выводомъ Beaunis и другими аналогичными мнѣніями, конечно, воспользуются и даже уже пользовались съ судебно-слѣдственной цѣлью. Cullège высказался противъ примѣненія гипноза въ судебно-слѣдственной практикѣ, а Brocardel допускаетъ исключеніе только для случаевъ, гдѣ можно направить судъ, находящейся на ложномъ пути; во всѣхъ прочихъ случаяхъ онъ считаетъ непозволительнымъ для врача употреблять гипнозъ съ цѣлью допроса. Но эту оговорку едва ли можно считать основательной, имѣя въ виду, что загипнотизированные не всегда говорятъ правду. Въ такомъ же смыслѣ высказывается и Ladame.—Bernheim тоже совѣтуетъ относиться крайне осторожно къ заявленіямъ, сдѣланнымъ въ гипнозѣ, такъ какъ они не всегда могутъ быть истинны. Съ точки зрѣнія строгаго

юридической, показанія гипнотиковъ, т. е. такихъ лицъ, у которыхъ нарушено сознание и подавлена воля,—не могутъ пользоваться правомъ на довѣріе. Присяга къ такимъ лицамъ тоже не примѣнима. Поэтому гипнозъ никогда, вѣроятно, не будетъ пользоваться правомъ гражданства въ ряду другихъ методовъ юридическаго изслѣдованія. Что же касается нравственной стороны вопроса, то выпытываніе врачемъ тайныхъ сторонъ души человѣка, находящагося въ гипнотическомъ состояніи, должно считаться такъ-же непозволительнымъ, какъ непозволительной считается ампутація любого органа, сдѣланная безъ согласія больного и въ безсознательномъ его состояніи, напр., подъ хлороформомъ. Вы не возвратите человѣку вынужденно выпытанную у него тайну, точно такъ-же, какъ не вернете ампутированный органъ. Правда, загипнотизированный можетъ не помнить, что вынужденно выдалъ свою тайну; но у выпытывавшаго на всегда должно сохраниться чувство обокравшаго чужую душу.

Исполненныя внушенія чаще всего не удерживаются въ памяти, въ какомъ бы состояніи истерическаго гипноза это не происходило. Но отъ васъ зависитъ заставить больныхъ прекрасно помнить все то, что совершалось во время гипноза и, наоборотъ, не помнить (въ гипнотическомъ состояніи) того, что происходило въ бодрственномъ. И это достигается путемъ соотвѣтственнаго внушенія. Иногда, несмотря на внушеніе—помнить, больные, проснувшись, не помнятъ вовсе, или помнятъ только часть внушенія; тѣмъ не менѣе, приводя ихъ обратно въ состояніе гипноза, т. е. въ то состояніе, при которомъ первоначально происходила локализация впечатлѣній, можно возстановить въ ихъ памяти и остальное. Аналогичныя явленія наблюдаются и въ бодрственномъ состояніи у вполне здоровыхъ людей. Вы возымѣли намѣреніе исполнить какое-либо дѣйствіе и забыли, что вы хотѣли исполнить. Вы возвращаетесь къ тому, положимъ,

мѣсту, гдѣ воспринято было впечатлѣніе, т. е. ставите себя въ прежнія условія и нерѣдко вспоминаете забытое.

Память можетъ быть расчленена на двѣ способности: а, способность локализаціи впечатлѣній и ощущеній; т. е. способность количественнаго воспріятія;—и б, способность возстановленія ихъ (recollection). У гипнотиковъ замѣчается особенно обостренной вторая способность. Я убѣдился, что въ гипнотическомъ состояніи вспоминались нѣкоторыя иностранныя слова, изучавшіяся въ раннемъ дѣтствѣ, которыхъ никакъ нельзя было вспомнить въ бодрственномъ состояніи.

Впрочемъ, эта способность памяти нерѣдко выдвигается впередъ и во время фізіологическаго сна. Приведу примѣръ. Одинъ изъ моихъ знакомыхъ, молодой финансистъ, однажды провѣрялъ кучу процентныхъ бумагъ, распределенныхъ въ особые пакеты за номерами. Все было найдено въ порядкѣ. Спустя нѣсколько мѣсяцевъ, пришлось дѣлать новую повѣрку; одинъ пакетъ оказался пустымъ. Въ промежуткѣ между двумя ревизіями никто другой не ходилъ въ кладовую. Недочетъ значительной суммы крайне разстроилъ финансиста; онъ долго не могъ уснуть. Проснувшись утромъ, онъ вспомнилъ о сейчасъ происходившемъ весьма неясномъ сновидѣніи на тему о кладовой и вкладахъ, изъ котораго удержалась въ памяти одна лишь цифра 1520. Отправившись сейчасъ-же въ кладовую, онъ, любопытства ради, раскрылъ пакетъ подъ этимъ номеромъ, гдѣ, кромѣ соотвѣтственнаго этому номеру вклада, нашелъ еще вкладъ изъ того пакета, который наканунѣ найденъ пустымъ. Фактъ этотъ можно объяснить слѣдующимъ образомъ: при вкладываніи процентныхъ бумагъ не на свое мѣсто, клѣтки мозговой коры финансиста восприняли впечатлѣніе, вызванное номеромъ пакета 1520. Но это впечатлѣніе не вошло въ

ассоциационную игру, совершавшуюся въ данный моментъ, не дошло до сознанія и не удержалось въ памяти; оно осталось въ латентномъ, такъ сказать, видѣ. Во снѣ, подъ вліяніемъ предшествовавшей умственной работы на тему о кладовой, между ганглиозными клѣтками мозга происходилъ цѣлый рядъ сложныхъ бессознательныхъ ассоціаций, въ которыя вошла и цифра 1520, удержавшаяся въ памяти, быть можетъ, благодаря происходившему въ это время просыпанію.

Иногда и на яву въ ассоциационную игру вдругъ входятъ образы или впечатлѣнія давно нами забытые. Это —частичное проявленіе той памяти, которую французы называютъ —*souvenir ignoré*.

Очевидно, что въ приведенномъ случаѣ впечатлѣніе цифры 1520 получено мозгомъ ниже уровня яснаго сознанія.

Спрашивается, можетъ-ли въ нашемъ мозгу функционировать память, независимо отъ сознанія, —возможно-ли, въ самомъ дѣлѣ, помнить то, что происходитъ въ бессознательномъ или подавленномъ состояніи сознанія? На это имѣются утвердительные отвѣты не только изъ области сна, но и изъ области гипноза и другихъ патологическихъ состояній.

Приведу примѣръ изъ того момента моей жизни, когда я въ 1876 г. началъ выздоравливать послѣ сыпного тифа, перенесеннаго мною при явленіяхъ глубоко подавленнаго сознанія. Въ ту минуту, когда первыя впечатлѣнія стали доноситься до мозга, увидавъ стоявшій въ углу комнаты человѣческой скелетъ и слыша звонъ колоколовъ собора, я представилъ себя умершимъ. Мои собственныя руки и ноги казались мнѣ мертвыми членами моихъ сосѣдей, лежащихъ рядомъ со мною въ гробу. Желая между мертвыми отыскать близкихъ родныхъ, я сдѣлалъ какое-то неловкое движеніе и опрокинулъ стоявшій около кровати небольшой столикъ; шумъ,

вызванный падением столика и разбивающейся посуды, привлекая окружающих меня лиц, у которых я спросил, где лежит моя покойная сестра. Полное самосознание с этого момента наступило лишь через двое суток, но в этой иллюзии все ассоциации, относящиеся къ подземному моему и моих сосѣдей пребыванію, удержались въ моей памяти съ величайшею ясностью и во всехъ подробностяхъ. И такъ, впечатлѣнія и ощущенія могутъ удерживаться въ памяти независимо отъ сознанія; можно помнить то, что совершается въ нашего сознанія точно также, какъ и не помнить совершающагося при полномъ сознаніи.

То-же самое и въ гипнозѣ. Въ гипноидномъ состояніи, при совершенномъ сознаніи субъекта, при оживленномъ процессѣ мышленія, ровно ничего не остается въ памяти изъ того, что совершается вокругъ. Въ другихъ формахъ болѣе глубокаго гипноза, напр., въ сомнамбулическомъ или каталептическомъ состояніи, при подавленномъ сознаніи, вы можете путемъ внушенія заставить субъекта помнить все, происходившее во время гипноза. Въ этомъ отношеніи гипнозъ, какъ научный методъ изслѣдованія, окажетъ еще психологіи колоссальную услугу. При его помощи имѣется возможность расчленять психическія функціи, болѣе или менѣе тѣсно связанныя другъ съ другомъ въ нормальномъ состояніи. Можно, какъ удачно выразился Beaunis, производить, своего рода, психическое живосѣченіе (*vivisection morale*). Такъ напр., можно изъ сферы вліянія воли выключить тотъ или другой органъ, внушая параличъ его.

Что касается способности памяти локализовать впечатлѣнія, то она представляется въ состояніи гипноза подавленной. Можно однако же путемъ словеснаго внушенія довести ее до извѣстнаго обостренія. Я предложилъ 9-лѣтнему мальчику заучить незнакомые ему стихи, которые я читалъ

вслухъ. Въ состояніи бодрствованія онъ выучилъ одно четырехстишіе послѣ четвертаго чтенія; въ состояніи гипноза ему было прочитано другое четырехстишіе, несравненно труднѣе предыдущаго, и онъ его повторилъ послѣ втораго чтенія. Имѣется даже возможность раздѣлять память на части, точно также какъ и всякую другую психическую функцію. Можно, напр., заставить гипнотиковъ помнить, что совершалось въ теченіе извѣстнаго періода ихъ жизни, и не помнить остальнаго; такимъ образомъ можно память расчленять на 2, 3 и даже 6 періодовъ, какъ это дѣлали Azam, Féfé, Vinet и др.

Крайне интересную сторону внушеній представляетъ исполненіе ихъ въ точно опредѣленное, иногда очень отдаленное время. Олимпиада Т. въ теченіе цѣлой недѣли не знала о сдѣланномъ ей внушеніи, исполнила его въ точности въ назначенное время, не понимая и не помня, — что, зачѣмъ и когда она сдѣлала. Въ этихъ случаяхъ мозгъ больныхъ вполнѣ напоминаетъ собою будильникъ, который стоитъ только завести для того, чтобы онъ съ точностью прозвонилъ въ назначенный часъ. Проф. Тархановъ, объясняя это явленіе, высказываетъ мысль, что импульсы, ведущіе къ исполненію внушеній, кроются въ внѣшнихъ причинахъ. Допустимъ, что исполненіе внушенія должно совершиться въ 5 часовъ. Достаточно напоминанія цифры 5, или взгляда на часы для того, чтобы въ мозгу мгновенно воскресло кроющееся въ немъ внушеніе и наступило роковое его выполненіе.

Это объясненіе вполнѣ примѣнимо для многихъ случаевъ. Но какъ истолковать тѣ случаи, въ которыхъ устранены всѣ внѣшнія условія, могущія играть роль импульсовъ. Возьмемъ примѣръ изъ сферы самовнушеній въ нормальномъ состояніи. Утомленный, ложась спать, я вну-

шаю себѣ проснуться ровно черезъ 3 часа и, дѣйствительно, просыпаюсь среди глубокой ночи и абсолютной тишины, несмотря на то, что назначенный часъ просыпанія не обычный для меня часъ, и утомленіе могло-бы даже помѣшать просыпанію. Быть можетъ, многіе изъ васъ на себѣ убѣдились въ реальности этого явленія. Въ такихъ случаяхъ не имѣется, очевидно, никакихъ виѣшнихъ причинъ для просыпанія. То-же самое можетъ случиться и въ гипнотическомъ состояніи. Вы помните, что, несмотря на глубокую степень гипноза, Анна Н. обнаружила большую способность къ цифровымъ ассоціаціямъ; она съ точностью сосчитала карты, даже по мастямъ. Если къ этому прибавить, что въ состояніи гипноза, по мнѣнію проф. Тарханова, все наличное вниманіе тратится на внушеніе, какъ на единственное для даннаго момента представленіе, то сдѣлается понятнымъ, что задача исполнить какое-либо дѣйствіе, положимъ, черезъ 100 дней, можетъ быть быстро рѣшена въ мозгу гипнотика; такимъ образомъ можетъ быть опредѣленъ годъ, мѣсяць, число, день, часъ и т. д. для исполненія задачи. Нужно еще принять во вниманіе, что вся наша жизнь пріурочена къ извѣстнымъ, правильно чередующимся періодамъ времени, и поэтому человѣческой мозгъ, въ силу многолѣтняго упражненія, привыкаетъ работать и отдыхать въ правильныхъ промежуткахъ времени и пріучивается къ мѣрѣ времени. Вслѣдствіе этого и дифференцировалась способность возлагать на гангліозныя клѣтки извѣстную работу, на опредѣленный срокъ.

Такимъ образомъ у загипнотизированнаго остается въ мозгу въ «лятентномъ» состояніи, во 1-хъ, образъ внушенія и во 2-хъ, опредѣленное время для его осуществленія. Что для этого не всегда требуются виѣшніе импульсы видно еще изъ того факта, что внушеніе, заказанное къ выполненію въ ночное время, тоже осуществляется. Я внушилъ одной дамѣ спрятать туфли своего мужа въ шкафъ ровно въ 3

часа ночи черезъ десять дней. Въ назначенный срокъ она проснулась, спрятала туфли въ ночной столикъ и тотчасъ же снова легла спать. На другой день она этого не помнила. Изъ комнаты нарочно устранены были часы и приняты были мѣры для водворенія полнѣйшей тишины.

Я уже раньше выяснилъ, что отдаленныя внушенія могутъ быть выполнены только въ ненормальномъ состояннн субъекта, и что выполнение ихъ при полной сохранности сознанія совершается, по всей вѣроятности, въ гипноидномъ состояннн. Такія отдаленныя внушенія удаются только у лицъ особенно склонныхъ къ внушеннмъ. Поэтому мнѣ думается, что когда такому субъекту внушается извѣстное дѣянне на извѣстное время, то ео ipso внушается и то состоянне (предположимъ — гипноидное), въ которомъ это внушенне можетъ быть выполнимо.

Покончивъ съ обзоромъ психическихъ разстройствъ въ гипнозѣ, я долженъ еще остановиться на измѣненнхъ въ сферѣ органовъ чувствъ и движеннн.

Разстройства дѣятельности органовъ чувствъ въ состояннхъ истерическаго гипноза чрезвычайно разнообразны. По Obersteiner'у, въ экспериментальномъ гипнозѣ никогда не случается, чтобы не остался не затронутымъ хотя-бы одинъ изъ органовъ чувствъ. Въ истерическомъ же гипнозѣ, какъ вы могли убѣдиться на Ольгѣ Ш. въ состояннн глубокой летаргнн, не представлялось возможнымъ обнаружить даже слѣдовъ функцн какаго-либо изъ органовъ чувствъ; въ другихъ состояннхъ поражаются только нѣкоторыя изъ нихъ, притомъ въ весьма разнообразной степени.

Зрѣніе въ каталентическомъ состояніи у Вѣры У... сохранено, но больная видитъ окружающіе предметы не ясно, такъ какъ зрительныя оси фиксированы подѣ определеннымъ угломъ. Поэтому она видитъ отчетливо только тѣ предметы, которые попадаютъ на перекрестъ осей. Въ этомъ можно было убѣдиться изъ опыта съ бумажной птицей. Въ сомнамбулическомъ состояніи вѣки закрыты; но въ полутемнотѣ, если одно изъ вѣкъ слегка приподнять такъ, чтобы вслѣдствіе дѣйствія свѣта не получился переходъ въ каталепсію, легко можно убѣдиться, что зрѣніе функціонируетъ хорошо; точно также оно сохранено въ каталептоидномъ и гипноидномъ состояніяхъ.

Въ нашихъ случаяхъ каталепсіи никогда не замѣчалось ни малѣйшихъ признаковъ сохранности вкуса и обонянія. Больныя не чувствовали даже тѣхъ пахучихъ веществъ, которыя обладаютъ ѣдкими свойствами (Ammon. liq.). Въ сомнамбулическомъ же состояніи обѣ эти функціи представляются изощренными до такихъ размѣровъ, какихъ онѣ достигаютъ иногда только въ простыхъ формахъ истеріи. Описываютъ, напр., что истерическія больныя чувствуютъ запахъ свѣжихъ вишенъ на разстояніи нѣсколькихъ комнатъ. У Ольги Ш. однако наблюдалось виѣ гипнотическаго состоянія крайне интересное и рѣдкое явленіе, именно ассоціація чувствъ вкуса и обонянія. Растворъ сахара на языкѣ вмѣстѣ съ сладкимъ вкусомъ вызывалъ какой-то странный запахъ, больше всего напоминавшій запахъ фіалокъ. Явленіе это физиологи объясняютъ возможностью передачи ощущеній къ центру по нервамъ различныхъ спеціальныхъ функцій.

Извѣстно, что въ различныхъ вкусовыхъ предметахъ вкусовое ощущеніе сочетается съ свойственнымъ этимъ предметамъ запахомъ. Поэтому, въ мозгу человѣка съ вкусовымъ

представленіемъ о предметѣ связано представленіе и о его запахѣ; напр., съ запахомъ свѣжаго молока связано понятіе о его вкусѣ и обратно. Центральные представители этихъ органовъ чувствъ, по Luciani, лежатъ въ весьма близкомъ сосѣдствѣ и находятся другъ съ другомъ въ тѣсной анатомической связи (gugus hippocampi, Аммоніевъ рогъ, часть височныхъ долей). По аналогіи съ другими явленіями въ истеріи можно предположить, что раздраженіе одного центра, напр., вкусоваго, можетъ при нѣкоторыхъ условіяхъ иррадіроваться на ассоціированный съ нимъ центръ, въ которомъ и вызываетъ извѣстное ощущеніе. Въ результатъ слишкомъ распространенной иррадіаціи можетъ получиться сочетаніе вкусоваго ощущенія съ несвойственнымъ ему обонятельнымъ.

Слухъ, тоже притупленный въ каталенсіи, является изощреннымъ въ сомнамбулическомъ состояніи и, какъ указалъ Démontrallier, можетъ превышать норму до 12 разъ. Въ гипноидномъ состояніи онъ тоже крайне изощренъ. Вообще слухъ играетъ первенствующую роль въ гипнозѣ при воспріятіи словесныхъ внушеній. Поэтому, очень важно въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ убѣдиться, въ какомъ онъ находится состояніи.

Болевая чувствительность потеряна какъ въ каталептическомъ, такъ и въ сомнамбулическомъ и каталептоидномъ состояніяхъ; только въ гипноидномъ состояніи она оказалась въ нѣкоторыхъ случаяхъ сохраненной. Но тактильная чувствительность чрезвычайно повышена въ сомнамбуліи, между тѣмъ какъ въ летаргіи и каталенсіи всѣ виды кожной чувствительности были совершенно потеряны. Повышеніе тактильной чувствительности въ сомнамбуліи достигаетъ такихъ предѣловъ, что легчайшія раздраженія кожи, положимъ руки, вызывали, какъ вы видѣли у Махли Б., контрактуру въ

пальцахъ этой руки. Двойственные ощущенія въ сомнамбуліи тоже изоцряются. Berger нашелъ посредствомъ циркуля Вебера, что участки кожи, отличающіе въ нормальномъ состояніи два прикосновенія на разстояніи 18 мм., въ состояніи гипноза могутъ отличать ихъ на разстояніи трехъ милл. Еще рѣзче кажется изоцренной термическая чувствительность: больные отличаютъ разницу въ одну или двѣ десятия доли градуса. Цвѣтотыя ощущенія кожей, которыя такъ рѣзко замѣтны были у Махли, по всей вѣроятности, обусловливаются тоже минимальными термическими колебаніями.—Въ изслѣдованіяхъ Вейха надъ раздраженіемъ кожи, произведеннымъ посредствомъ гальваническаго тока тонкими иглками при различной силѣ тока и покалыванія, мы находимъ подтвержденіе предположенія, что каждое изъ частныхъ видовъ кожного ощущенія имѣетъ свои особые центростремительные пути и, по всей вѣроятности, свои опредѣленные центры въ мозговой корѣ. Этимъ можно было бы объяснить, почему въ истеріи не всѣ виды кожной чувствительности поражаются вмѣстѣ и не въ одинаковой степени. Анэстезіи во всѣхъ видахъ истеріи—крайне частое явленіе и до такой степени характерное, что даже въ отдаленные отъ насъ вѣка, когда сжигали истеричныхъ на кострахъ, анэстезія являлась для нихъ безапелляціоннымъ смертнымъ приговоромъ.

Мышечное чувство было вполне подавленнымъ въ летаргіи, притупленнымъ въ сомнамбуліи, каталептическомъ и гипноидномъ состояніяхъ и вполне сохранившимся только въ каталепсисѣ. Ему обязана своимъ происхожденіемъ устойчивость позъ. Поэтому, эта послѣдняя наблюдается въ чистомъ видѣ только въ тѣхъ формахъ гипноза, въ которыхъ мышечное чувство не нарушено.

Кромѣ того не слѣдуетъ забывать ту особенность исте-

рическаго гипноза, что въ немъ могутъ функционировать тѣ органы чувствъ, которые въ бодрственномъ состояніи казались совершенно не дѣйствующими.

При изученіи двигательныхъ разстройствъ въ гипнозѣ мы на первомъ планѣ наталкиваемся на явленія, такъ называемой, нервно-мышечной перевозбудимости. — Charcot понимаетъ подъ этимъ названіемъ способность нервовъ, мышцъ и сухожилій отъ механическихъ раздраженій иногда даже минимальной силы вызывать мышечныя сокращенія, переходящія въ контрактуры. Нервно-мышечная перевозбудимость обязана своимъ происхожденіемъ возбужденію церебро-спинальной оси. Она можетъ быть объяснена закономъ Meunert'a, по которому при подавленіи дѣятельности корковыхъ центровъ, дѣятельность подкорковыхъ усиливается.

За рефлекторный характеръ явленій нервно-мышечной перевозбудимости имѣются убѣдительныя доказательства:

Во 1-хъ въ томъ, что характеризующія нервно-мышечную перевозбудимость мышечныя сокращенія вызываются периферическими раздраженіями нерва, сухожилія, либо мышцы.

Во 2-хъ, за рефлекторное происхожденіе этихъ сокращеній говоритъ свойство ихъ распространяться на другіе органы въ восходящемъ, поперечномъ и перекрестномъ направленіяхъ.

Въ 3-хъ, возможность появленія ихъ путемъ трансферта.

Рефлекторная дѣятельность, какъ показали Charcot и P. Richer, и въ этихъ случаяхъ совершается по діастальтической дугѣ. Задавшись вопросомъ, въ какой части дуги лежатъ причины нервно-мышечной перевозбудимости, они исключаютъ проводники и останавливаются на центрѣ, какъ на виновникѣ этого явленія. При летаргii степень развитія нервно-мышечной перевозбудимости достигаетъ самаго высокаго развитія и напоминаетъ ту степень повышенія рефлекторной дѣятельности, которая наблюдается у отравленныхъ стрихниномъ. Послѣдній, какъ извѣстно, поражаетъ нѣкоторыя сѣрыя образованія центральной нервной системы. Хлороформъ тоже дѣйствуетъ на центральныя сѣрыя массы, но въ противоположномъ стрихнину направленiи. И дѣйствительно, P. Richer удалось въ летаргii уничтожить нервно-мышечную перевозбудимость хлороформированiемъ больной. Слѣдовательно, можно считать вѣроятнымъ, что нервно-мышечная перевозбудимость обязана своимъ происхожденiемъ возбужденiю рефлекторнаго центра.

Тѣ-же авторы доказали, что центростремительныя пути для возбужденiй при летаргii и сомнамбулии не одни и тѣ-же, и этимъ опровергли мнѣнiе Dumontpallier, который доказывалъ, что въ обѣихъ формахъ гипноза периферическiя возбужденiя исходятъ изъ нервовъ кожи.

Calmeil замѣтилъ, что при сомнамбулическомъ состоянii раздраженiе кожи ведетъ къ сокращенiю покрываемаго ею мускула. Schrüder-van-der-Kolk нашель, что смѣшанный нервъ, направляясь къ периферии и оканчиваясь въ мускулѣ, въ то-же время посылаетъ и чувствительную нить къ покрывающей этотъ мускулъ части кожи. Извѣстно также изъ работъ Pflüger'a, что рефлекторное раздраженiе передается на тотъ двигательный корешокъ, который лежитъ на одномъ уровнѣ съ корешкомъ раздражаемаго нерва. Наконецъ, по

Vulpian'у, какъ двигательныя, такъ и чувствительныя вѣтви въ смѣшанномъ нервѣ берутъ свое начало на одномъ и томъ-же уровнѣ. Вотъ причины, указанныя Р. Richer, почему при сомнамбуліи рефлексы должны совершаться по кожной діастальтической дугѣ. При летаргіи же рефлексы съ кожи не получаютъ вовсе. Для доказательства изолируютъ мускуль отъ раздраженія такимъ образомъ, что лежащую надъ нимъ кожу слегка захватываютъ въ складку и раздражаютъ ея вершину; при этомъ рефлексы не получаютъ, между тѣмъ, какъ они обнаруживаются очень легкѣ при томъ-же экспериментѣ въ сомнамбулическомъ состояніи. Наоборотъ, въ первомъ случаѣ они получаютъ лишь при непосредственномъ раздраженіи (давленіи) нерва, сухожилія или мышцы. Для объясненія послѣдняго явленія примѣнимо открытіе Sachs'a и Чирьева, нашедшихъ, что въ сухожиліяхъ и фасціяхъ заложены нервныя вѣтки, регулируюція мышечный тонусъ. По этимъ причинамъ при летаргіи рефлексы должны проходить по мышечной діастальтической дугѣ.

Исслѣдуя сокращенія мышцъ въ различныхъ состояніяхъ истерическаго гипноза, Richer нашелъ рѣзкую разницу для каждаго изъ этихъ состояній. Изъ его графическихкихъ кривыхъ видно, что вся разница лежитъ въ нисходящей кривой: въ летаргіи кривая, быстро поднявшись до максимума своей высоты въ одинъ или два пріема, образуетъ острую верхушку и затѣмъ получаетъ слегка понижающееся нисходящее направленіе, уровень котораго всегда остается выше нормальнаго; это указываетъ, что при летаргіи въ мускулѣ, вслѣдъ за раздраженіемъ, является контрактура. При катаlepsii кривая сразу даетъ максимумъ повышенія, но за симъ наступаетъ медленное и довольно равномерное нисхождение до нормы.

Такой-же типъ нисходящая кривая имѣетъ и въ сом-

намбулическомъ состояніи, но на ней часто встрѣчается вторая волна, указывающая на начинающуюся контрактуру. — Mendelsohn нашель, что между различными формами этихъ кривыхъ существуетъ еще разница во времени скрытаго періода раздраженія, а именно:

въ катаlepsii періодъ раздраженія равняется—	0,013''
» сомнамбуліи	» 0,012''
» летаргii	» 0,011''.

Происхожденіе контрактуръ въ гипнотическихъ состояніяхъ объясняютъ повышеніемъ мышечнаго тонуса въ связи съ возбужденіемъ всей церебро-спинальной оси. Сила мышечныхъ сокращеній въ контрактурахъ такова, что она въ нѣсколько разъ превышаетъ нормальную мышечную силу, какъ вы въ этомъ убѣдились на больной Ольгѣ Ш.

Контрактуры истеро-гипнотическаго происхожденія рѣзко отличаются отъ послѣдовательныхъ контрактуръ при органическихъ заболѣваніяхъ головного мозга.

Во 1-хъ, при послѣднихъ, стараясь преодолѣть контрактуру, вы ощущаете болѣе или менѣе сильное сопротивленіе, но все-же уступающее вашему насилію. При первыхъ, наоборотъ, мышцы, участвующія въ контрактурѣ, ведутъ съ вашей рукой борьбу, которую вы ощущаете совершенно ясно; чѣмъ болѣеую силу вы примѣняете для уничтоженія контрактуры, тѣмъ большее сопротивленіе вы замѣчаете съ ея стороны, и наоборотъ.

Во 2-хъ, контрактуры при фокальныхъ заболѣваніяхъ головного мозга обыкновенно сопровождаются трофическими расстройствами органа, которыхъ не бываетъ при истерическихъ контрактурахъ.

Въ 3-хъ, при послѣднихъ никогда не наблюдается

реакціи перерожденія; въ то время, какъ въ первыхъ она почти всегда выражена въ болѣе или менѣе рѣзкой степени.

Въ 4-хъ, истерическая контрактура есть явленіе рефлекторное, потому что:

а) она появляется и исчезаетъ отъ периферическихъ раздраженій,

б) исчезаетъ отъ раздраженія антагонистовъ,

с) можетъ быть вызвана на симметрическомъ органѣ посредствомъ трансферта.

Рефлексы въ летаргіи и сомнамбуліи сильно повышены, и они здѣсь подчинены, по Heidenhain'у и Ш. А. Спиро, законамъ, найденнымъ Pflüger'омъ для спинно-мозговыхъ рефлексовъ. У Ольги Ш., въ летаргіи, они распространены до такой степени, что сильное постукиваніе по любой мышцѣ вызываетъ сокращеніе въ мышцахъ всѣхъ конечностей и даже туловища. У Махли Б., въ сомнамбуліи, самое легкое кожное раздраженіе вело къ контрактурѣ органа, а въ нижнихъ конечностяхъ сухожильные рефлексы были усилены до такой степени, что ударъ по надколенной чашкѣ вызывалъ двукратное или трехкратное сокращеніе. Получались также сокращенія отъ ударовъ по надкостницѣ верхней трети tibiae, и появился даже, такъ называемый, стопной клонусъ (Fussphoepomen), который невропатологи причисляютъ къ симптомамъ перерожденія боковыхъ столбовъ спинного мозга. Лѣтъ 7 тому назадъ я наблюдалъ это явленіе, при крайней атрофіи мышцъ обѣихъ нижнихъ конечностей, на истерической больной; она въ теченіе двухъ лѣтъ не только не могла ходить, но даже не двигала ногами въ постели, и я лелѣялъ мысль, что у меня будетъ въ рукахъ пока, можетъ быть, единственный въ литературѣ случай послѣдовательныхъ нисходящихъ измѣненій въ спинномъ мозгу вслѣдствіе функциональнаго пораженія мозговой коры. Но я былъ крайне пора-

женъ въ одно изъ моихъ посѣщеній больницы, увидѣвъ больную, свободно прохаживающуюся по палатѣ. Въ настоящее время она совершенно здорова и уже успѣла сдѣлаться матерью 4 дѣтей.

У Вѣры У., въ каталептическомъ состояніи, сухожильные рефлексы были едва замѣтно повышены; Charcot и другіе авторы находили ихъ въ катаlepsii подавленными или уничтоженными. Но въ этой формѣ гипноза вы видѣли замѣчательное и вмѣстѣ съ тѣмъ очень характерное явленіе,—это восковая гибкость, которую Charcot и P. Richer относятъ тоже къ явленіямъ нервно-мышечной перевозбудимости. Какое бы вы ни придавали положеніе любой изъ конечностей или всему тѣлу, положеніе это удерживалось очень долго и въ нѣсколько разъ превышало по времени способность нормальнаго человѣка удержать такое же положеніе. Чѣмъ меньшія сочлененія конечностей принимаютъ участіе въ этомъ положеніи, тѣмъ дольше они въ немъ удерживаются.

Для восковой гибкости до сихъ поръ не найдено удовлетворительнаго фізіологическаго объясненія. Физиологія локализируетъ центръ равновѣсія въ четырехолміи, и поэтому явилась теорія, объясняющая восковую гибкость и устойчивость позъ въ катаlepsii раздраженіемъ четырехолмія. При этомъ предполагается, что сила флексоровъ и экстензоровъ уравнивается. Но этой теоріей должна быть еще принята во вниманіе тяжесть органа, которая является въ видѣ прибавочной силы на одну изъ группъ антагонистовъ. Другая теорія объясняетъ это явленіе увеличеніемъ мышечнаго тонуса. Въ различныхъ патологическихъ случаяхъ, выражающихся органическими измѣненіями въ центральной нервной системѣ, усиленіе или ослабленіе мышечнаго тонуса сочетается съ усиленіемъ или ослабле-

ніемъ мышечныхъ или сухожильныхъ рефлексовъ (боковой склерозъ, полиоміэлитъ, спинная сухотка). Тѣ-же явленія замѣчаются при отравленіи стрихниномъ и во время хлороформнаго наркоза; при послѣднемъ, въ періодѣ угнетенія, рядомъ съ ослабленнымъ мышечнымъ тонусомъ наблюдается и подавленіе рефлексовъ. Патологическіе случаи заболѣванія центральной нервной системы, выражающіеся между прочимъ и повышеніемъ мышечнаго тонуса, не ведутъ къ каталептическому состоянію. Съ другой стороны мышечный тонусъ, по крайней мѣрѣ насколько намъ раскрываютъ клиническіе методы его изслѣдованія, не представляется при каталепсїи усиленнымъ; между тѣмъ, какъ въ каталептоидномъ состояніи онъ увеличенъ очень рѣзко. Это явленіе объясняется тѣмъ, что въ каталептоидномъ состояніи каталепсїя сочетается съ контрактурой, а въ послѣдней мышечный тонусъ достигаетъ высокой степени напряженія. Мнѣ думается, что восковую гибкость и устойчивость положеній въ каталептическомъ состояніи можно объяснить сохранностью мышечнаго чувства въ связи съ автоматизмомъ.

За важную роль мышечнаго чувства въ восковой гибкости и равновѣсїи, удерживаемомъ каталептизированнымъ органомъ, говоритъ тотъ фактъ, что изъ всѣхъ формъ гипноза въ одной только каталепсїи мышечное чувство не только не подавлено, а наоборотъ, подчасъ кажется даже изощреннымъ. Кромѣ того восковая гибкость наблюдается при одной лишь каталепсїи, въ которой мышечное чувство является если не единственнымъ, то главнымъ чувствомъ, связывающимъ больныхъ съ внѣшнимъ міромъ; остальные органы чувствъ въ каталепсїи обыкновенно бываютъ, или частью или вполне, подавлены. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ каталепсїи слухъ остается не тронутымъ; тогда и этотъ послѣдній можетъ служить проводникомъ для внушеній.—

Такимъ образомъ, на устойчивость позъ въ каталепсїи

можно смотрѣть, какъ на выраженіе внушенія. Приводя органъ въ извѣстное положеніе, вы путемъ мышечнаго чувства внушаете мозгу гипнотика это положеніе; оно удерживается благодаря автоматизму и исчезаетъ благодаря механической силѣ тяжести органа, доводящей мышцу до утомленія. Вотъ почему органъ съ большими сочлененіями, связывающими болѣе тяжелыя его массы, короче удерживается въ данномъ ему положеніи.

Къ категоріи внушеній путемъ мышечнаго чувства должна быть отнесена и эхолялія; внушеніе здѣсь передается, по всей вѣроятности, мышечнымъ чувствомъ мускульной системы барабанной перепонки.

Продолжительность, съ которою можетъ удерживаться данное члену положеніе, объясняется тѣмъ, что мы не чувствуемъ мышечнаго утомленія, которое первоначально испытывается центромъ и передается сознанію; послѣднее въ состояніи катаlepsis всегда подавлено. Этимъ-же можно объяснить, почему больныя, перенесшія приступы истероэпилепсиса, сопровождавшіеся чрезвычайной мышечной работой въ теченіе нѣсколькихъ часовъ подъ рядъ, пришедши въ себя, часто не чувствуютъ ни малѣйшаго утомленія.

Мнѣ остается еще сказать нѣсколько словъ о трансфертахъ. Это одна изъ самыхъ любопытныхъ и въ то-же время темныхъ сторонъ гипнотическаго состоянія. Трансферты возможны какъ въ сферѣ психическихъ, чувствительныхъ, такъ и двигательныхъ функцій. Они не представляются явленіемъ свойственнымъ однимъ лишь гипнотическимъ состояніямъ; существуютъ и фізіологическіе трансферты. Достаточно указать на фактъ, что при нѣкоторыхъ тонкихъ работахъ, совершаемыхъ одной рукой, развивается чувстви-

тельность и ловкость движений не только въ упражняемой конечности, но почти въ той-же мѣрѣ и въ противоположной, не принимающей участія въ упражненіи.

Изученіе трансфертовъ въ истеріи и гипнозѣ началось одновременно съ металлотерапіей, и оба эти явленія до сихъ поръ еще не имѣютъ удовлетворительнаго объясненія. Трансфертъ есть явленіе несомнѣнно рефлекторнаго происхожденія. Для проявленія трансфертовъ въ гипнозѣ необходима наличность слѣдующихъ условій:

а) сохранность периферическаго воспріятія для нѣкоторыхъ раздраженій,

б) усиленная возбудимость подкорковыхъ центровъ и

в) состояніе автоматизма.

Въ трансфертѣ замѣчается два момента: передача опредѣленнаго состоянія (параличъ, контрактура, анестезія) съ одного органа на другой симметрической органъ, и замѣна этого состоянія противоположнымъ въ первомъ органѣ; послѣдній моментъ иногда отсутствуетъ.—Если, при наличности автоматизма, на периферію органа дѣйствовать какимъ-либо раздражителемъ, положимъ магнитомъ, то этимъ вызывается въ центрѣ опредѣленное возбужденіе, которое переходитъ на соответственный двигательный или чувствительный периферическій аппаратъ противоположной стороны тѣла*). Всѣ наши функціи выражаются двумя противоположными состояніями—или движеніемъ, или покоемъ. Въ состояніи движенія, положимъ контрактуры, новый толчокъ возбуждителя ведетъ къ усиленію этого движенія, т. е. къ

*) Магнитъ нерѣдко дѣйствуетъ какъ психическій или обыкновенный термическій раздражитель, такъ какъ точно такіе-же трансферты получаются при приложеніи какого угодно индифферентнаго тѣла — стекла, дерева, кости и друг.

усилению контрактуры. Благодаря возбужденному состоянию всей cerebro-спинальной оси, периферическое возбуждение может подвергаться въ центрѣ закону иррадіаціи и распространяться, не измѣняя своей природы, на противоположный органъ, въ которомъ тоже должна поэтому развиться контрактура, если первоначальное состояніе, положимъ, контрактура кисти правой руки была настолько слабо выражена, или периферическій раздражитель былъ настолько силенъ, что новое возбужденіе могло ее усилить. Если-же контрактура, положимъ, въ правой кисти, достигла своего максимума, то новое возбужденіе не въ состояніи ее усилить и иррадируется на лѣвую, вызывая въ ней контрактуру, а въ правой даетъ импульсъ къ переходу въ противоположное состояніе, т. е. въ состояніе покоя (разслабленіе). Такимъ образомъ, на трансфертъ можно смотрѣть тоже, какъ на явленіе внушенія: периферическое раздраженіе, если оно внѣ сознанія доходитъ до центра, вызываетъ въ немъ импульсъ, который можетъ выразиться на органѣ въ одномъ изъ двухъ элементарныхъ состояній, — или дѣятельности (если органъ былъ въ покоѣ), или покоя, при обратномъ условіи. Что во время гипноза одни и тѣ-же раздражители при различныхъ условіяхъ могутъ вызывать совершенно противоположныя состоянія, лучше всего доказывается слѣдующимъ экспериментомъ проф. Гарханова. Если у плавающей обезглавленной утки прижать хвостъ, то утка останавливается; если, наоборотъ, сдавить хвостъ во время покоя, то она начинаетъ плавать.

Доказательствомъ того, что трансферты представляютъ собою явленіе внушенное, служить, кромѣ возможности прямого внушенія трансферта той либо другой функціи, еще и тотъ фактъ, что въ состояніяхъ гипноза можно получить

трансфертъ нѣкоторыхъ явленій съ одного субъекта на другого. Двѣ больныя, изъ которыхъ у одной была истерическая контрактура кисти правой руки, а у другой внушенная контрактура кисти той-же руки, держались за руки такимъ образомъ, что въ кисти лѣвой руки первой больной помѣщалась сжатая въ кулакъ кисть правой руки второй больной. Къ правому плечу первой больной приложенъ былъ магнитъ. Спустя нѣсколько минутъ, контрактура въ правыхъ конечностяхъ у обѣихъ больныхъ исчезла и появилась въ лѣвыхъ верхнихъ конечностяхъ. Тотъ-же эффектъ получился и послѣ приложенія куска стекла, взамѣнь магнита.

Желая убѣдиться, можно-ли трансферировать гипнотическое состояніе съ одного субъекта на другого, я сдѣлалъ слѣдующій опытъ. Четверо больныхъ усажены были въ рядъ на диванѣ и образовали цѣпь, держа другъ друга за руки. Одинъ изъ нихъ, мальчикъ лѣтъ десяти, страдалъ правостороннимъ атетозомъ; трое остальныхъ были истеро-эпилептическія больныя. Мальчикъ, составлявшій начало цѣпи и державшій руку сосѣдки въ своей больной рукѣ, приведенъ былъ въ состояніе глубокой сомнамбуліи путемъ словеснаго внушенія. Спустя 3 или 4 минуты, впала въ сомнамбулическое состояніе только его ближайшая сосѣдка. При этомъ у нея появились атетоидныя движенія въ правыхъ конечностяхъ и въ правой половинѣ лица, совершенно похожія на движенія, которыми страдалъ мальчикъ, державшій ее за руку. Изъ этого опыта видно, что съ одного субъекта на другого можетъ трансферироваться не только состояніе гипноза, но и симптомокомплексъ опредѣленной формы болѣзни.

При обзорѣнн клиническихъ симптомовъ всѣхъ формъ гипноза у истерическихъ больныхъ, замѣчаемъ нѣкоторыя общія основныя явленія.

Вся цереброспинальная ось во всѣхъ своихъ частяхъ принимаетъ участіе въ разстройствѣ. Самыя выдающіяся явленія со стороны головного мозга въ этихъ состояніяхъ—психическія разстройства, со стороны спиннаго — разстройства рефлекторной дѣятельности. Психическія функціи мозга въ различныхъ формахъ гипноза поражаются въ различной степени — отъ едва замѣтнаго нарушенія до глубокаго подавленія, гдѣ онѣ сводятся на нѣтъ. Въ силу этого автоматизмъ выступаетъ, какъ одна изъ самыхъ характерныхъ сторонъ гипноза. Человѣкъ въ гипнозѣ уподобляется обезглавленному животному; это своего рода «функціональное обезглавленіе» (Duchal). Отдѣльныя слагаемыя психической функціи мозга поражаются или цѣликомъ, или частично, независимо другъ отъ друга. При такомъ функціональномъ обезглавленіи обнаруживается, какъ и у обезглавленныхъ животныхъ, возбужденіе дѣятельности спинно-мозговыхъ центровъ, выражающееся различными рефлекторными явленіями, отъ едва замѣтнаго увеличенія сухожильныхъ рефлексовъ до самой высокой степени развитія, такъ называемой, нервно-мышечной перевозбудимости.

Въ силу автоматизма, больные являются склонными ко всевозможнымъ внушеніямъ. При этомъ импульсивная дѣятельность мозга парализуется, мозгъ гипнотика теряетъ характеръ самодѣйствующей сложной системы и дѣлается похожимъ на проводникъ, по которому могутъ свободно проходить на периферическіе двигательные аппараты посторонніе внушенныя импульсы.

Въ заключеніе скажу нѣсколько словъ о номенклатурѣ различныхъ формъ гипноза. Въ широкомъ смыслѣ слова названіе гипнозъ (происходящее отъ греческаго слова



«*hурнос*» — сон), за неимѣніемъ пока лучшаго, приходится удержать по необходимости. Но названія, употребляемые для разновидностей гипноза — катаlepsія, летаргія и сомнамбулія — я считаю самыми неудачными.

Такъ какъ, съ одной стороны, мы не успѣли еще отдѣлаться отъ устарѣвшихъ понятій, связанныхъ съ этими названіями, — съ другой стороны, благодаря отчетливости фізіономіи симптомокомплексовъ, установленныхъ для каждой формы трудами Charcot и его учениковъ, названія эти въ настоящее время ведутъ лишь къ большой путаницѣ. Такъ напр., описываются случаи, озаглавленные, положимъ, сомнамбуліей, въ которыхъ вы не найдете ни одного клиническаго симптома, свойственнаго этому состоянію въ нынѣшнемъ его смыслѣ, и заглавіе основано лишь по старому понятію на томъ фактѣ, что больная бродила въ сонномъ состояніи. Въ сущности же подъ этимъ именемъ описана чистѣйшая картина катаlepsіи съ ноктамбулическими явленіями. Если такая путаница встрѣчается у ученыхъ, имѣющихъ опытность и много потрудившихся надъ изученіемъ явленій истеріи и гипноза, то понятно, что мало наблюдавшій никакъ не выйдетъ изъ этого лабиринта.

Мнѣ кажется, что за неимѣніемъ возможности установить патолого-анатомическую классификацію гипноза, мы могли-бы, по крайней мѣрѣ въ настоящее время, пользоваться названіями, основанными на самыхъ характерныхъ клиническихъ симптомахъ каждой изъ разновидностей гипнотическаго состоянія.

Поэтому я предложилъ-бы, если уже непременно требуются классическія названія для каждой болѣзненной формы, —

состояніе каталепсіи называть

ліо-эстетическимъ гипнозомъ,

» летаргіи — *ліо-нейро-эротическимъ* »

и » сомнамбуліи —

эстезо-гиперэротическимъ гипнозомъ.

XI



IX.

При изученіи явленій истерическаго гипноза съ патолого-физиологической точки зрѣнія указано уже, что они объясняются нарушеніемъ дѣятельности всей цереброспинальной оси.

Теперь очередь отвѣтить на вопросъ — въ чемъ заключаются и чѣмъ обуславливаются въ истерическомъ гипнозѣ измѣненія центральной нервной системы.

Гипнозъ и истерія тѣсно связаны другъ съ другомъ и черпаютъ свою исторію въ глубокой древности.

Едва-ли найдется въ медицинѣ другой вопросъ, который, подобно истеріи, переживалъ такое большое число теорій, подчасъ самыхъ баснословныхъ.

Я не стану останавливаться на теоріи древнихъ грековъ, которая относила истерію къ послѣдствіямъ блужданія матки въ брюшной полости, и которой истерія обязана своимъ неправильнымъ названіемъ, удержавшимся до нашего времени.

Начну съ того періода, когда изученіе истеріи и гип-

ноза пошло рациональнѣе и довело ихъ до постановки на современную точку зрѣнія.

Первою по времени была англійская медицина, которая высказалась за истерію, какъ за психическое разстройство. Затѣмъ Rombergъ взглянулъ на нее, какъ на рефлекторный неврозъ.

James Braid первый пытался объяснить гипнотическія явленія анеміей корковыхъ центровъ, или гипереміей подкорковыхъ, если первые не подвергались сосудистымъ измѣненіямъ.

Rumpf и Westphal тоже смотрятъ на гипнозъ, какъ на рефлекторное сосудистое разстройство, а Azam видитъ его причины въ измѣненіяхъ въ капиллярномъ кровообращеніи мозга.

Hask-Tuke высказался въ томъ-же смыслѣ: сравнивая гипнозъ со сномъ, онъ предположилъ при послѣднемъ общее суженіе сосудовъ мозга, при гипнозѣ-же предполагаетъ въ суженномъ состояніи только часть сосудовъ.

Despine, основываясь на взглядѣ Luys'а, что верхній слой мозговой коры представляетъ собою органъ чувствительности, средній—интеллекта, а нижній предназначенъ для волевыхъ движеній, строитъ теорію, по которой сомнамбулію ставитъ въ зависимости отъ пораженія верхняго слоя (активный сомнамбулизмъ), а катаlepsію и летаргію — отъ разстройства нижнихъ слоевъ (пассивный сомнамбулизмъ).

Въ 1880 г. Heidenhain, отказавшійся отъ сосудистой теоріи гипноза (вызываемаго у здоровыхъ), построилъ теорію чисто нервного свойства. Онъ предполагаетъ причину гипноза въ подавляющемъ дѣйствіи постоянныхъ слабыхъ

раздраженій органовъ чувствъ на дѣятельность ячеекъ коркового слоя. Въ этомъ процессѣ Heidenhain видитъ полную аналогію съ явленіями, найденными для сердечныхъ ганглій при раздраженіи п. vagi.

Рядомъ съ мнѣніемъ Heidenhain'a можно поставить взглядъ Jendrassik'a, по которому причина гипноза лежитъ въ потерѣ или уменьшеніи ассоціацій.

Въ 1881 и 1884 годахъ италіанскій физиологъ А. Mosso опубликовалъ рядъ изслѣдованій, произведенныхъ имъ при помощи имъ-же изобрѣтенныхъ приборовъ (плетизмографъ, психофизиологическіе вѣсы) надъ кровонаполненіемъ мозга у людей въ различныхъ состояніяхъ сна, бодрствованія, умственного труда, душевныхъ волненій. Mosso нашелъ, что объемъ мозга, подъ вліяніемъ умственной работы или психическихъ аффектовъ увеличивается, независимо отъ актовъ дыханія и работы сердца; наоборотъ, при психическомъ покоѣ онъ не видѣлъ измѣненій въ колебаніи объема мозга. Вы могли въ этомъ убѣдиться на сейчасъ представленномъ здѣсь опытѣ съ психофизиологическими вѣсами и плетизмографами Mosso. Достаточно было заставить Махлю Б. считать въ умѣ, чтобы вѣсы стали склоняться въ сторону головы. Во время сна объемъ мозга, по Mosso, уменьшается и увеличивается съ просыпаніемъ. Периферическія раздраженія во время сна, не вызывающія просыпанія, ведутъ къ суженію сосудовъ мозга. Часть этихъ опытовъ была подтверждена Maus'омъ и Каап'омъ.

Опыты Mosso дали толчокъ Tamburini и Serpilli къ изслѣдованію кровонаполненія мозга въ состояніи гипноза. Они пришли къ выводу изъ крайне скудныхъ, впрочемъ, наблюденій, что гипнотическія состоянія находятся въ зависимости отъ возвышенной раздражительности всего

центрального нервного аппарата, выражающейся различнымъ тонусомъ мышцъ. Форма гипноза (стадій) зависитъ отъ продолжительности и силы одного и того-же раздражителя. Возвышенная-же раздражительность центральной нервной оси обуславливается колебаніями въ сосудистомъ кровонаполненіи. Въ заключеніе авторы приходятъ къ выводу, что въ летаргическомъ состояніи мозгъ подвергается анэміи, а въ каталептическомъ состояніи, наоборотъ, — гиперэміи.

Каап, работавшій въ 1885 году въ физиологической лабораторіи въ Грацѣ, при помощи метода Mosso и накладыванія на голову горячихъ и холодныхъ компрессовъ, пришелъ къ выводу, что при летаргіи корковый слой мозга находится въ состояніи ишэміи, между тѣмъ какъ подкорковые центры—въ состояніи гиперэміи и раздраженія. При каталепсии онъ предполагаетъ гиперэмію обоихъ слоевъ и послѣдовательно паралитическое состояніе функціи ганглій обоихъ этажей. При сомнамбуліи предполагается гиперэмія обоихъ слоевъ, причемъ гангліи коркового слоя должны находиться въ состояніи паралича, подкоркового — въ состояніи раздраженія. Кроме того Каап въ 4-мъ видѣ гипнотическаго состоянія — *Stadium somniantе* (по Charcot), предполагаетъ состояніе раздраженія при гиперэміи корковыхъ и параличъ при ишэміи подкорковыхъ ганглій. Въ заключеніе Каап приводитъ теорію развитія гипнотическаго состоянія. Дѣятельность мозга, говоритъ онъ, основываясь на взглядѣ Meunert'a, складывается изъ *a*, — иннервации путей мышленія (*Gedankengängen*) и *b*, — иннервации сосудовъ. Чѣмъ больше первое изъ этихъ двухъ слагаемыхъ, тѣмъ меньше второе, и наоборотъ.

Нужно замѣтить, что это отношеніе для физиологиче-

ческих функций может удерживаться только въ известныхъ предѣлахъ, за которыми слѣдуютъ патологическія отношенія. Поэтому чрезмѣрная, на примѣръ, дѣятельность иннерваціи сосудовъ должна имѣть своимъ слѣдствіемъ разстройства психическихъ функций, и обратно. Такъ какъ сосудистая иннервація при вѣкоторыхъ условіяхъ подвергается закону иррадіаціи, то область сосудистаго разстройства можетъ увеличиваться, и поэтому раздраженіе одного какаго-либо органа чувствъ можетъ вызвать путемъ рефлекса обширныя сосудистыя измѣненія въ мозгу.

Основываясь на вышеприведенномъ законѣ Меупертъа, Каанъ объясняетъ гипнотическія состоянія слѣдующимъ образомъ. При сосредоточенномъ вниманіи на раздражителѣ, вызывающемъ гипнозъ, иннервація сосудоуживателей даннаго участка мозга уменьшается на счетъ увеличенной психической его дѣятельности. Въ этомъ участкѣ должно развиться расширеніе сосудовъ—гиперэмія; въ то-же время въ остальной части коры является компенсирующая анэмія. Это начало гипноза. При продолжающемся дѣйствіи раздражителя гиперэмія распространяется на подкорковые центры и, захвативъ сосудистый центръ, вызываетъ въ немъ раздраженіе, вслѣдствіе чего появляется рефлекторнымъ путемъ суженіе мельчайшихъ артерій коры. Полученная такимъ образомъ анэмія коры при гиперэміи и раздраженіи подкорковыхъ ганглій будетъ отвѣчать летаргическому состоянію. При дальнѣйшемъ дѣйствіи раздражителя, вслѣдствіе ли раздраженія сосудорасширителей или вслѣдствіе утомленія сосудоуживателей, рефлекторная анэмія коры уступаетъ мѣсто расширенію сосудовъ—гиперэміи. Если на ходу этого процесса кровообращеніе уравнивается, то наступитъ просыпаніе; въ противномъ случаѣ, т. е. если гиперэмія перейдетъ за предѣлы нормы, — въ подкорковыхъ

узлахъ разовьется анэмiя, сопровождающаяся пониженiемъ возбудимости. Этому состоянiю будетъ отвѣчать stadium somniantе. Если же гиперэмiя распространится и на подкорковый слой, то возбудимость его будетъ усилена, и тогда, при одновременномъ подавленiи возбудимости коры, получится состоянiе сомнамбулiи. Наконецъ, при гиперэмiи обоихъ слоевъ, сопровождающейся подавленiемъ возбудимости ихъ, получится картина каталепсiи. Въ заключенiе авторъ высказываетъ, что его выводы относительно кровораспредѣленiя въ мозгу при гипнозѣ вполне согласуются съ клиническими явленiями и не противорѣчатъ взглядамъ другихъ изслѣдователей.

Я не располагаю достаточнымъ матеріаломъ для того, чтобы подтвердить или оспаривать предположенiя Каап'а, но долженъ обратить ваше вниманiе на то, что къ методу, которымъ онъ пользовался при своихъ изслѣдованiяхъ, нужно относиться очень осторожно.

Его опыты съ компрессами, цѣлью которыхъ было изученiе кровонаполненiя въ мозгу, мало доказательны въ виду наблюденiй Musso и Bergesio надъ человѣкомъ съ костнымъ дефектомъ въ черепѣ, показавшихъ, что пульсаціи мозга не мѣнялись отъ ледяныхъ пузырей ни въ формѣ, ни въ высотѣ, ни въ частотѣ колебанiй. Получалось лишь пониженiе температуры мозговой коры. Съ другой стороны, выводы Каап'а, полученные изъ наблюденiй надъ одной лишь больной, не подтвердились при провѣркѣ на многихъ моихъ больныхъ. По Каап'у, горячій компрессъ, примѣненный на голову въ летаргiи, вызывалъ переходъ въ нормальное состоянiе, а холодный — въ каталепсiи давалъ летаргiю. По моимъ наблюденiямъ, какъ холодными, такъ и

горячими компрессами можно было вызывать или просыпаніе или переходъ изъ летаргическаго состоянія въ каталептическое или въ сомнамбулическое, и обратно; приче́мъ нельзя было замѣтить никакой законности въ ихъ дѣйствіи или разницы между вліяніемъ высокой и низкой температуры въ томъ, либо другомъ состояніи гипноза.

Переходъ каталепсіи въ сомнамбулизмъ, наблюдавшійся мною при употребленіи горячихъ припарокъ, не можетъ быть удовлетворительно объясненъ теоріей Каан'а. Впрочемъ, для послѣдняго явленія можно найти объясненіе въ изслѣдованіяхъ Dastre и Morat, показавшихъ, что на сосудорасширители и сосудосуживатели не слѣдуетъ смотрѣть, какъ на антагонистовъ. Обѣ функціи скорѣе дополняютъ другъ друга: при покоѣ сосудосуживателя получается пассивное расширение сосуда; дѣйствіе въ этотъ моментъ сосудорасширителя должно еще болѣе увеличить просвѣтъ расширеннаго сосуда. Очень возможно, что послѣдній эффектъ получается въ каталепсіи съ примѣненіемъ горячаго компресса, который можетъ вызвать двигательный эффектъ въ сосудорасширителяхъ,—вслѣдствіе чего можетъ получиться еще большее расширение сосудовъ и раздраженіе подкорковаго слоя, обусловливающее, въ смыслѣ теоріи Каан'а, развитіе сомнамбулическаго состоянія. Тогда останется непонятнымъ,—почему вліяніе компресса ограничивается только подкорковымъ слоемъ, не затрогивая коры.

Такимъ образомъ, главнѣйшія теоріи происхожденія гипноза сводятся къ одному изъ двухъ положеній,—или къ функціональному пораженію центральной нервной системы, или сосудистой системы. Въ пользу послѣдняго положенія имѣется громадное число фактовъ. Вы помните, какъ въ

различныхъ формахъ гипноза объемъ сердца увеличивался въ обоихъ діаметрахъ, помните, какимъ рѣзкимъ колебаніямъ подвергались число ударовъ сердца и характеръ пульсовой волны, появлялась пульсація въ подложечной области, и у всѣхъ больныхъ замѣчалась рѣзкая игра красокъ на лицѣ: блѣдное до гипноза, оно вдругъ стало ярко краснымъ во время летаргіи и подъ конецъ покрылось обильнымъ потомъ. Краснота иногда распространялась на все тѣло. Вѣра, блѣдная до гипноза, становилась еще блѣднѣе въ состояніи катаlepsii. Тоже отношеніе замѣчено было и у Махли, но въ менѣе рѣзкой степени.

Вспомнимъ также измѣненіе въ наполненіи сосудовъ дна глаза, которое, какъ давно указалъ Schulten, служить отраженіемъ кровообращенія въ мозгу. Голензовскій находилъ такія измѣненія у истеричныхъ больныхъ. Ferster (по просьбѣ Heidenhain'a) изслѣдовалъ дно глаза у здоровыхъ субъектовъ, подвергавшихся искусственному гипнозу, и не находилъ въ сосудахъ никакихъ измѣненій. Несмотря на величайшую трудность изслѣдовать моихъ больныхъ офтальмоскопомъ (такъ какъ свѣтовой лучъ, пущенный отражателемъ на дно глаза, быстро вызывалъ или состояніе гипноза, или видоизмѣнялъ его картину), тѣмъ не менѣе д-ру Г. А. Миткевичу, производившему эти изслѣдованія по моей просьбѣ, удалось совершенно ясно наблюдать въ нѣкоторыхъ случаяхъ, и въ особенности во время каталептического состоянія у Вѣры У., покраснѣніе соска зрительнаго нерва (сравнительно съ нормальнымъ состояніемъ), расширение нѣкоторыхъ сосудовъ и появленіе въ наружномъ его сегментѣ двухъ тоненькихъ сосудовъ, которыхъ не видно было внѣ гипноза.

Нельзя также не указать на совпаденіе усиленія и

учащенія przypadковъ гипноза у истеричекъ во время менструальнаго періода, а также не упомянуть объ изслѣдованіяхъ д-ра Финкельштейна, нашедшаго у здоровыхъ женщинъ во время менструаціи нѣкоторыя явленія (сѣуженіе поля зрѣнія), аналогичныя съ тѣми, которыя наблюдаются у истеричныхъ, подверженныхъ припадкамъ гипноза. Въ нѣкоторыхъ изъ нашихъ случаевъ обезкровливаніе конечностей эластическимъ бинтомъ, или наполненіе кровью, вслѣдствіе опусканія ихъ внизъ, устраняло въ нихъ явленія, свойственныя той, либо другой формѣ гипноза. Наконецъ, опусканіе головы ниже уровня тѣла, съ приподнятіемъ вверхъ ногъ, почти во всѣхъ нашихъ случаяхъ вело къ переходу гипноза въ нормальное состояніе. Между тѣмъ безъ этой манипуляціи состояніе гипноза могло у нихъ продолжаться по нѣсколько часовъ сряду.

Въ виду перечисленныхъ данныхъ нельзя не прійти къ убѣжденію, что въ истерическомъ гипнозѣ сосудистыя разстройства играютъ весьма важную роль, и что они выражаются не только въ центральной нервной системѣ, но и во всѣхъ остальныхъ тканяхъ организма.

Объясненіе истеро-гипноза сосудистыми разстройствами крайне заманчиво; ими удовлетворительно объясняются почти всѣ клиническіе симптомы. Явленія въ системѣ кровообращенія (увеличеніе объема сердца, ускореніе или замедленіе пульса, сосудистыя измѣненія въ кожѣ), въ системѣ пищеваренія (сухость каала, запоры, кровавыя рво-ты), въ системѣ мочеотдѣленія (ишурія), въ нервной системѣ (головныя боли, невралгіи, анестезіи, параличи, контрактуры, судороги) легко объясняются этой теоріей. Даже болѣе сложныя явленія—стигматизація, чувство озноба,

измѣненіе дыхательнаго ритма, преобладаніе лѣвостороннихъ анестезій, въ связи съ разницей въ діаметрѣ сосудовъ обѣихъ половинъ мозга, можно было-бы тоже подвести подъ категорію сосудистыхъ разстройствъ.

Когегег, изучая условія кожныхъ кровотеченій, пришелъ къ убѣжденію, что для появленія кровоизліянія требуется при кахексіяхъ два условія: во 1-хъ, расслабленіе стѣнокъ сосудовъ, во 2-хъ, —ослабленіе сердечной работы, ведущіе къ образованію тромба. Такъ какъ оба эти момента при длительныхъ истерическихъ и истеро-гипнотическихъ состояніяхъ имѣютъ мѣсто, такъ какъ при нихъ иногда развивается и особое кахектическое состояніе (грязно-желтоватый оттѣнокъ кожи у Махли Б.), то кожные и подкожные кровотеченія у истеричныхъ могутъ быть объяснены въ смыслѣ толкованія Когегег'а. У знаменитой L. Lateau, умершей въ 1883 году, кровоподтеки являлись въ видѣ пузырей, наполненныхъ свѣтлою жидкостью, которая впоследствии принимала кровавую окраску. Эти кровоподтеки имѣютъ нѣкоторое сходство съ кахектическими.

Всѣ демонстрированныя вамъ больныя, съ переходомъ въ состояніе сознанія, жаловались на чувство озноба. Пониженіе, иногда, наоборотъ, повышеніе кожной температуры, было у нихъ нерѣдко наблюдаемо съ переходомъ въ сознаніе на 0,5 до 0,8° Ц.—У Richer тоже нерѣдко встрѣчаются указанія на чувство озноба при переходѣ больныхъ изъ припадка въ сознаніе. Вы помните также конецъ письма одной моей больной (стр. 112). Тамъ говорится... «какъ холодно». — Больныя Махля и Ольга послѣ припадка укрываются теплымъ одѣяломъ и прячутъ подъ него голову, чтобы поскорѣе согрѣться. Эти сщущенія можно

объяснить быстро наступающимъ, при уравниваніи кровораспределенія по различнымъ отдѣламъ организма, рѣзкимъ контрастомъ между кровонаполненіемъ сосудовъ кожи и полостныхъ органовъ въ сравненіи съ состояніемъ во время гипноза.

Значительнымъ притокомъ крови къ корковымъ дыхательнымъ центрамъ мозга можно объяснить у Махли Б. принадлежки крайне частаго поверхностнаго дыханія. Такое объясненіе оправдывается изслѣдованіемъ Goldstein'a, который при согрѣваніи мозга получалъ, такъ называемую, тепловую одышку.

Многія, даже странныя, съ перваго взгляда, явленія тоже могутъ найти себѣ оправданіе въ дѣлѣ особаго распределенія крови въ мозгу. Такъ напр., независимость дыхательнаго акта отъ работы сердца (и наоборотъ), если допустить, что какъ дыхательный центръ, такъ и центръ, завѣдующій ритмической работой сердца, могутъ порознь и независимо другъ отъ друга подвергаться возбужденію, или угнетенію, вслѣдствіе сосудистыхъ вліяній. Такъ, у Махли Б. можно было наблюдать при 60 дыханіяхъ въ минуту 60 ударовъ сердца.

Изъ разобранныхъ выше теорій гипноза видно, что многіе авторы видятъ его причину въ неправильности распределенія крови по сосудамъ мозга, при чемъ предполагается анемія однихъ участковъ при одновременной гипереміи другихъ. Въ виду этого спрашивается, въ какой мѣрѣ анатомическое распределеніе сосудовъ въ мозгу мо-

жетъ способствовать неравномѣрному распредѣленію крови въ различныхъ его областяхъ? Извѣстно, что кровеносная система мозга до извѣстной степени независима отъ сосудистой системы другихъ органовъ и отличается своимъ особымъ устройствомъ. Neubner и Duret раздѣляютъ мозговое кровообращеніе на двѣ большія независимыя другъ отъ друга системы: базальную, или систему подкорковыхъ центровъ, и корковую. Сосуды обѣихъ системъ рѣзко отличаются другъ отъ друга: они тоньше, короче и особенно обильно развиты въ коркѣ и въ слое пирамидальныхъ клѣтокъ и переплетаются здѣсь въ очень густую сѣть.

Сосуды подкорковыхъ центровъ, а также проходящія въ нихъ сверху черезъ кору, толще и представляютъ собою конечные сосуды. Къ этому нужно прибавить, что каждая изъ половинокъ мозга въ извѣстной мѣрѣ самостоятельна (въ смыслѣ кровообращенія) по отношенію къ другой. Точно также не нужно упускать изъ виду и того обстоятельства, что группы центровъ специальныхъ функций коры питаются тоже своей особой артеріальной системой: переднія доли (область психическихъ функций, латентная сфера Экснера) снабжаются передней мозговой артеріей, двигательная область всегда снабжается (Duret) средней мозговой артеріей, наконецъ затылочныя доли (чувствительная область) — задней м. артеріей. Не только большія области мозга снабжены своей самостоятельной кровеносной системой, но отдѣльныя извилины, даже части ихъ тоже до извѣстной степени отличаются своей сосудистой независимостью; наконецъ, корковыя системы всѣхъ трехъ мозговыхъ артерій находятся между собою въ соединеніи (Neubner), вслѣдствіе чего кортикальное кровообращеніе можетъ совершаться независимо отъ базального.

Питаніе ткани мозга совершается не непосредственно на счетъ крови, а путемъ осмотического обмѣна съ содер-

жимымъ соковыхъ щелей. Понятно, что этотъ питательный матеріалъ цѣликомъ зависитъ въ свою очередь отъ кровообращенія въ мозгу въ каждую данную единицу времени.

Хотя вопросъ объ окончаніи нервовъ въ стѣнкахъ сосудовъ до сихъ поръ является открытымъ, тѣмъ не менѣе извѣстно по изслѣдованіямъ Томсы и Гбняева, что капилляры оплетены густою, тонкою нервною сѣтью, а по Stricker'у, Тарханову и Голубеву, они обладаютъ тоже извѣстною сократительностью. Извѣстно также, что чѣмъ больше въ мозговой ткани гангліозныхъ клѣтокъ, тѣмъ гуще она пронизана петлями кровеносныхъ сосудовъ. Клиническіе факты даютъ основаніе принимать, что вся сѣрая масса коры тѣсно связана съ сосудо-двигательными центрами вплоть до Овсянниковскаго центра. Кромѣ того изъ физиологическихъ опытовъ Hitzig'a, Eulenburg'a, Landois и друг. видно, что въ нѣкоторыхъ мѣстахъ мозговой коры есть сосудистые центры.

Эти факты доказываютъ, что иннервація сосудовъ мельчайшихъ участковъ мозга должна представляться крайне совершенной, что даже мельчайшія гангліозныя группы снабжены своей особой сосудистой системой, просвѣтъ которой вполне находится въ ихъ власти, т. е. мозговая кора регулируетъ кровообращеніе своихъ собственныхъ сосудистыхъ участковъ.

Вотъ тѣ скудныя анатомическія и физиологическія данныя, которыми приходится пользоваться при изученіи зависимости гипнотическихъ явленій отъ сосудистой системы.

Патологическая анатомія не даетъ никакого матеріала къ изученію вопроса о сущности истеріи и гипноза. Gué-
rin, Corge, Clarke и др. находили у негровъ, умер-
шихъ отъ такъ называемой «Sleeping-Sickness», богатое на-
полненіе кровью сосудовъ мозга и его оболочекъ. Хотя между
этою болѣзнію и гипнозомъ много общаго, но идентичность
обоихъ процессовъ еще не доказана. Что-же касается слу-
чаевъ, извѣстныхъ въ литературѣ, то самые достойные до-
вѣрія и компетентные наблюдатели не находили никакихъ
измѣненій въ строеніи мозга или сосудовъ при самыхъ тя-
желыхъ формахъ истеріи. Словомъ, патолого-анатомическія
ислѣдованія мозговъ истерическихъ больныхъ всегда да-
вали отрицательные результаты. Но на эти отрицательные
результаты слѣдуетъ смотрѣть, какъ на своего рода поло-
жительные, т. е. изъ нихъ можно сдѣлать выводъ, что
причина истеріи не лежитъ въ патолого-анатомическихъ из-
мѣненіяхъ въ ткани мозга и его сосудовъ. Поэтому, прихо-
дится искать ее въ функціональныхъ разстройствахъ фізіо-
логическихъ отправленій мозга.

Извѣстно изъ опытовъ Claude-Bernard'a и Ollier,
что вслѣдъ за перерѣзкой шейнаго симпатическаго нерва
появляется нейро-паралитическая гиперэмія, продолжающаяся
цѣлые мѣсяцы и не ведущая за собою трофическихъ раз-
стройствъ. Воспаленіе, искусственно вызванное на такой
гиперэмированной кожѣ, проходитъ такъ-же хорошо, какъ
и на нормальной. Точно также не даетъ никакихъ трофи-
ческихъ разстройствъ и искусственно вызванная мѣстная
ишемія (Weber). Отсюда понятно, что функціональныя
вазомоторныя разстройства въ мозгу, продолжаясь даже
долгое время, могутъ не давать анатомическихъ измѣненій.

Вы имѣли уже достаточно случаевъ убѣдиться, что

какъ въ истеріи, такъ и въ гипнозъ сосудистый просвѣтъ подвергается постояннымъ колебаніямъ. Какъ клиническіе, такъ и фізіологическіе факты даютъ много оснований допускать, что колебанія эти совершаются путемъ рефлексовъ. Такъ Истоминовъ, работавшій въ лабораторіи проф. Тарханова, нашель, что при периферическомъ раздраженіи органовъ чувствъ появляется кровонакопленіе въ мозгу. Въ то-же время сосуды периферическихъ органовъ сжимаются, получается уменьшеніе объема конечности и пониженіе ея температуры. По Mosso и Bouchefontain'у, сила раздраженія сосудистыхъ мышцъ прямо пропорціональна чувственному раздраженію. Marselli и Bordoni показали, что при явленіяхъ гипноза требуется несравненно болѣе долгое время для увеличенія объема мозга, чѣмъ для проведенія къ нему ощущеній съ периферіи, и что степень увеличенія мозга пропорціональна степени фізіологическаго раздраженія. Brown-Séguard представилъ весьма поучительное наблюденіе, что у животныхъ можно вызвать рефлекторнымъ путемъ состояніе, сходное съ гипнотическимъ: хлороформъ, пускаемый по каплямъ на кожу животнаго, вызываетъ анестезію, параличъ, каталепсію; если при такой же постановкѣ опыта перерѣзанъ спинной мозгъ, то исчисленныя явленія не получаютъ. Наконецъ, вы помните, что у всѣхъ демонстрированныхъ здѣсь больныхъ какъ припадки истеріи, такъ и гипноза вызывались рефлекторнымъ путемъ, посредствомъ периферическихъ раздраженій.

Отсюда можно сдѣлать выводъ, что истеро-эпилептические и истеро-гипнотическіе приступы зависятъ отъ вазомоторнаго разстройства, и что это разстройство рефлекторнаго происхожденія. Установлено также, что всякая психическая работа сопровождается вазомоторнымъ эффектомъ, а

также необходимо допустить вѣроятность чрезвычайно тонкой при этомъ регуляціи вазомоторовъ малѣйшаго участка мозговой коры. Регуляція эта у человѣка должна вырабатываться постепенно съ самаго дѣтства рядомъ съ дифференціаціей. У новорожденнаго ребенка можно пальцемъ прикоснуться къ роговицѣ, и онъ не моргнетъ вѣками; но послѣ втораго или третьяго подобнаго опыта появляется закрываніе глаза не только при прикосновеніи пальцемъ къ роговицѣ, но даже при приближеніи къ ней. Очевидно, что это движеніе приобрѣтается путемъ психической дифференціаціи; самый же процессъ дифференціаціи и всякое движеніе должны сопровождаться вазомоторнымъ эффектомъ въ центрѣ. Рядомъ съ психической дифференціаціей у дѣтей идетъ, какъ показали Арндтъ и Пикъ, и анатомическая: осевые цилиндры становятся богаче окруженными міэлиновой обложкой, нервныя кѣтки становятся больше въ объемѣ и получаютъ бѣльшее число отростковъ. По Меунерт'у и Луис'у, интеллектуальныя богатства человѣка зависятъ не только отъ количества нервныхъ кѣтокъ (центровъ представленія), но и отъ количества ассоціаціонныхъ путей, связывающихъ эти центры.

Такимъ образомъ, по всей вѣроятности, каждая психическая дифференціація вырабатываетъ свой особый путь по ассоціаціоннымъ волокнамъ черезъ отростки кѣтокъ. Чѣмъ болѣе, позвольте мнѣ выразиться, этотъ путь укатанъ, тѣмъ болѣе автоматическимъ становится наше движеніе. Чѣмъ больше у насъ вырабатывается автоматическихъ, рефлекторныхъ функций, тѣмъ богаче нашъ умственный кладъ. Въ строеніи мозга даны условія для того, чтобы всѣ функции организма находились въ подчиненіи нашей воли; но человѣкъ, рядомъ съ постояннымъ умноженіемъ волевыхъ движеній, въ силу, повидимому, недостатка въ упражненіи, мало по малу теряетъ нѣкоторые изъ произвольныхъ

актовъ (регуляція сердца). Наши растительныя функціи имѣютъ своихъ представителей въ мозговой корѣ. Такъ напр., мы можемъ въ извѣстныхъ предѣлахъ управлять дефекаціей, мочеотдѣленіемъ, дыханіемъ и даже сердцебіеніемъ. Проф. Тархановъ и Бецольдъ наблюдали лицъ, которыя, по желанію, могли ускорять свое сердцебіеніе чисто психическимъ путемъ. Вгосх видѣлъ случай, гдѣ сердцебіеніе могло быть произвольно учащено до неощутимости; Бэлъ могъ замедлять движенія своего сердца на нѣсколько ударовъ въ минуту. Въ виду такихъ фактовъ, проф. Сѣченовъ давно уже высказался за вѣроятность существованія въ мозгу психомоторныхъ (психорефлекторныхъ) центровъ для сердца. Я зналъ одну даму, которая могла тоже по произволу (путемъ психическаго представленія) вызвать у себя яркій румянецъ на обѣихъ щекахъ; она могла также подавить въ себѣ румянецъ на лицѣ, вызываемый застѣнчивостью или стыдомъ, если причины ихъ вызывающія не являлись слишкомъ неожиданно. Кажется, что съ возрастомъ, всѣ мы выучиваемся управлять нашими вазомоторами въ такой мѣрѣ, что перестаемъ краснѣть подъ вліяніемъ психическихъ аффектовъ. И такъ, не подлежитъ сомнѣнію, что всѣ периферическіе органы связанныя съ ними функціи находятся въ соединеніи посредствомъ особыхъ путей съ ганглиозными элементами мозговой коры.

У гипнотиковъ ассоціаціонныя пути представляются въ состояніи особенно легкой возбудимости и восприимчивости только для постороннихъ внушенныхъ токовъ; даже тѣ пути, которые человекъ въ нормальномъ быту не достаточно дифференцировалъ для того, чтобы пользоваться ими самостоятельно, становятся какъ-будто доступными для проведенія чужихъ импульсовъ на периферическіе

приборы гипнотика. Въ то-же время аутохтонная дѣятельность гангліозныхъ клѣтокъ представляется въ элементарныхъ формахъ гипноза глубоко подавленной. Это, своего рода, параличъ гангліозныхъ клѣтокъ. Клѣтки перестаютъ работать самостоятельно и становятся въ пассивную роль звеньевъ, связывающихъ безконечныя цѣпи ассоціационной сѣти.

Этимъ объясняется не только особая склонность гипнотиковъ къ исполненію внушеній, но и многіе странные факты, хотя крайне рѣдко, но несомнѣнно наблюдавшіеся въ гипнозѣ подѣ влияніемъ внушенія: возможность ускорять, или замедлять біеніе сердца, вліять на расширеніе периферическихъ сосудовъ кожи, закрывать по произволу и независимо другъ отъ друга тотъ, либо другой глазъ и т. д.*)

Въ виду возможности путемъ внушенія изолировать ту, либо другую функцію (напр., можно, при сохраненіи во всѣхъ прочихъ отношеніяхъ подвижности руки, лишить ее возможности сгибать тотъ, либо другой палецъ въ томъ, либо другомъ сочлененіи, или вызвать определенной формы и величины красное пятно на кожѣ, положимъ, предплечія), — позволительно сдѣлать предположеніе, что въ гипнозѣ можно заставить функціонировать самостоятельно ми-

*) Мнѣ удавалось путемъ словесныхъ внушеній заставлять гипнотиковъ при закрытомъ правомъ глазѣ открывать лѣвый, чего они не могли сдѣлать внѣ гипноза; въ бодрственномъ состояніи они могли закрыть или оба глаза вмѣстѣ или только лѣвый, независимо отъ праваго.

нимальные участки мозговой ткани, или исключить ихъ функцію (inhibition—Brown-Séquard'a). Такой функціональной изоляціей могутъ быть объяснены многіе странные съ перваго взгляда факты, напимѣрь, — возможность ускорять работу сердца, независимо отъ дыханія.

И такъ, въ основѣ истеро-гипнотическаго состоянія можно предположить:

- А. Подавленіе функціи гангліозныхъ клѣтокъ корковаго слоя мозга, которое ведетъ къ
В. сосудистому эффекту.

Этотъ послѣдній состоитъ:

- 1) Въ измѣненіи количества всей массы крови въ мозгу и
- 2) Нарушеніи фізіологическаго равновѣсія въ распределеніи крови по отдѣльнымъ системамъ сосудистой сѣти мозга.

Процессъ развитія гипнотическаго состоянія можно представить себѣ въ слѣдующемъ видѣ: слабое периферическое раздраженіе органовъ чувствъ подавляетъ функцію гангліозныхъ клѣтокъ коры и въ то-же время вызываетъ въ корковыхъ центрахъ даннаго участка вазомоторный эффектъ, который, не будучи умѣряемъ другими центрами, можетъ иррадіроваться въ различныхъ направленіяхъ по периферіи и вглубь. Обнимая ту, либо другую сосудистую систему, этотъ эффектъ вызываетъ ту, либо другую картину гипноза.

Это общая картина гипноза; что же касается деталей, то еще не скоро наступитъ то время, когда мы будемъ въ точности знать, какіе вазомоторные эффекты и въ какихъ частяхъ мозговой ткани отвѣчаютъ соотвѣтственной формѣ гипноза.

Въ случаѣ болѣе глубокаго вазомоторнаго эффекта, распространяющагося на подкортикальные центры вплоть до Овсянниковскаго сосудистаго центра въ продолговатомъ мозгу, — получается истеро-эпилептическій припадокъ.

Слѣдовательно, между истеро-гипнотическимъ состояніемъ и истеро-эпилептическимъ припадкомъ существуетъ лишь количественная разница въ сосудистой иррадіаціи.

Согласно съ вышеизложеннымъ, на истеро-гипнозъ и истеро-эпилепсію можно смотрѣть, какъ на *ангіоневротическую инкоординацію*.

Гипотеза, приписывающая причину истеро-эпилептическихъ и истеро-гипнотическихъ припадковъ нарушенію физиологическаго равновѣсія въ распредѣленіи крови по различнымъ системамъ сосудистой сѣти мозговой коры, получила бы значительную долю вѣроятности, если-бы было доказано, что съ искусственнымъ уравновѣшеніемъ кровораспредѣленія въ мозгу прекращаются какъ истерическіе, такъ и гипнотическіе приступы.

При помощи нѣкоторыхъ фармакологическихъ средствъ (алколоидовъ) имѣется возможность рѣзко повліять на кровообращеніе мозга. Но трудность дозировки, вліяніе индивидуальности, побочныя вліянія этихъ средствъ на организмъ, не вполне изученный способъ дѣйствія ихъ въ гемодинамическомъ отношеніи, заставляютъ отказаться отъ нихъ и предпочесть другой методъ.

Съ этою цѣлью я опять представилъ вамъ 4 больныхъ; съ тремя изъ нихъ вы уже хорошо знакомы. Всѣ онѣ страдаютъ истеро-эпилепсией, и у всѣхъ чрезвычайно легко вызываются различныя гипнотическія состоянія. Ни у одной изъ нихъ, какъ вы легко можете убѣдиться, не наблюдаются оваріальные симптомы, т. е. давленіемъ на яичники нельзя ни вызывать, ни прекращать припадковъ.

У Олимпіады Т., при дѣйствіи магнита на затылокъ въ теченіе 2-хъ минутъ, послѣ кратковременнаго періода общихъ клоническихъ движеній, получилось состояніе катаlepsii.

Махля Б., приложеніемъ ладони къ темени, по истеченіи 3-хъ минутъ, приведена была въ состояніе сомнамбуліи.

У Анны Н., отъ давленія на глазныя орбиты, спустя около 2-хъ минутъ, получалось каталептоидное состояніе.

У Розы Б., фиксаціей глазами, мгновенно вызвано было чрезвычайно глубокое летаргическое состояніе.

При этомъ вы убѣдились, что обыкновенно практикуемые способы выводить больныхъ изъ состоянія гипноза, напр., дуновеніе въ лицо, у всѣхъ нашихъ больныхъ оставались недѣйствительными. У Олимпіады Т. оно имѣетъ даже совершенно противоположное дѣйствіе: стоитъ въ моментъ просыпанія дунуть въ лицо для того, чтобы гипнозъ продолжался, и этимъ путемъ его можно поддержать въ теченіе 2—3 часовъ.

Вы видѣли, что если у любой изъ этихъ больныхъ, находившихся въ различныхъ формахъ гипноза, опустить въ лежачемъ положеніи голову ниже уровня туло-

вища, то спустя нѣсколько минутъ гипнозъ прекращается. Результатъ ускорялся и становился болѣе вѣрнымъ, если при этомъ приподымались ноги вверхъ, какъ это изображено на фигурѣ 2-ой фотограф. снимка. Я нарочно оставилъ передъ вашими глазами Олимпиаду Т. въ теченіе почти цѣлаго часа безъ примѣненія этого способа для того, чтобы вы могли убѣдиться, до какой степени трудно проходить у нея припадокъ самъ собою. Дуновеніе, словесное внушеніе не дѣйствовали; свѣшиваніе же головы съ поднятіемъ ногъ приводило ее въ сознаніе спустя 1—2 минуты.

Вы помните, что Heidenhain, пытавшійся вначалѣ объяснить явленія гипноза сосудистыми расстройствами, отказался отъ этой мысли потому лишь, что ему удалось вызвать гипнозъ у здороваго человѣка, находившагося подъ вліяніемъ амилънитрита, который, согласно установленному взгляду, увеличиваетъ кровонаполненіе въ сосудистой системѣ мозга. На мой взглядъ, опытъ этотъ доказываетъ лишь то, что гипнозъ можно получить при любомъ общемъ кровонаполненіи мозга, и нисколько не опровергаетъ предположенія, что истеро-эпилептическіе и истеро-гипнотическіе припадки зависятъ отъ нарушенія фізіологическаго равновѣсія въ кровораспредѣленіи по различнымъ участкамъ (слоямъ) мозга. Я пробовалъ вызвать гипнозъ у лицъ съ опущенной головой и приподнятыми вверхъ ногами. Явленія гипноза получались, но вскорѣ исчезали сами собою.

Что касается чисто истеро-эпилептическихъ припадковъ, то въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ лицо и глаза во время припадка сильно наливались кровью, его не только не удастся остановить названнымъ способомъ, а наоборотъ, припадокъ дѣлается сильнѣе и продолжается дольше.

Что же происходитъ съ мозговыми сосудами при этихъ положеніяхъ организма съ опущенной головою и поднятыми ногами? Предварительно я считаю нужнымъ справиться на шематическомъ кровообращеніи на счетъ того, что дѣлается съ давленіемъ въ трубкѣ при различныхъ ея положеніяхъ. Изъ такихъ опытовъ извѣстно, что при условіи постоянства давящаго столба жидкости, давленіе въ той части трубки, которая изогнута вверхъ, уменьшается по мѣрѣ поднятія вверхъ на высоту давящаго столба. Если трубка будетъ изогнута петлеобразно внизъ, то давленіе въ ней будетъ увеличено тоже на высоту столба.

Перенесемъ эти данныя на человѣческій организмъ при условіи, что кровообращеніе у человѣка, находящагося въ горизонтальномъ положеніи, будетъ принято за типъ для сравненія съ нимъ прочихъ положеній, и что кровообращеніе въ артеріальныхъ сосудахъ въ верхней и нижней части тѣла будетъ находиться при постоянныхъ, хотя не совсѣмъ одинаковыхъ, условіяхъ давленія.

Теперь представимъ себѣ человѣка въ стоячемъ положеніи; при этомъ переходѣ давленіе въ сосудахъ, лежащихъ выше сердца, должно бы уменьшиться, а въ тѣхъ, которые лежатъ ниже, увеличиться на величину тяжести столба.

Если въ лежачемъ положеніи опустимъ одну только голову внизъ, то давленіе на сосуды въ мозгу должно бы увеличиться на высоту столба (приблизительно 20 сантиметровъ), считая отъ основанія аорты до капиллярной сѣти на высотѣ извилинъ. Проф. Пашутинъ и Цыбульскій нашли увеличеніе давленія въ сонной артеріи у животныхъ съ опрокинутой внизъ головою. Увеличеніе это однако въ 4—5 разъ превосходитъ величину столба; это потому, что

въ сердцѣ скопляется кровь изъ выше лежащей нижней полой вены, объемъ которой несравненно больше объема верхней полой вены.

Въ случаѣ, если давленіе очень увеличивается, вступаетъ въ свои права нервная система, подавляя черезъ п. п. Vagi дѣятельность сердца, вслѣдствіе чего пульсъ замедляется и тонусъ сосудовъ увеличивается. Последнее явленіе вполнѣ доказано для нижнихъ конечностей: первоначальное обѣднѣніе ихъ кровью вполнѣ ослабѣваетъ.

Въ венахъ, точно такъ же какъ и въ артеріяхъ, давленіе при опусканіи головы внизъ повышается. У больной Олимпіады Т. вы можете прекрасно наблюдать сильную пульсацію яремныхъ венъ. Но это увеличеніе венознаго давленія не достигаетъ тѣхъ размѣровъ, которые наблюдаются въ артеріальномъ, благодаря присасывающему дѣйствію грудной кѣтки; последнее, очевидно, будетъ имѣть уравновѣшивающее вліяніе и на артеріальное давленіе.

Поднятіе ногъ вверхъ, при опущенной внизъ головѣ, не можетъ вліять непосредственно высотой прибавленнаго столба на увеличеніе давленія, такъ какъ столбъ этотъ будетъ находиться по ту сторону сердца. Но оно, затрудняя проталкиваніе крови черезъ капиллярную сѣть нижнихъ конечностей, способствуетъ накопленію ея въ сердцѣ, чѣмъ облегчается передача крови внизъ, т. е. къ мозгу.

Какимъ рѣзкимъ перемѣнамъ должно подвергаться кровообращеніе въ мозгу, когда онъ помѣщается ниже уровня тѣла, видно изъ нижеприлагаемой таблицы колебаній числа ударовъ пульса въ минуту, при различныхъ положеніяхъ больныхъ въ бодрственномъ состояніи и во время гипноза.

Олимпиада Т.

	Въ бодротвенномъ сост.				Въ каталепсiа			
	1-е наблюд.		2-е наблюд.		1-е наблюд.		2-е наблюд.	
	Пульсъ	Дыхан.	Пульсъ	Дыхан.	Пульсъ	Дыхан.	Пульсъ	Дыхан.
<i>Горизонтальное положенiе непосредственно передъ гипнозомъ</i>	—	—	—	—	80	16	70	16
Стоячее положен.	88	20	76	21	100	20	120	23
Горизонтальное	80	18	64	18	92	22	95	24
Голова спущена внизъ . . .	76	22	60	25	81	22	80	26
Голова спущена внизъ, ноги подняты вверхъ .	90	22	80	24	96	26	94	28
<i>Горизонтальное положенiе 1/4 ч. спустя послѣ гипноза . . .</i>	—	—	—	—	—	—	76	15

А н н а Н.

	Въ бодрот. состоян.		Въ каталептоидномъ состоянiи			
<i>Горизонтальное положенiе непосредственно передъ гипнозомъ</i>	—	—	—	—	92	18
Стоячее положенiе	92	20	—	—	98	24
Горизонтальное	88	18	—	—	88	26
Голова спущена внизъ	83	20	—	—	80	26
Голова спущена внизъ, ноги подняты вверхъ	94	24	—	—	112	28
<i>Горизонтальное положенiе 1/4 ч. спустя послѣ гипноза</i>	—	—	—	—	90	20

При опущенной головѣ и при поднятыхъ ногахъ давленіе крови въ сосудахъ мозга повышается, и количество ея увеличивается; мы убѣждаемся въ этомъ слѣдующими фактами:

Во 1-хъ, офтальмоскопическое изслѣдованіе больныхъ въ этомъ положеніи, по заявленію д-ра Миткевича, обнаруживаетъ рѣзкое расширеніе сосудовъ дна глаза.

Во 2-хъ, увеличеніе давленія въ сосудахъ мозга видно на прилагаемыхъ сфигмографическихъ кривыхъ (см. таб. 6-ю), снятыхъ мною съ сонныхъ артерій больной Олимпіады Т.—На этихъ кривыхъ, полученныхъ при спущенной головѣ и поднятыхъ ногахъ, замѣчается, что катакротическая кривая образуетъ обратную волну, которая уменьшается въ объемъ и передвигается ближе къ верхушкѣ, а эластическія колебанія исчезаютъ*).

Наконецъ, въ 3-хъ, за увеличенное кровонакопленіе въ мозгу при изучаемыхъ явленіяхъ говоритъ обѣднѣніе тканей органовъ, направленныхъ вверхъ и покраснѣніе опущенныхъ внизъ,—фактъ, упоминаемый почти всѣми изслѣдователями—Marey'емъ, Salathé, Пашутинымъ, Цыбульскимъ и др., и наблюдавшійся на всѣхъ демонстрированныхъ вамъ больныхъ.

И такъ, если въ состояніи истеро-гипноза предполагается спазмъ вазомоторовъ, суженіе нѣкоторыхъ отдѣловъ капиллярной сѣти съ обѣднѣніемъ ихъ кровью и расширеніе сосудовъ въ другихъ отдѣлахъ,—условіе, ведущее къ нарушенію правильнаго питанія нервной ткани, то, при опрокидываніи головы, благодаря усиленному кровяному давле-

*) Небольшая высота волнъ на нѣкоторыхъ кривыхъ объясняется неудобствами въ примѣненіи прибора Marey къ сосудамъ шеи.

нію, спазмъ преодолѣвается, и, несмотря на увеличеніе массы крови, пропорціональное распредѣленіе ея по различнымъ сосудистымъ отдѣламъ уравнивается въ фізіологическомъ смыслѣ, и питаніе нервной ткани, бывшей въ состояніи ишеміи, возстанавливается, а вмѣстѣ съ этимъ возстанавливаются нормальныя функціи мозга, т. е. явленія гипноза исчезаютъ, и наступаетъ полное пробужденіе.

Иногда послѣ пробужденія чувствуется тяжесть въ головѣ, головокруженіе, потемнѣніе зрѣнія, шумъ въ ушахъ, слегка подавленное сознаніе, т. е. тѣ-же симптомы, какъ и при всякомъ иномъ приливѣ крови къ мозгу, но всѣ эти ощущенія проходятъ скоро сами собою.

Если, дѣйствительно, съ увеличеніемъ общаго артеріальнаго давленія въ мозгу происходитъ уравниваніе въ кровообращеніи и прекращеніе припадковъ истеро-эпилепсіи, или истеро-гипноза, то спрашивается, не обязанъ-ли подобному сосудистому эффекту и способъ Charcot останавливать истеро-эпилептическіе приступы давленіемъ на яичники? У меня въ больницѣ лечится въ настоящее время истеро-эпилептическая больная, Рухля З., у которой въ прошломъ году, съ цѣлью излеченія этой болѣзни, сдѣлана была въ Кіевской гинекологической клиникѣ кастрація*), — вырѣзаны оба яичника. При давленіи на мѣста, отвѣчающія положенію яичниковъ, можно и въ настоящее время прекратить истеро-эпилептическій припадокъ.

Принимая во вниманіе опыты Latschenberger'a и Deahn'a, показавшихъ значительное повышеніе артеріальнаго давленія въ случаяхъ прижатія *art. cruralis* на высотѣ

*) См. протоколы засѣданій акушерско-гинекологическаго Общ. въ Кіевѣ. Вып. I. стр. 48.

Пупартовой связки, можно допустить, что давление по способу Charcot должно тоже отразиться непосредственно на крупныхъ артеріальныхъ сосудахъ брюшной полости и косвенно на сосудахъ мозга.

Въ нѣкоторыхъ формахъ гипноза, въ особенности у здоровыхъ, пульсъ остается совершенно спокойнымъ и точно не принимаетъ никакого участія въ процессѣ. Но это не можетъ служить возраженіемъ противъ вазомоторной теоріи происхожденія истеріи и истеро-гипноза, такъ какъ Ludwig'омъ и Thiry установленъ фактъ, что общее давление крови можетъ подвергаться большимъ колебаніямъ, независимо отъ дѣятельности сердца.

Нельзя однако не задаться вопросомъ, не будутъ-ли дурно отражаться на здоровьѣ больныхъ частыя и болѣе или менѣе продолжительныя и вмѣстѣ съ тѣмъ крайне неестественныя положенія съ спущенною внизъ головою и приподнятыми вверхъ ногами?

Изъ опытовъ Salathé видно, что животныя (собаки) несравненно легче переносятъ положеніе головою внизъ, чѣмъ обратное. Въ послѣднемъ случаѣ смерть иногда наступала черезъ $\frac{1}{4}$ часа, между тѣмъ какъ съ головою опущенною внизъ животныя жили по нѣскольکو часовъ. По Пашутину, человекъ очень хорошо переноситъ положенія головою внизъ. Я пользуюсь этимъ способомъ уже болѣе года, и, несмотря на то, что его приходится примѣнять у нѣкоторыхъ больныхъ по нѣскольکو разъ въ день и подчасъ довольно продолжительное время (до $\frac{1}{2}$ часа), ни разу до сихъ поръ не было наблюдаемо какихъ бы то ни было дурныхъ послѣдствій. Правда, я тщательно изслѣдую у

больныхъ сердце и сосуды, такъ какъ считаю вполне возможнымъ разрывы послѣднихъ, если они новообразованы, или же находятся въ состояніи жироваго, либо атероматознаго измѣненія.

Но при опрокидываніи человѣческаго организма головою внизъ, сосуды мозга находятъ себѣ защитника въ лицѣ цереброспинальной жидкости. Послѣдняя, не совершенно наполняя собою черепно-спинную полость, подвергается значительнымъ перемѣщеніямъ книзу при различныхъ положеніяхъ тѣла; слѣдовательно, при положеніи головою внизъ, жидкость должна собираться въ полостяхъ черепа и своимъ давленіемъ на сосуды противоудѣйствовать внутрисосудистому кровяному давленію.

Остается еще выяснить, не можетъ-ли при такихъ условіяхъ цереброспинальная жидкость пропитывать ткань мозга. Аналогичные опыты у животныхъ вызываютъ явленія, дающія нѣкоторое основаніе считать такое предположеніе вѣроятнымъ: животные оправляются очень плохо, кажутся тупыми, мозговая дѣятельность ихъ подавлена; но у людей я наблюдаю это очень рѣдко.

Наконецъ, необходимо отвѣтить еще на одинъ вопросъ, не могутъ-ли вредно отражаться на человѣческомъ мозгу повторныя гиперэміи, которымъ подвергается мозгъ при опусканіи головы внизъ? Вопросъ этотъ рѣшается въ отрицательномъ смыслѣ хорошо извѣстными фактами, что хроническія гиперэміи не ведутъ къ разстройству питанія ткани, если послѣдняя не поражена какимъ-либо ирритативнымъ процессомъ.

Недавно Menly-Hilty предложилъ для леченія мно-

гихъ болѣзней спать такимъ образомъ, чтобы голова была ниже туловища и конечностей. Онъ не только не замѣчалъ какихъ-либо дурныхъ послѣдствій отъ этого положенія, но, наоборотъ, послѣ сна при такихъ условіяхъ утомленная дѣятельность головного мозга возстановлялась скорѣе и полнѣе, появлялась бодрость и свѣжесть въ головѣ, и упорныя головныя боли исчезали.

Что касается положительной стороны способа, то въ его пользу говорить значительное сокращеніе продолжительности отдѣльныхъ припадковъ. Вы видѣли, что у Махли Б. онъ прекратился спустя 2 минуты, у Анны Н. — спустя 7 минутъ, у Розы—20 минутъ, у Олимпіады Т. — черезъ $1\frac{1}{2}$ минуты послѣ опусканія головы и поднятія ногъ вверхъ; между тѣмъ, какъ на вашихъ глазахъ у послѣдней, до примѣненія этого способа, приступъ продолжался цѣлый часъ. Теперь, несмотря на то, что у меня истеричныя больныя помѣщаются въ общемъ отдѣленіи, благодаря сказанному способу, нѣтъ больше тѣхъ ужасающихъ сценъ, которыя наблюдались прежде: одновременно у нѣсколькихъ больныхъ припадки продолжались по 6—8 часовъ сряду, такъ что прислуга изнемогала, не будучи въ силахъ защитить несчастныхъ отъ ушибовъ и другихъ поврежденій. Если предлагаемый способъ окажется дѣйствительно полезнымъ и въ другихъ случаяхъ, то припадки, продолжающіеся по 15 дней или по 1 мѣсяцу (Charcot) и даже 45 дней (Georget), не будутъ больше встрѣчаться.

Въ настоящее время я дѣлаю наблюденія надъ вліяніемъ на истеро-эпилепсію продолжительнаго опусканія головы: спанье безъ подушекъ на горизонтальной плоскости, или же головой внизъ на слегка наклонной плоскости.

Х.

Явленія истеріи и истерическаго гипноза наблюдались уже въ глубокой древности. Богатыя указанія въ этомъ отношеніи имѣются у Delitzsch'a и Roskoff'a въ главахъ власти злыхъ духовъ надъ человѣкомъ.

У одержимыхъ бѣсомъ, по понятіямъ стараго времени, душа теряла силу надъ тѣломъ; тѣло при этомъ разстраивалось, но душа не поражалась. Вліяніе злыхъ духовъ проявлялось на человѣкѣ въ видѣ лунатизма, эпилепсіи, бѣснованія, нѣмоты, слѣпоты, паралича, контрактуры, столбняка, спячки, истощенія и проч.

Имѣются даже указанія, что расстройства эти подъ вліяніемъ злыхъ духовъ получали эпидемическое распространеніе. Словомъ, власть злыхъ духовъ надъ человѣкомъ выражалась тѣми-же симптомами, которые и въ настоящее время составляютъ предметъ тщательнѣйшихъ клиническихъ и физиологическихъ изслѣдованій.

Въ 1760 году Semler указалъ, что явленія этого рода суть ничто иное, какъ припадки различныхъ болѣзней. Очевидно, что они относятся къ группѣ истерическихъ расстройствъ.

Еще не такъ давно на истерію смотрѣли, какъ на *virginum et viduarum affectio*. Это несправедливое и даже позорное клеймо, наложенное на женщинъ, держалось до тѣхъ поръ, пока болѣе тщательныя наблюденія не показали, что истеріей заболѣваютъ и мужчины и даже дѣти обоего пола. При этомъ найдено большое сходство въ картинахъ истерическаго заболѣванія во всѣхъ возрастахъ и полахъ. Несомнѣнно, тѣмъ не менѣе, что чаще всего этою болѣзнью поражаются женщины, рѣже—мужчины, и еще рѣже—дѣти и старцы.

Извѣстно, что периферическіе отдѣлы органовъ чувствъ служатъ источникомъ различныхъ возбужденій, вызывающихъ рефлекторнымъ путемъ истерическія, истеро-эпилептическія и истеро-гипнотическія состоянія. Извѣстно также, что въ періодъ зрѣлости человѣка прибавляется функція еще одного чувства, а именно полового чувства. Мнѣ думается поэтому, что преобладаніе заболѣваній истеріей въ зрѣломъ возрастѣ надъ дѣтскимъ можетъ быть, въ извѣстной долѣ, объяснено этимъ чувствомъ. Оно по отношенію къ истеріи, по всей справедливости, должно занять равноправное мѣсто въ ряду другихъ чувствъ. Какъ при раздраженіи съ кожи (органа осязанія), или съ органа слуха, либо зрѣнія возможны рефлекторныя явленія истеріи, такъ-же точно они могутъ получаться отъ раздраженій яичниковъ, грудныхъ желѣзъ, клитора, яичекъ, ихъ придатковъ и другихъ периферическихъ представителей органа полового чувства. Періоду полного развитія полового чувства соотвѣтствуетъ частота истерическихъ заболѣваній; до развитія его въ самомъ раннемъ дѣтствѣ нѣтъ истеріи, точно такъ-же, какъ и съ исчезновеніемъ его въ глубокой старости исчезаютъ и истерическіе припадки.

При этомъ не слѣдуетъ смѣшивать половое чувство съ

половой функціей. Первое весьма часто развивается раньше и исчезает позже функціи. Этимъ можно объяснить существованіе истеріи у дѣтей старшаго возраста и у нѣкоторыхъ стариковъ.

Изъ моментовъ, способствующихъ болѣе частымъ заблѣваніямъ истеріей, у женщинъ въ первую линію выступаютъ мѣсячныя кровотеченія, которые не могутъ не отражаться на правильности кровораспредѣленія въ организмѣ*), не говоря уже о томъ, что нѣкоторыми неправильностями ихъ часто поддерживается малокровіе, безусловно способствующее развитію истеріи.

По мнѣнію Heubner'a и Duret, при анэмии всего больше должно страдать кровообращеніе въ мозговой корѣ. Это мнѣніе вполне подтверждается изслѣдованіями Kundrat'a доказывающими, что анэмическіе неврозы въ зародышевой жизни и въ ранней внѣутробной жизни всегда первично локализируются въ мозговой корѣ. Ясно поэтому, что вслѣдствіе анэмии должно больше всего пострадать питаніе самыхъ нѣжныхъ тканей коры, т. е. ганглиозныхъ клѣтокъ и ассоціаціонныхъ путей,—тѣхъ именно элементовъ, которые поражаются на первомъ планѣ въ состояніяхъ истеріи и гипноза.

Второй моментъ, играющій важную роль въ преобладаніи случаевъ истеріи между женщинами—это ихъ общественное положеніе и система воспитанія ихъ.

Rigler **) говоритъ: «Wenn Negerinnen weniger an Hysterie leiden als Weisse, so liegt der Grund nicht in einer günstigeren Organisation a priori, sondern vielmehr in ihrer

*) По Негару, они вызываютъ нарушеніе равновѣсія въ кровообращеніи брюшной полости и другихъ частей.

**) A. Hirsch.—Handb. der historisch-geograph. Pathologie. 1886.

untergeordneten Stellung, welche sie, zu Arbeiten und zu activer Bewegung zwingend, auch mehr abhärtet; führen sie die weichliche Existenz der uebrigen Stadtfrauen, so spielen ihre Nerven so gut, als bei denen lichter Hautfarbe».

Въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ истерія достигаетъ широкаго распространенія. Но есть также мѣстности, гдѣ она встрѣчается довольно рѣдко. Германскіе врачи искоса и съ большимъ недовѣріемъ относятся къ изслѣдованіямъ французскихъ ученыхъ; имъ съ трудомъ приходится провѣрять наблюденія, сдѣланныя во Франціи, такъ какъ въ Германіи, этой высоко дисциплинированной странѣ, истерія наблюдается значительно рѣже, и они ѣздятъ въ Парижъ, чтобы посмотреть, какъ сами выражаются, — die «Curiositaeten von Herrn Charcot».

Пассивное положеніе, предоставленное женщинѣ въ общественной средѣ, вызываетъ въ ней непосильную борьбу съ собственными инстинктами, побужденіями и стремленіями. Борьба эта должна еще могущественнѣе отразиться на психическомъ ея состояніи въ виду безсилія, внушаемаго женщинѣ извнѣ и наконецъ сознаваемаго ею въ видѣ результата послѣ безчисленныхъ неудачъ. Орнаментальное, чисто внѣшнее воспитаніе нѣкоторыхъ классовъ женщинъ, ведущее къ бездѣлю, развитію прихотей и страстей, исключаетъ изученіе физиологіи жизни и умѣніе распоряжаться своими импульсами.

При такихъ условіяхъ слишкомъ сильныя внѣшнія раздраженія, не встрѣчая достаточныхъ психическихъ тормазовъ, распространяются въ мозгу по закону иррадіаціи

и вызываютъ то угнетеніе однихъ центровъ, то перевозбудимость другихъ съ соотвѣтственными чувственными, двигательными и вазомоторными эффектами; въ итогъ получается та, либо другая форма истеріи.

Нельзя не сдѣлать укора и системѣ образованія: недостаточное изученіе біологическихъ наукъ ведетъ къ суевѣрію, или вѣрѣ въ сверхъестественное и чудесное. Недостатокъ всякаго образованія въ свою очередь даетъ просторъ закону раздражительности; отсюда развитіе эпидемій истеріи среди деревенскихъ женщинъ.

Наоборотъ, слишкомъ большой спросъ на знанія, несоотвѣтствующія (во многихъ случаяхъ) возрасту и способностямъ отдѣльныхъ индивидовъ, способствуетъ переутомленію психическихъ центровъ, ведущему въ свою очередь къ сосудодвигательнымъ, иногда очень стойкимъ эффектамъ. Въ подтвержденіе этого сошлюсь на Angel'я, по мнѣнію котораго мозговые сосуды подъ вліяніемъ переутомленія психическихъ центровъ теряютъ способность сокращаться. Между тѣмъ, по Kundrat'у, артеріи поверхности полушарій обладаютъ большою способностью сжиматься, — условіемъ первой важности для всей нашей психической жизни.

Если къ этому прибавить, что эффекты переутомленія легче и скорѣе сказываются на субъектахъ съ наследственно болѣзненной нервной организаціей, то станетъ понятно, почему послѣднихъ такъ трудно уберечь отъ развитія истеріи. Но можно возразить, что истерія не падаетъ ни расъ, ни конституцій, ни возраста, ни пола, ни одного сословія, ни одного класса культурной и некультурной іерархіи, ни

одной отрасли человѣческихъ занятій. Это вѣрно, но вѣрно также и то, что чаще всего она встрѣчается среди женщинъ, получившихъ небольшой лишь образовательный цензъ, или нѣсколько высшее, противъ окружающей ихъ среды, воспитаніе. Послѣднія обстоятельства и составляютъ тему борьбы этихъ несчастныхъ субъектовъ, недостигшихъ своихъ высшихъ идеаловъ и не умѣющихъ приспособиться къ низшему уровню. Между моими больничными больными я встрѣтилъ громадное большинство именно такихъ, позволю себѣ выразиться, недообразованныхъ, или недовоспитанныхъ субъектовъ, которымъ пришлось вращаться въ сферѣ людей еще низшаго уровня.

Послѣ всего сказаннаго станетъ болѣе понятнымъ, почему въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ и въ глубокой старости истерія не встрѣчается вовсе. Въ первомъ случаѣ не развилось еще половое чувство и не успѣлъ еще молодой субъектъ испробовать сознательно примѣнять свои волевые импульсы къ борьбѣ съ внѣшними обстоятельствами; въ этомъ возрастѣ почти вся психическая работа исчерпывается раздражительностью и воспріятіемъ внушеній. Въ старческомъ возрастѣ, наоборотъ, половое чувство угасаетъ, и вся психическая работа постепенно и равномерно подавляется.

Вотъ почему наибольшій процентъ истеріи долженъ падать на годы разгара полового чувства и психической дѣятельности.

За недостаткомъ времени, я не имѣю возможности подробнѣе рассмотреть нѣкоторыя другія причины, способствующія развитію истеро-эпилепсіи, какъ напр., наслѣдствен-

ность чахотки легкихъ, траума, несоотвѣтствіе благосостоянія съ воспитаніемъ и образованіемъ, вліяніе инфекціонныхъ болѣзней, нравственнаго шока, степени питанія организма и друг.; по этой же причинѣ я вынужденъ промолчать о весьма многихъ методахъ ея леченія. Укажу только на одинъ изъ лечебныхъ принциповъ, которому мы въ настоящее время удѣляемъ еще слишкомъ мало вниманія; хотя, по моему мнѣнію, онъ его вполне заслуживаетъ. Я хочу сказать нѣсколько словъ о нравственномъ и психическомъ леченіи.

Wilks описываетъ случай съ молодой дѣвушкой, безуспѣшно лечившейся долгое время у извѣстѣйшихъ лондонскихъ специалистовъ отъ истерическаго паралича. Случайно проходившій мимо священникъ прочелъ надъ нею молитву, и она встала, почувствовавъ себя вполне здоровой.

Весьма похожій случай по своимъ послѣдствіямъ, всеѣмъ намъ хорошо извѣстный изъ литературы, былъ недавно въ Москвѣ.

Въ Италіи въ шестидесятыхъ годахъ развилась въ одной деревнѣ истерія эпидемически и прекратилась съ того момента, какъ въ эту деревню вошли войска.

Landouzy вылечилъ одну больную хлѣбными пилюлями, окрестивъ ихъ страшнымъ именемъ «pilules fulminantes».

Vianchy окончательно излечилъ больную отъ истерическаго паралича одними лишь приготовленіями къ произведенію прижиганія каленымъ желѣзомъ безъ хлороформа.

У другой больной припадки эпилептоидной истеріи ис-

чезли подъ вліяніемъ насильнаго катанія по самымъ моднымъ улицамъ многолюднаго города.

Я не стану приводить больше примѣровъ изъ громаднаго числа описанныхъ уже въ литературѣ подобныхъ случаевъ. Смыслъ ихъ понятенъ. Позволю себѣ лишь напомнить вамъ, что методъ этотъ, въ основѣ котораго почти всегда лежитъ внушеніе или самовнушеніе, извѣстенъ намъ со временъ Христа. Къ сожалѣнію, мы не воспользовались этимъ методомъ, забыли о немъ и ничего не сдѣлали для огражденія человѣческаго рода отъ истеріи, давъ ей возможность, по выраженію Maudsly, играть одну изъ первенствующихъ ролей въ вырожденіи человѣчества. Для подтвержденія этого мнѣнія достаточно привести факты, что между женщинами, по Scanzoni, 70 % истеричныхъ приходится на рожавшихъ, что отъ истерическихъ матерей рождается 50 % истерическихъ дочерей. Въ виду такихъ цифръ можно вполне присоединиться къ мѣткому выраженію Orpenheim'a, что истерія есть — «das Erbtheil der Frauen und die Geissel der Maenner».

На представленныхъ мною больныхъ можно было неоднократно убѣдиться, что различные симптомы чистой истеріи и періоды истеро-эпилептическихъ припадковъ можно было искусственно замѣнять состояніями гипноза. Вы помните также, что одну форму гипноза можно было нерѣдко переводить въ другую, замѣнять ихъ бодрственнымъ состояніемъ

и этимъ путемъ значительно сокращать припадки истеріи. Это чрезвычайно важный результатъ, такъ какъ истеро-эпилептическіе припадки могутъ продолжаться весьма долго. Далѣе вамъ помнится, что нѣкоторыя формы гипноза путемъ внушенія можно замѣнить болѣе легкими формами, — напр., гипноиднымъ состояніемъ, которое представляется несравненно болѣе благопріятнымъ для различныхъ терапевтическихъ примѣненій. Если склонность больныхъ къ словеснымъ внушеніямъ мѣшаетъ подчасъ изученію явленій гипноза съ чисто физиологической стороны, и мы должны тщательно избѣгать даже малѣйшаго повода къ внушеніямъ, производить наши изслѣдованія молча и каждый разъ все же сомнѣваться въ чистотѣ нашихъ наблюденій, то въ леченіи истеріи они оказываютъ намъ громадную услугу. Въ такомъ упорномъ болѣзненномъ процессѣ, какъ истерія, возможность воспользоваться патологическимъ симптомомъ — склонностью къ внушеніямъ — для устраненія другихъ, представляется крайне драгоцѣннымъ и исключительнымъ терапевтическимъ орудіемъ. Вы не могли не остановиться внимательно надъ тѣмъ важнымъ фактомъ, что въ нѣкоторыхъ формахъ гипноза больные безусловно слушаются внушенныхъ имъ приказаній. Наконецъ, не ускользнулъ отъ вашего вниманія и тотъ фактъ, что въ нѣкоторыхъ состояніяхъ гипноза приходятъ въ дѣйтельное состояніе тѣ органы чувствъ, функціи которыхъ у истеричныхъ въ бодрственномъ состояніи представлялись совершенно подавленными. Эти факты даютъ намъ полное право примѣнять внушенія съ цѣлью возвращенія той, либо другой функціи, хотя бы на непродолжительное время; этимъ мы еще шире открываемъ ворота для другихъ терапевтическихъ приемовъ. Путемъ внушеній, примѣненныхъ въ истеріи съ терапевтической цѣлью, дѣйствительно, можно достигнуть очень многого. Внушеніями часто удается устранить цѣлый рядъ тяжелыхъ симптомовъ, мѣшающихъ леченію, напр., рвоты, поносы, параличи и т. д. Нужно

только пользоваться внушеніями осторожно и вести их систематически.

Для того, чтобы внушеніе въ гипнозѣ вѣрнѣе достигало цѣли, необходимо, чтобы оно было сдѣлано достаточно громко, внятно, повелительно и въ лаконической формѣ. При необходимости повторенія внушенія сейчасъ же, оно должно быть сказано въ прежней формѣ, по возможности безъ перемѣщенія словъ, или замѣны однихъ словъ другими. Не слѣдуетъ дѣлать въ одинъ разъ болѣе одного или двухъ внушеній. Въ случаяхъ сложныхъ разстройствъ, лучше всего внушать удаление одного симптома за другимъ; вначалѣ слѣдуетъ дѣйствовать на нарушение психической сферы, потомъ на уничтоженіе двигательныхъ разстройствъ, потомъ нарушенийъ въ сферѣ органовъ чувствъ, оканчивая разстройствами кожной чувствительности. Въ это же время слѣдуетъ энергически усиливать питаніе больныхъ, заставляя ихъ пользоваться свѣжимъ воздухомъ, желѣзомъ или мышьякомъ, гимнастикой и массажемъ. Я отдаю такому методу леченія преимущество потому, что отъ него, въ особенности въ последнее время, я получилъ самые лучшіе результаты. Нѣкоторые даже изъ вышеописанныхъ больныхъ поправились на столько, что свободно занимаются своимъ дѣломъ, иныя совершенно выздоровѣли.

По Obersteiner'у, гипнозъ, какъ терапевтическое средство, дѣйствуетъ:

- a) какъ hypnoticum,
- b) какъ anaestheticum,
- c) какъ удобное состояніе для внушеній.

Последній моментъ играетъ очень видную роль въ терапіи нервныхъ болѣзней послѣдняго времени.

Лечение внушениями во время гипноза иногда въ началѣ оказывается недѣйствительнымъ; но настойчивымъ повтореніемъ ихъ удается достигнуть перваго результата, за которыми слѣдующіе достигаются несравненно легче и скорѣе. Не слѣдуетъ только бросаться въ крайности; не слѣдуетъ увлекаться этимъ методомъ по примѣру Fontan'a и Ségaud'a, примѣняя его къ дизентеріямъ, апоплексіямъ, уретритамъ, флегмонамъ, лихорадкамъ и пр.—Это можетъ только дискредитировать еще не окрѣпшій методъ, но весьма драгоценный прежде всего въ различныхъ формахъ истеріи и неврастеніи. Съ другой стороны, не слѣдуетъ его примѣнять *à la rigueur*, потому что нельзя поручиться, что со временемъ склонность къ гипнозу, искусственно развитая среди массъ, не поведетъ и у насъ къ появленію какой-нибудь *Sleeping-sickness* или другой патологической формы. Во всѣхъ случаяхъ органическихъ заболѣваній нервной системы, въ которыхъ мнѣ случалось примѣнять внушенія въ гипнозѣ (склерозы спиннаго мозга, атетозы, афазіи, гемиплегіи отъ гнѣздовыхъ заболѣваній), получалось только кратковременное и не всегда рѣзко выраженное улучшеніе того, либо другаго симптома. Такъ на примѣръ, получалось ослабленіе произвольныхъ движеній при атетозѣ, возможность произношенія афатиками нѣкоторыхъ словъ, которыхъ они не могли произносить раньше, улучшеніе движеній въ конечностяхъ у гемиплегиковъ и т. д. Улучшенія эти могутъ быть объяснены тѣмъ, что въ мозгу имѣются готовыя анатомическія условія для того, чтобы одинъ и тотъ-же импульсъ могъ достигъ своего назначенія по различнымъ путямъ. Обыкновенно для этой цѣли служитъ самый укатынный путь; но если на немъ встрѣчается механическое препятствіе, напр., перерывъ, то импульсъ имѣетъ въ своемъ распоряженіи еще и другіе, хотя и менѣе укатынные пути. Гипнотическія состоянія облегчаютъ, повидимому, возможность пользоваться этими окольными путями. Частое упражненіе

окольныхъ путей въ проводимости во время гипноза непривычныхъ для нихъ импульсовъ можетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ сдѣлать ихъ достаточно укутанными, т. е. вполне пригодными для пользованія и въ гипноза. Въ этомъ и состоитъ цѣль часто повторяемыхъ внушеній, дѣлаемыхъ подобнымъ больнымъ въ гипнозѣ.

Внушенія и гипнотизаціи, предосторожности ради, должны происходить всегда въ присутствіи одного или двухъ ассистентовъ и никогда въ присутствіи постороннихъ лицъ или даже родственниковъ. Слѣдуетъ также избѣгать вызывать гипнозъ и дѣлать внушенія посредствомъ писемъ, телеграммъ, или телефона; эти приемы достигаютъ иногда цѣли (Liégeois), но они низводятъ методъ до уровня фокусовъ.

Мнѣ остается еще сказать нѣсколько словъ о практикуемомъ довольно часто и въ настоящее время способѣ леченія истеріи кастраціей. Не подлежитъ сомнѣнію, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ кастрація вела къ полному выздоровленію отъ истеріи. Но при этомъ не нужно забывать, что во многихъ случаяхъ для такого же успѣха достаточно было, чтобы больная видѣли процессъ приготовленія къ операціи, или чтобы, взаменъ кастраціи, сдѣланы были лишь небольшіе надрѣзы кожи на животѣ (Chiareoni.—Lancet 1887). Не подлежитъ также сомнѣнію, что не всѣ случаи кастраціи, попавшіе въ литературѣ въ графу выздоровленій, дѣйствительно увѣнчались полнымъ выздоровленіемъ. Въ моемъ отдѣленіи лежитъ въ настоящее время кастрированная больная, Роза Г., у которой на 4-й день послѣ кастраціи, сдѣланной въ одной изъ нашихъ университетскихъ клиникъ, явился приступъ истеро-эпилепсіи; вълѣдствіе

этого припадка швы раны разошлись, и заживление затянулось. Въ теченіе 3-хъ затѣмъ мѣсяцевъ припадковъ не было, но потомъ они стали появляться все чаще, и въ настоящее время ихъ бываетъ по 5—6 въ день. Полученный отъ кастраціи результатъ не многимъ отличается отъ того, который получилъ Пр. Charcot у этой же больной, обѣщавъ тоже сдѣлать кастрацію и ограничившись наложениемъ бинта на животъ, подъ видомъ благополучно оконченной операциі: припадковъ не было цѣлый мѣсяць; до этого они повторялись по 4—5 разъ въ день.— Въ виду такихъ фактовъ постоянно всплываетъ вопросъ, — слѣдуетъ-ли подвергать кастраціи больныхъ съ цѣлью излеченія отъ истеро-эпилепсіи? Но прежде я долженъ замѣтить, что яичники представляютъ собою очень важный органъ сложнаго полового аппарата, который, независимо отъ своего спеціальнаго назначенія, является еще представителемъ периферическихъ частей одного изъ органовъ чувствъ — полового чувства. Что яичники дѣйствительно играютъ извѣстную роль въ половомъ чувствѣ, видно изъ того, что кастрированные дѣлаются совершенно равнодушными къ другому полу. Отъ одной кастрированной я узналъ, что у нея вскорѣ послѣ операциі совершенно исчезли любострастные сны, до этого сильно ее беспокоившіе; другая жаловалась, что во время кастраціи не чувствуетъ коитальныхъ удовольствій.

Если при такой точкѣ зрѣнія позволительно въ истеро-эпилепсіи вырѣзывать яичники, давленіемъ на которые вызывается припадокъ, то отчего не снимать у такихъ больныхъ гиперѣстезированную кожу (периферическаго представителя чувства осязанія), самое легкое тактильное раздраженіе которой тоже вызываетъ истеро-эпилептическіе припадки. Въ такомъ случаѣ отчего бы не извлекать глазное яблоко (периферическаго представителя чувства зрѣнія), такъ какъ давленіе на него, а также яркій свѣтъ вызываютъ такіе же приступы и т. д.

Можно-бы идти въ этомъ направленіи еще дальше; наприм., — вырѣзывать селезенку, давленіе на которую, по Eichhorst'у, тоже въ одномъ случаѣ вызывало истеро-эпилептическій припадокъ.

На основаніи этихъ соображеній и личнаго опыта я категорически высказываюсь противъ кастраціи съ цѣлью леченія истеріи во всѣхъ формахъ ея проявленія. Если при этомъ болѣзненномъ состояніи имѣются несомнѣнные *патолого-анатомическія измѣненія* въ яичникахъ, *требующія* удаленія ихъ, (а такіе случаи точно діагностицируются, по своей трудности, крайне рѣдко), то операція должна быть предпринята только съ этою цѣлью, и соображенія, что въ результатѣ кастраціи можетъ получиться и излеченіе отъ истеро-эпилепсін, должны стоять на самомъ послѣднемъ планѣ.

И такъ, принципъ леченія истеріи въ широкомъ смыслѣ слова долженъ основываться на нутритивномъ методѣ и на методѣ психическаго воздѣйствія, примѣняемаго какъ въ состояніи гипноза, такъ и въ бодрственномъ состояніи. Послѣдній методъ одинаково важенъ и въ профилактическомъ отношеніи. Прививка, по смыслу теоріи Мечникова, имѣетъ значеніе приучить фагоцитовъ къ борьбѣ съ слабой заразой, чтобы сѣмъ справиться на случай появленія болѣе сильной. Точно такъ-же и молодой мозгъ слѣдуетъ разумными, осторожными и постепенными по силѣ, своего рода психическими прививками, приучать къ борьбѣ съ внѣшними препятствіями на случай появленія болѣе сильныхъ, съ которыми не сѣмъ бы справиться непріученныя клѣтки его мозговой коры.

Истерическихъ больныхъ не слѣдуетъ помѣщать въ общія палаты больницъ, дающія лишь возможность болѣзни распространяться и совершенствоваться отдѣльнымъ ея симптомамъ. Наоборотъ, необходимо устраивать больницы съ изолированными помѣщеніями.

Изоляція сама по себѣ является методомъ, при посредствѣ котораго, въ связи съ воздѣйствіемъ въ гипнозѣ, можно дѣликомъ измѣнить психическій складъ больныхъ; можно, т. е. к., перевоспитать ихъ.

Если въ воспитаніи мы находимъ профилактику для многихъ случаевъ истеріи, то въ перевоспитаніи можемъ нерѣдко найти излеченіе ея.

ЛИТЕРАТУРА.

- Azam.**—Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité. 1887.
- Braid James.**—Neurypnologie, Paris. 1883.
- Beaunis H.**—Du somnambulisme provoqué. 1886 и 2-е издание 1887.
- Brown-Séguarđ.**—Leçons sur les nerfs vasomot. 1872.
- Bérillon E.**—Hypnotisme expérimental. Paris 1884.
- Венедиктъ.**—Каталепсія и месмеризмъ. Перев. Дмитриева 1880.
- Bernheim.** De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique. 1886.
- Binet A. et Ch. Féré.**—Le magnétisme animal 1887.
- Bourneville et Regnard.**—Iconographie photographique de la Salpêtrière.
- Cl. Bernard.**—Лекції фізіології и патології нервн. сист. т. 2.
- Cullère.**—Magnétisme et Hypnotisme 1886.
- Charcot J.**—Leçons sur les maladies du syst. nerv. 1880.
- Данилевскій В.**—Изслѣдованія по фізіол. головного мозга. 1876.
- Despine P.**—Etude scientifique sur le somnambulisme. 1880.
- Дарвинъ Чарльсъ.**—О выраженіи ошущеній у челоуѣка и животныхъ. Пер. подъ редакціей А. Ковалевскаго. 1872.
- Dastre et Morat.**—Arch. de phys. norm. et pathol.—1882 и 1883.
- Delitzsch F.**—System der Biblischen Psychologie. 1861.
- Fontan et Ségarđ.**—Eléments de médecine suggestive. 1887.
- Grasset J.**—Traité pratique des maladies du système nerveux. 1886.
- Gilles de la Tourette.**—L'hypnotisme et les états analogues au point de vue medico—legal. 1887.

Гейденгайтъ.—Животный магнетизмъ. Пер. подъ ред. Павлова. 1880.

Gessmann G.—Magnetismus und Hypnotismus. 1887.

Heubner.—Die luetische Erkrankungen der Hirnarterien nebst allgemeinen Erörterungen zur normalen und pathologischen Histologie, sowie zur Hirncirculation. 1874.

Hirsch. A.—Handbuch der historisch—geographischen Pathologie. A. III. 1886.

Негар. А.—Нервные заболѣванія у женщинъ и ихъ отношеніе къ патологій половой сферы. Значеніе кастраціи при неврозахъ. Пер. Шмигельскаго (М. К. IV № 2).

Jung E.—Le sommeil normal et le sommeil pathologique.

Kopp C.—Die Trophoneurosen der Haut. 1886.

Kaan H.—Ueber Beziehungen zwischen Hypnotismus und Cerebraler Blutfüllung, 1885.

Лауденбахъ Ю.—Сосудодвигательная нервная система У. И. У. Св. В.

Liegeois.—Sur la suggestion hypnotique etc. 1884.

Ludwig und Thiry.—Sitzungsberichte d. Wiener Akad. Bd. 49.

Langstein H.—Die Neurasthenie. 1886.

Мочутковскій О. и Окюъ В.—Гипнотическіе опыты. Труды врачей О. Г. Б. 1884.

Mosso A.—Ueber den Kreislauf des Blutes. 1881.

Mosso. A.—Applcation de la balance à l'étude de la circulation du sang chez l'homme. 1884.

Манассеина М. М.—О ненормальности мозговой жизни современно культурнаго человѣка. 1876.

Obersteiner H.—Гипнотизмъ. Перев. Ковалевской. 1886.

Остроумовъ.—Arch. für. ges. Physiologie. Bd. XII.

Ochorowicz.—La suggestion mentale 1887.

Пашутинъ В.—Лекціи общей патологій. Ч. II. 1881.

Pitres A.—Des zones hystérogènes et hypnogènes des attaques de sommeil. 1883.

- Pitres.**—Des suggestions. 1884.
- Протоколы VII съезда Русскихъ Естествоиспытателей и врачей.** 1883.
- Regnard.**—Les maladies épidémiques de l'esprit. 1887.
- Richer Paul.**—Etudes cliniques sur la grande hystérie. 1885.
- Roskoff G.**—Geschichte des Teufels. 1869.
- Ruhemann J.**—Die Hysterie, ihr Wesen und ihre Behandlung. 1886.
- Schiff.**—Untersuch. zur Physiologie d. Nerven-System. 1885.
- Tamburini A. и G. Seppilli.**—Anleitung zur experimentellen Untersuchung des Hypnotismus. 1882 и 1885.
- Тархановъ И.**—Гипнотизмъ, внушение и чтение мыслей. 1886.
- Труды Общества русскихъ врачей въ С.-Петербургѣ** 1883—1884 г.
- Vulpian.**—Leçons sur l'appareil vasomoteur.
- Weinhold.**—Hypnotische Versuche. 1880.
- Weir-Mitchell S.**—Lectures on diseases on the nervous system, especially in women. 1881.

Ж у р н а л ы :

- Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.
- Arch. génér. de Médecine.
- Archives de Physiologie.
- Archives de Neurologie.
- Архивъ психіатріи, нейрологіи и судебной психопатологіи. Подъ редакц. П. И. Ковалевскаго.
- Brain —A Journal of Neurology.
- British medical Journal.
- Врачъ—Еженедѣльная медицинская газета.

Вѣстникъ клинической и судебной психіатріи и невропатологіи.
Подъ редакц. И. П. Мержеевского.

Deutsche med. Wochenschr.

The Lancet.

Медицинское Обозрѣніе.

Neurologisches Centralblatt.

Progrès Médical.

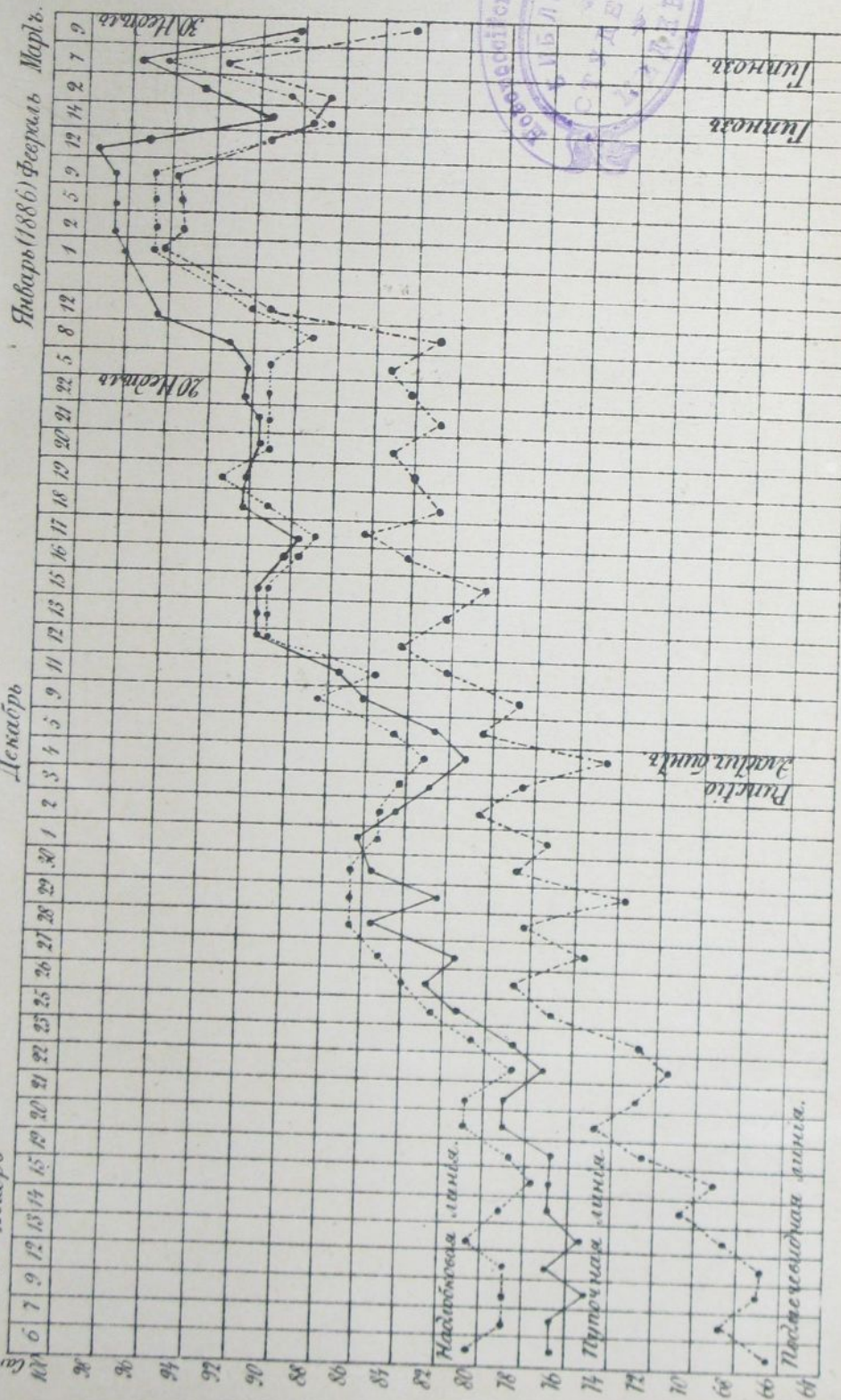
Revue philosophique.

Revue de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique.





1885 Ноябрь
 Таблица 1 а
 Декабрь



Январь (1886) Февраль Мартъ.

Июнь
 Июль

20 Мартъ

30 Апрель

Надпочечная линия.

Пупочная линия.

Печеночная линия.

Позвоночная линия.

Сентим.

64

Таблица 2я

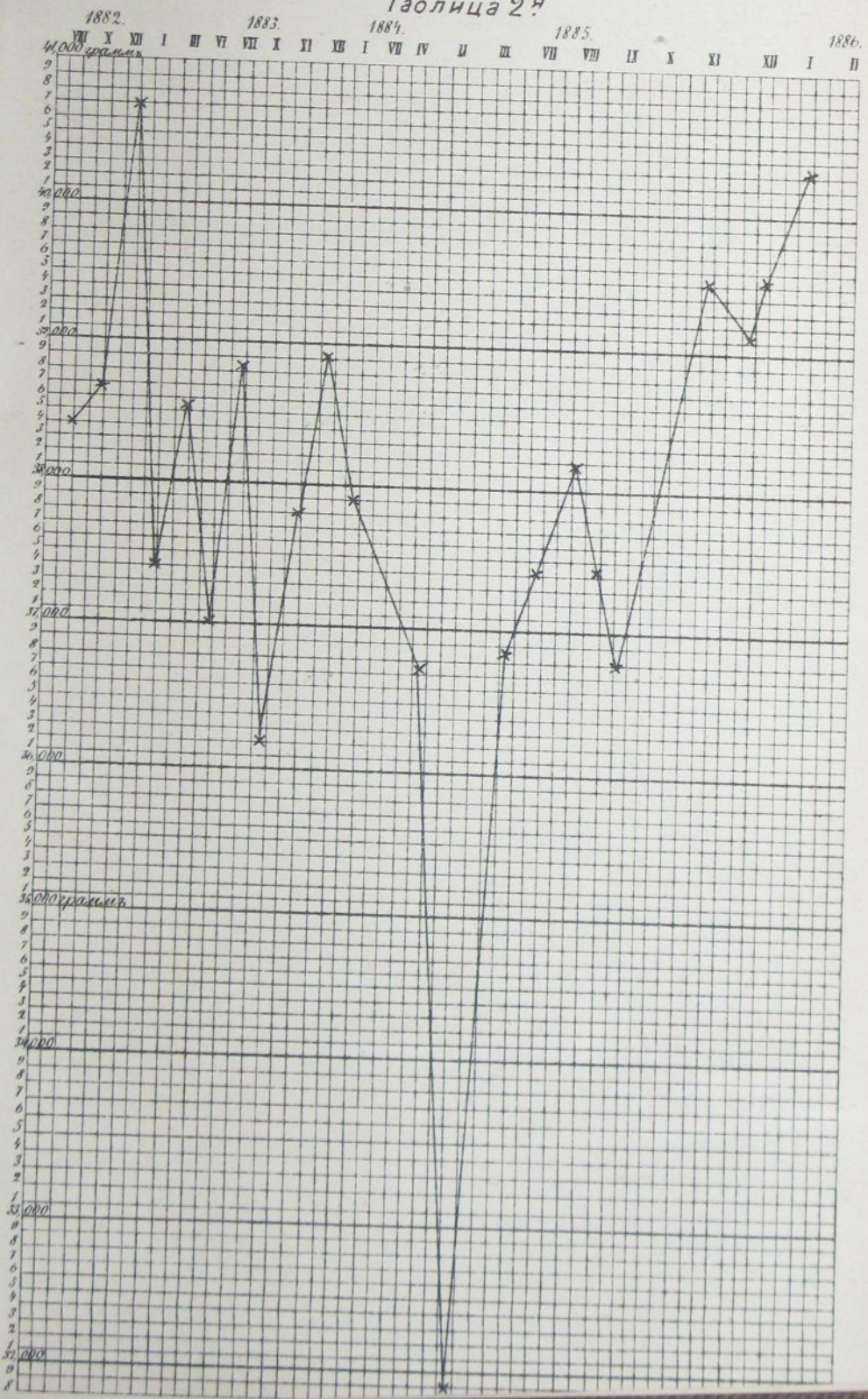


Таблица 5я

108 Семиндъ



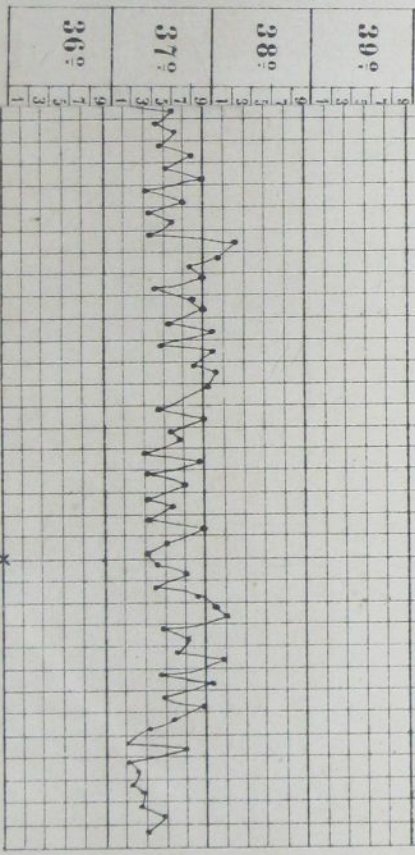
Годъ и
мѣсяцъ

Декабрь

1886 Январь.

Дни

24 25 26 27 28 29 30 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



а

б



Таблица 6^я

Въ бодрствениномъ состояніи.

Стоящее положеніе.



Горизонтальное положѣ.



Голова спущена внизъ.

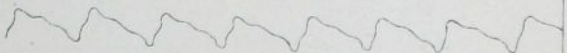


Голова спущена внизъ,
ноги подняты вверхъ.



Въ Каталептическомъ состояніи.

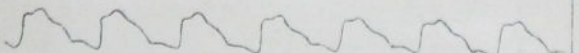
Стоящее положеніе.



Горизонтальное положѣ.



Голова спущена внизъ.



Голова спущена внизъ,
ноги подняты вверхъ.



Замѣченныя опечатки.

страниц.	строка, считающаяся сверху.	напечатано.	слѣдуетъ читать.
11	18	усились	усилились
12	29	Изучая кривыя	Изучая кривыя на 1-й таб.
12	30	замѣчается	замѣчаемъ
20	5	Первые	Цѣрвыя
26	32	Первоначально	первоначально
28	16	трудн	трудно
71	24	больной	больная
75	23	Минницкому	Минницкому
89	20	7 ¹ / ₂	8 ¹ / ₂
90	28	водоизмѣненіями	видоизмѣненіями
94	4	которыя	которые
96	6	сомнамбулія	сомнамбулія, или катаlepsія
155	24	ривитія	развитія
156	1	чкпхъ	скихъ
"	31	ступитъ	ступитъ
168	22	органы связанныя	органы и связанныя
174	2	опущенной	опущенною
175	16	уров-	урав-
186	13	die „Curiositaeten	„die Curiositaeten
