

СУЩНОСТЬ ИСТЕРИИ ¹⁾

(Къ явленіямъ иррадіаціи и антагонизма
между нервными центрами).

Физиолого-клиническое изслѣдованіе.

Д-ра Брунона Кнотте.

I.

Въ 1897 г. вышло въ свѣтъ сочиненіе Р. Sollier подъ заглавіемъ: „Происхожденіе и природа истеріи“ ²⁾. Это—обширный трудъ въ двухъ большихъ томахъ. Весь второй томъ состоитъ изъ 20-ти подробныхъ дневниковъ болѣзней, относящихся къ лицамъ, страдавшимъ самыми тяжелыми формами истеріи и леченымъ Sollier по его особому методу съ исключительнымъ противъ всѣхъ обычныхъ способовъ леченія успѣхомъ. Этотъ 2-ой томъ имѣетъ значеніе связки документовъ по отношенію къ первому тому, въ которомъ излагается основанное на нихъ само ученіе Sollier объ истеріи. Уже одни столь крупные размѣры труда объ одной только болѣзни и то, какъ Sollier обставилъ себя въ немъ съ формальной стороны (2-ой томъ), заставляютъ насъ самымъ серьезнымъ образомъ отнестись къ ученію Sollier, несмотря на всю кажущуюся невѣроятность, почти сказочность описываемыхъ фактовъ, несмотря на всю парадоксальность самой

¹⁾ Сообщено въ Одесскомъ Обществѣ Русскихъ Врачей.— Настоящій докладъ появляется въ печати спустя годъ послѣ того, какъ онъ былъ сдѣланъ въ названномъ Обществѣ. За это время въ литературѣ появилось нѣсколько работъ, подтверждающихъ тѣ или другіе изъ высказанныхъ въ моемъ докладѣ взглядовъ. Важнѣйшіе изъ нихъ будутъ указаны въ текстѣ.

²⁾ D-r Paul Sollier. *Genèse et nature de l'hysterie*. 2 tomes. Paris, 1897.

теоріи. Факты подлежатъ, конечно, провѣркѣ, но мы не въ правѣ не довѣрять Sollier на томъ лишь основаніи, что сами ихъ не наблюдали. Впрочемъ, считаю долгомъ прибавить еще слѣдующее. Я лечилъ всего трехъ больныхъ по этому, крайне утомительному для самого врача, методу Sollier. Конечно, я, такимъ образомъ, не получилъ большинства явленій, описанныхъ авторомъ. Мало того, я не получилъ самаго главнаго—того феномена, который Sollier называетъ „возвратомъ личности“ (*régression de la personnalité*). Но за то все, что у меня получалось, вполне согласно съ описаніемъ Sollier. А, вѣдь, все это—явленія новыя, диковинки. Вотъ это и заставляетъ меня окончательно вѣрить и остальнымъ диковинкамъ сочиненія автора.

Совсѣмъ другое дѣло—толкованіе фактовъ, т. е. сама теорія. Мы увидимъ въ дальнѣйшемъ, насколько дедукціи Sollier неправильны или, вѣрнѣе, преувеличены. Но, если въ его теоріи имѣется натяжка, неизбежная, впрочемъ, при игнорированіи тѣхъ фізіологическихъ отношеній между нервными центрами, о которыхъ будетъ рѣчь, то это есть лишь новое доказательство добросовѣстности автора, какъ наблюдателя, разъ снѣ, при всей трудности для него связать въ одно цѣлое факты, все-таки не подтасовываетъ ихъ, а оставляетъ въ сыромъ видѣ. Но, неудовлетворительно объясняемые теоріей истеріи Sollier, его факты составляютъ цѣнный матеріалъ для моихъ взглядовъ на фізіологію и патологическую фізіологію, наравнѣ съ моими собственными наблюденіями и изслѣдованіями. Вотъ почему изложеніе послѣднихъ я сочетаю съ изложеніемъ и критикой теоріи Sollier, съ которой я и начну. Я долженъ предварительно замѣтить, что, несмотря на ошибки въ дедукціяхъ, трудъ Sollier представляетъ полную новизну и громадную заслугу въ патологій истеріи (а отчасти и въ психофізіологій). Дѣло въ томъ, что, если не считать ничего ближе не опредѣляющаго „истощенія“ нервной системы, то всѣ предшествовавшія теоріи истеріи — разстройство представленій (Moebius, Strümpell),

раздвоеніе личности (Oppenheim, Jolly, Breuer, Freud), служеніе поля сознанія (Pick, Janet)—были лишь психологическими воззрѣніями на болѣзнь. Наоборотъ, теорія Sollier—физиологическая, а, главное, построена экспериментальнымъ путемъ. Отсюда понятно, насколько она выше, реальнѣе предъидущихъ, которыхъ мы не будемъ поэтому касаться въ настоящей статьѣ.

Вотъ къ чему сводится ученіе Sollier. Какъ извѣстно, въ ряду безчисленныхъ явленій, наблюдаемыхъ при истеріи, обыкновенно отмѣчается также пониженіе чувствительности—анестезія. Эта анестезія, считавшаяся до сихъ поръ лишь однимъ изъ симптомовъ истеріи, есть, наоборотъ, основное разстройство при этой болѣзни, отъ котораго и зависятъ все остальные безъ исключенія. Потеря аппетита, отрыжка, рвота, разстройства сна, параличи, контрактуры, истерическіе приступы, наконецъ, психическія разстройства—все это обязано своимъ происхожденіемъ то болѣе, то менѣе глубокой, то здѣсь, то тамъ локализованной, то болѣе, то менѣе распространенной въ организмѣ вообще анестезіи. Даже гиперестезія, а съ ней все виды болѣе съ пресловутыми болѣзненными точками—не есть настоящее повышеніе чувствительности, а лишь особый видъ „болѣзненной анестезіи“. Истерическая анестезія, конечно, не периферическаго, а центральнаго происхожденія, т. е. анестезированы или, выражаясь словами Sollier, болѣе или менѣе усыплены и вслѣдствіе этого работаютъ лишь на половину или вовсе не работаютъ соответствующіе центры нашего мозга. Доказательства того положенія, что анестезія есть основное разстройство въ данной болѣзни, не могутъ быть проще: каждое истерическое явленіе, въ чемъ-бы оно ни состояло, исчезаетъ сейчасъ-же, разъ мы приказываемъ больному, подъ гипнозомъ или даже безъ него, чувствовать все лучше и лучше—до полного восстановленія нормальной чувствительности—соответствующую часть тѣла (я оставляю пока въ сторонѣ практическій вопросъ о томъ, легко-ли этого добиться). Этимъ же путемъ

возстановленія чувствительности доказывается прежде всего новый физиологическій фактъ самаго существованія ея, но лишь въ безсознательной въ нормальныхъ условіяхъ формѣ, во всѣхъ нашихъ внутреннихъ органахъ, а затѣмъ—фактъ такого же пониженія или полного исчезанія этой чувствительности внутреннихъ органовъ, какъ причины истерическихъ разстройствъ и въ нихъ: всевозможныхъ болей, отсутствія аппетита (желудокъ), атоніи кишекъ, афазіи и афоніи (языкъ, гортань) и т. д. Это потому, что и въ этихъ органахъ исчезали всѣ патологическія явленія, когда Sollier говорилъ больнымъ: „чувствуйте лучше свой желудокъ, животъ, сердце, легкія“ и т. д. Исчезаніе анестезіи и возстановленіе нормальной функціи любого члена или органа сопровождается весьма опредѣленными для каждаго изъ нихъ и для данной степени анестезіи объективными и субъективными явленіями. Объективныя состоянія, главнымъ образомъ, въ рѣзкихъ двигательныхъ эффектахъ, какъ-то: сильныя судороги конечностей, рѣзкая перистальтика желудка и кишекъ, измѣненія сокращеній сердца и т. д., а субъективныя—въ самыхъ разнообразныхъ, крайне непріятныхъ парестетическихъ ощущеніяхъ. Но и этого еще недостаточно для полного возстановленія здоровья. Дѣло въ томъ, что самый мозгъ, наравнѣ съ остальными внутренними органами, тоже обладаетъ чувствительностью, не только въ томъ смыслѣ, что въ немъ-то и заключаются соотвѣтствующіе чувствительные центры для всего тѣла, но онъ весь обладаетъ чувствительностью, какъ всякій органъ. Причемъ и тутъ возвращеніе чувствительности, раньше, чѣмъ привести къ возстановленію функціи, сопровождалось субъективно рядомъ весьма опредѣленныхъ, крайне непріятныхъ парестетическихъ ощущеній въ головѣ, а объективно—рѣзкими движеніями ея. Вызываніе чувствительности въ тѣлѣ сопровождается еще, хотя не всегда, особымъ психическимъ эффектомъ, о которомъ я уже упомянулъ. Это, такъ называемый, возвратъ личности (значеніе его объяснено ниже).

Это одинъ рядъ фактовъ Sollier. Мы видимъ здѣсь, съ одной стороны, совершенно новый и оригинальный методъ леченія болѣзни, по которому Sollier излечивалъ самые отчаянные случаи истеріи, гдѣ всѣ другіе терапевтическіе приемы потерпѣли фіаско. Съ другой стороны, это есть рядъ экспериментовъ, которые приводятъ къ заключенію, что вся истерія состоитъ въ большей или меньшей оцѣпенѣлости (*engourdissement*) и вслѣдствіе этого недѣятельности, словомъ, какъ бы въ усыпленіи самыхъ разнообразныхъ группъ мозговыхъ центровъ. А мы знаемъ, что такое же состояніе недѣятельности нашъ мозгъ представляетъ и во время сна.

Но вотъ еще другой рядъ фактовъ Sollier. Извѣстно, что при истеріи наблюдаются явленія такъ наз. сомнамбулизма или вигилямбулизма. Послѣдній отличается отъ перваго лишь тѣмъ, что при немъ глаза остаются открытыми. Вигилямбулизмъ и сомнамбулизмъ, какъ показываетъ само названіе послѣдняго, есть родъ сна, въ который погружаются иногда истеричные, сохраняя на видъ нѣкоторое сознаніе и частичную способность къ привычнымъ занятіямъ. Въ этомъ снѣ они остаются продолжительное время, по недѣлямъ и больше. Замѣчательно, что, пока сомнамбулизмъ или вигилямбулизмъ не пройдетъ, больные не могутъ уснуть естественнымъ сномъ. Когда-же они просыпаются отъ своего сомнамбулизма, то не помнятъ ничего изъ того, что происходило съ ними во время пережитаго состоянія. По наблюденіямъ Sollier, и внѣ сомнамбулизма, въ случаяхъ тяжелой истеріи, иногда при самомъ строгомъ контролѣ, больные положительно не засыпаютъ ни на одну минуту въ теченіе мѣсяцевъ, не испытывая при этомъ ни малѣйшей потребности сна. Въ другихъ случаяхъ, если больные и спятъ, то отнюдь не естественнымъ сномъ, а особымъ, чаще всего впадая въ родъ аутогипноза. Вотъ это собственно впервые и навело Sollier на мысль, что всѣ истеричные суть сомнамбулисты, что всѣ они погружены въ сонъ, а потому естественнаго сна у нихъ и быть не можетъ до тѣхъ поръ, пока они не выздоровѣютъ,

т. е. пока не проснутся отъ своего хроническаго сна. Это и даетъ возможность понять, почему больные могутъ абсолютно не спать въ теченіе мѣсяцевъ, не испытывая ни малѣйшей потребности сна. Это очень просто: они не засыпаютъ и не хотятъ спать потому, что они уже спятъ. Иначе такая бессонница была бы невысказима для человѣческихъ силъ.

Чтобы провѣрить свое предположеніе, Sollier дѣлаетъ слѣдующій, простѣйшій по идеѣ и почти невѣроятный по эффекту, экспериментъ, удавшійся ему однако нѣсколько разъ. Загипнотизировавъ больную, положимъ лѣтъ 25—30, онъ даетъ ей слѣдующее приказаніе: „проснитесь совершенно, абсолютно, съ головы до ногъ“! Получается слѣдующее (я рисую общую картину). Больная открываетъ глаза и, увидѣвъ Sollier, бросается бѣжать отъ него, какъ дѣвчонка отъ незнакомаго взрослого мужчины. Она не знаетъ, гдѣ находится, хотя живетъ уже нѣсколько мѣсяцевъ въ лечебницѣ Sollier, не знаетъ, съ какихъ поръ и зачѣмъ она здѣсь, не узнаетъ другихъ больныхъ, ищетъ свою куклу и т. д. Больная удивляется, что она въ длинномъ платьѣ и такая большая. Спрошенная, сколько ей лѣтъ, больная отвѣчаетъ: 5—10—12, словомъ, столько, сколько ей было до заболѣванія истеріей. Черезъ нѣсколько дней, замѣтивъ у себя на лобѣ волосы, она остригаетъ ихъ ножницами, чтобы „мама не узнала“, что у нея тамъ сдѣлалось. Другой разъ ее застаютъ въ слезахъ и ужасѣ: она умираетъ, она истекаетъ кровью. Оказывается, что у нея регулы. Дѣло ясно: больная дѣйствительно проснулась. Она представляетъ теперь изъ себя ту личность, какою она была до заболѣванія. Поэтому Sollier и называлъ этотъ феноменъ возвратомъ личности (*régression de la personnalité*). Но тотъ же возвратъ личности получается, какъ я уже упоминалъ, притомъ гораздо легче, и при первомъ способѣ леченія—посредствомъ постепеннаго возстановленія чувствительности. Именно по этому-то способу у Sollier и получился однажды при застарѣлой истеріи возвратъ къ возрасту на 29 лѣтъ моложе. Въ другихъ, впрочемъ крайне рѣдкихъ,

случаяхъ при прямомъ приказаніи проснуться вмѣсто этого феномена получается возвращеніе потерянной вслѣдствіе болѣзни чувствительности, исчезаютъ всѣ симптомы, больная выздоравливаетъ, становится жизнерадостной и начинаетъ нормально спать. Конечно, для этого нужно повторить сеансъ нѣсколько разъ. Наоборотъ (я лично подчеркиваю эту разницу, мы ее вспомнимъ при обсужденіи теоріи Sollier) тамъ, гдѣ при такомъ „прямомъ пробужденіи“ больного возвратъ личности наступилъ, наблюдается лишь весьма незначительное уменьшеніе анестезій и симптомовъ (стигмъ), и дальнѣйшія простыя приказанія проснуться ни къ чему больше не приводятъ.

Сопоставляя этотъ новый рядъ фактовъ и новый способъ леченія „прямымъ пробужденіемъ“ съ первымъ рядомъ ихъ и первымъ терапевтическимъ методомъ, т. е. вызываніемъ чувствительности, Sollier констатируетъ въ обоихъ случаяхъ тождество результатовъ до феномена возврата личности включительно. И авторъ приходитъ къ весьма простому заключенію, что не чувствовать и спать—одно и тоже. И въ самомъ дѣлѣ, вѣдь и у здороваго человѣка, во время нормальнаго сна, чувствительность болѣе или менѣе теряется. Итакъ, истерія есть ничто иное, какъ сонъ, частичный или полный, т. е. распространяющійся на часть или на весь мозгъ, съ одной стороны, глубокій или легкій, съ другой. Вылечить истеричнаго субъекта—значить разбудить его, или вернуть ему чувствительность, *что—одно и тоже*. Когда здоровый человѣкъ просыпается, то къ нему тоже возвращается его чувствительность, причемъ просыпаніе не вызываетъ, а есть восстановленіе чувствительности, и наоборотъ. Словомъ, это — синонимы. Но только при второмъ методѣ леченія—посредствомъ приказаній проснуться—мы очевидно стремимся разбудить хронически спящій мозгъ истеричнаго весь сразу, что, конечно, мало надежно; и мы дѣйствительно видѣли, что одинъ этотъ способъ лишь крайне рѣдко доводитъ леченіе до конца. Обыкновенно-же получается лишь возвратъ личности и истезаніе истерическихъ приступовъ;

вся - же или почти вся соматическая анестезія и стигмы остаются. Наоборотъ, при первомъ методѣ—возстановленія чувствительности по органамъ—мы можемъ „будить“ отдѣльно центръ руки, центръ ноги или даже отдѣльно пальцы, кисть, предплечье и т. д. шагъ за шагомъ. Такимъ образомъ, тотъ валовой способъ общаго пробужденія въ большинствѣ случаевъ можетъ быть лишь вспомогательнымъ при основномъ методѣ постепеннаго возстановленія чувствительности по органамъ. Еще чаще приходится начинать прямо съ этого метода. И, какъ видно изъ 2-го тома труда Sollier, проходятъ мѣсяцы и годы этой борьбы съ упорствующей и рецидивирующей анестезіей множества членовъ и органовъ, какіе имѣются въ нашемъ тѣлѣ. Но это служить только лишнимъ доказательствомъ реальности фактовъ, описываемыхъ авторомъ. Чудеснаго на свѣтѣ нѣтъ. И однако Sollier излѣчивалъ этимъ путемъ самые застарѣлые случаи, оставленные всѣми врачами. Возстановленіе чувствительности можетъ быть достигнуто не только фиксаціей вниманія больного (которому приказываютъ „чувствовать“ то или другое мѣсто, причемъ гипнозъ лишь способствуетъ этой фиксаціи вниманія), но и всякими возбуждающими чувствительность средствами, какъ фарадизація, холодные души и т. д. Эти механическіе способы (практикующіеся уже давно, такъ что Sollier даетъ лишь новое объясненіе изъ дѣйствія) рекомендуются даже авторомъ по преимуществу, фиксація-же вниманія, а особенно въ гипнотическомъ состояніи,—лишь какъ *ultimum refugium*, къ которому однако, по словамъ самого Sollier, приходится прибѣгать въ большинствѣ случаевъ.

Остается вопросъ: что же этотъ возвратъ личности, т. е. это выпаденіе изъ сознанія и памяти больного цѣлаго періода жизни, равнаго продолжительности болѣзни, т. е. періода очень часто многолѣтняго, это—потеря безвозвратная? Нѣтъ, она возвращается, и это возстановленіе воспоминаній достигается все тѣмъ-же путемъ дальнѣйшаго вызыванія чувстви-

тельности, но уже главнымъ образомъ самой головы, т. е. полного пробужденія и высшихъ интеллектуальныхъ центровъ.

Такова въ общихъ чертахъ теорія Sollier. Я долженъ еще повторить за авторомъ его опасенія, что въ виду настоящей горячки нашего времени все объяснять внушеніемъ, получаемые результаты, а особенно этотъ столь убѣдительный (съ виѣшней стороны лишь, какъ увидимъ) для теоріи Sollier феноменъ возврата личности можетъ показаться не натуральнымъ этапомъ въ ходѣ леченія, а искусственнымъ эффектомъ, т. е. внушеніемъ. Нужно удивляться множеству замѣчательно дѣльныхъ доказательствъ Sollier неосновательности подобнаго взгляда. Но изъ всей массы ихъ я могъ-бы привести лишь слѣдующее, ибо, по моему, его одного уже достаточно: „я не знаю—говорить Sollier—ни одного случая, гдѣ-бы посредствомъ внушенія можно было разбудить кого-нибудь, кто не спитъ“. Однако я упомяну еще одинъ изъ этихъ аргументовъ, такъ какъ онъ уже былъ упомянутъ. Это тотъ фактъ, что возстановленіе чувствительности въ любомъ мѣстѣ тѣла, все равно—предпринято-ли оно подъ гипнозомъ или даже безъ него, сопровождается весьма опредѣленными и совершенно одинаковыми у всѣхъ больныхъ субъективными и объективными явленіями и, въ концѣ концовъ, приводитъ къ возстановленію нормальной функціи органа. „Наконецъ, говоритъ Sollier, нѣтъ ничего труднѣе, какъ устранить тотъ или другой истерическій симптомъ посредствомъ внушенія, и нѣтъ ничего легче, какъ устранить его, вызывая чувствительность“. Мы увидимъ однако въ послѣдствіи, что послѣднее замѣчаніе не всегда вѣрно.

Не касаясь другихъ, важныхъ какъ для патологіи, такъ и для фізіологіи, заслугъ работы Sollier, я останавлиюсь на двухъ изъ нихъ. Во-первыхъ, авторъ доказалъ громадное значеніе, хотя только практическое, анестезіи въ интересующей насъ болѣзни. Во-вторыхъ Sollier поселилъ въ насъ идею, и притомъ болѣе или менѣе доказанную имъ, какъ мы видѣли, экспериментально,—что сонъ есть понятіе

собирательное, есть сумма сна всѣхъ участковъ мозга, и что, такимъ образомъ, сонъ можетъ быть частичнымъ. Хотя идея (гипотеза) парціальнаго сна (или точнѣе: „парціальнаго бодрствованія“) высказывалась и раньше (Fechner, Meynert), какъ фізіологическое состояніе, объясняющее процессъ вниманія, но это не касается собственно сна (ночного), который до сихъ поръ всетаки остается въ сущности психологическимъ понятіемъ, по существу своему недѣлимымъ и заключающимся въ этихъ словахъ: потеря сознанія¹⁾. Однако мы увидимъ, что первое положеніе Sollier—анестезіи, какъ основного патологическаго элемента болѣзни, преувеличено уже потому, что существуетъ и противоположный элементъ—гиперестезія. Что-же касается второго положенія—идеи частичности сна, то самъ Sollier не подвелъ въ этомъ отношеніи яснаго итога своимъ экспериментамъ и слишкомъ мало воспользовался упомянутой идеей для своего же ученія, примѣнивъ ее лишь къ легкимъ случаямъ истеріи. Всѣ же тяжелые случаи онъ считаетъ сомнамбулизмомъ (вѣрнѣе, вигилиамбулизмомъ), причемъ, несмотря на свои данныя, Sollier, повидимому, разумѣетъ этотъ сомнамбулизмъ то какъ „полный сонъ“, то по старинному, т. е. какъ родъ сна въ недѣлимомъ (психологическомъ) смыслѣ слова. Но, самое главное, Sollier не выяснилъ происхожденія этого частичнаго сна. И мы увидимъ въ дальнѣйшемъ, насколько правъ былъ Deny замѣтившій, что природа этого особаго вида сна подлежитъ еще опредѣленію.

Отъ этого краткаго резюме цитируемаго труда я перехожу къ изложенію своихъ трехъ случаевъ истеріи, въ которыхъ я примѣнялъ леченіе по методу Sollier. Я дѣлаю это отчасти потому, что, въ виду новизны метода, опубликованіе результатовъ его провѣрки уже представляетъ интересъ; но

¹⁾ Такими-же психологическими, фізіологически неопредѣленными понятіями слѣдуетъ считать «сомнамбулизмъ», «сновидныя состоянія» Pierre'a Janet и т. д.

главнымъ образомъ затѣмъ, чтобы раньше, чѣмъ приступить къ болѣе подробному изложенію намѣченныхъ ошибокъ въ дедукціяхъ автора, прибавить къ его богатому матеріалу свой скромный собственный, ибо въ немъ всетаки имѣются нѣкоторыя особыя явленія, еще лучше освѣщающія эти ошибки и мою мысль.

У меня сохранились подробные дневники моихъ наблюдений, но приводить ихъ *in extenso*—не соотвѣтствовало-бы размѣрамъ настоящей статьи, представляющей лишь предварительное сообщеніе, и я буду кратокъ въ изложеніи этихъ случаевъ.

Преслѣдуя теоретическую цѣль—провѣрки ученія Sollier, я старался, чтобы „вызываніе чувствительности“ производилось, такъ сказать, въ самой чистой формѣ. Поэтому я употреблялъ не механическіе приемы, а прямыя приказанія „чувствовать“, причемъ по возможности—подъ гипнозомъ. Впрочемъ, это и требовалось по Sollier, по крайней мѣрѣ, для двухъ послѣднихъ моихъ наблюдений, какъ тяжелыхъ случаевъ. Съ другой стороны, я выбралъ именно такіе потому, что и Sollier экспериментировалъ надъ тяжелыми формами болѣзни.

I-ое наблюденіе. 23-лѣтняя замужняя женщина. Истерія состояла главнымъ образомъ въ сильнѣйшихъ боляхъ всѣхъ четырехъ конечностей, груди, спины и головы спереди надъ переносею. Эти боли были настолько сильными, что стоны больной буквально наполняли мою квартиру во время ея посѣщеній. Всякое изслѣдованіе чувствительности больной, вообще малѣйшее сосредоточеніе ея вниманія на болящихъ частяхъ, моментально усиливало боли. Желая испробовать методъ Sollier, я хотѣлъ предварительно загипнотизировать больную. Усадивъ субъекта въ удобное кресло, я начинаю усыплять его по своему мирному способу предварительнаго успокаиванія, какъ-бы убаюкиванія словами. Не смотря на это, боли не только не утихаютъ, а наоборотъ усиливаются все болѣе и болѣе и завершаются легкимъ истерическимъ приступомъ, котораго не было однако у больной уже цѣлый годъ. Затѣмъ нѣсколько разъ я пытался загипнотизировать больную, выпрыскивая ей предварительно морфій, который, какъ извѣстно, самъ способенъ вызвать сонъ и который, какъ извѣстно, есть лучшее болеутоляющее средство. Результаты: вскорѣ послѣ выпрыскиванія, еще раньше, чѣмъ больная садится въ кресло, боли усиливаются и при гипно-

тизации продолжают ожесточаться. Я пробовал также вырывать морфий и не предпринимать сеанса. Результат ожесточения болей получался тотъ-же. Тогда я начинаю лечение по Sollier без гипноза. Я избираю правую руку больной и, согласно предписанию автора для таких случаев, я настойчиво фиксирую на этой руке внимание субъекта, энергично и ежеминутно повторяя ему: «старайтесь лучше чувствовать свою правую руку». Через некоторое время наступает усиление болей и легкая, но все-же постепенно усиливающаяся разнообразная движения субъекта этой конечностью. Таким образом, я наблюдал субъективные и объективные явления, обязательные по учению Sollier при этой процедуре. В течение часа такого упражнения чувствительности боль и движения руки безпрерывно нарастают. Кроме того, усиление боли, а отчасти и движения иррадиируют во все остальные конечности, грудь и голову. Одновременно с этим растут и стоны больной, и в конце концов она приходит в невозможное состояние. Не видя никакой надежды на естественный конец этой процедуры, какой описывает Sollier, т. е.—на прекращение движений, болей и возвращение нормальной чувствительности, я прерываю сеанс. Гиперестезия остается. Спустя два дня, я еще раз попытался вызвать чувствительность правой руки. На этот раз я в течение часа и двадцати минут буквально без передышки твердил больной на все лады: «думайте только о своей правой руке, чувствуйте ее лучше». У меня пересыхало в горле. Общие боли и движения руки были еще энергичнее. Больная пришла в еще худшее состояние. Но под конец боль правой руки на короткое время действительно уменьшилась. После сеанса, в течение дня, кроме обычных болей, были еще различные парестезии и даже легкая судорога в ногах и других местах. На другой день эти явления прошли, хотя не вполне, но больная действительно заметила, что боль в правой руке меньше, чем в левой, остальные боли процветали. Однако у меня не хватило духа предпринять сейчас-же новый, крайне утомительный и для меня самого сеанс, а на следующий день все уже было по-прежнему. Должен-ли я был продолжать? Но какие-же шансы имела я на успех, раз эта капля улучшения, быть может, даже случайная, так дорого стоившая врачу и больной, так легко улетучилась?

Одно время я пробовал еще, опять таки по учению Sollier, вызывать чувствительность той-же руки уже механическим путем, именно фарадическим током. Как все, как самое исследование чувствительности больной, так лишь усиливало боли, но ничего больше.

Я стал давать больной бромистый натр в больших дозах—по 6,0 в день. Боли значительно уменьшились, и больной вообще было лучше за все время бромистого лечения. Недельки через две от начала его я хотел попробовать, изменилась-ли также от брома и в каком смысле чувствительность. Исследование тотчас-же усилило боли, и я решил никогда больше его не повторять. Затем я потерял больную из виду. Необходимо заметить, что эти опыты, как и остальные мои наблюдения, велись мною в то время, когда я был горячим поклонником как

метода Sollier, такъ и его теоріи, благодаря успѣшному началу примѣненія этого метода—именно въ третьемъ изъ моихъ случаевъ, который въ хронологическомъ порядкѣ былъ первымъ. И я далеко не охотно записывалъ затѣмъ эти отрицательные результаты.

II ое наблюдение. Эту больную я пользовалъ по способу Sollier въ Одесской городской больницѣ, гдѣ она, несмотря на свой 17-й годъ, успѣла пролежать уже полтора года. Ея состояніе можно охарактеризовать двумя словами: распространенные стаціонарные параличи и контрактуры всего тѣла. По этой причинѣ больная не можетъ не только ходить, но даже присѣсть въ своей постели, вслѣдствіе разгибательной контрактуры тазобедренныхъ суставовъ; наконецъ, она не можетъ даже поднять достаточно голову вслѣдствіе сведенія затылка, ни повернуть ея—вслѣдствіе такой же судороги *mm. sternocleidomastoideorum*. Правая рука больной есть единственный членъ, которымъ она производитъ слабыя движенія, хотя контрактуры имѣются и здѣсь. Судороги распространяются также и на брюшныя мышцы. Въ конечностяхъ эти исчезающія тоническія судороги лишь переходятъ со сгибателей на разгибателей, и наоборотъ. Кромѣ того, въ той или другой конечности, на ряду съ тоническими, часто происходятъ еще клоническія судороги. Послѣднія бываютъ и въ другихъ мѣстахъ. Наконецъ, по временамъ, именно при малѣйшемъ волненіи и особенно легко *подъ гипнозомъ*, происходятъ легкія клоническія судороги всего тѣла. Съ другой стороны, тоническія судороги происходятъ несомнѣнно и во внутреннихъ органахъ, особенно въ кишкахъ, что вызываетъ не только запоры и боли, но также постоянный метеоризмъ. Этотъ метеоризмъ, боль и запоры, какъ видно изъ больничнаго скорбнаго листа, были настолько рѣзкими въ первое время пребыванія субъекта въ больницѣ, что предполагался перитонитъ и назначалась операція, но судорога кишекъ, а за ней и метеоризмъ исчезали подъ хлороформомъ. Такія-же судороги бывали и въ сфинктерѣ пузыря, вызывая громадныя скопленія въ немъ мочи. Наконецъ, у больной несомнѣнно существуетъ такая-же постоянная судорога мелкихъ сосудовъ во всемъ тѣлѣ, за исключеніемъ лица, отличающагося, наоборотъ, слишкомъ живою игрой вазомоторовъ. Вслѣдствіе спазма сосудовъ существуетъ постоянная блѣдность кожи, а въ стопахъ, по временамъ, даже значительный ціанозъ. Проколъ въ любомъ мѣстѣ складки кожи насквозь не даетъ ни капли крови. Самъ проколъ почти вездѣ абсолютно безболѣзненъ для больной. Наконецъ, о такой-же судорогѣ сосудовъ мозга свидѣлствуютъ частые обмороки субъекта.

За исключеніемъ лица, боковыхъ частей груди и нѣкоторыхъ мѣстъ внутри живота, гдѣ имѣется болевая гиперестезія (въ животѣ о ней свидѣлствуетъ боль), существуетъ полная потеря всѣхъ видовъ и родовъ чувствительности, какъ кожи, такъ и глубже лежащихъ частей, въ томъ числѣ уничтоженіе мышечнаго чувства. Больная не имѣетъ понятія не только о положеніи своихъ членовъ, но отчасти и своего туловища въ постели, плохо сознавая повернуто-ли оно на право или на лѣво, и легко

валится съ кровати, если не принимать предосторожностей. Нѣтъ сомнѣнія, что можно было-бы ампутировать безъ наркоза бедро больной, и она могла бы даже не догадаться объ операціи.

Со стороны органовъ чувствъ рѣзкихъ измѣненій нѣтъ. Къ сказанному долженъ прибавить истеро-эпилептическіе припадки

Не могу не обратить вниманія на психику больной. Это—ласковый ребенокъ, но съ другой стороны, въ высшей степени впечатлительный. Эта черта еще усиливается, какъ я говорилъ, въ глубокомъ гипнозѣ, выражаясь повышенной склонностью къ клоническимъ судорогамъ,—фактъ, который я подчеркиваю на ряду съ самостоятельно появляющейся въ гипнотическомъ-же состояніи болѣю въ различныхъ мѣстахъ и такимъ-же самостоятельнымъ появленіемъ въ гипнозѣ тактильной чувствительности на правой рукѣ (менѣ всего анестезированной конечности). Последнее явленіе было только одинъ разъ—во время перваго сеанса, но оно было и я его подчеркиваю; заслуживаетъ вниманія удивительно туманный по временамъ взглядъ больной, хотя она устремляетъ свои расширенные зрачки прямо на васъ; вамъ кажется, какъ будто больная видитъ васъ не реально, а какъ привидѣніе. Еще интереснѣе расстройство памяти—настоящаго и особенно прешедшаго. Больная однажды не могла, напр., вспомнить, былъ-ли у нея въ этотъ день самостоятельный стулъ, хотя это такая рѣдкость у больной, что она могла бы помнить. Но вотъ крайне интересная ея автобіографія: «10-ти или 11-ти лѣтъ» она потеряла мать. Начались преслѣдованія мачихи (причина болѣзни). Я спрашиваю: «а отецъ?»—Не хотѣлъ даже смотрѣть... «Когда мнѣ было 13 или 14 лѣтъ или 15—я не помню (а вѣдь теперь ей 17-йй)—я оставила свой домъ и пошла служить». Больная служила у какой-то хозяйки. Но какъ долго, не можетъ вспомнить. Я спрашиваю: «скажите все-таки, хоть приблизительно, на что больше похоже: что вы служили тамъ нѣсколько мѣсяцевъ или напр. два года»—Когда, я не помню теперь ничего. «Ну, хорошо, а затѣмъ что было».—Потомъ я заболѣла. «А вѣдь вы говорили когда-то, что были еще въ Бендерахъ? Вы тамъ служили у другой хозяйки, что-ли»? Больная сконфузилась.—Ахъ, да, я была. «А у другой хозяйки вы были». Больная опять не можетъ припомнить. «Ну, у которой вы были дольше, у первой или у второй?»—Да я не помню ничего.—Записавъ это и собравшись уходить изъ больницы, я подумалъ, не была-ли больная еще въ третьемъ мѣстѣ. Я вернулся и спросилъ. Она сконфузилась еще больше, вспомнивъ сейчасъ же, что дѣйствительно была еще и у третьей хозяйки. Не правда-ли, тутъ трудно отрѣшиться отъ впечатлѣнія, что больная помнитъ свое прошлое, какъ сквозъ сонъ. Теченіе болѣзни она припоминаетъ лучше.

Больная въ высшей степени легко поддается гипнозу. Довольно сказать, что съ перваго же сеанса она засыпаетъ тутъ же на своей койкѣ, въ палатѣ, гдѣ лежатъ 60 больныхъ. Кто знакомъ съ тѣснотой Одесской городской больницы, тотъ можетъ судить при какой, стало быть, тишинѣ больная способна впадать въ гипнозъ. Мало того, она засыпаетъ даже въ постель-тительскій часъ, т. е., когда палата, сверхъ обычныхъ условій, наполнена

еще народомъ. Гипнозъ больной настоящей, глубокой, съ полной послѣдующей амнезіей. Пробужденная отъ двухчасового гипнотическаго сна, больная не знаетъ даже, былъ ли я при ней или нѣтъ во время сеанса. Я отмѣчаю все это потому, что, по ученію Sollier, тяжелая истерія можетъ быть излѣчена по его методу лишь въ глубокомъ гипнозѣ. Итакъ, случай вполне удовлетворялъ этому условію.

Я продолжалъ 12 сеансовъ продолжительностью отъ 1-го до 2-хъ часовъ. Сеансы повторялись часто, вначалѣ даже каждый день. Если не считать перваго сеанса, когда я напрасно пытался разбудить весь мозгъ больной сразу, желая вызвать по Sollier возвратъ личности, и послѣдняго сеанса, когда я, разочарованный уже въ методъ автора, перешелъ къ внушеніямъ (что больная будетъ ходить), то остается 10 продолжительныхъ сеансовъ, 9 гипнотическихъ и одинъ безъ гипноза, направленныхъ на возвращеніе чувствительности больной по частямъ, шагъ за шагомъ. Я ограничивался, конечно, постоянными приказаніями: «чувствуйте лучше». Я началъ, по примѣру Sollier, съ пальцевъ ноги, какъ глубже анестезированной части. Я выбралъ правую ногу и въ продолженіи 7 сеансовъ, старался вызвать чувствительность только ея пальцевъ. Послѣ 3—4 сеансовъ я добился того, что, въ отвѣтъ на мое приказаніе чувствовать эти пальцы, больная слегка двигала нѣкоторыми изъ нихъ, не ощущая однако сама производимыхъ движеній, вполне согласно описанію Sollier. Но въ его случаяхъ эта зародышевая фаза возврата чувствительности продолжается всего одинъ моментъ, и въ тотъ же сеансъ за ней слѣдуютъ всѣ остальные фазы. Въ данномъ же наблюденіи дѣло почти не подвинулось дальше этой стадіи. Больная чувствовала, но лишь довольно сильное сжатіе пальцевъ, впрочемъ—обѣихъ ногъ. Она ощущала же и уколы на пальцахъ только правой ноги, но непостоянно и лишь въ теченіи двухъ дней. Я долженъ замѣтить, что больная однако не сознавала, въ какомъ мѣстѣ своего тѣла она получаетъ всѣ эти ощущенія. И въ сеансовъ она могла уже по желанію производить движенія нѣкоторыми пальцами этой ноги, но такія же безсознательныя (если больная не смотритъ), и часто не могла потомъ остановить этихъ движеній, разъ они начались. Наконецъ, я наблюдалъ интересныя вазомоторныя явленія, тоже описанныя Sollier: продолжавшаяся какъ разъ во время ціаноза нижнихъ пальцевъ больной, я два раза наблюдалъ на правой же сторонѣ переходъ спазма сосудовъ въ парезъ ихъ, причемъ ціанозъ смѣнялся активной гипереміей съ обильной геморрагіей изъ произведенныхъ мною легкихъ уколовъ. На лѣвой сторонѣ, наоборотъ, ціанозъ оставался. Но дальнѣйшаго прогресса, даже послѣ семи сеансовъ, направленныхъ исключительно на пальцы правой ноги, я не получилъ. Напротивъ, часть результатовъ терялась, и то безвозвратно, несмотря на продолжающіеся сеансы, напр., ощущеніе уколовъ болѣе энергичными приказаніями вызывали у больной слезы (въ гипнозѣ). Еще два раза, одинъ подъ гипнозомъ, а другой для сравненія безъ него, я пробовалъ вызвать чувствительность всей правой ноги, приказывая больной чувствовать ее всю, почувствовать хоть гдѣ-нибудь. Успѣха не было. Наконецъ, для 10-го

сеанса я перемѣнилъ систему и, наоборотъ, направилъ свои усилія на менѣе всего анестезированную и нелишенную извѣстной подвижности конечность, т. е. на правую руку. Тутъ были, соответственно меньшей анестезіи, энергичные реактивные эффекты—движенія и ощущенія, но состояніе руки не улучшилось.

Итакъ, если истерія есть сонъ, то я прихожу къ заключенію, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ это—сонъ непробудный. Даже при терапіи по методу Sollier.

III-е наблюденіе. Эту больную я демонстрировалъ Одесскому обществу русскихъ врачей (12 янв. 99 г.). Случай представляетъ особенный интересъ, отчасти и самъ по себѣ, въ виду одного симптома или вѣрнѣе его разбѣровъ, но главнымъ образомъ потому, что здѣсь я дѣйствительно получилъ серьезные результаты отъ примѣненія метода Sollier, именно устраненіе параличей конечностей, а между тѣмъ, то явленіе, которое было такъ сказать, гвоздемъ болѣзни (оно то и дѣлаетъ этотъ случай столь интереснымъ), если и уступало терапіи по Sollier, то лишь весьма незначительно; оно исчезло вполне, какъ разъ благодаря внушенію. Наконецъ, въ этомъ же случаѣ наблюдались особые явленія, несовмѣстимыя съ теоріей Sollier—въ томъ видѣ, какъ ее излагаетъ авторъ. Больную, о которой идетъ рѣчь, первоначально я наблюдалъ въ Одесской частной лечебницѣ д-ра Дроздеса, у котораго я служилъ въ то время. Какъ и въ предыдущихъ случаяхъ, я ограничусь изложеніемъ status praesentis.

Дѣвица 21 г., интеллигентная. Параллелія нижнихъ конечностей—лишь стопы способны къ ничтожнымъ движеніямъ—и сильный паранарезъ верхнихъ: больная поднимаетъ руки не выше своего рта, и то не прямо, а хватаясь пальцами за свой лифъ. Параличи эти существуютъ 9 мѣсяцевъ. Наоборотъ, уже два года субъектъ страдаетъ особой формой удущья, не покидающаго его ни на одну минуту, за исключеніемъ сна, продолжительность котораго отъ 3 до 6 часовъ въ сутки. По утрамъ и до обѣда дыханіе было лучше и состояло изъ болѣе свободнаго и безшумнаго вдоха, выдохъ же былъ сильно затрудненъ, удлинненъ и сопровождался особымъ звукомъ, напоминавшимъ сопѣніе, что зависѣло отъ постоянного судорожнаго сжатія голосовой щели. Дыханіе больной слышно было изъ сосѣдней комнаты. Къ вечеру оно еще ухудшалось и къ ночи удущье больной представляло весьма сложный механизмъ, въ которомъ трудно было разобрать. Къ описанному звуку присоединялся новый, вродѣ храпѣнія и глотанія, который зависѣлъ вѣроятно отъ судорожнаго сокращенія мягкаго неба. Судорога часто переходила на сжимателей челюстей, и больная не могла открыть рта, а также на языкъ, который лишился движеній. Разумѣется, при этомъ терялась рѣчь. Затѣмъ присоединялась судорога диафрагмы, т. е. икота, при которой туловище больной ежеминутно подпрыгивало. По временамъ дыханіе прекращалось совершенно. Лежащее положеніе усиливало удущье. Вообще, съ тѣхъ поръ, какъ больная стала страдать ямъ, т. е. уже два года, она спитъ лишь въ сидячемъ положеніи, обыкновенно на диванѣ, не зная, что такое кровать. Рѣзкія отступленія дыханія

больной от нормального типа особенно бросаются въ глаза на графическихъ снимкахъ (кривыхъ) дыханія субъекта¹⁾. Тамъ можно наблюдать, между прочимъ, полныя остановки, а также извращеніе дыханія въ томъ отношеніи, что брюшное и грудное дыханія, которые у здороваго вполнѣ совпадаютъ своими фазами, здѣсь находятся иногда въ антагонизмъ: грудныя вдыхательныя движенія совпадаютъ съ брюшными выдыхательными или наоборотъ. Легко понять, каково было дышать больной при этихъ условіяхъ! Я долженъ еще прибавить значительную эмфизему и расширеніе сердца, какъ послѣдствія этого двухлѣтнаго удушья,—интересный случай органическихъ измѣненій вслѣдствіе такой функціональной болѣзни, какъ истерія. Изъ другихъ симптомовъ я ограничусь постоянными болями—головными и боковыхъ частей груди, а также очень сильными—лица, иногда и языка. Часто потеря рѣчи къ ночи и возстановленіе ея къ утру. Однажды до моего наблюденія афазія продолжалась цѣлую недѣлю. Рѣзкая анорексія. Мрачное душевное состояніе еще съ дѣтства. Потеря памяти гораздо меньше, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ, но замѣтна. Что касается чувствительности, то анестезіи выражены вообще не сильно, но интересно, что глубже всего анестезирована была кожа, покрывающая гортань (и нѣтъ ничего невѣроятнаго въ томъ, что такъ-же анестезирована была—по идеѣ Sollier—сама гортань), которая и давала самыя тяжелыя разстройства. Не трудно замѣтить въ этомъ согласіе (вышнее, какъ мы убѣдимся во II-ой главѣ) съ ученіемъ Sollier. И мы увидимъ дальше, какъ легко, въ самомъ дѣлѣ, исчезли здѣсь параличи, въ противоположность парализамъ предыдущаго случая, и наоборотъ, какъ упорнымъ оказалось удушье.

Перехожу къ исторіи леченія. Я и въ этомъ случаѣ хотѣлъ предварительно загипнотизировать больную. Даже выбирая утреннее время, когда она дышетъ лучше всего, и примѣняя опять-таки новый мирный способъ успокоиванія словами («сидите спокойно, вотъ такъ хорошо, еще спокойнѣе, совсѣмъ спокойно»), я все-таки не добиваюсь гипноза. Мало того, каждый разъ дѣло кончается ухудшеніемъ дыханія, и я прекращаю сеансъ. Но, когда я однажды, не смотря на это ухудшеніе, не прервалъ сеанса, то черезъ полтора часа отъ начала получился слѣдующій сюрпризъ. Удушье стало опять меньше, исчезло обычное сопѣніе и появилось нормальное дыханіе, на первый разъ—непродолжительное, въ послѣдующіе же сеансы оно оставалось до конца ихъ, и лишь изрѣдка больная производила одиночныя глубокіе вздохи. Но этого мало: чувствительность кожи въ области гортани самостоятельно улучшалась въ сравненіи съ тѣмъ, что было до сеанса,—фактъ, замѣченный мной случайно и констатированный затѣмъ столько разъ, сколько разъ я гипнотизировалъ больную, т. е. около 60.

Я долженъ однако замѣтить, что настоящаго гипноза все-таки не было: больная все сознавала и все помнила потомъ. Описываемые эффек-

¹⁾ Демонстрированныхъ Одесскому О-ву русскихъ врачей, но не вошедшихъ въ настоящее предварительное сообщеніе.

ты—это, конечно, не вызывание чувствительности по Sollier, потому что я еще не приступилъ къ этой процедурѣ; это не внушеніе, потому что, повторяю, все было полнымъ сюрпризомъ, какъ для меня, такъ и для самой больной; это даже не гипнозъ, потому что больная, вѣдь, не спала. Словомъ, если у насъ есть желаніе найти здѣсь истину, то ни одно изъ этихъ трехъ положеній не годится, и намъ придется присвоить нѣчто четвертое. А между тѣмъ, если у насъ получилось исчезновеніе того состоянія (удушья), которое дѣлало больную такъ исключительно несчастной и которое не покидало ее при обычныхъ условіяхъ ни на минуту въ теченіе двухъ лѣтъ, то это доказываетъ, что тутъ произошла не пустячная перемѣна, а капитальная и она стоитъ того, чтобы поискать причину ея. Но къ этому мы вернемся во второй главѣ. Здѣсь-же я пока лишь подчеркиваю это прекращеніе удушья и улучшеніе чувствительности гортани, вмѣстѣ съ подчеркнутымъ уже во II-омъ наблюденіи такимъ жесампроизвольнымъ возстановленіемъ подъ гипнозомъ тактильной чувствительности въ правой рукѣ.

Послѣ сеанса удушья и анестезія въ области гортани сейчасъ же возобновлялись. Ходъ леченія былъ слѣдующій: больная ежедневно приводилась въ вышеописанное quasi-гипнотическое состояніе съ прекращеніемъ удушья, и затѣмъ, слѣдуя методу Sollier, я вызывалъ у нея чувствительность. Первые сеансы посвящены были конечностямъ. Я опять ограничивался частыми и энергичными приказаніями чувствовать лучше руку или ногу. Я продѣлывалъ тоже самое и въ сеансовъ, и съ такимъ же успѣхомъ. Пропуская реактивныя явленія со стороны конечностей, отмѣчу только ихъ наличность, согласно описанію Sollier. Сеансы, какъ сказано, производились утромъ. Уже послѣ нѣсколькихъ изъ нихъ, больная стала достаточно владѣть руками и начала ходить. Но способность къ ходьбѣ была весьма несовершенна; больная сильно хромала и часто могла пройти только по комнатѣ. По вечерамъ это было еще труднѣе: больная должна была хвататься руками за стоявшую мебель а иногда и совсѣмъ не могла ходить вечеромъ. Тѣмъ не менѣе, я довольствовался для начала этимъ результатомъ, потому что снѣшилъ перейти къ леченію удушья. Въ томъ же quasi-гипнозѣ я приказывалъ теперь больной чувствовать лучше свою шею, главнымъ образомъ спереди, гдѣ гортань.

Въ шеѣ я почти не наблюдалъ реактивныхъ явленій—ни субъективныхъ (хотя къ нимъ можно причислить то ухудшеніе удушья, которое предшествовало обыкновенно самостоятельному прекращенію его. Аналогичное ухудшеніе бывало и передъ засыпаніемъ ночью), ни объективныхъ. Чувствительность однако еще улучшалась отъ этихъ приказаній (я сужу только о кожѣ), но послѣ сеанса удушья и анестезія возвращались сейчасъ же. Я сталъ дѣлать внушенія—сохранять чувствительность шеи и по пробужденіи, что и получалось въ дѣйствительности, причемъ больная начала нормально дышать еще нѣсколько минутъ послѣ сеанса. Съ возстановленіемъ удушья происходило и обратное паденіе чувствительности. Затѣмъ продолжительность нормальнаго дыханія, хотя и очень туго, но система-

тически увеличивалась послѣ каждого сеанса и мѣсяца чрезъ полтора отъ начала леченія достигла нѣсколькихъ часовъ. Однако она никогда не распространялась на вечернее время, когда удушье больной было самое жестокое. И никакія усилія моей терапіи по Sollier не имѣли дальнѣйшаго успѣха.

Однажды, въ моментъ, когда вечернее удушье было, такъ сказать, во всемъ разгарѣ, я сдѣлалъ больной подкожное впрыскиваніе морфія (0,01). Десять минутъ спустя послѣ впрыскиванія, я опять захожу въ ея комнату и застаю слѣдующее. Больная не можетъ поднять головы отъ подушки: парализовались мышцы шеи; впрочемъ чрезъ 2—3 минуты это прошло. Далѣе, больная чувствуетъ слабость, усиленіе болей въ нѣкоторыхъ мѣстахъ и сонливость. Но есть еще одинъ результатъ: субъектъ дышетъ, какъ здоровый человекъ. Такъ какъ это дѣйствіе морфія можетъ быть принято нѣкоторыми за внушеніе, то считаю необходимымъ выяснитъ слѣдующее: 1) за нѣсколько дней до впрыскиванія больная просила меня во время вечерняго удушья сдѣлать что-нибудь, чтобы устранить это страданіе, и въ отвѣтъ получила отъ меня слѣдующее увѣщеваніе: «нужно терпѣніе; такого средства нѣтъ, чтобы это прошло въ одну минуту». И больная помнила мои слова отлично. 2) Когда инъекція морфія уже была сдѣлана, то сначала наступили всѣ описанныя непріятныя явленія, и больная была очень недовольна впрыскиваніемъ. Затѣмъ лишь неожиданно для нея появилось нормальное дыханіе. 3) Производя впрыскиваніе, я съ своей стороны старался избѣжать внушенія и велъ себя соответственнымъ, ничего не обѣщающимъ больной образомъ. Наступившую затѣмъ ночь она спала лучше и на слѣдующій день была виѣ себя отъ счастья, такъ какъ-то былъ первый вечеръ въ теченіе двухъ лѣтъ, проведенный ею безъ удушья. И съ наступленіемъ новаго вечера видно было, что она идетъ только повторенія впрыскиванія. Но я оставилъ больную безъ него, т. е. опять съ удушьемъ, и лишь на третій вечеръ, когда жажда къ впрыскиванію еще выросла, я изъ той же банки, тѣмъ же шприцомъ, съ той же дезинфекціей въ присутствіи больной инструмента, впрыснулъ ей стерилизованную воду. Результатъ получился еще лучше, ибо возстановленіе нормальнаго дыханія не осложнялось теперь никакими побочными явленіями; въ противоположность дѣйствію морфія; наоборотъ, оно сопровождалось бодростью. И такъ какъ этотъ эффектъ отъ чистой воды былъ уже, конечно, внушеніемъ, то упомянутая сейчасъ разница составляетъ 4-е—косвенное доказательство, что успѣхъ отъ морфія имѣть не былъ. Съ тѣхъ поръ я продолжалъ утренніе сеансы, послѣ которыхъ больная дышала нормально часовъ до 4-хъ до 5-ти пополудни, а затѣмъ, какъ только начиналось удушье, я впрыскивалъ чистую воду. Такимъ образомъ, больная нормально дышала весь день. Вскорѣ и утренніе сеансы я замѣнилъ впрыскиваніями воды, дававшими тотъ-же эффектъ свободнаго дыханія до 4—5 часовъ пополудни. Тутъ дѣлалась вторая инъекція. Однажды, уже послѣ вечерняго впрыскиванія, больная чѣмъ то взволновалась, и опять появилось удушье. Боясь дискредитировать вліяніе чистой воды, я неспѣшилъ снова впрыс-

нуть настоящий морфий. Возобновившееся удушье вновь прекратилось вѣлѣдъ за примѣненіемъ морфія. Со временемъ эффектъ утренней инъекціи воды оказывался все продолжительнѣе, такъ что вечернее выпрыскиваніе приходилось дѣлать все позже и позже, наконецъ, въ немъ уже вовсе не было надобности. Утренняго хватало на весь день. Потомъ и его приходилось дѣлать все позже—въ полдень, впослѣдствіи лишь послѣ обѣда, наконецъ, еще позже, такъ что дѣлалось уже собственно только одно вечернее выпрыскиваніе. Затѣмъ и оно оказывалось нужнымъ уже не каждый день. Наконецъ, у больной установилось нормальное дыханіе, спустя три мѣсяца отъ начала наблюденія и послѣ 1½-мѣсячнаго лѣченія этими выпрыскиваніями. Оставались только отдѣльные, глубокіе вздохи отъ времени до времени, которые наблюдались, какъ сказано выше, еще при временныхъ ремиссіяхъ удушья во время сеансовъ, въ началѣ лѣченія. Эти загадочные вздохи продолжались полгода и затѣмъ исчезли (впрочемъ не вполне), отчасти подъ вліяніемъ фарадизаціи гортани.

Состояніе конечностей, хотя безъ дальнѣйшей терапіи ихъ, еще немного улучшилось, но все-таки больная ходила очень мало и очень плохо: хромая днемъ и хватаясь руками за мебель вечеромъ. Я оставилъ службу въ лечебницѣ д-ра Дроздеса, и больная выписалась изъ нея. Около 4-хъ мѣсяцевъ она провела дома, причемъ состояніе ея въ общемъ оставалось ідемъ. Она начала спать въ лежачемъ положеніи—въ кровати. Неправилась физически. Изрѣдка все-таки появлялось легкое удушье, но больной дѣлали, по моему примѣру, выпрыскиваніе чистой воды и удушье сейчасъ же проходило. Подъ конецъ однако наступило рѣзкое усиленіе обычныхъ болей, особенно въ бокахъ, а въ послѣдніе дни дыханіе опять стало хуже. Началось легкое сопѣніе. Больная снова обратилась ко мнѣ, и я пользовалъ ее амбулаторно еще около двухъ мѣсяцевъ. На этотъ разъ, послѣ перваго же обычнаго quasi гипнотическаго сеанса, безъ всякихъ внушеній и безъ всякаго вызыванія чувствительности, больная опять стала дышать не слышно: сопѣніе исчезло. Теперь только я приступилъ къ дальнѣйшей терапіи ея паретическихъ ногъ, причемъ опять-таки по Sollier. Сначала я еще приводилъ предварительно больную въ извѣстное намъ состояніе покоя, но очень скоро сталъ манипулировать безъ этого. Въ концѣ курса я примѣнялъ фарадическій токъ, который, по мнѣнію Sollier, тоже производилъ ничто иное, какъ улучшеніе чувствительности (мышцъ). Больная очень скоро стала ходить лучше, не хватаясь за мебель и не хромая, даже вечеромъ, такъ что уже можно было сказать, что субъектъ ходитъ. Боли въ такихъ мѣстахъ, какъ лицо, языкъ, почти не появляются уже давно, въ другихъ мѣстахъ, онѣ теперь уменьшились, а въ ногахъ совсѣмъ исчезли. Сонъ сталъ гораздо продолжительнѣе (иногда по 12 часовъ), хотя больная все-таки засыпаетъ очень поздно. Эмфизема тоже уменьшилась. Наконецъ, послѣднее время я фарадизировалъ также гортань чрезъ кожу—и отъ этого исчезали и вздохи больной. Наоборотъ, потеря аппетита и мрачное настроеніе, существовавшее у нея и до истеріи, еще въ дѣтствѣ,—почти не измѣнились.

И должно отмѣтить еще два обстоятельства, имѣющихъ большое значеніе. Во-первыхъ, кожная и мышечная гиперестезія конечностей, послѣ первоначальнаго несовершеннаго устраненія параличей и парезовъ въ нихъ, перешла въ сильную гиперестезію. Въ мышцахъ эта гиперестезія (общаго чувства) выражалась отсутствовавшими во времена параличей сильными болями, какъ произвольными, такъ и при самомъ легкомъ сжатіи члена. И вотъ, тогда какъ двигательныя разстройства при вторичномъ леченіи продолжали исчезать отъ метода Sollier, эта гиперестезія, наоборотъ, обнаруживала необыкновенное упорство: мышечная стала исчезать лишь подъ самый конецъ лѣченія отъ фарадизаціи; кожная-же оказалась еще упорнѣе. Изъ цѣлаго ряда продолжительныхъ сеансовъ уже безъ гипноза, направленныхъ на вызваніе чувствительности ногъ, только однажды она исчезла, и то лишь на одинъ день. Въ концѣ концовъ, я такъ и не справился съ нею. Второе обстоятельство, которое я хочу отмѣтить, состоитъ въ слѣдующемъ. Всѣ терапевтическія процедуры я направлялъ всегда только на лѣвую руку и только на правую ногу больной. За 9 мѣсяцевъ моего знакомства съ послѣдней—если считать и 4-хъ-мѣсячный перерывъ—я не занюхнулъ въ терапевтическомъ смыслѣ о правой рукѣ или о лѣвой ногѣ субъекта. А между тѣмъ всѣ фазы лѣченія проходили совершенно параллельно въ обѣихъ рукахъ и въ обѣихъ ногахъ, причемъ сопровождавшія вызваніе чувствительности субъективныя и объективныя явленія—движенія и боль—всегда переходили съ лѣвой руки на правую и съ правой ноги на лѣвую. Подобныя явленія ирадиаціи терапевтическихъ результатовъ опять-таки, описаны у Sollier и вполне справедливо приводятся имъ въ числѣ доказательствъ, что его методъ не есть внушеніе. Но и у Sollier нѣтъ такихъ классическихъ примѣровъ этой ирадиаціи, какъ настоящій

По поводу приведенныхъ мною вообще наблюденій я ограничусь однимъ замѣчаніемъ. Успѣхъ отъ впрыскиваній чистой воды есть случай лѣченія вѣдгипнотическимъ внушеніемъ, случай, пожалуй, интересный, какъ методическое лѣченіе подобнаго рода. Но и только. Напротивъ, меня гораздо больше интересуютъ вопросы: почему удушье больной прекращалось во время гипнотическаго или даже псевдогипнотическаго сна? Далѣе, почему оно исчезало также во время естественнаго сна (ночного) больной? Почему такое же дѣйствіе производитъ морфій? Наконецъ, почему въ одномъ случаѣ (въ I-омъ набл.) морфій, это знаменитое болеутоляющее средство, какъ-бы въ насмѣшку надъ фармакологіей, давало единственный результатъ—ожесточеніе болей, а въ другомъ случаѣ (III-ье набл.) тотъ-же морфій, опять-таки усиливая боли

кое-гдѣ, уничтожаетъ удущье, т. е. разстройство въ гортани, гдѣ ничего не болитъ? И почему существовала такая-же діаметральная противоположность результатовъ между двумя упомянутыми больными въ ихъ отношеніи къ одной и той же методикѣ гипнотизаціи? Этихъ фактовъ не объясняютъ намъ ни теорія Sollier, ни фармакологія, съ которыми они остаются въ прямомъ противорѣчій. Но это можетъ объяснить намъ фізіологія, именно тѣ фізіологическія отношенія между нервными центрами, которыя и составляютъ главный предметъ настоящей работы. (Рѣчь о нихъ будетъ во второй главѣ).

Резюмируя результаты своихъ опытовъ лѣченія истеріи по способу Sollier, я не отрицаю права гражданства этого способа въ медицинѣ, но не могу признать за нимъ тѣхъ исключительныхъ достоинствъ, которыя видитъ въ немъ авторъ. Это есть нѣчто, какъ всякое наше лѣченіе, нѣчто, но не Богъ вѣсть что. Я долженъ отмѣтить еще громаднѣйшій техническій недостатокъ этого способа; онъ крайне утомляетъ самого врача и поглощаетъ массу времени. Уже изъ-за этого онъ не пригоденъ для такой частой болѣзни, какъ истерія. Что же касается блестящихъ успѣховъ, полученныхъ отъ него самимъ авторомъ, то я считаю эти случаи особенно счастливыми и объясняю ихъ (кромѣ еще нѣкоторыхъ причинъ) виртуозностью Sollier въ этомъ отношеніи. Но методъ, которымъ могутъ пользоваться лишь виртуозы, не есть методъ. Кромѣ того, и Sollier обязанъ этимъ блестящимъ успѣхомъ поразительной настойчивости своей въ леченіи, какъ это видно изъ дневниковъ автора. Его случаи—это грандіозный лабораторный трудъ, но не клиника. Зато, какъ всякій лабораторный трудъ, они представляютъ громадную цѣнность въ теоретическомъ отношеніи, именно въ качествѣ богатѣйшаго матеріала не только для патологіи истеріи, но и для фізіологіи. Насколько однако самъ Sollier разработалъ этотъ матеріалъ, мы увидимъ въ слѣдующей главѣ.

II.

Критику теоріи истеріи Sollier я начну съ одной подробности, такъ какъ именно эта подробность и послужила для меня самого исходной точкой изысканій, случайно приведшихъ меня, какъ мнѣ кажется, къ одной находкѣ и, благодаря ей, къ новому взгляду на патологию истеріи, а отчасти вообще нервной системы, взгляду, дальнѣйшей блестящей иллюстраціей котораго, между прочимъ, послужить намъ, опять-таки, тотъ-же богатый матеріаль капитальнаго труда Sollier.

Какъ мы знаемъ, по ученію послѣдняго, потеря чувствительности при истеріи есть основное, первичное разстройство, которымъ и обуславливаются все физическіе и психическіе симптомы болѣзни. Изъ этого правила не составляетъ исключенія даже гиперестезія, которая есть не что иное, какъ особый видъ болѣзненной анестезіи. Въ дѣйствительности-же, гиперестезія, въ смыслѣ настоящаго изощренія какого-нибудь вида чувствительности или какого-нибудь органа чувствъ выше нормы, не существуетъ.

Вотъ съ этимъ-то мы не можемъ согласиться, несмотря на всю заманчивость теоріи Sollier. Въ самомъ дѣлѣ, я не говорю уже о томъ, какъ странна рѣчь о болевой анестезіи тамъ, гдѣ больной, что нерѣдко наблюдается, подпрыгиваетъ, какъ ужаленный, отъ самыхъ легкихъ уколовъ булавкой. Но, вѣдь, факты поразительнаго утонченія у истеричныхъ слуха, зрѣнія или обонянія, которое достигаетъ иногда тонкости чутъя собакъ, слишкомъ общеизвѣстны. Самъ Sollier въ двухъ изъ своихъ наблюденій отмѣчаетъ необыкновенное изощреніе органовъ чувствъ (*une acuité extraordinaire*), въ одномъ случаѣ—слуха, въ другомъ—обонянія, хотя авторъ тутъ же противорѣчитъ себѣ, утверждая, что настоящей гиперестезіи все-таки не было, и ссылается почему-то на существовавшую у обѣихъ больныхъ анестезію другихъ органовъ чувствъ и кожную. А что-же сказать про тѣ высокія степени гиперестезіи,

которыя приводятъ публику къ вѣрѣ въ „ясновидѣніе“ больныхъ и даже ученыхъ—къ ложной наукѣ о мысленныхъ внушеніяхъ (*suggestion mentale*), когда гипнотизеръ лишь задумываетъ исполняемое внушеніе, но не передаетъ его загипнотизированному? Я укажу хотя-бы на описанный недавно д-ромъ Ховриннымъ въ „Вопросахъ нервно-психической медицины“ далеко не единственный случай истерической гиперестезіи (1898, кн. 2, стр. 247—291 и кн. 3—4, стр. 441—475)—тактильной и органовъ чувствъ, благодаря которой больная могла читать написанное, а также различать цвѣта окрашенной бумаги, если эти объекты были нѣсколько разъ (до 8-ми) обернуты бѣлой бумагой. Что же касается вышеупомянутыхъ мысленныхъ внушеній, то я сошлюсь хотя-бы на приведенный въ русскомъ изданіи Beaunis¹⁾ примѣръ опроверженія такихъ внушеній Bergsohn'омъ и Robinet. Эти авторы наглядно показали, что субъектъ исполнялъ якобы мысленныя внушенія, на самомъ дѣлѣ благодаря необычайной зрительной гиперестезіи. Оказалось, что онъ могъ видѣть невооруженнымъ глазомъ микроскопическій препаратъ. Конечно, опытъ производился въ гипнотическомъ состояніи субъекта. Однако, по глубокому убѣжденію самого же Sollier, всѣ явленія подѣ гипнозомъ и въ частности внушаемость принадлежать не гипнозу, а истеріи, съ которой въ такихъ случаяхъ непременно имѣютъ дѣло.

Но я могъ бы и не приводить этихъ цитатъ, а прямо обратиться къ физиології, какъ болѣе строгой наукѣ. Она даетъ намъ приборы для измѣренія нѣкоторыхъ видовъ чувствительности, которая, такимъ образомъ, можетъ быть выражаема въ цифрахъ. Я возьму самую старую, а потому самую надежную вещь въ этомъ отношеніи, именно т. наз. пространственное чувство кожи, для измѣренія котораго, какъ извѣстно, еще Веберъ (въ 1852 году) предложилъ свой про-

¹⁾ Бони. Гипнотизмъ. Переводъ со 2-го франц. изд. П. В. Мокіевскаго. Спб. 1888.

стѣйшій инструментъ, называемый циркулемъ Вебера. Въ настоящее-же время болѣе употребительны другіе приборы, такъ называемые эстеziометры (Sieweking'a, Eulenburg'a, Brown-Sequard'a, Leyden'a, эстеziометрическая игла Beaunis). Всѣ они—съ тѣмъ же веберовскимъ принципомъ. Чувство пространства, какъ извѣстно, измѣняется посредствомъ лю-бого изъ этихъ инструментовъ—минимальнымъ разстояніемъ между двумя прикасающимися къ нашей кожѣ предметами, resp. ножками прибора, при которомъ (разстояніи) эти двѣ ножки ощущаются еще нами, какъ двѣ, а не какъ одна, т. е. не сливаются еще въ одно ощущеніе. Разумѣется, чѣмъ меньше это разстояніе, тѣмъ болѣе тонко пространственное чувство. Не говоря о такихъ весьма чувствительныхъ мѣстахъ, какъ концы пальцевъ, губы, языкъ, гдѣ чувство пространства равно 1 мм. и даже $\frac{1}{2}$ мм., въ остальной кожѣ оно измѣняется десятками миллиметровъ, на бедрахъ, напр., или спинѣ его считаютъ отъ 40 до 77 мм. Возьмемъ теперь хотя-бы тѣхъ же трехъ больныхъ, которыхъ я лечилъ по методу Sollier. У двухъ изъ нихъ (у I-ой, съ сильными мышечными болями, и у III-ей, страдавшей удущемъ, когда оно уже прошло) чувство пространства равнялось по всей поверхности кожи нулю: двѣ ножки эстеziометра ощущались еще, какъ двѣ, даже на спинѣ и бедрахъ, при разстояніи между этими ножками не въ 77 мм., а въ 0 мм., т. е. при полномъ сдвиганіи ножекъ (что объясняется, конечно, тѣмъ, что между ними все-таки остается извѣстное неизмѣримое разстояніе). Итакъ, это—уже цифры. И онѣ получены у двухъ больныхъ изъ трехъ. Можно-ли послѣ этого сомнѣваться въ существованіи истерической гиперестезіи, понимаемой именно, какъ способность къ воспріятію болѣе тонкихъ ощущеній, какъ нѣчто, діаметрально противоположное анестезіи? Такимъ образомъ, вопреки мнѣнію Sollier, гиперестезія существуетъ.

Однако, какъ ни странно это, но, съ другой стороны, Sollier имѣетъ полное право утверждать, что гиперестезія есть анестезія. „Когда я приказывалъ—говорить онѣ—боль-

нымъ, напр. съ гиперестезированной и болящей рукой, чувствовать ее лучше, то онѣ сначала таращили на меня глаза, отвѣчая: „да, вѣдь, я ее слишкомъ хорошо чувствую“. Однако, когда онѣ всетаки старались чувствовать лучше, гиперестезія и боль исчезали. Это говоритъ Sollier, но и я самъ получалъ тотъ-же результатъ—правда, съ большимъ трудомъ и весьма непрочный—у обѣихъ упомянутыхъ больныхъ, причемъ у обѣихъ же безъ гипноза. Такимъ образомъ мы попали въ весьма затруднительное положеніе: мы должны признать два факта, явно противорѣчащіе другъ другу: гиперестезія есть состояніе прямо противоположное анестезіи и въ то же время—гиперестезія есть сама анестезія. Но наша логика всетаки не можетъ принять такихъ двухъ фактовъ. Очевидно тутъ гдѣ-нибудь да есть ошибка. При своихъ изслѣдованіяхъ я и задался цѣлью найти эту ошибку.

Начать съ того, что еще раньше я замѣтилъ, что если у истеричнаго субъекта чувствительность къ бумажкѣ, т. е. осязаніе лучше на правой сторонѣ тѣла, то боль отъ булавки иногда оказывается сильнѣе на лѣвой сторонѣ, или наоборотъ. Однажды во время пріема, ко мнѣ пришли три истеричныя подъ-рядъ съ такимъ расположеніемъ чувствительности. Я повторяю: это бываетъ не часто, а три такихъ больныхъ сразу—совсѣмъ ужъ рѣдкій случай. Тѣмъ не менѣе я тогда невольно подумалъ, что между тактильной и болевой чувствительностью какъ будто существуетъ родъ антагонизма. Затѣмъ, когда я уже поставилъ себѣ вышеупомянутую задачу, то для большей точности я сталъ почаще изслѣдовать чувствительность не бумажкой, а эстеziометромъ. И вотъ, у первой изъ двухъ упомянутыхъ сейчасъ больныхъ, у которыхъ пространственное чувство всегда равнялось нулю, однажды я замѣтилъ, что оно вдругъ понизилось до 30 или 40 мм., но затѣмъ вдругъ опять дошло до нуля. Тогда я сдѣлалъ слѣдующій опытъ. Постепенно раздвигая ножки эстеziометра (Eulenburg'a), именно увеличивая разстояніе между ними каждый разъ на одинъ миллиметръ, я постоянно пробую чув-

ствительность больной, проходя такимъ образомъ всю скалу инструмента.. Вотъ что у меня получилось (это было на лѣвой верхней конечности):

При разстояніяхъ между ножками:				больная ощущаетъ:
отъ	0 мм.	до 3 мм.		2 прикосн.
»	4 мм.	» 5 мм.		1 »
»	6 мм.	» 8 мм.		2 »
при	9 мм.			1 »
отъ	10 мм.	до 14 мм.		2 »
при	15 мм.		отвѣтъ больной:	1, нѣтъ, 2.
отъ	16 мм.	до 27 мм.		1 прикосн.
при	28 мм.		опять отвѣтъ:	2, нѣтъ, 1.
отъ	29 мм.	до 39 мм.		1 прикосн.
»	40 мм.	» 43 мм.		2 »
»	44 мм.	» 45 мм.		1 »
при	46 мм.			2 »
отъ	47 мм.	до 61 мм.		1 »
»	62 мм.	» 64 мм.		2 »
»	65 мм.	» 67 мм.		1 »
»	68 мм.	» 70 мм.		2 »
при	71 мм.			1 »
отъ	72 мм.	до 77 мм.		2 »
при	78 мм.			1 »
отъ	79 мм.	до 112 мм.		- »

Какъ видно изъ таблицы, лишь начиная съ 79 мм., больная уже до полного раздвиганія ножекъ еще дальше скалы, насколько позволяетъ приборъ, т. е. приблизительно до 112 мм., отвѣчаетъ: 2. Итакъ, больная ощущала два прикосновенія при разстояніяхъ между ножками эстезіометра въ 10, въ 6 и даже въ 0 мм.—это сильная гиперестезія. Но, съ другой стороны, больная ощущала лишь одно прикоснове- ніе при такихъ большихъ разстояніяхъ, какъ 67, 71 и 78 мм. Для верхней конечности это есть уже несомнѣнная анесте- зія. На слѣдующій день я повторилъ этотъ опытъ на другой изъ упомянутыхъ больныхъ—на правой ногѣ ея. Я считаю лишнимъ приводить опять столбецъ утомительныхъ цифръ. Замѣчу только, что и у этой больной получались точно такіа

же колебанія: 2 ощущенія при 0 мм. и одно—даже при 95 и при 101 мм.

Итакъ, недоразумѣніе найдено: ни мы не правы, ни Sollier не правъ: истерическая гиперестезія не есть, строго говоря, ни гиперестезія, ни анестезія, а постоянное чередованіе по времени—а мы увидимъ также, что и по мѣсту—гиперестезіи же съ анестезіей. Теперь намъ будутъ понятны два обстоятельства: 1) почему, дѣйствительно, возможно устранять гиперестезію, вызывая (по Sollier) чувствительность: ибо тутъ въ самомъ дѣлѣ существуетъ элементъ анестезіи; 2) въ виду однако элемента гиперестезіи, понятно также, почему Sollier ошибается даже въ практическомъ смыслѣ, считая гиперестезію лишь легкой степенью анестезіи: въ самомъ дѣлѣ, я лично могу засвидѣтельствовать (на что я обращалъ уже вниманіе въ первой главѣ) громадное упорство гиперестезіи при леченіи по методу Sollier. Мало того, такое же впечатлѣніе я вынесъ изъ дневниковъ автора. Тутъ-то я и удивлялся несбыкновенной настойчивости его въ примѣненіи своего способа. И это—тогда, когда я и не думалъ еще относиться критически къ теоріи Sollier.

Я долженъ замѣтить, что эстетіометръ любого типа, какъ назначенный для измѣренія чувства пространства (не-вполнѣ справедливо, но тѣмъ не менѣе относимаго къ осязанію), есть приборъ несовершенный, и вотъ въ какомъ смыслѣ. Такъ какъ приходится брать иногда очень малыя разстоянія, то ножки инструмента по необходимости болѣе или менѣе заострены, а потому у больныхъ, у которыхъ имѣется также сильная болевая гиперестезія, приборъ этотъ дѣйствуетъ одновременно и на ихъ болевую чувствительность. Такимъ образомъ, у послѣдней изъ экспериментированныхъ больныхъ (страдавшей удушьемъ), благодаря ея крайне болевой гиперестезіи кожи, прикосновеніе эстетіометра было настолько болѣзненно, особенно на спинѣ, что больная каждый разъ слегка вздрагивала. При уколахъ булавкой вздрагиваніе было, конечно, еще сильнѣе. Однако я воспользовался несовершен-

ствомъ этого инструмента для слѣдующаго опыта. На другой день я провѣрялъ колебанія пространственнаго чувства на спинѣ этой-же больной. Дойдя до 52 мм., я вспомнилъ свои вышеупомянутыя наблюденія, зародившія во мнѣ идею, что между тактильной и болевой чувствительностью существуетъ какъ-бы родъ антагонизма. Мнѣ пришла мысль, что быть можетъ и болевая гиперестезія подвержена такимъ-же постояннымъ колебаніямъ, какъ и тактильная; причемъ возможно, что фазы колебаній той и другой обратны по времени. Дальнѣйшій ходъ опыта я привожу прямо изъ черноваго дневника болѣзни субъекта.

„Дойдя до 52 мм., я говорю больной: „вы замѣчайте и скажите мнѣ, когда васъ больше колетъ инструментъ: когда вы чувствуете одно или два прикосновенія“? Б. тотчасъ-же отвѣчаетъ: „я уже замѣтила: когда я говорю одно, такъ больше колетъ“. [Но, вѣдь, это и значитъ, что въ моментъ уменьшенія тактильной гиперестезіи (вѣрнѣе,—чувства пространства) болевая гиперестезія усиливается]. Я продолжаю: при 60—62 мм. б. ощущаетъ 2 прикосн., при 63 мм.—1, и эстезіометръ „болитъ больше“, при 64 мм.—2, и „меньше болитъ“, при 65 мм.—1, и „больше болитъ“. Теперь я самъ замѣчаю, что движенія спины (вродѣ вздрагиванія, какъ указано выше) сильнѣе; когда б. говоритъ: „1 прикосн.“. Вторичная проба при 65 мм.—2 прик., отъ 65 мм. до 70 мм.—2, при 71—72 мм.—1. Теперь я, по реакціи спины на приборъ, самъ впередъ знаю, когда б. скажетъ „2“ и когда—„1“. При 73—75 мм.—2, при 75 мм.—1. Я положительно знаю, 1 или 2, раньше, чѣмъ б. это скажетъ. При 80 мм.—2, при 81—1, отъ 82—85 мм.—2. Теперь же не б. мнѣ, а я больной безошибочно говорю впередъ, когда она чувствуетъ 1 и когда 2 прик. Мало того, иногда, при неясныхъ для меня указаніяхъ со стороны движеній спины б—ой, я недоумѣваю, 1 или 2, оказывается, что сама б. тоже недоумѣваетъ, 1 или 2. [Она сидѣла, конечно, обращенная ко мнѣ спиной, и ни о какомъ взаимномъ психическомъ вліяніи между нами не могло быть рѣчи]. Дойдя до максимальнаго разстоянія между ножками прибора—приблизительно въ 112 мм.—я бѣгло прохожу всю схему инструмента еще разъ и опять по движенію спины каждый разъ впередъ могу сказать б—ой, сколько

прикосновеній она ощущаетъ. И лишь одинъ разъ — при 26 мм.—я ошибся [что объясняется, конечно, тѣмъ, что мое вниманіе наконецъ устало]“.

Итакъ, этотъ опытъ наглядно показываетъ, что у больной на одномъ и томъ-же участкѣ кожи происходятъ постоянныя колебанія двухъ видовъ чувствительности, причемъ фазы этихъ колебаній прямо противоположны по времени для обоихъ видовъ: моментъ гиперестезіи тактильной чувствительности совпадаетъ съ пониженіемъ болевой, — и наоборотъ. Словомъ, между ними, дѣйствительно, существуетъ антагонизмъ. Желая провѣрить (тѣмъ-же приборомъ) эти явленія еще у одной больной, кожная чувствительность которой была скорѣе понижена, я нашелъ тотъ-же фактъ, что послѣдняя отнюдь не стоитъ все время на одной высотѣ, а находится въ такомъ же постоянномъ колебаніи (хотя въ меньшихъ предѣлахъ — не достигая гиперестезіи). Но у этой больной нельзя было признать антагонизма, тѣмъ не менѣе всетаки пришлось констатировать такую-же строгую зависимость между тактильной (пространственной) и болевой чувствительностью, но уже наоборотъ — въ смыслѣ полной синхроничности повышеній и пониженій той и другой. Такая строгость, если не въ антагонизмѣ, то въ синхроничности, есть очевидное проявленіе какой-то законосообразности. Ниже мы увидимъ, что оба эффекта — антагонизмъ и синхроничность — получаютъ экспериментально и у здоровыхъ, смѣняя однако другъ друга у одного лица на томъ же мѣстѣ. Но уже на основаніи данныхъ опытовъ можно сдѣлать предположеніе, что оба результата суть частные случаи одного общаго правила, а именно: у первой больной происходятъ колебанія между тактильной чувствительностью и болевой на одномъ и томъ-же мѣстѣ кожи, а у второй — колебанія чувствительности вообще (тактильный плюсъ болевой, со включеніемъ, быть можетъ, и температурнаго чувства) между однимъ участкомъ кожи и какимъ-нибудь другимъ участкомъ или вообще — другой областью тѣла. Словомъ, можно допустить, что

существуетъ общій законъ антагонизма для нашей чувствительности въ обширномъ смыслѣ слова, т. е. какъ борьба между самыми различными формами ощущеній на одномъ и томъ-же мѣстѣ, такъ и антагонизмъ между чувствительностью различныхъ мѣстъ тѣла.

Дѣйствительно, факты вполне соотвѣтствуютъ обоимъ этимъ предположеніямъ.

Начнемъ съ перваго изъ нихъ. Для тактильной и болевой чувствительности я пока и ограничусь тѣмъ, что мы уже видѣли, такъ какъ въ дальнѣйшемъ будутъ еще приведены мои опыты надъ здоровыми, подтверждающіе этотъ родъ антагонизма. Борьбу между двумя отдѣльными формами температурныхъ ощущеній, т. е. между чувствами тепла и холода, мы постоянно встрѣчаемъ и въ повседневной жизни; далѣе, самые факты отмѣчены наукой, такъ что мы не будемъ приводить примѣровъ. Психологія отдѣляется объясненіемъ этихъ фактовъ „контрастомъ“, физиологія же, какъ увидимъ, не справляется съ ними. Я долженъ впрочемъ замѣтить, что идея борьбы, но именно только между чувствами тепла и холода, уже давно приходила въ голову Hering'у, однако она показалась ему такъ парадоксальной, что Hering отвергнулъ эту мысль сейчасъ-же, какъ только она у него зародилась. Е. Weber построилъ теорію температурнаго чувства, которую въ послѣдствіи самъ онъ призналъ несостоятельной. Тогда Hering предложилъ свою теорію, которая признаетъ лишь одинъ физиологическій аппаратъ для температурной чувствительности, а не два отдѣльныхъ—для ощущеній тепла и холода. Поэтому теорія Hering'a явно противорѣчитъ закону специфическихъ энергій (который онъ отрицаетъ). Но Hering предпочелъ это потому, что, по его собственнымъ словамъ, „если-бы желали принять два различныхъ аппарата для обоихъ качествъ температурнаго ощущенія, то при этомъ пришлось-бы предположить между ними такое тѣсное функціональное отношеніе, что уменьшеніе возбудимости одного всегда должно было-бы вызывать соотвѣт-

ственное усиленіе возбудимости другого прибора“¹⁾). Такое предположеніе очевидно казалось Hering'у парадоксальнымъ. Но теперь, когда мы знаемъ, что существуетъ антагонизмъ даже между осязаніемъ и болевой чувствительностью, мы тѣмъ болѣе не должны бояться парадоксальности его для такихъ, уже по существу своему противоположныхъ, ощущеній, какъ тепло и холодъ. А съ другой стороны, положительно доказано Blix'омъ (1885 г.) и подтверждено Goldscheider'омъ, что тактильныя, оба температурныя и болевые ощущенія лишь кажутся намъ равномерно распределенными по поверхности кожи, въ дѣйствительности-же въ ней существуютъ отдѣльныя точки и зоны, исключительныя для каждаго изъ этихъ 4-хъ видовъ ощущеній—прикосновенія, тепла, холода и боли. Этотъ фактъ совершенно опровергаетъ теорію Hering'a, воочію доказывая какъ разъ существованіе отдѣльныхъ аппаратовъ для ощущеній тепла и холода. Такимъ образомъ намъ остается одно—признать здѣсь законъ антагонизма между этими двумя аппаратами.

Наконецъ, не трудно убѣдиться, что борьба существуетъ также между всѣми вообще видами кожной чувствительности—между двумя температурными, тактильной и болевой. Въ самомъ дѣлѣ, физиологія отмѣчаетъ, что сильное тепловое или холодное ощущеніе „переходитъ въ боль“. Такъ напримѣръ: какъ при ожогѣ, такъ и наоборотъ при отмораживаніи (мы можемъ прибавить: въ частности при мѣстномъ анестезированіи эфиромъ) мы испытываемъ уже одинаковое ощущеніе, въ первомъ случаѣ—не тепла и во второмъ—не холода, а въ обоихъ—боль²⁾). Подобные факты приводятся противниками закона специфическихъ энергій въ опроверженіе существованія отдѣльныхъ нервныхъ приборовъ для раз-

¹⁾ Руководство къ физиологіи, изд. Л. Германномъ, пер. съ нѣмецк. М. Манасеиной. Спб. 1888, стр. 648. 2-ой части III тома.

²⁾ См. Фредерикъ и Ньюэлъ. Основы физиологіи человека, перев. подъ редакц. проф. Н. Е. Введенскаго. Спб. 1899 г. т. II.

личныхъ видовъ ощущеній. Мы не будемъ перечислять здѣсь многочисленныхъ, встрѣчаемыхъ въ литературѣ, доводовъ въ пользу упомянутого закона—клиническихъ, физиологическихъ и даже анатомическихъ, какъ существованіе нѣсколькихъ отдѣльныхъ типовъ периферическихъ нервныхъ окончаній въ кожѣ, наконецъ, нахожденіе и отдѣльныхъ путей въ спинномъ мозгу для нѣкоторыхъ формъ кожныхъ ощущеній. Раздѣльность и специфичность аппаратовъ для различныхъ качествъ ощущеній, не исключая и болевого, въ настоящее время можетъ уже считаться достаточно доказанной въ наукѣ. Перечень доводовъ былъ-бы тѣмъ болѣе лишнимъ въ виду вышеприведенныхъ изслѣдованій Blix'a и Goldscheider'a. Все служить къ опроверженію идеи безразличія аппаратовъ, и въ пользу послѣдней серьезно говорить только этотъ рядъ явленій вродѣ сейчасъ упомянутого „перехода“ рѣзкаго тепла или холода въ боль. Но и этотъ единственный аргументъ противъ специфичности аппаратовъ (мы не говоримъ объ адекватности раздражителей) сейчасъ-же теряетъ свою силу, разъ мы взглянемъ на упомянутыя явленія, какъ на результатъ взаимной борьбы отдѣльныхъ ощущающихъ единицъ. Въ самомъ дѣлѣ, вѣдь въ этомъ переходѣ, напр., термического ощущенія въ боль при ожогѣ и отмораживаніи мы имѣемъ дѣло, опять-таки, не съ однимъ, а съ двумя эффектами: 1) прежде всего—съ пониженіемъ или потерей, словомъ, съ анестезіей соотвѣтствующей температурной чувствительности, ибо мы не ощущаемъ болѣе ни тепла, ни холода, несмотря на продолжающееся сильное дѣйствіе одного изъ этихъ раздражителей; 2)—съ болевой гиперестезіей, которая уже и ведетъ къ боли. Что здѣсь существуетъ въ основѣ этой боли именно предварительная гиперестезія соотвѣтствующей (болевой) чувствительности, это доказываетъ хотя-бы слѣдующее простое наблюденіе, въ которомъ весьма нетрудно убѣдиться. Когда мы находимся на морозѣ и послѣдній начинается уже „щипать“ насъ за уши (начало упомянутого перехода), то достаточно отнюдь не ударить, а лишь слегка

задѣтъ себя по уху, чтобы тотчасъ-же получилась иногда прямо жестокая боль, тогда какъ при обыкновенныхъ условіяхъ такое прикосновеніе къ уху не дастъ намъ даже намека на болевое ощущеніе. Итакъ, мы имѣемъ здѣсь дѣло, съ одной стороны, съ анестезіей чувства холода и, съ другой—съ болевою гиперестезіей, съ облегченной возможностью вызыванія болей. Такая-же болѣзненность существуетъ и при мѣстной эфиризаціи раньше наступленія анальгезіи.

Но, кромѣ этого нарушенія равновѣсія, въ описываемомъ наблюденіи (на морозѣ) существуетъ еще тактильная анестезія (въ смыслѣ осязанія ухо не ощущаетъ задѣвающаго его предмета) и, наконецъ, какъ мы видѣли раньше,—тепловая гиперестезія. Словомъ, ясно, что тутъ происходитъ сложная игра антагонизма между всѣми формами чувствительности. Такую-же игру легко наблюдать и при дѣйствіи тепла. Дѣйствительно, вотъ что у меня получилось, когда я поставилъ здоровому субъекту на спинѣ горчичникъ, вызывающій, какъ извѣстно, чувство жженія, причемъ для контроля я поставилъ собственно два полугорчичника въ двухъ мѣстахъ спины. Когда кожа сильно покраснѣлась, то, снявъ горчичники, я наблюдалъ на ихъ мѣстахъ, съ одной стороны, тепловую гиперестезію: моя рука казалась этой покраснѣвшейся кожѣ не холоднѣе, а теплѣе, чѣмъ остальной поверхности спины субъекта; а съ другой стороны, было пониженіе (хотя неодинаково ясно выраженное) всѣхъ трехъ остальныхъ видовъ чувствительности: самое слабое, даже сомнительное—болевой, болѣе сильное, несомнѣнное—чувства холода: металлъ казался покраснѣвшимъ участкамъ менѣе холоднымъ, чѣмъ остальной кожѣ; наконецъ, самая значительная была анестезія осязанія: прикосновенія бумажки на мѣстахъ бывшихъ горчичниковъ субъектъ не ощущалъ вовсе. Минутъ черезъ двадцать тепловая гиперестезія исчезла. Оказалось, что анестезія къ холоду тоже исчезла. Наоборотъ, тактильная анестезія, хотя немного уменьшившаяся, еще оставалась; и вотъ, одновременно съ нею теперь была сильная гипераль-

гезія. Уколы булавкой были крайне болѣзненны. Этотъ опытъ показываетъ, что существуетъ болѣе близкій антагонизмъ, съ одной стороны, между обѣими формами термической чувствительности (какъ и слѣдовало ожидать), а съ другой—между осязаниемъ и общимъ чувствомъ (болевымъ). Аналогичные результаты мы находимъ и въ литературѣ. Такъ, проф. Baelz (въ Токио) находилъ въ качествѣ физиологическаго дѣйствія горячихъ водяныхъ ваннъ (отъ 38 Ц. до 42 и выше) съ одной стороны, согласно Нотнагелю и Стольникову и въ противоположность Frey'ю,—пониженіе термической чувствительности, а съ другой—повышеніе осязательной, чувства давленія, а также электрической чувствительности¹⁾. Тоже наблюдалъ и студентъ Грибоѣдовъ при леченіи 38 случаевъ невралгій электрическимъ свѣтомъ (дѣйствующимъ также своей теплотой), а именно повышеніе тактильной и болевой чувствительности, между тѣмъ какъ температурная „до извѣстной степени искажается“²⁾.

Существованіе борьбы и въ частности болѣе тѣсныхъ антагонистическихъ отношеній между указанными родами чувствительности обнаруживается еще опытами, которые я произвелъ надъ здоровыми. Объ этихъ опытахъ сейчасъ будетъ рѣчь. Но пока напрашивается весьма существенный вопросъ, представляющій большой интересъ и для патологии. Какимъ образомъ собственно происходитъ нарушеніе равновѣсія въ возбудимости отдѣльныхъ видовъ чувствительности? Которое изъ двухъ разстройствъ—гиперестезію или анестезію—слѣдуетъ считать первичной, и какъ происходитъ первичное разстройство? Такой вопросъ можетъ быть рѣшенъ опытами надъ здоровыми, если дѣйствовать лишь на одинъ какой-нибудь видъ чувствительности, разъ—такъ, чтобы стремиться получить первичную гиперестезію, другой разъ—пер-

¹⁾ F. Penzoldt и R. Stinzing. Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней. Пер. подъ ред. д-ра Розенбаха, вып. 21. 1897.

²⁾ Обзорѣніе психіатріи, № 6, 1899.

вичную анестезію его. Для полученія первичной гиперестезіи трудно составить вѣрный планъ. Но и для анестезіи существуютъ затрудненія. Дѣло въ томъ, что изъ массы извѣстныхъ въ медицинѣ анестезирующихъ средствъ, какъ общихъ (внутреннихъ), такъ и мѣстныхъ, ни одно не дѣйствуетъ, по крайней мѣрѣ, завѣдомо, лишь на опредѣленный видъ чувствительности, ибо этимъ вопросомъ до сихъ поръ не занимались. Это заставило меня выработать свою методику изслѣдованія, которая, будучи естественнымъ методомъ, привела, мнѣ кажется, къ нѣкоторымъ интереснымъ результатамъ.

Мы знаемъ, что, побуждая постоянно къ дѣятельности какой угодно механизмъ нашего тѣла, мы можемъ вызвать въ немъ въ концѣ концовъ утомленіе. И вотъ я началъ дѣлать опыты по такому плану: я производилъ продолжительное поглаживаніе бумажкой маленькихъ участковъ кожи, напр., на тыльной сторонѣ кистей, но чаще кончика пальцевъ съ ладонной стороны, чтобы вызвать въ этихъ мѣстахъ путемъ утомленія осязанія анестезію послѣдняго. И я слѣдилъ, какъ измѣнялись при этомъ какъ само осязаніе, такъ и другіе виды чувствительности. Но такъ какъ эти опыты выясняютъ еще кое-что (кромѣ констатированія антагонизма) и результаты ихъ имѣютъ общее значеніе для нервной системы, то мы вернемся къ нимъ впоследствии.

Этимъ обнаруженіемъ антагонистическихъ отношеній между отдѣльными видами кожной чувствительности мы вносимъ новую единицу въ тотъ запасъ наблюденій антагонизма между различными нервными центрами и отдѣлами мозга, какой имѣется уже въ наукѣ. Понятно, что всякая такая прибавка новаго ряда положительныхъ фактовъ увеличиваетъ наше право признать общимъ закономъ для нервной системы ту взаимную борьбу ея аппаратовъ, которая для однихъ изъ нихъ констатирована, какъ фактъ, для иныхъ высказывалась, какъ гипотеза, для нѣкоторыхъ, наконецъ, не высказывалась вовсе, несмотря на имѣющіеся, но остающіеся сырымъ матеріаломъ, факты.

Я попытаюсь обнаружить здѣсь, если еще не полную, то уже весьма значительную въ настоящее время основательность признать такой нейро-физиологическій законъ. Однако, согласно съ этой цѣлью, а также въ виду размѣровъ статьи, представляющей лишь предварительное сообщеніе, я не буду пытаться исчерпать здѣсь упомянутый запасъ фактовъ. Зато я постараюсь систематизировать ихъ по функціональнымъ нервнымъ областямъ, чтобы показать наличность антагонизма почти во всѣхъ изъ нихъ: въ сферѣ чувствительности, органовъ чувствъ, въ двигательной области (въ частности между произвольной и гладкой мускулатурой), въ вазомоторной, наконецъ въ интеллектуальной сферѣ. Затѣмъ я постараюсь показать также взаимный антагонизмъ центровъ различныхъ упомянутыхъ областей. Въ своемъ обзорѣ я буду пользоваться и кое-какими собственными наблюденіями и опытами.

Но для этого намъ нужно вернуться еще къ чувствительности. Мы остановились на антагонизмѣ отдѣльныхъ видовъ ея въ кожѣ. Однако уже выше сдѣлано было предположеніе, что этотъ родъ борьбы есть лишь частный случай закона антагонизма нервныхъ центровъ въ обширномъ смыслѣ слова. Такимъ образомъ, анестезія какого-нибудь вида чувствительности не ведетъ непременно къ гиперестезіи другихъ родовъ на томъ-же мѣстѣ; наоборотъ, она сочетается, какъ извѣстно, и притомъ еще чаще, съ анестезіей-же остальныхъ видовъ. Въ этомъ случаѣ мы имѣемъ эффектъ борьбы между чувствительностью (вообще) данной области и чувствительностью или даже не чувствительными, а иными центрами, какой-нибудь другой области. Придерживаясь начатаго порядка, мы перейдемъ сначала къ антагонизму чувствительности по мѣсту, т. е. между различными мѣстами кожи и вообще тѣла. Здѣсь слѣдуетъ указать прежде всего на т. наз. *anaesthesia dolorosa*, описываемую при невралгіяхъ, но встрѣчающуюся гораздо чаще при нетипичной, „нервной“ боли. *Anaesthesia dolorosa* состоитъ, какъ извѣстно, въ томъ, что на болящемъ мѣстѣ наблюдается пониженіе чувствительности, даже боле-

вой (анальгезія). Эти случаи объясняются предположеніемъ, что чувствительный нервъ ущемленъ гдѣ-нибудь въ томъ мѣстѣ, гдѣ онъ проходитъ сквозь суженное патологическимъ процессомъ костное или фиброзное отверстіе, и это ущемленіе, съ одной стороны, само служить источникомъ боли (невральгіи), съ другой—мѣшаетъ проводимости раздраженій съ периферіи нерва. Не отрицая возможности такой механической причины въ нѣкоторыхъ случаяхъ, я обращаю однако вниманіе на то, что описываемое явленіе есть прежде всего вещь заурядная и именно—при истеріи. Словомъ, ради вышеприведеннаго объясненія, слишкомъ часто, чтобы не сказать на каждомъ шагу, пришлось-бы допускать органическія пораженія костныхъ и фиброзныхъ ходовъ для нервовъ. Во-вторыхъ, не трудно убѣдиться, что, по крайней мѣрѣ, въ случаяхъ нетипичной (въ смыслѣ невральгіи) боли, анестезирована кожа, а болятъ мышцы. Очевидно, анестезія кожи связана съ гиперэстезіей общаго чувства подлежащихъ мышцъ. Обратнымъ доказательствомъ этого положенія служить тотъ практическій приѣмъ, на который очень часто попадаютъ въ такихъ случаяхъ сами больные, а именно—поглаживаніе или легкое давленіе на эту анестезированную кожу: возбуждая такимъ образомъ чувствительность послѣдней, уменьшаютъ на основаніи антагонизма болѣзненность подлежащей мускулатуры. Такое-же дѣйствіе производитъ всякое раздраженіе кожи—души, термокаутеризація ¹⁾. Я позволю себѣ привести одинъ примѣръ разсматриваемаго явленія, интересный по своимъ размѣрамъ (собств. наблюд.). Больная жалуется на боли во всей правой только половинѣ тѣла. Изслѣдованіе: боли эти—мышечныя; далѣе, кожная чувствительность всѣхъ четырехъ изслѣдованныхъ видовъ (осязаніе, боль, тепло, холодъ) на правой-же сторонѣ (по сравненію съ лѣвой) вездѣ понижена.

¹⁾ Въ случаяхъ такого поглаживанія говорятъ объ отвлеченіи вниманія, (какъ говорятъ о внушеніи при прижиганіяхъ). Но этому противорѣчить уже одно то, что больные, крайне заинтересованные своею болью, со *всѣмъ вниманіемъ* констатируютъ фактъ уменьшенія послѣдней.

Выводъ: на правой сторонѣ тѣла больной имѣется кожная анестезія, а потому существуетъ гиперэстезія подлежащей мышечной ткани; отсюда и боль. Приведенный примѣръ, къ которому едва-ли кто-нибудь приложилъ-бы вышеупомянутое объясненіе органическими процессами въ костяхъ, показываетъ вмѣстѣ съ тѣмъ, что, если при анестезіи какого-нибудь мѣста (или извѣстнаго вида чувствительности) мы не находимъ соотвѣтствующей гиперэстезіи въ другомъ мѣстѣ (или другого вида чувствительности), гдѣ мы находили ее въ подобномъ случаѣ раньше, то это нисколько не опровергаетъ закона антагонизма чувствительности вообще. Въ самомъ дѣлѣ, данная область тѣла (ниже мы найдемъ примѣры этого въ физиологіи) можетъ антагонизировать съ различными другими областями. Такъ, чувствительность даннаго участка кожи можетъ оставаться въ условіяхъ борьбы (какъ мы видѣли и сейчасъ увидимъ еще) съ подлежащей мышечной и иной тканью, но можетъ антагонизировать также съ симметричнымъ кожнымъ-же участкомъ противоположной стороны. Прекраснымъ примѣромъ послѣдняго вида антагонизма можетъ служить знаменитый „трансфертъ“, открытый Charcot у истеричныхъ. Явленіе это состоитъ въ слѣдующемъ: если приложить къ анестезированному участку кожи пластинку металла (нерѣдко лишь опредѣленнаго — Вирсго), то чувствительность здѣсь возвращается, между тѣмъ какъ на противоположной сторонѣ, гдѣ она была нормальною, получается на совершенно симметричномъ участкѣ кожи анестезія. Трансфертъ можетъ быть вызванъ также самыми различными средствами, способными возстановлять чувствительность: магнитомъ, электричествомъ, даже горчичниками. Strümpell объясняетъ трансфертъ внушеніемъ, т. е. тѣмъ удобнымъ словомъ, которое сдѣлалось въ наше время готовымъ отвѣтомъ на всѣ затруднительные вопросы въ области функціональной невропатологіи и невроterapiи. Но, вѣдь, развѣ можно сказать безъ страшной натяжки, что, вызывая чувствительность на одной сторонѣ тѣла, да еще механическимъ путемъ, мы поселяемъ

въ душѣ больного идею анестезіи на противоположной сторонѣ, и то какъ разъ такого-же участка? Наконецъ, трансфертъ получается иногда (и мы увидимъ ниже, почему лишь иногда) и въ томъ случаѣ, если приложить „эстезіогенное“ средство не къ анестезированной сторонѣ, а, наоборотъ, къ нормально ощущающей. Но теперь соответствующая анестезія, въ противоположность первому случаю, получается, стало быть, уже на сторонѣ металла, и наоборотъ, участокъ возрождающей чувствительности—на сторонѣ, къ которой эстезіогенный агентъ не прикладывался. Для объясненія обоихъ видовъ опыта внушеніемъ пришлось-бы допустить не только поселенную (?) въ сознаніи больныхъ вышеупомянутую идею, но цѣлую заученную роль. Несравненно проще поэтому признать здѣсь фізіологическое основаніе, а именно—свойство нервныхъ центровъ (сильно повышенное при истеріи) антагонизировать другъ съ другомъ, вслѣдствіе чего появленіе чувствительности тамъ, гдѣ ея не было, ведетъ къ исчезанію ея тамъ, гдѣ она была, и наоборотъ. Впрочемъ такого взгляда и придерживаются другіе авторы, особенно фізіологи (напр., Введенскій).

Возвращаясь еще разъ къ антагонизму между чувствительностью кожи и глубже лежащихъ тканей, мы должны остановиться на т. наз. гиперэстетическихъ или истерогенныхъ зонахъ и точкахъ. Sollier особенно тщательно изучалъ тѣ и другія съ точки зрѣнія чувствительности и пришелъ къ нѣкоторымъ интереснымъ въ теоретическомъ отношеніи общимъ взглядамъ на ихъ локализацию. Но я обращаю вниманіе лишь на тотъ, справедливо отмѣчаемый Sollier, фактъ, что эти болѣзненные мѣста расположены не въ кожѣ, а подъ нею—въ мышцахъ и внутреннихъ органахъ, тогда какъ покрывающая ихъ кожа обыкновенно бываетъ анестезирована. Мало того, въ центрѣ этого участка кожи анестезія выражена сильнѣе всего и подъ нимъ-то какъ-разъ и находится самое болѣзненное мѣсто—болевая „точка“ въ собственномъ смыслѣ. И я лично наблюдалъ такое-же напр. у III-ей изъ

своихъ больныхъ. Въ другихъ случаяхъ впрочемъ и кожа бываетъ гиперэстезирована, хотя рѣже. Мы уже знаемъ однако основанія, по которымъ послѣднее обстоятельство нисколько не противорѣчитъ закону антагонизма.

Это частое сочетаніе анестезіи съ болью и привело, конечно, Sollier къ установленію понятія „болѣзненной анестезіи“, какъ такой степени пониженія чувствительности, словомъ, такого уровня послѣдней, выше и ниже котораго, „т. е. при подъемѣ ея до нормы и при паденіи до нуля“, болѣзненности нѣтъ. Существованіе такого средняго (?) уровня, дѣйствительно, составляетъ фактъ. И тѣмъ не менѣе мы сейчасъ увидимъ, что „болѣзненная анестезія“ есть абсурдъ. Въ самомъ дѣлѣ, я считаю необходимымъ поставить вопросъ ясно: объ анестезіи какой чувствительности идетъ здѣсь рѣчь?—тактильной, мышечнаго чувства, термической или другой? Но, вѣдь, говорить о „болѣзненной“ тактильной или термической чувствительности—это все равно, что говорить о слуховомъ зрѣніи или зрительномъ обоняніи. Словомъ, понятіе болѣзненности мы можемъ соединять лишь съ одной формой чувствительности—съ болевой. Но въ такомъ случаѣ „болѣзненная анестезія“ есть такое состояніе болевой чувствительности, при которомъ особенно легко вызывается боль. А такое состояніе есть не анестезія, а гиперэстезія болевой чувствительности, и если примѣнить къ нему терминъ анестезіи (геср. аналгезіи), то какъ-же назвать противоположное состояніе, когда боли вовсе нельзя вызвать? Итакъ, чтобы выйти изъ этого затруднительнаго положенія, необходимо расчленивъ эту „анестезію“, представляющую, съ одной стороны, дѣйствительно, пониженіе возбудимости центровъ того или другого рода чувствительности (но иногда, какъ сейчасъ увидимъ, даже не чувствительныхъ, а двигательныхъ или иныхъ), а съ другой—повышеніе вслѣдствіе антагонизма, т. е. гиперэстезію общаго чувства (болевого). Доказательствомъ этого антагонизма и служить тотъ-же методъ лѣченія Sollier: возстановленіе чувствительности или, говоря опредѣленнѣе,—

чувствительности упомянутых анестезированных видовъ, всегда идетъ параллельно съ исчезаніемъ болѣзненности, т. е. болевой гиперестезіи. Вотъ этимъ выравниваніемъ возбудимости отдѣльных видовъ чувствительности только и можно объяснить исчезаніе боли у пациентовъ, которые, по ихъ же словамъ, „слишкомъ хорошо чувствуютъ“, когда Sollier, не смотря на это, приказывалъ имъ: „чувствуйте еще лучше“¹⁾. Также точно, если „будить чувствительность гиперэстетической зоны, то, одновременно съ исчезаніемъ анестезіи и въ частности анемьезіи, покрывающей зону кожи, исчезаетъ и болевая гиперестезія подлежащихъ частей.

Я сошлюсь еще на свои опыты фарадизаціи паретическихъ и въ то-же время болящихъ верхнихъ конечностей у нѣсколькихъ истеричныхъ, какъ на примѣръ антагонизма между двигательными и чувствительными центрами. Да и послѣ фарадизаціи мышечная сила руки измѣрялась динамометромъ. И вотъ, примѣненіе индуктивнаго тока давало два результата: съ одной стороны, парезъ руки уменьшался, т. е. возбудимость психомоторныхъ центровъ увеличивалась²⁾, о чемъ свидѣтельствовалъ динамометръ, показанія котораго всегда возрастали (съ 4 кило на 13, съ 4 на 6½, съ 16 на 21½—въ разное время въ III-емъ изъ моихъ наблюденій). Съ другой стороны, уменьшалась боль въ рукѣ.

Далѣе изъ дневника той-же больной я приведу одно мѣсто, гдѣ, устраняя путемъ фарадизаціи боль по близости электродовъ, я получалъ усиленіе ея въ сосѣднихъ мѣстахъ, т. е. блужданіе боли. „Когда оба электрода стоятъ на бедрѣ, больная говоритъ: „боль ушла внизъ“, т. е. въ икру; когда я оба электрода ставлю на икру, то послѣдняя совсѣмъ не болитъ, но опять болитъ немного бедро; когда я затѣмъ снова

¹⁾ Этотъ примѣръ показываетъ, между прочимъ, какъ можно объяснить терапевтическіе результаты при истеріи, обходясь безъ «внушенія».

²⁾ Объясненіе такого дѣйствія прерывистаго тока при истерическихъ параличахъ, опять-таки помимо пресловутаго внушенія, даетъ тотъ-же Sollier.

ставлю оба электрода на бедро, то теперь „болить выше“, т. е. въ тазо-бедренной области“.

Наконецъ среди богатаго матеріала труда Sollier находимъ весьма интересные опыты автора надъ двумя выздоравлившими истеричными, которымъ онъ приказывалъ въ гипнотическомъ состояніи не чувствовать ноги отъ пальцевъ до колѣна или руки—отъ пальцевъ до локтя. (Одна изъ этихъ больныхъ никогда раньше не была гипнотизирована). Получалась полная потеря чувствительности и параличъ соотвѣтствующаго отдѣла конечности, т. е.—ниже колѣна или локтя. Но выше анестезіи у обоихъ субъектовъ Sollier наблюдалъ поясъ гиперэстезіи, ширина котораго равнялась на ногѣ 8 цент. ¹⁾. (Только Sollier, какъ мы уже знаемъ, считаетъ эту гиперэстезію анестезіей-же). Мало того, кромѣ этого пояса, получалась гиперэстетическая точка на головѣ, въ области соотвѣтствующей корковому центру конечности ²⁾.

Перейдемъ къ явленіямъ антагонизма въ специальныхъ органахъ чувствъ.

Въ области зрѣнія сюда относится прежде всего т. наз. явленіе контраста, состоящее въ томъ, что свѣтлая фигура на темномъ фонѣ, кажется намъ еще свѣтлѣе, и наоборотъ. Hering, опровергая психологическое объясненіе этого факта Helmholtz'емъ, доказалъ, что сильное возбужденіе одного мѣста сѣтчатки вызываетъ пониженіе возбудимости остальныхъ мѣстъ, и наоборотъ. Другой фактъ, котораго уже не объясняютъ такимъ образомъ, состоитъ во взаимной борьбѣ цвѣтоощущающихъ элементовъ для различныхъ цвѣтовъ. Это т. наз. дополнительные слѣды, т. е. особенно тѣ случаи ихъ, когда послѣ продолжительной фиксаціи какой-нибудь фигуры даннаго цвѣта, мы видимъ затѣмъ ту-же фигуру, но окрашенную въ дополнительный цвѣтъ, даже при закрытыхъ глазахъ.

¹⁾ D-r Paul Sollier Genèse et nature de l' Hystérie. Tome. I, p. 69—73.

²⁾ На подобныхъ фактахъ Sollier основываетъ свой методъ изслѣдованія мозговыхъ локализаций на живомъ человѣкѣ.

Въ самомъ дѣлѣ, не допуская сильной гиперэстезіи по отношенію къ этому дополнительному цвѣту, на мѣстѣ бывшей фигуры мы ровно ничего не должны видѣть при закрытыхъ глазахъ. Я оставляю въ сторонѣ объясненія этого факта, какъ по теоріи Hering'a, такъ и по теоріи Joung-Helmholtz'a, ссылаясь на слѣдующій опытъ послѣдняго, доказывающій существованіе здѣсь именно *повышенной* воспріимчивости къ дополнительному цвѣту. Если, послѣ фиксаціи какой-нибудь фигуры опредѣленнаго спектральнаго цвѣта, перевести затѣмъ зрѣніе на поверхность, равномерно окрашенную въ дополнительный къ нему цвѣтъ, то послѣдній на мѣстѣ бывшей фигуры представляется гораздо насыщеннѣе, чѣмъ въ остальномъ полѣ зрѣнія, гдѣ онъ кажется блѣднымъ¹⁾, такъ что кромѣ этой гиперэстезіи къ дополнительному цвѣту въ раіонѣ фигуры мы можемъ думать еще объ анестезіи къ нему остального поля. Намъ остается выяснитъ, что оптическій антагонизмъ происходитъ не въ сѣтчаткѣ, а въ центрахъ (что противорѣчитъ объясненіямъ упомянутыхъ теорій). Это доказываетъ существованіе борьбы между однимъ и другимъ глазомъ: 1) т. наз. борьба зрительныхъ полей; 2) въ частности наблюденіе Feshnera, что поле зрѣнія становится свѣтлѣе при закрываніи одного глаза; 3) бинокулярные дополнительные цвѣта, то есть окраска того-же предмета въ дополнительный цвѣтъ въ другомъ глазу, если скосить глаза такъ, чтобы предметъ двоился и поставить передъ первымъ глазомъ цвѣтное стекло (Hering)²⁾; 4) ниже мы еще увидимъ одно доказательство въ опытахъ Binet et Féré. Сравнивая эти два рода антагонизма въ органахъ зрѣнія, то есть 1) борьбу возбудимости между сѣтчатками или различными мѣстами одной сѣтчатки и 2) борьбу между различными цвѣтоощущающими элементами на одномъ и томъ-же мѣстѣ

¹⁾ Рук. къ фізіологіи Германна, часть 2-ая III тома; тамъ же и предшествовавшія мѣста.

²⁾ І. с. стр. 913 части 1-ой VII т.

сѣтчатки съ разсмотрѣннымъ нами раньше антагонизмомъ чувствительности, тоже двойкаго рода: 1) между различными мѣстами тѣла и 2) между различными видами чувствительности на одномъ и томъ-же мѣстѣ,—нельзя не видѣть полной аналогіи явленій.

Другіе органы чувствъ вообще изучены гораздо хуже зрѣнія, представляя также большія затрудненія для подобныхъ изслѣдованій, а потому физиологія этихъ органовъ чувствъ не даетъ намъ такихъ доказательныхъ фактовъ. Тѣмъ не менѣе, самые факты существуютъ. Сюда относятся прежде всего тѣ-же явленія контраста.

Такъ, въ органѣ вкуса контрастъ (борьбу между различными вкусами) отмѣчаетъ Vintschgan, приводя также соотвѣтствующіе опыты Joh. Müller'a. Valentin наблюдалъ и явленія борьбы между различными вкусоощущающими мѣстами. Bidder, Valentin находили также послѣдовательные слѣды вкусовыхъ ощущеній, аналогичные съ отрицательными зрительными слѣдами въ глазу. Наконецъ, мы должны упомянуть о такъ называемомъ исправленіи одного вкуса другимъ, напр., кислаго сахаромъ (Luchtman, Brücke). Такъ какъ сахаръ не въ состояніи нейтрализовать кислоты, и такъ какъ мы не можемъ также предположить, чтобы сахаръ дѣлалъ менѣе возбудимыми по отношенію къ кислотѣ тѣ нервы, путемъ которыхъ мы получаемъ ощущеніе кислаго вкуса, то въ виду всего этого Brücke пришелъ къ заключенію, что „состоянія возбудимости должны компенсировать другъ друга среди центральнаго органа“. Эту компенсацію возможно понять лишь въ томъ смыслѣ, что возбужденіе одного вкусового центра умѣряетъ возбудимость другого ¹⁾.

Что касается органа слуха, то по аналогіи идея антагонизма въ немъ должна быть такова, что повышеніе восприимчивости къ одномъ у какому-нибудь тону вызываетъ пони-

¹⁾ 1. с.

женіе возбудимости по отношенію къ другимъ тонамъ. А такъ какъ Кортіевъ органъ уха имѣетъ до трехъ тысячъ струнъ, (по Nuel'ю даже 60 тыс.), т. е. способенъ воспринимать такое множество различныхъ тоновъ, то трудность рѣшенія нашей задачи для слуха понятна сама собой. Тѣмъ не менѣе, и въ области этого органа можно найти указанія на антагонизмъ. Такъ Landois ¹⁾ отмѣчаетъ, что повышенная воспримчивость къ низкимъ тонамъ обыкновенно сочетается съ пониженной воспримчивостью къ высокимъ, и наоборотъ. Между прочимъ, Landois приводитъ одинъ патологическій случай Moos'a, гдѣ низкіе тоны ощущались на цѣлую треть тона выше, а высокіе тоже какъ разъ на цѣлую треть тона ниже.

Обоняніе мы пропустимъ, какъ органъ слишкомъ мало изслѣдованный вообще. Впрочемъ, явленія борьбы различныхъ мѣстъ обонятельной поверхности Valentin находилъ и здѣсь. J. Müller и Hermann предполагаютъ также существованіе обонятельныхъ слѣдовъ ²⁾.

Отъ чувствительности и органовъ чувствъ мы перейдемъ теперь къ двигательной области.

Начнемъ съ рефлексовъ спинного мозга. Возбужденіе одного рефлекторнаго центра понижаетъ возбудимость другихъ. Сѣченовъ, производя сильное раздраженіе центрального

¹⁾ Ландуа. Учебникъ фізіологіи.

²⁾ Спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ настоящаго доклада, въ литературѣ появились интересныя изслѣдованія G. Heymans'a (Untersuchungen über psychische Hemmung.—Zeitschr. f. Psychol. und Phys. der Sinnesorgane. Bd. XXI, 1899) надъ угнетающимъ вліяніемъ одного возбудителя resp. одного ощущенія на способность къ воспріятію другихъ ощущеній тѣмъ же органомъ чувствъ. Авторомъ были произведены въ этомъ отношеніи многочисленные опыты по точнымъ методамъ надъ зрѣніемъ, вкусомъ и слухомъ, и этимъ путемъ G. Heymans констатировалъ, что при одновременномъ дѣйствіи одного возбудителя порогъ ощущенія для другихъ возбудителей повышается, т. е. воспримчивость къ другимъ ощущеніямъ понижается. Авторъ нашелъ даже, что это повышеніе порога (это угнетеніе) всегда прямо пропорціонально интенсивности перваго возбудителя (производящаго угнетеніе).

отрѣзка отпрепарованнаго на одной сторонѣ сѣдалищнаго нерва у обезглавленныхъ лягушекъ, наблюдалъ полное подавленіе концевыхъ рефлексовъ противоположной стороны: даже остриганіе ножницами лапокъ не сопровождалось никакими рефлексорными движеніями¹⁾. Еще раньше (1879) Введенскій нашелъ слѣдующее: если повѣсить обезглавленную-же лягушку такъ, чтобы одна половина ея получала меньше свѣта, чѣмъ другая, то на освѣщенной сторонѣ рефлексъ повышаются, а на остающейся въ тѣни настолько-же приблизительно понижаются.

Аналогичное явленіе наблюдалъ Lachsinger на обезглавленномъ ужѣ, который, будучи повѣшенъ (вертикально), періодически совершаетъ нѣсколько извивательныхъ движеній въ силу какихъ-то внутреннихъ импульсовъ. Если прикоснуться къ нему слегка, то эти движенія сейчасъ-же прекращаются.

Наконецъ, раздраженіе любого центростремительнаго нерва задерживаетъ или ослабляетъ рефлексорныя движенія²⁾.

Съ другой стороны, угнетающее дѣйствіе на спинно-мозговые рефлексъ наблюдается также со стороны средняго мозга. Такъ, оно извѣстно при возбужденіи пирамидальныхъ пучковъ. Далѣе, Сѣменовъ обнаружилъ его въ оптическихъ доляхъ лягушки, въ зрительныхъ буграхъ и верхнихъ частяхъ продолговатаго мозга. Наконецъ, задерживающее вліяніе на спинно-мозговые рефлексъ большихъ полушарій тоже принадлежитъ къ общеизвѣстнымъ фактамъ (возможность нѣкотораго подавленія рефлексовъ болей; наоборотъ, повышение ихъ, какъ признакъ ослабленной дѣятельности полушарій, напр. при неврозахъ, во время сна). Словомъ, въ противоположность опровергнутому дѣлымъ рядомъ авторовъ (Goltz, Freisberger, Schlösser, Zion, Herzen, Schiff) взгляду Сѣче-

¹⁾ Сѣменовъ. Физиологія нервныхъ центровъ. 1891.

²⁾ Фредерикъ и Ньюэль.

нова, который видѣлъ въ упомянутыхъ большихъ мозговыхъ узлахъ особые центры, задерживающіе рефлекторную дѣятельность спинного мозга, теперь признано, что специальныхъ центровъ для этого нѣтъ, но что вообще всякое новое возбужденіе, поступающее въ спинной мозгъ со стороны головного мозга или, наоборотъ, съ периферіи, понижаетъ рефлексы. Этотъ фактъ очень важенъ съ нашей точки зрѣнія, ибо онъ, захватывая, можно сказать, всю нервную систему, показываетъ въ то-же время, что такое тормозящее дѣйствіе самыхъ разнообразныхъ центровъ не составляетъ специальной функціи, а лишь общее свойство ихъ.

Но у меня есть одно наблюденіе (клинический случай), дѣлающій вѣроятнымъ существованіе и обратнаго вліянія—спинного мозга на головной. Это—истеричный больной, страдавшій между прочимъ, дрожаніемъ рукъ (случай д-ра Руднева). Такъ какъ это дрожаніе было координированное (пронаціонно-супинаціонное на обѣихъ рукахъ) и, кромѣ того, сопровождалось сильно учащеннымъ дыханіемъ, какое бываетъ послѣ бѣганія, то причина этихъ разстройствъ несомнѣнно заключалась въ головномъ мозгу—возбужденіе соответствующихъ двигательныхъ центровъ. И вотъ эти разстройства исчезли послѣ ряда впрыскиваній стрихнина. О внушеніи здѣсь не можетъ быть рѣчи, потому что больному еще раньше дѣлались всевозможныя впрыскиванія безъ всякаго результата. Между тѣмъ фармакологія принимаетъ, что стрихнинъ дѣйствуетъ на двигательные центры лишь спинного мозга (хотя также и на дыхательный ¹⁾). Такимъ образомъ вѣроятно, что возбужденіе двигательныхъ центровъ спинного мозга, въ свою очередь, дѣйствуетъ умѣряющимъ образомъ на одноименные центры коры. (Не этимъ-ли путемъ дѣйствуетъ стрихнинъ и при алкогольномъ дрожаніи)?

Такое же подавляющее вліяніе различныхъ центровъ наблюдается и по отношенію къ нѣкоторымъ сложнымъ реф-

¹⁾ Потнагель и Россбахъ. Руководство къ фармакологіи, 1895.

лексамъ. Такъ, напр., чиханію можно помѣшать потираніемъ носа. Сюда-же относится опытъ Paton'a, демонстрирующій тормозящее вліяніе полушарій большого мозга на „квакательный рефлексъ“, появляющійся у лягушки при поглаживаніи кожи спины лишь послѣ удаленія большихъ полушарій (Paton, Goltz, Vulpian). Съ другой стороны, квакательный рефлексъ исчезаетъ при сильномъ раздраженіи какого-нибудь чувствительнаго нерва.

Перейдемъ къ антагонизму въ собственно двигательной сферѣ, т. е. между одними двигательными центрами и другими двигательными-же. Sherrington (1893) показалъ, что въ то время, какъ при сухожильномъ рефлексѣ сокращается *m. vastus internus* (и отчасти *m. cruralis*), антагонистическая мышца (сгибатель) испытываетъ нѣкоторое расслабленіе (съ другой стороны раздраженіе чувствующихъ волоконъ, идущихъ отъ этой антагонистической мышцы, угнетаетъ тотъ-же рефлексъ). Далѣе, въ двигательной области мозговой коры найдены, по крайней мѣрѣ, для передней конечности, отдѣльные центры для сгибателей и разгибателей (Luciani, Tamburini). И вотъ, Введенскій (1896) нашелъ при непосредственномъ раздраженіи мозговой коры (я останавливаюсь пока только на этомъ), что одноименные центры одного и другого полушарія (въ смыслѣ сгибателей или разгибателей симметричныхъ мышцъ), по условіямъ возбудимости, стоятъ въ антагонистическихъ отношеніяхъ другъ къ другу. Затѣмъ Sherrington и Hering, а также Миславскій, раздражая извѣстныя точки коры, вмѣстѣ съ сокращеніемъ въ однихъ мышцахъ вызывали расслабленіе ихъ антагонистовъ (бывшихъ въ состояніи тонического сокращенія) на той-же сторонѣ. Весьма интересны далѣе наблюденія, сдѣланныя значительно раньше Бубновымъ и Heidenhain'омъ. Въ нѣкоторыхъ стадіяхъ морфійнаго наркоза, при мѣстномъ раздраженіи мозговой коры, а также рефлекторно съ периферіи, легко вызывается контрактура соотвѣствующихъ мышцъ. И вотъ, послѣдняя тотчасъ-же прекращается, если къ той же точкѣ коры прило-

жить какое-либо слабое раздражение ¹⁾. Но такая контрактура исчезает и при раздражении какой-либо другой точки коры. Мало того, она разрѣшается также, если подуть животному на морду, погладить лапу, окликнуть. Все это дѣлаетъ описанный опытъ весьма интереснымъ, какъ новое доказательство того, что въ антагонистическія отношенія къ данному центру можетъ стать масса любыхъ другихъ центровъ, не имѣющихъ никакихъ опредѣленныхъ функціональных отношеній къ первому, а далеко не одни только центры антагонистическихъ мышцъ. Впрочемъ, сами Бубновъ и Heidenhain склонны были приписать происхожденіе контрактуры въ своемъ экспериментѣ двигательнымъ клѣткамъ спинного мозга. Въ такомъ случаѣ опытъ былъ бы лишь интереснымъ (въ виду новаго элемента—контрактуры) повтореніемъ видѣнныхъ уже нами примѣровъ того, насколько обширна область нервной системы, антаголирующая со спиннымъ мозгомъ.

Однако слѣдующее наблюденіе Sherrington'a въ этомъ же родѣ уже несомнѣнно относится къ головному мозгу. Послѣ перерѣзки у обезьяны nn. oculomotorii и trochlearis, оставшійся непарализованнымъ одинъ только m. rectus externus глаза впадаетъ въ сильное тоническое сокращеніе (глазъ поворачивается кнаружи). Эта контрактура сейчасъ же прекращается при раздраженіи различныхъ мѣстъ коры, а также—субкортикальныхъ частей. Здѣсь мы опять имѣемъ дѣло не съ вліяніемъ центра антагонистической мышцы, а съ обширной областью мозга, функціонально большею частью безразличной по отношенію къ наружной прямой мышцѣ глаза и, тѣмъ не менѣе, способной производить тормозящее вліяніе на центръ ея.

¹⁾ Если-бы кортикальное происхожденіе контрактуры въ данномъ опытѣ было установлено, то этотъ эффектъ, въ противоположность выводу Б. и Н., справедливо опровергаемому Введенскимъ (см. Фредерикъ и Ньюэлъ. Основы физиологіи чел. 1899), могъ-бы быть объясненъ, согласно изложенному мною ниже, совмѣстнымъ дѣйствіемъ иррадіаціи и антагонизма, составляющимъ единственное возможное объясненіе ряда другихъ фактовъ.

Изъ явленій антагонизма, относящихся къ гладкой мускулатурѣ, мы пока укажемъ тотъ общій механизмъ, что сокращеніе мышцы, сжимающей и опорожняющей какую-либо полость, сопровождается одновременнымъ расслабленіемъ сфинктера для той-же полости¹⁾.

Что касается вазомоторной сферы, то здѣсь принципъ борьбы выраженъ, быть можетъ, всего яснѣе. Я не говорю уже объ антагонистическихъ отношеніяхъ между сосудо-суживателями и сосудо-расширителями для одной и той-же области. Борьба существуетъ здѣсь между вазомоторами и отдаленныхъ областей, напр., мозга и органовъ брюшной полости (анемія перваго при гипереміи послѣднихъ). Такой-же классическій антагонизмъ извѣстенъ, съ другой стороны, между сосудодвигателями брюшныхъ органовъ и кожныхъ покрововъ. Далѣе, наряду съ суженіемъ во время сна сосудовъ мозговой коры (Durhan, Fr. Franck, Mosso), по Heger'у, существуетъ сильное расширеніе ихъ въ гангліяхъ мозгового основанія. Наконецъ, раздраженіе любого участка кожи, на ряду съ гипереміей послѣдняго, ведетъ къ общему повышенію кровяного давленія, т. е. къ общему спазму остальной сосудистой системы.

Въ психической сферѣ антагонизмъ представляетъ настолько обыденное явленіе, что для знакомства съ нимъ вовсе не нужно быть физиологомъ или психологомъ. Едва-ли кому-нибудь не приходилось, напр., замѣтить, какъ часто новое впечатлѣніе, и притомъ совсѣмъ посторонняго содержанія, вдругъ дѣлаетъ насъ совершенно равнодушными къ тому, что за минуту передъ тѣмъ сильно волновало насъ. Другое аналогичное явленіе неразлучно сопровождаетъ всю нашу психическую жизнь, ибо относится къ процессу вниманія. Оно состоитъ въ томъ, что изъ массы представленій, „вступающихъ въ поле сознанія“, въ данный моментъ лишь одно

¹⁾ Фредерикъ и Ньюэлъ. Основы физиологіи.

становится дѣйствительно сознательнымъ, подавляя всѣ остальные. Ferrier, Ribot, Marillier и др. полагаютъ, что этотъ процессъ состоитъ въ томъ, что нервное возбужденіе физиологическаго снаряда, относящагося къ одному представленію, угнетаетъ физиологическіе снаряды, дѣятельность которыхъ состоитъ въ образованіи другихъ представлений. (Н. Ланге ¹⁾) говоритъ, что это предположеніе хорошо объясняетъ лишь одинъ изъ факторовъ вниманія, но насъ и интересуетъ здѣсь именно одинъ только этотъ факторъ). Конечно, упомянутое предположеніе есть лишь гипотеза, однако я думаю, что ее не слѣдуетъ высказывать особенно боязливо, если обратить вниманіе на то, сколько фактовъ антагонизма мы наблюдаемъ въ физической сферѣ. А, вѣдь, развѣ въ основѣ психическихъ явленій не лежатъ физиологическіе процессы? Разумѣется, все-таки было-бы весьма желательно убѣдиться въ этомъ антагонизмѣ снарядовъ, относящихся къ области интеллекта, экспериментально—если не путемъ непосредственныхъ манипуляцій надъ мозговой корой, то, по крайней мѣрѣ, съ периферіи: вызвавъ какъ-нибудь повышенную воспримчивость къ однимъ представленіямъ и получивъ большую или меньшую невозбудимость по отношенію къ другимъ. Мы и увидимъ ниже, что такой экспериментъ, и притомъ въ грандіознѣйшихъ размѣрахъ, уже неоднократно произведенъ Sollier на больныхъ.

Итакъ, мы сдѣлали краткій обзоръ явленій антагонизма въ самыхъ различныхъ функціональных областяхъ нервной системы, и мы натыкались на него повсюду: въ сферѣ чувствительности, спеціальныхъ органовъ чувствъ, въ двигательной области (рефлексы, произвольная иннервація, гладкая мускулатура), въ сосудодвигательной, наконецъ, въ психической. Я долженъ однако замѣтить, что, какъ я ни старался производить этотъ обзоръ систематически по упомянутымъ

¹⁾ Н. Ланге. Психологическія изслѣдованія. Законъ перцепцій. Теорія волевого вниманія. 1893.

областямъ, но это мнѣ не удалось. Причина этого заключается въ томъ, что законъ борьбы возбудимости не ограничивается элементами, принадлежащими къ одной и той-же функциональной нервной области, а распространяется также на нейроны весьма различныхъ областей. Дѣйствительно, мы видѣли (въ моихъ опытахъ надъ больными) антагонизмъ между возбудимостью психомоторныхъ центровъ и общаго чувства (болевого) тѣхъ-же мышцъ. Но мы видѣли дальше, какъ обширна вообще—и въ функциональномъ, и въ анатомическомъ отношеніи—область антагонистовъ двигательной сферы (см. выше—рефлексы спинного мозга, опыты Бубнова и Heidenhain'a, Sherrington'a).

Но я позволю себѣ прибавить еще нѣсколько примѣровъ антагонизма центровъ различныхъ областей.

Случай борьбы между сферами кожной чувствительности и специальныхъ органовъ чувствъ представляетъ языкъ. Въ самомъ дѣлѣ, послѣдній, будучи специальнымъ органомъ вкуса, снабженъ въ то-же время всѣми видами кожной чувствительности; осязаніе (собств. чувство пространства) здѣсь даже самое тонкое изъ всего тѣла. И вотъ, оказывается, что дѣйствіе на языкъ холода (Luchtman (?) , E. Weber, Guyot) и тепла (E. Weber) уменьшаетъ возбудимость вкусовыхъ нервовъ. Равнымъ образомъ вещества, дѣйствующія на общее чувство, какъ перецъ, горчица, будучи прибавлены къ собственно вкусовымъ веществамъ, вытѣсняють вкусъ послѣднихъ (Vintschgan; явленіе, впрочемъ, общеизвѣстное). Примѣромъ аналогичной борьбы между общей и специфической чувствительностью въ области обонанія можетъ служить повсѣдневное наблюденіе, что чувство жженія, которое вызываетъ въ носу очень крѣпкая горчица, моментально проходитъ, если понюхать свѣжій хлѣбъ.

Наконецъ, для оптическаго аппарата мы отмѣтимъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ амауроза, при полной потерѣ способности получать какія-бы то ни было свѣтотворныя ощущенія, у больныхъ не только продолжаетъ существовать чувство

„болѣзненнаго ослѣпленія“ и связанная съ этимъ свѣто-
боязнь, но они оказываются даже усиленными (Walter ¹⁾).

Я хотѣлъ убѣдиться, не существуетъ-ли взаимнаго анта-
гонизма между различными органами чувствъ. Выбравъ зрѣ-
ніе и слухъ, я хотѣлъ вызвать путемъ утомленія анестезію
перваго, чтобы слѣдить затѣмъ, какъ измѣнится при этомъ
тонкость слуха. Сначала я заставлялъ нѣсколькихъ здоро-
выхъ субъектовъ продолжительно смотрѣть на пламя свѣчи
или лампы. Но при этихъ условіяхъ получилась лишь мѣст-
ная борьба въ органѣ зрѣнія—какъ цвѣтовая (пламя періо-
дически принимало окраску различныхъ спектральныхъ цвѣ-
товъ, смѣнявшихъ другъ друга и затѣмъ опять слагавшихся
въ прежній цвѣтъ пламени ²⁾),—такъ и борьба съ окружающимъ
пламя полемъ зрѣнія, которое по временамъ казалось совер-
шенно чернымъ. Зато яснаго вліянія на слухъ при такой
постановкѣ опытовъ я не могъ констатировать. Наоборотъ,
вотъ-что у меня получилось, когда я однажды, переимѣнивъ
методъ изслѣдованія, заставлялъ тоже здороваго субъекта
читать въ теченіи около 1½ часа обыкновенный шрифтъ на
такомъ большомъ разстояніи отъ глазъ, на которомъ субъектъ
едва могъ разбирать напечатанное. Онъ сидѣлъ на мѣстѣ
все время опыта, производившагося въ деревнѣ (условія ти-
шины). Въ началѣ опыта предварительно изслѣдовался слухъ
субъекта, который могъ слышать чиканье моихъ часовъ на
максимальномъ разстояніи 3-хъ шаговъ отъ своего стула.
Зрѣніе вскорѣ утомилось, и тогда экспериментируемое лицо
могло слышать часы уже на разстояніи шести шаговъ. За-
тѣмъ наступилъ весьма непродолжительный періодъ такой
остроты зрѣнія, что субъектъ читалъ книгу (все также уда-
ленную отъ глазъ) уже совершенно свободно: въ этотъ мо-
ментъ отъ могъ слышать тиканье часовъ лишь на разстояніи
одного шага отъ стула. Самъ субъектъ, не знавшій, конечно,

¹⁾ Лишнее доказательство раздѣльности болевыхъ и специфическихъ центровъ. Германнъ. Т. III, стр. 420 2-ой части.

²⁾ Явленія эти извѣстны въ физиологіи.

въ чемъ дѣло, весело замѣтилъ: „странно: читаю лучше, а слышу хуже“. Затѣмъ, до конца опыта, онъ опять читалъ хуже и лишь съ небольшими колебаніями и слышалъ часы опять на разстояніи около 6-ти шаговъ, также съ небольшими колебаніями. Слухъ изслѣдовался всякій разъ при закрытыхъ глазахъ и вообще лишь изрѣдка. Нѣсколько времени спустя послѣ опыта, зрѣніе оставалось еще безъ измѣненій: и теперь субъектъ съ прежняго мѣста слышалъ часы на разстояніи 9-ти шаговъ. Однако больше такихъ экспериментовъ я не производилъ, вслѣдствіе переѣзда изъ деревни въ городъ, гдѣ уличный шумъ лишалъ бы довѣрія результаты подобныхъ опытовъ.

Вотъ нѣкоторыя указанія на антагонизмъ между центрами произвольной и гладкой мускулатуры. Извѣстно, что начинающуюся рвоту нерѣдко можно предотвратить усиленными движеніями—моціономъ. Далѣе, когда намъ очень сильно хочется мочиться, т. е. когда произвольно-рефлекторный механизмъ иннерваціи акта мочеиспусканія перестаетъ уже подчиняться нашей волѣ, то, чтобы удержаться (въ случаѣ необходимости) отъ выведенія мочи, мы переминаемся съ ноги на ногу, энергично сокращая ножныя мышцы, иногда сжимаемъ даже кулаки и челюсти, т. е. опять совершаемъ сильный моціонъ. Весьма вѣроятно, что этимъ возбужденіемъ многочисленныхъ центровъ произвольной мускулатуры скелета мы подавляемъ центръ гладкой мускулатуры мочевого пузыря (т. наз. *detrusoris urinae*) и этимъ препятствуемъ опорожненію послѣдняго. Въ пользу этого взгляда говоритъ фактъ, что у нѣкоторыхъ животныхъ мочеиспусканіе вовсе не совершается на ходу: всѣмъ извѣстна съ этой стороны лошадь, которая, хотя испражняется на ходу, но можетъ быть загнана, а мочиться все-таки не будетъ, пока ея не задержатъ. И это одинаково относится къ лошадямъ обоего пола, такъ что врядъ-ли зависитъ отъ анатомическихъ условій. Другой аналогичный фактъ, указывающій на антагонизмъ 2-хъ родовъ мускулатуры, относится къ кишечнику. Во время

метеоризма покойное положеніе тѣла, даже несмотря на ослабленіе брюшного пресса, облегчаетъ отхожденіе газовъ, очевидно способствуя перистальтикѣ кишокъ. Одинъ изъ моихъ больныхъ, у котораго ослаблено было *ejaculatio seminis*, передавалъ мнѣ также, что названный актъ совершается у него легче и обильнѣе, если онъ сохраняетъ въ этотъ моментъ абсолютно покойное положеніе.

Мы должны еще остановиться на явленіи т. наз. шока, который наступаетъ не только при очень рѣзкой боли, но также при сильномъ душевномъ волненіи, и сущность котораго въ обоихъ случаяхъ сводится къ угнетенію, подъ вліяніемъ упомянутыхъ причинъ, сосудодвигательныхъ, сердечныхъ, двигательныхъ и многихъ спинномозговыхъ центровъ ¹⁾.

Вліяніе коры и въ частности психики на вазомоторы, сердце, дыханіе, температуру принадлежитъ къ самымъ обыкновеннымъ явленіямъ. Но у насъ уже не хватитъ мѣста для обзора послѣднихъ. Мы приведемъ лишь нѣсколько примѣровъ, болѣе наглядныхъ въ смыслѣ антагонизма. Снесеніе различныхъ частей передняго отдѣла большихъ полушарій вызываетъ повышеніе температуры, наоборотъ, раздраженіе этихъ частей даетъ пониженіе ея. (Rochefontaine, Brown-Séquard, Ch. Richet). Раздраженіе извѣстныхъ мѣстъ коры вызываетъ движенія кишечнаго канала, наоборотъ, нѣкоторыя сознательныя состоянія (воля, испугъ) могутъ производить выведеніе кала и мочи (разслабленіе сфинктеровъ, сокращеніе другихъ волоконъ) ²⁾.

Этотъ краткій обзоръ явленій антагонизма между нервными центрами, произведенный нами не на основаніи тщательно собранной литературы, а лишь матеріала, имѣвшагося подъ рукою ³⁾, достаточно, мнѣ кажется, обнаруживаетъ

¹⁾ В. В. Подвысоцкій. Основы общей патологіи. СПб. 1894. т. I-й.

²⁾ Фредерикъ и Ньюэлъ. Физиологія.

³⁾ Который всетаки оказался обременительнымъ для размѣровъ предварительнаго сообщенія.

слѣдующіе факты: 1) антагонизмъ между различными центрами есть въ высшей степени распространенное явленіе, есть общій принципъ въ нервной системѣ; 2) для даннаго центра не существуетъ ограниченнаго круга его антагонистовъ; наоборотъ, антагонистическія отношенія обнаруживаются при извѣстныхъ условіяхъ между самыми отдаленными по положенію и самыми различными по профессіи центральными аппаратами.

Между прочимъ и Sollier, весьма интересующій насъ, какъ человѣкъ, который посвятилъ себя до нѣкоторой степени специальному занятію „будить центры“, пишетъ слѣдующее ¹⁾: „когда одни центры пробуждаются, то другіе усыпаютъ вслѣдствіе того или другого вліянія, которое очень часто ускользаетъ отъ насъ“. Такимъ образомъ и этотъ добросовѣстный наблюдатель замѣтилъ рассматриваемое нами явленіе, причемъ сознался, что не находилъ его причинъ. И неудивительно, разъ онъ искалъ ихъ внѣ отношеній между самыми центрами.

Однако антагонизмъ яснѣе всего бываетъ выраженъ все-таки между ближайшими по мѣсту и родственными по функціи нейронами. Такъ, мы видѣли, что центръ чувства тепла какого-нибудь участка кожи антагонизируетъ прежде всего съ центромъ чувства холода того-же мѣста кожи. Въ области зрѣнія антагонизмъ легче всего выражается отрицательными свѣтовыми и цвѣтовыми слѣдами и, конечно, прежде всего въ томъ-же глазу. Для центра какого-либо сгибателя самымъ прямымъ, постояннымъ антагонистомъ служитъ центръ соотвѣтствующаго разгибателя.

Болѣе чѣмъ вѣроятно, что такая-же постоянная борьба существуетъ между вдыхательнымъ и выдыхательнымъ центрами. Этотъ вопросъ заслуживаетъ вниманія, такъ какъ перемежающаяся автоматическая дѣятельность дыхательныхъ

¹⁾ D-r. Paul Sollier. Genèse et nature de l'Hysterie. T. I. p. 372—373.

центровъ остается до сихъ поръ необъясненной. Мы знаемъ, что какъ центръ вдыханія, такъ и выдыханія возбуждаются просто кровью, обычно протекающей по ихъ капиллярамъ, стало-быть, возбуждаются одновременно. Между тѣмъ, оба центра дыханія работаютъ не одновременно, а поочередно. Самая остроумная попытка объяснить это—есть теорія Hering'a и Breuer'a, что оба центра поочередно угнетаются и возбуждаются легочными вѣтвями n. vagi. Но и эта гипотеза признана несостоятельной въ виду другого фізіологическаго факта, что дѣятельность дыхательнаго центра не прекращается и животное не погибаетъ, даже если перерѣзать рѣшительно всѣ проводники, подходящіе къ дыхательному центру ¹⁾). Итакъ, вопросъ остается открытымъ. Но, вѣдь, если центры вдыханія и выдыханія, будучи постоянно оба возбуждаемы кровью, работаютъ однако поочередно, и если это не зависитъ отъ вліянія остальной нервной системы, то причина явленія лежитъ въ нихъ самихъ. Мнѣ кажется, это выводъ логичный. Какая же это можетъ быть причина? Конечно,—только одна: ихъ взаимныя отношенія, которыя непременно должны быть таковы, что возбудимость одного центра ведетъ къ невозбудимости другого, и наоборотъ. (Этотъ механизмъ станетъ вполне понятнымъ лишь изъ дальнѣйшаго, когда будетъ рѣчь еще о другомъ факторѣ — иррадіаціи). Итакъ, если-бы у насъ не существовала еще идея антагонизма, то ее необходимо было-бы создать уже ради центра дыханія. Наоборотъ, признавъ заранѣе принципъ борьбы въ нервной системѣ, мы мимоходомъ заполняемъ такіе важные пробѣлы фізіологіи, какъ дѣятельность дыхательнаго центра.

Но мнѣ кажется, что мы можемъ подвинуться въ этомъ направленіи нѣсколько дальше. Мы видѣли въ I-ой главѣ, что когда у моей больной (III-е набл.), страдавшей удущьемъ, послѣднее прошло, то взаимнѣе его оставалось одно замѣча-

¹⁾ Ландау. Учебникъ фізіологіи. Фредерикъ и Ньюэлъ.

тельное, загадочное явление: глубокие вздохи по временамъ (разъ въ $\frac{1}{4}$ час., въ 1 часъ и рѣже), продолжавшіеся столько мѣсяцевъ. Такъ какъ у этой больной удушье состояло, главнымъ образомъ, въ затрудненномъ выдохѣ, то она въ теченіе двухъ лѣтъ болѣзни постоянно возбуждала свой центръ выдыханія силою воли. Вслѣдствіе этого возбудимость его, какъ это ясно будетъ изъ дальнѣйшаго, непремѣнно была повышена на счетъ пониженія возбудимости вдыхательнаго центра. Когда же удушье (спазмъ голосовой щели) прошло, то, согласно явленіямъ, съ которыми мы познакомимся, наступило, наоборотъ, — преобладаніе возбудимости уже вдыхательнаго центра; отсюда и вздохи. Но наши предположенія могутъ идти еще дальше. Мы видимъ, что кривыя дыханія больной (во время болѣзни) обнаруживали также извращеніе послѣдняго въ томъ смыслѣ, что грудныя вдыхательныя движенія совпадали съ брюшными выдыхательными, и наоборотъ. Д-ръ Нечай ¹⁾ доказываетъ существованіе отдѣльныхъ центровъ для брюшного и грудного дыханія. Допустивъ въ такомъ случаѣ, что у больной равновѣсіе было нарушено (а въ нарушеніи равновѣсія, какъ увидимъ, вообще и состоитъ истерія) также между брюшнымъ и груднымъ центрами, то будемъ имѣть объясненіе и этого извращенія.

Но, на ряду съ антагонизмомъ, въ той же нервной системѣ совершается, какъ извѣстно, и другой процессъ, прямо противоположнаго свойства, который мы игнорировали до сихъ поръ. Это есть иррадіація, т. е. распространеніе возбужденія съ первично раздражаемаго центра на сосѣдніе, — распространеніе, которое выражается двояко: въ формѣ возбужденія-же или только повышенной возбудимостью. Но замѣчательнѣе всего то, что иррадіація, такъ же точно, какъ и антагонизмъ, распространяется прежде всего на сосѣдніе и родственные по функціи центры. (Законъ Pflüger'a, который нужно впрочемъ понимать относительно — Введенскій, Luchsinger, Чувскій).

¹⁾ Н. Нечай. Матеріалы къ патологіи дыхательной иннервации. — Дисс.

Въ послѣднее время Введенскій обратилъ особое вниманіе на это различное, смотря по условіямъ,—то угнетающее, то возбуждающее вліяніе однихъ центровъ на другіе. Утверждая, что „явленія торможенія надо признавать повсемѣстно распространенными и постоянно пускаемыми въ ходъ при всѣхъ отправленіяхъ нервной системы рядомъ съ явленіями возбужденія“, Н. Введенскій высказываетъ гипотезу, что „такія двойственные вліянія комбинируются въ нормальныхъ условіяхъ извѣстнымъ цѣлесообразнымъ образомъ“, именно, что „явленія торможенія развиваются въ организмѣ рядомъ съ явленіями возбужденія въ ихъ интересахъ и въ интересахъ общей иннервации“¹⁾. И Введенскій, дѣйствительно, указываетъ нѣкоторые факты, свидѣтельствующіе о такой цѣлесообразности этихъ двойственныхъ отношеній. Успѣшнѣе всего онъ подтвердилъ свою гипотезу анализомъ условій произвольной иннервации движеній, основанномъ на опытахъ непосредственнаго раздраженія мозговой коры у животныхъ²⁾. „Если раздражать центръ для сгибателей на лѣвомъ полушаріи, то это ведетъ къ пониженію раздражительности одноименнаго центра на правомъ полушаріи и къ повышенію раздражительности центра разгибателей на томъ-же правомъ полушаріи. Относящіяся сюда явленія получаютъ разнообразныя формы и всѣ они говорятъ въ одномъ и томъ-же направленіи: въ то время, какъ раздраженіе извѣстной точки коры вызываетъ свой первичный эффектъ, вмѣстѣ съ этимъ создаются условія благоприятныя для центровъ, дѣйствующихъ обычно въ сочетаніи съ нимъ, и угнетающія вліянія для центровъ, производящихъ антагонистическіе эффекты“. Если мы сопоставимъ эти опыты Введенскаго съ вышеупомянутыми

¹⁾ Фредерикъ и Ньюэлъ. Основы физиологіи человѣка, перев. съ 3-го франц. изд. подъ редакц. и съ дополн. проф. Введенскаго СПБ. 1899, т. II-ой, стр. 504. 534 и 529.

²⁾ Тамъ же. Сообщено на III-емъ международномъ сѣздѣ Психологівъ въ Мюнхенѣ, 1896 г. Жур. Русск. Общ. Охр. Нар. Здравія, 1897, январь.

позднѣйшими изслѣдованіями Sherrington'a и Hering'a, которыя обнаруживаютъ тормозящее вліяніе прямого возбужденія центровъ однихъ мышцъ на центры мышцъ антагонистическихъ на томъ же полушаріи, то составитъ еще болѣе полная картина: возбужденіе центра сгибателей и угнетеніе центра разгибателей на экспериментируемой сторонѣ и обратныя отношенія—на противоположной.

Всѣ эти весьма интересныя изслѣдованія всетаки далеко не вполне разъясняютъ вопросъ. Дѣло въ томъ, что въ приведенныхъ сейчасъ наблюденіяхъ раздражаемый центръ производитъ возбуждающее вліяніе на одни центры, а тормозящее на другіе. Между тѣмъ, нерѣдко случается, что эти противоположныя отношенія существуютъ—конечно, поочередно—между одними и тѣми-же центрами. Вотъ соотвѣтствующія наблюденія, изъ которыхъ на первыя 2 обращаетъ вниманіе самъ Введенскій. Обезглавленный самецъ лягушки упорно охватываетъ передними лапками палецъ, прикасающийся къ кожѣ между ними,—т. наз. обнимательный рефлексъ. Этотъ рефлексъ сейчасъ-же прекращается, если сильно сдавить заднюю конечность. Однако „слабое сдавливаніе задней лапки ведетъ къ замѣтному усиленію самого обнимательнаго рефлекса“.—Несомнѣнно антагонистическія отношенія между сосудодвигателями наружныхъ покрововъ и брюшныхъ органовъ могутъ смѣниться параллельными послѣ обильнаго принятія пищи.—Если нѣсколько разъ кряду раздражали извѣстную двигательную точку коры, то, раздражая затѣмъ новый пунктъ, въ началѣ получаютъ иногда эффектъ первой точки, который затѣмъ однако подавляется.

Еще лучший примѣръ существованія двойственныхъ отношеній, то иррадіаторныхъ, то антагонистическихъ, въ цѣлой массѣ однихъ и тѣхъ-же центровъ, дастъ намъ сопоставленіе тоническихъ и клоническихъ судорогъ при эпилепсіи у человека или экспериментально вызываемыхъ у животныхъ. Тоническія—состоятъ въ согласномъ (одновременномъ) возбужденіи центровъ всей двигательной корковой области, вслѣдствіе

распространенія (т. е. иррадіаціи) возбужденія съ одного мѣста ея на всю область, о чемъ свидѣтельствуешь, съ одной стороны, Jackson'овская эпилепсія у человѣка (Jackson), а съ другой, такое-же распространеніе, получаемое экспериментально у животныхъ (Hitzig, Ferrier, Albertoni, Franck, Pitres). Клоническія-же судороги, по изслѣдованіямъ Введенскаго, получаютъ при одновременномъ сильномъ раздраженіи симметричныхъ двигательныхъ центровъ коры и происходятъ вслѣдствіе быстрыхъ поочередныхъ торможеній этими центрами другъ друга (это уже антагонизмъ). Но интереснѣе всего, что и при эпилепсіи, какъ извѣстно, тоническія судороги продолжаются всего $\frac{1}{2}$ —1 мин., смѣняясь затѣмъ клоническими.

Словомъ, изъ приведенныхъ примѣровъ ясно слѣдуетъ, что двойственные отношенія, то иррадіаціи, то антагонизма, встрѣчаются также между одними и тѣми-же двумя центрами *А* и *В*. И мы можемъ предполагать, что и эта способность ихъ—мѣнять свои отношенія не только цѣлесообразно, но тоже постоянно эксплуатируется нормально работающей нервной системой—„въ интересахъ общей иннерваціи“.

Мнѣ кажется, что это предположеніе подтверждають—и притомъ совершенно случайно—тѣ опыты, которые я производилъ на здоровыхъ людяхъ съ цѣлью убѣдиться только въ существованіи антагонизма между различными формами кожной чувствительности. Вотъ почему до сихъ поръ я упоминалъ объ этихъ опытахъ лишь вскользь. Планъ ихъ, какъ замѣчено выше, состоялъ въ томъ, чтобы вызвать путемъ постоянного возбужденія только одного какого-нибудь вида чувствительности—утомленіе его, resp.—анестезію и слѣдить затѣмъ, какъ это отразится на остальной чувствительности. Однако легко понять всю сложность такихъ опытовъ. Дѣйствительно, 1) существуетъ цѣлый рядъ отдѣльныхъ видовъ кожной чувствительности, и не легко уловить тотъ изъ нихъ, съ которымъ антагонизируетъ въ данный моментъ возбуждаемый нами видъ; 2) это затрудненіе еще увеличивается, если

принять во вниманіе, что самыя формы кожной чувствительности все еще неполнѣ установлены; такъ, напр., осязаніе обыкновенно относятъ къ чувству давленія, однако другіе авторы, и быть можетъ не безъ основанія, выдѣляютъ осязаніе въ отдѣльную форму, напр.,—я указываю новѣйшихъ изслѣдователей—Giovanni Boeri и Roberto de Silvestro (1898). Съ другой стороны, открываются новыя формы чувствительности, хотя не кожной, но всетаки въ кожѣ—т. наз. волосковой (трихестэзіометрія Бехтерева); 3) изслѣдованіе безъ инструментовъ, разумѣтся, грубо, инструментальное-же измѣреніе различныхъ видовъ чувствительности, во-первыхъ, требуетъ много времени, въ теченіе котораго мы уже не можемъ, конечно, продолжать свое возбуждающее дѣйствіе на тотъ видъ, утомленіе котораго мы желаемъ вызвать, а во-вторыхъ,—и это самое главное—при такомъ изслѣдованіи, всегда требующемъ повторнаго прикладыванія къ кожѣ прибора, мы, стало быть, производимъ этими-же самими приборами довольно продолжительное дѣйствіе на различныя, смотря по инструменту, формы чувствительности, т. е. нарушаемъ существенное условіе опыта—возбуждать постоянно только одинъ видъ ея; 4) наконецъ, для нѣкоторыхъ видовъ не достаетъ приборовъ, и, между прочимъ, для самаго удобнаго для нашихъ опытовъ—осязанія. Дѣйствительно, эстетэзіометры измѣряютъ, собственно, пространственное чувство, но въ послѣднемъ участвуютъ, какъ доказалъ Goldscheider, не только осязательныя точки, но и тепловыя, и холодовыя; нельзя также измѣрять осязанія барэстетэзіометрами, разъ мы не увѣрены, что оно тождественно съ чувствомъ давленія (мы, вѣдь, предполагаемъ антагонизмъ между нетождественными формами).

Въ виду всего этого, я предпочелъ—по крайней мѣрѣ, пока—отказаться отъ инструментовъ и пользовался просто бумажкой и булавкой, ограничившись изслѣдованіемъ отношеній между осязаніемъ и болевой чувствительностью. Клинкомъ неплотной бумаги производилось постоянное поглаживаніе мякоти пальцевъ или же небольшого участка кожи на

тыльной поверхности кисти—на одной сторонѣ тѣла, и затѣмъ по временамъ сравнивалась (посредствомъ бумажки и булавки) тактильная и болевая чувствительность обѣихъ сторонъ, на которыхъ она была нормальной до опыта. Въ одномъ случаѣ я успѣвалъ изслѣдовать каждый разъ и обѣ термическія формы (тоже путемъ сравненія съ противоположной стороной) и убѣдился, что и онѣ вовлекаются въ игру, но что ближайшимъ антагонистомъ осязанія остается всетаки болевая чувствительность (что мы видѣли и раньше). Въ другихъ опытахъ участіе температурнаго чувства заявляло себя само: бумажка казалась, напр., субъекту холодной. Число изслѣдованныхъ лицъ около 10-ти (я говорю: около, потому что не у всѣхъ опытъ былъ одинаково выдержанъ въ смыслѣ продолжительности). Лица избирались по возможности съ крѣпкой нервной системой. Возрастъ ихъ—отъ 20 до 30 лѣтъ, полъ почти исключительно мужской. Продолжительность наблюдений—отъ $\frac{1}{4}$ до $2\frac{1}{2}$ час., въ среднемъ около часа.

Результаты опытовъ сводятся къ слѣдующимъ пунктамъ.

1) Во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ перемѣны въ осязаніи сейчасъ-же отражались на другихъ формахъ кожной чувствительности (констатировано вообще для болевой и обѣихъ термическихъ).

2) Стараясь утомить осязаніе, я однако ни въ одномъ случаѣ, даже продолжая опытъ $2\frac{1}{2}$ часа, не достигъ полной нечувствительности къ бумажкѣ: прикосновенія послѣдней вовсе не ощущали максимумъ 3 изъ 5 пальцевъ (1 разъ). Но этого мало. Наоборотъ, почти во всѣхъ случаяхъ, то очень скоро, то лишь черезъ часъ и больше, когда я думалъ уже, вотъ-вотъ наступитъ, наконецъ, полная тактильная анестезія, она смѣнялась какъ разъ тактильной гиперестезіей (въ рѣдкихъ случаяхъ своего примѣненія эстезіометръ обнаруживалъ утоньченіе чувства пространства). Разъ появившись, эта тактильная гиперестезія постоянно смѣнялась анестезіей, съ тѣмъ чтобы, въ свою очередь, появляться вновь.

3) Очень часто я замѣчалъ гиперестезію другихъ мѣстъ. (не желая прерывать надолго опыта, я успѣвалъ констати-

ровать лишь осязательную), именно въ самомъ непосредственномъ соудствѣ съ экспериментируемымъ участкомъ, но иногда также гиперэстезію отдаленныхъ мѣстъ, напр., въ формѣ парэстетическаго щекотанія въ локтѣ и ощущенія давленія на плечевой суставъ. Въ одномъ случаѣ я замѣтилъ гиперэстезію и на противоположной сторонѣ.

4) Что касается взаимодѣйствія разныхъ видовъ чувствительности (мы будемъ говорить только о тактильной и болевой, за которыми я и слѣдилъ по преимуществу), то чаще всего между ними сразу устанавливалась такая же игра, какую мы видѣли у III-ей изъ моихъ больныхъ, т. е. въ моменты тактильной анестезіи наблюдалась болевая гиперэстезія, и наоборотъ. Назовемъ это первымъ рядомъ опытовъ. Въ другихъ, рѣдкихъ случаяхъ, и особенно тамъ, гдѣ первоначально тактильная держалась долго, она почти все это время сопровождалась болевой анестезіей-же, затѣмъ, къ моменту перехода осязательной анестезіи въ гиперэстезію, равновѣсіе между обоими родами чувствительности нарушалось, и сейчасъ же появлялись точно такія-же постоянныя колебанія ихъ. Эти опыты мы назовемъ вторымъ рядомъ.

Я долженъ указать еще недавнія изслѣдованія, относящіяся къ различнымъ видамъ чувствительности, упомянутыхъ выше авторовъ—Giovanni Boeri и Roberto-de Silvestro. Эта итальянская работа, къ сожалѣнію, доступна мнѣ лишь въ рефератѣ. Я привожу слѣдующее мѣсто ея, имѣющее отношеніе къ нашему предмету (по реферату въ *Revue Neurologique*): „On admet quatre sortes de sensibilité (tactile, thermique, douloureuse, de pression). Les sensibilités ont des caractères physiologiques de l'une à l'autre. Lors qu'elles semblent toutes altérées dans une égale proportion, il n'est pas rare que l'on puisse déceler, par des moyens capables de donner des informations précises, de véritables dissociations“¹⁾.

¹⁾ *Revue neurologique*, 15 Janvier 1899. Мое сообщеніе сдѣлано въ Одесск. общ. русск. врачей 21-го января и 10-го февр.

Такимъ образомъ, я экспериментально у здоровыхъ вызывалъ такое-же двойное нарушеніе равновѣсія чувствительности, т. е.—между различными мѣстами или между различными видами на томъ-же мѣстѣ, какое мы видѣли у истеричныхъ. И это не будетъ игрой словъ, если я скажу, что вызывалъ экспериментально (частичную) истерію. Я получалъ именно ее—хотя и въ миниатюрѣ—такъ какъ я шелъ естественнымъ путемъ развитія этой болѣзни, т. е. производилъ постоянное раздраженіе все одного и того-же участка мозга.

Прежде чѣмъ приступить къ выводамъ изъ этихъ опытовъ, я считаю необходимымъ установить два факта. Во-первыхъ, въ этихъ экспериментахъ мы имѣемъ дѣло не съ периферическими, а съ центральными процессами ¹⁾. Это доказывается тѣмъ, что колебанія происходили не только въ тактильной чувствительности, но и болевой, на которую, конечно, не могла дѣйствовать бумажка; наконецъ, они совершались также въ другихъ мѣстахъ, иногда отдаленныхъ (см. 4-ый пунктъ), которыхъ она ужъ не касалась вовсе. Къ этому можно прибавить еще замѣчательные опыты Volkmann'a съ упражненіемъ пространственнаго чувства кожи: послѣднее улучшалось и на противоположной, не упражнявшейся сторонѣ,—новое доказательство центральности процессовъ во всѣхъ подобныхъ случаяхъ. Во-вторыхъ, полученные нами явленія нельзя объяснять колебаніями вниманія ²⁾. Дѣйствительно, прежде всего, по изслѣдованіямъ Н. Ланге ³⁾, колебанія вниманія совершаются (для кожныхъ ощущеній) черезъ каждыя 2,6 сек., тогда какъ въ приведенныхъ опытахъ первоначальная анестезія смѣнялась гиперэстезіей то черезъ нѣсколько минутъ (но не секундъ), то черезъ часъ и больше. Кромѣ

¹⁾ Аналогичный выводъ сдѣланъ нами по отношенію къ сѣтчаткѣ.

²⁾ Я говорю объ этомъ, потому что такое возраженіе уже дѣлалось мнѣ въ Одесск общ. русск. врачей.

³⁾ Н. Ланге. Психологическія изслѣдованія. Законъ перцепціи. Теорія волевого вниманія.

того, если объяснять анестезію какой-нибудь чувствительности невниманіемъ, то какъ-же мы объяснимъ этимъ невниманіемъ гиперестезію другой чувствительности?

Итакъ, перейдемъ къ анализу результатовъ нашихъ опытовъ. Если-бы за анестезіей осязанія не слѣдовала гиперестезія ея, то мы могли-бы принять, что первая, дѣйствительно, наступила вслѣдствіе утомленія осязанія (какъ предполагалось въ планѣ опытовъ) и на основаніи антагонизма вызвала болевую гиперестезію. Однако даже такое объясненіе годилось бы лишь для перваго ряда опытовъ и противорѣчило-бы второму ряду ихъ, гдѣ вначалѣ тактильная анестезія сопровождается болевой анестезіей-же. Но самое главное то, что мы не можемъ признать, что первоначальная анестезія осязанія наступила вслѣдствіе утомленія его. Въ самомъ дѣлѣ, если-бы это было утомленіе, то какъ понять, что при непрекращающейся работѣ утомителя, т. е. при дальнѣйшемъ безпрерывномъ поглаживаніи бумажкой, анестезія переходитъ въ гиперестезію, и переходитъ иногда лишь черезъ 1—1½ часа? Какъ понять, что поглаживаніе утомило тактильную чувствительность въ первую-же минуту и не утомило ея черезъ часъ, даже наоборотъ, черезъ часъ оно позволило ей придти въ особую бодрость—въ гиперестезію? Итакъ, я прихожу къ заключенію, что эта анестезія не есть утомленіе. Еще болѣе убѣждаетъ меня въ томъ-же то обстоятельство, что, повидимому, чѣмъ крѣпче нервная система субъекта, тѣмъ дольше держится первоначальная анестезія, такъ что, если-бы считать ее утомленіемъ, то пришлось-бы придти къ странному выводу, что легко наступающее и продолжительное утомленіе есть преимущество здоровья.

Чтобы показать еще разъ, что колебанія возбудимости и утомляемость—вещи не только разныя, но повидимому противоположныя, я ссылаюсь на интересные и строго проведенные опыты К. Müller'а надъ зрѣніемъ, доказавшіе, что возбудимость этого органа, т. е. воспріимчивость къ свѣту, вообще, къ вечеру уменьшается весьма значительно, больше,

чѣмъ вдвое противъ утренней, а „утомляемость“, т. е. быстрота, съ какой наступаетъ пониженіе возбудимости при каждомъ отдѣльномъ раздраженіи глаза свѣтомъ,—не увеличивается къ вечеру, какъ-бы слѣдовало ожидать, а какъ разъ наоборотъ: быстрѣ всего глазъ утомляется въ первыя пять секундъ по пробужденіи ¹⁾. Такъ какъ наши жизненные силы утромъ безспорно больше, чѣмъ вечеромъ, то эти опыты еще разъ доказываютъ, что способность возбуждаемыхъ центровъ анестезироваться, ложно называемая утомляемостью, есть, наоборотъ, выраженіе благосостоянія организма, а не его слабости.

Я приведу еще одно доказательство. Изъ двухъ людей тотъ, который обладаетъ хорошимъ сномъ, всѣми признается здоровѣе того, кто страдаетъ бессонницей. А что-же такое сонъ, какъ не анестезія, какъ не пониженіе возбудимости всего мозга (по крайней мѣрѣ, головного). Далѣе признано, что женщины гораздо выносливѣе мужчинъ по отношенію бессонницы, напр. при ухаживаніи за больными. Мужчины въ сидѣлки не годятся. Такимъ образомъ и здѣсь, если говорить объ утомляемости, то пришлось-бы придти къ парадоксальному выводу, что слабый полъ крѣпче сильнаго.

Наконецъ вотъ еще крайне поучительные опыты Сѣченова, опыты, представляющіе полную аналогію съ нашими, съ тѣмъ лишь интереснымъ различіемъ, что они касаются не чувствительной, а двигательной сферы. Сѣченовъ производилъ на животныхъ (такое-же, какъ мы для чувствительности) постоянное возбужденіе продолговатаго мозга, „тетанизируя“ его со стороны отпрепарованнаго по всей длинѣ сѣдалищнаго нерва, и получалъ въ этомъ мозгу „особое состояніе угнетенной дѣятельности, съ виду похожее на переутомленіе, но не имѣющее съ нимъ ничего общаго, такъ какъ центры остаются при этомъ заряженными энергіей“ ²⁾. Наличие

¹⁾ Физиологія Германа, стр. 319 1-ой ч. III т.

²⁾ И. Сѣченовъ. Физиологія нервныхъ центровъ. 1891.

этой энергіи Сѣченовъ обнаруживалъ непосредственнымъ приложеніемъ къ продолговатому мозгу гальванометра. Мало того, продолжая тетанизацию еще дальше, Сѣченовъ получалъ возобновленіе движеній животнаго, исчезнувшихъ на время этого псевдоутомленія, какъ мы — за анестезіей получали гиперэстезію (или, по крайней мѣрѣ, значительное улучшеніе чувствительности). Такіе-же опыты и съ точно такими-же результатами произведены Сѣchenовымъ и для спинного мозга.

Итакъ, наша тактильная анестезія не есть утомленіе, не есть прямой результатъ нашего дѣйствія на тактильную чувствительность. Однако мы дѣйствовали именно только на нее. Это вѣрно, но мы видѣли, что, тѣмъ не менѣе, наша работа сейчасъ-же отражалась на другихъ видахъ чувствительности, особенно болевой. Итакъ, разъ мы имѣемъ несомнѣнный фактъ передачи раздраженія съ тактильной чувствительности на болевую, то остается только установить форму этой передачи. Я думаю, что явленія будутъ объяснены лишь въ томъ случаѣ, если мы примемъ слѣдующую форму: наше раздраженіе осязанія, постоянно иррадируя въ болевой центръ, вызвало въ немъ повышеніе возбудимости — гиперэстезію; а эта гиперэстезія, на основаніи антагонизма, дала тактильную анестезію, которая представляетъ, такимъ образомъ, вторичный, а не первичный эффектъ. Когда же затѣмъ первично гиперэстезируемый болевой центръ, достигнувъ извѣстнаго напряженія, старается придти въ равновѣсіе самъ, то его повышенная возбудимость, въ свою очередь, иррадируетъ въ осязательный центръ и теперь происходитъ тѣмъ-же путемъ анестезія болевого и гиперэстезія осязательнаго. Вотъ каковы порядоки этихъ двоякихъ отношеній между сосѣдними центрами — иррадіація и антагонизма.

Во второмъ ряду нашихъ опытовъ, гдѣ тактильная анестезія вначалѣ сопровождалась болевой анестезіей-же, раздраженіе иррадіировало очевидно въ центры другихъ видовъ чувствительности того-же кожного участка или же въ центры

другихъ мѣстѣ, вызывая тамъ гиперѣстезію (которую мы и наблюдали), и эта гиперѣстезія большей массы центровъ отнеслась антагонистически уже ко всей чувствительности нашего участка кожи, давши анестезію и болевого вида. Затѣмъ, когда эти отдаленные центры, защищая себя, пришли въ равновѣсіе, то ихъ вліяніе на нашъ участокъ кожи прекратилось, и при продолжающемся дѣйствіи бумажки начались мѣстные колебанія.

Само собою разумѣется, что чѣмъ чаще дѣйствуетъ, а также чѣмъ сильнѣе раздражитель, тѣмъ скорѣе наступитъ гиперѣстезія возбуждаемаго вида чувствительности, геср. анестезія остальныхъ видовъ, и тѣмъ сильнѣе онѣ будутъ выражены. Дѣйствительно, когда я употреблялъ горчичникъ, то, какъ мы видѣли, быстро наступила тепловая гиперѣстезія и анестезія остальныхъ видовъ, которая для нѣкоторыхъ изъ нихъ была рѣзко выражена (для осязанія, напр.—полная нечувствительность къ бумажкѣ). Такимъ образомъ, изслѣдованія надъ чувствительностью подтверждаютъ мнѣніе Goltz'a, что, когда рѣчь идетъ о рѣдкихъ и спорадическихъ возбужденіяхъ центровъ, то они оказываютъ не возбуждающее, а тормозящее вліяніе на другіе центры. Впрочемъ, это повидимому лишь до извѣстной степени, и еще болѣе сильные раздражители снова ведутъ къ угнетенію центровъ, на которые они дѣйствуютъ. Вспомнимъ „переходъ“ сильнаго термического ощущенія въ боль, а также „болѣзненный ослѣпительный свѣтъ“.

Чтобы показать еще разъ, что я не заблуждаюсь, принимая именно указанный механизмъ, я приведу еще нѣсколько фактовъ, изъ которыхъ одни докажутъ намъ предварительно возможность иррадіаціи между отдаленными и различными по функціи центрами, другіе-же (рѣдкіе случаи) могутъ быть объяснены единственно иррадіаціей + антагонизмъ на одномъ и томъ-же мѣстѣ, между одними и тѣми-же центрами *A* и *B*.

Изъ примѣровъ первой категоріи мы упомянемъ явленіе такъ наз. цвѣтного слуха (*audition colorée*, *Farbenhören*),

описаннаго уже столькими авторами (Flournoy, Gruber, Bleuler и Lehmann, Suarez de Mendoza, Beaunis и Binet, Galton), особенно тѣ случаи этого феномена, когда слуховое ощущение вызываетъ настоящую галлюцинацію извѣстнаго цвѣта. Еще интереснѣе нѣкоторые рѣдкія патологическія состоянія, при которыхъ тотъ или другой центръ невозбудимъ (анестезированъ) при обыкновенныхъ условіяхъ, но онъ становится возбудимымъ въ моментъ возбужденія другихъ центровъ. Такъ, Мочутковскимъ ¹⁾ описанъ случай тяжелой истеріи, при которой обоняніе было совершенно потеряно, но если дѣйствовать на органъ вкуса больной, то, одновременно съ вкусовыми, получались извѣстныя, очень ясныя, обонятельныя ощущенія. Авторъ говоритъ, что патологія объясняетъ такіе факты переходомъ возбужденія съ нерва одного органа чувствъ на нервъ другого, при этомъ проф. Мочутковскій ссылается на опыты Landerhans'a, Бѣсядецкаго и Равы, доказывающіе возможность такого перехода. Однако рѣчь о немъ могла-бы имѣть мѣсто лишь при патологическомъ состояніи нервовъ, между тѣмъ истерію никто не считаетъ болѣзью нервныхъ стволовъ, а мозга. Наконецъ, если-бы даже и можно было-бы допустить такой взглядъ, то, вѣдь, обонятельный и вкусовой нервы, *n. olfactorius* и *n. glossopharyngeus*, нигдѣ не анастомозируютъ другъ съ другомъ, ихъ пути совершенно раздѣльны, такъ что не существуетъ даже анатомическихъ условій для подобнаго толкованія. Такимъ образомъ, этотъ феноменъ можно объяснить только иррадіаціей съ центра вкуса на центръ обонянія, наступающей въ моментъ возбужденія перваго.

Но вотъ вторая категорія еще болѣе рѣдкихъ (и мы увидимъ, почему) фактовъ, о которыхъ мы сейчасъ говорили. Сюда относится прежде всего второй видъ трансферта у

¹⁾ Д-ръ О. Мочутковскій. Объ истерическихъ формахъ гипноза. Одесса. 1888.

истеричныхъ, т. е. тотъ случай, когда эстетіогенное средство прикладывается не къ анестезированной, а къ нормально ощущающей сторонѣ: вызываемое имъ возбужденіе путемъ центральной иррадіаціи ведетъ къ возстановленію чувствительности анестезированнаго симметричнаго участка противоположной стороны, который, отвѣчая на это антагонизмомъ, въ свою очередь, лишаетъ чувствительности первый участокъ.

Далѣе, Binet и Féré въ своемъ „Magnetisme animal“ говорятъ, что если у истеричнаго субъекта существуетъ полная анестезія какого-нибудь органа чувствъ, то нельзя вызывать въ гипнотическомъ состояніи и галлюцинацій въ области этого органа. Я лично убѣдился въ этомъ на одномъ истеричномъ больномъ съ полной потерей вкусовыхъ ощущеній, у котораго легко получались самыя эффектныя зрительныя галлюцинаціи, но ни разу за 15 сеансовъ, при всей настойчивости, мнѣ не удалось вызвать у этого субъекта ни одного внушеннаго или реальнаго вкусового ощущенія, несмотря на глубокій гипнозъ. Но Binet и Féré пишутъ далѣе, что если однако у истеричной существуетъ слѣпота по отношенію лишь къ какому-нибудь одному цвѣту, то, хотя галлюцинаціи этого цвѣта нельзя вызвать прямымъ внушеніемъ, однако она удастся, если внушать галлюцинацію дополнительнаго цвѣта. Это опять означаетъ, что между центрами для обоихъ цвѣтовъ существуютъ настолько сильныя отношенія иррадіаціи и антагонизма, что при извѣстныхъ условіяхъ (гипнозъ) возбужденіе (а за нимъ и галлюцинація) переходитъ съ центра дополнительнаго цвѣта на центръ антагониста, бывшаго раньше невозбудимымъ, который опять отвѣчаетъ на это угнетеніемъ перваго центра.

Sollier, съ своей стороны, описываетъ случай истерической тактильной гиперестезіи, при которой „самое легкое прикосновеніе къ кожѣ вызывало сильнѣйшую боль съ криками больной“, хотя изслѣдованіе обнаруживало анальгезію¹⁾. Итакъ, здѣсь тоже была центральная иррадіація съ

¹⁾ P. Sollier. Genèse et nature de l' Hystérie, t. I, p. 358.

тактильной чувствительности на болевую, которая была невозбудима съ периферіи и въ моментъ этого центрального возбужденія антагонистически угнетала осязательный центръ. Sollier не пишетъ ясно, вызывало-ли прикосновеніе къ субъекту, кромѣ боли, также ощущеніе осязанія; если вызывало, то этотъ примѣръ относится къ той-же категоріи, что и наблюденіе проф. Мочутковскаго.

Вотъ еще необыкновенный случай д-ра Якубовича, который приводится въ цитированной уже нами столько разъ обширной физиологіи Негманн'а. Дѣло шло о вкусовыхъ ощущеніяхъ. Ради экономіи мѣста, мы остановимся только на ощущеніяхъ соленого и горькаго. Больной ощущалъ соленое очень хорошо, горькаго-же не ощущалъ вовсе. Если больному давали смѣсь соленого съ горькимъ, то слѣдовало ожидать, что онъ почувствуетъ только соленое. Между тѣмъ, больной всегда ощущалъ въ такихъ случаяхъ только горькое. Это наблюденіе описано Якубовичемъ 27 лѣтъ тому назадъ, и никогда до сихъ поръ (по крайней мѣрѣ, до выхода изданія Негманн'а) не было объяснено. Между тѣмъ, оно становится легко понятнымъ съ нашей точки зрѣнія: центръ горькихъ ощущеній, анестезію котораго не могло побѣдить одно возбужденіе съ периферіи, уступалъ ему однако въ моментъ, когда возбудимость этого центра повышалась, благодаря иррадіаціи съ центра соленыхъ ощущеній. И, опять отвѣчая на нее антагонизмомъ, центръ горькаго вызывалъ анестезію центра соленого. Гдѣ иррадіація, тамъ и антагонизмъ.

Эти-же два фактора постоянно работаютъ, по моему мнѣнію, въ дыхательномъ центрѣ (я имѣю въ виду главный дыхательный центръ—въ продолговатомъ мозгу). Выше мы пришли къ заключенію, что причина попеременнои дѣятельности вдыхательнаго и выдыхательнаго центровъ должна лежать въ нихъ самихъ. Но лишь теперь мы можемъ вполне уяснить себѣ этотъ механизмъ. Положимъ, что въ данный моментъ происходитъ вздохъ, т. е. возбужденіе центра вдыханія; центръ выдыханія въ это время невозбудимъ. Это воз-

бужденіе дыхательнаго центра на основаніи иррадіаціи постоянно повышаеѣ возбудимость центра выдыхательнаго, послѣдній-же на основаніи антагонизма также постоянно угнетаетъ возбудимость дыхательнаго центра (точь - въ - точь, какъ это мы видѣли для тактильной и болевой чувствительности). Такимъ образомъ, черезъ нѣкоторое время вся возбудимость переходитъ къ центру выдыханія, и такъ какъ возбуждатель (кровь) всегда налицо, то теперь и наступаетъ выдохъ.

Но, повторяю, всѣ вышеприведенные примѣры (разумѣется, за исключеніемъ дѣятельности дыхательнаго центра) суть явленія рѣдкія, ибо уже а priori понятно, что чѣмъ выше стоитъ уровень возбудимости одного центра надъ уровнемъ другого, т. е. чѣмъ невозбудимѣе послѣдній, тѣмъ труднѣе, конечно, и иррадіація на него съ перваго центра.

Итакъ, анестезія при длительномъ раздраженіи какого-нибудь вида чувствительности, а вѣроятно и вообще угнетеніе какого-нибудь центра (ср. приведенные опыты Сѣченова) наступаетъ не вслѣдствіе утомленія его, а путемъ сложнаго механизма иррадіаціи въ другіе центры, возрастающая возбудимость которыхъ, на основаніи антагонизма, активно угнетаетъ раздражаемый нами центръ. Я долженъ еще обратить вниманіе на то, что первоначальная анестезія осязанія въ моихъ опытахъ наступаетъ довольно быстро. Достаточно провести бумажкой по избранному кожному участку нѣсколько разъ—не больше десятка—чтобы можно уже было замѣтить эту анестезію. Но если указанный механизмъ приводитъ къ замѣтному пониженію чувствительности послѣ десятка возбужденій, то, очевидно, тотъ-же эффектъ существуетъ и при одномъ возбужденіи, лишь въ десять разъ меньшій, а потому незамѣтный. Вотъ существенный выводъ изъ этихъ опытовъ.

Въ самомъ дѣлѣ, если мы зададимся теперь вопросомъ о цѣлесообразности обнаруженнаго нами механизма, то будемъ имѣть готовый отвѣтъ. Возбужденіе, падающее на лю-

бую точку мозга, ведетъ путемъ иррадіаціи къ повышенію возбудимости сосѣднихъ центровъ, которое распространяется съ уменьшающейся (какъ говорятъ, математической) степенью, быть можетъ, очень далеко—на все поле сознанія. А эта повышенная возбудимость ихъ, по закону антагонизма, ведетъ къ пониженію возбудимости первично задѣтой точки. Стало-быть, понижая, съ одной стороны, возбудимость только-что работавшаго центра, хотя онъ нисколько еще не утомленъ, и повышая, съ другой стороны, возбудимость смежныхъ центровъ, природа стремится къ тому, чтобы теперь легче могъ быть задѣтъ и, такимъ образомъ, приведенъ въ дѣйствіе уже какой-нибудь иной центръ. Словомъ, цѣль механизма—попеременная дѣятельность разныхъ центровъ, въ частности-же смѣна представленій, которая признается психологіей необходимымъ условіемъ сознанія

Итакъ, нервной клѣткѣ свойственны два рода дѣятельности: во-первыхъ, процессъ возбужденія, т. е. то, что собственно и принято называть функціей клѣтки, во-вторыхъ, постоянная вибрація, постоянныя колебанія ея возбудимости—„въ интересахъ общей иннерваціи“. Но, если мы все-таки продолжаемъ возбуждать и прежній участокъ мозга, то онъ сначала анестезируется все болѣе и болѣе, т. е. упомянутые сосѣдніе центры стараются отстоять свою цѣль, но, наконецъ, истощаются, и возбудимость ихъ падаетъ, переходя въ анестезію и вызывая гиперэстезію первично раздражаемаго участка. Вначалѣ эти регуляторныя силы, отдохнувши, опять начинаютъ свою работу (о чемъ свидѣлствуютъ повторныя анестезіи раздражаемой чувствительности), но, въ концѣ концовъ, они могутъ повидимому истощаться окончательно, оставляя раздражаемый центръ гиперэстезированнымъ.

Итакъ, вотъ что утомляется, вотъ что подлежитъ порчѣ въ нашей нервной системѣ. И повидимому портится очень легко. Утомляется лишь регуляція возбудимости, но не сама возбудимость. Наоборотъ, само возбужденіе нервной клѣтки не истощаетъ ея, и я думаю, что въ этомъ смыслѣ она не-

утомима, по крайней мѣрѣ, въ весьма значительной степени. Такая идея вовсе не должна показаться странной. Я не говорю уже о нервахъ (составляющихъ нѣчто иное, какъ одно цѣлое съ клѣткой—неврономъ), для которыхъ неутомимость считается доказанной (Введенскимъ, Barditsch'емъ, Bernstein'омъ). Но, вѣдь, извѣстны въ нашемъ организмѣ вѣчно работающіе центры, какъ дыхательный или ганглии сердца, наконецъ, центры, работающіе даже безъ минутныхъ паузъ именно вазомоторный, центры, заставляющіе постояннымъ тономъ сфинктеровъ, тонусомъ *n. vagi* (для сердца¹). Что же касается того факта, обыкновенно приводимаго въ доказательство, наоборотъ, особенной утомляемости нервной системы, а именно, что она сильно нуждается въ питательномъ матеріалѣ, то я думаю, что послѣдній какъ разъ и тратится въ такомъ количествѣ въ виду этого второго рода мозговой дѣятельности—постоянной vibraціи невроновъ.

Въ частности этотъ матеріалъ расходуется еще на одну функцію—на нормальный сонъ. Я остановлюсь на немъ, потому что это намъ необходимо, разъ мы желаемъ оцѣнить (заслуживающій большого вниманія) трудъ Sollier, который заявилъ, что истерія есть сонъ. И здѣсь мы еще разъ убѣдимся, что и сонъ не есть пассивное состояніе утомленія, а активный процессъ торможенія мозга. Извѣстно, что физиологія сна совсѣмъ еще темная область. Введенскій вполне справедливо замѣчаетъ, что „внѣшняя картина сна хорошо объясняется предположеніемъ (Rabl-Ruckart, Duval), что въ это время становится менѣе интимнымъ соприкасаніе между различными нейронами головного мозга,—но это не указываетъ ближайшей и первичной причины“. Дѣйствительно, уже гораздо опредѣленнѣе указываетъ ее болѣе старая гипотеза

¹) Дѣйствительно, вскорѣ послѣ настоящаго доклада въ литературѣ появились интересныя изслѣдованія д-ра А. Калинина изъ лабораторіи проф. Ушинскаго (см. Обзор. псих. 1899, стр. 830), результаты которыхъ указываютъ на неутомляемость рефлекторныхъ центровъ спинного мозга.

теза Pflüger'a, что сонъ есть состояніе пониженной возбудимости мозга вслѣдствіе утомленія послѣдняго. Preyer подыскивалъ даже ближайшую причину этого и видѣлъ ее въ накопленіи въ крови молочной кислоты (вызывающей утомленіе мышцъ). Но противъ названной гипотезы, по моему мнѣнію, говоритъ слѣдующее. Если-бы сонъ былъ состояніемъ утомленія мозга, то въ такомъ случаѣ долженъ былъ-бы существовать, какъ общее правило, слѣдующій порядокъ: чѣмъ слабѣе нервная система субъекта, тѣмъ быстрѣе, конечно, она утомляется, а потому тѣмъ легче наступаетъ, тѣмъ крѣпче и тѣмъ продолжительнѣе сонъ. Между тѣмъ, въ дѣйствительности, какъ общее правило, мы наблюдаемъ какъ разъ обратное: всѣ эти качества сна есть привилегія здороваго мозга, и наоборотъ, бессонница—вѣрнѣйшій признакъ патологическаго состоянія его. Словомъ, хорошій сонъ есть очевидное проявленіе жизненныхъ силъ мозга. Мало того, даже для здоровой нервной системы это есть функція болѣе трудная, чѣмъ состояніе бодрствованія. Въ самомъ дѣлѣ, продолжительность бодрствованія можетъ быть легко увеличена (при соотвѣтствующихъ возбуждающихъ условіяхъ) на нѣсколько сутокъ, иногда даже на недѣли (несмотря на прогрессирующее утомленіе); межъ тѣмъ какъ продолжительность сна не легко увеличить даже на 2—3 часа при самой покойной обстановкѣ. Кто привыкъ спать 8 часовъ въ сутки, тотъ можетъ еще проспять 9-ый, ну 10-ый, 11-й часъ, но больше ему не удастся. Равнымъ образомъ, кто не привыкъ спать днемъ (кромѣ ночи), тотъ часто не сразу уснетъ въ дневное время: онъ долженъ выучиться этому и, если не обладаетъ достаточно здоровымъ мозгомъ, то можетъ и не успѣть въ этомъ или-же разстроить себѣ ночной сонъ. Эти повседневныя наблюденія, мнѣ кажется, достаточно говорятъ въ пользу того, что сонъ есть извѣстный активный процессъ въ нашемъ мозгу. Но я иду дальше. Съ одной стороны, мы знаемъ изъ фізіологіи, что „количество фосфатовъ въ мочѣ во время сна, вмѣсто того чтобы уменьшаться, скорѣе уве-

лично“¹⁾. Съ другой стороны, фармакологія, въ свою очередь, передаетъ намъ, что, по изслѣдованіямъ Ziemssen'a, снотворныя вещества (бромистый калий, хлороформъ, хлораль-гидратъ) тоже увеличиваютъ количество фосфатовъ въ мочѣ. А такъ какъ фосфоръ есть важнѣйшая составная часть мозга, то отсюда опять слѣдуетъ, что сонъ есть активный процессъ (торможенія), на который тратится, и притомъ еще въ большемъ количествѣ, то самое вещество, что и въ состояніи бодрствованія (быть можетъ, и въ этомъ состояніи фосфоръ уходитъ лишь на процессы торможенія?). Нельзя не упомянуть здѣсь еще о весьма любопытныхъ изслѣдованіяхъ д-ра Гутникова, который производилъ химическій анализъ мозга при различныхъ невросахъ и психозахъ и нашелъ значительное уменьшеніе количества фосфора въ мозгу при нѣкоторыхъ изъ нихъ (особенно при истеріи и нейрастеніи). Весьма возможно, что обѣднѣніе мозга тѣмъ матеріаломъ, который нуженъ для функціи сна, и служить вещественной причиной безсонницы.

Такимъ образомъ, къ тому же выводу, какой сдѣланъ нами для анестезіи въ частности, мы пришли и по отношенію къ общей невозбудимости мозга, т. е. ко сну. Итакъ, сонъ есть активный процессъ извѣстнаго угнетенія нейроновъ. Чѣмъ-же оно достигается? Мы знаемъ только одинъ нормальный источникъ торможенія (нервной) клѣтки: это есть другая клѣтка. Отсюда рождается слѣдующая гипотеза: сонъ есть такое состояніе нейроновъ, когда они, иррадируя и антагонизируя между собою въ теченіи дня, т. е. послѣ продолжительной борьбы, приходятъ, наконецъ, въ состояніе полного равновѣсія своей возбудимости, всѣ взаимно затормозивъ другъ друга въ одинаковой степени (и весьма возможно при этомъ, что съ „внѣшней стороны“ между ними дѣйствительно существуетъ, согласно гипотезѣ Rabl-Ruckart'a и Duval'я,

¹⁾ Фредерикъ и Ньюэлъ. Основы фізіологіи человѣка, пер. подъ ред. проф. Введенскаго, СПБ. 1899 т. II.

менѣе интимное соприкасаніе). Такимъ образомъ, сонъ есть „вооруженный миръ“ между невронами. И, какъ всякій вооруженный миръ, онъ ведетъ къ расходамъ, хотя всетаки меньшимъ, чѣмъ война, resp. бодрствованіе. Съ такой гипотезой остается въ полномъ согласіи тотъ фактъ, что центры важнѣйшихъ жизненныхъ отправленій, которые не могутъ быть задержаны и должны продолжать свою дѣятельность во время сна—дыхательный, ганглии сердца и др.—работаютъ вообще, (т. е. и въ періодъ бодрствованія) не въ связи съ остальными центрами мозга, а изолированно—автоматически. Они изъятъ природой изъ общаго механизма нервной дѣятельности, а нѣкоторые, какъ ганглии сердца, даже вынесены изъ состава мозга ¹⁾).

Однако изъ этой гипотезы слѣдуетъ, что сонъ не есть общее пониженіе возбудимости клѣтокъ, а лишь выравниваніе послѣдней. Но, вѣдь, это какъ нельзя лучше мирится съ дѣйствительностью. Прежде всего, нѣтъ никакого сравненія между степенью потери возбудимости мозга во время нормальнаго сна и тѣмъ „усыпленіемъ центровъ“ (Sollier), какое мы встрѣчаемъ, и вдобавокъ въ бодрственномъ состояніи, при истеріи: достаточно уколотъ, пощекотать или направить струю сильнаго свѣта на спящаго человѣка, чтобы разбудить его, межъ тѣмъ какъ при истеріи иногда можно рѣзать и жечь анестезированныя части и чувствительность еще не возвращается. Далѣе, антагонистическія отношенія между невронами во время сна развиты лишь настолько, насколько это необходимо для задержанія (и притомъ лишь до извѣстной степени, какъ мы сейчасъ видѣли) иррадіацій

¹⁾ Вліяніе послѣдняго на автоматическіе центры лишь регуляторное и нисколько не противорѣчитъ сказанному. Это вліяніе—одностороннее, а не взаимное: нѣтъ никакихъ данныхъ, которыя служили-бы хоть намекомъ на то, что дѣятельность дыхательнаго центра или сердечныхъ ганглий иррадируетъ или подавляетъ другіе центры. И если-бы даже допустить это, то, при вѣчной работѣ первыхъ, что сдѣлалось-бы съ послѣдними?

между ними. Задача природы сводилась, главным образом, не къ заторможенію нейроновъ, а къ разъединенію ихъ, потому что отдѣльно взятый нейронъ, хотя-бы и возбудимый, не дастъ мозговой дѣятельности. Взаимное угнетеніе клѣтокъ во время сна есть преимущественно лишь средство, а цѣль—изоляция ихъ. Съ другой стороны, такъ какъ сонъ есть активный процессъ, сопряженный съ расходами, то болѣе сильное торможеніе было-бы неэкономно.

Итакъ, нервная клѣтка либо приходитъ въ возбужденіе, родя свою специфическую энергію, т. е. функционирова въ собственномъ смыслѣ слова, либо завята постоянной измѣнчивостью своей возбудимости, наконецъ, даже отдыхая (во время сна), она остается въ извѣстномъ дѣятельномъ состояніи. Нервная клѣтка работаетъ вѣчно. Послѣ этого становится понятнымъ, почему нашъ мозгъ долженъ такъ усиленно питаться; почему при голоданіи, по изслѣдованіямъ Voit'a, мозгъ—*какъ и сердечная мышца, тоже работающая вѣчно*—раньше чѣмъ наступитъ смерть, поѣдаетъ остальные ткани и органы (нѣкоторыя почти цѣликомъ), самъ представляя лишь ничтожную въ сравненіи съ ними потерю въ вѣсѣ. И это—у кошекъ, resp. животныхъ, мозговая дѣятельность которыхъ сравнительно еще мало преобладаетъ надъ остальными функциями организма.

Намъ необходимо обратить вниманіе еще на одинъ результатъ нашихъ опытовъ, имѣющій практическое значеніе. Мы видѣли, что разъ равновѣсіе возбудимости между центрами нарушено, то раньше, чѣмъ оно возстановится, между ними происходятъ постоянныя колебанія: исчезающая анестезія какой-либо чувствительности переходитъ въ гиперестезію, а гиперестезированный сосѣдній центръ въ это время анестезируется.

Итакъ, соблюдающій интересы общей иннерваціи регуляторный механизмъ нервной системы легко истощается. А такъ какъ то, что подлежитъ утомленію, утомляется, конечно,

скорѣе у слабаго пола, то вотъ почему женщины лучше мужчинъ годятся въ сидѣлки (кажутся намъ неутомимѣе) и вотъ почему онѣ гораздо чаще заболѣваютъ истеріей.

III.

Физиологическіе вопросы, разсматриваемые въ настоящей статьѣ, представляютъ, конечно, самостоятельный интересъ. Если я однако связалъ ихъ съ вопросомъ о сущности истеріи, то это потому, что эти двѣ темы взаимно поддерживаютъ другъ друга. Дѣйствительно, истерія и особенно замѣчательные эксперименты надъ нею Sollier какъ нельзя лучше иллюстрируютъ высказываемые здѣсь физиологическіе взгляды. Мы уже видѣли это отчасти. Намъ остается взглянуть на остальное.

Начнемъ съ причинъ истеріи. Боль (въ половой сферѣ при женскихъ болѣзняхъ или какая-бы то ни было), неудовлетворенность, связанная съ заболѣваніемъ той-же сферы или отъ другихъ причинъ, постоянно получаемыя оскорбленія, напр., въ роли домашней учительницы, ревность, наконецъ, просто скука, т. е. однообразіе впечатлѣній,—словомъ, всѣ причины истеріи имѣютъ то общее, что каждая изъ нихъ постоянно падаетъ все на одно и то-же мѣсто мозга, какъ бумажка въ нашихъ опытахъ, и даютъ тотъ-же эффектъ. До поры до времени регуляторный механизмъ, о которомъ мы говорили, анестезируетъ¹⁾, т. е. защищаетъ это мѣсто, но затѣмъ онъ истощается, оставляя раздражаемый мозговой участокъ гиперэстезированнымъ насчетъ анестезіи другихъ, болѣе или менѣе многочисленныхъ, центровъ. Мозгъ больной какъ-бы уменьшился, или, говоря языкомъ Sollier, часть мозга уснула. Теперь иррадіація съ первично заболѣваго,

¹⁾ Въ дальнѣйшемъ мы будемъ иногда употреблять слова: «анестезія» и «гиперэстезія» лишь для простоты, имѣя однако въ виду пониженіе и повышеніе возбудимости не только чувствительныхъ, на самыхъ различныхъ центровъ.

т. е. гиперэстезированного участка возможна лишь въ другіе, еще бодрствующіе центры, которые постигаетъ та-же участь засыпанія. Мозгъ становится, слѣдовательно, все меньше и меньше. Полученныя такимъ образомъ анестезіи, на основаніи того-же антагонизма, ведутъ вѣроятно ко вторичнымъ гиперэстезіямъ другихъ центровъ. Равновѣсіе нарушается все болѣе и болѣе.

Но истерія, какъ извѣстно, можетъ образоваться также сразу—подъ вліяніемъ сильной физической или психической травмы. Въ этихъ случаяхъ центры, на которые подѣйствовала травма, вслѣдствіе сильнаго возбужденія ихъ сразу угнетаютъ другіе центры. Это можно сравнить уже съ нашимъ опытомъ не съ бумажкой, а съ горчичникомъ (а также по Goltz'у—при рѣзкомъ и спорадическомъ воздѣйствіи на центры они реагируютъ обыкновенно угнетеніемъ другихъ центровъ).

Резюмируя все изложенное въ настоящемъ сообщеніи, легко видѣть, что взглядъ Sollier на потерю и пониженіе чувствительности, какъ на альфу и омегу истеріи и какъ на понятіе, тождественное со сномъ, сильно преувеличенъ, потому что: а) кромѣ анестезіи у истеричныхъ существуетъ, какъ мы видѣли, и прямо противоположное состояніе—гиперэстезія и в) здѣсь рѣчь идетъ о подавленіи—какъ и во время нормальнаго сна—не только чувствительныхъ центровъ, но и многихъ другихъ (напр. двигательныхъ) и не черезъ посредство первыхъ, а просто вмѣстѣ съ ними (напр., при параличахъ. Далѣе, рѣчь объ истеріи, какъ о снѣ, можетъ быть принята лишь съ приведенной въ I-ой части настоящей статьи справедливой оговоркой *Deny*, что это—сонъ *sui generis*, природа котораго подлежитъ еще опредѣленію. Мнѣ кажется, что намъ и удалось опредѣлить ее ближе, а именно: какъ анестезія въ частности антагонистически обусловлена гиперэстезіей другихъ центровъ, такъ и этотъ частичный сонъ вообще, т. е. невозбудимость различныхъ центральныхъ нервныхъ частей, есть явленіе вторичное, именно угнетеніе

ихъ со стороны первично раздражаемаго (гиперэстеризованнаго) участка, и притомъ угнетеніе очень часто несравненно болѣе глубокое, чѣмъ это бываетъ въ настоящемъ снѣ. Но отсюда слѣдуетъ также, что истерія никогда не можетъ быть (не говоря уже о глубинѣ) полнымъ сномъ. Пусть „спать“ при этой болѣзни 99⁰/₀ мозга, но ни въ какомъ случаѣ не 100⁰/₀: на ряду съ угнетенными при ней никогда не отсутствуютъ центры повышенной возбудимости. Дѣйствительно, я говорилъ въ первой главѣ объ одной истеричной (II-ое набл.), почти абсолютно лишенной всякихъ движеній, съ поразительной потерей памяти и необыкновенно глубокой анестезіей всего тѣла, такъ что можно было-бы ампутировать бедро больной безъ наркоза, и она могла-бы даже не догадаться объ операціи. А между тѣмъ эта-же больная обнаруживала поразительную впечатлительность, реагируя на самые слабые мотивы слезами и судорогами, даже въ глубокомъ гипнозѣ. Кромѣ того, ея анестезія всѣхъ видовъ и родовъ кожной и глубокой чувствительности распространялась отъ пальцевъ ногъ почти до самаго лица, а на лицѣ была болевая гиперестезія.

Въ виду сказаннаго, я думаю, что терминъ сна вовсе неудобенъ для истеріи, ибо если называть ее сномъ на основаніи угнетенія однихъ центровъ, то мы можемъ съ такимъ-же правомъ называть ее также безсонницей въ виду повышенной возбудимости другихъ центровъ. Гораздо правильнѣе, мнѣ кажется, дать этой болѣзни, согласно изложенному, слѣдующее опредѣленіе: истерія есть нарушение фізіологическаго (т. е. относительнаго въ бодрственномъ состояніи) равновѣсія между нервными центрами, наступающее вслѣдствіе утомленія механизма, регулирующаго возбудимость мозга. Это нарушение относится преимущественно къ соматической сферѣ (въ противоположность чисто - душевнымъ болѣзнямъ).

Но для того, чтобы вполне иллюстрировать этотъ взглядъ и еще лучше обнаружить несостоятельность теоріи Sollier,

намъ необходимо вникнуть въ его интересный методъ леченія истеріи, на которомъ основана сама теорія Sollier. Образовавшаяся по механизму иррадіаціи и антагонизма истерія лѣчится по способу Sollier дѣйствительно весьма раціональнымъ образомъ (теоретически)—путемъ тѣхъ-же иррадіаціи и антагонизма, но лишь направленныхъ въ обратную сторону. Въ самомъ дѣлѣ, явленія иррадіаціи въ своемъ терапевтическомъ методѣ Sollier, какъ мы видѣли, отмѣчаетъ и самъ, именно — какъ распространеніе терапевтическихъ эффектовъ—возстановленія чувствительности и другихъ функций по протяженію за предѣлы того района, на которомъ мы фиксируемъ вниманіе больного. Но особенно интересенъ въ этомъ отношеніи мой случай (III-е набл.), въ которомъ, какъ я уже говорилъ, чувствительность, словесно-ли или механически, всегда вызывалась только въ лѣвой рукѣ и только въ правой ногѣ субъекта, и за много мѣсяцевъ моего знакомства съ больною никакая терапія не коснулась даже правой руки, ни лѣвой ноги, а между тѣмъ, отъ начала до конца лѣченія, всѣ перемѣны, происходившія въ правой ногѣ, самопроизвольно распространялись на лѣвую ногу; точно также съ лѣвой руки на правую руку. Кромѣ того, какъ и въ случаяхъ Sollier, на противоположную сторону всегда переходили не только полезныя лѣчебныя результаты, но и тѣ объективныя и субъективныя феномены, т. е. невольныя движенія и боль, которыя вообще сопровождаютъ возвращеніе нормальнаго состоянія члена или органа по Sollier. Эта параллельная иррадіація, какъ полезныхъ, такъ и побочныхъ (совершенно лишннихъ, но всегда весьма опредѣленныхъ) эффектовъ, составляетъ, какъ я уже упоминалъ, одинъ изъ самыхъ вѣскихъ аргументовъ Sollier, что его методъ не есть внушеніе. И нужно быть фанатикомъ внушенія, чтобы все-таки усматривать его здѣсь. Я долженъ, наконецъ, замѣтить, что въ моемъ случаѣ этотъ переходъ всегда наступалъ роковымъ образомъ и не было никакой возможности предупредить его. Я пытался ограничивать вниманіе субъекта, вмѣсто всей

правой ноги, лишь правой стопой, даже только пальцами послѣдней, безпрерывно и настойчиво повторяя прилагательное „правый“; больная была очень послушна и дѣло было безъ гипноза, а между тѣмъ невольныя движенія и боль все-таки съ пальцевъ переходили на всю правую и затѣмъ на всю лѣвую ногу.

Такую-же иррадіацію я наблюдалъ, какъ мы видѣли, и притомъ не только у этой, но и еще у другой больной, фарадизируя верхнюю конечность на одной только сторонѣ: слабость руки уменьшалась, но динамометръ показывалъ всякій разъ увеличеніе силы мышцъ на нѣсколько килограммовъ также и въ другой, не фарадизировавшейся рукѣ (динамометръ больнымъ не показывался, такъ что о внушеніи здѣсь тѣмъ болѣе не можетъ быть рѣчи).

Однако иррадіація при терапіи по Sollier главнымъ образомъ совершается не по протяженію, а, такъ сказать, на одномъ мѣстѣ, въ смыслѣ перехода съ одного вида центровъ на центры другихъ категорій той-же области, именно—съ чувствительныхъ на двигательные, вазомоторные (переходъ пассивнаго ціаноза ножныхъ пальцевъ въ активную гиперемію съ геморрагіей—со II-омъ изъ моихъ наблюденій; аналогичные случаи и у Sollier) и т. д. Итакъ, вотъ какую, лишь практическую, роль играетъ во всемъ этомъ анестезія; теоретическое-же значеніе ея совершенно невинно. Что анестезія, дѣйствительно, не представляетъ ничего специфическаго для истеріи, это дсказывается, кромѣ того факта, что въ отвѣтъ на приказаніе „чувствуйте“ больная не только чувствуетъ, но и движетъ членомъ,—еще обратными фактами, напр., упражненіемъ больныхъ съ паретическими ногами въ ходьбѣ или, еще лучше, гипнотическими внушеніями—ходить. Въ этихъ случаяхъ чувствительность—даже кожная—тоже улучшается (на что обращаетъ вниманіе и Sollier, приводя также литературу), т. е., вмѣсто иррадіаціи съ чувствительныхъ центровъ на психомоторные, здѣсь уже происходитъ, наоборотъ, иррадіація съ психомоторныхъ на чувствительные.

Однако анестезія имѣетъ ещё и другое практическое значеніе, будучи до извѣстной степени мѣриломъ разстройствъ возбудимости различныхъ, относящихся къ данному мѣсту, центровъ. Примѣръ этого мы видѣли при сравненіи успѣховъ лѣченія по Sollier параличей во II-омъ и III-емъ набл. Въ обоихъ случаяхъ неподвижность ногъ была почти одинаково полная. Но глубина анестезіи во II-омъ набл. вообще была несравненно больше, чѣмъ въ III-емъ. И вотъ отрицательный результатъ лѣченія параличей II-ой больной, въ противоположность легкому исчезновенію ихъ у III-ей, убѣждаетъ насъ, что хотя у обѣихъ не было почти никакой разницы въ неподвижности ногъ, однако на самомъ дѣлѣ параличъ второго случая (кстати, осложненный контрактурой) былъ несравненно глубже, чѣмъ—третьяго. Указаніемъ на это, а слѣдовательно и прогнозомъ и могла служить здѣсь глубина анестезіи.

Я перехожу теперь къ роли антагонизма въ этомъ раціональномъ терапевтическомъ методѣ Sollier. При истеріи мы имѣемъ анестезію и гиперестезію, вообще центры пониженной и центры повышенной возбудимости, причемъ эти два основныхъ разстройства, какъ мы видѣли, взаимно обуславливаютъ другъ друга по закону антагонизма. Но если уничтожать анестезію, то на томъ-же основаніи зависимости отъ нея, понятно, исчезаетъ и гиперестезія. Вотъ почему вполне естественно, что истерію излѣчиваетъ методъ Sollier—„будить“, хотя она и не есть сонъ: въ самомъ дѣлѣ, когда мы будимъ тѣ центры, которые „спятъ“, то, на основаніи антагонизма, одновременно приходятъ въ норму и тѣ, которые слишкомъ бодрствуютъ. Далѣе, очевидно, что чѣмъ глубже уничтожаемая нами анестезія, тѣмъ большая уничтожается заодно и гиперестезія гдѣ-нибудь въ другомъ мѣстѣ, словомъ, тѣмъ болѣе получится въ итогѣ терапевтическій эффектъ. Такимъ образомъ объясняется и раціональность правила Sollier, установленнаго имъ однако эмпирически,—начинать вызываніе чувствительности съ глубже всего анестезирован-

ныхъ частей. Далѣе мы видѣли однако, что разъ нарушено равновѣсіе возбудимости между двумя центрами, то раньше, чѣмъ оно установится вновь, между ними происходятъ колебанія: исчезающая анестезія не останавливается на уровнѣ нормальной возбудимости, но переходитъ въ гиперѣстезію, антагонистически анестезируя въ то же время какой-нибудь центръ.

Указанныя сейчасъ обстоятельства даютъ намъ возможность объяснить два удивительныхъ факта, сопровождающихъ лѣчение по Sollier, изъ которыхъ первый такъ подробно изученъ „съ внѣшней стороны“ и такъ педантически описанъ авторомъ въ его дневникахъ, хотя оставленъ имъ безъ объясненія, а второй—замѣченъ Sollier лишь отчасти. Первый фактъ—это и есть пресловутыя объективныя и субъективныя явленія, сопровождающія „вызываніе чувствительности“. Возьмемъ примѣръ: конечность вполне парализована и анестезирована. Это значитъ: объективно—лишена всякихъ движеній и субъективно—всякой чувствительности. Sollier указываетъ больному чувствовать эту конечность. И вотъ, только-что бывшая парализованной, она производитъ самыя энергичныя сокращенія, какъ въ сильнѣйшихъ судорогахъ; только-что бывшая нечувствительной, она испытываетъ цѣлую бурю самыхъ жестокихъ и самыхъ разнообразныхъ ощущеній, „et on n'est pas peu surpris de la vigueur avec laquelle ces réactions peuvent se produire dans des membres tout à l'heure encore complètement anesthésiques et paralysés ou contracturés“¹⁾. Итакъ, исчезающее пониженіе возбудимости центровъ переходитъ въ повышеніе ея. Но такой переходъ, какъ мы только-что говорили, въ свою очередь, угнетаетъ другіе центры—это второй изъ названныхъ сейчасъ фактовъ. Выше я цитировалъ слова самого Sollier, что „когда одни центры пробуждаются, то другіе засыпаютъ“. Но авторъ за-

¹⁾ D-r. Paul Sollier. *Genèse et nature de l'Hystérie*, t. I, p. 74.

мѣтимъ это лишь отчасти, не зная также, какъ мы видѣли, причинъ явленія, и во всякомъ случаѣ проглядѣлъ его по отношенію къ психической сферѣ. А между тѣмъ только этой борьбой между интеллектуальными и соматическими центрами (что характерно для истеріи) и можно объяснить тотъ поразительный фактъ, что приказанія чувствовать ногу, руку, желудокъ, на ряду съ упомянутыми мѣстными эффектами въ нихъ, ведутъ къ „возврату личности“, т. е. выпаденію представленій, воспринятыхъ по мѣрѣ заболѣванія и теченія болѣзни,—тѣхъ самыхъ представленій, которыя и вызывали въ свое время угнетеніе соматическихъ центровъ—анестезіи, параличи, вообще стигмы. И пока равновѣсіе между соматической и психической сферами не возобновится, происходятъ постоянныя колебанія между обѣими. Личность больного при этомъ то молодѣетъ, то старится.

Намъ нужно еще остановиться на той рѣдкой формѣ „*régression de la personnalité*“, которая получается при прямомъ приказаніи больному—проснуться. Само собой понятно, что она представляетъ особенный интересъ, имѣя видъ *experimenti crucis*, блестяще подтверждающаго теорію Sollier. Въ самомъ дѣлѣ, разъ послѣдній говоритъ намъ, что истерія есть сонъ, и разъ авторъ, дѣйствительно, получалъ отъ простаго приказанія проснуться—„пробужденіе“ больного, возвратъ его личности къ тому времени, когда онъ былъ здоровъ, то теорія Sollier доказана. На самомъ дѣлѣ однако это не такъ. Дѣйствительно, упомянутое „пробужденіе“ не представляетъ никакого терапевтическаго успѣха: анестезіи и вообще стигмы остаются почти безъ всякаго измѣненія, и дальнѣйшія простыя приказанія проснуться, по словамъ самаго Sollier, ни къ чему больше не приводятъ (только истерическіе припадки обыкновенно перестаютъ повторяться,—замѣтимъ это еще разъ). Съ другой стороны, эта „возвращенная“ личность на самомъ дѣлѣ, какъ увидимъ ниже, есть лишь извращенная—вредный эффектъ. Я долженъ замѣтить еще, что и при методѣ вызванія чувствительности моментъ

наступленія возврата личности, которая, кстати сказать, въ этихъ случаяхъ молодѣетъ гораздо сильнѣе (на 21 годъ у одного и на 29 лѣтъ—почти 30!—у другого субъекта),—тоже не есть еще конецъ лѣченія и оставляетъ, если не всѣ, то еще многія стигмы. А между тѣмъ, если истерія есть сонъ и если Sollier будилъ истеричныхъ даже отъ тридцатилѣтняго сна, то о неудачѣ лѣченія тутъ ужъ не можетъ быть рѣчи, и въ моментъ наступленія „возврата“ больной, кажется, долженъ быть уже здоровъ.

Но всего изумительнѣе то, что выпавшія при возвратѣ личности воспоминанія вновь возвращаются къ больнымъ, если продолжать вызываніе ихъ чувствительности, т. е., по взгляду Sollier,—если, опять-таки, будить ихъ дальше. Есть-ли тутъ какая-нибудь аналогія съ обыкновеннымъ сномъ? Допустимъ даже, что сознательную жизнь истеричнаго въ періодъ болѣзни (до возврата) можно сравнить со сновидѣніями спящаго здороваго человѣка, которыя онъ забылъ въ моментъ своего пробужденія. Ну, пусть Sollier попробуетъ будить такого проснушагося здороваго человѣка дальше, пока онъ не вспомнитъ, что ему снилось!

Еще интереснѣе объясненіе авторомъ самаго возврата личности, т. е. того феномена, что больной какъ бы молодѣетъ на много лѣтъ, такъ что взрослая женщина превращается въ ребенка, живо интересующагося куклами. Вотъ мысль Sollier. Истерія есть сонъ. Если человѣкъ спалъ ночь, то онъ не знаетъ, что происходило за это время. Если онъ, какъ это иногда случалось, проспалъ цѣлыя сутки, то онъ не знаетъ, что календарь подвинулся впередъ на сутки, и живетъ заднимъ числомъ. Если это будутъ не сутки, а годы, то опять тоже самое. Объясненіе, дѣйствительно, очень простое, но только на первый взглядъ. Прежде всего, для такого, дѣйствительно, спавшаго человѣка ничего и не было, пока онъ спалъ: онъ не получалъ въ это время никакихъ представленій. Во-вторыхъ, не слѣдуетъ забывать, что то, что было много лѣтъ тому назадъ, было дѣйствительно много лѣтъ тому назадъ! Возьмемъ примѣръ: положимъ,

что мы теперь путешествуемъ. Будемъ ли мы по прошествіи ряда лѣтъ такъ ярко помнить всѣ путевыя впечатлѣнія, чтобы жить этимъ путешествіемъ, какъ живемъ въ настоящую минуту? Разумѣется, нѣтъ. Допустимъ теперь, что мы уснемъ сейчасъ и проспимъ нѣсколько лѣтъ.

Неужели, невозобновляемая во время сна, эти воспоминанія сохраняются лучше? Наоборотъ, еще хуже. И такъ, если Sollier получилъ у своихъ больныхъ отъ этого приказанія проснуться—такую яркость воспоминаній прежней жизни, что больные переживали ее вновь, то можно-ли сказать, что онъ не болѣе, какъ разбудилъ ихъ, не болѣе, какъ уничтожилъ анестезію соотвѣтствующихъ центровъ? Конечно, нѣтъ: онъ перевелъ эту анестезію въ гиперестезію,—да еще необыкновенно сильную—согласно выведенному нами правилу, что исчезающая анестезія переходитъ въ гиперестезію. Но мы знаемъ также, что, на основаніи антагонизма, появляющаяся гиперестезія въ одномъ мѣстѣ даетъ анестезію въ сосѣднемъ. Вотъ почему, одновременно съ оживающими съ такой силой воспоминаніями прежней жизни, усыпаютъ представленія, воспріятыя больными во время болѣзни. Вотъ это и есть тотъ замѣчательный экспериментъ антагонизма между центрами въ чисто интеллектуальной сферѣ, о которомъ и говорилъ, что онъ уже неоднократно произведенъ, а именно Sollier у больныхъ. Несомнѣнно сюда же относится такъ наз. раздвоеніе личности, т. е. патологическіе случаи существованія двухъ чередующихся личностей у одного индивида (знаменитая Mary Reynolds, случай Schüle, Попова и др.). Это чередованіе совершается по тому-же закону антагонизма. И *régression de la personnalité* есть ничто иное, какъ то-же раздвоеніе, лишь искусственно вызванное, и притомъ у той же категоріи больныхъ—у истеричныхъ, подобно тому, какъ бываетъ у нихъ-же самопроизвольный и искусственный гипнозъ.

Но теперь понятно также и то, почему наступленіе возврата, особенно послѣдовавшее за прямымъ приказаніемъ проснуться, хотя больной превосходно „разбуженъ“, не есть

еще конецъ лѣченія. Во-первыхъ, такъ какъ Sollier произвелъ на мѣстѣ бывшаго нарушенія равновѣсія въ интеллектуальной сферѣ лишь контръ-нарушеніе его, съ новой невозбудимостью, съ новымъ частичнымъ сномъ, то ему (Sollier) опять предстоитъ работа. Нужно уничтожить теперь, т. е., съ нашей точки зрѣнія, привести въ равновѣсіе возбудимости тѣ комбинаціи (ассоціаціи) мозговыхъ клѣтокъ, которыя составляли первичную личность больного (до заболѣванія), съ тѣми комбинаціями, которыя хранятъ представленія, воспринятія за періодъ болѣзни, т. е. со вторичной личностью. Но мы знаемъ, что пока установится равновѣсіе между двумя выведенными изъ него центрами, они взаимно колеблются, какъ чашки вѣсовъ, постоянно перевѣшивая другъ друга. Вотъ это буквально и происходитъ, какъ я уже говорилъ, въ дѣйствительности, а именно—колебанія личности субъекта, иногда на много лѣтъ во время одного сеанса, то впередъ—къ настоящему, то назадъ—къ прошедшему. Больной то молодѣетъ, то старится.

Чѣмъ-же достигаетъ однако Sollier этого устраненія „возврата“?—Все по тому же принципу: возстановлять чувствительность, а это значитъ—„будить“, дальше. Вотъ ужъ нѣтъ ничего болѣе страннаго, чѣмъ это, если смотрѣть на болѣзнь съ точки зрѣнія Sollier. Въ самомъ дѣлѣ, если сознательная жизнь больного послѣ заболѣванія была сонъ, то, чтобы вернуть ее, нужно усыпить больного вновь, а не будить его еще. Самъ Sollier заявилъ, что, вызывая чувствительность (головы), „я былъ далекъ отъ надеждъ вернуть потерянные воспоминанія“ (относящіеся къ періоду болѣзни). Наоборотъ, нѣтъ ничего проще, если смотрѣть на дѣло съ нашей точки зрѣнія. Такъ какъ Sollier вызвалъ контръ-нарушеніе равновѣсія, новый частичный „сонъ“, то, дѣйствительно, ничего не остается, какъ будить дальше и дальше, usque ad finem, пока не наступитъ равновѣсіе.

Во-вторыхъ, наступленіе возрзата, особенно достигнутаго прямымъ приказаніемъ проснуться, не есть конецъ лѣ-

ченію еще потому, что, такъ какъ выясненный сейчасъ актъ антагонизма разыгрался уже въ интеллектуальной области, то онъ и не коснулся поэтому соматической сферы, и такъ какъ дальнѣйшія простыя приказанія проснуться, оставаясь тѣмъ-же рецептомъ, продолжаютъ дѣйствовать на ту-же интеллектуальную сферу, то вотъ и понятно, почему они ни къ чему больше, т. е. ни къ какимъ измѣненіямъ въ соматической—не приводятъ.

Однако, не сопровождаясь возстановленіемъ чувствительности, ни исчезаніемъ разстройствъ вообще (стигмъ), возвратъ личности, какъ общее правило, ведетъ къ прекращенію истерическихъ приступовъ. По моему мнѣнію, этотъ фактъ составляетъ самую интересную сторону терапии Sollier. Дѣйствительно, послѣдній наглядно показалъ (въ цитируемомъ трудѣ), что въ истерическомъ припадкѣ есть двѣ фазы: первая состоитъ въ быстромъ пониженіи чувствительности (т. е., съ нашей точки зрѣнія, въ пониженіи возбудимости не только чувствительныхъ, но различныхъ центровъ)—болѣе глубокомъ, чѣмъ было раньше—подъ вліяніемъ рѣзкаго ощущенія или душевнаго волненія; вторая—въ такомъ-же быстромъ самостоятельномъ возвращеніи этой чувствительности приблизительно къ прежнему уровню, когда прекращается дѣйствіе вызвавшей припадокъ причины (эмоціи). Это возвращеніе чувствительности и сопровождается судорогами и другими (психическими) явленіями, что и составляетъ собственно припадокъ. Это тѣ-же судороги, которыя вообще сопровождаютъ быстрое возстановленіе „чувствительности“ и которыя мы знаемъ въ качествѣ объективныхъ явленій при лѣченіи по Sollier. Итакъ, припадокъ начинается внезапнымъ пониженіемъ чувствительности подѣ вліяніемъ психической или физической травмы. Но это есть тотъ-же механизмъ антагонизма, по которому развивается, какъ мы видѣли, сама истерія вообще. Въ развитомъ состояніи мы имѣемъ при ней интеллектуальную сферу съ повышенной возбудимостью въ эмоціональномъ смыслѣ и, благодаря этому, съ весьма разви-

тыми антагонистическими способностями по отношенію къ остальной интеллектуальной, а также соматической сферѣ. Это и есть причина припадковъ. Но вотъ Sollier вызвалъ *régression de la personnalité*. Въ интеллектуальной сферѣ произошелъ переворотъ, ибо появилась другая личность. Тѣ комбинаціи нервныхъ клѣтокъ, старыя составляли прежнюю личность, заторможены, на ихъ мѣсто выступили другія комбинаціи, старыя (бывшія до болѣзни), не развивавшія, а потому и не развившія въ себѣ такихъ антагонистическихъ способностей по отношенію къ соматической сферѣ. Теперь припадки больше и не повторяются.

Но тутъ можетъ быть поставленъ вопросъ: если эта вторичная личность (періода болѣзни) способна антагонизировать не только съ остальной интеллектуальной сферой, гср. съ личностью передъ заболѣваніемъ, но и съ соматической областью, то почему-же пониженіе возбудимости вторичной личности (періода болѣзни) при „прямомъ пробужденіи“ (отъ приказанія проснуться) не можетъ вести путемъ того-же антагонизма къ устраненію пониженной возбудимости соматической сферы (анэстезій и т. д.), т. е. къ излѣченію ея? Напротивъ, какъ разъ и это случается (см. IV-ое наблюд. Sollier). Но въ этомъ случаѣ возвратъ уже не имѣетъ мѣста. Тутъ происходитъ сразу выравниеніе возбудимости въ мозгу безъ предварительнаго контръ-нарушенія равновѣсія въ немъ. И эти рѣдкіе случаи, когда приказаніе проснуться не „будитъ“, а лѣчитъ, слѣдуетъ, конечно, считать болѣе удачными въ терапевтическомъ смыслѣ. Объ этомъ свидѣтельствуетъ также и быстрота выздоровленія: въ упомянутомъ IV-омъ случаѣ Sollier оно наступило въ четыре сеанса, произведенныхъ въ теченіе мѣсяца. Я позволю себѣ сдѣлать здѣсь замѣчаніе, что, развивая свои идеи, я пользуюсь теперь результатами чужихъ опытовъ, которые производилъ человѣкъ другого взгляда, такъ что не можетъ быть рѣчи о моемъ увлеченіи, какъ экспериментатора, ибо не я производилъ эксперименты.

Но, кромѣ возврата личности, для теоріи Sollier существуетъ еще одинъ подкупающій аргументъ, котораго мы не можемъ поэтому обойти вниманіемъ. Доказательство это состоитъ въ наблюдении Sollier, что истеричные иногда не засыпаютъ (естественнымъ сномъ) ни на минуту въ теченіе мѣсяцевъ, что было-бы немыслимо для человѣческихъ силъ и что, наоборотъ, весьма естественно, разъ мы предположимъ, что больные уже спятъ, потому что истерія есть сонъ. Но 1) что-же сказать про тѣ случаи, гдѣ при самой глубокой истеріи больные всетаки засыпаютъ ночью (напр., II-ая изъ моихъ больныхъ) и отнюдь не впадая даже въ аутогипнозъ, изъ котораго Sollier напрасно хочетъ сдѣлать общее правило? 2) Что-же касается безсонницы, длящейся мѣсяцами, то мы стоимъ передъ поразительнымъ фактомъ, что въ то время, какъ у здороваго человѣка то состояніе, когда онъ говоритъ, ходитъ, думаетъ и т. д.—назовите это состояніе, какъ угодно—продолжается обыкновенно не больше 16-ти часовъ кряду, съ тѣмъ чтобы смѣниться часомъ на 8 противоположнымъ состояніемъ, т. е. когда онъ не говоритъ, не ходитъ, не думаетъ и т. д., словомъ, наступаетъ отдыхъ мозга,—то у истеричныхъ это состояніе хожденія и думанія можетъ продолжаться мѣсяцы, т. е. тысячи часовъ безъ отдыха. И назовемъ-ли мы это состояніе истеричныхъ безсонницей, какъ думаютъ всѣ, или сномъ, какъ хочетъ Sollier, или придумаемъ, наконецъ, еще какое-нибудь третье названіе, то отъ перемѣны словъ поразительность факта не измѣнится. Намъ удивляетъ фактъ, а не его терминологія. Намъ остается, слѣдовательно, одно: сказать себѣ, что мы ошиблись, и то, что мы считали немыслимымъ и невозможнымъ, наоборотъ, вполне возможно. Намъ остается, словомъ, придти къ заключенію (сдѣланному уже нами раньше), что наши нервныя центры сами по себѣ неутомимы, по крайней мѣрѣ, въ весьма значительной степени. Но, если у такой истеричной, на ряду съ глубокимъ сномъ одной части мозга, другая часть его настолько гиперэстезирована, настолько взвинчена, что обна-

руживаетъ предъ нами всю неутомимость центровъ, то это именно потому, что у такой больной въ конецъ утомлены тѣ нервныя силы, которыя приводятъ мозгъ въ равновѣсіе возбудимости, а это равновѣсіе, хотя бы приблизительное, есть необходимое условіе для полнаго, т. е. физиологическаго сна.

Остается послѣдній вопросъ, обращенный уже не къ теоріи Sollier, а къ моему взгляду. Если истерія есть нарушение физиологическаго равновѣсія между центрами и если повышенная возбудимость однихъ изъ нихъ и пониженная—другихъ взаимно обусловливаютъ другъ друга, то для того, чтобы вернуть всѣ эти центры къ равновѣсію, т. е. для излѣченія, долженъ быть дѣйствительнымъ и другой способъ, противоположный методу Sollier, а именно: не раздраженіе центровъ пониженной возбудимости, а, наоборотъ, успокоеніе центровъ повышенной возбудимости; словомъ, долженъ быть дѣйствительнымъ также способъ, такъ сказать,—не будить, а усыплять. Но, вѣдь, благіе результаты успокаиванія истеричныхъ, ихъ изоляціи, вообще устраненія отъ нихъ всѣхъ тѣхъ непріятностей, которыя вызвали и поддерживали гиперестезію извѣстныхъ психическихъ центровъ, — слишкомъ извѣстная истина, на которой не приходится останавливаться. Однако названное сейчасъ „усыпленіе“ оказывается дѣйствительнымъ и въ буквальномъ смыслѣ этого слова. Разительный примѣръ этого мы видѣли у III-ей изъ моихъ больныхъ, страдавшей въ теченіе двухъ лѣтъ сильнымъ удушьемъ, которое исчезало, какъ только я искусственно приводилъ больную въ состояніе, впрочемъ не сна, а полусна. И мы видѣли, что это не было внушеніемъ. Но удушье больной исчезало также отъ другого средства, дѣйствующаго въ томъ-же направленіи, именно отъ свотворнаго морфія, и притомъ уже тогда, когда больная впадала только въ сонливость, но самый сонъ еще не наступалъ. И мы опять видѣли, что дѣйствіе морфія тоже не было внушеніемъ. Наконецъ, въ теченіе двухъ лѣтъ этого страданія удушье больной исчезало *всякій разъ само по себѣ во время ея ночного сна*. Надѣюсь, что для по-

слѣднѣяго факта самые ярые фанатики внушенія откажутся наконецъ отъ него! Но этого мало. Прекращеніе удушья въ описанномъ quasi-гипнотическомъ состояніи больной всякій разъ сопровождалось такимъ-же самопроизвольнымъ улучшеніемъ чувствительности кожи спереди шеи (соотвѣтственно гортани), гдѣ она (кожа) представляла самую глубокую анестезію. Явленіе это замѣчено было мною случайно, несмотря на то, что до этой минуты я слѣпо вѣрилъ теоріи Sollier, съ которой оно идетъ въ разрѣзъ. И это явленіе, какъ я говорилъ, констатировано мною затѣмъ разъ 60. Такое-же самопроизвольное возстановленіе тактильной чувствительности руки въ гипнозѣ отмѣчено и во II-омъ набл. Наконецъ, Bourneville и Regnard, болѣе подробно изучавшіе разстройства сна у истеричныхъ, описываютъ, что у этихъ больныхъ передъ засыпаніемъ происходятъ подергиванія, ощущенія ползанія мурашекъ, безпокойства, и притомъ, *главнымъ образомъ, въ анестезированной половинѣ тѣла*. Но, вѣдь, это тѣ-же объективныя и субъективныя явленія (secousses, sensations de fourmillement, impatiences), которыя сопровождаютъ возстановленіе чувствительности по Sollier и которыя такъ педантически имъ-же изучены. Надо удивляться, что Sollier, цитирующий упомянутое описаніе Bourneville'я и Regnard'a, не узналъ этихъ явленій.

Итакъ, когда возбудимость значительной массы мозга понижается при засыпаніи, то разбросанные тамъ и сямъ угнетенные центры освобождаются отъ своего угнетенія. Но что должно произойти при этомъ съ другими центрами, возбудимость которыхъ повышена? Очевидно, она можетъ повыситься еще больше. Вотъ почему у I-ой изъ моихъ больныхъ, съ сильно повышенной возбудимостью болевыхъ центровъ (жестокія распространенныя боли), тѣ самыя двѣ процедуры—гипнотизація и морфій (послѣдній какъ бы въ насмѣшку надъ фармакологіей) давали противоположный результатъ, т. е. ухудшеніе состоянія—ожесточеніе болей.

Итакъ, истерія развивается по опредѣленному физиологическому механизму. Но разъ это такъ, то мы можемъ конечно предполагать, что подобнымъ-же путемъ нарушенія нормальныхъ отношеній между нервными центрами развиваются и другія болѣзни нервной системы—неврозы и психозы.

Вообще, весьма вѣроятно, что душевныя болѣзни развиваются по тому-же механизму какъ и истерія, съ тѣмъ лишь различіемъ, что угнетеніе центровъ происходитъ въ интеллектуальной сферѣ, тогда какъ при истеріи „засыпаютъ“ преимущественно центры болѣе низкаго порядка. Я говорю: преимущественно, потому что и при истеріи бываютъ бредовыя идеи и даже—„истерическіе психозы“. Быть можетъ, со временемъ наука найдетъ способы „будить“ и эти спящіе центры у душевно-больныхъ.
