

16969

16962

Л. Годлевский.

АЛФ.

Библиотечное вмущение

и его применение в хирургии.

Наркому Здравоохранения
Професору

Николаю Александровичу

Семашко,

как представителю
многих путей в
медицине.

от автора.

БИБЛИОТЕКА НКЗДР.
№ 222908
Инвентаризация 1938

"Природа"

1926г. № 9-10.

Гипнотическое внушение и его применение в хирургии.

П. П. Подъяпольский.

Явления внушаемости—одна из интереснейших и важнейших глав естествознания, к сожалению все еще игнорируемая при обязательном преподавании естественно-исторических и медицинских дисциплин в высшей школе.

А между тем—это в высшей степени поучительная область, изучение которой бросает свет на многие темные уголки биологических явлений. Это изучение способно показать неожиданно новые пути, намечая новые биологические проблемы.

С 1903 года начинаются работы об условных рефлексах академика И. П. Павлова. Они естественно приводят нашу физиологическую школу к давно разрабатываемой области внушаемости, внушения и гипноза.

Использование внушаемости, присущей живому организму, приводит нас к словесному внушению у людей, которое и может быть сейчас же утилизировано как могучее лечебное средство.

Предполагая посвятить особую статью роли внушаемости в биологии, на этот раз мы познакомим читателя с применением гипнотического внушения в хирургии.

Пользование гипнозом для безболезненных операций не ново, может быть старо как мир. Кто-то сказал, говорит Молль, что когда на Адама был наведен сон и вынуто было ребро, то сон этот был гипнотический: от простого проснулся бы человек непременно.

Историческая справка гласит.

Рекамье, профессор гинекологии в Париже, делает в 1821 г. операцию под гипнозом (тогда это называли „магнетическим“ или „месмерическим“ сном). В 1829 г. вносит свое сообщение во французскую медицинскую академию проф. Клокé, выдающийся парижский хирург. Он оперировал рак груди в гипнотическом сне.

22 ноября 1842 г. в Королевском Медицинском и Хирургическом Обществе был прочитан отчет о случае ампутации бедра хирургом Вордом в гипнозе. Операция длилась 20 минут. Пациент оставался неподвижным, не изменяя покойной мимики. Он проснулся не сохранив воспоминаний об операции. Около этого-то случая и поднялась целая буря грубого скептицизма. Говорили о воздержании от выражения боли, как явлении обычном; о врожденной нечувствительности; заговорили даже прямо об

обмане и подкупе. Маршалл-Голл, известный исследователь рефлекторных движений, заявил, что весь случай сплошной обман, так как мускулы здоровой ноги непременно должны были содружественно сокращаться, когда отнимали больную ногу. Заступились: Мейо, Вуд и... Эллиотсон. Это он настаивал на необходимости изучения явлений гипноза и защищал его значение в хирургии. Именно за это он был лишен своей кафедры в Лондоне, обвиненный в „осквернении храма науки“. Д-р Эллиотсон оправдал себя скоро в глазах своих более добросовестных товарищей, опубликовав большой материал безболезненных операций, произведенных под гипнозом в Калькутте. Его поддержал Эсдайль, хирург тамошнего Месмерического Госпиталя (отчет выше 300 случаев). Эсдайль отмечал, что раны оперированных под гипнозом заживали с поразительной быстротой. Эллиотсон не без едкой иронии отвечал теперь европейским своим оппонентам из Азии: „Азиаты, писал он, оказались столь же не просвещенными, как и европейцы. И индус также не знал, что когда ему режут локтевые связки левой руки, то следует дергать правую, где никакой боли не было. А он даже не пошевелил ею! Нет, решительно черная раса также невежественна в физиологии, как и белая раса!“.

Таким образом гипноз применялся за 25 и 26 лет ранее эфира и хлороформа при операциях (1821), так как лишь в 1846 году Мартон в Бостоне первый применил эфир в зубоврачебной практике, а в 1847 году Флуранс на животных и, почти одновременно, Симпсон на людях изучили анестетические свойства хлороформа. Только после этого эфир и хлороформ могли войти в хирургию.

Большая простота применения химического наркоза, доступная каждому врачу, не требующая сложного специального знания и техники словесного внушения, должна была отвлечь внимание от пользования психическим наркозом. Но не в этом корни непонятного игнорирования гипноза, нередко недоброжелательства к нему и гонения. Корни гораздо глубже и здесь не место пока касаться этого сложного и деликатного вопроса.

Дальнейшая разработка медицинского пользования гипнозом принадлежит, главным образом, французским школам и, хотя отдельные пионеры за свой

страх и совесть изучали его и в других странах, но в общем немцы замалчивали и тормозили гипноз. Общенаучного признания гипноза у них не было и в программу преподавания высших школ он не входил.

Мы, русские ученые, неизменно прислушивались к курсу немецкой науки и дело этого изучения не двигалось у нас, как и в Германии. Так обстояло дело до 1914 г., когда вспыхнувшая война поставила лицом к лицу немецкого ученого с обширной группой заболеваний, с виду соматических, на самом деле зависящих от примарных психических моментов. На ряду с ранением тела мы широко ознакомились с ранением духа, чистыми душевными и смешанными травмами. Телесная рана не разъемлема с душевною раной (страх), так что при несомненном ранении тела потрясенная психика вносila многое лишнее от себя в расстройство функций, наславшая на соматический дефект психогенные обертоны, с виду также соматические.

При полной взаимной изоляции воюющих стран, в 1915 г. выступили решительными поборниками этих положений, независимо друг от друга, Нонне в Гамбурге и автор этой статьи—у нас. Мы при психогенных заболеваниях применили на военном материале гипнотерапию, полагая, что психическая терапия при психогенном заболевании—единственное специфическое средство (specificum). В своей работе я описываю и несколько операций под гипнозом¹⁾.

В Германии быстро возникла большая литература об операциях под гипнозом и это движение в пользу гипноза и применения его при операциях немедленно эхом отозвалось и у нас. Автор этой статьи проводил первую операцию под гипнозом в 1898 г.²⁾. Теперь операции под гипнозом делаются в Саратове, Харь-

¹⁾ П. Подъяпольский. „Случаи применения гипнотического внушения в лазаретной практике“. Жур. Невропат. и Психиатр. им. С. С. Корсакова. 1915, кн. 2.—Статья моего ученика Д. А. Смирнова: „Два тяжелых случая травматического невроза после контузии, излеч. гипнот. внуш.“. Там же.—Подъяпольский. „О травматическом неврозе“, Сборник клиническ. лекций профессоров Саратовск. Университета. Саратов, 1922 г.

²⁾ П. Подъяпольский. „Случай применения гипн. внуш. в лазаретн. практике“ (см. предыд. сноску).—Его же. „Простое словесное внушение в качестве общего наркоза“, Клиническ. Журн. Саратовск. Универс., Т. I, № 1, сент., 1925. Саратов.

кове (К. И. Платонов), Ленинграде (Г. Б. Геренштейн, А. П. Николаева), Симферополе (С. М. Берг) и в других городах. Гипноз в акушерстве при родах с 1903 г. стал применять д-р И. В. Вяземский в Саратове.

Мы применяем исключительно метод словесного внушения при гипнотизировании, направляя психику пациента к идеи засыпания и сна. Метод фиксации должен быть осужден и оставлен совсем, как лишний и часто вредный. И это было высказано у нас более 30 л. назад А. А. Токарским.

Метод фиксации привносит утомление глаз, резь, слезотечение, головокружение, головную боль и другие болезненные симптомы, в сущности индуцированные (внущенные) напряженным смотрением на одну точку. А ведь гипнотизирующий как раз обязан всячески все, могущее оказаться отрицательным внушением, устранять, чтобы не сказалось нежелательно в гипнозе и постгипнотически. Да и сводится метод фиксации, в сущности, к тому же словесному внушению, т. к. заранее обусловлено, что глядение на известную точку вызовет сон.

Гипнотизирующий, сдерживая все время (путем членораздельной речи) инициативу психики усыпляемого, овладевает подсознательным „я“ пациента и с ним устанавливает общение (раппорт).

Засыпанию сопутствует утратой инициативы мышечной и кожной деятельности—возникает каталепсия мышц и анальгезия (нечувствительность) кожи. Засыпание происходит при каптированном внимании, которое фиксируется на личности гипнотизера. Обнаруживается усиленная внушаемость. Веки припечатаны, руки каталептируют (левитация, напряжение мышц), анальгезия, рапорт, высокая внушаемость—вот что обнаруживается в полученном состоянии. Этот сон отличается от нормального не качественно, а количественно: не все центры спят равномерно: центр уха все время не спит, т. к. гипнотизирующий постоянно владеет этим центром, не переставая говорить и спрашивать. Тогда следуют машинальные ответы спящего искусственным сном. По пробуждении он ничего не помнит. Во сне он отвечает вам „сплю“ и на вопрос—„без памяти?—„да“. Это somnambulismus totalis, в отличие от somnambulismus partialis нашей терминоло-

гии, понятные без дальних слов. В частичном (парциальном) сомнамбулизме пятна глубокого сна перемешаны и чередуются волнообразно с пятнами менее глубокого сна (чередования углублений с неполным пробуждением).

„Мгновенный сомнамбулизм“ (Blitzhypnose) немецких авторов получается нами у никогда не гипнотизировавшихся, но пришедших ради гипноза, в 25% случаев без тренировки, сразу. Но он может быть путем выработки доводим в общем процентов до 90. Затем будут дремотные и каталептические состояния без амнезии, парциальный сомнамбулизм—и только 1½—2% не усыпляемы.

Мы всегда стремимся, прежде всего, получить тотальный сомнамбулизм мгновенно и это позволяет нам констатировать существование этого мгновенного сомнамбулизма в 25% в натуре. И только тогда, когда пациент его не дает, мы переходим на выработку полного сомнамбулизма в несколько раз. Для обычной гипнотерапии достаточны уже дремотные состояния, тем более каталептические без амнезии. Мы проигрываем в быстроте, а силу воздействия восполняем суммой сеансов. При тотальном сомнамбулизме мы несомненно выигрываем и в силе, и в скорости.

Обеспечивает успех еще одно обстоятельство. В формулах внушения надо употреблять не будущее, а настоящее время. Человек живет настоящим, передвигая его за собой постоянно—от детства до старости. Если внушать алкоголику, что он не будет пить спиртного, то он и будет дело воздержания отодвигать все дальше в будущее, не относя его к настоящему. Совсем другое, если мы скажем ему: „баста! с этого момента вы не пьете ни единой капли, ничего спиртного, совсем“. Мы вводим сразу с настоящего момента и впредь решительное торможение. Покойный проф. В. П. Сербский и д-р Н. Е. Осипов говорили не раз, что у меня „секрет изобретателя“ получать сомнамбулизм и лечебный эффект сразу. Вот это и есть мой „секрет изобретателя“ настоящее время!

Уже мимолетные моменты рассеянности и невнимания, „брзги сна“, путем искусного опроса легко устанавливаются, благоприятствуют прививке внушений. Невнимание, как tolkuem мы, есть единица сна. Собираемые тщательно раз от разу, путем нашего орудия—слова, эти „брзги сна“ выковываются, на-

конец, в сплошное длительное состояние — сон.

Раз получен такой сомнамбулизм, высшая степень гипнотического сна, вы властны развивать самые ответственные, подчас парадоксальные гипнотические феномены. Получается анальгезия, хирургический гипнотический наркоз и экспериментальный гипноз: общее одеревенение — „каталептический мост“, пузыри от мнимых ожогов и мушек и тому подобные явления — Fakirenkunde (фиг. 1). Конечно и анальгезия, и операции под гипнозом тоже факиризм, для изучения которого уже не надо ездить в Индию. И это хорошо и правильно, что наука

этот отнюдь не касается законодателя. Законодатель привлекает к совещанию, так называемых, „сведущих лиц“. Но именно „так называемые“ и подсказали то, чего не высказал бы ни один настоящий специалист. Упрек всецело ложится на тех, кто взял на себя смелость без практического опыта и только от чистого умозрения судить за пределами своей специальности. Как известно, в таких именно случаях и сбывается неизбежно старинная формула народной мудрости: „на всякого мудреца довольно простоты“.

Становясь внезапно перед неизвестностью, неосведомленность всегда хватается за старое, излюбленное средство — запрет. Забывается одно, простое и естественное, что врачу приличествует иное поведение — он должен стремиться не упускать из своих специальных рук и контроля того, что может быть обращено на пользу страждущего человечества. И здесь гарантией и оградой будет обязательный курс гипнологии и гипнотерапии и явлений внушаемости в биологии на медицинском и естественном факультетах, практические занятия, зачеты и экзамены. Вот где гарантия от невежества и шарлатанства, откуда бы оно ни исходило!..

Гипнология и гипнотерапия давно выросли за пределы одной главы психиатрии в особую дисциплину, которая одна способна рассеивать невежество и заблуждение, развивающиеся неосведомленностью. Закону останется и здесь своя доля, как имеет он ее и в отношении других медицинских дисциплин, карая наличие преступления.

Подготовка к операциям под гипнозом должна начинаться недели за две и заканчиваться пробой на анальгезию (сквозной прокол кожи иглой без всякой реакции). Часто это случается в первый же раз. Только после этого можно приступить уверенно к операции. Даже заведомый сомнамбул должен быть проведен через двухнедельный срок подготовки на всякий случай. Необходимые условные рефлексы должны быть выработаныочно. Сеансы, по надобности, в неделю 2—3 раза.

Два примера пояснят дело.

Классическая сомнамбула, много раз служившая нам для демонстраций, воспроизводившая внушенную нечувствительность (анальгезию), положительные и отрицательные галлюцинации — виде-



Фиг. 1. Каталептический мост. Лапаротомированная под гипнозом Е. Е. Персикова (оперирована 20 марта 1925 г. д-р В. Е. Лебедев). Фотограф С. В. Скворцова, Гистологич. Кабинет Саратовск. Университета

в своем поступательном движении, приводящая все области в свое ведение, овладела и „чудом“. Таким образом лечебный гипноз (заговор) нечувствительно переходит в экспериментальный гипноз (колдовство) (фиг. 2).

Не хорошо, что Москва пытается ставить преграды изучению гипноза (законопроект против него). Гонение — его удел со времен plusquamperfectum. Его адептов некогда лишили врачебного звания, отрешали от кафедр и профессуры „за осквернение храма науки“ и гипноз влечил свое существование за дверьми этого храма, именно потому и попадая в руки шарлатанов. Упрек

ние внущенных образов и невидение образов реальных, осуществлявшая самые ответственные гипнотические и постгипнотические явления, была помещена в гинекологическую клинику для большой пластической операции под хлороформом к которой должны были сейчас приступить.

Однажды случайно, прохожу мимо клиники, из подъезда которой выходит как раз ее растерянный муж. Он ухватывается за меня: „Жене сейчас делают операцию...



Фиг. 2. След от лопнувшего пузыря, полученного внушением ожога в гипнозе (собств. наблюден. 24 окт. 1903). Фот. автора.

Я боюсь хлороформа!“ Он умоляет его заменить гипнозом. Уступаю мольбам и слезам отчаянья, понадеявшись на испытанную сомнамбулу. В клинике в два слова улаживается дело, и больная, уже готовая идти на операцию, вскоре испытывается на анальгезию в гипнозе. Столько раз получавшаяся, она получается не вдруг. Мешает волнение. Оно задерживает усыпление и тут, и при операции. Она на другой лад настроена. Идея операции под гипнозом является для нее эпизодом случайным и носит характер пробы. В результате — стоны и возгласы

во время операционной процедуры во сне. И под хлороформом больные кричат!.. Хирург приучил себя игнорировать стоны; психотерапевт, адвокат души, к протестам ее не может быть так равнодушен. Смутное воспоминание о болезненности и по пробуждении сохранилось. И это у заведомой сомнамбулы! Сон от глубокого отступал постоянно к более поверхностному сну, нарушаемый волнением.

Другой пример — тоже классическая сомнамбула. Сделана подготовка. Назавтра операция. И вот в ночь перед операцией соседка по койке стащила платок у больной и на коечной спинке на нем удушилась. Больная взбудоражена невыразимо, она уверена, что теперь не заснет... Волнение — враг естественного и искусственного сна!

Зная исключительную нервозность больной, прошу комбинированного наркоза. И все-таки все время неприятная „реакция на страх“, стоны и бредовые возгласы. По пробуждении никаких воспоминаний, но картина возбуждения неприятна для гипнолога, проводящего психический наркоз.

Содержание психики должно быть тщательно (и повторно) подготовлено и всякие психические противодействия соответствующими внушениями устраниены. Психическая дорога к непрерываемому, спокойному тотальному сомнамбулизму с анальгезией должна быть расчищена, малейшие страхи и сомнения отмечены. Как асептика соматическая требует соблюдения известных условий и особых предосторожностей, так и „душевная асептика“ должна быть соблюдена при наличии психотерапевтических влияний.

Приведу ради примера три операции под гипнозом.

1. Геттингер Виктор, 19-ти лет, в ночь с 31 дек. 1917 г. на 1-е января 1918 г., на новый год выстрелил себе из „нагана“ в сердце. Застигнутое, вероятно, в момент систолы, оно не было задето. Пуля прошла навылет и счастливо миновала его и крупные сосуды. Я и дочь моя, врач В. П. Подъяпольская, экстренно вызваны оказать первую помощь. Мы наложили повязку, после чего я предложил измученному кровотечением и душевными переживаниями больному уснуть — и загипнотизировал его мгновенно. Это доставило ему большой отдых и облегчение, подкрепив силы, тем более, что оказалось возможным сразу отнести болевые ощущения. Тем временем при-

был хирург и мы решили утром же доставить раненого на носилках в больницу. Он был помещен в отделение проф. общей хирургии В. И. Лисянского. На 24-е сутки, когда поправлявшийся начал уже ходить, с ним случился внезапный обморок, он упал и сразу обнаружились у него крайне тяжелые явления: сильная боль в груди („как что-то порвалось“), сильная одышка, малый и частый пульс, синюха, похолодение конечностей. Произошло кровоизлияние в полость плевры и сдавление левого легкого и сердца этим кровоизлиянием. Больной задыхался и погибал — и, вследствие *indicatio vitalis* (жизненных показаний), проф. В. И. Лисянский немедленно предпринимает операцию. В сидячем положении, под моим гипнозом ему делается резекция ребра, которое под надкостницей перекусывается в двух местах реберными ножницами и через отверстие удаляют кровь. Ни единого стона. Спокойный глубокий сон в сидячей позе. Ни малейшего воспоминания после операции, дыхание восстановилось, все угрожающие явления сразу исчезли. На одной из своих лекций потом я показывал этого юношу накануне его женитьбы на любимой девушке и его прошлые передряги представлялись ему тяжелым и нелепым кошмаром.

2. Харестани, А. Я., 47 лет. Операция иссечения подкожных вен левой ноги от паха почти до голеностопного сочленения под гипнозом. Оперируют два хирурга (д-р Н. В. Алмазова и др. А. М. Леонов). Операция 17 янв. 1925 г. длится 45 минут. Больная отличная, хорошо известная мне сомнамбула. Проба на анальгезию накануне не дает ее сразу. Ложась на операционный стол крестится и поручает себя затем нам. Погружаю в сон в 3 секунды. Я стою в изголовье: мне нужна только голова и уши, воспринимающие мои словесные внушения, остальное — дело хирургов. Операция проходит хорошо. Подкожные манипуляции самые чувствительные и болезненные.

После операции больная все время напрасно ждет болей. Кто-то сказал о них. Специальные внушения предупредили их отсутствие. Их так и не было.

3. Земцова Ирина, 33 л. Прислана гинекологом В. Е. Лебедевым с запиской для подготовки к операции чревосечения. Сделано 3—4 предварительных сеанса за неделю перед операцией. Тотальный сомнамбулизм обретен сразу и сразу получена анальгезия: сквозной прокол

длинной иглой от шприца через кожу руки и живота безболезнен (фиг. 3).

Было известно, что на большую полостную операцию под гипнозом собирается много хирургов, врачей и студентов. Если предварительно, как делается, загипнотизировать больную, внушив ей спокойствие по пробуждении и быстрое усыпление в операционной, куда разбуженную отвести наяву и уже на столе опять усыпить, то спокойное состояние ее психики может быть легко опрокинуто привходящими неожиданными впечатлениями. Поэтому я вырабатываю совершенно особый план.



Фиг. 3. Анальгезия. Лапаротомированная под гипнозом И. А. Земцова. Фот. д-ра С. В. Скворцова, Гистологич. Каб. Оперировал 20 февр. 1925 г. д-р В. Е. Лебедев.

Операция предстоит длительная — и больная испытывает на длительный сон. Она испытывает и на схождение, значение которого сейчас будет ясно.

Гипнотизирую больную в ее палате на ее койке. Внушаю в гипнозе встать и идти. Мои помощники направляют ее по длинному коридору в операционную, куда она входит с закрытыми глазами во сне и сама, по внушению, восходит на стол и ложится. При полной тишине и спокойствии начинается и идет операция. Капиллярного кровотечения почти нет. Из более крупных сосудов оно обычное. Удаляется киста правого яич-

ника с апельсин, кистозно перерожденный левый яичник и воспаленная труба. Больная все время мирно спит. Операция кончена. Оперированную отвозят во сне на койке на старое место. Я сижу около, как сидел. Предлагаю ей самой вслух считать до 8-ми и проснуться. Она произносит „8“ и просыпается, устремляя глаза на меня. — „Я не считал?“ — Нет. — „Вы не считали?“ — Нет. — „Никто не считал?“ — Нет. Она не помнит даже последней цифры, только что сказанный!.... Грань между беспамятством и бодрствованием — единый миг. Так близки мы всегда в нашем бодрствовании от обморока!

— „Можно ли делать операцию?“ — спрашиваю я. Говорит — можно. — „Сделана“, говорю, и вижу молчаливые слезы и благодарность в глазах. Успокаиваю простыми словами. Весь эпизод предоперативных и оперативных событий с начала и до конца выпал целиком из сознания.

Постоперационный период проходит исключительно хорошо. Соседки, перенесшие хлороформ, мучатся тошнотою и рвотой, жалуются на боли и тяжелые симптомы, представляя разительный контраст с оперированными под гипнозом. Хотя и слабые, они свежи и улыбаются. Снятие швов проходит безболезненно.

По замечанию хирурга, „он никогда еще так не работал спокойно — оперируя как на трупе“ и не заботясь о наркозе, чтоб не дали лишнего или мало. Его внимание не отвлекалось и сосредоточивалось на главном.

Но здесь перед нами встает законный вопрос: можно ли использовать целиком те 90% герметических сомнамбул, которых сразу и с выработкой мы в конце концов получаем?

На этот вопрос нелегко дать исчерпывающий ответ. И хотя технику получения герметического сомнамбулизма следует признать в настоящее время значительно более разработанной, чем было недавно, но несомненно требуется еще дальнейшая разработка впереди. Против успеха всегда не мало имеется разных противовлияний. В сознании обывателя гарантия безболезненности остается не за гипнозом, а за химическим наркотиком. К этому готовому противовнушению присоединяется вся атмосфера больничного антуража, советы сиделок и фельдшериц. Все воспитаны ведь на другом представлении, не исключая часто врача. Не всегда удобной является и двухнедель-

ная подготовка, когда надо тотчас спешить. Гипнотерапевтов немного, и единственная школа отсутствует. Пионеры этого дела не всегда выработали за свой страх правильные методы. Во всяком случае перед каждым хлороформированием следовало бы испытывать усыпляемость пациента. — „Химическая смирительная рубаха“ (химический наркоз) вызывает инстинктивный протест и борьбу насилуемой психики и даже сомнамбул противостоят усыплению наркотика. И вот мы постоянно наблюдаем разительный парадокс: на сомнамбула, не подозревая его выгодных свойств, выливается большое количество хлороформа, тогда как довольно секунд, чтобы в несколько слов погрузить его в тот спасительный сон, который гарантирует безболезненность. И этот сон настигает так же мгновенно, как мгновенно слово делается достоянием мозга.

Известное состояние сердца и легких является особенным показанием к операции под гипнозом, взамен наркотиков. Но и вообще психический наркоз предпочтительнее химического.

Следует глубоко проникнуться смыслом выражения „словесное внушенение“. Раз все зиждется на цепи психических моментов, мобилизующий психику оперируемого врач должен быть сугубо бдительным и на чеку.

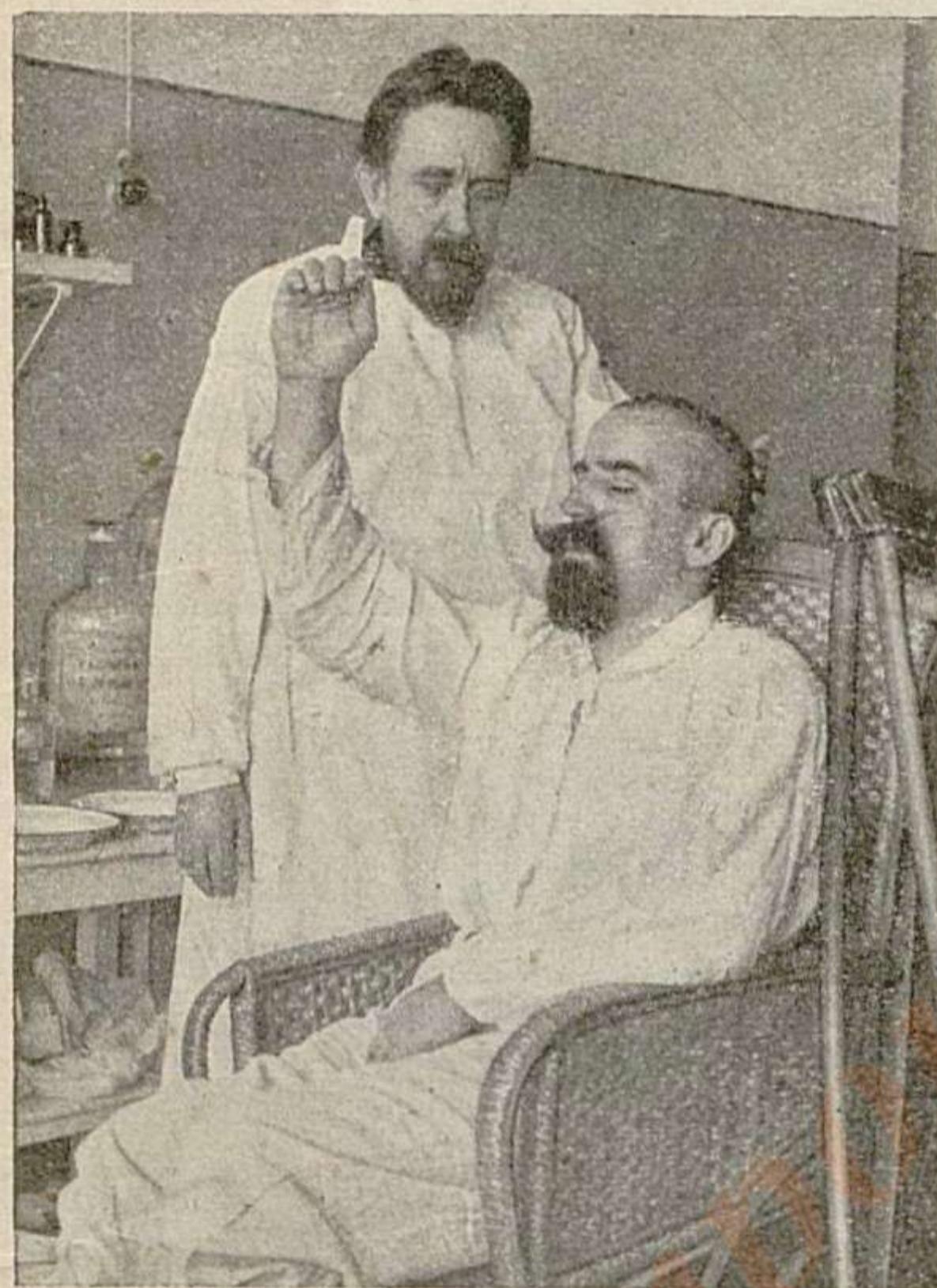
Хирург должен бы отсылать к гипнотерапевту подлежащего операции, не сообщая пока пациенту о ней ничего. Специалист своего дела, гипнотерапевт подготовит психику пациента к восприятию неизбежной правды и, на случай, выработает сомнамбулизм с анальгезией. Роли обоих специальностей, таким образом, справедливо и правильно распределяются к обоюдному удобству, а пациент окажется в прямом выигрыше.

Не посягая, однако, на полное отнятие владений химического наркоза, гипноз обещает стать лишним средством в арсенале врача-хирурга на благо страждущего человечества.

Приведу не лишенные интереса и довольно показательные примеры погашения постоперационных болей из лазаретной практики 1914 и 1915 годов.

Отто Гландт, военноопленный германец из Поммерна (Штральзунд), 33 лет. В земской лазарете поступил 11 ноября 1914 г. (фиг. 4). В документах записано: „Скверное ранение верхней части бедра. Сильные боли в седалищном нерве и, главным образом, в стопе“. Вспрыкивание

пантопона и морфия болей не устраниет, разве несколько облегчает их. Не спит. 13-го ноября операция под хлороформом (проф. В. И. Разумовский). Обнажение седалищного нерва, освобождение от толстого рубца; обрезана отверделая ткань по нерву, нерв уложен в двуглавую мышцу бедра и обшият наглухо. Последующие дни на ночь вспрыскивания пантопона. Все равно страдает от болей и не спит. Я приглашен в качестве консультанта 19-го. Гипноз, мгновенный сомнамбулизм, боли тут же сразу погашены внушением. Ночь спал отлично без всяких болей. Утром ощущает лишь незначительную чувствительность в паль-



Фиг. 4. Отто Гланцт, военнопленный (1914). Neurosis traumatica, typus hystericus. Фот. В. И. Серебрякова.

цах ноги. Отмечу, что в моих немецких формулах внушений я называл пальцы ноги „Finger“, тогда как ножные пальцы носят особое по-немецки название (отличное от пальцев руки) — „Zehe“. И все-таки собственные слова больного так характеризовали успех: „Колосальные боли вы отняли у меня“ — говорит он по-немецки. По 29-е больной продолжает спать по ночам хорошо, но иногда по утрам все же ощущает небольшую чувствительность в пальцах ноги. Гипноз. Соответствующие внушения, при чем пальцы ноги я именую теперь „Zehe“. На утро больной (он плотник) по-немецки образно выражается

так: „Последние боли вы вырубили мне“. С тех пор их нет. Морфий и пантопон не нужны и сон по ночам отличный.

В палате пленных, где мне приходилось часто гипнотизировать, лежал мадьяр. У него вынута шрапнельная пуля справа от позвоночника на уровне 12-го ребра (29 янв. 1915). До средины февраля больной почему-то упорно жалуется, что „больно кость“ и показывает слева верхнюю подвздошную ость. Ему очень хотелось подвергнуться гипнозу, пользу которого он видел воочию на окружающих. Но ему не ведом ни русский, ни немецкий язык — он говорит лишь по-мадьярски, на чуждом мне языке. И вот оказалось, что несколько русских слов ему все же известны. Он знает: „спать“, „больно“, „нэ больно“... Случай простой. Применяю гипноз. Закрываю ему пальцами веки, говорю: „спать“! Мгновенный сомнамбулизм, каталепсия — вся красота гипнотических положений. Говорю: „Кость не больно“ — и „кость нэ больно“, отвечает сомнамбул во сне.

Но тут обнаруживается, что слова пробуждения не обусловлены наперед... Тщетно говорю спящему „проснись“ по-русски и по-немецки. Дую в лицо, открываю веки пальцами — все напрасно: зрачки убегают вверх, больной продолжает спать непробудно... Окружающие смущены и я тоже. Отправляюсь к койке другого мадьяра и с трудом добиваюсь, как будет по-мадьярски „проснись“. Мне помогают другие пленные... Ломанным немецким языком тот догадывается наконец: „Ufwecken“. Мы киваем друг другу головой в знак понимания, и я несу мадьярское „кай фель“ к койке моего спящего. В руках моих есть отмычка, — слово сакраментально: он просыпается сразу. В этом курьезном случае, как, впрочем, и в предыдущем, поучительна даже ошибка.

Егор Лысенок, рядовой нашей армии, 32-х лет (дер. Лионовки, Селищенской вол., Городецкого уезда, Витебской губ.). Переведен в лазарет № 7 Всероссийского Городского Союза 22 января 1915 г. Ампутация правого бедра в нижней трети. Боль при дотрагивании к культи нестерпимая, культи постоянно дрожит в ожидании боли, больной в вечном страхе. Даже малейшее прикосновение одеялом заставляет вскрикивать. Болят несуществующие части ноги: подошва, пальцы, ведет стопу... Раздражительность покровов около полюса культи особенно резкая. Делались предположения, что

тут зашит в рубец нерв и предстоит, стало быть, новая операция: освобождение нерва из рубца. 10-го февраля больной достал уксусной эссенции, чтобы выпить и покончить страдания. На следующий день пригласили меня и я загипнотизировал больного. Сомнамбулическое состояние добыто в 8 минут. Внушения свои я веду прямо навстречу действительности в таком роде: „ноги нет“, „нет стопы и пальцев“, больной их больше „не чувствует“, „забыл“ о них.

Приступы чувствительности отрезанной конечности — факт общеизвестный хирургам. Психическое переживание (чувствительность отсутствующей части тела) здесь очевидно, и хирургическая операция лишь не закончила ампутацию. Психотерапевту ее предстоит завершить. Так я понял задачу и сообразно этому поступил. Надо думать, что многие болевые ощущения, которых ранее не было, привносятся в таких случаях самим оперативным моментом как внушения в хлороформном сне. Регистрация оперативных ощущений подсознательною сферою происходит машинально, у наркотизированного и обнаруживается затем в периодических всплытиях чувства боли из подсознательных кладовых в светлую камеру верхнего сознания на яву. Вернее всего, что в этом причинном моменте и механизме нужно искать ключ к болевым ощущениям в несуществующих конечностях у ампутированных.

Больной не верит счастию отсутствия своих вечных терзаний. Притрагивается то и дело сам ко всем опасным местам культи, просит притрогиваться других — нет никакой боли! Он стал весел, хорошо спать и есть. Ничего не болит и не чувствует бывшей ноги. Все прошло с одного сеанса.

Нужно ли все еще отвергать значение гипноза, пугая мнимым его вредом, а на самом деле лишая страждущих неоценимых услуг этого метода?

Последний пример нам должен объяснить те чрезвычайно многие случаи, где гипнотическое внушение устраняет кажущееся соматическое страдание, но где на самом деле психическое только пережило физическое. Так, например, органическое страдание ишиас, надо полагать, подъемным окажется для гипнотерапии только тогда, когда органическое страдание миновало, а остались и пережили его психогенные боли. Таким образом мы в большинстве подобных

случаев находим подобное же объяснение.

В заключение не могу не вспомнить незабвенного учителя, д-ра Ардалиона Ардалионовича Токарского, рано похищенного у науки преждевременной смертью, крупного и талантливого гипнолога, который в начале 80-х годов первый открыл у нас курс гипнотизма в старейшем русском университете — Московском (фиг. 5).

Он был слушателем Льбо, Нестора современного гипнотизма, в его колыбели — Нанси. Выступая на конгрессах по гипнотизму в Париже и Мюнхене, он



Фиг. 5. Д-р. А. А. Токарский, московский гипнолог.
Репродукция автора.

был известен в Европе и был с корифеями гипнотизма, с Шарко во главе, в числе „сотрудников — основателей“ парижского гипнологического журнала „Revue de l'Hypnotisme“.

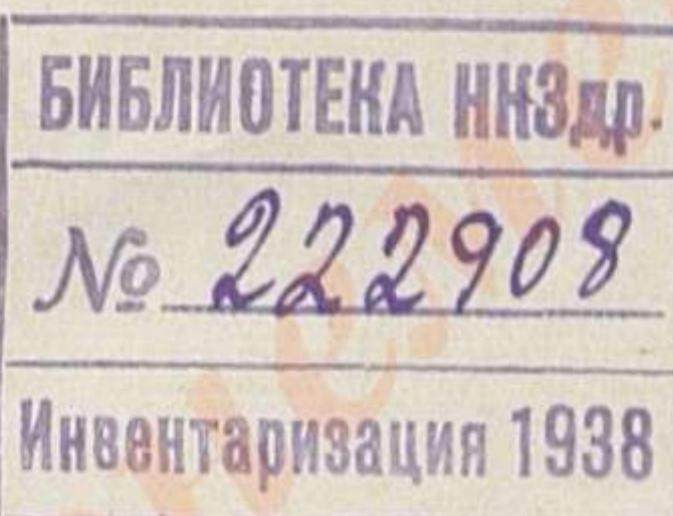
Человек исключительной воли и ясной логики, он имел неотразимое влияние на учеников. Его слушатели запечатлели яркий моральный образ его навсегда. Сам слушатель Вундта, параллельно гипнотизму он читает психофизиологию и основывает психофизиологическую лабораторию при психиатрической клинике Московского университета.

И, если его зрелые силы потом посвящены были науке „γυῶδι σεαυτὸν“¹), то недаром он обладал завидною властью „imperare sibi“, которая „maximum est imperium“²).

Его влияние способно было определять будущую деятельность людей,

входящих с ним в соприкосновение — и служить настоящим внушением на всю их последующую жизнь.

Третьего августа текущего года (21 июля ст. ст.) минуло 25 лет со дня безвременной кончины незабвенного, дорогого учителя.



Электронный архив ЦИМР

Знаменитый абориген
ПИАВЬ