

Проф. А. И. КАРТАМЫШЕВ

W  $\frac{33}{319}$

Г И П Н О З  
В  
ДЕРМАТОЛОГИИ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО УЗССР

ТАШКЕНТ—1936

## АННОТАЦИЯ

Книга «Гипноз в дерматологии» представляет собой сводку литературных данных по этому вопросу, преломляющуюся в свете личного опыта автора, работающего много лет в этой отрасли.

Отсутствие монографии по данной теме делает появление в свет этой книги вполне своевременным.

Книжка рассчитана на врачей и студентов.



## ВСТУПЛЕНИЕ

Применение гипноза в медицине лишь в последнее время начинает завоевывать себе надлежащее положение. Применение же гипноза при лечении кожных болезней является проблемой, которая только «сегодня» заявляет о своем праве на существование. Если отдельные казуистические случаи опубликовывались различными иностранными авторами уже много лет тому назад, то систематической обработке весь этот материал подвергся только в монографии W. Sack „Psyche und Haut“, напечатанной в 1933 году в руководстве по кожным и венерическим болезням, изданным I. Jadassohn'ом.

В упомянутой монографии Sack'a нас многое не удовлетворяет. Его подход к ряду разбираемых проблем идет в разрез с той трактовкой, которую ставим мы, базируясь в основном на современных достижениях в этой области, полученных школой И. П. Павлова.

И, наконец, постановка темы нашей работы идет несколько в другом направлении, чем это поставил себе Sack. Если он разбирает вопросы связи психики и кожи, то мы суживаем рамки нашей задачи, занимаясь в основном проблемой применения гипноза в дерматологии.

Вопрос этот в нашей отечественной литературе с такой полнотой трактуется впервые. Мы старались использовать весь имеющийся по данной проблеме литературный материал, сопоставляя данные других авторов с нашими личными наблюдениями.

Мы хотели на прилагаемых страницах еще раз фиксировать внимание дерматологов на гипнотерапии, которая зачастую выпадает из поля нашего зрения.

Если мы своей работой окажем в этом отношении помощь врачам и обращающимся к нам больным, то будем считать нашу задачу выполненной.

Автор.

## СВЯЗЬ КОЖИ С ОРГАНИЗМОМ

Совершенно несомненным является сейчас положение, что при любом заболевании мы не должны забывать о состоянии всего организма в целом. Конечно, кожные болезни не являются исключением из этого правила. Очевидно, что врач в каждом случае кожных заболеваний должен обращать внимание на весь организм больного, не ограничиваясь рамками того лишь участка, где имеется на коже видимый патологический процесс. Несомненно, часто может оказать помощь в понимании происходящих изменений и в назначении соответствующей терапии умело собранный психический анамнез, который врач должен уметь правильным образом использовать.

Интересным является хотя бы краткое обозрение понятия „нормального“ взаимоотношения между кожей и психикой, что пытается сделать Homburger. Прежде всего кожа является самым большим органом всего организма. Пол, возраст, образ жизни, профессия, влияние различных внешних факторов (климат и пр.) — все это опять-таки в индивидуальном аспекте каждого лица, в зависимости от его конституции и наследственности, влияет на состояние кожи человека в различные времена его жизни.

Если коснуться всех этих моментов, то станет ясным, от какого большего сочетания различных факторов зависит состояние поверхности тела. Жар и холод, голод и жажда, усталость и состояние отдыха, сила и слабость, бездельность и работа, напряжение и сбережение сил, пребывание в закрытых помещениях и на свежем воздухе, огрубение и изнеженное состояние, обильное и скудное питание, — вот те контрасты, которые в большей или меньшей мере могут накладывать отпечаток на состояние кожи. Эти влияния организма на кожу стоят еще в связи и с психическими переживаниями одного или другого лица. Очень многое из того, что служит проявлением того или иного состояния может быть прочтано на коже. Кожа блестит во время радости и свежести человеческого организма, она матова и бледна при заботах и печали, морщиниста при трауре и горе, бледна у мечтателей и лиц, живущих опасениями. Она может становиться потной, холодной и синюшной или теплой и интен-

сивно красной при различных формах внутренних возбуждений как при кратковременных, так и при длительных аффектах.

Мы займемся о состоянии кожи особенно на открытых от платья ее участках: на лице и руках, а у женщин еще на шее и плечах. Эти участки кожи принадлежат к тем, на которых наиболее ярко выражаются все приведенные выше изменения всего состояния организма. Достаточно вспомнить покраснения и побледнения от различных причин.

У лиц, особенно восприимчивых кожа предплечий, тыла кистей и пальцев меняется в окраске, как было указано выше, при различных эмоциональных состояниях, как напр. страх, испуг и пр. При этом могут наступать явления „гусиной кожи“ или потеря ее эластичности, появление складок, более выраженных углублений, линий треугольников и многоугольников и т. д.

Другие свойства кожи, относящиеся к тактильным ее особенностям — нежность, мягкость, ровность, теплота — находятся в особенно тесной зависимости с сексуальной сферой. Как известно, уже в ласках матерью и ребенком эти особенности кожи играют выдающуюся роль. Наряду с этим имеет аналогичное значение „чистота“ кожи, свежесте и тон ее окраски, что особенно важным становится у женщин и детей. Болезненные изменения кожи, если даже они и не сопровождаются обязательно образованием корочек, язв или каких-либо опухолей, легко вызывают к себе отвращение и даже отталкивающее чувство. Они могут мешать не только телесному, но даже и психическому сближению.

Зависимость кожи в амплитуде нормального состояния в смысле ее внешнего вида и связи с психическими переживаниями, возможность выявления в гипнозе образования волдырей и некроза (о чем мы будем подробнее говорить дальше) не оставляют сомнения, что кожа занимает особенное положение в ряде органов, воспринимающих и отражающих психические раздражения.

Владение возможностью влиять на вазомоторный аппарат в указанном смысле требует определенного умения, требующего упражнений и известных навыков.

Аналогично остальным психогенным изменениям деятельности различных органов и здесь имеют место различные возможности predisposing моментов, а именно: особая реактивная predisposition указанного органа, обусловленная или конституцией или наследственными особенностями данного индивидуума. Таким образом этот орган становится *locus minoris resistentiae* для психических проявлений. К этому присоединяется еще ряд психогенных симптомов каждого человека<sup>1)</sup>. Мы знаем еще, что зуд на коже может появиться при одной лишь мысли, что на ней находятся паразиты.

Роль психических эмоций в изменении различных биохимических процессов, происходящих в организме, изучается уже давно. При этом довольно видна роль в механизме эмоциональных реакций отводится эндокрино-вегетативной системе. Всякая эмоция сопровождается более или менее определенными реакциями со стороны всей вегетативной системы, хотя многие из них не имеют ничего специфического для данной эмоции, т. к. они могут встречаться при эмоциях как приятного, так и неприятного характера. Различного рода спазмы во внутренних органах, дрожание в двигательной области, тахикардия, лабильность пульса и кровяного давления, учащение дыхания, потоотделение, слезы, желудочно-кишечные выделения и мочеиспускание, реакция со стороны зрачков, появление адреналина и увеличение сахара в крови, изменение секреции желудочного сока и вязкости крови и разные другие явления, — все это рефлекторные реакции эндокрино-вегетативного аппарата.

Возникновение и распространение эмоционального процесса происходит по типу условного рефлекса и в основе своей связано с инстинктивными реакциями (Осипов). Экспериментальное изучение эмоциональных реакций производилось двумя способами, в одних случаях они подвергались исследованию непосредственно в связи с внешним раздражителем, в других — путем гипно-суггестивного метода. Последний метод, по мнению Платонова, является более выгодным, т. к. дает возможность исследовать в искусственных лабораторных условиях то, что не всегда представляется возможным исследовать в естественных. Первые попытки применить этот метод были сделаны в 90-х годах прошлого столетия в клинике Бехтерева, где Лазурским проводилась в гипнозе внушение переживаемой радости, гора, страха и гнева. При всех этих эмоциональных состояниях наблюдались более или менее значительные изменения со стороны пульса и дыхания в зависимости от внушаемой эмоции. Из аналогичных исследований, проведенных Вебером, Срезневским, Платоновым, видно, что изменения пульса и дыхания являются эмоционально-рефлекторными или мимикосоматическими (по Бехтереву) реакциями, подтверждающими путем гипно-суггестивного метода физиологическую природу эмоций, связанных с самыми интимными и глубокими биологическими процессами в животном организме (Платонов). Дальнейшие наблюдения в этом отношении (Grafe и Maier) установили, что при внешних депрессивных состояниях наблюдается повышение обмена веществ в среднем на 7,6%, а при радостных на 4,1%. Особенно резко повышался обмен веществ при эмоциях страха, где он доходил в некоторых случаях до 26,6%. Heilig и Hoff при внушении положительных эмоций получали прибавление в весе и ускорение диуреза с пониженным выделением Ph и NaCl, в то время как

<sup>1)</sup> На кафедре физиологии Ташкентского медицинского института (директор — профессор Н. В. Давидов) сотрудниками кафедры Юсупов Адам высказывает у человека условный рефлекс на пототделение (Работа публикуется).

при отрицательных эмоциях обнаруживалась потеря в весе и повышенный диурез с увеличенным выделением Ph и NaCl.

Glasser указывает на повышение количества ионов Са в сыворотке крови при внешнем возбуждении и понижение их при успокоении, а Гаккебуш наблюдал через 45—60 минут после внутренних эмоций увеличение сахара в крови. Установлено также, что во время эмоционального возбуждения наблюдаются повышенное выделение адреналина с последующей гликозурией (Кеннон) и другие сопутствующие явления, как напр. появление лейкоцитоза. Такие же явления вызывает и введенный в организм адреналин (Кеннон, Чоповский); иллюстрацией этого служит описываемый Голубцевым случай, где введение адреналина конституциональному психостенику с выраженными фобиями повлекло за собой увеличение лейкоцитов с 6900 до 18000. Правда, некоторые авторы указывали на то, что само по себе гипнотическое состояние вызывает аналогичные изменения в организме. Так напр. пропорционально глубине гипнотического состояния уменьшается количество Са в сыворотке крови (Glasser), хотя другие утверждают совершенно противоположное (Heilig и Hoff); отмечено понижение вязкости крови (Kirschenberg) и желудочной секреции, замедление пульса и дыхания, падение кровяного давления, которое затем быстро повышается при просыпании. В бодрствующем состоянии организм реагирует на вырскивание адреналина симпатикотонно, в то время как в гипнозе обычно наступает ваготонная реакция (Heilig и Hoff). Все это говорит о том, что и гипнотическое состояние покоится на вегетативном сдвиге (Платонов). В литературе имеются отдельные сообщения о том, что параллельно с эмоциональной реакцией наблюдается увеличение количества лейкоцитов. Амманн и Хоффманн исследовали лейкоцитоз у 13 пациентов перед хирургическими операциями. Причем оказалось, что лейкоцитоз возрастал до 100% у тех из них, которые боялись итти на операцию. Кто отсиелся к операции индифферентно, у того под'ема вовсе не наблюдалось или он был очень незначителен. Весьма интересно, что при искусственном возбуждении собак авторы констатировали увеличение лейкоцитоза у них на 150%.

Нами также не раз наблюдалось увеличение лейкоцитоза во время внешних эмоциональных переживаний неприятного характера, поэтому мы решили произвести в этом направлении исследование, тем более, что в доступной нам литературе не удалось найти ни одного сообщения о лейкоцитозе при эмоциональных переживаниях, внушенных в гипнозе.

Хотя Walterhöfer указывает, что гипноз сам по себе тоже ведет к колебанию количества лейкоцитов, но наблюдения в этом направлении еще недостаточно и нет твердо установленных данных.

В виду отсутствия литературы по данному вопросу, Невский и Архангельская произвели 19 исследований у 10 лиц и установили, что при гипнотических состояниях общее количество

лейкоцитов не остается постоянной величиной и подвергается колебаниям. Повторные опыты у одних и тех же субъектов не давали однообразной картины; были случаи, когда при первых исследованиях под влиянием гипноза устанавливался лейкоцитоз, а при повторных—лейкопения. Все же в половине случаев общее количество лейкоцитов в гипнотическом состоянии снижалось в среднем на 10—15%, в другой части оно или не изменялось или увеличивалось. Наши наблюдения в этом отношении показывают, что при гипнотических состояниях имеется склонность к снижению количества лейкоцитов.

Переходя теперь к нашим (Картамышев и Ясинский) исследованиям, мы сообщаем о 16 исследованиях, произведенных у 12 лиц.

В первом исследовании внушается одной истеричке, болевшей п-ориазмом, что к ней вернулось ее заболевание,—больная начинает волноваться, стонать, ломать руки и т. д. Через 5 минут после внушения количество лейкоцитов повышается с 6700 до 9700. У другой после неприятной эмоции число лейкоцитов увеличилось с 7700—до 11500.

В последующих 10 случаях исследование велось таким образом: подсчет лейкоцитов производился до гипноза и через 5 минут после наступления гипнотического состояния, затем внушалась какая-нибудь неприятная эмоция и через 5—10 минут после внушения эмоция вновь производилась подсчет лейкоцитов. После этого больным внушалось полное спокойствие. Они пробуждались и через 5 минут после пробуждения опять подсчитывались лейкоциты. Каждое исследование продолжалось 30—40 минут. Во всех случаях гипноз был глубокий с каталептическими явлениями. Подсчет производился камерой Türk'a и Toma Zeiss'a. В дальнейшем буквой Л обозначаем лейкоцитоз.

1. Ш-ва, истеричка. Л.—6100. гипноз—8900. Внушается ссора с больными в палате. Больная тяжело дышит, стонет, бранится, возмущается, плачет. Л.—8100.

2. М-ва, стеричка. Л.—8400. Внушается, что больная беременна и ей предстоит операция. Больная стонет. Л.—10800. Успокоение, внушается хорошее самочувствие. Л.—8400.

3. В-ко, истеричка. Л.—7700. Гипноз. Л.—7400. Внушается, что больной делается служебный выговор. Больная вскрикивает, делает различные движения. Л.—11700.

4. Р-ан. Реактивный невроз. Л.—7600. Гипноз. Л.—7400. Внушается, что больная поссорилась с любимой п-другой и между ними наступил разлад. Учится дыхание, общая дрожь, слезы в большом количестве. Л.—9800. Успокоение—на лице улыбка, после пробуждения ничего не помнит. Л.—5800.

5. Г-ж, истеричка. Л.—5000. Гипноз. Л.—5800. Внушается, что в комнате бегает мышь и приближается к ней. Больная вздрагивает, на лице страх, волнуеться. Л.—6800. Успокоение, после пробуждения Л.—5400.

6. Н истеричка. Л.—3800. Гипноз. Л.—3400. Внушается, что ей приходится покнуть Клею. Стонет, на лице страдание, машет руками, хмурит брови и т. д. Л.—5800. Успокоение, пробуждение. Л.—4700.

7. Ц-ва, истеричка. Л.—5800. Гипноз. Во время гипноза наступает эмоциональное переживание, которое всегда сопровождается истерический припадок—реакция на пережитый ужас—глаза открыты, мимика ужаса, старается вскочить, сжимает руки. Л.—8000. Успокоение и пробуждение Л.—6000.

8 К-в. Истерик. L—5.00. Гипноз. L—40с. Вышутается ссора с товарищами по палате. Движение губами как будто что-то говорят, сжимает пальцы рук, двигает головой. L—1с.40. Успокоение и пробуждение. L—40с.

9 Т-ва. Истеричка. L—4400. Гипноз. L—4000. Вышутается воспоминание о недавно умершей матери, на глазах слезы, подергивание мышц лица, общие движения. L—1800. Успокоение и пробуждение L—4900.

10. Г-р. Реактивный невроз. L—4700. Гипноз L—480с. Вышутается кошмарный сон, бывший в прошлую ночь. Большой двигается, стонет, вздыхает, движение мышц лица. L—1400. Успокоение и пробуждение. L—500с.

Для большей наглядности приводим таблицу.

| №№ случаев |                                | 1              | 2    | 3.   | 4    | 5    | 6    | 7    | 8    | 9    | 10   |      |
|------------|--------------------------------|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Лейкоцитоз | До гипноза                     | 6100           | 8400 | 7700 | 7000 | 5000 | 3800 | 5000 | 5200 | 4400 | 4700 |      |
|            | Во время гипноза               | До эмпии       | 6300 | —    | 7500 | 7400 | 5800 | 4000 | —    | 4000 | 4000 | 4800 |
|            |                                | Во время эмпии | 1000 | 1800 | 1500 | 3800 | 2600 | 1800 | 8000 | 4540 | 6800 | 6400 |
|            | После успокоения и пробуждения | —              | 8400 | —    | 6800 | 5400 | 4000 | 6000 | 4620 | 4400 | 5000 |      |

На основании приведенных исследований с одной стороны можно сказать, что увеличение L под влиянием эмоциональных переживаний представляет постоянно сопутствующее явление и проявляет некоторую закономерность, с другой стороны—необходимо также подчеркнуть необыкновенную чувствительность и подвижность лейкоцитарной реакции на эмоциональный раздражитель и чрезвычайную быстроту ее появления через 5—10 минут, а в некоторых случаях через 3 минуты после внушения. Кроме того, в приведенных случаях обращает на себя внимание 8-й случай, где гипнотическое состояние дало снижение лейкоцитов при явлении спазма сосудов (резкое побледнение лица и пальцев рук). Здесь выражена как будто склонность к стабилизации количества лейкоцитов. Даже после успокоения и пробуждения первоначальное количество лейкоцитов не восстановилось, но после ярко выраженной эмпии все же получился сдвиг лейкоцитов в сторону увеличения, хотя и незначительное количество. Этот случай стоит в противоречии с общепринятым мнением, что сужение капилляров обуславливает наступление лейкоцитоза, а расширение—лейкопению. В виду этого у больного опыт был произведен повторно 2 раза и получились аналогичные результаты.

Можно еще отметить, помимо вышесказанного, что сам по себе гипноз не вызывает резкого изменения L, хотя все же при нем имеется склонность к снижению количества лейкоцитов и только в редких случаях к небольшому их увеличению, да и то в такой степени, что придавать этому особое значение нельзя, принимая во внимание особую чувствительность лейкоцитарной

реакции на различные внешние и внутренние влияния и состояния организма.

Количество лейкоцитов меняется не только от действия температуры, света, электричества, мышечных движений и напряжений, но даже при внушенном мнимом питании (Bath).

При крике у ребенка лейкоцитоз может резко увеличиваться в течение нескольких минут.

Все это говорит о том, что состояние лейкоцитоза в данный момент является показателем степени условно-рефлекторного возбуждения эндокрино-вегетативной системы, в основе своей будучи вегетативным рефлексом.

По нашим наблюдениям, при эмоциях приятного характера колебания в количестве лейкоцитов не выражены так резко, как при эмоциях неприятного характера, видимо потому, что при первых вегетативных функциях не терпит больших расстройств. Неприятные эмпии, особенно устрашающего характера, дают наиболее живую реакцию со стороны вегетативной системы и быстрое увеличение лейкоцитов. Нужно также отметить, что увеличение количества лейкоцитов идет в соответствии с длительностью эмпии. Нами наблюдалось такое нарастание лейкоцитов в трех случаях, где подсчет лейкоцитов производился каждые 5 минут 2—3 раза в течение эмоционального переживания. В виду того, что мы не держали больного в эмоциональных переживаниях более 15 минут, мы не можем говорить о тех размахах в колебаниях количества лейкоцитов, которые возможны при той или иной эмпии, если бы они длились более продолжительное время. Этим последним, видимо, объясняется и то обстоятельство, что нами не наблюдались те большие количества лейкоцитов при эмпии, которые отмечены в некоторых единичных случаях другими авторами.

Влияние на выделение фосфорной кислоты после вызванных в гипнозе депрессий описали Grafe, Herxheimer и Grote. На колебания основного обмена при внушении переживаний страха, на реакции температурного центра при внушении успокаивающих и волнующих представлений указал Deutsch. Имеются указания о возможности влияния в гипнозе на выделение мочевой кислоты путем внушения веселых и неприятных переживаний (Heilig и Hoff). В перечисленной литературе мы не претендуем, конечно, представить исчерпывающие по приведенному вопросу данные. Это вышло бы нас за рамки нашей книги, заставило бы отклониться от задуманной нами темы изложения. Однако и эти уже столь интересные данные—о возможности влиять во время гипноза на интимнейшие процессы, происходящие в организме—позволили нам (А. Картамышев и Н. Левит) провести еще ряд наблюдений в этом направлении.

Исходным пунктом для наших исследований послужило то, что у бодрствующего человека, после интрадермального вприскивания незначительного количества молока, раствора вино-

градного сахара, воды, воздуха и т. д., получается падение количества лейкоцитов в периферической крови — феномен Müller'a.

Müller объяснил это явление тем, что при интрадермальном вприскивании вызывается рефлекс, ведущий к раздражению блуждающего нерва. Благодаря этому расширяются сосуды в области п. splanchinici. В свою очередь это ведет к увеличению лейкоцитов в этой области и соответственно этому к лейкопении в периферических сосудах. Теорию эту Müller пытался подтвердить экспериментальными исследованиями с адреналином, пилокарпином и атропином.

Мы, изучая этот феномен у кожных больных и люэтиков, установили, что для вызывания феномена Müller'a необходимою предпосылкой является здоровое состояние кожи. С кожи больного, будь то вследствие распространенного кожного заболевания или люэса, вызвать этот феномен не удавалось.

Когда во всей этой рефлекторной дуге является только ее рецептором. Дальнейшая цепь должна проходить по нервной системе, изучать влияние гипноза на которую мы и поставили себе задачей. Возникал вопрос, раз гипноз представляет различные степени интенсивности торможения головного мозга, то не наступит ли под влиянием гипноза прерывания рефлекторной цепи и отсутствия лейкопении в периферических сосудах после интрадермальных вприскиваний. Всего нами было сделано 51 исследование на 22 больных. Опыты производились таким образом, что мы определяли первоначально появление феномена Müller'a в бодрствующем состоянии, вприскивая интрадермально в предплечье 0,2 куб. см дест. воды. В последующих исследованиях тот же опыт повторялся в различных вариантах с 6-ными, переведенными предварительно в состояние гипноза. Перед вприскиванием и после него, на протяжении 35 минут, каждые 10—15 минут мы делали подсчет лейкоцитов. Чтобы избежать при подсчете ошибок, мы, согласно с другими авторами (Müller, Hoff и Waller и др.), считались только с теми изменениями, когда количество лейкоцитов менялось не меньше, чем на 2000. Кровь для исследования бралась из пальца. Исходной цифрой считалось количество лейкоцитов, полученное перед началом опыта. При опытах с переводом в гипнотическое состояние, мы всегда брали кровь перед гипнозом, дальше после перехода больного в гипнотическое состояние перед вприскиванием и, наконец, в обычном порядке после вприскивания. Предварительно было проведено несколько контрольных исследований количества лейкоцитов при одном лишь переводе в гипнотическое состояние. Мы хотели убедиться, насколько сильно бывает при этом падение количества лейкоцитов.

На поставленных 4 подопытных опытах ни в одном случае при гипнозе без внушения каких бы то ни было эмоций получить изменение в количестве лейкоцитов не удалось. Колебания бывали до 1500 лейкоцитов в 1 мм<sup>3</sup>, что не выходило, по нашим предположениям, из области возможных при исследова-

нии погрешностей. Так как все наши дальнейшие опыты в своем большинстве сводились тоже к подсчету лейкоцитов в состоянии гипноза, то мы и не сочли нужным ставить больше отдельных контрольных опытов.

Первоначально во время исследования мы в гипнозе внушали больному полный покой и отсутствие всякой боли. После таких внушений делалось интрадермальное вприскивание и дальше обычным образом подсчитывались лейкоциты. Ни один из обследуемых не реагировал при этом на укол каким-нибудь болевым рефлексом, хотя уколы в бодрствующем состоянии у большинства обычно вызвали болевую реакцию. В четырех поставленных нами опытах ни разу после внушения не наступило феномена Müller'a (таб. I).

| Б-ой Ф. К. Ну.   |                              | Таб. I          |
|--|------------------------------|-----------------|
| А. Прот № 21 III-30 (контрольные опыты)  |                              |                 |
| До вприскивания  | 0,2 Aq. dest. интрадермально | 6300 лейкоцитов |
| Через 10 мин. после вприскивания   | " "                          | 4200            |
| " "  | " "                          | 5300            |
| Феномен получился.   |                              |                 |
| Б Прот. № II 23/II-30  |                              |                 |
| В бодрствующем состоянии   | " "                          | 6500            |
| Гипноз внушается покой.  | " "                          | " "             |
| Через 10 мин. после погружения в сон   | " "                          | 6000            |
| Внушается, что больному ничего не делается, что ему не больно. В это время вприскивается 0,2 Aq. dest. интрадермально. |                              |                 |
| Через 10 мин. после вприскивания   | " "                          | 6900 лейкоцитов |
| " "  | " "                          | 6300            |
| " "  | " "                          | 7500            |
| Феномен не получился   |                              |                 |

Мы пробовали у наших больных после пробуждения летать вторично внутривенно вприскивание и сейчас же получили лейкопению (таб. II).

| Б-ая Е. Ну, Прот. № XI.   |     | Таб. II         |
|---|-----|-----------------|
| В бодрствующем состоянии  |     |                 |
| Гипноз. Внушается покой.  | " " | 5600 лейкоцитов |
| Через 10 мин. после погружения в сон  | " " | 6700            |
| Внушается, что б-ой ничего не делается, что ей не больно. В это время вприскивается 0,2 Aq. dest. интрадермально. |     |                 |
| Через 10 мин. после вприскивания  | " " | 7000 лейкоцитов |
| " "   | " " | 7200            |
| " "   | " " | 6500            |
| Феномен не получился.   |     |                 |
| Пробуждение.  |     |                 |
| 0,2 интрадермально Aq. dest.  |     |                 |
| Через 10 мин. после вторичн. вприскивания   | " " | 1000            |
| " "   | " " | 3600            |

Таким образом, не получив феномена Müller'a после соответствующих внушений при гипнозе, мы получали его у того же субъекта после пробуждения.

В связи с этим возник вопрос, является ли необходимым в наших опытах внушение, что б-ому не больно, что ему ничего не делается, или уже один гипноз без подобных внушений может затормозить появление феномена. На пяти последующих

исследованиях, где больным во время гипноза вдувался только покой и приятное состояние, феномен тот же не получался, т. е. лейкопении в периферических сосудах после интрадермальных впрыскиваний не наступило. Во время этих опытов мы обратили внимание, что больные и без соответствующих внешних установились чувствительными к болевым ощущениям. Прямые опыты на 12 больных подтвердили нам, что анальгезия наступает при одном лишь глубоком гипнозе. Исследуемые при этом не реагируют на укол и возбуждение ничего о нем не знают. Отсюда становилось возможным предполагать, не являясь ли болевые ощущения решающим фактором, необходимым для вызывания феномена М., и не служит ли отсутствие болевого ощущения во время гипноза причиной, почему не получалось лейкопении после интрадермальных впрыскиваний. Мы поставили опыты, вызывая болевые ощущения у исследуемых в бодрствующем состоянии впрыскиванием под кожу 0,5 эфюра. Однако лейкопении в периферических сосудах при этом не наступало. Отсюда объяснение неполучения ф. М. при гипнозе выключением одного лишь болевого ощущения становилось несостоятельным действительности. Гораздо проще это объясняется тем торможением мозговых участков, о котором говорит И. П. Павлов, разбирая сущность гипноза.

В последующих опытах мы заменили впрыскивание воды внушением, что б-ому производится впрыскивание под кожу, подобно тому, как он получил раньше, что ему больно и т. д.

При одном лишь этом внушении без интрадермального впрыскивания из пяти в четырех случаях обнаружилось на лице чувство боли, б-ые стонали, морщились. У пятого б-ого, не давшего на внушение никакой болевой реакции, лейкопении не получилось. Проснувшись после гипноза, этот б-ой заявил, что он слышал, как ему говорилось о болезненном уколе, но он его не испытал. Видимо внушение в этом случае не было реально воспринято и не вызвало соответствующей рефлекторной реакции. У остальных четырех б-х, ничего не помнявших в бодрствующем состоянии о производимых с ними опытах, ф. М. вызывался уже соответствующим представлением. Интересным здесь является то, что несмотря на гипнотическое состояние, в этом случае ф. М. получался. Видимо, при этом мы вызывали болевые ощущения в рефлекторной цепи не в ее респондере — коже, а на протяжении дуги, причем заторможенные в гипнозе участки таким путем или минуялись или под влиянием внушения пережитого раньше укола реторможивались, проводили раздражение, и лейкопении в периферической крови наступала.

Желая проверить, не будет ли достаточно б-ому при впрыскивании в бодрствующем состоянии настолько сказать, что ему не больно, чтобы этим ничтожить рефлекс и не получить ф. М., мы сделали подобный опыт на одной б-ой. Когда ей во время интрадермального впрыскивания настойчиво было сказано, что укол не болезнен и ей не больно, то б-ая все же реаги-

вала на укол болевыми рефлексами, и ф. М. у нее получился. Это показывает, что одно словесное внушение бывает не достаточно, чтобы вызвать в бодрствующем состоянии торможение и прервать рефлекторную дугу.

У больных с обширными кожными поражениями ф. М. вызвать не удавалось (Картамышев, Paldrock). Отсутствовала феномен и у сифилитиков, при переходе болезни во вторичный период.

Мы объяснили это тем, что больная кожа потеряла свои биологические свойства и не была в этом состоянии настолько здоровой, чтобы дать соответственное раздражение рефлекторной дуге. У четырех таких больных (2 лезтика во второй флоридной стадии, псориагичка с распространенной серпигинозной формой и экзематик с поражением почти всей кожной поверхности), у которых ф. М. в бодрствующем состоянии не получался, мы пробовали получить лейкопению после интрадермального впрыскивания в состоянии гипноза. Предварительно больным внушалось, что кожа выдворена. Дальше делалась интрадермальный укол, подкреплявшийся внушением, что делается укол в кожу, как и раньше, что укол болезнен и т. д. Однако, ни в одном случае получить ф. М. мы не могли. Видимо, не давшая в бодрствующем состоянии необходимо раздражения кожа не могла выработать его и в состоянии гипноза даже при внушении, что кожа выдворена. Не имея выработанной рефлекторной дуги, индивидуум не мог воспроизвести рефлекса на основании одного лишь внушения. У тех наших больных, у которых после одного лишь внушения без производства самого укола получался ф. М., предварительно за несколько дней перед этим было проделано интрадермальное впрыскивание, давшее лейкопению в периферических сосудах. Таким образом при последующих представлениях укола рефлекторная дуга у них была уже подготовлена к передаче этого раздражения предварительным исследованием, и опыт авал положительный результат.

И. П. Павлов в своей статье "Экспериментальная физиология в области психиатрии" считает, что больные шизофренией представляют собою случай "хронического гипноза". Павлов предполагает, что слабая нервная система этих больных при встрече с трудностями после непосильного возбуждения приходит в состояние истощения. Истощение же есть один из главнейших физиологических импульсов к возникновению тормозного процесса. Отсюда и "хронический гипноз", как торможение в различных степенях распространенности и напряженности.

Если предположение Павлова правильно, то наш опыт с вызыванием ф. М. должен был быть у шизофреников отрицательным, по крайней мере у больных с ясно выраженным торможением. Исследовано было три б-х шизофреника — два в состоянии кататонического ступора и одна с параноидной формой.



У первых двух ф. М. не получился. Видимо торможение у них развилось, в смысле Павлова, настолько, что рефлекторная дуга была прервана. При параноидной форме это торможение не было еще настолько интенсивным, чтобы разомкнуть рефлекторную цепь, выключив ее отдельные участки, а отсюда и ф. М. при этой форме получался.

Таким образом, делая общий обзор наших исследований, мы можем сказать, что отсутствие ф. М. при гипнозе зависит не от наступившей при этом анагезии кожи, а от тормозящего свойства самого гипноза, причем для этого не нужно даже специальных внушений. В то же время внушение во время гипноза испытанного раньше чувства интрадермального выпрыскивания бывает достаточно, чтобы, минуя рецептор—кожу,—включить раздражение в рефлекторную дугу и вызвать феномен, несмотря на торможение мозга. Вызвать ф. М. у людятиков и у б-х с тяжелым кожным поражением не удалось и при соответствующем внушении, возможно потому, что рефлекторная дуга не была подготовлена предварительным раздражением. Внушение в бодрствующем состоянии не было достаточным, чтобы уточнить ф. М.

Платонов совместно с Цынкиным на основании своих данных считают за правило, что в гипнозе пульс и дыхание замедляются и последнее в большинстве случаев ослаблено и становится более ритмичным, выравнивается, кровяное же давление падает.

Клиники хирургическая, акушерская, терапевтическая и нервная являются местом полезного применения слова, как болеутоляющего средства. Соответствующая казуистика, иллюстрирующая это, стала накапливаться с начала XIX столетия, и к нашим дням она является уже достаточно богатой. На функциональную полидипсию и полиурию психогенного происхождения указывает Дежерин, приводя случаи потребления жидкости до 7 литров в сутки и выведения соответствующего количества мочи на протяжении 5 лет. Zondek указывает на то, что существует ряд больных, которых заболевание (diabetes insipidus) приходится рассматривать, как следствие "психических" процессов. С другой стороны, он указывает и на случаи полидипсии, когда причиной развития этого страдания у некоторых лиц может служить также и подражание.

Во всех классических трудах о внушении и гипнозе имеются указания на возможность влияния (путем словесного воздействия) на сосудодвигательную систему, вызывая или останавливая кровотока как на поверхности кожи, так и маточные и носовые.

Kreibich механизм зависимости появления дерматозов при гипнозе поясняет вазомоторным изменением. В 1909 году он мог уже сказать: "Сегодня можно считать доказанным, что гипнотическое приказание ведет ко всем ступеням вазомоторных изменений от гипнотерапии через вазомоторный отек к некрозу". Kreibich говорит дальше, что если даже при непосредственном раздражении симпатического нерва нельзя вызвать явлений воспаления, то все же при непрямым раздражении симпатических клеток чувствительными (sensible) раздражениями, возможно получить ответную реакцию резких вазомоторных изменений. Полученный таким образом рефлекс будет поздним рефлексом, базирующимся на болезненно измененной функции симпатикуса. Kreibich подтверждает многими наблюдениями учения Nothgel'я, что рефлекторная дуга, образованная из чувствительных и вазомоторных нервов, является основанием каждой трофики. В деталях при этом учении надо отметить следующее: раздражение чувствительных приносящих (афферентных) путей может передаваться и центрально и периферически. Рефлекс отвечает всеми формами вазомоторного раздражения и всеми видами воспаления. Рефлекс возвращается на место периферического раздражения или выступает также и на других участках кожи. Он распространяется по месту своей локализации в метомерных полях благодаря симметрии центрального происхождения. Решающим для возникновения формы и интенсивности афферентного раздражения является также лабильность и возбудимость рефлекторной дуги, которая может быть или приобретенной или врожденной.

Stern объясняет механизм психических влияний на кожу следующим образом:

1. N. sympathicus является для кожи единственным важным проводником в психическое действие трансформированного психического раздражения.

2. N. sympathicus может быть раздражен центрально (психически) до степени патологического раздражения.

3. Согласно делению n. sympathic на три части, каждая из этих частей патологически может раздражать определенную систему органов: а) сосуды, б) гладкую мускулатуру и в) (пото-вые) железы.

Отсюда появляются следующие возможности: а) расширение сосудов, изменение их стенок, а таким образом и наступление сыворотки и форменных элементов (воспаление); б) сокращение мускулатуры может вызвать нарушение циркуляции крови; в) поражение желез—нарушение их выделительной способности; г) нарушение трофики в большинстве случаев, как следствие вазомоторной альтерации.

Stern считает, что этими возможностями надо ограничить влияние п. sympathici, как единственного „трансформатора“ соматического проявления деятельности абнормального психического раздражения. Интенсивность этих явлений должна зависеть от различной лабильности сосудов у различных лиц. Бурное исчезновение явлений может зависеть от быстрой всасываемости капилляров. По мнению Stern'a, в учении Kreibich'a о наступлении некрозов имеется лишь прогрессирование описанных симптомов. Отсюда Stern предлагает психогенные дерматозы отнести в группу симпатогенных заболеваний, считая психогенез ряда дерматозов доказанным.

Werther считает, что основанием наступления в гипнозе некроза служит уртикарно-анемичный инфаркт, вызванный „наружной тампонадой“, экзудатом сосудов. Более вероятной, по мнению Stern'a, могла бы быть теория Cassirer'a, что в описанном процессе рефлекторно или центрально обусловленные нарушения — трофоневротического происхождения.

Всем известна зависимость появления Erythema pudoris от психических переживаний того или иного лица. Мы знаем также, что гнев, страх вызывают покраснение кожи и т. д.

Winnemann смотрит на ряд кожных заболеваний как на внешние проявления картины, произведшей на больного тот или иной эффект и процируемой на кожу. Таким образом здесь дело идет о психогенно возникших дерматозах при рефлекторном содействии вазомоторных нервов с помощью картин, вызванных воспоминаниями. Отсюда автор делает вывод, что врач в каждом случае кожных заболеваний должен обращать внимание на всего больного, должен собрать полный психический анамнез, который необходимо уметь правильным образом использовать. Надо помнить, что в случаях неудачи медикаментозного лечения кожных болезней нередко удается добиться хорошего терапевтического эффекта путем психотерапевтического вмешательства. Доказательством психогенности заболевания, по мнению Winnemann'a, служат две возможности: общий психогенез считается доказанным, если возможно устранить определенный симптом в гипнозе и снова в гипнозе его вызвать. Для выявления особенности Ideo-или Ideagenes'a применялись, кроме анамнестических психоаналитических возможностей, результаты полимнезии. Полимнезия, по Kohnstamm'u, состоит в том, что гипнотизируемому, у которого принят какой либо симптом, как психогенная причина, говорят, что если этот симптом находится в связи с тем или иным переживанием или воспоминанием, то больной увидит его во сне и на другой день о нем сообщит. Если удается больного погрузить в глубокий гипноз и внушить ему сон, то, по наблюдению автора, из полнестетических данных можно сделать заключения, которые будут иметь практическое значение для терапии и внесут в картину болезни широкие возможности. По мнению Winnemann'a, полимнезия является лучшим методом открытия комплексов боязни. Отсюда

и придется ей большое значение для доказательства особенного психогенеза, идеогенеза.

Автор подтверждает свои взгляды приведенными сообщениями о двух больных:

1. Больная 36 лет, замужем. Семейная жизнь тяжелая — у мужа abes dorsus и сильно тяжелые матеральные условия жизни. Заболела в 1916 году скарлатиноподобной сыпью, которую Winnemann считает психогенного характера. В гипнозе автор добился исчезновения симптомов (через 2 часа) и снова в гипнозе вызвал их (через 12 часов). У этой же больной одним сеансом гипноза были преращены белы, длившиеся 12 лет, которые 1 1/2 года спустя снова были в гипнозе вызваны (больная имела сношение со своим мужем-эгоистом и очень боялась от него заразиться). В 1919 году у больной начала опухать нижняя губа (картина заболевания была всего походила к картине фурункула). Сделан разрез, опухоль стала распространяться на щеку. Сеанс гипнотерапии развиле «фурункулом» прекратил. В 1920 году в гипнозе у больной удалось вызвать появление (через 12 часов) «фурункула» нижней губы. У этой же больной Winnemann наблюдал на ноге «плавнички», исчезнувшие после одного сеанса гипнотерапии, где была вскрыта сущность заболевания—сыпь было сделано обрезание, сопровождавшееся сильным кровотечением, что очень возволновало мать.

2. Больная В. М. видела, как три драке двух мужчин, у одного из них лад гназом появилась кровь. С тех пор у больной неоднократно появлялись кровоизлияния на руке, которые Winnemann смог вызвать также и в гипнозе.

У первой больной, когда художница рисовывала картину больного пальца, Winnemann, желая подтвердить данные Kreibich'a, вызвал раздражение, разволновал больную.

Художница сама тут же стала отмечать, что картина меняется и поразение увеличивается.

Winnemann задает вопрос, в какую группу дерматозов следует отнести приведенные заболевания. Ведь нет никаких кожных заболеваний, которые были бы патогномичны для заболеваний тех или иных нервов или тех или иных других психических заболеваний. При различных нервных и психических заболеваниях наблюдаются разнообразные кожные поражения. При этом нельзя с несомненностью установить безусловную между ними зависимость. Так, у истериков Bettmann находил, в связи с психическими переживаниями больных, появление следующих кожных заболеваний; крапивница, красного плоского лишая, пелли, эритемы, геморрагии, буллезных дерматитов, пузырчатка, изъязвлений, некрозов, экземы и атипичных форм опоясывающего лишая.

Отсюда вытекает, что до сих пор невозможно выделить отдельную главу „психогенных кожных заболеваний“. Наши обычные картины заболеваний являются изображениями состояний, имеющих в себе закономерное развитие, так называемое „течение“, и как таковые могут быть психогенно разделены. Для психического же анамнеза является важным раньше всего то, что предшествовало появлению болезни, чистая этиология вазомоторного этапа. Все это ничего не говорит о формах и

характере вызванных соматических изменений. Морфологические проявления в этом толковании являются вторичными, как продукт индивидуальной кожной реакции. Поэтому аналогичные психические моменты могут у различных индивидуумов вызвать совершенно различные кожные изменения. Также и наоборот, определенные, одинаковые изменения кожи даже у одного и того же индивидуума могут иметь разные причины.

Виппеттап впервые проанализировал свои приведенные выше два случая и выявил психически обусловленный механизм возникновения кожных поражений. Так, ему удалось в гипнозе, благодаря лечению или возбуждению определенных вызывающих аффект представлений, вызывать или устранять ангионевротические феномены.

Sack считает, что надо говорить не о психогенных кожных болезнях sui generis, а о психических заболеваниях кожи.

O'Donovan пишет, что у ряда пациентов уже по роду их поведения при исследовании можно бывает отличить, что здесь дело идет о „нервном“, шелушко настроенном на свое заболевание пациенте. Уже при этом могут быть получены указания на психогенные моменты в возникновении дерматозов.

Несомненно интересным является вопрос, выдвигаемый Sack'ом — кому принадлежит подобные случаи кожных больных — дерматологам или психиатрам. Как и во всех пограничных областях, трудно дать категорический для всех случаев ответ. Вопрос этот решается терапевтическим тактом и подготовленностью врача. Достоверным является лишь одно: больные эти обращаются за помощью к дерматологу, который всегда пробует лечить их различными медикаментами. Больные охотно дают исчерпывающий анамнез здесь же на консультации врачу-дерматологу. Этим уже выполнена наиболее трудная половина работы. Само же проведение гипнотерапии является лишь вопросом техники, которую каждый врач, если он только ей научился, может применять как и любое другое врачебное вмешательство. Помимо этого, получая помощь у дерматолога, пациент избегает необходимости обращаться к психиатру, что само по себе может еще больше взволновать лабильную психику пациента.

Конечно, изложенные соображения не исчерпывают всех гипотез, могущих возникнуть по поводу связи наступления различных дерматозов с различными состояниями психики больного, с одной стороны, и с другой — по поводу вытекающей отсюда возможности влиять в гипнозе на имеющиеся уже патологические процессы кожи. Расходись в деталях, все приведенные авторы все же сходятся в отведении в данном вопросе крупной роли нервной системе и, в частности, симпатической нервной системе, служащей проводником трансформированного в психическое действие психического раздражения.

Гипноз играет в психотерапии, так же как и в экспериментальном изучении психосоматических соотношений, столь значительную роль, что не лишним будет, по моему мнению, уделить в данной работе немного места современному пониманию гипноза.

В своей работе „Эксперсия физиолога в область психиатрии“ И. П. Павлов пишет: „Нами установлен несомненный факт, что сон есть торможение, разливающееся по всем полушариям и проникающее на известную глубину вниз по головному мозгу. Кроме того, мы имеем возможность изучить в наших живых и промежуточные фазы между бодрым состоянием и полным сном — гипнотические фазы. Эти фазы представлялись нам с одной стороны, как различные степени экстенсивности торможения, т. е. большего или меньшего распространения торможения как по различным областям самих полушарий, так и по различным отделам головного мозга, а с другой — как степени интенсивности торможения: в виде различной глубины торможения на одних и тех же местах. Понятно, что соответственно грандиозно большей сложности человеческого мозга — разнообразие отдельных гипнотических явлений идет гораздо дальше у человека, чем у животного“.

Таким образом, с точки зрения Павловской школы, гипноз есть экспериментальный частичный сон. Первый, как и последний, в основе своей имеет односторонний первичный механизм — процесс внутреннего торможения (Бирман), и этим определяется тождество этих состояний.

„Как частичный, так и полный сон, — говорит в своих лекциях И. П. Павлов, — производится как слабыми, долго продолжающимися общими раздражениями, так и короткими, но сильными, как тормозными условными раздражениями, так и положительными“.

Учение вызывать сон условными раздражителями есть основа преподавания гипноза.

Нужно помнить, что существует много способов вызвать гипнотические состояния. Мы здесь не будем останавливаться на ознакомлении со всеми этими способами, отошлем читателя к соответствующей литературе. Скажем только, что все способы хороши, когда ими пользуются умело, овладев соответствующей техникой.

Несравненно интереснее для нас понимание тех изменений, которые наступают в сознании гипнотизируемого и какое эти изменения могут иметь значение. Без сомнения, сознание пациента в гипнозе бывает сужено. Оно ограничивается раппортом с гипнотизером.

Очень важными при этом являются процессы в аффективной сфере. Все, что имело из аффективной энергии у гипнотизируемого, становится в распоряжение сохранившегося в гипнозе

суженного сознания. Гипнотизирующий может, таким образом, располагать чрезвычайно большим сконцентрированным количеством аффективной энергии пациента, которая перед внешним находится в состоянии лабильного равновесия. Как только загипнотизированный получит те или иные внушения, эта аффективная энергия придает полученным раздражителям особенно сильную динамическую энергию. Таким образом, становится понятным, что вызванное в гипнозе раздражение может особенно энергично теперь иметь доступ в подсознательную сферу психобиологических механизмов.

Отсюда удается вызвать с необычайной ясностью те, как правило, умеренные психосоматические поступки, которые обычно бывают сознательно или бессознательно в состоянии угнетения.

Терапевтическое влияние гипноза, согласно приведенной гипотезе, будет сказываться таким образом, что гипнотизеру облегчается у находящегося в гипнозе пациента сознательно использовать аффективные запасы энергии, чтобы уничтожить патологические накопления аффекта или противопоставить им нейтрализующие эти аффекты раздражения.

## ПСИХОГЕНЕЗ РАЗЛИЧНЫХ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ГИПНОТЕРАПИЯ

### Э К З Е М А

Участие нервной системы в возникновении отдельных случаев экземы признается целым рядом выдающихся дерматологов.

Hebra и Bulkley рассматривают роль нервной системы, как predisposing момент, обуславливающий появление экземы при наличии того или иного внешнего раздражения.

Kreibich на конгрессе в Мюнхене в 1923 году назвал экзему вазомоторным рефлексом, который вызывается имеющимся сначала экзематоформным раздражением (пруритус). Расчесывание возбуждает вазомоторную рефлекторную дугу, возбуждая адекватный этому сосудистый рефлекс. Таким образом, по учению Kreibich'a, чувство зуда и последующие расчесы могут стимулировать появление экземы. Отсюда уничтожение психогенным путем чувства зуда дает возможность устранить одну из причин появления экземы и создать благоприятные условия для заживления процесса.

Интересным является классическое описание зуда, данное еще Karosi. «С расчесыванием увеличивается и распространяется чувство зуда, пробегаящее по всему телу подобно электрическому току. Вот вспыхивает зуд то тут, то там, одновременно на различных участках. Вскоре несчастному не хватает уже рук и пальцев, чтобы успокоить все мучительно влекущие его

места. Он дает волю своим рукам, раздирающим уже без всякой системы широкими взмахами кожу. И лишь тогда, когда на таком столь сильно зудящем участке ногти глубоко попоются в кожу, наступает покой. Лишь там, где вызваны кровавые экскориации, где наступает чувство жжения, там только замолкает невыносимо тяжелое для больного чувство зуда. С полчасца могла длиться мучительно возбуждающая пытка; теперь зуд укрощен. Жжение, боль, которые то тут, то там вызвали своими расчесами ногти, ощущение жара, повышенной теплоты всей кожи, они на самом деле успокаивающе действуют по сравнению с бурями и гонкой зуда и сопровождающего его нервного возбуждения. Больные ночью беспокойно мечутся на своей постели, часто вскакивают с кровати, как бы ужаленные, несмотря на все свое моральное напряжение, неспособные больше удержаться от охватившей их пытки, и со всей яростью набрасываются на кожу. Там, где они не могут в обиде или не могут достаточно быстро достигнуть своими ногтями зудящих участков, там пытаются они успокоить пылающую кожу соприкосновением с холодными частками тела, холодной стеной, холодным каменным полом и т. п., пока они опять будут в состоянии возвратиться на свое ложе и хоть до некоторой степени наступит у них успокоение. Сон не избавляет их от мучений, которые преследуют их и здесь под видом разнообразнейших образов».

Уже это описание зуда достаточно, чтобы представить себе глубокое страдание, которое оно способно вызвать у больных и то сильное раздражение, которым оно сопровождается. При этом необходимо учитывать, что чувство зуда стоит часто в непосредственной связи с сексуальным чувством или истерическим припадком.

Психические компоненты зуда известны уже давно. Karosi пишет: «Вызывание зуда часто провоцирует телесные и душевные возбуждения, внезапные и неприятные психические аффекты, как например: гнев, нетерпение, вынужденное терпеливое ожидание во время какого-либо определенного занятия, на каком-либо определенном месте, в театре, в обществе, сознание состояния принуждения, даже страх появления приступа зуда, даже одна мысль о возможности наступления приступа или тот конфуз, то затруднение, в которое поставит большого могущий «спынуть» приступ. Как видно, все эти, в большинстве своем психические, моменты бывают достаточно мощны, чтобы вызвать сначала легкий, потом сильный и, наконец, жестокий приступ мучительного зуда».

Dracoulides считает, что у лиц с легкой психической возбуждаемостью часто может появляться экзема.

Barnheim, Kroel, Schwimmer указывают, что в этиологии некоторых форм экземы нервная система может играть первенствующую роль и заболевание этой системы может быть достаточно для появления экземы.

П. В. Никольский, наряду с существующими теориями возникновения экземы, отводит много места в возникновении экземы нервной теории. Он говорит, что нервная теория имеет за собой следующие факты:

1. Случаи появления и значительного ухудшения экземы после сильных душевных движений. 2. Случаи совпадения экземы с нервными страданиями. 3. Случаи совпадения экземы с другими кожными страданиями нервного происхождения. 4. Изменение чувствительности кожи, сосудов и сухожильных рефлексов. 5. Обычно наблюдаемая симметричность высыпания, указывающая на то, что в большинстве случаев мы имеем дело с центральной причиной. 6. Часто наблюдаемое несоответствие сильно выраженных нервных явлений (зуд) с незначительными анатомическими изменениями кожи. 7. Благоприятное влияние лечебных деятелей, рассчитанных на исправление нечетов в нервной системе.

На международном конгрессе дерматологов в Копенгагене вопрос о зависимости экзематозных изменений от состояния вегетативной нервной системы снова подвергся оживленному обсуждению.

Несмотря на то, что во французской современной литературе чрезвычайно мало уделяется внимания данной проблеме, французские ученые охотно высказывали по этому вопросу. Darier считает влияние симпатической нервной системы на течение экземы не подлежащим сомнению. Millon называет экзему кожным поражением, покоящимся на изменении симпатической системы, которое может быть вызвано с периферии или из центра. Sausion говорит о сенсбилизации, зависящей от восприимчивости невроvegetативного аппарата. Ayres младший настаивал на психических влияниях на генез экземы.

W. Sack считает, в согласии с мнением Brocq'a, что в возникновении невродермита "нервный" момент играет еще большую роль, чем при экземе. Sack даже говорит, что роль "нервного" момента надо искать при невродермите всегда.

В самое последнее время О. Н. Подвысоцкая в своей статье „К патогенезу микробных экзем“ снова возвращается к „одной (достаточно в настоящее время забытой) теории экземы, к теории нервного ее происхождения“. Подвысоцкая указывает, что многочисленные „клинические наблюдения“ и анализ их давали много указаний на значение нервного компонента при экземе. Если в настоящее время неврогенный патогенез почти сошел со сцены, то совсем не потому, что изучающие эту теорию получили доказательства, убеждающие в необходимости снять ее со сцены. Вопрос гораздо сложнее и упирается, главным образом, в трудность проблемы.

Подвысоцкая считает возможным признать следующий нервный механизм возникновения экземы: постоянное раздражение кожных рецепторов различными внешними факторами приводит к нарушению адаптационно-трофического влияния сим-

патической системы, то есть, иначе говоря, к нарушению функции и рецепторного аппарата и самого эпителия. Отсюда его изменения типа спонгиоза, экзосероза, аконтоза, паракератоза, наблюдаемые обычно морфологически, а клинически развитие той реакции, которую мы называем экземой.

В приведенной теории мы видим повторение теории Kreibich'a, высказанной им еще в Мюнхене. Здесь указывается на те же экзематозные раздражения: на возбуждение, таким образом, адекватного этому сосудистого рефлекса. Таким образом вопрос о нервом механизме возникновения экземы, высказанный еще Hebra, в настоящее время снова и снова привлекается для решения столь трудной задачи, какой является проблема этиологии экземы.

Подвысоцкая далее указывает, что те явления, которые мы называем аллергией, повышающей чувствительностью, также гораздо яснее могут быть обоснованы нервным механизмом. Изменение адапции рецепторного аппарата, изменение адапции эпителия представляют собой тот же нервный механизм, который лежит в основе сверхчувствительности при экземе. Факторами, нарушающими симпатическую, нервно-трофическую иннервацию, могут быть не только внешние, но и всевозможные внутренние раздражения, воздействующие на различные отделы нервной системы. Сперанский говорит по этому поводу, что с любого нервного пункта легко привести в действие нервные механизмы, работа которых закончится на периферии сдвигами био-физико-химического порядка.

Развитие рассеянных очагов экземы можно рассматривать также с точки зрения нервного механизма. По мнению ряда авторов, нервная система не представляет отдельных проводков, которыми соединяются через рефлекторную дугу отдельные части организма. Симпатическая система непрерывна и, таким образом, связывает один участок с другим. Этим легко объяснить, что под влиянием раздражения одного участка кожи возникают рассеянные высыпания на отдельных местах. Раздражение есть главный импульс для возникновения возбуждения в нервных рецепторах.

Подвысоцкая делает в конце вывод, что неврогенный патогенез экземы не только не сброшен со сцены, но, наоборот, чем больше мы будем изучать нервную систему, тем больше будем иметь фактов, объясняющих разнообразнейшие не совсем понятные явления, которые наблюдаются при таком дерматозе, как экзема.

В порядке хронологического накопления, мы приведем больше материал, иллюстрирующий наглядную роль психогенных моментов на возникновение отдельных случаев экземы и тот благоприятный терапевтический эффект, который был достигнут в данных случаях психотерапией. Наш личный опыт в психотерапии при экземе будет несколько менее эффективен, чем данные других авторов. Это зависело от того, что мы не по-

бирали специальный материал, а брали больных экземой с обычного амбулаторного материала. Однако и в таком материале мы имеем возможность получить определенные положительные выводы, что, по нашему мнению, делает и наш материал не лишним интереса.

Уже в 1878 году Bastard упоминает об экземе, возникшей на почве перенесенных психических эм. ций. Bettmann в 1900 году описал два случая психической экземы, возникшей у истерических личностей. Следующие случаи описаны в 1914 году Heise. Sack в 1922 году делит психического происхождения pruritus на три группы:

1. Психогенный пруритус без кожных изменений;
2. Психогенный пруритус с кожными изменениями;
3. Психогенные дерматозы с психогенно-повышенной раздражимостью.

Автор иллюстрирует каждую группу конкретными случаями.

**К первой группе. Случай 1.** Молодая девушка обратилась с жалобами на сильный зуд на шее и плечах, лишающий ее сна. Зудящие поражения кожи не представляют никаких патологических изменений. На анамнезе выясняется, что год тому назад больная была изнасилована. Теперь она собирается выйти замуж, и ее прутает предостережение о женихом. После двух сеансов гипноза, во время которых внушено спокойное состояние и устранение зуда, все жалобы исчезли.

**Случай 2.** Больной предстояла серьезная операция. При мысли об операции у нее подается сильный зуд. Общественно—ничего патологического со стороны кожи не обнаружено. Антипруритические средства помогают только временно. После удачно законченной операции зуд прекращается сам по себе.

**Случай 3.** Больная из малообеспеченной семьи. Явилась с жалобами на длящийся в течение нескольких недель пруритус. Не может спать, бессильна и измучена. Медикаментозное лечение не помогает. Потопытные заботы о завтрашнем дне. С тех пор, как ее стал мучить зуд, ей некогда думать о заботах. После сеансов гипноза—быстрое улучшение. Однако потом наступили рецидивы.

*Ко второй группе относятся следующие случаи.*

**Случай 4.** Молодая домашняя работница жалуется на сильный зуд, наступающий у нее тогда, когда она раздевается, чтобы лечь спать. При осмотре невродермит на шее и пояснице. При опросе выясняется, что ее несколько раз хотели изнасиловать. Теперь, раздеваясь, она осматривает со страхом всю комнату и особенно тщательно заперает двери. Дальше больная заявила, что когда она чешется, страх проходит. Отменена медикаментозная терапия, не дававшая никакого терапевтического эффекта, и назначена гипнотерапия с внушением успокаивающего характера. После 6 сеансов гипноза невродермит исчез.

**Случай 5.** Больная 45 лет. Прошло 1½ года как наступила менопауза. Год назад ее любимая дочь вышла замуж против ее воли. С этого времени у больной появились депрессия, мучительный зуд и невродермит. Когда психическая травма в этом случае была вскрыта, то уже психотерапия в течение ближайших недель повела к выздоровлению.

*В третью группу Sack относит следующий свой случай.*

Молодая женщина явилась с хронической рецидивирующей экземой. Еще девочкой она неоднократно лечилась с быстрым успехом. Последний

рецидив наступил после свадьбы и отличается особенной интенсивностью и упорством, не поддаваясь прежним методам лечения. После первого сеанса гипноза больная заснула почью хорошо. Несколько последующих сеансов повели к выздоровлению.

В последнем случае брак и огромное желание не показываться мужу со своим заболеванием сильно потрясли лабильное равновесие пациентки. Следствием были зуд кожи и сильный рецидив экземы.

В 1923 году Homburger описал большую 30 лет. Жена коммерсанта, заболела 1½ недели назад сильно зудящим кожным поражением, не поддававшимся обычному лечению. Болезнь наступила остро, без видимой причины. Кожное поражение имело картину острого дерматита. Сыпь не была диффузной, а локализовалась на определенных участках туловища: на передней поверхности лодыжечных впадин, на груди, животе, на верхней трети бедер и рук. Единичные очаги были на лице. Задние поверхности туловища были свободны от сыпи. Лицо было покрыто морщинами и имело измученный вид. Беспокойное состояние больной заставило профессора в Ветнауме обратиться к помощи психиатра. Когда врач вошел впервые в комнату к больной, она лежала в постели с выражением перенесенного озарения на лице. Жалобы ее были на невротический зуд. На вопрос был ли у нее уже раньше такой зуд, больная отвечала, что с пятилетнего возраста, после того, как ее лишил пальцем виновности какой-то камешек, она всегда испытывала зуд при соприкосновении с чем-либо грубым. В дальнейшем распросе выяснилось, что, будучи уже взрослой, она была оскорблена соседом и не смогла ему должным образом дать отпор, так как нуждалась для этого в чьей-либо сильной поддержке. Дальше выяснилось, что такой поддержки она в своем муже не нашла и что муж не всегда был по отношению к ней достаточно ласков и строг. Больную беспокойно полтерения, что у мужа могли быть связи с другими женщинами.

Пациентке при первой консультации обещали, что зуд ее станет лучше и что она будет спать хорошо. В ближайшие три дня констатировалось улучшение, зуд и жжение стали меньше; пациентка больше не трет кожу руками. Новых выяснений нет. Больная рассказала дальше, что она была вынуждена на полувую близость с приятелем своего мужа, который в последнюю их встречу осыпал ее тело цветами. На тех местах, где у нее лежали цветы, теперь имеется еще зудящая сыпь. Homburger ответил на это больно, что теперь, когда она сама нашла психическую подкладку своего страдания, ее зуд станет быстро исчезать. Действительно уже при следующем посещении больная Homburger нашла у нее значительное улучшение кожного поражения. Больная в дальнейших беседах рассказала, что теперь ей лучше, так как она действительно поняла, что болезнь ее носит невротический характер и что зуд расосился ее своим приятелем, разошелся с ним, что облегчило ее состояние, так как она не чувствует себя более вынужденной обманывать своего мужа. С этого времени кожные явления стали быстро утихать и вскоре исчезли совершенно. Больше рецидивов не наступало.

Объясняя свой приведенный случай, Homburger указывает, что кожа, являющаяся органом, вызывающим и воспринимающим сексуальные переживания, была здесь носителем воспоминаний под влиянием на больную в раннем детстве сексуальных травм и стала впоследствии органом, реагирующим патологически на отклонения в этой области. Кожные изменения у больной отражаются в виде сыпей, локализирующихся в местах

туловища, где когда-то лежали цветы; тогда украшенная цветами, теперь на тех же самых местах покрытая отвратительной сыпью, она испытывает сильное половое возбуждение и одновременно с этим — чувство зуда. Подобный же психический конфликт разыгрывается, повидимому, дальше у этой больной на той же почве: она своей болезнью старается обратить на себя внимание мужа, уделявшего ей слишком мало времени.

Таким образом, Homburger считает, что приведенный случай был чрезвычайно подходящим для лечения его психоанализом.

Ссылаясь на одну из своих предыдущих работ, Bunnemann упоминает о случае острой экземы длительностью до 2 1/2 лет, где ему удалось добиться излечения гипнотерапией. Через 1 1/2 года у той же больной в гипнозе Bunnemann снова вызвал экзему.

Второй случай, приводимый Bunnemann'ом.

А. М. 30 лет. 31 августа 1918 года получил ранение при разрыве гранаты. Порезом правой голени. До 31 октября 1920 лежал в госпитале. Трансплантация кости и кожи. Проведено около 12 операций. 12 августа 1922 г. при врачебном осмотре было обнаружено: утолщение на месте пореза. Место ранения покрыто рубцом. В центре рубца язва величиной в 50-копеечную монету. Кожа двух верхних третей голени поражена язвой. При снятии повязки мокнутие, местами кровотечение. Никакой половины голени ошула. Лечение до декабря маями не дало улучшения. Краснота увеличилась. М. жаловался на сильные боли, лежал в постели и требовал морфия. Местный хирург при осмотре однажды сказал ему, что когда на дерево на одном участке нехватает коры, то этот дефект уже не может закрыться. Больной отправился к оперировавшему ему хирургу в Берлине. Здесь температура поднялась до 40° (Erysipelas). Ему была назначена терапия — лежать в постели и делать сухие повязки. Кожа на ноге больше не мокла. Фиксировали внимание на том, что такое же лечение назначалось больному и раньше до поездки его в Берлин, однако достигнуто положительного лечебного эффекта не удавалось. Через 12 дней М. вернулся здоровым.

Направлялась мысль, не сказалось ли здесь благотворное психическое влияние берлинского хирурга, приведшее к столь разительному успеху лечения. Через два месяца снова наступил рецидив экземы. Язва, ставшая меньше, приняла свои обычные размеры. С этого времени Bunnemann начал через день проводить больному гипнотерапию, вводящая что больной теперь будет все время находиться в контакте с ним и что нога вполне заживет. Уже после первого сеанса мокнутие прекратилось и опухоль уменьшилась. Вскоре начало очищаться дно язвы и по краям ее началась эпителизация? Через три месяца язва была уже величиной в 10-копеечную монету. Очаг экземы значительно уменьшился и не беспокоил больного. Bunnemann уехал в отпуск и вернувшись застал своего больного с незначительным обострением процесса. М. в это время побывал на врачебной комиссии, которая нашла его процесс неизлечимым. Сеансы гипноза возобновились, и через четыре недели язва зарубцевалась. Явления экземы исчезли.

Bunnemann считает, что в этом случае без сомнения имелся экзематозный процесс с психической этиологией, который из-

лечился при применении гипнотерапии. Во время этого лечения было стимулировано и заживление имевшей язву. Создавалось впечатление, что нежелательный прогноз, высказанный местным хирургом, был изменен авторитетом берлинского хирурга, и это сказалось благотворно на течении процесса. Иными словами — двенадцать проделанных операций, двухгодичное пребывание в госпитале, пессимизм местного хирурга и мнение врачебной комиссии подействовали угнетающе на больного и затормозили заживление процесса. Этому было противопоставлено благотворное влияние берлинского авторитета и длительное влияние Bunnemann'a в период гипнотерапии.

Kronfeld в 1925 г. на заседании берлинского дерматологического общества доложил о девушке К., 21 г. Семь лет она получила удар копытом в лоб. С тех пор ежегодно в срок получения удара на лбу стала появляться экзематозная сыпь, которая со времени половой зрелости стала распространяться на большие кожные поверхности. Сильная реактивная депрессия. Сначала лечение мази давало хороший терапевтический эффект. В дальнейшем мази перестали действовать. Рентгенотерапия безуспешна. Психотерапевтическим вмешательством достигнуто прекращение зуда и излечение процесса.

Mohr в 1925 г. описал случай экземы. Отсутствует оргазм. При чесании преддверия наступает известное сексуальное удовольствие. Анализ вскрыл сложный негативный рефлекс, достигнуто полное излечение экземы.

Bunnemann опубликовал позднее сообщение об одной женщине, которая была вынуждена жить с зараженным люэсом мужем. Это чрезвычайно угнетало больную. Наряду с другими симптомами, у нее наступала припухлость и покраснение правой руки. Больной было в гипнозе внушено, что краснота и припухлость на руке исчезнут, что и исполнилось. Дальше в гипнозе было внушено, что болезнь снова рецидивирует и явления болезни повторились.

O'Donovan написал о двух пациентках, где имевшаяся у них лихенификация значительно улучшилась после гипнотерапии.

Whitfield в 1928 году сообщил о случае острой экземы, возникшей у больного после опасного полета в самолете. При каждом последующем полете наступали рецидивы экземы. Экзема исчезла совершенно, когда больному не надо было совершать больше полетов.

В 1929 году W. Sack описал следующие случаи:

М. 28 лет. Прислана по поводу генерализованной себоррейной экземы. 3 года т. н. аналогичное поражение. Обычная терапия в течение 6 недель привела к исчезновению процесса, кроме упорно державшихся узелков на шее. В период наблюдений бросятся в глаза, что у больной легко наступает Erythema pruriticum, которое, помимо лица, захватывает участки кожи на шее, пораженные экземой. При дальнейших расспросах больной выясняется, что она живет с матерью на небольшую пенсию, которую последний получает после смерти мужа. Больную беспокоит мысль, как она будет жить, если умрет ее мать, и она лишится пенсии. Над больной прояв-

веден следующий эксперимент: она погружена в гипноз и ей произведено внушение, что она лишилась матери, а вместе с этим и левая и теперь она должна сама заботиться о своем существовании. На данное внушение пациентка реагировала сильным волнением, и кожа лица и шеи покраснела. На нее экзематозные очаги стали интенсивно красными. Контуры очагов поражения, которые едва были заметны перед сеансом гипноза, резко обрисовались и приобрели уртикарный характер. Кожа на данных очагах стала заметно выше чем на соседних участках. Далее усилавшееся волнение, после которых волнения у больной утихли, и она проснулась в спокойном состоянии. Покраснение экзематозных пятен сохранили, однако, и после пробуждения свою интенсивно-красную окраску. Субъективно больная испытывала при этом и чувство жжения, которое под влиянием примочек на другой день стало стихать.

Таким образом автору удалось спровоцировать соответствующим внушением рецидив экземы. Дальнейшая психотерапия оказалась благотворное влияние как на общее состояние М., так и на течение экземы.

Г. В., 21 г., приглана для лечения дерматологом, подозревавшим у нее невротизм психогенного характера, локализованный на коже лица и шеи. Заболевание длилось в течение нескольких лет и не поддавалось никакому обычному лечению. При дальнейшем распросе больной выясняется, что она состоит в связи с одним своим знакомым и очень боится, что от этой связи кто-либо узнает. Тут же она добавила, что она бывает чрезвычайно страшной, пока лицо ее поражено сыпью. Когда лицо очищается от поражения, она становится очень воздержанной по отношению к ласкам. Когда ее знакомый куда-либо уезжает, лицо ее очищается от сыпи. Далее выясняется, что пациентка считает, что если знакомый стремится к ней, несмотря на поражение ее лица, значит он ее действительно любит. Иначе эта связь была бы просто животной связью. Таким образом выяснилось, что больная сама была заинтересована в том, чтобы поражение на лице сохранилось у нее и на будущее время и что процесс перед свиданием со знакомым ухудшался по воле самой пациентки.

Однажды Sack был позван в приведенной выше больной и застал ее с сильно обострившейся экземой. Оказалось, что один из знакомых спросил ее, не является ли поражение ее лица проявлением сифилиса. Это чрезвычайно возмущало больную и вызвало у нее резкое обострение процесса. Назначению индифферентной мази в терапии и сеансе гипноза усложняли общее состояние больной и фиксировали обострение экземы. К сожалению, пациентка скоро выбыла из-под врачебного наблюдения и с ней не удалось провести дальнейших экспериментов.

Больной «матриексер» явился и Sack'у на прием в крайне возбужденном первом состоянии с жалобами на сильно зудящую сыпь по всему телу. Сеанс гипноза с успокаивающими внушениями дал быстрое улучшение. Через несколько дней рецидив. Повторное лечение гипнозом большим отклонено.

Больная Н. С. 33 лет. Прислана терапевтом по поводу зуда и экземы, которой больная страдает с детства. Выяснилось, что все свои психические неприятности Н. С. проецировала свою кожу, парывая и расчесывая ее. При этом у нее нередко наступал оргазм. Проведены сеансы психотерапии. Пациентка выздоровела и в течение пяти лет, которые она оставалась под наблюдением, со стороны кожи рецидивов не наступало.

Cosack'еман сообщила о 46-летней больной, страдавшей децидротической экземой. В анализе выяснилось, что муж больной опасен болен, и она беспокоится о его судьбе. Когда муж выздоровел, экзема у пациентки прешла.

Alendy в 1924 г. привел случай экземы, длившейся 10 лет и сопровождавшейся сильным зудом. Обычная мазевая терапия была безуспешна. Лечение психоанализом по Freud'у вызвало и исчезновение экземы.

На конгрессе в Дрездене в 1926 г. в дискуссии по поводу доклада W. Sack'a, Galewsky сообщил об экзематозном заболевании половых органов, излеченном гипнозом.

Дубников описал в 1932 году три случая экземы, наблюдавшейся им в амбулатории нервного и физико-терапевтического отделения Кремлевской больницы, где им удачно была применена гипнотерапия.

Приводим случаи Дубникова:

**Случай 1.** Б. А., домохозяйка, жалуется на беспокойный сон, сильную раздражительность, угнетенное настроение, тоску, головные боли, а также на ливения экземы рук, длящейся в течение 8 лет. Лечилась безуспешно различными методами, включая сюда кварц и рентген. Экзема временно затихала, особенно в летнее время. Обострение процесса нередко можно было связать с предостерегавшими волнениями.

Обстояно было выявлено: со стороны нервной системы эмалед истеро-невротический симптомокомплекс; внутренние органы были здоровы; отмечено небольшое увеличение щитовидной железы (struma) без явлений ее дисфункции. Моча и кровь (общий анализ) в пределах нормы. Имелось хроническое воспаление матки и придатков, по поводу которых много лечилась физическими методами и гниями. Кожа всего тела являлась, особенно правой, диффузно утолщена, шероховата, во многих местах шелушилась, надругуа, участками покрыта корками; полупадающая корочки имелись и между пальцами. На левой кисти экзематозный процесс был выражен гораздо слабее. Пролечившись без положительного результата в течение двух месяцев общей фракционнавшей, теплыми ваннами с сосновым экстрактом, инъекциями мышьяка и пиллолом *Zinc. valerian.*, больная явилась на амбулаторный прием с ухудшением общего состояния в связи с обострением экземы. Через 2½ недели больная вторично явилась на прием с резко выраженной депрессией и с тяжелой обостренной экземой. Кисти рук были в повязках, по снятии которых пораженная кожа представлялась значительно отечной, припухлой и резко покрасневшей. Во многих местах имелись пузырьки, сливавшиеся между собой и образовавшие мошунные участки. Больная жаловалась на сильный зуд, жжение, бессонницу. Все прежнее явления были в состоянии обострения.

Решив испытать гипнотерапию, Дубников отменил все применявшиеся лекарственную терапию и приступил к сеансам гипноза. Уже после первых двух сеансов гипнотического внушения острые явления экземы значительно стихли: отечность и краснота стали меньше, зуд перестал быть настолько беспокоящим. После трех сеансов, проведенных через день, явления обострения исчезли, больная почувствовала себя гораздо лучше. После пяти сеансов гипноза больная вынуждена была прервать лечение на две недели. Когда больная снова явилась, то было отмечено значительное улучшение. Кожа на правой руке стала бледной, шероховатость почти исчезла, корок и шелушения не было и только в двух местах между пальцами имелись остатки шелушения. Левая кисть также изменилась: не было прежнего утолщения кожи и красноты, участки экзематозной сыпи значительно уменьшились. Общее состояние больной было очень хорошим, она поступила на фабрику и не предъявляла прежних жалоб. Больной было предложено продолжать лечение, и она проделала еще 7 сеансов гипноза, повторяя их раз в пять дней. Дальнейшее изменение экземы на левой кисти не последовало. Через полгода, после окончания лечения, наступил рецидив. Дерматолог, к которому обратился больная в этот раз, направил ее на рентгенотерапию, приведящую к исчезновению симптомов экземы.

**Случай 2.** В. Л. Работает электромонтажницей. Подостра экземы рук. Больна 3 месяца. Лекарственная терапия не дала положительных резу-



зудителю. Появлению экземы предшествовало тяжелое личное переживание. Жалуются на резкий зуд, жжение, бессонницу, раздражительность, слезливость, сильную усталость. При объективном исследовании Дубников констатировал: на тыле правой кисти в верхней части, а также на тыле 4 и 5-го пальцев и между ними амелась сыпь, состоящая из узелков и пузырьков. Вследствие сыпня и нарушения целостности пузырьков, образовались мокнущие поверхности. На некоторых участках пораженной кожи имелись чешуйки и корочки. На левой кисти явления экземы были выражены значительно слабее. Со стороны нервной системы—резко выраженный истеро-неврастический синдром. Внутренние органы, зрота и зрота без патологических изменений. Местная лекарственная терапия была отменена, назначен через день гипноз. Уже после двух сеансов у больной наступило улучшение: зуд и жжение прекратились, мокнутие прошло, корочки стали отпадать. Появился хороший сон. Больная находилась в отпуску по болезни, но была вызвана в заводской комитет, как член завкома. После заседания, на котором больная сильно волновалась, у нее вновь наступило ухудшение, которое было усложнено двумя последующими сеансами гипноза. Улучшение быстро прогрессировало. Осталось лишь незначительное шелушение между пальцами. Через 8 месяцев, после окончания лечения, больная написала, что зуд и жжение у нее находится в хорошем состоянии, зуд появляется, но очень редко, иногда бывают провалы в настроении. Однако важно то, что ее не беспокоит руки.

**Случай 3.** Б. Г. Хроническая экзема в области кожи затылочной части головы и левой ушной раковины. Заболевание появилось более года назад после смерти ребенка. Жалуются на сильный зуд, плохой сон, раздражительность и на головную боль. Лекарственная терапия была безрезультатна. У больной значительно выражены истеро-неврастические явления. Внутренние органы без особых изменений. На коже в области затылочной части головы, на участке величиной немного больше ладоньевой монеты, имелась сухая беловатая пелленция, кожа в этом месте шероховата. Такие же элементы имеются в глубине ушной раковины и в области слухового прохода. Лекарственная терапия была отменена, назначен гипноз. После трех сеансов кожа на пораженном участке головы очистилась, зуд прошел. После восьми сеансов явления экземы на голове и в области ушной раковины исчезли. Больная являлась для осмотра через полгода, после окончания лечения. Несмотря на то, что у больной была тяжелая семейная обстановка и ей приходилось много волноваться, экзема не рецидивовала.

Таким образом, суммируя описанные свои три случая, Дубников указывает, что в одном случае хронической экземы, давностью 8 лет, в период резкого обострения, когда лекарственная терапия оказалась бессильной помочь, три сеанса гипноза устранили острые явления экземы. В дальнейшем под влиянием гипнотерапии кожа руки пришла в такое хорошее состояние, что больная смогла снова работать на фабрике. Однако, рецидив все же наступил через полгода. В двух других случаях (в одном подостром, другом хроническом) при которых лекарственная терапия также не давала положительного результата, в короткий срок больные выздоровели и, оставаясь длительное время под наблюдением, не дали рецидивов. Одна из больных смогла снова вернуться к станку после продолжительного перерыва в работе.

Дубников делает выводы, что описанные им случаи относятся к нервным формам экземы функционального характера (общие невроты). Здесь на базе неустойчивой и перераздраженной

всей нервной системы имеется резкое повышение возбудимости сосулисто-нервного аппарата кожи. Такая кожа может легко дать реакцию в форме экземы на те или иные психические травмы. С другой стороны, суггестивная терапия, понижающая возбудимость всей нервной системы и в том числе кожи, на чем при внушении делается акцент, может в очень короткий срок устранить как субъективные, так и объективные явления экземы, что и наблюдалось в приведенных случаях. Если даже считать, что гипнотическое лечение не избавляет больных от рецидивов, то все же Дубников признает, что этот метод лечения является выдающимся симптоматическим средством при нервных формах экземы. Там, где лекарственная терапия и другие способы лечения бессильны помочь, гипнотическим внушением в короткий срок возможно устранить как субъективные, так и объективные явления экземы и этим избавить больных от тяжелых страданий и вернуть им работоспособность.

Мы наблюдали 13 случаев больных экземой, 5 из них лечились в клинической и 8 в амбулаторной обстановке. Длительность кожного процесса у наших больных была от 2 месяцев до 21 года. У всех больных, наряду с обычным лечением, проводилась и гипнотерапия. Большинство наших больных до гипнотерапии подвергалось лечению мазями и физическими методами или рентгенизации. Метод гипноза был вербальный. Часть больных улавляло погружать в глубокий сон, другие же во время сеанса лишь спокойно лежали с закрытыми глазами. Кроме обычного состояния покоя и сонливости, больным внушалось, что нервная система их успокаивается и вместе с этим исчезнут все симптомы их заболевания. Сеансы продолжались от 20 до 40 минут и повторялись через 2—4 дня. Больные переносили сеансы хорошо и охотно подвергались повторному гипнозу. Сначала сеансы проводились индивидуально, с каждым больным, а потом, учитывая большую затрату времени на каждого больного в отдельности, мы стали проводить групповые сеансы с тремя, четырьмя больными сразу. Больные предварительно подготавливались индивидуальными сеансами.

При указании глубины гипноза мы пользуемся следующим обозначением: гипноз I—состояние покоя, когда больной дремлет или лежит спокойно с закрытыми глазами, но не спит; гипноз II—больной в состоянии легкого сна, когда он слышит все происходящее кругом, и гипноз III—глубокий сон с выключением больного от общения с внешним миром.

Переходим к краткому описанию наших случаев.

Ф. Г. 58 лет, сторож, 9 месяцев назад на месте ушиба голени появилась сыпь, распространившаяся по всему телу. Спит плохо. Диагноз: хроническая распространенная экзема. 19. X. 30 января гипнотерапия (II). На другой день после сеанса отмечено приятное самочувствие. 29. X. после трех сеансов зуд меньше, сыпь поблекла. Лечение шло.

2. И. С., 31 года, директор вуза, августом, 3 года назад, вскоре после смерти ребенка появилась на руках экзема. Делались мазями, внутрибром и кальций, была рентгенотерапия. Спит плохо, беспокоят кошмары.

3. Гипноз.

Частые головные боли. Диагноз: хроническая экзема обоеих кистей. О 14. IX по 19. X. 31. проведено 8 сеансов (II). После двух сеансов обострение процесса. После 5 сеансов отмечено значительное улучшение на обеих руках. Головные боли резко, начала спать покойнее. 19. X. началось снова обострение процесса.

3. О. К., 31 год, эристка, замужем. 10 лет назад, после неудачного брака (не получала половой удовлетворения), появилась мокнувшая экзема на лице. Улучшение симптомов после примечек. 2 года назад разошлась с первым мужем и снова вышла замуж. Опять не было полового удовлетворения. Появились покраснение щек и подбородка. Спит плохо, просыпается по ночам, немеют руки. Запоры. Диагноз: хроническая экзема лица. С 4 апреля по 24 июня 1935 г. проведено 4 сеанса (III). После первого сеанса улучшилось самочувствие, начала хорошо спать. После второго сеанса прекратились запоры. Отмечено некоторое улучшение кожного процесса. Лечение прервала из-за отъезда.

4. А. О., 39 лет, домохозяйка, замужем. 6 лет назад, без видимых причин, появилась на лице и теле чеша реиндурованная зудящая сыпь, а через два года, после аресте мужа, процесс сильно обострился. С этого времени появились бессонница и кошмары по ночам. В половой жизни удовлетворения не имела. Диагноз: себорройная экзема лица и туловища. С 21 июня по 28 июля 1935 г. получала 11 сеансов. Первые 2 сеанса—1 ступень, последние 9 сеансов—II ступень. Начиная с 6-го сеанса, принимала групповой гимнастик. После 8-го сеанса отмечено уменьшение зуда, после 5-го—улучшилось общее самочувствие. После 7-го—прекратился зуд и ночью 11-го сеанса все явления на коже исчезли.

5. М. Ж., 44 лет, домохозяйка, замужем. Без видимых причин на руках и ногах появилась зудящая сыпь. Больна 2 месяца. Диагноз: подострая экзема. Получила два сеанса гипноза (II). После первого сеанса отмечено улучшение общего самочувствия и успокоение зуда.

6. В. Т., 34 лет, студентка. Экзема на бедрах и половых органах, сопровождающаяся зудом. После волнения процесс обостряется. Больна 2 года. Половой жизнью не живет. С 31 июля по 14 августа 1935 г. шесть сеансов гипноза (III). После первого сеанса почувствовала себя лучше, зуд успокоился; после 5-го сеанса зуд прекратился. К концу лечения кожный процесс значительно стих. Во время лечения, после ссоры с мужем, наблюдалась обострение процесса.

7. А. Б., 34 лет, домохозяйка замужем. Больна 21 год. Зудящие очаги, появившиеся сначала на руках, распространились на бедра, живот и ноги. Процесс особенно ухудшается после волнений. В последнее время, в связи с душевными переживаниями («спазмы мужа», сыпь ухудшилась. Плохо спит по ночам. Диагноз: невродермит. С 17 июня по 28 июня 1935 г. приняла пять сеансов (I), из них 3 сеанса последние—групповые. После второго сеанса начала спать. В дальнейшем успех лечения колебался в зависимости от ее душевного состояния, ухудшался при волнениях. После 5-го сеанса отмечено уменьшение зуда и некоторое улучшение кожного процесса.

8. О. Ш., 30 лет, студентка, замужем. Год тому назад, узнав, что муж заболел гонореей, сильно волновалась. Вскоре начался зуд на ногах, сопровождавшийся появлением сыпи на конечностях и верхней части туловища. Полового влечения нет, хотя половое удовлетворение при сношении наступает. Плохо спит. Запоры. Диагноз: себорройная экзема. С 18 июня по 24 июня 1935 г. получила 8 сеансов (II). После второго сеанса зуд прекратился, сон улучшился и самочувствие стало хорошим. В день выписки разнервничалась и снова появилась зуд.

9. Б. Ф., 22 лет, студент, 4 года назад, без видимых причин, появились на теле зудящие очаги. Позже очаги появились под коленями, где держался и теперь. Диагноз: невродермит. С 5 августа по 25 августа 1935 г. получил 5 сеансов (III), из которых 3 последние групповые. Пос-

ле второго сеанса зуд стал меньше. В дальнейшем присоединился розовый лишай, давший снова субъективное опущение зуда.

10. В., 22 лет, студент. После применения грустной мази развилась мокнувшая зудящая экзема всей кожи туловища. Обычная терапия в течение двух месяцев безрезультатна. Присутствовало к гитнотерапии—15 сеансов (II). После первых же сеансов зуд значительно успокоился, появился сон, улучшилась самочувствие. Состояние кожного покрова много лучше и 1-му сеансу. Большой был переведен на амбулаторное лечение.

11. Е., 32 лет, домохозяйка, замужем. Страдает в течение нескольких месяцев зудящей экземой ног, возникшей без видимых причин. Проведено 3 сеанса (II) (доп. А. А. Аковбян). После 3-го сеанса сыпь настолько уменьшилась, что боления прервала лечение, считая терапию больше ненужной.

12. Е. З., 32 лет, домохозяйка. В возрасте 20 лет появилась экзема на лице. Были рецидивы. Последний рецидив—после ссоры с мужем, хотевшим привести в дом вторую жену. Пораженные участки кожи сильно зудят. Спит плохо. Диагноз: хроническая экзема лица. С 15 декабря 1932 г. по 12 января 1933 г. проведено 5 сеансов (II). После первого сеанса зуд уменьшился. После второго отмечено улучшение процесса. Появился сон. Самочувствие улучшилось. Обострение процесса после ссоры с мужем.

13. Е. К., 35 лет, домохозяйка, разведена. Экзема на коже рук и туловища (14 лет). Частые рецидивы. Последний сильный рецидив—2 месяца назад после развода с мужем. Диагноз: хроническая экзема. С 16 декабря 1932 г. по 8 января 1933 г. получила 5 сеансов (II). После второго сеанса отмечено улучшение, после третьего сеанса улучшение (была ссора с бывшим мужем).

Делая обзор приведенных выше случаев, мы видим, что из тринадцати больных лишь у двух (5 и 8) во время лечения не наступило улучшения кожного процесса. В случае 9 присоединившийся розовый лишай затушеввал течение основного кожного заболевания. У остальных больных мы наблюдаем или полное исчезновение (4 и 11) клинических симптомов экземы, или более или менее выраженное улучшение. Улучшение кожного процесса отмечалось часто уже после первых двух—трех сеансов гипноза. Мы здесь еще раз повторяем, что у всех больных проводилась одновременно и другая принятая при экземе терапия. При этом терапевтический эффект был одинаков как в случаях подострой и хронической экземы, так и при себорройной экземе и невродермите.

Улучшению кожного статуса обычно сопутствовало, а чаще и предшествовало улучшение общего состояния. Больные отмечали подъем настроения, веру в выздоровление и т. п. Только в случаях 7 и 13, где вмешивалась ссора с мужем дала ухудшение процесса, этого улучшения общего состояния отмечено не было. Улучшение общего самочувствия отмечалось часто уже после первых сеансов гипноза (больные 1, 3, 5, 6). Шесть больных (2, 3, 7, 8, 10 и 12) отметили улучшение сна, что наступало уже после одного-двух сеансов гипноза. Интересным является уменьшение у больных чувства зуда. Это, согласно учению Kreibich'a, является выключением одного из важных факторов возникновения экземы. Зуд уменьшился у восьми больных (1, 5, 6, 7, 8, 9, 10 и 12) и исчез у двух (4 и 11). В послед-

них случаях мы наблюдали и полное исчезновение экземы. Уменьшение зуда отмечалось после первого сеанса у четырех больных (5, 6, 11 и 12), после второго сеанса — у двух больных (8 и 9) и у остальных больных зуд исчез после 3-го и 5-го сеансов. У большого (3) имевший запор во время гипнотерапии прекратился.

Наступление рецидивов заболевания или обострение процесса в период лечения наблюдалось у шести больных (2, 6, 7, 8, 12 и 13). За исключением только больной 2, у остальных обострения процесса наступали после душевных волнений. Так, у больных 6, 7, 12 и 13 предшествовала обострению экземы ссора с мужем и у больной 8 процесс обострился при выписке из стационара. Небезынтересно будет при этом отметить, что из 10 женщин 7 связывают появление экземы или обострение ее с перенесенными сексуальными травмами: неудовлетворение половой жизнью (3, 6, и 8) или „измена“ мужа (6, 7, 8, 12, и 13). Лишь у двух больных была смерть ребенка (2) и арест мужа (4).

Из наших больных было 10 женщин и 3 мужчины. Как у тех, так и у других успешность гипнотерапии была приблизительно одинакова. Что касается глубины гипноза, то почти все наши больные впадали во время сеанса в дремотное состояние (гипноз II). Часть больных (3, 6, 9) спали глубоко и одна больная (7) лишь покойно лежала.

Что касается зависимости успеха лечения экземы от глубины гипноза, то хотя мы и видели улучшение процесса и при первой степени гипноза, но все же создавалось впечатление, что лечение двигалось быстрее, если удавалось больного погрузить хотя бы в дремотное состояние.

Длительность кожного поражения у наших больных была от 2 месяцев до 21 года; возраст колебался от 22 до 53 лет. Ни длительность течения процесса, ни возраст больных не служили противопоказанием для применения у них гипнотерапии. Хотя у большинства наших больных можно было установить влияние психических инсультов на возникновение или ухудшение процесса, тем не менее, выявление этого момента не является, по нашим наблюдениям, безусловно необходимым для успеха гипнотерапии. Так, у больных 1, 5, 9, 10 и 11, где нельзя было связать появление экземы с влиянием психических инсультов, все же удалось отметить несомненный успех гипнотерапии или в виде успокоения неприятных субъективных ощущений больного или в виде улучшения и самого кожного процесса. Мы пробовали проводить с некоторыми, предварительно индивидуально подготовленными, большими групповые сеансы. В случаях 4, 7 и 9 такое групповое лечение гипнозом было по своей эффективности не хуже индивидуальных сеансов.

Кончая разбор наших случаев, мы можем сделать следующее заключение: из 13 случаев экземы в 10 случаях мы наблюдали наступление улучшения, будь то улучшение кожного состояния или улучшение общего самочувствия больного. В слу-

чаях 4 и 11 мы имели полное исчезновение экземы. Длительность течения экземы не отражалась на успехе терапии. Зуд уменьшился и субъективные ощущения улучшились во время лечения, часто уже после первых сеансов гипноза. Хотя для успеха лечения не требуется обязательно погружения больного в глубокой гипноз, тем не менее мы видели лучший успех, когда больной хотя бы начинал дремать. Для лучшего результата лечения не является обязательно необходимым установление психогенных моментов, предшествовавших появлению сыпи.

Таким образом, на основании нашего собственного опыта и имеющихся литературных данных, мы находим возможным высказаться, что в гипнозе мы имеем безусловно полезное подобное терапевтическое вмешательство, благоприятно влияющее на течение экземы. Поэтому мы считаем вправе рекомендовать гипноз для лечения экземы в комбинации с другими известными нам способами лечения этого заболевания, аналогично тому, как применяем препараты брома, вовсе не отказываясь при этом от другой терапии.

Мы согласны с мнением I. Jadssohn'a, считающего, что особенного внимания заслуживает вопрос комбинации психического и соматического лечения и что будет правильным рядом с психической проводить и дерматологическую терапию. Этим мы поднимаем веру пациента в излечение, не подрывая авторитета психотерапии.

#### ЧЕШУЙЧАТЫЙ ЛИШАЙ

В ряде случаев чешуйчатого лишая (ч. л.) отдельные авторы пользовались нервной теорией возникновения ч. л. для трактования своих случаев.

Уже Weyl считал возможным, что этиология ч. л. заключается в функциональной слабости регулирующего питания кожи нервного центра. Эта слабость должна, по мнению автора, передаваться по наследству.

Tilbury Fox защищает взгляд, что при ч. л. большую роль играют трофические нервы. Eshenberg, наблюдая усиление выспания ч. л. под влиянием непосильных напряжений психической сферы, ставит ч. л. в связь с невротическим предрасположением, истерией и невралгией.

Полотебов считает ч. л. одним из многочисленных симптомов вазомоторного невроза, при котором нарушения циркуляции крови наблюдающиеся в различных органах, иногда распространяются и на кожу. Kutzitzky также защищает невротическую этиологию ч. л. Он считает, что по наследству передается предрасположение к ч. л. Этим предрасполагающим моментом является повышенная раздражимость центральной нервной системы.

Helutz и Leloir, а также и Besnier наблюдали появление ч. л. после испуга. Neumann видел высыпание ч. л. у здорового перед тем человека после психических эмоций. Hardy— после сильного раздражения.

lesioneck указывает, что высыпания, рецидивы и улучшения ч. л. могут наступать в связи с душевными переживаниями.

Max Leob находит, что нервные поражения вызванные депрессивными влияниями индивидуума, могут вызвать появление болезни. Maug неоднократно замечал сам и цитирует сводку Lange, что психические волнения вели к обострению псориазической сыпи появилась после смерти жены, ребенка, отца, матери, вслед за расстройством материального положения, после резких неудач в служебной и общественной деятельности, после тяжелых судебных процессов заключения в тюрьму и т. д. Он цитирует случай Brocq'a, когда псориазис развился у матери, трагически потерявшей ребенка; в течение 2 дней псориазическая сыпь заняла у нее весь кожный покров. Никольский сам наблюдал появление первой сыпи ч. л. у кондуктора после тяжелых переживаний в поезде, ухажившем в 1914 г. под выстрелами неприятеля.

Dracoulides N. N. подчеркивает, что ч. л. чаще появляется у лиц с легкой психической возбудимостью. К мнению Dracoulides присоединяется и Klaufer. I. Ladassohn, разбирая вопрос о лечении ч. л., указывает, что при лечении ч. л. из нашего поля зрения не должна выпадать психика больных, так как эстетические чувства у таких больных страдают и они могут бояться передать данную болезнь своему потомству. Особенно сильно психически страдают молодые девушки, собирающиеся выйти замуж. Надо им объяснить, что для общего состояния их здоровья ч. л. не имеет никакого значения.

Наряду с приведенными указаниями ряда авторов о несомненной роли нервных агентов в этиологии ч. л., имеется уже определенный опыт, свидетельствующий о благоприятных результатах психотерапии при лечении ч. л. Так, Vinnemann приводит два случая больных псориазисом, где ему гипнотерапией удалось достигнуть исчезновения кожных проявлений болезни.

**Случай 1.** Больной С. страдал ч. л., локализованным на туловище и конечностях. При собирании агониев выявилось, что течение ч. л. у больного шло параллельно с его психическими переживаниями. Ч. л. возникло у больного впервые в 1915 г., когда ему пришлось в районе Ипра находиться долгое время в окопах. С октября по апрель перед его окопами лежали трупы убитых солдат, которых не представлялось возможным похоронить. Лохмотья одежды трупов развевались ветром, обонявая лицо тела и разлагающуюся их кожу. Ужас положению усугублялся еще и тем, что больному во время приходилось спать с собой. Штук валившихся водой окопах. Часто он собирался покинуть его, но останавливался из-за страха. Записавшись в санитары, чтобы только избежать описанной обстановки, С. быстро убедился, что и к этому он не способен, так как вид крови вызывал у него постоянно обморочное состояние. После 23 месяцев пребывания на фронте, где С. перенес тиф, он был отпу-

щен домой. На родине он неоднократно лечился у врачей хризаброином, что вело к шелушению кожи. Однако, после психических волнений всегда наступало ухудшение кожного процесса, сопровождавшееся сильным зудом.

С детства выдал в глубоком гипнотическом состоянии. После сеансов гипнотерапии кожа быстро стала очищаться от сыпи. Только оставались элементы ч. л. на голенях. Когда С. получал какое-либо неприятное известие, наступало обострение процесса и зуда. Однажды в гипнозе больному было внушено, что он снова находится в окопах, перед которым лежат гипнотические трупы и что он получит снова рецидив своей кожной болезни.

На другой день на конечностях появились элементы ч. л., покрывшиеся еще через день типичными для этой болезни чешуйками. По всему телу С. испытывал сильное чувство зуда. На 4 день после обострения процесса, больному было внушено в гипнозе, что его кожный процесс успокоится и что зуд прекратится. И, действительно, быстро наступило улучшение кожного статуса.

Таким образом Vinnemann считает, что, найдя в этом случае психогенез заболевания, он может считать здесь ч. л., как результат проекции психически пережитой ужасной картины на кожу, соответственно тем местам разлагающейся кожи, которые он видел на трупах.

**Случай 2.** О. М., 24 лет, явился 2 сентября 1923 г. для лечения по поводу ч. л., локализованного на голенях и предплечьях. Поражение на предплечьях простиралось и за кисти, что заставляло больного опасаться, как бы болезнь его не была ложно кем-либо истолкована. Жена больного была беременна, и это заставляло больного опасаться, что ребенок также может быть поражен ч. л. На вопрос Vinnemann'a, не появилось ли кожное поражение после каких-либо неприятных переживаний или отрицательных картин, которые больному пришлось видеть, последовал ответ, что сыпь появилась впервые, когда будучи 14-летним мальчиком, он купался в пруду, вода стекала неизвестно в куда, как он знал, была брошена мертвая кошка. Он хорошо вспоминает, что видел шерсть от дохлой кошки, плавающей по поверхности воды, и это вызвало у него сильное отвращение. Однако, не желая отвратиться от товарищей, он встал в воду. Поступил кожное заболевание. В гипнозе больному заставили снова пережить свое детское впечатление купания, причем ему было внушено, что окружающие его товарищи не будут обращать внимания на поражения рук и что болезнь не может передаться его ребенку. Вскоре сыпь стала исчезать. В дальнейшем больной неcess из-под врачебного наблюдения.

Григорьев и Подъяпольский наблюдали у молодой женщины развитие очень распространенного и абсолютно типичного псориазиса, наступившего вслед за тяжелой душевной травмой во время крушения поезда. Больная быстро освободилась от сыпи под влиянием нескольких сеансов гипноза без применения каких бы то ни было наружных и внутренних средств.

В самое последнее время появилась работа И. М. Виша из Воронежской психиатрической клиники, где он сообщает о четырех случаях ч. л., леченных гипнозом.

Виш применил гипнотерапию у четырех больных с ч. л. Во всех этих случаях до гипнотерапии применялось безуспешное лечение различными мазями. Один из приведенных больных лечился в клинической обстановке. Гипноз проводился по методу внушения. После тщательного объективного исследования

больного и опроса его анамнестических данных применялись сеансы гипноза продолжительностью в 40—50 минут. Сеансы повторялись каждые 1—2 дня. Другая терапия не применялась.

**Случай 1. С.**, 31 года, алкоголик, страдает ч. л. в течение 10 лет. Отец больного—алкоголик, мать—истеричка. В детстве был ревным, капризным ребенком. В 1919 г. был ранен и контужен. С того времени легко возбуждаемый, задиристый, не выносит возражений тишеглазый, общительный. В период времени с 1920 по 1922 годы принимает морфий. С 1925 года алкоголик—с перерывом от нескольких месяцев до 3 лет—цвет в течение нескольких дней под влиянием внешних агентов. Ч. л. наступил впервые в 1920 году после попытки к самоубийству (выстрел в грудь).

Когда пациент спокоен, замечеты ч. л. уменьшаются, но не исчезают совсем. После волнений сыпь снова увеличивается. Всякое применение к больному лечение оставалось безуспешным. В январе 1931 г. встретился друг больного. Эта смерть привела на больного сильное впечатление: он сделался нервным, часто плакал, истерил сон, не мог работать. Ч. л. перешел в полиартрическую клинику. Одновременно с психотерапией по поводу болю о его кожных высыпаниях. Гипноз был глубоким. После гипноза настроение было бодрое. Уже после первых сеансов ночью стал крепко спать. После 3-го сеанса наступило заметное улучшение сыпи. После 16-го сеанса псоритические элементы исчезли совершенно, оставив после себя лишь красные пятна. После 25-го сеанса исчезли и эти пятна. Общее состояние больного было хорошее. Больной находился под наблюдением 1 1/2 года. Рецидивов не было.

**Случай 2. Б.**, 32 лет. Диагноз: истерическая психопатия и ч. л. Заболевания в двенадцатилетном возрасте после падения с моста, через 2—3 часа после появления первые элементы сыпи. С детства больная отличалась большой восприимчивостью и склонностью к истерическим реакциям. Каждое волнение сопровождается exacerbацией ч. л. В конце в выздоровлении.

Больная происходит из психопатической семьи. Отец, дядя и дед по материнской линии—алкоголики. Мать страдает истерическими признаками. Сестра больной сексуально perverts. Пациентка среднего роста, изменчивой. Сухольные рефлексы слегка повышены. Ч. л. поражены обширные части кожи. После 26 сеансов гипноза наступило значительное улучшение. Остались лишь единичные чешуйки на локтях, коленях и талии.

**Случай 3. В.**, 37 лет, техник. В 1917 году после контузии на фронте впервые появилась сыпь. По словам больного, сыпь после душевных травм не даю улучшения. Внутренние органы и лечение другими средствами. Со стороны психики—истероэрастические реакции.

После 12 сеансов гипноза значительное улучшение общего состояния и состояния кожной сыпи. По невыясненным причинам пациент прервал дальнейшее лечение.

**Случай 4. III.**, 27 лет, студент. Без видимых причин 10 лет тому назад стала появляться псоритическая сыпь. После волнений сыпь ухудрилась. Больной с юного возраста отмечает склонность к псоритическим пн. Общее состояние было безрезультатное, 20 сеансов гипноза не привели к улучшению. Псоритические элементы без яв-

На основании приведенных наблюдений Виш пришел к следующим выводам: он считает, что все приведенные им больные были с психопатическим складом.

Случай 1 и 2—конституциональная истерия; 3 и 4—психопатия с доминирующей истерией. У трех первых больных появление ч. л. ставилось в связь с психической травмой. Во всех случаях душевные эмоции влияют на течение кожного процесса: при неприятных поражениях ухудшение кожного статуса. Течение болезни в случае 1-м—10 лет, во 2-м—20 лет, и 3-м—13 лет, в 4-м—10 лет.

Гипнотерапией были достигнуты следующие результаты: в одном случае полное излечение, в двух случаях значительное улучшение и в одном случае не получилось положительного терапевтического эффекта.

На основании собственных наблюдений и литературных данных Виш пришел к следующим выводам:

На результаты лечения длительность течения ч. л. не оказывает заметного влияния. Гипнотерапией был достигнут терапевтический эффект в случае, где появление ч. л. было связано с психической травмой. Гипнотерапия в этих случаях ч. л. может достигнуть значительного эффекта, так как она эмоциями влияет на процессы питания кожи. При разборе каждого случая ч. л. нужно учитывать роль нервной системы, как вызывающего ч. л. фактора, и применять в подходящих случаях психотерапию.

Столь благоприятные литературные данные о влиянии гипнотерапии на течение ч. л. побудили и нас проверить успех данного лечения на наших псоритиках.

Мы хотим поделиться результатом применения гипнотерапии у десяти больных с чешуйчатым лишаям. Трое больных проводили лечение в клинической обстановке, остальные в амбулаторной.

Приведем кратко их истории болезни.

1. Р., 45 лет, фармацевт. Неоднократно делал в клинике кожных болезней в Киеве. (Директор—проф. А. М. Тыженко) с диагнозом «псориатический ч. л.». Лечение мазию давало проходящий эффект. С 10 октября по 9 декабря 1930 г. получил 18 сеансов гипноза (III)\* и смылась 2% борным вазелином. 25 октября (8 сеансов гипноза). На месте поражения намечаются очаги здоровой кожи. Самочувствие хорошее. Зуд, беспокойный больного, меньше. 15 ноября после волнений (пропилл врачеватью компрессю) обострение процесса и появление мокнутия на мочонке. 19 ноября (15 сеансов гипноза) снова значительное улучшение 9 декабря (18-й сеанс) сыпь исчезает. Остались лишь отдельные уплотившиеся ошпки. Зуд прекратился.

2. З., 49 лет, агроподаватель. Болел ч. л. 22 года. Связывает наступление рецидивов болезни с переутомлением. Близик ч. л. на волосистой части головы, за ушами, на груди, локтях и ягодицах. Назначена 2% безада ртутная мазь и сеансы гипноза. В течение 10 дней проведено 3 сеанса гипноза (I). Эффекта не наступило.

\*) При указании глубины гипноза мы будем придерживаться прежнего обозначения.



3. И. 34 лет, бухгалтер, страдает 5 лет ч. л., распространенным на туловище. В течение этого времени сыпь совсем не исчезала, 19 мая 1951 г. выписана 2% салициловая мазь и начата гипнотерапия. Проведено 6 сеансов (II) в течение 15 дней. Через 3 сеанса: отмечено улучшение общего самочувствия. После 6 сеансов: бланши ч. л. стали плоские, инфильтрация их уменьшилась. Больной чувствует себя спокойнее и бодрее. Результатом лечения доволен.

4. Н. 29 лет. Болел ч. л. 2 года. Последний рецидив зимой 1934 г. С волнениями появления рецидивов не связывает. С 22 июня по 26 июля 1935 г. получал 2 проц. борный вазелин, купанье, солнечные ванны и 9 сеансов гипноза (III). Перед началом лечения элементы ч. л. были расчесаны на руках, животе, спине, ягодице и ногах. Отмечает зуд 8 июля (после 3 сеансов) зуд уменьшился, хороший сон. Сыпь плоская, зудит меньше, 19 июля (после 5 сеансов). Настроение хорошее, нет апатии, стал веселее. Сыпь уменьшается, 26 июля (9 июля) сыпь значительно уменьшилась. Больной очень доволен лечением. Лечение прервано из-за отъезда больного.

5. Д. 85 л., домашняя хозяйка. Рецидивы ч. л. в течение нескольких лет. Общее состояние угнетенное. Связывает наступление рецидивов с волнениями. Локализация сыпи на отдельных участках груди, спины и головы. Лечилась амбулаторно с 7 августа по 29 августа 1930 г. и с 22 декабря 1930 г. по 3 января 1931 г., получая 2% борную мазь и 10 сеансов гипноза (III) в первый период лечения и во второй 8 сеансов. После окончания первых 6 сеансов сыпь исчезла, появилось, по словам больной, «желание жить». Лечение в декабре—после двух сеансов гипноза новых элементов ч. л. не появляется. Зуд на теле прекратился. Настроение спокойное. После 8 сеансов—элементы ч. л. значительно уплостились, новых нет. Общее самочувствие хорошее. Лечение прервано из-за отъезда больной.

6. П., 20 лет, уборщица. 3 недели тому назад появилось острое высыпание ч. л., которое больная связывает с предшествовавшими волнениями (большую обокрала). 6 июня 1935 г. острое высыпание ч. л. по всему телу, особенно много элементов в паховой области, подмышечной, под грудными железами и под коленями. С 6 июля по 25 июля 1935 г. получила 5% серную мазь и 15 сеансов гипноза (III). Через 5 сеансов зуд, беспокоивший больную, уменьшился. После 7 сеансов сыпь стала плоской, чешуйки стали исчезать. Чувствует себя хорошо. После 15 сеансов сыпь уплостилась, победнела, чешуйки значительно уменьшились.

7. А., 26 лет, домашняя хозяйка. 4 года тому назад первое высыпание. Высыпание ч. л. связывает с заболеванием ребенка. Лечение с 1 июля по 15 июля 1935 г. (5% серная мазь, ванны, солнечные ванны, мыльняк и гипнотерапия). После 2 сеансов зуд прекратился. Самочувствие хорошее. Зуда нет. Сыпь уплощается, чешуек меньше.

8. С., 36 лет, домашняя хозяйка. Ч. л. рецидивирует в течение 15 лет без видимых для больной причин. 2 июля 1935 г. явления диссеминированного ч. л. Назначено 10% серная мазь и гипнотерапия. Получила по 20 июля 1935 г. 5 сеансов гипноза (I). Отметила некоторое улучшение самочувствия. Сыпь начала уплощаться.

9. Д., 40 лет, служанка. Ч. л. на руках и ногах 2 месяца. Появление сыпи не связывает с волнениями.

10. С. 26 лет, служанка. Ч. л. несколько лет. Больная часто нервничает, после чего бывают обострения сыпи.

У последних двух больных проводилась только гипнотерапия (А. А. Азовкин). 9 сеансов (I—II), 3 сеанса (I) без применения мазевой терапии. Никакого лечебного эффекта отметить не удалось.

У наших больных—4 мужчин и 6 женщин—метод гипноза был вербальный. Сеанс длился 20—40 минут и повторялся каждые 2—3 дня. Сначала сеансы проводились индивидуально с

каждым больным, а потом мы стали проводить групповые сеансы с 3—4 больными, учитывая большую затравчивость явления на каждого больного в отдельности. Часть больных не получала никакого мазевого лечения (9 и 10), у этих терапевтический эффект гипнотерапии был отрицательный; часть больных (1, 2, 3 и 5) получили сравнительно индифферентную мазевую терапию: 2% борную или серную, или ртутную, или салициловую мазь и последняя часть больных (4, 6, 7 и 8) получали более энергичное местное и общее лечение—5% серную или ртутную мазь, ванны, солнечные ванны, мыльняк и т. д.

Остановимся подробнее на этих двух последних группах. Из 8 больных этих групп улучшений не получили у 6-го Э. (2). Больной этот все время скептически относился к новой для него терапии гипнозом и, не получив облегчения после 3 сеансов гипноза (I), на 10-й день прервал лечение. У остальных 7 больных было отмечено улучшение как их кожного статуса, так и улучшение их психического состояния. Зуд у больных 1, 4, 5 и 6 успокоился через 8, 3, 5 и 2 сеанса. Высыпания новых элементов во время сеансов не наблюдалось. Лишь в одном случае (I) появилось новое обострение процесса после волнения, быстро успокоившееся последующим лечением.

Отметить какую-либо разницу в успешности лечения в зависимости от пола нам не удалось. Что касается глубины гипноза, то лучший терапевтический эффект наступал при гипнозе II и III. В случаях, не давших терапевтического эффекта, гипноз был I и лишь у больной 9 частично II. Возможно, однако, что у этих больных было проведено слишком мало сеансов гипноза (3, 7 и 3).

Появление ч. л. связывалось с нервным переживанием больными 1, 2, 5, 6, 7, 10. Однако, у них не у всех от гипнотерапии наступило улучшение (2, 10). И с другой стороны терапия оказалась успешной там, где больные не связывали появление ч. л. с предшествовавшими волнениями (3, 4, 8). Обычно улучшение самочувствия больных отмечалось уже после 8, 5 и даже 3 и 2 сеансов.

На основании нашего собственного опыта и имеющихся литературных данных, нам кажется возможным высказать, что в гипнозе мы имеем безусловно полезное подсобное терапевтическое вмешательство, благоприятно влияющее на лечение ч. л. Нам не удалось видеть исчезновения симптомов ч. л. от одной лишь гипнотерапии. Правда, мы недостаточно долго пользовались наших больных, доводя количество сеансов лишь до 18. Тем не менее мы видели определенное положительное влияние применения гипнотерапии при ч. л. в комбинации с остальными методами лечения. Не имея необходимости применять одну лишь гипнотерапию, мы считаем вправе рекомендовать гипноз для лечения ч. л. в комбинации с другими известными нам способами лечения этого заболевания, аналогичную тому, как мы рекомендуем применение гипноза при лечении экземы

или как применяем препараты брома, вовсе не отказываясь при этом от другой терапии.

И, наконец, учитывая очень большое количество времени, необходимое для проведения гипнотерапии с каждым больным в отдельности, мы считаем возможным ввести групповые сеансы гипноза при лечении кожных болезней и в частности ч. л. Это особенно легко применимо в тех случаях, где больные предварительно подготовлены к гипнотерапии индивидуальными с ними сеансами.

#### КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Одним из подходящих объектов для применения гипнотерапии при кожных болезнях нам казались больные с красным плоским лишаем—Lichen ruber planus (к. п. л.). Целый ряд авторов (Riecke, Darier, Bunnetamer, Никольский и др.) связывают возможность возникновения дерматоза с нервно-психическими переживаниями. Welander еще в 1824 г. сообщил о пациенте, заболевшем тяжелым генерализированным к. п. л. после перенесенного им кораблекрушения. Одновременно у больного наступили изменения и в его психике. Пациент из спокойного стал очень раздражительным, боязливым и у него появились нервные припадки.

Ramei сообщил о женщине-враче, заболевшей через несколько дней после тяжелой душевной травмы к. п. л., не поддававшейся никакому лечению. Только после включения психоаналитического лечения заболевание спонтанно исчезло.

Eller сообщил, что во время резкого падения ценностей на бирже, когда ряд дельцов потерял финансовый крах, у некоторых из них появилось высыпание к. п. л., сопровождавшееся сильным зудом. Goeckermann наблюдал у больного крестьянина высыпание к. п. л. Применявшееся лечение было безрезультатным. При собирании анамнеза выяснилось, что больной испытывает сильные денежные затруднения, становившиеся с надвигающейся на него старостью все более для него тяжелыми. Подросшая денежная помощь сына устранила указанные выше заботы, и больная выздоровела.

Никольский также приводит несколько примеров из своей практики, где видно совпадение к. п. л. с различными нервными заболеваниями, из которых функциональные проходили с исчезновением сыпи:

**Случай 1.** У больного 15 лет вместе с сыном к. п. л. развивался крайне повышенная чувствительность кожи, ощущение щеколки вымывается мелким прикосновением даже белья, и больной может уснуть не иначе, как снявши рубашку. Под влиянием мышьяковой терапии постепенно проходили сыпь и нервные явления.

**Случай 2.** К. п. л. у двух сестер. Одна из них, 19 лет, представляет явления инфантилизма, очень слабая, крайне чувствительна к самому ничтожному фарадическому току; при малейшем волнении появляется зуд. Под влиянием мышьяка сыпь, зуд и слабость уменьшились, больная стала бодрее.

Не останавливаясь больше на аналогичных литературных данных, которых в настоящее время имеется уже достаточно количество, мы перейдем непосредственно к разбору своих случаев к. п. л., где подобная связь возникновения заболевания была отчетливо видна у большинства больных. Возможность лечебно воздействовать психотерапией на течение к. п. л. казалась нам, на основании столь часто встречающейся связи между нервно-психическими заболеваниями субъекта и появлением у него высыпания к. п. л., особенно заманчивой. Это и побудило нас еще в 1930 г. приступить к изучению тех возможностей, которые открывались гипнотерапией в лечении к. п. л.

Имеющиеся у большинства больных с к. п. л. ощущение зуда, часто доставляющее им большие страдания, также создает благоприятную предпосылку в смысле влияния на течение к. п. л. путем устранения гипнотерапией чувства зуда и связанных с ним расчесов кожи.

Мы считали интересным поделиться тем опытом, который накопился у нас при лечении гипнозом больных с к. п. л.

Всего лечению гипнозом подверглось у нас 13 больных с к. п. л.; 5 больных лечилось в клинической, 8 в амбулаторной обстановке. Большинство наших больных до гипнотерапии подвергалось безрезультатному лечению мази или терапии физических методами лечения.

Метод гипноза применялся вербальный. Часть больных удавалось погрузить в глубокий сон, другие же во время сеанса лишь лежали покойно с закрытыми глазами. Больным, кроме обычного состояния покоя и солидности, внушалось, что нервная система их успокаивается, что вместе с этим прекратится зуд и станет исчезать болезнь, что мазь, которая им будет прописана, теперь особенно хорошо будет на них влиять и т. д. Больным при этом давалась для смазывания 2% борная мазь. Сеансы гипноза продолжались от 10 до 30 минут и повторялись через два-три дня. Больные переносили сеансы хорошо и охотно подвергались повторному гипнозу. При указании глубины гипноза мы будем придерживаться прежнего обозначения.

Некоторым больным после сеанса гипнотерапии пораженные участки смазывались раствором метиленовой синьки с указанием, что „лекарство“ нельзя ни смывать, ни стирать. Этим мы старались на более продолжительное время фиксировать внимание больного на том внушении, которое проводилось во время гипнотерапии.

Переходим к описанию наших больных:

1. Больной С. 12 лет, ученик, поступил осенью 1930 года в Киевскую кожную клинику (директор—проф. А. М. Тьженко) с явлениями рассеянного по всему телу к. п. л. и плоских бородавок на руках. В-ной неоднократно подвергался нашему своему гипнотерапии по поводу обоих кожных заболеваний. Каждый раз в-ной впадал в глубокий гипноз (III). При в-писке никаких улучшений со стороны кожного статуса констатировано не было.

2. Б-ой К. 4) 38 лет, русский, бухгалтер, поступил в клинику 20 марта 1931 г. с жалобами на зудящую сыпь на теле и язву на левом локте. В сентябре 1920 г. на левом локте появилась небольшая язва. Диагноз был поставлен — *ulcus venosus*. 14 месяца перед поступлением в клинику б-ой обнаружила каку-то сыпь на спине и боковой поверхности шеи. Сыпь эта быстро распространилась, захватив к моменту осмотра участки кожи по всему телу. Лечился мазиами безрезультатно. Из перенесенных заболеваний отмечает оспу, бронхит тиф и язву желудка, по поводу которой в 1927 году был оперирован. Жалуются на частые резы в животе, запоры и головные боли, наступившие после операции. Отмечает, что в последние месяцы сильно утомляется на работе. Б-ой среднего роста, крепкого телосложения, вес 63 кг. Кипит язык вздут, имеется геморрой. Со стороны остальных внутренних органов и формулы крови без изменений. Р. В.—, Р. П. ++, ++. На шею, верхние и нижние конечности, на верхней трети спины, груди и живота, на *penis* и слизистой оболочке рта имеется типичная для к. п. л. сыпь.

С 27 марта по 30 апреля 1931 г. б-ой получил 15 сеансов гипноза. Б-ой погружался в глубокий гипноз (III). Помимо общего покоя, улучшения состояния нервной системы и истощения зуда и сыпи, внушения о нормальной деятельности желудочно-кишечного тракта. После сеансов отзуд самостоятельный. Через два дня после начала терапии больные указали на прекращение зуда. Через 7 дней, после 4 сеансов гипноза, в историю болезни б-ого занесено: «палупы слегка коричневый оттенок. Сильно выражено шелушение элементов». При физике сыпь на коже уплотнилась настолько, что сыпь падала видны лишь при боковом освещении. Сыпь на слизистой рта исчезла не вполне. 25 декабря 1935 г. больной был нами продемонстрирован снова в Ташкентском дерматологическом обществе. Рецидивов болезни не наступило. На слизистой рта остатки к. п. л.

3. Б-ой М. А., 38 лет, узбек, переплетчик, поступил в клинику 21 декабря 1931 г. с жалобами на кожную сыпь. Первоначально сыпь появилась 3 года тому назад на верхней трети правого бедра. После полугодового лечения какой-то мазью, сыпь исчезла. 14 месяца тому назад без видимых для больного причин наступил рецидив, распространившийся быстро по обоим предплечьям, тыльной поверхности кистей и по внутренней поверхности бедер. Субъективно ощущение зуда при этом не наблюдалось. Б-ой лечился в амбулатории, где получил 7 инъекций «1 каку-то мазь. Улучшение не наступило. Из перенесенных болезней отмечает сыпной тиф. St. praes. б-ой ослабленного питания, вес 57 кг. Со стороны внутренних органов отмечено: сердце расширено влево на пальце, язык его глухой. Кровь: Нб—65%, эритроцитов—5990000, лейкоцитов—7890, из них нейтрофилов сегментоядерных—57%, нейтрофилов палочкоядерных—1%, эозинофилов—3,3%, моноцитов—1%, лимфоцитов—27,5%, Р. В.—, р. П.—. Кожное поражение локализуется на верхних конечностях преимущественно в области локтей, предплечий и тыльной поверхности. Далее сыпь поражена кожа живота, монголки, *penis* и передних поверхности бедер. Картина сыпи характерна для к. п. л., состоящая местами из отдельных папул величиной от булавочного головки, местами сливающихся в бляшки несколько больше ногтя большого пальца. Местно б-му назначалась 2% борная мазь. С 1 января по 22 февраля 1932 г. проведено 20 сеансов гипноза (III). С первого же сеанса б-ой погружался в глубокий гипноз (III). После 2 сеансов гипнотерапии 5 января 1932 г. отмечено, что на кистях рук сыпь стала уплотняться. После 3 сеансов, 8 января 1932 г. все элементы к. п. л., расположенные на верхних конечностях, стали плоские. 1 февраля 1932 г., после 9 сеансов отмечается, что на нижних конечностях и туловище на месте бывших папул остались буроватого цвета

пигментные пятна. Элементы на тыле кистей слегка еще возвышались. 22 февраля 1932 г., после 20 сеансов гипнотерапии папулы все исчезли, оставив после себя буроватого цвета пигментацию. В феврале 1933 года больной явился с рецидивом—бляшки к. п. л. на теменн величинами с 20-коп. монету. Назначенная гипнотерапия колхознодорожных рабочих. Поступил в клинику 21 января 1933 года с жалобами на сыпь, появившуюся у него 4 месяца т. н. после случайного поранения ножом. В течение месяца сыпь распространилась по всему телу, поразив кожу конечностей, спины и груди. Сыпь с самого начала сопровождалась зудом. Б-ой все время лечился безрезультатно различными мазиами. Из перенесенных заболеваний отмечает: скарлатину, сыпной тиф и малярию.

St. praes. рост средний, вес—68,8 кг. Со стороны внутренних органов отклонений нет. Кровь: Нб—80%. Цветной показатель—0,8%, эритроцитов—4570000, лейкоцитов—74000, из них нейтрофилов сегментоядерных—68%, нейтрофилов палочкоядерных—4%, эозинофилов—3%, базофилов—0,5%, моноцитов—2,5%, лимфоцитов—22%, Р. В.—, Р. П.—. На коже туловища, на нижней губе и на сыпчатой оболочке шеве расположена типичная для к. п. л. сыпь. Местно назначена 2% борная мазь. С 26 января по 28 февраля 1932 года проведено 8 сеансов гипнотерапии. Б-ой с первого же сеанса погружался в глубокий гипноз (III). Через день, после первого сеанса, отмечено появление нового высыпания. После 2 сеансов, 1 февраля, вновь высыпания больше не появляются, цвет имеющейся сыпи стал бледнее. Папулы уплотнились. После 5 сеансов гипнотерапии совершенно уплотнились, цвет их стал синюшно-бурый. 22 февраля в день выписки констатировано, что на местах бывших папул остались следы зудаго цвета пигментации. Поражения на губах и слизистой оболочке рта уменьшились в размере и стали бледнее. Субъективно б-м никаких ощущений на коже не отмечается.

5. Б-ая Е. Л., 32 лет, русская, преподавательница, поступила в клинику 27 апреля 1932 года с жалобами на зудящую сыпь на теле. Начало заболевания связывает с перенесенной 8-мией т. н. санктиской травмой (выселение из квартиры). На следующий день после этого переживания б-ная обнаружила на руках и ногах зудящую сыпь сивавето-красного цвета. Амбулаторное лечение различными мазиами осталось без результата. Периодически сыпь появлялась на новых местах, захватывая бедра и живот. Кроме зуда на пораженных участках, б-ая отмечает еще бессонницу и сильные головные боли.

St. praes. б-ая выше среднего роста, вес 94,1 кг. Тоны сердца глухие. В остальном со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Кровь: 50%, цветной показатель—0,67, эритроцитов—4120000, лейкоцитов—7000, из них нейтрофилов сегментоядерных—64%, нейтрофилов палочкоядерных—1%, эозинофилов—1%, моноцитов—2%, лимфоцитов—32%, Р. В.—, р. П.—. На губах локтей, колен и на внутренней и передней поверхности бедер имеются лентичные папулы величиной от просового зерна до чечевички, местами расположенные линейно, местами сливающимися в бляшки. Сыпь имеет все типичные для к. п. л. особенности.

21 апреля первый сеанс гипноза. Соп. поверхностный (II). После первого сеанса появились новые высыпания. Зуд усилился. 24 апреля после 3-го сеанса гипноза прекращение новых высыпаний. 28 апреля после 4-го сеанса—новых высыпаний нет. Элементы на руках стали плоские. Зуд прекратился. Б-ная на-от отзуда прервала лечение.

6. Б-ная Э. Р., 40 лет, еврейка, домохозяйка, замужем. Жалуются на зудящую сыпь, которая без особых внешних причин появилась на ногах. Лечилась амбулаторно мазиами, но безрезультатно. При осмотре 17 февраля 1932 г. констатировано: бордачатый к. п. л. Назначена местно 2% борная мазь и приступлено к амбулаторному лечению гипнозом. Гипноз I и II степеней: После сеансов пораженные участки смазывались раствором метиленовой синьки. 1 марта, после трех сеансов отмечено, что элементы стали несколько плоские, зуд прекратился. 18 марта после пяти сеансов

1/Б-ной демонстрирован в Ташкентском дерматолог. о-ве 28/III—193 г.



наблюдалось дальнейшее уплотнение элементов, 22 апреля после 10 сеансов уплотнение элементов становилось все больше. Некоторые из них исчезали, оставив после себя пигментные пятна. Лечение прервано из-за отъезда.

7. Б-ная К. В., 14 лет, русская, ученица, 4 месяца т. н. б-ую укусила ичела, что вызвало сильный зуд. Через несколько дней после этого появилась на правой ноге слегка зудящая сыпь. Амбулаторное лечение малями безрезультатно. При осмотре 22 февраля 1932 г. на правой голени обнаружена линейно расположенная сыпь к. п. л. Местно дана 2% борная мазь и приступлено к амбулаторным сеансам гипноза с последующим смазыванием сыпи раствором метиленовой синьки. Гипноз поверхностный (I). 2 марта после 3 сеансов отмечается некоторое уплотнение сыпи. 17 апреля после 9 сеансов зуд прекратился. Элементы значительно уплотнились. На месте рассосавшихся папул остались пигментные пятна. Из-за отъезда дальнейшее лечение прервано.

8. Б-ная М. А., 40 лет, русская, портниха, 7 лет волея. Указывала, что после потери мужа много работала и переутомилась. Осенью 1930 года появился на правом бедре зудящая сыпь. Лечение малями было безрезультатно. 18 августа 1932 г. при осмотре б-ой была констатирована на вынутерней поверхности правого бедра линейная сыпь, типичная для к. п. л. Бляшка к. п. л. имела и на слизистой оболочке левой щеки. Приступлено амбулаторно к гипнотерапии. С первого же сеанса погасла в глубокой гипнозе (III). Уже через три дня, после начала лечения, б-ая отметила уменьшение зуда и через шесть дней, 23 марта после двух сеансов гипнотерапии, сыпь стала уплотняться. С последующими сеансами уплотнение становилось все более заметным. Через месяц, после семи сеансов гипнотерапии, отмечено, что элементы на коже бедра исчезли, оставив после себя пятна буроватого цвета. Зуд прекратился. Бляшка на слизистой оболочке стала значительно меньше по величине и едва выделяется над всей остальной слизистой щеки в виде беловатого ядра.

9. К., 17 лет, учащаяся, болеет в течение 10 месяцев. В момент осмотра, (ноябрь 1934 г.) отмечена сыпь на левом плече, груди и голени, типичная для к. п. л. Лечилась все время малями, но безрезультатно. Получила амбулаторно, с промежутком в 4 дня, 2 сеанса гипноза (III). Являлась через 15 дней после последнего сеанса гипноза. Констатирована сыпь уплотнилась и побурела. Еще через месяц сыпь исчезла совершенно.

10. П. В., 14 лет, учащаяся, русский. Являлся в клинику 3 июня 1935 г. с жалобами на зудящую сыпь, появившуюся у него 3 месяца назад, через 3 дня после того, как ему пришло в голову, переодолеть реку боевом в очень холодной воде. Сначала сыпь появилась на ногах, а потом и на животе. При осмотре, помимо типичных элементов к. п. л., расположенных на туловище и конечностях, имеются бородчатые поражения к. п. л. на голени. Одновременно имеется сыпь и на слизистой оболочке рта. Назначено амбулаторное лечение гипнозом. Получил с промежутками в 2—3 дня 6 сеансов гипноза (III) с обычными внушениями. После первого сеанса зуд прекратился. После 2-го сеанса новые элементы перестали появляться. После 5-го сеанса сыпь значительно уплотнилась и побурела. Больной прервал лечение, так как попал под автомобиль и лег в больницу.

11. М. Л., 29 лет, украинец, рабочий. Являлся на амбулаторный прием в клинику 21 июня 1935 г. с жалобами на зудящую сыпь, появившуюся 5 лет тому назад. Все время лечился. Несколько раз наступало улучшение, с последующими рецидивами. Появление сыпи с нервными переживаниями не связывает. При осмотре констатирована сыпь к. п. л. После двух сеансов зуд исчез. Новые элементы сыпи не появлялись. Больной уехал в дальнейшем из Тавричска.

12. А. Д., 24 лет, замужем. В середине февраля 1925 г.—ссора с мужем. Через 10—15 дней стало появляться на лице буроватого цвета зудящая сыпь. В начале марта обратилось по этому поводу к врачу, который не смог поставить диагноз. Это больную очень расстроило. На дру-

гой день после этого волнения появилась сыпь на шее. В августе—поздней ссоры с мужем. После этого новое высыпание сыпи на руках. Зуд на местах очень беспокоит больную и увеличивается даже при незначительных волнениях. Зуд мешает спать по ночам. При осмотре обнаружено: типичная для к. п. л. сыпь на стибательной поверхности рук и шеи. Назначена гипнотерапия (III). Сеансы через день. После второго сеанса зуд прекратился. После третьего сеанса улучшилось общее самочувствие больной, бывшее до этого очень ухудшенным. После 4-го сеанса сыпь приобрела несколько буроватый оттенок и стала плеще. Волная уехала после 3-го сеанса домой.

13. С. А., 30 лет, украинец, служащий. 11 августа 1935 г. у больного появилась сыпь на ногах, началось распространение по телу и сопровождалось сильным зудом. 5 декабря 1935 г. поступил на лечение в клинику с диагнозом к. п. л. Из нервносенных заболеваний отмечает корь, воспаление легких и брюшной тиф.

У него: 52 крови, эритроцитов—8350000, лейкоцитов—5200, из них нейтрофилов сегментоядерных—63%, нейтрофилов палочкоядерных—29%, моноцитов—10%, лимфоцитов—32%. Реакция Вассермана (—). Кожное поражение локализуется на конечностях и туловище. Картина сыпи характерна для к. п. л., состоит из изолированных папул и бляшек величиной до ладони взрослого человека. Имеются элементы к. п. л. на слизистой оболочке рта. Больному назначены через день ванны и 2% борная мазь. С 9 декабря 1935 г., по 17 февраля 1936 г. больной получил 17 сеансов гипнотерапии (III). После 2 сеансов гипноза отмечено побурение сыпи и уменьшение сна. После 3 сеансов гипноза зуд лечебный, рассасывание элементов продолжается. После 8 сеансов гипноза отмечено появление на местах поражения очагов нормальной кожи. После 13 сеанса отмечено уплотнение и уменьшение очагов к. п. л. на слизистой рта. При выписке 17 февраля 1936 г. констатируются лишь пигментные пятна на местах сыпных поражений.

Делая обзор приведенных выше случаев, мы видим, что из 13 больных лишь у одного лечение осталось безрезультатным. Это был наш первый случай лечения гипнозом к. п. л. Хотя, по нашему мнению, лечение этого б-го проводилось так же, как и у последующих б-х, тем не менее нет полной уверенности, что тогда не были допущены какие-либо погрешности в технике лечения, которые и лишили нас благоприятного эффекта гипнотерапии. Из остальных 12 б-х шесть (5, 6, 7, 10, 11 и 12) получили заметное облегчение. При этом констатировалось как уплотнение элементов, так и исчезновение чувства зуда. Количество сеансов гипнотерапии, полученных этими б-ми, было от 3 до 10. В дальнейшем лечение было прервано.

У остальных шести б-х (2, 3, 4, 8, 9 и 13) к концу лечения мы могли отметить полное исчезновение на коже элементов к. п. л. На местах бывшей сыпи оставались буроватого цвета пигментные пятна, не доставлявшие б-м никаких субъективных ощущений. Насколько длительно держались эти пятна—мы проследить не могли, так как больные больше не возвращались к нам на лечение. Несколько труднее шло исчезновение элементов на слизистой рта. Во всех наших случаях, где была поражена слизистая рта (б-ые 2, 4, 8, 10 и 13) в момент окончания лечения (17, 15, 8 и 7 сеансов гипноза), когда элементы

к. п. л. на коже совершенно уже исчезли, оставив лишь после себя пигментацию, бляшки на слизистой рта оставались отчетливо еще выраженными, хотя ясно было видно их уменьшение в размере.

Мы не можем пока сказать и о длительности эффекта гипнотерапии при к. п. л., так как срок, прошедший после окончания лечения еще слишком короток, чтобы делать какие-либо в этом направлении выводы. Однако случай 2-й наблюдался нами в течение почти пяти лет без рецидивов. В случае 3 рецидив наступил через 4 года после исчезновения симптомов.

Все 6-ые отмечали во время лечения исчезновение чувства зуда. У одних из них (2, 8, 10, 12 и 13) зуд прекратился уже после первого сеанса гипноза у других потребовалось 2, 3, 5 и даже 8 сеансов для его успокоения (6-ые 4, 6, 7, 11 и 13). Улучшение элементов к. п. л. начиналось после первых 2—4 сеансов гипнотерапии. Высыпание новых элементов сыпи обычно не наблюдалось. Лишь у 6-ых 4 и 5 после первого сеанса имелось новое высыпание, прекратившееся после последующих сеансов.

Среди наших больных было 7 мужчин и 6 женщин. Отметить какой-либо разницы в успешности лечения в зависимости от пола нам не удалось. Что касается глубины гипноза, то лучший эффект лечения был у больных, впадавших в глубокий сон (6-ые 2, 3, 4 и 8). У них после окончания лечения можно было отметить полное исчезновение на коже элементов к. п. л. Только у 6-го 1, также впадавшего в глубокое гипнотическое состояние, улучшения не наступило. Возможно, как мы упоминали об этом и раньше, вина была в нашей несовершенной технике лечения. У больных, впадавших в менее глубокое гипнотическое состояние (II и I степень гипноза), мы наблюдали лишь улучшение состояния без полного исчезновения элементов. Однако, может быть, причина этого неполного исчезновения элементов зависела не от глубины гипноза, а от недостаточности продолжительного лечения (3, 8 и 10 сеансов).

Влияние психических инсультов на появление к. п. л. было ясно выражено в случаях 4, 5, 7, 8, 10, 12. Из них 4 и 8-й случаи прекрасно поддались гипнотерапии. В случае 5, 7, 10 и 12 мы наблюдали улучшение процесса после 3-го сеанса. В этих последних случаях лечение не было доведено до конца. У остальных 6-х выявить влияние психической травмы на появление к. п. л. не удалось. Тем не менее и в этих случаях лечение шло не менее успешно. Так, в случаях 2 и 3 было достигнуто исчезновение явлений к. п. л., а в случае 6—улучшение. Видимо, выяснение психического момента возникновения сыпи не является обязательным для успеха гипнотерапии.

Длительность кожного поражения у наших больных была от 1½ месяцев до 5 лет. Успех гипнотерапии не зависел от длительности процесса. Больные обычно до прихода в клинику безрезультатно лечились в амбулатории мази. Только у больного № 3 сыпь, возникшая 3 года т. н., исчезла под влиянием полугодового лечения мазью, но через год дала снова рецидив.

Под влиянием гипноза, наряду с исчезновением зуда и элементов сыпи, наблюдалось у больных и улучшение их общего состояния (6-ые 2, 5 и 12). Все они охотно шли на повторные сеансы гипноза.

Смазывание во время гипнотерапии пораженных участков кожи раствором метиленовой синьки (6-ые 6 и 7) видимо не играло роли в успехе лечения. Точно также нельзя считать с тем терапевтическим эффектом, который получался от смазывания пораженных участков 2% борной мазью, имея в виду, что почти все больные до этого в течение долгого времени лечились без особого успеха различными мазями.

Кончая разбор наших случаев, мы можем сделать следующие заключения: из 13 случаев к. п. л., леченных гипнозом, у 6 наблюдалось исчезновение кожных проявлений болезни, с оставлением на их месте бурой пигментации; у 6—улучшение процесса и в одном случае улучшения не наступило. Под влиянием гипнотерапии улучшался процесс и на слизистой рта. Длительность течения к. п. л. не отражалась на успехе терапии. Зуд у больных успокаивался во время лечения часто уже после первых сеансов гипноза. Хотя для успеха терапии не требуется обязательно погружения больного в глубокий гипноз, тем не менее в последних случаях лучший успех мы имеем при глубоком сне. Для успешного лечения не является необходимым установление психогенных моментов, предшествовавших появлению сыпи. Во время гипнотерапии к. п. л. наблюдалось улучшение общего состояния больных.

Таким образом, на основании приведенных данных, нам кажется вполне обоснованным рекомендовать гипнотерапию при к. п. л., проводя ее как индивидуально—с каждым больным в отдельности, так и в виде групповых сеансов. Введение гипноза для лечения к. п. л. является тем более желательным, что часто остальными терапевтическими нашими мероприятиями мы бывали бессильны получить положительный лечебный эффект при этой болезни.

#### КРАПИВНИЦА

Воздействие разнообразных агентов экзо- и эндогенного характера может у людей, находящихся в состоянии повышенной чувствительности—аллергии, сенсибилизации—вести к появлению у них крапивницы. Одним из таких агентов может быть и влияние нервных факторов. Gibert еще в 1840 году писал о наступлении крапивницы у одной пациентки после неприятного для нее замечания соседа по столу. Mabile в 1885 г. сообщил о больном, который, переведя себя в каталитическое состояние, внушил появление у себя на коже целого имени. Через несколько минут это имя появилось на коже в виде отчетливого дермографизма. Указанные места несколько позже стали геморрагическими. Wright говорил в 1896 г. о враче, страдавшем искусственной крапивницей (urticaria factitia) и могущем вызвать ее

силой своего желания. Kraft Ebling кчал на кожу загниотизированного больного бумажные буквы, внося, что это крапивня. На месте букв появилась крапивница. Merklen в 1914 году собрал 9 таких случаев. Так, один студент медик, прослушав лекции о крапивнице, получил волдыри на руках. Об аналогичном случае упоминает в 1886 г. Rapin, где студент, слушавший лекцию, получил крапивницу. У одной больной, страдавшей 20 лет крапивницей, появление заболевания ставилось в связь с горем о смерти мужа и ребенка. Cassierer сообщает в 1912 году о пациентке, получившей крапивницу в тот момент, когда крапивницей заболел ее ребенок. Kohnstamm показал субъекта, у которого на указанном ранее месте в гипнозе можно было вызвать появление волдыря. Stekkel приводит больного, страдавшего болезнью пространства во влагалище, страдавшего опуханием ног, когда он один проходил по площадям. Опухание не наступало в том случае, если больной проходил площадь с врачом. Joltrain и René Benard в 1917 г. наблюдали девушку 18 лет, на которую напал мужчина. Девушка сильно испугалась, и тело ее покрылось вслед за этим зудящей сыпью, пришедшей на следующий день характер пузырей. Исследуя эту пациентку, указанные врачи внезапно произвели сильный шум. Пациентка испугалась, и тело ее покрылось крапивницей.

Schultz сообщил о больном, у которого на среднем пальце правой руки, где он носил обручальное кольцо, появился ограниченный отек ночью того дня, когда уехала его жена. Отек этот держался в течение 3 недель и исчез в день приезда жены.

Elier наблюдал больного крапивницей, у которого сыпь появлялась во время работы в бюро. Через несколько времени он обанкротился, и крапивница прошла. Hansen описал больную X. При свидании с приятелем в гостинице возникает опасность для нее, что ее откроет здесь муж. Через несколько моментов (перед этим она ела раков, которых всегда хорошо переносила) появилась крапивница. С этого времени крапивница всегда повторялась, когда больная ела раков. Diehl и Heinichen смогли по желанию увеличивать и уменьшать соответствующими гипнотическими внушениями искусственно вызванные уртикарные элементы. Аналогичные наблюдения сделали Ferberg, Schief и Hansen.

В настоящее время в литературе все больше накапливается материала, где наступлению крапивницы предшествовала та или иная психическая эмоция. Flandin сообщил о хирурге, у которого каждое испытание сопровождалось высыпанием крапивницы и сильным зудом. Я. Юдин описал больную М. 24 лет, считавшую себя человеком нервным, неуравновешенным, быстро возбуджающимся. По поводу гонорреи больной было сделано промывание мочевого пузыря раствором ляписа 1: 4000, после чего больная ушла в уборную опорожнить пузырь. Здесь она встретила другую больную с сыпью на теле. Больная М. решила, что это сифилитичка и что она, взвизывая за ручку двери, за которую раньше бралась сифилитичка, заразилась сифилисом.

Наряду с появлением тут же задержки мочи, больная отметила зуд правой руки. При осмотре на кисти правой руки обнаружена неправильно округлая яркочерного цвета высыпь. Местами вокруг фокуса имелся бледный поясик. Уровень сыпи несколько возвышался над уровнем кожи.

При проведении с надавливанием пальцем на кожу плеча через 2—3 секунды появлялась такая же высыпь. То же повторилось и на левой руке и на бедрах. Наконец достаточно было пристально взглянуть на какой-либо участок кожи больной, фиксировать на этом участке ее внимание и чуть-чуть провести пальцем, как тотчас же появлялась высыпь. Через 1½ часа, когда больная успокоилась, сыпь исчезла. По словам больной эта сыпь появилась у нее впервые.

F. Dufke сообщил о случае психической крапивницы, когда у 28-летней больной вызывалась обильная крапивница после прикосновения к ее открытым местам тела шелком. Когда больной на спину положили кусок полотна, сказав, что кладется шелк, у нее через 20 минут появилось покраснение кожи, сменившееся в дальнейшем небольшими волдырями. Через час после начала опыта крапивница исчезла. Прикладывание шелка к закрытым участкам кожи — к бедру не вызвало появления крапивницы. Интересен случай Kreibich'a и Sobotka, где экспериментально была вызвана психическая крапивница у субъекта при возбуждении его неправильным обвинением.

Joltrain доложил о женщине, у которой во время войны при бомбардировке ее города появлялась всегда крапивница. Это же автор привел наблюдения двух женщин, у которых крапивница наступала после испуга.

В. Н. Финне описал следующий случай: М., 35 лет, хорошо поддается гипнозу. После приведения в глубокий гипноз на кожу прикладывалась медная монета со словесным внушением, что монета раскалена, ей больно и т. д. После пробуждения, при непосредственном наблюдении врача, через 25 минут появилось разлитое покраснение, через 30 минут покраснение и ошущение жжения. Через 3½ часа после внушения образовался волдырь.

Liebner на заседании Будапештского дермат. о-ва 1. III. 29 и 3. V. 29 демонстрировал два случая психической крапивницы. В первом случае у студента медика, 23 лет, после душевных волнений, возникла крапивница. Во втором случае у женщины 32 лет — с 15 лет, после воздействия на нее тепла или холода и особенно при психических возбуждениях, появлялась крапивница. Выступивший в прениях Liebner отметил, что после психического влияния благодаря участию вегетативно-нервной системы образуются в крови субстанции, которые при наличии реагинов, вызывают крапивницу. В подтверждение этому он напомнил о случае, демонстрированном им с Rajka, где у девочки 10 лет, при сжимании ею в руке ваты, появлялась гусиная кожа и крапивница. Простой шелест сжимаемой свежей ваты

вызывал у нее неприятное чувство. При этом в крови у нее при исследовании обнаружены были субстанции, вызывающие воспаление. Nekam в своем выступлении по поводу случаев Lieber'a отметил, что проблема психической крапивницы не может считаться выясненной. Iadassohn и Rothe считают, что в случаях психической крапивницы бывают поражены в своей функции железы внутренней секреции, а это и ведет к появлению крапивницы. Wright объясняет возможность появления крапивницы у приведенного им врача тем, что последний, благодаря своей силе воли, направлял часть крови в сосуды кожи. Кровь при этом имела патологические включения, ведущие к образованию крапивницы.

Bonjour, разбирая работы о гипнотическом влиянии на больных с рядом заболеваний, как-то: erythrodermia, hyperhidrosis, сенная лихорадка, а также крапивница, говорит, что то заболевание, которое по нашим определениям соответствует идиосинкразии, соответствует душевным волнениям. Vinnemann, Kreibich, Mohr придерживаются того взгляда, что упомянутые заболевания основываются не только на патологическом состоянии кожи, но и на влиянии психики на кожу. Такое терапевтическое воздействие объясняется первоначальным влиянием на кровеносную систему.

W. Sack сообщил о двух больных, где у одной крапивница рецидивировала на месте бывшей экземы после каких-либо волнений, а у другой крапивница наступала перед menses при опасении возможности забеременеть.

Больная первая 22 лет, жена служащего среднего достатка, являлась с жалобами на зудящую сыпь по телу, длящуюся у нее в течение 1½ лет. Сыпь появляется периодически, состоит из сильно зудящих, красных, возвышающихся над поверхностью здоровой кожи элементов различной величины, не имеющих определенной локализации. Элементы существуют неопределенно долгое время и потом также внезапно исчезают. Разнообразное лечение у врачей не принесло облегчения. Диагноз: Urticaria rubra.

При собирании анамнеза выяснилось следующее: когда больной было 14 лет, ее сестра, старше ее на 4 года, родила внебрачного ребенка. Это обстоятельство чрезвычайно огорчило всю семью и побудило отца значительно строже относиться к своим младшим дочерям. С этого времени у больной развилось отвращение к детям, перешедшее в дальнейшем в непобедимое чувство страха.

В 20 лет, по желанию родителей, больная выходит замуж за нравящегося ей человека. Перед браком она несколько раз хотела расторгнуть свадьбу, боясь иметь в супружестве детей. Лишь страх перед родителями удержал ее от этого шага. Муж из религиозных соображений считал недопустимым предпринимать предохранительные от беременности меры. С этого времени интимная супружеская жизнь стала для больной постоян-

ным источником боязни и возбужденных состояний. Боязнь беременности поглощала ее всю, чувство сексуального удовлетворения осталось ей неизвестным. Без ведома мужа она делала себе постоянно спринцевания дезинфицирующими средствами. Вскоре после вступления в брак у больной впервые появилась крапивница. Дальше можно было проследить, как, после наступления желаемых месячных, сыпь постоянно исчезала.

Sack заподозрил в данном случае, что крапивница является соматическим эквивалентом упомянутого сильного возбуждения, и, не объясняя причины, попросил пациентку между двумя последующими менструациями воздержаться от половых сношений. Когда пациентка пришла после назначенного ей срока, она указала, что в течение всего данного периода времени сыпь у нее не появлялась. Это сообщение послужило подтверждением поставленному диагнозу и заставило врача провестись в данном направлении ряд психоаналитических терапевтических сеансов. Больной была разъяснена причина ее сыни и было указано на ненормальность ее переживаний. Больная ушла успокоенная. Через несколько месяцев она «вылась снова и указала, что сыпь у нее больше не появляется, она же забеременела.

Sack приводит далее следующее собственное наблюдение: 30-летний служащий гостиницы поступил на лечение по поводу острого нодозоформного дерматита. Проведен сеанс гипноза, во время которого пациент впадал в глубокий сон. Всего проведено 3 сеанса на протяжении 8 дней. Внушалась полная анестезия, состояние паралича и обескровливания попеременно то левой, то правой руки. После этого наносилось на симметрические места обеих рук немного нодозоформа. В то время как на фиксированной во время гипноза руке развивалось незначительное покраснение с небольшими папулезными элементами величиной около одной марки (50-коп. монеты), на другой руке получалось диффузное покраснение с отеком и мокнутием в центре. Это поражение требовало при лечении почти в два раза больше времени, чем поражение на противоположной руке.

Это наблюдение, по мнению Sack'a, разбивает положение Kropfeld'a и Wittkoneer'a, что кожная аллергия не может быть вызвана в гипнозе и, если она имеется, не может быть изменена в гипнозе.

Galewsky также доложил об одном случае крапивницы, излеченной гипнотерапией. На VIII международном конгрессе дерматологов в Копенгагене Wohlstein сообщил об обильной психической крапивнице. После демонстрации одного случая аллергической крапивницы у присутствовавшей при этом другой пациентки с истерической конституцией на другой день появилась крапивница такого же вида и на аналогичных местах. Наблюдавшиеся клинические симптомы связаны, как известно, с жимическими или токсическими раздражителями. Wohlstein считает, что здесь вопрос может идти о двух возможностях: или химико-технические вещества находились уже в организме и они

стали активными после психо-раздражающих факторов или психические раздражители провоцируют нарушение химического равновесия, ведущего вторично к поражению кожи. Автор считает, что в этих случаях можно много ожидать от изучения химического состава крови.

Столь разноречивые по своему толкованию случаи психической крапивницы побуждают и нас сообщить о больной, наблюдавшейся нами.

Больная Я. 41 года, врач, замужем. 3 года т. н. заболела малярной тегтиана ей гориса. Стала делаться хинином. После 6 гинейский хинина появилась крапивница. В дальнейшем, после приема хинина, ризольной или сичини'на через 3—4 часа, а в последнее время уже через 2 часа по всему телу появлялась крапивница, сопровождающаяся зудом. Крапивница появляется, держится около суток и постепенно исчезает. Принимаю после появления крапивницы 0,015 морфия. При этом она сама заявляет, что для нее достаточно одного сознания, что она приняла морфин, чтобы крапивница улетела шумом в голове (справа, где был инсульт во время родов), что особенно сильно бывает выражено после появления крапивницы. Теперь плохо спит, сильно нервничает, плачет без особенной на то причины, обнаруживает желание быть одной.

Больная среднего роста, астеника, сердце и легкие без особенностей. Дермографизм красный. Отрадает запорам.

30 мая, 1925 г. подвергнута гипнозу. Заснула хорошо. Выпускает покой. Указывается, что горе прошло, нервы окрепнут, шум в голове прекратится.

2 июня. Отметила головную боль после гипноза. Не спала ночь. Первичает. Второй сеанс гипноза с тем же результатом.

5 июня. Начала спать лучше. Нет чувства шума в голове. Потрясаются в глубокий гипноз. Выпускаются предыдущий сеансов повторяется. Дальше предлагается в гипнозе выпить хинин. Больная соглашается. Дает ей 1,0 сахара, причем выпускается, что больная принимает хинин, что ей горько, неприятно и т. д. Больная «хинин» приняла, при этом все время морщилась и жаловалась, что ей горько. Пролежавшись вспоминает, что пила хинин, снова отмечает горечь во рту и просит занять воды.

Вечером 5 июня дома ощущала горечь во рту. Уснула быстро. Часов в пять утра 6 июня проснулась от чувства зуда на спине, на левом боку и правом бедре. На указанных местах отмечены волдыри в заднюю сторону человека. В час дня показались дерматологу (доктор А. Я. Дегтяр), констатированному наличие волдырей и пятен на упомянутых местах. Р 4½ часа дня нами были отмечены красивые, воспалительного характера, пятна на спине, правом боку и правом бедре волдырей с заднюю сторону человека и расчесы на пораженных участках. Перед началом сеанса гипноза просит, чтобы ей было внушено, что крапивница прошла и больше нет зуда. Погружена в глубокий сон. Помощь общего словесного внушения покоя, выпускается, что крапивница прошла и зуда больше нет. Проспав около часа, больная была разбужена. В кабинете уже отмечает, что зуда почти нет. Пятна на спине, боку и бедре значительно поблекли.

7 июня. Больная отметила, что зуд у нее после ухода от нас быстро прошел, в дальнейшем не возобновился и крапивница больше не появилась. Отмечает задержку стула. Ей дается совет принять салат. Гипноз. Выпускается покой. В гипнозе повторяется больная, что ей надо принять салат. Больная соглашается. Дается в гипнозе 0,3 соляно-кислого хинина в облатке. Выпускается, что больная выпила салат и что у нее теперь бу-

дет хорошее самочувствие. Пробуждение. Ушла с хорошим самочувствием. 8 июня. Спала ночь хорошо. Крапивница не было. Зуда не ощущала. Ше было и шума в голове, что всегда раньше наступало у больной после приема хинина.

12 июня. Чувствует себя настолько хорошо, что считает своевременным попробовать дома принять хинин. В гипнозе, кроме обычных внушений, проводится словесная инструкция, что прием хинина внутрь больше не вызовет никаких неприятных ощущений. После пробуждения больная советует принять дома 0,5 хинина в таблетке.

17 июня. После приема дома 0,5 хинина в таблетке ни крапивница, ни других неприятных ощущений у больной не появилась.

20 июня. Большая дна раза за это время принимала дома хинин. и ни разу не наступало неприятных явлений.

Таким образом, на описанном случае мы видим, что у женщины 41 года, заболевшей малярией, обнаружилось переносимость к хинину (плазмохину и эухинину). Достаточно было пройти трех-четырем, а впоследствии двум часам после приема хинина, как развивалась по всему телу крапивница, сопровождавшаяся сильным зудом, появлением шума в голове и рядом других неприятных ощущений. Принятый внутрь морфин (0,015) очень скоро купировал все эти приступы. Очень исправлялись сначала дать нашему случаю толкование, что у больной имеется повышенная чувствительность — аллергия, сенсibilизация к хинину, которые обнаруживая у нее после шестой или седьмой хинина. Однако при самом богатом знакомстве с большой олитой факт направляет мысль на другой путь—это то, что после приема морфия у больной очень быстро купировался приступ крапивницы, как она сама отмечает, еще до возможности всасывания морфия из кишечника. Этот момент отнюдь непосредственное участие психики больной в возникновении крапивницы.

Действительно, когда во время третьего сеанса гипноза больной было внушено, что ей дается хинин, хотя ей давался сахар, она быстро дала живую реакцию на хинин—появление волдырей, зуд и т. д. Говорить здесь об явлениях аллергии не приходится. В этом случае не были введены раздражающие вещества, а крапивница, зуд и шум в голове все же появились.

Мы склонны здесь воспользоваться мнением Kreibich'a, что патогенетически многие формы крапивницы еще и теперь должны считаться ангионеврозами и что возникновение волдыря в этих случаях следует считать продуктом серозного воспаления, появившимся на ангионевротической базе. Ангионевротическое проявление Kreibich объясняет вазомоторными сосудистыми рефлексами. Рефлекс отвечает всеми формами вазомоторных возбуждений и всеми видами воспалений. Решающими для появления формы и интенсивности рефлекса являются наряду с родом и интенсивностью приносящего раздражения лабильность и раздражимость рефлекторной почвы.

Исходным понятием рефлекса у нас является декартовское понятие, где тот или иной рецепторный нервный прибор ударяет тот или иной агент внешнего мира или внутреннего мира организма. Этот удар трансформируется в нервный процесс, явления нервного возбуждения. Возбуждение по нервным волокнам, как проводникам, передается в центральную нервную систему и оттуда благодаря установленным связям по другим проводникам переносится к рабочему органу, трансформируясь в свою очередь в специфический для клеток этого органа процесс.

Таким образом в рефлекторной дуге нашей больной, приводившей раздражение к образованию на коже волдырей, хинин соприкасался с рецепторным нервным прибором рефлекторной дуги или на слизистой желудочно-кишечного канала или с тканями при внутримышечном впрыскивании. Отсюда, как учил еще Декарт, это воздействие трансформировалось в нервный процесс, в явление нервного возбуждения, которое по нервным волокнам передавалось в центральную нервную систему и отсюда по другим нервным проводникам неслось к коже, где трансформировалось в соответствующий вазомоторный сосудистый рефлекс.

Учитывая, что больная до нашего эксперимента неоднократно принимала хинин и у нее после этого возникала крапивница, мы, согласно со взглядами И. П. Павлова, считали, что перенесенное раздражение (прием хинина) в коре больших полушарий оставило на некоторое время след. Таким образом при возможности включиться по пути следования указанного рефлекса, напр. в центральной нервной системе, мы бы могли ожидать, что рефлекс дальше пойдет по проторенному уже раньше пути и даст соответствующий вазомоторно-сосудистый рефлекс.

Как видно из протоколов опыта, наше предположение целиком оправдалось. Внушением больной, что она приняла хинин, когда мы давали ей сахар, на который она никогда не проявляла никакой отрицательной реакции, мы, миновав рецепторный нервный прибор, включились в рефлекторную дугу на протяжении, вероятно, в головном мозгу, и, вызвав представление о хинине, замкнули этим рефлекторную дугу. Раздражение по проложенному предварительному пути перенеслось к коже, где появилась крапивница. Одновременно рефлекс был передан и по другим путям, что проявилось ощущением шума в голове и т. д. Другими словами, нам удалось в гипнозе замкнуть рефлекторную дугу на ее протяжении и вызвать рефлекс без контакта с рецепторным нервным прибором.

Дальнейшей нашей задачей было разомкнуть рефлекторную дугу в месте, доступном в данном случае нашему влиянию, — вероятно опять-таки в головном мозгу и прервать вызванное с рецепторного нервного прибора раздражение. Это проделали мы в последующем нашем опыте от 7/VI. Здесь мы дали больной в гипнозе 0,3 хинина, т. е. воздействовали через желудочно-кишечный тракт на ее рецепторно-нервный аппарат, но разомкнули рефлекторную цепь, как мы предполагали, в головном мозгу, внушая больной, что она принимает салол. Рефлекторная цепь нашим гипнотическим вмешательством была прервана, и мы не получили у больной после приема хинина ни крапивницы, ни других неприятных ощущений. Надо заметить, что еще в опыте 6/VI нам удалось прервать замкнутую 5/VI рефлекторную цепь, внушая больной, что зуд у нее прекратился и что крапивница исчезла. Эффект был положительный, так как

имевшиеся пятна у больной уже на наших глазах побледнели и совершенно прекратился зуд.

Последним этапом нашего эксперимента было разомкнуть у больной рефлекторную цепь на продолжительное время с таким расчетом, чтобы это размыкание цепи осталось у нее и после пробуждения. Добиваемся мы этого во время сеанса 12/VI, когда во сне внушаем больной, что принятие хинина дома уже не вызовет у нее больше крапивницы. И здесь наше предположение оправдалось: больная вечером 12/VI и еще два раза до 20/VI приняла хинин, воздействовала на рецепторно-нервный аппарат, но рефлекс — крапивница — не наступил, так как рефлекторная дуга нами была прервана.

Подводя итог нашим экспериментам, мы видим, что крапивница и ряд других неприятных субъективных ощущений, которыми больная неизменно реагировала на введение хинина, развившиеся у нее при постепенной сенсibilизации организма к данному медикаменту, не могут быть объяснены одним лишь привычным нам для данных случаев понятием — непереносимости организма к данному медикаменту, аллергия организма, — а являются несравненно более сложным моментом, хотя и само понятие „непереносимости организма“, „аллергия организма“ и т. д. еще не может считаться окончательно ясным. В нашем случае мы видим, что можно не только вызвать крапивницу без введения аллергена, но и задержать появление „аллергической“ реакции на введенный аллерген. Мы могли здесь с несомненностью продемонстрировать, с одной стороны, важную роль нервной системы в возникновении аллергической реакции организма на введенный аллерген, а с другой стороны — возможность вызывания по нашему желанию психической крапивницы.

Аналогично описанному случаю, нам пришлось наблюдать излечение гипнозом больного с сальварсанным дерматитом. Поскольку в доступной нам литературе мы не нашли описания сальварсанных дерматитов, подобных приводимому нами ниже, считаем нелишним остановиться на нашем случае подробнее.

Бной Л. П., 35 лет, чернорабочий, поступил 21 мая 1935 г. в стационар клинического института с диагнозом *Lues 1. maculoparvula recidiva*. Начало заболевания относят к 1934 году, когда, вскоре после сменения со случайной женщиной, появилась на penis язва. Лечился присыпками. Через 3 месяца больной с сылью является в стационар венерологического института, где получает неполный антилюэтический курс. Лечение сальварсаном в больнице было прервано, так как после введения *Novosalvarsan* 4, растворенного как в воде, так и в глюкозе, у больного повторно появилась крапивница. В начале июня 1935 г. у больного появляются рецидивы, с которыми он и направлен был в стационар.

В детстве перенес корь, в 1921 году сыпной тиф, в 1927 г. и в 1933: болен гонореей. Со стороны наследственности никаких патологических указаний нет.

Вольный весит 74 кг. Со стороны внутренних органов и нервной системы патологии не обнаружено. Моча без особенностей. На коже туловища имеется типичная для люсы группированная макуло-папулезная

сыпь, мокнувшие язвочки на *glans penis*. Р. В. + + + +. Назначена терапия Novarsenol — Вильши + 23 июля 1935 г. Novarsenol 0,15 (№ 1). После введения ветром 1—34,1° утром 30,0°. Отмечает неприятный запах во время введения и вскоре после введения появились крапивница на плечах и бедрах. 25 июля Novarsenol 0,3 (№ 2). 26 июля. Температура после введения не повышена. Лютитическая сыпь бледнеет. В области плеч и бедер в незначительном количестве появились уртикарные элементы, продержавшиеся несколько часов. 28 июля сделано третье введение Novarsenol 0,3. На другой день после введения на плечах и бедрах снова отмечено появление небольшого количества уртикарных элементов. 3 июля. Перед введением с больным проводится сеанс гипноза, во время которого больной погружается в легкий сон. Делается внушение, что во время следующего введения неприятного запаха. Через полчаса после пробуждения вливается 0,2 Novarsenol (№ 4). Вливание переносит хорошо, запаха почти не ощущает. После вливания лишь в одном месте на бедре появились уртикарный элемент, продержавшийся несколько минут. Лютитическая сыпь исчезает.

4 июля. Сеанс гипноза повторяется с теми же внушениями. 5 июля. Вливание Novarsenol 0,45 (№ 5). 6 июля. Вливание перенес хорошо. Запаха при вливании больной не чувствует. Уртикарные элементы не появляются.

В дальнейшем больной продолжал лечение, получая по  $S_0$  Novarsenol'a без наступления каких бы то ни было осложнений.

Резюмируя наш случай, мы видим, что у больного льюэзом во время лечения появляется после вливаний сальварсана уртикарная сыпь, заставляющая прервать лечение препаратами сальварсана.

При назначении последующих курсов этот дерматит у больного неизменно наступает после каждого вливания даже минимальных доз сальварсана, сопровождается повышениями температуры и неприятными субъективными ощущениями. Двумя сеансами гипнотерапии дается эту „сенсбилизацию“ организма уничтожить, после чего вливания сальварсана даже в больших дозах (0,6) переносятся уже без всяких осложнений.

Столь успешное применение гипнотерапии позволяет нам трактовать нашего больного как случай психической крапивницы. Возможно, что совпавшее у него при первых вливаниях сальварсана появление крапивницы дало в представлении больного известную связь между этими двумя фактами: вливанием сальварсана и развитием после этого неприятных субъективных ощущений (неприятный запах, повышение температуры, и, наконец, высыпание на определенных участках крапивницы), что и повело к замыканию определенной рефлекторной дуги, а вместе с этим и созданию условного рефлекса на вливание сальварсана. Нашим гипнотическим вмешательством рефлекторная цепь была прервана, и больной стал после этого хорошо переносить вливания.

В приведенном случае так же, как и при психической крапивнице, возникшей у больной после приема хинина, гипнотерапией нам удалось достигнуть благоприятного терапевтического эффекта.

В заключение мы хотели бы напомнить слова Dracoulides, который, в сущности говоря, повторял мысль Kreibich'a, что аллергические дерматозы не должно считать нозологическими единицами. Это могут быть реакции, вызываемые различными причинами. Отсюда же вытекает необходимость и строго индивидуализировать терапию каждого отдельного больного, учитывая все особенности данного случая.

## БОРОДАВКИ

Один из интересных отделов применения гипнотерапии в дерматологии, несомненно, является лечение гипнозом бородавок. Литература по данному вопросу становится все обширнее. Bruno Bloch в 1927 году в своей чрезвычайно инструктивной статье „О лечении бородавок гипнозом“ пишет, что все еще существует мнение, что психотерапия поддается лишь те болезни, которые возникают психогенным путем. Бородавки же относятся к тем доброкачественным эпителиомам, которые, без сомнения, вызываются инфекционным началом (I. Iadassohn). И тем не менее, — пишет дальше Bloch, — бородавки излечиваются зачастую единичным психическим воздействием. Bloch указывает, что наблюдались случаи, когда бородавки, находившиеся на коже в течение ряда лет, исчезали внезапно, без каких-либо видимых причин за одну ночь.

Bloch приводит сообщения, сделанные ему геологом проф. Heim, когда его отец в 1860—1862 году излечил бородавки у его братьев, притронувшись к бородавкам и сказав при этом: „Эта исчезнет, и эта исчезнет тоже“. Через 4 дня бородавки исчезли. В 1886 г. у 4-летнего сына проф. Heim'a появились многочисленные бородавки на лице и руках. Лечение прижиганием ляписом не дало терапевтического эффекта. Вспомнив лечение бородавок отцом, проф. Heim взял руку сына и, сказав ему, чтобы тот смотрел ему в глаза, стал тихо произносить, слегка прикасаясь к бородавкам: „Эта и эта теперь исчезнут“. Продолжалось это внушение минуты 2—3. После этого он сказал: „Так, теперь тебе нечего думать, бородавки исчезнут“. Через 4 дня бородавки исчезли и не появлялись больше.

Дальше проф. Heim приводит целый ряд интересных случаев, где многократным внушением ему удалось избавлять в большинстве всех случаев от бородавок как маленьких, так и взрослых пациентов.

Однако, тут же проф. Heim указывает, что когда он достиг 60—65-летнего возраста, ему больше не удавалось вылечивать бородавок гипнозом. Он считает, что в это время он сам не мог уже достаточно сконцентрировать свое внимание и не мог в нужной мере обладать во время сеанса вниманием пациента. Отсюда исчезла уверенность в успехе, терапевтический эффект не наступал, и он прекратил лечение бородавок гипнозом. Разбирая данные проф. Heim'a, Bruno Bloch обращает вни-

мание на ряд моментов: 1. Излечение наступает не во всех случаях, что совпадает с мнением ряда других авторов и самого Bloch'a. Для успеха терапии: необходимо выполнение двух условий: а) убежденности лечащего, что бородавки таким способом могут быть излечены и 2) чтобы пациент легко поддавался внушению. Интересным является то, на что указывает и Bloch, что каждое подобное внушение вызывает ощутимое напряжение волевых сил гипнотизирующего. Не без внимания должно остаться и то, что с наступлением пожилого возраста, когда способность сосредотачиваться становится меньше, может исчезнуть и способность вылечивать бородавки гипнозом.

Еще Brocq в своей *Dermatologie pratique* указал, что гипнозом можно достигнуть исчезновения плоских бородавок.

Nini в 1923 г. сообщил об успешном лечении бородавок гипнозом лицами, не имеющими медицинского образования. Так, один парикмахер лечил бородавки, делая на вежке сморокницы столько насечек, сколько было у больного бородавок и указывая, что бородавки пропадут, когда засохнет веточка. Другие лечили бородавки, смачивая их соевым раствором и говоря при этом, что применяемое средство является новым лекарством для лечения бородавок.

Pech и Savaniol сообщили о случаях, где существовавшие в течение долгого времени бородавки исчезли после сильного волнения (арест). G. Vielle наблюдал исчезновение многочисленных бородавок на лице и руках после каутеризации 3—4 из них. Oglowski сообщил об исчезновении бородавок у лица, подвергнувшегося у него три недели перед тем гипнотерапии.

Подробнее и более исчерпывающе остановились на этом Voljoug и Grumich. Voljoug применяет следующий способ: он срисовывает на белом листе бумаге пораженную руку пациента и наносит на рисунок, согласно расположению на руке, бородавки в их натуральную величину. Потом он завязывает пациенту глаза, слегка протирает бородавки, при вытянутых руках, палочкой и при этом приговаривает: «С сегодняшнего дня вы перестанете чувствовать ваши бородавки, они исчезнут. Вы не должны касаться ваших бородавок». В тяжелых случаях, особенно при значительных бородавках, повторяет он сеанс до 6 раз и требует, чтобы больной принес фотографическую карточку своих больных мест. Бородавки исчезали при этом бесследно в течение 10—35 дней. Так же успешно проходило одно лишь словесное внушение и даже лечение посредством письма. Voljoug уже в течение 30 лет не видел ни одной неудачи при лечении подобным образом бородавок.

Grumach сообщил о 16 случаях, где он удачно излечил плоские и вульгарные бородавки, впрыскивая несколько раз физиологический раствор, внушая при этом, что впрыскиваемое лекарство является лучшим новым средством для борьбы с бородавками.

Kraft Ebing еще в 1897 г. докладывал об успешном применении гипнотерапии при лечении бородавок.

B. Bloch считает, что при удачном лечении другими авторами бородавок приемом внутрь мышьяка или ртути, *Magnesia usta*, *Tinct. Thujae*, *Aq. calcis* (Brocq), *Magnesium chlorid.* (Greco) успех терапии также следует объяснить внушением. Точно также следует объяснять внушением исчезновение всех бородавок после того, как удалена самая большая из них («vergue mère»). Особенно интересным является то, что приведенные способы лечения бородавок в руках ряда авторов давали чрезвычайно разноречивые терапевтические результаты. В одних руках они оказывали блестящее лечебное действие, в других — оставались безрезультатными.

B. Bloch, прежде чем перейти к изложению собственных наблюдений, пишет, что нельзя в дальнейшем, как это было до сих пор, относиться к вышеизложенному способу лечения бородавок, исходя из удобной, но не обоснованной научно позиции отрицания приведенной терапии. Обязанностью научно мыслящего медика, и особенно клинициста, является изучение данного способа в строго научной обстановке, независимо от того, могут ли полученные результаты лечения быть объяснены имеющимися сейчас в нашем распоряжении теоретическими обоснованиями.

Метод лечения гипнозом бородавок, применявшийся Bloch'ом, был следующий: пациента, после предварительного разъяснения, суггестивной терапии, с завязанными глазами вводили в операционную комнату. Там его усаживали и клали руки на пантостат. Аппарат пускался в ход, однако ток через больного не пропускался. Расчет велся на слуховое восприятие больным производимого пантостатом шума. На заготовленную заранее на бумаге схему наносился рисунок расположения у пациента бородавок. Потом отдельные бородавки смазывались каким-ли бо красящим раствором (обычно для этой цели применялся раствор метиленовой синьки или возина). После этого пациента снова вводили в приемную, развязывали глаза и фиксировали его внимание на том, что к бородавкам нельзя прикасаться до тех пор, пока с них не сойдет окраска. Дальше больному говорит, что бородавки у него при этом способе лечения обязательно исчезнут, и пациент отпускается с указанием, чтобы через некоторое время он снова показался. Лишь изредка, если лечение при повторных посещениях оставалось безрезультатным, через отдельные бородавки пропускался фарфадический ток, или делался акцент на словесном внушении, как это советовал Heim. Никогда не прибегали к глубокому гипнозу.

Bloch считает как, на основании своих личных наблюдений, так и литературных данных, что условием успешной гипнотерапии бородавок в частности и гипнотерапии вообще является достаточно сильное воздействие на психику пациента, что-



бы было возможным вызвать у него соматические изменения. Без сомнения тем энергичнее бывает терапевтическое влияние гипноза, чем сильнее вызывается внушением аффект, влияющий на центры и пути вегетативной нервной системы.

Результаты проведенного лечения больных с бородавками Bloch приводит в следующей сводке. Всего было лечено им 228 больных. Эффект терапии был проконтролирован у 179 больных. Из 179 больных были излечены одним сеансом 55—30,7%, двумя сеансами—32—17,9%, тремя сеансами—8—4,4%, несколькими сеансами—3—1,7%. Всего было излечено 98—57,7%. Частично излеченных было 2—1,1% и не поддалось лечению—79—44,1%. Таким образом больше половины всех случаев (54,7%) всех больных с бородавками были излечены. При вульгарных бородавках процент излечения достигал—44, при плоских бородавках—88,4%.

Исчезновение бородавок наступало постепенно, иногда быстро и даже внезапно. В 43% всех излеченных случаев излечение наступало в течение одного месяца после внушения, в 39% между 4 и 8 неделями и в 18%—между 2 и 3 месяцами.

В большинстве случаев у больных были множественные бородавки, в случаях плоских бородавок количество их иногда превосходило тысячу. Почти половина излеченных больных до лечения гипнозом без результата подвергалась различной терапии (мышьяк, ртуть, рентген, выжигания и т. п.), и бородавки у них без улучшения находились в продолжении нескольких лет.

Приводя дальше 19 интересных историй болезни излеченных больных, Bloch делает попытку критически разобрать полученные им результаты и считает, что количество случаев, подвергнувшихся клиническому наблюдению, достаточно, чтобы сделать определенные выводы; хемотерапевтическое влияние применявшихся средств было индифферентно и не может приниматься во внимание; хотя излечена была лишь часть больных, однако эта часть поглощает большую половину всех пациентов. Дальше автор разбирает возможность спонтанного излечения бородавок, о чем было известно уже давно. Он пишет, что если хроническое заболевание в большей половине всех случаев после определенного вмешательства исчезает, хотя до этого оно тянулось много недель, месяцев и даже лет и было безрезультатно лечено другими способами, то логически вытекает необходимость принять каузальную зависимость между терапевтическим вмешательством—в данном случае суггестией и исчезновением бородавок.

Bloch считает, что способ лечения бородавок гипнозом должен быть признан простым, безболезненным, безопасным и хорошим в косметическом отношении, так как заживление происходит без рубца.

Разбирая исход лечения бородавок гипнозом от свойств самого пациента, Bloch приходит к выводам, что лечение не на-

ходится в особенной зависимости от развития пациента. Так, удача наблюдалась как у высоко развитых субъектов—академиков, врачей (у последних даже после детального ознакомления их с методикой лечения), так и у глухонемых. Легче всего излечение наступало у детей. Пол не влиял на исход лечения бородавок внушением; гораздо легче поддавались излечению плоские бородавки (88,4%), труднее—вульгарные бородавки (44%). Bloch пытается объяснить это тем, что уже само анатомическое строение плоских бородавок делает их более доступными внушению по нервным путям импульсу, чем это возможно при разросшихся вульгарных бородавках. Также создавалось впечатление, что распространенные в большом количестве бородавки излечивались несколько труднее.

Отмечалось, после проведенной терапии, первоначальное набухание бородавок и даже кровоизлияния в них и уже в дальнейшем наступало уплощение бородавок и их исчезновение.

W. Scholtz также разделяет мнение о возможности излечения бородавок гипнозом.

В 1932 г. Müller сообщил о случае многочисленных бородавок, излеченных гипнозом. При этом им наблюдалось у больного падение кровяного давления с 160 до 115 мм. В этом же году появились доклад Sézary и Auzépy о лечении одного случая с распространенными плоскими и вульгарными бородавками, где после 4 инъекций аутогемотерапии бородавки исчезли. Эффект лечения авторы объясняли вызыванием шока, ведущего к терапевтическому изменению тканей, и делают дальше заключение, что при гипнотическом внушении также вызывается аналогичный шок.

Vollmer в 1933 г. написал статью, где он сообщил о хорошем успехе лечения бородавок у 30 детей смазыванием бородавок раствором метиленовой синьки и освещением синим светом.

В отечественной литературе также имеется ряд статей о лечении бородавок гипнозом (Манойлов) или о лечении бородавок концентрированными лучами солнечного света (Наумов) или инъекциями салициловой ртуть, где у Р. Д. Школьников из 72 проверенных больных выздоровело 56, т. е. 78%.

Мы совершенно не претендуем считать исчерпывающей приведенную литературу по вопросу лечения бородавок гипнозом. Вопрос этот в настоящее время освещен рядом авторитетных авторов и учреждений, и возможность излечения бородавок гипнозом не является уже чем-либо новым. В кожной клинике Ташкентского медицинского института подобные опыты ставились неоднократно. Профессор Мильман и д-р Бресткина проводили лечение бородавок инъекциями „нового“ или „только-что полученного средства“ и т. п. При этом инъецировалось обычно небольшое количество физиологического раствора или просто вкалывалась пустой шприц. Работа эта не была опубликована. Однако, авто-

ры неоднократно отмечали успех от такой терапии. Аналогичные сообщения были сделаны на заседаниях Ташкентского дерматологического общества Барановым и Уманским.

Мы отнюдь не считаем, что инъекция физиологического раствора или вкалывание пустого шприца могли действовать специфически на течение бородавкок. Так же, как и при лечении бородавкок аутогемотерапией (Sézarü и Auzéru), смазыванием метиленовой синькой и освещением синим светом (Наузов), или инъекциями физиологического раствора или вкалыванием пустого шприца (Grünasch, Мильман и Бресткина) и т. п., — мы склонны во всей этой разнообразной гамме терапевтических вмешательств видеть все ту же гипнотерию бородавкок, измененную лишь в способах своего применения.

Нам лично неоднократно приходилось наблюдать исключительно эффективные результаты лечения бородавкок гипнозом. Особенно интересным является один случай.

Больной 44 лет, служащий, явился в Ташкент в клинику кожных болезней в марте 1931 года с жалобами на бородавки, расположенные у него на руках. Бородавки настолько разрослись, что не позволяли больному сгибать кисти. Неоднократное лечение — оперативное, рентгенооблучением, прижигающими средствами — не давало заметного улучшения. По постановлению врачебной комиссии больной был переведен в являлись третьей категории.

При осмотре больного обнаружено большое количество вульгарных бородавкок, расположенных на кистях и захватывающих особенно сильно ладонные поверхности. Бородавки это до 1—1½ см возвышались над уровнем здоровой кожи, сидели вместе, образуя пашпир, не позволявший больному сгибать пальцы рук, которые оставались в несколько согнутом состоянии. Подвижность их была минимальна.

Словесное наше внушение: «Ваши бородавки теперь пропадут, вы совершенно избавитесь от них», причем взгляд больного фиксировался нашим взглядом, и смазывание бородавкок раствором метиленовой синькой через два дня дало разительный эффект. Когда больной явился для повторного сеанса через два дня — подвижность пальцев заметно увеличилась, бородавки уплостились.

Сеансы были повторены еще три раза в день через 12 у больного восстановилась подвижность пальцев рук (а вместе с этим и его трудоспособность!), и бородавки почти совершенно исчезли.

Случаи лечения бородавкок гипнозом приводились нами неоднократно, но успех был переменный. Мы не раз могли наблюдать больных, у которых одно лишь словесное внушение приводило к исчезновению бородавкок, но мы наблюдали и случаи, где больной, впадавший в глубокий гипноз, все же остался со своими плоскими бородавками, хотя ему неоднократно во сне внушалось, что бородавки исчезнут (см. лечение красного плоского лишая, больной 1). Возможно, что здесь надо было изменить технику гипнотерапии, перейти на инъекции или смазывание бородавкок красками, и тогда наступил бы желаемый лечебный эффект.

Мы, к сожалению, не фиксировали в свое время все наши случаи, где применялась гипнотерапия для лечения бородавкок, однако должны упомянуть, что успешная вначале эта терапия впоследствии, когда сущность ее стала известна широко сотрудникам клиники, с «улыбками» приводивших к нам больных для лечения, стала давать отрицательный результат. Так же, как и у Heim'a у нас исчезла уверенность в излечении наших больных, и мы прекратили лечение бородавкок гипнотерапией. Тем не менее наши сотрудники (Баранов и Уманский) неоднократно сообщали и показывали больных с бородавками, где гипнотерапия давала хороший лечебный результат.

Таким образом мы видим, что методика применения гипнотерапии бородавкок у различных врачей была различна.

Sack приводит несколько «рецептов» народных способов лечения бородавкок.

1. Лечение ауто suggestionей: а) переязывание бородавкок: больной берет ниточку и завязывает на ней столько узелков, сколько имеется бородавкок и каждую бородавку трет новым узелком. После этого нитка вешается на колоде и или кладется под порогом дома. Как только кто-либо нитку возьмет, или нитка в земле сгниет, бородавки исчезнут; б) счет бородавкок: попросить кого-либо здорового пересчитать имеющиеся у больного бородавки. Сосчитавший при этом получает бородавки, а у больного они исчезнут.

2. Лечение бородавкок внушением другими лицами. Этот метод применяли Vojjour, Heim, мы и ряд других авторов.

3. Излечение бородавкок накладыванием на них различных веществ: а) сырое мясо, б) смазывание их мелом или красками и т. п.

Конечно, мы не перечислили всех возможных вариантов таких способов лечения. Они могут быть сколь же разнообразны и неожиданны по технике проведения, сколь разнообразны иногда бывают плоды человеческой фантазии. Однако очень часто все они ведут к исчезновению бородавкок и еще лишней раз подтверждают, что лечение бородавкок гипнозом может и должно войти в обиход лечащего врача, которому необходимо только умело и правильно поставить весь процесс данного лечения.

#### КРУГОВИДНОЕ ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС (Alopecia areata)

Психогенез круговидного выпадения волос (к. в. в.) неоднократно обсуждался в литературе. Sabouraud пишет, однако, еще в 1929 г., что это как раз бывает те случаи к. в. в., где трудно бывает как отрицать психогенную их этиологию, так и доказать ее.

Случаи к. в. в. после эмоционального шока описаны уже в 1874 г. Черепиним, Meyer'ом и в 1875 году Nefel'ем. Черепин

сообщил здесь случай к. в. в., в котором этиологическим моментом был удар головы с потерей сознания на 8 часов. Meyer и Neffel видели распространенное выпадение волос при меланхолических формах психоза.

Tylop приводит два наблюдения, в первом из них больной 40 лет после огорчения, причиненного расстройством финансовых дел, заметил начинающееся выпадение волос, которое в дальнейшем течении так быстро прогрессировало, что через 10 дней получилась alopecia universalis. В другом — у больного 21 года универсальное выпадение волос последовало вслед за ушибом при падении с лошади.

Frédet в 1879 г. описал выпадение волос у молодой девушки, на которую обрушился потолок. Выпадение волос началось через два дня после несчастья, и через шесть дней все волосы выпали.

П. В. Никольский в 1886 году опубликовал ряд случаев к. в. в., где выпадению волос предшествовало психическое переживание. Приводим отдельные описанные им случаи: гимназист М 17 лет (случай 5), неврастения, alopecia areata. К. в. в. появилась здесь в течение 3 лет повторно в учебное время после усиленных занятий и проходила в каникулярное время. Случай 6. Неврастения. Круговидное выпадение волос. Земледелец Т. 33 лет. Вскоре после пожара в имении, причинившего испуг и много тревог больному, развилось к. в. в. Через два месяца волосы выросли снова. Случай 7. Неврастения. К. в. в. — А. Ольга 24 лет. Была истощена. Тяжелое нравственное состояние усилилось еще тогда, когда она узнала о наступившей беременности. Появилось выпадение волос кругами. Под влиянием укрепляющего режима волосы отросли.

Arago сообщил о капитане корабля, пораженном молнией. На следующий уже день у него начали выпадать волосы и выпали на всех участках тела. Morlon в 1895 г. наблюдал девушку, попавшую в катастрофу, когда был убит ее отец. Через неделю началось выпадение волос, принявшее в дальнейшем генерализованный характер. Иордан ставит также выпадение волос при к. в. в. в зависимости с психическими переживаниями. Jackson и Mac Murtry утверждают, что психические возбуждения, внезапное горе, страх, длительные заботы являются частыми причинами появления к. в. в. Подобных же взглядов придерживаются и O'Donovan и Mac Kenna.

Roelmann сообщил о двух случаях наступления к. в. в. после психической травмы. В первом случае дело шло о раненом в предплечье солдате, оставшемся лежать при артиллерийском обстреле в течение часа. Были очень сильные психические переживания. Через 4 дня после ранения при головных болях началось выпадение волос, принявшее универсальный размер. Второй случай наступил у больного после обвала в горах, где он был спасен из очень опасного положения. Через несколько дней после происшествия наступили головные боли, выпадение

волос на голове и бороде и их частичное поседение. Spiegler доложил о 22-летнем солдате, пролежавшем несколько часов без сознания после контузии. Через два дня после этого при сильных головных болях потеря всех волос, включая сюда и пушковые волосы. Интересным является случай Rogers'a, где у мужчины 37 лет трижды развивалось к. в. в., длившееся около года. Каждый раз волосы начинали выпадать при рождении его женою ребенка, что вызвало у больного беспокойство, связанное с увеличением семейных расходов. Рождение мертвого ребенка обошлось для больного благополучно.

Sabouraud, хотя и критически относится к изложенным в литературе случаям к. в. в. после эмоциональных шоков, однако сам сообщает случаи, где выпадение волос началось у больной на 13-й день после того, как ее в дороге изнасиловали. В течение 3 недель выпали волосы, за исключением бровей и ресниц. Через месяц после облысения волосы стали отрастать, как бы после тяжелой инфекции. На заседании Ташкентского дерматологического общества А. С. Зельманович демонстрировал женщину к. в. в., наступившим после эмоционального шока.

Sabouraud отказывается понимать происходящее при подобном выпадении волос механизмы процесса. Вель самая быстрая эпилепсия волос — рентген-эпилепсия требует все же латентного периода от момента освещения до момента выпадения волос в 11–15 дней. Выпадение волос при эмоциональном шоке начинается уже в ближайшие дни после психической травмы и в несколько недель может принять универсальный характер. Так, Spiegler описал пациента, у которого через 2 дня после взрыва вблизи него гранаты, выпали все волосы.

Интересны сообщения, указывающие на наступающее одновременно с выпадением волос и их поседение. Heller, выступивший в 1925 г. на заседании Берлинского дерматологического общества по докладу Kronfeld'a, сообщил о поседении волос при испуге. Jsaak здесь же сказал о наступившем после испуга полном выпадении волос.

Ioelsch видел частичное поседение и выпадение волос после психической травмы у солдата. Аналогичное сообщение сделали Goldmann и Nehls. Heinicke в 1903 г. наблюдал у больной с dementia praecox дважды после наступления приступа появления седых пряди волос шириной в 3 см. Первый раз поседение держалось 4 дня, второй раз один лишь день. При успокоении психического состояния волосы потемнели.

Столь несомненная для ряда случаев внезапного поседения волос или к. в. в. роль психических эмоций с настоятельностью выдвигает вопрос, нельзя ли в этих случаях добиться излечения гипнотерапией, так как наши обычные лечебные средства не всегда себя в этих случаях оправдывали. Сведения о применении гипнотерапии при к. в. в. крайне скудны. Так, мы имеем сообщение Vonjuga о больной 50 лет с к. в. в. Общее состояние ее здоровья было неудовлетворительно, имелась нервная

депрессия. На голове было 12 очагов к. в. в. величиной от двадцатикопеечной монеты до рубля. Vonjour повел лечение гипнозом. Через три недели стали расти новые волосы. Полное излечение наступило в течение нескольких месяцев.

Наш материал крайне незначителен. Мы могли наблюдать два случая к. в. в., где можно было предположить связь наступления заболевания с эмоциональным шоком.

**Случай 1.** Р. А., агроном, 30 лет. В течение 4 лет на голове не сколько очагов к.в.в. Ухудшение или улучшение процесса ставит в связь со своим нервным переживанием. В 1934 г. лечился у нас прижиганием очагов поражения *Acid salicylic*. Особо удачного эффекта лечение не дало. В 1935 г. 25 июля большой снова посетил нас. Картина выпадения волос на голове до сравнения с 1934 г. почти без изменений. Приступило к гипнотерапии. Через 6 дней, после 3-го сеанса, типноз средней глубины (II); большой отметил, что выпадение новых волос стало значительно меньше. Через 14 дней после 7 сеансов в истории болезни записано, что часть плешинки зарастает тонкими волосами. Дальше, из-за наступившего капризного времени, большой выбыл, и наше наблюдение прекратилось.

**Случай 2.** Девушка К. А. 18 лет, у которой выпадение волос началось в 1932 г. В момент осмотра 7 августа 1935 г. имелось несколько больших к. в. в. на голове. Обычная терапия, проводимая большой до сих пор, была безрезультатна. Прodelано три сеанса типноза (поверхностный —). Отмечено появление тонких волос на отдельных плешинках. По тем же причинам, как и в случае 1, лечение было прервано.

Столь незначительное количество случаев к. в. в. леченных гипнозом (к тому же наши случаи были оборваны в начале терапии) не позволяют, конечно, сделать каких-либо ободряющих в этом отношении выводов. Однако, без сомнения, у подходящих для этого объектов с к. в. в. или внезапным поседением волос будет уместно, наряду с другой терапией, воспользоваться и гипнотерапией для лечения столь неприятного зачастую для больных заболевания.

## HERPES

Вопрос о роли психогенных моментов в появлении herpes поднимался неоднократно в литературе.

Так, Ilesionek и Bettmann наблюдали появление пузырькового лишая после волнения. Fischer заявил по поводу доклада Kronfeld'a, что ему пришлось видеть у одного пациента наступление herpesongenitalis после каждого внебрачного сношения.

Süssmann продемонстрировал больного с психогенным пузырьковым лишаем. Больной 23 лет, студент медицины, был порезан на нижней губе во время бритья в парикмахерской. В тот же день он работал в анатомическом институте. Вечером у него явилась мысль, что, не вымыв рук после работы в анатомическом институте, он брался ими за лицо. Испугался инфекции. Вскоре появилось ощущение зуда на порезанном в парикмахерской участке. Не спал всю ночь. Утром обнаружился типичный пузырьковый

лишай. Прививка содержимого пузырьков кролику дала положительный результат.

В 1928 году Heilig и Hoff сообщили о трех больных, у которых появлению пузырькового лишая предшествовало какое-нибудь неприятное психическое воздействие. Были сделаны прививки содержимого пузырей на роговлицу кроликам. Результаты были положительные. При психоанализе была обнаружена глубокая психическая травма. Реконструкция этой травмы в гипнозе с одновременным внушением нарушения сенсификации (зуда) во всех трех случаях повело к уничтожению пузырькового лишая. Дальше, те же авторы сообщают о лечении гипнозом еще одного случая с пузырьковым лишаем. Психотравма здесь уничтожена не была, и результат лечения был отрицательный. Авторы считают, что психогенный агент влияет в этих случаях снижающим образом на реактивную способность организма, после чего вирус действует более энергично.

Wertherer приводит случаи появления herpesongenitalis после испуга. Молодая девушка имела половое сношение со своим женихом, когда их застала ее тетка. На другой день она почувствовала сильные боли и припухлость на половых органах. При осмотре обнаружен широко распространенный пузырьковый лишай. В другом случае у невропатки Wertherer видел появление после испуга гангренозной формы herpes'a.

Wohlstein наблюдал трех больных, у которых пузырьковый лишай наступал всегда после полового возбуждения.

Гораздо меньше имеется сведений о связи психических эффектов с появлением опоясывающего лишая. Bettmann в 1900 году сообщил о двух случаях экземопоподобного заболевания с расположением, подобным расположению при опоясывающем лишае, которые он наблюдал у истерических субъектов.

Тыжненко в 1914 г. опубликовал работу, в которой он указал, что психическая травма может способствовать возникновению опоясывающего лишая. Stern в 1922 году снова остановился на возможности отнести к психогенным дерматозам и опоясывающий лишай.

Мы этими примерами ни в коем случае не хотим дискутировать инфекционную этиологию herpes'a. Однако здесь можно видеть в психических фактах в ряде случаев или момент, который способствует вирусу herpes'a действовать более энергично и вызвать на коже соответствующее заболевание (Heilig и Hoff) или, возможно, при эмоциональном шоке могут наступить какие-то химические изменения в крови (Wohlstein, Pistijan), которые опять-таки способствуют активизации вирусов. Мы не имеем в этом отношении собственного опыта; литературные же данные вполне определенно говорят о том, что и при herpes'e в ряде случаев психотерапия может безусловно оказаться полезной, и о ней при этом заболевании забывать не стоит.

К группе пузырьковых заболеваний по их морфологическому признаку отнесем мы и пузырчатку и герпетиформный дерматит Dühring'a. Еще в 1793 г. Frank видел у больного с истерией по явлению пузырчатки после пережитых нервных потрясений. На подобную возможность возникновения пузырчатки после психического шока у истеричек снова обращает внимание в 1900 г. Beitmann.

Перечисляя в 1922 г. ряд дерматозов, могущих возникнуть на психогенном основании, Stern опять упоминает пузырчатку.

Sack пишет, что такие аффективные возбуждения как горе, боязнь, раздражение могут служить вызывающим моментом для герпетиформного дерматита Dühring'a.

Wertherer неоднократно наблюдал больных с долго длящимся у них герпетиформным дерматитом, где после различных напряжений возникали новые вспышки болезни.

### ЭРИТЕМЫ

Проф. П. В. Никольский, разбирая сосудодвигательные рефлексы кожи, пишет: „При душевных состояниях сосудодвигательные рефлексы кожи вернее определяют душевные состояния, чем мимика лица, которая, проявляясь действием мышц, индивидуальных воле, может быть и фальшивой. Эту роль сосудистой реакции кожи вполне оценила художественная литература, а также и юридическая практика.

Так, покраснения лица вызывается:

- а) чувством стыда от сознания преступления. В юридической практике, при допросе преступников, краска лица может иметь значение;
- б) стыдливостью и застенчивостью. Есть „застенчивые“ лица, которые при каждом вопросе, обращенном к ним, краснеют.
- в) оскорблением женской чести:

И ласкал он меня, целовал меня;  
На щеках моих и теперь горят,  
Живым пламенем разливаются  
Попелуи его окаляные.  
И смотрели в калитку соседства,  
Омевшись на нас пальцем показывая.

(Дерматов. «Песнь по царю Ивану Васильевичу, молодого опричника и удалого купца Калашникова»);

- г) чувством радости, восторга, любви:

Пусть пышет лицо  
Как по утру зари.  
Пусть сияет любовь  
На устах у тебя.  
(Кольцов. «Последний поцелуй»).

Вот так изображает П. В. Никольский зависимость покраснения кожи от различных психических эмоций.

Beitmann в 1900 г. указал на то, что при истерии может встречаться ряд кожных заболеваний психогенного характера и среди них эритема. Вообще же врачам хорошо знакома пятнистая или сетчатая краснота, появляющаяся на лице, ушах, шее, верхней части груди и лиц, раздающихся перед ними (Erythema e pudore). Эта эритема у некоторых лиц с легкой психической возбудимостью или эндокринной недостаточностью может проявляться настолько сильно, что заставляет обращаться за врачебной помощью. Dracouilles считает, что столь легко возникающая эритема бывает у психически ослабленных лиц (алкоголизм, сифилис, психические болезни и т. д.).

Wohlfels и Schmidt сообщили о случае с фиксированной эритемой психического происхождения. Больной — тяжелый невропатический аллергик, у которого при соприкосновении с различными аллергенами наступали: сенная лихорадка, астма, опухоль тканей, кожный зуд и т. д. Во время бегства из Восточной Пруссии, сопряженного как с психическими так и с телесными напряжениями, наступила у него впервые эритема. С этого времени при телесном или психическом напряжении всегда стала появляться эритема. Возбуждение, раздражение, напряжение нервной системы вызвали эритему, располагавшуюся всегда на месте поясничных позвонков. При этом появлялось анэмическое пятно величиной в 6 см, окруженное круглым, красным, отчетливо возвышенным шириной в 3 см валом. Незначительный зуд.

Sack описал два похожих случая:

1. Больная Р. Р. 53 лет, заболела вскоре после перенесенного сильного психического потрясения быстро распространившимся кожным туберкулезом левого локтевого сустава. Больная 3 года пролежала в постели в больнице. За это время болезни, когда все внимание больной было фиксировано на больном локте, у нее развился следующий феномен: как только она по какой-либо причине краснела, появлялась краснота вокруг больного сустава. Значительно позже Sack имел возможность наблюдать больную, когда сустав зажил, и видеть у нее наступление красноты вокруг того же локтя, когда она по какой-либо причине возмущалась.

2. Больная с себорройной экземой при волнении легко покрывается эритемой, распространяющейся у нее на лице и на шее, где находилась экзематозный очаг. В гипнозе ей внушается неприятная психическая эмоция. При явлениях нервного возбуждения у нее появилась краснота сначала на лице, а потом и на шее, где на поле поражения эритема приняла вскоре вышенно красный цвет. Через 10 минут после начала опыта указанный очаг был покрыт волдырем. После прекращения гипноза, явления не стихли — на месте волдыря развилась экзема.

Последний случай Sack считает особенно интересным, так как здесь имелась уже возможность вызвать в гипнотическом состоянии у больной эритему, с дальнейшим переходом в крапивницу и экзему.

На возникновение кожной гангрены на почве психических шоков в литературе имеется ряд указаний. Wertherer еще в 1902 г. сообщил о больном (по профессии маляре), у которого появилась сыпь на руках, трактовавшаяся окружающими как сыпь после отравления свинцом. Заболевший сильно переживает данное поражение, испытывал страх перед возможным наступить осложнением. Дальнейшее течение дало: herpes, сливные пораженные участки, ишемию и гангрену. Вокруг образовавшегося рубца неоднократно наступали рецидивы. В 1907 г. V. Szöllözy внушил пациентке, что разгипертоническая сторона правой руки у нее обожжена раскаленным железом и теперь здесь всникнет пузырь. На указанном месте появился некроз кожи. Опыт этот, в сущности говоря, повторил еще раз общезвестный эксперимент Kreibich'a, поставленный им еще в 1906 г. с образованием на месте внушаемого ожога пузыря. Гипнотерапия дала больному облегчение.

В 1910 году wertherer демонстрировал случай гангрены у истерической девушки, где можно было наблюдать предшествовавшую стадию воспаления с переходом в герпетическое состояние. Спонтанно появившиеся изменения кожи могли быть вызваны также и в гипнозе.

Cronquist и Bjerre описали пациентку, у которой на половых органах и на слизистой в течение многих лет появлялись язвы. Несмотря на тщательность наблюдения за больной, в язвах нельзя было обнаружить никаких инфекционных начал. Также пришлось исключить и артефициальную причину возникновения язв. Гипнотерапией было достигнуто излечение. В 1925 г. Wertherer и Hollenberg сообщили еще о двух аналогичных случаях гангрены, наблюдавшейся у 23-летней пациентки с резко выраженной истерической конституцией, у которой на правой щеке, где несколько лет назад была экзема, развилась болезненная кожная опухоль. Через несколько дней на пораженном участке выступила группа пузырьков вокруг небольших ишемических очагов, которые в дальнейшем некротизировались.

Впоследствии Wertherer сообщил еще о двух больных:

1. Служащий железной дороги. Разможенная рана на левой руке, зажившая хорошо. Во время лечения не работал, было много забот. На месте и вокруг рубца появились пузырьки, приведшие к некрозу ткани.
2. Молодая работница. Невропатичка. В 1927 г. лежала в больнице по поводу плохо зажившей раны. В 1928 году поранила себе правую руку. Больная очень боялась, что новая рана будет столь же плохо заживать, как предыдущая. На старом рубце возникло покраснение, присоединились пузырьки. Через 14 дней на участке кожи, окруженном пузырьками, был очаг геморрагического некроза.

В ряде приведенных случаев особенно хотелось бы подчеркнуть два: 1. Случай Wertherer'a, сообщенный им в 1910 году, где спонтанно возникшие кожные заболевания могли быть вызваны экспериментально в гипнозе и 2. Случай Cronquist'a и Bjer-

re'a, где имелись в течение долгого времени на половых органах и на слизистой рта язвы были быстро излечены гипнотерапией. На этих больных мы видим, с одной стороны, несомненность психогенного характера появления некротических язв (Wertherer), с другой стороны — возможность успешного применения в случаях кожной гангрены гипнотерапии (Cronquist и Bjerre).

## БОЛЕЗНЬ РАУНАУД

Еще в 1893 году Dehio указал, что болезнь Raynaud может быть спровоцирована пережитым шоком. В 1900 году Garrigue подтвердил данные Dehio. Аналогичные высказывания мы встречаем у Hosslin'a, Cassierer'a и Norman'a. Cassierer считал, что основным при болезни Raynaud является заболевание вегетативной нервной системы. Однако, вызывающими и обостряющими это заболевание могут служить повышенная реакция и психические раздражения у боязливых-нервных субъектов.

Kreibich говорит о первоначально приобретенной и врожденной возбудимости и лабильности рефлекторной дуги. Он наблюдал появление болезни Raynaud после сеанса гипноза и после испуга.

Мы имели возможность наблюдать один случай болезни Raynaud, где приступам болезни обычно предшествовали психические волнения. Больная 40 лет, служащая. Болеет 7 лет. С течением времени припадки становятся все сильнее. Проледано ей 5 сеансов гипнотерапии. Улучшения не наступило.

## ИЗМЕНЕНИЯ НОГТЕЙ

Об изменении ногтей психогенного характера сообщил в 1876 г. Verizè: У молодой женщины появилась дистрофия ногтей вскоре после того, как расстроилась ее свадьба, которую она ожидала с большим нетерпением. Улучшение и ухудшение состояния ногтей по времени совпадали с улучшением и ухудшением ее психического состояния.

В своей интересной монографии о болезнях ногтей Heller упоминает целый ряд различных поражений после травмы периферических нервов, в виде атрофии ногтей, неправильности их роста, общей деформации, изъязвлений и образования бородавок.

Heller упоминает об одной женщине, в которой поражалась ногтевая пластинка и кожа вокруг ногтя, когда она посещала своего мужа, больного прогрессирующим параличом. Таких посещений мужа с длительными интервалами больная сделала 5. Каждый раз неизменно у нее наступали вышеупомянутые поражения.

Иордан приводит случай собственного наблюдения.—М., 20-летняя девушка, после тяжелого нервного расстройства заметила изменения ногтей первых пальцев рук в виде утолщения их и неровности.

Конечно, приведенные случаи слишком малочисленны, чтобы сделать уже окончательный вывод. Необходимо дальнейшее собрание казуистического материала по данному вопросу.

#### ИЗМЕНЕНИЯ ПИГМЕНТА

В литературе имеются лишь скудные данные о возможности изменения пигмента при психических эмоциях. На подобные случаи, описанные Billström, Divis и Hesse, ссылаются в своей монографии Sack.

#### ТЕОРИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ГИПНОТЕРАПИИ НА ДЕРМАТОЗЫ

В настоящее время при современных наших знаниях едва ли возможно дать исчерпывающее объяснение механизма действия гипнотерапии при различных дерматозах, подвергавшихся то с большим, то с меньшим успехом гипнотерапии. Сущность гипноза лишь в последнем столетии, особенно благодаря ряду поставленных в этом направлении школой академика И. П. Павлова работ, из ряда „окультных“ наук перешла в науку, базирующуюся на опыте, эксперименте, под который подводится прочный научный фундамент. Применение гипноза для лечения кожных болезней является вопросом, который лишь в последние десятилетия начинает занимать мировую литературу, причем в нашей отечественной дерматологической литературе ему еще не уделено достаточного внимания.

Между тем, проблема эта все настойчивее и настойчивее выступает на „повестку дня“ в ряде работ иностранных авторов. И если Ladassohn уже давно указал, что особенного внимания заслуживает вопрос комбинации психического и соматического лечения и что будет правильным при объективных изменениях кожи одновременно проводить и психическую и мазиновую терапию, — то сейчас мы уже знаем ряд случаев с различными дерматозами и даже отдельные нозологические единицы заболеваний, где одной лишь гипнотерапией, индивидуальной или групповой, удается достигнуть полного и длительного излечения (бородавки, красный плоский лишай, экзема, чешуйчатый лишай, крапивница и т. п.).

Конечно, уже эти полученные нами благоприятные результаты в терапии дерматозов ставят перед нами ряд новых вопросов и, в первую очередь, вопрос о том, как объяснить механизмы действия гипнотерапии на те или иные дерматозы, какие моменты должны быть учтены, чтобы лечение это было эффективным.

Различные авторы различно пытаются разрешить эти вопросы. Хотя и намечается уже единство некоторых основных положений, как, например роль и участие симпатической нервной системы, тем не менее очень много важного предстоит еще выяснить в дальнейшем. Мы, конечно, не пытаемся разрешить в данной главе все интересующие нас здесь моменты, — мы только постараемся подвести итог тому ряду главнейших теорий, которые уже сейчас разбросаны в разнообразных отделах мировой литературы.

Так, Bloch, пытаясь подойти к этому вопросу в плоскости лечения бородавок, пишет, что успех гипнотерапии бородавок, как и каждой гипнотерапии вообще, может быть достигнут различными путями. Основным условием успеха является достаточно энергичное воздействие на психику пациента, чтобы оно могло вызвать у него соматические изменения. Наступление эффекта зависит от ряда различных факторов: тут играют роль и задачи самого врача и предположение пациента, и характер заболевания, и окружающая обстановка и т. д. Без сомнения, воздействие гипнотерапии будет тем вернее, чем сильнее вызывается во время гипноза эффект. Это объясняется тем обстоятельством, что вызванное раздражение имеет особенно выраженное свойство влиять на центры и проводящие пути вегетативной нервной системы.

Bloch в своей методике лечения бородавок гипнозом, которая до известной степени напоминает метод Вон-Жонга, проводит красной нитью выдвигаемые им положения: пациенту завязывают глаза, закрашиваются бородавки. Безусловно имеет значение запрещение трогать бородавки, смывать с них краску, так как это лишней раз фиксирует на бородавках внимание больного. В аналогичном смысле влият и словесное внушение (уверение, что бородавки исчезнут), шум лентостата, боль, вызванная фарадическим током и т. п. Восприимчивые лица начинают при этом сильно волноваться, дрожать (особенно дети) и даже плачут. Иногда потом больные отмечают на бородавках появление чувства зуда, локальвания, боли, хотя, как известно, бородавки обычно сами по себе не дают никакого ощущения.

Применяемая у Bloch'a методика имеет, по его мнению, еще то преимущество, что не требует у самого врача затраты энергии, которая необходима при проведении гипнотерапии и которая обычно при вербальном методе чувствуется врачом после проведенного им сеанса.

Мы сами склонны здесь согласиться с мнением Bloch'a. Каждое производимое внушение, даже хотя бы произнесенное с уверенностью больному несколько раз фразы: „Вши бородавки исчезнут. Вы от них теперь навсегда избавитесь“, с фиксацией при этом взгляде больного, требует для успешного выполнения спокойной обстановки, психического равновесия врача и всегда вызывает потом ощущение утомления, как после проведенного умственного напряжения. Поэтому методика Bloch'a,

где эти моменты не играют доминирующей роли, является в этом отношении несомненно выигрышной.

Конечно, в успехе гипнотерапии многое зависит от персональных свойств врача. Надо сразу же усунуть себе, что существуют хорошие и плохие психотерапевты, что надо в психотерапии иметь известный навык.

Без сомнения, все те положения, на которых останавливал выше внимание Bloch, хорошо известны психотерапевтами, и в целом входят в те рамки, которые ставят для гипнотерапии всеобщие психиатры и невропатологи.

При лечении гипнотерапией большое значение имеет и личность пациента. Чем больше внушаемость больного, тем меньше врачу приходится делать напряжения при проведении гипноза, и наоборот.

Это обстоятельство несомненно является важным моментом, почему результаты одного и того же метода лечения у различных врачей бывают столь различны. Встречаются врачи, которые на своих пациентов умеют оказывать чрезвычайно сильное психическое воздействие; у других же это воздействие бывает слишком ничтожным. Bloch считает этот момент трудно объяснимым, однако указывает, что многого в этом отношении можно добиться соответствующим упражнением. Без сомнения, чрезвычайно важным для успеха гипнотерапии является то, чтобы врач сам был уверен в эффективности проводимой им терапии. Если у ряда врачей гипнотерапия не даст должного эффекта, то возможно большая доля неудачи кроется в отсутствии этой уверенности у самого лечащего врача.

Bloch собрал результаты лечения бородавок гипнозом, полученные различными четырьмя врачами. Он дает эти результаты в следующей сводке. Врач А—больных 94, излечено 44%; врач Б—больных 34, излечено 35%; врач С—больных 97, излечено 30%; и врач Д—больных 46, излечено 25%.

На этих, хотя и небольших цифрах, все же видно, что успех несомненно зависит и от самого врача.

Что касается личности пациента, то, очевидно, встречаются люди абсолютно рефрактные к гипнотерапии. Перед началом терапии трудно заранее усунуть, является ли пациент как раз таким рефрактным лицом или он хорошо поддается лечению. Пол, возраст и развитие больного не могут служить абсолютным критерием будущего успеха или неуспеха терапии.

Что касается изменений в самих бородавках, то Bloch отмечает, что неоднократно больные указывали ему на увеличение бородавок в размере в первые дни после гипнотерапии. В некоторых случаях отмечено было в бородавках наступление кровоизлияний. Совершенно обоснованно Bloch сетует на отсутствие детального гистологического исследования изменений, наступающих в бородавках при их исчезновении после гипнотерапии, что должно явиться задачей наших ближайших работ.

Относительно механизма такого рода лечения бородавок существует ряд теорий, Bloch пытался объяснить сущность гипнотерапии влиянием ее на циркуляцию крови и на кровяное давление, не давая для этого никаких существенных доказательств.

Heim считал, что гипнотический импульс влияет в первую очередь на регенерацию слоев эпидермиса, усиливая ее, что ведет в дальнейшем к более быстрому удалению патологической ткани.

Bloch, подходя к этому вопросу в 1927 году, выдвигает два положения: 1. Кроме бородавок, нет никакого другого органического поражения из новообразованных клеточных элементов, которое бы так успешно могли лечить гипнозом (в настоящее время мы лечим с меньшим по крайней мере успехом гипнозом красный плоский лишай), и 2.—чрезвычайно обращает на себя внимание то обстоятельство, что бородавки сами по себе, без всякого на них внешнего влияния, могут спонтанно исчезать в течение ночи.

Bloch считает, что в самой бородавке имеется что-то такое особенное, чего мы еще не знаем, какая-то особая лабильность между нормальной и патологической тканью. Такая реакция организма, с другой стороны—реакция самого возбуждения, ведущая к возникновению патологической ткани, видимо, при бородавках всегда существует. Вероятно, при бородавках реакция организма на восстановление нормального положения имеет много шансов на благоприятный исход, и здесь бывает достаточно гипнотерапевтического импульса на вегетативные центры, чтобы этот исход имел место. При том богатстве нервных окончаний, которые заложены в эпителии, не будет удивительным, что нервный импульс будет непосредственно передан эпителиальным клеткам и вызовет биологические изменения в нормальных или патологических изменениях клеток, которые уничтожают возбудителя бородавок или (в смысле Heim'a) вызовет усиление регенеративных способностей эпидермиса. Может быть, делает дальше Bloch новое предположение,—при этом подвергаются изменению соединительная ткань и сосуды, что в свою очередь ведет к изменению обмена веществ в эпидермисе.

Samek в 1929 году подходит к решению этой проблемы таким путем, что, по его мнению, при гипнотерапии психико-рефлекторным путем появляется реактивное опущение, которое благодаря демаркации лиминирует дегенерирование клетки бородавок с одной стороны и с другой—ведет к регрессивному изменению matrix клеток бородавок, что вызывает прекращение ивмившихся митозов. Прекращение митозов может быть, по мнению Samek'a, объяснено успешной демаркацией клеток, содержащих собственные бородавкам включения, происхождение которых Lipschütz относит за счет отдаленного влияния возбуди-



геля. Благодаря этому наступает изоляция пролиферативных патологических агентов.

Szárgy и Auzéru объясняют успех гипнотерапии при лечении бородавок тем, что здесь получается шок, ведущий к терапевтическому изменению тканей.

Нам кажется вполне правильным вывод Bloch'a, что все приведенные теории имеют гипотетический характер и будут стоять на шатком фундаменте до тех пор, пока мы не будем иметь ясного представления о влиянии трофических нервов.

Несомненно, известную помощь в деле понимания механизма влияния гипнотерапии может принести изучение тех теорий, которые существуют по поводу возникновения психогенных дерматозов.

Sack рисует себе картину возможности возникновения дерматозов, в частности пузыря, в гриппозе следующим образом: при глубоком гипнозе, как известно, изменяется не только связь между гипнотизируемым и гипнотизером (раппорт), но и связь у гипнотизируемого с частями своего тела. В этом состоянии гипнотизируемому дается соответствующее внушение (прикладывание раскаленного железа), которое подкрепляется ощущением прикосновения карандаша, обрисовывающего на коже мнимый участок поражения. Раз организм был в состоянии при такого рода внушении вызвать соответствующую реакцию—образование пузыря, то Sack рисует себе ход процесса так, что одно лишь представление, которое к тому же вносится в сознание извне, достаточно, чтобы влиять как раздражающий агент. На что раздражение организм отвечает биологическими реакциями. При этом оказывается возможным функциональную реализацию раздражения направить в заранее указанный на коже участок.

Kreibich трактует этот феномен следующим образом: „Тот психический аффект, который у нормального человека как аффективный раздражитель вызывает гнев или чувство стыда, ведет не только к гиперемии, но и к вазомоторному отеку и еще дальше—к некрозу. Различные получаемого эффекта основываются не на различной интенсивности психических аффективного раздражения, а объясняется прежде всего повышенной лабильностью вазомоторной рефлекторной дуги, которая по этой причине на одинаковые раздражители реагирует повышено“.

Wohlstein и Pistvan трактуют психические эритему, пузырьковый лишай и крапивницу в смысле наступающих, по их мнению, при психических инсультах химических изменений в крови.

Stern объясняет появление психогенных дерматозов нарушением иннервации симпатического нерва, на чем мы останавливались подробнее в наших первых главах.

Cassirer считает психогенные дерматозы трофоневротического происхождения.

В наступлении поседения или выпадения волос психогенного характера Nehls видит проявление нарушения деятельности волокон симпатического нерва.

Не лишен интереса взгляд Goldmann'a, что в наступлении круговидного выпадения или в поседении волос имеется лишь количественная разница одного и того же процесса. Он пишет: „также и алоpecia, будь она местная или общая, может быть легко поставлена в связь с нарушением циркуляции крови в волосных луковицах из-за нарушения деятельности вазомоторных центров: паралич сосудорасширителей или длительно длящегося раздражение сосудосуживателей с остающимися последствиями в нервной системе“. При остро протекающих и проходящих поражениях, какими являются психические поражения (здесь можно думать об известных поседениях после испуга)—наступающее выпадение или поседение волос объясняется спазмом сосудов вследствие токсических или нервных раздражений аггредосуживателей, что аналогично сокращению *m. agrestores pill.*

Будет ли здесь причина трофической (Nehls), вазомоторная (Goldmann) или мускульная при токсическом сокращении *m. agrestores pilorum*, когда наступает недостаточное питание корешков волос, а отсюда или их поседение или их выпадение,—все это влияние симпатического нерва, раздражение которого может быть психогенного характера.

В последнее время О. Н. Подвысоцкая, выдвигая вопрос об экземе нервного происхождения, дает ей следующее толкование: постоянное раздражение кожных рецепторов различными внешними факторами приводит к нарушению адаптационно-трофического влияния симпатической нервной системы, т. е., иначе говоря, к нарушению функции и рецепторного аппарата и самого эпителия. Отсюда вытекают и изменения эпителия типа спонгиоза, экзосероза, акантоза, паракератоза, наблюдаемые обычно морфологически, а клинически развитие той реакции, которую мы называем экземой. Как мы упоминали выше, Подвысоцкая этим вернулась к теории Kreibich'a, высказанной им о патогенезе экземы еще в Мюнхене в 1923 году.

Без сомнения для ряда дерматозов психогенного характера, особенно тех, которые привыкли относить к группе аллергических, будет справедлива выдвнутая и доказанная наша теория возможности вызвать эти заболевания, включаясь внешним раздражением непосредственно в рефлекторную дугу на ее протяжении, вероятнее всего, в головном мозгу. С другой стороны, мы показали возможность, размыкая протеренный уже раньше рефлекторный путь, излечить наших больных от мучивших их дерматозов (смотри главу крапивницы). И мы здесь считаем, что трансформированное раздражение передавалось из центральной нервной системы по нервным проводникам к коже, где перерабатывалось в соответствующий вазомоторный сосудистый рефлекс. Таким образом, становясь на точку зрения Kreibich'a, объясняющего ангионевротические проявления вазомоторным сосудистым рефлексом, мы этим признаем доминирующую роль в возникновении всех психогенных процессов симпатической нервной системы.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение гипноза в медицине вообще и в дерматологии в частности является проблемой, которая все больше и больше завоевывает право на свое существование. Имеющиеся сообщения об отдельных казуистических случаях, где гипнотерапия была с успехом применена при различных дерматозах, требуют обобщения накопившегося материала. Безусловно необходимым становится дать определенные положения о возможности применения гипноза при лечении тех или иных кожных заболеваний, выяснив и ту роль, которую психические импульсы могут играть в возникновении поражений кожи.

В иностранной литературе имеется богатый казуистический материал по данному вопросу. В отечественной же литературе лишь в последнее время появляются отдельные статьи, указывающие на успех применения гипнотерапии при бородавках, псориазе и экземе. В самое последнее время нами поднят вопрос о чрезвычайно благоприятных результатах, полученных от применения гипноза при лечении красного плоского лишая. Вопрос этот освещен в литературе впервые и дает в руки лечащего врача новый способ лечения красного плоского лишая — болезни, для лечения которой не имелось верного способа. Успех, полученный нами при лечении гипнозом отдельных случаев крапивницы и медикаментозных сыпей (сальварсанных дерматитов), что также опубликовывается в литературе впервые, с несомненностью показывает, что мы еще недостаточно используем те возможности, которые заключены в применении гипнотерапии. Требуется дальнейшее накопление казуистического соответствующего материала и более широкая постановка этой проблемы в клинической и больничной обстановке.

Положение, что при любом заболевании мы не должны забывать о состоянии всего организма в целом, полностью относится и к кожным болезням. Безусловно, часто может оказать большую помощь в понимании процессов, происходящих на коже, и в назначении соответствующей терапии умело собранный психический анамнез, который врач должен уметь правильно образом использовать.

Зависимость кожи в амплитуде нормального ее состояния в смысле ее внешнего вида, связь с психическими переживаниями,

ми, возможность выявления в гипнозе образования волдырей и некрозов не оставляет сомнения, что кожа занимает особое положение в ряде органов, воспринимающих и перерабатывающих психические раздражения.

Владение возможностью влиять на вазомоторный аппарат в указанном смысле требует определенного умения, подчиненного упражнениям и известным навыкам.

Роль психических эмоций в изменении различных биохимических процессов в организме (и в коже в частности) изучалась рядом авторов.

Во многих клинических трудах о внушении и гипнозе имеются указания на возможность влияния путем словесного воздействия на сосудодвигательную систему, вызывая или останавливая кровотечения как на поверхности кожи, так и маточные и носовые.

Выделить отдельную главу „психогенных“ кожных заболеваний до сих пор не представляется возможным, учитывая, что нет никаких кожных заболеваний патогномичных для заболеваний тех или иных нервов или тех или других психических заболеваний. Так, при различных нервных и психических заболеваниях наблюдаются разнообразные кожные заболевания. Таким образом, аналогичные психические моменты могут у различных лиц вызывать различные кожные заболевания.

Наши обычные картины заболеваний являются изображением состояний, имеющих в себе закономерное развитие, так называемое „течение“ и как таковые могут быть нозологически разделены. Для психического же анамнеза является важным то, что предшествовало появлению болезни, чистая этиология вазомоторного этапа. Отсюда, определенные одинаковые изменения кожи даже у одного и того же индивидуума могут иметь различные причины.

Интересно, кому принадлежат подобные случаи кожных болезней — дерматологам или психиатрам. Вопрос этот решается терапевтическим тактом и подготовленностью врача.

Несомненно, больные эти обращаются первоначально за помощью к дерматологу. Здесь они охотно дадут исчерпывающий анамнез. Этим уже выполнена наиболее трудная половина работы. Само же проведение гипнотерапии является лишь вопросом техники, которую каждый врач, если он только этому научился, может применять как и любое другое врачебное вмешательство.

В трактовании гипноза мы придерживаемся взглядов школы академика И. П. Павлова, считающего гипноз частичным экспериментальным сном. В основе своей он имеет первичный механизм — процесс внутреннего торможения. Умение вызывать сон условными раздражителями есть основа проведения гипноза.

Сознание пациента в гипнозе бывает сужено. При этом все, что имелось из аффективной энергии у гипнотизируемого, становится в распоряжении сохранявшегося в гипнозе суженного сознания. Это позволяет гипнотизирующему располагать боль-

шим сконцентрированным количеством аффективной энергии пациента, находившейся перед внушением в состоянии лабильного равновесия и сознательно использовать аффективные запасы энергии, чтобы уничтожить патологические накопления аффекта или противопоставить им нейтрализующие эти аффекты раздражения.

Конец книги, нам хочется еще раз подчеркнуть, что метод лечения кожных болезней гипнозом уже сейчас завоевал себе право гражданства в дерматологии. Приведенный в книге литературный и собственный материал не является законченным. Мы считаем, что, обратив лишней раз внимание врачей на важность собирания психического анамнеза больного, на умение правильно его использовать, применив в соответствующих случаях психотерапию, мы несомненно быстро умножим наш опыт в этом отношении.

Простота метода, возможность применять его для лечения одновременно целой группы кожных больных, зачастую даже с различными заболеваниями, позволит ввести его в повседневную работу дерматологических учреждений. Нам кажется целесообразным и возможным организовать прием врача-гипнолога в дерматологических учреждениях, который получал бы задания от лечащих врачей и в определенные часы проводил гипнотерапию направляемых к нему больных.

Мы не хотим, чтобы нас поняли так, будто бы мы в гипнозе видим панацею всех дерматозов и что психический анамнез должен вскрыть сущность всех кожных заболеваний. Это не верно. Однако в целом ряде случаев—и случаев, может быть, особенно трудно поддающихся иному обычному лечению,—мы найдем в собирании психического анамнеза разгадку патогенеза данного дерматоза, а в гипнозе полезное терапевтическое вмешательство.

#### ЛИТЕРАТУРА

А.

- „Аллергия к хинину“ Редакция J. A. M. A, 1933. Т. 100.  
Allendy, R. „Un cas d'eczema“. Rev. franc. Psychanal. 1928, 327—340.  
Atago. Цит. по Sabouraud.  
Auzery, P. см. Sézary, A.

Б. В.

- Бехтерев, В. М. и В. М. Нарбут. Обзор. Обозр. псих. и невр. 1902.  
Бирман, Б. Н. „Экспериментальный сон“. ГИЗ Ленинград. 1925.  
Bastard. Journal of cutaneous medicin. London, 1878.  
Berillon. Revue de l'hypnotisme, 1886.  
Besnier. Цит. по Grosz, S.  
Bettmann. „Über die Hautaffektionen der Hysterischen“. Dtsch. Ztsch. f. Nervenheilkunde, 1900, стр. 345.  
Он же. „Nervöse Hautaffektionen der Hysterischen“. Dtsch. Ztsch. f. Nervenheilkunde, 1900.  
Billström. „Über Eknipfeil“. Acta med. scand (Stockh), 49.  
Bjerre. См. Cronquist.  
Bloch, В. Дискусс на 14-м конгрессе немецк. дерм. в Дрездене в 1925 г. Arch. f. Derm. u. Syph. 1926, Т. 151, стр. 126.  
Он же. „Über die Heilung der Warzen durch Suggestion“. Klin. Wschr. 1927, № 48, стр. 2271; № 49 стр. 2330.  
Bonjour. „A propos des verneus. Leur etiologie, démontrée par les guerisons par la suggestion“. Schweiz. med. Wschr. 1924. № 5, стр. 748.  
Он же. „Pelade en aire“. Rev. méd. de la Suisse romande. 1925, 45, № 4, стр. 253—254.  
Он же. „L'influence de la suggestion dans 4 cas de pelade“. Presse méd. 1925, стр. 1657.  
Он же. „Influence of the mind on the skin“. Brit. J. Derm. 1929, стр. 324—326.  
Он же, G. Vielle, E. Galvaniol и Witold Orłowski. „Du traitement des verneus par la suggestion“. Presse méd. 1923, № 56, стр. 1169—1172.

- Он же. „Guérison des verrues par suggestion à l'état de vieillesse". Rev. de l'hypnotisme 1886.
- Brisset J. B. см. R. Weissenbach.
- Brocq, L. „Dermatologie pratique". Т. 1, стр. 882.
- Bunnemann, O. „Über psychogene Hautveränderungen". Psychother. Prax. 1934, 32, 36.
- Он же. „Über psychogene Dermatosen. Eine biologische Studie zugleich ein Beitrag zur Symptomatologie der Hysterie". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1922, Т. 78, стр. 115—152.
- Он же. „Neue Beiträge zur Frage der Psychogenese von Hautsymptomen". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1924, Т. 88, стр. 589.
- Он же. „Über die Erklärbarkeit suggestiven Erscheinungen". Monatschr. f. Psych. und Neurol. 1913, Т. 35.
- Он же. „Physikalische Betrachtungsweisen in neurologisch-psychiatrischen Literaturen. Kapitel zur Leibseelenfrage". Neurol. Centralbl. 1914, Т. 1.
- Он же. „Verschiedene Betrachtungsweisen und die Neurosenfrage". Neurol. Centralbl. Т. 41, кн. 1.
- Он же. „Der Beitrag des Mittels in der Hysterielehre". Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 59, кн. 1.
- B. V. W.
- Виш. И. М. „Anwendung der Hypnose bei Psoriasis". Derm. Wschr. 1935, Т. 100, стр. 234.
- Vèrizè „Le psoriasis herpétique aux eaux de Bourboule. Psoriasis superlaqueale". Ann. Soc. hyp. méd. Paris 1876, 21.
- Vielle, G. Presse méd. 1923, № 51.
- Он же. См. Bonjour.
- Vollmer, H. „Suggestive Warzenbehandlung im Kindesalter". Kinderärztl. Prax. 1933, стр. 64—68.
- Waller. См. Hoff.
- Weber, E. „Der Einfluss psychischen Vorgänge auf den Körper". 1910.
- Weil. Цит. по Grosz, S.
- Wertherer, S. Derm. Wschr. 1932, Т. 94, стр. 25.
- Он же. „Die psychogenen Dermatosen". Z. ärztl. Fortbild. 1929.
- Он же. „Über hysterische Hautnekrose mit erythematosen und exudativen Verlauf". Derm. Wschr. 1925, № 41, стр. 1351.
- Он же. „Drei Fälle von psychogene Dermatosen". Zbl. f. Haut u. Geschlkr. 1928, Т. 25, стр. 161.
- Он же. „Die neurotischen und hysterischen Dermatosen". Derm. Wschr. 1933, 461—470, 513—518.
- Whitfield, A. „Etiology of skin diseases". Lancet. 1928, 61, 163.
- Whitmore, E. R. См. Hazen H. H.
- Winkler, M. Hdb. der Haut und Geschlkr. von J. Jadassohn. Berlin 1927, Т. VI, часть I, стр. 359.

- Он же. „Pruritus cutaneus universalis". Monatshefte für Dermatologie. 1911, № 2.
- Он же и Pityan „Zur psychogenen Entstehung von Dermatosen mit hypothetischen Deutungsmöglichkeiten". Derm. Wschr. 1931, Т. 92, стр. 628.
- Wright, A. „A case of so-called angioneurotic oedema". Brit. med. J. 1896, стр. 750.

Г. Г.

- Гаккебуш, В. М. Совр. психоневр. 1926, № 4.
- Гизе, Э. А. См. Лазурский, А. Ф.
- Гоклер. См. Дежерин.
- Григорьев, П. С. „Учебник кожных болезней". Госмедиздат. 1933, стр. 350.
- Galewsky. 14-й конгресс немец. дерматологов в Дрездене в 1925 г. Zbl. f. Haut u. Geschlkr. 1926, Т. 18, стр. 487.
- Он же. Arch. f. Derm. u. Syph. 1926, Т. 151, стр. 206.
- Garrigues. „Syncope et asphyxie locale, gangrène, sclerodermie". Thèse de Paris 1900.
- Garantiol, E. См. Bonjour.
- Garibot. „Traité pratique des maladies special de la peau". 1840, стр. 270.
- Glaser. Klin. Wschr. 1924, № 33.
- Он же. Med. Kl. 1924, № 10.
- Goldmann, R. „Pigmentveränderungen der Haut und Haare, und Alopecia infolge von Verletzungen des Zentralnervensystems". Derm. Ztschr. 1917, Т. 6.
- Grafe и Mayer. Wiener kl. Wschr. 1925.
- Грессо. „Traitement des verrues vulgaires par la chlorure de Magnesium". II конгресс дерматологов в Страсбурге, 1923, стр. 691.
- Grosz, S. „Psoriasis vulgaris". Hdb. der Hautkr. von Mraz'ek. Wien, 1905, Т. II стр. 120.
- Grumach. Klin. Wschr. 1927, № 21, стр. 1021.
- Он же. „Über Suggestivbehandlung von Warzen". Munch. med. Wschr. 1927, № 26, стр. 1093.

D. Д.

- Дежерин и Гоклер. „Функциональное проявление психоневрозов". перев. с франц. 1912 г.
- Daniville. См. François, E.
- Darier, J. „Précis de Dermatologie". Paris 1928, стр. 167.
- Dehio. „Über symmetrisches Gangrän der Extremitäten". Dtsch. Z. Nervenheilk. 1893, 4, 1.
- Deutsch, F. Die Einwirkung der Seele auf die physiologischen und pathologischen Vorgänge im Organismus". Munch. med. Wschr. 1930, 77, стр. 1935.

- Divis. „Zwei Fälle von symmetrischen vitiligo“. Neur. Zbl. 1919, st. 131.  
 Doswald и Kreibich „Zur Frage der posthypnotischen Hautphänomene“. Mn. Dermat. 1905, № 13.  
 Dracoulides, N. N. Bull. de la soc. Franc. de Derm. et de Syph. 1932, № 8.  
 Dufke, F. „Zur psychischen Urticaria“. Derm. Wschr. 1926, T. 82, st. 705.

E.

- Eller. Цит. по Sack, W.  
 Eulenb. „Lehrbuch der Nervenkrankheiten“. 1878.

Ж. J.

- Joltrain, Ed. Bull. S. Fr. d. Derm. et S. 1932, st. 1420.  
 Он же. Bruxelles medical 1931, VIII, 9.

З.

- Зельманович, А. С. Засед. Ташк. Дерм. О-ва 25.XII.1935.  
 Derm. Wschr. 1936.

И. I.

- Иордан А. „К вопросу о связи некоторых кожных болезней с расстройствами нервной системы“. Русск. вест. дерм. 1926, ст. 52.

- Он же. Derm. Wschr. 1925, T. 80.

- Jackson и Mc. Murty. „Diseases of the hair“. Philadelphia: Lea и Febiger, 1912.

- Idassohn, I. Klin. Wschr. 1925, st. 473.

- Он же. „Über Behandlung der Psoriasis“. Forsch. d. Therapie. 1926, st. 721.

- Он же. „Die Behandlung juckender Hautkrankheiten“. Forsch. der. Med. 1925, T. 1.

- Он же. 14-й конгресс дермат. в Дрездене. Arch. f. Derm. u. Syph. 1926, T. 151, st. 206.

- Он же. Derm. Wschr. 1932, T. 94, st. 21.

- Он же. и Rothe. „Zur Pathogenese der Urticaria“. Berl. kl. Wschr. 1914, № 11, st. 519.

- Joelsohn. „Zwei bemerkenswerte Fälle von Alopecia areata“. Med. Kl. 1916, № 26.

- Josef. Цит. по Sack, W.  
 Isaak. Derm. Wschr. 1925, T. 80, st. 721.

К. С. К.

- Картамышев А. „Возможности использования гипноза в дерматологии“. Соц. наука и техн. 1936, № 5.

- Он же. „Über den Leukocytensturz nach Intradermalinjektionen bei Dermatosen“. Arch. f. Derm. u. Syph. 1923, T. 146, st. 63.

- Он же. „Hypnotherapie bei Eczem“. Derm. Wschr. 1936, № 22.

- Он же. „Zur Behandlung des Lichen ruber planus mittels Hypnose“. Derm. Wschr. 1933, T. 96.

- Он же. „Über das Wesen der psychischen Urticaria“. Arch. f. Derm. u. Syph. 1936, T. 173.

- Он же. „Ein durch Hypnose geheilter Fall von Salvarsandermatitis“. Arch. f. Derm. u. Syph. 1936, T. 174.

- Он же. „Alopecia areata recidivans“. Derm. Wschr. 1936, № 6.

- Он же. „Hypnotherapie bei Psoriasis“. Derm. Wschr. 1936, № 10.

- Он же. „Зміна біологічної функції шкіри при сифілісі“. Укр. мед. вісті 1928, ст. 317.

- Он же и Н. Левит. „Гипнотическое треморение и феномен Müller'a“. Совр. психоневр. 1930, № 7—8.

- Он же. См. Ясинский, В.  
 Carola Vignola и Lutati. Giorn. ital. della malattie ven. e della pelle. 1919, T. 6.

- Cassirer. „Die vasomotorisch-trophischen Neurosen“. Berlin. 1912.

- Claud, H и I. Tissel. „Syndrome de Reynaud d'origine emotive. Guérison par opotherapie hypophysaire et avarienne“. Bull. Soc. med. Hop. Paris. 1925, 41, st. 370.

- Cronquist и Bjerre. „Ein Fall von echter spontaner Hautgangrän mit Suggestion behandelt“. Arch. f. Derm. u. Syph. T. 103, kn. 2—3.

- Kann, A. „Über psychische Beeinflussung der Haare“. Derm. Wschr. 1927, T. 84, st. 496—500.

- Kaposi. „Lehrbuch der Hautkrankheiten“. F. Enke, Stuttgart. T. 2, st. 550.

- Kirschenberg. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1925, T. 41.

- Klauder, I. V. J. Am. m. As. 1925, T. 85, № 22, st. 1683.

- Kohnstamm. „Zweckmäßigkeit und Ausdruckstätigkeit“. Leipzig, Berlin, Engelmann 1913.

- Он же и Pinner. „Blasenbildung durch hypnotische Suggestion und Gesichtspunkte zu ihrer Erklärung“. 10-й конгресс немецк. дермат. во Франкфурте. 1908, st. 342.

- Kraft-Ebing. „Lehrbuch der Psychiatrie“. Enke. Stuttgart, 1897.

- Kreibich, K. „Die Angioneurosen und hämatogenen Entzündungen“. Arch. f. Derm. u. Syph. 1909, T. 95, st. 405.

- Он же. „Die Angioneurotische Entzündung“. Perles, Wien. 1905.

- Он же. „Vasomotorische Phänomene durch hypnotischen Auftrag“. 9-й конгресс немецк. дерматологов в Берне. 1906, st. 508.

- Он же. „Über nervöse. Überempfindlichkeit der Haut“. Arch. f. Derm. u. Syph. 1908, T. 93, st. 59.

- Он же. Arch. f. Derm. u. Syph. 1924, T. 145.

- Он же. „Lehrbuch der Hautkrankheiten“. Wien, 1904, st. 53.

- Он же. См. Doswald.  
 Он же и P. Sobotka. Цит. по Dufke.  
 Kronfeld. „Heilwert, Grenzen und Methoden der Psychotherapie auf dermatologischem und urologischem Gebiet“. Derm. Wschr. 1925, T. 80, st. 726.

Kuiznitzky. „Aethiologie und Pathogenese der Psoriasis“ Arch. f. Derm. u. Syph. 1897, T. 38.

Л. Л.

- Лазурский, А. Ф. Обзор. псих. и невр. 1901.  
Он же и Э. А. Гизе. Обзор. псих. и невр. 1900.  
Левант, Д. и И. Хазанов. „Значение психических факторов при лечении и санитарной обработке больных гонореей“. Моск. мед. журн. 1929, № 6, ст. 63—69.  
Левит, Н. См. Картамышев, А.  
Lehner. Zbl. für Haut u. Geschlkr. 1929. T. 31, ст. 781.  
Leloir. Annales 1889, T. 8, тер. 6.  
Lenk, Robert. Zbl. f. Haut u. Geschlkr. 1933, T. 44, ст. 55.  
Mac. Leod. I. M. H. „Diseases of the skin“. Hoeber 1921, New York, ст. 637.  
Levi. „Une forme histerique de la maladie de Raynaud et de l'erythromélagie“ Arch. de neur. 1896, 191.  
Liebner, E. Zbl. für Haut u. Geschlkr. 1929 T. 31, ст. 781  
Он же. Zbl. für Haut u. Geschlkr. 1929, T. 32, ст. 38.  
Lustig. „Ein Fall von Raynaudscher Krankheit“. Munch. med. Wschr. 1908, № 46.  
Lutati. См. Carola Vignola.

М.

- Mac. Kenna. „Diseases of the skin“. 1923.  
Он же. „A case of extensive self mutilation of the scalp“. Brit. J. Dermat. 1930, № 42.  
Mabile. „Note sur les hémorragies cutanées par autosuggestion“. Progrès med. 1885, 13, 155.  
Martenstein, H. „Die benignen infektiösen Epitheliome der Haut“. Klin Wschr. 1926, № 13/14.  
Martino. „Della alopecia areata post trauma“. Giorn. italiano della malattii venerea e della pelle. 1910, стр. 538.  
Meyer, I. K. „Psychogenese von Hautkrankheiten“. Zbl. f. Haut. u. Geschlkr. T. 23.  
Он же. См. Grafe.  
Merklen. „Urticaire“. Pratique dermatologique 1904, T. 4, ст. 728.  
Meyer, I. Arch. f. Psychiatrie. 1874, T. IV, ст. 157.  
Mohr. „Psychophysische Behandlungsmethoden“. Leipzig: S. Hitzel 1925.  
Mondio, E. „Contributo clinico allo studio della malattia di Raynaud“. Manicomio Interprov. „Lorenzo Mandalari“. Messina, 37, 287.  
Morton. Journ. of cut. and. gen. urin diseases. 1895, май.  
Mucha. Hdb. der Haut-und Geschlechtskr. von I. Jadassohn. T. VI, часть 2.  
Müller. Zbl. für Haut u. Geschlkr. 1932, T. 42, ст. 371.  
Он же. Berl. kl. Wschr. 1919, № 34.

- Он же. Munch. med. Wschr. 1921, № 29.  
Он же. Munch. med. Wschr. 1922, № 43.  
Он же. Munch. med. Wschr. 1923, № 51.

Н. Н.

- Нарбут, В. М. См. В. М. Бехтерев.  
Никольский П. В. „Болезни кожи“. Москва, ГИЗ. 1930, ст. 67 и 137.  
Он же. „Area celsi, как трофоневроз кожи“. Медич. Обзор. 1886.  
Он же. „Влияние душевной деятельности на кожу“. Варшава 1910.  
Neffel. „Zbl. f. d. med. Wissensch. 1875, ст. 340.  
Nekam. Zbl. f. Haut u. Geschlkr. 1929. T. 31, ст. 78.  
Neumann. Цит. по Grosz. S.  
Nini. „Traitement des verrues par suggestion“. Presse méd. 1923, № 31, ст. 357.  
Nobl. Arch. für Derm. u. Syph. 1926, T. 151, ст. 206.  
Normann, K. H. „Die cerebralen Begleiterscheinungen der Raynaudschen Krankheit“. Lancet. Dez. 1916.“

О.

- Осипов, В. П. Павловский юбилейный сборник.  
O'Donovan, W. I. „Dermatological neuroses“. London Kagan Paul, French, Frubner и С.  
Он же. „The psychological factor in dermatitis“. Brit. Journ. of derm. a. syph. 1927, T. 39, ст. 49—54.  
Orlowsky, Witold. См. Bonjour.

П. Р.

- Павлов, И. П. „Экскурсия физиолога в область психиатрии“. Изв. ЦИК, 5.V.1930.  
Он же. „Лекции о работе больших полушарий головного мозга“. Госиздат 1927.  
Платонов, К. И. „Гипноз“. Харьков 1925.  
Он же. „Слово как физиологический и лечебный фактор“. Харьков 1930.  
Pesch. „Traitement des verrues par la suggestion“. Presse méd. 1923, N. 31, ст. 357.  
Pinner. См. Kohnstamm  
Pistyan. См. Wohlstein.  
Poehtmann. Цит. по W. Sack.  
Pollard, R. „Über hämogene, neurogene und psychogene Hautaffektionen“. Derm. Ztschr. 1928, T. 53, стр. 468.

Р. Р.

- Rapin. „De quelques formes rares d'urticaire“. Rev. méd. suisse. rom. 1886, 673.

- Reenstierna. „Alopecia nach psychogenem Trauma“. Neur. Zbl. 1919, 131.
- Reich. „Über syphilitische Psychosen ausserhalb der Paralyse“. Zbl. für Haut u. Geschlkr. 1926, T. 20, cr. 513.
- Riecke, E. „Lichen ruber“ Hdb. der Hautkrankh. von Mraz'ek. Wien 1905, T. 2, cr. 647.
- Rogers, R. B. Journ. of the Americ. med. Assos. 1929, T. 93, № 12.
- Rothe. См. I. Iadassohn.
- Rothmann, István. „Seelische Faktoren in dem Entstehen und der Therapie der Hautkrankheiten“. Therapia (Budapest) 1928 № 3, cr. 43—47. Peф. Zbl. f. Haut u. Geschlkr. 1928, T. 28, cr. 357.

C. S.

- Срезневский, В. В. „Гипнотизм и внушение“. Петроград.
- Sabouraud, R. „Pelades et Alopecie en Aires“. Paris 1929, cr. 269—271.
- Sack, A. „Haarkrankheiten“. Hdb. der Hautkr. von Mraz'ek. Wien 1900, T. IV, часть II.
- Sack, W. Th. „Zur Psychogenese und Psychotherapie der Hautkrankheiten“. 14-й конгресс немецк. дерматологов в Дрездене. Zbl. für Haut u. Geschlkr. 1926, T. 18 cr. 437.
- Он же. „Psychotherapie und Hautkrankheiten“. Derm. Wschr. 1927, T. 84, стр. 16—22
- Он же. „Zur Methode der Erforschung psychogenen Dermatosen“. Arch. f. Derm. u. Syph. 1927, T. 154, cr. 410.
- Он же. „Psyche und Haut“. Hdb. der Haut und Geschlkr. von I. Iadassohn. Berlin, 1913, T. 4, часть II.
- Он же. „Zur Kasuistik und Problematik psychogener Dermatosen“. Nervenarzt. 1929, cr. 89—96.
- Он же. „Über die psychogene Komponente des Pruritus und die pruriginöse Dermatosen“. Münch. med. Wschr. 1922, cr. 148.
- Он же. „Zum Mechanismus der psychophysischen Schaltung“. Der Nervenarzt 1933, cr. 57.
- Он же. „On the psychic and nervous component of the so-called allergic skin-diseases and their treatment“. Br. Journ. of Derm. a. Syph. 1928, cr. 441—445.
- Он же. Derm. Wschr. 1927, № 1, cr. 6.
- Samek. „Zum Wesen der suggestiven Warzenbehandlung“. Derm. Wschr. 1929, T. 89, cr. 1045.
- Sézary, A. и P. Auzéry. „Guérison rapide par l'autohémothérapie d'une eruption profuse de verrues. Remarques sur rôle de la suggestion“. Bull. soc. franç. derm. 1932, № 9.
- Sobotka, P. См. K. Kreibich.
- Sommelet, H. „Beitrag zur Kenntnis der symmetrischen Extremitätengangrän“. Thèse de Paris. 1905, № 455.

- Spiegler „Über einen Fall von Alopecia nach Grauatshock“. Wien kl. Wschr. 1918, № 40.
- Stern, F. „Zur Frage der psychogenen Dermatosen“. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1927, T. 79, cr. 218—263.
- Sterling, W. „Über universelle Alopecie nervösen und pluriglandulären Ursprung“. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1916, T. 1—2.
- Stranberg, S. „Psyche und Hautkrankheiten“ im „Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome“. Von O. Schwarz, Wien 1925.
- Süssmann „Psychogener Herpes simplex“. Zbl. für Haut und Geschlkr. 1927, T. 23, cr. 615.

T.

- Тыжненко, А. М. „К этиологии herpes Zoster gangraenosus atypicus (Kaposi)“. Дерматология 1914, 3, cr. 160.
- Tissel, I. См. Claud. H.
- Török, L. „Angioneurosen“. Hdb. der Haut und Geschlkr. von I. Iadassohn. Berlin 1928, T. 6, часть II.
- Он же. „Urticaria“. Hdb. der Haut und Geschlkr. von I. Iadassohn. Berlin 1928, T. 6, cr. 167.

Ф. F.

- Финне, В. Н. Журнал для усов. врачей 1925, № 3.
- Fischer. Derm. Wschr. 1925, T. 80, cr. 271.
- Flandin. Цит. по Dracoulides.
- Forel, A. „Der Hypnotismus oder die Suggestion und die Psychotherapie“. Stuttgart, 1921.
- Fox, Tilbury. Цит. по Grosz, S.
- E. François—Dainville. Presse méd. 1916, № 26.
- Frédet. „Alopecie complète générale à la suite d'une frayer“. Arch. génér. de méd. 1879, cr. 740.

X. H.

- Хазанов, И. См. О. Левант.
- Hansen, K. „Zur Frage der Psycho-oder Organogenese beim allergischen Bronchialasthma und den Verwandten Krankheiten“. Nervenarzt 1930, 3.
- Hardy. Цит. по Grosz, S.
- Hazen, H. H. and P. R. Whitmore. „Skin diseases due to emotional disturbances“. Arch. of derm. a. syph. 1925, T. 12, cr. 261—266.
- Heilig Robert и Hans Hoff. „Über psychogene Entstehung der Herpes labialis“. Med. Klin. 1928, cr. 1472.
- Он и же. Klin. Wschr. 1925, № 46.
- Он и же. Allg. z. f. Psych. 1928.
- Он и же. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1923, T. 86.

- Heinicke. „Zur Kasuistik des Verhaltens der Haare bei Geisteskranken“. Neur. Zbl. 1903, 146.
- Heise. „Ein Beitrag zur Frage des akuten Ekzems mit psychischer Ätiologie“. Neurol. Centralbl. 1914, T. 1.
- Heller, I. Derm. Wschr. 1925, st. 721.
- Он же. „Die Krankheiten der Nägel“. Hdb. für Haut- und Geschlkr. von I. Jadassohn. Berlin 1927, T. 13, часть II.
- Он же и Schultz. „Über einen Fall von hypnotisch erzeugter Blasenbildung“. Münch. med. Wschr. 1909, st. 212.
- Helur. Annales 1886.
- Hesse. „Ein ätiologisch interessanter Fall von Vitiligo“. Dtsch. med. Wschr. 1909, № 40.
- Hoff und Waller. Münch. med. Wschr. 1923, № 22.
- Hoff, H. См. R. Heilig.
- Hollenberg. „Ein Fall von Herpes miliaris confluens necroticans als psychogene Dermatose bei einer Hysterischen“. Derm. Wschr. 1925, T. 81, st. 1351.
- Homburger, A. „Lichenoider Ausschlag als psychogene Dermatose“. Ztsch. f. d. ges. Neur. u Psych. 1923, T. 82.
- Hössling, V. „Zur Kenntnis der Raynoudschen Krankheit“. Munch. med. Wschr. 1910, 29.

Z.

- Zondek. „Болезни эндокринных желез“. 1925.

Ч.

- Черепнин. Медич. вестник. 1875, № 42.

III. Sch.

- Шамуйлов, Б. Н. „О роли истерии в этиологии некоторых дерматозов“. Сов. вест. вен. и дерм. 1934, № 12, ст. 951.
- Школьник, Р. „Лечение бородавок инъекция Hg. Sal.“ Русск. вест. дерм. 1925, № 10, ст. 908—910.
- Schapiro. Derm. Mschr. 1925, T. 80, st. 721.
- Scholtz, M. „Heilung der Warzen durch Suggestion. Bemerkung zu dem Aufsatz von B. Bloch“. Kl. Wschr. 1928, № 6, st. 265.
- Schultz. См. Heller.

Я.

- Ясинский В. и А. Картамышев. „Лейкоцитоз при эмоциональных состояниях“. Совр. психоневр. 1930, № 12, ст. 337.

ОГЛАВЛЕНИЕ

|   | Стр. |
|---|------|
| Вступлениe . . . . .  | 3    |
| Связь кожй с организмом . . . . .                                   | 5    |
| Психические эмоции и их влияние на организм . . . . .               | 7    |
| Зависимость дерматозов от состояния психики больного . . . . .      | 17   |
| О гипнозе . . . . .   | 21   |
| Психогенез различных кожных заболеваний и их гипнотерапия . . . . . | 22   |
| Экзема . . . . .  | 22   |
| Чешуйчатый лишай . . . . .  | 37   |
| Красный плоский лишай . . . . .                                     | 44   |
| Крапивница . . . . .  | 51   |
| Бородавки . . . . .   | 61   |
| Круговидное выпадение волос . . . . .                               | 67   |
| Herpes . . . . .  | 70   |
| Пузырчатка . . . . .  | 78   |
| Эритемы . . . . .   | 72   |
| Кожные гангрены . . . . .   | 74   |
| Болезнь Raynaud . . . . .   | 75   |
| Изменения ногтей . . . . .  | 76   |
| Изменения пигмента . . . . .  | 76   |
| Теория воздействия гипнотерапии на дерматозы . . . . .              | 75   |
| Заключение . . . . .  | 82   |
| Литература . . . . .  | 86   |