



The
Human Atmosphere
(THE AURA)

BY

WALTER J. KILNER

B.A., M.B. (Cantab.), M.R.C.P., etc.

Late Electrician to St. Thomas's Hospital, London.

WITH 64 ILLUSTRATIONS.

LONDON :
KEGAN PAUL, TRENCH, TRUBNER & CO., LTD.
NEW YORK : E. P. DUTTON & CO.

1920

ВАЛЬТЕР ДЖОН КИЛЬНЕР

АТМОСФЕРА ЧЕЛОВЕКА

(АУРА)



Международный Центр Рерихов
Мастер-Банк
Москва, 2008

УДК 156 + 616-073

ББК 88.3 + 53.4

К39

Перевод с английского А.И.Дьяченко

Walter John Kilner. THE HUMAN ATMOSPHERE
(THE AURA), London, 1920

Вальтер Джон Кильнер. АТМОСФЕРА ЧЕЛОВЕКА
(АУРА) / пер. с англ. — М.: Международный
Центр Рерихов, 2008. — 328 с.

Эта книга, написанная в начале XX века английским врачом Вальтером Джоном Кильнером (1847–1920), является пионерской работой в области научного изучения ауры человека. В ней описан простой способ наблюдения ауры с помощью несложного технического приспособления и собран огромный массив фактического материала, описывающего ауры пациентов лондонской Больницы Святого Фомы, в которой работал Кильнер. На примере этих людей автор показывает, что аура может служить прекрасным средством ранней диагностики болезней. Вместе с тем автор делает попытку анализа своих наблюдений с точки зрения физической науки и выдвигает некоторые предположения о природе ауры и возможном механизме аурического зрения.

Книга будет интересна врачам, интересующимся новыми методами медицинской диагностики, психологам и ученым, изучающим природу человеческого сознания, а также всем тем, кто занимается духовным саморазвитием.

На русском языке книга публикуется впервые. Оригинал книги на английском языке принадлежал Е.И.Рерих и в настоящее время хранится в Мемориальном фонде научной библиотеки Центра Музея им. Н.К.Рериха.

ISBN 978-5-86988-201-1

© London: Kegan Paul, Trench, Trubner & Co., Ltd., 1920

© New York: E.P.Dutton & Co., 1920

© Международный Центр Рерихов, 2008

© А.И.Дьяченко, перевод с английского, 2008

Предисловие переводчика

День за днем от людей из самых разных слоев общества доходят многочисленные свидетельства о наблюдении ими вокруг человеческого тела цветной ауры. Поток этих свидетельств, кажется, нет ни конца ни начала. Однако наука так до сих пор и не нашла фактов в пользу объективного существования около человека какой-нибудь области, излучающей электромагнитные волны или хотя бы просто рассеивающей окружающий свет, — области, которая могла хотя бы теоретически восприниматься некоторыми людьми как цветная аура. В чем причина этого парадокса?

Нельзя сказать, что наука сидит сложа руки. Она уже давно научилась улавливать и фиксировать излучения человеческого тела в самых разных диапазонах электромагнитного спектра. Случается, что эти излучения выдаются за ауру даже с академических трибун. Но, увы, они не могут восприниматься наблюдателем как цветная объемная оболочка вокруг тела, даже если бы его глаз был чувствителен к этим излучениям. Причина проста: свет распространяется в воздухе по прямой, и если он исходит от тела, то только тело и будет казаться наблюдателю светящимся. Именно такую картину и видят ученые, фиксирующие излучения человеческого тела на чувствительных приборах, например термографах. Тело светится, но ауры вокруг него нет.

Вот почему феномен человеческой ауры до сих пор остается загадкой и служит предметом разногласий между учеными и теми, кто ее видит. Возникает вопрос: а стоит ли вообще серьезно изучать ауру?

Оказывается, люди, обладающие аурическим зрением, почти не расходятся во мнении о том, что всякому нарушению в физическом теле человека сопутствует или даже

предшествует определенное цветковое или объемное проявление в его ауре. Это удивительное соответствие само по себе имеет огромный потенциал в сфере медицинской диагностики. Но еще более удивительным фактом оказывается то единодушие, с которым видящие ауру люди связывают состояние ауры, с одной стороны, и качество сознания ее обладателя, с другой. Суммируя эти факты, мы неизбежно приходим к выводу, что для видящих ауру людей существует прямая и очевидная связь между качеством мыслей человека и его бытием в этом мире, в частности его здоровьем. Эта связь для них просто видима.

Уникальная методика наблюдения человеческой ауры, открытая в начале XX века английским врачом Вальтером Кильнером (1847–1920), а также огромный массив собранного им фактического материала, связанного с различными состояниями его пациентов, казалось бы, давно должны были перевести феномен ауры в разряд явлений, признан-



Средняя школа г. Бери-Сент-Эдмендс (графство Суффолк),
в которой учился Вальтер Кильнер



Родители Вальтера Кильнера: Джон Кильнер и Анна Скотт

ных наукой. Но этого не случилось до сих пор. Одна из причин заключается в том, что даже если с помощью экранов Кильнера ауру могут увидеть многие люди, то все же глаз как регистрирующий прибор давно уже утратил в ученой среде титул убедительного судьи. В научных исследованиях его заменили приборы, лишённые столь нелюбимого наукой фактора субъективности.

Понимая эту трудность, Кильнер и сам признавался, что его заветной мечтой всегда было желание научиться фотографировать ауру, дабы заменить свидетельство наблюдате-



Операционная палата общей больницы Западного Суффолка, в которой в 1847 году отец Вальтера Кильнера Джон Кильнер одним из первых применил общую анестезию

ля документальной съемкой. К сожалению, этого не удалось ни ему, ни другим исследователям, хотя с момента опубликования книги прошло уже почти столетие. В конце XX века родилась даже гипотеза о том, что аура как таковая вообще не имеет объективного существования и возникает только в сознании наблюдателя. Эту гипотезу назвали теорией «проективной ауры» в том смысле, что сознание наблюдателя как бы проецирует цветные символы на тот видимый образ, который передается в его мозг зрительной системой.

Так стоит ли изучать ауру и существует ли она объективно? Всем своим опытом автор книги подталкивает нас к положительному ответу на эти вопросы. И хотя выяснить природу ауры Кильнеру так и не удалось, это ничуть не умаляет заслуги ученого, честно и беспристрастно собиравшего факты в копилку будущих исследований. Его книга просто изобилует интереснейшими сведениями, внимательный анализ которых при современном уровне научных знаний может позволить серьезному исследователю продвинуться



Улица Хаттер-стрит в г. Бери-Сент-Эдмендс. Здесь Вальтер Кильнер провел последние годы своей жизни, принимая пациентов и работая над вторым изданием своей книги

в понимании феномена ауры гораздо дальше, чем это было возможно в начале прошлого столетия.

Выдвигая свою ультрафиолетовую гипотезу, Кильнер признавал, что она, равно как и другие его предположения, требует серьезной проверки. Сегодня это сделать гораздо легче, чем сто лет назад¹. И мы надеемся, что первое издание книги на русском языке окажет большую помощь тем исследователям, которые понимают важность поставленной автором проблемы и готовы приложить свои силы и знания к разрешению удивительной загадки ауры, давно стоящей перед человечеством и самым тесным образом связанной с нашим внутренним миром и сознанием.

¹ Не производимый более дицианин вполне можно заменить другим красителем с нужными свойствами — пинацианолом, который сегодня легко найти в каталогах многих химических компаний. Возможность такой замены впервые была открыта английским исследователем Оскаром Бэгнеллом в первой половине XX века.

Предисловие к изданию 1911 года

Наблюдение человеческой атмосферы, или ауры, с помощью одних только материальных средств сразу переводит этот таинственный феномен в разряд чисто физических явлений. С самого начала, как только я впервые увидел человеческую атмосферу, я решил изучать ее независимо от оккультизма и ради сохранения объективности не читал никаких книг и статей на эту тему до тех пор, пока сам не исследовал ауры большого числа пациентов (более шестидесяти). Поскольку все существующие в настоящее время описания и ссылки на рассматриваемую тему встречаются исключительно в оккультных трудах и поэтому почти не содержат полезной информации с точки зрения физического изучения феномена, я решил вообще не цитировать эти труды в своей книге. Этим решением я автоматически поставил себя в положение человека, которому не на что опираться в своих исследованиях. Такое положение можно считать как преимуществом, так и недостатком — все зависит от того, с какой стороны на это посмотреть.

Название «Атмосфера человека», удачно подсказанное мне одним моим знакомым, как нельзя лучше отвечает исследуемой теме, поскольку содержит в себе ясное и образное описание феномена, понятное для всякого не знакомого с оккультизмом человека. Специальный термин «аура», несмотря на имеющееся в словаре Вебстера краткое определение («Любая утонченная, невидимая эманация, или испарение, из материальной субстанции, как, например, аромат цветов и т.п.»), известен, как правило, только тем, кто уже обладает некоторыми познаниями в оккультизме. Тем не менее слово «аура» постоянно используется в книге для краткости и удобства, поскольку слово «атмосфера» в

его привычном значении может вводить читателя в заблуждение, а если постоянно присовокуплять к нему определение «человеческая», изложение получится излишне громоздким.

После открытого заявления автора о своем нежелании связывать свой труд с оккультизмом читателю может показаться странным, что в книге используется выражение «эфирный двойник». Это понятие действительно заимствовано автором из теософических книг, поскольку другого подходящего названия этому явлению он пока не придумал.

218, Лэдброк-Гроув,
Лондон

Вальтер Джон Кильнер

Предисловие к изданию 1920 года

С момента опубликования предыдущего издания этой книги накопилось немало нового материала, проливающего свет на неизвестные ранее свойства человеческой ауры.

Несмотря на то что в настоящее время все еще невозможно точно сказать, из чего состоит аура человека, я уверен, что мы имеем дело с ультрафиолетовым феноменом. Некоторые женщины обладают способностью сознательно изменять цвета своей ауры (мужчины и юноши пока такой способности не обнаружили). Эти цвета определенно не принадлежат обычному видимому солнечному спектру, следовательно, мы имеем дело с добавочным, более высоким спектром, характеризующимся более короткими длинами волн.

Физической ауре присуще еще одно интересное свойство: она подвержена влиянию внешних сил, таких как электричество и химические воздействия.

Конечно, немало усилий было приложено для понимания того, каким образом дицианин воздействует на органы зрения, и все же исчерпывающего объяснения такого воздействия у автора нет до сих пор.

Хотя в тексте книги и не упоминается фотография, следует сказать, что намеки на ауру иногда проявляются на снимках, но качество таких фотографий пока остается неудовлетворительным. Неясно также, какие условия существенно важны для фотосъемки ауры. Тем не менее я уверен, что фотографическое изображение формы, размера и состояния человеческой ауры не только возможно, но и будет получено уже в скором времени, что, безусловно, сделает ауру более надежным средством медицинской диагностики. Научиться фотографировать ауру было моим искренним

желанием, но возраст с сопутствующими ему болезнями и множество других трудностей лишают меня почти всякой надежды на реализацию моей мечты. Исследователям, которые достигнут успеха в этом направлении, заранее посылаю мои искренние поздравления!

Хаттер-стрит,
Бери-Сент-Эдменде
(графство Суффолк)

Вальтер Джон Кильнер

Предисловие к изданию 1965 года

Представления об ауре — лучистом светящемся облаке, окружающем человеческое тело, имеют давнюю историю. Ауру можно увидеть на священных изображениях древнего Египта, Индии, Греции и Рима, появившихся на свет задолго до ее широкого распространения в христианском искусстве; тогда она считалась атрибутом избранных.

В религиозной традиции ауру иногда рисуют только вокруг головы, а иногда — вокруг всего тела. Это различие находит четкое выражение в христианском искусстве, где светящуюся оболочку вокруг тела называют *ореолом*, а сияющий диск, венчающий голову — *нимбом*. Если нарисованы одновременно и ореол, и нимб, все вместе объединяется термином *слава*.

Считается, что дохристианская традиция рисовать ауру берет свое начало из отождествления богов с солнцем и его лучами, которое мы находим, в частности, в культе Митры и его многочисленных отголосках. Однако может оказаться, что корни религиозных представлений о лучистых эманациях кроются также в реальных наблюдениях древних провидцев. На протяжении всей христианской эры считалось, что святые в моменты высочайшего духовного подъема излучают сияние; этот феномен можно понимать как усиление их ауры, которая доступна только глазу одаренных особым видением людей.

Уже не одно столетие считается, что ясновидящие действительно видят вокруг человека ауру и что у разных людей она разная и отличается по цвету и свойствам, которые, в свою очередь, зависят от состояния здоровья, а также эмоциональных и духовных качеств человека. Известный провидец Э.Сведенборг в своем «Духовном дневнике» пишет:

«Все в этом мире — и живое, и неживое — окружено особой духовной сферой».

Между религиозной традицией и оккультным миром, с одной стороны, и медицинским кабинетом XX века, с другой, зияет огромная пропасть. Однако доктору Вальтеру Джону Кильнеру удалось перекинуть мост через эту пропасть отважным шагом — установлением реальности человеческого ауры как физического феномена.

Вальтер Кильнер был выходцем из обычной медицинской семьи. Он родился 23 мая 1847 года в городе Бери-Сент-Эдмендс (графство Суффолк, Англия) в семье Джона Кильнера, члена Королевского колледжа хирургов. Вальтер, как и его младший брат Чарльз Скотт Кильнер, получили классическое медицинское образование. Чарльз получил степени бакалавра медицины и магистра хирургии в Эдинбургском университете, доктора здравоохранения в Кембриджском университете и стал старшим врачом общей больницы Западного Суффолка. Вальтер сначала учился в средней школе города Бери-Сент-Эдмендс, затем в Колледже Святого Джона (Кембриджский университет) и наконец в Больнице Святого Фомы в Лондоне. В 1870 году он получил степень бакалавра искусств, еще через год стал членом Королевского колледжа хирургов и лицензиатом Общества аптекарей, а в 1872 году получил степень бакалавра медицины. Таким образом, за плечами у Вальтера и его брата не было ничего выходящего за рамки традиционных медицинских знаний.

В Больницу Святого Фомы Кильнер попал в 1869 году, еще будучи студентом. Спустя десять лет, в июне 1879 года, он получил в ней должность электротерапевта. Этим назначением больница сделала первый официальный шаг на пути лечения пациентов электричеством. Должность электротерапевта Кильнер занимал до 1893 года, написав за этот период несколько работ, опубликованных в отчетах больницы. Это были специальные медицинские статьи, такие как «Салицилаты кальция и висмута при детской диарее» (1879), «Некоторые эксперименты и объяснения физических свойств мускулов» (1886). Его интерес к электричеству просматривается в заголовках «Об использовании постоянного тока при

диабетах» (1882) и «Воздействие электричества на локальное и общее кровообращение» (1884). В 1883 году Кильнер был принят в Королевский колледж врачей. Имея частную практику в фешенебельном по тем временам районе Лондона Лэдброк-Гроув, свободное время он с увлечением отдавал шахматам.

Кильнер получал образование в захватывающую эпоху научных, в частности медицинских открытий. Чтобы лучше понять, как он пришел к исследованиям человеческой ауры, будет полезно бросить беглый взгляд на общую атмосферу того времени.

Благодаря усилиям таких известных врачей, как доктор Ипполит Бернгейм, буквально на глазах современников Кильнера крепкую почву обрел феномен гипнотизма, и сенсационное явление животного магнетизма постепенно становилось понятием весьма респектабельным. Одновременно прорыв совершался и в теории электромагнетизма благодаря работам таких исследователей, как сэр Уильям Крукс и профессор Генрих Герц. Многие отказывались от необоснованных гипотетических представлений в науке и обращались в сторону науки чисто практической; идеи витализма постепенно выходили из моды. Одной из негативных сторон этого исторического периода оказалось то, что некоторые очень интересные и заслуживающие внимания исследования остались никем не замеченными.

В 1866 году выдающийся немецкий ученый барон Карл фон Рейхенбах, прославившийся достижениями в области химии, минералогии и геологии, опубликовал свои «Афоризмы», опирающиеся на сотни тщательно поставленных экспериментов с экстрасенсами — людьми с утонченной, особым образом организованной нервной системой, которые способны улавливать эманации, идущие от магнитов, кристаллов и человеческих тел. В одном из таких экспериментов экстрасенсы описывали световые потоки, струящиеся из кончиков пальцев. При этом сам Рейхенбах термином «аура» не пользовался, хотя его понятие «одической силы», очевидно, было близко к нему. Свойства этой силы он изучал с величайшим вниманием, однако ничего кроме насмешек со стороны серьезных ученых того времени он

не слышал. Рейхенбах умер в 1869 году, лишенный всякой надежды на признание.

И только в 1878 году американец Эдвин Д. Бэббитт воздал наконец должное работам Рейхенбаха. Бэббитт был одной из самых выдающихся личностей в истории целительства, в частности работы с цветом; его книга «Принципы света и цвета» давно стала классикой в этой области. Он считал, что «одический свет» Рейхенбаха подчиняется тем же законам и являет те же феномены, что и обычные видимые лучи, и что этот свет имеет огромное значение для выявления таинственных жизненных сил. Однако наука того времени отвернулась от Бэббитта, объявив его оккультистом.

В 1895 году профессор Вильгельм Конрад Рентген совершил монументальное открытие века, обнаружив X-лучи. Лондонская Больница Святого Фомы, где работал Кильнер, стала первой английской больницей, в которой в 1896 году впервые состоялась практическая демонстрация рентгеновских лучей, а в 1897 — уже активно функционировало рентгеновское отделение.

В 1903 году французский профессор Рене Блондло из университета в Нанси объявил об открытии нового вида излучения, которое он решил назвать N-лучами в честь родного города Нанси. Он считал, что эти лучи испускаются многими веществами и субстанциями, в том числе и работающей нервной системой человека. Французская академия признала открытие Блондло, однако несколько месяцев спустя американский физик Роберт Вуд беспощадно разоблачил это открытие, украдкой изъав из аппарата Блондло главную призму перед регистрацией спектра N-лучей на выходе аппарата. К удивлению Вуда, его проделка не помешала Блондло по-прежнему видеть свои лучи, которые, следовательно, были не чем иным, как чистой игрой воображения. Насмешки, следовавшие за обнародованием этого факта, привели Блондло сначала к сумасшествию, а затем и к смерти. Однако, несмотря на утвердившееся в науке отрицательное отношение к факту существования этих лучей, многие именитые ученые, например, профессор Шарпантье и профессор Беккерель, продолжали экспериментировать с N-лучами и даже подтвердили результаты Блондло.

И Рентген, и Blondlo изучали воздействие своих лучей на фосфоресцирующие субстанции, такие как циано платинит калия. Кильнеру, прочитавшему о воздействии невидимых N-лучей на фосфоресцирующий сульфид кальция, однажды пришла в голову мысль о том, что эманации человека тоже можно сделать видимыми подобным образом.

Кильнер знал и о работе Рейхенбаха, которого он упоминает в связи с наблюдением ауры вокруг полюсов магнита и кисти руки. Он был знаком и с теософической литературой, в которой описываются аура и эфирный двойник. Возможно, ему попадалась брошюра Ледбиттера «Аура. К вопросу о естественных формах светящегося тумана, наблюдаемого вокруг человека и других тел», опубликованная в 1895 году.

Очевидно, Кильнер экспериментировал и со стенометром профессора Поля Жуара — простым инструментом для измерения нервной энергии человека. Неопределенные ссылки Кильнера на инструмент для регистрации N-лучей посредством отклонения чувствительной иглы, несомненно, относятся к стенометру. Это приспособление состояло из точно сбалансированной иглы и калиброванного циферблата, накрытых стеклянным колпаком; считалось, что игла реагирует на воздействие нервной силы человека. Чаще всего к прибору относились несерьезно, однако с его помощью все же были получены некоторые поразительные результаты при тщательно контролируемых условиях (см. статью доктора Чарльза Расса «Инструмент, приводимый в движение взглядом или бесконтактным воздействием человеческого тела», опубликованную 30 июля 1921 года в журнале «The Lancet», с. 222–234).

В 1908 году у Кильнера родилась идея, что ауру человека можно сделать видимой, если смотреть на него сквозь подходящую субстанцию. Он решил экспериментировать с дицианином — темно-синим красителем, получаемым из каменноугольной смолы. По-видимому, этот краситель оказывал определенное воздействие на зрение, временно делая наблюдателя близоруким и, следовательно, более восприимчивым к ультрафиолетовому излучению¹. После много-

¹ Эта гипотеза подробно объясняется в главе IV. (Прим. перев.)

численных экспериментов с людьми Кильнер опубликовал результаты своих исследований в первом издании книги «Атмосфера человека», увидевшей свет в 1911 году. Эта книга продавалась вместе с диагностическими таблицами и набором диапозитивов. В ней Кильнер описал методы наблюдения человеческой ауры, которая, по его мнению, состояла из двух частей — внутренней и внешней. Внутренняя аура фактически повторяла контуры тела, тогда как внешняя имела более пространственные и туманные очертания. Кильнер обнаружил, что болезни сопровождаются заметными изменениями в ауре, следовательно, его экран можно использовать в диагностических целях.

Конечно, нашлись и скептики. На передовых полосах журнала «The British Medical Journal» от 6 января 1912 года появилась большая рецензия на книгу Кильнера, имевшая определенно скептическую направленность. Она начиналась словами: «Многие читатели нашего журнала уже знают из последних заметок в бульварной прессе о заявлениях доктора Кильнера из Лондона...» и завершилась следующим выводом: «Доктор Кильнер так и не убедил нас в том, что его аура более реальна, нежели призрачный кинжал леди Макбет».

Не обращая внимания на нападки, Кильнер продолжал эксперименты. Он оборудовал в своем доме на Лэдброк-Гроув темную комнату и изучал в ней человеческую ауру с диагностической точки зрения. Его исследованиями заинтересовался сэр Оливер Лодж. К сожалению, в 1914 году работа Кильнера была прервана первой мировой войной. Дицианин, получаемый путем сложного технологического процесса, поставлялся до войны немецкой химической компанией «Meister, Lucius & Bruening». С началом войны поставки прекратились. Кильнер решил покинуть Лондон и вернулся в родной город Бери-Сент-Эдмендс, где стал помогать младшему брату Чарльзу, имевшему в то время очень большую практику.

В 1920 году из печати вышло второе, полностью переработанное издание книги Кильнера, включавшее в себя массу новых наблюдений и выводов. В феврале 1921 года очень либеральный профессиональный журнал «The Medical Times» опубликовал на нее благожелательную рецензию.

Многие уважаемые врачи одобрительно отозвались о книге Кильнера. В марте 1922 года более осторожный журнал «The Scientific American» тоже разразился восторженным обзорением в ее адрес.

К сожалению, Кильнер этих статей уже не увидел. Он умер 23 июня 1920 года в возрасте 73 лет.

Безусловно, его книга была слишком нетрадиционной, чтобы оказать большое влияние на профессиональный медицинский мир, несмотря на недвусмысленное отречение автора от ясновидения и оккультизма. Как это ни смешно, но именно спиритическое движение с радостью приняло работу Кильнера. Известный английский медиум Гарри Боддингтон немного усовершенствовал громоздкий экран Кильнера. В исходном варианте этот экран представлял собой узкую коробку с оптической ячейкой из матового стекла, заполненной спиртовым раствором дицианина. Такая конструкция имела очевидные недостатки. Для работы с ней требовалось значительное количество раствора, да и краситель стоил немалых денег. Кроме того, смотреть через ячейку было неудобно, поскольку она не загораживала от бокового света. Боддингтон придумал специальные защитные очки, оборудованные двойными стеклами, между которыми заливался раствор красителя. Теперь его требовалось совсем немного. Такие очки при необходимости заполнялись раствором заново, так как спирт со временем испарялся. В 1928 году они были запатентованы под торговой маркой «Augospecs»¹. Через некоторое время Боддингтон обнаружил, что удовлетворительного результата можно достичь, если вместо красителя использовать цветное стекло с похожими спектральными свойствами. Новые очки «Kilnascrenes»² получили большую известность среди спиритуалистов и пользуются спросом до сих пор. (Несколько странно, что книга Кильнера, по-видимому, так и осталась незамеченной Британским Обществом Психических Исследований³.)

¹ От *англ.* *aura* — аура и *spectacles* — очки. (*Прим. перев.*)

² Букв. «экраны Кильнера». (*Прим. перев.*)

³ До 1965 года, когда книга Кильнера была переиздана издательством «University Books» с предисловием Лесли Шепард, Британское Общество

Исследования Кильнера получили дальнейшее развитие в научном русле благодаря трудам Оскара Бэгнелла, бакалавра искусств Кембриджского университета, который в 1937 году опубликовал книгу «Происхождение и свойства человеческой ауры». Она базировалась на собственном опыте автора и значительно дополняла оригинальные исследования Кильнера. Бэгнелл, в частности, подтвердил наблюдение Кильнера о том, что длительное использование дицианиновых экранов исправляет дальность зрения (ею страдали оба исследователя), и высказал предположение, что цвет красителя усиливает способность редкоиспользуемых периферических палочек и колбочек сетчатки реагировать на лучи с более короткой длиной волны, чем у видимого света. С этим выводом согласился и Боддингтон.

Важным вкладом Бэгнелла в изучение ауры стало усовершенствование экрана путем замены дицианина более стабильным и гораздо более дешевым красителем пинацианолом, также получаемым из каменноугольной смолы.

Впоследствии Джон Вильямсон из Исследовательской группы британского Общества Метафизиков выполнил серию четко продуманных экспериментов для проверки результатов исследований Кильнера, Боддингтона, Бэгнелла и других. В 1954 году он прочитал лекцию, содержащую основательный детальный анализ главных достижений этих исследователей¹, а в 1960 году его коллега доктор Махмуд Муфтик опубликовал великолепный обзор всего поля подобных исследований².

Психических Исследований опубликовало на эту тему лишь одну небольшую статью под заголовком «Заметка об очках Кильнера» (1961). Однако в марте 1967 года будущий президент Общества Артур Эллисон опубликовал более обширный комментарий на книгу. Его статья называлась «Доктор В.Дж.Кильнер и аура человека». К сожалению, с научной точки зрения ценность статьи оказалась невысокой и нового света на исследования Кильнера она так и не пролила. (*Прим. перев.*)

¹ Лекция была прочитана в Лондоне в здании Кэстон-Холл и называлась «Seeing the Aura» («Видение ауры»). Впоследствии она была опубликована Обществом Метафизиков отдельной брошюрой. (*Прим. перев.*)

² Этот обзор под заголовком «Researches on the Aura Phenomena» («Исследование феномена ауры») также был опубликован Обществом Метафизиков отдельной брошюрой. (*Прим. перев.*)

Тема человеческой ауры очень сложна. С одной стороны, существуют теории клеточного излучения, надежно установленные такими учеными, как доктор Джордж Крайл, Гарольд Берр и Филмер Нортроп. С другой стороны, известна идея животного магнетизма начала XIX столетия, которая заслуживает пересмотра. Доктор Бенхэм, представитель современной радиэстезиологии, утверждает, что насекомые тоже имеют ауры, которые можно измерить (к примеру, аура бабочки достигает 20 футов). Некоторые чувствительные люди непосредственно ощущают эманации человеческого тела на расстоянии. Более того, покойный Уильям Норман Погсон, обладавший даром находить грунтовые воды, верил, что вещество ауры можно даже заключить в пробирку и сохранять так несколько месяцев подряд.

Особо одаренные люди действительно излучают руками необычную энергию, которая может излечивать болезни, а также мумифицировать органическую материю, например фрукты или мясо. (Известен засвидетельствованный мноими случай, когда француз Джордж Гейллард из Лиона мумифицировал две бараньи глотки буквально за минуту, просто подержав их в руках.) В качестве примера более экстравагантных представлений об ауре можно упомянуть опыты доктора Ипполита Барадюка, который имел обыкновение большими медными ножницами «состригать нечто» на небольшом расстоянии от лица и тела своих пациентов, дабы освободить их эфирное тело от физической части ауры...

Оккультисты и теософы связывают ауру с чакрами индийской йоги, а также с уровнем духовного развития человека. Ясновидящие преспокойно видят ауры всевозможных цветов и форм, и их видение, вполне возможно, имеет под собой какое-то физическое основание. Между тем давно известно о существовании в человеческом организме разного рода биоэлектрических токов, однако мало кому приходит в голову связать их и ауру между собой.

Кильнер неоднократно подчеркивал, что его открытие имеет не оккультную, а чисто физическую природу, и все же многие люди так и не смогли увидеть человеческую ауру с помощью его приспособлений. Это породило волну отрицаний, главная идея которых сводилась к тому, что Кильнер

стал жертвой известных оптических иллюзий, возникающих при наблюдении в определенных условиях. Хуже всего то, что некоторые критики объявили ясновидящим самого Кильнера, утверждая, что благодаря врожденной способности ясновидения он наблюдал через свои экраны феномены, не имеющие под собой никакого физического основания! К чести исследователя, немало других трезвомыслящих и достойных уважения людей подтвердили его открытие, и теперь появляются свидетельства о пробуждении интереса к еще более ранним трудам — работам Рейхенбаха.

Таким образом, феномен человеческой ауры все еще не нашел своей гавани в широком море, разделяющем науку и ясновидение. Конечно, говорить о полном признании выводов Кильнера пока преждевременно, но нельзя и просто игнорировать результаты его многолетних кропотливых исследований, подтвержденных многочисленными свидетельствами.

Долгие годы ценная книга Кильнера оставалась малоизвестным раритетом. Новое ее издание, безусловно, породит новую волну экспериментальных исследований. А они очень и очень нужны. В распоряжении ученых оказались совершенные приборы для регистрации ультрафиолетового и инфракрасного излучения. Были предприняты некоторые попытки сфотографировать ауру; не исключено, что какие-то ее части можно даже показать на модифицированном телевизионном экране. Сегодня увлеченный исследователь без труда может приобрести специальные аурические очки. Остается только порадоваться, что бесценная новаторская работа Кильнера снова становится доступной людям.

Лондон

Лесли Шепард

Глава I

Аура здоровых людей

Из десяти тысяч людей едва отыщется один, которому известно, что наше тело окружено туманной дымкой, не исчезающей ни во время сна, ни в часы бодрствования, ни в холод, ни в жару. Обычно она невидима, но при благоприятных условиях все-таки может быть наблюдаема. Эту дымку — прототип нимба, изображаемого вокруг ликов святых, — видят некоторые люди, владеющие даром особого зрения (за это их и называют ясновидящими). До сих пор никто кроме них не мог ее видеть. Это туманное облако, или атмосфера человека, обычно называемая словом *аура*, и будет главной темой настоящей книги, поскольку теперь появилась возможность исследовать ее с помощью прозрачных экранов¹, содержащих растворы особых химических веществ. Заметим, что автор никоим образом не претендует на ясновидение, равно как и на прочие оккультные способности. Ему хочется четко запечатлеть в сознании читателя мысль о том, что это исследование носит чисто физический характер и может быть повторено каждым, кто находит предмет книги достаточно интересным.

До тех пор пока способностью видеть ауру обладал лишь узкий круг людей и обычный человек не имел возможности подтвердить или опровергнуть ее существование, дверь для шарлатанства была широко открыта. А поскольку до настоящего времени так оно и было, на феномен ауры смотрели, мягко говоря, искоса. Между тем в описываемых далее способах изучения ауры шарлатанства не больше, чем в разглядывании микробов с помощью микроскопа. Главное

¹ Здесь и далее экранами называются светофильтры с жидкими красителями, помещаемые перед глазами наблюдателя. (Прим. перев.)

различие заключается в том, что благодаря обладанию сверхнормальным зрением некоторые люди действительно могут видеть ауру без всяких приспособлений, тогда как никто еще не имел дерзости утверждать, что он в состоянии видеть нечто размером в тысячную долю миллиметра без помощи соответствующего инструмента. Отныне не может быть ни малейшего сомнения в реальности существования ауры, окутывающей человеческое тело, ибо теперь ее можно сделать видимой каждому человеку с обычным зрением¹, и очень скоро это станет общепризнанным фактом.

Было бы странно, если бы наша аура оставалась неизменной при любых обстоятельствах. Есть все основания считать, что изучение ее состояний откроет мощный диагностический потенциал ауры как средства выявления болезней.

Здесь автор хочет сделать несколько важных замечаний, поэтому просит читателя запастись известной долей терпения. Во-первых, он старался оставаться по возможности максимально беспристрастным и точным в записях своих наблюдений, а также избегать ловушек самообмана, которые расставляют на пути исследователя неконтролируемый энтузиазм и воспаленное воображение. Конечно, достичь абсолютной объективности очень трудно, ибо слишком многое зависит от субъективного видения. В этом отношении автор может только добавить, что из всех его чувств зрение является самым совершенным, поэтому его глаз может разглядеть чуть больше, чем глаз обычного человека, и иногда замечает то, что ускользает от внимания других наблюдателей. Во-вторых, некоторые выводы, к которым он пришел, могут показаться слишком категоричными (возможно, так оно и есть), ибо базируются на обобщении слишком малого объема фактов. Смягчающим обстоятельством, на которое рассчитывает автор, служит то, что все подобные обобщения были сделаны исключительно как рабочие гипотезы в помощь будущим исследователям.

¹ Автор полагает, что 95 процентов людей с обычным зрением могут видеть ауру. Некий исследователь утверждает, что из четырехсот человек, которым он пытался показать ауру, ее не увидел только один.

Открытие удивительных экранов, благодаря которым аура становится видимой, никоим образом не было случайным. Прочитав о воздействии N-лучей¹ на фосфоресцирующий сульфид кальция, автор долгое время экспериментировал с механическими проявлениями телесных эманаций и пришел к выводу (верному или, возможно, ошибочному), что обнаружил помимо тепла две новые «силы», которые излучаются телом и воздействуют на фосфоресцирующие иглы, и что эти «силы» принадлежат инфракрасной области спектра. Последнее обстоятельство оказалось неожиданным препятствием в экспериментах, однако в начале 1908 года автору пришла в голову мысль, что ему могут помочь некоторые красители. Изучив их спектры и, по возможности, свойства, он испытал несколько веществ и остановился на дицианине², как на самом многообещающем. В ожидании

¹ В 1903 году известный французский ученый Рене Блондло открыл новый вид излучения, названный им N-лучами в честь университета в городе Нанси, где он работал. N-лучи оказались нелегким объектом для регистрации, но его эксперименты были подтверждены многими учеными Франции. Однако за ее пределами повторить эксперименты Блондло не удавалось никому. В 1904 году американский физик Роберт Вуд специально посетил лабораторию Блондло, желая своими глазами наблюдать его опыты. В один из удобных моментов, когда в комнате был притушен свет, Вуд незаметно вытащил из спектрометра Блондло главный элемент (алюминиевую призму) и как ни в чем не бывало продолжал наблюдения. К величайшему изумлению Вуда, Блондло и дальше утверждал, что на выходе спектрометра он прекрасно видит спектр N-лучей. После этого Вуд опубликовал на страницах ведущего научного журнала «Nature» подробное описание своей проделки, и с тех пор о N-лучах никто не вспоминал.

Самообман Блондло (открывшего то, что ему очень хотелось открыть) называют «влиянием экспериментатора». Это «влияние» служит одной из причин, по которой серьезные научные эксперименты всегда проводятся с многочисленными предосторожностями и двойным контролем.

Сульфид кальция, о котором пишет Кильнер, — вещество, наносившееся Блондло на иглы для регистрации спектра N-лучей. Эти иглы помещались на выходе созданного им спектрометра с треугольной алюминиевой призмой. Их слабое свечение в темноте и было, согласно Блондло, следствием воздействия N-лучей. (*Прим. перев.*)

² Дицианин — полиметиновый краситель, синтезируемый из компонентов каменноугольной смолы, получаемой в процессе коксования угольной шихты. (*Прим. перев.*)

доставки химиката автора посетила еще одна мысль: не поможет ли заказанное вещество сделать некоторые проявления найденных им телесных эманаций видимыми глазу? Словом, в этом случае с помощью красителя можно было надеяться увидеть ауру человека. Об этом феномене автор уже слышал прежде, но до этого момента и не помышлял о возможности его исследования, так как считал такое выходящим за рамки собственных природных способностей.

Получив краситель, автор изготовил стеклянные экраны, покрытые коллодием или желатином и окрашенные дицианином. Однако все они оказались совершенно бесполезными, поскольку краситель в них почти сразу начинал химически разлагаться. Он испытал несколько других конструкций (с переменным успехом), пока наконец не был выявлен единственный способ изготовления экранов, дающий удовлетворительные результаты: стеклянные ячейки, заполненные спиртовым раствором дицианина. Но даже они со временем меняли свой цвет из-за химического разложения красителя, поэтому в промежутках между опытами их следует хранить в темноте. Обычно для работы требуется два экрана: темный и светлый. Для некоторых целей необходимы и другие экраны — с иными свойствами. О них будет рассказано далее.

Как только экран был изготовлен, автор решил посмотреть через него на своего друга и тотчас увидел вокруг его головы и рук слабый туман сероватого оттенка, который, по его мнению, не мог быть ничем иным, как человеческой аурой. Уже во время первых экспериментов автор заметил, что может видеть этот туман в течение нескольких минут и без экрана. Эта способность сохранялась недолго, но, как оказалось, легко восстанавливалась после смотрения через темный дицианиновый экран на свет. В этом и заключается основное условие описываемого метода. Некоторые наблюдатели (их меньшинство), которые после смотрения через темный дицианиновый экран на свет не видят ауры или же видят ее очень смутно, могут разглядеть ее более четко, если посмотрят на человека через светлый дицианиновый экран. В этом состоит главное назначение второго экрана.

Первое время аура настолько очаровала автора, что каждую свободную минуту утром, днем или вечером он

проводил экспериментируя со своим экраном. Но вскоре, к великому его огорчению, он заметил, что дицианин вредно воздействует на глаза, приводя их в столь болезненное состояние, что эксперименты приходилось прерывать на несколько дней. Учитывая свой печальный опыт, автор не рекомендует работать с темным дицианиновым экраном более часа в день. По-видимому, воздействие красителя носит кумулятивный характер, в результате чего постепенно вырабатывается способность видеть ауру без предварительного использования экрана. И все же перед исследованием пациента автор рекомендует хотя бы несколько секунд смотреть сквозь экран на свет.

Аура видна достаточно хорошо только при соблюдении определенных условий. Прежде всего, освещение не должно быть слишком ярким. Необходимую освещенность следует подбирать индивидуально, опираясь на личный опыт, ибо одни наблюдатели лучше видят ауру при таком освещении, которое оказывается чересчур ярким для других. В первом приближении тело исследуемого человека должно стать отчетливо различимым после того, как глаза наблюдателя привыкнут к полумраку помещения. Свет должен быть рассеянным, идущим только из одного источника и равномерно освещающим пациента со всех сторон. Лучшее расположение, когда наблюдатель стоит спиной к затемненному окну и лицом к пациенту. Альтернативный способ (нередко единственно возможный вдали от дома) заключается в использовании палатки, подобной складывающейся переносной темной комнатке фотографа, только вместо простой желтой ткани обшитой непрозрачным черным материалом и лишенной лицевых занавесов. Обычно в доме пациента удается путем нехитрых маневров установить такую палатку входом к окну. Но если такой возможности нет, а комната достаточно велика, палатку можно поставить задней стенкой к окну, оставив между ними пространство в 3–4 фута, чтобы в комнату проникал свет и равномерно освещал исследуемого человека. При этом все окна в комнате, за исключением окна позади палатки, должны быть абсолютно затемнены. Окно позади палатки следует прикрыть шторой в зависимости от требуемого уровня освещенности.

Существенным недостатком такого расположения является то, что наблюдатель вынужден стоять лицом к свету, который оказывается помехой на всех этапах исследования, особенно при наблюдениях, связанных с дополнительными цветами, о чем будет сказано дальше. Черный фон позади человека необходим всегда.

Большую часть своих исследований автор книги провел в комнате с единственным окном. Сверху на нем висит обычная штора, а снизу закреплена другая, состоящая из двух слоев черной саржи¹. Эту штору можно поднимать до любой требуемой высоты. Саржа пропускает довольно много света, даже слишком много, за исключением самых пасмурных дней, поэтому освещенность можно дополнительно регулировать, опуская еще и основную штору. Подобная конструкция штор удобна тем, что между ними можно оставлять небольшую щель, через которую в комнату проникает дополнительный свет, необходимый при рассматривании пациента через темный карминовый экран и иногда при работе с дополнительными цветами.

Напротив окна, приблизительно в 8–10 футах от него, закреплён шток, на котором висят черная и белая шторы, любую из которых можно использовать в качестве фона.

Следует помнить, что пациент должен стоять не ближе одного фута от фона, дабы избежать оптических иллюзий, производимых тенями или деформацией шторы, которые неизбежно исказят результаты наблюдений. Впрочем, если исследователь не новичок, ошибок такого рода почти не возникает.

Поскольку уже не раз случалось, что новички, желающие увидеть ауру, терпели неудачу (одни — из-за неправильно организованного освещения, другие — из-за перенапряжения глаз, третьи — из-за недопонимания каких-то других особенностей метода), а потом, при соблюдении всех условий опыта, различали ее без особого труда, будет полезно дать краткое описание нескольких предварительных опытов, которые могут оказаться весьма полезными при первых по-

¹ В доме автора вид из окна ничем не заслонен, поэтому и повешены две шторы.

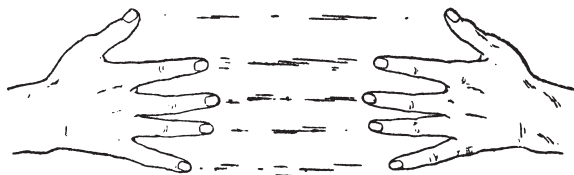


Рис. 1. Первый опыт наблюдения аурического тумана.
«Ниточки» между пальцами

пытках увидеть ауру. Лишь после добросовестного и успешного их выполнения наблюдатель может считать, что главные трудности позади.

Ученик должен попросить кого-нибудь подержать кисти рук на расстоянии 1 фута от черного экрана в плоскости, параллельной экрану. Между пальцами должно быть пространство в 8–10 дюймов шириной (рисунком 1). Затем он должен посмотреть в течение приблизительно 30 секунд через темный дицианиновый экран на дневной свет (если возможно, на небо, но не на солнце). *Экран нужно держать как можно ближе к глазам* во избежание попадания на сетчатку света, не прошедшего через синий краситель. Без выполнения этого условия экран не окажет на глаза почти никакого воздействия. Влияние красителя обычно сохраняется на протяжении часа и даже больше, но иногда, особенно на первых порах, этот период оказывается значительно короче; в последнем случае сенсбилизацию глаз дицианиновым экраном можно повторять по мере необходимости. После сенсбилизации следует прикрыть шторы, но так, чтобы руки пациента все еще были отчетливо видны наблюдателю, когда он станет спиной к окну и закроет их своей тенью. Такое положение дает наблюдателю возможность при необходимости увеличить освещенность рук, не прикасаясь к шторам, — просто слегка перемещая свое тело в сторону. Как правило, наблюдатель почти сразу заметит полосы, как бы соединяющие пальцы обеих рук, а также туман между кистями. Увидев

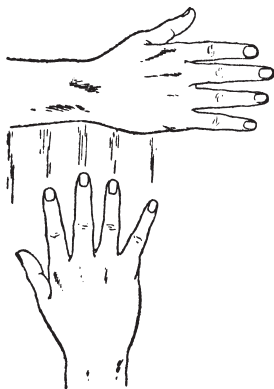


Рис. 2. Усиление ауры за счет приближения кисти к предплечью другой руки

это, он скорее всего обратит внимание на подобный, но не настолько отчетливый туман и вокруг рук выше кистей (если руки не закрыты рукавами). Случается, что с первого раза упражнение вызывает у ученика затруднение, которое легко преодолеть, если кисть одной руки расположить под прямым углом к обнаженному предплечью другой (рисунк 2). Такое положение рук усиливает ауру, и даже если убрать кисть, наблюдатель по-прежнему будет видеть ауру вокруг обнаженного предплечья. Не забывайте, что глаза постепенно привыкают к полумраку, поэтому освещенность в комнате время от времени следует регулировать.

Большинство людей после просмотра на свет через темный дицианиновый экран способны увидеть ауру описанным способом, но есть и такие (их меньшинство), которым без помощи слабого дицианинового экрана увидеть ее не удается. Конечно, в таком случае освещенность в комнате следует несколько увеличить.

После успешного наблюдения ауры вокруг кистей и предплечий ученик может провести другой опыт: изучить руку через темный карминовый экран. Для этого следует несколько приподнять шторы, чтобы кисть и предплечье были

видны через экран так же отчетливо, как и при первых опытах. На этот раз наблюдатель обнаружит, что большая часть ауры исчезла, а оставшаяся располагается весьма близко к контуру руки (обычно ее ширина составляет $1\frac{1}{2}$ – $3\frac{1}{2}$ дюйма). С первого взгляда кажется, что эта часть ауры выглядит просто более плотной, но внимательное изучение покажет, что на самом деле она как бы исполосована тонкими линиями, словно разрисована верблюжьей кистью. В каких-то местах *полосчатость* заметна лучше, чем в других, но через мгновение картина совершенно меняется. Эта исполосованная часть получила название *внутренней ауры*, а широкая аморфная часть, которая не видна через карминовый экран, была названа *внешней аурой*. Иногда, хотя далеко не всегда, внимательный наблюдатель заметит между телом и внутренней аурой тонкую полосу как бы пустого пространства. Эту полосу автор назвал *эфирным двойником*. В следующих главах каждая из частей ауры будет описана подробно.

Очень важно, чтобы ученик смотрел на кисти рук и предплечья так, будто рассматривает обычную картину, — никакого напряжения глаз быть не должно! Чем точнее наблюдатель сфокусирует глаза на той плоскости, где находится кисти наблюдаемого, тем легче и яснее он сможет различить ауру. Напряжение глаз не просто препятствует работе, но часто полностью исключает всякую возможность видеть аурический туман. Причина станет ясна в процессе дальнейшего изложения.

Как только новичок почувствует, что видит ауру без особых затруднений, он может переходить к ее изучению вокруг более крупных частей тела или, что еще лучше, вокруг тела целиком. Для первых опытов желательно, чтобы изучаемый человек был здоров и обладал по возможности крепким телосложением (при болезни аура всегда слабеет и теряет отчетливость). Следует помнить, что даже у совершенно здорового человека четкость ауры меняется изо дня в день.

Пока пациент раздевается и занимает место для обследования, наблюдатель, если он еще не сделал этого, должен посмотреть через темный дицианиновый экран на свет в течение нескольких секунд. Затем нужно отрегулировать

освещенность, опустив шторы. Заметим, что для изучения ауры человека в целом требуется гораздо меньше света, чем для изучения ауры вокруг кистей рук. Став спиной к окну и лицом к пациенту (и используя при необходимости слабый дицианиновый экран), наблюдатель либо сразу, либо через несколько секунд должен различить окутывающий тело человека слабый туман. Он всегда будет разным даже у здоровых людей — в зависимости от возраста, пола и индивидуальных особенностей.

Прежде всего следует обратить внимание на текстуру ауры — грубая она или тонкая, ибо нет двух людей с одинаковой аурой. Обратите также внимание на ее цвет. Обычно это некоторый оттенок синего, смешанный с той или иной долей серого. Намного легче определить цвет, если попросить пациента поставить руки на талию. В промежутке между торсом и руками аура, излучаемая телом, усиливается аурой, излучаемой руками.

В начале систематического осмотра пациенту желательно повернуться лицом к наблюдателю и к свету. Ауру вокруг головы лучше изучать, когда пациент стоит или сидит с опущенными вдоль тела руками. Ее ширину можно приблизительно оценить, заметив расстояние, на которое она выдается за плечи. Это положение позволяет также сравнить ширину ауры с обеих сторон от тела, что чрезвычайно важно, ибо в определенных случаях при болезни она бывает с одной стороны шире, чем с другой. Пока пациент держит руки около тела, следует также обратить внимание на общую форму ауры, ибо при поднятых вверх руках она часто меняет форму. Большую часть обследования удобнее проводить, попросив пациента поднять руки и сложить их на макушке, чтобы аура, начиная от подмышечных впадин и далее вниз около туловища, бедер и ног, как можно меньше искажалась излучениями рук. Теперь самое время определить размер и форму ауры, обратив внимание на то, как она повторяет контуры тела, шире ли она около туловища, чем возле ног, и если это так, то на каком уровне она начинает сужаться. Часто уже на этом этапе можно заметить некоторые аномальные особенности текстуры, но изучать их гораздо удобнее позже с помощью специальных экранов.

Иногда внешний вид ауры позволяет выделить в ней две или даже три отдельные части, но их углубленное изучение следует отложить на более поздние этапы исследования. После внимательного осмотра ауры с обеих сторон от пациента следует повернуть его боком для исследования ауры спереди и сзади. Каждый раз, когда возникает подозрение в неравномерном освещении, следует повторно исследовать ауру, попросив пациента повернуться к вам другим боком (или спиной, если перед этим вы изучали его в фас). Этот нехитрый прием позволит избежать множества ошибок.

Хоть аура и окутывает человека целиком, но из-за своей утонченности и прозрачности она бывает видна только в сечениях. Поэтому, когда возникает необходимость исследовать какую-то ее часть, эманлирующую из определенной области, пациента нужно расположить таким образом, чтобы этот участок ауры находился напротив черного фона.

Следующий шаг в исследовании — отделение внутренней ауры от внешней с помощью темного карминового экрана. Если во внутренней ауре присутствует нарушение, оно нередко проявляется в недостаточной четкости тумана или же изменении его текстуры, которая, к примеру, может стать зернистой. Обычно такие нарушения носят локальный характер. После этого можно перейти к работе с полосами дополнительного цвета, а в завершение провести исследование ауры в области между телом и руками в положении «руки в боки» с помощью цветных экранов.

Помимо того что ауры и здоровых и больных людей различаются широким многообразием форм и размеров, наблюдается также огромное разнообразие их текстур. Различия обычно бывают настолько тонкими, что описать их словами просто невозможно, но тот, кто изучил хотя бы несколько аур и обладает мало-мальски развитой наблюдательностью, едва ли видел две идентичные. На рисунках ауры, конечно же, могут быть похожи, но на этом их сходство, как правило, и заканчивается. Нет смысла условно делить ауры на утонченные, промежуточные и грубые, ибо различия так плавно перетекают из класса в класс, что часто почти невозможно решить, к какому именно классу следует отнести данную ауру.

Практика показывает, что помимо таких факторов, как болезнь, недомогание, усталость, депрессия и т.п., которые безусловно влияют на ауру, четкость ее проявления меняется изо дня в день, причем яснее всего она обычно видна в те дни, которые, согласно показаниям актинометра¹, наиболее благоприятны для фотографии. По-видимому, колебания температуры и влажности никак не влияют на ауру. Причина этого феномена остается неясной. Из всего вышесказанного следует извлечь один важный урок, а именно: если исследователю не удалось увидеть ауру с первой попытки, нужно просто попробовать сделать это в другой раз.

Изучение аур многих здоровых людей показало, что помимо естественно ожидаемых индивидуальных различий существуют также и групповые особенности. Мужчины, например, независимо от возраста и с учетом всех индивидуальных особенностей демонстрируют тем не менее схожие типы ауры. Совершенно иная ситуация с женщинами — в один из периодов жизни ауры женщин испытывают настоящее преображение. В детстве ауры девочек и мальчиков похожи, но начиная с 12–13 лет и до 18–19 женская аура постепенно растет, все дальше уходя от чисто мужского прототипа к более широкому женскому.

Аура мужчин окружает голову более менее равномерно со всех сторон, обычно на 3–4 дюйма превышая ширину плеч. Когда мужчина стоит лицом к наблюдателю, подняв руки вверх и положив их на голову, его внешняя аура сбоку от туловища выглядит более узкой, чем около головы, и повторяет контуры тела обычно на расстоянии не более 4–5 дюймов (приблизительно пятнадцатая часть от роста тела). При изучении в профиль внешняя аура будет иметь примерно такую же ширину за спиной, как и по бокам, и почти такую же спереди. Она простирается вниз до конца нижних конечностей, хотя имеет там несколько меньшую протяженность. Аура вокруг рук в целом похожа на ауру вокруг ног, но обычно она шире вокруг кистей и всегда продолжается довольно далеко за кончиками пальцев. Внутренняя аура

¹ Актинометр — прибор для измерения прямой солнечной радиации. (Прим. перев.)

обычно имеет ширину от $2\frac{1}{2}$ до $3\frac{1}{2}$ дюймов и везде повторяет контуры тела.

Это же описание применимо и к аурам девочек, возраст которых не превышает 12–13 лет, с той лишь разницей, что текстура у них обычно более утонченная. Иногда это обстоятельство даже затрудняет локализацию внешней границы ауры, что, впрочем, случается и при изучении ауры мальчиков. По этой причине дети — не лучший объект для начинающего исследователя.

Аура женщины обладает особой формой. Над плечами, вокруг головы, рук и кистей она очень похожа на мужскую. Различие сразу становится очевидным, как только женщина поворачивается к наблюдателю лицом и кладет руки на голову: вокруг туловища ее аура гораздо шире, чем у мужчин, причем ширина ауры увеличивается сверху вниз вплоть до уровня талии, где достигает максимума; отсюда аура начинает постепенно сужаться к лодыжкам. Яйцеобразная форма — самая совершенная, но иногда у здоровых женщин аура начинает резко сужаться к нижней части бедер; отсюда она продолжается вниз, уже почти не меняя своей ширины или только немного сужаясь. Такое постепенное сужение трудно выразить словами, поэтому будем просто говорить «повторяет контуры конечностей» и т.п. Конечно, это не совсем точно, но общее впечатление такое выражение передает.

Когда женщина становится к наблюдателю боком, аура за ее спиной оказывается шире, чем перед грудью, причем наиболее широкая часть из-за изгиба спины приходится на уровень поясницы. Граница ауры должна опускаться по прямой линии от плеч до ягодиц, находясь на равном расстоянии от тела в обоих названных точках. Далее она должна опускаться вниз, повторяя контуры бедер и ног. Напротив молочных желез туман нередко бывает более ярким. Очевидно, его усиление зависит от функциональной активности молочных желез, поскольку проявляется во время беременности и лактации, а иногда (но в меньшей степени) накануне, во время и сразу после менструации. Однажды сформировавшись, женская аура не испытывает каких-либо существенных изменений со временем; нарушить ее может

только болезнь. Хорошее схематическое изображение аур здоровых женщин дано на рисунках 7–12.

Иногда форма здоровой женской ауры отличается от только что описанной. Различия касаются ширины ауры по бокам от туловища и уровня, на котором наблюдается полное сужение ауры в области нижних конечностей. Ширина ауры перед телом тоже варьируется, но не в такой степени. Различия со стороны спины встречаются чаще, более заметны и связаны, как правило, с темпераментом. У одних внешняя граница аурического тумана от плеч до самой выступающей части ягодиц кажется прямой, а далее повторяет контуры бедер и икр. У других эта граница выгибается наружу напротив поясницы и изгиб заканчивается только на уровне середины бедер, а иногда может продолжаться до самой земли, прежде чем аура полностью сожмется. Подробное объяснение этого выступа дается в главе VII. Средняя ширина женской ауры около талии колеблется от 8 до 10 дюймов, иногда она не превышает 6–7 дюймов, но бывает, что достигает и 15 дюймов. Внутренняя аура женщины напоминает таковую же у мужчин, с той лишь разницей, что обычно она не столь широка.

С началом полового созревания аура женщины начинает расширяться и за 5–6 лет из инфантильной превращается в ауру, свойственную полноценной взрослой женщине. Изменение ауры обычно начинается незадолго до первой менструации, но уловить этот момент до появления первых телесных изменений удается очень редко. Например, 14-летняя девочка из примера 10 (*рисунок 6*) уже имела признаки переходной ауры до начала менструаций. Самой юной девочке, аура которой по бокам от туловища уже начала расти, было всего 12 лет и два месяца. Она была не по годам рослой и развитой. Другой пример раннего развития — аура хорошо развитой девочки, подверженной эпилептическим припадкам, которая в 13 лет еще имела инфантильную форму, но шесть месяцев спустя начала расти. Другая девочка того же возраста уже имела переходную ауру, по размерам которой можно было предположить, что превращение началось еще до того, как ей исполнилось тринадцать. Она была крепкой и здоровой, но не более чем нормально развитой для своего возраста.

Опираясь на имеющийся опыт, можно сформулировать общее правило: женская аура начинает расширяться между 14 и 15 годами. За одним или двумя исключениями, у всех изучавшихся девушек в возрасте от 15 до 18 лет уже имела переходная аура. Одна болезненная и слабая 17-летняя девушка, у которой еще даже не начались менструации, все еще имела совершенно инфантильную ауру. Другая пациентка — женщина 28 лет с сильно заторможенным развитием — обладала аурой, не отличающейся по форме и размерам от ауры 16-летней девочки. По словам ее тети, поведение племянницы и ее умственные способности как раз соответствовали этому возрасту. С другой стороны, прекрасно сложенная женщина 30 лет с недоразвитой маткой, имевшая лишь четыре менструации за всю свою жизнь, была окружена очень отчетливой аурой, превосходящей по размерам среднюю. У другой 42-летней женщины через 16 лет после удаления яичников была исключительно ясная аура, достаточно широкая с боков от туловища и особенно широкая спереди и сзади.

В том, что женская аура растет в период полового созревания, не может быть сомнений. Однако неясно, зависит ли этот рост целиком и полностью от функционального созревания половых органов или же помимо него происходят какие-то другие изменения, которые вносят в этот рост свой вклад. В любом случае можно с уверенностью утверждать (как будет показано далее), что менструации влияют на ауру не сильно, тогда как беременность вызывает в ней весьма заметные изменения.

К этому моменту наших рассуждений вполне достаточно знать, что в ауре можно легко выделить три части.

Первая часть — прозрачное темное пространство около тела, узкое и часто маскируемое второй частью ауры. Если она видна, то выглядит как пустая темная полоска, не превышающая $\frac{1}{4}$ дюйма в ширину и плотно прижимающаяся к телу со всех сторон, нигде не меняясь в размерах. Далее будем называть ее *эфирным двойником*.

Вторая часть — *внутренняя аура*. Это наиболее плотная область ауры, ширина которой меняется мало или вообще не меняется, повторяя и у мужчин, и у женщин контуры

тела со всех сторон (спереди, сзади и по бокам). Внутренняя аура является ближайшим внешним соседом эфирного двойника, хотя нередко кажется, что она напрямую контактирует с телом.

Третья часть, или *внешняя аура*, начинается от периферии внутренней ауры и около разных частей тела имеет различную ширину. Внешняя кромка этого тумана и рассматривалась до сих пор как внешняя граница ауры. Когда аура изучается в целом без всяких экранов, вторая и третья ее части выглядят слитно, хотя ближняя к телу и кажется более плотной. Но если воспользоваться светлым карминовым экраном, эти части удастся разделить, а с темным карминовым экраном при правильном подборе освещенности внешнюю ауру вообще можно сделать невидимой.

В следующих примерах описываются люди с хорошим здоровьем, чей возраст варьируется от раннего младенчества до глубокой зрелости. Примеры упорядочены по полу и возрасту.

Пример 1. А.¹, здоровый младенец пятнадцати часов от роду, изучался мною лежащим на черной ткани, покрывавшей кровать его матери. Несмотря на не самые благоприятные условия, аура новорожденного просматривалась отчетливо. Она была окрашена в серый цвет с небольшим оттенком желтого и, насколько удалось различить, вполне повторяла контуры тела. Это был самый маленький из когда-либо исследовавшихся мною пациентов, причем интересно, что и мать ребенка, и его няня тоже смогли разглядеть около него туманное облако, когда посмотрели через темный дицианиновый экран.

Второй раз этот мальчик исследовался спустя четыре месяца при более благоприятных условиях, лежащим на софе, покрытой черной тканью. Его аура по-прежнему повторяла контуры тела, имея чуть более 1 дюйма в ширину всюду, за исключением области, окружающей голову, — здесь она несколько расширялась. Цвет ауры на этот раз оказался темным сине-серым.

¹ Здесь и далее ввиду неоднозначности транслитерации инициалы пациентов приводятся в английском написании. (*Прим. перев.*)

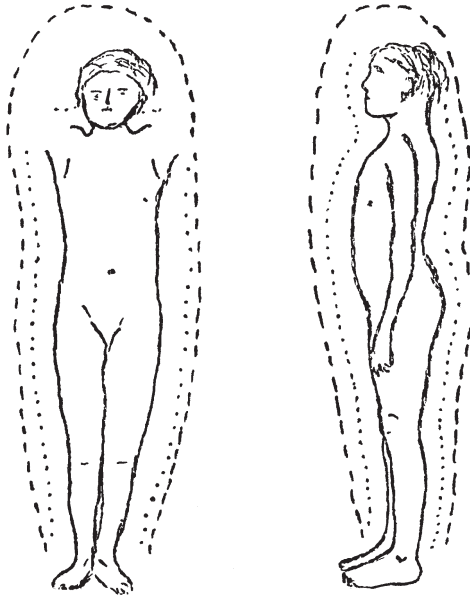


Рис. 3. Здоровый мальчик

Пример 2. В., здоровый мальчик четырехмесячного возраста, обследовался лежащим на черной ткани с черным фоном позади. Аура была хорошо видна и имела голубовато-серый цвет. Внешняя аура вокруг тела и конечностей имела ширину около 1 дюйма, а вокруг головы оказалась даже чуть шире плеч. Через темный карминовый экран четко различалась внутренняя аура шириною около $\frac{3}{4}$ дюйма с хорошо заметной полосчатостью.

Пример 3 (рисунок 3). С., крепкий здоровый мальчик 5 лет, сперва изучался стоящим лицом к наблюдателю. Аура вокруг его головы имела ширину около 6 дюймов. По бокам от туловища она простиралась приблизительно на $3\frac{3}{4}$ дюйма и немного сужалась около бедер и ног. Внутренняя аура отличалась яркостью и имела ширину около 2 дюймов по бокам от туловища и около $1\frac{1}{4}$ дюйма на уровне ног. Когда мальчик повернулся боком, ширина его внешней ауры спереди оказалась около 2 дюймов, а внутренней —

приблизительно на $\frac{1}{4}$ дюйма меньше. Книзу ширина обеих аур немного уменьшалась. Сзади, напротив спины, внешняя аура имела ширину около $2\frac{1}{2}$ дюйма и тоже сужалась книзу. Внутренняя аура здесь также была на $\frac{1}{4}$ дюйма уже внешней. Цвет аурического тумана — голубовато-серый.

Следует помнить, что у детей, особенно у мальчиков, внутренняя аура нередко бывает почти такой же широкой, как внешняя, и разделить их не всегда просто.

Пример 4. D., высокий, никогда не болевший здоровый подросток 14 лет. Его аура была яркой и имела голубовато-серый цвет. Ширина внешней ауры при изучении в фас составляла 7 дюймов около головы, 4 дюйма — по бокам от туловища и $3\frac{1}{2}$ дюйма — на уровне ног. Внутренняя аура имела ширину 2 дюйма вокруг всего тела. От последнего ее отделял хорошо заметный эфирный двойник шириною в $\frac{1}{8}$ дюйма. При изучении в профиль граница внешней ауры опускалась вдоль спины по прямой, отстоя от плеч и ягодиц приблизительно на 3 дюйма. Спереди ширина внешней ауры также составляла 3 дюйма вдоль всего тела.

Пример 5 (рисунки 4). E., профессиональный спортсмен 33 лет, хорошо сложенный и отличающийся крепким здоровьем. Цвет его аурического тумана оказался синим, с небольшой примесью серого. Ширина внешней ауры вокруг головы составляла около 8 дюймов, вдоль туловища, рук и ног — около 5 дюймов. Внутренняя аура просматривалась исключительно ясно и имела ширину около 3 дюймов; свойственная ей полосчатость замечалась без труда. Изучение в профиль показало, что внутренняя аура сзади, спереди и по бокам от туловища имела одинаковую ширину, тогда как внешняя аура спереди оказалась немного уже, чем сзади. Эфирный двойник шириною около $\frac{1}{4}$ дюйма проявлялся очень четко. Текстура ауры спортсмена отличалась необычной грубостью.

С большим трудом автору удалось уговорить пройти обследование ауры чистокровного негра, уроженца США.

Пример 6. F., здоровый мужчина 50 лет, изучался в 1912 году. Он был высок и хорошо сложен — типичный представитель чернокожей расы. Его внешняя аура выглядела около туловища нормальной для мужчины; здесь она имела ши-

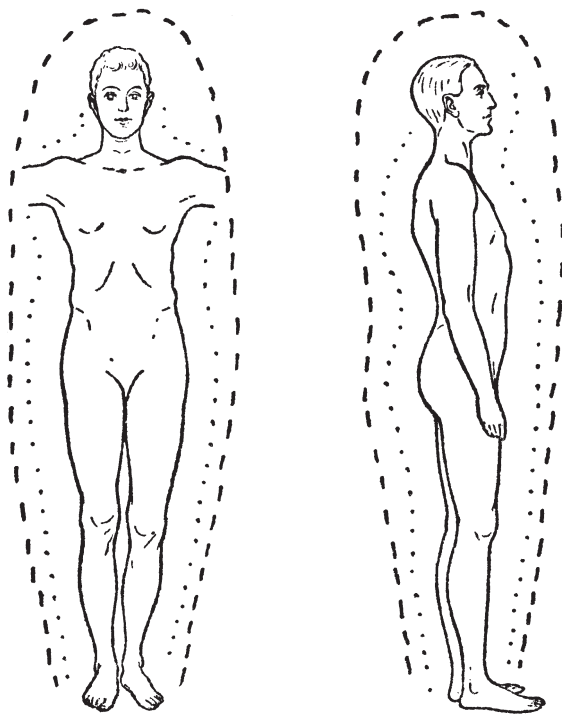


Рис. 4. Здоровый сильный мужчина

рину 5 дюймов. Однако вокруг головы она оказалась узкой, шириною всего 7 дюймов. Внутренняя аура простиралась на 3 дюйма вокруг всего тела, с характерной полосчатостью, хотя с первого взгляда разглядеть ее оказалось непросто. Скорее всего, трудность возникла из-за цвета ауры, а не из-за ее недостаточной выраженности. Цвет ауры был мутным, грязно-коричнево-серым. На черном фоне она выделялась не так отчетливо, как это бывает в случаях с сине-серыми аурами. В то же время оказалось, что она очень хорошо видна через светло-синий экран, если фон сменить на белый. Полосы дополнительного цвета (см. главу VI), с учетом цвета кожи, имели ровный однородный оттенок на фоне всего тела. Взаимное притяжение аур, эманлирующих из тела пациента и рук наблюдателя, будет описано дальше.

Пример 7. Г., младенец женского пола, исследовался через неделю после рождения лежащим на кровати своей матери. Условия не способствовали наблюдениям, но разглядеть ауру, хоть и с трудом, все же удалось. Она проявилась в форме зеленоватой дымки, оконтуривающей тело младенца очень узкой полосой, расширяющейся лишь вокруг головы.

Когда девочке исполнилось четыре месяца (ср. А. в примере 1 и В. в примере 2), она была осмотрена повторно, на этот раз при значительно лучших условиях. Увидеть ее ауру оказалось весьма непросто — она была далеко не такой выразительной, как ожидалось, шириною всего $\frac{1}{2}$ дюйма вокруг тела и лишь немногим более вокруг головы. Самой интересной особенностью ауры девочки оказался ее цвет: за четыре месяца с момента рождения она из зеленоватой превратилась в серую.

Пример 8. Н., 4-летняя девочка хрупкого телосложения, небольшого роста, но с крепким здоровьем. Аура девочки оказалась сравнительно широкой для ребенка такого возраста и конституции. Ширина внешней ауры вокруг всего тела составляла 3 дюйма, а вокруг головы достигала 5 дюймов. Внутренняя аура шириной 2 дюйма проявлялась отчетливо и обладала хорошо выраженной полосчатостью. Цвет ауры — чисто синий.

Пример 9 (рисунок 5). I., высокая девочка 9 лет, исследовалась автором недавно. Кроме детских заболеваний, никакими другими она не болела. Аура девочки отличалась неповторимым цветом: в ней сочетались зеленый, желтый и серый тона, переплетавшиеся, но совершенно не смешивавшиеся между собой (см. главу IV). Ширина внешней ауры вокруг головы составляла 8 дюймов, что исключительно много для ребенка. Вокруг тела и конечностей аура имела типично инфантильную форму при обычной ширине: 3 дюйма вокруг туловища и чуть меньше внизу, на уровне ног. Внутренняя аура простиралась на $2\frac{1}{2}$ дюйма, проявляя хорошо заметную полосчатость. Именно такая внутренняя аура и должна быть у девочки с хорошим здоровьем. Наибольший интерес в данном случае представляет ширина ауры вокруг головы (ср. с примером 15, описывающим взрослую жен-

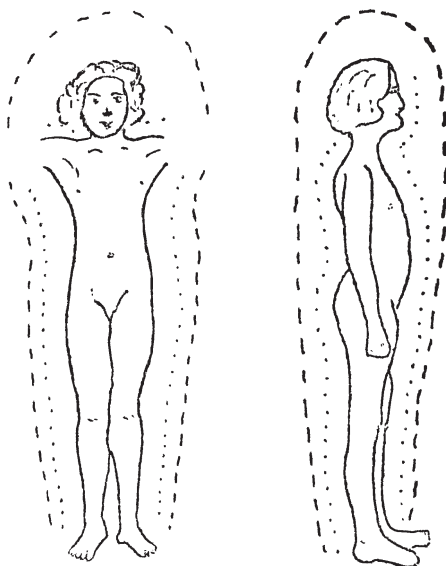


Рис. 5. Девочка 9 лет со здоровой аурой

щину). Можно с уверенностью сказать, что со временем из этой девочки вырастет весьма одаренная личность.

Пример 10 (рисунок 6). Аура J., юной девушки, всегда отличавшейся хорошим здоровьем, исследовалась время от времени на протяжении всего подросткового возраста, позволив проследить ее рост в период полового созревания. При первом осмотре в январе 1911 года, когда девочке было 12,5 лет, обе ее ауры наблюдались отчетливо и выглядели нормальными для ее возраста. Внешняя аура простиралась на 6 дюймов вокруг головы и при изучении в фас имела ширину $3\frac{1}{2}$ дюйма около туловища, несколько сужаясь возле ног. При изучении в профиль ширина внешней ауры сзади и спереди не различалась. Внутренняя аура имела нормальную полосчатость и ширину $2\frac{1}{2}$ дюйма.

В декабре следующего года, когда девочке исполнилось 14 лет, снова представился случай наблюдать ее ауру. К этому времени уже начался процесс перестройки ее тела; один или два раза у нее была менструация. Ширина внешней ауры

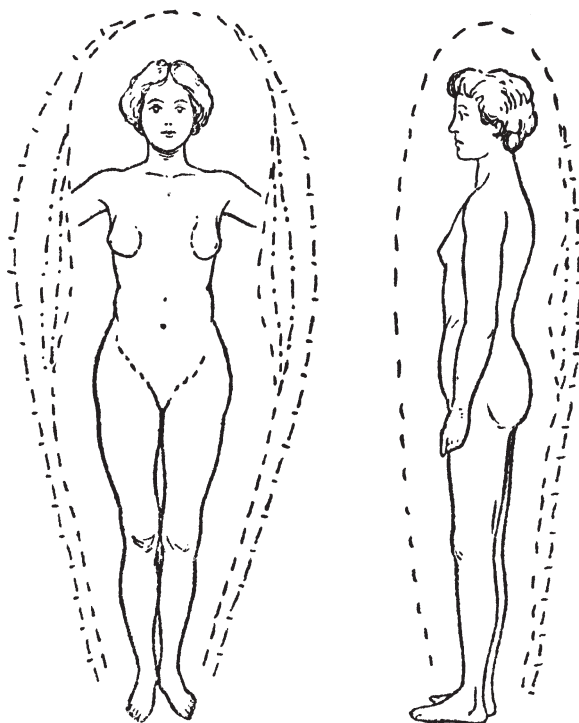


Рис. 6. Постепенное развитие переходной внешней ауры

вокруг головы девочки оставалась прежней, однако вокруг туловища она выросла до 5 дюймов, не изменившись около ног. Взгляд сбоку обнаружил расширение тумана на $\frac{1}{2}$ дюйма спереди и на $\frac{1}{2}$ дюйма около поясницы. Во внутренней ауре никаких изменений не наблюдалось.

Еще через год аура девочки заметно выросла. Ширина внешней ауры вокруг головы достигла 7 дюймов, вокруг туловища — $6\frac{1}{2}$ дюйма, около ног — $3\frac{1}{2}$ дюйма. При взгляде сбоку она простиралась на $3\frac{1}{2}$ дюйма спереди, на 6 дюймов сзади (у поясницы) и на $3\frac{1}{2}$ дюйма около ног.

Еще через два с четвертью года аура девушки исследовалась в четвертый раз. Внешнее развитие ее тела вполне соответствовало возрасту (ей было почти 18 лет). Аура при-

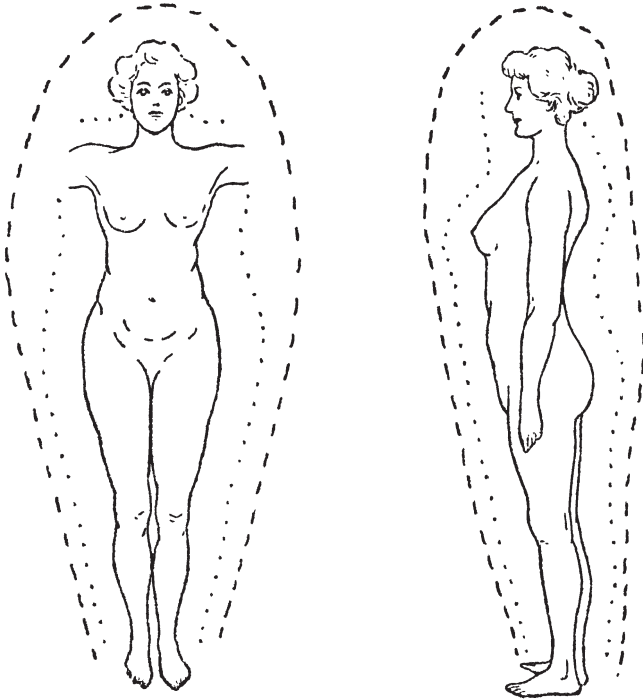


Рис. 7. Здоровая женщина со средней аурой

обрела зрелую форму, хотя, вероятно, ей предстояло еще расширяться, но уже незначительно. При изучении спереди она измерялась 9 дюймами вокруг головы и туловища и $4\frac{1}{2}$ дюймами около ног и обладала правильной яйцеобразной формой. При изучении в профиль она простиралась на $4\frac{1}{2}$ дюйма везде, кроме области поясницы, где ее ширина достигала 6 дюймов.

Пример 11 (рисунки 7). Этот случай иллюстрирует совершенную по форме ауру средней ширины, принадлежащую 23-летней натурщице К., чья профессия, кроме всего прочего, требует хорошего телосложения. Эта женщина, наделенная красотой, умом и здоровьем, никогда не страдала серьезными болезнями. При обследовании обе ее ауры оказались

вполне обычными как по отчетливости, так и по размерам. Внешняя простиралась на 8 дюймов вокруг головы и на 9 дюймов вокруг туловища. Изгиб овоида внешней ауры начинался над головой и заканчивался у ног, где его ширина измерялась 4 дюймами. Он обладал совершенной симметрией. При взгляде сбоку внешняя аура имела ширину $4\frac{1}{2}$ дюйма перед туловищем и сужалась до 4 дюймов около ног, в то время как у спины она простиралась до 6 дюймов от тела с прямой границей от плеч до ягодиц. Цвет ауры был сине-серым.

Внутренняя аура характеризовалась отчетливостью и хорошо заметной полосчатостью. Она простиралась на $3\frac{1}{2}$ дюйма спереди, сзади и по бокам от туловища и на 3 дюйма вокруг конечностей.

Благодаря тому что аура этой женщины не раз демонстрировалась многим врачам, в ней удалось пронаблюдать несколько любопытных феноменов. Однажды, когда натурщица стояла с опущенными вдоль тела руками, в ее ауре неожиданно и одновременно вспыхнули три ярких луча, протянувшиеся далеко за видимую границу внешней ауры. Никаких явных причин для столь удивительного явления, наблюдавшегося довольно продолжительное время, найдено не было. В другой раз, когда в комнате стало слишком жарко, женщина почувствовала приступ слабости. И первым признаком приближения этого состояния оказалось заметное ослабление обеих аур. Позднее, когда женщина пришла в себя, внутренняя и внешняя ауры постепенно вернулись к их обычному состоянию.

Пример 12 (рисунок 8). Л., крепко сложенная женщина с умственными способностями значительно выше средних, исследовалась совсем недавно. Она была здорова и очень энергична, а ее аура, как и следовало ожидать, оказалась большой, с весьма утонченной текстурой, глубокого синего цвета. Аура имела ширину 9 дюймов вокруг головы, 12 дюймов по бокам от туловища и постепенно сужалась до 5 дюймов к стопам, образуя идеальный овоид. При изучении в профиль аура простиралась на 5 дюймов перед туловищем и на 8 дюймов за поясицей без какого-либо спинного изгиба. Полосчатость внутренней ауры проявлялась необычайно

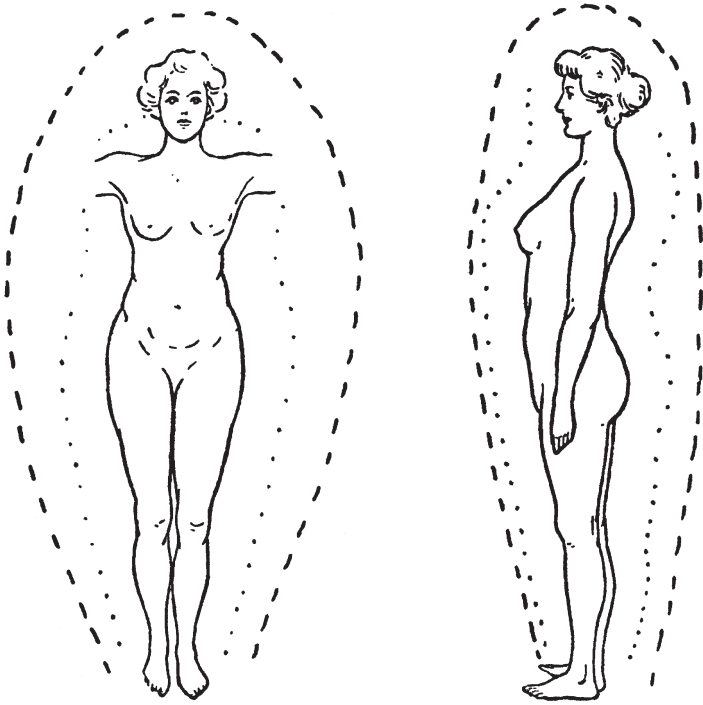


Рис. 8. Здоровая женщина
с очень утонченной широкой аурой

четко, а ее ширина составляла 4 дюйма вокруг всего тела и конечностей.

Интересной особенностью ауры этой женщины оказалось отсутствие резкой внешней границы. Возникло ощущение, что за ней присутствует едва уловимый туман — феномен, почти не встречающийся в случае аур обычной ширины. Этот туман назван мною *ультравнешней аурой* (см. с. 71).

Приведем пример ауры невысокого качества, являющейся полной противоположностью только что описанной.

Пример 13 (рисунок 9). М., миниатюрная, хорошо сложенная женщина 28 лет, исследовалась в 1913 году. Никакими серьезными болезнями она не болела, однако ее умственные способности были явно ниже средних.

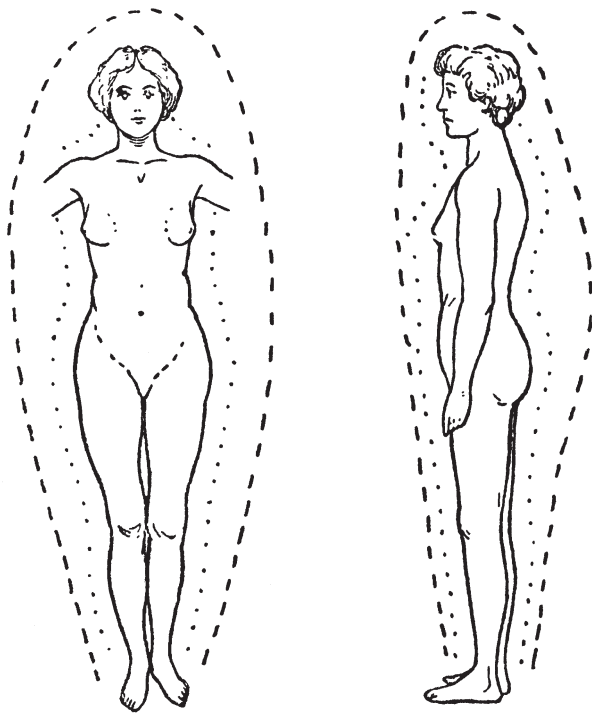


Рис. 9. Здоровая женщина с узкой аурой

Аура женщины имела серый цвет, в котором едва ли присутствовала даже небольшая доля голубого, что говорило о ее чрезвычайно примитивном типе. Форма и размер ауры, хотя она безусловно достигла своего максимального развития, соответствовали ауре переходного типа, которая обычно наблюдается у девочек подросткового возраста. При изучении спереди внешняя аура простиралась вокруг головы и туловища всего на 6 дюймов и сужалась около ног до 3 дюймов. В профиль ширина внешней ауры спереди составляла 3 дюйма, однако со стороны спины она имела выступ с наибольшим утолщением на уровне талии, где ширина тумана достигала 6 дюймов. Внутренняя аура имела ширину около 2 дюймов вокруг всего тела и едва заметную полосчатость.

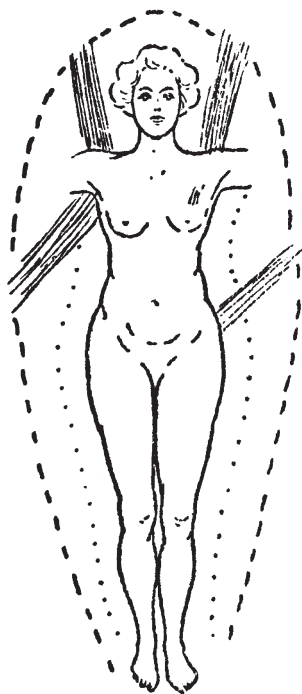


Рис. 10. Лучи в ауре здоровой женщины

Пример 14 (рисунки 10). N., замужняя женщина 25 лет, обладала обычной аурой для женщины ее возраста, но имела удивительную особенность: из ее тела исходило несколько лучей. Два уходили вверх от плеч (по одному от каждого), третий опускался вниз из правой подмышечной впадины и четвертый поднимался вверх от гребня подвздошной кости. Когда женщина становилась боком, можно было видеть еще один небольшой луч, выходящий из маленькой фиброаденоидной опухоли на левой груди.

Пример 15 (рисунки 11). Госпожа O., которой только что исполнилось 23 года, никогда не страдала тяжелыми заболеваниями, но и крепким здоровьем похвастаться не могла. Нередко она испытывала переутомление, однако не занималась никакими укрепляющими упражнениями.

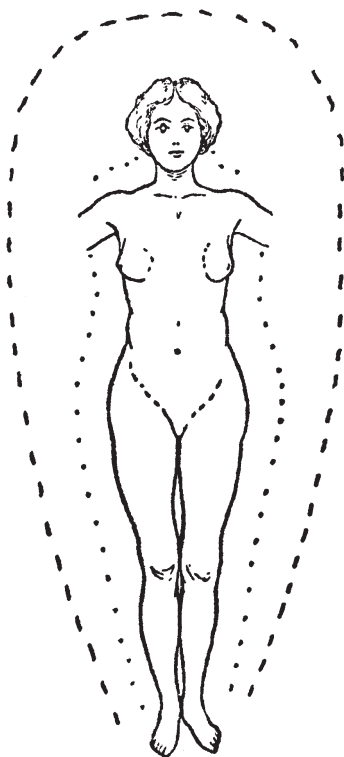


Рис. 11. Здоровая женщина

Женщина жаловалась на частые сердцебиения и большую усталость, но никаких физических нарушений у нее не было, поэтому самочувствие ее довольно быстро восстанавливалось. Главной особенностью была форма ее внешней ауры, которая простиралась на 12 дюймов вокруг головы и на 11 дюймов вокруг туловища, сужаясь к ногам до 4 дюймов (с довольно резким изгибом). При изучении в профиль аура имела нормальную форму спереди при ширине 4 дюйма, но со спины в наиболее широкой части достигала ширины 8 дюймов и имела границу в форме выгнутой наружу дуги, начинающейся от головы, максимально удаляющейся от тела на уровне талии и снова сближающейся с телом на уровне ступней. Внутренняя аура имела ширину $2\frac{1}{2}$ дюйма

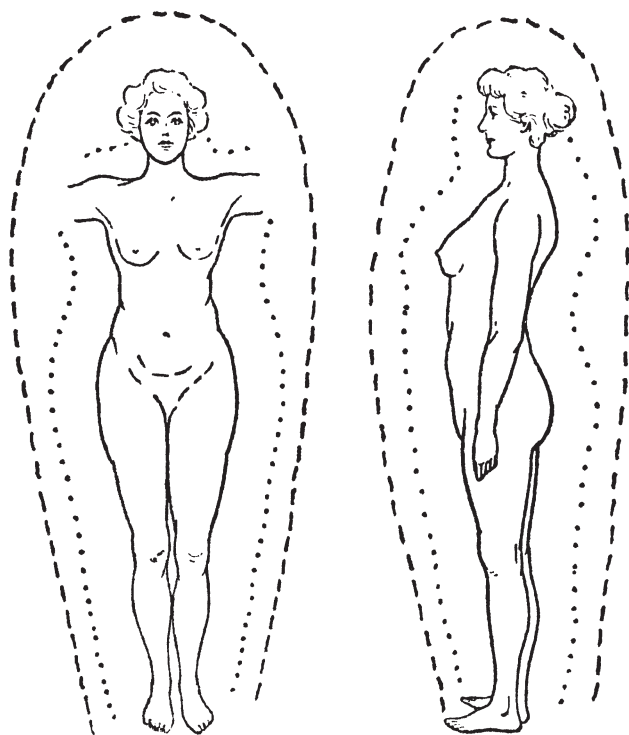


Рис. 12. Здоровая женщина с аурой мужского типа

вокруг всего тела, но из-за временного нездоровья была лишена обычной отчетливости; полосчатость в ней тем не менее присутствовала. При повторном обследовании внутренняя аура восстановилась и просматривалась четко.

Существует еще одна разновидность ауры, которая изредка встречается среди женщин. Она имеет нормальную ширину сбоку от туловища, но почти не сужается около бедер и голеней, опускаясь вниз почти прямо. Обычно в этом случае внешняя аура имеет равную ширину спереди и сзади, сохраняющуюся и на уровне ног. Ее внешняя граница характеризуется нормальной четкостью и не имеет никаких признаков ультравнешней ауры. Внутренняя аура при этом тоже оказывается шире обычной. В целом она производит

впечатление сильно расширенной мужской ауры. Следующий пример служит хорошей иллюстрацией этому.

Пример 16 (рисунок 12). Р., от природы сильная и хорошо сложенная женщина 25 лет, пришла на обследование в 1918 году. Ее внешняя аура имела средние размеры и простиралась на $9\frac{1}{2}$ дюйма вокруг головы, на 9 дюймов вокруг туловища и на 6 дюймов около самой широкой части бедер. Ниже ее ширина оставалась неизменной вплоть до самых ступней, отчего граница ауры при переходе от туловища к бедрам почти не изгибалась. При изучении сбоку аура имела ширину 6 дюймов спереди от туловища и не сужалась вплоть до лодыжек. Сзади ее граница опускалась вниз без изгиба, отстоя от бедер и голени также на 6 дюймов (у поясницы она, разумеется, была чуть шире). Во внутренней ауре не было ничего особенного, она характеризовалась обычной полосчатостью и имела ширину $3\frac{1}{2}$ дюйма вокруг всего тела. Цвет тумана был серо-голубым.

Поскольку наследственность имеет огромное влияние на конституцию и многие особенности тела, вполне логично предположить, что по наследству передаются и некоторые свойства ауры. Несколько случаев изучения аур двух или более членов одной семьи свидетельствуют в пользу этой гипотезы, но для строгого доказательства необходимо длительное углубленное исследование. Полный анализ ауры должен включать в себя изучение ее текстуры, размеров и формы. Практика показала, что непосредственное сравнение текстуры аур даже у членов одной семьи невозможно, ибо проводить обследование двух или более лиц одновременно не получается, а при последовательном сравнении проходит слишком много времени между моментами наблюдения. Довольно легко сравнивать размеры и форму аур у взрослых людей одного пола, но при сравнении аур мужчины и женщины или женщины и ребенка сразу возникают трудности из-за того, что женский тип ауры сильно отличается от мужского или детского. Практически единственный метод сравнения — это измерение ширины ауры около туловища, когда пациенты стоят лицом к наблюдателю.

Для этого необходимо иметь какую-нибудь шкалу. Вне всяких сомнений, рост пациента почти не влияет на

ширину его ауры: аура высокорослого человека не намного шире (если она вообще шире) ауры низкорослого. Поэтому рост человека не может служить относительной шкалой для измерения ширины ауры. Кроме того, не следует забывать, что ауры детей шире относительно их роста, чем ауры взрослых. Дело осложняют и некоторые аномалии, которые приходится учитывать. Заметим, что иногда схожие отклонения встречаются одновременно у нескольких членов семьи.

Поскольку отношение между ростом пациента и шириной его ауры исключается, остается единственный, хотя и не самый хороший метод. Он заключается в том, чтобы произвольно зафиксировать тот интервал, в котором аура будет рассматриваться как средняя по размерам, а все отклонения от него считать ненормальными. В этом случае все ауры можно условно разделить на три категории, а именно: широкие, средние и узкие. Грубо говоря, аура женщины может называться средней, если ее ширина в самой широкой части сбоку от туловища находится в интервале от 8 до 10 дюймов.

Аналогичным стандартом для мужчины будет интервал 4–5 дюймов. У детей аура будет считаться средней, если ее максимальная ширина сбоку от туловища заключена в интервале от $2\frac{1}{2}$ до $3\frac{1}{2}$ дюйма. Так как аура девочек в подростковом возрасте меняется от месяца к месяцу, каждый случай приходится рассматривать индивидуально, жесткого правила в этом случае не существует. Приведенные цифры носят чисто эмпирический характер и никакой научной точности не имеют. Нередко вопрос о принадлежности какой-то конкретной ауры к среднему типу оказывается очень сложным.

В качестве иллюстрации достаточно привести всего один пример. Представьте себе, что аура женщины по бокам от туловища чуть шире, чем установленный нами интервал для средней категории, и что она очень быстро сужается книзу напротив бедер и голеней до уровня ниже среднего. По существу это не что иное, как лопатообразная аура (см. с. 182). К какому типу ее следует отнести? Конечно, подобные ауры требуют индивидуального подхода.

В таблицах I и II содержатся все примеры изучения аур нескольких членов одной семьи, имевшиеся у автора к концу 1918 года. Первая таблица объединяет случаи, в которых изучались члены семьи не менее чем из двух поколений; вторая — только из одного. В двух случаях одни и те же персоны фигурируют одновременно в обеих таблицах. Возраст пациентов указан на момент обследования.

Таблица I.
Родители и дети

Имя	Пол	Возраст	Ширина ауры			Особенности пациента
			ш			
N. младенец	ж	25	ш			Здорова "
	м	4 мес.	ш			
U. U.L.	ж	30	ш			" "
	м	3,5	ш			
H. младенец	ж	24			уз	" "
	ж	4 мес.			уз	
D. D.C.	ж	28		ср		" "
	м	3,5		ср		
M. M.K. M.M.	ж	38		ср		" " "
	ж	5		ср		
	ж	7		ср		
X. X.X. X.B. C. X.F. X.G. X.E.	м	58			уз	Неврастения Эпилепсия " Замужняя дочь; здорова Внучка; здорова " "
	м	23			уз	
	ж	23			уз	
	ж	29			уз	
	ж	12,5			уз	
	ж	9,5		ср		
	ж	7,5	ш?			
Ca. Ca.D.	м	59			уз	Хронический нефрит Истерия
	ж	23			уз	
Cb. Cb.F.	ж	36		ср		Здорова "
	ж	10		ср		
Cc. Cc.	ж	35		ср		" "
	ж	6		ср		
Na. Na.G.	ж	36		ср		" "
	ж	6		ср		
O. O.O.	ж	65		ср		Гемиплегия (паралич) Здорова
	ж	28		ср		
G. младенец	ж	26		ср		" "
	м	4 мес.		ср		
F. F.A.	ж	40		ср		" "
	ж	15		ср		
S. S.IT.	ж	32		ср		" "
	м	10		ср		

<i>Имя</i>	<i>Пол</i>	<i>Возраст</i>	<i>Ширина ауры</i>			<i>Особенности пациента</i>
V.	м	55		ср		Гемиплегия (паралич)
V.B.	ж	17		ср		Здоровая
V.G.	ж	15		ср		”
Cd.	ж	56	ш			”
T.	ж	28		ср		Замужняя дочь; туберкулез
I.	ж	29	ш			Здоровая
I.D.	ж	4	ш			”
U.	м	64	ш			Очень слабое здоровье
Ba.	ж	34		ср		Замужняя дочь; здорова
Sa.	ж	31		ср		”
Sa.B.	м	12	ш			Внук
Sa.D.	м	7	ш			”
J.	ж	24		ср		Замужняя дочь
Ia.	ж	45		ср		Здоровая
Ia.B.	ж	13			уз	”
Ma.	ж	56	ш			Истерия
Ma.N.	ж	19	ш			”
Nb.	ж	38		ср		Здоровая
Nb.B.	ж	8		ср		”
Da.	ж	30		ср		”
Da.R.	м	5		ср		”
Db.	м	57		ср		Преждевременное старение
Db.	ж	53		ср		Слабое здоровье
Db.E.	ж	29		ср		Ослабленный организм
Fa.	ж	56		ср		Слабое здоровье
Nc.	ж	30		ср		Замужняя дочь; истерия
Dc.	ж	45		ср		”
Ba.	ж	73		ср		Ослабленный организм
Ba.W.	ж	29	ш			”
Nd.	ж	34		ср		Здоровая
Nd.V.	ж	10,5		ср		”
Nd.G.	ж	11,5		ср		”
Ne.	ж	57		ср		Слабое здоровье
Ne.L.	ж	17		ср		Эпилепсия
Ne.P.	м	10	ш			”

Таблица II.
Братья и сестры

Имя	Пол	Возраст	Ширина ауры			Особенности пациента
			ш			
Ta. Ua.	ж ж	37 35	ш ш			Сестры
Dc.F. Dc.N. Dc.E. Dc.B.	ж ж ж ж	31 25 23 15,5	ш ш ш ш			” Слабое здоровье
Bb.G. Bb.I.	м м	19 14	ш ш			Братья
Ga.N. Ga.B.	ж ж	23 22	ш ш			Сестры
Na. Nf.	ж ж	36 22		ср ср		Сестры; истерия ” ”
Ic. Ic.N.	м ж	5 8		ср ср		Брат и сестра
Ng. Ng.N.	ж ж	23 12,5	ш ш?			Сестры
K. E.	ж ж	29 20	ш ш			”
Fb. Fb.B.	м ж	20 23		ср ш		Брат и сестра
Gb. Gb.F.	ж ж	27 18		ср	очень уз	Сестры; здорова слабоумие
Ce. Ce.A.	ж ж	21 21		ср ср		”
Dd. Ea.	ж ж	30 26		ср ср		”
Eb. Eb.E.	ж ж	34 28			уз очень уз	” эпилепсия неврастения
Bc. Nh.	ж ж	37 33		ср ср		”
Id. Ub.	ж ж	64 58	ш		ср	”

Поскольку тип ауры сильно зависит от темперамента, который передается по наследству, главные качества ауры, скорее всего, тоже наследуются и сохраняются более или менее постоянными на протяжении всей жизни, если их не изменит болезнь. Соответственно можно заметить, что ауры способных и сообразительных детей даже в самом раннем детстве, еще до обучения, более протяженны, чем ауры детей глупых и флегматичных, хотя физически последние даже могут выглядеть более развитыми. Ауры первых скорее всего будут шире средних, ауры вторых — наоборот. То же правило применимо и ко взрослым. Самые большие ауры окружают людей наиболее способных, самые узкие — глупых и слабоумных. Эта закономерность касается не только ауры вокруг всего тела. Еще лучше она просматривается по ауре вокруг головы, особенно у мужчин, ибо их ауры не обладают такой шириной по бокам от туловища, как ауры женщин. Женские ауры более разнообразны, но и в этом случае самые протяженные неизменно будут принадлежать женщинам энергичным и одаренным умом, от которых почти никогда не услышишь жалоб невротического характера. Разумеется, все вышесказанное верно при условии нормального здоровья.

Следующая характеристика ауры — ее текстура — гораздо сложнее. При бесконечной тонкости всех ее разновидностей текстура порою просто не поддается описанию. Внутренняя аура оказывается более четкой и широкой у мужчин и женщин с крепким от природы телосложением и здоровьем; слабость внутренней ауры, наоборот, свойственна болезненным и слабым людям. Таким образом, за эту часть ауры ответственны главным образом не ментальные, а телесные качества.

В целом внешняя аура мужчин отличается более грубой зернистостью, чем внешняя аура женщин, но с поправкой на это различие мелкозернистые, утонченные и прозрачные ауры можно рассматривать как ауры более высокого типа, чем грубозернистые и тусклые. Далее будет показано, что чем больше в ауре серого цвета, тем более глупым и умственно неразвитым оказывается ее владелец.

Образование служит тем фактором, который теоретически должен оказывать на ауру чрезвычайно утончающее влияние, однако производимые им изменения оказываются настолько тонкими, что пока недоступны нынешним методам наблюдения.

Влияние на ауру наследственности и темперамента — исключительно интересная область. Не нужно быть пророком, чтобы предсказать любому исследователю на этой ниве богатый урожай открытий.

Глава II

Эфирный двойник

Обратимся теперь к структуре ауры. Как и следовало ожидать, аура оказалась феноменом со сложной структурой. В ней можно видеть три хорошо различимые компоненты, добавив к ним четвертую, выделяемую исключительно ради удобства. Эти компоненты называются соответственно: *эфирный двойник*, *внутренняя аура* и *внешняя аура*. Упомянутая четвертая компонента называется *ультравнешней аурой*.

Эфирный двойник. Уже после первых наблюдений ауры автору бросилась в глаза одна интересная особенность, воспринимавшаяся им поначалу как оптическая иллюзия, однако более глубокое изучение полностью подтвердило ее реальность. Речь идет об эфирном двойнике. Он часто виден через различные цветные экраны как темная полоса, оконтуривающая тело человека и отделяющая его от самой ауры. Ширина ее обычно не превосходит $\frac{1}{16} - \frac{1}{8}$ дюйма и, как правило, постоянна вокруг всего тела. При болезни эта полоса иногда выглядит гораздо более широкой, но такие случаи скорее патология, чем норма. У разных людей ширина эфирного двойника различна, и даже у одного и того же человека при разных условиях она не остается постоянной. Бывает, что эта полоса бросается в глаза с первого взгляда, иногда она замечается лишь после тщательного осмотра, а иной раз без специального экрана ее и не разглядеть. В тех случаях, когда эфирный двойник заметить не удается, наблюдателю кажется, что аура начинается от самой поверхности тела, но даже тогда в структуре прилегающей к телу части ауры при внимательном изучении обычно обнаруживаются некоторые отличия, детали которых можно проявить с помощью цветных экранов.

Опыт автора показывает, что люди с четко выраженным эфирным двойником — это, как правило, пациенты с невротической тенденцией, яркость ауры которых обычно не достигает среднестатистического уровня. Если с одной стороны от пациента аура проявлена более отчетливо, чем с другой, то эфирный двойник нередко лучше выражен как раз со слабой стороны и может быть почти незаметен с яркой. Следующий пример хорошо иллюстрирует эти особенности.

Пример 17. Х.Е., девушка 18 лет. Аура девушки была достаточно широкой для ее возраста и имела лопатообразную форму (с. 182) со следами ультравнешней ауры, которая просматривалась наиболее четко напротив нижней части ног, благодаря чему форма ауры казалась почти нормальной. Это частичное проявление ультравнешней ауры наблюдалось у девушки всего несколько раз. Со стороны спины был хорошо виден обычный истерический выступ. Внешняя аура простиралась на 10 дюймов вокруг головы и туловища, но резко сужалась около верхней части бедер и на уровне лодыжек имела ширину всего $4\frac{1}{2}$ дюйма. При изучении сбоку внешняя аура имела ширину 6 дюймов спереди и 10 дюймов в самой широкой части со стороны спины, напротив поясницы. Полосчатость внутренней ауры нигде не нарушалась, но ее яркость можно было считать нормальной только справа. Левая половина внутренней ауры выглядела гораздо менее яркой, и именно вдоль левой границы тела был хорошо заметен эфирный двойник шириною $\frac{1}{8}$ дюйма. Справа и спереди он различался с большим трудом, однако сзади, от уровня плеч до середины ягодиц, его ширина была вдвое больше, и только книзу, вдоль границы левого бедра, он вновь сужался до прежнего размера.

С пациентом, обладающим ярко выраженным эфирным двойником, можно провести несколько простых экспериментов. Не каждый раз они завершатся полным успехом, поскольку иногда на их исход оказывают влияние непонятные автору обстоятельства. По этой причине им можно уделить значительное время, но, поскольку их результаты имеют пока лишь чисто теоретическое значение, для диагностической процедуры они не нужны.

Эксперименты можно проводить с любой частью тела, но удобнее всего работать с рукой или кистью пациента, так как исследование продолжается дольше того времени, в течение которого большинство людей еще не испытывают дискомфорта, оставаясь раздетыми. Рука и кисть обладают также тем преимуществом, что позволяют наблюдателю без труда исследовать и свои собственные. Как только пациент займет нужное положение, наблюдателю следует обычным образом сенсibilизировать глаза с помощью темного дицианинового экрана.

Эксперимент 1. Изучите руку и кисть пациента на черном фоне через темно-синий экран. В этом случае эфирный двойник проявится в виде темной канвы, без каких-либо признаков полосчатости и грануляции, которая плотно прилегает к телу и совершенно не похожа на саму ауру.

Эксперимент 2. Замените черный фон белым и аккурратно отрегулируйте освещенность. На этом фоне эфирный двойник будет казаться темной полосой.

Эксперимент 3. Замените синий экран зеленым. На черном фоне эфирный двойник опять будет казаться темной полосой, но уже не столь отчетливой, как через синий экран. Аура тоже будет видна, но менее четко.

Эксперимент 4. На белом фоне при приглушенном освещении эфирный двойник вокруг руки пациента через тот же зеленый экран снова будет выглядеть темным.

Эксперимент 5. Желтый экран не принесет изменений: эфирный двойник будет по-прежнему казаться темным на черном и белом фоне.

Эксперимент 6. Часто при использовании темно-красного фильтра эфирный двойник сохраняет видимость темной полосы около границы тела, похожей на ту, что наблюдалась через другие фильтры, только более четкой. Но иногда она уже не кажется пустым пространством — в ней проявляется тончайшая грануляция с тенденцией к полосчатости. Тем не менее даже в этом случае эфирный двойник все еще очень сильно отличается по цвету и текстуре от внутренней ауры.

Эксперимент 7. После смены фона на белый и соответствующей регулировки освещенности эфирный двойник при

взгляде через темный карминовый экран может приобрести розовую окраску, совершенно не похожую на тот карминовый оттенок, в который окрашивается экраном белый фон. Приглядевшись внимательно, вы разглядите полосчатость и одновременно обнаружите, что именно эти тонкие полоски и есть причина окраски эфирного двойника.

Как оказалось, для проявления определенных компонент ауры и выяснения некоторых ее свойств совершенно необходимы цветные экраны, поэтому уместно будет сказать здесь несколько слов о воздействии различных экранов на восприятие, пусть даже это отступление и покажется кому-то элементарным. Поскольку цвета ведут себя схожим образом, остановимся подробно лишь на красном.

Через темно-красный экран все белые предметы выглядят красными, а красные поверхности кажутся более светлыми, чем окрашенные в другие цвета (последние становятся более темными). В этом легко убедиться, если при обычном дневном свете положить рядом листы белой и черной бумаги, а сверху поперек обоих расположить полосу красной бумаги среднего тона так, чтобы одна ее часть лежала на белом листе, а другая — на черном. При наблюдении через темно-красный экран будет казаться, что красная бумага потеряла почти весь свой цвет и контраст между нею и черной бумагой усилился. Другая часть красной полосы станет по цвету близка к белому листу.

Теперь, ничего не меняя в этой композиции, посмотрим на нее через светло-красный экран. Оттенок красной полосы станет чуть более темным, но контраст между нею и белой бумагой не изменится — просто к цвету каждой из них добавится немного красного в одинаковой пропорции.

Теоретически красная полоса должна ярче выделиться на фоне черной, но на практике результат зависит от чистоты черного.

Если бы мы взяли красную бумагу очень темного оттенка, тогда контраст между нею и черной бумагой не изменился бы, в то время как контраст с белой бумагой стал бы менее резким.

Причина этих явлений станет очевидной, если мы вспомним, что белый дневной свет на самом деле состоит

из всех цветов видимого солнечного спектра и что объект, кажущийся белым, отражает эти цвета в равной пропорции. Когда предмет отражает только часть спектра, поглощая остальные цвета, он выглядит окрашенным. Как правило, окрашенный предмет не может поглощать абсолютно все лучи ни в каком диапазоне, поэтому в дополнение к своему собственному цвету он отражает ту или иную долю белого. Его оттенок зависит от пропорции, в которой белый свет смешан с цветными лучами, и может быть выражен количественным отношением. Если из белого света, отраженного цветным объектом, тем или иным образом удалить лучи, поглощаемые его поверхностью, его оттенок станет более чистым. Именно это и делают цветные экраны.

При работе в условиях умеренной освещенности темно-красный экран поглощает все лучи за исключением красных, которые пропускает к глазу. Белая бумага в описанных экспериментах отражает практически весь падающий на нее дневной свет, включая и красные лучи. Они оказываются единственными, которые не поглощаются экраном, следовательно, через темно-красный экран белая бумага должна выглядеть красной. Красная бумага, если она не слишком темная, отражает красные лучи, смешанные с известной долей остальных, которые также поглощаются экраном. Таким образом, красная и белая бумаги при наблюдении через темно-красный экран будут выглядеть схожими по цвету, несмотря на то что красная поглощает часть падающего на нее белого света. Действительно, даже если бы эта часть отразилась (как в случае с белой бумагой), она все равно поглотилась бы красным экраном. При замене темно-красного экрана светлым через него вместе с красными лучами начинает проходить немалая доля остальных лучей спектра, поэтому цвет красной бумаги при наблюдении через такой экран проявится более отчетливо. Следует помнить, что при низкой освещенности светлый красный экран действует в точности так же, как темно-красный на ярком свету. При выполнении этих экспериментов из-за разницы в цвете используемой бумаги и количестве света результаты могут немного отличаться от описанных, но общий принцип сохранится.

Проведем еще один эксперимент. Если через красный экран любого оттенка посмотреть на раскаленный уголь (неважно, на свету или в темноте), красный цвет угля станет более чистым, ибо уголь есть самосветящееся тело и его цвет добавляется к цвету экрана.

Подводя итог описанным в главе опытам, можно заключить, что эфирный двойник совершенно прозрачен и непосредственно окружает тело. Наблюдая его при очень благоприятных условиях, можно ясно видеть, что он испещрен тончайшими линиями более насыщенного оттенка, чем окружающая его однородная среда. Возможно, своей окраской в целом эфирный двойник обязан именно этим цветным линиям. Он обладает удивительным розовым оттенком, в котором безусловно больше синего, чем в карминовом. Совершенно непонятно, как этот розовый цвет может наблюдаться через карминовый экран на белом фоне. До сих пор этому феномену нет удовлетворительного объяснения, если не предположить самосвечения эфирного двойника или участия в феномене лучей ультрафиолетовой части спектра.

Глава III

Внутренняя аура

Непосредственно за эфирным двойником начинается собственно аура. Ближняя к телу часть ауры кажется более плотной и обладает иной текстурой по сравнению с более удаленной, тем не менее первое время автор воспринимал ауру как нечто единое, поскольку переход между этими частями выглядел слишком плавным, чтобы рассматривать их независимо. Наконец после многочисленных экспериментов автору удалось найти способ разделить ауру на две составные части с помощью цветных экранов, отличных от дицианиновых. Эти части уже известны нам как внутренняя и внешняя ауры. Новые экраны многократно расширили наши знания об ауре, открыв дополнительные возможности ее изучения при болезнях и дав объяснение некоторым непонятным ранее феноменам.

Наиболее подходящими для этой цели экранами являются: насыщенный карминовый — С, светло-карминовый — Са и голубой — В (метиленовая синь). Осмотрев пациента обычным образом, без экранов, можно перейти к изучению ауры через экран В. С его помощью обе ауры легко различаются. Внутренняя будет казаться более плотной и, как правило, более зернистой, а ее внешняя граница проявится четче. Тем не менее структура внутренней ауры будет еще не до конца различима. Внешняя аура тоже четко выделится, и ее внешняя граница может быть локализована с точностью, вполне достаточной для описания размера и формы внешней ауры. При использовании следующего экрана, Са, внешняя аура будет в той или иной степени подавлена — в зависимости от уровня освещенности и насыщенности экрана. Количество света в комнате и концентрацию красителя экрана Са следует подобрать таким образом, чтобы у паци-

ента все еще были видны обе ауры. Так можно проверить, насколько точно размер внутренней ауры был определен через экран В.

Заключительный шаг состоит в осмотре ауры через темный карминовый экран С, для чего потребуется гораздо больше света. Этот экран полностью подавляет видимость внешней ауры. Начинаящий наблюдатель может предположить, что экран С отрезает вместе с внешней аурой и часть внутренней. Однако многочисленные эксперименты показали, что никакого усечения внутренней ауры не происходит, если в комнате достаточно света. Именно для правильной регулировки освещенности и важно, чтобы ширина внутренней ауры была надежно определена еще при работе с экранами В и Са. При изучении через насыщенный карминовый экран внутренняя аура обычно имеет ширину от $1\frac{1}{2}$ до $3\frac{1}{2}$ дюйма, в зависимости от возраста и индивидуальных особенностей пациента. У детей она может быть относительно более широкой, чем у взрослых, хотя в абсолютном выражении ширина детской внутренней ауры безусловно меньше. Когда наблюдатель получит достаточный опыт, светло-карминовый и голубой экраны будут ему уже не нужны.

Границы внутренней ауры у здорового человека определяются расстоянием, до которого в ауре простирается полосчатость при исследовании ее через темный карминовый экран. Как правило, в области головы и туловища внутренняя аура имеет одинаковую ширину и обычно, хотя и не всегда, несколько сужается к конечностям. Как у мужчин, так и у женщин иногда случается, что в какой-нибудь области внутренняя аура расширяется и приобретает более грубую текстуру, но пока в ней удастся различить полосчатость, неопределенности относительно границ локального расширения не возникает. (При локальных телесных расстройствах полосчатость может вообще пропасть.) У женщин расширение внутренней ауры чаще всего наблюдается по бокам от талии, у мужчин — в районе поясницы, причем появление зернистости во втором случае обычно носит патологический характер и будет описано позже. Увеличение ауры у женщин часто наблюдается в области молочных желез и живота. Об этом будет говориться в главе, посвященной беременности.

Как правило, внутренняя аура повторяет контуры тела. Ее внутренняя граница либо соприкасается с эфирным двойником, либо, в большинстве случаев, кажется прилегающей непосредственно к телу. Внешняя граница внутренней ауры имеет зубчатую форму, а ее структура образована исключительно мелкими зернами, упорядоченными так, что в совокупности они создают видимость полосчатости. Полосы эти неопишимо тонки, параллельны друг другу и расположены перпендикулярно к поверхности тела. Собственного цвета у них нет. Они кажутся собранными в пучки, причем самые длинные полосы находятся в центре пучков, а кратчайшие — на периферии. Эти пучки в совокупности образуют «частокол» внутренней ауры. У большинства здоровых людей полосчатость замечается без труда, в то время как у людей хрупкой конституции или ослабленных болезнью она может быть обнаружена (если это вообще возможно) только при тщательной регулировке освещенности и правильном выборе оттенка экрана.

В каком бы месте внутренняя аура ни вторгалась в эфирный двойник, она почти всегда будет уничтожать его. Возникает вопрос: либо ее зерна присутствуют в эфирном двойнике всегда, пусть и невидимо, либо они выталкиваются за его пределы какой-то эманлирующей из тела силой, благодаря которой эфирный двойник освобождается от всяких зерен и поэтому выглядит совершенно прозрачным? В конце предыдущей главы этот вопрос рассматривался в примере со здоровым пациентом. Сделанное там заключение состояло в том, что эфирный двойник не содержит зерен. В предыдущем абзаце говорится, что собственного цвета у внутренней ауры не выявлено, а в главе II было сказано, что тонкие полосы эфирного двойника иногда воспринимаются как источник розового цвета. Если полосы внутренней ауры и эфирного двойника являются — что очень правдоподобно — продолжением друг друга, их описания на первый взгляд не согласуются. Однако расхождение это только кажущееся, ибо во внутренней ауре нежно-розовый цвет может подавляться красным оттенком экрана и более глубоким цветом, который получает аура. При недомоганиях и локальных расстройствах все меняется, и тогда грану-

лированная субстанция внутренней ауры, вероятно, иногда действительно вторгается в эфирный двойник. Эта тема будет обсуждаться в другой главе.

Внешняя аура начинается там, где заканчивается внутренняя, и имеет в разных местах разную ширину. Не имея четкой границы, она постепенно растворяется в пространстве, но в большинстве случаев определить ее ширину достаточно легко. Последнее утверждение, тем не менее, не всегда справедливо, ибо иногда, при очень благоприятных условиях, за ее границей можно заметить едва уловимую дымку, простирающуюся на значительное расстояние. Впечатление такое, что мы скорее только чувствуем ее присутствие, нежели действительно что-то видим. Эта эфемерная дымка, вероятно, служит продолжением внешней ауры, ибо во всех случаях, когда она наблюдалась, граница внешней ауры казалась не такой четкой, как обычно. Такая дымка встречается только у людей с большой аурой. Далее этот феномен мы будем называть *ультравнешней аурой*.

В конце 1915 года автору посчастливилось изучать ауру, давшую исключительно интересные и неожиданные результаты. Это был первый случай, реально проливающий некоторый свет на природу ультравнешней ауры.

Пример 18 (рисунк 13). W.B., 29-летняя женщина, впервые обследовалась автором в 1914 году. Она имела тучное телосложение при довольно тонких костях. За четыре года до этого женщина была худой, но быстро располнела, ее тело стало тяжелым и дряблым, а вес достиг 168 фунтов. Пациентка сделалась анемичной, жаловалась на слабость и одышку, каждый ее шаг отдавался страшными болями в спине. Сердцебиение было нормальным, но из-за ожирения прослушивалось плохо; щитовидная железа не была увеличенной.

Внешняя аура имела нормальную форму и вокруг головы и туловища могла быть классифицирована почти как широкая — здесь она была $9\frac{1}{2}$ дюйма шириной и сужалась к лодыжкам до $4\frac{1}{2}$ дюйма. Видимость ее была очень ясной, но внешняя граница определялась нечетко, так как смазывалась переходом в хорошо заметную ультравнешнюю ауру. В профиль аурический туман простирался на $4\frac{1}{2}$ дюйма

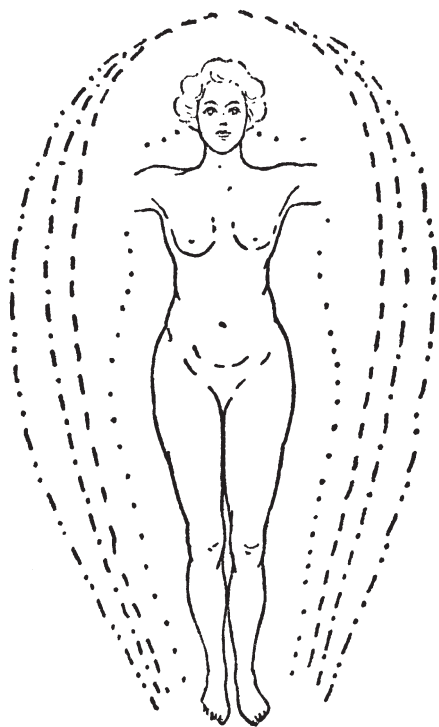


Рис. 13

- Внутренняя аура
- Внешняя аура при болезни
- · - · - · - · Внешняя аура в здоровом состоянии
- · - · - · - · Внешняя аура после приложения
положительного электричества

перед туловищем и по обеим сторонам от бедер и ног, а в области поясницы достигал ширины 6 дюймов. Внутренняя аура, как легко было догадаться по состоянию здоровья пациентки, оказалась весьма слабой. Ее ширина составляла $3\frac{1}{2}$ дюйма вокруг всего тела. Полоса дополнительного цвета выявила у нее на спине желтое пятно, начинающееся на уровне нижних грудных позвонков и увеличивающееся в ширину над крестцом. Интересно, что поверхностное элект-

ричество (см. с. 125) было распределено по ее телу совершенно равномерно и достигало высокой интенсивности.

В ноябре того же года женщина была обследована повторно. К счастью, все особенности ее ауры наблюдались и в этот раз, что исключало возможность ошибки при первом обследовании.

К маю 1915 года пациентка совершенно выздоровела. Теперь она чувствовала себя сильной и энергичной, способной к длительным пешим прогулкам без утомления, и болей в спине. Ее вес вернулся почти к норме, дряблость тела исчезла.

При обследовании обе ее ауры оказались очень четкими. Ширина внешней ауры составляла 12 дюймов вокруг туловища, 10 дюймов вокруг головы и $5\frac{1}{2}$ дюйма в области лодыжек. *Ее внешняя граница просматривалась совершенно ясно* — абсолютно так же, как у нормальных аур, и даже лучше, чем обычно бывает у людей с широкими аурами. Ни малейшего намека на ультравнешнюю ауру не было. Внутренняя аура на этот раз имела ширину 4 дюйма. Увеличилась ли она на $\frac{1}{2}$ дюйма или нет, сказать трудно, поскольку при первом осмотре ввиду нездоровья пациентки она была плохо выраженной и на самом деле могла быть чутью шире, чем тогда казалось. Теперь же она выглядела предельно ясной. Внешняя аура, несомненно, выросла.

После осмотра женщина была помещена на изолированную скамью и заряжена электричеством с помощью большой машины Вимшурста. Обе ауры, как обычно, пропали (с. 113–114), но заряд подавался еще некоторое время после их исчезновения.

После этого ауры начали медленно восстанавливаться, и когда они достигли своего максимального размера, внешняя аура прибавила лишних 3 дюйма. Теперь она простиралась на 15 дюймов, но ее граница по-прежнему сохраняла ясную видимость. Заметим, что даже при такой ширине она, несомненно, находилась в пределах той ультравнешней ауры, которая наблюдалась ранее. Этот эксперимент хорошо согласуется с гипотезой о том, что ультравнешняя аура является просто слабовыраженным расширением внешней ауры.

Другой пример чрезвычайно интересен тем, что дает нам новую информацию и одновременно подтверждает наблюдения, сделанные в предыдущем случае.

Пример 11 (продолжение). В июне 1915 года упоминавшаяся натурщица сначала была тщательно обследована с целью удостовериться, что обе ее ауры находятся в нормальном состоянии. Особое внимание уделялось поиску ультравнешней ауры, ни малейших признаков которой обнаружено не было. Внутренняя аура имела обычную для здорового человека видимость с хорошо просматривающейся полосчатостью. Затем натурщица была помещена на изолированную скамью и заряжена отрицательно при помощи большой машины Вимшурста. Эффект был обычным, но по каким-то неизвестным причинам аура и в этот раз, и во всех последующих экспериментах исчезала гораздо медленнее, чем у большинства других людей. Зарядка электричеством продолжалась еще несколько минут после исчезновения ауры. Пока аура отсутствовала, рядом с телом женщины была помещена рука, которая испускала луч самым обычным образом; однако никакого отклика со стороны ее ауры при этом не наблюдалось. Факт сам по себе интересный, ибо было неясно, может ли луч достичь тела без встречного усиления. На этот раз так и не удалось определить точно, достиг ли он самой поверхности тела или нет.

Как только зарядка электричеством прекратилась, аура начала медленно восстанавливаться. Через несколько минут она была снова измерена. Теперь она простиралась на 10 дюймов вокруг головы, на 15 дюймов около туловища и на 6 дюймов в области ног, имея правильную яйцеобразную форму. Спереди она имела ширину 6 дюймов, напротив поясницы — 9 дюймов, причем сзади ее граница опускалась по прямой линии от плеч до самой выступающей части ягодиц; далее вниз она сохраняла ширину 6 дюймов. Внутренняя аура простиралась на 4 дюйма, однако выглядела нечеткой. Поначалу никак не удавалось выяснить, присутствует ли в ней полосчатость, поскольку изменения в ауре происходили слишком быстро, чтобы можно было что-либо разглядеть. Спустя полчаса был проведен повторный осмотр. Внутренняя аура по-прежнему оставалась неизменной, в то время

как внешняя еще немного расширилась, прибавив дополнительно 3 дюйма; при этом ее внешняя граница стала нечеткой — создавалось ощущение присутствия ультравнешней ауры. Наиболее удаленная часть аурического тумана напоминала настоящую ультравнешнюю ауру, а чуть более близкая к телу уже казалась переходной между ультравнешней и истинно внешней аурой. Это наблюдение, по-видимому, тоже подтверждает, что ультравнешняя аура является не более чем расширением внешней ауры.

Если это так, вполне вероятно, что она присутствует всегда, независимо от ширины внешней ауры, но, как правило, оказывается слишком слабой для настоящих методов изучения. Средние по ширине и даже узкие ауры могут быть усилены статическим электричеством, о чем будет рассказано дальше (с. 115).

Обычные размеры и форма внешней ауры подробно описаны в главе I. На вид она кажется слабым аморфным облаком, лишенным всякой внутренней структуры, которое можно осветить, но которое само по себе не является самосветящимся в обычном понимании этого слова (см. с. 101).

При длительном изучении становится очевидно, что аура не является совершенно неизменным образованием — то там, то тут в ней постоянно происходят какие-то изменения. Одна ее часть неожиданно может стать более яркой, а через несколько секунд или минут снова вернуться к прежнему состоянию; одновременно такая же метаморфоза может начаться в любой другой ее части. Обычно такие флуктуации происходят спонтанно, без видимых на то причин.

Самое характерное кратковременное явление в ауре — лучи. Для удобства их можно разделить на три группы:

- 1) лучи, идущие из одной части тела в другую или от одного человека к другому;
- 2) лучи, выходящие из тела и уходящие прямо в окружающее пространство;
- 3) яркие области внутри ауры, которые названы псевдолучами в силу того, что их появление внешне напоминает появление лучей двух первых групп.

Рассмотрим сначала последнюю группу — псевдолучи. Они наблюдаются только в непосредственной близости

от тела и нигде более. Псевдолучи возникают во внутренней ауре и граничат с телом с одной стороны и с внешней аурой — с другой. В большинстве случаев они имеют удлиненную форму с главной осью, ориентированной параллельно поверхности тела. Обычно их ось видна очень четко, а их концы постепенно растворяются в ауре. Как правило, псевдолучи возникают внезапно и столь же быстро исчезают. Если наблюдать за ними через темный карминовый экран, во многих случаях можно заметить полосчатость, хотя в других проявляется зернистость. Эти псевдолучи появляются не так часто, как лучи других групп. Не следует путать их с зернистыми участками внутренней ауры, которые встречаются гораздо чаще, хотя автор должен признаться, что у него самого долгое время было неправильное представление о них.

Лучи первой группы, по-видимому, самые яркие из всех. Они могут выходить из произвольной части тела и устремляться к любой другой, если эти части находятся достаточно близко друг к другу и угол между ними не слишком велик. Гораздо чаще они излучаются неровностями тела, нежели гладкими поверхностями. При отведении руки в сторону можно заметить один или несколько лучей, связывающих ее с телом. В данном случае они, скорее всего, идут от тела к руке, а не наоборот, ибо всегда перпендикулярны телу, а с рукой образуют различные углы. Еще один хороший пример явления, очень часто проявляющегося при осмотре: когда пациент ставит руки на талию и разводит в стороны локти, луч может «выстрелить» из подмышечной впадины и устремиться к запястью. Кроме того, луч может появиться, если исследователь приблизит к телу пациента свою руку. В данном случае лучи будут соединять двух людей, иллюстрируя взаимное притяжение человеческих аур. Тщательное изучение показывает, что эти лучи формируются главным образом посредством удлинения внутренней ауры, которая остается возбужденной еще некоторое время после удаления руки наблюдателя. Этот феномен уже описывался нами в качестве тренировочного упражнения (с. 32).

Другой замечательный пример внешнего воздействия, вызвавшего появление луча, будет описан позже. Известен

случай, когда луч, соединявший руки двух людей, в течение нескольких секунд изменил свой цвет с ярко-желтого на чистый рубиново-красный.

Лучи второй группы выходят под прямым углом к поверхности тела и устремляются в пространство, никуда не отклоняясь. Чаще всего кажется, что они заканчиваются в пределах границы внешней ауры, но известно немало случаев, когда они наблюдались заходящими в область ультравнешней ауры (если таковая существовала). Однако автору так и не удалось выяснить, простираются ли они на самом деле за пределы этой области или нет. Обычно по мере удаления от тела яркость этих лучей падает. Их границы, как правило, параллельны (реже расходятся) и прямолинейны. Особенно это касается лучей, выходящих из пальцев.

Перпендикуляр к поверхности тела, очевидно, является естественным направлением для лучей, однако внешнее воздействие может их отклонить, заставив выйти под другим углом к этой поверхности; между тем никогда еще не наблюдалось случая, чтобы лучи изгибались. Этот феномен легко наблюдать на примере лучей, исходящих из кончиков пальцев, которые продолжают направление пальцев только до тех пор, пока рядом не появится что-нибудь их притягивающее. Если поднести к ним кисть другой руки на расстоянии 8–10 дюймов и двигать ею вверх-вниз, все лучи, соединяющие пальцы рук между собой, будут оставаться совершенно прямыми, несмотря на то что движение второй руки будет постоянно изменять углы между лучами и пальцами. Ни малейшего изгиба самих лучей мы не увидим. Хорошей иллюстрацией служит и такой эксперимент: пусть один человек держит кисти рук одну напротив другой (как было только что описано), а другой расположит свои кисти рук подобным образом в той же плоскости, но под прямым углом к рукам первого. Тогда основные лучи образуют крест, а дополнительные — соединят кисти смежных рук. И снова ни один из этих лучей не изогнется ни на йоту.

Размеры лучей могут быть самыми разными и сильно зависят от места на теле, из которого выходят. К примеру, лучи, исходящие из плеч, почти всегда широкие, в то время как ширина лучей, исходящих из кончиков пальцев, редко

превышает полтора диаметра пальца. Несмотря на то что при благоприятных условиях лучи можно видеть исходящими из любой части тела, очень редко удастся заметить луч, идущий от пациента в сторону наблюдателя. Этот факт объясняется чрезвычайной прозрачностью лучей. Их видимость зависит от фона, а кожа пациента в данном случае служит далеко не лучшим фоном. Кроме того, ситуацию усложняет и ракурс. В данном случае лучше всего подходит черный фон, так как на нем лучи просматриваются настолько ясно, насколько это возможно. Несмотря на то что лучи, направленные от пациента к исследователю, могут быть невидимыми, их присутствие тем не менее иногда может быть обнаружено по вызываемому ими изменению оттенка полосы дополнительного цвета, о чем еще будет говориться далее.

Помимо обычных лучей голубоватого цвета наблюдались также красные и желтые лучи. Возможно, они могут принимать и другую окраску. Внешняя аура, по-видимому, никакого отношения к их появлению не имеет, так как какого-либо влияния лучей на ее плотность и яркость никогда не наблюдалось.

Сходство структуры лучей со структурой внутренней ауры наводит на мысль, что оба эти явления имеют общее происхождение; в сущности, луч состоит из удлинённых пучков внутренней ауры.

Ранее уже говорилось, что когда один человек подносит руку к любой части тела другого, между ними возникают лучи. Структура одного такого соединяющего луча выяснилась благодаря следующему наблюдению.

На обследование ауры пришел темнокожий человек (пример б). Его аура имела очень грубую текстуру и грязно-коричневую окраску. Когда исследователь поднес к его телу свою руку, появился обычный соединяющий луч, в котором можно было легко различить светлоокрашенные и перемежающиеся с ними коричневые лучи, причем лучи обоих видов тянулись *вдоль всего промежутка* между телами без малейшего смещения.

Стоит заметить, что такие лучи легче получить между двумя выступающими частями тела, нежели между боль-

шими участками гладких поверхностей. К примеру, если наблюдатель поднесет палец к боковой поверхности тела испытуемого, вскоре возникнет луч, который проявится быстрее и будет виден отчетливее ближе к пальцу, чем к телу. Потом его яркость вдоль всего промежутка может выровняться, но этого может и не произойти. Если же наблюдатель поместит палец на таком же расстоянии от выступающих частей тела пациента (напротив носа, подбородка, согнутого локтя или пальца), лучи станут появляться быстрее и, как правило, будут более яркими. Таким образом, аурический потенциал (если можно так выразиться) на выступающих участках тела выше, чем на ровных. В этом он похож на статическое электричество.

Если обнаженное предплечье наблюдателя расположить параллельно телу испытуемого, промежуточные участки их аур станут ярче и будут смешиваться, демонстрируя феномен взаимного притяжения аур. Расстояние между пациентом и наблюдателем в этом случае должно быть достаточно большим, чтобы между их видимыми аурами оставался промежуток в 1–2 дюйма. Исключительно важным условием для участников такого опыта будет сведение их ментальной активности к минимально возможному уровню. О влиянии мышления на ауру дальше будет говориться подробнее, но для иллюстрации важности названного условия достаточно провести следующий опыт. Пусть наблюдатель расположит палец на расстоянии около 18 дюймов от тела испытуемого. Вскоре он заметит, что луч, выходящий из пальца в направлении пациента, настолько подвержен сознательной регулировке, что одним только усилием мысли можно довольно легко дотянуть его до поверхности тела.

Глава IV

Вопросы оптики

В полной темноте аура человека невидима. Лучше и проще всего наблюдать ее при слабом свете, когда глаза частично адаптированы к темноте. Ввиду исключительной важности этого условия для вопросов, обсуждаемых далее, остановимся на нем подробнее. Хорошо известно, что зрачок здорового глаза сужается при увеличении освещенности. (Изменения, связанные с аккомодацией, а также аномальные отклонения от элементарных физиологических процессов здесь рассматриваться не будут.) При этом апертура зрачка уменьшается, позволяя ему сфокусировать внешний объект на центральной ямке сетчатки настолько резко, насколько это возможно. Эта область сетчатки состоит из колбочек, которые цветочувствительны ко всем лучам видимого солнечного спектра. Смещение этих лучей в определенной пропорции вызывает ощущение белого света, тогда как монохроматический луч или же смесь лучей с разными длинами волн, но в иной пропорции, чем у белого луча, вызывают ощущение цвета.

При адаптации к темноте зрачок расширяется и глаз становится более чувствительным к небольшим перепадам освещенности. Кроме того, более широкий зрачок пропускает больше света, что само по себе необходимо при слабой освещенности, но еще более важно то, что расширенный зрачок позволяет осветить большую часть сетчатки. Эта не работавшая при ярком свете область сетчатки отличается от центральной ямки тем, что содержит огромное количество палочек, которые ближе к периферии начинают абсолютно доминировать над колбочками. Считается, что палочки нечувствительны к цвету и их стимуляция вызывает только ощущение серого цвета. На них воздействуют главным об-

разом *более коротковолновые и сильнее преломляемые лучи*. В адаптированном к темноте состоянии глаза пик его максимальной чувствительности к свету *смещается из желто-зеленой области спектра в сторону фиолетового конца*.

Очень важно, если это возможно, найти объяснение тому, каким образом дицианиновый экран позволяет человеку видеть ауру. Ответ на этот вопрос отчасти зависит от свойств самой ауры, но в еще большей степени — от природы воздействия, оказываемого дицианином на глаза.

Однажды, еще до начала систематических наблюдений автора над аурами, одна дама пожелала своими глазами увидеть туман вокруг руки и кисти. Ей был предложен темно-синий экран для того, чтобы она посмотрела через него на свет, но после этой процедуры никакой ауры женщина разглядеть так и не смогла. Тем временем автор заметил, что нечаянно дал ей экран с метиленовым синим красителем. Ничего не сказав женщине об ошибке, он позволил ей продолжать работу с ним, понимая, что возникшая ситуация служит прекрасным сравнительным тестом пригодности обоих экранов. Когда же эта женщина посмотрела на свет через надлежащий дицианиновый экран и освещенность была должным образом отрегулирована, она наконец смогла увидеть ауру. С тех пор автору в разное время случилось еще дважды непреднамеренно ошибиться, используя метиленовый синий экран вместо дицианинового, кроме того, несколько раз он испытывал его сознательно, и всегда результат получался отрицательным — экран оказывался непригодным.

Рейхенбах в своей книге «Исследование магнетизма» приводит более пятидесяти примеров с сенситивами, которые могли в полной темноте видеть свет, исходящий от магнита и т.п. Если отбросить версию о пятидесяти лунах (да и нет причин считать их таковыми), эти люди должны были обладать либо особенно проницательным зрением, позволяющим им видеть свечение, слишком слабое для глаз обычных мужчин и женщин, либо зрением, отличающимся от нормального качественно и наделяющим этих людей возможностью наблюдать невидимые простым смертным феномены. Второе предположение скорее всего ближе к

истине. Эманации магнитов и т.п. образованы вибрациями, находящимися за пределами видимого солнечного спектра. Подобные вибрации могут иметь место и в случае с человеческой аурой. Одна из причин для такого вывода заключается в том, что если бы излучения ауры располагались в границах видимого спектра, в мире нашлось бы великое множество людей с достаточно пронизательным зрением, способных видеть столь необычное явление, как свечение полюсов магнита, а также нечто подобное тому, что называется в этой книге аурой человека. Этот довод можно дополнительно усилить, если доказать, что зрение ясновидящих в смысле выполнения обычных функций ни в чем не превосходит зрение обычного человека. Мы спросили об этом ясновидящего, и он любезно ответил, что «способность видеть ауры никоим образом не связана с обычным зрением» и что обычное зрение некоторых ясновидящих на самом деле оставляет желать лучшего. Учитывая эти факты, можно смело утверждать, что люди, видящие человеческую ауру, туманное свечение вокруг магнитов и т.п., обладают этой способностью отнюдь не по причине особой остроты зрения, но благодаря возможности видеть лучи, не принадлежащие обычному, видимому спектру.

Если одни люди могут видеть такие лучи, нет особых причин считать, что их не смогут увидеть и другие — с помощью особых аппаратов или путем специального воздействия на глаза. Именно таким воздействием и отличается дицианин.

Хотя с самого начала было очевидно, что дицианин каким-то особым образом влияет на органы зрения, тем не менее до сих пор так и не выяснено, какая именно часть глаза аффицируется и какова природа происходящих в нем изменений. Всяческие попытки объяснить эти изменения и по сей день носят только гипотетический характер.

Лет девять-десять назад, когда автор с помощью физических приборов изучал силы, эманлирующие из тела, он пользовался световым лучом, отражающимся от маленького подвижного зеркальца на шкалу (наподобие тех, что бывают в гальванометрах). Поскольку точные измерения приходилось снимать с расстояния 8 футов, автор использовал

для этого театральный бинокль, фокусирующийся механизм которого для получения хорошей четкости изображения приходилось выкручивать до предела¹. Однажды через несколько лет, когда ему довелось смотреть через этот же бинокль, он, к своему удивлению, заметил, что для получения хорошей резкости ему уже не нужно выкручивать фокусирующий механизм до такой степени, хотя изучаемый объект на этот раз находился вдвое ближе. Единственное разумное объяснение этому заключается в том, что фокусное расстояние его глаз с тех пор каким-то образом сократилось (эффективно или абсолютно), а поскольку никаких других причин в поле зрения не было, феномену можно было объяснить лишь постоянной работой с дицианиновым экраном. Тот факт, что в глазу произошли какие-то изменения, подтверждается также тем, что приближительно в период начала визуального изучения аур (не менее десяти лет назад) автор намеревался приобрести более сильные очки, которые он так и не купил до сего дня — просто проблемы со зрением как-то сами собой перестали его беспокоить. Более того, расстояние комфортного чтения реально уменьшилось, хотя аккомодация, конечно же, не улучшилась.

Вскоре после этого открытия один знакомый врач в разговоре упомянул о том, что некий джентльмен, которому он показал ауру с помощью дицианинового экрана, снова смог читать и писать без очков более 24 часов после опыта, хотя до этого он не мог разобрать напечатанный текст без их помощи. Эти два случая привели автора к выводу о том, что свойство красителя воздействовать на людей подобным образом скорее всего не случайно и может хотя бы частично объяснить те изменения в глазном аппарате, которые вызывают способность видеть ауру. Предваряя описание экспериментов, поставленных специально для проверки этой гипотезы, заметим, что были и другие случаи, когда после использования дицианинового экрана люди брали в руки книгу или газету и заявляли, что видят текст без очков лучше, чем прежде. Приведем лишь два примера. Одна леди, пока разговор шел с ее мужем, взяла в руки книгу,

¹ Кильнер страдал дальнозоркостью. (*Прим. перев.*)

после чего изумленно заявила, что «может спокойно читать без очков (которые оставила дома), чего не могла делать уже многие годы». В другом случае один врач после упоминания столь необычного свойства дицианина сам решил попробовать прочесть газету без очков. Обычно это удавалось ему лишь с расстояния вытянутой руки. Теперь же он обнаружил, что различает текст, приблизив газету еще на 6–8 дюймов к глазам.

Каждый, кто замечал временное улучшение зрения, страдал пресбиопией¹, хотя и не слишком сильной. Подобного эффекта никогда не наблюдалось у людей с нормальной рефракцией или с близорукостью.

Поскольку цветные экраны не могут влиять на аккомодацию, все описанные далее эксперименты проводились с учетом других функций глаза. Для этой цели использовался микроскоп, один оборот колеса тонкой подстройки которого поднимал или опускал объектив на $\frac{1}{100}$ дюйма. Колесо имело десять делений, каждое из которых соответствовало смещению объектива на $\frac{1}{1000}$ дюйма. В таблице III это смещение обозначено буквами «mi» (от *англ.* milliinches — миллидюймы). В экспериментах использовался самый слабый окуляр и полуторадюймовый объектив. Цветные экраны изготавливались путем заполнения стеклянных ячеек слабыми водными растворами различных красителей: карминового (carmine), желтого (K yellow), метиленового синего (methylene blue) и генцианового фиолетового (gentian violet) соответственно. Насыщенность цвета, по-видимому, не играет никакой роли, главное, чтобы экраны были не слишком темными и обеспечивали достаточную освещенность объекта на предметном столике. Последнее условие, к сожалению, несколько нарушает чистоту эксперимента, поскольку светлые экраны пропускают большое количество белого света.

Эксперимент выполнялся в такой последовательности. При выставленной на ноль шкале колеса тонкой подстрой-

¹ Пресбиопия, или старческая дальнорукость, — ослабление аккомодационной способности глаза из-за уплотнения хрусталика, в результате чего глаз почти лишается способности перефокусироваться с далеких на более близкие предметы. (*Прим. перев.*)

ки наблюдатель, вращая только колесо грубой подстройки, фокусировался как можно точнее на выбранную им в поле зрения щетинку в хоботке мясной мухи (далее для краткости — объект). Добившись максимальной резкости, он отводил взгляд на одну-две секунды в сторону, а затем как можно скорее возвращался к объективу, чтобы проверить точность фокусировки. Если после расслабления глаз резкость оказывалась неудовлетворительной, проводилась дополнительная подстройка фокуса. Такая процедура повторялась два-три раза для гарантированного исключения эффектов аккомодации.

Затем между зеркалом микроскопа и объектом помещался цветной экран и наблюдатель заново подстраивал фокус на выбранную щетинку, используя на этот раз только колесо тонкой подстройки (с описанными выше мерами предосторожности для исключения эффектов аккомодации). Измерения проводились по очереди с каждым из фильтров-экранов, и каждый раз положение колеса тонкой подстройки, дающее наилучшую резкость, записывалось.

На следующем этапе наблюдатель смотрел через темный дицианиновый экран на свет около 30 секунд, после чего вся серия экспериментов повторялась в той же последовательности: сперва фокусировка на объект в белом свете, затем через каждый из фильтров-экранов попеременно.

Приведем детальный отчет об одном из таких экспериментов. Наблюдатель А. (см. таблицу III) с описанными выше мерами предосторожности сфокусировал микроскоп на щетинку с помощью колеса грубой подстройки при выставленном в нулевое положение колесе тонкой подстройки. Результат обозначили как 0. Затем под объект поместили желтый экран, который не потребовал перефокусировки. Значит, результат снова 0. Теперь пришла очередь красного фильтра. В красном свете щетинка оказалась не в фокусе, и для восстановления резкости объектив пришлось приподнять над объектом, повернув колесо тонкой подстройки на одну десятую оборота. Результат обозначили как -1 m . После замены экрана на синий колесо тонкой подстройки пришлось вращать снова. На этот раз лучшая резкость соответствовала его повороту на одно деление от нуля в противополож-

ную сторону, при этом объектив приблизился к объекту. Результат обозначили как $+1 \text{ мi}$. С фиолетовым фильтром резкости удалось добиться, дополнительно приблизив объектив к объекту еще на два деления. В итоге смещение колеса тонкой подстройки от нулевого положения составило три десятых оборота, или $+3 \text{ мi}$.

Затем наблюдатель взял темный дицианиновый экран и посмотрел через него на свет в течение приблизительно 30 секунд, после чего опять сфокусировал микроскоп на щетинку без всяких экранов. На этот раз оказалось, что объектив микроскопа пришлось приблизить к объекту на $+2,5 \text{ мi}$ от нулевой позиции, что было надлежащим образом зафиксировано. После этого под объект по очереди помещались красный, желтый, синий и фиолетовый экраны, причем между фокусировками наблюдатель каждый раз в течение нескольких секунд смотрел на свет через темный дицианиновый экран. Результаты испытаний оказались следующими: $+1 \text{ мi}$ для красного фильтра, $+1 \text{ мi}$ для желтого, $+2 \text{ мi}$ для синего и $+3,5 \text{ мi}$ для фиолетового.

Этот человек тестировался трижды в разное время, и результаты измерений всегда получались одинаковыми.

Большинство участвовавших в тестировании людей были врачами, имевшими большой опыт работы с микроскопом. Автор сохранял только те результаты (их оказалось пятьдесят), которые во всей строгости соответствовали описанной методике. У одного или двоих испытуемых не хватило усердия, причиной остальных неудач оказалась трудность в исключении эффектов аккомодации. Во время каждой серии экспериментов фокус микроскопа два-три раза сознательно сбивался, причем в то время, когда наблюдатель не мог этого заметить, и если перефокусировка не возвращала шкалу микроскопа точно к исходному положению, данная серия считалась неудачной и не учитывалась. В результате успешной оказывалась не более чем одна из трех-четырех серий.

Автор заметил интересный факт: чем большее смещение фокуса требовалось наблюдателю после использования дицианинового экрана, тем легче ему давалось наблюдение ауры. В том случае, когда после воздействия дицианинового экрана смещение фокуса при работе в белом свете

превосходило смещение, зафиксированное еще до воздействия дицианина в синем свете, то есть с синим фильтром под объектом, — затруднений в наблюдении ауры почти не возникало. Если же воздействие дицианинового экрана требовало при фокусировке в белом свете меньшего смещения фокуса, чем при простом помещении под объект синего фильтра, то чем меньше оказывалась разница этих двух значений, тем легче наблюдателю удавалось разглядеть ауру.

При использовании микроскопа только для тестирования способности человека видеть ауру нет нужды проводить всю серию тестов от начала до конца. Вполне достаточно следующей процедуры: сперва объект фокусируется в обычном свете, затем — с синим фильтром под ним и наконец — снова в белом свете, но после использования дицианинового экрана. К сожалению, даже эти нехитрые тесты удаются далеко не всегда, поскольку у многих просто не хватает опыта работы с микроскопом.

Некоторые наблюдатели затрудняются настроить фокус с фиолетовым фильтром под объектом. Дело в том, что используемый краситель (генциановый фиолетовый) имеет в спектре пропускания две яркие полосы: одна — с максимумом между 4000А и 4500А, другая — с максимумом между 6500А и 7000А (см. «Атлас спектров поглощения» Кеннета Миса). Эти цвета в спектре слишком далеки друг от друга, поэтому антагонистичны. Фиолетовый экран сохранялся в записях лишь по возможности, ибо полученные с его помощью результаты почти не имеют значения. Следует помнить, что фиолетовый цвет в спектре состоит из узкой полосы вибраций с близкой длиной волны, тогда как все фиолетовые пигменты и красители являются простой смесью красного и синего.

Первые три серии экспериментов, отраженных в таблице III, выполнялись наблюдателями, которым еще не было 40 лет, следующие три — теми, чей возраст находился в интервале от 40 до 60 лет, и наконец третья тройка серий — теми, кому уже перевалило за 60. Десятым наблюдателем был студент-медик, аккомодация у которого была временно подавлена атропином. Одиннадцатый наблюдатель был ясновидящим. Последняя серия в таблице — усредненное

Таблица III.
 Результаты экспериментов с микроскопом
 на примере 11 испытуемых

<i>Наблюдатель</i>	<i>Смещение объектива, m_i</i>				
	<i>Белый свет</i>	<i>Красный фильтр</i>	<i>Желтый фильтр</i>	<i>Синий фильтр</i>	<i>Фиолетовый фильтр</i>
A.	0 +2,5	-1 +1	0 +1	+1 +2	+3 +3,5
B.	0 +3	-1 +1,75	0 +2	+2 +2	+4 +4,5
C.	0 +2,5	-1,5 +0,5	0 0	+2,5 +2,5	+2,5 +2,5
D.	0 +1	-1 +0,75	0 +0,75	+1 +1,5	+3 +3,5
E.	0 +2	-1,5 +0,5	0 +0,5	+1,75 +1,75	+1,75 +1,75
F.	0 +2,5	0 +1	+1 +1	+1 +3	
G.	0 +1	-1 -0,5	0 0	+1,5 +2	+2 +2
H.	0 +1	-0,75 +0,25	0 +0,75	+1,75 +2	+1,75 +2
I.	0 +1,5	-1 +0,5	0 0	+1 +1	
J.	0 +2	-1 0	0 +1	+2,5 +2,5	
K.	0 +6,5	-1 +2,25	0 +5,25	+2,5 +6	
Среднее значение по всем 50 испытуемым	0 +2,25	-1 +0,7	+0,09 +1	+2,4 +2,8	

значение по всем пятидесяти экспериментам. Верхняя строка в каждой серии отражает показания микроскопа до применения дицианинового экрана, нижняя — после. Цифры объясняют, почему людям старше 50 лет увидеть ауру с первых попыток труднее, чем молодым.

Одиннадцатая серия (наблюдатель К.) чрезвычайно интересна тем, что испытуемой оказалась ясновидящая. Автор был очень рад этой возможности, поскольку давно уже задавался вопросом, как сильно глаза ясновидящих отличаются от глаз нормального человека в обычном отношении. К счастью, женщина в совершенстве владела микроскопом и отличалась терпением. У ее мужа был прекрасный инструмент, с которым она привыкла работать. Обратите внимание, что до использования дицианинового экрана цветные фильтры, помещаемые под предметный столик микроскопа, влияли на ее глаза самым обычным образом. Когда же дело дошло до дицианина, воздействие последнего было поразительным — оно превосходило все остальные случаи, с которыми автор встречался до и после этого теста. Эта была та самая женщина, которая заявила, что после воздействия дицианина стала видеть без очков лучше, чем многие годы до этого (с. 83–84).

Для более глубокого понимания описанных экспериментов следует вспомнить некоторые основы элементарной физики. Обычный дневной свет, как известно, состоит из лучей с различными длинами волн. Видимый солнечный спектр имеет шесть главных подразделений (индиго намеренно опускаем): красный, оранжевый, желтый, зеленый, голубой и фиолетовый. Если для разложения света использовать кварцевую призму, за фиолетовой полосой появится часть спектра, называемая лавандным серым¹, которую некоторые люди вообще неспособны видеть. Интенсивность дневного света максимальна в желтой области спектра; по мере удаления от нее к красной и к фиолетовой границам его яркость для глаза падает. С точки зрения физики нет никаких причин к тому, чтобы желтый цвет в спектре был более интенсивным, чем любой другой — причина чисто физиологическая.

Сколь бы чудесным ни казался человеческий глаз, безупречным оптическим инструментом его никак не назовешь. Хроматическая аберрация скорректирована в нем плохо, поэтому разные цвета фокусируются им в разных плоскостях. Красный как наименее преломляемый фокусируется дальше

¹ Бледно-лиловым. (Прим. перев.)

всего от хрусталика, фиолетовый, наоборот, ближе всего к нему. Желтый фокусируется где-то посередине между красным и фиолетовым, и в нормальном человеческом глазе на сетчатку попадает именно фокус желтых лучей. Плоскость фокусировки остальных цветов располагается либо чуть ближе, либо чуть дальше от нее. Необходимая коррекция производится в мозговых центрах. Поскольку фокальная плоскость красных лучей находится за плоскостью сетчатки, для их совмещения хрусталик нужно сместить немного вперед. Это эквивалентно небольшому перемещению объектива микроскопа от изучаемого объекта. Синие и фиолетовые лучи для точной фокусировки, наоборот, нуждаются в смещении хрусталика чуть ближе к сетчатке, что равносильно перемещению объектива микроскопа в сторону объекта.

Таким образом, если объект на предметном столике микроскопа был сфокусирован сначала в белом свете, а затем под объект один за другим начинают подкладываться цветные фильтры, в каждом случае возникает необходимость немного переместить объектив: для менее преломляемых лучей — от предметного стекла, для более преломляемых — ближе к нему.

Вернемся к дицианиновому экрану. До его использования в описанных экспериментах красный свет был единственным, требовавшим отрицательного смещения фокуса по отношению к белому и желтому, в то время как синий и фиолетовый требовали положительных смещений. В серии тестов, выполненных наблюдателем А., после использования дицианинового экрана оказалось, что теперь и красный, и желтый, и синий имели отрицательное смещение фокуса по отношению к белому свету и только фиолетовый сохранил небольшой положительный сдвиг. Это становится очевидным, если из полученного для каждого фильтра значения вычесть $+2,5 \text{ мi}$ ¹. Относительные смещения окажутся следующими: $-1,5 \text{ мi}$ для красного, $-1,5 \text{ мi}$ для желтого, $-0,5 \text{ мi}$ для синего и $+1 \text{ мi}$ для фиолетового фильтра.

¹ $+2,5 \text{ мi}$ — величина необходимого смещения объектива для настройки фокуса в белом свете после воздействия дицианинового экрана на глаза наблюдателя А.

Эти эксперименты доказывают, что дицианин вызывает в глазе человека изменения, эквивалентные удлинению глаза или уменьшению его фокусного расстояния, которые и позволяют людям, страдающим пресбиопией, *читать без очков*. Кроме того, из этих экспериментов следует, что если в главном фокусе нормального человеческого глаза фокусируются белые и желтые лучи (лежащие в спектре около линии D), то в главном фокусе глаза, аффертированного темным дицианиновым экраном, собираются лучи, смещенные к фиолетовой границе спектра относительно желтых (возможно, желто-зеленые или зеленые). Это означает, что феномен видения ауры может быть связан с расширением визуального восприятия в области спектра, лежащие за границами видимого света. Тогда образ, возникающий на сетчатке сенсibilизированного глаза при наблюдении ауры и т.п., может объясняться (по крайней мере отчасти) воздействием ультрафиолетовых лучей. Эта гипотеза, кроме того, могла бы объяснить и те цветовые вариации и изменения, которые наблюдаются в ауре с помощью различных экранов или без них, а также с помощью полос дополнительного цвета. Серьезным аргументом в пользу такой гипотезы служит также тот факт, что чем большее смещение фокуса в опыте с микроскопом требуется после воздействия дицианинового экрана, тем легче дается человеку видение ауры.

Из описанных экспериментов со всей очевидностью вытекает, что дицианин обладает способностью уменьшать фокусное расстояние глаза, однако понять механизм этого воздействия очень и очень трудно. Влияния дицианина на аккомодацию не наблюдалось — по-видимому, она не играет здесь никакой роли. А поскольку новых экспериментов пока не придумано, решение проблемы остается искать в чисто теоретической плоскости. Для этого рассмотрим глаз в трех разных аспектах — физическом, химическом и нервном.

Уменьшения главного фокусного расстояния глаза можно достичь путем:

- 1) увеличения кривизны роговицы или хрусталика (это предположение настолько неправдоподобно, что не требует обсуждения);

- 2) увеличения показателя преломления среды.

Если причина в этом, воздействие происходит скорее всего на жидкие среды, изменения в которых обусловлены:

- a) увеличением доли твердой компоненты в растворе;
- b) увеличением давления;
- c) химическим изменением в глазных средах.

Первое из этих допущений не может произойти за то короткое время, пока наблюдатель смотрит через экран.

Второе является просто-напросто зарождающейся глаукомой. В этом случае многократное приведение в сенсibilизированное состояние должно вызывать все сопутствующие этой болезни симптомы. Но поскольку никакая стадия глаукомы не сопровождается симптомами, похожими на те, что вызываются дицианином, это допущение также беспочвенно.

Получается, что химические изменения — единственно возможная причина увеличения показателя преломления. Трудно понять, в чем эти изменения заключаются, но их реальность подтверждается теми особенностями цветового восприятия, которые будут обсуждаться далее.

Предположение о том, что уменьшение фокусного расстояния глаза происходит при непосредственном участии нервов, на первый взгляд кажется маловероятным. Тем не менее, есть веские основания считать, что дицианин каким-то образом влияет на нервную систему глаза — либо на сетчатку, либо на центральные ганглии, либо на обе системы вместе. Сравнение между следующими экспериментами — ослабляющими и усиливающими способность глаза видеть ауру — весьма интересно.

Эксперимент 1. Попросим наблюдателя посмотреть на полосу какого-нибудь первичного цвета, как описано в главе VI, но сделать это одним глазом вместо двух. Если после этого он посмотрит на белый фон обоими глазами, то увидит полосу дополнительного цвета. Если он закроет неаффеktированный глаз, полоса сохранится; если закроет аффеktированный глаз, рецепторы которого пересыщены первичным цветом, никакого дополнительного цвета он не увидит.

Эксперимент 2. Женщина, никогда не видевшая ауру, попыталась рассмотреть ее при самых благоприятных усло-

виях освещенности и фона, но потерпела полную неудачу. Затем один ее глаз был обычным образом сенсibilизирован дицианином, в то время как другой был закрыт. Посмотрев после этого на человека обоими глазами, женщина сразу увидела ауру. Аура была видна столь же ясно при закрытом несенсibilизированном глазе. Открыв его и закрыв другой глаз, она обнаружила, что все еще видит ауру, правда, уже не так ясно. Посмотрев на свет через дицианиновый экран обоими глазами, она стала видеть ауру одинаково хорошо каждым из них.

Эксперимент 3. Наблюдатель А. не смог увидеть ауру с ходу, но после сенсibilизации одного глаза с помощью дицианинового экрана обнаружил, что видит ауру одинаково хорошо любым глазом, хотя и не так ясно, как после последующей сенсibilизации обоих глаз одновременно обычным образом.

Эксперимент 4. Наблюдатель Р. не обладала способностью видеть ауру. После сенсibilизации одного глаза дицианиновым экраном она так и не смогла разглядеть ее ни одним, ни двумя глазами. Посмотрев на свет через дицианиновый экран при полностью открытых глазах, она наконец смогла разглядеть аурический туман.

Эксперимент 5. Наблюдатель Г.К. попытался увидеть ауру, но не нашел ни малейших ее признаков. Затем он полминуты смотрел правым глазом на свет через дицианиновый экран, одновременно закрыв левый глаз и даже прикрыв его рукой. Сразу после этого ему удалось разглядеть ауру левым глазом, но не так четко, как правым. Сенсibilизация обоих глаз немного усилила его способность видеть ауру.

Эти эксперименты повторялись несколько раз и каждый раз заканчивались схожим образом.

Результаты экспериментов в совокупности выглядят очень запутанными и с трудом поддаются интерпретации. Единственное приходящее на ум объяснение заключается в том, что каждый человек от природы наделен зачаточной способностью видеть ауру, но настолько слабой, что она остается латентной до тех пор, пока не будет стимулирована извне тем или иным способом. Эту гипотезу в некоторой степени подтверждает эксперимент с одной женщиной,

которая пыталась увидеть ауру вообще без помощи дицианинового экрана. Вначале она, конечно, ничего не увидела, однако упорно продолжала свои попытки еще минут десять, пока вдруг не призналась, что видит какой-то туман, но так неопределенно, что затрудняется решить, реален он или является чистой игрой ее воображения. Затем ее глаза были обычным образом сенсibilизированы дицианиновым экраном, и когда женщина увидела ауру ясно, оказалось, что за исключением четкости аура ничем не отличается от того тумана, который она смутно разглядела до этого.

Перейдем к рассмотрению условий, при которых аура становится видимой. Для наблюдения феномена лучше всего подходит неяркий свет (но не полный мрак); он же предпочтителен и для практической работы. Нередко туман вокруг какой-нибудь части человеческого тела можно увидеть на черном фоне и при обычном дневном свете, если смотреть через цветные экраны.

Необходимая насыщенность цвета таких экранов зависит от освещенности. Этот метод полезен при изучении внутренней ауры через красный, или карминовый, экран (глава III). Для того чтобы выяснить, насколько вообще необходима затемненная комната, было испытано множество экранов разного цвета, но удовлетворительного результата не дал ни один из них. Подводя итог, можно сказать, что темно-синий экран лучше других помогает увидеть внешнюю ауру, хотя не позволяет рассмотреть особенности внутренней ауры так же хорошо, как красный. Некоторые люди в той или иной степени могут видеть ауру и при обычном дневном свете.

Из сказанного следует, что адаптированное к темноте состояние глаза не является абсолютно необходимым для наблюдения ауры, но если глаз частично приведен в такое состояние, феномен наблюдается гораздо лучше. Не исключено, что необходимость в приглушенном освещении отчасти объясняется утонченностью самой ауры, видимость которой разрушается ярким светом.

Хорошо известно, что предмет, вызывающий слишком слабую цветовую стимуляцию на начальном этапе адаптации глаза к темноте, кажется серым, но со временем приоб-

ретает цветовой оттенок. Постепенное проявление цветов зависит от приближения глаза к состоянию полной темновой адаптации или от усиления самой цветовой стимуляции. То же самое можно сказать про видимость ауры, которая в первый момент кажется серой, но по прошествии некоторого времени в ней уже можно различить некоторые оттенки, обычно синие или зеленые.

Ранее уже высказывалась идея о том, что дицианин наделяет глаза способностью воспринимать ультрафиолетовые лучи. Эта гипотеза получает дополнительное подтверждение благодаря изучению аурических цветов, к которому мы теперь переходим.

Для наших целей не важно, происходит ли разделение световых колебаний с различными длинами волн в нервных центрах, или они разделяются в сетчатке нервными окончаниями тех волокон, которые передают световые стимулы в мозг и вызывают в нем ощущение света, или же, наконец, они разделяются из-за флуоресценции каких-то глазных сред.

Аурические цвета следует изучить досконально. Для этого потребуются цветные экраны. Опыт показывает, что сильноокрашенные экраны предпочтительнее, поскольку при работе с ними комната может быть освещена достаточно ярко; в остальном точная насыщенность цвета значения не имеет.

В экспериментах использовались следующие экраны:

красный	раствор	карминового красителя (carmine) ¹ ,
оранжевый . . .	”	yolk yellow,
желтый	”	K yellow,
зеленый	”	naphthol green,
синий	”	methylene blue,
фиолетовый. . .	”	gentian violet.

С тем же успехом можно использовать и другие красители.

¹ Тот же раствор, который используется для отделения внутренней ауры от внешней.

Прежде чем обсуждать влияние этих экранов на восприятие ауры, следует сказать несколько слов об их воздействии при обычных условиях.

Согласно общепринятой теории, в глазе имеется три типа цветочувствительных нервов, возбуждаемых соответственно красным, желтым¹ и синим светом. Все остальные цвета воспринимаются как результат одновременного возбуждения двух или даже всех трех типов рецепторов в различной пропорции.

Спектр дневного света, получаемый с помощью призмы, состоит из широкой гаммы световых колебаний с разной длиной волны, образующих цветную раду (видимая часть солнечного спектра) и, кроме того, множество других цветов, обычно невидимых глазу. С физической точки зрения световые колебания, соответствующие каждому цвету и каждому оттенку цвета, определены вполне четко, и разделение на первичные и вторичные цвета имеет чисто физиологическую причину. Несмотря на небольшие индивидуальные различия в цветовосприятии, мы все же выберем для наших практических целей спектральные цвета фраунгоферовых линий В, D и F (около 6900А, 5900А и 4870А соответственно) в качестве трех первичных цветов. Для последующих рассуждений точности такого приближения вполне достаточно.

Представим себе, что луч света с длиной волны 6900А или около того попадает в глаз. Он возбуждает главным образом нервы, чувствительные к красному свету, и вызывает тем самым ощущение красного цвета. Теперь представим, что длина волны луча уменьшилась, скажем, до 6400А. Такой луч стимулирует уже два типа рецепторов, чувствительных к красному и желтому свету, и вызывает ощущение оранжевого. При уменьшении длины волны до 5900А световой луч вызовет ощущение желтого. Плавное уменьшение длины волны вплоть до 4870А вызовет у наблюдателя последовательно ощущения желто-зеленого, сине-зеленого и наконец голубого цветов. Индиго пропустим. Дальнейшее уменьшение длины волны приведет нас к самому интересному цвету, а именно — к фиолетовому, охватывающему

¹ О причине выбора желтого вместо зеленого см. главу VI, с. 164.

диапазон длин волн приблизительно от 4200А до 3950А. Эти лучи возбуждают не только нервы, чувствительные к синему свету, но и красочувствительные рецепторы. *Таким образом, на одном конце солнечного спектра есть красные лучи, которые возбуждают чувствительные к красному свету нервы, и на другом его конце есть лучи с совершенно иной длиной волны, которые тоже их возбуждают, несмотря на то, что при переходе к лучам из средней части спектра отклик этих нервных окончаний ослабевает вплоть до полной инертности.*

Если для получения спектра взять кварцевую призму, за фиолетовой полосой можно заметить лавандный серый (бледно-лиловый) цвет. Вероятно, возможность видеть эту часть спектра объясняется флуоресценцией какой-нибудь из глазных сред — процессом, благодаря которому невидимый свет с короткой длиной волны преобразуется средой в более длинноволновое видимое излучение. За пределами этого цвета тоже есть колебания, которые невооруженному глазу вообще недоступны.

В качестве возможного объяснения видимости ауры и всех связанных с ней цветовых феноменов автор книги предлагает идею о том, что дицианиновый экран вызывает в глазах такие изменения, при которых как минимум некоторая часть лучей ультрафиолетового спектра начинает стимулировать глаз, причем вызывает в нем не только световые, но и цветовые ощущения. Несложно предположить, что если при наличии таких изменений продолжать описанный выше процесс уменьшения длины волны от точки около фиолетового конца видимого спектра, где чувствительные к красным лучам нервные окончания сетчатки снова начали отзываться на свет, то эта процедура может повлечь за собой более или менее полное повторение всей серии спектральных цветов (возможно, сильно измененной во многих отношениях). Иначе говоря, получится *добавочный, высший спектр*. Фиолетовый цвет находится в таком же отношении к обычному синему и ультрафиолетовому «красному», как оранжевый — к обычным красному и желтому.

Отражая белый свет, поверхности окрашенных предметов приобретают оттенки, которые физически отличаются

от чистых спектральных цветов по двум причинам. Во-первых, если поверхность поглощает только определенные лучи, ее цвет будет образован комбинацией различных участков спектра. Во-вторых, отраженные лучи почти всегда смешаны с некоторой долей белого света, ибо никакая поверхность не обладает стопроцентным поглощением ни в какой части спектра. Так, например, зеленый предмет может в реальности отражать:

- 1) только зеленые лучи;
- 2) смесь синих и желтых лучей;
- 3) лучи любого из двух первых вариантов с примесью белого.

Воспринимаемый нами оттенок зеленого будет зависеть от совокупного воздействия на все цветочувствительные рецепторы глаза.

Если изучать предмет через цветные экраны, то в случае, когда цвета предмета и экрана различаются лишь оттенком, предмет изменит только яркость своей окраски в зависимости от насыщенности экрана. Если цвета предмета и экрана совпадают с точностью до оттенка, цвет предмета останется неизменным (см. с. 65–66). И наконец, когда предмет и экран имеют разные цвета, с увеличением насыщенности цвета экрана предмет либо сильно потемнеет, либо изменит оттенок из-за смешения двух цветов. Возьмем для примера желтый предмет. Через очень темный синий экран он будет выглядеть почти черным, в то время как светло-синий экран изменит его цвет в сторону зеленого благодаря смешению синего и желтого.

После сенсбилизации глаз темным дицианиновым экраном почти все наблюдатели видят ауру как синий или сине-серый туман. Возникает вопрос, действительно ли этот синий цвет образован лучами с длиной волны около 4200Å или же он принадлежит к области, лежащей за пределами видимого спектра. В первом случае перед нами обычный отраженный свет, который при изучении через цветные экраны должен меняться в строгом соответствии с известными законами. Во втором случае такое изучение может обнаружить неожиданные отклонения от привычного поведения цветов.

Исследование этого вопроса требует, чтобы наблюдатель мог видеть ауру без помощи слабого дицианинового экрана, не страдал нарушениями цветового зрения и умел точно описывать цвета, которые видит. Художник, способный видеть ауру, идеально подошел бы для такого исследования. Интересно, что при изучении ауры через цветные экраны каждый наблюдатель дает аурическим цветам свои названия. Возможно, в некоторых случаях причина кроется в неспособности точно описать увиденное, ибо, действительно, аурические цвета всегда выглядят непривычно, причудливо и с трудом поддаются описанию. Но иногда расхождения столь значительны, что не приходится сомневаться в различной аффектации зрительных органов наблюдателей, хотя при обычных условиях они называют цвета вполне корректно. По-видимому, эти странности возникают из-за несмещения двух или более цветов, наблюдаемых одновременно. Например, синий с желтым часто видятся как синий и желтый, а отнюдь не зеленый, как мы привыкли в обычной жизни. Также и красный с синим отнюдь не всегда порождают пурпурный. Не исключено, что в некоторых случаях смешение происходит, но лишь частичное, что усложняет ситуацию еще больше, и тогда синий и желтый видны не только по отдельности, но и в сочетании — как зеленый, образуя вместе невиданное переплетение цветов.

Возможное объяснение этих особенностей восприятия аурических цветов заключается в том, что если одновременная стимуляция сетчатки обычными лучами синего и желтого цвета преобразуется мозгом в ощущение зеленого, то аурические цвета, выходящие за рамки обычного опыта, не вызывают привычной реакции и распознаются со всеми теми курьезными последствиями, о которых сказано выше.

Одной натурщице для исследования ауры между руками и телом предложили стать перед черным экраном, поставив руки на талию. Профессиональный художник О., глядя на нее без каких-либо экранов, описал ее ауру как серо-голубой туман, который выглядел всюду одинаковым, за исключением ближайшей к телу части (очевидно, внутренней ауры), которая была выражена значительно лучше. После этого художник изучил ауру натурщицы через цветные

экраны. Результаты его наблюдений приведены в первой серии таблицы IV (с. 102–103). Затем натурщицу попросили сознательно изменить цвет левой половины ауры на красный. Ей удалось добиться лишь красно-серого цвета. После этого она смогла тем же путем проявить с правой стороны великолепный синий. Цвета, наблюдавшиеся при этом художником О. через различные цветные экраны, приведены во второй и третьей серии таблицы. Наконец натурщица попыталась добиться проявления в правой половине ауры желтого, но получившийся цвет, будучи нестабильным, не позволил довести до конца полную серию наблюдений с экранами. Тем не менее любопытно, что через первый же экран, который тоже оказался желтым, этот цвет выглядел теплым зеленым. Вообще следует заметить, что при сознательном изменении цвета ауры не всегда удается удержать новый цвет настолько долго, чтобы наблюдатель успел увидеть его через все экраны.

Несколько раз в связи с подобными опытами автор и сам изучал ауру этой женщины через цветные экраны. Его результаты представлены в сериях с четвертой по седьмую таблицы IV. Серии восьмая и девятая отражают результаты наблюдателя Q. и автора книги, полученные при изучении ауры цвета чистейшего французского ультрамарина.

Остальные серии в таблице выбраны для иллюстрации цветов, наблюдаемых в аурах здоровых людей. Во время болезни аурические цвета при наблюдении через цветные экраны, особенно через синий, очень часто меняются. При этом в большинстве случаев замечается присутствие того или иного оттенка желтого.

Таблица хорошо иллюстрирует тот факт, что при изучении ауры через желтый фильтр естественный цвет ауры остается синим, тогда как обычное правило требует от него превращения в зеленый. Зато при использовании темно-синего или фиолетового экрана в ауре постоянно наблюдаются некоторые оттенки желтого, что совершенно невозможно в обычных условиях. Более того, при сознательном изменении цвета ауры в той или иной ее части наблюдаемые через экраны цвета тоже оказываются не такими, какими должны быть.

Эти исследования подтверждают, что в зрительном аппарате человека под воздействием дицианиновых экранов происходят радикальные изменения. Отметим некоторые интересные детали, связанные с описанными экспериментами:

- 1) сравнительная простота, с которой цвет ауры можно сознательно изменить в сторону синего или зеленого;
- 2) трудность, с которой столкнулся пациент при попытке проявить в ауре желтый цвет, а также нестабильность полученного цвета;
- 3) удивительные эффекты, наблюдавшиеся при изучении зеленой ауры через цветные экраны.

В ходе исследования несколько женщин (и только женщины) проявили способность сознательно изменять в той или иной степени цвета своей ауры. Некоторым это удавалось сравнительно легко, и при небольшой тренировке они могли бы оказать неоценимую помощь в исследованиях. В большинстве своем эти женщины отличались горячим темпераментом. К сожалению, среди них не было ни одной натурщицы, могущей служить хорошим объектом для экспериментов.

Попытки объяснить природу ауры встречаются с массой трудностей, некоторые из которых исчезают сами собой, как только допускается возможность самосвечения ауры.

Ранее уже говорилось (с. 80), что в полной темноте увидеть ауру невозможно и она, следовательно, не является самосветящейся в обычном смысле этого слова. Это утверждение требует уточнения, связанного со смыслом, вкладываемым в понятие *самосветящийся*. Обычно самосветящимся называют объект, который виден в полной темноте благодаря изначально ему присущей или приобретенной способности излучать световые волны в диапазоне приблизительно между 7500Å и 4000Å, иначе говоря, в диапазоне видимого солнечного спектра. Между тем, если объект излучает свет с длинной волны, скажем, 3500Å, который при обычных условиях совершенно невидим, он уже будет классифицирован как несамосветящийся. В то же время, если бы глаз человека удалось каким-нибудь образом перенастроить так, чтобы он воспринимал этот свет, объект сразу бы перешел в категорию самосветящихся.

Таблица IV.

Цвета аур при изучении их с помощью и без помощи
цветных экранов

<i>Серия</i>	<i>Цвет ауры</i>	<i>Красный экран</i>	<i>Оранжевый экран</i>
1	Синий с небольшой долей серого	oA ¹ . Карминовый iA. Карминовый	Синий Более теплый синий
2	Красновато-серый (сознательным усилием)	oA iA	Розовато-лиловый Розовато-лиловый
3	Яркий синий (сознательным усилием)	oA iA	Синий Красный
4	Голубовато-серый	Сливовый	Красновато-серый
5	Яркий синий (сознательным усилием)	Красный. Синий	Красный. Синий
6	Желтый (сознательным усилием)		Желтый с красным оттенком
7	Зеленый (сознательным усилием)		Красный
8	Очень чистый синий	Глухой карминовый	Голубовато-серый
		Цвета внутренней ауры те же, только темнее	
9	Очень чистый синий	Карминовый	Синий
10	Серый	Красновато-серый	Серый
		Специфический резкий серый ²	
11	Зеленовато-серый	Красновато-зеленый	Зеленовато-желтый
12	Синий с небольшой долей серого	Карминовый. Синий	Желтый. Зеленый
13	Голубовато-зеленый с примесью белого	Красный. Зеленый	Красный. Зеленый (мутные)
14	Специфический синий	Красновато-синий	Оранжево-синий

¹ Здесь и далее: oA — внешняя аура, iA — внутренняя аура. (Прим. перев.)

² Вероятно, запись относится к цвету внутренней ауры. (Прим. перев.)

<i>Желтый экран</i>	<i>Зеленый экран</i>	<i>Синий экран</i>	<i>Фиолетовый экран</i>
Синий Более темный синий	Синий Пурпурный	Искрящийся оранжевый	Пурпурный Темно-желтый
Карминовый Голубовато-красный	Цвет описанию не поддается	Пурпурно-синий Оранжевый	Фиолетовый Сливовый
Оранжевый. Желтый. Синий (не смешивающиеся)		Синий Синий	Сливовый Сливовый
Синий		Желтая охра	Желтый
Синий		Грязно-желтая охра	Охра
		Желтый	Желтый
Охра	Охра	Охра	Охра
Желтый	Зеленый	Синий	Красновато-синий
Цвета внутренней ауры те же, только темнее			
Желтый. Синий	Синий	Синий	Синевато-фиолетовый
Серый			Охра
Специфический резкий серый			
Зеленовато-желтый	Желтый и специфический синий	Желтый. Зеленый. Синий	Пурпурный
Зеленый. Желтый. Синий	Серый? Желтый	Желтый. Синий	Фиолетовый. Зеленый
Зеленый с небольшой долей синего	Зеленый с небольшой долей синего	Зеленый с небольшой долей синего	Синий
Желтовато-синий	Зеленый	Желтый. Синий	Синий

Следовательно, термин *самосветящийся* имеет физиологическую природу. Согласившись с этим, легко сделать следующий шаг и допустить, что объект может испускать лучи, которые стали бы видимыми, если бы их было достаточно для эффективной стимуляции рецепторов глаза. А поскольку соответствующая стимуляция может сделать эффективными стимулы, являющиеся в обычных условиях подпороговыми, и такой результат, по-видимому, достигается в нашем случае, какой бы природы аурические лучи ни были, ауру можно считать самосветящейся в этом строго ограниченном смысле.

Ситуация с аурой получается следующей.

Аура проявляется как неяркое облако, форма и структура которого определяются силами, эманлирующими из тела, и которое может быть видимо в слабом рассеянном свете.

Аура становится видимой, как только в глазу происходят определенные изменения под воздействием дицианиновых экранов. Выдвинута гипотеза, что эти изменения расширяют чувствительность сетчатки в ультрафиолетовую область.

Ауру невозможно увидеть в полной темноте, следовательно, она либо вообще не испускает лучей, воспринимаемых глазом, либо испускает их, но недостаточно, чтобы эффективно стимулировать зрительные рецепторы.

Приложение к главе IV

С началом этой ужасной мировой войны достать дицианин стало практически невозможно. В настоящее время надежда на возобновление его поставок отодвигается в неопределенное будущее. Раньше дицианин производили в Германии, но спрос на него всегда был ограничен, поэтому маловероятно, чтобы новая фабрика красителей занялась его производством прежде, чем развернет на полную мощность выпуск новых, более востребованных пигментов.

В то же время нет оснований считать, что интересные для нас свойства дицианина уникальны и присущи только ему одному. Не исключено, что среди тех красителей, которые начнут производиться, как только на планете воцарится мир, найдутся и другие более или менее эффективные заменители дицианина. Необходимые для их обнаружения эксперименты будут проведены уже другими исследователями: автор и теперь уже слишком стар и слаб, чтобы осилить эту работу. Но у него, тем не менее, есть несколько полезных мыслей о возможных путях такого поиска.

Прежде всего следует ожидать, что искомый пигмент будет найден среди красителей синего цвета, особенно тех, которые пропускают как можно больше света в коротковолновой части спектра и по возможности максимально блокируют длинноволновую область.

Для поиска подходящего красителя автор предлагает воспользоваться микроскопом, прибегнув к описанной им на страницах 84–85 методике, причем процедура тестирования может быть значительно сокращена. Взяв микроскоп той же кратности и поместив на предметное стекло тот же объект, нужно проделать следующие действия: аккуратно сфокусироваться на щетинке хоботка мясной мухи в обыч-

ном дневном свете, используя колесо грубой подстройки, которое после этого трогать больше не следует. Затем посмотреть на свет в течение 30–60 секунд через экран с насыщенным раствором тестируемого красителя, после чего еще раз сфокусироваться на выбранной щетинке, используя на этот раз колесо тонкой подстройки. Если никакой перефокусировки не потребуется, тестируемый краситель скорее всего бесполезен. Но если окажется, что объектив пришлось приблизить к предметному столику не менее чем на два деления колеса тонкой подстройки, — можно переходить к практическому испытанию красителя, используя перед наблюдением ауры экран с его раствором вместо дицианинового. Экспериментов с другими красителями в этот день проводить уже не следует.

Для точной настройки фокуса микроскопа и исключения эффектов аккомодации необходимо строго придерживаться образа действия, описанного на страницах 84–85. После небольшой тренировки тестирование красителей не будет вызывать у исследователя никаких затруднений.

Глава V

Влияние на ауру различных сил

В предыдущей главе приводились факты, свидетельствующие о том, что феномен аурического зрения и аурических цветов с высокой вероятностью связан с ультрафиолетовыми лучами и что способ их видеть не только найден, но и в некоторой степени получил объяснение. Настоящая глава будет посвящена главным образом исследованию различных свойств ауры и силам, ее порождающим.

Все попытки увидеть ауру в темноте терпели неудачу, подтверждая вывод, что аура не является самосветящейся в обычном смысле этого слова (см. главу IV). Обратимся теперь к изучению условий, от которых зависит ее видимость. Лучшие результаты достигаются в рассеянном дневном свете, яркость которого приглушена до нужного уровня. Предпринимались попытки выяснить, может ли свет, окрашенный тем или иным образом, способствовать более яркому выявлению ауры. Большого успеха они не имели. Ауру в той или иной степени можно увидеть через красный, желтый, зеленый и синий экраны, причем результат будет зависеть от насыщенности их цвета. При использовании красного экрана лучше всего проявляется одна важная деталь, а именно — полосчатость внутренней ауры.

Туманный вид ауры поначалу наводит на мысль о том, что она образована какой-то разновидностью испарений. На самом деле это крайне маловероятно, и вот почему: аура остается неизменной вне зависимости от того, жарко человеку или холодно. Единственные условия, которые могут заставить облако пара выглядеть стационарным, те же, что управляют облачными флюгерами на вершинах гор: здесь в каждый момент времени количество тумана, прибавляющегося к облаку, в точности равно потерям на рассеяние

и испарение. Но даже в этом случае любой порыв ветра изменит положение или форму облака, однако ни сильный сквозняк, ни перемещение человека не вызывают подобных изменений в аурическом тумане. Структура ауры настолько утонченна, что сравнение ее с обычным туманом подобно сравнению тончайшего батиста с грубейшей холстиной.

Наиболее вероятное объяснение природы ауры, которое можно дать в настоящее время, заключается в том, что она является проявлением эманлирующей из тела силы, которая сама по себе невидима (подобно любым силам), но становится видимой благодаря своему действию. Далее в настоящей главе эта гипотеза будет обсуждаться подробнее, но даже беглое ее рассмотрение обнаруживает, что она далеко не безумна и не притянута за уши, как может показаться с первого взгляда, и что в животном царстве мы можем найти некоторые параллели этому феномену. Всем известно, что в человеческом теле вырабатывается тепло, которое рассеивается в пространство в форме теплового излучения. Об этом излучении известно, что оно состоит из инфракрасных волн, распространяющихся через эфир. В то же время мы знаем, что некоторые насекомые, например, светлячки или светящиеся мотыльки, обладают способностью излучать видимый свет. Этих примеров вполне достаточно.

Если животные излучают в эфир волны, которые включают в себя главным образом тепло и видимую часть солнечного спектра, почему бы не предположить, что подобным образом могут генерироваться и ультрафиолетовые лучи? Если они излучаются человеческим телом, часть таких лучей может оказаться истинным источником ауры, окружающей мужчин и женщин. (Это утверждение не содержит указания на какую-либо определенную область ультрафиолетового спектра.)

Самое время задаться вопросом: существуют ли другие силы, которые производят феномены, в чем-то сходные с аурой? Совсем не обязательно, чтобы они были такими же, как сила, излучаемая телом человека. К счастью, магнетизм, электричество (от электростатической машины или от полюсов гальванического элемента) и радиоактивность являются нам три разные формы энергии, каждая из которых

порождает нечто похожее на аурический туман. Эти образования тоже становятся видимыми при соответствующих условиях, подобных тем, которые необходимы для наблюдения человеческой ауры.

Увидеть магнитный туман гораздо сложнее, чем ауру человека. Лучшие результаты достигаются при абсолютно черном равномерном фоне, определенном уровне освещенности и при использовании дицианиновых экранов (как перед наблюдением ауры). Разумно предположить, что магнитный туман должен быть привязан к магнитным силовым линиям, однако проведенные к настоящему времени наблюдения этой гипотезы не подтверждают. Не исключено, что отрицательный результат связан с несовершенством нынешних экспериментальных методов и будет устранен по мере их совершенствования.

В описываемых далее экспериментах в качестве магнитов использовались шестидюймовые подковообразные магниты и восьмидюймовые полностью черненные стержневые магниты. Недавно был опробован сильный постоянный магнит, собранный сразу из пяти подков, но ощутимой разницы в результатах он не выявил — разве что туман был более отчетлив. Для экспериментов брались только постоянные магниты, поскольку электромагниты из-за своей сложности оказались для этих целей непригодными.

При рассмотрении подковообразного магнита, полюса которого замкнуты якорем, можно заметить голубоватый туман шириною около $\frac{1}{2}$ дюйма, равномерно окружающий его со всех сторон. Центральное пространство тоже выглядит туманным. Стоит удалить якорь, и форма туманного облака радикально изменится: по-прежнему окружая магнит, туман заметно уплотнится около полюсов. Эффект уплотнения начинается где-то в 1 дюйме над полюсами и кульминирует на некотором расстоянии от них. Подобное изменение произойдет и в центральной полости, но, поскольку ее геометрия фиксирована, туман просто станет плотнее около свободных концов магнита. Из самих полюсов в пространство выходят лучи, нередко наблюдаемые даже на расстоянии нескольких дюймов. В опытах с составным магнитом они достигали в длину почти 1 фут. По непонятной причине

степень проявления магнитного тумана в разные дни может заметно различаться.

Лучи, выходящие из южного полюса магнита, почти не расширяются, тогда как лучи, выходящие из северного полюса, немного напоминают веер. На небольшом расстоянии от полюсов оба потока объединяются. Изучая аналогичным образом стержневой магнит, можно заметить облако, окружающее магнит на всем его протяжении, но несколько расширяющееся и уплотняющееся по мере приближения к его концам. Лучи, выходящие из разных полюсов такого магнита, никак не влияют друг на друга, поскольку разнесены на максимальное возможное расстояние, что позволяет аккуратно изучать их структуру. Если на полюс магнита поставить луженый гвоздь, направив его острие от полюса, туман около гвоздя станет ярче и сконцентрируется на его острие. Нетрудно догадаться, что если два подковообразных магнита поднести полюсами друг к другу, сохранив между ними некоторое расстояние, и привести один из них во вращение, туман каждый раз будет усиливаться в момент сближения полюсов разной полярности и, наоборот, ослабевать, когда одноименные полюса будут встречаться друг с другом. Непрерывное вращение приведет к постоянному колебанию яркости тумана.

Едва ли здесь нужно описывать известный всем феномен ярко светящегося облачка около острия сильно наэлектризованного тела, тем более, что он никак не связан с темой книги. Однако подобное явление существует и около незамкнутых полюсов гальванического элемента, но из-за очень низкого потенциала лишь немногие люди способны разглядеть дымку вокруг них. Это силовое поле становится видимым в форме тумана, если рассматривать его в тех же условиях, которые требуются для наблюдения магнитного тумана. Как можно догадаться, туман появляется вокруг любого проводника, электрически связанного с полюсами. Если мы возьмем два провода, соединив один из них с цинковой, а другой с угольной частью гальванического элемента, и расположим их параллельно друг другу на расстоянии около 2 дюймов, все пространство между ними заполнится слабым туманом. Стоит поместить между ними изолятор,

как облако снова сконцентрируется вокруг проводов. Туман электрической силы имеет голубоватый оттенок.

При тех же условиях туман можно наблюдать и вокруг радиоактивных кристаллов нитрата урана. Первый изученный автором кристалл был неправильной формы; туман концентрировался около меньшего конца кристалла и имел желтую окраску. Во время одного из опытов автор случайно заметил, что, если кристалл положить рядом с магнитом, облака, окружающие оба тела, начнут взаимно притягиваться, удлиняясь в направлении друг друга на небольшое расстояние, за которым они теряют свою индивидуальность — либо из-за реального смещения, либо из-за постепенного ослабления, приводящего к маскированию встречным туманом.

Приведенных примеров вполне достаточно для наглядной иллюстрации идеи о том, что при благоприятных условиях можно визуально различить туман вокруг субстанций, содержащих определенные формы энергии, присутствие которых обычно демонстрируется другими, косвенными способами.

Если аура действительно является внешним проявлением некоей физической силы, исходящей из тела человека и воздействующей на окружающую среду, можно предположить, что на нее могут влиять другие силы (здесь не имеются в виду силы аурического характера, излучаемые другими людьми). Только эксперимент может определить, как это влияние будет проявляться. Магнетизм служит самой доступной для опыта силой, поэтому он и был испытан первым. Электромагнит в отличие от постоянного магнита в данном случае показал себя малопригодным и после нескольких попыток был отложен в сторону.

Если на расстоянии 6–8 дюймов от тела здорового человека поместить полюса незамкнутого подковообразного магнита, наблюдатель почти сразу заметит усиление яркости ауры около них при одновременном усилении яркости излучаемого ими магнитного тумана. Этот туман в течение буквально нескольких секунд сконцентрируется в одну сплошную полосу, или луч, соединяющий магнит с человеческим телом. Такой луч будет иметь ширину, равную

ширине самих полюсов, включая пространство между ними. Теоретически при этом должно наблюдаться два луча, идущих к телу, — по одному из каждого полюса. Кроме того, если бы аура обладала некоторой полярностью, один из лучей оказался бы ярче другого. На самом деле этого не происходит, возможно из-за близости полюсов друг к другу. Если магнит медленно перемещать, луч будет следовать за ним, эманлируя из ближайшей к нему точки на теле. В результате область эманации луча будет все время меняться, однако никакого ослабления его размеров или яркости наблюдаться не будет. Единственными исключениями, когда при движении магнита луч будет излучаться одной стационарной точкой, окажутся такие части тела, как нос, локоть или соски. В этих случаях луч будет продолжать эманировать из них некоторое время даже после того, как магнит окажется над соседними плоскими поверхностями, что свидетельствует о более высоком аурическом потенциале выступающих частей тела.

Если вместо подковообразного магнита к телу человека поднести один из полюсов стержневого магнита, будут наблюдаться те же самые явления, только не так ясно. Как удалось выяснить, ни один из полюсов не обнаруживает более интенсивного воздействия на ауру по сравнению с другим. Иными словами, разные полюса магнита воздействуют на ауру одинаково. *Значит, по крайней мере в отношении магнетизма аура не обладает какой-либо полярностью.* Взаимное притяжение двух аур, принадлежащих разным людям, сильнее, чем притяжение ауры и магнитного тумана.

Один из опытов с магнитом оказался настолько необычным, что о нем следует рассказать отдельно.

Во время исследования ауры женщины, которое уже продвинулось до работы с полосами дополнительного цвета, из-за сильной грозы стало очень темно, и осмотр пришлось на время прервать. В надежде, что гроза быстро закончится, было решено скоротать время опытами по воздействию магнита на ауру. Результат был удивительным: как только магнит оказался рядом с женщиной, она вскрикнула и сказала, что он причинил ей резкую боль. Мы повторили опыт с небольшими вариациями — при закрытых глазах, с по-

крытым магнитом и т.п. — так, чтобы пациентка не знала, в какой момент магнит оказывался рядом с ее телом. И каждый раз, когда он приближался к ней, она ощущала его, ни разу не допустив ошибки. В реальности ее ощущений не было ни малейших сомнений.

Поскольку за окном так и не распогодилось, окончание осмотра пришлось отложить. Через три-четыре дня женщина вернулась, чтобы закончить обследование, и опыт с магнитом был проведен повторно. На этот раз приближение магнита к ее телу не вызывало у нее ровным счетом никаких ощущений, из чего был сделан вывод о том, что ее аномальная чувствительность в прошлый раз была обусловлена особыми погодными условиями, связанными с наэлектризованным состоянием атмосферы.

По счастливому стечению обстоятельств, осенью 1916 года во время исследования ауры другой пациентки снова разразилась буря. Хотя гром не утихал и молнии все время били где-то поблизости, гроза не достигла такого буйства, как в предыдущем случае. В самый разгар ненастья автор решил снова испытать воздействие на пациентку мощного магнита, составленного из пяти секций, поднося его к телу женщины или перемещая над разными его частями. Результат оказался нулевым, что весьма удивило автора, поскольку пациентка, хотя и была совершенно здоровой, являлась человеком с ярко выраженной склонностью к истеричности. Можно было бы ожидать, что она проявит большую чувствительность к воздействию такого рода, чем человек с нормальной нервной системой.

Чрезвычайно интересным оказывается воздействие, производимое на ауру статическим электричеством. Для первых экспериментов были выбраны женщины — из-за большой ширины их внешней ауры, но те же проявления наблюдаются и в опытах с мужчинами и детьми (с известной поправкой на форму их ауры). Использование зарядов разных знаков приводит к небольшой разнице в результатах. Поскольку отрицательный заряд вызывает цепочку изменений, включающую промежуточное переходное состояние, начнем обсуждение именно с него. Приведем описание одной из методик эксперимента.

Исследуемый человек становится на изолированную скамейку и кладет кисти рук на голову, чтобы наблюдатель мог как можно точнее оценить ширину обеих его аур и запомнить их яркость. Сразу после выполнения этих наблюдений на тело человека подается отрицательный заряд через провод, соединенный с соответствующим полюсом электростатической машины Вимшурста. Обычно за какую-то долю минуты¹ внешняя аура начинает сжиматься и уплотняться, в то время как внутренняя — терять свою определенность. Пройдя это состояние, обе ауры постепенно гаснут, и вскоре внутренняя исчезает совсем. Убедиться в ее исчезновении можно наблюдая за ней с помощью темного карминового экрана — в конце концов на ее месте остается совершенно пустое пространство. Внешняя аура к этому времени окончательно сжимается и становится едва различимой — ее следы можно заметить лишь у самого края бывшей границы внутренней ауры. Если и дальше заряжать человека электричеством, его внешняя аура тоже бесследно исчезнет. Но как только электрический заряд стечет с его тела, обе ауры сразу же начнут восстанавливаться.

Этот опыт можно провести еще раз, дав экспериментатору возможность изучить трансформацию ауры от начала до конца через темный карминовый экран — достаточно темный, чтобы полностью отсечь внешнюю ауру обычным образом еще до электризации. Вскоре после подачи электричества ауры начинают меняться: внутренняя угасает, а внешняя в результате конденсации становится видимой через темный карминовый экран сразу за границей внутренней ауры, которая теперь выглядит грубозернистой, без каких-либо признаков полосчатости. Никаких изменений во внешней ауре, кроме собственно конденсации, при этом не наблюдается. Благодаря конденсации она становится более плотной и оттого видимой через темный карминовый экран. Вскоре обе ауры начинают стремительно угасать; первой, как легко догадаться, исчезает внутренняя, а за ней — сжав-

¹ Время протекания индуцируемых зарядом изменений у одного и того же человека в разные дни может различаться; у разных людей оно тоже различно.

шаяся внешняя аура. Как только заряд стечет, обе ауры проявятся одновременно, причем внешняя аура на этом этапе никакой конденсации не обнаруживает. Аналогичную последовательность изменений можно наблюдать в ауре человека, поставившего руки на бедра. В пространстве между руками и телом внешняя аура оказывается в окружении внутренней, и когда первая гаснет, в центре наблюдаемого окна собирается яркая непрозрачная масса удивительного вида. Все остальные изменения совершаются, как описано выше.

Эти эксперименты следует выполнять в разные дни, поскольку немедленное их повторение никогда не дает удовлетворительных результатов.

При использовании положительного заряда конденсации внешней ауры обычно не происходит, хотя иногда тенденция в этом направлении все-таки проявляется. Обе ауры исчезают одновременно.

Для проведения экспериментов использовались две машины Вимшурста. Одна — большая, с восемнадцатидюймовыми дисками, другая — поменьше, с десятидюймовыми дисками, причем вторая давала более длинную искру, а первая — более толстую и более мощную. Сначала эксперименты проводились с меньшей машиной, которая позволяла наблюдать всю последовательность изменений, только «выкладываясь на все сто». С большой машиной Вимшурста полное исчезновение аур удавалось наблюдать почти всегда; в целом она оказалась гораздо более пригодной для таких опытов.

Замечательным последствием этих экспериментов оказалось увеличение ауры, причем ее приращение нередко достигало 50 процентов исходного размера. Лучшие результаты были получены с большой электростатической машиной. Чтобы усилить приращение ауры после опыта, электризацию следует продолжать некоторое время даже после полного исчезновения обеих аур. Когда аура восстанавливается до исходных очертаний, она будет расти еще некоторое время, после чего стабилизируется на достигнутом максимальном размере. Заметного приращения ауры можно добиться даже с помощью небольшого заряда. Открыв этот феномен, автор изучал его на здоровых и больных,

на мужчинах и женщинах, на детях и стариках, и во всех случаях приращение оказалось универсальным законом, не обнаруживающим больших индивидуальных различий.

Кроме увеличения размеров ауры, в ней можно заметить и другие изменения. Сразу после появления аур внутренняя оказывается чуть больше своего обычного размера и выглядит чуть менее ясной, но все же не лишенной полосчатости. Однако очень скоро она возвращается к обычному виду. Одновременно происходит расширение внешней ауры, но никогда (за редкими исключениями) она не достигает своей первоначальной яркости. На периферии она становится неопределенной и постепенно растворяется как бы в никуда. Возникает ощущение, что реального увеличения количества тумана не происходит и он просто распределяется по большему объему. Нередко такая аура напоминает ультравнешнюю ауру. Даже если пациент оденется, ситуация не изменится: после снятия одежды внешняя аура все равно останется расширенной.

Когда электризуются люди, обладающих ультравнешней аурой, внешний туман, как обычно, получает приращение и заполняет объем, занимаемый прежде ультравнешней аурой. В двух или трех случаях интенсивность ауры в целом вообще не уменьшилась или уменьшилась гораздо слабее, чем при электризации пациентов, не обладавших никакими признаками ультравнешней ауры. Это нетрудно понять, если допустить, что ультравнешняя аура является просто слабовыраженным продолжением внешней ауры и уже занимает в пространстве тот объем, который заполняется внешней аурой при расширении в результате электризации.

Из-за нечеткости внешних границ ауры после электризации часто бывает трудно определить ее истинные размеры вокруг головы, однако вокруг остальных частей тела, насколько можно судить, аура в целом получает пропорциональные приращения, благодаря чему сохраняется ее естественная форма. Любые локальные особенности после расширения обычно проявляются еще ярче. Это хорошо иллюстрирует пример 19.

Пример 19 (*рисунок 14*). V.S., хорошо сложенная девочка 8 лет, легко возбудимая, но никогда не страдавшая ника-

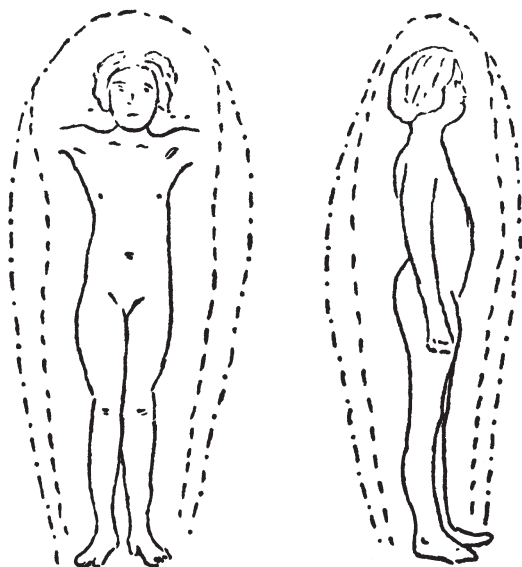


Рис. 14. Девочка. Увеличение ауры после электризации

кими болезнями, за исключением обычных детских недугов, исследовалась летом 1915 года. Для ребенка этого возраста обе ее ауры были ясными и имели нормальную форму, если не считать небольшой выпуклости со стороны спины, начинающейся от головы и заканчивающейся у самых ступней, с наиболее широкой частью напротив поясницы. Этот изгиб хоть и не бросался в глаза, но все же был хорошо заметен. Ширина внешней ауры составляла 7 дюймов вокруг головы, 4 дюйма около туловища и 3 дюйма около ног. При изучении в профиль аура простиралась на 3 дюйма спереди от тела и на 5 дюймов сзади, напротив спины, сужаясь к низу до 3 дюймов. Ширина внутренней ауры составляла $2\frac{1}{2}$ дюйма.

После осмотра девочка встала на изолированную скамью и положительно заряжалась от большой машины Вимшурста приблизительно 5 минут. Обе ее ауры быстро исчезли обычным образом и так же быстро появились сразу же после диссипации заряда. Через четверть часа девочка была

осмотрена повторно. Ее внутренняя аура вернулась к нормальному состоянию, а внешняя увеличилась. Изменения не коснулись области головы, зато около туловища аура стала на 3 дюйма шире и уже не прижималась к контурам тела так сильно, как раньше. Около ног она также расширилась до 4 дюймов. В целом она напоминала переходную ауру девочки 15–16 лет, лишь немного превосходя ее в размерах около бедер и ног. Разумеется, ее ширина увеличилась также спереди и сзади от туловища, причем выпуклость ауры со стороны спины стала еще заметнее.

Пример 20. I.S., крепкая, можно сказать, не по годам развитая девочка 15 лет исследовалась в июле 1915 года, будучи совершенно здоровой. Обе ее ауры имели обычную четкость. Внешняя принадлежала переходному типу, как и должно быть в этом возрасте, достигая ширины 7 дюймов вокруг головы и туловища и 4 дюймов около ног (нижняя часть ауры оказалась сравнительно широкой). При изучении в профиль ширина ауры достигала 5 дюймов спереди, 7 дюймов напротив поясницы и 4 дюймов около ног. Внешняя граница ауры сзади была прямой. В целом внешняя аура оказалась чуточку шире, чем обычно бывает в таком возрасте. Внутренняя аура отличалась здоровой полосчатостью и достигала 3 дюймов в ширину.

После осмотра девочка, встав на изолированную скамью, положительно заряжалась в течение нескольких минут от малой машины Вимшурста; при этом ее аура полностью исчезла. Через несколько минут после восстановления ширина ауры достигла 10 дюймов вокруг головы и по бокам от туловища, 6 дюймов спереди и 9 дюймов сзади от него и 6 дюймов около ног. Падение яркости было незначительным. Автор полагает, что размер и форма расширенной ауры в этом возрасте служат своего рода прогнозом на период зрелости, которая в случае этой девочки, вероятнее всего, наступит вскоре после 18 лет.

Пример 21 (рисунк 15). V.S., 11-летний школьник, легко возбудимый, но обладающий хорошим здоровьем, исследовался в 1915 году. Обе его ауры имели обычную яркость, причем внешняя была достаточно широкой для его возраста. При изучении в фас она простиралась на 7 дюймов вокруг

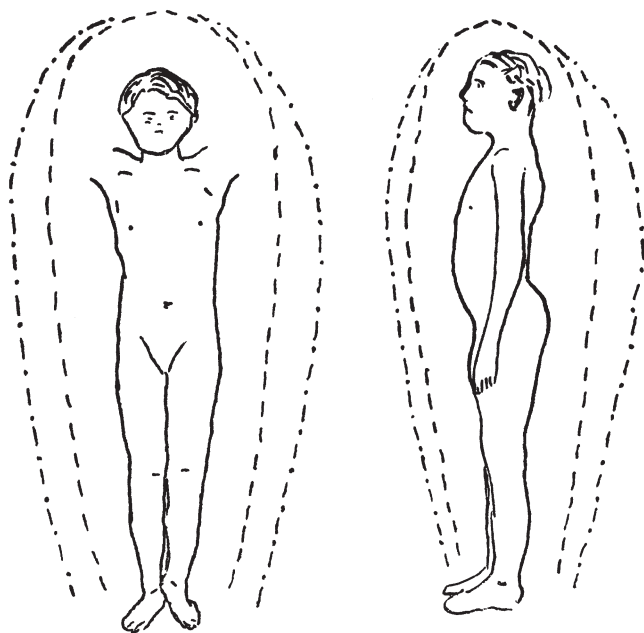


Рис. 15. Внешняя аура мальчика, расширившаяся после электризации

головы, на 5 дюймов около туловища и на 4 дюйма около ног. В профиль она имела ширину $4\frac{1}{2}$ дюйма перед туловищем, 7 дюймов напротив поясницы и 4 дюйма на уровне лодыжек. Со спины аура была выпуклой, с изгибом от самой головы до ступней. Внутренняя аура имела ширину 3 дюйма и обладала нормальной полосчатостью.

После осмотра мальчик был помещен на изолированную скамью и заряжен положительным электричеством. Его аура исчезала довольно долго. Позже, когда она полностью восстановилась, ее размеры дополнительно выросли, причем изгиб напротив спины стал предельно выразительным. Ширина ауры вокруг головы и по бокам от туловища теперь достигала 10 дюймов, на уровне ног — 6 дюймов. При изучении в профиль аура простиралась на 6 дюймов перед туловищем и вокруг ног, однако напротив поясницы ее ширина теперь достигала 12 дюймов.

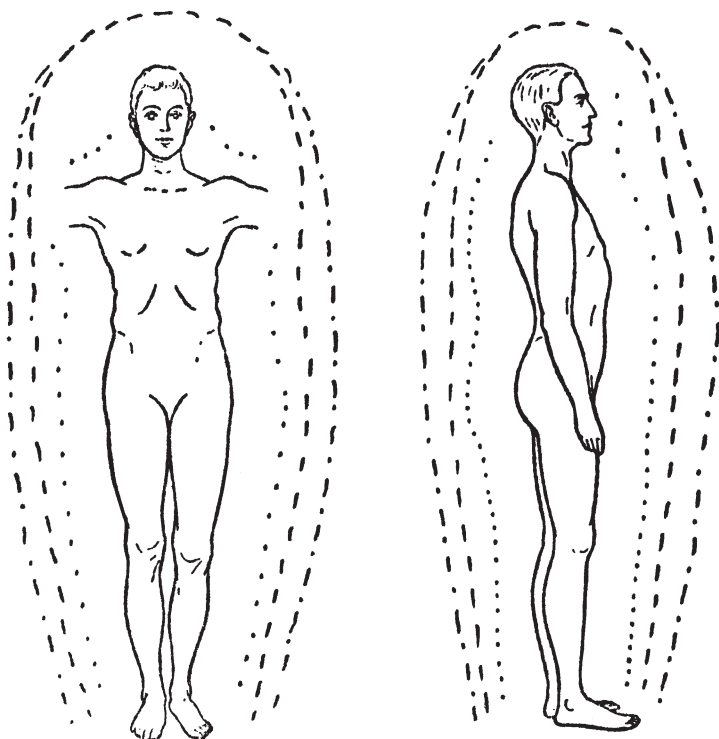


Рис. 16

- Внутренняя аура
- Внешняя аура
- - - - - Внешняя аура после электризации отрицательным электричеством

Пример 22 (рисунок 16). Е., высокий, крепкий, хорошо сложенный мужчина 50 лет, исследовался в 1915 году. Его внешняя аура была необыкновенно широкой и яркой. Внутренняя оказалась не столь выразительной, как можно было ожидать при таких физических данных. Никаких намеков на ультравнешнюю ауру не наблюдалось. Внешняя аура правильной формы имела ширину $10\frac{1}{2}$ дюйма вокруг головы, 7 дюймов около туловища и 6 дюймов около ног. При изучении в профиль она простиралась на $6\frac{1}{2}$ дюйма спереди и 7 дюймов сзади от туловища. Полосчатость внут-

ренной ауры, имевшей ширину чуть более 4 дюймов, проявлялась ясно.

После осмотра мужчина встал на изолированную скамью и был заряжен отрицательным электричеством. Обе его ауры исчезли обычным образом, правда, для этого потребовалось несколько больше времени, чем обычно. После восстановления внешняя аура заметно расширилась, став при этом пропорционально менее яркой, а ее внешняя граница немного лишилась четкости. Никакой псевдоультравнешней ауры не появилось. Ширина ауры составляла теперь 15 дюймов вокруг головы, 10 дюймов с боков, 9 дюймов около ног и столько же спереди и сзади от туловища.

Поначалу автор считал, что после временного увеличения ауры, вызываемого статическим электричеством, она быстро возвращается к обычному состоянию, но после обследования одной пациентки (пример 48 далее в книге), которая проходила курс лечения электричеством, он убедился, что это не так. Перед первым сеансом внешняя граница ауры этой женщины выглядела, как обычно, четкой, но перед третьим сеансом (при втором посещении аура не исследовалась) оказалось, что внешняя аура выглядела совсем как ультравнешняя. Такой она и оставалась до конца всего курса лечения. И хотя в одном случае с момента предыдущего воздействия электричеством прошла целая неделя, тем не менее никакого сжатия ауры даже за такой срок не произошло. В данном случае появление ультравнешней ауры было обязано исключительно приложению статического заряда, но главной неожиданностью оказалось то, что изменение размеров ауры, вызываемое минутной процедурой, может сохраняться на протяжении нескольких дней.

Через две недели после завершения курса лечения электричеством аура женщины была изучена снова. К этому времени она уже восстановила свою обычную четкость и размеры, зафиксированные перед первым сеансом, за исключением едва заметного тумана шириною в 4 дюйма, который, впрочем, нисколько не напоминал ультравнешнюю ауру и скорее всего растворился в последующие несколько дней.

Срок, на который аура увеличивается после однократно-го приложения статического электричества, можно опреде-

лить лишь экспериментально, что и было сделано в одном из двух случаев, описанных далее.

1. Одна пациентка заряжалась электричеством ровно до тех пор, пока ее аура полностью не исчезла. После восстановления она выросла на 40 процентов. Через два дня, когда аура этой женщины изучалась повторно, на этот раз для других целей, оказалось, что на уровне туловища она все еще была на 4 дюйма шире, чем при осмотре в начале первого посещения врача, и имела все признаки ультра-внешней ауры.

2. В мае 1918 года М.В., крепкая здоровая женщина, сама предложила ежедневно изучать свою ауру, чтобы выяснить, как долго сохраняется расширение, вызываемое электричеством. Благодаря совершенной форме и четким очертаниям ее внешнюю ауру можно было очень точно измерить. Вокруг головы и туловища она имела ширину 11 дюймов, на уровне верхней части бедер — 7 дюймов, сужаясь далее вниз до 5 дюймов. При изучении в профиль аура перед туловищем простиралась на 7 дюймов, сужаясь книзу до 5 дюймов. За спиной ее ширина в области плеч и ягодиц составляла 5 дюймов без какой-либо выпуклости напротив поясницы, где ее ширина достигала 8 дюймов. Внутренняя аура имела ширину около $3\frac{1}{2}$ дюйма вокруг всего тела, за исключением бедер и голеней, где она несколько сужалась.

Встав на изолированную скамью, женщина заряжалась в течение трех с половиной минут. Ее ауры исчезли не полностью. Через несколько минут аурический туман был снова изучен и измерен. Его объем увеличился, и теперь он уже не имел четкой внешней границы, проявляя черты, свойственные ультравнешней ауре. Насколько можно было судить, ширина внешней ауры достигла 18 дюймов вокруг головы и туловища, 8 дюймов около бедер и 6 дюймов ниже колен. При изучении в профиль внешняя аура имела ширину перед туловищем 10 дюймов, напротив поясницы 11 дюймов и на уровне лодыжек 6 дюймов.

На следующий день внешняя аура снова обрела четкую границу и теперь ее можно было снова точно измерить. Ее ширина вокруг головы составляла 11 дюймов, сбоку от туловища 14 дюймов, вокруг бедер и ног 8 дюймов. Эти цифры

говорят о том, что, хотя аура все еще не вернулась к прежнему виду, ее ширина тем не менее значительно уменьшилась. Восстановилась почти до нормы и яркость тумана.

Спустя еще день женщина, как и обещала, пришла снова. Перед началом осмотра автор полагал, что объем внешней ауры хоть и уменьшится, но все еще будет превосходить объем, наблюдавшийся до начала опыта. Однако осмотр показал, что контуры внешней ауры на этот раз в точности совпали с исходными. Следовательно, в этом случае аура вернулась к своему первоначальному состоянию более чем за сутки, но не более чем за сорок восемь часов.

На основании этих двух случаев можно сделать вывод только о том, что строго определенного времени, необходимого для восстановления исходных размеров ауры после электрического воздействия, не существует.

Кроме непосредственной электризации пациента, стоящего на изолированной скамье, существуют и другие методы расширения ауры с помощью электричества. Более быстрый и почти столь же эффективный путь заключается в приближении к телу человека электрической кисти при соблюдении определенных условий. Такая кисть состоит из приделанного к стеклянной ручке тонкого латунного стержня длиной около 9 дюймов со множеством мелких пучков из металлической фольги, закрепленных на нем под прямыми углами. Когда эти пучки разворачиваются вдоль стержня, получается целая вереница торчащих остриев. Если такую кисть соединить проводом с одним из контактов работающей машины Вимшурста, от нее начнет распространяться сильный электрический ветер.

В ходе первого эксперимента электрическая кисть приближалась к позвоночнику пациентки и перемещалась вдоль него вверх и вниз. Оказалось, что после этой процедуры аура пациентки увеличилась в размерах, о чем говорится в приводимом ниже примере. Конечно, проводить с человеком более одного эксперимента такого рода в течение дня невозможно, поскольку между опытами аура просто не успеет вернуться к исходному размеру.

Пример 23. С.Е., девушка неполных 18 лет, обладала внешней и внутренней аурами правильной формы без всяких

отклонений, достаточно широкими для ее возраста. Внешняя аура простиралась на 8 дюймов вокруг головы и туловища, сжимаясь до 4 дюймов на уровне лодыжек. Перед туловищем она имела ширину 5 дюймов, а напротив поясницы — 7 дюймов. Здесь ее граница несколько выгибалась наружу.

Во время опыта электрическая кисть, соединенная с положительным полюсом машины Вимшурста, была поднесена к туловищу спереди (ось кисти была параллельна центральной линии тела) и один раз перемещена вниз, не касаясь тела. Никаких изменений в ауре не проявилось. Через одну-две минуты автор в той же манере один раз провел кистью сверху вниз вдоль позвоночника. На этот раз аура значительно увеличилась в размерах, достигнув ширины 12 дюймов вокруг головы и туловища, 8 дюймов около ног и перед туловищем и 12 дюймов напротив поясницы. Изгиб за спиной по-прежнему сохранялся. Затем девушка была помещена на изолированную скамью и отрицательно заряжена самым обычным образом — с полным исчезновением ауры, как и должно быть. Повторный осмотр через несколько минут показал, что аура увеличилась еще больше и приросла дополнительно на 2–3 дюйма. В результате обеих манипуляций — действий с кистью и приложения к телу отрицательного заряда — аурический туман стал менее выраженным, особенно после второй процедуры. Внутренней ауры изменения не коснулись.

Причина, по которой кисть подносилась сперва к передней части тела, а затем к спине пациентки, заключалась в желании определить, воздействует ли статическое электричество на ауру непосредственно (путем зарядки образующих ее гранул, из-за чего последние начинают отталкиваться друг от друга, создавая видимость расширения ауры без заметного увеличения количества образующей ее субстанции), или же расширение ауры происходит в результате изменения аурических сил, вызванного стимуляцией центральной нервной системы. В последнем случае электрическая кисть почти наверняка будет производить наибольший эффект при приближении к спинному мозгу.

С той же целью автор провел еще один опыт с девушкой 18 лет, обладавшей четкой аурой, широкой вокруг голо-

вы, но узкой для ее возраста около туловища. Здоровая и несомненно способная, эта девушка несколько отставала от сверстников в телесном развитии. Во время опыта отрицательно заряженная электрическая кисть не более чем на две секунды была поднесена ко лбу девушки (не прикасаясь к нему), после чего аура была тотчас изучена снова. Оказалось, что со всех сторон она заметно выросла, но общему увеличению в размерах сопутствовало соответствующее падение четкости. Точные цифры здесь неважны.

За исключением двух случаев, предположение о том, что электрическая кисть должна производить наибольшее воздействие, когда подносится к спинному мозгу, всегда подтверждалось. Но эти случаи нельзя сравнивать с остальными, поскольку их результаты получены при других условиях.

В первом случае по недосмотру пациенту забыли сказать о том, чтобы он сошел с изолированной скамьи. Оставаясь на ней в тот момент, когда кисть пять-шесть раз перемещалась вверх-вниз перед его туловищем, помимо запланированного локального воздействия он, конечно, получил в целом электрический заряд. В другом случае кисть перемещалась перед телом женщины вверх и вниз в течение намеренное целой минуты.

Электрические заряды накапливаются на поверхности заряженного тела, и тело человека в этом смысле не исключение. Поскольку на человеческом теле, совершенно независимо от описанных экспериментов с электричеством, присутствует некоторый поверхностный заряд, который время от времени меняется даже у одного и того же человека, автор решил провести серию экспериментов для выяснения зависимости, если таковая существует, между этими локальными зарядами и общей электризацией, с одной стороны, и аурой, с другой. В них участвовали три натурщицы, каждая по несколько раз, и обычные пациенты, приходившие по одному-два раза. При этом были сделаны весьма интересные наблюдения. Расскажем о тех из них, которые касаются обсуждаемого вопроса.

Для проведения экспериментов необходимы обычные электроскопы с одним золотым лепестком и пробные пластинки. Нет нужды подробно описывать эти нехитрые ин-

струменты, благо они хорошо известны. Уточним только, что подвижный золотой лепесток использовавшихся электроскопов имел длину около 3 дюймов при ширине около $\frac{1}{16}$ дюйма. После нескольких проб оказалось, что такой размер дает наилучшие результаты. Первый электроскоп (Е1) был оборудован сверху тонким металлическим диском, соответствующим пробным пластинкам. Иногда диск заменялся конденсатором меньшего размера, состоящим из двух латунных шайб диаметром $\frac{3}{4}$ дюйма, изолированных друг от друга шеллаком. Верхняя шайба конденсатора соединялась с пробной пластиной гибким изолированным проводом. Впоследствии оказалось, что удобнее иметь отдельный электроскоп (Е2) с фиксированным конденсатором, расположенным внутри стеклянной колбы. Разумеется, в нем был также вывод, позволяющий заряжать нижнюю шайбу конденсатора, связанную с золотым лепестком, непосредственно извне.

Зарядить электроскоп типа Е1 прямо от тела обычно не составляет труда. Для этого необходимо поместить пробную пластинку сначала на внешнюю поверхность руки, потом — на диск электроскопа и повторить эту процедуру несколько раз, пока золотой лепесток не отклонится на максимальный угол. При этом знак заряда почти всегда будет отрицательным. Таким образом можно определить величину заряда на любой части тела. Если, как часто случается, электроскопу не удастся передать достаточный заряд или когда необходимо сэкономить время, предпочтительнее использовать следующий метод: зарядить электроскоп Е1 электричеством того же знака, что и поверхностный заряд на теле пациента (обычно отрицательный), так, чтобы золотой лепесток отклонился на несколько градусов, после чего поднести пробную пластинку, контактировавшую с телом пациента, близко к металлическому диску электроскопа¹.

¹ Если сверху на диске электроскопа закрепить три-четыре тонких эбонитовых пластинки, можно значительно повысить точность измерений благодаря тому, что пробную пластинку можно будет просто класть на эбонит, сохраняя при этом фиксированное расстояние между нею и диском электроскопа.

Она вызовет дополнительное отклонение золотого лепестка. Повторяя эту процедуру с различными частями тела пациента, можно получить приблизительное представление об их потенциале.

При работе с электроскопом типа E2 нижняя шайба конденсатора, связанная с золотым лепестком, заряжается от электростатической машины электричеством того же знака, что и заряд на коже пациента. При этом пробная пластинка, соединенная с верхней шайбой конденсатора гибким проводом, должна находиться в контакте с землей. Если после этого приложить пробную пластинку к какому-нибудь участку тела пациента, а затем убрать ее, отклонение золотого лепестка увеличится. Стоит снова прикоснуться пробной пластинкой к земле, и лепесток электроскопа тут же возвращается в исходное положение. Таким путем можно очень быстро измерить поверхностный заряд на разных участках тела, но, к сожалению, этот инструмент не столь чувствителен, как предыдущий.

Вопреки ожиданиям, эксперименты показали, что в большинстве случаев такие части тела, как ладони, нос, локти, соски и т.п. (заметьте, почти все они являются выступающими поверхностями) не обладают или почти не обладают заметным электрическим потенциалом¹.

Во время одного из экспериментов миссис А., натурщица, долгое время бывшая раздетой и поэтому максимально свободная от любых внешних влияний, включая влияние одежды, тем не менее оказалась сильно заряженной электричеством, что можно считать для нее типичным. В этот день ее аура была весьма четкой. Распределение заряда по телу натурщицы было аккуратно измерено с помощью пробной пластинки — как минимум один раз в каждой его части, а в большинстве областей по несколько раз. Результаты измерений, следовательно, можно считать предельно точными (*рисунок 17*). За исключением лба, все остальные части тела имели отрицательный поверхностный заряд, распределен-

¹ Поскольку сухая кожа является плохим проводником электричества, усиление потенциала на выступающих частях тела не проявляется так, как в случае с проводящими телами.

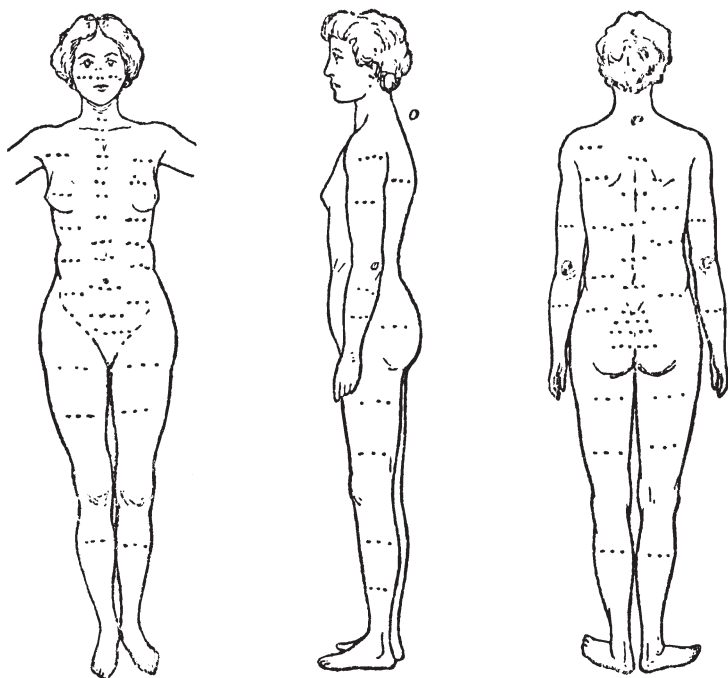


Рис. 17. Поверхностное электричество.
Количество точек соответствует интенсивности

ный по телу неравномерно. Спереди он оставался минимальным на центральной линии грудной клетки, но около пупа начинал расти и достигал максимума над лобковой областью. На остальной части передней поверхности туловища, а также на бедрах и на ногах он был распределен приблизительно одинаково. Боковые поверхности тела и большая часть спины имели тот же потенциал, за исключением области над седьмым шейным позвонком, где он был близок к нулю, и области крестца, где он возрастал сверху вниз, достигая максимального для всего тела значения точно над ягодичной бороздой.

В двух других случаях у этой женщины не обнаружилось никаких признаков поверхностного заряда на всех частях

тела, за исключением нижней части крестца, где всегда можно наблюдать значительный рост потенциала. В эти дни ее аура была не менее четкой, чем обычно.

Другая натурщица, аура которой была обычно ясно видна, почти никогда не имела большого поверхностного заряда. Но однажды поверхностное электричество проявилось у нее необычно сильно, равномерно распределившись по телу, за исключением нижней части крестца и лобковой области, где его интенсивность была выше средней. В этот день ее аура оказалась слабее, чем обычно. Следует заметить, что такой результат можно объяснить и особенностями погодных условий, поскольку ауры других пациентов в тот день тоже выглядели более тускло, чем обычно.

Не так давно автор провел тщательное обследование здоровой во всех отношениях женщины после того, как заметил в распределении по ее телу довольно значительного поверхностного заряда некоторые особенности, никогда ранее не наблюдавшиеся у здоровых людей. Вся правая половина ее тела имела более высокий потенциал, заставлявший золотой лепесток электроскопа в любой точке отклоняться в среднем в два раза сильнее, чем в соответствующей точке левой половины. При этом распределение зарядов в пределах каждой половины тела было равномерным. Подобная особенность нередко проявляется при некоторых болезнях (например, при эпилепсии и гемиплегии), которые сопровождаются также асимметрией ауры.

Учитывая исключительную важность замеченной у женщины особенности и желая убедиться в ее реальности, автор решил исследовать ее обоими электроскопами по очереди. Результаты оказались схожими. Сразу после этого было проведено обычное изучение ауры пациентки, но ни малейшего различия в форме, размере, текстуре или цвете обеих половин ауры не обнаружилось. Приложение статического электричества тоже не выявило в ауре никакой асимметрии.

В августе 1917 года автор столкнулся с еще одним случаем асимметричного распределения поверхностного электричества. Заряды, как обычно, имели отрицательный знак и на обеих сторонах тела были распределены равномерно, но справа их потенциал оказался выше, чем слева.

Хотя в тот момент пациентка чувствовала некоторую слабость, ничего особенного, что могло бы вызвать замеченную асимметрию, обнаружено не было.

Интересный эффект наблюдался, когда эта женщина встала на изолированную скамью и ее телу был сообщен отрицательный электрический заряд: левая половина ауры сконденсировалась сильнее и исчезала дольше, чем правая. Отсюда следует, что между двумя сторонами ауры все-таки существовало какое-то различие, но для визуального наблюдения оно оказалось слишком тонким.

Распределение зарядов на теле мужчин и детей отличается от такового у женщин только тем, что в нем отсутствуют максимумы потенциала над лобковой областью и крестцом. Как правило, поверхностное электричество ярко выражено на задней стороне предплечий, что может объясняться наличием здесь волосяного покрова.

У одной женщины 44 лет незадолго до ее поступления в госпиталь по поводу операции, связанной с остеосаркомой плечевой кости, наблюдались локальные нарушения одновременно и в ауре, и в распределении поверхностного электричества. В целом заряд на ее теле был небольшим, но на плече выше и ниже опухоли он оказался довольно значительным при том, что над самой опухолью его вообще не обнаружилось. Внутренняя аура в этом месте оказалась грубее, чем везде, но все еще сохраняла полосчатую текстуру.

Результаты всех этих экспериментов сведены в таблицу V, которая демонстрирует, что между особенностями ауры и распределением поверхностного электричества очень много различий. По-видимому, эти явления независимы.

Изучение ауры всегда очень привлекало автора. Однажды, размышляя над ее свойствами, он подумал: а что, если попробовать воздействовать на ауру химическими веществами? Не могут ли они как-то повлиять на ее размеры, текстуру или цвет? Прежде автор уже замечал, что если какая-то часть тела смазана йодом, эманлирующая из нее аура отличается от остальной. Правда, здесь присутствует одна трудность: когда вещество наносится прямо на тело, воздействие на ауру нельзя считать чистым и интерпретация экспериментов может быть неоднозначной, так как поми-

Таблица V.
Сравнение свойств поверхностного электричества
и аурического тумана

<i>Поверхностный заряд</i>	<i>Аура</i>
Сильный дефицит или полное отсутствие на выступающих частях тела	Проявляется наиболее сильно около выступающих частей тела
Очень небольшой на лбу, кистях и т.д.	Проявляется четко, независимо от наличия или отсутствия на них поверхностного электричества
Обычно отрицательный, но может быть и положительным	Не имеет полярности
Усиливается при мускульной активности	Не подвержена влиянию со стороны мускулатуры
Меньше на сгибающей, чем на разгибающей мышце руки	Одинакова над сгибающей и разгибающей мышцей руки
Увеличивается при трении кожи	От трения кожи не зависит
Влажность кожи препятствует аккумуляции заряда	Влажность кожи не оказывает никакого воздействия на ауру Когда тело искусственно заряжается электричеством, аура ослабляется или полностью исчезает. После стекания заряда аура обычно увеличивается

мо прямого воздействия на ауру здесь неизбежно вмешиваются посторонние факторы. По этой причине автор решил работать с парами химических веществ, выпускаемыми на некотором расстоянии от тела человека. Поскольку в самом первом эксперименте пары были выпущены слева от тела, автор и дальше экспериментировал, как правило, с этой стороной ауры, хотя, конечно, проводились опыты и на правой ее половине, и на обеих сразу, которые не выявили никаких локальных различий. Кроме того, были эксперименты, когда одновременно выпускались пары двух разных веществ — хлора и брома, причем один из них выпускался в левую половину ауры, другой — в правую. Результаты этих

экспериментов не отличаются от тех, которые были получены с каждым из данных веществ по отдельности. Правда, последнее утверждение справедливо только для здоровых людей с симметричными аурами и лишь тогда, когда газы не смешиваются.

Эксперимент 1. Первый опыт проводился в июле 1912 года с йодом. Он многократно повторялся впоследствии и давал схожие результаты, поэтому может считаться типичным и будет описан подробно. Натурщица, повернувшись лицом к наблюдателю, стала в положении «руки на талии». В пространстве между туловищем и руками ее аура имела чисто синий цвет, одинаковый с обеих сторон от тела. Затем левая сторона ауры была окурена парами йода следующим образом: несколько капель крепкой йодной tinkтуры испарялись на небольшом расстоянии от тела в помещенной на спиртовую лампу чашке, и поднимающиеся над чашкой пары осторожно сдувались в сторону тела. Сразу после выполнения этой процедуры был проведен обычный осмотр ауры, во время которого обнаружилось, что с разных сторон от туловища ее цвет стал разным. Когда натурщица начала медленно поворачиваться вокруг оси, удалось заметить, что демаркационная линия совпадает с передней и задней осевыми линиями тела. Цвет правой половины ауры по-прежнему оставался синим, в то время как левая приобрела мутный красно-коричневый оттенок. Он оказался довольно специфичным, с явной примесью других цветов. При работе с полосами дополнительного цвета их оттенок на фоне левой половины ауры становился темнее для синей, красной и желтой полосы, но светлее для зеленой. Изменение оттенка зеленой полосы проявлялось особенно ярко на ее концах, выходящих за границу тела, что говорило о присутствии этого цвета в большом количестве. Через цветные экраны оттенки левой и правой половин ауры также различались (см. таблицу VI, серия 1).

Эксперимент 2. Аура европейской женщины с малайской кровью имела голубовато-серый цвет с примесью белого. Белый цвет придавал ей некоторую мутность, которая часто появляется в аурах при изучении их через цветные экраны, но редко наблюдается невооруженным глазом. Когда жен-

щина поставила руки на талию, аура между ними и телом оказалась более зеленой, чем вокруг тела в целом. Этот цвет бросался в глаза еще сильнее при изучении ауры с помощью различных цветных экранов, отчего аура казалась серо-зеленой, а не сине-серой, как обычно (см. таблицу VI, серия 2).

Окуривание левой половины ауры йодом изменило ее окраску на красно-коричневую, но никак не повлияло на цвет правой половины. Различие между ними сразу бросалось в глаза. Единственное изменение в окраске левой половины ауры при изучении через цветные экраны, особенно красный и оранжевый, заключалось в добавлении некоторой доли красного. Влияние паров йода на форму и размеры ауры оказалось весьма любопытным: внешней ауры оно не коснулось, зато внутренняя удалась от тела, создав иллюзию необычно широкого эфирного двойника. При этом ширина внутренней ауры несомненно уменьшилась, а ее полочатость стала не так выразительна. Еще одно интересное наблюдение заключалось в том, что аффектированная и неаффектированная ауры имели четкую границу.

Если вместо йода используется бром, изменения в ауре не всегда идентичны. Иногда аурический туман становится чисто синим, в других случаях — темно-зеленым, а бывает и так, что синий и зеленый присутствуют в нем одновременно, при этом никак не смешиваясь между собой. Эти хроматические эффекты иллюстрируются тремя следующими опытами, которые проводились при максимально схожих условиях.

Эксперимент 3. Аура высокого, хорошо сложенного 23-летнего юноши, стоящего лицом к наблюдателю с руками на бедрах и локтями, разведенными в сторону, выглядела голубоватой. После окуривания ее левой половины парами брома пространство под левой рукой стало темно-зеленым; при этом правая сторона ауры осталась неизменной. При изучении через различные экраны оттенок левой стороны ауры оставался зеленым, тогда как с правой стороны она сохраняла обычный цвет (см. таблицу VI, серия 3).

Эксперимент 4. В.Ф., 23-летняя женщина, имела широкую ауру правильной формы обычного синего цвета с не-

Таблица VI.
Воздействие на ауру паров химических веществ

<i>Серия</i>	<i>Цвет ауры</i>	<i>ЭКРАНЫ</i>	
		<i>Красный</i>	<i>Оранжевый</i>
1	Синий	Синий и зеленый	Синий и зеленый
	<i>После окуривания йодом</i>		
	Коричневый	Коричнево-красный	Коричневый с примесью красного
2	Зелено-серый	Красный и зеленый	Красный и зеленый, мутный
	<i>После окуривания йодом</i>		
	Коричнево-красный	<i>При изучении через цветные экраны</i>	
3	Синий	Красно-синий	Зелено-желтый
	<i>После окуривания бромом</i>		
	Темно-зеленый	<i>При изучении через цветные экраны</i>	
4	Серо-синий	Красноватый зелено-серый	Сине-серый
	<i>После окуривания хлором</i>		
	Желто-зеленый	Синий	Красно-синий

большой примесью серого. При испарении брома с левой стороны от тела аура в этой области стала лазурно-голубой, соответствующей самому темному оттенку лазури в палитре цветов Роуни (Rowney's specimen chart of paints). Внутренняя аура, полностью сохранив полосчатость, немного лишилась четкости.

Эксперимент 5. Аура D., 29-летней женщины с явными признаками болезни Рейно, была окурена бромом с левой стороны. Будучи голубовато-серым до эксперимента, ее цвет в окуренной области изменился на чистый синий с примесью зеленого, причем эти цвета не смешивались.

<i>Желтый</i>	<i>Зеленый</i>	<i>Синий</i>	<i>Фиолетовый</i>
Синий	Очень чистый синий	Зелено-синий и немного зеленого	Желтый и зеленый
Коричневый	Синий и коричневый	Синий и коричневый	Зеленый и фиолетовый
Зеленый и немного синего	Зеленый и немного синего	Зеленый и немного синего	Синий
<i>цвет ауры остался тем же, с добавлением некоторой доли красного</i>			
Зелено-желтый	Сине-желтый	Зеленый и синий	Синий
<i>цвет ауры не изменялся, оставаясь зеленым</i>			
Серо-синий, мутный	Серо-синий	Серо-желтый	Синий и желтый
Красно-зеленый	Синий и зеленый	Зеленый	Фиолетовый и синий

Вариабельность цветовых изменений ауры под воздействием брома до недавних пор приписывалась автором некоему неуловимому различию в самих аурах. Но оказалось, что эта гипотеза неверна, поскольку аурический туман сперва становился зеленым, затем синим с примесью зеленого и наконец чисто синим — в прямой зависимости от количества использованного брома. Причем ауре одного человека требовалось гораздо больше паров брома, чем ауре другого, чтобы в конце концов достичь чисто синей окраски. Такое различие может объясняться как индивидуальными особенностями людей, так и состоянием их здоровья.

Описанная особенность брома была открыта совершенно случайно. Однажды при исследовании ауры натурщицы для ее окуривания по неосторожности было взято гораздо большее количество химиката, чем обычно. Началось такое интенсивное испарение, что чашечку с бромом пришлось немедленно вынести из комнаты, но на какую-то секунду по пути к двери чашечка оказалась в непосредственной близости от другой половины тела натурщицы. Таким образом некоторое количество газа растворилось также в правой половине ауры, повлияв в небольшой степени и на нее. Автор никогда не задумывался о результатах такого опыта, ибо ему казалось само собой разумеющимся, что аура в целом должна приобрести один и тот же цвет, будь то синий или зеленый. Но стоило ему начать исследование, как обнаружилось, что между двумя сторонами ауры наблюдается явный контраст: правая оказалась темно-зеленой, а левая — синей. Для проверки столь неожиданного результата при первой же возможности был оставлен еще один опыт. Исследуемой персоной на этот раз оказалась здоровая 30-летняя женщина. Левая сторона ее ауры была несильно окурена бромом, в то время как правая осталась совершенно чистой. Цвет ауры слева, будучи до окуривания синим, изменился на темно-зеленый. Затем левая сторона была снова окурена, на этот раз весьма обильно, и стала чисто синей, причем оттенок этого цвета заметно отличался от нормального цвета ауры. После каждого окуривания аура изучалась через различные экраны, и в каждом случае в ее оттенке оказывалось значительно больше зеленого, чем прежде.

Интересно, что из всех исследовавшихся веществ пары брома оказались единственной субстанцией, вызывающей в ауре дихроичные изменения. Вероятно, когда-нибудь будут найдены и другие вещества с подобными свойствами.

Если аура изменяет свой цвет под воздействием брома и йода, было бы странно, если бы их родственник хлор не оказывал на нее такого же влияния. Эксперименты показали, что хлор действительно воздействует на ауру, но, вопреки ожиданиям, в гораздо меньшей степени, чем его братья. Во всех без исключения случаях аура, обработанная хлором, становилась более темной и приобретала желто-

зеленую окраску, совершенно непохожую на ту, которая вызывается бромом.

Эксперимент 6. В этом опыте левая сторона ауры женщины была окурена парами хлора, которые образовывались при протекании хорошо известной реакции соединения серной кислоты со смесью соли и двуокиси марганца. В результате цвет ауры изменился с синего на мутно-зеленый. При исследовании через темный карминовый экран обработанная хлором область внутренней ауры утратила четкость и лишилась полосчатости. Разглядеть ее теперь удавалось с большим трудом. Остальные изменения приведены в таблице VI, серия 4.

Придать ауре зеленый оттенок оказалось легче всего. Помимо хлора и брома, его появление вызывают также пары аммиака и углекислого газа или испарения концентрированной соляной кислоты.

Справедливо возразить, что пары могут воздействовать не на саму ауру, а на кожу и через нее непосредственно на источник аурических сил, и тогда изменение цвета ауры следует рассматривать как вторичное. Чтобы по возможности исключить эту гипотезу, автор попросил натурщицу не снимать нижней рубашки, после чего обычным образом окурил левую половину ее ауры йодом. Результат оказался таким же, как и после окуривания без рубашки. Во время эксперимента испарялось очень небольшое количество химиката, большая часть которого находилась далеко от одежды, а оставшаяся если и входила в контакт с тканью, должна была просто-напросто кристаллизироваться на ней из-за низкой температуры волокон¹. Таким образом, проникнуть через поры ткани могло лишь мизерное количество вещества. А ведь ему нужно было преодолеть еще и воздушное пространство между телом и рубашкой. Таким образом, кожи достигала настолько ничтожная порция химиката, что ее воздействием на тело можно смело пренебречь.

Каждый раз, когда аура пациента с одной стороны обрабатывалась парами йода и становилась красно-коричневой, автор замечал, что этот цвет локализуется только в этой

¹ Температура плавления йода +113,5°C. (Прим. перев.)

половине ауры и никогда не пересекает передней и задней осевых линий тела. Другая ее половина либо не изменяется, либо изменяется каким-то другим образом.

Так появилась мысль попробовать окурить ауру со стороны спины. Капнув несколько капель йодной тинктуры в предварительно нагретую чашку, автор дважды провел ею сверху вниз возле спины пациента — как можно точнее вдоль осевой линии. В результате аура приобрела красно-коричневый оттенок, равномерно распределенный с обеих сторон от тела. Равномерное распределение индуцируемой окраски ауры наблюдалось в подобных экспериментах всегда, если количество используемого вещества было достаточно большим.

Однажды в опыте со здоровой женщиной, аура которой имела голубовато-серый цвет и была совершенно одинаковой с обеих сторон, автор один раз, не прикасаясь к коже, быстро пронес сверху вниз вдоль спины открытый флакон с крепкой йодной тинктурой. Никаких изменений ауры с левой стороны не последовало, в то время как справа она приобрела тот самый красно-коричневый оттенок, который обычно возникает под действием паров йода.

Последний эксперимент повторялся многократно с другими людьми. Менялись только скорость перемещения флакона и количество взмахов. Результаты получились следующими: если флакон перемещается медленно или если количество взмахов достаточно велико, аура окрашивается равномерно или почти равномерно с обеих сторон. Если же сделать один, от силы два быстрых взмаха, одна половина ауры никак не изменится, тогда как другая станет красно-коричневой. И наконец, последняя альтернатива — когда аура с одной стороны от тела становится красно-коричневой, тогда как с другой аффецируется лишь частично, более менее сохраняя свой естественный цвет. Итоговый результат зависит от степени окуривания. Глубокая окраска ауры в этих экспериментах проявлялась с равной вероятностью как слева, так и справа от тела пациентов.

Анализируя изменения, происходящие в ауре под воздействием электричества, автор предположил, что за некоторые из них может отвечать озон. По этой и некоторым

другим причинам с озоном было поставлено множество экспериментов. Источником газа служила озоновая трубка, соединенная с большой машиной Вимшурста. В одних случаях пациент располагался так, чтобы газ воздействовал только на одну половину его ауры, в других — на обе половины поочередно, в третьих пациент несколько раз медленно поворачивался вокруг оси, чтобы газ воздействовал на ауру со всех сторон как можно равномернее.

Во всех случаях цвет ауры менялся. Часто туман прояслялся сильнее и иногда становился мутным на вид. Индуцируемый озоном красно-коричневый оттенок не так уж сильно отличался от цвета, сообщаемого ауре парами йода. Изменения, вызываемые этим газом у одного и того же человека, тоже не всегда совпадали, что, как правило, можно было объяснить либо плохим самочувствием пациента, либо прямым воздействием на него электричества¹.

К.Е., 32-летняя женщина, обладала аурой весьма совершенной формы голубовато-серого цвета. При изучении через темно-синий экран к нему примешивалось небольшое количество желтого. Сначала женщина приблизилась боком к стулу, на котором лежала озоновая трубка, соединенная с электрической машиной только одним, внутренним, электродом. При этом цвет ее ауры не изменился. После того как электричество было подано на оба электрода, ближняя к трубке половина ауры стала красно-коричневой. С другой стороны аура стала более мутной и немного белесой. После этого женщина встала на изолированную скамью и была заряжена отрицательным электричеством. Повторный осмотр через несколько минут показал, что ее внешняя аура увеличилась обычным образом. Никаких дополнительных изменений цвета не наблюдалось: левая половина ауры так и осталась красно-коричневой, тогда как правая выглядела мутной серо-голубой.

Несмотря на то что изменения цвета ауры под воздействием статического электричества никогда прежде не

¹ Образование озона в озоновой трубке происходит между двумя параллельно расположенными электродами при подаче на них высокого напряжения. (Прим. перев.)

наблюдалось, для исключения самой возможности такого изменения в описанном выше эксперименте автор решил сперва зарядить воздух¹.

Тот факт, что при воздействии озона на одну половину ауры человека какие-то изменения происходят и в другой, на первый взгляд, кажется странным, однако этот феномен реален и наблюдался неоднократно. Подобное явление, только в меньшей степени, нередко наблюдалось и при работе с другими химическими веществами. Первое объяснение, которое приходит на ум, — просачивание мизерных порций газа в другую половину ауры. Это предположение легко проверить, наблюдая за аурой, в которую выпускается очень небольшое количество озона. Увы, никакого помутнения тумана или усиления его синего цвета при этом не наблюдается. То, что цветовые изменения в каждой половине ауры сохраняются и после приложения к телу заряда, доказывает, что электричество к этим изменениям никакого отношения не имеет. Единственное оставшееся объяснение — асимметрия ауры (см. с. 230–232).

Расскажем теперь о тех изменениях, которые индуцируются в ауре сознательными усилиями человека и внушением во время гипнотического состояния.

Изменения ауры в результате сознательных усилий можно изучать только при соблюдении нескольких важных условий. Пациент должен быть здоровым, иметь четкие внешнюю и внутреннюю ауры, сознательный интерес к предмету исследования, обладать прекрасной способностью к концентрации и, наконец, сохранять терпение, если первые попытки сразу не приведут к успеху.

Пример 24. Первая благоприятная возможность представилась во время исследования ауры G., девушки неполных 20 лет, несколько отстающей в физическом развитии от сверстниц. Особый интерес в ее случае вызывал быстрый рост ауры, которая менее чем за полтора года выросла по бокам от талии на целых 2 дюйма. Все естественные функции к этому времени уже установились, и девушка являла

¹ Речь идет о первом этапе, на котором электрический потенциал был подан только на один из двух электродов озоновой трубки. (*Прим. перев.*)

собой образец совершенного здоровья. Ее аура была очень четкой, имела совершенную форму и одинаковую яркость везде вокруг тела без всяких намеков на лучи — одним словом, идеальный вариант для наших целей. Перед началом эксперимента девушке было показано, как можно сознательно удлинять или укорачивать аурический луч из кончика пальца, и предложено самой сделать то же самое. У нее получилось почти сразу. Затем ей было дано задание попытаться тем же путем удлинить ауру около различных частей тела. Для начала был выбран подвздошный гребень, из которого теоретически лучи должны «выстреливать» довольно часто, но на практике наблюдаются редко. За какие-то полминуты яркость внутренней ауры в выбранной области начала расти, а затем и сама аура начала постепенно вытягиваться в сторону и немного вверх к границе внешней ауры. Как только девушка прекратила усилия, луч быстро исчез.

Следующим местом была выбрана нижняя часть грудной клетки, причем девушка оставалась в том же положении, то есть лицом к наблюдателю. В данной области лучи всех видов (с. 75), а также световые пятна наблюдаются довольно часто. Результат получился неожиданным: вместо выпячивания вовне внутренняя аура от шестого ребра до подвздошной кости стала ярче, ничуть при этом не расширившись и образовав по сути большой псевдолуч. Затем пришла очередь плеч. В этой области девушка справилась с задачей без труда — лучи «выстрелили» почти сразу же, устремившись вверх и в стороны.

Затем девушка повернулась боком и сконцентрировала свои усилия на том, чтобы вытянуть луч из кончика носа. Он появился мгновенно и протянулся на 7–8 дюймов, фактически проткнув видимую границу внешней ауры. К этому времени девушка начала уставать. Последний эксперимент, который автор попросил ее выполнить, — вытянуть луч из одного соска. Она сделала это немедленно, но одновременно с появлением луча увеличилась и яркость всей внутренней ауры перед грудью.

Ранее уже говорилось, что аура над выступающими частями тела подвержена внешним влияниям сильнее всего. Это объясняется тем, что аурический потенциал на вы-

ступающих поверхностях выше, чем на плоских. Логично предположить, что приложение сознательных усилий именно к этим областям должно давать наилучшие результаты. Описанные опыты, согласующиеся со множеством других подобных экспериментов, подтверждают корректность такого предположения. Правда, нельзя сбрасывать со счетов и тот факт, что сконцентрировать сознание на выбранном участке тела гораздо легче тогда, когда он и сам по себе хорошо выделен. Много сложнее сконцентрировать внимание на небольшом участке обширной плоской поверхности. Другое наблюдение, сделанное автором, заключается в том, что с появлением у пациентов усталости и неспособности к глубокой концентрации производимые в ауре эффекты обычно теряют яркость и становятся расплывчатыми.

В приведенном примере, когда девушка пыталась вытянуть луч из соска, в некоторой степени оказалась затронута внутренняя аура над всей грудью. Если бы подобный эффект наблюдался только однажды, расширение области, аффектированной сознательным усилием, можно было бы объяснить простой усталостью. Но тот же опыт, не раз проводившийся с другими женщинами, всегда приводил к подобному результату — даже когда усталости не было и следа. Вероятно, феномен объясняется очень тесной физиологической связью между соском и грудью, которая не позволяет воздействовать на них порознь.

Как только обнаружилось, что испускание лучей из внутренней ауры до некоторой степени управляется сознанием человека, последовал естественный вопрос: нельзя ли тем же путем менять и цвет ауры? Он интересен не только сам по себе, но важен для подтверждения гипотезы, выдвигаемой в главе VI, что именно цветовые вариации часто являются причиной появления ярких и темных пятен, видимых в ауре на фоне полос дополнительного цвета. Для проведения необходимых экспериментов автор прибег к услугам одной натурщицы, на долю которой выпало немало суровых испытаний до эмиграции.

Пример 25. Аура миссис А., 27-летней натурщицы, вдовы и матери двоих детей, сначала была изучена самым обычным образом. Она оказалась четкой и имела серо-синий

цвет. Внешняя аура в фас достигала ширины 10 дюймов вокруг головы и туловища, но быстро сужалась чуть ниже лобковой области, уменьшаясь до 4 дюймов на уровне лодыжек. При изучении в профиль ширина ауры спереди от туловища достигала 5 дюймов, около ног — 4 дюймов. Со спины она простиралась на 4 дюйма напротив плеч и далее книзу выгибалась наружу, достигая напротив поясницы ширины 8 дюймов. Чуть ниже ягодич она резко сужалась до 4 дюймов и сохраняла эту ширину далее вдоль нижних конечностей. Внутренняя аура вокруг головы и туловища имела ширину 3 дюйма и несколько сужалась книзу. Полоса дополнительного цвета выявила лишь одно пятнышко над крестцом; над остальными частями тела цвет полосы оставался постоянным. Когда женщина положила руки на голову, выступающие за границу тела краевые части полосы имели идентичный цвет. В положении «руки на талии» в пространстве под руками аура также имела одинаковые цвет и плотность с обеих сторон. Хотя эта женщина и обладала прекрасным здоровьем, форма ее ауры выдавала истерический темперамент.

Эксперимент было решено начать с попыток выпустить лучи из разных частей тела. Женщина справилась с этой задачей без особых трудностей. Поскольку различия с результатами, описанными в предыдущем примере, оказались минимальными, детальное описание этого этапа мы опускаем. Заметим лишь, что появления первого луча пришлось ждать дольше всего. Следующие за ним лучи возникали все быстрее, а последний вспыхнул почти немедленно. Женщина очень хорошо ощущала свою ауру и ясно видела в ней лучи, замечая их порой даже быстрее наблюдателей.

Пришло время попробовать изменить цвет ауры. Описывать натурщице желаемый цвет словами значит неизбежно вносить в эксперимент неопределенность и даже ошибки, умножая ненужное напряжение и вызывая бесполезную растрату сил. Поэтому точность инструкций достигалась путем визуальной демонстрации какого-нибудь предмета (например, книги, окрашенной в желаемый цвет).

Эксперимент 1. Сначала натурщице, стоящей лицом к наблюдателю в положении «руки на талии», было предложено

но изменить цвет ауры в пространстве под левой рукой на цвет, предъявленный ей в виде красной книги (более темный образец малинового ализарина из палитры цветов Роуни)¹.

Приблизительно через минуту женщина заявила, что видит, как цвет ауры изменяется на ярко-красный, но не может сделать его таким же, как цвет книги. Чуть позже она назвала полученный цвет ярко-красной киноварью. Впечатления наблюдателя оказались следующими: сперва никаких цветовых изменений не происходило — цвет ауры под обеими руками был одинаковым, но вскоре под левой началось неопределенное, почти неопишемое изменение, приведшее в конце концов к тому, что вся аура под рукой как бы пропала, оставив вместо себя черное пространство; затем туман два или три раза то появлялся, то исчезал, но в эти мгновения он был уже не голубовато-серым, как вначале, а красно-серым (серый с ярко-красной киноварью). В самом начале цветовые изменения затрагивали лишь внутреннюю ауру, причем самой окрашенной и плотной ее частью, несомненно, была область у подмышечной впадины.

Натурщицу попросили сохранять достигнутое состояние до тех пор, пока черный фон за ее телом не поменялся на белый, который позволяет работать с полосами дополнительного цвета. Синяя полоса справа от туловища сохранила тот же оттенок, который имела до начала эксперимента, но ее продолжение за левую границу тела, как и у желтой полосы дополнительного цвета, стало гораздо темнее. Красная полоса в этой области сначала тоже потемнела, но когда натурщица начала уставать, наоборот, сделалась более светлой. Для исключения ошибок, связанных с неравномерностью освещения, женщину попросили повернуться спиной к наблюдателю. Никаких изменений цвета не произошло.

Заметим, что описанное исчезновение и появление ауры, повторившееся два или три раза, было замечено одновременно несколькими наблюдателями.

Эксперимент 2. Теперь натурщицу попросили изменить цвет правой половины ауры на синий, что получилось у нее

¹ Названия всех упоминаемых в книге цветов взяты из цветовой палитры Роуни (Rowney's sheet of colours).

довольно легко. Туман справа окрасился в самый темный оттенок насыщенного синего. После того как женщина подняла руки и положила их на макушку, аура с правой стороны по-прежнему выглядела синей, тогда как слева на всем протяжении до самых ступней туман еще сохранял красный оттенок, достигнутый в первом эксперименте. В целом впечатление, производимое различными аурическими цветами с двух сторон от тела, было в высшей степени странным — аура выглядела неестественно.

Эксперимент 3. Продолжая стоять с поднятыми руками, женщина попыталась изменить цвет ауры слева от тела на желтый. Она утверждала, что видит этот цвет ясно, в то время как наблюдатель, хоть и заметил какие-то изменения, настоящего желтого так и не увидел. Ближайшим цветом из палитры, который соответствовал его впечатлениям, был самый темный оттенок латинской охры. Из трех цветов — красного, желтого и синего — женщина отметила последний как легче всего достижимый. Желтый она назвала самым трудным.

Хоть эти эксперименты и были, несомненно, интересными, их можно рассматривать как своего рода прелюдию к следующим, пусть не столь впечатляющим, но не менее важным опытам. Перед участником ставилась одна главная задача: получить окрашенный луч, выходящий не из выступающей части тела, а из ограниченной области, являющейся частью большой плоской поверхности. При этом требовались некоторые условия. Во-первых, воздействие не должно затрагивать ауру вокруг луча, по крайней мере в заметной степени. Это означает, что участник эксперимента должен уметь сконцентрировать свое сознание на очень маленькой области. Во-вторых, лучи должны выходить под прямым углом к поверхности тела и следовать точно в направлении наблюдателя. При обычном изучении ауры такие лучи скорее всего останутся невидимыми, так как кожа человека служит далеко не лучшим фоном. И, наконец, третье условие требует от участника эксперимента умения сохранять луч достаточно долгое время, в течение которого можно провести необходимые наблюдения с помощью нескольких полос дополнительного цвета.

Хорошо понимая все трудности задуманного эксперимента, автор был приятно удивлен результатами первых попыток, которые, благодаря усилиям натурщицы, превзошли все его ожидания. Выкладываясь в каждом опыте до конца, она настолько устала, что начала терять способность к концентрации еще до окончания экспериментов. Большой помощью в работе оказалось умение натурщицы самой замечать цветные лучи и подавать наблюдателю сигнал о начале наблюдения.

Эксперимент 4. Для первой попытки был выбран небольшой участок тела на стыке груди и грудины, где натурщицу попросили изменить цвет ауры на красный. Через минуту она произнесла, что видит красное пятно, хотя наблюдатель его все еще не видел. Несмотря на это, желтая полоса дополнительного цвета выявила в указанном месте темное пятно, которое на фоне красной полосы оказалось, наоборот, светлым.

Эксперимент 5. В следующем опыте женщину попросили выпустить красный луч из небольшого участка брюшной полости, так, чтобы его диаметр не превосходил 1 дюйма. При этом точное местоположение луча в выбранной области не оговаривалось. Как только женщина выполнила задание, автор изучил брюшную полость с помощью синей полосы дополнительного цвета и тут же обнаружил чуть выше и левее пупа пятно, указав натурщице место, над которым оно находилось.

Эксперимент 6. Миссис А. решила изменить оттенок своей ауры на желтый в неизвестном наблюдателю месте грудной клетки. Как только женщина сообщила о своей готовности, автор начал поиски с помощью синей полосы дополнительного цвета и обнаружил пятно диаметром около 2 дюймов, которое выглядело более темным, чем остальная часть полосы, но не очень четким. Оно находилось над верхней частью левой груди, и автор указал женщине точное местоположение его центра пальцем. Оказалось, что она концентрировалась на точке, расположенной в $1\frac{1}{2}$ дюйма от него. Некоторая размытость области, изменившей цвет, очевидно, была связана с усталостью женщины.

Перейдем теперь к рассмотрению эффектов внушения при гипнотическом состоянии субъекта. Различия между ними и описанными выше феноменами не так уж принципиальны, как может показаться: просто в одном случае источником изменений служат собственные усилия человека, в другом — идущие извне внушения другого индивидуума. Во время гипноза разум испытуемого отключен от внешнего мира, давая возможность гипнотизеру активно влиять на его состояние. Надеюсь, что эта формулировка корректна, автор тем не менее должен признаться, что в данном случае его интересуют главным образом физические аспекты достигнутых в опытах результатов.

Доктор А.Дуглас согласился, что изучение возможных изменений в ауре при гипнотическом состоянии пациента должно быть весьма интересным. С этой целью он привел к нам мисс Х., которая любезно согласилась предоставить себя в наше распоряжение для необходимых исследований.

Пример 26. Перед началом опытов с мисс Х. было проведено тщательное изучение ее ауры. При общей лопатообразной форме она оказалась более широкой над плечами, чем обычно. Никаких других особенностей в ней не обнаружилось. Внутренняя аура с хорошо выраженной полосчатостью имела ширину чуть больше средней. Справа от грудной клетки и около поясицы она выглядела грубой. Синяя полоса дополнительного цвета в этих местах становилась темнее, что наблюдалось также и с левой стороны от грудной клетки, между грудино-мечеvidной и подреберной плоскостями.

Эксперимент 1. Доктор Дуглас ввел пациентку в гипнотический сон первой степени¹. При этом ее внешняя аура всюду вокруг тела уменьшилась в размерах и стала менее ясной; внутренняя аура тоже лишилась четкости, но сохранила ширину. Зато над плечами обе ауры, наоборот, стали более яркими и широкими, только полосчатость проявлялась слабее обычного. Внутренняя аура была хорошо видна

¹ Первая стадия гипноза, или поверхностный гипноз. Характеризуется легкой мышечной слабостью и небольшой дремотой при полном сохранении сознания. (*Прим. перев.*)

даже над головой, что, вообще говоря, бывает очень редко (здесь ее сильно маскируют волосы). Как только мисс Х. проснулась, аура начала возвращаться к своему естественному виду и обрела его буквально за несколько минут.

Эксперимент 2. Доктор Дуглас ввел пациентку, стоящую лицом к нему, в каталептическое состояние¹. Затем он поднял ее руку и положил ладонь ей на голову. При этом аура женщины выглядела так же, как в предыдущем эксперименте, за исключением того, что внутренняя аура около руки и кисти стала гораздо ярче и плотнее, а также совершенно лишилась полосчатости. Как только гипнотизер вывел женщину из оцепенения, аура быстро приобрела свой нормальный вид.

Эксперимент 3. На этот раз пациентка была погружена в траекторное состояние². При этом внутренняя аура вокруг всего ее тела почти сразу исчезла, оставив вместо себя темное пустое пространство шириной около 2 дюймов (сравните со с. 114). Непосредственно за ним сконцентрировалась внешняя аура, выглядевшая плотной и в то же время сжатой. В пустом пространстве, отделяющем ее от тела, не удалось увидеть ничего даже через темный карминовый экран. Когда автор положил экран на стол и снова затемнил комнату, он увидел яркий луч, выходящий из локтя женщины в направлении доктора Дугласа, который стоял в 2 футах

¹ Вторая по глубине стадия гипноза, или легкий гипноз. Отличается более полным расслаблением мускулатуры, полной мышечной слабостью, однако в этой стадии уже можно вызвать суггестированную каталепсию — восковидную гибкость мышц. После выхода из гипноза наблюдается частичная амнезия: человек помнит о том, что с ним было во время гипноза, но далеко не все. В этой стадии возможна частичная анальгезия, т.е. снижение болевой чувствительности. (*Прим. перев.*)

² Вероятно, третья, наиболее глубокая стадия гипноза, обычно называемая сомнамбулической, или глубоким гипнозом. Промежуточное звено между естественным сном и различными формами патологического сна. В глубоком гипнозе наблюдается полная амнезия — человек ничего не помнит о том, что с ним было во время гипноза. Загипнотизированный отвечает на вопросы не просыпаясь, может делать ряд автоматических движений. В глубоком гипнозе, как правило, наступает полная анальгезия и анестезия, т.е. утрата кожной, болевой и температурной чувствительности, а также чувствительности к прикосновениям. (*Прим. перев.*)

от нее. Луч был совершенно прямым и имел ширину около 3 дюймов, немного расширяясь в конце. Как только женщина начала приходить в себя, стала проявляться ее внутренняя аура, но к началу следующего эксперимента она так и не успела восстановиться полностью.

Эксперимент 4. Предыдущий эксперимент был проведен повторно. Внутренняя аура очень сильно ослабла, но на этот раз до конца не исчезла. Внешняя аура трансформировалась точно так же, как в предыдущий раз. Неожиданно внутренняя аура резко увеличила свою яркость. Одновременно к женщине вернулось сознание, хотя команды на выход от доктора Дугласа не прозвучало.

Во время пребывания мисс Х. в гипнотическом сне обнаружилось, что при поднесении руки к ее телу взаимное притяжение аур выражалось не так сильно и аура не становилась столь яркой, как обычно. Кроме того, любые изменения в этом состоянии проявлялись медленнее, чем всегда.

Неделю спустя доктор Дуглас снова привел мисс Х. для изучения ее ауры в разных гипнотических состояниях через цветные экраны.

Эксперимент 5. Осмотр ауры мисс Х. не обнаружил в ней никаких изменений со времени первого визита. Изучение ауры через цветные экраны перед гипнозом отражено в таблице VII, серия 1.

Эксперимент 6. Пациентка была введена в гипнотический сон первой степени. Общее описание ее ауры совпадает с приведенным на странице 147. В таблице VII, серия 2, собраны результаты ее изучения через цветные экраны.

Эксперимент 7. Не пробуждая мисс Х., доктор Дуглас перевел ее в траекторное состояние. Большая часть внутренней ауры пропала. Цвет оставшегося тумана при изучении через синий и фиолетовый экраны сильно отличался от цвета внешней ауры. Неожиданно во время исследования обе ауры, особенно внутренняя, стали ярче. Доктор Дуглас сказал, что к пациентке возвращается сознание, причем не по команде извне, а благодаря внутреннему импульсу. Едва он произнес эти слова, как мисс Х. полностью проснулась.

Эксперимент 8. Аура мисс Х., стоящей в том же положении, изучалась через темно-синий экран, когда доктор

Таблица VII.

Цвета, наблюдавшиеся через цветные экраны
в ауре мисс Х. в различных гипнотических состояниях

<i>Серия</i>	<i>Аура</i>	<i>ЭКРАНЫ</i>	
		<i>Красный</i>	<i>Оранжевый</i>
1	Нормальная	Зеленовато-красная	Синяя
	Синяя	Синяя	Синяя
2	1-я стадия гипноза	Синеватая	Красная
		Синеватая	Красная
3	2-я стадия гипноза	Красно-синяя	Синяя
		Красно-синяя	Синяя
4	Рука пассивная. Аура менее четкая	Синяя	Зеленоватая

Дуглас, ничего не говоря автору, снова инициировал у нее гипнотический сон первой степени. Обе ауры тут же изменили свой внешний вид, и пока автор описывал его, женщина перешла в траекторное состояние. Последний переход также немедленно был замечен автором. Как только сознание вернулось к женщине, яркость обеих аур восстановилась.

Эксперимент 9. Мисс Х. была снова погружена в гипнотический сон, после чего ей внушили, что одна ее рука сделалась вялой и неподвижной. Пациентка находилась в том же положении, что и в предыдущих экспериментах, только ее рука поддерживалась на бедре одеждой. После этого женщина была разбужена. Главная цель этого опыта заключалась в максимальной имитации полного паралича конечности.

¹ Здесь и далее: iA — внутренняя аура, oA — внешняя аура. (Прим. перев.)

<i>Желтый</i>	<i>Зеленый</i>	<i>Синий</i>	<i>Фиолетовый</i>
Синяя	Синяя	Охристая	Желтая и фиолетовая
Синяя	Синяя	Охристая	Желтая и фиолетовая
Синяя	Синяя	Желтая, синяя и зеленая	Фиолетовая
Синяя	Желто-зеленая	Ярко-синяя	Фиолетово-синяя
Синяя	Синяя	Синяя	Синяя и красная
Синяя	Синяя	Серо-желтая	Синяя и красная
Синяя	Синяя	Зеленовато-желтая	Желто-синяя

В пространстве под «парализованной» рукой обе ауры, особенно внутренняя, оказались менее яркими, чем с другой стороны от туловища, где они выглядели нормально. Цвета, наблюдавшиеся через цветные экраны, приведены в таблице VII, серия 4. Как только гипнотизер внушил пациентке возможность снова двигать рукой, обе ауры в пространстве между ней и телом вернулись к своему нормальному виду.

Эксперимент 10. Мисс Х. положила руки на голову, и ее аура была изучена повторно. Она оказалась такой же, как обычно. Не погружая женщину в сон, доктор Дуглас сделал несколько пассивов около внутренней поверхности предплечья и лежащей сверху кисти. В результате аура в этой области потеряла свою яркость, хотя и не исчезла полностью. Одновременно и тело под ней лишилось обычной чувствительности, перестав реагировать на щипки и уколы. Вскоре после прекращения пассивов чувствительность постепенно восстановилась, и аура приобрела свой прежний вид.

Интересно, что в момент совершения пассов яркость ауры вокруг руки доктора Дугласа почти не увеличилась, как это обычно бывает у других людей, пытающихся имитировать подобные движения.

Эксперимент 11. Мисс Х., находящуюся в полном сознании, попросили изменить цвет ее ауры в какой-нибудь одной области или в любой из двух ее половин. У нее ничего не вышло. Затем она была погружена в гипнотический сон и получила внушение изменить цвет ауры слева от тела на красный. Этому у нее тоже не получилось, но все же через некоторое время аура здесь окрасилась в цвет грязно-серооливковой охры. Затем мисс Х. внушили изменить цвет ауры справа от тела на синий, что получилось у нее довольно неплохо. Когда гипнотизер поднял ее руки, между цветами левой и правой половин ауры наблюдался заметный контраст. Когда женщина повернулась кругом, было хорошо видно, что цвета ауры с двух сторон от тела различны и что граница между ними, как и следовало ожидать, совпадает с передней и задней осевыми линиями тела.

Эксперимент 12. Теперь женщину попросили окрасить небольшую область ауры перед грудной клеткой в желтый цвет. Тотчас в указанном месте с помощью синей полосы дополнительного цвета было выявлено небольшое пятнышко, невидимое невооруженным глазом.

Эксперименты показали, что в обычном состоянии мисс Х. не способна изменять цвета своей ауры, хотя под гипнозом отчасти выполняет соответствующие инструкции гипнотизера.

В третий раз доктор Дуглас пришел с другой женщиной, миссис Y., которая тоже любезно предложила нам свои услуги в проведении экспериментов.

Пример 27. Автор обычным образом изучил ауру миссис Y., которая оказалась широкой, обладала правильной формой и имела синий цвет. Яркость внешней ауры была обычной, но внутренняя едва достигала минимальной для здорового человека четкости, хотя ее полосчатость была хорошо заметна. В ауре также присутствовал яркий луч, выходящий из правого плеча вверх к границе внешней ауры.

Эксперимент 13. Женщину, стоящую лицом к наблюдателям, доктор Дуглас ввел в неглубокий гипнотический сон. При этом внешняя аура утратила яркость и как бы прижалась к границе внутренней ауры. Последняя тоже немного поблекла, но своих размеров не изменила.

Эксперимент 14. Доктор Дуглас перевел миссис У. в траекторное состояние. Яркость обеих аур еще более ослабла, но ни одна из аур до конца не угасла. Пока женщина находилась в этом состоянии, из ее левого локтя появился луч, который достиг подвздошного гребня.

Эксперимент 15. Сохраняя состояние гипноза, доктор Дуглас внушил женщине, что ее аура с левой стороны от тела оторвалась от него и между ними образовалась щель. Никаких изменений в правой половине ауры при этом не произошло, однако левая в ответ на внушение сжалась и сконцентрировалась в 6 дюймах от туловища, хотя образовавшееся пространство все-таки не выглядело пустым. Как только внушение прекратилось, левая сторона ауры тотчас стала похожа на правую. В ходе эксперимента с аурой случился один курьезный феномен, а именно: правая половина ауры стала ярко-синей, а левая изменила свой оттенок на зеленоватый. Как только женщина проснулась, ее аура вернулась к естественному виду, но цветовые отклонения еще некоторое время сохранялись.

Интересно, что при одинаковой глубине гипноза аура миссис У. не исчезала до такой степени, как аура мисс Х. Еще одно интересное наблюдение заключается в том, что при поднесении руки к телу загипнотизированного человека лучи, выходящие из пальцев наблюдателя, оказывались нормальными, тогда как аура человека не откликалась на них с обычной готовностью или откликалась, но не в такой степени, как бывает в бодрствующем состоянии.

Эксперимент 16. Встав на изолированную скамью, миссис У. зарядилась отрицательным электричеством от малой машины Вимшурста. Ее аура сильно уменьшилась, но до конца не исчезла. Затем эксперимент повторился с положительным электричеством — на этот раз аура исчезла полностью. В обоих случаях возвращение ауры к обычному состоянию происходило медленнее, чем обычно.

Эксперимент 17. Мы попросили миссис У. попробовать изменить цвет левой половины ауры на красный. Некоторые сдвиги в правильном направлении, безусловно, появились, но успех был неполным. Для первой попытки такой результат можно было считать прекрасным — нет сомнений, что после небольшой тренировки эта женщина может добиться больших успехов.

Доктор Дуглас предположил повторить эксперимент под гипнозом. Полученный в этом состоянии цвет оказался скорее пурпурным, чем красным. Затем женщине было внушено проявить над грудной клеткой небольшое красное пятно. Изменение цвета было замечено с помощью полос дополнительного цвета. Не выводя миссис У. из сонного состояния, мы сделали еще одну попытку. На этот раз внушение было более успешным, поскольку теперь пятно можно было заметить невооруженным глазом как небольшую область измененного цвета. Интересно, что женщина и сама пожаловалась на необычные ощущения в области наблюдавшегося пятна.

Большая часть этой главы была посвящена сравнению ауры с туманом, наблюдаемым вокруг некоторых неорганических субстанций, а также воздействию на нее разных факторов. Попробуем теперь разобраться, насколько обнаруженные свойства могут помочь нам выяснить природу порождающих ауру сил (или силы, если она одна), а также постараемся определить их отличие от других сил. Прежде чем такое сравнение станет возможным, необходимо перечислить главные свойства сил, лежащих в основании связанных с аурой феноменов, которые в настоящее время нам уже известны.

Сила или силы, порождающие ауру человека, скорее всего генерируются в самом теле. Маловероятно, чтобы обе ауры управлялись одной силой, особенно если мы вспомним, что внутренняя аура имеет полосчатую текстуру, четкую внешнюю границу и нередко удлиняется в форме лучей, вторгающихся во внешнюю ауру или даже пронзающих ее насквозь без всякого видимого влияния на последнюю. Кроме того, иногда при болезни внутренняя аура может локально полностью или, что бывает чаще, частично исчез-

нуть. При этом образующееся пустое пространство, если оно не занимает всей ширины внутренней ауры, прижимается к телу, напоминая неестественно расширившийся эфирный двойник, тогда как оставшаяся часть внутренней ауры может сохранить свою полосчатость или стать зернистой. Но даже в таких случаях внешняя аура никогда не вторгается на территорию внутренней, хотя в результате болезни сама может оказаться локально аффектированной. Внутреннюю ауру около любой части тела можно подавить искусственными средствами, в результате чего на ее месте образуется пустое пространство. Этого можно достичь с помощью электричества или химических веществ (см. с. 114 и 133).

Внешняя аура, напротив, похожа на туман и лишена четкой внешней границы (ее внутренний край определяется внешней границей внутренней ауры). Структура внутренней ауры, напоминающая частокол, а также феномены, связанные с появлением лучей, служат дополнительными свидетельствами в пользу того, что за феноменом ауры стоит более чем одна сила. Если бы это было не так, контур внешней ауры скорее всего был бы волнистым из-за постоянной активности прилегающих к нему областей, а сама внешняя аура принимала бы какое-то участие в образовании аурических лучей.

Наконец, внешняя аура женщин вокруг туловища, начиная с переходного возраста, увеличивается в размере, однако ничего подобного в отношении внутренней ауры не наблюдается.

Все эти факты приводят нас к выводу о том, что существуют как минимум две силы, одна из которых порождает внутреннюю ауру и может называться внутренней аурической силой (*англ.* inner auric force, или, сокращенно, IAF), другая же отвечает за внешнюю ауру и может называться внешней аурической силой (*англ.* outer auric force, или, сокращенно, OAF). Даже если окажется, что на самом деле они являются двумя проявлениями единой силы, для наших практических целей, наверное, будет лучше рассматривать их как две различные силы.

IAF, по-видимому, действует в очень ограниченной области, и распределение ее силовых линий хорошо заметно.

Часть тумана, в которой эти линии проявляются, получила название внутренней ауры. Простирается ли область действия этой силы и дальше за границу полосчатой части ауры, пока неизвестно. Если ответ отрицательный, разделение аурических сил на две категории естественно, если нет — введено эмпирически. Распределение IAF вокруг тела довольно равномерно, но ширина внутренней ауры по бокам от туловища говорит о том, что здесь она, должно быть, немного сильнее, чем около конечностей. В то же время протяженность этой силы непостоянна, поскольку в ауре часто наблюдаются ее удлинения в форме нестабильных лучей, местоположение которых то и дело меняется¹. Они пересекают внешнюю ауру, но при этом никак не влияют на нее за пределами своих контуров. Каждое локальное нарушение в теле человека сильно воздействует на IAF, поэтому внутренняя аура проявляет себя как исключительно чувствительная сигнальная система, обнаруживающая нарушение даже тех тканей, которые находятся глубоко под поверхностью тела. Кроме того, эта сила до некоторой степени подвластна сознательному контролю человека, причем ее активность легче усилить, чем подавить.

ОАФ, безусловно, действует на более широком пространстве, но ее силовые линии визуальнo себя никак не проявляют. Одним из наблюдаемых следствий ее существования и является аурический туман, диапазон размеров,

¹ Эти лучи помогли автору решить проблему, сильно волновавшую его во время поиска механических средств для детектирования и измерения N-лучей. Трудность заключалась в том, что иногда игла регистратора отклонялась очень сильно, по сути слишком сильно для измерений, в ходе которых лучам приходилось преодолевать препятствия самой разнообразной природы, тогда как в других случаях при тех же самых физических условиях результат получался отрицательным. Теперь этот феномен можно объяснить просто: отклонение регистрировалось всякий раз, когда один из этих лучей попадал на иглу, в противном случае игла оставалась неподвижной. Автор перестал экспериментировать в этом направлении, когда понял, что, независимо от природы N-лучей, в диагностических целях они малоперспективны. Обнаружив средство, позволяющее видеть ауру непосредственно, он решил, что изучение того, что видимо, гораздо удобнее и более информативно, чем изучение того, что невидимо.

форм и текстур которого превосходит аналогичные свойства внутренней ауры и внешнюю границу которого почти невозможно определить точно. Иногда внешняя аура простирается на довольно значительное расстояние, особенно если она завершается ультравнешней аурой или когда она расширяется после диссипации электрического заряда, предварительно сообщенного телу. По сравнению с внутренней аурой внешний туман значительно хуже поддается контролю со стороны сознания. По существу, он наблюдался только в описанных экспериментах с женщиной, находящейся под гипнозом, и в нескольких случаях, когда с помощью сознательных усилий участникам опытов удавалось более или менее успешно изменить цвет своей ауры. Но даже в этих случаях изменения всегда начинались и лучше всего наблюдались в границах внутренней ауры.

Болезни общего характера или локальные нарушения воздействуют на аурические силы и через них на обе ауры, изменяя их внешний вид, хотя и по-разному. При локальных болезнях внутренняя аура в прилегающей области часто теряет полосчатость, трансформируясь в более плотную и менее прозрачную массу другого оттенка или даже цвета. В других случаях полосчатость не теряется, но становится более грубой и совсем не похожей на текстуру, создаваемую изящными линиями здоровой внутренней ауры. Наконец, бывает и так, что в какой-то области внутренней ауры вместо тумана наблюдается совершенно пустое пространство. Если болезнь затрагивает значительную область тела, внутренняя аура с одной стороны иногда может стать уже, чем с другой. Сужение внутренней ауры всегда сопровождается некоторыми изменениями ее текстуры, а также другими слабовыраженными изменениями, о которых будет говориться дальше. На внешней ауре болезнь отражается не так сильно, как на внутренней. Иногда могут измениться ее цвет, текстура или яркость, но чаще всего меняется ширина — внешняя аура сжимается, но никогда не исчезает полностью, если, конечно, не применяются искусственные воздействия. Патологические нарушения, затрагивающие большие участки тела, или болезни нервной системы могут вызывать обширные изменения внешней ауры, которые при

соответствующих условиях становятся важными диагностическими маркерами. Внешняя аура может сжиматься даже тогда, когда внутренняя сохраняет свою ширину. Обратная ситуация не наблюдается никогда, поскольку сжатие внутренней ауры неизбежно влечет за собой сжатие внешней¹.

Автору не раз задавали вопрос о возможной электрической или магнитной природе ауры. Хотя сначала он и сам верил в электромагнитную природу обсуждаемого в книге феномена, отвечая, он всегда был предельно осторожен и в отсутствие строгих доказательств старался называть связанные с ним силы аурическими. Такое название не содержит явных указаний на природу этих сил и никак не уточняет принцип их действия. Однако как только были сделаны первые попытки идентифицировать аурические силы с электричеством или магнетизмом, возникли определенные трудности.

Рассмотрим сначала случай магнетизма. Как говорилось ранее, туман около магнита обладает полярностью, которую легко обнаружить, расположив два подковообразных магнита в одной плоскости недалеко друг от друга. Вращая один из них, наблюдатель заметит, что туман между магнитами становится ярче тогда, когда сближаются их разноименные полюса, и, наоборот, ослабляется при сближении одноименных. В то же время никаких признаков магнитной полярности ни у одной из аур эксперименты не обнаружили. На внешнюю ауру магнит вообще не влияет. Что касается внутренней, то разные полюса магнита воздействуют на нее совершенно одинаково, не проявляя при этом никаких признаков отталкивания или подавления. Этого уже достаточно, чтобы проиллюстрировать явное различие между аурическими и магнитными силами.

Если бы аура обладала электромагнитной природой, в ней должны были бы наблюдаться локальные или общие возмущения, связанные с количеством и распределением

¹ Пример 42 является единственным наблюдавшимся до сих пор исключением из этого правила. Скорее всего и он бы не противоречил ему, если бы не присутствие ультравнешней ауры, которая лишает наблюдателя возможности точно определить границы внешней ауры.

поверхностного электричества. Прежде уже говорилось, что этого на самом деле не наблюдается — никакой зависимости между аурой человека и естественным поверхностным зарядом на его теле найти не удалось. Кроме того, при искусственном сообщении телу заряда производимые им эффекты от полярности электричества почти не зависят.

Высказывалась догадка и о связи ауры с радиоактивностью. С точки зрения автора, радиоактивная природа ауры очень маловероятна (по сути, почти невероятна), но чтобы ни у кого из читателей впоследствии не возникало мыслей о том, что одну из возможных гипотез мы прозевали, скажем несколько слов и о ней.

Радиоактивность в небольшой степени присуща любой материи, и было бы странным, если бы человеческое тело стояло в этом отношении особняком. Для сравнения ауры человека с туманом, окружающим радиоактивное тело, в качестве последнего лучше использовать субстанцию, радиоактивность которой выражена в значительной степени. Для этого вполне подходят соли урана.

Туман около кристалла нитрата урана не похож на магнитный туман, поскольку лишен равномерности и состоит из лучей, идущих от поверхности кристалла к внешней границе тумана. Лучей больше всего там, где туман шире. До некоторой степени он похож на внутреннюю ауру, которая, кроме того, притягивает радиоактивный туман и, наоборот, притягивается им. На этом их сходство, по-видимому, и заканчивается. Радиоактивность связана с распадом атомов и проявляется в заметной степени лишь у элементов с наиболее высокими атомными весами, которые если и присутствуют в теле человека, то только в мизерных количествах. Железо (Fe, 55,9 а.е.м.) является самым тяжелым из элементов, в изобилии содержащихся в человеческом теле. Однако в обычных условиях железо не обладает интересующим нас свойством. Следовательно, объяснить ауру явлением радиоактивности элементов, входящих в состав тела, не удастся. Стоящие перед этой гипотезой трудности станут почти непреодолимыми, если мы вспомним, что при жизни аура в определенной степени подвластна сознательному контролю, а после смерти совершенно исчезает.

Независимо от природы аурических сил можно с уверенностью утверждать, что порождаемые ими феномены теснейшим образом связаны с центральной нервной системой и зависят от ее активности, о чем свидетельствуют следующие факты.

1. Электрическая кисть вызывает немедленное увеличение ауры при перемещении вдоль позвоночника, но не производит никакого эффекта при аналогичном перемещении вдоль передней осевой линии тела (см. с. 124). Причина очевидна: спинной мозг и выходящие из него крупные нервные каналы находятся ближе к спине и именно отсюда могут быть легче всего стимулированы; около передней поверхности туловища больших нервных центров просто нет. Подобное воздействие на ауру наблюдается и при поднесении кисти ко лбу.

2. Следствием серьезных нервных болезней, таких как эпилепсия, истерия, гемиплегия, является изменение формы и размера ауры, которое при необратимом поражении сохраняется всю жизнь. Однако при выздоровлении пациентов, страдающих временными нервными расстройствами, такими как ишиас, опоясывающий лишай и т.п., аура постепенно возвращается к нормальному виду.

3. Все формы нарушения умственных способностей неизменно сопровождаются уменьшением размеров и яркости ауры. У слабоумных она всегда узкая. Эти факты подтверждают точку зрения, согласно которой высшие мозговые центры теснейшим образом связаны с излучением аурической силы.

4. При обмороке аура сильно тускнеет и уменьшается в размерах. Вероятно, это связано с временным нервным истощением.

Характер человека, или совокупность его умственных и физических способностей, как уже отмечалось, оказывает на ауру огромное влияние — влияние, пропорциональное главным образом умственным способностям. Причем влияние это проявляется не только в объеме ауры, но и в ее качестве, что хорошо видно на примере грубозернистых, серых аур инертных и глупых людей. Тесную связь между центральной нервной системой и аурой следует глубоко

изучать и дальше — лучшее понимание ее природы может дать ключи для решения многих проблем.

Сколько вопросов еще ждет своего ответа! Чем определяется наблюдаемая форма нормальной ауры, в чем причина отличия женской ауры от мужской, отчего на фоне полос дополнительного цвета появляются светлые и темные пятна, какова природа полосчатости внутренней ауры и изменений, связанных с грануляцией и т.д. В настоящее время автор не может дать читателю ничего большего, чем простое описание сделанных им наблюдений.

Наверное, именно в этом месте лучше всего ответить на часто задаваемый вопрос о существовании ауры вокруг мертвого тела. Хотя автор всегда испытывал отвращение к изучению трупов, несколько подобных случаев в его практике все-таки было. Ни в одном из них он не заметил даже намеков на ауру. Следует заметить, что в каждом из этих случаев смерть наступила за несколько часов до обследования. Момент ухода человеческого существа всегда воспринимался автором как нечто священное, несовместимое с экспериментами, хотя сам по себе он очень интересен.

Исчезновения ауры у живого человека можно ожидать лишь в результате опытов, связанных с гипнотическими состояниями, а уменьшение ее яркости оказывается следствием нездоровья человека.

Глава VI

Дополнительные цвета

Вскоре после открытия ауры один мой приятель обратил внимание на то обстоятельство, что если долгое время пристально смотреть на свет, а затем перевести взгляд на пространство, прилегающее к телу человека, цвета фантома¹ по обе стороны от него нередко будут различаться. Убедившись в реальности этого необычного феномена, автор предположил, что он может оказаться полезным в диагностических целях, но для проверки этой гипотезы нужны были систематические исследования. Эксперименты начались с пристального смотрения на свет газовой лампы. Понимая, что столь грубый образ действий едва ли приведет к удовлетворительным результатам, автор надеялся через выявление его недостатков найти лучшие условия. Оказалось, что возникавший после длительного смотрения на лампу фантом имел сложную структуру: его центральная часть была окрашена одним цветом, а периферия — совершенно другим. Неудобство работы с двумя и более цветами тотчас стало очевидным. Помимо него проявилась и другая, непреодолимая, трудность, связанная с постоянным изменением цветов фантома, возникающим при малейших движениях глаз в ходе сравнения с двух сторон от тела. Стало ясно, что в таких условиях получить достоверные результаты невозможно и какой-либо пользы от феномена можно

¹ Фантом — цветной послеобраз, возникающий на сетчатке глаза после длительного смотрения на яркоокрашенный предмет и сохраняющийся на ней некоторое время благодаря известной инертности цветовых рецепторов. Фантом, запечатленный в определенном месте сетчатки, можно сознательно проецировать в любую область окружающего пространства, просто переводя взгляд. (*Прим. перев.*)

ожидать только при работе с монохромными послеобразами. Выполнив множество экспериментов, автор убедился, что для их получения вполне подходят полоски цветной бумаги, хотя впоследствии они, как правило, заменялись прозрачными цветными экранами, описание которых будет дано дальше.

Эта глава посвящена феномену влияния ауры на дополнительные цвета — явлению столь необычному, что трудно себе представить что-либо более удивительное. Под влиянием ауры одноцветный фантом меняется, его цвет способен приобрести более светлый или, наоборот, более темный тон, а при определенных условиях может измениться и сам оттенок. Безусловно, природа феномена в целом очень сложна и запутанна, но самые полезные замеченные закономерности все же будут описаны. Некоторые приводимые далее предположения могут казаться натянутыми или даже неверными, тем не менее за недостатком лучших гипотез они тоже проговариваются. Учитывая, что тема главы теснейшим образом связана с цветовым зрением, уместно будет сделать несколько предварительных замечаний.

Общепринятая теория постулирует существование в глазе трех групп цветочувствительных нервов. Видимый нами белый свет есть результат одинаковой стимуляции рецепторов всех трех групп или, если говорить точнее, результат их стимуляции в той же пропорции, как при воздействии на глаз солнечного света. Ослабление или полное прекращение стимуляции какой-либо группы вызывает появление цветовых ощущений, которые, таким образом, являются результатом возбуждения одной, двух или всех трех групп цветочувствительных рецепторов в разных пропорциях. Обычно при одновременном возбуждении нескольких групп сила их стимуляции бывает различной.

За годы работы автор пришел к выводу, что у каждого из нас первичные цвета индивидуальны, поэтому каждый видит один и тот же окрашенный предмет по-своему, хотя — по причине одинакового воспитания — и называет его цвет так же, как другие люди. Пусть, к примеру, наблюдатели А. и Б. смотрят на предмет, цвет которого обычно называется определенным оттенком желтого. У наблюда-

теля А. он может возбуждать только одну группу цветочувствительных нервов и будет для него чисто желтым. В то же время у наблюдателя Б., помимо желтых, в небольшой степени могут возбуждаться и синие рецепторы — этот же цвет будет восприниматься им как зеленовато-желтый. Но так как оба наблюдателя с детства приучены называть этот цвет определенным оттенком желтого, то и дают ему одно и то же название независимо от субъективных ощущений. Между тем, если бы А. посмотрел на него глазами Б., то обозначил бы этот цвет иначе. Каждый из них по-своему прав. Отсюда следует, что любой человек, скорее всего, ощущает характер цветов не так, как его сосед¹. Углубляться в этот вопрос дальше нет необходимости; отметим лишь, что первичными цветами автора в настоящий момент являются красный, желтый и синий, хотя тридцать лет назад синие диски были для него фиолетово-синими. Более глубоких знаний о цветовом зрении нам тоже не потребуется — для объяснения действия дополнительных цветов сказанного вполне достаточно.

Даже не прибегая к теории, можно заметить, что, когда одна группа цветочувствительных нервов до предела истощается, наблюдатель с неизбежностью поражается временной цветовой слепотой, соответствующей этой группе. Если утомлены красные рецепторы, он будет слеп к красному, сохраняя при этом способность различать цвета, его не содержащие. Остальные цвета он тоже будет видеть, но так, как будто красный из них удален. Пурпурный, к примеру, станет для него более или менее синим. Вследствие такой искусственной цветовой слепоты глаза, очевидно, становятся сверхчувствительными ко множеству цветов и оттенков, которые не содержат красного, поскольку красный забивает

¹ Простой тест для определения индивидуальных первичных цветов выполняется следующим образом: нажмите на закрытый глаз и добейтесь появления небольших желтых пятнышек, разбросанных по всему полю зрения. Вперемешку с ними появятся также синие диски гораздо больших размеров. Последними проявятся красные пятна промежуточного размера (крупнее желтых, но мельче синих). Желтые пятна самые многочисленные, за ними идут синие, красных пятен будет совсем немного, к тому же добиться их появления труднее всего.

тончайшие нюансы оттенков других цветов. Описываемые далее эксперименты, неоднократно проводившиеся с разными людьми, доказывают справедливость этих замечаний.

Запомним, как выглядит на белом экране световое пятно от волшебного фонаря¹, луч которого окрашен карминовым цветом. Если наблюдатель предварительно посмотрит минуту-другую на дневной свет через красное или синее стекло, он увидит это пятно соответственно более синим или более красным, хотя, возможно, и не таким ярким. Подобного эффекта можно достичь и путем длительного смотрения на синюю или желтую полоску бумаги², после чего наблюдатель временно становится практически невосприимчивым соответственно к синему или желтому цвету. Если бы можно было на время парализовать работу сразу двух групп цветовых нервов, зрение наблюдателя стало бы полностью монохроматическим. В настоящем исследовании нужды в столь крайних мерах не возникает, кроме того, практика показывает, что добиться абсолютной красной, синей или желтой слепоты этим методом невозможно. Тем не менее замечание о том, что глаза становятся аномально чувствительными к определенным цветовым оттенкам, остается справедливым. Можно предположить, что именно цветовая гиперчувствительность глаз позволяет им воспринимать излучение ауры, которое, возможно, имеет ультрафиолетовую природу и в обычных условиях невидимо, и что эта гиперчувствительность служит одним из объяснений того факта, что на фоне ауры в пределах полос дополнительного цвета наблюдаются разноокрашенные пятна.

Во время болезни, как будет описано, аура нередко содержит больше желтого цвета, чем при здоровом состоянии пациента. Этот цвет особенно сгущается вблизи локальных нарушений. Обычно эти сгущения видны как желтые пятна

¹ Волшебный фонарь — древнейшая разновидность слайд-проектора, первый известный рисунок которого датируется концом XVII века. Демонстрируемые с его помощью картинки наносились на стекло, а затем проецировались на задрапированную стену, влажную ткань или иногда на плотную дымовую завесу. (*Прим. перев.*)

² Подробности см. далее.

на фоне синей полосы дополнительного цвета. Причина феномена может заключаться в следующем: когда глаза пресыщаются первичным желтым цветом бумажной полосы и появляется послеобраз — синяя полоса дополнительного цвета, способность желтых рецепторов глаза передавать в мозг сигналы от обычного желтого света сильно ослабляется; в то же время их способность реагировать на более коротковолновый «ультрафиолетовый желтый» сохраняется неизменной. Влияние «ультрафиолетового желтого» на желтые рецепторы, возможно, даже усиливается благодаря отсутствию подавляющего действия желтых лучей видимого солнечного спектра, которые в нормальных условиях воспринимаются гораздо лучше. Очень возможно, что еще одним фактором, способствующим восприятию аурических цветов (хотя его важность не следует переоценивать), является то, что тело в целом окрашивается полосой дополнительного цвета, создавая тем самым лучший контраст для желтого или других цветов, которые могут локально присутствовать в ауре.

Всем известно, что если некоторое время пристально рассматривать цветной предмет, а затем перевести взгляд на потолок или на белый экран, то там появится фантомное изображение предмета, имеющее ту же форму, однако другой цвет. При условии одинаковой предварительной стимуляции этот вторичный цвет всегда будет иметь один и тот же оттенок, который зависит от первичного цвета и называется дополнительным к нему. Например, после рассматривания желтого предмета его фантомный образ окажется синим, причем точный оттенок цвета будет зависеть от оттенка желтого и до некоторой степени от индивидуальных особенностей наблюдателя.

Каждый раз после того, как исследователь задержит взгляд на желтом предмете достаточно долгое время (зависящее от яркости света, пристальности взгляда и т.д.), в первое мгновение после этого он всегда будет видеть послеобраз одного и того же синего цвета. Однако постепенно его цвет начнет светлеть; при этом чаще всего к нему будет примешиваться красный, придавая послеобразу пурпурную или сливовую окраску. В таких случаях красный оттенок на

самом деле присутствует в дополнительном цвете изначально, просто в первое мгновение насыщенный синий его подавляет.

Если же послеобраз сразу выглядит сливовым или пурпурным, это значит, что глаза наблюдателя были недостаточно утомлены первичным желтым цветом или что в комнате больше белого света, чем обычно. Полезно представлять себе, каким изменениям со временем может подвергаться тот или иной дополнительный цвет фантома, но существенно измениться он, конечно, не может. Спустя небольшое время фантом полностью исчезнет, но затем обязательно проявится еще раз, опять изменив оттенок. Этим вторичным изменением, как правило, можно пренебречь, поскольку работа с дополнительным цветом редко затягивается до его наступления. И все же иногда вторичные изменения могут оказаться полезными, что иллюстрируется следующим примером.

По окончании обследования одной женщины с помощью дополнительных цветов, когда цветовая слепота уже исчезла, автор, разговаривая с пациенткой уже при обычном дневном свете, заметил на ее теле новый послеобраз, а в центре появившейся полосы увидел желтое пятнышко размером с шиллинг (в верхней части левой груди, приблизительно в 2 дюймах от грудины). Во время исследования оно каким-то образом осталось незамеченным. Как только цветная полоса пропала, пятнышко стало невидимым, но когда полоса дополнительного цвета вновь была обычным образом иницирована, оно снова проявилось, причем очень отчетливо. Этот неожиданный эффект так и остался уникальным.

Другой самоочевидный вывод заключается в том, что, если в качестве фона используется цвет, отличный от белого, дополнительные цвета не всегда проявляются в своих истинных оттенках, но так, как будто они смешаны с оттенком фона.

Поскольку дополнительные цвета имеют чисто субъективную природу, будем именовать их названиями наиболее близких к ним пигментов — этой точности для нас будет вполне достаточно. После многочисленных экспериментов с

цветами, называемыми обычно первичными, автор пришел к выводу, что они не дают таких хороших результатов, как смешанные. В результате испытаний следующие цвета были отобраны как наиболее полезные:

	<i>(дополнительный цвет)</i>
гуммигут	берлинская лазурь
антверпенская синь ¹	гуммигут
карминовый	изумрудная зелень
изумрудная зелень	карминовый

Каждому исследователю лучше выбрать наиболее подходящие для себя цвета экспериментальным путем.

В повседневной работе можно использовать полоски цветной бумаги длиной 3 дюйма и шириной $\frac{3}{4}$ дюйма с черной точкой посередине, наклеенные на черную доску. Опыт показывает, что это максимальный полезный размер, поскольку более длинные цветные полосы на края уже не дают идеального дополнительного цвета. Расположив пациента в нескольких футах перед собой и посмотрев достаточно долго на одну из цветных полос, ориентированную горизонтально, наблюдатель получит в распоряжение полосу дополнительного цвета, которую сможет проецировать на тело пациента. Она шире туловища, поэтому ее концы будут выходить за его границу с обеих сторон, позволяя наблюдателю сравнивать их цвет между собой, а также с центральной частью полосы, проецируемой на тело.

Зимой или в туманную погоду, особенно в Лондоне, индуцировать дополнительный цвет с помощью бумажных полос бывает очень трудно. В этих условиях провести полное обследование не удастся, поскольку необходимое для него время непомерно растягивается и осмотр оказывается чрезмерно утомительным как для исследователя, так и для пациента. Чтобы обойти эту трудность, был придуман аппарат, позволяющий работать как при дневном освещении, так, в случае необходимости, и при свете газовой лампы. Он состоит из цилиндрической маски длиной примерно 6 и шириной 5 дюймов, одна сторона которой соответству-

¹ Разновидность берлинской лазури. (Прим. перев.)

ет форме лица, а на другой размещается вращающаяся цилиндрическая насадка с длинной щелью шириною в $\frac{3}{4}$ дюйма. Щель, таким образом, можно по желанию разворачивать либо горизонтально, либо вертикально относительно глаз. За щелью крепится пластина из матового стекла, а за ней — прозрачный экран, который может быть либо ячейкой, заполненной жидкостью, либо куском окрашенного стекла. Изнутри маску следует зачернить или обшить черным бархатом, а на матовом стекле сделать небольшую метку, служащую тем же целям, что и точка на цветной бумаге. Расстояние между глазами и экраном должно соответствовать эмметропическому зрению; дальнозорким и близоруким потребуются очки для чтения. Аппарат автора, к примеру, имеет дополнительную подвижную перегородку с линзами такого же фокусного расстояния, что и в его очках¹.

При работе аппарат нужно поднести как можно ближе к лицу и, удерживая в таком положении, смотреть на свет, зафиксировав взгляд на точке на матовом стекле. Достаточно всего нескольких секунд, чтобы в поле зрения появилась такая же полоса дополнительного цвета, как при использовании цветной бумаги. Работа с аппаратом требует чуть большей сноровки, поскольку в зависимости от уровня освещенности наблюдатель должен уметь правильно подобрать насыщенность цвета экрана.

Подготовившись к обследованию, пациенту следует встать перед белым фоном напротив света таким образом, чтобы его тело было освещено равномерно со всех сторон. Если теней за спиной избежать не удастся, нужно постараться сделать так, чтобы они были примерно одинаковы с обеих сторон. Лучше, если света в комнате будет больше, чем при обычном изучении ауры, однако одну штору почти всегда приходится частично или полностью опустить. Когда все готово, наблюдатель должен посмотреть на небо через прозрачный цветной экран в маске или зафиксировать взгляд

¹ При этом расстояние между экраном и глазами автора существенно меньше, чем обычное расстояние комфортного чтения. Это вызывает небольшое напряжение глаз, которое на практике оказалось даже полезным.

на одной из цветных бумажных полос, удерживая внимание на точке 20–30 секунд в зависимости от ее освещенности. Работа с цветными полосками требует яркого света, поэтому, чтобы хорошо осветить бумагу, приходится отдергивать штору.

Затем, повернувшись к пациенту, наблюдатель должен зафиксировать взгляд на некоторой заранее выбранной точке осевой линии его тела. Если полоса основного цвета рассматривалась горизонтально, наблюдатель увидит полосу, окрашенную в дополнительный цвет, которая будет пересекать тело поперек и выходить за его границы на белый фон с обеих сторон. Таким образом, наблюдатель сможет видеть вариации оттенков цвета в каждой ее части. Оттенки краев, выходящих за границы туловища, можно сравнить между собой (но, конечно, не с оттенком центральной части полосы, попадающей на тело).

Несмотря на простоту, описанный метод требует некоторой практики. Совершенное овладение его деталями (незначительными, если говорить о них в отдельности) намного ускорит работу и сделает ее более комфортной. В-первых, смотреть на полосу первичного цвета нужно, строго зафиксировав взгляд на одной избранной точке и удерживая ее точно в фокусе все время, без перерывов. Нарушение этого условия приведет к тому, что граница полосы дополнительного цвета размоется, а для ее появления понадобится больше времени. Здесь нужна некоторая тренировка воли, но со временем это условие будет выполняться почти автоматически. Во-вторых, новичку часто бывает трудно удерживать взгляд на выбранной точке тела пациента из-за склонности полосы дополнительного цвета к блужданию (часто она вообще выпадает из поля зрения), увлекающему за собой глаза, что радикально нарушает весь замысел эксперимента. Когда удержание взгляда на одной точке войдет в привычку, полоса дополнительного цвета станет почти неподвижной, а при любых малых смещениях она будет тут же сама собой возвращаться на место. Учитывая, что ловкость приобретается путем упражнений, прежде чем приступить к работе с человеком, стоит потренировать глаза на каком-нибудь неодушевленном предмете.

В дальнейшем, если не оговорено противное, в качестве рабочей будет использоваться синяя полоса дополнительного цвета, индуцируемая желтой бумажной полосой. Также вместо слов «дополнительный цвет» будем для краткости писать с.с.¹, а через р.с.² условимся обозначать первичный цвет бумажной полосы.

Перед осмотром ауры пациента с помощью с.с. полос, наблюдатель должен обратить внимание на все естественные вариации цвета его кожи и расположение теней, какими бы незначительными ни казались эти нюансы. Внимание, рассудительность и небольшой опыт помогут наблюдателю преодолеть затруднения, вызываемые такими неоднородностями. В простейшем случае с.с. полоса, проецируемая на тело здорового человека, имеет над ним одинаковый цвет с точностью до замеченных вариаций цвета кожи, а оттенки ее концов, выходящих за границу тела, обычно соответствуют друг другу.

Если при осмотре здорового пациента края с.с. полосы и различаются оттенком, то, как правило, несильно. Такое различие — простейшая форма цветовых изменений с.с. полосы, которые, вообще говоря, можно объяснить обычной неравномерностью освещения. Однако все сомнения на этот счет легко развеять, просто попросив пациента повернуться кругом: если освещение ни при чем, разные оттенки краев с.с. полосы поменяются местами, доказывая, что изменение их цвета обусловлено воздействием самой ауры.

Другое очень характерное взаимодействие монохромных послеобразов с аурой проявляется следующим образом: запомните, какой из концов синей с.с. полосы имеет более темный оттенок за пределами тела; затем посмотрите на синюю р.с. полосу, так чтобы в поле зрения появилась желтая с.с. полоса. Последняя обычно будет иметь более светлый оттенок с той стороны, с которой синяя с.с. полоса была более темной, и наоборот.

Иногда при осмотре больного пациента спереди можно заметить, что на фоне одной стороны его тела с.с. полоса

¹ Сокращение от *англ.* complementary colour. (*Прим. перев.*)

² Сокращение от *англ.* primary colour. (*Прим. перев.*)

выглядит более темной, чем на фоне другой. При этом два оттенка могут переходить один в другой плавно, но могут и разделяться четкой границей. В последнем случае разделительная линия, как правило, проходит точно по осевой линии тела, хотя нередки и исключения, когда она смещена на некоторое расстояние вправо или влево. С.с. полоса, которая на фоне тела имеет разные оттенки слева и справа, за его границами всегда будет выглядеть бледнее с той стороны, где ее оттенок над телом был более светлым. Такое изменение с.с. полосы почти никогда не охватывает все туловище целиком, чаще всего оно наблюдается между грудными железами и пупом. Иногда цветовые различия проявляются над правым и левым бедром. Темная сторона обычно соответствует пораженной стороне тела; при этом можно заметить, что над большим местом цвет с.с. полосы оказывается самым темным по сравнению с любой другой ее частью. Но бывает и так, что пораженная сторона тела не затемняет, а наоборот, осветляет с.с. полосу.

Существует еще одна разновидность цветового изменения с.с. полосы, напоминающая предыдущий случай, но встречающаяся гораздо чаще, когда ее оттенок меняется не над всей половиной тела, а только в некоторой области большего или меньшего размера. Такого рода пятнышко может выглядеть более темным или, наоборот, более светлым по отношению к остальной части с.с. полосы. При значительных размерах пятна оно иногда принимает форму целого органа или его фрагмента. Более мелкие пятна поперечником в 1–2 дюйма еще не определяют своим видом пораженный орган, но, как правило, указывают на какую-то болезнь или локальное расстройство и почти всегда расположены над болезненным или чувствительным местом.

Третье часто встречающееся изменение с.с. полосы заключается в появлении на ней пятен или точек, цвет которых совершенно отличен от цвета самой полосы. Чаще всего они окрашены в один из оттенков желтого, а их появление, за небольшими исключениями, обозначает на теле пациента большое или недавно болевшее место с повышенной чувствительностью. Желтый цвет не является обязательным признаком нарушений, ибо нередко наблюдается в надчрев-

ной области при отсутствии всяких признаков расстройства пищеварения. В этом случае он, по-видимому, связан с активным перевариванием пищи, принятой незадолго до обследования. В остальных случаях он обычно указывает на какую-нибудь патологию.

Для работы автор использовал четыре полосы цветной бумаги (или четыре прозрачных экрана), цвет каждой из которых имеет свои неповторимые преимущества. На практике эти преимущества зависят от неких малопонятных причин, связанных с индивидуальными особенностями пациентов. Для обычного осмотра наиболее полезным оказывается желтый первичный цвет, индуцирующий появление синей с.с. полосы. Чаще всего ее одной и хватает, поскольку она более чувствительна к цветовым изменениям, чем желтая с.с. полоса. Последняя, будучи дополнительной к первой, особенно полезна для контроля, если при работе с синей с.с. полосой цветовые изменения оказались очень слабыми. Но бывает и так, что желтая с.с. полоса работает лучше синей. Возможно, самой чувствительной из всех полос дополнительного цвета является зеленая, но, к сожалению, такого количества вариаций, как на фоне синей, с ней не наблюдается, кроме того, характер этих изменений оказывается непостоянным. В сомнительных случаях чувствительность зеленой с.с. полосы иногда помогает уловить тонкие различия цвета. Вообще вопросу выбора с.с. полосы не стоит придавать слишком большого значения, поскольку из-за индивидуальных особенностей пациента лучшие результаты неожиданно могут получиться с любым из цветов.

Продолжительное исследование неизбежно вызовет утомление глаз, преодолеть которое никаким усилием воли невозможно. Если оно наступило, наблюдатель должен либо на несколько минут прервать работу, либо поменять цвет с.с. полосы. Если позволяет время, первое всегда предпочтительней. В противном случае лучшим выбором будет смена дополнительного цвета на противоположный.

Перейдем теперь к главному вопросу этой главы, который одновременно является и самым трудным: по какой причине цвет с.с. полосы вообще может меняться? Прежде всего напомним, что ввиду названных ранее причин глаза

наблюдателя после смотрения на полосу первичного цвета становятся сверхчувствительными к определенным цветам и могут различать очень близкие оттенки, которые в обычных условиях кажутся неразличимыми. Теоретически можно назвать пять факторов, которые могут изменить оттенок с.с. полосы. Во-первых, это кожа; во-вторых, толщина ауры; в-третьих, изменение текстуры ауры; в-четвертых, собственный цвет ауры; и, наконец, лучи.

Рассмотрим эти факторы по очереди. Даже после учета всех возможных вариаций оттенков кожи, которые можно заметить обычным глазом, нельзя исключить, что могут существовать и такие оттенки, которые различимы только при исключительных условиях. Ни на минуту не забывая об этой возможности, автор всегда искал примеры, подтверждающие их существование, однако к настоящему времени все его попытки оказались безуспешными. Значит, если кожа и играет какую-то роль, то так редко, что ее можно не принимать в расчет. Одно наблюдение особенно противоречит гипотезе о коже как о причине изменений оттенка с.с. полосы, а именно: в тех случаях, когда полоса начинает менять цвет еще над телом, ее продолжение за его границу демонстрирует те же самые изменения (край полосы становится более светлым или более темным по ситуации). Кожа никоим образом не может быть причиной такого изменения, следовательно, кроме как в ауре, искать этой причины негде, какой бы невероятной ни казалась сама возможность того, что столь прозрачное, бесцветное и почти неуловимое туманное облако может так сильно воздействовать на полосу дополнительного цвета.

Вторая гипотеза. Может ли толщина ауры быть причиной каких-либо изменений с.с. полосы? Поскольку аура образована материей исключительно утонченной (слово выбрано неслучайно), для ощутимых изменений цвета с.с. полосы количество этой материи на луче зрения должно быть огромным. Решительно все указывает на то, что это предположение неверно. Следующий случай иллюстрирует сказанное как нельзя ярче. Аура женщины при изучении в профиль оказалась в четыре раза шире перед брюшной полостью, чем перед грудью, но когда женщина повернулась лицом к

наблюдателю, никаких различий между этими частями ауры заметить не удалось — ни путем обычного наблюдения, ни с помощью с.с. полосы. Эта полоса имела один и тот же оттенок над животом и над грудной клеткой. Во время беременности аура около брюшной полости обычно гораздо шире, чем возле грудной клетки, но никогда эта добавочная толща аурического тумана не вызывала никаких изменений оттенка с.с. полосы без того, чтобы одновременно с ними не наблюдались явные изменения цвета ауры или ее текстуры.

Таким образом, первые две гипотезы о причине изменений оттенка с.с. полосы можно отбросить. Остаются третья и четвертая, правдоподобность которых значительно выше.

Итак, третья гипотеза — вариации текстуры ауры. Могут ли они так сильно воздействовать на полосу дополнительного цвета, чтобы стать причиной изменения ее оттенков? Когда автор еще только начинал работать с послеобразами, он полагал, что после смотра на бумажную р.с. полосу он сможет лучше различать оттенки цвета, если будет изучать человека не просто так, а через светлый дицианиновый экран. Так он и поступал. К сожалению, это было ошибкой и приводило к тому, что пятна, изменение цвета которых без экрана стало бы очевидным, связывались им исключительно с вариациями текстуры ауры. В результате последнему свойству приписывалась большая значимость, нежели оно того заслуживало. Очень возможно, что в большинстве случаев изменения текстуры и цвета идут рука об руку. Но бывает и так, что цвета полосы пятно не меняет; в этих случаях единственным объяснением его появления остается изменение текстуры ауры. Если для всех полос дополнительного цвета пятно оказывается либо всегда ярче, либо всегда темнее их по тону, следует предположить, что изменение оттенка вызвано некоторой особенностью текстуры. Однако, если на фоне одной из полос пятно кажется светлым, а на фоне остальных выглядит темным, природа изменения скорее всего иная (см. с. 176). Бывает и так, что на фоне каких-то двух полос дополнительного цвета пятно выглядит светлым, а на фоне двух других — темным.

Возможно, в этом случае оно образовано сразу двумя аурическими цветами, порождаемыми главным образом ультрафиолетовыми лучами, которые по каким-то причинам не смешиваются обычным образом. Следующий пример служит хорошей иллюстрацией того, как изменение текстуры приводит к появлению в ауре темного пятна.

Пример 28. С., 53-летний мужчина, обследовался в октябре 1914 года. Не отличаясь особой крепостью, бедняга сильно страдал от каждого недуга. Он только что оправился от приступа радикулита, вызванного греблей, к которой его организм был непривычен, и от последовавшей за этим простуды. Пищеварение пациента было далеко не идеальным, к тому же он слишком много пил. Цвет его ауры был сине-серым. Внешняя аура, совершенно ясная и отчетливая, простиралась на 8 дюймов вокруг головы, $4\frac{1}{2}$ дюйма около туловища, 5 дюймов со стороны спины и на 3 дюйма около бедер и голеней. Внутренняя аура шириной 3 дюйма просматривалась хуже, чем обычно. Когда пациент повернулся боком, в ней обнаружилась зернистость в области поясницы, а также около правого подреберья. В остальном она выглядела нормально. *Все четыре полосы дополнительного цвета выявили на спине темное пятно*, покрывавшее два нижних грудных и все поясничные позвонки и выступавшее на 2 дюйма за границы тела с обеих сторон. Судя по виду тумана на фоне с.с. полос никакого локального окрашивания ауры в этой области не было, — следовательно, единственной причиной появления пятна могла быть только текстура. Спереди синяя с.с. полоса выявила темное пятно над печенью, и желтое над животом. Эти места отличались болезненностью и повышенной чувствительностью. При изучении пациента с помощью цветных экранов в положении «руки на талии», желтого цвета в ауре между телом и руками обнаружено не было. Если бы он проявился, пятно около спины, хоть и осталось бы темным на фоне синей с.с. полосы, скорее всего выглядело бы более светлым на фоне желтой.

Пятно может порождаться двумя и более цветами. У одного пациента синяя с.с. полоса выявила над крестцом крупное розоватое пятно. Из-за необычности цвета эта область была обследована с помощью трех других с.с. полос.

На фоне желтой пятно выглядело значительно светлее остальной полосы. Безусловно, оно не было чисто желтым и состояло из смеси других цветов, которые этой полосой не разделялись. На фоне красной и зеленой с.с. полос пятно выглядело красным, хотя оттенок его был разным (к сожалению, описать нюансы этого различия почти невозможно). Кроме того, на фоне каждой из этих полос размеры и форма пятна тоже немного различались.

Единственное правдоподобное объяснение заключается в том, что пятно было многоцветным и содержало как минимум два цвета (определенно в нем были красный и желтый), которые проявлялись с помощью разных с.с. полос. Если бы розовое пятно совсем не содержало ультрафиолетовых лучей, его поведение на фоне красной и зеленой полос дополнительного цвета было бы необъяснимым.

Нередко при работе с синей с.с. полосой в ауре одного и того же человека наблюдаются как темные, так и желтые пятна. Гораздо реже желтые пятна встречаются в компании со светлыми. И только один раз за всю свою практику при работе с синей полосой дополнительного цвета автор наблюдал в ауре пациента одновременно и желтые, и темные, и светлые пятна. Этим пациентом оказалась истерическая женщина, описание ауры которой дается в другой главе.

Патологическое изменение текстуры, приводящее к появлению темных пятен на фоне полос дополнительного цвета, всегда связано с грубозернистым состоянием внутренней ауры. По крайней мере, весь предшествующий опыт это подтверждает. Принимает ли в этом процессе какое-либо участие внешняя аура, пока неясно. В то же время при обнаружении в ауре светлого пятна на фоне синей с.с. полосы автору до сих пор ни разу не удалось совершенно исключить возможность тех или иных цветовых изменений, чтобы с уверенностью связать появление светлого пятна только с изменениями текстуры. Теоретически изменение субстанции ауры может служить причиной, однако получить неоспоримое доказательство этого факта исключительно трудно из-за того, что глаза наблюдателя, как правило, утомляются еще до завершения осмотра, да и пациенты обычно возражают против слишком продолжительных исследований, поскольку

приходят на осмотр чаще всего с диагностическими, а не с экспериментальными целями.

Четвертый рассматриваемый фактор, а именно цвет ауры, имеет более веские основания считаться причиной обсуждаемых изменений, поскольку пятна, цвет которых отличен от цвета остальной части с.с. полосы, встречаются постоянно. При работе с синей с.с. полосой чаще всего наблюдаются желтые пятна, за ними по частоте следуют пятна неопределенно розового оттенка. Оттенки желтых пятен варьируются от прозрачно-лимонного до самого темного оттенка римской охры. Помимо розовых оттенков, разнообразия которых столь же велико, встречаются также тона, не поддающиеся описанию. Очевидно, они представляют собой смесь ультрафиолетовых цветов. Возникает вопрос: если эти локально проявляющиеся цвета имеют ту же природу, что и остальные аурические цвета, почему их нельзя наблюдать иначе, как с помощью полос дополнительного цвета? Частично мы уже ответили на этот вопрос на страницах 164–165. В редких случаях цветные пятна удавалось заметить над телом (но не сбоку от него), однако без с.с. полосы они всегда видны слишком нечетко, чтобы их описать. Не исключено, что для их наблюдения нужен более тренированный или лучше адаптированный глаз. Одно время автор полагал, что выявлять эти пятна без обращения к утомительной процедуре частичного цветового ослепления глаз помогут цветные экраны, но из этого ничего не вышло. О причинах сего будет сказано чуть позднее.

При обсуждении гипотезы дополнительного спектра в главе IV мы уделили немалое внимание вопросу изучения ауры в пространстве между телом и руками, когда исследуемый человек стоит в положении «руки на талии» лицом к наблюдателю. Результаты оказались в высшей степени интересными, однако их противоречивость не позволила привести их к какой бы то ни было разумной систематизации. Тем не менее, в процессе изучения ауры через цветные экраны удалось заметить две важные закономерности: во-первых, в ауре здоровых людей преобладает синий цвет и, во-вторых, при болезни в ауре всегда появляется примесь желтого.

Аура здорового человека при изучении через желтый или оранжевый экран, как правило, сохраняет свой естественный синий или сине-серый цвет, но при использовании очень темных экранов тех же цветов обычно приобретает легкий красный или фиолетовый оттенок. Зеленый экран либо не изменяет естественной окраски ауры, либо делает ее чисто синей. Воздействие на ауру темно-синего экрана оказывается довольно неожиданным: через него аура почти всегда получает синий оттенок нового качества, который совершенно не похож на цвет самого экрана. Иногда при работе с каким-нибудь из цветных экранов к синему цвету ауры может без смещения добавляться красный, желтый или зеленый, но при этом они редко бывают видны четко. У слабых от рождения, ослабленных по какой-либо причине или болеющих в момент обследования людей аура при изучении через цветные экраны обычно в той или иной степени меняется — чаще всего в ней появляются красный, желтый или зеленый цвета, поодиночке или в комбинациях. Желтый в этих случаях присутствует почти всегда и обычно доминирует над красным и зеленым. Он может быть и светло-желтым, но чем хуже здоровье пациента, тем ближе он к самому темному оттенку римской охры.

Наиболее практичным из всех экранов оказывается синий — при недостатке времени его одного достаточно, чтобы выявить в ауре примесь желтого. В остальных случаях по возможности следует изучать ауру через все экраны, поскольку с их помощью иногда удается заметить весьма неожиданные эффекты. Через синий экран аура в пространстве между руками и туловищем часто выглядит в целом синей; при этом оттенок внутренней ауры обычно немного отличается от оттенка внешней — как правило, он более темный или более теплый. Иногда внутренняя аура выглядит желтой, тогда как внешняя сохраняет синий цвет. Наконец, возможен случай, когда во внешней ауре тоже появляется примесь желтого или она становится желтой целиком. Во всех названных случаях желтого цвета во внешней ауре не может быть больше, чем во внутренней. Также верно и то, что до тех пор, пока внутренняя аура сохраняет синюю окраску, желтый цвет никогда не примешивается к оттен-

ку внешнего тумана. Из этого можно с уверенностью заключить, что внутренняя аура «желтеет» чаще и в большей степени, нежели внешняя. Как уже говорилось, внутренняя аура сильнее всего подвержена локальным изменениям, поэтому в ней так часто появляются желтые пятна.

Когда наблюдатель изучает цвет ауры в пространстве между телом и руками, он находится в благоприятных условиях: помимо большой глубины ауры, ему помогает черный фон. Но когда он пытается увидеть на теле пациента желтые пятна, условия безусловно хуже, поскольку кожа менее пригодна в качестве фона, поэтому разглядеть на ней желтые пятна гораздо труднее и для их обнаружения требуются более чувствительные методы. Вот почему ранее говорилось, что окрашиванию тела цветом с.с. полосы не следует придавать слишком большого значения (см. с. 166).

В некоторых случаях, когда дополнительный цвет индуцировался с помощью прозрачных цветных экранов, возникшая в поле зрения с.с. полоса выглядела как бы выступающей на несколько дюймов над телом пациента, и если была горизонтальной, то вдобавок казалась выпуклой в сторону наблюдателя. Этот феномен всегда возникал неожиданно, и автору ни разу не удалось повторить его сознательно, путем фокусировки глаз на плоскости перед пациентом. Более того, когда феномен проявлялся, автору не удавалось «отодвинуть» полосу на свое место, и для исправления ситуации ему приходилось снова смотреть через прозрачный экран первичного цвета для создания на сетчатке нового послеобраза. Впрочем, с практической точки зрения феномен оказался совершенно бесполезным: искривленная с.с. полоса всегда выглядела расплывчато-туманно и никогда не обнаруживала ни малейших намеков на пятна.

Поскольку дополнительные цвета не возникают в воздухе и требуют для своего проявления какого-то фона, феномен наблюдения с.с. полосы на некотором расстоянии перед телом пациента имеет особое значение. Он доказывает, что около человека присутствует некая субстанция, похожая на пар или газ, которая и выполняет роль этого фона. Ею может быть только аура.

Глава VII

Внешняя аура при болезнях

Если верна теория о том, что силы, генерируемые в человеческом теле, являются первопричиной существования вокруг него среды, которая при определенных условиях становится видимой и известна под названием ауры, логично предположить, что при болезни эти силы изменяются. У здоровых людей, с известной поправкой на возраст и пол, как внешняя, так и внутренняя ауры в определенных пределах очень похожи; различия между ними объясняются лишь индивидуальными особенностями.

Очень трудно представить себе такое отклонение от здорового состояния, которое бы не затронуло ни одну из аурических сил и, следовательно, вообще не повлияло на ауру. Если болезнь носит чисто локальный характер, изменение в ауре скорее всего будет локальным, но если пациент страдает общей патологией, так или иначе должна быть затронута вся аура. Процесс выздоровления, наоборот, может вернуть ее к первоначальному состоянию (см. примеры 18 и 48).

Иногда изменения в ауре кажутся не соответствующими серьезности болезни, поскольку многие подобные изменения слишком тонки для регистрации известными сегодня грубыми методами. Но можно не сомневаться, что в будущем появятся более утонченные методы наблюдения аур, благодаря которым круг наблюдаемых аурических нарушений значительно расширится. А пока, как правило, мы замечаем в ауре только изменение ее формы и размера, сопровождающееся изменением цвета и текстуры.

Аура любого здорового человека при изучении ее спереди или сзади всегда симметрична. Единственное исклю-

чение во всей книге — пример 51¹. При изучении сбоку ширина здоровой ауры перед грудью и около спины будет различной. При осмотре больного пациента, до тех пор пока сохраняется характерная форма его ауры, невозможно точно определить, изменились ли ее размеры по сравнению с теми, которые она имела в здоровом состоянии, если только у вас не было случая изучить ее до или после болезни (см. примеры 18 и 48). Следует помнить, что даже если пациент осматривался до болезни, наблюдаемые отклонения от размеров здоровой ауры могут быть только кажущимися и вызываться тем или иным изменением текстуры, которая сильно влияет на визуальное восприятие ауры.

Главное внимание в этой главе будет уделено случаям, в которых форма всей ауры или большей ее части изменена по сравнению с нормальной для человека данной конституции. Первым рассматриваемым нами отклонением от типичной ауры станет очень распространенная особенность, ярче всего выраженная у женщин (исключительно по причине данного им от природы объема ауры). Она заключается в том, что при сохранении общей симметрии ауры, вместо того чтобы плавно сужаться книзу и достигать минимальной ширины где-нибудь не выше колен (как это бывает в случае здоровой ауры), она внезапно сжимается до предела уже на уровне нижней части туловища или немного ниже. Пользуясь ботанической терминологией, назовем эту форму *лопатообразной*. При изучении в профиль такая аура может иметь обычную или несколько большую ширину перед туловищем, в то время как сзади в ней будет наблюдаться заметная выпуклость в области поясницы. Обычно такое расширение ауры начинается около плеч и резко заканчивается на том же уровне, где наблюдается ее сужение по бокам от туловища. Ниже она уже просто повторяет контуры тела. Что касается внутренней ауры, в этом случае она сохраняет форму и размеры, типичные для здоровых людей.

¹ В первой редакции книги приводилось два примера несимметричных аур у здоровых людей, однако в одном из описанных случаев пациент имел ранее эпилептический припадок, о котором не признался в момент осмотра.

Лопатообразный тип ауры почти наверняка предполагает истерический темперамент, и чем ярче выражена его форма, тем достовернее диагноз. Хотя лопатообразная аура чаще всего встречается у взрослых женщин, ее проявление далеко не ограничивается их кругом: автор наблюдал ее и у девочки 8-летнего возраста, и у мальчиков 6 и 12 лет, и у взрослых мужчин. Во всех этих случаях лопатообразная форма ауры проявлялась настолько ярко, насколько это позволяют нормальные очертания аур девочек, мальчиков и мужчин. В каждом случае аурический туман по бокам от туловища был шире, чем обычно, в то время как на уровне бедер он становился обычным или даже зауженным. Этих примеров вполне достаточно, чтобы ответить на вопрос о присутствии истерической формы ауры среди представителей обоих полов.

Заметить лопатообразную ауру у девушек переходного возраста или у юношей удается нечасто, тем не менее не исключено, что ее наличие иногда ускользает от наблюдателя ввиду некоторого сходства с характерными изменениями, происходящими в этот период с аурой. Наблюдая девушку в переходном возрасте, особенно в его начале, очень часто бывает трудно определить, лопатообразная ли у нее аура или нет. Возможное переходное состояние женской ауры обычно определяется по начавшемуся расширению тумана по бокам от туловища. Отсюда и трудности с разрешением вопроса о том, была ли аура девушки от рождения расширена сверх обычного около талии или заужена на уровне верхней трети бедер, как бывает в случае типично истерической ауры. В одном, казалось бы, многообещающем случае автор внимательно изучал ауру не по годам развитой девочки 12 лет, которая уже обладала первыми признаками переходного состояния. Поскольку у девочки в это время проявлялись истерические тенденции, автор ожидал увидеть как минимум ненормальную выпуклость внешней ауры сзади в области поясницы. Однако ни намек на такой выступ, ни малейших признаков лопатообразной ауры при осмотре так и не обнаружилось.

Как показывает опыт, обращенный наружу изгиб в области поясницы является неизменным атрибутом лопато-

образной ауры. В типичном случае этот выступ начинается где-то на уровне плеч, продолжается вдоль спины и сужается под ягодицами. Он является почти обязательным признаком истерического характера для обоих полов, причем у мужчин и детей оказывается иногда единственным наблюдаемым в ауре изменением, выдающим истерию.

Девушки с повышенной возбудимостью, у которых близкие люди отзываются как о «несколько истеричных», даже если они никогда серьезно не болели, проявляют тенденцию к лопатообразным аурам. С другой стороны, неистеричные от природы женщины, испытавшие под гнетом трудностей или вследствие пережитой смерти близкого человека нервный упадок, не обладают аурами этого специфического типа. Яркий пример такой ситуации с молодой женщиной будет описан несколько позже (пример 35).

Пример 29 (рисунки 18). Д.Х., высокая девушка, пришедшая на осмотр за два месяца до своего 17-летия, производила впечатление сущего скелета, хотя еще за пять месяцев до этого выглядела вполне упитанной. Истощение развивалось постепенно, безо всяких видимых причин, ибо все органы пациентки были в полном порядке. Уже несколько месяцев у девушки не было менструаций, которые начались у нее в 14 лет. Она выглядела подавленной и апатичной, хотя на боли не жаловалась. Жизнь этой девушки — единственного ребенка в семье невротических родителей — была далека от благополучия. В ее серой ауре почти не просматривалось голубого цвета, что выдавало ее невысокий тип. Ширина внешней ауры составляла 7 дюймов вокруг головы и 8 дюймов около туловища. Такую ауру вполне можно было классифицировать как обычную для девушки этого возраста, если бы не ее лопатообразная форма: вскоре за нижней границей туловища она резко сужалась до $4\frac{1}{2}$ дюйма, а к лодыжкам ее ширина уменьшалась вообще до 3 дюймов. При изучении сбоку ширина ауры перед туловищем едва достигала 4 дюймов; ниже, на уровне ног, она была и того меньше. Сзади, напротив лопаток, ее ширина составляла тоже 4 дюйма, но начиная с этого уровня она резко выгибалась наружу, а затем вновь сужалась, возвращаясь к прежней ширине точно под ягодицами. Далее книзу ее ширина еще немного уменьша-

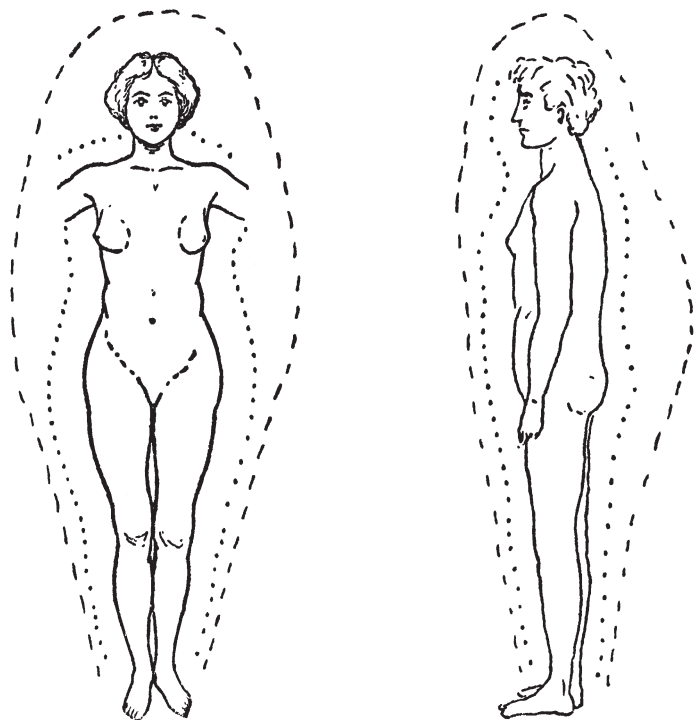


Рис. 18. Истеричная аура.
Неестественная форма ауры за спиной

лась. Максимальная ширина выступа достигала 9 дюймов, что само по себе удивительно для девушки такого возраста, тем более что ее спина отличалась особенной прямизной. Внутренняя аура проявляла обычную полосчатость при ширине около 3 дюймов вокруг туловища и чуть меньше около нижних конечностей. Поставив пациентку в положение «руки на талии» и используя различные цветные экраны, автор обнаружил в треугольнике между руками и телом больше желтого цвета, чем обычно бывает в ауре здоровых людей.

Описанный случай являет идеальный пример лопатообразной ауры — настолько выразительный, что эту особенность легко разглядела даже тетя девушки, которая привела

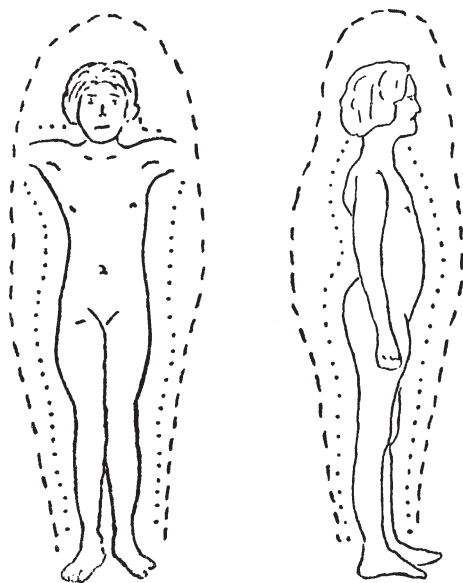


Рис. 19. Маленькая девочка. Истеричная аура

ее на осмотр. Пациентке назначили общий массаж, усиленное питание и т.п. Девушка оплатила только один визит, но от ее друзей автор впоследствии узнал, что она снова обрела хорошее здоровье и восстановила прежний вес.

Изучая некоторых детей с точки зрения влияния наследственности на размеры детских аур, автор обнаружил несколько случаев ранней лопатообразной ауры.

Пример 30 (рисунки 19). Е.Х., девочка неполных 8 лет, исследовалась в 1910 году. Веселая и сообразительная по натуре, легковозбудимая, девочка происходила из семьи, оба родителя в которой были типичными невротиками (см. таблицу I). Цвет ее ауры был голубовато-серым. Внутренняя аура имела ширину $1\frac{1}{2}$ дюйма при нормальной полосчатости. С левой стороны вдоль всего туловища она выглядела особенно яркой, очень напоминая псевдолуч (с. 75). Но скоро этот луч угас и аура вернулась к своему нормальному состоянию. Вообще, наблюдая за внутренней аурой девоч-

ки, автор заметил, что в ней то и дело возникали области локального усиления яркости, из которых, казалось, вот-вот должны «выстрелить» лучи, но до полного их развития дело так и не доходило. Внешняя аура вокруг головы выглядела чуть шире, чем около плеч. Когда девочка положила руки на шею, аурический туман по бокам от туловища достигал ширины 4 дюймов, но почти сразу за лобковой областью сужался менее чем до 3 дюймов, продолжаясь далее вниз обычным образом. Определить его точную ширину было непросто, поскольку его граница, особенно около нижних конечностей, выглядела очень нечеткой. При изучении в профиль внешняя аура перед туловищем едва достигала ширины 3 дюйма, зато со стороны спины она заметно выгибалась наружу. Изгиб начинался на уровне плеч и заканчивался чуть ниже ягодиц, достигая максимальной ширины 6 дюймов около поясицы. Цвет с.с. полосы сохранялся одинаковым над всем телом. Девочка обладала широкой для своего возраста аурой, что особенно удивительно, если учесть, что ауры всех членов ее семьи были узкими. Она являла собой типичный образец инфантильной лопатообразной ауры.

Пример 31 — случай ярковыраженной ауры рассматриваемого типа. На осмотр привели подвижного, легковозбудимого от природы мальчика 12 лет, довольно болезненно-го на вид, но никогда не страдавшего серьезными недугами. Отец мальчика обладал таким же, как у сына, темпераментом, а у матери была склонность к истерии. Мальчик оказался жертвой весьма странных приступов, первый из которых случился двумя годами ранее, второй — за год до осмотра, а третий — всего за неделю. Приступы начинались всегда неожиданно и выражались в полной потере индивидуальности. При этом мальчик сохранял понимание происходящего, но все вокруг становилось для него каким-то далеким и совершенно выпадало из круга его интересов. Заканчивались приступы так же неожиданно, как и начинались, и он снова чувствовал себя как прежде. Мальчик подробно описал последний приступ, который случился с ним в школе. В этот момент он всех узнавал и помнил все, что говорилось и происходило. Он даже ответил, как попугай, на вопросы домашнего задания, но был совершенно неспо-

собен усвоить ничего нового. Мальчик также добавил, что самым необычным для него в этот момент было ощущение времени — полчаса или час казались ему растянувшимися как минимум на три часа.

Аура мальчика имела синий цвет и была очень четкой. Внешняя аура простиралась на $6\frac{1}{2}$ дюйма вокруг головы и на 5 дюймов по бокам от туловища, будучи симметричной с обеих сторон. На уровне нижней части туловища она сужалась до 3 дюймов и сохраняла эту ширину вплоть до лодыжек. При изучении в профиль ее граница проходила всего в 3 дюймах перед туловищем, но сзади сильно выгибалась наружу, удаляясь от тела на 6 дюймов. Изгиб начинался около лопаток и заканчивался на том же уровне, где фиксировалось сужение ауры по бокам от туловища. Далее вниз аура продолжалась обычным образом. Внутренняя аура, обладавшая хорошо заметной полосчатостью, имела ширину около 2 дюймов вокруг всего тела. Полосы дополнительного цвета не обнаружили в ауре никаких пятен.

Типично лопатообразная аура этого мальчика настолько похожа на аналогичные ауры взрослых мужчин, что дополнительно приводить подробные описания последних нет смысла.

В тесном родстве с описанными случаями находится еще одна группа пациентов, которые во всем похожи на первых, за исключением одной важной детали, а именно: их истеричное состояние развилось в результате сильного нервного потрясения или травмы. Назовем эти состояния травматической истерией. Очень интересен вопрос: обладали ли такие пациенты аурой лопатообразного типа еще до получения травмы? Скорее всего, ответ на него положительный, хотя неопровержимых свидетельств этому пока еще не получено. Известно, что из 20–30 человек, испытывавших подобные травмы, только у одного впоследствии появляются симптомы истерии, тогда как нервная система остальных остается нормальной. Этот факт явно свидетельствует в пользу гипотезы конституциональной предрасположенности. Самым юным пациентом с ярковыраженной аурой лопатообразной формы, пришедшим на прием после подобной травмы, был 6-летний мальчик (пример 34).

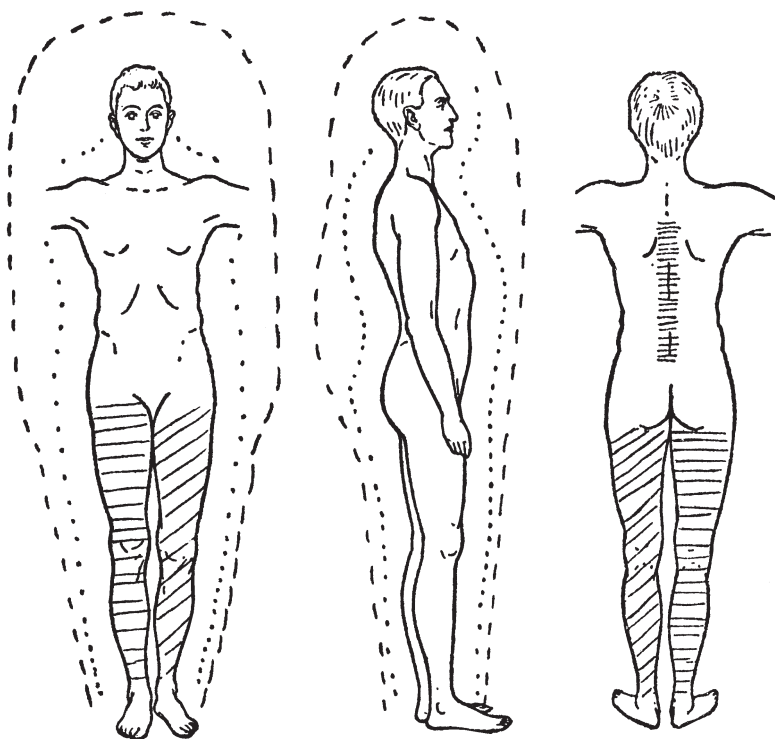


Рис. 20. Травматическая истерия

- ≡ Темные области на фоне с.с. полос
 /// Светлые области на фоне с.с. полос

Столь раннее проявление лопатообразной ауры после травмы, сопровождаемое к тому же сыпью нервного происхождения, — дополнительный аргумент в пользу врожденной невротической склонности подобных пациентов.

Пример 32 (рисунок 20). N., отставной офицер, пришел на осмотр после ранения в плечо, полученного во время Южноафриканской войны. Вызванный ранением болевой шок стал, по-видимому, причиной серьезных функциональных нарушений в сердце, которые потребовали полного покоя на протяжении довольно длительного времени. Попытки вернуться на службу, предпринятые им впоследствии один или

два раза, привели лишь к продлению инвалидности и закончились окончательным списанием в запас. После отставки дела пошли еще хуже. К моменту осмотра мужчина уже не мог держаться на ногах без палки, а любое физическое и моральное напряжение быстро его утомляли. Он консультировался у многих ведущих врачей Лондона.

Его внешняя аура выглядела почти столь же ярко, как у здоровых людей, но для мужчины была чересчур лопатобразной. Она простиралась на 9 дюймов вокруг головы и на 6 дюймов по бокам от туловища, резко сужаясь за его нижней границей всего до 3 дюймов на уровне ног. В профиль она имела ширину 3 дюйма перед туловищем, но сзади, начиная прямо от плеч, ее граница сильно выгибалась наружу. Выступ, достигавшей в самой широкой части 7 дюймов, заканчивался сразу под ягодицами. Около ног ширина ауры уже не превышала 3 дюймов. Внутренняя аура оказалась очень слабой, с едва угадываемой полосчатостью. Она имела ширину около 3 дюймов вокруг головы и $2\frac{1}{2}$ дюйма вокруг остальных частей тела.

Полоса дополнительного цвета выявила над позвоночником узкое длинное пятно шириной около 2 дюймов, которое тянулось от четвертого грудного до второго поясничного позвонка. Цвет с.с. полосы над всей правой ногой оказался темнее, чем над туловищем, в то время как над левой, наоборот, светлее. Продолжения полосы за границу нижних конечностей проявляли себя аналогичным образом: около левой ноги край полосы выглядел более бледным, около правой, наоборот, более темным. Осмотр проводился быстро, поскольку стоять больше нескольких минут пациент не мог. Его правая нога была слабее левой; коленный рефлекс на обеих ногах проявлялся в равной степени чрезмерно.

Пример 33 (рисунки 21). Д., худощавая женщина 45 лет, работала на одном месте служанкой целых 27 лет. Ее хозяйка отзывалась о ней как о легковозбудимой, но все-таки неистеричной женщине. До января 1914 года пациентка была совершенно здоровой, пока не случилось несчастья — она упала со стула и повредила себе спину. Все надеялись, что через несколько дней она поправится, но этого, к сожалению,

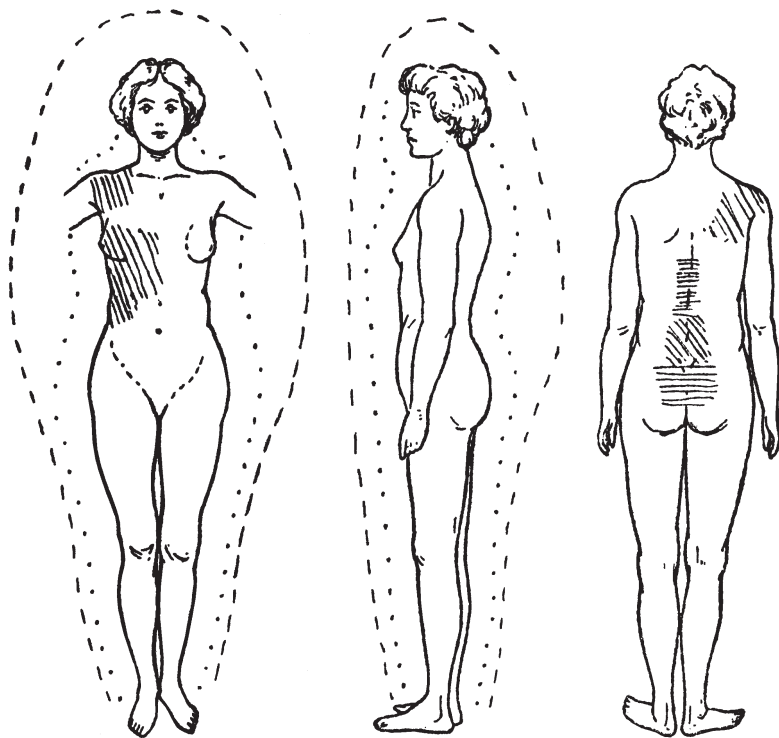


Рис. 21. Травматическая истерия

- ≡ Темные области на фоне с.с. полос
 \\\ Желтые области на фоне с.с. полос

нию, не случилось. После лечения в двух или трех больницах ее состояние только ухудшилось.

Осмотр, проведенный еще до начала расспросов и обычного медицинского обследования, сразу обнаружил у женщины лопатообразную форму ауры, которая оказалась довольно узкой, но имела вполне обычную яркость. Она простиралась на 7 дюймов вокруг головы и на 8 дюймов по бокам от туловища, сжимаясь до 3 дюймов на уровне ног. Внутренняя аура имела ширину $2\frac{1}{2}$ дюйма вокруг всего тела, за исключением правой стороны, где она расширялась до 4 дюймов и выглядела грубозернистой. Зернистая часть

ауры охватывала правую сторону туловища спереди и сзади. Возможно, локальное расширение внутренней ауры было только кажущимся и объяснялось расстройством прилегающих частей внешней ауры. Никакой полосчатости в этой области не наблюдалось, хотя в остальной ауре она была вполне нормальной.

Как и всегда при истерии, полоса дополнительного цвета выявила в ауре немало локальных пятен. Над спиной находилось большое многоцветное пятно, тянущееся от шестого грудного позвонка до нижней части крестца. Центральная часть пятна была желтого цвета, а его верхний и нижний края выглядели темными. Над правым плечом женщины висело желтое пятно, заметное с обеих сторон, а спереди над правой стороной туловища — еще одно желтое пятно, начинающееся над грудью и опускающееся до уровня пупа. Внутренняя граница пятна была резкой и совпадала с осевой линией тела. Женщина жаловалась на сильную боль в спине и в правой половине грудной клетки.

Пример 34. А.И., 6-летний мальчик, обследовался в начале 1916 года. До июля предыдущего года он был вполне здоров. Живой и довольно возбудимый, он был далеко не тем ребенком, которых обычно называют нервными детьми. Однако родители давно заметили у мальчика одну странную особенность: стоило ему переволноваться или испытать легкое недомогание, скажем, простудиться, как на его теле немедленно появлялись высыпания. Не будем описывать эту сыпь подробно, скажем лишь, что она покрывала большие участки тела и отчасти напоминала красную проказу (*Lepa gibra*). В случае простуды сыпь сохранялась несколько часов, но если причиной ее появления было только эмоциональное перевозбуждение, она исчезала буквально через несколько минут, от силы через полчаса.

В июле 1915 года мальчик сломал руку около локтя и оказался в больнице, где его странная сыпь вызвала у врачей большой интерес. После этого случая мальчик сделался очень нервным, возбуждающимся от малейшего шума и избегающим темноты. Он разучился многому из того, что уже умел делать, — ребенка словно подменили. Никаких невротических склонностей у его родителей не было.

Обе ауры мальчика оказались довольно яркими, причем внешняя чем-то напоминала переходную ауру, характерную для девочек 16 лет, за исключением того, что ее сужение на уровне ягодиц было более резким. Ее ширина вокруг головы и туловища составляла 5 дюймов, около бедер и ног — 4 дюйма, перед туловищем — 4 дюйма, напротив поясницы — $6\frac{1}{2}$ дюйма. В целом для его возраста она была довольно широкой. Полоса дополнительного цвета не выявила почти ничего, за исключением одного желтого пятна сзади над шеей — между третьим и седьмым шейными позвонками. Интересно, имеет ли это пятно какую-то связь с необычной сыпью? (Ср. с примерами 77, 78 и 79.)

Хотя во всех наблюдавшихся автором случаях истерии форма ауры пациентов всегда была лопатообразной, тем не менее в его практике было несколько сходных по симптоматике случаев, когда, несмотря на все ожидания, форма ауры оказывалась нормальной. Следующий пример хорошо иллюстрирует эту ситуацию.

Пример 35. Н., 25-летней женщине, когда ей было еще 18 лет, пришлось полтора года ухаживать за больным родственником. Работая в то время от зари до зари, девушка не имела времени спокойно отдохнуть даже ночью. В результате после смерти родственника у нее началось расстройство на нервной почве, превратившее ее из красавицы в хмурую тень. Природа наделила ее дружелюбным характером, и это свойство, к счастью, не исчезло. Женщина обладала гармонично сложенным телом, но страдала недоразвитием матки (за всю жизнь у нее было только три менструации). Когда-то в деревенской больнице ей сделали какую-то операцию, о которой она почти ничего не помнит. Кожа вокруг глаз пациентки была сильно пигментирована и имела фиолетовый оттенок, отчего издали ее глаза казались совершенно черными. На первый осмотр женщина пришла с функциональным параличом правой половины тела, выражающимся в почти полной потере чувствительности от ключицы до самого низа. Без палочки ей удавалось сделать лишь несколько шагов. Лечение вскоре восстановило нормальную чувствительность конечностей, и женщина смогла снова ходить.

Интересно, что пораженное бедро было на 2 дюйма шире в обхвате, чем здоровое; небольшому расширению подверглась и голень пораженной ноги. Это утолщение, вызванное не отеком, а жировыми отложениями, исчезло буквально за несколько месяцев после выздоровления, и обе конечности стали симметричными. Через год имел место небольшой рецидив, который вскоре закончился. Надо заметить, что во время болезни пациентка все время думала о выздоровлении, не пренебрегая ничем, что могло бы ей помочь, и никогда никого не старалась разжалобить.

Первый раз ее аура изучалась в январе 1909 года, затем в ноябре 1915 года. Описание первого осмотра можно смело опустить, поскольку в то время автор еще не умел отделять внутреннюю ауру от внешней, а общая форма тумана ко второму осмотру почти не изменилась.

При осмотре в 1915 году пациентка чувствовала себя хорошо, хотя была несколько замедлена в движениях, но ее мышление уже вернулось к норме. Обе ауры просматривались довольно ясно, хотя внутренней определенно не хватало отчетливости по сравнению с обычными здоровыми аурами. Ее полосчатость замечалась без труда. Ширина внутренней ауры составляла $3\frac{1}{2}$ дюйма около туловища и чуть меньше вокруг конечностей. Внешняя аура обладала формой идеального овоида и простиралась на $9\frac{1}{2}$ дюйма вокруг головы, на 11 дюймов по бокам от туловища и постепенно сужалась книзу до $4\frac{1}{2}$ дюйма на уровне лодыжек. При изучении в профиль она имела спереди ширину 5 дюймов до самого низа, а со спины — $4\frac{1}{2}$ дюйма на уровне плеч и 7 дюймов в самой широкой части напротив поясницы, причем ее граница опускалась вниз безо всяких признаков выпуклости. Отенок с.с. полосы над всей поверхностью тела оставался постоянным — в ауре не оказалось ни единого пятнышка. При осмотре через цветные экраны в цвете ауры также не было выявлено ничего необычного.

Пример 36. Пациентка, недавно проходившая обследование, обладала исключительно интересной аурой: в фас она выглядела нормально, а в профиль была широкой спереди и в то же время имела сильно развитый выступ истерического типа сзади, который начинался чуть ниже плеч и

заканчивался под ягодицами. Горизонтальное сечение ауры, соответствующее фрагменту d на рисунке 23, хорошо иллюстрирует необычную форму этого выступа, который как бы концентрировался к осевой линии тела.

Н., несчастная 62-летняя женщина, пришла на обследование в мае 1915 года. Крепкого здоровья она никогда не знала. Женщину очень беспокоила охватившая планету война. К тому же не так давно ее семья постигло горе. Постоянные переживания привели ее в конце концов к полному упадку сил. Независимо от того, сидела она или стояла, ей все время казалось, что она вот-вот свалится, — пол и стены словно плавали у нее перед глазами. Женщина жаловалась на головные боли, тошноту, странные ощущения во всем теле и бессонницу. При этом она выглядела настолько эксцентрично, что порой казалось, что рассудок оставляет ее. Мать пациентки была душевнобольным человеком. Обследование не обнаружило у женщины никаких органических повреждений, могущих служить причиной подобных симптомов, поэтому весь диагноз сводился к неврастении. Лечение быстро поправило ее здоровье. Через несколько дней женщина уже могла вставать с постели и выполнять несложную работу в пределах комнаты. Через одну-две недели она полностью выздоровела.

При осмотре обе ее ауры выглядели вполне ясно. Внешнюю ауру сближал с лопатообразными огромный выступ напротив поясницы, который начинался от самых плеч и заканчивался чуть ниже ягодиц. Эта особенность явно указывала на истерический тип. Внутренняя аура обладала довольно грубой полосчатостью, была четкой, но в целом выглядела очень своеобразно. Весьма вероятно, что аура пациентки являла собой промежуточный тип между нормальными и типично лопатообразными аурами.

Осмотр с помощью с.с. полосы выявил на спине пациентки два желтых пятна, одно из которых находилось слева от позвоночника, на уровне четвертого—шестого грудных позвонков, другое — над двумя нижними поясничными позвонками и верхней частью крестца. Еще одно пятно было обнаружено над правым бедром, в том месте, где пациентка пожаловалась на особую болезненность. При осмотре

спереди с.с. полоса выявила светлое пятно в надчревной области, связанное, очевидно, с процессом пищеварения, так как никаких иных причин в поле зрения не было. Кроме того, в нижней части брюшной полости с правой стороны было замечено еще одно, на этот раз темное, пятно. Все места, над которыми были обнаружены пятна, отличались болезненностью или повышенной чувствительностью.

Аура имела голубовато-серый цвет и представлялась невооруженному глазу симметричной с обеих сторон. Тем не менее цветные экраны позволили увидеть различие между двумя ее половинами: через зеленый экран правая сторона выглядела синей, тогда как левая — зеленоватой и более плотной; через синий экран внутренняя аура с левой стороны имела оттенок желтой охры, тогда как справа выглядела более светлой и менее желтой.

Возвращаясь к спинному выступу, следует заметить, что, помимо обычной связи с лопатообразными аурами, он может встречаться и при других обстоятельствах. Некоторые его формы наблюдаются при органических повреждениях, другие указывают на легковозбудимый темперамент, не обязательно обусловленный невротическим типом нервной системы. Все виды органических нарушений центральной нервной системы сопровождаются спинным выступом того или иного типа, а его отсутствие — сильный аргумент против таких нарушений. Одна из разновидностей спинного выступа, которую можно назвать дугообразной, отличается тем, что аура начинает выгибаться наружу уже за головой, достигает максимальной ширины на уровне поясницы и окончательно сужается не раньше коленей, а чаще всего только к лодыжкам.

Если в ауре пациента, стоящего лицом или спиной к наблюдателю, присутствуют односторонние нарушения, здоровая половина ауры служит тем эталоном, с которым можно сравнивать размеры, текстуру и другие особенности измененной стороны. Если же пациент изучается в профиль, отсутствие симметричного эталона для всякого сужения или расширения становится серьезным препятствием. При этом приходится учитывать возможные вариации, встречающиеся в аурах здоровых людей, а также в огромной степени опи-

раться на собственный опыт, по памяти сравнивая наблюдаемую ауру с известными здоровыми образцами.

В целом изучение аур мужчин и девочек в доподростковом возрасте больших трудностей не представляет, поскольку их ауры вокруг всего тела приблизительно одинаковы. С женщинами и с девушками переходного возраста ситуация значительно усложняется, без стандартных эталонов здесь просто не обойтись. Лучшее, что может посоветовать автор, невзирая на очевидные возражения, — измерять ауру в относительных величинах, выбрав в качестве единицы ее ширину в самой широкой части сбоку от туловища. В этом случае ширина ауры перед телом и за спиной будет выражаться соответствующими долями от единицы. Для здоровой женской ауры относительная ширина перед телом будет близка к $\frac{1}{3}$, но иногда может достигать $\frac{1}{2}$. За спиной она редко превышает $\frac{2}{3}$, за исключением аур невротических женщин; превышение этого значения, несомненно, указывает на патологию. Быстрое изменение ауры девушек переходного возраста еще сильнее усугубляет проблему и требует от наблюдателя специальных допущений, касающихся этапа, на котором эта аура находится в своем приближении к взрослой овоидной форме. За всю свою практику автор ни разу не наблюдал крупномасштабного сужения ауры со стороны спины или перед телом — такое нарушение если и встречается, то очень редко.

Пример 37 (рисунок 22). В., незамужняя женщина 46 лет, пришла на осмотр ауры после продолжительной болезни. При изучении спереди ее аура серо-синего цвета выглядела средней по форме и размерам. Она простиралась на 8 дюймов вокруг головы и туловища, сужаясь до 4 дюймов к лодыжкам. Когда женщина повернулась боком, в глаза бросился выступ за спиной, начинающийся прямо от макушки и заканчивающийся только около ступней, где ширина ауры составляла 4 дюйма. В самой широкой части выступа аура была вдвое шире. Граница ауры перед телом проходила всюду в 4 дюймах от его поверхности. Внутренняя аура оказалась узкой, шириною всего 2 дюйма, и очень неопределенной, из-за чего полосчатость удалось разглядеть только с левой стороны. Полоса дополнительного цвета выявила

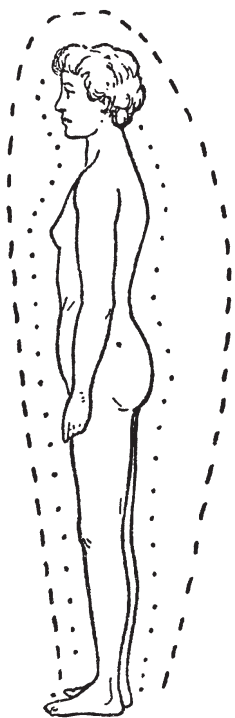


Рис. 22. Дугообразный спинной выступ

в ауре темное пятно над шестым–седьмым грудными позвонками, желто-охристое пятно над десятым–двенадцатым грудными позвонками и узкое пятно над крестцом. На передней поверхности тела тоже обнаружилось темное пятно над правым подреберьем, но не настолько темное, как пятно над спиной. Вдобавок к этому оказалось, что левое бедро женщины имеет более темный оттенок, чем правое.

Женщина работала школьной учительницей. Ее болезнь (рассеянный склероз) началась, по ее словам, в 1911 году после сильного гриппа. Незадолго до осмотра женщина лечилась в университетской больнице. Но болезнь прогрессировала. Во время осмотра женщина чувствовала себя очень слабой, стоило ей закрыть глаза, как ее начинало качать, походка была нетвердой. Коленный рефлекс проявлялся

чрезмерно. Нистагма еще не наблюдалось, но зрачки уже не реагировали на свет или аккомодацию. Левое бедро и голень были очень худыми. Речь напоминала невнятное бормотание. Женщина утверждала, что «такой ее сделали ученики», а приведший ее друг уточнил, что особенно сильно болезнь проявилась в последнее время.

Хотя при любом положении тела аура видна лишь в проекции на картинную плоскость, тем не менее и при здоровом ее состоянии, и при некоторых патологиях не так трудно изобразить ее поперечное (горизонтальное) сечение. Прделаем это. Фрагменты *a* и *b* на рисунке 23 представляют типичные сечения мужской и женской здоровых аур, соответствующие уровню второго поясничного позвонка. Однако в некоторых случаях нарисовать подобную диаграмму оказывается далеко не так просто. Возьмем для примера лопатообразную ауру на уровне талии пациента, когда все ее измерения уже известны. В этом случае передний и боковые контуры сечения рисуются достаточно легко, трудности начинаются напротив спины: при известной ширине существует несколько кривых, замыкающих ауру за спиной, каждая из которых имеет вершину в одной и той же точке. Наиболее вероятные сечения изображены для мужской ауры на фрагментах *c* и *e*, для женской — на фрагментах *d* и *f*. С точки зрения автора, фрагменты *c* и *d* соответствуют случаям истерии. Это мнение опирается на общий вид ауры в случаях истерии: около внешней границы выступа она не кажется такой плотной, как около тела, если пациент стоит боком; кроме того, угол на уровне плеч и ягодиц такой же острый, как изображенный на этих фрагментах, что делает поперечное сечение отчасти похожим на вертикальное.

В случаях, когда спинной выступ у пациентов начинался от головы и заканчивался около ступней, автор никогда не замечал, чтобы плотности тумана на краю выступа и около спины как-то различались. Поэтому он считает, что форма этого выступа отличается от лопатообразной ауры не только в вертикальном сечении, но и в горизонтальном. Предполагаемое сечение изображено на фрагментах *e* и *f*. Конечно, будущие исследования могут и опровергнуть эти гипотезы.

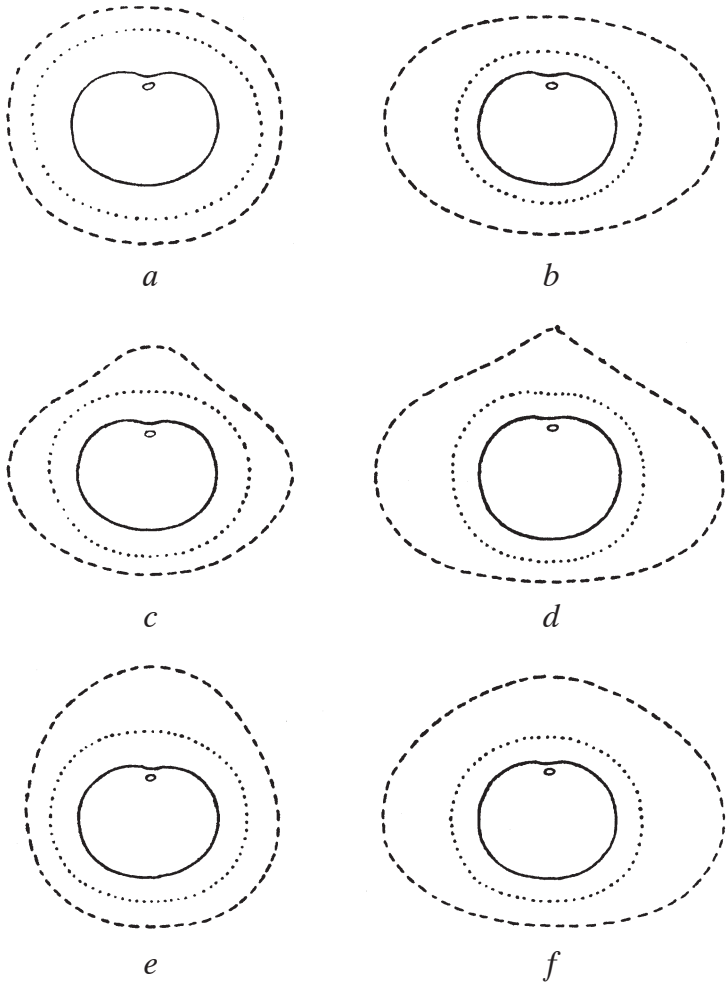
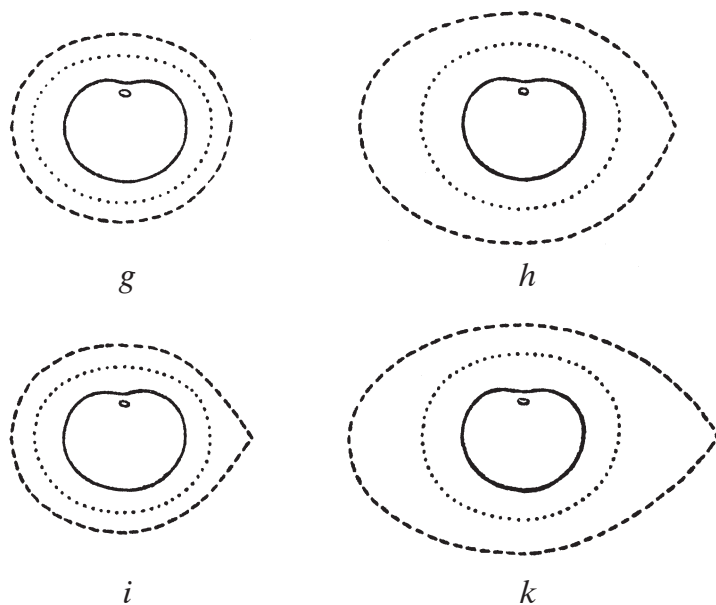


Рис. 23. Поперечное сечение аур:

- a, b* — нормальные ауры,
c, d — лопатообразные ауры,
e, f — ауры с дугообразным спинным выступом,
g, h — эпилептические ауры,
i, k — эпилептические ауры (гипотетические сечения)



Существует и третья разновидность поперечного сечения ауры, ярко выраженная при эпилепсии. Она изображена на фрагментах *g*, *h*, *i*, *k*. Вообще асимметрия ауры с двух сторон от тела встречается не так уж редко и может затрагивать как одну внешнюю, так и обе ауры вместе. Эпилепсия, всегда сопровождаемая нарушением симметрии, будет рассмотрена в качестве первого примера асимметричных аур.

Аура эпилептиков имеет совершенно уникальный вид, не похожий на ауру истерического типа. Последняя уже описана нами как широкая и симметричная, тогда как эпилептическая аура существенно несимметрична, причем различие начинается уже от макушки и продолжается до самых подошв. Очевидно, разбалансировка связана не с расширением одной стороны аурического тумана, а со сжатием другой, которое обязательно сопровождается изменением текстуры. Странно, но во всех известных автору случаях сжатие ауры наблюдалось только с левой стороны, хотя не исключено, что в дальнейших исследованиях будут выявлены также слу-

чаи правостороннего сжатия эпилептических аур. Все без исключения пациенты-эпилептики, которых изучал автор, были правшами. Очень возможно, что недостающие примеры правостороннего сжатия следует искать среди эпилептиков-левшей. Иногда у лиц, не страдающих падучей, наблюдаются ауры, отчасти напоминающие эпилептический тип. Такие примеры будут рассмотрены далее. Заметим, что они несколько не умаляют диагностическую значимость этого типа ауры в сомнительных случаях.

Первое, что сразу бросается в глаза при изучении ауры эпилептика независимо от того, как давно у него был последний приступ, — явное уменьшение ширины ауры с одной стороны от тела, которое у женщин по очевидным причинам выражено ярче, чем у мужчин. Наблюдатель почти сразу заметит, что внешняя аура справа от головы на 2–3 дюйма шире плеча, тогда как слева она едва до него достает (бывает и еще уже). Сужение продолжается вдоль всей левой стороны туловища и левой ноги. Внимательное изучение всегда покажет, что подобному сжатию с левой стороны подверглась и внутренняя аура (очень важный признак). Кроме того, эта сторона ауры будет выглядеть более мутной, а полосчатость здесь если и будет видна, то с большим трудом. Текстура внешней ауры эпилептического типа с обеих сторон от тела почти всегда, если не всегда, различается. В профиль обе ауры не обнаруживают никаких отклонений перед телом, но со спины может присутствовать выступ, хотя и не обязательно. Цвет тумана у эпилептиков, как правило, серый, лишенный обычного синего оттенка.

Пример 38 (рисунок 24). N.W., 45-летний крепкий мужчина, никогда не знавший серьезных болезней, за несколько месяцев до осмотра неожиданно перенес эпилептический припадок, за которым последовало еще несколько. Никто из его братьев и сестер не страдал падучей. Насколько удалось выяснить, среди них не было и невротиков. Дети пациента были здоровыми и крепкими. Физических повреждений головы или сотрясений мозга, которые могли бы спровоцировать приступ, пациент не имел.

Вопреки ожиданиям, оказалось, что яркость обеих его аур не достигает нормального уровня. Внешняя аура

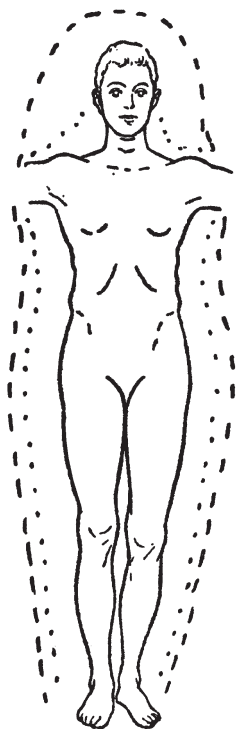


Рис. 24. Эпилептическая аура

с правой стороны выглядела шире и чище, чем с левой, где ее текстура оказалась грубее. Внутренняя аура справа тоже была шире, чем слева. Полосчатость справа выглядела нормальной, зато слева едва угадывалась, причем была довольно грубой. При изучении в фас ширина внешней ауры составляла 10 дюймов справа от головы и всего 7 дюймов слева; справа от туловища она простиралась на 6 дюймов, тогда как слева ее ширина едва достигала 5 дюймов. В профиль граница внешней ауры проходила в 5 дюймах перед туловищем и в 6 дюймах около поясницы, где присутствовал небольшой, но заметный выступ. Ширина внутренней ауры справа от туловища составляла 4 дюйма, около ног — 3 дюйма. Слева от туловища она была на добрый дюйм

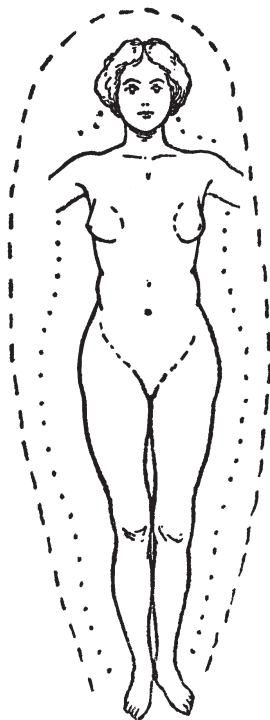


Рис. 25. Эпилептическая аура

уже, чем справа. Полоса дополнительного цвета не выявила в ауре никаких пятен. Цветные экраны тоже не показали никаких отклонений, за исключением того, что через темно-синий экран в ауре обнаружился желтый цвет, который был более насыщенным и проявлялся ярче с левой стороны.

Пример 39 (рисунок 25). I.E., 39-летняя женщина, страдала эпилепсией на протяжении четверти века, причем частота припадков все время увеличивалась. В последние месяцы они повторялись не реже трех-четырёх раз в неделю и иногда случались даже по два-три раза в день. Семья пациентки была далеко не благополучной. Мать и одна из сестер также страдали эпилепсией. Интеллектуальное развитие другой сестры оставляло желать лучшего. Умственные

способности самой пациентки за последние год-два стали падать, она постоянно жаловалась на потерю памяти. Физическое здоровье женщины, если не считать припадков, всегда было хорошим.

Как и ожидалось, аура пациентки была типично эпилептической. Первый раз женщина обследовалась в 1910 году, затем — в 1915 году. Никаких изменений в ауре за это время не произошло. Ее ширина была значительно меньше, чем нормальная ширина женской ауры. Внешняя аура была нечеткой, внутренняя еще менее определенной, однако, несмотря на сильную размытость границ, больших трудностей их наблюдение не вызывало. Обе ауры с левой стороны были сужены и выглядели более грубо и блекло, чем с противоположной стороны. Полосчатость была хорошо видна только справа; вопрос о ее присутствии слева так и остался нерешенным.

С правой стороны аура простиралась на 7 дюймов возле головы и туловища, на 4 дюйма около бедра и на 3 дюйма около голени. Ширина внутренней ауры здесь составляла 3 дюйма. С левой стороны ширина ауры возле головы и туловища составляла всего 5 дюймов, а около ноги — 3 дюйма; внутренняя аура не превосходила $2\frac{1}{4}$ дюйма. При изучении в профиль ширина внешней ауры перед туловищем составляла $3\frac{1}{2}$ дюйма, у поясницы — $4\frac{1}{2}$ дюйма и около ног — $3\frac{1}{2}$ дюйма. На рисунке хорошо видно, что даже правая сторона ауры пациентки была довольно узкой, не говоря уже о левой. Полоса дополнительного цвета не выявила в ауре ничего заслуживающего упоминания. При изучении через различные цветные экраны оттенки ее правой и левой половин не совпадали — в левой присутствовало больше желтого.

Наконец пациентка была помещена на изолированную скамью и несколько раз заряжена электричеством — положительным и отрицательным поочередно. Произведенный на ауру эффект хотя и был заметен, но не выражался столь ярко, как обычно. Максимальное приращение с правой стороны составило только 2 дюйма, слева и того меньше, причем границы аур стали еще более неопределенными. В таких условиях определить точную величину приращения оказа-

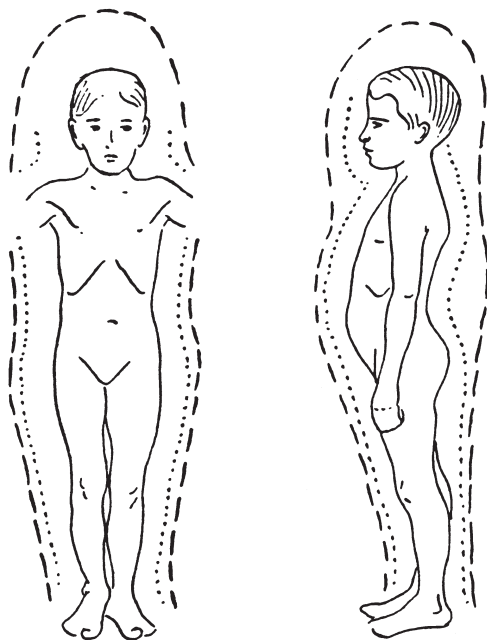


Рис. 26. Эпилептическая аура мальчика¹

лось фактически невозможно. Расширившаяся аура слева по-прежнему оставалась более грубой, чем справа. В целом относительная асимметричность ауры сохранилась на том же уровне, несмотря на потерю четкости с обеих сторон.

Пример 40 (рисунок 26). Х.Т., 13-летний мальчик, обследовался в 1909 году. Его друг заметил за ним странные «приступы сна» и обратился к отцу мальчика с просьбой отвести его к врачам. Автор сознательно не стал ни о чем расспрашивать мальчика перед осмотром. Его аура оказалась сильно асимметричной и имела зеленовато-серый цвет. Ширина внешней ауры справа от головы составляла 6 дюймов, внутренней — 3 дюйма; слева от головы — 4 дюйма и 2 дюйма соответственно.

¹ Рисунок из первого издания книги. (Прим. перев.)

Когда мальчик положил руки на шею, ширина внешней ауры с правой стороны от туловища оказалась равной 4 дюймам; ниже она сужалась еще на $\frac{1}{2}$ дюйма. Граница внутренней ауры проходила на $\frac{1}{2}$ дюйма ближе к телу. С левой стороны внешняя аура была шириной всего 3 дюйма. Внутренняя аура едва достигала $2\frac{1}{2}$ дюйма около туловища, а на уровне ног была и того меньше. При изучении в профиль ширина внутренней ауры перед телом составляла $2\frac{1}{2}$ дюйма; внешняя аура была здесь лишь немного шире. Сзади внутренняя аура имела такую же протяженность, в то время как внешняя аура несколько выгибалась наружу, достигая в области поясицы 6 дюймов. Всюду за пределами выступа ее ширина составляла 3 дюйма. Полоса дополнительного цвета нигде над телом оттенка не изменила, но ее продолжение справа от головы оказалось светлее, чем слева. Удивительно, но по краям с.с. полосы за границами тела к ее цвету примешивался коричневый оттенок, особенно заметный с левой стороны. На уровне туловища края с.с. полосы выглядели так же, за исключением того, что коричневого цвета здесь было уже меньше. После осмотра мальчика его отец признался, что сейчас сын проходит лечение с диагнозом «малая эпилепсия», хотя серьезных припадков у него никогда не было.

В связи с эпилептическим типом ауры возникает два естественных вопроса. Во-первых, является ли ее асимметрия врожденным свойством или она развивается в результате самих приступов? И во-вторых, может ли однажды появившаяся асимметрия исчезнуть или это изменение необратимо?

Разрешение первого вопроса встречается со столь серьезными трудностями, что в настоящее время никаких окончательных выводов сделать невозможно. Однако автор все же склоняется к мысли, что эпилептическая аура не дается человеку от рождения.

Если бы эта форма была врожденной, она должна была присутствовать у всех людей, предрасположенных к болезни. В этом случае можно было бы ожидать, что при осмотре могут встретиться пациенты, у которых еще никогда не было эпилептических припадков, но обе ауры которых

тем не менее различаются по размерам справа и слева, выдавая тем самым врожденную предрасположенность к эпилепсии. Однако до настоящего времени автор ни разу не встретил человека с эпилептической аурой, у которого точно никогда не было ни одного приступа. Изучая ауры пациентов с возможной предрасположенностью к эпилепсии на предмет выявления асимметрии, автор всегда обнаруживал ее только у тех, у кого уже были припадки падучей.

Еще одно важное наблюдение заключается в том, что у некоторых детей с совершенно симметричными аурами на первых двух годах жизни были приступы судорог. Но изучать аурический туман у детей младше 6–7 лет исключительно сложно, и дело здесь не столько в детской застенчивости и неусидчивости, сколько в том, что ауры в этом возрасте еще слишком узки, поэтому заметить небольшие отклонения в размерах почти невозможно.

В одном случае (пример 44), который скорее противоречит гипотезе врожденной асимметрии ауры, у женщины после родов был приступ эклампсии. Когда приступ закончился и она смогла прийти на осмотр, обе ее ауры оказались несимметричными. От природы эта женщина была очень крепкой и до замужества совершенно здоровой. Более того, никто из ее братьев и сестер не проявлял ни малейшей склонности к невротическим состояниям.

Если асимметрия ауры не является врожденным свойством, скорее всего она начинает развиваться уже при первом припадке. Окончательно разрешить вопрос могли бы наблюдения за человеком с симметричной от природы аурой, который заболел падучей. С началом приступов аура может либо сразу изменить свою форму, проявив характерную для эпилепсии асимметрию, либо сохранять ее некоторое время. Возможно, именно на этом пути и будет найден окончательный ответ.

У автора нет почти никаких сомнений в том, что аура, однажды превратившаяся в эпилептическую, сохраняет эту форму постоянно. Следующий пример подтверждает это.

Пример 41. В., моложавая 39-летняя женщина, пришла на осмотр ауры в связи с падением за полгода до этого. Повредив левое плечо, руку и бок, пациентка с тех пор по-

стоянно испытывала боли. Поднятие любых тяжестей сопровождалось у нее тянущим ощущением слева в брюшной полости. Не находя выхода, женщина совершенно отчаялась и начала слабеть. Автор никак не ожидал увидеть в ее ауре каких-либо существенных отклонений от нормальной формы, от силы — легкие признаки лопатообразной ауры, поэтому очень удивился, обнаружив, что отклонения есть, да еще какие.

Внешняя аура с правой стороны простиралась на 10 дюймов около головы и туловища, 6 дюймов около ног и выглядела здесь более чем широкой. У нее был нормальный вид, серо-голубой цвет и вполне четкая внешняя граница. Внутренняя аура справа имела ширину 3 дюйма и хорошо заметную полосчатость. С левой стороны ширина внешней ауры не превосходила 8 дюймов возле головы и туловища и 4 дюймов около ног. Здесь она выглядела грубой и имела нечеткую границу. Внутренняя аура слева имела ширину $2\frac{3}{4}$ дюйма и довольно грубую полосчатость. В области поврежденного плеча из внутренней ауры выходил короткий луч длиной около 4 дюймов. На всякий случай, чтобы убедиться в объективном характере асимметрии, автор попросил пациентку повернуться к нему спиной. Никаких сомнений в реальности феномена не было. В профиль ширина ауры перед телом составляла 4 дюйма, сзади — тоже 4 дюйма, за исключением выступа, начинающегося от плеч и заканчивающегося прямо под ягодицами. Максимальная ширина выступа достигала 8 дюймов.

Сжатие ауры с левой стороны от головы указывало на то, что общее одностороннее сужение тумана не связано с несчастным случаем, поскольку травма находилась ниже. Приводить описание дальнейшего осмотра с помощью с.с. полосы и т.д. не имеет смысла, поскольку на загадку ауры этой женщины нового света оно не проливает.

В конце осмотра пациентка была помещена на изолированную скамью и в течение 5 минут заряжалась отрицательным электричеством. Последовавшее затем расширение ауры, насколько можно было судить, оказалось пропорциональным с обеих сторон, выявив асимметрию еще ярче. Внутренней ауры эти изменения не коснулись.

Поскольку аура пациентки, без сомнения, относилась к эпилептическому типу, автор сразу после осмотра поинтересовался, не страдала ли пациентка приступами падучей, несмотря на то, что ни внешний вид женщины, ни история ее болезни как будто не давали поводов к такому вопросу. Ни секунды не раздумывая, она ответила, что с 12 лет ничего подобного в ее жизни не случалось, но до этого возраста в течение примерно двух-трех лет у нее действительно были редкие эпилептические припадки, повторявшиеся не чаще трех раз в год. К этому она добавила, что в первые годы жизни ее беспокоили младенческие судороги.

Этот пример подтверждает постоянство эпилептического типа ауры, которая не изменилась даже после 27-летнего отсутствия припадков. Если асимметрия и не была врожденной, то она должна была развиться еще в детстве. Всякие подозрения в утаивании женщиной фактов продолжающейся эпилепсии, чудом не попавших в историю болезни, кажутся автору маловероятными.

Пример 42. N.E., 34-летняя женщина, пришла на осмотр в октябре 1915 года. Она жаловалась на сильную слабость и неспособность к более или менее продолжительной работе. Пациентку одолевали обмороки, причем случались они независимо от того, стояла она, сидела или лежала. Иногда она теряла сознание постепенно, в некоторых случаях ей даже удавалось сдержать приступ усилием воли, но бывало и так, что обморок происходил настолько стремительно, что женщина даже не успевала сообразить, в чем дело. У пациентки была явная тахикардия, но врачи не находили никаких органических нарушений. Пятнадцать лет назад у ее отца случился припадок, который в то время признали эпилептическим, в остальном же пациентка была просто невротическим отпрыском в многодетной семье. Поначалу казалось, что изучение ауры женщины не обнаружит в ней ничего необычного и только поможет выяснить, являются ли ее так называемые обмороки следствием общего состояния здоровья или имеют чисто нервную природу. На самом деле ее аура оказалась настолько непохожей на все, с чем автор сталкивался до сих пор, что он считает полезным привести ее детальное описание.

Первое, что сразу бросилось в глаза во время осмотра, — невысокая яркость ауры, определенно не дотягивающая до среднего уровня, хотя все же достаточная для визуального изучения. Второй особенностью была исключительно нечеткая внешняя граница, причем с первого взгляда аура даже казалась широкой благодаря присутствию хорошо заметной ультравнешней ауры. После более тщательного изучения автор пришел к выводу, что внешняя аура пациентки имела обычную ширину около туловища, но на уровне нижней части бедер и около икр была довольно широкой. Приблизительные значения ширины оказались следующими: 9 дюймов вокруг головы и туловища, 6 дюймов на уровне голеней (при изучении в фас), 6 дюймов перед телом, 8 дюймов за поясницей и 6 дюймов около голеней (при изучении в профиль). На этом симметрия заканчивалась, поскольку аура, обладавшая синим цветом с небольшой примесью серого, с обеих сторон от тела выглядела по-разному. Справа ее цвет оказался чище; кроме того, туман с левой стороны выглядел более грубым. Автор на всякий случай попросил пациентку несколько раз повернуться вокруг, чтобы удостовериться в объективности этих различий. Очевидно, неравномерность освещенности была тут ни при чем. При изучении внутренней ауры через красные экраны (автор использовал несколько разных оттенков) обнаружилось, что справа она на целый дюйм шире. Кроме того, с этой стороны она и выглядела более четко, а ее полосчатость проявлялась ярче. С правой стороны от тела ее ширина около туловища составляла $4\frac{1}{2}$ дюйма, начиная от бедер и ниже — на $\frac{1}{2}$ дюйма меньше. Сзади и перед туловищем ширина оказалась такой же, тогда как вдоль всей левой стороны тела она не превосходила 3 дюймов. Никаких существенных отклонений цвета с.с. полосы в ауре замечено не было.

Самыми необычными особенностями этой ауры оказались размер и яркость ультравнешней ауры, которая выглядела чем-то средним между обычной ультравнешней аурой и аурой, расширившейся после воздействия статического электричества.

Когда автор, не касаясь тела пациентки, провел несколько раз вдоль ее позвоночника металлической кистью,

соединенной с положительным полюсом машины Вимшу-ста, значительная часть ультравнешней ауры проявилась более четко, но ее периферия по-прежнему плавно растворялась в окружающем пространстве. Тем не менее после этой процедуры было хорошо видно, что правая сторона тумана значительно шире левой. Затем пациентка была помещена на изолированную скамью и несколько раз поочередно заряжена положительным и отрицательным электричеством. Эффект оказался таким же.

При изучении ауры через различные экраны в положении «руки на талии» ее оттенки под правой и левой рукой различались, причем под левой рукой к цвету тумана примешивалось довольно много желтого.

Таблица VIII.

Оттенки ауры пациентки N.E. между руками и телом при изучении через цветные экраны

<i>Экраны</i>	<i>Красный</i>	<i>Оранжев.</i>	<i>Желтый</i>	<i>Зеленый</i>	<i>Синий</i>	<i>Фиолет.</i>
<i>Правая сторона</i>	Красный	Желтый и синий	Синий	Синий	Синий	Синий
<i>Левая сторона</i>	Красный и синий	Желтый	Желтый	Желтый и зеленый	Желтый и синий	Желтый и синий

Различие ауры с двух сторон от тела еще больше усилилось после окуривания спины йодом. Вместо обычного симметричного воздействия пары йода окрасили левую сторону ауры в красно-коричневый цвет, в то время как правую почти не затронули.

В описанном случае аура пациентки обладала всеми свойствами эпилептической ауры, за исключением того, что из-за присутствия ультравнешней ауры уменьшение размеров внешней ауры слева было не столь очевидным, как обычно. После воздействия электричеством асимметрия проявилась сильнее: даже если левая сторона ауры и не стала заметно уже, то по крайней мере ее периферия определенно стала менее яркой.

Спустя восемь месяцев женщина пришла на повторный осмотр. Общий вид ауры к этому времени не изменился. Автору так и не удалось заметить в ней ничего, что могло бы пролить свет на ее уникальные свойства.

Пример 43. В 1918 году в больнице наблюдался еще один пациент, S.J., аура которого в чем-то напоминала предыдущий случай. Это был старый солдат, ставший эпилептиком после сильного удара по голове на фронте Южно-африканской войны. По крайней мере, так считал он сам, хотя большой уверенности в связи этого инцидента с болезнью пациента у автора не было, поскольку удар был несильным (пациента даже не пришлось отзывать с фронта), а приступы болезни начались гораздо позже. В последнее время припадки участились и следовали обычно целыми сериями с интервалом несколько часов один за другим, после чего наступал сравнительно продолжительный период спокойствия.

При осмотре у пациента обнаружилась ультравнешняя аура исключительной для мужчины ширины. При этом граница внешней ауры была настолько нечеткой, что оценить ее размеры оказалось невозможно. Левая половина ауры выглядела более грубой и тусклой, чем правая, и без учета ультравнешней ауры казалась более узкой, хотя размытость границ и не позволила выразить это различие в цифрах. Внутренняя аура слева от тела тоже выглядела более узкой и была исполосована грубее, чем справа. За спиной пациента присутствовал большой выступ, начинающийся чуть выше плеч и заканчивающийся вскоре за ягодицами. Изучение ауры через цветные экраны обнаружило в ней больше желтого цвета с левой стороны, чем с правой. Поверхностного электричества на теле пациента не оказалось, но после приложения к нему отрицательного заряда степень расширения ауры превзошла все, что доводилось ранее видеть автору среди мужчин.

Этот пациент вместе с женщиной из предыдущего примера были единственными эпилептиками, у которых автор наблюдал присутствие ультравнешней ауры, поскольку обычно эпилептическая аура выглядит, наоборот, зауженной по сравнению с нормальной.

К концу 1918 года автор столкнулся лишь с четырьмя случаями, когда ширина внутренней и внешней аур пациентов при отсутствии точно установленного диагноза эпилепсии оказывалась слева меньшей, чем справа. Все эти люди страдали расстройствами мозговой деятельности: у первого подозревали скрытую эпилепсию, вторая перенесла послеродовую эклампсию, третьим был мужчина, выписанный накануне из Бетлемской королевской больницы¹, и четвертым — здоровая женщина, описанная в примере 51.

Пример 44. К счастью, приступы послеродовой эклампсии случаются не часто, и автор долгое время не имел возможности изучить ауру женщины с подобным диагнозом. Однажды такая возможность все-таки представилась. У миссис S., 27-летней матери троих детей, в начале четвертых родов начались судороги. Акушеры помогли ей как можно скорее разрешиться двумя близнецами, после чего судороги быстро прекратились. Оба малыша оказались крепкими и здоровыми. Уже через три недели после родов женщина смогла прийти на осмотр. Ее аура имела голубовато-серый цвет при яркости, едва дотягивающей до нормального уровня, но изучать ее было несложно. С правой стороны внешняя аура простиралась на 8 дюймов возле головы и туловища, на 5 дюймов около бедер и на 3½ дюйма около голеней. Внутренняя аура имела с этой стороны тела ширину 2½ дюйма. Слева внешняя аура имела ширину всего 7 дюймов около головы и туловища, сужаясь к лодыжкам до 3 дюймов. Ширина внутренней ауры с этой стороны составляла 2¼ дюйма. В целом левая сторона ауры просматривалась хуже правой и имела очень неопределенную границу. Последнее обстоятельство допускает гипотетическую возможность, что при кажущейся асимметрии размеры внешней ауры с обеих сторон на самом деле могли быть одинаковыми, но это маловероятно. Внутренняя аура слева тоже не имела такой четкости, как справа, а ее полосчатость угадывалась с трудом. При изучении в профиль граница внешней ауры проходила в 4 дюймах перед туловищем, в 5 дюймах

¹ Старейшая психиатрическая больница Лондона, основанная в 1247 году. (*Прим. перев.*)

за спиной и в 3½ дюйма около ног и икр. Ширина внутренней ауры спереди и сзади составляла 2½ дюйма. Напротив молочных желез обе ауры выглядели особенно яркими; то же, но в меньшей степени, наблюдалось и около нижней части брюшной полости, откуда у пациентки выходил луч второго рода. Оттенок с.с. полосы оставался постоянным над всей поверхностью тела, за исключением молочных желез, где он становился ярче. Как только женщина приложила к груди одного из новорожденных, цвет заметно потускнел. При наблюдении ауры через синий экран ее оттенок превратился в грязно-охристый, но даже после такой метаморфозы левая сторона все еще выглядела более тусклой и мутной.

Этот случай был особенно интересен тем, что нельзя было наперед предсказать, будут ли у пациентки какие-либо изменения в ауре или нет.

Пример 45. I.X., профессиональный сапожник 58 лет, отец и родной дядя которого оказались в психиатрической лечебнице (дядя там и умер), всегда опасался разделить судьбу своих старших родственников. Нередко он замыкался в себе и выглядел подавленным безо всякой видимой причины. Приступы депрессии продолжались у него иногда несколько часов, дней, а порой и недель кряду, однако даже в таком состоянии он никогда не бросал своего ремесла. Вдобавок к этому пациента одолевали нервные стрессы, страхи и т.п. Как стало известно автору, спустя несколько лет он покончил с собой.

Аура пациента изучалась в 1910 году. Она имела серый цвет и грубую текстуру, особенно внутренняя аура с левой стороны. Ширина внешней ауры справа от тела составляла 7 дюймов около головы и 4 дюйма около туловища и ноги. Внутренняя аура с этой стороны имела ширину 2½ дюйма. Слева граница внешней ауры проходила в 5 дюймах от головы и в 3 дюймах около туловища и ноги, при этом ширина внутренней ауры здесь составляла всего 2 дюйма. Что касается автора, то еще задолго до начала осмотра ауры он уже не сомневался в эпилептическом характере пациента; осмотр лишь подтвердил этот диагноз.

Пример 46. Этот весьма печальный случай произошел с одаренным молодым человеком, который после безупреч-

ной школьной и университетской карьеры, будучи научным сотрудником колледжа, неожиданно потерял интерес к жизни. Его поместили в Бетлемскую больницу, где он пролежал полгода. Вскоре после выхода из больницы пациент попал на осмотр ауры. Вид у него был весьма странный. Он был угрюм, на вопросы отвечал корректно, но замедленно. Молодой человек признался, что не может заниматься более часа или двух в день. Обе его ауры имели нормальную четкость, но очень странный, неопикуемый цвет, образованный несмешивающейся комбинацией синего и зеленого. Внешняя аура простиралась на 8 дюймов справа от головы и только на 6 дюймов слева. С правой стороны ее ширина составляла $4\frac{1}{2}$ дюйма около туловища и примерно на $\frac{1}{2}$ дюйма меньше около ноги, в то время как слева она не превосходила $3\frac{1}{2}$ дюйма всюду до самого низа. Внутренняя аура имела ширину 2 дюйма слева и $2\frac{1}{2}$ дюйма справа от тела. Полосчатость просматривалась всюду, за исключением области справа от головы, где внутренняя аура выглядела зернистой. Полосы дополнительного цвета сохраняли над телом свой цвет, однако их продолжения за его границу слева были темнее, чем справа. Наиболее заметные изменения в ауре были связаны с ее цветом при изучении через различные экраны. Наблюдаемые оттенки переплетались без всякого смешения настолько густо, что описать их точно просто невозможно; необычным было и их распределение. Через красный, оранжевый, желтый и зеленый экраны аурические цвета справа и слева выглядели как бы смешанными с мутным белым, который отсутствовал при наблюдении через синий и фиолетовый экраны. С оранжевым экраном аура справа выше плеча выглядела более синей и отчетливой, чем около туловища; с зеленым экраном синий оттенок ауры был одинаковым вдоль всей правой половины тела; зато с синим и фиолетовым экранами аура с этой стороны казалась смесью зеленого и желтого цвета и выглядела около туловища более яркой, чем около головы. С левой стороны при наблюдении через оранжевый, желтый и зеленый экраны цвет ауры становился комбинацией синего и желтого, причем около туловища желтый цвет проявлялся активнее, чем около головы. При работе с синим и фиоле-

товым экранами оттенок ауры становился зеленовато-синим и проявлялся ярче около головы, тогда как около тела к нему примешивался желтый.

Иногда внешняя аура пациентов имеет разную протяженность слева и справа, в то время как внутренняя остается симметричной, хотя это не исключает значительных изменений в последней, связанных с ее цветом, текстурой и т.д. До тех пор пока внутренняя аура сохраняет свой нормальный вид, пациент может быть вполне здоров телесно, но совсем не обязательно ментально. Это хорошо иллюстрирует следующий пример.

Пример 47. В данном случае пациентка находилась под наблюдением на протяжении нескольких лет, поэтому этот пример следует считать более чем просто интересным. N.D. в апреле 1907 года в возрасте 20 лет работала в школе с большой перегрузкой. Весь день она давала уроки, а ночью готовилась к экзаменам. Каждый вечер она засиживалась далеко за полночь и совершенно не высыпалась, поскольку утром должна была рано вставать. Когда наступили пасхальные праздники, девушка почувствовала себя плохо. Через два дня у нее поднялась температура и появились первые признаки менингита, затронувшего оба полушария. Болезнь была настолько сильной, что в одну из ночей сиделке даже показалось, что девушка умирает. Тем не менее пациентка справилась с болезнью, но лишь телесно; в ментальном отношении это был уже совсем другой человек. Прилежная рассудительная девушка превратилась в капризную эгоистку, не способную ни к какой умственной концентрации.

Интересно, что во время болезни у девушки четко проявился симптом Кернига¹, который в небольшой степени сохранялся на протяжении полутора лет, однако через два года после болезни обнаружить его уже не удалось. Аура

¹ Симптом Кернига, называемый также симптомом контрактуры коленных суставов, впервые описан в 1884 году врачом Обуховской больницы В.М.Кернигом. Проявляется у лежащего на спине больного невозможностью пассивного разгибания в коленном суставе ноги, предварительного согнутой под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах. (*Прим. перев.*)

этой пациентки изучалась в сентябре 1908 года. Она имела голубоватый цвет, была ясной и значительно более широкой слева, чем справа. Синяя с.с. полоса всюду над телом имела постоянный цвет, но ее продолжение за его границу справа было заметно темнее, чем слева. Во время этого осмотра автор еще не умел отделять внутреннюю ауру от внешней.

В июне 1909 года телесное здоровье девушки было по-прежнему хорошим, а ее ментальные способности значительно поправились. Она оставила школу и занималась теперь работой по дому. Девушка даже могла немного читать, но только самую легкую литературу.

В ноябре того же года пациентка снова попала на осмотр. Общий вид ее ауры не изменился, хотя *несимметричность уменьшилась*. С обеих сторон был хорошо заметен эфирный двойник шириной чуть более $\frac{1}{8}$ дюйма. Внешняя аура простиралась на 5 дюймов справа и на 7 дюймов слева от головы, на 7 дюймов справа и на 8 дюймов слева от туловища и приблизительно на 4 дюйма около ног (здесь различия в ширине почти не было). Внутренняя аура была симметричной и всюду имела ширину около 3 дюймов. В профиль внешняя аура имела ширину перед телом около $3\frac{1}{2}$ дюйма и еще на $\frac{1}{2}$ дюйма больше сзади; ширина внутренней ауры спереди и сзади равнялась $2\frac{1}{2}$ дюйма.

Очень важно, что внутренняя аура девушки слева и справа выглядела одинаково. Была ли она такой сразу после менингита, неизвестно. В данном случае перед нами пример частичного восстановления ауры после серьезной болезни.

В сентябре 1913 года пациентка, согласившаяся за несколько месяцев до этого на секретарскую работу, снова заболела и вынуждена была оставить новую должность. Несколько недель серьезные головные боли не давали ей возможности сосредоточиться на работе. Девушка была очень подавлена. Ко всему прочему она стала часто испытывать странное ощущение жжения на внешней поверхности бедер, особенно на правом. Такого же рода дискомфорт иногда возникал и на правом плече. При усталости боли обострялись. Чувствительность всей поверхности правого бедра и большей части брюшной полости оказалась сильно подавленной. Со спины утрата чувствительности

проявлялась сильнее с правой стороны. Кроме того, частичная потеря чувствительности коснулась обеих ступней. Тонус правой руки был заметно понижен, хотя тремора не наблюдалось. Обе голени выглядели одинаково сильными. Высунутый язык заметно отклонялся вправо. Правый глаз как бы потух, а левый косил на переносицу, хотя и без нистагма. Реакция зрачков на свет и аккомодацию была одинаково замедленной.

При осмотре обе ауры пациентки выглядели менее отчетливыми, чем в 1909 году, когда женщина была телесно здоровой. Хотя определить точный размер внешней ауры оказалось трудно, не было никаких сомнений, что ее правая сторона уже левой, хотя ширина внутренней ауры оставалась одинаковой с обеих сторон. Полосчатость просматривалась, но с трудом. Полоса дополнительного цвета обнаружила на теле пациентки несколько цветных пятен, под каждым из которых находилась область, чувствительная к прикосновению. В положении «руки на талии» в пространстве между телом и руками оказалось больше желтого, чем обычно.

Следующий пример также представляет особый интерес, поскольку в нем описывается случай, когда при неизменных размерах внутренней ауры наблюдалось сначала уменьшение внешней ауры всюду с правой стороны, затем быстрое ее восстановление до естественных размеров и, наконец, появление внешнего тумана, почти неотличимого по виду от ультравнешней ауры, который, очевидно, был вызван приложением статического электричества и сохранился довольно длительное время.

Пример 48. На осмотр пришла 37-летняя женщина, которая уже 21 год фактически выполняла роль домашней прислуги. Она никогда не жаловалась на здоровье вплоть до сильного приступа инфлюэнцы, случившегося за три месяца до осмотра. Через четыре дня после начала болезни женщину начало трясти. Дрожь охватила голову, руки и ноги. Когда она бралась за какую-нибудь работу, тремор всегда усиливался, и только после того, как она ложилась, дрожь затихала.

При осмотре обнаружилось, что обе ауры пациентки не имеют нормальной четкости. Внешняя аура с левой сторо-

ны обладала весьма совершенной формой и имела обычные размеры: $8\frac{1}{2}$ дюйма около головы и туловища, 6 дюймов около верхней части бедра и $4\frac{1}{2}$ дюйма около голени. С правой стороны внешняя аура была уже и имела ширину только 7 дюймов около головы и туловища, 5 дюймов возле бедра и 4 дюйма около голени. Кроме того, с этой стороны она выглядела более тусклой. Внутренняя аура вокруг всего тела имела постоянную ширину, но справа казалась менее четкой — полосчатость угадывалась здесь с большим трудом. Полоса дополнительного цвета выявила светлое пятно над четырьмя верхними грудными позвонками и небольшое темное пятно слева от шестого грудного позвонка. На передней поверхности тела никаких изменений цвета с.с. полосы замечено не было.

Затем женщина была помещена на изолированную скамью и заряжена отрицательным электричеством. В какой-то момент она неожиданно вскрикнула от боли во всем теле, немало удивив автора, поскольку заряд вообще редко вызывает какие-либо ощущения. Машина тут же была остановлена. Поразительно, но когда женщина сошла со скамьи, она тут же призналась, что почувствовала прилив бодрости, а дрожь в конечностях почти исчезла. Значительно уменьшилась и гиперчувствительность, которая до этого наблюдалась почти по всему телу. Испытав явное улучшение, пациентка, невзирая на боль, захотела еще раз зарядиться электричеством. Не было никаких сомнений, что ей стало намного лучше. Это был первый случай на памяти автора, когда обычное статическое электричество, приложенное к телу человека, помещенного на изолированную скамью, принесло ему очевидное облегчение. После процедуры аура пациентки обычным образом увеличилась.

После такого многообещающего начала автор предложил пациентке и дальше продолжать сеансы статического электричества. 7 августа 1917 года она пришла снова и выглядела на этот раз значительно лучше. Тремор настолько уменьшился, что женщина без труда смогла поднять с пола булавку. На этот раз электричество не вызвало у нее никаких ощущений. Через три дня она пришла в третий раз. Автор снова заметил у нее значительные улучшения. Теперь

ее аура выглядела одинаково широкой с обеих сторон, хотя яркость правой половины еще не достигла яркости левой. Кроме того, у пациентки появилась хорошо заметная ультравнешняя аура, которая, очевидно, была следствием электрического воздействия.

24 августа пациентка явилась на очередной осмотр почти здоровой. И все же ее аура по-прежнему выглядела справа менее четкой, чем слева, хотя пятно над грудными позвонками, замеченное ранее с помощью с.с. полосы, почти исчезло. Хотя с момента последнего приложения электричества прошло уже больше недели, ультравнешняя аура оставалась неизменной. Желая выяснить, как долго сохранится это состояние, автор попросил пациентку прийти к нему еще раз через три недели. Она явилась в назначенное время. Собственная граница внешней ауры на этот раз просматривалась довольно четко, но за нею все еще присутствовала ультравнешняя аура. Заметим, что от внешней ауры ее отделяла резкая граница — никакого плавного перехода между ними не было. Скорее всего, в течение последующей недели периферическая часть ауры полностью растворилась.

Пример 49 (*рисунк 27*). N.U., 34-летней женщине хрупкой конституции, никогда не страдавшей серьезными заболеваниями, пришлось пережить очень трудные времена и ее здоровье пошатнулось. Испытания ввергли ее в депрессию и в конце концов привели к полному истощению. Пациентка жаловалась на боли с левой стороны в голове, плече и грудной клетке. При осмотре обнаружилась повышенная чувствительность большого затылочного нерва и болезненность спины вдоль левой стороны позвоночника вплоть до нижних грудных позвонков. Особенно болезненными были места выхода нервов, а также соответствующие области спереди на грудной клетке и брюшной полости. В 1908 году женщина попала на первый осмотр. Правая сторона ее ауры оказалась значительно шире левой. Разница достигала 2 дюймов на уровне туловища и чуть меньше на уровне головы. В профиль аура выглядела нормальной. Синяя с.с. полоса на фоне левой половины грудной клетки выглядела значительно светлее, чем на фоне правой. Демаркационная линия совпадала с осевой линией тела, но тональный переход был

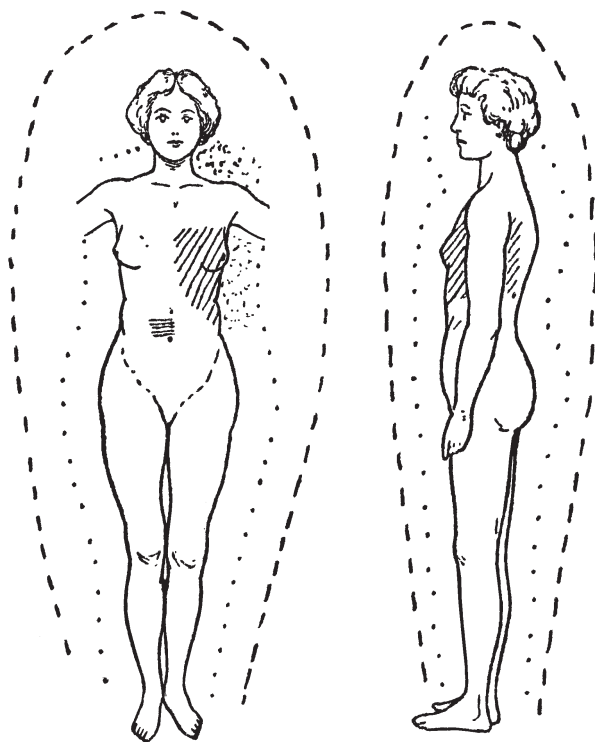


Рис. 27

- ∴ Зернистая область внутренней ауры
- ≡ Темные области на фоне с.с. полосы
- /// Светлые области на фоне с.с. полосы

плавным. Желтая с.с. полоса также обнаружила здесь соответствующие изменения. На фоне брюшной полости оттенок с.с. полосы оставался одинаковым. Когда женщина повернулась спиной, над левой стороной туловища с.с. полоса опять выглядела ярче, чем над правой, причем переходная зона совпадала с осью позвоночника.

В ноябре, после полного выздоровления, женщина снова пришла на осмотр. Ширина ее внутренней ауры составляла 3 дюйма вокруг головы и по бокам от туловища и чуть более 2 дюймов вокруг остальных частей тела. Внешняя аура

стала симметричной и простиралась на 11 дюймов вокруг головы, на 10 дюймов около туловища и на 5 дюймов около голеней. При изучении в профиль ширина внешней ауры перед телом составляла 5 дюймов, за талией — 7 дюймов и около нижних конечностей — 4 дюйма. Несмотря на то что обе половины ауры стали симметричными, между ними все-таки было одно очень странное различие: внешняя граница ауры слева выглядела не такой резкой, как справа, отчего с этой стороны аура казалась немного зауженной.

В ауре можно было заметить и другие изменения. Внутренняя аура над левой стороной грудной клетки вплоть до самых нижних ребер выглядела сильно гранулированной и более темной, чем справа. Ниже этого уровня различие исчезало. Синяя с.с. полоса все еще обнаруживала над левой стороной грудной клетки большое пятно более светлого оттенка, чем над правой. Демаркационная линия на этот раз была четкой и очень резкой. Верхняя граница пятна проходила над верхним краем молочной железы, внутренняя — над средней линией грудины и нижняя — над реберными хрящами, в 1 дюйме выше их края. Над брюшной полостью цвет полосы оставался постоянным всюду, за исключением темного пятна над правым подреберьем, чуть выше пупа. Сзади с.с. полоса выявила два небольших пятна: одно — светлое, расположенное прямо под левой лопаткой, другое — темное над крестцом. Область под светлым пятном проявляла болезненность к прикосновению.

Еще одна интересная форма ауры, которую нам предстоит рассмотреть и существование которой вполне предсказуемо, связана с гемиплегией — односторонним параличом тела. Конечно, в каждом наблюдавшемся автором случае присутствовали свои, незначительные, вариации. Следующий пример такой ауры можно считать типичным.

Пример 50 (рисунок 28). Е., довольно крепкий мужчина 69 лет, в марте 1916 года перенес апоплексический удар. Несколько дней он пролежал без сознания. Симптоматика оказалась обычной: правая рука и нога оказались парализованными, одновременно наступила афазия. Довольно скоро функции конечностей значительно восстановились, однако речь почти не улучшилась. Мужчина мог понимать все, что

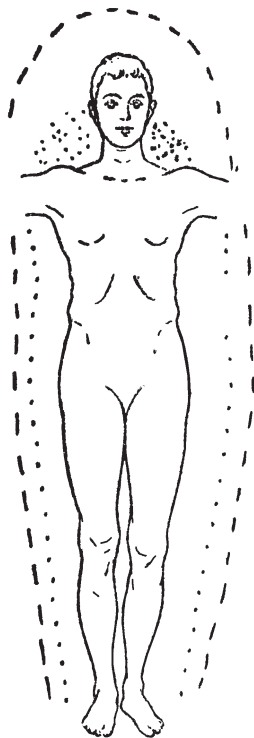


Рис. 28. Гемиплегия

ему говорят, но отвечал невразумительно — ему редко удавалось выговорить желаемые слова.

В августе того же года мужчина пришел на осмотр. Ширина его внешней ауры справа от головы составляла 9 дюймов, в то время как слева она едва достигала $6\frac{1}{2}$ дюйма. Ниже плеч картина менялась: справа внешняя аура имела ширину только $4\frac{1}{2}$ дюйма и сужалась книзу до $3\frac{1}{2}$ дюйма, зато слева ее ширина достигала $6\frac{1}{2}$ дюйма около туловища и 6 дюймов около ноги. Аура пациента, конечно, была и сама по себе приглушена болезнью, но вдобавок к этому ее левая сторона оказалась дополнительно ослабленной по сравнению с правой, отчего определить ее точную ширину было исключительно трудно. В профиль ширина ауры перед

телом составляла 5 дюймов. За спиной она имела совершенно естественную форму, с прямой границей, проходившей на расстоянии 4 дюймов от плеч и ягодиц.

Внутренняя аура выглядела всюду тусклее, чем обычно. Над плечами она как бы концентрировалась и выглядела зернистой, причем справа была шире и имела более тонкую структуру, чем слева, где была очень грубой и плотной. С левой стороны от тела ее ширина составляла 3 дюйма, тогда как справа она была на целый дюйм уже. Полосчатость едва просматривалась только с левой стороны.

При изучении через красный, оранжевый и фиолетовый экраны аурические цвета с обеих сторон были одинаковыми. Вопреки всем ожиданиям, через зеленый экран аура справа выглядела синей, а слева — желтой и зеленой; через синий экран правая сторона также выглядела синей, а цвет левой оказался чисто желтым. Эта особенность, для которой у автора нет никаких объяснений, и есть главная причина, по которой данный случай был выбран в качестве примера ауры при гемиплегии.

Сам собою напрашивается очень важный вопрос: могут ли здоровые люди в принципе иметь асимметричную ауру? Возможно, более точная его формулировка такова: если аура лишена симметрии, может ли ее обладатель, здоровый на вид, быть таковым в реальности, или же у него обязательно есть какое-то локальное или конституциональное нарушение? К сожалению, для уверенного ответа на этот вопрос у автора недостаточно данных, поскольку до настоящего времени он наблюдал только одну ауру, вполне соответствующую условиям вопроса. Этот случай имел место еще до того, как автор научился разделять внутреннюю и внешнюю ауры, поэтому его ценность весьма ограничена. При каждой возможности автор, конечно, производил тщательный осмотр ауры, поскольку подобная асимметрия — событие далеко не рядовое. Однако не следует забывать, что заметить небольшую разницу в размерах ауры с двух сторон довольно трудно, особенно у мужчин и девочек, не достигших переходного возраста, причем при плохом самочувствии пациента ситуация нередко усложняется размытием внешней границы ауры с одной из сторон. Поэтому

поиски асимметричных аур следует ограничить почти исключительно женским кругом пациентов.

Пример 51. С.Н., высокая здоровая женщина 29 лет, единственной серьезной болезнью в жизни которой была язва желудка, обнаруженная несколько лет назад, пришла на осмотр в 1908 году. Ее аура светло-голубого цвета была широкой около туловища и бедер, ниже которых она окончательно сжималась и дальше повторяла контуры тела. По каким-то непонятным причинам справа она выглядела шире, достигая здесь 12 дюймов в самой широкой части и сужаясь до 3 дюймов около лодыжек. Слева в самой широкой части она не превосходила 9 дюймов. В профиль ее граница проходила в 5 дюймах спереди от тела и в 3 дюймах перед нижними конечностями. За спиной она была широкой и сжималась только на уровне средней части бедер.

Теперь рассмотрим вопрос границ асимметрии и отражающей ее формы поперечного сечения ауры. Теоретически в случае асимметрии формы или различия в текстуре между обеими половинами ауры, возникающих вследствие системных, а не локальных причин, логично ожидать, что граница между аффектированной и неаффектированной частями ауры совпадает с передней и задней осевыми линиями тела. В нескольких наблюдавшихся автором случаях, два из которых приведены ниже, это предположение подтвердилось.

Пример 52. К.Н., девушка, недавно достигшая совершеннолетия, пришла на осмотр ауры в апреле 1912 года. С раннего детства у нее иногда случались приступы падучей, но за последние четыре года ни одного припадка не было. Тем не менее ее аура по-прежнему сохраняла эпилептическую форму. Ввиду необычности следует описать ее более подробно. Во время обследования цвет ауры пациентки сначала был серым, с небольшой примесью синего. Когда автор изучал с помощью с.с. полосы спину пациентки, аура над всей левой стороной туловища неожиданно, без всяких очевидных причин, стала темнее, чем над правой, при этом демаркационная линия проходила точно над позвоночником. После замены белого фона на черный оказалось, что цвет левой половины ауры стал охристым, совершенно непохожим на тот серый, который по-прежнему сохранялся

с правой стороны. Различие цветов было настолько очевидным, что границу между двумя половинами ауры удалось определить без труда, поворачивая пациентку под разными углами напротив фона и наблюдая за вертикальными линиями стыка двух цветов спереди и сзади. Одновременно с изменением цвета текстура ауры с левой стороны стала на вид более грубой, хотя автор так и не смог точно установить, было ли это огрубение реальным или только кажущимся, вызванным изменением цвета.

Пример 53. R.F., девушка среднего уровня интеллекта, обследовалась в 1914 году. Известно, что у нее было как минимум три эпилептических припадков, причем последний буквально за два дня до обследования. После разговора с пациенткой не оставалось никаких сомнений в том, что она постоянно испытывает легкие приступы малой эпилепсии, которые остаются незамеченными даже ее друзьями. Внешне девушка была довольно высокой и крепкой, но ее позвоночник был заметно искривлен. Первое, что бросилось в глаза при осмотре, — различный цвет ауры с обеих сторон от тела. Правая половина ауры выглядела синей, с небольшой примесью серого, левая — зелено-серой. Такое сильное различие позволило без труда рассмотреть стык разноокрашенных частей ауры, который совпадал с передней и задней осевыми линиями тела. Внешняя аура слева имела ширину 7 дюймов около головы, 8 дюймов около туловища и всего $3\frac{1}{2}$ дюйма около голени. Справа ее ширина составляла соответственно 8, 10 и $4\frac{1}{2}$ дюйма. В профиль граница внешней ауры проходила в $4\frac{1}{2}$ дюйма перед телом, в 7 дюймах за спиной и в $4\frac{1}{2}$ дюйма около голени. Ширина внутренней ауры составляла 4 дюйма справа и 3 дюйма слева от тела.

Около талии пациентки между ее телом и внутренней аурой присутствовало необычное пустое пространство длиной 7–8 дюймов и максимальной шириной около 1 дюйма. Причина его появления так и осталась неясной.

При изучении ауры в положении «руки на талии» через красный, оранжевый, желтый и зеленый экраны она выглядела голубовато-серой справа и зеленовато-серой слева. С синим экраном ее цвет справа стал синим, а слева превратился в несмешивающееся переплетение синего с желтым.

И наконец через фиолетовый экран правая сторона выглядит фиолетовой, а левая — синей.

Эти два примера решительно свидетельствуют, что в некоторых, если не во всех, случаях, когда аура человека оказывается несимметричной, различие начинается около передней и задней осевых линий тела. Если рисовать гипотетическое поперечное сечение эпилептической ауры, осевые линии должны стать теми точками, откуда начинается сжатие ауры. Фрагменты *g* и *h* рисунка 23 (с. 201) иллюстрируют обычную форму мужской и женской эпилептических ауры. В некоторых случаях эпилепсии, например в описанных в примерах 42 и 43, сжавшаяся половина ауры обладает очень нечеткой границей, и иногда создается впечатление, что за обычной аурой присутствует еще немного аурического тумана, напоминающего своим видом ультравнешнюю ауру. В подобных ситуациях (и только в них) существует вероятность того, что внешняя аура этих эпилептиков все-таки обладает одинаковой шириной с двух сторон, просто с одной из них туман может оказаться настолько разреженным, что у наблюдателя создается полное впечатление его сжатия. На фрагментах *i* и *k* рисунка 23 приведены гипотетические поперечные сечения таких истощенных ауры.

Пример 54 (рисунок 29). На осмотр пришла замужняя женщина Н., страдавшая припадками. Первый случился, когда ей было всего два года. Пациентка считала, что за последние два года у нее было еще семь припадков, накануне и после каждого из которых ее мучили сильные головные боли, причем последний сопровождался температурой, которая продержалась четыре дня. Женщина выглядела угрюмой и была, по-видимому, от природы слабоумной.

Осмотр, состоявшийся во второй половине 1915 года, показал, что обе ее ауры были довольно четкими и имели серый цвет. Внешняя аура с правой стороны имела ширину 9 дюймов около головы и туловища и 4 дюйма около ноги. С левой стороны аура оказалась мутной на вид и имела грубую текстуру, а ее граница была не такой четкой, как справа. Ширина ауры слева составляла 6 дюймов около головы и туловища и 3 дюйма на уровне нижней части бедра и голени. В профиль аура имела ширину 4 дюйма перед телом

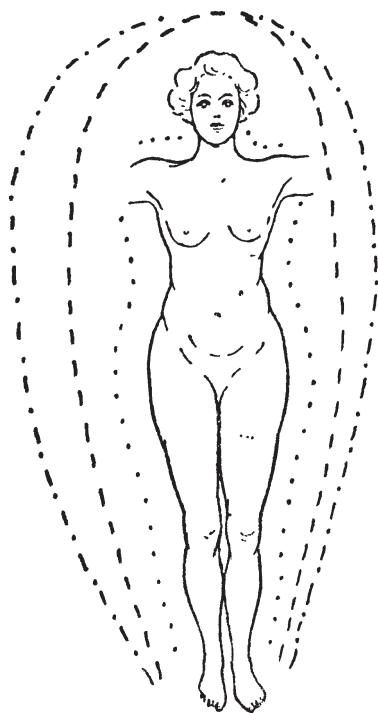


Рис. 29

- Внутренняя аура
- Внешняя аура при болезни
- · - · - · - Внешняя аура после приложения электричества

и около ног и 7 дюймов за поясницей. Граница внутренней ауры проходила в 3 дюймах от правого контура тела и в 2 дюймах от левого, причем слева внутренняя аура была не только заужена, но и выглядела менее четкой.

Когда женщина стала на изолированную скамью и начала заряжаться отрицательным электричеством, внутренняя аура исчезла первой; внешняя аура сначала сконцентрировалась по обеим сторонам от тела, а затем тоже исчезла. Когда заряд рассеялся, обе ауры вскоре снова проявились, но их расширение до максимального размера продолжалось

не менее 10 минут. При этом обычного падения четкости не наблюдалось; текстура правой стороны ауры выглядела нормально, тогда как левая оставалась плотной на вид. Размеры внешней ауры справа выросли до 14 дюймов около головы и туловища и до 6 дюймов около ноги. Слева эти цифры составляли соответственно 9 и 4 дюйма. Граница ауры с этой стороны стала более четкой. Автор на всякий случай попросил пациентку повернуться спиной, чтобы удостовериться в реальности различий: как и ожидалось, освещение не имело к ним никакого отношения. Внутренняя аура после электризации не изменилась.

Столь поразительное различие, наблюдавшееся после стекания заряда, подтверждает, что аура пациентки слева действительно была не такой широкой, как справа.

Если внешняя аура с одной стороны от тела сжата и это сжатие начинается от передней и задней осевых линий тела, следует ожидать, что толщина тумана перед соответствующей стороной тела, а также позади нее тоже должна быть меньше. Сколько автор ни старался, наглядного подтверждения этого феномена он так и не получил. По-видимому, его невозможно получить в принципе, поскольку аура всегда воспринимается как силуэт и более широкие ее части не позволяют наблюдать феномен непосредственно.

Причиной любого сужения ауры, будь оно абсолютное или только кажущееся, должно быть соответствующее ослабление аурических сил. Если природа такого ослабления чисто количественная, аура должна просто сужаться или ослабляться (*рисунок 23, фрагменты g-k*). Но более вероятно, что кроме количественных изменений аурические силы претерпевают и некоторые качественные перемены. Этот вопрос еще будет обсуждаться в следующей главе.

Аура здорового человека внешне выглядит настолько симметричной по форме, размерам и текстуре, что сам вопрос о возможности каких-либо различий между ее половинами мог бы никогда не возникнуть. Тем не менее он логически вытекает из некоторых данных, собранных при изучении определенных патологических состояний. Ниже приводится краткая сводка фактов, проливающих некоторый свет на этот вопрос.

1. *Асимметрия размеров.* При рассмотрении ауры эпилептиков мы говорили, что внешняя и внутренняя ауры этих пациентов с одной стороны оказывались более широкими, чем с другой (с. 201) во всех случаях, за исключением рассмотренных в примерах 42 и 43, где наблюдалось кажущееся (но не реальное) равенство двух половин внешней ауры.

2. *Асимметрия текстуры.* Сужение ауры с одной стороны обычно сопровождается изменением ее текстуры (с. 202). Наиболее вероятными местами стыка аффектированной и неаффектированной частей ауры, которые обычно хорошо выражены, служат передняя и задняя осевые линии тела (примеры 52 и 53).

3. *Цветовая асимметрия.* Даже у совершенно здоровых людей цвета ауры с двух сторон от тела иногда различаются. У невротиков и людей с ослабленным здоровьем такое различие наблюдается гораздо чаще, причем всякий раз, когда цветовые границы удаётся хорошо идентифицировать, они совпадают с вертикальными осевыми линиями тела. Иногда для выявления цветовых различий требуются цветные экраны (пример 42). Обычно для этих целей лучше всего подходит синий экран.

4. *Асимметрия, проявляемая с помощью полос дополнительного цвета.* Задолго до постановки самого вопроса о возможности реальных различий между двумя половинами аур здоровых людей автор часто замечал, что обнаруживаемые с помощью полос дополнительного цвета пятна имеют односторонний характер, особенно спереди, а если располагаются около осевой линии, то резко ограничиваются ею.

5. *Асимметрия химически индуцируемых изменений.* Автор много раз наблюдал, что при окурировании химическими парами только одной половины ауры границы между нормальным и индуцированным цветом совпадают с осевыми линиями тела. То же самое наблюдалось при окурировании обеих половин ауры парами различных веществ. Один или два раза при очень легком окурировании спины парами йода цвета ауры с двух сторон получались разными.

6. *Асимметрия, индуцируемая сознательным усилием.* Аналогично предыдущим случаям, любые односторонние изменения в ауре путем сознательных усилий всегда имеют

осевые линии в качестве границы. Если же, вопреки желанию человека, изменения все-таки распространяются и на другую половину его ауры, их качество по разные стороны от осевой линии оказывается различным.

Взятые в совокупности, эти наблюдения определенно указывают на возможность существования реальных различий в структуре правой и левой половин аур здоровых людей, а также на то, что эти различия слишком утонченны для обнаружения современными методами. Тем не менее автор надеется, что благодаря новым исследованиям этот интересный вопрос будет окончательно разрешен уже в ближайшем будущем.

Приложение к главе VII

Пример 55. Следующий пример задержки в развитии исключительно интересен и поучителен, поскольку описанная в нем пациентка S.K. обладала аурой, не похожей ни на одну из встречавшихся ранее.

На осмотр пришла здоровая от природы 22-летняя девушка, недавно заболевшая легкой формой анемии. К обследованию ауры ее подтолкнуло то, что до сих пор у нее не было ни одной менструации. Она обладала высокой, крепкой, несколько склонной к полноте фигурой, в которой было пропорционально все, за исключением молочных желез, которые сохраняли инфантильную форму, свойственную девочкам 6–8 лет. Волосистой покров в лобковой области был недоразвит — обычно такой наблюдается у девочек при приближении к переходному возрасту. Пациентка оказалась интересной и довольно умной для девушки ее возраста и профессии. Приступая к осмотру, автор полагал, что любые ожидаемые отклонения в ауре пациентки будут сблизать ее с переходным типом ауры, характерным для девочек 14–18 лет. Но этим предположениям не суждено было сбыться.

Первое впечатление при осмотре оказалось следующим: аура была довольно широкой сверху и простиралась вокруг головы на 9 дюймов, в то время как около туловища она казалась не шире 7–7½ дюйма. Далее вниз к лодыжкам она почти не сужалась, отчего около бедер и икр выглядела очень широкой. Внешняя граница ауры тоже оказалась менее четкой, чем обычно. Более тщательное изучение, однако, показало, что упомянутая граница на самом деле не является таковой в истинном смысле этого слова. Ширина ауры около туловища в реальности была на 2–3 дюйма больше, просто туман на периферии проявлялся слабее. Своим видом он напоминал обычную внешнюю ауру, только пониженной

яркости, которая, впрочем, ничем не уступала яркости аур иных больных пациентов. Характер этого периферического тумана явно отличался от характера ультравнешней ауры, а его наличие придавало ауре почти лопатообразную форму. При изучении в профиль внешняя аура спереди и сзади выглядела шире, чем обычно, и имела за спиной выступ, который начинался около плеч и заканчивался прямо под ягодицами. Внутренняя аура тоже оказалась широкой, можно даже сказать, ненормально широкой для внешней ауры, размером 7 дюймов. Такие внутренние ауры обычно наблюдаются у женщин, туман вокруг туловища которых простирается дюймов на 10.

После приложения к телу пациентки отрицательного электричества ее внешняя аура увеличилась, а ее форма приблизилась почти к идеальной лопатообразной. Выступ за спиной стал еще выразительнее. В то же время различие между двумя областями внешней ауры несколько сгладилось, но полностью не исчезло. К сожалению, тело этой девушки совершенно не несло на себе поверхностного электричества, поэтому так и не удалось выяснить, имелся ли в его распределении максимум, обычно наблюдаемый у женщин.

Конечно, делать какие-либо выводы на основании единственного случая нельзя, однако его сравнение с другими случаями задержанного развития весьма интересно. Все отстающие от сверстниц девушки, кроме одной, обладали более узкими для своего возраста аурами; в одном исключительном случае аура даже оказалась инфантильной. Кроме того, во всех известных автору случаях аура девочек приобретала переходные черты еще до начала менструаций. Автор также заметил, что если после установления половых функций работа половых органов по каким-либо причинам временно приостанавливалась, аура обычно (хотя и не всегда) сужалась. Таким образом, если бы аура девушки в описанном выше случае действительно оказалась узкой, шириной всего 7–7½ дюйма, удивляться было бы нечему. Самое интересное заключалось в той ее части, которая лежала за этой границей. Возможно, дальнейшее изучение подобных случаев прольет некоторый свет на происхождение лопатообразных аур у людей с истерическим темпераментом.

Глава VIII

Внутренняя аура при болезнях

В предыдущей главе мы рассматривали отклонения от нормального состояния больших областей ауры. Опыт показывает, что подобные глобальные изменения внешнего тумана могут сопровождаться соответствующими изменениями внутренней ауры, а могут и нет. В этой главе мы поговорим о локальных изменениях, которые, как правило, затрагивают только внутреннюю ауру, хотя известны случаи, когда локальные нарушения воздействовали и на внешний туман. В то же время автору не известно ни одного случая, когда локальное изменение в ауре затронуло бы только внешнюю ауру, совершенно не коснувшись внутренней.

Локальные изменения формы ауры не столь заметны, как описанные в предыдущей главе. Они состоят либо в локальном сужении, либо в исчезновении части или даже всей толщи внутренней ауры. В некоторой степени локальные изменения могут затрагивать и прилегающую часть внешнего тумана. Кроме того, внутренняя аура подвержена изменениям текстуры и может принимать совершенно не характерную для здорового состояния видимость. Главные локальные изменения текстуры таковы: а) грубая полосчатость внутренней ауры; б) полная утрата полосчатости внутренней ауры; в) грануляция внутренней ауры. Грануляция может распространяться также и на внешнюю ауру.

С простейшей разновидностью локального изменения — сужением — мы встречаемся, когда внутренняя аура, сохраняя контакт с телом, утончается в некоторой области из-за утраты своей дистальной части. Обычно зауженная часть внутренней ауры теряет свою яркость, а ее полосчатость становится менее выраженной; одновременно ее внешняя граница лишается той четкости, которая свойственна сосед-

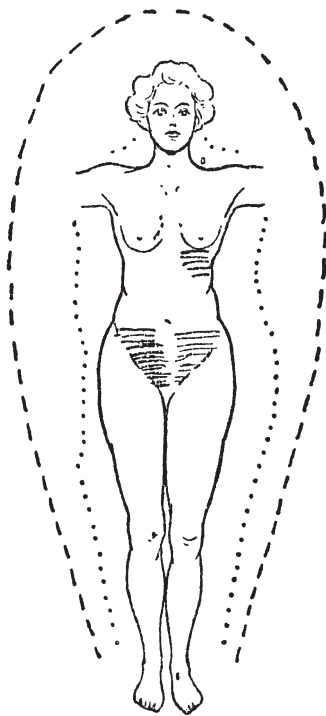


Рис. 30. Локальное сужение внутренней ауры

ним здоровым участкам. По-видимому, локальное утончение возникает в результате чисто количественного уменьшения внутренней аурической силы, которая почти или, возможно, совсем не меняется качественно. Далее приводится типичный пример такого сужения, который, впрочем, интересен и в других отношениях.

Пример 56 (рисунок 30). Х.А., 37-летняя бездетная замужняя женщина, постоянно болела на протяжении нескольких лет. За последние четыре года она перенесла операции по поводу блуждающей почки, двойной грыжи, а также аппендицита. Поскольку почка осталась очень подвижной, ей предложили еще одну операцию.

Осмотр показал, что яркость ее внешней ауры была вполне нормальной. Форма ауры в целом тоже оказалась

довольно правильной, за исключением широкого спинного выступа, начинавшегося от головы и заканчивавшегося у ступней. Ширина ауры составляла $9\frac{1}{2}$ дюйма вокруг головы и туловища, 6 дюймов около бедер и $4\frac{1}{2}$ дюйма на уровне лодыжек. В профиль ширина ауры составляла $4\frac{1}{2}$ дюйма перед телом и 9 дюймов в самой широкой части выступа за спиной.

В то же время внутренняя аура выглядела тусклее обычного, хотя ее полосчатость просматривалась вокруг всего тела. С левой стороны от тела, перед ним и за спиной ее ширина составляла 3 дюйма. С правой стороны выше пула и ниже верхней трети бедра она была такой же ширины, но между этими двумя уровнями сужалась до 2 дюймов. Полосчатость в этой области была несколько более грубой, а внешний край — менее определенным. Никакой полости между внутренней и внешней аурой не наблюдалось. Как автор и ожидал, с.с. полоса обнаружила в ауре несколько пятен. Со стороны спины присутствовало обычное крестцовое пятно, другое, желтое, длиной около 3 дюймов, висело над гребнем правой подвздошной кости и третье — над правыми нижними ребрами. Спереди большая часть обеих подвздошных областей выглядела темной, причем у самого низа затемнение было более сильным, чем сверху. Кроме того, правая подвздошная область в целом была темнее левой. В дополнение к этому над левым подреберьем висело еще одно темное пятно. Женщина жаловалась на боль в каждой из описанных областей, но, как ни странно, болевые ощущения и повышенная чувствительность ярче проявлялись в левой подвздошной области, чем в правой, хотя затемнение с.с. полосы справа было заметно сильнее. Автор предположил, что излишнее затемнение с правой стороны связано с опущением почки. Временами женщина испытывала острую боль в спине, которая объясняла наличие сзади четко выраженного пятна.

Другая разновидность сжатия внутренней ауры — воронкообразные или цилиндрические депрессии, которые часто приводят к появлению в аурическом тумане настоящих дыр. Возможно, причина их появления заключается в следующем. В главе V говорилось о том, что аурические силы

эмануруют из тела под прямым углом к его поверхности. Если некоторый участок тела по каким-либо причинам расстроен до такой степени, что аурическая сила из него совсем не эманурует, в то время как из окружающих его здоровых областей она по-прежнему излучается обычным путем, во внутренней ауре образуется пустота в форме цилиндра с длинной осью, перпендикулярной поверхности тела (пример 59). Но чаще пораженный участок отделяется от окружающих здоровых областей не резкой границей, а плавной переходной зоной, в которой интенсивность аурической силы постепенно возрастает (примеры 57 и 58). В результате образуется конический провал с вершиной около поверхности тела. С первого взгляда такой дефект можно и не заметить, если только он не будет очень большим, как в примере 58. Ранее уже описывалось воздействие подобных пустот в ауре на полосу дополнительного цвета.

Провалы во внутренней ауре можно рассмотреть только при благоприятных условиях, и только в сечениях. За исключением двух или трех случаев, наблюдавшихся к настоящему времени автором (см. примеры 58 и 60), почти все они располагались около боковых поверхностей тела пациентов. Причина очевидна: пустоты сбоку от тела пациента, стоящего лицом или спиной к наблюдателю, изучаются через гораздо меньшую толщу ауры, чем аналогичные пустоты на передней или задней поверхности тела, которые приходится рассматривать, поставив пациента боком. Вдобавок к этому любые уплотнения и непрозрачные участки аурического тумана успешно скрывают локальные пустоты. Для их выявления абсолютно необходим подходящий фон, и лучшее, что можно придумать — глухой черный цвет. Любые светлые цвета для этих целей совершенно непригодны. Учитывая все эти трудности, стоящие перед наблюдателем, можно с уверенностью утверждать, что некоторые пустоты в ауре все-таки остаются незамеченными.

Следующий пример относится ко времени, когда автор еще не умел отделять внутреннюю ауру от внешнего тумана. В нем описывается самая первая аура с локальным нарушением, которую ему довелось наблюдать в своей практике. Следует заметить, что различие в размерах между внутрен-

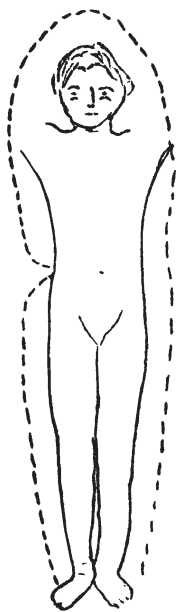


Рис. 31. Воронкообразная депрессия в ауре

ней и внешней аурой у детей настолько незначительно, что наблюдение через красный экран едва ли могло серьезно повлиять на результат.

Пример 57 (рисунок 31). В клинику привели 10-летнего мальчика Н.Н., заболевшего за пять-шесть дней до осмотра опоясывающим лишаем. Высыпание проявилось в правой поясничной области над брюшной полостью и отчасти на боку и к моменту обследования находилось уже в стадии высыхания. Аура мальчика была довольно четкой и простиралась на 6 дюймов вокруг головы и $2\frac{1}{2}$ дюйма по бокам от тела. На вид она казалась совершенно нормальной, только немного узкой для ребенка этого возраста, если бы не одна особенность над правым боком, между грудино-мечевидной плоскостью и гребнем подвздошной кости. Начиная от верхнего из указанных уровней граница ауры изгибалась и соединялась с телом в области двенадцатого ребра. Здесь она вновь отходила от тела и только на уровне гребня

подвздошной кости вновь достигала прежней ширины. Вершина пустого пространства явно касалась поверхности тела, между тем текстура и цвет прилегающих к нему областей ауры выглядели совершенно нормально. Синяя с.с. полоса, проецируемая горизонтально, выглядела над правой половиной тела темнее, чем над левой, и, как можно догадаться, ее продолжение за левую границу тела оказалось светлее противоположного края. Проекция с.с. полосы на спину имела нормальный цвет выше одиннадцатого грудного позвонка; ниже этого уровня она темнела, причем тональный переход выглядел весьма резким. Присутствие воронкообразной брешки в ауре полностью маскировалось при любом положении мальчика, кроме исходного (лицом к наблюдателю). Перед телом и за спиной его аура также выглядела совершенно нормальной.

В следующем примере описывается еще одна воронкообразная депрессия, которая после отделения внешнего тумана карминовым экраном проявилась во внутренней ауре гораздо четче.

Пример 58 (рисунки 32). В., 73-летняя женщина, мать десятилетних детей, страдала от болей в эпигастральной области и брюшной полости, постепенно теряя вес. Врачи склонялись к диагностической операции. Поскольку ни изучение ауры, ни обычное обследование не выявили у пациентки никаких признаков органических нарушений, ей предложили повременить с хирургическим вмешательством и некоторое время подождать. Как оказалось, совет был правильным. В ходе лечения боли пропали и вес снова вернулся к норме. Три года спустя она по-прежнему находилась в добром здравии.

В начале 1914 года ее внешняя аура имела правильную форму, обычную яркость и имела ширину 9 дюймов вокруг головы и туловища, 4 дюйма около ног, 6 дюймов за спиной и 4 дюйма перед телом и ногами. В то же время видимость внутренней ауры оказалась далеко не такой четкой, как у здоровых пациентов, а ее полосчатость угадывалась с трудом и выше плеч почти не просматривалась. Ширина внутренней ауры составляла 3 дюйма вокруг головы и туловища и 2½ дюйма около нижних конечностей. В профиль она была

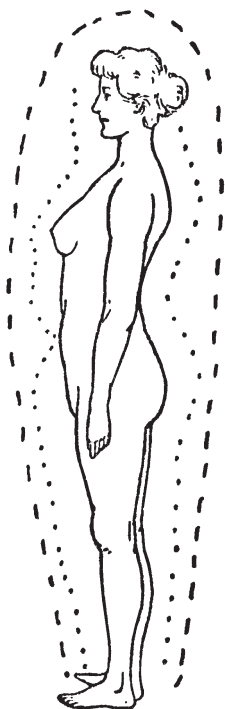


Рис. 32. Воронкообразная депрессия во внутренней ауре

сзади шириной 3 дюйма за спиной и $2\frac{1}{2}$ дюйма около бедер и икр. Спереди внутренняя аура почти везде выглядела нормальной при ширине 3 дюйма, если бы не одно обстоятельство: на уровне пупа она почти полностью исчезала, хотя в 4 дюймах выше и ниже этой области была обычной ширины, благодаря чему в ней образовалась воронкообразная брешь. По бокам от туловища она выглядела грубозернистой. С.с. полоса обнаружила на спине пациентки три желтых пятна: одно — слева от позвоночника, между четвертым и седьмым грудными позвонками, второе — на левой лопатке и третье — на пояснице. Аналогичный осмотр спереди выявил одно желтое пятно над эпигастральной областью и второе — над нижней частью брюшной полости.

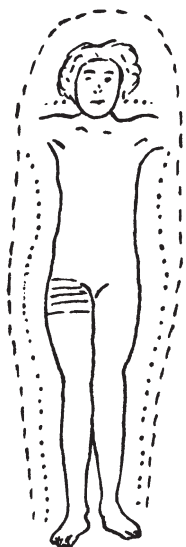


Рис. 33. Маленькая девочка. Болезнь бедра

Над правым подреберьем цвет с.с. полосы становился темнее. Если бы имела место опухоль, она бы располагалась под затемненной областью и скорее всего проявляла себя менее крупным и более темным пятном. Желтые пятна редко указывают на серьезные органические нарушения. Автор с полной уверенностью ожидал, что воронкообразная депрессия внутренней ауры проявит себя резким изменением цвета с.с. полосы, однако вопреки всем ожиданиям она ассоциировалась лишь с небольшим, едва уловимым пятном, чуть более светлым, чем остальная полоса, которое, вообще говоря, можно было просто не заметить. Не исключено, что его цвет был бы таким же насыщенным, как и у остальных желтых пятен, если бы не отсутствие части внутренней ауры.

Пример 59 (рисунок 33). Этот чрезвычайно поучительный случай связан с изящной 7-летней девочкой Н.М., которая в мае 1908 года пожаловалась на боль в правом бедре. Врачи поставили диагноз: очень ранняя стадия бугорковой

болезни бедра. Офтальмотуберкулиновый тест Кальмета¹ дал несомненную реакцию. Не теряя ни дня, родители положили девочку в детскую больницу, где она стационарно лечилась на протяжении нескольких месяцев, после чего ее выписали на долечивание в домашних условиях.

В феврале 1909 года, через день-два после возвращения домой, родители привели девочку на обследование ауры. Выглядела она очень хорошо, бедро больше не болело, подвижность бедренного сустава полностью восстановилась. Аура девочки оказалась довольно четкой, но узкой, шириной всего 2 дюйма. Она имела сероватый оттенок. Для ее возраста аура была вполне нормальной, за исключением того, что около правого большого вертела при изучении в фас в ней наблюдался настоящий провал длиной 2 дюйма. Пустое пространство настолько бросалось в глаза, что даже мать девочки заметила его почти сразу. Края бреши не изгибались, как в предыдущем примере, а были совершенно прямыми, отчего аура казалась в этом месте словно прокомпостированной. В то же время увидеть эту брешь, когда девочка повернулась боком, автору не удалось. Оттенок с.с. полосы над телом сохранялся ровным всюду, за исключением пустого пространства, над которым при изучении в профиль полоса выявила светлое пятно.

Вскоре девочку увезли в Шотландию. В 1912 году она вновь на несколько недель вернулась в Лондон и опять пришла на осмотр. Девочка заметно подросла, окрепла и выглядела вполне здоровой. Ее аура имела голубовато-серый цвет и простиралась на 6 дюймов вокруг головы, 4 дюйма за спиной и 3 дюйма около всех остальных частей тела. Ширина внутренней ауры всюду составляла 1½ дюйма. Для этого возраста обе ауры выглядели вполне нормально, опять

¹ Альбер Кальмет (1863–1933), французский микробиолог, создавший первый в мире противотуберкулезный диспансер и посвятивший многие годы своей жизни борьбе с туберкулезом. Вместе с другим французским ученым, Ш.Гереном, создал противотуберкулезную вакцину, известную во всем мире под названием БЦЖ. Упомянутый Кильнером тест на туберкулез заключается в изучении реакции конъюнктивы глаза на введение в него слабого раствора туберкулина; впервые описан Кальметом в июне 1907 года. (*Прим. перев.*)

же за исключением области около правого бедра. При визуальном осмотре без экранов аура около вертела казалась менее четкой, особенно близ кожи. Когда автор посмотрел на нее через карминовый экран, внутренняя аура в этом месте почти полностью исчезла и никакой полосчатости здесь даже не угадывалось, притом что выше и ниже этого места она проявлялась совершенно ясно. С.с. полоса при осмотре девочки спереди и сзади сохраняла постоянный цвет всюду, за исключением правого бедра, где она приобретала более темный оттенок, который распространялся и на ее продолжение за границу бедра. При проецировании с.с. полосы на боковую поверхность тела ее оттенок над вертелом наоборот становился более светлым. Присутствовавшие на осмотре мать и няня девочки без труда разглядели дефект в ее ауре.

Пример 60. D.S., 34-летняя женщина, страдавшая язвой желудка, пришла на осмотр через два месяца после выписки из больницы. Язва, проявившаяся всего за пять месяцев до осмотра, была по сути первой серьезной болезнью в ее жизни. Весьма широкая внешняя аура пациентки имела правильную форму и простиралась на $10\frac{1}{2}$ дюйма вокруг головы и туловища и 6 дюймов по бокам от бедер, плавно сужаясь к лодыжкам. При изучении в профиль ее граница сзади оказалась совершенно прямой и проходила в 4 дюймах от плеч и ягодиц. Спереди перед туловищем и нижними конечностями аура могла бы иметь всюду ширину 6 дюймов, если бы не сужение, начинавшееся на уровне нижнего края грудины и продолжавшееся приблизительно до пупа. Его нельзя было назвать классической воронкой, но было ощущение, что когда-то оно ею все-таки и было, а сейчас аура находится в процессе восстановления, возвращаясь к своему естественному состоянию. Туман в депрессии выглядел не таким ярким, как в остальной ауре. Внутренней ауре пациентки в целом не доставало четкости, хотя полосчатость в ней присутствовала. Эта нечеткость объяснялась тем, что организм пациентки еще не успел до конца восстановиться после болезни. Над эпигастральной областью внутренняя аура была *зауженной* и выглядела более тусклой, чем над соседними участками тела (от которого она нигде не отрывалась).

Полоса дополнительного цвета выявила на спине светло-желтое пятно, висящее над левой стороной позвоночника, между четвертым и восьмым грудными позвонками, а также темное пятно над двумя нижними поясничными позвонками и верхней частью крестца. Спереди над эпигастриальной областью присутствовало пятно трудноопределимого цвета, которое ярче всего проявлялось именно там, где ранее пациентка испытывала самые сильные боли. Длинная темная полоса тянулась вниз с левой стороны вдоль прямой мышцы живота; еще два пятна висели справа и слева над пахом, причем левое было темнее правого. Каждое пятно отмечало на теле пациентки либо область повышенной чувствительности, либо болезненное место.

Цветные экраны не обнаружили никаких вариаций, за исключением того, что через синий экран аура выглядела наполненной одновременно желтым и зеленым, причем цвета эти совершенно не смешивались между собой.

Самым интересным оказалось состояние ауры над эпигастриальной областью, где фактически наблюдалось переходное состояние между пустой воронкой и нормальным туманом, которое иллюстрировало, как происходит постепенное восстановление ауры — сначала около тела, затем на периферии.

Другое нарушение внутренней ауры, к описанию которого мы переходим, принадлежит к категории самых труднообъяснимых. Оно заключается в сужении ауры за счет прилегающей к телу части, в результате чего между телом и внутренней аурой образуется пустое на вид пространство.

Одна из предыдущих глав была посвящена эфирному двойнику, который также является пространством, лишенным тумана и отделяющим тело от ауры, но его ширина редко превышает $\frac{3}{16}$ дюйма, и обычно при осмотре пациентов он даже не замечается. Однако в некоторых случаях расширенный эфирный двойник бросается в глаза буквально с первого взгляда и может окружать тело либо равномерно, либо преобладать с какой-нибудь одной стороны. В последнем случае расширение эфирного двойника обычно сопровождается тем или иным изменением внутренней ауры. И наконец, бывают случаи, когда пустое пространство

присутствует около тела локально, а прилегающая внутренняя аура выглядит при этом пропорционально зауженной, хотя ее внешняя граница сохраняет свое естественное положение. В настоящее время автор затрудняется сказать, что служит причиной его появления — расширение эфирного двойника или же полное исчезновение части самой ауры. Вообще говоря, эта область несколько напоминает пустое пространство, которое обычно наблюдается между струей пара и носиком кипящего чайника, из которого этот пар вырывается.

Если феномен проявляется ярко, его действительно трудно не заметить, однако при начальных формах определить, действительно ли между телом и аурой присутствует избыточная пустота, бывает далеко не просто. Часто ситуацию усложняет то, что одновременно нарушается и текстура прилегающей ауры. Во многих случаях такие внутренние пустоты остаются невидимыми, скрываясь за толщей окружающих их здоровых участков ауры, так что в реальности феномен может оказаться не таким уж редким.

Проксимальное сужение внутренней ауры может проявиться около любой части тела: перед грудью и брюшной полостью, за спиной, по бокам от туловища, а также около верхних и нижних конечностей. Чаще всего оно наблюдается у невротичных пациентов и сопровождается или даже порождается теми или иными нарушениями: ранами (пример 68), опухолями (с. 310), мышечной атрофией (пример 61), опоясывающим лишаем (пример 62), рассеянным склерозом (пример 37) и т.д. Определить продолжительность измененного состояния внутренней ауры обычно не удастся, но в одном из случаев, связанном с переломом ребер (пример 68), оно определенно носило чисто временный характер.

Пример 61 (рисунки 34) иллюстрирует некоторые весьма необычные аурические изменения, в число которых входит локальное пустое пространство около тела.

Н., молодая женщина 27 лет, недавно вышедшая замуж, рассказала, что когда ей было всего два года, у нее начало болеть бедро. Несколько раз она лечилась в больнице, перенесла четыре операции, оправившись от последней только в возрасте 19 лет. Костыль стал неизменным спутником ее

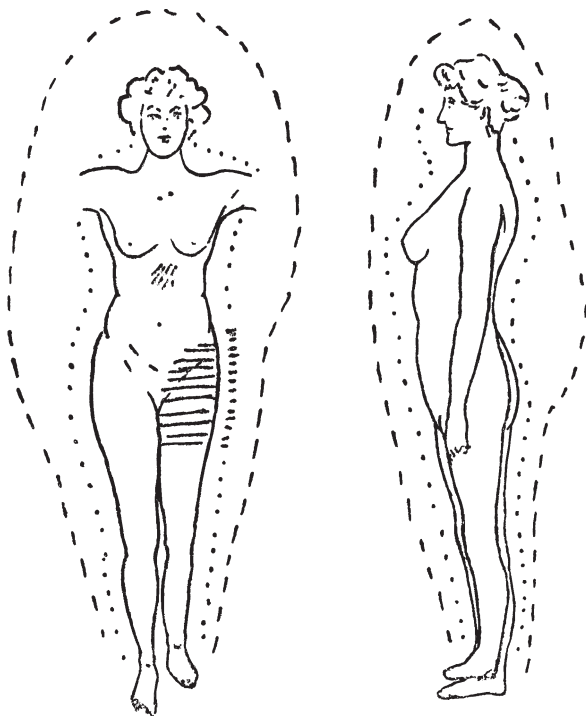


Рис. 34. Застарелая болезнь бедра. Лопатообразная аура

≡ Темные области на фоне с.с. полосы

/// Светлые области на фоне с.с. полосы

жизни, поскольку ее левая голень была на 2 дюйма короче правой, а окружность левого бедра на 4 дюйма меньше правого.

Во время осмотра, состоявшегося в 1912 году, женщина выглядела совершенно здоровой. Цвет ее ауры оказался синим. Правая половина внешней ауры имела четкий край и типичную лопатообразную форму. Простираясь на 9 дюймов около головы и туловища, она резко сужалась за нижней границей тела и на уровне колена ее ширина уже не превосходила 4 дюймов. С левой стороны четкой границы не было; аура растворялась к периферии постепенно и, насколько удалось рассмотреть, имела рядом с туловищем

ширину 8 дюймов, хотя на первый взгляд казалась более узкой. Чуть ниже гребня подвздошной кости граница внешней ауры слева резко изгибалась внутрь и начиная с этого уровня до самого низа проходила всюду в 3 дюймах от тела. При изучении в профиль ширина ауры достигала 4 дюймов перед туловищем, правым бедром и голенью, но перед левой ногой она оказалась на 1 дюйм меньше. За спиной наблюдался обычный для лопатообразных аур выступ с максимальной шириной около 8 дюймов. Ниже, вдоль бедер и голеней, туман был той же ширины, что и спереди.

Внутренняя аура имела одинаковую ширину вокруг всего тела, за исключением участка от гребня подвздошной кости до середины левого бедра. Выше аффектированной части она выглядела совершенно нормальной, в то время как над ней наблюдалось пустое пространство шириною $\frac{3}{4}$ дюйма, напоминавшее расширившийся эфирный двойник; полосчатость внутренней ауры здесь становилась грубой. Автору так и не удалось определить, как сильно пустое пространство охватывает бедро. Внешняя аура тоже казалась тут соответственно более грубой, причем область изменения текстуры ограничивалась спереди и сзади вертикальными осевыми линиями тела. С.с. полоса над левой стороной тела, между гребнем подвздошной кости и серединой бедра, выглядела более темной. Еще одно темное пятно¹, связанное с нарушением пищеварения, обнаружилось в эпигастральной области. Над остальными частями тела цвет с.с. полосы оставался постоянным.

Уникальный и весьма интересный феномен, связанный с проявлением многочисленных изменений внутренней ауры обсуждаемого типа, наблюдался у пациента, страдавшего опоясывающим лишаем. Сыпь на его теле была настолько обширной, что вместо полного выпадения внутренней ауры над пораженной областью автор ожидал увидеть то или иное ее нарушение. Хотя яркость ауры пациента была ниже обычной и туман проявлялся недостаточно четко, описанная далее редкая особенность ауры замечалась в ней без труда.

¹ Так в оригинале. На рисунке 34 это пятно обозначено как светлое. (Прим. перев.)

Когда пациент разводил руки в стороны, аура около высыпаний выглядела удивительно — она была словно изрешеченной и напоминала пчелиные соты с пустотами, вищащими под предплечьем и сбоку от туловища. Поначалу феномен казался труднообъяснимым, но стоило вспомнить, что линии аурических сил выходят из тела под прямым углом к его поверхности, как все становилось на свои места. Действительно, при разведении рук в стороны некоторые линии аурических сил в области между телом и руками исходят из туловища, другие — из предплечий, третьи — из подмышечной впадины, причем все они пересекаются под разными углами. Поскольку над пораженной частью тела аурические силы из-за болезни были ослаблены и беспорядочно нарушены, производимый ими туман выглядел более слабым и приобрел ячеистую структуру. Более или менее здоровая аура, расположенная впереди и позади патологической части тумана, также могла усиливать феномен.

Пример 62. На осмотр пришел 22-летний сапожник F.F., у которого еще в возрасте семи лет заболело бедро. Долгие годы он страдал от абсцессов с сиквестированием костной ткани. Перенеся несколько операций, последние пять лет пациент находился в добром здравии. Однако за неделю до осмотра он заметил сбоку на грудной клетке сыпь, сопровождающуюся высыпанием на внутренней стороне предплечья и в области подмышечной впадины. Еще одно весьма болезненное и пораженное сыпью пятно появилось на спине. При осмотре обнаружилось также герпетическое пятно размером $1\frac{1}{2}$ дюйма, расположенное прямо под ключицей. Вся правая подмышечная впадина, три четверти правого предплечья, а также небольшой участок на спине около позвоночника в области третьего грудного позвонка оказались покрытыми сыпью, причем волдыри были очень большими, размером до $\frac{1}{2}$ дюйма. Вне всяких сомнений, у пациента была тяжелая форма опоясывающего лишая.

При осмотре его ауры оказалось, что она имеет серовато-голубой цвет и недостаточную четкость. С левой стороны она выглядела нормальной, но очень узкой, не шире 3 дюймов. Ширина внутренней ауры составляла здесь $2\frac{1}{2}$ дюйма. Спереди и сзади аура в целом имела такую же протяжен-

ность и не проявляла явных отклонений от обычной здоровой формы. Справа аура выглядела нормальной только около головы. Стоило пациенту оторвать правую руку от тела, как аура под правым предплечьем и на некотором участке вдоль туловища приобретала весьма странный вид — она становилась зернистой, но не так, как обычно. На черном фоне она выглядела словно изрешеченная темными дырами. Описать этот туман исключительно трудно. Ослабление гранулированной части ауры, очевидно, было связано с недостатком аурической субстанции. Кроме того, внешняя и внутренняя ауры казались здесь слитыми воедино, поскольку никаких различий между ними разглядеть не удалось. Ниже изрешеченной части внешний вид ауры снова восстанавливался, однако ненадолго. Ниже гребня подвздошной кости на протяжении около 5 дюймов туман снова приобретал описанный выше вид, только слабее выраженный. Эта область примыкала к пораженному много лет назад суставу.

В следующем и единственном в своем роде примере описывается аура, форма которой нарушилась в результате локального телесного расстройств и которая начала восстанавливаться, как только пациентка пошла на поправку. К счастью, время от времени она обследовалась у автора, и ему удалось зарисовать этапы постепенного восстановления ее ауры. Дабы не усложнять рисунок, автор изобразил на нем только внешний туман. Конечно, у него были и другие случаи наблюдать постепенное исправление формы поврежденной ауры, но ни один из них не сравнится с этим по объему восстановившейся части.

Пример 63 (рисунк 35). Д., незамужняя 47-летняя женщина, домработница, пришла на первый осмотр в конце июля 1908 года. Последние годы она постоянно страдала нарушением пищеварения и уже несколько месяцев испытывала сильные боли и дискомфорт, сопровождавшиеся вздутием живота, которое начиналось примерно через полтора часа после приема пищи и продолжалось обычно не менее получаса. Вдобавок к этому женщину мучили запоры и ее желудок был расширен.

Аура пациентки с левой стороны имела обычную для женщины форму и начинала окончательно сжиматься не

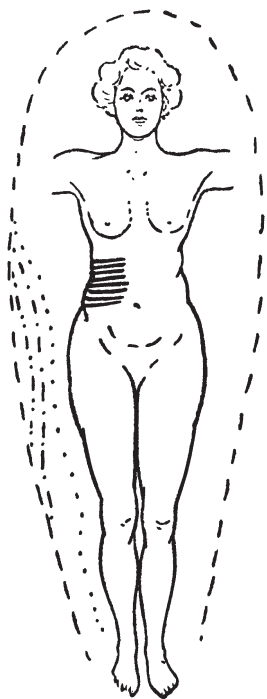


Рис. 35. Восстановление ауры
 ≡ Темные области на фоне с.с. полосы

выше середины бедра. Справа ее форма была весьма необычной. Около головы аура по отношению к левой стороне выглядела симметричной, но около молочной железы, где она простиралась на $6\frac{1}{2}$ дюйма, граница ауры резко изгибалась внутрь, так что на уровне чуть выше пупа ширина ауры составляла всего $1\frac{1}{2}$ дюйма. Далее книзу она уже не менялась. При изучении в профиль аура за спиной и перед телом имела обычный вид.

Осмотр с помощью с.с. полосы выявил над правым подреберьем темное четырехугольное пятно. Оно начиналось от передней осевой линии тела и как бы опоясывало туловище; его верхний край находился на уровне мечевидного отростка, а нижний — точно на уровне пупа. Эта область

выглядела на несколько тонов темнее оставшейся полосы и имела очень резкие границы. Пальпация обнаружила повышенную чувствительность печени, а в 3 дюймах выше и правее пупа была найдена область, чрезвычайно болезненная при глубоком надавливании. Назначенное пациентке лечение значительно поправило ее здоровье.

В октябре 1908 года женщина пришла на осмотр повторно. Ее аура имела прежний вид всюду, за исключением правой стороны. На этот раз описанный выше изгиб оказался не столь глубоким и длинным. К середине бедра аура восстанавливала свою ширину и далее книзу проходила симметрично левой стороне.

Шестью месяцами позднее прогиб правой границы ауры дополнительно уменьшился, хотя все еще хорошо различался; в остальном аура выглядела по-прежнему. Поскольку тенденция к постепенному восстановлению ауры была очевидной, автор решил еще раз осмотреть женщину в октябре 1909 года. Незадолго до этого у пациентки вновь было нарушение пищеварения в течение приблизительно шести недель, но после трехнедельного лечения ее здоровье быстро поправилось. На этот раз аура выглядела вполне симметричной, хотя пораженная ранее область все-таки сохраняла некоторые особенности.

Различия начинались на уровне мечевидного отростка и заканчивались чуть выше гребня подвздошной кости. Аура здесь выглядела тусклой, имела грубую текстуру и не столь голубой цвет, как в здоровых областях. Справа ее ограничивали полосы более светлого тона, идущие под прямым углом от тела и отличавшиеся от обычных лучей степенью прозрачности. Внутренняя аура здесь была немного зауженной и имела грубозернистую текстуру при полном отсутствии полосчатости. Вне этой области вокруг всего тела она имела ширину около 2 дюймов и обладала отчетливой полосчатостью. В дополнение ко всему аффектированный участок выделялся хорошо выраженным эфирным двойником шириною $\frac{1}{8}$ дюйма. Таким образом, после восстановления исходной формы аура тем не менее не обрела своего естественного вида. Четырехугольное пятно в подреберной области по-прежнему выглядело более темным на фоне синей

с.с. полосы, хотя степень потемнения была уже не такой сильной. Край с.с. полосы за правой границей тела также выглядел более темным, чем за левой, но различие было незначительным. Описанный процесс постепенного восстановления ауры схематически изображен на рисунке 35.

Спустя несколько месяцев, когда пациентка была совершенно здорова, автор опять получил возможность изучить ее ауру. Внешний туман теперь имел обычные размеры вокруг всего тела и выглядел симметричным, однако текстура внутренней ауры с правой стороны все еще окончательно не восстановилась. Здесь она выглядела более грубой и тусклой, и хотя в ней уже появились признаки полосчатости, она была определенно далека от нормально исполосованной здоровой внутренней ауры. Измененная область начиналась на уровне грудино-мечевидной плоскости и немного не доходила до гребня подвздошной кости.

Синяя с.с. полоса все еще позволяла обнаружить темное пятно, которое по-прежнему как бы опоясывало туловище и продолжалось за спину, но оно уже не было таким заметным, как на предыдущих осмотрах. Эта же полоса выявила на левой стороне тела другое хорошо заметное пятно с нечеткими границами, которое располагалось частично над поясничной, частично над подвздошной областью. По словам пациентки, буквально за день до осмотра эта область у нее болела; пальпация подтвердила повышенную чувствительность в этом месте.

Спустя много лет, в первой половине 1917 года, автор получил последнюю возможность осмотреть эту женщину. Ничего особенного в ее ауре не появилось, за исключением того, что текстура аффектированной ранее области с правой стороны полностью восстановилась — ни малейших признаков былого болезненного состояния уже не наблюдалось.

Перейдем теперь к рассмотрению локальных расширений ауры. Такие расширения, к примеру, всегда наблюдаются при беременности, но в этом случае они имеют временный характер и чисто физиологическую природу. В действительности, как будет показано в последней главе, расширение ауры перед молочными железами и брюшной полостью является одним из признаков этого состояния. Два следую-

щих примера оказываются исключениями из этого правила, поскольку в обоих случаях расширение ауры оказывалось типичным для беременности, но самой беременности не было.

Пример 64. Е., мать, первый ребенок которой родился мертвым, воспитывала второго малыша двух с половиной лет. Вскоре после вторых родов у нее случилось маточное кровотечение, а на следующий год ей удалили полип. После операции менструации стали повторяться с интервалом 14 дней и были очень обильными. К моменту осмотра у женщины было уже три пропуска, а ее брюшная полость казалась чуть-чуть увеличенной. Чувствовала она себя хорошо, но далеко не идеально. Аура пациентки имела голубоватосерый цвет и простиралась на 9 дюймов вокруг головы и туловища, постепенно сужаясь до 4 дюймов на уровне лодыжек. Ширина ауры перед брюшной полостью достигала 5 дюймов, хотя выше и ниже этой области не превосходила 3 дюймов. Около бедер и голеней она была шириной 4 дюйма. Внутренняя аура имела ширину $2\frac{1}{2}$ дюйма всюду, за исключением брюшной полости, над которой она несколько расширялась. Первоначальное предположение о беременности впоследствии не подтвердилось.

Пример 65. На осмотр пришла замужняя бездетная женщина N. очень нервного и депрессивного темперамента. За последний год она сильно похудела и жаловалась на неопределенные боли по всему телу. Тремя годами ранее она перенесла операцию на матке. Аура пациентки оказалась синей, лопатообразной, шириною $7\frac{1}{2}$ дюйма вокруг головы, 9 дюймов около туловища и чуть менее 4 дюймов на уровне лодыжек. При осмотре в профиль ширина внешней ауры позади тела составляла 4 дюйма везде, за исключением поясицы, где она расширялась до 9 дюймов. Спереди ее граница проходила в 4 дюймах от тела, но около нижней части брюшной полости это расстояние увеличивалось еще на $\frac{3}{4}$ дюйма. Ширина внутренней ауры составляла $2\frac{1}{2}$ дюйма вокруг всего тела, однако перед брюшной полостью она тоже немного расширялась — до 3 дюймов. Утолщенная часть внутренней ауры имела зернистую текстуру, хотя всюду вокруг тела внутренняя аура была исполосована обычным

образом. В данном случае отсутствие полосчатости свидетельствовало против беременности.

К подобному изменению текстуры, которое мы вскоре опишем подробно, тесно примыкает нечеткость внутренней ауры или даже обеих аур одновременно. Плохо выраженная полосчатость внутренней ауры может свидетельствовать о конституциональной слабости пациента или быть признаком временного или хронического заболевания. Единственное распространенное исключение — беременность, во время которой внутренняя или, что случается чаще, обе ауры вместе значительно тускнеют. Однако случаи ослабления аур сами по себе настолько многочисленны, что этот признак в отдельности не следует рассматривать как важное свидетельство в пользу беременности.

Сказанное хорошо иллюстрирует следующий пример, описывающий высокого, сильного, хорошо сложенного мужчину, который вбил себе в голову, что люмбаго следует лечить голоданием. Когда мы встретились, он заявил, что чувствует себя вполне нормально, хотя уже девять дней ничего не ел и пил только воду. Мужчина рассказал, что накануне все утро занимался своими пчелами, а послеобеденное время посвятил саду, выполняя там, как он сам выразился, «тяжелую работу землекопа». В здоровом состоянии его аура была бы довольно широкой, особенно вокруг головы, поскольку его интеллект значительно превосходил средний. Когда-то он был адвокатом и неплохим оратором.

Пример 66. Н.Г., 48-летний мужчина, пришел на осмотр в 1915 году. Его внешняя аура имела нормальную четкость и правильную форму, тогда как внутренняя почти не просматривалась (полосчатость едва-едва угадывалась). С.с. полоса имела одинаковый цвет над всей поверхностью тела, за исключением желтого пятнышка над желудком. Пациент признался, что дискомфорт в этом месте появился у него сразу после начала голодовки, поэтому он связывает его с отсутствием пищи. Ничего особенного в его ауре автор больше не нашел. Интересно заметить, что на теле пациента почти отсутствовало поверхностное электричество, хотя за месяц или за два до этого оно проявлялось необычайно сильно.

Пример 67. 34-летняя женщина, никогда не страдавшая серьезными заболеваниями, пришла на осмотр в 1913 году. Незадолго до этого у нее было нарушение пищеварения, но к осмотру ее здоровье полностью восстановилось. Бросавшаяся в глаза худоба была для нее естественной. Пациентка рассказала, что некоторые ее родственники в свое время умерли от чахотки, но у нее самой признаков этой болезни никогда не было. Она принадлежала к категории здоровых, но хрупких женщин. Цвет ее ауры оказался синим, с небольшой примесью серого. Яркость внешней ауры едва достигала среднего уровня, а внутренняя аура вообще просматривалась с трудом — автор приложил немало усилий, чтобы разглядеть в ней полосчатость. Ширина внешней ауры составляла 9 дюймов вокруг головы и по бокам от туловища, 4 дюйма перед телом, 7 дюймов за спиной и 3½ дюйма около нижних конечностей. Внутренняя аура имела ширину 2½ дюйма вокруг головы и туловища и 2 дюйма около ног. Осмотр с помощью с.с. полосы обнаружил лишь два небольших пятнышка — одно на спине, другое на передней поверхности тела. Через различные экраны цвета ауры выглядели весьма любопытно, но их описание мы опустим.

Такое состояние ауры часто наблюдается у анемичных девочек и молодых женщин, однако стоит им выздороветь, и яркость тумана сразу восстанавливается.

Как только автор научился отделять внутреннюю ауру от внешней, он, естественно, предположил, что изменять размер и структуру может каждая из них. В этой связи он заметил, что изменение размера внутренней ауры довольно часто сопровождается модификацией ее субстанции, поэтому эти вариации удобно изучать вместе.

Для понимания изменений, затрагивающих текстуру внутренней ауры, важно помнить, что в здоровом состоянии эта аура представляет собой чрезвычайно утонченный туман, состоящий как бы из мельчайших зерен, которые благодаря своей особой упорядоченности придают внутренней ауре полосчатый вид. Поскольку ее ширина вокруг разных частей тела почти одинакова, скорее всего, она порождается только одной эманлирующей из тела силой, а именно внутренней аурической силой (с. 154–155).

Любая болезнь нарушает эту силу и приводит к изменению субстанции внутренней ауры. Одно из таких изменений, которое часто можно различить без всяких экранов, — отсутствие нормальной полосчатости. С него начинаются все болезненные состояния внутренней ауры.

Одновременно с исчезновением полосчатости тончайшие гранулы, образующие субстанцию здоровой внутренней ауры, заменяются более грубыми и темными. Каждая крупная гранула, по-видимому, является конгломератом, состоящим из нескольких мелких. Размер этих гранул сильно варьируется, но обычно в их массе присутствует доминирующий калибр, который и придает аффектированной области характерный внешний вид. По характеру грануляцию можно для удобства разделить на *тонкую, среднюю и грубую*. Появление в текстуре внутренней ауры крупных гранул приводит сперва к огрубению полосчатости, а затем к ее полному исчезновению. Учитывая, что ширина внутренней ауры меняется довольно редко, можно предположить, что интенсивность порождающих ее сил в большинстве случаев сохраняется. Таким образом, причина аномальной грануляции остается неясной. Если грануляция появляется, особенно грубая, восстановление нормальной текстуры, как правило, требует длительного времени.

В качестве примера упомянем одну женщину, во внутренней ауре которой через семь недель после того, как ей продуло шею, присутствовала грануляция. Спустя еще пять месяцев автор имел возможность осмотреть пациентку повторно. Изучая ее ауру без экранов, он заметил небольшой измененный участок, эманулирующий из нижней части шеи, шириной в основании $2\frac{1}{2}$ дюйма и высотой 2 дюйма. Его внешняя граница состояла из множества вершин — каждая последующая была выше предыдущей, и так до самой высокой; с обратной стороны от пика вершины убывали в обратной последовательности. Через красный карминовый экран текстура этой области выглядела тонкогранулированной, с зернами гораздо меньшего размера, чем в предыдущий раз. Оттенок синей и зеленой с.с. полос на шее казался справа более темным, чем слева, тогда как желтая выглядела одинаковой с обеих сторон. Утончение грануляции очевидно

свидетельствовало о постепенном возвращении ауры к нормальному состоянию.

Следующий пример интересен тем, что описанная в нем пациентка обследовалась и при плохом самочувствии, и после травмы, и, наконец, совершенно поправившись. Это позволило выяснить, временный или постоянный характер носили изменения в ее ауре.

Пример 68. У., крепкая от природы и никогда серьезно не болевшая 24-летняя женщина, работавшая продавщицей, имела незадолго до осмотра расстройство пищеварения, которое потребовало непродолжительного лечения. Во время осмотра она все еще чувствовала себя неважно. Ее внешняя аура имела правильную форму и серовато-синий цвет. Около туловища и вокруг головы она простиралась на 9 дюймов, сужаясь до 6 дюймов около бедер и 4 дюймов около лодыжек. Всюду перед телом ширина ауры составляла 4 дюйма. За спиной присутствовал небольшой выступ шириною 7 дюймов, ниже которого, около бедер и голеней, аура вновь сужалась до $3\frac{1}{2}$ дюйма.

Ширина внутренней ауры составляла $2\frac{3}{4}$ дюйма около туловища и чуть меньше вокруг конечностей. Нормальная полосчатость присутствовала всюду, кроме области левого подреберья, где она становилась грубой. С.с. полоса выявила обычное пятно над крестцом и большое темное пятно над эпигастральной областью, которое опоясывало левую сторону тела вплоть до позвоночника.

Два года спустя женщина стала анемичной. Ее преследовали постоянная слабость и расстройство пищеварения, сопровождающееся расширением желудка. В таком состоянии она и пришла на второй осмотр. Ее внешняя аура почти не изменилась, если не считать появившегося локального расширения перед брюшной полостью. Четкость внутренней ауры значительно ослабла и теперь намного уступала среднему уровню, хотя полосчатость по-прежнему была хорошо заметна. Геометрия внутренней ауры оставалась прежней, за исключением *локального расширения* перед туловищем, начинающегося от сосков и заканчивающегося чуть выше пупа. В этой области полосчатость все еще сохранялась, но выглядела грубой: казалось, внутренняя аура вот-вот распадется

на отдельные зерна. Осмотр с помощью с.с. полосы выявил большое желтое пятно над левым подреберьем.

Поскольку во время первого посещения никакого расширения ауры перед брюшной полостью не наблюдалось, можно заключить, что оно появилось сравнительно недавно. Чтобы выяснить, временный или постоянный характер имело новоприобретенное увеличение, необходим был еще один осмотр спустя некоторое время. Пациентка любезно согласилась на это, но, к сожалению, долго не могла выполнить своего обещания, поскольку вскоре вышла замуж и переехала на север Англии.

Придя на третий осмотр осенью 1916 года, женщина еще ощущала на себе последствия одного падения, закончившегося переломом двух ребер с правой стороны. Поскольку аура в целом сохранила свой прежний вид, ее подробное описание можно опустить. Локальное расширение перед брюшной полостью осталось на месте, но четкость внутренней ауры полностью восстановилась. Однако в области недавно полученной травмы, между грудино-мечевидной плоскостью и гребнем подвздошной кости, появилось пустое пространство шириною $1\frac{1}{2}$ дюйма, отделяющее внутреннюю ауру от тела. Поскольку травма еще давала о себе знать и пациентка, следовательно, пока не могла считаться совершенно здоровой, она пообещала прийти снова, как только почувствует себя вполне окрепшей.

Последний осмотр состоялся в марте 1917 года. Внешняя аура женщины по-прежнему имела обычную четкость, но выглядела более широкой, чем на предыдущих осмотрах. Несмотря на некоторую неопределенность границ и слабые намеки на ультравнешнюю ауру, никаких сомнений относительно реального увеличения ее размеров у автора не было. Ширина внешней ауры составляла 11 дюймов вокруг головы, 12 дюймов около туловища, $6\frac{1}{2}$ дюйма около бедер и 4 дюйма около лодыжек. Перед туловищем и за спиной она имела ширину 8 дюймов; далее вниз ее ширина около бедер и голеней была такой же, как при изучении в фас. Локальное расширение обеих аур перед брюшной полостью сохраняло прежний вид. Около травмированной области полосчатость внутренней ауры выглядела грубой, а с.с. полоса над ней

становилась более темной. Над остальными частями тела внутренняя аура выглядела здоровой и имела ширину $3\frac{1}{2}$ дюйма вокруг туловища и чуть меньше около конечностей. Замеченное на предыдущем осмотре пустое пространство между телом и туманом оказалось заполненным внутренней аурой самым обычным образом. В данном случае локальное расширение обеих аур перед брюшной полостью следует считать более-менее постоянным.

Поскольку здоровая внутренняя аура у людей с крепким от природы телосложением шире, чем у людей хрупкой конституции, можно не сомневаться, что при асимметрии внутренней ауры болезненной стороной является та, с которой аура заужена. Это заключение подтверждается также тем, что в зауженной части внутренней ауры, как правило, наблюдаются и другие изменения, обнаруживаемые либо непосредственно, либо с помощью с.с. полосы. Кроме того, наблюдатель может заметить, что одновременно с сужением внутренней ауры внешний туман над ней всегда изменяется соответствующим образом (обратное утверждение в общем случае неверно). Опыт автора свидетельствует, что сужение внутренней ауры на большой площади всегда свидетельствует о тяжелом характере заболевания пациента.

Исследование эпилептиков показывает, что их внутренняя аура при сохранении нормального размера с правой стороны всегда оказывается зауженной слева. На этом изменения не заканчиваются, поскольку текстура ауры слева тоже выглядит более грубой или даже зернистой, отчего полосчатость здесь если и бывает видна, то всегда с большим трудом. В действительности одностороннее сужение внутренней ауры служит еще более веским основанием для диагноза эпилепсии, чем сжатие внешнего тумана, хотя последнее обычно замечается в первую очередь (и первым же было открыто автором).

Существует область, в которой зернистое состояние внутренней ауры наблюдается очень часто и может почти не считаться патологией. Это нижняя поясничная и крестцовая область у многих женщин в возрасте от 20 до 50 лет. В одних случаях зернистость проявляется над крестцом, в других — несколько выше, причем обычно пятно бывает

немного смещено в какую-то одну сторону, хотя осевую линию тела покрывает всегда. При наличии такого зернистого пятна у женщины можно не сомневаться, что ее менструальный цикл сопровождается если не болями, то как минимум дискомфортом напротив этого места. Повторение менструальных циклов через сравнительно короткий промежуток времени не позволяет ауре восстановить нормальную текстуру — каждый следующий цикл снова возвращает ее к измененному состоянию. В результате область над крестцом остается зернистой постоянно. Другой интересный факт заключается в том, что пятно обычно выражено тем ярче, чем сильнее и острее боль.

Выявить зернистую область, как правило, помогает темный карминовый экран. Надо сказать, что еще до включения карминового экрана в свой арсенал автор не раз замечал в этой области с помощью полос дополнительного цвета темные пятна, причина появления которых оставалась для него загадкой до тех пор, пока он не догадался, что оттенок с.с. полос меняется под влиянием локальных нарушений ауры. Кроме того, автор заметил, что у девочек, не достигших половой зрелости, и у лиц мужского пола аналогичного темного пятна обычно не наблюдается. Не характерно оно и для женщин в постклимактерическом возрасте, а также для беременных, если только его появление не обусловлено другими, хорошо известными причинами, скажем радикулитом.

Дополнительным свидетельством в пользу тесной связи описываемого пятна с характером менструаций служит случай с пришедшей на осмотр молодой женщиной, над крестцом которой автор не заметил ни малейших признаков изменения цвета с.с. полосы. В разговоре пациентка упомянула, что во время менструации никогда не испытывает никакой боли и дискомфорта. На том же осмотре автор с помощью с.с. полосы заметил у женщины небольшое светлое пятнышко размером приблизительно $1\frac{1}{2}$ дюйма, висевшее над первым поясничным позвонком. На вопрос о возможной причине женщина ответила, что уже две недели в этом месте ее ничто не беспокоит, но до этого действительно были боли, причем однажды такие сильные, что пришлось

даже лечь. Это еще один пример того, как долго иногда восстанавливается аура после появления в ней зернистости.

Помимо очень грубых и очевидных модификаций текстуры внутренней ауры, которые легко заметить (например, зернистость), встречаются и другие изменения, более утонченной природы, которые неразличимы невооруженным глазом, но тем не менее вполне обнаружимы с помощью полос дополнительного цвета. Использованию этих полос при осмотре пациентов посвящена следующая глава.

Физиологическое расширение внутренней ауры бывает двух типов. Первый, отличающийся скоротечностью, характеризуется значительными размерами, при которых внутренняя аура иногда выходит за границу внешней. Такие расширения уже обсуждались ранее под названием лучей. Расширения второго типа тоже носят временный характер, но они значительно продолжительнее и могут сохраняться на протяжении нескольких недель или даже месяцев. Хорошей иллюстрацией для них служит область ауры перед брюшной полостью беременных женщин.

Бесспорно, существуют и чисто патологические расширения внутренней ауры, как, например, описанное в примере 68. Если в какой-то области внутренняя аура оказывается расширенной, но при этом ее текстура изменена несильно и полосчатость у внешней границы сохраняется, сомнений относительно реальности расширения у наблюдателя не будет. В то же время внешняя аура в прилегающей области тоже может оказаться тем или иным образом модифицированной.

Нередко расширение внутренней ауры бывает только кажущимся и объясняется именно изменением прилегающей к ней части внешнего тумана, поэтому при оценке ширины внутренней ауры нужно всегда учитывать структуру последнего. У здоровых людей текстура внешнего тумана сразу за границей внутренней ауры образована зернами более крупного размера, чем на периферии, причем слои ауры с зернами разного калибра переходят один в другой очень плавно. Когда внутренняя аура локально изменяется и становится гранулированной, зерна прилегающих областей внешнего тумана подвергаются, хотя и в меньшей степени, аналогичным

изменениям. По мере развития нарушений внутренней ауры изменения во внешнем тумане прогрессируют *параллельно*, в чем нередко можно убедиться, наблюдая хроматические изменения цвета с.с. полос над пораженными участками. Истинную ширину внутренней ауры (и тем самым степень изменения внешней) иногда помогает определить процедура зарядки тела пациента статическим электричеством, ибо в ходе нее внутренняя аура исчезает первой, оставляя вместо себя пустое пространство. Тем не менее, ответить на вопрос о том, является ли наблюдаемое увеличение внутренней ауры реальным или только кажущимся за счет модификации внешней, бывает иногда очень трудно.

Следующий пример дает хорошую иллюстрацию изменения, затронувшего обе ауры, при котором внутренняя аура выглядела расширенной. Разделение аур автор произвел с помощью статического электричества. Описываемая в примере аура имела и другие особенности, заслуживающие упоминания.

Пример 69 (рисунки 36). I.W., 20-летняя девушка, пришедшая на осмотр недавно, перенесла годом ранее грипп, осложненный левосторонним плевритом, после которого ей пришлось сделать операцию из-за развившейся эмпиемы. Еще через несколько месяцев ей удалили миндалины с правой стороны. Пациентка рассказала, что в возрасте 11 лет она попала с параличом ног в больницу, откуда ее выписали как неизлечимую, но буквально через два дня после возвращения домой чувствительность ее ног неожиданно восстановилась, и к ней вернулась способность ходить.

Осмотр показал, что четкость ее аур была нормальной. Внешняя аура имела лопатообразную форму и оказалась довольно широкой. Она простиралась на 10 дюймов вокруг головы, на 11 дюймов около туловища, 6 дюймов около бедер и 5 дюймов около лодыжек. На уровне нижней границы туловища аура резко сужалась. Во внутренней ауре около правой стороны шеи присутствовало пустое пространство шириною 1 дюйм; текстура сохранившейся над ним внутренней ауры оказалась грубозернистой. Эта была как раз та сторона, где ей удалили миндалины. Оставшаяся часть правой половины ауры выглядела нормальной; полосчатость

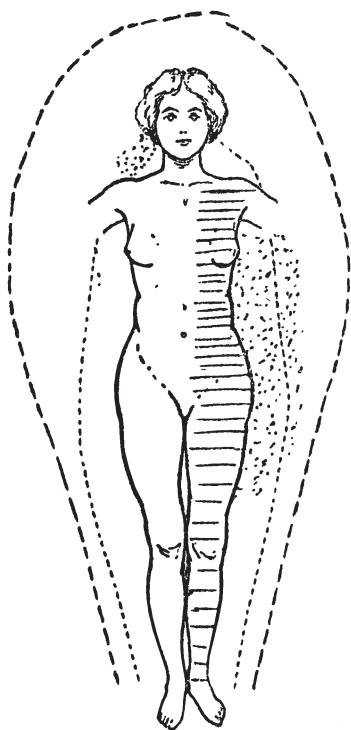


Рис. 36. Зернистые участки внешней и внутренней аур.
Пустое пространство около шеи

с этой стороны просматривалась без труда. С левой стороны от подмышечной впадины до середины бедра аура имела очень грубозернистую текстуру, хотя около шеи и голени все было в порядке. Ширина внутренней ауры с левой стороны от туловища, казалось, достигала 6 дюймов, при том что около остальных частей тела, включая измененную область около шеи, не превосходила 3 дюймов. Конечно, широкий зернистый участок с левой стороны на самом деле включал в себя часть внешней ауры. Поставив пациентку на изолированную скамью и зарядив ее тело достаточной порцией положительного электричества, автор добился исчезновения ее внутренней ауры, но сохранил при этом видимость

внешней. Оказалось, что пустое пространство в зернистой области имело такую же ширину, как у внутренней ауры около остальных частей тела, а именно — 3 дюйма. Отсюда следовало, что внешняя аура в аффектированной области подверглась аналогичному изменению текстуры и стала зернистой на глубину 3 дюймов. Увеличивая заряд на теле и наблюдая исчезновение внешней ауры, автор также заметил, что ее зернистая часть исчезла из виду последней.

Полоса дополнительного цвета также позволила выявить некоторые особенности. Прежде всего, вся левая половина тела от ключицы до самого низа выглядела темнее правой. Потемнение начиналось сзади от самого позвоночника, охватывало левый бок и заканчивалось у передней осевой линии тела, не доходя до нее всего на 1 дюйм. Когда девушка стояла лицом к наблюдателю, продолжение с.с. полосы за правую границу ее тела имело нормальный цвет, тогда как за левой границей цвет полосы казался более темным, но определить этот оттенок точно оказалось довольно трудно — мешала грануляция ауры, которая как бы примешивалась к цвету полосы. Это был односторонний случай феномена, уже упоминавшегося ранее (с. 176). Еще одно темное пятно обнаружилось у девушки сзади в области шеи.

Подведем итог. Практика показывает, что размеры и форма у внутренней ауры обычно меняются в меньшей степени, чем у внешней, а главные патологические изменения проявляются в ней через изменение ее субстанции. Приведенные в книге примеры свидетельствуют, что для внешней ауры изменение формы и размеров — явление довольно обычное, причем степень этих изменений может быть весьма значительной. В то же время структурные изменения в ней, как правило, оказываются либо очень слабыми, либо слишком утонченными и поэтому часто просто ускользают от внимания наблюдателя.

О цвете ауры при наблюдении ее без экранов ничего нового мы не скажем. Этот цвет ограничен главным образом двумя оттенками — синим и серым или их смесью в той или иной пропорции. Характер человека и его умственные способности оказывают на него гораздо большее влияние, нежели временные недуги и болезни. В приведенной

ниже классификации, составленной автором на основании первой сотни изученных им аур, все они разделены на три класса в соответствии с их цветом: синие ауры; ауры, сочетающие в себе синий и серый цвет; чисто серые ауры. (Данная классификация, впервые опубликованная в первом издании книги, повторяется здесь без изменений, поскольку подавляющее большинство аур, изученных автором с того времени, принадлежало больным пациентам.)

1. *Синие ауры* — 40 человек.

Умственные способности всех без исключения представителей этого класса были не ниже средних; в некоторых случаях они явно превосходили этот уровень.

2. *Синие ауры с той или иной примесью серого* — 36 человек.

Умственные способности представителей данного класса не превосходили среднего уровня; некоторые из этих людей не обладали даже такими способностями. В этот класс попали два эпилептика, один паралитик и один пациент, страдавший менингитом.

3. *Серые ауры* — 17 человек.

Умственные способности всех без исключения представителей этого класса оказались явно ниже средних. В него попали шесть эпилептиков, один полностью парализованный пациент, два чудака и трое слабоумных.

Цвета ауры семи оставшихся пациентов в свое время не были зафиксированы автором, поэтому в классификацию они не попали.

Приведенная классификация со всей очевидностью демонстрирует, что обладатели синих аур наделены умственными способностями в максимальной степени. Врожденная серость ауры — признак неразвитого интеллекта, однако автору так и не удалось выяснить, может ли ослабление умственных способностей, вызванное болезнью, повлечь за собой постнатальное изменение цвета ауры в сторону серого. Не исключено, что возможно и такое.

И последнее. Не следует забывать, что цвета ауры никогда не бывают насыщенными — аурический туман обладает весьма изысканной и утонченной окраской.

Глава IX

Использование полос дополнительного цвета при диагностике болезней

Теория дополнительных цветов уже обсуждалась нами в одной из предыдущих глав. Остается рассмотреть вопрос практического использования полос дополнительного цвета (с.с. полос) при осмотре здоровых и больных пациентов. Здесь, как и в любой другой научной методике, исследователь должен приобрести некоторый опыт, который всегда приходит с практикой. Но даже после совершенного овладения методом на основании данных ранее инструкций он неизбежно столкнется с проблемой интерпретации наблюдений.

Очень важно научиться быстро улавливать любые отклонения в оттенке с.с. полосы — это не только экономит время, но и существенно снижает нагрузку на зрительный аппарат. Как только глаза достаточно (но не слишком сильно) насытились выбранным первичным цветом, первый же брошенный на пациента взгляд дает возможность уловить самые легкие изменения оттенка с.с. полосы. В этом смысле можно сказать, что первый взгляд — самый чувствительный к цветовым изменениям, и чем больше деталей в этот момент удастся разглядеть, тем лучше. Через некоторое время цвет послеобраза начинает меняться, и тогда наблюдатель получает еще одну прекрасную возможность уловить тончайшие локальные изменения его оттенка. Конечно, количество замечаемых цветовых вариаций с опытом будет расти.

В настоящей главе будут даны лишь самые общие сведения и подсказки, поскольку снабдить исследователя необходимыми глубокими знаниями может только его собственный опыт.

Не следует стремиться к подробному изучению всего тела пациента за один раз, даже если такая возможность имеется, особенно когда запланирована работа с полосами нескольких дополнительных цветов, поскольку при такой нагрузке глаза утомляются и теряют способность к различению небольших цветовых вариаций. К счастью, необходимость полного изучения тела с помощью всех с.с. полос возникает довольно редко. Во многих случаях процедуру осмотра можно значительно сократить, если история болезни пациента четко указывает, на какие органы или области тела следует обратить особое внимание. В других случаях отклонения, замеченные в процессе обычного изучения формы и общих свойств ауры, могут подсказать локализацию возможных нарушений, которые требуют углубленного изучения с помощью полос дополнительного цвета. В дальнейшем, если не сделано особых оговорок, мы, как всегда, будем иметь в виду синюю с.с. полосу.

Цвет вертикальной с.с. полосы, проецируемой на грудную клетку и брюшную полость здоровых мужчин и детей, всегда имеет одинаковый оттенок по всей длине, если, конечно, на коже нет пятен локальной пигментации. К девочкам, достигшим переходного возраста, это утверждение применимо уже не всегда, а к женщинам не старше пятидесяти — вообще редко. У них в одно время оттенок вертикальной с.с. полосы может оставаться ровным, в другое — становиться более темным внизу, начиная от уровня чуть ниже пупа и до самого низа брюшной полости. В последнем случае потемнение выражено ярче всего приблизительно в 3 дюймах выше лобковой области. Легко заметить, что такие регулярные цветовые изменения соответствуют ритму месячной активности женских половых органов.

Равномерность цвета вертикальной с.с. полосы над брюшной полостью женщины свидетельствует об одном из трех состояний: 1) месячные закончились более чем за три-четыре дня до осмотра, а следующие ожидаются не ранее четырех-пяти дней после него (наиболее частое состояние); 2) аменорея; 3) беременность. По мере приближения менструации цвет нижней части вертикальной с.с. полосы постепенно темнеет — сначала чуть заметно, а перед са-

мой менструацией довольно сильно. Переход от нормально окрашенной верхней части с.с. полосы к потемневшей области очень плавный, поэтому сравнивать лучше всего оттенки ее концов. Плавность цветового перехода в данном случае очень важна, поскольку позволяет отличать состояние, отражающее нормальную работу женских половых органов, от реальных нарушений, связанных с дисфункцией органов брюшной полости и таза.

Потемнение с.с. полосы в нижней части брюшной полости, вызванное другими причинами, часто становится непреодолимой помехой для вычислений, связанных с менструальным ритмом. Иногда, если женщина уже рожала, необходимо учитывать и пигментацию кожи в этой области, но в целом при надлежащем внимании сделать верное заключение относительно месячных сроков обычно не составляет труда. В этой связи автору вспоминается интересный случай с 33-летней женщиной, у которой на осмотре наблюдалась начальная стадия потемнения с.с. полосы чуть выше лобковой области. Услышав, что в ближайшие шесть-семь дней у нее может начаться менструация, женщина тут же ответила, что, по ее подсчетам, это произойдет только через две недели. Однако во время следующей встречи она неожиданно вернулась к этому разговору: «Помните, доктор, как в тот раз вы предупредили меня о том, что менструация у меня может начаться уже через неделю. Так вот, к моему удивлению, она действительно началась через семь дней, то есть на неделю раньше положенного срока». В другом случае пришедшая на осмотр девушка ждала менструации в ближайшие три-четыре дня. Однако автор не заметил у нее никакого потемнения с.с. полосы выше лобковой области. Впоследствии оказалось, что у девушки действительно была задержка приблизительно на неделю.

Информация, касающаяся ритма работы половых органов, обычно не является главной целью осмотра и проявляется сама собой в ходе других наблюдений, когда с.с. полоса оказывается над соответствующей областью и наблюдатель автоматически замечает все вариации ее оттенков от края до края; в этот момент также нетрудно заметить, насколько плавно переход между нормальным цветом и областью по-

темнения. Вертикальная с.с. полоса в большинстве случаев имеет достаточную ширину, чтобы позволить наблюдателю заметить любые цветовые различия между правой и левой сторонами тела и запомнить их приблизительное местоположение. Впоследствии для более детального анализа замеченных особенностей он должен прибегнуть к помощи горизонтальной с.с. полосы. Работать с горизонтальной полосой, как правило, легче, поскольку в подавляющем большинстве случаев на тело проецируется только ее центральная часть, за которой проще следить; ошибки на краях вертикальной с.с. полосы случаются много чаще. Хорошей иллюстрацией этой тактики служат примеры 49 и 71 (*рисунки 27 и 38*). В первом случае при проецировании вертикальной с.с. полосы на середину грудной клетки и брюшной полости оказалось, что ее левая сторона на довольно большом протяжении выглядит светлее правой. Цветовое расхождение начиналось над уровне верхней части молочных желез и заканчивалось над нижней частью грудной клетки. Разделительная линия между светлой и темной областью была резкой и совпадала с осевой линией тела. Ниже, на самом правом краю полосы, чуть выше уровня пупа автор также заметил небольшое изменение цвета. Эти наблюдения и послужили ему подсказкой, на что следует обратить внимание при работе с горизонтальной полосой дополнительного цвета. Сделанные с ее помощью наблюдения подробно описаны в примере 49.

Изучение позвоночника с помощью полос дополнительного цвета удобнее разбить на части, поскольку даже вертикальной полосы обычно недостаточно, чтобы покрыть его полностью. Сначала необходимо внимательно изучить цвет кожи над позвонками, поскольку ее оттенок здесь нередко отличается от оттенка прилегающих областей. Причиной может быть как естественная пигментация, так и приобретенное изменение, вызванное постоянным давлением одежды. Если в ауре пациента над позвоночником присутствует нарушение, наблюдатель почти наверняка заметит какое-то изменение цвета с.с. полосы буквально с первого взгляда. Чаще всего нарушения со стороны спины проявляются именно на самом позвоночнике пятнами, которые либо отличаются от остальной полосы окраской, либо имеют более

светлый или темный оттенок. Пятна могут быть в любом месте позвоночника, но чаще всего наблюдаются у женщин над крестцом и двумя нижними поясничными позвонками. О причине их появления уже говорилось ранее. Два других облюбованных пятнами места: над нижними грудными и верхними поясничными позвонками; над седьмым шейным и верхними грудными позвонками. Здесь чаще всего встречаются пятна тех или иных оттенков желтого или обесцвеченные (светлые) пятна. Пятна над крестцом, напротив, обычно бывают либо темными, либо цвета охры. Довольно часто у одного и того же пациента можно увидеть на позвоночнике сразу несколько пятен разных цветов. Другая распространенная аномалия — наличие сбоку от позвоночника длинной полосы измененного цвета, при том что непосредственно над позвонками аура остается нормальной.

Неразлучным спутником пятен является боль или повышенная чувствительность. Совсем не обязательно, чтобы они проявлялись во время осмотра: эти своего рода «болевые шрамы» в ауре могут переживать саму боль на многие недели. Сказанное на страницах 260–261 иллюстрирует этот факт как нельзя лучше. Светлые пятна над позвоночником или около него, а также пятна светло-желтого цвета можно рассматривать как признак отсутствия органических нарушений — их причина всегда имеет временный характер и часто нервное происхождение. Другое дело темные пятна или пятна цвета, близкого к охре; по-видимому, за ними кроются более серьезные причины или застарелые нарушения.

Следующий пример с женщиной, обладавшей аурой истерического типа, интересен в качестве иллюстрации только что описанных наблюдений.

Пример 70 (рисунки 37). С., 28-летняя замужняя бездетная женщина, пришла на осмотр в 1910 году. Шесть недель накануне осмотра ее мучила рвота, усиливавшаяся при любом беспокойстве. За три последних месяца пациентка сильно похудела; менструации были регулярными. Временами ее мучил истерический комок. У пациентки была совершенно особая, прямая форма грудной клетки — яремная ямка располагалась в той же вертикальной плоскости, что и соски молочных желез; при этом грудь нельзя было назвать отвис-

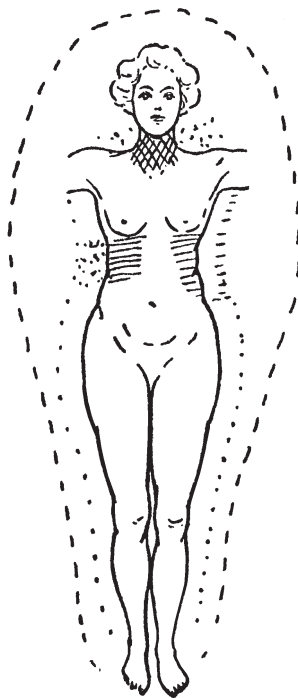


Рис. 37. Базедова болезнь

- ∴ Зернистая область внутренней ауры
- ≡ Темные области на фоне с.с. полосы
- xx Специфический розовый цвет на фоне с.с. полосы
- ≡ Пустое пространство во внутренней ауре

лой. Эпигастральная область оказалась болезненной, причем давление на нее отдавалось болью между плечами.

Аура женщины простиралась на 10 дюймов вокруг головы и туловища, однако чуть ниже уровня лобковой области быстро сужалась. В целом это был типичный образец лопатообразной ауры, яркость которой едва достигала среднего уровня. За поясницей присутствовал истерический выступ шириной 8 дюймов, который резко заканчивался сразу за ягодицами. Далее около ног, а также всюду перед телом пациентки ширина ауры составляла около 4 дюймов.

Граница внутренней ауры проходила в $2\frac{1}{2}$ дюйма вокруг всего тела. Около каждого плеча из нее уходили вверх слабые лучи. Еще один подобный луч выстреливал из правых нижних ребер перпендикулярно к поверхности тела. Текстура внутренней ауры над четвертым и пятым поясничными позвонками, а также над крестцом оказалась зернистой; подобное изменение текстуры наблюдалось и в прилегающих областях внешнего тумана. Цвет с.с. полосы на фоне брюшной полости и грудной клетки оставался ровным, зато сзади, в непосредственной близости к позвоночнику, обнаружилась длинная полоса с резкими границами шириной около 1 дюйма, имеющая более светлый оттенок и растянувшаяся параллельно осевой линии тела от третьего до девятого грудных позвонков. Мучившая пациентку рвота имела скорее всего чисто нервную природу и лечилась соответственно.

Вскоре женщина надолго покинула Лондон, однако через три года снова вернулась и пришла на осмотр с новым букетом симптомов. Она рассказала, что два года после лечения чувствовала себя совершенно здоровой и не имела никаких рецидивов, но пять или шесть месяцев назад снова начала худеть. К моменту осмотра ее вес составлял всего 6 стоунов и 7 фунтов¹. Новые симптомы явно указывали на базедову болезнь — небольшое увеличение щитовидной железы, выпученные глаза, особенно левый (на что сразу обратили внимание ее друзья), учащенный пульс и сердцебиение, часто даже в лежачем положении, слабость и нервозность, дрожание конечностей, особенно правой руки и ноги, необычные ощущения по всему телу. Справа в грудной клетке пациентка ощущала боль, которая кульминировала на вершине одиннадцатого ребра.

Осмотр показал, что обе ее ауры имели нормальную четкость. Размеры внешней ауры с момента предыдущего осмотра не изменились. Ширина внутренней ауры тоже осталась прежней, а ее полосчатость просматривалась над большей частью тела, за исключением области над правой стороной грудной клетки и пятна над крестцом. В этих мес-

¹ Около 41 килограмма. (Прим. перев.)

тах внутренняя аура выглядела грубозернистой. Над левой стороной грудной клетки она отрывалась от тела, оставляя вместо себя пустое пространство шириной около $\frac{1}{2}$ дюйма. С обеих сторон около шеи, особенно справа, текстура внутренней ауры оказалась тонкозернистой. С.с. полоса выявила на позвоночнике, между пятым и девятым грудными позвонками, темное пятно; другое пятно висело над крестцом. Еще одно пятно обнаружилось спереди; оно проецировалось на правые нижние ребра. Все эти места отличались болезненностью. Края с.с. полосы, выходявшие за границу тела на уровне шеи, имели более темный оттенок.

Эту пациентку интересно сравнить с другой женщиной, страдавшей базедовой болезнью на протяжении многих лет и уже лечившейся в нескольких больницах.

Пример 71 (рисунок 38). К., 37-летняя женщина, мать двоих детей, пришла на осмотр в 1911 году. До замужества это была хрупкая на вид, но не склонная к истерии женщина. Чуть более четырех лет назад у нее обнаружилась базедова болезнь, которая к моменту осмотра выражалась следующими симптомами: небольшое увеличение щитовидной железы, выпученные глаза, довольно ровный пульс без учащенного сердцебиения, и при этом крайняя степень нервозности. Еще недавно женщина чувствовала себя значительно лучше, но во время осмотра выглядела совершенно подавленной. За неделю до этого ее напугала сильная гроза, после которой у нее в ногах, особенно в левой, появились странные ощущения. Как оказалось впоследствии, они исчезли только через несколько недель.

Аура женщины имела сине-серый цвет и обладала правильной формой при нормальных размерах. Внешняя аура простиралась на 9 дюймов около головы и туловища, сужаясь к лодыжкам до 3 дюймов. В профиль ее ширина составляла 5 дюймов перед туловищем, 7 дюймов за спиной и 3 дюйма около ног. Никакого выступа за поясницей не было. Вокруг шеи, главным образом справа, аура выглядела грубо исполосованной. Около нижней левой стороны грудной клетки присутствовала область с грубозернистой текстурой. В остальных местах полосчатость имела самый обычный вид. Изучая ауру в профиль, автор заметил луч, выходящий

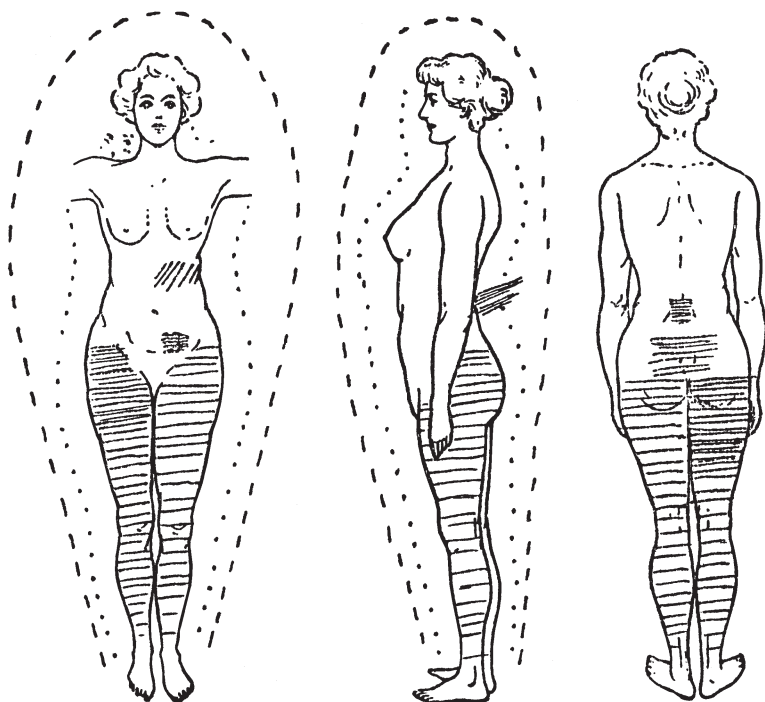


Рис. 38. Базедова болезнь

- ≡ Темные области на фоне с.с. полосы; интенсивность пропорциональна изменению оттенка
- /// Светлые области на фоне с.с. полосы

из двенадцатого грудного позвонка. На фоне с.с. полосы этот луч превращался в темное пятно. Чуть позже во время осмотра автор неожиданно обнаружил, что луч пропал. Тотчас после этого автор снова прибег к помощи с.с. полосы и, к своему удивлению, обнаружил, что темное пятно на месте луча совершенно исчезло. Это было явным указанием на то, что за лучом и пятном в реальности скрывается одна общая причина. Над нижними поясничными позвонками и верхней частью крестца пациентки висело еще одно большее темное пятно. Спереди с.с. полоса выявила светлую

область над левым подреберьем. Всюду над бедрами и голенями оттенок с.с. полосы становился значительно темнее обычного, причем фокус потемнения совпадал с областью, в которой странные ощущения, вызванные грозой, достигали своего апогея. Интенсивность штриховки на рисунке пропорциональна глубине цвета с.с. полосы.

В феврале следующего года автор осмотрел эту женщину повторно. И хотя странные ощущения в нижних конечностях к этому времени совершенно исчезли, на этот раз болезнь атаковала правую сторону грудной клетки.

С момента первого осмотра ни размеры, ни форма обеих аур пациентки не изменились. Однако с.с. полоса над всей правой половиной грудной клетки теперь выглядела затемненной, причем как спереди, так и сзади граница темной области совпадала с осевой линией тела. Над левым бедром полоса все еще немного затемнялась, но уже не в такой степени, как раньше. Очевидно, это был отпечаток прежнего состояния.

Вскоре после второго осмотра женщина забеременела и, вынашивая ребенка, испытала значительное улучшение состояния. В октябре 1912 года она пришла на осмотр в третий раз. Как и следовало ожидать, единственным изменением формы ее ауры стало локальное расширение перед брюшной полостью. Обе ауры имели здесь конический вид; внешняя достигала ширины $7\frac{1}{2}$ дюйма, внутренняя — $3\frac{1}{2}$ дюйма. В данном случае беременность не привела к сильному ослаблению яркости внешнего тумана; потускнела и лишилась значительной доли четкости только внутренняя аура. Полосчатость просматривалась в ней с трудом. В декабре у пациентки родилась девочка. Самочувствие ребенка и роженицы было хорошим. Еще через некоторое время женщина переехала в другой район.

Трудно понять, почему некоторые локальные нарушения в ауре изменяют оттенки с.с. полос, тогда как другие, кажущиеся во всех отношениях подобными первым, на дополнительные цвета никак не влияют. Похоже, степень расстройства организма, особенно если расстройство острое, является одним из главных факторов, вызывающих ауриче-

ские изменения¹. Интересно, что пятна, замечаемые на позвоночнике с помощью с.с. полос, встречаются гораздо чаще у лиц женского пола, чем у лиц мужского. Особенно часто они наблюдаются у истеричных, нервных, легковозбудимых девочек и женщин.

Закончив осмотр пациента с помощью вертикальных с.с. полос и как можно точнее запомнив расположение локальных цветовых аномалий, наблюдатель может перейти к работе с горизонтальными с.с. полосами, чтобы получить всю оставшуюся информацию, которая доступна этому методу. Они позволят ему изучать обе стороны тела пациента одновременно и даже сравнивать между собой оттенки концов полосы, выходящих за его границы. Высоты горизонтальной с.с. полосы, как правило, хватает, чтобы полностью покрыть область измененного цвета, но бывают и исключения, требующие дополнительных наблюдений. На этом этапе самое время определить, растянулось ли пятно от левой до правой границы тела или его размеры меньше ширины последнего; пересекает ли оно осевую линию тела или находится только с одной стороны от нее; и, наконец, не является ли оно просто небольшим пятнышком, которое обнаружило себя полностью еще на этапе работы с вертикальной с.с. полосой. Большие долговременные области измененного цвета обычно имеют темный оттенок, но и здесь не редки исключения (пример 49). В принципе пятна большой площади можно

¹ Эта фраза хорошо иллюстрирует аналитическую работу Кильнера по мере накопления им материала. Новые факты не раз заставляли его пересматривать свои прежние взгляды, о чем он честно признается читателю на последней странице книги. В первом издании в этом месте стояло следующее предложение: «Степень расстройств, несомненно, не является главным фактором, вызывающим аурические изменения». На той же странице первого издания приводится еще одно интересное заключение, которое не вошло во второе издание: «Не следует думать, что над каждым болезненным местом у пациента наблюдатель обязательно должен увидеть на фоне с.с. полосы светлое или темное пятно. Значительная доля нарушений остается невидимой. Одни пятна бросаются в глаза буквально с первого взгляда, другие так слабо отличаются от остальной полосы, что заметить их может только поистине зоркий и тренированный глаз». (Прим. перев.)

увидеть на теле где угодно, но и у них есть свои изблюбленные места. Чаще всего они наблюдаются в подреберной и эпигастральной областях. Следующий пример служит хорошей иллюстрацией того, как долго может сохраняться такое пятно. Между первым и последним осмотром описанной в нем пациентки прошло больше пяти лет.

Пример 72. Бездетная женщина, несколько лет назад вышедшая замуж, пришла на осмотр с жалобой на боли в желудке, которые мучили ее более года. Боли всегда усиливались после еды, порой только рвота могла как-то облегчить ее состояние. Пациентка испытывала постоянную слабость, тошноту, приступы изжоги, но рвоты с кровью у нее никогда не было. Опасаясь неизбежной боли, которую иначе как мучительной она не называла, пациентка долгое время лишила себя нормального питания. В результате у нее прогрессировало истощение, усиливались слабость и анемичность. Учитывая эти и некоторые другие симптомы, ей поставили диагноз — язва желудка и назначили соответствующее лечение. Постепенно женщина пошла на поправку.

Первый осмотр, состоявшийся в 1909 году, показал, что женщина обладала аурой чисто синего цвета, ширина которой составляла не менее 8 дюймов вокруг головы и туловища и 4 дюймов около голеней. В профиль граница ауры проходила в 4 дюймах перед телом и в 6 дюймах за поясницей, без всякой выпуклости за спиной. Форма ауры была совершенной. Ширина внутренней ауры составляла всюду $2\frac{1}{2}$ дюйма. Сразу несколько лучей выходило из разных частей тела: по одному из каждого плеча, по одному из каждого бока; еще один луч справа устремлялся вниз. Когда женщина повернулась, автор заметил шестой луч, выходящий из нижнего поясничного позвонка и устремлявшийся под углом вверх. Ни одного пятна на спине с.с. полоса не обнаружила. Спереди над эпигастральной областью присутствовала темная область, верхняя граница которой совпадала с грудино-мечевидной плоскостью, а нижняя проходила в 2 дюймах выше пупа. Пятно было смещено в сторону, так что его внутренней границей служила осевая линия тела, в то время как внешняя совпадала с левым боком туловища. Оттенок пятна оказался на несколько тонов темнее осталь-

ной полосы; продолжение полосы за границу туловища на этом уровне также выглядело слева темнее, чем справа.

К сожалению, после нескольких месяцев хорошего самочувствия в январе 1910 года начался рецидив, а поскольку должного ухода дома женщина получить не могла, ее снова положили в больницу. В конце концов она выписалась здоровой — боли ушли, и она вновь смогла употреблять обычную пищу без всякого дискомфорта. Вскоре после выписки из больницы пациентка пришла на осмотр ауры повторно. Никаких изменений во внешнем тумане автор не заметил, однако внутренняя аура с левой стороны стала зернистой. Измененная область начиналась на уровне сосков и заканчивалась около гребня подвздошной кости, причем ее можно было видеть и сбоку, и спереди, и сзади. Вертикальная с.с. полоса тоже легко обнаруживала над этой частью тела большее пятно, которое становилось еще более заметным при работе с горизонтальной полосой. Продолжение последней за границу тела по-прежнему выглядело слева более темным, чем справа.

На спине пациентки автор заметил еще два пятна. Первое располагалось справа от третьего и четвертого грудных позвонков, в том самом месте, где ранее женщину мучила боль. Второе пятно висело над нижними поясничными позвонками. Возможно, эти пятна присутствовали и при первом осмотре, но в то время, еще не имея достаточного навыка владения с.с. полосами, автор мог просто их не заметить.

В 1914 году женщина пришла на обследование ауры в третий раз. К этому времени язва уже никак не давала о себе знать. Однако даже после выздоровления пациентка так никогда и не обрела былой крепости. Буквально накануне осмотра она почувствовала упадок сил. Форма и размеры ее аур остались прежними. Около нижних ребер с левой стороны между внутренней аурой и телом появилось пустое пространство, полосчатость над которым тем не менее сохранилась. Полоса дополнительного цвета обнаружила над эпигастральной областью все то же темное пятно, которое, правда, несколько изменилось: его затемненная область стала уже за счет того, что оттенок верхней части изменился на

светлый. Это был один из редких случаев на памяти автора, когда темное пятно со временем стало, наоборот, бледным. Подобная перемена чрезвычайно интересна и скорее всего является первым шагом на пути к полному исчезновению пятна.

Другой пример, подробное описание которого ввиду схожести с предыдущим можно опустить, касается 29-летней незамужней женщины, приведенной на обследование доктором Мерриком. Осмотр с помощью с.с. полосы показал, что аура женщины над брюшной полостью поражена почти так же, как у пациентки в предыдущем случае. Имелось только одно, но очень существенное различие: цвет пятна оказался не темным, а наоборот, светлым — оно выглядело светлее остальных полосы. Помня, что бледные пятна, как правило, сопутствуют временным расстройствам, автор высказал предположение, что болезнь пациентки не носит серьезного характера и скоро пройдет. Впоследствии так и оказалось. Между прочим, автор сознательно не стал изучать ауру этой пациентки обычным способом, поскольку это пожелал сделать сам доктор Меррик. Такой эксперимент мы рассматривали в качестве небольшого теста диагностической ценности аурических изменений.

Итак, перед нами два примера, в которых изменение цвета с.с. полосы над одной и той же частью тела пациентов оказалось противоположным. В последнем случае расстройство, каким бы оно ни было, носило скорее всего нервный характер и было чисто функциональным. В то же время пациентка из первого примера страдала хроническим гастритом, сопровождавшимся соответствующим поражением тканей желудка.

Аналогичные изменения могут наблюдаться и на фоне правого подреберья. Измененная область в этом случае, как правило, тоже ограничена осевой линией тела. Ее верхний край обычно располагается где-то на уровне грудино-мечевидной плоскости, а нижний — недалеко от реберной плоскости. Конечно, указанные границы очень приблизительны и часто встречаются всяческие отклонения. Присутствие пятна в этой области неизменно сопровождается болезненностью печени, нередко с повышенной чувствительностью

к поверхностной пальпации. Почти все пациенты, склонные к алкоголизму, обладают таким пятном, которое в этом случае выглядит темным и обычно соседствует с еще одним в эпигастральной области. Из-за близости эти пятна могут слиться и образовать одно большое пятно. Иногда внутри этого большого пятна на фоне с.с. полосы можно заметить небольшую область более темного оттенка или пятнышко несколько иного цвета. Такое маленькое темное пятнышко имеет очень важное значение и служит признаком злокачественной болезни, которая благодаря ему обнаруживается раньше, чем это можно сделать средствами обычной диагностики. К несчастью для пациентов, это диагноз впоследствии всегда только подтверждался.

Пример 73 (*рисунок 39*). I., хрупкая от природы замужняя женщина 64 лет, перенесла в 1901 году операцию по поводу удаления груди. Вдобавок она страдала подагрой, а последние пять лет ее мучила невралгия шеи и лица, появившаяся после опоясывающего лишая. В декабре 1911 года женщина начала быстро худеть. Одновременно с этим появилась боль в брюшной полости, которая возникала через 15–30 минут после еды и продолжалась от часа до полутора часов. Боль сопровождалась частой рвотой. Учитывая эти и некоторые другие симптомы, врачи предположили рак, возможным очагом которого мог быть привратник желудка. Несколько раз они пытались найти опухоль, но обнаружить ее им так и не удалось. Тогда женщина обратилась к знакомому врачу, который любезно согласился осмотреть ее и подтвердил, что злокачественное заболевание есть. Но обнаружить опухоль он тоже не сумел. В это время женщина вынуждена была перейти на постельный режим. Однако дней через десять, немного собравшись с силами, она решила прийти на осмотр ауры.

Внешний туман серовато-синего цвета оказался довольно четким, с хорошими размерами и формой. Он имел ширину 8 дюймов вокруг головы и по бокам от туловища и 4 дюйма на уровне ног. В профиль его ширина составляла 4 дюйма спереди и сзади от тела, за исключением области поясницы, где она достигала 6 дюймов. Четкость внутренней ауры оказалась далека от нормальной. Она имела ши-

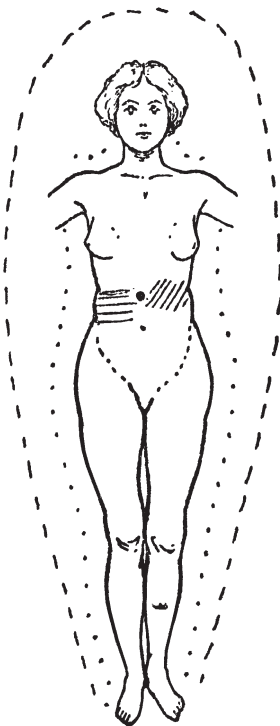


Рис. 39. Рак печени

- ≡ Темные области на фоне с.с. полосы
 /// Светлые области на фоне с.с. полосы
 Показано положение растущей опухоли

рину $2\frac{1}{2}$ дюйма, а ее полосчатость едва просматривалась. Цвет с.с. полосы сохранялся постоянным всюду над телом, за исключением двух областей спереди. Справа, от уровня привратника до уровня пупа, присутствовало темное пятно, начинавшееся от осевой линии тела и уходившее, насколько можно было видеть, за правый бок. Внутри пятна находилось еще более темное пятнышко, висевшее над девятым реберным хрящом. Второе пятно висело в эпигастральной области и имело более светлый оттенок, чем остальная часть с.с. полосы. По результатам осмотра пациентке был поставлен диагноз: опухоль около желчного пузыря.

Почувствовав кратковременное улучшение, женщина переехала в деревню на свежий воздух, но в конце мая 1912 года вынуждена была вновь вернуться домой из-за неожиданной желтухи. На осмотре врачи нашли у нее в брюшной полости твердую опухоль размером с голубиное яйцо, которая прощупывалась около желчного пузыря, как раз в том месте, где ранее автор заметил очень темное пятно. Опухоль быстро росла, и вскоре в теле появились другие уплотнения. Через пять месяцев женщина умерла.

В некотором смысле обратный пример связан с женщиной, которая привела на осмотр свою мать и попросила проверить, нет ли у нее рака печени.

Пример 74. Н., 73-летняя женщина, обследовалась в декабре 1914 года, причем *перед осмотром автор не задал ей ни единого вопроса*. Необычным оказался цвет ее ауры — зеленовато-синий, с примесью белого. Внешняя аура имела вполне нормальную четкость и правильную форму. Она простиралась на 9 дюймов вокруг головы, 8 дюймов по бокам от туловища и 4 дюйма около лодыжек. В профиль ее ширина составляла 4 дюйма перед телом и 7 дюймов в самой широкой части за спиной. Четкость внутренней ауры оказалась ниже обычного уровня, хотя разглядеть полосчатость большого труда не составило. Ни малейших намеков на зернистость нигде не было. Перейдя к осмотру ауры с помощью с.с. полосы, автор заметил на спине у пациентки небольшое пятно чуть более темного оттенка, чем остальная полоса. Оно было немного смещено в сторону от позвоночника, но все же покрывало третий и четвертый грудные позвонки. Спереди обнаружилось только одно бледное пятнышко размером $2\frac{1}{2}$ на 2 дюйма, которое висело точно над желчным пузырем. Другие полосы дополнительного цвета новой информации не добавили.

Учитывая, что аура пациентки выглядела в целом здоровой, а замеченные с помощью с.с. полосы пятна оказались незначительными, автор пришел к выводу, что на самом деле у женщины нет никакой злокачественной опухоли. Пальпацией удалось прощупать камни желчного пузыря. После этого пациентка рассказала автору свою историю. Оказывается, многие годы она страдала от приступов бо-

лезни, а последние три года начала худеть. Главный болевой очаг располагался над желчным пузырем. Два года назад ее положили в больницу, где, насколько она помнит, ей рекомендовали операцию по поводу удаления камней в желчном пузыре. Учитывая свой возраст, она отказалась от операции. После осмотра автор посоветовал пациентке не откладывая обратиться к хирургу, чтобы проконсультироваться с ним. В данном случае в ауре не обнаружилось ничего такого, что недоступно методам обычной диагностики, но от этого пример не становится менее интересным.

Исследование ауры оказалось тем диагностическим средством, благодаря которому немало людей, считавших себя больными раком, снова обрели надежду.

Еще одно место, в котором пятна наблюдаются довольно часто, — одна или обе стороны паховой области у женщин (как правило, старше 25 лет). Автор ни разу не видел у мужчин подобного пятна над пахом, покрывавшего только одну сторону, но в нескольких случаях наблюдал у них темную полосу, висящую поперек всей нижней части брюшной полости. Редко когда граница таких пятен достигает уровня верхних передних гребней подвздошных костей.

Эти пятна бывают темного или светлого оттенка либо выделяются цветом. Если пятна два — по одному над каждой стороной паховой области, их оттенки, как правило, различаются, но стоит пятнам соединиться и образовать над нижней частью брюшной полости сплошной пояс, как цвет выравнивается по всей его длине. Собрал небольшую статистику, автор обнаружил, что в 60 процентах случаев пятно находилось с левой стороны, в 25 процентах — с правой и еще в 15 процентах — над обеими сторонами паховой области, причем в половине последних случаев пятна были соединены между собой в центре.

Паховые пятна являются непременным признаком боли или повышенной чувствительности, а насыщенность их цвета соответствует выраженности симптомов. Обычно они появляются вместе с пятнами в других частях тела. Учитывая их локализацию у женщин, можно предположить, что эти пятна связаны с половыми органами и, если это так, скорее всего обусловлены активностью или функциональными на-

рушениями яичников. С этой точки зрения очень интересен следующий пример.

Пример 75. Миссис N., 40-летняя женщина, пришла на осмотр в 1918 году. Ее внешняя аура сверху выглядела несколько зауженной относительно общих размеров, но в целом имела правильную форму, без явных нарушений. Она простиралась на 9 дюймов вокруг головы, $10\frac{1}{2}$ дюйма вокруг туловища, 6 дюймов около бедер и $4\frac{1}{2}$ дюйма на уровне лодыжек. За спиной ее граница проходила в 4 дюймах около плеч и ягодиц и была совершенно прямой от головы до самых ступней. Полосчатость внутренней ауры просматривалась всюду вокруг тела, однако около левой стороны туловища и поясницы она становилась грубой. Четкость обеих аур не достигала стандартного для здоровых людей уровня. С.с. полоса выявила темное пятно над крестцом и по одному над каждой стороной паховой области. Правое пятно начиналось на уровне гребня подвздошной кости и продолжалось с убывающей интенсивностью цвета вниз до середины бедра. Пятно с левой стороны имело меньшие размеры и было не таким заметным; на левое бедро оно не заходило. Помимо этих автор заметил еще несколько пятен: одно из них располагалось с левой стороны от грудных позвонков, другое — над эпигастральной областью, третье — над правым подреберьем. Поскольку в данном примере существенной роли они не играют, оставим их без внимания. После приложения к телу статического электричества в дополнение к обычному расширению внешнего тумана внутренняя аура около нижней правой части брюшной полости и около правого бедра тоже расширилась.

Пациентка была замужней, но бездетной женщиной. Здоровье ее никогда не отличалось особой крепостью, хотя никакими серьезными болезнями она не страдала. Замеченные с помощью с.с. полосы различия в размерах и форме паховых пятен наводили на мысль о том, что во время менструации правая сторона беспокоила пациентку сильнее левой. Автор поинтересовался, не проявляется ли во время менструации дискомфорт с какой-нибудь стороны сильнее, на что пациентка ответила, что за всю жизнь у нее было лишь несколько менструаций; тем не менее каждый

месяц она испытывает довольно сильную боль, которая бывает сильнее каждый второй срок. При более острой боли дискомфорт всегда распространяется на верхнюю часть правого бедра, до его середины. Нижняя часть спины болит постоянно.

Периодические изменения силы предменструальных симптомов обусловлены овуляцией, которая происходит поочередно то в одном, то в другом яичнике. В случае этой пациентки более сильные функциональные расстройства были связаны с правым яичником.

Очень часто и у мужчин и у женщин пятна наблюдаются над эпигастральной областью. Они настолько обычны, что в большинстве случаев могут считаться почти физиологичными, если, конечно, нет веских причин для серьезных подозрений. Такие пятна всегда имеют светлый или бледно-желтый оттенок и, как правило, отличаются скоротечным характером. Темный оттенок или цвет пятна в данной области, наоборот, свидетельствует о той или иной болезни желудка. Можно ли считать светлый оттенок доказательством чисто физиологической природы пятна? Точного ответа на этот вопрос у автора нет, но его опыт свидетельствует, что единственной возможной альтернативой положительному ответу может быть только то, что патологические изменения в этом случае настолько незначительны, что остаются незамеченными ни наблюдателем, ни пациентом.

Помимо описанных крупных пятен, замечаемых над телом пациента с помощью с.с. полосы, встречаются и совсем небольшие пятнышки, которые обычно указывают на чисто локальные нарушения и расположены над болезненными или чувствительными местами. Очень часто такие пятна выделяются цветом; чаще всего это тот или иной оттенок желтого. Следующим по частоте идет розовый цвет, который, как правило, обозначает более серьезные нарушения. Большинство мелких пятен совершенно изолированы и независимы от остальных, но некоторые могут располагаться внутри более крупных областей измененного цвета. В этом случае они указывают на фокус нарушения. Увидеть небольшое пятнышко в принципе можно над любой частью тела, но иногда местоположение пятна определяет его важность.

Приведем замечательный пример указанных наблюдений. Доктор Меррик, желая самостоятельно увидеть ауру пациентки, привел ее с собой на осмотр. Зная о язве желудка, которой страдала пациентка, автор объяснил доктору Меррику, что найти точное местоположение язвы с почти стопроцентной достоверностью можно с помощью с.с. полосы. Ничего не спрашивая у пациентки, доктор Меррик сразу приступил к наблюдениям. Саму ауру он увидел очень ясно, но заметить пятна ему так и не удалось, поскольку, не имея опыта работы с полосами дополнительного цвета, он не мог даже зафиксировать их взглядом в нужном месте.

Пример 76. Т., 33-летняя замужняя женщина, давно страдала язвой желудка. Она лечилась в больнице, и врачи, учитывая сильное истощение пациентки и развивающееся вследствие частой кровавой рвоты малокровие, советовали ей согласиться на операцию. Ее аура оказалась очень четкой и имела голубоватый цвет. Желтое пятно размером с шиллинг легко замечалось на фоне с.с. полосы в 2½ дюйма слева от осевой линии тела, чуть ниже мечевидного отростка. Эта область совпадала с самой болезненной точкой не теле пациентки, прикосновение к которой она переносила с большим трудом. Чувствительность остальной части эпигастральной области тоже была повышенной, но не до такой степени. Никаких дополнительных исследований ауры на этот раз автор не проводил. Интересно, что вопреки ожиданиям крупного пятна в данном случае не оказалось.

В марте 1910 года женщина снова пришла на осмотр. Она так и не последовала совету снова лечь в больницу, но ее состояние тем не менее значительно улучшилось. Она прибавила в весе, хотя анемичность все еще присутствовала. Болезненные ощущения в эпигастральной области почти исчезли, осталась лишь небольшая чувствительность. Рвота прекратилась, и женщина могла снова есть обычную пищу. Однако в нижней части правого подреберья она все еще испытывала легкую боль. Внешняя аура пациентки простиралась на 9 дюймов вокруг головы и туловища, постепенно сужаясь к голеням до 4 дюймов. В профиль ширина ауры составляла 4 дюйма перед туловищем и достигала 7 дюймов за поясницей. Внутренняя аура имела ширину

2½ дюйма всюду вокруг тела. Через темный карминовый экран она выглядела зернистой с левой стороны от тела, между линией сосков и гребнем подвздошной кости. При изучении в профиль зернистость наблюдалась на том же уровне над грудной клеткой. Здесь на фоне с.с. полосы можно было видеть пятно более светлого оттенка, которое начиналось прямо от осевой линии тела; его верхняя граница находилась на уровне средней точки грудины, а нижняя обрисовывала контуры реберных хрящей. Внутри этого пятна располагалось пятнышко еще более светлого оттенка, положение которого точно совпадало с положением желтого пятна, замеченного во время первого осмотра. Еще одно пятно висело над правой стороной зернистой области внутренней ауры.

Иногда на практике встречаются случаи, когда изменения в ауре пациента, имеющего действительно серьезные телесные нарушения, оказываются очень небольшими. В качестве иллюстрации выбран следующий пример.

Пример 77 (рисунки 40). S., красивая крепкая 27-летняя женщина, обследовалась в конце 1913 года. Годом ранее после неожиданной и очень скоротечной болезни умерла ее мать. Шок, вызванный этой смертью, а также груз забот по дому и воспитанию младших братьев и сестер, довели молодую женщину до нервного расстройства. На протяжении почти целого года нижняя часть лица, шея и верхняя часть туловища пациентки то и дело окрашивались темно-багровым цветом. Краснота, но уже не в такой степени, распространялась и дальше, захватывая спереди молочные железы, а сзади лопатки. Граница покрасневшей области выглядела неровной. На рисунке 40 показаны ее приблизительные контуры и относительная степень покраснения. Всяду над нею хорошо проявлялся феномен красного дермографизма¹. Приступы покраснения случались всегда неожиданно, независимо от того, была ли женщина одна или находилась в окружении других людей. Чтобы спровоцировать покрасне-

¹ Красный дермографизм (от *греч.* *derma* — кожа и *grapho* — пишу) — феномен появления на коже красной полосы после проведения по ней ногтем. (Прим. перев.)

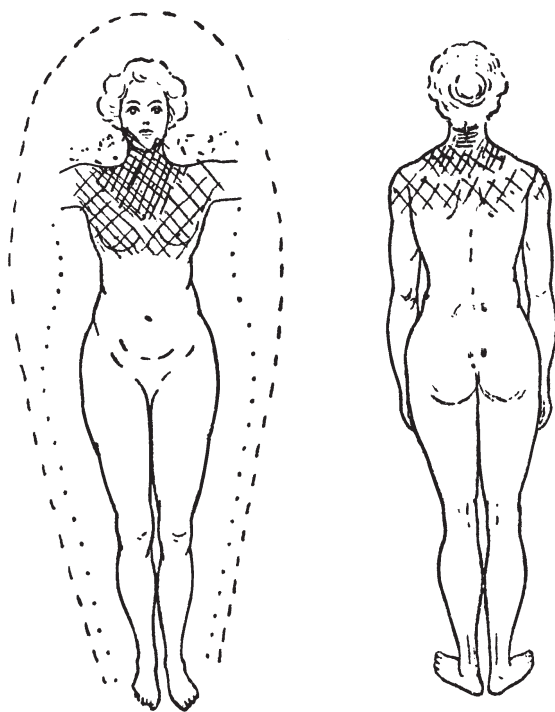


Рис. 40. Болезнь Рейно

- xx Участки тела, охватываемые покраснением
- ∴ Зернистая область внутренней ауры
- ≡ Темные области на фоне с.с. полосы

ние, достаточно было небольшого изменения температуры. Отдельный приступ продолжался не более нескольких минут; за день таких минут набиралось от 20 до 30. В момент кульминации приступа у пациентки возникало ощущение сильного жжения, но никакой боли при этом не было. Кожа в области максимального покраснения шелушилась, а на соседних участках, где еще проявлялся красный дермографизм, отличалась сухостью. В то же время вне пораженной области кожа была нормальной. Врачи посчитали, что заболевание этой женщины имеет ту же природу, что и болезнь Рейно, поэтому автор ожидал увидеть в ее ауре, особенно

с помощью с.с. полос, весьма интересные знаки. Но, увы, ничего подобного в ней так и не обнаружилось.

Четкость и форма обеих аур была вполне нормальной; туман имел сине-серый цвет. Внешняя аура простиралась на 8 дюймов вокруг головы и туловища. В профиль она имела ширину 4 дюйма перед телом, за плечами и около ягодич; никакого выступа за спиной не было. Ширина внутренней ауры составляла всюду 3 дюйма. Полосчатость имела обычную четкость над всеми частями тела, за исключением плеч, над которыми текстура внутренней ауры становилась зернистой. Вопреки ожиданиям, в отсутствии прилива оттенков с.с. полосы почти над всей поверхностью тела выглядел одинаковым; автору удалось заметить только одно маленькое темное пятнышко над третьим и четвертым шейными позвонками.

Пример 78. В декабре 1914 года автор наблюдал еще один похожий случай. Молодая, хрупкая от природы женщина пришла на осмотр в состоянии сильной слабости. Вот уже несколько месяцев подряд ее шея и верхняя часть грудной клетки без всяких видимых причин регулярно багровели. Краснота отчасти распространялась и на нижнюю часть щек. Спазмы продолжались недолго, после чего постепенно отступали. Сравниться по силе с предыдущим случаем они, конечно, не могли. Надо заметить, что мать этой женщины уже много лет страдала болезнью Рейно.

Первым, что бросилось в глаза при осмотре ауры пациентки, был ее необычный цвет — зеленый в сочетании с синим, причем цвета эти никак между собой не смешивались. Внешняя аура оказалась довольно широкой и имела нормальную четкость. Она простиралась на 10 дюймов вокруг головы и на 12 дюймов по бокам от туловища. Однако ее внешняя граница выглядела весьма расплывчато, отчего создавалось впечатление присутствия ультравнешней ауры. В профиль ширина ауры составляла 6 дюймов перед туловищем, 8 дюймов за поясицей и 5 дюймов на уровне ног; за спиной присутствовал небольшой дугообразный выступ. Внутренняя аура просматривалась ясно и обладала обычной полосчатостью. С.с. полоса выявила на спине три желтых пятна. Верхнее было совсем небольшим и располагалось

над третьим и четвертым шейными позвонками; среднее висело над вторым, третьим и четвертым грудными позвонками; нижнее, самое большое, покрывало поясничную область. Спереди автор заметил два темных пятна над правой и левой стороной паховой области, разделенных между собой почти бесцветным интервалом. Пятна казались как бы оторванными от тела приблизительно на дюйм, а аура между ними выглядела уплотненной. С таким эффектом автор встретился впервые и затрудняется даже предположить, чем он может быть вызван. Три последних пятна, очевидно, были связаны с обычными физиологическими функциями, хотя, по некоторым невыясненным причинам, область под пятном на спине была у пациентки болезненной. Наиболее интересным в данном примере является факт наличия маленького пятнышка на задней поверхности шеи *точно в том же месте*, где подобное пятнышко обнаружилось и у пациентки из предыдущего примера.

В сентябре 1916 года и еще раз несколькими месяцами позднее автору представилась возможность наблюдать очень необычную женщину, уникальные особенности которой оказались настолько интересными и даже дающими ключ к разрешению некоторых загадок, что он счел полезным привести полное описание этих наблюдений.

Пример 79. Р.В., молодая бельгийка с фламандской кровью, пришла на осмотр с жалобой на глухоту, спровоцированную воспалением горла. В глубоком декольте дамы автор сразу заметил темно-пунцовую окраску открытой части грудной клетки, которую невозможно было спутать с обычным солнечным ожогом. Через несколько минут почти вся краснота спала. Когда автор сказал девушке о замеченном покраснении, она тут же добавила, что стоит ей несильно надавить на кожу или потереть ее в любой части тела, как в течение одной, от силы двух минут на этом месте возникает красный след, который довольно долго не исчезает. Неожиданные приступы красноты случались с ней всегда, сколько она себя помнит, но не сопровождалась никакими особенными ощущениями, поэтому пациентка вполне могла оставаться в неведении о начинавшемся приступе, если бы не видела своего тела. Ее кожа была гладкой и совершенно

нормальной, без малейшей склонности к сыпи. Как и следовало ожидать, синяки на ней появлялись с удивительной легкостью. По-видимому, причина неожиданных покраснений лежала вне ментальной сферы.

Стоило легонько провести ногтем по ее коже, как в течение минуты-другой на ней появлялась красная полоса, превращавшаяся в волдырь, цвет которого постепенно становился темно-малиновым. Покраснение распространялось по обе стороны от волдыря на расстояние до $\frac{1}{2}$ дюйма и даже более, в зависимости от силы нажима. Со временем краснота спадала и волдырь становился белым, но даже после этого он обычно держался еще как минимум полчаса. Легкий нажим на кожу карандашом приводил к аналогичным последствиям. Трение тоже вызывало красноту, но поверхность кожи при этом оставалась гладкой. Описанный эффект возникал независимо от того, на какую часть тела производилось воздействие. Чувствительность волдырей по сравнению с чувствительностью прилегающих участков кожи, насколько удалось выяснить с помощью обыкновенной булавки, оказалась повышенной.

Пациентка была невысокой, хорошо сложенной и красивой от природы 22-летней девушкой, очень подвижной, умной и, по-видимому, совершенно не склонной к невротическим проявлениям. На здоровье она никогда не жаловалась. Ее родители тоже были крепкими, живыми от природы людьми. Она была их единственной дочерью. Пациентка считала себя просто более чувствительной к тактильным ощущениям, чем большинство нормальных людей. Коленный рефлекс выражался у нее обычным образом, щекотание ступней не вызывало неестественных реакций, однако поверхностные рефлексы проявлялись непомерно сильно. Сфигмометр потерял пульс, только когда давление ртуты достигло 118 миллиметров.

Четкость обеих аур пациентки была нормальной, но цвет тумана оказался весьма необычным — к основной беловато-серо-голубой массе примешивалась небольшая доля зеленого. Белый цвет придавал ауре немного мутный вид, который проявлялся особенно ярко в пространстве между телом и руками, поставленными на бедра. Ширина ауры со-

ставляла 9 дюймов вокруг головы и туловища и постепенно уменьшалась к ступням до 4 дюймов. В профиль граница ауры проходила в $4\frac{1}{2}$ дюйма от передней поверхности тела и на таком же расстоянии за плечами и ягодицами, без всякого выступа сзади. В целом аура характеризовалась обычными для женщин размерами и вполне совершенной формой. Внутренняя аура имела всюду ширину 3 дюйма и текстуру с нормальной полосчатостью. Синяя с.с. полоса выявила лишь одно небольшое пурпурное пятнышко на шее, покрывавшее третий, четвертый и пятый шейные позвонки, которое на фоне красной с.с. полосы выглядело просто темным.

После предварительного осмотра автор решил провести следующий эксперимент: потирая или легонько царапая кожу пациентки в разных частях тела, наблюдать за аурой в момент происходящих на коже изменений. Поскольку трансформации в ауре оказывались всякий раз очень похожими, достаточно привести только одно описание.

Итак, автор провел несколько раз ногтем по осевой линии тела от мечевидного отростка до пупа. В первую минуту аурический туман не обнаружил никаких изменений, однако вскоре обе ауры над поцарапанным участком начали расширяться и одновременно уплотняться, как бы густеть; при этом стал очень хорошо заметен эфирный двойник, который до этого не бросался в глаза. Его ширина теперь составляла $\frac{1}{2}$ дюйма. Очень скоро внешняя аура достигла максимальной ширины — 8 дюймов, что почти вдвое превосходило норму. Ширина внутренней ауры, наблюдаемой через красный карминовый экран, достигла приблизительно 5 дюймов, а ее текстура стала грубозернистой, без всяких признаков полосчатости. Никакой схожести с лучом в данном случае не было. Изменения держались несколько минут, после чего туман стал постепенно возвращаться к исходному состоянию, но не быстрее, чем спадало покраснение кожи.

В следующем эксперименте пациентка приняла положение «руки на талии», а автор наблюдал за изменениями в ауре, происходящими в пустотах между руками и телом после того, как грудная клетка с одного бока была несильно поцарапана. Результаты эксперимента представлены в таблице IX.

Таблица IX.¹

Оттенки ауры пациентки Р.В. между руками и телом при изучении через цветные экраны

Экраны	Красный	Оранжев.	Желтый	Зеленый	Синий	Фиолет.
Аура	До царапания					
	R-bGy	R-bGy	R-bGy	White blue	B-G	B
	После царапания					
	RW-B	Оранжев В	Оранжев В	B-G	B-G	V

Условные обозначения: R — красный (red); B — синий (blue); G — зеленый (green); W — белый (white); V — фиолетовый (violet); bGy — голубовато-серый (bluish grey).

Ни у кого, кроме этой женщины, подобных локальных изменений в ауре над покрасневшей от простого трения кожей автор больше никогда не наблюдал. Возможно, это объясняется тем, что у подавляющего большинства людей трение возмущает только поверхностный слой кожи, тогда как у описанной пациентки воздействие распространялось также на более глубокие слои дермы. Если это так, то и в ауре обычного человека, скорее всего, тоже должны появляться те или иные изменения, если приложенное к коже усилие окажется достаточным для появления на ней небольшого синяка.

Следующий эксперимент заключался в нежном постукивании пальцем по той области шеи пациентки, где с.с. полоса выявила пурпурное пятно. Автор никак не ожидал, что это нехитрое воздействие может ощутимо повлиять на ауру, однако почти немедленно после него произошло общее расширение тумана, почти столь же сильное, как после приложения статического электричества. Ширина ауры до-

¹ Условные обозначения в таблице не переведены на русский язык и сохранены такими, какими они представлены в оригинале, ввиду возможной неоднозначности их интерпретации. Оранжев В — глухой, мутный синий. (Прим. перев.)

стигла 11 дюймов вокруг головы, 12 дюймов вокруг туловища и 6 дюймов на уровне лодыжек. В профиль граница ауры проходила теперь в 6 дюймах за плечами и опускалась вниз по прямой линии.

Этот случай отличается от двух предыдущих тем, что у первой и второй пациентки покраснение распространялось только на верхнюю часть тела. Их кожа часто становилась красной без всякой видимой причины; в других случаях покраснение вызывалось эмоцией, небольшим перепадом температуры и т.п. Эпидермис аффектированных участков делался сухим, а в области наибольшего покраснения кожа вообще шелушилась. Красный дермографизм проявлялся только здесь и не распространялся на здоровые участки тела. Кроме того, насыщенность окраски во время приступов никогда не достигала такой степени, как в последнем случае, и только самые темные области у пациентки из примера 77 приближались к тому пунцовому цвету, в который обычно окрашивалась кожа мисс Р.В. в любой части тела после легкого трения пальцем.

Отметим одно любопытное совпадение, которое едва ли было случайным: во всех трех случаях полоса дополнительного цвета обнаруживала на задней поверхности шеи пациенток пятно. В последнем случае оно вообще было единственным на всем теле, если не считать едва заметного пятнышка над крестцом. В присутствии других пятен над позвоночником никакой системы не было.

Пример 80. E.D., молодая женщина 27 лет, обследовалась в первый раз в 1913 году. Долгое время она ухаживала за больной матерью, сразу после смерти которой еще большего внимания потребовало здоровье ее отца. Перегрузки привели женщину к упадку сил и сильной депрессии. Несколько месяцев подряд губы, кисти и отчасти предплечья пациентки то и дело окрашивались в глубокий синюшный цвет. Приступы начинались неожиданно и нередко продолжались значительное время. Пациентка не жаловалась на боль, но ее руки всегда были холодными. При здоровом в целом сердце сердцебиения стали для нее обычным явлением. Кроме того, на грудной клетке и на спине, почти до самой талии, четко проявлялся красный дермографизм.

Аура пациентки оказалась вполне четкой. Она простиралась на 7 дюймов вокруг головы, 8 дюймов по бокам от туловища и $3\frac{1}{2}$ дюйма на уровне лодыжек. В профиль ее ширина составляла $3\frac{1}{2}$ дюйма перед туловищем и достигала 7 дюймов сзади за поясицей, где граница ауры имела дугообразный выступ, начинавшийся от головы и заканчивавшийся только около самых ступней. Туман имел голубовато-серый цвет. Внутренняя аура, как и следовало ожидать при таком состоянии, выглядела недостаточно четкой, хотя полосчатости не потеряла. Около поясицы текстура внутренней ауры становилась грубой. С.с. полоса обнаружила на спине три желтых пятна: два нижних просматривались очень ясно, верхнее — с некоторым трудом. Нижнее пятно располагалось над крестцом, центральное — над двенадцатым грудным и первым поясничным позвонком, верхнее — над третьим и четвертым грудными позвонками. Спереди автор заметил еще три пятна, тоже имевших на фоне синей полосы дополнительного цвета желтую окраску; в то же время на фоне красной с.с. полосы они обладали каким-то специфически неопишемым оттенком. Верхнее располагалось над эпигастральной областью и левым подреберьем, второе — справа от пупа, третье — над левой стороной паховой области. Все пятна соответствовали болезненным и чувствительным к прикосновению местам; особой болезненностью отличалась нижняя часть спины и левая сторона паховой области во время менструаций. Верхнее пятно на передней поверхности туловища объяснялось плохим пищеварением.

В феврале 1915 года, оправившись от депрессии, женщина пришла на осмотр повторно. Сердцебиение и синюшность рук к этому времени уже ушли. Единственным отголоском прежнего состояния были приступы потемнения губ, случавшиеся по нескольку раз в неделю. С.с. полоса опять выявила на спине два пятна в тех же самых местах, где они находились и раньше, однако центральное пятно полностью исчезло. Из двух оставшихся пятен верхнее потускнело, в то время как нижнее по-прежнему проявлялось очень четко. Спереди над эпигастральной областью еще сохранялось бледно-желтое пятно, но его яркость и размеры заметно уменьшились. В то же время темное пятно над

паховой областью совсем не изменилось. Автор полагает, что угасающие пятна вскоре совершенно исчезли.

Описывая ауру при различных болезнях, мы уже говорили, что в случае истерии внешний туман приобретает совершенно особую и характерную только для этого состояния форму, которая сильно отличается от таковой у нормальных в нервном отношении людей; в то же время внутренняя аура сохраняет свою естественную видимость. Оказывается, последнее утверждение верно лишь до определенной степени, поскольку во внутренней ауре истеричного человека на самом деле тоже часто происходят утонченные изменения, некоторые из которых можно заметить только с помощью полос дополнительного цвета. При истерии число и размер наблюдаемых на их фоне пятен достигает максимума; такие запятанные ауры редко когда увидишь даже при серьезных болезнях. Следующий пример можно считать в этом отношении уникальным.

Пример 81 (*рисунок 41*). S., крупная незамужняя женщина на 36 лет, искренне считала себя самым уравновешенным человеком на свете. Тем не менее ее нервная система никогда не знала покоя, а несколько лет назад, после смерти матери, женщина пережила сильный стресс, от которого, к счастью, сравнительно быстро оправилась. В 1913 году, вернувшись из отпуска, проведенного у моря, пациентка почувствовала неопределенные боли в разных частях тела, которые постоянно блуждали, то утихая, то снова обостряясь. Сначала у нее начался мастит, который, однако, быстро прошел. Затем надолго заболела верхняя часть правого бедра. Какое-то время боль локализовалась в эпигастральной области, расстроив пищеварение. Иногда напряжение выливалось в истерический комок. В разное время острая боль появлялась и в левом плече, и в левой верхней части грудной клетки. Понять причину этих недомоганий ни в одном из этих случаев так и не удалось.

В конце того же года пациентка пришла на обследование ауры. Цвет аурического тумана оказался серо-голубым. Четкость обеих аур достигала нормального для здоровых людей уровня. Внешняя аура имела типично лопатообразную форму и ширину 8 дюймов вокруг головы, $9\frac{1}{2}$ дюйма

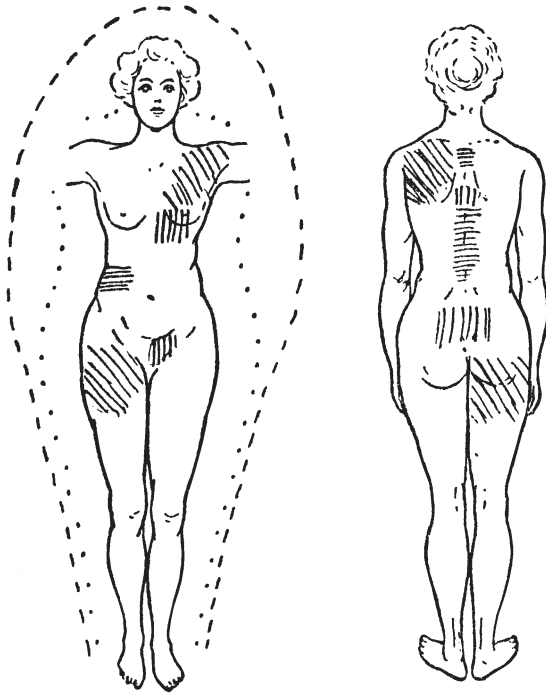


Рис. 41. Изобилие пятен

- ≡ Темные области на фоне с.с. полосы
- ||| Темно-желтые области на фоне с.с. полосы
- \\ \\ Светло-желтые области на фоне с.с. полосы

по бокам от туловища и 4 дюйма на уровне ног, с обычным резким сужением около бедер. Спереди граница ауры проходила в 6 дюймах от тела, отчего аура здесь выглядела непропорционально широкой. За поясницей ширина ауры достигала 9 дюймов — этот огромный выступ начинался около плеч и заканчивался сразу за ягодицами; ниже аура сужалась до 4 дюймов. Внутренняя аура имела ширину 3½ дюйма около туловища и на 1 дюйм меньше около нижних конечностей. Полосчатость присутствовала, но не везде. Справа от шеи, грудной клетки, а также за поясницей текстура внутренней ауры была зернистой.

Полоса дополнительного цвета сразу выявила спереди с левой стороны большое лимонно-желтое пятно, начинавшееся от плеча и заканчивавшееся на линии сосков. Его внутренняя граница совпадала с осевой линией тела. Пятно переходило на спину, где его границей служил контур лопатки. Спереди оно имело продолжение темно-желтого оттенка, заканчивавшееся на уровне мечевидного отростка. Другое темно-желтое пятно висело над левой стороной паховой области. В правом подреберье присутствовало еще одно, тоже темное, пятно. И наконец, верхняя часть правого бедра изменяла оттенок с.с. полосы на бледно-желтый как спереди, так и сзади. На спине автор обнаружил темное пятно над вторым и третьим грудными позвонками, желтое пятно — чуть ниже, над шестым и седьмым грудными позвонками, и еще одно пятно, продолжавшее предыдущее, но имевшее темный оттенок, которое растянулось вплоть до второго поясничного позвонка. В самом низу, над крестцом висело большое темно-желтое пятно. Все описанные области были у пациентки болезненными или чувствительными при прикосновении — если не во время осмотра, то незадолго до него.

В ауре другой женщины, описанной ранее в главе VII (пример 47), также присутствовало довольно много пятен, чего и следовало ожидать после серьезной болезни, мучившей пациентку на протяжении многих лет. На передней поверхности тела автор обнаружил у нее светло-желтое пятно под правой ключицей, еще одно — над эпигастральной областью и третье, темно-желтое — над верхней частью правого бедра ниже паховой связки. Сзади над левой лопаткой пациентки висело желтое пятно, другое растянулось над позвоночником от четвертого до десятого грудного позвонка, и наконец еще одно большое пятно занимало обычное место над крестцом.

Опыт показывает, что в аурах мужчин пятна присутствуют заметно реже, чем в аурах женщин, хотя иногда все же встречаются и там. Если мужская аура «украшена» одновременно более чем тремя пятнами, можно почти не сомневаться, что ее обладатель — жертва тяжелой болезни, которая, случись она у женщины, привела бы к появлению

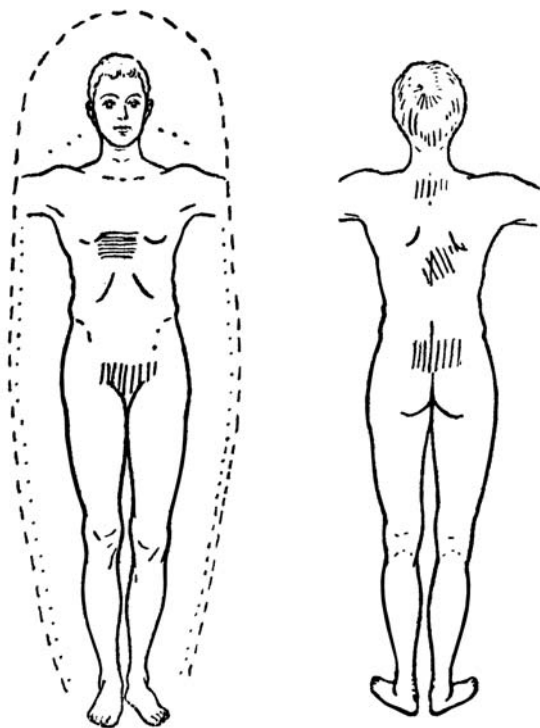


Рис. 42. Двигательная атаксия

- ≡ Темные области на фоне с.с. полосы
- ||| Темно-желтые области на фоне с.с. полосы
- \\| Светло-желтые области на фоне с.с. полосы

в ее ауре гораздо большего количества пятен. Хорошей иллюстрацией этому служит следующий пример.

Пример 82 (рисунок 42). Н., 54-летний мужчина, в 22 года заразился сифилисом. Через двенадцать лет врачи поставили ему диагноз — двигательная атаксия. С тех пор мужчина лечился в нескольких госпиталях.

Пациент едва стоял на ногах. Это сильно затрудняло изучение его ауры. Симптоматика вполне соответствовала болезни; ее описание типично и не представляет большого интереса. Осмотр состоялся в 1914 году. Внешняя аура

пациента имела серый цвет и недостаточную четкость. Ее форма и размеры оказались близкими к типичным для мужских аур: точные значения в фас — 7 дюймов вокруг головы, 5 дюймов около туловища и 4 дюйма на уровне ног; в профиль — 5 дюймов перед туловищем и 4 дюйма перед нижними конечностями. За спиной пациента присутствовал выступ, начинавшийся чуть выше головы и заканчивавшийся вскоре за ягодицами. Его максимальная ширина достигала 8 дюймов. Четкость внутренней ауры, как нетрудно догадаться, была далека от нормальной. С правой стороны от туловища и за поясницей ее текстура оказалась зернистой. Она имела ширину $2\frac{1}{2}$ дюйма и за спиной около поясницы была выражена чуть более ярко, чем в остальных местах.

Полоса дополнительного цвета сразу выявила на спине пациента три пятна. Первое, охристого оттенка, покрывало два-три верхних грудных позвонка; второе, светло-желтое, растянулось от восьмого до двенадцатого грудного позвонка; третье, темно-желтое, висело над крестцом. Спереди автор заметил темное пятно над грудной клеткой и еще одно, темно-желтое — в правой подреберной области¹.

Пример 83 (рисунк 43). Х., 62-летняя женщина из дома престарелых, несколько лет страдала сухоткой спинного мозга. В разное время она лежала в четырех лондонских больницах, и даже не по одному разу. Будучи от природы хрупкой, женщина имела очень болезненный вид, бесконечные страдания наложили на ее внешность неизгладимый отпечаток. Симптомы вполне соответствовали болезни и проявлялись еще ярче, чем у пациента из предыдущего примера. Постоянные приступы боли, часто мучительной, иногда заставляли больную целыми днями не покидать постели. Подвижность пациентки была настолько ограниченной, что совершить даже легкую прогулку без посторонней помощи она не могла.

К удивлению автора, форма внешней ауры пациентки оказалась абсолютно нормальной, без малейших признаков нервных отклонений. Внутренняя аура имела обычную шири-

¹ Так в оригинале. На рисунке 42 второе пятно на передней поверхности тела покрывает паховую область. (Прим. перев.)

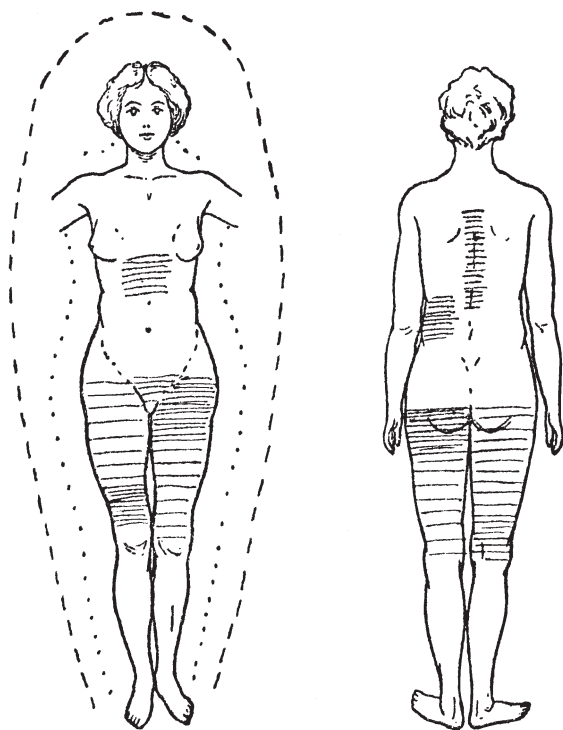


Рис. 43. Двигательная атаксия
 ≡ Темные области на фоне с.с. полосы

ну вокруг всего тела, хотя ее четкость, конечно, была далека от четкости внутренних аур здоровых пациентов. Зернистая текстура присутствовала лишь в одном месте — чуть выше гребня подвздошной кости с левой стороны, однако разглядеть обычную полосчатость около остальных участков тела автору удалось с большим трудом.

С.с. полоса обнаружила на спине длинное темное пятно шириной около 2 дюймов, которое тянулось от четвертого грудного до первого поясничного позвонка. В поясничной области присутствовало еще одно темное пятно. Спереди оттенок с.с. полосы становился темным над эпигастральной областью, а также в подреберье. Однако самой уди-

вительной особенностью, ярко бросавшейся в глаза, было потемнение с.с. полосы над обоими бедрами, которое наблюдалось и спереди, и сзади. Степень потемнения была различной — над верхней частью левого и средней третью правого бедра¹ с.с. полоса выглядела на несколько тонов темнее, чем над остальными участками. Над голенями цвет полосы не изменялся. Степень потемнения, обозначенная на рисунке частотой линий, соответствовала интенсивности болевых ощущений, которые в одних местах проявлялись сильнее, чем в других.

Поскольку в повседневной практике врачи сталкиваются со множеством заболеваний дыхательных путей, когда очаг болезни локализован в грудной клетке, можно предположить, что они могли бы дать много полезного материала при изучении ауры больных пациентов. Но, как показывает практика, респираторные заболевания мало способствуют исследованию ауры, и, наоборот, сама аура почти не помогает в диагностике таких болезней. Причин этому несколько. Прежде всего, человек, заболевший острым респираторным заболеванием, оказывается прикованным к постели. Очевидно, что помимо известных трудностей с организацией подходящего фона, освещения и т.п. в большинстве таких случаев врач не может, а иногда просто не должен обременять пациента, находящегося в тяжелом состоянии, всякого рода исследованиями, которые неизбежно затягиваются и оказываются чрезвычайно утомительными. Тем более что при настоящих методах изучения ауры ценных результатов может и не получиться. В случае хронических болезней подобных трудностей, как правило, не возникает — пациента можно внимательно обследовать и увидеть те изменения, которые действительно присутствуют в его ауре, однако большой диагностической ценности в этом случае они уже не имеют. Конечно, сами по себе такие исследования не лишены интереса, но главное внимание автор все-таки уделял тем патологиям, в которых изучение ауры дает более значимые в практическом отношении результа-

¹ Так в оригинале. На рисунке 43 наибольшее затемнение с.с. полосы обозначено над нижней третью правого бедра. (*Прим. перев.*)

ты. Два следующих примера включены в книгу с целью дать некоторое представление о типичных изменениях в ауре при грудных болезнях.

Пример 84. Т., 43-летняя замужняя женщина, пришла к врачу с жалобой на то, что во время сильного кашля у нее вышло горлом немного алой крови (не более чайной ложки). Однако даже после тщательного обследования легких врач так и не смог локализовать очаг. Через два дня после этих событий пациентку перед обычным прослушиванием отправили на осмотр ауры. Форма и размеры внешнего тумана оказались типичными для женщины ее возраста. Никаких отклонений в ауре автор не замечал до тех пор, пока не перешел к работе с полосой дополнительного цвета. Спроецировав последнюю на грудную клетку, он сразу увидел в межреберном пространстве с левой стороны небольшое светлое пятнышко размером с флорин¹, располагавшееся приблизительно в дюйме от грудины. Приставив к этому месту стетоскоп, он ясно услышал в глубине крепитирующие хрипы². Автор предполагает, что именно в этой части легких и находился очаг, вызвавший кровотечение. Хрипы были достаточно отчетливыми и едва ли могли ускользнуть от внимания автора, даже если бы у него не было подсказки (светлого пятна). Последующий опыт убедил его в том, что, если изучать ауру пациента сразу после кровохаркания, с.с. полоса действительно позволяет обнаружить в ней некоторые изменения. Других нарушений в легких этой женщины нигде, кроме указанной области, найти не удалось.

Из всех грудных болезней ранняя стадия туберкулеза является как раз такой, для которой изменения в ауре могут быть очень информативными, но в настоящее время у автора нет ни одного примера удачной диагностики начинающегося туберкулеза, поскольку у всех изученных к этому времени пациентов с симптомами чахотки подозрения на

¹ Английский флорин — серебряная монета достоинством 2 шиллинга, вышедшая из обращения в 1993 году; в начале XX века имела диаметр около 29 мм. (*Прим. перев.*)

² Крепитирующие хрипы — хрипы в легких, напоминающие скрип сухого снега. (*Прим. перев.*)

туберкулез оказались беспочвенными. Конечно, если у больного бронхит или эмфизема, при которых большая часть легких поражена болезнью, обнаружить маленький туберкулезный очаг благодаря небольшому изменению в ауре очень трудно — его неизбежно будут маскировать изменения, вызванные более обширными нарушениями.

Следующий пример служит хорошей иллюстрацией того, как отражается на ауре застарелый туберкулез.

Пример 85. Г., 27-летняя женщина, в 1905 году заболела туберкулезом, который долгое время прогрессировал. В 1906 году у нее открылся левосторонний плеврит, в начале 1909 года развился пневмоторакс, а середине того же года болезнь перешла на правое легкое. Все это время она жила в Шотландии. К немалому удивлению ее знакомых, здоровье пациентки начало постепенно улучшаться. В 1911 году она пришла на осмотр ауры, чувствуя себя в это время настолько хорошо, насколько это возможно при таких легких. Ее внешняя аура имела среднюю ширину и простиралась на 8 дюймов вокруг головы и туловища, сжимаясь к лодыжкам до 4 дюймов. При общей симметрии формы текстура ауры с левой стороны, между гребнем подвздошной кости и нижней челюстью, выглядела более грубой, чем справа. Ширина внутренней ауры справа от туловища составляла 3 дюйма, в то время как слева — всего 2 дюйма, хотя на уровне бедер и голени ширина и текстура с обеих сторон были одинаковыми. Полосчатость с правой стороны просматривалась всюду очень четко, однако слева, начиная от уровня чуть выше плеча и до гребня подвздошной кости, текстура внутренней ауры выглядела либо грубой, либо совсем зернистой. Ниже полосчатость снова становилась нормальной.

Оттенок с.с. полосы над всей левой стороной грудной клетки спереди и сзади оказался затемненным. Вдобавок к этому под ребрами и реберными хрящами присутствовало темное пятно, начинавшееся от осевой линии тела и продолжавшееся, насколько можно было видеть, до самого бока. Очевидно, оно было связано с несварением желудка, вызванным некоторым перееданием, которое является необходимым элементом лечения туберкулезных больных. Над правой стороной грудной клетки в верхней ее части висело

темное пятно, обозначающее пораженную область правого легкого. Аура пациентки говорила о высокой жизнеспособности ее организма, однако имевшиеся в ней изменения свидетельствовали о полном разрушении левого легкого.

Поскольку воля человека, с помощью которой он может воздействовать на всю ауру в целом, принадлежит к высшим проявлениям мозговой деятельности, можно с уверенностью утверждать, что любое церебральное нарушение обязательно тем или иным образом отражается на ауре. Вероятно, такие нарушения действительно изменяют ауру в целом, но в большинстве случаев эти изменения оказываются слишком утонченными для восприятия, и только самые грубые из них доступны наблюдению. Последние могут выглядеть настолько странно, что выдумать их просто так едва ли под силу даже самым большим фантазерам. Действительно, кому могло прийти в голову, что истерическая аура должна выглядеть именно так, как она выглядит? Чем больше задумываешься над этой удивительной формой, тем более необъяснимой она кажется.

Очевидно, высшей формой ауры для женщин служит яйцеобразная (*рисунок 8*), и чем ближе к ней очертания реальной ауры, тем более она совершенна. Как уже говорилось, главная особенность истерической ауры заключается в непропорционально увеличенной ширине тумана по бокам от туловища и за поясницей, которая резко уменьшается на уровне бедер.

У автора пока не было возможности проследить, как происходит превращение обычной ауры в лопатообразную. Сначала он думал, что развитие ауры, которое обычно происходит у девочек в переходном возрасте, может по каким-то причинам сдерживаться вокруг нижних конечностей. Действительно, таким образом лопатообразная форма получается сама собой, однако эта теория была разбита в пух и прах почти сразу же тем фактом, что обладателями лопатообразных аур иногда оказываются дети или, что бывает еще чаще, мужчины. Другое объяснение, которое не противоречит никаким известным случаям и выглядит более правдоподобным, заключается в том, что формирование лопатообразной ауры обусловлено реальным расширением

внешней ауры по бокам от туловища, которое не сопровождается сколько-нибудь значительным приращением тумана около бедер и голеней. Эту гипотезу подтверждает пример 55, а также тот факт, что лопатообразные мужские ауры гораздо шире всего, что доводилось видеть автору у здоровых в нервном отношении мужчин. Еще одним аргументом в пользу такой гипотезы служит выступ за спиной, который иначе как локальным расширением ауры объяснить просто невозможно.

Для точного ответа на вопрос, почему аура истерических женщин получает столь необычную форму, наших знаний в настоящее время пока недостаточно. Но существует и другой вопрос, который в принципе разрешим на практике: может ли аура нормального типа превратиться в лопатообразную? Автор склоняется к мысли, что такие превращения иногда происходят, однако промежуточные формы очень редки. Теоретически переходную форму ауры можно наблюдать как при развитии нервной патологии, так и во время выздоровления.

Наблюдая нечетко выраженную лопатообразную ауру, невозможно сразу определить, опираясь только на ее внешний вид, статична ли эта форма или находится в процессе развития. Для этого нужен целый ряд последовательных наблюдений, получить который к настоящему времени автору так и не удалось. К счастью, есть и другой способ, а именно — искусственное расширение ауры путем приложения статического электричества. Такое воздействие часто помогает акцентировать в ауре те ее особенности, которые сами по себе слишком плохо выражены для точного изучения. С момента открытия указанного свойства статического электричества автор часто пользовался им в спорных ситуациях.

Вернемся еще раз к необычной ауре пациентки, описанной в примере 55. Мы уже обсуждали причины, по которым в ее случае такую ауру можно считать нормальной. Напомним, что большую ширину тумана автор объяснял скорее лопатообразной формой, чем присутствием ультравнешней ауры. Поставить окончательную точку в этом вопросе как раз помогло электричество: после приложения отрицательного заряда к телу аурический туман принял от-

кровенно лопатообразную форму. В данном случае автору, по-видимому, посчастливилось наблюдать именно переходное состояние ауры в процессе ее превращения в типично лопатообразную, поскольку из-за задержки в телесном развитии ожидать обычной широкой ауры у пациентки причин не было.

При эпилепсии в ауре могут наблюдаться различные отклонения. Если при истерии изменения затрагивают только внешнюю ауру, то эпилепсия накладывает соответствующий отпечаток сразу на обе ауры, которые подвергаются одностороннему сжатию. Этому феномену нет объяснения; еще труднее понять, почему сжатие обычно происходит только с левой стороны. В надежде пролить хоть какой-нибудь свет на этот вопрос автор обращался к родным и знакомым эпилептиков с вопросом, не замечали ли они какой-нибудь асимметрии во время припадков (может быть, голова больных оказывается повернутой в какую-то одну сторону). Однако, толку от таких вопросов почти не было: за исключением одного или двух случаев все спрашиваемые отвечали, что в момент припадков им было не до наблюдений. Мать одной девочки сказала, что спазмы у ее дочери проявляются сильнее с правой стороны.

Нет сомнений в том, что ограниченное небольшой областью нарушение в нервных тканях воздействует на ауру локально, однако до сих пор неясно, является ли такое локальное изменение в ауре прямым следствием нервного нарушения, как в случае функциональных нарушений в органах, или же оно вторично и зависит исключительно от вызванных нервным нарушением расстройств в иннервируемых органах. Возможно, в разных случаях работают обе эти причины, либо по отдельности, либо дополняя друг друга; не исключено, что даже у одного пациента в разное время они могут чередоваться. Одно, по крайней мере, не вызывает у автора никаких сомнений: локальные телесные нарушения воздействуют на внутреннюю ауру чаще, чем на внешнюю, и если уж последняя возмущена, внутренняя едва ли может (если вообще может) избежать изменений.

Хорошей иллюстрацией того, как влияет на ауру нервная система, служит невралгия. Пример 49 в данном слу-

чае подходит как нельзя лучше. При осмотре пациентки в 1909 году автор заметил, что весь участок внутренней ауры, прилегающий к болезненной области, выглядел измененным — полосчатость здесь отсутствовала полностью, текстура была зернистой. Изменения затронули и прилегающую область внешней ауры, поскольку ее видимость на периферии стала не столь четкой, как обычно (туман как бы лишился плотности). Иными словами, потенциал внешней аурической силы понизился по сравнению со здоровым состоянием, однако главных свойств не утратил. Если бы эта сила стала еще слабее, туман должен был сжаться. Именно это и наблюдал автор в 1908 году, когда изучал ауру пациентки впервые (с. 221). Очевидно, во время второго осмотра потенциал аурической силы уже восстанавливался и приближался к обычному уровню.

Однажды на осмотр привели девочку 13 лет с острым приступом невралгии. Автор заметил у нее на спине в 2 дюймах справа от третьего грудного позвонка пятно, которое располагалось как раз там, где девочка испытывала судорожные боли, начинавшиеся всегда неожиданно и продолжавшиеся нередко по несколько часов. Чаще всего боли усиливались к ночи, вскоре после того, как девочка ложилась в кровать, и совершенно не давали ей спать. Никакой повышенной чувствительности в области пятна у девочки не было, а тщательное обследование так и не выявило возможной причины ее недуга. Несколько недель боль не отступала, затем началось постепенное улучшение. Неожиданно у девочки развился аппендицит; в это же время невралгическая боль внезапно прошла и больше никогда не возвращалась. Аура девочки выглядела нормальной всюду, за исключением небольшой области, расположенной точно над болезненным местом; здесь текстура внутренней ауры оказалась зернистой. Никаких изменений внешнего тумана автор не увидел. Поскольку в данном случае нарушение было локальным и измененная область во внешней ауре не могла быть большой, заметить в ней какие-либо отклонения было почти невозможно — окружающие здоровые части аурического тумана просто маскировали эту область. Пятно на спине, обнаруженное у девочки с помощью с.с. полосы, оказалось

темным, тогда как в предыдущем случае пораженная часть ауры изменяла оттенок полосы на более светлый.

В аурах двух или трех пациентов, страдавших ишиасом, наблюдались очень похожие изменения, охватывавшие всю пораженную конечность. Если нарушение в нервных тканях вызывает сопутствующее локальное органическое расстройство, прилегающие участки ауры, скорее всего, испытывают воздействие и со стороны пораженных нервных структур, и со стороны больных тканей, однако определить правильную пропорцию между этими факторами пока не представляется возможным. Опоясывающий лишай — прекрасный пример того, как эти факторы работают бок о бок, взаимно дополняя друг друга, но об этом уже так много сказано, что читателю достаточно просто обратиться к примерам 57 и 62.

Поскольку эти примеры ясно свидетельствуют о том, что нервная система способна вызвать изменения в ауре как сама по себе, так и в сочетании с локальными органическими нарушениями, которые она провоцирует, можно предположить, что первичным фактором, действующим на ауру, является исключительно нервная система и что ткани на самом деле в этом воздействии никак не участвуют. Опровергнуть эту гипотезу могут только примеры, в которых изменения в ауре не удастся объяснить нарушениями нервной системы. К счастью, у автора сохранились записи некоторых случаев, в которых такие нарушения наверняка отсутствуют. Описанные в них пациенты имели поверхностные опухоли, а именно: фиброаденоидную и кистозную опухоли груди, жировик на бедре и остеосаркому руки. Во всех этих случаях опухоль изменяла только внутреннюю ауру — внешний туман всегда оставался незатронутым.

Над фиброаденоидной опухолью внутренняя аура получила видимость небольшого луча длиной не более $1\frac{1}{2}$ дюйма и шириной чуть больше ширины самой внутренней ауры. Луч имел зернистую текстуру. При изучении его с помощью полос дополнительного цвета было обнаружено светлое пятно на фоне синей полосы и темное на фоне желтой.

Кистозная опухоль вызвала очень похожий эффект, за исключением того, что грубозернистая текстура распростра-

нилась на всю ширину внутренней ауры, полностью вытеснив полосчатость над самой опухолью. На фоне синей с.с. полосы луч выглядел светлым пятном, а на фоне желтой — наоборот, темным.

Многoletняя жировая опухоль довольно большого размера присутствовала на внешней поверхности левого бедра 36-летней женщины, здоровой во всех остальных отношениях. Обычный осмотр ауры не обнаружил около опухоли никаких существенных изменений, однако на фоне любой из с.с. полос туман над опухолью казался более светлым по сравнению с остальными участками, что говорило о присутствии в ауре некоторых утонченных изменений.

И наконец, в случае с остеосаркомой плечевой кости внутренняя аура получила видимость луча с грубозернистой текстурой без всяких признаков полосчатости. Изучение этой области с помощью синей с.с. полосы выявило пятно весьма необычного цвета, которое в грубом приближении можно определить как розовато-желтое.

Учитывая все эти случаи, можно утверждать, что, хотя нервная система и имеет очень большое, возможно, доминирующее влияние на обе ауры, тем не менее и другие ткани в случае органического поражения тоже на лишены такого влияния. В этой связи интересно сравнение примера 72 с примером 76. В первом случае пациентка страдала язвой желудка, которая изменяла цвет с.с. полосы над эпигастриальной областью на более светлый¹. Кроме того, текстура внутренней ауры в желудочной области выглядела зернистой. Заметим, что в этом случае оттенок с.с. полосы на фоне спины в области грудных позвонков нигде не менялся. Во втором случае, хотя пациентка и мучилась от постоянной рвоты, внутренняя аура в желудочной области выглядела лишь немного зернистой, а оттенок с.с. полосы на фоне передней поверхности тела оставался постоянным. Зато сзади, с левой стороны от позвоночника, с.с. полоса выявила узкое пятно, тянущееся параллельно третьему и четвертому грудным позвонкам, которое выглядело значительно свет-

¹ Так в оригинале. Следует читать: *более темный*. См. пример 72. (Прим. перев.)

лее остальной части полосы и имело очень резкие границы. Похоже, в первом случае большой орган сам вызывал изменения в ауре, тогда как во втором желудок почти не оказывал на нее влияния и главные изменения цвета с.с. полосы были обусловлены нервным воздействием.

В этой главе с достаточной убедительностью показано, что полосы дополнительного цвета играют очень важную роль в исследовании аур и могут оказать очень большую помощь в точной диагностике, как позитивной, так и негативной. Позитивной — через обнаружение в аурах локальных изменений, являющихся следствием тех или иных нарушений в подлежащих областях, и негативной — когда в аурах не обнаруживается никаких доступных этому методу изменений над областями предполагаемого расстройства. Однако не следует забывать, что иногда с.с. полоса не обнаруживает никаких изменений даже над такой областью, в которой присутствие локального нарушения установлено бесспорно. Это существенное ограничение метода, которое, к счастью, со временем постепенно отступает, поскольку с опытом наблюдатель научается различать все более тонкие нюансы оттенков цвета с.с. полосы. Ошибки в случаях негативного результата почти всегда связаны с медленным развитием процесса, как, например, при сморщивании почки; более быстрые и активные изменения, как правило, обязательно воздействуют на ауры, а значит, и на оттенок полос дополнительного цвета.

Глава X

Аура во время беременности

Часто женщины, у которых не было одной или двух менструаций, обращаются к врачу с вопросом, нет ли у них беременности. Иногда такой вопрос требует безотлагательного ответа. Трудности в определении беременности на очень ранней стадии, как известно, огромны, поэтому каждый новый метод, могущий как-то помочь в этой ситуации, будет, конечно, не лишним. Следует понимать, что ни один из описанных далее признаков в ауре, взятый в отдельности, нельзя рассматривать как самодостаточный и безошибочный критерий для выяснения факта беременности, но если сразу несколько таких признаков хорошо согласуются между собой, независимо от того, положительный или отрицательный результат они предсказывают, ответ можно дать с большой уверенностью. Существует три особых знака в ауре, которые могут быть связаны с беременностью: два из них наблюдаются с помощью полос дополнительного цвета, третий выражается в небольшом изменении формы обеих аур и их текстуры.

При изучении ауры с целью определения ранней беременности первым делом следует выяснить, имеют ли обе ауры нормальную форму по бокам от туловища и за спиной, и запомнить их ширину, особенно ширину внутренней ауры около различных частей тела. Опираясь на эти значения как на стандартные для данной женщины, следует сравнить их с шириной внутренней и внешней аур спереди. Как правило, у здоровых небеременных женщин обе ауры всюду перед туловищем имеют постоянную ширину. У этого правила есть только одно исключение: в период менструации ширина аур перед молочными железами может немного увеличиться. Однако уже на ранней стадии беременности почти во всех

случаях внешняя аура несильно, но довольно заметно расширяется около нижней части брюшной полости. Расширение начинается чуть ниже пупа, а к поздним стадиям беременности захватывает и более высокие области. Одновременно всегда происходит некоторое утолщение ауры перед молочными железами, которое лучше всего наблюдать, когда женщина стоит не точно в профиль, а немного повернувшись — так, чтобы напротив черного фона оказалась одна из молочных желез. Найдя положение, при котором аура перед грудью видна лучше всего, часто можно даже наблюдать небольшой луч, выходящий из соска груди. Одновременно с увеличением ширины ауры нередко меняется и ее текстура — туман становится более плотным.

Внутренняя аура тоже подвергается аналогичным изменениям в тех же местах, что и внешняя. На ранней стадии беременности ее ширина около нижней части брюшной полости и перед грудью немного увеличивается, хотя, конечно, не в такой степени, как это бывает ближе к родам; плотность внутренней ауры тоже чуть-чуть возрастает, однако полосчатость, что крайне важно, сохраняется в расширенных участках неизменной. Никаких стандартов на степень расширения или уплотнения аур в данном случае не существует, поэтому каждую пациентку необходимо тщательно и всесторонне обследовать, учитывая ее индивидуальные особенности, и только после этого принимать то или иное решение.

Изучая беременных женщин, автор заметил, что туман вокруг них всегда выглядел не таким четким, как у небеременных здоровых пациенток. Пытаясь понять причину, автор поначалу грешил на такие второстепенные факторы, как неудачное освещение и т.п., но по мере того как число наблюдений росло, у него не осталось никаких сомнений в реальности замеченного им феномена, который, безусловно, был связан с беременностью. Пересматривая свои записи, автор выяснил, что процент беременных женщин, у которых он наблюдал ослабление яркости ауры, оказался довольно большим, поэтому это явление само по себе может рассматриваться как дополнительный признак беременности, который иногда очень помогает в сомнительных случаях.

После предварительного осмотра аур можно перейти к работе с полосами дополнительного цвета. Исследование следует начинать поставив женщину лицом к наблюдателю. Вертикальная с.с. полоса, проецируемая на тело здоровой беременной женщины, должна сохранять свой оттенок на всем протяжении сверху донизу. Особое внимание следует уделить нижнему концу полосы, который проецируется на нижнюю часть брюшной полости, около лобковой области. Отсутствие здесь цветовых изменений говорит наблюдателю о том, что у женщины нет никаких признаков приближающейся менструации. Затем следует спроецировать горизонтальную с.с. полосу на молочные железы. Если женщина не беременна, не кормит грудью и не страдает никакими болезнями молочных желез, оттенок полосы должен оставаться постоянным всюду, за исключением области сосков и околососковых кружков. Это касается не только самих молочных желез, но и прилегающих к ним участков тела. Во время беременности и в период лактации довольно часто цвет полосы над молочными железами теряет насыщенность. Более светлый оттенок является следствием трансформации ауры — наподобие тех, которые уже обсуждались в главе VIII. Эта трансформация является важным свидетельством того, что в молочных железах женщины происходят определенные изменения.

Если горизонтальную с.с. полосу спроецировать на эпигастральную и гипогастральную области, она почти всегда сохранит свой цвет, даже если пациентку мучают тошнота и рвота. Это указывает на то, что в данном случае желудочные проблемы зависят не столько от локальных нарушений, сколько от более глобальных процессов в организме. Аура, описанная в примере 71, отчасти напоминает ауры, наблюдаемые при желудочных проблемах во время беременности. Однако если проблемы с желудком беспокоили женщину еще до начала беременности, приведенное выше утверждение к ней, конечно, уже неприменимо.

На этом исследование передней поверхности тела можно считать законченным.

Ранее уже говорилось, что ауры большинства женщин в период расцвета сил обладают одной особенностью, которая

локализована сзади, в пояснично-крестцовой области: здесь с.с. полоса обычно выглядит темнее или даже меняет свой цвет. Так вот, оказывается, что *во время беременности это пятно над крестцом почти всегда исчезает, причем обычно еще на самой ранней стадии*. Правда, в том случае, если менструации у предполагаемой беременной отличались повышенной болезненностью и пятно было особенно темным, в начале беременности оно сохраняется немного дольше, но в любом случае к четвертому месяцу его, как правило, уже не остается. Наблюдая этот признак, не следует забывать, что пятно над крестцом, вызванное любой другой причиной, например радикулитом и т.п., прекрасно сохраняется и во время беременности. Таким образом, наличие пятна над крестцом в значительной степени уменьшает вероятность предполагаемой беременности. В то же время его отсутствие у женщины, у которой оно точно наблюдалось ранее или у которой менструации обычно сопровождаются сильными болями в пояснице, — очень веский, если не сказать, решающий аргумент в пользу беременности при условии, конечно, что в поле зрения врача нет других причин для его исчезновения.

Если теперь поставить беременную женщину боком к наблюдателю и спроецировать горизонтальную с.с. полосу на ее тело на уровне нижней части брюшной полости, оттенки ее продолжений за границу тела часто будут различаться. В этом случае оттенок полосы перед брюшной полостью, скорее всего, будет более светлым, чем за спиной. Различие оттенков объясняется определенными изменениями в ауре, которые уже обсуждались ранее, и может служить подтверждением беременности в том случае, если прежде при осмотре брюшной полости женщины в положении лицом к наблюдателю с.с. полоса не выявила спереди никакого локального изменения.

Подводя итог, перечислим кратко ранние признаки беременности в ауре:

1. Небольшое расширение ауры перед нижней частью брюшной полости и молочными железами.

2. Отсутствие изменений цвета с.с. полосы над нижней частью брюшной полости. Пятна над желудком маловеро-

ятны при условии, что до беременности желудок женщины был нормальным. Кроме того, над молочными железами оттенок с.с. полосы часто становится более светлым.

3. Отсутствие темного пятна в пояснично-крестцовой области.

4. Дополнительным признаком можно считать общее потускнение обеих аур.

В следующем примере описывается первый на памяти автора случай беременности, который ему довелось изучать.

Пример 86. С., замужняя 33-летняя женщина, мать двоих детей, пришла на осмотр после отсутствия одной менструации. Ей не терпелось узнать, будет ли у нее еще один ребенок. Будучи от природы хрупкой, она тем не менее выглядела бодрой и вполне здоровой. Пациентка была абсолютно уверена в том, что беременность не могла начаться ранее чем за тридцать дней до осмотра. Она также сказала, что у нее появились необычные боли по всей пояснице, особенно усиливающиеся при усталости, которые давали о себе знать даже во время осмотра. В то же время *в период менструаций никаких болей она обычно не ощущала.*

Внешняя аура пациентки имела нормальную четкость, но яркость внутренней ауры не достигала до средней, хотя полосчатость замечалась в ней без труда. Ширина внешней ауры достигала 10 дюймов вокруг головы и 12 дюймов по бокам от туловища. Плавно сужаясь к лодыжкам до 4 дюймов, внешняя аура в целом имела правильную яйцеобразную форму. Снаружи ее дополняла хорошо различимая ультравнешняя аура. При изучении пациентки в профиль автор заметил у нее за спиной небольшой дугообразный выступ, начинавшийся прямо от головы и оканчивавшийся около ступней. Граница ауры спереди проходила в 4 дюймах около тела всюду, за исключением нижней части брюшной полости и молочных желез, где аура заметно расширялась до 6 и 5 дюймов соответственно.

Ширина внутренней ауры нигде не превосходила 2¹/₂ дюйма, за исключением трех участков: около нижней части брюшной полости и за поясницей внутренняя аура расширялась до 3 дюймов; еще одно подобное утолщение наблюдалось перед молочными железами.

Вертикальная с.с. полоса на фоне передней поверхности тела всюду сохраняла свой цвет. Оттенок горизонтальной полосы над молочными железами становился более светлым. Сзади над верхней частью крестца присутствовало большое темное пятно, которое простиралось до второго поясничного позвонка.

В данном случае все изменения в ауре свидетельствовали в пользу начавшейся беременности; исключение составляло лишь большое темное пятно над крестцом, но оно, очевидно, объяснялось острой ревматической болью. Автор сказал пациентке о безусловной беременности, что со временем подтвердилось. Ребенок родился в положенный срок.

Пример 87. К., 29-летняя женщина, два года состоявшая в браке, пришла на осмотр с надеждой на начавшуюся беременность, поскольку одной менструации у нее уже не было и на день осмотра почти истек срок второй. Ее внешняя аура простиралась на 10 дюймов вокруг головы и туловища, сужаясь до 5 дюймов к лодыжкам. В профиль аура имела ширину 4 дюйма за плечами и ягодицами и небольшой выступ за поясницей. Спереди при общей ширине 4 дюйма внешняя аура несколько расширялась перед грудью и нижней частью брюшной полости. В этих местах внутренняя аура выглядела чуть более плотной и оттого более яркой, но полосчатости ничуть не теряла. Ее ширина всюду вокруг тела составляла 2 дюйма при нормальной исполосованности. Край с.с. полосы перед брюшной полостью выглядел более светлым, чем за спиной на том же уровне. Когда женщина снова повернулась лицом к автору, вертикальная с.с. полоса, спроецированная на туловище, сохраняла постоянный оттенок всюду, за исключением молочных желез, над которыми она выглядела светлее, чем над соседними участками тела. Никаких изменений оттенка в области желудка не наблюдалось. На фоне спины полоса также сохраняла свой цвет постоянным сверху донизу. Таким образом, осмотр позволил обнаружить два важных момента. Во-первых, в ауре женщины отсутствовали признаки приближающейся менструации, которая, судя по ее календарю, уже должна была начаться. И во-вторых, в ауре появились признаки начавшейся физиологической активности в молочных железах и нижней части

брюшной полости. Никаких сомнений относительно беременности пациентки у автора не было.

Женщина, аура которой описывалась в примере 49, также считала себя беременной после отсутствия двух менструаций. Во время осмотра наступал срок третьей. Тем не менее, изучив туман перед ее правой грудью, автор не заметил в нем никаких изменений, не было их и перед нижней частью брюшной полости. Темное пятно над крестцом висело на положенном ему месте. В то же время никакого потемнения с.с. полосы над лобковой областью не замечалось.

В данном случае отсутствие затемнения над лобковой областью в то время, когда оно обычно там наблюдается, было единственным аргументом в пользу беременности — все остальное говорило против. Автор сказал женщине, что вопрос о беременности даже не стоит, но и менструации в ближайшие четыре-пять дней ждать не следует; когда она наступит, предсказать невозможно. Впоследствии оказалось, что она начала через семь дней после осмотра.

По мере развития беременности изменения в ауре перед молочными железами прогрессируют, но их степень у разных женщин может быть различной, к тому же они не всегда развиваются параллельно с изменениями перед брюшной полостью. Помимо внешнего тумана в большинстве случаев расширению подвергается и внутренняя аура. Даже если этого не происходит, внутренняя аура в этих областях уплотняется по сравнению с прилегающими участками, что свидетельствует о повышении активности желез, которые готовятся к выполнению своих специфических функций. Заметить расширение внутренней ауры около молочных желез обычно не составляет труда, поскольку ее очень легко сравнить с прилегающими сверху и снизу участками. И хотя невооруженному глазу ее текстура может показаться мелкозернистой, карминовый экран в этом случае неизменно обнаружит нормальную здоровую полосчатость. На пятом месяце беременности ауры будущих рожениц расширяются ощутимо сильнее, чем на ранних стадиях, но и это не предел — иногда расширение продолжается вплоть до родов.

Ауры женщин после четвертого-пятого месяца беременности можно условно разделить на две группы. Будучи в целом похожими, ауры из разных групп тем не менее обладают заметным различием. Не исключено, что будущее изучение этого вопроса может привести к важным открытиям. Ауры первой группы уступают аурам второй в отношении максимальной ширины, зато форма их более правильная: они точнее повторяют контуры тела, но *обычно достигают максимальной ширины ниже вершины свода брюшной полости*. Изучая такую ауру через карминовый экран, когда женщина стоит в профиль, можно заметить, что внутренняя аура перед всей брюшной полостью тоже немного расширена.

Ауры женщин из второй группы выглядят более широкими и ярче выраженными *именно напротив самой выступающей части брюшной полости*, производя впечатление конической ауры. Нередко такая аура кажется наблюдателю еще более широкой, чем есть на самом деле. Разделяя ауры, как обычно, карминовым экраном, можно заметить, что форма внутренней ауры тоже в той или иной степени приближается к конической и ее ширина на вершине свода брюшной полости оказывается чуть больше, чем у основания, но ее конусность, как правило, выражена не так ярко, как у внешнего тумана. Это хороший пример расширения внутренней ауры, которое после родов сменяется сжатием по мере возвращения ауры к своему первоначальному состоянию.

Оттенок с.с. полосы, проецируемой на молочные железы беременной женщины, в каком бы положении она ни находилась, как правило, выглядит над ними светлее, чем над соседними участками (за исключением, конечно, сосков и околососковых кружков).

Эта же полоса, проецируемая на грудную клетку и брюшную полость, может иметь всюду одинаковый цвет, но если внутренняя аура будущей роженицы приобрела коническую форму, оттенок полосы над брюшной полостью тоже может стать более светлым. Когда горизонтальная с.с. полоса проецируется на нижнюю часть туловища беременной женщины с конической аурой, стоящей боком к наблюда-

телю, то, во-первых, оттенок полосы над вершиной свода брюшной полости обычно выглядит более бледным и, во-вторых, продолжение полосы за границу брюшной полости выглядит более светлым, чем продолжение за спину. У беременных из первой группы наблюдается только вторая особенность.

Побледнение цвета с.с. полосы над молочными железами и брюшной полостью, связанное с расширением и уплотнением внутренней ауры, указывает на то, что в самой субстанции ауры произошли некоторые изменения, и может служить хорошей иллюстрацией к приведенному в главе VI утверждению о том, что изменение текстуры ауры способно быть причиной изменения оттенка с.с. полосы. В этом смысле интересен следующий пример.

Пример 88. Миссис Т., вынашивающая четвертого ребенка, пришла на осмотр на шестом месяце беременности. С самого ее начала она чувствовала себя очень хорошо, однако за три недели до осмотра случилось ужасное событие. Все началось с того, что ночью женщина была неожиданно разбужена сильным шумом в доме. С этого момента она вдруг почувствовала, что малыш совершенно перестал двигаться в утробе, а живот даже немного уменьшился, хотя до этого дня она ощущала толчки постоянно. Пациентка выглядела подавленной от мысли о возможной гибели ребенка.

Ее аура по бокам от туловища и за спиной выглядела нормальной во всех отношениях. Спереди ширина внутренней ауры перед грудной клеткой и нижними конечностями оказалась равной 3 дюймам. Около сосков она была выражена несколько ярче. Над сводом брюшной полости внутренняя аура расширялась. Ширина внешней ауры спереди составляла 4 дюйма всюду, за исключением брюшной полости, над которой она имела ярко выраженную коническую форму с пиком высотой 8 дюймов. Главное внимание автора привлекла внутренняя аура. Выше яремной ямки и около бедер и голеней она была исполосована самым обычным образом. В то же время участок под нижней частью брюшной полости, вне всяких сомнений, имел грубозернистую текстуру, а перед ее сводом и над ним полосчатость хоть и присутствовала, но была очень грубой — здесь наблюдалось

переходное состояние между чисто зернистой текстурой и нормальной полосчатостью. Таким образом, аура этой женщины выглядела нормальной всюду вокруг тела, за исключением области перед брюшной полостью, где она оказалась патологической. Полоса дополнительного цвета не выявила ничего необычного; единственное, что можно отметить — ее неожиданный оттенок над грудью. Над левой молочной железой он, как и положено, был светлее, зато над правой, наоборот, выглядел немного темнее остальной полосы. При этом края полосы, выходявшие за границу тела, сохраняли одинаковый оттенок. Объяснение этого феномена оказалось очень простым: с левой грудью все было именно так, как бывает во время беременности, а правая оказалась просто-напросто пигментированной. Физиологически она была абсолютно нормальной, поэтому и не оказала никакого влияния на цвет с.с. полосы за границей тела.

К сожалению, автор вынужден был признать опасения женщины ненапрасными. После обследования ауры она направилась на пальпирование матки, которая, как выяснилось, была слишком мягкой для шестого месяца беременности. Врачи также не смогли обнаружить в брюшной полости ни шумов, ни сердцебиения. Два месяца спустя женщина родила мертвого ребенка.

* * *

Завершая книгу, автор, конечно, понимает, что она не лишена многих недостатков и недочетов, и очень надеется, что они не оттолкнут читателя. Предмет книги сам по себе очень сложен — не только с практической, но и с описательной стороны, поскольку пестрит огромным количеством малозаметных, но очень важных деталей, которые почти невозможно облечь в слова. Автор старался по возможности избегать всякой двусмысленности и неясности в выражениях, но в то же время он чувствует, что и сам еще очень далек от истинного понимания предмета. Время от времени в его поле зрения попадают новые факты, которые опрокидывают старые гипотезы и заставляют снова и снова задумываться над тем, что прежде казалось ему вполне ясным. Автор не сомневается в том, что некоторые из выдвинутых им рабочих гипотез в будущем будут тоже отвергнуты. Единственное, в чем он твердо уверен, так это в том, что изучение ауры методами физической науки будет неуклонно продвигаться вперед, поскольку на этом пути медицина может получить неоценимую помощь в диагностике болезней. В области изучения ауры будущих исследователей ждет еще очень много вопросов.

Автор должен признаться, что для него лично изучение ауры стало не просто работой, но увлекательным, можно сказать, любимым делом, однако никогда и ни при каких обстоятельствах он не упускал из виду главную цель своих исследований и всегда смотрел на ауру как на *средство медицинской диагностики*. Если своими исследованиями ему удалось продвинуть истинную науку хоть немного вперед, значит, его работа не была напрасной.

Автор выражает огромную благодарность всем своим друзьям за их добрую помощь и еще большую благодарность тем, кто, претерпев неудобства, согласился участвовать в исследованиях и тем позволил состояться книге.

Содержание

Предисловие переводчика	5
<i>В.Дж. Кильнер.</i> Предисловие к изданию 1911 года	10
<i>В.Дж. Кильнер.</i> Предисловие к изданию 1920 года	12
<i>Л. Шепард.</i> Предисловие к изданию 1965 года	14
Глава I Аура здоровых людей	25
Глава II Эфирный двойник	62
Глава III Внутренняя аура	68
Глава IV Вопросы оптики	80
<i>Приложение к главе IV</i>	105
Глава V Влияние на ауру различных сил	107
Глава VI Дополнительные цвета	162
Глава VII Внешняя аура при болезнях	181
<i>Приложение к главе VII</i>	233
Глава VIII Внутренняя аура при болезнях	235
Глава IX Использование полос дополнительного цвета при диагностике болезней	267
Глава X Аура во время беременности	313

Вальтер Джон Кильнер
АТМОСФЕРА ЧЕЛОВЕКА (АУРА)

Перевод с английского *А.И.Дьяченко*

Зав. публикаторским отделом *С.А.Аникин*
Главный редактор *Т.О.Книжник*
Главный художник *С.В.Чернова*
Редактор *И.М.Геника*
Корректор *Е.А.Панченко*
Компьютерный набор, верстка и
подготовка иллюстраций *А.И.Дьяченко*

Формат 70x100/16. Бумага офсетная 80 г.
Печать офсетная. Печ. листов 20,5.
Тираж 1000. Заказ .

Международный Центр Рерихов
119019, Москва, Малый Знаменский пер., д. 3/5

ООО «Полиграф-Эра»
Типография ОАО «Внешторгиздат»
127576, Москва, ул. Илимская, 7

ISBN 5-86988-201-X



9 785869 882011