УОЛТЕР КИЛНЕР

АТМОСФЕРА
ЧЕЛОВЕКА



УОЛТЕР КИЛНЕР

АТМОСФЕРА ЧЕЛОВЕКА

Аура, видимая с помощью химических экранов

Об этой книге

Уолтер Килнер — лондонский врач, много лет заведовавший электролечебным отделением больницы Святого Фомы. В 1908 году он нашел способ увидеть ауру человека: если некоторое время смотреть на свет сквозь стеклянные кюветы с раствором красителя дицианина, глаз начинает различать вокруг тела светящуюся дымку.

Книга 1911 года — отчет о многолетних наблюдениях. Килнер описывает свои экраны и порядок работы, эфирный двойник, внутреннюю и внешнюю ауру, лучи, исходящие от тела, действие воли на ауру, полосы дополнительного цвета и то, как меняется аура при болезнях, при истерии, в детстве и при беременности. Каждый вывод подкреплен записями случаев и рисунками очертаний ауры.

Содержание

Предисловие	5
Глава I. Аура здоровых людей	7
Глава II. Эфирный двойник	44
Глава III. Внутренняя и внешняя ауры	51
Глава IV. Дополнительные цвета	73
Глава V. Ауры при болезнях	93
Глава VI. Дополнительные цвета при болезнях	142
Глава VII. Аура при беременности	177
Приложение	186

ПРЕДИСЛОВИЕ

✦

Если атмосферу человека, или ауру, удается увидеть одними лишь вещественными средствами, это явление сразу становится вопросом физики. С первой же минуты, как я увидел атмосферу человека, я решил исследовать предмет в стороне от всякого оккультизма и, чтобы остаться беспристрастным, не читал никаких описаний ауры, пока не осмотрел большое число пациентов (более шестидесяти). Все описания ауры и упоминания о ней, какие удалось найти, без исключения содержались в оккультных сочинениях и мало помогали физическому исследованию, поэтому я решил не приводить никаких цитат. Это решение ставит меня в особое положение: мне не на кого опереться как на авторитет, что в одних отношениях выгодно, а в других нет.

Название «Атмосфера человека» — счастливая находка одного моего друга — особенно подходит к предмету, потому что дает ясное представление широкой публике, тогда как слово «аура», несмотря на свое определение — «всякое тонкое невидимое истечение, испарение или выдыхание вещества, как, например, аромат цветов и т. п.» (Словарь Вебстера), — понятно лишь людям, сколько-нибудь знакомым с оккультизмом. Слово «аура» все же сохранено ради краткости и удобства: «атмосфера» сама по себе вводила бы в заблуждение, а в сочетании «атмосфера человека» звучит, мягко говоря, громоздко.

После всего сказанного о желании держаться совершенно в стороне от оккультизма может показаться странным, что здесь

употреблено выражение «эфирный двойник». Это название заимствовано из теософских книг, так как подходящего термина до сих пор не придумано.

У. Дж. К.

Лондон, Ладброук-гроув, 218

ГЛАВА I. АУРА ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

✦

Едва ли один человек из десяти тысяч знает, что его окружает дымка, тесно связанная с телом, — во сне и наяву, в жару и в холод, — которая, оставаясь невидимой в обычных условиях, становится видна, когда условия благоприятны. Этот туман, прообраз сияния, или нимба, который постоянно изображают вокруг святых, открывался некоторым людям, наделенным особым даром зрения, — их называют «ясновидящими», — и до самого недавнего времени никому больше. Это облако, или атмосфера, или, как его обычно называют, аура, и составляет предмет настоящего труда — в той мере, в какой его можно увидеть с помощью экранов, содержащих в растворе особое химическое вещество. Скажем сразу: мы ни в малейшей степени не притязаем на ясновидение и не принадлежим к оккультистам; и особенно хотим, чтобы читатели твердо запомнили: наши исследования были чисто физическими, и повторить их может любой, кто достаточно заинтересуется предметом.

Пока способность видеть ауру остается уделом немногих, а у обычных людей нет средств ни подтвердить, ни опровергнуть увиденное, проверить ничего нельзя и обман не исключен. Так обстояло дело до сих пор, и потому на этот предмет всегда смотрели с недоверием; но в обнаружении ауры человека нашими способами не больше обмана, чем в распознавании микробов под микроскопом. Главное различие в том, что одни люди говорят, будто видят ауру благодаря необычному зрению, тогда как никто еще не отважился заявить, что способен разглядеть предмет

длиной в одну тысячную миллиметра без помощи приборов. Не может быть ни малейшего сомнения в том, что аура, окутывающая человека, действительно существует, и скоро это станет общепризнанным фактом — теперь, когда ее может увидеть всякий, у кого нормальное зрение. Было бы поистине странно, если бы аура не менялась при разных обстоятельствах, и мы твердо верим, что изучение ее изменений покажет их ценность для распознавания болезней.

Просим читателей о снисхождении: позвольте нам сделать несколько замечаний о себе. Все, что в этой книге сказано как факт, — правда; но мы знаем, что увлечение и воображение нередко сбивают исследователей с пути, и потому изо всех сил старались ни одного случая не преувеличить. В одной части нашего предмета это очень трудно, потому что так многое зависит от субъективного зрения. Справедливости ради добавим, однако, что из всех наших чувств у нас лучше всего развито зрение, а потому, быть может, мы различаем предметы чуть лучше среднего и могли заметить явления, которые ускользнули бы от других наблюдателей. Некоторые выводы, возможно, покажутся — и, быть может, справедливо — слишком категоричными, ведь они основаны на столь малом числе случаев; в свое оправдание скажем, что мы выдвигаем их как рабочие предположения, которые помогут в будущих наблюдениях.

Открытие *экрана*, делающего ауру видимой, вовсе не было случайным. Прочитав о действии N-лучей на светящийся сернистый кальций, мы некоторое время ставили опыты над механической силой некоторых истечений из тела и пришли к заключению — верному или нет, — что обнаружили, помимо тепла, две силы, способные действовать на наши стрелки, и что эти силы лежат в ультракрасной части спектра.

В опытах наступила заминка, и в начале 1908 года нам пришло в голову, что помочь могут некоторые красители. Рассмотрев разные спектры и, насколько удалось, выяснив их свойства, мы испытали несколько красителей и остановились на одном, который в этом труде будет называться *спектауранином*[1], как на самом многообещающем. Достать его удалось не сразу, и, пока мы ждали, однажды ночью нас осенило, что это вещество, быть может, сделает видимой какую-то долю упомянутых сил; а если так, мы ожидали, что это будет аура человека. Об этом явлении мы слышали, но до той минуты и не помышляли его исследовать, полагая, что оно лежит за пределами наших природных способностей.

[1] Некоторые друзья, внимательно обдумав этот вопрос, советуют открыть настоящее название употребленного красителя. Мы вполне готовы это сделать, только заменить слово «спектауранин» по всему тексту уже поздно: книга в руках у печатников. Настоящее название красителя — *дицианин*. Синие экраны, приложенные к книге, содержат лишь раствор дицианина, а красные — кармин. Этих четырех экранов достаточно для обычных наблюдений ауры.

Изготовить такие тонкие плоские кюветы, по-видимому, очень трудно: мы не нашли никого ни в Великобритании, ни в Америке, кто взялся бы их сделать, но в конце концов нам удалось найти иностранную фирму, способную их изготовить.

Как только вещество было получено, из него сделали экраны — стекло, покрытое окрашенным коллодием, а также окрашенный желатин, — но они оказались совершенно бесполезны, потому что краситель тотчас разлагался. Затем испробовали раствор целлулоида под названием *цапон*. Он дал лучший результат, но через несколько часов тоже потерял цвет. После этого стали применять спиртовые растворы разной крепости в стеклянных кюветах. В целом они, по-видимому, удовлетворительны, но со временем цвет в них склонен меняться, даже если держать их по возможности в темноте. Как правило, нужны всего два экрана:

один с раствором спектауранина в спирту, второй — с менее разбавленным. Пробовали и другие, разной крепости, с добавкой других красителей и без нее, но лишь для опытов в различных условиях. Для обычной работы они не нужны. Впрочем, полезным окажется еще один вид экрана — для различения отдельных частей ауры; он будет описан ниже.

Едва экран был готов, мы взглянули сквозь него на одного нашего друга и тотчас увидели вокруг его головы и рук слабое сероватое облако, которое, по нашему разумению, не могло быть ничем иным, как аурой. Через несколько минут мы, к своему удивлению, обнаружили, что продолжаем видеть ауру и без экрана. Эта способность длилась недолго. Однако она возвращалась, если несколько секунд посмотреть на свет сквозь темный экран.

Любопытно отметить, что такая способность видеть ауру без экрана встречается отнюдь не редко, но обычно держится лишь короткое время. В ту пору каждую свободную минуту мы смотрели сквозь экран — ради этого и других опытов, связанных с восприятием ауры, — и в результате на собственном опыте узнали, что спектауранин очень вредно действует на глаза: они так сильно болели, что пришлось на несколько дней прервать работу. Поэтому мы настоятельно советуем всем, кто ставит опыты в этой области, не смотреть сквозь спектаураниновый экран постоянно. По-видимому, действие этого вещества накапливается, так что мы постепенно приобрели способность видеть ауру все яснее и яснее без помощи экрана. В конце концов наши глаза изменились так стойко, что в подходящих условиях мы можем обходиться без экрана. Тем не менее мы считаем полезным перед осмотром несколько секунд посмотреть на свет сквозь спектаураниновый экран, и даже тогда ауру порой лучше видно

сквозь светлый экран. В другой раз бывает наоборот, хотя условия в обоих случаях могут быть совершенно одинаковы.

Отчетливо различить ауру можно лишь при соблюдении известных условий. Свет не должен быть слишком ярким. Нужное его количество приходится подбирать при каждом наблюдении, и зависит оно от того, пользуются экраном или нет. Грубо говоря, тело должно быть видно лишь едва отчетливо, после того как глаза наблюдателя привыкнут к полумраку. Свет должен быть рассеянным, падать только с одной стороны и освещать пациента равномерно по всему телу. Разумеется, лучше всего, когда наблюдатель стоит спиной к затемненному окну, а пациент — лицом к нему. Другой способ — если комната достаточно велика и просторна, — и притом единственный, который годится на дому у пациента, — поставить палатку вроде складной переносной темной комнаты X, какой пользуются фотографы, только подбитую черной тканью вместо обычной желтой и без передних занавесок. Палатку ставят задней стенкой к окну, пациент становится внутрь, и тогда он освещен равномерно. Все окна в комнате, кроме того, что позади палатки, нужно затемнить полностью, а на этом опустить штору настолько, насколько требуется. Главное неудобство такого устройства в том, что наблюдателю приходится стоять лицом к свету, а это неудобно на любом этапе осмотра и особенно мешает наблюдениям, связанным с дополнительными цветами, о которых речь пойдет ниже. Иногда на дому у пациента, немного похлопотав, удается поставить палатку входом к окну. Тогда осматривать гораздо легче. Совершенно необходимо, чтобы черный фон был по возможности глухого, матового черного цвета.

Большую часть исследований мы провели в маленькой комнате с единственным окном. Вверху на этом окне обычная

штора, а снизу на любую нужную высоту можно поднять штору из черной саржи. Саржа пропускает довольно много света, по правде говоря, слишком много, кроме очень пасмурных дней; но количество его можно регулировать, опуская обычную штору. Такое устройство очень удобно еще и тем, что между двумя шторами можно оставить небольшой просвет и впустить в комнату гораздо больше света, когда пациента осматривают сквозь темный карминовый экран, а иногда и при работе с дополнительными цветами.

Напротив окна, футах в восьми от него, стоит передвижная штанга с черной и белой занавесками, любую из которых можно пустить в дело по надобности. Белый фон нужен для некоторых наблюдений, о которых будет сказано дальше. Вот и все необходимые приспособления.

Важно помнить одно: пациент должен стоять примерно в футе перед фоном, чтобы тени или пятна на фоне не вызывали обманов зрения и тем не портили наблюдений. Такие помехи едва ли возникнут, разве что у наблюдателя, который только начинает эту работу.

Пока пациент занимает нужное положение, наблюдатель берет темный экран и полминуты или дольше смотрит сквозь него на свет. Это подействует на его зрение достаточно надолго, так что повторять процедуру придется редко. Впрочем, повторять ее можно сколько угодно. Затем он затемняет комнату, регулирует свет и, встав спиной к окну напротив пациента, смотрит на него сквозь бледный экран; тогда он должен сразу или (если не привык к этой работе) через несколько секунд увидеть слабое облако, окутывающее пациента; у здоровых людей оно различается сообразно особенностям каждого. Если наблюдатель уже приобрел способность видеть ауру без экрана, он обычно найдет,

что она имеет тот или иной оттенок синего. Определить цвет ауры заметно легче, если пациент упрет руки в бока, выставив локти: тогда в промежутках между туловищем и руками аура, исходящая от тела, усилится аурой, идущей от рук.

Начиная систематический осмотр, лучше всего поставить пациента сначала лицом к наблюдателю и к свету. Ауру вокруг головы лучше всего видно, когда он стоит или сидит, опустив руки вдоль тела. Ширину ее можно приблизительно определить, заметив, насколько она выступает за плечи; это позволяет сравнить обе стороны, потому что при некоторых болезнях аура с одной стороны шире или уже, чем с другой. На этом этапе следует обратить внимание на общую форму ауры при опущенных руках, так как она часто сильно отличается от той, что видна при поднятых. Большую часть осмотра пациенту лучше стоять, заложив руки за шею, чтобы ауру от подмышечной впадины вниз вдоль туловища, бедер и ног можно было видеть без влияния ауры, идущей от рук. Тут-то и следует определить форму и размер ауры: повторяет ли она очертания тела или у туловища шире, чем у нижних конечностей, и если так, то как низко она спускается, прежде чем окончательно сузиться. Нередко видна какая-нибудь неправильность строения, но ее, как правило, точнее различают с помощью особых экранов.

Иногда по виду ауру можно разделить на две или, очень редко, на три отдельные части, но проверять это деление лучше на более позднем этапе осмотра. Как только собраны все сведения об ауре по бокам, пациента нужно повернуть боком, чтобы так же осмотреть ауру спереди и сзади. Если возникнет подозрение, что аура освещена неравномерно, ее следует (помимо уже описанного осмотра) рассмотреть, когда пациент стоит спиной к свету, и еще раз — когда он повернется боком в сторону, противоположную

прежней. Этим простым средством устраняется ряд ошибок. Аура окутывает все тело человека, но из-за тонкости своего строения и прозрачности видна только в сечении; поэтому, когда наблюдатель хочет рассмотреть ауру, исходящую от какого-то определенного места, ему приходится поворачивать пациента под иным углом, чтобы это место вырисовывалось силуэтом на фоне. Обычно, если нужна только форма ауры, ее можно установить, поставив пациента сначала лицом к наблюдателю, а затем боком, без других движений. Остальные части систематического осмотра придется пока отложить.

Осмотр многих здоровых людей показывает не только личные различия, как и следовало ожидать, но и общее различие между группами людей. У мужчин, независимо от возраста, аура обладает одними и теми же признаками, если сделать поправку на личные особенности, ведь двух одинаковых людей не бывает. У женщин все совсем иначе: их аура в известные периоды жизни сильно меняет форму. В детстве она почти в точности совпадает с мужской. У взрослых она развита гораздо больше, а в отрочестве — от двенадцати-тринадцати до восемнадцати-двадцати лет — медленно переходит от мужского типа к типу взрослой женщины.

Осмотр мужчины показывает, что аура окутывает голову довольно равномерно со всех сторон и примерно на два дюйма шире плеч. Когда он стоит лицом к наблюдателю, подняв руки и заложив кисти за шею, аура по бокам туловища кажется уже, чем вокруг головы, и тесно повторяет очертания тела. Здесь ширина ее обычно не превышает четырех-пяти дюймов, или, грубо говоря, одной пятнадцатой его роста. Когда он повернется боком, видно, что вдоль спины аура примерно так же широка, как по бокам туловища, но немного уступает ширине спереди. Во всех этих положениях она так же продолжается вниз вдоль нижних

конечностей, лишь иногда становясь немного уже. Вокруг рук она такая же, как вокруг ног, но около кистей обычно шире и очень часто далеко выступает от кончиков пальцев.

Пока девочке не исполнилось двенадцати-тринадцати лет, описание мужской ауры вполне подходит и к ней. Тем не менее строение ее ауры обычно тоньше, чем у мужчины, так что порой трудно различить край дымки. Точно так же, хотя и не в той степени, может быть слабой аура маленьких мальчиков. Поэтому дети мало пригодны для первых наблюдений. При осмотре ауры взрослой женщины обнаруживается характерное изменение. Над плечами вокруг головы, вдоль рук и кистей она очень похожа на мужскую. Если женщина встанет лицом к наблюдателю, заложив руки за шею, различие сразу бросается в глаза. По бокам туловища аура гораздо шире, чем у мужчин, и расширяется, пока на уровне талии не достигнет наибольшей ширины. Оттуда вниз она постепенно сужается, пока не дойдет до точки не выше середины бедра, где окончательно сужается и дальше повторяет очертания ног и ступней. Впрочем, точка окончательного сужения может лежать где угодно между только что названным местом и лодыжками.

Когда женщина стоит боком, видно, что аура сзади гораздо шире, чем спереди, и шире всего на пояснице, где она часто выпячивается. Оттуда она спускается от области ягодиц, повторяя очертания бедер и голеней. Спереди она следует очертаниям тела, у груди и живота немного шире, чем ниже. Нередко дымка бывает гуще перед грудными железами и сосками, и это усиление явно зависит от деятельности желез, так как оно заметнее всего во время беременности и кормления грудью, но иногда бывает таким же незадолго до менструации или вскоре после нее. Когда

аура полностью развилась, возраст ее не меняет, а болезнь может изменить. Рис. 9–13 — хорошие образцы ауры здоровой женщины.

У здоровых женщин аура во многом отступает от приведенных примеров. Различия касаются ширины по бокам туловища и того, как низко она спускается, прежде чем сузиться полностью и пойти по очертаниям тела. Кроме того, можно заметить, что ширина спереди тоже часто меняется, но далеко не в той же мере. Сзади изменения чаще и разнообразнее. Они зависят главным образом от различий в ширине и от места окончательного сужения. У одной женщины наружный край дымки кажется совершенно прямым от уровня плеч до самой выступающей части ягодиц, а оттуда идет вниз по очертаниям тела. У другой он выпячивается на пояснице, сужаясь на середине бедра, а то лишь у самой земли начинает следовать фигуре. Порой аура спускается от головы до ступней, нигде не приближаясь к телу. Эту форму мы считаем самой совершенной. Всякие отступления от нее происходят от недоразвитости. Средняя ширина ауры у женщины на уровне талии — восемь-десять дюймов, у некоторых не больше шести-семи, но может доходить до двенадцати и больше (см. рис. 9, 11, 13).

Когда девочка приближается к половой зрелости, ее аура начинает меняться: она оставляет детскую форму и за четыре-шесть лет принимает очертания ауры взрослой женщины. Изменение обычно начинается лишь незадолго до появления менструаций, но никогда — прежде чем тело начнет развиваться. Исключения изредка встречаются. Так, у четырнадцатилетней девочки (случай 9, рис. 7 и 8) была отчетливая переходная аура, хотя менструации у нее начались лишь через шесть месяцев. Самой младшей из девочек, у которых аура хоть сколько-нибудь увеличилась, было тринадцать с половиной лет. Она была

замечательно развита для своего возраста, но страдала эпилептическими припадками; за шесть месяцев до того у нее была детская аура. У трех других девушек четырнадцати лет, у одной пятнадцати, у четырех шестнадцати, у одной семнадцати и у одной девятнадцати лет ауры были в переходном состоянии, а у двух других, восемнадцатилетних, — вполне сложившиеся. Одна низкорослая, слабая девушка почти семнадцати лет, у которой ни разу не было менструаций, сохраняла совершенно детскую форму ауры, хотя аура была вполне отчетливой. С другой стороны, у высокой, хорошо сложенной молодой женщины двадцати пяти лет с недоразвитой маткой, у которой менструации были всего четыре раза в жизни (последняя — три года назад), очень отчетливая аура, гораздо больше средней. У другой женщины, сорока двух лет, которой шестнадцать лет назад удалили оба яичника, аура была довольно отчетливой, по бокам туловища вполне средней ширины, но особенно широкой сзади и спереди.

Не может быть двух мнений о том, что женская аура в отрочестве увеличивается, но остается доказать, зависит ли это целиком от созревания половых органов или развитию ауры способствуют и другие перемены, происшедшие в организме. Одно можно утверждать уверенно, как будет видно дальше: менструация тонко влияет на ауру, тогда как изменения формы в начале беременности не очень выражены. Позже перед грудью и нижней частью живота может появиться большое расширение, но оно лишь временное и местное. Об этом будет сказано ниже.

Ради простоты и чтобы избежать ненужных повторений, в описании выше аура рассматривалась как простое явление, тогда как на деле она сложна.

Далее ее составные части будут разобраны полностью, а пока достаточно сказать, что ее можно разделить на три части.

Первая — узкая прозрачная часть, которая выглядит темным промежутком и очень часто бывает закрыта второй частью ауры. Когда она видна, то похожа на темную полосу шириной не более четверти дюйма, которая окружает тело и прилегает к нему, нигде не меняясь в размере. Ее мы будем называть *эфирным двойником*.

Вторая составная часть — *внутренняя аура*. Это самая плотная часть; ширина ее меняется сравнительно мало или вовсе не меняется — ни сзади, ни спереди, ни по бокам, — и у мужчин, и у женщин она следует очертаниям тела. Она начинается сразу за эфирным двойником, но очень часто кажется, будто касается самого тела.

Третья часть, *внешняя аура*, начинается от наружного края внутренней и очень изменчива по размеру. Именно ее крайний наружный край до сих пор и принимали за очертание ауры. Если смотреть на всю ауру сквозь светлый спектаураниновый экран или бледно-синий, все части кажутся слитыми воедино, но ближайшая к телу — самая плотная. Если же взять карминовый экран, различима каждая составная часть, а если этот экран довольно темный, внешняя аура исчезает совсем.

Приводимые ниже описания аур взяты у отобранных здоровых людей разного возраста, от раннего младенчества и старше, и они типичны. Расположены они по возрасту — сначала мужского пола, затем женского.

Случай 1

А., крепкий здоровый младенец пятнадцати часов от роду, был осмотрен, когда лежал на кровати матери на черной ткани. Хотя условия были очень неблагоприятны, аура его была ясно видна; цвет ее был серый с желтым оттенком. Насколько можно было разглядеть, она повторяла очертания тела. Это самый младший

ребенок, чью ауру мы осматривали, и любопытно отметить, что и мать, и сиделка могли видеть облако вокруг него, если смотрели сквозь экран.

Когда ему исполнилось четыре месяца, его осмотрели снова в более подходящих условиях, положив на диван с черной тканью под ним. Аура повторяла очертания тела и была шириной немного больше дюйма, кроме части вокруг головы, которая была шире. Цвет сменился на темный сине-серый.

Случай 2

В., здоровый младенец мужского пола четырех месяцев, был осмотрен, когда лежал на черной ткани, такой же, как фон позади него; его аура легко различалась и была синевато-серого цвета. Внешняя аура была шириной около дюйма вокруг тела и конечностей, но по бокам головы немного выходила за ширину плеч.

При осмотре сквозь темный карминовый экран внутренняя аура была совершенно отчетлива, шириной около трех четвертей дюйма, с хорошо заметной исчерченностью.

Случай 3 (рис. 1 и 2)

С., крепкий здоровый мальчик пяти лет, никогда не болевший ничем серьезным. Когда он стоял лицом к наблюдателю, внешняя аура вокруг головы была, по-видимому, около шести дюймов. По бокам туловища она спускалась шириной около трех с четвертью дюймов и была немного уже у нижней части бедер и у голеней. Внутренняя аура различалась ясно: почти два дюйма шириной по бокам головы и туловища и около дюйма с четвертью у ног. Когда он повернулся боком, внешняя аура спереди оказалась шириной

около двух дюймов, а внутренняя — примерно на четверть дюйма меньше.



Рис. 1. Здоровый мальчик (вид спереди)



Fig. 2.—Healthy boy.

Рис. 2. Здоровый мальчик (вид сбоку)

Ниже обе эти меры немного уменьшались. Сзади внешняя аура у туловища была два с половиной дюйма шириной, а у нижних конечностей — не совсем такой. И здесь внутренняя была примерно на четверть дюйма уже внешней. Цвет — сине-серый. Стоит отметить, что у детей, особенно у мальчиков, внутренняя аура почти так же широка, как внешняя, и часто их удается различить лишь с трудом.

Случай 4

D., подросток четырнадцати лет. Он довольно высок для своих лет и всю жизнь был здоров. Аура у него была отчетливая, синевато-серая. Когда он стоял лицом к наблюдателю, внешняя аура была семь дюймов вокруг головы, четыре дюйма по бокам туловища и ниже — три с половиной дюйма. Внутренняя аура была шириной два дюйма по всему телу.

Был виден эфирный двойник шириной в одну восьмую дюйма. Когда подросток стоял боком, внешняя аура у плеч и ягодиц была шириной около трех дюймов, так что для мужского пола на пояснице она была довольно широкой. Спереди аура была шириной три дюйма по всей длине.

Случай 5 (рис. 3 и 4)

E., очень сильный мужчина тридцати трех лет. Он был хорошо сложен во всех отношениях и отличался крепким здоровьем. Аура у него была синяя с небольшой примесью серого. Внешняя аура окружала голову чуть шире плеч; вдоль туловища, рук и ног она была шириной пять дюймов. Внутренняя аура была выражена чрезвычайно отчетливо, шириной около трех дюймов. Исчерченность была видна удивительно легко. Когда он стоял боком, внутренняя аура была одинаковой ширины спереди и сзади, а внешняя спереди — чуть уже. Эфирный двойник был ясно очерчен, шириной почти в четверть дюйма. Вся его аура была необычно грубого строения.

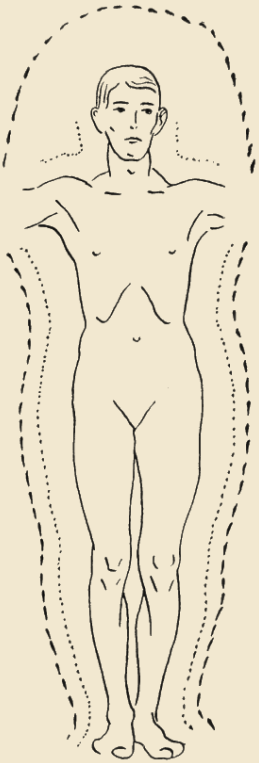


Рис. 3. Здоровый, очень сильный мужчина (вид спереди)

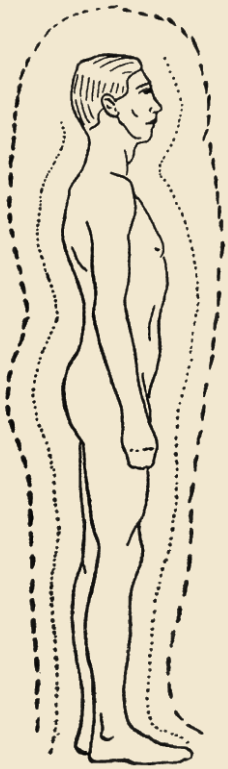


Рис. 4. Здоровый, очень сильный мужчина (вид сбоку)

Случай 6

F., девочка недельного возраста, была осмотрена, когда лежала на кровати матери на черной ткани. Внешние условия были крайне неблагоприятны, но с некоторым трудом удалось увидеть ауру в виде зеленоватой дымки; она повторяла очертания тела и была очень узкой, но вокруг головы, как и следовало ожидать, немного расширялась.

Когда девочке исполнилось четыре месяца (столько же было и А. при втором осмотре), ее осмотрели вторично в лучших

условиях. Ауру было очень трудно разглядеть: она оказалась далеко не так отчетлива, как ожидалось, — всего полдюйма шириной вокруг тела и несколько шире вокруг головы. Любопытнее всего то, что цвет сменился с зеленоватого на серый оттенок.

Случай 7

G., хрупкая, легко возбудимая девочка четырех лет, мелковатая для своего возраста, но здоровая, была осмотрена в январе 1910 года. Аура у нее была очень обширной для ее возраста и роста. Внешняя была шириной три дюйма по всему телу, кроме головы, где доходила почти до пяти дюймов. Внутренняя тоже была отчетливой, исчерченной, шириной два с половиной дюйма. Цвет — синий.

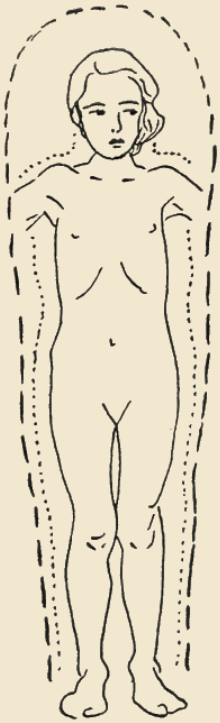


Рис. 5. Здоровая девочка (вид спереди)



Рис. 6. Здоровая девочка (вид сбоку)

Случай 8 (рис. 5 и 6)

Н., крепкая, здоровая девочка семи лет, никогда ничем не болевшая. Аура у нее была синего цвета. Когда девочка стояла лицом к наблюдателю, внешняя аура вокруг головы достигала полуфута. Сбоку от туловища она имела три дюйма и постепенно сужалась до двух у ног. Когда девочка встала боком, внешняя аура спереди по всей длине имела два дюйма, сзади, в самом широком месте, — три, а ниже — снова два дюйма. Внутренняя аура вокруг

головы и туловища была шириной в два дюйма, в остальных местах — лишь полтора. Лучей у нее не было.

Случай 9 (рис. 7 и 8)

I. Этот пример крайне любопытен: нам позволяли время от времени осматривать девочку, и мы смогли проследить, как росла ее аура в разные периоды ранней юности. Ей тринадцать лет, она здорова. В последнее время она быстро развивается, но месячных у нее еще не было. Ее осматривали в октябре 1908 года, и тогда аура оказалась такой же, как у большинства маленьких девочек: она повторяла очертания тела и имела около двух дюймов в ширину, кроме области головы, где была шире. Цвет ауры был синий.

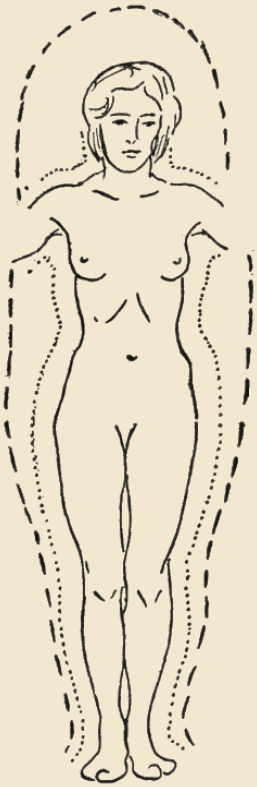


Рис. 7. Здоровая девочка (переходная аура). Вид спереди.

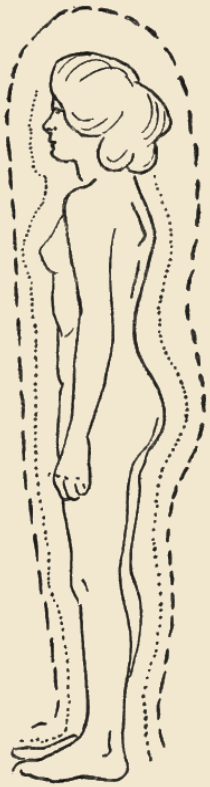


Рис. 8. Здоровая девочка (переходная аура). Вид сбоку.

Спустя восемь месяцев она выглядела как невысокая, хорошо сложенная взрослая женщина, но месячных у нее все еще не было. Теперь ее аура стала переходной. Вокруг головы она была немного шире, чем у плеч; сбоку от туловища — около четырех дюймов, у бедер и голеней — около двух с половиной. Когда девочка повернулась боком, аура на пояснице расширялась до двух с половиной дюймов, а спереди была не больше двух.

Март 1910 года. Девочка немного подросла и стала стройной; ей только что исполнилось четырнадцать с половиной лет, здоровье хорошее. Первые месячные пришли ровно месяц назад.

Аура расширилась. Теперь сбоку от головы и над нею она достигает пяти с половиной дюймов. Когда девочка стоит лицом к наблюдателю, вдоль туловища аура имеет в ширину четыре с половиной дюйма, а ниже сужается до двух с половиной. Когда она поворачивается боком, спереди видно три дюйма, сзади, в самом широком месте, — четыре, а ниже ширина постепенно уменьшается до двух с половиной дюймов. Внутренняя аура по всему телу шириной в два дюйма. Она легко различима и отчетливо исчерчена. Эфирный двойник едва удавалось разглядеть.

Четыре месяца спустя аура сбоку от туловища увеличилась на добрых полдюйма, в остальных же местах размеры ее не изменились.

Этот случай поучителен: девочка сохраняла детскую ауру целых шесть месяцев после того, как началось внешнее развитие ее тела, а аура, в свою очередь, начала меняться за двенадцать месяцев до первых месячных. Он также хорошо показывает, как медленно аура переходит от детского типа ко взрослому.

Случай 10 (рис. 9 и 10)

К., двадцати шести лет, мать В. Ее аура была именно такой, какой можно ожидать у совершенно обычной женщины ее лет. Когда она стояла лицом к наблюдателю, внешняя аура вокруг головы имела восемь дюймов, и столько же — сбоку от туловища, когда она подняла руки. Отсюда аура сужалась, пока не доходила до нижней части бедер, где ширина ее составляла три дюйма, и дальше вниз оставалась такой же. Внутренняя аура по всему телу имела два с половиной дюйма. Она была хорошо выражена, и исчерченность легко различалась. У правой стороны головы аура была ярче и походила на широкий слабый луч. По ширине это

место доходило до края плеч, а вверх поднималось до уровня макушки. Когда женщина повернулась боком, внешняя аура спереди имела три дюйма, а сзади, в самом широком месте, — четыре. Полоса дополнительного цвета была ровной по всему телу, но левая ее часть была чуть светлее правой. Цвет ауры серый, со слабым синим оттенком.

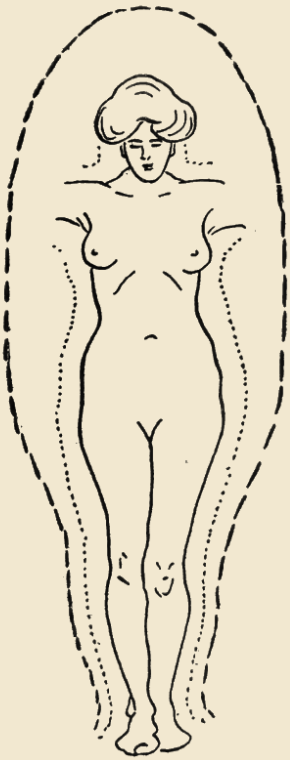


Рис. 9. Здоровая женщина (средняя аура). Вид спереди.



Рис. 10. Здоровая женщина (средняя аура). Вид сбоку.

Случай 11 (рис. 11 и 12)

L., красивая, хорошо сложенная женщина тридцати лет, всегда крепкая и здоровая. Нрав у нее от природы очень ровный. Аура у нее синяя и принадлежит к самым прекрасным, какие нам доводилось видеть: когда женщина стоит лицом к наблюдателю, аура имеет форму яйца. Внешняя аура вокруг головы и тела достигает целых двенадцати дюймов и постепенно сужается примерно до пяти у лодыжек. Самый ее край трудно определить, но он оставляет впечатление какой-то неуловимой дымки

дальше; это наблюдение мы не считаем обманом зрения, так как замечали то же и в других случаях. Эту дымку мы назвали сверхвнешней аурой (см. ниже). Когда женщина стоит боком, внешняя аура спереди по всей длине имеет пять дюймов. Сзади у плеч в ней тоже пять дюймов, в поясничной области она расширяется до восьми и снова сужается примерно до четырех у лодыжек. Внутренняя аура ровная по всему телу, шириной три дюйма. Эфирный двойник — почти в четверть дюйма.

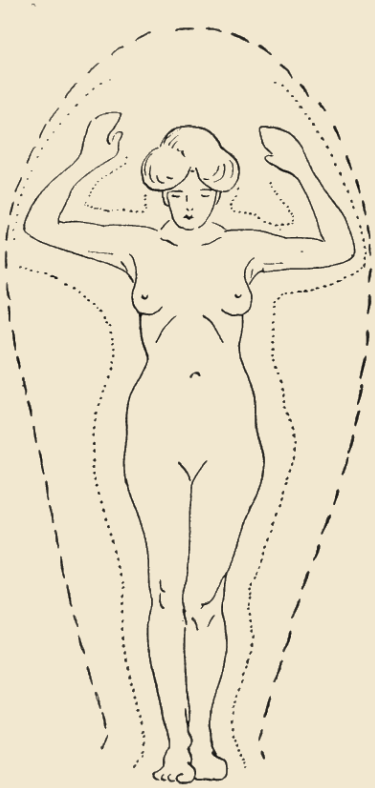


Рис. 11. Здоровая женщина (очень хорошая аура). Вид спереди.

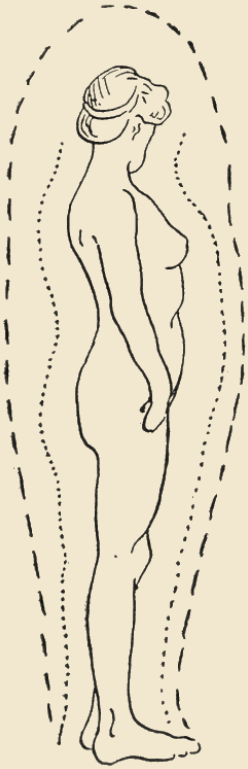


Рис. 12. Здоровая женщина (очень хорошая аура). Вид сбоку.

Случай 12 (рис. 13)

М., замужняя женщина двадцати пяти лет. По форме ее аура была вполне обычной для женщины ее лет. Однако у нее было два луча, шедших вверх и в стороны, — по одному от каждого плеча. Еще один луч, на левой стороне, начинался около подмышечной впадины и шел вниз. Цвет ауры серо-синий. Был еще небольшой луч, исходивший от маленькой фиброаденомы. Внутренняя аура по всему телу имела три дюйма.

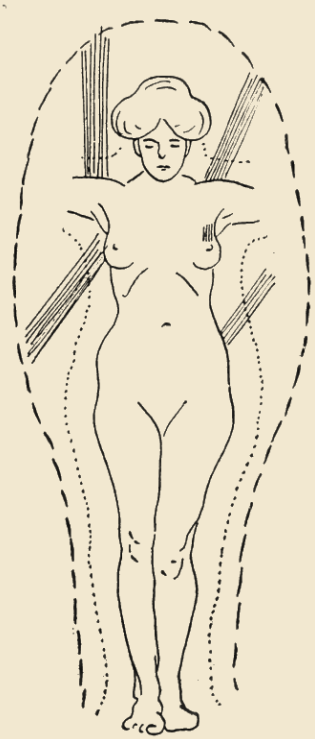


Fig. 13.—Healthy woman.

Рис. 13. Здоровая женщина. Вид спереди.

Наследственность играет столь важную роль в образовании свойств многих составных частей человеческого тела, что было бы чрезвычайно странно, если бы особенности ауры не передавались по наследству. Эта сторона предмета, разумеется, потребует долгих и многочисленных наблюдений, прежде чем вопрос можно будет решить окончательно; но даже те немногие случаи, когда удалось осмотреть двоих или больше членов одной семьи, показывают, что это предположение, по всей вероятности, верно. Сравнивать ауры взрослых между собой довольно легко, когда все они одного пола. Но трудности начинаются, когда

сравнивать приходится мужчину и женщину, так как мужская аура очень сильно отличается от женской; по той же причине трудно сравнивать ауру женщины и ауру ребенка. Практически единственный способ — сравнивать ширину ауры у туловища, когда обследуемые стоят лицом к наблюдателю. Для этого потребуется некая мерка. Одно очевидно: рост пациента не очень сказывается на ширине ауры, так как у высокого мужчины или высокой женщины аура, по-видимому, ненамного шире, если вообще шире, чем у человека невысокого, а значит, нет никакой надежды найти рабочее соотношение между ростом обследуемого и шириной ауры. Кроме того, надо помнить, что у детей аура относительно шире по отношению к росту, чем у взрослых. В довершение трудностей приходится принимать в расчет и отклонения от нормы, хотя в таких случаях сходные отклонения можно найти и у других членов семьи.

Поскольку соотношение между ростом пациента и шириной ауры отпадает, остается, по-видимому, лишь один доступный способ получить нужную мерку, и способ этот не очень удовлетворителен. Он состоит в том, чтобы произвольно установить пределы средних размеров ауры, а всякое отступление от них считать отклонением от нормы. Исходя из этого, все ауры можно разделить на три разряда, а именно: широкие, средние и узкие. Грубо говоря, ауру женщины можно назвать «средней», если сбоку от туловища, в самом широком месте, она имеет от восьми до десяти дюймов. Меркой для мужчин можно взять от трех с половиной до четырех с половиной дюймов, а для детей — от двух с половиной до трех дюймов. Так как ауры девочек-подростков меняются от месяца к месяцу, каждую из них придется рассматривать особо: твердого правила здесь не установишь. Эти цифры выбраны только по опыту, а не по какому-либо научному

плану. Хотя такое деление кажется очень простым, решить, считать ли случай средним или нет, отнюдь не всегда легко. Возьмем хотя бы один пример: допустим, у женщины аура сбоку от туловища немного больше пределов, установленных для средней ширины, а вниз по бедрам и голеням сужается до размеров меньше средних (то есть это истерический тип ауры), — к какому разряду ее отнести? Этот случай тоже приходится рассматривать особо. В следующих таблицах собраны все исследованные на сегодняшний день случаи, когда осматривались двое или больше членов одной семьи. В первую таблицу вошли случаи, где представлены два[1] поколения, во вторую — люди одного поколения. В двух случаях одно и то же лицо входит в обе таблицы.

[1] А в одной семье — три.

Таблица I. Родители и дети

Имя	Пол	Возраст	Широкая	Средняя	Узкая	Состояние
N.	Ж	25	Ш.			Здорова
Ребенок	М	4 месяца	Ш.			Здоров
U.	Ж	30	Ш.			Здорова — случай 2
L. U.	М	3½	Ш.			Здоров
H.	Ж	24			У.	Здорова — случай 6
Ребенок	Ж	4 месяца			У.	Здорова
D.	Ж	28		С.		Здорова
C. D.	М	3½		С.		Здоров
M.	Ж	38		С.		Здорова
K. M.	М	5		С.		Здоров
M. M.	Ж	7		С.		Здорова — случай 26
I. X.	М	58			У.	Невротик — случай 18
X. X.	М	23			У.	Эпилепсия — случай 15
B. X.	Ж	19			У.	Эпилепсия — случай 16
C.	Ж	29			У.	Замужняя дочь, здорова
F. X.	Ж	12½			У.	Внучка, медлительная
G. X.	Ж	9½		С.		Внучка
E. X.	Ж	7¾	Ш.			Истерия — случай 14
C. C.	М	59			У.	Хроническая брайтова болезнь
D. C.	Ж	23			У.	Истерия
C. C. C.	Ж	36		С.		Здорова
F. C.	Ж	10		С.		Здорова

Имя	Пол	Возраст	Широкая	Средняя	Узкая	Состояние
C. C. C. C.	Ж	39		С.		Здорова
S. C.	Ж	6		С.		Здорова
N. N.	Ж	33		С.[2]		Истерическая аура
R. N.	Ж	6		С.		Здорова
O.	Ж	63		С.		Гемиплегия
O. O.	Ж	28		С.		Истерия
G.	Ж	26		С.		Здорова — случай 10
Ребенок	М	4 месяца		С.		Здоров

[2] Ее аура считалась бы широкой, если бы не была узкой у бедер и голеней. Аура ее дочери — на границе широкой.

Таблица II. Братья и сестры

Имя	Пол	Возраст	Широкая	Средняя	Узкая	Родство
B. T.[3]	Ж	37	Ш.			Сестры
N. U.	Ж	35	Ш.			
N. D.	Ж	25	Ш.			Сестры
E. D.[4]	Ж	15		С.		
L. N.[5]	Ж	18		С.		Брат и сестра
Q. N.	М	10	Ш.			
G. B.	М	19		С.		Братья
I. B.	М	14	Ш.			
N. G.	Ж	23	Ш.			Сестры
B. G.[6]	Ж	20		С.		Не вполне развита, отстает
N. N.	Ж	33		С.		Сестры, у обеих истерические ауры
I. N.	Ж	22		С.		
Q. I.	М	5		С.		Брат и сестра
O. I.	Ж	7¾		С.		
O. N.	Ж	23	Ш.			Сестры
N. N.	Ж	12½	Ш.			
H. K.	Ж	29	Ш.			Сестры
E. E.	Ж	20	Ш.			

[3] У каждой из этих женщин внешняя аура справа шире, чем слева.

[4] Не шире обычного для ее возраста.

[5] Было один или два эпилептических припадка, но уже два года их нет.

[6] Через два-три года аура может стать широкой. См. Приложение.

Поскольку темперамент — одно из наследуемых свойств, становится почти несомненным, что маленькие дети действительно наследуют ауры, в разной степени различные, и эти ауры сохраняются более или менее неизменными всю жизнь, если только болезнь не внесет в них каких-нибудь перемен.

Как и следовало ожидать из сказанного выше о наследственности, у живых и сообразительных детей, как бы малы и необучены они ни были, ауры окажутся обширнее, чем у вялых и флегматичных, хотя последние могут превосходить их телесным складом. У первых аура, вероятно, будет и больше средней, а у вторых — меньше. Почти так же обстоит дело и со взрослыми: самые прекрасные ауры окружают самых умных людей, а небольшие — людей вялых или невысокого умственного склада. Это видно не только вокруг тела, но еще заметнее вокруг головы; и у мужчин это заметнее, чем у женщин, так как у мужчин аура вокруг тела не развивается в такой степени. Ауры, окружающие женщин, гораздо изменчивее; но лучшие образцы неизменно встречаются у тех, кто от природы умен и слегка возбудим, но не склонен к нервным заболеваниям. Впрочем, любопытно отметить, что самые обширные ауры из всех, какие мы до сих пор видели, принадлежали здоровой женщине, от природы спокойной, но отнюдь не флегматичной.

В приведенных описаниях подразумевается полное здоровье; и любопытно помнить, что изменения обнаруживает только внешняя аура, а внутренняя остается постоянной. Это лишь одна сторона вопроса; другую описать гораздо труднее, и она,

вероятно, важнее, — это строение ауры. Почти всегда оказывается, что внутренняя аура выражена отчетливее и шире у людей обоего пола, от природы крепких и здоровых, а у слабых она бледнее; это показывает, что питают эту часть ауры главным образом силы телесные, а не умственные. Как и можно предположить, у мужчин внешняя аура крупнее по зерну, чем у женщин; но, сделав на это поправку, тонкость и прозрачность можно считать признаком более высокого типа, чем грубость и тусклость. Позже будет показано, что чем больше серого в цвете ауры, тем менее живой ум у ее владельца или тем сильнее расстроена его психика.

Образование теоретически должно бы оказывать на ауру огромное облагораживающее влияние; но вызываемые им изменения так тонки, что нынешними нашими средствами исследования их не уловить. Тем не менее весьма вероятно, что через наследственность оно уже оказало врожденное действие. Влияние наследственности и темперамента на ауру — одна из самых увлекательных сторон этого предмета, и вместе с тем не нужно быть пророком, чтобы предвидеть: исследователя на этом пути, вероятно, ждет богатая жатва.

ГЛАВА II. ЭФИРНЫЙ ДВОЙНИК

✦

Пора обратиться к вопросу о строении ауры. Нет сомнения, что это явление сложное. У ауры три части — не считая довольно предположительной сверхвнешней ауры, о которой будет сказано несколько позже, — и они-то и служат предметом наших исследований. Мы будем называть их эфирным двойником, внутренней аурой и внешней аурой.

Эфирный двойник

Как только аура была замечена, внимание привлекла одна заметная ее черта: сначала ее сочли обманом зрения, но при дальнейшем исследовании она оказалась действительностью. Эфирный двойник, если смотреть на него сквозь различные экраны, — это темная полоса, примыкающая к телу и в точности повторяющая его очертания; она отделяет тело от облака, то есть от собственно ауры. Ширина ее, как правило, от одной до трех шестнадцатых дюйма, редко больше, и вокруг всего тела она остается одинаковой. У разных людей размер ее различен, а у одного и того же человека меняется при изменившихся условиях. Иногда она так бросается в глаза, что ее видно при самом беглом взгляде; в других случаях, чтобы ее заметить, нужен очень внимательный осмотр, а нередко для ее обнаружения непременно требуется особый экран. Порой, когда различить ее трудно, собственно аура как будто доходит прямо до тела; но даже тогда при пристальном наблюдении видна разница в строении, а подробности можно выявить с помощью цветных экранов.

В описанных ниже опытах применялись красный, синий и зеленый экраны фирмы «Рэттен и Уэйнрайт» — те же, что служат для трехцветной фотографии; кроме них, применялся желтый экран. Синий слишком темен, и его выгодно заменить более светлым, приготовленным из метилового синего. Красный экран поглощает весь спектр приблизительно от *D* и ниже, пропуская только красный, оранжевый и желтый. Синий позволяет видеть только спектр от *G* и ниже, а зеленый гасит весь спектр, кроме участка от точки немного ниже *D* примерно до середины между *F* и *G*. Желтый экран отсекает синий и фиолетовый. Эти данные получены с помощью небольшого карманного спектроскопа; они лишь приблизительны, но для нашей цели достаточно точны.

Для следующих опытов можно взять любую часть тела, но, пожалуй, удобнее всего руку или кисть, так как исследование неизбежно бывает долгим — дольше, чем пациент согласится оставаться раздетым. Как только пациента удобно расположили, наблюдателю следует с минуту посмотреть на свет сквозь темный спектаураниновый экран, чтобы по возможности увидеть ауру без помощи светлого экрана. Если наблюдатель не может видеть ауру без светлого экрана, это еще не лишает его возможности проделать следующие опыты; но пусть он не ждет, что разглядит подробности так же полно, как если бы мог работать без экрана. Разумеется, для этих опытов нужно выбрать обследуемого, у которого эфирный двойник выражен как можно лучше; но, раз проделав их, повторять их уже не придется, так как, по-видимому, никакой практической пользы при осмотре пациента они не приносят.

Опыт 1

Пусть наблюдатель осмотрит сквозь синий экран руку и кисть пациента, поднесенные к черному фону. Он увидит эфирный двойник в виде темной полосы без всякой исчерченности и зерен, примыкающей к телу и совершенно отличной от собственно ауры.

Опыт 2

Замените черный фон белым и точно отрегулируйте свет — эфирный двойник предстанет темной линией.

Опыт 3

Возьмите вместо синего экрана зеленый. На черном фоне эфирный двойник будет виден как темная линия, но не так ясно, как с синим экраном. Аура тоже видна, но менее отчетливо.

Опыт 4

Если с теми же экранами рука пациента находится перед белым фоном, эфирный двойник при приглушенном свете темный.

Опыт 5

Если взять желтый экран, эфирный двойник по-прежнему остается темным и на черном, и на белом фоне.

Опыт 6

Часто при осмотре сквозь темно-красный экран эфирный двойник остается темной полосой вокруг тела, похожей на ту, что видна с экранами других цветов, но более резкой. Иногда же он выглядит не темным пустым пространством, а мелкозернистым,

со склонностью к исчерченности. Но даже когда он линейчатый, он совсем не похож на внутреннюю ауру (она будет описана в следующей главе) ни строением, ни цветом.

Опыт 7

Если осматривать эфирный двойник на белом фоне сквозь темный карминовый экран, он сохранит темный тон. Сквозь светлый карминовый экран при правильно подобранном свете он станет розовым, совершенно отличным от карминового оттенка, который принял белый фон. При внимательном рассмотрении он окажется тонко линейчатым, причем окрашены именно полоски.

Оказалось, что цветные экраны совершенно необходимы для обнаружения некоторых составных частей ауры, а также для выяснения некоторых ее свойств; поэтому несколько слов об их действии на разные цвета будут нелишними, хотя на первый взгляд это может показаться азбучным. Так как все цвета ведут себя сходно, подробно рассмотрим только красный.

Во-первых. Если смотреть сквозь темно-красный экран, все белые предметы кажутся красными, красные становятся светлее, а все прочие цвета — темнее. Это хорошо видно, если при обычном дневном свете положить рядом лист белой и лист черной бумаги, а поверх них — полоску красной бумаги умеренного оттенка, наполовину на один лист, наполовину на другой. Если рассматривать их сквозь темно-красный экран, окажется, что красная бумага почти совсем потеряла свой цвет: контраст между нею и черной бумагой усилится, а сама она по цвету приблизится к белой.

Во-вторых. Оставьте бумагу в том же положении и рассмотрите ее сквозь светло-красный экран. Красная бумага тогда примет более темный оттенок, но контраст между нею и белой бумагой

останется прежним, так как обе прибавили красного цвета в одинаковой мере. Теоретически красная бумага должна бы сильнее выделяться на черной, но результат зависит от чистоты черного. Если же красная бумага очень темного оттенка, контраст между нею и черной бумагой останется прежним, а между красной и белой — уменьшится.

Причина станет понятна, если вспомнить вот что. Дневной свет состоит из всех цветов видимого солнечного спектра; предмет кажется белым, когда отражает все эти цвета одинаково, и окрашенным — когда отражает лишь некоторую часть спектра, поглощая остальное. В большинстве случаев предмет способен поглотить лишь ограниченное количество света, так что вместе со своими цветными лучами он отражает и больше или меньше белого света. Оттенок цвета зависит от соотношения этих цветных лучей и примешанного к ним белого и, в сущности, выражает количество. Если из белого света, отражаемого цветным предметом, каким-либо способом изъять лучи, сходные с теми, которые предмет поглощает, предмет приобретет более темный тон. Именно это и достигается цветным экраном. Так как количество дневного света ограничено, темно-красный экран поглотит его целиком, кроме красных лучей, которые проходят сквозь него к глазам. Количество этих лучей тоже ограничено. В приведенном опыте белая бумага отражает практически весь падающий на нее дневной свет, а значит, отражает и красные лучи. Только эти лучи красный экран и не поглощает, поэтому белая бумага сквозь красный экран должна казаться настолько насыщенно красной, насколько это вообще возможно. Красная бумага, если она не слишком темна, отражает красные лучи вместе с большой долей других, которые красный экран поглощает. Главное различие в действии красной и белой бумаги,

если смотреть на них сквозь красный экран, в том, что красная поглощает часть белого света, который, будь он отражен (как его отражает белая бумага), все равно был бы поглощен экраном; поэтому красная и белая бумага и кажутся одинаковыми. Когда темный красный экран заменяют светлым, сквозь него проходят все красные лучи и вдобавок большое количество других лучей спектра, так что цвет красной бумаги, видимой сквозь этот экран, становится глубже.

Необходимо иметь в виду, что светло-красный экран при тусклом свете действует точно так же, как темный при ярком. Об этом надо помнить, подбирая экраны для усиления ауры. При повторении этих опытов результат, возможно, окажется не совсем таким, как описано, — из-за различия в оттенках, в чистоте цветов и в количестве света; но принцип останется прежним.

Требуется еще один опыт. Посмотрите на раскаленный докрасна уголь — в темноте или на свету — сквозь красный экран любого оттенка: красный цвет угля усилится, так как уголь светится сам, и, поскольку излучаемый им белый свет поглощается, цвет прибавляется к цвету. Как уже отмечено, все цвета, кроме красного, сквозь красный экран кажутся темными или даже черными — смотря по тому, поглощается часть света или весь он. Если же красный экран недостаточно густ, чтобы поглотить все собственные цветные лучи, отражаемые предметом, то предмет не просто потемнеет, но и изменит цвет от примеси красного, присущего экрану.

Из этих опытов вполне можно заключить, что эфирный двойник совершенно прозрачен и плотно облегает тело. При благоприятных условиях наблюдения он отчетливо исчерчен очень тонкими линиями более густого тона, чем окружающая и, по-видимому, однородная основа. Весьма вероятно, что весь

эфирный двойник получает свою окраску от этих цветных линий. Цвет его — прекрасный розовый, в котором, несомненно, больше синего, чем в кармине. Чрезвычайно трудно понять, как розовый оттенок может быть виден на белом фоне, окрашенном карминовым экраном, и объяснения этому пока не найдено — разве что эфирный двойник светится сам, но так слабо, что в обычных условиях этого не заметно.

Зернистый вид, упомянутый в опыте 6, очевидно, вызван несовершенным различением, когда условия не вполне благоприятны, так как на белом фоне нам ни разу не удавалось обнаружить зерен.

До сих пор у эфирного двойника не найдено никаких свойств или изменений, которые могли бы хоть сколько-нибудь помочь в распознавании болезней. Поэтому, а также из-за того, что его часто трудно обнаружить, мы считаем, что время, неизбежно уходящее на его выявление, полезнее употребить иначе, тем более что пациент, естественно, будет возражать, если осмотр затянется сверх известных пределов.

ГЛАВА III. ВНУТРЕННЯЯ И ВНЕШНЯЯ АУРЫ

✦

Собственно аура лежит сразу за эфирным двойником. Некоторое время нам приходилось считать ее неделимой: хотя часть, ближайшая к телу, была явно плотнее и отличалась строением от той, что подальше, одна, казалось, переходила в другую слишком постепенно, чтобы рассматривать их порознь. Поставив ряд опытов, мы нашли, что ауру можно разделить на две отчетливые части с помощью иных экранов, не содержащих спектауранина. Эти части — внутренняя и внешняя ауры. Новые экраны очень пополнили наши знания: они открыли новое поле наблюдений при болезнях и дали объяснение нескольким явлениям, прежде необъяснимым.

Самые полезные экраны, кроме обычных спектаураниновых, — А, темный карминовый, В, светлый карминовый, и *С*, бледно-синий (метиловый синий). Особенно ценны они для наблюдателя, который уже приобрел способность видеть ауру без всякого спектауранинового экрана. Осмотрев пациента обычным порядком, его ауру можно рассмотреть сквозь *С*. С его помощью обе ауры ясно разделяются: внутренняя кажется плотнее и обычно более зернистой, наружный край ее очерчен, но общее строение почти не различимо. Внешняя аура выступает ясно, и ее дальний край можно различить с порядочной точностью, так что удается заметить ее размер и форму. Затем можно взять экран *В*; тогда внешняя аура уменьшится или исчезнет совсем, смотря по тому, сколько впущено света и каков оттенок экрана.

Эти условия следует подобрать так, чтобы были видны обе ауры, — тогда можно проверить ширину внутренней ауры, определенную сквозь экран *C*.

На этом этапе иногда удается различить строение внутренней ауры, но обычно лишь неясно. Последний шаг — рассмотреть ауру сквозь темный карминовый экран *A*, и тогда придется впустить гораздо больше света. Можно было бы с полным основанием предположить, что экран *A* отсекает, кроме всей внешней ауры, и часть внутренней. Однако многократные пробы показали, что этого, по-видимому, не бывает, если свет отрегулирован правильно; и именно чтобы избежать такой ошибки, ширину внутренней ауры заранее определяют экранами *B* и *C*. Внутренняя аура сквозь темный карминовый экран обычно имеет в ширину от двух до четырех дюймов, смотря по возрасту и особенностям пациента; у ребенка она, быть может, относительно шире, хотя на деле уже, чем у взрослого.

У здорового человека границы ее определяются тем, докуда доходят штрихи, — это видно сквозь карминовый экран. Как правило, ширина ее практически одинакова над головой и вдоль туловища, а вдоль конечностей иногда, но не всегда, немного меньше. Порой и у мужчин, и у женщин аура местами становится грубее и шире; но раз линейчатость удается разглядеть, пусть и с трудом, в увеличении ширины не может быть сомнения. Это совсем не то, что происходит при местных расстройствах. Чаще всего такое расширение бывает у талии, когда женщина стоит лицом к наблюдателю, а затем — на пояснице у мужчин; но если здесь у женщин видна зернистость, она обычно говорит о болезни и будет описана ниже. У женщин нередко бывает также увеличение перед грудью и животом, которое будет объяснено в главе о беременности.

Как правило, внутренняя аура повторяет очертания тела, а ее ближний край прилегает к эфирному двойнику, а часто, по видимости, и к самому телу. Наружный край свободен и неправильно-фестончат, с крупными дугами. Строение ее явно зернистое, но зерна расположены так, что кажутся исчерченными, и они чрезвычайно мелки. Штрихи параллельны друг другу и идут под прямым углом к телу, но собственного цвета у них ни разу не замечали. Они как будто собраны в пучки — самые длинные в середине, самые короткие по краям, — с закругленным краем. Краевые пучки сомкнуты, и их форма дает фестончатые очертания. В одних случаях исчерченность видна без малейшего труда, в других ее удается обнаружить, лишь тщательно подобрав свет и подходящий экран. При известной осторожности линейчатость всегда можно сделать заметной, если пациент здоров, но при нездоровье дело обстоит иначе.

Всякий раз, когда эта аура заходит на эфирный двойник, она почти совершенно его стирает; и этот факт снова ставит перед нами вопрос: не находятся ли ее зерна всегда в эфирном двойнике, хотя они и невидимы, или же какая-то сила, исходящая от тела, отгоняет их на некоторое расстояние, так что эфирный двойник остается свободным от зерен и потому совершенно прозрачным? В конце предыдущей главы этот вопрос рассматривался для здорового пациента, и мы пришли к выводу, что эфирный двойник не содержит никакого вещества. Нездоровье, однако, меняет условия, и весьма вероятно, что тогда зернистое вещество внутренней ауры действительно вторгается в эфирный двойник. Об этом будет сказано дальше.

Внешняя аура начинается там, где кончается внутренняя, и простирается вокруг тела на неодинаковое расстояние. Совершенно резкого очертания у нее нет: она постепенно

исчезает в пространстве, хотя, как правило, очерчена достаточно, чтобы ее измерить. Впрочем, это утверждение не вполне верно, потому что изредка, при очень благоприятных обстоятельствах, удается увидеть чрезвычайно слабую дымку, которая простирается наружу на очень большое расстояние; при этом создается впечатление, что мы чувствуем ее присутствие, но не можем как следует ее различить. Эта весьма неуловимая часть ауры, по всей вероятности, продолжение внешней ауры, потому что всякий раз, когда ее замечали, наружная граница внешней ауры была расплывчатее обычного. Замечали ее только у пациентов с необычно обширной аурой, но, быть может, это просто обычная составная часть, слишком тонкая, чтобы ее часто видеть. Единственно ради удобства ссылок мы назвали ее *сверхвнешней аурой*.

Размер и форма внешней ауры уже полностью описаны в главе I. Она состоит из слабого облака и кажется совершенно лишенной строения; ее можно осветить, но сама она не светится. Очень скоро после начала наших наблюдений мы заметили лучи, или струи, или пятна яркости, исходящие от разных частей тела. Эти выступы часто внезапно появляются и так же быстро исчезают, тогда как другие могут оставаться видимыми все время осмотра. Обычно они возникают так: какая-то часть ауры становится ярче и, как правило, плотнее. Чаще всего лучи бесцветны, но бывают окрашены в разные оттенки. Насколько известно сейчас, для распознавания болезней эти лучи значения не имеют, но косвенно они очень важны. Их можно разделить на три группы: *1-я.* Лучи, которые появляются внутри самой ауры и окружены ею, будучи совершенно отделены от тела. В этом случае они часто выглядят просто как светлые пятна. *2-я.* Лучи, идущие от одной части тела к другой. *3-я.* Лучи, испускаемые от тела прямо в пространство.

Первая группа лучей — это пятна светлее окружающей ауры, но окутанные ею. Их всегда видно в непосредственной близости к телу, хотя и не вплотную к нему. В самой обычной своей форме они вытянуты, и длинная ось их идет параллельно телу. Бока их обычно видны вполне отчетливо, но концы часто постепенно сливаются с соседней аурой. Появившись, они по большей части остаются видимыми все время наблюдения, но иногда внезапно исчезают. Если бы не это последнее свойство, эти пятна уместнее было бы отнести к изменениям внутренней ауры. Долгое время происхождение этих пятен было для нас большой загадкой; но как только внешнюю и внутреннюю ауры удалось различать как отдельные явления, часть трудности отпала: оказалось, что эти пятна лежат целиком внутри внутренней ауры, и по всей их длине края их, как правило, в точности совпадают с краями внутренней ауры, а концы обычно сужены и становятся менее яркими.

Обособленность этих пятен объясняется тем, что они лишь измененные участки внутренней ауры, ограниченные с ближней стороны эфирным двойником, а с дальней — внешней аурой. Сквозь темный карминовый экран *A* этот участок внутренней ауры, по-видимому, совершенно теряет исчерченность и вместо того выглядит зернистым. Зерна, из которых он состоит, в одних случаях гораздо крупнее, чем в других, и яркость часто соответствует их величине. Когда пятно мимолетно, зерна обычно мелкие; чем пятно стойче, тем больше зерна склонны укрупняться. Так как к этим зернам придется возвращаться, рассматривая ауру при болезнях, удобно разделить их на *мелкие*, *средние* и *крупные*.

То, что эти пятна держатся все время наблюдения, — несомненно, *prima facie* довод в пользу того, что существуют они

долго; и тогда они чаще всего служат признаком какого-то местного расстройства.

До самого последнего времени в них не замечали никаких штрихов; но в случае 40 у беременной женщины, плод которой был мертв, аура несомненно показывала физиологически тонкие штрихи перед всей грудиной, тогда как над верхней частью вздутого живота внутренняя аура была грубо линейчатой, а нижняя половина имела обычный болезненный зернистый вид, и все эти различия были видны одновременно. Окрашенными эти пятна, по-видимому, не бывают никогда.

Лучи второй группы, пожалуй, самые яркие из всех; их можно наблюдать идущими от любой части тела к любой другой, лишь бы эти две части были достаточно близко друг к другу и угол между ними был не слишком велик. Например, когда рука отведена от тела, их может соединять один луч или несколько. Здесь лучи как будто идут от тела к руке, а не наоборот, потому что они обычно перпендикулярны к телу, а к руке подходят под другим углом. Другой хороший пример получается, когда пациент стоит, уперев руки в бока и выставив локти: от подмышечной впадины к запястью появляется луч. Подобного же действия можно добиться, если наблюдатель держит руку на небольшом расстоянии от любой части тела пациента: между ними возникнут лучи. Однажды, когда ставили этот опыт, луч, испущенный рукой одного человека к руке другого, был ярко-желтым и через несколько секунд стал цвета жидкого рубина.

Лучи третьей группы, по-видимому, испускаются от тела в пространство под прямым углом, нисколько не отклоняясь. Часто их видно лишь на протяжении внешней ауры, только, разумеется, они ярче ее. Однако нередко их видно и там, где, как предполагается, находится сверхвнешняя аура. Простираются ли

они дальше этой части ауры, установить невозможно, так как неизвестно, как далеко простирается сама аура. Уходя наружу, лучи постепенно растворяются в невидимом. Бока лучей обычно, если не всегда, параллельны, и веером они расходятся редко, хотя, протянувшись на некоторое расстояние, заостряются, так как концы их бледнеют. Особенно это заметно, когда они исходят из кончиков пальцев.

Прямая, перпендикулярная к телу, — очевидно, естественное направление лучей; но под посторонними влияниями они могут отклоняться и отходить от тела под любым углом, однако ни разу мы не видели, чтобы они изгибались. Наблюдать это явление очень легко: лучи, исходящие из кончиков пальцев, кажутся продолжением пальцев, пока поблизости нет притягивающего предмета. Но если на расстоянии шести-восьми дюймов держать другую руку и водить ею, все лучи, идущие от одной руки к другой, будут прямыми, хотя от движения углы между ними и руками будут постоянно меняться, — и ни малейшего признака изгиба не появится.

Точно такого же состояния можно добиться, если наблюдатель держит руку возле луча, испускаемого любой частью тела пациента. Величина луча очень различна и во многом зависит от того, где он находится. Например, лучи, идущие от плеч, почти всегда широки, тогда как лучи из кончиков пальцев редко бывают шире полутора поперечников пальца. Хотя мы видели лучи, исходящие от всех частей тела, когда пациент стоял в положениях, удобных для их наблюдения, ни разу не удалось заметить луча, идущего прямо от него к наблюдателю. Это объясняется крайней прозрачностью лучей: чтобы они стали видны, нужен подходящий фон, — а телесный цвет из-за недостатка контраста фон очень плохой, — и к тому же видеть их еще труднее оттого, что они

видны в сильном ракурсе, укороченными. Зато обычный черный фон очень хорош: когда лучи вырисовываются на нем силуэтом, они становятся отчетливы, насколько это вообще возможно. Хотя лучи, идущие прямо от пациента к наблюдателю, невидимы, они все же дают о себе знать, нередко вызывая изменение полосы дополнительного цвета, как будет описано в одной из следующих глав.

Кроме обычного синевато-серого цвета, замечали, что лучи бывают окрашены в красный и желтый, так что вполне вероятно, что лучам свойственны все цвета спектра. У них есть одна поразительная особенность: ни разу не видели, чтобы лучи уменьшали плотность или яркость соседней внешней ауры, так что едва ли можно считать, что они исходят из этой ауры. Поскольку строение их сходно со строением внутренней ауры, напрашивается вывод, что у тех и другой общее происхождение, а именно тело; короче говоря, луч — лишь вытянувшийся пучок внутренней ауры (см. выше).

Ауру постоянно искали в темноте, но не нашли ни малейшего признака того, что ее можно там увидеть; это доказывает, что для обычного восприятия она не светится. Видимой она становится, как и другие несветящиеся тела, благодаря отражению света от какого-то постороннего источника, и лучшие результаты дает рассеянный дневной свет, ослабленный до нужной степени. Мы пытались, но без большого успеха, выяснить, не показывает ли одна часть спектра ауру яснее другой. Ее можно видеть сквозь красный, желтый, зеленый и синий экраны в разной степени, которая, разумеется, зависит от густоты их цвета. Одна очень ценная подробность становится, однако, заметнее, когда пользуются красным экраном (см. выше), а именно штрихи внутренней ауры.

Другое действие того же экрана в том, что он иногда придает внутренней ауре иной оттенок — более чистый красный, чем у карминового экрана. С той же целью мы призвали на помощь фотографию, надеясь что-нибудь узнать с помощью панхроматических пластинок и пластинок, очувствленных к ультракрасным лучам, а также обычных — для ультрафиолетовых, с разноцветными светофильтрами. К сожалению, однако, результаты оказались отрицательными: при условиях, которые мы сочли нужными, требовались непомерно долгие выдержки. Тем не менее мы склонны думать, что колебания ауры лежат за пределами обычного видимого спектра; и это мнение подкрепляется тем, что если бы ее лучи лежали в видимом спектре, ауру непременно давно бы узнали многие люди с обычным зрением, тогда как вместо этого повсюду принято считать, что различать ее способны одни ясновидящие.

На первый взгляд облачный вид мог бы навести на мысль, что аура — какой-то пар. Это весьма маловероятно по следующим причинам. Аура остается неподвижной, все равно, жарко пациенту или холодно. Пар, если бы он выделялся из тела и был согрет, поднимался бы в более прохладном воздухе. Единственные условия, при которых он мог бы оставаться неподвижным (будь аура паром), были бы сходны с теми, от которых зависит облачный флаг на горных вершинах: там образуется ровно столько пара, сколько теряется рассеянием и испарением. Но в этом последнем случае всякая перемена ветра меняет форму облака, тогда как никакой сквозняк и никакое движение тела нисколько не меняют аурического облака. Строение его так нежно и тонко, что сравнивать его с обычным туманом — все равно что сравнивать тончайший батист с грубейшей мешковиной.

Если взвесить все стороны ауры, возможным кажется лишь один из двух выводов. Первый — весьма маловероятная теория, настолько маловероятная, что мы бы о ней и не упомянули, не найди мы на нее намеков, а именно: «что аура — неотъемлемая часть покрова тела», на которую можно смотреть так же, как на кожу. Будь это так, всякий раз, когда что-нибудь касается тела, аура сжималась бы или раздвигалась и тотчас снова смыкалась бы, и никакого защитного действия на тело она бы не имела; да его и нет, насколько мы можем судить. Кроме того, трудно вообразить, как в ней могли бы зарождаться лучи, которые так часто видны в ауре, и какая от них была бы польза.

Вторая теория, по всей вероятности верное толкование ауры, состоит в том, что аура есть «сила, исходящая от тела, которая, как все силы, сама по себе невидима, но становится заметной благодаря своему действию на эфир, или атмосферу». Верно это предположение или нет, оно, бесспорно, заслуживает внимательного рассмотрения.

Первый вопрос, который естественно возникает: есть ли другие примеры того, как сила, исходящая от веществ, делается видимой в окружающей среде в виде дымки? Вовсе не обязательно, чтобы эта сила была в точности подобна той, что исходит от тела. К счастью, магнетизм, радиоактивность и электричество (статическое или с полюсов разомкнутого гальванического элемента) дают три разных рода силы, и все они производят сходные действия; и наблюдать их можно в условиях, подобных тем, при которых становится видимой аура человека.

Увидеть *магнитное облако* далеко не так легко, как ауру человека. Чтобы получить лучшие результаты, надо внимательно выбирать фон: он должен быть совершенно гладким и черным. Освещение должно быть рассеянным, и при этом лучше не

ставить магнит напротив источника света. Можно было бы с полным основанием ожидать, что видимое облако в точности следует магнитным силовым линиям; но, насколько удалось увидеть до сих пор, это не так, хотя, весьма вероятно, расхождение между ними исчезнет, как только дымку удастся различать яснее.

Перед наблюдением экспериментатору полезно смотреть на свет сквозь темный спектаураниновый экран добрых вдвое дольше, чем он привык делать перед осмотром ауры человека; в остальном порядок работы менять не нужно. Мы пользовались шестидюймовым подковообразным магнитом, потерявшим большую часть своей силы, и восьмидюймовым полосовым магнитом, зачерненным по всей поверхности. Их предпочли электромагниту, потому что тот составной и поэтому для нашей цели не так пригоден. Если осматривать подковообразный магнит, замкнутый якорем, видно, что его ровно окружает дымка шириной около полудюйма, а пространство между ножками тоже кажется затуманенным. Как только якорь снимают, происходит большая перемена. Дымка вокруг магнита остается, но видно, что у полюсов она расширяется и становится плотнее, начиная примерно на дюйм ниже их и достигая наибольшей силы на небольшом расстоянии за ними. Подобная же перемена происходит в пространстве между ножками; но так как размер этого пространства неизменен, облако только становится плотнее. От самих полюсов в пространство исходят лучи, часто видимые на протяжении нескольких дюймов.

Лучи, идущие от южного полюса, мало склонны расходиться, тогда как лучи от противоположного полюса слегка расходятся веером, и оба пучка сливаются примерно в полутора дюймах за полюсами. Если так же осмотреть полосовой магнит, видно, что облако окружает его по всей длине, становясь шире и плотнее по

мере приближения к полюсам. Лучи от одного полюса не испытывают влияния лучей от другого, потому что полюса удалены друг от друга насколько возможно, и это позволяет точно разглядеть расположение лучей. Тогда видно, что лучи, отходящие от южного полюса, почти прямые, тогда как лучи от северного полюса отчетливо расходятся веером, — по-видимому, потому, что лучи от острых ребер торцов идут под иным углом, чем лучи от гладкой поверхности. Если поставить на полюс магнита жестяной гвоздик острием наружу, туман станет ярче вдоль гвоздика и сосредоточится у острия. Цвет магнитного облака синеватый, и его можно усилить, если смотреть сквозь очень светлый синий экран без всякой примеси серого.

Когда радиоактивный кристалл азотнокислого урана неправильной формы, длиной в дюйм и шириной в самом широком месте в полдюйма, рассматривали так же, как только что описано для магнита, вокруг него была видна дымка. У меньшего конца дымка была гуще. Цвет ее был желтый, и сквозь светлый желтый экран ее было видно яснее, тогда как синий ослаблял ее или стирал совсем, смотря по густоте цвета. Очень любопытно отметить, что, когда кристалл помещали возле магнита, облака, окружающие оба тела, взаимно притягивались, и каждое, казалось, простиралось дальше, чем когда они были порознь. Более того, было видно (вполне легко, благодаря их разному цвету), как обе дымки на небольшом расстоянии проникают друг в друга, а затем постепенно теряются как отдельные цвета. Происходит ли это оттого, что их собственные оттенки становятся слишком слабыми для восприятия, или они действительно смешиваются, мы установить не смогли.

Светящееся облачко у острия наэлектризованного тела знакомо каждому, так что говорить о нем совершенно незачем,

тем более что к нашему предмету оно отношения не имеет. Однако полюсы гальванического элемента, когда цепь разомкнута, находятся в подобном же статическом состоянии, но большинство людей не различает вокруг них никакой дымки. Она становится видна, если рассматривать их так же, как магнитное облако. Как и следовало ожидать, дымка окружает всякий проводник, соединяющий оба полюса. Если присоединить кусок проволоки к цинку, а другой — к углю элемента и расположить обе проволоки параллельно друг другу на расстоянии около двух дюймов, все пространство между ними затуманится.

Если же теперь поместить между ними непроводник, облако уже не будет так рассеяно, а сосредоточится вокруг обеих проволок. Гальваническая дымка синеватая и усиливается светлым синим экраном. Зерно у нее гораздо крупнее, чем у дымки кристалла азотнокислого урана, которая в свою очередь далеко не так тонка, как магнитный ореол. Было бы неуместно описывать здесь новые опыты: приведенных достаточно, чтобы доказать, что вокруг некоторых предметов существует дымка, а в самих предметах заключена энергия, скрытая от нашего обычного восприятия, которая, однако, при благоприятных условиях видимым образом действует на окружающую среду. В случае магнетизма сила, по общепринятому мнению, возникает от особого расположения молекул, которое обычно называют поляризацией. Гальваническая дымка зависит от химического действия, происходящего в элементе, а радиоактивное облако кристалла азотнокислого урана, очевидно, происходит от распада атомов. Более чем вероятно, что сила, порождающая ауру человека, совершенно отлична от трех названных; и скорее всего, действует не одна сила, а больше — одна производит внешнюю ауру, другая внутреннюю. Очевидно, между всеми этими облаками

большое сходство: они взаимно притягиваются и обладают одной общей важной особенностью — ни северный, ни южный полюс магнита, ни положительный, ни отрицательный полюс гальванического элемента, по-видимому, не различаются по силе притяжения; во всяком случае, разница так мала, что ее не удается заметить.

Сила или силы, порождающие ауру человека, по всей вероятности, вырабатываются в теле примерно так же, как нервная сила. Мы не можем поверить, что эти две ауры — порождение лишь одной силы, ибо следует помнить, *во-первых*, что у внутренней ауры есть зачаточное строение — она исчерчена, — что края ее довольно отчетливы и что от нее исходят лучи. *Во-вторых*, внешняя аура целиком туманна, с плохо очерченным наружным краем, а видимый ближний край ее совпадает с дальним краем внутренней ауры; и, кроме того, до сих пор ни разу не наблюдали, чтобы луч, начавшись в одной из них, проходил в другую. Это мнение подкрепляется тем, что наружный край внутренней ауры фестончат, а это показывает, что напряжение производящей ее силы немного колеблется; и раз обычные лучи происходят от более сильного проявления той же силы, само собой разумеется, что, будь внешняя аура производной от нее, у нее тоже был бы очень неровный край, особенно там, где она выступает за пределы всех лучей; но этого не обнаруживается.

На тот же вывод указывает и другое обстоятельство: у женщин, начиная с отрочества, внешняя аура вокруг туловища развивается гораздо больше, чем у мужчин, без соответствующего увеличения внутренней ауры. Мы вынуждены заключить, что должны существовать две силы: одна порождает внутреннюю ауру — назовем ее *аурической силой № 1*, или для краткости 1 АС; другая

производит внешнюю ауру — назовем ее *аурической силой № 2*, сокращенно 2 АС. Если же сила лишь одна и обе ауры — только два ее проявления, все равно для практических целей удобно рассматривать предмет так, словно действуют две силы.

1 АС действует, по-видимому, очень напряженно в пределах ограниченной области и до известной степени подчиняется *воле*, которая может заставить ауру выступить видимыми лучами на заметное расстояние, а весьма вероятно, и гораздо дальше, чем удается увидеть. Кроме того, лучи возникают и бессознательно, от местного усиления этой силы. Это решает задачу, которая сильно озадачивала нас, когда мы ставили опыты с механическими силами N-лучей. Трудность тогда состояла в том, что иногда наш прибор давал большое отклонение — часто даже слишком большое, чтобы его измерить, хотя силе приходилось проходить сквозь всевозможные преграды; а в другой раз, при совершенно тех же физических условиях, результат был отрицательным. Теперь легко понять, что стрелка отклонялась всякий раз, когда на нее падал один из таких лучей, а когда луча не было, стрелка оставалась неподвижной.

Мы прекратили опыты этим способом, придя к выводу, что, как бы ни был интересен их результат, на пользу для распознавания болезней, на которую мы сначала надеялись, рассчитывать, по-видимому, не приходится. Как только аура стала видна, мы почувствовали, что изучение видимого даст лучшие результаты, чем работа с одним лишь невидимым.

2 АС, несомненно, подвижнее и действует на большем пространстве, чем 1 АС, и, насколько удалось установить, совершенно не зависит от силы *воли*. Различные состояния здоровья, общие или местные, действуют на эти силы, а через них на ауры и изменяют их, но не обязательно одинаково. Когда

поражение местное, нередко бывает, что из внутренней ауры исчезают все штрихи, и тогда она представляет собой более непрозрачную и плотную массу иного оттенка, чем соседние части. Впрочем, она может казаться и грубо лучистой, совсем не так, как при тонкой исчерченности здоровья. Порой какой-то участок кажется совершенно лишенным внутренней ауры. Всякий раз, когда изменение затрагивает большую часть тела, внутренняя аура может быть соответственно уже с одной стороны тела, чем с другой; и когда так бывает, это всегда сопровождается изменением строения внутренней ауры, а часто и каким-то малопонятным изменением цвета, о котором будет сказано ниже. Внешняя аура, зависящая от 2 АС, меняется гораздо меньше внутренней; цвет ее может меняться, но, как правило, главное изменение касается ее ширины: она сужается, но никогда не исчезает совсем. Изменение на большой площади тела может совершенно изменить форму ауры, и в некоторых случаях это вполне позволяет распознать болезнь. Внешняя аура может сузиться, тогда как внутренняя сохраняет нормальную ширину; но обратного не бывает: внешняя аура никогда не сохраняет надлежащего размера, если внутренняя сократилась.

Тело, как уже говорилось, способно порождать аурические лучи, которые, как и сама аура, обладают особым свойством: они образуются или притягиваются под внешними влияниями. Например, пусть наблюдатель держит руку на небольшом расстоянии от любой части тела пациента — почти всякий раз он обнаружит, что между его рукой и рукой пациента становится виден луч. Обычно первое заметное изменение состоит в том, что ауры обоих людей местами становятся ярче, а вскоре они соединяются, образуя законченный луч.

Стоит заметить, что такие лучи легче получить между остриями, чем между большими поверхностями. Например, если наблюдатель держит палец возле бока пациента, луч вскоре появится, но заметят его, несомненно, раньше и отчетливее у пальца, чем у тела; затем луч может стать, а может и не стать одинаково ярким по всей длине. Далее, если наблюдатель держит палец на том же расстоянии от какой-нибудь заостренной части тела пациента, например от носа, подбородка, согнутого локтя или пальцев, он заметит, что лучи возникают быстрее и часто бывают ярче. Таким образом, если позволено так выразиться, аурический потенциал на остриях выше, чем на плоской поверхности, и в этом отношении есть сходство со статическим электричеством.

Далее, если наблюдатель держит обнаженную руку параллельно телу пациента, ауры между ними станут ярче и часто, но не всегда, сольются; это показывает, что между двумя аурами существует взаимно притягивающая сила. Во всех этих случаях расстояние между пациентом и наблюдателем должно быть таким, чтобы между их видимыми аурами оставался дюйм или два. Чрезвычайно важно также, чтобы ум обоих людей был в возможно более спокойном, пассивном состоянии, — иначе *воля* может подействовать на ауры. Здесь очень удобно показать, что сила *воли* влияет на ауру. Наблюдатель может сделать это, держа палец несколько дальше от пациента, чем в предыдущих опытах; затем он должен *пожелать*, чтобы от кончика его пальца к пациенту протянулся луч. Луч вскоре появится и исчезнет, как только наблюдатель перестанет *желать*.

Что касается вопроса: «Каким образом спектаураниновый экран позволяет увидеть ауру?» — очень важно по возможности его решить. Решение зависит от того, как устроена аура, какая

часть глаза больше всего участвует в ее восприятии и, наконец, как действует экран на эту часть. Рассмотрим их по порядку.

Аксиомой можно считать, «что если какое-либо вещество испускает силу, которая производит в окружающем эфире колебания, соответствующие по числу и по длине волны колебаниям какой-либо части видимого спектра, это вещество *самосветящееся*». Не имеет значения, вырабатывается ли сила самим веществом, как в радиоактивном кристалле, или получена извне, как в случае светящегося сернистого кальция; и, конечно, это утверждение остается в силе, если сила производит лишь колебания, невидимые для обычного глаза, но которые могут увидеть люди, одаренные каким-то особым зрением, или другие — с помощью приборов.

Рейхенбах в своих «Исследованиях о магнетизме» приводит примеры более чем пятидесяти сенситивов, которые видели свет, исходящий от магнитов, кристаллов и т. п., в полной темноте. Если только все эти люди не вводили в заблуждение (а предполагать это нет никаких оснований), то они *непременно* либо обладали очень острым зрением, позволявшим им воспринимать свет, слишком слабый, чтобы вызвать какое-либо ощущение у обычных мужчин и женщин, либо их зрение иного качества и позволяет им воспринимать явления, обычно невидимые. Сами мы считаем верным второе, так как полагаем, что силы, исходящие от магнитов, кристаллов и т. п., производят колебания, которые почти, но не вполне соответствуют световым колебаниям и по числу, и по длине волны, — короче, лежат сразу за пределами солнечного спектра в обычном его виде. Быть может — но пока это лишь предположение, — они лежат в области лавандово-серого. То же можно сказать и об ауре человека. Одна из причин в том, что если бы эти колебания совпадали с колебаниями какой-

либо части видимого спектра, то среди множества людей, чье зрение намного превосходит среднее, кто-нибудь непременно заметил бы необычное явление вокруг магнита и т. п., тем более что такие люди от природы наблюдательны, ведь зрение у них, вероятно, самое развитое из чувств.

Этот довод стал бы еще сильнее, если бы удалось показать, что ясновидящие в обычном восприятии не превосходят среднего человека остротой зрения. Мы спросили одного ясновидящего, обычно ли зрение ясновидящих в повседневных делах или острее обычного. Он любезно сообщил нам, что дар видения никак не связан с обычным зрением и что некоторые ясновидящие даже видят хуже других. При таких обстоятельствах можно смело заключить, что люди, способные видеть ауру человека и дымку вокруг магнитов и т. п., обязаны этим не остроте зрения, а способности видеть лучи, не входящие в обычный видимый спектр.

Если же это не так, то в чем тогда состоит эта способность? Все наши опыты показывают, что для того, чтобы видеть ауру, нужен лишь тусклый свет. Отчасти это может объясняться нежностью ауры, которую яркий свет гасит; но решающее значение имеет сам глаз. Поэтому придется рассмотреть только приспособление глаза к темноте. Всякое восприятие света происходит от ощущений, получаемых через палочки и колбочки сетчатки; и по причинам, приводить которые здесь незачем, обычно считают, что колбочки действуют всего успешнее при ярком свете, а при тусклом почти бездействуют. Палочки же, напротив, чувствительнее при слабом освещении. Не входя в подробности их весьма сложного строения, достаточно сказать, что этим свойством они обязаны, вероятно, родопсину, или зрительному пурпуру, который содержится только в них. Это вещество каким-то непостижимым образом образуется

из меланина пигментных клеток сетчатки и так неустойчиво, что свет постоянно меняет его цветовые свойства, причем разные части спектра действуют на него неодинаково.

Установлено, что сильнее всего действуют желтовато-зеленые лучи, а слабее всего — красные. Под зеленым светом родопсин становится пурпурным, затем фиолетовым и затем бесцветным. Как только сетчатка привыкнет к тусклому свету, красный конец спектра становится менее заметным, наибольшая яркость перемещается в зеленый, а синий конец становится ярче. Это соответствует изменению, наблюдаемому в зрительном пурпуре. Когда в приспособленном к темноте глазе цветовое раздражение слабо, предмет кажется серым и лишь постепенно окрашивается. По нашему мнению, именно изменение зрительного пурпура, по количеству или по качеству, и позволяет людям видеть ауру и т. п.

Если смотреть на ауру сквозь светлый спектаураниновый экран без всякой предварительной подготовки глаз, одни люди ничего не смогут увидеть, а другие, вторая группа, увидят ауру более или менее отчетливо. Если все они сначала недолго посмотрят на свет сквозь темный спектаураниновый экран, а затем на ауру, ее увидят все — одни сразу, остальные в течение минуты. Из наблюдателей второй группы найдутся немногие, которые, посмотрев на свет сквозь темный экран, смогут различить ауру и без всякого экрана. Их можно отнести к третьей группе. Способность, приобретенная людьми третьей группы, лишь преходяща: очень часто такие наблюдатели через минуту-другую восклицают: «Мы ничего не видим!» — но стоит им несколько секунд посмотреть на свет сквозь темный экран, и способность возвращается.

Всякий, кто постоянно пользуется этими экранами, обнаруживает, что действие их накапливается, и он сможет видеть

ауру в любое время без всякого экрана, если внешние условия благоприятны. Тем не менее ему всегда будет полезно перед всяким серьезным наблюдением несколько секунд посмотреть на свет сквозь темный экран: тогда он различит ауру легче и отчетливее. Эта способность приобретается без всякого ущерба для зрения; глаза, если можно так сказать, приобрели привычку, — что, впрочем, ничего не объясняет. Как ни странно, пишущий эти строки заметил, что, если он неделю-другую не пользовался экранами, уехав в отпуск, он видит ауру не так ясно, как до отъезда; но способность очень скоро возвращается. Это указывает на то, что накопленное действие не вполне стойко.

Описанные опыты показывают, что спектауранин заметно влияет на глаза. Единственная часть глаза, на которую он, по-видимому, может действовать, — зрительный пурпур; и если так, то зрительного пурпура должно либо стать больше, либо измениться его качество. К сожалению, спектр спектауранина, видимый в карманный спектроскоп, ничем нам не помогает, кроме того, что в нем самая яркая часть — желтовато-зеленая, тогда как оранжевая погашена целиком, а желтая — в значительной мере. Красная не изменена, а синяя и фиолетовая немного ослаблены.

Следующие замечания совершенно гипотетичны и ничем не доказаны, но мы предлагаем их за неимением другого объяснения и просим читателей о снисхождении, если они с ними не согласятся. Мы не думаем, что одного увеличения количества зрительного пурпура было бы достаточно, чтобы объяснить восприятие ауры, хотя вполне возможно, что какое-то увеличение и происходит. Вероятнее, что в его составе происходит какое-то изменение, которое со временем, при постоянном пользовании спектаураниновым экраном, становится довольно стойким, и что

это изменение позволяет человеку воспринимать лучи, лежащие немного за пределами обычного видимого спектра. Что это не невозможно, придется признать, если вспомнить, что лавандово-серый некоторые люди при благоприятных обстоятельствах способны видеть.

ГЛАВА IV. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЦВЕТА

✦

Вскоре после открытия ауры один наш друг обратил наше внимание на то, что если пристально посмотреть на источник света, а затем перевести взгляд сначала по одну, потом по другую сторону от человека, то цвета остаточного образа нередко оказываются неодинаковы. Убедившись, что такая особенность действительно бывает, мы подумали, что она может помочь в распознавании болезней, но понимали, что для этого исследование с помощью дополнительных цветов нужно вести по определенному порядку. Начали мы с того, что смотрели на газовый рожок, чтобы воспользоваться его дополнительным цветом, — не потому, что надеялись на успех столь грубого способа, а чтобы выявить его недостатки и руководствоваться ими в дальнейших опытах. Мы заметили, что получавшийся остаточный образ был не одного цвета: главная его часть имела один цвет, а окружал ее другой, совсем иной. Неудобство работы сразу с двумя или несколькими цветами тотчас стало очевидно; непреодолимая трудность возникала оттого, что цвета остаточного образа постоянно и быстро сменяли друг друга, — следствие легкого движения глаз, без которого нельзя увидеть изображение по обе стороны от обследуемого, — и потому никаких точных результатов получить не удавалось. Мы почувствовали, что если этот прием вообще может принести пользу, остаточный образ непременно должен быть одноцветным. После многих опытов мы пришли к заключению, что для этой цели лучше всего подходят кусочки цветной бумаги.

Эта глава будет целиком посвящена следующему вопросу: действию ауры на дополнительные цвета — трудно и вообразить более удивительное свойство. Наблюдаемое изменение таково: когда пользуются одноцветным остаточным образом, оттенок цвета при известных условиях становится либо светлее, либо темнее. Как и следовало ожидать, предмет этот очень трудный и запутанный, но мы дадим ему лучшее объяснение, на какое способны; некоторые предположения могут показаться натянутыми или даже расходящимися с общепринятыми взглядами, но мы выдвигаем их за неимением лучших гипотез. Так как предмет целиком зависит от цветового зрения, необходимо предварительно сказать несколько слов о том, как оно действует.

Общепризнано, что в глазах есть три рода нервов, чувствительных к цвету, и что все воспринимаемые нами цвета возникают от раздражения одного, двух или всех трех родов этих нервов, по отдельности или вместе. Когда возбуждено больше одного рода нервов, раздражение их обычно неодинаково. Истинные физиологические основные цвета — те, что способны раздражать лишь один род цветочувствительных нервов. Один из способов узнать собственные основные цвета человека — надавить на закрытый глаз: тогда обычно по всему полю зрения видны мелкие желтые точки. Среди них рассеяны гораздо более крупные синие кружки и, наконец, красные точки, по величине средние между желтыми точками и синими кружками. Желтых больше всего, синих — поменьше.

Когда все цветочувствительные нервы возбуждены одинаково, предмет называют белым, а когда неодинаково — цветным. Мы уже много лет полагаем, что у каждого человека свои основные цвета и потому он видит цветной предмет иначе, чем кто-либо

другой, но благодаря воспитанию все называют этот цвет одним и тем же именем. Пусть, например, два человека, *A* и *B*, смотрят на цветной предмет, цвет которого обычно называют одним из оттенков желтого. Этот цвет может раздражать у *A* лишь один род цветочувствительных нервов и будет для него чисто желтым. У *B* же, напротив, могут возбуждаться не только нервы, чувствительные к желтому, но в небольшой степени и чувствительные к синему; он увидит этот цвет зеленоватым. Но так как и *A*, и *B* выучили, что этот цвет — определенный оттенок желтого, то, видя его, оба будут называть его одинаково. Тем не менее, если бы *A* увидел его глазами *B*, он сразу сказал бы, что цвет зеленовато-желтый, а *B*, взглянув глазами *A*, назвал бы его как-то иначе. И каждый был бы прав. Отсюда следует, что всякий видит природу в иных красках, чем его сосед. Входить в эту теорию подробнее незачем, но, согласно ей, основные цвета пишущего эти строки в настоящее время — красный, желтый и синий. Двадцать лет назад место синего занимал пурпурный. Других теорий мы рассматривать не собираемся, так как эта вполне годится для нашей цели.

Оставив пока все теории в стороне, можно убедиться, что когда один род цветочувствительных нервов полностью утомлен, наблюдатель на это время становится цветослепым. Если истощены нервы, чувствительные к красному, он будет слеп к красному, хотя прекрасно будет различать все цвета, не содержащие красного; кроме того, всякий цвет с примесью красного он увидит таким, каким этот цвет был бы, если бы из него убрали весь красный. Простой пример: пурпурный покажется ему одним из оттенков синего. Такая искусственная цветовая слепота делает глаза сверхчувствительными ко всем цветам и оттенкам, не содержащим красного, так как красный в обычных

условиях помогает скрыть очень слабый оттенок любого цвета. Это доказывает следующий опыт, который проделали несколько человек. Если волшебным фонарем бросить на белое полотно полосу света, очень слабо окрашенную кармином, она будет видна с известной отчетливостью; но если наблюдатель предварительно с минуту посмотрит на солнечный свет сквозь синее или сквозь красное стекло, то на короткое время он увидит полосу соответственно яснее или менее отчетливо. Сходные результаты получатся, если утомить глаза, глядя на синюю или желтую полоску (см. ниже), — тогда наблюдатель на время становится слепым к синему или к желтому. Если бы можно было на короткое время уничтожить восприятие двух родов цветочувствительных нервов, наблюдатель стал бы видеть мир совершенно одноцветным.

Впрочем, для нашего исследования это и не требуется. На практике оказалось почти невозможно вызвать этим способом чистую слепоту к красному, синему или желтому. Скорее всего, все цветочувствительные нервы будут отчасти возбуждены, хотя один их род почти полностью парализован, и это обстоятельство усложняет наблюдения. Тем не менее остается верным, что «глаза стали необычайно чувствительны к некоторым оттенкам цвета». Быть может, отчасти этим и объясняется, почему человек способен видеть ауру, после того как недолго посмотрит на свет сквозь спектауранинновый экран: его глаза стали чувствительнее к самому краю спектра и, весьма вероятно, даже к колебаниям, лежащим за его пределами и в обычных условиях совершенно невидимым.

Всякому известно, что если некоторое время пристально смотреть на цветной предмет, а затем перевести взгляд на пустое место, то увидишь остаточный образ предмета той же формы, но

иного цвета. Этот вторичный цвет всегда один и тот же, зависит от цвета предмета и называется «дополнительным» к настоящему, или «основному», цвету. Если, например, смотреть на желтый предмет, то мнимое изображение будет синим, а точный его оттенок определяется оттенком взятого желтого и до известной степени личными особенностями. Когда наблюдатель смотрел на предмет достаточно долго — время это меняется в зависимости от яркости света, неподвижности взгляда и т. д., — он всегда сначала увидит остаточный образ именно этого цвета, но постепенно цвет светлеет и чаще всего смешивается с красным оттенком, становясь пурпурным или сливовым. При этом нужно помнить, что дополнительный цвет всегда содержит красный оттенок, хотя поначалу его заглушает насыщенность синего.

Если же наблюдатель сразу видит на остаточном образе пурпурные или сливовые оттенки, он может быть уверен, что его глаза не вполне насытились исходным желтым цветом или же что белого света больше обычного. Это показывает, как необходимо хорошо знать все оттенки, через которые проходит остаточный образ. Через короткое время образ исчезнет и может вернуться в совершенно других цветах. Для нашей цели этой вторичной переменой можно пренебречь, потому что дополнительными цветами пользуются недостаточно долго, чтобы она наступила. Нужно помнить еще об одном: когда фон не белый, дополнительный цвет предстает не в чистом виде, а словно смешанным с цветом фона. Так как дополнительные цвета целиком субъективны, мы будем называть их по ближайшим цветам красок, какие удалось достать, и это достаточно точно для всех практических целей. Проделав множество опытов с цветами, которые мы называем своими основными, мы пришли к заключению, что они дают не такие хорошие результаты, как

смешанные. Многочисленные пробы показали, что полезнее всего следующие цвета:

	Цвет полоски	Дополнительный цвет
1.	Гуммигут	Берлинская лазурь
2.	Антверпенская лазурь	Гуммигут
3.	Кармин	Прозрачная изумрудная зелень
4.	Изумрудная зелень	Кармин

Впрочем, исследователь должен сам на опыте определить, какой цвет или какие цвета ему лучше подходят.

На деле пользуются полосками цветной бумаги длиной три дюйма и шириной три четверти дюйма, наклеенными на черный картон. Это самый большой размер, каким удобно пользоваться, так как более длинные полоски не дают дополнительного цвета, безупречного до самых концов. Когда пациент стоит в нескольких футах перед наблюдателем, такие полоски дают полосы дополнительного цвета, которые, если их расположить поперек, получаются шире тела, так что концы цветных полос, выходящие по обе стороны тела, можно сравнить друг с другом, а также с той частью, что лежит на самом теле. Если расположить полосу вдоль, она покроет одновременно большую часть длины грудной клетки и живота, а если осматривают спину — захватит большую часть позвоночника сверху вниз.

Как только пациент готов к осмотру этим способом, его нужно поставить перед белым фоном лицом к свету так, чтобы он был освещен равномерно со всех сторон; если на фоне есть тени, их нужно уравнять с обеих сторон. Света лучше дать больше, чем при осмотре самой ауры, но почти всегда штору придется опустить. Когда пациент правильно поставлен, наблюдатель должен

смотреть на одну из цветных полосок, неотрывно держа взгляд на одной точке от тридцати до шестидесяти секунд или дольше, смотря по яркости света.

Для этого чем свет ярче, тем лучше, поэтому неплохо отодвинуть штору, чтобы полоска была полностью освещена. Как только наблюдатель сочтет, что его глаза достаточно ослепли к цвету, он поворачивается к пациенту и смотрит на какую-нибудь заранее намеченную точку на средней линии тела; тогда (если полоска расположена поперек) он увидит полосу дополнительного цвета, которая протянется через все тело и частично выйдет на фон по обе стороны, причем все это видно одновременно. Это позволяет заметить изменения оттенков в любой части полосы. Разумеется, оттенки частей полосы, выходящих за пределы тела, можно сравнивать друг с другом, но не с той частью, что лежит на самом теле. Описанный способ кажется очень простым, но потребует изрядного навыка, а овладение одной-двумя подробностями, самими по себе пустячными, сильно ускорит опыт и облегчит его.

Во-первых, глядя на цветную полоску, нужно не только устремить взгляд на одну определенную точку, но и все время держать ее в точном фокусе, так как изображение очень склонно расплываться, а это сильно удлиняет время, в течение которого приходится на нее смотреть. Для этого требуется небольшое усилие *воли*, но вскоре привычка сделает это напряжение почти непроизвольным. Если эту точку на цветной полоске заменить буквой или цифрой, это послужит двоякой цели: получится и неподвижная точка, и способ пометить полоску. Во-вторых, в начале таких осмотров трудно удерживать взгляд на заданной точке тела пациента, потому что полоса дополнительного цвета склонна двигаться, нередко уходя из поля зрения, и глаза следуют

за ней, чем совершенно губят пользу наблюдения. Как только приобретена привычка держать глаза неподвижно на одной точке, полоса будет оставаться почти неподвижной, а если и сдвинется, то сама вернется на свое место. Ловкость приходит только с упражнением, поэтому полезно потренировать глаза на каком-нибудь неодушевленном предмете, прежде чем переходить к осмотру человека.

В дальнейшем описании, если не оговорено иное, подразумевается желтая полоска с ее синей полосой дополнительного цвета. Ради краткости полосу, которую видят после полоски, мы будем называть полосой дополнительного цвета, а цвет самой полоски, на которую смотрят, — основным цветом. Так как на теле пациента, естественно, бывают небольшие различия в цвете кожи и тени, наблюдатель должен заметить всякое изменение, как бы незначительно оно ни было, прежде чем приступать к осмотру с полосой дополнительного цвета. При осторожности, здравом суждении и небольшом опыте большая часть трудностей, возникающих от этих причин, исчезнет. В простейшем случае полоса дополнительного цвета, брошенная на тело здорового человека, будет повсюду одинакова по оттенку, если сделать должную поправку на различия в цвете кожи. Продолжения этой полосы по обе стороны часто, но не всегда, совпадают по оттенку. Эти продолжения, как и следовало ожидать, неизменно имеют совсем другой оттенок, чем часть полосы, лежащая на самом теле, главным образом из-за цвета фона.

Когда продолжения полосы дополнительного цвета у здорового человека с одной стороны имеют иной оттенок, чем с другой, разница редко бывает велика. Такое различие оттенков — простейший вид изменения полосы, и если не соблюсти

достаточной осторожности, оно может зависеть от неправильного освещения; однако всякое сомнение легко рассеять, повернув пациента кругом: если наблюдение верно, оттенки поменяются местами, и это бесспорно докажет, что изменение вызвано самой аурой. Другой очень показательный прием, когда он удается, — заметить, какое продолжение синей полосы темнее, а затем посмотреть на синюю полоску, которая дает желтую полосу дополнительного цвета. Часто, но не всегда, желтая полоса окажется светлее там, где синяя была темнее, и наоборот.

Одно из главных изменений полосы дополнительного цвета, брошенной поперек на тело нездорового пациента, когда он стоит лицом к наблюдателю, состоит в том, что одна сторона темнее другой. В таком случае два оттенка могут постепенно переходить один в другой, а может их разделять и резкая граница. В последнем случае раздел чаще всего проходит по средней линии тела, но исключений много, и граница может оказаться на любом расстоянии вправо или влево. Если полоса (светлая с одной стороны и темная с другой) продолжается за пределы тела, продолжение со светлой стороны неизменно светлее продолжения темной части полосы. Темная часть обычно лежит над каким-нибудь расстроенным участком тела, и оказывается, что эта часть действительно стала темнее остальной полосы. Однако расстроенная часть тела может сделать полосу и светлее, а не темнее.

Лишь немного отличается другое изменение: вместо того чтобы полоса меняла оттенок на половине тела, заметно лишь пятно, большое или малое, темное или светлое, со всех сторон окруженное естественным цветом полосы. Большое пятно иногда принимает очертания органа, целиком или отчасти; малые пятна, не больше дюйма в поперечнике, сами по себе не показывают,

какой орган поражен, хотя обычно указывают на какую-нибудь болезнь или местное расстройство и почти неизменно — на место болезненности или боли. В таких случаях, когда перемена цвета невелика, изменения часто легче заметить, когда цвет начинает гаснуть. До сих пор речь шла о той или иной части полосы, ставшей светлее или темнее; иногда, однако, пятна меняют цвет (случай 33), будто к нему прибавился другой оттенок, а в одном-двух случаях синий цвет в полосе сменился коричневым (случай 17).

Мы выбрали четыре полоски основного цвета, и окажется, что у каждой есть преимущества, которых нет у других. Обычно эти преимущества зависят от какой-то неясной причины, связанной с пациентом. Для обычных наблюдений полезнее всего желтая полоска, дающая синюю полосу дополнительного цвета: синяя полоса чувствительнее к изменениям, чем желтая, а желтая особенно ценна для проверки синей, так как при местном изменении оттенка она очень часто ведет себя обратно ей. Бывает также, что по какой-то непонятной причине выгоднее работать с желтой полосой, а не с синей. Пожалуй, чувствительнее всех зеленая полоса, но, к сожалению, она подвержена не стольким изменениям, как синяя, и изменения ее мимолетнее. В сомнительных случаях ее тонкость иногда решает вопрос о небольших различиях цвета. Выбор цвета полосы в обычных обстоятельствах не очень важен, если помнить, что иногда из-за личных особенностей пациента один цвет дает лучшие результаты, чем другой; к сожалению, решить, какой полосой лучше пользоваться, по-видимому, нельзя иначе как на деле.

Во время таких опытов наблюдатель обнаружит, что глаза у него очень скоро утомляются, и так как никакая сила воли тут не поможет, ему придется либо ненадолго прервать осмотр, либо

сменить полосу дополнительного цвета. Первое, когда это возможно, решительно предпочтительнее, так как второе — во многом лишь временная мера на случай, когда наблюдение нельзя продолжать долго. Если выбран второй способ, лучше всего взять полосу, парную той, что была прежде.

Теперь возникает весьма уместный вопрос, на который очень трудно ответить: «Отчего полоса дополнительного цвета меняет цвет?» По уже изложенным причинам более чем вероятно, что глаза наблюдателя, после того как он смотрел на одну из полосок основного цвета, становятся сверхчувствительными к некоторым цветам и способны различать оттенки столь близкие, что обычное восприятие перед ними бессильно. Теоретически, по-видимому, есть четыре причины, способные изменить оттенок полосы дополнительного цвета: во-первых, кожа; во-вторых, толщина ауры; в-третьих, изменение ее строения; и наконец, цвет ауры. Каждое из этих положений нужно рассмотреть по очереди. Если сделать все возможные поправки на различия оттенков, заметные обычным образом, все же вполне разумно предположить, что у кожи могут быть оттенки, различимые лишь при исключительных обстоятельствах. Мы постоянно помнили об этом и пытались найти случай, который подтвердил бы такое предположение, но до сих пор безуспешно, так что лично мы полагаем: это хоть и возможно, но крайне редко — настолько редко, что этим можно пренебречь. Против того, что изменение оттенка вызывает кожа, говорит то, что когда полоса изменила цвет до самого края тела, ее продолжение за пределами тела изменится так же — станет светлее или темнее, смотря по случаю. Это последнее изменение ни при каких обстоятельствах не может произойти от влияния кожи, и, следовательно, приписать его нечему, кроме ауры, хотя и кажется почти невероятным, чтобы

столь прозрачное, почти бесцветное, едва видимое, тонко раздробленное вещество так действовало на дополнительные цвета. Во-вторых: достаточна ли толщина ауры, чтобы изменить полосу дополнительного цвета? Все говорит за отрицательный ответ; нет никаких данных, которые вели бы к такому заключению.

Так как аура — вещество крайне разреженное (мы употребляем это слово сознательно), ей пришлось бы приобрести огромную толщину, прежде чем она смогла бы заметно изменить дополнительный цвет. Это как нельзя нагляднее показывает случай 30 (рис. 21). Это женщина, у которой, когда она стояла к наблюдателю боком, аура над животом была добрых вчетверо шире, чем над грудью. Когда же она стояла лицом, никакой разницы нельзя было увидеть ни прямо, ни с помощью полосы дополнительного цвета: цвет на груди был в точности тот же, что и на животе, что и доказывает сказанное. Подобные случаи обычны при беременности, когда аура перед животом у женщины в три-четыре раза шире, чем перед грудью. Ни разу эта добавочная ширина не изменила оттенка полосы.

Итак, две первые теоретически возможные причины изменения оттенка полосы дополнительного цвета отпали, и остаются третья и четвертая, которые, по-видимому, в значительной мере решают задачу. В-третьих: может ли изменение строения ауры настолько изменить полосу, чтобы этим объяснилась перемена ее оттенка? В главе III было отмечено, что внутренняя аура может утратить линейчатый вид и стать зернистой. Такое состояние встречается у людей, по-видимому, здоровых, но гораздо чаще при нездоровье или при каком-нибудь местном расстройстве, подробности о котором будут изложены в другой главе.

Сейчас нас занимает лишь один вопрос: может ли грубое изменение строения ауры изменить полосу дополнительного цвета или нет? В одних случаях его, по-видимому, достаточно; в других оно совсем не действует; в третьих оно, может быть, и помогает, но действует еще и другая причина. Обратившись к случаю 32, мы найдем, что у пациентки, когда она стояла лицом к наблюдателю и ее осматривали с синей полосой дополнительного цвета, было большое пятно над левым подреберьем, темнее остальной, обычной части полосы, и что продолжение полосы в равной мере разделяло это изменение. При осмотре сквозь темный карминовый экран внутренняя аура сбоку от туловища показала, что эта часть ауры стала крупнозернистой между уровнем грудино-мечевидного сочленения и межбугорковой плоскостью; а когда пациентка стояла боком или вполоборота, то же самое можно было видеть в той же области спереди туловища. В другом отчетливом случае (случай 21), когда полосу дополнительного цвета бросили на грудь, она была гораздо светлее слева, на теле и за его краем, чем справа.

Когда эту часть осмотрели сквозь карминовые экраны, внутренняя аура оказалась зернистой, но не столь крупно, как в случае 32, и подходила под рубрику средней зернистости. Кроме того, у женщин постоянно наблюдалось темное пятно на нижней поясничной и крестцовой областях — и с синей, и с желтой полосой дополнительного цвета. Оттенок пятна бывает разный, и это различие, по-видимому, как-то зависит от силы местной боли, которую женщина испытывает во время месячных. Здесь сквозь карминовые экраны внутренняя аура всегда видна зернистой — почти всегда крупнозернистой, когда полоса потемнела, и обычно средне- или мелкозернистой, когда полоса светлее. Можно было бы привести и другие примеры, но, думаем, и этих довольно,

чтобы доказать, что в некоторых случаях изменение полосы объясняется зернистым состоянием ауры.

При осмотре женщины двадцати пяти лет, которая больше трех лет жаловалась на боль в спине, был виден широкий луч длиной около трех дюймов, исходивший от наружной части левой ягодицы; сквозь карминовый экран он казался крупнозернистым. Однако когда ее осмотрели с помощью полос дополнительного цвета, никакой разницы в их оттенках обнаружить не удалось, хотя пробовали разные цвета. Этот случай показывает, что измененное строение ауры, насколько удалось установить (точно так же, как в прежних примерах), не повлияло на цвет полосы. Сходен с ним случай девушки (случай 23), у которой от левой груди исходил короткий и толстый луч, сквозь карминовый экран казавшийся крупнозернистым. Когда на место, откуда исходил луч, бросили синюю полосу дополнительного цвета, оно оказалось светлее окружающей обычной полосы, а с желтой полосой это же место выглядело темнее остальной полосы. В этом случае изменение полосы должна была вызвать, помимо одной лишь зернистости ауры, какая-то другая причина.

Подведем итог.

(1) Когда все оттенки всех полос дополнительного цвета изменены одинаково, причиной изменения, скорее всего, служит зернистое состояние ауры.

Порой это зернистое состояние никак не влияет на полосу.

(2) Когда полосы дополнительного цвета изменены по-разному — одни стали светлее, другие темнее, — нет сомнения, что изменение вызвано не одной лишь зернистостью ауры, а действует и какая-то другая причина.

Четвертая и последняя причина, а именно «цвет ауры», по-видимому, единственная, что объясняет все остальные случаи, и

она восполняет недостающую причину в последнем примере. Это, может быть, и спорно[1], но во многих случаях несомненно верно и дает хорошую рабочую гипотезу. Состоит она в следующем: аура окрашена, хотя ее цвета могут быть неразличимы простым глазом. Однако они достаточно сильны, чтобы изменить полосу дополнительного цвета. Косвенным свидетельством служит то, что ясновидящие, по их словам, видят ауры всевозможных цветов, и цвет нередко бывает лишь местным.

[1] См. Приложение.

Пишущему эти строки аура обычно кажется синей, или синей с большей или меньшей примесью серого, или даже просто серой. Этот постоянный цвет, скорее всего, вызван тем, что он пользуется спектаураниновым экраном, и долгим действием этого экрана на сетчатку после того, как сквозь него посмотрят на свет. Иногда, даже после такой подготовки глаз спектаураниновым экраном, пишущий эти строки замечал, что, если не пользоваться светлым экраном, аура имеет желтоватый или зеленоватый оттенок. Зеленоватый, вероятно, получается от примеси желтого к синему. Следующее явление придает этой теории большой вес. От указательного пальца здорового мужчины был виден луч; сначала он был лимонного цвета, а затем быстро стал прозрачно-рубиново-красным. Луч был около дюйма длиной и полдюйма шириной. Он шел прямо наружу, не расширяясь и не сужаясь, и, по-видимому, был плотнее окружающей ауры. Позади был черный фон, так что луч был виден в очень благоприятных условиях (см. главу III).

Теперь предположим, что этот желтый луч исходит не от пальца, а от тела пациента по направлению к наблюдателю, — был бы он виден? Условия были бы далеко не столь

благоприятны: фон был бы телесного цвета вместо черного, и наблюдатель увидел бы луч лишь в сокращении, как желтое пятнышко около полудюйма в поперечнике, окруженное и, весьма вероятно, перекрытое внешней аурой. Тщательно взвесив каждое обстоятельство — силу цвета, плотность, фон и т. д., — мы пришли к заключению, что простым глазом луч был бы совершенно невидим, тогда как ни малейшего сомнения у нас нет, что его можно было бы увидеть с помощью полосы дополнительного цвета. С синей полосой наблюдатель увидел бы пятно около полудюйма в поперечнике, темнее окружающего цвета, а с желтой полосой оно проявилось бы как более светлое пятно.

Если бы в приведенном случае ауру осматривали, когда луч был красным, а не желтым, мы и тогда полагаем, что простым глазом его не было бы видно, но и с синей, и с желтой полосой дополнительного цвета он был бы ясно виден как темное пятно. По мере того как эти полосы гаснут, пятно может менять оттенок, но вероятнее это с синей полосой — из-за ряда цветов, через которые она проходит, исчезая. При осмотре сквозь красный экран это пятно должно сохранить красный цвет, но быть светлее обычного цвета полосы. Можно добавить, что даже если бы какой-то желтый или красный луч был виден простым глазом, легко представить, что цвета его тогда, может быть, были бы чуть менее ярки, но все же лучше различались бы с помощью полосы дополнительного цвета. Если в этом и подобных лучах линии, удаляясь от тела, остаются параллельными, пятно будет резко очерчено, но если они расходятся, края будут размыты, и цвета пятна и полосы будут постепенно переходить друг в друга, отчего большие пятна будет трудно разглядеть, а меньшие — невозможно. Эта теория объяснит и то, почему пятно с одной

полосой кажется темнее, а с другой — светлее. В следующей главе будет дано описание разрывов в ауре. Они дадут еще одно объяснение изменений цвета полосы дополнительного цвета.

Так как силы, создающие ауру, обычно действуют под прямым углом к телу, то местное прекращение их действия прямо повело бы к появлению пространства, лишенного ауры, и в общем дело шло бы к образованию цилиндрических разрывов, длинная ось которых расположена под прямым углом к телу, а один конец касается тела (случай 26). Когда аурические силы в одном месте полностью бездействуют, а в окружающих частях действуют отчасти и усиливаются по мере удаления от этого места, пока не вернут себе полную силу, то вместо цилиндра пустое пространство станет коническим, острием к телу (случаи 24 и 25). Как и следовало ожидать, аура вокруг таких разрывов иногда, если не всегда, меняет строение. Ниже приводятся данные, по которым в некоторых случаях можно истолковать изменения полосы дополнительного цвета.

Во-первых, рассмотрим цилиндр, видимый сбоку. Если строение окружающей его ауры ничуть не нарушено, теория заставляет ожидать, что изменится цвет всех полос дополнительного цвета без различия и что изменение сделает оттенок светлее. В этом случае опыт подтверждает теорию. Если же аура вокруг пустого пространства затронута (особенно если она стала плотнее и зернистее), изменение полосы может привести и обычно приводит к более темному оттенку, и так будет с полосами всех цветов. Тем не менее можно представить, хотя мы ни разу не встретили такого случая, что изменение ауры окажется изменением ее окраски, и тогда в одних полосах получится оттенок темнее, а в других — светлее.

Во-вторых, если разрыв в ауре конический и виден в таком же положении, в основном останутся в силе те же рассуждения, но из-за формы разрыва перемена оттенка полосы дополнительного цвета будет не резко очерченной, а с размытым краем: оттенки пятна и остальной полосы будут постепенно переходить друг в друга. Само собой разумеется, что во всем этом описании перемены цвета происходят вне тела, в продолжении полосы.

Ниже будет показано, что изъяны ауры становятся видны лишь при благоприятных условиях, и одно условие, по-видимому, обязательно: пустое пространство должно вырисовываться силуэтом на черном фоне. Для этого пациента нужно поставить так, чтобы длинная ось цилиндра была параллельна фону, так как всякое отклонение от такого положения скроет его частично или полностью. Если пациент повернется так, что ось цилиндра пойдет от него к наблюдателю, пространство, лишенное ауры, станет невидимым, потому что видно оно в сокращении, а тело — очень плохой по цвету фон для осмотра ауры. Однако места таких пустот в ауре можно обнаружить с помощью полосы дополнительного цвета. Вид полосы будет различаться в зависимости от величины изъяна и состояния соседней ауры.

Если вещество ауры вокруг разрыва не нарушено, полоса дополнительного цвета покажет резко очерченное светлое пятно. Если соседняя аура стала плотнее и зернистее, то при большом пустом пространстве его все же можно увидеть как светлое пятно, которое теоретически должно быть окружено темной каймой, но эта тонкость слишком неуловима, чтобы заметить ее на практике. Это пятно другого оттенка будет постоянным с полосами всех цветов. Если при тех же условиях пустое пространство невелико, можно ожидать либо темного пятна, либо никакого изменения полосы, смотря по тому, насколько изменилась аура. Когда изъян

конический, изменение полосы захватит большую площадь, но переход будет столь постепенным, что, по всей вероятности, никаких перемен цвета обнаружить не удастся.

Удобно свести в таблицу изменения цвета, вызываемые аурой в полосе дополнительного цвета. В первый раздел войдет расстройство ауры на большом участке тела, а во второй, в отличие от первого, — пятна, со всех сторон окруженные обычным цветом. Такое деление, разумеется, искусственно, но полезно, так как первый раздел может включать изменение, охватывающее половину окружности тела, и при этом причин и разновидностей здесь не так много.

1. Изменение цвета на большом участке тела	
Граница между двумя оттенками бывает	Резкой. Постепенным переходом от одного оттенка к другому.
Вследствие того, что аура стала зернистой	Крупные зерна — оттенок темнее. Средние — обычно оттенок светлее. Мелкие — обычно оттенок светлее, а может быть, никакого изменения.
Изменения цвета самой ауры — под вопросом.	
2. Пятна другого оттенка разной величины, со всех сторон окруженные обычным цветом полосы дополнительного цвета	
Граница между двумя оттенками	
Пятна с резкими краями	Ограниченное местное расстройство при большой аурической силе: виден луч. Разрывы в ауре: полное, но ограниченное малым местом отсутствие аурических сил.
Пятна, постепенно сливающиеся с полосой	Расстроенная аурическая сила, наибольшая в середине и постепенно слабеющая к краям. Разрывы в ауре от недостатка аурической силы, которая становится тем сильнее, чем дальше от середины.
Аура зернистая	Крупные зерна — оттенок темнее. Средние — обычно оттенок светлее. Мелкие — оттенок светлее или никакого изменения.
Изменение цвета	Вместе с зернистостью или само по себе (оттенок темнее или светлее, перемена цвета).

ГЛАВА V. АУРЫ ПРИ БОЛЕЗНЯХ

✦

Если верна теория, что источники ауры — силы, вырабатываемые внутри тела, и что видимы они благодаря своему действию на эфир, то разумно ожидать, что в здоровье и в болезни эти силы будут не совсем одинаковы. У здоровых, если сделать поправку на пол и возраст, ауры — и внутренняя, и внешняя, а вероятнее всего, и сверхвнешняя — в известных пределах очень сходны, а различия зависят от особенностей человека. Чрезвычайно трудно вообразить, чтобы какое-либо отклонение от здоровья могло произойти, никак не повлияв на одну или несколько аурических сил, а следовательно, и на саму ауру. Если недуг лишь местный, то, по всей вероятности, и изменение ауры будет лишь местным; если же пациент страдает какой-либо общей болезнью, затронута, скорее всего, окажется вся аура, а по мере выздоровления она, весьма вероятно, вернется к прежнему состоянию. Изменение ауры может, по-видимому, совсем не соответствовать тяжести болезни, так как некоторые перемены слишком тонки, чтобы их уловить грубыми способами наблюдения, доступными сейчас; но можно с уверенностью сказать, что будущие способы исследования откроют большее число и большее разнообразие мельчайших изъянов. В настоящее время легче всего обнаружить изменения величины и формы ауры, а также перемены ее цвета и строения.

Аура всякого здорового человека неизменно симметрична, когда он стоит лицом или спиной к наблюдателю. Два случая, упомянутые в другом месте (см. ниже), — единственные

исключения, какие нам встречались. Спереди и сзади у человека, стоящего боком, равенства нет. Пока аура сохраняет надлежащую форму, нет, по-видимому, никакого способа, кроме опыта, сказать, велика она или мала, так как мерила величины не существует. Мерило для сравнения можно было бы, пожалуй, получить, если бы ауру пациента измерили прежде, когда он был здоров; но и тогда надо помнить, что кажущееся увеличение или уменьшение может зависеть лишь от какой-то перемены строения, так как видимая величина и строение часто связаны друг с другом.

Пока что мы ограничимся случаями, когда вся аура или большая ее часть меняет форму от общих причин, коренящихся в самом организме. Первое отклонение от вида типично здоровой ауры встречается у женщин и девушек, страдающих истерией. При этом недуге аура пациентки, когда она стоит лицом к исследователю, имеет характерную форму: она симметрична с обеих сторон и широка у туловища; но, вместо того чтобы, как при здоровье, постепенно сужаться и доходить до наименьшей ширины не выше нижней половины бедра, а очень часто и гораздо ниже, она внезапно сжимается до своей окончательной ширины у самого лобка или на очень небольшом расстоянии от него. Когда пациентка стоит боком, аура спереди от тела имеет полную среднюю ширину или даже шире, а сзади широка, с хорошо заметной выпуклостью наружу в поясничной области. В этом месте она очень резко сужается до своего наименьшего размера. Сужение происходит на том же уровне, если смотреть сбоку, и оттуда аура идет вниз ровной ширины. Сейчас мы приведем только два случая, так как на некоторые другие придется ссылаться позже с разными целями.

Случай 13

I. N., молодая женщина двадцати двух лет, портниха, хорошо сложена, слегка малокровна, очень нервна, жалуется на слабость и одышку. Пульс у нее неустойчив: в покое восемьдесят — девяносто ударов в минуту, а при малейшем усилии учащается до ста тридцати и больше. Слышны сердечные шумы, которые постоянно меняют место или вовсе пропадают. Она страдает *globus hystericus*, который, по ее описанию, начинается от пупка. Иногда с ней бывают обмороки, длящиеся около четверти часа, и во время них, по ее словам, она вполне сознает все, что происходит вокруг. От укрепляющего средства ей быстро стало лучше. Общий цвет ее ауры был синевато-серый. Внутренняя аура была хорошо выражена, линейчата, шириной около двух дюймов по всему телу. Когда пациентка стояла лицом к наблюдателю, внешняя аура была на два дюйма шире плеч. Когда руки были заложены за голову, внешняя аура сбоку от туловища имела около девяти дюймов и быстро сужалась до места чуть ниже лобка, где ширина ее была лишь два с половиной дюйма; такая же ширина сохранялась вниз по бедрам и голеням. Когда пациентка стояла боком, спереди от туловища аура имела около трех дюймов, сужаясь до двух с половиной.

Сзади она выпячивалась в поясничной области на добрых семь дюймов и внезапно сужалась чуть ниже ягодиц, где становилась шириной в два с половиной дюйма и дальше вниз сохраняла ту же ширину. От нижних ребер справа исходил луч длиной около шести дюймов, который проходил насквозь всю внутреннюю ауру и терялся во внешней. Другой луч шел от остистых отростков нижних грудных позвонков; ширина его была около трех дюймов, длина — шесть. Когда пациентка стояла лицом к наблюдателю, внутренняя аура слева, от места под грудью до самого нижнего

ребра, была грубой по строению, без малейшего признака исчерченности. Когда синюю полосу дополнительного цвета применили вертикально, вдоль груди и живота, она оказалась ровной на всем протяжении, кроме места чуть выше лобка, где была темнее, — это показывало, что у пациентки приближаются месячные. Она ждала их через четыре дня. Когда полосу расположили поперек, на правой поясничной области обнаружилось темное пятно, болезненное при прикосновении. На уровне транспилорической плоскости полоса была ровной поперек всего тела, но правое ее продолжение за пределами тела было светлее левого. Разница в оттенке была не так заметна, как это часто бывает, когда внутренняя аура местами грубозерниста. Над двумя верхними грудными остистыми отростками было темное пятно; это место было болезненным, и пациентка часто чувствовала там боль. Больше отметить было нечего.

У девушек, более впечатлительных, чем следовало бы, о которых родные обычно говорят, что они «слегка истеричны», хотя у них, может быть, никогда не бывало тяжелых приступов, ауры весьма склонны в некоторой мере принимать черты того, что мы назвали истерической аурой. С другой стороны, у женщин, от природы не истеричных, у которых от тяжелой тревоги или горя наступило нервное истощение, ауры такого особого типа не бывает. Хорошо выраженный пример этого — молодая дама, упомянутая в случае 35.

Обследуя нескольких детей, чтобы проследить наследование величины ауры, мы встретили чрезвычайно интересный пример того, что можно назвать истерической формой, — очень хорошую иллюстрацию к описанию, данному выше.

Случай 14 (рис. 14 и 15)

Е. Х., девочку неполных восьми лет, осматривали в июле 1910 года. Это был живой, смышленый ребенок, но очень возбудимый, и родители с обеих сторон были нервны (см. таблицу I). Аура была синевато-серого цвета. Внутренняя аура имела около полутора дюймов в ширину по всему телу. С левой стороны на всем протяжении туловища она была яркой и представляла собой очень хороший пример луча № 1 (см. выше). Спустя недолгое время эта яркость уменьшилась, и аура вернулась к своему обычному состоянию. Однако она наводила на мысль о лучах, исходящих от разных частей тела, хотя ни одного луча определенно видно не было. Вокруг головы внешняя аура была немного шире плеч. Когда девочка заложила руки за шею, дымка сбоку от туловища имела четыре дюйма, сужаясь чуть меньше чем до трех на очень небольшом расстоянии ниже лобка, а оттуда равномерно шла вниз. Определить точную ширину было, однако, нелегко, так как край, особенно у ног, был плохо очерчен. Когда девочка повернулась боком, внешняя аура сбоку тела имела неполных три дюйма, а сзади выпячивалась, начиная чуть ниже плеч, до шести дюймов в поясничной области и круто заворачивала внутрь немного ниже ягодиц. Полоса дополнительного цвета была ровной по всему телу. У этого ребенка аура была очень широкой для его возраста, и это тем примечательнее, что у всех остальных членов семьи ауры узкие. Кроме того, она показывает истерический тип так отчетливо, как только можно увидеть его в детской ауре.



Рис. 14. Истерическая аура у девочки. Вид спереди. Очень широкая у туловища для ребенка. Ср. рис. 25.



Рис. 15. Истерическая аура у девочки. Вид сбоку. Большая выпуклость сзади. Ср. рис. 26.

Следующая болезнь, которую надо рассмотреть, — *эпилепсия*. У эпилептиков аура имеет свой отчетливый характер, совсем не похожий на истерический тип. Последний, как только что было описано, широк и симметричен с обеих сторон туловища, когда пациент стоит лицом к наблюдателю, тогда как первая своеобразно неравна. Неравенство это простирается от макушки до подошв и явно зависит скорее от сужения ауры с одной стороны, чем от расширения ее с другой. Сужение не простое: оно сопровождается изменением строения. Странно — и это, может

быть, лишь совпадение, — что во всех случаях, какие мы видели (а их десять), уменьшение было с левой стороны. Однако дальнейшее исследование может показать, что это сужение бывает и справа, а не слева. Обнаружено, что у некоторых пациентов — не эпилептиков — ауры повторяют форму, типичную для эпилептика. Они будут рассмотрены позже, но нисколько не умаляют ценности ауры для распознавания в сомнительных случаях.

Когда осматривают ауру эпилептика, все равно, был ли у пациента недавно припадок или нет, прежде всего привлекает внимание заметное увеличение ширины с одной стороны[1]. Обычно замечаешь, что аура справа от головы на один-два дюйма шире плеча, а слева не превышает ширины плеча и может быть даже на один-два дюйма меньше. На всем протяжении туловища и конечностей она уже с левой стороны. Подробный осмотр покажет, что внутренняя аура затронута так же, как внешняя, и уже слева, причем вокруг головы это особенно заметно. Кроме того, видно, что она непрозрачнее обычного, а исчерченность (если не пропала совсем) различить очень трудно. Внешняя аура, кроме размера, заметно не меняется. Когда пациент стоит боком, аура сзади и спереди тела никаких признаков отклонения не показывает, и этим она отличается от истерической ауры, которая в поясничной области чрезмерно широка. Цвет обычно серый, но изредка бывает синеватый оттенок. Возраст пациентов, которых мы видели, — от двенадцати до сорока пяти лет; из них четверо мужчин и шесть женщин.

[1] Неравенство окажется заметнее у женщин, чем у мужчин.

Случай 15 (рис. 16)

Х. Х., сапожник двадцати трех лет. Это молодой человек с вялым, сонным видом; эпилепсией страдает с двенадцати лет. За последние несколько лет припадков у него было немного. Наследственность у него крайне неблагоприятная. Отец и мать — двоюродные брат и сестра. Отец очень нервен (см. случай 18) и без всякой достаточной причины впадает в подавленность на целые дни и недели. Мать — крепкая, здоровая женщина очень флегматичного нрава. У старшего брата бывают припадки, но в последние несколько лет лишь изредка; он женат, у него четверо детей. Старшая сестра замужем, детей нет, но она кажется крепкой и здоровой и никаких признаков нервности не обнаруживает. Любопытно отметить, что у нее аура совершенно симметрична с обеих сторон, но по ширине ниже средней. Младшая сестра — эпилептичка (см. следующий случай).

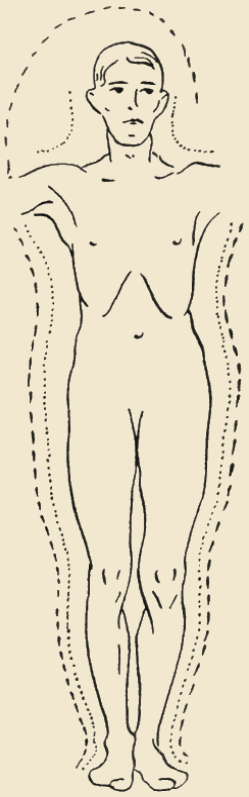


Рис. 16. Эпилептическая аура у мужчины. И внутренняя, и внешняя аура слева уже, чем справа.

Пациента осматривали в ноябре 1909 года; за предыдущие два года у него был лишь один припадок. Когда он стоял лицом к наблюдателю, эфирный двойник был ясно виден, шириной около одной восьмой дюйма. Вокруг головы внешняя аура имела около шести дюймов справа и только три слева. Внутренняя аура была шириной в три и в два дюйма с соответствующих сторон. Справа от туловища внешняя аура имела три с половиной дюйма, сужаясь до двух с половиной у бедер и голеней. Внутренняя аура была шириной в два с половиной дюйма у туловища, сужаясь до двух

ниже. Слева от туловища внешняя аура имела два с половиной дюйма, уменьшаясь до двух у бедра и голени. Внутренняя аура была в два дюйма у туловища и в полтора ниже. Когда пациент стоял боком, внешняя аура спереди имела два с половиной дюйма, а внутренняя — два, на всем протяжении вниз. Сзади внешняя аура имела три с половиной дюйма, а внутренняя — два. Обе ауры разграничивались хуже обычного. Штрихи удавалось различить справа, но не слева. Аура в целом была грубозернистой, особенно внутренняя слева. Синяя полоса дополнительного цвета была ровной на теле, но правое ее продолжение сбоку от головы было темнее левого, что бывает лишь в виде исключения. У продолжений полосы по бокам туловища соотношение оттенков было обратным.

Случай 16 (рис. 17)

В. Х., девушка восемнадцати лет, сестра пациента из предыдущего случая, портниха, полная, малокровная и вялая на вид. В октябре 1908 года против воли матери и без ее ведома она начала работать на швейной машине, и в результате несколько раз падала в обморок. По ее собственному рассказу, ей сначала становилось жарко, потом минут пять холодно, а затем она теряла сознание. Если в начале приступа она выходила на свежий воздух, его иногда удавалось предотвратить. Об этом она говорила очень неопределенно, и больше никаких сведений получить не удалось.

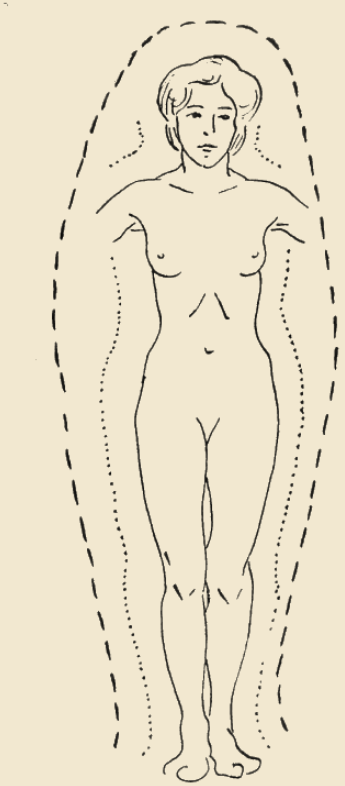


Рис. 17. Эпилептическая аура у женщины.

Ее осматривали в ноябре 1908 года, и аура оказалась типично эпилептической; но подробности опускаем, так как в то время мы еще не умели отделять внешнюю ауру от внутренней. Тогда был поставлен диагноз, что она эпилептичка. Через несколько дней он подтвердился: у нее случился припадок за чаем в доме знакомых. Месяца три после этого приступа у нее было множество и «больших», и «малых» припадков. По мере улучшения приступы приняли иную форму: многие были явно истерического типа, с криками и дрожью в конечностях, которую она в значительной мере могла сдерживать. Впоследствии у нее каждый день

регулярно бывал припадок примерно через час после того, как она вставала, а нередко и второй приступ вечером. Некоторое время она лечилась в одной из больниц для нервнобольных, но пользы не получила.

23 ноября 1909 года мы назначили ей 1/100 грана сернокислого гиосциамина каждое утро. Средство подействовало благотворно: до 30 января 1910 года у нее было лишь два припадка. Один, легкий, случился 27 ноября, когда ее разбудил загоревшийся в ее комнате занавес. Припадок последовал тотчас же. Второй был в Рождество, после праздничного веселья. Лекарство отменили в конце декабря. В середине этого месяца ее осмотрели. Аура у нее была хорошо выражена, серого цвета, без лучей.

Сквозь темный карминовый экран ее ауры ясно разделялись. Слева аура была крупнее по зерну, чем справа. Когда пациентка стояла лицом к наблюдателю, во внутренней ауре слева не было видно никакой исчерченности, а справа — лишь очень слабая линейчатость. Ширина ее была три дюйма вдоль правой стороны и только два слева. Справа от головы аура имела семь с половиной дюймов, против пяти с половиной слева. Когда пациентка подняла руки, внешняя аура справа от туловища имела девять дюймов, постепенно уменьшаясь до четырех вдоль ног. Слева она была семь дюймов у туловища, уменьшаясь до трех ниже. Когда пациентка повернулась боком, внешняя аура спереди имела три дюйма, а внутренняя — два. Сзади наибольшая ширина внешней ауры была шесть дюймов, внутренней — три. Полосы дополнительного цвета, и синяя, и желтая, были ровными по всему телу, но левое продолжение полосы за пределами тела было гораздо темнее правого.

Случай 17 (рис. 18 и 19)

Х. Т., школьник тринадцати лет. Один знакомый рассказал нам, что у мальчика бывают «приступы забытья», и попросил его отца привести сына на осмотр. Мальчик пришел в январе 1910 года, и перед осмотром мы намеренно ни о чем не расспрашивали. Аура была явно эпилептической. Цвет ее был зеленовато-серый, и, когда мальчик стоял лицом к наблюдателю, справа от головы внешняя аура имела шесть дюймов, а внутренняя три, тогда как слева — соответственно четыре и два. Когда он заложил руки за шею, внешняя аура справа от туловища имела четыре дюйма, сужаясь ниже примерно на полдюйма, а внутренняя была примерно на полдюйма уже внешней.

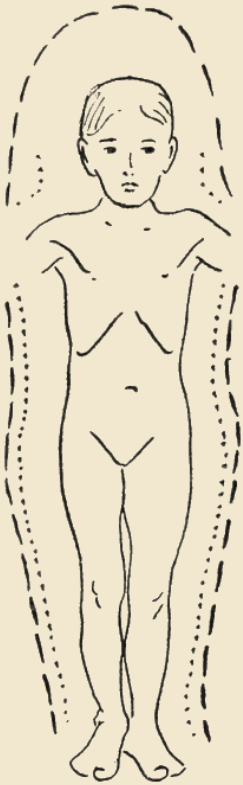


Рис. 18. Эпилептическая аура у мальчика. Вид спереди.



Рис. 19. Эпилептическая аура у мальчика, стоящего боком. Необычная для мужского пола выпуклость сзади.

Слева внешняя аура у туловища была шириной лишь в три дюйма, а внутренняя — неполных два с половиной, у ног же на полдюйма меньше. Когда мальчик повернулся боком, по всему переду внутренняя аура имела около двух с половиной дюймов, а внешняя немного больше. Сзади внутренняя аура была такой же, но внешняя выпячивалась на пояснице примерно на шесть дюймов, а в остальных местах имела всего три дюйма.

Стоит отметить, что такой выступ ауры сзади у мужского пола крайне редок. Синяя полоса дополнительного цвета была ровного

цвета по всему телу, но ее продолжение справа от головы было светлее, чем слева. Как ни странно, в полосе за пределами тела, особенно слева, была примесь коричневого. Продолжения полосы по бокам туловища были очень сходны, только коричневый цвет был выражен не так отчетливо. Впоследствии отец сказал, что мальчик лечится от «малых припадков» и что тяжелого приступа у него не бывало ни разу.

Ауры остальных эпилептиков так сходны в существенных чертах, что описывать их подробно нет смысла. Стоит, пожалуй, лишь упомянуть, что все ауры были серыми, а у одного-двух был очень слабый синий оттенок. Ни в одном случае полоса дополнительного цвета не показала изменений, которые можно было бы считать типичными для этой болезни.

Лишь в одном случае у пациента, у которого, как говорят, никогда не бывало припадков, обе ауры оказались с одной стороны тела меньше, чем с другой. Сами мы считали его эпилептиком еще до того, как научились видеть ауру, и держимся этого мнения до сих пор.

Случай 18

I. X., сапожник по ремеслу, пятидесяти восьми лет, отец пациентов из случаев 15 и 16. Его отец и дядя оба содержались в лечебнице для душевнобольных, дядя — до самой смерти. Пациент постоянно страшится той же участи. На него внезапно и без всякой причины находит сильная подавленность. Эти приступы подавленности длятся по нескольку часов или дней, а изредка и недель. Однако заниматься своим ремеслом они ему не мешают. Кроме того, с ним бывают нервные приступы, дрожь, страх и т. п. Его ауру осматривали в марте 1910 года. Цвет был серый, строение грубое, особенно у внутренней ауры слева. Когда

он стоял лицом к наблюдателю, вокруг головы справа внешняя аура имела семь дюймов, а внутренняя — два с половиной, тогда как слева — соответственно пять и два дюйма. Слева от туловища внешняя аура была шириной в два с половиной дюйма, а внутренняя — в два. До осмотра мы не имели ни малейшего представления, какую форму примет аура, но после наблюдения, думается, можно заключить, что некоторые приступы были, должно быть, скрытой эпилепсией.

Уменьшение всей внешней ауры с одной стороны встречается не только у эпилептиков, но ни в одном случае без эпилепсии не было найдено суженной внутренней ауры, если не считать приведенного выше весьма сомнительного случая.

Случай 19

Это очень интересный случай. N. D. в апреле 1907 года, когда ей было двадцать два года, переутомилась в школе: весь день преподавала и в то же время готовилась к экзамену. Спала она очень мало, так как ложилась только под утро, а вставать приходилось рано. На пасхальные каникулы она уехала домой, чувствуя себя нездоровой, и через два дня у нее поднялась высокая температура — это было начало менингита, затронувшего обе стороны мозга. Она была так больна, что сиделка решила, будто она скончалась; однако телесно она поправилась, но два года была душевно другим человеком. Прежде бескорыстная, довольно прилежная к учению и послушная доводам рассудка, она стала упрямой, себялюбивой и неспособной сосредоточиться.

Быть может, интересно отметить, что во время болезни у нее был хорошо выражен симптом Кернига; в слабой степени он держался полтора года, но через шесть месяцев после этого

обнаружить его уже не удавалось. В сентябре 1908 года осмотрели ее ауру. Аура была синеватого цвета, хорошо выражена и, когда пациентка стояла лицом к наблюдателю, была гораздо шире слева, чем справа. Синяя полоса дополнительного цвета была ровной по всему телу, но правые ее продолжения были гораздо темнее левых.

Июнь 1909 года. Телесное здоровье у нее было хорошее, а умственные силы значительно окрепли.

Преподавать она бросила и занимается вместо этого домашним хозяйством. Читает довольно много, но не серьезные книги. В ноябре 1909 года ее осмотрели снова. Аура сохраняла тот же характер, но неравенство уменьшилось. Эфирный двойник был ясно виден с обеих сторон, шириной немногим больше одной восьмой дюйма. Когда пациентка стояла лицом к наблюдателю, внешняя аура вокруг головы имела пять дюймов справа, против семи слева. По бокам туловища внешняя аура была семь дюймов справа и восемь слева. У бедер и голеней разница была очень невелика, ширина около четырех дюймов. Внутренняя аура имела около трех дюймов и была одинакова с обеих сторон. Когда пациентка повернулась боком, ширина спереди была около трех с половиной дюймов, а сзади — четыре с половиной, внутренняя же аура спереди и сзади имела почти два с половиной дюйма. Важно отметить, что внутренняя аура была *одинакова с обеих сторон*. Было ли так вскоре после болезни, остается, конечно, неизвестным. Этот случай показывает, что от тяжелой, но преходящей болезни аура может сузиться на большом протяжении и что возможно восстановление. Здесь мы видим выздоровление и ума, и ауры, причем первое предшествует второму.

Случай 20

B. T., незамужняя женщина тридцати семи лет, — еще один пример неравенства внешней ауры с двух сторон, тогда как внутренняя осталась неизменной. Телесно она здорова, если не считать небольшой экземы на лице. В последнее время она стала странной, крайне расточительной, заказывает в магазинах товары не по средствам матери. Вместе с тем рассудок ее никогда не был расстроен настолько, чтобы ее следовало взять под надзор, хотя для родных она стала тяжким испытанием. В сентябре 1908 года ее ауру осмотрели впервые, и оказалось, что слева она на два дюйма уже, чем справа. Так как это был один из наших самых ранних случаев, отличить внутреннюю ауру от внешней мы не смогли. В ноябре 1909 года ее осмотрели вторично. Умственное состояние оставалось точно таким же. Внутренняя аура, насколько можно было установить, была ровной по всему телу, шириной около двух с половиной дюймов. Когда пациентка стояла лицом к наблюдателю, аура справа от головы и туловища имела около десяти дюймов, а слева — не больше восьми. Она постепенно сужалась примерно до пяти дюймов у ног и здесь была симметрична с обеих сторон. Дальний край внешней ауры отстоял спереди примерно на три дюйма, а сзади — на семь. Синяя полоса дополнительного цвета поперек подложечной области была тусклой, скорее ультрамариновой, чем синей. Правое продолжение полосы было светлее левого.

Случай 21 (рис. 20 и 21)

N. U., дама тридцати четырех лет, никогда не отличавшаяся крепостью, но и никогда не болевшая ничем тяжелым. Недавно она пережила очень трудное время, которое подорвало ее здоровье: она подавлена и совершенно обессилена. Жалуется на

боли в левой половине головы, в плечах и в грудной клетке. При обследовании большой затылочный нерв оказался очень болезненным; болезненность была также слева вдоль позвоночника вниз до самого нижнего грудного позвонка. Особенно выражена она была в местах выхода нервов, а также в обычных соответствующих точках на груди и животе. Ее осматривали в июне 1908 года. Когда она стояла лицом к наблюдателю, было заметно, что аура у нее гораздо шире справа, чем слева: у туловища разница достигала почти трех дюймов, но сбоку от головы была не так велика. Когда пациентка повернулась боком, аура не показала никаких отличий от того, чего можно ожидать при здоровье. Синяя полоса дополнительного цвета над левой половиной грудной клетки была гораздо светлее, чем над правой. Границей служила срединная линия тела, но переход от одной стороны к другой был постепенным. Желтая полоса дополнительного цвета изменилась соответственно. Перед животом оттенок был ровным повсюду. Когда осматривали спину, левая сторона оказалась светлее правой, и границей служили остистые отростки позвонков. В ноябре 1909 года ее осмотрели снова, так как здоровье ее было сносным. Когда она стояла лицом к наблюдателю, оказалось, что внутренняя аура сбоку от головы и туловища имеет около трех дюймов, а повсюду в других местах — лишь немногим больше двух. Внешняя аура была одинакова с обеих сторон: одиннадцать дюймов вокруг головы, десять по бокам туловища и пять у ног. Когда пациентка повернулась боком, внешняя аура спереди от тела имела пять дюймов, на пояснице — семь, а ниже, вдоль конечностей, — четыре. Хотя внешняя аура была одинаковой ширины с обеих сторон, в ней было любопытное различие: наружный край справа был очерчен резче, чем слева, и

это с первого взгляда производило впечатление сужения. Об этом состоянии будет сказано ниже.

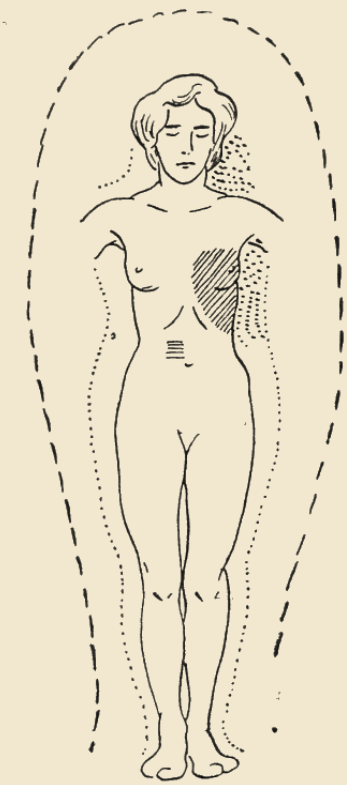


Рис. 20. Зернистая аура у головы и туловища женщины. Вид спереди. Светлое пятно над левой грудью и нижней частью грудной клетки. Небольшое более темное пятнышко возле пупка.

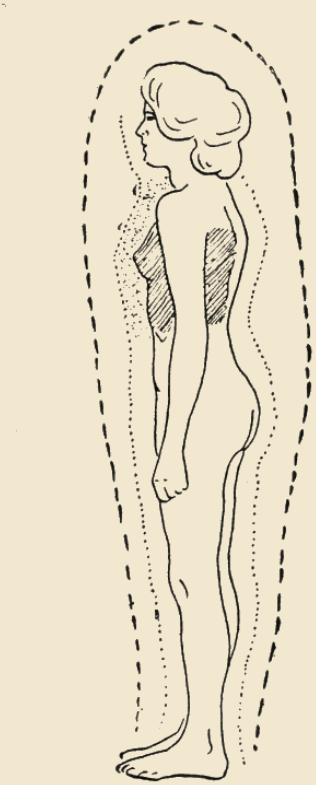


Рис. 21. Зернистая аура у головы и туловища женщины, стоящей боком.

Кроме изменения формы, можно было различить и другие перемены. Внутренняя аура слева от головы и грудной клетки, вниз до самых нижних ребер, была зернистой (мелкозернистой) и не такой прозрачной, как справа. Ниже этого уровня разницы между сторонами не было. Синяя полоса дополнительного цвета показала спереди слева большое пятно, светлее, чем справа. Оно захватывало всю грудь и грудную клетку под нею. Границы были отчетливы и резки: верхней служил край груди, внутренней — срединная линия грудины, а нижняя шла параллельно реберным хрящам, лишь примерно на полдюйма выше их нижнего края. На

животе полоса была ровной, кроме темного пятна над правым подреберьем, лежавшего немного выше уровня пупка. Пациентка жаловалась на боль в этом месте, но боль была совершенно поверхностной. На спине полоса была ровного цвета повсюду, за исключением двух небольших пятен: одно, светлее остальной полосы, находилось чуть ниже ости лопатки, другое, темнее, — над крестцом. Первое место было болезненным при прикосновении. Совершенно неожиданно продолжения полосы дополнительного цвета оказались одинаковыми по оттенку.

Здесь встает важнейший вопрос: может ли у здоровых людей аура быть неодинаковой с двух сторон? Или, пожалуй, лучше спросить так: «Если аура несимметрична, может ли человек, хотя он с виду и здоров, быть здоровым в действительности, или же в нем действует какое-то местное расстройство или врожденный изъян?» К сожалению, ответить на этот вопрос мы не в состоянии, так как у нас недостаточно данных для определенного вывода: до сих пор мы видели лишь два случая, подходящих под этот разряд. Другие тщательно искали, и потому мы думаем, что такая особенность, должно быть, очень редка. Надо помнить, что небольшую разницу в величине ауры с двух сторон очень трудно различить у мужчин и у девочек до наступления зрелости, а обнаружить ее еще труднее, если, как иногда бывает, очертание ауры с одной стороны менее отчетливо, чем с другой. Поэтому для такого исследования мы почти ограничены наблюдениями над женщинами. В каждом из двух приведенных примеров пациентка обладала способностями безусловно средними, если не выше обычного. Ни у той, ни у другой не было никакого телесного недостатка, который вызывал бы неравенство: обе были хорошо сложенные женщины правильного телосложения. Здоровье у каждой всю жизнь было хорошим, так как обычных недугов они

почти совершенно избежали. У одной из них аура на суженной стороне не имела такого резко очерченного края, как на той стороне, где она была нормальной; но, даже сделав на это всевозможную поправку, нельзя было ни малейшим образом сомневаться в неравенстве. Итак, в этих двух случаях нарушение симметрии ауры не имеет никакого значения.

Случай 22

K. N., высокая здоровая женщина двадцати девяти лет; единственной серьезной болезнью у нее была язва желудка несколько лет назад. Ее осматривали в сентябре 1908 года. Когда она стояла лицом к наблюдателю, аура была видна как светло-голубой туман, широкий у головы и у боков туловища; он спускался до середины бедер и лишь там окончательно сужался, а дальше шел по очертаниям тела. По какой-то необъяснимой причине справа аура была гораздо шире: около двенадцати дюймов в самом широком месте и три — в самом узком. Слева она в самом широком месте не превышала девяти дюймов. Когда женщина встала боком, аура перед телом имела почти пять дюймов в ширину, а вдоль ног — около трех. Сзади она спускалась широкой до середины бедер и лишь там начинала сужаться.

Случай 23

E. E., молодая девушка почти двадцати лет, здоровая, если не считать небольшой кистозной опухоли левой груди. Она сильная и никогда ничем не болела. Наследственность в ее семье, однако, далеко не безупречна. Старшая сестра несколько нервна, у третьей сестры было три припадка, а умственные способности брата ниже средних. Девушку осматривали в декабре 1909 года, и, когда она стояла лицом к наблюдателю, внешняя аура справа от

головы и туловища простиралась на десять дюймов, а слева была уже на целый дюйм. Вдоль бедер и голеней справа она имела четыре дюйма в ширину, слева — три с половиной. Когда девушка повернулась боком, аура перед туловищем была шириной четыре дюйма, у поясницы — шесть, а вдоль ног — около четырех дюймов. Внутренняя аура по всему телу имела три дюйма, но исчерченность в ней разглядеть было нелегко. Когда девушка повернулась вполоборота влево, место опухоли стало заметно потому, что внутренняя аура над ним была плотнее и зернистее. Вместе с тем здесь она походила на маленький луч, так как была исчерчена полосками, но за край ауры этот луч не выходил. С синей полосой дополнительного цвета цвет был ровным по всему телу, кроме места опухоли, где полоса давала светлое пятно. Кроме того, над лобком она была немного темнее из-за наступавших месячных. Желтая полоса дополнительного цвета показала прямо над опухолью темное пятно.

Рассмотрев несимметричность всей ауры или большей ее части по обе стороны тела, перейдем к следующему вопросу — к изменениям ауры, когда они чисто местные. В пяти случаях наблюдалось уменьшение, но ни разу не было никаких признаков увеличения. К сожалению, четырех из этих пациентов мы видели еще до того, как научились различать внешнюю и внутреннюю ауры. Однако некоторые явления можно объяснить тем, что мы узнали позже.

Случай 24 (рис. 22)

Н. Н., мальчик десяти лет, уже пять или шесть дней болел опоясывающим лишаем, когда нам представилась возможность его осмотреть. Поражена была правая поясничная область на передней стороне живота, и несколько пятен было на боку. Сыпь

дошла до стадии подсыхания. Аура у мальчика была отчетливо видна: когда он стоял лицом к наблюдателю, она имела шесть дюймов вокруг головы и два с половиной у боков тела. Для мальчика его возраста она была вполне обычной, за исключением участка на правой стороне от уровня грудино-мечевидного сочленения до гребня подвздошной кости. От только что названного верхнего уровня аура загибалась внутрь и достигала тела на высоте двенадцатого ребра. Отсюда она начинала загибаться наружу и у гребня подвздошной кости вновь достигала полной ширины. Получалось нечто похожее на воронкообразное пространство, совершенно лишенное ауры. Острие этого пространства, казалось, касалось тела, а соседние участки ауры ничуть не изменились ни по строению, ни по цвету. При осмотре с синей полосой дополнительного цвета, расположенной поперек, правая половина тела оказалась темнее левой; кроме того, левое продолжение полосы было соответственно светлее правого. Когда полосу дополнительного цвета применили на спине, цвет был обычным выше остистого отростка одиннадцатого грудного позвонка, а ниже становился темнее, причем переход от одного оттенка к другому был резким. Все следы пустого пространства исчезали, стоило мальчику стать в любое положение, кроме как лицом к наблюдателю. Когда он повернулся боком, аура и сзади, и спереди была совершенно обычной.

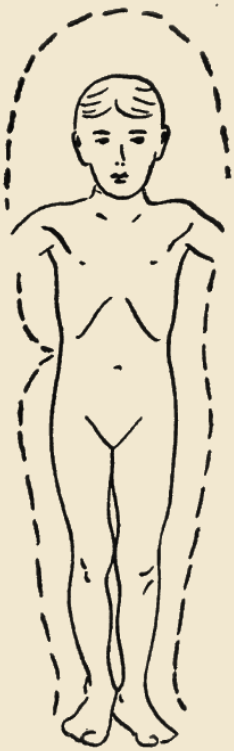


Рис. 22. Аура мальчика с коническим разрывом на правой стороне.

Случай 25

Через десять дней после осмотра предыдущего больного нам посчастливилось, благодаря любезности доктора Меррика, осмотреть еще один случай опоясывающего лишая. Это тоже был мальчик того же возраста, но сыпь была в более ранней стадии: она появилась за три дня до осмотра. Сыпь располагалась главным образом на нижней части грудной клетки спереди. Когда мальчик стоял лицом к наблюдателю, аура на всей левой стороне тела была совершенно обычной: около двух дюймов в ширину, а

вокруг головы — около шести. Справа, немного ниже подмышечной впадины, аура начинала загибаться внутрь, пока на уровне шестого ребра ее край, по-видимому, не соприкоснулся с телом. Немного выше гребня подвздошной кости аура начинала загибаться внутрь и вверх, пока ее край, казалось, не коснулся тела на полдюйма ниже верхнего изгиба, так что оставалось пространство вовсе без ауры. Прежде чем осмотр удалось закончить, у краев изгибов внезапно появились два ложных луча — один на верхнем, другой на нижнем. Они размыли края изгибов, так как были ярче и грубее окружающей ауры. Как только мальчик повернулся боком, от необычного пространства не осталось и следа. При поперечном расположении синей полосы дополнительного цвета правое ее продолжение оказалось темнее левого. Больше ничего наблюдать не удалось, так как мать мальчика торопилась на другую встречу.

В этом случае более яркие и плотные ложные лучи у краев щели, очевидно, были сходны с той зернистостью, какую часто видят во внутренней ауре, и, скорее всего, за ее пределы не выходили. Перерыв этой ауры был явным, и крайне вероятно, что и внешняя аура была затронута так же.

Случай 26

Это чрезвычайно интересный случай маленькой девочки N. H. семи лет, которая в мае 1908 года пожаловалась на боль в правом бедре; у нее определили самую раннюю стадию туберкулеза тазобедренного сустава. Глазная туберкулиновая проба Кальметта дала отчетливую реакцию. Как можно скорее девочку отправили в детскую больницу, где она пролежала до января 1909 года, а после выписки ее послали в дом для выздоравливающих. В феврале, через день или два после ее возвращения домой, мы ее

увидели. Выглядела она превосходно, болей не было, тазобедренный сустав двигался полностью. Аура у нее была довольно развитая, серовато-голубого цвета, около двух дюймов в ширину. Она была видна по всему телу, как и следовало ожидать у любой девочки ее возраста, за одним исключением: когда девочка стояла лицом к наблюдателю, у правого большого вертела в ауре был полный разрыв длиной два дюйма. Он был так ясно виден и так отчетливо выражен, что мать девочки сразу его заметила. Края ауры здесь не загибались внутрь, как в двух предыдущих случаях, а были совершенно прямыми, словно кусок ауры выпилили. Это пространство было видно, лишь когда девочка стояла лицом к наблюдателю, и становилось совершенно невидимым, когда она поворачивалась боком. Синяя полоса дополнительного цвета была ровной по всему телу, но если девочка стояла боком, над пустым пространством появлялось светлое пятно. К сожалению, семья ее переехала в Шотландию, и осмотреть девочку снова не удалось.

Недавно мы видели еще один очень интересный случай, в котором аура своеобразно изменилась под светлым карминовым экраном — совсем не так, как когда-либо наблюдалось прежде.

Случай 27

F. D., незамужняя женщина тридцати лет, у которой все признаки язвы двенадцатиперстной кишки, осмотрена в августе 1910 года. Когда она стояла лицом к наблюдателю, аура простиралась около девяти дюймов вокруг головы и туловища и постепенно сужалась к коленям, откуда спускалась дальше уже без изменений. Внутренняя аура шириной два с половиной дюйма была так отчетлива, что ее можно было видеть без помощи особого экрана. От шестого до десятого реберного хряща слева

она выглядела крупнозернистой и очень отчетливой. Эта зернистость распространялась и на переднюю сторону тела, что было видно, когда женщина постепенно поворачивалась боком. В этом положении ничего необычного в аурах ни спереди, ни сзади не было. При осмотре сквозь светлый карминовый экран *B*, когда женщина стояла лицом к наблюдателю, внутренняя аура от седьмого до девятого реберного хряща исчезала полностью и на черном фоне выглядела как прозрачное черное пустое пространство с зернистыми верхним и нижним краями; внешняя же аура казалась неизменной: ближний ее край был резким и находился на том же расстоянии от тела, что и дальний край внутренней ауры выше и ниже этого места. С темным карминовым экраном *A* вся внешняя аура затемнялась, и во внутренней оставался разрыв. Полоса дополнительного цвета показала на спине, слева от позвоночника, примерно на уровне третьего грудного позвонка, узкую полоску более светлого оттенка, чем остальная полоса. Спереди было небольшое темное пятно над серединой, заходившее немного больше вправо, чем влево. Справа от средней линии тела полоса была темнее, но оттенки переходили друг в друга так медленно, что никаких границ установить было нельзя.

Этот случай почти доказывает, что две ауры порождаются разными силами.

В приведенных случаях мы имеем примеры пространств, лишенных всякой ауры. Такое пространство можно увидеть лишь при благоприятных условиях и в разрезе. До сих пор ни одно из них не удавалось заметить иначе как у боков туловища. Причина этого вполне очевидна: аура здесь не так глубока, как спереди или сзади тела, когда пациент стоит боком. Толщина ауры спереди, или сзади, или с обеих сторон скроет все следы таких пустот, не

говоря уже о каких-либо изменениях плотности. Точно так же сделает их невидимыми и увеличение плотности или непрозрачности ауры. Подходящий фон — условие безусловно необходимое, чтобы их заметить, и лучший фон для этой цели — глухой черный; светлые совершенно бесполезны. Взвесив все, можно сказать, что на каждое замеченное пространство такого рода, весьма вероятно, приходится еще некоторое число невидимых.

В главе III было показано, что аурические силы исходят от тела по прямым линиям под прямым углом к нему. Если по какой-либо причине ограниченный участок так или иначе расстроен и аурическая сила от него не исходит, а вокруг этого пораженного участка здоровая часть испускает ауральную силу обычным образом, то образуется цилиндрическое пустое пространство, длинная ось которого стоит под прямым углом к телу. Очень часто расстроенный участок отделен от здоровой части тела не резкой чертой, а более или менее пораженной зоной, где сила тем больше, чем дальше от больного места, то есть возрастает от нуля, пока не достигнет своей обычной величины. Следствием такого состояния будет пространство конической формы, тем менее пустое, чем больше оно расширяется. Из-за такого своеобразного строения заметить это пространство гораздо труднее, если только оно не занимает большой площади, как в случае 25. Действие таких пространств на полосу дополнительного цвета уже было описано выше.

В связи с этими примерами недавно был осмотрен еще один (случай 28), чрезвычайно интересный и до сих пор единственный в своем роде. Это случай опоясывающего лишая, при котором поражена была столь большая поверхность, что крайне маловероятным казалось полное отсутствие ауры над всей

областью сыпи. Мы были готовы найти что-то необычное, но какой вид или какую форму примет это необычное, предположить никак не могли. К сожалению, аура пациента была выражена неважно и по величине едва доходила до средней, хотя видна была легко. Когда он отводил руку, аура рядом с сыпью принимала поразительный вид: под рукой и у туловища она казалась ноздреватой, словно соты, от множества пустот. Поначалу это явление трудно было объяснить, но трудность исчезла, когда мы вспомнили, что линии аурических сил идут под прямым углом к телу и что в этом случае одни из них исходили от туловища, другие от руки, третьи из подмышечной впадины — все под разными углами, так что они постоянно пересекались в пустом пространстве и создавали видимость ячеек. Это впечатление усиливалось еще и более или менее здоровой аурой спереди и сзади от пораженного участка.

Случай 28

F. F., двадцати двух лет, сапожник. Мальчиком лет семи болел воспалением тазобедренного сустава и годами страдал от нарывов, вызванных омертвевшими кусочками кости. Его несколько раз оперировали, но последние пять лет он пользуется очень хорошим здоровьем и долгое время ничем не болел, пока на прошлой неделе не заметил сыпь на груди, а за ней высыпание в подмышечной впадине и на внутренней стороне плеча; было и еще одно пятно на спине. При осмотре прямо под правой ключицей обнаружилось пятно лишайной сыпи около полутора дюймов в поперечнике. Вся правая подмышечная впадина и три четверти внутренней поверхности плеча, а также еще одно небольшое место на спине, у позвоночника на уровне третьего грудного позвонка, были покрыты сыпью. Пузыри были очень

крупные, некоторые длиной добрых полдюйма. Ошибки быть не могло: это был опоясывающий лишай в тяжелой форме. При осмотре оказалось, что аура у него серо-голубая и прозрачностью ниже средней. Когда он стоял лицом к наблюдателю, слева она была совершенно обычной: внешняя аура имела три дюйма в ширину, внутренняя — два с половиной. Спереди и сзади она ничем не отличалась от того, что находят у здоровых, и имела ту же ширину, что только что названа. Перед сыпью никаких изменений не было видно, по-видимому, оттого, что здоровая часть ауры заслоняла больную. Когда он снова встал лицом к наблюдателю, аура вокруг головы была обычной, но как только он поднял руки, вид ее прямо под правой рукой и немного ниже по туловищу оказался очень своеобразным. Она была зернистой, но не так отчетливо, как обычно, когда аура принимает такой вид. На черном фоне она походила на дымку, изрытую, словно соты, темными дырами. Это впечатление чрезвычайно трудно описать, а ослабление зернистой части ауры, очевидно, происходило от потери вещества. Кроме того, внешняя и внутренняя ауры, по-видимому, полностью слились, так как не удавалось заметить ни малейшего признака их разделения. Ниже этого расстроенного участка аура, казалось, на небольшом протяжении вернулась в свое обычное состояние. Против подвздошной кости, от уровня ее гребня вниз примерно на пять дюймов, аура показывала очень похожее состояние, только выраженное слабее. Это место приходилось над суставом, который был поражен прежде.

Случай 29 (рис. 23)

D., незамужняя женщина сорока семи лет. Занимается домашним хозяйством. Сейчас у нее климактерический период. Многие годы она страдает приступами несварения. В последние

несколько месяцев у нее сильные неприятные ощущения и частые боли после еды: они начинаются примерно через полтора часа после нее и длятся еще полтора часа, а иногда и дольше. Обычно бывает сильное вздутие и, как правило, запор. Желудок расширен. Впервые ее осмотрели в конце июля 1908 года. Слева аура шла от головы вниз обычным для женщины образом, доходила до середины бедра и лишь затем окончательно сужалась до наименьшей ширины. В самом широком месте она имела около семи дюймов. Справа она была своеобразной. Вокруг головы она была такой же, как слева. Дойдя до уровня сосков, где ширина ее была около шести с половиной дюймов, аура внезапно загибалась внутрь до места чуть выше уровня пупка, где имела в ширину лишь около полутора дюймов. Отсюда вниз она сохраняла ту же ширину. Когда женщина стояла боком, ничего своеобразного в ауре ни спереди, ни сзади не было. При поперечном расположении синей полосы дополнительного цвета над правым подреберьем появлялось темное четырехугольное пятно. Оно начиналось от средней линии тела и доходило до края тела; верхний его край был на уровне мечевидного отростка. Это место было на несколько тонов темнее остальной полосы дополнительного цвета, и границы его были резко очерчены. При ощупывании печень оказалась болезненной, а одно место, на два дюйма выше пупка и на два дюйма вправо от средней линии, было крайне чувствительно к глубокому надавливанию. Подозревали злокачественную опухоль, но обнаружить ее не удалось. Тем не менее под влиянием лечения пациентке стало гораздо лучше.

В октябре 1908 года ее осмотрели еще раз. Аура не изменилась, кроме правой стороны. Здесь она загибалась внутрь не так далеко и начинала расширяться, прежде чем сузиться окончательно. Окончательное сужение происходило на том же уровне, что и

слева, а именно около середины бедра. Через шесть месяцев внутренний изгиб ауры справа все еще был ясно виден, но стал значительно меньше; в остальном никаких изменений не было.

Так как аура, по-видимому, постепенно возвращалась к своей естественной форме, ее осмотрели снова в октябре 1909 года. Около шести недель пациентка опять страдала несварением, три недели лечилась, и ей стало гораздо лучше. Форма ауры, когда женщина стояла лицом к наблюдателю, стала совершенно одинаковой по обе стороны тела, но пораженный участок выглядел совсем не так, как любая другая часть. Измененная часть ауры начиналась примерно на уровне мечевидного отростка и доходила почти до гребня подвздошной кости. Если смотреть без экрана или сквозь светлый экран, аура в этом месте казалась тусклой, грубой по строению и не такой голубой, как на здоровой части. Сверху и снизу ее ограничивали полоски более светлого оттенка, шедшие прямо от тела. От обычных лучей они отличались своей непрозрачностью. Сквозь темный карминовый экран внутренняя аура была видна вокруг всего тела шириной два дюйма. Она была довольно хорошо линейчатой, а эфирный двойник отчетливо выделялся темным промежутком шириной в одну восьмую дюйма. На пораженном участке внутренняя аура была уже, лишена исчерченности и крупнозерниста. Это показывало, что аура, вернув себе форму, еще не обрела своего должного строения. С синей полосой дополнительного цвета четырехугольное пятно в области подреберья все еще было темнее остальной полосы, но разница была невелика. Продолжение полосы на правой стороне по-прежнему оставалось темнее левого продолжения, но и здесь оттенки стали ровнее. Рис. 23 показывает, как форма ауры постепенно улучшалась от осмотра к осмотру.

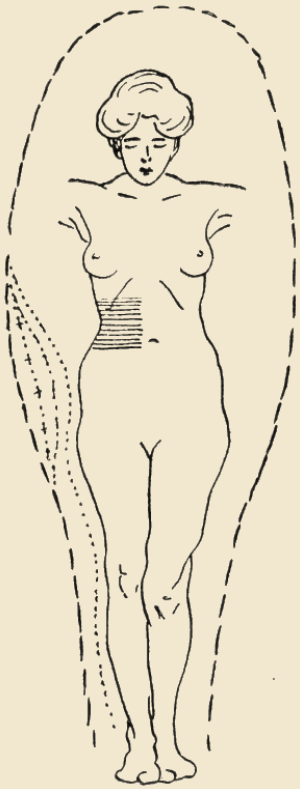


Рис. 23. Неправильная форма ауры с постепенным выздоровлением. Темное пятно на правой стороне.

Через несколько месяцев эту пациентку осмотрели опять, так как здоровье ее было удовлетворительным. Аура по всему телу была естественной величины и одинаковой с обеих сторон. Однако справа она еще не вполне вернула себе должное строение. Здесь она была грубой и непрозрачной и начинала становиться исчерченной, но линии были совсем не похожи на здоровые. Верхней и нижней границами нездоровой ауры служили соответственно уровень грудино-мечевидного сочленения и гребень подвздошной кости, и эти границы были видны яснее,

чем остальная часть этого участка. С синей полосой дополнительного цвета большое пятно на животе все еще было заметно, но не так отчетливо, как прежде. Оно продолжалось и на спину. Как только применили полосу дополнительного цвета, на левой стороне, частью в поясничной, частью в подвздошной области, заметили хорошо выраженное темное пятно с неопределенными краями. Пациентка сказала, что накануне у нее была боль в этом самом месте, и при ощупывании оно оказалось болезненным.

До сих пор изменения формы ауры рассматривались лишь тогда, когда пациент стоит лицом к наблюдателю, что позволяет сравнивать две стороны, которые должны быть одинаковой ширины и совершенно симметричны. Когда есть какая-нибудь неправильность, аура на здоровой стороне служит хорошим образцом для измерений. Если же пациента поставить так, чтобы можно было исследовать ауру спереди и сзади, возникает большая трудность, потому что естественного образца для оценки какого-либо увеличения или уменьшения размеров нет. Поэтому приходится делать поправку на большие различия, встречающиеся у здоровых, и в значительной мере полагаться на опыт, мысленно сравнивая осматриваемую ауру с аурой, заведомо здоровой. Вообще говоря, больших затруднений не встретится с аурами мужчин и девочек до наступления зрелости, так как у них аура по всему телу одинакова. С женщинами и девушками от четырнадцати лет дело сложнее, и образец становится необходим. Лучший образец, какой мы смогли придумать, хотя и против него можно сделать много возражений, — взять какое-нибудь отношение, приняв за единицу самую широкую часть ауры у бока туловища; тогда при сравнении ширины ауры спереди или сзади с шириной сбоку получится дробь. У здоровых взрослых женщин

для ауры перед телом эта величина редко превышает две трети, и ни разу мы не видели ее даже равной половине. Аура у спины, если у женщины нет склонности к неврозу, редко достигает двух третей ауры у бока туловища; во всяком случае, всякая бóльшая величина болезненна. У девушек с переходной аурой трудность неизмеримо возрастает, и приходится делать особую поправку соответственно тому, насколько продвинулось развитие ауры. До сих пор мы ни разу не видели уменьшения ауры сзади или спереди (такого, которое можно было бы распознать как уменьшение), но ожидаем, что в любое время сможем наблюдать и такое изменение.

Почти без исключения внешняя аура не показывает заметного увеличения сзади — ни на всем протяжении, ни на большом участке, — разве только пациент склонен к неврозу. Обратное отнюдь не верно, потому что у довольно многих людей со склонностью к неврозу никакого увеличения ауры у спины обнаружено не было.

Различают две главные разновидности увеличения ауры у спины, и хотя такое деление может показаться искусственным, оно отвечает совершенно разным случаям. Первая разновидность — когда аура спускается от головы и широка сзади, а полностью сужается не раньше, чем дойдет по меньшей мере до нижней половины бедер; при второй разновидности аура начинает расширяться ниже плеч, становится всего шире в поясничной области и круто загибается внутрь немного ниже ягодиц. Следует хорошо понимать, что это увеличение берется по отношению к ширине ауры у боков туловища и что отношение здесь больше двух третей. Примерно в дюжине осмотренных нами случаев истерии у женщин и девушек все без исключения показали своеобразную форму ауры второй разновидности; эта

разновидность, по-видимому, почти, если не полностью, присуща только такому складу нервной системы, и потому ее можно считать особым признаком истерической ауры. Ауры первой разновидности, несомненно, встречаются реже второй и могут быть при нескольких различных недугах. Примеров у нас лишь немного.

1. В., замужняя женщина сорока двух лет, у которой шестнадцать лет назад удалили оба яичника, была осмотрена в 1908 году. Когда она стояла лицом к наблюдателю, аура по бокам имела семь с половиной дюймов в ширину, а когда женщина повернулась боком, она оказалась тоже семь с половиной дюймов сзади и четыре дюйма спереди. Никакой склонности к неврозу у нее не было.

2. Женщина двадцати девяти лет (мимоходом упомянутая в случае 15), из очень нервной семьи, но сама, по-видимому, ничуть не нервная. При осмотре ее ауры оказалось, что у боков туловища она имела семь дюймов в ширину, у спины — шесть, спереди — четыре дюйма.

3. У девушки, страдающей эпилепсией, у которой три года не было припадков, аура сбоку составляла десять дюймов, сзади — семь, спереди — четыре.

4. См. случай 21.

5. Это девушка почти девятнадцати лет, у которой месячные были лишь дважды. В развитии она отстает. Когда она стоит лицом к наблюдателю, аура по бокам имеет семь дюймов в ширину, а когда она поворачивается боком, видно, что сзади аура пять с половиной дюймов, а спереди — три. Впрочем, вероятно, в этом случае соотношение между разными частями лишь временное и станет обычным, когда девушка достигнет взрослого возраста.

Замечено, что почти у каждого пациента с необычно широкой аурой у спины широка и аура спереди.

Следующий шаг — изучение частичного увеличения ауры. Оно всегда бывает у беременных женщин, но лишь временно, и его следует считать чисто физиологическим. Более того, как будет видно далее, увеличение ауры перед животом и грудью составляет один из признаков беременности. Вне этого состояния частичное увеличение ауры, по-видимому, бывает нечасто: мы заметили лишь один ясно выраженный случай. Вид ауры был так необычаен, что мы подумали, не вкралась ли какая-то ошибка, и через несколько дней повторили осмотр — с тем же результатом.

Случай 30 (рис. 24)

Женщина пятидесяти восьми лет, довольно полная, подверженная приступам бронхита, но в промежутках между ними совсем не кашляющая, была осмотрена в марте 1909 года. Она страдала несварением, запорами и вздутием. Никакого органического поражения найти не удалось, и под влиянием лечения эти явления исчезли. Живот у нее сильно выдавался и, будучи жирным и вздутым, придавал ей вид беременной на шестом месяце. Аура у нее, когда она стояла лицом к наблюдателю, была серо-голубая; по бокам она имела в ширину около семи дюймов и сужалась до двух с половиной дюймов у нижней части бедер и вдоль голеней. Когда женщина повернулась боком, оказалось, что сзади аура имеет два с половиной дюйма на уровне плеч и столько же от середины вниз, а промежуточная часть выпячивалась примерно на шесть дюймов. Спереди вид ауры был еще необычнее: перед грудной клеткой она имела около двух дюймов в ширину, перед выдающимся животом внезапно расширялась до шести и примерно на уровне нижней части бедер

возвращалась к двум дюймам, после чего без изменений шла вниз вдоль ног. Объяснить эту удивительную ауру мы не в силах.

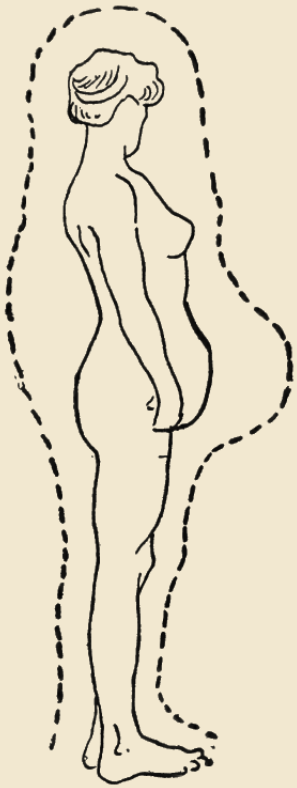


Рис. 24. Совершенно необычная форма ауры.

Как только две ауры удалось отличать друг от друга, мы ожидали, что каждая из них будет порой изменяться по величине и по веществу, и так оно и оказалось. Если взять сначала внутреннюю ауру, то выяснилось, что в большинстве случаев, когда наблюдалось изменение ее величины, оно сопровождалось и изменением строения, так что оба состояния придется рассматривать вместе; а раз так, удобно сделать несколько

предварительных замечаний о том, какие изменения строения может претерпевать внутренняя аура. Надо помнить, что здоровая внутренняя аура состоит из чрезвычайно тонкой зернистой дымки и как будто пронизана какой-то силой, придающей ей исчерченный вид. Эта аура очень мало меняется в ширине у разных частей тела, так что крайне вероятно, что она целиком порождается аурической силой № 1 (см. главу III), исходящей из тела и действующей на эфир. Сила эта, очевидно, очень постоянна по количеству и способна проявлять свою энергию лишь на коротком расстоянии. Природа ее неизвестна, но, скорее всего, она отлична от той, что порождает внешнюю ауру.

Всякий раз, когда есть какое-либо отклонение от здоровья, общее или местное, эта сила может расстроиться, и тогда аура изменится. Расстройство всегда вызывает изменение строения ауры, которое обычно можно заметить без экрана или сквозь светлый спектаураниновый экран, но, чтобы полностью разглядеть это изменение, безусловно необходимо взять темный карминовый экран. Самое раннее заметное болезненное изменение — утрата исчерченности. Даже если она исчезнет не совсем, то станет слабой и очень трудно различимой. Вместе с этой утратой линейчатости можно заметить, что чрезвычайно мелкие зерна, из которых аура состоит в здоровом состоянии, сменились другими — крупными и непрозрачными. По-видимому, каждое из этих крупных зерен образуется слиянием нескольких мелких. Величина этих зерен в разных случаях очень различна, но обычно преобладают зерна одной величины, и они придают пораженному участку особый вид. Их удобно подразделять, смотря по случаю, на мелкие, средние и крупные зерна. С появлением этих зерен всякое строение утрачивается. Сила,

порождающая ауру, обычно присутствует и сохраняет прежнюю величину, о чем говорит неизменная ширина ауры.

Когда зернистость уже появилась, может пройти много времени, прежде чем аура вернется в свое первоначальное состояние. Можно привести пример дамы, у которой такая особенность была видна через семь недель после того, как у нее была простуда шеи. Почти через пять месяцев после первого осмотра шеи ее осмотрели снова. При обычном способе осмотра от самой нижней части шеи кверху шло слабо заметное пятно. У основания это пятно имело около полутора дюймов в ширину и два в высоту. Дальний его край состоял из ряда острых выступов, каждый выше предыдущего, пока не достигался самый высокий; по другую сторону этой вершины край тем же порядком понижался. Сквозь светло-красный спектауранинового экран пятно казалось мелкозернистым, тогда как прежде было гораздо грубее. Когда применили полосы дополнительного цвета, синяя и зеленая были темнее справа, а желтая была одинаковой с обеих сторон.

Так как обнаружилось, что у здоровых людей внутренняя аура обычно обширнее, когда они крепки, чем когда они слабого сложения, то при неодинаковой ширине этой ауры с двух сторон крайне маловероятно, чтобы ненормальной была более широкая сторона. Впрочем, решить этот вопрос редко бывает трудно, так как какое-нибудь изменение вещества видно либо прямо, либо с помощью полосы дополнительного цвета. Окажется, что всякий раз, когда внутренняя аура сузилась, соответствующее изменение произошло и во внешней; обратное же неверно (см. случаи 20, 21). Достойно внимания, что всякий раз, когда наблюдалась суженная внутренняя аура, пациент страдал тяжелой болезнью.

Осмотр больных эпилепсией показывает, что внутренняя аура вдоль всей левой стороны сужена, тогда как справа сохраняет полную величину; но изменения на этом не кончаются: слева строение неизменно кажется грубым или даже зернистым, а исчерченность удается различить лишь с трудом, а в некоторых случаях ее нет вовсе. Это одностороннее уменьшение внутренней ауры больше говорит в пользу эпилепсии, чем сужение внешней ауры, которое гораздо заметнее и было открыто первым. Крайне вероятно, что уменьшение ауры в действительности начинается от средней линии, спереди и сзади. Однако способа проверить это предположение мы не нашли.

Случаи, когда внутренняя аура изменена местно, встречаются чаще, чем те, когда расстроена вся она или большая ее часть на одной стороне. Как и следовало ожидать, одни места поражаются чаще других. Одно из самых обычных мест, где находят измененную ауру, — на спине над нижней частью поясничной области и крестцом; положение его у разных женщин немного разнится, и сквозь темный карминовый экран оно показывает обычную зернистость. Когда встречается такое состояние, рассказ всегда один и тот же: пациентка во время месячных страдает болями или по меньшей мере сильными неприятными ощущениями в спине. Так как месячные повторяются через правильные короткие промежутки, аура часто не успевает вернуться в свое естественное состояние, прежде чем наступит новый приступ боли. Задолго до того, как мы научились различать изменение строения, мы заметили, что полоса дополнительного цвета очень часто давала в этом месте темное пятно, и сильно недоумевали, отчего оно возникает. Это темное пятно на полосе дополнительного цвета не бывает у девочек до наступления зрелости и у женщин, переживших

климактерический возраст, и исчезает во время беременности. В качестве еще одного доказательства: у только что упомянутой молодой дамы во время месячных никогда не было болей в этой области, и полоса дополнительного цвета не показала здесь ни малейшего изменения цвета. Зато у нее полоса дополнительного цвета показала небольшое светлое пятно около полутора дюймов в поперечнике над остистым отростком первого поясничного позвонка. На вопрос, нет ли у нее боли или болезненности в этом месте, она ответила, что последние две недели ни боли, ни болезненности не было, но прежде было много, а однажды боль была так остра, что ей пришлось лечь в постель. Это еще один пример того, как долго аура возвращается к обычному состоянию, после того как стала зернистой.

«Может ли внутренняя аура увеличиваться местно?» — на этот вопрос наблюдения над беременными женщинами ответили утвердительно, и в этих обстоятельствах изменение физиологическое. Происходит ли то же самое при болезненных состояниях — совсем другой вопрос, и решить его отнюдь не легко. Прежде всего, когда внутренняя аура стала зернистой, что видно сквозь темный карминовый экран, эта зернистая часть ауры часто бывает шире здоровой. Но происходит ли зернистость только во внутренней ауре или в этом изменении участвует и внешняя? Нужно принять во внимание и строение внешней ауры. В здоровом состоянии часть, лежащая сразу за внутренней аурой, имеет более крупные зерна, чем более далекие части. Зерна разной величины незаметно переходят одни в другие. Когда возникает какое-либо местное расстройство, зерна, прилегающие к внутренней ауре, по-видимому, затрагиваются так же, но не в той же степени. По мере того как расстраивается внутренняя аура, параллельно изменяется и внешняя, что часто можно установить

по переменам цвета полосы дополнительного цвета над этой частью ауры, сходным с теми, что происходят во внутренней; поэтому решить, не увеличилась ли одна из аур за счет другой, по-видимому, невозможно. К счастью, решение этого вопроса не имеет никакого практического значения.

Случай 30 очень интересен в связи с этой частью предмета, так как это пример явно увеличенной зернистой внутренней ауры. Увеличение легко было измерить, сравнивая с соседним исчерченным участком. Однако на предыдущий вопрос он не проливает никакого света, так как произошел при совсем иных обстоятельствах. Здесь было первоначально физиологическое увеличение, которое затем вследствие местного болезненного процесса стало болезненно зернистым.

Иногда аурические силы уменьшаются, что сопровождается местным сужением внутренней ауры, а при известных условиях аурическая сила может совсем прекратиться, и тогда в ауре образуется полный разрыв. Эти изменения описаны в другом месте.

Подводя итог, скажем, что внутренняя аура не изменяет сколько-нибудь сильно своей формы или величины; главные болезненные изменения проявляются в изменениях строения. Из приведенных случаев видно, что изменения формы и величины внешней ауры чаще и обширнее, тогда как изменения ее строения либо незначительны, либо так тонки, что почти неуловимы.

О цвете ауры можно сказать немного, так как подготовка глаз для механического способа видеть ауру не позволяет оценить сколько-нибудь большое разнообразие цветов. Цвета по большей части ограничиваются голубым и серым или их смесями в разных пропорциях. Оттенок ауры, по-видимому, отражает скорее склад характера и умственные силы, чем какие-либо временные

перемены телесного здоровья. Для разбора мы разделили цвета на три разряда. К первому относятся люди с голубыми аурами, ко второму — те, у кого аура голубая с большей или меньшей примесью серого, и, наконец, к третьему — те, у кого аура совершенно серая. Ниже приводится итог первых ста осмотренных случаев. Справедливости ради следует сказать, что доля здоровых людей здесь гораздо больше, чем среди тех, кого мы осматривали впоследствии.

1. Голубой ряд. Сорок случаев.
Ни одного человека ниже среднего по умственным силам, некоторые выше среднего.

2. Ряд голубых с большей или меньшей примесью серого. Тридцать шесть случаев, в том числе:
один случай гемиплегии;
двое больных эпилепсией;
один случай менингита — умственные силы, по-видимому, восстановились через три года.

3. Серый ряд. Семнадцать случаев, в том числе:
два человека со странностями;
шесть больных эпилепсией;
один случай прогрессивного паралича;
трое с ослабленными умственными способностями.

У остальных семи пациентов цвет ауры не был записан.

Эта таблица убедительно показывает, что обладатели голубых аур наиболее крепки умственно. Серая аура, по-видимому, указывает на недостаток умственных способностей, если он врожденный, но остается неясным, становится ли аура серой оттого, что умственные силы утрачены из-за болезни, хотя это вероятно.

Нужно добавить, что, когда говорится, что аура голубая и т. п., ярких цветов, как правило, видно не будет, потому что дымка слаба и почти бесцветна.

ГЛАВА VI. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЦВЕТА ПРИ БОЛЕЗНЯХ

✦

Теория полосы дополнительного цвета уже изложена в другой главе. Остается рассмотреть, как пользоваться этой полосой на деле — и в здоровье, и в болезни. Как и при большинстве других научных способов исследования, здесь требуется известная сноровка. Даже когда приемы и все действия освоены по уже данным указаниям, останется трудность — понять смысл и причину любых перемен в оттенках цвета на большом или малом участке тела. Совершенно необходимо научиться *быстро* замечать изменения тонов — не только ради того, чтобы сберечь время, но и для того, чтобы по возможности избежать чрезмерного напряжения зрения, а также потому, что цвет полосы непрерывно меняется и по оттенку, и по тону. Именно в этот промежуток видоизменения заметны яснее всего. Чтобы полностью разрешить различные вопросы, нужны долгий упорный труд и такое множество случаев, какое далеко превосходит наши силы и средства. Самое большее, на что мы можем надеяться, — немного помочь другим исследователям этого предмета.

Обычно не следует, если это вообще возможно, осматривать этим способом все тело в один прием, особенно когда применяются полосы дополнительного цвета нескольких цветов: глаза наблюдателя устают и перестают улавливать легкие различия в оттенках. По той же причине, если история болезни пациента до некоторой степени известна, можно раньше и

внимательнее заняться теми частями тела, которые вероятнее всего поражены. Кроме того, при исследовании формы и общих особенностей ауры нередко удается заметить отклонение, которое укажет, где находится то или иное расстройство. Нижеследующие замечания, если не оговорено иное, относятся, как и в предыдущих главах, к *синей* полосе дополнительного цвета.

Если направить полосу дополнительного цвета вертикально на грудь и живот здоровых мужчин и детей, цвет ее останется ровным по всей длине, если только нет какой-либо неравномерности в пигментации кожи. Это не относится ни к девушкам, достигшим половой зрелости, ни ко взрослым женщинам: у них полоса бывает то ровного цвета на всем протяжении, то темнее на небольшом расстоянии ниже пупка. Отчетливее всего это изменение видно примерно на два-три дюйма выше лобка. Оказывается, оно совпадает с половыми отправлениями.

Если вертикальная полоса дополнительного цвета на животе женщины одноцветна, это означает одно из трех. Чаще всего это значит, что последние месячные у женщины кончились по меньшей мере два-три дня назад и что следующих она ждет не раньше чем через четыре-пять дней. Если же женщина рассчитывает, что они начнутся в этот срок, то, по всей вероятности, они запоздают. Вторая причина — отсутствие месячных (аменорея), третья — ранняя беременность. С приближением месячных полоса дополнительного цвета внизу темнеет — сначала слегка, а затем все больше по мере того, как срок подходит. Цвет переходит от светлых тонов к темным незаметно, без всякой четкой границы, так что сравнивать лучше всего отдаленные друг от друга участки полосы. Этот

постепенный переход очень важен, так как часто помогает отличить оттенок ауры, зависящий от половых отправлений, от того, который вызван расстройствами органов брюшной полости.

Потемнение полосы дополнительного цвета в нижней части живота по другим причинам, разумеется, будет непреодолимым препятствием для расчета срока месячных. Если пациентка мать, часто приходится делать некоторую поправку на пигментацию этой части тела, но при должной осторожности большой трудности отсюда обычно не возникает. Любопытен в этой связи случай женщины тридцати восьми лет, у которой полоса дополнительного цвета прямо над лобком начинала темнеть. Когда ей сказали, что следующих месячных можно ждать дней через шесть-семь, она ответила, что они должны быть только через две недели. Это было записано как ошибочное предсказание. Однако два месяца спустя мы снова увидели эту женщину. Она вдруг сказала: «Помните, вы говорили мне, что месячные придут примерно через неделю? Так и вышло: они пришли через семь дней, на неделю раньше положенного». В другом случае молодая женщина ждала месячных через три-четыре дня. У нее полоса дополнительного цвета над лобком не изменилась. В конце концов оказалось, что месячные пришли на неделю позже положенного срока.

Сведения о половых отправлениях, полученные с помощью полосы дополнительного цвета, направленной вертикально на грудь и живот, станут полезным предварительным шагом для дальнейших наблюдений: по этой полосе можно определить, меняется ли цвет на разных участках ее длины, и переходит ли один оттенок в другой постепенно или резко, с отчетливой границей; она покажет также верхнюю и нижнюю границы того участка ауры, где произошли изменения. Окажется, что в

большинстве случаев полоса достаточно широка, чтобы наблюдатель увидел, есть ли разница в цвете между правой и левой половинами тела, и приблизительно определил, где она. Затем можно взять поперечную полосу, чтобы выяснить все подробности. Поперечная полоса имеет большое преимущество перед вертикальной: почти все время наблюдения используется только ее середина, а ее легче видеть, и ошибок наблюдения при этом меньше, чем когда приходится смотреть на концы полосы. Поучителен в этом отношении случай 21, и его можно привести как пример. Когда полосу дополнительного цвета направили вертикально вдоль срединной линии груди и живота, левая сторона груди на значительном протяжении оказалась светлее правой: верхним краем светлого участка служила верхняя часть молочной железы, а нижним — нижний конец грудины. Вертикальная полоса показала также, что два оттенка разделены резкой границей, совпадавшей со срединной линией тела. Ниже, на животе, у самого правого края полосы, немного выше пупка, было небольшое пятно другого оттенка. Это дало полезное указание для дальнейшего исследования поперечной полосой дополнительного цвета, результаты которого описаны в другом месте.

Приступая к осмотру позвоночника с полосой дополнительного цвета, наблюдатель увидит, что выгоднее разделить осмотр на две части, так как полоса недостаточно длинна, чтобы охватить сразу все пространство от шеи до крестца. Следует также особо обратить внимание на цвет кожи над остистыми отростками позвонков, так как эти места часто отличаются по оттенку от соседних участков тела. Это может быть совершенно естественная пигментация, а может быть и изменение цвета от давления одежды. Едва наблюдатель

посмотрит на позвоночник, он, скорее всего, заметит какое-то изменение оттенка полосы дополнительного цвета, если там есть какое-либо отклонение. Чаще всего эта полоса обнаруживает на спине пятна на самом позвоночном столбе — светлее или темнее, смотря по случаю. Они могут располагаться на любом его участке по всей длине. Однако чаще всего такое место у женщин находится прямо над нижними позвонками и крестцом, где полоса постоянно темнее. Причина этого уже была указана. Два других весьма вероятных места изменения цвета — над последним грудным и первым поясничным позвонками и над седьмым шейным и верхними грудными позвонками. За исключением пятна на крестце, эти пятна бывают светлыми так же часто, как и темными, и нередко одновременно встречается одно или несколько пятен каждого рода.

Другое довольно частое отклонение — светлая или темная полоска сбоку от позвоночного столба, тогда как сам позвоночник остается обычным.

Эти пятна неизменно связаны с болью или болезненностью при надавливании — не обязательно в самый момент осмотра, так как может пройти даже несколько недель, прежде чем такие следы боли совсем исчезнут. У той самой пациентки, о которой говорилось выше, было небольшое светлое пятно над вторым и третьим поясничными позвонками, и больше нигде на теле. Она уверяла, что уже две недели не чувствовала там боли, но прежде, недолгое время, у нее в этом месте была ревматическая боль. Однажды боль была так сильна, что пришлось лечь в постель. Пятно на позвоночнике или возле него, более светлое, чем остальная полоса дополнительного цвета, с несомненностью показывает, что органического поражения нет, что причина временная и чаще всего нервного происхождения. Более темные

пятна обычно вызваны причиной более застарелой и, кроме того, нередко бывают следствием ревматизма. Следующий случай любопытен как пример к сказанному, а также потому, что в нем видна аура истерического типа.

Случай 31 (рис. 25, 26 и 27)

S., замужняя женщина двадцати восьми лет, бездетная, жаловалась на рвоту в последние шесть недель, усиливавшуюся от всякого беспокойства. Три месяца она худеет, месячные регулярны, иногда ее беспокоит истерический ком в горле. Грудная клетка у нее необычной формы — прямая, отвесная, яремная вырезка грудины на одном уровне с сосками, хотя грудь у нее вовсе не отвислая. Подложечная область болезненна при надавливании, а давление вызывает боль между лопатками. Когда она стояла лицом к наблюдателю, аура вокруг головы имела десять дюймов в ширину, столько же у боков туловища, но затем внезапно загибалась внутрь и достигала наименьшей ширины немного ниже уровня лобка, а оттуда шла вниз ровно. Наружный край был очерчен не очень ясно. Когда женщина повернулась боком, аура у поясницы выдавалась примерно на восемь дюймов в ширину и быстро загибалась внутрь до места немного ниже ягодиц, где сужалась и дальше шла вниз ровно. Вдоль всей передней стороны туловища и ног она имела около четырех дюймов в ширину. Внутренняя аура по телу была шириной около двух с половиной дюймов. От каждого плеча вверх шли слабые лучи, и еще один луч шел наружу от нижних ребер справа. Над нижними поясничными позвонками и крестцом внутренняя аура была зернистой, и соседний участок внешней ауры был изменен так же. Когда полосу дополнительного цвета направили на грудь и живот, цвет был везде ровным; на спине полоса показала полоску

более светлого цвета, шедшую возле позвоночника и параллельно ему от третьего до девятого грудного позвонка. Она была резко очерчена по всем краям и имела около дюйма в ширину, но была темной. Мы сочли это случаем нервной рвоты и лечили соответственно, и больная быстро поправилась.

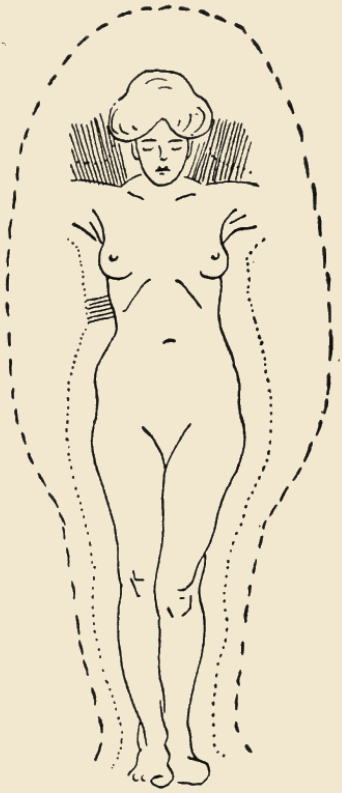


Рис. 25. Истерическая аура у женщины. Вид спереди. Широкая у туловища, резко сужается, у ног узкая.

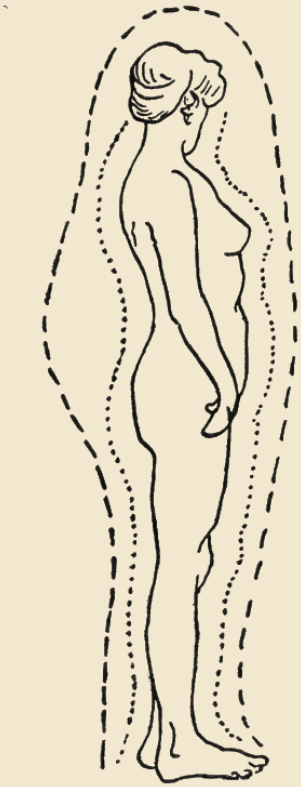


Рис. 26. Истерическая аура у женщины. Вид сбоку. Большая выпуклость у поясницы.

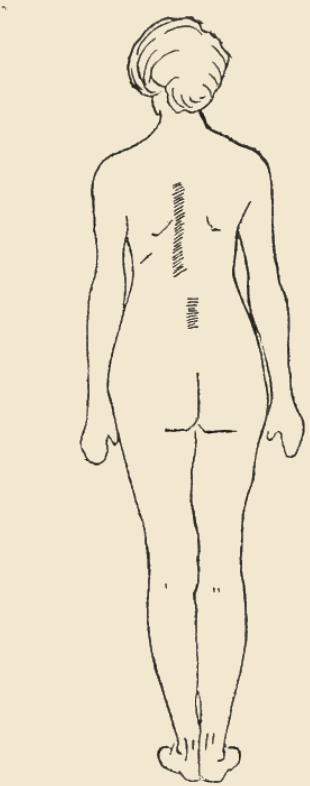


Рис. 27. Два пятна другого оттенка на спине, видимые с помощью полосы дополнительного цвета. Верхнее светлое, нижнее темное.

Наблюдатель не должен ожидать, что увидит в полосе дополнительного цвета светлые или темные пятна над всеми болезненными или чувствительными местами, на которые жалуется пациент. Довольно значительная часть их невидима. Некоторые пятна другого оттенка выражены так ясно, что их обнаружит самый беглый взгляд, другие же так мало отличаются от остальной полосы, что разглядеть их может лишь острое зрение и наметанный глаз.

Трудно понять, почему одни местные расстройства изменяют ауру настолько, что меняется ее цвет, а другие, по-видимому, во всем подобные им, дают отрицательный результат. Сила расстройства, несомненно, не принадлежит к главным причинам, вызывающим изменение ауры. Поучительно отметить, что такие светлые и темные пятна в полосе дополнительного цвета, направленной на позвоночный столб, у мужчин крайне редки, а больше всего их у истеричных, нервных или возбудимых девушек и женщин.

Как только осмотр с вертикальной полосой дополнительного цвета закончен и тем самым по возможности установлено, где находится то или иное местное отклонение, поперечная полоса дополнит все сведения, какие можно получить этим способом применения полос. Она позволит наблюдателю осмотреть обе стороны тела и в то же время заметить, не изменилось ли одно из ее продолжений. Обычно полоса оказывается достаточно широкой, чтобы охватить весь пораженный участок, но иногда требуются два наблюдения. Именно на этой ступени осмотра следует определить, распространяется ли пятно другого оттенка на всю ширину тела или только на часть ее; лежит ли оно по одну сторону срединной линии или переходит через нее; или же это лишь маленькое пятнышко, окруженное неизмененной полосой дополнительного цвета. Когда большой участок поражен давно, он обычно темнее, но исключения нередки. Пример см. в случае 21. Хотя большое пятно измененной полосы дополнительного цвета может быть на любой части тела, в одних местах оно встречается чаще, чем в других. Обычное его место — подреберье вместе с половиной подложечной области. Следующий случай очень хорошо поясняет это замечание.

Случай 32

Бездетная женщина тридцати лет, замужем несколько лет. Больше года она страдает болями в желудке, которые усиливаются после еды и часто проходят только после рвоты. Ее постоянно рвет, мучает изжога, но кровавой рвоты не бывало ни разу. Из страха перед болью она не ест как следует, и потому исхудала, ослабела и малокровна.

По этим и другим признакам мы предположили язву желудка, но от лечения ей постепенно становилось лучше, и она пошла на поправку. Когда ее осмотрели в апреле 1909 года, оказалось, что аура у нее голубая и форма ничем не отклоняется от обычной, разве что аура довольно мала. Вокруг головы она была несколько уже, чем в плечах, а когда женщина стояла лицом к наблюдателю, заложив руки за голову, аура ниже рук была шириной восемь дюймов у боков туловища и спускалась примерно до середины бедер, прежде чем окончательно сузиться примерно до двух с половиной дюймов. Оттуда она шла вниз без изменений. Когда женщина повернулась боком, аура вдоль тела и ног оказалась шириной около трех дюймов. Сзади, на уровне ости лопатки, она имела немного больше двух дюймов, столько же у самой выступающей части ягодиц, а оттуда шла вниз без изменений. Между лопатками и ягодицами была небольшая выпуклость, в самом широком месте до пяти дюймов. Из разных частей тела исходили лучи, более яркие, чем остальная аура. Два шли от плеч, по одному с каждой стороны, вверх вдоль головы; по одному — от каждого бока вверх и наружу, а справа был еще один, направленный вниз. Все эти лучи были видны, когда женщина стояла к нам лицом, а когда она повернулась боком, стал виден еще один луч, выходивший от нижних поясничных позвонков вверх и наружу.

Когда полосу дополнительного цвета направили ей на спину, ничего необычного видно не было: ни светлых, ни темных пятен не оказалось. Когда же эту полосу направили вертикально на грудь и живот, появился более темный оттенок, постепенно начинавшийся примерно посередине между пупком и лобком. Было и еще одно пятно — на подложечной области. Как только полосу расположили поперек, стало видно, что верхний край этого последнего пятна находится на уровне грудино-мечевидного сочленения, нижний — примерно на два дюйма выше пупка, а внутренней границей служит срединная линия тела, так что получался прямоугольный участок от срединной линии до бока, насколько можно было разглядеть. Он был на несколько тонов темнее остальной полосы дополнительного цвета. Продолжения полосы за пределами тела, как и следовало ожидать, были неодинаковы: левое гораздо темнее правого.

К несчастью, после нескольких месяцев видимого здоровья в январе 1910 года у нее случился рецидив, и так как дома за ней не могли как следует ухаживать, ее отправили в больницу лечить язву желудка. Она вышла оттуда без всяких болей и могла без неприятных ощущений есть твердую пищу. Вторично ее осмотрели в марте 1910 года. Внешняя аура оставалась такой же, как описано выше, а внутренняя оказалась шириной около двух дюймов вокруг всего тела. Когда женщина стояла лицом к наблюдателю, внутренняя аура справа была линейчатой, а слева, от уровня сосков до гребня подвздошной кости, — крупнозернистой; когда же она повернулась боком, зерна были видны по всей левой стороне груди и живота между теми же уровнями. Когда на эту часть тела направили полосу дополнительного цвета поперек, большое пятно было ясно видно, но, пожалуй, не так резко выражено, как прежде. Форма его

немного изменилась: нижний край от срединной линии загибался наружу, повторяя изгиб реберных хрящей. Левое продолжение полосы все еще оставалось темнее правого. На спине были видны два пятна измененного цвета: одно — справа от третьего и четвертого грудных позвонков. Здесь у нее бывали боли, но в последнее время нет.

Другое пятно было на втором и третьем поясничных позвонках. Здесь у нее во время месячных всегда бывают неприятные ощущения. По форме пятна другого оттенка этот случай довольно типичен. Странным кажется, что участок ауры с измененным оттенком прямоуголен и края у него такие прямые. Мы видели несколько подобных случаев. Изредка, впрочем, бывают отступления: либо края неровны, либо они повторяют очертания желудка.

Излишне было бы подробно описывать случай незамужней женщины двадцати девяти лет, которую привел доктор Меррик, так как он очень похож на предыдущий. Можно заметить, однако, что при осмотре с полосой дополнительного цвета участок, казавшийся пораженным, почти совпадал с участком в предыдущем случае; но было одно очень важное различие: цвет здесь был не темнее, а светлее остальной полосы. Опираясь на прежнее наше утверждение, что светлые пятна обычно временны, мы высказали мнение, что недуг у этой пациентки лишь легкий, и с удовольствием убедились, что наш диагноз оказался верным. Здесь нужно пояснение. Мы нарочно не исследовали этот случай обычным способом, так как это сделал доктор Меррик, и случай рассматривался более или менее как проверка: подтвердится ли диагноз наблюдением над изменениями ауры.

Перед нами два поучительных случая, в которых полоса дополнительного цвета дала прямо противоположную окраску,

хотя место наблюдения было в точности одним и тем же. Причину этого различия установить, конечно, трудно, но приходится предполагать, что в аурах обеих пациенток существовало какое-то изменение, слишком тонкое для обычного восприятия, но способное повлиять на полосу дополнительного цвета, и единственное, что мы можем предположить, — это изменение было цветом такого рода, как объяснено в главе IV.

Во втором случае, каков бы ни был недуг, по всей вероятности, сильно действовало нервное начало, и весьма возможно, что расстройство было чисто *функциональным*. В первом случае был хронический гастрит с соответствующими ему изменениями тканей.

Для сравнения с этими двумя любопытен еще случай молодой девушки, которой не было и двадцати лет. Она была слегка малокровна, страдала постоянной рвотой — пищу ее рвало очень скоро после еды, — а также изжогой. Она считала, что беременна около месяца, и, к сожалению, так оно и оказалось. При осмотре с поперечной полосой дополнительного цвета ни в подложечной области, ни в подреберьях цвет не изменился. Это говорило о том, что изменение строения желудка маловероятно. Когда полосу направили вертикально, цвет в нижней части живота оказался неизмененным. Этого и следовало ожидать у женщины, находящейся посередине между двумя месячными, или у страдающей отсутствием месячных, или у той, которая в ранней стадии беременности. Когда так же осмотрели ее спину, вертикальная полоса дополнительного цвета оказалась ровной на всем протяжении. К этому мы вернемся ниже. Так как девушка была иностранкой, она уехала домой, как только убедилась в беременности.

Пятно другого оттенка может быть и не слева, а над правым подреберьем. Здесь изменение оттенка может быть как слишком светлым, так и слишком темным. Внутренним краем пятна в этом месте чаще всего служит срединная линия тела. Верхний его край находится на уровне грудино-мечевидного сочленения, а нижний — примерно на уровне реберной плоскости. Эти границы лишь приблизительны, и отступления от них часты. Когда пятно другого оттенка видно в этом месте, оно неизменно говорит о болезненности печени, часто вместе с повышенной чувствительностью кожи. Обычно бывает то или иное расстройство пищеварительного канала ниже желудка, а в двух случаях мы сильно подозревали язву двенадцатиперстной кишки.

Другое место, где очень часто находят пятна другого оттенка, светлые или темные, но чаще темные, — один из паховых сгибов.

Как ни странно, лишь однажды мы видели такое пятно сразу в обоих паховых сгибах. Изменения цвета могут быть очень легкими и едва заметными, а могут быть значительными и легко видимыми. Края пятен редко бывают резкими и обычно очень постепенно переходят в основной цвет полосы. Пятна указывают, что у пациента в этих местах болезненность при надавливании, а часто и боль, причем чем темнее оттенок, тем сильнее, вероятно, была боль. Нужно помнить, что болезненность в паху не всегда сопровождается изменением цвета полосы дополнительного цвета. Кроме того, такие пятна нечасто появляются без того, чтобы у пациента не было изменений ауры и в других местах. В качестве примера отсылаем читателей к случаям 34 и 13.

Вместо таких больших участков другого оттенка могут быть видны лишь маленькие. В этом случае пятна обычно указывают, что недуг, изменивший оттенок ауры, чисто местный, и часто

открывают место боли, которая может сопровождаться болезненностью при надавливании.

Один поразительный пример точности этого наблюдения виден в следующем происшествии. Доктор Меррик пожелал увидеть ауру в этом случае и привел свою пациентку на осмотр. Зная, что пациентка страдает язвой желудка, мы сказали, что весьма вероятно удастся найти с помощью полосы дополнительного цвета либо самое болезненное место, либо место язвы. Никаких вопросов не задавалось. Доктор Меррик видел ауру вполне ясно, но пятна другого оттенка не увидел, так как не привык пользоваться полосой дополнительного цвета и потому не мог удержать ее на нужном месте: чтобы удерживать цветную полосу на ограниченном участке, нужна практика.

Случай 33

Т., замужняя женщина тридцати лет, давно страдает язвой желудка. Она уже лежала в больнице, и ей советовали лечь снова, чтобы сделать операцию, так как от постоянной рвоты и кровавой рвоты она сильно исхудала и стала малокровной. Осмотр показал, что аура у нее хорошо выражена, голубовато-серого цвета, без всякой примеси чего-либо необычного. Полоса дополнительного цвета, начав бледнеть, дала заметное желтое пятно чуть больше шиллинга на левой стороне, примерно в двух с половиной дюймах от срединной линии, немного ниже уровня мечевидного отростка. Оно совпало с самым чувствительным и болезненным местом — настолько чувствительным, что пациентка едва позволяла до него дотронуться. Вся подложечная область была очень чувствительна, но далеко не в такой степени. Дальнейший осмотр провести не удалось.

В этом случае заслуживают внимания две особенности. Первая — то, что пятно не просто приняло другой оттенок полосы дополнительного цвета, а совершенно изменило ее цвет. Каково бы ни было его происхождение, мы считаем его примером цветного луча, исходящего из тела (см. главу IV). Вторая — то, что не было большого участка другого оттенка, как можно было ожидать. В марте 1910 года ее осмотрели снова. В больницу, как ей советовали, она не легла, но ей стало гораздо лучше: она прибавила в весе, хотя по-прежнему оставалась малокровной. Теперь боли у нее очень слабые, болезненность в подложечной области лишь легкая, рвота прекратилась, хотя она ест обычную твердую пищу. Кровавой рвоты не было больше года.

Однако она жалуется на боль в нижней части правого подреберья, где есть и болезненность при надавливании. Когда она стояла лицом к наблюдателю, внешняя аура простиралась на девять дюймов вокруг головы, а когда руки были подняты, — на столько же у боков туловища; постепенно она сужалась, пока не достигала наименьшей ширины, четырех дюймов, в самой нижней части бедер, а оттуда шла вниз одинаковой ширины. Внутренняя аура была шириной два с половиной дюйма по всему телу. При осмотре сквозь темный карминовый экран эта аура на левой стороне, примерно от уровня соска до гребня подвздошной кости, была зернистой, очень грубой, а если пациентка становилась боком, было видно, что зерна занимают на груди то самое пространство, которое казалось светлым, когда на него направляли полосу дополнительного цвета. Кроме того, на нижней части правого подреберья было зернистое пятно ауры. Как только пациентка повернулась боком, стало видно, что аура простирается на четыре дюйма вдоль всей передней стороны тела, а сзади, в самом широком месте, — на семь дюймов. Полоса

дополнительного цвета показала более светлое пятно на левой стороне груди: оно начиналось от срединной линии тела, верхний его край был на уровне сосков, а нижний повторял очертания реберных хрящей. Внутри этого светлого участка было другое, еще светлее, в точности совпадавшее с желтым пятном, замеченным при первом осмотре. Было также маленькое пятно справа, как раз там, где аура была зернистой.

Вот еще пример того, как маленькое пятно другого оттенка наблюдалось в точности на месте боли, — у дамы, жаловавшейся на боль в правой груди. (Опухоль оказалась злокачественной и впоследствии была удалена.) Во время осмотра дама сказала, что чувствует боль в спине, но не сказала, в каком месте. Когда она повернулась, полоса дополнительного цвета тотчас показала светлое, почти круглое пятно величиной с шиллинг над нижним углом левой лопатки. Именно здесь, и больше нигде, и была боль. Так как пятно было светлым, предсказали, что, судя по его цвету, боль продержится недолго. Через несколько дней эта боль совершенно прошла. О том, как выглядела полоса дополнительного цвета над правой грудью, мы больше говорить не будем: мы видели недостаточно случаев, чтобы сделать какие-либо выводы, а этот случай был сложным.

Рассматривая форму ауры при нездоровье, мы отмечали, что при истерии внешняя аура принимает характерную форму, очень отличную от той, какая бывает у людей, не страдающих нервными болезнями, тогда как внутренняя аура при этом остается неизменной. Благодаря большому постоянству такая своеобразная форма ауры может служить первым явным признаком этого многоликого недуга. Полоса дополнительного цвета обнаруживает главным образом пятна другого оттенка на разных частях тела, чаще светлые, чем темные, и преходящие.

Исключение нужно сделать для трех мест, названных ниже. Во всех осмотренных нами случаях истерии мы находили пятно другого оттенка в одном или нескольких из следующих мест: в паху (обычно в левом), на крестце, на позвоночном столбе около нижних грудных позвонков. Эти пятна обычно темнее основной части полосы дополнительного цвета, но вовсе не служат признаком истерии, так как постоянно встречаются и у других пациентов. Светлые пятна чаще всего бывают на передней стороне живота и нижней части груди, а на спине — на любом участке позвоночника, а также возле него, но не касаясь его. Если они лежат возле позвоночника, то неизменно лишь с одной стороны. Коротко говоря, полоса дополнительного цвета может дать о случае немало сведений, но никакого отличительного признака истерии не показывает. Более того, иногда эта полоса не дает никакого изменения, когда заметное изменение, казалось бы, можно было предсказать наверняка. Следующий случай — типичный пример истерической ауры.

Случай 34

С., замужняя женщина двадцати шести лет, мать троих детей. Всю жизнь она была слабого здоровья, а до замужества родные считали ее истеричной. В августе 1909 года она была худа, малокровна, очень нервна и слаба и через несколько дней должна была поступить в дом для выздоравливающих. Аура у нее была хорошо выражена, голубого оттенка с небольшой примесью серого. Когда она стояла лицом к наблюдателю, аура имела около девяти дюймов в ширину вокруг головы и у боков туловища.

Она резко сужалась на небольшом расстоянии ниже уровня лобка, и дальше вниз ширина ее была не больше двух дюймов. От каждого плеча вверх шли слабые лучи; еще один луч шел наискось

вверх и наружу от левого бока на уровне талии, а справа было светлое пятно, тянувшееся параллельно телу. Когда она повернулась боком, аура спереди имела около двух с половиной дюймов в ширину, а вдоль ног сужалась до двух. Сзади у плеч она была шириной два дюйма, у поясницы выпячивалась до пяти, а затем сужалась до двух у самой выпуклой части ягодиц, откуда без изменений шла вниз. Был очень отчетливый, но любопытный луч, исходивший, по-видимому, из пупка и направленный вверх и наружу. Он пересекал всю видимую ауру и терялся в пространстве; длина его была не меньше девяти дюймов.

Когда ее осмотрели спереди с помощью полосы дополнительного цвета, цвет был ровным на всем протяжении до середины расстояния между пупком и лобком, а оттуда, по мере продвижения вниз, становился темнее. Это потемнение объяснялось тем, что у нее приближались месячные. Когда полосу расположили поперек, над левой подвздошной областью обнаружилось более темное пятно, начинавшееся примерно в дюйме от средней линии тела. Ни одно другое место спереди изменения цвета не показало. Продолжение полосы справа на уровне талии было обычного цвета, а слева — темнее и с особым коричневым оттенком (описать его невозможно). Как и следовало ожидать, была болезненность слева прямо над пупартовой связкой и еще большая болезненность на соответствующем месте справа. Это было любопытно, так как полоса не показала здесь никакого соответствующего отклонения.

Когда ее спину осмотрели с помощью полосы дополнительного цвета, вдоль позвоночника стали видны три отчетливых участка более светлого оттенка, чем основная часть полосы. Верхний находился над седьмым шейным позвонком и имел около дюйма в длину; второй, длиной около двух дюймов, — над остистыми

отростками нижних грудных позвонков; третий, примерно того же размера, — над крестцом. Остистые отростки грудных позвонков были болезненны, но не так чувствительны, как места по обе стороны от них. Чувствительный участок в точности совпадал со светлым пятном, видимым на полосе дополнительного цвета. Место над крестцом тоже было болезненно, и пациентка постоянно чувствовала там боль. Самым интересным было пятно в шейной области: женщина сказала, что «в этом месте у нее нет ни боли, ни болезненности», на что ее мать тотчас воскликнула: «Да ведь именно там ты всегда жалуешься на боль!» Ответ был такой: «сейчас у нее там нет ни боли, ни болезненности, и она думала, что спрашивают именно об этом».

Этот случай мы видели в то время, когда ставили опыты, чтобы отделить внешнюю ауру от внутренней, и добились лишь частичного успеха. Сделай мы эти наблюдения немного позже, светлое пятно справа, тянувшееся параллельно телу, скорее всего, оказалось бы зернистым состоянием внутренней ауры (см. выше и другие случаи). Интересно отметить, что, хотя у боков тела аура была вполне типична для истерии, сзади и спереди она была не так широка по отношению к боковой, как обычно бывает при этом недуге. В цвете ауры было больше голубого, чем можно было ожидать.

Почему полоса дополнительного цвета дала темное пятно над левой подвздошной областью, где боль и болезненность были меньше, чем справа, тогда как над правой никакого изменения цвета не было, — вопрос, решить который сейчас невозможно. Впрочем, вот вероятное объяснение. Боль и болезненность в левом паху были у пациентки гораздо дольше, чем в правом, так что в ауре произошло заметное изменение, ставшее стойким,

тогда как справа болезненность существовала недостаточно долго. Главное возражение против этого предположения в том, что изменение оттенка часто появляется даже тогда, когда боль длилась очень недолго. Светлый участок на шее — пример боли нервного происхождения, оставившей в ауре след, который держится дольше самой боли.

Истерическая аура бывает у женщин и девушек чрезмерно чувствительных, даже если у них никогда не было тяжелого приступа, так что в большинстве случаев ее можно считать порождением темперамента; а раз она появилась, крайне маловероятно, чтобы в каком-либо возрасте она приняла вид, обычный у других женщин. Вполне разумно предположить, что ауры неврастеников будут принимать форму, близкую по характеру и очертаниям к той, что видна при истерии. Однако, по-видимому, этого не бывает у тех, у кого нервное истощение наступило от чрезмерного напряжения ума в ущерб телу, если прежде у них не было склонности к излишней чувствительности. В некоторых, а может быть, и в большинстве таких случаев аура сохраняет свою естественную форму. Следующий случай — очень яркая иллюстрация к этому.

Иногда, однако, этот недуг вызывает изменение, очень хорошим примером которого служит случай 21: у дамы была неровная внешняя аура без соответствующего изменения внутренней ни по величине, ни по форме.

Случай 35

С. Н., молодая дама двадцати пяти лет. Когда ей было восемнадцать-девятнадцать лет, она полтора года ухаживала за больным родственником и за все это время не провела ни одной спокойной ночи, хотя весь день много работала. В итоге после

смерти родственника у нее наступило нервное истощение, и из необыкновенно живой девушки она стала вялой. От природы у нее был добрый нрав, и, к счастью, эта черта ее характера не изменилась. Внешне это была хорошо сложенная женщина, но матка у нее была недоразвита, и месячные были лишь трижды в жизни. В провинции ей сделали какую-то внутреннюю операцию, характер которой выяснить не удалось. Кожа вокруг глаз у нее сильно пигментирована, темно-фиолетового цвета, так что на небольшом расстоянии кажется, будто у нее подбиты оба глаза. Когда мы впервые ее увидели, она страдала функциональной гемиплегией правой стороны с почти полной потерей чувствительности от ключицы вниз и без помощи палки могла пройти лишь несколько шагов. Под влиянием лечения она скоро вновь стала владеть конечностями, и чувствительность постепенно стала естественной.

Одна особенность ее случая состояла в том, что пораженное бедро было в окружности почти на два дюйма больше здорового; голень тоже была толще, но не настолько. Это увеличение исчезло в течение нескольких месяцев после выздоровления, и тогда обе ноги оказались симметричными. Через год у нее был небольшой возврат болезни, но он длился недолго. Во время болезни она всегда хотела поправиться, делала все, что могла, чтобы этому помочь, и никогда не выказывала признаков чрезмерной жажды сочувствия.

В январе 1909 года она казалась совсем здоровой, если не считать легкого несварения и небольшой умственной вялости. Однако она сообщила, что у нее боли в правой стороне живота и в нижней части спины. При осмотре аура у нее оказалась гораздо больше средней. Она была хорошо выражена, серо-голубого цвета. В самом широком месте она простиралась на десять дюймов и шла

от головы вниз до нижней трети голеней, прежде чем окончательно сужалась, так что была почти яйцевидной. У лодыжек она имела около двух дюймов в ширину. От талии под прямым углом исходили лучи, числом два, по одному с каждой стороны, но до внешней границы ауры они не доходили. Когда пациентка повернулась боком, аура спереди имела около двух с половиной дюймов в ширину и вдоль бедер и голеней сужалась очень мало. Сзади у плеч она была шириной два дюйма, в поясничной области — четыре и доходила до нижней части бедер, прежде чем сузилась полностью, имея там два дюйма в ширину. Неравномерная пигментация кожи сделала осмотр с полосой дополнительного цвета почти бесполезным. Все же удалось увидеть два хорошо выраженных пятна, одно спереди и одно сзади. Первое было темным пятном над правым подреберьем; верхний его край приходился на уровень середины мечевидного хряща, а нижний шел по очертанию реберных хрящей. Это место было болезненным. Пятно на спине было над последним грудным и первым поясничным позвонками, которые тоже были болезненны.

Остается рассмотреть еще одну интересную форму ауры. Ее почти можно было предвидеть, и она характерна для гемиплегии. К сожалению, нам удалось осмотреть лишь два или три таких случая, так что многого о них сказать мы не можем, тем более что, весьма вероятно, у этой формы бывает множество небольших разновидностей. Однако следующий случай типичен для тех, что были осмотрены.

Случай 36 (рис. 28)

В., очень высокий худой мужчина пятидесяти шести лет, парализован уже тридцать один год. Паралич был следствием

специфической болезни. Правая рука поражена слабо, и он может продолжать работать обойщиком, хотя и с трудом из-за этого недуга, который усугубляется плохим зрением. Сильнее всего поражена правая нога: она тоньше левой, так что ходить он может лишь ограниченно. На один глаз он совершенно слеп от неврита, а другой сильно ослаблен по той же причине. В настоящее время общее состояние его здоровья хорошее. Он женат, и у его детей нет никаких признаков наследственного порока.

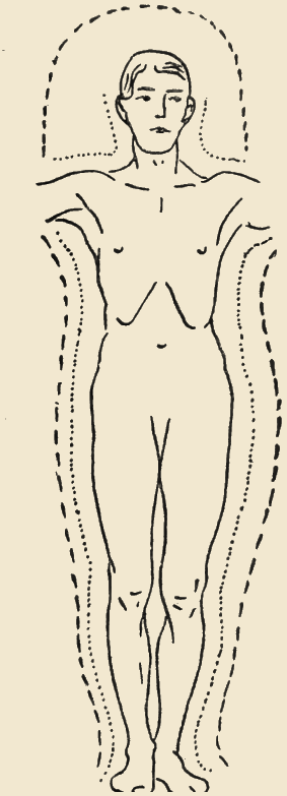


Рис. 28. Аура мужчины. Слева у головы и справа у тела она уже, чем на соответствующих местах противоположной стороны.

Впервые его осмотрели в 1908 году и еще раз в 1910-м. Оба наблюдения близко совпали, но во второй раз удалось разделить две ауры. Когда он стоял лицом к наблюдателю, внутренняя аура была одинаковой ширины с обеих сторон — около двух с половиной дюймов, но по строению сильно различалась: слева она была линейчата отчетливее, чем справа. На первый взгляд казалось, будто справа она уже, но этот обман зрения возникал оттого, что там она была тусклее. Внешняя аура была сильнее всего изменена у правой стороны головы, где она была на два дюйма шире плеча, а слева — на четыре дюйма уже. Когда он заложил руки за шею, эта аура вдоль правой стороны имела в ширину едва три с половиной дюйма против четырех слева. Цвет ауры был серый. С полосой дополнительного цвета оттенок был ровным по всему телу, а продолжения полосы, кроме того, что у головы справа, были на много тонов светлее, чем слева. Едва ли нам когда-нибудь доводилось видеть такое несходство цвета на двух сторонах. В таком случае, как этот, мы думаем, изменение ауры происходит не под влиянием двигательных нервов, а вследствие трофических изменений, обычно сопровождающих этот недуг.

Так как болезни груди составляют большую долю случаев, встречающихся в повседневной практике, можно было бы ожидать, что они дадут хорошее поле для изучения ауры. Может показаться странным, если мы скажем, что грудные болезни мало помогли нашим исследованиям ауры. Тому есть несколько причин. Одна очень важная из них в том, что пациент с острой болезнью по необходимости должен лежать в постели. По понятным причинам, не говоря уже о трудностях с фоном, освещением и прочим, в большинстве таких случаев было бы нежелательно, если не прямо недопустимо, беспокоить больных

исследованием, которое неизбежно бывает долгим и утомительным, тогда как при нынешнем состоянии наших знаний польза от него была бы весьма сомнительна. Хронические случаи, которые можно осматривать без вреда, покажут изменения ауры, но ни одно из этих изменений не имеет ценности для распознавания. Хотя исследование ауры таких пациентов очень интересно, мы предпочли обратить внимание на других, от которых, как мы думали, вернее можно было ожидать результатов, полезных для распознавания болезней. Единственная цель нашего исследования — использовать ауру как средство распознавания. Мы, однако, приведем один-два случая, которые дадут представление о том, каких изменений можно ожидать. Следующий пример очень интересен.

Случай 37

Т., замужняя женщина сорока трех лет, пожаловалась, что однажды, когда она вставала, у нее при кашле вышло немного алой крови. По ее словам, крови было добрая чайная ложка. Хотя мы осмотрели ее очень тщательно, обнаружить органический источник кровотечения не удалось. Через два дня, перед обычным выслушиванием и прочими исследованиями, осмотрели ее ауру. Аура была обычной формы и величины для женщины ее возраста и не показывала никаких отклонений, пока поперек груди не применили полосу дополнительного цвета. Сразу же стало видно светлое пятно величиной примерно с флорин слева, во втором межреберье, примерно в дюйме от грудины. Как только на это место поставили стетоскоп, глубоко внутри стала слышна мелкая крепитация, и мы полагаем — верно или нет, — что именно отсюда выступила кровь. Даже если бы мы не увидели этого светлого пятна на полосе дополнительного цвета, то, думаем, не

пропустили бы этого воспаленного участка; мы считаем, что пятно другого оттенка было вызвано местным воспалением и что полоса дополнительного цвета не показала бы никакого изменения, если бы ее применили двумя днями раньше, сразу после кровохарканья. Это было единственное место в легком, где мы смогли обнаружить какую-либо болезнь.

Из всех грудных болезней та, при которой изменение ауры могло бы помочь прежде всего, — начинающаяся чахотка, но сейчас у нас нет ни одного показательного случая, который можно было бы привести, и, по правде говоря, осмотренные случаи нас разочаровали. Разумеется, при бронхите или эмфиземе, когда поражены все легкие, нельзя ожидать одних лишь местных изменений ауры; если же аура и изменится, то одинаково над всей грудной клеткой, и любое небольшое различие, какое может при этом быть, окажется слишком слабым, чтобы его различить.

Следующий случай можно считать типичным примером; он показывает, как мало можно сейчас узнать по состоянию ауры при грудных болезнях.

Случай 38

B. L., шестидесяти лет. Она годами страдает астмой и эмфиземой с периодическими бронхитами и перенесла два или три приступа очаговой пневмонии. При осмотре в форме ауры не было ничего необычного. Но у нижней части грудной клетки внутренняя аура была мелкозернистой, хотя в ней видна была грубая линейчатость. Левая сторона была поражена больше правой, но это объяснялось тем, что совсем недавно у нее был приступ бронхита, который, как всегда у нее, затронул левую сторону больше, чем правую.

Возможности ауры как средства распознавания сильно ограничены, и ограниченность эта усугубляется тем, что мы не знаем ее происхождения, так что вся наша работа поневоле была пробной, и рассуждения не помогли нам предсказать, в каких случаях исследование ауры может оказаться полезным; тем не менее некоторые указания можно извлечь из уже приведенных примеров.

Сейчас мы не знаем, какие ткани порождают аурические силы и управляют ли ими некоторые из тканей или все. Одно совершенно несомненно: нервная система оказывает на ауру очень большое влияние, чего и следовало ожидать. Одно из доказательств этого — власть воли над аурой. Уже говорилось о том, что лучи, исходящие из кончиков пальцев, можно удлинить или укоротить одним лишь *усилием воли*, и это можно показать в любое время. Магнетизеры, у которых от природы сильная воля и которые посвятили себя развитию этой способности изменять ауру, благодаря чему они могут влиять на других людей, подчиняя себе их волю, служат еще одним свидетельством того, что *воля* может управлять аурой и действительно управляет ею.

Темперамент, то есть совокупность умственных и телесных сил человека, уже был отмечен как то, что изменяет ауру, и очевидно, что это изменение тем обширнее, чем больше умственные силы человека. Затрагивается не только площадь ауры, но и ее вещество, как видно по ауре людей с менее живым умом: в ее цвете больше серого и вместе с тем соответственно больше грубости. Изменения, производимые *волей* и темпераментом, — явления чисто физиологические.

Так как воля и разум — высшие свойства мозга и способны влиять на ауру в целом, можно с уверенностью ожидать, что всякое расстройство этого органа так или иначе изменит ауру.

Скорее всего, изменяется вся аура, но перемены эти так тонки по своей природе, что недоступны нашим чувствам; однако более грубые изменения обнаружить можно. Грубые изменения, которые удается увидеть, могут быть столь странными, что даже человек с самым богатым воображением едва ли мог бы их предвидеть. Например, кто мог бы вообразить истерическую ауру? И чем больше мы о ней размышляем, тем непостижимее она кажется. У женщин яйцевидная форма внешней ауры (рис. 11), очевидно, высшая, и чем ближе аура к этой форме, тем она совершеннее. Главная особенность истерической ауры в том, что у боков туловища и сзади в поясничной области она непропорционально широка по сравнению с шириной вдоль бедер и голеней. Если воспользоваться словом из ботаники, эта аура, когда пациентка стоит лицом к наблюдателю, — «лопатчатая».

Мы не можем сказать, как возникла эта форма, но предполагаем, что ниже туловища могла произойти задержка развития, сохранившая детскую форму, потому что этот тип вместе со взрослой женской аурой вокруг головы и туловища и дает своеобразную форму, видимую при истерии. Дальнейшее подтверждение этого взгляда — тот факт, что аура выпячивается в поясничной области, однако сужается на том же уровне, что и по бокам.

При нынешнем состоянии знаний бесполезно гадать, почему эта своеобразная форма встречается у женщин, страдающих истерией. Единственный, кроме этого, практический вопрос, требующий решения: может ли аура, если она нормальной формы, перейти в описанный выше тип? Сами мы считаем это крайне маловероятным, так как ни разу не видели случая в переходном состоянии или такого, который навел бы нас на мысль, что

подобная перемена возможна. Любопытно, что в тех случаях, когда встречается эта форма ауры, до сих пор ни разу не наблюдалось изменения формы или величины внутренней ауры, хотя часто бывают местные изменения ее вещества, и, может быть, в большем разнообразии мест, чем при любой другой отдельной болезни. При эпилепсии встречается совсем иное изменение ауры.

Здесь, вместо того чтобы была затронута только или по крайней мере больше всего внешняя аура (как при истерии), и внешняя, и внутренняя ауры оказываются изменены согласно друг с другом: они уменьшаются с одной стороны, причем у головы гораздо сильнее, чем ниже. Мы не можем дать никакого объяснения, почему происходит это уменьшение, и еще меньше понимаем, почему поражается обычно левая сторона. Мы спрашивали близких пациентов, не была ли во время припадка одна сторона затронута больше другой и не поворачивалась ли голова в одну сторону. Если бы судороги были сильнее на одной стороне, чем на другой, это могло бы пролить некоторый свет на вопрос. Эти расспросы не дали удовлетворительных ответов, так как все, за одним исключением, говорили, что в то время были слишком взволнованы, чтобы замечать такие признаки. Мать одной девушки сказала, что у ее дочери всегда больше судорог с правой стороны.

Мы видели одного из пациентов во время припадка, но ни одна сторона не была охвачена судорогами сильнее другой, так что и этот путь исследования ничего не дал.

Если рассмотреть эти изменения ауры, они, по-видимому, подтверждают наше прежнее предположение, что *силы, порождающие внешнюю и внутреннюю ауры, различны*, так как внутренняя, по-видимому, никогда не расстраивается на большом

пространстве без того, чтобы как-то не изменилась внешняя; с другой стороны, внешняя может измениться, тогда как внутренняя остается прежней.

Нет ни малейшего сомнения, что аура изменяется местно, когда есть какое-либо местное расстройство нервов; но является ли изменение прямым следствием нервного расстройства (подобно функциональному расстройству органа) или же изменение ауры производит пораженный орган — пока неясно. Вероятнее всего, причиной может быть и то и другое, а во многих случаях оба действуют совместно. Отчетливо выделяется один факт, а именно: местное расстройство гораздо чаще затрагивает внутреннюю ауру, чем внешнюю, а когда затронута внешняя, внутренняя редко избегает расстройства. (Случаи 23, 24, 25 — примеры, в которых внешняя аура изменилась местно.) Это обратно тому, что обычно происходит, когда поражена вся сторона или большая ее часть.

Пример того, как нервная система первично действует на эту ауру, — случай невралгии. Очень хороший пример — случай 21. Когда пациентку осмотрели в конце 1909 года, было замечено, что вся внутренняя аура возле болезненных мест изменилась: она утратила всякую исчерченность и стала на вид крупнозернистой. Внешняя аура тоже показывала признаки расстройства: ее дальняя часть была видна менее отчетливо, чем обычно, и казалось, будто она утратила часть своего вещества; иначе говоря, аурическая сила № 2 была не так велика, как в здоровом состоянии, но общий ее характер при этом не изменился. Будь эта сила еще меньше, аура казалась бы меньше нормальной. Таково было состояние ауры, когда ее впервые увидели в 1908 году, и очевидно, что в 1909 году она возвращалась к своему естественному состоянию.

При острой невралгии у девочки тринадцати лет было место на уровне третьего грудного позвонка и в двух дюймах вправо от него, где у нее случались приступы боли; они начинались внезапно и часто длились часами. Чаще всего боль приходила ночью, иногда перед самым отходом ко сну или вскоре после него, и в обоих случаях будила девочку. Болезненности при надавливании на это место не было, и никакой причины, которая могла бы объяснить боль, найти не удалось. Несколько недель она очень плохо поддавалась лечению, но немного утихла, когда у девочки развился аппендицит, — и тотчас же боль исчезла и больше не возвращалась. Ауру ее осмотрели и нашли вполне естественной по всему телу, за исключением небольшого пятна прямо над болезненным местом, которое стало мелкозернистым. Изменение удалось обнаружить только во внутренней ауре, так как пораженный участок ауры, должно быть, был очень мал. Едва ли можно было ожидать, что внешняя аура покажет какое-либо изменение, поскольку окружающая здоровая часть, должно быть, заслонила бы любое, какое и произошло. В этом случае синяя полоса дополнительного цвета показала темное пятно, тогда как в предыдущем случае измененная аура давала более светлый оттенок.

У мужчины, страдавшего ишиасом, были сходные изменения ауры вдоль всего бедра.

Когда нервное расстройство вызывает местное органическое изменение ткани, вероятно, изменение соседней ауры зависит отчасти от нервного начала, отчасти от больной ткани, но решить, какая доля приходится на каждое, почти невозможно. Опоясывающий лишай — очень хороший пример таких совместных причин: он производит заметное и интересное

изменение аур; но об этих изменениях уже так много сказано, что мы отсылаем читателя к случаям 24, 25 и 28.

Так как эти случаи показывают, что нервная система вызывает изменения ауры и при соответствующем изменении местных тканей, и без него, можно, пожалуй, подумать, что изменение целиком зависит от влияния нервной системы, а измененная ткань в нем вовсе не участвует. Единственный способ опровергнуть это предположение — найти такой пример, где изменение ауры нельзя приписать действию нервной системы. К счастью, у нас есть три ярких примера, в которых участие нервной системы крайне маловероятно. Все это опухоли груди: две фиброаденомы и одна кистозная. Ни в одном случае боли не было, и обнаружены они были случайно. Ни в одном случае не удалось найти никакого изменения внешней ауры, но каждая опухоль расстраивала внутреннюю. Одна фиброаденома заставила внутреннюю ауру *принять вид* маленького луча длиной не больше полутора дюймов и шириной немногим больше половины ширины внутренней ауры, и этот луч был мелкозернистым. С синей полосой дополнительного цвета он выглядел пятном светлее остальной части полосы, особенно когда цвет бледнел. С желтой полосой дополнительного цвета это пятно было темнее.

Второй случай фиброаденомы был почти таким же. Оставшийся случай тоже был очень похож: затронута была только внутренняя аура во всю ее ширину, и изменение состояло в том, что прямо над опухолью обычную ауру сменило крупнозернистое состояние. Когда это место осмотрели с полосами дополнительного цвета, синяя показала светлое, а желтая — темное пятно.

Из сказанного выше можно считать установленным, что, хотя нервная система имеет очень большую, может быть,

преобладающую власть над аурами, другие ткани в нездоровом состоянии тоже на них влияют. В связи с этим интересно сравнить случай 33 со случаем 31. В первом у пациентки была язва желудка, из-за которой изменилась часть полосы дополнительного цвета перед ней, а кроме того, значительное пространство вокруг стало светлее по оттенку, чем остальная полоса. Кроме того, в области желудка ауры были крупнозернисты. Надо заметить, что у грудных позвонков оттенок полосы не изменился.

Во втором случае, хотя женщина страдала постоянной рвотой, в области желудка ауры были лишь слегка зернисты, и полоса дополнительного цвета не показала никакого изменения цвета на передней стороне тела; зато на спине, вплотную к позвоночнику слева, от третьего до девятого грудного позвонка, шла узкая полоска, явно более светлая, чем остальная полоса, с резко очерченными краями.

В первом из этих случаев, казалось, изменение аур производил почти исключительно больной орган, тогда как во втором расстроенный желудок затронул ауры лишь слегка, а главное изменение полосы зависело от нервной системы.

Хотя кажется вполне несомненным, что некоторые больные органы действительно производят то или иное изменение аур, бывают случаи, когда мы искали его безуспешно. Мы осмотрели два или три случая зернистой почки, но ни в одном не удалось обнаружить изменения ауры. Один из этих пациентов страдал этой болезнью много лет, и осмотр состоялся незадолго до того, как у него развилась гемиплегия, окончившаяся смертью. Возможно, ауры в этих случаях не показали изменений потому, что толща лежащей над органом здоровой ткани погасила влияние больного органа, а кроме того, изменение почки — перерождение скорее пассивного, чем активного рода.

ГЛАВА VII. АУРА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

✦

Нередко бывает, что пациентка, пропустив одни или двое месячных, спрашивает врача, не беременна ли она. Обычный ответ — «подождать немного» — не всегда ее устраивает. Прийти к верному заключению на очень раннем сроке беременности чрезвычайно трудно, так что всякий новый способ, помогающий распознаванию, несомненно, будет оценен по достоинству. Следует понимать, что при излагаемом ниже способе ни один признак беременности нельзя принимать в расчет сам по себе; но если один или несколько признаков указывают в одну сторону, вероятность так велика, что заключение — в ту или другую сторону — почти несомненно.

Есть три отчетливых признака беременности, связанных с тем или иным изменением ауры: два выявляются исследованием с полосой дополнительного цвета, а третий — небольшое изменение формы ауры и ее строения. Рассмотрим их по порядку.

Когда женщину осматривают, чтобы определить раннюю беременность, прежде всего желательно установить, нормальны ли форма и размер ее ауры — не только по бокам, но и спереди и сзади. Почти во всех исследованных нами случаях беременности внешняя аура по всей передней стороне тела казалась в целом шире обычного, никогда, впрочем, не выходя за предел, указанный в главе I. Пока нельзя решить, есть ли здесь действительное увеличение или оно лишь кажущееся и зависит от склонности ауры слегка меняться по строению и потому становиться заметнее. Так это или нет, но обычно можно

наблюдать небольшое увеличение внешней ауры у самой нижней части живота, когда пациентка стоит боком к наблюдателю. Кроме того, если она повернулась не совсем, а лишь настолько, чтобы очертания груди и соска вырисовывались на черном фоне, то и здесь можно увидеть, что аура немного увеличена. В то же время в обоих этих положениях внутренняя аура будет казаться плотнее и ярче, что сначала производит впечатление зернистости. Особенно это заметно перед сосками, где она выступает сильнее, чем вокруг других частей груди, и иногда принимает вид маленького луча. Очень важно помнить, что внутренняя аура при этом не зерниста, а остается исчерченной. Эта линейчатость показывает, что никакого болезненного процесса нет, а есть лишь усиление физиологической деятельности.

После того как аура пациентки осмотрена непосредственно, нужно приступать к цветовой пробе. Для этого пациентка должна стоять лицом к наблюдателю, пока он направляет на нее полосу дополнительного цвета вертикально, и, если она здорова и беременна, он увидит, что цвет ровен по всей длине полосы. Особое внимание ему следует обратить на ту часть полосы, которая приходится на нижнюю часть живота близ лобка. Весь смысл этой пробы в том, что у пациентки нет никаких признаков приближения месячных.

Если направить полосу дополнительного цвета поперек груди, то у женщин небеременных, не кормящих грудью и не страдающих болезнями молочных желез цвет, естественно, ровен (кроме околососковых кружков и сосков) — не только на самих молочных железах, но и на соседних частях тела. При беременности и в период кормления обычно оказывается, что полоса дополнительного цвета над грудью светлее по оттенку. Более светлый оттенок зависит от изменения ауры, подобного

тому, которое рассматривалось в главе VI. Само по себе это изменение оттенка ничего не значит, но служит хорошим подтверждением того, что в ауре вокруг груди произошла перемена. Когда поперечную полосу направляют на подложечную и надлобковую области, никакого изменения цвета не видно, хотя бы пациентку и мучили тошнота и рвота; это указывает на то, что расстройство желудка зависит не столько от местного нарушения, сколько от какого-то нервного влияния. Сходный пример — случай 31, где желудочные расстройства были вызваны беременностью. Если пациентка прежде страдала болезнью желудка, это утверждение, разумеется, теряет силу. Больше никакой помощи от полос дополнительного цвета на передней стороне тела получить нельзя.

Уже упоминалось, что у большого числа женщин на пояснично-крестцовой области спины видно пятно большей или меньшей величины, отчего оттенок полосы дополнительного цвета здесь темнее, чем на остальной ее части. Это приписывалось прежде всего половым отправлениям, а непосредственно — особому зернистому состоянию ауры.

Как ни странно, ни в одном случае беременности мы не видели, чтобы аура была зернистой, и, следовательно, темное пятно исчезало. Мы считаем присутствие этого темного пятна предположительным доводом против беременности. Отсутствие же его у женщины, у которой это пятно, как известно, бывало, или у той, которая обычно сильно страдает от болей в пояснице во время месячных, — очень важный, если не безусловный, признак беременности, если только нет какой-либо известной причины, способной его устранить.

Когда полосу дополнительного цвета направляют на нижнюю часть живота, а пациентка стоит боком, цвет продолжений полосы

может быть неодинаков. В таком случае переднее продолжение, скорее всего, окажется светлее — подтверждение изменения ауры в этом месте, о котором говорилось выше.

Подводя итог, признаки ранней беременности, которые показывает аура, таковы:

1) Небольшое увеличение внешней ауры у нижней части живота и перед грудью. Внутренняя аура становится отчетливее, но остается исчерченной.

2) Полоса дополнительного цвета не показывает изменения цвета на нижней части живота. Нет изменения цвета и над желудком, даже если есть тошнота. На груди полоса часто светлее.

3) Отсутствие темного пятна на пояснично-крестцовой области.

Вот два случая для примера.

Случай 39

L. K., двадцати девяти лет. Замужем почти два года и надеется, что беременна, так как пропустила одни месячные, а сейчас подходит срок вторых. Когда ее осматривали и она стояла лицом к наблюдателю, внешняя аура была шириной десять дюймов вокруг головы и у боков туловища и постепенно сужалась до пяти у лодыжек. Внутренняя аура имела два с половиной дюйма в ширину по всему телу. Когда она повернулась к наблюдателю боком, внешняя аура сзади была шириной четыре дюйма и расширялась до шести у поясницы. Спереди она в целом была около четырех дюймов шириной на всем протяжении, но перед грудью было небольшое увеличение, а у самой нижней части живота — небольшая выпуклость. В этих двух местах внутренняя аура казалась грубой и потому более отчетливой, но была исчерченной. Когда на эту часть тела направили полосу

дополнительного цвета, переднее продолжение оказалось светлее заднего. Когда пациентка снова встала лицом к наблюдателю, вертикальная полоса дополнительного цвета была ровной по всей передней стороне, за исключением небольших участков над грудью. Когда же полосу направили поперек груди, эти участки оказались светлее соседних. В области желудка оттенок не изменился. При осмотре спины цвет нигде не был изменен.

Уроки этого случая таковы: во-первых, у женщины не было никаких признаков приближения месячных, хотя срок их наступил. Далее, аура открыла, что в груди и в той части живота, что находится прямо над лобком, идет физиологическая деятельность. Сомнений в том, что это беременность, не было.

Случай 21 (продолжение; см. главу V)

В этом случае дама считала себя беременной: она пропустила двое месячных, и подходил срок третьих. Однако ни вокруг правой груди аура не изменилась, ни прямо над лобком не было увеличения, ни изменения цвета в этом месте при осмотре с полосой дополнительного цвета. На спине, над крестцом, эта полоса показала заметное темное пятно. В этом случае единственным признаком беременности было отсутствие изменения цвета полосы прямо над лобком. Заключение было такое: беременность исключена, месячные не наступят в ближайшие четыре-пять дней, но когда именно — предсказать нельзя. В действительности они пришли ровно через семь дней после осмотра.

По мере развития беременности изменения ауры перед молочными железами и животом усиливаются, но неодинаково. Часть ауры у груди увеличивается не в той мере, как перед животом, и размер ее непостоянен. Расширяется не только

внешняя аура, но во многих случаях и внутренняя. Даже когда внутренняя аура не увеличилась, она становится отчетливее, чем на соседних частях, показывая, что железа готова принять на себя свое особое отправление. Обычно нетрудно определить, увеличилась ли эта аура перед грудью, потому что ее так легко сравнить с аурой соседних частей выше или ниже. Хотя она может казаться мелкозернистой — со светлым экраном или без него, — карминовый экран *A* покажет исчерченность, свойственную здоровью.

Если осмотреть ауру перед животом после того, как женщина достигла пятого месяца беременности, окажется, что она стала шире, чем на более ранних сроках, и может продолжать увеличиваться почти до самых родов. Ауры беременных женщин после четвертого или пятого месяца можно разделить на две группы, которые хотя и не очень несходны, но различаются вовсе не надуманно. В одной группе аура увеличена не так сильно, как во второй; кроме того, форма ее правильнее и с большей точностью повторяет очертания тела. Когда женщина стоит боком к наблюдателю и ауры разделены карминовым экраном на внутреннюю и внешнюю, видно, что первая слегка увеличена и на всем протяжении сохраняет соразмерную ширину по отношению к внешней ауре.

Во второй группе у пациенток аура шире и отчетливее перед самой выступающей частью живота, чем возле менее выпуклых его частей, отчего аура становится конусообразной и кажется шире, чем на самом деле. Если разделить обе ауры, видно, что и внутренняя склонна становиться конусообразной: она немного шире перед самой выступающей частью живота, но не в той мере, как внешняя. Это хороший пример того, как внутренняя аура

увеличивается, а затем уменьшается, возвращаясь к естественному размеру вскоре после родов.

При осмотре с полосой дополнительного цвета вся грудь, кроме соска и околососкового кружка, обычно кажется светлее соседних частей тела — стоит ли пациентка лицом или боком.

Полоса дополнительного цвета, направленная на грудную клетку или живот, иногда бывает ровной, а иногда темнее на животе. Если женщина повернется к наблюдателю боком и поперечную полосу направят на живот, то во второй группе случаев, где аура конусообразна, самая выступающая точка живота обычно светлее, а переднее продолжение светлее заднего. В первой группе случаев полоса ровна на всем протяжении.

Бледность цвета над грудью и животом вместе с увеличением и большей отчетливостью внутренней ауры указывает, что в ауре, чрезвычайно вероятно, произошла какая-то перемена, и служит лишним доказательством того, что «изменение строения ауры может настолько изменить полосу дополнительного цвета, что изменится ее оттенок». Следующий случай чрезвычайно интересен.

Случай 40

Миссис Т., тридцати лет, беременна в четвертый раз. Ко времени осмотра она была на шестом месяце. По ее словам, все это время она чувствовала себя превосходно, но три недели назад проснулась в испуге от шумной ссоры в доме. С тех пор всякое движение ребенка прекратилось, и живот стал уменьшаться, хотя до этого потрясения ребенок шевелился так сильно, что ей было неудобно. Она была подавлена, думая, что ребенок умер.

Осмотр ауры по бокам и сзади показал, что она во всех отношениях естественна. Спереди, когда пациентка стояла боком

к наблюдателю, внутренняя аура имела около трех дюймов в ширину вдоль грудной клетки и нижних конечностей, только перед сосками была чуть заметнее. Перед выступающим животом она была шириной около двух с половиной дюймов. Внешняя аура была три с половиной дюйма вдоль всего тела, кроме передней стороны живота, где она была конусообразной и достигала около восьми дюймов. Главный интерес сосредоточился на состоянии внутренней ауры. Выше яремной вырезки грудины и вдоль бедер и голеней она была тонко исчерченной, как обычно у здорового человека. Перед нижней третью живота она была отчетливо зернистой (крупнозернистой), а перед верхними двумя третями — грубо линейчатой, но линии были плохо выражены. Она находилась в переходном состоянии между зернистой аурой и исчерченной. Таким образом, видно было, что аура нормальна вокруг всего тела, за исключением части перед животом, где она была болезненно изменена. Полоса дополнительного цвета ничего необычного не показала, но, быть может, стоит сказать, что на левой груди она была светлее, а на правой темнее остальной части полосы, и в то же время цвет обоих продолжений был одинаков. Объяснение этого оказывается совсем простым: оттенок на левой груди обычен при беременности, а правая грудь была отчетливо пигментирована и, будучи вполне здоровой, не влияла на ауру за пределами тела. Мы полагаем, что в этом случае заключение о мертвом плоде было оправданным. Впоследствии, когда матку прощупали, она оказалась мягче, чем обычно на шестом месяце беременности. Ни маточного шума, ни сердцебиения плода различить не удалось. Через два месяца она родила мертвого мальчика.

В заключение скажем: мы знаем свои недостатки и надеемся лишь, что читатели простят их нам, так как видеть ауру с

помощью экранов — предмет совершенно новый. Возникло столько непредвиденных трудностей и время от времени обнаруживалось столько особенностей, что не раз приходилось начинать наблюдения заново. Мы будем вполне удовлетворены и сочтем, что труд наш не пропал даром, если наука, особенно в распознавании болезней, продвинулась хоть на йоту, и горячо надеемся, что за этот предмет возьмутся исследователи более сведущие, ибо здесь открывается обширное поле для полезных изысканий.

Наконец, мы должны поблагодарить наших друзей за любезную помощь — некоторые из них ради нее шли на большие личные неудобства.

ПРИЛОЖЕНИЕ

✦

Уже говорилось (см. главу III), что аурический поток, исходящий из кончиков пальцев, можно удлинить или укоротить по воле его обладателя. Мы давно собирались исследовать вопрос о действии силы воли на ауру, но до самого последнего времени не имели к тому возможности. Для успешных опытов необходимы несколько условий. Пациент должен обладать хорошо выраженной аурой, и внешней, и внутренней; должен быть здоров; должен разумно интересоваться предметом; должен иметь довольно сильную волю и уметь сосредоточиваться — и проявлять упорство, если сначала ничего не выйдет.

Случай 41

Наконец удобный случай представился при осмотре молодой женщины G. 2 (см. таблицу II и сноску к ней), которой не было еще двадцати лет и которая развивалась поздно. Ее случай интересен быстрым ростом ауры за восемнадцать месяцев. Когда ее осматривали весной 1909 года, аура у талии едва достигала семи дюймов, а теперь — добрых девяти. Месячные у нее начались, и она — воплощенное здоровье. При последнем осмотре аура у нее была очень отчетлива, здоровой формы и вида, одинаково ярка вокруг всего тела, без каких-либо признаков лучей, — словом, идеальная для нашей цели. Прежде чем начать опыты, мы показали ей, как аура, исходящая из кончика одного пальца, может по желанию удлиняться или укорачиваться, и попросили ее попробовать так же подействовать на свою. Это ей удалось почти

сразу, и мы попросили ее постараться сделать то же самое в разных частях тела, на что она согласилась. Первым выбрали гребень подвздошной кости: это место сочли очень подходящим, потому что мы никогда не видели, чтобы от него исходил луч, хотя теоретически оно, как выступающий гребень, должно быть вероятным местом для луча. Примерно через полминуты после начала *усилия воли* внутренняя аура стала ярче и постепенно вытянулась наружу и вверх до края внешней ауры. Когда образовавшийся таким образом луч дошел до этой точки, она перестала напрягать волю, и луч быстро отступил.

Следующим выбрали самую нижнюю часть грудной клетки; пациентка стояла в том же положении, то есть лицом к наблюдателю. Лучи, идущие отсюда прямо наружу, видны отнюдь не редко, и, кроме того, это одно из самых частых мест, где появляются лучи первой группы, то есть светлые пятна. Результат оказался не совсем тем, какого ожидали: вместо луча, идущего наружу, вся внутренняя аура от шестого ребра до гребня подвздошной кости стала яркой, но никуда не вытянулась.

Затем для испускания лучей выбрали оба плеча — сначала одно, потом другое. Здесь, по-видимому, не было никакой трудности: лучи появились почти сразу и направились вверх и наружу.

Теперь пациентка повернулась боком и стала усилием воли вытягивать луч от кончика носа. Это ей вполне удалось: луч появился почти сразу и протянулся наружу на семь-восемь дюймов. Это было дальше наружного края видимой внешней ауры.

Так как она явно начинала уставать, опыты закончили тем, что она вызвала луч из соска. Он появился, как только она начала

напрягать волю, но в то же время ярче стала вся внутренняя аура перед грудью.

Уже было показано, что аура возле выступающих частей тела более восприимчива к внешним влияниям, так как аурический потенциал на остриях выше, чем на плоских поверхностях. По той же причине естественно предположить, что *сила воли* может легче и сильнее влиять на ауру перед выступами, чем в других местах. Описанные выше опыты вместе с другими подобными доказывают, что так оно и есть. Но, приходя к этому заключению, не следует забывать, что сосредоточить мысль на точке, на которую нужно подействовать, гораздо легче, когда это естественно обособленная часть тела, чем когда это лишь точка посреди большой ровной поверхности. Кроме того, во время этих опытов мы заметили, что, когда пациент устает, способность сосредоточиваться ослабевает, действие на ауру становится менее сильным и в то же время распространяется на большую площадь. В приведенном выше примере, когда усилием воли вызывали луч из соска, было видно, что внутренняя аура вокруг груди тоже, хотя и в меньшей степени, подверглась воздействию. Будь это единичный случай, можно было бы предположить, что причиной была усталость; однако опыт повторяли, и всегда с тем же результатом, даже когда пациентка была совсем свежей. Это явление, по всей вероятности, объясняется тесной физиологической связью между железой и соском, которая не позволяет мысли подействовать на одно без соответствующего изменения в другом.

Как только стало несомненно, что *сила воли* может вытягивать внутреннюю ауру в лучи, естественно было ожидать, что тем же способом можно вызвать и изменения цвета. Если бы это удалось, мы сочли бы это чрезвычайно важным, так как это дает решение

труднейшей задачи и в то же время доказывает верность теории, выдвинутой раньше в главе IV, а именно что изменения цвета часто служат причиной более светлых или более темных пятен в полосах дополнительного цвета. Для этого мы пригласили натурщицу.

Случай 42

D., замужняя женщина двадцати восьми лет, мать двоих детей, осмотрена в октябре 1910 года. Сначала ее ауру исследовали обычным способом. Аура была отчетливой, серо-голубого цвета. Когда пациентка стояла лицом к наблюдателю, внешняя аура вокруг головы и туловища имела около десяти дюймов в ширину, но резко сужалась совсем немного ниже уровня лобка, где ширина ее становилась всего четыре дюйма. Внутренняя аура была три дюйма у головы и туловища и чуть меньше у боков нижней половины бедер и у голеней. Когда она повернулась боком, внешняя аура спереди была пять дюймов у туловища и четыре ниже; сзади — четыре дюйма у плеч, откуда она выпячивалась, пока не достигала около восьми дюймов у талии, а сразу ниже ягодиц внезапно сужалась примерно до четырех дюймов и сохраняла эту ширину вдоль нижних конечностей. Внутренняя аура была шириной три дюйма у головы и туловища и чуть меньше ниже. Полоса дополнительного цвета показала лишь одно пятно, на крестце, немного темнее надлежащего оттенка. В остальном цвет был ровным по всему телу. Продолжения полосы у боков тела были одинаковы — и когда пациентка стояла с поднятыми руками, и в промежутках между туловищем и руками, когда она стояла лицом к наблюдателю, уперев руки в бока и разведя локти. Здоровье у нее было превосходное, но, как можно

было догадаться по форме ауры, темперамент у нее был истерический.

Так как она не была знакома с приемом *волевого усилия*, мы сочли благоразумным начать с попыток получить лучи из разных частей тела. Это ей удалось без большого труда, но так как эти опыты отличались от опытов предыдущего случая лишь мелочами, приводить их мы не будем; стоит, однако, упомянуть, что на первый луч ушло больше всего времени, каждый следующий появлялся быстрее, пока последний не вспыхнул почти мгновенно. Так как она легко видела ауру, она могла и вполне отчетливо различать лучи, иногда даже раньше наблюдателя. К этому времени она, по-видимому, вполне освоилась с волевым усилием и начала пытаться вызвать изменения цвета ауры. Иметь лишь отвлеченное представление о цвете было бы бесполезно, а превратить отвлеченное представление в наглядное потребовало бы немалой затраты сил, особенно у новичка в этом деле, поэтому ей показали книгу в красной обложке.

Опыт 1

Она стояла лицом к наблюдателю, уперев руки в бока и разведя локти, так что образовалось пространство, со всех сторон ограниченное туловищем и руками. Ее попросили *пожелать*, чтобы аура в левом промежутке приняла цвет книги (более темный тон малинового ализарина). Примерно через минуту она сказала, что видит, как аура изменила оттенок и стала алой, но такого цвета, как у книги, добиться не может. Потом она указала на алую киноварь как на цвет, который приняла ее аура. Наблюдателю же представилось вот что. Сначала в ауре не было никакой перемены, обе стороны были одинаковы. Затем

произошло какое-то неопределенное и неописуемое изменение; в конце концов вся аура как будто исчезла, оставив пространство черным; потом она появлялась и исчезала попеременно два-три раза, и наконец пространство стало серо-красным (серый с киноварью), а не серо-голубым, как вначале. Изменилась только внутренняя аура, причем ее часть ближе к подмышечной впадине была решительно краснее и плотнее. Пациентку попросили продолжать *волевое усилие*, пока черный фон заменяли белым, чтобы можно было провести исследование с полосой дополнительного цвета. Правое продолжение полосы осталось точно таким же, каким его видели до начала опытов, а слева продолжение было гораздо темнее с синей и желтой полосами дополнительного цвета, тогда как с красной оно сначала было темнее, а когда пациентка немного устала, стало казаться светлее. Чтобы исключить ошибки от неравномерного освещения, она повернулась к наблюдателю спиной. Синяя и желтая полосы дополнительного цвета показали левое продолжение более темным, а с красной полосой оно было светлее — почти точно того же оттенка, что был замечен в первом положении. Любопытно отметить, что другой наблюдатель при другом осмотре видел это исчезновение и возвращение ауры точно так же, как только что описано.

Опыт 2

Теперь ее попросили *пожелать*, чтобы правый промежуток у бока туловища стал синим, и это удалось ей сравнительно легко. Полученный синий цвет был самым темным тоном прочной синей. Когда она подняла руки и заложила кисти за шею, аура справа оставалась синей, а слева все еще сохраняла красный оттенок, даже вдоль бедра и голени. Зрелище, бесспорно, было

диковинное — дымка с одной стороны человека красная, а с другой синяя.

Опыт 3

Все еще стоя с поднятыми руками, она попыталась усилием воли сделать ауру слева желтой. Она сказала, что ясно видит этот цвет, но наблюдателю оттенок, хотя и изменился, так и не показался настоящим желтым. Ближе всего к нему из имеющихся у нас цветов — самый темный тон римской охры. Названия этих цветов взяты из образцовой таблицы красок фирмы «Дж. Роуни и Ко». Из красного, желтого и синего цветов легче всего вызвать усилием воли последний, а труднее всего — желтый.

Как ни интересны, несомненно, эти опыты, мы считаем их лишь подготовительными к следующим, решающим, которые хотя и не так эффектны, но более ценны. Главной нашей целью все время было получить цветной луч, исходящий из ограниченного участка, части большой плоской поверхности, а не из какого-либо выступа тела. Кроме того, для нашей цели безусловно необходимы и некоторые другие условия. Первое — чтобы аура вокруг луча вовсе не подвергалась воздействию или, самое большее, подвергалась очень незначительному. Это значит, что пациентка должна уметь сосредоточить *силу воли* на очень маленькой точке. Второе условие — чтобы луч шел наружу под прямым углом к телу, прямо на наблюдателя. По всей вероятности, из-за этого луч будет невидим обычным способом, так как кожа — плохой фон. Наконец, пациентка должна уметь удерживать луч неизменным достаточно долго, чтобы его можно было тщательно исследовать с помощью нескольких полос дополнительного цвета. Зная обо всех этих неизбежных трудностях, мы были приятно удивлены результатами первых

попыток, которыми немало обязаны старательным усилиям пациентки: еще до их окончания она начала терять *силу воли* от усталости. Ее способность видеть цветные лучи очень помогала нам, так как она могла сказать, когда их искать.

Опыт 4

Для первой попытки выбрали небольшой участок, наполовину на правой груди, наполовину над грудиной, и попросили ее *пожелать*, чтобы аура в этом месте стала *красной*. Меньше чем через минуту она сказала, что видит это место красным, тогда как наблюдатель не видел его совершенно. Однако при осмотре с полосами дополнительного цвета оно оказалось темнее с желтой или синей полосой и светлее с красной.

Опыт 5

Следующая проба состояла в том, чтобы она *пожелала*, чтобы небольшой участок не больше дюйма в поперечнике где-нибудь на животе стал красным, только не говорила, где это место. Как только она сказала, что видит место окрашенным, мы осмотрели живот с синей полосой дополнительного цвета и почти сразу обнаружили маленькое темное пятнышко немного выше и левее пупка. Мы приложили к нему палец — это был точный центр того места, которое она усилием воли делала красным.

Опыт 6

Затем она попробовала *усилием воли* изменить ауру над неизвестным нам местом на грудной клетке, выбрав на этот раз желтый цвет. Как только она сказала, что готова, мы стали искать это место с синей полосой дополнительного цвета. Полоса показала темное пятно около двух дюймов в поперечнике, не

очень четко очерченное, на верхней половине левой груди, и мы приложили палец к его центру. Палец оказался не посередине того места, на которое она направляла волю, а лишь на его краю — примерно в полудюйме от истинного центра. Расплывчатость изменения цвета объяснялась ее усталостью. Больше опытов такого рода провести было нельзя.