

Є.Г. Русанова,  
К.В. Русанов

*Харківський національний  
університет ім. В.Н. Каразіна*

## С.П. Григор'єв і Харківське медичне товариство: перегортаючи сторінки «Протоколів»

Важливий компонент наукової спадщини С.П. Григор'єва, який ще не потрапляв у поле зору біографів харківського рентгенолога, — виступи в Харківському медичному товаристві (ХМТ). Сергія Петровича було прийнято до цієї впливової міської громадської організації у 1901 р. [1]; у лавах товариства він залишався до кінця життя.

За дорадянських часів ХМТ поширювало свою діяльність далеко за межі обговорення проблем охорони здоров'я. Воно, наприклад, займалося прибутковим бізнесом: промисловим виробництвом вакцин і сироваток, які поставляли до багатьох губерній Росії. У 1910 р. товариство відкрило на комерційній основі медичний вищий навчальний заклад для жінок і т. ін. Зовнішнім виявом фінансової могутності ХМТ став зведений ним у центрі міста, у двох кварталах від родинної садиби Григор'євих, справжній палац (рис. 1), який мало чим поступався за величчю сусідній хоральній синагозі.

Водночас товариство не стояло і осторонь політики: чим ближче було до 1917 року, тим частіше воно виступало з відверто антиурядовими демаршами, тим провокаційнішими ставали його резолюції з питань, які не стосувалися медицини. За одну з них влада навіть формально закрила ХМТ, подавши новий привід для гучної PR-кампанії про «утиск свободи слова».

Григор'єва не було помічено у причетності до «революційного» марнослів'я колег та до їх бізнесу — напевно, відштовхували дух підприємництва і дрібнобуржуазний радикалізм, що відчувалися в стінах ХМТ. Григор'єв прагнув долучитися до наукової діяльності товариства: це зафіксовано в протоколах засідань, які видавалися окремими брошурами, а пізніше — як



Рис. 1. «Палац медицини» — будинок Харківського медичного товариства

додатки до «Харківського медичного журналу» (ХМЖ).

Перше його повідомлення з рентгенологічної тематики відбулося, певно, 20 травня 1906 р. (ХМЖ, 1906, т. II, № 7, с. 59–60 Додатку):

«Д-р Григорьев сделал два сообщения:

1) Диагностика почечных камней с помощью рентгеновских лучей;

2) Диагностика инородных тел пищевода.

Докладчик демонстрировал ряд рентгеновских снимков почечных камней и инородных тел пищевода и разъяснил методику получения снимков. Особенное внимание докладчик обратил на почечные камни. На основании своих случаев и литературных данных он приходит к заключению, что при соответственной

методике в каждом случае почечных камней их можно обнаружить при помощи радиографии.

Один из доложенных случаев инородных тел пищевода представил особый интерес в том отношении, что никакими способами, кроме рентгеноскопии (РС), присутствие инородного тела не могло быть обнаружено, так как зондирование у больного производилось совершенно беспрепятственно.

По выслушании доклада д-р С.Г. Сурукчи попросил д-ра Григорьева разъяснить, возможно ли по рентгеновскому снимку точно установить, где находятся инородные тела — в пищеводе или же в трахее?

На вопрос д-ра Сурукчи докладчик ответил, что определить положение инородного тела (в трахее или пищеводе) удастся только после снимков при различной установке пациента (прямо, в профиль и т. д.).

Собрание выразило докладчику благодарность и предложило ему передать доклад для печатания в ХМЖ, по усмотрению редакционного бюро. Председатель д-р М.И. Светухин выразил сожаление, что ХМО до сих пор не оборудовало у себя рентген-кабинет, хотя и было постановление об учреждении его. «Пусть настоящий доклад, — сказал председатель, — побудит Общество осуществить возможно скорее эту идею».

Але ХМТ так ніколи й не розщедрилося на рентген-кабінет (РК) у власній лікарні, а редакція не угледіла необхідності в друкуванні доповіді Григор'єва. Ймовірно, саме тому рентгенолог більше не доповідав у ХМТ про свої результати і, напевно, не подавав статей до ХМЖ.

Втім, Харківське дерматологічне і венерологічне товариство, що видавало «Русский журнал кожных и венерических болезней», не відзначило повідомлення С.П. Григор'єва «Рентгенотерапия сикоза с демонстрацией больного» (15.01.1908 р.) навіть коротким викладом у своєму часописі, обмежившись лише публікацією його назви.

Висловлювань харків'янина про нехтування клініцистами народжуваної рентгенології не збереглося. Але про це поширене явище добре написав його столичний колега і сучасник М.І. Неменов (1880—1950):

«В 1907 г. я, изучив в Германии рентгенологию, стал заведовать РК хирургической клиники Женского медицинского института. В то время рентгенологии как дисциплины не существовало даже за границей. У нас же в России ее положение было очень плачевно. Когда я мог представить рентгенограмму почки — это было целым событием.

Увлечшись целиной области, я посвящал рентгенологии все больше и больше времени и стал считать ее своей основной специальностью. Однако мое самолюбие нередко сильно страдало. В кругах клинических врачей тогда было принято смотреть на рентгенологов сверху вниз. Не будучи сами знакомы с рентгенологией, старые клиницисты относились к ней пренебрежительно, как к чему-то вроде фотографии, и не признавали ее клинической дисциплиной».

На засіданнях ХМТ доповідачі-клініцисти демонстрували рентгенограми й описували дані РС, отримані не ними, навіть не називаючи імені справжнього автора дослідження. Останнього ж викликали на трибуну, коли клініцист, через свою некомпетентність, не міг відповісти на питання по суті, — як, наприклад, сталося на засіданні 28.11.1909 р.:

«Д-р А.Н. Масловский сделал доклад «К диагностике сращений кишок», предметом которого послужил случай обширных сращений между *coecum, colon ascendens* и частью *colonis transversi*. Больная перенесла операцию по поводу аппендицита и впоследствии стала страдать сильными болями в животе. Диагностика сращений была установлена главным образом благодаря надуванию толстых кишок и РС после приема висмутовой кашицы. Диагностика подтвердилась на операции по устранению образовавшихся спаек.

Д-р М.И. Светухин считает, что раздувание кишечника и РС могли дать известные данные для постановки диагноза, но на основании их одних нельзя считать диагноз бесспорным. Несомненно, что такие симптомы, как боли и запоры, имеют громадное значение для диагностики сращений.

Д-р С.П. Григорьев полагает, что РС не была решающим моментом в постановке диагноза: она указала на опущение *colonis transverse*,

но такое положение могло быть и без всяких сращений.

Д-р Ю.А. Гольдингер дал ряд пояснений, касающихся произведенной им РС настоящей больной».

На цьому засіданні Юлій Олександрович Гольдингер (1879–1920), на той час завідувач РК однієї з приватних лікарень, мабуть, уперше виступив у ХМТ як рентгенолог. Наступні його повідомлення стали приводом для дискусій, що дають уявлення про думку Григор'єва з питань, які не відображені в доповідях Сергія Петровича на всеросійських з'їздах.

На терапевтичній секції ХМТ 10.12.1910 р. заслуховували доповідь Ю.О. Гольдингера «Что дает нам рентгенология для распознавания болезней желудка-кишечного тракта?», яка була надрукована пізніше у журналі «Вестник бальнеологии, климатологии и физиотерапии» (1911, № 7–8, с. 288–302). Доповідач головну увагу приділив рентгенодіагностиці захворювань шлунка. Ікс-промені дозволили, наприклад, встановити, що шлунок людини насправді має трубчасту форму і напрям його майже вертикальний, тоді як клініцисти вважають його «мешкообразным органом, расположенным почти горизонтально». «Рентгенивський» же шлунок, на їх думку, «есть искусственный продукт, вызванный висмутовой кашей». Але найбільш важливий висновок Гольдингера такий:

«В желудочно-кишечной диагностике РС оказывает значительно больше услуг, чем рентгенография (РГ). Признавая все заслуги применения X-лучей, не надо забывать, что данные РС только тогда имеют цену, если они гармонируют или по крайней мере не противоречат клинической картине».

Остання фраза — квінтесенція поглядів доповідача на роль рентгенології в медицині; позиція Сергія Петровича з цього ключового питання була прямо протилежною. На грудневому засіданні Григор'єв був відсутній, проте прийшов на наступне. Перенесеним з грудня дебатам щодо доповіді «Что дает нам рентгенология?» передувало інше повідомлення (по ньому Гольдингер виступив співдоповідачем), після чого засідання 14.01.1911 р. звелось до гострої полеміки двох рентгенологів. Гри-

гор'єв ставив під сумнів майже всі твердження колеги, прозоро натякаючи на його некомпетентність:

«Проф. И.Н. Оболенский сделал сообщение «Случай *gastro-enterostomiae naturalis*» с демонстрацией рисунков по результатам РС. Затем д-р Гольдингер подробнее изложил данные рентгеноскопического исследования этого случая.

Д-р Григорьев сказал:

«Так как диагноз основан исключительно на результатах рентгеноскопического исследования, то невольно является мысль: действительно ли рисунок и данные РС, произведенной д-ром Гольдингером, являются патогномоничными для описываемого рода заболеваний? Ведь нарисованная здесь картина может встретиться еще в двух случаях.

Во-первых, при нормальном состоянии желудка-кишечного канала, так как *angulus duodeno-jejunalis* находится сзади желудка, и висмутовая каша проходит сначала на некотором протяжении кишечного тракта сзади желудка и потом уже показывается в нижележащих петлях тонких кишок, то нередко появляется впечатление, будто каша проходит непосредственно из желудка в кишечник. Во-вторых, такая картина возможна при простом сращении тонких кишок с желудком.

В данном случае имеется патологически измененный желудок, и поэтому возможны сращения кишок с последним на почве перигастрита. Благодаря ненормальному положению кишечной петли, каша, проходя свободно через *pylorus* и встречая в месте сращения некоторое препятствие, скопляется в виде больших лентообразных или комковидных теней, давая картину псевдогастроэнтероанастомоза.

Д-р Гольдингер говорит, что висмутовая каша и взвесь быстро покидают желудок, а между тем отверстие предполагаемого соустья стоит даже несколько выше верхней границы *parties pyloricae (curvaturae minoris)*; далее, перистальтика *antri pylori* слабо выражена, антиперистальтики нет, желудок так деформирован, что он должен в сильной степени препятствовать переходу своего содержимого в кишечник через искусственное отверстие. И, несмотря на все эти неблагоприятные условия, взвесь и каша, по

наблюдению д-ра Гольдингера, быстро покидают желудок.

Для объяснения этого явления докладчик прибегает к помощи дыхательных движений. Но всякому рентгенологу известно, что респираторные движения не принимают участия в перемещении каши из желудка в кишечник. Таким образом, содержимое желудка направляется в тонкие кишки через pylorus, который сам д-р Гольдингер нашел нормально функционирующим, и описанный им случай нужно трактовать в смысле моего второго объяснения (сращения).

Причиной ошибки, допущенной д-ром Гольдингером, является отсутствие строго критически проведенной рентгенологической дифференциальной диагностики. Кроме того, им упущена важная объективная часть исследования — РГ. При современной технике (снимки от 1 до 1/25 секунды) можно свободно фиксировать на пластинке то, что субъективно воспринимается при исследовании на экране: в таких спорных случаях, как данный, снимки безусловно необходимы.

Что очень важно рентгенографировать желудочно-кишечный канал — это не только мое личное мнение. Вот что мы читаем у Шмидена и Гертля: «Снимки не раз давали нам разъяснения в тех случаях, где РС оказывалась беспомощной. Кроме того, они представляют единственное объективное доказательство и, таким образом, имеют неоспоримое преимущество перед рисунками от руки, основанными на личном умении и субъективном опыте. Лишь теперь мы распознаем на наших старых снимках многое такое, что раньше просматривали по недостатку опыта. Наконец, только рентгенограммы пригодны для целей демонстрации».

Высказанный только что взгляд становится теперь все более и более господствующим».

Водночас Сергій Петрович використовував трибуну ХМТ для критики Юлія Олександровича і з питань, яких той не торкався в повідомленнях:

«Д-р Гольдингер допускает громадную ошибку: он не рентгенографирует желудочно-кишечный тракт, где это необходимо, и не рентгенографирует почек. Его ссылка на авторитет проф. Альберс-Шенберга — недоказательна.

Английский рентгенолог Шентон ставит РС почек выше РГ; другой англичанин — Риддель — всегда исследует почки по двум этим способам. В 1910 г. появилось несколько работ о необходимости систематически рентгеноскопировать почки (Лежен и др.).

С этим вопросом, насколько я вижу, д-р Гольдингер мало знаком. На основании своего опыта я считаю РС необходимой частью каждого полного исследования почек».

Доповідач, також демонструючи широку ерудицію, відбивав напади опонента стриманими, але не позбавленими отрути запереченнями:

«Д-р Гольдингер отвечает д-ру Григорьеву, что в данном случае РГ не была применена совершенно сознательно, так как вся диагностика данного случая основывается исключительно на наблюдении патологической динамики желудка — прохождения пищи по двум путям. Это исследование контролировалось 3 раза, и притом в обоих сагиттальных, обоих фронтальных и косых размерах. Желудок больной никак нельзя признать опущенным или расширенным, так как все решительно рентгенологи, в отличие от д-ра Григорьева, признают, что положение нижней границы желудка даже на 3 поперечных пальца ниже пупка, при условии нормальной двигательной способности, считается нормальным. В данном же случае нижняя граница желудка находится почти на уровне пупка.

Странно, что д-р Григорьев, который, как ярый приверженец РС par excellence, даже при диагностическом разрешении вопросов о статике органов предпочитает рентгеноскопию рентгенографии, вдруг в данном случае разрешения вопроса о динамике требует непременно рентгенограмму.

Далее происходили прения по поводу прочитанного ранее д-ром Гольдингером доклада «Что дает нам рентгенология для распознавания желудочно-кишечных болезней?»

Д-р Григорьев ограничился указанием лишь на существенные недостатки этого доклада, так как подробный разбор всех потребовал бы очень много времени. В этом докладе, по мнению оппонента:

1. Не указана подробно методика исследования и совершенно упущена объективная

часть его — РГ желудочно-кишечного канала.

2. Не изложены основы рентгенологической нормальной и патологической анатомии и физиологии желудка; больше того — физиологические данные о желудке освещены неправильно: *antrum pylori* почти никогда не отделяется от *pars media ventriculi*, противно обратному утверждению докладчика; концентрическое сокращение *antri pylori* — проблематично; учение Гольцкнехта о перистальтике *antri pylori*, которого докладчик строго придерживается, — неверно (исследования американского физиолога Кеннона, кинематографические снимки Риедера и Розенталя, личные наблюдения оппонента).

3. Случаи, приведенные в докладе, и рисунки к ним — шаблонны, некоторые — недоказательны, так как к ним не дано хотя бы краткого описания патолого-физиологических данных.

4. Все тонкие методы исследования и наблюдения, могущие способствовать возможно раннему распознаванию желудочно-кишечных заболеваний (*ulcus, carcinoma, stenosis pylori, gastroptosis*), совершенно обойдены молчанием.

5. Классификация д-ра Гределя, принятая докладчиком без критической оценки — несостоятельна; Гредель, на атласе которого главным образом основан весь доклад, чрезмерно возвеличен д-ром Гольдингером в ущерб многим ценным работам других исследователей (Фаульхабера, Шлезингера и т. п.).

6. Мнение о бесполезности систематической РС тонких кишок — несостоятельно. Является почти правилом возможность рентгеноскопировать тонкие кишки и даже определять их заболевания (случай, где мне (Григор'еву.-Авт.) удалось поставить диагноз препятствия в тонких кишках — стеноза — на расстоянии 80 см от баугиниевой заслонки, как это и оказалось на операции: случай д-ра Масловского, оперированный проф. Тринклером); иногда удается даже видеть *v. Kerkringhii*. Механизм и время наполнения тонких кишок кашей дает нам представление о работе *pylori*.

7. Докладчик почти не касается вопроса о гастроптозе, а для рентгенологов это — важный вопрос. Мнение Гределя о существовании

только пилороптоза, которого и д-р Гольдингер придерживается — ошибочно; большинство рентгенологов признают гастроптоз; пилороптоз — это частичное явление; французские авторы в последнее время описали несколько случаев *gastroptosis totalis* (Cerne, Delaforge).

8. Докладчик ставит в очень подчиненное положение по отношению к другим клиническим способам исследования рентгенологический метод: нередко последний открывает изменения там, где о них клиника и не подозревает, а иногда последняя даже направляет рентгенологический метод на ложный путь, и только при самостоятельном отношении к делу удастся избежать ошибки.

Д-р Гольдингер сказал в ответ: то, что доклад имеет много пробелов — аксиома, не нуждающаяся в указаниях. Докладчик сознает, что этих пробелов гораздо больше, чем указал д-р Григорьев. Например, в докладе ничего не говорится о рентгеноскопическом наблюдении функции гастроэнтероанастомозов после произведенной операции. Но желудочно-кишечная рентгенодиагностика разрослась в обширную науку, все детали которой невозможно втиснуть в рамки доклада, на который отведено 30 минут.

РГ или РС тонких кишок не имеет практического значения, так как невозможна точная локализация заболеваний.

Положение, что ранняя рентгенодиагностика рака желудка пока на практике не оправдывается, находит себе подтверждение в докладе Иолассе на Брюссельском международном конгрессе рентгенологов (1910).

При распознавании болезней желудка и кишок РС дает несравненно больше данных, чем РГ.

РС почек для нахождения почечных камней не имеет никакого значения. Это подтверждают все рентгенологи, кроме д-ра Григорьева, в том числе Альберс-Шенберг в первом издании «Рентготехники» за 1910 г. и Хениш в классическом труде *Die Roentgendiagnostik der urooetischen Systeme*. Большинство рентгенологов и клиницистов (среди последних — Ноорден) признают возможность клинической и рентгенологической картины *pyloroptosis'a*, а не *gastroptosis'a*.

З наступною доповіддю «Рентгенологія при *ulcus ventriculi*» Ю.О. Гольдінгер виступив на засіданні терапевтичної секції ХМТ 02.12.1911 р.:

«Резюмуючи дані літератури і власних спостережень, доповідчик приходив до висновку, що ускладнена язва шлунка (*ЯЖ*) порівняно легко діагностується *X*-променями; виключальна перевага перед іншими методами дослідження належить діагностиці *Sanduhrwagen* (деформація шлунка у формі піщаних годинника. — Авт.), *penetrierendes ulcus Haudek'a* і *gastroenteroanastomosis naturalis*. В випадках ж простої неоскладненої *ЯЖ* рентгенодіагностика грає повністю второстепенну роль, нічого не убаваючи і не прибавляючи до діагнозу, вже раніше поставленому на основі анамнезу, клінічних даних і результатів інших досліджень.

Після прочитання доповіді виникають оживлені дискусії.

Д-р С.П. Григор'єв сказав: «Уже багато разів в літературі дебатувалося питання, кому належить пріоритет в справі відкриття рентгенологічного симптому *ulcus ventriculi*. Рейхе тільки описав 1 випадок *ЯЖ* з грибоподібним випячуванням по *curvaturae minor*: це було випадково. Гаудек же самостійно описав так звану *Nischen-Diverticulum-Symptom* і, звернувшись до нього особливу увагу, розробив найбільш докладно рентгенологічний метод діагностики *ulcus ventriculi*. Почти во всіх випадках характерним для *Nischen-Symptom* Гаудек вважає наявність бульбашки повітря. У нього вже накопилось близько 48 випадків *ulcus ventriculi*: очевидно, що ми з повним правом можемо вважати цей симптом симптомом Гаудека.

Далі вкажу на те, що доповідчиком не наведені останні дослідження в цій області; тепер проявляється серйозне прагнення діагностувати *ЯЖ* і не в стадії перфорації, навіть *ulcus simplex* (формули Гольцкнехта, робота Шмідена).

Г-н доповідчик не вказав, яке первостепенне значення має рентгенологічний метод дослідження для діагностики наслідків *ulcus*: починаючого і відносного стенозу *pylori*. Також не відзначено доповідчиком і те, що

лише минув рік з тих пор, як Гаудек докладно описав *Nischen-Symptom*, як уже налічують близько 300 випадків *ЯЖ*, діагностованих цим способом: це — дуже важливий факт.

Г-н доповідчик ставить в дуже підлегле положення рентгенологічний метод дослідження по відношенню до клініки, і це я пояснюю примітивністю способів, застосовуваних г-ном доповідчиком при дослідженні. Я глибоко переконаний, що рентгенологічний метод дослідження во багатьох випадках або дає анатомо-фізіологічні і патологічні дані, про які клініка навіть не підозрює, або ставить самостійно діагноз».

Відповідь на заперечення д-ра Григор'єва доповідчик заявив, що робота Гольцкнехта, цитується опонентом, надрукована в останньому номері *Archives of the Roentgen Ray* і є тільки коротко викладеним висновком досліджень Гольцкнехта і його школи за останні 3 роки, не прибавляючи до них нічого нового. В цій роботі Гольцкнехт ніде не говорить, як це стверджує д-р Григор'єв, щоб рентгенодіагностика простої неоскладненої язви була можливою без анамнезу і інших клінічних даних. Доповідач далі відстоював пріоритет Рейхе по встановленню *Nischen-Symptom*, так як останній є перехідною формою до дивертикулу перфорируючої язви Гаудека. Вгляд деяких рентгенологів, що ахілія супроводжується прискореною двигальною здатністю, не знайшли підтвердження ні в рентгенологічних спостереженнях доповідчика, ні в спостереженнях д-рів Лівшица і Зороховича.

Доповідач готов визнати правоту вгляду д-ра Григор'єва на рахунок виключальних переваг і цінності докладного дослідження *X*-променями простої неоскладненої *ЯЖ*, якщо останній вкаже хоча б на один випадок простої язви, діагностованої ним без допомоги анамнезу і інших клінічних даних, і де діагноз був підтверджений внаслідок аутопсії *in vivo* або *post mortem*».

Історія рентгенології, безперечно, має бути вдячна Ю.О. Гольдінгеру за приведення для змістовних виступів С.П. Григор'єва. Але постійна публічна полеміка двох представників нової науки, їх нездатність дійти консенсусу,

цілком можливо, стали причиною того, що в дореволюційному Харкові не було створено товариство рентгенологів. Такі товариства створювалися в інших містах, де ентузіасти РС і РГ витрачали сили не на відстоювання своїх амбіцій, а на консолідацію. Професійне товариство виникло в нашому місті лише після смерті Григор'єва і Гольдінгера — в березні 1921 року [2] (за іншими даними — у 1922 р. [3]).

Можливо, процитовані вище взаємні (нехай і ввічливі) звинувачення Григор'єва і Гольдінгера в прогалинах азів рентгенології частково пояснюють і той гідний жалю факт, що досягнення і можливості Сергія Петровича залишилися багато в чому незатребуваними дореволюційною харківською медициною. Опубліковані прижиттєво свідчення його участі в житті лікарського співтовариства є рідкісними і незначними — наприклад, фраза у статті Г.А. Валяшка «К вопросу об ампутациях в детском возрасте» (ХМЖ, 1916, № 1):

«Рентгеновский снимок с препарата культуры (распил) любезно приготовлен рентгенологом д-ром Сергеем Петровичем Григорьевым, которому считаю долгом выразить сердечную благодарность».

А ось інший показовий приклад. На засіданні ХМТ 07.03.1915 р. д-р В.М. Бойков зробив доповідь «Лучи Рентгена и война», де «указал на недостаточность имеющихся рентгеновских аппаратов и предложил ряд мер: возвращение из армии рентгенологов для исполнения ими обязанностей по специальности; государственное субсидирование РК; право бесплатного пользования для РК электрической энергией; реквизиция частных РК и аппаратов; устройство казенного или общественного завода для выделки рентгеновских трубок (пока в России имеется один частный завод Федорицкого)». З приводу якості вітчизняної продукції виникла дискусія:

«Е.П. Браунштейн (голова ХМТ. — Авт.) указывает на мнение специалистов о недостатках трубок, выделяемых в России. Докладчик с ним не согласен и ссылается на хорошие отзывы о наших трубках проф. П.И. Шатилова и д-ра С.П. Григорьева. За отсутствием на собрании проф. Шатилова и д-ра Григорьева этот вопрос не мог быть достаточно ясно освещен».

Насправді, терапевт Шатилов (1869—1921) не був рентгенологом — у керованих ним клініках «систематическим пересмотром основных принципов рентгенодиагностики внутренних органов, и сердечных заболеваний в особенности» займався А.Ю. Штернман (1884—1932) [4]. Втім товариство вважало професора першим своїм експертом стосовно рентгену, а Григор'єва — лише другим: субординація найважливіша за все інше.

Нарешті, можна говорити про те, що ХМТ ніяк не підтримало і проект створення Рентген-академії, у той же час взявши під своє крило організацію наукового Інституту з іншої тематики. У 1919 р. товариство видавало часопис «Лікарська справа», № 26 якого повідомив:

«17 ноября 1919 г. в публичном заседании ХМО проф. В.Я. Данилевский сделал доклад об организации Органотерапевтического института (ОТИ). План организации был принят Обществом, и проф. Данилевский единогласно избран заведующим Институтом».

В.Я. Данилевський (1852—1939) мав лабораторію з виробництва тестикулярної витяжки, — популярного серед чоловіків препарату для «омолодження», реклама якого не сходила зі сторінок періодики. В біографії радянського академіка про проект ОТИ сказано [5]:

«В ноябре 1919 г. Василий Яковлевич обратился в ХМО с проектом организации ОТИ с экспериментально-биологическим отделением. По этому проекту Институт должен был проводить научно-исследовательскую работу и организовать производство органотерапевтических препаратов».

До ухвалення проект Данилевського розглянула і схвалила авторитетна комісія [3]:

«Комиссия в составе профессоров А.В. Репрева, Р.П. Кримберга и С.В. Коршуна, которой было поручено подготовить вопрос, доложила свое мнение общему собранию ХМО. Она исходила из того, что больные нуждаются в органопрепаратах, и что необходимо удовлетворять эту потребность научным методом. Комиссия посчитала, что надо изготавливать органопрепараты только после экспериментальной проверки на животных; для этого необходимо организовать новый Институт, который

бы отличался от имеющихся условий в отношении научной работы.

На этих принципах общее собрание ХМО и решило создать ОТИ. Во главе его стал проф. В.Я. Данилевский, предложивший новый метод изготовления органотерапевтических препаратов, который он безвозмездно передал Обществу».

В активі С.П. Григор'єва теж були нові, розроблені ним методи. Але чи вважало ХМТ необхідним «задовольнити науковим методом» потребу хворих у рентгенологічних дослідженнях? Враховуючи сказане раніше про ставлення до рентгенології і рентгенологів, що домінувало в товаристві, можна впевнено відповісти: ні — тим паче, що Сергій Петрович не мав ступенів і звань, таких шанованих медиками і понині. Досі не зрозуміло, чи був «рентгенівський проект» все ж переданий до ХМТ та відхилений без розглядання, або ж Григор'єв, додержуючи настанови Нагірної проповіді «не кидати бісер ...» (Мтф., гл. 7, ст. 6), від самого початку вирішив звернутися за підтримкою в інше місце.

На жаль, точних відомостей про проект Рентген-академії небагато — здається, що цей документ ніколи не був опублікований. Навіть найповніший його опис в [6] є лапідарним, адже не дає відповіді на безліч питань, важливих для біографії С.П. Григор'єва. Наприклад, невідомо, чи не розроблявся «рентгенівський проект» водночас із проектом ОТИ, в період окупації Харкова Добровольчою армією Денікіна?

На користь цієї гіпотези непрямо свідчить сам факт перевидання праць Сергія Петровича 1911–1913 рр. у вигляді окремої брошури [7]. Вона вийшла друком при більшовиках, але була підготовлена не пізніше жовтня 1919 р. В її передмові, датованій 24.11.1919 р., автор висловлював бажання «положить основание для фундамента самобытной российской рентгенологии» та надію на те, що збірник «послужит руководством при дальнейшем строительстве нашей специальности в родном отечестве — тем более, что текущий момент зовет нас на это творчество, давая возможность проявить самостоятельность и индивидуальность» [7].

На близький початок будівництва наукової рентгенології в Харкові є натяки і в передмові

проф. Репрьова (1853–1930), під егідою якого була видана брошура (рис. 2).

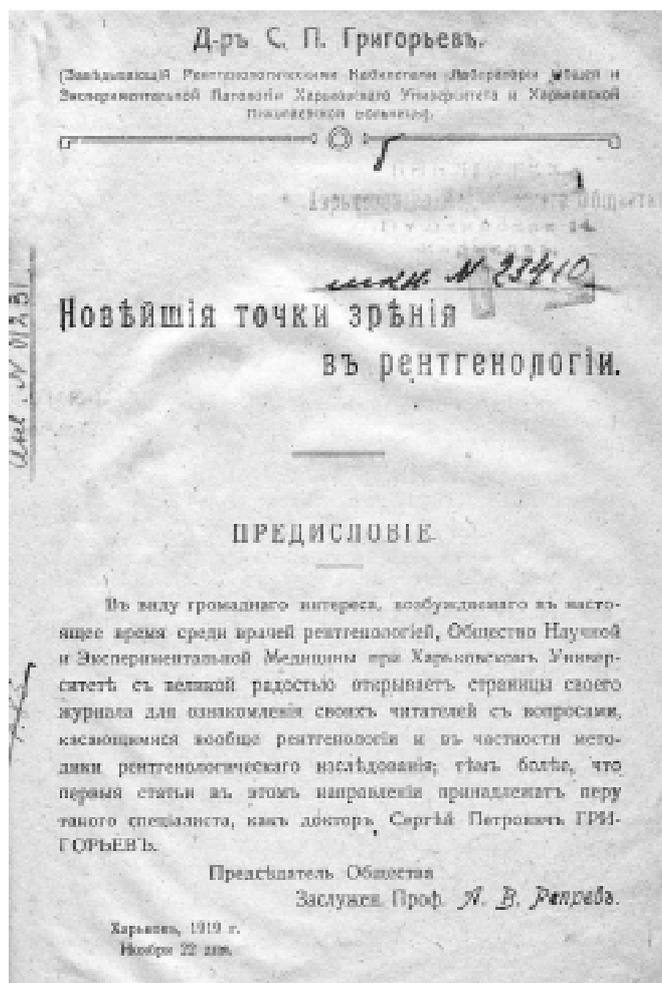


Рис. 2. Титульний аркуш збірки [7]

Збіг термінів написання передмов із засіданням ХМТ, що схвалило проект ОТИ, і той факт, що Репрьов брав участь у попередньому розгляді останнього, складає враження певного причинно-наслідкового зв'язку між цими подіями і підготовкою брошури. Існує ймовірність того, що її робили для презентації не названого прямо в передмовах «рентгенівського проекту», щоб забезпечити інформаційне обґрунтування і супровід цього документа. На це вказує і назва збірки доповідей 1911–1913 рр. — «Новейшие точки зрения в рентгенологии», що, звичайно, в 1920 р. вже було деяким перебільшенням.

На рис. 2 є також незначні на перший погляд деталі, які, проте, викликають сумніви в достовірності деяких тверджень проф. А.В. Репрьова. При Харківському університеті дійсно працювало медичне товариство, що видавало

«Праці», але називалося воно по-іншому — «Товариство наукової медицини і гігієни». Свідчення реального існування в 1919 р. «Товариства наукової і експериментальної медицини» (очолюваного Репрьовим) і його журналу (з анонсованими публікаціями з рентгенології) знайти досі не вдалося.

В університетських архівах не виявлено документів, які доводять факт роботи С.П. Григор'єва в рентгенологічному кабінеті лабораторії загальної і експериментальної патології. Цю кафедру багато років справді очолював А.В. Репрьов, але на знак протесту проти будь-чого професор систематично не подавав відомостей щодо руху персоналу в щорічні звіти університету. І взагалі характер цього войовничого ліберала примушує підозрювати, що його товариство і журнал 1919 р. були об'єктами переважно віртуальними...

А.В. Репрьов залишив Харків наприкінці 1919 р. з Добровольчою армією і повернувся більш ніж через два роки, а тому не міг просувати «рентгенівський проект» перед більшовиками. Отже, підтримку професора-патолога С.П. Григор'єв мав тільки при білих, і безперечно, Сергія Петровича підштовхнула на це систематична недооцінка можливостей рентгенології та його власних досягнень колегами з ХМТ.

Як тут не згадати Євангеліє від Марка (6.1–6.6а): Ісус у своєму рідному місті не зміг зробити жодного дива через невіру мешканців Назарета в те, що знайомий їм з дитинства тесляр може бути обдарований Господом більше за них. І йдучи, кинув з гіркотою: «Всюди пророк має шану, тільки не на батьківщині, не в рідних і не в родині».

Й справді — пошану наш земляк здобув як професіонал у сучасників в інших містах країни. Втім, це тема окремого дослідження.

### Література

1. Русанова Є., Русанов К. // УРЖ. – 2009. – Т. XVII, вип. 2. – С. 239–241.
2. Украинская рентген-академия и рентгенологическая секция ХМО // Врач. дело. – 1922. – № 21–23. – С. 649–650.
3. 100-летие Харьковского научного медицинского общества (1861–1961). – К.: Здоровье, 1965. – 259 с.
4. Штернман А.Ю. // Врач. дело. – 1921. – № 7–10. – С. 59–64.
5. Финкельштейн Е.А. Василий Яковлевич Данилевский, выдающийся русский биолог, физиолог и протистолог. – М.-Л.: АН СССР, 1955. – 292 с.

6. Варшавський Б.М. // Рентгенологія і онкологія в УРСР. – Харків: Держмедвидав, 1939. – С. 9–19.

7. Григорьев С.П. Новейшие точки зрения в рентгенологии. – Харьков, 1920. – 32 с.

Надходження до редакції 22.09.2010.

Прийнято 22.09.2010.

Адреса для листування:

Русанова Євгенія Георгіївна,

вул. Космонавтів, 8, кв. 12, Харків, 61103, Україна.

E-mail: construsanov@yandex.ru