

ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE - SKŁODOWSKA
LUBLIN — POLONIA

VOL. VII, 18.

SECTIO D

1952

Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: prof. dr med. Aleksander Goldschmied

Marian MARKIEWICZ

Śródskórna próba barwnikowa w przebiegu choroby wrzodowej

Внутрикожная пигментозная проба, как показатель течения язвенной болезни

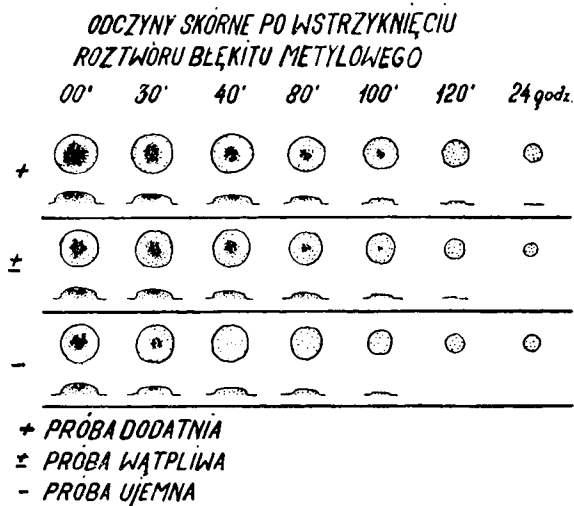
Intracutaneous Staining Test in the Course of the Ulcer Disease

Śródskórną próbą barwnikową w postaci próby z błękitem trypanowym według Leszczyńskiego—Kaweckiego posługiwali się niektórzy autorzy celem określenia czynnościowego stanu ustroju i jego odczynowości w przebiegu choroby wrzodowej (Pliner, Temirowa, cyt. wg Czernoruckiego — 1951). Wyniki próby były zależne od okresu choroby, a w szczególności zmieniały się razem z zespołem bólowym, jak również pod wpływem leczenia snem. Zasadniczo próba ta jak i niektóre inne zachowywała się w przebiegu choroby wrzodowej, jak podaje Czernorucki, podobnie jak w chorobie gośćcowej.

Klinika nasza w poszukiwaniu prostych, łatwych do stosowania w szerokiej praktyce prób, które wypadająby dodatkowo u większości chorych wrzodowych, włączyła do swych badań spostrzeżenia nad zachowaniem się śródskórnej próby barwnikowej w chorobie wrzodowej. Chodziło o stwierdzenie, w jakim odsetku przypadków choroby wrzodowej próba ta występuje, jak również o to, czy na podstawie wyników próby można określić okres schorzenia. We wszystkich bowiem naszych badaniach chodzi nam o rozpoznawanie wczesnych postaci choroby wrzodowej, ze względu na duże praktyczne znaczenie tej sprawy (Golschmied, 1951).

M e t o d y k a b a d a ń

Oryginalna metodyka polega na wstrzykiwaniu śródskórnym 0,2 ml błękitu trypanowego w roztworze 2:10000. Niektórzy autorzy posługują się innymi barwnikami np. błękitem metylowym (Reicher). W moich badaniach obserwowałem zachowanie się bąbla powstałego po wstrzyknięciu błękitu metylowego według metodyki stosowanej w Instytucie Reumatologicznym w Warszawie. Do śródskórnego wstrzykiwania używałem 0,2 ml 1:5000 jałowego roztworu błękitu metylowego. Bąbel usadawiałem na wewnętrznej stronie ramienia. Prawidłowo wstrzyknięty bąbel powinien posiadać kształt okrągły lub nieco owalny o średnicy 8 do 10 mm, wypukły na 1,5 mm. Obwódka bąbla bywa najczęściej blada, a środek uniesiony, ciemniejszy zawiera ciemno-niebieskie punkty świadczące o okołomieszkowym odłożeniu barwnika (vide wykres odczynów skórnych).



Podany wygląd bąbla świadczy o tym, że uniknięto zbyt głębokiego wstrzyknięcia barwnika; nieprawidłowe założenie bąbla może zmieniać wyniki.

Bąble obserwowałem w ciągu dwóch godzin, a mianowicie w chwili wstrzyknięcia i po 30, 40, 80, 100 i 120 minutach, a po 24 godzinach sprawdzałem, czy istnieje jeszcze ślad bąbla. Za dowód dodatniej próby przyjąłem utrzymujący się bąbel jeszcze po 80 min. od momentu wstrzyknięcia. O ujemnym wyniku świadczy zniknięcie wypukłości bąbla przed 80 min., jak również wybitne osłabienie intensywności zabarwienia, albo jego zniknięcie. Za wątpliwy wynik (+) przyjmowałem znaczne zmniejszenie się wypuklenia bąbla po 80 min. przy utrzymywaniu się zabarwienia.

Określenie badanych chorych
i otrzymane wyniki

Próbę barwnikową przeprowadziłem u 150 chorych, a mianowicie u 82 cierpiących na chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy, oraz u 68 chorych dotkniętych innymi chorobami. Wykaz sumaryczny badanych chorych podaje tabela I.

TABELA I
Wykaz sumaryczny badanych chorych

L.p.	Jednostka chorobowa	+	±	-	Razem
	Morbus ulcerosus: b/Ulcus duodeni	37	12	6	55
	b/Ulcus ventriculi	7	1	1	9
1.	Morbus ulcerosus c/sine ulcere	8	2	3	13
	d/Status p.resectionem ventriculi	2	-	3	5
2.	Cirrhosis hepatis	-	1	3	4
3.	Gastritis	-	-	3	3
4.	Periduodenitis adhaesiva	-	1	2	3
5.	Polyarthritus rheum.acuta	-	1	2	3
6.	Polyarthritus rheum.chron.	1	-	2	3
7.	Polyarthritus in stadio exacerbationis	4	-	1	5
8.	Hepatitis parenchymatosa	-	-	5	5
9.	Colitis	-	-	1	1
10.	Asthma bronchiale	1	-	-	1
11.	Intoxicatio alimentaris	-	-	1	1
12.	Neurosis vegetativa	-	-	2	2
13.	Emphysema pulmonum	-	-	1	1
14.	Cholecystitis et cholelithiasis	-	2	7	9
15.	Carcinoma ventriculi	3	1	2	6
16.	Nephrolithiasis	-	1	5	6
17.	Obstipatio habitualis	-	-	1	1
18.	Hypertonia essentialis	-	-	1	1
19.	Angina pectoris	-	-	1	1
20.	Pleuritis exsudativa	-	-	1	1
21.	Varices haemorrhoidales	-	-	1	1
22.	Tbc.pulmonum	-	1	7	8
23.	Stenosis pylori benigna pleuritis exsudativa	-	-	1	1
24.	Neuralgia nervi ischiadici	-	-	1	1

Większość chorych wrzodowych stanowili chorzy na wrzód dwunastnicy (55 osób), mniejsza liczba (9 osób) wykazywała cechy choroby wrzodowej żołądka. 5 osób przeszło resekcję żołądka z powodu wrzodu; zgłosiły się one z objawami innych chorób przypadkowych i dla kontroli. U żadnej z nich nie stwierdzono wrzodu jelita czczego. U 13 chorych z typowymi objawami choroby wrzodowej nie stwierdzono uchwytnych zmian rentgenologicznych (*Morbus ulcerosus sine ulcere*).

Wśród chorych wrzodowych w znacznej większości, a mianowicie u 70 osób, stwierdzono objawy świadczące o istnieniu czynnego okresu choroby, a więc niszę wrzodową i bóle wrzodowe. U niektórych chorych z bólami nie wykazano niszy, lecz zmiany bliznowate, albo nawet brak uchwytnych odchyień w obrazie rentgenowskim. Ze względu na występowanie bólów typowych dla choroby wrzodowej zaliczono i tych chorych do grupy dotkniętych czynną sprawą. Jedyne u 7 chorych można było mówić o okresie nieczynnym. Byli to chorzy, którzy zgłosili się do kontroli po przeprowadzeniu leczenia lub wykazywali objawy innych zespołów chorobowych przed zgłoszeniem się do Kliniki, albo wreszcie chorzy, u których dawniej stwierdzono chorobę wrzodową, a którzy obecnie mieli nieokreślone, nietypowe dolegliwości nie dające się powiązać z chorobą wrzodową. Takich chorych spotyka się często w leczeniu ambulatoryjnym i dlatego badanie spotykanych u nich objawów ma duże znaczenie praktyczne; do szpitali zgłaszają się oni rzadko i tym tłumaczy się niewielka ich liczba w naszym zestawieniu.

Tabela I podaje, u jakich chorych próba barwnikowa wypada dodatnio lub wątpliwie, a u których ujemnie. Jak widać u większości chorych wrzodowych, a mianowicie u 54 (66%) próba jest dodatnia, u 15 wątpliwa (18,3%), a jedynie u 13 (15,7%) ujemna. Wśród innych chorych stwierdzamy dodatni wynik próby u chorych goścących, co jest zupełnie zrozumiałe (gdyż próba ta jest zasadniczo próbą „goścową“), u jednego chorego z dychawicą oskrzelową i u 3 chorych, spośród 6, dotkniętych rakiem żołądka. Godne uwagi jest to, że spośród 9 chorych ze schorzeniami układu żółciowego tylko u 2 wynik próby był wątpliwy, u 7 był ujemny, a w żadnym wypadku nie był dodatni.

Tabela II ujmuje wyniki próby w zależności od okresu choroby (okres czynny i nieczynny) oraz czasu trwania choroby. Celem zestawienia podanego w tabeli II było wykazanie istnienia zależności wyni-

T A B E L A II

Wyniki próby w zależności od okresu i czasu trwania choroby wrzodowej

Okres choroby	Wynik	Długość trwania choroby w latach										Razem	
		0-1	1-3	3-5	5-7	7-9	9-11	11-14	14-17	17-19	19-23		23-26
czynny	+	11	15	9	6	4	2	3	-	-	-	1	51
	±	2	2	1	-	1	3	2	-	2	-	-	13
	-	2	-	-	1	1	-	1	-	-	1	-	6
nieczynny	+	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
	±	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
	-	-	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-	4
stan po resekcji żołądka	+	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	2
	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	3

ków prób od okresu choroby. Okazało się, że na 7 chorych w okresie nieczynnym tylko u jednego próba wypadła dodatnio. W okresie czynnym próba jest dodatnia u 51 chorych (na 70) czyli u 72,9%, wątpliwa u 13 chorych (18,6%) a tylko u 6 (8,5%) ujemna, z tego u 4 chorych, którzy chorują ponad 5 lat, a jedynie u 2 chorych we wcześniejszym okresie schorzenia. Ze względu na zbyt małe liczby otrzymane po rozbięciu ogółu chorych na grupy (vide tab. III) nie można jeszcze wyprowadzać jakichkolwiek pewnych wniosków. Odnosi się jedynie wrażenie, że próba barwnikowa wypada dodatnio częściej u chorych w okresie czynnym i we wcześniejszych okresach schorzenia. Sprawa ta będzie przedmiotem dalszych badań.

Wśród badanych przeze mnie 82 chorych wrzodowych u 40 stwierdzono rentgenologicznie niszę w zakresie dwunastnicy, u 8 w obrębie żołądka, u 14 znaleziono zmiany bliznowate opuszki dwunastnicy. Dwu chorych nie prześwietlano ze względu na stan po krwotoku. U 5 chorych stwierdzono stan po resekcji żołądka; u 13 nie stwierdzono uchwytanych zmian rentgenologicznych, a rozpoznanie choroby wrzodowej ustalono u nich na podstawie całokształtu badania (vide tab. IV).

TABELA III

Zestawienie chorych wrzodowych w zależności od okresu
i czasu trwania choroby.

Lata	0-1	1-3	3-5	5-7	7-9	9-11	11-14	14-17	17-19	19-23	23-26	Razem
Ilość chorych wrzodowych	15	20	13	9	6	5	7	3	2	1	1	82
czynnych	15	17	10	7	6	5	6	-	2	1	1	70
nieczynnych	-	3	2	1	-	-	-	1	-	-	-	7
Stan po resekcji	-	-	1	1	-	-	1	2	-	-	-	5

TABELA IV.

Wyniki próby w zależności od wyników rentgenologicznych.

	Rtg: nisza			Rtg: zmiany blizn. /bez niszy/.			Nie prześwietlani		
	ogółem	wynik	ilość	ogółem	wynik	ilość	ogółem	wynik	ilość
Ulcus duodeni	40	+	28	14	+	9	1	+	-
		±	8		±	3		±	1
		-	4		-	2		-	-
Ulcus ventriculi	8	+	6				1	+	1
		±	1					±	-
		-	1					-	-
Choroba wrzodowa bez zmian rtg.	13	+	8	Stan rtg. po resekcji żołądka.			5	+	2
		±	2					±	-
		-	3					-	3

Mimo, że staraliśmy się podejść do rozpoznania u tych 13 chorych z całą ostrożnością i możliwie krytycznie, jednak pewne pomyłki nie są wykluczone i dlatego podaję tu oddzielnie zestawienie wyników prób u chorych, u których wykazano niszę lub zmiany bliznowate w dwunastnicy, a więc u których rozpoznanie wydaje się nie podlegać żadnej wątpliwości.

Na 48 chorych z niszą wrzodową żołądka lub dwunastnicy u 34 (71%) próba wypadła dodatnio, u 9 wątpliwie, a tylko u 5 ujemnie. Na 62 chorych z niszą wrzodową lub zmianami bliznowatymi u 43 (70%) otrzymano próbę dodatnią, u 12 wątpliwą, a u 7 ujemną. Odsetek prób dodatnich jest więc równy lub przekracza 70.

TABELA V.

Wyniki próby barwnikowej w stosunku do kwasoty zawartości żołądka

Wynik	Nadkwaśność	Normalna kwaśność	Niedokwaśność	Niezgłębnikowano ze względu na ciężki stan
+	31	17	4	1
±	12	5	-	1
-	6	1	4	-
Razem	49	23	8	2

Tabela V ujmuje stosunek próby barwnikowej do kwasoty zawartości żołądka. Jak wynika z tabeli, nie udało się w tym względzie stwierdzić jakichkolwiek prawidłowości.

Wpływ leczenia snem na wynik próby barwnikowej

U 18 chorych wykonano próbę barwnikową przed leczeniem i po leczeniu snem. U 12 chorych próba była przed leczeniem dodatnia; po leczeniu pozostała dodatnia u dwu, przeszła w wątpliwą u jednego, a ustąpiła (czyli stała się ujemną) u 9 chorych. Przed leczeniem była wątpliwa u 3 chorych. Po leczeniu u tych samych chorych próba przeszła w dodatnią u jednego, a ustąpiła u dwu chorych. Przed leczeniem była ujemna u 3 chorych i taką samą pozostała po leczeniu (vide tab. VI).

Jak wynika z przytoczonych danych, co prawda jeszcze nielicznych, u znacznej większości chorych próba dodatnia po leczeniu snem

T A B E L A VI

Wyniki próby w zależności od leczenia snem

Po leczeniu przed leczeniem	Wynik dod. / + /	Wynik wątpliwy / ± /	Wynik ujemny / - /
Wynik dodatni / + /	2	1	9
Wynik wątpliwy / ± /	1	-	2
Wynik ujemny / - /	-	-	3

ustępuje całkowicie lub częściowo. Dowodziłoby to normującego działania leczniczego snu również i w zachowaniu się tych czynników w ustroju, które decydują o wyniku próby.

W n i o s k i

1. Śródskórna próba barwnikowa wykazuje dodatni wynik u większości (70%) chorych cierpiących na chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy, natomiast u innych badanych chorych (za wyjątkiem gościca) wynik dodatni występuje bardzo rzadko.
2. Wydaje się, że próba wypada częściej dodatnio we wcześniejszych okresach choroby wrzodowej.
3. Po leczeniu snem u większości badanych chorych próba dodatnia ustępuje całkowicie lub częściowo.
4. Podane badania dają z dużym prawdopodobieństwem podstawę do twierdzenia, że śródskórna próba barwnikowa może mieć znaczenie w rozpoznaniu choroby wrzodowej.
5. Konieczne są dalsze badania obejmujące również chorych ambulatoryjnych.

P I S M I E N N I C T W O

1. Czernorucki M. W. — Tierapiewticeskij Archiw. T. XXIII, Nr 2, str. 3—12, 1951.
2. Goldschmied A. — Polski Tygodnik Lekarski. R. VI, Nr 35, 1951.
3. Leszczyński R. — Przegląd Dermatologiczny. T. XXVII, Nr 3, str. 263—269, 1932.
4. Reicher E. — Pamiętnik XVI-go Zjazdu Reumatologów w Sopocie, 1952.

Р Е З Ю М Е

Некоторые авторы пользовались внутрикожной пигментозной пробой, как например пробой с применением трипановой сини по Лещинскому — Кавецкому для определения функционального состояния организма и его реактивности при язвенной болезни.

Чтобы найти самые легкие и удобные для применения в практике пробы, которые давали бы диагностические указания у большинства язвенных больных, автор поставил себе задачу проследить диагностическую ценность внутрикожной пигментозной пробы в случаях язвенной болезни.

Следовало установить, для какого процента случаев язвенной болезни эта проба дает положительные результаты, а также ответить на вопрос, можно ли на основании результатов пробы определить фазу болезни.

Для внутрикожной инъекции употреблялся 1:5000 стерильный раствор метиловой сини 0,2 мл. Пузырь был локализован на медиальной стороне плеча. Наблюдения над пузырями велись в течение двух часов, а именно, в момент инъекции, спустя 30 минут, 40 минут, 80 минут, 100 минут, 120 минут; через сутки автор проверял, существует ли еще какойнибудь след пузыря. Наличие пузыря дольше 80 мин. от момента инъекции принималось автором за положительный результат, исчезновение пузыря раньше 80-и минут обозначало отрицательный результат, а за сомнительный результат автор принимал значительное уменьшение размеров выпуклости пузыря спустя 80 мин. при одновременном сохранении окраски.

В ы в о д ы

1. Внутрикожная пигментозная проба дает положительный результат у большинства (70%) больных язвой желудка или двенадцатиперстной кишки, у других же больных, подвергнутых

исследованию (за исключением ревматизма) положительный результат получается весьма редко.

2. Повидимому проба выступает чаще положительно в более ранние периоды язвенной болезни.

3. После лечения сном положительная проба уступает полностью или частично у большинства больных язвой.

4. На основании выше изложенных исследований можно с большой вероятностью выдвинуть предположение, что внутрикожная пигментозная проба может быть использована для диагностических целей при язвенной болезни.

5. Необходимы дальнейшие исследования, охватывающие также и амбулаторных больных.

S U M M A R Y

Some authors used the intracutaneous staining test, consisting in injections of trypane blue according to Leszczyński-Kawecki, in order to define the functional state of the organism and to determine its reactions in the course of the ulcer disease of the stomach and duodenum. In search of easily applicable tests, the result of which would be positive with the majority of patients suffering from that disease, the author undertook investigations on the results of the intracutaneous staining test in the course of the disease. The author's task was to determine what percentage of patients show a positive reaction to the test, and to answer the question whether the results of the test can help to assess the duration of the illness.

The patients were given intracutaneously 0,2 ccm of sterile 1:5000 solution of methylene blue; as the site of the injection the internal side of the arm was chosen. Blisters which formed after the injection were observed for two hours, namely immediately after the injection, and then after 30, 40, 80, 100, and 120 minutes; after 24 hours the skin was examined for the presence of traces of the blister. The author considered the result of the test as positive, when the blister was present longer than 80 minutes after the injection; when it disappeared before that time, the result was negative; if the blister diminished considerably in size after 80 minutes, the staining being still present, the result was considered as doubtful.

Conclusions:

1. The intracutaneous staining test gives positive results in the majority (70 per cent) of cases of the ulcer disease of the stomach and duodenum; with other patients (except those suffering from rheumatism) positive results occur very seldom.
2. It seems that the test is more frequently positive in earlier stages of the ulcer disease.
3. After treatment with prolonged sleep the positive reaction disappears completely or partly in the majority of cases.
4. The investigations described in the present paper allow to assert with great probability that the intracutaneous staining test may be accepted and used for diagnostic purposes in the ulcer disease.
5. Further investigations, including also ambulant patients, are necessary.

