

ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE - SKŁODOWSKA
LUBLIN — POLONIA

VOL. VII, 20.

SECTIO D

1952

Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Lublinie

Kierownik: prof. dr med. Aleksander Goldschmied

Aleksander GOLDSCHMIED, Jerzy MEISSNER,
Danuta WŁODARCZYK-ROKICKA, Franciszek MATYSIAK
i Michalina KANADYS

**Badania nad zastosowaniem próby bańkowej
do diagnostyki choroby wrzodowej**

**Исследования над применением баночной пробы
для распознавания язвенной болезни**

**Investigations on the Application of the Cupping Glass
Test for Diagnostic Purposes in the Ulcerous Disease**

W 1936 r. podał Waldman tak zwaną próbę bańkową. Polega ona na tym, że krew pobraną z palca porównuje się pod względem zawartości odsetkowej monocytów z krwią pobraną z miejsca, które poddane było ssącemu działaniu bańki lekarskiej przez 20 minut. Jeżeli odsetek monocytów w obu próbkach krwi jest jednakowy, to uważa się próbę za ujemną, o dodatniej zaś próbie świadczy zwiększony odsetek monocytów w krwi pobranej z „plamy pobańkowej”. Zarówno z badań Waldmana i współpracowników oraz innych autorów (Szapowalowa cyt. wg. Waldmana, Kupersztock, 1950, i inni) wynika, że próba wypada dodatnio w przebiegu schorzeń, których istotną cechą są zmiany śródbłonna naczyniowego (endoteliozy), przede wszystkim w zapaleniu wsierdzia, w durze plamistym, w endoteliozach na tle pneumokokowym, kiłowym oraz na tle brucelozy. Waldman tłumaczy dodatni wynik próby łatwiejszym odrywaniem się od podłoża pod wpływem ssącego działania bańki komórek śródbłonna u ludzi dotkniętych endoteliozą;

komórki te przechodzą w elementy „monocytno-histiocytnarne“ najliczniej reprezentowane we krwi z plamy bańkowej po 20 minutach jej ssącego działania. Autor próby podkreśla, że monocyty we krwi z plamy bańkowej różnią się od normalnych monocytów budową i kształtem (głównie jądra) i dlatego określa je nazwą „monocytarnych“ lub „monocytno-histiocytnarnych“.

Podobną do bańkowej próbą jest próba Kaufmanna polegająca na określeniu liczby „limfocytów“ w zawartości pęcherza kantarydowego. Jak podaje Czernorucki (1951), próba ta występuje i zachowuje się w zasadzie podobnie zarówno w gościecu, jak i chorobie wrzodowej. Czernorucki uważa występowanie próby w obu wymienionych stanach patologicznych za dowód podobnych zmian czynnościowych kory mózgowej zarówno w gościecu, jak i chorobie wrzodowej. Wychodząc z tego założenia, postanowiliśmy zbadać zachowanie się próby bańkowej w przebiegu choroby wrzodowej i przekonać się, czy nie może ona wzbogacić arsenału diagnostycznego w wykrywaniu wczesnych lub nietypowych postaci choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Nieodzownym ogniwem tych badań jest stwierdzenie, jak zachowuje się próba w tych postaciach choroby wrzodowej, których rozpoznanie nie ulega wątpliwości, i to jest celem niniejszego doniesienia.

W r. 1940 R a w i c z rozpoczął badania nad odcinkowym występowaniem leukocytozy w organicznych schorzeniach żołądka, m. in. chorobie wrzodowej. Doprowadziły one autora do wyrażenia, z dużym prawdopodobieństwem, poglądu, że choroby organiczne żołądka w odróżnieniu od stanów czynnościowych cechują się występowaniem leukocytozy we krwi pobranej ze skóry brzucha w odpowiednim odcinku (paśmie) Haeda. Ze względu na trudność w pobraniu krwi ze skóry brzucha, R a w i c z przystawiał bańkę po uprzednim dokonaniu kilku zadraśnień naskórka i pobierał do badania zbierającą się pod bańką krew. Między tą metodyką, a metodyką Waldmanna istnieje, jak widać, duże podobieństwo. Podstawę teoretyczną badań R a w i c z a stanowiły niektóre doniesienia, twierdzące, że w przebiegu choroby wrzodowej istnieją rozmaite zmiany odcinkowe umiejscowione w pasmach Haeda (wzmoczona potliwość, zblednięcie itp.), podobnie jak i przeuczulica skóry. Nie wchodząc tymczasem w rozważania nad zagadnieniem zmian odcinkowych postanowiliśmy połączyć niejako obie próby, badając leukocytozę w krwi pobranej z plamy pobańkowej oraz ba-

dając zarówno leukocytozę, jak i monocytozę w krwi z dwóch płam pobańkowych, sadowiąc bańki w dwóch miejscach, a mianowicie na brzuchu i na klatce piersiowej.

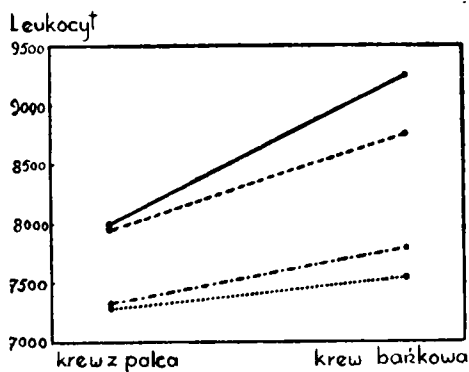
Metodyka badań i wyniki

Badania wykonano u 177 osób, z tego w I etapie u 42, a w II etapie u 135 osób.

W pierwszej fazie badań stosowaliśmy następującą metodykę: zwykłą bańkę lekarską stawiano na klatce piersiowej w okolicy podobojczykowej, drugą w nadbrzuszu centralnym, mniej więcej w połowie odległości od pępka do wyrostka mieczykowatego.

Po 20 minutach bańki zdejmowano, wykonywano nakłucie igłą Francka na głębokość około 10 mm, pobierano krew ze środka obu płam po bańce (krótko: krew bańkową) oraz krew z palca, w pobranej krwi oznaczano leukocytozę.

Wyniki tych badań, przedstawione na tabeli I, odnoszą się do 20 chorych na chorobę wrzodową i 22 na inne schorzenia.



Ryc. 1

— choroba wrzodowa - brzuch
 - - - choroba wrzodowa - kl. piersiowa
 - · - · inne schorzenia - brzuch
 ····· inne schorzenia - kl. piersiowa

Krzywa średniej leukocytozy w krwi bańkowej z brzucha
 i klatki piersiowej i krwi z palca

Analizując te dane widzimy, że w części przypadków zarówno choroby wrzodowej, jak i innych schorzeń, występuje podwyższenie leukocytozy we krwi bańkowej, nieco częściej w chorobie wrzodowej. Krzywa otrzymana przez porównanie średnich arytmetycznych leuko-

TABELA 1.

Wyniki badań leukocytozy w krwi bańkowej i z palca

Chory	Rozpoznanie	Leukocytoza			Chory	Leukocytoza		
		palec	kl. piers.	brzuch		palec	kl. piers.	brzuch
F.G.	Cholecystitis	9400	9000	10300	G.K.	8100	8400	10300
E.B.	Hypertonia essent.	5600	6700	10000	W.Sz.	11600	11100	12500
W.J.	Obstipatio spastica	8200	8300	8900	S.F.	8400	10100	9600
B.S.	Neurosis Gastritis chr.	9100	10200	9500	F.K.	7800	8100	9000
H.I.	Neurosis	10400	10700	10800	F.M.	7500	8300	9500
Z.K.	Neurosis	10100	9100	12000	H.Ch.	9200	8800	10800
K.B.	Morbus rheumaticus	8600	8200	8300	K.P.	9100	9800	11500
M.A.	Neurosis	6500	6100	6200	J.W.	8100	9100	8600
H.Cz	Carcinoma pylori	8700	9500	7600	J.S.	8900	7000	9100
E.B.	Colitis membranacea	5600	6700	10000	K.C.	9700	12100	11800
R.G.	Arteriosclerosis diff.	6700	6700	7000	W.B.	8600	12800	10000
S.R.	Erythema nodosum	7800	8200	8200	F.W.	8600	10400	14200
E.P.	Cholecystitis.Tbc.pulm.	5200	6000	5800	J.L.	7900	8100	8000
K.M.	Cholecystitis.	6100	5300	6300	W.D.	6800	5700	6100
L.G.	Hepatitis parenchymat.	5600	7000	7100	J.K.	6000	5100	5400
M.Z.	Pyelocystitis	8400	9700	9800	S.M.	5600	8100	7300
C.G.	Tachycardia paroxysmal.	6000	5900	4500	L.M.	4000	8400	8300
W.Z.	Gastroenteroptosis	6400	8500	5800	M.S.	8000	9500	9000
F.M.	Pyelocystitis	9400	9100	8900	T.K.	5900	4900	5400
S.D.	anaemia hyperchron.	6400	7000	4900	W.W.	9100	12100	11200
J.R.	Morbus rheumaticus	5000	5000	5800				
E.O.	Hepatitis parenchymat.	10200	7600	7600				

cytozy w krwi z palca i w krwi bańkowej z klatki piersiowej i brzucha (vide ryc. 1) wykazuje, że tendencja wzrostowa leukocytozy wyraźniejsza jest dla choroby wrzodowej, szczególnie dla krwi z brzucha, natomiast wzrost leukocytozy dla innych schorzeń jest mniejszy, a różnica między leukocytozą w krwi bańkowej z brzucha i klatki piersiowej nieistotna. Ogólnie jednak wybitne różnice leukocytozy występują zbyt rzadko, żeby mogły być użytkowane dla celów rozpoznawczych.

TABELA II.

Wyniki badań monoocytozy w drugiej kropki krwi
bańkowej i z palca.

Inne senorzenia

Choroba wrzodowa żołądka
i dwunastnicy

Chory	Rozpoznanie	Monoocytoza w %			Chory	Monoocytoza w %		
		palec	kl. piers.	brzuch		palec	kl. piers.	brzuch
F.G.	Cholecystitis	4	3	9'	G.M.	7	10	10
S.H.	Morbus rheumaticus	3	6	4	W.Sz.	11	16	18
K.B.	Hypertonía essent.	4	6	5	S.F.	3	4	7
W.J.	Obstipatio spastica	5	6	5	F.K.	4	4	7
B.S.	Neurosis.Gastritis chr.	10	14	18	F.M.	5	6	6
M.I.	Neurosis	5	5	6	H.Ch.	4	1	4
Z.K.	Neurosis	4	10	7	K.P.	6	6	8
K.B.	Morbus rheumaticus	7	4	6	J.W.	4	9	7
M.A.	Neurosis	4	4	6	J.S.	10	7	7
H.Ch.	Carcinoma pylori	6	9	6	K.C.	6	5	7
K.B.	Colitis membranacea	3	7	8	W.B.	9	7	8
T.S.	Cholelithiasis	5	3	4	F.W.	6	3	4
R.G.	Arteriosclerosis diff.	4	3	7	J.L.	7	6	7
S.B.	Erythema nodosum	6	5	3	W.D.	4	7	7
K.P.	Cholecystitis.Tbc pulm.	4	4	8	S.K.	4	4	6
G.S.	Icterus mech./neoplazm./	8	7	10	S.M.	3	4	5
K.M.	Cholecystitis	4	2	6	L.M.	2	4	5
L.G.	Hepatitis parench.	10	7	7	M.S.	3	4	5
M.Z.	Pyelocystitis	4	1	4	T.K.	6	9	7
C.G.	Tachycardia paroxysmal.	10	6	5	W.M.	5	5	3
W.Z.	Gastroenteroptosis	2	1	3				
F.M.	Pyelocystitis	3	5	2				
S.D.	Anaemia hyperchrom.	4	5	4				
J.R.	Morbus rheumaticus	3	6	5				
I.O.	Hepatitis parenchymat.	5	5	5				

TABELA III.

Wyniki badań monocytocy w pierwszej kropki krwi bańkowej i z palca

Choroba wrzodowa
/rentgenologicznie
nisza/Choroba wrzodowa
/rentgenologicznie
zmiany bliznowata/

S e r o w a

Chory	Monocytoza w %			Chory	Monocytoza w %			Przyp.	Monocytoza w %		
	palec	kl. piers.	brzuch		palec	kl. piers.	brzuch		palec	kl. piers.	brzuch
J.S.	10	11,5	17	M.J.	14	17	18,5	F.M.	6	9,5	10
S.K.	5,5	11	13,5	W.W.	7,5	9,5	12,5	T.G.	4	7	8
Cz.M.	4,5	16	5,5	H.M.	7	9	12	M.F.	4	4	4
J.Ch.	7	8,5	10,5	W.M.	6	9,5	6,5	J.M.	6	6	7,5
Cz.W.	7	6	8,5	S.I.	5,5	5,5	8	T.S.	4,5	5	6
H.G.	6	11,5	20	E.G.	12,5	13,5	14,5	A.S.	4,5	8	7
E.M.	7	10	13,5	A.G.	8,5	16	14	S.S.	3,5	5,5	7
J.K.	6,5	7	10,5	E.N.	5	7	11,3	H.D.	2	3	4
E.D.	10	9,5	8	M.M.	9,5	6,5	15	K.W.	5	6,5	6
W.B.	4	7	8,5	L.M.	6	7	16,5	Z.M.	5,5	2	2,5
L.S.	7,5	7	10,5	J.S.	9,5	8	14,5	J.G.	7	5,5	4
S.R.	10,5	8	7	A.M.	6,5	6	8	L.G.	5,5	6,5	4,5
H.B.	10,5	9	9	M.M.	14,5	17,5	20,5	Z.K.	6	4	4,5
B.Ch.	2,5	7,5	9,5	J.P.	8	11	12	S.K.	9	8	7,5
J.S.	11	17	11,5	B.Ch.	2,5	7,5	0,5	L.R.	9,5	9,5	11,5

Jednocześnie z leukocytozą badano w tym okresie również zachowanie się monocytocy. Postępowanie było następujące: po pobraniu krwi na leukocytozę z następnej kropki krwi z palca oraz z krwi bańkowej wykonywano rozmaz, barwiony następnie barwnikiem Giemzy. W rozmazach tych oznaczano wzór Schillinga. Uzyskane wyniki odnośnie monocytocy przedstawione są w tabeli II.

Jak z powyższych danych wynika, wahania monocytocy występowały tylko w niewielkim procencie przypadków i były stosunkowo niewielkie, szczególnie w przypadkach innych schorzeń — nie choroby wrzodowej.

Jak się okaże z dalszych badań, wyniki będą inne, jeżeli dla badania odsetka monocytów posłużymy się pierwszą kropką krwi; również i Waldman podkreśla, że badanie powinno być przeprowa-

c. d. tab. III.

F.W.	10	14	7	J.W.	4	6,5	5	K.D.	9,5	8,5	5
A.S.	13	14,5	12	J.S.	7	13	10,5	K.R.	3	5,5	3,5
S.Z.	15	16,5	26	B.O.	1	16	19	A.K.	7	6	6,5
J.Ch.	6,5	6,5	12	G.P.	13	11	14	D.M.	4,5	5	6
L.K.	9,5	14,5	15	J.S.	9,5	10	7	B.S.	9,5	8,5	11
E.H.	7,5	11	15,5	E.K.	4,5	3	6				
S.B.	2	2	5	J.G.	1,5	7	6,5				
J.B.	3	4,5	8	K.J.	6,5	4,5	6				
E.M.	3	7	6	B.S.	8,5	8,5	8				
A.R.	6	7	10								
J.B.	4,5	7	10								
E.S.	8	8	19								
Cz.J.	7,5	6	11								
G.S.	5	5	12								
T.D.	3	25	8								
B.J.	2	10	21								
L.B.	6	23	14								
S.N.	6	5	10								
W.K.	6	6	11								
C.B.	9	3	4								
F.Ch.	10	1	13								

dzzone w pierwszej kropli. Dlatego w następnym etapie badań obliczaliśmy jedynie wzór Schillinga w rozmazach otrzymanych i barwionych w sposób podany powyżej, ale wykonywanych z pierwszej kropli krwi otrzymanej po nakłuciu.

Wyniki tych badań, przeprowadzonych u 135 osób, z tego 20 osób zdrowych, 60 z chorobą wrzodową żołądka lub dwunastnicy, 55 z innymi schorzeniami narządów wewnętrznych, przedstawione są w tabelach III, IV, V. Z uwagi na częstość występowania endoteliozy w chorobie gościcowej, zwłaszcza przebiegającej z procesem zapalnym wsierdzia, grupę chonych gościcowych wyłączamy w tej tabeli, jak i w dalszych naszych zestawieniach i rozważaniach, z grupy „innych schorzeń narządów wewnętrznych“. Do grupy tej nie zaliczamy również innych schorzeń, w których, zgodnie z danymi piśmiennictwa, występuje

TABELA IV.

Choroba gościecowa

Chory	Rozpoznanie	Monocytoza w %		
		palec	kl. piers.	brzuch
M.S.	Polyarthr.rheum.chr. Endomyocarditis	7	16	13
M.M.	"- " - " - Myocarditis	7	16	11
J.G.	"- " - acuta	6	7,5	11,5
M.B.	"- " - chr.Tonsillitis chr.	8	6,5	7,5
H.R.	"- " - " - " - " - "	7	6	6
H.M.	"- " - " - Endomyocarditis	2,5	3	4
S.Y.	"- " - acuta.	1	2	4,5
J.S.	"- " - chr.Tonsill.pur.chr.	1,5	2	3
H.P.	"- " - " - Endomyocarditis	2,5	1	3
J.D.	"- " - acuta.	2	1	4,5
W.M.	"- " - chronica.	5	4	3
W.K.	"- " - " - Endomyocarditis	4	3	6
A.M.	"- " - chr	11	26	11
B.P.	"- " - " - "	10,5	12,5	14
S.M.	Endomyocard.rheum.insuff.circulat.	4	5	9,5
J.S.	"- " - " - " - "	2	5	8
R.Sz.	Pancarditis rheumat. chrom.	4,5	6	11
A.G.	Endomyocard.chr.Pleuropneumonia	8	10	7,5
P.Ch.	"- " - " - "	9	8	10
W.W.	Endocarditis lenta	3	6,5	3
M.R.	"- " - " - "	1	4,5	6

endotelioza (2 przypadki *endocarditis lenta*), podając je przy grupie gościecowej.

Pewną trudność sprawiało interpretowanie uzyskanych wyników w sensie określenia prób jako ujemne lub dodatnie. Waldman podaje, że w swoich badaniach nad próbą bańkową uzyskiwał 2—3, a nawet 5-krotny wzrost liczby monocytów w krwi bańkowej.

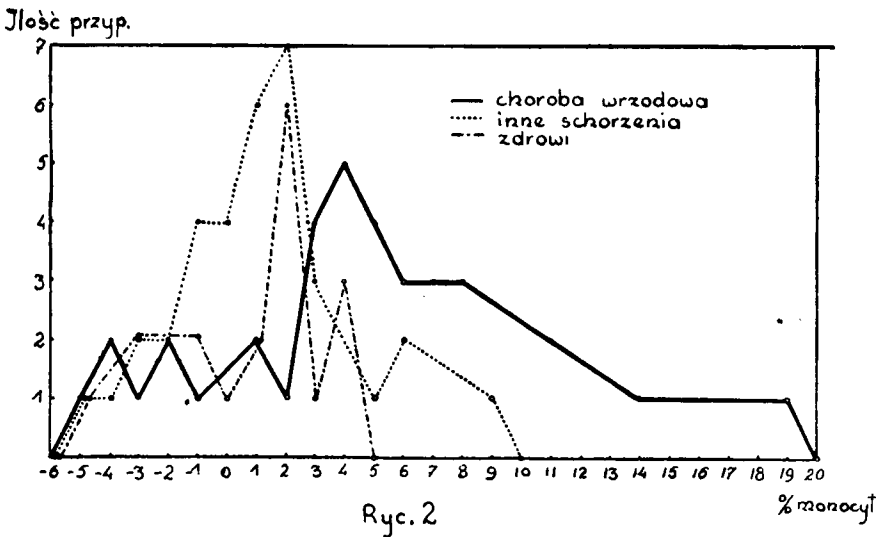
W naszych badaniach tak znaczne wahania występowały jedynie sporadycznie, w pojedynczych przypadkach, osiągając nawet bardzo

TABELA V.

Inne schorzenia

Chory	Rozpoznanie	Monocytoza w %		
		palec	kl. piers.	brzuch
M.P.	Nephrolithiasis sin.	8,5	15	11
H.M.	Pyelocystitis	9,5	7	8
K.J.	Pyelitis acuta	9	6	9
W.B.	Hepatitis parenchymatosa	6,5	5	4
Z.S.	Hepatitis parenchymatosa	10,5	8,5	16
L.W.	Cholecystopathia	4	5,5	6
J.T.	Cholecystitis	2	2,5	4
P.Z.	Cholecystitis	16	16	15
B.A.	Pleuritis exudat. dextr.	4,5	3,5	6
D.R.	Tuberculosis pulm.	4	2	4,5
M.S.	"-	7	2,5	2,5
Z.D.	"-	2	0,5	7
J.K.	Pyelitis acuta	3,5	6,5	3
S.G.	Uraemia. Insuff. circulat.	12	10	7
H.R.	Myocarditis chr.	7	6	6
M.G.	Neoplasma ovariorum	8	3	10,5
A.S.	Enterocolitis chr. Bronchitis aethm.	3	3	3,5
M.K.	Neurosis. Status post influenz.	4,5	6,5	13
J.S.	Hyperthyreosis	8	9,5	7
J.M.	Cholecystitis chr.	7	6,5	7
H.N.	Cholecystitis e cholelithiasi	4	4,5	4
H.S.	"-	2	3	3
F.W.	Tuberculosis pulm.	1	4	2
H.K.	"-	2,5	3	3
J.L.	"-	4,5	2	1
A.K.	Cholangitis	2,5	3	4,5
I.B.	Vitium mitrale. Insuff. circulat.	6	6,5	3
J.D.	Myocarditis chr.	5	8	7
W.P.	Hepatitis parenchymatosa	7	10	8
A.W.	Carcinome ventriculi	12	18	12
Z.M.	"-	8	14	11
C.M.	"-	9	4,5	7
B.T.	"-	6,5	9	12
W.W.	"-	9	8	11

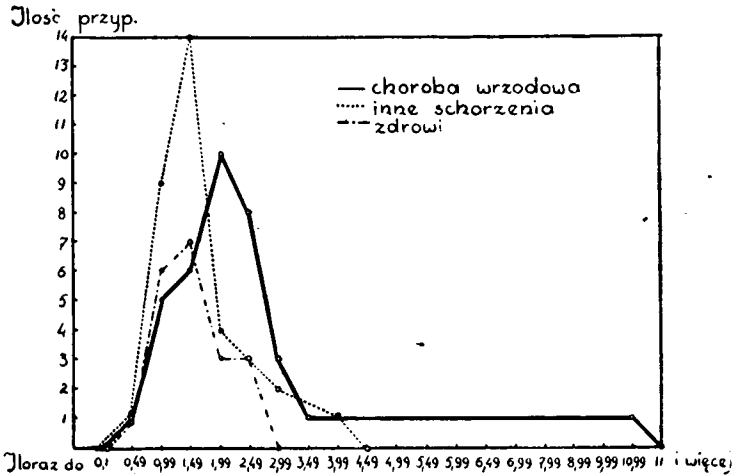
wybitny wzrost (przyp. B. D.: krew z palca 1%, krew bańkowa 19% monocytów); na ogół jednak odsetek monocytów (uwzględniając krew bańkową z brzucha) przy chorobie wrzodowej wynosił 1,5—2,5 razy więcej, dla innych schorzeń wahania były jeszcze mniejsze. Należało ustalić, jakie wahania liczby monocytów można uważać za różnice faktyczne, odpowiadające rzeczywistym zmianom monocytozy, a jakie stanowią wahania przypadkowe, związane z błędem doświadczalnym.



Krzywa zależności ilości chorych od wahań różnicy monocytozy w krwi bańkowej z brzucha i krwi z palca

W tym celu przy pomocy i pod kierunkiem prof. Olekiewicza przeprowadziliśmy analizę statystyczną uzyskanych wyników metodą rozdziału, wykreślając histogram dla różnic i ilorazów liczby monocytów w krwi z palca i w krwi z brzucha, przedstawiony na ryc. 2 i 3.

Jak widać z zamieszczonych krzywych, gdyby za graniczne wahanie monocytozy, powyżej którego próbę bańkową uważało by się za dodatnią, przyjąć 3% monocytów, wówczas stosunkowo duża ilość przypadków choroby wrzodowej pozostałaby w granicach próby dodatniej (83,3% przypadków ze stwierdzoną rentgenologicznie niszą wrzodową, a 62,5% przypadków ze stwierdzonymi jedynie zmianami



Ryc. 3

Krzywa zależności ilości chorych od wahań ilorazu monocytów w krwi bańkowej z brzucha przez monocytów w krwi z palca

bliznowatymi), a jednocześnie większość przypadków osób zdrowych znalazłaby się w granicach próby ujemnej (75%). Krzywa dla chorych cierpiących na inne schorzenia wykazuje wówczas swój maksymalny wznos w granicach próby ujemnej (szczyt przy odchyleniu monocytów 2%). Jeśli za wahanie graniczne przyjąć liczbę 5% monocytów, wówczas w granicach próby dodatniej nie pozostaje już ani jeden przypadek osoby zdrowej, natomiast jeszcze ponad 50% przypadków choroby wrzodowej.

Podobnie układają się krzywe dla ilorazów liczby monocytów w krwi bańkowej z brzucha przez liczbę monocytów w krwi z palca, przy czym opisanym wyżej granicom 3% i 5% odpowiadają ilorazy 1,5 i 2,5. Z przeprowadzonej analizy nie wyciągamy jeszcze ostatecznych wniosków, uważając posiadany materiał za zbyt w tym celu szczupły, możemy jednak na jej podstawie stwierdzić dwa następujące fakty:

1. Częsty wzrost monocytów we krwi bańkowej przy chorobie wrzodowej.
2. Wzrost monocytów jest wyraźniejszy (częstszy i większy) w chorobie wrzodowej, niż u osób zdrowych oraz cierpiących

na inne schorzenia, które, przypadkowo dobrane, w naszej pracy przebadaliśmy.

Zdając sobie sprawę, jak wyżej zaznaczono, że nie czas jeszcze na ustalenie ostatecznych kryteriów kwalifikowania prób, pragnęliśmy jednak orientacyjnie stwierdzić, jak układać się będzie procentowy stosunek prób bańkowych dodatnich i ujemnych w chorobie wrzodowej i w grupie innych schorzeń, oraz u osób zdrowych. W tym celu opierając się na wyżej podanej analizie histogramu, przyjęliśmy za granicę wzrostu monocytozy, przy której próbę bańkową należy już uważać za dodatnią, liczbę 3%. Wyniki prób przez nas wykonanych przy takim ich interpretowaniu przedstawione są procentowo i liczbowo w tabeli VI. Natomiast w tabeli VII przedstawione są te same wyniki przy przyjęciu za granicę liczby 5% monocytów.

TABELA VI.

Wyniki próby bańkowej u zdrowych i w poszczególnych schorzeniach przy przyjęciu za próbe dodatnią różnicy monocytozy 3% i więcej

Rozpoznanie	Ilość przypadków	W y n i k p r ó b y			
		dodatni		ujemny	
		Ilość przypadk.	%	Ilość przypadk.	%
Choroba wrzodowa /z niszczą/	56	30	83,3	6	16,7
Choroba wrzodowa /zmiany bliznowate/	24	15	62,5	9	37,5
Choroba gośćcowa /ze zmianami we wśierdziu lub bez/	21	11	52,3	10	47,6
Inne schorzenie	54	12	35,2	22	64,8
Zdrowi	20	4	25	16	75

Jak wynika z podanych w tej tabeli liczb (a mogą one ulec zmianie przy większym materiale), różnica 5 lub więcej procent monocytów ma prawie dowodzące znaczenie (zupełny brak prób dodatnich u osób zdrowych).

Ogólnie niższe różnice monocytozy otrzymane przez nas w porównaniu z wynikami uzyskanymi przez Waldmana można by tłu-

TABELA VII.

Wyniki próby bańkowej u zdrowych i w poszczególnych schorzeniach przy przyjęciu za próbe dodatnią różnicy monocytów 5% i więcej

Rozpoznanie	Ilość przypadków	W y n i k p r ó b y			
		dodatni		ujemny	
		Ilość przypadk.	%	Ilość przypadk.	%
Choroba wrzodowa /z niszą/	36	19	52,7	17	47,3
Choroba wrzodowa /zmiany bliznowate/	24	12	50	12	50
Choroba gołębowa /ze zmianami we wsierdziu lub bez/	21	8	38,1	13	61,9
Inne schorzenia	34	7	20,6	27	79,4
Zdrowi	20	0	0	20	100

maczyć faktem, że autor ten używał bańki, w której przy pomocy odpowiedniego urządzenia osiągał ciśnienie ujemne do 500 mm słupa Hg. Stwierdził on, że ilość elementów monocytowych we krwi bańkowej do pewnego stopnia zależy od stosowanego ciśnienia ujemnego. W używanej przez nas bańce lekarskiej ciśnienie ujemne zapewne osiągało niższe wartości, jednakże w danym etapie badań pragnęliśmy posługiwać się taką metodyką, jaką może zastosować każdy praktyk.

Również nieco odmiennie niż u Waldmana, który zresztą przeprowadzał próbę bańkową w innych schorzeniach, wypada w naszych badaniach nad chorobą wrzodową porównanie wyników próby w krwi bańkowej z brzucha i z klatki piersiowej. W pierwszym przypadku liczba prób dodatnich jest wyższa. Mianowicie na ogółem 45 prób dodatnich w chorobie wrzodowej (niezależnie od obrazu rentgenologicznego — nisza czy zmiany bliznowate) we krwi bańkowej z brzucha ilość prób dodatnich wynosi 22, we krwi bańkowej z klatki piersiowej jedynie 4, a w jednej i drugiej 11. Natomiast przy innych schorzeniach różnicy powyższej nie stwierdza się (na 14 prób dodatnich mieliśmy 7 prób dodatnich na klatce piersiowej, 5 na brzuchu, 2 i na klatce piersiowej i na brzuchu).

Fakt ten podkreślamy, nie wyciągając tymczasem żadnych wniosków o zależności próby bańkowej od strefy Haeda.

Stwierdzić wreszcie należy, że, inaczej niż Waldman, wyjątkowo jedynie znajdowaliśmy zmiany jakościowe w monocytach krwi bańkowej. Spotykane zmiany wyrażały się bardzo rzadkim występowaniem postaci monocytów wydłużonych, jakby „wyciągniętych“, oraz nieco częściej wakuolizacją ich protoplazmy. Możliwe, że ta różnica tłumaczy się nieco inną metodyką (różnica ciśnienia ujemnego).

Wnioski

1. Przebadano próbę bańkową u 20 osób zdrowych, u 60 chorych z chorobą wrzodową żołądka lub dwunastnicy (ze stwierdzalną rentgenologicznie niszą wrzodową lub zmianami bliznowatymi), u 21 — z chorobą gośćcową, częściowo ze zmianami zapalnymi we wsierdziu, oraz u 34 z innymi schorzeniami narządów wewnętrznych.

2. Próba bańkowa monocytowa wypada dodatnio u większości chorych wrzodowych, w znacznie mniejszym odsetku przypadków u osób cierpiących na inne, w pracy tej dowolnie dobrane, schorzenia narządów wewnętrznych, natomiast u większości zdrowych wypada ujemnie.

3. W chorobie wrzodowej próba bańkowa dodatnia występuje częściej we krwi bańkowej z brzucha, niż z klatki piersiowej, której to różnicy w innych schorzeniach nie stwierdza się.

4. Dodatnia próba bańkowa, obok innych objawów, może być jednym z dowodów choroby wrzodowej. Możliwe, że stanie się ona przydatna jako pomocnicza metoda diagnostyczna w przypadkach wczesnych lub wątpliwych choroby wrzodowej.

Dalsze badania będą prowadzone.

PISMIENNICTWO

1. Czernorucki M. W. — Terapięw. Archiw. Vol. XXIII, str. 3, 1951.
 2. Kupersztöck J. C. — Klin. Mied. Vol. XXVIII, str. 95, 1950.
 3. Rawicz S. — Praca nie opublikowana.
 4. Waldman W. A. — Klin. Mied. Vol. XXVI, str. 32, 1948.
 5. Waldman W. A. — Klin. Mied. Vol. XXX, str. 12, 1952.
-

Р Е З Ю М Е

Некоторые кожные пробы, как напр. проба кантаридинового пузыря или пигментозные пробы, являются иногда положительными как в течении ревматизма, так и в течении язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки (Черноручкий).

Ввиду того авторы решили проверить, нельзя ли применить для распознавания язвенной болезни баночную пробу по Вальдману, предложенную упомянутым автором для диагностических целей при заболеваниях, характеризующихся эндотелиозом, между прочим на фоне ревматизма. Эта проба базируется на установлении значительно большего процента моноцитов в крови взятой с места, на котором предварительно была поставлена банка, чем в крови взятой с пальца.

Кроме того авторы желали убедиться, не существует ли определенная зависимость изменений в крови из-под банки („баночной крови“) от места, на котором поставлено банку, а именно от определенных брюшных сегментов, о чем можно бы думать на основании некоторых исследований (Равич).

Исследования были проведены у здоровых и у больных язвой и другими заболеваниями внутренних органов, в общей сумме у 177 человек. На основании полученных результатов авторы приходят к следующим заключениям:

1. Моноцитарная баночная проба является положительной у большинства больных язвой, в значительно меньшем проценте случаев у больных различными, в настоящей работе произвольно отобранными другими заболеваниями внутренних органов, отрицательной у большинства здоровых лиц.

2. В случаях язвенной болезни баночная проба является чаще положительной с кровью взятой из кожи брюшной стенки (подложечной области), чем из грудной клетки. Такой разницы при других заболеваниях не наблюдается.

3. Положительная баночная проба, при наличии прочих систем, может служить еще одним доказательством язвенной болезни. Очень возможно, что этой пробой можно будет пользоваться, как вспомогательным диагностическим методом, в ранних или сомнительных случаях язвенной болезни, но для этого необходимы дальнейшие исследования.

SUMMARY

Some skin tests, such as the cantharidin blister test or staining tests, give positive reactions both in rheumatic disease and in ulcer disease of the stomach and duodenum. This fact moved the authors to investigate the possibility of using Waldman's cupping glass test, devised by its inventor for diseases characterized by endotheliosis, rheumatic disease among others, for diagnostic purposes in ulcer disease of the stomach and duodenum. This test consists in estimating the percentage of monocytes found in blood from under the cupping glass and comparing it with the monocyte percentage in blood taken from the finger. Moreover, the authors aimed at answering the question whether there exists a dependence of changes in the blood from under the cupping glass on the region of the body on which the glass is placed, namely on the choice of abdominal segments; such dependence might be inferred from the reports of some authors.

Investigations were carried out on 177 persons, among whom were healthy subjects and those suffering from the ulcer disease and other diseases of internal organs. The results obtained by the authors may lead to the following conclusions: the monocytic cupping glass test is positive in the majority of patients with the ulcer disease; this is much more rare in patients suffering from other internal diseases (the cases were chosen by the authors facultatively). In the majority of healthy individuals the test is negative.

In the ulcer disease the cupping glass test is more often positive when blood is taken from under a cupping glass placed on the abdomen, than when the site of the cupping is on the chest. Such difference cannot be observed in other diseases. The positive result of the cupping glass test may be, along with other symptoms, the evidence of the presence of the ulcer disease. It is possible that this test will prove useful as a supplementary diagnostic method in early or doubtful cases of the ulcer disease, which will be the object of further investigations.