

Körsbär och duvägg – konsten att bedöma färg och storlek

I Lancet av den 3 oktober 1998 redogör en italiensk kollega för en undersökning, där han under en vecka tillfrågade sina kolleger vilken nyans de avsåg med körsbärsröd (*rosso ciliegia*).

Bakgrunden till hans undersökning var att körsbärsröd hudfärg enligt läroböckerna är typisk vid kolmonoxidförgiftning. Detta är dock inte sant enligt författaren Bruno Simini, som hänvisar till en annan undersökning där endast 1 av 100 patienter med kolmonoxidförgiftning uppvisade denna färg. Var kollegerna verkligen medvetna om denna låga frekvens, och hur såg enligt deras mening färgnyansen ut?

Körsbärsklasar i varierande rödtoner

Intervjuer gjordes med 62 läkare från elva medicinska specialiteter. De fick se sex olika bilder med körsbärsklasar i varierande rödtoner hämtade ur bokverket »Nuove varietà in frutticoltura», Edizione Agricole, Bologna, 1991. Av dessa identifierade 47 färgen som likvärdig med två bilder av ljusröda körsbär. 15 stycken tyckte däremot att purpur- eller mörkröda (närmast cyanotiska) körsbär bättre svarade mot färgen. Frekvensen av körsbärsröd färg hos kolmonoxidförgiftade patienter fördelade sig enligt Gausskurvan. 42 doktorer hade dock aldrig sett någon sådan patient.

Man blir ju glad och upprymd när den medicinska vetenskapen, som här,

korrigerar gamla felaktiga medicinska sanningar. Samtidigt blir man oroad för vart det skall bära hän om alla andra medicinska färgnyanser måste korrigeras och kanske i fortsättningen definieras enligt färgbranschens speciella system (NCS).

Måste vi börja fråga oss vart alla flickor med persikohy tog vägen, och var alla gråbruna gamla tanter kommer ifrån? Tvillingar lika som bär finns förstås heller inte längre.

Förbjuden frukt

Jag kommer att tänka på en opublicerad tysk studie, »Kirschen im Nachbars Garten» (fritt översatt »förbjuden frukt») som föreslår att vi helt avstår från alla jämförelser med frukter i våra status och operationsberättelser eftersom vi alla avser olika färg, form och storlek på en och samma frukt. En päronformad rumpa från Schleswig-Holstein är t ex mycket mindre än en sådan från Rheinland-Pfalz (jfr »die Heringe der Ostsee sind viel grösser als die, der Nordsee«).

Vid Pasteurinstitutet är man ännu mera radikal och dekret har utgått till alla medicinska lärosäten att vare sig frukter, grönsaker eller växter av utländskt ursprung får användas vid beskrivningar av medicinska iakttagelser (Legumes, plantes et fruits d'origine étrangère sont interdits dans les textes des journaux français). Endast det toleranta England fortsätter som förut.

Engelska körsbär och päron får ha vilken färg och form de vill, de får användas till vad som helst och några löjliga EU-regler, mått eller former vill man inte veta av. Följaktligen kan det i den engelske patientens journal fortfarande antecknas: »Admitted to hospital together with two caroty tomatoes.» Cherry-old-England!

Vad ögat inte ser och handen dåligt känner

Men, lika svårt som det är att bestämma en färg, lika svårt kan det vara att avgöra form och storlek.

För många år sedan skrev jag en avhandling under tjänstgöring på kvinnekliniken vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Titeln var »Jedermann hat sein Hühnerei» och ville visa att de ägg, nötter, frukter och diverse andra tingestart som en gynekolog använder sig av för att konkretisera vad ögat inte ser och handen dåligt känner, inte kan jämföras med någon annan kollegas angivelse av samma palpationsfynd.

I undersökningen deltog 21 läkare. De ombads dels att rita upp de fyra delsträckorna 1, 4, 7 och 10 centimeter, dels avbilda till form och storlek det som de avsåg med hirsorn, hasselnöt, krakmandel, valnöt, plommon, duvägg, ankägg, gåsägg, mandarin, apelsin och slutligen barnhuvud.

En riksläkare fanns vid denna tid på Jubileumskliniken i Göteborg. Duvägg, hönsägg, gåsägg och till och med struts-

ägg, alla målades i den tidens sjukhusgröna färg, monterades på var sin metallstav och fästes på en träplatta.

Mätmetodik

Det inlämnade materialet bearbetades på ett strikt vetenskapligt sätt. Som mätsticka användes en schweizisk linjal i päronträ av märket Sieco, graderad från 0 till 30 centimeter och försedd med millimeterangivelser. Linjalen motsvarade enligt expertis de största kraven på exakthet för denna typ av

mätningar. Metersystemet ansågs alltför välbekant för att kräva en presentation.

Resultat

Delsträckornas variation var betydande: Alla kolleger, kvinnor som män, hade 1,5 rätt svar inom den något krystad felmarginalen ± 2 mm.

Hirskornet uppvisade kanske inte numeriskt så stora variationer, naturligtvis beroende på metersystemets otillräcklighet vid små mått. Svarsprocenten var 75, en hög siffra med tanke på att knappast någon sett ett hirsorn (odlingen av hirs i Norden upphörde i slutet av 1700-talet). Bland övriga intressanta resultat kan nämnas följande:

Hasselnötens variationer var avsevärda, minsta nöten var 7×7 mm, den största 39×27 mm, dvs fyra gånger så stor som den förra.

Hönsägget varierade från 47×30 mm till 78×49 mm, att jämföra med riksläkarens 54×31 mm. De yngsta kollegerna ritade (symboliskt får man förmoda) de större och potentiellt farliga äggen.

Ankäggen användes endast av 30 procent och man fick intrycket att det var ett ägg i utdöende.

Barnhuvudet, slutligen, hade de

mest imponerande variationerna, från prematurt med storleken 106×81 mm till 58 i hattstorlek (190×162 mm).

Sammanfattning

• Metersystemet är skenbart exakt. Att byta ut ägg och frukter mot centimetermått vore att skapa en falsk exakthet

• Manliga och kvinnliga gynekologer är lika duktiga och ska ha samma lön.

• Strutsen är på retur (ingen använde strutsägget som jämförelse).

• Ankäggen bör reserveras åt ankammorna.

• En gynekologs bedömning (gäller speciellt i Nederländerna) kan endast jämföras med egna bedömningar vid olika tillfällen, och jag kan därför hålla med ordföranden på ägghandlarkongressen i Baden Württemberg 1924, när denne avslutningsvis konkluderade: »Jedermann hat sein Hühnerei».

Sture Lorentzson

Frillesås

Referens

Simini B. Cherry-red discolouration in carbon monoxide poisoning. *Lancet* 1998; 352:1154.

Schweningers bot av fetma

I ett novembernummer av JAMA från 1998 refereras en »Practical note» om fetmabehandling, tagen från denna tidskrift exakt 100 år tidigare, 1898.

En oftalmolog från Breslau, professor H Cohn, besökte ett behandlingsinstitut för fetma, Schweninger establishment, och blev så imponerad av behandlingsprinciperna och framgången att han beskriver dessa i viss detalj och ett par fallbeskrivningar ges.

En kvinna gick ned 25 kilo i vikt på åtta veckor, en annan 10 kilo på fem veckor. En tredje kvinna vägde 120 kilo, gick ned 50 kilo, och ansågs då ha uppnått vad som betraktades som normalvikt. En avsevärd förbättring i fysisk prestationsförmåga och hjärtverksamhet följde naturligtvis denna remarquable terapeutiska framgång. Men hur genomfördes då behandlingen?

Tre komponenter ingick, nämligen massage, heta bad och diet. Den behandlande läkaren gav själv massagen under 15 minuter före måltid. Patienten uppmanades att andas djupt, vilket ansågs vara av stor betydelse för en framgångsrik behandling. Abdomen knådades därefter och slutligen lyftes skinnveck upp och utsattes för energiskt tryck mellan terapeutens händer för att krossa

subkutana fettvävslobber. Till slut ställde sig massören på knä och grävde ner händerna i epigastriet medan patienten djupandades.

Dr Cohn beskriver sin konstnerying inför denna syn, men finner att patienten inte reagerar särskilt mycket vid behandlingen utan ofta somnar av utmattning och att buken då är täckt med ekymoser. Baden sker i 30–40-gradigt vatten under 20 minuter och kroppsdelen behandlas vid olika tillfällen. Maten serveras på porslin av dockformat med endast någon deciliter dryck (kolsyrat vatten, förbudet är kakor, smör, socker, kaffe, te, mjölk, vin, öl och konjak medan ägg, skinka, stek, frukt och grönsaker är tillåtet i små mängder.

Patienterna vande sig så småningom vid det begränsade vätskeintaget och den torra maten. Obstipation kontrollerades med aloe och glycerin. På söndagarna vilade alla, även terapeuten. Efter 6–8 veckor var patienten färdigbehandlad och rekommenderades fortsatt egenvård, sannolikt enbart vad gäller mat och dryck, för att undvika återfall.

I dessa dagar då Xenical introducerats i landet kan det vara av intresse

att betrakta gångna tiders desperata försök att behandla fetma, något som är välkänt svårt även i våra dagar. Dockservisen kan ju betraktas som beteendeterapi, vilket är erkänt effektivt.

Placeboeffekten av läkarens missandel av de abdominella regionerna skall inte underskattas, och vem vet, kanske lipidmobilisationen ökar om man utsätter fettväv för intermittent tryck; de subkutana depåerna med händerna och intraabdominella med knäna? Ventrikeln torde ta en del stryk av behandlingen, som kan ha en viss likhet med de ventrikellballonger som har använts i modern tid. Malabsorption kan knappast ha någon betydelse eftersom massagebehandlingen utfördes före måltid.

Denna medicinhistoriska notis är ett exempel på hur alla medel försökts för att förbättra den svåra fetmabehandlingen. Den visar också hur desperata vissa ingredienser både varit och är i denna terapi. Det lockar dessvärre oseriösa entreprenörer att tjäna snabba pengar genom metoder som i bästa fall är uppenbart felaktiga och verkningslösa, i värsta fall skadliga.

Per Björntorp
Göteborg