

Ductus Botalli en felöversättning?

Medicinhistoriska notiser är ofta spännande läsning och Bengt O Erikssons kåseri i Läkartidningen nr 21-22/2006 är inget undantag. Författarens information om »ductus Botalli« är intressant även om den historiskt intresserade gärna hade sett en referens på var den påstådda »felöversättningen« publicerats. Möjligen var det inte heller en felöversättning utan en felaktig insättning av en illustration i ett omtryck av Botallos ursprungliga publikation [1]. Jag håller dock gärna med om att »ductus Botalli« bör utmönstras som benämning.

Kåseriet beskriver också utvecklingen av en operationsteknik för coarctatio aortae (förträngning av stora kroppspulsådern). Det är idag allmänt erkänt att Clarence Crafoord var den som först (1944) utförde resektion av förträngningen och end-to-end-anastomos av aorta på en patient med coarctatio.

Robert Gross som då sedan flera år experimentellt arbetat med resektion och anastomos av aorta utförde sin första coarctatiooperation i juni 1945, möjligen stimulerad av att som referent för Journal of Thoracic Surgery ha läst Crafoord och Nylins manuskript [2, 3]. Gross publicerade sedan sina egna första operationer [4] innan Crafoords re-

dan inlämnade arbete kommit i tryck [2].

Det är dock sannolikt fel att påstå att Gross besökte Crafoord på Sabbatsbergs sjukhus för att lära sig Crafoords teknik. Jag har nyligen haft tillfälle att intervjuva Crafoords sekreterare Margareta Hammarberg, en kristallklar dam på 90 vårar som inte kan erinra sig något besök av Gross. »De var ju inte heller så goda vänner« som hon uttryckte det. Jag har också haft möjlighet att granska Crafoords omsorgsfullt sparade utländska korrespondens från 1944–1945 (Hagströmerbiblioteket, Karolinska Institutet).

Ingenstans finns brev från eller till Gross, däremot brev från andra storheter som John Gibbon, den förste att använda hjärtlungmaskinen med patientöverlevnad.

Slutligen finns i kåseriet ett stycke om Blalock-Taussigoperationen. Eriksson hävdar att operationen bör uppkallas efter Helen Taussig eftersom »det var hon som tänkte«. Nu är nog sanningen inte så självklar i detta fall heller. Blalock hade redan, för annat ändamål, utvecklat och publicerat sin shunt då Taussig 1943 närmade sig honom med en fråga om möjligheten att kirurgiskt utveckla en teknik för att öka lunggenomblöd-

ningen hos barn med pulmonalisstenos och cyanos [3].

Blalock kunde då erbjuda sin shuntoperation. I november 1944 opererades den första patienten och Blalock och Taussig publicerade sig gemensamt 1945 [5]. Senare publicerade Taussig flera uppföljningar utan att ge Blalock del i äran. Jag tycker nog personligen att vi väl kan fortsätta med benämningen Blalock-Taussig shunt.

Kjell Rådegran

professor i thoraxkirurgi,
Karolinska institutet, Stockholm
kjell.radegran@karolinska.se

REFERENSER

1. Franklin KJ. Ductus venosus (Arranti) and ductus arteriosus (Botalli). Bull Hist Med. 1941;9:580-3.
2. Crafoord C, Nylin G. Congenital coarctation of the aorta and its surgical treatment. J Thorac Surg. 1945;14:347-61.
3. Westaby S. Landmarks in cardiac surgery. Oxford, UK: Isis Medical Media Ltd; 2002. p. 93, och p. 94-5.
4. Gross RE. Surgical correction for coarctation of the aorta. Surgery. 1945;18:673-8.
5. Blalock A, Taussig HB. The surgical treatment of malformations of the heart in which there is pulmonary stenosis or pulmonary atresia. J Am Med Assoc 1945;128:189-202.

Replik:

Förkortningen med bara Blalock blir orättvis

Det är alltid trevligt att se att någon läst den »skröna« jag skrev i Läkartidningen 21–22/2006 (sidan 1757). Några kommentarer till min gamle samarbetspartner i Göteborg, Kjell Rådegran. Leonardus Botallus beskrev 1565 fostercirkulationen [1] och beskrev »a pathway of the blood from the right atrium to the left ventricle«, det vill säga foramen ovale. Botallus döpte denna passage efter sig själv till ductus Botalli. Vid översättning till tyska kom denna ductus Botalli att bli epitet för ductus arteriosus. Kjell undrar varifrån jag fått detta. Det står bland annat i Castiglionis bok »A history of Medicine« [2]. Men även Olley och Coceani har beskrivit detta i »Paediatric Cardiology, volume 2« [3], liksom i den utmärkta »Congenital Heart Disease« [4], där Bill Rashkind sammanställt de viktigaste publikationerna inom barnkardiologins och barnhjärtkirurgins område från Babylons tid och framåt. Där finns bland annat Crafoords, Nylins och Blalock-Taussigs originalartiklar

republicerade. Om nu inte Botallus beskrev ductus arteriosus så gjorde Galeanos det år 131. Så man borde därför i stället kalla ductus Botalli för ductus Galeni!

Sedan om Gross. Kjell Rådegran ringde mig för några veckor sedan och undrade varifrån jag fått detta om att Gross åkte över till Sabbatsbergs sjukhus 1944 för att se hur Crafoord gjorde coarctatiooperationen. Jag har inte hittat varifrån jag fått detta men sannolikt var det någon av mina numera döda kollegor på Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus, som berättade det för mig. Jag accepterar det som Kjell skrev att Gross plockade upp informationen om operationsmetoden som referent i Journal of Thoracic Surgery och fördröjde publikationen så att han hann göra ett antal operationer och slänga in sin beskrivning till Surgery.

Min intention var att beskriva Gross' beteende »att stjäla upptäckten«. Det

liknar för övrigt väldigt mycket Barnards beteende när det gällde hjärttransplantation. Under sin ledighet besökte han Stanford och Shumway, som gjort det stora experimentella arbetet om hjärttransplantation men ännu inte hunnit eller kanske fått göra det på människa. Barnard störtade hem till Sydafrika och gjorde två transplantationer; bägge patienterna levde endast en kort tid, men Barnard blev känd i hela världen.

Slutligen om Alfred Blalock. Han försökte hitta en metod att förbättra situationen för patienter med coarctatio aortae. Han delade vänster aorta subclavia och böjde ned den och sydde in den ända till sida i aorta descendens nedom koarktation [5]. Det var ingen bra operation. Hade han i stället gjort en »subclavian flap«-plastik, så som Waldhausen [6] och senare Hamilton och medarbetare [7] beskrev, så kanske inte Crafoords metod skulle ha blivit så allmänt an-

vänd. Gösta Mellgren beskrev i sin avhandling [8] hur bra denna metod är, framför allt hos spädbarn.

Helen Taussig uppmärksammade Blalocks operation och föreslog att han i stället skulle sy in den delade subklavian i pulmonalisartären; Blalock-Taussig-anastomosen var född. Helen Taussig uppskattade operationen väldigt mycket och släppte inte sina patienter till intrakardiell korrektion, sannolikt färgad av den höga mortaliteten som operationen hade i början. 1958 opererades till exempel på toraxkliniken på Karolinska Sjukhuset 20 barn med Fallots tetrad, varav 17 avled, en mortalitet på 85 procent. I dag är mortaliteten mindre än 1 procent.

Som jag skrev var det Taussig som var innovativ och borde ges kredit. I dag säger hjärtkirurgerna slarvigt »Blalock-operation«. Om de inte ger metoden rätt namn borde de kanske förkorta namnet till Taussig-operationen i stället.

Jag nämnde aldrig skälet till min skröna. Jag höll föredrag för Göteborgs Medicinhistoriska förening hösten 2005 om barnkardiologins och barnhjärtkirurgins historia och blev då uppmanad att »försöka rätta till« detta om ductus Botalli. Därav artikeln i Läkartidningen 21-22/2006.

Bengt O Eriksson

professor emeritus i barnkardiologi,
Drottning Silvias Barn- och
Ungdomssjukhus, Göteborg
bengt.o.eriksson@bredband.net

REFERENSER

1. Botallus L. Opera Omnia. Observationes anatomicae. Obs III. 1565 Loc cit Dalton. p. 132.
2. Castiglioni A. A history of medicine. New York: Alfred A Knopf; 1947.
3. Olley P, Coceani F. Mechanism of the closure of the ductus arteriosus. Paediatric Cardiology, volume 2. Churchill Livingstone; 1979. p. 15- 24.
4. Rashkind WJ, editor. Congenital heart disease. Stroudsburg, PA: Hutchinson Ross Publishing Co; 1982.
5. Blalock A, Park EA. The surgical treatment of experimental coarctation (atresia) of the aorta. Ann Surg. 1944;119:445-56.
6. Waldhausen JA, Nahrwold DA. Repair of coarctation of the aorta with a subclavian flap. J Thorac Cardiovasc Surg. 1966;51:523-33.
7. Hamilton DI, di Eusanio G, Sandrasagra FA, Donnelly RJ. Early and late results of aortoplasty with a left subclavian flap for coarctation of the aorta in infancy. J Thorac Cardiovasc Surg. 1978;75: 699-704.
8. Mellgren G. Aortic Coarctation in Neonates. Clinical and Experimental Studies. 1991:1-64. (ISBN 91-628-0197-X)

Att fälla underläkare gagnar inte patientsäkerheten

I Läkartidningen 24-25/2006 publicerades ett fall där en underläkare fällts för att ha missat testistorsion hos en tonåring som sökte till akuten på grund av buksmärta utan smärta i pungen (HSAN 1126/05) [1]. Vidare förekom en artikel [2] som hänvisar till en studie [3] enligt vilken »mer än 90 procent av undvikbara skador orsakas av brister i system och processer och inte av slarv eller försumlighet« [2].

Det är antagligen »väl känt att testistorsion kan börja med buksmärter, illamående och kräkningar« [1]. Men utgångspunkten för en läkare som arbetar på akuten är inte någon patologibekräftad diagnos, utan patientens problem.

Det är också väl känt att buksmärta, illamående och kräkningar kan orsakas av många tillstånd, allt från Addisons sjukdom till överdos. Erfarenhet krävs för ett framgångsrikt diagnostiskt tänkande [4]. Dessutom är akutmottagningen ett ställe där läkare måste bedöma patienter med ett brett problemspektrum med lindriga till livshotande tillstånd under konstant tidspress och med ständiga avbrott.

Sådana förhållanden förklarar varför tjänstgöring på akuten är spännande och ett suveränt utbildningstillfälle; de förklarar också varför oerfarna läkare som arbetar självständigt på akuten gör diagnostiska misstag. Medan svenska underläkare anses vara tillräckligt erfarna och utbildade för att självständigt kunna handlägga patienter på akuten, anses mognadsprocessen ta dubbelt så lång tid i Kanada.

Under hela min AT/ST-utbildning i Toronto, Kanada, granskades alla patienter, som jag först själv bedömt på akuten, därefter tillsammans med en specialist. Ofta fick jag då värdefull utbildning.

Bland de tio Ansvarsnämndsfallen som publicerades före testistorsionsfalllet finns tre (HSAN 1632/05, HSAN 2977/05 och HSAN 3506/05) där en underläkare eller AT-läkare gjorde ett diagnosiskt fel på akuten eller akutkliniken. Det talar för att diagnostiska fel begångna av underläkare inte är några isolerade händelser, och att brister i »systemet« skall misstänkas.

En process förbättras genom att identifiera bristfälliga produkter, ändra processen för att försöka undvika samma

bristfälliga produkter samt upprepa hela cykeln. Disciplinpåföljder spelar en viktig roll i utvärdering av vårdkvalitet. För att de »ska vara preventiva såväl individuellt som allmänt« [5] skall de tydligt påverka läkarutbildning, tentamen som bekräftar kompetens och framför allt den aktuella patienthandläggningsprocessen.

Jag är tveksam till att patientsäkerheten förbättras genom att fälla underläkare. Underläkare har en begränsad förmåga att påverka läkarutbildning, tentamen och arbetsprocesser. Ett system där specialistläkare ansvarar för varje patient som handläggs av en underläkare eller AT-läkare på akuten och fälls vid bristfällig hantering skulle vara att föredra. Fler specialistläkare skulle då krävas på akuten, men patientsäkerheten och läkarutbildningen är värda detta.

Eric Dryver

biträdande överläkare,
Akutverksamhetsområde,
Universitetssjukhuset i Lund

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren är internutbildningsansvarig för akutläkarprogrammet på Universitetssjukhuset i Lund.*

REFERENSER

1. 14-åring förlorade testikel efter feldiagnos av underläkare. »Väl känt att testistorsion kan börja med buksmärter, illamående samt kräkningar« (HSAN 1126/05). Läkartidningen. 2006;103: 1972-3.
2. Ahlberg J, Hillary Rodham Clinton och patientsäkerhet. Läkartidningen. 2006;103:1904.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.
4. Dhaliwal G. Clinical decision-making: understanding how clinicians make a diagnosis. In: Saint S, Drazen J, Solomon S, editors. Clinical problem-solving. New York: McGraw-Hill; 2006. p. 19-29.
5. År 2002: 209; år 2003: 223; år 2004: 258; år 2005: 269 ... Antalet fälda läkare fortsätter öka. Läkartidningen. 2006;103:1211.