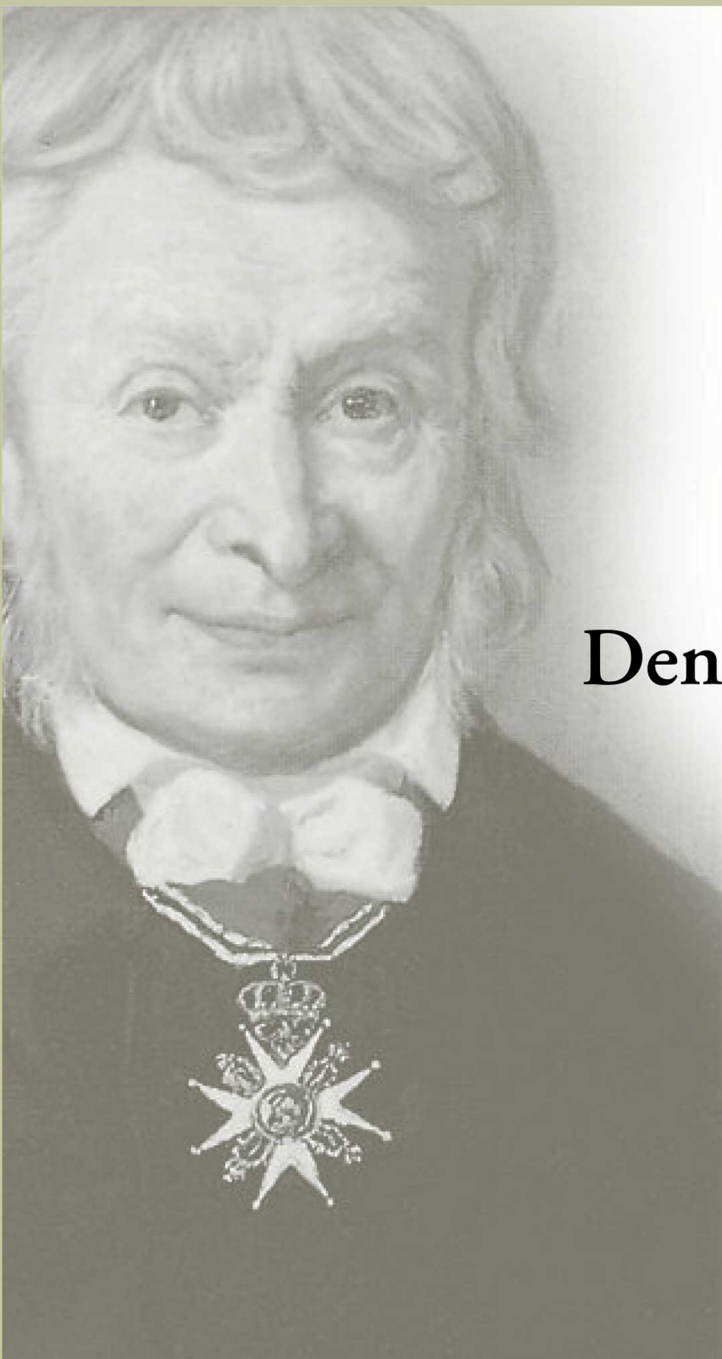


Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



Den nære historie

2/08



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769-1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling, but was at last accepted as an apprentice in an apothecary's dispensary in the city of Fredrikstad at the age of 16. During his youth he tried through hard work and by means of an intensive self-discipline to overcome his handicap, and he really succeeded, except for in stressed situations.

Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, entered positions in Copenhagen hospitals and at the University, where he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. Medical teaching was supposed to commence from the very beginning, and from 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. Among other achievements, he published an authoritative textbook in forensic medicine in 1838. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791-1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing Det norske medicinske Selskab (The Norwegian Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine.

Michael is devoted to the memory of the man who first realized the importance of a regular, national medical publication activity in Norway and implemented his ideas in 1826. *Michael* is published by the same association as was founded by Michael Skjelderup and his colleagues – Det norske medicinske Selskab.

Den nære historie

Michael 2008;5:111–113.

Resepsjonsdamen i det lille hotellet i Mulhouse i Alsace så på oss med kulerunde, uforstående øyne. Vi hadde spurt etter noen krigsminner fra første verdenskrig som vi hadde lyst til å se. Den korte samtalen ble raskt og høflig avsluttet da vi skjønnte at første verdenskrig knapt var noe begrep for henne og kanskje ikke annen verdenskrig heller.

Men hvis hun f. eks. var tjue år gammel, var hun født sytti år etter avslutningen av første verdenskrig og mer enn førti år etter at den annen sluttet. Det er likevel lenge siden for en ung person. Hennes samtids-historiske perspektiv strakte seg kanskje bare drøye ti år bakover. For oss mer enn seksti. Denne kulturforskjellen utløste de kulerunde øynene.

Den lille episoden vakte ettertanke. Betydningen av den nære historie avhenger av dem som opplever den. Og for dem som opplever den nære historie, avhenger den av når de enkeltes verdensbilde ble dannet, den personlige oppfatning av omgivelsene, den basis som det som skjer senere representerer avvik fra og videreutvikling av. Grunnlaget opplevelsene tolkes ut fra. Eksempel: Min egen, grunnleggende oppfatning av verden tok form da jeg var gutt i 1940-årene, jeg er klar over det. Jeg er også klar over at hvordan jeg ser på verden i dag, er farget av alt jeg har opplevd siden da. For damen i resepsjonen var kanskje Mulhouse etter 1995 referanserammen.

Slike betraktninger gir tanker omkring samtidshistorie som fag. Samtidshistorien må beskrives profesjonelt – og den må formidles slik at objektivt viktige hendelser ikke blir borte. Men den må også suppleres ved at den sees gjennom samtidiges øyne, av dem som har opplevd begivenhetene. Den nære historie stiller metodiske krav til forskerne. Nær historie er imidlertid et felt som tiltrekker seg økende historiefaglig oppmerksomhet, og det er gledelig.



St. Andreas (nå: St. André) ved Sennheim (nå: Cerney) i Elsass (nå: Alsace) ble brukt som opplærings- og indoktrineringsleir for deporterte norske studenter som var blitt arrestert 30. november 1943. Det er fortsatt en del som husker tiden der. Professor Elling Kvamme er en av dem. Han var også i Buchenwald. (Foto: Ø. Larsen 2008).

Den annen verdenskrig er nær historie i den forstand at det fortsatt er mange som har personlige opplevelser fra krigsårene. Krigen er en del av deres verdensbilde som de ikke deler på samme måte med de yngre.

I dette nummeret av *Michael* gjengir vi et foredrag i Det norske medisinske Selskab, holdt av professor Elling Kvamme (f. 1918) i 2008. Han var en av studentene som ble deportert til Tyskland i 1943. I foredraget spør han hvordan det kunne gå som det gikk med tysk vitenskap? Som ung student sto tysk medisin som klippefast autoritet for ham. Etter å ha opplevd konsentrasjonsleiren Buchenwald ble dette virkelighetsbildet totalt forandret.

Norsk Magazin for Lægevidenskab, utgitt av Det norske medisinske Selskab i likhet med *Michael*, gjenga ofte foredrag i Selskabet. Vi trykker her opp et tidsvitneforedrag fra 1945 om arbeidet med russiske eks-krigsfanger i Mo i Rana samme sommer². Foredraget har et ganske sterkt innhold. For de unge som opplever vakre Nord-Norge i dag, er det ingen bismak ved opplevelsen. Men for dem som opplevde nordnorske krigsårselv, eller som har samtidshistorien present, er bismaken der – tanken på alt som foregikk her for bare et par generasjoner siden.

Det faller naturlig samtidig å bringe en anmeldelse av Jorunn Sem Fures bok om Universitetet i Oslo under krigen³. På en elegant måte gjør hun et dypdykk i en del av vår historie, der framstillingen har paralleller i en rekke andre deler av norsk samfunnsliv enn Universitetet – i den ikke så altfor fjerne nære historie.

Øivind Larsen

Universitetet i Oslo

¹ Kvamme E. *Tysk medisin – fallet fra verdenstoppen sett gjennom Buchenwaldbriller*. *Michael* 2008;5:115–22.

² Wergeland H, Fodstad D, Harlem (O)K. Erfaringer fra et norsk feltsykehus arbeid med russiske ekskrigsfanger i Mo i Rana sommeren 1945. *Norsk Mag Lægevidensk* 1946;107:2253-9 (I: *Nordisk Medicin* 1946); *Michael* 2008;5:123–44.

³ Larsen Ø. Universitetets krig (anmeldelse). *Michael* 2008;5:145–49.

Tysk medisin

Michael 2008;5:114.

«Tysk medisin – fallet fra verdenstoppen sett gjennom Buchenwald-briller» var tittelen på foredraget av professor emeritus Elling Kvamme (f. 1918) ved Det norske medicinske Selskabs møte i Domus & Medicus 30.1.2008.

Professor Kvamme tilhører den generasjon medisinerere som selv hadde opplevd den store autoriteten i tysk medisin og hvordan for eksempel tyske lærebøker hadde en bred plass. Etter nasjonalsosialismen og Det tredje rike ble dette endret, ikke minst gjennom de uhyrligheter man fikk høre hadde funnet sted i medisinenes navn overfor fanger og andre vergeløse som ble brukt i såkalt vitenskapelige øyemed.

Professor Kvamme hørte selv med blant de studentene som ble arrestert i 1943, og han både opplevde fangelivet og fikk også selv inntrykk av at noe foregikk i leirens «Experimentalbau». (Professor Kvammes foredrag gjengis i dette nummer av Michael¹.) Hovedspørsmålet han reiste, var hvordan dette fallet fra verdenstoppen kunne skje, et spørsmål som har mange svar.

Professor i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo, Christoph Gradmann, hadde kalt møtets andre innlegg «The legacy of Nuremberg – German medical history and Nazi medicine». Han belyste hvordan tysk medisinsk historie hadde behandlet medisinen under nasjonalsosialismen. I etterkrigstidens oppbyggingsfase i Tyskland var mye av det som hadde skjedd under krigen ikke-temaer, man så forover, ikke bakover. Derfor er det først i de senere år at NS-medisinen for alvor er blitt tatt opp og studert i tysk medisinhistorie.

Det ble et tankevekkende møte og atskillig diskusjon blant de ca. 25 frammøtte.

Øivind Larsen

¹ Kvamme E. Tysk medisin – fallet fra verdenstoppen sett gjennom Buchenwaldbriller. *Michael* 2008;5: 115–22.

Tysk medisin – fallet fra verdenstoppen sett gjennom Buchenwald-briller

Basert på foredrag i Det norske medicinske Selskab 30. januar 2008

Michael 2008;5:115–22.

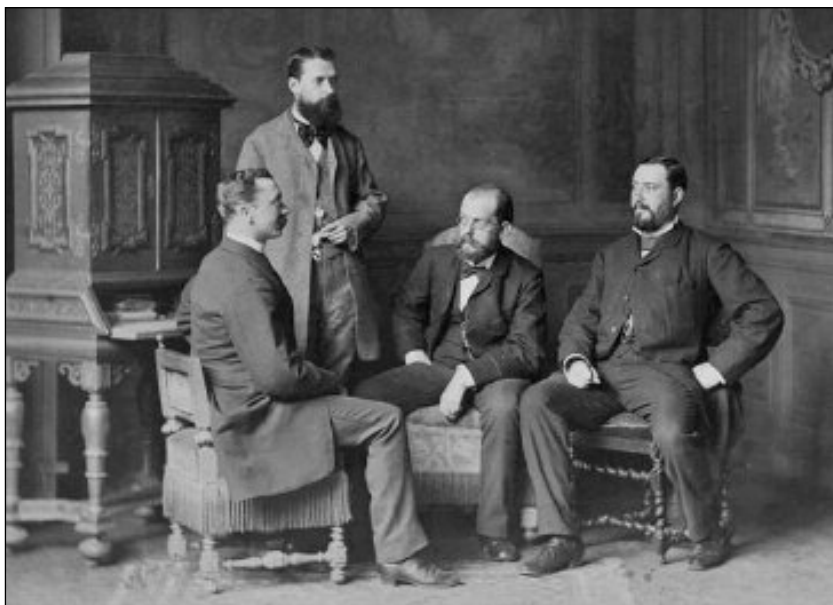
Tysk medisin var på verdenstoppen i det 19. og 20. århundret opp til siste verdenskrig. På den tiden var det til Tyskland og Østerrike norske leger reiste for å videreutdanne seg. Og det var til Tyskland forskerne reiste for å bli oppdatert. Jeg begynte å studere medisin i 1938, og med noen få unntak av nordiske bøker, var alle på tysk. Eldre medisinere vil huske de mange utgavene av det utmerkede anatomiske plansjeverket av Werner Spalteholz, og også *Lehrbuch der Inneren Medizin* i to bind, redigert av Assmann, Beckmann og Bergmann og med 17 forfattere (1). Dette bokverket ble derfor spøkefullt kalt «Das Männerbuch» av professor Harald Salvesen (1889-1972) som var professor i indremedisin ved Universitetet og min lærer. Jeg vil dessuten ta med den norske professoren E. Poulssons (1858-1935) *Lehrbuch der Pharmakologie* (2). Den var skrevet på tysk og antagelig også brukt i Tyskland.

Tysk forskning

Jeg skal nevne noen hovedpunkter om hva tysk forskning har bidratt med (3).

Rudolf Virchow (1821-1902). Først vil jeg nevne at han i 1858 skrev *Die Cellularpathologie*. Her ga han grunnlaget for moderne patologi. Humoralpatologien hadde dominert medisinen i over 2000 år. Sykdommer skyldtes i følge denne sykelige endringer i kroppsvæskene. Den naturlige behandlingen måtte da bli å påvirke disse væskene i form av årelating og avføringsmidler. Virchow viste at sykdommer skyldes endringer i cellene og at endringene i kroppsvæskene er en følge av dette, ikke en årsak. Laboratoriet var Virchows arbeidsrom, og her tok han i bruk naturvitenskapelige metoder. Begreper som trombose, emboli og leukemi stammer også fra ham.

Karl Joseph Eberth (1835-1911). Han oppdaget i 1880 den bakterien som fremkaller tyfoidfeber, den gang kalt abdominal tyfus.



Robert Koch (nr. 2 fra høyre) med sine medarbeidere før avreisen ved koleraekspedisjonen til Egypt og India i 1883 (Bilde fra Robert-Koch-arkivet i Berlin).

Robert Koch (1843-1910). Vi skal feste oss ved denne ener i tysk forskning, som sammen med Louis Pasteur (1822-1895) kan kalles faderen til moderne bakteriologi. Han reformerte bakteriologisk teknikk ved å fremstille næringssubstrater, slik at bakteriene kunne dyrkes. I 1876 fant han miltbrannsporene og viste at de var avgjørende for smitten. Hans viktigste innsats er kanskje at han i 1882 oppdaget tuberkelbasillen og klarte å dyrke den. Han viste at tuberkulose er en smittsom sykdom og ikke skyldes såkalte miasmer i dårlig luft som man antok tidligere. Han fremstilte tuberkelbasillens giftstoff tuberkulin, som senere ble brukt til å diagnostisere tuberkuløs smitte med den såkalte Pirquet-prøven. I 1893 oppdaget Koch koleravibrioen som forårsaker sykdommen kolera. Det førte til at man fikk bekreftet at sykdommen ofte ble overført med drikkevannet, og at man ved å rense det kunne utrydde kolera. I 1905 fikk Robert Koch Nobelprisen i medisin.

Emil Adolf von Behring (1854-1917). Han en annen ener innen tysk medisinsk forskning. Han viste sammen med japaneren Shibasaburo Kitasato (1852-1931) at det etter injeksjon på forsøksdyr av stivkrampegift, altså et tetanustoksin, ble dannet en motgift, et antitoksin. Dette middelet har fått stor betydning ved å forebygge stivkrampe, tetanus. Videre viste

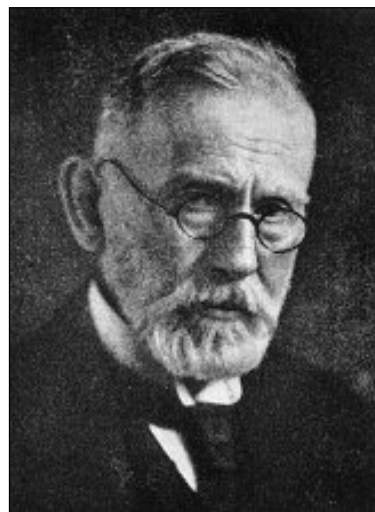
han i samarbeid med Paul Ehrlich at det etter injeksjon av giftstoffet i difteribasillen også dannes en motgift, et antitoksin som motvirker toksinene. Han fant dessuten at man ved å sprøyte inn toksiner i små mengder på hester kunne øke konsentrasjonen av motgiften i blodet. Han fremstilte på den måten et hesteserum som kunne brukes i behandlingen av difteri. Von Behring fikk Nobelprisen i 1901.

Paul Ehrlich (1854-1915). Han er også en av de tyske pionerene. Med ham oppstod begrepene hematologi, læren om blodlegemene og immunitetslæren. Ehrlich var en praktisk laboratorieforsker, og han laget en rekke fargemetoder til å farge bakterier som difteri og tuberkelbasiller. Hans viktigste bidrag er kanskje at han sammen med von Behring fremstilte det første kjemoterapeutikum, Salvarsan, som revuloserende behandlingen av syfilis. Det var effektivt mot denne meget utbredte og fryktede sykdommen. Komponisten Franz Schubert (1797-1828) led f.eks av syfilis. I min studietid var Salvarsan i form av Neosalvarsan det middelet man brukte mot syfilis. Da penicillinet kom etter krigen, våget man til en begynnelse ikke å bruke det alene, men bare sammen med Salvarsan. Et annet meget viktig bidrag er som nevnt at Ehrlich sammen med v. Behring fremstilte difteriantitoksinet som var virksomt mot sykdommen difteri. Denne sykdommen opptrer i epidemier og hadde høy dødelighet. Min far (Arnbjørn Kvamme (1873-1946)) som var ferdig lege i 1905, fortalte at han var imponert over de gode resultater han hadde av difteriserum under en epidemi i Jostedalen i Sogn. Paul Ehrlich fikk Nobelprisen i 1908.

August Wassermann (1866-1925) var bakteriolog og serolog. Han utarbeidet i samarbeid med Carl Bruck (1879-1944) og Albert Neisser (1855-1916) den første brukbare serologiske reaksjon til påvisning av syfilis, Wassermanns reaksjon.

Julius Wagner von Jauregg (1857-1940) psykiater i Wien, oppdaget at feberkur basert på smitte med malaria var effektivt mot paralysis generalis. Von Jauregg fikk Nobelprisen i 1927.

Gerhard Domagk (1885-1964). Han var en av de siste betydelige tyske forskerne. Domagk fremstilte i 1935 det første virksomme antibiotikum Prontosil med virkestoffet sulfanilamid. Prontosil kan helbrede blodforgiftning fremkalt av streptokokkbakterien. Domagk fikk meget fortjent Nobelprisen for dette i 1939. Sulfanilamid dannet grunnstenen for utvik-



Paul Ehrlich.



Gerhard Domagk.

lingen av en rekke preparater som sulfapyridin og sulfathiazol. Disse var de første effektive midler mot lungebetennelse. Disse midlene var i bruk til etter krigen da penicillin overtok.

Så vidt jeg vet ble det verken gjort kontrollerte studier med Salvarsan eller Prontosil. Det var ikke vanlig den gangen å gjøre slike studier, og det var for så vidt unødvendig, legene så at midlene var virksomme og at de kliniske og serologiske symptomene forsvant. Dessuten ville det vel være etisk betenkelig å gjøre kontrollerte studier med så alvorlige sykdommer som syfilis og sepsis når man hadde midler som åpenbart hadde klinisk effekt. Jeg har selv opplevd å se den dramatiske virkningen så vel av Neosalvarsan som Prontosil.

Kirurgi. Også kirurgien gjorde store fremskritt, spesielt etter den tysk-franske krigen 1870-71. Min far hadde som distriktslege i Hafslø og senere (fra 1919) i Luster i Sogn stor glede av F. Lejars bok *Dringliche Operationen*

(4), fritt oversatt «Operasjoner som førstehjelp». Det var en håndbok i kirurgi, i stor grad basert på erfaringer fra den tysk-franske krigen. På grunn av dårlige kommunikasjoner måtte distriktslegene den gang utføre mange operasjoner som øyeblikkelig hjelp, inngrep som i dag bare utføres på sykehus.

Jeg har tatt med så vidt meget av tysk medisinsk forskning for at dere skal få et bakteppe og forstå fallhøyden.

Eksperimenter på fanger utført av tyske leger

De fleste og verste eksperimentene på mennesker ble utført i konsentrasjonsleirene Auschwitz, Natzweiler, Dachau, Buchenwald, Sachsenhausen og Ravensbrück.

I Buchenwald sto Experimentalbau, eksperimentalbygningen ved siden av vår barakke, hvor vi norske studenter var anbrakt. Experimentalbau ble opprettet av SS i 1942 for å drive forskning, spesielt på flekktufus. Vi hadde ingen direkte kontakt med fangene der, men ble holdt underrettet av vår tyske brakkesjef som selv var fange, og av vår utmerkede leder, tannlegestudenten Arnljot Gaare, som hadde mulighet til å besøke hovedleiren. Disse fangene fikk tilstrekkelig med mat og var ikke avmagret. En gruppe leger



Fra konsentrasjonsleiren Buchenwald ved frigjøringen i 1945.

ble involvert, også presidenten for det prestisjetunge Robert Koch instituttet i Berlin, professor Martin Gildmeister.

Flekktyfus er en sykdom som hadde en høy dødelighet og blir overført av lus. Fangene ble i Experimentalbau injisert intravenøst med blod fra flekktyfuspasienter. Forskjellige medikamenter fremstilt av I. G. Farben Industrie, blant annet metylenblått, ble så injisert for å undersøke om de var virksomme mot sykdommen. En variant var å tilsette flekktyfusbakterieløsning i potetsalat til to grupper fanger hvor bare den ene gruppen fikk det medikamentet som skulle utprøves. Disse forsøkene var til dels meget smertefulle. 90% av fangene døde, og de som overlevde fikk blant annet hjerteproblemer, hukommelsessvikt og lammelser.

I Buchenwald ble det også gjort forsøk på fanger med gulfeber, kopper, difteri-, tyfoid- og paratyfusmikrober, giftgass, andre giftstoffer og innholdet i fosfor-kautsjuk brannbomber. I *The Buchenwald Report* ved David A. Hackett (5) står det at en tysk lege hadde konstruert et spesielt apparat til å dissekere ut stykker av leveren på levende, polske fanger. Disse døde alle sammen.

Medisinske forsøk ble som nevnt utført i en rekke konsentrasjonsleirer, og her vil jeg referere til Eugen Kogons bok *SS-Staten* (6).

I Natzweiler ble det således gjort forsøk med flekktyfus og gulfeber. Her beklaget professor Eugen Hagen seg over at av 100 fanger var det bare 12 som var i en slik tilstand at man kunne gjøre forsøk med dem.

I konsentrasjonsleiren Dachau gjorde professor Klaus Schilling forsøk hvor malariainfisert blod ble injisert på fanger for å finne effekten av diverse medikamenter. Her ble det også fremkalt kunstige flegmoner, en betennelse som brer seg flateformig i dybden. Dessuten utførte man høyde-, trykk- og nedkjølingsforsøk. Fanger ble anbrakt i isvann i opptil tre timer. Disse forsøkene som også ble utført i Auschwitz, hadde høy dødelighet (5, 6).

I kvinneleiren Ravensbrück og i Auschwitz ble det gjort steriliseringsforsøk ved hjelp av kirurgi, røntgenbestråling og diverse medikamenter for å finne ut hvordan en kunne sterilisere millioner av mennesker i løpet av kortest mulig tid. Forsøkspersonene ble sterile og fikk andre varige skader. I Ravensbrück ble også noen av de mest grusomme eksperimentene utført, forsøk som skulle vise effekten av sulfonamider (5-7). Kvinnene fikk injisert løsninger med mikrober som forårsaker blodforgiftning, gassgangren og stivkrampe, oftest i låret. Blandinger av smittestoff ble også injisert. Ofte ble det i tillegg lagt glasskår og trefliser inn i såret. Snittet som gjerne gikk helt inn til benet, ble da raskt infisert. De fleste av ofrene døde under fryktelige smerter. Det ble også skåret ut et muskelstykke fra leggen til fanger for å undersøke hvordan vevet gradvis fornyet seg under en gipsbandasje. På noen polske kvinner ble et friskt ben, arm eller skulderblad operert bort og videresendt for å bli transplantert på pasienter. Kvinnene ble etterpå drept med injeksjon.

Ellenor Major skriver i sin bok *Reise gjennom krig og fred* (8), at hun som barn oppdaget at faren, en jøde som hadde vært i Auschwitz, hadde dype arr på den ene leggen og låret. Jeg spurte ham en gang, skriver hun, hva det var. Svaret var kort og avvisende: «Det er noe tyskerne har gjort».

Eugen Kogon skriver i sin bok *SS-Staten* (6) at en lege i Auschwitz utsatte arbeidsføre jøder for røntgenbestråling av deres kjønnsorganer. Etterpå måtte fangene gå tilbake til arbeidet. Etter et par uker ble ofrene kastrert slik at testiklene kunne bli undersøkt.

Professor Leo Eiting (1912-1996) som var fange i Auschwitz, skriver at fanger som døde måtte ha dødsattest, og der skulle det stå at de døde på sykehus av en sykdom. Disse dødsattestene ble så brukt til å få tilgang til vedkommendes livsforsikring. Jødene i Tyskland hadde nemlig skrevet under på at de overlot formuen til staten som skulle pleie dem til de døde (9).

Josef Mengele (1911-1979) er kanskje den legen som har fornedret legestanden mest. Han var sjefslege i Auschwitz. Han hadde meget stor

makt og var også fryktet av sine egne. Han var ansvarlig for utvelgelsen av fanger som skulle gasses i hjel. Når fangetransportene kom fra hele Europa, måtte hver fange passere ham. Pekte han til venstre betød det gasskammer, til høyre arbeid og sult. Den rumenske jøden, legen og rettsmedisineren Miklos Nyiszli har i boken *I was Doctor Mengele's Assistant* (10) gitt en beskrivelse av Mengele og hans såkalte forskning. Denne boken er også utgitt på norsk i 2007. Dr. Nyiszli ble valgt til å foreta obduksjoner av fanger på grunn av sine kvalifikasjoner i rettsmedisin. Mengele foretok blodtransfusjoner og spinalpunksjoner som populært gjerne blir kalt «ryggmargsprøver» i Norge. Han utførte dessuten en rekke andre smertefulle eksperimenter på fanger.

Mengele var særlig interessert i eksperimenter på tvillinger og dverger. Han valgte ut gravide kvinner for sine eksperimenter. Disse ble sendt til høyre under utvelgelsen og fikk tilstrekkelig med mat. Alle tvillingene var døde samtidig, og det syntes Nyiszli var merkelig. Han oppdaget da at begge tvillingene var blitt drept med injeksjon av kloroform direkte inn i hjertet. Dette kunne han selvsagt ikke oppgi til Mengele som dødsårsak. Det ville være å underskrive sin egen dødsdom, men han måtte finne på noe annet, ofte tyfoidfeber. Mengele fikk også skutt en rekke fanger som han syntes var interessante for å undersøke deres organer

Mengele og hans legemedarbeidere mente at deres forsøksobjekter ikke var menneskelige vesener, og derfor velegnet til forskning. Mengele drømte om at skjelettene og organmaterialet, spesielt fra tvillinger, dverger og krøplinger, skulle stilles ut i et museum i Berlin med presis informasjon om navn, alder, osv. Skjeletter og organ materiale ble derfor sendt til Berlin-Dahlem, Institut für Rassenbiologische und Anthropologische Forschung, på den tiden et av de mest kjente forskningsinstituttene i verden. Menges såkalte forskning hadde så vidt vi kan forstå i dag, ingen vitenskapelig verdi. Det samme gjelder den forskning som ble gjort under krigen av en rekke andre tyske leger og medisinske professorer.

Epilog

Disse eksemplene er bare en smakebit på hva som foregikk i de verste leirene. Tyskland var gjennomsyret av konsentrasjonsleire og underleire, og lignende ting foregikk der i regi av leger og medisinske professorer. Og hva med Hippokrates' ed? Alle leger skulle kjenne til denne eden. Hadde ikke de tyske professorer fra Berlin og Mengele og hans kolleger kjennskap til den? Den eden som ble formulert av den greske legen Hippokrates år 400 f. Kr. stiller strenge krav til legen, både faglig og moralsk. Der står det blant annet: «Jeg sverger ved legeguden Apollon og Asklepios og Hygieia og

Panakeia og alle andre guder og gudinner som jeg påkaller som vitner, at jeg vil oppfylle denne eden og denne kontrakten så langt jeg evner». Senere står det: «Overalt hvor jeg kommer inn i huset, vil jeg virke til pasientens beste, avholde meg fra all bevisst urett og særlig unngå kjønnslig omgang med de kvinner og menn, slaver og frie som bor der». Hadde naziideologien foretrekk dette?

En forundres over det store antallet tyske leger og medisinske professorer som deltok i barbariske forsøk på sine medmennesker. Hva slags mennesketyper var det? Hva slags følelsesliv hadde de? Det har vært hevdet at vi alle har en skyggeside, og at vi under gitte omstendigheter kan utvikle oss til sadistiske monstre. Jeg nekter å tro det. Men her er det mange løse ender og tråder. Her er det rom for fremtidig forskning.

Litteratur

1. Assmann H, Beckmann K, Bergmann Gv. et al. *Lehrbuch der Inneren Medizin*, Vol 1, 2. Berlin: Springer, Berlin 1942.
2. Poulsson E. *Lehrbuch der Pharmakologie*. Hirtzel, Leipzig 1940.
3. *Aschehougs Konversasjons Leksikon*. 1972
4. Lejars F. *Dringliche Operationen*. Vol. 1,2 .Jena: Gustav Fischer, 1914.
5. Hackett DA. *The Buchenwald Report*. Oxford: Westview Press, 1945.
6. Kogon E. *SS Staten*. Oslo: Gyldendal 1981.
7. Børsum L. *Fange i Ravensbrück*. Oslo: Gyldendal 1947.
8. Major EF. *Reise gjennom krig og fred*. Oslo: Aschehoug 1997.
9. Brekke M. Intervju med Leo Eitingen, Hinsides menneskelig forstand. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995;115:1402-4.
10. Nyszli M. *I was Doctor Mengele's Assistant*. Oswiecim 2001 (*Jeg var dr. Mengeles assistent*. Oslo: Orion 2007).

Elling Kvamme
professor emeritus
Universitetet i Oslo
adresse: Sondrevegen 4 J
0378 Oslo
ekvamme@ulrik.uio.no

Foredraget er i sterkt forkortet og redigert form trykket i Tidsskrift for Den norske legeforening. (Kvamme E. Tysk medisin sett fra KZ Buchenwald. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008;128:720–1.)

Erfaringer fra et norsk feltsykehus arbeid med russiske ekskrigsfanger i Mo i Rana sommeren 1945.

Foredrag i Det norske medicinske Selskab 24/4-1946⁴.

Michael 2008;5:123–44.

I tilslutning til prof. Kreybergs⁵ foredrag på siste møte skal vi gi en redegjørelse for det medisinske arbeid slik det artet seg i området omkring Mo i Rana.

For helt å forstå de problemer som møtte oss, blir det nødvendig først å gi en oversikt over de hjelpemidler vi hadde da vårt arbeid begynte.

Ved kapitulasjonen hadde Reservepolitiets Sanitet i Sverige seks feltsykehus (F.S.H.) ferdig mobilisert. Da innmarsjen i Norge heldigvis kom til å forgå uten kamphandlinger, ble det ikke bruk for alle seks til militære formål. Det var derfor ganske nærliggende at de overflødige ble nyttet til arbeidet med de russiske ekskrigsfanger hvor behovet var så skrikende, – så meget desto mer som det medisinske arbeid med disse russere ble underlagt Forsvarets Sanitet.

Et slikt feltsykehus er en mobil avdeling, oppsatt i to hovedavdelinger: En transportavdeling med sykebærere, sjåfører og biler – og en sykehusavdeling med personell og utstyr beregnet på 60 pasienter.

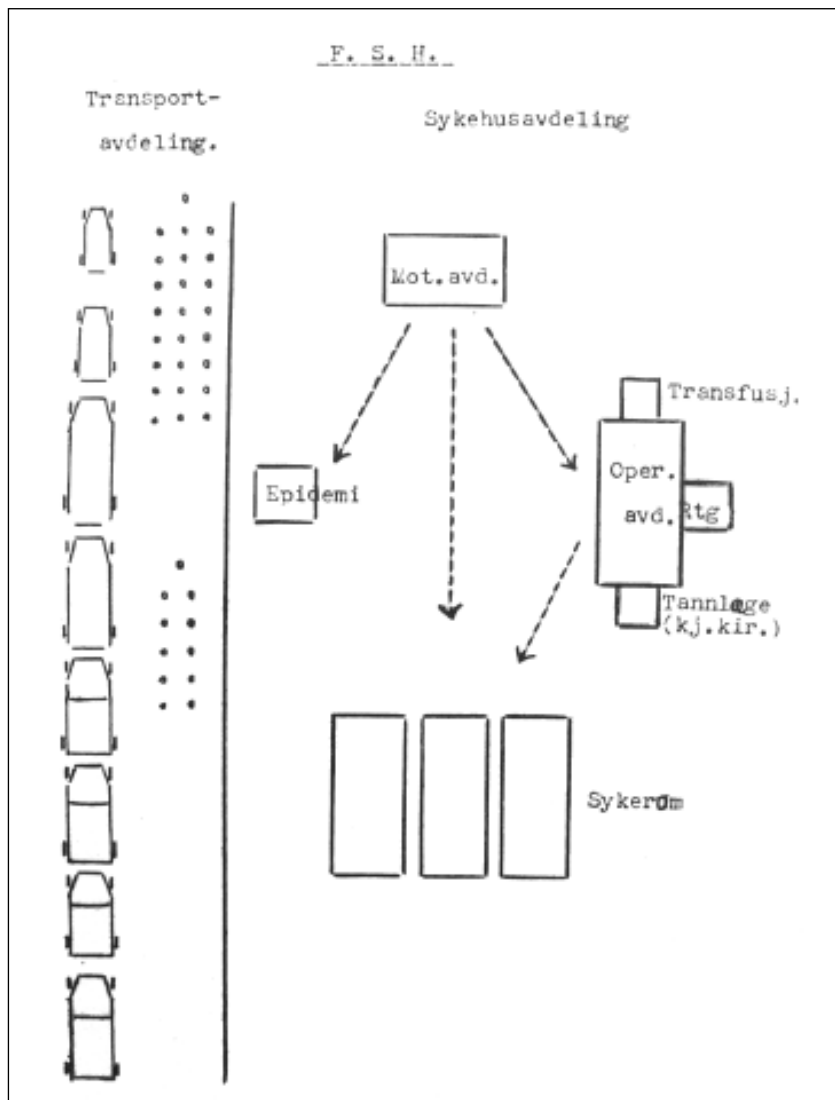
¹ Hjalmar Wergeland (1909-97).

² Dag Fodstad (1910-90).

³ Ole Kristian Harlem (1917-2003).

⁴ Tidligere trykket i Det norske medicinske Selskabs «Forhandlinger» i *Norsk Magasin for Lægevidenskapen*, årgang 107, 1946. Dette tidsskriftet inngikk fra 1939 i *Nordisk Medicin*, der foredraget står i årgang 1946, bind 32, side 2353-9. Det er foretatt en meget mild redaksjon, blant annet ved at åpenbare språkfeil er rettet opp og at alle tall i tekst under ti er skrevet med bokstaver. En del forkortelser er skrevet helt ut av hensyn til leseligheten.

⁵ Leiv Kreyberg (1896-1984)



Skjema1

Til transportavdelingen hørte fem lastebiler for transport av materiellet, en buss innredet for syketransport og en ambulansebil samt en personbil og en motorsykkel. Til sykehusavdelingen hørte foruten kirurgisk utstyr, røntgen, tannlægeutstyr, transfusjonsutstyr, laboratorieutstyr og medikamenter, også eget elektrisitetsverk og feltkjøkken. Det kirurgiske utstyr var førsteklasses både i kvalitet og kvantitet, røntgenutstyret var nærmest dårlig og manglet ved enkelte sykehus helt, da de gamle svenske feltrøntgen-

anlegg var avleggs og nye ennå ikke var ferdige. Om det øvrige utstyr kan sis at det var meget godt, men sparsomt, idet en måtte ta omsyn til at sykehuset skulle kunne forflyttes meget raskt og derfor ikke måtte være for omfattende. Da en måtte være forberedt på å etablere seg hvor som helst, kanskje i et avsvidd land, medførtes spesialbygde telt for hele sykehuset.

Personellet bestod vanligvis av tre læger, hvorav en kirurg og en røntgenlæge, og ennvidere en tannlæge, tre-fire medisinske studenter, fem sykepleiersker, fire hjelpepleiersker, to stenografer, – og for øvrig intendantur- og teknisk personell (inkl. sjåfører), til sammen 65 personer. På grunn av mangel på spesialutdannede folk måtte et par av sykehusene bemannes med de læger som var for hånden. Ved vårt sykehus manglet således både kirurgen og røntgenlægen, hvilket skulle vise seg å ikke spille noen vesentlig rolle under de forhold vi kom til å få vårt arbeid.

Til feltsykehuset var også knyttet en såkalt «felthygienisk enhet» (F.H.E.), bestående av en laboratorieavdeling med førsteklasses utstyr og kyndig personell, samt en badeavdeling som i felt hadde en kapasitet på ca. 4-500 bastubad pr. dag, – i telt. Samtidig skulle enheten også ha som oppgave å være avgassingsavdeling. Badeavdelingen var opprinnelig også beregnet som avlusningsavdeling etter varmekammermetoden, men etter D.D.T.-pulverets oppdagelse ble de tungvinte varmekammer erstattet med pulverstrøyter. Laboratorieavdelingen kunne utføre drikkevannsanalyser samt alle de vanlige bakteriologiske og serologiske undersøkelser unntatt WR, således f.eks. dyrking av tuberkelbasiller og tarmbakterier, hvilket skulle bli av en så stor betydning for oss.

Både F.S.H. og F.H.E. hadde vært prøvd i praksis i Sverige, sykehusene ved store feltmanøvrer i vanskelig terreng- og føreforhold, og hadde vist seg meget brukbare. Ved en enkelt anledning tok det bare fire timer for et sykehus som var i full drift å forflytte seg til et sted som lå 30 km. lengre borte og være klar til å motta nye pasienter. F.H.E. var i praktisk virksomhet i Sørsverige ved mottagelsen av våre hjemvendende Tysklandsfanger. Det er blitt oss fortalt at de ydet et fortreffelig arbeid av stor betydning, idet de svenske myndigheter ikke hadde vært tilstrekkelig forberedt på det voldsomme innrykk og manglet organer som på et øyeblikks varsel kunne påta seg avlusingen og de bakteriologiske prøver. Da flere av de hjemvendende led av flekktufus, ble avlusing et av de viktigste ledd i mottagelsen. Det forekom også atskillige enteritter, så den bakteriologiske avdeling fikk her sin ildprøve som den bestod meget tilfredsstillende.

Da reiseordren for vårt sykehus kom, var tiden for knapp til å omorganisere sykehuset for den spesielle oppgave det nå skulle ta fatt på. Vi reiste altså med en kirurgisk enhet og kom til en arbeidsmark med de mest ren-

dyrkede medisinske problemer. Dette bør en ha in mente når resultatet skal vurderes.

Reisen fra Sverige gikk med eget ekstratog til Narvik, hvorfra vi drog sydover med våre egne biler. Turen gikk gjennom alle de leirer prof. Kreyberg omtalte, og gav oss straks en liten forutanelse om hvilke oppgaver vi gikk imøte.

Ved ankomsten til Mo ble vi anvist en forlatt tysk brakkeleir som eneste mulighet for etablering av sykehuset under tak. Brakkene var i dårlig forfatning, uten bad, vann eller W.C., på gulvene var det tommetykke lag skitt med umiskjennelig germansk odør. Vi hadde mest lyst til å brenne rønnene og etablere sykehuset i våre telt, men da «den dårligste forlegning skal være bedre enn den beste bivuak» som det heter i militærspåket, gikk vi på med krum hals. Ved hjelp av våre sykebærere samt utkommanderte landssvikere og «tyskertøser» lyktes det på noen få dager å få hygienisk forsvarlige sykestuer i brakkene, samt laboratorier, poliklinikk, operasjonsstue og tannlægekontor. Og så kunne arbeidet begynne.

I Mo distrikt, d.v.s. fra Polarsirkelen i nord til Korgen i sør var det ved kapitulasjonen ca. 6-7000 ekskrigsfanger, forlagt i 12 forskjellige leirer under meget elendige forhold, velkjent fra pressen og prof. Kreybergs foredrag. Morbiditeten var stor, men sterkt varierende i de forskjellige leirer. Minst var den hos jugoslaverne øverst oppe ved Polarsirkelen, der det bare var 2,7% syke. Dette skyldes vel dels de amerikanske Røde-Kors-pakker som denne leiren i motsetning til alle de andre hadde fått motta, dels kanskje også at bare de allersterkeste hadde greid å overleve den mishandling tyskerne hadde utsatt dem for. (Av alle de 8000 jugoslavere som tyskerne hadde ført til Norge, var det bare disse 800 igjen.) Sykdomsforholdene i leirene ble verre etter hvert som en nærmet seg Mo – i en leir var det således så seint som 3/6-1945 ennå 60% syke. Dette har kanskje også en naturlig forklaring: etter hvert som arbeidet med Nordlandsbanen skred frem, ble de friskeste sendt forrest for å ta det tyngste arbeidet.

Som det fremgikk av prof. Kreybergs foredrag var behovet for hospitalisering av de syke russerne enormt. Til å begynne med hadde en ingen annen utvei enn å legge dem inn på de tyske sykehus i Mo. Den tyske overlægen uttrykte overfor oss, da vi kom, sin store iver for å gjøre det best mulig for de syke, det var ikke måte på imøtekommenhet og velvilje. Ved en inspeksjon som vi deretter foretok på sykehusene, kunne vi konstatere hvor dypt hans humanitet stakk. Mens de tyske pasienter lå i gode senger med rene lakener og fikk høyfjellsol og utmerket pleie, lå russerne i to høyder i køyer med en halv meters mellomrom, i skitne ulltepper og de samme underklær som de var kommet inn med. De måtte hente sin mat selv og gå

på latrinen, hvilket de ikke alltid rakk, da de fleste hadde sterk diaré. Dr. Per Svindland⁶, som fikk som oppgave å være liaisonlæge ved et av de tyske sykehus, oppdaget en dag borte i en krok en pasient som var slik plassert at det overhode ikke var mulig å undersøke ham. Han var meget dårlig og fra overkøyen dryppet det flytende faeces ned i ansiktet på ham fra en annen dårlig pasient, men han hadde ikke krefter nok til å flytte på seg. Etterat ordningen med norsk liaisonlæge ble gjennomført, ble tyskerne tvunget til en ganske annen service, men helt gode forhold ble det ikke før russerne selv overtok pleien og behandlingen med eget personell.

En inspeksjon i samtlige leirer to dager etter ankomsten gav det rystende resultat at foruten de ca. 400 som lå på sykehusene i Mo, var ytterlig 1000 syke i leirene. Av disse var 125 moribunde, og kunne ikke flyttes, – 400 var sengeliggende alvorlig syke som snarest trengte sykehusbehandling, resten var lettere syke med ødem og diaré, men med relativt – relativt – god allmenntilstand. Det var derfor innlysende at vårt sykehus' kapasitet måtte utnyttes ad maximum og ble derfor innredet for 120 pasienter – d.v.s. det dobbelte av hva vi var utstyrt for. Dette krevde økt pleiehjelp, men da det viste seg umulig å få tak i sykepleiersker, måtte vi utdanne våre sykebærere til pleiere. Disse var vesentlig arbeidere, bønder og fiskere, som lite eller intet hadde sett av sykdom. Etter en ukes tilvenningstid, hvor de hadde like meget brekninger som pasientene diaré, utviklet disse gutter seg til de mest samvittighetsfulle pleiere som uten å klage tjenestegjorde 12 timer daglig i tre uker før de fikk en fridag.

På grunn av lett forklarlig mistillit til de tyske sykehus ble det fra høyere hold bestemt at også disse administrativt skulle stå under det norske feltsykehus. Vi fikk derved i alt mellom 5 og 600 pasienter å sørge for med omsyn til klær, sengetøy, diett og medikamenter, – en oppgave som ville vært uoverkommelig uten de to norske liaisonlæger dr. Per Svindland og daværende stud.med. Berner⁷. Det sist nevnte var nettopp kommet hjem fra fangenskap i Tyskland og hadde meldt seg frivillig til dette arbeid. De var, inntil russerne overtok sykehusene, de eneste som pasientene hadde tiltro til og som kunne få dem til å gjennomføre en tilnærmet rasjonell behandling. Hvis en av de tyske lægene instituerte diett, trodde de det var et forsøk på å snyte dem for maten og laget straks bråk av dette. Da russerne etterhvert overtok sykehusene, anmodet de om at disse to norske læger fortsatt måtte tjenestegjøre der og overta tilsynet med en del av pasientene. Etterat denne ordningen var etablert, ble det et meget intimt samarbeid mellom de russiske og det norske feltsykehus, med felles visitter og felles retningslinjer for behandlingen.

⁶ Peder (Per) Svindland (1910-67).

⁷ Jørgen Haslef Berner (1916-2001) ble cand.med. i 1946.

Vi hadde også et visst samarbeid med det svenske sykehus i Fauske, idet dette sendte prøver til vårt laboratorium, samt med dr. Oftedals⁸ ekspedisjon i Mosjøen, der det ble forsøkt opprettet en ren tuberkuloseleir i Drevja. Vi kunne sende våre tuberkuløse til Drevja mot å ta alminnelige syke i retur, en ordning som var meget praktisk, men som av uforståelige grunner ble stoppet av en russisk såkalt diplomat før utvekslingen var ferdig.

Det var ingen liketil sak å skaffe til veie alt hva disse syke trengte. Det letteste var maten, den ble rekvirert i ubegrensede mengder fra de tyske lager. Verre var det med klær, sko, sengetøy, spiseredskaper, medikamenter o. likn. Nå var ikke russerne så nøye med hva de hadde på seg. For å få dem til å holde sengen, trodde vi det var tilstrekkelig å la være å utlevere annet tøy enn skjorte og underbenklær, hvilket allikevel ikke forhindret at en av dem ble påtruffet på kino en aften i dette kostymet. Men det var bare de færreste som var så heldige at de kunne få selv så sparsomt med klær som dette. At forsyningsspørsmålet til slutt ble løst, skyldes vesentlig prof. Kreybergs utrettelige arbeid og fremragende evne til å klemme ut av tyskerne ting som de dagen i forveien overfor oss hadde sverget på at de ikke eide. Den som en gang opplevde et slikt oppgjør mellom han og en eller annen tysk oberst eller general, forstår lettere hva et enkelt menneskes personlighet kan bety under slike forhold.

Den hygieniske kontroll i selve leirene ble utført av sjefen for FHE., dr. Eyvind Ek⁹, som med sin «lusepluton» reiste fra leir til leir og dustet med D.D.T.-pulver og gav hygieniske direktiver. Luseplagen var for øvrig meget liten, – verre var det med lopper. Et sted måtte leiren brennes etter at russerne var reist. Det sto en sky av lopper opp av sprekkene da dr. Ek gjorde avsluttende inspeksjon der. Et forsøk på «avlopping» med D.D.T.-pulver var mislykket.

Etter den første inspeksjon av leirene og sykehusene var vi straks klar over at her forelå et medisinsk materiale av stor vitenskapelig interesse. Det ble derfor øyeblikkelig gjort henstilling til Oslo om å sende oppover en læge med spesielle interesser og kvalifikasjoner til å lede dette arbeid. Det kom imidlertid intet svar på denne henvendelsen. Vi ble derfor nødt til etter fatig evne å gjøre det best mulige ut av det foreliggende materiale selv. Vi fikk her en utmerket støtte og hjelp fra dr. Valentin Fürst¹⁰, som vi fikk knepet fra dr. Oftedals ekspedisjon i Mosjøen, og som tilbrakte 14 dager hos oss.

⁸ Dette må være dr. Sven Oftedal (1905-48). Han hadde blant annet arbeidet som tuberkuloselege i Sand i Ryfylke.

⁹ Eyvind Ek (1908-2002).

¹⁰ Valentin Fürst (1907-88).

Han medbragte en del spesialutstyr og medikamenter fra Oslo og bidro til å øke våre undersøkelses- og behandlingsmuligheter i vesentlig grad.

Som pasienter var russerne lette og greie å ha med å gjøre. Deres prøvende mistro forsvant gjerne allerede i badet, da de oppdaget at det var varmt vann i karret, og seinere var de lutter solskinn. Deres takknemlighet var rørende og gav seg ofte de underligste utslag. Noen dager før de skulle reise hjem, ble de overflyttet til et av de russiske hospitalene. Da vi om aftenen skulle gå en runde gjennom leiren, viste det seg at en hel del av dem var kommet tilbake og satt på trappen til den brakken de hadde ligget i, og det var bare ved å vise dem at vi allerede hadde pakket ned sengeutstyret at vi kunne formå dem til å gå tilbake. En av grunnene var til at de likte seg bedre hos oss, var vel at vi var det eneste sykehuset i Mo som hadde sykepleiersker, og det noen usedvanlig tiltalende eksemplarer av arten. Deres arbeidsiver, tilpassingsevne og faglige dyktighet var verdt all mulig beundring.

Vi skal nå gå over til å referere resultatene av våre undersøkelser og behandling. Dette arbeid ble utført av lægene Fodstad og O.K. Harlem, med stud.med. Nøklebye¹¹ som en verdifull medhjelper på laboratoriet.

Jeg skal referere noen undersøkelser vi har foretatt på russiske eks-krigsfanger i Mo i Rana i tiden 6/6 til 17/7 1945.

Pasientene – i alt 161 i alderen 22 – 58 år hadde vært fanger fra 1941 – 1942 og hele tiden levd på fangekost og vært i tungt arbeid. Fra 1/1 1945 ble de knappe matrasjoner ytterligere nedsatt. De fikk nu 250 g brød + 20 g smør og potetsuppe pr. dag. Fra febr. – mars 1945 ble de syke og senge-liggende. Vi fikk pasienter fra de overbelastede sykehus og direkte fra sykestuene i leirene. Da de kom til oss, var de skitne og kledd i illeluktende laser som vi måtte klippe av dem. Etter bad og dusting med D.D.T. ble de innlagt i våre avdelinger og undersøkt etter følgende skjema:

¹¹ Dette er mest sannsynlig Kaare Nøklebye (1915-81) som ble cand.med. i 1946.

Skjema 2. Undersøkelsesskjema.

1. *Anamnese* med tolk.

2. *St.praesens* med Pirq., høyde og vekt.

3. *Laboratorie-undersøkelser.*

a. Urin:

Reaksjon, sp.v., diurese

Hellers reaksjon

KOH reaksjon

Benedicts reaksjon

Schlesingers reaksjon

Mikroskopi.

b. Blod:

Hgbl. %

Telling av røde og hvite

Utstryk

Serumeggehvite %

Formol-gel. reaksjon

SR-reaksjon

Meiniche, Widal.

c. Fæces:

Benzidin reaksjon

Slim

Bakteriologisk unders.

d. Magesaft:

Ewalds prøvemåltid

Histaminprøve.

e. Ascitesvæske:

Sp.v.

Rivaltas reaksjon

Mikroskopi.

f. Sputum:

Tb.-u.s.

g. Røntgen:

Skjermbilde.

h. Tannstatus.

i. Fotografi.

4. *Obduksjon av alle døde.*

Skjema 2

Vi opptok en så nøyaktig anamnese som mulig ved hjelp av en tolk. Kostholdet var det reglementerte for fanger. Reglementet ble ikke overholdt bestandig. Dette kostholdet atskilte seg ikke fra kostholdet i andre fangeleirer på annen måte enn at russerne ikke fikk Røde-Kors-pakker. Tilførslene utenfra ble knappe og uregelmessige på grunn av det strenge vakthold, men de var ikke betydningsløse. Russerne fortalte at uten denne hjelpen fra befolkningens side ville ingen av dem vært i live. Vi fikk også følelsen av at disse sultne og forekomne russere ikke kunne gi nøkterne fremstillinger av sitt kosthold i Russland. Kontrasten mellom fangekosten og deres vanlige kost i hjemlandet var så stor at førkrigens kost fikk eventyrets preg over seg. Det var således ikke mulig å få eksakt oversikt over kostholdet under fangenskapet og deres kostvaner. Kalori- og vitamininnholdet i fangekosten var derfor umulig å få beregnet.

Status præsens ble opptatt på vanlig måte. Høyden ble målt og vekten kontrollert to ganger under oppholdet. For en stor del av pasientenes vedkommende fikk vi tak i deres vekt som soldater i Russland.

Pirquets reaksjon ble utført og den var sterk positiv, til dels vesikuløs hos alle våre 161 pasienter, med unntagelse hos fire, hvor reaksjonen var negativ. Disse fire Pirquet-negative pasientene døde, og det viste seg ved obduksjonen at tre av dem hadde utbredte tuberkuløse forandringer.

Av laboratorie-undersøkelser ble utført urinalyse og (undersøkelse av) diureseforandringer. Hemoglobinbestemmelsene ble utført med et hemoglobinometer som ble standardisert etter et apparat fra Fysiologisk institutt.

Eggehvitebestemmelsene i blodet utførte vi ved hjelp av Bings perle. Vår perle viste samme verdi som en perle fra Fysiologisk institutt. Bestemmelsene ble utført ved 20° C.

De blodprøver vi tok for å bestemme jone-konsentrasjonen i blodet og få utført kjemisk analyse av blodeggehvitten, råtnet på veien til laboratoriet i Oslo.

Undersøkelsene ble gjentatt med ca. en ukes mellomrom

Vi gjorde de vanlige undersøkelser i faeces og dessuten bakteriologiske undersøkelser i diarré-avføring. De bakteriologiske undersøkelsene og undersøkelsene av sputum på tuberkulose ble utført av FHE 4. Sjef Dr. Eyvind Ek.

Magesaften ble undersøkt ved hjelp av Ewalds prøvemåltid og med fraksjonert opphenting etter histamininjeksjon.

I ascitesvæskene undersøkte vi spesifikk vekt, utførte Ritvaltas prøve og mikroskoperte sedimentet.

På samtlige paienter ble lungene skjermbildefotografert. Bildene ble tydet av spesialist i lungesykdommer dr. Stray¹² som arbeidet på Drevja.

Tannstatus ble opptatt av tannlæge Bornhaug, som angav at 60% av alle undersøkte pasienter hadde kariesfri tenner.

Vi utførte også obduksjon av alle døde pasienter. Preparater fra hjerte, lunger, nyrer, lever og milt ble seinere undersøkt på Ullevål sykehus patologiske laboratorium. Det ble i alt foretatt 16 obduksjoner.

Vi fant 37 pasienter med lungetuberkulose, og vi fikk det inntrykk at tuberkulosen hadde funnet jomfruelig bunn hos disse russere. Det var bare to-tre stk. som kunne fortelle om tuberkulose i sine omgivelser i Russland. De fleste hadde vært i arbeid og følt seg friske til februar-mars 1945.

¹² Dette er sannsynligvis Øystein Snorre Stray (1908-80) som hadde bakgrunn som tuberkuloselege.

50 pasienter hadde andre sykdommer som ulcus, pnevnoni, hjertesykdom, asthma bronchiale, kirurgiske lidelser og fire var sinnsyke.

70 pasienter frembød symptomer som utelukkende skyldtes hunger. Disse må vi kunne si representerer 300 pas. Det var nemlig bare ved fire FSH det var anledning til å foreta de undersøkelser vi har gjort, men ved inspeksjon i leirsykehusene, lasarettene og samarbeid med de russiske læger, ble vi overbevist om at pasientene og problemene var de samme der som hos oss. Vi har satt opp et skjema over de subjektive symptomer hos disse 70 pasientene.

<i>Skjema 3. Subjektive klager.</i>	
1. Avmagring.....	65
2. Avkreftelse	63
3. Hevelse	54
4. Diaré	47
5. Leggsmerter	40
6. Dyspepsi	32
7. Liten diurese	15
8. Polyuri	1
9. Dysuri	2

Skjema 3

65 angav avmagring.

63 angav avkreftelse som var så uttalt at de hadde vanskelig for, eller ikke klarte å være oppe.

54 har hatt en hevelse som de selv har bemerket. Den har vart i de siste tre måneder eller lenger. Hevelsen har vist seg som oppsvulming av beina, ascites eller begge deler. For de flestes vedkommende gjelder at de tidligere under fangenskapet har hatt perioder med hevelser.

47 hadde diaré. Hertil er å bemerke at flere av pasientene tidligere under fangenskapet har hatt korte perioder med diaré og at 15 først fikk sin diaré etter kapitulasjonen.

Leggsmerter opptrådte hos 33. De har av og til ytret seg som «restless legs».

Dyspepsi ble angitt av 32. Den har vært irregulær, dels ytret seg som diffuse smerter i magen uavhengig av måltidene, dels som anoreksi, aldri som brekninger.

15 pasienter klaget over sparsom diurese og over at vannet i kroppen.

En pasient angav rikelig vannlating og nykturi.

To pasienter klaget over dysuri. Den ene hadde uretitt som ikke reagerte på sulfathiazol, penicillin eller protargolskyllinger. Der ble ikke påvis g.c.

Ved undersøkelser av pasientene fant vi:

<i>Skjema 4. Objektive funn:</i>		
Almentilstanden	{ relativt god ..	10
	{ slett.....	60
Ødem	{ +++	17
	{ ++	33
	{ +	
Eksantem	{ pellagrose	2
	{ pyodermier ..	15
P.:	60—100	
Temp.:	normal	
BT.:	{ systolisk	{ over 140 7
		{ under 100 5
	{ diastolisk	{ over 90 11
		{ under 70 16
Tg.: (glatt, rød)		19
Pulm.: sibili, ronchi		13
Cor.: syst., accid.		5
Abd.: trykkømheth		30
Lever: palp.		1
Milt: palp.		0
Trykkømheth i leggene		33
Reflekser:	{ forsterkede ..	0
	{ avsvakkede ..	8
Pareser		4
Tannkjøtt: blødende.....		9
Tenner: kariesfri i %		60

Skjema 4

60 pasienter med slett og 10 pasienter med relativt god almentilstand. Jeg tror neppe at vi under normale forhold ville ha brukt betegnelsen relativt god på den tilstand disse befant seg i.

Pasientene var gjennomgående lave av vekst. Den minste var 1,53 og den høyeste var 1,76 cm høy.



Fig. 1

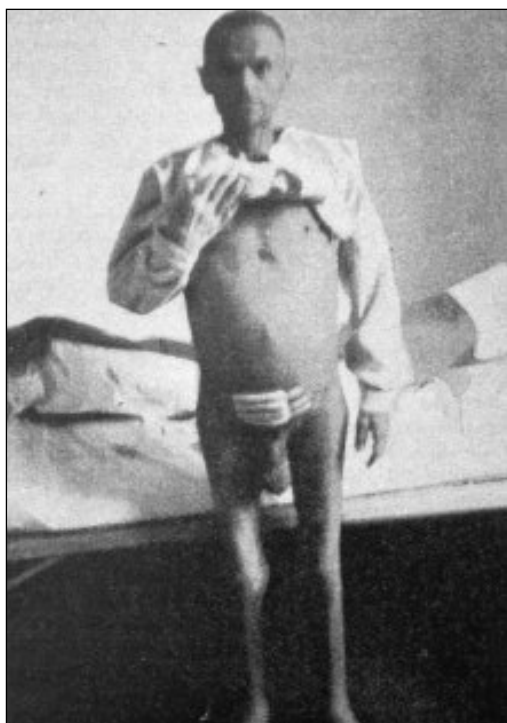


Fig. 2

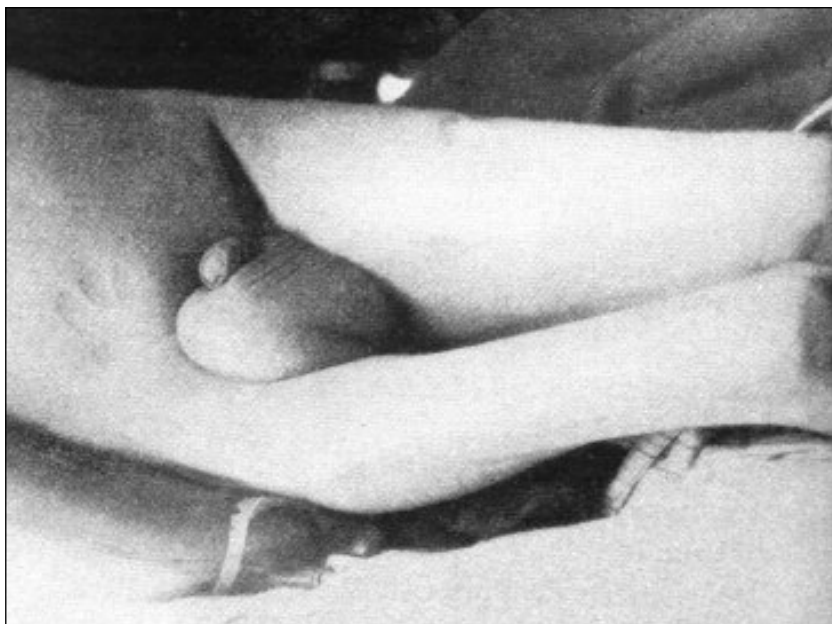


Fig. 3

I forhold til soldatvekten er det største vekttap vi har funnet 32,1 kg. De første veiinger ble foretatt 22/6 1945 – 1 ½ måned etter kapitulasjonen. Jeg vil også bemerke at vi hadde en pasient som til tross for sitt ødem ikke veide mer enn 37,8 kg og var 1,61 m høy.

17 pas. hadde svære ødemer, med ødemer i beina, ascites, hydrotoraks eller scrotalødem.

33 pas. hadde lett ødem, d.v.s. ødem i beina og i sacralregionen.

Når vi ser på disse ødemer må vi ta i betraktning at de har vært behandlet tidligere. Lpnr. 4 som vi ser på bildet, var i løpet av de siste to måneder blitt tappet for 18 l, 10,5 l og 24 l ascitesvæske. Vi tappet ham for 6 l og 7 l. Til sammen er han i løpet av tre og en halv måned blitt tappet for 65,5 l.

Ødem opptrådte hyppigst i underekstremitetene, men det var ingen sjeldenhet å se det i overekstremitetene og i ansiktet. De var deigaktige og fingeravtrykkene ble stående lenge.

Et av de mest slående symptomer var det svære muskelsvinn som kom til syne når ødemet svant.

Eksantem opptrådte hos 17 pas. Det var pyodermier og 2 tilfelle av pel-lagrøst eksantem.



Fig. 4

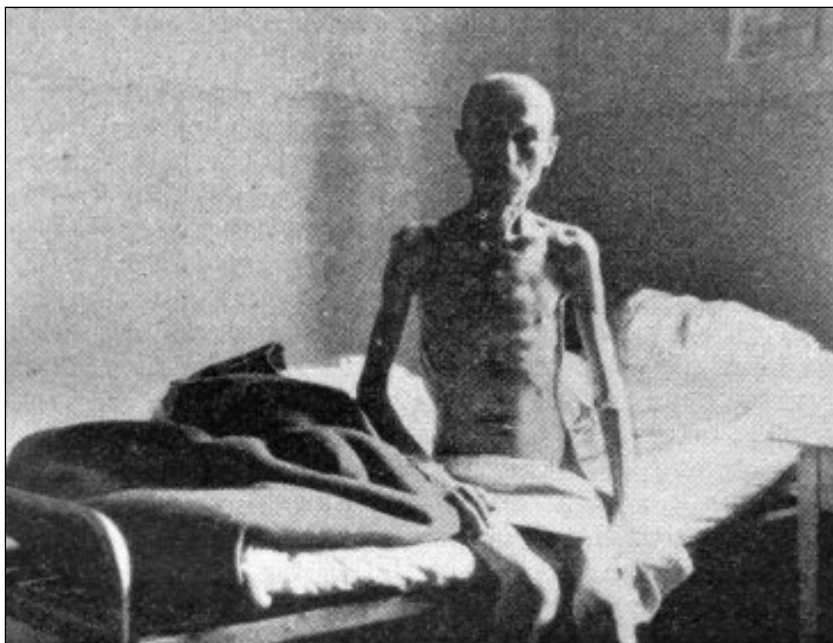


Fig. 4b

Pulsfrekvensen var omkring 80 med yttergrenser 60 – 100. Den var regelmessig og uten spesielle trekk. Under oppholdet på avdelingen var pulsfrekvensen stigende hos alle pasientene.

Blodtrykk: intet spesielt å merke.

19 pasienter hadde tungeforandringer. Tungen var glatt og litt rød.

Blødende tannkjøtt ble iaktatt hos ni pasienter.

13 pasienter hadde fremmedlyder over pulmones. Det var sibili og ronchi. Disse svant med ødemet.

Diffus ømhet i abdomen ble angitt av 34 pasienter.

Hos en pasient var leveren palpabel. Randen var glatt og uømfintlig.

33 pasienter angav trykkømhet i leggene.

Refleksforandringer ble påvist hos i alt åtte pasienter. Det var svekkelse av patellarrefleksen og opphevelse av achillesrefleksene. Fire pasienter hadde pareser som var lokalisert til underekstremitetene.

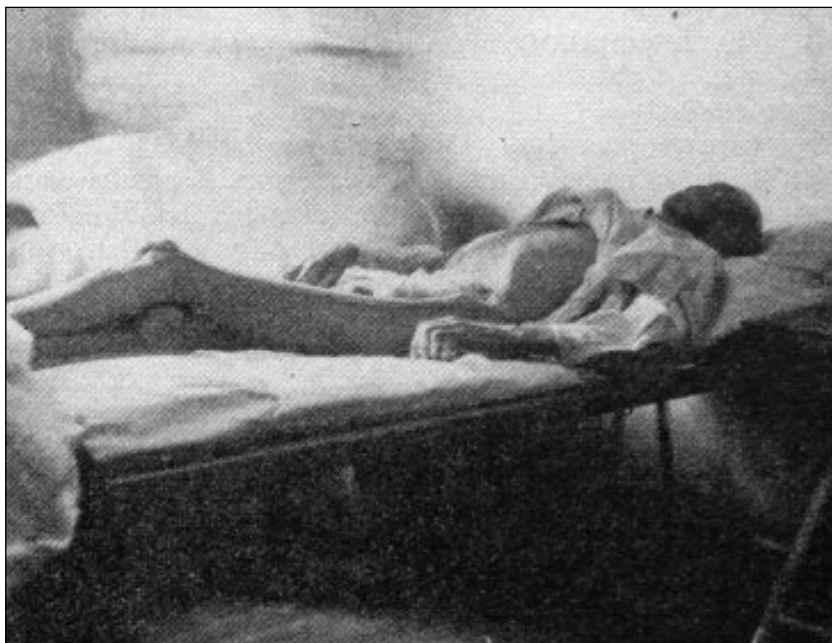


Fig. 5

Skjema 5. Laboratorie-undersøkelser:

1. Pirquet:	
a. Negative	4
b. Positive (storre enn 6—8 mm)	66
c. Vesikuløse	8
2. Urin:	
a. Reaksjon (sur).....	68
b. Protein + (svunnet under opph.)	7
3. Hgbl. %:	
a. Antall under 80 %	38
b. " over 80 %	32
4. Røde blodlegemer:	
a. Over 4 mill. pr. kbmm.....	22
b. Under 4 mill. pr. kbmm	48
5. Hvite blodlegemer:	
a. Over 9000 pr. kbmm	3
b. Mellom 3500 og 7000 pr. kbmm	67
6. Indeks:	
a. Over 1,0	64
b. Under 1,0	6
7. SR:	
a. Storre enn 60 mm	17
b. 20—60 mm	21
c. 10—20 mm	19
d. Mindre enn 10 mm	13
8. Bing:	
a. 6—8 % serumprotein	26
b. 4—6 % "	35
c. 2—4 % "	7
9. Magesaft:	
a. Ewalds prøvemåltid, utført 23 hvorav achyli	17
b. Histamin-refraktære	9
10. Avføring:	
a. Diaré, alle apatogene.....	47

Skjema 5

Syv pas. hadde ved innleggelsen proteinuri. Denne svant under oppholdet.

Hgbl % var hos 38 pasienter under 80. Den laveste verdi vi fant var 48 % og den høyeste 115 %.

Røde blodlegemer: Tre pasienter hadde mindre enn 4 mill. pr. kbmm. Det laveste antall vi fant var 2 mill. pr. kbmm.

Hvite blodlegemer: Tre pasienter hadde ved innleggelsen 9000 pr. kbmm. De andre hadde et antall mellom 3500 og 7000 pr. kbmm.

Anemiene var av hyperkrom type.

SR var i de aller fleste tilfelle forhøyet.

26 pasienter hadde serumproteinmengde mellom 6 og 8 %, 35 pasienter hadde mellom 4 og 6 % og syv pasienter hadde mellom 2 og 4 %.

Vi undersøkte magesaften ved Ewalds prøvemåltid på 23 av våre pasienter 17 av disse hadde achyli, men bare ni viste seg å være histaminrefraktære.

Ascitesvæskene var klare, lyse gule. Spesifikk vekt. lå omkring 1010 (målt ved stuetemperatur.) Rivaltas reaksjon var i samtlige ascitesvæsker negativ til ganske svakt positiv. Mikroskoperingen viste at de var celledfattige.

Fem av våre 70 pasienter døde. Obduksjonen gav oss ingen dødsårsak. Vi fant ødem, væske i de serøse huler. De indre organer var gjennomgående små. Det var ingen cirrhotiske forandringer i leveren. De mikroskopiske preparatene viste staseorganer, lette hepatitter. To av hjertepreparatene viste myocarditt.

Skjema 6. Sammenstilling.

1. *Anasarca-pasienter (17).*

a. Serumprotein%	{Høyeste verdi	5,2
	{Laveste	3,7
b. Hgbl. %	{Høyeste verdi	78
	{Laveste	55
c. Diaré		16 p.
d. Polynevrittsympt.		2 p.

2. *Ødem-pasienter (33).*

a. Serumprotein%	{Høyeste verdi	6,7
	{Laveste	5,2
b. Hgbl. %	{Høyeste verdi	102
	{Laveste	65
c. Diaré		30 p.
d. Polynevrittsympt.		11 p.

3. *Ødemfrie pasienter (20).*

a. Serumprotein%	{Høyeste verdi	6,9
	{Laveste	4,8
b. Hgbl. %	{Høyeste verdi	115
	{Laveste	75
c. Diaré		1 p.
d. Polynevrittsympt.		20 p.

Skjema 6

Ser vi på pasientene, finner vi at de 17 pas. som hadde anasarka også hadde lave serumproteinverdier. Hos 11 av dem lå serumeggehviten mellom 3,7 og 3,9 %. Seks hadde verdier mellom 4,2 og 5,2 %. Den laveste verdi vi fant var 3,7 og den høyeste var 5,2 %.

Hos de 33 pasientene som hadde ødem, lå verdiene gjennomgående høyere. Laveste verdi var 4 % og høyeste 7,8 % 31 pas. hadde verdier mellom 5,7 og 6,7 %.

Hos de 20 ødemfrie lå serumeggehviten mellom 4,8 og 6,9 %.

Vi fant altså at pasientene kunne ha ødem selv når serumeggehviten lå over ødemgrensen 5,5 %, og at de kunne være ødemfrie når serumeggehviten lå under ødemgrensen. Videre la vi merke til at pasienter som hadde normal serumeggehviteprosent i blodet, hadde tendens til å få cruralødem når de gikk oppe.

Hgbl. % lå gjennomgående lavt hos pasienter med anasarka.

Vi kunne ikke finne noen parallellitet mellom serumeggehvitemengden og SR-reaksjonen. To av våre pasienter som hadde serumeggehvite-

prosent på 3,7, hadde SR på henholdsvis 60 og 8 mm. Vi må her fremheve at A/G-kvotienten ikke er bestemt.

Diaré fant vi hos de alvorligst syke, og disse hadde også lave serumproteinverdier og høy SR. Ingen av de pasientene som hadde diaré, hadde polynevrittsymptomer.

En ting som slo oss, var at pasienter med anasarka ikke hadde polynevrittsymptomer. Det var bare to av 17 pasienter som angav trykkømhets i leggene. Hos pasienter med ødem angav 11 av 33 trykkømhets i leggene. Av ødemfri pasienter fantes ømhets i leggene ved palpasjon hos 20, og hele åtte hadde manifeste polynevrittsymptomer i form av svekkede til opphevede patellar- og achillesreflekser og pareser i underekstremitetene. Vi la også merke til at ettersom allmenntilstanden bedret seg og ødemet svant hos våre pasienter, ble ekstremitetssymptomene hyppigere og mer generende.

Hvis vi resymerer finner vi at ødem og diaré, lave serum- protein- og hgbl.-verdier følges ad. Polynevrittsymptomer derimot opptrer fortrinnsvis hos pasienter uten ødem og diaré og med normal serumeggehviteprosent, normal eller lett nedsatt hgbl. %.

Behandlingen

For oss som var utrustet for kirurgisk virksomhet og med en kapasitet av sykehuset på ca. 60 senger, uten Fe-preparater, lite med vitaminer og til å begynne med ingen adgang til å tilberede dietmat, var vanskene store.

Preparater fikk vi tilsendt fra Nyco (B-, C-vitaminprep. og nikotamin) og fra Weifa (ferroscorbin i tabletter og pro injectione).

Vi gav alle pasientene samme kost som vi forsøkte å gjøre så eggehviterik som mulig. De fikk rikelige mengder med tørrmelk, kjøtthermetikk, til dels ferskt kjøtt og fisk, brød, smør sukker og ost ad libitum. Dertil en ss. tran og 0,20 ascorbinsyre daglig. Vi beregnet ikke mengden av E, K og F i kosten, men gav så meget at vi var sikre på at de fikk overskudd. De spiste kolossal.

Etter den første orientering var vi klar over at vi måtte prøve å få stoppet diaréen hos disse pasientene. Vi forsøkte å innskrenke litt på matmengden, men det lot seg ikke gjennomføre. Solidaritetsfølelsen var så sterk hos disse pasientene at når noen fikk mindre mat enn andre, skaffet hans kamerater ham ekstra tilskudd. Vi forsøkte å stoppe diaréen med opium, kull og sulfathiazolmedikasjon, men uten effekt. Eplekur hadde god virkning hos to pasienter. Flytende kost i noen dager var uten gagnlig virkning på diaréen. Denne svant når pasientenes allmenntilstand ble bedre.

Ødemet forsøkte vi å tømme med diuregan som hos noen pasienter gav en god diuretisk effekt. Påfallende mange fikk ikke forøkt diurese etter

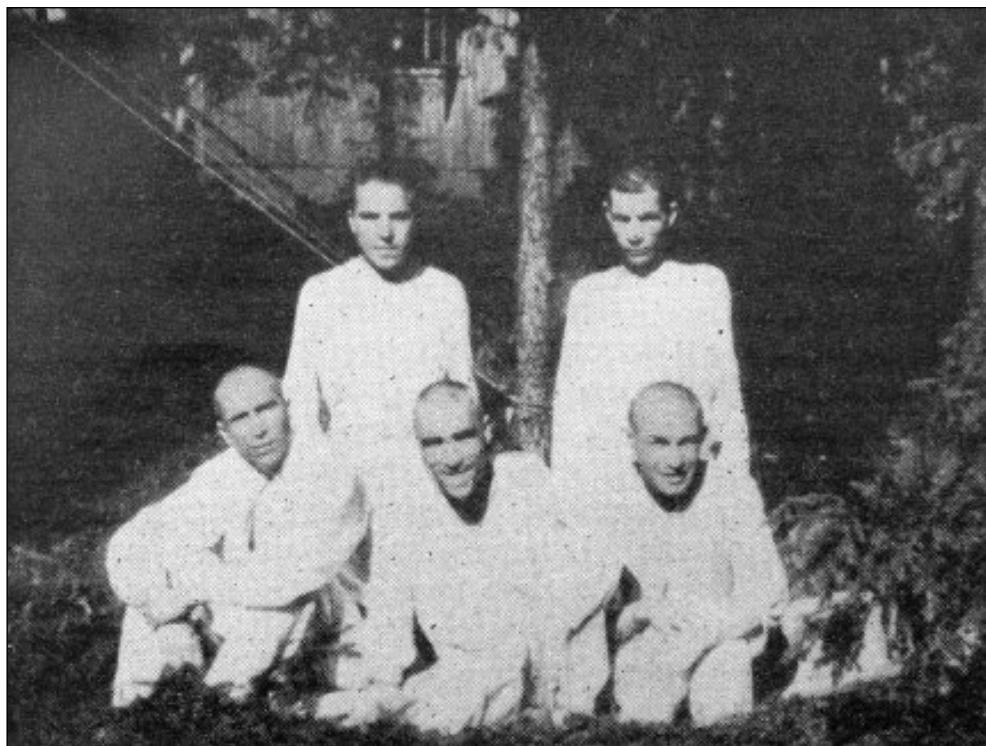


Fig. 6

diuregansprøyter. Vi hadde gitt mixt. solvens 1 ss. x 6 i to til tre dager på forhånd til alle pasienter som fikk diuregan. Ascites og hydrotoraks ble tappet.

For om mulig å kunne se hvilken behandling som var best, delte vi pasientene inn i grupper.

En gruppe behandlet vi med B-injeksjoner og gav 50 mg hverannen dag intramuskulært. B1-injeksjon hadde ingen sikker diuretisk effekt og pasientene i denne gruppen ble ikke kvitt ødemet fortere enn pasientene i de andre grupper. På ekstremitetsymptomene var virkningen ikke sikker. Noen gav subjektiv bedring.

I denne gruppen hadde vi også to histaminrefraktære achylrier som etter 14 dagers behandling med B1-vitamin ble hevet, således at det var fri salt-syre i enkelte fraksjoner.

En annen gruppe pasienter ble behandlet med ferroschorbin Weifa, dels intravenøst, dels intramuskulært i doser på 5 cc annenhver dag eller med tabletter 2 x 3. Preparatet ble tålt godt og gav ingen irritasjon ved injeksjonen. Hgbl. % steg dog ikke raskere i denne gruppen enn hos de andre.

En tredje gruppe behandlet vi med Nikotamin. Vi gav 5 – 10 cc intramuskulært annenhver dag. De to pasientene vi hadde med pellagrøst eksantem, ble meget hurtig kvitt sine symptomer og sitt eksantem. Eksantemet svant etter fire – fem dager. Diareen ble ikke gunstigere påvirket av Nikotamin enn av annen medikamentell behandling.

Vi hadde også en gruppe pasienter som vi behandlet med plasmatransfusjoner. Vi hadde tørrplasma med oss fra Sverige. Plasmaet ble gitt oppløst i saltvann eller glykose. Vi forsøkte med tilsetninger av B1-vit., Nikotamin eller Ferrosorbin Weifa. Det viste seg at plasma uten tilsetning eller med tilsetning av B1-vit. og Nikotamin ble tålt godt. Tilsetning av ferrosorbin pro injeksjonen derimot bevirket at det kom kraftige reaksjoner på injeksjonen. Pasientene fikk angstfølelser og smerter i ryggen. Injeksjonen måtte avbrytes.

Plasmatransfusjonene gav enkelte ganger god diuretisk effekt. Vi vil her tilføye at hos en pasient hvor denne diuretiske effekten kom, ble ødemet tydelig mindre første døgn. Neste dag begynte ødemet å tilta og det ble større enn det tidligere hadde vært. Det kom også ansiktsødem.

Serumproteinprosenten steg ikke raskere hos pasientene i denne gruppen enn hos de andre. Kontroll av serumproteinprosenten før og etter injeksjonen viste at det ikke var kommet noen stiging i verdiene. Vi hadde inntrykk av at det serum vi gav forsvant raskt fra blodbanene.

Blodtransfusjoner gav vi til en del pasienter med god virkning, men tilgangen på blodgivere var liten. En pasient ble som forvandlet etter en enkelt transfusjon av 500 cc fullblod. Humøret ble bedre, diaréen svant og han la på seg 16 kg på ti dager.

Vi hadde også en gruppe pasienter hvor vi ikke ga noen som helst ekstra medikasjoner.

Da vi avsluttet vår behandling, var alle pasientene i bedring. Det var nå bare fire sengeliggende.

Vektøkingen var ofte meget stor. Den største vektøking vi kunne konstatere var 21 kg i løpet av tre uker. Ved utskrivingen var ikke alle pasientene blitt ødemfri, og det var to som hadde ascites. Ødempasientene hadde gjennomgående mindre vektøking enn de ødemfri.

Diaréen svant i løpet av de første 14 dager.

Polynevrittsymptomerne var ikke svunnet. Som nevnt var det flere som fikk ekstremitetssmerter under oppholdet på sykehuset.

Hgb% viste jevn stigning – ofte etter et forbigående fall.

Serumeggehvittprosenten var steget.

Noen iøynefallende forskjell i behandlingsresultatet for de forskjellige grupper kunne vi ikke konstatere, men alle var enten friske eller på bedringens vei, da en russisk kommisjon fant det forsvarlig å sende dem hjem.

Diskusjon (etter foredraget):

*H. F. Høst*¹³: Jeg har med meget interesse påhørt foredraget, og når jeg opptrer, er det bare for å komme med en liten sidebemerkning som kan ha interesse. Det angår D.D.T.-pulveret. Vi vet at det virker utmerket ved lus, men det skal etter hva vi nå har hørt, ikke virke ved lopper. Det er derimot noen andre smådyr som ofte er ytterst generende, ikke minst på sykehus, det er kakerlakker. Også på Bærum sykehus har vi i mange år hatt kakerlakker, og under krigen, da vi ikke hadde de tidligere nokså bra pulvere, har det vært svært ille. Da D.D.T.-pulveret i fjor sommer kom hit til landet, forhørte jeg meg på nærmeste apotek om det, fikk vite at det vanligvis nyttes som en 5% blanding med talkum, men dets virkning overfor kakerlakker kjente apoteket ikke til, henviste meg til importøren. Heller ikke denne kunne gi noen opplysninger om virkningen, men anbefalte meg å henvende meg til Oslo kommunes desinfeksjonsbyrå. Heller ikke her kjente de til virkningen på kakerlakker. Jeg gikk imidlertid i gang med det på sykehuset og etter en kort tid var dyrene så godt som utryddet, og seinere ser vi bare en meget sjelden gang en kakerlakk. Også overfor maur har jeg prøvd det. En del maur ble tatt opp i en Petri-skål, hvori det var litt D.D.T.-pulver, og det gikk som med kakerlakkene, dyrene blir nokså snart trege i sine bevegelser, faller om på ryggen og blir liggende og sprelle et par timer før de dør.

¹³ Herman Fleischer Høst (1883-1980).

Universitetets krig

Michael 2008;5:145–9.

Fure JS. *Universitetet i kamp 1940-1945*. Oslo: Vidarforlaget, 2007.
ISBN 978-82-7596-090-8. 419 s. ill. Pris: NOK 398,-.

Universitetet i Oslo fyller 200 år i 2011. Siden 1990-årene har det foregått en stor tilbakeskuende aktivitet ved den enheten ved Universitetet som har fått navnet Forum for universitetshistorie. Målet er å se på og å lære av fortiden, hvordan Universitetet i Oslo har funnet sin plass i samfunnet og hvilken betydning det har hatt. Mange forskere både har vært og er engasjert i dette store historieprosjektet. Pr. november 2007 var f. eks. 15 doktoravhandlinger under arbeid og herav var sju ferdige eller nesten ferdige. 25 mastergrads- og hovedfagsarbeider var avsluttet, og det var 313 publikasjonstitler å finne på Universitetets registreringssystem *Frida*. Bare i 2007 kom det ut tre bøker fra prosjektet, og boka *Universitetet i kamp 1940-1945* av Jorunn Sem Fure (f. 1967, dr. art. fra Universitetet i Bergen) var en av dem.

Universitetet i kamp tar for seg Universitetet i Oslo under Den annen verdenskrig. Boka er et av bindene i den serien om universitetets tohundreårige historie som skal foreligge ved jubileet.

Da krigen rammet Norge i 1940, var Universitetet i Oslo landets eneste universitet. Det var i moderne målestokk relativt lite, ettersom det i 1940 hadde en størrelse som grovt regnet var en drøy tittel av hva det er i dag, med ca. 4200 studenter og ca. 250 ansatte. Universitetet hadde imidlertid høy prestisje i samfunnet og var en viktig kulturell faktor. Hva ville skje under de nye forhold? Det var ganske klart at å ha makt over Universitetet ville være meget viktig for okkupanten. På den annen side ville nettopp Universitetets stilling i det norske samfunnet kunne medføre at altfor hardhendte reformer ville utløse sterk, nasjonal motstand med ringvirkninger.

Helt fra nasjonalsosialistenes maktovertakelse i Tyskland i 1933 var tyske universiteter blitt påvirket og omformet for å tjene den rådende ideologi. En av oppgavene var å skaffe forskningsmessig plausibel underbygging for teorier om befolkning, kultur og rase som kunne legitimere å forfølge politiske mål. I okkuperte land i den germanske kulturkrets, for eksempel Belgia, Nederland og Norge, ble derfor universitetene trukket inn i dette og forsøkt omdannet. Intensiteten i prosessen var noe varierende de ulike stedene. Mønsteret besto i avsettelse av den valgte ledelse og overføring av makt til politisk innsatt styring, ansettelse av regimelojale personer og avsettelser av systemkritikere, innføring av nye fag som passet med ideologien (germansk etnografi, raselære m.v.), endringer i meritterings- og rekrutteringssystemene, foruten innføring av privilegier for studenter med ønskede politiske holdninger og atferd. Langt hardere gikk det imidlertid for seg i land utenfor det som ble regnet som germansk område. F. eks. i Polen, Baltikum, på Balkan, i Ukraina og i Syd-Tyrol ønsket man simpelthen å ødelegge og fjerne det ikke-germanske, spesielt det slaviske universitetsliv. Mange akademikere ble deportert og drept.

Hva ville skje i Norge? I norske universitetsmiljøer hadde alle neppe forstått hva som foregikk med universitetene i 1930-årenes Tyskland. I Norge var vi vant til å ha tette kontakter med tysk vitenskap. «Tyskland – fra forbilde til fiendebilde» heter karakteristisk nok et underavsnitt i Fures bok. Det tok litt tid å skjønne at de tyske universitetene gradvis ble omgjort til noe annet enn vi var vant til. Og dette «noe annet» måtte vi vente ville bli innført også i Oslo.

Jorunn Sem Fures bok beskriver levende hvordan okkupantens og de norske NS-myndighetenes grep stadig ble fastere, tross motstand og kompromisser. I løpet av krigsårene ble 26 av Universitetets 84 professorer arrestert, dvs. om lag hver tredje av dem. For staben som helhet ble 63 av de 354 som sto oppført i forelesningskatalogen for 1941 arrestert en eller flere ganger, dvs. ca. 18%. I alt ble 1452 studenter arrestert i løpet av krigen. Kulminasjonen kom imidlertid 30. november 1943, da Universitetet ble stengt. Ca. 1200 studenter ble arrestert. 644 av dem ble sendt til Tyskland, der de ble internert i en leir ved Sennheim, noen også i konsentrasjonsleiren Buchenwald. Av de deporterte studentene døde 17 av påkjennningene.

Som i mange andre deler av norsk samfunnsliv kom også mange av de ansatte og av studentene ved Universitetet mellom barken og veden. Universitetet hadde en rolle å spille selv om det var unntakstid. Det var forskning og undervisning som skulle gå videre. Det var fysiske, kulturelle og intellektuelle verdier som skulle ivaretas. Man skulle verne om Univer-

sitetet, sørge for at det ikke ble ødelagt, samtidig som det på Universitetet var samme trang til å yte motstand mot okkupasjon og NS-styre som ellers i samfunnet. Balansen mellom aktivt motstandsarbeid og pragmatisk samarbeid for å finne de mest egnede løsninger der og da, var hårfin. Den nødvendige omgangen med våre egne NS-myndigheter og med okkupan-ten ble heller ikke lettere av at disse ofte ikke var enige seg imellom.

Så var imidlertid krigen til slutt over. Da var det tid for reorganisering. Det ble heller ikke lett. Landssvikoppgjøret gjaldt alle deler av det norske samfunn, og de som hadde forbrutt seg fikk sin straff. De som hadde fått stillinger på politisk grunnlag eller hadde tilegnet seg urettmessige fordeler, forsvant ut. Det å ha vært medlem av Nasjonal Samling ble i rettsoppgjøret i seg selv ansett som kriminelt. Det forsterket svart-hvitt-bildet, og var en faktor som ble opplevd som komplisert av dem som for eksempel i kraft av å inneha en offentlig stilling hadde vært under et sterkt press for å melde seg inn i partiet, men som ellers hadde gjort så godt de kunne for å holde hjule-ene i gang. I mange yrkesgrupper og på mange arbeidsplasser, også ved Universitetet, var det i tillegg til den rettslige saksbehandlingen en lokal, dels uformell justis. Denne kunne ta form av sanksjoner mot kolleger man anså som unasjonale i sin holdning, eller som man mente hadde vist svik-tende dømmekraft. De kunne utestenges fra kollegiale nettverk, forsknings-samarbeid og annet som faglig og sosialt kunne svi hardt.

Mange ved Universitetet deltok i viktig, men dristig og farefullt mot-standsarbeid. Alle kategorier var engasjert. Arbeidet kunne variere fra å legge systematisk press på den fungerende universitetsledelsen, slik det såkalte Aksjonsutvalget gjorde, til å drive livsfarlig og omfattende etterret-ningsarbeid i organisasjonen XU, slik mange studenter var involvert i. Helt til 1994 var XU-gruppens virksomhet belagt med taushetsplikt. Mange som hadde deltatt i denne delen av motstandsarbeidet fikk derfor vanske-ligheter etter krigen fordi man ikke fikk vite hva de hadde vært med på.

Andre ved Universitetet pådro seg store belastninger ved at de forsøkte å ta vare på Universitetet gjennom å følge en nølende og kompromissfylt samarbeidslinje. Et framtrедende eksempel på dette var polarforskeren, dosent Adolf Hoel (1779-1964). Da Universitetets valgte rektor Didrik Arup Seip (1884-1963) ble avsatt i 1941, lot Hoel seg utnevne til prorek-tor, fra 1943 til rektor ved Universitetet. Han var en meget anerkjent viten-skapsmann som nøy stor tillit. De som har skrevet om ham, legger stor vekt på hans pliktfølelse og innsats for å verne om Universitetet og å gjøre det beste ut av den vanskelige situasjonen. Men hans NS-tilknytning og utnevnelsen i 1941 kvalifiserte for landssvikdom. Professortittelen som han hadde fått i 1940, ble heller ikke godkjent etterpå.

Også innenfor de enkelte fag var det mye som var blitt annerledes. Vitenskapelig sett ble det for mange fag en ganske dramatisk nyorientering mot nye, utenlandske samarbeidspartnere. Det tyske forbilde var ikke lenger der – mye av tysk vitenskap fikk fra nå av nok med å bygge opp seg selv igjen. Øynene ble vendt i andre retninger, for en stor del mot de angelsaksiske universitetene.

Det er disse dramatiske årene Jorunn Sem Fures bok handler om. Et særtrekk ved boka er at hun setter utviklingen på Universitetet inn i en meget bred kontekst, nasjonal og internasjonal. Nesten alle temaer hun er innom får en omfattende og grundig drøfting. Likevel er formen stringent og konsis.

Dertil beskriver hun på en meget engasjerende måte de dilemmaer datidens universitetskolleger og studenter ble stilt overfor, og hvordan de måtte handle på best mulig måte ut fra situasjonen slik den var akkurat da.

Men da krigen var over, NS-myndighetene var vekk og de gjenværende tyske okkupanter hadde reist hjem, så mange ting annerledes ut. Hvorfor hadde f. eks. ikke motstanden ved Universitetet vært sterkere? Hvorfor hadde ikke flere engasjert seg mer? Mange ved Universitetet hadde tross alt holdt en så lav profil som mulig og hadde for eksempel studert, dvs. brukt tiden på forberedelser til senere eksamener og kvalifisert seg for et liv i etterkrigs-Norge. Dette drøfter hun på en tankevekkende måte, spesielt i avslutningskapitlene.

Tittelen på boka er egentlig litt misvisende. Tittelen *Universitetet i kamp 1940-1945* signaliserer at her kommer en tekst om kompromissløs kamp mot fienden. Så enkelt var det ikke, og det er nettopp beskrivelsen av dette som skiller Fures bok fra mye annen okkupasjonshistorisk litteratur.

Forfatteren har forsynt den ellers nøkternt utstyrte boka med velvalgte illustrasjoner. Det kunne vært flere. Men framfor alt har den et omfattende noteapparat som uten å forstyrre teksten gir fylldig dokumentasjon.

Man begynner å lese denne boka med forventning og legger den fra seg med begeistring.

Øivind Larsen

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Universitetet i Oslo

oivind.larsen@medisin.uio.no

Radesyken og medisinhistorien

Michael 2008;5:150–2.

Cand. med. Anne Kveim Lie la fredag 14. mars 2008 fram sin monografi *Radesykens tilblivelse – Historien om en sykdom*¹ til forsvar for den medisinske doktorgrad ved Universitetet i Oslo. Benkene i Universitetets gamle festsal var velfylte med over 70 tilhørere da først professor Marie Clark Nelson (Linköping) og deretter professor Nils Gilje (Bergen) tok fatt på sin opposisjon, med bedømmelseskomiteens tredje medlem, professor Stein A. Evensen (Oslo) som tilhører på den høyryggede komitéstolrekken.

Radesyken er et egenartet fenomen i norsk historie på slutten av 1700-tallet. Navnet betyr den onde eller den stygge sykdommen. De angrepne fikk verkende sår over hele kroppen og ofte skremmende deformiteter i ansiktet. Sykdommen gjorde stort inntrykk i samtiden og medførte blant annet at våre første sykehus med behandling som hovedformål ble opprettet – radesykehusene. Sykdomsforekomsten satte i gang en viktig helse- og sosialpolitisk debatt om hvordan samfunnet skulle ta seg av syke og fattige i sin alminnelighet. Derfor har radesyken en så sentral plass i norsk historie, og det er å drøfte dette som er avhandlingens hovedanliggende.

Men – hva var radesyken *egentlig*? Doktoranden heller til at den i og for seg gamle fortolkningen er riktig – det mest sannsynlige er at pasientene led av en ikke-venerisk treponematose. Men det kan også ha vært andre sykdommer, eventuelt en blanding av flere sykdommer med liknende symptomer og tegn. Datidens klassifikasjon siktet ikke nødvendigvis mot å gi en *diagnose*, men mot å gi anvisning om *behandling*. 1700-tallets sykdomsbetegnelser lar seg ofte ikke oversette til moderne diagnoser av rent logiske grunner, og radesyke er en slik sykdomsbetegnelse.

¹ Lie AK. *Radesykens tilblivelse – Historien om en sykdom*. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2008. (Doktorgrader forsvart ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. No. 606.)



Utsnitt av tilhørerskaren ved Anne Kveim Lies prøveforelesning i auditoriet, Frederik Holsts Hus, Universitetet i Oslo, 13. mars 2008. På første rad midt i bildet, fra venstre: Professor Marie Clark Nelson, professor Nils Gilje, professor Stein A. Evensen og doktoranden, cand. med. Anne Kveim Lie. Disputasleder var professor Gerd Holmboe-Ottesen (t.v.). De som satt i trappen etc. i det overfylte auditoriet, er ikke med på bildet! (Foto: Ø. Larsen)

Det doktoranden har gjort i sin avhandling, er å anlegge det hun kaller en historiserende tilnærming. Hun diskuterer radesyken på bakgrunn av dens samtid, på dens egne premisser. Radesyken hadde sin egen eksistens, sin egen plass i helsehistorien og vitenskapshistorien, og den fikk sine egne sosiale konsekvenser – men alt i samspill med den verden den hørte hjemme i. Dette er det viktigste for oss å lære om, ikke hva radesyken *egentlig* var.

Anne Kveim Lie har i tillegg til sin legeutdannelse også idehistorisk bakgrunn. Hun leverte et skarpskodd forsvar for sin avhandling og disputasen ble en akademisk handling med meget høy kvalitet og læringsverdi for tilhørerne.

Dagen før hadde doktoranden holdt sin prøveforelesning over oppgitt emne: *Nyere teoretiske perspektiver og metodiske tilnæringsmåter innenfor medisinsk historie*. Hun høstet stor applaus for sin oversikt over hva som

rører seg i nyere medisinhistorie, spesielt i grenseflatene mellom medisinhistorie og idehistorie.

Anne Kveim Lie åpnet sin prøveforelesning med å sitere Roger Cooter,² sentral britisk medisinhistoriker. I en heller depressiv, større artikkel i det prestisjetunge tidsskriftet *Social History of Medicine*³ fra 2007 hevder Cooter at fagområdet social history of medicine er i en sørgelig forfatning: «Its research agenda is infinitely expanded, and its humanist sentiments continue to touch emotional chords. Politically and intellectually, however, it is sterile. ... the social history of medicine has lost its capacity seriously to engage.»

Han om det.

Kanskje burde Roger Cooter komme en tur til Norge? F. eks. kunne engasjementet omkring radesyken og Anne Kveim Lies doktoravhandling fått ham på andre tanker.

Øivind Larsen
Universitetet i Oslo

² ved Wellcome Trust Centre for the History of Medicine, University College London.

³ Cooter R. After Death/After –'Life': The social history of medicine in post-postmodernity. *Social History of Medicine* 2007;20:441-64.

Er norske barn tilbakestående?

Michael 2008;5: 153–5.

Den 12. mars 2008 var det disputas i det store og fine auditoriet ved Sunnaas sykehus på Nesodden. Sunnaas sykehus har universitetsfunksjoner og doktoranden har sin arbeidsplass der, derfor dette åsted for den høytidelige akademiske handling. Auditoriet var fylt til siste plass og det var simultan video-overføring til flere andre universitetsmiljøer i landet.

Det var ergoterapeut, M. Sc. Marie Berg som var doktorand. Opponenten var professor Wendy Coster (Boston) og ergoterapeut Unni Sveen (Oslo). Komiteens tredje medlem var professor Erik Bautz-Holter (Oslo).

Avhandlingen het *Norwegian validation of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). Assessing children's ADL skills*¹. Bakgrunnen for prosjektet var i korthet det faktum at barn med funksjonshemninger ofte ikke mestrer dagliglivets aktiviteter (ADL, *activities of daily life*). Skal man iverksette tiltak for å avhjelpe dette, må man ha mest mulig eksakte målemetoder for funksjonen, både for å kartlegge den kliniske situasjonen og for å kunne følge og sammenlikne utviklingsforløp og effekter av innsatsen.

Professor Wendy Coster fra Boston hadde i 1990-årene lansert et kartleggingsinstrument for dette formål (PEDI, *Pediatric Evaluation of Disability Inventory*). Nå var det aktuelt å oversette og til en viss grads omarbeide skjemaene til norsk for å kunne anvende metoden også i Norge. Doktoranden hadde forestått en komplisert oversettelsesprosess. Prosjektets empiriske del hadde bestått i å prøve ut skjemaet på norske, ikke-funksjonshemmede barn.

1 Berg M. *Norwegian validation of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). Assessing children's ADL skills*. Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo, 2008. (Series of dissertations submitted to the Faculty of Medicine, University of Oslo, No. 600.)



Doktoranden Marie Berg (t.v.) diskuterer med annenopponenten Unni Sveen (t.h.). På skjermen oppad til venstre sees overføring fra tilhørere som fulgte disputasen i Tromsø. (Foto: Ø. Larsen)

Dette ble interessant, kanskje især på en litt uventet måte, noe som ble gjenspeilt i disputasen. Emnet kunne høres tørt ut i utgangspunktet, men resultatene av den empiriske undersøkelsen fikk diskusjonen til å ta av. Det viste seg nemlig at de antatt funksjonsfriske norske barna skåret signifikant dårligere på de fleste felter enn sine jevnaldrende og også ellers tilsvarende amerikanske motstykker. Lavere funksjonelle ferdigheter hadde de. De var mindre veldresserte. Er norske barn således generelt tilbakestående?

Selvfølgelig er de ikke det.

De er bare annerledes enn amerikanske barn, fordi de vokser opp i en annen kultur. Det som er *normalt* i norske barns *activities of daily life* er forskjellig!

Doktorandens resultater dokumenterer derfor ettertrykkelig at slike kartleggingsinstrumenter er kulturelt kontekstavhengige. De kan simpelthen ikke brukes uten videre i en kulturell sammenheng som er annerledes enn den de er konstruert for.

Førsteopponent var professor Wendy Coster, kartleggingsinstrumentet PEDI's «mor». Doktoranden fikk derfor rollen som hennes utfordrer. Annenopponenten, Unni Sveen fra Oslo fulgte opp, og det ble en meget

elegant og interessant diskusjon med relevans langt utover avhandlingens relativt snevre tema. Kartleggingsinstrumenter av tilsvarende type har vært brukt i meget stor utstrekning i mange medisinske og beslektede fag i de senere årtier. F. eks. ved de store helseundersøkelsene av befolkningen, de brukes innenfor psykiatrisk epidemiologi, i arbeidsmedisin, sosialantropologi og på andre områder. Det har vært utført en lang rekke komparative studier der man for sammenlikningens skyld har benyttet standardiserte internasjonale kartleggings skjemaer. Slike skjemaer har også vært brukt for å følge fenomener over tid. Mange i auditoriet ved disputasen bet seg derfor betenkt i leppen: Er det i forskning som har anvendt denne metoden blitt tatt tilstrekkelig hensyn til de kulturelle bakgrunnsvariablene? Både til de kulturforskjellene som finnes fra land til land eller mellom landsdeler eller befolkningsgrupper *på samme tid*, og de kulturforskjellene som utvikler seg *i tidens løp*?

For enkelte ble Marie Bergs disputas en vekker.

Øivind Larsen
Universitetet i Oslo

Når skal livsforlengende behandling foretas, og når skal man la det være?

Michael 2008;5:156–7.

Ved Det norske medisinske Selskabs møte i auditoriet, Domus & Medicus 5. mars 2008 holdt professor i medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, Reidun Førde foredrag om det pågående arbeidet for å utarbeide en veileder om livsforlengende behandling.

Innen medisinen har det til alle tider vært tatt vanskelige avgjørelser vedrørende hva man skal gjøre med alvorlig syke og skadde pasienter der sjansene for et videre meningsfylt liv er forsvinnende og hvor fortsatt behandling endog kan medføre ytterligere smerte og lidelse for pasienten og en alvorlig belastning for de pårørende. Slike avgjørelser må tas på medisinsk-faglig grunnlag, men også som en følge av verdivurderinger. Denne graden av skjønn medfører uvegerlig at praksis kan bli noe forskjellig.

I de senere år har det vært økende interesse for dette feltet. Dette kan skyldes at noen enkeltsaker har fått stor medieoppmærksomhet. Innflytelsen fra pasienter og pårørende innenfor medisinen er generelt blitt stadig større, man ser en mindre aksept for livets grenser, foruten at spørsmålet om ressursbruk i helsevesenet er blitt et alminnelig diskusjonstema.

Et rundskriv i 2002 om når hjerte-lunge-redning var indisert hos alvorlig svekkede pasienter, vakte atskillig forvirring og aggresjon. Denne problemstillingen kan blant annet være høyst aktuell i sykehjem, hvor man kan få inntrykk av at det undertiden foregår livsforlengende behandling mer av hensyn til pårørende og media enn av hensyn til pasienten.

Derfor ble det nedsatt en bredt sammensatt arbeidsgruppe som skulle utarbeide forslag til en veileder om når man skal sette i gang, eventuelt la være å sette i gang livsforlengende behandling og når man i tilfelle skal avslutte slik behandling. Fordi alle saker er så forskjellige, sikter man mot å lage en *veileder*, ikke *retningslinjer*, men likevel regnes den autoritative kraft

av slike å være så vidt stor at arbeidet med dokumentet blir meget krevende. Veilederen vil henvende seg til forskjellige grupper helsepersonell, og må derfor være utformet slik at den passer inn i flere faglige referanserammer. Den må være dekkende, men likevel ikke for voluminøs, og allmenn men tilstrekkelig detaljert. Arbeidet er ikke avsluttet, og utkastet skal sendes ut på høring før sluttbehandling i Sosial- og Helsedirektoratet.

Diskusjonen blant de 16 i auditoriet ble livlig. Blant annet hadde tilstedeværende anestesileger tankevekkende erfaringer. Det ble også etterspurt deltakelse av representanter fra andre kulturer, der synet på liv og død ikke nødvendigvis er det samme som blant etnisk norske.

Øivind Larsen

Universitetet i Oslo

Helsevesenet – en fare for folks helse?

Michael 2008;5:158–9.

Ved Selskabets medlemsmøte i Domus & Medicus onsdag 16. april 2008 var professor Peter F. Hjort første innleder og professor Magne Nylenna ledet møtet. Temaet var uheldige hendelser i helsevesenet – utilsiktede og uønskede følger av medisinsk virksomhet, slikt som simpelthen kan gjøre det farlig å komme i helsevesenets klør.

Hjort hadde gjennomgått et meget stort litteraturmateriale, der imidlertid språkbruken ofte viste seg å være så vidt forskjellig at det var vanskelig å komme fram til en noenlunde eksakt oversikt over forekomst og følger av slike hendelser. Tall som at fem prosent av dødsfall på sykehus kan være en følge av uheldige hendelser og at halvparten av hendelsene kunne vært forebygget, kommer imidlertid fram.

Det ser ut som om at systemfeil er viktigste årsak til de uheldige hendelsene, ikke individuelle feil med alvorlige følger. Det skal være en «Swiss cheese model» i helsevesenet: Likeså lite som det skal være mulig å se tvers gjennom en hullete sveitserost, skal det være mulig at en enkelt feil er nok å avstedkomme en uheldig hendelse. Det må være en serie av feil, en systemfeil, noe som gjør at hullene i osten ligger etter hverandre. Erkjennelsen av at det oftest forholder seg slik, er praktisk viktig. Det blir mer på sin plass å lete etter systemfeil enn å lete etter individuelle syndebukker.

Øystein Flesland fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Nasjonal enhet for pasientsikkerhet) konsentrerte sitt innlegg om hva man skulle gjøre for å motvirke uheldige hendelser. Han la særlig vekt på risikoanalyser og på å utvikle skriftlige prosedyrer i helsevesenet: «See what you do – Do what you say – Check if it works – Improve what to do».

Mens professor Hjort anbefalte et nasjonalt registreringssystem for uheldige hendelser som viktigste tiltak, var Øystein Flesland mer tilhenger av å satse på forebygging gjennom systemutvikling på de enkelte helseinsti-

tusjonene. Trenger vi en havarikommisjon for pasientuhell, ble det også spurt.

Diskusjonen i auditoriet, der det var 25 tilstede, ble ganske livlig. Forholdet mellom prosedyrestyrt medisin og utøvelsen av klinisk skjønn og av såkalt legekunst ble også luftet, men det er et spørsmål om ikke de gammeldagse legeidealenes tid er på hell når vi kommer ned til de harde fakta for hvordan uheldige hendelser i helsevesenet skal unngås.

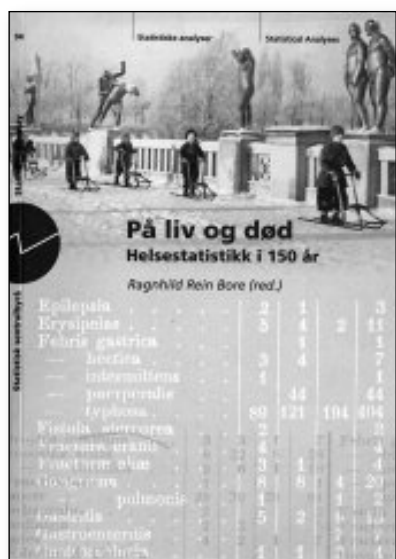
Øivind Larsen

Universitetet i Oslo

Liv, død, levekår og helsearbeid i Norge i 150 år

Michael 2008;5:160–1.

Bore RR. (red.) *På liv og død – Helsestatistikk i 150 år*. Oslo- Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå, 2007. 266 s. Ill. Pris: NOK 300,-. ISBN 978-82-537-7293-6.



Her er en bok mange har ventet på: En gjennomgang av norsk helsestatistikk gjennom 150 år, dvs. for den perioden da statistikken har vært mest omfattende og konsistent. Og den er laget av dem som sitter på datamaterialet – Statistisk Sentralbyrå. Med andre ord har vi nå fått en publikasjon som det er uomgjengelig nødvendig å ha for hånden for alle som arbeider med helsehistorie, medisinsk historie, sosialhistorie og beslektede emner.

Det er mange og gode illustrasjoner som gjør boka tiltrekkende også for mer allmenne lesere – bare tenk på all den oppvoksende slekt som skal skrive særoppgaver på videregående. Her finner de lekkert tilberedt fagstoff som kanskje kan gi dem varig interesse for de lange linjene i sammenhengen mellom levekår, helse, sosiale forhold og helse-tjeneste.

Denne anmelder er imidlertid ikke helt sikker på at utgiverne har gjort det best mulige ut av sitt unike datamateriale. I forordet heter det: «Boken belyser ulike temaer og ulike tidsepoker, men er likevel ingen «totaloversikt» over vår helsehistorie de siste halvannet hundre år.» Hvorfor i all verden benyttet Statistisk Sentralbyrå ikke anledningen til å lage nettopp en slik totaloversikt? Folkehelsens historie i Norge? Teksten er en artikkelsam-

ling om sentrale emner, skrevet av sentrale fagfolk, av dem som virkelig *kan* dette. Men disse fagfolkenes navn kommer for eksempel ikke fram i innholdsfortegnelsen, og preget av artikkelsamling fastholdes ved at det mangler en overgripende diskusjon og oppsummering.

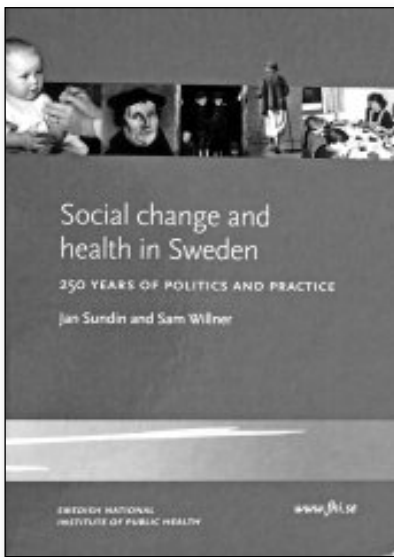
Folkehelsens historie i Norge kan fortsatt skrives. *På liv og død – Helsestatistikk i 150 år* anbefales likevel på det aller varmeste – uansett!

Øivind Larsen
Universitetet i Oslo

Sosial endring i Sverige – fra den fjerne til den nære helsehistorie

Michael 2008;5:162–3.

Sundin J, Willner S. *Social change and health in Sweden. 250 years of politics and practice*. Solna: Swedish National Institute of Public Health, 2007. 252 s. Ill. Pris: Ikke oppgitt. ISBN 978-91-7257-534-9.



Sverige har helsestatistikk siden det som dengang het «Tabellverket» ble opprettet i 1749. De drøyt 250 år som har passert siden den gang, er den samme perioden som tiden da Sverige utviklet seg fra å være i hovedsak et pre-industrielt jordbruksamfunn til å bli en moderne stat – en velferdsstat.

Innenfor dette tidsrommet finner vi dessuten viktige prosesser som den demografiske transisjon, da dødelighet og fødselstall sank til om lag en tredel, men faseforskjøvet slik at befolkningsveksten skjøt fart. Vi finner også viktige medisinske endringer, så som tilbakegang for infeksjonssykdommene og utbyggingen av et omfattende helsetesen med tilhørende sosialt sikkerhetsnett.

Linköpings Universitet har i en mannsalder vært et sentralt miljø for studier av helsehistorie.

Det er to garvede forskere herfra, Jan Sundin og Sam Willner som står bak denne boka. Disse to historikerne har arbeidet med sosiale endringer og helse på komparativt, internasjonalt nivå i lang tid. Det skinner klart gjennom i bokteksten. Her finner vi sammenlikninger både i tid og rom. Referansene til sosial, politisk og ideologisk kontekst er både velvalgte og omfattende.

Bortsett fra et tre siders appendiks med demografiske kurver, er det bare 14 diagrammer og fem tabeller. Mer trengs ikke, for ytterligere data finnes lett på annen måte. Derimot er det et utvalg relevante bilder som gjør boka ytterst delikat å bla i. Hvert kapittel har gode litteraturlister.

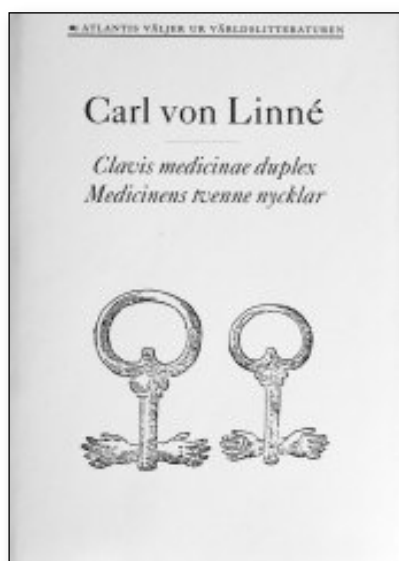
Dette er en bok som har interesse langt ut over Sverige. Sverige er egentlig bare et eksempel på generelle prosesser. For alle som arbeider med samfunnsmedisin og medisinsk historie, er dette en liten perle.

Øivind Larsen
Universitetet i Oslo

Carl von Linné – alltid noe nytt

Michael 2008;5:164–5.

Bergh B, Broberg G, Jonsell B, Lindskog BI (eds.) Linne Cv. *Clavis medicinae duplex – medicinens tvenne nycklar*. Stockholm: Atlantis, 2008. 260 s. Ill. Pris: Ikke oppgitt. ISBN 978-91-7353-200-6.



Carl von Linné (1707-1778) er alltid tilstede i svensk vitenskap. I 2007 var det 300 år siden hans fødsel, og det bidro til å gi interessen for ham et nytt oppsving. Her er en bokutgivelse som har tatt for seg et vanskelig tilgjengelig Linné-skrift, og som derfor bidrar med noe nytt til den rike floraen av tekster om Linné.

Midt i denne nye boka finner vi en gjengivelse av Carl von Linnés merkelige bok *Clavis medicinae duplex, exterior & interior* fra 1766. Originalen forefinnes som faksimile, dvs. som fargefotografier av sidene på venstre bokoppslag, og med en oversettelse av den latinske teksten på høyresidene. *Medicinens tvenne nycklar – den yttre och den inre* beskriver et system som helse og medisin er satt inn i. Etter et to siders forord kommer en innledning som er en oversikt over hva som følger:

Kroppens pneumatisk-hydrauliske maskin reguleres av *livet*. *Livets* stadige bevegelse virker slik at den gjensker bevegelsens årsak. *Bevegelsen* tærer uavlatelig, og dette må kompenseres gjennom levesettet. *Levesettet* gjenoppretter så vel den vitale barken som den animalske margen. De *vitale* funksjonene opprettholdes av løselige og faste stoffer som har en *smak*. De *animalske* funksjonene opprettholdes av flyktige, ubestandige stoffer som

har en *lukt*. *Naturen* treffer et valg mellom stoffene med smak og de med lukt. *Sykdommer* er forstyrrelser som er forårsaket av et feil valg. *Botemidler* mot sykdommer er sykdommer, for motsetninger motsetninger.

På sidene som følger etterpå utvikler Linné dette til et omfattende system som blant annet ender med konkrete behandlingsprinsipper for sykdommer.

Leseren vil forstå at dette er tungt stoff. Det fordres vitenskapshistorisk og vitenskapsteoretisk kompetanse for å følge Linné i dette skriftet. Her kommer fire faglige tungvektere til hjelp, nemlig professorene Birger Bergh, Gunnar Broberg, Bengt Jonsell og Bengt I. Lindskog. Fra hver sin synsvinkel belyser de teksten og dens samtid – foran og bak fakismilen og oversettelsen i midten av nyutgaven.

Birger Bergh er tidligere professor i latin og har forestått oversettelsen til svensk. Gunnar Broberg er professor i idé- og lærdomshistorie. Professor emeritus Bengt Jonsell har et omfattende botanikkhistorisk forfatterskap bak seg. Bengt I. Lindskog er tidligere professor i medisinshistorie og for øvrig kjent for sin mye brukte medisinske ordbok.

Det gjengis også en students notater fra en forelesningsserie Linné holdt i 1771 og som kan bidra til å utfylle bokteksten fra 1766 og hjelpe oss til å forstå den.

Det er et betydelig kulturhistorisk løft å gi ut en kommentert oversettelse som denne. Utgiverne gratuleres med vel gjennomført arbeid!

Men *Clavis* har betydning også ut over det vitenskapshistoriske. Den viser hvor tett praktisk medisin er bundet til tidens vitenskapelige tenkemåte. Slik er det også i dag. 1700-tallets sykdommer gjaldt syke mennesker som trengte behandling, uansett teoriene bak. 2000-tallets sykdommer gjelder syke mennesker i dag. Kanskje vil noen om 250 år finne vår vitenskapelige tenkemåte like ugjennomtrengelig.

Men for pasientene var og er sykdom alvor.

Øivind Larsen
Universitetet i Oslo

Straff eller omsorg?

Michael 2008;5:166.

Schaanning E. *Menneskelaboratoriet – Botsfengslets historie*. Oslo: Scandinavian Academic Press/Spartacus, 2007. 636 s. Ill. Pris: NOK 398,-. ISBN 978-82-304-0023-4.



Espen Schaanning (f. 1955) er professor i idéhistorie ved Universitetet i Oslo, og er blant annet kjent for sine mange bøker om forbrytelse og straff. Denne boka handler om Botsfengslet i Oslo, et sentralt element i teoretisk og praktisk norsk fengselsvesen i en periode som faktisk strekker seg betydelig lenger tilbake i tid enn til opprettelsen i 1851. Boka er velskrevet og lettlest, veldokumentert og med interessante illustrasjoner. Og teksten engasjerer!

I 2001 fylte Botsfengslet 150 år. Til jubileet var bygningen pietetsfullt pusset opp og framsto i sin fordoms panoptiske prakt. Det var kulturarrangementer for de innsatte, og denne anmelder var invitert til å holde foredrag om Frederik Holst (1791-1871), legen som hadde en finger med i store deler av 1800-tallets nasjons-

bygging, også etableringen av Botsfengslet. Stor jubel. Da voktersken med nøkleknippet låste meg ut, sa hun at jeg ikke måtte misforstå applausen: Alternativet til å høre på meg var å sitte på cella.

Også Schaanning har en generelt skeptisk holdning til leger. «Legene opptrådte som vitensutøvere overalt hvor man ville vite noe om forbryternes personlighet» (s. 282). Han går i rette med dem, fra Frederik Holst til Johan Scharffenberg (1869-1965). Dette gjør Schaannings bok spesielt interessant for medisinske lesere. Den anbefales!

Øivind Larsen
Universitetet i Oslo

Trenger vi de regionale helseforetakene?

Michael 2008;5:167–8.

Auditoriet i Domus&Medicus var temmelig fullsatt da det var 50 personer tilstede for å drøfte det brennbare temaet: Trenger vi de regionale helseforetakene? Den alminnelige helsepolitiske diskusjon i samfunnet omkring helseforetakene ble her videreført i langt mer kvalifiserte former enn man finner i media.

Første innleder var tidligere direktør for Helse Midt-Norge Paul Hellandsvik. Han hadde i sin tid arbeidet tett sammen med statsråd Tore Tønne og delt Tønnes visjon om sentral styring og lokal dynamikk i helsevesenet. Hellandsvik trakk opp de historiske linjene fram mot helsereformen og den statlige overtakelsen av helseinstitusjonene. Først hadde et stort antall sykehus vært kommunale, deretter ble det fylkene som overtok hovedansvaret, og så ble det altså staten. Dette utløste en innebygd konflikt mellom «lokalisme» og sentralisme, og den tiltok i styrke desto mer sentral styringen ble. Samtidig inntok helsepolitikken en stadig større plass i den offentlige oppmerksomheten, foruten at mye av partipolitikken kom til å samle seg om «midten» på områder som dette, hvilket skapte vansker.

Professor Terje Hagen minte om at begrepet «region» kan sees på to måter. I regioner med folkevalgt styre ligger det an til en prioriteringseffektivitet. Hvis derimot «region» ansees som et statlig administrativt nivå, vil det nok kunne være en omstillingseffektivitet. Organisering som statlige foretak vil da kunne avpolitisere driften av helseinstitusjoner og gjøre den enklere. Men sammenlikningen med næringslivets konsernmodell halter fordi inntektene kommer ovenfra. Å erstatte de regionale helseforetakene med et statlig direktorat ville kunne gjøre bildet klarere, men det ville være vanskelig å gjennomføre i praksis på en effektiv måte.

Professor Erik Fosse representerte klinikerne. Han la vekt på hvordan den teknologiske utviklingen hadde gått meget raskt. Blant annet hadde dette gjort at behovet for finansiering av teknisk utstyr og utskiftning av dette hadde økt betraktelig. Derfor måtte man vie finansutgiftene større



Livlig diskusjon: Fra venstre professor Stein A. Evensen med kommentar fra salen og møtelederen, professor Frode Lærum. Deretter følger innleiderne: Tidligere direktør for Rikshospitalet Åge Danielsen, professorene Erik Fosse og Terje Hagen og tidligere direktør for Helse Midt-Norge Paul Hellandsvik (Foto: Ø. Larsen).

oppmerksomhet. På pluss-siden kom stadig kortere liggetider. Sykehusene hadde etter hvert prioritert behandling høyere enn omsorg, påpekte han. Blant annet har det medført at omsorgen forskyves til primærhelsetjenesten, hvilket på sikt bør føre til felles styring. Forskning og behandling må organiseres slik at kvalitetsnivået blir internasjonalt, understreket Fosse.

Tidligere direktør Åge Danielsen var nokså entydig i sin konklusjon: Reformen hadde etter hans syn vært mislykket. Han mente at et direktorat med en ansvarlig politiker på toppen ville vært bedre. Nå ble ansvaret skjøvet nedover i systemet.

Ifølge møteprogrammet skulle man også ha snakket om en eventuell sammenslåing av Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus, men dette druknet i det overordnede spørsmål: Trenger vi egentlig helseforetakene?

Tilhørerne fikk egentlig ikke noe svar på dette. Tønnes reform hadde vært bra, hvis den hadde kunnet bli gjennomført i henhold til visjonen, mente man. Men slik ble det ikke.

For en tilhører var det imidlertid en konklusjon som var klar: Den nåværende styringen av helseforetakene trenger vi i ethvert fall ikke.

*Øivind Larsen
Universitetet i Oslo*

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769-1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.
7. *Michael's* editors are appointed for a period of three years among the members of The Norwegian Medical Society by its Board. Reappointments are allowed. The editors may supplement themselves by editorial members from collaborating associations and appoint ad hoc editors for special issues.

Editors:

Professor Øivind Larsen
Professor Magne Nylenna
Professor Erlend Hem
Dr. Astrid Nylenna (secretary)

Editorial board:

Professor Stein A. Evensen
Professor Jan Frich
Professor Christoph Gradmann
Professor Arvid Heiberg
Director Frøydis Langmark
Dr. Kristine Lillestøl

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 500 (2021)

ISSN 1893-9651

Retur: Tidsskriftet *Michael*, Boks 1152 Sentrum, N-0107 OSLO

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004