

## M. Gilbert svarer:

Det er trist å registrere at Israels egne venner i Norge er «mer katolske enn paven» i sitt frenetiske forsvar av alt de israelske okkupasjonsstyrkene foretar seg. Jeg vil oppfordre Tidsskriftets lesere til selv å oppsøke informasjon om de omfattende menneskerettighetsbrudd som den israelske okkupasjonspolitikken daglig medfører. Nyttige kilder finnes på «begge sider» av den nye, opprørende «Berlinmuren» den israelske regjeringen nå bygger. Den israelske menneskerettighetsorganisasjonen Physicians for Human Rights er svært aktiv og har en god og informativ hjemmeside (1). I sine petisjoner til israelsk høyesterett har de dokumentert hvordan de israelske okkupasjonsstyrkene konsekvent bryter gjeldende internasjonal lov. De har nylig fått medhold fra høyesterett i sitt krav om beskyttelse av palestinske ambulanser (2).

Palestinske Røde Halvmåne (PRCS) publiserer også daglige nyheter om helsemessige konsekvenser av den israelske okkupasjonen og spesielt grundig dokumentasjon om angrepene på de palestinske prehospital systemene og sivilbefolkningen (3). PRCS har nettopp lagt frem en grundig og lærerik rapport om virkningene av de israelske militæroperasjonene og portforbudene i perioden mars-mai 2002 (4).

I tillegg til de systematiske angrep på ambulanser og helsepersonell er hundretusener av palestinere på ny underlagt omfattende portforbud, ambulanser angripes og de israelske okkupasjonsstyrkene har i skrivende stund reokkupert minst sju større palestinske byer. Mer enn 600 000 mennesker er underlagt okkupasjonsmaktens portforbud. Den israelske Physicians for Human Rights skrev 24.6. 2002: De siste fire dagene har brakt nye angrep på ambulanser og helsepersonell og forsinkelser i medisinsk behandling. Mens muligheten til å få tilgang til helsetjenester i de store byene på Vestbredden er dårlig, er tilsvarende mulighet i landsbyene, der de fleste palestinere bor, elendig (2).

Når Saunes & Saunes «...undrast over kvifor ICRC, etter sjølvsyn den 27. mars, først fordømer misbruk av palestinske ambulanser, for så den 12. april å nekte for at dette har hendt», skyldes dette at det ikke finnes uavhengige rapporter som bekrefter de israelske påstandene. PRCS har offisielt tilbakevist de israelske påstandene som arrangert propaganda (5). Et par detaljer som avdekker presisjonsnivået til Saunes & Saunes: PLO har ingen kontroll med palestinske ambulanser. Lederen av PRCS heter Younis al-Khatib, ikke Fathi Arafat. Hvem som er notoriske løgnere, tror jeg Tidsskriftets lesere selv skal få avgjøre.

Tromsø

Mads Gilbert

### Litteratur

1. www.phr.org.il/phr/Pages/PhrHomepage.asp.
2. Physicians for Human Rights. Targeting medical care: Israel's recent incursion into the

West Bank renews attacks on ambulances. www.phr.org.il/phr/Pages/PhrArticle\_Unit.asp?Cat=11&art=413&Pcat=6 (1.7.2002).

3. www.palestinercs.org/

4. Palestine Red Crescent Society. Impact of the Israeli military invasion & curfew on the Palestine Red Crescent Society's emergency response and relief operations in the West Bank during March 29 – May 10, 2002. palestinercs.org/Downloads/Impact%20of%20the%20Israeli%20Invasion%20June%202002.pdf (1.7.2002).

5. Palestine Red Crescent Society. March 27 press release. www.palestinercs.org/Mar%2027%20Incident.htm (1.7.2002).

## Illegale aborter i Ecuador

I Tidsskriftet nr. 13/2002 er det flere interessante og tankevekkende artikler om helsestellet i Ecuador. En av reportasjene er bygd på et intervju med en fødselslege og direktør for det største sykehuset i landet og omhandler illegale aborter (1). Det vises til de mange komplikasjonene som følger av disse, mange alvorlige og noen dødelige. Samtidig kritiseres den katolske kirke for blant annet å motsette seg legalisering av abort.

Undertegnede arbeider for tiden ved et sykehus i et distrikt i Etiopia. Også i dette landet er abort ulovlig, og følgelig sees og behandles rett som det er komplikasjoner av illegale aborter i sykehuset. I motsetning til fødselslegen i Ecuador opplever undertegnede det likevel som en lettelse å slippe å være pålagt å utføre provoserte aborter. Her vil en lege også risikere straff om vedkommende foretok slike inngrep, i motsetning til hjemlige forhold, hvor leger på mange nivåer i praksis presses til å delta administrativt eller direkte.

Det er fristende å skyld på dem som forbyr abort når vi ser problemene som følger i kjølvannet av illegale aborter. Likevel er lovgivningen i land som Ecuador og Etiopia helt på linje med det som har vært anerkjent legeetikk i generasjoner på dette området. Da Norge fikk sin nåværende abortlov, valgte man å se fullstendig bort fra gjeldende legeetikk, og leger aksepterte samtidig stilltende at sosiale og politiske strømninger fikk forkjørsrett på legeetikken område.

Enkelte fattige land gir fremdeles mennesket en lovfestet rett til å leve helt fra livets begynnelse, og både medisinsk etikk og medisinsk vitenskap kan understøtte en slik lovgivning. Selv om vestlige land med noen unntak har gått bort fra en slik tankegang, bør vi respektere at nasjoner som Etiopia og Ecuador, til tross for de enorme problemene disse landene står overfor, velger å la prinsippet om livets ukrenkelighet være grunnlaget som abortlovgivningen bygger på.

Etiopia

Ragnvald Bjørgeas Petersen

Jinka Zonal Hospital

### Litteratur

1. Husom N. Illegal abort – vanligste årsak til misdannelser i Ecuador. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1318.

## Behandling av vaginal agenesi – uten blod og tårer

Mangelfull utvikling av vagina og uterus (Mayer-Rokitansky-Kuster-Hausers syndrom) er en sjelden tilstand som rammer ca. én av 5 000 nyfødte jenter. Åse Sivertsen og medarbeidere publiserte i Tidsskriftet nr. 23/2001 et pasientmateriale fra Haukeland Sykehus med 14 kvinner som hadde fått dannet en vagina med innlegging av et hudtransplantat (1). Metoden beskrives som ressurskrevende og er forbundet med langt sengeleie, gjentatte skiftinger i narkose og stor risiko for reoperasjon. Prosessen var smertefull, og halvparten av pasientene ønsket «å glemme det hele».

I artikkelen fra Haukeland Sykehus omtales også ikke-operative metoder (1), men forfatterne stilte seg tvilende til bruk av dilatasjonsbehandlingen som har vært anvendt ved St. Olavs Hospital (2). Vår erfaring omfatter sju 16–18 år gamle jenter, inkludert en jente med testikulær feminisering. Seks pasienter er ferdigbehandlet, og to er i startfasen av behandlingen. Pasientene var henviset for primær amenoré og viste seg å mangle vagina totalt eller bare ha en vaginal grop av et par centimeters dybde. I løpet av et års tid dannet det seg ved regelmessig samleie en vagina på 8–10 cm med naturlig introitus og fuktige slimhinner. Ingen av jentene har ønsket operasjon.

Ikke-operativ behandling med dilatasjon ved hjelp av glassstaver ble beskrevet av Frank i 1938 (3). Dilatasjon ved coitus alene, der trykket av penis gradvis skaper vagina, ble beskrevet i 1972 (4). I løpet av få måneder kan det ved regelmessig coitus dannes en vagina med tilstrekkelig dybde. Metoden utnytter hudens naturlige evne til tøyning og nydanning av blodkar som er nødvendig for lubrikasjon. Man unngår arr i vagina og arr på donorstedet for transplantatet. Det er ikke risiko for skrumpning, slik som kan sees i en transplantert vagina etter en periode uten seksuell aktivitet. Pasienten slipper selv å foreta daglige dilatasjoner, og hun kan debutere seksuelt når hun selv ønsker det. Det øker selvtilliten og kjønnsidentiteten hos disse jentene, som er hardt belastet med viten om at de aldri vil få menstruasjon, og at de er varig infertile. Tilhengere av metoden uttaler at kirurgisk behandling av vaginal agenesi bør tilhøre den medisinske historien (5).

Haukeland Sykehus har utvilsomt fått erfaring med operasjoner og har et godt innarbeidet tverrfaglig team, som ønsker å bli et kompetansesenter. I Trondheim tilbyr vi å være kompetansesenter for ikke-operativ behandling av vaginal agenesi, en metode vi mener bør være førstevalgsbehandling. Etter at vi startet slik behandling, har det ikke vært nødvendig å operere noen pasienter.

Trondheim

Mette Haase Moen

Kvinneklubben  
St. Olavs Hospital