



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforingen.no

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Quislings hjerne

Ingar O. Skalpe kritiserer i Tidsskriftet nr. 24/2004 Hans Fredrik Dahls beskrivelse av den nevrologiske undersøkelsen av Vidkun Quisling i forbindelse med rettssaken i 1945 (1). Undersøkelsen bestod av grundig utarbeidede rutineundersøkelser ved Rikshospitalet. Men flere spørsmål gjenstår, blant annet dette: Var virkelig undersøkelsene indisert? Psykiatriprofessor Randolph Alnæs mente at de ikke var (2). Mistanken om frontal hjernetumor skyldtes en angivelig personlighetsforandring som skulle ha funnet sted etter tiltaltes hjelpearbeid sammen med Nansen. Mennesker som kjente Quisling fra ungdommen til i 1945, observerte aldri noen personlighetsforandring hos ham. De psykiatriske sakkyndige, Johan Lofthus og Jon Leikvam, fant ikke undersøkelsen indisert. Alnæs mistenkte at Georg Monrad-Krohn hadde et personlig hevnmotiv overfor Quisling etter uenighet om frontkjemperes adgang til medisinstudiet.

Undersøkelsene skjedde i dagene 25.–27. august 1945. 31. august måtte Quisling høre aktors foredrag uten forsvarer til stede. Det er enighet om at han burde hatt en ukes hviletid, inkludert ett døgn strengt sengeleie. 6. september gjorde han første forsøk på forklaring i retten, men forklaringen måtte avbrytes fordi han snakket usammenhengende og hadde problemer med å stå. Det virker som om Skalpe mener rutinene kan fravikes hvis undersøkelse er indisert. Etter båretransport fra Rikshospitalet til Akershus ble Quisling kommandert til å reise seg og gå 2–3 etasjer opp (3). (Fortsatt plages en frontkjemper av hodepine etter tilsvarende behandling da han var landssviksfange – vedkommende gjennomgikk poliklinisk luftencefalografi på tilsynelatende tynn indikasjon.)

Resultatene fra cerebral angiografi og luftencefalografi var normale. Derimot viste den klinisk-oftalmologiske undersøkelsen polyneuropati. Det gav redusert synsfelt og gangvansker. Monrad-Krohn antok at dette skyldtes alkoholbruk (4). Fengselslege Leikvam bekreftet (4) at det skyldtes B-vitaminmangel (brødmangel), og at slike plager var alminnelig i fengslene de første tre månedene etter tyskernes kapitulasjon. Da Quisling fortalte at han hadde tatt av 18 kilo på en måned, sa lagmannen at han hadde «fått skikkelig ordentlig behandling, som en hvilken som helst varetektsfange jo får her i Norge» (4).

Skalpe antyder at luftencefalografibildene av Quisling likevel var et slags trofé (1). Da den amerikanske nevrologen Harold Klawans ble presentert (av Monrad-Krohns assistent Sigvald Refsum) for de normale luftencefalografibildene i Monrad-Krohns lærebok, stilte Klawans spørsmålet hans norske kolleger ikke kom på. Refsum: «Vi gjorde luftencefalografi av ham [Quisling]. Den var normal.» Klawans: «Og så ble han skutt?» Refsum: «Ja.» Klawans: «Før eller etter at hodepinen forsvant?» Refsum: «Jeg spurte aldri.»

Inger Cecilie Stridsklev
Skien

Litteratur

1. Skalpe IO. Undersøkelsen av Quislings hjerne. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 3239–41.
2. Alnæs R. Det medisinske overgrep mot Vidkun Quisling. Folk og Land 1994; nr. 8: 1.
3. Borgen A. Storsabotøren ble Quislings vakt. Krigsinvaliden 1993; nr. 1: 27.
4. Straffesak mot Vidkun Abraham Lauritz Jonsson Quisling. Oslo: Eidsivating Lagstol, 1946.

I. O. Skalpe svarer:

Jeg har ikke «kritisert Hans Fredrik Dahls beskrivelse av den nevrologiske undersøkelsen av Vidkun Quisling», men Dahls fullstendig feilaktige beskrivelse av de nevreradiologiske undersøkelser carotisanografi og luftencefalografi. Dersom hans beskrivelser hadde vært korrekte, hadde jeg sagt meg helt enig i Dahls påstand om at «prosessen var uhyre smertebringende, og dertil ytterst risikabel».

Hva er det som har fått Dahl til å endre sin noenlunde korrekte beskrivelse i Quisling-biografien fra 1992 til en meget dramatisk og fullstendig feilaktig beskrivelse i den reviderte utgaven fra 2004? I Dagbladets nettavis 16.1. 2005 er Dahl blitt forelagt min kritikk og uttaler at «beskrivelsen av encefalografien og den angiografiske undersøkelsen er hentet direkte fra professor Georg Henrik Monrad-Krohns rapport». I et innlegg i Dagbladet 19.1. 2005 stilte den medisinske forskeren May B. Lund spørsmål ved Dahls vitenskapelige redelighet og bad Dahl fremlegge det dokument som viser at hans beskrivelser er korrekte (1). Hvis et slikt dokument eksisterer, må det bety at mine kildekrifter, blant annet det brev som er gjengitt i min artikkel, er forfalskninger. I sitt tilsvaret i Dagbladet 7.2. 2005 skriver Dahl at han har hentet beskrivelsen direkte fra det brev som er gjengitt i min artikkel, og at «de

linjer som står om dette er utelukkende en utdyping av Monrad-Krohns kortfattede beskrivelse». Etter dette utsagnet finner jeg det vanskelig som fagmann å føre en seriøs diskusjon med Dahl.

Jeg er enig med Inger Cecilie Stridsklev i at indikasjonen for de nevnte undersøkelser kan diskuteres. Organisk orienterte nevrologer vil stort sett være enig i at det her forelå en brukbar indikasjon, mens mer psykisk orienterte psykiatere vil være uenige i dette. Som det fremgår av artikkelen, er jeg også enig i at Quisling ikke skulle vært brakt tilbake i rettssalen så kort tid etter disse undersøkelsene.

Stridsklev kommer med nok et motiv til undersøkelsen, nemlig at det dreide seg om en hevnaaksjon fra Monrad-Krohns side. Siden Monrad-Krohn ikke selv behersket teknikken ved de nevnte undersøkelser, hadde han i så fall måttet beordre sine yngre kolleger til å utføre denne hevnaaksjon. Jeg tror jo ikke noe slikt om Monrad-Krohn. Og de aktuelle assistentleger, som jeg siden i livet fikk et nært faglig samarbeid med, ville aldri latt seg beordre til en slik gjerning. Stridsklev hevder også at det virker som jeg mener man kan fravike rutiner og påføre unødige bivirkninger hvis en undersøkelse er indisert. I dette helt spesielle tilfellet har jeg stor forståelse for at visse rutiner ble fraveket. Det dreide seg om en pasient som det norske folk nærmest unisont forlangte burde henrettes. Hadde man påvist en frontal hjernetumor, ville han ifølge norsk lov ikke kunne henrettes.

Ingar O. Skalpe
Mjøndalen

Litteratur

1. Lund MB. Dahls vitenskapelige redelighet. Dagbladet 19.1.2005.

«Han tar meg ikke på alvor»

Tidsskriftet nr. 1/2005 bringer en redegjørelse for fire tilfeller der pasienten kommer til sykehus med noe uspesifikke symptomer. I alle tilfellene foreligger det en subaraknoidalblødning som overses eller feiltolkes som mental lidelse (1).

I arbeidet med å analysere aspekter ved en kvinneorientert medisin (eller kvinnehelse) hevdes det at symptomer hos kvinner ofte bagatelliseres eller psykologiseres bort. Det artikkelforfatterne av denne juridiske/

kliniske utredningen ikke trekker frem, er at i alle de fire tilfellene av feildiagnose i denne rapporten dreier det seg om en sykdom som ikke er veldig sjelden hos voksne unge kvinner. Og alle fire er kvinner. Da jeg så tar dette opp med artikkelforfatterne, hevder de at dette antakelig er tilfeldig og mener det er «farlig» å trekke for vide slutninger om at dette også kan ses i et kvinneklinisk perspektiv.

Mitt standpunkt er at det kan være vel så farlig for kvinner å unnlate å foreta denne analysen. Pasientene det er snakk om, var kvinner som tidligere stort sett hadde vært friske, men med noen mentale eller somatiske plager. Alle var i fertil (hormonpåvirket) alder, og hos alle debuterte sykdommen med plutselig hodepine. I alle de beskrevne tilfellene gikk det lang tid fra symptomstart til endelig diagnose, og for alle fire var konsekvensene meget alvorlige (død eller varig hjerneskade). Konklusjonen er at tegnene på hjerneblødning ikke ble vektlagt tilstrekkelig.

Er ikke dette det samme som mange kvinner i Norge hevder: «Vi blir ikke tatt på alvor av helsevesenet!» I disse tilfellene burde kvinnene virkelig blitt tatt alvorlig. Jeg mener at en vettug konklusjon på artikkelen ville vært at man også burde se på de mer prinsipielle sidene av saken – nemlig om pasientens kjønn kunne ha noe med manglende medisinsk årvåkenhet å gjøre, og at tendensen til å gi en psykiatrisk eller uspesifikk og ikke alvorlig diagnose er større for kvinnelige enn for mannlige pasienter? Det ble lagt for lite vekt på de anamnesticke opplysningene, sies det. I mine ører klinger det som: Man hørte ikke ordentlig etter hva kvinnene sa. Man la derimot vekt på andre sider av deres liv – lidelser som lav kroppsvekt, depresjon, myalgi. Er det tilfeldig at dette gjøres overfor kvinner? Eller kan økt bevissthet også om kvinners symptomatologi føre til bedre ivaretagelse og klinisk handling?

Johanne Sundby
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Hoddevik GH, Bjørang G. Oversett subaraknoidalblødning og forsvarlighet. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 61–2.

*G.H. Hoddevik
& G. Bjørang svarer:*

Vi har med stor interesse lest Johanne Sundbys innlegg og er glade for at vårt innlegg bidrar til refleksjoner og debatt. At kvinneklinisk perspektivet på denne måten også blir fremhevet, synes vi er utmerket.

Vurderingstemaet i tilsynssaker vil oftest være hvorvidt helsepersonell har handlet forsvarlig. I vårt innlegg om oversett subaraknoidalblødning og forsvarlighet er utdrag av forsvarlighetsvurderingene i de

enkelte sakene gjengitt. I vår forsvarlighetsvurdering inngår:

- Om alle relevante anamnesticke opplysninger er fulgt opp
- Om det er gjort adekvate undersøkelser
- Om det er gitt adekvat behandling i forhold til den aktuelle problemstillingen

Forsvarlighetsvurderingene er uavhengig av kjønn, alder og etnisk tilhørighet. I de aktuelle tilfellene ville det selvfølgelig vært like viktig å vektlegge tilsvarende anamnesticke opplysninger dersom pasienten hadde vært mann.

Helsetilsynet har ingen fullstendig oversikt over alle tilfeller av oversett subaraknoidalblødning ved norske sykehus. Vi kan derfor ikke uttale oss om hvorvidt diagnosen – relativt til forekomsten – oftere overses hos kvinner enn hos menn. Helsetilsynet ville se det som meget interessant om et forskningsmiljø kunne belyse en slik problemstilling. I vårt innlegg om forsvarlighet var imidlertid hyppigheten av oversett diagnose ikke et tema.

I innlegget berørte vi med hensikt ikke årsakene til at denne diagnosen blir oversett, selv om det kunne vært et meget interessant tema. Både kvinnesyn, sykehuslegers store arbeidsbelastning, krav til produktivitet og lange vakter kan være blant sannsynlige årsaker til at anamnesticke opplysninger blir oversett.

**Grethe Hellstrøm Hoddevik
Grete Bjørang**
Statens helsetilsyn

Steinkløvere – medisinske planter

Legesteinkløver (*Melilotus officinalis*), hvitsteinkløver (*Melilotus alba*) og strandsteinkløver (*Melilotus altissima*) finnes alle i Norge. *Meli* er gresk for honning, og *lotus* er et gammelt navn på mange planter. Legesteinkløver og hvitsteinkløver er meget like, bortsett fra fargen, og finnes først og fremst på tørr grus langs veier og jernbaner (1). Legesteinkløver er gul, slik bildet, som er tatt ved en gangvei langs Sandviksveien, viser. Blomstene sitter i toppen av stilkene som et aks. De har en duft av kumarin, som



*Legesteinkløver (Melilotus officinalis).
Foto Kjell A. Nøkleby*

minner om duften av tørt høy. Blomsterduften kommer best frem når blomstene tørker. Kumarinforbindelser er vitamin K-antagonister (2). Kumarinet reduserer motstand ved gjennomblødning i kapillarer og lymfekar som utvides. Derved skal det virke antiinflammatorisk.

Antikkens leger brukte flere steinkløverarter ved nyre- og gallekolikk (3), særlig som oppmykende omslag på sår. Kumarin og melilotin er glykosidbundet, men frigjøres ved tørking (4). Alle steinkløverarter er giftige i større doser. Kveg som eter råberget og muggent høy med mye steinkløver, kan få innvortes blødninger og dø (4).

Ved å smelte sammen harpiks, voks og olivenolje tilsatt pulverisert steinkløver fikk man *emplastrum meliloti* (3). Det gikk ut av den norske farmakopé i 1895. Dikteren Johan Herman Wessel nevner melóten (følgelig forvrengning av meliloti) i «Kierlighed uden Strømper» fra 1772. I kisten til Mads fantes bl.a. ... «Et bruunrødt Syleskaft, En gammel Strimmel Taft, En Stump Melóten-Plaster, Et Brev fra salig Faster.» (5).

Kjell A. Nøkleby
Sandvika

Litteratur

1. Ryvarden L. Norges planter. Bd. 4. Oslo: Cappelen, 1994.
2. Høeg OA. Våre medisinske planter. Oslo: Forlaget Det Beste, 1984.
3. Lewis WH, Elvin-Lewis MPF. Medical botany. New York: John Wiley, 1977.
4. Høiland K. Naturens legende planter. Oslo: Hjelmets Forlag, 1978.
5. Wessel JH. Digte. Oslo: Gyldendal, 1965.

Hjelpen til Sri Lanka må koordineres

Undertegnede var i de flodbølgerammede områdene på Sri Lanka en uke etter tragedien. Leger kom fra hele verden, klare til å medisiner og til å reparere brukne bein, men hvordan helbreder man en hel nasjon som har mistet ektefeller, barn, hjem – et helt liv? Dette er utfordringen legene møter. Det var først og fremst det forferdelige synet av barna, så mange barneliv som var gått tapt, og foreldre som hadde mistet sine barn, som gjorde inntrykk.

Sri Lanka var det landet som i forhold til innbyggertallet hadde det høyeste antall døde av tsunamien. Mer enn 30 000 mennesker døde i løpet av minutter. Tragedien var ikke avgrenset til ett enkelt område. Mer enn 70 % av øyas kyst ble truffet av dødsbølgen. – Forvirrede overlevende stirret på bilder av døde dag etter dag, halvt i håp om å gjenkjenne en savnet. To søstre lette etter sin yngre bror, som var den som brødfødde familien. En annen kom med bilde av sin venn som kjørte et tog dømt til å bli tatt av bølgen. – Så mange døde så fort.