

ninger til leger og medisinsk teknologi vokser utover rimelighetens grenser. I helse spørsmål er det ikke lenger det guddommelige forsyn som er siste instans, men legen. Helse blir ikke en nådegave, men en rettighet. I den vestlige verden sliter vi med forventninger og krav som er magiske og grunnleggende urealistiske. Afrikanerens takknemlighet for at noen i det hele tatt prøver å hjelpe, er i USA avløst av anklager og rettsaker mot hjelpere som ikke klarer å være guder.

Downing er ikke streng og refsende i tonefallet, men hans refleksjoner er i slekt med Ivan Illichs krasse utfall i *Medisinsk nemesis* fra 1975. Begge mener at sterk medisinsk teknologi skaper paradoksale former for lidelse, i form av meningsløs avhengighet av medikamenter og intervensjoner, økende usikkerhet omkring egen dømmekraft i helse spørsmål og manglende evne til å bære lidelse, sviktende evne til egenomsorg og resignasjon i møte med sykdom, aldring og død.

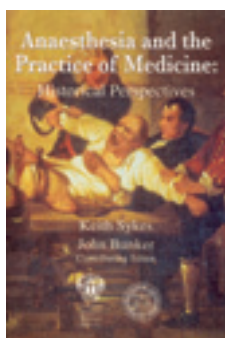
Suffering and healing in America er bygd opp av essay der forfatteren setter søkelys på avgrensede områder av de store temaene han engasjerer seg i. De bikulturelle erfaringene fra ekstremt ulike helsevirkeligheter anvendes til balansert refleksjon over dilemmaer i vestlig medisin – med kronisk sykdom, risikoepidemier, forebygging, teknologi og etikk som stikkord. Dette er ikke noen systematisk fagbok, den gir ingen nye løsninger på problemene, men den reiser viktige spørsmål på en interessant og til dels ny måte. For lesere som er interessert i dypere forståelse av sammenhengene mellom medisin, kultur, etikk og livskunst i vår tid, er den å anbefale.

Edvin Schei
Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Bergen

Underholdende om anestesifaget

Sykes K, Bunker J.

Anaesthesia and the practice of medicine
Historical perspectives. 303 s, ill.
London: RSM Press, 2007. Pris GBP 16
ISBN 978-1-85315-674-8



Dette er godt lesestoff for alle som er interessert i hvordan moderne medisin er blitt mulig gjennom oppdagelser og utvikling av anestesifaget gjennom snart 200 år. Professor emeritus Keith Sykes fra Oxford har skrevet

15 kapitler, John Bunker fra Stanford og Harvard de resterende åtte. Det er blitt en fascinerende historie om utviklingen helt fra eteranestesi ble demonstrert i 1846.

I Norge fikk vi anestesileger først etter den annen verdenskrig, over hundre år etter at eteranestesi ble tatt i bruk verden over. Siden da har utviklingen gått raskt også i vårt land, slik at anestesirelaterte dødsfall nå er ekstremt sjeldent. Den plagsomme inhalasjonsinnledningen ble etter hvert avløst av intravenøs innledning med tiopenton i 1934. Innføringen av muskellavslapning med pilgiften curare var enda et stort fremskritt, som dessuten gjorde det nødvendig å beherske intubasjon av luft-røret og gi kunstig åndedrett under anestesi.

Under den alvorlige polioepidemien i København i 1952 demonstrerte anestesilegen Bjørn Ibsen for infeksjonsmedisinere og all verden at sikring av luftveiene og kunstig åndedrett reddet ellers moribunde pasienter. På tross av behandling med kyrassventilator (skjoldventilator) og tank-respirator var dødeligheten over 80 %, noe infeksjonsmedisinere tilskrev massiv virusinfeksjon av hjernestammen. Ibsen sørget for at trakeostomerte og intuberte poliopasienter fikk håndventilasjon ved hjelp av en luftfylt bag. Først engasjerte han de 20 yngre legene som deltok på WHO's anestesilegekurs i København. WHO-kursene hadde startet så sent som i 1950, fordi Europa var en underutviklet del av verden når det gjaldt anesthesiologi. Men det kom 50 nye pasienter hver dag. Medisinstudentene i København, senere også tannlegestudentene, tilbød seg å hjelpe. De organiserte sine egne rekker med skift på seks timer, der studentene både måtte suge sekret fra trachea og håndventilere pasientene – noen pasienter i opptil tre måneder. Under epidemien hadde mer enn 1 500 studenter ventilt over 800 pasienter i til sammen over 165 000 timer. Dødeligheten av bulbær polio ble redusert fra 80 % til 25 %. Moderne respiratorer og intensivavdelinger ble utviklet som en direkte følge av polioepidemien i København, takket være anesthesiologiske kunnskaper og ferdigheter.

Norske pionerer var også viktige, blant andre anesthesiologen Bjørn Lind (f. 1920) og industrimannen Åsmund Lærdal (1913–81). «The Norwegians have led the world in training the public in techniques of resuscitation» (s. 216). Sammen utviklet de Resusci-Anne – treningsdukken som muliggjorde opplæring av helsepersonell og legfolk i stor skala i munn-til-munn-ventilasjon og hjertekompressjon. Også dette er en historie om hvor ekstremt vanskelig det kan være å overvinne inngrodde (vrang)forestillinger og få generell aksept for et åpenbart fremskritt i behandlingen av akutt livstruende tilstander.

Et annet sentralt emne er smertelindring. Epiduralkateteranalgesi spredte seg etter

hvert til vanlige sengeposter og til fødeavdelingene. Nå får 20–50 % av de fødende fødeepidural, den eneste virkelige effektive smertelindrende metode ved sterke forløsningssmerter. Tverrfaglige smerteklinikker og aktive smerteforskningsentre er de fleste steder resultat av anstrengelser i en anesthesiavdeling for å gi bedre lindring av akutte smerter og kreftrelaterte smerter.

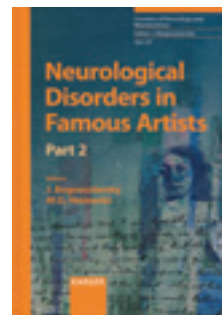
Anaesthesia and the practice of medicine kan anbefales på det varmeste – den er godt og underholdende skrevet og veldokumentert med referanser og illustrasjoner. Den minner oss om hvordan viktige fremskritt i moderne medisin skyldes banebrytende ny innsikt og ny forståelse av fysiologi og patofysiologi. Det understrekes gjentatte ganger hvor vanskelig det er å bli akseptert når ny innsikt kolliderer med gjengse oppfatninger av hva som er riktig.

Harald Breivik
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Hjernesykdommer og kreativitet

Bogousslavsky J, Hennerici MG, red.

Neurological disorders in famous artists
Part 2. 240 s, tab, ill. Basel: Karger, 2007.
Pris CHF 123
ISBN 978-3-8055-8265-0



Patografier over berømte menns lidelser synes å ha et uoppløselig publikum – lege som lærd. Slike patografier kan være meget nyttige og interessante – vel å merke hvis sykdommen har hatt tydelig

effekt på berømthetens arbeid og virke. Julien Bogousslavsky, den noe detroniserte tidligere professor i Lausanne, er ute med sin andre beretning om berømte kunstners neurologiske sykdommer. Det er 14 kapitler, men langt flere kunstners hjernesykdom omhandles. Bogousslavsky har skrevet for et publikum med spesiell interesse for og kunnskap om nevrobiologi. Bildende kunstnere er representert i størst antall, kanskje derfor er illustrasjonene litt få og beskjedne av størrelse. Noen kapitler er glimrende skrevet, slik som innføringen i begrepet «synestesi» og beretningene om nyskapt artistisk evne etter hjerneslag. Kapitlet om selvportretter etter hjernesykdom gir også verdifull informasjon omkring begrepene «sykdomsbevissthet» (nosognosi) og «kroppsbekvissthet».

Problemet med denne type bøker er av

etisk art: Berømte kunstnere har samme rett til taushet omkring sine sykdommer som andre mennesker. Etter denne anmelders oppfatning er det uriktig og forkastelig å offentliggjøre patografier hvis ikke angjeldende sykdom har hatt tydelig effekt på kunstnerens kreativitet (til det bedre eller verre) eller kunstneren selv har brukt sine sykdomserfaringer i sin kreative virksomhet. Her er det flere eksempler på tvilsom bruk av berømte kunstneres sykehistorier. Verst er historien om de to italienske filmskaperne Luchino Visconti og Federico Fellini. Begge fikk infarkt i høyre hemisfære. Fellini viser i en del etterlatte tegninger tegn til venstre neglekt, mens Visconti ikke rakk å demonstrere sine eventuelle bevarte kreative evner før han døde av følgene av infarkt. I kapitlet diskuteres neglekt og anosognosi hos ikke-afasiske pasienter med lesjon i høyre hemisfære inngående. Alt dette kunne vært gjort uten å nevne de to italienske kunstnerne! Eksemplene på denne type misbruk er flere. I Part 1 berettes det om Gershwins hjernetumor, noe som må anses som komplett uinteressant all den stund dette ikke innvirket på hans musikk. Forfatterne presterer å unnskyldte sin offentliggjøring av patografien med at tumors lokalisasjon har nevrobiologisk interesse nettopp fordi den ikke endret pasientens musikalske kreativitet!

Noen av kapitlene gir altså betydelig ny innsikt i hjernens funksjon og dens potensial for kreativitet. Resten er mest for de nysgjerrige som ønsker å kjenne til enda flere berømteter som led av syfilis.

Ragnar Stien
Oslo

Bli bedre!

Gawande A.

Better

A surgeon's notes on performance. 273 s.
London: Profile Books, 2007. Pris GBP 13
ISBN 978-1-86197-897-4

Budskapet er at vi ikke behøver å vente på nye medisinske fremskritt for å bli bedre. Vi kan gjøre mye mer ut av de kunnskapene vi allerede har.

Forfatteren er en ung amerikansk kirurg, 41 år gammel, av indisk herkomst og åpenbart begavet. Han studerte ved Harvard med Rhodes Scholarship, er kirurg ved Brigham and Woman's Hospital i Boston (generell og endokrin kirurgi) og i tillegg fast skribent for The New Yorker. Jeg ble oppmerksom på ham gjennom hans første utgivelse *Complications. A surgeon's notes on an imperfect science* (1).

Denne handler om å bli bedre. Det gjelder både den enkelte lege og hele helse-

tjenesten. Hans teknikk som forfatter er å kombinere refleksjoner og eksempler fra hele verden. Eksemplene er gripende fortellinger om hvordan noen får til det tilsynelatende umulige.

Del 1 handler om «diligence», dvs. flid og viljen til å holde ut. Det er tre eksempler. Det første er banalt: Å bekjempe kirurgiske sårinfeksjoner gjennom å vaske hendene – alltid. Det andre er ufattelig: «Operation mop-up» i India for å vaksinere 4,2 millioner barn mot polio i løpet av noen få dager for å avslutte kampen mot polio i India. Det tredje er krigskirurgene i Irak, som ved hjelp av mot og oppfinnsomhet har brakt krigsskadedødeligheten ned i 10 %.

Del 2 heter *Doing right* – og det er fem meget forskjellige eksempler. Det første er banalt: Å oppføre seg skikkelig mot avkledde pasienter. Det andre handler om det som går galt i helsetjenesten og håndteringen av det. Forfatteren er ikke i tvil om at det amerikanske systemet med rettssaker, enorme advokathonorarer og erstatningsutbetalinger er det verst tenkelige. Det tredje handler om leger og penger – «the struggle between doing right and doing well». Det fjerde er et uløselig dilemma. I USA er det fremdeles dødsstraff, legeforseningen tar avstand fra dette og erklærer at leger ikke skal delta. Men noen få leger, som også er imot dødsstraff, deltar likevel for å sikre at ofrene ikke lider unødig. Det femte er også et dilemma: Leger skal kjempe for livet, men det finnes en grense. Hvor går den?

Del 3 er kalt *Ingenuity* og har tre eksempler. Det første omhandler den kvinnelige anestesilegen Virginia Apgar som ikke fikk bli kirurg fordi hun var kvinne. Hun revolusjonerte nyfødtemedisinen med sin apgarskår. Den gjorde det enkelt å vurdere de nyfødte og sette i gang nødvendige tiltak: «Do what is right, and do it now.» Hun var «a lady of action» og hadde alltid en skalpell og en tube i håndvesken sin, klar for trakeostomi. Det andre eksemplet handler om cystisk fibrose. Ved et av sykehusene der man behandler denne sykdommen i USA er resultatene bedre og pasientene lever lenger enn andre steder. Det ligger altså helt til høyre på gausskurven («the bell curve»). Det skyldes lederen, Warren Warwick, som har en nesten fanatisk tilnærming. Både personell, pasienter og pårørende må lære perfeksjonisme. Gawande bemerker tørt at de fleste ligger jo midt på kurven. Det er ikke noe galt i det, det gale er å være tilfreds med det. Det siste eksemplet er fra indisk helse-tjeneste. Regjeringens helsebudsjett er på 4 dollar per innbygger. Likevel er levetiden fordoblet siden krigen, til 65 år. Det skyldes først og fremst legenes evne til å improvisere og aldri gi opp.

Forfatteren skriver så godt at leseren rives med. Det er ingen referanser i teksten, men noter til hvert kapittel. Jeg har hatt

utrolig glede av boken og tror mange andre også vil ha det. Derfor er mitt råd: Unn dere spennende og inspirerende leseglede.

Peter F. Hjort
Blommenholm

Litteratur

1. Gawande A. *Complications. A surgeon's notes on an imperfect science*. London: Profile Books, 2002.

Immunologiske refleksjoner

Ulvestad E.

Defending life

The nature of host-parasite relations. 241 s.
London: Springer, 2007. Pris EUR 145
ISBN 978-1-4020-5675-8



Det finst ei rekke tilnærmingar til dei vitenskaplege fagfeltene. Tekstbøker gir på sitt beste ein oppdatert status for symptom, funn, mekanismar, funksjonar – men representerer likevel eit situasjonsbilette. Ei historisk eller biografisk vinkling

kan bringe liv og forståing inn i den vitenskaplege prosessen og progresjonen. I *Defending life* demonstrerer Elling Ulvestad, medisinsk immunolog og mikrobiolog, kor nyttig det evolusjonære perspektivet alltid er når ein prøver å forstå komplekse biologiske system. Eit hovudmoment er at eigenskapane både til immunsystemet og til mikrobiologiske parasittar er blitt slik dei er på grunn av eit intimt samspel og ein krig som har vart i fleire hundre millionar år. Dette er rikt og konkret og mangfaldig eksemplifisert. I eit kort appendiks blir det innate og det adaptive immunsystemet konsist framstilt. Fylogenetiske analysar viser at det adaptive immunsystemet oppstod samtidig som det utvikla seg virveldyr med kjevefunksjon. Denne koinvidensen opnar for interessant innsikt. Det innate immunsystemet oppstod langt tidlegare i evolusjonen enn det adaptive. Ulvestad utviklar ein linsemetafor for å illustrere relasjonane mellom det innate og det adaptive immunsystemet. Denne illustrerer godt fokusering og spreing av immunreponsen og innlemmar også feilregulering, som kan arte seg som allergi eller autoimmunitet.

Vitskapsfilosofiske problem er den største utfordringa. Filosofen Martin Heidegger, som det ofte er referert til, peika i 1920-åra på at vitskapen tenderer mot faktasamling framfor avklaring av omgrep og djupare relasjonar. Ulvestad refererer også