

## Jakta på utstyret

Jeg er fotograf.

Fotografer har ofte sans for det konkrete.

Det du kan se.

4. mai 1957 var dirrende varm. Inne på Røde Kors-klinikken i Oslo arbeidet en dyktig hjernekirurg som het Arne. Han skar opp hjernen på en tolv år gammel gutt som het Yngve. Han brukte en sløv knivaktig redskap. Grov redskap for en nevrokirurg. Han kunne bare vite omtrent hvor i hjernen han skar.

Han brukte et par timer i alt.

Foreldrene til Yngve Torgersen gikk rundt klinikken. De gikk Fredrik Stangs gate, Thomas Heftyes gate, Mogens Thorsens gate og Gabelsgate. Om og om igjen. De var redde, gikk raskt. Helt til alt var over. Kjente sikkert ikke våren rundt seg. De visste lite om det som skjedde med gutten deres. Uroa slapp aldri taket. Aldri i hele livet.

Yngve ble sendt tilbake til reimene på Emma Hjort.

Alt dette er lenge siden nå. Men både Yngve og mora hans og faren lever fremdeles. Idag sier staten Norge at lobotomien som medisinsk behandling var akseptert av samtida. Derfor er lobotomi i seg sjøl ikke grunnlag for erstatning. De tok altså feil, de som var mot lobotomi i 40 og 50-åra.

Jeg ba om å få se utstyret.

### **Gaustad**

Det var med god grunn at jeg ringte Gaustad først. Det var der Arne Torkildsen utførte den første lobotomien i Nord-Europa i november 1941. Det var Torkildsen som førte kniven, men han var under ledelse av psykiater Ørnulv Ødegård. Pasienten var en 35 år gammel skogsarbeider. Han døde under operasjonen.

Gaustad var overfylt i disse årene. Mange av pasientene var svært sjuke. Det var lite håp om bedring for dem. De laget også mye bråk på avdelingene. Psykiatrien hadde lite annet enn elektroshokk, kjemiske sjokk og reimer å stille opp med for å holde ro. Ni av de første femten døde. Men Ødegård og Torkildsen fortsatte. Den viktigste målgruppa ble "urokråkene".

I 1947 oppsummerer overlege Ødegård effekten av lobotomi slik: "Derimot blir følelseslivet radikalt forandret. Den engstelige bekymring for morgendagen og framtiden blir borte - og det er derfor denne operasjonen er tatt i bruk ved visse sinnslidelser hvor slik angst er hovedsymptomet. Men også initiativet lider sterkt, og for en del også den moralske ansvarsfølelse. De fleste opererte blir mer etisk passive, men med sitt sorgløst gode humør og sin elskverdige ettergivenhet overfor mennesker blir de likevel behagelige å omgås."

En mor skriver om sin datter i boka "Nina" i 1950: "Det eneste som er sikkert er at lobotomien har gjort henne til et grovere og mer primitivt vesen - forringet henne. Man har bokstavlig talt avskåret henne muligheten til helt ut å forstå og føle som et menneske."

Gaustad ble den sentrale plassen i Norge. De lobotomerte mye selv og de samarbeidet med Rikshospitalet. Om lag 480 ble lobotomert på Gaustad. Så om jeg noe sted skulle finne det utstyret de brukte, så skulle det være der. Men jeg fikk det samme svaret same uansett hvilken overlege jeg ringte.

- Vi har ingenting. Det er kastet.
- Men slike ting har jo historisk interesse, sa jeg.
- Ring Teknisk Museum, var det en som foreslo.

Jeg gjorde det, seinere.

Men først ringte jeg nevrokirurgisk avdeling ved Rikshospitalet i Oslo. Overlege Helge Nornes slo med en gang fast at alt er kastet.

- Vi har ikke noe slike instrument her. Ingen av oss har sett en lobotomi eller har noen egentleg kunnskap om hvordan det gikk for seg. Det er foreldet utstyr du spør etter.
- Men kanskje det står en bortglemt kasse innerst på et lager, forslo jeg.
- Nei det gjør ikke det, svarte han på strak arm.

Det var ikke uten grunn at jeg ringte til Rikshospitalet heller. De samarbeidet tett med Gaustad. Andre nevrokirurger så med forakt på lobotomien i 40 og 50- åra. De kunne ikke akseptere å arbeide i blinde dypt inne i hjernen med så grov redskap. Men på Rikshospitalet var lobotomien god medisin. Nesten alle de kirurgene som lobotomerte var knyttet til Rikshospitalet.

Kjell Røise på Teknisk Museum fortalte om en mann som kom til dem med ei veske. Dette var i slutten av 70-åra. Veska var blå. Den hadde bokstavene NASA på. Veska var full all slags utstyr. Giveren hette dr. Carl Wilhelm Sem-Jacobsen. Han var psykiater på Gaustad.

- Da kan vel jeg komme til deg å se på den veska, sa jeg. Jeg var nesten på spranget.
- Det går ikke, svarte han.
- Veska ble satt på et lager. Den ble kanskje stjålet der. Ellers så ble den borte da Teknisk Museum flytta fra Helsfyr til Kjelsås. Ellers så ligger den i et av våre magasiner. Men det er umulig å leite for det er så altfor mye der.

Dette med NASA virket logisk. Sem-Jacobsen drev med hjerneforskning for en rekke militære organisasjoner i USA og for NASA. Det var også han som gjorde lobotomien på Gaustad høyteknologisk. På 60-tallet var det slutt med de grove redskapene. De lobotomerte med elektronikk og presisjon.

Men jeg leita etter en slags sløv kniv.

Dette var på den mørkeste tida nå i vinter. Snøen la seg i tjukke lag over Norge. En stund trudde jeg virkelig at alt var borte.

### **Reisende karer**

Så ringte jeg til alle jeg kunne komme på og noen har jeg sikkert glemt. Jeg ringte til Sandviken som før het Neevengården, Røde Kors-klinikken i Oslo, Telemark Sentralsykehus, Oppdøl ved Molde, Oslo Hospital, og Valen i Sunnhordland. Jeg undesøkte om den nedlagte Dr Dedichens privatklinikk i Oslo. Jeg ringte Østmarka i Trondheim og besøkte museet til Lier Sykehus i Drammen. Seinere ringte jeg også Rønvik ved Bodø og Dikemark i Asker.

Alt jeg fikk fram var et bor-sett på Lier og et på Oppdøl. På Lier hadde de også en "loddebolt" som jeg fant ut var til å koagulere blødinger med. Men til slutt, nå i mai, fant jeg to lobotomikniver på Lier. Jeg hadde holdt i dem før. Jeg hadde fotografert dem. Ingen trodde at det kunne være slik de så ut. Men i forrige uke traff jeg en av de som brukte slik redskap mye. Jeg viste bildet til han. Og han var ikke i tvil. "Kniven ble utformet på Nevrokirurgisk avdeling på Rikshospitalet. Den ble laget hos Plesner i Oslo." sa han.

### **Standard prefrontal lobotomi.**

Bak panna di ligger frontallappen til hjernen. Den arbeider blant annet med følelsene dine og din evne til å planlegge. Målet med inngrepet var å ødelegge forbindelsene mellom frontallappen og resten av hjernen. Her er den vanligste formen for lobotomi slik jeg nå har forstått den:

Først ga de sprøyter med lokal bedøvelse. Pasienten var bevisst hele tida. Så skar de i huden så hjerneskillen ble frilagt. De navigerte etter "sømmene" i kraniet og fant stedet mellom øret og tinningen der de satte boret. De laget først et lite hull med borvinde. Så freste de kantene med en sveivedrill med kulebor på til hullet ble stort nok. En annen metode var et sirkelbor som tok ut ei skive av skallen. Skiva ble litt mindre enn en femkrone. Denne metoden ble ikke regna for å være like trygg.

Utenpå hjernen er ei hinne. De skar seg gjennom den.

En kirurg sa det slik til meg: "Vi førte kniven gjennom hjernebarken og inn til midtlinja. Det var omtrent 7 cm på voksne. Så førte vi kniven i en vifteformet bevegelse. Da ble disse trådene mellom pannelappen og hjernen revet av. Og dersom det var noen små blodårer der ble de også revet av. For kniven var ikke skarp. Dermed så knyttet årene seg automatisk på grunn av den der strekken som de hadde fått. Hadde vi skjært glatt gjennom ville det blø ganske mye. Derfor skulle den være litt stump den der kniven."

På et par timer opererte de begge sider av hjernen.

Metoden var omtrentlig. (På Gaustad ble ca 5 % lobotomert to og til og med tre ganger.) Mange gjorde derfor flere snitt for være sikker. En kirurg pleide å snu "kniven" og bruke den krumme enden for å komme godt nedi. Det fantes mange andre varianter i teknikk. På Gaustad hadde de en metode der de lagde hullene oppå hodet, over øynene. Viftebevegelsen ble da gjort ovenfra. Pasienten var bevisst og snakket med assistentlegen og kirurgen under operasjonen. Det gjaldt å ikke komme så lang bakover i hjernen at en traff på motoriske sentra. Men det mest kritiske var å unngå store blødinger. Likevel hendte det ofte at de fikk det. Da kunne de prøve å koagulere blodet med en oppvarmet "strikkepinne". 24 prosent av de lobotomerte pasientene på Gaustad i tidsrommet 1941-50 døde av inngrepet.

## Nils Eie

Nils Eie var vitenskapelig assistentlege på Anatomisk Institutt i Oslo. Han undersøkte hjernene til 29 døde pasienter. De hadde alle dødd av lobotomien. Materialet viste store indre blødninger. Eie viste at lobotomi-kniven hadde vært helt andre steder enn tilsiktet. Dette la han fram med lysbilder og tegninger på et godt besøkt møte på Anatomisk Institutt i 1952. Han ble seinere overlege i nevrokirurgi på Ullevål Sykehus i Oslo. Jeg stakk oppom han ved Holmendammen i forrige uke. (Han hoppa i Holmenkollen da han var 14. Nå er han snart 80.)

- I alle de 29 tilfellene bommet de helt, sa han. - De laget helt andre anatomiske lesjoner enn de ønsket. Dermed fikk de også andre funksjonelle resultater. Sånn som det ble utført her i Norge var lobotomien helt forkastelig. Hvis du går inn med slike instrumenter og lager en viftebevegelse inne i hjernen, da er du jo nødt til å blø da. Det er bare flaks om det ikke skjer.

- Hvordan reagerte tilhengerene av lobotomi på din undersøkelse?

- Jeg ble møtt med harde angrep fra dem som selv drev med lobotomi. Men jeg følte at jeg satt trygt for jeg hadde autoritetene på min side. Det var også publisert slike undersøkelser i USA flere år tidligere. Konklusjonene deres var i samsvar med mine.

I mars i år kom meldinga om at lobotomi i seg selv ikke er grunnlag for erstatning fra staten. Sosialdepartementet sier i brevet til de lobotomerte: "Dette begrunnes særlig med at lobotomi ble betraktet som en forsvarlig metode da den var i bruk."

Jeg spurte Nils Eie om han er enig i dette.

- Nei, svarte han, hoveddelen av mitt fagmiljø var mot det som gikk for seg.

Overlege Svein Bøyesen bekreftet dette på telefon. Han var overlege i nevrokirurgi på Ullevål i en årrekke.

- Nei det er ikke riktig å si det slik. Vi nevrokirurgene på Ullevål var mot. Professor Alf Brodal var mot. Professor Kristian Kristiansen var definitivt mot. Blant psykiaterne var det en vekslende tilbakeholdenhet. Jeg vil si at i store trekk var fagmiljøet mot lobotomi. De som var for dette var først og fremst overlege Ødegård på Gaustad og nevrokirurgisk avdeling på Rikshospitalet.

"Da vi drev meget med disse behandlingene hadde vi en nokså grov teknikk" sa psykiater Ørnulv Ødegård på Gaustad da han fylte 70 for noen år siden.

Lobotomi hadde lav status blant nevrokirurgene i Norge. (De som var mot er stolte av det idag.) Redskaper var for grov. Inngrepene var unøyaktige. Dødsrisikoen var høy. Om lag 20 prosent fikk epilepsi. Alt dette hadde lite til felles med det de ellers drev med. Arne Torkildsen på Rikshospitalet var for eksempel sett på som en framstående nevrokirurg. Men det var for arbeid han gjorde på andre felt. Svært mange av lobotomipasientene hans døde. Det var dokumentert gjennom Eies undersøkelser hvor grovt han hadde bommet med kniven. Likevel var han optimist. I 1952 uttalte han seg entusiastisk om å starte hjerneoperasjoner for å kurere ungdomssløvsinn og melankolske depresjoner.

I mars kom det beskjed til meg fra Valen Sjukehus i Sunnhordland. De hadde funnet to esker på et loft. Jeg dro dit.

## **Vestlandslobotomien**

Det skjedde en viss utvikling av teknikker og redskaper. Valen hadde mange de ville lobotomere. Det var et naturlig press på å få opp tempoet. Vi må prøve å forstå optimismen. De fleste "tunge" innen for norsk psykiatri mente at lobotomien var starten på en ny æra i psykiatrien. (Det var nesten bare overlege Rolf Gjessing på Dikemark som sa tvert nei. Så lenge han hadde makta ble det ikke lobotomert der.)

I 1950 satt psykiateren Søren Rimestad på Valen og leste utenlandske fagtidsskrifter. Han leste skildringer og så tegninger som viste en ny metode som var mer effektiv. Han kalte til seg overlege Per Wendelbo fra Bergen Legevakt. Wendelbo var beinbruddsekspert der. Under oppsyn av Rimestad utførte Wendelbo den første transorbitale lobotomi i Norge. Han ble aleine om denne teknikken her i landet. De brukte et spesielt redskap, en levkotom. Det var særlig en slik jeg håpet å finne på Valen.

Her er en framstilling av transorbital lobotomi. Det er Rimestads egne ord slik de stod i Nordisk Psykiatrisk medlemsblad i 1956. Noen latinske uttrykk har jeg fornorsket i parentes.

Som narkose brukes elektroshokk. Det gis som regel 2 sjokk med et par minutters mellomrom til å begynne med, og så om nødvendig 1 sjokk etterat operasjonen er utført på den ene siden. Det viser seg at dosene må økes for hvert sjokk da terskelen for utløsning synes å stige.

Freeman anfører at denne narkosemetode har flere fordeler: Den er lettvin, sikker, nedsetter blodets koagulasjonstid og har per se en understøttende terapeutisk virkning. Dessuten kommer pasienten snart til bevissthet etter operasjonen.

Hos rolige pasienter tegnes før sjokkene opp det første snitts projeksjon på pannen, på begge sider. Svarende til innstikkstedet i orbitaltaket [skalleveggen mellom øynene og hjernen], omtrent midt over bulbus oculi [øyeplet], trekkes en loddrett linje oppover pannen. Av papp har man klippet ut en sirkelsektor på 30 grader. Ved hjelp av denne trekkes nå en linje oppover mediallyt, i 30 graders vinkel med den loddrette linjen. Hos urolige pasienter foretas tegningen etter at sjokkene er gitt.

Øvre øyenlokk fattes med en tøyklype og holdes av en assistent opp og noe ut fra bulbus oculi [øyeeplet]. En vanlig palpebraløfter [øyelokkløfter] viste seg å ha altfor lett for å glippe.

En enkel steril tynn lerretsklut besmøres med steril vaselin, legges over nedre øyenlokk og holdes av en assistent hele tiden lett strammet over nedre del av bulbus oculi [øyeeplet], nedre øyenlokk og kinnet på operasjonssiden, etter at håndkle først er plassert over pasientens nese og munn.

Levkotomen er en kraftig "ispigg" av rustfritt stål. Den har merker 5 og 7 cm fra spissen. Selve sylen er 11 cm, skaftet 8 cm og diameteren er 4 mm ved 7 cm-merket.

Med en lett borrende bevegelse fikseres spissen på innstikkstedet, midt i orbitas [øyehulens] høyeste del. Skaftet senkes nå så sylen kommer parallelt med den benete neserygg. Herved blir det ofte et ganske sterkt press på cornea [hornhinnen]. Levkotomen bankes med en liten hammer inn til 7 cm-merket. Ved tynt orbitaltak [skallevegg mellom øynene og hjernen] kan den unntagelsesvis trykkes inn uten banking. Fra denne stilling (levkotomen paralelt med den benete neserygg og den loddrette linje på pannen) utføres første snitt, idet skaftet langsomt beveges 30 grader i lateral retning til sylen ligger parallelt med den linjen som peker 30 grader medialt. En lege står ved hodeenden av bordet og hjelper kirurgen med å sikte inn instrumentet. Skaftet føres så ca 10 grader tilbake i samme plan, hvorpå annet snitt, the deep frontal cut (d.f.c.) utføres. Skaftet løftes rett opp til levkotomen støter an mot margo supraorbitalis [beinet under øyebrynet]. Siste del av dette snittet utføres ofte under sterk motstand fra orbitas [øyehulens] benete tak. Er denne motstanden for stor, har man her rennonsert på å få snittet fullstendig. Ofte hører og føler man at orbitaltaket [skalleveggen mellom øynene og hjernen] fraktureres [brytes opp]. Hvis snittet blir vellykket, står nå levkotomen nesten loddrett på pasientens panne, i retning 20 grader medialt fra parasagittalplanet [vertikalplanet gjennom øyet, loddrett på panna].....

Fra sistnevnte stilling trekkes levkotomen ut til 5 cm-merket. Såvidt mulig i samme plan som d.f.c. senkes skaftet mot kinnet så levkotomen atter rettes inn parallelt med den benete neserygg. Tredje snitt utføres så ved at skaftet føres maksimalt lateralt slik at levkotomen lager et nytt sektorsnitt medialt i 5 cm dybde, levkotomen trekkes så helt ut.

*(Søren Rimestad)*

På Valen lobotomerte de over 100 på et enkelt år. Totalt ble 355 pasienter lobotomert der. Men Wendelbo reiste rundt til andre sinnsykehus på Vestlandet også. Totalt lobotomerte han ifølge forskeren Joar Tranøy ca 700 pasienter. Den nye teknikken ble godt motatt på Valen. De skrev i en årsmelding: "Då den transorbitale teknikk er både tids- og pengesparande har ein slutta heilt med prefrontal teknikk."

Rimestad skrev: "Operasjonen tar kort tid. Mest tid går til sjukkene. Går det hele glatt kan operasjonen være over på snaue 10 minutter. Overlege Per Wendelbo opererer 12 pasienter på en formiddag (mot ellers 4 vanlige leukotomier på en dag)." (Nordisk Psykiatrisk medlemsblad 1956.)

Ørnulv Ødegård, psykiater og direktør på Gaustad la vekt på det praktiske ved den nye metoden. I en artikkel med tittel "Nye fremsteg i psykiatrien" i Tidsskrift for den norske Lægeforening fortalte han om en operasjon som "lettvint kan utføres av psykiateren med det instrument han måtte ha i lommen, og som merkelig nok kan være både farefri og effektiv."

På Valen ble jeg godt mottatt, akkurat som på Lier. Usikker som jeg var tok jeg bilder av alt. Blant alle de kirurgiske redskapene jeg fotograferte var det fem syler med håndtak i rustfritt stål. De hadde alle filt inn et merke 5 cm fra spissen, og et ved 7 cm. Et par av dem var tydelig bøyd og så rettet ut igjen. De hadde merker etter hammeren på endene. Jeg fant hammeren også. Den hadde slagmerker. På skaftet var ordet "STILLE" inngravert. (En svensk produsent.)

Jeg tok i disse redskapene med en følelse av andakt.

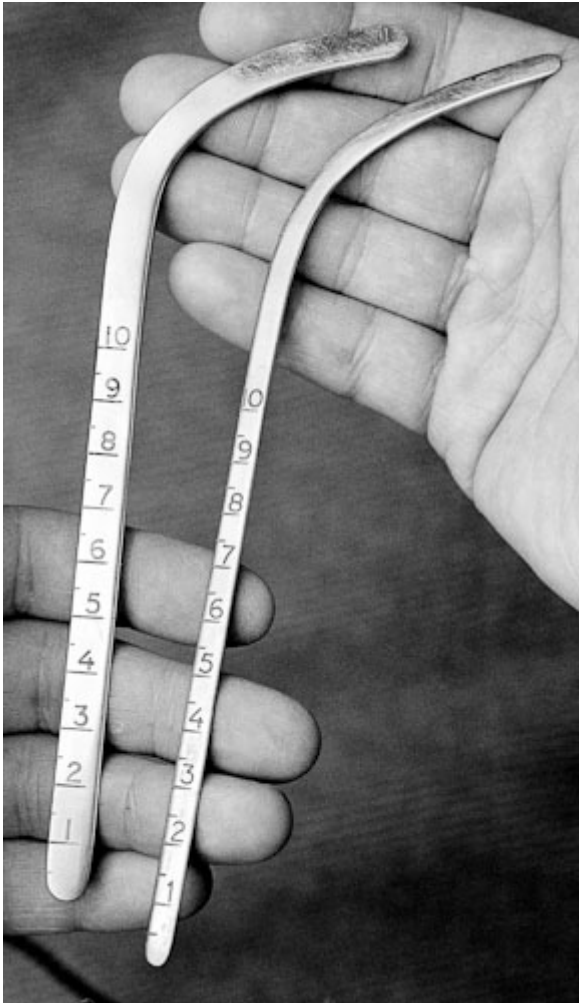
Oslo 16. mai 1994

Bernt Eide

Sveivedrill med kulebor ble brukt til å lage hullene de opererte gjennom.



Kniver utviklet av Rikshospitalet for "standardlobotomi"





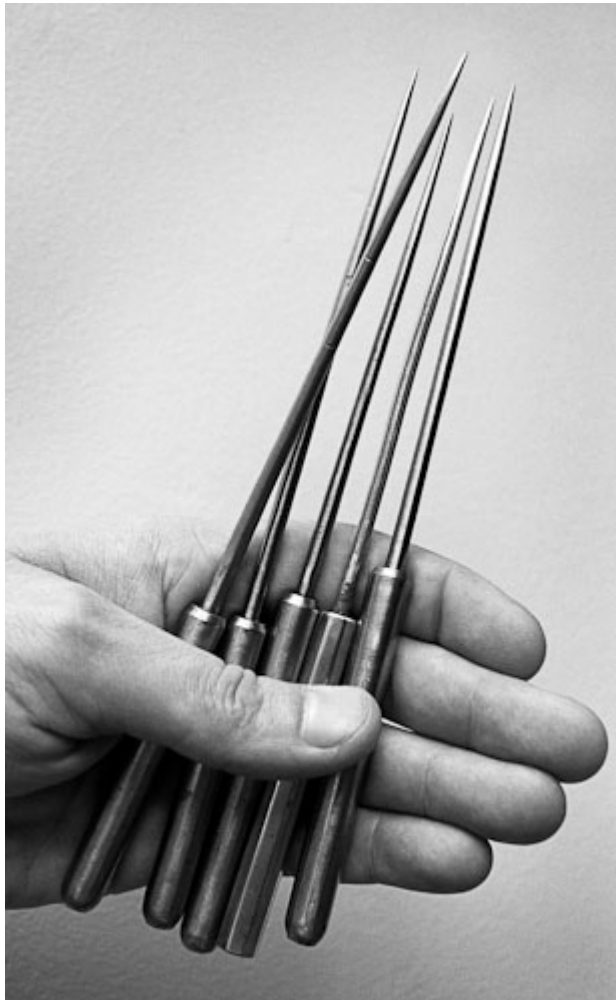
Han blei litt sint, overlege Nils Eie, da han leste brevet fra Sosialdepartementet. Der står det at "lobotomi ble betraktet som en forsvarlig metode da den var i bruk



Her er noe av det jeg fant på Valen. Oppe mot venstre er hammeren og de fem "levkotomene" som ble brukt til å gå gjennom øyehulen. Nede til venstre er en slags "loddebolt" til å stanse blødninger med varme. Det øvrige kan knyttes til "standardmetoden"



Fem "levkotomer" fra Valen. Med slik redskap i handa var lobotomering unnagjort på ti minutter.



(Publisert i Dag og Tid, Bergens Tidende og Humanist)