

Konklusjon

Det er ikke grunnlag for innholdsmessige endringer i Landsforeningen mot Krefts liste. Varige smerter er i enda høyere grad enn de syv faresignalene uspesifikt som kreftsymptom, spesielt hos yngre mennesker og hos menn. Varige smerter forekommer utvilsomt som tidligsymptom på kreft, men sensitiviteten er ikke særlig høy. Det kan også reises andre innvendinger mot bruk av varige smerter som faresignal: det er sannsynligvis en utbredt forestilling at smerte alltid forekommer ved kreftsykdom; pasienter sier iblant at de ikke søkte lege fordi smerter ikke ledsaget de øvrige symptomene. Dessuten er smerte sannsynligvis det symptom som folk flest oftest opplever, og da ved alle mulige tilstander, fra de helt bagatellmessige til de svært alvorlige.

*Forfatterens nåværende arbeidssted:
c/o Mission Norvégienne
B.P. 6
Ngaoundéré
Cameroun
Vest-Afrika*

Litteratur

1. Holtedahl KA. Kreftdiagnostikk i almenpraksis IV. Intervjuregistrering av kreftfaresignaler. Pasienter i almenpraksis og i befolkningen. Tidsskr Nor Lægeforen 1984;104:800-3.
2. Holtedahl KA. Kreftdiagnostikk i almenpraksis V. Pasienter med og uten kreft. Hvem søker lege for kreftens syv faresignaler? Tidsskr Nor Lægeforen 1984;104:804-6.
3. Hannay DR. The «iceberg» of illness and «trivial» consultations. J R Coll Gen Pract 1980;30:551-4.

4. American Cancer Society. A study of motivational, attitudinal and environmental deterrents to the taking of physical examinations that include cancer tests. New York: Lieberman Research Inc, 1966.

5. American Cancer Society. A basic study of public attitudes toward cancer and cancer tests. New York: Lieberman Research Inc, 1979.

6. Holtedahl KA. Kreftdiagnostikk i almenpraksis I. Kan diagnosen stilles tidligere? Tidsskr Nor Lægeforen 1980;100:1219-23.

7. Holtedahl KA. Kreftdiagnostikk i almenpraksis III. Almenpraktikeres registrering av kreftfaresignaler hos pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 1984;104:799-800.

8. Berkanovic E. Seeking care for cancer relevant symptoms. J Chronic Dis 1982;35:727-34.

Kreftdiagnostikk i almenpraksis VII

Ringeklokkesymptomer, ringeklokke-data og fallgruver

Nyttige varslere i almenpraktikerens kreftdiagnostiske arbeid?

Her presenteres lister over «ringeklokkesymptomer», «ringeklokke-data» og «fallgruver» i praktisk kreftdiagnostikk. Listene er ment å være forslag til en utdypet og forbedret legerettet versjon av de publikumsrettede kreftens syv faresignaler.

Forekomst av disse diagnostiske data er registrert ved journalgjennomgang for 65 kreftpasienter. Forekomst av ringeklokkesymptomer er også registrert hos 65 kjønns- og aldersmessig like kontrollpasienter. For kreftpasientene er kun ringeklokkesymptomer som opptrådte før diagnose, registrert. Ringeklokkesymptomene er klassifisert som «tidlig» eller «sent» opptrædende på samme måte som i en tilsvarende undersøkelse der de syv faresignalene ble registrert (1).

Tidlige ringeklokkesymptomer opptrådte hos 63 % av kreftpasientene. Forekomsten av ringeklokkesymptomer hos kontrollpasientene var 25 %. Forskjellen er signifikant ($P = 0,000$).

Ringeklokke-data er relevante for 31 % av kreftpasientene. Fallgruver vanskeliggjorde diagnosen hos 29 %.

Fra egen praksis vet jeg at kreftens syv faresignaler tjener legen som påminnings-«ringeklokker» til å tenke på kreft som diagnostisk mulighet.

Legens diagnostiske nytte av slike faresignaler kan antakelig økes ved en

Knur Arne Holtedahl
Kvaløysletta helse- og sosialsenter
9100 Kvaløysletta

omarbeiding og presisering, basert på forskjellen i basiskunnskap mellom lege og publikum. Legen må i mindre grad enn folk flest antas å kunne feiltolke betydningen av vage symptomer. Legen vil kunne sette enkeltsymptomer inn i en sammenheng, og legens handlemåte behøver ikke å bli påvirket av den mer eller mindre uttalte angst som folk flest opplever stilt overfor muligheten av å ha kreft.

Med bakgrunn i egen praksis og tenkemåte de siste årene, har jeg derfor utarbeidet et sett med «ringeklokkesymptomer» (tab 1) og mer epidemiologiske «ringeklokke-data» (tab 2), som jeg håper kan være til hjelp for leger i primærhelsetjenesten. Samtidig eksisterer en rekke «fallgruver» (tab 3) som må tas med i vurderingen om pasienten virkelig har kreft.

Jeg ønsket å undersøke betydningen av ringeklokkesymptomer, ringeklokke-data og fallgruver i kreftdiagnostikk. I tillegg ville jeg se nærmere på nytten av høye senkningsreaksjoner og lave hemoglobinverdier, som for mange almenpraktikere også har en ringeklokkefunksjon, blant annet i forhold til kreft.

Materiale og metode

Tidligere er forekomsten av kreftens syv faresignaler analysert hos 65 kreftpasienter og 65 kontrollpasienter med likt kjønn og tilsvarende alder (1). Ved gjennomgang av disse pasientenes journaler fra almenpraksis og sykehus ble forekomsten av ringeklokkesymptomer registrert. Symptomet måtte ha opptrådt før diagnosen ble stilt. For kreftpasientene ble det etter kriterier fra (1) vurdert om ringeklokkesymptomet forekom «tidlig» eller «sent» i sykdomsforløpet. Likeledes ble det for hver av kreftpasientene vurdert om det forelå ringeklokke-data («høy alder» er ikke tatt med) med relevans til den aktuelle kreftformen, og om fallgruver hadde vanskeliggjort diagnosen.

Blant fallgruvene ble aldersmessig fallgruve registrert for kreftsykdom som opptrådte før fylte 50 år og hvor den aktuelle kreftformen har økende insidens med økende alder.

Diffuse symptomer ble registrert som fallgruve der vage, alminnelig forekommende symptomer som slapphet, dårlig definerte og varierende smertelager osv., var notert i journalen i en slik sammenheng at de syntes å ha forvirret legen mer enn å ha bidratt til diagnosen. Tabell 3 beskriver de øvrige fallgruvene.

Chi kvadrat test er benyttet til statistisk analyse.

Tabell 1 Ringeklokkesymptomer – kan være kreft

Symptom	Aktuelt som tidlig kreftsymptom i (organ)	Eventuell nærmere symptombeskrivelse
Sår	Hud Slimhinner: munn, nese, øre, genitalia	
Kul	Bryst Hals Aksille Lysker Ben (knokler) Muskulatur	
Smerter	Bihuler Ventrikkel Pankreas Nyre Ben (særlig lange rørknokler og vertebrae) Sentralnervesystemet	Epigastriesmerter Vage, men konstante smerter Hodepine. Ryggsmerter særlig i ryggleie: medulla spinalis, men også vertebrae, pankreas, nyre
Stenose/ irritasjons- symptomer	Bihuler Larynx Bronkier Oesophagus Galleveier Cerebello-pontine vinkel Hypofyse Medulla spinalis Cerebrum	Nasalstenose Heshet Hoste, dyspnoe, infeksjon Svelgbesvær Ikterus Hørseltap, eventuelt øresus, ustøhet Ensidig synsnedsettelse Endokrine symptomer Sensibilitetstap, eventuelt pareser Epilepsi, pareser
Blødninger (makro- eller mikroskopiske, eller kutane)	Epipharynx, nese Bronkier Ventrikkel Colon Uterus/vagina Nyre Blære Prostata Hud (leukemi)	
Almen- symptomer	Ventrikkel Pankreas Nyre Sentralnervesystemet Lymfomer Leukemi	Kvalme, vekttap, slapphet Vekttap Vekttap, slapphet Kvalme, oppkast, svimmelhet Slapphet, subfebrilitet Slapphet, subfebrilitet
Paraneoplasier Polynevritt Endokrino- pati	Lunge o.a. Lunge o.a. Mamma o.a. Pankreas	Sensibilitet/reflekser svekket, eventuelt pareser ACTH-syndrom (Cushing) Hyperkalsemi/nyrestein Gastrinom/ulcus
Kutane	Oftest ved lymfomer/myelomer/leukemier eller ved adenokarsinomer	Acanthosis nigrans (aksiller) Ervervet iktyose Generalisert pruritus Erythrodermi Purpura Dermatomyositt (ansikt/øyelokk, erytem, ødem, teleangiektasier) Multiple tromboflebitter

Ringeklokkesymptomer tilsier alltid:
undersøkelse – vurdering – kontroll hvis uklar konklusjon

Resultater

Journalregistrert forekomst av ringeklokkesymptomer er vist i tabell 4. Tidlige ringeklokkesymptomer ble registrert hos 24 kvinner og 17 menn blant kreftpasientene. Forskjellen mellom tidlig opptreden hos kreftpasientene og

forekomst hos kontrollpasientene er signifikant ($P=0,000$), og som for faresignaler er forskjellen større for menn ($P=0,003$) enn for kvinner ($P=0,005$).

Tidlig opptredende ringeklokkesymptomer har en sensitivitet på 63 %.

Ringeklokkesymptomenes spesifisitet hos kontrollpasientene var 75 %.

Kjønnsfordelingen av de enkelte ringeklokkesymptomene er vist i tabell 5. Blant kreftpasientene fikk én kvinne registrert tre tidligsymptomer, tre kvin-

Tabell 2 Ringeklokke-data ved tidlig kreftdiagnostikk

Øket kreftrisiko ved	Mest aktuelle organ
Personkarakteristika	
Høy alder	
Røking	Bronkier, larynx, leppe, munnhule, blære
Høyt alkoholintak	Oesophagus, larynx, munnhule, mamma, thyreoidea, melanom
Visse yrker (støv- og kjemikalieeksposisjon)	Blære, bronkier, lever
Flere krefttilfelle i familien	Colon (polypose), men ofte forskjellig organlokalisasjon
Lav sosialgruppe	Cervix uteri, ventrikkel, rectum, bronkier, blære
Stor kroppsoverflate (høyde, vekt)	Mamma, corpus uteri
Null- eller lav paritet (første barn sent kanskje viktigere enn paritet)	Mamma
Høy paritet	Cervix uteri
Mange seksualpartnere	Cervix uteri
Solforbrennes lett	Hud
Tidligere sykdommer	
Gjennomgått kreftsykdom	
Gastrektomert	Ventrikkelstump
Anacid	Ventrikkel
Ulcerøs kolitt	Colon
Hypertoni	Nyre
Hypertoni + diabetes mellitus + stor kroppsoverflate («korpuskarsinomsyndrom»)	Corpus uteri
Gallesten/gjennomgåttolecystitt	Galleblære. Hos yngre kvinner også bryst, genitalia interna, gastrointestinaltraktus
Aktuell sykehistorie	
Progresjon	

Litteratur: (16-25)

ner og én mann fikk registrert to tidlige symptomer, tre kvinner fikk registrert ett tidlig og ett sent symptom, og én kvinne og én mann fikk registrert to sene symptomer. Ingen av kontrollpasientene fikk registrert mer enn ett ringeklokkesymptom.

Forekomsten av ringeklokke-data (unntatt høy alder) og fallgruver hos de enkelte kreftpasientene er vist i tabell 6. Epidemiske eller anamnesticke data som går utover selve den aktuelle sykehistorien, synes å kunne være til diagnostisk hjelp hos nesten en tredjedel

av kreftpasientene. For en omtrent like stor andel foreligger en anamnestic, epidemiologisk eller tolkningsmessig fallgrube som vanskeliggjør kreftdiagnosen for legen.

SR > 20 mm/t før diagnosen ble stilt forekom hos seks kvinnelige og seks mannlige kreftpasienter mot fire mannlige og tre kvinnelige kontrollpasienter. Forskjellen mellom kreftpasienter og kontrollpasienter er ikke signifikant. Hb < 11 g/100 ml forekom hos to kvinnelige kreftpasienter og én kvinnelig kontrollpasient.

Tabell 4 Tidlig forekomst av legerettede ringeklokkesymptomer hos 65 kreftpasienter og forekomst hos 65 kontrollpasienter. Tromsø 1981-1982

	Antall pasienter					
	Kvinner (n = 37 i hver gruppe)		Menn (n = 28 i hver gruppe)		Kvinner + menn (n = 65 i hver gruppe)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Kreftpasienter	24	65	17	61	41	63
Kontrollpasienter	12	32	4	14	16	25

Tabell 3 Kreftdiagnostiske fallgruver

Negative undersøkelser utelukker ikke kreft
Gjelder laboratorieprøver, røntgenundersøkelser, kliniske undersøkelser

Patologiske prøvesvar må kontrolleres og følges opp,
ikke bare arkiveres

Banale lidelser utelukker ikke samtidig kreft

Hyppigst hos eldre utelukker ikke hos yngre

Ikke bli lurt av traumer i sykehistorien
Det er menneskelig å lete etter nærliggende forklaringer på symptomer

Diffuse symptomer kan iblant bli mindre diffuse
ved utspørring om tidsforløp, intensitet, progresjon

Tenk endokrinologi ved forvirrende symptomer, og
tenk tumor ved endokrinologi

Diskusjon

Gruppene med kreftpasienter og kontrollpasienter er bare begrenset sammenlignbare. Det vises til diskusjon i (1).

I den alminnelige befolkningen har ringeklokkesymptomer meget liten verdi som kreftdiagnostisk screening-parameter, fordi kreftprevalensen er på promillenivå. Som et signal til øket oppmerksomhet kan ringeklokkesymptomene likevel antas å fungere hensiktsmessig. Jeg vil kort kommentere utvalget av ringeklokkesymptomer:

Sår, kul, blødninger: Tilsvarende tre av kreftfarsignalerne. Oftest lett observerbare for pasient og lege, men legen må inkludere de mikroskopiske blodningene.

Stenose/irritasjonssymptomer: Aktuelle og anatomisk logiske i kroppens hulrom og kanaler.

Smerter: Anatomiske betraktninger tilsier at smerter av en viss varighet er et mulig tidligsymptom ved svulster i trange hulrom i kroppen, f.eks. i øre-nese-halsområdet, i sentralnervesystemet, i pankreas og kanskje i nyre. Dessuten er periost særlig smertesensibelt, slik at bentumores sannsynligvis kan gi smerter tidlig. Slike betraktninger synes å passe ganske bra med vanlig klinisk erfaring. Mer omstridt er spørsmålet om på hvilket histologisk stadium ventrikkelcancer kan gi smerter (2-4). Hos noen pasienter kan symptomet sikkert

Tabell 5 De enkelte ringeklokkesymptomer fordelt på kjønn. Antall ringeklokkesymptomer registrert

	Kvinner		Menn		Kvinner + menn	
	Kreftpasienter		Kreftpasienter		Kreftpasienter	
	Tidlig	Kontroll-	Tidlig	Kontroll-	Tidlig	Kontroll-
	Sent	pasienter	Sent	pasienter	Sent	pasienter
Sår	2	-	3	-	5	-
Kul	12	3	6	-	18	3
Smertesmerter	1	-	3	-	4	-
Stenose/irritasjon	1	2	1	1	1	3
Blødninger	7	-	4	1	11	1
Almensymptomer	5	2	1	1	6	3
Paraneoplasier o.l.	1	-	1	-	2	-
Totalt	29	7	12	18	47	10

Tabell 6 Forekomst av diagnoserelevante ringeklokke-data (unntatt høy alder) og fallgruver hos 65 kreftpasienter. Tromsø 1981-1982

	Antall pasienter					
	Kvinner (n = 37)		Menn (n = 28)		Kvinner + menn (n = 65)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ringeklokke-data	14	38	6	21	20	31
Fallgruver	10	27	9	32	19	29

bidra til diagnose i et prognostisk godt stadium.

Almensymptomer: Mange almenpraktikere har brent seg på å bagatellisere almensymptomer i mangel av fokale kreftsymptomer (5). Kvantifisering er vanskelig. Danske undersøkelser har avkreftet at tretthet og depresjon kan brukes som tidligindikatorer på kreft (Niels Nørrelund, personlig meddelelse, Thorstein A. Stefansson, personlig meddelelse). Almensymptomer er kanskje mest aktuelt ved kreft i gastrointestinaltraktus, i sentralnervesystemet og ved lymfomer/levkemier.

Paraneoplasier (6-12): Hver enkelt form forekommer sjelden, men det er så mange forskjellige ikke-metastatiske fjerntmanifestasjoner av kreft at begrepet bør være kjent. I tabell 1 er kun tatt med de minst sjeldne og de mest aktuelle som tidligindikatorer. Herpes zoster er ikke tatt med, fordi det nylig er vist at sykdommen ikke er assosiert med øket kreftrisiko (13).

Ringeklokke-data har størst interesse når det allerede foreligger kreftmistanke på annen måte. Det er kreftdiagnostisk til liten hjelp å vite om en tilfeldig pasient røker. Hos en 65-åring

som har hostet lenge, er opplysningen viktigere. I denne sammenhengen er det viktig at nettopp slik arbeider en almenpraktiker: Summen av mange kunnskaper, erkjennelser, observasjoner er basis for all diagnostikk og terapi. Medisin som praktiseres ut fra et helhetssyn på pasienten, er viktig ikke minst i kreftdiagnostikk (14, 15).

Fallgruver opptrer hos kreftpasientene hyppig nok til at en fallgruvevurdering alltid bør foretas bevisst der kreftmistanken begynner å bli sterk, eller der symptomer og funn, laboratorieresultater og andre data motsier hverandre når legen i utgangspunktet har tenkt på kreft.

Ved ikke-maligne sykdommer forekommer ringeklokkesymptomer hyppigere hos kvinner enn hos menn. Som for faresignaler (1) er det også for ringeklokkesymptomer flere spesifikke kvinnelige enn spesifikke mannlige sykdommer som gir denne typen symptomer.

Almenpraktikere bør være kjent med og kunne vurdere ringeklokkesymptomene. De viktigste risikodata bør likeledes være kjent. Bevissthet om fallgruvene må være en del av enhver kreftdiagnostisk vurdering. I tillegg kan det

tenkes å være nyttig med en organbasert oppsummering av viktige symptomer, siden almenpraktikerens erfaring med de forskjellige kreftformer alltid må bli sporadisk. Det synes å være behov for en håndbok i kreftdiagnostikk for almenpraktikere.

Forfatterens nåværende arbeidssted:
c/o Mission Norvégienne

B.P. 6

Ngaoundéré

Cameroun

Vest-Afrika

Litteratur

- Holteidahl KA. Kreftdiagnostikk i almenpraksis V. Pasienter med og uten kreft. Hvem søker lege for kreftens syv faresignaler? Tidsskr Nor Lægeforen 1984;104:804-6.
- Murakami T. Early cancer of the stomach. World J Surg 1979;3:685-92.
- Heinkel K, Kimmig JM, Spanknebel H, Kleen U, v.Gaisberg U. Eigene Ergebnisse zur Früherkennung des Magenkarzinoms. Dtsch Z Verdau Stoffwechselkr 1976;36:7-11.
- Rosch W, Thoma R. Anamnese beim Frühkarzinom des Magens. Med Klin 1974;69:2063-6.
- Starey CJH. The diagnosis and treatment of cancer in general practice. J Coll Gen Pract 1966;12:32-42.
- Roth J. Die paraneoplastischen Syndrome. Systemwirkungen und Indikatoren bösartiger Geschwülste. Hippokrat 1973;44:18-38.
- Tjørstad K. Polyneuropati og cancer ventriculi. Tidsskr Nor Lægeforen 1981;101:1064-5.
- Tveter KJ. Paraendokrine cancersyndromer. Tidsskr Nor Lægeforen 1978;98:1085-90.
- Gerner T. Endokrine pancreastumors. Tidsskr Nor Lægeforen 1982;102:249-51.
- Jorde R, Burhol PG. Måling av gastrointestinale reguleringspeptider. Klinisk nytte. Tidsskr Nor Lægeforen 1982;102:858-61.
- Metz J. Kutane paraneoplastische Syndrome. MMW 1975;117:29-36.
- Storås B. Hudforandringer som symptom ved maligne lidelser. Ervervet ichtyosis vulgaris som første symptom ved mb. Hodgkin. Tidsskr Nor Lægeforen 1978;98:895-6.
- Ragozzino MW et al. Risk of cancer after herpes zoster. N Engl J Med 1982;307:393-7.
- Gray DJP. The role of the general practitioner in the early detection of malignant disease. Trans Hunterian Soc 1966;25:135-79.
- Cox KR. The GP and the cancer patient. What does a GP do about the person who might have cancer? Aust Fam Physician 1978;7:757-69.
- Harket R. Betydningen av stoffer i

Tortur

Wagner G, Rasmussen OV. *Om tortur*. 167 s, ill. København: Hans Reitzels forlag, 1983. Pris Dkr 143,30

Denne boken er hverken en lærebok eller en doktoravhandling; den er skrevet hverken for spesialister eller almenpraktiserende leger, men den angår hvert eneste tenkende menneske i vår verden. Det er en bok som ikke gir oss fred og ikke bør gjøre det; en bok hvis innhold er grusomt, fordi den behandler et grusomt emne. Likevel har forfatterne klart å holde et faglig forsvarlig nivå i sin fremstilling, som burde appellere særlig til leger. Boken er om tortur. Den beskriver ikke bare torturens historie; de forskjellige torturformer og torturens innflytelse på enkeltindividet og familien. Den er også opp tatt av attføring av torturofre og ikke minst det arbeid som kan gjøres for å forhindre tortur.

FN's høykommissær for flyktninger, Poul Hartling, skriver i sitt forord til boken at tortur er en del av dagens virkelighet, men at det behøver den ikke være. Og det bør den ikke være. Hvis vi bekjenner oss til den oppfatning at et

menneske har verdi, vil vi også være med på å bekjempe umenneskelighet hvor vi møter den. At tortur er en av de verste former for umenneskelighet, beviser boken til fulle.

For en lege vil kapitlet om helsepersonaleets medvirkning og medviten høre til det mest opprørende. Til tross for Tokyo-deklarasjonen som meget klart presiserer at en lege på ingen måte må medvirke i tortur eller noen form for grusom eller annen inhuman behandling, dokumenterer boken hevet over enhver tvil at leger på psevdoprosesjonell måte medvirker i tortur i mange land verden over. Noe lignende må også sies om sykepleiere til tross for at også The International Council of Nurses i Singapore, har vedtatt en deklarasjon som ligner Tokyo-deklarasjonen fra World Medical Association. At legenes vegring i å medvirke kan ha betydning, viser følgende avsnitt fra boken: «Den 19. september 1980 fikk 3 tyver amputert høyre hånd. Det foregikk i ørkenen utenfor Mauritania's hovedstad Nuakchhoff. Straffen ble anvendt ifølge islamsk lovgivning. Amputasjonene ble foretatt av en lege. Den muslimske lov følger nøyaktig Kora-

nen, hvor det står at den rette straff for å stjele, er avhugging av høyre hånd. President Zia i Pakistan har også innført den islamske lov, og siden han kom til makten er 22 blitt idømt denne straff. Ingen av dem har dog hittil fått dommen eksekvert da myndighetene har støtt på det problem at ingen leger vil utføre operasjonen. Legene nekter å utføre operasjonene fordi de strider mot legeløftet og Tokyo-deklarasjonen... Amputasjonsdommer er også kjent fra Saudi-Arabia, Iran og Libya. Men i sistnevnte land har legene nektet å utføre dommen.»

Boken forsøker også å gi et bilde av de tiltak som har vært gjort mot tortur, og det viser seg dessverre igjen at FN ikke er i stand til å gjøre så meget. Det må tas så mange hensyn; de mektige medlemsland må ikke støtes, og som regel er det slik «at de små henger på og de svære slipper fri». Amnesty International derimot har gjort et omfattende arbeide for å komme torturerte til hjelp. Ved siden av de tallrike undersøkelseskommissjoner som er sendt ut, har det vært opprettet flere sentre som beskjef tuger seg med behandling og attføring av torturerte. Det første i København hvor dr. Inge Kemp Geneske har vært en utrettelig forkjemper for opprettelsen av senteret, og er nå omsider blitt dets leder. Et annet senter er opprettet i Toronto, Canada, og det tredje er under planlegging i Los Angeles, California. En viktig oppgave for disse sentrene er å bevise at tortur har funnet sted, idet myndighetene i de forskjellige land benytter seg av stadig mer raffinerte metoder som ikke etterlater spor. Det blir da meget lettere å nekte, å fraskrive seg ansvar, å påstå at offeret ikke er noe offer, men bare løgner.

«Hva kan vi gjøre?» spør Hartling og svarer selv, «Vi kan alle være med og reise en bevegelse mot tortur; vi kan være med på å støtte dem som forsøker hjelpe; vi kan lese om virkeligheten og vi kan utbre kjennskap til virkeligheten for å endre den». Det er nettopp det boken forsøker å gjøre. Den er så avgjort ikke nattbordslektyre. Den forstyrrer ens nattesøvn og bør gjøres det. Det er en del av dens misjon. Den bør derfor selvfølgelig finnes i enhver leges bibliotek.

L. Eitinger

menneskets miljø for utviklingen av kreft. *Farmakoterapi* 1982;1:1-13.
17. Williams R. Breast and thyroid cancer and malignant melanoma promoted by alcohol-induced pituitary secretion of prolactin, TSH and MSH. *Lancet* 1976;2:996-9.
18. Svendsen LB, Bülow S. Cancerfamiliesyndromet. *Ugeskr Læger* 1981; 143:2713-8.
19. Nesheim BI. P-piller og cancer cervicis uteri. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1978;98:1422-3.
20. Lund E. Brystkreft. Kohortanalyse av tilfelle diagnostisert i Norge 1955-1980. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1983;103:1429-32.
21. de Waard F, Baanders-van Halewijn EA. A prospective study in general practice on breast-cancer risk in

post-menopausal women. *Int J Cancer* 1974;14:153-60.
22. Moan J, Volden G. Er det sunt eller skadelig å sole seg? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1983;103:1425-9.
23. Lund E. Stumpcancer i Norge 1970-1979. Diagnostisk eller reell økning? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1983; 103:765-7.
24. Krieglsteiner P, Johannigmann J. Beitrag zur Früherkennung des Korpuserkarzinoms. *Zentralbl Gynakol* 1975;97:403-9.
25. Löwenfels AB, Domellöf L, Lindström CG, Bergman F, Monk MA, Sternby NH. Cholelithiasis, cholecystectomy, and cancer: A case-control study in Sweden. *Gastroenterology* 1982;83:672-6.