

- <sup>1</sup> Selwyn S. The mechanism and prevention of cross-infection in dermatological wards. *J Hyg (Camb)* 1965; 63: 59-71.
- <sup>2</sup> Leyden JJ, Marples RR, Kligman AM. *Staphylococcus aureus* in the lesions of atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1974; 90: 525-30.
- <sup>3</sup> Hauser C, Wuethrich B, Matter L, Wilhelm JA, Sonnabend W, Schopfer K. *Staphylococcus aureus* skin colonisation in atopic dermatitis. *Dermatologica* 1985; 170: 35-9.

J.J.E. VAN EVERDINGEN

## Diversen

### *De normale bezinkingssnelheid bij bejaarden*

Miller et al. vonden een eenvoudige regel ter berekening van de normale bezinkingssnelheid der erythrocyten.<sup>1</sup> Voor mannen is het aantal mm in het eerste uur gelijk aan de helft van de leeftijd in jaren nog normaal, voor vrouwen de helft van het getal dat men krijgt door 10 jaar bij de leeftijd op te tellen.<sup>2</sup> Deze regel was het resultaat van een onderzoek bij een grote groep volwassenen van 20 tot 65 jaar. De gemiddelde bezinkingssnelheid was uiteraard lager en liep bij mannen van deze leeftijden van 3 tot 8 mm in het eerste uur, bij vrouwen van 7 tot 15 mm. Griffiths et al. gingen na of de regel ook opging voor bejaarden en onderzochten 100 mannen en 100 vrouwen van 60 tot 89 jaar.<sup>3</sup> Van hen werd niet alleen de bezinkingssnelheid bepaald, maar zij werden ook verder onderzocht. Een verhoogd aantal leukocyten, een verlaagd hemoglobinegehalte en het hebben van een

ziekte correleerden met een verhoogde bezinkingssnelheid. Als men met statistische methoden deze invloeden elimineerde, bleek de bovengenoemde regel weliswaar ook voor bejaarden op te gaan, maar tegelijk maar een betrekkelijke waarde te hebben.

Tegen het eerstgenoemde onderzoek kon men theoretisch het bezwaar hebben, dat de gevonden regel aangeeft welke waarden nog normaal *kunnen* wezen, maar dit niet *behoeven* te zijn. Bij het bejaardenonderzoek bleek dit bezwaar juist te zijn. Velen die ziek waren bevonden, hadden een bezinkingssnelheid die nog binnen „het normale” viel. De gemiddelde bezinkingssnelheid van de gezonde personen liep met de jaren op van 4 tot 7 mm bij mannen en van 5 tot 12 bij vrouwen. Bij de zieken waren deze getallen 10 tot 29 bij de mannen en, gelijk blijvend met stijgende leeftijd, 22 bij de vrouwen. De schrijvers menen dat het vinden van hogere waarden dan deze laatste in ieder geval een nader onderzoek rechtvaardigt.

## LITERATUUR

- <sup>1</sup> Miller A, Green M, Robinson D. Simple rule for calculating normal erythrocyte sedimentation rate. *Br Med J* 1983; 286: 266.
- <sup>2</sup> Rùbsaam CJ. Een eenvoudige regel ter berekening van de normale bezinkingssnelheid der erythrocyten. (Referaat) *Ned Tijdschr Geneeskd* 1983; 127: 1158-9.
- <sup>3</sup> Griffiths RA, Good WR, Watson NP, O'Donnell HF, Fell PJ, Shakespeare JM. Normal erythrocyte sedimentation rate in the elderly. *Br Med J* 1984; 289: 724-5.

C.J. RÙBSAAM

## INGEZONDEN

*(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)*

### *Serologische controle op syfilis van zwangere vrouwen in Amsterdam*

Naar aanleiding van het antwoord van Coutinho, Jansen Schoonhoven en Van der Helm op mijn brief (1985; 1156-7) wil ik naar voren brengen dat slechts beperkte informatie, in hoofdzaak de resultaten van de syfilisserologie en het serologische antwoord op therapie, aan de lezer werd gegeven. Tevens wordt mijns inziens de fout gemaakt bij de beschrijving van de gegevens van patiënte A „dat daar waar de resultaten van de syfilisserologietests voor meerdere uitleg vatbaar kunnen zijn, slechts voor één van de mogelijkheden wordt gekozen.”

De diagnose: „Lues latens recens zeer waarschijnlijk” kan in twijfel worden getrokken. Met evenveel recht kan men stellen dat patiënte, Surinaamse, destijds aan een (al dan niet behandelde) niet-venerische treponematose of aan een behandelde venerische treponematose heeft geleden en bij wie dientengevolge de FTA- en TPHA-uitkomsten positief waren. De positieve VDRL-test 1:8 en 1:16 tijdens de zwangerschap en het negatief worden van deze reactie erna, kunnen, in plaats van als een therapie-effect, als het verdwijnen van een in de zwangerschap opgetreden fout-positieve reactie worden beschouwd. Deze gedachtengang volgend zou slechts één zekere lues latens recens-patiënte overblijven. Dit voorbeeld geeft aan hoe gevaarlijk het is bij een kosten-batenanalyse uit te gaan van onvolledige, via retrospectief onderzoek verkregen patiëntengegevens.

Rotterdam, juni 1985

E. STOLZ

Zelfs indien men bij de berekening uitgaat van één zekere lues latens recens-patiënte, dan blijft de screening in de onderzoeksperiode de moeite waard: kosten van screening f 152.000,-, baten f 410.000,- (verhouding 1:2,7).

Amsterdam, juli 1985

F. JANSEN SCHOONHOVEN  
TH. VAN DER HELM  
R.A. COUTINHO

### *Het spierlogesyndroom van het onderbeen als gevolg van inspanning*

Met veel belangstelling lazen wij dit uitstekende artikel van Kuipers et al. (1985; 546-50). In het Militair Hospitaal „Dr. A. Mathijssen” heeft het logesyndroom vanaf het begin van de jaren zestig steeds veel aandacht gekregen.<sup>1</sup> In 1984 hebben wij bij 55 patiënten een enkel- of dubbelzijdige fasciotomie uitgevoerd, meestal na drukmeting. In drie gevallen betrof het een acuut logesyndroom, waarvan twee na inspanning en één na een vaatchirurgische ingreep. De anderen hadden een chronisch logesyndroom, de meesten van de voorste loge, de overigen, behalve een patiënt met een diep achterste-logesyndroom, van de laterale loge.

Op grond van onze ervaring plaatsen wij enkele kanttekeningen. Inderdaad wordt voor de acute vorm de semi-blinde methode van Reneman door weinigen gebruikt. Een oppervlakkige lezer zou kunnen denken dat ook voor de chronische vorm een uitgebreide lengte-incisie met als gevolg een ontsierend litteken nodig is, maar dit kan zonder

risico's met een semi-blinde methode worden gedaan. Wij hebben sinds ruim 5 jaar de methode van Reneman verlaten. Veel gemakkelijker is het gebruik van een fasciotoom: een mesje lijkend op het meniscotoom volgens Smillie, maar veel langer (ca. 30 cm) en met een licht gebogen vorm, dat de Noorse militaire chirurg Due heeft ontwikkeld.<sup>2</sup> Via een kleine, dwarse incisie halverwege de desbetreffende loge wordt het instrument naar proximaal en distaal ingebracht. Het klieven van de fascia veroorzaakt een kenmerkend geluid, waardoor men de zekerheid heeft dat het instrument op de juiste plaats wordt gehouden. Due verricht de ingreep onder lokale anesthesie, wij prefereren een algemene anesthesie. De fasciotoom kan worden gebruikt bij het chronische logesyndroom, bij het beginnende acute logesyndroom en profylactisch, bijvoorbeeld na herstel van een langere tijd onderbroken circulatie, na traumata en bij perfusie van de benen met cytostatica.

Wij achten het van groot belang dat de patiënt reeds daags na fasciotomie wordt gemobiliseerd en snel met oefentherapie begint. Wanneer men de patiënt te lang laat rusten, geneest de fascia over een verslachte spier. Mede door de littekenretractie blijken de spieren, wanneer de training te laat wordt hervat, wederom te weinig ruimte te krijgen. Sinds wij de patiënten sneller activeren zien we opvallend minder recidieven.

De moeilijkheden van de differentiële diagnostiek zijn het grootst bij de onderscheiding tussen het oppervlakkige achterste logesyndroom en het „popliteal entrapment syndrome” en tussen het diepe achterste syndroom en de aandoening die wel „shin splint syndrome” wordt genoemd. In het eerste geval is er sprake van claudicatio-achtige klachten in de kuit bij sportlieden of militairen. Wanneer bij krachtig aanspannen van de M. gastrocnemius de Dopplersignalen van de voetarteriën wegvallen, pleit dit voor een entrapment-syndroom. In het tweede geval is er pijn na inspanning langs de mediale tibiarend. Bij het shin splint syndrome heeft deze pijn minder een claudicatiokarakter: na rust blijft de pijn langer bestaan en geeft de patiënt typische drukpijn aan ter plaatse van de mediale tibiarend. Bovendien bevindt het logesyndroom zich iets meer proximaal, daar waar de spier het dikst is, en wil het shin splint syndrome wel eens goed reageren op injecties met corticosteroiden, hetgeen bij een logesyndroom uiteraard zinloos is.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Reneman RS. The anterior and the lateral compartment syndrome of the leg. Utrecht, 1968. Proefschrift.

<sup>2</sup> Due J, Orlin JR, Bjørang T. Fremre losje („anterior compartment”)-syndrom. Akutt og Kronisk form. Tidsskr Nor Laegeforen 1978; 98: 1449-51.

Utrecht, mei 1985

J.C.C. SWIERSTRA  
M.G. LUITING  
A. VAN DER LINDE  
H.A. HOOGENDOORN

Wij danken de collegae Swierstra, Luiting, Van der Linde en Hoogendoorn voor hun waardevolle aanvullingen op ons artikel. Pijn langs de mediale tibiarend, samengevat onder de naam shin splints, kan verschillende aandoeningen betreffen. Een stressfractuur van de tibia, die vaak bij atleten voorkomt, is er een van. In de meeste gevallen kunnen de klachten worden bestreden met adviezen voor training, waarbij de duur en intensiteit tijdelijk moeten worden teruggebracht. Verder kan fysiotherapie, bij voorkeur door een „sport”-fysiotherapeut, overwogen worden en moet worden nagegaan of de veringseigenschappen van

de sportschoenen geschikt zijn voor de ondergrond waarop wordt gelopen. Wij geven aan deze aanpak de voorkeur boven het „blindelings” toedienen van corticosteroiden.

Maastricht, juni 1985

H. KUIPERS  
J. DE VRIES  
C.R. VAN DEN HOOGENBAND

### *Spermadonorschap en anonimiteit*

Prof. Kremer waarschuwt in zijn artikel (1985; 934-5) onze wetgever tegen het volgen van het voorbeeld der Zweedse wet van 1 mei 1985, die openbaarmaking van spermadonors mogelijk maakt. Is hij er in geslaagd de grondgedachte dier wet, dat elk mens het recht heeft zijn afkomst te kennen, voldoende te ontcrachten door te stellen dat het basisprincipe van het spermadonorschap (KID) de anonimiteit is? Zijn hoofdbezwaar is, dat de donors zich terug zullen trekken, zodat er aan de behoefte niet meer kan worden voldaan, terwijl de „morfologische” selectie van hen door de inseminators moeilijker zal worden.

Toch blijft de principiële vraag, of het kennen van zijn afstamming niet behoort tot de algemene rechten van de mens, die in ons land zo hoog worden gewaardeerd dat men er wereldwijd voor opkomt. Het verlangen zijn afkomst te kennen is diep geworteld in vrijwel ieder mens. Reeds lang voordat de KID mogelijk werd, is dat recht erkend door onze wetgever, die hem, die door enige handeling eens anders afstamming onzeker maakt, als schuldig aan verduistering van staat bedreigt met gevangenisstraf van ten hoogste 5 jaar (art. 236 Wetboek van Strafrecht). De inseminator heeft hier echter niets te vrezen zolang hij binnen het huwelijk opereert, daar (juridisch) het kind, staande huwelijk geboren, de echtgenoot tot vader heeft (art. 197 Burgerlijk Wetboek). Als zijnde oorspronkelijk gericht tegen overspel, wordt het artikel sinds 1971 niet meer in de rechtspraak toegepast. Bovendien zijn sommige juristen (zoals Leenen) daarom van oordeel, dat KID hier niet onder valt; echter niet alle (o.a. S.T.L. de Hartog, Ned. Juristenblad, 20-3-1954). Het kan moeilijk worden ontkend, dat anonieme KID iemands afstamming onzeker maakt, a fortiori bij gebruik van gemengd sperma.

De KID wordt door velen (waaronder grote kerkgenootschappen) principieel afgewezen, en er zijn meer psychologische, juridische en sociale bezwaren tegen ingebracht dan Kremer besproken dan wel weerlegd heeft. In de samenleving groeit het rechtsbewustzijn bij door medici behandelde. Prof. R.A.C. Hoksbergen noemde kortgeleden in zijn intreedende KID „verborgen” adoptie, en pleitte voor meer openheid. De wetgevende macht en het toezicht op de volksgezondheid hebben een taak voor de rechtsvorming en toetsing aan de mensenrechten. Mitsdien zal de wetgever zich ook moeten bezinnen of hij zich op den duur van het maken van wettelijke bepalingen en (of) (doen) stellen van regels zal mogen blijven onthouden.

Amsterdam, juni 1985

G.A. LINDEBOOM

Art. 201 lid 1 van het Burgerlijk Wetboek luidt: „Rechtsvordering tot ontkenning van het vaderschap kan niet worden toegewezen als de man toestemming heeft gegeven tot een daad die de verwekking van het kind tot gevolg kan hebben gehad”. Met deze daad wordt o.a. donarinseminatie bedoeld. Tot 1978 kwam de Zweedse wet tot regeling van de rechten van buitenechtelijk verwekte kinderen overeen met bovengenoemd Nederlands wetsartikel. In dat jaar is de