

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.² 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

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

² 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 ontkrachten 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

Zweedse wet gewijzigd en is, ongeacht de achtergronden, rechtsoverdracht tot ontkenning van het vaderschap mogelijk. Van deze mogelijkheid werd sindsdien enige keren gebruik gemaakt door mannen die de juridische vaders waren van kinderen die met hun toestemming door donorinseminatie waren ontstaan. Het gevolg hiervan was dat deze kinderen hun vader verloren. Dit was aanleiding voor de Zweedse wetwijziging van 1985 waarbij een kind, verwekt door donorinseminatie, het fundamentele recht wordt toegekend om zijn of haar genetische vader te leren kennen. Het is moeilijk in te zien dat deze kinderen hiermee gebaat zijn wanneer hun juridische vaders het af laten weten. Men had dit probleem bij de wetsverandering in 1978 moeten voorzien en tijdig maatregelen moeten treffen om de belangen van deze kinderen op andere wijze veilig te stellen. De grondgedachte van de Zweedse wet dat elk mens het morele recht heeft zijn afkomst te kennen is op zich zelf juist, maar dit recht moet niet juridisch worden vastgelegd wanneer daarmee voor alle betrokkenen schade kan worden aangericht.

Collega Lindeboom merkt op dat twee grote kerkgenootschappen in Nederland de KID principieel afwijzen. Dat de R.-K. Kerk (juister: de leiders van deze kerk) KID nog steeds afwijst is waar. Ook het tweede grote kerkgenootschap in Nederland, de Nederlands Hervormde Kerk, heeft zich tegen KID uitgesproken, maar dit is reeds bijna 30 jaar geleden, tijdens de Synode van 1957. Het valt te betwijfelen of deze uitspraak in 1985 opnieuw zou worden gedaan. Een verwant kerkgenootschap, de Gereformeerde Kerk (Synodaal) nam reeds in 1976 op de Synode van Maastricht een veel genuanceerder standpunt in. De leden van bovengenoemde kerkgenootschappen denken er in ieder geval anders over. Meer dan de helft van de echtparen die in de Utrechtse Universiteits Vrouwenkliniek KID lieten verrichten, was praktiserend lid van een kerk.¹ Meer dan de helft van de spermadonors was dat eveneens.

LITERATUUR

¹ Kremer J, Frijling BW, Nass JLM. Donorinseminatie en privacy. Med Contact 1981; 2: 41-4.

Groningen, juli 1985

J. KREMER

De invloed van H₂-receptorblokkerende middelen op de leverdoorbloeding

Naar aanleiding van het artikel van Drapers, Van Boxtel en Tytgat (1985; 1028-30), dat ik met interesse heb gelezen, wil ik het volgende opmerken. Mijns inziens is formule II:

$$E = Cl_i/Q + Cl_i$$

in deze vorm niet juist weergegeven; er zijn, wellicht buiten de schuld van de auteurs, twee haakjes weggevalen, waardoor minder „gemakkelijk valt af te leiden”, dat voor stoffen, waarvoor de lever een grote metabole capaciteit bezit Cl_H naar Q nadert, en dat voor stoffen met een lage intrinsieke klaring geldt dat $Cl_H \sim Cl_i$.

De juiste weergave van de formule is:

$$E = Cl_i/(Cl_i + Q)$$

en in $Cl_H = Q \times E$ gesubstitueerd:

$$Cl_H = Q \times Cl_i/(Cl_i + Q).^1$$

Nu volgt duidelijk dat bij $Cl_i \gg Q$ dat $Cl_H \sim Q$ en bij $Cl_i \ll Q$ dat $Cl_H \sim Cl_i$.

LITERATUUR

¹ Blaschke TF. Protein binding and kinetics of drugs in liver disease. Clin Pharmacokinet 1977; 2: 32-44.

Heerenveen, juni 1985

W. HOSPES

Geheel terecht wijst collega Hospes op een fout in het gepubliceerde artikel. Bedoeld werd de formule zoals door hem aangegeven. Zonder deze correctie valt de basis onder het betoog weg. De verschrijving was mij in de gepubliceerde versie nog niet opgevallen en ik ben collega Hospes dankbaar voor zijn correctie.

Amsterdam, juli 1985

J.A.G. DRAPERS

Acute ontsteking van het middenoor

Bij het artikel en het antwoord van collega Feenstra op een Ingezonden van Van Buchem (1985; 532-6 en 1108-9) wil ik gaarne enkele kritische kanttekeningen maken.

Bij het publiceren van een artikel in de rubriek *Capita selecta* mag de lezer veronderstellen dat de auteur zijn mening zoveel mogelijk op de beschikbare wetenschappelijke feiten baseert. Helaas baseert de auteur zijn advies uitsluitend op persoonlijke ervaring als hoofd van een keel-, neus-, oorheelkundekliniek, dat wil zeggen bij een sterk geselecteerde patiëntengroep. Het negeren van twee belangrijke klinische onderzoeken draagt niet bij tot een zinvolle discussie over de behandeling van otitis media acuta (OMA). Dat tegen het eerste onderzoek van Van Buchem methodologische bezwaren kunnen worden aangevoerd, is voor degenen die met dit probleem bekend zijn niets nieuws. Deze betreffen onder meer de (te) lage statistische „power”, de onevenredige verdeling van de uitval over de onderzoeksgroepen en de onderzoekseenheid („oor” in plaats van „kind”).¹ In tegenstelling tot collega Feenstra hebben deze auteurs hun bezwaren wel exact geformuleerd, zodat een wetenschappelijke discussie mogelijk is. Het ontbreken van enig argument tegen het onderzoek van Van Buchem blokkeert een zinvolle discussie. Opvallend is het feit dat Saah et al. in tegenstelling tot Feenstra het routinematig voorschrijven van antibiotica bepleiten.¹ Dit laatste is het huidige beleid in de V.S. Dit betekent dat medici helaas nog steeds aan persoonlijke indrukken meer waarde toekennen dan aan wetenschappelijke gegevens. Het is onwaarschijnlijk dat dit verschil alleen aan de bekende geografische verschillen betreffende het voorkomen van OMA kunnen worden toegeschreven.

Het vaststellen van een verandering van het aantal complicaties is zeer moeilijk, alleen al door de grote zeldzaamheid van complicaties na OMA. Mastoiditis wordt door de huisarts slechts éénmaal in de 4 à 5 jaren gezien.² Een toename van het aantal complicaties van OMA in een academische kliniek mag niet zonder meer aan een veranderd morbiditeitspatroon worden toegeschreven, maar kan zeer wel door een gewijzigde patiëntenstroom naar de kliniek van Feenstra verklaard worden. Dat diens pre-occupatie met ernstige complicaties gevaarlijk is, blijkt uit een ernstige omissie in zijn artikel. De meest voorkomende complicatie na OMA, slechthorendheid, wordt niet genoemd. Juist het voorkomen en de vroege diagnostiek van slechthorendheid is tegenwoordig verreweg het belangrijkste probleem bij OMA.^{3,4} Otitis media met effusie (OME) hangt hier nauw mee samen. Zo wordt tegenwoordig een verband verondersteld tussen recidiverende infecties van de bovenste luchtwegen en OME. Dit roept vragen