

Surrogaatmoederskap as vraagstuk binne die konteks van 'n biomediese navorsingsetiek

D. J. LOUW

Summary

The most important question in biomedical ethics is really whether a researcher should do what he can do. The interventionist model of modern medicine, which makes medical decisions on medical grounds, can threaten human values. In a Christian perspective we are responsible to God for our humanity. Surrogate motherhood is a very complicated question which concerns the problem of childlessness. Biomedical ethics, in the Christian context, cannot merely condone surrogate motherhood as a human and standard medical procedure. Ethically speaking, an unqualified no or an unqualified yes cannot be given. The parents' motives for their decision and the quality of their marriage are of the greatest importance before a decision about surrogate motherhood can be reached. The position of the woman who undertakes to be a surrogate mother is also questionable. Pregnancy is not just physical fact, it is an existential and human concern. The human womb is thus more than just an organ — it is a part of a woman's identity.

S Afr Med J 1989; 75: 70-73.

Die ontwikkeling op die gebied van die mediese wetenskap en by name die heendaagse voortplantingstechnologie, veroorsaak dat die etiek telkens voor nuwe vraagstukke te staan kom. Die mediese wetenskap word al hoe meer 'n verfynde vertakking van die moderne tegnologie.¹ In 'n toenemende mate is dit besig om in te gryp in die misterie van lewe self.

Die ontwikkeling op die gebied van die mediese wetenskap skyn oppervlakkig beoordeel 'n bloot tegniese en chemiese manipulerende van menslike lewe te wees. Ten diepste is dit egter 'n worsteling met die wesenlike vrae rakende die bestemmingsfunksie van menslike lewe. Daarom verklaar P. Sporken in sy werk *Ethiek en Gezondheidszorg* dat die moeilikste fase in die medies-etiese besinningsproses 'bestaat in een kritiese toetsing van het ontdekte mensbeeld op de authenticiteit en het humaniteitskarakter ervan.'² Sporken wys op die feit dat die etiese besinning m.b.t. gesondheid uitgebrei moet word tot die hele gebied van gesondheid, naamlik die gesondheidssterme, die leefmilieu, die sosiale omgewing asook die owerheidsbeleid m.b.t. gesondheidsorg. 'Ethiek van de gezondheidszorg is de beschrijving en analyse van gezondheidszorg in haar verschillende aspecten en de daarin voorhande zijnde of voorgestelde ethische normen, de verheldering van het mens- en maatschappijbeeld die aan deze normen ten grondslag liggen en zich daarin manifesteren en de kritische toetsing van deze achtergrondvisie op haar humaniteitskarakter.'

Die verskynsel dat die mediese wetenskap in die maak van keuses al hoe meer teen die agtergrond van 'n tegniese intervensiemodel werk, hang saam met die feit dat die mediese wetenskap 'n mag tot kontrole oor die menslike lewe geword het.³ McLean en Maher¹ vra: 'But why then should modern medicine have given itself the technical interventionist role it has adopted? One is that of the medical profession itself, for

its control (given the interventionist model) of the use of the label 'illness' is a source of power.' Die kontrolemag van die mediese wetenskap stel die vraag na die menslikheid en menswaardigheid van die menslike persoon opnuut in die brandpunt van die medies-etiese diskussie.³ Nelson en Rohricht, in hul werk *Human Medicine*, wys op die belangrikheid van hierdie stelling. 'The need for greater clarity about humanhood underlies the whole range of medical issues that face us. In a contemplated abortion, are we dealing with a bit of bodily tissue or are we dealing with a human being in the uterus?'³

Humaniteit as vraagstuk van 'n biomediese etiek

In die werk van G. C. Oosthuizen *et al.*⁴ is dit duidelik dat die deurlopende worsteling in die mediese wetenskap 'n daaglikse stryd is om te midde van die belangrikheid van die mediese eksperiment die mens se eie waardigheid hom nie te ontnem nie: 'It is against the nature of man to regard him as an apparatus.'

In die geval van surrogaatmoederskap kan die vraag na die menswaardigheid van die mens nie ontduik word nie. Onder surrogaatmoederskap word verstaan die mediese inplanting van 'n bevrugte eiersel d.m.v. die prosedure van *in vitro* fertilisasie ('n kombinasie van die vroulike eiersel en die manlike saadseel van 'n egpaar wat wettig getroud is) in die uterus van 'n vrou wat nie die wettige eggenoot is nie.

Die belangrike vraag by surrogaatmoederskap is die volgende: is die surrogaatmoeder bloot 'n fisiese draer; funksioneer sy bloot as 'n soort tydelike uterus of is swangerskap 'n proses wat die vrou ten diepste in haar identiteit raak en aldus die vraag na haar menswaardigheid oproep?

Dit is die taak van 'n mediese etiek om sorg te dra dat die mediese ingreep nie die waarde en bestemming van menslike lewe aantast nie. 'n Mediese etiek moet ook die langtermyn implikasies van 'n behandelingsprosedure in ag neem. In die geval van surrogaatmoederskap moet die etiek dus navorsing wat die verband is tussen 'n leen-uterus, vroulike identiteit, menslike verantwoordelikheid en menswaardigheid.

Die vraag na humaniteit het ook te doen met die vraag na die oorsprong van menslike lewe: waar begin menslike lewe?

Daar is vyf moontlike antwoorde op hierdie vraag:

(a) Die *genetiese benadering*. Binne hierdie model is dit steeds 'n ope vraag of jy van menslike lewe moet praat op die oomblik van samesmelting en konsepsie en of menslike lewe eers ontstaan wanneer dit lewensvatbaar is naamlik wanneer hegting plaasgevind het.

(b) Die *ontwikkelingsbenadering*. Die ontwikkelende embrio besit nie op alle vlakke van ontwikkeling dieselfde kwaliteit van menslike lewe nie. Vir sommige is menslike lewe ter sprake wanneer die organe ontwikkel (6-8 weke); vir ander is dit wanneer die brein ontwikkel het; 'n ander groep is van mening dat eers nadat die fetus buitekant die baarmoeder lewensvatbaar sou wees (+ 7 maande) menslike lewe op die spel is; vir 'n ander is dit eers met en na geboorte dat daar van 'n volwaardige mens gepraat kan word.

(c) Die *sosiale benadering*. Die kwaliteit van menslike lewe tree eers na vore wanneer verantwoordelikheid vir die kind binne konkrete relasies aanvaar is en die kultuursituasie en

Fakulteit Teologie, Universiteit van Stellenbosch

D. J. LOUW, M.A., B.TH., D.PHIL., D.TH.

Aanvaar: 12 Nov 1987

omgewingsfaktore vir die kind genoegsame sekuriteit bied met die oog op sy verdere lewensontwikkeling. In die sosiale benadering word sterk gevra na die funksie en nut van die ongebore kind binne sy sosiale omgewing.

(d) *Die godsdienstige benadering.* Menslike lewe is nie 'n reg nie, maar 'n gawe van God. Die huwelik is die Godgegewe struktuur waarbinne hierdie voortplantingsgebeure sy sekuriteit vind met die oog op die opvoeding van hierdie kind tot 'n volwaardige volwasse mens.

(e) *Die etiese benadering.* Menswees ontstaan daar waar beide man en vrou in die lig van 'n reeds bestaande huweliksverbintenis 'n besluit neem om 'n kind in die wêreld te bring en volledige verantwoordelikheid aanvaar vir die opvoeding, bewaring, beskerming en begeleiding van hierdie kind tot 'n volwasse persoon.

Ten einde 'n antwoord op die humaniteitsvraagstuk te vind, sal 'n biomediese etiek 'n *integrale benadering* moet volg. Vanaf die besluit tot ouerskap, tydens geslagsgemeenskap, asook in die embrionale stadium (die potensiaal van die semen en die eiersel), gedurende konsepsie, nidasië, differensiasie en geboorte, dwarsdeur alle aspekte en fases is dit kwalitatief gesproke menslike lewe wat op die spel is en nie dierlike lewe nie.³ 'Embryonic and fetal life in all stages is human life. If the fetus is reasonably "normal", it has personal existence as potentiality.'³ Menslike lewe, wat sy ontstaan betref, behoort integraal en aldus holisties hanteer te word. Daarmee word bedoel dat menslike lewe 'n totaliteit is wat meer is as die afsonderlike dele daarvan of stadia van die ontwikkelde fetus.

Waarom setel die menswaardigheid van menslike lewe dan? Setel dit in die rasionaliteit van die mens? Onderskei die mens homself van die dier in sy denke, wilshandelinge, emosies, of in die feit dat hy vir homself d.m.v. sy kultuur 'n omgewing kan opbou waarin hy homself tuis maak? Die menslikheid van die mens setel ten diepste in die volgende vier aspekte:

(a) Die mens besit 'n keusevryheid en word opgeroep tot die verwesenliking van lewe d.m.v. sy keuses en sy basiese verantwoordelikheid — *moreel-etiese komponent*.

(b) Die mens is 'n persoon wat in sy diepste ek-kern op bewustelike en onbewustelike vlak aangespreek kan word. Sy ek-bewussyn laat hom optree as 'n unieke individu wat homself in sy leefmilieu kan oriënteer — *persoonsmatige komponent*.

(c) Die mens het nie relasies nie, maar *is* ten diepste 'n relasie. Die mens is mens in relasie tot God, homself, sy medemens, omgewing, kultuur en struktuur — *verhoudingskomponent*.

(d) Die mens is geskep met 'n bestemmingsbewussyn. Die mens is in sy soeke na sin op pad na 'n bestemming met 'n ewigheidsperspektief. Die mens besit die vermoë tot selftransending. Die toekomsbewussyn en doelgerigtheid van die menslike bestaan met die oog op die ontplooiing van betekenisvelde met 'n reikwydte verder as die dood verskaf aan die mens 'n gevoel van waarde en 'n 'onsterflikheidsbewussyn' — die *religieuse komponent*.

Binne al hierdie komponente is die menslike persoon 'n eenheidswese wat sy integrasiepunt soek binne die dinamiese prosesse van kommunikasie en gemeenskap: 'The human being is a multidimensional unity. The person is not just a compound of chemicals, not only just a biological existence, nor merely a psychological being, not only a historical life, nor only a spirit. The person is all of these systems and processes, seeking the creative center and the community of them all.'³ Nelson *et al.* is ook van mening dat die feit dat van kommunikasie melding gemaak is beteken nie dat 'n persoon wat nie meer verbaal kan kommunikeer nie, nie meer menslik is nie. Kommunikasie besit ook 'n nie-verbale dimensie asook 'n transpersoonlike, transendente dimensie.

Wanneer ons hierdie gegewens op die vraagstuk van surrogaatmoederskap van toepassing maak, beteken dit dat die mediese besluit vir die gebruik van 'n donor-uterus nie geneem

mag word ten koste van die surrogaatmoeder se totale verantwoordelikheid in verhouding tot haarself, die ongebore kind, die sosiale omgewing, haar waardesistiem, godsdienstige oortuiging en haar verhouding tot God die Skepper van lewe nie. Die moeder mag nie verlaag word tot 'n tydelike broeikas nie. Sy mag ook nie haar eie vroulike identiteit degradeer tot die vlak van 'n blote baarmoeder nie. Ook die unieke waarde van die kind mag nie misbruik word as 'n speelbal tussen die behoeftes van 'n kinderlose egpaar en 'n onverantwoordelike abbamoeder nie: 'the human being has "an alien dignity". The person's dignity is located outside any utility that others might or might not ascribe to it'.³

In die mediese besluit oor surrogaatmoederskap kan nie net die belange van die egpaar of dié van die abbamoeder in ag geneem word nie. Die menswaardigheid van die kind staan eerste.⁵ Biomediese besluite oor surrogaatmoederskap moet die langtermyn implikasies van 'n dergelike prosedure op die humaniteit en identiteit van die kind in ag neem.

Grondbeginsels vir 'n biomediese etiek

Die kernvraag vir 'n mediese etiek is: *mag die medikus doen wat hy tegnies kan doen?*⁶ Hoe hanteer hy hierdie mag wanneer dit gaan oor die vraagstuk van kinderloosheid en die middele wat ingespan word om te voldoen aan die infertiele egpaar se behoefte aan 'n kind?

Een van die mees basiese beginsels vir 'n biomediese etiek is dat die belange van die mens as individu en subjek steeds voorrang geniet bo dié van die mediese wetenskap as wetenskap; met ander woorde, die mediese wetenskap mag nie die menslike subjek degradeer tot die vlak van 'n wetenskaplike objek nie. Daarom dat die Helsinki-deklarasie dit baie duidelik stel: 'Concern for the interests of the subject must always prevail over the interest of science and society'.^{7,8} Dit verklaar verder: 'In research on man, the interest of science and society should never take precedence over consideration related to the well-being of the subject'.

Ten einde helderheid te verkry oor die basiese grondbeginsels vir 'n biomediese etiek, moet die mediese wetenskap verduidelik wat met 'welfare' bedoel word, m.a.w. wat word inhoudelik onder die begrip welsyn of gesondheid verstaan?

Gesondheid

Gesondheid is 'n omvattende begrip wat baie meer impliseer as die afwesigheid van siekte of pyn. Ons kan sê: gesondheid is 'n biochemiese toestand van optimale ongestoorde liggaamsfunksies; 'n psigiese vermoë tot selfverantwoordelikheid en aanpasbaarheid; 'n bereidheid om in 'n wisselwerkende relasie met die omgewing en medemens te tree asook 'n toestand van versoening met God en 'n doelgerigte bestemmingsbewussyn.⁹

Vir 'n biomediese etiek is dit belangrik om die toestand van welsyn te sien as daardie toestand waarbinne die mens d.m.v. mediese versorging (terapeuties, diagnosties en profilakties) gehelp word om vanuit 'n verbeterde biochemiese en psigofisiese funksionering optimaal as mens te ontplooi. Mediese etiek is ten diepste (juis vanweë die humaniteitskomponent) regulatief van aard. 'n Biomediese etiek is dus 'n *normatiewe etiek* wat uit die volgende komponente saamgestel is:

'n **Teleologiese komponent.** Mediese etiek beskryf die doelgerigtheid en doelmatigheid van die menslike handeling op die gebied van mediese gesondheidsorg met die oog op die totale welsyn van die mens en die optimale ontplooiing van die humaniteitskarakter van die wetenskap.

'n **Deontologiese komponent.** Die feit dat die mediese wetenskap verbind is aan 'n etiese kode wat bepaal word deur die *bevordering van die kwaliteit van menslike lewe*, verskaf 'n bindende element aan die wetenskap.

'n Verantwoordelikhedskomponent. Die medikus is verbind aan 'n etiese kode wat die besluitnemende komponent van die medikus hoog aanslaan. Die maak van keuses is gerig op die belange van die individu binne die waardes wat geld vir 'n bepaalde sosiale omgewing.

By wyse van samevatting kan ons sê dat die volgende beginsels vir 'n biomediese etiek van kardinale betekenis is.

Die mens as selfstandige persoon en psigofisiese eenheid. Die uniekheid van menswees word gehandhaaf in sy reg tot keusevryheid.

Die vertrouensbeginsel. Behandeling mag nie die wederkerige vertrouensverhouding tussen medikus en persoon skaad nie.

Motief van nie-kwaadwillige beskadiging. Die grondliggende motief is die 'heelmaking' van die mens sonder opsetlike en doelbewuste beskadiging (leedvermyding).

Primêre vertrekpunt: die mens as totale persoon. Die welsyn en gesondheid van die totale persoon in verhouding tot homself, sy medemens, omgewing en God, prevaleer bo dié van die wetenskap of die totale mensdom.

Reg en geregtigheid. Behandeling en navorsing is sensitief vir lewenswaardes. Dit bly gerig op die beskerming van die mens se basiese menseregte.¹⁰

Menswaardigheid. Mediese versorging hou rekening met die eiesoortigheid van die menslike bestaan in onderskeid van ander vorme van lewe en waak teen die volgende gevare:

vertegniserings — om die mens op 'n meganiese wyse te hanteer as 'n verlengstuk van die instrument.

depersonalisering — om die mens as 'n non-entiteit te beskou, saamgestel uit organe en chemiese prosesse wat kousaal-oorsaaklik geanaliseer kan word. Die mens word gedepersonaliseer tot bepaalde biochemiese funksies.

objektivering — die mens is bloot 'n navorsingsprojek.

fragmentariserings — die menslike liggaam kan in kompartemente verdeel word sodat bv. organe losgemaak kan word van hul funksie binne die geheelheid van die menslike persoon.

operasionalisme — die keuse tot 'n bepaalde behandeling word bepaal deur die aard en funksie van die middel en die sukses van die eksperiment sonder inagneming van die langtermyn implikasies daarvan op ander dele van die menslike liggaam en sy psige.

eksperimentalisme — behandeling geskied bloot ter wille van die eksperiment as sodanig; wat die wetenskap kan doen, moet hy dus ook ten alle koste doen.

Waarheidshantering. Eerlikheid t.o.v. deurgee van relevante informasie is deurslaggewend vir die kommunikasieproses tussen medikus en persoon.

Gesondheidskonsep. Gesondheid is 'n omvattende begrip en word gedurende die behandeling of navorsing integraal beskou met inagneming van die interaksie tussen liggaam, psige, gees en sosiale omgewing.

Ten diepste kom dit daarop neer dat die mediese wetenskap in ons huidige prestasiegerige samelewing moet waak teen die gevaar om in die lig van sy toenemende tegniese magsoosisie nie 'n suksesmoraal te laat prevaleer bo 'n diensmoraal nie.

'n Medies-etiese evaluering van surrogaatmoederskap

Uitgangspunt

Eties gesproke kan daar nie 'n ongekwalifiseerde nee teen surrogaatmoederskap of 'n ongekwalifiseerde ja vir surrogaatmoederskap gegee word nie. Die kompleksiteit van die probleem bring mee dat die voordele teen die nadele opgeweeg behoort te word terwyl dit die taak van die etikus is om ernstige vrae te stel aan hierdie behandelingsprosedure.

In sy kern het surrogaatmoederskap met die probleem van kinderloosheid¹¹ te doen. Vir enige egpaar is dit 'n uiters

pynlike situasie wat met baie begrip en sensitiwiteit gehanteer behoort te word. Dit is die taak van die medikus om saam met die sielkundige, maatskaplike werker en predikant binne 'n multidimensionele spanverband die egpaar te begelei tot 'n verantwoordelike besluit. Die besluit oor surrogaatmoederskap lê ten diepste by die egpaar self. Voordat 'n medikus besluit om van 'n skenkerbaarmoeder gebruik te maak, moet 'n deeglike evaluasie gedoen word na die aard van die bestaande verhouding tussen die egpaar, die liefdeskwaliteit van hul huwelik, die bepaalde motiewe vir hul besluit en die eventuele doelstelling en beplanning van die egpaar m.b.t. die grootmaak van so 'n kind.

Voordele van surrogaatmoederskap

Die kind wat gebore word is biologies gesproke die kind van die egpaar self. Op hierdie wyse word in hul behoefte aan 'n kindjie voorsien (semen en eiersel is dié van biologiese ouers).

Daar is nie direk sprake van 'n derde faktor nie, naamlik 'n donor wat geneties gesproke 'n bydrae lewer tot die verwekking van die kind nie.

Surrogaatmoederskap is 'n terapeutiese prosedure wat die pyn van die kinderlose egpaar hanteer met die oog op die totale welsyn/gesondheid van die egpaar.

Die surrogaatmoeder lewer 'n vorm van diens aan haar naaste. Sodoende realiseer sy iets van die beginsel van naaste-liefde.

Nadele van surrogaatmoederskap

Die onvoorspelbaarheidsfaktor op psigiese vlak hou baie hoë risiko's op langtermyn in. Emosionele volwassenheid by beide die egpaar en die surrogaatmoeder is 'n wisselvallige faktor wat te eniger tyd probleme kan meebring.

By surrogaatmoederskap bestaan daar 'n eksterne faktor wat indirek 'n druk op die egpaar se huwelik plaas. Die vraag ontstaan: hoe stabiel is die egpaar se huwelik?

Swangerskap is nie bloot 'n fisiese aangeleentheid nie. Die argument dat die surrogaatmoeder die kind bloot fisies vir nege maande in pleegsorg neem hou nie rekening met die mens as 'n psigofisiese eenheid nie.

Besluit

Eties gesproke is surrogaatmoederskap 'n uiters sensitiewe aangeleentheid, om die volgende redes:

(a) Surrogaatmoederskap kan vir 'n teologiese etiek die volgende probleem skep: die moeder wat as leen-uterus funksioneer is 'n derde indirekte faktor wat die psigofisiese eenheid van die eksklusief-monogame huweliksverbintenis op langtermyn kan skaad.

(b) Die eintlike etiese probleem lê aan die kant van die vrou wat as surrogaatmoeder optree, haarself tot 'n objek kan degradeer en haar vrou-wees en menslike identiteit op die spel plaas. Vandaar die belangrike etiese vraag: wat is die grondliggende motief van die vrou wat as surrogaatmoeder optree?

(c) Mag die mediese wetenskap dit wat hy kan? Dit is die taak van 'n biomediese etiek om te waak teen die gevaar van 'n degradering van voortplanting tot bloot 'n eksperimentele tegniek. Ten diepste moet die vraag nie wees of surrogaatmoederskap 'n terapie vir kinderloosheid is nie, maar wat die kwaliteit van die medikus en die kerk se betrokkenheid by die pynlike situasie van kinderloosheid is. Dit bly die taak van die etikus om steeds ernstige vrae oor hierdie behandelingsmetode te stel en sodoende te voorkom dat die misterie van lewe plek maak vir die onbeheerste manipulasie van lewe.

VERWYSINGS

- McLean S, Maher G. *Medicine, Morals and the Law*. Aldershot, Hants: Gower, 1983: 199, 202.
- Sporcken P. *Ethiek en Gezondheidszorg*. Baarn: Ambo, 1977: 26, 62.
- Nelson JB, Rohricht JS. *Human Medicine*. Minneapolis: Augsburg, 1984: 19, 21, 22, 25, 27.
- Shapiro HA. Summing up. In: Oosthuizen GC, Shapiro HA, Strauss SA, eds. *Attitudes to Clinical Experimentation in South Africa*. Johannesburg: Hodder & Stoughton, 1985: 221.
- Oosthuizen GC. A DRC viewpoint. In: Oosthuizen GC, Shapiro HA, Strauss SA, eds. *Attitudes to Clinical Experimentation in South Africa*. Johannesburg: Hodder & Stoughton, 1985: 161.
- Heyns JA. *Teologies Etiek*. Deel 2. Pretoria: N.G. Kerkboekhandel, 1986: 304.
- Council for International Organisations of Medical Science. *Proposed International Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva: CIOMS, 1982: 37, 40.
- Lochner J de V. *Etiese Beginsels in Mediese Navorsing*. Kaapstad: Suid-Afrikaanse Mediese Navorsingsraad, 1979.
- Louw DJ. *Siekte as Krisis en Geleentheid*. Pretoria: N. G. Kerkboekhandel, 1983: 14.
- Oosthuizen GC, Coetzee JK, De Gruchy JW, Hofmeyr JH, Lategan DC. *Religion, Intergroup Relations and Social Change in South Africa*. Pretoria: Human Sciences Research Council, 1985: 70.
- Louw DJ. Kunsmatige skenkersaad-inseminasie (KIS) as teologiese vraagstuk binne die konteks van die hedendaagse voortplantingstechnologie. *Tydskrif vir Geesteswetenskappe* 1986; 26: 25-44.

Circulating auto-antibodies to neutrophil cytoplasmic antigens in vasculitis

A report of 3 cases

D. J. PUDIFIN, S. NAICKER, M. S. PATTON, I. P. NAIKER, B. C. NATHOO, G. M. MODY,
J. DUURSMA, K. B. PARAG

Summary

Three patients are described who presented with symptoms and signs of a vasculitic illness but in whom a definite diagnosis was not made until the application of a test to detect auto-antibodies to neutrophil cytoplasmic antigens. There has long been a need for a diagnostic marker for the groups of diseases which fall into the broad classification of systemic vasculitides. Diagnosis of the patients as having either Wegener's granulomatosis or microscopic polyarteritis by the finding of this auto-antibody enabled a positive approach to treatment with combinations of immunosuppressive agents. In addition, serial measurement of the auto-antibody titres enabled monitoring of disease activity.

S Afr Med J 1989; 75: 73-75.

Recent reports^{1,2} of the presence of auto-antibodies to neutrophil cytoplasmic antigens in the Wegener's granulomatosis (WG) and microscopic polyarteritis (MP) group of vasculitides prompted the search for such antibodies in 3 patients who presented with symptoms and signs of vasculitis but in whom a definite diagnosis could not be made for want of a reliable diagnostic marker.

Department of Medicine, University of Natal and Renal Unit, Addington Hospital, Durban

D. J. PUDIFIN, M.B. CH.B., F.R.C.P., F.C.P. (S.A.)

S. NAICKER, M.B. CH.B., M.R.C.P.

M. S. PATTON, M.B. CH.B., M.R.C.P.

I. P. NAIKER, M.B. CH.B., M.R.C.P.

B. C. NATHOO, M.B. CH.B., F.C.P. (S.A.)

G. M. MODY, M.B. CH.B., F.C.P. (S.A.)

K. B. PARAG, M.B. CH.B., F.C.P. (S.A.)

Natal Institute of Immunology, Durban

J. DUURSMA, S.M.T.

Accepted 6 July 1988.

Case reports

Case 1

A 36-year-old Indian man first presented in 1984 with bilateral serous otitis media and a mass in the postnasal space. He underwent bilateral myringotomy and removal of the mass, which proved to be adenoid tissue. In August 1986 he had episodes of epistaxis, superficial nasal ulceration, tonsillitis and polyarthralgia with fever. After tonsillectomy, histological examination of the specimens revealed giant cells and areas of vasculitis adjacent to superficial ulcers. This was thought to be due to a foreign body-type reaction to necrotic mucosa. All blood investigations and chest radiography were normal. In April 1987 he became acutely ill with purulent left otitis media and marked dyspnoea due to right middle lobe consolidation. Urine examination showed haematuria, proteinuria and granular and cellular casts. The erythrocyte sedimentation rate (ESR) was 99 mm/1st h (Westergren) and there was gradual deterioration of renal function, the serum creatinine level rising to over 400 $\mu\text{mol/l}$. An urgent renal biopsy revealed features of tubulo-interstitial nephritis, probably the result of long-term use of non-steroidal anti-inflammatory drugs and co-trimoxazole. A vasculitic illness was strongly suspected despite lack of definite histological evidence.

Treatment was started with prednisolone and cyclophosphamide and haemodialysis was required.

Case 2

A 44-year-old white man presented with a 4-month history of polyarthralgia, weakness, occasional epistaxis and cough productive of blood-stained sputum. During the fortnight before admission he developed red eyes. Examination revealed bilateral conjunctivitis, fundal haemorrhages, and slight swelling of the wrists. The blood pressure was 140/80 mmHg and urine examination revealed an active sediment. Investigations revealed: haemoglobin 10 g/dl; white blood cell count $14 \times 10^9/\text{l}$; urea 44 mmol/l; serum creatinine 866 $\mu\text{mol/l}$; ESR 45 mm/1st h;