

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; ter bespoediging van plaatsing behoudt de Redactie zich het recht voor, de stukken te bekorten)

HYPOFYSAIRE DWERGGROEI

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van collega MANSCHOT (1962) zou ik het volgende willen opmerken.

De patiënt die door collega MANSCHOT uitvoerig beschreven is, kan niet met zekerheid aangeduid worden als een voorbeeld van hypofysaire dwerggroei. De beschreven patiënt was een volwassen man met goede ontwikkeling van de genitalia, terwijl histologisch onderzoek een normale spermatogenese deed zien. Voorts had de patiënt de kenmerken van het syndroom van Hutchison en Gilford, onder welke aanduiding hij dan ook is beschreven. Er bestaan in de literatuur een aantal beschrijvingen van patiënten die dit syndroom toonden. Men is het er in het algemeen over eens dat etiologie en pathogenese onbekend zijn (zie bv. L. WILKINS 1957).

Ik wil nog even ingaan op een interessante vondst van collega MANSCHOT, die vermoedelijk de oorsprong vormt van zijn opvatting dat er sprake was van hypofysaire dwerggroei, nl. het lage aantal eosinofiele cellen in de hypofysevoorkwab. Er bestaat in de literatuur nog een andere beschrijving van een dwerg met een laag aantal eosinofiele cellen; het betrof een vrouw die op 36-jarige leeftijd een dochter gebaard had (HEWER 1944). Over de relatie tussen histologische vondsten betreffende eosinofiele cellen en hypofyse-activiteit is weinig met zekerheid bekend. Een chromofiele cel kan onder verschillende bekende omstandigheden, bv. tijdens een langdurige, fatale ziekte en bij hypothyreoïdie, chromofoob worden. Het is mogelijk, doch ten aanzien van de eosinofiele cellen volstrekt onzeker, dat de verandering in kleurbaarheid vergezeld gaat van een verandering in hormoonproductie. Ik zou de incidentele histologische vondsten van MANSCHOT en van HEWER niet gaarne als bewijs willen aanvaarden voor de stelling dat de gestoorde groei van hun patiënten het gevolg was van een verminderde groeihormoonproductie.

Literatuur: HEWER, T. F. (1944) *J. Endocrin.* **3**, 397.
 - MANSCHOT, W. A. (1962) *Ned. T. Geneesk.* **106**, 1561.
 - WILKINS, L. (1957) *The diagnosis and treatment of endocrine disorders in childhood and adolescence*, 2e druk. Blackwell, Oxford.

Leiden, 10 augustus J. J. VAN DER WERFF TEN BOSCH

BERICHTEN

BUITENLAND

België

Gerontologisch congres. — Het eerste internationaal gerontologisch colloquium zal met medewerking van buitenlandse inleiders 5 en 6 januari 1963 te Veurne en te Sint-Idesbald-aan-zee worden gehouden. Inlichtingen verstrekt Dr. H. LE COMPTE, secretaris van de Vlaamse Vereniging voor Geriatrie, Kerkepanneweg 3, Sint-Idesbald-aan-zee.

Engeland

Het thalidomidepreparaat in het Lagerhuis besproken. — Distaval, de Engelse naam van het gewraakte thalidomidepreparaat, kwam ook in het Lagerhuis ter sprake. Een der leden wenste te weten of de regering van plan is aan behandelende artsen toestemming te geven tot abortus bij vergiftigde zwangeren, en wat zij denkt van wettelijke bepalingen die euthanasie van misvormde pasgeborenen veroorloven. De Home Secretary antwoordde met betrekking tot het eerste punt dat Distaval reeds eind november uit de handel was genomen en voorts, dat hij zich niet gerechtigd achtte „to make it lawful to take the life of a child already born”. (*Med. Offr.* 10 augustus, bl. 107).

Bescherming tegen teratogene pharmaca. — Een teratoloog te Cambridge overweegt dat het gevaar van een teratogene stof schuilt in de betrekkelijke ongevaarlijkheid voor de moeder. Bij volkomen onschadelijkheid voor de moeder zal een middel vermoedelijk ook de vrucht onaangetast laten, bij aanmerkelijke gevaarlijkheid voor de moeder zal het wellicht de vrucht doden. De lichte bijverschijnselen die na toediening van thalidomide bij volwassenen worden waargenomen, begrijpen wij thans als signaal van gevaar voor de vrucht. Intussen blijft ons bij de tegenwoordige stand van kennis slechts de zekerheid dat de enige veilige weg is, nimmer een nieuw produkt van de farmaceutische industrie voor te schrijven bij vrouwen die zich in een vroeg stadium van de zwangerschap bevinden. (*Lancet*, 28 juli, bl. 236).

De ideale operatiekamer. — Een narcotiseur van jarenlange ervaring heeft veel nagedacht over de zindelijkheid van de operatiekamer en komt tot de conclusie dat „the operating theatre may be one of the dirtiest places of the world”. „Look under the operating-table which is never sterilized from the day of its manufacture until it is thrown out as junk. Inspect the grids of the elaborate but useless ventilating system, and collect the black dust that issues therefrom during a gale. Watch a patient being transported to the operating-table on a stretcher cloth that may well be stained with traces of blood, faeces, and vomitus from patients. He may be clothed in a shirt that he has worn in bed, and it may be likewise stained”. In deze trant voortgaande komt hij tot een zeventiental „sources of the bacteria that cause wound sepsis”: patiënt, transportmiddelen en dekens, stof van verwarmings- en ventilatiestoestellen, jassen, rokken en schoenen van personeel, onvoldoend gesteriliseerde en besmette verbandmiddelen en instrumenten, condensatiewater van de zolder, zweel en speekseldroppels van personeel, lekke operatiehandschoenen (zeer belangrijk!), vliegen, enz. Op de basis van deze overwegingen bouwt hij dan een van roestvrij staal opgetrokken, luchtdichte, raamloze operatiekamer, voorzien van passende middelen voor verwarming, compressie, decompressie, ventilatie en luchtsluizen, ten dienste van een personeel in nauwsluitende kleding. (*Lancet*, 4 augustus, bl. 240).

Europa

Daling van sterfte aan longtuberculose in de jaren 1947 tot 1960. — Het jongste nummer van de *Rapport épidémiologique et démographique* van de Wereldgezondheidsorganisatie (deel 15, no. 5, bl. 332-388) is nagenoeg geheel gewijd aan tuberculose in vele landen van alle werelddelen. De cijfers betreffen ziekte en sterfte naar leeftijd en geslacht in de perioden 1937-1939, 1947-1949 en de jaren 1957, 1958, 1959 en 1960. Hier volgen enkele cijfers van de sterfte aan longtuberculose per 100.000 inwoners, afkomstig uit een negental landen, vastgesteld in het tijdperk 1947 tot 1960.

	1947-'49	1957	1958	1959	1960
Noorwegen	55	11	9	7	7
Nederland	70	13	11	10	7
Zweden	50	11	11	9	10
Denemarken	65	12	4	1	2
Engeland en Wales	80	18	17	14	13
Frankrijk	59	24	21	20	19
Oostenrijk	80	28	26	25	24
Bondsrepubliek	72	30	20	26	26
Portugal	104	41	36	36	33

India

Internationaal congres over ziekten van de borstorganen. — Prof. Dr. I. BOEREMA (Amsterdam) en Prof. Dr. L. D. EERLAND (Groningen), onderscheidenlijk „go-