

## FARMASEUTIESE NUUS : PHARMACEUTICAL NEWS

### A NEW FILM FROM GLAXO-ALLENBURYS

To supplement the Grisovin film 'The griseofulvin story', we now have another film available entitled 'Fungus infection treated with griseofulvin'.

This new film, being wholly clinical, is of the greatest interest to dermatologists and other doctors using griseofulvin. Essentially it consists of clinical demonstrations of six interesting cases before and after treatment.

There are five skin cases, the sixth case showing complete regrowth of a thumb nail which has been infected down to the nail bed with *T. rubrum*. We have been very fortunate to participate in this unique recording by cinematography. It required a patient to attend the Photographic Department of a London Hospital twice daily, continuously for 5½ months. On each occasion exposures of the nail's progress were taken and they have been assembled into a time-lapse record which requires 33 seconds for showing in the film. The photographic technique by which this record was secured is explained and the patience and ingenuity of the workers concerned is obvious.

The running time of this Technicolor film is 10 minutes. Although the film carries the usual optical sound-track, simple captions also appear on the screen. The sound can thus be switched off if any dermatologist wishes to comment on the clinical cases, or where another language is needed.

The ideal use of this film is to supplement the programme which can commence with 'The griseofulvin story'. These films and the others listed below are available from the Sales Department, Glaxo-Allenburys (S.A.) (Pty.) Limited, P.O. Box 485, Germiston, Transvaal, Phone 51-8531:

The griseofulvin story (the introduction of an antibiotic described as a 'milestone in dermatology').

A vitamin emerges (the research leading to the discovery of vitamin B<sub>12</sub>).

Food for thought (the planning of a complete food).

Longer life for B.C.G. (the evolution of freeze-dried vaccine).

Treatment of infections of the hand.

## HART — LONG GROEP, UNIVERSITEIT VAN STELLENBOSCH

Op 'n vergadering gehou op Donderdag 16 Maart 1960, is besluit dat die naam van die Groep verander sal word tot die Suidelike Afrikaanse Hartvereniging, Tak Stellenbosch. Dit is in ooreenstemming met 'n voorstel in dié verband deur die Tak Kaapstad wat voorgelê word aan die Nasionale Bestuur. Die naamsverandering tree in werking sodra die voorstel deur die Nasionale Bestuur aanvaar word.

Dr. P. W. A. Botha het 'n oorsig van die Marfan-sindroom gegee aan die hand van 5 gevalle wat in die afgelope 3 maande in die Karl Bremer-hospitaal bestudeer is. Marfan het in 1896 'n pasiënt beskryf met lang maer ekstremitete (dolichostenomelie) en algemene verlies van spierweefsel. Sedertdien is ongeveer 400 gevalle van die Marfan-sindroom in die literatuur beskryf. Die toestand is dominant oorerflik maar kom ook *de novo* voor in meer as 15% van gevalle. Die basiese defek is moontlik een van bindweefsel.

Die sindroom word gekenmerk deur die volgende afwykings:

### 1. Spier-skeletstelsel

Die pasiënt is gewoonlik meer as 6 voet lank met lang maer ekstremitete, spinnekopagtige vingers (arachnodaktilie) en 'n hoë verhemelte. Die abnormale skeletale verhoudings (span > lengte; onderste segment > boonste segment) is meer belangrik as die lengte, maar daar is geen betroubare indeks van abnormaliteit nie, en veral in persone van endomorfe herkoms mag die voorkoms uiterlik normaal wees.

Ander bekende skeletafwykings is deformiteite van die skedel, gesig, oë, borskas, vingers en lang patellêre ligamente. Daar is ook 'n algemene hipotonie met 'n neiging tot ontwrigting van die litte. Die rumatiese stoomnisse, bv. ruggyn en litpyne met of sonder effusies, is waarskynlik minder bekend.

### 2. Kardiovaskulêre Stelsel

Dilatase en skeur van die aorta, aorta-inkompetensie en dissekerende aneurisma is van die belangrikste afwykings en berus op 'n aangebore abnormaliteit van die media-bindweefsel, histologies gesien as 'n sistiese nekrose met fragmentasie van elastiese vesels en degenerasie van spierwesels. Hierdie defek is ook verantwoordelik vir aneurismale dilatase van die sinusse van Valsalva, abnormaliteite in aorta en A-V kleppe (wat hartgeruise mag veroorsaak), en dilatase van die pulmonale arterie. Ander kardiovaskulêre stoomnisse sluit in miokarditis, geleidingstoornisse, artimieë en 'n assosiasie met kongenitale hartkwaal, bv. atrium septum defek.

Die Marfan-sindroom moet in gedagte gehou word as 'n moontlike oorsaak vir dissekerende aneurisma, veral in jong persone en in swangerskap en in gevalle waar daar geen goeie verklaring vir aorta-inkompetensie of 'n radiologiese dilatase van die aorta of pulmonale arterie is nie.

### 3. Die Oog:

Dislokasie van die lense, gewoonlik bilateraal, is die bekendste afwyking, maar iridodonesie, heterochromia irides, miopie en loslating van die retina kom ook voor.

### 4. Ander:

Die volgende abnormaliteit is ook beskryf: in die longe, bv. sistiese veranderinge, wat mag lei tot pneumotoraks; in die niere, bv. polisistiese niere en piëlonefritis; en in die vel, bv. Miescher se elastoom.

Die volledige besonderhede van 5 pasiënte wat in die vorige 3 maande in die Karl-Bremer-hospitaal ondersoek is, is voorgedra om die verskeie aspekte van die sindroom te demonstreer. 'n Positiewe familiegeskiedenis is in 3 pasiënte verkry, maar was afwesig in die ander 2. Beide hierdie pasiënte het die tipiese skeletafwykings getoon en een het dislokasie van die lense gehad tesame met 'n kongenitale hartletsel (ventrikulêre septum defek) terwyl die ander 'n vergrote hart gehad het waar 'n laat sistoliese geruis ook gehoor kon word. Röntgenologies was die opstygende aorta abnormaal wyd.

Hierdie 2 pasiënte word tans beskou as *de novo* gevalle van die Marfan-sindroom. In een pasiënt met 'n atrium septum defek is die defek by operasie gesluit.

### BESPREKING

In antwoord op 'n vraag deur dr. C. L. Wicht, verduidelik dr. P. W. A. Botha dat die skeletale afwyking alleen nie genoeg is vir die diagnose van die sindroom nie, maar dat ektopia lentis in die pasiënt of in sy familie, asook 'n positiewe familiegeskiedenis, die diagnose bevestig.

Dr. F. van Greunen (besoeker van Groote Schuur-hospitaal) het bespreking uitgelok oor die bepaling en waarde van die metakarpale indeks in diagnose. Die metode van bepaling is verduidelik en volgens die spreker is dit nie 'n diagnostiese indeks nie, aangesien dit nie abnormaal was in enige van sy 5 gevalle nie.

In antwoord op prof. A. J. Brink se vraag insake Erdheim se medionekrose, word verduidelik dat die verandering nie spesifiek is nie en berus op 'n genetiese of verworwe defek van die aorta bindweefsel. Prof. H. Weber het hiermee saamgestem.

Dr. F. P. Retief wou weet of enige studies in verband met chromosoom-afwykings in die Marfan-sindroom gedoen is. Die spreker was nie bewus van sulke studies nie.

Drs. B. Dreyer en C. L. Wicht het bespreking uitgelok oor die basiese defek in die Marfan-sindroom. Die finale antwoord is nie bekend nie. Die defek in die elastiese vesel kon baie van die manifestasies verklaar, bv. aorta- en oog-afwykings, maar nie die skeletale afwykings nie. 'n Defek in die grondstof is voorgestel en dr. Wicht maak ook melding van die vermeerde mukoproteïen-uitskeiding in die urine, maar dit is geensins 'n konstante bevinding nie.

Dr. Dreyer wys daarop dat chirurgiese behandeling reeds suksesvol toegepas is op sommige van die pasiënte met aneurismas van die aorta sowel as aorta-(klep) inkompetensie.

Die vergadering is afgesluit na verversings bedien is deur mev. drs. Loubser en Wassermann.