

## DIE ROOKGEWOONTE: BENADERING TOT 'N BELEID

Die rookgewoonte het waarskynlik ontstaan onder die Rooihuide van Amerika, wat die tabakplant gebrand het as 'n offer aan die groot gees, en die rook ingeasem het—die eerste rokers dus. Columbus het drie dae na die ontdekking van die Amerikas op 15 Oktober 1492 aantekeninge gemaak van die gewoonte.<sup>1</sup> Sedertdien het baie skrywers die pen opgeneem vir en teen die gewoonte. In Suid-Afrika het die Hollanders die gewoonte onder die Hottentotte gevestig, wat dit weer aan die Boesmans geleer het. Teen 1705 het alle rasse en bewoners van Suid-Afrika die gewoonte geken. Die geskiedenis van die rookgewoonte en sy verspreiding in ons land, asook die evolusie van die pyp in Suid-Afrika<sup>2</sup> bied aangename leesstof oor 'n koppie koffie en 'n pyp, saans voor die vuur.

Of ons as geneeshere rokers is of nie, sal van ons persoonlike omstandighede en beskouing afhang. Ons moet egter besef dat ons ook 'n plig teenoor die publiek het en 'n plig teenoor die sieke in besonder. Te veel ekonomiese faktore speel vandag 'n rol in die tabaknywerheid, sodat daar nie gehoop kan word op wetgewing om die gewoonte te bekamp nie. Waar ons egter 'n soutvry dieet in sekere omstandighede kan voorskryf sonder om dit self te volg, betaam dit ons om sekere aanduidings vir verbod op hierdie gewoonte te bepeins. Ook moet ons 'n kode van gedrag bepaal ten opsigte van die publiek vir wie ons as raadgevers optree, en vir pasiënte by wie die sukses van ons behandeling afhang van hulle uitvoering van ons opdragte.

*Die gesonde persoon wat om advies vra.* Ons kan vandag met beslistheid sê dat daar 'n verband bestaan tussen die rook van sigarette en longkarsinoom, of, in die woorde van 'n Engelse skrywer: „Present evidence of an association between cigarette smoking and lung cancer is so strong as to be considered proof within the everyday meaning of the word.”<sup>3</sup> Die rol van interne faktore word nie ontken nie, want alle rokers kry nie longkanker nie en longkanker kom wel soms voor onder nie-rokers, maar die kans om hierdie siekte te kry (wat vandag een van die belangrikste oorsake van kankersterftes is), word baie verhoog deur rook. Pyp- en sigaarrokers toon ook 'n veel hoër voorkoms van die siekte as nie-rokers, hoewel nie soveel meer as die sigaretroker nie.<sup>4</sup>

Die rookgewoonte word skynbaar nie toevallig aangeleer nie, maar wel as gevolg van sekere persoonlikheidsienskappe en fisiologiese kenmerke eie aan die roker.<sup>5</sup> Wat die publiek betref, moet ons dus pleit vir die aankweek van matigheid, net soos in die geval van drankgebruik, want die hoeveelheid tabak wat verbruik word hang saam met die waarskynlikheid van voorkoms van longkanker. Hoe minder ons per dag rook, hoe kleiner word die kans om longkanker te kry.<sup>4</sup>

Die rookgewoonte hou ook groot potensiele gevare in vir die hart en bloedsvaatstelsel. Onder jonger mense met miokardiale infaraksies is die mortaliteit hoër by rokers as by nie-rokers.<sup>6</sup> Verder is dit ons morele verpligting om ons

aandag op die jeug toe te spits en die gewoonte onder hulle aandag te bring as 'n skadelike gewoonte. Die bedreiging van chroniese bronchitis en emfiseem, die waarskynlikheid van longkanker, die verband met vasculêre siektes soos trombo-angiitis obliterans, word daar gelaat. Die elektro- en ballisto-kardiografiese bevindings voor en na die rook van sigarette toon dat daar wel deeglik kardiavasculêre veranderinge is in normale persone, maar dat hierdie veranderinge meer uitgesproke is in nasate van hipertensieërs, dat hulle heftiger is in persone wat 'n hiperreaksie tot die koue pressortoets toon en dat sekere individue meer geneig is tot die vasculêre gevolge van tabakrook. Dit is onprakties om elke „voornemende” roker ten opsigte van hierdie faktore te bestudeer, maar as ons die feite aan hulle bekend maak, het ons 'n deel van ons plig nagekom. Daar behoort ook gewys te word op die feit dat adverteerders van sigarette hierdie feite nie betwis nie, maar dit verswyg, net soos drankhandelaars nie ontken dat misbruik van drank tot dronkenskap en sy gevolge lei nie, maar dit verswyg met die wete dat die gevare van drankmisbruik baie goed bekend is onder die publiek.

*Die siek persoon.* Wat vasculêre siektes betref, is ons vandag so goed bekend met die verwantskap van rook tot trombo-angiitis obliterans dat dit futiel is om enige vorm van behandeling te probeer toepas as die pasiënt nie ophou rook nie. Die siek vaatbed kan nie die vasokonstriksie van tabakrook ongestraf verduur nie en in 'n chirurgiese tydskrif is 'n paar jaar gelede gewaarsku teen die gebruik om sigarette aan gewondes te gee aangesien die vasokonstriksie kan lei tot die verlies van ledemate.<sup>7</sup>

Na aanleiding hiervan voel ons dat die geneesheer streng behoort op te tree met pasiënte met vasculêre siekte en kroonaarsiekte, wat weier om die rookgewoonte te staak, omdat enige terapie onder sulke omstandighede gedoem is tot mislukking. Hierdie uitspraak is net so rasioneel soos 'n verbod op aktiewe sport kort na 'n miokardiale infaraksie.

Volgens werk wat Doll, Avery-Jones en Pygott<sup>8</sup> onlangs gepubliseer het, is daar nie bewys dat die rook van sigarette peptiese ulsera veroorsaak nie, maar wel dat dit die genesing van ulsera vertraag en help om 'n chroniese toestand te veroorsaak. Hier kan ons die pasiënt dus waarsku dat sy rekening waarskynlik op die lang duur groter sal wees as hy nie sy rookgewoonte staak saam met die aanvang van sy ulserbehandeling nie.

Die werk van Clemmesen<sup>9</sup> en Lillienfeld<sup>10</sup> wat rook as etiologiese faktor van blaaspapilloom ter sprake bring, is tans nie beslissend nie, maar dui tog op 'n verdere faktor wat ons aandag moet geniet.

Kritiek op die stellings wat ons hier uitgespreek het, is vanselfsprekend. Mag dit dien om die aandag van die geneesheer by 'n netelige probleem te bepaal en laat ons by enige kritiek in gedagte hou die woorde van J. H. Robinson: „Die meeste van ons sogenaamde redenasies bestaan

daaruit om argumente te vind oor hoe om voort te gaan om te glo wat ons reeds glo.<sup>7</sup>

1. Watt, J. M. (1953): *S. Afr. J. Clin. Sci.*, 4, 2.
2. Laidler, P. W. (1938): *Trans. Roy. Soc. S. Afr.*, 26, 1.
3. Editorial (1953): *New Engl. J. Med.*, 249, 465.

4. Wynder, G. (1955): *The Biologic Effects of Tobacco*. Londen: J. & A. Churchill.
5. Heath, C. W. (1958): *Arch. Intern. Med.*, 101, 377.
6. Roth, G. M. en Shick, R. M. (1958): *Circulation*, 17, 443.
7. Editorial (1942): *Amer. J. Surg.*, 56, 335.
8. Doll, R., Avery-Jones, F. en Pygott, F. (1958): *Lancet*, 1, 657.
9. Clemmesen, J. et al. (1958): *Danish Med. Bull.*, 5, 121.
10. Lillienfeld, A. M. et al. (1956): *Arch. Intern. Med.*, 98, 129.

## THE RELIEF OF PAIN

Pain and its management constitute ancient reasons for the existence of the physician. The management of pain has at all times called for skill in diagnosis and treatment. It still remains a difficult clinical problem.<sup>1</sup> Among the great achievements of medicine in the last 25 years has been the alleviation of suffering and the removal of the cause of pain. Together with progress in many fields of medicine such as surgery, orthopaedics, radiation therapy, psychosomatic medicine and psychiatry, a great many pain-relieving remedies have been developed. These remedies include not only the various analgesics, but also sedatives of different types, placebos, local anaesthetics, and a heterogeneous group of drugs effective in only some types of pain.

Pain is not easy to define—it is a highly personal experience, subjective in nature and complex as a physiological and psychological phenomenon. Scientists today conceive pain to have two component elements: the perception of pain and the reaction to pain. The total experience is composed of the sensation of pain and the associated sensations, emotional reactions and affective states.

Pain has certain characteristics, and one of these is its differing quality, according to the tissue structures involved. When superficial structures are involved, pain from noxious stimulation has a sharp quality, well localized, and quickly felt. The same stimulation applied to fascia, periosteum or tendon induces pain of a duller and more diffuse nature. In the viscera the pain is usually described as dull, aching, sickening, and difficult to localize.<sup>1</sup> Reactions to pain stimuli include other local tissue responses, neural, muscular, glandular, and the development of increased excitability within the central nervous system. Clinically these responses are represented by local tenderness, reflex skeletal muscle spasm, vasospasm, hyperalgesia and hyperaesthesia. Physiological responses such as these sometimes occur in anaesthetized or unconscious subjects. Certain of the responses may act as new sources of stimulation which may establish a vicious circle. The pain may outlast the original stimulation. It may become located away from the deep-tissue lesion or site of stimulation, as a 'referred pain'.

Another characteristic of pain is its intensity, which is rarely constant for any prolonged period. Mechanical, chemical, and environmental factors modify the intensity

of pain. The severity of pain or the extent of suffering is independent of the size of the lesion, and although pain gives warning, it gives no true indication of the extent or the severity of tissue damage. There are other factors which determine the intensity of pain such as the significance of its origin, or debility, fatigue, anxiety and lack of sleep on the part of the sufferer.

In considering the methods available for the control of pain, it is necessary to assess the patient as a whole and to decide to what extent primarily structural, physiological, or psychological factors need attention. Psychiatric technic is important in managing patients with severe intractable pain. The main treatment of pain of a structural origin and from altered physiological function is concerned with the eradication of the primary disease. An imposing variety of drugs is available for this purpose, including antibiotics, anti-spasmodics, skeletal muscle relaxants, vasodilators and vasoconstrictors. Surgical removal of the lesion or physical methods of treatment may also be indicated.

There are many instances where the cause or mechanism of protracted pain is not easily evaluated. Under these circumstances much time and effort are needed, a detailed history should be taken and a thorough physical examination performed if optimal results are to be expected.

Consideration cannot be given here to a detailed discussion of the effects and complications of narcotic (addictive) analgesics. It is clear that these remedies should be avoided when other agents can be effective.<sup>1</sup> There is no addictive drug which is devoid of undesirable effects. The smallest possible dose that will produce the desired therapeutic effect is the best. While morphine is the classic analgesic, there are patients to whom this drug cannot be given. There are many other drugs that have their uses, both opiates (natural and synthetic alkaloids) and 'opiods' such as pethidine, methadone, and levorphan. Non-addictive analgesics are less potent and are chiefly used for the control of mild pain. The nature of their limited and selective action is unknown. What is urgently required is a more potent non-addictive centrally-acting analgesic than is available at present.

1. Bonica, J. J. in Modell, W. ed. (1958): *Drugs of Choice*. St. Louis: C. V. Mosby Co.

## ,GENEESKUNDE'

Op 31 Januarie 1959 het *Geneeskunde* in Pretoria verskyn. Hierdie tydskrif is 'n uitsluitlik Afrikaanse geneeskundige tydskrif onder die redaksie van prof. H. W. Snyman, bygestaan deur drs. O. V. S. Kok en W. J. Pepler, en uitgegee deur die firma Juta en Kie. Bpk., Posbus 1010, Johannesburg.

As mondstuk van die Mediese Vereniging van Suid-Afrika wil die *Suid-Afrikaanse Tydskrif vir Geneeskunde*,

graag sy hartlike verwelkoming betuig aan hierdie nuwe Afrikaanse tydskrif.

Die doelstelling van *Geneeskunde*, soos uiteengesit in die redaksionele artikel, is om te voorsien in 'n steeds skerp gevoelde behoefte by studente aan geneeskundige artikels in Afrikaans—ook om ten dele te vergoed vir die gebrek aan Afrikaanse leerboeke. Daarby wil die tydskrif verteen-

woordigend wees van al die gebiede deur 'n fakulteit van geneeskunde bestryk, en daardeur die eenheid van begrip beklemtoon wat die moderne geneeskunde behels.

Ons wil hierdie nuwe tydskrif van ons volle medewerking

ten alle tye verseker, veral ten opsigte van ons gesamentlike doelstellinge om Afrikaans as mediese vaktaal tot sy volle reg te laat kom en 'n eervolle plek te laat inneem in die ry van tale.