

Suid-Afrikaanse Tydskrif vir Geneeskunde : South African Medical Journal

VAN DIE REDAKSIE

'N KOLLEGE VAN ALGEMENE PRAKTISYNS

Een van die probleme wat 'n geruime tyd lank al sorg baar in wye mediese kringe, is die probleem van die status van die algemene praktisyn en sy ware plek in die mediese professie. As gevolg van die invoer van die register vir spesiale registrasie van spesialiste 'n aantal jare gelede, en ook van weë die snelle uitbreiding van die omvang van mediese kennis, het daar 'n neiging ontstaan om die algemene praktisyn as 'n 'mindere' geneesheer te beskou.

Hierdie neiging om die algemene praktisyn met 'n soort stigma te bejeën is verkeerd, ongesond en dit kan selfs noodlottig word vir die mediese professie as geheel. In die wêreld in die algemeen, en in 'n land soos Suid-Afrika, met sy wydgestrekte landelike gebiede, in die besonder, sal die algemene praktisyn altyd die spil bly waarom die mediese professie draai.

Maar dis nie net argumente wat gegrond is op ruimtelike en gebiedsoorwegings wat hier van belang is nie. Dit word vandag al meer algemeen aanvaar, in die kringe van denkende mense, dat *interpersoonlike verhoudinge* tussen mense van deurslaggewende belang geword het in 'n wêreld wat deur ideologiese verskille en magsonewewigtheid bedreig word. Ook in die medisyne is daar 'n kentering aan die kom en dit word al meer in die vooruitsig gestel dat die algemene praktisyn iets van sy ou plek en status in die samelewing moet herwin—omdat sy besondere plek in die samelewing en die besondere aard van die werk wat hy doen, hom by uitnemendheid in staat stel om nie net 'n onpersoonlike medisyne-man te wees nie, maar 'n dinamiese vertroueling van mense.

Soos die mediese praktyk vandag in mekaar steek, behoort daar plek te wees vir die man met toegespitste vakkennis (die spesialis) wat mense net by geleentheid om 'n spesiale rede ondersoek en behandel, aan die een kant, en die man met genoegsame wydlopende vakkennis van al die vertakkinge van die medisyne (die algemene praktisyn) wat mense elke dag behandel en ondersoek en wat hulle in hulle binnekamers ken en nie net in hulle kisklere nie.

Die vraag wat ons dus moet beantwoord is hoe ons te werk moet gaan om 'n gesonder verhouding tussen spesialis en algemene praktisyn te bewerkstellig en wat ons kan doen om die status van die algemene praktisyn weer in ere te herstel.

Dit is besonder verblydend om te sien dat optrede in die regte rigting en langs positiewe weë reeds al van die algemene praktisyns self afkomstig is. Elders in ons blad¹ het ons 'n uiteensetting geplaas waarin die Weskaaplantse

tak van algemene praktisyns (M.V.S.A.) een moontlike rigting van optrede aan die hand doen—naamlik die stigting van 'n Kollege van Algemene Praktisyns. Namens die Mediese Vereniging wil ons ons hiermee heelhartig vereenselwig.

Die algemene praktisyns voel self dat daar 'n werklike gevaar bestaan dat hulle vanweë ekonomiese of praktiese oorwegings, en ook vanweë isolasie en gebrek aan belangstelling, akademies geïsoleer mag raak. Op dié manier loop hulle gevaar om die bestaande fasiliteite wat opleidings-hospitale bied, mis te loop. Hulle het in die verlede voortgegaan sonder 'n hoofkwartier, met geen invloed op die opleiding van ongekwalifiseerde mediese studente nie en met geen beheer oor nagraadse opleiding nie—dus ook sonder die status van hul spesialis-kollegas wat ook nog oor 'n Kollege van hul eie beskik.

Op die oomblik is daar geen bestaande Kollege of akademiese liggaam wat primêr die belange van die algemene praktisyn behartig nie. Die aangewese weg in hierdie verband is dus om die stigting van 'n Kollege van Algemene Praktisyns te bewerkstellig. So 'n Kollege sou van onskatbare waarde wees vir praktisyns op baie gebiede. Dit sou byvoorbeeld kon lei tot die stimulering van akademiese leierskap, tot verbetering van die moontlikhede van nagraadse studie vir algemene praktisyns, tot verhoging van die akademiese status van algemene praktisyns en dit sou selfs kon lei tot die heel praktiese ideaal dat iemand sou kan spesialiseer as spesialis-algemene praktisyn!

Kolleges van Algemene Praktisyns bestaan alreeds in Groot-Brittanje en in Amerika. Dr. Ian Grant, van Glasgow, is die huidige president van die Britse Kollege van Algemene Praktisyns en hy sal Suid-Afrika binnekort besoek op uitnodiging van die nasionale groep van algemene praktisyns van die Mediese Vereniging van Suid-Afrika. Hy sal al die belangrike sentrums in Suid-Afrika gedurende September 1958 besoek. Ons wil almal wat belangstel in die toekoms van 'n kerngesonde mediese professie in Suid-Afrika uitnooi om mee te werk om die besoek van Dr. Grant 'n sukses te maak. Ook wil ons almal wat in die saak belangstel, of wat oor nuttige en nodige informasie mag beskik aangaande die stigting en werking van so 'n Kollege van Algemene Praktisyns, uitnooi om deur middel van hulle onderskeie takke of ook deur middel van die meningskolomme van ons blad, uiting te gee aan hul menings en aanbevelings.

1. A College of General Practitioners (1958): S. Afr. Med. J., 32, 792.

EDITORIAL

WEIGHT LOSS AFTER GASTRECTOMY

The indications for surgical treatment of peptic ulcer are fairly well defined; and in most cases the operation of choice is partial gastrectomy. The results of this procedure are

usually good and significant side-effects are uncommon. However, loss of weight is a common consequence; when a Polya operation is performed, 60-80% of patients fall below

their ideal weight, the average loss being 18 lb.^{1,2} This is not necessarily bad, although it may have something to do with the alleged high incidence of tuberculosis after gastrectomy.

Malabsorption seems to be the principal factor causing this weight loss. While frank clinical evidence of steatorrhoea is rare, a significant defect in fat absorption can be demonstrated in most persons who have undergone gastrectomy.³ It has been suggested that the weight loss is related to the amount of stomach removed, but this cannot be the sole explanation, for loss of weight² and indications of malabsorption³ are found in many patients who have been treated by vagotomy plus gastro-jejunosomy. Inadvertent gastro-ileostomy causes very gross malabsorption because of the long blind loop;⁴ and du Plessis⁵ has invoked this mechanism to explain the milder defect when a gastro-jejunal anastomosis is made—he suggests that stagnation in the side-tracked loop of duodenum is partly to blame. Others have indicated that structural changes may develop in the small-bowel mucosa, but these are not thought to be of great significance.⁶ The incidence and degree of weight loss appears to be lower when a gastro-duodenal anastomosis is made (Billroth-I gastrectomy),⁷ but this may be partly due to the fact that less stomach is usually removed in this operation.

Ellison¹ feels that post-operative weight trends can be

predicted: the 'gourmet' type usually does better after radical gastrectomy than the 'bird-like' individual who has never attained his ideal weight. He suggests that more conservative procedures should be considered in those thought likely to lose much weight; but one must remember that a healthy thin person will be happier than a person with a stomal ulcer.

One must not forget that the patient who has had a gastrectomy has a reduced stomach capacity; and meals should, if necessary, be frequent and small. As soon after the operation as possible solid foods of minimal volume and low bulk should be introduced; hypertonic fluids should be avoided. Full use should be made of the fact that the patient can now take seasoned foods. Unless the loss of weight is extreme, simple measures should suffice; and only if malabsorption is intractable should measures like the conversion of a gastro-jejunal to a gastro-duodenal anastomosis⁵ be contemplated.

1. Ellison, E. H. (1957): *Amer. J. Digest. Dis.*, 2, 669.
2. Everson, T. C., Hutchings, V. Z., Eisen, J. and Witanowski, M. F. (1957): *Ann. Surg.*, 145, 182.
3. Ruffin, J. M., Shingleton, W. W., Baylin, G. J., Hymans, J. C., Isley, J. K., Sanders, A. P. and Sohmer, M. F. (1956): *New Engl. J. Med.*, 255, 594.
4. Alvarez, W. C. (1957): *Gastroenterology*, 32, 145.
5. Du Plessis, D. J. (1956): *Med. Proc.*, 2, 29.
6. Baird, I. McL. and Dodge, O. G. (1957): *Quart. J. Med.*, 26, 393.
7. Schmitz, E. J., Harkins, H. N., Moore, H. G. and Olson, H. H. (1954): *Lancet*, 2, 4.