

DIE GESINSJAAR EN DIE GESINSKONGRES

Gedurende die afgelope tye het dit al meermale gebeur dat die aandag van welmenende mense dwarsoor die wêreld op spesifieke fasette van die algemene gemeenskapsprobleem gevestig is deur die instelling van spesiale en spesifieke propaganda-tydperke. So is daar, byvoorbeeld, die 'Geestesgesondheidsjaar' wat gedurende 1960 deur die Wêreldfederasie vir Geestesgesondheid ingestel is om die aandag van so veel mense as moontlik te vestig op 'n positiewe benadering van probleme in hierdie verband.¹ So was daar ook die Internasionale Vluchtelingjaar² waarmee dit die doel was, nie net om die aandag op die moeilike probleme van die miljoene vlugtelinge wat daar orals oor die wêreld is te vestig nie, maar ook om pogings in werking te stel om vlugtelinge by te staan by die ingewikkelde en moeisame prosesse van heraanpassing en rehabilitasie.

En so het daar ook in ons eie land die ingewing ontstaan om 'n Gesinsjaar te beplan — 'n onderneming wat dit hom ten doel stel om te ywer vir die behoud van 'n gesonde gesinslewe en die bevordering van gesinseenheid. Dat die behoefte ontstaan het om so 'n Gesinsjaar te beplan, is goed te verstaan. Gedurende die afgelope aantal dekades het daar groot en verreikende veranderinge ontstaan in die basiese patroon van ons groepsverhoudinge.

Die 'wind van verandering' wat so opvallend sterk oor die Vasteland van Afrika, sowel as oor die res van die wêreld, waai, is nie net 'n wind wat die hergroepering van politieke kragte aanblaas nie. Dit is 'n wind wat ook in ons land groot maatskaplike omwentelinge gebring het en wat die gemeenskap nie net in sy uiterlike aansig nie, maar ook in sy innerlike struktuur radikaal verander het.

Soos dit die geval is met die meeste volke van die Westerse wêreld het ons in 'n groot mate 'n bevolking van stadsbewoners en dorpsbewoners geword. Daarby het 'n ongesonde groot persentasie van ons mense woonstelbewoners en selfs kamerbewoners geword. Ook het die stryd om te bestaan hewiger geword en strominge soos materialisme, sekularisasie, individualisme, sensasielus, en geestesvervalking het niemand onaangeraak gelaat nie.

Dit is dus nie te verwonder dat die hele basiese instelling van die gesin grootliks in die gedrang gekom het nie. Dit kom al meer voor dat altwee ouers deelyds of voltyds buite die huis werk. Kinders word van vroeër af aan hulself en aan strominge buite die gesin oorgelaat. Die emansipasie van die jeug het vroeër 'n onverbidelike finaliteit geword, en nuwe sedes en nuwe waardes het as meetsnoere en die gebruike van die vadere verdring.

Hierdie omstandighede het dus daartoe gelei dat alle organisasies wat met gesinsorg gemoeid is weer aan die probleme in verband met die huisgesin begin dink het, en

dat verantwoordelike navraag en navorsing oor die hele probleem onderneem is. Die algemene opvattinge in hierdie verband, soos saamgevat in die brosjure waarin die betrokke organiserende komitee 'n Gesinsjaar vanaf die Uniefees in 1960 afgekondig het en 'n Gesinskongres in April 1961 aankondig, is soos volg:

1. Die deursnee huisgesin is nie toegerus en opgewasse om sy eenheid in 'n veranderde wêreld te handhaaf nie. Die huis het merendeels die uitgangspunt vir individuele lewe geword en is nie meer die middelpunt van saambinding nie.

2. Wantoestande soos konflikte, egskending, drankmisbruik, kinderverwaarlosing, jeugmisdaad, en ander, moet gesien word as simptome van 'n worteltoestand wat in sy kern ongesond is. Oorsake en nie simptome nie, moet behandel word.

3. Die probleemtoestand is baie kompleks met veelvuldige fasette. Al die geestelike, maatskaplike, funksionele en ekonomiese belange van die huisgesin is betrokke. Die oplossing kan nie deur middel van negatiewe veroordelings, vrome wense of oppervlakkige slagspreuke bereik word nie.

4. Slegs langs die weg van 'n positiewe benadering en 'n daadkragtige optrede, wat rekening hou met alle oorsaaklike invloede, sal 'n oplossing gevind word. In die lig van veranderde omstandighede moet daar 'n herontdekking wees van blywende gesinswaardes.

Die gedagte om so 'n Gesinsjaar in te stel, is kort voor sy aftrede as Administrateur van die Transvaal deur dr. Wm. Nicol uitgespreek, met die bedoeling dat daar gewerk sal word vir die behoud en die bestending van die gesinslewe. Hy het aan die hand gedoen dat die Gesinsjaar uit die Uniefees moet voortvloei en dat almal die geleentheid sal hê om 'n positiewe bydrae te lewer tot herstel van gesinseenheid en die bevestiging van wesentlike gesinswaardes.

Hierdie gedagte het onmiddellik 'n gunstige weerklank gevind en dit het uitgeloop op die samestelling van 'n sentrale reëlingskomitee en die beplanning van 'n omvattende kongres wat in April 1961 in Pretoria gehou sal word, waar alle aspekte van die gesinslewe onder die soeklig geplaas sal word. Langs hierdie weg en namens die mediese profesie in Suid-Afrika, wil ons graag ons ondubbelsinnige ondersteuning aan hierdie lofwaardige voorneme toesê in die hoop en verwagting dat ook hierdie poging sal bydra tot die verwesenliking van die ideaal van die skepping van 'n gesonder, gelukkiger, en meer stabiele wêreld in die toekoms.

1. Van die Redaksie (1960): S. Afr. T. Geneesk., 34, 175.

2. *Ibid.* (1960): *Ibid.* 34, 685.

ATRIAL SEPTAL DEFECTS

Atrial septal defect is one of the common types of congenital heart disease. Although this condition was recognized for centuries and received increased attention

since 1900, the first authoritative clinical account was provided by Bedford, Papp, and Parkinson in 1941, who described the physical, electrocardiographic, radiological,

and diagnostic features, as well as the complications and clinical course. With the advent of new diagnostic techniques, many publications have described the pathological physiology of the disease. Finally, the introduction of surgical correction has given impetus to further inquiries into the many facets of this abnormality.

During foetal life, the left ventricle receives almost no blood from the lungs, and must therefore be supplied by the venae cavae and the common atrium if it is to perform any work to help in its proper development. Herein lies the reason for the apparent complexity in the development of the interatrial septum, in which the septum primum, septum secundum, and endocardial cushions all play an important rôle. The septum is so built that it will at all times in foetal life allow blood to flow from right to left, but at birth this one-way valvular partition must be readily closed by the rise of left atrial pressure.

From the practical surgical angle, three chief varieties of atrial septal defects are recognized. Their pre-operative differentiation is not only possible but also desirable, since the surgical correction for each type varies.

1. *Sinus venosus defects.* These defects occur at the root of the superior vena cava above the fossa ovalis. They are commonly associated with anomalous drainage of the right superior pulmonary vein.

2. *Ostium secundum defects.* Secundum defects are more centrally placed in the septum. The margins of a secundum defect are formed by remnants of the atrial septum and thus the tricuspid valve is separated from the defect by a rim of septal tissue. The opening of the inferior vena cava may be partly or wholly on the left atrial side of the inferior rim of the defect.

3. *Ostium primum defects.* These abnormalities are also known by terms such as atrioventricular defect or common atrioventricular canal, but 'endocardial-cushion defect' would appear to be the best name, since there is always evidence of failure of the endocardial cushions to

develop normally and fuse in the midline of the common atrioventricular canal. In addition to defective development of the atrial septum, there are thus abnormalities of varying degree in the leaflet formation of the atrioventricular valve and of ventricular septation.

Various ingenious closed or external techniques of repairing the defect were devised by Cohen, Gordon Murray, Bailey, Sondergaard, and Edwards. Gross, in 1952, advocated a semi-open technique of suturing a rubber well to an incision in the right atrium, thus allowing direct suture by tactile control.

The advent and perfection of hypothermia, however, provided a more direct approach. Closure by this method was first carried out by Lewis and Taufic in 1953, and subsequently extensively practised all over the world.

As experience and confidence in pump oxygenators increased, this technique gradually superseded general hypothermia, because the operative risk of total cardiopulmonary bypass is as low as general hypothermia and, using this technique, more time is available for careful suture of the defect, with the use of a plastic patch in the larger and more complicated defects. There is no doubt that in the repair of endocardial-cushion defects, only open cardiomy with extracorporeal circulation should be used.

In selecting patients with uncomplicated atrial septal defects for surgery, it must be remembered that the prognosis in these cases is very good; without surgical treatment most of these patients will reach middle age without any disability. Before surgical correction is undertaken, the patient must, therefore, be guaranteed a complete cure with an operative risk approaching zero per cent.

On pages 797, 805, and 810 of this issue of the *Journal* we publish three articles by various authors in which both the medical and surgical approaches to various facets of the problem of the treatment of atrial septal defects are discussed and evaluated.