

HODGKIN SE SIEKTE

Nog voor Virchow leukemie as kliniese entiteit benoem het, het Hodgkin reeds die siekte wat sy naam dra, beskryf in 1832. Desnieteenstaande kan 'n mens die navorsingswerk wat tot op hede op hierdie gebied gedoen is as relatief steriel beskou—uitgesonder die patologiese beskrywings en die terapeutiese resultate wat volg op röntgenbehandeling en die gebruik van stikstof-mosterd.¹

Wat betref die etiologie van die toestand is daar groeiende bewyse dat 'n virus moontlik daarvoor verantwoordelik mag wees,² terwyl Rottino¹ die limfositiese en eosinofiliese hiperplasie as 'n reaktiewe verskynsel beskou wat plaasvind as gevolg van 'n tot dusver onbekende basiese verandering in die retikulo-endoeteelsisteam.

Die patologiese klassifikasie is vir die klinikus van minder belang as die kliniese klassifikasie wat deur Diamond³ en Warwick en Sellers⁴ gebruik word, naamlik:

Klas I. Die siekte is beperk tot 'n enkele gebied met geen konstitusionele simptome en tekens nie.

Klas II. Twee of meer limfatiese gebiede is aangetas in 'n enkele anatomiese gebied; (a) sonder, en (b) met konstitusionele simptome en tekens.

Klas III. Verskeie anatomiese gebiede is aangetas en die konstitusionele simptome en tekens is ernstig.

Warwick en Sellers⁴ stel die prognose in die groepe soos volg, bereken teen 'n oorlewingstydperk van vier jaar: Klas I 60%, klas IIa 45%, klas IIb 35%, en klas III minder as 20%. Hierdie skrywers beweer voorts dat 'n derde van die pasiënte met Hodgkin se siekte binne een jaar vanaf die diagnose sterf, terwyl dié wat die vyf-jaar en veral die tien-jaar kerf oorleef, 'n toenemende gunstige prognose het.

Die terapeutiese keuse lê tussen röntgentherapie en chemoterapie—laasgenoemde 'n ontwikkeling wat oor die afgelope

vyftien jaar plaasgevind het. Hoewel foliensuur-antagoniste en kortikosteroïede beproef is, is die resultate daarmee as geheel onbevredigend. Die stikstof-mosterd groep skyn die mees doeltreffende chemoterapeutiese middels te wees. Die resultate met röntgentherapie, chemoterapie plus röntgentherapie, of chemoterapie alleen is moeilik te beoordeel. Röntgentherapie skyn nog die voorkeur te geniet vir klein groepe kliere, terwyl Warwick en Sellers⁴ meen dat chemoterapie as die enigste behandeling oorweeg moet word waar die siekte te uitgebreid is vir bestraling, of waar geen verdere doel meer deur bestraling gediën kan word nie. In gevalle waar die prognose redelik goed sou wees (klas I), sou 'n mens miskien traag wees om die pasiënt onnodig aan hoë dosisse van bestraling te onderwerp, aangesien die lewensverwachting soms nog oor baie jare strek.

Chemoterapie, synde van jonger oorsprong as bestralings-therapie, hou veel verwagting vir die toekoms in. Gemak van toediening en die onnodigheid van duur en ingewikkelde toerusting by die gebruik daarvan, maak chemoterapie 'n nuttige metode van behandeling veral vir die platelandse hospitaal en geneesheer.

Aangesien die siekte by uitstrek in die twintig- tot veertigjarige ouderdomsgroep voorkom, is die gevolge op die sosiale en ekonomiese gebiede en ten opsigte van die gesinslewe veel meer ingrypend as in die geval van ander verms van maligniteit. Om hierdie rede kan 'n mens dan ook miskien hoopvol die ontwikkeling op chemoterapeutiese gebied dophou.

1. Rottino, A. (1958): *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 73, 4.

2. Bostick, W. L. (1958): *Ibid.*, 73, 307.

3. Diamond, H. D. (1958): *Ibid.*, 73, 357.

4. Warwick, O. H. en Sellers, A. H. (1959): *Canad. Med. Assoc. J.*, 80, 423

MEDICAL INSURANCE SCHEMES

At the Meeting of Federal Council held in Pretoria on 3-5 March 1960, a debate lasting for more than one day of the Meeting resulted in the passing of two resolutions, each of which will have a far-reaching effect both on medical practice in this country and on the public. These resolutions read:

'That the Medical Association of South Africa agrees to cooperate with insurance organizations which provide prepaid medical care, in order to enable them to provide an adequate medical service to the public', and

'That the preferential tariff, as amended from time to time, be granted to all groups which can conform to the rules laid down for approval as a medical aid society, on the understanding that the organizations administering them will, in their turn, undertake to pay accounts of doctors direct and in full'.

For many years the Medical Association has sought to help employed persons in the middle and lower-income groups by the fostering of medical aid societies, and a considerable number of these societies exist, although they are connected mainly with larger business organizations. The new policy of the Medical Association is essentially an extension of the medical aid society principle to a greater number of the population. Numerous firms and organizations which have not had medical aid facilities in the past may now be catered for through insurance plans as long

as they, as groups, conform to the rules laid down by the Association, mainly in regard to income limits. Briefly, these are as follows: The Medical Association considers that persons earning a gross income of £2,500 *per annum* or over, should be charged private practice fees, but that members of a group whose average earnings are not more than £1,100 *gross per annum* and of whose number not more than 3% earn over £1,750 *gross per annum* should be charged according to the fees laid down in the Preferential Tariff of Fees for Approved Medical Aid Societies. Approval of the society or of the group within a prepaid insurance plan by the Medical Association is necessary before the tariff becomes applicable, and the Medical Association will approve only those societies and insurance plans which are administered on a mutual non-profit basis, where any surplus funds will be used only for the extension of benefits to the members or the creation of reserve funds.

It must be emphasized that not all the insurance plans are acceptable to the Medical Association, so that insurance company plans have not been approved *in toto*. The names of those which may be approved from time to time will be published in the *Journal*, as the occasion arises.

Members of the Medical Association will be kept informed about developments through the columns of the *Journal*.

MEDIESE VERSEKERINGSKEMAS

Op 'n Vergadering van die Federale Raad wat in Pretoria gehou is op 3 - 5 Maart 1960, en na 'n debat wat meer as een hele dag van die Vergadering in beslag geneem het, is twee belangrike besluite geneem elk waarvan 'n verreikende invloed op die geneeskundige beroep in hierdie land en op die publiek sal hê. Die besluite lui soos volg:

'Dat die Mediese Vereniging van Suid-Afrika instem om hul samewerking toe te sê aan versekeringsorganisasies wat vooruit-betaalde geneeskundige dienste moontlik maak, om hulle in staat te stel om 'n toereikende geneeskundige diens aan die publiek te lewer', en

'Dat die voorkeurtarief, soos op gesette tye aangevul, aan alle groepe toegestaan word wat kan voldoen aan die reëls wat vir goedkeuring neergelê is ten opsigte van 'n mediese hulpvereniging, met dien verstande dat die organisasie wat die hulpverenigings beheer op hulle beurt sal onderneem om geneeshere se rekenings regstreeks en ten volle te vereffen'.

Die Mediese Vereniging het reeds jare lank al probeer om werknemers uit die middel- en laer-inkomstegroep te help deur die totstandkoming van mediese hulpverenigings aan te moedig. 'n Groot aantal van dergelike hulpverenigings bestaan reeds, alhoewel hulle hoofsaaklik aan groot sake-ondernemings verbonde is. Die nuwe beleid van die Mediese Vereniging is wesentlik 'n uitbreiding van die beginsel van hulpverenigings in die belang van 'n groter aantal van die bevolking. Baie firmas en organisasies wat nie in die verlede oor die fasiliteite vir mediese hulpverenigings beskik het nie, kan nou deur versekeringsplanne gedek word solank soos

hulle as groepe aan die reëls voldoen wat deur die Vereniging neergelê word, hoofsaaklik ten opsigte van inkomste. Hierdie reëls is kortliks soos volg: Die Mediese Vereniging is van mening dat persone wat 'n totale inkomste van £2,500 of meer per jaar het, aan die gewone tariewe van die private praktyk onderhewig moet wees, maar dat lede van 'n groep wie se gemiddelde verdienste nie meer as £1,100 per jaar bedra nie, en van wie nie meer as 3% meer as 'n totale inkomste van £1,750 per jaar het nie, die gelde moet betaal soos bepaal deur die Voorkeurtarief vir Goedgekeurde Mediese Hulpverenigings. Goedkeuring van die vereniging of van die groep binne die raamwerk van 'n vooruit-betaalde versekeringsplan deur die Mediese Vereniging is nodig voordat die tarief toegepas kan word. Die Mediese Vereniging sal slegs die verenigings en versekeringsplanne goedkeur wat op 'n onderlinge nie-winsgewende grondslag gedryf word en waarvolgens enige oorskotte slegs vir die uitbreiding van voorregte aan die lede of vir die daarstelling van reserwefondse gebruik word.

Dit moet beklemtoon word dat al die versekeringsplanne nie vir die Mediese Vereniging aanneemlik is nie, sodat die planne van versekeringsmaatskappye nie sonder voorbehoud goedgekeur is nie. Die name van sulke planne wat op gesette tye goedgekeur word, sal in die *Tydskrif* gepubliseer word namate dit nodig mag wees.

Lede van die Mediese Vereniging sal op hoogte gehou word van ontwikkelings in hierdie verband deur mededelings in die *Tydskrif*.