

STELLENBOSSE BYDRAES

Soos dit nou al gebruiklik geword het om te doen, plaas ons in hierdie uitgawe van die *Tydskrif* 'n aantal bydraes wat gelewer is by geleentheid van die vierde Akademiese Jaardag van die Mediese Skool van die Universiteit van Stellenbosch. 'n Aantal van die bydraes wat by daardie geleentheid gelewer is, is alreeds gepubliseer, en nog ander is nie gereed vir publikasie nie omdat hulle in die vorm van voorlopige verslae gelewer is oor werk wat nog voortgesit word.

Teen hierdie tyd het die Mediese Skool van die Universiteit van Stellenbosch al min of meer sy stadium van mondigheid bereik, aangesien die eerste geneeshere wat aan die skool opgelei word, vanjaar sal kwalifiseer. In hierdie land is dit vir ons 'n besondere gebeurtenis om verskeie redes:

In die eerste instansie sal Stellenbosch nou sy plek inneem, saam met die mediese skole van die Universiteite van Kaapstad, Witwatersrand, Pretoria, en Durban, as opleidingsentrum vir geneeshere. Dit is 'n belangrike stap omdat daar in hierdie land, in terme van die behoeftes van al die bevolkingsgroepe, 'n tekort aan geneeshere bestaan wat met die loop van jare groter in plaas van kleiner sal word.

Daar is alreeds in die mediese pers en by besprekinge deur lede van die Mediese Vereniging en die Geneeskundige Raad, herhaaldelik gewys op die bedreiging van hierdie tekort. Onlangs nog weer het prof. H. W. Snyman, Ondervoorsitter van die Suid-Afrikaanse Geneeskundige en Tandheelkundige Raad, daarop gewys dat daar, volgens verwagting, in 1965 'n ernstige tekort aan geneeshere in die land sal wees.

Hierdie tekort aan geneeshere skyn wyer voor te kom as net in ons land. Prof. A. J. Brink, van die Universiteit van Stellenbosch, wat verlede jaar op 'n uitgebreide besoek na Amerika en Europa was om ondersoek in te stel na die probleme van hospitaalbeplanning, veral in soverre dit opleidingshospitale betref, het dieselfde tendens ook in die buiteland aangetref. Dit word byvoorbeeld bereken dat, met inagneming van die nuwe opleidingshospitale wat alreeds beplan en goedgekeur is, die tekort aan geneeshere in Amerika nie uitgewis kan word nie; trouens, in terme van die vermeerdering van die bevolking en die uitbreiding dus van die behoefte aan mediese dienste, sal die tekort in Amerika in die volgende aantal jare so groot word dat dit aan 'n nasionale katastrofe sal grens.

Dit is dus, uit die oorwegings wat ons genoem het, duidelik waarom ons dink dat dit belangrik is dat die Mediese Skool van die Universiteit van Stellenbosch nou die stadium bereik het waar gekwalifiseerde geneeshere gelewer kan word. Ons wil selfs verder gaan en die gedagte ter bespreking en ernstige oorweging voorlê, soos ons ook alreeds by 'n vorige geleentheid gedoen het, dat opleidingsgeriewe vir geneeshere nog verder uitgebrei moet word, byvoorbeeld na sentrums soos Bloemfontein, Port-Elizabeth, en na Durban, bowe en behalwe die geriewe wat tans wel in Durban bestaan.

'n Verdere rede waarom die mondigheid van die Mediese Skool van die Universiteit van Stellenbosch belangrik is, is omdat dit nou die tweede skool in die land sal wees waar studente deur die medium van Afrikaans opgelei sal kan word. Die Universiteit van Pretoria het alreeds gewys dat dit gedoen kan word. Stellenbosch sal op die pad voortgaan.

Vir die ontwikkeling van Afrikaans as kulturele en wetenskaplike taal is dit van groot belang. Gedurende die afgelope aantal jare het die Afrikaanse vaktaal met verbasende spronge vooruitgegaan. As ons studente kan oplei deur medium van Afrikaans, en hulle darem in staat stel om na enige ander universiteit in die wêreld te gaan vir verdere studie, as hulle dit sou wou doen, dan sal dit 'n groot dag wees, en dit sal ook die mondigheid van Afrikaans as mediese vaktaal beteken.

Almal wat kennis het van die standaarde van mediese opleiding en die mediese praktyk, hier in ons land en in ander lande van die wêreld, weet dat ons tot nog toe rede het om trots te wees op ons standaard. Die geneeshere wat uit ons mediese skole stap, is so goed toegerus vir hul lewenstaak as die bestes in die wêreld. Ons mag egter nooit tevrede word met die standaard van ons opleiding nie. Trouens, ons moet altyd daarop bedag wees om ons standarde so hoog as moontlik te hou. Dit moet altyd ons doel en ideaal bly om geneeshere op te lei wat professioneel en akademies onbesproke staan en wat op die vlak van die bestes in die wêreld kan beweeg. Daarby moet ons egter ook geneeshere oplei wat die gesindheid van diensbaarheid so sterk sal hê dat die mediese profesie altyd vir hulle nie net 'n beroep sal wees nie, maar in die wesenlike betekenis van die woord, 'n roeping.

DANGERS OF LOCAL ANAESTHESIA

Since the advent of relaxant drugs, general anaesthesia has become increasingly more popular, even for bad-risk, elderly and frail patients.

In an Editorial in 1950 in this *Journal*,¹ it was stated that important steps to remedy deficiencies in the training of anaesthetists had been taken at certain centres by the establishment of a full-time teaching staff.

A letter to the Editor in November 1951² stated that the introduction of these full-time departments would benefit

the aspirant specialist only and not the intern or houseman who was going into general practice.

A very large number of general anaesthetics are still given in this country by general practitioners, many of whom have become increasingly proficient in their administration. Quite often, however, a local anaesthetic is preferred for a bad-risk patient where a specialist anaesthetist is not available.

Procaine has very largely been replaced by lignocaine

and it now appears likely that carbocaine, which has recently been added to the list of local anaesthetic drugs, may well replace lignocaine. A recent article in the *Journal*³ describes the advantages of this drug over lignocaine, and is well worth the attention of those who make frequent use of local anaesthetics.

Lignocaine, marketed as 'xylocaine' or 'xylotox', is, however, still the local anaesthetic drug in most common use in this country at the present time, and deaths have occurred recently from overdosage and the high concentration of adrenaline being used. It is unfortunate that lignocaine for injection purposes is usually supplied to hospitals in a 2% solution plain, or in a 2% solution with 1 : 80,000 adrenaline. When a large amount of local anaesthetic is required for infiltration purposes, e.g. for herniorrhaphy, amputation of limbs, abdominal field blocks, etc., a 0.5% concentration of lignocaine is quite adequate. The concentration of adrenaline should never exceed 1 : 200,000.

It is suggested that the following solution be prepared for use when any large amount of lignocaine is being used:

Lignocaine 2% plain, 25 ml.; normal saline, 75 ml.; and adrenaline, 0.5 ml., 1 : 1,000.

The above solution will contain 500 mg. of lignocaine in a 0.5% solution and the concentration of adrenaline will be 1 : 200,000. 500 mg. of lignocaine should not be exceeded, and for the elderly and frail patient a smaller dose or a more dilute concentration should be used.⁴

A small dose of thiopentone should always be immediately available for intravenous administration if convulsions occur and should be followed by oxygen given under pressure from some simple apparatus.

1. Editorial (1950): *S. Afr. Med. J.*, **24**, 656.
2. Barton, J. D. M. (1951): *Ibid.*, **25**, 832.
3. Voss, T. J. V. (1960): *Ibid.*, **34**, 926.
4. Bryce-Smith, R. (1960): *Brit. Med. J.*, **1**, 1039.