

## EDITORIAL : VAN DIE REDAKSIE

## LAKESIDE PIONEERS

Professor Michael Gelfand, the celebrated author of *The Sick African* and of *Medicine, Magic and the Mashona*, is also the leading medical historian of Southern Africa. His latest work, *Lakeside Pioneers*,<sup>1</sup> deals with Nyasaland; together with *Tropical Victory* (1953) and *Northern Rhodesia in the Days of the Charter* (1961) it completes a trilogy of socio-medical histories of the former Central African Federation.

The sub-title emphasizes that this is not just a medical history. Professor Gelfand has shown that in the development of these African territories, the medical, political, social and economic factors are so closely connected that they cannot be dealt with separately. His book should be studied carefully by those historians who believe that the political history of a country can be understood without reference to the health of its people. They will find that malaria, sleeping sickness and dysentery were as important in the early history of Nyasaland as were the political activities, the economic contracts and the military escapades. The control of malaria was at least as great a stimulus to the development of Central Africa as was the opening of the Suez canal. If these historians will then apply Professor Gelfand's method to their own historical studies, they will be able to enlighten much that was formerly obscure.

In 1857 Dr. David Livingstone addressed a combined meeting of university students at Cambridge. He appealed to them in the following terms: 'I go back to Africa to try to make an open path for commerce and Christianity; do you carry out the work which I have begun. I leave it to you.' This exhortation led to the formation of the Universities' Mission to Central Africa under whose auspices many of the early missionaries ventured into the unknown country around Lake Nyasa. Many were doctors and, true to the spirit of the New Testament, they brought healing as well as Christian doctrine to the heathen. They

suffered great hardships and many died from tropical diseases and accidents. However, these early pioneers were able to establish a bridgehead in Nyasaland and so facilitated the entry of traders and colonial administrators. The latter, in turn, introduced other manifestations of Western civilization to the territory.

One of the first achievements of British colonial rule was the abolition of the pernicious slave trade conducted by certain native chieftains and Arab traders. There was frequent fighting between the slave traders and the British, and here, too, medical men distinguished themselves both on the battlefield and in the casualty stations.

Dr. Gelfand pays a well-merited tribute to the British imperialists who achieved a great deal for the native people of Nyasaland. On the other hand, he criticizes them for their too rigid adherence to European standards and methods and for not adapting these to suit a tropical climate and the African way of life. Now that Nyasaland has become independent, it will be interesting to see whether the native rulers will continue to follow the European system or whether African traditions can be successfully maintained in a modern technological society.

A great deal of original research has gone into the preparation of this history and the book is liberally annotated with references to primary sources. Professor Gelfand's achievement will be seen as even more remarkable when it is noted that this is the third book which he has produced during the last few months. While this prodigiousness has indebted a great many of us to Professor Gelfand, it is probably responsible for the one defect in *Lakeside Pioneers*—the too frequent indications of a too hasty revision of the text. Many important passages are spoilt by careless writing and this is a pity in what is otherwise a wholly admirable book and a welcome addition to the histories of Southern Africa.

I. Gelfand, M. (1964): *Lakeside Pioneers*. Oxford: Blackwell.

## ARBEIDSTERAPIE AS HERSTELLINGSPROSEDURE

Gedurende die afgelope aantal jare het daar orals oor die wêreld groot belangstelling ontstaan in die soort bydrae wat arbeidsterapeute kan maak tot die volkome herstel of produktiewe heraanpassing van pasiënte wie se lewens deur ernstige of langdurige siekte ontstig is. Vandag word die opvatting dus nie meer gehuldig dat arbeidsterapie uit stukkie en brokkie handwerk bestaan wat net daarop gerig is om verveling teen te gaan nie. Arbeidsterapie is inderdaad daarop gerig om pasiënte wat liggaamlik of geestelik siek is, te help om na die samelewing terug te keer as produktiewe lede of om diegene met permanente ongeskiktheid te help om so 'n volle lewe as wat onder hulle omstandighede moontlik is, te lei.

Almal wat vertrou is met die hantering van chroniese

pasiënte weet hoe belangrik die faktor van produktiewe arbeidsterapie is in die herstel en rehabilitasie van die pasiënt. Daar is niks méér bedroewends en teneerdrukkends nie as om te sien hoe geestesversteurde pasiënte of pasiënte met tuberkulose of ortopediese kwale (om maar net 'n paar voorbeelde te noem) doelloos sit en wag vir die tyd om verby te gaan nie. By pasiënte met soveel ledigheid op hul hande in die aansig van chroniese kwale, is daar altyd noodwendige tekens van agteruitgang van verstands- en liggaamsfunksies en van ontwikkelende karaktergebreke.

Om hierdie redes werk opgeleide arbeidsterapeute dus vandag as lede van die para-mediese span in alle gebiede van die geneeskunde—in algemene hospitale, in sanatoriums vir tuberkulose pasiënte, in kinderspitale, in

psigiatryse hospitale en klinieke, in dag- en nag-hospitale, in skole en inrigtings vir paraplegiese kinders, in hospitale met ortopediese en paraplegiese afdelings, in geriatriese inrigtings, in spesiale skole en as werkers in tuissorgprojekte.

Die essensie van arbeidsterapie is dat dit *terapie* is wat deur middel van geskikte selfwerkzaamheidstake daarop gerig is om aan die pasiënt die verlangde liggaamlike en/of verstandelike reaksie te ontlok wat nodig is om sy gebreke en tekortkominge te bowe te kom. Dit is dus 'n vorm van terapie wat 'n noodsaaklike element van die herstellingsprosedure is en wat onder leiding van 'n opgeleide arbeidsterapeut toegepas word onder voorskrif van 'n geneesheer. Dit sluit ontspannende, sosiale, opvoedkundige, skeppende, voor-beroeps- en nywerheidsaktiwiteite in, en is onder meer gerig op die volgende doelwitte:

1. Spesifieke behandeling vir psigiatryse pasiënte.
2. Spesifieke behandeling in alle gevalle waar dit nodig is om liggaamlike funksies te bevorder, soos bv. die ontwikkeling van gewrigsbeweging, spierkrag, koördinasie, ens.
3. Onderrig in die bemeestering van alledaagse take, soos eet, aantrek, skryf, en die gebruik van gepaste hulpmiddels soos kunsledemate, ens.
4. Beplanning in verskeie werksituasies, bv. huishoudelike pligte.
5. Om spesiale vaardighede in verband met uiteenlopende werksaamhede by pasiënte aan te kweek.
6. Om die pasiënt se liggaamlike en geestesvermoëns, sy

belange, werksgewoontes, aanleg en potensiele indiensneembaarheid te bepaal.

7. Om die pasiënt te help om 'n onvermydelike, langdurige verblyf in die hospitaal moedig te aanvaar en met opbouende werk deur te bring.

In Suid-Afrika is 'n opgeleide arbeidsterapeut een wie se opleiding, hetsy plaaslik of in die buiteland, deur die Suid-Afrikaanse Geneeskundige en Tandheekkundige Raad en die Suid-Afrikaanse Vereniging van Arbeidsterapeute erken word. En in ons land geskied opleiding as arbeidsterapeute aan die Universiteit van die Witwatersrand, aan die Skool vir Arbeidsterapie in Pretoria en ook aan die Universiteit van Stellenbosch. Daar is dus 'n goeie waarborg dat 'n opgeleide arbeidsterapeut 'n professionele persoon sal wees.

Soos elders in die wêreld het die besef ook by ons ontstaan dat die behandeling en hantering van pasiënte 'n breë begrip is wat voorbehoedende medisyne, herstellende behandeling en rehabilitasie insluit. Dit is veral in die sfere van herstellende behandeling en rehabilitasie dat arbeidsterapie belangrik is.

In die meeste van ons hospitale en deur die meeste van ons geneeshere word die arbeidsterapeut egter nog nie genoegsaam na waarde geskat nie. Met die oog op die pasiënt self en in belang van die samelewing as 'n geheel is dit egter gebiedend noodsaaklik dat ons houding in hierdie opsig radikaal verander. Die arbeidsterapeut, soos die fisioterapeut, is 'n onmisbare lid van die para-mediese span van wie dit die taak is om saam met die geneesheer die probleem van elke individuele pasiënt op die breedste moontlike vlak te benader.

#### ANNOTASIE

### BEHANDEL NIE-AFGEDAALDE TESTES BY OUDERDOM SES

Die behandeling van nie-afgedaalde testes behoort by die ouderdom van 5 of 6 jaar aangepak te word, het Robert A. Garrett, M.D., van Indianapolis hom uitgelaat op 'n vergadering van die Amerikaanse Kollege vir Chirurge, in Maart vanjaar. Gebaseer op 'n sorgvuldige histologiese waardering, het die normale, ontwikkelende testis 'n skrotale temperatuur nodig tussen die vyfde en die tiende lewensjaar', het Garrett aangevoer.

Daar word gesê dat kriptorgidisme in ongeveer 10% van manlike babas by geboorte voorkom en dat dit in 1% of 2% by die ouderdom van 1 jaar aangetref word. Testes wat by puberteit steeds onafgedaal is, is die gevolg van kongenitale afwyking of van skadelik omgewingsfaktore. Garrett het die hoë voorkoms van maligniteit in kriptorgidisme beklemtoon — 'min of meer 48 keer meer algemeen as in die gewone gonad'.

Die rondbewegende testis regverdig selde of nooit chirurgiese behandeling. Dog, orkiopleksie word omrede van infertiliteit aangedui in die gevalle van bilaterale nie-afdeling, wat nie op gonadotropin reageer nie. Orkiopleksie verseker nie noodwendig fertiliteit nie, aangesien kongenitale gonadale ontoereiktheid, verknoeiing van, en onbehoorlike of onbegonne chirurgiese reduksie ook by die saak betrokke mag wees. In unilaterale kriptorgidisme kan spermatogenisme gered en die fertiliteit verhoog word, as die testis laat sak word voor die ouderdom van 10 jaar,

of nog beter by 6 jaar. Dit dien nietemin beklemtoon te word dat die neiging tot neoplasme in onafgedaalde testes nie verlaag word deur hul plasing in die skrotum nie, maar dat so 'n gebeurlikheid dan makliker kan gediagnoseer en behandel word. Die grootste nut van chirurgiese eksplorasielê daarin dat atrofiese en displasiese testes, met hul groter neiging tot maligniteit, hierdeur geëien kan word.

Die terapeutiese toediening van gonadotropin hou min hoop op welslae in om die onafgedaalde testis te laat daal, maar wanneer 'n breuk ook nog teenwoordig is (80% van gevalle) 'kan daar niks van gonadale stimulasie verwag word nie'. In die afwesigheid van die op-en-af bewegende testis of 'n breuk beveel Garrett as 'n toetsbehandeling die toediening van 4,000 eenhede van die voorstekwab-hipofise hormoon 3 keer weekliks vir 'n tydperk van 3 weke aan. Stimulasie deur die hormoon-toediening sal nutteloos blyk, indien daling van die testis nie binne 'n maand 'n aanvang geneem het nie. Op die beste kan welslae met hierdie behandeling in 10% van gevalle verwag word. Testosteron moet onder geen omstandighede met hierdie doel voor oë gebruik word nie, aangesien dit spermatogenese sal onderdruk en daling van die testis nie sal bevorder nie.

In die teenwoordigheid van 'n breuk of 'n rudimentêre skrotum word chirurgiese behandeling altyd vir kriptorgidisme aangedui, het Garrett ten slotte verklaar.