

## VAN DIE REDAKSIE : EDITORIAL

**DIE HUISDOKTER SE BENADERING TOT DIE CHRONIESE SIEK PASIËNT**

Die behandeling van chroniese siek pasiënte beklee 'n besondere plek in die algemene praktisyn se bedrywighede. Op geen ander gebied van die geneeskunde kom die huisdokter meer tot sy reg as in die hantering en versorging van die invalide nie. Om hierdie werk bevredigend te doen, is vir hom nie alleen 'n toets van sy kliniese vermoë en 'n uitdaging om die hoogste ideale van sy beroep na te streef nie, maar dit stel ook sy geduld en mensieliewendheid tot die uiterste op die proef. Iedereen wil graag die vrugte op sy arbeid sien, maar in die hantering van die hopelose geval kan dit nie gemeet word in luisterryke kure of die aanskouing van 'n kreupele wat sy krukke weggooi nie. Solank hy die draer van hoop en die versagter van lyding is, verskaf dit hom genoeg bevrediging in sy werk.

Die lot van die chroniese sieke is alles behalwe benydenswaardig. Gekluister aan sy bed, hulpeloos in sy swakheid, dikwels in asemnood of verwronge deur pyn, sien hy maar alte dikwels die donker kant van die lewe of die skaduwee van die dood. Die nagte, wanneer andere om hom slaap, voel soos 'n ewigheid. Geldelike drukte ontstaan weens sy onvermoë om te gaan werk. Die hopeloosheid van sy toestand en, helaas, soms ook die ongeduld, is dikwels te bespeur op die gesigte van dié wat die naaste aan hom is. Dit is by uitstek die huisdokter se taak om dergelike pasiënte by te staan en, waar moontlik, hul lot te versag. Die pasiënt het tydens sy siekte moontlik verskeie hospitale besoek en behandeling deur verskillende spesialiste ontvang, maar op die ou end is dit gewoonlik die gesinsdokter wat 'n ingeligte belangstelling in die kwynende pasiënt moet behou en wat sy vordering en behandeling moet koördineer, na oorlegpleging met andere. Dit is hy wat die pasiënt se gesin moet ingelig hou oor die verwagte uitwerking van geneesmiddels en die moontlike hoop wat dit inhou—of die nodeloosheid van verdere aktiewe behandeling. Wanneer die einde nader, moet hy dit so sag en so lydingvry as moontlik vir die pasiënt maak. Om in hierdie doel te kan slaag, moet sy behandeling altyd op 'n persoonlike vlak geskied, waar die pasiënt hoër geag word as 'n hospitaal-identiteitsnommer.

Die meeste hospitale beskik net nie oor die beddens of die personeel om behoevende chroniese pasiënte te versorg nie. Die stryd tussen algemene praktisyns, wat graag die beste vir hul pasiënte wil doen, en die toelatingsbeamptes by die hospitale is dikwels net so uitgerek soos die siekte self. Met die vordering in die geneeskunde, die koms van sitostatiese middels in die behandeling van kanker, antistolmiddels in die behandeling van hart- en vaatsiektes, ens., word talle gedoemde pasiënte vandag tot 'n meer gestadige dood gehelp. Die feit bly staan dat die getalle van chroniese invalides aangroei en nie krimp nie. Die getalle wat tuis moet behandel word, neem ooreenkomstig toe. Dit is nie noodwendig 'n slegte ding dat sulke mense in hul eie huise en naby hul geliefdes hul eindstryd teen die siekte moet stry nie, behalwe miskien in die gevalle van sommige huisvroue wat hulself maar net nie so ver kan kry om hul deelname in die huistakies te laat vaar nie

—dikwels tot hul eie vermoënis en die verergering van hul siekte. Nietemin plaas hierdie stygende getal hopelose pasiënte 'n groter las op die reeds besige algemene praktisyns. Daarom is dit wenslik om sekere aspekte van die hantering van dergelike pasiënte deeglik in oënskou te neem, met die doel om hulle beter te kan bedien.

Om die chroniese sieke se gemoed op te beur en om sy belangstelling in die lewe gaande te hou, bly een van die huisdokter se vernaamste pligte. Die keuse van die siekekamer behoort met oorleg gekies te word. Verkieslik moet dit sonnig wees en met 'n mooi uitsig. Waar dit nie moontlik is nie, behoort oorweging soos stilte en afstand vanaf die toiletgeriewe aandag te geniet. Gereelde besoeke deur vriende moet aangemoedig word, mits dit die pasiënt nie uitput nie. Waar doenlik moet die gesinslede aangeraai word om die sieke af en toe buitensmuurs of vir 'n uitstappie te neem. By dergelike gevalle kan die gebruik van kalmeerpille, om die besorgdheid te verlig, met reg aanbeveel word.

Dit is nodeloos om die ongeneeslike sieke gedurig met pyn te laat worstel. Natuurlik kan met reg daarop gewys word dat sommige gevalle wat voorheen as ongeneeslik beskou is, vandag tot herstel gehelp word. By diesulkes bestaan daar dan die gevaar dat hulle aan verdowingsmiddels verslaaf kan bly, hoewel hulle oënskynlik van hul kanker of ander ernstige kwaal bevry is. Dit is 'n risiko wat maar geneem moet word, mits die geneesheer oortuig is van die chroniese of noodlottige aard van die siekte. Morfien en verwante middels kan veel daartoe bydra om lyding te versag. Waar slapeloosheid 'n probleem skep, kan nepente, chloraal, ens., oorweeg word. Barbiturate is geneig om die pasiënte deurmekaar en onhanteerbaar te maak.

Die toiletgeriewe vir die chroniese sieke verdien spesiale oorweging. Waar hulle dit onmoontlik vind om die latrine sonder inspanning te bereik, vind hulle dit meestal minder uitputtend om op 'n stelletjie gehelp te word, eerder as om te sukkel met 'n bedpan. Hardlywigheid skep dikwels 'n probleem by hierdie mense, sodat dit wenslik word om gereeld 'n sagte lakseermiddel aan hulle voor te skryf, of soos dikwels verkies word, lakserende steekpille. Aambeie wat uitsak en harde balaagtige kolleksies van feses in die rektum behoort daadwerklik behandel te word. Die inkontinente pasiënt skep altyd 'n probleem, wanneer die voordele en nadele van die inblywende kateter oorweeg moet word. Die huismense van so 'n pasiënt laat hom dikwels dors bly in die salige hoop dat hy op hierdie manier droog gehou sal kan word.

Bedseer en hemostatiese pneumonie bedreig die bedgekluisterde steeds sodat die roetine-behandeling van drukplekke toegepas moet word; ook moet die nut van posturale dreinerings by sy verpleërs tuisgebring word. Of chemoterapie en antibiotika as roetine moet gebruik word, hang van baie faktore af. Só 'n pasiënt se dieet moet lig maar voedingryk wees. Alle pogings moet aangewend word om verskeidenheid daarin te verskaf en die bykom-

stige gebruik van vitamienes en proteïenpoeiers is dikwels wenslik. 'n Matige gebruik van alkohol doen gewoonlik meer goed as kwaad.

By sy ander verpligtinge kom die praktisyn vroeër of later ook voor die probleem te staan of hy die pasiënt die waarheid omtrent sy ongeneeslike siekte moet vertel. Oor hierdie onderwerp bestaan wyduiteenlopende gedagtes. Sommige dokters meen dat dit onnodig wreed is om die pasiënt van die hopeloosheid van sy geval in kennis te stel, terwyl ander meen dat dit tot meer berusting en beter samewerking deur die pasiënt aanleiding gee. Elke geval sal egter op sy eie meriete beoordeel moet word. Waar dit nodig is om geldelike reëlings te tref of om 'n testament op te trek, is dit beter dat die pasiënt nie in die duister bly oor die ernstigheid van sy siekte nie.

Ons wil die rol wat die huisdokter in die hantering van die ongeneeslike pasiënt kan speel verder toelig deur aan te haal uit J. R. Caldwell se essay, 'The management of inoperable malignant disease in general practice', wat met 'n goue medalje deur die Hunterian Society bekroon is:<sup>1</sup>

'Die geneesheer se besoeke word 'n baken van hoop en 'n bron van inspirasie wat die pasiënt aanmoedig om 'n ekstra poging aan te wend, wat anders nie die moeite werd lyk nie; sy belangstelling en besorgdheid is 'n aansporing nie alleen vir die pasiënt nie, maar ook vir die gesin en vir

die helpers, in meer gevalle as wat hy besef, en hy kan dus help om 'n skynbaar onoplosbare probleem te skik, want per slot van rekening is dit nie die eerste keer dat hy 'n dergelike geval hanteer nie, terwyl dit vir die ander ongekende terrein is wat hulle betree. Aan die ander kant sal 'n afnemende getal besoeke deur hom gesien word as 'n kwynende belangstelling of ten minste as 'n erkenning van verslaendheid, en niks is bestem om die pasiënt of sy bystanders meer te versteur en te ontmoedig nie, vir wie dit uiters belangrik is om aan die hoop te bly vasleef. Daar kan verskeie redes wees waarom die geneesheer minder gereelde besoeke aflê, bv.: 'n gevoel van hopeloosheid omdat alles tog verlore is; weersin om die kruipende gang van die siekte gade te slaan; ander drukkende aansprake op sy tyd; en 'n gevoel van onbekwaamheid; dog hierdie gevoelens moet almal afgeskud word, want ten tye van sulke nood kom die huisdokter tot sy reg, en dit is na hom dat die pasiënt en sy familie opsien, selfs in hierdie tyd waarin dit gewoonte geword het om aan algemene praktisyns te dink as nikswetende sapperlote, of slegs as aspirant-konsultante. Om sulke pasiënte te help bly 'n lonende ondervinding. Deur hulle te faal, ly hyself die grootste skade.'

1. Caldwell, J. R. (1964): J. Coll. Gen. Practit., 8, 23.

### THE MEDICAL ASSOCIATION AND FULL-TIME MEDICAL OFFICERS

At the recent meeting of the Federal Council, it was resolved that the 'Full-time District Surgeons' Group' be recognized as a group within the Medical Association of South Africa. This adds yet another body to the list of recognized groups which include 'The Full-time Hospitals and Universities Medical Officers Group', the 'Hospital Administrators' Group', the 'Medical Officers of Health (State Medicine) Group' and, to some extent, the 'Mines Benefit Societies Medical Officers Group' and the 'Railway Medical Officers Group'. The latter two groups naturally have a majority of part-time medical officers as members.

The Association has welcomed the formation of groups of doctors having like interests and is ever ready to assist them in furthering those interests. No appeal to the parent body for help has been disregarded, but somehow appeals are seldom made.

There are a large number of full-time medical personnel who are not members of the Association and, consequently, are not members of their relevant groups. In some cases this is due to ignorance of the fact that such a group exists for their protection or advancement. Lack of knowledge of this kind has often led to the question 'What does the Association do for the full-timer?' The question expects an answer which will give the material benefits of membership and these can be set out. What is perhaps more important is that no professional man can really afford not to belong to his own professional organization and reap the benefits of the work of his colleagues if he is to retain his self-respect. This applies in all professions and is as true in many of the trade organizations.

Organized medicine can be shown to have been behind the establishment of university medical schools, hospitals and clinics all over the world, and in this the profession in South Africa has not lagged behind. The latest addition to

the facilities for postgraduate education and examination in our country was due to the Association which set up a committee of the Federal Council 'to establish a College of Physicians and Surgeons for South Africa'. Many 'full-timers' owe their specialist status to this enterprise of the Association.

In the field of mundane remuneration the Association has been accused of looking after the interests of private practitioners while neglecting the 'full-timer', but what is missed is the fact that each time fees have been raised either through the Medical Aid Society tariff or for private practice outside the societies, an increase in salaries has had to follow.

As was said earlier, seldom has a request come from full-time medical officers for assistance in improving their salary scales, but the Association has acted nevertheless. At present, after fruitless approaches last year to the individual Provinces, an interview is being sought at the highest level of the Association with the Central Health Services and Hospitals Coordinating Council. In making these approaches the Federal Council has acted without request from any of its groups, although individual members have drawn attention to the position. The Association and its Branches are not prepared to see doctors, whether members or not, having to work in full-time service at rates which are not in keeping with the honour and dignity of the profession.

In asking the question 'What does the Association do for the "full-timer"?' reference is made to the Association subscription which some complain is too high. What does not seem to be generally known is that the subscription paid to the Medical Association of South Africa is among the lowest in the world. Furthermore, it is well below subscriptions paid by other professional people in South

Africa and ridiculously low when compared with those paid by members of trade organizations.

Fortunately the Federal Council has at last seen that the Association cannot work with real effect if it continues to be a relatively poor organization, and members are to be asked to pay increased subscriptions more commensurate with the services which are rendered and more in keeping with their status as medical practitioners and

persons of standing in the community.

It is not possible for a voluntary organization to achieve 100% membership, but if the doctors in full-time employment realize something of the responsibility they owe to their profession and to the men who work tirelessly for their profession in the ranks of the Association, they will join and add their support to what is done for the good of all doctors.

### GONORREE BLY ONGETEM

Met die ontdekking van penisillien en ander antibiotika het die hoop ontstaan dat gonorree onder beheer gebring sal word. Hierdie hoop is egter verydel. In Suid-Afrika, soos ook elders in die wêreld (60 tot 65 miljoen gevalle per jaar), is daar tekens van 'n verhoogde voorkoms van hierdie besmetlike siekte.\* Dit is wel waar dat die gevolge van chroniese gonorree by die man (uretrale striktuur, prostaatabsesse, e.d.m.) vandag nie so dikwels as voorheen waargeneem word nie. By die vrou is chroniese gonorree nog steeds 'n algemene oorsaak van urogenitale patologie en infertiliteit. Wat erger is, is die feit dat die kwaal by vroue langer onvermoed bly en dat baie van hulle as besmettingsbronne 'n gevaar bly.

Waarom kan die siekte desondanks die bestaande kragtige geneesmiddels nie onder die knie gekry word nie? In 'n hoofartikel skryf *The Lancet*<sup>1</sup> die hoofrede toe aan 'die verwaarlosing van grondige navorsing oor 'n onderwerp

wat deur mediese opinie vir te lank verag en oor die hoof gesien is—'n houding wat die kwaal koppel aan die morele verworping'. Hierdie houding bestaan nog grotendeels omdat geslagsiekte gewoonlik opgedoen word deur buite-egtelike geslagsverkeer. 'n Brieffskrywer<sup>2</sup> in dieselfde tydskrif meen dat die professie hom voorhou as die arbiter van morele gedrag soos blyk uit die onlangse verslag van die Britse Mediese Vereniging oor *Veneral Disease and Young People*.

Volgens die korrespondent gebeur dit dat pasiënte met 'n gevoel van skuld voor die geneesheer verskyn, met die uiterlike tekens van die siekte as bewys van sy oortreding, amper soos 'n aangeklaagde voor die hof. 'Is ons onder hierdie omstandighede verbaas dat hulle skoorvoetend om raad kom aanklop? Selfs vandag, is dit nie miskien gedeeltelik die rede waarom ons nie daarin slaag om die siekte te bedwing nie?'

1. Hoofartikel (1964): *Lancet*, 2, 511.
2. Chesser, E. (1964): *Ibid.*, 2, 595.

\*Kyk ook na dr. Davis se artikel op bl. 4 van hierdie uitgawe.

### OUTPATIENT LIGATION OF INTERNAL HAEMORRHOIDS WITH RUBBER RINGS

Injection treatment of internal piles is usually regarded as a temporary measure. Most cases eventually come to an operation. A method of 'office ligation' with rubber bands for internal piles is now under trial (Barron of Detroit, Michigan). The procedure does not require anaesthesia and is virtually painless, since the rubber ligatures are applied only to the relatively insensitive mucosa-covered parts of the piles.

The method of applying the rubber bands are as follows:<sup>1</sup> A special ligator is used, consisting of a hollow metal drum, about ½-inch in diameter, on a long metal holder. The rubber ring is rolled on to the drum by means of a detachable conical metal tip, which is then removed. A proctoscope is passed and the patient is requested to strain down slightly to display the piles. The loaded drum of the ligator is then inserted through the proctoscope and brought to bear on the most prominent piles, while

a long-holding forceps (e.g. an Allis' tissue forceps) seizes the pile and draws it strongly into the lumen of the drum. By closing the handles at the proximal end of the ligator the rubber ring is pushed off the drum on to the neck of the pile; the nub of tissue thus strangulated being usually about the size of a small cherry. It is customary to apply two rubber rings simultaneously to the pile and to treat only one pile at each attendance. The ring takes about a week to cut through.

Obviously this technique is not suitable if the skin-covered part of the pile is large, since the treatment is not directed there. This is also a disadvantage of injection treatment. Barron claims that the lower part of the pile sometimes shrinks if the upper part has been ligated. This type of treatment may replace injections in the handling of moderately-sized piles.

1. Goligher, J. C. (1964): *Practitioner*, 193, 526.

### DIE KINDERGEMOED

Die kindergemoed bly vir die meeste grootmense onpeilbaar. Diegene wat in noue aanraking met kinders verkeer—ouers, opvoedkundiges en geneesher—word dikwels dronkgeslaan deur hul onvoorspelbare en onbegryplike optrede. Wat is die dryfvere wat hul handelinge motiveer? Wat is die oorsprong van hul vrese, buierigheid, ongehoorsaamheid en ander optrede wat vir die volwassene vreemd voorkom?

Diegene wat oor hierdie onderwerp onkundig voel, sal 'n antwoord vind vir baie probleme oor kindersielkunde in die boek van Arthur T. Jerslid.<sup>1</sup> Baie van die motiewe

agter die jeugdige se gedrag word boeiend daarin verduidelik. Hoe die kind in die milieu van die volwasse wêreld reageer, word geskets in hoofstukke wat handel oor: kinders en hul ouers; die daaglikse behoeftes van die kleuter; die betekenis vir die kind van emosie, liefde, vreugde, sensualiteit en humor; vrees en angstigheid, woede en vyandigheid; en die vorming van die verstand.

Die feit dat hierdie boek al sy vyfde uitgawe beleef sedert 1960 is voldoende bewys van sy nut en gewildheid. Dit voer die leser tot binne die wêreld van die kind.

1. Jerslid, A. T. (1964): *Child Psychology*, 5de uitg. Londen: Staples Press.