

## VAN DIE REDAKSIE : EDITORIAL

## BOKSER EN GENEESHEER

Die tragiese sterfte onlangs van 'n skoolseun-bokser na 'n geveg noop ons om die standpunt van die geneesheer ten opsigte van boks te oorweeg.

Soos Brend<sup>1</sup> aandui, beweeg ons op moeilike terrein omdat geneeskundige bemoeiing met 'n sosiale probleem verset van leke-opinie mag teweegbring. Andersyds wys Kershaw<sup>2</sup> daarop dat ons as medici die verpligting het om te waarsku teen sekere risiko's in die gemeenskap en om hulle, waar nodig, te elimineer, selfs al sou dit die vryheid van die individu aan bande lê. (Die bekamping van die epidemiese voortskeiding i.g.v. poliomiëlitis deur die sluit van plekke van openbare saamkoms is nog in ons geheue.) Dit sou dus heeltemal binne ons beroeps- en wetenskaplike verantwoordelikheid lê om, indien ons dit nodig ag, stappe teen boks te bepleit.

Die eerste geneeskundige verslag oor boks is deur Rayer-Collard in 1842 voorgelê aan die Franse Akademie vir Geneeskunde, en gewag is gemaak van die potensiele gevaar daarvan. Dit sou maklik wees om Edith Summer-skill<sup>3</sup> te volg en 'die kryt wat drup met bloed—die bloed van dwase' te veroordeel. Trouens, die hoë mortaliteit (64 sterftes, insluitende 22 amateurs, oor 4 jaar in die V.S.A.),<sup>4</sup> die feit dat die veroorsaking van harsingskudding en oog-beserings min of meer oogmerke in die sport is en, wat erger is, die feit dat tallose vuisvoos-vegters eers jare later, as die verouderingsproses bykom, die afstomping van hoër intellektuele funksies toon, is genoegsame redes om die sport summier te veroordeel. Ter ondersteuning hiervan het ons die mening van bekende sportskrywers, boks-skeids-regters en ook bokkers (Gene Tunney) sowel as verantwoordelike geneeskundiges.<sup>5</sup>

Andersyds egter, moet ons daarop let dat beroepsboks en amateurboks verskil. Die ervaring in die V.S.A., waar sport hoog gespesialiseerd is en amateurs professionele toewyding aan hul sport verskuldig is, verskil wesenlik van dié van lande soos Brittanje en Suid-Afrika waar amateurs werklik amateurs is; en hierdie feit word dikwels oor die hoof gesien. Vuisvoos-vegters is meer algemeen onder die beroepsbokkers as onder amateurs.<sup>5</sup> Persoonlike trots en finansiële onoordeelkundigheid forseer die beroeps-bokser dikwels om soos 'n lam ter slagting terug te keer na die kryt, beserings ten spyt.<sup>6</sup>

Amateurs daarenteen, veg korter rondtes, kontrole is wesenlik strenger en na skool of universiteit, maar veral na die huwelik, kwynt aktiewe deelname gewoonlik.<sup>6</sup> Hoeveel die seun sou baat uit die veel-geroemde aankweek van selfvertroue, moed, fiksheid en sportmansgees, bly 'n ope vraag, en of daar nie veiliger sportsoort hiervoor is nie, kan 'n lang bespreking uitlok. (Die *Lancet* het reeds al in 1887 'n artikel oor die gevare van rugby gepubliseer.) Ook moet ons onthou dat die jong seun 'n avonturier is. Die eer van sy skool, universiteitskleure, en die heldeverering van maats (veral vriendinne) lok sterker as die nugterder oorwegings van breinbesering, oogskade, en 'n vuisvoos-wrak vóór die ouderdom van 50 jaar. Hy kan nie die

werklike betekenis van die vlietende oomblik en 'n lang-termyn loopbaan nugter teen mekaar opweeg nie. Die waarde van 'n uitlaatklep vir jeugdige energie moet in gedagte gehou word, veral in 'n tyd waar die oorgeorganiseerde lewe en sy industriële gejaagdheid ouers, wat om ekonomiese redes verplig word om te werk, hul toesig oor kinders ontnem en waar eendstertbendes, buite die kryt, op fisies swakker toegeruste persone toesak.

Klaarblyklik dan moet beroepsboks en amateurboks verskillend benader word.

Die ontvangs van beroepsboks in Suid-Afrika was relatief onentoesiasties. Die *Natal Advertiser* van 4 Julie 1888 rapporteer soos volg: 'An objectional feature of English sporting life has been introduced into the Transvaal, namely prize fights. What is popularly described as a brutal and bloody affair of this kind took place in Johannesburg a few days ago . . . The type of humanity which can find pleasure in witnessing two men batter each other about as much as possible to gain a money prize must be a very low one.'

Hierdie aspek van doelbewuste gesigs- en intrakraniale trauma, deur betaalde deelnemers, vir publieke vermaak kan nie deur enigiemand op morele grond verdedig word nie. Soos die Romeinse Ryk se val bespoedig is deur die brutaliteit en sensasielous, kwalik-versteekte sadisme, en ekshibisionisme van die dier- en gladiatorgevegte van die arena, word morele waardes in ons eie tyd ondergrawe deur o.a. beroepsboks. Die deelnemers, gelok deur geldelike oorwegings, verkreupel mekaar ten aanskoue van kwy-lende sensasiejaagters.

In 1933 reeds het Jokl,<sup>6</sup> toe verbonde aan die Universiteit van die Witwatersrand, die mediese aspekte van boks deeglik bespreek. Hierdie werk word in 'n onlangse inleidingsartikel genoem.<sup>5</sup> Die inleidingsartikel is veel minder objektief as Jokl,<sup>6</sup> maar die insiggewende punt is dat daaropvolgende polemieë deurgaans amateurboks verdedig, met ook 'n eenstemmige afkeur van beroepsboks.

Na oorweging van 'n gedeelte van die beskikbare literatuur, skyn die geneesheer se standpunt ten opsigte van dié sport min of meer op die volgende oorwegings te berus:

1. Beroepsboks is 'n lewensgevaarlike tydverdryf wat geen morele verdediging het nie. Dit ondergraaf morele waardes, en is, ten spyte van die geldmag daarby betrokke, 'n onwenslike vorm van openbare vermaak.

2. Amateurboks is nie van gevaar ontdaan nie, maar die traumatiese aspek is hier minder. Amateurgevegte is gewoonlik korter en vind plaas onder goeie toesig, sodat die moontlikheid van uitklophoue minder is; ook word die aanteken van punte deur Iyfhoe sterk aangemoedig. Hierdie soort boks kan dus verdedig word, alhoewel 'n té vroeë aanvangsouderdom en te snelle terugkeer na 'n hoofbesering beklemtoon moet word. Die feit dat hierdie sport snel aan deelnemers verloor na die ouderdom van 20 jaar, mag ook as behoudende feit genoem word. Amateurboks moet intensief ondersoek word alvorens 'n algemeen

afkeurende standpunt of ondersteunende standpunt ingeneem kan word.

Graag sou mens akkurate gegewens wou sien oor die werklike voorkoms van ernstige beserings in die *amateur* kryt opgedoen en oor die ouderdomsvorkoms daarvan; en daar mag sekerlik ook plek wees vir 'n deurtastende ondersoek na voorsorgmaatreëls wat getref kan word of behoort getref te word. As hierdie idees 'n vrye bespreking

kan uitlok in die briewerubriek, mag dit meer vermag as emosionele, maar kortstondige, uitbarstings na elke amateur- of professionele ongeval.

1. Brend, W. A. (1938): *Traumatic Mental Disorder in Courts of Law*. London: Heinemann.
2. Kershaw, J. D. (1962): *Lancet*, **1**, 485.
3. Summerskill, E. (1956): *The Ignoble Art*. London: Heinemann.
4. Steinhaus, A. H. (1950): *Amer. Forum Air*, **13**, 3.
5. Inleidingsartikel (1959): *Lancet*, **1**, 1185.
6. Jokl, E. (1941): *The Medical Aspect of Boxing*. Pretoria: Van Schaik.

### CARE OF CHILDREN IN DAY CENTRES

Day care centres for young children are being established all over the world to meet the requirements of the increasing number of mothers working outside their own homes. Such centres are not, or should not be, places where untrained persons are employed merely to see that the children are fed and do not get into trouble. They should be based on the physical, social, intellectual, and emotional needs of children, and therefore call for enlightened planning and organization of the group care provided.

*Care of Children in Day Centres*<sup>1</sup> describes the administrative, health, and psychological aspects of day centres in various countries, as well as the effects these services have

on the child and his family. Comparisons are made between children brought up entirely at home and partly in day centres. The specific problems of centres are discussed, relating, for example, to the facilities provided, the siting in relation to the mother's place of work, the daily programme, and educational play activities. No-one reading these papers could fail to realize how large a role day centres have come to play in modern child care and how important it is that they should be carefully planned and organized.

1. Davidson, F. and various other authors (1964): *Care of Children in Day Centres*. (WHO Public Health Papers). Available through Van Schaik's Bookstore (Pty.) Ltd., P.O. Box 724, Pretoria.

### MIOKARDIALE INFARKSIE NOG 'N GEVAAR VAN TETANUS ANTITOKSIEN

Mediese geskrifte voer in die afgelope tyd 'n veldtog om lede van die publiek aan te moedig om hulle vir weerstandwekkende tetanus-toksoïed inspuitings en daaropvolgende aanvullende dosisse aan te meld. Die rede hiervoor is die stygende getal en die hewigheid van die reaksies met antitoksien inspuitings. Daar word bereken dat 15% - 30% van persone na dergelike inspuitings van perdeserum die geval van serumsiekte toon.

Thomas C. Catalano<sup>1</sup> berig nou oor nog 'n gevaar van

tetanus-antitoksien inspuitings. Die geval van 'n 38-jarige man word genoem wat 'n miokardiale infarksie opgedoen het na 'n aanval van serumsiekte wat op die toediening van 'n inspuiting van tetanus-antitoksien gevolg het. 'n Oorsig van die vorige mediese geskrifte oor die onderwerp het verwysing na sewe dergelike gevalle opgelewer. Die gevare van serumprofilakse, in teenstelling met die vroegtydige gebruik van toksoïed, word weer eens beklemtoon.

1. Catalano, T. C. (1964): *J. Amer. Med. Assoc.*, **188**, 13.

### STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES, INJURIES AND CAUSES OF DEATH

The Standing Technical Advisory Committee, a sub-committee of the statutory body, the Central Health Services and Coordination Board, after a recent meeting wrote to the South African Medical and Dental Council drawing its attention to the unsatisfactory manner in which doctors fill in clinical records in hospitals. Because of the incomplete records, the incidence and classification of diseases and causes of death cannot be accepted as accurate for statistical purposes. Repeated requests for improvement made little difference.

The Board was reminded of the handy pocket-edition, provided free of charge on request to doctors by the Bureau of Census and Statistics, Pretoria, which is an abbreviated version of the WHO publication: *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, In-*

*juries and Causes of Death*. It provides for the codification of diseases, which will be adequate for statistical purposes.

The Board therefore took the following decision on 12 August 1963: 'That it is highly important to preserve clinical records and that all medical practitioners be requested to complete all hospital clinical records properly for statistical purposes, and that use should be made of the coded short list which appears in the pocket-edition, to which mention has been made.'

The Board made a friendly request to all doctors to implement its decision on a country-wide basis. If this request is not complied with, the possibility will be considered of enforcing it by law.

It is hoped that doctors will cooperate willingly.

### CONTROL OF FOOD ALLERGIES RELIEVE EMPHYSEMA AND CHRONIC BRONCHITIS

Food allergy plays a role not only in recurrent and chronic asthma, but in emphysema and chronic bronchitis as well, the annual convention of the American Medical Association was told by Albert H. Rowe.<sup>1</sup> He reported on results obtained in the treatment of 20 patients with destructive emphysema and chronic bronchitis by placing them on a diet eliminating cereal grains, milk, eggs and other common allergenic foods. Marked or good relief occurred, resulting in increased efficiency and activity and, in some patients, even leading to resumption of gainful occupation. Rowe feels that food allergy as a factor in these conditions has

not been given adequate attention. He points out that the use of test-negative diets frequently does not reveal food allergy. Scratch tests also are considered inadequate. In obtaining evidence that food allergy is a major factor in these conditions, he depended more on the accurate use of cereal-free elimination diets. Because of the slow disappearance of tissue changes and the persistence of ingested food in the body, it is important to get the full cooperation of the patient. Until relief is obtained, milk, wheat, other cereal grains, eggs, chocolate, coffee and spices should also be omitted.

1. Rowe, A. H. (1964): *J. Amer. Med. Assoc.*, **188**, 33.