

# ORTOPEDIE, DIE ORTOPEED EN DIE MENS

DEUR

PROF R P GRÄBE



TUK 617.3  
GRABE

# ORTOPEDIE, DIE ORTOPEED EN DIE MENS



1 0 5 9 8 3 1

DEUR

PROF R P GRÄBE

Intreerede gelewer op 20 Maart 1980 by die aanvaarding van die professoraat in en die hoofskap van die Departement Ortopedie.



UNIVERSITEIT VAN PRETORIA

U P NUWE REEKS NR. 152 — 1980

ISBN 0 86979 052 8

Prys: R1,50

Meneer die Rektor, meneer die Vise-rector, meneer die Dekaan, dames en here:

Allereers wil ek graag my opregte dank uitspreek teenoor u as Rektor vir u leiding, teenoor u die Vise-rector vir u daadwerklike belangstelling in ons Fakulteit, teenoor die Dekaan van ons Fakulteit, prof Snyman, vir raad en stukrag, **die personeel** van die Universiteit, die Direkteur van die Departement Hospitaaldienste, dr Grové, en sy personeel, drs Van Wyngaard en Fourié, Superintendente van ons opleidingshospitale, en hulle personeel, al my kollegas, die hele personeel van die Departement Ortopedie, ons studente wat vir my veel beteken, my leermeesters uit die vyftigerjare, prof H J Besselaar, prof J G A Davel, dr Oosterhagen, dr J K Bremer en dr J G du Toit en my nagraadse leermeesters, prof J G du Toit, prof I S de Wet, prof G F Dommissie en dr C L Laubscher. Baie dankie aan **elkeen van u** wat die moeite gedoen het om vanaand te kom. My innige dank aan my **gesin** en spesifiek aan my vrou wat vir my deur die jare onder baie moeilike fisiese omstandighede 'n sterk steunpilaar was en nog steeds is. My dank aan beide my **ouers** hier met ons, en my nederige dank aan my **God** uit Wie, deur Wie en tot Wie alle dinge is.

Ek deel graag met u enkele gedagtes oor

## **ORTOPEDIE, DIE ORTOPEED EN DIE MENS**

Ortopedie is een van die jongste gesinslede van die breë haas grenslose geneeskunde, gebore uit die vader algemene chirurgie, met as moeder die interne geneeskunde, want in 1741 gee Nicolas Andry, professor in interne geneeskunde te Parys, gestalte aan die mooiste van begrippe: Ortopedie — uit die Grieks orthos — regop + pedos — kind, by implikasie die kind sonder deformiteit. Hy laat dan ook die eerste boek oor Ortopedie die lig sien onder die titel Ortopedie: Die Voorkoming en Herstel van Deformiteit by kinders. Die ouers van hierdie vak weerspieël inderdaad sy ware aard en wese, want met die een arm reik hy na die chirurgie en met die ander strek hy na die interne geneeskunde.

Die trots van sy bestaan is gefundeer op die uniekheid van die **hele** geneeskunde, dié vak wat hom bemoei met die **hele** mens en daarom ook verantwoordelikheid moet aanvaar vir die behoeftes van die **hele** mens as **mens**, nie as objek betrek deur 'n **siekte** nie maar as 'n **sieke**. Hierdie gedagtegang is reeds propageer deur Sokrates in 450 v.C., deur Plato, en later deur Galenus, met na hom 'n gaping van haas 2000 jaar tot 1803, toe Reil die konsep van die liggaam en die psige laat herlewe. Sir Reginald Watson Jones het by geleentheid gesê ortopedie het ontwikkel in 'n wetenskap met 'n hoë mate van akkuraatheid, gebou op die breë fondament van sitologie, patologie, anatomie, fisiologie, radiologie, biochemie, fisika, epidemiologie, sosiologie, die studie van vitamene, die isolering van bakterieë en virusse, en baie ander ontwikkelings. Daar bestaan egter 'n gevaar dat, in die ontwikkeling van die

wetenskap ortopedie, die kuns daaraan verbonde verlore kan gaan. Soveel aandag kan aan die laboratorium en sy haas onbepaalde moontlikhede gegee word, dat die simptome van die pasiënt, die kliniese ondersoek, kliniese oordeel en gesonde verstand verlore kan gaan.

Dit is goed en reg dat elkeen wat die geneeskunde beoefen van die begin af moet beseft dat die pasiënt en sy belange altyd voorrang moet geniet. Sonder die teenwoordigheid van pasiënte sou daar wel teoretiese dokters kon wees, maar dan nie-praktiserende emeritus — dokters wat reeds vanaf die gradeplegtigheid afhanklik is van die staat vir 'n werkloosheidstoelae of wat, soos die gebruik tot 'n paar eeue gelede was, 'n mooi bordjie ophang met die titel Chirurgyn daarop, wat weer heenwys na die dae toe chirurgie so onpopulêr was dat die betrokkenes genoodsaak was om as barbiere hulle inkomste aan te vul.

Die dag en datum waarop die eerste mens pasiënt geword het, is nie aan ons bekend nie, maar in die ortopedie weet ons deur radioaktiewe koolstofbepalings dat 'n siekte, waarskynlik tuberkulose van die werwelkolom, reeds in die tydsvak 1800 tot 750 v.C. bestaan het.

Die oudste ortopediese geskryfte dateer vanaf 1600 v.C. uit die Edwin Smith-papirusrolle, terwyl die fondamentstene van die ortopedie gelê word deur Hippokrates in die jare 460 tot 350 v.C. en van krag bly vir die volgende 2000 jaar en langer. Hy baseer baie van sy ondervinding op ongelukke wat voorkom tydens die bou van die piramide.

Gedurende die donker Middeleeue oorheers die medisyne van die Arabiese wêreld in 'n tydsvak van stagnasie. Gelukkig was die vervoermiddels kamele en donkies.

Leonardo da Vinci, 1452 n.C., en Vesalius, 1514 n.C., dra verder daartoe by om die kennis van afwykings van die lokomotoriese stelsel te verbreed.

John Hunter, 1728 tot 1793, vader van alle chirurgie, bring die eerste eenheid vir eksperimente op diere tot stand, en wel te Earls Court in Londen. Die omvang van sy eksperimentele werk is heeltemal ongehoord en bestaan letterlik uit duisende der duisende gedissekteerde monsters van plante en diere, waarvan slegs 1,100 behoue bly na die verwoestende Tweede Wêreldoorlog en bewaar word in die museum van die Royal College of Surgeons in Londen.

Hy transposeer 'n menstand in 'n haan se kam en kry vaskulêre hegting. Hy plant spore van 'n hen-kuiken oor in 'n haan-kuiken, met feitlik normale groei tot gevolg — 'n baie dramatiese gebeurtenis vir daardie jare!

Toe Sir Astley Cooper hom by geleentheid berispe dat hy 'n ander stelling maak as 'n jaar tevore, was sy antwoord: "Very likely I did, I hope I grow wiser each year".

Aan die begin van die 19de eeu verdwyn die stoere eeue-oue praktyk van die beensetters, wat te midde van groot geheimhouding en jaloesie van een geslag na die volgende oorgedra is.

In 1850 word William John Little van Engeland as gekwalifiseerde inter-nis (Let Wel!) die baanbreker-ortopeed in Engeland, waar hy min erkenning vir sy werk kry maar aanhou om Ortopedie te praktiseer. Hy fundeer dan ook die eerste ortopediese skool in Londen.

In 1852 wend Matthysen vir die eerste keer gips op 'n wetenskaplike wyse aan vir frakture — 'n dramatiese verbetering op 'n vroeëre tydsvak, toe in Indië nog beide toe en oop frakture na die pottebakker ver-vys is vir die nodige immobilisasie.

In 1875 verskyn Hugh Owen Thomas, seun van 'n beensetter op die toneel. Hy fabriseer 'n groot verskeidenheid spalke, insluitende sy be-roemde heup- en kniespalk wat die mortaliteit van femurfrakture ver-minder van 80% tot 20%. Hy dra by tot die ontwikkeling van die vak en huur onder andere sy eie drukker en tree op as sy eie uitgewer vir sy publikasies.

In 1887 word die Amerikaanse Ortopediese Vereniging gestig. Op dié tydstip het die Suid-Afrikaanse Republiek in totaal net 13 dokters; let op waarvandaan ons moes opvang — en opgevang het!

In 1920 kry ons Robert Jones, die destydse leier in die ortopediese wêreld, wat die Liverpoolse skool van ortopedie in Engeland stig waar baie Suid-Afrikaners in die toekoms hulle opleiding sou ontvang. Met al die trauma van die Eerste Wêreldoorlog begin die vak nou momen-tum kry — 'n opwaartse tendens wat homself herhaal met die Tweede Wêreldoorlog.

In Suid-Afrika kom die eintlike stimulus in 1925, toe dr F P Fouché hom tesame met dr J Edelstein in Johannesburg vestig. 'n Kwaai stryd word onmiddelik op tou gesit om Ortopedie as vakrigting te vestig en na 12 jaar, in 1937, bekom dr Fouché die som van 4 beddens in die Algemene Hospitaal.

In 1937 skenk die filantroop lord Nuffield van Engeland £100,000 vir die bevordering van ortopedie in Suid-Afrika. In Oktober 1938 word die Nasionale Raad vir die Versorging van Kreupeles in Suid-Afrika gestig met die doel om hierdie fonds te administreer. Hierdie datum is van die aller grootste belang vir die ganse ortopedie en vir alle ge-stremdes dwarsoor ons land.

Ortopedie is 'n jong dissipline en het in dié land maar oor die afgelope 40 jaar as onafhanklike vakgebied ontwikkel. Dit omvat aangebore afwykings, metaboliese siektes, endokrine-siektes, neurologiese siektes insluitende serebrale parese, beroerte, polio en traumatiese plegiese pa-siënte. Hierby kom die groot groep degeneratiewe siektes, lumbo-sakrale rugpyn, vaskulêre siektes, auto-immune artritis, infeksies van die bene en gewrigte, en die behandeling van tumore. Nog 'n belang-rike faset van die vak is trauma. Die 290,000 padongelukke per jaar kos die RSA R650 miljoen.

As ons vir 'n oomblik kyk na vergoedbare nywerheidsongelukke, waar-van daar 350,000 per jaar plaasvind, vind ons dat 34,000 van hierdie

pasiënte permanent vermink is — 'n totaal gelyk aan die bevolking van Kroonstad. Die mannekragverlies hieruit is gelyk aan 100,000 werkers wat vir 'n volle jaar nie werk nie, en dit kos die land R1 miljoen per dag of R365 miljoen per jaar. Dus, verkeers- en vergoedbare beserings kos die land R1,000 miljoen per jaar. Dit sluit nie nié-vergoedbare beserings in nie, wat hoofsaaklik bestaan uit tuisongelukke en sportbeserings waarvandaan daar ook 'n aansienlike aantal is.

Wat is die verband van al hierdie beserings en statistiek met ortopedie? Volgens die Ongevallekommissaris is 86% van alle beserings wat onder sy aandag kom, ortopedies van aard. Die statistiek wys op die tragiese werklikheid waarvoor ons verantwoordelikheid vir die behandeling moet aanvaar. Dit alles bring mee dat 25% van alle beddens in enige dienshospitaal gevul is met ortopediese pasiënte.

Dit bring my dan by my taak, en ek skets graag vir u hoe ek dit sien: Die sleutel tot gladverlopende diens is die handhawing van goeie menseverhoudings op alle vlakke. Hierdeur kan struikelblokke uit die weg geruim word en kan gesamentlik verkry word wat bevorderlik is vir ons gemeenskap, insluitende ons studente, pasiënte en personeel. Hiervoor sal ek my beywer.

Ek bespreek kortliks met u die volgende fasette: Opleiding, Navorsing, Voorkoming, Rehabilitasie en Pasiënttesorg.

## **VOORGRAADSE OPLEIDING**

Uit hoofde van die feite wat ek aan u voorgehou het, en gelet op die vyande op ons grense, impliseer voorgraadse opleiding voldoende blootstelling aan praktiese ortopedie ten einde die beste behandeling vir die bevolking van ons land te verseker. Hierdie blootstelling moet voortgesit word gedurende die jaar van interskap. Tesame met kundigheid is skoling in die dokter-pasiëntverhouding essensieel. 80% van regsmediese eise — 'n reus wat stadig maar seker na ons kant toe beweeg van oor die Atlantiese Oseaan — spruit voort nie uit nalatigheid van die dokter nie maar uit 'n swak verhouding tussen arts en pasiënt.

Aansluitend hierby moet ons altyd onthou dat ons deurgaans besig is met die vorming van die karakters en persoonlikhede van studente wat aan ons toevertrou is vir 'n groter doel as die blote oordrag van kennis: soos ons Dekaan dit so treffend gestel het, ons taak is die professionele opleiding en opvoeding van 'n geestelike breedgeskouerde goed geïntegreerde basiese geneesheer, opgewasse vir die breë front van geneeskunde veral in belang van óns land, óns mense en óns omstandighede.

## **NAGRAADSE OPLEIDING**

Nagraadse opleiding skakel in by my siening van die wese en toekoms van die vak en ek bespreek dit dus onder een hoof.

Ortopedie is nie 'n chirurgiese spesialisasie nie; dit is ook nie 'n mediese spesialisasie nie, dit is 'n mediese en chirurgiese spesialisasie. In die beoefening van hierdie mooi, besonder wye vakrigting waarin baie verskillende dissiplines mekaar die hand reik, moet ons waak teen die versoeking om te veel klem te laat val op die aanskoulike, prikkelende, dramatiese, chirurgiese faset van ons vak — ten koste van die basiese grondkennis.

Willis Campbell, stigter van die wêreldbekende Campbell-kliniek in die VSA, het gesê **baie** van ons probleme is meer **medies** as chirurgies van aard.

Arthur Steindler het sterk beswaar gemaak teen die term ortopediese chirurg en wou dit verander hê na ortopediese internis.

Goldthwaite postuleer in sy Robert Jones-gedenklesing: "Ons geleent-hede is groot en menigvuldig, maar as ons ons alleen op operatiewe werk toelê, sal 'n ander spesialisasie die konserwatiewe deel oor-neem".

RI Harris, baanbreker-ortopeed van Kanada, merk op: "Die toekoms van ortopedie is nou gemoeid met die struktuur en funksie van die weefsels waarmee ons werk. Die benadering moet wees deur die kanaal van die basiese wetenskappe van anatomie, histologie, biochemie, fisika en endokrinologie. Operatiewe werk sal nie die sentrum van die vak wees nie. Ons sal nie meer meesters van ons vak bly as ons ons beperk tot die operatiewe deel en ons op ander verlaat vir die fundamentele kennis waarop rasonale terapie berus nie".

In 1960 versoek John Moore dat 'n hoër tarief gehef moet word vir 'n geslaagde toe reduksie van 'n fraktuur as vir 'n oop reduksie.

In my eie praktyk het ek gevind dat dit uit 'n totaal van 1,600 pasiënte met lumbo-sakrale rugpyn slegs nodig was om 3,4% te opereer. In die breë geheel het drie-kwart van alle pasiënte met muskuloskele-tale probleme konserwatiewe behandeling nodig.

Wat ons vir die toekoms nodig het, is ortopede in die eerste plek en nie spesifiek ortopediese chirurgie nie. Chirurgie het en sal altyd 'n baie belangrike plek in ortopedie beklee, maar ons moet meer klem laat val op o.a. rehabilitasie, posturale voorligting, reumatologie, die braak veld van voorkomende maatreëls in trauma op ons paaie en sport-velde, die voorkoming van die ontwikkeling van chroniese afwykings, die bio-ingenieurswese, ortopedies-neurologiese toestande, en die in-skakeling van ander fasette van die wetenskap. Ortopediese chirurgie sou dan 'n eng benaming vir ons vak wees, want wat ons eintlik be-oefen is ORTOPEDIE.

Uit die aard van die vak ortopedie, sal chirurgie altyd 'n prominente plek inneem, maar dit moet gepaard gaan met die nodige basiese na-vorsing.

Wanneer ons moet besluit watter vorm van terapie ons moet toepas en daar 'n keuse bestaan tussen konserwatiewe en operatiewe behandeling, is dit nuttig om die maatstaf van Robert Jones, dié ortopeed van die twintigerjare, in gedagte te hou: "The object of treatment is the restoration of complete function with least risk and inconvenience to the patient and least anxiety to the surgeon".

Die laaste wat 'n voornemende ortopeed moet weet, is dat hierdie dissipline groot moontlikhede inhou vanweë die geweldige vakwydheid daarvan. Ek volstaan deur net te beklemtoon dat trauma steeds toeneem en dat die hoër ouderdom wat ons bereik nie sonder probleme is nie en baie ortopediese simptome en werk meebring. In Engeland, byvoorbeeld, is die behoefte vandag een nuwe 400-bed-hospitaal per jaar om tred te hou met die toenemende behoefte van totalevervangingschirurgie vir degeneratiewe toestande van die heup en knie. Mag die dag aanbreek dat hierdie groep aftakelende artritisse voorkom kan word!

Met al hierdie inligting tot sy beskikking kan 'n kandidaat nou besluit of hy dié vakrigting sy lewensideaal wil maak of nie. Ek stel dan die volgende voor: Die kandidate doen eers drie jaar algemene praktyk ten einde seker te maak watter een van die groot verskeidenheid van dissiplines hy as sy rigting wil kies. As hy besluit het, verkry hy 'n aanstelling as mediese beampte om hom die geleentheid te gee om sy voete te vind, en intussen begin hy op eie houtjie studeer aan sy primêre vakke. Dit gee ook die senior personeel 'n geleentheid om die kandidaat deur te kyk.

Indien hy dan 'n aanstelling as kliniese assistent kry, kan hy reeds na ses maande sy primêre eksamen aflê, waarna hy sy jaar algemene chirurgie kan voltooi. Dit laat hom met 3½ jaar vir suiwer ortopediese skoling. Gedurende hierdie tyd moet hy vier maande in elke onderafdeling deurbring, en tydens sy verblyf in elke subeenheid moet hy met voorligting van sy hoof gesistematiseerd lees oor die bepaalde afdeling. 'n Sisteem van deurlopende evaluasie word dan gevolg en onder andere word 'n mondelinge toets afgeneem aan die einde van elke viermaandeperiode.

'n Rekordboek word deur elkeen gehou waarin alles wat hy doen, prakties en akademies opgeteken word. Dit hou ontsettend veel voordele in vir die kandidaat en vir die hele sisteem van opleiding.

Hy word aangemoedig om gedurende die laaste ses maande van sy kliniese assistentskap tyd deur te bring by 'n ander sentrum in ons land op 'n uitruilbasis en om dan ook ses weke oorsee te gaan om ongeveer ses toonaangewende klinieke te besoek.

Gedurende sy periode van opleiding sal daar van hom verwag word om ten minste een kliniese en/of basiese navorsingsprojek te voltooi.

Hierdie program sal na my mening 'n afgeronde kandidaat oplewer wat in staat is om uitmuntende diens aan die publiek te lewer, sowel in die



R.S.A. as in die Swart state binne en buite ons grense, waar ek glo dat ons geroepe is om diens te lewer vanweë die groot getalle ortopediese pasiënte wat daar ongelukkig is. Hiervoor sal ek my ook beywer.

## VOORKOMENDE ORTOPEDIE

Ek stip net 'n paar belangrike voorkomingspunte aan met betrekking tot ortopedie.

- 1) Besoeke van kliniese assistente aan skole om deformiteite vroeg te diagnoseer. Tans lewer die skool dokter reeds 'n lofwaardige diens.
- 2) Verpligte ortopediese ondersoeke voor deelname aan enige vorm van kontak sport.
- 3) Die stewige toedraai van bepaalde gewrigte met spesiale verbande voor deelname aan sport.
- 4) Posturele voorligting aan alle lae van die bevoking, veral om letsels van die nek en rug te voorkom.
- 5) Verpligte nekstutte in motors veral in Pretoria!
- 6) Verpligte hoë wiel-kinderwaens.
- 7) Swaarder strawwe vir mensverwoestende verkeersoortredings, veral dié wat met drank gepaard gaan.
- 8) Beter opleiding en evaluering van voornemende motorbestuurders — in die werklike verkeersituasie.
- 9) Die aanlê van fietsbane.
- 10) Beklemtoning van die klinkklare feite rakende die gevolge van die inname van tabak en alkohol en die effekte van vetsug.
- 11) Verpligte onderrig in die hantering van vuurwapens, grassnyers en ander elektriese aangedrewe meganiese apparaat vóór dit gekoop mag word.
- 12) Stimulasie tot volgehoue aktiwiteit voor en na aftrede, om onder andere sterk been- en spierstelsels te verseker. Frakture van die heup neem epidemiese afmetings aan onder die Blanke bevolking.

Vervolgens enkele gedagtes oor navorsing:

**Kliniese navorsing** is van die allergrootste belang. Die enigste wyse om te weet of 'n bepaalde metode van behandeling suksesvol was of nie, is om volgens 'n vooraf opgestelde program alle inligting voor en na die toepassing van behandeling, hetsy konserwatief of operatief, te dokumenteer en die gevalle op te volg. Perfekte dokumentasie is uiters noodsaaklik omdat die resultate van baie van dit wat ons nou doen eers oor 30 of 40 jaar bekend sal wees. Die **ortopediese horlosie** draai besonder stadig, en dit is namate hy die tientalle jare aftik dat ons 'n idee begin kry van ons resultate.

**Basiese navorsing** is essensieel vir die groei van enige vak. Sodra dit nie tot sy reg kom nie, vind kliniese stagnasie plaas. Die twee groot vereistes daarvoor is **mannekrag** en **fasiliteite**. Met die totstandkoming van die H A Grové-proefdiersentrum, waarvoor ons innig dankbaar is teenoor UP en die TPA is die fasiliteite uitgebrei. Ek vertrou dat met die aangevraagde poste vir addisionele personeel in die Departement Ortopedie die mannekragprobleem ook opgelos sal wees. Die ideaal waarna ons strew, is dat elke lid van die personeel by 'n projek betrek sal wees en dat ons met verloop van tyd diegene sal vind wat van basiese navorsing 'n permanente loopbaan wil maak.

Ek haal William James aan: "We have to live today by what truth we can get to-day and be ready tomorrow to call it falsehood".

Groot somme geld is nie nodig vir goeie navorsing nie, maar wel beskikbaarheid en motivering om aan te durf en deur te druk en te voltooi.

## REHABILITASIE

Rehabilitasie is onafskeidbaar aan ortopedie verbonde omdat dit 'n integrerende deel uitmaak van die behandeling van elke ortopediese pasiënt. Rehabilitasie begin reeds by opname en sluit die liggaam en die gees in. Die mikpunt is nie 'n gerehabiliteerde ledemaat nie, maar 'n gerehabiliteerde mens. Daarom word die lede van 'n rehabilitasiespan getrek uit baie verskillende professies. Ek noem slegs een belangrike faset en dit is die daarstelling van meer en groter werkswinkels waar gestremde en **normale persone saam** groot projekte kan voltooi. Die beginsel hiervan is reeds deur Kreupelsorg aanvaar en is 'n voortsetting van werksgeleenthede wat reeds geskep is deur die Staat en Kreupelsorg self. Die nywerheidssektor en die publiek sal egter moet meehelp om hierdie beplande projekte te laat slaag.

Robert Jones en Fairbank stig rehabiliterende werkswinkels reeds na die Eerste Wêreldoorlog en plaas 77% van hulle pasiënte terug in volle diens. 18% bly op ligte diens, terwyl slegs 5% permanent ongeskik bly.

Rusken het gesê: "This is the help beyond all others — find out how to make useless people useful and let them earn their money — instead of begging it".

## PASIËNTESORG

Laastens gee ek graag aan u my siening oor wat my verhouding met my pasiënt behoort te wees. Die nood van die ortopediese pasiënt noop my om aandag aan hierdie faset te gee.

Ortopediese pasiënte is dikwels anderssoortig in dié sin dat baie van hulle lewenslange gebreke het, soos byvoorbeeld neurologiese afwykings en traumatiese verlamings. Daar is ook die groot groep rheuma-

tiese pasiënte en die talle wat aan degeneratiewe siektes ly. Baie lyk lank in die hospitaal. Die bepaalde siekteprofiel in ortopedie bring ernstige sielkundige, finansiële en huislike probleme mee. Jong, aktiewe broodwinners bevind hulleself skielik, onvoorbereid, totaal uit aksie en vir maande vasgeskluister aan 'n bed na 'n ongeluk.

Die taak van pasiëntesorg word vervul deur die samespel van baie instrumente wat in harmonie met mekaar die finale klank suiwer moet voortbring, 'n klank met genesende krag. Dit bestaan uit die gelykwaardige respons tot die behoefte van die pasiënt deur die ortopeed, verpleegster, fisioterapeut, arbeidsterapeut, radiografiste, sosiale werker, ortotis, tegnikus, protetis, sielkundige en pastor.

Ek sien dan graag my taak só: Dit is nodig dat ons die baie belangrike kontak tussen geneesheer en pasiënt op interpersoonlike vlak moet verstrek. Ons moet waak teen die depersonalisering van ons pasiënte. Ek het gevind dat die opleidingsaakronde so maklik kan ontaard in 'n onpersoonlike wisselwerking van kennis en onkunde tussen die professor en die student, met die hardwerkende kliniese assistent se gedagtes gekonsentreer op die geskiedenis en ondersoek wat hy moet voordra; die huisdokter gemoeid met al die spesiale ondersoeke wat hy moet doen en die oorlaaide saalsuster besig om aan die junior verpleegster dringende inligting te verskaf. . . . Erens lê die pasiënt wat nog nooit aangespreek is nie. Waarlik, die pasiënt is gedegradeer tot opleidingsmateriaal — 'n jammerlike term wat ingekruip het in ons geleerde besprekings. Ek moet in skaamte erken dat ek in my eie saalronde hierdie situasie ervaar het, want dit was my verantwoordelikheid om die persoonlike kontak met die pasiënt te skep. Op hierdie wyse word die mens tot probleem verlaag en word hy as objek gesien waarop die onderwys en wetenskap kan funksioneer. Hy word gebruik as middel om kennis van die siekte oor te dra. Van siek mense word siektes gemaak, en wanneer 'n bepaalde siekte of afwyking nie inpas in die klassifikasie in ons handboek nie word dit as 'n interessante geval beskou. Wie van ons wil self 'n interessante geval of eienaardige geval wees? Ons moet steeds onthou dat vir antropologiese geneeskunde die liggaam, waarin die eienaardige of interessante siektetoestand geleë is, aan die kant van die subjek lê, dat hy nie net 'n liggaam hét nie maar 'n liggaam is. Die siekte is altyd gekoppel aan iemand, en daarom is die geneeskunde nie toegepaste natuurwetenskap nie maar is dit veel meer: dit is 'n kuns. Dit is kommunikasie tussen mens en mens en in hierdie proses word 'n siekte van 'n medemens ontdek en gedeel met die pasiënt. Professor CK Oberholzer stel dit so pragtig as hy skrywe: Die Hippokratiese eed gaan nie oor siektés en hulle genesing nie maar oor die beswil van siek mense. Die sieke is belangriker as die siekte en die genesing daarvan. Die eed dui op dialoog met die sieke wat in sy siektetoestand as noodsituasie steunbehoewend en daarom steunsoekend is.

Daardie sieke is mens en daarom moet ons op menslike wyse met hom te werk gaan. Die nood van daardie ander rig 'n appél tot die arts. In

aanwesigheid van die sieke is hy aangesprokene. Hierdie aspek het niks met die wetenskap te doen nie, dit is die eksistensieel-etiese subjektiviteit van die sieke wat die medikus tot verantwoordende optrede dwing. Hierdie wyse van optrede verklank die idee van die beroep as behelsende idee van geroepenheid ten behoeve van daardie ander wat in nood is. Hoe toepaslik is dit nie op die ortopediese pasiënt met sy lang uitgerekte fisiese en psigiese probleme nie — dikwels permanent beskadig, selfs verlam . . .

Ons moet egter daarteen waak dat dit in die behandeling van die sieke nie gaan om professionalistiese distinksie en sosiale prikkelwaarde nie, dit wil sê wat 'n mens daaruit kan verdien en daarmee kan bereik nie. Die sieke is dan middel tot 'n doel.

Hy waarsku verder dat in die beoefening van die geneeskunde, so gekonfronteer met 'n ewige paradoks, daar verobjektivering moet plaasvind ten einde wetenskap te wees, maar die subjektiviteit van die pasiënt mag nie verbygesien word nie.

Martin Buber, die Joodse filosoof, praat van twee tipes verhoudings: die **ek-** en **dit-**verhouding en die **ek-** en **jy-**verhouding. Die **dit** is die siekte en die **jy** is die egte mens-tot-mensverhouding. Hoe dikwels het ek nie die voorreg gehad om die **ek-** en **jy-**verhouding te sien uitkristaliseer tot tasbare werklikheid in die verhouding van my kliniese assistente teenoor beide swart en wit pasiënte, teenoor maklike en moeilike pasiënte nie. Dit moet altyd ons ideaal wees. Die Zairse teoloog Ma Mpolo Masamba skryf in sy boek *Psycho-therapeutic Dynamics of African Bewitched Patients*: "You Western doctors treat things, and our African medicine treats people".

As ons mense behandel en nie siëktes nie beteken dit dat ons onself gee, en dit is nie altyd so maklik nie.

Paul Tournier skets die moderne situasie soos volg: "In die Weste word 'n siek persoon weggeneem van sy familie en in 'n hospitaal geplaas, waar hy van een masjien na 'n ander in 'n wêreld van dinge geplaas word. In die sogenaamde ontwikkelende dele van die wêreld word die sieke deur sy eie mense versorg in sy eie stamverband, waar sy interpersoonlike menseverhoudings totaal bevredig word".

## **MENEER DIE REKTOR,**

Ons moet ons voortdurend daarop toespits om die voordele van ons hoë tegniese ontwikkeling en apparaat te integreer met 'n innige interpersoonlike verhouding met ons pasiënte. 'n Apparaat het nog selde 'n siek mens bevredig — trouens baie aparate word geassieser met 'n marteling. Ons moet besef dat die era van tegniese-apparaat-medisyne hoë eise stel aan die meelewing en simpatie en liefde van die dokter teenoor sy pasiënt. Hoe onontbeerlik is die bydrae van elke lid van die span weereens nie in hierdie situasie nie. Selfs 'n eenvoudige apparaat soos 'n Thomasspalk kan baie onaangename probleme meebring en ons

is verduidelikings aan die pasiënt verskuldig al is die implikasies vir óns venselfsprekend.

Karl Jaspers, die geneesheer-filosof, praat van die grenssituasies van die mens, bedoelende sy geboorte en sy sterwe. By die bereiking van finaliteit van 'n siekte, waar sterwe onvermydelik is, moet die geneesheer die wysheid hê om ook te berus in wat nie meer verander kan word nie om sodoende sy pasiënt te help om sy nood te oorwin en sy sterflikheid met waardigheid te aanvaar. Hier beklemtoon professor Oberholzer die besondere behoefte van die pasiënt, nie net aan die hoof en vaardige hand nie maar ook aan die hart van die dokter. Hier is dit nie meer die arts nie maar die mens in medemenslikheid wat tel en is ons taak die steun tot aanvaarding van lydingsbereidwilligheid. Ons moet waak teen óórbehandeling en moet besef dat 'n mens die reg het om tydig te sterwe. Tournier beklemtoon dat dit reeds dan is wanneer ons kundigheid en vaardigheid nie meer kan funksioneer tot genesing nie dat ons daarteen moet waak om nie by die pasiënt verby te stuur omdat ons nie kans sien om die werklikheid van die finale lyding met ons pasiënt te deel nie.

Kuma, 'n psigiater van Japan, en Lindeboom van Holland praat van 'n derde dimensie wat by die fisiese en psigiese gevoeg moet word, naamlik die geestelike.

Vanweë die geweldige ontploffing van kennis en tegniese ontwikkeling wat ons genoodsaak om die konsep van spesialisasie te aanvaar, met elke paar jaar nuwe en meer subspesialisasies wat daarop gemik is om die kennis in 'n bepaalde deel van ons vak te bemeester — om net maar weer te besef dat selfs dít nie moontlik is nie. Ons voel soms so oorweldig deur die aanspraak wat ons eie vakgebied op ons maak dat ons eenvoudig terugdeins as die psige en die gees ook nog moet bykom. Ons sien nog kans vir die siekte maar nie altyd vir die sieke nie, en ek sluit myself hierby in. **Ons moet egter besef dat ons ons kennis kan fragmenteer, maar dat die ware wese van die mens, die anthropos as sulks, sodanig is dat ons hom nie kan fragmenteer nie.** Ons sal die wese van die pasiënt altyd miskyk as ons hom nie sien as 'n mens-in-verhoudings nie: verhoudings met sy medemens, sy bure, die gemeenskap, die natuur, en met God. Die gemiddelde pasiënt is so ingestel dat hy homself afvra: Hoekom het dit my oorgekom? Dit help nie om te sê dit is maar toeval of 'n ongeluk nie, sy intuïsie sê vir hom daar moet 'n rede voor wees. En nou sê Viktor Frankl die groot probleem van die mens vandag is dat hy die sin van dinge, die hoekoms, wil onderdruk. Ons pasiënte het vroeë en worstelinge op hierdie vlak wat ons nie mag ignoreer nie — en op 'n tydstip wanneer jou pasiënt 'n behoefte openbaar, is daar niks wat jou of enige lid van die span verhoed nie om op baie spontane, natuurlike wyse, sonder om inbreuk te maak op die pasiënt se vryheid of misbruik te maak van sy bed-geankertheid, met hom te deel die Wonder van God in Christus as Redder van die mens, wat ook aan sy siekte of beserings betekenis en sin kan gee.

In die terapie van die **hele mens** is dit die wyse van benadering en optrede teenoor die pasiënt as mens in ons gewone daaglikse kontak met mekaar, tesame met ons vakkundigheid, wat van die geneeskunde 'n kuns tot diensbaarheid maak wat in min ander beroepe geëwenaar kan word. Die groot vraag is, benut ons dit?

Ten opsigte van ons ortopediese pasiënt in sy lang, amper ondraaglik uitgerekte siektetoestand het ons 'n keuse; ons kan net ons kundigheid en vaardigheid gee, of ons kan daarmee tesame onself gee. Ek weet hoe moeilik laasgenoemde is en hoe dikwels ek daarin faal.

Ek sien my taak dan só dat alleen wanneer ek my pasiënt as medemens kan benader en kan behandel na die beste van my vakkundige vermoë, alleen dan is opleiding om die pasiënt se ontwil sinvol, dan is die motivering vir navorsing reg, is die doel van voorkoming in ortopedie suiwer, en kan ek verwag om deur middel van rehabilitasie resultate te bereik.

Paul Lipscomb het gesê: "We must not retrench, be daunted or fail to meet the challenges and opportunities that are ours. The horizon is broad and the possibilities for the future are almost unlimited if we take advantage of the opportunities that are still ours".

Meneer die Rektor,

Wanneer elke lid van die span sy maksimum ondersteuning aan die steunbehoewende pasiënt gee, kan dié gebreekte tak ontwikkel in 'n sierlike boom wat self weer sy plek kan volstaan in die tuin van die nuttiges.

## SYNOPSIS

Orthopaedics is one of the oldest branches of medicine and stems from both the surgical and medical facets of medicine.

John Hunter, who can be regarded as the father of modern surgery, succeeded in the eighteenth century to transplant a human tooth into the comb of a cock.

The practice of Orthopaedics on a scientific basis slowly eliminated the practice of the bone setters in England.

The first school for Orthopaedics was founded by William John Little, a qualified physician, in London in the 1850's.

The importance of Orthopaedics is proven by the fact that 86% of all patients injured on duty suffer from orthopaedic injuries. Apart from trauma, chronic musculo-skeletal conditions are extremely common and affect most people at some stage or other.

Education of students on a pre-graduate level should be of a very high standard. Also, as much time as possible should be devoted to research.

Rehabilitation is of the utmost importance. Russell made the following statement: This is the help beyond all others — find out how to make useless people useful and let them earn their money instead of begging it.

Lastly, we should always bear in mind that we are treating patients and not diseases. One can never overemphasise the importance of treating patients as human beings. The doctor should have sufficient time to devote to his patients and should be willing to listen carefully to their problems (his patients). Teamwork is essential in the treatment of orthopaedic patients, and it should always be remembered that the physiotherapist, the occupational therapist, the psychologist and the pastor — to mention but a few — each has an important function to fulfil.

The aim of every member of the team should be to help the patient to get back to a normal way of living — as an independant, well-balanced member of society.

## BRONNE:

1. The Journal of the Western Pacific Ort. Assoc. Vol XII No 2, 1975.
2. S.A. Sports Medicine Vol. 1.
3. Geneeskunde 30 Sept. 1977 p. 174  
C Pretorius, D.Phil. Pret.
4. Geneeskunde 30 Junie 1977 p. 107  
J H Breytenbach, D.Phil. Stel.
5. S.A. Mediese Joernaal 25.12.76 p. 2147.
6. Orthopaedic Review Vol. 3 No. 5 May '74 p. 27  
G Dean MacEwen.
7. Transactions and studies of the College of Physicians of Philadelphia Vol. 43 No. 4., April '76, p. 388  
A R Shands.
8. Menders of the Maimed.  
Arthur Keith.
9. J.B.J.S. Vol. 41 B, May '59, p. 235.  
H Platt.
10. J. Am. A. June 15 1979 Vol. 241 No. 24 p. 2643.  
B Felson, H Jacobson.
11. John Gartland 1977 Intreerede, JBJS Apr. 1979.
12. Paul Tournier: Toespraak Ecumenical Centre Geneva 29.6.78.
13. Geneeskunde, Febr. 1980 p. 69.  
H W Snyman.
14. Die wysgerige antropologie en die geneeskunde.  
Prof C K Oberholzer.
15. Musculoskeletology, J.B.J.S., Vol. 57 A/6, Sept. 1975, p. 872.  
Paul R Lipscomb, Presidential Address, JBJS Sept. 1975.