

a variety of circumstances arising from original ethnic and geographical factors.

The traditional cultural patterns show, on the other hand, a number of comparable features with regard to food, education, magico-religious and medical knowledge. Some of these factors promote health, others oppose the role of medicine as we see it.

The picture is still incomplete, until we reckon with variety which arose from contact and change in economic, social, educational and other aspects of life.

It is not possible to divide the relevant people into clearly demarcated groups, in accordance with the foregoing outline. It is possible, however, to point out that a variety of concepts is today sometimes to be found in one and the same individual, a state of affairs which should have an effect on our work.

I hope that I have succeeded (1) in pointing out that we are dealing here with people not so very different from other people in this world, and (2) in treading with care in your professional sphere.

In conclusion I have thought it wise to turn our minds to a different part of the world, viz. Latin America (Cf. G. M. Foster).² In an attempt to give constructive advice the author points at the necessity of reckoning with:

(a) the whole complex of *folk medicine*, i.e. beliefs, attitudes and practices associated with health, prevention of disease, curing, etc.;

(b) the importance of the quality and nature of interpersonal relationships, particularly between patient and health personnel.

The author goes on to point out that emotion and disease can go hand in hand, often resulting into psychosomatic cases. And emotional experience is connected with the prevailing pattern of ideas in the community.

It sounds very much to the point when the

author stresses interpersonal relations, tactful understanding of the patient, as far as possible, the futility of being impersonal to the point of frightening patients.

The author concludes with the warning that "in those situations where curative functions are grudgingly accepted . . . interpersonal relations are poor, and public health programs are much less successful".

I therefore conclude that, while preventive measures often imply education to the acceptance of new ideas, knowledge of the people in general and the person in particular, with whom you are dealing, is a fundamental requirement. The acceptance of sewerage systems to prevent certain forms of disease, require abstract knowledge to form a *concrete belief* and *acceptance*. Interpersonal relations, coupled with a knowledge of "folk-medicine" can contribute towards that concrete acceptance without which no human being can integrate new ideas into his life-pattern—acceptance leading to confidence and co-operation.

Arising also from the argument put forward here, I do want to point out that *knowledge* of "folk-medicine" may entice some of us to combine *medicine* and *ancient practice* in a manner which may plunge *medical practice* into darkness again. And this possibility is not what I am pleading for.

LITERATUUR

1. *Income and Expenditure Patterns of Urban Bantu Households*; Report No. 3. Vol. I, pag. 101 et seq. Bureau of Market Research, University of South Africa, 1961.
2. Foster, G. M.: *Some Social Factors Related to the Success of a Public Health Program*; hoofstuk in *Shannon: Underdeveloped Areas*; Harper, Nieuw York, 1957.

DIE SIEKTEBEELD IN DIE STAMGEBIEDE

H. P. BOTHA, D.V.G., M.D. (PRET.)

Hierdie onderwerp wil ek dadelik by u avontuurlike kongrestema inskakel met die stelling dat die formulering van gesondheidsbeleid, die hoofdoel van siektebeeld-studies moet wees.

Dit is nodig om die siektebeeld van die Bantoe van die tuisland in 'n bekende en 'n

onbekende komponent te verdeel. Die onbekende so genoem omdat dit buite die bereik is of was van daardie meetmetodes waarmee die oordraagbare siektes so maklik opgespoor word.

Maar ook selfs in die stamgebiede is daar

reeds die aanduiding dat ons, soos reeds in meer verhewe taal gestel is, die rotsagtige kuste van die oordraagbare siektespektrum verbygesteek het en nou op die wye oseane van die metaboliese, die degeneratiewe, maligne en die psigosomatiese kan gaan vaar.

In hierdie referaat wil ek graag u aandag vestig op die stamgebiede van Noord-Transvaal en in die besonder stilstaan by die distrikte Pietersburg, Letaba en Sibasa waar 'n studie van die siektebeeld gedurende 1957-1959 gemaak is. Alvorens ons kom by die siektebeeld van die Bantoe in sy tuisomgewing soos deur die gesinsopnames blootgelê, moet aangetoon word wat reeds met gemeenskapsdiagnostiek in Noord-Transvaal bereik is.

tuberkulose, tragoom en voedingstoornisse begin uitwerk het.

Alleenlik die eerste fase is afgesluit. Die vierde behoort nog aan die toekoms en hier wag op die Bantoe-huisarts die taak vir die voltooiing van daardie deel van die siektespektrum waar die röntgenfoto en die biochemiese proef steeds bly vassteek. Ek sê 'n taak wag op die Bantoe-kollega omdat die andersheid van die siektepatroon van die algemene praktyk maar eers onlangs tot 'n nuwe studierigting in die Blanke-sektor gelei het.

Die eenmaal oorheersende siektebeeld van koors word dan in die verskillende fases en deur entoesiastiese spanwerk deur 'n ordelik-ingeedeelde patroon van siektes vervang.

Hierdie indeling bestaan tans uit vier hoof-



Vier fases word duidelik herken in die ontwikkeling van ons kennisveld van die stamgebiede se siektebeeld. Die eerste fase word ingelui met die bevinding dat die malaria-parasiet vir die grootste aantal koorsgevalle verantwoordelik is. Hierin het die departementele gesondheidspersoneel 'n grootse bydrae gelewer en gaan hulle voort om pokke, buiktifus en bilharzia op te spoor. In die daaropvolgende fase word malaria se geweldige siektelas verlig en het die oprigting van hospitale en klinieke die voorkoms en verspreiding van baie siektetoestande aan die lig gebring. Meer vertikale studies volg in die derde fase toe mobiele eenhede voorkomssyfers vir veral

komponente en die hoofkomponent in 'n siektelas- en 'n nie-siektelasgroep verdeel. Onder siektelas is daardie komponente van die breë spektrum van morbiditeit ingesluit wat in die volksgesondheidsprogram van wye en besondere belang is.

1. Aangebare, oordraagbare siektes.

(a) *Siektelas-groep*: Tuberkulose; buiktifus; witseerkeel; tragoom; insektmiddelvergiftiging.

(b) *Nie-siektelas-groep*: Akute besmetlike encefalitis; meningokokbesmettings; honds-dolheid; lepra.

2. Nie-aangebare, oordraagbare siektes.

(a) *Siektelas-groep*: Bilharzia; ingewands-

wurms; dermkanaalinfeksies; masels; kinkhoes; lues; oë-, oor-, neus- en keelaandoeninge; gonokokbesmetting; huidsiektes; tetanus.

(b) *Nie-siektelas-groep*: Virussiektes; rickettsiasiektes; terugvalkoors.

3. *Nie-oordraagbare siektes*.

(a) *Siektelas-groep*: Asemhalingstelselstoornisse; hartvaatsiektes; gewasse; ongelukke; vergiftigings en geweld; geestesstoornisse; voedingstoornisse; siektes van die geslags-urinêre stelsel; verlossings en komplikasies van swangerskap, bevalling en die puerperium.

(b) *Nie-siektelas-groep*: Metaboliese siektes, rumatiekkoors en buikweefselsiektes; allergiese siektes.

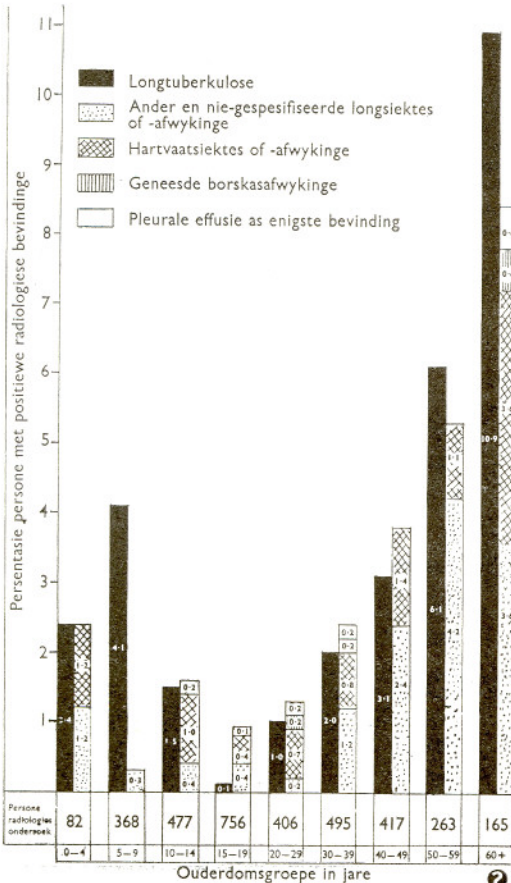
4. *Voorheen gedugte siektes*.

(a) Malaria

(b) Pokke

(c) Akute poliomiëlitis.

Die aangebore siektespektrum speel steeds 'n groot rol in die preventiewe programme en veral tuberkulose en buiktifus vlam as oorsake van morbiditeit hoog uit. 'n Basislynpatroon



van die voorkoms van tuberkulose en ander borskasafwykinge in die stamgebiede is opgebou uit 'n ontleding van die radiologiese verslae van massa-röntgenopnames. Gedurende 1955 is 'n program in die Pietersburg-landdrostdistrik afgehandel en dit dra besondere basislyn-betekenis daar die huidige aktiewe bestrydingsprogram toe nog nie ingestel was nie (Fig. 2).

Sover het dit gegaan oor die risiko's waaraan die breëre bevolking blootgestel is. Vir 'n studie egter van die gezondheidstatus van die Bantoe-gesin is 'n totaal van 113 gesinne met 543 individue in 'n gesinsopnameprojek betrek en op vier plekke is gesinne aan 'n sosio-ekonomiese opname, 'n ondersoek van die tuisomgewing en 'n kliniese ondersoek van gesinslede onderwerp. Slegs enkele van die hoofbevindinge word soos volg aangedui:

Mashashane'slokasie (Pietersburg-landdrostdistrik).

(a) Hoewel daar geen parasitêre ova met ondersoek aangetoon kon word nie, tref die ruime teenwoordigheid van verskillende kliniese afwykinge, veral voedingstoornisse asook oë-, oor-, neus- en keelaandoeninge (Fig. 3 en 4).

(b) 'n Spesiale basislynstudie toon hipertensie, rumatiekkoors en suikersiekte net bokant die basislyn (Fig. 7).

Tzaneen - dorpslokasie (Letaba - landdrostdistrik).

(a) Besmettings deur *Schistosoma mansoni* en *hematobium* skyn onvermydelike risiko's te wees (Fig. 3).

(b) Die gesins- en gemeenskapsdiagnostiek teenoor mekaar gestel ten opsigte van wurmbesmettings; 'n byna enersse patroon by die gesinsopname-groep en die groep Bantoeskoolkinders vanuit die hele Letaba-landdrostdistrik (Fig. 5).

Tshakhuma (Sibasa-Bantoesakekommissaris-distrik) *Ascaris lumbricoides* se baie hoë voorkoms (Fig. 3 en 5).

Makulekelokasie (Sibasa-Bantoesakekommissaris-distrik).

(a) Die aanwesigheid van *Plasmodium falciparum* en gevolglik etlike individue met tasbare milte (Fig. 3).

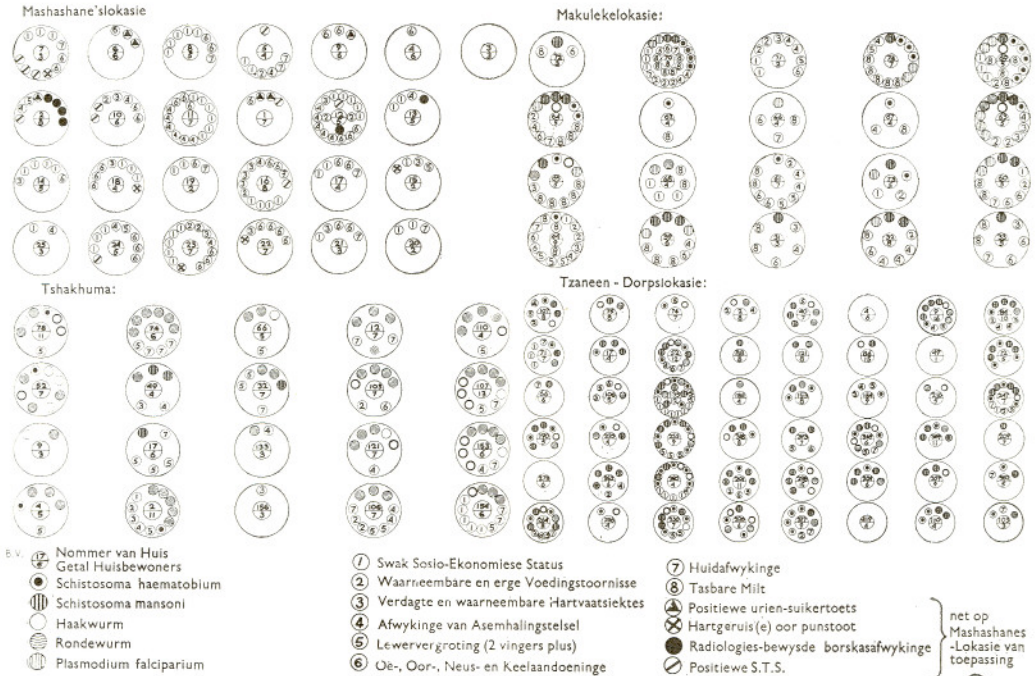
(b) Voedingstoornisse op die voorgrond (Fig. 4).

In Sibasa-distrik kon 'n belangrike voorbeeld van variërende geografiese patologie aangetoon word. Die parasitologiese beelde van Tshakhuma en Makulekelokasie vorm met mekaar 'n duidelike kontras (Fig. 5).

Daar is ook uit die opnames se bevindinge 'n verband gesoek tussen tasbare milt, vergrote lewer, voedingstoornisse en parasitêre besmettings. Alleenlik die indruk en 'n redelike bewys gekry dat tasbare milte 'n baie nouer verband met *Plasmodium* as ander

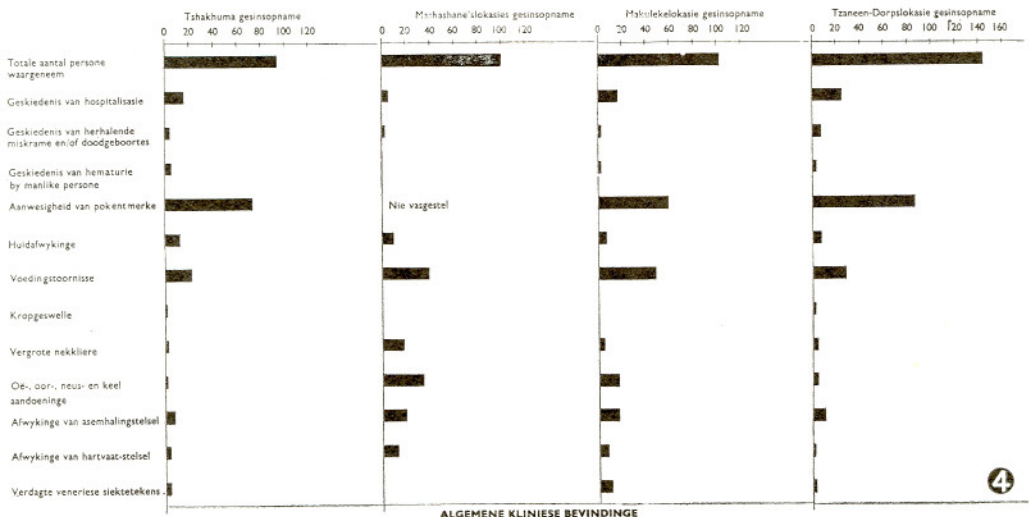
parasitêre besmettings het (Fig. 6).

Figuur 4 gee ook 'n aanduiding van die enerse tendense van verskillende gesondheidsmaatstawwe by die Bantoe op vier plekke wat geografies, klimatologies en sosio-ekonomies baie verskillend teenoor mekaar staan.



Elko simbool of nommer stel 'n afwyking voor. L.W. sekere individue het meer as een afwyking

net op Mashashanes-Lokasie van toepassing



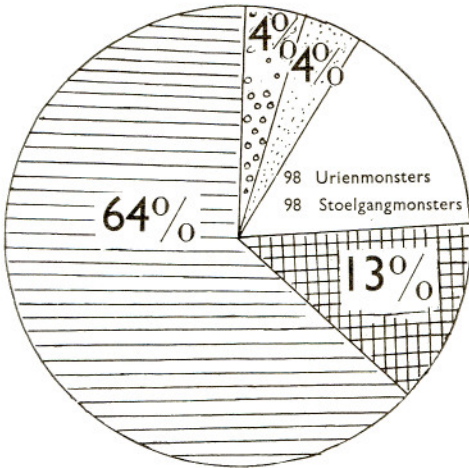
ALGEMENE KLINIESE BEVINDINGE

4

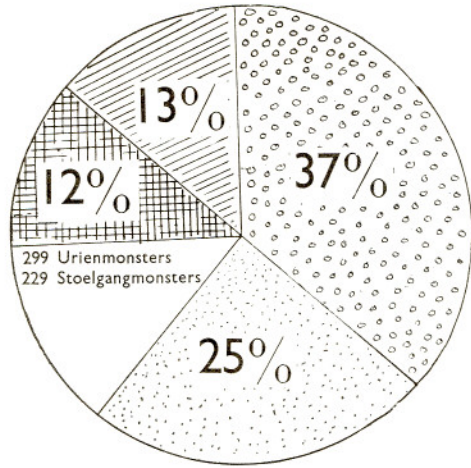
Ons kan voorsien dat gebiedsontwikkeling nog doeltreffender fasiliteite vir 'n studie van die siekte van die tuisland-Bantoe sal bring.

Siektebeeld-studies kan egter nie net tot die organiese patologie beperk word nie. Ook moet

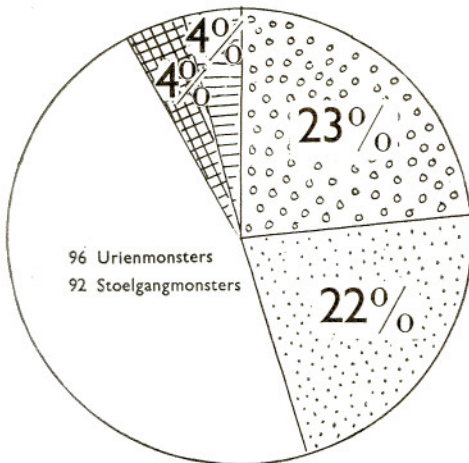
die totale omgewing van die Bantoe in gedagte gehou word. Daarom sal in die volksgesondheidsprogram plek vir 'n nuwe onderdeel moet ingeruim word. Gesinsopnames dui op die belangrikheid van hierdie nuwe onderdeel, nl.



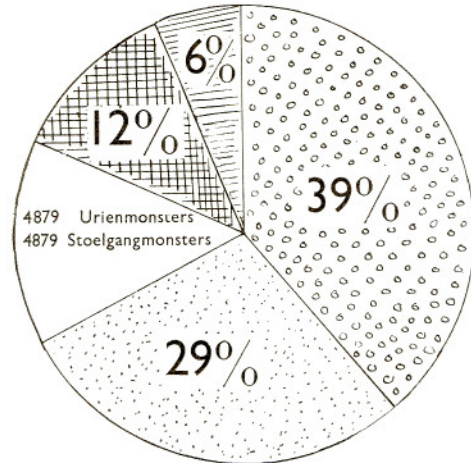
Tshakhuma Gesinsopname



Tzaneen—Dorpslokasie Gesinsopname



Makulekelokasie Gesinsopname



Letaba-Landdrostdistrik Bantoeskoolkinders

PARASITOLOGIESE BEELDE



S. mansoni



Ascaris lumbricoides



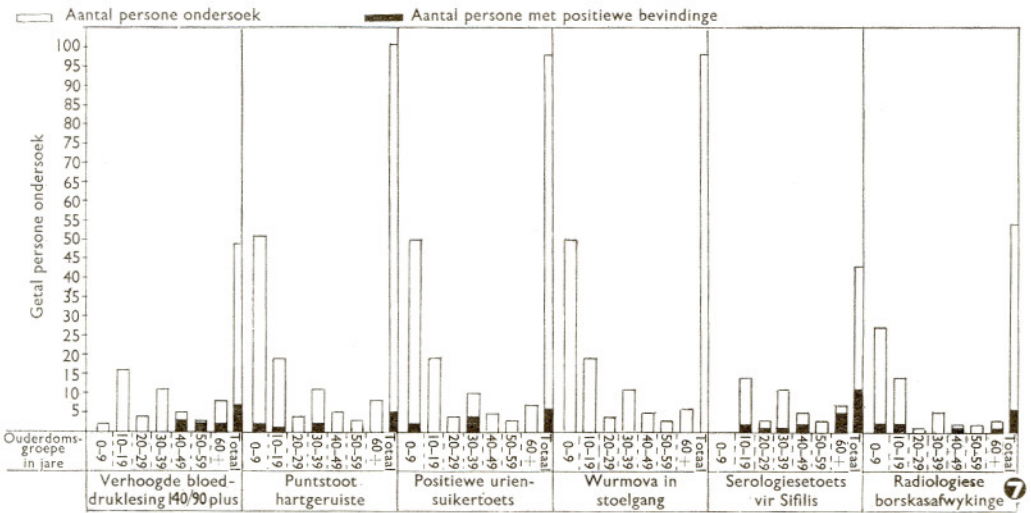
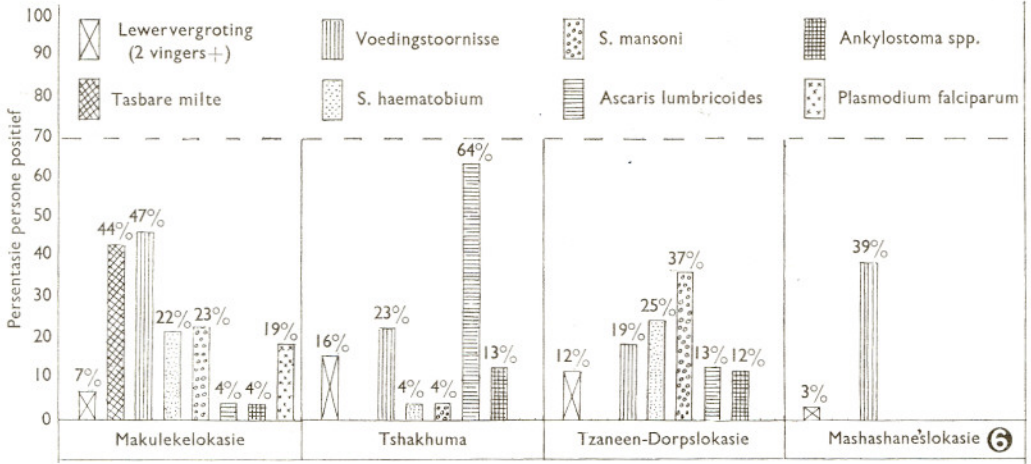
S. haematobium



Ankylostoma spp.

gesinsgeneeskunde, of welke benaming u wil gee aan daardie terrein waar die sosiale wetenskap, huisartspraktyk, volksgesondheidspraktyk en sendingwerk een word.

Hiermee my dank aan professor H. W. Snyman, my promotor, vir verlof om my tesis as bron vir die opstelling van die referaat te gebruik en ook die departementele gesondheidspersoneel wat veral met die gesinsopnames ontsaglike hulp verleen het.



DIE VOORKOMING VAN WANVOEDING

P. J. PRETORIUS, M.MED. (PAED), M.D. (PRET)

Nasionale Voedingnavorsingsinstituut, W.N. N.R. en Departement Kindergeneeskunde, Universiteit van Pretoria

Ons is almal bewus van die skouspelagtige vordering wat gemaak is met die voorkoming van siektes in die kinderjare. Daar bestaan vandag geen rede waarom enige kind siektes

soos witseerkeel of poliomiëlitis hoef op te doen nie en binnekort sal masels wat op 'n natuurlike wyse opgedoen is, waarskynlik verhef word tot die status van 'n mediese rareiteit.