

Mitteilungen – Communications

Hyspa 1961 Bern



In einem Jahr wird die HYSPA in Bern eröffnet

Der Berner Stadtpräsident, Nationalrat Dr. Freimüller, hat anlässlich der Begrüßungsansprache zum zehnjährigen Bestehen der BEA, die am 12. Mai in der Bundesstadt eröffnet wurde, daran erinnert, daß diese lokal-bernische Schau nächstes Jahr zu Gunsten der gesamtschweizerischen HYSPA zurücktreten muß. Am 18. Mai 1961 wird auf dem gleichen, verkehrs- und ausstellungstechnisch so günstig gelegenen Gelände beim General-Guisan-Platz (früher Militärplatz) die große Ausstellung über Gesundheitspflege, Turnen und Sport im 20. Jahrhundert eröffnet werden. Diese Ausstellung, die keine Messe sein will, wird zwei Monate, bis zum 17. Juli 1961, dauern.

Präsident Dr. Freimüller konnte auch darauf hinweisen, daß die Vorarbeiten zu dieser kulturellen, im Dienste der Volksgesundheit und Körpererziehung stehenden Schau in vollem Gange sind. Hervorragende Wissenschaftler und Fachleute aus der ganzen Schweiz – über 500 an der Zahl – sind an der Arbeit. Die Ausstellungsbesucher sollen in anschaulicher Weise über die Fortschritte der modernen Medizin sowie des gesunden Turnens und Sportes aufgeklärt werden, die es ermöglichen, der Volksgesundheit zu dienen, die Lebenserwartung und Lebensfreude zu steigern. Die HYSPA 1961 wird auch Treffpunkt der schweizerischen Sportwelt sein, sind doch heute schon zahlreiche sportliche Veranstaltungen vorgesehen und in Vorbereitung. Es bleibt aber noch viel zu tun, um der HYSPA 1961 bis zur Eröffnung in einem Jahr jenes Gesicht zu geben, an dem sich der Besucher erfreuen wird und an dessen Gestaltung heute alle Mitarbeiter mit Begeisterung und Hingabe schaffen.

Referate – Rapports

Organisation mondiale de la Santé

Communiqué de Presse du 3 mars 1960

La santé du monde

Un nouveau rapport statistique publié par l'OMS

Un nouveau « Bulletin de santé » du monde vient d'être publié par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à Genève. Ce volume de 700 pages¹, le neuvième Rapport de statistiques épidémiologiques et démographiques annuelles, fait état de la situation sanitaire dans la plus grande partie du monde en 1956.

Baisse de la mortalité

Le document publié par l'OMS montre que la mortalité continue à diminuer dans le monde et que les maladies infectieuses battent en retraite régulièrement dans la plupart des pays.

Dans une grande partie des zones tempérées, la mortalité due aux maladies transmissibles a été réduite de façon remarquable. Des infections telles que la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche et la fièvre scarlatine, particulièrement meurtrières pour les jeunes, sont en voie de disparition. Dans d'autres parties du monde, des maladies épidé-

¹ Statistiques épidémiologiques et démographiques annuelles, 1956.

miques comme le paludisme, la variole, la dysenterie et la tuberculose demeurent de graves problèmes.

Les «maladies modernes»

Les tableaux statistiques publiés dans le rapport de l'OMS montrent l'importance que prennent de nos jours, dans certains pays, les maladies cardio-vasculaires, le cancer et les accidents.

Le tableau ci-après permet de comparer l'importance de ces maladies dites « modernes » en regard de la tuberculose. Il est également intéressant de noter les différences entre les taux de mortalité chez les hommes et chez les femmes.

Taux de mortalité pour 100 000 habitants

		Tuberculose	Tumeurs malignes	Maladies cardio-vasculaires	Tous accidents
Etats-Unis . . .	Masculin	12,1	158,5	570,6	79,8
	Féminin	4,8	137,5	434,3	34,2
Allemagne (Rép. Fédérale) . . .	Masculin	28,4	205,0	456,4	86,4
	Féminin	11,3	188,5	423,2	34,6
Autriche	Masculin	40,8	260,6	532,9	97,7
	Féminin	19,3	224,4	533,2	38,8
Angleterre et Pays de Galles	Masculin	17,7	227,4	600,1	44,6
	Féminin	6,8	189,1	601,6	28,9
Suisse	Masculin	25,1	204,8	456,6	81,5
	Féminin	14,0	178,0	487,7	31,9

Le tableau ci-après montre quel est le pourcentage des décès dus aux maladies cardio-vasculaires et aux accidents par rapport à la mortalité générale.

	Maladies cardio-vasculaires		Accidents	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
Etats-Unis	52,7%	54,9%	7,4%	4,3%
Allemagne	37,2%	42,1%	7,0%	3,4%
Autriche	39,1%	46,9%	7,2%	3,4%
Angleterre et Pays de Galles	48,2%	55,0%	3,6%	2,6%
Suisse	42,1%	50,4%	7,5%	3,3%

Les accidents

D'après le rapport de l'OMS le taux de mortalité par accident chez les hommes est le plus élevé en Autriche; 97,7 pour 100 000, suivie par l'Allemagne (République fédérale): 86,4 pour 100 000, le Canada: 81,7 pour 100 000 et la Suisse: 81,5 pour 100 000.

Les taux les plus bas ont été enregistrés en Irlande du Nord et à Ceylan: 39,1 pour 100 000, en Irlande: 44 pour 100 000, en Angleterre et Pays de Galles: 44,6 pour 100 000 et aux Pays-Bas: 48,1 pour 100 000.

L'automobile

Les chiffres publiés par le rapport montrent que dans certains pays tout au moins, ce sont les accidents dus aux véhicules à moteur qui, dans la rubrique des accidents, provoquent le taux de mortalité le plus élevé.

Le taux de mortalité dû aux accidents provoqués par les véhicules à moteur chez les hommes est le plus élevé en Allemagne¹ (République fédérale): 41,9 pour 100 000, suivie par les Etats-Unis: 36,1, le Canada: 33, le Portugal: 11,4, le Japon: 11,8 et la Norvège: 13,1.

La Nouvelle-Zélande et le Portugal ont enregistré des taux de mortalité par accident identiques (57,2 pour 100 000). Toutefois, en Nouvelle-Zélande, les véhicules à moteur ont été responsables de 40% des décès par accident tandis qu'au Portugal, ils ne sont intervenus que dans une proportion de 19,9%.

Les suicides

Le rapport publié par l'OMS donne également des chiffres de mortalité par suicide. Chez les hommes, 6 pays ont enregistré des taux de mortalité par suicide dépassant 30 pour 100 000.

Berlin Ouest	43,2	Suisse	31,9
Finlande	37,0	Suède	31,2
Autriche	32,4	Danemark	30,2

Pour ce qui est des femmes, 7 pays ont enregistré des taux dépassant 11 pour 100 000.

Berlin Ouest	27,0	Allemagne, Rép. féd.	12,4
Japon	19,4	Suisse	11,9
Danemark	14,9	Hongrie	11,8
Autriche	14,5		

Les taux de mortalité par suicide les plus bas chez les hommes ont été enregistrés en Irlande: 4,4 pour 100 000, Irlande du Nord: 4,8, non Blancs des Etats-Unis: 6,1, Pays-Bas: 7,1.

Chez les femmes, les taux les plus bas ont été enregistrés en Irlande: 0,8 pour 100 000, non Blancs des Etats-Unis: 1,6, Norvège: 2,8, Irlande du Nord: 2,9.

Dans les cinq pays suivants, davantage que dans les autres pays, les suicides ont été plus fréquents chez les hommes que chez les femmes dans les proportions suivantes: Irlande: 5,5 fois, Union Sud-Africaine (population blanche) et Portugal: 4,3 fois, Norvège: 4,2 fois, Finlande: 4,1 fois.

Selon l'âge, cette différence peut devenir encore plus importante. Ainsi, en Union Sud-Africaine, le taux de mortalité par suicide chez les hommes de 65 à 69 ans est 14 fois plus élevé que chez les femmes du même groupe d'âge.

Le manque de médecins

Le rapport de l'OMS donne également des renseignements statistiques sur le personnel médical et para-médical ainsi que l'équipement sanitaire dont dispose le monde à l'heure actuelle.

Les données concernant le nombre des médecins mis à la disposition des populations font apparaître le dramatique manque de médecins dont souffrent certaines parties du monde. Ce nombre de médecins varie en effet de 1 médecin pour 500 à 600 habitants en Europe ou en Amérique du Nord à 1 médecin pour 50 000 à 70 000 habitants en Afrique.

Chronique OMS 14, 1 (1960)

Législation sanitaire

Les maladies transmissibles dans les établissements d'enseignement: étude comparée

L'absentéisme scolaire est avant tout causé par les maladies transmissibles qui atteignent avec prédilection l'enfant d'âge scolaire. La concentration des enfants et leur réceptivité à ces affections en favorisent la propagation. Deux problèmes se posent ainsi à

¹ En Allemagne, en effet, les accidents d'automobile sont intervenus pour près de la moitié – 48,5% – dans la mortalité due à l'ensemble des accidents.

l'autorité sanitaire : d'un côté prendre des mesures efficaces pour empêcher la transmission de ces maladies à l'école, de l'autre éviter que des règlements sévères ne paralysent la bonne marche de l'enseignement.

Il semble qu'on est loin d'avoir trouvé une solution satisfaisante. Les mesures, souvent promulguées par voie légale, comportent surtout l'éviction scolaire du malade ou du sujet. On y distingue deux tendances. La première est de déterminer des durées strictes d'éviction scolaire : par exemple l'enfant atteint de poliomyélite ne pourra retourner à l'école avant un délai de 28 jours comptés à partir du début de la maladie. L'autre est de laisser le médecin ou l'autorité sanitaire juger des cas individuels. Or si l'on compare les règlements adoptés par les pays qui fixent ces périodes d'éviction de manière formelle, on constate des différences flagrantes pour une même maladie. L'établissement de normes rigides n'est donc pas la solution idéale. D'ailleurs, on remarquera en se référant à l'étude récente publiée dans le *Recueil international de Législation sanitaire*¹ et à celle qui traitait du même sujet en 1952, qu'une tendance moins radicale se manifeste. En effet, les mesures strictes d'éviction sont graduellement remplacées par des mesures qui permettent aussi bien à l'enfant malade qu'au sujet-contact de reprendre plus rapidement le chemin de l'école. L'éviction stricte du sujet-contact est remplacée par une surveillance régulière de la part de l'infirmière ou du médecin scolaire, comprenant entre autre l'examen bactériologique. Sans doute cette attitude plus libérale suppose-t-elle une bonne organisation de la médecine scolaire. Plus nette est l'attitude de Burnet qui déclarait, en 1954, qu'entre l'âge de 6 et 12 ans les enfants devraient normalement avoir été atteints de chacune des affections endémiques courantes de l'enfance et les avoir subies sans aucun dommage. S'ils n'ont pas été contaminés pendant l'enfance, ils atteignent l'âge adulte sans être immunisés et courent alors le danger d'être atteints de manière beaucoup plus grave. Un exemple frappant est sans doute la rubéole. Alors qu'il y a quelques années à peine, et c'est d'ailleurs encore le cas dans quelques règlements, l'éviction du malade et du sujet-contact était jugée nécessaire, la situation est maintenant entièrement modifiée. Déjà en 1952 un règlement du canton d'Argovie (Suisse) signifiait que l'éviction des enfants atteints de rubéole est inopportune car il est préférable que l'infection soit contractée au cours de l'enfance. Pour certaines autres maladies d'ailleurs, telles que les oreillons ou la rougeole, l'éviction de sujets-contacts est inopérante puisqu'il y a propagation pendant la période d'incubation. Ces considérations permettent de conclure que les règlements sur les maladies transmissibles dans les établissements d'enseignement doivent être rapidement adaptés au progrès.

L'étude du Recueil se base sur la législation d'une quinzaine de pays. Les mesures réglementaires ont été comparées avec les données de la littérature relatives à la question. On trouve par exemple des recommandations dans le *Handbook for Medical Officers of Schools on School Health and Communicable diseases*². Si l'on compare cet ouvrage avec l'édition précédente (1948), on voit que les mesures proposées récemment sont moins sévères.

La plupart des règlements contiennent des indications sur les mesures à prendre vis-à-vis d'un certain nombre d'affections. Celles qui sont signalées le plus fréquemment sont : la coqueluche, la diphtérie, la dysenterie bacillaire, la méningite cérébro-spinale épidémique, les oreillons, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la varicelle et la variole.

Dans l'étude du Recueil, on a surtout cherché à mettre en parallèle les mesures visant ces maladies. Un aperçu synoptique des prescriptions réglementaires est publié pour chacune d'elles en annexes. Pour illustrer la disparité de ces prescriptions, citons celles qui concernent la coqueluche : la durée d'éviction peut être de 21 à 42 jours depuis le *début des quintes*, de 15 à 21 jours depuis la *disparition des quintes* ou de 21 à 30 jours depuis l'*apparition des symptômes*. Les règlements de certains pays précisent que l'éviction

¹ Voir Rec. int. Lég. sanit., 1959, 10, 193. Cette étude existe aussi sous forme de brochure (prix: Fr. 2.-).

² Medical Officers of Schools Association (1954). Handbook for medical officers of schools on school health and communicable diseases, 12th ed., London.

prend fin avec la disparition des quintes, sous réserve cependant qu'elle ait été d'une certaine durée. Dans deux pays, l'éviction doit être de 28 jours au moins, dans un autre de 21 jours au moins et de 42 jours au plus. Dans un cas, il est spécifié que la durée de l'éviction, fixée à 28 jours depuis le début de la maladie, peut être écourtée dans les cas bénins, si un examen bactériologique montre que le malade est exempt d'infection.

Malgré l'avis de certains experts hostiles à l'éviction des sujets-contacts, la plupart des règlements prescrivent néanmoins celle-ci pour une durée allant de 7 à 21 jours et même jusqu'à 30 jours. En général, cependant, il n'y a éviction que si l'enfant est au-dessous d'un certain âge ou s'il n'a pas été immunisé par une atteinte antérieure ou, comme en Tunisie, par la vaccination. Tel texte précise par exemple que les sujets-contacts qui ont déjà eu la maladie ne sont pas soumis à l'éviction alors que celle-ci est de 14 jours pour les enfants réceptifs. Tel autre texte prescrit une éviction de 21 jours à partir de l'isolement du malade pour les enfants de 3 à 6 ans non immunisés par une atteinte antérieure, mais autorise la fréquentation scolaire pour les autres sujets. Trois textes ne spécifient pas d'éviction, un autre ne la recommande que si les sujets-contacts viennent à tousser.

Le terme sujet-contact comprend le plus souvent les frères et sœurs du malade et, assez fréquemment, les autres enfants qui ont été en contact avec lui pendant l'incubation ou la maladie même. Parfois, comme en Argovie (Suisse), le sujet-contact n'est pas défini, c'est au médecin traitant de décider quelles sont les personnes soumises à quarantaine, en veillant cependant à ce que les restrictions à la liberté soient limitées. Dans l'Etat de New Jersey (Etats-Unis d'Amérique), c'est le médecin des services de santé qui décide.

Le retour de l'enfant malade ou du sujet-contact est généralement déterminé par le certificat médical signalant qu'il n'y a plus de risque de contagion. La décision peut être prise par les services de santé ou par le personnel médical scolaire. Dans l'Union Sud-Africaine par exemple, le caractère rigide des mesures d'éviction est atténué par le fait que le médecin de la santé publique peut écourter leur durée s'il estime, d'après un examen bactériologique ou par suite de l'adoption de mesures spéciales, qu'aucun risque de propagation de la maladie n'en résultera. Il peut aussi prolonger la période d'éviction si un examen bactériologique ou tout autre moyen lui prouve que l'enfant est un porteur de germes à forme virulente de la diphtérie, de la scarlatine, de la méningite cérébro-spinale, de la poliomyélite ou des fièvres typho-paratyphoïdes.

Le directeur de l'école pourra réadmettre l'enfant sur présentation d'un certificat médical attestant qu'il est guéri; dans certaines zones rurales, il suffit que le directeur le juge lui-même exempt d'infection.

La fermeture des écoles, selon la plupart des règlements, ne peut se faire que dans des conditions spéciales. La tendance générale est de limiter cette mesure et d'en laisser l'initiative au service d'hygiène compétent.

Organisation mondiale de la Santé

Le vaccin anti-polio à base de virus vivant utilisé en U. R. S. S.

Rapport d'une consultante de l'OMS

L'Union Soviétique a lancé cette année une campagne de vaccination de masse contre la poliomyélite. Le vaccin utilisé est à base de virus vivant et est administré par la voie buccale. Plus de 10 millions de personnes ont déjà été vaccinées. En janvier 1960, le nombre des personnes vaccinées s'élèvera à 15 millions et on prévoit qu'à la fin de 1960 ce chiffre atteindra 88 millions, englobant toute la population de l'Union Soviétique âgée de moins de 20 ans.

Le vaccin antipoliomyélique à base de virus vivant a été mis au point notamment par Koprowski, Sabin et Cox aux Etats-Unis et diffère du vaccin Salk qui, lui, est à base de virus tué et s'administre par injection. Le vaccin utilisé en U. R. S. S. est fabriqué à partir de souches de virus fournies par le Dr Sabin de Cincinnati.

En accord avec le Ministère soviétique de la Santé et le Service de Santé publique des Etats-Unis, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a invité le Dr Dorothy M. Horstmann, éminente femme de science américaine, à visiter l'Union Soviétique afin d'évaluer l'innocuité, les dangers et l'efficacité du nouveau vaccin contre la poliomyélite. Le Dr Horstmann, qui est Professeur adjoint de Médecine préventive et de Pédiatrie à l'Université de Yale, a visité Moscou, Léninegrad, Tachkent et Riga, puis s'est ensuite rendue en Pologne et en Tchécoslovaquie où le vaccin à base de virus vivant est également utilisé.

Selon le rapport du Dr Horstmann, la diminution frappante de l'incidence de la poliomyélite dans les républiques soviétiques où la vaccination par voie buccale a été pratiquée permet de croire que le vaccin a contribué à réduire le nombre de cas paralytiques de poliomyélite. En comparaison avec la courbe ascendante des dernières années, il est impressionnant de noter le petit nombre de cas survenus en 1959. Cependant le Dr Horstmann estime qu'il faudra attendre au moins une année encore avant de pouvoir porter un jugement valable sur l'efficacité du vaccin.

Les tableaux suivants indiquent le nombre de nouveaux cas survenus pendant les mois d'été dans deux des républiques soviétiques où la vaccination a été pratiquée.

Incidence de la poliomyélite en Estonie

Incidence de la poliomyélite en Lituanie

Année	juin	juillet	août	sept.	Année	juin	juillet	août	sept.
1955	3	7	16	58	1955	20	46	116	106
1956	10	15	39	45	1956	46	64	51	33
1957	7	17	20	27	1957	19	37	23	21
1958	5	20	151	407	1958	21	39	66	55
1959	2	2	2	0	1959	3	8	2	2

Bonbons aux virus

En janvier 1959, le Gouvernement central a offert le vaccin à toutes les républiques soviétiques qui en feraient volontairement la demande. C'est le Ministre de la Santé de l'Estonie qui s'est inscrit en premier. La Lituanie, le Kazakhstan, l'Uzbekistan et d'autres républiques suivirent. Le plan de vaccination a varié d'une république à l'autre. C'est ainsi qu'en Géorgie par exemple, le vaccin était incorporé dans des bonbons d'environ 1 cm de diamètre. Essayés tout d'abord sur un petit groupe d'enfants, les bonbons ont donné des résultats satisfaisants.

Le Dr Horstmann qualifie les organisateurs scientifiques du programme soviétique comme hautement qualifiés et a pu constater que les conditions du travail de laboratoire étaient bonnes. D'autre part, elle signale que la surveillance épidémiologique de la poliomyélite s'effectue avec un soin extrême. L'enregistrement des cas se fait de façon détaillée et le Ministère de la Santé à Moscou a créé un système spécial de notification selon lequel le médecin signale immédiatement aux centres régionaux et nationaux tout nouveau cas qui vient à sa connaissance.

Le programme soviétique est dirigé par le Dr M. P. Tchoumakov et c'est lui qui a reçu le Dr Horstmann lors de sa visite. Lorsqu'il s'agit de vacciner les habitants d'une nouvelle région, le Dr Tchoumakov se rend personnellement sur les lieux avec ses collaborateurs, il rencontre les médecins locaux et participe à la campagne d'information destinée à éclairer le public sur le but des vaccinations et les méthodes utilisées.

En Pologne, selon le Dr Horstmann, le programme de vaccination est bien organisé, la surveillance est bonne et le travail de laboratoire se fait selon les normes requises. Dans un avenir relativement proche on disposera de données sûres en ce qui concerne la sécurité des vaccinations. Il faudra quelques années pour être renseigné sur leur efficacité.

En Tchécoslovaquie, déclare le Dr Horstmann, les expériences détaillées et rigoureuses ont donné des renseignements précieux sur l'innocuité du vaccin Sabin employé parmi une population déjà vaccinée selon la méthode Salk. La poursuite des études sur le destin des souches de virus poliomyélitique incorporées dans le vaccin est du plus grand intérêt.

Les notions de prévention dans l'enseignement de la pathologie¹

«La médecine préventive ne constitue pas un bloc simple et uni de connaissances; elle ne dépend pas davantage de tel type de pratique médicale. Elle consiste ici à appliquer certaines mesures pour protéger les individus contre des risques déterminés; là, elle tente à faire disparaître du milieu ambiant des éléments défavorables; elle est parfois, essentiellement, une entreprise éducative...²»

Ces notions de prévention ont-elles tenu, jusqu'à présent, une place suffisante dans l'enseignement de la pathologie? C'est à cette question que s'est efforcé de répondre le Comité OMS d'experts de la Formation professionnelle et technique du Personnel médical et auxiliaire³. Les progrès de la mécanisation, de l'industrialisation, rendent de plus en plus fréquentes certaines affections, augmentent le nombre des traumatismes. A côté des progrès techniques et industriels, les progrès thérapeutiques eux-mêmes peuvent créer des maladies dont le médecin doit connaître de façon précise la prévention possible. L'emploi de plus en plus étendu des radiations, des antibiotiques, des hormones, a fourni des armes efficaces contre des affections devant lesquelles le médecin était impuissant il y a quelques années seulement. Mais ces différentes thérapeutiques peuvent également déclencher des troubles sérieux. On connaît bien maintenant les phénomènes d'allergie, de plus en plus fréquents, secondaires à la pénicilline; on sait que l'hormonothérapie anti-inflammatoire modifie le métabolisme de certains corps, diminue la résistance à l'infection, favorise l'ostéoporose et fait apparaître fréquemment des troubles gastriques qui peuvent aller jusqu'à l'ulcère. La pathologie de maladies très diverses oblige donc le médecin à penser, au moment où il les traite, à la prévention d'autres affections qu'il peut ainsi déclencher. Il est donc amené à appliquer certaines mesures «pour protéger l'individu contre des risques déterminés»; mais, «faire disparaître du milieu ambiant des éléments défavorables» n'est-ce pas pour le médecin se pencher sur le problème du logement, des «cités-champignons» nées du développement industriel, n'est-ce pas se préoccuper de la qualité de l'air ambiant respiré au cours du travail mais également dans la cité Aux. Etats-Unis, par exemple, les fumées de béryllium posent un problème qui est loin d'être un problème mineur puisque déjà plus de 600 cas de béryllose ont été enregistrés.

C'est pendant qu'on lui enseigne la pathologie que l'étudiant en médecine doit se familiariser avec les problèmes de prévention et non quand il se spécialisera. Il serait fâcheux de laisser aux seuls médecins spécialisés en médecine du travail ou en médecine professionnelle le soin d'étudier la prévention.

«La médecine préventive est parfois, essentiellement, une entreprise éducatrice.» Là encore, c'est au médecin, non seulement d'être averti du rôle des carences alimentaires qui sévissent dans certains pays, mais aussi de conseiller ses propres malades, de leur montrer par exemple les dangers d'une consommation excessive de graisses animales auxquelles il semble qu'on puisse attribuer la fréquence considérable des affections coronariennes. «La pathologie de la pléthore est peut-être un sujet d'étude aussi important à long terme pour la race humaine que les troubles beaucoup plus évidents qui résultent de la sous-alimentation.»

¹ Comité d'experts de la Formation professionnelle et technique du Personnel médical et auxiliaire (1959). *Septième rapport: Orientation de l'enseignement de la pathologie vers la médecine préventive* (Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 175, 30 pages). Prix: Fr.s. 1.-, 1/9, \$0,30. Publié également en anglais et en espagnol.

² Grundy F. & Mackintosh J. M. (1958): *L'enseignement de l'hygiène et de la santé publique en Europe* (Organisation mondiale de la Santé: Série de Monographies No 34, Genève, 48 pages).

³ Membres du Comité: Dr A. P. Avtsyn, URSS; Dr B. Castleman, Etats-Unis d'Amérique; Dr J. B. Collip, Canada (Président); Dr G. H. Cooray, Ceylon (Vice-Président); Dr G. Favilli, Italie; Dr H. Hamperl, République fédérale d'Allemagne; Dr G. Payling Wright, Royaume-Uni (Rapporteur); Dr T. Yoshida, Japon. Secrétariat: Dr J. M. Mackintosh OMS; Dr E. Kohn, OMS (Secrétaire).

Il est donc absolument nécessaire que l'étudiant en médecine apprenne, en présence d'un malade, à penser « prévention » comme on lui apprend à penser « clinique » ou « traitement ». Cette façon de penser, il doit la tenir de celui qui lui enseigne la pathologie dès le début de cet enseignement, à condition toutefois que la pathologie ne soit pas considérée comme une discipline isolée, mais soit rattachée à la microbiologie, à la radiobiologie et à l'immunologie. Il est également nécessaire que l'étudiant en médecine n'ait pas l'impression qu'il y a entre la prévention d'une maladie et les lésions anatomo-pathologiques qu'elle engendre, une distance telle que la première lui paraisse superflue. C'est pourquoi l'autopsie ne doit pas seulement permettre aux cliniciens d'améliorer leur habileté à diagnostiquer une maladie, mais doit leur fournir également des renseignements à partir desquels un plan de prévention puisse être élaboré contre elle.

Enseigner la pathologie, et, à travers elle, inculquer à l'étudiant en médecine des notions de prévention, n'est possible que si celui qui enseigne est bien au courant non seulement des statistiques épidémiologiques de son pays, mais aussi des enseignements à tirer de la pathologie géographique. Le rapport du Comité d'experts comprend un chapitre réservé à ce sujet. En Union Soviétique les préoccupations prophylactiques ont conduit à pousser très loin des études sur la pathologie géographique. Pour bien des raisons celles-ci fournissent au professeur de pathologie l'occasion d'insister sur l'importance des méthodes préventives. Les étudiants doivent savoir rapidement que l'étude de la répartition géographique de certaines maladies est souvent de nature à en préciser les causes et à suggérer des méthodes propres à les prévenir.

L'acte médical, pour être complet, doit aussi bien tendre à prévenir qu'à guérir. Pour guérir, il faut connaître la maladie, ses symptômes, ses lésions, la façon d'agir sur elle : pour prévenir, il faut, en partant des faits cliniques et anatomiques, remonter à la trame serrée que constituent l'hérédité, le milieu, les habitudes de vie, le travail, qui contribuent à déclencher telle ou telle affection. Le pathologiste peut et doit attirer sans cesse l'attention de l'étudiant en médecine sur l'étiologie des maladies; c'est ainsi qu'il éveillera son intérêt pour l'aspect préventif de la médecine.

Pro Juventute

Zahnhygiene-Aktion in Kindergärten und Volksschulen

Eine bedrohliche Volkskrankheit

Die Zahnkaries oder Zahnfäulnis hat seit dem letzten Weltkrieg derart zugenommen, daß sie heute mit Recht als eine Volkskrankheit bezeichnet wird.

Nur 2% gesunde Zähne

Der Schweiz fällt, wenn man auf statistische Vergleiche abstellen will, der unrühmliche Rekord zu, die größte Häufigkeit von Zahnfäulnis aufzuweisen; von hundert Kindern und Jugendlichen besitzen bei uns nur noch deren zwei ein absolut gesundes Gebiß.

150 Millionen pro Jahr

Unsere Bevölkerung gibt jährlich mehr als 150 Millionen Franken für Zahnbehandlungen aus; zudem werden vielenorts, wo die Einrichtung der Schulzahnpflege besteht, pro behandeltes Kind vom Staat und von der Gemeinde jedes Jahr gegen 20 Franken aufgewendet. Auch diese Ausgaben mahnen ohne Zweifel zur tatkräftigen Bekämpfung der Zahnfäulnis.

Eine Gemeinschaftsaktion

Nun konnte Pro Juventute dank der finanziellen Hilfe namhafter Zahnpastaproduzenten eine Aktion zur Förderung der Mund- und Zahnhygiene im Kindergarten und in der Volksschule vorbereiten. In Zusammenarbeit mit der schweizerischen Zahnärztesgesellschaft, der Eidg. Alkoholverwaltung, der Propagandazentrale für Milchwirtschaft

und Werbefachleuten wurde ein Programm gestaltet, das der Unterrichtsweise an den verschiedenen Schulstufen gerecht wird.

Die Mitarbeit der Lehrer ist unerlässlich

Die Veranstalter sind sich dabei klar, daß das gute Gelingen dieser Pro-Juventute-Aktion weitgehend von der Mitarbeit der Lehrerschaft abhängen wird, denn das ABC der Zahnhygiene und der Verhütung der Zahnfäulnis, d. h. das richtige und regelmäßige Zähneputzen und die gesunde Eß- und Ernährungsweise sollen im Unterricht behandelt werden.

Vier Kantone im Vormarsch

Die Zahnhygiene-Aktion wird im Schuljahr 1960/61 in den Kantonen Bern, St. Gallen, Schaffhausen und Thurgau durchgeführt. Die Erziehungsdirektionen aller vier Kantone haben die Dringlichkeit der Aktion erkannt und ihre Durchführung mit einem finanziellen Beitrag gefördert.

Wann werden die anderen folgen?

Die derzeit von den verschiedenen Wirtschaftszweigen zur Verfügung gestellten Mittel reichen aber nicht aus, um die Aufklärungsarbeit auch in andern Teilen unseres Landes durchzuführen. Pro Juventute appelliert daher an alle Verantwortlichen, die gegenwärtigen Bestrebungen im Kampfe gegen den Zahnzerfall tatkräftig zu unterstützen.

Pressedienst Pro Infirmis

Invalide Hausfrauen

Hausfrauenarbeit ist Arbeit wie jede andere, wenn auch nicht Erwerbstätigkeit im engem Sinne. Sinngemäß berücksichtigt die Invalidenversicherung auch behinderte Hausfrauen. Die Februarnummer «Pro Infirmis» ist speziell diesem Fragenkreis gewidmet. Sie gibt Auskunft über die vorgesehenen Versicherungsleistungen und schildert anschaulich, wie in Schweden und in unserem eigenen Lande die mancherlei praktischen Schwierigkeiten invalider Hausfrauen in besonderen Trainingsküchen und -wohnungen überwunden werden. Weitere Artikel zeigen eindrucklich, wie sich die Hausfrauenarbeit bei einzelnen Behinderungsformen – Schwerhörigkeit, Blindheit, arthritische Versteifung – gestaltet und welche technischen Hilfen sich im Alltag dabei als hilfreich erweisen.

«Pro Infirmis», Nr. 8, Februar 1960, 80 Rp. plus Porto, Postfach Zürich 32.

Vorurteilslosigkeit

Die Invalidenversicherung wird die Lasten mancher Infirmen vermindern. Das Schweizervolk, das dieser Versicherung zustimmte, empfindet darob eine berechnete Genugtuung. Jedoch: «Genug getan» ist keineswegs mit der Finanzierung der IV.

Die materielle Hilfe darf das Gewissen der Allgemeinheit nicht entlasten von der mindestens ebenso notwendigen Verpflichtung zu Vorurteilslosigkeit, zu menschlichem Beistand. Alle Invaliden und Infirmen bleiben weiterhin angewiesen auf Verständnis, Güte und Hilfsbereitschaft ihrer Mitmenschen.

Als vor Jahren in einer Schweizer Stadt ein Schauspiel über die Bretter ging, in dem eine Blinde auftrat, wurde dem Stück in manchen Kreisen Ablehnung zuteil. Und doch sind es noch am ehesten die Blinden, für die man im allgemeinen Zuneigung aufbringt. Weit benachteiligter sind in dieser Hinsicht viele andere Infirmen, so zum Beispiel die Schwerhörigen und Ertaubten. Für sie ist es eine Lebensfrage, ob die Umwelt ihnen mit Vorurteilslosigkeit, deutlichem Sprechen usw. entgegenkommt – oder ob sie trotz Invalidenversicherung und Hörapparat mehr oder weniger als Ausgeschlossene ihre Tage verbringen müssen.

Der Gehörbehinderten sind so viele, daß jedermann Gelegenheit hat, ihnen Freundlichkeit zu erweisen.

BSSV

Sprachheilarbeit in der Stille

Was geschieht, wenn Eltern mit wachsender Sorge wahrnehmen, wie ihr 5- bis 6jähriges Kind in seiner sprachlichen Entwicklung mehr und mehr zurückbleibt? Trotz seiner guten Begabung wird ihm der Schuleintritt übers Jahr «wegen mangelnder Schulreife» versagt sein! Dank der in aller Stille tätigen Kleinarbeit im Sprachheilheim (wie auch im öffentlichen Sprachheilkindergarten) bleiben solche Kinder heute vor dem harten Schicksal der Rückstellung bewahrt. Früher bestand hier eine empfindliche Lücke; wohl gab es längst schon Sprachheilkurse und -klassen für sprachbehinderte Schüler, doch keine Behandlungsstätte für Kinder im Vorschulalter.

25 Jahre «Schwyzerhüsli»

Wie so oft, reifte auch hier die Hilfe durch private Initiative heran. Im Jahre 1934 gründete Dr. med. K. Kistler, Zürich, das Sprachheilheim «Schwyzerhüsli», ein konfessionell neutrales Kleinheim zur Behandlung von 12–14 normalbegabten, sprachgebrechlichen Kindern im Vorschulalter. In einer kleinen Feier gedachte kürzlich der Vorstand des Heims (Präsident: Dr. iur. E. Hauser, Winterthur) der hier während 25 Jahren geleisteten, erfolgreichen Sprachheilarbeit. Die Tatsache, daß im ersten Sprachheil-Kleinheim der Schweiz seit seiner Gründung 1000 sprachgebrechliche Kinder von ihrer schweren Behinderung befreit und vor einem ungewissen Schicksal bewahrt werden konnten, verdient auch in der Öffentlichkeit Erwähnung und Anerkennung.

20 Jahre Heimleitung

Für die gewissenhafte Arbeit und den guten Geist im «Schwyzerhüsli» sorgt die Heimleiterin, Schwester Edna Gastpar, nun schon seit über 20 Jahren. Für ihre treue und aufopfernde Tätigkeit sei ihr auch an dieser Stelle herzlich gedankt. Das wohlgepflegte Kleinheim mit individueller, dem Kindergartenalter angepaßter Sprachtherapie wurde zum Vorbild für ähnliche Sprachheilstätten im In- und Ausland.

10 Jahre «Paradies»

Eine andere im stillen abgehaltene, kleine Feier galt dem Sprachheilheim «Paradies». Im Jahre 1949 wurde es in verdankenswerter Weise vom Mutterhaus der barmherzigen Schwestern in Ingenbohl für katholische Kinder im Vorschulalter gegründet. Dem fachlichen Aufbau dienten dabei die im Schwyzerhüsli gemachten Erfahrungen und die inzwischen von der Schweiz. Arbeitsgemeinschaft für Sprachgebrechliche organisierte Fachausbildung des Sprachheilpersonals. – Schon nach wenigen Jahren zeigte sich für die Innerschweiz das Bedürfnis nach Angliederung einer Schulabteilung, die als Sprachheilklasse für die Unterstufe eingerichtet wurde. Im «Paradies», das seit seiner Gründung von Schwester Maria Rosia Renz vorbildlich geleitet wird, konnten bisher 600 sprachgebrechliche Kinder von ihrem Leiden befreit werden. Mühe und Arbeit haben sich reichlich gelohnt: dem sprachleidenden Kind wurde geholfen!

Schweiz. Gemeinnützige Gesellschaft. Mitteilungen aus dem Gebiet der Sozialarbeit.

Fünftageswoche und Familienleben

Zu diesem Thema wurde an der Schule für Soziale Arbeit Zürich von E. Gabathuler eine Diplomarbeit verfaßt. Eine Umfrage bei 24 in der Stadt Zürich wohnhaften Arbeiterfamilien, die mit der Fünftageswoche bereits Erfahrungen gemacht haben, bildete dazu die Grundlage. Die Arbeit gibt Aufschluß über die Wirkungen des verlängerten Wochenendes auf das Familienleben, unter Berücksichtigung der psychologischen, gesundheitlichen und finanziellen Aspekte. Als hauptsächlichste Folge ist eine Vertiefung der Beziehungen der Familienangehörigen untereinander festzustellen; besonders weil der Vater mehr Zeit hat, sich der Familie zu widmen. Nicht nur die Arbeiter bejahen das verlängerte Wochenende, sondern auch deren Ehefrauen, die darin eine Förderung der Ehe- und Familiengemeinschaft sehen. Ferner wird betont, daß der Vater seit dem ganzen freien

Samstag und Sonntag mehr Möglichkeit habe (und sie auch ausnützt), sich gemeinsam mit der Mutter der Erziehung der Kinder anzunehmen. Als weiterer Vorteil wird die gründlichere Erholung und Entspannung des Vaters bezeichnet, was sich selbstverständlich auf die häusliche Atmosphäre günstig auswirkt. Die überwiegende Mehrzahl der Befragten erklären, daß das verlängerte Wochenende ihnen das Gefühl gebe, ein freierer Mensch zu sein. – Es trifft nicht zu, was etwa gegen das freie Wochenende angeführt wird, daß die befragten Männer ihre vermehrte Freizeit außerhalb der Familie verbringen und sich ausschließlich persönlichen Vergnügen hingeben. Keiner der Arbeiter äußerte, daß er mit seiner freien Zeit nichts anzufangen wüßte. Die Auswirkungen des verlängerten Wochenendes in finanzieller Beziehung sind bei den betreffenden Arbeiterfamilien nicht ungünstig. Im ganzen gesehen wird allerdings etwas mehr als während der Sechstageswoche ausgegeben, von einer bedeutenden finanziellen Belastung kann jedoch nicht gesprochen werden.

Wir haben für Sie gelesen — Nous avons lu pour vous

Some factors associated with the development of coronary heart disease

By *T. R. Dawber, W. B. Kannel, N. Revotskie, J. M. Stokes, A. Kagan and T. Gordon*
Six years follow-up experience in the Framingham study. *Amer. J. publ. Hlth.* 49, 1349–1356 (1959).

Die Untersuchungen wurden am National Heart Institute of Framingham (Massachusetts, USA) durchgeführt. Vor 6 Jahren wurde eine große Zahl (4469) gesunder Versuchspersonen im Alter von 29 bis 62 Jahren untersucht. Dieses Kollektiv bleibt auf längere Sicht unter regelmäßiger Kontrolle. Die Untersuchung soll zeigen, welche Zusammenhänge zwischen gewissen Lebensgewohnheiten und den Herzerkrankungen bestehen. In der vorliegenden Arbeit werden die Resultate der ersten 6 Jahre veröffentlicht.

1. *Sozialökonomische Faktoren*: a) Wohnkreis: Ohne ersichtlichen Grund zeigt einer der acht Wohnkreise eine kleinere als statistisch erwartete Zahl an Erkrankungen. b) Erziehung: Mit Zunahme der Bildungsstufe nimmt die Häufigkeit an Herzerkrankungen ab. c) Abstammung: Zwischen Nationalität und Erkrankungsrate besteht keine signifikante Korrelation.

2. *Rauchgewohnheit*. Es konnte nachgewiesen werden, daß bei den 45- bis 62jährigen ein Zusammenhang zwischen dem Rauchen und den schweren kardialen Zwischenfällen besteht. Zwischen dem Auftreten der Angina pectoris und den Rauchgewohnheiten konnte hingegen kein statistisch gesicherter Zusammenhang festgestellt werden. Die Untersuchungen ergaben bei den Rauchern einen erhöhten Cholesterolspiegel; die starken Raucher neigen ebenfalls zu einem größeren Alkoholkonsum. Bei den Rauchern konnte *keine* Blutdruckerhöhung beobachtet werden.
G. Oppliger, Zürich

Weitere Literatur:

Dawber T. R., Moore F. E. and Mann G. V.: Coronary heart disease in the Framingham study. *Amer. J. publ. Hlth.* 47, 4–24 (1957).

Hammond E. C. and Horn D.: The relation between human smoking habits and death rates. *J. amer. med. Ass.* 155, 1316–1328 (1954).

Doll R. and Hill A. B.: Lung cancer and other causes of death in relation to smoking. *Brit. med. J.* 2, 1071–1081 (1956).

Usage du tabac et cancer pulmonaire par L.-E. Burney (Smoking and lung cancer)

J. A. M. A. 171, 1829–1837 (1959).

Dans l'article ci-dessus mentionné, le médecin-chef des Services de la santé publique des USA se prononce sur le problème des relations entre l'usage du tabac et la fréquence

du cancer pulmonaire. Voici les intéressantes conclusions de cet article qui, selon l'auteur, « engage la responsabilité des Services de la santé publique » :

« 1. Les renseignements obtenus jusqu'à présent montrent que l'usage du tabac constitue l'un des facteurs principaux de l'accroissement du nombre des cancers pulmonaires.

2. Ce sont surtout les fumeurs de cigarettes qui risquent d'être atteints d'un cancer pulmonaire.

3. L'arrêt de l'usage de la cigarette a un résultat favorable, même si l'on a fumé durant une période prolongée.

4. Aucun traitement préalable du tabac et aucune méthode de filtration de la fumée n'ont réussi jusqu'à maintenant à diminuer ou à éliminer le risque encouru par le fumeur.

5. Selon les statistiques et les études publiées, la fréquence du cancer pulmonaire est plus basse pour les non-fumeurs que pour les fumeurs, cela pour les deux sexes, quelle que soit la région habitée (rurale ou urbaine) et quelle que soit l'occupation.

6. Les personnes qui n'ont jamais fumé (cigarettes, cigares ou pipe) sont celles qui ont le plus de chance d'échapper au cancer des poumons.

7. La meilleure façon de diminuer le risque individuel du cancer pulmonaire est de renoncer à l'usage du tabac, à moins que cet usage puisse être rendu inoffensif. »

Souhaitons que les fumeurs comprennent...!

Ch. Bavaud, Genève

Le pronostic génétique dans le mongolisme. *Le questionnaire génétique (D. Klein), Journal de génétique humaine 8, 218-220 (1959)*

En trois pages D. Klein donne des renseignements très utiles et nouveaux sur le mongolisme, malformation congénitale dont la fréquence est évaluée de 1 sur 500 naissances (Hanhart) à 1 sur 700 naissances. D'après ces chiffres, il y aurait 180 naissances de mongoliens par année en Suisse; la fréquence dans la population suisse serait de 1 sur 4000, et 1250 mongoliens environ seraient actuellement vivants en Suisse.

Le pronostic génétique est fonction de l'âge de la mère. De nombreux auteurs ont démontré que l'âge avancé de la mère est un facteur prédisposant au mongolisme. Un tableau de Penrose en fait foi. Depuis 40 ans, une femme court un risque de 1 à 6% de donner naissance à un enfant mongolien. Faut-il déconseiller à une telle personne d'avoir un enfant après 40 ans? D. Klein le fait. On peut se demander si l'on ne risque pas d'angoisser sans raisons réellement péremptoirs un certain nombre de femmes. S'il existe des cas de mongolisme dans la famille du père ou de la mère ou bien dans les deux familles, le pronostic génétique n'est pas modifié et c'est encore une fois l'âge de la mère qui joue un rôle important. Il en est de même pour les frères et sœurs d'un mongolien et leur descendance. Enfin, si une femme a déjà donné naissance à un enfant mongolien, le danger qu'un tel événement se reproduise est 20 à 60 fois plus grand que le risque normal. On doit donc dans ces cas-là déconseiller une nouvelle grossesse. Enfin, D. Klein relève la découverte toute récente d'une anomalie chromosomique qui serait à la base du mongolisme. Plusieurs auteurs ont en effet découvert un chromosome surnuméraire. Il y aurait 47 chromosomes au lieu de 46 chez les mongoliens.

Pierre-B. Schneider, Lausanne

L'influenza dei rumori sul sistema nervoso. *(Granati A., Angeleri F. e Lenzi R. Folia med. (Napoli) 42, 1313-1325 (1959).*

Bei 30 Webereiarbeitern (12 Frauen, 18 Männern) im Alter von 22 bis 73 Jahren wurden durchgeführt: allgemeine klinische Untersuchung, EEG und psychometrische Tests. Keines der 30 Individuen zeigte wesentliche psychische oder neurologische Veränderungen. Der größere Teil (22 von 30) der Versuchspersonen zeigte jedoch folgende Beschwerden: Gefühl von Verwirrung und Brummen im Kopf; Unverträglichkeit für «Lärm», auch wenn er zur Unterhaltung dienen sollte (Musik, Kino usw.); psychische

Labilität. Dieses Syndrom variiert in seiner Erscheinung: bei einigen Versuchspersonen erscheint es nur, wenn es durch endogene oder exogene zusätzliche Faktoren ausgelöst wird; bei andern besteht es dauernd mit zusätzlich dauernden Kopfschmerzen und Erethismus, Schlaflosigkeit und objektiv Hyperreflexie. 5 der 28 auswertbaren EEG zeigten Kurven vom Typus der Neurotiker und «Persönlichkeitsveränderungen» (Gastaut).

Psychometrische Tests: Es wurde der Test von Toulouse-Piéron durchgeführt. Dieser zeigte, daß zwischen Ruhe und Lärm für die Aufmerksamkeit kein Unterschied besteht. Es zeigte sich jedoch, daß jene Versuchspersonen, die bei Ruhe am wenigsten Punkte erreichten, auch jene waren, die auch bei Lärm die tieferen Werte zeigten. Der Rorschachtest zeigte, daß es sich bei diesen Leuten um intellektuell unterentwickelte oder um affektiv aggressive Leute handelte.

Die Autoren glauben daraus schließen zu können, daß durch den Lärm eine Schädigung des Nervensystems eintritt mit dem Bild eines psychoneurotischen Syndroms; dazu brauche es jedoch eine spezielle individuelle Prädisposition. *G. Opplinger, Zürich*

Mechanisms of acclimatization to heat in man by *Bass D. E., Kleeman C. R., Quinn M., Henschel A. and Hegnauer A. E.*, *Medicine* (Baltimore) **34**, 323–380 (1955).

5 Versuchspersonen wurden während 14 Tagen in einer Klimakammer bei 48 Grad C am Tag und 37 Grad C nachts und bei täglichen körperlichen Arbeiten von zweimal 60 Minuten auf einer Tretbahn untersucht. Salz- und Flüssigkeitsverluste wurden durch Verabreichung von Flüssigkeit mit 0,2% NaCl weitgehend kompensiert.

Die Untersuchungen zeigten folgende Ergebnisse: Eine wirksame Akklimatisation zur Hitze wurde innerhalb einer Woche erreicht. In dieser Zeit bildeten die Schweißdrüsen einen progressiv salzärmeren Schweiß, wodurch der Organismus Salz einsparen konnte. In dieser Zeit registrierten die Autoren eine Zunahme der extrazellulären Flüssigkeitsmenge um 16%, die dabei isotonisch blieb. Dieser Vorgang wurde durch eine Herabsetzung der Ausscheidungsfunktionen der Nieren in den ersten 4 Tagen ausgelöst. Gleichzeitig wurde auch die Menge des Blutplasmas und der zirkulierenden Eiweiße vorübergehend erhöht. Dagegen veränderte sich der Gesamtwassergehalt des Körpers nicht wesentlich. Während der ganzen Hitzeperiode waren die Stickstoff-, die Phosphor- und Kaliumbilanz negativ. Die Kaliumausscheidung im Urin war erhöht um 10–20% in den ersten 4 Tagen, während in der gleichen Zeit Na und Cl zurückbehalten wurden. Die Nieren arbeiteten während der ganzen Hitzeperiode unter der maximal möglichen Elektrolytkonzentration, welche immerhin wesentlich angestiegen war. Aus den Analysen schließen die Autoren, daß Kalium in der Hitze nicht nur durch Gewebeabbau, sondern durch einen Verlust aus den Zellen vermehrt ausgeschieden wird. Das weiße Blutbild und insbesondere die eosinophilen Zellen zeigten keine wesentliche Änderung während der Hitzeexposition. Dagegen wurde in der Hitze die Ausscheidung der 17-Ketosteroide herabgesetzt.

Die Autoren schließen aus den Untersuchungen, daß die Leistungssteigerung während der Akklimatisation auf Anpassungen des Kreislaufes beruhen, wobei die Nieren eine wesentliche Rolle spielen, da sie mehr Na und Cl zurückhalten, als zum Ersatz der Schweißverluste nötig wäre, so daß das Plasmavolumen und die interstitielle Flüssigkeit isotonisch vergrößert werden können. *E. Grandjean (Zürich)*

Neue Bücher—Nouveaux livres

Beiträge zur manuellen Therapie. Eine Sammlung von Vorträgen, zusammengestellt von *J. C. Terrier*. Band 13 der Sammlung «Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis». Hippokrates Verlag, Stuttgart. 173 S. (1959), DM 24.50.

Le traitement des lésions vertébrales ou extravertébrales par les manipulations reste, malgré les innombrables publications, expertises et congrès qui leur ont été consacrés,